



AIKUISPSYKIATRISEN POLIKLINIKAN SAIRAANHOITAJAN TYÖNKUVA, VASTUU JA TYÖHYVINVOINTI

Opinnäytetyö

| | |
|--|----------------------------|
| Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala | |
| Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma | |
| Työn tekijä(t) Laura Lapinkoski ja Miia Murro | |
| Työn nimi Aikuispsykiatrisen poliklinikan sairaanhoitajan työnkuva ja vastuu | |
| Päiväys 25.5.2015 | Sivumäärä/Liitteet 51/6 |
| Ohjaaja(t) Arja-Sisko Kainulainen, Annikki Jauhiainen | |
| Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä | |
| <p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyössä tutkittiin Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän kolmella paikkakunnalla toimivan aikuispsykiatrisen poliklinikan sairaanhoitajien työnkuvaa, vastuuta ja työhyvinvointia ryhmämuotoisen teemahaastattelun avulla. Tavoitteena oli tuoda esille aikuispsykiatrisen poliklinikan sairaanhoitajien työnkuvaa ja kokemuksia työhön kohdistuvista haasteista ja vastuusta.</p> <p>Opinnäytetyössä käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää ja aineisto kerättiin ryhmähaastatteluilla teemojen mukaan. Aineisto koottiin haastatteleamalla yhtätoista sairaanhoitajaa, jotka työskentelivät Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän aikuispsykiatrisen poliklinikalla. Haastattelut tehtiin huhtikuussa 2015 ja aineisto analysoitiin teemoittain.</p> <p>Sairaanhoitajat kokivat tekemänsä työn arvokkaaksi, vaikka se oli henkisesti ajoittain raskasta. He kokivat työyhteisön ja esimiesten tuen tärkeäksi, joka edistää työssä jaksamista ja työhyvinvointia. Sairaanhoitajien työnkuva osoittautui laajaksi ja vastuulliseksi, mikä edellyttää vahvaa osaamista moniammatillisen työryhmän osana.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää Ylä-Savon SOTE:n aikuispsykiatristen poliklinikoiden työkäytänteiden kehittämiseen. Jatkotutkimusaiheeksi nousivat konkreettisten muutosten tutkiminen, joiden avulla sairaanhoitajien työtaakkaa saadaan jaettava moniammatillisen työryhmän kesken.</p> | |
| Avainsanat | |
| Työnkuva, vastuu, työhyvinvointi, avohoito, mielenterveystyö | |

| | | | |
|--|-----------|------------------|------|
| Field of Study Social Services, Health and Sports | | | |
| Degree Programme Degree Programme of Nursing | | | |
| Author(s) Laura Lapinkoski & Miia Murro | | | |
| Title of Thesis Job description, responsibilities and occupational well-being of a nurse working at adult psychiatric unit | | | |
| Date | 25.5.2015 | Pages/Appendices | 51/6 |
| Supervisor(s) Arja-Sisko Kainulainen, Annikki Jauhiainen | | | |
| Client Organisation /Partners Ylä-Savon SOTE | | | |
| <p>Abstract</p> <p>This thesis studied the job description, responsibilities and occupational well-being of a nurse working at adult psychiatric unit in the Ylä-Savon SOTE Joint Municipal Authority. Interviews were made in three municipalities of Ylä-Savon SOTE Joint Municipal Authority. The objective of the study was to bring out the job description of a nurse working at adult psychiatric unit. There was also a purpose to bring out the challenges and responsibilities which are related to their work.</p> <p>The qualitative research method was used in this thesis and material was collected from a group interview based on themes. The data was collected by interviewing eleven nurses who worked at the Ylä-Savon SOTE Joint Municipal Authority's adult psychiatric unit. The interviews were made in April of 2015 and data were analyzed thematically.</p> <p>Nurses felt that their work was valuable, even if it was mentally hard at times. They felt that the work community and the superiors' support are important, which also promotes coping and well-being. Nurses' job description turned out to be wide and responsible, which requires a strong expertise as part of a multi-professional team.</p> <p>The results of this thesis can benefit Ylä Savon SOTE Joint Municipal Authority, for example, if they wish to develop their job methods. In future it could be studied what the concrete changes are that can be done to make nurse's job easier and how the burden could be distributed among the multiprofessional team.</p> | | | |
| Keywords | | | |
| Job description, responsibility, well being at work, outpatient care, mental health care | | | |

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | JOHDANTO | 6 |
| 2 | MIELENTERVEYSPALVELUIDEN PALVELUJÄRJESTELMÄ | 8 |
| 2.1 | Mielenterveyspalveluiden lainsäädäntö | 8 |
| 2.2 | Mielenterveyspalvelujen kehittäminen | 8 |
| 2.3 | Mielenterveyspalvelut Suomessa | 9 |
| 2.4 | Mielenterveyspalvelut Ylä-savon SOTE:n kuntayhtymän alueella | 10 |
| 2.5 | Mielenterveyden tukeminen | 11 |
| 2.6 | Mielenterveysongelmat..... | 13 |
| 3 | MIELENTERVEYSTYÖN OSAAMINEN JA SAIRAANHOITAJAN TYÖNKUVA..... | 15 |
| 3.1 | Hoitosuhteosaaminen | 15 |
| 3.1.1 | Hoitosuhteen kulku | 15 |
| 3.1.2 | Hoitosuhteen elementit | 16 |
| 3.1.3 | Vuorovaikutuksen haasteita | 18 |
| 3.2 | Perhe- ja verkostotyön osaaminen | 19 |
| 3.3 | Moniammatillinen hoitotyön osaaminen | 20 |
| 3.4 | Ryhmät mielenterveystyössä | 21 |
| 4 | KLIININEN OSAAMINEN..... | 23 |
| 4.1 | Somaattinen osaaminen | 23 |
| 4.2 | Lääkehoito-osaaminen | 24 |
| 4.2.1 | Lääkehoito ja sen seuranta | 24 |
| 4.2.2 | Lääkehoidon ohjaus ja motivointi | 25 |
| 5 | SAIRAANHOITAJAN KOULUTUS | 26 |
| 6 | SAIRAANHOITAJAN VASTUU JA TYÖSSÄJAKSAMINEN | 28 |
| 6.1 | Sairaanhoitajan työ ja siihen liittyvä vastuu | 28 |
| 6.2 | Työhyvinvointi | 28 |
| 6.3 | Työnohjaus | 30 |
| 7 | OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TEHTÄVÄT | 32 |

| | | |
|------|---|----|
| 8 | OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN | 33 |
| 8.1 | Laadullinen tutkimus | 33 |
| 8.2 | Aineistonkeruu ja aineiston analyysi | 33 |
| 9 | OPINNÄYTETYÖN TULOKSET | 36 |
| 9.1 | Sairaanhoidajan työnkuva ja osaaminen..... | 36 |
| 9.2 | Vastuu | 37 |
| 9.3 | Työhyvinvointi | 38 |
| 10 | POHDINTA..... | 41 |
| 10.1 | Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus | 41 |
| 10.2 | Opinnäytetyön tulosten pohdinta | 42 |
| 10.3 | Opinnäytetyö prosessi ja ammatillinen kasvu | 43 |
| 10.4 | Jatkotutkimusaiheet | 45 |
| | LÄHTEET | 46 |
| | LIITE 1: TEEMAHAASTATTELURUNKO | |
| | LIITE 2: ESITTELYKIRJE KUNTIIN | |
| | LIITE 3: TUTKIMUSLUVAT | |

1 JOHDANTO

Psykiatrisesta hoitojärjestelmästä on kehittymässä yksi suuri kokonaisuus, jonka myötä avohoidon, sairaalahoidon sekä perus- ja erikoissairaanhoidon rajat tulevat häviämään. Tämän kokonaisjärjestelmän aikaansaamiseksi vaaditaan vielä paljon uusia työmuotoja, palveluiden ja niiden saatavuuden jatkuvaa kehittämistä sekä parantamista jo valmiiksi oleville käytännöille. Tulevaisuudessa sairaalahoidon tarvetta joudutaan perustelemaan entistäkin paremmin, koska hoitojärjestelmä painottuu lisääntyvässä määrin avohoitoon. (Lönqvist, Moring & Vuorilehto 2014 751; THL 2014a.)

Mieli 2009- työryhmän laatima mielenterveys- ja päihdesuunnitelman uudistus sisältää valmiit linjaukset, joiden on määrä toteutua vuoden 2015 loppuun mennessä. Suunnitelmassa painotetaan asiakkaan aseman vahvistamista, edistävän ja ennaltaehkäisevän työn lisäämistä, palvelujen kehittämistä sekä ohjauskeinojen tehostamista. (Lönqvist, Henriksson, Isometsä & Marttunen. 2014b, 751.) Mielenterveyden hoidossa pääpaino on avohoidon palveluissa ja laitospaikkoja tullaan vähentämään entisestään. Kuitenkin mielenterveyshäiriöstä kärsii joka viides suomalainen, ja vuosittain johonkin mielenterveyden häiriöön sairastuu 1.5 % väestöstämme (Huttunen 2008a). Tämä asettaa lisää haasteita erikoissairaanhoidolle ja sen resursseille. Jotta palveluja voitaisiin tarjota tehokkaasti ja nopeasti, on psykiatrisen avosairaanhoidon työntekijöiden työnkuvaa ja vastuuta tutkittava sekä kehitettävä.

Kansalliset strategiat ja kehittämisohjelmat painottavat vahvasti ennaltaehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön tärkeyttä. Mielenterveystyössä tärkeintä on siirtää painopiste ongelmien hoidosta ennakointiin ja ennaltaehkäisyyn. Panostaminen ennaltaehkäisyyn on sijoitus tulevaisuuteen, jolloin se on kustannustehokkaampaa koko yhteiskunnalle. Painopisteen muuttaminen ennakoivaan työskentelyyn vaatii paljon resursseja, mutta pidemmällä aikavälillä se lisää kansalaisten hyvinvointia ja talouden kasvua. (Stengård, Savolainen, Sipilä & Nordling 2009, 5.)

Avohoidon perustehtävänä on taata asiakkaalle tarvittava psykiatrinen sairaanhoito. Jotta tämä toteutuu, on sairaanhoitajilla oltava hyvä ammattitaito ja ennaltaehkäisevä työote. Sairaanhoitaja joutuu arvioimaan potilaan lähtötilanteen ja jatkohoidon tarpeen sekä moniammatillisen työryhmän tarpeen. Työ psykiatrisena sairaanhoitajana on vastuullista, itsenäistä ja haastavaa. Kun mielenterveyden ongelmien hoito painottuu enenevässä määrin avohoitoon, tulee kuormitus näkymään avohoidon resursseissa. Tämä asettaa paineita sairaanhoitajien työnkuvaan, työhyvinvointiin ja jaksamiseen. On muistettava, että laadukkaan hoitotyön takana on aina motivoitunut ja hyvinvoiva henkilökunta. (Laasonen-Balk, 2011.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää aikuispsykiatrisen poliklinikan sairaanhoitajien työnkuvaa, vastuuta ja työhyvinvointia Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän alueella Iisalmissa,

Kiuruvedellä, Sonkajärvellä ja Vieremällä. Opinnäytetyömme tavoitteena on tuoda esille aikuispsykiatrisen poliklinikan sairaanhoitajien työnkuvaa ja kokemuksia työhön kohdistuvista haasteista ja vastuusta. Aikuispsykiatrisen poliklinikan sairaanhoitajat voivat käyttää työtämme ja sen tuloksia tarkastellessaan työnkuvaansa, työhyvinvointiaan sekä työhön liittyvää vastuuta. Avohoidossa yhtä sairaanhoitajaa kohti on paljon potilaita, ja se asettaa työlle ison vastuun sekä monia haasteita.

2 MIELENTERVEYSPALVELUIDEN PALVELUJÄRJESTELMÄ

2.1 Mielenterveyspalveluiden lainsäädäntö

Mielenterveystyön järjestämistä säätelevät keskeisesti seuraavat lait: mielenterveyslaki (1990/1116), kansanterveyslaki (1972/66) sekä erikoissairaanhoidolaki (1989/1062). Muita mielenterveys- ja päihdetyössä tarvittavia lakeja ovat terveydenhuoltolaki (2010/1326) ja päihdehuoltolaki (1986/41). Järjestelmän kehittyminen vaatii useita lainsäädännöllisiä uudistuksia. Sosiaali- ja terveysministeriö on ryhtynyt valmistelemaan vuoden 2014 aikana useita lakiuudistuksia. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön uudistamisesta on valmistumassa vuoden 2014 aikana, jolloin se tulisi voimaan vuoden 2017 aikana. Vuonna 1991 valmistunut mielenterveyslaki ja vuoden 1989 päihdehuoltolaki ovat monilta osin vanhentuneita, ja tarvitsevat uudistusta. Säilyvätkö kyseiset lait erillisinä vai tullaanko ne yhdistämään terveydenhuoltolakiin ja tulevaan itsemääräämislakiin, on vielä epäselvää. Potilaan itsemääräämisoikeudesta ja rajoittamisesta koko sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä on tulossa tarkennuksia. (Lönngqvist ym. 2014, 753–754.)

2.2 Mielenterveyspalvelujen kehittäminen

Asiakkaan aseman vahvistamiseksi mielenterveys- ja päihdeongelmiin tulee puuttua samalla vakavuudella kuin muihinkin terveysongelmiin. Mielenterveys- ja päihdeongelmaisten tulee päästä palveluiden piiriin tasapuolisesti ja palvelujen tulee olla kaikkien saatavilla. Palveluihin tulee päästä helposti ja vaivattomasti, yhden toimijan kautta. Kokemusasiantuntijoiden ja vertaisten tukea tulee käyttää enemmän mielenterveys- ja päihdetyön eri vaiheissa. Pakon käyttöä tulee vähentää ja asiakkaan turvallisuutta sekä turvallisuuden tunnetta tulee lisätä. Tahdosta riippumattoman hoidon säännökset kootaan yhteen lakiin. Asiakkaan hoito- ja kuntoutusajan toimeentulon turvaamiseen tulee kehittää menetelmiä, jonka avulla hoitoon motivoituminen paranee ja työhön paluu helpottuu. (Lönngqvist ym. 2014, 751; THL 2014a.)

Mielenterveys- ja päihdeongelmien ehkäisemiseksi varhaisen puuttumisen merkitystä tulee korostaa ja lisätä kaikkien toimijoiden tahoilta. Sairaanhoidajan tulee osata tunnistaa yli sukupolvien siirtyvät mielenterveys- ja päihdeongelmat ja niihin täytyy puuttua entistä paremmin. Alkoholin verotusta tullaan nostamaan merkittävästi vuoden 2009 tasosta, joka osaltaan auttaa ongelmien ennaltaehkäisyssä. Asiakkaiden mahdollisuuksia vaikuttaa itseään koskeviin ratkaisuihin lisätään, joka tukee ja edistää mielenterveys- ja päihdekuntoutujien hyvinvointia. (THL 2014a.) Tavoitteena on rakentaa asiakkaalle nopea ja esteetön pääsy palveluihin, josta hänet osataan ohjata tehokkaasti tarvitsemaansa hoitoon. Työttömien mielenterveys- ja päihdeongelmaisten työllistymistä tuetaan enemmän ja työkyvyttömyyseläkkeellä tai kuntoutustuella olevien asiakkaiden työllistymismahdollisuuksia tuetaan. (Lönngqvist ym. 2014, 751; THL 2014a.)

Kuntien tehtävänä onkin yhdistää toimivaksi palvelukokonaisuudeksi julkisen- ja yksityisen sektorin palvelut sekä kolmannen sektorin toimijat. Kuntien tulee pyrkiä lisäämään mielenterveys- ja päihdetyön konsultaatiopalveluja, päivystyksellisiä ja liikkuvia toimijoita, jolloin laitospaikkojen tarve vähitellen pienenee. Erikoistason- ja perustason mielenterveys- ja päihdepalveluiden yhdistämisen tulisi johtaa palveluiden siirtymiseen sinne, missä niitä tarvitaan sekä sairaalapainotteisuuden vähenemiseen. (Lönqvist ym. 2014, 751; THL 2014a.)

Ohjauskeinojen kehittämiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon perusopetuksen opetusohjelmiin tullaan määrittämään minimisisällöt, jotka on sisällytettävä mielenterveystyön opetukseen. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos kokoaa yhteistä tietokantaa mielenterveys- ja päihdetyön suosituksista, ja huolehtii tietokannan päivityksistä. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtiosuusia tullaan lisäämään ja kohdentamaan sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämiseen sekä perustason mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämiseen (Lönqvist ym. 2014, 751; THL 2014a.)

2.3 Mielenterveyspalvelut Suomessa

Mielenterveys- ja päihdeongelmien hoidossa sairaalassa tapahtuva osastohoito on vaihtoehtoista usein viimeinen. Ongelmien syntyessä potilaan tulisi saada apua avohoidon yksiköstä omien tarpeidensa mukaisesti. Yksikön resursseja potilaan tilanteeseen kohdennetaan niin, ettei sairaalahoidolle olisi tarvetta. Ensisijainen hoito- ja tutkimuspaikka psykiatrisessa avohoidossa on poliklinikka, josta tarvittaessa ohjataan potilas erikoissairaanhoidon palveluihin. Psykiatrinen avohoito koostuu erilaisista poliklinikoista, päiväkeskuksista, pienkodeista, asuntoloista ja erilaisista päivätoiminnan palveluista. (Punkanen 2006, 23.)

Psykiatriset poliklinikat tarjoavat potilaalle neuvoja ja tukea kuinka selvitä eteenpäin arjen haastavista tilanteista sekä hoitoa ja kuntoutusta. Aluksi potilaan tilannetta ja voimavaroja kartoitetaan keskustelemalla. Jos tarvittava hoito järjestyy poliklinikan kautta, potilaan kanssa tehdään hoitosuunnitelma. Tarvittaessa potilas ohjataan hänelle paremmin soveltuvampaan hoitopaikkaan. Psykiatrinen hoito jonka avulla potilasta voidaan auttaa, on usein keskustelemaa esimerkiksi erilaiset yksilö-, pari- tai ryhmäkeskustelut. Hoidon tueksi voidaan liittää liikuntapalveluja ja kotikäyntejä, mutta tarvittaessa myös terapeutteja palveluja, kuten toiminta- tai fysioterapiaa. Hoitokeskusteluissa käytetään terapeuttisia menetelmiä ja usein hoidon tueksi liitetään psykiatrinen lääkehoito. (Asikainen & Koivistoinen 2015.)

Potilaan pitkään ja tiiviiseen psykoterapiaan ei avohoidolla useinkaan ole resursseja, vaan potilaan täytyy hakea palveluja yksityiseltä sektorilta. Haettaessa tukea kuntouttavaan psykoterapiaan kansaneläkelaitos myöntää tukea tietyin ehdoin. Kuntoutuspsykoterapian ensisijaisena tavoitteena on tukea ja mahdollistaa potilaan paluu ja selviytyminen työelämässä tai opiskelussa. Kelan kuntoutuspsykoterapian myöntämisen edellytyksiä on useita ja tuen saamiseksi potilaalla täytyy olla hoitosuhde. Potilaalla on oltava diagnoosi tai psykiatrin arvio mahdollisesta diagnoosista. Potilaalle

on tehty terapian tarpeen arviointi ja psykiatrin arvio kuntoutustarpeesta Kuntoutuspsykoterapiaa myönnetään yhdeksi vuodeksi kerrallaan, yhteensä enintään kolmeksi vuodeksi. Jos potilas tarvitsee terapiaa vielä kolmen vuoden jälkeen, hän tarvitsee uuden lausunnon. (KELA 2014.)

2.4 Mielenterveyspalvelut Ylä-savon SOTE:n kuntayhtymän alueella

Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueella mielenterveys- ja päihdepalveluja tuottavat kuntien perusterveydenhuolto, työterveyshuolto, erikoissairaanhoito ja osin kolmas sektori. Periaate mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämisessä on se, että lievät ja keskivaikkeat tapaukset pyritään hoitamaan perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon yhteistyössä, tarvittaessa käyttäen erikoissairaanhoidon palveluja ja konsultaatioita. Ei pidä unohtaa että perustason mielenterveys- ja päihdetyötä toteutetaan monen eri tahon toimesta esimerkiksi äitiysneuvolassa, kouluterveydenhuollossa, kotisairaanhoidossa, terveyskeskusten vastaanotoissa sekä sosiaalitoimessa. Varsinaista psykiatrista avohoitotyötä tekevät kuitenkin siihen koulutuksen saaneet ammattihenkilöt joilla on mahdollisuus konsultoida psykiatrista erikoislääkärinä. (Laasanen, Purhonen, Metelinen, von Koch & Sulku 2013, 4.)

