



LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Lahti University of Applied Sciences

SAIRAANHOITAJAN TULEVAISUUDEN OSAAMINEN MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEHOITOTYÖSSÄ

Mielenterveys- ja päihdehoitotyötä tekevien
sairaanhoitajien näkemyksiä

LAHDEN
AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Opinnäytetyö
Kevät 2013
Jenna Jokilehto
Aino Mäkinen
Marisa Rantasalo

Lahden ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma

JOKILEHTO JENNA, MÄKINEN AINO & RANTASALO MARISA:
Sairaanhoitajan tulevaisuuden osaaminen mielenterveys- ja päihdehoitotyössä
Mielenterveys- ja päihdehoitotyötä tekevien sairaanhoitajien kertomana

Hoitotyön suuntautumisvaihtoehdon opinnäytetyö, 52 sivua, 15 liitesivua

Kevät 2013

TIIVISTELMÄ

Mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat yleistyneet ja esiintyvät yhä useammin rinnakkain. Suomessa mielenterveys- ja päihdehäiriöt ovat suuri riski kansanterveydelle ja tällä hetkellä päihteidenkäyttö on työikäisten yleisin kuolinsyy. Hoitotyön opetussuunnitelmassa tulisi nyt jo pyrkiä ennakoimaan kasvava mielenterveys- ja päihdeosaamisen tarve.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kerätä tietoa tulevaisuuden mielenterveys- ja päihdehoitotyön osaamisesta työelämän yhteistyötahoilta. Tavoitteena oli, että saadun tiedon perusteella Lahden ammattikorkeakoulu voisi kehittää hoitotyön opetussuunnitelmaa mielenterveys- ja päihdehoitotyön osalta. Tutkimus toteutettiin ryhmä- ja yksilöhaastatteluina. Yhteistyötahoina toimi sekä erityissairaanhoidon, että perusterveydenhuollon sairaanhoitajia. Haastatteluiden sisältö analysoitiin sisällönanalyysimenetelmällä.

Tutkimuksessa saatiin selville, että tulevaisuudessa sairaanhoitajan perusosaamiseen kuuluvat yhteistyöosaaminen, henkilökohtaiset valmiudet, työkokemus, kyky nähdä mielenterveys- ja päihdehoitotyö osana suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää sekä koulutuksesta saatujen mielenterveyshoitotyön perusteiden hallinta. Sairaanhoitajan erityisosaamiseksi tulevaisuudessa nähtiin kuuluvan oma ammattitaito, eri ikäryhmien erityispiirteiden tunteminen ja kyky nähdä mielenterveys- ja päihdehoitotyö kokonaisuutena. Tulevaisuuden mielenterveys- ja päihdehoitotyössä ennustettiin korostuvan yksilöllinen hoito, moniammatillisuus, kehitysoasaaminen ja sähköinen osaaminen. Tulevaisuuden haasteena nähtiin suuret ikäluokat, potilasmäärien kasvu sekä diagnostiikan lisääntyminen.

Asiasanat: mielenterveyshoitotyö, päihdehoitotyö, perusosaaminen, erityisosaaminen, tulevaisuuden osaaminen, opetussuunnitelma

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing

JOKILEHTO JENNA, MÄKINEN AINO & RANTASALO MARISA:
Nurses' know-how in mental health and intoxicant patients' care in the future
Experiences of nurses working in mental health and intoxicant patient care

Bachelor's Thesis in Nursing

52 pages, 15 pages of appendices

Spring 2013

ABSTRACT

Both mental health and intoxicant problems are appearing more and more often side-by-side. In Finland mental health and intoxicant disorders are a huge risk for national health and they are also the most common reason of death among working aged people. This is why the curriculum of nursing studies should take into account the growing need of competence in mental health and intoxicant care.

The purpose of this Bachelor's thesis was to gather information of skills needed in mental health and intoxicant care in the future from co-operative directions of working life. The objective was that with the received information LUAS could develop its curriculum for the part of mental health and intoxicant nursing. The research was conducted with the methods of group and individual interviewing. The co-operative directions of working life were from primary health care services and specialized health care services. The content of the interviews was analyzed with an inductive content analysis.

The research showed that the basic future competence of nurses would consist of co-operative skills, personal readiness, work experience, ability to see mental health and intoxicant care as a part of the Finnish health care system and master the basics of mental health and intoxicant nursing received through education. The components of nursing expertise in future were personal professional skills, knowing the characteristics of different age groups and ability to see mental health and intoxicant nursing as an entirety. According to the interviews individual care, multi professionalism, developing skills and ADP skills will be highlighted in the future. The baby boom generation, the growing amount of patients and the increase of diagnostics were seen as the challenges of the future.

Key words: mental health, intoxicant care, basic competence, expertise, future competence, study curriculum

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEHOITOTYÖ	3
3	MIELENTERVEYS JA PÄIHDEONGELMAT ERI VÄESTÖRYHMISSÄ	6
3.1	Lasten ja nuorten mielenterveys- ja päihdeongelmat	6
3.2	Työikäisten mielenterveys- ja päihdeongelmat	9
3.3	Ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdeongelmat	11
4	SAIRAANHOITAJAN MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEOSAAMINEN	14
4.1	Sairaanhoitajan perus- ja erityisosaaminen mielenterveys- ja päihdehoitotyössä	14
4.2	Mielenterveys- ja päihdehoitotyön opetus Lahden ammattikorkeakoulussa	16
5	MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEHOITOTYÖN TOIMINTAYMPÄRISTÖ PÄIJÄT-HÄMEESSÄ	18
6	MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEHOITOTYÖN TULEVAISUUDEN NÄKYMÄT	20
7	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGEMAT	23
8	TUTKIMUSPROSESSI	24
8.1	Tiedonhankinta ja tutkimusote	24
8.2	Aineiston keruu	24
8.3	Aineiston analysointi	25
9	TUTKIMUSTULOKSET	27
9.1	Perusosaaminen mielenterveys- ja päihdehoitotyössä	27
9.2	Erityisosaaminen mielenterveys- ja päihdehoitotyössä	29
9.3	Tulevaisuuden mielenterveys- ja päihdehoitotyö	31
10	YHTEENVETO JA POHDINTA	36
10.1	Tulosten tarkastelu ja pohdinta	36
10.2	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	40
10.3	Jatkotutkimusehdotukset	42
	LÄHTEET	44
	LIITTEET	54

1 JOHDANTO

Mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat yhä useammin rinnakkain esiintyviä ilmiöitä. Jatkuva päihteiden käyttö altistaa mielenterveyden ongelmille ja jo olemassa olevat psyykkiset oireet pahenevat helposti päihteiden käytön seurauksena. (Pirkola & Sohlman 2005, 7.) Tästä syystä myös mielenterveystyö ja päihdehoitotyö ovat alkaneet kietoutua yhä enemmän yhteen (Havio 2008, 75–77).

Mielenterveys- ja päihdehäiriöt ovat yksi keskeisimmistä sairausryhmistä Suomessa (Suvisaari 2008). Päihteiden käyttöä pidetään suurimpana yksittäisenä kansanterveyden uhkana ja se on työikäisten yleisin kuolinsyy sekä miehillä, että naisilla (Havio 2008, 75–77). Suomessa on arviolta 500 000-700 000 alkoholin suurkuluttajaa, joiden alkoholin käyttö on terveystarve rajoilla. (Pirkola & Sohlman 2005, 4). Myös nuorten mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat lisääntyneet. Nuorten päihdehäiriöt ovat luonteeltaan toistuvia ja pitkäkestoisia, ja niihin liittyy usein jokin muu samanaikainen mielenterveysongelma. (Lepistö, von der Pahlen, Marttunen 2007; Lepistö, von der Pahlen & Marttunen 2006, 2.) Ikääntyneemmällä väestöryhmällä mielenterveyden ongelmia esiintyy vähemmän, kuin muilla ikäryhmillä, vaikka yksinäisyys ja fyysiset sairaudet ovat mielenterveyden häiriöille altistavia tekijöitä (Pirkola & Sohlman 2005, 11).

Mielenterveys- ja päihdeongelmien yleistyessä tulisi sairaanhoitajan koulutuksessa panostaa enemmän mielenterveysopintoihin. Suunta on kuitenkin ollut päinvastainen; mielenterveys- ja päihdehoitotyön opinnot ovat menettäneet vahvan asemansa, eikä enää ole esimerkiksi mahdollisuutta suorittaa mielenterveys- ja päihdehoitotyön erikoistutkintoa. Valtakunnallisten mielenterveys- ja päihdeohjelmien lisääntyessä tulisi myös hoitotyön opetus suunnitelmassa huomioida kasvava mielenterveysosaamisen tarve. (Havio 2008, 76.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kerätä tietoa mielenterveys- ja päihdehoitotyön osaamisvaatimuksista ja kuvata tulevaisuuden haasteita mielenterveys- ja päihdehoitotyössä. Tavoitteenamme on, että saadulla tiedolla

pystytään kehittämään Lahden Ammattikorkeakoulun opetussuunnitelmaa mielenterveys- ja päihdehoitotyön osalta.

2 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEHOITOTYÖ

Mielenterveydellä on monia erilaisia määritelmiä ja Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee mielenterveyden vapaasti suomennettuna seuraavalla tavalla: ”Mielenterveys on hyvinvointia, jossa yksilö tiedostaa omat kykynsä, selviytyy normaalin elämän stressistä ja kykenee työskentelemään tuottavasti ja tuloksellisesti sekä antamaan oman panoksensa yhteisölle.” (World Health Organization 2007.) Mielenterveys käsitteenä on varsin hankala, sillä sen määritelmä vaihtelee aikakauden, kulttuurin sekä määrittelijän mukaan (Vuori-Kemilä, Stengård, Saarelainen & Annala 2007, 11–12). Päihdehäiriöllä tarkoitetaan päihteiden haitallista, pakonomaista ja yleensä runsasta käyttöä, jossa hallinta katoaa käyttäjältä (Pirkola & Sohlman 2005, 4).

Mielenterveystyötä ohjaa laki mielenterveydestä. Mielenterveyslaki (1116/1990) 1§ määrittelee mielenterveystyön olevan; ”yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyshäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä”. Tämän lisäksi mielenterveystyönä nähdään elinolosuhteiden kehittäminen mielenterveyshäiriöitä ennaltaehkäiseväksi sekä mielenterveystyötä tukevaksi. Mielenterveystyötä on myös mielenterveyden ongelmista kärsivien terveydellisen ja sosiaalisen toimintakyvyn parantaminen sekä ihmisarvon turvaaminen leimaamista vähentämällä. (Lehtinen 2002, 21.)

Mielenterveyspotilaat eivät ole yhtenäisin kriteerein tunnistettavissa ja raja terveyttä edistävän, terveyttä ylläpitävän ja sairautta ehkäisevän toiminnan sekä hoidon välillä on mielenterveystyössä liukuva. Hoito on aina prosessinomaista ja toteutuu jatkumossa. Hoidon jatkumo kuitenkin katkeaa useasti palveluiden hajanaisuuden takia. Organisaatioiden välisiä raja-aitoja tulisi vähentää, jotta hyvän hoidon jatkumo turvataisiin. (Halila, Lahti, Lehto, Putkonen, Vuorela & Pihlainen 2009, 10.) Mielenterveyden arvioinnin tulisi esiintyä osana yleisen terveydentilan arviointia, jolloin mielenterveysongelmien havaitseminen ja niihin reagoiminen olisi helpompaa (Lehtinen 2002, 21). Mielenterveyspalveluiden painopiste on siirtynyt laitoksista avopalveluihin, mikä käytännössä tarkoittaa vähemmän sairaalapaikkoja ja suurempaa henkilöstötarvetta avopuolelle.

Kunnista on tullut keskeinen palveluntarjoaja ja avohoitoa pidetään mielenterveyspuolella usein ensisijaisena vaihtoehtona. (Kilku 2004, 219.)

Päihdehoitotyötä ohjaa Suomen päihdehuoltolaki. Päihdehuoltolain (1086/41) mukaan lain tavoitteena on; ”ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää päihteiden ongelmakäyttäjien ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta.” Lisäksi päihdehuoltolaissa määritetään, että kuntien tulisi järjestää sisällöltään ja laajuudeltaan kuntien tarpeita vastaavaa päihdehuoltoa. (Päihdehuoltolaki 1086/41.) Päihdehoitotyö on vaativaa ja pitkäaikaista, ja sen tulokset voivat olla hyvinkin vaihtelevia (Pirkola & Sohlman 2005, 5). Mielenterveys- ja päihdehoitotyö ovat alkaneet kietoutua enenemässä määrin yhteen ja päihteidenkäytöstä on tullut suurin yksittäinen kansanterveyden uhka. Se on myös yleisin työikäisten kuolinsyy sekä miehillä että naisilla (Havio 2008, 75–77).

Mielenterveysongelmien kansanterveydellinen merkitys on suuri. Tavallisia ja kansanterveydellisesti keskeisimpiä mielenterveyshäiriöitä ovat mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, persoonallisuushäiriöt sekä psykoottiset häiriöt. (Pirkola & Sohlman 2005, 4,5.) Mielenterveyden häiriöt aiheuttavat länsimaissa yli viidenneksen terveyteen liittyvistä haitoista ja noin joka neljäs suomalainen kärsii jostain mielenterveyden häiriöstä (Terveyden eriarvoisuus Suomessa - Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005, 2007, 87.) Vuonna 2010 psykiatrisessa sairaanhoidossa hoidettiin Suomessa 155 000 potilasta, mikä merkitsee 1,5 miljoonaa hoitopäivää ja 1,6 miljoonaa avokäyntiä. Uusista potilaista 31 % oli hoidossa tahdostaan riippumatta. (Stakes 2010.)

Suomalaisessa yhteiskunnassa alkoholikulttuuri on edelleen vahvasti esillä. Alkoholin kokonaiskulutus väkimäärään suhteutettuna on lähes tuplaantunut 1970-luvun alusta vuoteen 2005 (Terveyden eriarvoisuus Suomessa - Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005, 2007, 141). Suomessa on arviolta 500 000-700 000 alkoholin suurkuluttajaa, joiden alkoholin käyttö on terveystarve rajoilla. Suomessa päihteiden haitallinen käyttö on yleisempää miehillä, kuin naisilla. (Pirkola & Sohlman 2005, 4.) Alkoholi on myös suurin syy miesten ennen aikaisiin kuolemiin (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2008, 174). Alkoholinkäytön rinnalle on tänä päivänä noussut selkeämmin myös muita

päihteitä. Terveyden eriarvoisuus Suomessa - Sosioekonomisten terveyserojen muutoksesta 1980-2005, 2007 (133–134) käy ilmi, että Suomessa noin 27 % miehistä ja 20 % naisista tupakoi päivittäin ja tupakointi aloitetaan keskimäärin 14 vuotiaana. Lisäksi huumeidenkokeilut ja käyttö sekä sitä kautta niiden haittavaikutukset ovat lisääntyneet tasaisesti vuosien 1992–2010 aikana. (Hakkarainen & Metso 2003, 244–256.) Suomessa on tehty vuosina 1992–2010 huumeaiheinen väestökysely yhteistyössä terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa. Kyselyn mukaan yhä useammalla vastaajalla on omakohtainen kokemus huumeiden käytöstä. Huumeaiheisen kyselyn mukaan huumausaineiden käyttö on yleisempää miehillä, kuin naisilla. (Metso, Winter & Hakkarainen 2012, 17–18.) Stakesin Päihdetilastollinen vuosikirja (2011, 26) esittää, että suomalaisista 15–69 vuotiaista 17 % on kokeillut kannabista. Vaikka alkoholi on edelleen yleisin päihde, on huumeiden niin kutsuttu viihdekäyttö yleistymässä ja etenkin nuorten kohdalla asenteet ovat muuttuneet huumeiden käyttöä sallivampaan suuntaan (Noppi, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 246). Suomessa huumausaineet määritellään kansainvälisten sopimusten mukaan. Huumausainelaki uudistettiin kesäkuussa 2011, jonka jälkeen Suomi voi itse luokitella uusia päihteinä käytettäviä aineita laissa kiellettäviksi huumausaineiksi. (Tanhua, Virtanen, Knuuti, Leppo & Kotovirta 2011, 17–18.)

Päihteiden käyttö ja mielenterveysongelmat esiintyvät yhä useammin rinnakkain. Jatkuva päihteiden käyttö altistaa mielenterveyden ongelmille ja toisaalta jo olemassa olevat psyykkiset oireet pahenevat helposti päihteiden käytöstä johtuen (Pirkola & Sohlman 2005, 7). Inkinen, Partanen ja Sutinen (2000, 202) esittivät jo kymmenen vuotta sitten mahdollisia syitä lisääntyneille päihde- ja mielenterveysongelmille: psykiatristen sairaalapaikkojen vähentäminen on kasvattanut päihteiden käytön mahdollisuutta ja päihdeongelmaiset usein myös lääkitsevät itse omia psyykkisiä oireitaan. Lisäksi eristäytyneet mielenterveyspotilaat ovat helposti vedettävissä päihteitä käyttävien verkostoihin.

3 MIELENTERVEYS JA PÄIHDEONGELMAT ERI VÄESTÖRYHMISSÄ

3.1 Lasten ja nuorten mielenterveys- ja päihdeongelmat

Lapsen mielenterveyteen vaikuttavat monet eri tekijät lapsen elämässä. Mielen kehitykselle on tärkeää, että lapsi voi olla lapsi, eikä hänen tarvitse kantaa suurempaa vastuuta itsestään tai lähiympäristöstään, kuin hänen ikänsä ja kehitystasonsa edellyttävät. Kodin turvallinen ilmapiiri ja vanhempien tuki ovat tärkeitä tekijöitä lapsen mielenterveydessä. Nuoruus on siirtymävaihe lapsuudesta aikuisuuteen ja tällöin nuoren mielessä tapahtuu paljon. Hän etsii omia rajojaan ja luo minäkuvaansa sekä hakeutuu uusiin sosiaalisiin ympäristöihin. (Halila ym. 2009, 12.) Sosiaalisten suhteiden merkitys mielenterveydelle on kiistaton, tosin perhe- ja ystäväpiiri voivat osaltaan luoda paineita, jotka horjuttavat lapsen ja nuoren mielenterveyttä (Kontio 2010, 10).

Nuorten yleisimmät mielenterveyshäiriöt liittyvät mielialahäiriöihin, ahdistuneisuus- ja käytöshäiriöihin sekä päihdehäiriöihin. On hyvin yleistä, että nuori kärsii samanaikaisesti vähintään kahdesta mielenterveyshäiriöstä. (Marttunen 2009.) Nuorten mielenterveysongelmat ilmenevät pojilla ja osalla tytöistä häiriökäyttäytymisenä sekä pahana olona. Ne voivat ilmetä myös levottomuutena tai sopivan käyttäytymisen ja laillisuuden rajojen etsimisenä. Tyttöjen paha olo kohdistuu usein itseen ja omaan vartaloon. Tästä johtuen tytöillä on enemmän syömishäiriöitä ja masentuneisuutta, kuin pojilla. Nuorten väkivalta on yleistynyt ja osaan käytös- ja päihdehäiriöitä, neuropsykiatrisia ongelmia sekä psykooseja liittyy heikentynyt kyky hallita vihan tunteita sekä taipumusta väkivaltaisuuteen. (Halila ym. 2009, 13.)

Nuorten mielenterveyden hoidossa ja ylläpidossa on tärkeä rooli ongelmien ennaltaehkäisyssä (Kontio 2010, 9). Sekä ulos- että sisäänpäin suuntautuvan oireiluun tulee suhtautua vakavasti ja puuttua mahdollisimman varhain. Lasta ja nuorta autetaan parhaiten heidän omassa kasvuympäristössään. Varhaisella puuttumisella ja oman kasvuympäristön hyödyntämisellä estetään ongelmien kasaantuminen ja vältytään erikoissairaanhoidon palveluilta ja pitkiltä osastohoidoilta. (Halila ym. 2009, 13.)

