

Depressiopotilaan avohoitotyö Ylä-Savon SOTE kuntayhtymässä

Henna Huttunen ja Piia-Susanna Lappalainen

Opinnäytetyö

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn tekijä(t) Henna Huttunen ja Piia-Susanna Lappalainen		
Työn nimi Depressiopotilaan avohoitotyö Ylä-Savon SOTE kuntayhtymässä		
Päiväys	Sivumäärä/Liitteet	45/5
Ohjaaja(t) Annikki Jauhiainen ja Arja-Sisko Kainulainen		
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Ylä-Savon SOTE kuntayhtymässä mielenterveys- ja päihdepalveluita uudistetaan lisäämällä avopalveluita. Uudistuksiin kuuluvat kolmiomallilla masennuspotilaita hoitavat depressiohoitajat. Kolmiomallissa depressiopotilaan hoidossa yhteistyötä tekevät terveyskeskuslääkäri, depressiohoitaja sekä psykiatri.</p> <p>Opinnäytetyössä kuvattiin depressiopotilaiden hoitoa Ylä-Savon SOTE kuntayhtymässä kolmiomallin elementtejä hyödyntäen. Näkökulmana työssämme olivat sairaanhoitajien kokemukset. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuoda esille toimivia sekä mahdollisesti kehitettäviä asioita lievän ja keskivaikean depression avohoidossa. Opinnäytetyö on laadullinen. Opinnäytetyössä haastateltiin teemahaastattelumenetelmällä kahdeksaa sairaanhoitajaa, kahta kustakin kuntayhtymän kunnasta. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.</p> <p>Tietoa saatiin hoidon toteutuksesta, moniammatillisesta yhteistyöstä ja depressiopotilaiden hoitoon saadusta koulutuksesta. Hoitoon ohjautumisessa lähetteellä koettiin hyväksi se, että lähetteitä pystyttiin käsittelemään hoitotiimissä. Ilman lähetettä hoitoon hakeutumisen kynnyksen koettiin madaltuvan. Potilaiden käyntikertojen määrää ei koettu voivan etukäteen määritellä eikä muutama käyntikerran nähty riittävän toipumiseen. Toimivina asioina koettiin luottamuksellinen hoitosuhde, oiremittarien käyttö työn tukena, depressiokoulu ja vertaistukiryhmät.</p> <p>Omaisista ei koettu otettavan tarpeeksi mukaan hoitoon. Omaisten mukaan ottamisesta haluttaisiin vakiintunut käytäntö. Moniammatillisuus kuvautui voimavarana, mutta siinä nähtiin olevan myös haasteita. Ongelmia yhteistyöhön toi työskentely eri rakennuksissa muiden ammattiryhmien kanssa. Tukea työhön saatiin esimieheltä, työnohjauksesta ja kollegoilta.</p> <p>Opinnäytetyötä voidaan hyödyntää depression avohoitomallia kehitettäessä, sillä siinä kuvataan depressiopotilaan hoitoprosessia laaja-alaisesti. Jatkotutkimusaiheena voisi arvioida kolmiomallin toteutumista ja toimivuutta Ylä-Savon SOTE kuntayhtymässä. Haastatteluissa nousi jatkotutkimusehdotuksiksi potilastyytyväisyyskyselyt kolmiomallin mukaisesta hoidosta ja depressiokoulusta.</p>		
Avainsanat Lievä ja keskivaikea depressio, avohoitto, kolmiomalli, depressiohoitaja		

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Nursing			
Author(s) Henna Huttunen and Piia-Susanna Lappalainen			
Title of Thesis Outpatient care of a depression patient in Ylä-Savo Joint Municipal Authority of Social and Health care			
Date		Pages/Appendices	45/5
Supervisor(s) Annikki Jauhiainen and Arja-Sisko Kainulainen			
Client Organisation/Partners Ylä-Savo Joint Municipal Authority of Social and Health care			
<p>Abstract</p> <p>Outpatient services in mental health care and substance abuse are reformed and increased in Ylä-Savo Joint Municipal Authority of Social and Health care. The reformations include two depression nurse specialists who take care of the patients using a triangle care model. In the triangle care model the depression nurse specialist works together with a general practitioner and a psychiatrist.</p> <p>The thesis described the depression patient care in Ylä-Savo Joint Municipal Authority of Social and Health care and its similarities to the triangle care model. The perspective in the thesis was the experiences of nurses'. The aim of the thesis was to highlight the things that need developing and things that work well in outpatient care of mild and moderate depression. The thesis was made by using the qualitative research method. Eight nurses, two from each municipality, were interviewed using theme-based interview technique. The data was analysed by content analysis.</p> <p>The thesis produced information about depression care, multi-professional co-operation and depression care training. It was considered a good thing to have to have a referral to a nurse. The team was able to evaluate the referral beforehand. On the other hand, it was easier to come and see the nurse without a referral. The number of visits could not be determined beforehand. Only a few visits were not considered to be enough for the patient to recover. The things that worked well were confidential relationship between the nurse and patient, questionnaires and different kinds of depression support groups.</p> <p>According to the results relatives should be more involved in care. Multi-professionalism was described as a resource, but there were also challenges. Working in separate buildings made the co-operation difficult. The manager, colleagues and supervision gave support to work.</p> <p>The thesis can be utilized in the development of outpatient care of depression because it describes the treatment process thoroughly. Further research could evaluate the functionality of the triangle care model in Ylä-Savo Joint Municipal Authority of Social and Health care. The interviewees suggested a patient satisfaction survey on the triangle care model and depression support groups.</p>			
<p>Keywords</p> <p>Mild and moderate depression, treatment of outpatients, triangle care model, depression nurse specialist</p>			

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	7
2	DEPRESSIO JA SEN HOITO	9
2.1	Depression määritelmä ja altistavat tekijät.....	9
2.2	Depression tunnistaminen	9
2.3	Esiintyvyys Suomessa	10
2.4	Hoito	11
3	KOLMIOMALLI	14
3.1	Depression hoito kolmiomallilla	14
3.2	Vantaan kolmiomalli.....	15
3.3	Imatran kolmiomalli	16
3.4	Iisalmen kehittyvä kolmiomalli	17
4	DEPRESSIOHOITAJAN TYÖNKUVA.....	19
4.1	Depressiohoitajan koulutus ja työtehtävät.....	19
4.2	Potilaan tilanteen ja oireiden selvittäminen	19
4.3	Psykososiaalinen tuki ja hoidon ja toipumisen seuranta.....	20
4.4	Potilaan ohjaus.....	21
4.5	Yhteistyö ja hoidon koordinointi	21
5	TYÖELÄMÄYHTEYS	23
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	24
6.1	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimustehtävät	24
6.2	Kohdejoukko	24
6.3	Tutkimusmenetelmä	25
6.4	Aineiston keruu	26
6.5	Aineiston analyysi	26
7	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	28
7.1	Hoidon vaiheet	28
7.2	Hoitomenetelmät.....	29
7.3	Potilaan sitoutuminen ja tyytyväisyys hoitoon sairaanhoitajan kokemana.....	31
7.4	Moniammatillinen yhteistyö ja koulutus sairaanhoitajan työn tukena	32
8	POHDINTA	34
8.1	Tulosten tarkastelua	34
8.2	Luotettavuus	36

8.3 Eettisyys	37
8.4 Opinnäytetyöprosessi ja oma ammatillinen kasvu.....	38
8.5 Opinnäytetyön käyttökelpoisuus ja jatkotutkimusehdotukset.....	39
LÄHTEET	40

LIITTEET

Liite 1 Haastattelun teemat

Liite 2 Tutkimuslupa

Liite 3 Sisällönanalyysi

Liite 4 Aineiston klusterointi

Liite 5 Aineiston abstrahointi

1 JOHDANTO

Depressio eli masennus on hyvin merkittävä kansansairaus, johon noin joka viides suomalainen sairastuu elämänsä jossain vaiheessa (Luhtasaari 2010). Yksittäisistä sairauksista masennus on yleisin työkyvyttömyyseläkkeen peruste sukupuolesta riippumatta (Tjäder 2011). Depression hoidossa paras tulos saavutetaan eri hoitomuotoja yhdistelemällä, eli lääkärin määräämän lääkehoidon lisäksi tarvitaan sairaanhoitajan työpanosta (Isometsä 2011, 25). Mielenterveyspalveluita, eli myös depression hoitoa, pyritään kehittämään koko ajan enemmän avohoitopainotteisiksi (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2006).

Opinnäytetyö liittyy sosiaali- ja terveydenhuollon kansalliseen kehittämissuunnitelmaan, Kasteeseen. Kasteen tavoitteita ovat muun muassa syrjäytymisen vähentäminen, terveyden ja hyvinvoinnin lisääminen sekä palveluiden laadun, vaikuttavuuden ja saatavuuden parantaminen. Kaste pyrkii tavoitteisiin ongelmien ennaltaehkäisyllä ja varhaisella puuttumisella sekä henkilöstön osaamisen ja riittävyyden varmistamisella. Tärkeää on myös luoda ehyet palvelukokonaisuudet sekä hyvät toimintamallit sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Kaste-ohjelman toimenpiteitä toteuttavat valtio, kunnat, kuntayhtymät sekä järjestöt. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

Arjen mieli (2011–2013) on Kaste-ohjelmaan kuuluva hanke. Hankkeen tavoitteena on itä- ja keskisuomalaisen mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen vastaamaan kuntalaisten tarpeita. Kehittämistarpeita ovat korjaavan työn korostuminen, peruspalvelujen piiriin kuuluvien asiakkaiden hoito erikoissairaanhoidossa ja psykiatrisen hoidon laitoskeskeisyyden vähentäminen. (Etelä-Savon sairaanhoitopiiri.)

Ylä-Savossa on sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä, johon kuuluvat Iisalmi, Kiuruvesi, Sonkajärvi ja Vieremä. Arjen mieli -hankkeen mukaisesti Ylä-Savon SOTE kuntayhtymässä halutaan kehittää depression avohoitotyötä ja selvittää sen toimivuutta. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä on toimeksiantaja opinnäytetyössämme, jonka aiheena on Depressiopotilaan avohoitotyö Ylä-Savon SOTE kuntayhtymässä. Kuntayhtymässä aloittaa työnsä kaksi depressiohoitajaa, joiden työhön on haettu toimintamalleja kolmiomallin mukaisesta työskentelystä. Kolmiomalli perustuu terveyskeskuslääkärin, depressiohoitajan ja psykiatrin yhteistyöhön (Vuorilehto & Tuulari 2011, 26). Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, kuinka lievää ja keskivaikeaa masen-

nusta sairastavien potilaiden hoitoa on kolmiomallin elementtejä hyödyntämällä toteutettu.

Työ on laadullinen opinnäytetyö, jossa on kerätty tietoa depressiopotilaita hoitavilta sairaanhoitajilta depression hoidosta. Tavoitteena oli tuoda esille toimivia sekä mahdollisesti kehitettäviä asioita lievän ja keskivaikean depression avohoidossa Ylä-Savon SOTE kuntayhtymässä. Halusimme olla osana kolmiomallin kehittämistä. Potilaat voivat hyötyä opinnäytetyöstä saamalla hyvin hiotun depression hoitomallin. Opinnäytetyön tuloksia pystyy hyödyntämään heti työelämässä sekä mahdollisesti tulevaisuudessa hoitomallia kehitettäessä. Oman ammatillisen kasvun tavoitteina meillä oli syventää tietojamme depression hoidosta sekä kehittyä tieteellisen tekstin kirjoittajina ja tulkitsijoina. Valitsimme tämän aiheen opinnäytetyöhömme, koska olemme molemmat suuntautuneet opinnoissamme mielenterveystyöhön ja kiinnostuneita sen kehittämisestä.

2 DEPRESSIO JA SEN HOITO

2.1 Depression määritelmä ja altistavat tekijät

Masennuksella voidaan tarkoittaa normaalia, hetkellistä tunnereaktiota, joka liittyy usein menetyksiin ja pettymyksiin. Masennus eli depressio voi tarkoittaa myös pitkäaikaista masentunutta mielialaa sekä varsinaisia kliinisiä masennustiloja, jotka ovat oireyhtymiä. ICD-10-tautiluokituksessa jaetaan masennuksen keskeisimmät muodot masennustiloihin (F32) ja toistuvaan masennukseen (F33), jossa potilaalla on esiintynyt vähintään kerran aikaisemmin masennustila ja täten pitkäaikaista ylläpitohoitoa harkittava. Depression vaihteleva vaikeusaste, monimuotoisuus sekä muut samanklaiset mielenterveyden oireyhtymät vaikeuttavat sen havaitsemista, tunnistamista ja hoitoa. (Isometsä 2010.)

Naiset sairastuvat depression miehiä useammin. Depressiolle altistavia tekijöitä ovat myös depressiiviset häiriöt suvussa, nuori aikuisikä tai keski-ikä sekä altistavat persoonallisuustekijät. Vakavat kielteiset elämänmuutokset, kuten somaattiset pitkäaikaissairaudet tai pitkäaikainen työttömyys, ovat myös depression riskitekijöitä. Muita depression riskitekijöitä ovat synnytyksen jälkeinen vaihe, huono sosioekonominen asema, yksin asuminen ja päihdeongelma. (Isometsä 2010.)

2.2 Depression tunnistaminen

Usein depressio tulee esille potilaan tullessa lääkärin vastaanotolle jonkin somaattisen, eli elimellisen, tai psykosomaattisen oireen vuoksi. Psykosomaattisia oireita ovat esimerkiksi unihäiriöt, jolloin mieliala vaikuttaa unen laatuun. Depressiopotilaat eivät yleensä halua myöntää ongelman olevan vain psyydessä. Ongelmana varsinkin leivän masennuksen tunnistamisessa perusterveydenhuollossa on, ettei lääkärillä ole aina tarpeeksi aikaa masennuspotilaan tilan selvittelyyn. (Isometsä 2011, 23–24.) Myös Kokon (2000) väitöskirjassa terveyskeskusten hoitajat kertoivat depression tunnistamisessa olevan vaikeuksia. Hoitajat kokivat kiireen, epävarmuuden omista mahdollisuuksista auttaa sekä vastuunpelon auttamisen esteinä, mikä saattoi johtaa depression huomiotta jättämiseen.

Masennuksen tunnistamisen avuksi on kehitetty monenlaisia oiremittareita, kuten Beckin masennusasteikko (BDI) sekä DEPS-depressioseula. Seulonta on hyvä koh-

dentaa perusterveydenhuollossa etenkin niihin potilasryhmiin, joissa sairautta on eniten. (Isometsä 2011, 23–24.)