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymässä mielenterveys- ja päihdepalvelut toteutetaan yhdessä perusterveydenhuollon ja mielenterveystyön seudullisena yhteistyönä johon kuuluvat: Iisalmen ja Koljonvirran sairaalat, Iisalmen, Sonkajärven, Vieremän ja Kiuruveden terveyskeskukset. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän tuottamat osasto- ja päihdepalvelut kuuluvat sopimuskuntien (Lapinlahti, Keitele ja Pielavesi) palveluihin. Aikuisten mielenterveys- ja päihdepalvelut koskevat yli 18-vuotiaita työikäisiä ihmisiä, yli 65-vuotiaille tarkoitettua ikäihmisten työryhmää emme opinnäytetyössämme käsittele lainkaan. (Laasanen ym. 2013, 5.)

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän aikuisten mielenterveys- ja päihdepalveluita tarvitsevat asiakkaat ohjataan aikuispsykiatriselle poliklinikalle. Työryhmät auttavat asiakkaita mielenterveys- ja päihdeongelmien kanssa ja työmuotoina käytetään erilaisia terapiamuotoja, esimerkiksi pari-, yksilö-, ryhmä- ja perheterapiaa, erilaisia verkostotapaamisia sekä kotikuntoutusta. Yhteistyötä tekevät työryhmien lääkärit, psykologit, sairaanhoitajat, päihdetyöntekijät ja sosiaalityöntekijät sekä osastonsihteerit. Kiireellisissä tapauksissa mahdolliset yhteydenotot ohjataan ohjaus- ja neuvontapuhelimeen. (Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä 2014d.)

Aikuispsykiatrisia työryhmiä on Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän alueella Iisalmissa, Sonkajärvellä, Vieremällä ja Kiuruvedellä. Työryhmiin otetaan yhteyttä puhelimitse tai lääkärin lähetteellä. Depressiohoitajan vastaanotto sijaitsee Iisalmissa, muilla paikkakunnilla vastaanotot tapahtuvat aikuispsykiatrisen työryhmissä. Depressiohoitaja keskittyy työssään lievää tai keskivaiketta masennusta sairastavan potilaan hoitoon yhdessä perusterveydenhuollon kanssa. Hoitosuhde on tiivis mutta määräaikainen. Lasten- ja nuorten palvelut sekä ikäihmistyöryhmät jätämme käsittelemättä opinnäytetyössämme, koska keskitymme vain aikuisten mielenterveys- ja

päihdepalveluihin. (Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä 2014d.) Iisalmen terveyskeskuksessa toimii arkipäivisin akuuttityöryhmä, jossa työskentelee lääkärin ja psykologin lisäksi kolme psykiatrista sairaanhoitajaa. Akuuttityöryhmä vastaa potilaan psyykkisen avun tarpeeseen, kun avun tarve on kiireellinen (Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä 2014a.)

Iisalmessa, Koljonvirran sairaalassa on kaksi osastoa, psykiatrinen ja mielenterveys- ja päihdeosasto. (Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä 2013a.; Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä 2013b.) Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän tutkimus- ja kuntoutusyksikkö on psykiatrinen avohoitoyksikkö, jossa tehdään vaativia psykiatrisia työkyvyn arviointeja. Yksikkö tarjoaa myös kuntouttavia psykiatrisia hoitojaksoja. (Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä 2014c.)

2.5 Mielenterveyden tukeminen

Terveen ja sairaan mielen raja ei ole useinkaan selkeä, vaan monet psyykkiset ongelmat tulevat esille normaalissa arjessa. Esimerkiksi surua ja yksinäisyyttä hoidetaan yhä useammin lääketieteen keinoin, vaikka ne kuuluvat osaksi ihmisen normaalia tunne-elämää. Muuttuvat elämäntilanteet esimerkiksi läheisen kuolema, voi saada mielen pois tolaltaan, mutta se ei tarkoita automaattista hoidon tai lääkityksen tarvetta. Ihmisen mieli sopeutuu erilaisiin tilanteisiin ja se pystyy palautumaan suuristakin järkytyksistä, kuten ihmisen fyysinen kunto palautuu esimerkiksi maratonista. Mielen kunnosta täytyy pitää huolta ja tarvittaessa kuntouttaa. (Heiskanen, Salonen & Sassi 2006, 113.)

Mielen ongelmiksi luokitellaan sellaiset tekijät, jotka ihminen kokee rasitteena tai vaikeuttavina tekijöinä arjen elämässä. Joskus nämä tekijät jäävät somaattisten eli ruumiillisten oireiden taakse, eivätkä ne tule esille selvästi. Potilas voi käydä toistuvasti vastaanotolla, tietämättä itsekään todellista syytä. Valitettavasti alkoholi on yleinen keino turruttaa esimerkiksi yksinäisyyttä tai surua. Mielenterveyden häiriöistä puhutaan vasta silloin, kun ongelmat ovat jo niin suuria, että ne aiheuttavat kärsimystä tai toimintakyvyn selvää laskua, rajoittavat ihmisen kykyä toimia ja tehdä työtä. Mielenterveyden häiriöt vaikeuttavat potilaan sosiaalista elämää ja asemaa yhteiskunnassa (Heiskanen ym. 2006, 113–114.)

Jokaisella ihmisellä on olemassa omia puolustusmekanismeja eli defensessejä, joiden avulla on mahdollista selviytyä elämän kriiseistä. Defensessejä käytetään esimerkiksi uhasta, ahdistuksesta tai ristiriidoista selviytymiseen (Heiskanen ym. 2006, 114). Lönnqvistin, Henrikssonin, Isometsän & Marttusen (2014b, 80–82) mukaan defensesit ovat ihmismielen psyykkisiä puolustusmekanismeja, tunteiden ja tiedonkäsittelyn toimintatyyplejä, joiden avulla aivot säätelevät ristiriitatilanteissa syntyviä mielen realiteetteja. Puolustusmekanismit ovat sisäsyntyisiä ja tiedostamattomia, mutta ne kehittyvät ja kypsyvät ihmisen kasvun mukana. Defensesit eivät pysy muuttumattomina, ne voivat olla myös vääränlaisia, jolloin niiden aikaansaama toimintamalli voi olla mielenterveydelle haitallista. Potilaan mielenterveyden tilaa ja hoidon aiheuttamia muutoksia voi seurata ja tulkita huomioimalla potilaan defensessejä.

2.6 Mielen terveysongelmat

Mielen terveysongelmat ilmenevät monin eri tavoin, eikä kaikelle löydy yhteistä ja järkevää selitystä. Psykkisiä sairauksia on monenlaisia, ja ne ryhmitellään niille tyypillisten oireiden mukaisesti. Psykiatriin sairauksiin liittyy aina tunne-elämän, ajatustoiminnan ja käytöksen häiriöitä, joihin haetaan apua erilaisista hoitomuodoista, kuten terapiahoidosta ja lääkehoidosta. Mielen terveyshäiriöstä kärsii joka viides suomalainen, ja vuosittain johonkin mielen terveyden häiriöön sairastuu 1.5 % väestöstämme (Huttunen, 2008a.) Diagnostisissa käytetään kahta psykiatrista tautiluokitusjärjestelmää, ICD-järjestelmää sekä DSM-järjestelmää. ICD-järjestelmä on maailman terveysjärjestön kehittämä ja DSM-järjestelmä on kehitetty Yhdysvaltojen psykiatriayhdistyksessä. (THL 2014b.)

Yksilön, perheen ja koko yhteiskunnan kannalta skitsofreniaa pidetään yhtenä hankalimmista mielen terveyshäiriöistä. Sairastuminen tapahtuu usein nuorella iällä ja joka kolmas sairastunut sairastaa koko loppuikänsä. Yhtenä isona osana skitsofreniaa on kuolleisuus, joka johtuu itsemurhasta, alkoholista, myrkytyksistä ja tapaturmista. Se on myös iso yksittäinen työkyvyttömyyttä aiheuttava sairaus. Kustannuksia tulee paljon, sillä yli puolet Suomen psykiatrisista sairaansijoista menee skitsofrenikoille. Skitsofreniaa hoidetaan yhä enemmän ja enemmän avohoidossa, sekä perusterveydenhuollossa. (Isohanni & Joukamaa 2002, 37.)

Jopa puolet naisista ja neljäsosa miehistä tuntee itsensä masentuneeksi jossain vaiheessa elämäänsä. Yleistä masennus on etenkin vanhuksilla, jotka ovat yksin. Useinkaan masennusta ei tunnista itse, joten siihen on hankala lähteä hakemaan hoitoa. (Ledin 2013.) Useinkaan masentuneet ihmiset eivät halua hyväksyä psykiatrian näkökulmaa heidän tilanteeseensa, vaan he selittävät oireitaan somaattisilla sairauksilla. Hoitohenkilökunnalla on usein kiire, ja siksi varsinkin lievät masennustilat voivat jäädä tunnistamatta terveydenhuollon käynneillä. Tunnistamisen avuksi on olemassa useita kyselylomakkeita, joilla kartoitetaan masennuksen oireita ja seulotaan sairastuneita. Masennuksen hoito on moniammatillista työtä, työryhmään voi kuulua esimerkiksi terveyskeskuslääkäri, depressiohoitaja sekä konsultoiva psykiatri. (Isometsä 2011, 23–27.)

Kaksisuuntainen mielialahäiriö on pitkäaikainen mielen terveyden häiriö. Siihen kuuluu vaihtelevia masennus-, hypomania- ja maniajaksoja. Oireiden välivaiheet voivat olla oireettomia tai vähäoireisia. Maniassa potilas on kiihtynyt ja hänen mielialansa on kohonnut. Vointinsa potilas kokee kuitenkin erittäin hyväksi. Vaikeassa maniassa oireet voivat olla psykoottisia. Hypomaniassa oireet ovat samankaltaisia kuin maniassa, mutta lievempioireisia. Maniajaksoja seuraa kuitenkin masennus. (Vuori & Pulkkinen 2014, 7.) Kaksisuuntaisen mielialahäiriön keskeinen piirre on uni- ja vuorokausirytmien häiriintyminen. Hoidossa tulisi huomioida nopeasti potilaan unirytmien muuttaminen takaisin normaalitilaa vastaavaksi. (Isometsä & Melartin 2011, 89.) Kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunnistaminen on tärkeää. Potilaat tulevat usein hakemaan apua masennukseen, koska manivaiheen aikana sairautentuntoa ei useinkaan ole. Sairauden tunnistaminen on tärkeää, koska hoitamattomana se lisää riskiä somaattisten sairauksien puhkeamiseen, joka puolestaan vaikeuttaa toipumista itse

sairaudesta. Potilaan hoidon kannalta, hoitohenkilökunnan tulisi osata erottaa kaksisuuntainen mielialahäiriö masennuksesta. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 211–213.)

Ahdistus ja ahdistuneisuushäiriö ovat kaksi eri asiaa. Ahdistus on väliaikaista. Ahdistuneisuushäiriöstä puhutaan silloin, kun ahdistus haittaa jokapäiväistä elämää ja on jatkuvasti läsnä. Ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisimpiä mielenterveyshäiriöitä. On tärkeää, että ennen ahdistuneisuushäiriön hoidon aloittamista on oltava varma diagnoosista. Hoito on pitkäkestoista, jopa koko loppuelämän mittaista. Masennus usein nivoutuu yhteen ahdistuneisuushäiriöiden kanssa, ja noin joka kolmannella ahdistuneisuushäiriöstä kärsivällä on mukana myös masennusta. (Lepola, Koponen & Leinonen 2002, 77–78.)

Persoonallisuushäiriön diagnoosi on muuttunut aikojen saatossa useampaan otteeseen, se luetaan neuroottisia häiriöitä vaikeammaksi, mutta psykoottisia häiriöitä lievemmäksi. Määritelmänä persoonallisuushäiriöön kuuluu pysyvä kokemus- ja käyttäytymistapa, joka ei ole yleistä valtaväestössä eikä kulttuurissa. Varsinkin sosiaalisissa tilanteissa sairauteen kuuluva joustamattomuus aiheuttaa vaikeuksia. Yleensä persoonallisuushäiriöt alkavat jo nuoruudessa tai varhaisaikuisuudessa. Persoonallisuushäiriötä ei selitä mikään fysiologinen vaikutus, eikä ruumiillinen häiriö. (Koivisto, Stenberg, Nikkilä, Karlsson 2009, 12–13.)

Itsetuhoisuudella tarkoitetaan riskialtista käyttäytymistä, jonka päämääränä on henkilön itsensä vahingoittaminen tai hengenvaarallisen riskin ottaminen, ja se voidaan jakaa epäsuoraan ja suoraan itsetuhoisuuteen. (Lönngqvist, Henriksson, Isometsä & Marttunen 2014a, 578–579.) Callaghanin (2012, 35) mukaan, itsetuhoisen potilas voi vahingoittaa itseään monin eri tavoin. Viiltelyn, lääkkeiden ja päihdyttävien aineiden väärinkäyttö, ihon polttaminen esimerkiksi savukkeella tai raapiminen, hakkaaminen sekä liiallinen peseytyminen ovat keinoja vahingoittaa itseään. Suomessa tehdään noin tuhat itsemurhaa vuodessa, joka on kaksinkertainen määrä verrattuna EU:n keskiarvoon (Vuori & Pulkkinen 2014, 5). Hoitajalla on oltava herkkyyttä tunnistaa itsemurha-ajatuksia keskustellessaan potilaan kanssa. Potilas voi kertoa itsemurha-aikeistaan vertauskuvainnollisesti tai vihjaillen. Aikeet voivat tulla esille myös muiden asioiden yhteydessä, ja niihin on osattava tarttua. (Kuhanen ym. 2010, 238–239.) Itsemurhaa suunnitteleva potilas voi olla hankala tunnistaa. Jos potilas ei itse halua ottaa apua vastaan tai häpeän ja syyllisyyden tunteet ovat niin voimakkaita, ei potilas halua tuoda aikeitaan esille. Tämä luo hoitohenkilökunnalle vastuuta, ottaa asia puheeksi ja kysyä oikeat, tarkentavat kysymykset. (Pulkkinen & Vesanen 2014, 679.) Aikaisemmat itsemurhayritykset nostavat riskiä yrittää itsemurhaa myöhemmin uudelleen (Kuhanen ym. 2010, 238).

3 MIELENTERVEYSTYÖN OSAAMINEN JA SAIRAANHOITAJAN TYÖNKUVA

3.1 Hoitosuhdeosaaminen

Hoitosuhdetyöskentely on sairaanhoitajan työn ydinosaamista. Hoitosuhde on eräänlainen vuorovaikutussuhde, joka syntyy työntekijän ja asiakkaan välille. Hoitosuhteeseen kuuluu luottamus, toivo sekä empatia ja myötätunto. Hoitajan tehtävänä on tuoda näitä elementtejä hoitosuhteeseen oman työskentelynsä kautta. Yksi yhteistyösuhteen elementeistä on myös häpeä ja syyllisyys. Hoitosuhteessa asiakasta kuunnellaan ja hoitosuhteen on perustuttava asiakkaan tarpeille. (Kiviniemi ym. 2007, 105.)

Hoitosuhteeseen kuuluu dialogisuus, eli hoitajan ja asiakkaan välinen vuorovaikutus ja kommunikointi. Dialogisessa vuorovaikutussuhteessa asiakkaan ja hoitajan on tarkoitus kasvaa yhdessä ja olla tasavertaisina osana yhteisöä. Hoitajan on luovuttava asiantuntijamallista ja toimittava tasavertaisesti ja tasa-arvoisesti. Hoitaja luo sanattomalla ja sanallisella viestinnällään turvallisen ilmapiirin koko hoitosuhteeseen. Hoitajan oma persoonallisuus parantaa hoitosuhdetta, jolloin yhteistyön syvenemisestä hyötyvät molemmat osapuolet. On kuitenkin muistettava, että hoitaja on työssään eräänlaisessa roolissa, hänen on luotava oma, persoonallinen ”työminänsä”. Roolin avulla hoitaja suojelee itseään. Hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutussuhde pysyy ammatillisena, kun hoitaja on hoitosuhteessa ”työminän” roolissa. (Punkanen 2006, 52–53.)

3.1.1 Hoitosuhteen kulku

Kun hoitaja ja asiakas kohtaavat ensimmäistä kertaa, on tehtävä selväksi kaikki käytännöt, jotka hoitosuhteeseen liittyy. Ensimmäiseen tapaamiseen kuuluu myös hoitosopimuksen tekeminen, josta selviää hahmoteltu hoitoaika ja tapaamistiheys. Jatkossa hoitosuhdekeskustelujen pääajatuksena on ymmärtää ja ihmetellä asioita yhdessä. Tapaamisilla käydään läpi samoja asioita, ja ehkäpä niissä päästään joka kerta hieman eteenpäin. Asiakkaan on tarkoitus saada kosketus omiin tunteisiinsa. Hoitajan rooliin kuuluu huomion kiinnittäminen realiteetteihin. (Punkanen 2006, 57.)

Hoitaja vie omahoitokeskusteluja eteenpäin niin, että asiakkaan ongelmiin etsitään ratkaisukeinoja. Omahoitajakeskustelut ovat osa yhteisöhoitoa, jota käsittelemme työssämme erikseen. Omahoitajakeskustelujen avulla potilaasta saadaan lisätietoa, jonka avulla potilaalle pystytään löytämään hoitotyön diagnoosi. (Punkanen 2006, 57–58.)

Hoitosuhteen erotyöskentely ja sen pituus riippuu itse hoitosuhteen kestosta. Oikeastaan erotyöskentely aloitetaan jo ensimmäisellä tapaamiskerralla, jolloin jo mietitään hoitosuhteen kestoa ja sen luonnetta. Käytännössä erotyöskentely on tulvaisuuden suunnittelua, kertaamista ja jatkohoidon miettimistä koko hoitosuhteen ajan. Tämä kaikki auttaa potilasta ottamaan vastuuta itsestään, ja näin helpottaa myös hoitosuhteen lopettamista. Jos kaikki tämä on jäänyt vähälle ja potilas kokee

hoitosuhteen tai omahoitajan liian hyväksi, saattaa potilaalle olla vaikeaa päästää irti hoitosuhteesta ja hallita itsenäinen elämä. (Punkanen 2006, 57–58.)

3.1.2 Hoitosuhteen elementit

Transferenssi eli tunteiden siirto on iso osa hoitosuhdetta. Transferenssissä tilanteisiin reagoidaan kuin ne olisivat kuuluneet elämään jo aiemmin, reagoimme johonkin ihmiseen tietyllä tavalla kun hän muistuttaa meitä jostain aiemmasta ihmissuhteesta. Esille tulee erilaisia tunteita, asenteita, odotuksia ja pelkoja. Transferenssi voi olla positiivista tai negatiivista. Hoitosuhteen alussa tämä on usein positiivista, joka on edellytys kunnollisen hoitosuhteen alkamiselle. Vastatransferenssi tarkoittaa hoitajan aiempien kokemusten tunteiden aktivoitumista. Tämä on este hoitosuhteelle, ja asiat tuleekin käsitellä työnohjauksessa. (Punkanen 2006, 52–53.)

Distanssi eli välimatka on se tekijä, jolla hoitosuhde erotetaan muusta ihmissuhteesta. Distanssin määrittäminen läheisyys-etäisyys-ulottuvuudella on hoitajan tehtävä. Distanssia voidaan ajatella esiintyvän fyysisellä, psyykkisellä ja sosiaalisella alueella elämässä. Hoitosuhteessa fyysinen distanssi tarkoittaa sitä, että asiakkaaseen pidetään sopiva fyysinen etäisyys. Psyykkisellä distanssilla tarkoitetaan hoitajan huomion kiinnittämistä potilaaseen eikä omaan henkilökohtaiseen elämään, josta asiakkaat usein kyselevät. Sosiaalinen distanssi on sitä, että hoitajan ja asiakkaan välinen hoitosuhde on vain työpaikalla, ei vapaa-ajalla. Nämä ovat sekä asiakkaan, että hoitajan etuja. (Punkanen 2006, 54–55.)

Vastustus on osa hoitosuhdetta, ja se tapahtuu asiakkaan minän tasolla (Punkanen 2006, 55). Vastustus on alitajunnasta kumpuavaa ja se on mielen keino säilyttää tasapainoa sisäisten tunteiden ja ulkoisten vaatimusten välillä. Vastustuksella pyritään estämään pahan olon tunteita, jotka tulevat esiin kun asioita käsitellään. Tätä tapahtuu, vaikka asiakas toivookin parantumista. (Sievers 2013.) Yleensä vastustaminen ilmenee myöhästymisinä sovitusta tapaamisista. Se on terve puolustusmekanismi, mutta negatiiviseksi ajateltu torjunta tulee jostakin syvemmältä. Torjunnassa voi olla kyse esimerkiksi siitä, että potilas ei huomioi omaa mielenterveyden häiriötään, tavallaan kieltää koko sairauden. (Punkanen 2006, 55.)

Kuunteleminen on yksi hoitosuhteen elementeistä ja varsinkin niinsanotulla kolmannella korvalla kuunteleminen, eli ihmisen kuuleminen. Hoitajan tulee asettaa itsensä potilaan käytettäväksi ja olla kärsivällinen sekä muistaa se, että hoito lähtee aina potilaan yksilöllisistä tarpeista. Ihmisen joutuessa hoitoon mielenterveyshäiriöiden takia, on hoitajan asetettava kuuntelijan rooliin, sillä asiakkaalla on varmasti paljon asioita mistä hän haluaa ja mistä hänen tarvitsee puhua. Samoja asioita joudutaan varmasti käsittelemään keskustelusta toiseen, ja tällöin hoitajan on omaksuttava kuuntelijan rooli. (Punkanen 2006, 55–56.)

