

POHJOIS-POHJANMAAN OULUNKAAREN ALUEEN
MIELENTERVEYSPALVELUIDEN
ASIAKASANALYYSI

Lehtinen Johanna
Lounela Merja

Opinnäytetyö

Hyvinvoinnin analytiikan asiantuntija
Sairaanhoitaja (ylempi AMK)

2024

Hyvinvoinnin analytiikan asiantuntija
Sairaanhoitaja (ylempi AMK)

Tekijät	Johanna Lehtinen	Vuosi	2024
Ohjaajat	Merja Lounela Anssi Tarkiainen Eija Jumisko		
Toimeksiantaja Työn nimi	Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue Pohjois-Pohjanmaan Oulunkaaren alueen mielen- terveyspalveluiden asiakasanalyysi		
Sivumäärä	58 + 1		

Opinnäytetyön aiheena oli Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen, Oulunkaaren alueen aikuisten avoterveydenhuollon mielenterveyspalveluiden asiakasanalyysi, joka pohjautui keväällä 2023 alueen sairaanhoitajille tehtyyn kyselyyn. Tarkoituksena oli muodostaa tilannekuva mielenterveysasiakkaiden hoitokontakteista. Opinnäytetyön tavoitteena oli analysoida toimeksiantajan materiaali ja kuvailla siitä saadut tulokset.

Opinnäytetyön teoriaosuus käsittelee mielenterveyden sairauksia ja hoitamista Suomessa. Teoriaosuuteen valitut mielenterveyshäiriöt perustuvat Oulunkaaren alueella hoidettavilla asiakkailta olleisiin käyntisyihin.

Opinnäytetyössä käytettiin määrällistä tutkimusotetta ja menetelmänä kuvailevaa analyysia sekä ryhmittelyanalyysia. Opinnäytetyössä käytetty aineisto saatiin toimeksiantajalta raakadatana, joka muokattiin analysoitavaan muotoon.

Työn keskeiset tulokset muodostuivat asiakasmääristä, käyntisyistä, hoitosuhteiden kestosta, ikäjakaumasta, hoitosuunnitelmista sekä hoidon tavoitteista. Osa tuloksista muodostettiin koko alueelta ja osa lisäksi kuntakohtaisesti. Hoitosuhteiden kestoissa havaittiin suuria kuntakohtaisia eroja. Lisäksi tuloksista kävi ilmi, että hoitosuhteiden kestolla oli yhteys käyntitiheyteen, hoitosuunnitelmien yksityiskohtaisuuteen ja asetettujen tavoitteiden määrään.

Työn tuloksia voidaan hyödyntää alueen mielenterveyspalveluiden yhdenmukaistamisessa ja saatavuuden arvioinnissa sekä alueelle tehtävien kyselytutkimusten jatkokehittämisessä. Jatkotutkimusehdotuksia ovat hoitokäytäntöjen ja -resurssien tarkastelu sekä hoitosuhteiden ja -menetelmien vaikuttavuuden ja tehokkuuden arviointi.

Avainsanat mielenterveys, mielenterveyshäiriöt, hoitotyö, analyysi, hyvinvointialueet

Master of Well-being Analytics
Master of Health Care

Authors	Johanna Lehtinen Merja Lounela	Year 2024
Supervisors	Anssi Tarkiainen Eija Jumisko	
Commissioned by	North Ostrobothnia Wellbeing Services County	
Title	Customer analysis of mental health patients in the Oulunkaari region of North Ostrobothnia	
Number of pages	58 + 1	

The subject of the thesis was a customer analysis of adult outpatient mental health services in the Wellbeing Services County of North Ostrobothnia, the Oulunkaari region, based on a survey of nurses in the area, conducted in spring 2023. The aim of this thesis was to create a situational overview of the treatment contacts of mental health clients. The objective was to analyse the material provided by the client and describe the results obtained from it.

The theoretical part of the thesis addresses mental disorders and their treatment in Finland. The mental disorders selected for the theory section are based on the reasons for visits by clients treated in the Oulunkaari region.

The thesis used a quantitative research sample and descriptive analysis and grouping analysis as methods. The material used was obtained from the client as raw data, which was subsequently edited into an analysable format.

The key results of the work included data on the number of clients, reasons for visits, duration of treatment relationships, age distribution, treatment plans and treatment goals. Some of the results were formed from the entire region and some from each municipality. Significant differences between municipalities were observed in the duration of care relationships. Additionally, the results indicated that the duration of treatment relationships was related to the frequency of visits, the level of detail of treatment plans and the number of goals set.

The results of the work can be utilised in harmonising and assessing the availability of mental health services in the region, as well as in the further development of survey studies for the area. Proposals for further research include reviewing treatment practices and resources and evaluating the effectiveness and efficiency of treatment relationships and methods.

Keywords mental health, mental disorders, nursing, analysis, wellbeing services counties,

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	7
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	8
3	MIELENTERVEYS.....	9
3.1	Kansallinen mielenterveysstrategia	9
3.2	Mielenterveysoikeudet	10
3.3	Mielenterveyspalvelut	10
3.4	Mielenterveyden hoito.....	11
3.4.1	Mielenterveyden hoidon tavoitteet	12
3.4.2	Hoitosuunnitelma.....	13
3.4.3	Hoitotyön menetelmiä	13
3.5	Mielenterveyden häiriöt.....	16
3.5.1	Ahdistuneisuushäiriöt	17
3.5.2	Masennus ja muut mielialahäiriöt	18
3.5.3	Psykoosit.....	19
3.5.4	Elämäntilannekriisit.....	20
3.5.5	Muut mielialahäiriöt.....	21
4	TOIMEKSIANTAJAN KUVAUS.....	26
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	28
5.1	Opinnäytetyön aineisto	28
5.2	Aineiston tarkastus ja muokkaus	29
5.3	Aineiston analyysimenetelmät	31
6	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	32
6.1	Asiakkaiden lukumäärä, ikäjakaumat, hoidon kestot ja käyntitiheydet	32
6.2	Käyntisyys	35
6.3	Käyntisyys suhteessa hoidon keston ja käyntitiheyksiin	38
6.4	Asetetut tavoitteet	40
6.5	Asetetut tavoitteet suhteessa hoidon keston ja käyntisyihin	42
6.6	Hoitosuunnitelmat.....	43
7	POHDINTA	46

7.1	Keskeiset tulokset ja johtopäätökset.....	46
7.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	49
7.3	Jatkokehittämis- ja tutkimuskohteet.....	50
LÄHTEET.....		53
LIITTEET		59

KUVIOLUETTELO

Kuvio 1. Aikuisten mielenterveyspalvelut - porrasteinen hoitomalli (Psykologiliitto 2022).....	12
Kuvio 2. Hyvinvointialueen strategia (Pohde 2023a, 17).....	27
Kuvio 3. Asiakkaiden lukumäärä alueella.....	33
Kuvio 4. Asiakkaiden ikäjakaumat.....	33
Kuvio 5. Hoidon kesto viikoissa keskiarvo	34
Kuvio 6. Käyntitiheydet kuntakohtaisesti prosentteina	35
Kuvio 7. Oulunkaaren alueen käyntisyöt	36
Kuvio 8. Käyntisyöt kuntakohtaisesti prosentteina	37
Kuvio 9. Hoidon kesto viikoissa suhteessa käyntisyihin.....	39
Kuvio 10. Käyntitiheys suhteessa käyntisyihin	40
Kuvio 11. Hoitajien yleisimmät asettamat tavoitteet	41
Kuvio 12. Muut hoitajien asettamat tavoitteet	41
Kuvio 13. Asetetut tavoitteet suhteessa hoidon keston.....	42
Kuvio 14. Yleisimmät hoitosuunnitelmassa mainitut tukimuodot.....	43
Kuvio 15. Kunta A yleisimmät hoitosuunnitelmassa mainitut tukimuodot.....	44
Kuvio 16. Kunta B yleisimmät hoitosuunnitelmassa mainitut tukimuodot.....	44
Kuvio 17. Kunta C yleisimmät hoitosuunnitelmassa mainitut tukimuodot.....	44
Kuvio 18. Kunta D yleisimmät hoitosuunnitelmassa mainitut tukimuodot.....	44
Kuvio 19. Hoitosuunnitelmassa mainitut tukimuodot suhteessa hoidon keston	45

TAULUKKOLUETTELO

Taulukko 1. Käyntisyiden luokittelu.....	30
--	----

1 JOHDANTO

Kesäkuussa 2021 hyväksyttiin pitkään valmisteltu sosiaali- ja terveystuudistus. Tämä merkittävä päätös avasi uusia mahdollisuuksia terveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden kehittämisessä, myös toimeksiantajallamme eli Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueella, josta myöhemmin käytetään lyhennettä Pohde. Hyvinvointialueuudistuksen tavoitteena onkin turvata yhdenvertaiset ja laadukkaat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut hyvinvointialueella asuville sekä parantaa palveluiden saatavuutta ja saavutettavuutta. Yksi keskeisistä osa-alueista tässä kehityksessä on mielenterveyspalvelut, jotka ovat olennainen osa alueen hyvinvointia ja ihmisten elämänlaatua. (Yle 2021; Pohde 2024.) Opinnäytetyön avulla Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen toimeksiantajat saavat tilannekuvan Oulunkaaren alueen mielenterveyspalveluiden hoitosuhteiden kestosta, käyntisyistä, menetelmistä, hoidon tavoitteista ja hoitosuunnitelmista.

Pohde palvelee noin 413 000 asukasta, alueena se on laaja eli noin 46 000 km². Pohteeseen kuuluu yhteensä 30 kuntaa ja keskuspaikkana on Oulu. Vuonna 2023 Pohteen alueella oli julkisen terveydenhuollon avohoidon mielenterveyspalveluissa yksilökäyntejä 59 930 pelkästään sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien luona. Palveluita käyttäviä asiakkaita oli 11 210 ja luku oli suurin kaikista hyvinvointialueista. Tässä opinnäytetyössä keskitymme tarkastelemaan mielenterveyspalveluita Pohteen Oulunkaaren alueella, johon kuuluu neljä kuntaa li, Pudasjärvi, Utajärvi ja Vaala. Alueella on asukkaita noin 23 400 ja vuonna 2023 käyntejä mielenterveyspalveluissa oli 4124, asiakkaita vuoden aikana oli 810. Tavoitteenamme on kuvailla keväällä 2023 Oulunkaaren mielenterveyspalvelun asiakkaiden hoitosuhteita alueen sairaanhoitajilta kerätyn aineiston perusteella. Tutkimusaineistossamme perehdymme Oulunkaaren alueen sairaanhoitajien luona vastaanotoilla käyneisiin asiakkaisiin, joita oli 303 keväällä 2023. (THL-Avohilmo 2024; Rissanen 2024; Pohde 2023a.)

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on muodostaa tilannekuva kevään 2023 Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen, Oulunkaaren alueen aikuisten avohuollon mielenterveyspalveluista: asiakkaiden määrästä, käyntisyistä, hoitosuhteiden kestosta, ikäjakaumasta, hoitosuunnitelmista sekä hoidon tavoitteista ja yleisimmin käytetyistä menetelmistä.

Opinnäytetyön tavoitteena on analysoida toimeksiantajalta saamamme materiaali ja muodostaa siitä tilannekuva Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen Oulunkaaren alueen mielenterveyspalveluista. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää alueen mielenterveyspalveluiden yhdenmukaistamisessa ja saatavuuden arvioinnissa sekä alueelle tehtävien kyselytutkimusten jatkokehittämisessä.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

- 1. Millaisia mielenterveysasiakkaiden hoitokontakteja oli Oulunkaareissa Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueella keväällä 2023?*
- 2. Millaisia olivat tavoitteet ja hoitosuunnitelmat?*

3 MIELENTERVEYS

Maailman terveysjärjestö WHO:n määritelmän mukaan mielenterveys on kokonaisvaltainen mielen hyvinvoinnin tila, jossa yksilö kykenee selviytymään arjen normaaleista stressitekijöistä, tiedostamaan omat voimavaransa, työskentelemään tuottavasti sekä osallistumaan yhteiskunnalliseen toimintaan. Mielenterveys on myös kykyä ylläpitää positiivisia ihmissuhteita, itsensä toteuttamista ja kykyä nauttia elämästä. Mielenterveys ei siis ole ainoastaan mielenterveyshäiriöiden poissaoloa, vaan paljon enemmän. Se on perusihmisoikeus. (WHO 2022.)

3.1 Kansallinen mielenterveysstrategia

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi vuonna 2020 kansallisen mielenterveysstrategian. Lähtökohtana on mielenterveyden kokonaisvaltainen huomiointi yhteiskunnassa. Strategian painopisteinä ovat mielenterveys voimavarana ja mielenterveyden häiriöt kansanterveydellisenä haasteena. (STM 2020, 11.)

Mielenterveysstrategialla on kolme tavoitetta. Ensimmäisenä tavoitteena on kehittää yhteistyötä toimimaan samansuuntaisesti eri hallinnonalojen eli julkisen, yksityisen, kolmannen sektorin sekä kansalaistoimijoiden kesken. Toinen merkittävä tavoite on pyrkiä rakentamaan siltoja mielenterveyttä edistävän ja mielenterveyden häiriöitä ehkäisevän työn ja myös kuntoutuksen sekä sairaanhoidon välille. Kolmas tavoite koskee ja yhteistyön kehittämistä psykiatrian ja somaattisen lääketieteen välillä. Yhteistyötä pyritään kehittämään myös työterveyshuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairanhoidon sekä terveydenhuollon ja sosiaalihuollon välillä. (STM 2020, 13–14.) Maailman terveysjärjestö WHO (2021, 3) on määritellyt vuonna 2012 kansainvälisen mielenterveysstrategian vuosille 2013–2030, jonka pohjalta myös suomalainen strategia on rakennettu. WHO:n tavoitteissa on lisäksi mainittu tavoite vahvistaa mielenterveyttä koskevia tietojärjestelmiä, näyttöä ja tutkimusta.

3.2 Mielensterveysoikeudet

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos THL (THL 2023d) on määritellyt mielensterveysoikeudet, jotka pohjautuvat yleismaailmallisiin ihmisoikeuksiin ja perustuslain mukaisesti perusoikeuksiin. Oikeuksien toteutuminen suojaa mielensterveyttä ja niiden toteutumiseen mielensterveyspalveluissa on kiinnitettävä erityistä huomiota.

”Näitä mielensterveysoikeuksia ovat:

- *hyväksytyksi tuleminen ja syrjimättömyys*
- *ihmisarvon ja perus- ja ihmisoikeuksien kunnioitus*
- *yhdentertainen oikeus asumiseen, opintoihin, työhön, toimeentuloon ja sosiaaliseen osallisuuteen*
- *oikeus määrittellä itse ne asiat, jotka auttavat selviytymään arjessa, ja saada siihen tarvittava tuki*
- *oikeus vaikuttaa kansalaisena, päätöksenteon osapuolena, vertaistoimijana ja kokemusasiantuntijana*
- *oikeus hyvään ja vaikuttavaan hoitoon silloin, kun se on tarpeen*
- *oikeus ja mahdollisuus käyttää kansalliskieliä ja muita Suomessa puhuttuja kieliä sekä saada riittävä tulkkaus ja käännösapu mielensterveyspalveluissa.”* (THL 2023d; Mielensterveyspooli 2021.)

3.3 Mielensterveyspalvelut

Mielensterveyspalveluiden avulla pyritään ehkäisemään, lievittämään sekä hoitamaan erilaisia mielensterveydellisiä ongelmia ja niistä aiheutuvia seurauksia. Näitä palveluita ovat esimerkiksi ohjaus, neuvonta, psykososiaalinen tuki, myös kriisitilanteissa. Lisäksi palveluihin kuuluu mielensterveyden häiriöiden tutkimus, kuntoutus ja hoito. (THL 2024c.) Suomessa mielensterveyspalveluiden järjestämisvastuu on hyvinvointialueilla. Hyvinvointialueiden lisäksi palveluita tuottaa yksityiset palveluntuottajat ja kolmannen sektorin toimijat, kuten säätiöt ja järjestöt. (Suomen mielensterveys ry 2023.) Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa mielensterveyspalveluiden lainsäädännöstä. Lainsäädännössä määritellään viranomaisohjauksesta, kuten hoitoon pääsystä. Valvira ja aluehallintovirastot valvovat mielensterveyspalveluiden laatua ja henkilöstön pätevyyttä. (THL 2024c.)

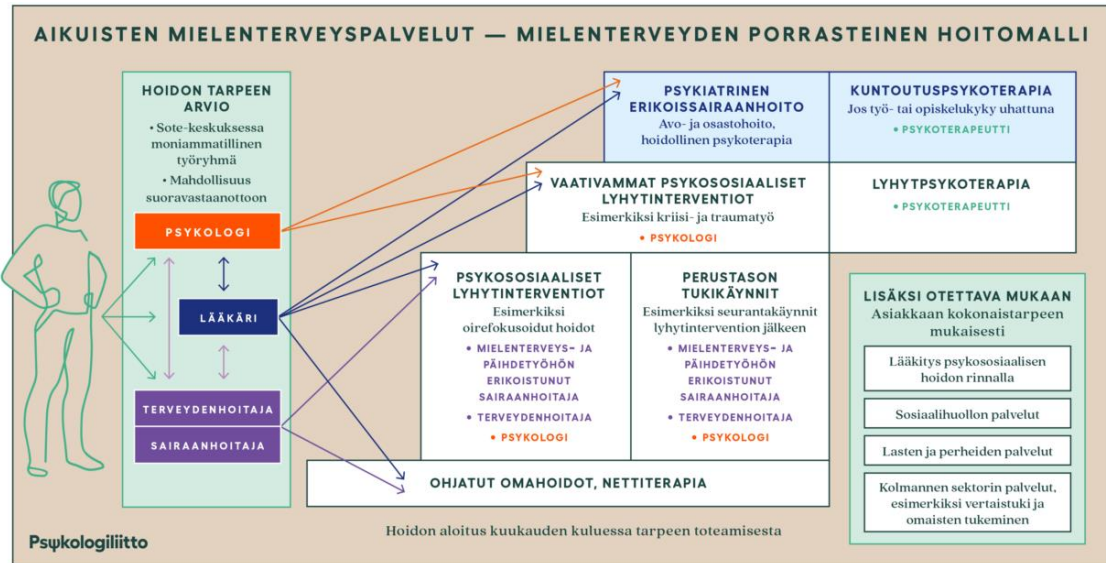
Hyvinvointialueiden ja kuntien on kehitettävä yhteistyössä elinolosuhteita niin, että ne ovat yksilöä suojaavia ja mielenterveyttä tukevia. Kuntien hyvinvointialueiden tehtävistä on tarkemmin määritelty laissa. Hyvinvointialueen vastuulla on järjestää asukkaidensa päihde- ja riippuvuushoito, johon kuuluu ohjaus ja neuvonta sekä hoito ja kuntoutus. (Laki terveydenhuoltolain muutoksesta 2022/1281 § 20.)

3.4 Mielenterveyden hoito

Sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee mielenterveyden hoidon koostuvan ohjauksesta, neuvonnasta ja tarpeenmukaisesta psykososiaalisesta tuesta. Mielenterveyden hoitoon kuuluu myös häiriöiden ehkäiseminen, tutkimus, hoito sekä lääkinnällinen kuntoutus. Hoitoa saavalle potilaalle on turvattava hoidon jatkuvuus sekä terveyden- ja sairaanhoidon kokonaisuus. Hyvinvointialueet toimivat palveluiden järjestäjinä perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2024.)

