



# Mielenterveys- ja päihdepotilaiden arviointi ja ohjaus perusterveydenhuollon sairaanhoitajien kokemana

Jaana Mäkelä

OPINNÄYTETYÖ  
Huhtikuu 2023

Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto  
Terveystieteiden ylempi tutkinto-ohjelma  
Terveystieteiden edistäminen

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto  
Terveyden edistäminen

MÄKELÄ JAANA:

Mielenterveys- ja päihdepotilaiden arviointi ja ohjaus perusterveydenhuollon sairaanhoitajien kokemana

Opinnäytetyö 76 sivua, joista liitteitä 5 sivua  
Huhtikuu 2023

---

Mielenterveyden ja päihteiden käytön haasteet ovat yleistyneen, mutta palveluiden saatavuus ei kuitenkaan ole parantunut. Perusterveydenhuollolla on keskeinen osa mielenterveys- ja päihdehäiriöiden tunnistamisessa sekä hoidossa. Näitä palveluita tulee kehittää hoidon saatavuuden parantamiseksi.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla perusterveydenhuollon vastaanoton sairaanhoitajien kokemuksia mielenterveys- ja päihdepotilaiden kohtaamisesta vastaanotolla. Tavoitteena oli selkiyttää mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidon porrastusta. Opinnäytetyön aineisto kerättiin yksilöteemahaastattelulla, joihin osallistui kahdeksan sairaanhoitajaa. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisälönanalyysillä.

Sairaanhoitajat kokivat mielenterveys- ja päihdetyön kuormittavaksi työksi ja oman osaamisen vajavaiseksi. Jatkohoidon arvioinnissa koettiin epävarmuutta ja hoitoketjut koettiin toimimattomiksi. Johtopäätöksenä voidaan todeta sairaanhoitajien tukemisen, lisäkoulutuksen tarjoamisen ja moniammatillisen yhteistyön kehittämisen olevan keskiössä hoidon laadun parantamiseksi sekä sujuvoittamiseksi. Nämä seikat parantaisivat myös sairaanhoitajien varmuutta omasta osaamisesta ja vähentäisi työn kuormitusta.

---

Asiasanat: perusterveydenhuolto, mielenterveys, mielenterveyshäiriö, päihderiippuvuus, sairaanhoitaja

## **ABSTRACT**

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Master's Degree Programme in Health Promotion

MÄKELÄ, JAANA:

Assesment and Guidance of Mental Health and Substance Abuse Patients as Experienced by Primary Care Nurses

Master's thesis 76 pages, appendices 5 pages  
April 2023

---

Mental health issues and problems with substance abuse have been growing problem, but access to treatment has not improved. These issues are generally treated in primary care.

The purpose was to describe the experiences of primary care nurses in the assessment of mental health and substance abuse patient. The aim was to clarify the gradation of care for mental health and substance abuse patients. The study was qualitative in nature and the data were collected through theme interviews. The data were analysed using content analysis.

The results showed that the nurses experienced lack of competence in the care of mental health and substance abuse patients and work was described as burdensome. Uncertainty was felt in the assessment of follow-up care and care chain were perceived as dysfunctional.

In conclusion by supporting nurses, providing additional training and developing multi-professional cooperation is at the center of improving the quality of care and improving care chains.

---

Key words: primary health care, mental health, mental disorders, substance abuse, nurse

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	6
2	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	8
2.1	Mielenterveys- ja päihdehäiriöt .....	8
2.1.1	Masennus .....	9
2.1.2	Ahdistus .....	10
2.1.3	Psykoottiset häiriöt .....	11
2.1.4	Päihdehäiriöt .....	13
2.2	Mielenterveys- ja päihdehäiriöt perusterveydenhuollon sairaanhoitajan vastaanotolla .....	14
2.3	Teoreettisten lähtökohtien yhteenveto .....	15
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE .....	17
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT .....	18
4.1	Laadullinen tutkimus .....	18
4.2	Teemahaastattelu .....	18
4.3	Tutkimuksen kohderyhmä ja aineiston keruu .....	20
4.4	Aineiston analyysi .....	21
5	TULOKSET .....	24
5.1	Perusterveydenhuollon vastaanoton sairaanhoitajien kokemuksia mielenterveys- ja päihdepotilaiden ohjaamisesta ja arvioinnista ..	24
5.1.1	Mielenterveys- ja päihdehoitotyössä useita kuormitustekijöitä .....	25
5.1.2	Haasteena osana somaattista hoitoa .....	28
5.1.3	Mielenterveys- ja päihdetyötä tukevat tekijät .....	31
5.2	Perusterveydenhuollon vastaanoton sairaanhoitajien kokemuksia omasta mielenterveys- ja päihdetyön osaamisesta .....	33
5.2.1	Lisäkoulutuksen tarve .....	34
5.2.2	Kokemuksen kerryttämä osaaminen .....	37
5.2.3	Vuorovaikutustaidot erityisosaamisena .....	38
5.2.4	Mielenterveys- ja päihdetyön osaaminen somaattisella vastaanotolla .....	40
5.2.5	Haasteita mielenterveys- ja päihdetyön toteuttamisessa ....	41
5.3	Perusterveydenhuollon sairaanhoitajien kokemuksia mielenterveys- ja päihdepotilaiden jatkohoitoon ohjaamisesta .....	42
5.3.1	Helppo ohjata mielenterveys- ja päihdetiimiin .....	44
5.3.2	Haasteita yhteistyössä mielenterveys- ja päihdetiimin kanssa .....	45
5.3.3	Jatkohoitotarpeen arvioiminen yhteistyössä lääkärin ja potilaan kanssa tärkeää .....	46

5.3.4 Haasteita mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden jatkohoitoon ohjaamisessa .....	48
5.3.5 Yleisimmät jatkohoitopaikat tuttuja .....	49
6 POHDINTA .....	52
6.1 Tutkimuksen eettisyys .....	52
6.2 Tutkimuksen luotettavuus .....	53
6.3 Tulosten tarkastelu .....	55
6.4 Johtopäätökset ja kehittämissuositukset .....	65
LÄHTEET .....	68
LIITTEET .....	72
Liite 1. Tutkimustiedote .....	72
Liite 2. Suostumuslomake .....	74
Liite 3. Teemahaastattelurunko .....	75
Liite 4. Ensimmäisen tutkimuskysymyksen sisällönanalyysitaulukko ..	76

## 1 JOHDANTO

WHO määrittelee mielenterveyden hyvinvoinnin tilaksi, jossa ihminen tunnistaa omat kykynsä, selviytyy normaalissa elämässä kohtaamastaan stressistä, pystyy työskentelemään tehokkaasti ja pystyy ottamaan osaa yhteisönsä toimintaan (World Health Organization 2013). Mielenterveyden merkitys on kasvanut yhteiskunnassa ja kognitiivinen kuormitus sekä stressi ovat arkipäivää, joten mielenterveys on yhä tärkeämpi voimavara, jota voidaan tukea. Puolet väestöstä kärsii haasteista mielenterveyden kanssa jossain vaiheessa elämää ja lähes puolet työkyvyttömyyseläkkeistä johtuu mielenterveydellisistä syistä. Kuitenkaan palveluiden saatavuus ei ole parantunut, vaikka tietämys mielenterveys- ja päihdehäiriöistä on lisääntynyt. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden saatavuus tulisi saattaa muiden sosiaali- ja terveystalveluiden tasolle, koska mielenterveyden häiriöt ovat laaja kansanterveydellinen haaste. (Vorma, Rotko, Larivaara & Kosloff 2020, 3–11.)

Perusterveydenhuollon hoidon saatavuus vaihtelee maassa paljon ja mielenterveyden häiriöiden kohdalla hoidon saatavuus on puutteellista. Tämä lisää riskiä ongelmien pahenemiselle ja ruuhkauttaa yhteispäivystystä. Siksi ennaltaehkäisevien ja varhaisen tuen malleja tulee yhdenmukaistaa sekä kattavuutta tulee parantaa perustason palveluissa. (Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystalvelu 2020, 11–12.) Julkisten palveluiden järjestämisen itsenäisyys kunnissa johtaa mielenterveys- ja päihdepalveluiden erilaistumiseen ja eriarvoistumiseen kuntien välillä. Tämän vuoksi hoidon saatavuus, sekä resurssit ja hoidon laatu vaihtelevat kunnittain huomattavasti ja tämä aiheuttaa alueellista epätasa-arvoisuutta. (Ala-Nikkola ym. 2014, 8457.)

Mielenterveyspalveluissa erikoissairaanhoidon painotus näkyy tällä hetkellä nousevina kustannuksina. Tulevaisuudessa perustason mielenterveys- ja päihdepalvelut tarjotaan osana perustason palveluita ja tämä edellyttää yhteistyökäytäntöjen kehittämistä erikoissairaanhoidon kanssa. Saavutettavuuden lisäksi tämä parantaa mielenterveys- ja päihdehäiriöiden vuoksi hoidossa olevien somaattista hoitoa, samoin kuin somaattisten oireiden vuoksi hoidossa olevien mielenterveyden huomioimista. (Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystalvelu 2020, 11–12.)

Perusterveydenhuollossa mielenterveyden hoito on nähty kuuluvan vain yksittäisille nimetyille työntekijöille ja samoin päihdehuolto on usein erillään muista palveluista. Hoitotakuun mukaisia hoitopääsyaikoja on myös haastavaa saavuttaa. Hoito toteutuukin parhaiten, kun mielenterveyden arvio ja hoito tapahtuvat osana muuta perusterveydenhuoltoa sosiaali- ja terveyskeskuksissa ja erikoissairaanhoidon tuki on tarvittaessa joustavasti lähellä saatavilla. Lisäksi on panostettava henkilöstön ammattitaidon kehittämiseen sekä työkyvyn ylläpitoon. (Vorma ym. 2020, 29–30)

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla yhden kunnan perusterveydenhuollon vastaanoton sairaanhoitajien kokemuksia mielenterveys- ja päihdepotilaiden kohtaamisesta vastaanotolla. Tavoitteena on selkiyttää mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidon porrastusta. Opinnäytetyössä haastatellaan perusterveydenhuollon vastaanoton sairaanhoitajia. Opinnäytetyön tuottamaa tietoa voidaan hyödyntää perusterveydenhuollon yksikön mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoitoketjujen sujuvoittamisessa ja toiminnan kehittämisessä.

## 2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön keskeiset käsitteet ovat perusterveydenhuolto (primary health care), perusterveydenhuollon hoitotyö (primary care nursing), mielenterveys (mental health), mielenterveyshäiriö (mental disorders), päihdehäiriöt (substance abuse), sairaanhoitaja (nurse) ja sairaanhoitajien kokemukset/näkökulma. (nurses experiences/perspective).

Tietoperustaa rakennettaessa teoreettista tietoa etsittiin sähköisistä tietokannoista, Pubmed, Cinahl, Medic sekä PsycInfo. Keskeisiä käsitteitä käytettiin hakusanoina. Tulokset rajattiin aikavälille 2012-2023, koko teksti saatavilla internetissä, julkaisukieli oli suomi tai englanti. Tutkimuksien tuli olla tieteellisiä tutkimuksia ja käsitellä aihealuetta. Tietoperustaa täydennettiin myös manuaalisella haulla sekä kirjallisuutta tutkimalla. Näissä hyödynnettiin Tampereen ammattikorkeakoulun Andor-hakupalvelua.

### 2.1 Mielenterveys- ja päihdehäiriöt

Mielenterveyteen kuuluu ihmisen kyky mielekkääseen toimintaan sekä kyky ylläpitää ihmissuhteita samoin kuin ongelman ratkaisutaidot, itseluottamus sekä kyky palautua psyykkisen kuormituksen jälkeen. Kun mielenterveys heikkenee, jokin näistä osa-alueista kärsii tai ilmenee psyykkisiä oireita. Mielenterveys voi heiketä pitkäkestoisesti tai tilapäisesti ja psyykkiset oireet voivat olla myös ohimeneviä reaktioita kuormittavissa tilanteissa. Kun heikentynyt mielenterveys haittaa toimintakykyä ja aiheuttaa kärsimystä, voidaan puhua psyykkisestä sairaudesta, jolloin voidaan asettaa mielenterveyden häiriön diagnoosi. Psyykkisiin sairauksiin liittyy usein muutoksia kognitiivisessa toiminnassa, tunteissa, käyttäytymisessä sekä ajattelussa. (Vorma ym. 2020, 14–15.)

Mielenterveysongelmat ovat kasvava taakka talouksille sekä terveydenhuoltojärjestelmille ja kansainvälisesti on arvioitu, että joka toinen henkilö kokee mielenterveyden häiriötä elämänsä aikana ja noin joka viides aikuinen kohtaa mielenterveysongelmia. Masennus on suurin syy toimintakyvyn heikkenemiselle, mutta ahdistuneisuushäiriöt, skitsofrenia ja kaksisuuntainen mielialahäiriö ovat myös 20

suurimman maailmanlaajuisen sairaustaakan aiheuttajan joukossa. Mielenterveysongelmista kärsivät henkilöt raportoivat myös alhaisesta koulutustasosta, korkeammasta työttömyydestä ja huonommasta fyysisestä terveydestä. (Halcomb, McInnes, Patterson & Moxham 2018, 64.)

Riippuvuudet sekä lääkkeiden ja päihteiden haitallinen käyttö kuuluvat mielenterveyden häiriöiden diagnoosiryhmään ja päihderiippuvuuksissa on keskeistä päihteen käytön pakonomaisuus sekä toistuvuus (Vorma ym. 2020, 14–15). Usein ihmisillä, joilla on päihdeongelma, on myös muita mielenterveydellisiä ongelmia ja tämä luo lisää paineita terveydenhuollolle. Lisäksi kaksoisdiagnosoiduilla asiakkailla on useimmiten enemmän terveydellisiä ongelmia, itsetuhoisia ajatuksia sekä sosiaalista eristyneisyyttä. (Roussy, Thomacos, Rudd & Crockett 2015, 1568.)

### **2.1.1 Masennus**

Masennus on yksi yleisimmistä mielenterveyden haasteista nyky-yhteiskunnassa sekä yksi johtavista työkyvyttömyyden syistä teollistuneissa maissa. 20-25% vaikea-asteisesta masennuksesta kärsivistä potilaista ovat riskissä sairastua krooniseen masennukseen. Hoitamattomiin masennushäiriöihin liittyy lukuisia kielteisiä seurauksia, kuten päihteiden väärinkäyttöä, paniikkikohtauksia, työsuorituksen heikkenemistä, henkilökohtaisten ystävyysuhteiden vähenemistä, sydän- ja verisuonitautien riskin lisääntymistä sekä vaikeimmissa tapauksissa itsemurha. (Dinga ym. 2018, 1; Marfoli ym. 2021, 1; Kalkbrenner 2021, 84.)

Masennus voi oireilla hyvin monella tavalla ja tutkimuksissa on tunnistettu ainakin 227 erilaista masennuksen muotoa, joten potilaiden oirekuvat vaihtelevat huomattavasti. Masennus myös sekoittuu useisiin muihin sairauksiin, kuten ahdistuneisuuteen, post-traumaattiseen stressiin ja kroonisiin sairauksiin. Lisäksi useat personallisuuden häiriöt ja piirteet voivat lisätä alttiutta masennukselle. Myöskin ikä, sukupuoli ja etnisyys liittyvät masennushäiriöiden yleisyyteen. Naisilla todennäköisemmin diagnosoidaan masennushäiriöitä miehiin verrattuna ja miesten

hoitoon pääseminen on alhaisempaa kuin naisten. Vanhemmat aikuiset kohtaavat vakavampia terveysongelmia masennukseen liittyen ja hakeutuvat hoitoon harvemmin kuin nuoret aikuiset (Marfoli ym. 2021, 1–2.; Kalkbrenner 2021, 86.)

Jotta interventiot pystytään kohdistamaan tehokkaasti niille potilaille, joilla on riski huonompaan pitkäaikaiseen kliiniseen lopputulokseen, kroonistumisen ja remission ennustajat on tunnistettava varhaisessa vaiheessa. Tämä voisi mahdollistaa nopeamman hoidon tehostamisen niille potilaille, joilla on alhainen toipumismahdollisuus, ja tällä mahdollisesti pystyttäisiin välttämään hoitoresistenssin kehittyminen. Tiedon puute masennuksen monimuotoisuudesta vaikuttaa myös terapeutin työskentelyn tehokkuuteen. Oireiden mukaisten muunnelmien huomiomatta jättäminen, johtaa alidiagnosointiin sekä siihen, että tehokkaita ja täsmällisiä hoitoja ei pystytä tunnistamaan. (Dinga ym. 2018, 1; Marfoli ym. 2021, 2.)

Masennuksen kroonisuus on yhdistetty erilaisiin kliinisiin ja psykologisiin ominaisuuksiin, kuten ahdistuneisuuteen, oireiden pitempään keston, suurempaan oireiden vakavuuteen ja varhaisempaan alkamisikään. Lisäksi persoonallisuuden piirteistä masennuksen kroonistuminen on yhdistetty korkeampaan neuroottisuuteen, alhaisempaan ekstraversioon sekä alempaan tunnollisuuteen. Aiemmat tutkimukset ovat myös osoittaneet, että erilaiset biologiset markerit, kuten tulehdusmerkkiaineet, alhaisemmat D6-vitamiinitasot, alempi kortisonin heräämisvaste ja metabolinen oireyhtymä, liittyvät masennuksen kroonisuuteen. (Dinga ym. 2018, 1.)

### **2.1.2 Ahdistus**

Ahdistuneisuus on yleisimpiä mielenterveysongelmia sekä yleisin psykiatrinen diagnoosiluokka. Lisäksi ahdistuneisuus maailmanlaajuisesti kuudenneksi yleisin työkyvyttömyyden tai invalideetin syy. (Kalkbrenner 2021, 84–85; Pelcovitz ym. 2023, 105–106.)

Ahdistuneisuushäiriötä on selitetty vääristyneillä uskomuksilla ja kognitiivisilla vireillä. Ahdistuneisuushäiriölle on tunnusomaista krooninen ja liiallinen huoli,

jota on vaikea hallita ja siihen liittyy somaattisia oireita, kuten levottomuutta, väsymystä sekä lihasjännitystä. Hoitamattomiin ahdistuneisuushäiriöihin liittyy päihteiden väärinkäyttöä, itsemurhariskiä, toimintakyvyn laskua sekä paniikkikohtauksia ja mielialaoireita. Ahdistuneisuuteen liittyy myös huomattavaa välttämiskäyttäytymistä, viivyttelyä sekä varmistelua. Tähän liittyy myös tarve kontrolloida muiden mielipiteitä itsestä ja toimintojen tarkka suunnittelu. Näillä pyritään välttämään epämiellyttäviä, yllättäviä ja pelottavia tunteita. (Kalkbrenner 2021, 85; Marcotte-Beaumier, Malivoire, Koerner & Ovanessian 2022, 344–349.)

Naisilla todetaan ahdistuneisuushäiriö todennäköisemmin kuin miehillä. Murrosikäiset ovat suurimmassa riskissä ahdistuneisuushäiriön puhkeamisessa ja riski laskee huomattavasti vanhemmalla iällä. Kuitenkin aikuisiässä oireet ovat vakavampia ja hoitoon pääsy heikompaa. Vaikka ahdistuneisuushäiriö aiheuttaa vakavia toimintahäiriöitä ja niiden esiintyminen on suhteellisen yleistä, saa ahdistuneisuus usein riittämätöntä huomiota ja riittävän korkeatasoista hoitoa. Hoidon tulisi olla moniammatillista ja keskittyä varhaiseen tunnistamiseen. (Kalkbrenner 2021, 84–86; Pelcovitz ym. 2023, 105.)

### **2.1.3 Psykoottiset häiriöt**

Psykoosissa ihmisen maailmankuva muuttuu, kun tämä menettää koherenssin tunteensa. Tällöin ihmisen kokemusmaailma ja käsitys itsestä vääristyy sekä tunneilmaisu ja käyttäytyminen muuttuvat. Jokaisen potilaan oirekuva on ainutlaatuinen ja kokemus erilainen. Skitsofrenia on vakava psykiatrinen häiriö tai häiriöryhmä, johon liittyy useita psykoottisia oireita sekä toimintakyvyn laskua. (Saxton 2013; Firmin, Zalzala, Hamm, Luther & Lysaker 2021, 704.)

Vakavista mielenterveysongelmista kärsivillä ihmisillä kuolleisuus on korkeampi kuin koko väestöllä, koska pitkäaikaisissa mielenterveysongelmissa on useita riskitekijöitä. Riskitekijöinä nähdään psykiatristen lääkkeiden haittavaikutukset, tapaturmat sekä itsemurhariski. Suurinta osaa vakavista mielenterveysongelmista kärsivää potilasta, joilla on vakava sairaus, mutta oireet ovat hallinnassa, hoide-

taan perusterveyden huollossa. Perusterveydenhuollon tarjoajat saattavat kuitenkin tarvita lisäkoulutusta varhaisen psykoosin oireista ja läheteprotokollasta. (Saxton 2013; Anderson ym. 2013, 1389.)

Psykoottisista häiriöistä kärsivillä haitalliset elämäntavat, kuten vähäinen liikunta sekä huono ruokavalio, lisäävät riskiä sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin sekä kuoleman riskiä. Psykoottisista häiriöistä kärsivät tupakoivat kaksi kertaa enemmän kuin yleinen väestö ja heidän mahdollisuutensa päästä somaattisen terveydenhuollon piiriin on myös huonompi. On tärkeää, että perusterveydenhuolto pystyy arvioimaan mielentilaa, lääkityksen vaikutuksia ja elämäntapoja. Potilaan mielenterveyttä pohdittaessa on kuitenkin erittäin tärkeää, ettei hänen fyysistä terveyttään jätetä huomiotta. Usein potilaan kontaktit perusterveydenhuoltoon lisääntyvät huomattavasti jo vuosia ennen psykoosidiagnoosin saamista. (Saxton 2013; Chen ym. 2019, 2.) Skitsofreniaa ja psykoosisairautta sairastavat käyttävät myös huomattavasti enemmän alkoholia ja riskirajat ylittäviä määriä (Khadjesari, Hardoon, Petersen, Hamilton & Nazareth 2017, 200).