Muita hoitosuhteen toimenpiteitä on esimerkiksi holding-hoito-ote, joka käytännössä tarkoittaa asiakkaalle vähitellen annettavaa vastuuta omasta hoidostaan ja kunnostaan. Asiakkaille on tärkeää olla tietoisia kaikesta heitä koskevasta, joten informaatio, eli tiedon jakaminen on tärkeässä roolissa. Informaation määrä tulee sopeuttaa potilaan voinnin mukaan. Hoitosuhteen muihin toimenpiteisiin kuuluu myös konfrontaatio eli osoittaminen, joka käsitellään myöhemmässä kappaleessa. Klarifikaatio tarkoittaa hoitosuhteessa selventämistä tilanteissa, joissa potilaan käyttäytymisestä tietyissä tilanteissa halutaan tietää lisää. (Punkanen 2006, 56–57.)

Luottamus on hoitosuhteen kannalta kantava elementti. Hoitajalta vaaditaan tietoista toimintaa luoda luottamus, joka rakentuu asiakkaan ja hänen välilleen. Luottamus syntyy vähitellen, kuten ihmissuhteissa muutenkin, eikä sen syntymistä voi pakottaa. Hoitajan on tärkeää muistaa, että asiakkaalla voi olla taustalla negatiivisia ja traumaattisia kokemuksia, jotka vaikeuttavat ja hidastavat luottamuksen syntymistä. Toki hoitajalla itselläänkin voi olla kokemuksia, jotka hidastavat luottamuksen syntymistä, mutta hänen on tiedostettava nämä ja laitettava ne syrjään uuden ihmisen kohdalla. Luottamusta pystytään tukemaan myös ulkoisilla tekijöillä, potilaalle kerrotaan esimerkiksi vaitiolovelvollisuudesta. Hoitajaa itseään hoitosuhteessa auttaa työnohjaus, jossa voi luottamuksellisesti käsitellä työssä vaivaavia asioita. (Kiviniemi ym. 2007, 105–107.) Käsittelemme työnohjausta kappaleessa 7.

Toivo on sellainen asia, jonka tulisi aina olla osa hoitosuhdetta. Sen on oltava osa kohtaamista, sillä toivo on yksi elämän perusvoimista. Toivon avulla voidaan luoda positiivisuutta ja uskoa tulevaisuuteen. Kun asiakkaalla itsellään on toivoa, hän voi uskoa omaan selviytymiseensä ja siihen, että hän selviää. Asiakkaan vuorovaikutussuhteet ovat tärkeitä toivon kannalta, ja hoitajan tehtävänä on tukea asiakasta jotta hän pystyy ylläpitämään näitä. Asiakkaalle toivo merkitsee sitä, että hoitaja auttaa löytämään voimavaroja ja on tukena selviytymisessä. Toivon ylläpitäminen ja aito läsnäolo auttavat asiakasta eheytyemisessä, ne ovat osa muutosprosessia. (Kiviniemi ym. 2007, 107–111.)

Empatia ja myötätunto liittyvät vahvasti hoitosuhteeseen. Empatian avulla hoitaja näyttää, että hän ymmärtää asiakkaan kärsimystä, sekä paneutuu asiakkaan tilanteeseen. Empatia edellyttää hoitajan samaistumista asiakkaan tilanteeseen, hoitajan on välitettävä asiakkaan tilanteesta. Kun hoitaja ymmärtää asiakkaan tilanteen, prosessiin kuuluu sekä emotionaalisuutta että rationaalisuutta, eli tunteita ja järkeä. Nämä molemmat ovat tärkeä osa prosessia, sillä pelkällä tunteella mukana eläminen ei edusta ammatillisuutta ja pelkän järjen avulla ymmärtäminen ei tuo esille lohtua, jonka tulisi välittyä potilaalle. Empatiaan liittyviä tärkeitä asioita ovat kritiikitön ja tuomitsematon asenne, asiakas on aina yksilöllinen ja ainutlaatuinen. (Kiviniemi ym. 2007, 111–114.)

Häpeästä on vaikea keskustella, sillä se on jokaisen henkilökohtainen kokemus. Hoitaja saattaa huomata häpeän potilaan viestinnästä, mutta ei keskustele tilanteesta vaikka se niin vaatisi. Olisi tärkeää käydä läpi asioita, jotka voivat aiheuttaa asiakkaalle häpeää. Asiakkaan kanssa keskustellaan häpeän kokemuksesta, sekä etsitään voimavaroja ja selviytymiskeinoja häpeään. Kunnollinen kes-

kustelu häpeästä potilaan kanssa vaatii sitä, että hoitaja on kohdannut henkilökohtaiset häpeän tunteensa ja käsitellyt niitä. (Kiviniemi ym. 2007, 120–123.)

Asiakkaan esille tuomia syyllisyyden tunteita ei saa vähätellä eikä selittää pois. Nämä tunteet ovat asiakkaalle yleensä todella isoja ja merkityksellisiä, ja ne tulee käsitellä vaikka hoitajan mielestä se olisikin epäolennaista. Syyllisyyden tuntojen läpikäymiseen on varattava aikaa aina, kun asiakas tai hänen lähipiirinsä sitä toivovat. Asiakas täytyy hyväksyä ihmisenä, mutta hänen tekojaan ei tarvitse hyväksyä. Joskus hoitaja joutuu haastamaan asiakasta, jotta esille tulee myös asioita joita hän ei halua tai kykene myöntämään. (Kiviniemi ym. 2007, 123–124.)

3.1.3 Vuorovaikutuksen haasteita

Orientoiminen: Työntekijän täytyy löytää aikaa siihen, että asiakkaalle kerrotaan mitä tehdään, miksi tehdään ja mihin pyritään. Tähän käytetään Koskisuun (2004, 156–157) mukaan aivan liian vähän aikaa. Asioiden selventäminen kuntoutujalle saa hänet sitoutumaan hoitoon paremmin. Tärkeintä on selvittää kuntoutujalle hänen oma roolinsa.

Itsestä kertominen: Usein koetaan, ettei ammattilaisen tarvitse kertoa itsestään mitään asiakkaalle. Ammattilaisen omien kokemusten jakaminen ja itsestään palasten antaminen voi auttaa kuntoutujaa kertomaan ja avautumaan omista kokemuksistaan. Ja tähän on välttämätöntä hyvän vuorovaikutussuhteen luomiseksi. Aina on kuitenkin muistettava ammatillinen suhtautuminen yhteisösuhteeseen. (Koskisuus 2004, 157–158.)

Palaute: Kuntoutuja tarvitsee palautetta kuntoutumisestaan, ja se onkin yksi keskeisiä vuorovaikutusmenetelmiä mielenterveystyössä. Palaute auttaa asiakasta vertaamaan itseään siihen miten hän toimii ja siihen miten hänen pitäisi tai miten hän haluaisi toimia. Tämä mahdollistaa muutoksen. Kuntoutujaa tukeva palaute on kuvailevaa, yksityiskohtaista, henkilökohtaistettua, kohdistuu asioihin, joihin voi vaikuttaa, sitä annetaan pyydettyä ja tarvittaessa, se on hyvin ajoitettua, sekä selkeää ja ymmärrettävää. Palautteen tarkoitus ei ole työntekijän näkemysten esilletuominen, vaan sen tarkoitus on auttaa kuntoutujaa arvioimaan itseään ja kehittymistään. (Koskisuus 2004, 158.)

Haastaminen ja konfrontaatio: Konfrontaatiossa, eli vastakkainasettelussa on usein kysymys siitä, että kuntoutuja ja työntekijä näkevät tilanteen erilaisena, ja työntekijä tuo tämän näkemyksen esille. Tätä ei ole tarkoitettu loukkaukseksi, vaan se tulisi ottaa arvostuksena ja kunnioituksena. Konfrontaatio on haaste, eli kutsu muutokseen. Tämän haasteen tulisi olla lyhyt ja ytimekäs, sekä selkeästi liittyä johonkin tiettyyn asiaan. (Koskisuus 2004, 159–160.)

3.2 Perhe- ja verkostotyön osaaminen

Perhe- ja verkostotyö on nykyään yksi iso osa psykiatrisessa hoidossa, ja sen merkitys on kasvussa koko ajan. Pääasiassa jokaisella ihmisellä on joku, jonka puoleen kääntyä kun on vaikeaa, mutta kyseessä ei tarvitse olla perheenjäsen. Psykkisestä sairaudesta kärsivä henkilö tarvitsee tukea ja ymmärrystä tilanteeseensa, jotta toipuminen olisi mahdollista. Samalla perhe ja verkosto saavat tietoa läheisensä sairaudesta, näin he voivat ymmärtää häntä paremmin ja samalla tarjota tukea riittävässä määrin. Sairastuneen läheiset saavat tukea omaan jaksamiseensa, vaikuttaahan sairastuminen myös heihin. Hoitohenkilökunta on isossa roolissa läheisten huomioon ottamisessa ja heille tuen antamisessa. (Hentinen 2009, 45–46.)

Perhetyön tarkoituksena on parantaa perheen sisäistä vuorovaikutusta sekä auttaa heitä löytämään omia voimavarojaan perheenä, sekä saattaa hallintaan yksittäisen perheenjäsenen oireita (Isohanni 2002b, 270). Perhetyöstä on apua esimerkiksi psykoositasoisten sairauksien hoidossa, kuten skitsofreniassa. (Vähäkylä 2009, 65.) Suomessa tämä hoitomuoto on lisääntymässä, ja sitä voidaan käyttää myös somaattisten sairauksien hoitojen tukena. Tavoitteena on tukea perheessä olevia hyviä asioista ja vähentää perhettä vahingoittavia asioita. (Isohanni 2002, 270–272.)

On havaittu, että sellaisissa perheissä, joissa esiintyy psyykkistä sairautta, vuorovaikutus on erilaista kuin perheissä, joissa psyykkistä sairautta ei esiinny. Perhetyön hoitajaksoon kuuluu usein monia käyntejä, mutta joskus yksikin käynti voi riittää. Hoitotyöntekijän rooli perhetyössä on tunnistaa perheen sisäiset ongelmat, löytää keinot avata keskustelut myös hankalista asioista, sekä saada kaikkien näkemykset mukaan keskusteluun. Perheessä esiintyy aina perheenjäsenten välisiä riippuvuus-suhteita, jotka ovat syntyneet ennen sairautta tai reaktiona sairauteen. Samalla löydetään ne perheen omat kyvyt ja voimavarat, jolla selviytyä yhdessä. (Vähäkylä 2009, 65–66.)

Verkostotyön tarkoituksena on koota kokoon asiakkaan sosiaalinen verkosto sekä pyrkiä löytämään tähän verkostoon kuuluvien yksilöiden voimavarat. Verkostotyössä hoitokokoukseen kutsutaan koolle asiakkaan lisäksi hänen läheisensä, hoitavat tahot, ja joissain tapauksissa myös viranomaisten ja työnantajan edustajat. Verkostokokous on oivallinen siinä mielessä jos hoito on jumiutunut, niin ratkaisu voi löytyä verkoston avulla. (Isohanni 2002, 272–273.) Verkostotyötä kannattaa harkita akuutin kriisin aikana, jolloin myös sairastuneen lisäksi hänen tukiverkostonsa on tiukoilla. Pitkittyneen kriisin aikana verkostotyöstä on todettu olevan hyötyä, sillä potilaan ja läheisten lisäksi hoitohenkilökunta voi olla yllättävän vähäisissä määrin. Perhe ja läheiset kokevat suurta huolta ja surua läheisensä sairastumisesta, he voivat jopa tuntea menettäneensä läheisensä sairastumisen

Vaikka monen sairastuneen läheiset ovatkin suuressa osassa tukemassa sairastunutta, hoitoprosesseissa läheiset ovat mukana yllättävän vähäisissä määrin. Perhe ja läheiset kokevat suurta huolta ja surua läheisensä sairastumisesta, he voivat jopa tuntea menettäneensä läheisensä sairastumisen

myötä. Leroy Spaniol ja Anthony Zipple ovat tutkineet perheiden kuntoutumista ja ovatkin esittäneet siihen nelivaiheisen mallin; prosessiin kuuluu shokkivaihe, tilanteen realisoitumisvaihe, coping-vaihe sekä edunvalvontavaihe. Jokaisessa vaiheessa perheelle annetaan tietoa ja tukea läheisen sairastumiseen liittyen. On tärkeää, että perheelle annetaan faktatietoa sairaudesta ja siihen liittyvistä asioista kuten sen syistä, ennusteesta, hoidosta ja kuntoutumisesta. Perheen on myös tärkeää tietää mitä ja millaista apua heille on tarjolla, jotta heidän kuntoutumisensa voisi alkaa. Perhe ja läheiset tulisi nähdä liittolaisina, ei vastustajina. Sairaanhoidajalla on iso rooli läheisten tukemisessa. Sairaanhoidajan tehtävänä on ottaa läheiset mukaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen sekä kannustaa omaisia hakeutumaan omaisille tarkoitettuun toimintaan, esimerkiksi vertaistukiryhmään. Jokaisella perheellä on omat vahvuutensa, ja näitä sairaanhoidajan on tärkeää tunnistaa ja tuoda esille. Läheiset eivät välttämättä itse näitä enää tunnista sairauden kehittyessä pitemmälle, joten hoitajan on luotava uskoa ja toivoa. Hoitajan ei kuitenkaan pidä ottaa kaikkietävän roolia, vaan tuoda selkeästi esille että hänellä ei ole vastauksia kaikkiin kysymyksiin, vaan niihin etsitään yhdessä ratkaisua. (Koskisu 2004, 179–186.)

3.3 Moniammatillinen hoitotyön osaaminen

Opinnäytetyössämme käsittelemme moniammatillisuutta kolmen toimijan kautta; terveydenhuolto, sosiaalihuolto ja kolmas sektori. Mielenterveystyö perustuu lainsäädäntöön, jossa määritellään mielen terveyden edistäminen, mielen terveyshäiriöiden ehkäisy, hoito sekä kuntoutus. Laissa määritellään myös se, että kunnan on tehtävä yhteistyötä kansanterveystyön ja sosiaalihuollon kanssa. (Lehtinen & Taipale 2005.)

Moniammatillisen työn osaamiseen kuuluu tiettyjä edellytyksiä, kuten halu sitoutua siihen, avoin keskustelu työryhmässä, hyvät vuorovaikutustaidot, oma aktiivisuus on tärkeää sekä sopivat tilat ja aikaa työnantajan puolelta. Moniammatillinen työ vaatii ymmärrystä muiden työryhmään kuuluvien ammattitehtävistä. Moniammatilliseen työhön kuuluu yhteiset arvot ja normit, joiden mukaan toimitaan. Moniammatilliseen työskentelyyn kuuluu etuja, ja toisaalta taas joitakin rajoittavia tekijöitä. Positiivisia asioita ovat esimerkiksi kokonaisvaltainen ajattelu, toiminnan tehokkuus ja samalla joustavuus, ajatuksia ja toimintatapoja voidaan peilata, monen ihmisen työryhmän toimintaa kyseenalaistetaan vähemmän, sekä se auttaa jaksamaan työssä. Rajoittavia tekijöitä voi olla esimerkiksi ammattistatus ja hierarkia, eri ammattiryhmien oma kulttuuri sekä rakenteelliset pakotteet, kuten työaika. Potilaan eduksi moniammatillisessa työssä voidaan ajatella se, ettei häntä sysätä luukulta luukulle, vaan asiat hoituvat yhdessä paikassa. Moniammatillisella työllä saavutetaan parempia tuloksia, sekä ennalta asetetut tavoitteet saavutetaan helpommin verrattuna yksilötyöskentelyyn. (Maliniemi 2008.)

Terveydenhuoltoon kuuluu monia eri ammattiryhmiä, jotka hoitavat mielen terveyspotilaita. Lääkärit, heistä varsinkin psykiatrit hoitavat mielen terveyspotilaita antamalla heille diagnoosin ja määräävät sopivan hoitomuodon lääkityksineen. Psykologit puolestaan kartoittavat asiakkaan tilannetta ja

antavat heille keskusteluapua. Psykologit työskentelevät monissa eri paikoissa, aina kouluista avohuoltoon sekä laitoshoittoon saakka. Psykiatrinen sairaanhoitaja, mielenterveyshoitaja sekä lähihoitaja antavat asiakkaille keskusteluapua, tietoa ja ohjausta sekä laitoksissa, että avohoidon puolella. Depressiohoitajat työskentelevät pääasiassa terveyskeskuksissa. Toimintaterapeutit auttavat ja tukevat asiakasta päivittäisessä elämässä sekä omalla panoksellaan auttavat asiakkaita saamaan valmiuksia toimia itsenäisesti. Psykoterapeutit ovat erillisen psykoterapeutin koulutuksen käyneitä ammattilaisia, jotka antavat erilaisia psykoterapiapalveluita. (E-mielenterveys 2014b.)

Sosiaalityöntekijät ovat yliopistosta valmistuneita ammattilaisia, jotka työskentelevät sosiaalihuollossa. He voivat työskennellä myös psykiatrisissa sairaaloissa tai koulukuraattoreina. Sosiaalityöntekijät auttavat asiakkaita palvelujen järjestämisessä sekä toimeentuloon liittyvissä asioissa. Asiakkaiden tukeminen, ohjaaminen ja kuntouttava työ heidän parissaan kuuluvat sosiaaliohjaajille, jotka ovat opiskelleet sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinnon. (E-mielenterveys 2014b.)

Kolmannen sektorin palvelut ovat usein sidoksissa johonkin järjestöön, jonka toimintaa on usein rahoittamassa RAY. Järjestöt tarjoavat keskusteluapua puhelimesta, verkossa, tai kasvokkain. Järjestöjen kautta on mahdollista saada myös vertaistukea sekä erilaisia kuntoutuskursseja. Suomen mielenterveysseura, Mielenterveyden keskusliitto sekä alueelliset kriisikeskukset ovat esimerkkejä kolmannen sektorin toimijoista. Nämä toimijat järjestävät myös ryhmämuotoista toimintaa. Erilaisissa verkko-palveluissa, kuten Tukinetissä on tarjolla keskusteluapua työntekijöiltä ja vapaaehtoisilta, sekä niissä on mahdollisuus osallistua erilaisiin keskusteluryhmiin. Verkkopalvelut tarjoavat myös oikeaa ja ajankohtaista tietoa mielenterveydestä. Tarpeen vaatiessa on mahdollista soittaa erilaisiin auttaviin puhelimiin, esimerkiksi valtakunnalliseen kriisipuhelimeen, joka tarjoaa keskusteluapua kriisissä oleville ja heidän läheisilleen. Puhelimeen vastaamassa ovat kriisityöntekijät sekä kriisipuhelimeen koulutetut vapaaehtoiset. (E-mielenterveys 2014b.)

3.4 Ryhmät mielenterveystyössä

Ryhmät mielenterveystyössä voidaan jaotella yhteisöllisiin, psykoterapeuttisiin sekä psykoedukatiivisiin. Ryhmille asetetaan tavoitteet, jotka määräytyvät ryhmäläisten kunnon, hoidon ja ryhmän keston mukaan. Toki ryhmään vaikuttaa myös se, tapahtuuko hoito avohoidossa, osastolla vai hoito- ja kuntoutusyhteisöissä. Ohjaajien koulutustasolla ja pätevyydellä on oma osansa ryhmän toiminnassa. (Kuhanen ym. 2010, 110.) Sairaanhoitajan tehtävä ryhmän vetäjänä on huomioida kaikkien ryhmään osallistuvien valmiudet ja halukkuus osallistua. Sairaanhoitaja toimii ryhmässä puheenjohtajan tehtävässä ohjaten ja motivoiden ryhmään osallistujia.

Ryhmät voivat olla tehtäväkeskeisiä, toiminnallisia, tukea antavia tai kehittäviä. Tehtäväkeskeisissä ryhmässä keskitytään esimerkiksi arjen askareisiin, jotka tukevat itsenäistä selviytymistä. Toiminnallisissa ryhmissä omia ajatuksia ja tunteita tuodaan julki erilaisten luovien menetelmien kautta. Tukea

antavissa ryhmissä menetelmänä on keskustelu, johon usein liitetään erilaisia tapoja ilmaista itseään, kuten kirjoittaminen tai musiikki. (Kuhanen ym. 2010, 111.)