Perusterveydenhuollolla on hoitovastuu tavallisimmista oireista ja häiriöistä, kuten ajankohtainen kuormittuminen, elämäntilanteisiin liittyvät kriisit sekä lievät ja vakaassa vaiheessa olevat häiriöt. Perusterveydenhuollon tehtäviä ovat myös potilaan ja tämän perheenjäsenten mielenterveyden tukeminen sekä ennaltaehkäisevät menetelmät. (THL 2024d.)

Erikoissairaanhoito vastaa potilaiden vaikeaoireisten sairauksien hoidosta, mikäli potilaalla on useita samanaikaisia mielenterveyden häiriöitä. Myös potilaat, joilla on vakavasti heikentyneet työ- ja toimintakyky kuuluvat erikoissairaanhoidon piiriin. Itsemurhavaarassa olevat potilaat hoidetaan erikoissairaanhoidossa. Erikoissairaanhoito ja perusterveydenhuolto sopivat kuitenkin yhdessä yhteistyöstä ja hoitovastuun jakamisesta. Erikoissairaanhoito tarjoaa myös konsultaatiotukea perusterveydenhuoltoon. (THL 2024d.) Aikuisten mielenterveyspalveluissa on luokiteltu mielenterveyspalvelut portaittain vaativuusteen mukaisesti, jota hyvin kuvaa alla olevassa Psykologiliiton julkaisema kuvio 1.



Kuvio 1. Aikuisten mielenterveyspalvelut - porrasteinen hoitomalli (Psykologiliitto 2022)

3.4.1 Mielenterveyden hoidon tavoitteet

Mielenterveyden hoidolle asetettavia tavoitteita ovat mielen hyvinvoinnin lisääminen vahvistamalla ja ylläpitämällä mielen voimavaroja. Tavoitteiden avulla pyritään vähentämään mielen hyvinvointia vaarantavia tai oireita pahentavia tekijöitä, kuten unettomuus. Hoidon tavoitteena voidaan pitää sitä muutosta potilaan terveydentilassa, josta yhteisesti sovitaan ja siihen hoidon avulla pyritään. Tavoitteen asettamisessa terveydenhuollon ammattihenkilö toimii potilaan tukena. Potilaalle annetaan tietoa ja taitoja, jotka auttavat pärjäämään sairauden kanssa ja parantavat toimintakykyä. Hoidon tavoitteen tulee olla konkreettinen ja kohtuullinen, jotta sen saavuttaminen ja seuraaminen on potilaalle mahdollista. Tavoite voidaan jakaa osiin, jolloin on päätavoite ja pienempiä välitavoitteita. Tavoitteet voivat olla laadullisesti tai määrällisesti arvioitavissa. Ammatillaisen avulla harjoitellaan taitoja pärjätä sairauden kanssa. (Kauvo & Virkkunen 2022.)

Hoitotyön tutkimussäätiön, jonka lyhenne on NTPH, kerrotaan näyttöön perustavasta hoitotyöstä, jonka toimintaa ohjaa luotettavaksi arvioitu, ajantasainen ja tiivistetty tutkittu tieto eli näyttö. NTPH:n tavoitteena on, että potilaille ja asiakkaille saadaan vaikuttavaa hoitoa, jolloin käytetyt toimintatavat ovat vaikuttavia ja merkityksellisiä. Näyttöön perustuvalla hoitotyöllä pyritään saamaan toivottuja ja

mitattavia hoitotuloksia, jonka velvoite perustuu terveydenhuollon ammattihenkilöä sitovaan lainsäädäntöön ja eettisiin ohjeisiin. (Hotus n.d.)

3.4.2 Hoitosuunnitelma

Hoitosuunnitelma on hoidon kokonaisvaltaiseen koordinointiin sekä jatkuvuuden suunnitteluun tarkoitettu asiakirja, jonka avulla potilaan hoitoa suunnitellaan. Terveydenhuoltolaki edellyttää terveydenhuollon ammattihenkilöä laatimaan hoitosuunnitelman potilaan kanssa yhdessä. Suunnitelmaan kirjataan hoidon tarpeet ja tavoitteet, hoidon toteutus ja keinot sekä seuranta ja arviointi. Lisäksi voidaan kirjata suunniteltu tuki, terveydenhuollon ammattihenkilö sekä mahdolliset lisätiedot. Suunnitelmalla pyritään sitouttamaan erityisesti psykiatrista potilasta omaan hoitoonsa sekä ohjeistamaan potilasta ja hänen läheisiään. Hoitosuunnitelman tekeminen on tärkeää, mikäli potilas itse sitä toivoo, potilas käyttää paljon terveydenhuollon palveluja tai sairauden laatu vaatii pitkäaikaista seurantaa, kuntoutusta sekä tutkimuksia ja hoitoa. Hoitosuunnitelman avulla pystytään arvioimaan hoidon vaikuttavuutta. Suunnitelma tulee tarkistaa aktiivihoidon aikana vähintään kolmen kuukauden välein ja seurantavaiheen aikana 6–12 kuukauden välein. (Kanta-palvelut n.d; THL 2023a.)

Vuonna 2010 THL käynnisti Rakenteinen kertomus -hankkeen. Hankkeen raportissa todetaan, että suunnitelmalomakkeen käyttäminen oli yhteydessä lyhyempään hoidon kestoon ja sen parempaan ennustettavuuteen. Hoitosuunnitelman rakenne ja sisältö tulee määritellä yhdenmukaiseksi, jotta sitä voidaan käsitellä eri tietojärjestelmissä. Käytön tavoitteena on potilaskeskeisyys, voimaannuttaminen, hoidon jatkuvuus sekä tietojärjestelmien hyödyntäminen hoidon toteutuksessa. (Komulainen, Vuokko & Mäkelä 2011.)

3.4.3 Hoitotyön menetelmiä

Hoitomenetelmän valintaan vaikuttaa sairauden laatu, kesto ja potilaan toive. Diagnoosin tekee aina lääkäri ja hoitomenetelmän valintaan vaikuttaa Käypä hoito-suositus, joka on riippumaton kansallinen suositus ja perustuu tutkimusnäyttöön. Käytössä olevia hoitomenetelmiä ovat esimerkiksi keskusteluhoidot,

psykoedukaatio, omahoito-ohjelmat, nettiterapia, yksilö- ja ryhmäterapiat sekä lääkkeellinen hoito. (Käypä hoito -suositus 2024, Mielenterveystalo 2024a.)

Potilaan hoidon tarpeen arviointi ja mahdollisen hoidon aloitus on toteutettava oikea-aikaisesti ja nopeasti, jotta sairauden laatu tai siitä aiheutuvat psykososiaaliset haitat eivät vaikeuttaisi tilannetta. Mielenterveyden haasteita voidaan jäsentää esimerkiksi Terapianavigaattorin avulla, joka on menetelmänä käytössä useilla hyvinvointialueilla. Siinä olevien kyselyjen avulla voidaan potilaan tilanteen kehittymistä tarkkailla ja vointia seurata yhteistyössä potilaan kanssa. (THL 2024d, Terapiat etulinjaan 2024.)

Terapianavigaattori on asiakkaan ja työntekijän yhteinen työväline, jolla voidaan arvioida hoidon tarvetta ja vähentää hoidontarpeen arviointiin kuluva aikaa. Terapianavigaattorin avulla apua hakeva henkilö voi jäsentää omaa tilannettaan ja toiveitaan. Ensijäsennyksen jälkeen pystytään ohjaamaan osa asiakkaista matalan kynnyksen nopeasti alkaviin psykososiaalsiin hoitoihin. Myös vaativamman hoidon ja tarkemman arvion asiakkaat tunnistetaan, jolloin resurssien kohdentaminen näihin asiakkaisiin on helpompaa. Terapianavigaattorin täyttäminen ja käyttäminen helpottaa sekä asiakkaan että ammattilaisen työtä ja sen käyttäminen on lisäksi maksutonta. Sitä voivat käyttää kaikki psykososiaalsiin hoitoihin asiakkaita ohjaavat terveydenhuollon ammattilaiset, jotka on koulutettu ensijäsennyksen tekemiseen sekä hoitojen porrastukseen. Ohjauksessa tulee ottaa huomioon tarjolla olevien hoitomuotojen saatavuus ja sopivuus. Ensijäsennyksen huolellinen tekeminen vie aikaa noin tunnin, kun aiemmin jäsennyksen tekemiseen on mennyt useampi tapaamiskerta. Ensijäsennyksen avulla pyritään vahvistamaan asiakkaan hoidon tavoitteita, siihen sitoutumista sekä toimijuutta hoitoprosessissaan. Terapianavigaattorin käyttäminen onnistuu omalla verkkosivullaan, eikä siihen tarvita erillistä palvelualustaa. Sen avulla voidaan myös mitata hoidon vaikuttavuutta ja asiakkaassa tapahtunutta muutosta. (Terapiat etulinjaan 2024.)

Supportiivisen hoidon apuvälineenä voidaan käyttää motivoivaa keskustelua, jonka vaikuttavuus perustuu potilaan kuuntelemiseen. Keskustelun aikana hoitaja voi osoittaa kiinnostusta ja empatiaa, kannustaa ja vahvistaa uskoa muutokseen.

Terapeuttisen keskustelun tavoitteena on lisätä potilaan muutosvalmiutta ja tukea potilasta muutokseen liittyvien ristiriitojen ratkaisussa sekä herättää hoitomotiivaatiota osana kokonaisvaltaista hoitoa. (Käypä hoito -suositus 2014.)

Savolaisen mukaan supportiivisina hoitotyön keinoina käytetään keskusteluun pohjautuvaa toimintaa, jonka tavoitteena on asiakkaan terveydellisten vaikutusten edistäminen. Sana supportiivinen juontaa englannin- ja latinankielisistä sanoista, jonka merkitys on antaa tukea tai olla tukeva. Supportiivinen hoito mielen-terveydessä tarkoittaa siis henkistä tukemista. (Kotimaisten kielten keskus.) Hoitosuhteen aikana käytävissä keskusteluissa voidaan käyttää apuna tunne- tai kuvakortteja, joiden tarkoituksena on helpottaa asiakkaan kykyä tunnistaa omia tunnetilojaan ja ilmaista niitä. Supportiivisten menetelmien tulee olla tutkittuja ja näyttöön perustuvia, vaikuttavia ja eettisiä. Hoitomenetelmä tulee valita yksilöllisesti ja asiakaslähtöisesti hoidon tarve, tavoite ja itsemääräämisoikeus huomioiden. Supportiivisena hoitona voidaan nähdä myös asiakkaan voinnin seuraaminen harvemmillä tapaamisilla, jolloin voinnin kirjaaminen ja mittaaminen tulee olla johdonmukaista ja huolellista. (Savolainen 2023, 125.)

Potilas- ja omaisneuvontaa, jossa on koulutuksellinen työote, sanotaan psykoedukaatioksi. Potilaalle, perheelle ja verkostolle jaetaan tietoa sairauden taustoista, kuntoutuksesta sekä keinoja miten sairauden oireiden kanssa voi elää ja miten niitä voisi lieventää. Neuvonta voidaan toteuttaa vastaanotolla, verkkotapaamisissa sekä nettipohjaisten menetelmien kautta. Myös vertaistukiryhmät ja sopeutumisvalmennuskurssit ovat psykoedukaatiota. (Korhonen, 2021.) Psykoedukaatio voi olla tavoitteeltaan ennaltaehkäisevää tai sen avulla voidaan pyrkiä vaikuttamaan tiettyyn oireeseen tai mielen-terveyden osa-alueeseen. Keskeisiä asioita psykoedukaatiossa on jakaa asianmukaista ja ajantasaista, tutkimukseen perustuvaa tietoa sairaudesta. Asiakas huomioidaan kokonaisuutena vahvuuksineen ja hänen kykyään selviytyä vaikeista tilanteista pyritään vahvistamaan. Psykoedukaatioon kuuluu myös ohjata terveellisiä elämäntapoja (uni, ravitsemus, liikunta) ja kertoa niiden merkityksestä kyseisen sairauden kohdalla. Ammattilaisen on hyvä ohjata asiakas hakemaan asiallista ja luotettavaa tietoa sairaudestaan. Ohjaustilanteessa on hyvä kertoa oireiden ja psyykkisten reaktioiden tavallisuudesta, jolloin normaali puhekieli ja termit auttavat ymmärtämään.

Psykoedukaatio on vuorovaikutteista keskustelua, jossa pyritään vähentämään potilaan turhia huolia ja pelkoja ja lisätä asiakkaan ymmärrystä sairaudestaan. (THL 2023e.)

Psykoedukaatio voidaan nähdä myös koulutuksellisenä terapiana eli hoitona, joka on kestoltaan korkeintaan 10 istuntoa ja sisällöltään tiedon jakamista sairaudesta ja sen hoidosta, mutta myös potilaan ja läheisten kuuntelemista. Tavoitteena on heidän voimaannuttamisensa selviytyäkseen sairauden ja sen seurausten kanssa. (Oksanen 2020.)

Ammattilaisten tekemiä omahoito-ohjelmia löytyy Mielenterveystalo.fi -sivustolta. Tällä hetkellä löytyy 19 erilaista ohjelmaa mielenterveysoireisiin, 16 ohjelmaa avuksi erilaisiin elämäntilanteisiin ja viisi ohjelmaa mielen hyvinvoinnin tukemiseksi. Ohjelmien käyttäminen ei vaadi diagnoosia ja niiden tarkoituksena on helpottaa erityisesti lieviä ja keskivaikeita oireita. Suoritettuaan ohjelman, käyttäjä vastaa kyselyyn, jossa mitataan oireiden vakavuutta ja tarvittaessa ohjataan ottamaan yhteyttä hoitavaan tahoon. Ohjelmassa käytetään samoja strukturoituja kyselyitä kuin Terapianavigaattorissa, joten kyselyiden avulla on mahdollista seurata psyykkisessä voinnissa tapahtuvaa muutosta. (Mielenterveystalo 2024b.)

3.5 Mielenterveyden häiriöt

Mielenterveyden häiriötä voidaan pitää yleisnimikkeenä psykiatrisille häiriöille. Mielenterveyden häiriöiden määrittelemisen tarkasti on hankalaa, sillä useat mielen oireet kuuluvat ajoittain tavalliseen arkeen, kuten pettymykset, surut, pelot ja ahdistuneisuus. Mielenterveyden häiriöstä voidaan ajatella olevan kyse silloin, kun mieliala, ajatukset, tunteet sekä käytös rajoittavat huomattavasti elämää, aiheuttavat pitkäaikaisia ongelmia ja haittaavat ihmissuhteita sekä toimintakykyä. (THL 2024b, Käypä hoito -suositus 2022b.)

Mielenterveyden häiriöitä ovat muun muassa masennus, erilaiset ahdistuneisuushäiriöt, dissosiaatiohäiriöt, persoonallisuushäiriöt, psykoottiset häiriöt, syömishäiriöt sekä elämäntilanteisiin liittyvät häiriöt. (Käypä hoito -suositus 2022b.) Mielenterveyden häiriöt luokitellaan vaikeusasteen ja oireiden mukaan.

Suomalaisessa terveydenhuollossa diagnosointiin käytetään Maailman terveysjärjestön kehittämää ICD-10-järjestelmää. (THL 2024b.)

THL:n tutkimuksen mukaan mielenterveyshäiriöiden esiintyvyydessä ja palveluiden käytössä on huomattavia alueellisia vaihteluita eri väestöryhmien ja hyvinvointialueiden välillä. Kaikissa ikäryhmissä mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys, palveluiden käyttö sekä mielenterveyshäiriöiden kuntoutus oli naisilla yleisempää. Eniten mielenterveyden häiriöitä esiintyi Pohjois-Savossa ja Pohjois-Karjalassa, ja vähiten Länsi- ja Itä-Uudellamaalla ja Pohjanmaalla. Vuonna 2019 mielenterveys- ja päihdepalveluita käytettiin vähiten Itä-Uudenmaan ja eniten Kymenlaakson hyvinvointialueilla. Palveluiden tarve oli pienintä Pohjanmaan ja suurinta Pohjois-Karjalan hyvinvointialueilla. Tässä THL:n tutkimuksessa ei ole arvioitu kuitenkaan palveluiden riittävyttä eikä sitä, kuinka moni palveluita tarvitseva hakeutui hoitoon. (Haula, Laukkonen, Holster, Korajoki & Suvisaari 2023, 45–47.)

3.5.1 Ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistuksen tunne on tärkeä ja normaali ominaisuus, joka varoittaa ihmistä uhkaavista vaaroista. Ahdistuksen tunteeseen voi liittyä pelkoa, levottomuutta, jännitystä, huolestuneisuutta ja joskus jopa kauhun tai paniikin kokemuksia. Jos ahdistuksen tunne on voimakasta, kestää useita viikkoja, estää normaalia päivittäistä toimintaa tai tulee itsensä vahingoittamisen tunteita, tulee hakea apua. Ahdistuneisuushäiriöstä puhutaan, kun oireet rajoittavat elämää, heikentävät toimintakykyä ja elämänlaatua. Suomalaisista ainakin 5 % kärsii jossain elämänsä vaiheessa ahdistuneisuushäiriöstä, heistä yli puolella oireet ovat alkaneet jo lapsena tai murrosikäisenä. Tällä hetkellä oireista kärsii noin 3 % aikuisista ja noin 1 % lapsista ja nuorista. Häiriö on yleisempi naisilla kuin miehillä. Ahdistuneisuus on merkittävä päihteiden käytön sekä riippuvuuden syy ja seuraus. Ahdistuneisuushäiriöistä kärsivillä on ollut samanaikainen päihdeongelma elinaikanaan 20–40 %:lla. (Käypä hoito -suositus 2022b; THL 2024b; Rovasalo 2022; Käypä hoito -suositus 2019.)

Yleisimpiä ahdistuneisuushäiriöitä ovat yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, paniikkihäiriö, pakko-oireinen häiriö (OCD) sekä sosiaalisten tilanteiden ja julkisten paikkojen pelko. Ahdistuneisuushäiriötä esiintyy usein somaattisten sairauksien

yhteydessä. Häiriölle altistavia tekijöitä ovat lapsuusiän traumaattiset kokemukset, koulukiusaaminen, lapsuuden kasvatusilmapiiri, päihteiden käyttö sekä fyysinen, psyykkinen ja seksuaalinen kaltoinkohtelu. Kielteisillä tunteilla reagoiminen ja estyneisyys sekä masennusjaksot ovat myös altistavia tekijöitä. Resilienssi eli psyykkinen selviytymiskyky, terveelliset elintavat sekä liikunta ovat mahdollisia suojaavia tekijöitä. (THL 2024b; Käypä hoito -suositus 2019.)

Ahdistuneisuushäiriön diagnoosia tehtäessä tulee selvittää oireiden kesto, luonne, vaikeusaste sekä niiden aiheuttama toiminnallinen haitta. Oireiden kartoittamiseen käytetään erilaisia mittareita kuten GAD-7, joka on käytössä myös Terapianavigaattorin oirekyselyssä. (Käypä hoito -suositus 2019.) Ahdistuneisuushäiriöt arvioidaan ja hoidetaan pääsääntöisesti perusterveydenhuollossa. Alkuvaiheessa lieviin oireisiin riittävää voi olla opastus omahoitoon. Keskivaikean ahdistuneisuushäiriön hoidossa lyhytterapia tai nettiterapia saattavat olla toimivia hoitomuotoja. Mikäli ahdistuneisuus merkittävästi heikentää kykyä selviytyä arjesta tai mikäli oireisiin liittyy jokin muu psykiatrinen häiriö, voidaan konsultoida erikoissairaanhoidoa hoitosuunnitelman suhteen. Mikäli oireet pitkittyvät tai rajoittavat toimintakykyä voidaan ahdistuneisuushäiriötä hoitaa myös psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa, jossa hoitona yhdistettäisiin psykoterapia sekä lääkkeet, erityisesti kognitiivinen psykoterapia on osoitettu vaikuttavaksi hoitomuodoksi. Lääkityksen vastetta tulisi seurata aktiivisesti, eikä sitä tulisi käyttää ainoana hoitomuotona. (THL 2024b.)