Psykoosin varhainen tunnistaminen on ensisijaisen tärkeää, koska on havaittu yhteys hoidon viivästymisen ja huonojen hoitotulosten välillä. Hoidon viivästymisen liittyy myös vakavimpiin positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin, huonoon sosiaaliseen toimintakykyyn sekä huonompaan lääkevasteeseen. Keskimääräisesti ensimmäisten psykoosiin viittaavien oireiden alusta hoitoon aikaa kuluu vuosi. Psykoosin esioireita ovat masentunut mieliala, ahdistuneisuus, unihäiriöt, sosiaalinen vetäytyminen, outo käyttäytyminen, epäluuloisuus, toiminnan heikkeneminen ja ärtyneisyys. Lisäksi voi ilmetä heikkoja psykoottisia oireita, jotka eivät kuitenkaan ylitä diagnoosikynnystä. (Anderson 2013, 1389–1390; Chen 2019, 2.)

Psykoosin kehittyminen eroaa miehillä ja naisilla. Miehillä on esimerkiksi todettu enemmän negatiivisia oireita sekä tauti puhkeaa aikaisemmin. Naisilla on enemmän psykoosilta suojaavia tekijöitä ja heidän sosiaalinen toimintakykynsä pysyy parempana ja päihteiden käyttö vähäisempänä psykoosiin sairastuessa. Naisilla kestää usein kauemmin saada psykoosidiagnoosi, vaikka heillä on paljon edeltäviä terveyden huollon käyntejä. Lisäksi, jos esioireissa korostuvat mielialaoireet diagnoosin saaminen on haastavampaa. (Chen 2019, 8; Firmin 2021, 705.)

#### 2.1.4 Päihdehäiriöt

Päihdehäiriöt ovat vakava ja krooninen sairaus ja siihen usein liittyy monia erilaisia terveysongelmia, kuten somaattiset ongelmat, masennus ja heikentynyt elämänlaatu. Päihdehäiriössä ihminen on kyvytön hallitsemaan päihteiden käyttöä ja se vaikuttaa monella tavalla hänen elämään, ihmissuhteisiin sekä ihmiseen itseensä. Potilailla, joilla on päihdehäiriö, on usein vaikeuksia hakea ja saada riittävää apua terveysongelmiinsa ja heillä on usein myös haasteita hoitoon sitoutumisessa. (Levola, Eskelinen & Pitkänen 2020, 128; Er & Buzlu 2022, 2137–2138.) Ihmiset, joilla on ongelmia päihteiden käytön kanssa kärsivät usein myös muista samanaikaisista mielenterveysongelmista. Kaksoisdiagnoosi liittyy vahvasti heikkoon terveyteen ja hyvinvointiin. Kaksoisdiagnoosipotilailla on todennäköisemmin fyysisiä terveyshuolia, itsemurha-ajatuksia ja -käytöstä, sosiaalista eristäytynisyyttä, kodittomuutta, kuin yhdestä sairaudesta kärsivillä. Lisäksi he käyttävät runsaasti erilaisia terveystalvveluita. (Roussy ym. 2015, 1568.)

Masennus on erittäin yleistä päihdehäiriöistä kärsivillä ihmisillä. Päihteiden käyttö voi olla syy psykiatrisiin ongelmiin tai se voi pahentaa niitä. On myös ehdotettu, että päihteiden käyttö on seurausta yrityksestä lääkitä psykiatrista tilaa päihteillä tai he yrittävät täyttää jonkinlaista tyhjiötä elämässään. Tämä on kuitenkin viimeaikaisissa tutkimuksissa saanut kritiikkiä, koska päihteiden käyttö, ainakin alkoholin osalta, näyttäisi altistavan lisääntyneelle masennukselle sekä itsetunto-ongelmille. (Levola ym. 2020, 128; Er ym. 2022, 2137–2138.)

Myös ahdistuneisuushäiriö on hyvin yleinen ihmisillä, joilla on päihdehäiriö. Tutkimuksissa on käynyt ilmi, että 55% alkoholin haitallisen käytön vuoksi hoitoa saaneella potilaalla oli täytynyt myös ahdistuneisuushäiriön diagnostiset kriteerit. Päihdehäiriöistä toipuminen onkin pitkä prosessi, jossa tarvitaan sekä lääketieteellistä, että psykologista tukea. (Levola ym. 2020, 128; Shah ym. 2021, 3056.)

## 2.2 Mielenterveys- ja päihdehäiriöt perusterveydenhuollon sairaanhoitajan vastaanotolla

Psykiatrisissa sairauksissa nopea hoitoon pääsy on ensisijaisen tärkeää ja perustason hoito sekä arvio toteutuvat parhaiten osana perusterveydenhuoltoa terveyskeskuksissa, jossa pystytään huomioimaan kaikki terveysongelmat. Psykiatrisia häiriöitä sairastavilla muu somaattinen hoito on usein puutteellista. Lisäksi on myös huomioitava, että päihderiippuvaisilla riippuvuuden lisäksi on samanaikaisesti usein muitakin psykiatrisia ja fyysisiä ongelmia. (Vorma ym. 2020, 30–31.)

Perusterveydenhuollon hoitajat ovat keskeisessä asemassa mielenterveyden ongelmien tunnistamisessa ja näiden häiriöiden tunnistaminen ja ennaltaehkäisy ovat perusterveydenhuollon vastuulla. Perusterveydenhuollossa asiakkailla on monia terveyshuolia ja heidän ongelmansa ovat monimutkaisia, joten sairaanhoitajalta vaaditaan laajaa tietämystä. Koska psyykkisesti sairaan asiakkaan arviointi on aikaa vievää ja usein vaatii myös konsultaatiota sekä tiimityötä, hoitajien tulisi tuntee olonsa varmaksi omassa ammatissaan, jotta heillä on varmuutta kysyä vaikeista aiheista ja tulkita asiakkaan hienovaraisia vihjeitä. Hoitoa ja arviota usein hankaloittaa resurssien sekä riittävän ajan puute, mutta ammatillisuuden kautta luotu luottamuksellinen suhde potilaaseen auttaa vaikeista aiheista keskustelemista, jolloin potilaalle tulee antaa riittävästi aikaa, jotta he tulevat kuulukuksi. (Janlöv, Johansson & Clausson 2017, 993–994; Karlsson, Hammar & Kers-tis 2021, 156–159.)

Myös itsetuhoisuuden arviointi on keskeisessä osassa mielenterveystyötä. Suu-rella osalla itsemurhan tehneistä viimeinen perusterveydenhuollon käynti oli ollut itsemurha edeltäneen kuukauden aikana, melkein joka toisella edeltäneen viikon aikana. Joka viides oli asioinut terveydenhuollossa itsemurhapäivänä, jolloin vain vajaalle puolelle heistä oli kirjattu hoidon syy. Tämä voi kertoa haasteista tunnis-taa itsemurhavaarassa oleva asiakas. (Partonen, Grainger, Kiviruusu & Suvisaari 2022, 349–350.) Sairaanhoitajilla on riittävästi tietämystä mielenterveysongel-mista, mutta silti heillä on leimauttavia ja kielteisiä asenteita mielenterveysongel-mia kohtaan. Nämä kielteiset asenteet ja tiedon puute hankaloittavat mielenter-veysongelmista kärsivien ihmisten tunnistamista sekä ohjaamista. Tämän vuoksi

lisäkoulutus on erittäin tärkeää, jotta mielenterveyspotilaille pystytään tarjoamaan parasta mahdollista hoitoa. (Gandhi ym. 2019, 2–10.)

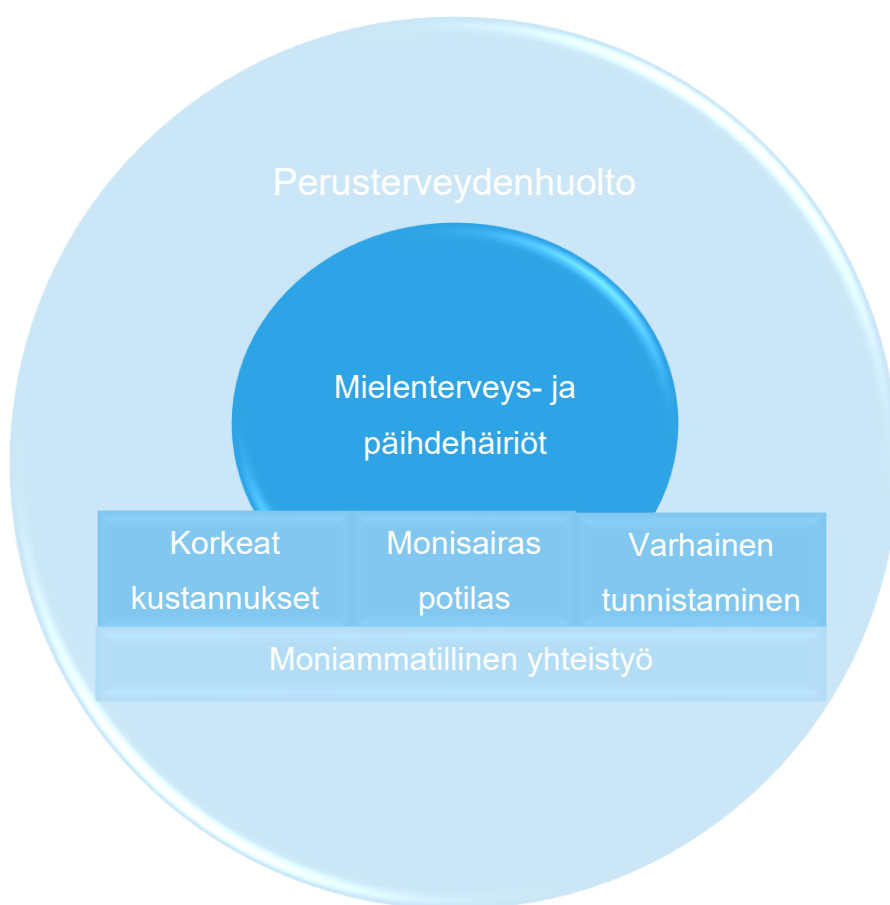
### **2.3 Teoreettisten lähtökohtien yhteenveto**

Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden merkitys yhteiskunnassa korostuu jatkuvasti ja aiheuttaa enenemässä määrin kustannuksia. Yli puolet väestöstä kärsii näistä häiriöistä ja puolet työkyvyttömyyseläkkeistä johtuu mielenterveys- ja päihdehäiriöistä. Masennus on yleisin syy toimintakyvyn menettämiselle, mutta ahdistuneisuushäiriöt, skitsofrenia ja kaksisuuntainen mielialahäiriö ovat 20 suurimman sairaustaan joukossa maailman laajuisesti. (Halcomb ym. 2018, 64; Vormaa ym. 2020 3–11.)

Riippuvuuden sekä lääkkeiden ja päihteiden haitallinen käyttö kuuluvat mielenterveyshäiriöiden diagnoosiryhmään ja usein ihmisillä, joilla on päihdeongelma, on myös mielenterveydellisiä haasteita. Tämä luo lisäpainetta terveydenhuollolle, koska kaksoisdiagnosoiduilla potilailla on usein enemmän terveydellisiä huolia. (Roussy ym. 2015, 1568; Vormaa ym. 2020, 14–15.) Hoitamattomana masennushäiriöihin liittyy paniikkikohtauksia, päihteiden väärinkäyttöä, työkyvyn heikkene mistä sekä sydän- ja verisuonitautien lisääntymistä. Alihoidetut ja tunnistamattomat ahdistuneisuushäiriöt, johtavat taas ajan kuluessa korkeamman tason hoidon tarpeeseen ja korkeaan toimintakyvyn laskuun. (Dinga ym. 2018, 1: Kalkbrenner 2021, 84.)

Vakavissa mielenterveyshäiriöissä kuolleisuus on korkeampi kuin yleisessä väestössä ja heidän somaattinen hoito puutteellista. Suurinta osaa sairauden vaakaassa vaiheessa olevaa potilasta hoidetaan perusterveydenhuollossa, jolloin voinnin vaihtelun tunnistaminen olisi avain asemassa. Nopea hoitoon pääsy onkin avain asemassa, mutta perusterveydenhuollon henkilökunta tarvitsee tähän kuitenkin lisäkoulutusta. (Saxton 2013; Anderson 2013, 1389; Vormaa ym. 2020, 30–31.)

Hoitajat ovat keskeisessä roolissa mielenterveys- ja päihdehäiriöiden oirehdinnan tunnistamisessa, mutta he kokevat oman kompetenssinsa tähän riittämättömiksi. Perusterveydenhuollon sairaanhoitajalta tarvitaan laajaa osaamista sekä moniammatillista tiimityötä mielenterveys ja päihdepotilaiden hoidossa. Myöskin oireiden tunnistamisen lisäksi oirehdinnan pahenemisen ennaltaehkäisy on keskeisessä asemassa perusterveydenhuollossa. (Janlöv ym. 2017, 993–994.)



KUVIO 1. Teoreettisten lähtökohtien yhteenveto.

### 3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla yhden kunnan perusterveydenhuollon vastaanoton sairaanhoitajien kokemuksia mielenterveys- ja päihdepotilaiden kohtaamisesta vastaanotolla. Tutkimuksen tavoitteena on selkiyttää mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidon porrastusta.

Tutkimuskysymykset:

1. Miten perusterveydenhuollon vastaanoton sairaanhoitajat kokevat mielenterveys- ja päihdepotilaiden ohjaamisen ja arvioinnin?
2. Millaisena perusterveydenhuollon vastaanoton sairaanhoitajat kokevat oman mielenterveys- ja päihdehoitotyön osaamisensa?
3. Millaisia kokemuksia perusterveydenhuollon vastaanoton sairaanhoitajilla on mielenterveys- ja päihdepotilaiden jatkohoitoon ohjaamisessa?

## 4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

### 4.1 Laadullinen tutkimus

Opinnäytetyössä käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää, koska tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita sairaanhoitajien kokemuksista mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohtaamisesta sekä sairaanhoitajien osaamisesta. Tämän pohjalta ilmiöön halutaan tuoda uutta näkökulmaa. Laadullisessa menetelmässä korostuu juuri ihmisten kokemusten ja tulkintojen tutkiminen sekä halu ymmärtää ilmiötä tutkimuskohteen näkökulmasta. Laadullisen tutkimuksen käyttöaiheita voi olla alueet, joista ei ole vielä tietoa ja uutta ilmiötä halutaan käsitteellistää tai kuvata. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 74; Elo, Kajula, Tohmola & Kääriäinen 2022, 216.)

Laadullinen tutkimus ei pyri yleistettävyyteen ja tutkittavaa ilmiötä tarkastellaan sen luonnollisessa ympäristössä. Tutkimus auttaakin antamaan ymmärrystä inhimillisiin ilmiöihin juuri koetussa tilanteessa. Tutkijalta vaaditaan kohderyhmän tuntemista, koska kokemukset ja käsitykset ovat sidoksissa tilanteisiin ja kulttuuriin. Kohderyhmä ja konteksti on myös pystyttävä kuvailemaan riittävän tarkasti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 67; Bengtsson 2016, 8; Vilka 2021, 105.)

### 4.2 Teemahaastattelu

Opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua, joka toteutettiin yksilöhaastatteluna. Käytettävä menetelmä nousee tutkimuskysymyksestä ja haastattelu on aineistonkeruumenetelmänä tehokas keino saada tietoa osallistujien omista tuntemuksista, arvoista ja uskomuksista heidän omin sanoin. Haastattelussa onkin tärkeää saada mahdollisimman paljon tietoa halutuista aiheista ja haastateltavalle voikin antaa aiheet tutustuttavaksi etukäteen. Haastateltavalle tuleekin antaa mahdollisuus esittää kysymyksiä ennen haastattelua ja

heille tulee tarjota tietoa tutkimuksesta. Haastateltavilla on myös oltava mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta tai perua osallistumisensa. (Saldana 2011, 32; Tuomi & Sarajärvi 2018, 64.)

Ennen haastatteluja haastateltavien kanssa käytiin vielä läpi tutkimuksen tiedote sekä tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet. Heidä myös informoitiin heidän oikeudesta perua osallistumisensa missä kohtaa tutkimusta tahansa sekä tietosuojasta. Haastateltavat antoivat tietoisesti suostumuksen allekirjoitettuna. Osallistumisen tulee perustua tietoiseen suostumukseen, jolloin osallistujan on ymmärrettävä tutkimuksen luonne sekä kuinka kerättyä aineistoa käsitellään. Hänen tulee olla myös tietoinen eettisistä lähtökohdista sekä mahdollisuudesta keskeyttää tutkimus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 219.)

Teemahaastattelu voidaan valita aineistonkeruumenetelmäksi, kun kirjallisuuteen perustuvat tiedonhaun pohjalta aiheesta tiedetään jo jonkin verran. Tämä mahdollistaa haastattelun teemojen tarkoituksen mukaisen muodostamisen. Aikaisempaan tutkimuskirjallisuuteen on kuitenkin tutustuttava huolellisesti, jotta teemat perustuvat tutkittuun tietoon. (Palonen & Kylmä 2022, 285–256.) Opin- näytetyön aihealuetta on jo tutkittu aikaisemmin jonkin verran, joten teemahaastattelu oli luonnollinen valinta aineistonkeruumenetelmäksi. Teemat nousivat tehdystä kirjallisuuskatsauksesta sekä tutkimuskysymyksistä.

Teemahaastattelussa edetään etukäteen asetettujen teemojen mukaisesti, jotka ovat nousseet tutkimuksen tarkoituksesta ja tutkimuskysymyksistä. Vastausten perusteella voidaan esittää joustavasti tarkentavia kysymyksiä, jotta löydetään merkityksellisiä vastauksia tutkimuskysymykseen. Tarkentavien kysymyksien avulla myös varmistetaan, että haastateltavalla ja haastattelijalla on sama käsitys aiheesta ja esitetyistä kysymyksistä, väärinymmärryksiä välttämiseksi. (Saldana 2011, 32; Tuomi & Sarajärvi 2018, 65; Vilkkä 2021, 104–103.)

Opinnäytetyössä teemahaastattelu mahdollisti hoitajille vapaan kerronnan kokemuksistaan. Haastattelutilanteessa kuitenkin esitettiin teemojen lisäksi tarkentavia kysymyksiä ja vuorovaikutus oli luontevaa haastateltavien ja opinnäytetyön

tekijän välillä. Haastattelun tulee kuitenkin perustua tutkimussuunnitelmaan ja tutkijan on valmistauduttava haastattelutilanteeseen huolellisesti (Palonen & Kylmä 2022, 285).

### 4.3 Tutkimuksen kohderyhmä ja aineiston keruu

Laadullisessa tutkimuksessa otos ei ole sattumanvarainen vaan on pohdittava, ketkä ovat tutkimukseen soveltuvia ja antavat olennaisia vastauksia tutkimuskysymyksiin. Tutkimukseen pyritään löytämään henkilöitä, jotka edustavat ilmiötä mahdollisimman laajasti ja monipuolisesti, jotta aiheesta saadaan edustava yleiskuvaus. (Saldana 2011, 33; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 67.)

Haastateltavat rekrytoitiin perusterveydenhuollon sairaanhoitajien vastaanoton hoitajista. He saivat tiedotteen tutkimuksesta sekä opinnäytetyön tekijä oli kertomassa tutkimuksesta osastotunnilla, jossa halukkaat saivat esittää kysymyksiä. Tämän jälkeen perehdyttyään tutkimustiedotteeseen ja tietosuojailmoitukseen sekä tutkimussuunnitelmaan, halukkaat osallistujat saivat ilmoittautua opinnäytetyön tekijälle. Haastateltavien ammattinimikkeitään olivat joko sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja ja he työskentelivät lääkärin ja hoitajien vastaanotolla tai kiirevastaanotolla.

Haastateltavien lopullinen määrä ratkeaa tiedon tarpeen perusteella, jotta tutkimuskysymykseen voidaan vastata riittävällä varmuudella. Määrän sijaan aineiston laatu ja riittävyttä voidaan arvioida saturaation avulla. Saturaatiolla tarkoitetaan, että aineisto alkaa toistamaan itseään, eikä uusilla haastatteluilla saada enää aiheesta uutta tietoa. Tämä edellyttää, että tutkija tietää, mitä hän tutkimusaineistolta hakee ja tutkimusongelma on täsmällinen. (Bengtsson 2016, 10; Tuomi & Sarajärvi 2018, 73; Vilka 2021 121–122.) Haastatteluja toteutui kahdeksan kappaletta ja aineiston saturaatio saavutettiin.

Haastattelut voidaan toteuttaa yksilöhaastatteluna, jolloin saadaan parhaiten tietoa haastateltavan omakohtaisista kokemuksista. Ryhmähaastattelu puolestaan sopii yhteisön näkemysten tarkastelemiseen. Haastattelutilalla on myös vaikutus haastattelun onnistumiseen ja mahdolliset häiriötekijät on suljettava tilanteesta

pois. Lisäksi tutkijan on pyrittävä pitämään haastattelutilanne rentona, sillä tunnelmalla on suuri vaikutus, kuinka rikas aineisto on mahdollista saada. (Vilka 2021, 99–107; Palonen & Kylmä 2022, 290.) Haastattelut toteutettiin yksilöteemahaastatteluina tutkijan työhuoneessa, joka rauhoitettiin tätä käyttöä varten. Haastattelut etenivät rauhallisesti ja sujuvasti aiemmin suunniteltujen teemojen mukaan. Haastattelut nauhoitettiin ja äänitiedostot tallennettiin ja nimettiin niin, ettei henkilötietoja ollut näkyvissä missään vaiheessa. Vain opinnäytetyön tekijä pääsi tarkastelemaan haastatteluaineistoa. Nauhoitettua materiaalia kertyi 3 tuntia 32 minuuttia. Lyhin haastattelu oli kestoaltaan 27 minuuttia ja pisin 42 minuuttia.

#### **4.4 Aineiston analyysi**

Haastatteluaineisto kirjoitetaan auki eli litteroidaan mahdollisimman tarkasti, jotta puheen merkitys ei muutu. Usein aineiston analyysia tapahtuu samanaikaisesti aineiston keruun ja litteroinnin kanssa, joka mahdollistaa tarvittaessa myös aineiston täydentämisen. Jos tutkimuksen tekijä itse kirjoittaa aineiston auki, hän samalla perehtyy materiaaliin ja saa siitä kokonaiskuvan, tämä auttaa myöhemässä analyysissä. (Saldana 2011, 90; Vilka 2021, 110–111.) Nauhoitettu aineisto litterointiin tarkasti auki tutkijan toimesta ja litteroitua aineistoa kertyi yhteensä 39 sivua Word asiakirjoina fonttikoolla 12, rivivälillä 1,5.