Ryhmiä käyttö kuntouttavassa mielenterveystyössä on keskeistä. Perinteisiä ryhmäterapeuttisia tekniikoita käytetään entistä vähemmän psykoedukatiivisten menetelmien lisääntyä. Ryhmän merkitys oireiden hallinnassa on osoittautunut tehokkaaksi. Ryhmän yhteiset tavoitteet yhdistettynä henkilökohtaisiin tavoitteisiin mahdollistavat ryhmän kuntouttavan työotteen. Ryhmän yhteisten tavoitteiden tärkein periaate on sitoutuminen. Kun ryhmän jäsenet kokevat sitoutumisen tärkeäksi ja mielekkääksi, niin se lisää motivaatiota osallistua ryhmän toimintaan. Ryhmä voi olla joko avoin tai suljettu, mutta se täytyy sopia yhdessä heti aluksi. Ryhmän jäseniä sitoo vaitiolovelvollisuus koko ryhmän toiminnan ajan, sekä sen jälkeen. Ryhmän päättymisen jälkeen on hyvä kokoontua yhteen, jos ryhmäläiset kokevat sen tärkeäksi. (Kuhanen ym. 2010, 111–113.)

Yksi mielenterveystyössä käytettävistä ryhmämenetelmistä on vertaistukiryhmät. Vertaisryhmä koostuu yhteen samanlaisten kokemusten omaavia ryhmän jäseniä. Vertaistuen merkitys korostuu etenkin surutyössä ja päihdetyössä. Potilaslähtöisyys vertaisryhmissä korostuu silloin, kun osallistujat voivat vaikuttaa hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Ryhmä rakentuu eri vaiheissa olevista toipujista, jotka vertaistuen voimalla tuovat uusia näkemyksiä ryhmän muille jäsenille auttaen heitä käsittelemään omaa toipumistaan. Vertaisryhmässä pyritään käsittelemään nykyisyyttä ja tulevaisuutta, samalla pohjustetaan arkielämässä selviytymistä. (Kuhanen ym. 2010, 111–112.)

4 KLIININEN OSAAMINEN

4.1 Somaattinen osaaminen

Ihminen on biopsykososiaalinen kokonaisuus. Biopsykososiaalisessa tarkastelussa otetaan huomioon yksilön ruumiilliset toiminnot, tunteet, motivaatio, ajatukset ja sosiaaliset suhteet. Nämä kaikki osa-alueet yhdessä muodostavat dynaamisen kokonaisuuden. Tällä tarkoitetaan esimerkiksi sitä, jos ihmisellä on joku fyysinen sairaus, hänellä voi olla myös psyykkinen sairaus. Fyysinen sairaus ei siis poissulje psyykkisen sairauden mahdollisuutta ja toisin päin. (Vainio 2009.)

Sairaanhoitajalta vaaditaan myös somaattisen puolen osaamista, sillä monet päihde- ja mielenterveyspuolen asiat vaikuttavat muihinkin sairauksiin. Psykiatriset sairaudet voivat aiheuttaa somaattisia sairauksia ja myös toisin päin. Esimerkiksi syövät ja dementia aiheuttavat usein masennusta, ahdistusta ja käytöshäiriöitä. Nämä oireet johtuvat pääasiassa fyysisestä sairaudesta ja siihen liittyvistä peloista. Näissä tapauksissa on usein tarpeen jonkinlainen psykoterapia, sekä monissa tapauksissa myös lääkitys. (Huttunen 2008b.)

Sairaanhoitajan on tärkeää tuntea sydän- ja verisuonisairauksia, kuten verenpainetauti, sepelvaltimotauti ja diabetes. Muun muassa masennus voi laukaista infarktin ja toisin päin. Asiakkaat eivät välttämättä tiedä sairauksistaan, tai eivät hoida itseään kunnolla, tai kesken hoidon ilmaantuu jokin somaattinen sairaus. Myös näissä tilanteissa on osattava tukea potilasta, ja antaa ohjausta ja neuvontaa. Tunteiden vaikutus sydämen terveyteen on suuri, esimerkiksi stressi nostattaa verenpainetta, joka altistaa muun muassa sepelvaltimotaudille. Päihdepuolelta alkoholin käyttö nostaa verenpainetta, joka on tietenkin yksi sydän- ja verisuonisairauksien varoitusmerkeistä. Alkoholi sisältää paljon energiaa, josta seuraa lihomista, joka on huono asia sydämen terveyden kannalta. (Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2010, 189.)

Psyykkisistä sairauksista kärsivien ihmisten ruokavalio ei useinkaan ole terveellinen ja oikean ravinnon saanti on vähäistä. Ruokavaliosta ei useinkaan tule tarpeeksi hyviä rasvoja, eikä kuituja. Näiden ravintoaineiden saanti edistäisi verisuonien terveyttä, kun taas huonot rasvat ja suolainen ruoka huonontavat sitä. Terveellisiin elämäntapoihin liittyy myös liikunta, joka useasti on vähäistä kun kärsitään psyykkisistä sairauksista tai päihdeongelmista. Liikunnan vähyyks ja huono ruokavalio yhdessä lisäävät sydän- ja verisuonisairauksien riskiä. (Iivanainen ym. 2010, 188–189.)

Sairaanhoitajan onkin tärkeää hallita ravitsemussuositukset tehdessään työtä psyykkisesti sairastuneiden kanssa (Koskenvuo & Mattila 2009).

Terveydenedistämisen osuus sairaanhoitajan työssä on tärkeää. Terveydenedistämällä pyritään ehkäisemään sairauksien syntyä ja pyritään minimoimaan sairauksista aiheutuvat haitat. Sen lisäksi, että terveydenedistämällä minimoidaan kärsimystä, niin sen tavoitteena on lisätä yksilön toiminta-

kyä. Esimerkkeinä terveyden edistämisestä voidaan mainita rokotukset ja erilaiset sairauksien seulonnat. Terveysneuvonnan ja ohjauksen avulla sairaanhoitaja voi omassa työssään edistää asiakkaiden terveyttä. (Koskenvuo & Mattila 2009.)

4.2 Lääkehoito-osaaminen

Lääkehoito on eräs sairaanhoitajan ammatin osaamisalueista. Hyvin toteutettuun lääkehoitoon kuuluu lääkehuolto, johon kuuluu esimerkiksi lääkeinformaatio sekä ohjaus ja neuvonta. Sairaanhoitajan toteuttamaan lääkehoitoon liittyy lääkkeiden jakaminen ja antaminen, potilaiden tiedonsaanti, lääkehoidon vaikuttavuuden arviointi, dokumentointi ja seuranta. (Valvira 2015.)

Koska ihminen on biopsykososiaalinen kokonaisuus ja sairaudet ovat moninaisia, voi ihminen tarvita useampaa lääkettä yhtä aikaa. Sama henkilö voi saada lääkehoitoa useampaan sairauteen, niin somaattisiin sairauksiin, kuin mielenterveyshäiriöihin. On olemassa somaattisia sairauksia, joiden hoitoon voidaan liittää psykolääkkeitä tai esimerkiksi rauhoittavia lääkkeitä. On myös olemassa mielenterveyshäiriöitä, jotka aiheuttavat somaattisia oireita, kuten rytmihäiriöitä, joihin tarvitaan somaattisiin sairauksiin tarvittavaa lääkettä (Jauhiainen & Yli-Pohja 2008.)

4.2.1 Lääkehoito ja sen seuranta

Lääkehoito on yksi mielenterveyshäiriöiden hoitomuodoista. Joissakin sairauksissa lääkehoito on tärkein osa hoidon kokonaisuutta, joissakin sairauksissa taas yksi hoitovaihtoehto. Lääkehoito määritellään aina yksilöllisesti sairauden ja sen oireiden mukaan. (E-mielenterveys 2014a.) Mielenterveyshäiriöiden hoitoon käytettävät lääkkeet jaetaan neljään osaan pääkäyttötarkoituksensa mukaan; masennus- eli depressiolääkkeet, mielialantasaajalääkkeet, ahdistuslääkkeet sekä antipsykoottiset lääkkeet (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 540). Vuositasolla jotakin näistä lääkkeistä käyttää yhteensä noin 700 000 suomalaista (E-mielenterveys 2014a).

Yleiset hyvän lääkehoidon periaatteet pätevät myös psyykenlääkityksessä. Hoitomyöntyyvyys ja kunollinen, toimiva hoitosuhde sanelevat pitkälle myös lääkehoidon onnistumista. Asiakkaalla on oikeus tietää lääkkeen hoidolliset vaikutukset, lääkehoidon yleinen kesto sekä yleisimmät sivuvaikutukset. (Leinonen 2002, 239.) Lääkkeet on muistettava ottaa säännöllisesti, jotta ne vaikuttavat oikein. Sopivan lääkehoidon löytyminen voi viedä aikaa ja olla haastavaa. Lääkärit ovat kuitenkin hyvin perillä erilaisista mielenterveyshäiriöiden hoitoon käytettävistä lääkkeistä ja osaavat arvioida mistä lääkkeistä voisi olla potilaalle hyötyä. (E-mielenterveys 2014a.) Lääkehoidon tavoitteena, osana muuta hoitoa, on kohtuullisen toimintakyvyn palauttaminen ja sen ylläpitäminen hoidon edetessä. Lääkehoito aloitetaan vain, kun tarkka diagnoosi on selvillä, ja voidaan olla varmoja että lääkehoidosta on apua potilaalle. (Leinonen 2002, 240.)

Lääkehoidon toteuttaminen vaatii laillistetun ammattihenkilön pätevyyden ja koulutuksen. Sairaanhoitaja toteuttaa lääkehoitoa lääkärin määräysten mukaisesti. (Valvira 2015.) Lääkehoitoa tulee seu-

rata säännöllisesti, jotta sen vaikuttavuutta voidaan arvioida. Samalla voidaan seurata hoitomyöntyvyyttä ja sitä, ottaako asiakas lääkkeitä säännöllisesti. Lääkityksen käytöstä voidaan saada tietoa mitaamalla plasmapitoisuuksia sekä ottamalla virtsanäytteitä. Niin sanotuilla turvakokeilla seurataan esimerkiksi leukosyyttejä sekä neutrofiilejä Joidenkin tiettyjen lääkkeiden käytön vuoksi on hyvä seurata EKG:tä säännöllisin väliajoin. Joskus turvaututaan lääkkeiden laskemiseen, jotta saadaan selville, syökö asiakas lääkkeitä tarkoituksenmukaisesti. Tämä on kuitenkin aikaa vievä tapa, ja siihen liittyy virhemahdollisuuksia. (Heikkinen, Pyllkänen, Lönnqvist 2007, 686; Laasonen-Balk 2011.)

4.2.2 Lääkehoidon ohjaus ja motivointi

Lääkehoito on monien psyykkisten sairauksien hoitamisessa tärkeässä roolissa. Kuitenkin monilla asiakkailla lääkehoito on melko huonolla tolalla, se voi olla sattumanvaraista ja epäsäännöllistä. Esimerkiksi psykoosin hoito edellyttää usein pitkäaikaista ja jatkuvaa hoitoa, jotta pahenemis- ja uusiutumisvaiheet vältettäisiin, joten hoitomyöntyvyyden pitäisi olla kohdillaan. (Heikkinen ym. 2007, 682–683.)

Hoitajan tehtäviin kuuluu asiakkaan laadukas neuvonta ja ohjaaminen, jolla voidaan parantaa hoitomyöntyvyyttä, ja näin välttää pahenemisvaiheita. Varsinkin perusterveydenhuollossa tulisi kiinnittää huomiota toistuviin asiakastapaamisiin, tiheällä välillä hoidossa pysytään kunnolla kiinni. Asiakkaan on saatava oikeaa tietoa ja oikeita faktoja sairaudestaan, jotta tämä ymmärtäisi miksi lääkitystä käytetään ja miksi se on tärkeää juuri hänen kohdallaan. Asiakasta motivoi tunne siitä, että hän oman sairautensa asiantuntija, ja hän saa osallistua päätöksiin koskien hoitoaan.

Asiakkaalla on hyvä olla hallinnan tunne itsestään ja hänen on hyvä tuntea itsensä vastuunkantajaksi. Tällöin asiakkaalla on kosketuspintaa sairauteensa, eikä hänestä tunnu vain siltä että ammattilaiset sanelevat mitä tehdään ja hän vain tottelee. (Heikkinen ym. 2007, 683–684.)

Itse lääkitykseen liittyy myös monia asioita, joilla asiakkaan motivaatio pysyy. Yksinkertainen ja helppo annostelu helpottavat lääkkeiden käyttöä ja niiden ottamista. Olisi hyvä pyrkiä siihen, että asiakas pärjää mahdollisimman vähällä määrällä lääkkeitä, sillä monen lääkkeen käyttö ja moneen eri aikaan otettava lääkitys heikentää asiakkaan motivaatiota lääkehoitoon. Potilaat etsivät usein itse tietoa lääkkeistä, joten hoitohenkilökunnan tulisi alusta asti olla rehellisiä lääkkeiden hyvistä vaikutuksista, ja niiden sivuvaikutuksista, jotta potilas voisi luottaa heidän sanomaansa, eikä tarvitsisi etsiä tietoa esimerkiksi internetistä. Jos asiakasta ei saada motivoitua lääkehoitoon kunnolla, voidaan siirtyä antamaan lääkkeitä injektioina tietyin väliajoin. Silloin asiakkaan ei tarvitse huolehtia itse lääkitystään useampaa kertaa päivässä, vaan hän saa annoksen terveydenhuollossa säännöllisesti injektoiden kautta. (Heikkinen ym. 2007, 684–685.)

5 SAIRAANHOITAJAN KOULUTUS

Sairaanhoidajaksi valmistutaan opiskelemalla ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveydenhuollon tutkinto. Koulutus kestää 3.5 vuotta ja on laajuudeltaan 210 opintopistettä. Tutkintonimike on Sairaanhoidaja (AMK) (Sairaanhoidajat 2014a.) Sairaanhoidajakoulutus on vaatimuksiltaan samanlaista koko Euroopassa, ja koulutusta säätelee EU- ammattipätevyysdirektiivi 2013/55/EU (Opetushallitus s.a.). Yhtenäinen opetus 27 Euroopan maassa, sekä kolmessa EEA- maassa, takaa yhtenäisen ammattipätevyyden ja työskentelyn ulkomailla. Direktiivi on päivitetty tammikuussa 2014. Jokainen oppilaitos saa itse päättää opintojensa sisällön Euroopan Unionin- direktiivin sallimissa rajoissa. Sairaanhoidajaopinnoissa on kuitenkin yhtenäinen osuus 180 opintopisteen osalta, joka takaa sairaanhoidajan vähimmäisosaamisen. Loput 30 opintopistettä käytetään opiskelijan syventäviin opintoihin. Sairaanhoidajaopintoja edeltäviä opintoja ovat lukion oppimäärä, ammatilliset opinnot tai näiden yhdistelmät. Sairaanhoidajan perusopintojen jälkeen opintoja voi jatkaa suorittamalla ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon tai opiskelemalla yliopistossa terveystieteiden kandidaatin tai maisterin tutkinnon. (Sairaanhoidajat 2014a.)

Sairaanhoidajalta odotetaan paljon erilaisia ominaisuuksia ja osaamista. Sairaanhoidaja toteuttaa hoitotyötä ja kehittää sitä aktiivisesti. Sairaanhoidajan työskentelyn hoitotyössä tulee olla terveyttä edistävää ja ylläpitävää, ehkäisevää, parantavaa sekä kuntouttavaa. Sairaanhoidajan työ asettaa vaatimuksia eri tieteen aloille. Hyvää hoitotyötä tehdäkseen sairaanhoidajan tulee hallita farmakologiaa, hoitotiedettä, lääketiedettä ja terveystieteitä. Tietoa täytyy osata soveltaa käytännön hoitotyössä. Sairaanhoidaja on osa moniammatillista tiimiä, mutta siltikin työ on hyvin itsenäistä. Sairaanhoidaja toteuttaa potilaan hoitotyötä lääkärin ohjeiden mukaisesti. Sairaanhoidajan tulee pystyä tekemään vaikeitakin päätöksiä ja hallita eettinen ammattitaito. (Sairaanhoidajat 2014b.)

Sairaanhoidajan osaamisen tavoitteet on jaettu eri osa-alueisiin. Sairaanhoidajaopinnot painottuvat seuraaviin alueisiin: oppimisen taidot, eettinen osaaminen, työyhteisöosaaminen, innovaatio-osaaminen sekä kansainvälisyysosaaminen. (Savonia AMK:n www-sivu s.a.) Sairaanhoidaja tutkinnon ja työelämäkokemuksen jälkeen sairaanhoidaja voi hakeutua lisä- ja täydennyskoulutukseen.

Sairaanhoidajan tulee osata arvioida ja kehittää osaamistaan, sekä oppimistapojaan. Tiedon kriittinen hankkiminen, käsittely ja arviointi kuuluvat oppimisen taitojen osaamisalueeseen. Vastuun ottaminen ryhmän oppimisesta sekä opitun tiedon jakaminen ovat tärkeitä taitoja. Yrittäjyyden sisäistäminen kuuluu myös osaksi oppimisen taitojen yleisiin kompetensseihin. (Savonia AMK:n www-sivu, s.a.)

Sairaanhoidajan eettiseen osaamiseen kuuluu kyky ottaa vastuuta toiminnastaan. Alan ammattieettiset periaatteiden täytyy olla tuttuja. Tasa-arvoisuuden ja erilaisten toimijoiden huomioonottaminen tulee näkyä toiminnassa. Sairaanhoidajan tulee huomioida kestävä kehitys ja

kyetä vaikuttamaan yhteiskunnallisesti, muistaen aina eettiset arvot. Työyhteisöosaamisen kompetenssiin kuuluu toimiminen työyhteisön jäsenenä edistäen sen hyvinvointia. Toimiminen johtamisen ja itsenäisen työskentelyn saralla kuuluu työskentelyyn. Toimiminen verkostoissa on osa työyhteisöosaamista. Valmiudet yrittäjänä toimimiseen ovat olemassa. Ongelmanratkaisu ja kyky kehittää työtapoja ovat osa sairaanhoitajalta vaadittavaa innovaatio-osaamista. Osana innovaatio-osaamista ovat myös asiakaslähtöiset, kestävät ja taloudelliset ratkaisut, joita sairaanhoitaja tulee työssään kohtaamaan. Myös projektityöskentely, tutkimus- ja kehittämishankkeet ovat osa tulevan sairaanhoitajan työnkuvaa. Sairaanhoitajakoulutus takaa sairaanhoitajan työhön tarvittavan kielitaidon osaamisen. Koulutuksen aikana opiskellaan perustaidot ruotsin ja englannin kielestä liittyen ammattisanastoon. Koulutukseen sisältyy monikulttuurista ja kansainvälistä yhteistyöosaamista. Kansainvälisyysosaamiseen kuuluu oman alan kansainvälisyyskehityksen vaikutusten ja mahdollisuuksien huomioiminen. (Savonia AMK: n [www-sivu, s.a.](http://www.sivu.s.a))

Erikoistumisopinnot ovat ammattikorkeakoulututkinnon tai vastaavan suorittaneille tarkoitettuja opintoja. Ammatillisen osaamisen syventämiseksi ja lisäämiseksi erikoistumisopinnoissa syvennyttään työelämän kannalta keskeisiin asioihin. (Savonia, s.aa.) Ammattikorkeakoulun erikoistumisopinnot ovat jo suoritettujen tutkintojen täydentäviä opintoja. Ne ovat tarkoitettu työelämän tarpeita varten ja koulutusten tarkoituksena on laajentaa sekä syventää jo opittuja taitoja. Ammatillisten erikoistumisopinnojen laajuus on 30- 60 opintopistettä jotka voi suorittaa 1- 2 vuodessa. (Fioca 2014; STM 2004.)

Terveystieteiden lain § 5 veloitetaan kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän huolehtivan terveydenhuoltohenkilöstön täydennyskoulutuksesta. Täydennyskoulutuksessa on huomioitava työntekijän aiempi koulutus, työn vaativuus ja tehtävien sisältö. Terveystieteiden lain voimaantulon myötä sairaanhoitajille on tullut uusia osaamisvaatimuksia. Hoidon tarpeen arviointi, hoito- ja kuntoutussuunnitelmien laatiminen sekä ohjaus ja neuvonta ovat lisääntyneet huomattavasti. (Laki terveydenhuollosta L 2010/1326.) Täydennyskoulutukset ylläpitävät osaamista ja ne on mahdollista suunnitella ja toteuttaa yksilöllisten tarpeiden mukaisiksi. (Savonia s.ab). Täydennyskoulutuksiin kuuluu esimerkiksi Perhetyönkoulutus, Perheinterventiokoulutus, Perhehaastattelukoulutus, Terapeuttinen vuorovaikutus perhetyössä koulutus sekä Hoitosuhdekoulutukset. (Asikainen & Koivistoinen 2015.)

Sairaanhoitaja tutkinnon suorittanut voi hakeutua suoraan psykoterapia opintoihin. Koulutus toteutetaan monimuoto-opetuksena ja se kestää noin vuoden. Koulutukseen kuuluu kirjallisia tehtäviä, yksilö- ja ryhmätöitä sekä opinnäytetyö. (Mieli s.a.). Psykoterapeuttikoulutukset on tarkoitettu ammattikorkeakoulu- tai ylemmän ammattikorkeakoulu tutkinnon suorittaneille, esimerkiksi lääkäreille, psykologeille tai sairaanhoitajille. Hakijalla tulee olla pohjakoulutuksen lisäksi vähintään kahden vuoden työkokemus mielenterveystyössä toimimisesta. (Tampereen yliopisto 2014.)