3.5.2 Masennus ja muut mielialahäiriöt

Mielialahäiriöihin kuuluu masennushäiriön lisäksi kaksisuuntainen mielialahäiriö, kaamosmasennus sekä synnytyksen jälkeinen masennus. Näistä käytetään myöhemmin yhteistä nimitystä mielialahäiriöt. Masennushäiriöt ovat näistä yleisimpiä eri-ikäisillä ja niille on ominaista mielialan häiriintyminen. Suomessa masennushäiriöt ovat yksi suurimmista kansanterveysongelmista mukaan lukien kaikki sairaudet ja vakavasta masennuksesta kärsii aikuisväestöstä ainakin 5 %. Masennus on suurin yksittäinen työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen syy ja sairauspäivärahalla korvattava mielenterveyden häiriö. Masennus oireilee mielialan laskuna ja mielihyvän menetyksenä. Masennus voidaan luokitella lieväksi, keskivaikeaksi,

vaikeaksi tai psykoositasoiseksi. Masennuksen alkukartoitukseen voi käyttää PHQ-9-lomaketta. Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä mieliala näyttäytyy masennuksen lisäksi kohonneen mielialan jaksoin, hallitsevana piirteenä on joko maanisuus tai masentuneisuus. Sekamuotoisessa sairausjaksossa on läsnä kummatkin piirteet. Masennus voi olla seurausta elimellisestä sairaudesta, lääkkeistä tai päihteiden käytöstä. Vakavaan kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön sairastuminen on vahvasti periytyvää. Sairausjakson voi aiheuttaa myös lääkkeet, päihteet tai elimelliset sairauden. Masennustila on usein kaksisuuntaisen häiriön ensimmäinen oire. (THL 2024b.)

Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa kannattaa toteuttaa mallilla, jossa toteutuu yleislääkärin, depressiohoitajan ja psykiatrin yhteistyö. Hoidon tulisi olla suunnitelmallista, johon kuuluu potilaan seuranta ja opastus sekä psykososiaalinen tuki. Vaikeaoireiset ja psykoottiset potilaat tulee ohjata erikoissairaanhoidon. Masennuspotilaalle tehdään yksilöllinen hoitosuunnitelma, johon kirjataan hoitomuodot ja muut mahdolliset tukitoimet. Masennuksen hoito on kolmivaiheinen eli ensimmäisenä on akuuttivaihe, jossa tavoitteena on oireettomuus. Toisena on jatkohoitovaihe, jonka tavoitteena on estää oireiden palaaminen sekä kolmantena ylläpitohoito, jonka tavoitteena on ehkäistä uuden sairausjakson puhkeaminen. Akuuttivaiheen hoitona voi olla vaikuttavaksi todettu psykoterapia ja/ tai masennuslääkitys. Joissakin tapauksissa on käytössä myös neuromodulaatiohoidot tai sähköhoito. Hoitoon kuuluu aina sairaudesta, oireista ja hoidoista kertova potilasopastus eli psykoedukaatio. Riippumatta hoitomuodoista, masennuspotilas tarvitsee säännöllistä seurantaa akuuttivaiheen aikana. Akuuttivaiheen jälkeen säännöllinen seuranta puolen vuoden ajan on suositeltavaa, jolloin tarkistetaan hoitosuunnitelman toteutumista, oiretason toipumista sekä hoidon vaikuttavuutta. Potilasta tuetaan ottamaan oman hoitonsa suhteen aktiivinen rooli. (Käypä hoito -suositus 2024.)

3.5.3 Psykoosit

Psykoosi on tila, jossa henkilöllä on heikentynyt todellisuudentaju ja huomattavia vaikeuksia erottaa tosi ja epätosi toisistaan. Psykooseja on lyhyt- ja pitkäkestoisia ja lyhytkestoisten psykoosien hoitaminen on yleensä helpompaa. Yleisin

psykoosisairaus on skitsofrenia. Psykoottinen oire on todelta tuntuva ajatus tai aistimus, jota muut ihmiset eivät koe totena. Tyypillisiä oireita ovat aistiharhat ja harhaluulot, mutta henkilö voidaan määritellä psykoottiseksi myös ilman niitä, kun käytös on muuten eriskummallista. Myös poikkeava ja epälooginen tai yksityiskohtiin takertuva tai hajanainen puhe voi olla merkki psykoottisuudesta. Myös motoriikka ja käyttäytyminen saattavat olla silmiinpistävä erikoisia. Todellisuuden vääristyminen vaihtelee siten, että mieli toimii välillä normaalisti. Psykoottisuutta ilmenee monissa psykiatrisissa sairauksissa, kuten vaikeassa depressiossa tai maniassa. Harha-aistimuksia tai -luuloja voi esiintyä myös joissain neurologisissa sairauksissa tai aineenvaihduntahäiriöissä. Psykoosioireet voivat joutua myös päihteiden käytöstä. Ensimmäistä kertaa ilmenevät oireet on tutkittava perusteellisesti. (THL 2023c; Rovasalo 2023b; Lönnqvist, Henriksson, Marttunen & Partonen 2021, 111.)

Psykoosin alkuvaiheen hoidon aikana pyritään helpottamaan ahdistusta ja turvaamaan riittävä uni. Ensisijaisesti suositaan avohoitoa ja mahdollisuuksien mukaan tiivistä seurantaa. Lääkityksessä pyritään löytämään pienin mahdollinen vaikuttava annos. Tärkeitä hoidon keinoja ovat myös psykososiaalinen keskustelutuki ja työskentely omaisten kanssa. Keskeisiä kuntoutusmuotoja ovat myös oireidenhallintaryhmät, psykoterapeuttiset hoitomuodot, ammatillinen kuntoutus sekä arkielämän ja sosiaalisten taitojen harjoittelu. Potilaan kanssa tehdään yksilöllinen hoitosuunnitelma, johon otetaan tarvittaessa omaisia mukaan. (THL 2023b, Rovasalo 2023b.)

3.5.4 Elämäntilannekriisit

Elämäntilanteisiin liittyvillä sopeutumishäiriöillä tai reaktiivisilla häiriöillä tarkoitetaan psyykkisiä tiloja, joissa oireiden syntyyn vaikuttaa ajankohtaiset elämäntapahtumat. Oireet ovat lähtöisin altistumisesta stressaavalle tapahtumalle ja ne ovat harvoin vakava-asteisia, mutta saattavat pitkittyä, mikäli tilanteeseen ei tule muutosta. Oireet kestävät noin kuusi kuukautta kuormittavan elämäntilanteen poistuttua. Reaktiiviseen tilanteeseen liittyy usein masennus- ja ahdistusoireita, joskus erilaisia tunnereaktioita, käytösongelmia ja impulsiivisuutta. (Huttunen 2018.)

Reaktiivinen häiriö voi johtua läheisen kuolemasta, hylätyksi tulemisesta rakkaussuhteessa, puolison uskottomuudesta, taloudellisista vaikeuksista, onnettomuudesta tai vakavasta sairastumisesta. Myös työttömyys tai eläkkeelle jääminen saattavat olla henkisesti erittäin kuormittavia. Työuupumus lasketaan myös tähän luokkaan, mikäli oireita on aiheuttanut työelämän vaikeudet. Jopa 20 % psykiatrisista hoitoa tarvitsevista on kokenut elämäntilanteen aiheuttamaa oireilua. Mikäli oireet jatkuvat, vaikka kuormittava tilanne helpottaa, ei kyse ole vain reaktiivisesta häiriöstä, vaan hoidon tavoitteet tulee arvioida uudelleen. (Huttunen 2018.)

Hoitoon tulee hakeutua, mikäli elämäntilanteen muutos on haastava, oireet pitkiä tai vakavoituvat. Mikäli tilanne on toistuvaa ja oireilu pitkittyy, tulee potilas ohjata psykoterapiaan. Hoidossa noudatetaan kriisipsykoterapeuttisia periaatteita eli kuunnelluksi ja ymmärretyksi tulemista ja keskitytään tapahtuman ja sen seurausten käsittelyyn kunnioittaen ihmisen omia voimavaroja tilanteen luonnollisen kulun läpikäymisessä. Potilaan tilannetta tulee arvioida jatkuvasti ja tarvittaessa muuttaa hoitosuunnitelmaa, mikäli vointi huononee. Hoidon lopuksi arvioidaan tarve mahdolliselle jatkohoidolle. Hoidossa painotetaan psykososiaalista hoitoa ja lääkehoitoa pidetään toissijaisena. (Lönngqvist ym. 2021, 424–431.)

3.5.5 Muut mielialahäiriöt

Muihin mielialahäiriöihin on luokiteltu aineistossamme dissosiaatiohäiriö, neuropsykiatriset ongelmat, itsetuhoisuus, syömisen ja kehonkuvan häiriöt, uniongelmat sekä persoonallisuushäiriöt.

Dissosiaatiohäiriössä henkilön kyky toimia tietoisena persoonana on häiriintynyt. Oireita voivat olla omat itsen kokeminen outona tai vieraana, muistinmenetykset sekä paikan ja ajan tajun kadottaminen. Joskus havainnot ovat vääristyneet ja on vaikeutta tehdä eroa faktan ja fiktion välillä. (Lönngqvist ym. 2021, 449–450.) Rovasalon (2021) mukaan dissosiativisia häiriöitä on arvioitu olevan noin 3 %:lla suomalaisista, eivätkä ne yleensä johda mihinkään hoitoon. Jopa kuudesosalla psykiatrisista potilaista on jokin dissosiativinen häiriö. Hoitomuodoista tärkein on

psykoterapia. Hoidon tavoitteena on luoda turvallinen ja luotettava ympäristö, jossa voi kohdata mahdolliset traumaattiset muistot ja kokemukset.

Itsemurhat aiheuttavat runsaasti inhimillistä kärsimystä sekä merkittäviä kansanterveydellisiä ja -taloudellisia menetyksiä. Itsetuhoisuus saattaa ilmetä itsemurha-ajatuksina, itsemurhasta puhumisena, keskeytyneenä itsemurhayrityksenä, itsemurhayrityksenä tai itsemurhana. (Käypä hoito -suositus 2022a). Tilastokeskuksen (2023) mukaan vuonna 2022 teki itsemurhan 740, joista 75 % oli miehiä. Yli 65-vuotiaiden osuus itsemurhista oli noin 25 %. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (2024a) korostaa itsetuhoisen auttamisessa kokonaisvaltaista hoitoa. Potilaalla saattaa olla usein samanaikaisesti monta mielenterveyshäiriötä sekä usein myös elimellisiä sairauksia tai oireita. Hoitosuunnitelman laatiminen välittömästi sekä voimien tiivis seuranta ovat keskeisiä asioita hoidon kannalta.

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö eli ADHD kuuluu neuropsykiatrisiin häiriöihin. Siinä esiintyvät oireet liittyvät keskittymisvaikeuteen, impulsiivisuuteen ja levottomuuteen. Ne esiintyvät eriasteisina ja painotus vaihtelee, mutta ovat alkaneet jo ennen 12. ikävuotta. Diagnostiikka ja hoidon suunnittelu edellyttää tarkkaa ja laaja-alaista tutkimusta, jossa painotetaan myös lapsuusiän haasteita. (Lönnqvist ym. 2021, 109–110) Aikuisten tyypillisistä oireista Lönnqvist ym. (2021, 174–178) mainitsevat tarkkaavuuden huomattavan vaihtelun ja keskittymisvaikeuden, toiminnan aloittamisen vaikeuden, pitkäjänteisyyden puutteen, huolimattomuuden ja hajamielisyyden. ADHD-tutkimuksissa huomioidaan muiden sairauksien poissulkeminen. Usein aikuisilla on yhdistelmänä jokin toinen psykiatrinen häiriö, kuten mielialahäiriö, ahdistuneisuushäiriö tai päihdehäiriö. ADHD:ssa tyypillistä on, että oireita on jatkuvasti, vaikka niiden ilmentymisessä on vaihtelua eri ympäristöissä tai tehtävissä. Hoidon suunnittelussa vaikuttavat oireiden vakavuus ja elämäntilanne. Hoitona käytetään läikehoitoa, psykoterapiaa, ryhmämuotoista kuntoutusta sekä neuropsykologista kuntoutusta.

Toinen neuropsykiatrinen häiriö on Aspergerin oireyhtymä, joka kuuluu autismikirjon häiriöihin. Kaikissa autismikirjon häiriöissä esiintyy kaksi keskeistä oirekokonaisuutta eli sosiaalisen kommunikaation ja vuorovaikutuksen

rajoittuneisuus sekä joustamattomat, toistuvat, rajoittuneet, jopa stereotyyppiset kiinnostuksen kohteet ja aktiviteetit (Lönngqvist ym. 2021, 109). Oireet ilmenevät ensimmäisen kolmen ikävuoden aikana ja niistä seuraa toimintakyvyn laskua sosiaalisen elämän, ammatillisen suoriutumisen tai muun keskeisen toimintakyvyn alueella. Häiriö voidaan luokitella kolmeen eri tasoon tuentarpeen perusteella, joissa tuentarve ilmenee lievästä erittäin huomattavaan. (Lönngqvist ym. 2021, 164–167). Autismikirjon häiriön diagnosointi tapahtuu useimmiten erikoissairaanhoidossa. Tukitoimet suunnitellaan vaikeusasteen ja ajankohtaisen toimintakyvyn mukaan (Lönngqvist ym. 2021, 172.)

Persoonallisuushäiriöille on tyypillistä pitkäaikainen, pysyväisluonteinen, joustamaton ja omassa kulttuurissaan selvästi poikkeava käyttäytymis- ja kokemistapa, joka aiheuttaa myös henkilölle itselleen merkittävää haittaa tai kärsimystä. Ne näkyvät myös tunnereaktioiden, vuorovaikutussuhteiden ja impulssikontrollin poikkeavuuksina. Piirteet tulevat esiin jo lapsuudessa ja ne vakiintuvat aikuisuuteen mennessä. Persoonallisuushäiriötä on useita ja ne jakautuvat kolmeen pääryhmään. Ensimmäiseen luokkaan kuuluvat epäluuloinen, eristäytyvä ja psykoosi- ja piirteinen persoonallisuushäiriö. Toiseen ryhmään kuuluvat epäsosiaalinen, tunne-elämältään epävakaa, huomionhakuinen sekä narsistinen persoonallisuushäiriö. Kolmanteen luokkaan kuuluvat estynyt, riippuvainen sekä vaativa persoonallisuushäiriö (Lönngqvist ym. 2021, 133–134). Väestöstä arvioilta 5–15 % kärsii jostakin persoonallisuushäiriöstä. Hoitona käytetään psykoterapiaa ja joskus lääkitystä. Supportiivinen lyhyt psykoterapia saattaa auttaa ajankohtaisen emotionaalisessa kriisissä ja palauttaa toimintakykyä. Pidemmän psykoterapian tavoitteena on lisätä toimintakykyä sekä oppia tunnistamaan ja hallitsemaan toimimattomia vuorovaikutusmalleja ja mahdollisia traumaattisia tunnemuistoja. (Rovasalo 2023a.)

Päihde- ja toiminnalliset riippuvuudet lisäävät riskiä sairastua myös joihinkin mielenterveyden häiriöihin. Riippuvuuden ydinoire on toiminnan tai aineen käytön pakonomaisuus, joista ihminen mielihyvää tai tunnetilaa, eikä pysty itse säätelemään omaa toimintaansa tai lopettamaan sitä. Riippuvuussairautta sairastava ihminen on haluton tai kyvytön tunnistamaan riippuvuuden aiheuttamia

terveydellisiä, sosiaalisia tai taloudellisia oireita tai haittoja. Riippuvuuden syntyyn on useita erilaisia mekanismeja, kuten yksilön omat ominaisuudet, mutta myös yhteiskunnalliset syyt. Riippuvuuden kehittymiseen vaikuttaa aineen tai toiminnan toistuva käyttö, jolla on vaikutusta aivo- ja psykososiaalisiin muutoksiin. Riskitekijöitä ovat myös perintötekijät ja sosioekonominen asema. (THL 2023f.)

Alkoholinkäytössä on tapahtunut positiivista kehitystä 2016–2023. Vähintään viikoittain alkoholia käyttävien osuus on laskenut sekä miehillä että naisilla. Miesten alkoholin käyttö on laskenut 52 prosentista 48 prosenttiin ja naisilla 29 prosentista 22 prosenttiin. Vaikka käyttö onkin vähentynyt, on silti säännöllinen humalakulutus lähes samoissa lukemissa kuin vuonna 2016. Kuusi prosenttia miehistä ja neljä prosenttia naisista on kokenut alkoholin käytöstään johtuvia terveysongelmia. (THL 2024e). Huumeiden käyttö ja kokeilu on lisääntynyt 1990-luvulta vuoteen 2022. Kannabis on yleisimmin käytetty huume, jonka käyttö on viisinkertaistunut vuodesta 1992 (6 %) vuoteen 2022 (29 %). (Karjalainen, Hakkarainen & Salasuo 2022, 1.)

Vakavasta rahapeli-riippuvuudesta kärsii suomalaisista noin 1,4 % (2019) ja digipeli-riippuvuudesta noin 3 %. Usein riippuvuuksien hoidossa käytetään psykososiaalisten hoitojen rinnalla lääkehoitoa, jota tulee seurata vastaanottokäynneillä. Ammattilaisen tulee arvioida yksilön voimavarat ja mahdolliset liitännäis-oireet kuten masennustilan tai mahdollinen kaksisuuntainen mielialahäiriö. Hoito tapahtuu useimmiten perusterveydenhuollossa. (Castren 2023.)

Syömishäiriöihin kuuluu kaksi keskeistä häiriötä eli laihuus- ja ahmimishäiriö. Lisäksi tähän luokkaan kuuluvat ahmintahäiriö, pulautteluhäiriö, pica-oireyhtymä, AFRID-oireyhtymä sekä muita harvinaisempia erillisiä häiriöitä. (Lönqvist, ym. 2021, 126). Syömishäiriöt alkavat usein ennen 25 vuoden ikää ja ne ovat jopa 16 % yleisempiä naisilla ja voivat jäädä miehillä (noin 2,5 %) huomaamatta. Ahmimishäiriö on syömishäiriöistä yleisin ja siitä kärsii arviolta 20 % ylipainoisista. Syömishäiriössä suhde omaan kehoon häiriintyy ja siihen liittyy psyykkisen ja fyysisen terveyden vaikeutuminen ja kohonnut kuolleisuus. Tutkimusten mukaan syömishäiriöisistä vain noin 30 % on hoidon piirissä. Hoitoon voi hakeutua perusterveydenhuoltoon, jossa selvitetään, löytyykö taustalta psyykkisen tai fyysisen

hoidon tarve. Hoito on moniammatillista yhteistyötä, joka toteutetaan yleensä avohoidossa. Hoidossa ravitsemusterapeutin tuki on merkittävä. (Käypä hoito -suositus 2014).