Vuosina 2010–2011 peruskoulun 8.-9. luokkalaisista pojista 8 % ja samanikäisistä tytöistä 18 % ilmoitti sairastavansa keskivaikeaa tai vaikeaa masennusta, kun taas lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoilla kyseiset luvut olivat pojilla 7 % ja tytöillä 13 %. Ammatillisten oppilaitosten 1. ja 2. vuoden opiskelija pojista 7 % ja työistä 16 % ilmoitti sairastavansa keskivaikeaa tai vaikeaa masennusta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Kouluterveyskysely 2010/2011.) Masennuksen tunne on yleistä nuoruudessa. Se liitetään nuoruusikään ja nuoren tapaan käsitellä kokemuksia. Nuoren masennus voi ilmetä esimerkiksi liiallisena harrastamisena ja käytöshäiriöinä, suurena päihteiden käyttönä sekä tupakointina. Tytöillä masennustiloja esiintyy selvästi poikia enemmän ja noin 40 %:lla masennustilaan liittyy jokin muu psyykinen häiriö. Nuoren masennus on aina otettava vakavasti ja se on hoitoa vaativa psyykinen häiriö. Vakavaan masennukseen liittyy kohonnut itsemurhariski, ja itsemurhan tehneistä nuorista 51–80 %:lla on todettu olleen vakava masennustila. (Laukkanen 2010.)

Faedda ym. (2004) ovat tutkineet lapsuuden kaksisuuntaista mielialahäiriötä ja sen diagnosointia. Lapsuuden kaksisuuntaisen mielialahäiriön erityispiirteet ja diagnostiikan rajat ovat kiistanalaiset ja sen erottaaminen muista häiriöistä on haastavaa. Tämä johtuu siitä, että lapsuuden kaksisuuntaisella mielialahäiriöllä on paljon yhtäläisiä liitännäisoireita muiden lapsuudenajan mielenterveyshäiriöiden kanssa. Tutkimukseen osallistui 82 iältään 7–13 -vuotiasta nuorta, joilla oli täyttynyt mania ja depressiokriteerit. Tutkituista 90 %:lla oli suvussa mielialahäiriötä ja 10 %:lla oli todettu lapsuuden ajan kaksisuuntainen mielialahäiriö. Jo ennen kolmen vuoden ikää oli 74 %:lla todettu mieliala- ja unihäiriötä, aggressiivisuutta sekä ahdistuneisuutta. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön puhkeamishetkellä tutkituista nuorista 17 %:lla oli masennus, 35 %:lla euforinen mania ja 48 %:lla dysforinen mania tai sekamuotoinen mania. Usealla oli muutoksia mielialassa ja jaksamisessa. Tutkimuksessa saatiin selville, että lapsuuden kaksisuuntainen mielialahäiriö jää usein diagnosoimatta tai on väärin diagnosoitu, vaikka unihäiriötä ja mielialan muutoksia ilmenee usein jo varhaisessa iässä. Diagnosointikriteerit olivat myös ristiriidassa kliinisten havaintojen kanssa ja niiden soveltuvuus lapsille tulee tarkistaa. (Faedda, Baldessarini, Glovinsky & Austin 2004, 305–313.)

Nuorten terveyttä tutkitaan vuosittain Stakesin Kouluterveyskyselyillä. Kyselyllä saadaan hyvä kuva nuorten päihteiden käytöstä. Vuosien 2010/2011 kyselyssä selvisi, että 15–16 vuotiaista nuorista 13 % kokee olevansa masentuneita. Päivittäin tämän ikäisistä nuorista tupakoi 15 %, kun taas ammatillisessa koulutuksessa olevista 16–17-vuotiaista nuorista tupakoi 40 %. Tupakoitsijoiden määrä on laskussa ja yli 70 % 15–16 vuotiaista sekä 16–17- vuotiaista lukiolaista ei tupakoi. Humalassa kerran kuukaudessa on vähintään 15 % 15-16 vuotiaista, mikä sekin on laskenut verrattuna vuoden 2001 27%:n. Raittiiden nuorien määrä on noussut ja 43 % 15–16 -vuotiaista on raittiita. Laittomien huumeiden käyttö on myös nousussa ja laittomia huumeita oli kokeillut 14 % 16–17 vuotiaista lukiolaisista ja 8 % 15–16 -vuotiaista. Kaikista 15–17 vuotiaista nuorista 3 % käyttää nuuskaa päivittäin. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Kouluterveyskysely 2010/2011.)

Suomessa ja muualla maailmassa päihdemyönteisyys on lisääntynyt päihteidenkäytön myötä. Suomessa nuoret aloittavat päihdekokeilut hyvin nuorena iässä, noin 13–14 vuotiaana. Ongelmana onkin kokeilujen yleistyminen sekä niiden ajoittuminen yhä nuorempaan ikään. On tutkittu, että alle 15-vuotiaana aloitettu päihteidenkäyttö kolminkertaistaa riskin päihteiden väärinkäytölle aikuisiässä. Päihteiden haitallista käyttöä ja päihderiippuvuutta esiintyy noin 5-10 % :llanuorista ja heistä noin 80 %:lla on samanaikaisesti jonkinlainen mielenterveysongelma. Nuorena opitun päihdehakuksen käyttäytymisen tiedetään jatkuvan myös aikuisiällä. (Lepistö ym. 2006, 2; Lepistö ym. 2007.)

Nuorten päihdehäiriöt ovat luonteeltaan toistuvia ja pitkäkestoisia, ja niihin liittyy usein jokin muu samanaikainen mielenterveysongelma. Yleisimpiä päihteiden käyttöön liittyviä mielenterveysongelmia ovat käytös- ja tarkkaavaisuushäiriöt sekä mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöt. Päihdehäiriöt aiheuttavat nuorelle merkittäviä psyykkisiä ja sosiaalisia haittoja, jotka vaikuttavat nuoren elämään vielä aikuisiässä. (Lepistö ym. 2006, 2; Lepistö ym. 2007.)

Nuorten päihteiden käyttöön liittyy altistavia ja suojaavia tekijöitä, jotka osaltaan lisäävät tai vähentävät päihderiippuvuuteen sairastumista. Riskitekijöinä nähdään erilaiset geenitekijät, nuoren persoonalliset ominaisuudet, kuten tarkkaavaisuus

häiriöt, käytöshäiriöt, aggressiivisuus sekä uhmakkuus. Vanhempien päihdeongelmat ja sallivuus päihteiden käytölle sekä riitaisa ilmapiiri vanhempien ja lasten välillä katsotaan myös riskitekijöiksi. Ympäristötekijöistä riskitekijöinä nähdään kaveripiirin runsas päihteiden käyttö sekä päihteiden helppo saatavuus. Suojaavia tekijöitä ovat riittävän vahva vanhemmuus, vanhemman ja lapsen läheinen suhde sekä hyvä koulumenestys. (Lepistö ym. 2006, 4,6.)

Koska päihdehäiriöstä kärsivällä nuorella on usein monia eri ongelmia elämässä, on hoidon oltava moniammatillista ja laaja-alaista. Moniammatillisessa tiimissä tulisi toimia päihdehuolto, nuorisopsykiatria, lastensuojelu sekä koulun oppilashuolto. Nuoren päihdeongelma tulisi tunnistaa jo sen varhaisessa vaiheessa, jotta päästään ennaltaehkäisemään päihteidenkäytöstä aiheutuvia muita mielenterveysongelmia. (Marttunen & Lepistö 2007.) Nuorten päihdeongelmia pyritään hoitamaan pääsääntöisesti avohoidossa. Laitoshoito tulee kyseeseen esimerkiksi tilanteissa, joissa nuori ei ole pystynyt avohoidossa lopettamaan vakavaa päihdekierrättään. Avohoidossa annettavia hoitomuotoja ovat yksilö- ja perhekeskeiset hoidot, lääkehoidot sekä integroidut hoitomallit, joissa yhdistyvät eri hoitomenetelmät. (Lepistö ym. 2006, 4,18.)

3.2 Työikäisten mielenterveys- ja päihdeongelmat

Mielenterveys- ja päihdehäiriöt ovat yksi keskeisimmistä sairausryhmistä Suomessa. Tavallisimpia mielenterveydenhäiriöitä ovat erilaiset masennustilat, ahdistuneisuushäiriöt sekä alkoholin käyttöön liittyvät häiriöt. Ahdistushäiriöistä yleisin on naisilla paniikkihäiriö ja miehillä sosiaalisten tilanteiden pelko. (Suvisaari 2008.) Lisäksi muita psyykkisiä oireita, kuten unettomuutta esiintyy Kansanterveyslaitoksen aikuisväestön terveyskäyttäytymiskyselyn mukaan työikäisistä miehistä noin 21 %:lla ja naisista 23 %:lla. Stressaantuneisuutta esiintyi 17 %:lla miehistä ja 19 % naisista. Työikäisistä 3 % ilmoitti käyttäneensä jotakin rauhoittavaa lääkettä ja 4 % unilääkkeitä viimeisen viikon aikana. (Lönngqvist 2005a.) Työikäiseksi määritellään Tilastokeskuksen mukaan kaikki 15–74-vuotiaat henkilöt. Työterveydenhuollossa tulisi olla keinot tunnistaa mielenterveysongelmat jo varhaisessa vaiheessa sekä ohjata hoitoon ja kuntoutukseen (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 35).

Masennus on yksi oleellinen kansanterveysongelma ja sitä sairastaa vuoden aikana jopa 5 % suomalaisista (Käypä hoito 2010a). Yleisintä masennusoireilu on 20–52-vuotiailla (Partanen, Moring, Nordling & Bergman 2009, 24). Masennus on koko ajan kasvussa oleva kansansairaus. Sen kasvu voidaan huomata myös esimerkiksi masennuslääkkeistä korvausta saaneiden henkilöiden määrästä. Kymmenen vuoden aikana (2000–2010) masennuslääkkeistä korvausta saaneiden 25–64-vuotiaiden osuus on noussut 6,3 %:sta jopa 10 %:iin. (Sotkanet 2011.)

Itsemurhat ovat Suomessa merkittävä työikäisten kuolinsyy, erityisesti alle 35-vuotiailla miehillä. Itsemurha-ajatuksia on arviolta 2-10 % :llaväestöstä, nuorten miesten kuolemista jopa neljännes on itsemurhia. (Noppi ym. 2007, 210). Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2010 itsemurhan teki 954 suomalaista, joista 718 oli miehiä. Itsemurhien määrä on ollut viimeksi pienempi vuonna 1967. Tilastokeskuksen tilastojen mukaan itsemurhat ovat olleet lievässä laskussa vuoden 1990 jälkeen. (Tilastokeskus 2011.) Yleensä itsemurhan taustalla ovat mielenterveys- ja päihdeongelmat. Usein itsemurhaa on edeltänyt sosiaali- ja terveydenhuollon asiakassuhde, josta voidaan jälkikäteen huomata asiakaslähtöisiä sekä järjestelmästä johtuvia palvelujen puutteita. (Lönqvist 2005b.)

Päihdeongelmista suurin on alkoholiriippuvuus (Lönqvist 2005a). Alkoholijuomien kokonaiskulutus vuonna 2010 oli 100-prosenttisena alkoholina 10 litraa asukasta kohti (Valvira 2011). Alkoholin kulutus on vähentynyt kolmatta vuotta peräkkäin, mutta kulutus on silti edelleen korkealla (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012). Alkoholin arvioidaan aiheuttavan noin 6 % kaikista suomalaisten kuolemista. Nuorten miesten kuolemista noin 40 % arvioidaan johtuvan alkoholista.(Lönqvist 2005a.) Suomalaisten työikäisten naisten ja miesten yleisin kuolin syy on jokin alkoholin aiheuttama tauti tai alkoholimyrkytys. Vuonna 2007 työikäisenä kuolleista miehistä 19 % ja naisista 12 % kuoli alkoholin käytön seurauksiin. Lisäksi lähes 40 % tapaturmiin kuolleista ja 30 % itsemurhan tehneistä on ollut alkoholin vaikutuksen alaisena. (Aalto & Seppä 2009.)

Huumeisiin liittyvät päihdehäiriöt ovat selkeästi alkoholihäiriöitä harvinaisempia. Usein huumeongelman taustalla on myös alkoholin väärinkäyttöä tai

alkoholiriippuvuutta. (Suvisaari 2008.) Työikäisistä vuoden 2006 väestökyselyn mukaan 13 % oli joskus käyttänyt kannabista. Vuoden 2005 väestötutkimuksen mukaan Amfetamiinin tai opiaattien ongelmakäyttäjien osuus oli noin 0,6-0,7 %. (Partanen & Aalto 2009, 22.)

Mielenterveys- ja päihdehäiriöt voivat heikentää elämänlaatua jopa enemmän, kuin monet fyysiset sairaudet (Saarni, Suvisaari, Sintonen, Pirkola, Koskinen, Aromaa & Lönnqvist 2007). Tästä syystä työikäisten mielenterveysongelmat aiheuttavatkin vuosittain huomattavia kustannuksia yhteiskunnalle muun muassa juuri sairaslomien sekä työkyvyttömyyseläkkeiden vuoksi. WHO:n Global Health risks (2009, 8, 25) -raportin mukaan masennus on tulevaisuudessa suurin toimintakyvyn laskua aiheuttava tekijä. Lisäksi raportissa käy ilmi, että mielenterveysongelmat aiheuttavat tulevaisuudessa huomattavan määrän työkyvyttömyyttä. Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2010 kertoo, että työkyvyttömyyseläkkeellä olijoista 45 %:lla työkyvyttömyyden syynä on ollut mielenterveys- tai päihdehäiriö. (Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2010.)

3.3 Ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdeongelmat

Ikääntyneiden osuus väestöstä kasvaa jatkuvasti. Vuonna 2003 Suomessa oli 800 000 yli 65-vuotiasta, vuonna 2030 luvun ennustetaan hipovan 1,3 miljoonaa. Ikääntyneiden määrään vaikuttaa suurien ikäluokkien lisäksi eliniän kasvu. 85-vuotiaiden määrän ennustetaan kasvavan 80 000:sta 200 000:een vuoteen 2030 mennessä. (Jyrkämä 2003.) Vaikka ikääntyneillä mielenterveyden ongelmia esiintyy vähemmän kuin muilla ikäryhmillä, ovat yksinäisyys ja fyysiset sairaudet mielenterveyden häiriöille altistavia tekijöitä (Pirkola & Sohlman 2005, 11).

Masennus on vanhuusiän yleisin mielenterveyshäiriö (Levo, Viljanen, Heini, Koivula & Aira 2008, 56), joka vie toimintakykyä nopeasti alaspäin (Leinonen & Alanen, 2011). Ikääntyneiden masennukseen yhdistetään usein sosiaalisten suhteiden, roolien ja toiminnan vähäisyys tai merkityksettömyys. Vanhuusiän masennus on usein alidiagnosoitu, johtuen oireiden samankaltaisuudesta ikääntymisen luonnollisten muutosten kanssa. (Levo ym. 2008, 56–57.) Suomalaiset selvitykset paljastavat, että yli 65-vuotiailla esiintyy aiempaa enemmän lieviä masennus- ja ahdistusoireita, jotka jäävät kuitenkin usein

huomaamatta ja tunnistamatta (Saarenheimo 2012, 19). Ahdistuneisuushäiriöistä kärsii alle 5 % ikääntyneistä, mutta liveiä oireita esiintyy lähes 20%:lla (Levo ym. 2008, 57). Myös yksinäisyys voi aiheuttaa ikääntyneelle erinäisiä oireita, kuten somaattiset vaivat, kivut, unettomuus tai päihdeongelmat. Yksinäisyyden kokeminen on eri asia kuin yksin asuminen tai yksin oleminen. Yksinäisyyteen liitettäviä riskejä ovat korkea ikä, naissukupuoli, leskeytyminen, alhainen koulutustaso, sairaudet ja toimintakyvyn häiriöt sekä masennus. (Levo ym. 2008, 55–56.) Vuoden 2007 eläkeikäisten terveystilan selvitys paljastaa, että miehistä 18,1 % ja naisista 15,9 % kokee tulevaisuutensa toivottomaksi tai melko toivottomaksi (Saarenheimo 2012, 19).

Maailman terveysjärjestö WHO:n (2004) mielenterveystutkimuksessa esitetään, että yli 75-vuotiaiden itsemurhariski on miehillä kaksinkertainen ja naisilla jopa kolminkertainen nuoriin verrattuna. Ruotsalaisen tutkimuksen mukaan ikääntyneiden itsemurhien taustalla on alkoholiriippuvuutta 35 % miehistä ja 18% naisista (Levo ym. 2008, 57). Ikääntyneessä väestöryhmässä esiintyy myös epäsuoraa itsetuhoa. Tällä tarkoitetaan ravinnon, nesteiden, lääkkeiden ja hoito-ohjeiden laiminlyöntiä, tutkimuksista kieltäytymistä sekä alkoholin ja lääkkeiden väärinkäyttö. (Noppari ym. 2007, 211.)

Tilastojen valossa ikääntyneiden alkoholin käyttö lisääntyy jatkuvasti. Suomalaisten juomatapojen pitkäaikainen tilastollinen seuranta antaa ennustaa, että tulevaisuudessa myös ikääntyneen väestöryhmän alkoholin käyttö muuttuu sukupolven vaihdon myötä (Haarni, Viljanen & Alanko 2007, 7). Vuoden 2009 Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen julkaisussa 65–84-vuotiaista miehistä 60 % ja naisista 55 % ilmoitti käyttäneensä alkoholia kuluneen vuoden aikana. Miehistä 40 % ja naisista 18 % käytti alkoholia viikottain. (Laitalainen, Helakorpi & Uutela 2010.) Ikääntyneet ovat alkoholinkäytön erityisryhmä, sillä heillä on lisääntynyt alttius alkoholin aiheuttamille haitoille. Luonnolliset ikääntymisen tuomat muutokset aiheuttavat kehon vesipitovuuden pienenemistä, mikä tarkoittaa myös alkoholin jakautumistilavuuden pienenemistä (Aira 2007, 37). Kehon muutosten myötä alkoholin käyttö voi muuttua haitalliseksi vaikka käyttömäärät eivät kasvaisi (Levo ym. 2008, 25). Ikääntyneille suositellaan Yhdysvalloissa käytössä olevaa riskikäytön annosrajaa, jossa kerralla ei tulisi nauttia enempää kuin kaksi ja viikossa korkeintaan seitsemän annosta alkoholia (Aira 2007, 38). Ikääntyneillä

riskikäyttöön liittyy usein myös sairaudet ja lääkkeiden käyttö. Yli 75-vuotiaille tehty tutkimus paljastaa, että lähes puolet diabetesta tai verenpainetautia sairastavista käytti alkoholia sairaudesta huolimatta. Samassa tutkimuksessa selvisi, että lähes 40 % alkoholia käyttävistä käytti myös rauhoittavia, masennuslääkkeitä tai keskushermostoon vaikuttavia kipulääkkeitä. (Levo ym. 2008, 35.) Alkoholi ja lääkkeet voivat aiheuttaa yhteisvaikutuksia, vaikkei niitä käyttäisi yhtä aikaa vaan perä jälkeen (Aira 2007, 38). Ikääntymiseen liittyvinä haittoina alkoholin vieroitusoireet muuttuvat vaikeammiksi ja pidempikestoisiksi (Levo ym. 2008, 26).

Mielenterveyden häiriöt, runsas alkoholin käyttö ja yksinäisyys toimivat toisiaan ruokkivina tekijöinä ja voivat lisätä ikääntyneen eristäytymistä ja syrjäytymistä. Runsa alkoholin käyttö yhdistettynä mielenterveysongelmiin aiheuttaa vaikeita sekavuustiloja ja pahentuvia mielenterveyden ongelmia. Vantaalla Peijaksen sairaalan psykogeriatricsella osastolla on jo törmätty jopa kuukausia kestäviin alkoholideliriumeihin. (Levo ym. 2008, 58, 60.)

Väestön ikääntyminen lisää haasteita vanhusten mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämiseksi, sillä mielenterveyshäiriöt olivat jo vuonna 2005 olleet työkyvyttömyyseläkkeen diagnoosi (Pirkola & Sohlman 2005, 11). Mielenterveysongelmat ovat yleistymässä ikääntyneillä huomattavasti ja näin ollen mielenterveyshäiriöiden ehkäisyyn ja hoitoon tulee panostaa. Hoitomuotojen tulisi olla ikääntyneille suunniteltuja ja vanhusten mielenterveyspalvelut ovatkin usein osana vanhustenhuoltoa. (Partanen 2009, 37.) Monista kunnista ei löydy erikseen vanhuksille tarkoitettuja palveluja, mutta siltikin heidät rajataan pois nuoremmille suunnatuista palveluista. Käytännössä tämä tarkoittaa, että vanhuspotilaat ovat hyvinkin eriarvoisessa asemassa asuinkunnastaan riippuen. (Leinonen ym. 2011.) Ennaltaehkäisyä voidaan tehostaa kiinnittämällä huomiota riskitekijöihin, kuten somaattiset sairaudet ja leskeytyminen (Partanen 2009, 37). Vaikka eliniän pidentymisen seurauksena ikääntyneen väestön määrä kasvaa, palvelut eivät kasva samassa suhteessa, ne jopa supistuvat (Silvennoinen 2009, 22-30). Ajoissa toteutetulla asiantuntevalla tutkimuksella ja hoidolla voitaisiin parantaa ikääntyneen toimintakykyä ja samalla ehkäistä ennen aikaista laitoshoitoon joutumista (Leinonen ym. 2011).