6 SAIRAANHOITAJAN VASTUU JA TYÖSSÄJAKSAMINEN

6.1 Sairaanhoidajan työ ja siihen liittyvä vastuu

Sairaanhoidajalla on useita vastuualueita: karkeasti jaoteltuna se voisi olla seuraavaa; ammatillinen vastuu, eettinen ja moraalinen vastuu, rikosoikeudellinen vastuu, vahingonkorvausvastuu, virkavastuu, kurinpidollinen vastuu ja isännänvastuu. Sairaanhoidajan ammatillista vastuuta säätelevät lait, kuten esimerkiksi laki ja asetus terveydenhuollon vastuuhenkilöistä, laki potilaan asemasta ja oikeuksista, potilaslaki, sekä terveydenhuollon erikoislait, kuten erikoissairaanhoidolaki sekä mielenterveyslaki. Jokainen sairaanhoidaja on itse vastuussa työstään ja siitä mitä tekee. (Holi, s.a.)

Sairaanhoidajan tehtävänä on edistää ja ylläpitää kansalaisten terveyttä, sekä ehkäistä sairauksia ja lieventää niistä aiheutuvaa kärsimystä. Toiminnastaan sairaanhoidaja on vastuussa niille asiakkaille, joiden hoitoon hän osallistuu. Sairaanhoidajan vastuulla on luoda kulttuuria, jossa yksilö tapoineen ja vakaumuksineen otetaan huomioon. Potilaan itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa ja hänet pitää ottaa mukaan päätöksentekoon koskien hoitoa. Sairaanhoidajalla on vaitiolovelvollisuus, ja hoitosuhteen tuleekin perustua luottamukselle. (Sairaanhoidajat 2014b.)

Sairaanhoidajan velvollisuus on kehittää ammattitaitoaan koko ajan, ja hänen on vastattava henkilökohtaisesti tekemästään työstä. Ammattitaitoa ja asiantuntijuutta tulee kehittää. Yksi sairaanhoidajan työhön liittyvistä vastuista on taata tekemälleen työlleen hyvä laatu. Työn hyvään laatuun liittyy myös sen eettisyys, josta sairaanhoidaja on vastuussa. (Sairaanhoidajat 2014b.) Omassa työyhteisössään jokainen sairaanhoidaja on vastuussa kollegiaalisuuden säilymisestä sekä työpaikalla että sen ulkopuolella (Sairaanhoidajat 2014c).

Työssään sairaanhoidajan vastuualueisiin kuuluu hoitokokonaisuuteen osallistuminen, kuten hoidon määrittely, suunnittelu, toteutus, seuranta sekä hallinnointi ja kehittäminen. Jokaisen hoitajan kohdalla tehtävänkuvat ja vastuut muodostuvat yksilöllisesti, myös riippuen siitä tehdäänkö työtä yksilötyönä, vai ryhmässä. Työyksiköstä riippuen sairaanhoidaja voi olla vastuussa jostakin tietystä erityistehtävästä. (Nurmela, Isotalo & Nygren s.a., 3.)

6.2 Työhyvinvointi

Työelämän molemmat osapuolet ovat yksimielisiä siitä, että työhyvinvointi on tärkeä asia, mutta erilaiset tarpeet sen edistämiseksi ja kehittämiseksi vaihtelevat suuresti. Käsitteenä työhyvinvointi ei ole vakiintunut, vaikka sitä on tutkittu laajasti. Yleisin näkökulma joita liitetään työhyvinvointiin, ovat työntekijän jaksamiseen liitettävät yksittäiset tekijät, kuten terveelliset elämäntavat, terveys ja työkyky. Työhyvinvointiin voidaan käyttää kolmea eri mallia. Sopeuttavassa toimintamallissa hyvinvointi

määritellään yksilön asiaksi. Työnantajan näkökulmasta työntekijä joka pitää itsensä hyvässä fyysisessä kunnossa ja pitää itsestään huolta työajan ulkopuolellakin, on hyvä ja tehokas työntekijä. Kehittävissä toimintamallissa työntekijälle luodaan mahdollisuus osaamisensa kehittämiseen esimerkiksi työmenetelmien ja toimintatapojen kehittämisen kautta. Kokonaisvaltaisessa toimintamallissa liitetään yhteen sopeuttava- sekä kehittävä malli, jolloin työntekijä pitää itsestään huolta työnantajan huolehtiessa työnteon edellytyksistä ja työntekijän kokonaisvaltaisesta jaksamisesta. (Laine 2014, 9-10.)

Työhyvinvoinnin kokonaisvaltaisen toimintamallin antama vastuu jakautuu työnantajille ja työntekijöille. Työntekijä on vastuussa omasta hyvinvoinnistaan, kaikkea vastuuta ei voi osoittaa esimiehille. Esimiehienkin on vastattava omasta hyvinvoinnistaan. Tämän toimintamallin kantava voima on yhteisöllisyys. Kun työryhmä on hyvä, sen jäsenet huolehtivat toisistaan ja samalla koko työyhteisön hyvinvoinnista. Työhyvinvointi lähtee työyhteisön sisältä, ei vain ulkopuolisten tekijöiden aloitteesta kuten esimerkiksi työterveyshuollon tai työsuojeluvaltuutetun kautta. Hyvä työyhteisö ei kilpaile työyhteisön sisällä, vaan se toimii yhtenä isona yksikkönä, tiiminä, jolloin ammatilliset reviirit ovat lomittaisia. (Laine 2014, 10.)

Työhyvinvointiin sisältyy kaikki se, mitä työntekijän elämässä tapahtuu ja joka vaikuttaa työn tekemiseen. Työntekijän perhetilanteet, taloudelliset lähtökohdat, terveydentila vaikuttavat työn tekemiseen ja sen mielekkyyteen. Peilikuvana myös työpaikan haasteet, ilot ja surut heijastuvat työntekijän muuhun elämään. Työhyvinvointi ei ole erillinen kokonaisuus, vaan siihen vaikuttavat kaikki ne tekijät, jotka osaltaan vaikuttavat kokemukseen työhyvinvoinnista. Työssä voi nykykäsityksen mukaan olla myös mukavaa, ja työnteosta saa nauttia. Kun työyhteisössä on hyvä olla ja työskennellä, se näkyy usein esimerkiksi sairauspoissaolojen ja työntekijöiden vaihtuvuuden vähentymisenä. Työhyvinvoinnin käsite ei ole riippuvainen työnkuvasta vaan työyhteisön hyvinvoinnista ja yksilön omasta kokemuksesta. (Laine 2014, 11–12.)

Sosiaali- ja terveysalalla työhyvinvointia on tutkittu paljon. Tutkimusten mukaan työssä jaksamista lisäävät vastavuoroisuuden tunne, työn mielekkäisyys ja hoitajien oma asenne työtä kohtaan. Potilaan ja hoitajan välinen vastavuoroisuus, auttaminen hoitotyössä, parityö ja samalla myös oma vapaus toteuttaa työtä, koettiin tärkeäksi osaksi työhyvinvoinnin kasvamisessa. Vuorovaikutus potilaiden kanssa, hyvin tehty hoitotyö ja potilaiden tyytyväisyys nosti hoitajien arvostusta omaa työtään ja yhteisöään kohtaan. Merkittävän suuri ristiriita oli kuitenkin se, että hoitotyötä ei voitu toteuttaa niin hyvin kuin sitä olisi haluttu tehdä. Tähän vaikuttivat erityisesti niukat resurssit ja vajaa henkilöstömitoitus, jolloin se aiheutti huomattavaa henkistä kuormitusta hoitajissa. Terveystieteiden alalla resurssit tekevät rajoitteita eettisesti hyvälle hoitotyölle. Työ on vaativaa ja vastuullista eikä se vastaa aina palkkausta. Tämä näkyy etenkin uupumisena ja motivaation laskuna etenkin vanhusten hoitotyössä. Vaikutusmahdollisuudet työn määrään sekä työtahtiin ovat heikot ja epävarma työtilanne lisää henkistä kuormitusta entisestään. Sijaisia kuormittavat pätkätyöt, mutta vakituisia työntekijöitä rasittavat liian pitkät työrupeamat ilman tarvittavaa lepoa. Työsuhteen vakinaistaminen ei ole Suo-

nessa yhtä yleistä kuin muissa pohjoismaissa. Suomessa neljäsosa työntekijöistä ei ole vakituisia. Se tuo osaltaan epävarmuuden tunnetta työntekijöille ja työyhteisölle. Kuitenkin sairaanhoitajan ammatti on arvostettu niin sairaanhoitajien itsensä kuin valtaväestönkin mielestä. Terveys- ja hyvinvoinnin alan työt ovat yleensäkin arvostettuja eri kyselyiden perusteella. (Laine 2014, 12–14.)

6.3 Työnohjaus

Lyhykäisyydessään työnohjauksessa on kyse oman työskentelyn arvioinnista, tutkimisesta ja kehittämisestä. Tämä tapahtuu työnohjaukseen koulutetun henkilön avulla. Työnohjauksessa pureudutaan omaan työyhteisöön ja työskentelyyn liittyviin kysymyksiin, kokemuksiin sekä tunteisiin, tulkitaan ja jäsenetään niitä. Työnohjauksessa voi luottamuksellisesti käsitellä erilaisia konflikteja, asiakaspalautteita ja eettisiä kysymyksiä. (Suomen työnohjaajat ry, s.a.) Työnohjaus voidaan nähdä myös työhyvinvointia lisäävänä asiana työsuojelun kautta. Samalla se on myös työntekijän oikeusturvan tae laadunvalvonnan kautta (Eskelinen 2008, 195.) Kärkkäisen (2013, 56) väitöskirjassa tekemän laadullisen tutkimuksen mukaan työntekijät itse kokevat työnohjauksesta olevan apua työssä kehittymiseen, potilaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen sekä työntekijän kuulumalle organisaatiolle.

Työnohjaus on hyväksi silloin, kun työhön halutaan löytää uusia näkökulmia ja kun työntekijä haluaa kehittyä työssään. Muiden kanssa kokemusten jakaminen helpottaa, ja eri työyhteisöön kuuluvilta voi saada erilaista tukea, sillä silloin ei olla siinä omassa työyhteisössä, jossa on totuttu tiettyihin rooleihin. Työnohjauksesta ohjattava voi saada esimerkiksi lisää itseluottamusta, rohkeutta, kommunikointitaitoja, apua stressinhallintaan, keinoja estää työuupumusta ja rajata työtehtäviä sekä kehittää itseään. Työnohjauksesta ei saa valmiita vastauksia, vaan ohjaaja auttaa ohjattavaa oivaltamaan ne itse. (Suomen työnohjaajat ry, s.a.)

Työnohjaukseen liittyy eettisiä periaatteita, joiden mukaan toimitaan. Kaikkien keskustelujen lähtökohtana on sopimus ja sen noudattaminen. Sopimuksessa mainitaan tavoitteet, aikataulut, työskentelytavat ja hinnat. Keskustelut ovat avoimia ja luottamuksellisia. Ohjaaja ja ohjattava eivät luovuta käsiteltäviä asioita ja tietoja eteenpäin. Ohjaaja kunnioittaa ohjattavaa kaikilla tasoilla, eikä arvostele ohjattavaa vaikka tämä olisi epäonnistunut työtehtävissään. Työnohjausta ja sen tuloksellisuutta on arvioitava, ja sille on annettava riittävästi aikaa. (Suomen työnohjaajat ry, s.a.) Mielenterveyslaissa sanotaan, että mielenterveyspalvelujen antaminen vaatii toimivan työnohjausjärjestelmän. Mielen-terveyspalvelut eivät voi olla laadukkaita ilman työnohjausta. (Eskelinen 2008, 196.)

Katainen ja Kauppinen (2013, 28) ovat opinnäytetyössään tutkineet hoitotyöntekijöiden näkemyksiä työnohjauksen merkityksestä psykiatrisessa ja somaattisessa hoitotyössä Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. Tuloksista selviää, että työnohjauksessa työntekijät pitävät tärkeänä ajatusten suuntaamista, hoitosuhdetyöskentelyn tukea sekä ammatillista kehittymistä. Haastattelussa ilmeni myös työnohjauksen vaikutus työhyvinvointiin. Työnohjaaja koettiin tavallaan peilinä ajatuksille, samalla

koettiin että työnohjaus auttoi suuntaamaan omia ajatuksia hoitotyössä. Hoitosuhdetyöskentelyyn työnohjauksesta koettiin olevan apua, työnohjauksessa saattoi huomata jonkin asian ihan uudella tavalla ja huomasi siihen uuden näkökulman.

Opinnäytetyössään Katainen ja Kauppinen (2013, 28–29) saivat selville, että työntekijöiden mielestä työnohjaus tukee myös omaa ammatillista kasvua. Työnohjauksesta koettiin saavan rohkaisua toimimaan hoitajana eri tilanteissa, itseluottamus koheni, ammatti-identiteetti vahvistui, sekä kyky arvioida itseään parantui. Samalla työhyvinvointi kohentui, ja omaan jaksamiseen sai tukea. Työhyvinvointiin liittyen työnohjauksen koettiin auttavan asioiden tarkastelemista myönteisestä näkökulmasta, eikä niinkään ongelmakeskeisestä näkökulmasta.

7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TEHTÄVÄT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää aikuispsykiatrisen poliklinikan sairaanhoitajien työnkuvaa, vastuuta ja työhyvinvointia Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän alueella Iisalmessa, Kiuruvedellä, Sonkajärvellä ja Vieremällä.

Opinnäytetyömme tavoitteena oli tuoda esille aikuispsykiatrisen poliklinikan sairaanhoitajien työnkuvaa ja kokemuksia työhön kohdistuvista haasteista ja vastuusta. Opinnäytetyömme tavoitteena oli kerätä sairaanhoitajien kokemuksia ja ajatuksia työnkuvasta ja vastuusta mahdollista jatkohyödyntämistä varten.

Tämän opinnäytetyön tehtävät ovat

1. Mitä aikuispsykiatrisen poliklinikan sairaanhoitajan työnkuvaan sisältyy?
2. Millaisena aikuispsykiatrisen poliklinikan sairaanhoitaja kokee vastuun työssään?
3. Miten aikuispsykiatrisen poliklinikan sairaanhoitaja kokee hyvinvoinnin työssään?

8 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

8.1 Laadullinen tutkimus

Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on tutkia ihmisiä heidän omassa ympäristössään ja ympäristöihin liittyviä merkityksiä (Kylmä & Juvakka 2007, 16). Laadullista tutkimusta voidaan kuvata ymmärtäväksi tutkimukseksi, koska ilmiöitä voidaan selittää ja ymmärtää (Tuomi & Sarajärvi 2009, 28). Laadullista tutkimusta tehdessä ollaan aina tarkkoja siitä, että tutkimus on tehty huolellisesti eettisiä periaatteita ja menetelmällistä tarkkuutta noudattaen. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää totuus tutkittavasta kohteesta. (Kylmä & Juvakka 2007, 16–17.) Opinnäytetyömme tavoitteena oli ymmärtää haastateltavien sairaanhoitajien työnkuvaa, vastuuta ja työhyvinvointia. Olimme koonneet työlemme valmiin teoriapohjan, mutta ennen haastattelua meillä ei ollut tiettyä olettamusta siitä, mitä haastatteluissa tulisi esille. Olimme kiinnostuneita haastateltavien sairaanhoitajien näkökulmasta asioihin. Tämä on yksi laadullisen tutkimuksen ominaisuuksista (Kylmä & Juvakka 2007, 23).

Varsinkin hoitotyössä on usein niin, että ilmiöitä ei pystytä määrällisesti mittaamaan eikä tutkimaan havaintojen perusteella. Jotta ilmiö olisi mahdollista ymmärtää, se vaatii usein ihmisten omia kuvauksia aiheeseen liittyen. Jotta on mahdollista saada laadukas ja kattava aineisto, on osallistujilla oltava tietoa tutkittavasta aiheesta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 57–85). Opinnäytetyömme avulla saadut tulokset perustuivat hoitajien omiin kokemuksiin, ja he olivat alansa ammattilaisia.

8.2 Aineistonkeruu ja aineiston analyysi

Teemahaastattelun tarkoitus on tutkia erilaisia ilmiöitä ja hakea ratkaisuja erilaisiin ongelmiin. Koska teemahaastattelu on avoin, sitä voidaan osin verrata syvähaastatteluun. Teemahaastattelu etenee etukäteen valittujen teemojen ja kysymysten mukaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74–75.) Kysymysten tarkka järjestys ja muoto sen sijaan muotoutuvat haastattelun edetessä. Teemahaastattelu on oma haastattelun muotonsa, joka on lomakehaastattelun ja avoimen haastattelun välimuoto (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2004, 203). Teemahaastattelun etuna on havainnoida haastateltavien eleitä ja ilmeitä, jolloin ne voivat antaa erilaisia merkityksiä vastauksille. Teemahaastattelulla pyritään saamaan vastauksia tutkimustehtäviin ja tutkimuskysymyksiin, jotka muotoutuvat jo aiemmin laaditun viitekehyksen perusteella (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.)

Ryhmähaastattelussa kysymykset kohdennetaan joukolle ihmisiä samaan aikaan. Yksi ryhmähaastattelun kriteereistä on, että haastateltavat ovat samankaltaisia tutkittavan asian suhteen. Ryhmän sopivaksi kooksi on arvioitu 3-12 henkilöä. Jos ryhmäkoko on suuri, voi haastattelunauhojen purkaminen aiheuttaa suurta työtä ja haastetta. Ryhmähaastattelu pitää keskustelun luontevana, mutta jos aihe on arkaluontoinen, voi ryhmätilanne aiheuttaa myös hankaluuksia. Ryhmähaastattelun

pääosassa on ryhmän keskinäinen vuorovaikutus. Kun haastattelutilanne on onnistunut ja ryhmän vuorovaikutus on luontevaa, ryhmähaastattelun avulla voidaan saada paljon tietoa ilmiöstä jota tutkitaan. (Hannila & Kyngäs 2008.)

Tiedonkeruumenetelmäksi valikoitui haastattelu, nimenomaan teemahaastattelu, koska halusimme tuoda opinnäytetyössämme esille sairaanhoitajien henkilökohtaisia kokemuksia, emmekä tilastoja. Laadullisen tutkimuksen mahdollisia tuloksia on helpompi käyttää kehitystyössä. Määrällisessä tutkimuksessa kysymykset ovat usein suljettuja, kun taas laadullisessa tutkimuksessa ne ovat avoimia. Avoimilla kysymyksillä keräsimme kokemustietoa, eikä se ole sidottu niin vahvasti totuudellisuuteen. Pääteemoiksi valikoitui opinnäytetyön teoriaosuuden pohjalta työnkuva, vastuu sekä työhyvinvointi.

Haastattelut toteutettiin huhtikuun 2015 aikana. Kävimme haastattelemassa kolmessa Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän kunnassa aikuispsykiatristen poliklinikkojen sairaanhoitajia. Haastattelut oli tarkoitus tehdä pienissä, muutaman henkilön ryhmissä, ryhmäkoot vaihtelivat 1-5 sairaanhoitajaa. Sairaanhoitajia työskentelee yhteensä 21, joista saimme haastateltua 11. Halusimme haastatella mahdollisimman montaa sairaanhoitajaa, koska halusimme tutkimustulosten olevan mahdollisimman luotettavia. Koemme, että saimme laadukkaan aineiston haastattelemalla 11 sairaanhoitajaa sillä laadullisen tutkimuksen tulokset eivät ole riippuvaisia haastateltavien määrästä vaan laadullisesti kattavasta aineistosta. Mielestämme saimme kattavan aineiston, ja saimme vastaukset opinnäytetyömme tehtäviin. Haastatteluissa jaoimme vastuun niin, että vuoroin toinen toimi haastattelijana, ja toinen tarkkailijana. Ensimmäinen haastattelu toimi niin sanottuna esitestauksena, jolloin näemme teemahaastattelurungon (liite 1) toimivuuden.

Aineiston keruu tapahtui nauhoittamalla haastattelut nauhureiden avulla. Jotta aineisto saatiin varmuudella kerättyä, käytimme kolmea nauhuria. Nauhurit saimme lainaan Savonia-AMK:n kirjastosta. Lähetimme etukäteen kirjeen (liite 2) haastatteluajankohdasta sairaanhoitajille, sekä lähetimme etukäteen myös teemahaastattelurungon (liite 1), jotta hoitajat pystyivät valmistautumaan haastatteluun miettimällä teemoja etukäteen.