Sisällönanalyysissä etsitään merkityssuhteita ja kokonaisuuksia, ja sen voi tehdä teorialähtöisesti tai aineistolähtöisesti. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä tutkija pyrkii löytämään aineistostaan tyypillisen logiikan tai kertomuksen. Valmista analyysirunkoa ei ole vaan tutkija tuottaa sen aineistonsa perusteella. (Vilka 2021 131; Elo ym. 2022, 218.)

Analyysin aluksi on päätettävä analyysiyksikkö, joka voi olla lause, sana tai ajatuskokonaisuus (Elo ym. 2022, 219). Tässä opinnäytetyössä analyysiyksiköksi valittiin ajatuskokonaisuus. Aineistosta karsitaan tutkimusongelman kannalta epäolennainen tieto, etsimällä relevantteja alkuperäisilmauksia. Ilmaisista muodostetaan pelkistyksiä, niin että ilmaisu tiivistetään, mutta olennainen sisältö säilyy. On huomioitava, että ajatuskokonaisuus voi olla useamman lauseen mittai-

nen ja yhdestä kokonaisuudesta voi muodostua useampia pelkistysiksiä. Pelkistysien määrä kertoo aineiston rikkaudesta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167–169; Elo ym. 2022, 219.)

Litteroitu aineisto luettiin useaan kertaan ja siitä etsittiin värikoodien avulla tutkimuskysymyksiin vastaavia alkuperäisilmaisuja. Tämän jälkeen alkuperäisilmaukset koottiin tutkimuskysymyksittäin ja jokaisesta ilmaisusta muodostettiin pelkistykset. Pelkistysiksiä muodostui yhteensä 474 kappaletta, joista ensimmäiseen tutkimuskysymykseen 210 kappaletta, toiseen 142 kappaletta ja kolmanteen 122 kappaletta.

Samaa kuvaavat pelkistykset yhdistetään samaan luokkaan, jolle annetaan mahdollisimman kuvaava nimi. Tutkija itse päättää millä perusteella pelkistykset kuuluvat samaan luokkaan ja tämä onkin analyysissä kriittinen vaihe. Analyysiä jatketaan yhdistämällä samansisältöisistä alaluokista yläluokkia ja nimeämällä ne kuvaavalla tavalla. Luokat tulee nimetä mahdollisimman tarkasti ja kuvaavasti. Yläluokat voidaan edelleen yhdistää pääluokaksi. Näiden luokkien avulla vastaan esitettyihin tutkimuskysymyksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 85–86; Elo ym. 2022, 220.)

Seuraavaksi näistä pelkistysiksiä muodostettiin alaluokat sekä yläluokat. Alaluokkia muodostui yhteensä 86 kappaletta, joista ensimmäiseen 38 kappaletta, toiseen 22 kappaletta ja kolmanteen 26 kappaletta. Yläluokkia muodostui yhteensä 19 kappaletta, joista ensimmäiseen 9 kappaletta, toiseen 5 kappaletta ja kolmanteen 5 kappaletta. Toisen ja kolmannen tutkimuskysymyksen kohdalla analyysi vastasi tutkimuskysymykseen yläluokkatasolla, joten analyysi päätettiin. Ensimmäinen tutkimuskysymys eteni pääluokkatasolle, ja pääluokkia muodostui 3 kappaletta. Taulukossa 1 on esitetty sisällönanalyysin eteneminen.

TAULUKKO 1. Sisällönanalyysin eteneminen

Alkuperäisilmaisu	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
<i>" se vähän jäi sitten kun ei hän suostunut mihinkään. Olis halunnut auttaa mutta kun ei käynyt mikään. Se jäi vähän ilmaan roikkumaan"</i>	Haluaisi auttaa, mutta ei ota apua vastaan.	Asiakkaalla ei ole motivaatiota hoitoon	Vaativa potilasryhmä	<b>Useita kuoromitustekijöitä mielen-terveys- ja päihde-työssä</b>
<i>"Sitten mä olin ihan plääh sen jälkeen. Se imi kaikki voimat minusta, tuntui että sen jälkeen oli ihan puhki, vaikka oli vaan se yks ihminen siinä."</i>	imevät kaiken voiman	Kuormittavuus mielen-terveys- ja päihdetyössä	Psyykkisesti raskasta työtä	

## 5 TULOKSET

### 5.1 Perusterveydenhuollon vastaanoton sairaanhoitajien kokemuksia mielenterveys- ja päihdepotilaiden ohjaamisesta ja arvioinnista

Ensimmäiseen tutkimuskysymykseen vastaanoton sairaanhoitajien kokemuk-  
sista nousi esille mielenterveys- ja päihdehoitotyön useat kuormitustekijät, mie-  
lenterveys- ja päihdehoitotyötä tukevat tekijät sekä haasteellisuus toteuttaa mie-  
lenterveys- ja päihdetyötä osana somaattista hoitoa. Taulukossa 2. näkyvät en-  
simmäiseen tutkimuskysymykseen muodostuneet pääluokat sekä yläluokat. Liit-  
teessä 4 on kuvattu sisällönanalyysin muodostuminen alaluokista lähtien.

TAULUKKO 2. Sairaanhoitajien kokemuksia mielenterveys- ja päihdepotilaiden  
ohjaamisesta ja arvioinnista.

Pääluokka	Yläluokka
<b>Useita kuormitustekijöitä mielenterveys- ja päihdehoitotyössä</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psyykkisesti raskasta työtä</li> <li>• Vaativa potilasryhmä</li> <li>• Empatian tarve työssä</li> </ul>
<b>Haasteena osana somaattista hoitoa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Haasteita mielenterveys- ja päihdehoito- työn toteuttamisessa</li> <li>• Mielenterveys- ja päihdehoitotyö osana somaattista hoitoa</li> <li>• Tarve yhteistyön kehittämiseksi somatii- kan ja mielenterveys- ja päihdetiimin vä- lillä</li> </ul>
<b>Mielenterveys- ja päihdehoitotyötä tukevat tekijät</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Roolit vastaanotolla</li> <li>• Vahvuudet arvioinnissa</li> <li>• Mielenterveys- ja päihdehoitotyön palkitsevuus</li> </ul>

### 5.1.1 Mielenterveys- ja päihdehoitotyössä useita kuormitustekijöitä

Mielenterveys- ja päihdehoitotyö koettiin psyykkisesti raskaaksi. Sairaanhoitajien tuntemuksien mukaan potilaat kokivat usein jäävänsä ilman tarvitsemaansa apua, vaikka heillä usein oli enemmän tukiverkkoa kuin monella muulla potilasryhmällä. Hoitajat kokivat turhautuneisuuden tunteita sekä väsymistä. Hoitajia harmitti, jos potilaat eivät sitoutuneet hoitoon eivätkä ottaneet apua vastaan. Tämä loi tunnetta, ettei tehdyllä työllä ole merkitystä. Lisäksi mielenterveys- ja päihdepotilaiden haasteisiin täytyi käyttää keskimääräistä enemmän aikaa ja, jos työ ei tuottanut tulosta, hoitajat kokivat, että käytetty aika oli mennyt hukkaan.

*”Ja sitten päihdepuolen ihmisistä mulla on jotenkin tullut sellainen, että he on aika vaativa potilasryhmä. On mielenterveyspuolenkin potilaat, koska musta tuntuu ainakin, että ne potilaat itse kokee jäävänsä ilman apua, vaikka ne saa ne ihmiset paljon enemmän apua kuin moni muu ryhmä, niin mä koen että sen on sillain vähän hankala.”*

Sairaanhoitajat kokivat, että heillä olisi mielenterveys- ja päihdepotilaille annettavaa, mutta kokivat asiakasryhmän ja käsiteltävät asiat liian raskaiksi. Potilaat vievät paljon voimavaroja ja vastaanoton jälkeen olo on väsynyt ja uupunut. Lisäksi voimattomuuden tunteita aiheutti se, että potilasta haluaisi auttaa enemmän kuin itse pystyy. Sairaanhoitajista tuntuisi raskaalta toteuttaa useita mielenterveys- tai päihdepotilaiden vastaanottoja päivässä eikä tätä työtä pystyisi tekemään. Nuorten pahoinvointi ja syrjäytymisvaara koettiin kaikista pysäyttävimmäksi.

*”Jotenkin mä niinkun kuvittelin, että mulla niille olis jotain annettavaakin, mutta silti mä koen ne hirveen raskaiks. Kun joku masennuspotilas istui siinä, niin sitten mä olin ihan plääh sen jälkeen. Se imi kaikki voimat minusta, tuntui että sen jälkeen oli ihan puhki, vaikka oli vaan se yks ihminen siinä. Ja jotenkin silti oli semmonen voimaton olo, niinku että olis enemmän halunnut auttaa mihin pysty.”*

Sairaanhoitajat kertoivat, että he kokevat mielenterveys- ja päihdeasiakkaat vaativina. Haasteina he kokivat tilanteet, joissa potilailta on vaadittu omaan hoitoonsa sitoutumista ja he vaativat samanlaista täsmällisyyttä henkilökunnalta. Kuitenkin sairaanhoitajat kertoivat, että työssä potilaita on paljon, tilanteet saattavat muuttua nopeastikin ja aikataulut venyä ja tämä on aiheuttanut konfliktia. Lisäksi koettiin, että potilaat eivät jaksaa odottaa vaan haluavat apua nopeasti ja tähän tarpeeseen ei pystytä vastaamaan. Samalla ristiriitaa aiheuttaa ymmärrys asiakkaan huonosta olostasi siitä, että apua tarvitsisi heti. Hoitajat toivat myös esille varovaisuutta kohtaamisissa, koska he pelkäsivät potilaan suuttuvan, jos hoitaja sanoo, ettei tässä asiassa pystytä auttamaan. Haastatteluissa nousi myös esille, että aiemmin työssä koettujen negatiivisten kokemusten vuoksi päihtyneistä asiakkaista on jäänyt pelkoa. Hoitajat kertoivat myös, että aikaisemmat mieleen jääneet negatiiviset kokemukset vaikuttivat edelleen ja päihdepotilaiden kohtaaminen tuntui haastavalta. Kuitenkin hoitajat korostivat, että potilaita ei voi valikoida ja kaikkia potilaita tulee hoitaa tasa-arvoisesti eivätkä nämä haasteet näy hoidossa.

*”Välillä just tulee semmonen väsyminen siihen, että tekis mieli sanoa, että etkö sä näe, että täällä on muutakin tätä touhua.”*

*”...ja siitä on jäänyt päihdeasiakkaista sellainen peikko.”*

Hoitohenkilökunta koki haastavana myös sen, ettei potilas ota apua vastaan, vaikka tätä haluaisi auttaa tai asiakas ei suostu mihinkään tarjottuihin toimiin. Jos potilaalla ei ole motivaatiota, häntä ei voi väkisin auttaa. Myöskin ongelmalliseksi koettiin tilanteet, joissa potilas ei koe itse ongelmaksi päihteiden käyttöönsä, vaikka tämä vaikuttaa hänen terveyteensä. Sairaanhoitajat pohtivat, että syy vaikeuteen sitoutua somaattisen perussairauden hoitoon, voi olla haaste mielenterveyden ongelman kanssa.

Lisähaastetta tuo, jos potilas on tullut päihtyneenä vastaanotolle, jolloin keskustelu ja hoidollisten linjauksien tekeminen on vaikeaa tai turhaa. Usein potilas näissä tilanteissa itsekin on kärsimätön ja vastaanotto jää kesken. Hoitajat pohtivat, miksi ihminen tekee valinnan, että tulee vastaanotolle päihtyneenä ja kuinka

paljon se vie resurssia tuottamatta kuitenkaan hoidollista tulosta. Hoitoon hakeutuessa oli joskus vaikea arvioida, mikä on hoidon todellinen tarve vai onko hoitoon hakeutumisen takana esimerkiksi lääkehakuisuus. Välillä potilaat myös kertovat avoimesti muualla saamasta huonosta hoidosta ja tämä aiheutti epäilystä voiko aina potilaan sanaan luottaa. Myöskin epävarmuus siihen voiko käytettyihin mittareihin, kuten esimerkiksi BDI ja AUDIT, tuolloin luottaa ja mitä potilas oikeasti ajattelee.

*”Miks hän itse teki sen valinnan, että tuli ylipäättään miksi tulevat päihtyneenä vastaanotolle ja sinänsä kuinka paljon se työllisti sitä resurssia ja toisaalta se on aika turhauttavaa.”*

Sairaanhoitajat kokivat, että mielenterveys- ja päihdehoitotyössä vaaditaan enemmän empatiaa. Hoitajilla oli halu auttaa potilasta ja vaikka potilas tulisi vastaanotolle päihtyneenä tämän tulisi saada apua, silloin kun on sitä tullut hakemaan. Tähän tarvittaisiin omat selkeät rakenteet. Myöskin esille nousi halu paneutua syrjäytymisvaarassa olevien potilaiden asioihin heidän auttamiseksi. Sairaanhoitajat kokivat, että yleensä päihdeiden käyttöön on vain ajauduttu ja potilaalla on usein jokin syy päihdeitä käyttää. Hoitajat pyrkivät kannustamaan potilaita ja löytämään pienenkin onnistumisen ja kehua siitä, jotta potilas voimaantuisi omaan hoitoonsa.

*”Mä kuitenkin koitan aina ajatella, niinkun jonkun päihdepotilaan kohdallakin, että kyllä siihen joku syy siihen on, että miks se käyttää niitä tai miks se on ajautunut siihen tilanteeseen missä se on.”*

*”Ovat vaan jotenkin syrjäytyneitä, heihin on halu pureutua, että sais takaisin raiteilleen.”*

Sairaanhoitajat kertoivat, että pyrkivät suhtautumaan ihmisiin tasa-vertaisesti vastaanotolla, oli potilaan tausta millainen tahansa ja kaikkia hoidetaan tasa-arvoisesti. Hoitajat korostivat, että kaikilla ihmisillä tulisi olla tunne, että he ovat saman arvoisia ja, että häntä halutaan auttaa. Sairaanhoitajat kokivat mielenterveys- ja päihdehoitotyössä tilanteeseen rauhoittumisen erityisen tärkeäksi sekä potilaan kannattelun vaikean tilanteen yli. Potilaan tilanteeseen tulisi asettua ja

aidosti kuunnella mitä tällä on kerrottavaa. Usein tähän riittää kahden ihmisen aito kohtaaminen. Harmilliseksi koettiin, että valitettavasti tällainen ei ole mahdollista päivystyksellisessä työssä.

### 5.1.2 Haasteena osana somaattista hoitoa

Sairaanhoitaja toivat esille erilaisia haasteita mielenterveys- ja päihdehoitotyön toteuttamisessa vastaanotolla. He kertoivat epävarmuuden tunteesta sekä virhearvioinnin pelosta. He saattoivat huolestua tarpeettomista asioista tai sitten tuntee huolta siitä, että jättävät jonkin tärkeän seikan huomioimatta. Hoitajat kuvasivat huojennuksen tunnetta, kun potilaalla oli olemassa oleva hoitokontakti mielenterveys- ja päihdepalveluissa. He kuitenkin kokivat, että tekevät voitavansa ja toivoivat sen tuottavan tulosta. Hoitajat toivoivat apua tilanteen arvioinnissa ja oikeaan hoitopaikkaan ohjaamisessa. Myös puhelimesta tilanteen arviointi koettiin vaikeaksi. Hoitajat myös kokivat päihteiden käytön tiedustelun hankalana, vaikka he tiesivät, että päihteistä tulisi puhua suoraan. Varsinkin tarkkojen alkoholin käyttömäärien tiedustelu koettiin vaikeana. Monella oli myös kokemus, varsinkin iäkkäiden ihmisten kohdalla, että nämä loukkaantuivat alkoholin käytöstä kysyttäessä. Osa hoitajista kertoi, ettei koe erityistä mielenkiintoa mielenterveys- ja päihdehoitotyötä kohtaan.

*”Saattaa huolestua asioista, joista ei välttämättä tarvis tai sitten jää huomioimatta semmosia mitkä olis voinut huomioida.”*

*”Mun on kauheen vaikee tivata, että paljonko sä juot ja millasta sä juot, juoks sä viinaa vai kaljaa. Vaikka se pitäs, tiedän että se pitäis kysyä ihan selkeesti, asioiden oikeilla nimillä eikä kierrellä ja kaarella.”*

Haastatteluissa nousi esille sairaanhoitajien kokemus siitä, että mielenterveys- ja päihdepotilaille ei ole riittävästi aikaa keskustella, paneutua potilaan tilanteeseen ja sen arviointiin. Puolen tunnin vastaanottoajat koettiin liian lyhyiksi, joten usein tarvitaan useampi vastaanotto. Tilanteet, joissa ongelma mielenterveyden tai

päihteiden kanssa on tullut esille vastaanotolla muun työn ohella, koettiin vaikeiksi. Usein asiakkaiden tilanteet olivat niin monimutkaisia, että sen selvittäminen vaati paljon hoitajan aikaa ja varsinaiselle asialle, jonka vuoksi potilas oli vastaanotolle tullut, jäi vain vähän aikaa. Tämä ajan riittämättömyys koettiin suurena haasteena. Hoitajat toivoivat, että näille potilaille olisi enemmän aikaa, koska heitä haluaisi myös auttaa.

*”Mielenterveyspotilas asiakkaana on, vastaanotto tulee heti olemaan pidempiaikainen, eli jos ajatellaan, että meidän pitäisi suht nopeasti toimia, niin se jo on liian suuri haaste.”*

*” Olis joskus kiva jos olis joskus pieni aika, mutta sitä ei ole.”*

Sairaanhoitajat nostivat esiin, kuinka mielenterveys- ja päihdepotilailla on usein vähemmän voimavaroja verrattuna muihin potilasryhmiin. Vähäiset voimavarat taas heijastuvat somaattisten sairauksien hoitoon ja tämä näkyy huonona hoitotasapainona. Sairaanhoitajat kertoivat, että he yrittävät kuunnella potilasta ja mukauttavat hoitoa tämän jaksamisen mukaan. Sairaanhoitajat oivat huolissaan potilaan voimavaroista myös hoidon tarvetta arvioidessa. Potilas joutuu usein kertomaan tarinansa monelle eri henkilölle ja sairaanhoitajat ymmärsivät tämän tuntuvan uuvuttavalta ja olivat huolissaan jaksako potilas enää kysymyksiin vastatailla.

*”Mulle tulee joskus sellanen olo, että kauanko se toinen pää jaksaa mulle vastata, koska mulla on oletus, että hän joutuu tän saman puhuun monessa eri paikassa, ja ei se ole kauheen kivaa kun voimavarat on vähissä ja joko mä taas aloitan alusta.”*

*”Haasteita tulee siitä, että usein mielenterveyspotilaan, kun se psyykkinen vointi menee heikommaksi, niin sitten se jaksaminen hoitaa sitä diabetesta heikkenee. Siinä on sitten sellanen kierre valmiina, kun ne voimavarat ei riitä siihen diabeteksen hoitoon, sokerit menee heikommalle tasolle ja se taas heikentää sitä psyykkistä vointia.”*

Sairaanhoitajat kertoivat, että mielenterveys- ja päihdehoitotyötä sekä arviointia tehdään samalla osana somaattista hoitoa. Mielenterveys- ja päihdepotilaita on paljon muiden potilaiden joukossa. Vastaanotolla näkyi, että mielenterveyden haasteiden kanssa kamppailevat ovat kasvava potilasryhmä ja tämä ilmenee esimerkiksi, että potilailla on useammin myös psyykelääkitystä tai asiakkaan taustalta voi löytyä paljonkin päihteiden käyttöä. Usein avun tarve tulee esille vastaanotolla muun työn ohessa. Potilaat tulevat jollain somaattisella tulosyylä ja tuovat samalla itse ilmi haastavaa tilannettaan. Taustalta voi löytyä mielenterveyden ongelmaa tai vaikeaa elämän tilannetta, joka tulee hallitsevana vastaanotolla esille.

Sairaanhoitajat toivat esille, että mielenterveys- ja päihdepotilailla on myös paljon muita somaattisia sairauksia, joita vastaanotolla hoidetaan. Samalla vastaanotolla tulee luonnostaan arvioitua myös psyykkistä vointia sekä päihteiden käyttöä ja pohdittua lisätuen tarvetta. Kokemuksen kautta tästä oli tullut rutiinia. Varsinkin tupakointi, alkoholi ja painoon sekä elintapoihin liittyvä kartoitus osana muuta työtä oli luonnollista tehdä. Samalla voi nousta tunne, että ihminen tarvitsisi apua. He korostivat, että ihmiset ovat usein monisairaita ja mielenterveyden huomioiminen on tärkeää somaattisen sairauden hoidossa. Heikko psyykinen vointi vaikuttaa fyysiseen vointiin ja tämän huono tasapaino vaikuttaa taas psyykkiseen vointiin, näin muodostuu oireiden kehä. Mieliala ja jaksaminen vaikuttaa myös paljon siihen, että somaattisen sairauden hoidossa päästään eteenpäin.

Sairaanhoitajat kertoivat, että kokemuksen kautta on tullut rohkeutta kysyä päihteiden käytöstä ja tämä on helppo ottaa puheeksi, jos päihteiden käyttö vaikuttaa somaattisen sairauden hoitoon. Lisäksi Audit-kyselyn täyttämisen helpottaa puheeksi ottoa. Päihteiden käytöstä puhuttiin vastaanotolla ja kannustettiin vähentämään siinäkin tapauksessa, vaikka potilaalla olisi hoitokontakti mielenterveys- ja päihdepalveluihin. Sairaanhoitajat kuitenkin havainnoivat potilasta vastaanotolla jatkuvasti ja käyttivät tätä arvioinnin välineenä.