Lääkäri diagnosoi depression seuraavien oireiden perusteella:

- masentunut mieliala
- mielihyvän ja mielenkiinnon menetys
- uupumus
- itseluottamuksen tai itsearvostuksen menetys
- kohtuuton itsekritiikki tai perusteeton syyllisyyden tunne
- toistuvat kuolemaan tai itsetuhoon liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käytös
- aloitekyvyttömyys
- tunne päättämättömyydestä tai keskittymiskyvyttömyydestä
- psykomotorinen hidastuneisuus tai kiihtyneisyys
- unihäiriö
- ruokahalun ja painon muutos (Isometsä 2010).

Masennustilan diagnosoiminen edellyttää yhtä aikaa neljän edellä mainitun oireen ilmenemistä ainakin kahden viikon ajan. Lisäksi on oltava ainakin kaksi kolmesta ensimmäisestä oireesta. Potilaan samanaikaiset muut mielenterveyshäiriöt tai niihin käytetty lääkitys voivat peittää masennuksen oireita. (Isometsä 2010.)

Masennustilat voidaan jakaa oireiden vaikeusasteen ja laadun perusteella. Yleensä depression vaikeusasteella ja toiminta- ja työkyvyllä on selvä, joskaan ei kuitenkaan ihan yksiselitteinen suhde. Lievässä masennustilassa potilailla on yleensä neljästä viiteen määritellyistä depressio-oireista. Heidät hoidetaan perusterveydenhuollossa ja tällöin potilaat ovat myös yleensä työkykyisiä. Keskivaikeassa masennustilassa potilaalla taas on kuudesta seitsemään oiretta ja tällöin potilas ei usein kykene enää työssäkäyntiin eikä suoriudu tavanomaisista tehtävistään ja tarvitsee yleensä sairauslomaa. Osa keskivaikeaa masennustilaa sairastavista monihäiriöisistä, itsetuhoisista ja pitkittyneesti toimintakyvyttömistä potilaista lähetetään psykiatriseen erikoissairaanhoidon. (Isometsä 2010.)

2.3 Esiintyvyys Suomessa

Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksista selviää, että Suomen aikuisväestöstä noin viisi prosenttia kärsii masennustiloista. Tutkimuksessa mainitaan myös, että masennusjaksojen esiintyminen on yleisempää naisilla kuin miehillä. (Lönnqvist ym. 2000.) Depressiota sairastavista vain vähemmistö hakee aktiivisesti hoitoa masennukseensa terveydenhuollosta. Sitä todennäköisemmin hoitoa haetaan, mitä vaikeampi ja pitkäkestoisempi masennustila on ja mitä suurempaa on siihen liittyvä toimintakyvyt-

tömyys. Monihäiriöisyys myös lisää hoidon hakemista. (Hämäläinen, Isometsä, Sihvo, Pirkkola & Kiviruusu 2008.) Arvioidaan, että perusterveydenhuollon potilaista noin kymmenellä prosentilla on depression, mutta vain osan hakevan siihen hoitoa aktiivisesti (Vuorilehto, Melartin & Isometsä 2005). Psykiatrian erikoissairaanhoidon potilaista on noin puolella depression (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2010).

2.4 Hoito

Depression hoito voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen, jotka ovat akuuttivaiheen hoito, jatkohoito ja ylläpitohoito. Akuuttivaiheen hoidossa tavoitteena on saada potilas oireettomaksi, joten akuuttivaiheen hoito kestää siihen asti. Toinen vaihe hoidossa on jatkohoito. Jatkohoidossa pyritään estämään oireiden palaaminen. Kolmannessa vaiheessa eli ylläpito-hoidossa halutaan varmistaa, ettei uusia sairausjaksoja pääse puhkeamaan. (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2010.)

Depression hoidossa tärkeää on potilaan säännöllinen seuranta akuuttivaiheen aikana ja vähintään puolen vuoden ajan sen jälkeen. Seurantakäynneillä seurataan hoitosuunnitelman toteutumista, oiretason toipumista sekä hoidon vaikuttavuutta. Hoidossa tärkeää on selvittää potilaan elämäntilannetta ja erityisesti niitä asioita, jotka ovat laukaisseet depression ja saattavat jatkossa ylläpitää sitä. Jaksamista tukevia asioita korostetaan. (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2010.)

Depression hoitomuotoja ovat psykoterapia ja lääkehoito tai näiden yhdistelmä. Joissain tapauksissa sähköhoito, kirkasvalo- tai transkraniaalinen magneettistimulaatiohoito ovat myös hoitomuotoina. (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2010.) Myös säännöllisellä liikunnalla osana kokonaisuhoitoa on tutkittu olevan positiivisia vaikutuksia, sillä liikunnan on todettu voivan lievittää masennusta (Leppämäki 2006). Hoitomuotojen valinta riippuu aina potilaan tarpeista ja tietenkin myös hänen omasta halustaan saada hoitoa (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2010).

Depression hoidossa psykoterapioiden tavoitteena on potilaan toipuminen sekä toimintakyvyn parantaminen vaikuttamalla potilaan ajattelumalleihin, tunne-elämään, minäkäsitykseen ja toimintatapoihin. Lievän ja keskivaikean depression hoidossa vaikuttaviksi osoitettuja lyhytterapiamuotoja ovat kognitiivinen psykoterapia, interpersonaalinen terapia ja psykodynaaminen psykoterapia. (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2010.)

Depression hoidon tavoitteena on saada potilaan masennusoireet vähenemään ja väistymään, ja näin palauttaa hänen toimintakykyään. Masennuksen hoidon kokonaiskesto vaihtelee masennustilan vaikeusasteen mukaan. Masentuneen potilaan kohtaamiseen täytyy varata riittävästi aikaa. Sairaanhoidaja tekee tarkan hoitosuunnitelman potilaalle, mahdollisesti yhteistyössä lääkärin ja potilaan kanssa. Potilas tarvitsee aktiivisen omahoitajasuhteen. Sairaanhoidaja arvioi sairausloman tarvetta yhdessä potilaan ja lääkärin kanssa. Olisi hyvä tavata perheenjäseniä ainakin kerran hoidon aikana ja varsinkin silloin, jos potilaalla on alaikäisiä lapsia. Potilasta pitäisi auttaa ylläpitämään ja luomaan yhteyksiä läheisiin, sillä he voivat olla verkostona ja tukena kotona. (Pulkkinen & Vesanen 2010.)

Sairaanhoidajan keskustellessa potilaan kanssa potilasta kannustetaan kertomaan ajatuksistaan, kokemuksistaan ja tunteistaan avoimesti. Kun potilas tuntee olonsa kuulluksi ja ymmärretyksi, saa hän rohkeutta kohdata pahaa oloaan. Tavoitteet asetetaan aluksi melko matalalle ja pienetkin onnistumiset huomioidaan, jotta potilaan itsetunto vahvistuu. Keskusteluissa vältetään katteettomia lupauksia ja ”ota itseäsi niskasta kiinni” -neuvoja. (Pulkkinen & Vesanen 2010.)

Potilaan arkitoiminnoissa kuten siivoamisessa, kaupassa käynnissä, työssäkäymisessä selviytymistä tuetaan. Potilaan kanssa käydään läpi hankalia tilanteita, esimerkiksi ongelmia töissä ja hänelle etsitään omia, sopivia selviytymiskeinoja. Jos potilas käyttää runsaasti alkoholia, tehdään lyhytneuvonta ja yhteistyötä esimerkiksi A-klinikan kanssa. Itsemurha-ajatukset ja mahdolliset suunnitelmat otetaan puheeksi ja niistä puhutaan avoimesti ja rohkeasti. Jos sairaanhoidajalla herää huoli potilaan itsetuhoisuudesta, täytyy hänen keskustella asiasta lääkärin kanssa. (Pulkkinen & Vesanen 2010.)

Masennuslääkkeillä eli antidepressiiveillä pyritään vaikuttamaan aivojen välittäjäaineiden pitoisuuksiin. Tavallisimmin näitä välittäjäaineita ovat noradrenaliini ja serotoniini. Huomioitavaa masennuslääkkeiden käytössä on, että niiden vaikutus syntyy melko hitaasti. Yleensä mieliala alkaa kohota vasta kolmannella hoitoviikolla. Lääkehoitoa suositellaan jatkettavan useita kuukausia, jotta depressio ei uusiutuisi niin herkästi. Masennuslääkeryhmiä ovat selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät (SSRI-lääkkeet), trisykliset masennuslääkkeet, MAO:n estäjät ja näiden lisäksi on myös muita masennuksen hoidossa käytettäviä lääkkeitä. (Nurminen 2009, 157–160.)

Sähköhoito on tehokas vaikean ja psykoottisen depression hoidossa ja sitä voidaan käyttää harkitusti myös keskivaikean lääkehoitoresistentin depression hoidossa. Eri-tyisesti sähköhoitoa suositellaan, jos lääkehoito ei ole tehonnut tai potilas on esimerkiksi suisidaalinen. (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2010.) Sähköhoidon tarkkaa vaikutustapaa ei vielä tunneta. Potilaan ollessa nukutettuna kytketään elektrodit päälle ja ohimolle. Sähköärsyke johdetaan elektrodien kautta aivoalueen lävitse. Sähköhoito aiheuttaa aivosähköpurkauksen keskeisissä keskushermoston alueissa. On päätelty sähköhoidon korjaavan aivojen häiriintynyttä biologista tasapainotilaa, mikä vaikuttaa myönteisesti mielialaan, ruokahuuun sekä uneen. (Peltola 2004.)

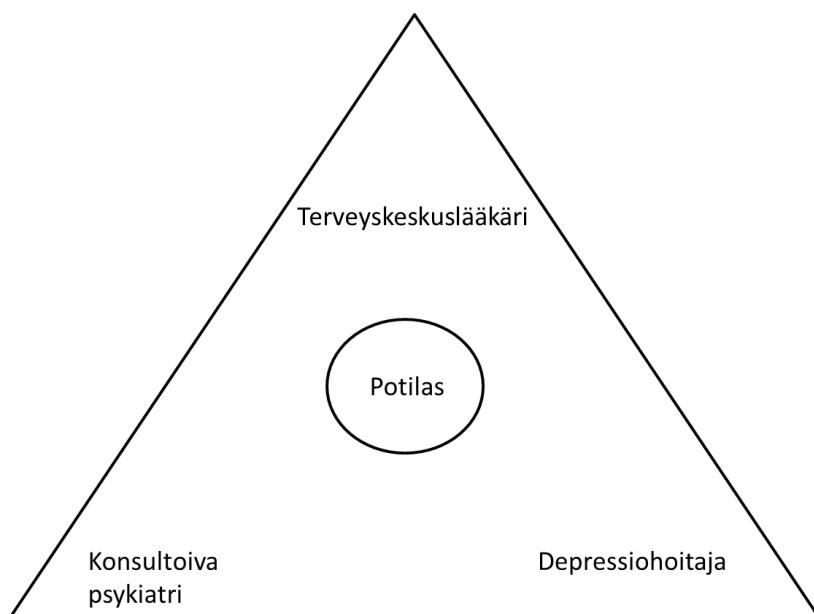
Varsinkin kaamosmasennuksen hoidossa kirkasvalohoito on tehokas hoitomuoto. Hoitoa annetaan siihen tarkoitettulla laitteella aamuisin. Kaamosmasennukseksi kutsutaan tilaa, jossa masennusjaksoja esiintyy potilaalla toistuvasti vain pimeän talvikauden aikana. (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2010.)

Aivojen transkraniaalisessa magneettistimulaatiohoidossa stimuloidaan aivoalueita magneettisilmukan avulla (Transkraniaalinen magneettistimulaatio: Käypä hoito -suositus, 2009). Hoito on turvallista ja sen teho vastaa masennuslääkehoidon tehoa. Hoidon käytettävyyttä rajoittaa saatavuus sekä laitekustannukset. (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2010.)

3 KOLMIOMALLI

3.1 Depression hoito kolmiomallilla

Lievän ja keskivaikean masennuksen avohoitoa voidaan tehostaa toimivalla omalääkärin, depressiohoitajan ja psykiatrin yhteistyöllä. Depressiohoitaja on depression perehtynyt sairaanhoitaja. Depression hoidon yhteistyömallia kutsutaan kolmiomalliksi, jossa hoidon keskipiste on potilas (kuvio 1). (Vuorilehto & Tuulari 2011, 26.)



KUVIO 1. Kolmiomalli (mukailen Vuorilehto & Tuulari 2011, 27)

Depression kolmiomalli-hoidolla potilaalla on mahdollisuus saada moniammatillista hoitoa. Potilas käy omalla terveysasemallaan depressiohoitajan luona lyhyen aktiivisen hoitojakson. Potilaan omana lääkärinä toimii terveyskeskuslääkäri. Potilaan hoidossa on mahdollista konsultoida myös psykiatria. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.) Depression hyvä hoito on monialaista yhteistyötä (Vuorilehto, Honkonen & Lönnqvist 2010, 2).

Terveyskeskuslääkäri diagnosoi depression, tekee hoitopäätökset, arvioi potilaan muuta terveydentilaa sekä tekee lääkitys- ja työkykyarvion (Vuorilehto ym. 2010, 3). Terveyskeskuslääkäri voi potilaan halutessa tehdä lähetteen depressiohoitajalle (Tauriainen 2010, 31). Depressiohoitaja tapaa potilasta viikoittain hoitojakson aikana. Depressiohoitajan tehtäviin kuuluu välittää potilaalle tietoa depressiosta, seuraa lääki-

tystä sekä antaa apua elämäntilannekriisiin ja lyhytpsykoterapiaa. (Isometsä 2011, 27.) Konsultoivan psykiatrin tehtävänä kolmiomallissa on depressiohoitajan ohjaus, omalääkäreiden koulutus ja konsultointi ja potilaiden konsultaatiotapaamiset. Psykiatrin lausuntoja myös edellytetään monien etuuksien saamiseen, kuten sairauspoissaoloihin ja eläkeratkaisuihin. (Vuorilehto ym. 2010, 3–5.)