Kun olimme saaneet kerättyä kaiken aineiston, litteroimme sen. Litteroitua aineistoa oli yhteensä 40 sivua. Analysoimme aineiston teemoittain. Teemahaastattelussamme meillä oli kolme teemaa; työnkuva, vastuu sekä työhyvinvointi. Analyysissa etsimme vastauksia tutkimuskysymyksiimme; "Mitä aikuispsykiatristen poliklinikan sairaanhoitajan työnkuvaan sisältyy?" sekä "Millaisena aikuispsykiatristen poliklinikan sairaanhoitaja kokee vastuun työssään?". Olimme tietoisia siitä, että haastattelujen puhtaaksikirjoittaminen tulee viemään aikaa, joten jaoimme sen työn puoliksi ja koimme tavan toimivaksi. Näin saimme aineiston paperille nopeammin. Puhtaaksikirjoitettu aineisto tallennettiin sekä tietokoneelle, että tulostettiin paperiversiona, näin minimoimme aineiston katoamisen riskin. Kun aineisto oli kirjoitettu puhtaaksi, tuhosimme haastattelunauhut tietosuojasyyden vuoksi. Kun opinnäytetyö on valmis, poistamme haastattelutiedostot tietokoneelta, sekä tuhoamme paperiversiot. Näin varmistamme tietosuojan toteutumisen.

Aineiston analyysi voidaan jakaa kahteen vaiheeseen; analyysivaiheeseen ja tulkintavaiheeseen. Analyysivaiheessa aineistoa puretaan pienempiin osiin. Tulkintavaiheessa vastauksia kerätään yhteen, antaen aineiston puhua omaa kieltään. Analyysin tarkoituksena ei ole käsitellä kaikkea esille tulevaa tietoa, vaan sillä haetaan vastauksia tutkimuskysymyksiin. Analyysin tarkoitus on tiivistää aineisto ja luoda siitä yleiskäsitteitä. (Kylmä & Juvakka 2007, 112–113.) Litteroituamme aineiston, aloimme analysoida sitä. Alleviivasimme tärkeitä kohtia erivärisillä tusseilla ja kokosimme tärkeimmät asiat eri papereille. Vastauksia tulkittaessa kokosimme kaiken aineiston yhteen, ja tarkkailimme oliko meiltä jäänyt jotakin huomaamatta. Pyrimme keskittymään siihen, että etsimme vastauksia vain tutkimuskysymyksiin. Varoimme tuomasta mitään ylimääräistä analyysiin ja tulkintaan, pidimme faktat faktoina, emmekä antaneet oman mielipiteen tulla esille. Mielestämme onnistuimme hyvin, emmekä sortuneet ylitulkintaan, eli kokosimme vain sen mitä haastattelussa tuli ilmi.

9 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Aikuispsykiatrisen poliklinikan sairaanhoitajilla oli vahva koulutus ja työkokemus, jota he kaikki ovat täydentäneet laajoilla lisäkoulutuksilla. Työkokemusta henkilökunnalla oli sekä somatiikan että psykiatrian puolelta ympäri Suomea. Hoitajat kokivat somatiikan puolen osaamisen olevan tärkeä osa työtä, sillä potilaan hoito on niin kokonaisvaltaista. Hoitajat osasivat arvostaa mahdollisuutta erikoistua ja suuntautua haluamaansa suuntaan oman kiinnostuksen mukaisesti.

9.1 Sairaanhoitajan työnkuva ja osaaminen

Aikuispsykiatrisen sairaanhoitajan työkuva on moninainen, haastatteluissa hoitajat kertoivat asiakkaan asioiden kokonaisvaltainen huolehtimisen sekä moniammatillisen yhteistyön olevan pääosassa heidän työssään. Hoitajat näkivät lääkärin ottavan päävastuun hoidosta, mutta hoitajien vastuulle jää itse hoidon toteuttaminen. Hoitajan työnkuvaan aikuispsykiatrisella poliklinikalla kuuluu vastaanottotyö, kotikäynnit, hoitosuhdetyöskentely, lääkehoito sekä asiakkaan ohjaus ja neuvonta. Kirjaaminen ja tilastointi ovat myös iso osa hoitajien työpäivää, ja se vie ison osan työajasta. Haastatteluissa hoitajat korostivat luottamuksellisen hoitosuhteen rakentamisen tärkeyttä.

Hoitajat toivat ilmi, että työhön kuuluu kokonaisvaltaisesti asiakkaan asioista huolehtiminen. Potilas on otettava huomioon biopsykososiaalisena kokonaisuutena. Työ ei rajoitu vain poliklinikan tiloihin, vaan laajenee asiakkaan kotiin kotikäyntien muodossa. Hoitajat kuvasivat itseään liikkuvaksi kalustoksi. Hoitajat korostivat myös puhelimesta tehtävän työn tärkeyttä. Hoitajat näkivät haasteelliseksi potilaan hoidontarpeen sekä palvelutarpeenarvioinnin, koska lääkäriä ei ole jatkuvasti käytettävissä ja usein arviointi on tehtävä puhelimitse jolloin asiakasta ei edes näe. Hoitajien tehtäväksi jää arvioida asiakkaan sen hetkinen tuen tarve sekä koota potilaan tueksi tarvittava yhteistyöverkosto, johon kuuluvat kaikki yhteistötahot, mutta myös asiakkaan omaiset. Pääsääntöisesti potilaat kuitenkin käyvät hoitajien luona polikliinisessä seurannassa. Hoitajien työhön kuuluu myös toimijan rooli erilaisissa tiimeissä ja verkostoissa.

Työnkuvan haasteena hoitajat toivat esille ennaltaehkäisevän työn riittämättömyyden, jonka he näkivät keskeiseksi osaksi hoitotyötä. Hoitajien mukaan työaika täytyy keskittää siihen, missä hätä on suurin. Vaikka hoitajien työ on itsenäistä, he eivät koe olevansa yksinäisiä työssään. On tilanteita, joissa jokainen hoitaja on yksin, esimerkiksi potilaan itsemurha. Hoitajat kertoivat, että moniammatillinen työryhmä, kollegat ja yhteistyötahot tuovat heille tietenkin tukea näissäkkin tilanteissa, mutta iso osa asioista jää käsiteltäväksi yksin.

”Tässä työssä pitäis nähdä myös se ennaltaehkäisevä arvo tässä.. että jos tätä ei hyvin eikä kunnolla hoitais nii kaikkihan ois sitte tuolla muualla terveydenhuollon puolella.”

Moniammatillisen työn tärkeys korostui hoitajien puheissa. Moniammatillinen työryhmä on hoitajille iso tuki. Yhteistyökumppaneita hoitotyössä on useita, joista hoitajat mainitsivat erityisesti sosiaalityöntekijät, lääkärit, psykologit, psykiatrit, lastenneuvolan, kotihoidon, terveyskeskuslääkärin, kotikuntoutuksen, Ohjuriin, OIVA:n, työterveyshuollon, ASPA:n, esimiehen sekä osastonsihteerin. Yhteistyö eri tahojen kanssa koettiin toimivaksi ja vaivattomaksi, mutta lääkäripula vaikeuttaa työskentelyä monella tavalla.

Haastattelussa pyysimme hoitajien miettimään työn kuormittavuutta. Hoitajat eivät kokeneet kuormittavana itse asiakastyötä, vaan kaiken muun aikaa vievän, joka ei liity välittömään asiakastyöhön. Hoitajien työaikaan sisältyy välittömän asiakastyön lisäksi myös työyhteisön viikoittaiset tiimit, palaverit, infotiimit, työpaikkakokoukset, työnohjaukset ja hoitotiimit, mutta osan työajasta vievät myös erilaiset vastuutehtävät.

"Ennen oli kyllä niin täysiä työpäiviä että ei tahtonu kirjata ehtiä. ja just semmoset välttämättömät, että se oli monta vuotta sillee."

9.2 Vastuu

Sairaanhoitajilla on työpaikalla erilaisia vastuualueita työn tuoman vastuun lisäksi. Vastuualueita on pyritty jakamaan niin, että joku huolehtii turvallisuusasioista, toinen lääkehoitoon liittyvistä asioista ja kolmas esimerkiksi opiskelijaohjauksesta. Hoitajien kertoman mukaan nämä vastuualueet vievät oman osansa työajasta. Asiakastyössä kaikki hoitajat näkivät työnsä vastuulliseksi. Hoitajat kertoivat vastuullista olevan kokonaisvaltaisen hoidon suunnittelu ja toteutus, vaikkakin lääkäri kantaa hoidosta päävastuun.

Potilaan yhteydenoton jälkeen arvioitava hoidon tarve nähtiin erittäin vastuulliseksi. On pitkälti hoitajan vastuulla, minne potilas ohjataan esimerkiksi puhelinoiton perusteella; riittääkö hoitajan tuki vai tarvitaanko lääkärin apua sekä tarvitseeko potilas sairaalahoitoa vai pärjätäänkö avohoidon keinoin? Hoitajat kertoivat, että joskus he tuntevat olevansa vastuussa potilaan hengestä ja elämästä, vaikka tiedostivatkin oman työnsä rajallisuuden.

"Sitten jos tulee semmonen tunne että ei päästä sen potilaan kanssa yhteisymmärrykseen, niin ja työntekijälle jää se tunne että tämä ei ole enää kotikuntoinen, ja potilas taas väittää ihan toista. Niin siinä on aika isojen niinkun mietintämyssyjen paikka, et.. et, luotanko siihen potilaan sanaan vai enemmän sitten siihen omaan tunteeseen?"

Vastuun jakaminen nousi myös esille haastatteluissa. Varsinkin pienillä paikkakunnilla vastuun jakaminen koettiin erityisen haasteelliseksi, koska työparia ei aina ole. Asiakaskunta on myös laajempi, koska he hoitavat myös alaikäisiä asiakkaita. Tämä tuo työhön lisää haasteita sekä

yhteistyökumppaneita. Hoitajat näkivät, että heillä on oltava taito hoitaa lähes kaikkia potilaan asioita, kun taas erikoistyöntekijät voivat helpommin määritellä oman alueensa.

Hoitajien vastuu korostuu pienillä paikkakunnilla etenkin lomien aikana, jolloin toisen hoitajan potilaat siirtyvät yhdelle hoitajalle. Kesälomien ja sairaslomien ajan yhden hoitajan vastuulla ovat molempien hoitajien potilaat, samoin kuin vastuu potilaan kokonaishoidosta. Sijaisia ei hoitajien kertoman mukaan hankita, ainakaan lyhyille sairaslomille. Hoitajien kertoman mukaan sijaisen kanssa työskentely on hankalaa potilaalle itselleen, kuin myös sijaiselle. Haastatteluissa nähtiin haasteelliseksi myös toisen hoitajan potilaiden kanssa työskentelyn, koska hoitosuhde on hyvin tiivis.

Lääkärtilanne tuo lisää vastuuta hoitajien työpäivään ja heidän mielestään esimerkiksi vastuu potilaan lääkehoidosta jää hoitajille. Hoitajat kertoivat, että lääkäritilanne on ollut huono jo vuosia, mikä kuormittaa hoitajia. Hoitajien mielestä potilaan asioiden hoitaminen niin sanotun keikkalääkäriin kanssa jää puutteelliseksi, koska potilas on lääkärille vieras. Hoitajan rooli potilaan puolestapuhujana korostuu. Hoitajat joutuvat huolehtimaan siitä, että potilaan asiat tulevat kuulluksi ja huomioitua, esimerkiksi osastohoidon tarve.

Hoitajien kertoman mukaan työn vaatavuus ja vastuu eivät näy palkkauksessa. Hoitajat vertaavat omaa työtään vastuun kautta esimerkiksi osastotyötä tekevien hoitajien palkkaukseen, ja kokevat olevansa eriarvoisia. Hoitajat kokevat tekevänsä itsenäistä työtä suurella vastuulla, kun esimerkiksi osastotyössä hoitajan tukena on aina työryhmä sekä osaston lääkäri. Hoitajat vastaavat potilaansa hoidosta itse, ja tekevät hoidontarpeen arvioinnin itsenäisesti kun taas osastolla vastuu potilaasta siirtyy seuraavalle vuorolle. Hoitajat kertoman mukaan palkan nousu samalle tasolle esimerkiksi osastotyötä tekevien hoitajien kanssa ei olisi rahallisesti suuri asia, vaan se kertoisi esimiestason arvostuksesta psykiatrista poliklinikkatyötä kohtaan.

”Näkkyy se, miten erilailla kohellaan ihmisiä. ja eri ammattiryhmiä. Palkkauksessa, siinähi muun muassa. Nyppii tämä oikeudenmukasuus asia, jos minä koen että jossain ei oo tasa-arvo, niin se vie ihan hirveesti psyykkistä energijjaa ja voimavaroja”

9.3 Työhyvinvointi

Aikuispsykiatrisen poliklinikan sairaanhoitajan mielestä työhyvinvointi on edellytys työssä jaksamiselle. Haastatteluissamme hoitajat näkivät tärkeiksi työhyvinvointia edistäviksi tekijöiksi työnohjauksen, työyhteisön ilmapiirin sekä työn arvostuksen. Yksi työssä jaksamisen edellytys oli myös työajan ulkopuolella tapahtuvat asiat.

Työnohjaus koettiin hoitajien keskuudessa erittäin tarpeelliseksi, vaikka kaikilla vastaajista ei tällä hetkellä ollut työnohjausta. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän alueella hoitajien työnohjaus on joko yksilö- tai ryhmämuotoista. Se on hoitajien kertoman mukaan keino, jolla voi vahvistaa omaa ammatillisuuttaan ja jonka avulla voi avata omia ajatuksiaan esimerkiksi haastavissa potilastilanteissa. Työnohjauksesta koettiin saatavan eväitä ja uusia suuntia työn tekemiseen. Sen nähtiin olevan yksi työssä jaksamista tukeva asia. Haastattelussa tuli esille se, että hoitajien mielestä työnohjaus on edellytys työn tekemiselle.

Työilmapiiriin kaikki hoitajat kertoivat mieltävänsä avoimeksi ja sallivaksi, ja työyhteisössä työskentely on vaivatonta. Hoitajat tukevat toisiaan työtehtävissä ja kantavat tarvittaessa vastuuta yhdessä. Yhteistyö on saumatonta ja sujuvaa. Koko Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän ilmapiiriä hoitajat eivät kuvanneet niinkään avoimeksi. Hoitajien mielestä ylempien tahojen olisi hyvä tietää, mitä työpaikalla tapahtuu ja millaista työtä hoitajat oikeasti tekevät. Se voisi hoitajien mukaan parantaa ymmärrystä ja avoimuutta. Psykkisten rasitustekijöiden vastapainona hoitajat näkivät erittäin tärkeänä sen, että kotiasiat ovat kunnossa. Työn vastapainoksi täytyy hankkia asioita, johon töissä kerääntyvät asiat voi purkaa. Useat sairaanhoitajat kertoivat purkavansa työn psyykkisiä rasitustekijöitä liikuntaharrastuksen parissa.

”Vaikka se onkin paljon sitä arkista puurtamista, niin joskus tulee se hetki kun on jotakuta voinu ihan oikeesti auttaa. Se on niin palkitsevaa, että se on se juttu. Ja monet jutut mitä tulee tuolta työnantajataholta, niin ihmiset ei ees tiiä mitä myö täällä tehään.”

Työn arvostuksen hoitajat kertoivat syntyvän suurimmaksi osaksi suoraan potilailta, josta kertoo myös potilaiden sitoutuminen hoitoon. Myös oman työnsä arvostaminen on ehdoton edellytys työn tekemiselle. Vaikka suoraa kiitosta potilailta ei tulisikaan, hoitajat näkivät potilaan hoidon etenemisen ja voinnin paranemisen onnistumisena. Kollegojen arvostus, esimiehen ja ylemmän johdon arvostus tuli myös esille tärkeänä asiana. Haastattelemamme sairaanhoitajat halusivat enemmän tukea ja arvostusta ylemmiltä tahoilta.

”Kun potilas lähtiessä sannaoo että kiitos, kiitos saamastani avusta, kyllähän se on se, mikä sitten auttaa jaksamaan.”

Hoitajien mielestä heitä tulisi ottaa enemmän mukaan päätöksentekoon ja ottaa muutenkin työntekijät paremmin huomioon. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymässä on hiljattain otettu käyttöön uusi työaikamuoto, joka käytännössä tarkoittaa sitä, että työssä ollaan viikossa kaksi ja puoli tuntia aiempaa enemmän, koska ruokailu tapahtuu omalla ajalla. Hoitajien kokemukset tästä olivat pääasiassa negatiivisia. Heidän mielestään se lisää työn vaativuutta, varsinkaan kun se ei vaikuta

palkan määrään. Hoitajat näkivät työn vaativuuksien ja vastuiden lisääntyvän jatkuvasti, mutta palkkakori pysyy ennallaan.

”Jos sais tehdä vaan tätä perustyötä. Niin vaatimukset olisi huomattavasti vähäisemmät, kun mitä ne tällähetkellä on. Jotenni tuntuu, että vaaditaan niinku kaikkeen muuhun, niin paljon ja jatkuvat tämmöset organisaatiomuutokset ja ne, että ne vaatii niinku hirveesti.”

Työn kuormittavuudesta kertovat erilaiset muutokset. Organisaation sisällä tapahtuvat, liian nopeat, muutokset syövät hoitajien voimia ja motivaatiota itse hoitotyöstä. Hoitajat kertoivat muutosten hankaloittavan työntekoa, kapuloina yhteistyön rattaissa. Hoitajat näkivät koko kentän olevan pirstaleinen, jolloin yhden asian hoitaminen vaatii useita yhteydenottoja moniin eri paikkoihin. Työ nähtiin ajoittain erittäin raskaaksi ja kuormittavaksi, esimerkiksi asiakkaan itsemurhan vuoksi. Työnohjauksen ja työyhteisön tuen merkitystä painotettiin tärkeäksi. Haastatteluissa verrattiin työn aiheuttamaa kuormitusta vedettävään kelkkaan. Kelkan kyydissä kerrottiin aina olevan kuormaa, joskus painavampaakin lastia. Hoitajien mielestä kuitenkin kelkan luisto on paljon tärkeämpi asia, kuin itse painolasti sen kyydissä. Haastatteluissa kerrottiin työnantajan arvostuksen, koulutusmahdollisuudet ja työyhteisön tuen helpottavan työn kuormittavuutta.

10 POHDINTA

10.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyömme eettisyys ja luotettavuus tulee perustua kahdeksalle eettiselle vaatimukselle, jotka ovat tieteellisen toiminnan ydinasioita. Tutkijalla on oltava älyllistä kiinnostusta tutkimuksen tekemiseen. Tutkijan on tunnollisesti haettava tietoa alastaan ja tutkimusaiheestaan, jotta informaatio olisi luotettavaa. Tutkija ei saa käyttää vilppiä, vaan tutkimuksen on perustuttava rehellisyydelle. Jos tutkimuksen ajatellaan tuottavan vaaraa tai vahinkoa, on tutkijan jätettävä tutkimus. Ihmisarvoa tulee kunnioittaa, eikä sitä saa loukata. Myös ihmisen moraalista arvoa tulee kunnioittaa. Tutkimustuloksia tulee käyttää hyvien eettisten tapojen mukaisesti. Tutkimuksesta tulee olla jotakin hyötyä ammattikunnalle, joka liittyy tutkimukseen. Kollegoihin tulee suhtautua arvostavasti ja kunnioittavasti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–212.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida neljällä eri kriteerillä, jotka ovat uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys. Uskottavuuden osoittaminen tutkimuksessa vaatii tutkijan omaa panostusta ja mielenkiintoa tutkittavaan aiheeseen. Saatujen tutkimustulosten tulee olla uskottavia. Vahvistettavuus kulkee mukana koko tutkimusprosessin ajan, ikään kuin punaisena lankana. Laadullisessa tutkimuksessa vahvistettavuus on hankala käsite, sillä tutkijat voivat päätyä samaa aihetta tutkittaessa eri tuloksiin, mutta tämä ei kuitenkaan vähennä tutkimuksen luotettavuutta. Reflektiivisyydellä tarkoitetaan tutkijan tietoisuutta omasta roolistaan ja lähtökohdistaan. Tutkija on myös tietoinen siitä, kuinka hän itse vaikuttaa aineistoonsa. Siirrettävyys on yksinkertaisuudessaan sitä, ovatko tutkimustulokset siirrettävissä samankaltaisiin tilanteisiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 127–129.)

Meillä molemmilla oli mielenkiintoa aiheeseen ja motivaatio työn tekemiseen säilyi läpi prosessin. Mielestämme motivaatio näkyi ja teorian tiedon karttuminen toi uskottavuutta esimerkiksi haastattelutilanteisiin. Läpi prosessin olimme tietoisia omista rooleistamme ja haastattelutilanteisiin menimme ikään kuin ihmettelemään ja oppimaan uutta. Lähtökohdana opinnäytetyölle oli se, että joskus tulevaisuudessa mahdollisesti toimimme itse samassa työssä ja tämän opinnäytetyön tekemisellä saamme itsekkin arvokasta tietoa aiheesta. Uskomme, että olisimme menneet minne tahansa haastattelemaan samankaltaista työtä tekeviä sairaanhoitajia, tulokset olisivat olleet samanlaisia. Avohoitotyöllä on mielestämme samankaltaiset raamit joka puolella ja yhteiskunnallinen tilanne on sama koko maassa, joten tulokset olisivat varmasti olleet lähellä toisiaan.