4 SAIRAANHOITAJAN MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEOSAAMINEN

Mielenterveysosaamisen ammattillinen perus- ja erityisosaaminen voidaan jakaa ydinosaamiskompetensseihin ja erityisosaamiskompetensseihin.

Ydinosaamiskompetenssit luovat pohjan terveystieteen yhteisille osaamisalueille, kun taas erityisosaamiskompetenssit pitävät sisällään spesifisen asiantuntijaosaamisen, jota tulevaisuudessa arvostetaan yhä enemmän.

Ydinosaamista tarvitaan hoitotyön kaikissa osa-alueissa, kun taas erityisosaamista vain tietyissä tilanteissa. Ydinosaamis- ja erityisosaamiskompetenssit eroavat toisistaan selkeästi, mutta ne eivät kuitenkaan poissulje toisiaan. (Nurminen 2011a.)

Mielenterveystyössä tärkeimpänä työvälineenä nähdään hoitajan oma ammatillisuus ja persoona (Hyvönen 2004, 70). Tästä johtuen tärkeä osa ydinosaamista on asiantuntijuuteen perustuva yhteistyösuhde, jossa hoitaja ja asiakas käyvät dialogia ja pyrkivät yhdessä selvittämään asiakkaan elämässä vaikuttavia ongelmia. Mielenterveystyötä tekevältä hoitajalta vaaditaan tarpeeksi tietoa mielenterveydestä ja sen ongelmista sekä taitoa erilaisten menetelmien hallinnassa ja yhteistyöosaamisessa. (Ellilä, Friis, Kilkku, Komppa-Valkama, Kuosmanen & Vuokila-Oikkonen 2009.) Tärkeää on myös oma asennoituminen mielenterveystyötä kohtaan, sillä asenne välittyy kaikissa asiakaskontakteissa (Hyvönen 2004, 71). Asiantuntijuus mielenterveystyössä koostuu tutkitusta tiedosta sekä oman persoonan riittävästä tuntemuksesta. Hoitajan on tunnistettava omat tunteensa ja se, mistä ne nousevat. Tämä tarkoittaa itseensä tutustumista sekä omien tunteiden, arvojen ja kokemusten reflektointia. (Noppari ym. 2007, 140–141.)

4.1 Sairaanhoitajan perus- ja erityisosaaminen mielenterveys- ja päihdehoitotyössä

Kaiken hoidon ja hoitotyön perustana on hoitajien perusosaaminen. *Osaamisella* hoitotyössä tarkoitetaan oman toiminnan rajojen ja asiakkaan tarpeiden määrittämistä, jolla voidaan taata tekemisen tuloksellisuus ja turvallisuus (Nurminen 2011b, 27). Perusosaamista ovat tiedot ja taidot, joiden avulla hoitaja pystyy suoriutumaan työstään taitavasti ja onnistuneesti (Nummelin & Nygren

2011, 9). Hoitotyön perusosaamista määritteleviä tekijöitä ovat kliinisen hoitotyön ydinosaaminen, potilaslähtöisyys, tasa-arvoisuus, potilaan kunnioittaminen sekä toimintamallit ja tulevaisuuden tarvittava osaaminen. (Nurminen 2011 a.) Näiden tekijöiden taustalla vaikuttaa opetusministeriön (2006) laatimat kymmenen hoitotyön ydinosaamiskompetenssia, jotka määrittelevät pitkälle hoitotyön koulutuksen sisällön. Sairaanhoidajan ydinosaamisena nähdään eettinen-, päätöksenteko-, ohjaus-, yhteistyö-, tutkimus- ja kehittämis-, monikulttuurinen, yhteiskunta-, kliininen- ja lääkehoidon osaaminen sekä terveyden edistäminen (Opetusministeriö 2006, 63–64). Suomessa annettavaa sairaanhoidon opetusta säätelee myös EU-direktiivi yleissairanhoidosta vastaavan sairaanhoidajan osaamisvaatimuksista. Mielenterveysopinnoista direktiivi edellyttää teoreettista ja teknistä opetusta mielenterveydestä ja psykiatriasta, perustiedot sosiologiasta ja psykologiasta, sosiaali- ja terveyslainsäädännön perusasiat ja niihin liittyvät oikeudelliset kysymykset sekä kliininen opetus, eli harjoittelu mielenterveyteen tai psykiatriaan liittyvässä yksikössä. (EU-direktiivi 77/453/ETY.)

Kaikkien sosiaali- ja terveysalalla asiakaskontaktissa työskentelevien henkilöiden tulisi hallita mielenterveyshoitotyön ydin- eli perusosaaminen. Jokaisen tällä alalla työskentelevän tulisi kyetä tunnistamaan mielenterveys- ja päihdeongelmien oireet, hallita puheeksi ottaminen sekä osata ohjata asiakas oikeanlaisen palvelun ääreen. (Vesterinen 2011a; Vesterinen 2011b.) Mielenterveysongelmien käsittämisen ja ihmisen auttamisen edellytyksenä ovat moniammatillinen asiantuntemus ja osaaminen sekä työntekijän persoonallisuuden ja luovuuden luonteva käyttäminen (Vuori-Kemilä ym. 2007, 24).

Hyvösen (2004, 57) tutkimuksen mukaan perusterveydenhuollossa työskentelevät hoitajat osaavat tunnistaa asiakkaiden mielenterveyteen liittyviä avuntarpeita, mutta eivät joko itse kykene vastaamaan näihin tarpeisiin tai he eivät osaa välittää asiakkaalle tämän tarvitsemaa apua moniammatillisuutta hyödyntäen. Suurimpana esteenä oikean avun antamiselle nähtiin ajankäytön rajallisuus sekä oman osaamisen koettu suppeus. Tutkimuksessa haastatellut hoitajat nimesivätkin kehitystarpeiksi työnohjauksen ja lisäkoulutuksen, jotta osaaminen vastaisi muuttuneita vaatimuksia.

Erityisosaaminen mielenterveystyössä koostuu erilaisten riippuvuuksien hoitotyöstä, ryhmänohjaustaidoista, väkivallan kohtaamisen keinoista sekä erilaisista työskentelymenetelmistä, kuten motivoiva haastattelu. (Vesterinen, 2011a.) Hoitajan on tunnettava terveyttä edistäviä, tukevia ja uhkaavia tekijä ihmisen elämänkaaren eri vaiheissa, jotta voisi ymmärtää voimavaralähtöisen ihmiskäsityksen (Havio 2008, 83). Erityisosaamisessa korostuu vahva ammatti- ja sisältöspesifinen tietämys sekä taito soveltaa tietoa käytännön hoitotyössä (Nummelin & Nygren 2011, 9).

4.2 Mielenterveys- ja päihdehoitotyön opetus Lahden ammattikorkeakoulussa

Ammattikorkeakouluopintoja ohjaa ammattikorkeakoululaki (351/2003), jonka mukaan hoitotyön koulutuksen tulisi antaa valmiudet vastata työelämän ja sen kehittämisen haasteisiin ammatillisesti. Käytännössä mielenterveysopinnot eivät ole yhtenäisiä ammattikorkeakouluissa, mistä johtuen sairaanhoitajaopiskelijat eivät saa joka paikassa yhtä laajaa mielenterveyshoitotyön koulutusta (Korkeila 2006, 26). Sairaanhoitajan ammatilliset osaamisvaatimukset ja ydinosaaminen päivitettiin muutama vuosi sitten osana opetussuunnitelmien yhtenäistämistyötä, jonka johdosta tutkintojen tavoitteita, sisältöjä ja mitoitusta yhtenäistettiin (Luukkainen & Uosukainen 2011, 102). Sosiaali- ja terveysministeriöllä on vireillä uusi suunnitelma ammattikorkeakoulujen opetussuunnitelmien yhtenäistämiseksi vuodelle 2015, mikä loisi minimivaatimukset opetuksen sisällöille (Ellilä ym. 2009). Mielenterveystyön opetus on vähitellen menettänyt vahvaa asemaansa hoitotyön koulutuksessa, eikä nykyään ole enää mahdollisuutta mielenterveystyön erikoistutkinnon suorittamiseen (Havio 2008, 76). Nykyään erikoistumisen mahdollistavat vasta tutkinnon jälkeen suoritettavat opinnot, vaikka selkeänä nähdään, että mielenterveysopinnot tulisi lisätä perustutkinnon opintoihin mielenterveysosaamisen kasvavasta tarpeesta johtuen (Ellilä ym. 2009).

Lahden ammattikorkeakoulussa mielenterveysopinnot muodostavat seitsemän opintopisteen kokonaisuuden, johon kuuluu mielenterveys-, kriisi- ja päihdehoitotyö (5op), kliininen psykologia (1op) sekä psykiatria (1op).

Toteutustapana kurssilla käytetään luentoja (0,25op), Problem based learning eli

ongelmalähtöistä oppimista (3op), taitopajaa (0,75op) sekä lopputenttiä (1op).
Mielenterveys – ja päihdehoitotyönharjoittelu suoritetaan osana perhehoitotyön harjoittelua. Harjoittelun tavoitteena on, että opiskelija pystyy arvioimaan asiakkaan voimavaroja sekä terveydellisiä ongelmia ja uhkia. Lisäksi opiskelijan tulee pystyä kuvaamaan eri näkökulmista mielenterveyteen ja päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia. Opiskelijan tulee osata tunnistaa erityiskysymyksiä, jotka liittyvät mielenterveyden lääkahoitoon. Harjoittelujakso tulee suorittaa mielenterveys- ja päihdehoitotyön yksiköissä, projekteissa tai järjestöissä. (Hoitotyön opinto-opas 2011–2012.)

Mielenterveysopinnot suoritetaan opiskelijan oletetaan kurssin jälkeen osaavan hahmottaa mielenterveys- ja päihdehoitotyön hoitojärjestelmän, lainsäädännön ja kulttuurisidonnaisuuden, käyttää ja kehittää omaa persoonaa työvälineenä, kohdata ammatillisesti mielenterveys-, kriisi- tai päihdepotilaan, ottaa asiakkaan ongelmat puheeksi ja ymmärtää luottamuksellisuuden merkitys hoitosuhteessa, ennaltaehkäistä ja tunnistaa mielenterveyttä uhkaavia tilanteita sekä soveltaa kliinisen psykologian keskeisimpiä ajatuksia mielenterveystyössä (Hoitotyön opinto-opas 2011–2012).

5 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEHOITOTYÖN TOIMINTAYMPÄRISTÖ PÄIJÄT-HÄMEESSÄ

Päihdepalvelujärjestelmä muodostuu avohoitomuotoisista palveluista, esimerkiksi terveyskeskusten, työterveyshuollon, koulu- ja opiskelijahuollon ja mielenterveys- ja sosiaalitoimistojen antamista palveluista sekä laitospalveluista sairaaloissa ja asumispalveluyksiköissä. Asiakkaan tarpeista riippuen päihdehoito voi olla lyhytaikaista avopuolella tapahtuvaa hoitoa tai vaihtoehtoisesti pidempi kestoista avo/laitoshoitoa. Lisäksi päihdehuollon erityispalveluita tarjoavat muun muassa A-klinikat, päihdepysäkit sekä terveysneuvontapisteen ja päiväkeskukset. (Hämäläinen, Heino, Knape, Notkola, Puhakka, Räikkönen, Siltala, Säkkinen, Tuomola, Vainikka & Virtanen 2011, 20–22.)

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveisyhtymä tarjoaa aikuisille sekä lapsille ja nuorille psykiatrian palveluja Päijät-Hämeen keskussairalaassa sekä avopuolella. Päijät-Hämeen keskussairaalassa on aikuisille suunnattuja psykiatrian palveluja polikliinisesti sekä vuodeosastoina. Yleissairaalan psykiatrian poliklinikka tarjoaa konsultaatiot, kriisihoidot, polikliiniset tutkimukset sekä arviointitapaukset. Vuodeosastoja on yhteensä kuusi suljettua osastoa sekä yksi viikko-osasto. (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveisyhtymä 2012d.) Päijät-Hämeen aikuispsykiatrian avohoito tapahtuu kolmessa polikliinisessä toimintayksikössä Lahdessa sekä aluepoliklinikoissa Heinolassa ja Orimattilassa (Päijät-Hämeen sosiaali ja terveisyhtymä 2012c).

Päijät-Hämeen keskussairaalassa on erikseen lastenpsykiatria sekä nuorisopsykiatria. Lasten psykiatrian asiakkaat ovat alle 13-vuotiaita ja nuorisopsykiatrian asiakkaat 13–18-vuotiaita. Lasten- ja nuorisopsykiatriassa korostuu moniammatillisuus sekä yhteistyö perheen, sosiaalitoimen, perheneuvoloiden sekä perusterveydenhuollon ja koulujen kanssa. Lasten psykiatria jakautuu poliklinikkaan ja viikko-osastoon. (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveisyhtymä 2012a.) Nuorisopsykiatria jakautuu viikko-osastoon ja suljettuun osastoon (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveisyhtymä 2012b). Päijät-Hämeessä on kaksi nuorisopsykiatrian poliklinikkaa; nuorisopsykiatrian poliklinikka sekä Sihti nuorten arviointipoliklinikka (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveisyhtymä 2012b).

Lahden kaupunki tarjoaa apua päihdeongelmiin sosiaali- ja terveystoimen sekä peruspavelun tuottajien kautta. Peruspalvelun tuottajilla tarkoitetaan sosiaali- ja terveysasemia sekä koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto. Sosiaali- ja terveystoimi järjestää neuvoa, tukea, avohoitoa, laitostarkkaisuhoitoa sekä laitostuntoutusta ja asumispalveluja päihteiden ongelmakäytön ehkäisemiseksi ja lopettamiseksi. Peruspalvelujen päihdehoidon tehtävänä on asiakkaan päihdeongelmien tunnistaminen ja varhainen puuttuminen sekä hoidon tarpeen arviointi ja asiakkaan ohjaaminen päihdehoitoihin erikoistuneisiin palveluihin. Ennalta ehkäisevää päihdetyötä tarjoavat koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto sekä sosiaali- ja terveydenhuolto, eri yhdistykset ja järjestöt sekä poliisi. (Apua päihdeongelmiin, 2012.)

6 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEHOITOTYÖN TULEVAISUUDEN NÄKYMÄT

Eduskunnan kanslian julkaisussa 8/2004 (Suomen terveydenhuollon tulevaisuudet, 2004, 68–69) esitettiin ennustuksia koskien tulevaisuuden mielenterveystyön sisältöä; skitsofrenian oletetaan vähenevän samalla kun narsistisesta persoonallisuushäiriöstä voidaan odottaa kansantautia. Lisääntymässä ovat myös masennus ja ahdistuneisuus, alkoholikuolleisuus ja erilaiset sosiaaliset ongelmat.

Tulevaisuuden mielenterveystyön osaamisvaatimukset tulevat kohoamaan potilaslähtöisyydestä sekä hoidon laatuun, vaikuttavuuteen ja tuloksellisuuteen vaikuttavista tekijöistä. Teknologia-, palvelu-, monikulttuurisuus-, arvo- ja yhteistyöosaaminen tulevat korostumaan ja hoitotyöntekijöiltä odotetaan entistä enemmän vastuullisuutta ja inhimillisyyttä. (Nurminen 2011b, 8.) Keskeistä on myös kriittinen lukutaito tiedon jatkuvasti lisääntyessä (Nurminen 2011b, 27) sekä teorian ja käytännön yhdistäminen (Kiviniemi & Rissanen 2005).

Yksi tulevaisuuden haaste koskee sukupolven vaihdosta hoitotyöntekijöiden osalta. Ikääntyneemmällä, eläkeikää lähestyvillä hoitajilla on paljon niin kutsuttua ”hiljaista tietoa” hoitotyöstä, joka heidän mukanaan poistuu työelämän käytöstä. Toisaalta uuden sukupolven hoitajien on ennustettu olevan positiivisempia kohtaamaan tulevaisuuden haasteet ja kehittämään hoitotyötä uusien vaatimusten mukaiseksi. (Suomen terveydenhuollon tulevaisuudet 2004, 36.)

Tulevaisuuden ydinosaamiseen kuuluu myös saumaton yhteistyöosaaminen eri ammattiryhmien välillä sekä innovatiivisuus ja kehitystyö (Nurminen 2011a, 9). Moniammatillinen yhteistyö on yksi tulevaisuuden avainsanoja. Tulevaisuudessa ongelmien ratkaisuun tarvitaan enenemässä määrin monialaista tietoa ja osaamista (Talamas 2009, 46). Moniammatillisuuden harjoittamisen on koettu myös kehittävän ammatillista kasvua. Talasman (2009, 50–52) tutkimuksessa moniammatillisen yhteistyön nähtiin kasvattavan tietoa ja ymmärrystä, vahvistavan yksilön hoitotaitoja sekä lisäävän omaa ammatillista varmuutta.

Tulevaisuus on pelottava ja kiehtova. Siihen liittyy usein suuria utopioita ja lupauksia, mutta myös erilaisia uhkakuvia.

Kummastakin usein toteutuu vain pieni osa (Suomen terveydenhuollon tulevaisuudet 2004, 10).

Tulevaisuudessa mielenterveystyötä tulevat muokkaamaan ja määrittämään monet tekijät. Olennaisia asioita tulevaisuudessa ovat väestökehitys, joka johtuu suurista ikäluokista sekä eliniän kasvusta. Lääketieteellisen teknologian kehitys, väestöryhmien välinen epätasa-arvo sekä väestön ajatusmaailman muutokset yksilöllisyyden ja kansainvälisyyden suuntaan muokkaavat ja määrittävät mielenterveystyötä tulevaisuudessa. (Suomen terveydenhuollon tulevaisuudet, 2004, 11.) Palveluiden kehittäminen tulee olemaan avainasemassa mielenterveystyön kentällä (Ellilä ym. 2009). Hoitomenetelmien soveltamisessa aletaan kiinnittää enemmän huomiota tutkittuun, tieteelliseen tietoon ja erilaiset hoitosuositukset muodostuvat tärkeiksi työvälineiksi mielenterveystyössä (Korkeila 2006,15). Tulevaisuudessa on myös esitetty yhdistettäväksi nykyistä enemmän tieteellistä näyttöä ja systemaattista tiedonkeruuta potilaiden omiin kokemuksiin (Noppari ym. 2007, 231).

Itse mielenterveysongelmat eivät aikuisilla ole niinkään yleistyneet, mutta niiden monimutkaistuminen kasvattaa palvelujen tarvetta, kysyntää ja käyttöä. Mielenterveyspalveluiden käyttäjillä on yhä enemmän myös päihdeongelmia. Tällä hetkellä palvelujärjestelmä ei ole kehittynyt vastaamaan tähän tarpeeseen, vaan joissain paikoissa edelleen rajataan asiakkaita joko mielenterveys- tai päihdeongelman mukaan. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2008, 255–256.)

Monikulttuurisuuden ja kansainvälistymisen myötä mielenterveys- ja päihdepalveluissa kohdataan yhä useammin eri kulttuureista lähtöisin olevia asiakkaita. Mielenterveyden kehittymiseen sekä psyykkisen normaaliuden määrittelyyn vaikuttavat olennaisesti ihmisen elämänsä historian tapahtumat ja kulttuuri. Monikulttuurisuuden ja kansainvälistymisen myötä sairaanhoitajan tarvitsee kiinnittää huomiota kulttuuriin eroihin ja huomioida jokaisen potilaan elämänsä historia ja sen mahdolliset vaikutukset mielenterveyteen. (Vuori-Kemilä ym. 2007, 12.)

Avo- sekä laitoshoidon osalta nykyinen palvelujärjestelmä on ylikuormittunut ja palveluntarjonnassa on vielä suuria alueellisia eroja. Lisäksi

mielenterveyspalveluiden tarjonta on vielä puutteellista erityisryhmille, esimerkiksi kehitysvammaisille, kielivähemmistöille ja kaksoisdiagnoosiasiakkaille, eli samanaikaisesti vaikeista mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsiville. (Vuori-Kemilä ym. 2007, 22–23.) Palveluiden keskittyminen tulee jatkossa suuntaamaan enenemässä määrin perusterveydenhuoltoon erikoissairaanhoidon sijasta (Ellilä ym. 2009). Avohoito on lisääntynyt ja lisääntyy entisestään tulevaisuudessa. Sen avulla on pystytty panostamaan mielenterveyshoitotyössä potilaan yksilöllisiin tarpeisiin ja näin ollen lisäämään potilaslähtöistä hoitotyötä. Mielenterveysongelmat ja psykiatrian asiakkaat tulevat näkymään kulttuurissa yhä enemmän ja näin ollen ne myös hyväksytään eritavalla kuin aikaisemmin. (Korkeila 2006, 15.)