Kolmiohoitomalli tehostaa depression varhaista hoitoa sekä aktiivista seuranta (Vuorilehto ym. 2010, 2). Pohjanmaalla tehtiin pilottitutkimus kolmiohoitomallin tuloksista lokakuusta 2005 joulukuuhun 2006. Tutkimusaineiston keräsivät viisi alueella työskentelevää depressiohoitajaa. Viikoittaisia käyntejä hoitajan luona potilailla oli enimmillään 12, tavoitteena oli yksi tai kaksi seurantakäyntiä omalääkärillä ja tarvittaessa järjestettyä psykiatrin konsultaatio. Potilaiden masennusoireita mitattiin Beckin depressioasteikolla (BDI). Otoksen alkumittauksen BDI-keskiarvo oli 20.1. ja 126 potilaalla loppumittauksen keskiarvoksi saatiin 10.95. (Tuulari & Aromaa 2008.) BDI-asteikolla 19–29 pistettä merkitsee keskivaikeaa masennusta, 10–18 pistettä lievää masennusta ja yhdestä yhdeksään pistettä tarkoittaa, ettei tuloksen mukaan tutkittavalla olisi masennusta (Toimia 2011). Pohjanmaan tulokset hoitomallin toimivuudesta ovat tilastollisesti erittäin merkitseviä (Tuulari & Aromaa 2008). Myös Vantaan Sateenvarjo-projektissa ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä kolmiomalli on tutkitusti osoittautunut toimivaksi hoitomalliksi (Vuorilehto ym. 2010, 2).

3.2 Vantaan kolmiomalli

Vantaalla on kehitetty kolmiomalli lievää ja keskivaikeaa depressiota sairastavien aikuispotilaiden hoitoon. Hoitomallin kehittämisen ajatus lähti siitä, että terveyskeskuslääkärit kokivat potilaiden saamisen psykiatriseen erikoissairaanhoidon hankalaksi ja he toivoivat enemmän psykiatrin apua juuri masennuspotilaiden hoitoon. Vantaalla kehitettiin toimivaa hoitomallia kansainvälisten tutkimusten tuloksien pohjalta. Vantaan kolmiomallin pohjalla käytettiin amerikkalaisten tutkijoiden, W. Katonin ja K. Rostin, työryhmineen tekemää tutkimusta *Collaborative Management to Achieve Treatment Guidelines*. (Riihimäki 2010, 24.) Katonin ja Rostin työryhmineen tekemässä tutkimuksessa osoitettiin, että moniammatillisella yhteistyömallilla avohoito onnistui tavanomaista hoitoa paremmin (Katon ym. 1995, 1030).

Vantaalla kolmiomallin mukainen hoito alkaa, kun terveyskeskuslääkäri on tehnyt arvon potilaan voinnista ja tarvittaessa lähetteen depressiohoitajalle. Potilas soittaa depressiohoitajalle itse ja varaa ensimmäisen tapaamisajan. Ensimmäisen vastaanot-

toajan tulee olla kahden viikon sisällä yhteydenotosta. Depressiohoitajan tehtävänä on seurata potilaan lääkehoitoa. Jos potilas on aloittanut masennuslääkityksen, huomioidaan mahdolliset sivuvaikutukset ja tarvittaessa motivoidaan potilasta lääkityksen aloittamiseen. Depressiohoitajan tehtäviin kuuluu myös selvittää muut hoitokontaktit. Kolmiomallissa potilas on aktiivinen toimija, hänellä on vastuu itsensä hoitamisesta. Masennuksen akuuttivaiheessa potilaalla on tapaamisia depressiohoitajan kanssa yhdestä kuuteen kertaa. Depressiohoitaja toimii tiedonvälittäjänä potilaan ja lääkärin sekä konsultoivan psykiatrin välillä. Depressiohoitaja myös auttaa potilasta sitoutumaan hoitoon ja motivoi häntä. (Kilpinen 2010, 48–49.)

3.3 Imatran kolmiomalli

Kolmiomallia Imatralle kehitettiin Vantaan kolmiomallin pohjalta. Depression hoidon kolmiomalliin Imatralla sisältyy kolme vaihetta, seulominen, tunnistaminen ja hoitaminen. Seulomisessa tärkeitä asioita ovat masentuneen mielialan kesto, mielenkiinto asioiden hoitamiseen ja mielihyvän kokeminen. Apuvälineinä seulonnassa käytetään erilaisia kyselyitä, jotka mittaavat mielialaa, toimintakykyä ja päihteiden käyttöä. (Nevalainen 2006.)

Seulomisen jälkeinen vaihe on depression tunnistaminen. Tunnistusvaiheessa erotetaan masentuneen mielialan aiheuttajista suru, stressi, ihmissuhdeongelmat, elimelliset sairaudet ja lääkkeet. Tunnistamisvaiheessa erotetaan myös depressiosta muut mielialan häiriöt, kuten kaksisuuntainen mielialahäiriö, syömishäiriö, persoonallisuushäiriö tai päihdeongelma ja keskitytään potilaan kokonaishoitoon yksilökohtaisesti. (Nevalainen 2006.)

Kolmas vaihe hoitomallissa on depression hoitaminen. Potilaan vointia seurataan käynneillä yhdestä kahteen viikon välein. Hoitoviikolla kuusi arvioidaan potilaan tilanne. Vaikka potilaan vointi olisi selvästi parempi, hoitoa jatketaan vielä kuusi viikkoa. Jos potilaan voinnissa ei havaita korjaantumista, tehdään lääkitykseen muutoksia joko suurentamalla annosta tai vaihtamalla lääkettä. (Nevalainen 2006.)

Potilaan vointia seurataan yhdestä kahteen viikon välein hoitoviikolle 12 saakka, jolloin potilaan tilanne arvioidaan uudelleen. Mikäli vointi on selvästi parempi, lääkehoito jatkuu neljästä yhdeksään kuukautta ja arvioidaan ylläpitohoidon tarve. Mikäli vointi ei ole korjaantunut 12 hoitoviikon jälkeen, konsultoidaan psykiatria tai lähetetään potilas psykiatrian poliklinikalle. Depression hoidon kolmiomallissa on tärkeää muistaa riittä-

vä psykososiaalinen tuki, omaiset, lapset ja psykoedukaatio. (Nevalainen 2006.) Psykoedukaatiolla tarkoitetaan neuvontaa ja potilasohjausta, eli potilaalle annetaan tietoa sairautensa oireista, hoitomahdollisuuksista ja hoidon tuloksellisuudesta (Honkonen 2009).

3.4 Iisalmen kehittyvä kolmiomalli

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden avohoidon ylilääkäri Teijamari Laasonen-Balk (2011) on esitellyt Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän edustajille Iisalmissa kehitteillä olevan kolmiomallin. Tähän esitykseen on otettu mallia depression hoitomallista Imatralta, sillä Laasonen-Balk toimi siellä aiemmin. Imatran tavoin hoitomallissa pääkohdiksi on nostettu depression seulominen, tunnistaminen sekä hoitaminen joita toteutetaan Imatran mallin mukaan.

Laasonen-Balkin (2011) alustavan kolmiomalliesityksen jälkeen toimintamalliajatuksista on Iisalmissa työtiimin kokouksissa lähdetty kehittämään. Kolmiomallissa tärkeimmiksi työntekijöiksi on nostettu terveyskeskuslääkäri ja depressiohoitaja. Terveyskeskuslääkärin tehtävänä on tehdä diagnoosi, lääkitysarvio sekä työkykyarvio. Depressiohoitajan luona potilas käy ensisijaisesti yhdestä kuuteen käyntiä. Depressiohoitajan tehtäviin kuuluu kertoa potilaalle depressiosta, seurata potilaan lääkitystä ja huomioida potilaan lasten tilanne. (Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä 2011a.)

Depressiopotilaiden seuranta jatkuu kaksi vuotta. Potilaan ohjautumisesta depressiohoitajalle on vielä epäselvyyksiä. Mietittävänä on, olisiko terveyskeskuslääkärin lisäksi myös mahdollisesti muita depressiohoitajan luokse lähettäviä terveydenhuollon ammattilaisia. Näitä voisivat olla esimerkiksi työterveyshoitaja, aluehoitaja, diabeteshoitaja, päivystys ja sosiaalityöntekijä. Myös lähetteen muodosta tulee sopia, onko se kirjallinen vai sähköinen tai esimerkiksi pyyntö pelkästään sähköpostina depressiohoitajalle. Kehittyvän hoitomallin tiimoilta voidaan myös pohtia, voisivatko potilaat tulla depressiohoitajan luokse suoraan ilman lähetettä. (Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä 2011a.)

Toimiviin hoitokäytänteisiin kuuluu sopia miten ajanvaraus hoidetaan, eli ottaako yhteyttä potilas vai depressiohoitaja hoitokäyntien sopimista varten. Ensimmäinen käynti depressiohoitajalle sovitaan kahden viikon sisälle. Ensimmäisen puhelinkontaktin aikana depressiohoitaja voi tarkentaa potilaan tilannetta sekä esitietoja ja niiden mu-

kaan arvioida hoidon aloittamisen kiireellisyyttä. (Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä 2011a.)

Ensimmäisellä hoitokäynnillä depressiohoitajan luona tarkastellaan potilaan tulosityitä ja mahdollista lähetettä. Potilaan hoitava lääkäri selvitetään. Ensimmäisen käynnin päätteeksi laaditaan potilaan hoidon jatkosuunnitelma. Kuuden hoitoviikon aikana potilaalla voi olla kuusi hoitokäyntiä depressiohoitajan luona, mutta käyntien määrä ja sisältö määräytyy yksilöllisesti potilaan tilanteen ja tarpeen mukaan. Depressiohoitaja seuraa potilaan vointia ja lääkitystä käyntien aikana oiremittareilla, haastattelemalla ja havainnoimalla. Depressiohoitaja arvioi potilaan mahdollisten lääkäriaikojen tarvetta. Koska depressiohoitajan ja lääkärin yhteistyöstä ei ole vielä lisälmen kehittyvässä kolmiomallissa päätetty selkeää ohjeistusta, täytyy myös miettiä varaako lääkäriajan depressiohoitaja vai potilas. (Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä 2011a.)

Kuuden hoitoviikon jälkeen depressiohoitaja arvioi potilaan vointia. Epäselvää on vielä, täytyykö potilaan käydä lääkärin vastaanotolla arvioitavana ja tarvitaanko myös psykiatrin konsultaatio. Täytyy sopia, jatkuuko potilaan hoito depressiohoitajan luona kuuden hoitoviikon jälkeen. Vaihtoehtona voisi olla potilaan ohjaaminen aikuistyöryhmään tai hoidon lopettaminen hyväkuntoisten potilaiden kohdalla. Jos potilaiden hoitoa päätetään jatkaa 12 viikkoon saakka, täytyy myös täsmentää kuinka hoito jatkuu ja miten sitä arvioidaan. (Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä 2011a.)

Hoitojakson viimeisellä käynnillä sovitaan seurantakäynneistä. Vastaanotto sovitaan kuuden kuukauden sisälle hoitokäyntien lopettamisesta. Mahdollisuutena on myös puhelinkontakti potilaaseen vastaanottokäynnin sijaan. Potilaan seurannassa tärkeää on edelleen voinnin ja lääkevästeen arvioiminen. Lopetuskäynnillä potilaan vointia voidaan arvioida uudestaan mielialaa, toimintakykyä ja päihteiden käyttöä arvioivien testien avulla. Hoitokäytänteitä tulee täsmentää sen osalta, voiko potilas ottaa mahdollisesti uudelleen yhteyttä depressiohoitajaan ilman lähetettä. (Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä 2011a.)

4 DEPRESSIOHOITAJAN TYÖNKUVA

4.1 Depressiohoitajan koulutus ja työtehtävät

Depressiohoitajat ovat psykiatrisesti suuntautuneita sairaanhoitajia, joilla on koke-musta mielenterveyspotilaiden ja heidän läheistensä kanssa työskentelystä. Jotta depressiohoitajan työ täyttää vaikuttavan hoidon laatuvaatimukset, depressiohoitaja tarvitsee täydennyskoulutusta ja psykiatrin tukea. (Vuorilehto ym. 2010, 13.) Psykiat-rin antama säännöllinen ja asianmukainen työnohjaus sekä vahva psykiatrinen työ-kokemus ovat työn toimivuuden keskeisiä edellytyksiä (Depressiohoitajat peruster-veydenhuollossa: Näytönastekatsaus, 2009). Työnohjauksen merkitys on selkeyttää hoitotyön perustehtävää käsittelemällä työhön, työyhteisöön ja omaan työrooliin liitty-viä kysymyksiä ja tunteita sekä pohtimalla omia työskentelytapoja (Mattila 2010).

Sosiaali- ja terveysministeriö on yhdessä Suomen sairaanhoitajaliiton mielenterveys-hoitotyön asiantuntijaryhmän kanssa laatinut depressiohoitajakoulutuksen opetus-suunnitelman ammattikorkeakouluille. Depressiohoitajakoulutus on lisäkoulutus työ-elämässä oleville sairaanhoitajille, jotka ovat työskennelleet psykiatrian alueella ja joiden työnantaja sitoutuu koulutukseen ja depressiohoitajatoiminnan kehittämistyö-hön työpaikalla. Depressiohoitajaopinnot ovat laajudeltaan 30 opintoviikkoa. (Sosiaa-li- ja terveysministeriö & Suomen sairaanhoitajaliiton mielenterveyshoitotyön asian-tuntijaryhmä 2010.) Depressiohoitajan tehtäviä kolmiohoitomallissa ovat potilaan ti-lanteen ja oireiden selvittäminen, psykososiaalinen tuki ja hoidon ja toipumisen seu-ranta, potilaan ohjaus sekä yhteistyön ja hoidon koordinointi (Vuorilehto ym. 2010, 3).

4.2 Potilaan tilanteen ja oireiden selvittäminen

Oireita selvittäessä depressiohoitaja kysyy potilaalta yksinkertaisia suoria kysymyk-siä, jotka helpottavat potilasta kuvailemaan oireitaan. Tärkeää on selvittää, mitkä oi-reet haittaavat eniten potilasta ja kuinka ne vaikuttavat hänen elämänlaatuunsa. Ny-kyoireita ja mahdollista päihteiden käyttöä voidaan selvittää myös erilaisilla kyselyillä. Huomioitavia asioita ovat miten potilas selviytyy esimerkiksi itsestään huolehtimisesta, työstään, lasten hoidosta tai kotitöistä. Tulee myös kysyä potilaan parisuhteesta, onko potilaalla harrastuksia ja ystäviä ja onko näissä asioissa tapahtunut muutoksia lähiaikoina. Potilaan ahdistuneisuutta depressiohoitaja voi selvittää kysymällä huoless-

tuneisuudesta, jännittyneisyydestä, ärtyneisyydestä ja pelokkuudesta sekä fyysisistä oireista. (Vuorilehto ym. 2010, 7.)