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuus syntyy sillä, että aineiston keruu, analyysi ja raportointi kytkeytyvät toisiinsa. Jotta tutkimuksen luotettavuutta voidaan edistää, luotettavuuden tarkastelu tulee liittää luotettavasti omaan tutkimukseen ja sen lähestymistapaan. Tutkimuksessa

luotettavuutta edistää se, kun haastattelut, kertomusaineisto ja havainnointi voidaan liittää toisiinsa. (Willberg 2009.)

Opinnäytetyöhömmme liittyvässä ryhmähaastattelutilanteessa toinen meistä toimi haastattelijana ja toinen havainnoijana. Näin pystyimme liittämään tekemämme havainnot tuloksiin joita haastattelujen avulla saimme. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tuoda lisää tietoa aiheesta sekä meille, että toimeksiantajalle. Opinnäytetyömme lähtökohta oli eettisesti hyväksyttävä, koska haimme sillä tietoa. Haastattelimme toimeksiantajalle työskenteleviä henkilöitä, joka on mielestämme eettisesti hyväksyttävää.

Opinnäytetyön eettisyyttä perustelemme myös sillä, että haastattelut tapahtuivat nimettömänä. Ketään ei tulla tunnistamaan jälkikäteen haastatteluista, eikä myöskään valmiista opinnäytetyöstä. Haastatteluun osallistuminen oli myös vapaaehtoista, joten ketään ei pakotettu mukaan. Litteroitu aineisto tullaan hävittämään asianmukaisesti, kun opinnäytetyö on valmis. Haastattelunauhak olemme jo hävittäneet.

Tutkimusmenetelmää valittaessa pohdimme yksilöhaastattelun ja ryhmähaastattelun välillä. Yksilöhaastattelussa jokainen olisi voinut sanoa mielipiteensä vapaasti muista välittämättä, jos haastateltava olisi ollut haastattelutilassa vain meidän kanssamme. Ryhmähaastattelussa kaikki eivät välttämättä uskalla sanoa oikeaa mielipidettään ääneen. Tutkimukseen osallistuvat sairaanhoitajat olivat kuitenkin toisilleen tuttuja, joten toivoimme, että heidän työympäristönsä on sellainen, jossa asiat ja mielipiteet tuodaan rehellisesti esiin. Uskomme näin käyneen ja hoitajat itse toivat ilmi, että heidän työyhteisönsä yhteishenki on sellainen että he pystyivät rehellisesti sanomaan mielipiteensä. Yksilöhaastattelua ei olisi ollut mahdollista järjestää kenenkään aikatauluihin, sillä sairaanhoitajia oli mahdollisesti osallistumassa haastatteluun 21. Lisäksi aineiston litterointi ja analysointi olisi tuottanut meille opinnäytetyön tekijöille kohtuuttoman työmäärän. Olisimme voineet tietysti valita vain osan sairaanhoitajista haastatteluun, mutta kun haastattelimme suuremman joukon, se lisäsi tutkimuksen luotettavuutta.

10.2 Opinnäytetyön tulosten pohdinta

Meillä oli jo etukäteen tietynlainen ajatus siitä, millaisia tuloksia mahdollisesti oli tulossa esiin. Ajattelimme aikuispsykiatrisen poliklinikan sairaanhoitajan työnkuvan olevan monipuolinen, joka tuli esille myös haastatteluissa. Sairaanhoitajat kokivat työnsä olevan kokonaisvaltaista asiakkaan hoitamista. Näin varmasti on. Uskomme, että jos heillä olisi aina lääkäri saatavilla avuksi, heidän työnkuvansa voisi muuttua. Hoitajien vastuu lääkehoidon osuudesta ja hoidon tarpeen arvioinnista mahdollisesti pienenis. Hoitajien aikaa vie paljon erilaiset tiimit ja kokoukset. He kokivat tiimit ja kokoukset eräänlaiseksi työnohjaukseksi, voimavaraksi työssään. Näin varmasti on, sillä asiakastyöhön on melko yksinäistä, mutta kun tiimeissä käsitellään potilasasioita, taakkaa saa jaettava. Meidän mielestämme sairaanhoitajat kuvasivat työnkuvaansa rehellisesti ja tuloksena

saimme sen käsityksen, että työnkuva on hyvinkin moninaista ja mukana työssä ovat useat eri toimijat. Ihminen, asiakas, on nähtävä biopsykosiaalisena kokonaisuutena.

Aikuispsykiatrisen sairaanhoitajan vastuun määrä oli haastattelujen tulosten perusteella iso. Hoitajat kertoivat kokonaisvaltaisesta hoidosta vastaamisen olevan vastuullista työtä. Vastuun jakaminen on vaikeaa, sillä vastaanottotyötä tehdään yksin. Hoitajat kertoivat heistä tuntuvan siltä, että heillä on oltava taito hoitaa kaikkia asiakkaiden asioita, kun taas erityistyöntekijöillä on tietty kenttä mistä he vastaavat. Meidän mielestämme tämä kuulostaa isolta vastuulta ja ryhtyessään tekemään samaa työtä, sairaanhoitajalla on oltava henkiset valmiudet kohdata tämä iso vastuu. Lääkäritilanteen heikkous tuo oman vastuunsa sairaanhoitajien työhön. Havainnointien perusteella haastatteluissa ilmeni, että hoitajat ovat hyvin pettyneitä huonoon lääkäritilanteeseen. Saimme sellaisen käsityksen, että moni hoitajista kokisi työnsä helpommaksi ja vähemmän kuormittavaksi, kun tilanne lääkäreiden suhteen paranisi. Osa hoitajista kertoi kasvaneensa vastuuseen, ja vastuu ja vapaus kulkevat ikäänkuin käsi kädessä. Tulevaisuudessa tähän varmaan mennään entistä enemmän, joten voisi olla hyvä käsitellä jo koulutuksen aikana enemmän asioita liittyen sairaanhoitajan vastuuseen.

Työhyvinvointiin vaikuttaa suuresti työnohjaus, ja yksiselitteinen mielipide haastatteluissa oli että tätä työtä ei voisi tehdä ilman työnohjausta. Hoitajien mielestä se on yksi työtaakkaa keventävä tekijä. Työnohjaus on myös hyvä keino oman ammatillisuuden vahvistamiseen. Työhyvinvointia heikentävänä tekijänä sairaanhoitajat näkivät jatkuvat muutokset. Organisaatio muuttuu koko ajan, ja hoitajat ovat hyvin vähän mukana tekemässä päätöksiä muutoksia koskien. Olisi varmasti hyvä että hoitajat pääsisivät mukaan päätöksentekoon, sillä jokainen muutos vaikuttaa heidän työhönsä. Hoitajat ovat oman työnsä asiantuntijoita. Hoitajien näkemys arvostuksesta oli se, että he saavat arvostusta pääasiassa itseltään sekä potilailta. Yksiselitteinen näkemys oli se, että ylemmiltä tahoilta tulevaa arvostusta kaivattaisiin enemmän. Työhyvinvointia parantavana tekijänä hoitajat näkisivät vastuun ja vaativuuden mukaisen palkkauksen. Tuloksista kävi ilmi, että avohoidon sairaanhoitajat vertaavat omaa työnkuvaansa ja vastuuta osastolla työskentelevän sairaanhoitajan työnkuvaan ja vastuuseen ja he ovat sitä mieltä, että heidän palkkauksensa tulisi olla samalla tasolla osastotyötä tekevien kanssa. Hoitajien näkemys oli se, että poliklinikatyötä ei arvosteta yhtä korkealle kuin osastotyötä. Poliklinikan hoitajat tekevät ennaltaehkäisevää työtä, jotta ihmiset eivät menisi niin huonoon kuntoon, että heillä olisi tarve osastohoidolle. Hoitajat kokivat, että ymmärrys ja avoimuus voisi parantua, jos ylemmät tahot tutustuisivat paremmin heidän työnkuvaansa ja vastuuseen. Silloin olisi nähtävillä kuinka moninaista heidän työnsä on.

10.3 Opinnäytetyö prosessi ja ammatillinen kasvu

Opinnäytetyöprosessimme alkoi huhtikuussa 2014, kun otimme yhteyttä Ylä-Savon SOTE kuntayhtymään. Sieltä saimme aiheen, joka kiinnosti meitä molempia heti. Tämän jälkeen saimme aikuispsykiatrisen poliklinikalta yhteyshenkilön, jonka kanssa aloimme suunnitella

opinnäytetyötämme. Aika pian yhteyshenkilömme vaihtui, ja hänen kanssaan aloimme viedä aihetta eteenpäin.

Lokakuussa 2014 pidimme aihekuvauksen, jossa esittelimme aihettamme. Tämän jälkeen saimme työllemme ohjaavan opettajan. Hänen kanssaan kävimme aikuispsykiatrian poliklinikalla suunnittelemassa teoriaosiossa käsiteltäviä aiheita. Samalla saimme työllemme toisen työelämäyhteyshenkilön. Näiden tapaamisten jälkeen aloimme koota lähteitä, joita tulimme käyttämään teoriaosuudessa. Marras-joulukuussa 2014 saimme kirjoitettua teoriaosuuden, joka muutamien tarkastusten jälkeen esitettiin suunnitelmaseminaarissa helmikuussa 2015. Työsuunnitelmamme hyväksyttiin maaliskuussa 2015, jonka jälkeen laitoimme Ylä-Savon SOTE kuntayhtymään tutkimuslupa-anomukset. Tutkimusluvut (liite 3) hyväksyttiin huhtikuun alussa 2015, jonka jälkeen sovimme haastatteluajoja kuntiin. Huhtikuun lopussa 2015 kävimme kolmessa eri kunnassa tekemässä haastattelut työtämme varten. Aineiston keruuta ja analyysiä on selvitetty tarkemmin luvussa 8. Toukokuun 2015 aikana litteroimme ja analysoimme aineiston sekä kokosimme valmiin opinnäytetyön.

Prosessina opinnäytetyön koimme raskaaksi, mutta loppujen lopuksi antoisaksi. Olimme varautuneet aikataulujen yhteensovittamisen hankaluuteen, mutta aikataulusta tuli erittäin haasteellista kaikki toimijat huomioiden. Opinnäytetyö yhdessä harjoittelun ja muiden koulutöiden ohella vei paljon voimavaroja. Välimatka, aikataulu ja tiivis yhteistyö vaikuttivat myös keskinäisiin väleihimme, jonka ratkaisimme ottamalla hieman etäisyyttä toisiimme. Vaikka opinnäytetyö aiheena oli kiinnostava, koemme että näin laajan työn tekeminen ei olisi ollut mahdollista yksin. Koemme opinnäytetyömme merkitykselliseksi sekä itsellemme, että toimeksiantajallemme.

Opinnäytetyöprosessi oli antoisa ja opettava kokemus. Se oli kuitenkin suurempi urakka kuin koskaan osasimme aavistaa, sillä asetimme tavoitteet erittäin korkealle jo työtä suunnitellessamme. Samalla se kuitenkin toi positiivisena vaikutuksena sen, että emme vaikeinakaan hetkinä luovuttaneet, vaan pyrimme tekemään kaikkemme, jotta työstä olisi tullut kattava ja laadukas. Aihe kiinnosti meitä molempia suuresti, siksi opinnäytetyöprosessi varmasti pysyi mielenkiintoisena alusta saakka.

Yhteistyö ohjaavan opettajan kanssa sujui erinomaisesti, ja saimme häneltä paljon tukea läpi prosessin. Työelämän edustajat olivat tiiviisti mukana, ja saimme apua aina kun sitä tarvitsimme ja tapaamiset heidän kanssaan järjestäytyivät luontevasti. Useat käynnit toimeksiantajan luona antoivat meille uutta näkökulmaa työhömmee, kun saimme tärkeää tietoa työelämän näkökulmasta. Tämä antoi meille syvennystä tiimityötaitoihin, kun olimme tekemisissä useamman eri toimijan kanssa.

Tiedonhakutaitomme ovat kehittyneet todella paljon opinnäytetyön tekemisen aikana. Prosessin aikana meille avautui, kuinka paljon eri tiedonhakukanavia on ja mielestämme käytimme niitä työssämme monipuolisesti. Olemme oppineet lähdekriittisemmiksi kuin aikaisemmin. Tieteellinen

kirjoittaminen tuli tutummaksi. Nyt meille syventyi käsitys siitä, miten laaja työkenttämme tulee tulevaisuudessa olemaan ja millaiset valmiudet meillä on lähteä työelämään.

Opinnäytetyö prosessina opetti meille valtavasti. Tämä oli kummallekin suurin kirjallinen työ tähän mennessä. Projekti on vaatinut paljon sekä ajallisesti että henkisesti puolella. Mielestämme opinnäytetyöhön sitoutuminen näytti meille sen, että pystyimme pitkäjänteiseen, prosessimaiseen työskentelyyn. Aluksi tuntui hyvin haastavalta, kun esimerkiksi tekstit eivät olleet kerralla valmiita, vaan niitä muokattiin uudelleen ja uudelleen. Aikataulun tiukkuus opetti meille paineensietokykyä, jota omassa työssämme tulemme tarvitsemaan. Opinnäytetyö vaati paljon erilaisten päätösten tekemistä, joitakin niistä piti punnita todella tarkkaan. Tämä kasvatti meitä molempia, varsinkin kun päätösten teossa oli otettava huomioon monta eri henkilöä ja erilaiset aikataulut.

Jossain vaiheessa meistä tuntui, että olisiko opinnäytetyö ollut helpompi tehdä yksin. Loppujen lopuksi olemme sitä mieltä, että on ollut kasvattava kokemus tehdä tämä parin kanssa. Toiselta sai tukea vaikeilla hetkillä ja aina jompikumpi jaksoi kannustaa toista. Vaikeista hetkistä olemme oppineet myös rakentavaa keskustelua. Aina ei voinut saada omaa tahtoaan läpi, vaan joutui tekemään kompromisseja. Tämä oli myös yksi kasvun paikka meille molemmille.

10.4 Jatkotutkimusaiheet

Avohoidon osuus mielenterveyspalveluissa lisääntyy koko ajan. Vastuun määrä kasvaa, kun potilasmäärät lisääntyvät laitospaikkojen vähentyessä. Näin ollen hoitajien työtaakka suurenee ja työssäjaksaminen on entistäkin haasteellisempaa. Jatkossa voisi tutkia esimerkiksi sitä, miten sairaanhoitajien työtaakkaa saadaan jaettava ja millä konkreettisilla muutoksilla potilaan kokonaisvaltainen hoito saadaan paremmin jaettava moniammatillisen työryhmän kesken.

LÄHTEET

A-klinikan www-sivu [viitattu 9.12.2014]. Saatavissa: <http://www.a-klinikka.fi/atoimet/espoo/oikeaosa/verkostoterapia.htm>

Asikainen, T. & Koivistoinen, A. Sairaanhoidajat. Iisalmi. 9.1.2015. Palaveri.

Callaghan, P. 2012. *Emergencies in mental health nursing*. United Kingdom: Oxford University Press

E-mielenterveys 2014a. *Lääkkeet mielenterveyden häiriöiden hoidossa* [verkkajulkaisu]. Suomen mielenterveysseura [viitattu 7.12.2014]. Saatavissa: <http://www.e-mielenterveys.fi/mielenterveyden-hairiot/laakkeet-mielenterveyden-hairioiden-hoidossa/>

E-mielenterveys 2014b. *Ammattinimikkeet* [verkkajulkaisu]. Suomen mielenterveysseura [viitattu 10.12.2014]. Saatavissa: <http://www.e-mielenterveys.fi/apua-mielenterveyden-ongelmiin/ammattinimikkeet/>

Eskelinen, M. 2008. Teroittaako työnohjaus työkalua? Teoksessa Antikainen, R. & Ranta, M. (toim.) *Kohti vastavuoroisuutta – psykoterapeuttinen hoitosuhde*. Helsinki: Duodecim, 195–209.

Fioca, 2014. *Sairaanhoidajan erikoistumisopinnot* [verkkajulkaisu]. Sairaanhoidajat [viitattu 9.5.2015]. Saatavissa: <https://sairaanhoidajat.fi/koosteet/sairaanhoidajan-erikoistumisopinnot/>

Fredriksson, H. & Pelanteri, S. 2014. *Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2012*. [tilastoraportti] Terveys- ja hyvinvoinnin laitos. [viitattu 1.12.2014] Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114909/Tr05_14.pdf?sequence=4

Hannila, P. & Kyngäs, P. 2008. *Teemahaastattelu laadullisessa tutkimuksessa* [verkkajulkaisu]. Helsingin ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö [viitattu 22.2.2015]. Saatavissa: <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/38214/stadia-1210852529-2.pdf?sequence=1>

Heikkinen, M., Pylkkänen, K. & Lönnqvist, J. 2007. Hoitoon ohjaaminen, hoitomyöntävyys ja tahdosta riippumaton hoito. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Patronen, T. (toim.). *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim, 680–689.

Heiskanen, T., Salonen, K. & Sassi, P. 2006. *Mielenterveyden ensiapukirja*. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura.

Hentinen, K. 2009. Psykoottisen potilaan kokemuksellisuus- hoitotyön lähtökohta. Teoksessa Hentinen, K., Iija, A. & Mattila, E. (toim.) *Kuuntele minua – mielenterveyshäiriöiden käytännön menetelmiä*. Helsinki: Tammi, 40–50.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.

Holi, T. s.a. Hoidon periaatteista: Terveystieteiden tutkimuskeskuksen ammattihenkilön vastuu ja oikeudet ja potilaan itsemääräämisoikeus. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen oikeusturvakeskus. Power Point-esitys. Valvira.

Huttunen M. 2008a. Mielenterveyden häiriöt. *Lääkärikirja Duodecim* [verkkajulkaisu]. Duodecim 23.7.2008 [viitattu 27.12.2014]. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi>

Huttunen, M. 2008b. Psykkiset ja somaattiset sairaudet. *Lääkärikirja Duodecim* [verkkajulkaisu]. Duodecim 23.7.2008 [viitattu 17.1.2015]. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi>

Huttunen M. 2013. Persoonallisuushäiriöt. *Lääkärikirja Duodecim* [verkkajulkaisu]. Duodecim 14.08.2013 [viitattu 25.12.2014]. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi>

- Hyvönen, J. 2008. *Suomen psykiatrinen hoitojärjestelmä 1990-luvulla historian jatkumon näkökulmasta*. Kuopio: Kuopion yliopiston julkaisuja D. lääketiede 440. Väitöskirja.
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Syväoja, P. 2012. *Sairauksien hoitaminen*. Helsinki: Tammi.
- Isohanni, M. & Joukamaa, M. 2002a. Skitsofrenia. Teoksessa Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M. & Hakola, P. (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: WSOY, 37–52.
- Isohanni, M. 2002. Psykoterapiat. Teoksessa: Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M. & Hakola, P. (toim.). *Psykiatria*. Porvoo: WS Bookwell Oy, 264-280.
- Isometsä, E. & Melartin, T. 2011. Mielialahäiriöt. Teoksessa Juva, K., Hublin, C., Kalska, H., Korkeila, J., Sainio, M., Tani, P. & Vataja, R. (toim.). *Kliininen neuropsykologia*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 79–90.
- Isometsä, E. 2011. Masennustilan oireet, hoidon periaatteet ja sairauden kulku. Teoksessa Heiskanen, T., Huttunen M. & Tuulari, J. (toim.) *Masennus*. Helsinki: Duodecim, 17–34.
- Jauhiainen, T & Yli-Pohja, P. 2008. Tinnitus on luonnollinen ilmiö. *Lääkärikirja Duodecim* [verkkójulkaisu]. Duodecim 5.2.2008 [viitattu 9.3.2015]. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi>
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: WSOYpro.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Katainen, M. & Kauppinen, T. 2013. *Hoitotyöntekijöiden näkemyksiä työnohjauksen merkityksestä psykiatrisessa ja somaattisessa hoitotyössä Kuopion yliopistollisessa sairaalassa*. Kuopio: Savonia ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysalan koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- KELA 2014. *Kuntoutuspsykoterapia* [verkkójulkaisu] Kansaneläkelaitos [viitattu 14.12.2014]. Saatavissa: <http://www.kela.fi/kuntoutuspsykoterapia>
- Kiviniemi, L., Läksy, M.-L., Matinlauri, T., Nevalainen, K., Ruotsalainen, K., Seppänen, U.-M. & Vuokila-Oikkonen, P. 2007. *Minä mielenterveystyön tekijänä*. Helsinki: Edita.
- Koivisto, M., Stenberg, J.-H., Nikkilä, H. & Karlsson, H. 2009. *Epävakaan persoonallisuushäiriön hoito*. Helsinki: Duodecim.
- Koskenvuo, M & Mattila, K. 2009. Terveystieteen edistämisen ja sairauksien ehkäisyn periaatteet. *Lääkärikirja Duodecim* [verkkójulkaisu]. Duodecim 19.1.2009 [viitattu 17.1.2015]. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi>
- Koskisuus, J. 2004. *Eri teitä perille – mitä mielenterveyskuntoutus on?* Helsinki: Edita.
- Koulutus.fi:n www-sivut. [viitattu 21.12.2014] Saatavissa: <http://www.koulutus.fi/kurssi/psykoterapian-perusteet-30-op-333082>
- Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. *Mielenterveyshoitotyö*. Jyväskylä: WSOY.
- Kurkela, R. s.a. *Ryhmähaastattelu* [Verkko-opas]. Virsta Virtual statistics [viitattu 21.1.2015]. Saatavissa: <https://www.stat.fi/virsta/tkeruu/04/05/>
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kärkkäinen, M.-L. 2013. *Työnohjaus psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa - Laadullinen haastattelututkimus*. Kuopio: Itä-Suomen yliopiston terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja.