7 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGEMAT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kerätä tietoa mielenterveys- ja päihdehoitotyön osaamisvaatimuksista ja kuvata tulevaisuuden haasteita mielenterveys- ja päihdehoitotyössä.

Tavoitteena on, että saadun tiedon pohjalta Lahden ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman opetussuunnitelmaa voitaisiin kehittää mielenterveys- ja päihdehoitotyön osalta, jotta se vastaisi parhaalla mahdollisella tavalla tulevaisuuden mielenterveys- ja päihdehoitotyötä ja sen osaamisvaatimuksia.

Tutkimustehtävät:

1. Mitä on sairaanhoitajan tulevaisuuden perusosaaminen mielenterveys- ja päihdehoitotyössä?
2. Mitä on sairaanhoitajan tulevaisuuden erityisosaaminen mielenterveys- ja päihdehoitotyössä?
3. Millä tavalla mielenterveys- ja päihdehoitotyö tulee haastateltavien mielestä muuttumaan tulevaisuudessa?

8 TUTKIMUSPROSESSI

8.1 Tiedonhankinta ja tutkimusote

Tutkimukseen liittyvää tietoa haettiin laajasti sekä kirjallisuudesta että internetistä. Kirjallisuuden teokset liittyivät mielenterveystyöhön, päihdehoitotyöhön, terveydenhuoltojärjestelmään, sairaanhoitajan osaamiseen sekä eri ikäryhmien erityispiirteisiin mielenterveys- ja päihdehoitotyön kentällä. Internetissä käytimme Nelli-tiedonhakuportaalia ja sen sisältämistä tietokannoista esimerkiksi Mediciä. Hakusanoina toimivat muun muassa mielenterveys, päihde, alkoholi, hoitotyö, sairaanhoitajan osaaminen, lapset ja nuoret, työikäiset, ikääntyneet ja näiden erilaiset yhdistelmät, kuten ikääntyneet+alkoholi.

Opinnäytetyössä käytettiin laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Laadullinen tutkimus on kuvailevaa eli deskriptiivistä ja se pyrkii tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti (Kananen 2008, 24–37). Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä valittiin, koska tutkittavasta aiheesta haluttiin saada subjektiivista tietoa työelämässä mukana olevilta hoitotyön ammattilaisilta.

8.2 Aineiston keruu

Aineisto kerättiin työelämänyhteistyötahoilta ryhmähaastatteluilla. Alun perin tarkoituksena oli toteuttaa useampi ryhmähaastattelu, mutta lopulta päästiin tekemään ainoastaan yksi ryhmähaastattelu ja yksi yksilöhaastattelu. Ryhmähaastattelussa oli mukana kaksi haastateltavaa. Ryhmähaastattelussa haastatellaan samanaikaisesti useaa ihmistä ja haastattelija puhuu kaikille ryhmän jäsenille yhteisesti. Ryhmähaastattelun avulla saadaan nopeasti tietoa usealta henkilöltä samanaikaisesti. Ryhmän kokoa mietittäessä on hyvä ottaa huomioon liian suuren sekä liian pienen ryhmän toimimattomuus. (Eskola & Suoranta 2000, 86–87.) Kaikki haastateltavat työskentelivät eri yksiköissä, joten vastauksissa tuli hyvin esille eri näkökulmia. Näkökulmia saatiin niin erikoissairanhoidosta, kuin perusterveydenhuollosta.

Haastatteluissa oli tarkoitus käyttää teemahaastattelua, jossa haastattelija ohjaa keskusteltua ennalta suunniteltujen teemojen avulla. Teemahaastattelu ei etene

tarkkojen yksityiskohtaisten kysymysten mukaisesti, vaan vapaalle teemoihin sopivalle puheelle annetaan tilaa. (Eskola & Suoranta 2000, 86-87.) Suunniteltu teemahaastattelu jouduttiin muokkaamaan tarkennetuiksi kysymyksiksi (liite 1, liite 2) työelämänyhteistyötahon toiveesta. Haastattelun kysymykset nostettiin tietoperustasta. Haastattelun teemojen mukaisesti muodostettiin tarkentavia kysymyksiä, jotka johdattelivat keskustelunomaista haastattelua.

Alun perin oli suunniteltu haastattelujen aikataulua tammikuulle, mutta tutkimuslupahakemuksemme saaminen viivästy ja haastattelut päästiin tekemään vasta maaliskuun puolella. Vastoin odotuksia ensimmäiseltä yhteistyötaholta ei saatu kuin kaksi hoitajaa pyydetyn kahdeksan sijaan, joten uusia yhteistyötahoja jouduttiin etsimään. Uudelta yhteistyötaholta saatiin haastateltavaksi kaksi hoitajaa, mutta aikataulujen yhteensovittamisvaikeuksista johtuen heistä pystyttiin haastattelemaan vain toista.

8.3 Aineiston analysointi

Haastatteluista saatu aineisto analysoitiin sisällönanalyysimenetelmällä (esimerkki analyysista, liite 3). Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan hyödyntää kaikissa laadullisissa tutkimuksissa. Sisällönanalyysillä pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa, kuitenkin kadottamatta sen sisältöä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 93, 110,115.) Molemmat haastattelut nauhoitettiin ja sen jälkeen ne litteroitiin eli siirrettiin kirjalliseen muotoon. Induktiivinen eli aineistolähtöinen sisällönanalyysi alkaa aineiston pelkistämällä, jonka jälkeen aineisto ryhmitellään ja lopuksi käsitteellistetään. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-12.) Aineisto redusoidtiin eli pelkistettiin. Aineisto koodattiin värikoodeilla tutkimuskysymysten pohjalta ja koodeille annettiin olennaiset ilmaukset. Sisällönanalyysissä aineisto tiivistetään ja sitä tarkastellaan yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia etsien (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-12). Aineiston klusteroinnissa pelkistetyt ilmaisut ryhmitellään alaluokkiin (Tuomi & Sarajärvi 2002, 113). Klusteroinnissa muodostettiin yhteensä 52 alaluokkaa, joita yhdistelemällä luotiin mahdollisimman hyvin niitä kuvaavat yläkategoriat. Viimeisenä analyysin vaiheena on abstrahointi, eli käsitteellistäminen (Tuomi & Sarajärvi 2002, 114). Yläkategorioiden nimeämisen

jälkeen muodostettiin vielä yhdistävät kategoriat. (liite 4, liite 5, liite 6)
Kategorioita muodostaessa pyrittiin siihen, että ne vastaisivat mahdollisimman hyvin tutkimuskysymyksiä.

9 TUTKIMUSTULOKSET

9.1 Perusosaaminen mielenterveys- ja päihdehoitotyössä

Haastattelussa tuli ilmi, että perusosaamiseksi mielenterveys- ja päihdehoitotyössä nähdään (liite 4) henkilökohtaiset valmiudet, yhteistyöosaaminen, työkokemus ja kyky nähdä mielenterveys- ja päihdehoitotyö osana suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää, sekä koulutuksesta saatujen mielenterveys- ja päihdehoitotyön perusteiden hallitseminen.

Henkilökohtaiset valmiudet nähtiin tärkeänä osana sairaanhoitajan perusosaamista. Haastattelijat näkivät henkilökohtaisiin valmiuksiin kuuluvan *elämäkokemuksen* sekä *oman persoonan käytön työvälineenä*. Omaa persoonaa ja sen käyttöä pidettiin tärkeämpänä kuin tiedollisia ja taidollisia valmiuksia.

Tai oikeestaan persoona ratkaisee niin paljon siinä sitte, että vaikka sulla olis tiedolliset ja taidolliset valmiudet ni kuitenkin riippuu siitä miten sä käytät sitä omaa persoonaa siinä työssä.

Asenteet, yleissivistys ja rohkeus puuttua nähdään myös tärkeinä henkilökohtaisina valmiuksina mielenterveys- ja päihdehoitotyössä. Jo koulutusvaiheessa olisi hyvä pohtia *omia asenteitaan* erityisesti liittyen mielenterveys- ja päihdeongelmiin. Omien asenteiden tunnistaminen helpottaa asiakkaan kohtaamista ja lisää *rohkeutta puuttua* ongelmakohtiin. Haastattelijat korostivat, että hoitajalla olisi hyvä olla *yleissivistystä*, esimerkiksi eri kulttuureista ja erityisryhmistä, kuten kielivähemmistöt.

On hyväks jos sä tiedät kehitysvammaisuudesta jotakin, eri kulttuureista jotakin ja maahanmuuttajista jotakin, et tokihan sitäkin voi sitte opiskella ja saada siitä tietoa.

Yhteistyöosaaminen nousi esiin haastatteluissa ja se nostettiin yhdeksi yläotsikoksi. Haastattelijat näkivät yhteistyöosaamiseen kuuluvan *ryhmä- ja vuorovaikutustaidot*, joita olisi hyvä kehittää opiskelujen lomassa. Vuorovaikutustaidot kehittyvät vain harjoittelemalla ja ne paranevat sitä mukaa mitä enemmän yhteistyötä tehdään. *Yhteistyö verkostojen kanssa* sekä *yhteistyö jatkohoitotahojen kanssa* nähtiin suurena osana mielenterveys- ja päihdehoitotyötä. Verkostojen luominen ja yhteistyötahojen etsiminen lisäävät

omalta osaltaan hoitopolun sujuvuutta ja luovat lisää työkaluja hoitotyön avuksi. *Moniammatillisuus* ja se on oikeanlainen käyttö on siis avainsanoja myös mielenterveys- ja päihdehoitotyössä.

... et sit on tärkeätä verkostotyö, että jos on sosiaalisia ongelmia ni sitte sosiaalipuoli tulee mukaan ja jos siel on päihdeongelmaa ni sit tarvitaan päihdetyöntekijöitä.

Työkokemuksen tärkeys nousi esiin haastatteluissa. Opiskelijoilla toivotaan olevan *paljon työharjoitteluja*, jotta he saisivat mahdollisimman laajan käsityksen hoitotyöstä. Työharjoittelujen avulla opiskelija saa paljon sellaista tietoa ja taitoa, jota koulussa ei tarjota. *Työn nähdään muovaavan osaamista* ja olisi tärkeää oppia arvostamaan työkokemusta ja sitä kautta tulevaa henkistä varmuutta.

Turhaa niinku lähteä terapiakoulutuksiin puolen vuoden työkokemuksen jälkeen, koska kuitenkin se työ muovaa sitä.

Kykyyn nähdä mielenterveys- ja päihdehoitotyö osana suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää liittyy taito *sisäistää kokonaiskuva mielenterveys- ja päihdehoitotyöstä*. On tärkeää, että hoitaja *hahmoittaa hoitopolun* ja saa kokonaiskuvan asiakkaasta, sillä sen avulla hän pystyy näkemään asiakkaan ongelmat laajempina kokonaisuuksina ja ymmärtää mahdolliset syyt ongelmien takana.

Et jos ihminen vaikka sairastaaki masennusta niin se on koko kehon juttu, et myös siinä hoidossa pitää ottaa huomioon se, ei se keskusteleminen pelkästään riitä.

On tärkeää, että hoitajan on kiinnostunut ja *tietoinen yhteiskunnan asioista*. Tämä osaltaan auttaa hoitajaa ymmärtämään asiakkaitaan paremmin ja tietämään tällä hetkellä vallitsevista trendeistä, esimerkiksi ”muotihuumeet”.

Koulutuksesta saatujen mielenterveys- ja päihdehoitotyön perusteiden

hallitsemista pidetään myös perusosaamisena. Haastattelijat olivat sitä mieltä, että *perusosaaminen mielenterveys- ja päihdehoitotyöstä olisi hallittava valmistuessa, jotta olisi pohja, jolle erityisosaaminen alkaa rakentumaan*.

Perusosaamista pidetään laajana käsitteenä ja se nähdään edellytyksenä mielenterveys- ja päihdehoitotyön tekemiselle. Koulun tulisi tarjota opiskelijoille *alkeet terapeuttisista menetelmistä sekä keinoja kriistyöhön*. On tärkeää, että

opiskelijalla olisi valmiuksia kohdata kriisiä ja hän ymmärtäisi miten ihminen käyttäytyy kriisin aikana.

Erilaisten kriisien kohtaaminen ja tällisiä valmiuksia vois miettiä niinku sairaanhoitajan koulutuksessa jatkossa, et miten ihmiset käyttäytyy, kun on kriisi päällä.

Valtakunnallisiin lomakkeisiin tutustumista pidettiin myös hyödyllisenä mielenterveys- ja päihdehoitotyön kannalta. Yleistietämys päihhteistä ja mielenterveyden häiriöstä sekä yleisimpien sairauksien tunteminen ovat osa mielenterveys- ja päihdehoitotyön perusosaamista. On tärkeää, että hoitaja tuntee yleisimmät sairaudet, jotta hän osaa erottaa psyykkisen ongelman somaattisesta sairaudesta. Yleinen tietämys päihhteistä ja tämän hetken päihdekulttuurista on hyödyllistä, jotta hoitaja ymmärtää paremmin asiakkaan käyttäytymistä.

Ihan niinku tällänen yleistietämys päihhteistä on hyvä, että käytännön tasolla, että miks ne nuoret halua sitä muskottipähkinää kaupasta ostaa.

9.2 Erityisosaaminen mielenterveys- ja päihdehoitotyössä

Haastatteluiden pohjalta erityisosaamiseksi nousi (liite 5) eri ikäryhmien erityispiirteet, mielenterveys- ja päihdehoitotyön kokonaisuuden näkeminen sekä oma ammattitaito. Erityisosaamiseen sisältyvät kategoriat olivat huomattavasti suppeampia kokonaisuuksia verrattuna perusosaamisen kategorioihin.

Eri ikäryhmien erityispiirteet jakautuivat neljään eri alakategoriaan.

Alakategoriat olivat ymmärtää eri ikäryhmien erityispiirteet, lasten ja nuorten päihhteiden käytön erityispiirteet, perheestä saadun mallin vaikutus lapseen tai nuoreen sekä ikääntyneiden päihhteiden käytön erityispiirteet. *Eri ikäryhmien erityispiirteiden ymmärtämistä* pidettiin tärkeänä, jotta todellisen mielenterveys- tai päihdeongelman hahmottaminen sekä hoitaminen voisi olla helpompaa. Haastatteluissa tuli selkeästi esille se, kuinka erilaisiin asioihin tulee kiinnittää huomiota eri ikäryhmien mielenterveys- ja päihdehoitotyössä. Ikääntyvien kohdalla mielenterveysongelmat saattavat helposti peittyä jonkin muun somaattisen sairauden, kuten muistisairauden taakse. Työikäisten kohdalla tärkeäksi huomioksi nousi työelämässä pysyminen tai takaisin työelämään pääseminen. Pitkään työttömyysputkessa olleiden mielenterveys- ja

päihdehäiriöisten kanssa tehdään paljon yhteistyötä myös muiden tahojen kanssa, jotta heitä saataisiin takaisin työelämään. Lasten ja nuorten kohdalla korostui erityisesti juuri perheen vaikutus lapseen tai nuoreen. Kun lapsen tai nuoren päihde- tai mielenterveysongelmaa lähdetään hoitamaan, on tärkeä huomioida mahdollisia perheen sisällä olevia ongelmia, jotka voivat vaikuttaa lapsen tai nuoren käytökseen. Yhteisenä asiana kaikissa eri ikärymissä korostettiin kokonaisuuden hoitamista, eikä vain pelkän mielenterveys- tai päihdeongelman.

Mielenterveys- ja päihdehoitotyön kokonaisuuden näkemiseen sisältyi päihdeongelmien takana olevien syiden selvittäminen, oikean ja väärän toimintaympäristön tunnistaminen ja perhekeskeisyyden tärkeyden ymmärtäminen. *Päihdeongelmien takana olevien syiden selvittämisellä* tarkoitettiin sitä, että pelkän päihdeongelman hoitamisen lisäksi, lähdettäisiin miettimään, miksi päihteitä käytetään. Lasten ja nuorten kohdalla tärkeänä pidettiin perusturvallisuuden tunteen hoitamista ennen varsinaista päihdeongelmaa. *Oikealla toimintaympäristöllä* tarkoitettiin mm. mielenterveysongelman ja kehityksellisen ongelman erottamista ja hoidon toteuttamista yksilöllisesti asiakkaalle sopivassa paikassa. Haastatteluissa tuli ilmi, että erityisesti kehitysvammaisten kohdalla *oikean toimintaympäristön* löytäminen voi olla haasteellista. Onkin tärkeää erottaa mielenterveysongelma ja kehityksellinen ongelma.

Kyl se minulla ainekin on sellanen moraalinen ongelma, että onko tämä nyt oikea paikka hoitaa oikeesti kehitysvammaista nuorta, että nyt tulet tänne psykiatriseen hoitoon mielisairaalaan....

Perhekeskeisyyden tärkeys tuli esille kaikkien ikä ryhmien kohdalla, mutta erityisesti lasten ja nuorten mielenterveys- ja päihdehoitotyössä. *Perhekeskeisyyttä* pidettiin mielenterveys- ja päihdehoitotyön kulmakivenä.

Oma ammattitaito jakautui kuuteen eri alakategoriaan; oman ammatillisuuden kehittäminen, kokemuksen tuoman taidon merkityksen ymmärtäminen, luottamuksellisen hoitosuhteen luominen ja ylläpitäminen, omien mielenterveys ja päihdeongelmiin liittyvien asenteiden tiedostaminen, omasta terveydestä huolehtiminen sekä aito kiinnostus asiakkaasta. Erityisen tärkeänä pidettiin juuri luottamuksellisen hoitosuhteen luomista ja sen ylläpitämistä.

Mut ensin se luottamus pitää saavuttaa ennen kun pystytään tekee yhtää mitää. Rakennetaan se luottamus ja sit sen jälkeen lähetään viemään eteenpäin sitä.

Oman ammatillisuuden kehittäminen nähtiin tärkeänä, koska hoitotyössä asiat kehittyvät ja muuttuvat jatkuvasti. Haastateltavien mielestä oman ammatillisuuden kehittäminen lähtee jokaisesta itsestään ja siitä, mitä haluaa tai tarvitsee lisää. *Kokemuksen tuoman taidon merkityksen ymmärtäminen* tuli esiin useasti haastatteluissa. Kokemusta ja sen mukana tuomaa osaamista pidettiin tärkeänä, mutta haastateltavat korostivat myös sitä, ettei kokemusta kartu, kuin tekemällä työtä. Mielenterveys- ja päihdehoitotyössä ei aina välttämättä ole valmiita työkaluja, vaan jokainen muokkaa kokemuksen myötä itselleen sopivia toimintatapoja sekä keinoja. Työn tuoma kokemus nähtiin hyödyllisenä erityisesti mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistamisessa ja varhaisessa puuttumisessa niihin. Sairaanhoidajan erityisosaamisessa, niin kuin perusosaamisessakin esille nousi *omien mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvien asenteiden tiedostaminen*. Tärkeänä pidettiin, että sairaanhoidaja on itse sinut mielenterveys- ja päihdeongelmien kanssa, jolloin tällaisen asiakkaan kohtaaminen sekä hoitaminen voisi olla helpompaa. Myös *omasta terveydestä huolehtimiseen* vaikuttavat omat arvot ja asenteet mielenterveys- ja päihdehoitotyötä kohtaan. *Aito kiinnostus asiakkaasta* näkyy vuorovaikutustaitoina sekä kyynä ottaa esille ikävempiäkin asioita asiakkaan kanssa.

Se kyky olla niinku vuorovaikutuksessa ihmisten kanssa ja tavallaan niinku kuunnella ja kysellä ja suostua niinku vähän niinku näitä epämiellyttäviä asioita ehkä tutkailemaan.