Taustaselvittelyssä depressiohoitaja selvittää potilaan elämäntulkua, millaista hänen elämänsä oli ennen masennusoireiden alkamista, milloin oireet alkoivat ja milloin hän viimeksi on voinut hyvin. Monilla potilailla on ollut aikaisemminkin depressiojaksoja elämässään. Depressiohoitaja voi kysyä potilaalta aikaisemmista depressio-oireista ja millaista hoitoa hän on silloin saanut ja onko siitä ollut hänelle apua. Potilaalle on annettava tilaa kertoa avoimesti oma näkemyksensä huonon vointinsa syistä. (Vuorilehto ym. 2010, 8.)

4.3 Psykososiaalinen tuki ja hoidon ja toipumisen seuranta

Depressiohoitaja asettaa potilaan kanssa yhdessä konkreettiset muutostavoitteet. Potilaan lääkitys tulee läpikäydä huolellisesti. Mahdollisesta aiemmasta lääkityksestä selvitetään sen hyöty potilaalle, annostuksen riittävyys ja sivuvaikutukset. Jos potilas on lopettanut haittavaikutusten vuoksi aiemman lääkityksen, hän voi tarvita uuden lääkkeen aloittamisessa tukea. Depressiohoitajan käynneillä kiinnitetään huomiota depressiolääkityksen optimaaliseen toteutumiseen. Keskustelussa tulee yleensä esille potilaan läheiset ihmissuhteet ja työtilanne. On tärkeää ottaa lasten hyvinvointi aktiivisesti puheeksi ja arvioida lasten tarvitsemat tukitoimet. (Vuorilehto ym. 2010, 8.)

Potilas ja depressiohoitaja tapaavat yleensä neljästä kuuteen kertaa, joka yleensä on toipumiseen riittävä määrä. Käynnit kuitenkin jaksotetaan yksilöllisesti. Hoidon sisältö ja tavoitteet sovitaan yhdessä potilaan kanssa, sillä potilaan käsitykset hoidosta sekä sen merkityksestä ovat pohjana onnistuneelle hoidolle. Tavoitteet muodostuvat ongelmia jäsentelemällä sekä voimavaroja ja ongelmanratkaisukeinoja selvittelemällä. Tavoitteiden toteutumista seurataan tapaamisissa. Pää tavoite on masennusoireiden väistyminen sekä toimintakyvyn palautuminen. (Vuorilehto ym. 2010, 11.)

Yhdessä rakennetussa hoitosuunnitelmassa potilaalla on tehtäviä, esimerkiksi vuorokausiryhmien korjaaminen, yhteydenpidon lisääminen läheisiin ihmisiin tai alkoholin käytön vähentäminen. Potilaan toipumista seurataan Beckin depressiomittaria (BDI) apuna käyttäen. Lääkehoidon yleiset pelisäännöt depressiohoitaja sopii oman yksikön terveyskeskuslääkäreiden ja konsultoivan psykiatrin kanssa. Lääkehoidon moniammatillisena yhteisenä tavoitteena voidaan pitää nopeaa hoitovastetta. Toipumisen jälkeen on hoitosuhteen hyvä jatkua pari vuotta. Hoitosuhteen jatkumisella pyri-

tään kannustamaan potilasta pikaiseen yhteydenottoon oireiden uusiutuessa. (Vuorilehto ym. 2010, 11.)

4.4 Potilaan ohjaus

Potilaan ohjaus depressiohoitajan työssä tarkoittaa sitä, että hän kertoo potilaalle hoidon ja hoitamatta jättämisen merkityksestä ja eri hoitovaihtoehtoista. Koska hoitomallissa potilaan halutaan olevan aktiivinen toimija, depressiohoitajan on hyvä kertoa potilaalle myös depression yleisyydestä, syistä, seurauksista, oireista ja hoidon kulusta. Potilaalle tärkeää tietoa ovat hoitovaihtoehtojen saatavuus ja sopivuus hänen tilanteeseensa. Potilasta tulee myös opastaa keinoihin, joilla he itse voivat hoitaa mielialaansa. Vaikka potilas kieltäytyisikin aktiivisesta hoidosta, hänen on oikeus saada tukea ja hänen toipumistaan tulisi seurata. Hoitojakson lopulla potilasta tulee ohjata itsensä huolehtimisasioissa ja antaa yhteystiedot, johon hän voi ottaa yhteyttä oireiden mahdollisesti palatessa. (Vuorilehto ym. 2010, 9.)

Depressiohoitajan toimenkuvaan voi työpaikasta riippuen kuulua myös depressiokouluryhmien ohjaaminen. Depressiokoulu soveltuu depression ennaltaehkäisyyn, uusiutumisen ehkäisyyn sekä lievän depression hoitoon. Depressiokoulussa on esimerkiksi potilasopetusta, stressinhallintakeinojen opettelua ja vertaistukea. Depressiohoitajat voivat toimia myös kouluttajina tai työnohjaajina muille terveydenhuollon ja sosiaalitoimen työntekijöille. He voivat myös osallistua omalla panoksellaan alueensa mielen-terveyspalveluiden kehittämiseen. Depressiohoitaja on työyhteisössä arvokas konsultti, jolta tulisi löytyä uusinta tietoa mielen-terveyspalveluista erityisesti depression liittyen. (Vuorilehto ym. 2010, 14.)

4.5 Yhteistyö ja hoidon koordinointi

Depressiohoitaja paneutuu potilaidensa tilanteisiin kokoamalla tarvittavan tiedon ja toimimalla yhteyshenkilönä muihin yhteistyökumppaneihin. Arvokkaita yhteistyökumppaneita ovat potilaiden omaiset, joita voi tavata hoitokäynneillä. Kuitenkaan perhe- tai pariterapia ei kuulu depressiohoitajan varsinaiseen työhön. Potilaan sairauden vaikuttaessa hänen työkykynsä työterveyshuolto on tärkeä yhteistyökumppani. Muita yhteistyökumppaneita voivat olla neuvolat, lastensuojelu, terveyskeskuksen psykologipalvelut, päihdepalvelut, Kela ja sosiaalitoimi. (Vuorilehto ym. 2010, 14.)

Yhden kolmiomallilla työskentelevän depressiohoitajan työpanos riittää vastaamaan noin 20 000 asukkaan hoidon tarpeeseen. Järkevintä yhteistyön kannalta on, että depressiohoitaja työskentelee samassa yksikössä potilaan oman lääkärin kanssa. Depressiohoitajan esimiehenä toimii terveyskeskuksen hoitotyön esimies tai mielen-terveysyksikön esimies. Depressiohoitajan työaikataulun tulee olla tarpeeksi väljä, jotta kiireelliseen hoitoon on mahdollisuus päästä viikon tai kahden sisällä. Joustavuutta depressiohoitajan työhön voi saada kehittämällä puhelin- ja sähköpostikontaktisovelluksia sekä myös ryhmätapaamisia. (Vuorilehto ym. 2010, 12.)

5 TYÖELÄMÄYHTEYS

Opinnäytetyömme toimeksiantaja on Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä, jonka tehtävänä on järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon sekä ympäristö- ja terveysturvallisuuden palvelut jäsenkuntiensa Iisalmen, Vieremän, Sonkajärven ja Kiuruveden asukkaille. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymässä masennuspotilaita hoidetaan terveyskeskuksissa sekä erikoissairaanhoidon avopalveluissa ja vakavammin sairastuneita laitoshoidossa Iisalmen sijaitsevassa Koljonvirran sairaalassa. Kuitenkin kuntayhtymässä mielen-terveys- ja päihdepalveluihin on luvassa uudistuksia, joiden myötä lisätään avopalveluita. Uudistusten toteuttaminen on alkanut syksyllä 2011. Koljonvirran sairaala suljetaan vuoteen 2015 mennessä, mutta joitakin korvaavia tiloja suunnitellaan. Uudistuksia ovat kolmiomallilla masennuspotilaita hoitavat kaksi depressiohoitajaa sekä kotikuntoutusta tekevä työpari, jonka tehtävänä on kuntouttaa mielen-terveyskuntoutujia kotiloissa laitoshoidon sijaan. (Turunen 2011.) Opinnäytetyön pohjalta voidaan kehittää muuttuvia depression avohoidon palveluita.

Aikaisemmin depressiopotilaita on hoidettu Ylä-Savon SOTE kuntayhtymässä perusterveydenhuollon lisäksi erikoissairaanhoidon avopalveluissa. Iisalmen, Vieremän ja Sonkajärven alueella toimii aikuistyöryhmä, joka tarjoaa moniammatillisia mielen-terveys- ja päihdepalveluja aikuisille. Ikäihmisille, eli yli 65-vuotiaille, on erikseen suunnattu ikäihmisten työryhmä, joka toimii yhteistyössä muiden vanhusten palveluissa työskentelevien kanssa. Kiuruvedellä toimii perhe- ja mielen-terveyskeskus Ankkuri, jonka palveluja ovat mielen-terveyspalvelut, päihdepalvelut, perhepalvelut ja puheterapia. (Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä 2011b.) Aikuistyöryhmä toimii Koljonvirran sairaalan yhteydessä ja vastaa kiireellisen psyykkisen avun tarpeeseen (Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä 2011c).

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

6.1 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimustehtävät

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, kuinka depressiopotilaita on hoidettu Ylä-Savon SOTE kuntayhtymässä kolmiomallin elementtejä hyödyntäen. Työn tavoitteena oli tuoda esille toimivia sekä mahdollisesti kehitettäviä asioita lievän ja keskivaikean depression avohoidossa. Halusimme olla osana vaikuttamassa kolmiomallin kehittämiseen opinnäytetyöllä. Oman ammatillisen kasvun tavoitteina meillä oli syventää tietojamme depression hoidosta sekä kehittyä tieteellisen tekstin kirjoittajina ja tulkitsijoina.

Opinnäytetyön tutkimustehtävät:

1. Miten depressiopotilaiden hoito etenee ja mitkä ovat hoitomenetelmät?
2. Millaisena depressiopotilaiden sitoutuminen hoitoon näyttäytyy sairaanhoitajille?
3. Miten moniammatillinen yhteistyö toimii ja millaista koulutusta sairaanhoitajilla on työskentelyyn depressiopotilaiden kanssa?

6.2 Kohdejoukko

Opinnäytetyön kohdejoukoksi valittiin kahdeksan avohoidossa depressiopotilaita hoitavaa sairaanhoitajaa Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän alueelta. Jokaisesta neljästä kuntayhtymän kunnasta haastatteluihin osallistui kaksi sairaanhoitajaa. Yksi haasteltavista oli depressiohoitaja ja muut aikuisten mielenterveyspalveluissa työskenteleviä sairaanhoitajia. Näkökulmana opinnäytetyössä olivat sairaanhoitajien kokemukset.

Alkuperäisenä ajatuksena meillä oli haastatella pelkästään depressiohoitajia. Kuitenkin vain yksi depressiohoitaja oli ehtinyt aloittaa työnsä Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän alueella opinnäytetyömme tekemisen aikana. Kohdejoukkoa päädyttiin laajentamaan myös muihin avopuolella aikuisten mielenterveyspalveluissa työskenteleviin sairaanhoitajiin. Tämä kohdejoukon laajentaminen toi työhön näkökulmia kaikista kuntayhtymän kunnista.

6.3 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyö oli laadullinen. Laadullisen opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa monipuolista tietoa tutkittavasta ilmiöstä (Kylmä & Juvakka 2007, 79). Laadullisessa opinnäytetyössä selvitetään ensisijaisesti vastauksia kysymyksiin miksi, miten ja millainen. Tutkimuksessa annetaan tilaa tutkittavien henkilöiden näkökulmille ja kokemuksille ja perehdytään tutkittavaan ilmiöön liittyviin ajatuksiin, tunteisiin ja vaikuttimiin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 163.)

Laadullisessa opinnäytetyössä korostuu ihmisten kokemusten, tulkintojen, käsitysten tai motivaatioiden tutkiminen sekä ihmisten näkemysten kuvaus. Tutkimus liittyy siis uskomuksiin, asenteisiin ja käyttäytymisen muutoksiin. Laadullinen opinnäytetyö sopii olemassa olevaan tutkimusalueeseen, jos siihen halutaan saada uusia näkökulmia. Myös asian tutkiminen ymmärtämisen näkökulmasta voi olla laadullisen menetelmän valintaperusteena. Laadullinen tutkimus on persoonakohtaista, eli siinä kuunnellaan yksilön tuntemuksia ja toiveita. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49–51.)

Tutkimusmenetelmäksi valittiin teemahaastattelu. Teemahaastattelulla pystytään käsittelemään samoja teema-alueita kaikkien haastateltavien kanssa, mutta niiden järjestys, tarkka kysymysten muoto ja laajuus voivat vaihdella eri haastatteluissa (Eskola & Vastamäki 2010, 28–29). Teemahaastattelu on puolistrukturoitu aineistonkeruumenetelmä. Teemahaastattelusta puuttuu tarkka kysymysten ja vastausvaihtoehtojen asettelu, mutta haastattelun teema-alueet ovat kaikille haastateltaville samat. Haastattelu etenee tiettyjen keskeisten teemojen varassa yksityiskohtaisten kysymysten sijaan. Tutkittavat saavat äänensä kuuluviin teemahaastattelulla, sillä teemahaastattelussa ihmisten tulkinnat ja heidän asioille antamat merkitykset ovat keskeisiä. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 47–48.)

On tärkeää, että tutkija on perehtynyt huolellisesti aiheeseen, jotta hän osaa määritellä keskeiset teemat aiheesta. Teemahaastattelua varten tutkija tekee rungon haastattelulle. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 47–48.) Määrittelimme teemat haastatteluun depressoipotilaan hoitotyöstä (kts. liite1). Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys tuki teemojen aiheita.

Haastattelumenetelmä oli parihaastattelu, joka on yksi ryhmähaastattelun alalajeista. Parihaastattelun etuna on, että aineiston keruu on joustavaa, saadaan monitahoisia vastauksia ja saatuja tietoja voidaan syventää. Ryhmähaastattelu sopii aineistonke-

ruumenetelmäksi hyvin silloin, kun osallistujat edustavat samaa ammattiryhmää. Etuna on tiedon saaminen usealta samaan aikaan. On myös näyttöä siitä, että ryhmän sisäisen vuorovaikutuksen ansiosta osallistujat voivat muistaa joitakin kokemuksiaan paremmin ryhmän toisen jäsenen kertoman perusteella. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 95–99.)