*”Toki mielenterveys potilaillakin on erilaisia vaivoja, minkä vuoksi he tulee tonne vastaanotolle, pistoksia tai haavoja tai muita perussairauksia mitä seurataan. Siinä tulee jonkin verran arvioitua ja saattaa*

*olla esimerkiksi ongelmia jonkun hoitoon sitoutumisen kanssa just sitten mikä liittyy siihen mielenterveysongelmaan.”*

*”Toinen asia on, jos ollaan diabeteksen tai verenpaineen kanssa esimerkiksi tekemisissä, koska tietää että ne vaikuttaa, niin silloin tulee kysyttyä päihteistä.”*

Sairaanhoitajat toivat esille tarpeen yhteistyön kehittämiseksi mielenterveys- ja päihdetiimin kanssa potilaiden arvioinnissa ja hoidossa. He kokivat mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoitoketjut toimimattomiksi. Sairaanhoitajilla oli kokemus, että potilas joutuu toistamaan samaa asiaa useassa eri paikassa ja toisaalta potilas ei saa tarvitsemaansa hoitoa silloin, kun on itse siihen valmis. Sairaanhoitajat toivoivat, että yhdessä tiimit voisivat pohtia, miten yhteistyötä ja prosesseja pystyttäisiin tehostamaan ja kehittämään. Lisäksi he toivat esille, että vaikka hoitavat samoja potilaita mielenterveys- ja päihdetiimin kanssa, tieto hoidosta ei liiku sujuvasti tiimien välillä. Sairaanhoitajat myös kaipasivat selkeitä hoitomalleja ja hoitolinjauksia potilaiden hoidossa. Tämä helpottaisi itsenäisesti tehtävää vastaanottotyötä ja toisi varmuutta ratkaisujen tekemiseen. He myös toivoivat moniammatillisen yhteistyön kehittämistä. Potilaiden hoito on usein monimutkaista ja he korostivat, että ihminen on kokonaisuus ja tämän hoidossa tarvittaisiin moniammatillista osaamista.

*”Me ei tiedetä mitä tapahtuu mielenterveyspuolella ja mielenterveyspuolella ei tiedetä miten meillä, että tavallaan se yhteistyön toimiminen, se on monen potilaan kohdalla.”*

*”Olis hyvä, että meillä olis tietyt hoito-ohjeistukset ja sellaiset mallit, että se olis parempi se yhteistyö, että sitä kehitettäis.”*

### **5.1.3 Mielenterveys- ja päihdetyötä tukevat tekijät**

Sairaanhoitajat kertoivat, että onnistuneella vastaanotolla hoitajalla ja potilaalla on selkeät omat roolit. Sairaanhoitajat näkivät oman roolinsa mielenterveys- ja

päihdepotilaiden hoidossa enemmän valmentajana kuin hoitajana. Sairaanhoidaja antaa impulsseja ja ohjaa potilasta, jolloin potilas voimaantuisi omaan hoitoonsa. He korostivat, että asioita ei tehdä potilaan puolesta ja tietoa ei valmiiksi syötetä potilaalle, vaan potilaan oma aktiivisuus korreloi myös parempiin hoitotuloksiin. Potilas nähtiinkin aktiivisena toimijana ja samalla kartoitettiin tämän omaa motivaatiota. Tässä myös potilaan oma aktiivinen itsehoito näkyi tärkeänä elementtinä ja hoitajan tehtävä oli motivoida tähän.

*”Hoitajan roolihan on, että me ollaan valmentajia, että se ei auta, että me kaadetaan sitä tietoa ihmisen päähän.”*

*”Me ei tehdä puolesta. Ja se korreloi siihen hoitoon myös paremmin, jos hän itse hakeutuu sinne hoitoon, että ei tehdä puolesta.”*

Vahvuuksina sairaanhoitajat nostivat esiin sen, että he huomioivat ihmisen kokonaisuutena. Ihmisessä kaikki vaikuttavat kaikkeen ja psyykettä ei voi huomioida ilman fyysisien sairauksien vaikutusta eikä toisinpäin. Nämä oivallukset he olivat kokeneet onnistumisina. He myös kokivat oman intuition käyttämisen tärkeänä ja ovat tähän oppineet luottamaan ja arvostamaan. Tällöin tilannetta lähdettiin aukaisemaan enemmän ja selvittämään, mistä potilaan tilanteessa on oikeasti kyse. He kertoivat kokemuksen tuoneen varmuutta ja luottamusta arviointiin.

*”Eihän ole mitään sellaista ihmenappulaa, mutta kun ihminen on kokonaisuus niin se olis hirveen tärkeä se lenkki, että ne toimis.”*

*”Työkalu olen minä itse ja oma intuitioni, johon vuosien varrella on oppinut jollakin tavalla luottamaan ja arvostamaan.”*

Sairaanhoidaja kertoivat mielenterveys- ja päihdetyön olevan palkitsevaa työtä. Mielenterveys- ja päihdehoitotyö koettiin pääsääntöisesti mielenkiintoisena ja tätä työtä tykättiin tehdä. Kuitenkin resurssit loivat haasteita tämän toteuttamiselle ja potilaat eivät välttämättä saaneet parasta hyötyä tämän vuoksi. Sairaanhoidajat kertoivat myös, että mielenterveys- ja päihdehoitotyö oli tarjonnut upeita onnistumisen kokemuksia, kun potilasta oli pystynyt auttamaan ja tämä oli vienyt potilasta eteenpäin pidemmänkin aikaa. He myös yleensä kokivat potilaat kiitollisina,

kun he olivat saaneet apua tai päässeet pidemmän aikaa keskustelemaan ja pohdimaan vaihtoehtoja.

*”Kyllä he on ollut suhteellisen kiitollisia ja jos on päässyt keskusteleen pidemmän ajan ja pohdittu erilaisia vaihtoehtoja ja jos olen laittanut yhteydenottopyynnön, niin ovat kiitollisia.”*

## **5.2 Perusterveydenhuollon vastaanoton sairaanhoitajien kokemuksia omasta mielenterveys- ja päihdetyön osaamisesta.**

Toiseen tutkimuskysymykseen vastaanoton sairaanhoitajien kokemuksista omasta mielenterveys- ja päihdetyön osaamisestaan nousi esille lisäkoulutuksen tarve, kokemuksen kerryttämä osaaminen, osaaminen somaattisella vastaanotolla, vuorovaikutustaidot erityisosaamisena ja haasteet mielenterveys- ja päihdehoitotyön toteuttamisessa. Taulukossa 3. näkyvät toiseen tutkimuskysymykseen muodostuneet yläluokat sekä alaluokat.

TAULUKKO 3. Sairaanhoidajien kokemuksia omasta mielenterveys- ja päihdetyön osaamisesta.

Yläluokka	Alaluokka
<b>Lisäkoulutuksen tarve</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Osaamisen puute</li> <li>• Halu oppia lisää</li> <li>• Ei omaa erityisiä työkaluja mielenterveys- ja päihdetyöhön</li> <li>• Psykelääkityksistä lisätiedon tarve</li> <li>• Psykkisistä häiriöistä lisätiedon tarve</li> <li>• Päihteistä lisätiedon tarve</li> </ul>
<b>Kokemuksen kerryttämä osaaminen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oman elämän kokemukset rikastuttaneet osaamista</li> <li>• Työn kautta tullut osaaminen</li> <li>• Kokemus tuonut luottamusta työhön</li> <li>• Kokemus kerryttänyt työkaluja</li> </ul>
<b>Vuorovaikutustaidot erityisosaamisena</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Osaa kuunnella asiakasta</li> <li>• Ihmisen näkeminen kokonaisuutena</li> <li>• Oma läsnäolo vahvuutena</li> <li>• Kokee olevansa helposti lähestyttävä</li> <li>• Hyvät vuorovaikutustaidot vahvuutena</li> <li>• Tavallisen hoitajan identiteetti</li> </ul>
<b>Mielenterveys- ja päihdetyön osaaminen somaattisella vastaanotolla</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mielenterveys- ja päihdetyö ei vaadi mitään ihmeellisiä keinoja</li> <li>• AUDIT ja BDI tuttuja</li> <li>• Masennus helpoin tunnistaa</li> </ul>
<b>Haasteita mielenterveys- ja päihdetyön toteuttamisessa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rajaaminen vaikeaa</li> <li>• Nuoret haastava ryhmä</li> <li>• Riittämättömyys mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoidossa</li> </ul>

### 5.2.1 Lisäkoulutuksen tarve

Sairaanhoidajat toivat esille haastatteluissa osaamisen puutetta mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidossa. He kokivat, ettei heillä ole syvempää osaamista tai tietoja alueesta ja tämä aiheutti epävarmuutta siitä, miten pitäisi toimia. Kuitenkin vaikka he kokivat, etteivät omaa erityisiä taitoja, he eivät ohita asiakkaasta nousutta huolta. He kokivat oman osaamisensa huonoksi ja tämä teki työstä myös

kuormittavan tuntuista. He myös epäilevät osaavatko he auttaa asiakasta, koska heillä ei ole erityistä koulutusta mielenterveys- ja päihdehoitotyöhön. Haastatteluissa nousi esille varsinkin huolta siitä, ettei osaa sanoa asiakkaille mitään haastavassa tilanteessa. Epävarmuus myös aiheutti tunnetta, ettei hallitse mielenterveys- ja päihdehoitotyötä ja ajatusta, ettei osaa auttaa tai arvioida asiakkaan tilannetta ja tämän vuoksi se jäi osittain tekemättä. Tämä aiheutti myös pohdintaa siitä, onko itse vieraannuttanut itsensä aihealueesta tämän vuoksi.

*”jos mä vaan tietäisin, että tietäisin mitä pitäis tehdä”*

*”Sitten tietysti on aina itsellä, että osaako sillä tavalla, kun ei ole kuitenkaan sellaista koulutusta näihin mielenterveys ja päihde asioihin.”*

*”Aina ensimmäinen ajatus, lähinnä molemmista, mutta enemmän mielenterveysasiakkaista, että en mä osaa hoitaa, mulla ei ole mitään sanottavaa.”*

Sairaanhoitajat toivat kuitenkin esille, että he haluavat oppia lisää mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoidosta ja arvioinnista. He kokivat, että mielenterveyden ongelmat ja haasteet päihteiden käytössä ovat lisääntyneet potilailla ja osaamista olisi hyvä päivittää. Ylipäänsä he kokivat, että koulutusta tältä alueelta on ollut vähän. He kertoivat omien tietojen olevan todella vajavaisia ja ammattitaitoa ei ole. He myös kaipasivat asiakkaan auttamiseksi käytännön keinoja, joita voisi vastaanotolla käyttää sekä vahvistusta siihen, ovatko aikaisemmissa tilanteissa toimineet oikein. Haastatteluissa hoitajat kertoivat, että heillä ei ole mitään erityisiä työkaluja, joita voisi mielenterveys- ja päihdepotilaiden kanssa käyttää. He myös kertoivat, etteivät tiedä mitä työkaluja hoidossa tai arvioinnissa voisi käyttää tai mistä niitä löytää. Poikkeuksena he mainitsivat AUDIT-kyselyn, joka oli tuttu lähes kaikille. He kuitenkin olivat valmiita opettelemaan ja ottamaan käyttöön koulutuksessa saatavia työkaluja.

*”paljon tätä mielenterveyden haastetta, että koen sille koulutukselle olis nyt tarvetta.”*

*”En koe, et niillä osa-alueilla olisin niin kuin sitä ammattitaitoa.”*

*”Mutta työkalut on todellakin sellaisia, että niitä tulisi opetella käyttämään.”*

Sairaanhoitajat toivoivat lisätietoa psyykkisistä häiriöistä. He nostivat haastatte-  
luissa esiin huomion, että puhuessaan mielenterveyspotilaista he usein puhuvat  
vain masennuspotilaista. Muut häiriöt tuntuivat tuntemattomilta eikä niistä ole tie-  
toa tai osaamista. Heillä oli muiden syiden vuoksi potilaita, joilla on myös diag-  
noosi mielenterveyden häiriöstä, mutta välttämättä diagnoosi ei kertonut hoita-  
jalle mitään ja he eivät tietäneet vaatiiko diagnoosi toimenpiteitä. He myös kertoi-  
vat, etteivät osaa tässä tapauksessa arvioida, vaatiiko potilaan psyykinen tila  
jotain toimenpiteitä. Lisäksi he pohtivat miten oireileva potilas tulisi kohdata ja  
tätä helpottaisi, jos olisi enemmän häiriöistä tietoa.

*”Diagnosoituja häiriöitä, esim skitsofrenia mitä voi kans olla monen-  
laista, niin ei mulla ole mitään hajua mitä mihinkin kuuluu, jos mä  
luen sieltä sen diagnoosin.”*

*”Mä puhun vain masennusasiakkaista, koska mulle on ihan har-  
maata aluetta kaikki persoonallisuushäiriöt ja mitä kaikkia onkin -- Ne  
on ihan harmaata aluetta, että niihin en osaa yhtään mitään.”*

Myöskin psykiatriset lääkkeet olivat tuntemattomia ja niistä sairaanhoitajat halu-  
aisivat lisätietoa. He kertoivat, että lisätieto auttaisi esimerkiksi hoitolinjauksien  
perustelemisessa asiakkaalle tai lääkahoitoon motivoimisessa. Myöskin psyyke-  
lääkkeen vasteen arvioiminen tai psyykelääkahoitoon liittyvät laboratoriotutki-  
mukset olivat sairaanhoitajille haastavia. Lääkehoito kehittyi ja muuttui jatku-  
vasti, joten tietojen säännöllinen päivittäminen uusien lääkkeiden suhteen olisi  
sairaanhoitajien mielestä tarpeellista.

*”Mutta ohjausta tarviin just näitten mielenterveys ja päihdepuolen  
lääkitysasiat on semmoset, mistä niinkun mä luulen, että jos olis  
enemmän tietoo niin osais puhelimesta paremmin perustella, että  
miksi tätä sun reseptiä ei nyt uusita tätä kautta tai miksi sulle ei mää-  
rätä.”*

*”Lääkityksistä tunnen todella vähän. Skitsofreenikoille on pistoslääkkeitä ja niitä kyllä pistän, mutta sitten se arvio onko tämä potilas hyvässä kunnossa koska se tarvitsee apua, -- ja sitten koska on aika käydä lääkärissä ja tarvitaanko joitain verikokeita ja mitä kokeita ja kuinka usein.”*

Myöskin päihteistä tarvitaan lisätietoa ja sairaanhoitajat kokivat mielenterveyden haasteet helpommiksi tunnistaa kuin päihdeongelmat. Päihteet koettiin tuntemattomaksi alueeksi ja usein myös sekoittavaksi tekijäksi. Sairaanhoitajat myös kertoivat, etteivät pysy ajan tasalla, mitä päihteitä on olemassa ja mitä niistä tulisi tietää. Tämä nostaa myös pohdintaa liittykö joidenkin tiettyjen päihteiden käyttöön hoito-ohjeistuksia tai rajoituksia.

*”Mielenterveyspotilaan niin se on tietyllä tapaa helpompi, mutta sitten kun siihen tuodaan tää päihde, niin sitten päihde on vähän tuntemattomampi alue.”*

## **5.2.2 Kokemuksen kerryttämä osaaminen**

Sairaanhoitajat kertoivat osaamisen mielenterveys- ja päihdetyössä perustuvan lähinnä työssä tulleeseen kokemukseen eri ihmisryhmistä. Erilaisten ennakkotapausten kautta oli kasvanut myös ihmistuntemus sekä kyky kohdata ihminen. Kokemus oli myös tuonut intuitiota ja rutiinia ihmisen kohtaamiseen ja tämän perusteella osasi esittää tarkentavia kysymyksiä tilanteesta riippuen. Työkokemus myös auttoi rauhoittumaan kuuntelemaan potilasta ja arvioimaan tilannetta.

*”Osaaminen perustuu niihin ennakkotapauksiin mitä on ollut tai hoitanut.”*

Sairaanhoitajat nostivat esiin, että kokemus oli tuonut luottamusta työhön ja omaan arvioon tilanteesta. Tämän luottamuksen kautta uskalsi sanoa potilaalle, ettei jotain asiaa tiedä tai valmiita ratkaisuja ei ole tarjolla. Kokemus haastavista tilanteista oli tuonut myös luottamusta siihen, että jatkossakin tällaisista tilanteista

voi selvittää. Myöskin pitkä työura oli tuonut varmuutta ihmisen lukemiseen rivien välistä ja tätä kautta asioiden esiin ottamiseen. Samoin luottamus omaan arvioon oli kasvanut ja näin oli pystytty tunnistamaan potilaan avun tarve.

*”Sekin on varmaan sitä iän tuomaa, että mä pystyn sanoon sille ihmiselle, että mä en tiedä, mutta koitetaan ottaa selville.”*

*”Kun on pitkään ollut niin osaa vähän rivien välistä lukea sitä ihmistä.”*

Työkokemus oli myös osaltaan kerryttänyt sairaanhoitajien mielenterveys- ja päihdehoitotyössä käyttämiä työkaluja. Kokemus auttaa hahmottamaan millaisia keinoja mielenterveys- ja päihdehoitotyössä voi käyttää ja uskaltaa näitä myös kokeilla. He myös lisäsivät, että oli tärkeää erilaisten kertyneiden keinojen käyttämisen lisäksi arvioida näiden toimivuutta ja luopua sellaisista keinoista, joista ei apua ole potilaille ollut. Sairaanhoitajat huomauttivat, että kokemus itsessäänkin voi olla työkalu, vaikka sitä ei sellaisena ajattele. Sairaanhoitajat toivat esiin haastatteluissa myös, että kokemusta oli kertynyt omankin elämän kautta. Se oli lisännyt ymmärrystä potilaan tilanteesta.

*”Kun on pitkään ollut työssä, niin on ehkä niitä työkaluja enemmän käytettävissä tai ehkä osaa käyttää tai yrittää edes käyttää tai hahmottaa eri tapoja.”*

### **5.2.3 Vuorovaikutustaidot erityisosaamisena**

Haastatteluissa sairaanhoitajat kertoivat omiksi vahvuuksikseen kuuntelemisen taidon. He kokivat tilanteeseen rauhoittumisen ja aidon kuuntelun olevan kaikista tärkein taito mielenterveys- ja päihdehoitotyössä. Potilaalle oli tärkeää, että hän tulee aidosti kuulluksi ja hoitaja malttaa tätä kuunnella sekä antaa aikaa. Itsessään tämä saattoi jo riittää auttamaan potilasta. He myös kertoivat läsnäolon vahvuudekseen ja pyrkivät rauhoittumaan potilaan vierelle tämän haastavassa tilanteessa. He kokivat, että vaikka heillä ei ole kattavaa teoretietoa mielenterveys- ja päihdehäiriöistä, he pystyvät rauhoittumisella ja läsnäololla auttamaan potilasta siinä hetkessä.

*”Se että sä asetut sen potilaan vierelle ja kuuntelet sitä ja se on jo sitä mielenterveystyötä ja se saattaa myös riittää.”*

*”Tulee kuulluksi ja on läsnä siinä tilanteessa. Se kai on siinä tärkeintä.”*

*”Toivottavasti ainakin läsnä silloin kun sitä läsnäoloa tarvitaan.”*

Sairaanhoitajat kokivat vahvuudekseen myös sen, että he olivat helposti lähestyttäviä ja heille oli helppo puhua. He myös korostivat tärkeinä ominaisuuksina tuomitsemattomuuden ja arvostelemattomuuden. Lisäksi oli tärkeää pitää avoin mieli erilaisia potilaita kohdatessa ja luopua liiallisesta tiukkapipoisuudesta. Haastatteluissa sairaanhoitajat painottivat hyvien vuorovaikutustaitojen tärkeyttä. He kokivat vuorovaikutuksen ja keskustelutaidon vahvuudekseen, vaikka eivät tätä aina osaa pitää erityisenä hoitokeinona. Toisinaan he taas kokivat, että hyvä vuorovaikutus on ainoa asia, mitä he voivat mielenterveys- tai päihdepotilaan hyväksi tehdä. Keskustelu toi myös avaimia tilanteeseen ja johdatti vastaanottoa eteenpäin sekä nosti uusia kysymyksiä esiin asiakkaan tilanteen kartoittamiseksi. He myös painottivat kahden ihmisen tasavertaista kohtaamista ilman ennakkosenteita.

*”Hän koki, että kun hän keskusteli mun kanssa, että se oli ihan ok ja riittää jatkossakin. Niin sitten tuli, että aijaa toi olikin kiva, vaikka itse ei omasta mielestään tehnyt mitään ihmeellistä.”*

*”Mä yritän kohdata sen ihmisen ihmisenä.”*

*”Mä uskon, että mua on ihmisten helppo lähestyä, että se on se missä mä oon hyvä.”*

Sairaanhoitajat korostivat vahvuuksikseen ihmisen näkemisen kokonaisuutena ja tämä auttoi arvioinnin tekemisessä. Somaattisen osaamisen myötä heille oli kertynyt taito ottaa ihminen huomioon kokonaisvaltaisesti ja tämä tekee myös mie-

lenterveys- ja päihdehoitotyöstä helpompaa sekä tutumman tuntuista. Haastatte- luissa sairaanhoitajat korostivat, että he ovat aivan tavallisia sairaanhoitajia ja nostivat esiin tavallisen hoitajan identiteettiä. Tämän myötä he kokivat, että heillä oleva käytännönläheinen ammattitaito oli riittävä myös heidän työnkuvaansa. Toi- saalta vahva ammattitaito tuki erilaisten potilasryhmien kanssa työskentelyä, joka vaatii mukautumista erilaisiin tilanteisiin.

*”Oma osaaminen palvelee työnkuvaa ihan riittävästi, kun en ole mi-  
kään mielenterveys ja päihdetyöntekijä vaan ihan tavallinen rivisai-  
raanhoitaja.”*

*”Mä en niin kuin koe, että se olis jotenkin hankalaa, kun ihminenhän  
on kokonaisuus.”*

#### **5.2.4 Mielenterveys- ja päihdetyön osaaminen somaattisella vastaan- otolla**

Sairaanhoitajat kertoivat, että vastaanottotyössä masennuspotilaat oli helpoin tunnistaa. Tämän he epäilivät johtuvan siitä, että se on häiriöistä kaikista yleisin ja helpoin ottaa puheeksi. Tämän myötä myös masennuspotilaiden tukeminen ja kannattelu oli tullut kaikista tutuimmaksi mielenterveys- ja päihdehäiriön hoito- muodoksi. Mielenterveyden ja päihdeongelman arvioinnissa somaattisella vas- taanotolla oli hyvä käyttää nopeasti täytettäviä kyselyitä, ja näitä sairaanhoitajilla oli käytössä. Näistä tutuimmiksi he mainitsivat AUDIT-kyselyn sekä BDI:n.