Unihäiriöiksi voidaan luokitella unettomuushäiriö, uniapnea, krooninen väsymysoireyhtymä, unenaikaiset liikehäiriöt, uni-valverytmin häiriöt, parasomniat sekä muut unihäiriöihin tai muihin sairauksiin liittyvät unihäiriöt. Näistä unettomuus on yleisin. Unettomuudesta kärsii ajoittain noin 30 % aikuisväestöstä ja 10–15 %:lla liittyy unettomuuteen toimintakyvyn häiriöitä. Pitkäaikaista unettomuutta on noin 12 %:lla. Kroonisten sairauksien yhteydessä esiintyy unettomuutta jopa 40–80 prosentilla. Naisilla ongelma on yleisempi kuin miehillä. Yli 40 %:lla unettomista on samanaikaisesti jokin mielenterveyden häiriö sekä lääkkeiden tai alkoholin väärinkäyttöä. Unettomuuden hoidossa pyritään luomaan hyvä hoitosuhde ja seuranta. Hoito suunnitellaan monipuolisesti huomioiden omahoito, ympäristötekijät, lääkkeettömät tukihoidot sekä tarvittaessa lääkehoito. (Käypä hoito -suositus 2024). Kroonisesta väsymysoireyhtymästä puhutaan, kun oireet ovat kestäneet yli 6 kuukautta ja ne haittaavat arkea ja toimintakykyä säännöllisesti. Hoidossa erityisesti psykososiaalinen tuki on tärkeää. (Vataja 2023.)

4 TOIMEKSIANTAJAN KUVAUS

Toimeksiantajanamme on Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen alueelliset mielenterveyspalvelut. Pohde koostuu 30 kunnasta ja asukkaita on alueella noin 413 000. Oulunkaaren alueeseen kuulu neljä kuntaa: Ii, Pudasjärvi, Utajärvi ja Vaala. Alueella on asukkaita noin 23 400, jonka mielenterveyspalveluihin opinäytetyömme kohdistuu. Oulunkaaren alueella on vuonna 2023 käyntejä mielenterveyspalveluissa oli 4124, asiakkaita on ollut vuoden aikana 810. (Pohde 2023b, 11.)

Hyvinvointialueen painopiste on peruspalveluissa ja varhaisessa ongelmien ehkäisyssä. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä on alueella noin 16 000. Alueen väestö on tällä hetkellä nuorta, mutta ikärakenne muuttuu hyvinvointialueista nopeimmin. Alueella on sekä harvaan että tiheään asuttuja alueita. Hyvinvointialueen haasteena nähdään korkea tarve mielenterveyspalveluille. (Pohde 2023a.)

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen strategia on määritelty vuosille 2023–2025 ja sen tavoitteena on hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden parantuminen sekä palvelutarpeiden väheneminen. Strategian avulla pyritään sujuvampaan arkeen ennaltaehkäisyyn sekä asiakkaan omin keinoin sekä säilyttämään toimivat lähipalvelut. Siinä on panostettu yhteistyöhön eri toimijoiden kanssa, jotta asiakkaalle voidaan tarjota sujuvat ja oikea-aikaiset palvelut. (Pohde 2023a, 16.) Alla olevassa kuviossa 2 kuvataan strategian painopisteitä ja periaatteita.



Kuvio 2. Hyvinvointialueen strategia (Pohde 2023a, 17).

Pohjois-Pohjanmaalla on julkaistu vuonna 2021 MiePäVäki -työryhmän tekemä tukipaketti, johon on koottu yhteen tietoa ja toimintamalleja aiheesta ”Mielenterveyden edistäminen, ehkäisevä päihdetyö ja lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisy”. Tukipaketti on osa Pohjois-Pohjanmaan ihmislähtöistä hyvinvointiyhteistyötä ja sen tarkoitus on tukea kuntien hyvinvointijohtamista, hyvinvointityötä ja toimijoiden välistä yhteistyötä. Tukipaketin laatinut työryhmä koostuu julkisen, yksityisen sekä kolmannen sektorin toimijoista. Se laati vision, joka perustui alueella määriteltyyn päämäärään. Visiossa yksi tavoite on yksilön kokemus aktiivisena toimijana olemisesta ja elämän mielekkyydestä sekä luottamuksen kokeminen siihen, että apua on tarjolla ja tulee kuulluksi apua hakiessaan. Yksilön lisäksi oman perheen tai yhteisön kommunikointi- ja ihmissuhdetaidot ovat tukena elämässä tapahtuviin muutoksiin. Päihteiden käyttöön liittyy avoimuus, eikä siitä aiheudu haittaa itselle tai muille. Toinen vision tavoite on luoda turvallisuuden tunnetta ja luottamuksen tunnetta omaa perhettä ja yhteisöä kohtaan mahdollisissa haasteissa. Kolmas tavoite on tasa-arvoinen yhteiskunta, jossa kenenkään ei tarvitse kokea eriarvoisuutta, vaan jokaisen mielipide on tärkeä, toimeentulo on turvattu ja sairastuessaan saa apua. (MiePäVäki 2021, 4.)

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyön lähestymistapa on tutkimuspainotteinen ja opinnäytetyössä käytetään määrällistä tutkimusotetta. Määrällisen tutkimuksen tavoitteeksi voidaan määritellä tutkittavan ilmiön selittäminen ja kuvailu. Määrällisessä tutkimuksessa keskeistä on hyödyntää erilaisia tilastollisia analyysimenetelmiä, jolloin saadaan aineisto jäsenneiltyä tulkittavampaan muotoon sekä pystytään tulkitsemaan eri tekijöiden riippuvuuksia. (Tähtinen, Laakkonen & Broberg 2020, 13–15.)

Opinnäytetyön menetelmän valitsimme tutkimuskysymysten sekä aineiston perusteella. Valitsemamme menetelmän avulla saimme vastattua tutkimuskysymyksiin mahdollisimman pätevästi.

5.1 Opinnäytetyön aineisto

Määrällisessä tutkimuksessa voidaan käyttää toisten keräämää aineistoa. Se ei kuitenkaan yleensä ole helpointa, sillä valmiita aineistoja joutuu usein muokkaamaan sellaiseksi, että ne soveltuvat tutkimuksen tutkimusongelmiin ja tutkimuksen tavoitteisiin. Muiden keräämää tutkimusaineistoa käytettäessä, on tärkeää selvittää mihin tarkoitukseen tutkimusaineisto on kerätty, kuka tilaston on tehnyt, aineiston keräämisen tapa sekä luotettavuus ja pätevyys. (Vilkka 2021.)

Opinnäytetyössämme analysoitava aineisto on saatu anonymisoituna raakadatatatriisinä toimeksiantajaltamme, joka oli kerännyt aineiston Oulunkaaren alueen mielenterveysasiakkaita hoitavilta sairaanhoitajilta. Hoitajille oli lähetetty kyselylomake (Liite 1), joka heitä pyydettiin täyttämään niiltä osin kuin he ovat potilaista pystyneet tietoja kirjaamaan. Kyselylomakkeen tarkoituksena oli kartoittaa, millaisia tavoitteita hoitojen suhteen oli ollut. Aineisto oli kerätty hoitajilta keväällä 2023 olleista asiakkaista. Aineiston otoskoko on 303. (Rissanen 2024.)

Toimeksiantaja on kirjannut Word-tiedostona olleen tiedon sellaisenaan Excel-taulukkoon ja aineisto on toimitettu opinnäytetyöntekijöille Excel-taulukoiden muodossa. Taulukoista löytyivät tiedot asiakkaiden asuinpaikkakunnasta, hoitajasta (hoitaja 1, hoitaja 2 jne.), käyntisyys, milloin hoito on alkanut ja milloin hoito on lopetettu, työllisyystilanteesta, iästä ikäjakaumittain, käyntitiheys, hoidon

tavoitteet, hoitosuunnitelma ja tieto mahdollisesta jatkohoidosta. Taulukossa esitettävät tiedot ovat osa numeraalisessa muodossa, mutta tiedot hoitosuunnitelmasta ja hoidon tavoitteista ovat osittain myös tekstimuodossa.

5.2 Aineiston tarkastus ja muokkaus

Ennen varsinaista aineiston analyysia on tärkeää tarkastella tutkimukseen liittyviä keskeisiä muuttujien jakaumia ja esiintymistiheyksiin liittyviä tunnuslukuja. Näin tekemällä pyritään saamaan aineiston kaikki potentiaali hyödyksi tutkimukselle. Aineiston tarkastuksella pystytään tarkastamaan, puuttuuko aineistosta tietoja. Lisäksi tarkastetaan, onko aineistosta löydettävissä sellaisia tietoja, jotka poikkeavat liiaksi muiden vastauksista, jolloin pystytään löytämään mahdollinen virheellinen data. (Tähtinen, Laakkonen & Broberg 2020, 91–93.)

Aineiston analyysin aloitimme tarkastelemalla ja muokkaamalla saamaamme dataa analysoitavaan muotoon. Ensimmäiseksi poistimme aineistosta sellaiset tiedot, jotka olivat ylimääräisiä meidän opinnäytetyömme kannalta. Näitä olivat työllisyystilanne ja mahdollinen jatkohoitoaika. Seuraavaksi tarkastelimme taulukkoa mahdollisten virheellisten tietojen varalta. Taulukon tyhjät solut täytettiin arvolla 0 ja muotoiltiin punaiseksi, jolloin myös pystyimme havaitsemaan selkeästi, jos jostain solusta puuttui jokin tarpeellinen arvo. Tämän jälkeen loimme kaavan "hoidon aloituksen" ja "kysely päättynyt" sarakkeiden välillä taulukkoon lisäämäämme "hoidon kesto viikoissa"-sarakkeeseen. Havaitsimme tässä vaiheessa, että "hoidon aloitus" -sarakkeessa oli kuudella rivillä selkeä virhe datassa: joko tieto puuttui tai oli selkeästi virheellinen päivämäärä hoidon aloituksen kohdalla. Poistimme kuusi virheellistä riviä kokonaisuudessaan analysoitavasta aineistosta, sillä näitä virheellisiä tai puuttuvia tietoja ei ollut enää saatavilla. Lisäksi havaitsimme, että kunnassa B oli hoidon aloitusajankohta merkitty virheellisesti 19 asiakkaan kohdalla. Toimeksiantajan kanssa pohdittuamme asiaa jätimme hoidon kestoja analysoidessamme näiden asiakkaiden tiedot analysoitavasta aineistosta pois. Toimeksiantajan toiveesta aineistosta poistettiin myös hoitajatiedot ja Oulunkaaren kunnista käytetään termejä kunta A, kunta B, kunta C ja kunta D.

Aineistoa muokattiin käyntisuhteiden osalta luokittelemalla ne pääluokkiin. Aineistossa eri käyntisyitä oli yhteensä 49. Luokittelimme käyntisyitä kahdeksaan eri pääluokkaan, jolloin saimme aineiston tulokset selkeämmin esitettyä. Käyntisyitä luokittelimme alla olevan taulukon 1 mukaisesti. Aineistoa luokiteltaessa käyntisyitä jaettiin yläluokkiin karkeasti kansainvälisen tautiluokituksen (THL 2011) ICD-10:n mukaan, jonka jälkeen luokittelimme ne pääluokkiin käyttäen THL:n (2023c) mielenterveyshäiriöiden kuuden luokitteluluokan mallia, johon lisäsimme vielä muut mielenterveyshäiriöt ja muut käyntisyitä, jolloin saimme yhteensä kahdeksan luokkaa. Luokiteltaessa tietoja, varmistimme että uudet luokat täyttävät seuraavat kriteerit: uudet luokat perustuvat tutkimusongelmaan ja tavoitteisiin, tapauksia ei saa jäädä luokittelematta, yksikään tapaus ei voi kuulua kahteen luokkaan samanaikaisesti, luokitukset on johdettu samasta luokitteluperiaatteesta ja luokituksista muodostuu yhtenäinen kokonaisuus. (Tähtinen ym. 2020, 75.)

Taulukko 1. Käyntisyiden luokittelu

Ahdistuneisuushäiriöt	Mielialahäiriöt (masennus tai kaksisuuntainen)	Psykoosit	Elämäntilannekriisit	Muut mielenterveyshäiriöt	Neuropsykiatriset oirekuvat	Päihde- ja toiminnalliset riippuvuudet	Muut käyntisyitä
trauma	masennus	psykoosi	Elämäntilanne-/vaihekriisit	itsetuhoisuus	Asperger epäily	huumeriippuvuus	yksinäisyys
ahdistus	vaikea-asteinen psykoottinen masennus	skitsofrenia	kriisi	Dissosiativinen häiriö	ADHD epäily	alkoholiriippuvuus	kipu
traumapäinen stressihäiriö	bipolaarihäiriö	muu psykoottinen häiriö	suru	syömisen ja kehonkuvan ongelmat	ADHD	peliriippuvuus	somaattiset sairaudet
paniikkioireet	Mielialaongelmat	skitsoaffektivinen häiriö	parisuhdeongelmat	Laihuushäiriöt			kehitysvamma
paniikkihäiriö	Tunnesätelyngelmat		Loppuun palaminen /uupumus	uniongelmat			ajoterveyden seuranta
stressireaktio				väsymys			muistisairaus
pakko-oireet				Epävaka persoonallisuushäiriö			
PTSD				Vaativa persoonallisuushäiriö			
yleistynyt ahdistuneisuushäiriö				määrittämätön persoonallisuushäiriö			
määrittämätön ahdistuneisuushäiriö				Muu persoonallisuushäiriö			
Sosiaalisten tilanteiden pelko							
Fobiat							

5.3 Aineiston analyysimenetelmät

Tutkimuksen, jossa käytetään tilastollisia menetelmiä, yksi tärkeimmistä onnistumisen edellytyksistä on, että tutkija ymmärtää mitä on tekemässä sekä hallitsee käytettävät analyysimenetelmät. Aineiston analyysin aloitimme aineiston kuvailla. Kuvailevat menetelmät ovat tärkeässä roolissa aineiston haltuunotossa ja tulkintaprosessissa. Sillä pyritään järjestämään ja tiivistämään aineistoa selkeämpään muotoon. (Tähtinen ym. 2020, 15, 91.)

Opinnäytetyössä käytettiin kuvailun lisäksi analyysimenetelmänä ryhmittely- eli klusterianalyysia, joka on monimuuttujamenetelmä, jossa aineisto jaetaan eri ryhmiin eli klustereihin. Klusterianalyysin tavoitteena on muodostaa ryhmiä, jotka ovat toisistaan mahdollisimman poikkeavia, mutta eri ryhmien sisällä havainnot ovat mahdollisimman samanlaisia. Klusterianalyysimenetelmistä valitsimme käytettäväksi K-means-klusterianalyysin, sillä se soveltuu erityisesti isommille otantajoukoille. Klusterianalyysia käytimme analysoitaessa hoidon kestoja ja käyntitiheyksiä suhteessa käyntisyihin, tavoitteisiin ja hoitosuunnitelmiin. Tämän ryhmittelyn avulla saimme luotua kuviot, joista edellä mainitut suhteet käyvät hyvin ilmi. Klusterianalyysin teossa KNIME-ohjelmistoa, joka on avoimen lähdekoodin ohjelmisto, jota voidaan hyödyntää esimerkiksi datan analysoinnissa, raportoinnissa ja integroinnissa. (DataScientest 2024; Tähtinen ym. 2020, 229–230; KNIME 2023.)

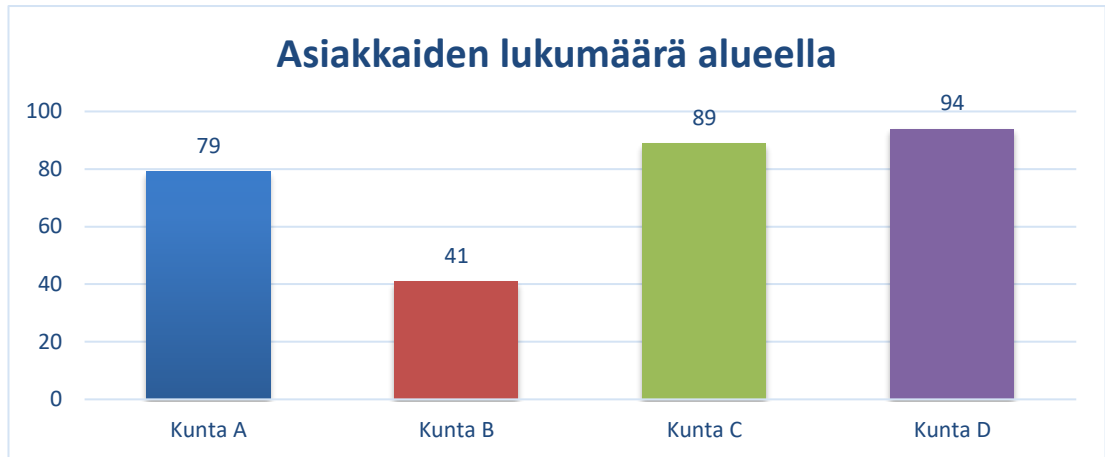
6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Tässä osassa esitetään opinnäytetyömme tulokset, jotka vastaavat tutkimuskysymyksiimme: ”Millaisia mielenterveysasiakkaiden hoitokontakteja oli Oulunkaareissa Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueella keväällä 2023?” ja ”Millaisia olivat tavoitteet ja hoitosuunnitelmat?” Aineistona käytettiin Oulunkaaren alueen avoterveydenhuollon mielenterveysasiakkaita hoitavilta sairaanhoitajilta kerättyä aineistoa. Aineistoa analysoitiin monipuolisesti kuvailevan analyysiin ja ryhmittelyanalyysin avulla.

Oulunkaaren alueen hoitokontakteja tarkastelimme asiakkaiden lukumäärän, hoidon kestojen, käyntitiheyksien, käyntisyiden sekä ikäjakaumien kautta. Tavoitteita ja hoitosuunnitelmia tarkasteltiin kuvaamalla, millaisia tavoitteita hoitajat olivat asiakkailleen asettaneet ja millaisia tukimuotoja hoitosuunnitelmassa oli mainittu. Lisäksi tarkastelimme hoidon kestoja suhteessa käyntisyihin ja tavoitteisiin. Tuloksissa otoskoko vaihtelee eri asioita tarkasteltaessa, koska osa datasta puuttui tai oli selkeästi virheellistä.