6.4 Aineiston keruu

Aineiston keruu alkoi tutkimusluvan saamisesta (kts. liite 2). Tutkimusluvan saamisen jälkeen saimme Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän yhteyshenkilöltä depressiopotilaita hoitavien sairaanhoitajien yhteystietoja ja lähetimme heille sähköpostiviestin, jossa kerroimme opinnäytetyöstämme ja haastatteluista. Haastatteluun osallistuville sairaanhoitajille lähetimme haastattelun teemat sähköpostitse ennen haastattelua, jotta he voisivat tutustua teemoihin ja siten valmistautua haastatteluun.

Haastattelut teimme haastateltavien työpaikoilla heidän työhuoneissaan ja heidän työaikanaan. Halusimme aineiston keruun olevan haastateltaville mahdollisimman vaivatonta. Haastattelut nauhoitettiin kahdella nauhoituslaitteella. Meillä oli haastatteluissa mukana muistiinpanovälineet mahdollisten lisähavaintojen kirjaamiseksi.

Toimimme haastattelutilanteessa vuorotellen haastattelijoina ja herätimme keskustelua esittämällä teemoista täydentäviä kysymyksiä. Haastattelutilanteet olivat erilaisia. Jotkut haastateltavista olivat valmistautuneet haastatteluun miettimällä teemoja etukäteen ja toiset tarvitsivat enemmän meidän osallistumista. Haastattelijoina pidimme keskustelun avoimena, emmekä rajanneet haastateltavien puheenvuoroja. Toimimme näin, koska ajattelimme, että keskustelusta voi nousta muitakin aiheeseen liittyviä asioita teemojen lisäksi. Olimme varanneet haastatteluille tarpeeksi aikaa, jotta aineistosta tulisi mahdollisimman kattava. Haastatteluihin meni aikaa puolesta tunnista tuntiin.

6.5 Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysi aloitetaan haastatteluiden jälkeen kuuntelemalla nauhat ja litteroimalla aineisto, eli muuttamalla se kirjalliseen muotoon. Litteroitua aineistoa luetaan useaan kertaan, jolloin siitä nousee työn tutkimustehtäviin vastaavia asioita. Aineisto jaetaan kokonaisuudesta osiin, osat luokitel-

laan ja luokkia yhdistellään. Seuraavaksi tehdään synteesi, jossa palataan takaisin kokonaisuuteen, tulkitaan aineistoa ja hahmotetaan ilmiö teoreettisesti uudestaan. Aineistosta erotellaan ne seikat, jotka ovat relevantteja tutkittavan asian kannalta. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 143–146.)

Luokittelulla luodaan aineistolle raamit, joilla voidaan tulkita, tiivistää ja yksinkertaistaa tutkimustuloksia. Luokittelun jälkeen luokkia yhdistellään säännönmukaisuuksia ja samankaltaisuuksia etsien suuremmiksi kokonaisuuksiksi. Laadullista opinnäytetyötä tehtäessä pyrkimyksenä on päätyä onnistuneisiin tulkintoihin haastatteluaineistoista. Haastatteluaineistoa voidaan tulkita eri näkökulmista, mutta tarkoituksena on, että myös lukija omaksuu saman näkökulman kuin tutkija, löytäen tekstistä ne asiat, jotka tutkijakin löysi. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 147–151.)

Litteroimme haastatteluaineiston tekstinkäsittelyohjelmalla ja poimimme aineistosta alkuperäisilmauksia teemojen pohjalta. Aineistosta löytyi myös muita aiheeseen liittyviä asioita teemojen lisäksi. Esimerkki aineiston sisällönanalyysistä on liitteessä kolme. Ensimmäinen luokitteluvaihe oli redusointi eli pelkistäminen, jossa muodostimme alkuperäisilmauksista pelkistettyjä ilmauksia. Toinen vaihe oli klusterointi eli ryhmitteily, jossa yhdistimme pelkistettyjä ilmauksia alaluokiksi. Aineistosta tehty klusterointi on esitetty liitteessä neljä. Kolmas ja viimeinen vaihe opinnäytetyön aineiston luokittelussa oli abstrahointi, jossa luokkia supistettiin edelleen suuremmiksi yläluokiksi. Aineiston abstrahoinnissa päädyimme koko aineiston yhdistävään luokkaan. Abstrahointi on esitetty liitteessä viisi.

7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

7.1 Hoidon vaiheet

Sisällönanalyysissä Hoidon vaiheet -yläluokkaan yhdistimme alaluokat Hoitoon ohjautuminen, Hoitojakso ja Jatkohoito. Haastateltavat kertoivat depressiopotilaiden ohjautuvan sairaanhoitajan vastaanotolle läheteellä tai ilman lähetettä. Läheteellä hoitoon ohjautuvan potilaan tilannetta voitiin selvittää hoitotiimissä, jossa esimerkiksi lääkäri arvioi hoitoon ohjautumisen kiireellisyyttä. Hoitotiimissä voitiin yhdessä sopia, kuka potilasta hoitaa. Ilman lähetettä potilas ohjautui sairaanhoitajan vastaanotolle ottamalla suoraan yhteyttä puhelimitse tai tulemalla hoitajan työhuoneen ovelle. Ilman lähetettä hoitoon hakeutuva potilas oli voinut olla hoidossa samassa yksikössä jo aiemmin ja tästä syystä tiesi, miten hakeutua uudestaan hoitoon. Potilaan hakeutuessa suoraan sairaanhoitajan vastaanotolle, sairaanhoitaja arvioi itsenäisesti potilaan hoidon tarvetta ensikontaktin aikana. Mahdollisuus tulla sairaanhoitajan vastaanotolle ilman lähetettä koettiin hyväksi toimintamalliksi, koska se madalsi potilaan hoitoonhakeutumiskynnystä.

Haastatteluista nousi esille yhteistyön saumattomuuden merkitys potilaan hoitoon ohjautumiselle. Koettiin, että kun hoitoon ohjaava taho ja depressiopotilasta hoitava taho olivat fyysisesti samoissa tiloissa, oli potilaan helpompi tulla hoitoon. Psykkisen sairauden leimaavuuden koettiin vähenevän kun depressiopotilaita hoidettiin perusterveydenhuollossa.

Tänne on helppo tulla, eikä tarte hävetä, täällä ei leimaa ohtaan tule, että on käynyt masennuksen takia keskustelukäynneillä.

Hoitojakson pituuteen kerrottiin vaikuttavan oleellisesti sen, onko potilaalla depression lisäksi muita psyykkisiä ongelmia. Ongelmiksi kerrottiin esimerkiksi traumaattiset kokemukset, perhekiisit ja ahdistuneisuus. Muiden psyykkisten ongelmien yhdistyessä depression, olivat hoitojaksot pitkittyneet. Vaikka hoito alkoi tietyn mittaisella tutkimusjaksolla, määräytyi hoitosuhteen kokonaispituus aina yksilöllisesti potilaan tilanteesta riippuen. Esille tuotiin, ettei muutaman käynnin tutkimusjakso yksinään ollut riittävä depressiopotilaiden hoitojaksoksi. Sairaanhoitajan tehtävänä nähtiin hoidon tarpeen jatkuva arviointi hoitosuhteen aikana, ettei potilas kävisi vaikka vain kuulumisia vaihtamassa hoitajan luona tavan vuoksi.

Depressiotyyppin koettiin vaikuttavan siihen, oliko yksi hoitajakso riittävä potilaalle vai hakeutuivatko samat potilaat uudestaan hoitoon. Tästä esimerkkinä synnytyksen jälkeinen masennus, joka koettiin selvästi eriluonteiseksi masennukseksi kuin muut masennustyyppit.

Hoitojakson päättyessä potilas ja sairaanhoitaja sopivat mahdollisista seurantakäynneistä. Mitään vakiintunutta seurantakäytäntöä ei tullut haastatteluissa esille. Potilaan seuranta jatkui samassa hoitopaikassa tai potilas ohjattiin seurantakäynneille toiseen hoitoyksikköön, esimerkiksi työterveyshuoltoon tai terveyskeskuslääkärille lääkehoidon seurantaan. Hoitojakson loppuvaiheessa saatettiin myös sopia potilaan kanssa, että hän hakeutuu jatkohoitoon itse tarvittaessa.

Mutta pääsääntöisesti ainakin se yhteydenotto, että jää niinkun se semmonen linkki tänne, et meille voi ottaa yhteyttä. Eli se tietoisuus siitä, että täällä on ihminen sitten sitä varten jos oireet uusii tai jos on jokin kysymistä.

7.2 Hoitomenetelmät

Sisällönanalyyysissä Hoitomenetelmät-yläluokka koostui alaluokista Oiremittarit, Depressiokoulu, Hoitosuhde, Ohjaus, Potilaan osallistaminen sekä Omaiset mukana hoidossa. Depressiopotilaiden hoitotyössä käytettiin monenlaisia oiremittareita. Masennusta mittaavaa Beckin masennusasteikkoa (BDI) käytettiin depressiopotilaiden hoidossa potilaan voinnin selvittämiseen hoitojakson alussa. Masennusasteikkoa käytettiin myös potilaan voinnin arvioimiseen hoidon eri vaiheissa. Osan potilaista kerrottiin käyttävän oiremittareita itsearviointikeinona oman vointinsa seuraamiseen.

Oiremittauslomakkeita täytettiin hoidon alussa sairaanhoitajan kanssa tai ne voitiin lähettää ennen ensimmäistä tapaamista potilaan täytettäväksi kotiin. Lomakkeiden lähettämisestä kotiin oli sairaanhoitajilla pääosin negatiivisia kokemuksia. Potilaiden kerrottiin kokeneen oiremittauslomakkeiden täyttämisen hankalana ja uuvuttavana. Jos lomakkeet täytettiin vastaanotolla, pystyi potilas esittämään tarkentavia kysymyksiä lomakkeiden täyttämisestä.

Oiremittareiden käyttö auttoi potilaan voinnin ja tilanteen selvittämisessä sekä täydensi potilaan oirekuva. Oiremittareiden käytön koettiin vaativan sairaanhoitajalta

tulkitsemiskykyä potilaan elämäntilanteen mukaan. Esimerkiksi suru on tärkeää erottaa masennuksesta.

Ja varsinkin sillä ensimmäisellä käynnillä kun se monesti jännittää niitä potilaita se ensimmäinen kerta, niin siinä on sitten jotakin kättä pitempää tavallaan antaa. Ja tavallaan on helppo lähteä puhumaan sitten vaikeistakin asioista.

Depressiokoulu nähtiin osana potilaan kokonaisuhoitoa. Depressiokoulun parhaimmaksi ajankohdaksi ajateltiin jatkohoitovaihetta, sillä depression akuuttivaiheessa potilaiden ei koettu olevan valmiita sitoutuvan depressiokoulutyöskentelyyn. Potilaiden kerrottiin kuvanneen depressiokoulua antoisaksi mutta raskaaksi, sillä siinä joutuu työstämään aktiivisesti sairauteen liittyviä asioita. Depressiokoulun tarjoaman vertaistuen nähtiin olevan tärkeä asia potilaille.

Luottamuksellinen hoitosuhde nähtiin onnistuneen hoidon perustana. Haastateltavat kokivat, että hoidon alussa olisi hyvä tehdä potilaan kanssa konkreettiset tavoitteet hoidolle. Näillä tavoitteilla potilaan hoitoa voitiin arvioida. Masennuspotilaiden kohdalla pienet, jopa päivittäiset tavoitteet nähtiin toimivina.

Hoidon alussa keskustelukäynneillä kerrottiin käytävän läpi potilaan nykyistä elämäntilannetta sekä menneisyyttä. Esimerkkeinä mainittiin muun muassa potilaan työtilanteesta, lapsuudesta sekä verkostoista keskustelun. Sairaanhoidajan rooli nähtiin potilaan tukijana. Käytännössä tukeminen saattoi esimerkiksi olla yhteinen ulkoiluhetki tai kotikäynti potilaan luona.

Hoitomenetelmänä käytettiin psykoedukaatiota, mikä käytännössä tarkoitti potilaalle kertomista masennuksesta, oireiden tunnistamisesta ja keinoista toipua masennuksesta. Psykoedukaation apuvälineinä käytettiin oppaita ja lehtisiä. Potilaiden kerrottiin tarvitsevan ohjausta taloudellisissa asioissa, esimerkiksi etuuksien hakemisessa. Vaikka lääkehoito voidaan nähdä lääkärin osa-alueena potilaan hoidossa, koettiin lääkehoidon seuranta ja lääkeohjaus sairaanhoidajan tärkeänä tehtävänä. Potilaiden koettiin tarvitsevan elämäntapaohjausta, johon lueteltiin kuuluvaksi unettomuudesta, terveellisistä elämäntavoista ja arjen sujumisesta keskustelun.

Potilaan aktiivinen osallistuminen ja siihen kannustaminen nähtiin tärkeänä osana depression hoidossa. Potilaille annettiin kotitehtäviä. Kotitehtäviä olivat esimerkiksi päivittäinen mielialan seuranta tai päiväkirjan kirjoittaminen. Potilaalla saattoi olla

myös viikko-ohjelma, johon sisältyi esimerkiksi liikuntaa ja ulkoilua. Osalla paikkakunnista toimi vertaistukiryhmä, jossa depressiopotilaat omalla osallistumisellaan pystyivät antamaan toisilleen vertaistukea.

Haastateltavien mielestä omaisten mukaan ottaminen hoitoon olisi tärkeää, koska läheisten tapaamisessa voidaan selvittää sairauden vaikutusta kotioloihin ja läheisten vointiin. Omaisten osallistuminen hoitoon oli vaihtelevaa. Mahdollisuutta omaisten käynneille tarjottiin, mutta koettiin, että potilaan motivoiminen siihen oli toisinaan haastavaa.

– – miten sitä osaisi oikealla lailla motivoida sitä ihmistä ja niitä että ne omaisetkin tulisi, että se on ainakin semmonen jostain syystä monelle vaikea. ”En vielä.” Ja sitten siirtää ja siirtää sitä. Et miten se niinkun tulisi siihen luontevasti ja että kuuluu käytäntöön.

Jos potilas ei halunnut läheistä mukaan vastaanotolle, voitiin läheiselle antaa toisen työntekijän yhteystiedot. Halutessaan potilaan läheinen pystyi ottamaan yhteyttä toiseen työntekijään. Tämä mahdollisti potilaan sairastamiseen liittyvistä asioista keskustelemisen luottamuksellisesti.