Sairaanhoitajat kokivat, ettei somaattisella vastaanotolla välttämättä tarvita mi- tään ihmeellisiä keinoja mielenterveys- ja päihdepotilaiden auttamiseksi. Kuun- telu ja potilaan tukeminen riittävät ja näissä kuka tahansa voi olla osaaja. He pai- nottavat luottamuksen syntymistä vastaanottotilanteessa sekä myötäelämistä asiakkaan tukena. He myös nostavat esiin potilaan olemuksen havainnoinnin vastaanoton aikana. He kokivat, että lieviä mielenterveys- ja päihdehäiriöitä pys- tyisivät näillä keinoilla vastaanotolla itsekkin hoitamaan ja olivat saaneet onnistu- misen kokemuksia asiakkaan kannattelusta hankalan ajan jakson yli. He kertoivat osaamiseen asiakkaan voimavarojen pohtimisen sekä kiitollisuuden ja posi- tiivisten asioiden korostamisen.

*”Siinä ei mitään isoja työkaluja tarvita, vaan he tarvitsevat niitä pieniä, joista lähdetään rakentaan ja se luottamus on se kaikkein, mikä siinä vuorovaikutuksen pitää tulla.”*

### **5.2.5 Haasteita mielenterveys- ja päihdetyön toteuttamisessa**

Sairaanhoitajat kokivat rajaamisen haastavaksi mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidossa ja tähän he toivoisivat tukea muulta työryhmältä tai lääkäriltä. He myös toivoisivat tueksi selkeitä ohjeita sekä linjauksia. He nostivat esiin myös ammatillisuuden sekä ajan rajaamisen. He kokivat haastavaksi pitää kiinni vastaanotolla käytettävästä ajasta silloin, kun potilas alkoi kertoamaan tilanteestaan. He pohtivat, että heti vastaanoton alussa tulisi kertoa käytettävissä oleva aika. Sairaanhoitajat myös pohtivat, että välillä he saattavat ylittää oman ammatillisuuden, jos potilaan kanssa tulee hyvin toimeen. Tällöin potilasta ei välttämättä niin herkästi ohjaa eteenpäin, vaikka tämä tästä ehkä hyötyisi.

*”Oma akilleen kantapää on aina ollut aina rajaaminen ja se varmaan on se mihin tarvitsis ohjaamista ja selkeyttä.”*

Mielenterveys- ja päihdepotilaista suurin osa sairaanhoitajien vastaanotolla oli ikä ihmisiä ja heidän hoitaminen oli sairaanhoitajille tuttua. Haastavaksi ryhmäksi koettiin nuoret potilaat ja näiden kohtaaminen. Sairaanhoitajat nostivat esiin, että omasta ammattitaidosta huolimatta heillä oli tunne, etteivät he osaa sanoa nuorelle mitään, tämän tilanteen auttamiseksi.

Sairaanhoitajat nostivat esiin riittämättömyyden mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidossa. He kokivat, että vaikka he haluaisivat auttaa potilasta he eivät osaa. Lisäksi riittämättömyyttä korosti tunne, että potilaat tarvitsisivat jotain enemmän kuin mitä hoitaja tälle itse pystyy antamaan. Hoitajat myös kertoivat, että saattavat yrittää itse auttaa potilasta liian kauan, vaikka tämä olisi pitänyt ohjata aikaisemmin johonkin toiseen palveluun.

*”Mutta sitten tuntuu, että mä en ehkä osaa antaa tarpeeks niitä, tai sitten että he tarvis enemmän tukee mihinkä mä pystyn.”*

### **5.3 Perusterveydenhuollon sairaanhoitajien kokemuksia mielenterveys- ja päihdepotilaiden jatkohoitoon ohjaamisesta**

Kolmanteen tutkimuskysymykseen vastaanoton sairaanhoitajien kokemuksista mielenterveys- ja päihdepotilaiden jatkohoitoon ohjaamisesta nousi esille helpous ohjata potilas terveysaseman mielenterveys- ja päihdetiimille mutta yhteistyö mielenterveys- ja päihdetiimin kanssa nousi myös haasteeksi. Lisäksi jatkohoitoon ohjaaminen ylipäätään koettiin haasteena. Jatkohoitotarvetta arvioitiin yhdessä ja potilaan kanssa ja yleisimmät jatkohoitopaikat koettiin tutuiksi. Taulukossa 4. näkyvät toiseen tutkimuskysymykseen muodostuneet yläluokat sekä alaluokat.

TAULUKKO 4. Sairaanhoidtajien kokemuksia mielenterveys- ja päihdepotilaiden jatkohoitoon ohjaamisesta

Yläluokka	Alaluokka
<b>Helppo ohjata mielenterveys- ja päihdetiimiin</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Viestin laitto mielenterveys- ja päihdetiimiin yhteissähköpostiin helppoa</li> <li>• Asiakkaan voi ohjata itse ottamaan yhteyttä mielenterveys- ja päihdetiimiin</li> <li>• Mielenterveys- ja päihdetiimiin voi laittaa yhteydenottopyynnön</li> <li>• Ajanvarauksettomalle ajalle ohjaaminen tärkeä reitti</li> <li>• Mielenterveys- ja päihdetiimiin helppo ohjata asiakas eteenpäin omalta vastaanotolta</li> </ul>
<b>Haasteita yhteistyössä mielenterveys- ja päihdetiimin kanssa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Epävarmuus ollaanko mielenterveys- ja päihdetiimistä asiakkaaseen yhteydessä</li> <li>• Mielenterveys- ja päihdetiimiin ei saa aikoja</li> <li>• Mielenterveys- ja päihdetiimiin vaikea saada yhteyttä</li> <li>• Tarve yhteistyön tehostamiseen mielenterveys- ja päihdetiimin kanssa</li> </ul>
<b>Jatkohoitotarpeen arvioiminen yhteistyössä asiakkaan ja lääkärin kanssa tärkeää</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lääkärin tuki hoidon arvioinnissa tärkeää</li> <li>• Asiakkaalle tarjotaan eri vaihtoehtoja</li> <li>• Itsetuhoisuuden arviointi tärkeää jatkohoittoa mietittäessä</li> <li>• Jatkohoidon arviointia muun työn ohessa</li> <li>• Asiakkaan olemassa olevan hoitosuhteen tiedusteleminen</li> </ul>
<b>Haasteita mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden jatkohoitoon ohjaamisessa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kiirevastaanotto huono paikka mielenterveys- ja päihdeasiakkaille</li> <li>• Digitaaliset palvelut eivät sovi kaikille</li> <li>• Jatkohoitoon ohjaaminen vaikeaa</li> <li>• Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden jatkohoitoketjut toimimattomia</li> <li>• Asiakkailta vain vähän voimavaroja jatkohoitoon hakeutumisessa</li> </ul>
<b>Yleisimmät jatkohoitopaikat tuttuja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Akuutissa tilanteessa ohjataan kiirevastaanotolle</li> <li>• Asiakkaan ohjaaminen kolmannen sektorin palveluihin</li> <li>• Asiakasta voi kannatella omalla vastaanotolla</li> <li>• Asiakkaan ohjaaminen netin palveluihin</li> <li>• Haastavissa tilanteissa ohjaus mielenterveys- ja päihdetiimiin</li> <li>• Asiakkaan ohjaus erikoissairaanhoido</li> <li>• Muut sosiaali- ja terveysterveystoimet</li> </ul>

### 5.3.1 Helppo ohjata mielenterveys- ja päihdetiimiin

Sairaanhoitajat kokivat, että mielenterveys- ja päihdetiimiin oli helppo ohjata potilas eteenpäin omalta vastaanotolta. Osa sairaanhoitajista kertoi rutiinisti ohjavan potilaan eteenpäin, jos vastaanotolla tulee tarve ottaa jaksaminen ja sen tukeminen puheeksi. Hoitajat myös kertoivat, että jos tulee tunne, ettei potilasta osaa auttaa, hänet oli helppo lähettää mielenterveys- ja päihdetiimiin arvioitavaksi. Sairaanhoitajat kertoivat kysyvänsä potilaalta luvan, että saavat olla yhteydessä mielenterveys- ja päihdetiimiin. He kokivat, yhteydenottopyynnön laittamisen helpoksi keinoksi hoitaa potilaan asioita eteenpäin. Sairaanhoitajat toivat haastatteluissa esille, että mielenterveys- ja päihdetiimin yhteiseen sähköpostiin oli yksinkertaista laittaa viestiä, jos potilaasta on noussut huoli. Kuitenkaan sairaanhoitajat eivät saaneet mitään kiitosta, että asia oli otettu käsittelyyn mielenterveys- ja päihdetiimissä, eikä hän pysty myöskään sanomaan potilaalle, milloin häneen mahdollisesti ollaan yhteydessä.

*”Jos mulla ei ole aikaa tai sitten mulla on tunne, etten mä osaa auttaa tätä ihmistä, että se tarvii enemmän asiantuntemusta, sitten mielenterveyspalveluihin on helppo lähettää sitten sinne arvioon.”*

*”Silloin kuin tuli mielenterveyspalvelu, niin kauheen helppo sanoa, että ottakaa sinne yhteyttä. Ja silloin kun se oli uusi ja pieni ja tunsi kaikki työntekijät, niin oli helppo laittaa postia, että soitatko tämmöselle tai otatko tästä kopin.”*

Usein sairaanhoitajat kannustivat ja ohjasivat potilasta itsekin pyrkimään olemaan yhteydessä mielenterveys- ja päihdetiimiin ja etsivät asiakkaalle yhteystietoja. Varsinkin jos potilaan tilanne oli rauhallinen, hoitajat kehottivat potilasta itse olemaan yhteydessä mielenterveys- ja päihdetiimiin. Kuitenkin, jos potilaan voimavarat oli arvioitu vähäisiksi, sairaanhoitaja oli itsekin potilaan lisäksi yhteydessä mielenterveys- ja päihdetiimiin, mutta tällöin korostaa, että oli itsekin potilasta kehottanut yhteydenottoon. Jos potilaalla oli jo valmiiksi omahoitaja ja hoitosuhde mielenterveys- ja päihdetiimissä, tällöin sairaanhoitajat ohjasivat olemaan suoraan yhteydessä häneen. Sairaanhoitajat myös kertoivat matalankynnyksen

ajanvarauksettoman vastaanottoajan mielenterveys- ja päihdetiimissä tärkeäksi reitiksi ohjata asiakkaita mielenterveys- ja päihdetiimiin. He kertoivat, että vaikka he ohjaavat potilaan avoimelle vastaanotolle, kaikki eivät saa aikaiseksi sinne hakeutua.

*”Jos musta tuntuu, että potilas on aika vähissä voimavaroissa, niin mä kysyn häneltä luvan, että voinko mä olla yhteydessä Mielenterveys- ja päihdetiimiin, ilmoittaa, että he ovat yhteydessä sinuun. Ettei se jää pelkästään sen potilaan varaan. Ja mä saatan viestittää vielä siihen, että ensisijaisesti on potilas itse yhteydessä, mutta jos ei ala kuulumaan niin voitteko olla yhteydessä.”*

*”Kyllähän me paljon käytetään sitä, että hakeutuisiko meidän omaan mielenterveys ja päihdeyksikköön ja sitten kun on se ajanvaraukseton se sairaanhoitajan vastaanotto, niin sinnekin aina sanotaan, että kannattais mennä.”*

### **5.3.2 Haasteita yhteistyössä mielenterveys- ja päihdetiimin kanssa**

Sairaanhoitajat kertoivat haasteesta saada yhteyttä mielenterveys- ja päihdetiimiin. He kertovat, ettei heillä ole suoraa konsultointi kanavaa, josta voisivat saada apua haastavissa tilanteissa tai kun tarvitsevat apua arvion tekemisessä. Lisäksi hoitajat toivoisivat, että voisivat suoraan soittaa potilaan omalle työntekijälle, kun vastaanotolla oli tullut esiin haaste potilaan kanssa tai tarvitsee neuvoa hoidon linjauksissa. Myöskin soittoaikojen puitteissa yhteydenotto oli haastavaa, myös asiakkaiden mielestä. Sairaanhoitajat kertoivat epävarmuudesta, otetaanko potilaaseen mielenterveys- ja päihdetiimistä yhteyttä yhteydenottopyynnön laittamisen jälkeen. Lisäksi epävarmuuden tunnetta tuli siitä, ettei sairaanhoitaja tiedä milloin asiakkaan tilanteeseen otetaan kantaa tai milloin asiakkaaseen ollaan mahdollisesti yhteydessä.

*”Meillä ei ole tänne suoraan sellasta mistä me voitais konsultoida, että mun on pakko laittaa sinne yhteiseen sähköpostiin viestiä, mistä ei tuu mulle mitään kuittausta, että tää asia on hoidossa vaan se jää*

*niinkun mun näkökulmasta roikkuun et mä en oikein voi sille potilaallekaan luvata, että koska häneen otetaan yhteyttä.”*

Sairaanhoitajat toivat myös esille sen, ettei mielenterveys- ja päihdetiimiin saa aikoja potilaille. Vaikka he ohjasivat potilaan mielenterveys- ja päihdetiimiin, voi vastaanottoaika mennä pitkällekin. Sairaanhoitajat kertoivat, että heillä ei ole resursseja tavata potilasta tiheämmin, kun mielenterveys- ja päihdetiimiin ei pääse. Silti he ottivat potilaan itselle kontrolliin, jotta potilas ei jää täysin tyhjän päälle.

*”Täällä ei ole resurssia - - ja mekään ei voida sillain tavallaan kevyemmästi. Mihin ne ihmiset sitten ohjataan, mutta kyllä mä jos jää sellanen tunnelma, niin otan itelleni sitten kontrolliin, ettei ihminen jää niin kuin tyhjänpäälle.”*

Sairaanhoitajat toivoisivat keskinäisen yhteistyön tehostamista mielenterveys- ja päihdetiimin kanssa. He kertoivat, että yhteistyöstä on ollut positiivinen kokemus, kun sitä on ollut. Asiakkaatkin hyötyisivät yhteistyöstä ja työnjaosta, jolloin so-maattinen puoli ja mielenterveys- ja päihdepuoli tukisivat toisiansa potilaan hoi-dossa ja sen suunnittelussa. He myös pohtivat yhteisten palaverien pitämistä po-tilaan asioissa sekä yhteen hiileen puhaltamista.

*”Mutta silloin kun on parhaimmillaan ollut se mielenterveyshoitajan käynti, siellä on ollut motivointia - -potilas on sanonut, että on sovittu näin ja mä taas omalta puoleltani, että sulla on nämä lääkkeet ja tar-kistetaan vielä sitä tekniikkaa, niin silloin se kokonaisuus toimii hyvin parhaimmillaan, kun me nähdään ne toisten kirjaukset.”*

### **5.3.3 Jatkohoitotarpeen arvioiminen yhteistyössä lääkärin ja potilaan kanssa tärkeää**

Haastatteluissa sairaanhoitajat kertoivat jatkohoidon arvioinnin tapahtuvan vas-taanotolla muun työn ohessa. Vastaanotolla potilas voi itse ottaa puheeksi oman jaksamisensa tai sitten sairaanhoitaja itse huomasi potilaan voinnissa joitain huo-lestuttavaa. Sairaanhoitaja esitti vastaanotolla paljon tarkentavia kysymyksiä ja

haastatteli potilasta kattavasti. Haastatteluun kuului myös potilaan sosiaalisen verkoston kartoitus. Arvioita tehdessä sairaanhoitaja tiedusteli potilaan olemassa olevaa tai aikaisempaa hoitosuhdetta mielenterveys- ja päihdetiimissä. Usein potilailla tällainen onkin ollut jo valmiiksi olemassa. Toisinaan hoitosuhde oli jo päätetty, mutta potilaan tilanne oli heikennyt uudelleen. Tällöin hoitaja ohjasi olemaan uudelleen yhteydessä vanhaan hoitosuhteeseensa. Sairaanhoitajat kertoivat, että jatkohoitoa mietittäessä itsetuhoisuuden arvioiminen oli tärkeää. Jos ihminen itsetuhoisuudesta puhuu, sairaanhoitajat ohjasivat potilaan herkästi kiirevastaanotolle. Hoitajat lukivat myös itsetuhoisuutta rivien välistä, vaikka potilas ei suoraan siitä puhuisikaan. Jos potilas toi ilmi vahingollisia ajatuksia ja hoitajalla tuli tunne, että potilas voisi itseään vahingoittaa, hän lähetti tämän kiirevastaanotolle lääkärin arvioon.

*”Siinä haastattellessa kysyy, jos hän tuo esiin että on kovin masentunut ja muuta. Tavallaan on helpompi sitten kirjata ja kuvailla, että esitän aika paljon tarkentavia kysymyksiä siitä että, vaikka kysyy onko ystäviä ja perhettä.”*

*”Huomasin teksteistä, että hänellä oli tännekin yhteys, mutta hänen kohdalla kysyin just siitä itsetuhoisuudestakin. Ja sitten se tulee siinä masennuskyselyssä, nousee se teema siellä esiin, jos tulee sellanen potilas, jolla sen täytättää.”*

Sairaanhoitajat toivat ilmi haastatteluissa, että lääkärin tuki arvioinnissa on tärkeää. Lääkäreitä oli sujuva konsultoida ja oli hyvä, että lääkäri oli käytettävissä. Työlle loi turvaa se, että oli käytettävissä sellainen lääkäri, jolla oli osaamista ja tältä sai vastauksen. Myöskin jos potilaan voinnissa huomasi äkillistä romahtamista, sairaanhoitajat laittoivat hänet herkästi lääkärin arvioon. Sairaanhoitajat kertoivat, että he voivat tarjota potilaalle erilaisia vaihtoehtoja ja kuunnella, mitä potilas itse toivoo. Loppujen lopuksi potilas kuitenkin itse päätti, haluaako hän ottaa apua vastaan tai saako hänestä yhteydenottopyynnön mielenterveys- ja päihdetiimiin laittaa.

*”Tietysti jos huomaa, että voinnissa on jotain, niin sitten laitetaan lääkärille jatkohoitoon, jos huomaa että siinä on tapahtunut jotain romahdusta.”*

*”Mutta esittänyt potilaalle ne vaihtoehdot, että voit mennä huomenna avoimelle tai jos tuntuu jo niin vaikeelle, niin voi mennä sitten kiirevastaanotolle”*

#### **5.3.4 Haasteita mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden jatkohoitoon ohjaamisessa**

Haastatteluissa sairaanhoitajat toivat ilmi, että jatkohoitoon ohjaaminen oli vaikeaa. He kertoivat, että usein heillä ei ole tietoa mihin potilas tulisi ohjata ja kuinka kiireellisesti. He pohtivat, että kenties jatkohoitoon ohjaamiseen tulisi puuttua tarkemmin, mutta heillä ei ole tarvittavia tietoja tai resursseja. Myös potilaan tilan vakavuutta oli haastava arvioida ja samalla pohtia, mikä olisi tälle sopiva jatko-hoitopaikka. Sairaanhoitajat kertoivat, että kiirevastaanotto ei ole sopiva paikka mielenterveys- ja päihdepotilaille. He kokivat, että on väärin, että mielenterveys- ja päihdepotilaat joutuvat hakeutumaan hoitoon sitä kautta. He toivat esille, että he ohjaavat toisinaan mielenterveys- ja päihdepotilaita kiirevastaanotolle, vaikka nämä eivät sinne oikeastaan kuuluisikaan, sen vuoksi, että jossain otettaisiin kantaa potilaan tilaan saman päivän aikana.

*”Ohjaaminen sitten, kun mä en tiedä mihin mä sitä ohjaisin, että minne ja mimmosella aikataululla.”*

*”Niin sitten tulee helpommin kiirevastaanotollekin ohjattua sellanen potilas, joka ei kiirevastaanotto tasosta hoitoa edes tarvi. Mutta koska sitten tietää, että siihen asiaan joku ottaa kantaa ainakin tän päivän aikana.”*

Sairaanhoitajat toivat ilmi, että digitaaliset palvelut eivät sovi kaikille potilaille. Internetin palvelut, esimerkiksi mielenterveystalon ohjelmat vaativat potilaalta paljon ja kaikilla ei ole voimavaroja. He myös huomauttivat, että tulisi olla ainakin

yksi käynti, jossa nämä palvelut käytäisiin potilaan kanssa läpi, jotta tällä olisi mahdollisuus niitä hyödyntää. Lisäksi hoitajat toivoisivat itsekin ohjausta, jotta voisivat potilaita ohjata. Kaikilla potilaille ei myöskään ole tietokonetta, jotta voisi digitaalisia palveluita hyödyntää.

*”Mielenterveystalokin, jos olen oikein ymmärtänyt se vaatii ihmiseltä aika paljon, että hän menee sinne ja tekee sitä, et se ei todellakaan sovi kaikille, että sen täytyy olla ensin se käynti, että yhdessä käydään siellä ja hän siitä ehkä löytää sen mitä hän voi käyttää.”*

Sairaanhoitajat kertoivat, että mielenterveys- ja päihdepotilaiden jatkohoitoketjut ovat toimimattomia. Potilas joutuu odottamaan ja kertomaan omasta voinnistaan usealle eri ammattilaiselle useassa eri paikassa. Toimivaa jatkumoa potilaan hoidolle oli haastava rakentaa. Hoitajat toivoisivatkin, että potilaille olisi tarjota toimiva jatkumo ja potilas saataisiin sujuvasti ohjattua sinne, missä on paras tietotaito potilaan tilanteessa. Sairaanhoitajat olivat huomanneet, että jatkohoitoon hakeutuessa potilaalla oli vain vähän voimavaroja. Sairaanhoitajat kertoivat, että potilaalla oli ollut täysi työ, että oli yhteen paikkaan saanut otettua yhteyttä ja tällöin oli vaikea ohjata potilasta toisaalle. Silloin jäi tunne, että potilas tuskin lähtee apua uudelleen hakemaan ja jää ilman tarvitsemaansa apua.