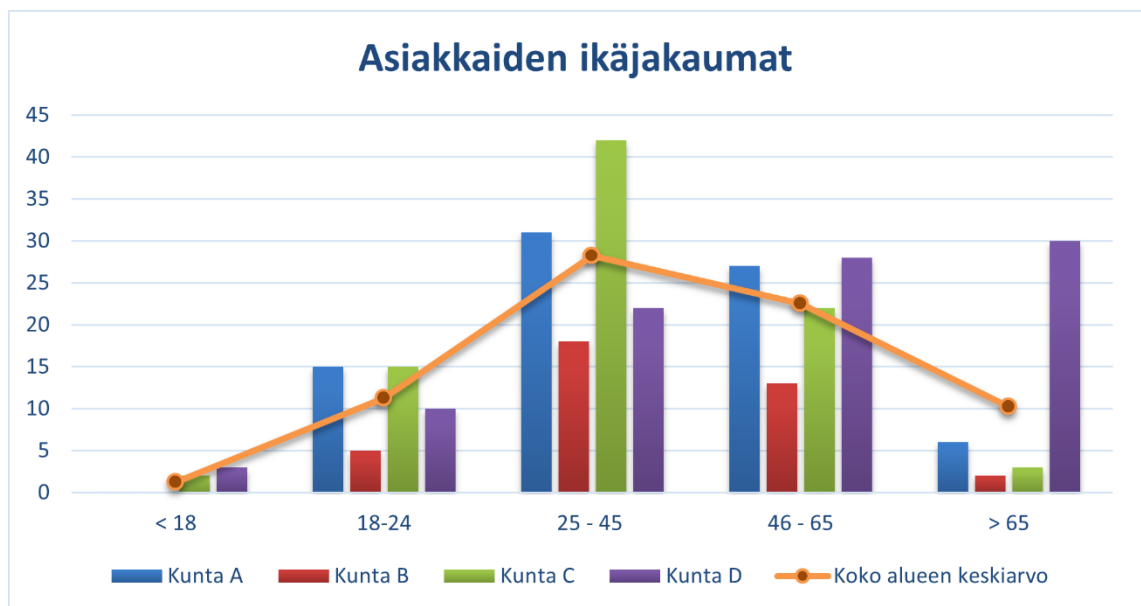
6.1 Asiakkaiden lukumäärä, ikäjakaumat, hoidon kestot ja käyntitiheydet

Oulunkaaren alueella avoterveydenhuollon mielenterveysvastaanotoilla asiakkaita on yhteensä 303. Alueella mielenterveyshoitajia on kahdeksan, jokaisessa kunnassa on kaksi hoitajaa. Asiakkaita eniten on kunnassa D ja selkeästi vähiten kunnassa B. Kunnissa A, C ja D asiakasmäärät eroavat vain vähän toisistaan. Kuviossa 3 on esitetty asiakasmäärät kuntakohtaisesti.



Kuvio 3. Asiakkaiden lukumäärä alueella

Oulunkaaren alueen ikäjakaumia tarkasteltiin kuntakohtaisesti ja alueen keskiarvon avulla (kuvio 4). Tarkastelussa on käytetty samaa ikäluokittelua kuin hoitajille lähetetyssä kyselyssä. Oulunkaaren alueella avoterveydenhuollon mielenterveysasiakkaiden iät vaihtelevat alle 18-vuotiaista yli 65-vuotiaisiin. Asiakkaista suurin osa on yli 24-vuotiaita, selkeästi vähiten on alle 18-vuotiaita.

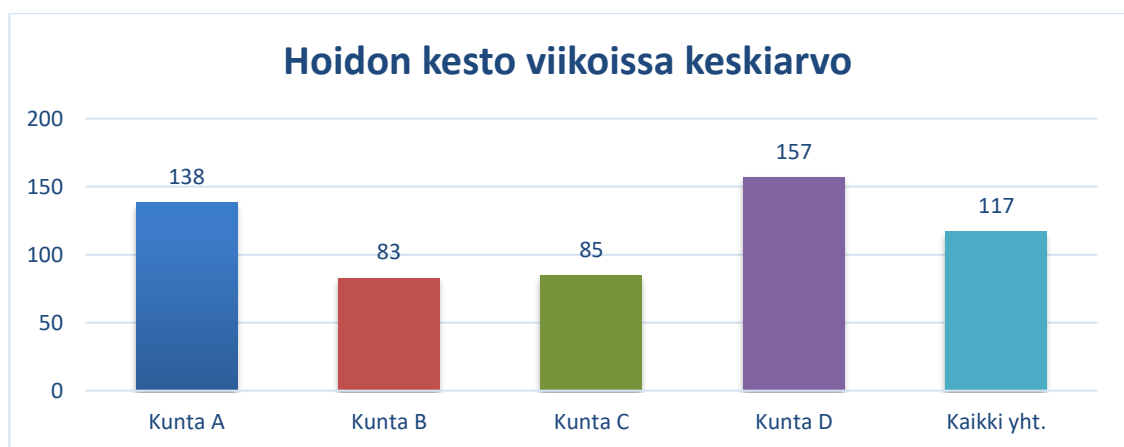


Kuvio 4. Asiakkaiden ikäjakaumat

Kuntakohtaisia eroja asiakkaiden ikäjakaumissa on jonkin verran. Kunnassa A, B ja C suurin osa asiakkaista on 25–65-vuotiaita. Näissä kunnissa yli 65-vuotiaita on asiakkaina vain vähän. Kunnissa A ja B ei ole yhtään alle 18-vuotiasta

asiakasta. Kunta D:n asiakkaiden ikäjakauma poikkeaa muista alueen kunnista. Kunnan asiakkaista suurin osa on yli 45-vuotiaita ja näistä suurin osa yli 65-vuotiaita.

Oulunkaaren alueella hoitosuhteessa olevilla asiakkailla hoitosuhteen keskimääräinen kesto on toukokuuhun 2023 mennessä 117 viikkoa (n=279). Yli 104 viikkoa eli 2 vuotta kestäviä hoitosuhteita on 34 %:lla kaikista Oulunkaaren alueen avoterveydenhuollon mielenterveyspuolen asiakkaista. Kuviossa 5 on esitetty kuntien hoitosuhteiden keskiarvot kestot viikoissa.



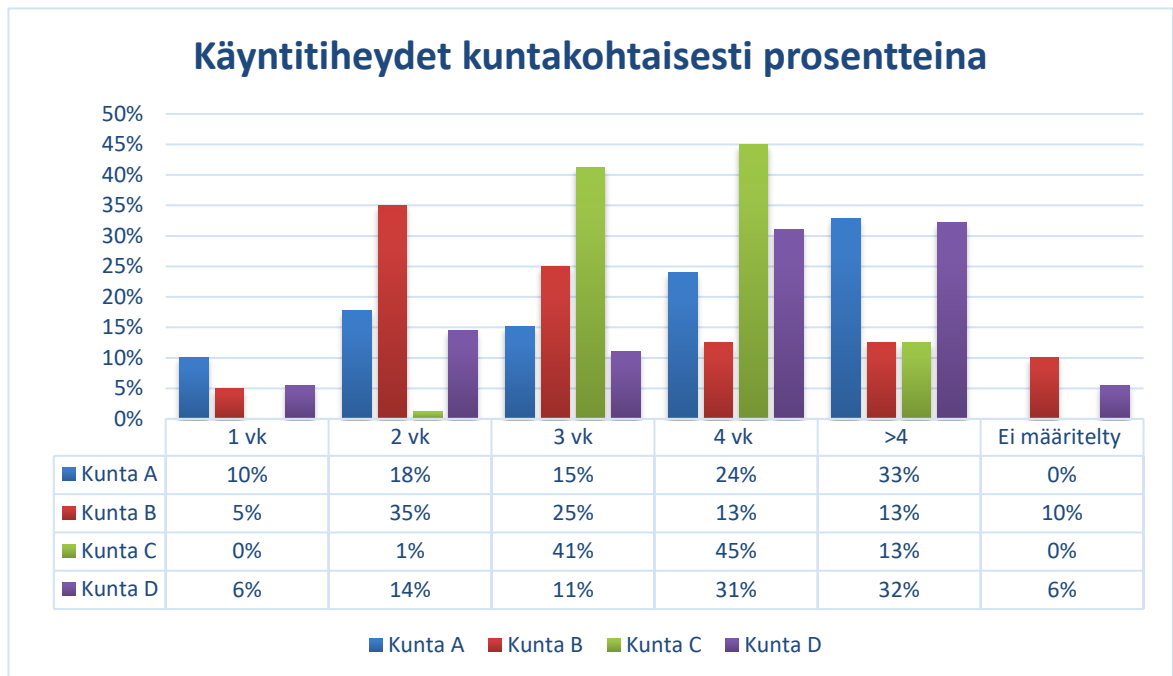
Kuvio 5. Hoidon kesto viikoissa keskiarvo

Kunnassa A hoitosuhteen pituus on keskimäärin 138 viikkoa eli 2,6 vuotta. Asiakkaista 28 %:n hoitosuhde on kestänyt yli 104 viikkoa eli yli kaksi vuotta.

Kunnassa B asiakkaita on yhteensä 40. Kunnan asiakkaiden hoidon kestoja analysoitaessa otetaan huomioon vain 21 asiakkaan hoidon kestot, koska virheellistä dataa on 19 asiakkaan kohdalla. Näiden 21 asiakkaan hoitosuhteen kesto on keskimäärin 83 viikkoa ja yli kaksi vuotta kestäneitä hoitosuhteita on lähes joka kolmannella.

Kunnassa C hoitosuhteen kesto on keskimäärin 82 viikkoa ja yli kaksi vuotta kestäneitä hoitosuhteita on 20 (n=84). Kunnan D keskimääräinen hoitosuhteen kesto on 157 viikkoa. Yli kaksi vuotta kestäneitä hoitosuhteita on 53 %:lla kunnan asiakkaista.

Käyntitiheyksien kohdalla havaitaan suuriakin kuntakohtaisia eroja. Kuviossa 6 käyntitiheydet on esitetty kuntakohtaisesti prosentteissa. Prosenttimuotoinen tarkastelu selkeyttää kuntien vertailua, koska otoskoot poikkeavat toisistaan.



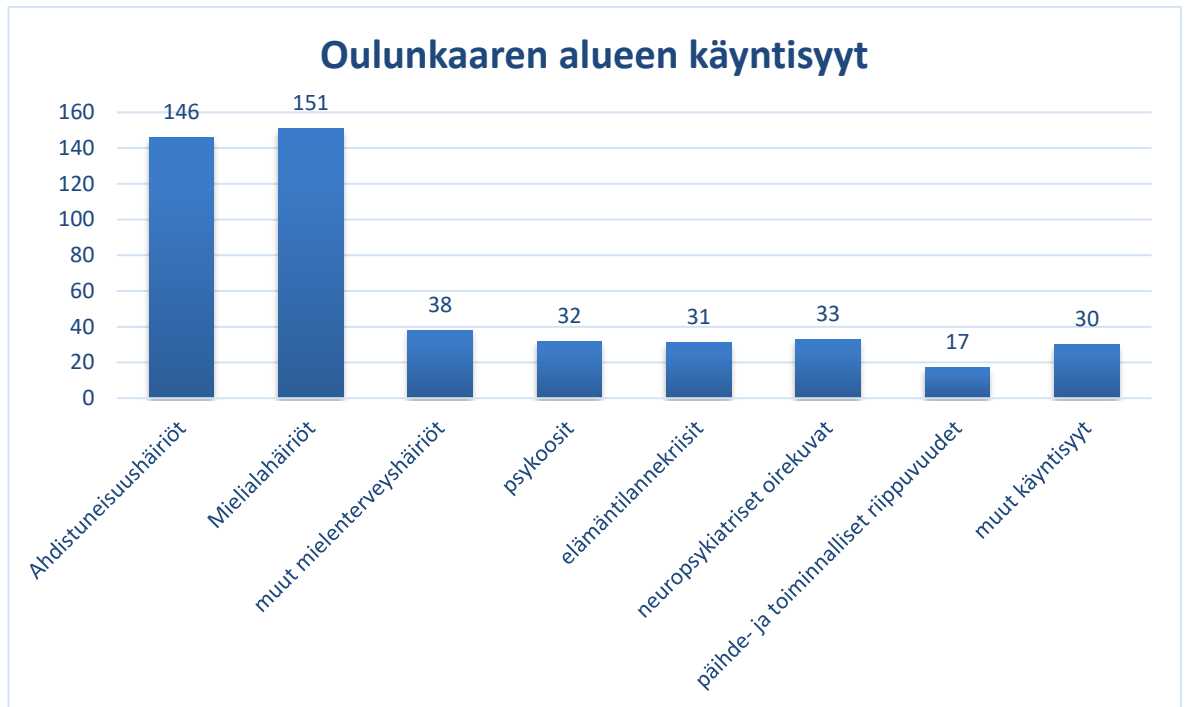
Kuvio 6. Käyntitiheydet kuntakohtaisesti prosentteina

Oulunkaaren kuntien asiakkailla on käyntejä hoitajan luona eniten joko neljän tai harvemmin kuin neljän viikon välein. Kuntakohtaisia eroja on kuitenkin jonkin verran. Kuntien A ja D suurimmalla osalla asiakkaita on käyntejä joko neljän viikon välein tai harvemmin. Kunnan B asiakkaat käyvät vastaanotolla eniten kahden tai kolmen viikon välein, ja kunnassa C käyntejä on eniten kolmen tai neljän viikon välein. Aineistosta voidaan havaita, että niissä kunnissa, joissa käyntitiheys on harvempi, myös asiakkaiden hoitosuhteet ovat kestoiltaan pidempiä kuin keskimäärin Oulunkaaren alueella.

6.2 Käyntisyys

Oulunkaaren alueella asiakkailla käyntisyitä on yhteensä 478 (n=293) eli keskimäärin 1,8 käyntisyitä/asiakas. Ahdistuneisuushäiriöt ja mielialahäiriöt ovat käyntisyinä yleisimmät. Muita käyntisyitä ovat muut mielenterveydenongelmat, elämäntilannekriisit, neuropsykiatriset oirekuvat, psykoosit, päihde- ja

toiminnalliset riippuvuudet ja muut syyt, jotka eivät ole mielenterveydellisiä käyntisyitä (kuvio 7). Asiakkaista kolmasosalla on kaksi käyntisyytä ja viidesosalla asiakkaista on kolme tai useampi käyntisyö.



Kuvio 7. Oulunkaaren alueen käyntisyöt

Kuntakohtaisesti tarkasteltaessa eroavaisuuksia voidaan havaita jonkin verran. Alla olevassa kuviossa 8 esitetään kuntien väliset erot prosentteina. Näin tarkastelu tuo erot selkeämmin näkyviin, koska jokaisessa kunnassa otoskoko on eri.



Kuvio 8. Käyntisyys kuntakohtaisesti prosentteina

Kunnassa A käyntisyitä on yhteensä 127 (n=79). Yli puolella kunnan asiakkaista käyntisyitä on kaksi tai enemmän, joista mielialahäiriöt ja ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisimmät. Kolmanneksi eniten käyntejä on muiden mielenterveyshäiriöiden vuoksi. Näitä muita mielenterveyshäiriöitä ovat syömisen ja kehonkuvan ongelmat, uniongelmat, väsymys, dissosiativinen häiriö ja persoonallisuuden häiriöt. Vähiten kunnassa käyntisyitä on psykoosien, elämäntilannekriisien, neuropsykiatristen oirekuvien, päihde- ja toiminnallisten riippuvuuksien ja muiden syiden vuoksi. Muita kuin mielenterveydellisiä käyntisyitä ovat somaattinen sairaus ja yksinäisyys, joka on yhden asiakkaan ainoa käyntisyys.

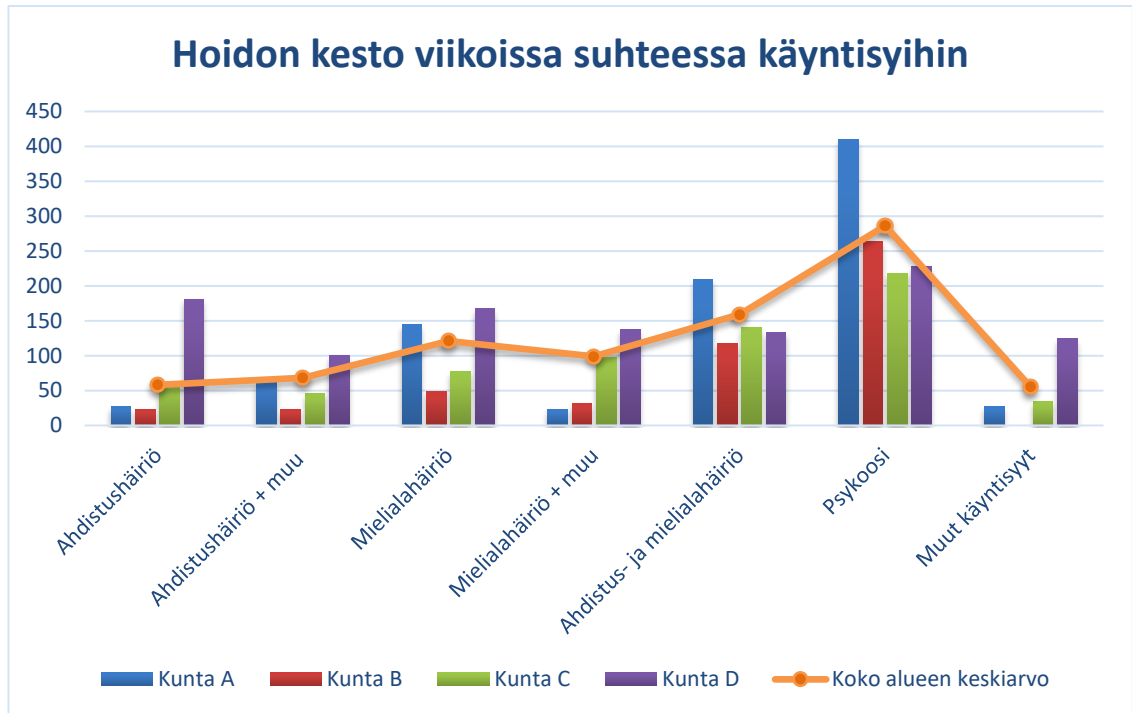
Kunnassa B eri käyntisyitä on yhteensä 57 (n=40). Yleisimmät käyntisyys ovat ahdistuneisuushäiriöt, mielialahäiriöt ja muut mielenterveyshäiriöt, joita olivat uniongelmat ja erilaiset persoonallisuushäiriöt. Psykoosista, elämäntilannekriiseistä sekä päihde- ja toiminnallisista riippuvuuksista johtuvia käyntejä on vähän. Neuropsykiatrisista ja muista kuin mielenterveydellisistä syistä johtuvia käyntejä ei ole kunnassa yhtään.

Kunnassa C eri käyntisyitä on yhteensä 134 (n=83). Noin kolmasosalla asiakkaista on useampi kuin yksi käyntisyys. Käyntejä eniten aiheuttavat ahdistuneisuushäiriöt ja mielialahäiriöt. Seuraavaksi yleisin käyntisyys on neuropsykiatrinen oirekuva, asiakkaista joka kolmannella tämä on ainoa käyntisyys. Neljänneksi yleisin käyntisyys on muu kuin mielenterveydellinen ongelma. Muita kuin mielenterveydellisiä käyntisyitä ovat kipu ja somaattiset sairaudet. Vähiten käyntejä on muiden mielenterveysongelmien, elämäntilannekriisien, psykoosien, psykoosien ja päihde- ja toiminnallisten riippuvuuksien vuoksi.

Kunnassa D käyntisyitä on yhteensä 160 (n=90). Mieliala- ja/tai ahdistuneisuushäiriö ja/tai psykoosit ovat yhtenä käyntisyynä lähes kaikilla asiakkailla, vain seitsemällä asiakkaista näistä jokin ei ole käyntisyynä. Suurella osalla asiakkaista on kaksi tai useampi mielenterveydellinen käyntisyys. Kunnassa on vähiten muita kuin mielenterveydellisiä käyntisyitä. Näitä syitä ovat kipu, muistisairaus, ajoterveystseuranta ja kehitysvamma, joka on yhden asiakkaan ainoa käyntisyys.

6.3 Käyntisyys suhteessa hoidon keston ja käyntitiheyksiin

Hoitojen kestoja ja käyntitiheyksiä suhteessa käyntisyihin analysoitaessa ryhmitelimme käyntisyys seitsemään eri luokkaan, jolloin saimme selkeän kuvan, miten käyntisyys vaikuttaa hoidon keston. Käyntisyys ryhmittelimme seuraavasti: Ahdistuneisuushäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt + muu käyntisyys (ei mielialahäiriö), mielialahäiriö, mielialahäiriö + muu käyntisyys (ei ahdistuneisuushäiriö), ahdistuneisuushäiriö + mielialahäiriö, psykoosit ja muut aineistossa olleet käyntisyys eli elämäntilannekriisit, muut mielenterveydenhäiriöt, neuropsykiatriset ongelmat, päihde- ja toiminnalliset riippuvuudet ja käyntisyys, jotka eivät ole mielenterveydellisiä käyntisyitä. Oulunkaaren alueen hoidon kestot suhteessa käyntisyihin on esitetty alla olevassa kuviossa 9.