7.3 Potilaan sitoutuminen ja tyytyväisyys hoitoon sairaanhoitajan kokemana

Potilaan sitoutuminen ja tyytyväisyys hoitoon sairaanhoitajan kokemana -yläluokka sisälsi sisällönanalyyssissä alaluokat Sitoutuminen ja Kokemukset. Depressiopotilaiden kerrottiin olevan pääosin hyvin sitoutuneita hoitoonsa. Nuorten aikuisten koettiin sitoutuvan huonommin hoitoonsa kuin vanhempien potilaiden. Sitoutumiskykyä heikentäviksi tekijöiksi lueteltiin kaksoisdiagnoosi, esimerkiksi persoonallisuushäiriöt masennuksen lisäksi, päihteiden käyttö ja vaikeat somaattiset sairaudet.

Potilaat olivat antaneet hyvää palautetta hoidosta. Haastateltavat kertoivat, että potilaat ovat kokeneet tulleensa huomioiduiksi yksilöllisesti. Potilastyytyväisyyteen vaikutti hoidon saumattomuus. Negatiivista palautetta oli tullut vastaanottoaikojen vähyydestä. Sairaanhoitajat kokivat potilastyytyväisyyden ilmenevän parhaiten siitä, että potilaat tulivat vastaanotolle.

Niin jos masennuspotilaita aattelee niin oon varma että ne on just niitä maan hiljaisia, mitkä ei hirveesti oo pitämässä puoliaan siitä että kuhan vaan saavat raahauduttua vastaanotolle ni se on se heidän niinku tarkoitus täällä – –

7.4 Moniammatillinen yhteistyö ja koulutus sairaanhoitajan työn tukena

Sisällönanalyysissä Moniammatillinen yhteistyö ja koulutus sairaanhoitajan työn tukena -yläluokkaan kuuluivat alaluokat Moniammatillisuus, Työn tuki ja Koulutus. Depressiopotilaan hoito oli moniammatillista ja siinä pystyi olemaan mukana monia eri ammattiryhmien edustajia. Hoidossa oli mukana eri ammattihenkilöitä potilaan tilanteesta riippuen. Tiimityössä kerrottiin olevan kehitettävää tai sitä ei juuri ollut.

Että monesti se tiimi on tässä, me kaksi.

Moniammatillisen yhteistyön vaikeutena koettiin sairaanhoitajan vastaanottotilan sijaitsemisen eri rakennuksessa muiden hoitoon osallistuvien ammattilaisten kanssa. Viestintävälineiden käyttö potilaiden hoitoon liittyvissä asioissa koettiin kankeaksi. Työntekijöiden vaihtuvuus ja huono tavoitettavuus koettiin myös hankaloittavina tekijöinä moniammatillisessa yhteistyössä.

– – kun ollaan eri rakennuksissa, niin se tavallaan semmonen yhteistyön tekeminen, se on jotenkin sillai niin virallista, et se ois niin paljon helpompaa, jos oltais sitten jotenkin siinä läsnä, niin tavallaan lainausmerkeissä hihasta ottamalla puolin ja toisin vois sitten tehdä sitä, että ”mulla ois tämmönen ja tämmönen juttu” jotenkin.

Osana potilaan hoitoa nähtiin perheen asioihin liittyvä yhteistyö muiden tahojen kanssa. Näihin yhteistyötahoihin lueteltiin esimerkiksi sosiaaliviranomaiset lastensuojeluasioissa, lasten ja nuorten psykiatria sekä neuvola. Taloudellisissa asioissa tehtiin yhteistyötä Kelan ja muiden eläkeyhtiöiden kanssa. Jos potilas kävi töissä, voitiin yhteistyötä tehdä myös työterveyshuollon kanssa.

Osa haastateltavista kertoi tekevänsä tiiviisti yhteistyötä terveyskeskuslääkärin kanssa. Kuitenkin suurin osa kertoi yhteistyön terveyskeskuslääkäreiden kanssa olevan vähäistä. Lääkäriasioissa suurin osa haastateltavista teki yhteistyötä psykiatrin tai työterveyslääkärin kanssa. Terveyskeskuslääkäreiden kanssa tehtävää yhteistyötä hankaloittaviksi tekijöiksi koettiin terveyskeskuslääkärin fyysinen sijainti tai puute.

Työhön koettiin saatavan tukea esimieheltä, työnohjauksesta ja kollegoilta. Esimieheltä koettiin saavan ymmärrystä ja arvostusta työhön. Säännöllinen työnohjaus näh-

tiin välttämättömänä työn kannalta. Kollegoiden kanssa pystyttiin puhumaan vaikeistakin työhön liittyvistä asioista.

Tämä on itsenäistä puurtamista toisen tukemana.

Pelkästään depression hoitoon suunnattua koulutusta haastateltavilla ei ollut. Depressiopotilaiden hoidossa koettiin olevan hyötyä hoitosuhdekoulutuksista. Vaikka sairaanhoitajat kertoivatkin päivittävänsä tietojaan itsenäisesti eri tietolähteistä, kokivat he myös tarvetta lisäkoulutuksille depression hoidosta. Koulutusten lisäksi arvostettiin työn kautta oppimista ja työkokemusta pidettiin työtä tukevana tekijänä.

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelua

Opinnäytetyössä kuvattiin, kuinka depressiopotilaita on hoidettu Ylä-Savon SOTE kuntayhtymässä kolmiomallin elementtejä hyödyntäen. Tavoitteena oli tuoda esille toimivia sekä mahdollisesti kehitettäviä asioita lievän ja keskivaikean depression avohoidossa. Tutkimustehtävinä meillä oli hoidon etenemisen, hoitomenetelmien, potilaiden hoitoon sitoutumisen sekä yhteistyön ja sairaanhoitajien koulutuksen tarkastelu. Sisällönanalyysin luokittelussa aineiston yhdistäväksi luokaksi muodostui hoitoprosessi. Tarkastelimme opinnäytetyön tuloksia pohjautuen depression Käypä hoito -suositukseen (2010) ja depression hoidon kolmiomalliin.

Potilaiden hoitoon ohjautumisessa oli kahdenlaisia käytäntöjä. Potilaat ohjautuivat hoitoon joko läheteellä eri tahoilta tai ilman lähetettä. Lähetteen eduksi haastateltavat mainitsivat hoitotiimin tuen potilaan hoidontarpeen ja sen kiireellisyyden arvioimisessa ennen hoidon aloitusta. Potilaalla koettiin olevan matalampi kynnyks hakeutua hoitoon, jos se oli mahdollista ilman lähetettä. Sosiaali- ja terveysministeriön (Vuorilehto ym. 2010, 5) julkaisussa sujuvana hoitokäytänteenä esitetään lääkärin tapaavan potilaan ensin. Lääkärin tehtävänä olisi hoidontarpeen arviointi, hoidon aloitus sekä sopivien potilaiden ohjaus depressiohoitajan luo.

Pohdimme, riittääkö Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän alueelle suunniteltujen kahden depressiohoitajan työpanos kuntayhtymän asiakkaille. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymässä on noin 40 000 asukasta (Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä 2011d, 2) ja Vuorilehdon ym. (2010, 12) mukaan yhden depressiohoitajan työpanos riittää noin 20 000 asukkaahan hoidon tarpeeseen. Sosiaali- ja terveysministeriön laskelman mukaan siis kahden depressiohoitajan pitäisi riittää kuntayhtymän alueella, mutta jo aiemmin lisälmen kehittyvässä kolmiomallissa kuvattu pohdinta lähetteen tarpeellisuudesta on varmasti aiheellinen. Jos potilaat voivat tulla hoitoon ilman lähetettä, tulee depressiohoitajien työtehtäväksi myös suoraan tulevien potilaiden hoidon tarpeen arviointi, mikä vie hoitajien aikaa hoitotyöltä.

Kuntayhtymän depressiohoitajalla voi olla paljon potilaita tulossa hoitoon. Kuitenkin tulee muistaa, että depressiohoitajan työaikataulun tulee olla väljä. Kiireelliseen hoi-

toon on oltava mahdollisuus päästä viikon tai kahden sisällä. (Vuorilehto ym. 2010, 12.)

Vuorilehdon ym. (2010, 11) mukaan lievää ja keskivaikeaa masennusta sairastavalle potilaalle yleensä riittää toipumiseen neljästä kuuteen käyntikertaa depressiohoitajan luona. Rajattua käyntimäärää selitetään sillä, että se auttaa keskittymään toipumisen kannalta tärkeimpiin asioihin ja näin nopeuttamaan hoitoa (Vuorilehto ym. 2010, 11). Kuitenkin haastateltavat olivat sitä mieltä, ettei käyntikertojen määrää voi etukäteen määritellä eikä muutama käyntikerta riitä toipumiseen. Depression Käypä hoito -suosituksessa (2010) sanotaan, että depression akuuttivaiheen hoito kestää niin pitkään kunnes potilas on oireeton, tarkkaa käyntimäärää ei ole määritetty.

Haastateltavien käyttämät hoitomenetelmät depressiopotilaiden kanssa olivat samantaisia kuin kolmiomallin mukaisen depressiohoitajan. Beckin masennusasteikko koettiin potilaan hoitoa tukevaksi oiremittariksi. Nähtiin, että depressiokoulu olisi potilaille hyvä hoitomenetelmä hoidon loppuvaiheessa. Vertaistukiryhmiä toivottiin lisää depressiopotilaille.

Hoitomenetelmistä nostettiin kehittämiskohteeksi omaisten tapaamiset. Koettiin, ettei omaisia oteta tarpeeksi mukaan hoitoon. Omaisten mukaan ottamisesta hoitoon haluttaisiin vakiintunut käytäntö. Samankaltaisia tuloksia on saatu Kokon (2000) väitöskirjassa. Kolmiomallin mukaan depressiohoitajan tehtäviin ei kuulu varsinainen paritai perheterapiaosaaminen, vaan hän voi tarvittaessa ohjata potilaan muiden palveluiden pariin (Vuorilehto ym. 2010, 11–14). Kolmiomallin mukainen hoitojakso on määritetty niin lyhyeksi, ettei hoitosuhteessa välttämättä ole aikaakaan paritai perhetapaamisille.

Depression Käypä hoito -suosituksessa (2010) moniammatillisen yhteistyön kerrotaan tehostavan hoidon tuloksia perusterveydenhuollossa. Haastateltavat kokivat moniammatillisuuden voimavarana, mutta siinä nähtiin olevan myös haasteita. Ongelmia tuotti fyysisesti eri rakennuksissa työskentely muiden ammattiryhmien kanssa. Myös Kokon (2000) väitöskirjassa hoitajat arvioivat tekevänsä enemmän yhteistyötä saman talon sisällä olevien ammattiryhmien kanssa kuin ulkopuolisten tahojen.

Kolmiomallin perustana on, että depressiohoitaja tekee yhteistyötä terveyskeskuslääkärin kanssa (Vuorilehto ym. 2010, 5). Haastatteluissa nousi pääosin ilmi terveyskeskuslääkäreiden kanssa tehtävän yhteistyön vähäisyys. Kolmiomallissa on ajateltu

depressiohoitajan tekevän yhteistyötä terveyskeskuslääkärin kanssa esimerkiksi lääkemuutos-, lähete- ja sairauslomatarpeiden kohdalla tai esiin tulleiden somaattisten ongelmien selvittelyssä (Vuorilehto ym. 2010, 5). Pohdimme, että jääkö esimerkiksi somaattisten ongelmien selvittely vähäiseksi potilaan hoidossa ilman terveyskeskuslääkärinä.

Haastateltavilla ei ollut depressiopotilaiden hoitoon suunnattuja erityiskoulutuksia. Lisäkoulutukset nähtiin kuitenkin hyvänä asiana tiedon päivittämiseksi. Vahva psykiatrinen työkokemus koettiin työtä tukevana, eli psykiatrisen avosairaanhoitajan työ ei välttämättä ole vastavalmistuneen sairaanhoitajan ensimmäiseksi työpaikaksi soveltuva.

8.2 Luotettavuus

Luotettavuuden kriteereinä voidaan käyttää uskottavuutta ja siirrettävyyttä. Uskottavuus on sitä, että lukija ymmärtää miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Siirrettävyydellä tarkoitetaan, että kaikki tutkimusprosessin vaiheet on kuvattu tarkasti niin, että tutkimus pystytään toistamaan ja saamaan samankaltaisia tuloksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.) Opinnäytetyömme vahvuus on se, että aineistoa on kerätty kaikista kuntayhtymän kunnista. Rajoittavaksi tekijäksi koimme opinnäytetyömme ajankohdan, sillä kolmiomallin mukainen depression hoito oli vasta alussa Ylä-Savon SOTE kuntayhtymässä.

Tärkeintä haastattelussa on saada mahdollisimman paljon tietoa halutusta aiheesta. On perusteltua antaa haastatteluteemat tiedonantajille jo etukäteen tutustuttavaksi. Käytännössä tämä toteutuu, kun sovitaan haastattelun ajankohdasta. Tiedonantajat lupautuvat tutkimukseen helpommin, kun he tietävät aiheista etukäteen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73.) Koimme, että antamalla haastatteluteemat haastateltaville etukäteen, saimme laajan aineiston. Haastateltavat saivat mahdollisuuden valmistautua haastatteluun.

Jätimme teemojen esitestauksen tekemättä, koska emme kokeneet sitä tarpeelliseksi ja kiireellisen aikataulun vuoksi merkitykselliseksi. Teemojen alle keräämämme apusanat nousivat teoreettisesta viitekehyksestä selkeyttäen teemojen sisältöä. Apusanoja lisäämällä saimme teemahaastattelukokonaisuudesta ymmärrettävän sairaanhoitajille. Huomasimme haastattelutilanteessa, että jotkin apusanat kuuluivat niin tiiviisti yhteen, että niitä pystyi käsittelemään samassa kokonaisuudessa (esimerkiksi

potilaan ohjaus on hoitokeino). Tämä ei kuitenkaan vaikuttanut luotettavuuteen, koska olennaiset asiat tulivat esille. Huomasimme, että vaikkemme esitestanneet teemoja, tuntuivat ne olevan haastateltaville selkeitä. Esitestauksella olisi voinut huomata, että teemoista voi nousta tutkimustehtävien ulkopuolisia aiheita.