9.3 Tulevaisuuden mielenterveys- ja päihdehoitotyö

Haastatteluista tulevaisuuden mielenterveys- ja päihdehoitotyöstä (liite 6) erotettiin tulevaisuuden osaaminen, yksilöllinen hoito sekä tulevaisuuden haasteet. Tulevaisuuden osaaminen nähtiin pitkälle samanlaisina valmiuksina, kuin mitä sairaanhoidaja tälläkin hetkellä tarvitsee toimiessaan mielenterveys- ja päihdehoitotyössä. Sairaanhoidajan **tulevaisuuden osaamisessa** mielenterveys- ja päihdehoitotyössä nähtiin moniammatillisuus, kehitysoaaminen, sähköinen

osaaminen, perhekeskeisyyden lisääminen, erilaisten terapiamenetelmien ja ryhmähoitomallien tunteminen, ongelmien tunnistaminen varhaisessa vaiheessa sekä kokemuskäyttäjän hyödyntäminen. *Moniammatillisuuden* lisääntyminen nähtiin hyvänä asiana, sillä asiakkaiden ongelmat moninaistuvat ja niiden hoidossa tarvitaan eri alojen ammattilaisia. Etenkin, kun mielenterveys- ja päihdehoito on keskittymässä enenemässä määrin avopuolelle, tulee verkostotyön merkitys kasvamaan. Yhteistyötaitoja ei pidetty itsestäänselvyytenä, sillä joskus työ on enimmäkseen itsenäistä tekemistä, jolloin ryhmätyötaitot saattavat ruostua.

Mut ehkä se ku oli siitä puhetta, et mikä sitte tulevaisuudessa, tarvittais enemmän tätä puolta, että yhdessä tehdään töitä. Et toki joikainen hoitaa ehkä sen oman sarkansa..

Kehitysoaamisesta haastatteluissa tuli ilmi, että tätä taitoa pitäisi päästä harjoittelemaan jo koulutuksen aikana. Perusteena oli, että ainoa keino kehittää mitä tahansa osaamista on harjoittelu. Haasteena nähtiin käytännöllisyyden puute, sanana kehitysoaaminen on hieno, mutta usein ohjeet ja työnkuva tulee ylemmiltä tahoilta, jolloin kehittäminenkin nähdään kuuluvaksi korkeammille toimijoille. *Kokemuskäyttäjän hyödyntämistä* suositeltiin sekä sairaanhoitajakoulutuksen, että kehitysoaamisen yhteydessä. Kokemuskäyttäjää hyödynnetään jo nyt, ja pidettiin tärkeänä, että terveydenhuollon ammattilaisilla on kuva asiakkaidensa arjesta. Arjen ymmärtäminen auttaa hahmottamaan asiakkaan ongelmien kokonaiskuva ja helpottaa siten hoidon priorisointia. Kokemuskäyttäjää hyödyntämällä saadaan myös lasten ja nuorten terveyskasvatukseen varoittavia tarinoita. Myös palveluiden kehittämisessä voidaan hyödyntää kokemusasiantuntijoita. *Perhekeskeisyys* ja sen lisääminen koettiin tärkeänä ja se nimettiin yhdeksi psykiatrisen hoidon kulmakivistä. Osastoilla ja poliklinikkatyöskentelyssä perhetyötä pyritään ja pystytään paljon toteuttamaan, mutta avopalveluissa asiakkaat eivät monesti halua sotkea perhettä tai läheisiä omiin ongelmiinsa.

Et enemmän sais kyllä vielä tehdä perheitten kanssa, olis suotavaa tehdä, et, mut mun asiakkaat kauheen huonosti niitä perheitä haluaa tähän tuoda ja sen on harmi..

Ongelmien tunnistaminen varhaisessa vaiheessa on tärkeää, sillä ongelmien paisuessa tarvitaan yhä enemmän hoitoa ja resursseja. Varhainen hoitoon pääsy on

yksi tulevaisuuden hoidon laatukysymyksistä, mutta haastateltavat toivoivat, että ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen puuttumiseen löydettäisiin lisää keinoja ja resursseja. *Sähköinen osaaminen* nähtiin tulevaisuudessa välttämättömänä, sillä tietokone on jatkossa yhä enemmän mukana työskentelyssä. Haastatteluissa ennustettiin, että tulevaisuudessa jopa sairaanhoitajan vastaanotto saattaa toimia Internetin välityksellä.

Erilaisten terapiamenetelmien ja ryhmähoitomallien tunteminen nähtiin osana sairaanhoitajan tulevaisuuden perusosaamista. Terapian perusteita ja ratkaisukeskeisiä keinoja tulisi esitellä jo koulutuksessa, ja nähtiinkin lähes ainoana puutteena valmistuvaa sairaanhoitajaa ajatellen. Oltiin toki sitä mieltä, että opiskelijalle ei tule asettaa liian suuria paineita vaatimalla kaikenlaisten menetelmien hallintaa, mutta perusasioita voisi hyödyntää muussakin, kuin mielenterveys- tai päihdehoitotyössä. Ryhmähoitomallit nähtiin myös positiivisena osana tulevaisuuden mielenterveys- ja päihdehoitotyötä, sillä näissä korostuu samalla vertaistuki, jota taas pidetään yhtenä tärkeimmistä mielenterveys- ja päihdehoitotyötä tukevista asioista.

Yksilölliseen hoitoon liittyi asiakkaan ammatillinen kohtaaminen, asiakkaan ongelmien näkeminen laajempina kokonaisuuksina, kulttuurisidonnaisuuden ymmärtäminen sekä mielenterveys- ja päihdehoitotyön toteuttaminen osastolla ja avopuolella. *Asiakkaan ammatilliseen kohtaamiseen* liittyi kyky nähdä ihminen mielenterveys- tai päihdeongelman takana. Myös hoitaja on vain ihminen, jonka tulisi kohdata toinen ihminen ja tämän avun tarve, ja samalla ymmärtää asiakas omien asioidensa parhaana tuntijana. Asenne nähtiin muokattavissa olevana asiana, joka lähtee jo koulutuksesta. Omassa työssä jaksaminen nähtiin parempana, jos hoitajalla itsellään on käsitys asiakkaistaan ihmisinä muiden joukossa.

Mut kyl mä sen edelleen näen tärkeimpänä sen, et sä oot aito ihminen ja sä kohtaat sen toisen aidon ihmisen... et ehkä se asiakas ite tietääkin paremmin omat asiansa. Että varmaan sellasta rohkeuttakii olla tyhmä ja tietämätön..

Asiakkaan ongelmien näkeminen laajempina kokonaisuuksina oli yksi hoidon lähtökohdista. Tärkeänä pidettiin, ettei lähdetä hoitamaan esimerkiksi pelkkää päihdeongelmaa, vaan taustalla olevia ongelmia, esimerkiksi nuorilla usein

turvallisuudentunteen puuttumista. Etenkin päihdeongelmia pidettiin usein oireiluna jostain isommasta ongelmasta, jota sairaanhoitajan tulisi selvittää yhdessä asiakkaan kanssa. Koska erilaisia mielenterveys- ja päihdeongelmia pidettiin kokonaisvaltaisina, tulisi myös niiden hoidon olla kokonaisvaltaista. Pelkkä oireidenmukainen lääkitys ei ratkaise ongelmaa, joka usein taustalta löytyy. *Kulttuurisidonnaisuus* ja sen ymmärtäminen nähtiin ajankohtaisena ilmiönä. Vaikka yleissivistystä pidettiin hyvänä, on hoitajan myös hyväksyttävä, ettei hän voi tietää kaikkea kaikkea. Tärkeämpää oli ymmärtää, miten kulttuuri vaikuttaa ihmiseen ja haastateltavat arvioivatkin hoitajien olevan usein kiinnostuneita muiden kulttuurien edustajista ja asiakkaiden käyttämistä hyväksyttään usein kulttuurisidonnaiseksi.

Mielenterveys- ja päihdehoitotyön toteuttaminen ennustettiin avopainotteisemmaksi, mikä on ollut suuntana jo useamman vuosikymmenen. Osastopaikkojen vähenemistä pidettiin tosiasiana ja avopuolta mahdollisuutena. Ennaltaehkäisyn ja moniammatillisuuden lisääminen ovat osa tulevaisuuden mielenterveys- ja päihdehoitotyötä.

Tulevaisuuden haasteina haastatteluissa kuvailtiin potilasmäärien kasvu, suurten ikäluokkien huomiointi, mielenterveys- ja päihdeongelmien yleistyminen ja yhdistyminen, diagnostiikan lisääntyminen, tulevaisuuden hoitopaikkojen avopainotteisuus, asiakkaiden lisääntynyt tietämys sekä yhteiskunnan taloudellisen tilanteen vaikutus. *Potilasmäärien kasvua* selittää osaltaan *diagnoosiin lisääntyminen*. Nykyajan trendinä nähtiin, että asioille, joita ennen on pidetty elämään kuuluvina ilmiöinä, esitetään nykyään diagnooseja ja edelleen lääkitystä. Terveyskeskuslääkäreiden tietoisuutta pidettiin yhtenä osana muutosta, sillä läheteillä hoitoon tulevien määrän nähtiin kasvaneen.

Tämmönen on ehkä sitten, et joskus 70-luvulla on tultu aika kovilla diagnooseilla, et on pitänyt olla suurin piirtein se skitsofrenian mania päällä. Tänä päivänä on tällästä epätyypillistä höttöä, jos tällästä ilmaisua voi käyttää... näkyy tätä en on paljon sellasta ahdistusta ja masentuneisuutta mutta sellasta päämäärättömyyttä ja sitten aika paljon tätä omien tunteiden tulkitsemista, mikä on kauheen hankalaa..

Myös suurten ikäluokkien osuuden asiakkaista voidaan ennustaa kasvavan. Yksinäisyys, monisairastavuus ja alkoholi nähtiin ongelmina, jotka tuovat

ikäntyneitä hoidon piiriin. *Mielenterveys- ja päihdeongelmien yleistyminen ja yhdistyminen* on valitettava tosiasia. Kaksoisdiagnoosipotilaiden lisääntyminen on huomattu 2000-luvun alusta, ja nykyään entistä nuoremmilla asiakkailla tavataan vakaviakin päihdeongelmia. Asiakkaiden määrällinen kasvu nähtiin tulevaisuuden haasteena ja samalla resurssikysymyksenä. *Yhteiskunnan taloudellinen tilanne* vaikuttaa siihen, mihin määrärahoja suunnataan ja nähtiin, että säästöjä tehdään usein sieltä, mistä niitä vähiten pitäisi tehdä, eli ennaltaehkäisystä.

Ennaltaehkäisyn vaikutukset näkyvät vasta pidempien aikojen päästä, joten kun tuloksia halutaan nopeasti, käytetään määrärahoja helpommin mitattavissa oleviin kohteisiin. Myös *asiakkaiden lisääntynyt tietämys* nähtiin tulevaisuuden haasteena. Ihmiset pyrkivät ottamaan selville paljon omista asioistaan ja ongelmistaan kirjallisuutta ja Internetiä hyödyntäen ja yksilön tärkeys korostuu.

Mutta tavallaan se kulttuuri, mikä tässä, niinku itsekin jo edustaa sitä polvea, että niinku sanotaan että se yhteisöllisyys alkaa olla jo aika heikoilla kantimilla, että se on se yksilö, mikä on niinku tärkeä.

10 YHTEENVETO JA POHDINTA

10.1 Tulosten tarkastelu ja pohdinta

Haastatteluista saatu tieto kohtasi osittain teorian tiedon kanssa, mutta esiin nousi myös tulevaisuuteen liittyviä haasteita, joista ei ollut mainintoja lähdemateriaalissa. Sairaanhoidajan mielenterveys- ja päihdeosaaminen voidaan nähdä ajankohtaisena kehitystehtävä tulevaisuudessa lisääntyvien mielenterveys- ja päihdeongelmien vuoksi.

Hyvönen (2004, 70) sanoo, että sairaanhoidajan tärkeimpänä työvälineenä mielenterveystyössä on oma ammatillisuus ja persoona. Myös haastateltavat näkivät oman persoonan kuuluvan sairaanhoidajan tärkeimpiin työvälineisiin. Elämäkokemuksen ja työkokemuksen nähtiin olevan eduksi sairaanhoidajan mielenterveys- ja päihdeosaamisessa. Haastateltavien mielestä oma persoona työkaluna vaikuttaa ammattitaitoon jopa tietotaitoa enemmän.

Hyvösen (2004, 57) tutkimuksesta selviää, että perusterveydenhuollossa ei osata vastata asiakkaiden mielenterveyteen liittyviin avuntarpeisiin. Ongelmia osataan tunnistaa, mutta niihin puuttuminen koetaan vaikeana. Haastatteluissa rohkeus puuttua nähtiin tärkeänä komponenttina perusosaamisessa. Esiin nousi myös ongelmien varhainen tunnistaminen sekä ongelmien hahmottaminen laajempina kokonaisuuksina. Usein mielenterveys- tai päihdeongelma on vain oireilua jostain muusta ongelmasta, minkä vuoksi hoitajalla tulisi olla erityisosaamista tunnistaa todelliset ongelmat muiden ongelmien takana. Haastateltavat toivat myös esiin, että sairaanhoidajan tulisi ymmärtää mielenterveys- ja päihdehoitotyö kokonaisuutena, jossa asiakasta hoidetaan yksilönä; fyysisenä ja psyykkisenä kokonaisuutena, ja hoitajalla pitäisi olla aito kiinnostus asiakasta kohtaan.

Haastattelussa moniammatillisuus ja yhteistyöosaaminen nähtiin osana sairaanhoidajan perusosaamista. Tätä tukee myös Vuori-Kemilän ym. (2007, 24) näkemys moniammatillisuudesta ja asiantuntijuudesta ihmisen auttamisen edellytyksenä. Moniammatillisuus nostettiin haastatteluissa yhdeksi tulevaisuuden avainsanoista. Varsinkin mielenterveys- ja päihdehoitotyön painottuessa avopuolelle tulevat moniammatillisuus ja verkostotyö korostumaan. Samaa ovat

ennustaneet Nurminen (2011b, 9), jonka mukaan tulevaisuuden ydinosaamiseen kuuluu yhteistyöosaaminen eri ammattiryhmien välillä sekä Talasma (2009, 50–52), joka sanoo tulevaisuuden ongelmien ratkaisun vaativan jatkossa lisää monialaista tietämystä ja osaamista. Yhteistyöosaaminen on myös yksi Opetusministeriön (2006, 63–64) laatimista ydinosaamiskompetensseista ja se nousi esiin haastattelussa ryhmätyö- ja vuorovaikutustaitojen sekä verkostotyöyhteistyön muodossa.

Mielenterveys- ja päihdeongelmien yleistyminen ja yhdistyminen tuovat omat haasteensa tulevaisuuden ammattilaisille. Haastateltavat odottavat potilasmäärien jatkossa vain kasvavan entuudestaan, mihin vaikuttaa juuri ongelmien yleistyminen ja rinnakkain esiintyminen. Koska mielenterveys- ja päihdeongelmien voidaan odottaa lisääntyvän kaikissa ikäluokissa, niin sairaanhoitajan erityisosaamiseksi nähtiin eri ikäryhmien erityispiirteiden tuntemus ja tunnistaminen. Myös Havio (2008, 83) esittää, että hoitajan tulisi tunnistaa ihmisen elämänkaaren eri vaiheissa terveyttä uhkaavia tekijöitä. Haastatteluissa nousi esiin myös diagnostiikan lisääntyminen. Mielenterveys- ja päihdehoidon piiriin ohjautuu nykyään paljon asiakkaita, joiden ongelmat on ennen saatettu liittää kuuluvaksi normaaliin elämäntilanteeseen. Nykyään monelle ongelmalle löytyy diagnoosi ja lääkitys.

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen avopainotteistuminen on jo nyt nähtävillä, mutta se nousi myös haastatteluissa yhdeksi tulevaisuuden haasteiksi. Palveluiden ennustetaan jatkossa suuntaavan entistä enemmän perusterveydenhuoltoon (Ellilä ym. 2009) ja palveluiden kehittämisen ennustetaan olevan merkittävässä asemassa nimenomaan mielenterveystyön kentällä (Korkeila 2006, 15). Tutkimustuloksista käy ilmi, että kehitysosaaminen on osa sairaanhoitajan tulevaisuuden osaamista. Palveluiden kehittäminen ja riittävän nopean ja asianmukaisen hoidon takaaminen voidaan nähdä kuuluvaksi sairaanhoitajan kehitysosaamiseen, joka puolestaan on myös yksi Opetusministeriön (2006, 63–64) asettamista sairaanhoitajan ydinosaamiskompetensseista. Palveluiden kehittämisessä tulisi muistaa huomioida suurten ikäluokkien merkitys. Myös haastateltavat tiedostivat ikääntyneemmän väestöryhmän kasvamiseen liittyvät haasteet tulevaisuudessa.

Haastateltavat nostivat esiin, että sairaanhoitajan perusosaamiseen mielenterveys- ja päihdehoitotyössä liittyy kyky nähdä mielenterveys- ja päihdehoitotyö osana suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää. Myös yhteiskunnallisten asioiden tuntemista ja yleissivistystä pidettiin sairaanhoitajan perusosaamiseen kuuluvina. Osana terveysjärjestelmän tuntemista nähtiin hoitopolun hahmottaminen. Tätä saattaa vaikeuttaa Halilan ym. (2009, 10) esittämä palvelujen hajanaisuudesta johtuva hoitopolun katkeaminen, jota voitaisiin parantaa vähentämällä eri hoitotahojen välisiä raja-aitoja. Myös haastatteluissa nostettiin tärkeäksi sairaanhoitajan yhteistyö jatkohoitotahojen kanssa. Millä tarkoitetaan usein esimerkiksi hoidon siirtämistä laitoksesta avo-puolelle.

Suomi kansainvälistyy ja monikulttuurisuus on huomioitava myös hoitotyössä. Mielenterveys- ja päihdehoitotyössä tärkeimpänä haastateltavat näkivät kulttuurisidonnaisuuden ymmärtämisen. Jotkin asiat nähdään kuuluvaksi kulttuuriin ja asiakkaita pyritään ymmärtämään ja tulkitsemaan tämän pohjalta. Sairaanhoitajan tulisi osata kiinnittää huomiota kulttuuriin eroihin ja ymmärtää niiden vaikutukset elämänselämään ja mielenterveyteen (Vuori-Kemilä ym. 2007, 12). Haastatteluissa tuli ilmi, että muista kulttuureista tulleita halutaan ymmärtää usein enemmän, kuin oman kulttuurin edustajia, mistä syystä eri kulttuurista tulevat kokevat saavansa parempaa hoitoa kuin suomalaisen kulttuurin edustajat. Sairaanhoitajan tulisi muistaa olla kiinnostunut myös tutusta kulttuurista tulevista asiakkaista ja heidän ongelmiansa kulttuurisidonnaisuudesta, mutta niitä saatetaan pitää niin tavallisina asioina, että niiden merkitystä vähätellään.

Tulevaisuuteen haastateltavat toisaalta ennustivat yhä enemmän yksilöllistä hoitoa mutta toisaalta ryhmähoitomallien kasvua. Yksilöllisessä hoidossa tärkeänä nähtiin asiakkaan ammatillinen kohtaaminen, mikä hoitajalta vaatii hyvää itsetuntemusta. Omaan ammattitaitoon katsottiin myös liittyväksi oman ammatillisuuden kehittäminen sekä omasta terveydestä huolehtiminen. Haastatteluissa asenne ja omien tunteiden kohtaaminen esitettiin osana sairaanhoitajan perusosaamista. Samaa mieltä on Hyvönen (2004, 71), jonka mukaan asenne välittyy kaikissa asiakaskontakteissa, joten oma asennoituminen työtä kohtaan on oltava kunnossa. Omiin asenteisiin mielenterveys- ja päihdeongelmista on tärkeää tutustua ja se koettiin osana sairaanhoitajan erityisosaamista. Samaa mieltä on myös Noppari (2007, 140–141), joka esittää,

että hoitajan on tärkeä reflektoida omia tunteita, arvoja ja kokemuksia. Vaikka jokainen asiakas on kohdattava yksilönä, nostettiin haastatteluissa ryhmähoitomallit osaksi tulevaisuuden osaamista. Se, että ihmiset ovat yksilöitä, ei tarkoita, ettei heitä voisi hoitaa myös ryhmänä, samalla ryhmähoitomalleissa korostuu vertaistuen merkitys. Myös Vesterinen (2011a) kuvaa ryhmänohjaustaitoja osana sairaanhoitajan erityisosaamista mielenterveystyössä.