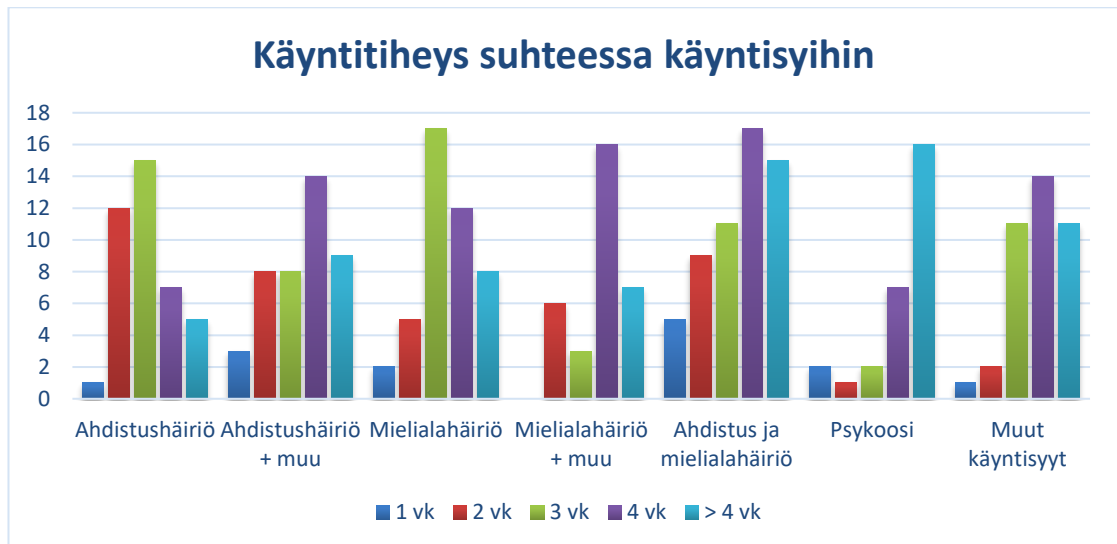


Kuvio 9. Hoidon kesto viikoissa suhteessa käyntisyihin

Hoidon kestoa suhteessa käyntisyihin tarkastellessa voidaan havaita, että pisimmät hoidon kestot ovat psykoosia sairastavilla asiakkailla. Seuraavaksi pisin hoidonkesto on asiakkailla, joilla on käyntisyynä sekä ahdistuneisuus- että mielen-terveyshäiriö. Mikäli käyntisyynä on mielialahäiriö yksistään tai mielialahäiriön lisäksi on jokin toinen käyntisy, on asiakkaan hoidon kesto myös keskiarvoa pidempi. Keskiarvoa lyhyempi hoidon kesto on asiakkailla, jotka käyvät vastaanotolla ahdistuneisuushäiriön vuoksi sekä niillä, joilla käyntisy on muu kuin psykoosi tai mielialahäiriö.

Kuntakohtaisesti hoidon kestoa ja käyntisyitä analysoidessa, voidaan havaita melko suuriakin eroja kuntien välillä. Kaikissa Oulunkaaren alueen kunnissa asiakkailla, joilla on psykoosi käyntisyynä, on hoidon kesto selkeästi pisin. Tarkasteltaessa lähemmin kuntakohtaisia eroja, voidaan havaita, että kunnissa A ja C hoidon kesto suhteessa käyntisyihin, on hyvin lähellä koko Oulunkaaren keskiarvoja. Kunnassa B, psykoosin vuoksi vastaanotolla käyviä lukuun ottamatta, hoitojen kestot ovat keskimääräistä lyhyempiä suhteessa käyntisyihin. Kunnassa D hoidon kesto suhteessa käyntisyihin on useimmiten yli keskiarvon.

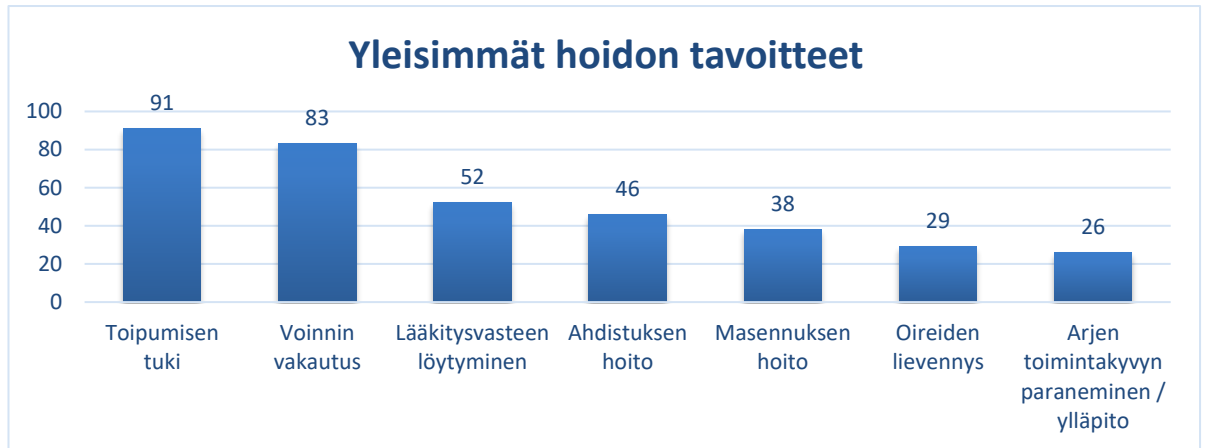
Käyntisyitä suhteessa käyntitiheyksiin tarkasteltaessa voidaan havaita, että ahdistushäiriön tai mielialahäiriön vuoksi käyvillä käyntejä oli yleisimmin 2–3 viikon välein. Jos asiakkaalla oli useampi käyntisy, myös käyntitiheys harveni ollen joko 4 viikon välein tai harvemmin. Asiakkailla, joilla käyntisy oli psykoosi, oli suurimmalla osalla käyntitiheys harvemmin kuin neljän viikon välein. Kuvio 10.



Kuvio 10. Käyntitiheys suhteessa käyntisyihin

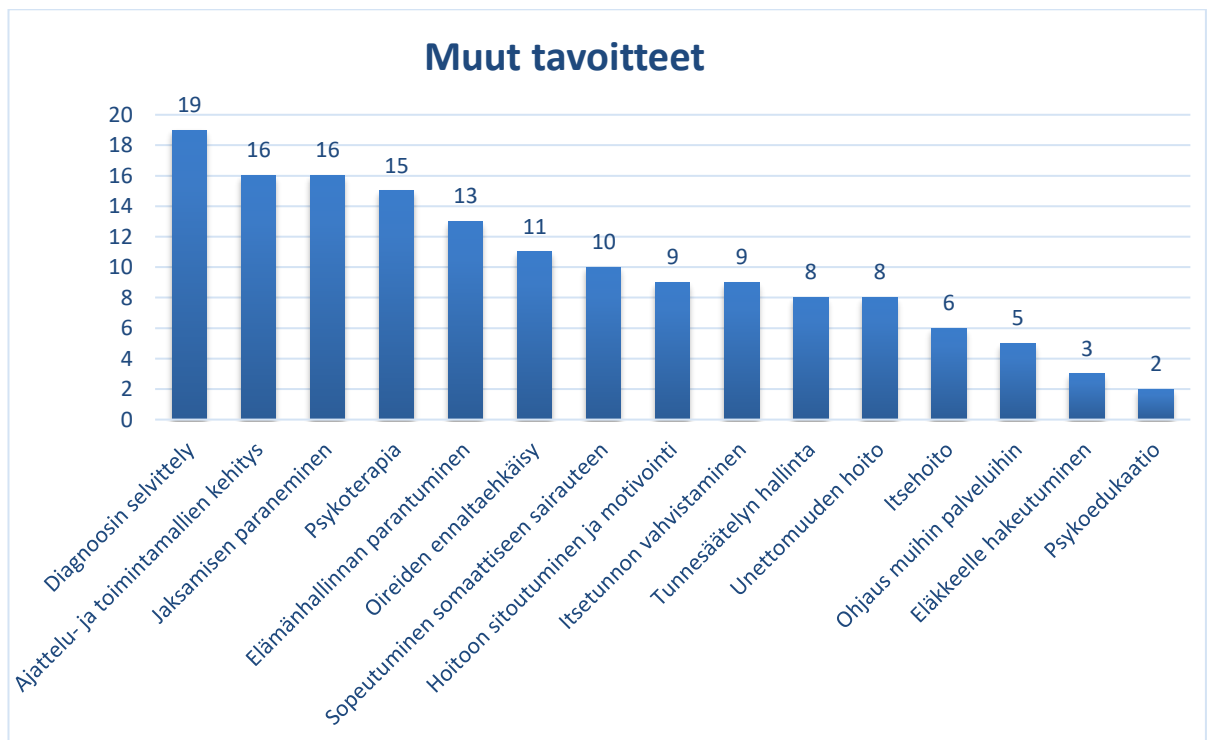
6.4 Asetetut tavoitteet

Oulunkaaren alueen avoterveydenhuollon mielenterveyshoitajat ovat asettaneet asiakkailleen yhteensä 548 tavoitetta hoitojen suhteen (n=293). Yleisimpiä tavoitteita ovat toipumisen tuki, voinnin vakautus ja lääkitysvasteen löytyminen (kuvio 9). Hoidolle ei ole määritelty tavoitteita tai hoidon tavoitteiden määrittäminen on kesken 20 asiakkaan kohdalla. Alla olevassa kuviossa 11. on esitetty Oulunkaaren alueen yleisimmät asiakkaalle asetetut tavoitteet sekä niiden lukumäärät.



Kuvio 11. Hoitajien yleisimmin asettamat tavoitteet

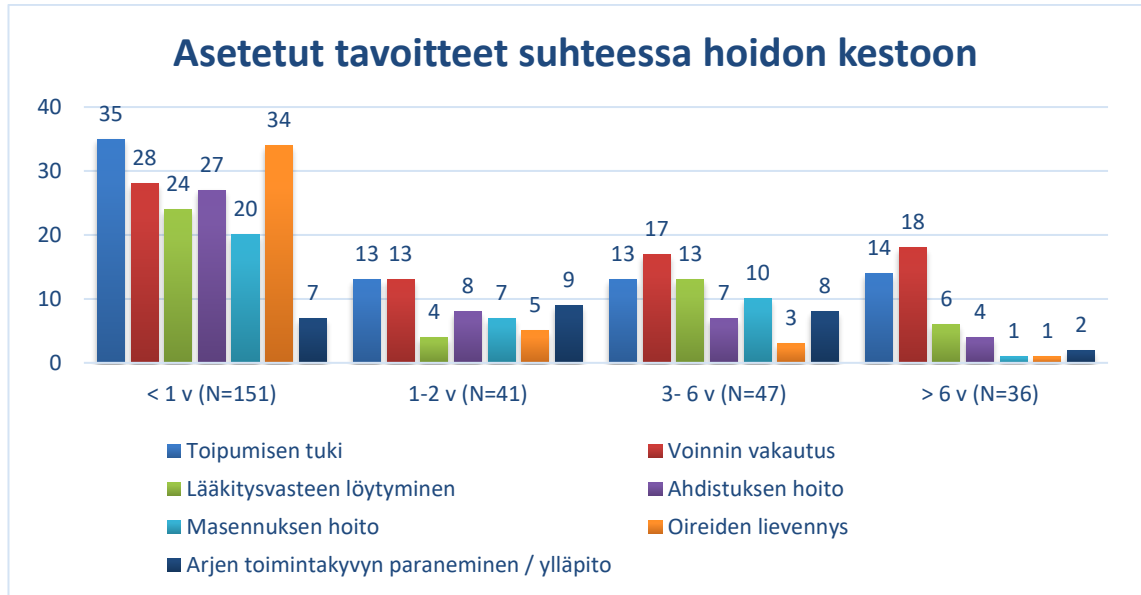
Diagnoosin selvittäminen on yleisin muista tavoitteista. Muita yleisiä muita tavoitteita ovat ajattelu- ja toimintamallien kehitys (kognitiivisen terapian menetelmät) sekä jaksamisen paraneminen. Psykoterapiaan ohjaaminen mainitaan 15 asiakkaan kohdalla. Muitakin kognitiivisesta terapiasta tuttuja menetelmiä mainitaan kuten sopeutuminen, elämäntilanteen parantuminen sekä tunnesäätelyn hallinta. Kuviossa 12 on esitetty muut kuin yleisimmät tavoitteet.



Kuvio 12. Muut hoitajien asettamat tavoitteet

6.5 Asetetut tavoitteet suhteessa hoidon keston ja käyntisyihin

Hoidon kestoja suhteessa tavoitteisiin tarkastellaan yleisimpien hoitajien kirjaimien tavoitteiden suhteen. Kuviossa 13 esitetään hoidon kestot suhteessa tavoitteisiin seitsemän yleisimmän aineistossa olleen tavoitteen kanssa.



Kuvio 13. Asetetut tavoitteet suhteessa hoidon keston

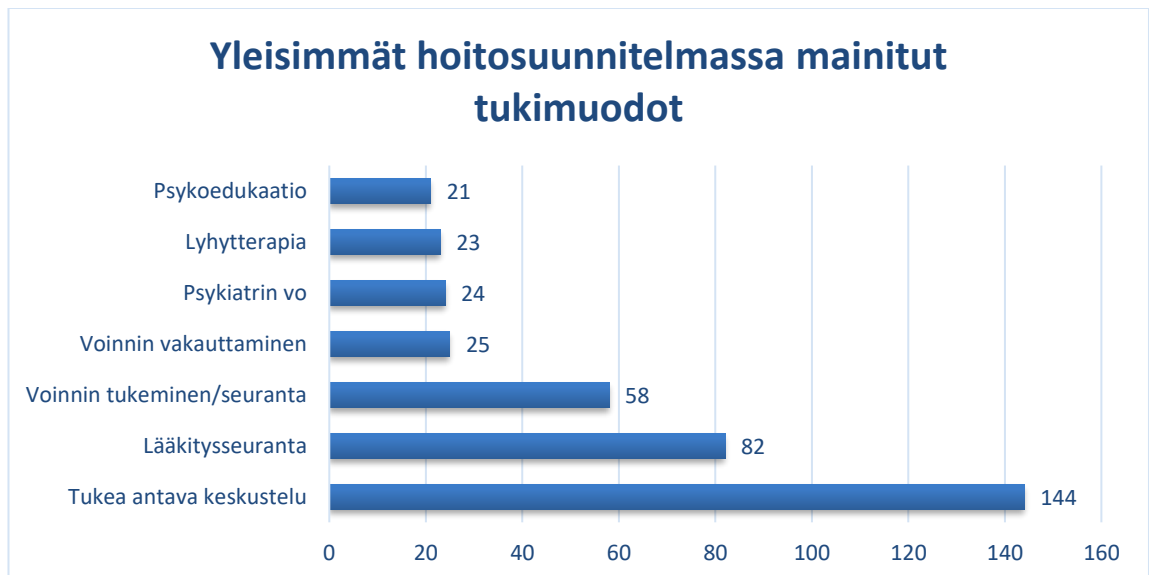
Yllä olevasta kuviosta voidaan havaita, että mitä lyhyemmän aikaa hoitosuhde on kestänyt, sitä useampi tavoite asiakkaalle on asetettu. Ensimmäisen vuoden jälkeen tavoitteet ovat vähentyneet ja oireiden lievennys mainitaan tavoitteena enää muutaman asiakkaan kohdalla. Oireiden lievennys ja toipumisen tuki ovat alkuvaiheessa yleisiä hoidon tavoitteita ja pidempään jatkuneissa hoitosuhteissa tavoitteet painottuvat toipumisen tuen lisäksi voinnin vakautukseen. Myös ahdistuksen hoito mainitaan usein niiden asiakkaiden tavoitteissa, joiden hoito on kestänyt alle vuoden.

Asetettuja tavoitteita suhteessa käyntisyihin tarkasteltiin asiakkailla, joilla käyntisyynä oli ahdistuneisuushäiriö, mielialahäiriö tai psykoosi. Ahdistuneisuushäiriön vuoksi käyville oli asetettu tavoitteeksi yleisimmin ahdistuksen hoito, toipumisen tuki, psykoterapia, oireiden lievennys ja voinnin vakautus. Mielialahäiriön vuoksi käyvillä yleisimmät tavoitteet olivat oireiden ennaltaehkäisy, lääkityksen löytäminen, masennuksen hoito, tunnesäätelyn hallinta ja voinnin vakautus. Asiakkaat,

joilla käyntisyyinä oli psykoosi, tavoitteeksi oli asetettu yleisimmin voinnin vakautus ja lääkitysvasteen löytyminen.