Luotettavuutta arvioidessa arvioidaan sekä haastatteluteemoja että haastattelun toteutusta. Haasteena useampaa ihmistä haastateltaessa on, että haastattelut vievät aikaa ja haastattelijan roolin omaksuminen voi olla vaikeaa. Haastateltavat saattavat pyrkiä myös antamaan sosiaalisesti hyväksyttäviä vastauksia, mikä voi vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 77–99.)

Tavoitteisiin päästäksemme valmistauduimme sairaanhoitajien haastatteluun etukäteen huolellisesti. Etsimme tutkittua tietoa laadullisesta opinnäytetyöstä, teemahaastattelusta, ryhmähaastattelusta sekä depressiopotilaan hoitosuosituksista ja hoitokäytänteistä. Nauhoituslaitteiden toimivuus testattiin ennen jokaista haastattelua.

Haastatteluista saatu litteroitu aineisto oli suuri, noin 40 sivua, mikä teki sisällönanalyysistä haasteellisen. Koska aineiston litterointi ja analysointi ajoittui juuri työharjoittelujaksolle, oma jaksaminen ja opinnäytetyöhön panostaminen ei välttämättä ollut tehokkainta. Näin ollen inhimillisistä syistä aineistosta on saattanut jäädä joitain merkityksellisiäkin asioita työmme ulkopuolelle. Aihetta olisi voinut rajata toimeksiantajan kanssa tarkemmin, sillä laajassa opinnäytetyön sisällössä olisi ollut työtä useammallekin opinnäytetyöntekijälle. Myös haastateltavat kommentoivat aiheen laajuutta.

8.3 Eettisyys

Teimme laadullisen opinnäytetyön haastatteleamalla depressiopotilaita hoitavia sairaanhoitajia. Haastateltavien henkilöiden täytyy voida luottaa siihen, että heitä ei voida tunnistaa opinnäytetyön raportista (Tutkimusaineistojen tiedonhallinnan käsikirja 2011). Taataksemme tutkittavien yksityisyyden suojan emme julkaiseet mitään henkilötietoja eikä tutkimustuloksia eritelty esimerkiksi työpaikkojen mukaan.

On myös varmistettava, ettei tutkimukseen osallistuva ole tunnistettavissa autenttisesti, suorista lainauksista tutkimusraportissa. Lainaukset voidaan kuvata esimerkiksi yleiskielelle muokattuina, jos haastateltavalla on vaarassa tulla tunnistetuksi murreilmausten perusteella. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160–161.) Pohdim-

me haastateltavien mahdollista tunnistamista murteesta, mutta haastateltavien kieli oli niin yhtenevää, ettemme muuttaneet alkuperäisilmauksia yleiskielelle.

Haastateltaville kerrotaan ennen haastattelutilannetta, mitä uutta tietoa opinnäytetyöllä tavoitellaan ja miten tuloksia voidaan kenties tulevaisuudessa hyödyntää. Haastateltavien tulee olla myös tietoisia opinnäytetyöhön osallistumisen vapaaehtoisuudesta sekä siitä, mitä osallistuminen konkreettisesti tarkoittaa ja mitä se heiltä vaatii. Aineiston käsittelystä ja hävittämisestä tulee myös kertoa. (Tutkimusaineistojen tiedonhallinnan käsikirja 2011.) Haastateltavilla oli mahdollisuus tutustua opinnäytetyön suunnitelmaan, jossa näitä asioita oli käsitelty.

8.4 Opinnäytetyöprosessi ja oma ammatillinen kasvu

Valitsimme opinnäytetyön aiheen valmiista Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän opinnäytetöiden aihe-ehdotuksista keväällä 2011. Halusimme mielenterveystyöhön liittyvän aiheen. Aiheenvalinnan jälkeen meillä oli tapaaminen kuntayhtymän yhteys henkilöiden kanssa, missä opinnäytetyömme tarkemmasta sisällöstä keskusteltiin. Tapaamisen jälkeen lähdimme kehittämään ideaa opinnäytetyöhön ja meillä oli ideaseminaari syksyn 2011 alussa. Teoreettista viitekehystä lähdimme kokoamaan ideaseminaarin jälkeen.

Toinen palaveri toimeksiantajien kanssa käytiin myöhemmin samana syksynä, jolloin tarkensimme yhdessä tutkimustehtäviä ja esittelimme teoreettista viitekehystä. Samalla opinnäytetyö laajeni alkuperäisestä suunnitelmasta koskemaan kaikkia Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän kuntia. Suunnitelmaseminaari meillä oli joulukuussa 2011 ja tutkimusluvan saimme helmikuussa 2012. Haastattelut teimme helmimaaliskuun aikana. Maaliskuun lopussa teimme sisällönanalyysin ja kirjoitimme tuloksia ja pohdintaa. Jälkikäteen ajateltuna opinnäytetyön tekeminen olisi pitänyt aloittaa aikaisemmin, sillä loppuvaiheessa koimme aikataulun tiiviiksi.

Opinnäytetyön tutkimustehtävät pohjautuivat depression kolmiomallin mukaiseen hoitoon ja toimeksiantajalta tullessiin aiheisiin. Tavoitteena oli hakea lisälmen kehittyvään kolmiomalliin ideoita toimivista hoitokäytännöistä. Koimme tutkimustehtävien asettelun vaikeana, koska aiheemme oli laaja. Halusimme sisällyttää työhömmme kaikki toimeksiantajalta tulleet tutkimusaiheet. Tutkimustehtävät muokkautuivat työn laajenemisen myötä. Tutkimustehtävien lopullisiin sisältöihin olemme tyytyväisiä. Tutkimustehtävien pohjalta rakensimme teemat haastatteluihin. Koimme, että saimme

teemahaastattelulla parhaiten sairaanhoitajien kokemukset ja näkemykset esille, mitä olemme perustelleet teorialla Tutkimusmenetelmä-luvussa 6.2. Teemahaastattelulla saimme lievän ja keskivaikean depression hoidosta kuntayhtymän alueelta monipuolista tietoa ja kehittämisideoita.

Aineiston analyysivaiheessa huomasimme, että haastatteluista nousi lisää aiheeseen liittyviä asioita, joita ei ollut teemahaastattelurungossa. Nämä asiat olisi voinut rajata pois, jolloin olisimme saaneet vastauksia vain suoraan tutkimustehtäviin. Koimme esille nousseet uudet asiat merkityksellisinä ja siksi sisällytimme ne opinnäytetyön tuloksiin. Kollegoilta ja esimieheltä saatu tuki sekä työnohjaus olivat tällaisia haastatteluissa esille nousseita asioita.

Olemme syventäneet tietojamme depressiopotilaan hoidosta tämän opinnäytetyöprosessin aikana sekä opinnäytetyötä työstäessämme että työharjoittelussa depressiopotilaiden kanssa työskennellessä. Opinnäytetyön tekeminen mahdollisti kehittämistyöhön osallistumisen ja saimme olla mukana palvelurakenteen muutoksessa. Tutustuimme opinnäytetyötä tehdessä kuntayhtymän eri kuntien terveystaloihin. Opinnäytetyöprosessi on kehittänyt ajankäytön organisointikykyämme, koska teimme työtä samanaikaisesti muiden koulutöiden kanssa. Näemme opinnäytetyön tekemisen jälkeen tutkimukset uusin silmin, tarkastellen esimerkiksi niiden luotettavuutta kriittisemmin kuin aiemmin.

8.5 Opinnäytetyön käyttökelpoisuus ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyötä voidaan hyödyntää depression avohoitomallia kehitettäessä, sillä siinä kuvataan depressiopotilaan hoitoprosessia laaja-alaisesti. Kolmiomallin mukainen depression avohoitomalli oli opinnäytetyömme tekovaiheessa vasta alkamassa Ylä-Savon SOTE kuntayhtymässä. Myöhemmin jatkotutkimusaiheena voisi arvioida sen toteutumista ja toimivuutta.

Saimme haastatteluista uusia tutkimusaiheita aiheeseen liittyen. Näitä olivat potilastyytyväisyyskysely depressiopotilaille kolmiomallin mukaisesta hoidosta sekä depressiokoulusta. Opinnäytetyö kertoi sairaanhoitajien kokemuksista depressiopotilaiden hoidossa, mutta potilaiden näkökulma on vielä esittämättä kuntayhtymän alueelta.

LÄHTEET

Depressio (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim, 2010 (viitattu 14.10.2011). Saatavilla Internetissä:

<http://www.kaypahoito.fi>

Depressiohoitajat perusterveydenhuollossa (online). Näytönastekatsaus. Isometsä, E. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2009 (viitattu 13.11.2011). Saatavilla Internetissä: <http://www.kaypahoito.fi>

Eskola, J. & Vastamäki, J. 2010. Teemahaastattelu: Opit ja opetukset. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.). *Ikkunoita tutkimusmetodeihin I*. Jyväskylä: PS-kustannus, 26–44.

Etelä-Savon sairaanhoitopiiri. *Arjen mieli (2011- 2013). Laatua ja suunnitelmallisuutta mielenterveys- ja päihdetyön arkeen Itä- ja Keski-Suomessa* [verkkodokumentti]. Etelä-Savon sairaanhoitopiiri [viitattu 19.4.2012]. Saatavissa:

http://www.kuopio.fi/c/document_library/get_file?uuid=a3967618-cd2f-460e-a383-d68c1d17a236&groupId=12167

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. *Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Gaudeamus.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.

Honkonen, T. 2009. *Tartutaan masennukseen – Työterveyshuolto masentuneen työntekijän tukena* [verkkojulkaisu]. Masto-hanke [viitattu 29.11.2011]. Saatavissa:

http://www.tartumasennukseen.fi/c/document_library/get_file?folderId=380045&name=DLFE-11097.pdf

Hämäläinen, J., Isometsä, E., Sihvo, S., Pirkola, S. & Kiviruusu, O. 2008. *Use of health services for major depressive and anxiety disorders in Finland* [verkkojulkaisu]. NCBI [viitattu 14.10.2011]. Saatavissa:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17238158>

Isometsä, E. 2010. *Depression tunnistaminen ja diagnostiikka* [verkkajulkaisu]. Duodecim [viitattu 14.10.2011]. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/dtk/ykt00844>

Isometsä, E. 2011. Masennustilan puhkeaminen ja tunnistaminen. Teoksessa Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. (toim.). *Masennus*. Helsinki : Kustannus Oy Duodecim, 23–24.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: WSOYpro Oy.

Katon, W., Von Korff, M., Lin, E., Walker, E., Simon, G., Bush, T., Robinson, P. & Russo J. 1995. Collaborative Management to Achieve Treatment Guidelines. *JAMA; The Journal of the American Medical Association*. 1995 nro 273 (13), 1026–1031.

Kilpinen, N. 2010. Ajanvarauspuhelu. Teoksessa Haarala, M., Jääskeläinen, A., Kilpinen, N., Panhelainen, M., Peräköske, H., Puukko, H., Riihimäki, K., Sundman, M. & Tauriainen, P. (toim.). *Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa*. Helsinki: Tammi, 48–50.

Kokko, M. 2000. *Nähdä, kuulla ja ymmärtää. Perusterveydenhoidossa toimivien hoitajien käsityksiä depressiosta ja sen hoidosta* [verkkajulkaisu]. Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Väitöskirja [viitattu 2.4.2012]. Saatavissa: <http://herkules oulu.fi/isbn9514251725/html/index.html>

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita.

Laasonen-Balk, Teijamari 2011. Ylilääkäri. Depression hoitomalli. Ylä-Savon SOTE-kuntayhtymä. Mielenterveys- ja päihdepalvelut 16.2.2011. PowerPoint-esitys.

Leppämäki, S. 2006. *The Effect of Exercise and Light on Mood* [verkkajulkaisu]. Helsingin yliopisto, Department of Psychiatry. Väitöskirja [viitattu 29.11.2011]. Saatavissa: http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_a/2006/2006a08.pdf

Luhtasaari, S. 2010. *Lukijalle – Masennus* [verkkajulkaisu]. Duodecim [viitattu 30.11.2011]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ama00001

Lönnqvist, J., Pirkola, S., Ahola, K., Heikkinen, M., Honkonen, T., Isometsä, E., Joukamaa, M., Kalimo, R., Kiviruusu, O., Kärnä, T., Lahtinen, E., Lehtinen, V., Poikolainen, K., Raitasalo, R., Salminen, J., Suvisaari, J. 2000. *Psyykinen oireilu ja mielen-terveyden häiriöt* [verkkojulkaisu]. Terveys2000 [viitattu 14.10.2011]. Saatavissa:

<http://www.terveys2000.fi/perusraportti/7.4.html>

Mattila, E. 2010. Työnohjaus [verkkojulkaisu]. Duodecim [viitattu 13.4.2012]. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/dtk/shk04635>

Nevalainen, V. 2006. *Depressio* [verkkojulkaisu]. Suomen terveyttä edistävät sairaalat ry [viitattu 29.11.2011]. Saatavissa:

<http://194.251.35.222/Kiinteasivu.asp?KiinteasivuID=6603&NakymaID=355>

Nurminen, M. 2009. *Lääkehoidon ABC*. Helsinki: WSOYpro Oy.

Peltola, J. 2004. *Sähköhoidosta apua vaikeaan masennukseen* [verkkojulkaisu]. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri [viitattu 7.12.2011]. Saatavissa:

<http://www.hus.fi/default.asp?path=1;46;616;617;618;1319;6723&print=1>

Pulkkinen, S. & Vesanen, P. 2010. *Masentuneen potilaan hoito* [verkkojulkaisu].

Duodecim [viitattu 9.11.2011]. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/dtk/shk03510>

Riihimäki, K. 2010. Kolmiomallin tausta. Teoksessa Haarala, M., Jääskeläinen, A., Kilpinen, N., Panhelainen, M., Peräkoski, H., Puukko, H., Riihimäki, K., Sundman, M. & Tauriainen, P. (toim.). *Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa*. Helsinki: Tammi, 24–25.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. *Depression tehokkaaseen hoitoon kolmiomalli* [verkkojulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 14.10.2011]. Saatavissa:

<http://www.stm.fi/tiedotteet/verkkouutinen/-/view/1510523>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. *Sosiaali- ja terveysministeriön kansallinen kehittämishanke (Kaste)* [verkkosivu]. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 24.8.2011].