*”Vois kuvitella että tuleeko siinä se että mä en halua lähtee tähän, miks mun pitää puhua monessa paikassa ja eikö meillä ole tarjota.”*

*”Ohjataan mielenterveyspuolelle, että varaa aikaa. Sit ne tulee kontrolliin ja kysytään, että oletko ollut yhteydessä mielenterveyspuolelle, niin ne sanoo, etten mä nyt ole jaksanut.”*

### **5.3.5 Yleisimmät jatkohoitopaikat tuttuja**

Haastatteluissa sairaanhoitajat kertoivat, että joissain tapauksissa potilasta voi kannatella omalla vastaanotolla. Tällaisiksi sairaanhoitajat nimesivät tilanteet, jolloin potilas odottaa aikaa jatkohoitopaikkaan. Samoin sairaanhoitajat kertoivat, että voivat potilaan ottaa arvioon omalle vastaanotolle ja katsoa ratkeako tilanne

sillä. Toisaalta vastaanotolla ilmi tuleviin asioihin oli otettava kantaa omalla vastaanotolla, eikä potilasta aina ole mahdollista ohjata muihin palveluihin. Sairaanhoidajat kertoivat myös ohjaavansa potilaita hyödyntämään netin itsehoito-ohjelmia sekä hakemaan tietoa tätä kautta. Näistä tutuin palvelu oli Mielenterveystalon sivut.

*”Nyt pikkuhiljaa olen ymmärtänyt myös senkin asian, että voisi ihan antaa ajan ensiarvioon ihan itsellensäkin, mutta tähän asti on ollut semmonen mielikuva, ettei niitä voi ottaa tonne lääkärin ja hoitajien vastaanotolle vaan ne kaikki on ohjattava mielenterveys- ja päihdetiimiin ja sitten tulee se seinä vastaan, että en tiedä koska pääset.”*

Haasteellisissa tilanteissa sairaanhoitajat ohjasivat potilaan suoraan mielenterveys- ja päihdetiimiin. Jos hoitajalle tuli tunne, että itse ei enää osaa auttaa ja tilanteessa tarvitaan enemmän asiantuntemusta tai jos esimerkiksi päihteiden käyttö vaikuttaa arkeen ja ihmissuhteisiin, potilas ohjattiin mielenterveys- ja päihdetiimiin. Samoin, jos potilaalla oli jo hoitokontakti mielenterveys- ja päihdetiimissä, oli hoitoa luonnikasta jatkaa siellä. Myöskin tällaisissa tilanteissa, jos potilaan kanssa tuli keskustelua psykiatrian toteuttamisesta, tämä ohjataan mielenterveys- ja päihdetiimiin. Sairaanhoitajat kertoivat akuutissa tilanteessa ohjaavansa potilaan kiirevastaanotolle tai jos potilaalla ei ole hoitosuhdetta mihinkään, mutta tämän tila tarvitsee arviointia. Varsinkin itsetuhoisuuden nousussa esiin tai akuutin sairasloman tarpeessa potilas ohjattiin kiirevastaanotolle. Samoin, jos potilas tarvitsi lääkärin arvioita nopealla aikataululla.

*”Jos mulla ei ole aikaa tai sitten mulla on tunne, etten mä osaa auttaa tätä ihmistä, että se tarvii enemmän asiantuntemusta. Sitten mielenterveyspalveluihin on helppo lähettää sitten sinne arvioon.”*

*”Akuuteissa tilanteissa kiirevastaanotto ja siellä lääkärin konsultatio, et mitä voidaan tehdä.”*

Sairaanhoitajat kertoivat, että erikoissairaanhoidon psykiatrian poliklinikalle potilaan voi ohjata, jos tällä oli sinne valmiiksi hoitosuhde. Muuten erikoissairaanhoidon

toa varten tarvittiin lähete lääkäriltä. Lähetteen tekemistä pohdittiin yhdessä lääkärin kanssa, varsinkin jos lääkehoidossa ei enää ollut tehostamisen varaa. Sairaanhoitajat kertoivat myös hyödyntävänsä kolmannen sektorin palveluita tai Tukitaloa elämäntilannekriiseissä tai esimerkiksi avioerotilanteissa. Sairaanhoitajat pohtivat, että lievissä tapauksissa kolmatta sektoria voi hyödyntää, mutta haastetta nostaa arvio, mikä on lievä tilanne. Samoin jos potilas tarvitsisi elämäänsä mielekästä sisältöä ja tämä tukisi hänen hyvinvointia he pohtivat yhdessä kolmannen sektorin tarjoavia mahdollisuuksia. Sairaanhoitajat kertoivat myös ohjaavansa potilaan sosiaalipuolen palveluihin, jos ongelma koskee raha-asioita. Myöskin perheneuvolaa oli käytetty ohjauksessa sekä Selviämisasemaa.

*”Me ei suoraan voida lähettää tonne erikoissairaanhoidon arvioon. Joskus ohjaan meidän lääkärille tk-lääkärille ja he saa sitten miettiä mikä on se oikea paikka.”*

*”Kolmatta sektoria, että joskus on jotain että yrittää löytää jonkun harrastuspaikan, jotta sais vähän elämästä kiinni ja muuallekin kuin neljän seinän sisälle.”*

*”Toki sitten, sen on mun mielestä myös toimiva, että me lähetetään potilas Tampereelle Selvikselle, josta hän sitten palautuu seuraavana aamuna ja se on mun mielestä hyvä.”*

## 6 POHDINTA

### 6.1 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimusetiikka on mukana koko tutkimusprosessin ajan ja tutkija on sitoutunut noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Tällöin tutkimus voi olla luotettavaa, eettisesti hyväksyttävää ja tulokset uskottavia. Tutkimuksessa tulee noudattaa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Jo tutkimusaiheen valinta on jo eettinen ratkaisu ja tutkijan on pohdittava aiheen hyödyllisyyttä. Eettisenä vaatimuksena on, että tutkija on kiinnostunut aiheesta sekä uuden tiedon hankinnasta ja tutkijan on paneuduttava aiheeseen, jotta tieto olisi niin luotettavaa kuin mahdollista. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012; 6; Kankkunen ym. 2017, 211–218; Vilka 2021, 37.) Opinnäytetyön aihe nousi tutkijan omasta mielenkiinnosta sekä työelämän tarpeesta, joka korostaa opinnäytetyön vaikutusta sekä tärkeyttä. Opinnäytetyö tehtiin hyvän tieteellisen käytännön tapoja sekä rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta noudattaen.

Tutkimusta tehdessä tutkijan tulee noudattaa eettisesti kestäviä tiedonhankinta, tutkimus ja arviointi menetelmiä. Tutkimuksen täytyy tuottaa uutta tietoa ja hyödynnettävä vanhaa jo tutkittua tietoa. Tutkija ei saa syyllistyä vilppiin ja muihin tutkijoihin on suhtauduttava arvostavasti. Tutkimusraportissa tutkijan on viitattava muihin julkaisuihin asianmukaisesti. Lisäksi lukijan on pystyttävä seuraamaan luontevasti tutkimuksen kulkua, joten tutkijan on kirjoitettava tutkimusraportti tarkasti ja rehellisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6; Kankkunen ym. 2017, 213; Vilka 2021, 37–40.) Tutkimuksen eri vaiheet toteutettiin eettisesti kestäväällä tavalla ja tieteellisten tutkimuskriteerien mukaisesti. Nämä vaiheet on perusteltu opinnäytetyössä rehellisesti ja selkeästi. Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti muiden tutkijoiden teoksiin on viitattu asianmukaisesti ja heidän työtään on kunnioitettu. Opinnäytetyön ulkoasu noudattaa Tampereen ammattikorkeakoulun ohjeistusta.

Tutkijan on pyrittävä minimoimaan haitat ja riskit. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita tunteita nostattavista aiheista, ja tutkijan onkin huo-

lehdittävä, ettei aineistoa käytetä tutkittavia vastaan tai siitä ole tutkittaville haittaa. Haastatteluissa osallistujat kertovat henkilökohtaisista kokemuksistaan ja nämä on myös säilytettävä mahdollisimman aitoina. Osallistumisen on oltava aidosti vapaaehtoista, siihen ei saa liittyä uhkaa eikä palkkiota. Osallistumisen on perustuttava tietoiseen suostumukseen ja tutkittavien on oltava mahdollista myös kieltäytyä ja keskeyttää tutkimus. Osallistujille on tarjottava riittävästi tietoa tutkimuksesta sekä mahdollisuus esittää kysymyksiä. (Kankkunen ym. 2017, 218–2019; Palonen & Kylmä 2022, 289.) Opinnäytetyössä kerättiin aineistoa haastatteleamalla sairaanhoitajia heidän kokemuksistaan. Osallistuminen oli haastateltaville vapaaehtoista ja heille tarjottiin tietoa tutkimuksesta. Osallistujat allekirjoittivat tietoisensa suostumuksen ja heillä oli myös mahdollisuus keskeyttää tutkimus missä vaiheessa tutkimusta tahansa.

Tutkittavalle on myös annettava tietoa aineiston säilyttämiseen, käsittelyyn ja tulosten julkaisemiseen liittyen. Osallistujien anonymiteetti on pystyttävä turvaamaan ja tutkimustietoja ei tule luovuttaa kenellekään tutkimusprosessin ulkopuoliselle missään vaiheessa tutkimusta, eikä tutkimuksen jälkeen. (Kankkunen ym. 2017, 219–221; Vilkkä 2021, 42.) Opinnäytetyöprosessin aikana opinnäytetyön tekijä huolehti asianmukaisesti haastateltavien anonymiteetin säilymisestä koko prosessin ajan sekä opinnäytetyön valmistuttua. Opinnäytetyössä ei käsitelty henkilötietoja, nauhoitettuun tai litteroituun aineistoon ei tallennettu haastateltavien nimiä. Aineisto säilytettiin tietoturvallisesti ja tutkimukseen osallistujat saivat tietoa tietosuojan toteutumisesta.

## **6.2 Tutkimuksen luotettavuus**

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnilla tarkoitetaan, kuinka luotettavaa tulkintaa ja tietoa tutkimuksella tuotetaan ja mitä toimia laadun varmistamiseksi on tehty. Luotettavuutta arvioidaan kokonaisuutena läpi koko tutkimuksen vaihe vaiheelta ja tämän pitäisi tarjota lukijalle kuva tutkimuksen yleisestä luotettavuudesta. Tutkimuksen tekemistä ja luotettavuutta ei voida pitää toisistaan erillisinä. Tutkijan on annettava lukijoille tietoa, kuinka tutkimuksen jokainen vaihe on toteutettu ja miten päädyttyihin valintoihin on päästy sekä miksi aihetta tutkitaan, jotta lukija

voi arvioida tutkimuksen tuloksia. Koko tutkimuksen toteutus tulee kuvata mahdollisimman läpinäkyvästi. (Elo, Kääriäinen, Kanste, Pölkki, Utriainen & Kyngäs 2014, 1; Tuomi & Sarajärvi 2018, 121; Vilka 2021, 155; Palonen & Kylmä 2022, 290.)

Tutkijan on oltava tietoinen omista lähtökohdistaan ja näkökulmistaan. Tutkimuksen tekijän on myös pohdittava omia valintojaan sekä puolueettomuuttaan. Puolueettomuutta arvioidaan muun muassa sillä, pyrkiikö tutkija aidosti ymmärtämään tutkittavia vai tulkitseeko hän haastatteluja oman näkökulmansa kautta. Tutkija itse ja hänen rehellisyytensä on luotettavuuden kriteeri, koska tällöin arvioidaan hänen tekemiään valintoja. (Tuomi & Sarajärvi 2018; 119; Vilka 2021, 155; Palonen & Kylmä 2022, 290.) Opinnäytetyön tekijä pyrki puolueettomuuteen sekä huomioimaan omat lähtökohtansa opinnäytetyötä tehtäessä. Opinnäytetyön tekijä toimii itse sairaanhoitajana mielenterveystiimissä ja hän on pyrkinyt pysymään ulkopuolisen tutkijan roolissa opinnäytetyötä tehdessä. Opinnäytetyön tekijällä on ollut aito pyrkimys haastateltavien näkökulmien ja kokemusten ymmärtämiseen.

Laadullisen opinnäytetyön laatua voidaan arvioida luotettavuudella, uskottavuudella, siirrettävyydellä ja vahvistettavuudella. Luotettavuus tarkoittaa tietojen pysymistä samanlaisena, jos tutkimus toistetaan samanlaisissa olosuhteissa. Siksi tutkimusprosessin kuvaus tulisi olla mahdollisimman tarkkoja. Näin myös lukijan on mahdollista päätyä samaan tulokseen kuin tutkimuksen tekijän. (Cope 2014, 89; Vilka 2021, 156.) Opinnäytetyössä on pyritty kuvaamaan tutkimuksen eteneminen vaihevaiheelta tarkasti luotettavuuden sekä lukijan ymmärryksen lisäämiseksi.

Uskottavuudella tarkoitetaan aineiston ja osallistujien näkemysten todenmukaista esittämistä. Uskottavuutta voidaan lisätä, jos tutkija keskustelee tuloksista osallistujien tai kollegoiden kanssa. Tutkijan tulee myös raportissa avata käytetyt havainnointi menetelmät sekä analyysiketjut. (Cope 2014, 89; Palonen & Kylmä 2022, 290.) Opinnäytetyö on raportoitu avoimesti sekä rehellisesti ja prosessi on avattu huolellisesti. Tuloksista on keskusteltu opinnäytetyön ohjaajan kanssa.

Siirrettävyys on tutkimuksessa saatujen havaintojen soveltamista muihin tilanteisiin tai ryhmiin. Tämä kriteeri on täyttynyt, jos tutkimuksen tuloksilla on merkitystä myös muille kuin tutkimukseen osallistujille ja lukija voi samaistua tuloksiin. Tutkijan tulee kuvata kohderyhmä ja konteksti riittävän huolellisesti, jotta siirrettävyyttä voidaan arvioida. (Cope 2014, 89.) Opinnäytetyössä on kuvattu tutkimuksen kohderyhmä ja konteksti aidosti, jotta lukijalle muodostuu käsitys toimintaympäristöstä. Tutkimuksen tuloksilla on merkitystä kohderyhmän lisäksi toisille perusterveydenhuollon yksiköille toiminnan suunnittelemiseksi ja arvioimiseksi sekä muille sidosryhmille.

Vahvistettavuudella tarkoitetaan, että tulokset aidosti kuvaavat osallistujien kokemusta. Tähän päästään, kun tutkija kuvailee, miten tulkinat ja johtopäätökset on tehty ja miten ne on johdettu aineistosta loogisesti. Tärkeää on myös kuvata haastattelujen toteutus sekä aineiston keruu. Raporttiin voidaan lisätä lainauksia haastatteluista vahvistettavuuden lisäämiseksi. (Cope 2014, 89; Palonen & Kylmä 2022, 290.) Analyysiketju ja johtopäätökset on kuvattu loogisesti samoin kuin aineiston keruu. Raporttiin on sisällytetty kuvaavia alkuperäisilmaisuja vahvistettavuuden lisäämiseksi.

### **6.3 Tulosten tarkastelu**

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla perusterveydenhuollon vastaanoton sairaanhoitajien kokemuksia mielenterveys- ja päihdepotilaiden kohtaamisesta vastaanotolla. Tavoitteena oli selkiyttää mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidon porrastusta. Tulosten perusteella saatiin monipuolisesti vastauksia asetettuihin tutkimuskysymyksiin.

Perusterveydenhuollon vastaanoton sairaanhoitajat kokevat mielenterveys- ja päihdepotilaiden ohjaamisen ja arvioinnin vaativaksi työksi, joka haastaa monella eri osa-alueella. Erityisen haastavaksi työn tekee sairaanhoitajan kokemat vaikeat tunteet työtä tehdessä. Hoitajat kokevat turhautumista, jos potilaat eivät sitoudu tehtyyn suunnitelmaan tai jos nämä eivät ota apua vastaan. Tämän vuoksi hoitajista tuntuu, että käytetty aika on mennyt hukkaan. Sairaanhoitajat nostavat esille myös potilaan oman motivaation hoitoon. Ilman tätä potilasta on mahdoton

auttaa. Erityisen vaikeaksi ja turhauttavaksi tilanteeksi koettiin, kun potilas saapuu vastaanotolle päihtyneenä. Tuolloin hoitolinjauksien tekeminen on haastavaa ja potilas onkin poistunut vastaanotolta kesken. Tämä on aiheuttanut sairaanhoitajissa turhautumista, koska käytetty aika ei ole tuottanut hoidollisesti mitään tulosta. Myöskin vaikeaksi muodostuu tilanne, jossa potilaan päihteiden käyttö selkeästi vaikuttaa tämän perussairauden tasapainoon ja hoitoon, mutta potilas ei itse näe päihteiden käytössä mitään ongelmaa.

Motivoiva haastattelu on keskustelutyyli, jota terveydenhuollon henkilökunta käyttää apuna, kun potilaan tulisi muuttaa ei-toivottua terveyskäyttäytymistä. Yleisimmät käyttöaiheet ovat päihteisiin ja painonhallintaan liittyvät alueet. Tämän edellytyksenä kuitenkin on, että potilas on itse halukas muuttamaan käyttäytymistään ja tunnistaa ongelman. Hoitaja voi herätellä muutoshalukkuutta osoittamalla ristiriitaa potilaan toiminnan ja terveyden välillä, mutta muutoksen on lähdettävä potilaasta itsestään. Edellytyksenä on myös onnistunut kommunikaatio sekä molemminpuolinen arvostus hoitajan ja potilaan välillä. (Bullington ym. 2019, 140.)

Mielenterveys- ja päihdepotilaat koetaan keskimääräistä vaativampana asiakasryhmänä. He ovat tietoisia heillä olevista oikeuksista sekä heiltä vaadittavasta sitoutumisesta ja vaativat samaa sitoutuneisuutta hoitohenkilökunnalta. Tämä aiheuttaa paineen tunnetta hoitajissa, koska käytettävissä olevat resurssit eivät tätä mahdollista. Mielenterveys- ja päihdepotilaita kuvaillaan myös kärsimättömiksi ja he toivovat nopeastikin apua, mutta tähän tarpeeseen ei pystytä vastaamaan. Nämä ovat saaneet aikaan konfliktitilanteita. Nämä aikaisemmat negatiiviset ja haastavat kokemukset ovat jääneet mieleen hoitajille ja vaikeuttavat edelleen mielenterveys- ja päihdepotilaiden kohtaamista. Hoitajat kuitenkin ymmärtävät, että asiakkailta on oikeasti hätä ja huono olo ja tämä aiheuttaa sisäistä ristiriitaa ajan puutteen kanssa. Hoitajat korostavat, että vaikka haastavia tunteita ilmenee, kaikkia potilaita tulee hoitaa tasa-arvoisesti.

Haastavimmaksi potilasryhmäksi koetaan nuoret potilaat ja heidän kohtaaminen. Sairaanhoitajat kokevat, että pitkästä kokemuksesta ja ammattitaidosta huolimatta nuorelle ei osaa sanoa oikeita asioita tilanteen auttamiseksi ja nuorten pahoinvointi koetaan pysäyttävänä. Tutuin potilasryhmä on ikä ihmiset ja heistä on myös eniten kokoemusta. Mielenterveys- ja päihdetyö koetaan pääsääntöisesti

kuitenkin palkitsevana ja mielenkiintoisena haasteista huolimatta. Hoitajat kertoivat, että potilaat ovat kiitollisia tuesta ja keskustelusta ja tyytyväisiä hoitoonsa.

Sairaanhoitajat ymmärtävät mielenterveys- ja päihdepotilaiden voimavarojen vähäisyyden ja tämä näkyy myös haasteena huolehtia omasta hyvinvoinnista sekä somaattisista sairauksista. He pyrkivät kuuntelemaan asiakkaan jaksamista ja mukauttavat hoitoa tämän mukaan. Hoitajat korostavat, että ihmiset ovat usein monisairaita ja huono psyykkinen vointi heijastuu huonoon fyysiseen vointiin ja tämä heijastuu jälleen psyykkiseen vointiin. Voimavarojen vähyys nostaa myös huolta hoidon tarvetta arvioitaessa. Palvelujärjestelmästä johtuen, potilas joutuu tuolloin useaan eri kertaan kertomaan tilanteestaan ja sairaanhoitajat ovat huolissaan, että potilas luovuttaa. Aikaisempien tutkimuksien mukaan perusterveydenhuollon sairaanhoitajat ovat kuitenkin tärkeässä asemassa mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistamisessa, mutta heidän työtään rajoittaa organisaatioon liittyvät haasteet. (Karlsson ym. 2021, 159.)

Sairaanhoitajat kokevat, että mielenterveys- ja päihdetyö vaatii enemmän empatiaa ja heillä on halu auttaa potilasta. Silti vaikka potilas saapuisi vastaanotolle päihtyneenä hänet tulisi kohdata tasa-arvoisesti ja hänen tulisi saada apua. Sairaanhoitajat kokevat, että päihteiden käyttöön on jokin syy ja tähän on vain ajaututtu. Empatiaa kuvaillaan tarkoituksellisena tekona, joka tähtää toisen ihmisen ymmärtämiseen tämän näkökulmasta ilman ennakkokäsityksiä ja näin olemaan aidosti läsnä kuulemassa toisen ihmisen kerrontaa (Bullington ym. 2019, 140). Toisaalta hoitajat kokevat, että heillä olisi potilaille annettavaa, mutta käsiteltävät asiat ovat liian raskaita ja tämä kuluttaa voimavaroja. Samalla voimattomuuden ja avuttomuuden tunnetta aiheuttaa se, ettei itse pysty auttamaan potilasta. Hoitajat pyrkivätkin kuitenkin löytämään onnistumisen kokemuksia potilaalle ja kannustamaan tätä omahoitoon. Hoitajat painottavat potilaiden tasavertaista kohtelua sekä sitä, että potilaan tulisi tuntea olevansa arvokas. Sairaanhoitajat kokevat erittäin tärkeäksi aidon kohtaamisen potilaan kanssa ja aidosti tilanteeseen rauhoittumisen, sekä kuuntelun, jotta luottamuksellinen suhde voisi syntyä. Onkin tärkeää, että hoitaja pystyy olemaan emotionaalisesti läsnä vastaanottotilanteessa ja aktiivisesti kuuntelemaan sekä verbaalisia, että nonverbaalisia viestejä. Tämä auttaa kysymysten asettelussa ja luo turvaa vaikeidenkin asioiden käsitteilyyn. (Karlsson ym. 2021, 156.)