Laasanen, A., Purhonen, M., Metelinen, J., von Koch, R. & Sulku, R. 2013. *Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin kuntien mielenterveys- ja päihdepalveluselvityksen tuloksia ja pohdintaa* [verkkojulkaisu]. Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri [viitattu 26.2.2015]. Saatavissa: https://www.pssh.fi/documents/11427/56775/Liite+2_PSSHPn+kuntien+mielenterveys-+ja+p%C3%A4ihdepalveluselvityksen+tuloksia+ja+pohdintaa.pdf/8c352a08-e1c2-429b-b0c7-f55cae7ea709

Laasonen-Balk, T. 2011. Avohoidon suunnittelupäivä 12.5.2011. Iisalmi, Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä. Power Point-esitys.

Laine, P. 2014. Työhyvinvoinnin kehittäminen – mission impossible? Teoksessa Ranta, I. & Tilander, E. (toim.). *Hoitotyön vuosikirja 2014 – Työhyvinvoinnin keinot*. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, 9–27.

Laki erikoissairaanhoidosta L 1989/1062. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 28.12.2014]. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1989/19891062>

Laki kansanterveydestä L 1972/66. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 28.12.2014]. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1972/19720066>

Laki mielenterveydestä L 1990/1116. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 28.12.2014]. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1990/19901116>

Laki päihdehuollosta L 1986/41. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 28.12.2014]. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1986/19860041>

Laki terveydenhuollosta L 2010/1326. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 21.12.2014]. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2010/20101326>

Ledin, C. 2013. Depression [verkkojulkaisu]. *1177 vårdguiden* [viitattu 9.12.2014]. Saatavissa: <http://www.1177.se/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Depression/>

Lehtinen V. & Taipale V. 2005. *Mielenterveystyö ja psykiatrinen sairaanhoito. Lääkärikirja Duodecim* [verkkojulkaisu]. Duodecim 18.07.2005 [viitattu 21.12.2014]. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi>

Leinonen, E. 2002. Biologiset hoitomuodot. Teoksessa Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M. & Hakola, P. (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: WSOY, 239-263.

Lepola, U., Koponen, H. & Leinonen, E. 2002. Ahdistuneisuushäiriöt. Teoksessa Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M. & Hakola, P. (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: WSOY, 77–79.

Lönnqvist, J., Henriksson, M., Isometsä, E. & Marttunen, M. 2014a. Itsetuhokäyttäytyminen. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). *Psykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 578–595.

Lönnqvist, J., Henriksson, M., Isometsä, E. & Marttunen, M. 2014b. Mielenterveyden häiriöiden diagnostiikka ja luokittelu. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). *Psykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 57–84.

Lönnqvist, J., Moring, J. & Vuorilehto, M. 2014. Suomalainen hoitojärjestelmä. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.). *Psykiatria*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 749–760.

Maliniemi, M-R. 2008. Moniammatillinen tiimityö. Iisalmi, Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä. Power Point- esitys.

Helsingin kaupunki. 2011. *Helsingin mielenterveyspalveluiden opas* [verkkojulkaisu]. Helsingin kaupungin terveyskeskus [viitattu 3.12.2014]. Saatavissa: http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/30c6800045794edeb12fb3f7932aa8f9/Mtt_p%C3%A4ivitys2011.pdf?MOD=AJPERES

Mieli, s.a. *Psykoterapian perusteet* [verkkojulkaisu]. Suomen mielenterveysseura [viitattu 21.12.2014]. Saatavissa: <http://www.mielenterveysseura.fi/fi/terapeuttinen-ty%C3%B6/psykoterapian-perusteet>

Nurmela, T., Isotalo, A. & Nygren, P. s.a. *Hoitotyön laajojen vastuutehtävien määrittely ja hallinnollisten menettelyjen kehittäminen* [verkkojulkaisu]. pro.phkk.fi [viitattu 18.1.2015]. Saatavissa: http://pro.phkk.fi/kit/articles%5CNurmela_article.pdf

Opetushallitus, s.a. *Ammattipätevyyden tunnustaminen EU:ssa* [verkkojulkaisu]. Opetushallitus [viitattu 21.2.2015] Saatavissa: http://www.oph.fi/koulutus_ja_tutkinnot/tutkintojen_tunnustaminen/ammattipatevyysdirektiivin_yhteystahto

Pulkkinen, S. & Vesänen, P. 2013. Itsemurhavaarassa olevan potilaan tunnistaminen. Teoksessa Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Pellikka, M. & Rasimus, M. (toim.) *Sairaanhoidajan käsikirja*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 679–680.

Punkanen, T. 2006. *Mielenterveystyö ammattina*. Helsinki: Tammi.

Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2013. *Lääkehoidon käsikirja*. Helsinki: Sanoma Pro.

Sairaanhoidajat 2014a. *Opiskelu sairaanhoitajaksi* [verkkojulkaisu]. Sairaanhoidajaliitto [viitattu 17.1.2015] Saatavissa: <https://sairaanhoidajat.fi/artikkeli/opiskelu-sairaanhoidajaksi/>

Sairaanhoidajat 2014b. *Sairaanhoidajan eettiset ohjeet* [verkkojulkaisu]. Sairaanhoidajaliitto [viitattu 18.1.2015]. Saatavissa: <https://sairaanhoidajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoidajan-eettiset-ohjeet/>

Sairaanhoidajat 2014c. *Sairaanhoidajan kollegiaalisuusohjeet* [verkkojulkaisu]. Sairaanhoidajaliitto [viitattu 18.1.2015]. Saatavissa: <https://sairaanhoidajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoidajan-kollegiaalisuusohjeet/>

Savonia AMK:n www-sivu. s.a. Saatavissa: <http://portal.savonia.fi/amk/fi/opiskelijalle/opetussuunnitelmat?yks=IS&krtid=769&tab=1>

Savonia AMK:n www-sivu. s.aa. Saatavissa: <http://portal.savonia.fi/amk/fi/hakijalle/erikoistumisopinnot>

Savonia AMK:n www-sivu. s.ab. Saatavissa: <https://portal.savonia.fi/amk/fi/hakijalle/taydennyskoulutus>

Sievers, P. 2013. Psykoterapioista lyhyesti. Johdatus psykiatriaan – luento 4. Power-Point-esitys.

Stengård, E., Savolainen, M., Sipilä, M. & Nordling, E. 2009. *Ehkäisevä mielenterveystyö kunnissa-aineistoa suunnittelun tueksi* [verkkojulkaisu]. Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 14.12.2014]. Saatavissa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79889/bdea673d-8c0f-45f5-90ed-41463001ad7e.pdf?sequence=1>

STM 2004. *Terveystieteiden täydennyskoulutusosuus* [verkkojulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:3 [viitattu 21.12.2014]. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3821.pdf

- Suomen työnohjaajat ry s.a. *Työnohjaus* [verkkójulkaisu]. Suomen työnohjaajat ry [viitattu 3.12.2014.] Saatavissa: <http://www.suomentyönohjaajat.fi/työnohjaus/>
- Tampereen yliopisto, 2014. *Psykoterapeuttikoulutusohjelma* [verkkójulkaisu]. University of Tampere [viitattu 17.1.2015] Saatavissa: <http://www.uta.fi/psykoterapeuttikoulutus/koulutusohjelmat.html>
- THL 2014a. *Linjaukset – Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma* [verkkodokumentti]. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 8.12.2014]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/kansallinen-mielenterveys-ja-paihdesuunnitelma/linjaukset>
- THL 2014b. *Mielenterveyshäiriöt* [verkkójulkaisu]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 9.12.2014] Saatavissa: <http://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot>
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Latvia: Tammi.
- Vainio, A. 2009. Biopsykosiaalinen viitekehys. *Lääkärikirja Duodecim* [verkkójulkaisu]. Duodecim 22.1.2009 [viitattu 9.5.2015]. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi>
- Valvira 2015. *Lääkehoidon toteuttaminen - henkilöstön vastuut, velvollisuudet ja työnjako* [verkkójulkaisu] Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto [viitattu 16.1.2015.] Saatavissa: http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/laakehoito/laakehoidon_toteuttaminen
- Vuori, K. & Pulkkinen, J. 2014. *Kourallinen tabuja – kertomuksia itsemurhasta*. Finland: Atena Kustannus Oy.
- Vähäkylä, L. 2009. *Työtä tehden- mielenterveyskuntoutuja työelämässä*. Helsinki: Kirja-paja.
- Willberg, E. 2009. Laadullisen aineiston luotettavuus. Power point-esitys. Saatavissa: <https://www.jyu.fi/edu/laitokset/eri/opiskelu/opiskelu-info/prosem/laadullinen>
- Yhteisöakatemia 2014. [verkkójulkaisu]. Suomen yhteisöakatemia [viitattu 21.12.2014]. Saatavissa: <http://www.sya.fi/>
- Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä 2013a. *Psykiatrinen osasto 6704* [verkkójulkaisu]. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä [viitattu 14.12.2014]. Saatavissa: <http://www.ylasavonsote.fi/>
- Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä 2013b. *Mielenterveys- ja päihdeosasto 6702* [verkkójulkaisu]. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä [viitattu 14.12.2014]. Saatavissa: <http://www.ylasavonsote.fi/>
- Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä 2014a. *Akuuttiryhmä* [verkkójulkaisu]. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä [viitattu 14.12.2014]. Saatavissa: <http://www.ylasavonsote.fi/>
- Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä 2014b. *Psykiatrinen kotikuntoutusryhmä* [verkkójulkaisu]. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä [viitattu 14.12.2014]. Saatavissa: <http://www.ylasavonsote.fi/>
- Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä 2014c. *Tutkimus- ja kuntoutusyksikkö* [verkkójulkaisu]. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä [viitattu 14.12.2014]. Saatavissa: <http://www.ylasavonsote.fi/>
- Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä 2014d. *Aikuisten mielenterveys- ja päihdepalvelut* [verkkójulkaisu]. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä [viitattu 14.12.2014]. Saatavissa: <http://www.ylasavonsote.fi/>

LIITE 1: TEEMAHAASTATTELURUNKO

TEEMAHAASTATTELURUNKO

1. TYÖNKUVA

Tässä teemassa keräämme tietoja aikuispsykiatrisen sairaanhoitajan työkuvasta. Tässä teemassa tarkoitus on pohtia työpäivän sisältöä, asiakkaan kanssa tapahtuvaa työtä, moniammatillista työryhmää, aikuispsykiatrisen sairaanhoitajan työhön vaadittavia koulutuksia ja lisäkoulutuksia, aiempaa työkokemusta, sekä sitä mihin kaikkeen työaika riittää.

2. VASTUU

Tämän teeman tarkoitus on kerätä tietoa siitä, millaisia vastuualueita työpaikalla on, hoitajan omaa kokemusta vastuunsa määrästä ja siitä mistä vastuu koostuu. Haluamme myös kerätä tietoa siitä, miten suuri vastuu liittyy potilaan voinnin arvioimiseen sekä miten moniammatillinen työryhmä vaikuttaa vastuun kokemiseen.

3. TYÖHYVINVOINTI

Tässä teemassa haluamme kuulla hoitajien omia kokemuksia työnohjauksesta, työilmapiiristä, työyhteisöltä saatavasta tuesta, työelämän vaatimuksista, työn psyykkisistä rasitustekijöistä, työn arvostuksesta sekä henkisestä kuormittavuudesta.

LIITE 2: ESITTELYKIRJE KUNTIIN

Hei!

Olemme valmistuvia sairaanhoitajia Iisalmen Savonia AMK:sta ja teemme opinnäytetyötä *Aikuispsykiatrisen poliklinikan sairaanhoitajan työnkuvasta ja vastuusta* Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän alueella. Tarkoituksenamme on haastatella aikuispsykiatrisia sairaanhoitajia ja koota kokemuksia työn sisällöstä, sen tuomista haasteista ja vastuusta.

Opinnäytetyömme on laadullinen tutkimus ja tarkoituksenamme on toteuttaa haastattelut ryhmähaastatteluina kolmen eri teeman pohjalta. Teemoja ovat työnkuva, vastuu sekä työhyvinvointi. Lähetämme teille teemahaastattelurungon etukäteen, jotta voitte tutustua siihen. Tarkoituksenamme on tuoda esille aikuispsykiatrisen sairaanhoitajan työn vastuullisuutta ja haastavuutta mielenterveystyön toteuttajana.

Olemme sopineet haastattelun **Iisalmen aikuispsykiatriselle poliklinikalle** (Meijerikatu 2) **torstaina 23.4 klo 9-11 ja klo 12-13.30**. Olisiko teillä kiinnostusta/mahdollisuutta osallistua haastatteluihin, ja auttaa meitä keräämään mahdollisimman laaja tutkimus työnne sisällöstä?

Ystävällisin terveisin
Sairaanhoitajaopiskelijat
Laura Lapinkoski ja Miia Murro

LIITE 3: TUTKIMUSLUVAT

44/13.00/2015

Tutkimuslupa / Miia Murro ja Laura Lapinkoski

| | |
|----------------------------|--|
| Selostus asiasta | <p>Valmistelija ja yhteystiedot: mielenterveys- ja päihdepalvelujen päällikkö Marja Kesti, puh. 044 7096012, marja.kesti(at)ylasavonsote.fi.</p> <p>Sairaanhoitaja amk-opiskelijat Miia Murro ja Laura Lapinkoski ovat anoneet tutkimuslupaa aiheelle aikuispsykiatrisen poliklinikan sairaanhoitajan työnkuva ja vastuu.</p> <p>Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää aikuispsykiatrisen poliklinikan sairaanhoitajan työnkuvaa, vastuuta ja työhyvinvointia Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän alueella.</p> <p>Opinnäytetyö toteutetaan laadullisena tutkimuksena. Sairaanhoitajien haastattelut toteutetaan kevään 2015 aikana teemahaastatteluina pienryhmissä.</p> <p>Valmistelijan päätösehdotus: Esitän, että tutkimuslupa myönnetään.</p> |
| Päätös | Myönnän tutkimusluvan sairaanhoitaja amk-opiskelijoiden Miia Murron ja Laura Lapinkosken opinnäytetyölle. |
| Päätöksen perustelu | Tutkimus tukee aikuispsykiatrisen poliklinikan sairaanhoitajien työn kehittämistä |
| Peruste | Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän hallintosääntö § 46 |
| Otto-oikeus | Yhtymähallitus |
| Nähtävilläolo | Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä, Kirjaamo 15.4.2015 |
| Muutoksenhaku ja toimielin | Oikaisuvaatimus, Yhtymähallitus |

Seija Kärkkäinen
Hyvinvointijohtaja

Tämä asiakirja on allekirjoitettu asianhallintajärjestelmän sähköisellä tunnuksella.

Jakelu Saajat:

Miia Murro
Laura Lapinkoski
Tiedoksi:
Raija Sirkka
Marja Kesti
Leila Pekkanen

Oikaisuvaatimusohjeet

| | |
|------------------------|--|
| Oikaisuvaatimus oikeus | Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä kunnan jäsen. |
|------------------------|--|

| | | |
|--------------------------------|--|------------------------------|
| Tiedoksianto asianosaiselle 1) | <input type="checkbox"/> Lähetetty tiedoksi kirjeellä (kuntalaki 95 §) | Asianosainen |
| | Annettu postin kuljetettavaksi, pvm/tiedoksiantaja | |
| | <input type="checkbox"/> Luovutettu asianosaiselle | Asianosainen |
| | Paikka, pvm ja tiedoksiantajan allekirjoitus | Vastaanottajan allekirjoitus |
| | <input type="checkbox"/> Muulla tavoin, miten | |

| | |
|--|--|
| Oikaisuvaatimus viranomainen | Viranomainen, jolle oikaisuvaatimus tehdään, osoite ja postiosoite: Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä/Yhtymähallitus/Kirjaamo PL 4 , 74101 Iisalmi Sähköposti: kirjaamo@ylasavonsote.fi Puhelin: (017) 27 241 |
| Oikaisuvaatimus -aika ja sen alkaminen | Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäville. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erillisen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana. |

| | |
|---|--|
| Oikaisuvaatimuksen sisältö ja sen toimittaminen | Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteineen ja se on tekijän allekirjoitettava. Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle ennen oikaisuvaatimusajan päättymistä. |
| Lisätietoja | |

Liitetään päätökseen / otteeseen

| |
|---|
| 1) Täytetään otteeseen, jos päätös annetaan erityistiedoksiantona tiedoksi kuntalain 92 §:n 1 momentissa tarkoitetulle asianosaiselle. Tummennettu alue täytetään myös viranomaiselle jäävään kaksoiskappaleeseen. |
| <p>Valitusosoitus</p> <p>Kunnallisvalitus Valituksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä kunnan jäsen. Oikaisuvaatimuksen johdosta annettuun päätökseen saa hakea muutosta kunnallisvalituksin vain se, joka on tehnyt oikaisuvaatimuksen. Mikäli päätös on oikaisuvaatimuksen johdosta muuttunut, saa päätökseen hakea muutosta kunnallisvalituksin myös asianosainen sekä kunnan jäsen.</p> <p>Valituksen saa tehdä sillä perusteella, että päätös on syntynyt virheellisessä järjestyksessä, päätöksen tehnyt viranomainen on ylittänyt toimivaltansa tai päätös on muuten lainvastainen.</p> <p>Viranhaltijalla ei kunnallisen virkaehtosopimuslain (669/709) 26 §:n johdosta ole kuitenkaan oikeutta tehdä valitusta saman lain</p> |

2 §:n mukaisesta asiasta, jos hänellä tai viranhaltijayhdistyksellä on oikeus panna asia vireille työtuomioistuimessa.

Hallintovalitus

Kunnan viranomaiset tekevät paljon päätöksiä erilaisten erityislakien nojalla. Erityislakien muutoksenhakusäännökset, jotka ovat hyvin vaihtelevia, menevät kuntalain muutoksenhakusäännösten edelle.

Hallintovalituksen tekemistä ei ole rajattu siihen, että päätös on syntynyt laittomalla tavalla (laillisuusperuste), vaan hallintovalituksen voi tehdä myös sillä perusteella, että päätös on valittajan mielestä epätarkoituksenmukainen (tarkoituksenmukaisuusperuste).

Hallintovalituksen saa tehdä vain asianosainen eli sellainen henkilö tai yhteisö, jonka oikeutta, etua tai velvollisuutta päätös koskee.

Kunnallisvalituksen ja hallintovalituksen alaisiin päätöksiin haetaan muutosta kirjallisella valituksella, joka on toimitettava valitusviranomaisen alla olevaan osoitteeseen:

Itä-Suomen hallinto-oikeus
Puijonkatu 29 A 2.krs, PL 1744
70101 KUOPIO
S-posti: ita-suomi.hao@oikeus.fi, Faksi: 029 56 42501

Valitus on tehtävä 30 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, kun viranhaltijapäätös on asetettu yleisesti nähtäväksi. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana.

Valituskirjassa on ilmoitettava

- valittajan nimi, ammatti, asuinkunta ja postiosoite
- päätös, johon haetaan muutosta
- miltä osin päätöksestä valitetaan ja muutos, joka siihen vaaditaan tehtäväksi
- muutosvaatimuksen perusteet.

Valituskirja on valittajan tai valituskirjan muun laatijan omakätisesti allekirjoitettava. Jos ainoastaan laatija on allekirjoittanut valituskirjan, siinä on mainittava myös laatijan ammatti, asuinkunta ja postiosoite.

Valituskirjaan on liitettävä päätös, josta valitetaan, alkuperäisenä tai viran puolesta oikeaksi todistettuna jäljennöksenä sekä todistus siitä päivästä, josta valitusaika on luettava.

Valituskirjat on toimitettava valitusviranomaiselle ennen valitusajan päättymistä. Jos valitusajan viimeinen päivä on pyhäpäivä, itsenäisyyspäivä, vapunpäivä, joului- tai juhannusaatto tai arkilauantai, saa valitusasiakirjat toimittaa valitusviranomaiselle ensimmäisenä sen jälkeisenä arkipäivänä. Omalla vastuulla valitusasiakirjat voi lähettää postitse tai lähetin välityksellä. Postiin valitusasiakirjat on jätettävä niin ajoissa, että ne ehtivät perille ennen valitusajan päättymistä.

Tuomioistuimen ja eräiden oikeushallintoviranomaisten suoritteista perittävistä maksuista annetun lain (701/93) nojalla muutoksen-hakijalta peritään oikeudenkäyntimaksua.