Saatavissa: http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ ja_hankkeet/kaste

Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen sairaanhoitajaliiton asiantuntijaryhmä 2010. *Depressiohoitajakoulutuksen opetussuunnitelma – suositus ammattikorkeakouluille*

[verkkojulkaisu]. Masto-hanke [viitattu 30.11.2011]. Saatavissa:

http://www.tartumasennukseen.fi/c/document_library/get_file?folderId=2122293&name=DLFE-12615.pdf

Tauriainen, P. 2010. Terveyskeskuslääkärin työ depressiohoitajan näkökulmasta. Teoksessa Haarala, M., Jääskeläinen, A., Kilpinen, N., Panhelainen, M., Peräkoski, H., Puukko, O., Riihimäki, K., Sundman, M. & Tauriainen, P. (toim.). *Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa*. Helsinki: Tammi, 31.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2006. *Avopalvelut ovat mielenterveyspalvelujen kantava rakenne* [verkkojulkaisu]. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 17.10.2011].

Saatavissa: <http://info.stakes.fi/mielekaselama/FI/toimijoita/kunnat-avopalvelut.htm>

Tjäder, J. 2011. *Masennuksesta johtuvat työkyvyttömyyseläkkeet laskussa* [verkkojulkaisu]. Työterveyslaitos [viitattu 30.11.2011]. Saatavissa:

http://www.ttl.fi/fi/uutiset/Sivut/masennuksesta_johtuvat_tyokyvyttomyyselakkeet_laskussa.aspx

Toimia 2011. BDI-21, *Terveys 2000 versio ja pisteytysohje* [verkkojulkaisu]. Toimia [viitattu 13.11.2011]. Saatavissa:

http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/mittariversio/2011/01/26/BDI21_lomake_T2000versio_012_110126.pdf

Transkraniaalinen magneettistimulaatio (online). Käypä hoito -suositus. Isometsä, E. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2009 (viitattu 7.12.2011). Saatavilla Internetissä: <http://www.kaypahoito.fi>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Latvia: Livo- nia Print.

Turunen, T. 2011. *Mielenterveyspalvelut mullistuvat Ylä-Savossa* [verkkojulkaisu]. Iisalmen sanomat [viitattu 29.11.2011]. Saatavissa:

<http://www.iisalmensanomat.fi/uutiset/yla-savo/mielenterveyspalvelut-mullistuvat-yl%C3%A4-savossa/692897>

Tutkimusaineistojen tiedonhallinnan käsikirja [verkkajulkaisu]. Tampere : Yhteiskunta-tieteellinen tietoarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja]. <<http://www.fsd.uta.fi/tiedonhallinta/>>. (Viitattu 9.1.2012.)

Tuulari, J. & Aromaa, E. 2008. Depressiohoitajan työ tuloksellista terveyskeskukses-
sa [verkkajulkaisu]. Stakes [viitattu 13.11.2011]. Saatavissa:
<http://www.stakes.fi/verkkajulkaisut/tyopaperit/T6-2008-VERKKO.pdf>

Vuorilehto, M., Honkonen, T. & Lönnqvist, J. 2010. *Depressiohoitaja perusterveyden-
huollossa* [verkkajulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeri-
ön esitteitä 2010:1 [viitattu 16.10.2011]. Saatavissa:
[http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087418&name=DLFE-
10779.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087418&name=DLFE-10779.pdf)

Vuorilehto, M., Kuosmanen, L. & Melartin, T. 2008. Depressiohoitajan työ on kohdal-
laan Vantaan kolmikantamallissa. *Lääkärilehti* [verkkolehti]. 2008, nro 3 [viitattu
23.1.2012]. Saatavissa: <http://www.fimnet.fi/cqicug/brs/artikkeli.cgi?docn=000029513>

Vuorilehto, M., Melartin, T. & Isometsä, E. 2005. *Depressive disorders in primary
care: recurrent, chronic, and co-morbid* [verkkajulkaisu]. NCBI [viitattu 14.10.2011].
Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15918344>

Vuorilehto, M. & Tuulari, J. 2011. Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa. Teok-
sessa Heiskanen, T., Huttunen, M. & Tuulari, J. (toim.). *Masennus*. Helsinki : Kustan-
nus Oy Duodecim. 26–28.

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä 2011a. *Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa*.
Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä. Mielenterveys- ja päihdepalvelut. PowerPoint-esitys.

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä 2011b. *Aikuisten mielenterveys- ja päihdepalvelut*
[verkkajulkaisu]. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä [viitattu 29.11.2011]. Saatavissa:
<http://www.ylasavonsote.fi/index.asp>

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä 2011c. *Akuuttityöryhmä* [verkkajulkaisu]. Ylä-Savon
SOTE kuntayhtymä [viitattu 29.11.2011]. Saatavissa:
<http://www.ylasavonsote.fi/index.asp>

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä 2011d. *Palveluopas* [verkkajulkaisu]. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä [viitattu 2.4.2012]. Saatavissa:

<http://www.ylasavonsote.fi/index.asp>

Haastattelun teemat

Hoidon toteutus: hoitoon ohjautuminen, oiremittarit, käyntien/hoitajaksojen riittävyys, potilaan ohjaus, depressiokoulu, potilaan sitoutuminen hoitoon, potilastyytyväisyys, hoitokeinot, seuranta, jatko-hoito

Yhteistyö: moniammatillisuus: yhteistyö etenkin lääkärin, psykiatrin ja hoitajan välillä, läheiset/perhe, muut viranomaistahot

Koulutus ja täydennyskoulutus: perehdytys, verkosto, esimies

Tutkimuslupa

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä

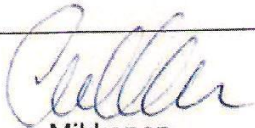
Viranhaltijapäätös

Päätöspvm.
7.2.2012

Viranhaltija	Johtava ylihoitaja	Pykälä	15/2012
Palveluyksikkö	Terveyden ja sairaanhoidon palvelut	Dnro	43/2012
Toimielin	Yhtymähallitus	Päätösluokka	13.00.00
Asiaotsikko	TUTKIMUSLUPA - HENNA HUTTUNEN JA PIIA-SUSANNA LAPPALAINEN		
Päätösteksti (sis. mahdollisen valmistelijan esityksen)	<p>Savonian hoitotyön koulutusohjelman opiskelijat Henna Huttunen ja Piia-Susanna Lappalainen hakevat tutkimuslupaa opinnäytetyölle. Opinnäytetyön aiheena on Lievää ja keskivaikeaa depressiota sairastavan potilaan hoitotyön kolmiomallia mukaillen Ylä-Savon SOTE kuntayhtymässä.</p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla depressiopotilaan hoitoa avohoidossa kolmiomallin elementtejä hyödyntäen Ylä-Savon SOTE kuntayhtymässä. Työn tavoitteena on tuoda esille toimivia sekä mahdollisesti kehitettäviä asioita lievän ja keskivaikean depression avohoidossa Ylä-Savon SOTE kuntayhtymässä. Kohderyhmänä ovat lievää ja keskivaikeaa depressiota avohoidossa hoitavat sairaanhoitajat. Tutkimusmenetelmä on laadullinen teemahaastattelu. Näkökulmana työssä on sairaanhoitajien kokemukset. Teemahaastatteluja tehdään yhteensä neljä ja kaikista kunnista haastatellaan kahta sairaanhoitajaa. Haastateltavia on yhteensä kahdeksan. Aineisto analysoidaan sisällönanalyysillä. Tutkimuksen kokonaisaikataulu on kevät 2011 - toukokuu 2012. Tutkimusaikataulu kuntayhtymässä on 13.2. - 30.4.2012. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymästä vastuuhenkilönä on ylihoitaja Terttu Korhonen. Opinnäytetyö liittyy Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän Arjen mieli -hankkeeseen depression avohoitotyön kehittämisessä.</p>		
Päätös	Myönnän luvan opinnäytetyöhön sairaanhoitajaopiskelijoille Henna Huttunen ja Piia-Susanna Lappalainen opinnäytetyösuunnitelman mukaisesti. Kuntayhtymä ei osallistu opinnäytetyön kustannuksiin. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän vastuuhenkilönä toimii ylihoitaja Terttu Korhonen.		
Peruste	Hallintosääntö 48 §.		
Nähtävilläolo	Iisalmen terveystakeskus 15.2.2012.		
Muutoksenhaku	Oikaisuvaatimus		
Tiedoksi	Ylihoitaja Terttu Korhonen, ylilääkäri Marja Kesti, osastonhoitaja Raija Sirkka, toimitusjohtaja, yhtymähallituksen puheenjohtaja.		
Tiedoksi ltk	Yhtymähallitus		
Saaja	Henna Huttunen ja Piia-Susanna Lappalainen Arja-Sisko Kainulainen, Annikki Jauhiainen		

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä
PL 4 (Meijerikatu 2)
74101 IisalmiPuhelin
(017) 27 231Kotisivu: www.ylasavonsote.fi
Sähköposti: kirjaamo@ylasavonsote.fi
etunimi.sukunimi@ylasavonsote.fi

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä**Viranhaltijapäätös**Päätöspvm.
7.2.2012

Valmistelija ja yhteystiedot	
Allekirjoitus ja Nimenselvennys	 Anne Mikkonen johtava ylihoitaja

Sisällönanalyysi

Alkuperäisilmaukset:

Tämmösestä kuullukstulemisesta ja henkilökohtaisen tilanteen huomioimisesta ja semmosesta kokonaisvaltaisesta huomioonottamisesta ihan hyviä palautteita että ehkä ne semmoset negatiivisemmat palautteet liittyy ihan johonkin muuhun kuin varsinaiseen hoidon sisältöön, tämmöseen konkreettiseen järjestelyihin tai johonkin periaatteeseen.

Varmaan ihan hyvä mittari tuo että tulloo, että eihän pakosta kukkaan niinku tule.

No kyllä mä ajattelen niinkun tyytyväisiä, toki varmasti on sitä tyytymättömyyttä, mut välttämättä nyt sanotaanko sitä nyt meille.

Sitten on niinku muut häiriöt on semmosia, että ne niinku heikentää sitä sitoutumiskykyä.

Persoonallisuushäiriöitä ja mitä kaikkee muuta joka sekoittaa ja tietysti on päihteet ja sitten monenlaista vaikeeta somaattistakin lisänä siinä sitten hankaloittaa ja vaikuttaa asioihin.

Jotenkin minusta tuntuu, että masennuspotilaat on se ryhmä, joka sitoutuu kaikista parhaiten ehkä hoitoon.

Pelkistetyt ilmaukset:

Potilaiden palaute hoidosta

Potilastyytyväisyyden ilmeneminen

Sitoutumiskykyä heikentävät tekijät

Potilaan sitoutuminen hoitoon

Alaluokat:

Kokemukset

Sitoutuminen

Yläluokka:

Potilaan sitoutuminen ja tyytyväisyys hoitoon sairaanhoitajan kokemana

Yhdistävä luokka:



Hoitoprosessi

Aineiston klusterointi

PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA
Lähetē/ sen kiireellisyys arvioidaan hoitotiimissä Lähetē toisesta hoitopaikasta Potilas hakeutuu suoraan hoitoon ilman lähetetä Potilas hakeutuu tuttuun hoitopaikkaan suoralla yhteydenotolla Sairaanhoitajan taito arvioida potilaan hoidon tarvetta	Hoitoon ohjautuminen
Depressiopotilaan hoidossa käytettävät oiremittarit Voinnin arviointi mittarin avulla Oiremittareiden täyttämisaikakohta Oiremittarit keskustelun tukena	Oiremittarit
Hoitojakson pituuteen vaikuttavat tekijät depression lisäksi Potilaan vaikutus hoitojakson riittävyteen Depressiotyyppin vaikutus hoitojakson riittävyteen Hoitokäyntien jatkuvuus tutkimusjakson jälkeen	Hoitojakso
Depressiokoulu osana hoitoa Potilaiden kokemus depressiokoulusta Depressiokoulun ajankohta potilaiden hoidossa	Depressiokoulu
Potilaan sitoutuminen hoitoon Sitoutumiskykyä heikentävät tekijät	Sitoutuminen
Potilaiden palaute hoidosta Potilastyytyväisyyden ilmeneminen	Kokemukset
Tiimityö Moniammatillisuus potilaan hoidossa Perheen asioihin liittyvä yhteistyö muiden tahojen kanssa Yhteistyö taloudellisiin asioihin liittyen Yhteistyö muiden terveydenhoitotahojen kanssa Yhteistyö lääkäreiden kanssa Moniammatillisen yhteistyön vaikeudet	Moniammatillisuus

<p>Läheisten huomiointi</p> <p>Tarjotaan potilaalle mahdollisuutta perhetapaamiseen</p> <p>Perheyhteistyön merkitys</p>	<p>Omaiset mukana hoidossa</p>
<p>Seurantakäynneistä sopiminen yhteistyössä potilaan kanssa</p> <p>Jatkohoitoon ohjaaminen toiselle taholle</p> <p>Potilas hakeutuu itse jatkohoitoon tarvittaessa</p> <p>Yksilöllisesti arvioidut seurantakäynnit</p>	<p>Jatkohoito</p>
<p>Taloudellisissa asioissa ohjaaminen</p> <p>Psykoedukaatio</p> <p>Lääkeohjaus</p> <p>Elämäntapaohjaus</p>	<p>Ohjaus</p>
<p>Hoitosuhteen luominen</p> <p>Hoidon tavoitteellisuus</p> <p>Potilaan elämäntilanteen ja historian selvittäminen</p> <p>Kotikäynti potilaan luona</p>	<p>Hoitosuhde</p>
<p>Vertaistuki potilaille</p> <p>Potilaan osuus hoidossa</p>	<p>Osallistaminen</p>
<p>Esimiehen tuki</p> <p>Kollegan tuki</p> <p>Työnohjaus</p>	<p>Työn tuki</p>
<p>Sairaanhoitajien täydennyskoulutuksen tarve</p> <p>Koulutus ja täydennyskoulutus depressiopotilaiden hoitoon</p> <p>Työn kautta oppiminen</p>	<p>Koulutus</p>

Aineiston abstrahointi

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	YHDISTÄVÄ LUOKKA
Hoitoon ohjautuminen Hoitojakso Jatkohoito	Hoidon vaiheet	Hoitoprosessi
Oiremittarit Depressiokoulu Hoitosuhde Ohjaus Potilaan osallistaminen Omaiset mukana hoidossa	Hoitomenetelmät	
Sitoutuminen Kokemukset	Potilaan sitoutuminen ja tyytyväisyys hoitoon sairaanhoitajan kokemana	
Moniammatillisuus Työn tuki Koulutus	Moniammatillinen yhteistyö ja koulutus sairaanhoitajan työn tukena	