Tuloksissa nousi esiin monia haasteita mielenterveys- ja päihdetyön toteuttamisessa somaattisella vastaanotolla. Hoitajat kokivat tarvitsevansa apua tilanteen arvioinnissa ja pelkäsivät tekevänsä virhearviointeja. He pelkäsivät jättävänsä jonkin asian huomioimatta tai, että he tarpeettomasti huolestuvat jostain asiasta. Myös muissa tutkimuksissa tämä on noussut ilmi. Sairaanhoidajat kokevat epävarmuutta arvioinnissa ja tämä saattaa olla yksi syy, miksi mielenterveys- ja päihdeongelmat jäävät tunnistamatta varhaisessa vaiheessa. (Karlsson ym. 2021, 160.) Varsinkin puhelimen välityksellä tehtävä arviointi koettiin haastavaksi. Puhelimesta tehtävän arvioinnin haasteellisuus on noussut esille myös muissa tutkimuksissa. Puhelimesta käytettävä aika on usein lyhyempi ja hienovaraisen merkkin tulkitseminen avun tarpeesta on vaikeaa, koska potilasta ei näe. Lisäksi puhelimesta on haastavampaa päästä syvällisempään keskusteluun potilaan kanssa. (Karlsson ym. 2021, 157.)

Päihteiden käytön tiedustelu koettiin vaikeaksi tilanteeksi, vaikka hoitajilla oli tietämystä, että päihteistä täytyy puhua suoraan ja se vaikuttaa potilaan hoitoon. Kuitenkin hoitajilla oli kokemus, että asiakkaat loukkaantuvat päihdekartoituksen tekemisestä. Kokemus on kuitenkin tuonut rohkeutta ottaa päihteiden käyttö puheeksi ja AUDIT-kysely koetaan tähän helpoksi apuvälineeksi. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu alkoholin käytön tiedustelemisen olevan tehokas interventio, mutta tämän toteuttamisessa on haasteita perusterveydenhuollossa (Khadjesari ym. 2017, 198). On kuitenkin tärkeää, että sairaanhoitajat pystyvät kysymään vaikeistakin asioista potilaalta, vaikka nämä eivät niitä itse aktiivisesti tuo esiin ja tilanne tuntuisi epämiellyttävältä. Tällöin hoitajan on pystyttävä luomaan turvallisen ilmapiirin vaikutelma. Vaikeiden kysymyksen jälkeen hoitajan on tärkeää rauhoittua ja antaa potilaalle riittävästi aikaa vastaamiseen, mutta samalla itse aktiivisesti pohtia tarkentavia kysymyksiä. (Karlsson ym. 2021, 157.)

Erittäin voimakkaasti tuloksista nousi esille ajan ja resurssien puute. Mielenterveys- ja päihdepotilaat vaativat enemmän aikaa sekä pidemmän vastaanoton, ja tätä ei pystytä tarjoamaan. Usein asiakkaiden tilanteet ovat hyvin monimutkaisia ja sen selvittämiseen kuluu runsaasti resurssia, joka on pois muusta työstä. Aikaa asiakkaille on liian vähän. Jos haastava tilanne tulee vastaanotolla ilmi muun työn

ohella, varsinainen asia, jonka vuoksi potilas on tullut jää hoitamatta. Tämä asettaa hoitajan vaikeaan ristiriitaiseen tilanteeseen. Ajan puute nähdään esteeksi tunnistaa haasteita mielenterveydessä. Potilaat usein välttelevät vaikeasta aiheesta puhumista ja riittävä aika antaisi asiakkaalle mahdollisuuden uskaltaa puhua tästä. (Karlsson ym. 2021, 158.) Aikaisempien tutkimuksien mukaan aikapaineet tekevät mahdottomaksi aidosti pysähtyä rauhassa arvioimaan potilaan tilannetta kokonaisvaltaisesti. Tällöin potilaalla on mahdollisuus vain pinnallisesti kertoa tilanteestaan ja tämä johtaa virhearvioihin ammattilaisen taholta. Tuolloin tukeudutaan myös helpommin lääkehoitoon nopeana ratkaisuna potilaan ongelmiin jättäen psykososiaalisen tuen huomioimatta. (Leavey ym. 2017, 9.)

Tuloksista käy ilmi, ettei mielenterveyden- ja päihteiden käytön arvioiminen ole erillään muusta potilaan hoidosta, vaan tätä arvioita tehdään jatkuvasti sujuvasti muun työn ohella. Asiakkaat ovat hakeutuneet vastaanotolle jonkin somaattisen syyn vuoksi, mutta samalla tuovat esille haastavaa tilannettaan. Hoitajat kertovat, että tuolloin heille nousee tunne ihmisen tarvitsevan lisää apua. Hoitajat luottavatkin omaan intuitioonsa, jolloin ja tilannetta on lähdetty selvittämään enemmän. Kokemuksen kautta tätä ominaisuutta on opittu arvostamaan ja pitämään tärkeänä, mikä on lisännyt luottamuksen tunnetta omaan työhön. Hoitajat ovatkin huomanneet, että yhä useammilla potilaille on jokin psyykelääke ja mielenterveys- ja päihdeasiakkaat ovat jatkuvasti kasvava potilasryhmä. Tutkimuksissa on käynyt ilmi sama ilmiö, että mielenterveys- ja päihdeasiakkaat hakeutuvat vastaanotolle useiden epämääräisten somaattisten syiden vuoksi, koska varsinaisesta ongelmasta on haastavaa puhua tai potilaan on ollut vaikea tunnistaa tai sanoittaa oireitaan. Sairaanhoidajalta vaaditaan hienotunteisuutta ja kärsivällisyyttä asian puheeksi ottamisessa. (Karlsson ym. 2021, 157.)

Tuloksissa käy vahvasti ilmi sairaanhoidajien toive yhteistyön kehittämiseksi mielenterveys- ja päihdetiimin kanssa. Mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoitoketjut koetaan toimimattomiksi ja potilas ei saa apua silloin, kun tämä on siihen itse valmis. Potilaiden hoito on usein monimutkaista ja ihmistä tulisi hoitaa kokonaisuutena, mutta tämä vaatisi moniammatillisen yhteistyön kehittämistä. Myös Karlsson ym. (2021, 158) korostaa, että yhteistyö eri ammattilaisten välillä koko hoitoprosessin ajan on ensisijaisen tärkeää. Hoitajat kokevat, että vaikka mielenterveys- ja päihdetiimin kanssa hoidetaan samoja potilaita, tieto ei kuitenkaan

kulje tiimien välillä sujuvasti. Hoitajat tuovatkin esille tarpeen prosessien kehittämiseksi yhdessä ja selkeiden hoitolinjauksien tekemiselle. Tämä tukisi myös itsestä vastaanottotyöskentelyä ja toisi varmuutta työhön. Aikaisemmissakin tutkimuksissa on todettu haasteita perusterveydenhuollon ja mielenterveystiimien välisessä yhteistyössä sekä tiedon liikkumisesta tiimien välillä. Toimivan kommunikation on myös osoitettu olevan tärkeä väline itsemurhariskin arvioinnissa. (Leavey ym. 2017, 8.)

Tuloksista käy ilmi, että vastaanotolla hoitajat kokevat potilaalla ja hoitajalla olevan selkeät omat roolit. Hoitaja nähdään enemmänkin valmentajana kuin hoitajana ja hänen tehtävä on ohjata ja kannustaa potilasta voimaantumaa omaan hoitoonsa. Potilas taas nähdään aktiivisena toimijana, jota hoitajan tulee motivoita. Oma aktiivisuus näkyy myös itsehoidon toteuttamisena vastaanoton ulkopuolella ja tämä tuottaa hoitajien kokemuksen mukaan parempia hoitotuloksia. Hoitajat kokevat omiksi vahvuuksikseen kokonaisvaltaisen näkemyksen potilaasta, eikä psyykkistä ja fyysistä puolta voi erottaa toisistaan. Tämä oivallus on ollut monelle hoitajalle tärkeä onnistuminen ja sen myötä arvioin tekeminen on koettu helpottuvan. Hoitajat kuvailivat tuloksissa motivoivan haastattelun asetelmaa. Hoitaja ei pyri kontrolloimaan potilasta vaan ohjaamaan ja kannustamaan tätä sekä auttamaan tunnistamaan haitallisia toimintatapoja. Potilas nähdään tasavertaisena asiantuntijana, jolla on valmius, osaaminen ja halu muutokseen. Motivoivassa haastattelussa keskitytäänkin potilaan voimavaroihin ja kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin. (Bullington ym. 2019, 140.)

Tuloksista kävi ilmi selkeät tiedon aukot mielenterveys- ja päihdehoidossa sekä lisäkoulutuksen tarve. Hoitajat kokivat, ettei heillä ole erityistä osaamista mielenterveys- ja päihdehoitotyöhön ja tämä aiheuttaa epävarmuutta sekä kuormitusta. Sairaanhoidajat eivät kuitenkaan tiedon puutteen vuoksi ohita potilaasta nousutta huolta, mutta he epäilevät osaavatko aidosti arvioida potilaan tilannetta. Tämän vuoksi arvio voi jäädä vajavaiseksi tai osittain tekemättäkin. Koska hoitajat kokevat, ettei heillä ole riittäviä tietoja mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoitamiseksi, he eivät potilasta voi auttaa eivätkä osaa sanoa potilaalle oikeita asioita. Osittain tämän vuoksi he kokevat vieraannuttaneensa itsensä aihealueesta. Tämä on linjassa aikaisempien tutkimuksien kanssa, joiden mukaan tieto ja koulutus mielenterveys- ja päihdehäiriöistä tekevät sairaanhoitajista itsevarmempia

ja luottavaisempia omaan ammattitaitoonsa, kun he kohtaavat mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsiviä potilaita. (Karlsson ym. 2021, 159.)

Tuloksista nousee kuitenkin esille halu oppia mielenterveys- ja päihdetyöstä ja halu itsensä haastamiseen sekä kehittämiseen. Lisäksi koska potilaiden haasteet mielenterveyden ja päihteiden käytön kanssa ovat lisääntyneet, heidän on tärkeää päivittää omaa osaamistaan. Hoitajat toivovat lähinnä käytännönläheisiä keinoja, joita voi vastaanotolla käyttää syvän teorian tiedon sijaan. He kokevat, ettei heillä ole juurikaan työkaluja käytettävissään tai mistä tietoa voisi hakea. He kuitenkin ovat valmiita opettelemaan erilaisia menetelmiä. Kaikista tutuimmat väli- neet hoidossa ja arvioinnissa oli AUDIT-kysely, joka oli tuttu ja käytössä lähes kaikilla.

Selkeiksi tiedon aukoiksi tuloksissa nousi esille psyykkiset häiriöt, lääkitykset sekä päihteet. Hoitajat kertoivat, että puhuessaan mielenterveyspotilaista he pääasiassa puhuvat masennuspotilaista. Masennus koettiin kaikista tutuimmaksi mielenterveyden häiriöksi ja muut ovat melko tuntemattomia. Hoitajat tuovat myös esille, että potilasasiakirjoista ilmi tuleva mielenterveyden häiriön diagnoosi, ei välttämättä kerro hoitajalle yhtään mitään ja vaatiiko tämä hoitajalta jotain toimia tai seurantaa. Ymmärrys näistä helpottaisi potilaan arvioita ja kohtamista vastaanotolla. Myöskin psykiatriset lääkkeet ovat tuntematonta aluetta ja lisätieto näistä auttaisi lääkehoitoon motivoimisessa. Hoitajat tarvitsevat myös lisätietoa lääkityksiin liittyvistä laboratoriotutkimuksista ja lääkityksen vasteen arvioimisessa. Hoitajat kokevat kuitenkin mielenterveyden haasteiden olevan helpommin tunnistettavissa kuin päihdeongelmat. Päihteet koetaan tuntemattomaksi alueeksi ja usein myös hoitoa sekoittavaksi tekijäksi.

Tämä haaste on tullut ilmi myös aikaisemmissa tutkimuksissa. Lisäksi tutkimuksen mukaan päihteiden väärinkäyttäjät ottavat toistuvasti yhteyttä perusterveyden huoltoon ennen itsemurhaa. Tämän vuoksi tietämys ja osaaminen itsemurhien ehkäisemiseksi olisi ensisijaisen tärkeää. (Leavey ym. 2017, 7–8.) Hoitajat eivät pysy ajan tasalla mitä päihteitä on olemassa ja mitä päihteistä tulisi ylipäättään tietää. Myöskin tietämättömyyttä on vaikuttaako päihteiden käyttö sairauksien hoito-ohjeistuksiin tai aiheuttaako se joitain rajoituksia.

Tuloksista käy ilmi, että koulutuksen sijaan sairaanhoitajien osaaminen mielen-terveys- ja päihdehoidossa perustuu lähinnä kokemukseen. Kokemus erilaisista potilaista on tuonut rutiinia ja varmuutta työhön ja samalla vahvistanut omaa intuitiota. Tämä auttaa asioiden puheeksi ottamisessa. Kokemus myös auttaa pysymään tilanteessa rauhallisena ja aidosti kuunnella potilasta. Myöskin luottamus omaan työhön on kasvanut ja haastavista tilanteista selviäminen on lisännyt varmuutta. Kokemus on myös luonut sairaanhoitajille työkaluja ja toimintatapoja mielen-terveys- ja päihdetyöhön. Hoitaja pystyy hahmottamaan ennakkotapausten kautta millaisia keinoja voisi käyttää ja kokeilla. He kuitenkin korostavat, että on tärkeää päästä irti toimimattomista toimintamalleista ja olla valmis omaksumaan myös uusia keinoja. Kokemuksen kautta tullut osaaminen auttaa sairaanhoitajia tuntemaan olonsa varmaksi roolissaan, joka on tärkeää luottamuksen synnyssä sekä vuorovaikutuksessa vastaanotolla (Karlsson ym. 2021, 156).

Hoitajat kokevat vahvuudekseen rauhoittumisen ja kuuntelemisen taidot, jota he myös pitävät kaikista tärkeimpänä ominaisuutena mielen-terveys- ja päihdehoito-työssä. Vaikka kattavaa teoriatietoa ei hoitajilla olisikaan, läsnäololla ja aidolla kohtaamisella he pystyvät auttamaan potilasta. Tuloksista näkyy, että hoitajat kokevat itsensä helposti lähestyttäviksi ja heille on helppo puhua asioista. Tärkeiksi ominaisuuksiksi nousee tuomitsemattomuus sekä arvostelemattomuus, jolloin potilas voi kokea tullessa hyväksytyksi. Tärkeäksi nousee myös potilaiden tasa-arvoinen kohtaaminen ilman ennakkoluuloja. Myöskin hyvät vuorovaikutustaidot korostuvat tuloksista, vaikka hoitajat eivät osaa tätä pitää erityisenä auttamisen keinona vaan ainoana asiana, mitä he voivat mielen-terveys- ja päihdepotilaan hyväksi tehdä. Hyvässä vuorovaikutuksessa korostetaan ennako-oletuksista luopumista ja toisen kokemuksen kuuntelua peruslähtökohtana. Hoidollinen keskustelu perustuu myötätuntoiseen vuorovaikutukseen, jossa hoitaja tavoittaa potilaan tunnetilan. Tämä mahdollistaa potilaalle turvallisen ympäristön omien tunteiden ja kokemusten pohdintaan. Tämä vaatii hoitajalta tietoista ponnistelua et-sien ymmärrystä sekä tarkoitusta potilaan kerronnasta. (Bullington ym. 2019, 140).

Tuloksissa korostuu sairaanhoitajien kokemus aivan tavallisen hoitajan identiteetistä, johon liittyy käytännön läheinen ammattitaito ja lähestymistapa. Tämän he

kokevat omaan työnkuvaansa riittäväksi. Toisaalta esille nousee vahvan ammatitaidon kautta syntynyt taito mukautua ja reagoida nopeastikin tilanteisiin sekä erilaisiin potilasryhmiin. Tärkeänä ominaisuutena perusterveydenhuollon vastaanoton sairaanhoitajille tuloksissa nousee esille kokonaisvaltainen käsitys ihmisestä ja tämän hyvinvoinnista. Vahvan somaattisen osaamisen ansiosta he osaavat ottaa huomioon potilaan terveyden edistämisen näkökulman ja katsoa tilannetta monesta eri näkökulmasta. Tämä tekee mielenterveys- ja päihdetyöstä hoitajille tutumman tuntuisen alueen. Somaattisella vastaanotolla tärkeimmäksi ominaisuudeksi koetaan kuuntelu ja muita keinoja ei välttämättä tarvita. He korostavat luottamuksellisen suhteen tärkeyttä vastaanottotilanteessa, joka kantaa asiakkaan vointia ja auttaa vaikeimpien hetkien yli. Aikaisemmatkin tutkimukset ovat korostaneet sairaanhoitajien kokemusta luottamuksellisen suhteen syntymisen tärkeydestä. Tämä suhde auttaa potilasta avautumaan ja syvällisempään keskusteluyhteyteen pääsyä ja hoitaja voi tarkemmin tunnistaa avuntarvetta. (Karlsson ym. 2021, 156.)

Tuloksista käy ilmi, että sairaanhoitajat kokevat haasteeksi rajaamisen ja toivovat tähän tukea muulta työryhmältä. Selkeästi kirjatut ja perustellut hoitolinjaukset helpottaisivat potilaiden rajaamista ammatillisesti. Myöskin ajankäytön rajaamisessa on haastetta, koska potilaan tilanteen selvittäminen vie enemmän aikaa ja potilasta halutaan auttaa. Vastaanoton aluksi tulisivat kertoa käytettävissä oleva aika. Hoitajat nostavat esiin myös, että ylittävät oman osaamisen ja ammatillisuuden, jos potilaan kanssa tulee hyvin toimeen. Tällöin potilasta ei ehkä ohjaa yhtä helposti eteenpäin omalta vastaanotolta, vaikka potilas tästä hyötyisi.

Hoitajat arvioivat potilaan vointia vastaanotolla muun työn ohessa. Varsinkin itsetuhoisuuteen he kiinnittävät huomiota. Myöskin lääkärin tuki potilaan voinnin arvioinnissa koetaan tärkeäksi ja se tuo työlle turvaa. Sairaanhoitajat kuitenkin korostavat, että kuuntelevat myös potilaan toiveita tämän halusta ottaa apua vastaan. Hoitajat kokivat, että mielenterveys- ja päihdetiimiin on helppo ohjata potilas eteenpäin omalta vastaanotolta, jos oma asiantuntemus tai aika ei riitä potilaan tilan arvioon tai hoitoon. Perusterveydenhuolto on keskeisessä asemassa varhaisten mielenterveyshaasteiden tunnistamisessa. Aikaisemmissa tutkimuksissa on osoitettu, että ensimmäisten oireiden ilmaantumisesta ja avun hakemisesta

perusterveydenhuollosta diagnoosin saamiseen voi mennä vuosia. Perusterveydenhuollossa ei ole ollut tarjota riittäviä resursseja ongelmien tunnistamiseksi. Epäpätevyden tunne, ajan puute sekä tarvittavien tietojen puute ovat olleet haasteita perusterveydenhuollossa mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoidossa. Useissa tutkimuksissa on tullut esiin hoitajien epävarmuuden tunne mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohtaamisessa. (Janlöv 2018, 988–994; Chen 2019, 11.)

Yhteydenottopyynnön laittaminen jatkohoidon tarpeesta mielenterveys- ja päihdetiimiin koettiin helpoksi, mutta kuitenkin sairaanhoitajat jäivät epävarmuuteen, otetaanko potilaaseen yhteyttä. Mielenterveys- ja päihdetiimiin oli haastavaa saada yhteyttä ja sairaanhoitajat kokivat, ettei heillä ole suoraa konsultointikanavaa, josta kysyä neuvoa. Tämä kanava auttaisi päätöksenteossa ja vähentäisi sairaanhoitajien epävarmuuden tunnetta. Matalan kynnyksen reitit mielenterveys- ja päihdetiimiin koettiin tärkeiksi. Kuitenkin potilaan omat vähäiset voimavarat olivat esteenä hoitoon hakeutumiselle. Myöskin mielenterveys- ja päihdetiimin ajat menevät pitkälle, ja sairaanhoitajat ottavat potilasta itselle kontrollikäynnille, vaikka kokevat, etteivät potilasta pysty auttamaan. Sairaanhoitaja on avainasemassa potilaan tilan tunnistamisessa ja hoitoon ohjaamisessa, varsinkin jos potilaan omat voimavarat ovat vähissä. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että mielenterveysongelmista kärsivien potilaiden arviointi vie aikaa ja vaatii moniammatillista yhteistyötä psykiatrian ammattilaisten kanssa. Mielenterveys- ja päihdehäiriöistä kärsivien on myös haastavaa saada oikea-aikaista hoitoa. Tätä viivästyistä voidaan selittää sillä, että perusterveydenhuollon hoitajilla ei ole tarvittavia kanavia konsultoidakseen erityisasiantuntijoita. (Anderson 2013, 1395; Janlöv 2018, 994.)

Jatkohoitoon ohjaaminen koettiin haastavaksi, koska hoitajilla ei ollut selkeää protokollaa hoitoon ohjaamisesta. Potilaan tilan vakavuutta ja kiireellisyyttä oli vaikea arvioida, sekä mikä tälle olisi oikea jatkohoitopaikka. He kertovat tämän vuoksi usein ohjaavan potilaan kiirevastaanotolle, jonka tietävät olevan huono paikka mielenterveys- ja päihdepotilaille. Sairaanhoitajilla on kuitenkin runsaasti tietoa yleisimmistä jatkohoitopaikoista, mutta arviointi oikeasta jatkohoitopaikasta on haastavaa. Lisäksi jatkohoitoprosessit näihin ohjautumiseksi koettiin toimimattomiksi. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että perusterveydenhuollon

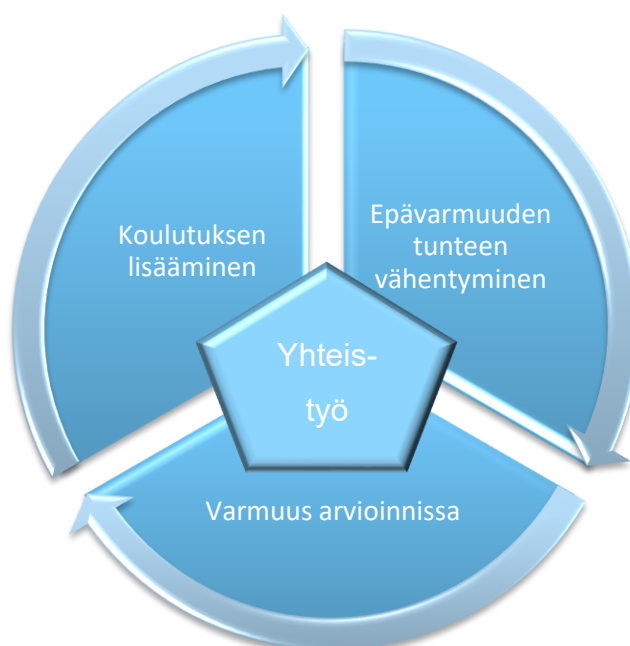
saatavuuden parantaminen vähentää kiirevastaanoton kuormitusta kuin myös erikoissairaanhoidon tarvetta. Tämä vaikuttaa myös potilaiden sujuvaan hoitoon pääsyyn. (Anderson 2013, 1395.)