Perhekeskeisyyden ymmärtäminen nähtiin tärkeänä osana sairaanhoitajan erityisosaamista ja se koettiin psykiatrisen hoidon yhtenä kulmakivenä. Asiakkaat kuitenkin harvoin haluavat ottaa koko perhettä mukaan hoitoprosessiin. Haastatteluista nousi sairaanhoitajan erityisosaamiseksi ymmärtää perheestä saadun mallin vaikutus lapseen tai nuoreen. Kodin turvallinen ilmapiiri ja vanhempien tuki nähdään lapsen mielenterveyden tärkeinä tekijöinä (Halila ym. 2009, 12), kun taas vanhempien päihdeongelmat, sallivuus päihteiden käytölle sekä riitaisa ilmapiiri vanhempien ja lasten välillä nähdään nuorten päihteiden käytön riskitekijöinä (Lepistö ym. 2006, 4-6). Myös haastatteluissa puhuttiin lasten ja nuorten päihteiden käytön erityispiirteiden tunnistamisesta erityisosaamisena. Haastateltavat pohtivat onko nähtävissä yhteyttä perheen muun problematiikan ja nuoren päihdekokeilujen välillä.

Lisäksi haastatteluissa tulevaisuuden osaamiseen haluttiin nostaa lisää erilaisten terapiamenetelmien tuntemista sekä kokemuskäyttäjän hyödyntämistä. Haastateltavat kaipasivat jo sairaanhoitajakoulutukseen terapiamenetelmien perusteita, vaikka sanoivatkin, että ammatillinen kehittyminen lähtee liikkeelle jokaisesta itsestään ja eri hoitajat kaipaavat työhönsä erilaisia työvälineitä. Perustiedot terapiamalleista nähtiin kuitenkin hyödyllisiksi ja perusosaamiseen kuuluviksi, joten koulutukseen ehdotettiin mukaan otettavaksi ”nopeita ratkaisukeskeisiä keinoja”, joilla mielenterveys- ja päihdehoitotyössä pääsisi alkuun. Kokemuskäyttäjien hyödyntämistä pidettiin tärkeänä sekä koulutuksessa että palveluiden kehittämisessä. Sairaanhoitajalla tulisi olla jonkinlainen kuva mielenterveysongelmaisen tai päihteidenkäyttäjän arjesta ja juuri kokemuskäyttäjää hyödyntämällä voidaan saada osaamisen ja ymmärtämisen kannalta arvokasta tietoa. Myös palveluiden kehittämisessä kokemuskäyttäjä tuo mukanaan asiantuntemusta, joka huomioimalla päästään lähemmäs asiakaslähtöistä palveluiden tarjontaa. Nurminen (2011b, 8) esittää, että yksi

tulevaisuuden mielenterveystyön osaamisvaatimusten perusteista on juuri potilaslähtöisyys. Myös Noppari ym. (2007, 231) esittivät, että tulevaisuudessa tieteellistä näyttöä ja tiedonkeruuta potilaiden omista kokemuksista tulisi yhdistellä enemmän.

Välttämättömänä pahana haastatteluissa pidettiin sähköisen osaamisen yleistymistä sekä yhteiskunnan taloudellisen tilanteen vaikutusta. Pelkkä potilastietojärjestelmän sähköistyminen edellyttää nykypäivän sairaanhoitajalta atk-taitoja, joiden lisäksi tulee hallita tiedonhaku ja omata kriittistä lukutaitoa. Hoitomenetelmien soveltamisessa kiinnitetään tulevaisuudessa enemmän huomiota tutkittuun, tieteelliseen tietoon ja erilaiset hoitosuosituksot nousevat mielenterveyshoitotyön tärkeiksi työvälineiksi (Korkeila 2006, 15).

Tutkimus tuloksia ja Lahden ammattikorkeakoulun opetussuunnitelmaa (Hoitotyön opinto-opas 2011-2012) vertaillen voi havaita paljon yhtäläisyyksiä. Haastatteluissa kuvattiin ongelmien tunnistamista varhaisessa vaiheessa osana tulevaisuuden mielenterveys- ja päihdeosaamista. Opetussuunnitelmassa on asetettu tavoitteeksi, että suoritettuaan mielenterveys- ja päihdeopinnot, opiskelija osaa ennaltaehkäistä ja tunnistaa mielenterveyttä uhkaavia tekijöitä. Tavoitteena on myös, että opiskelija hahmottaa hoitojärjestelmää, lainsäädäntöä ja kulttuurisidonnaisuutta, jotka nousivat myös haastatteluista osaksi tulevaisuuden osaamista. Haastatteluissa perusosaamisena mainittiin muun muassa persoonan käyttäminen työvälineenä, elämäkokemus, rohkeus puuttua ja asiakkaan ammatillinen kohtaaminen. Myös nämä asiat löytyvät opetussuunnitelman tavoitteista. Haastatteluissa esiin nousseet asiat, joita ei löytynyt opetussuunnitelmasta mielenterveys- ja päihdehoitotyön opintojen kohdalta, olivat perhekeskeisyys sekä omien asenteiden tiedostaminen liittyen mielenterveys- ja päihdeongelmiin. Haastatteluissa korostettiin omien asenteiden ja ennakkoluulojen tarkastelua sekä niiden vaikutusta mielenterveys- ja päihdehoitotyössä, jossa oma persoona toimii työvälineenä.

10.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkija joutuu miettimään tutkimuksen eettisiä kysymyksiä koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimusaiheen sekä tutkimusmenetelmien valinnassa ja

tutkimuksen tavoitteissa tulee huomioida eettiset näkökulmat. (Kananen 2008, 133.) Voidaankin sanoa, että tutkimuksen uskottavuus ja tutkijan eettiset ratkaisut kulkevat täysin yhdessä (Tuomi & Sarajärvi 2002, 129). Tutkimusetiikasta huolehdimme koko opinnäytetyöprosessin ajan. Haastateltavat osallistuivat tutkimukseen vapaaehtoisesti ja osallistujille toimitettiin ennen haastatteluja saatekirje sekä haastattelurunko tutustuttavaksi. Lisäksi tutkimusaihetta valitessa tulisi huomioida tulosten hyödynnettävyys. Tutkimuksesta tulisi olla hyötyä yhteiskunnan hyvinvoinnin ja kehittymisen kannalta. (Kananen 2008, 133). Tutkimuksen tarkoituksena oli saada työelämältä tietoa mielenterveys- ja päihdehoitotyön tulevaisuuden osaamisvaatimuksista. Tavoitteenamme oli, että saadun tiedon perusteella Lahden ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman mielenterveys- ja päihdehoitotyön opetussuunnitelmaa voitaisiin kehittää vastaamaan paremmin tulevaisuuden mielenterveys- ja päihdehoitotyön vaatimuksiin. Tutkimuksemme tulokset vastasivat työn tarkoitusta ja toivomme, että työstämme olisi hyötyä Lahden ammattikorkeakoululle. Tutkimuksen tavoitteena oli saada työelämän näkemys esiin teemahaastattelua hyödyntäen. Tähän tavoitteeseen emme varsinaisesti päässeet, sillä työelämän yhteistyötaho pyysi meitä tarkentamaan teemojamme kysymyksiksi, jolloin haastatteluiden aiheet johdattelivat haastateltavia, eivätkä teemat nousseet puhtaasti haastateltavien keskustelusta.

Laadullista tutkimusta toteuttaessa aineistoon liittyy aina paljon luottamuksellista ja yksityistä tietoa itse haastateltavista, kuin myös yrityksistä, joissa haastateltavat toimivat. Haastateltavilta täytyy olla lupa heiltä saadun materiaalin käyttöön sekä haastateltavien nimiä tai muita tietoja, joista heidät voisi tunnistaa, ei voi olla näkyvillä työssä. (Kananen 2008, 135–136.). Pyysimme haastateltavilta lupaa haastatteluiden nauhoittamiseen ja ilmoitimme, että hävitämme haastattelumateriaalin opinnäytetyöprosessin jälkeen. Huolehdimme haastateltavien anonymiteetistä pitämällä haastateltavien henkilöllisyydet salassa koko opinnäytetyöprosessin ajan ja sen jälkeen.

Jos tutkimus uusittaisiin, olisi hyvä ottaa huomioon haastateltavien määrä ja sen lisääminen. Alun perin olisimme halunneet pitää kaksi eri haastattelua yhteensä kahdeksalle hoitajalle. Toisessa ryhmässä olisi ollut lasten- ja nuorten mielenterveys- ja päihdehoitajia sekä toisessa työikäisten ja ikääntyvien

mielenterveys- ja päihdehoitajia. Lopulta pääsimme kuitenkin haastattelemaan vain kolmea hoitajaa, joista kaksi oli lasten- ja nuorten mielenterveys- ja päihdehoitajia sekä yksi työikäisten ja ikääntyneiden avopuolen psykiatrinensairaanhoitaja.

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden arvioinnissa ei ole niin selkeitä ohjeita, kuin määrällisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa. Siitä huolimatta laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää erottaa tutkimuksessa tehtyjen havaintojen luotettavuus ja toisaalta niiden puolueettomuus. Puolueettomuus kysymyksessä esille nousevat tutkijan omat arvot, asenteet sekä taustat, joiden vaikutus ei saa näkyä tutkimuksen tuloksissa. Laadullisessa tutkimuksessa tämä on kuitenkin haastavaa, sillä tutkija on tutkimusasetelman luoja ja tulkitsija. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 133–135.) Tulokset ovat haastateltavien henkilöiden omia mielipiteitä, ne eivät ole sinällään yleistettävissä. Tulokset kuitenkin vastasivat pitkälti löytämäämme teorian tietoa, mikä toisaalta viittaa yleistettävyyteen. Jos tutkimus tehtäisiin uudelleen, olettaisimme, että tulokset pysyisivät samanlaisina. Työn uskottavuutta lisää se, että aineiston analysointi on selkeästi kuvattu. Tulosten analyysissä on mukana suoria lainauksia haastatteluista sekä esimerkki aineiston analyysin eri vaiheista. Työssä on käytetty ajankohtaista lähdemateriaalia runsaasti ja tutkimuksia sekä englanninkielisiä lähteitä. Tulosten luotettavuutta lisäävät haastatteluiden nauhoittaminen ja nauhoitetun aineiston litterointi välittömästi haastatteluiden jälkeen. Aineiston analysointi vaiheessa palasimme useasti alkuperäisiin haastatteluihin, jotta ilmaisujen merkitykset pysyisivät muuttumattomina. Tulosten luotettavuutta lisää myös se, että haastattelemillamme hoitajilla oli erilaista ja erimittaista työkokemusta mielenterveys- ja päihdehoitotyöstä. Työn heikentävinä tekijöinä voisimme kuitenkin pitää haastateltavien vähäistä määrää.

10.3 Jatkotutkimusehdotukset

Tutkimuksen voisi toistaa erilaisissa toimipaikoissa, jolloin voitaisiin saada varmistusta tulosten paikkansa pitävyydestä tai saada vielä uusia näkökulmia tulevaisuuden osaamiseen liittyen. Haastateltavien määrää voisi kasvattaa, joka toisi tutkimukselle lisää luotettavuutta. Tutkimuksen voisi myös toteuttaa muilla

sairaanhoidon opetusta järjestävillä paikkakunnilla, jolloin tuloksia voitaisiin vertailla valtakunnallisesti. Valtakunnallisella vertailulla saataisiin selville mahdolliset paikkakunnalliset erot.

LÄHTEET

Aalto, M. & Seppä, K. 2009. Alkoholien liikkakäyttö. Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino

Aira, M. 2007. Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet. Teoksessa: Alanko, A. & Haarni, I. (toim.) Ikääntyminen ja alkoholi. 2. painos. Helsinki: Sininauhaliitto, 35–44.

Ammattikorkeakoululaki 351/2003. Finlex. [Viitattu 10.4.2013] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030351>

Ellilä, H., Friis, L., Kilkku, N., Komppa-Valkama, M., Kuosmanen L. & Vuokila-Oikkonen, P. 2009. Puntarissa mielenterveysshoitotyön käytäntö, koulutus ja tutkimus Suomessa. Sairaanhoitajalehti 2009/6–7, 24–27.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino

EU-direktiivi 77/453/ETY. Yleissairaanhoidosta vastaavien sairaanhoitajien toimintaa koskevien lakien, asetusten ja hallinnollisten määräysten yhteensovittamisesta. [viitattu 26.3.2013] Saatavissa: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31977L0453:FI:NOT>

Faedda GL., Baldessarini RK., Glovinsky IP & Austin NB. 2004. Pediatric bipolar disorder: phenomenology and course of illness. Teoksessa Blackwell Munksgaard (toim.) Bipolar Disord 6, 305-313 [Viitattu 17.11.2012] Saatavissa: http://robertwhitaker.org/robertwhitaker.org/Children_files/Pediatric%20bipolar%20disorder.pdf

Haarni I., Viljanen M. & Alanko A. 2007. Ikääntyminen ja alkoholinkäyttö – haaste vanhustenhuollolle, tilastontekijöille ja suvaitsevaisuudelle. Teoksessa: Alanko A. & Haarni, I. (toim.) Ikääntyminen ja alkoholi. 2. painos. Helsinki: Sininauhaliitto, 7-9.

- Hakkarainen, P & Metso, L. 2003. Huumeiden käytön uusi sukupolvi. Yhteiskuntapolitiikka 63 (2003):3. Helsinki: Stakes. [viitattu 14.11.2012.]
Saatavissa:
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/101211/033hakkarainen.pdf?sequence=1>
- Halila, R., Lahti, P., Lehto M., Putkonen H., Vuorela H. & Pihlainen A. 2009. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Mielenterveysetiikka – sinulla ja minulla on moraalinen vastuu. Helsinki: Yliopistopaino. [Viitattu 17.11.12] Saatavissa:
http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17132&name=DLFE-522.pdf
- Havio, M. 2008. Sairaanhoidajan koulutuksen ja työelämän haasteita. Teoksessa Holmberg, I., Hirschovits, T., Kylmänen P. & Agge E. (toim.) Tämä potilas kuuluu meille – sairaanhoitaja tekee mielenterveys- ja päihdetyötä. Helsinki: Suomen Graafiset Palvelut oy, 75–100.
- Heikkinen-Peltonen, R. , Innamaa, M. & Virta, M. 2008. Mieli ja terveys. Helsinki: Edita.
- Hämäläinen, P., Heino, A., Knape, N., Notkola, I-L., Puhakka, T., Räikkönen, O., Siltala, H., Säkkinen, S., Tuomola, P., Vainikka, S & Virtanen, A. 2011. Päihdetilastollinen vuosikirja 2011. Alkoholi ja huumeet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu: 9.10.2012] Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/0f25bf0a-ad0c-4294-9e44-5ac2cf5fe544>
- Hyvönen, S. 2004. Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä. Tampere: Tampereen yliopisto
- Inkinen, M. , Partanen, A. & Sutinen, T. 2000. Päihdehoitotyö. Tampere: Tammi.
- Jyrkämä, J. 2003. Ikääntyvä yhteiskunta ja vanhojen elinolot. Teoksessa Marja M. & Hakonen S. (toim.) Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa. Jyväskylä: PS-kustannus, 13–21.

Kananen, J. 2008. Kvali. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kilkku, N. 2004. Mielenterveyspalvelujen tarpeen arviointi. Teoksessa Mäntyranta, T., Elonheimo, O., Mattila, J. & Viitala, J. (toim.) Terveyspalvelujen suunnittelu. Helsinki: Duodecim, 219–223.

Kiviniemi L. & Rissanen, L. 2005. Toisen asteen ammatillisen tutkinnon suorittaneiden opiskelijoiden kuvauksia hoitotyön ydinosaamisesta. Sairaanhoidaja-lehti 2005/11, 14–16.

Kontio, T. 2010. Suomalaisten toisen asteen opiskelijoiden terveydestä heidän itsensä silmin. Teoksessa Kontio, T., Uusikylä, K., Almqvist, F. & Hoikkala, T. (toim.) Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Mielenterveys lasten ja nuorten elämässä. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 9-11 [Viitattu 17.11.12] Saatavissa:
http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=41970&name=DLFE-1207.pdf

Korkeila, J. 2006. Psykiatrian opetuksen kehittämistarpeet perusterveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:32. Helsinki: Yliopistopaino Kustannus. [Viitattu 2.4.2013] Saatavissa:
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3668.pdf&title=Psykiatrian_opetuksen_kehittamistarpeet_perusterveydenhuollossa_fi.pdf

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 1999/11, 3-12.

Käypä hoito. 2010a. Depressio. [Viitattu: 20.10.2012] Saatavissa:
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../hoi50023>

Käypä hoito. 2010b. Muistisairaudet. [Viitattu 15.10.2012] Saatavissa:
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50044>

Apua päihdeongelmiin 2012. Lahden Kaupunki. Sosiaali- ja Terveyspalvelut. [Viitattu 10.9.2012] Saatavissa:

<http://www.lahti.fi/www/cms.nsf/pages/1D2171ABBB671DC0C225792700240F05>

Hoitotyön opinto-opas 2011-2012. Lahden ammattikorkeakoulu [viitattu 2.5.2011] Saatavissa: <http://www.lamk.fi/koulutus/opinto-opas/Documents/ops1213-st-hoitotyö.pdf>

Laitalainen, E., Helakorpi, S. & Uutela, A. 2010. Eläkeikäisen väestön terveystilanteen ja terveys keväällä 2009 ja niiden muutokset 1993-2009. THL Raportti 2010/30. Helsinki: Yliopistopaino [viitattu 10.4.2013] Saatavissa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79893/12023db0-7521-4e22-a80c-cb1dbb27b55a.pdf?sequence=1>

Lappalainen-Lehto, R., Romu, M-L. & Taskinen, M. 2008. Haasteena päihde-ammattillisen päihdetyön perusteita. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit

Laukkanen, E. 2010. Nuorten depressio. Lääkärin käsikirja. Duodecim. [viitattu 17.11.12] Saatavissa: http://www.terveysportti.fi.aineistot.phkk.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=euforinen%20mania

Lehtinen, V. 2002. Mielenterveys osana hyvinvointipolitiikkaa. Teoksessa Immonen, T. & Ahonen J. (toim.) Hyvinvoinnin haasteet ja työelämä, 19–25.

Leinonen E. & Alanen, H.-M. 2011. Psykiatrista hoitoa tarvitsevia vanhuksia on enemmän kuin mihin on varauduttu. Helsinki: Duodecim [viitattu 10.4.2013] Saatavissa: http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo99372

Lepistö, J., von der Pahlen, B. & Marttunen, M. 2006. Nuorten päihdehäiriöiden hoito. [viitattu 5.6.2012] Saatavissa:

http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/ohjeet_ja_suosituksset/nuorten_paihdehairioiden_hoito.pdf

Lepistö, J. von der Pahlen, B. & Marttunen, M. 2007. Nuorten päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. *Kansanterveyslehti*. 2007/3. [viitattu 5.6.2012]

Saatavissa:

http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2007/nro_3_2007/nuorten_paihdeongelmien_varhainen_tunnistaminen/

Levo, T., Viljanen, M., Heino T., Koivula, R. & Aira, M. 2008. Ikääntyvän ääntä kuunnellen. Helsinki: Sininauhaliitto

Luukkainen, S. & Uosukainen, L. 2011. Koulutus asiantuntijuuden perustana. Teoksessa Ranta, I. (toim.) *Sairaanhoitaja asiantuntijana. Hoitotyön vuosikirja 2011*. Helsinki: Edita Prima Oy, 99–114.

Lönnqvist, J. 2005a. Mielenterveyden ongelmat. *Duodecim*. Terveyskirjasto. [Viitattu 20.10.2012.] Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00028

Lönnqvist, J. 2005b. *Itsemurhat*. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 20.10.2012.] Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00029&p_haku=itsemurha

Marttunen, M. 2009. *Nuorten mielenterveysongelmat*. Helsinki: Duodecim.

[Viitattu 27.3.2013] Saatavissa http://www.ebm-guidelines.com/dtk/shk/avaa?p_artikkeli=ttl00585

Marttunen, M. & Lepistö, J. 2007. Nuorten päihdeongelmien hoito.

Kansanterveyslehti 2007/3. [Viitattu: 5.6.2012] Saatavissa:

http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2007/nro_3_2007/nuorten_paihdeongelmien_hoito/

Mielenterveyslaki 1116/1990. Finlex. [Viitattu 10.4.2013] Saatavissa:
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009. Mieli 2009 – työryhmän ehdotuksia mielenterveys- ja päihdehoitotyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3, 35. [Viitattu 10.10.2012] Saatavissa:
<http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>

Metso, L., Winter, T. & Hakkarainen, P. 2012. Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet – huumeaiheiset väestökyselyt Suomessa 1992–2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Yliopistopaino. [Viitattu 7.10.2012] Saatavissa:
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/056141f2-7af0-469a-98fe-36ab805a3f68>

Noppiari, E., Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.