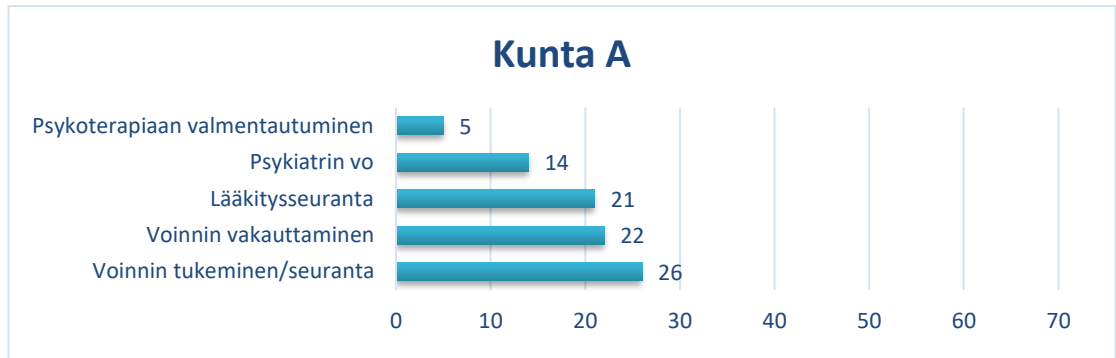
6.6 Hoitosuunnitelmat

Hoitosuunnitelmia tarkastellaan kymmenen yleisimmän hoitosuunnitelmassa mainitun tukimuodon kautta. Yhteensä hoitajat ovat maininneet kyselyssä 29 erilaista tukimuotoa. Lisäksi 14 asiakkaan kohdalla hoitosuunnitelman teko on kesken tai sitä ei ole. Alla olevassa kuviossa 14 on esitetty kymmenen yleisintä hoitosuunnitelmassa mainittua tukimuotoa

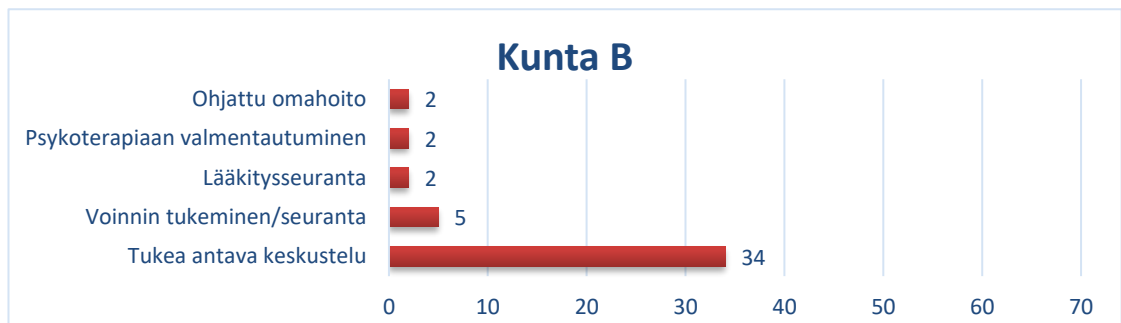


Kuvio 14. Yleisimmät hoitosuunnitelmassa mainitut tukimuodot

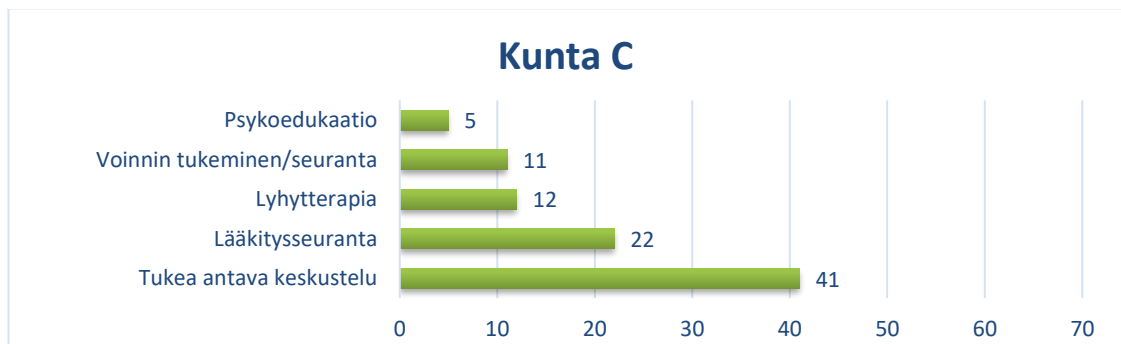
Oulunkaaren alueella yleisin hoitosuunnitelmassa mainittu tukimuoto on tukea antava (supportiivinen) keskustelu. Seuraavaksi yleisimmät ovat lääkitysseuranta ja voinnin tukeminen/seuranta. Näiden kolmen tukimuodon jälkeen vastauksissa on paljon hajontaa ja yksittäisten asiakkaiden tukimuodot vaihtelevat suuresti. Kuntien välillä havaitaan myös suuria eroja. Seuraavissa kuvioissa 15.–18. on eritelty kuntakohtaisesti viisi yleisintä hoitajien mainitsemaa tukimuotoa.



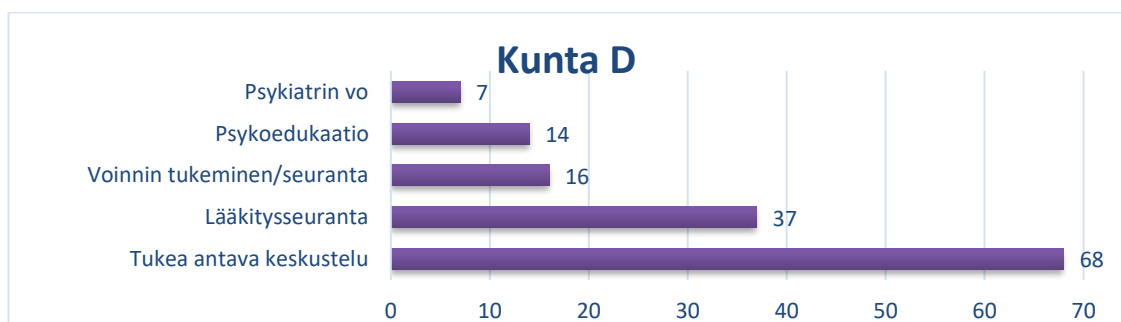
Kuvio 15. Kunta A yleisimmät hoitosuunnitelmassa mainitut tukimuodot



Kuvio 16. Kunta B yleisimmät hoitosuunnitelmassa mainitut tukimuodot



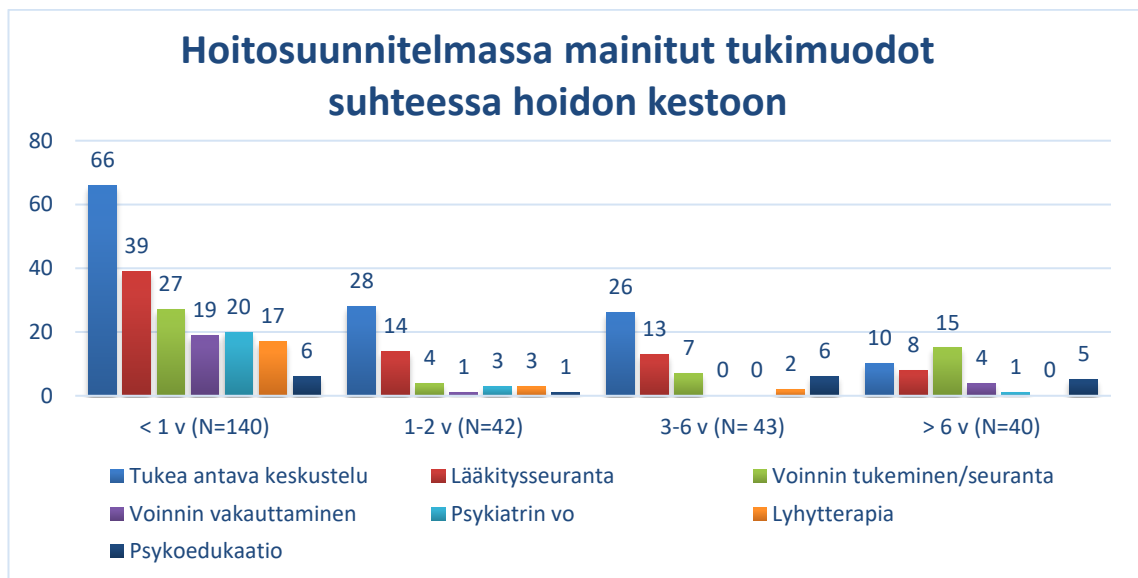
Kuvio 17. Kunta C yleisimmät hoitosuunnitelmassa mainitut tukimuodot



Kuvio 18. Kunta D yleisimmät hoitosuunnitelmassa mainitut tukimuodot

Alueellisia eroja tarkasteltaessa voidaan havaita, että kunnissa B, C ja D tukea antava keskustelu on ollut selkeästi yleisin tukimuoto. Kunnassa A hoitajat ovat maininneet tukimuodoksi tukea antavan keskustelun yhdelle asiakkaalle. Kunnan A kaksi yleisintä tukimuotoa ovat voinnin tukeminen/seuranta ja voinnin vakauttaminen.

Hoitosuunnitelmassa mainittuja tukimuotoja tarkastellaan myös hoidon kestoon nähden. Tarkasteluun otetaan mukaan seitsemän yleisimmin mainittua tukimuotoa (kuvio 19). Kuviosta voidaan havaita, että mitä pidempi hoito suhde on kyseessä, sitä vähemmän on hoitosuunnitelmassa mainittuja tukimuotoja. Kuusi vuotta tai alle olleiden hoitosuhteiden yleisin tukimuoto on tukea antava keskustelu, kun taas yli kuusi vuotta kestäneiden hoitosuhteiden yleisin tukimuoto on voinnin tukeminen ja seuranta.



Kuvio 19. Hoitosuunnitelmassa mainitut tukimuodot suhteessa hoidon kestoon

7 POHDINTA

Opinnäytetyössämme tarkastelimme Pohjois-pohjanmaan hyvinvointialueen, Oulunkaaren alueen aikuisten avoterveydenhuollon mielenterveyspalveluita. Opinnäytetyömme tavoitteena oli muodostaa tilannekuva kevään 2023 asiakkaiden hoitosuhteista toimeksiantajalta saadusta aineistosta. Opinnäytetyön tulokset saavutettiin kahden tutkimuskysymyksen avulla. Nämä tutkimuskysymykset olivat: ”Millaisia mielenterveysasiakkaiden hoitokontakteja oli Oulunkaarella Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueella keväällä 2023?” ja ”Millaisia olivat tavoitteet ja hoitosuunnitelmat?” Analyysin pohjalta pyrimme tarjoamaan yhtenäistä tietoa erilaisten alueella esiintyneiden mielenterveyshäiriöiden hoitosuosituksista Käypä hoito –suosituksen mukaisesti, joka on kansallinen ohjeistus sekä lääkäreille että hoitohenkilöstölle. Työssämme avasimme myös käsitteitä mielen sairauksista ja niiden hoitamisesta.

7.1 Keskeiset tulokset ja johtopäätökset

Opinnäytetyön keskeiset tulokset muodostuvat Oulunkaaren alueen asiakkaiden määristä, käyntisyistä, hoitosuhteiden kestosta, ikäjakaumasta, hoitosuunnitelmista sekä hoidon tavoitteista. Osa tuloksista muodostettiin koko alueelta ja osa lisäksi kuntakohtaisesti. Työssä tarkasteltiin myös, oliko asiakkaan käyntisyyllä, asiakkaalle asetetuilla tavoitteilla ja hoitosuunnitelmilla yhteyttä hoidon kestoon sekä käyntitiheyksiin. On kuitenkin huomioitava suhteita tarkasteltaessa, että asioiden väliset suhteet sekä yhteydet ovat todennäköisesti monimutkaisia ja niihin saattavat vaikuttaa useat tekijät, joita ei tässä tutkimuksessa tarkasteltu.

Oulunkaaren alueen asiakasmäärät vaihtelivat kunnittain 41–94 asiakkaan välillä. Asiakkaiden ikäjakaumat vaihtelivat alle 18-vuotiaasta yli 65-vuotiaaksi. Suurin osa asiakkaista oli 25–65-vuotiaita. Alueen hoitosuhteen keskimääräinen kesto oli 117 viikkoa ja yli kaksi vuotta kestäneitä hoitosuhteita oli kolmasosalla alueen asiakkaista. Pisimmät hoitosuhteet olivat kunnassa D, jossa keskimääräinen hoitosuhteen kesto oli 157 viikkoa. Kunnissa B ja C hoidon kestot olivat kuntaan D verrattuna lähes puolet lyhyemmät. Oulunkaaren kuntien asiakkailla oli käyntejä hoitajan luona eniten joko neljän tai harvemmin kuin neljän viikon välein.

Kuntakohtaisia eroja kuitenkin oli jonkin verran. Tuloksista kävi ilmi, että niissä kunnissa, joissa käyntitiheys oli harvempi, hoitosuhteen kestot olivat myös koko alueen keskiarvoa pidempiä. Tämä tulos voi viitata siihen, että alueella tulisi panostaa hoidon tehokkuuteen ja jatkuvuuteen.

Alueen mielenterveysasiakkailta yleisin käyntisyys oli ahdistuneisuushäiriö ja/tai mielenterveyshäiriö. Lisäksi käyntisyinä olivat muut mielenterveydenhäiriöt, psykoosit, elämäntilannekriisit, neuropsykiatriset oirekuvat, päihde- ja toiminnalliset riippuvuudet ja muut syyt, jotka eivät olleet mielenterveydellisiä käyntisyitä. Usealla asiakkaalla oli enemmän kuin yksi käyntisyys. Pisimmät hoitosuhteet olivat psykoosin vuoksi asiakkaina olevilla, seuraavaksi pisimmät olivat mielenterveys- ja ahdistuneisuushäiriöisillä asiakkailla. Kuntakohtaisesti tarkasteltaessa havaittiin, että kunnissa A ja C hoidon kestot suhteessa käyntisyihin olivat lähellä koko Oulunkaaren alueen keskiarvoja. Kunnassa B hoidon kestot olivat alueen keskiarvoa lyhyempiä suhteessa käyntisyihin. Kunnassa D oli hoidon kestot suhteessa käyntisyihin useimmiten yli alueen keskiarvon.

Mielenterveyden hoidolle asetettavia tavoitteita ovat mielen hyvinvoinnin lisääminen vahvistamalla ja ylläpitämällä mielen voimavaroja. Hoidon tavoitteen tulee olla konkreettinen ja kohtuullinen. Tavoitteiden avulla pyritään vähentämään mielen hyvinvointia vaarantavia tai oireita pahentavia tekijöitä. (Kauvo & Virkkunen. 2022.) Alueen hoitajat olivat asettaneet asiakkailleen useita eri hoidon tavoitteita. Yleisimmin hoitajat olivat asettaneet tavoitteeksi toipumisen tuen ja voinnin vakauttamisen. Tavoitteiden määrä asiakasta kohti vaihteli kunnittain. Ahdistuneisuushäiriön vuoksi käyville oli asetettu tavoitteeksi yleisimmin ahdistuksen hoito ja toipumisen tuki. Mielialahäiriön vuoksi käyvillä yleisimmät tavoitteet olivat oireiden ennaltaehkäisy, lääkityksen löytäminen ja masennuksen hoito. Asiakkaat, joilla käyntisyynä oli psykoosi, tavoitteeksi oli asetettu yleisimmin voinnin vakautus ja lääkitysvasteen löytäminen. Täysin selkeää yhteyttä käyntisyyn ja hoitajan asiakkaalle asettaman tavoitteen välillä aineistosta ei voitu todeta. Syynä oli, että yhdellä asiakkaalla saattoi olla useita eri käyntisyitä ja aineistosta päätellen hoitajat olivat saattaneet ymmärtää tavoitteiden asettamisen eri tavoin. Aineistosta kuitenkin havaittiin selkeä yhteys hoitosuhteen keston ja asetettujen tavoitteiden

välillä, eli mitä lyhyemmän aikaa hoito oli kestänyt, sitä useampi tavoite asiakkaalle oli asetettu.

Hoitosuunnitelmaan tulisi kirjata hoidon tarpeet ja tavoitteet, suunnitellun hoidon keinot ja toteutus, seuranta sekä arviointi ja lisäksi siihen voidaan kirjata suunniteltu tukimuoto. Suunnitelman tekeminen on tärkeää erityisesti pitkäaikaisissa hoitosuhteissa ja potilailla, jotka käyttävät paljon terveydenhuollon palveluita tai sairauden laatu vaatii pitkäaikaista seurantaa. Hoitosuunnitelman rakenne ja sisältö tulisi määritellä yhdenmukaiseksi. (Kanta-palvelut; THL 2023a; Komulainen, Vuokko & Mäkelä. 2011.) Oulunkaaren alueen hoitajat olivat kirjanneet kyselyssä hoitosuunnitelma-kohtaan asioita varsin eri tavoin. Tästä syystä hoitosuunnitelmia tarkasteltiin siinä mainittujen tukimuotojen avulla. Alueen asiakkaiden hoitosuunnitelmissa yleisin mainittu tukimuoto oli tukea antava keskustelu, lääkityksen seuranta sekä voinnin tukeminen ja seuranta. Aineistosta havaittiin, että mitä pidempi hoitosuhde oli ollut, sitä suppeampi oli hoitosuunnitelma.

MiePäVäKi -tukupaketin suunnitelmallinen hyvinvoinnin johtamisen malli ei tuntunut vielä ulottuvan tasaisesti Oulunkaaren alueelle, koska hoitosuhteiden pituuteen ja määrään peilaten yhtäläisyyttä ei ollut vielä havaittavissa. Yhteistyön kehittäminen eri kuntien toimijoiden välillä rakentaa mahdollisesti tulevaisuudessa alueelle yhtenäisempää hoitokulttuuria. Tutkimustuloksissamme oli havaittavissa hoitosuhteiden pitkiäkin kestoja, jolloin yksilön tarpeita on kuultu. Hoitosuunnitelmista ja hoidon tavoitteista ei vielä näyttäytynyt yksilön aktiivisuus toimijana. Pitkät hoitosuhteet kertoivat taas toisen vision tavoitteen toteutumisesta, koska hoitosuhde on todennäköisesti koettu turvalliseksi ja luotettavaksi. Tasa-arvoisuuden toteutumista ei tässä opinnäytetyössä tutkittu.

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen strategiaa vuosille 2023–2025 (Pohde 2023a) ja opinnäytetyön tuloksia verratessa, esiin nousee varhaisen tuen merkitys. Oulunkaaren alueiden hoitosuhteiden kestoissa ja ikäjakaumissa on suurta eroa. Strategiassa mainittu mielenterveyden häiriöiden varhainen tunnistaminen ja hoitoon ohjaus sekä vanhusten mielenterveyden tukipalveluiden vahvistaminen saattaisi osaltaan ratkaista näitä haasteita ja parantaa mielenterveyspalveluiden saatavuutta sekä laatua Oulunkaaren alueella.

7.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyö toteutettiin noudattaen eettisiä suosituksia ja hyvän tieteellisen käytännön periaatteita. Opinnäytetyöprosessia ohjasi rehellisyys, vastuullisuus ja huolellisuus. Muiden tutkijoiden työtä kunnioitettiin merkitsemällä kaikki lähdetiedot asiallisesti ja selkeästi. (Arene 2020, Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023, 11–12.)

Tutkimuksessa käytetty aineisto saatiin toimeksiantajalta anonymisoituna. Aineistoa käsiteltiin ja säilytettiin Tietosuojalain (1050/2018) mukaisesti. Laadimme aineistohallintasuunnitelman varmistamaan työn läpinäkyvyyttä ja vastuullista datan käsittelyä. Tutkimuksen jälkeen aineisto hävitetään asianmukaisesti. Työhön haettiin tutkimuslupa Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueelta varmistamaan sen eettisyys ja lainmukaisuus. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023, 13–14.)

Opinnäytetyön pätevyyttä ja luotettavuutta arvioitiin validiteetin ja reliabiliteetin avulla. Validiteetti tarkoittaa, että tutkimusmenetelmä mittaa sitä, mitä on tarkoituskin mitata ja reliabiliteetti viittaa tutkimuksen johdonmukaisuuteen ja toistettavuuteen. Luotettavassa tutkimuksessa tutkimustulokset eivät vaihtele mittauskerrojen tai mittaajien välillä. (Jyväskylän yliopisto 2021.)

Opinnäytetyön menetelmät valittiin huolellisesti ja niiden avulla pystyimme mahdollisimman luotettavaan aineistonanalyysiin. Opinnäytetyömme aineisto oli toimeksiantajan keräämää, joten jouduimme tutkimusta tehdessämme pohtimaan, oliko aineisto sellaista, jolla pystytään vastaamaan opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Opinnäytetyössä luokittelimme aineistoa alaluokista pääluokkiin ja tämän luokitteluvaiheen onnistumiseen kiinnitimme paljon huomiota. (Vilkka 2021, Tähtinen ym. 2020, 75.)

Opinnäytetyön tasoa, pätevyyttä ja luotettavuutta arvioitiin koko prosessin ajan ja tuloksia analysoitiin kriittisesti. Yhteistyössä toimeksiantajan kanssa keskusteltiin aineistossa havaituista epäkohdista ja tehtiin tarvittavia muutoksia. Prosessin aikana käymme keskustelua toimeksiantajan kanssa aineistossa havaituista epäkohdista ja yhteistyössä teimme siihen tarvittavia muutoksia. Nämä muutokset

sekä niiden perustelut olemme avanneet työssämme. Opinnäytetyön toisessa tutkimuskysymyksessä pyrimme löytämään vastauksia tavoitteisiin ja hoitosuunnitelmiin. Hoitosuunnitelman osalta aineistossa havaittiin puutteita. Tämä johtui osittain siitä, että eri hoitajat olivat mahdollisesti ymmärtäneet kysymyksen eri tavoin. Hoidon tavoitteiden osalta näyttäytyi, että ne oli asetettu lähinnä sairauden ja hoitajan näkökulmasta ja lisäksi ne olivat melko suuria kokonaisuuksia. Hoitosuhteiden pituuksista pystyi päättelemään, että alueilla ei vaikuttanut olevan yhteistä linjaa erilaisten potilaiden hoitamiseksi.