Keskeisenä nousi esille yhteistyön tehostaminen mielenterveys- ja päihdetiimin kanssa. Tällöin potilaan tilannetta voisi katsoa moniammatillisesti ja tieto siirtyisi tiimien välillä. Sairaanhoidtajien mukaan potilaat ovat aikaisemmin hyötäneet tällaisesta moniammatillisesta näkökulmasta. Moniammatillinen yhteistyö mahdollistaa potilaskeskeistä hoitoa ja tarjoaa näkökulmaa usealta eri erikoisalalta. Toisaalta yhteistyö myös parantaa sairaanhoidajan omaa kompetenssia. Useat tutkimukset ovat korostaneet moniammatillisen yhteistyön vahvistamista mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien potilaiden kohdalla. (Janlöv 2018, 994.)

#### **6.4 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet**

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla yhden kunnan perusterveydenhuollon vastaanoton sairaanhoidtajien kokemuksia mielenterveys- ja päihdepotilaiden kohtaamisesta vastaanotolla. Tutkimuksessa tarkasteltiin hoitajien kokemuksia mielenterveys- ja päihdepotilaiden ohjaamisesta ja arvioinnista, kokemuksia omasta osaamisesta sekä kokemuksia mielenterveys- ja päihdepotilaiden jatkohoitoon ohjaamisesta. Tutkimuksessa ilmeni useita haasteita kaikilla näillä alueilla, mutta myös työtä tukevia tekijöitä.

Tavoitteena oli selkiyttää mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidon porrastusta. Tuloksista kävi ilmi, että koulutuksen lisääminen auttaa vähentämään sairaanhoidtajien kuormitusta mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidossa sekä tähän liittyvää epävarmuutta. Tämän myötä he pystyvät tunnistamaan potilaiden oirehdintaa ja arvioimaan jatkohoidon tarvetta ja oikea-aikaisuutta. Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen nousi keskiöön kaikissa näissä vaiheissa (kuvio 2.).



KUVIO 2. Hoidon porrastamisen sujuvoittaminen.

Sairaanhoitajille on tarjottava lisäkoulutusta mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidosta säännöllisesti. Tuloksista kävi ilmi, että tiedot ovat osittain vanhentuneita tai koulutusta ei ole ollut tarjolla. Tiedon puute pitkittää potilaan asianmukaisen hoidon saantia ja usein vaikeuttaa oirehdintaa tarpeettomasti. Epävarmuuden tunne omasta osaamisesta aiheuttaa sairaanhoitajille tarpeetonta kuormitusta työssä. Tämän vuoksi myös hoidon arviointiin ja asiakkaan ohjaukseen kuluu enemmän aikaa.

Resurssien ja ajan vähyys näkyy sairaanhoitajin kuormittuneisuutena sekä hoidon laadussa. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaat tarvitsevat enemmän aikaa, mutta tätä ei ole tarjota perusterveydenhuollon sairaanhoitajan vastaanotolla. Sairaanhoitajat kokevat arvostiriitaa, koska he haluaisivat tarjota potilaalle parasta mahdollista hoitoa ja käyttää tähän tarvittavan ajan. Tämä lisää riittämättömyyden tunteita ja samalla heikentää hoidon laatua. Sairaanhoitajat tarvitsevat tukea mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidossa sekä arvioinnissa, koska työssä koetaan epävarmuutta sekä kuormittavuutta. Hoitajille tulisi tarjota asianmukaista ohjausta kuormittavien tunteiden purkamiselle.

Hoitajille on epäselvää mihin asioihin mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidossa tulisi kiinnittää huomiota. Heillä on vaikeutta tunnistaa merkkejä potilaan

voinnin muutoksista tai lääkehoidon toimivuudesta. Tämä aiheuttaa epävarmuuden tunnetta arvioinnissa ja johtaa tarpeettomiinkin ohjauksiin kiirevastaanotolle, lääkäriin tai mielenterveys- ja päihdetiimiin.

Tuloksista kävi vahvasti esille sairaanhoitajien kokonaisvaltainen käsitys potilaasta. He kokivat olevansa oman alansa asiantuntijoita, mutta monisairaiden potilaiden kohdalla he toivoivat moniammatillisen yhteistyön kehittämistä. Keskeiseksi haasteeksi nousikin yhteistyö mielenterveys- ja päihdetiimin kanssa aivan yhteyden saamisesta alkaen. Hoito koettiin eriytyneeksi eikä tieto liikkunut kunnolla tiimien välillä. Tämäkin heikentää hoidon laatua sekä hoidon sujuvuutta. Toimivalla moniammatillisella yhteistyöllä tiimien välillä pystyttäisiin estämään potilaan voinnin heikkeneminen ja reagoimaan riittävän nopeasti voinnin muutoksiin. Yhteistyö tukisi myös sairaanhoitajien varmuutta mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidossa, jos toimiva konsultointikanava, josta saisi tukea haastavissa tilanteissa olisi olemassa.

Kehittämissuhteiksi nousi moniammatillisen yhteistyön kehittäminen läpi koko potilaan hoitoprosessin. Haasteet hoitotyön resurssoinnissa on laajasti tiedossa ja tähän haasteeseen tulisi pystyä vastaamaan hoitoa sujuvoittamalla. Lisäksi hoitajille tulisi tarjota asianmukaista tukea ja koulutusta mielenterveys- ja päihdetyön kuormituksen vähentämiseksi.

## LÄHTEET

- Ala-Nikkola, T., Pirkola, S., Kontio, R., Joffe, G., Pankakoski, M., Malin, L., Sadeniemi, M., Kaila, M. & Wahlbeck, K. 2014. Size Matters – Determinants of Modern, Community-Oriented Mental Health Services. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 11, 8456-8474. Viitattu 15.3.2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4143871/>
- Anderson, K, Fuhrer, R., Wynant, W., Abrahamowicz, M., Buckeridge, D. & Malla, A. 2013. Patterns of health services use prior to a first diagnosis of psychosis: the importance of primary care. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 48(9), 1389-1398. Viitattu 12.1.2023. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23429939/>
- Bengtsson, M. 2016. How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *NursingPlus Open* 2, 8-14. Viitattu 10.3.2023. <https://www.science-direct.com/science/article/pii/S2352900816000029>
- Bullington, J., Söderlund, M., Bos Sparén, E., Kneck, Å., Omérov, P. & Cronqvist, A. 2019. Communication skills in nursing: A phenomenologically-based communication training approach. *Nurse Education in Practice*, 39, 136 – 141. Viitattu 12.2.2023. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31487674/>
- Chen, Y., Farooq, S., Edwards, J., Chew-Graham, C., Shiers, D., Frisher, M., Hayward, R., Sumathipala, A. & Jordan, K. 2019. Patterns of symptoms before a diagnosis of first episode psychosis: a latent class analysis of UK primary care electronic health records. *BMC Medicine* 17(1), 1-13. Viitattu 5.2.2023. <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-019-1462-y>
- Cope, D. 2014. Methods and Meanings: Credibility and Trustworthiness of Qualitative Research. *Oncology Nursing Forum* 41 (1), 89-91. Viitattu 12.3.2023. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24368242/>
- Dinga, R., Marquand, A., Veltman, D., Beekman, A., Schoevers, R., van Hemert, A., Penninx, B. & Schmaal, L. 2018. Predicting the naturalistic course of depression from a wide range of clinical, psychological, and biological data: a machine learning approach. *Translational Psychiatry* 8 (241). Viitattu 5.2.2023. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30397196/>
- Elo, S., Kajula, O., Tohmola, A. & Kääriäinen, M. 2022. Laadullisen sisällönanalyysin vaiheet ja eteneminen. *Hoitotiede* 34 (4), 215-225.
- Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K. & Kyngäs, H. 2014. Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. *SAGE Open*, 1 – 10. Viitattu 12.3.2023. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2158244014522633>
- Er, S. & Buzlu, S. 2022. The relationships between self-transcendence and depressive symptoms, self-esteem, and locus of control in individuals diagnosed with substance addiction. *Perspectives in Psychiatric Care* 58 (4), 2137-2144. Viitattu 5.2.2023. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35124819/>

Firmin, R., Zalzal, A., Hamm, J., Luther, L. & Lysaker, P. 2021. How psychosis interrupts the lives of women and men differently: a qualitative comparison. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice* 94(3), 704-720. Viitattu 10.2.2023. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33215851/>

Gandhi, S., Poreddi, V., Govindan, R., Anjanappa, S., Sahu, M., Narayanasamy, P. & Badamath, S. 2019. Knowledge and perceptions of Indian primary care nurses towards mental illness. *Investigacion y Educacion en Enfermeria* 37(1):e06 Viitattu 15.3.2022. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31083843/>

Halcomb, E., McInnes, S., Patterson, C. & Moxham, L. 2019. Nurse-delivered interventions for mental health in primary care: a systematic review of randomized controlled trials. *Family Practice* 36 (1), 64-71. Viitattu 16.3.2022. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30364968/>

Janlöv, A-C., Johansson, L. & Clausson E. 2017. Mental ill-health among adult patients at healthcare centres in Sweden: district nurses experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 32 (2), 987-996. Viitattu 15.3.2022. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29131370/>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. *Sa-nomaPro*, Helsinki.

Karlsson, J., Hammar, L M. & Kerstis, B. 2021. Capturing the Unsaid: Nurses' Experiences of Identifying Mental ill-Health in Older Men in Primary Care- A Qualitative Study of Narratives. *Nursing Reports* 11 (1), 152-163. Viitattu 15.3.2022. <https://www.mdpi.com/2039-4403/11/1/15>

Kalkbrenner, M. 2021. Global wellness: Predicting lower levels of anxiety and depression severity. *Journal of Counseling & Development* 100 (1). 84-95. Viitattu 17.3.2023. <https://onlinelibrary-wiley-com.lib-proxy.tuni.fi/doi/full/10.1002/jcad.12405>

Khadjesari, Z., Hardoon, S., Petersen, I., Hamilton, F. & Nazareth, I. 2017. Impact of Financial Incentives on Alcohol Consumption Recording in Primary Health Care Among Adults with Schizophrenia and Other Psychoses: A Cross-Sectional and Retrospective Cohort Study. *Alcohol and Alcoholism* 52 (2), 197-205. Viitattu 5.2.2023. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28182195/>

Leavey, G., Mallon, S., Rondon.Sulbaran, J., Galway, K., Rosato, M. & Hughes, L. 2017. The failure of suicide prevention in primary care: Family and GP perspectives – a qualitative study. *BMC Psychiatry* 17 (1), 369-369. Viitattu 20.2.2023. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29157221/>

Levola, J. Eskelinen, S. & Pitkänen, T. 2020. Association between self-rated health, quality of life and symptoms of depression among Finnish inpatient with alcohol and substance use disorders. *Journal of Substance Use* 25 (2), 128-134. Viitattu 24.2.2023. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14659891.2019.1664667?journalCode=ijsu20>

Marcotte-Beaumier, G., Malivoire, B., Koerner, N. & Ovanessian, M. 2022. The Role of Overt and Covert Avoidance Strategies in Generalized Anxiety Disorder Symptoms and Fear of Emotion. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 44, 344 – 352. Viitattu 3.3.2023. <https://www.researchgate.net/publication/354733963> The Role of Overt and Covert Avoidance Strategies in Generalized Anxiety Disorder Symptoms and Fear of Emotion

Marfoli, A., Viglia, F., Di Consiglio, M., Merola, S., Sdoia, S. & Couyoumdjian, A. 2021. Anaclitic-sociotropic and introjective-autonomic personality dimensions and depressive symptoms: a systematic review. *Annals of General Psychiatry* 20 (53). Viitattu 3.3.2023. <https://annals-general-psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12991-021-00373-z>

Palonen, M. & Kylmä, J. 2022. Avoin haastattelu ja teemahaastattelu aineistonkeruumenetelminä laadullisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 34 (4), 281-294.

Partonen, T., Grainer, M., Kiviruusu O. & Suvisaari, J. 2022. Viimeinen terveydenhuollon käynti ennen itsemurhaa vuosina 2016-2018. *Duodecim* 138. 345-352. Viitattu 15.3.2022. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.duodecimlehti.fi/duo16711>

Pelcovitz, M., Bennett, S., Desai, P., Schild, J., Beaumont, R., Walkup, J., Shaffer, D. & Chiu, A. 2023. High Rates of Anxiety Among Adolescents in a Partial Hospitalization Program. *Child & Youth Care Forum* 52, 105 – 122. Viitattu 19.3.2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8866547/>

Roussy, V., Thomacos, N., Rudd, A. & Crockett, B. 2015. Enhancing health-care workers' understanding and thinking about people living with co-occurring mental health and substance use issues through consumer-led training. *Health Expectations* 18 (5), 1567-1581. Viitattu 15.1.2023. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24118841/>

Saldana, J. 2011. *Fundamentals of Qualitative Research*. Oxford University Press.

Saxton, L. 2013. Managing long term mental health conditions in primary care. *Practice Nurse* 43(9), 15-19.

Shah, N., Schwandt, M., Hobden, B., Baldwin, D., Sinclair, J., Agabio, R. & Leggio, L. 2021. The validity of the state-trait anxiety inventory and the brief scale for anxiety in a inpatient sample with alcohol use disorder. *Addiction (Abingdon, England)* 116 (11), 3055-3068. Viitattu 16.3.2023. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33861887/>

Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Ohjelma ja hankeopas. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu 2020:3. Viitattu 20.2.2022. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162004/STM\\_2020\\_3\\_j.pdf](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162004/STM_2020_3_j.pdf)

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. *Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi*. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettinen neuvottelukunnan ohje 2012. Viitattu 11.3.2023. [https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Vorma, H., Rotko, T., Larivaara M. & Kosloff, A. 2020. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020-2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6. Viitattu 20.2.2022. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162053/STM\\_2020\\_6.pdf](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162053/STM_2020_6.pdf)

Vilka, H. 2021. Tutki ja kehitä. Ps-kustannus, Jyväskylä.

World Health Organization. 2013. Comprehensive mental health action plan 2013 – 2030. Viitattu 20.2.2022. [9789240031029-eng.pdf \(who.int\)](https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029-eng)

## LIITTEET

### Liite 1. Tutkimustiedote



#### TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

### **Mielenterveys- ja päihdepotilaan arviointi perusterveydenhuollon sairaanhoitajan vastaanotolla**

Pyydämme sinua osallistumaan opinnäytetyöhön, jonka tarkoituksena on kuvailla perusterveydenhuollon vastaanoton sairaanhoitajien kokemuksia mielenterveys- ja päihdepotilaiden kohtaamisesta vastaanotolla. Tutkimuksen tavoitteena on selkiyttää mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidon porrastusta. Perehdyttyäsi tähän tiedotteeseen sinulla on mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksesta. Sinulta myös pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumisesta.

#### **Tutkimuksen kulku**

Tutkimukseen kerätään tietoa haastattelemalla hoitohenkilökuntaa. Haastattelut ovat yksilöhaastatteluita, jotka nauhoitetaan. Tutkimushaastattelun arvioitu kesto on noin 30-60 minuuttia ja haastattelut järjestetään työajalla paikan päällä yksikössä. Haastattelu on teemahaastattelu. Tutkimukseen osallistumisesta ei makseta palkkiota.

#### **Luottamuksellisuus, tietojen käsittely ja säilyttäminen**

Sinulta kerättyä tietoa ja tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti henkilötietojen käsittelyä koskevan lainsäädännön tavalla. Kerätty tieto säilytetään koodattuna tutkimustiedostossa ja tulokset analysoidaan sekä raportoidaan ryhmätasolla, jolloin yksittäinen henkilö ei ole tunnistettavissa. Tutkimuksessa ei kerätä henkilötietoja.

#### **Vapaaehtoisuus**

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja voit keskeyttää tutkimuksen missä vaiheessa tahansa ilman erillistä syytä. Keskeyttämiseen mennessä kerätyt tiedot käytetään osana tutkimusaineistoa.

**Tutkimustuloksista tiedottaminen**

Opinnäytetyön valmistuttua opinnäytetyön raportti julkaistaan ammattikorkeakoulujen opinnäytetyön ja julkaisut -tietokannassa [www.theseus.fi](http://www.theseus.fi).

**Lisätiedot**

Opinnäytetyön tekijä

Jaana Mäkelä ([jaana.makela@tuni.fi](mailto:jaana.makela@tuni.fi))

Opinnäytetyön ohjaaja

Minna Törnävä ([minna.tornava@tuni.fi](mailto:minna.tornava@tuni.fi))

## Liite 2. Suostumuslomake



### **SUOSTUMUSLOMAKE**

Mielenterveys- ja päihdepotilaan arviointi perusterveydenhuollon sairaanhoitajan vastaanotolla

#### **Suostumus tutkimukseen osallistumiseksi**

Minua on pyydetty osallistumaan yllä mainittuun tutkimukseen ja olen saanut sekä suullista että kirjallista tietoa tutkimuksesta. Olen myös saanut mahdollisuuden esittää tutkijalle kysymyksiä tutkimuksesta.

Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Minulla on oikeus perua osallistumiseni tutkimukseen milloin tahansa, ennen tutkimuksen päättymistä, syytä ilmoittamatta, ilman että siitä koituu minulle mitään haittaa. Jos perun osallistumiseni, siihen mennessä kerättyjä aineistoja käytetään osana tutkimusta. Minulle on kerrottu tietosuojasta ja ymmärrän, että antamani tiedoja käsitellään luottamuksellisesti

Suostun osallistumaan tutkimukseen.

---

Paikka ja päivämäärä

---

tutkittavan allekirjoitus ja nimenselvennys

---

suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus ja nimenselvennys

### Liite 3. Teemahaastattelurunko

- Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden arvioiminen ja ohjaaminen
  - o omat kokemukset
  - o millaisia tilanteita
  - o millaisia asiakkaita
  - o miten teet arvioita
  - o mitä työkaluja käytät
- Oma mielenterveys- ja päihdehoitotyön osaaminen
  - o millaisena koet mielenterveys- ja päihdehoitotyön
  - o millaisena koet oman osaamisen
  - o missä olet hyvä
  - o missä tarvitset lisää ohjausta
- Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden jatkohoitoon ohjaaminen
  - o millaisia asiakkaita
  - o miten teet arvion jatkohoidosta
  - o millaisia tilanteita
  - o mihin ohjaat

## Liite 4. Ensimmäisen tutkimuskysymyksen sisällönanalyysitaulukko

Pääloukka	Yläluokka	Alaluokka
<b>Useita kuormitustekijöitä mielenterveys- ja päihdehoitotyössä</b>	Psyykkisesti raskasta työtä	Mielenterveys- ja päihdetyön haasteellisuus Turhautuneisuus mielenterveys- ja päihdetyössä Kuormittavuus mielenterveys- ja päihdetyössä Avuttomuuden tunne mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoidossa
	Vaativa potilasryhmä	Mielenterveys- ja päihdeasiakkaat vaativa asiakasryhmä Aikaisemmat negatiiviset kokemukset mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoidosta Asiakkaalla ei ole motivaatiota hoitoon Asiakas tulee vastaanotolle päihtyneenä Haastavaa arvioida avun todellista tarvetta
	Empatian tarve työssä	Halu auttaa ihmistä Päihteidenkäytön syyn ymmärtäminen Kannustava asenne Ihmiset ovat tasa-arvoisia Työ vaatii rauhoittumista tilanteeseen
<b>Haasteena osana somaattista hoitoa</b>	Haasteita mielenterveys- ja päihdehoitotyön toteuttamisessa	Epävarmuuden tunne hoitamisessa Ei kiinnostusta mielenterveys- ja päihdetyöhön Mielenterveys- ja päihdeasiakkailla vain vähän voimavaroja Avun tarpeen arviointi haastavaa Aikaa ei ole riittävästi mielenterveys- ja päihdeasiakkailla Päihteiden käyttöä hankala tiedustella
	Mielenterveys- ja päihdehoitotyö osana somaattista hoitoa	Rutiini asiakaan tilan arvioinnissa Mielenterveyden ja päihteiden käytön arviointi tapahtuu osana muuta hoitoa Mielenterveys- ja päihdeasiakkaita omien potilaiden joukossa Psyykinen vointi vaikuttaa somaattiseen hoitoon Päihteistä kysytään osana somaattista hoitoa Avun tarve tulee esille vastaanotolla muun työn ohessa Vastaanotolla jatkuvaa ihmisen havainnointia
	Tarve yhteistyön kehittämiseksi somatiikan ja mielenterveys- ja päihdetiimin välillä	Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoitoketjut toimimattomia Toivoo selkeitä hoitomalleja Toivoo moniammatillista yhteistyötä
<b>Mielenterveys- ja päihdehoitotyötä tukevat tekijät</b>	Roolit vastaanotolla	Sairaanhoitaja valmentajana Asiakas itse aktiivinen toimija
	Vahvuudet arvioinnissa	Ihmisen huomioiminen kokonaisuutena Kokemuksen tuoma varmuus Oma intuitio työvälineenä
	Mielenterveys- ja päihdehoitotyön palkitsevuus	Asiakkaiden kiitollisuus avusta Joitain onnistumisen kokemuksia Mielenterveys koetaan mielenkiintoisena