Nummelin, M. & Nygren, P. 2011. YHES – projekti. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSH) yhteispäivystyksen hoitotyön erityisosaaminen – projekti (02139), 10/2009 – 5/2011. Loppuraportti, 14.6.2011. [Viitattu 14.11.2012.] Saatavissa: <http://sote-ennakointi-esh.turkuamk.fi/Loppuraportti.pdf>

Nurminen, R. 2011a. Sote-ennakointi. Sosiaali- ja terveysalan tulevaisuuden ennakointi. Näkökulma sairaanhoitajan tulevaisuuden ydinosaamis- ja erityiskompetensseihin erikoissairaanhoidossa. [Viitattu 10.3.2012] Saatavissa:
www.ekky.fi/sote/documents/loppuraportti_8pdf.fi

Nurminen, R. 2011b. Näkökulmia tulevaisuuden erityisosaamiseen erikoissairaanhoidossa. Teoksessa Nurminen, R. (toim.) Tulevaisuuden erityisosaaminen erikoissairaanhoidossa. Tampere: Juvenes Print oy, 18–30.

Opetusministeriö 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:2. [Viitattu: 10.4.2013] Saatavissa:
<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf>

Partanen, A. & Aalto, M. 2009. Huumaussaineet. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu

20.10.2012.] Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/8c520a2b-6ed1-4789-bc9b-8597c85121ee>

Partanen, A., Moring, J., Nordling, E. & Bergman, V. 2009. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 20.10.2012.] Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/53837d85-321b-4694-90ad-a2332abaea71>

Pirkola, S. & Sohlman, B. 2005. Mielenterveysatlas. Helsinki: Stakes

Päihdehuoltolaki 1986/41. Finlex. [Viitattu 20.10.2012.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijät 2012a. Lastenpsykiatria. [viitattu 10.10.12] Saatavissa: <http://www.phsotey.fi/sivut/sivu.php?id=32374&vy=10034&ryhma=904>

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijät 2012b. Nuorisopsykiatria. [viitattu 10.10.12] Saatavissa: <http://www.phsotey.fi/sivut/sivu.php?id=32375&vy=10034&ryhma=904>

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijät 2012c. Psykiatrian avohoito. [viitattu 10.10.12] Saatavissa: <http://www.phsotey.fi/sivut/sivu.php?id=32377&vy=10034&ryhma=904>

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijät 2012d. Sairaalapyyntöpsykiatria. [viitattu 10.10.12] Saatavissa: <http://www.phsotey.fi/sivut/sivu.php?id=32376&vy=10034&ryhma=904>

Saarenheimo, M. 2012. Yleistä ikääntymisestä. Teoksessa: Heimonen S. & Pajunen, H. (toim.) Mielen terveys vanhuudessa. Helsinki: Edita, 18–55.

Saarni, S., Suvisaari, J., Sintonen, H., Pirkola, S., Koskinen, S., Aromaa, A. & Lönnqvist, J. 2007. Impact of psychiatric disorders on health-related quality of life: general population survey. The British Journal of Psychiatry. [Viitattu: 20.10.2012.] Saatavissa: <http://bjp.rcpsych.org/content/190/4/326.full.pdf+html>

Silvennoinen, P. 2009. Sosiaalinen kestävyys ja ikäihmiset. Teoksessa Hentinen K., Iija, A. & Mattila E. (toim.) Kuuntele minua –mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Helsinki: Tammi, 22–30.

Sotkanet 2011. Depressiolääkkeistä korvausta saaneet 25-64-vuotiaat. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 20.10.2012.] Saatavissa:

<http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu/tulossivu?regionCount=1¤tEvent=getData&sexCount=1&setId=p85c1a784c430d84a64c316561641929ecff44a425c0042&indCount=1&yearCount=11>.

STAKES 2010. Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2010. [Viitattu 26.8.2012]

Saatavissa: <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Mielenterveys/index.htm>

STAKES 2011. Päihdetilastollinen vuosikirja 2011. [Viitattu 26.8.2012]

Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/0f25bf0a-ad0c-4294-9e44-5ac2cf5fe544>

Suomen terveydenhuollon tulevaisuudet. 2004. Eduskunnan kanslian julkaisu 8/2004. Helsinki: Edita Prima oy

Suvisaari, J. 2008. Mielenterveys- ja päihdehäiriöt yleisiä nuorilla aikuisilla. Kansanterveys-lehti 2008/8, 18–19.

Talasma, H. 2009. Moniammatillinen yhteistyö koulujen ja psykiatrisen sairaanhoidon välillä. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto

Tanhua, H., Virtanen, A., Knuuti, U., Leppo, A. & Kotovirta, E. 2011.

Huumetilanne Suomessa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 7.10.2012]

Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/7b3a668f-2958-4d9d-bd6f-a57a176cb0ec>

Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosieconomisten terveyserojen muutokset 1980-2005 2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012. Alkoholijuomien kulutus. [Viitattu: 20.10.2012.] Saatavissa:

<http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Paihteet/alkoholijuomienkulutus.htm>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Stakes. Kouluterveyskyselyt. 2010/2011.

[Viitattu 5.6.2012] Saatavissa:

<http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely/FI/tulokset/index.htm>

Tilastokeskus 2011. Itsemurhien määrä pienin yli 40 vuoteen. [Viitattu

20.10.2012.] Saatavissa: http://tilastokeskus.fi/til/ksyyt/2010/ksyyt_2010_2011-12-16_tie_001_fi.html

Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2010. Eläketurvakeskus ja kansaneläkelaitos.

Suomen virallinen tilasto: Sosiaaliturva 2011. Helsinki: Hakapaino Oy.

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi

Valvira 2011. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. [Viitattu:

20.10.2012.] Saatavissa:

http://www.valvira.fi/valvira/lehdistotiedotteet/alkoholin_kulutus_laski_kolmantena_perakkaisena_vuonna

Vesterinen, M-L. 2011a. Sote-ennakonti. Sosiaali- ja terveysalan tulevaisuuden

ennakointi. Sote-alan osaamistarpeet ja koulutuksen kehittäminen tulevaisuudessa.

[Viitattu 10.3.2012] Saatavissa: www.ekky.fi/sote/documents/loppuraportti_6.pdf

Vesterinen, M-L. 2011b. Sote-ennakonti. Sosiaali- ja terveysalan tulevaisuuden

ennakointi. Suosituksia sosiaali- ja terveysalan koulutuksen kehittämiseen.

[Viitattu 10.3.2012] Saatavissa:

www.ekky.fi/sote/documents/loppuraportti_12.pdf

Vuori-Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T. 2007. Mielenterveys ja päihdetyö. Helsinki: WSOY

World Health Organization 2004. World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorder in World Health Organization World Mental Health Surveys.

World Health Organization. 3.9.2007. What is mental health? Online Q&A. [Viitattu 10.3.2012] Saatavissa: <http://www.who.int/features/qa/62/en/index.html>

World Health Organization. 2009. Global Health Risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. [Viitattu 10.3.2012] Saatavissa: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf

LIITTEET

Liite 1

Teemahaastattelurunko, aikuiset

Teemahaastattelun runko on rakennettu opinnäytetyön tutkimusongelmien pohjalta. Tutkimuksista tulee ilmi, että tulevaisuuden mielenterveys- ja päihdehoitotyön haasteita tulevat olemaan muun muassa persoonallisuushäiriöt, masennus, ahdistuneisuus, alkoholikuolemat ja sosiaaliset ongelmat. Tulevaisuuden mielenterveys- ja päihdehoitotyön osaamisvaatimukseen puolestaan nostetaan muun muassa potilaslähtöisyys, moniammatillisuus, eri kulttuurien huomiointi sekä palveluiden kehittäminen.

Tämän perusteella teemahaastattelun kysymyksemme työikäisten ja ikääntyneiden kohdalla ovat:

1. Millaista perusosaamista sairaanhoitaja tarvitsee tulevaisuuden mielenterveys- ja päihdehoitotyössä?
2. Millaista erityisosaamista tarvitaan tulevaisuuden mielenterveys- ja päihdehoitotyössä?
3. Millä tavalla odotat mielenterveys- ja päihdehoitotyön tulevaisuudessa muuttuvan?
4. Persoonallisuushäiriöiden, ahdistuksen, masennuksen, sosiaalisten ongelmien ja alkoholikuolleisuuden ennustetaan lisääntyvän tulevaisuudessa. Millaista osaamista sairaanhoitaja tarvitsee edellä mainittuihin liittyen?
5. Mielenterveyspalveluiden käyttäjillä on yhä enemmän myös päihdeongelmia. Millaisia osaamistarpeita tämä asettaa sairaanhoitajalle?
6. Millaista osaamista erityisryhmien, kuten kehitysvammaisten, kielivähemmistöjen tai kaksoisdiagnoosiasiakkaiden kanssa tarvitaan?
7. Erikulttuurisuus ja kansainvälisyys lisääntyvät Suomessa. Millaista osaamista sairaanhoitaja tarvitsee liittyen erikulttuurisuuteen ja kansainvälisyyteen?
8. Mitkä koet mielenterveys- ja päihdehoitotyötä tekevän sairaanhoitajan tärkeimmiksi osaamisalueiksi tulevaisuudessa?

9. Millaista osaamista sairaanhoitajalta vaaditaan, jotta hän voi tunnistaa ja puuttua mielenterveys- ja päihdeongelmiin
 - a. työikäisten kohdalla?
 - b. ikääntyneiden kohdalla?
10. Moniammatillisuus on tulevaisuuden avainsanoja. Millaista osaamista tarvitaan moniammatillisuuden lisääntyessä?
11. Millaisia työvälineitä tulevaisuuden sairaanhoitaja käyttää mielenterveys- ja päihdehoitotyössä?
12. Millaista osaamista sairaanhoitaja tarvitsee tulevaisuudessa, jotta varmistetaan palveluiden laadun kehittäminen ja hoidon laatu?
13. Väestönkehityksen myötä ikääntyneiden väestöryhmä kasvaa merkittävästi, millaista osaamista tullaan tarvitsemaan mielenterveys- ja päihdehoitotyössä?
14. Millaisia osaamisen haasteita uskot kohtaavasi tulevaisuudessa mielenterveys- ja päihdehoitotyössä?

Liite 2

Teemahaastattelurunko, lapset

Teemahaastattelun runko on rakennettu opinnäytetyön tutkimusongelmien pohjalta. Tutkimuksista tulee ilmi, että tulevaisuuden mielenterveys- ja päihdehoitotyön haasteita lasten- ja nuorten kohdalla tulevat olemaan muun muassa persoonallisuushäiriöt, masennus, ahdistuneisuus, alkoholin käyttö ja sosiaaliset ongelmat. Tulevaisuuden mielenterveys- ja päihdehoitotyön osaamisvaatimukseen puolestaan nostetaan muun muassa potilaslähtöisyys, moniammatillisuus, eri kulttuurien huomiointi sekä palveluiden kehittäminen.

Tämän perusteella teemahaastattelun kysymyksemme lasten- ja nuorten kohdalla ovat:

1. Millaista perusosaamista sairaanhoitaja tarvitsee tulevaisuuden mielenterveys- ja päihdehoitotyössä?
2. Millaista erityisosaamista tarvitaan tulevaisuuden mielenterveys- ja päihdehoitotyössä?
3. Millä tavalla odotat mielenterveys- ja päihdehoitotyön tulevaisuudessa muuttuvan?
4. Moniammatillisuus on tulevaisuuden avainsanoja. Millaista osaamista tarvitaan moniammatillisuuden lisääntyessä?
5. Millaisia työvälineitä tulevaisuuden sairaanhoitaja käyttää mielenterveys- ja päihdehoitotyössä?
6. Mitä osaamista sairaanhoitaja tarvitsee tulevaisuudessa, jotta voidaan varmistaa palveluiden kehittäminen ja hoidon laatu?
7. Millaisia haasteita uskot kohtaavasi tulevaisuudessa mielenterveys- ja päihdehoitotyössä?
8. Millaista osaamista sairaanhoitajalta vaaditaan, jotta hän voi tunnistaa ja puuttua mielenterveys- ja päihdeongelmiin lasten ja nuorten kohdalla?
9. Ahdistuksen, masennuksen, sosiaalisten ongelmien ja alkoholin käytön ennustetaan lisääntyvän tulevaisuudessa. Millaista osaamista sairaanhoitaja tarvitsee näihin liittyen?
10. Lapsilla ja nuorilla on yhä enemmän myös päihdeongelmia. Millaisia osaamisvalmiuksia tämä asettaa sairaanhoitajalle?

11. Millaista osaamista erityisryhmien, kuten kehitysvammaisten, kielivähemmistöjen kanssa tarvitaan?
12. Erikulttuurisuus ja kansainvälisyys lisääntyvät Suomessa. Millaista osaamista sairaanhoitaja tarvitsee näihin liittyen?
13. Mitkä koet mielenterveys- ja päihdehoitotyötä tekevän sairaanhoitajan tärkeimmiksi tulevaisuuden osaamisalueiksi?

Liite 3

Esimerkki analyysista

” Kyl mä sen edelleenkin nään tärkeempänä, sen et sä oot aito ihminen ja sä kohtaat sen toisen aidon ihmisen ja sä pystyt siinä olemaan ja kuuntelemaan ja kysymään ja miettimään.” Pelkistetty muoto: tärkeintä kohdata toinen ihminen aitona ihmisenä.

” Et sä oot niinku ihmisenä siinä toisen ihmisen kanssa, että ei niinkään sellasena puolesta tietäjänä... Et se asiakas ehkä ite tietääkin omat asiansa.” Pelkistetty muoto: Olla ihmisenä toisen ihmisen kanssa, ei puolesta tietäjänä, asiakas omien asioiden tuntija.

Näistä pelksityksistä muodostimme alakategorian *asiakkaan ammatillinen kohtaaminen*.

” Uskon, että asennemuutos ehkä enemmänkin että tavallaan tai toivon että se nyt ehkä menis päihdetyöhön että se olis niinku laajempi kokonaisuus. Että ei oo vaan se päihteidenkäyttäjä vaan niinku nähtäis näitä erilaisia yhteiskunnallisia syitä, esimerkiksi miksi päihteitä käytetään ja tavallaan sitä kokonaiskuvaa. Tavallaan se asenne ilmapiiri on erilainen, että toivois et nää niinku somatiikan hoitajat vähän ehkä perehtys siihen niinku minkä takia sitä alkoholi käytetään.” Pelkistetty muoto: Asennemuutoksella päihdetyöstä laajempi kokonaisuus, nähtäisi yhteiskunnallisia syitä ja kokonaiskuvaa.

” Et se on sitä niinku sitä ennaltaehkäisyä mitä niitä saatais puuttumaan että se maksa kestää sen aikansa mutta sitten tavallaan jos niihin syihin mihin sitä alkoholi käyttää niin et se ei tuu pysähtymään vaan sillä maksan hoitamisella että toivon että niinku et tulis tulevaisuudessa muuttumaan.” Pelkistetty muoto: Huomioidaan syyt alkoholin käyttöön, oireiden hoitamisen lisäksi.

Näistä pelkistykistä muodostimme alakategorian *nähdä asiakkaan ongelmat laajempina kokonaisuuksina*.

”...niinkun valtakunnallisesti havaittu että kun ihmiset tulee erikulttuureista niin halutaan ymmärtää sitä kulttuuria paremmin ja ikään kuin hyväksytään jotain

asioita kulttuurisidonnaisiksi jutuiksi” Pelkistetty muoto: erikulttuurista tulevia halutaan ymmärtää paremmin, asioita mielletään kulttuurisidonnaisiksi.

”...kun ihminen tulee vieraasta kulttuurista meille niin mehän aina halutaan ymmärtää sitä sen käyttäytymistä myöskin siitä näkökulmasta että kuinka paljon sen kulttuuri vaikuttaa” Pelkistetty muoto: vieraasta kulttuurista tulevan käytöstä halutaan ymmärtää, tietää paljonko kulttuuri vaikuttaa.

Pelkistyksistä muodostimme alakategorian *kulttuurisidonnaisuuden ymmärtäminen*.

”Voidaan aina miettiä ton kanssa sitten, että onko se ennaltaehkäisevää, onko se avopuolen hoitoa vai tätä raskasta psykiatria... voidaan ajatella ku me ollaan menossa sinne avopuolen suuntaan et osasto paikat ehkä tulevaisuudessa ovat niinkun harvempien niinku ulottuvissa” Pelkistetty muoto: ennaltaehkäisyä, avopuolen hoitoa vai raskasta psykiatria? tulevaisuudessa menossa avopuolen suuntaan, osastopaikat harvempien ulottuvissa

”No varmaan sehän on itse asiassa ollut vuosikymmeniä suunnitteilla ja ajatuksena se, että avohoito painotteisuus lisääntyy ja niinkun kaikessa muussakin hoidossa että se ihminen on enemmän osallinen omasta hoidostaan” Pelkistetty muoto: avopuolipainotteisuus lisääntyy, asiakas osallinen omassa hoidossaan

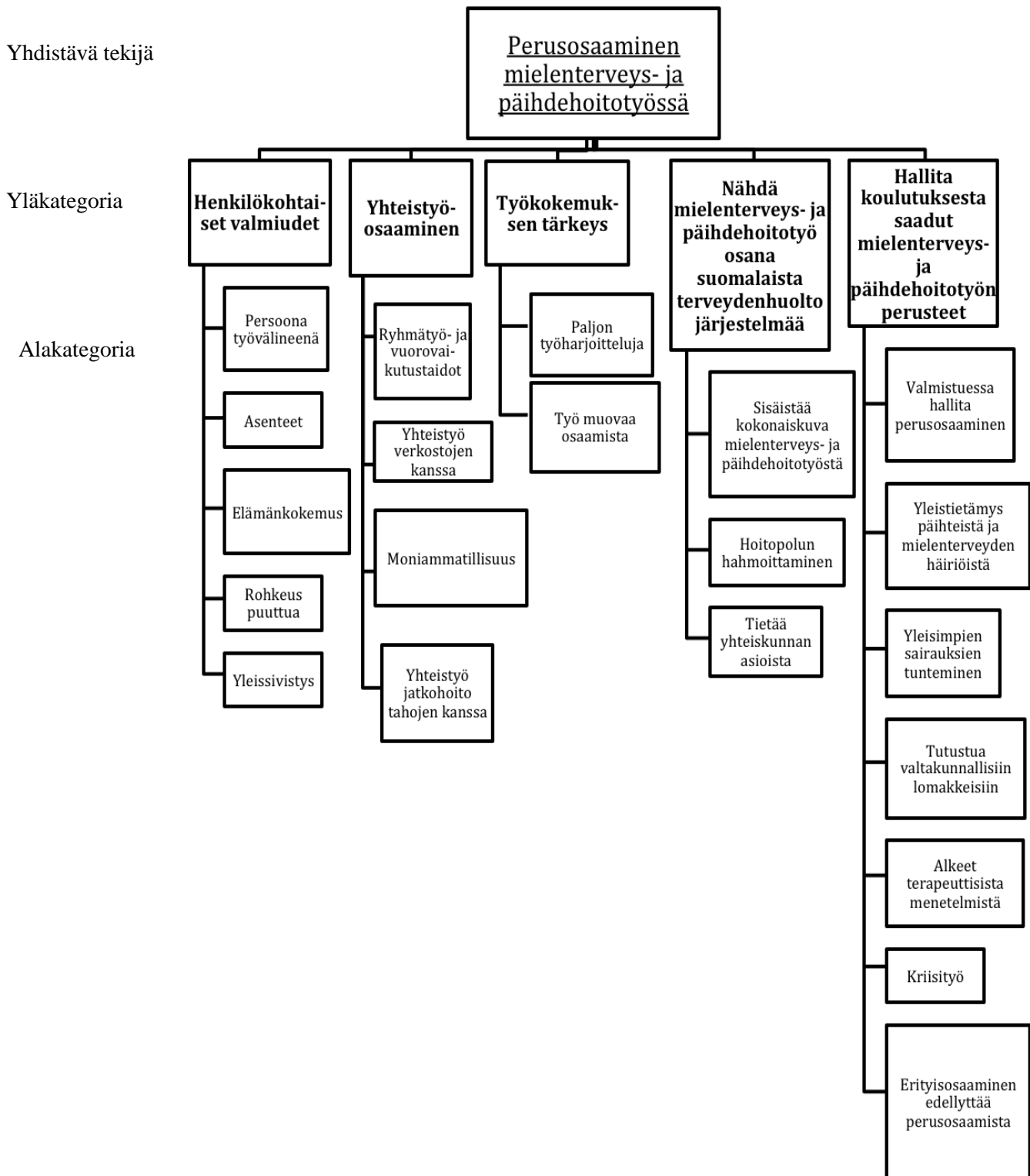
”Korjaavatyö on sitten paljon jo, se vie enemmän aikaa ja vaatii enemmän jotenkin resursseja ja sitä ennaltaehkäisevää työtä voi tehdä niin moni muukin taho, et se ei oo vaan sairaanhoitajan tehtävä” Pelkistetty muoto: korjaava työ vaatii enemmän aikaa ja resursseja, ennaltaehkäisevää työtä voi tehdä muutkin kuin hoitotahot