7.3 Jatkokehittämis- ja tutkimuskohteet

Suomessa on Käypä hoito -suosituksen lisäksi ollut tarjolla digitaalisia omahoito-ohjelmia Mielenterveystalo.fi:n kautta, jotka ovat potilaille maksuttomia ja asiantuntijoille on tarjolla ajantasaista tietoa hoitokäytännöistä ja eri sairauksista. Opinnäytetyön tekemisen aikana mietimme usein oman Hyvinvoinnin analytiikan asiantuntija -koulutuksemme näkökulmasta, miten palvelut saataisiin toimimaan hyvinvointialueilla sujuvasti ja millaista koulutusta henkilökunnalle tulisi tarjota. Opinnäytetyömme aineistoon ei ollut eritelty lähi- ja etäpalveluiden määriä. Saatavuuden ja tehokkuuden kannalta digitaalisten palveluiden hyödyntäminen tulevana vuosina tulee lisääntymään eri muodoissa. Tälläkin hetkellä vaihtoehtoja on tarjolla ja osa niistä onkin käytössä myös Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueella. Kustannustehokkuus on noussut vahvasti kevään 2024 keskusteluihin, kun useat hyvinvointialueet ovat taloudellisten haasteiden edessä. Pohteen alueellakin on tarpeen miettiä toimintojen uudelleen järjestelyä ja digitaalisten hoitomuotojen lisäämistä, koska jo Oulunkaaren alueen hoitokustannukset asiakasta kohden ovat alueen korkeimmat.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on julkaissut 2023 Mielenterveyspalveluiden täydentäminen teknologian avulla -oppaan, jossa on kootusti tietoa siitä, miten teknologisten ratkaisujen avulla voidaan mahdollistaa yhteydenpitoa eri tavoin ja nopeuttaa avun tarjoamista mielenterveysasiakkaille. Suomessa palveluiden painopiste on ollut lievien oireiden itse- tai omahoidossa. Digitaalisilla sote-palveluilla olisi mahdollista täydentää palvelukokonaisuuksia ja palveluiden saatavuutta, kun taas vakavien oireiden tai välittömän hoidon tarpeen arviointiin

teknologia ei ole vielä valmis. Itsehoidolla voidaan helpottaa oireita ennen hoitokontaktin luomista, ja hoitoon yhdistettynä itsehoidon hyödyt tulevat paremmin esiin. Tässäkin on rajoitteita erityyppisissä oireissa ja ahdistusoireisiin sekä unettomuuden hoidosta on enemmän tutkittua näyttöä. (Pelkonen & Linnanranta 2023, 4.) Kansainvälisesti sovellusten käyttäminen nähdään myös haasteena, sillä uusia sovelluksia tulee jatkuvasti ja arvio sen soveltuvuudesta hoidon tueksi on haastavaa tehdä. Tarjolla on sovelluskauppojen tähtiarviointeja, jotka saattavat olla harhaanjohtavia. (Henson, Gary, Albright & Torous, 2019.)

Digitaalisuutta voidaankin hyödyntää monin tavoin. Itsearviointit ovat jo laajasti käytössä Mielenterveystalo.fi:n tarjoamien palveluiden kautta ja terapianavigaattorin käyttö yleistyy koko maassa. Datan kerääminen ja tekoälyn käyttäminen voivat olla tukena myös palvelutarpeen ennustamisessa sekä hoitovasteen arvioinnissa. Samojen mittareiden käyttäminen mielialan (PHQ-9) ja ahdistuksen (GAD-7) toimintakyvyn ja työkyvyn arvioinnissa korostuu, sillä silloin voidaan paremmin tarkastella eri toimenpiteiden vaikutusta esimerkiksi kuntoutumiseen ja työllistymiseen. On kuitenkin hyvä muistaa, ettei oireisiin tai ongelmiin keskittyvä digitaalinen arvio hoida yksin ketään, vaan hoitosuhteen laatu on merkittävä tekijä sekä positiivisen mielikuvan luominen selviytymisestä ja toipumisesta. (Pelkonen & Linnanranta 2023, 18–22.)

Vakavammissa mielenterveysongelmissa erilaisten hoitoa tukevien menetelmien käyttäminen on näyttäytynyt tehokkaana keinona. Tekstiviestimuistutukset lääkityksen tukena, puhelinkontaktit ja sosiaalisen median alustat vertaistuen keskustelualustoina ovat jokaisen potilaan kohdalla saavutettavia ja niiden vaikuttavuus kustannuksiin verrattuna on selkeästi positiivinen. (Pelkonen & Linnanranta 2023, 27.) Potilailla on usein ajankohtaista tietoa uusista sovelluksista sekä vertaistukialustoista, joten niistä kannattaa keskustella ja tietoa jakaa myös eteenpäin.

Opinnäytetyön tuloksia peilaten, jatkotutkimusaiheita voisi olla hoitokäytäntöjen sekä resurssien tarkastelu: miten alueen resurssit, kuten hoitajien ja lääkäreiden saatavuus, vaikuttaa hoitosuhteen kestoon. Olisi myös hyvä tutkia jatkossa erilaisten hoitosuhteiden ja -menetelmien vaikuttavuutta ja tehokkuutta. Esimerkiksi millä tavoin voitaisiin parantaa hoidon vaikuttavuutta erityisesti pitkään hoitosuhteessa olleilla asiakkailla. Lisäksi olisi hyvä tutkia asiakkaiden ja hoitajien

näkökulmia hoitosuunnitelman ja tavoitteiden asettamisen hyödyllisyyteen ja millaisia ohjeistuksia hoitajat ovat saaneet niiden tekemiseen. Hoitosuunnitelman tekeminen ja hoidon tavoitteiden asettaminen yhdenmukaisesti koko hyvinvointialueella tukee hoidon vaikuttavuuden arviointia.

LÄHTEET

Arene 2020. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset 2020. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene Ry. Viitattu 14.2.2024 <https://arene.fi/julkaisut/raportit/opinnaytetoiden-eettiset-suositukset/>

Castren, S. 2023. Peliriippuvuus. Duodecim terveyskirjasto. Viitattu 12.4.2024 <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00406>

DataScientest 2024. K-Means Clustering in Machine Learning: A Deep Dive. Viitattu 28.4.2024 <https://datascientest.com/en/k-means-clustering-in-machine-learning-a-deep-dive>

Haula, T., Laukkonen, M-L., Holster, T., Korajoki, M. & Suvisaari, J. 2023. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen alueellisen käytön ja tarpeen arviointi. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Työpaperi 24/2023. Viitattu 13.2.2024 https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/146804/URN_ISBN_978-952-408-121-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Henson P, Gary D, Albright K & Torous J. 2019. The Lancet. Digital Health. Deriving a practical framework to evaluation of health apps. Viitattu 20.4.2024 [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(19\)30013-5](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(19)30013-5)

Hoitotyön tutkimussäätiö sr. Hotus. Näyttöön perustuva terveydenhuolto. Viitattu 16.2.2024 <https://hotus.fi/nayttoon-perustuva-terveydenhuolto/>

Huttunen, M. 2018. Elämäntilanteeseen liittyvät reaktiivisen häiriöt. Duodecim terveyskirjasto. Viitattu 4.4.2024 <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00367>

Jyväskylän yliopisto 2021. Tutkimuksen toteuttaminen. Viitattu 18.2.2024 <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/tutkimusprosessi/tutkimuksen-toteuttaminen>

Kanta-palvelut. Terveys- ja hoitosuunnitelma – Sote-ammattilaiset. Viitattu 12.4.2024 <https://www.kanta.fi/ammattilaiset/terveys-ja-hoitosuunnitelma>

Karjalainen, K., Hakkarainen, P. & Salasuo M. 2023. Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet 2022. Tilastoraportti 15/2023. Viitattu 12.4.2024 <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/146435/Suomalaisten%20huumeiden%20k%C3%A4ytt%C3%B6%20ja%20huumeasenteet%202022.pdf?sequence=1>

Kauvo, T. & Virkkunen, H. toim. Yhteistyötilat. 2022. Potilastiedon kirjaamisen yleisopas v 5.0. Viitattu 18.2.2024 <https://yhteistyotilat.fi/wiki08/display/JULPOKY/18%09Terveys-+ja+hoitosuunnitelma>

KNIME 2023. KNIME. Viitattu 22.2.2024 <https://www.knime.com/>

Komulainen, J., Vuokko, R. & Mäkelä, M. 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma. Viitattu 3.4.2024 <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80180/890688ae-578c-4ab0-aada-1d16c3a7f79f.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Kotimaisten kielten keskus. Suomen etymologinen sanakirja. Viitattu 23.3.2024 https://kaino.kotus.fi/suomenetymologinensanakirja/?p=article&etym_id=ETYM_4ce885cffd316814a2a231c369e317ee&word=supportiivinen&list_id=45791

Käypä hoito -suositukset. Duodecim. Viitattu 17.2.2024 <https://www.kaypahoito.fi/suositukset>.

Käypä hoito -suositus 2014. Syömishäiriöt. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 5.4.2024 <https://www.kaypahoito.fi/hoi50101>.

Käypä hoito -suositus 2019. Ahdistuneisuushäiriöt. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 1.4.2024 <https://www.kaypahoito.fi/hoi50119>.

Käypä hoito -suositus 2022a. Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, MIELI Suomen Mielen terveys ry:n, Suomen Psykiatriyhdistyksen, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 3.4.2024 <https://www.kaypahoito.fi/hoi50122?tab=suositus>.

Käypä hoito -suositus 2022b. Mielen terveyden häiriöitä. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin toimitus. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 1.4.2024 <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01313>.

Käypä hoito -suositus 2023. Unettomuus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 12.4.2024 <https://www.kaypahoito.fi/hoi50067>.

Käypä hoito -suositus 2024. Depressio. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 4.4.2024 <https://www.kaypahoito.fi/hoi50023>.

Laki terveydenhuoltolain muutoksesta 29.12.2022/1281. Viitattu 16.2.2024 <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2022/20221281>.

Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2021. Psykiatria. Helsinki: Duodecim.

Mielenterveyspooli 2021. Mielenterveysoikeudet. Viitattu 17.2.2024 <https://mielenterveyspooli.fi/materiaalipankki/mielenterveysoikeudet/>

Mielenterveystalo 2024a. Millaista apu ja tuki käytännössä on? Viitattu 17.2.2024 <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/mielenterveyspalvelut>

Mielenterveystalo 2024b. Omahoito-ohjelmat. Viitattu 23.3.2024 <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/omahoito>

MiePäVäki -työryhmä 2021. Mielenterveyden edistäminen, ehkäisevä päihdetyö ja lähisuhde- ja perheväkivallan ehkäisy. Viitattu 17.2.2024 <https://www.ppsHP.fi/dokumentit/Koulutusmateriaali%20sisltyyppi/Miep%C3%A4v%C3%A4ki%20tukipaketti.pdf>.

Oksanen, J. 2020. Lyhytkestoinen koulutuksellinen terapia (psykoedukaatio) ja psykoosien uusiutuminen. Duodecim. Käypä hoito. Viitattu 14.4.2024 <https://www.kaypahoito.fi/nak09442>

Pelkonen I. & Linnanranta O. 2023. Mielenterveyspalveluiden täydentäminen teknologian avulla. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 20.4.2024 <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-233-4>

Pohde 2023a. Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue. Hyvinvointi, terveys ja turvallisuus - yhdessä tehden. Viitattu 20.2.2024 https://pohde.fi/wp-content/uploads/2023/04/Pohde_yleisesittely_paatoksenteon_esittely_ja_organisaation_kokonaiskuva_26.6.2023.pdf

Pohde 2023b. Tarpeenmukaisten sote-keskusten määrittely ja määrä 2023–2025. Viitattu 23.2.2024 https://pohde.fi/wp-content/uploads/2023/04/Tarpeenmukaisten-sote-keskusten-lausuntoluonnos_final_18.4_laaja-versio-jake-luun.pdf

Pohde 2024. Tietoa meistä -kotisivut. Viitattu 23.2.2024 <https://pohde.fi/tietoa-meista/>

Psykologiliitto 2022. Mielenterveyttä rakennetaan vahvoilla peruspalveluilla. Viitattu 1.3.2024 <https://www.psyli.fi/mielenterveytta-rakennetaan-vahvoilla-peruspalveluilla/>

Rissanen, S. 2024. Tarkentavia kysymyksiä opinnäytetyöhön. Yksityinen sähköpostikeskustelu 19.2.2024. Viestin saaja: Johanna Lehtinen ja Merja Lounela

Rovasalo, A. 2021. Dissosiaatiohäiriö. Duodecim terveyskirjasto. Viitattu 4.4.2024 <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00360>

Rovasalo, A. 2022. Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. Duodecim terveyskirjasto. Viitattu 1.4.2024 <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00555>

Rovasalo, A. 2023a. Persoonallisuushäiriöt. Duodecim terveyskirjasto. Viitattu 4.4.2024 <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00407>

Rovasalo, A. 2023b. Psykoosi. Duodecim terveyskirjasto. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 4.4.2024 <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00411/psykoosi?q=psykoosi>

Savolainen J., Kivimäki A. & Vikman M. 2023. Mielenterveys- ja päihdehoitotyö. Helsinki: Sanomapro.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2024. Mielenterveydenhoito 21.3.2024. Viitattu 21.3.2024 <https://stm.fi/mielenterveyspalvelut>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2020. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Julkaisu 2020:6. Viitattu 17.2.2024 https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162053/STM_2020_6.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Suomen mielenterveys ry 2023. Mielenterveyspalvelut. Viitattu 13.2.2024 <https://mieli.fi/mielenterveys-koetuksella/miten-hakea-apua-mielenterveyden-ongelmiin/mielenterveyspalvelut/>.

Terapiat etulinjaan 2024. Terapianavigaattori. Viitattu 17.2.2024 <https://terapiateulinjaan.fi/aikuiset/terapianavigaattori/>.

THL 2011. Tautiluokitus ICD-10. Viitattu 9.5.2024 <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80324/15c30d65-2b96-41d7-aca8-1a05aa8a0a19.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

THL 2023a. Hoitosuunnitelman I-ryhmän toimenpidekoodit mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan avoin julkaisuarkisto. Viitattu 12.4.2024 https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/147318/THL_TT_Hoitosuunnitelman%20I-ryhman%20toimenpidekoodit_A4_2siv_saavutettava.pdf?sequence=1&isAllowed=y

THL 2023b. Mielenterveys. Psykoosit. Viitattu 4.4.2024 <https://thl.fi/aiheet/mielenterveys/mielenterveyshairiot/psykoosit>.

THL 2023c. Mielenterveyshäiriöt. Viitattu 9.5.2024 <https://thl.fi/aiheet/mielenterveys/mielenterveyshairiotrveyshairiot> - THL.

THL 2023d. Mielenterveysoikeudet. Viitattu 16.2.2024 <https://thl.fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/kansallinen-mielenterveysstrategia/strategian-painopisteet#Mielenterveysoikeudet>.

THL 2023e. Psykoedukaatiot. Viitattu 16.2.2024 <https://thl.fi/aiheet/maahanmuutto-ja-kulttuurinen-moninaisuus/maahanmuutto-ja->

hyvinvointi/maahanmuuttaneiden-mielenterveys/maahanmuuttaneiden-mielenterveyden-edistaminen/psykoedukaatio.

THL 2023f. Päihde ja toiminnalliset riippuvuudet. Viitattu 12.4.2024 <https://thl.fi/aiheet/mielenterveys/mielenterveyshairiot/paihde-ja-toiminnalliset-riippuvuudet>.

THL 2024a. Itsemurhien ehkäisy. Viitattu 1.4.2024 <https://thl.fi/aiheet/mielenterveys/itsemurhien-ehkaisy>.

THL 2024b. Mielenterveyshäiriöt. Viitattu 13.2.2024 <https://thl.fi/aiheet/mielenterveys/mielenterveyshairiot>

THL 2024c. Mielenterveyspalvelut. Viitattu 13.2.2024 <https://thl.fi/aiheet/mielenterveys/mielenterveyspalvelut>

THL 2024d. Mielenterveyspalvelut. Hoidon porrastus aikuispsykiatriassa. Viitattu 17.2.2024 <https://thl.fi/aiheet/mielenterveys/mielenterveyspalvelut/hoidon-porrastus-aikuispsykiatriassa>

THL 2024e. Suomalaisten alkoholinkäyttötavat 2023. Viitattu 12.4.2024 <https://thl.fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/paihteet-ja-riippuvuudet/alkoholi/suomalaisten-alkoholinkayttotavat>

THL- Avohilmo 2024. Terveystieteiden avohoidon käynnit hyvinvointialueittain ja kunnittain. Viitattu 23.2.2024 https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/avo/perus01/summary_alue0201?palvelusektori_0=918722&palvelumuoto_0=121109&yhteystapa_0=226667&ammattiryhm%C3%A4_0=30664&kiireellisyys_0=843173&k%C3%A4vij%C3%A4ryhm%C3%A4_0=131318&mitari_0=87578#

Tilastokeskus 2023. Uutiset 2023. Koronavirustauti suurin syy kuolleisuuden kasvuun 2022. Viitattu 4.4.2024 <https://stat.fi/uutinen/koronavirustauti-suurin-syy-kuolleisuuden-kasvuun-2022>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan HTK-ohje 2023. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisu 2/2023. Viitattu 14.2.2024 https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf

Vilka, H. 2021. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus

Tähtinen, J., Laakkonen, E. & Broberg, M. 2020. Tilastollisen aineiston käsittelyn ja tulkinnan perusteita. Turun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunnan julkaisu C:22, 2. uudistettu painos. Turku: Turun yliopiston kasvatustieteiden laitos

Vataja, R. 2023. Krooninen väsymysoireyhtymä ME/CFS. Duodecim terveyskirjasto. Viitattu 12.4.2024 <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01194>

Vorma, H., Rotko, T, Larivaara, M. & Kosloff, A. 2020. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6. Viitattu 17.2.2024 https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162053/STM_2020_6.pdf?sequence=4&isAllowed=y

WHO 2021. Comprehensive mental health action plan 2013–2030. Viitattu 9.5.2024 <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345301/9789240031029-eng.pdf?sequence=1>.

WHO 2022. Mental health. Viitattu 13.2.2024 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Yle 2021. Historiallinen päivä: sote-uudistus meni läpi ja hyvinvointialueiden rakentaminen voi alkaa. Viitattu 22.2.2024 <https://yle.fi/a/3-11995643>

LIITTEET

Liite 1. Hoitajille lähetetty kyselylomake

Liite 1. Hoitajille lähetetty kyselylomake

ASIAKASANALYYSI

Työntekijän nimi:

Yksikkö:

Vuosi 2023

Toukokuu

Potilas+ hoidon aloituspvm	Dg	Opis	Työs	Kunt- tuki	Ikäjakauma						Käyntitiheys				Harve mmin		
					Eläk	S- lom	< 18	<25	25- 45	46- 65	>65	1 vk	2 vk	3 vk		4 vk	

Hoisuunnitelma

Hoidon tavoitteet	Holtosuunnitelma	Lopetusalkataulu	Hoidon mahdollinen siirto, mihin?