” Toive on tietysti et mahdollisimman paljon ennaltaehkäisy kehittyisi” Pelkistetty muoto: toiveena ennaltaehkäisyn kehittyminen

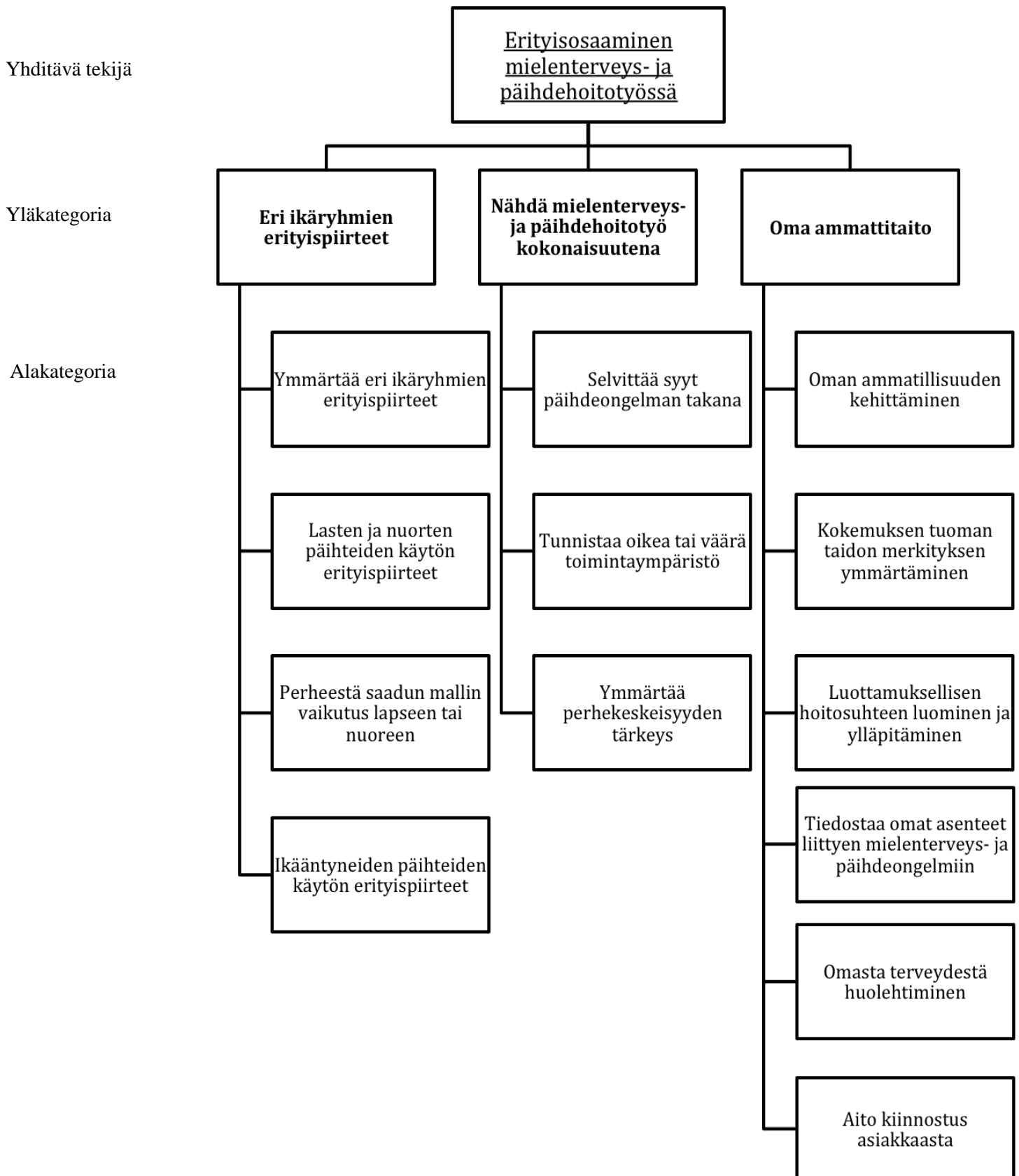
Näistä pelkistyksistä muodostimme alakategorian *mielenterveys- ja päihdehoitotyön toteuttaminen osastolla ja avopuolella*.

Nämä neljä alakategoriaa muodostivat yhden yläkategorian, joka nimettiin yksilölliseksi hoidoksi. Tämä yläkategoria yhdistyi tulevaisuuden osaamisen ja tulevaisuuden haasteiden kanssa yhdistäväksi kategoriaksi; tulevaisuuden mielenterveys- ja päihdehoitotyö.

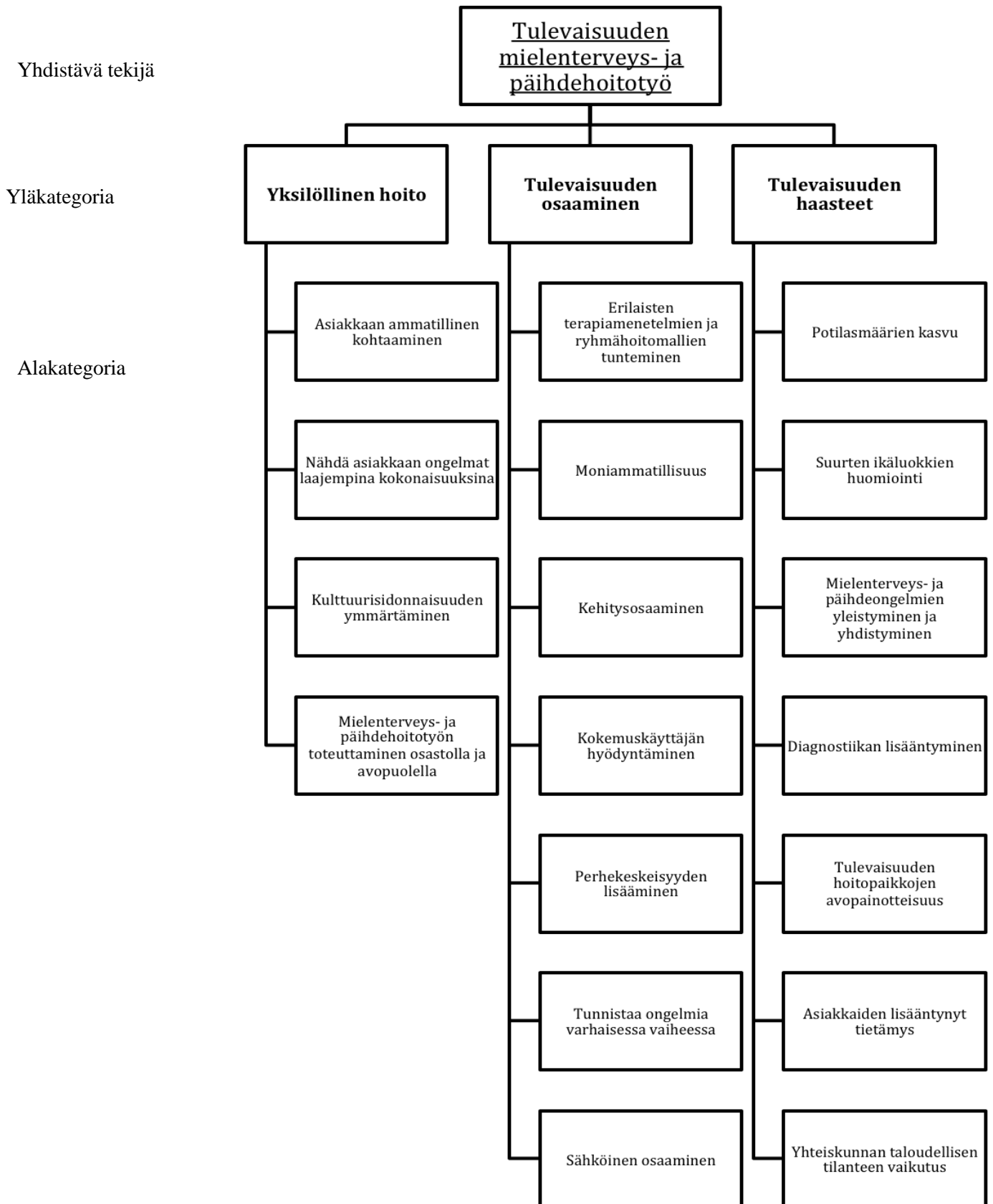
Liite 4



Liite 5



Liite 6



Liite 7

Saatekirje

Opinnäytetyö
Lahden ammattikorkeakoulu

Sairaanhoidon opetussuunnitelman kehittäminen työelämälähtöisesti
- Haasteena tulevaisuuden mielenterveys- ja päihdeosaaminen

Päivämäärä: 26.11.2012

Hei,

Opiskelemme Lahden Ammattikorkeakoulussa hoitotyön koulutusohjelmassa ja valmistumme sairaanhoitajaksi vuoden 2013 aikana. Olemme mukana opinnäytetyöprojektissa, jonka avulla kehitetään koulumme sairaanhoidon opetussuunnitelmaa, jotta se vastaisi tulevaisuuden hoitotyötä. Opinnäytetyömme aiheena on sairaanhoidon opetussuunnitelman kehittäminen työelämälähtöisesti - haasteena tulevaisuuden mielenterveys- ja päihdeosaaminen. Tarkoituksenamme on selvittää, miten mielenterveys- ja päihdehoitotyö tulee muuttumaan tulevaisuudessa. Tavoitteenamme on, että saamamme tiedon perusteella Lahden Ammattikorkeakoulu voi kehittää opetussuunnitelmaa mielenterveys- ja päihdehoitotyön osalta.

Tutkimuksemme on laadullinen tutkimus ja toteutamme sen teemahaastatteluna. Analysoimme saamiamme tuloksia sisällön analyysin keinoin. Tarkoituksenamme on järjestää ryhmähaastattelu Lastenpsykiatrian poliklinikan sekä Nuorisopsykiatrian osaston osastonhoitajille sekä kahdelle sairaanhoitajalle. Toisen ryhmähaastattelun pidämme Yleissairaalapsykiatrian poliklinikan sekä psykiatrianosaston osastonhoitajille sekä kahdelle sairaanhoitajalle. Haastattelumme ovat teemapohjaisia ja liitteenä on haastattelurunko, johon voitte tutustua etukäteen. Suunnitelmamme on pitää haastattelut tammikuussa 2013. Toivomme, että haastatteluun eriosastoilta osallistuvista sairaanhoitajista toisella olisi pitkä työkokemus psykiatrisesta hoitotyöstä ja toinen olisi vähemmän aikaa mielenterveys- ja päihdehoitotyötä tehnyt sairaanhoitaja. Otamme huomioon tutkimuksessamme haastateltavien anonyymiteetin. Emme mainitse työssämme haastateltavien nimiä, emmekä sairaalaa/osastoja, joissa haastattelut on toteutettu.

Toivomme, että lähdette kanssamme avoimin mielin kehittämään Lahden ammattikorkeakoulun mielenterveys- ja päihdehoitotyön opintoja.

Parhain terveisin,

Aino Mäkinen, Jenna Jokilehto, Marisa Rantasalo

Liite 8

LAHTI

Lahden kaupunki
Sosiaali- ja terveystoimiala

1(2)

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Tutkimuksen nimi	Sairaanhoidon opetussuunnitelman kehittäminen työelämä- lähtöisesti - Haasteena tulevaisuuden mielenterveys- ja päihdeosaamisen		
Tutkijat (ensimmäiseksi tutkimuksesta vastaava, jos sellainen on nimetty)	Nimi	Osoite	Puh.
	[REDACTED]		
	Yhteyshenkilö	[REDACTED]	
Tutkimuksen luonne (opinnäyte tms., mihin tutkintoon?)	Opinnäytetyö, sairaanhoidon koulutusohjelma lank.fi		
Tutkimuksen arvioitu toteutusaika	Aloitettu 1/2012, valmis 4/2013		
Tutkimusmenetelmän kuvaus	Laadullinen tutkimus, teemahaastattelu		
Tutkimuksen mahdollinen ulkopuolinen rahoitus	-		
Tutkimuksen ohjaajat	Nimi Sari Lappalainen	arvo/ammatti/oppilaitos/osasto/tiedekunta lehtori	
Tutkimussuunnitelman lyhennelmä (tutkimussuunnitelma tulee olla liitteenä)	Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten mielenterveys- ja päihdehuolto tulee muuttumaan tulevaisuudessa. Pyrimme haastatellen selvittämään keskeisimpiä mielenterveys- ja päihdehuollon haasteita ja millaista osaamista se edellyttää sairaanhoitajalta. Tavoitteenä on, että saadulla tiedolla pystytään kehittämään Lahden ammattiterveysalan opetussuunnitelmaa mielenterveys- ja päihdehuollon osalta.		

LAHTI

2(2)

Tutkimuksen vastaava ohjaaja	<u>Sari Lappalainen Lentori, Sari Lappalainen</u> Allekirjoitus ja nimenselvennys:
Vastaava tutkija	<u>Marja Rantasalo Marja Rantasalo</u> Allekirjoitus ja nimenselvennys:
Tutkimusluvan lähetysoite ja tiedustelut	Lupahakemus lähetetään osoitteella: Lahden sosiaali- ja terveystoimiala / Kirjaamo, PL 116, 15101 Lahti. Käsittelyaikataulutiedustelut: puh. (03) 818 4011 tai sähköpostitse: virasto.sotevi@lahti.fi
Tutkimuslupa on myönnetty	Päiväys ja pykälä <u>19.3.2013, Lahki</u> § [Redacted] Allekirjoitus ja nimenselvennys:
Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystoimiala edellyttää, että valmistunut lopputyö toimitetaan paperiversiona osoitteeseen: Lahden sosiaali- ja terveystoimiala / Kirjaamo, PL 116, 15101 Lahti ja sähköisenä versiona osoitteeseen: virasto.sotevi@lahti.fi	
Liite	
<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimussuunnitelman lyhennelmä on liitteenä.	

Liite 9

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon
kuntayhtymä

LUPAHAKEMUS
AMK- ja toisen asteen
OPINNÄYTETYÖ tai KEHITTÄMISHANKE

Hakemus toimitetaan luvan myöntäjälle. Lupaa opinnäyte- ja tutkimustyöhön ei pääsääntöisesti myönnetä potilaisiin tai asiakkaisiin kohdistuviin tutkimuksiin eikä rekisteritutkimuksiin, jotka kohdistuvat PHSOTEY:n salassa pidettäviin potilas / asiakasrekisteritietoihin. (Ks. ohjeet tutkimusluvan hakemiseksi, kohta 4).

Saapumispäivä

29.1.2013

PHSOTEY Dnro TUTKIMUS:

H 097

PHSOTEY sisäisen laskutuksen SL-koodi:

23/2013

Opiskelija/tutkija täyttää ja vastaa allekirjoitusten hankkimisesta

1 Toteutuspaikka: tulosryhmä ja tulosityksikkö

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ensihoito ja päivystyskeskus | <input checked="" type="checkbox"/> Keskussairaala | <input type="checkbox"/> Kuntoutuskeskus |
| <input type="checkbox"/> Lääketieteellisten palvelujen keskus | <input type="checkbox"/> Peruspalvelukeskus | <input type="checkbox"/> Tukipalvelukeskus |
| <input type="checkbox"/> Yhtymähallinto | <input type="checkbox"/> Ympäristöterveyskeskus | |

Tulosityksikkö: Psykiatrian tulosityksikkö

2. Opinnäytetyön/kehittämishankkeen tiedot

Oppilaitos, koulutusohjelma ja suuntautumsvaihtoehto

Lahten Ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, Hoitotyön sv

Oppilaitoksen osoite ja muut yhteystiedot

Hoitajankatu 3 15850 Lahti

Opinnäytetyön/kehittämishankkeen nimi ja lyhytnimi

Sairaanhoidon opetussuunnitelman kehittäminen työelämälähtöisesti - haasteena tulevaisuuden mielen terveys- ja päihdeongelmat

Opinnäytetyön/kehittämishankkeen alkamispvm

30.1.2012

Opinnäytetyön/kehittämishankkeen arvioitu päättymispvm

maaliskuu 2013

Opinnäytetyön luonne

Kehittämishanke

Tutkimus

Opinnäytetyön/kehittämishankkeen tavoitteet ja lyhyt kuvaus toteutuksesta (esim. aineiston keruu, kohderyhmä)

Tarkoituksena on selvittää mitä osaamista tulevaisuudessa sairaanhoitaja tarvitsee mielen terveys- ja päihdehoitotyön osalta. Tavoitteena on, että saamamme tiedon perusteella Lamk voi kehittää hoitotyön opetussuunnitelmaa. Aineisto kerätään kahdella ryhmähaastattelulla. Haastattelut tehdään aikuispsykiatrian sekä lasten- ja nuortenpsykiatrian työntekijöille.

3. Hakija/hakijat

Luvanhakija/yhteyshenkilö:

Osoite:

Sähköposti:

Puhelin:

[Redacted contact information]

[Redacted contact information]

4. Opinnäytetyön/kehittämishankkeen kustannuksista vastaa

- opiskelija/tutkija joku muu, mikä:
 PHSOTEY:n tulosityksikkö, josta sovitti (pvm ja nimi):

5. Opinnäytetyön raportointi

<input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyö/raportti toimitetaan luvan myöntäjälle	<input type="checkbox"/> Raportti toimitetaan julkaisusarjan toimituskunnalle
<input type="checkbox"/> Opinnäytetyöstä/raportista pidetään osastokokous/koulutus	
<input type="checkbox"/> Jokin muu tapa, mikä	

Opinnäytetyön tekijällä on opinnäytetyöhönsä tekijänoikeus, mikäli toimeksiantosopimuksessa ei toisin sovita. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä saa opinnäytetyöhön käyttöoikeuden omassa toiminnassaan. Käyttöoikeudesta ei suoriteta palkkiota.

6. Allekirjoitukset

Oppilaitos	
Pvm ja ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvitys 10.12.2012 Sari Lappalainen	Puhelin/sähköposti 094-7080320 Sari Lappalainen lank.F
Tutkimus	
Pvm ja ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvitys	Puhelin/sähköposti
Pvm ja osastonhoitajan/esimiehen allekirjoitus ja nimenselvitys	Puhelin/sähköposti
Pvm ja hakija allekirjoitus ja nimenselvitys 10.12.2012 Aino Syrjänen	

7. Luvan myöntäjän viranhaltijapäätös

<input type="checkbox"/> Myönnetty lupa opinnäytetyöhön/kehittämishankkeeseen hakemuksen mukaisesti	
<input type="checkbox"/> Lupa edellyttää eettisen toimikunnan käsittelyn	<input checked="" type="checkbox"/> Pyydetään tarkennusta/lisäselvityksiä
<input type="checkbox"/> Hakemus hylätty	
Perustelu/pyydyttävät lisäselvitykset - KYSELYLUMBO TUUTTU - TUTKIMUS TIENEMUETTAVA 1 OH 1 SH	
Aika ja paikka 28.1.2013	
Allekirjoitus ja nimenselvitys, arvo/tehtävänimike	
Tulosryhmä/Tulosalue/Yhteystiedot	

8. Pyydytetyt lisäselvitykset toimitettu

Aika ja paikka 18.3.2013 Lahti
Allekirjoitus ja nimen selvitys, arvo/tehtävänimike
Tulosryhmä/Tulosalue/Yhteystiedot

9. Liitteet päivättyinä: Tutkimuslupahakemus rekisteröidään skannaamalla, päiväykset merkittävää liiteluetteloon

<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimussuunnitelma tai hankesuunnitelma
<input type="checkbox"/> Opinnäyte toimeksiantosopimus
<input type="checkbox"/> Selvitys tutkimuksen kustannuksista ja rahoituksesta (tutkimussuunnitelmassa tai erillisellä liitteellä)
<input type="checkbox"/> Muut liitteet, mitkä:

Luvan myöntäjä toimittaa hakemuksen/päätöksen eettisen toimikunnan sihteerille.

Kopio myönnetystä luvasta lähetetään:

1) tutkimusluvan hakijalle 2) yksikön osastonhoitajalle/esimiehelle 3) rekrytointikoordinaattorille (HEN)