

OPAS UUSILLE DEPRESSIOHOITAJILLE VANTAAN TERVEYSASEMILLA

Antti Niinistö

Opinnäytetyö, kevät 2013

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Niinistö, Antti. Opas uusille depressiohoitajille Vantaan terveysasemilla. Kevät 2013, 51 s., 2 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Depressio on esiintyvyydeltään ja vaikutuksiltaan sairaus, joka täyttää kansansairauden tuntomerkit. Depressio aiheuttaa sitä sairastavalle ja hänen läheisilleen inhimillistä kärsimystä ja yhteiskunnalle taloudellisia kustannuksia. Depressio tulisi voida tunnistaa ja sen hoito aloittaa riittävän ajoissa, jotta hoidon tulokset olisivat mahdollisimman hyviä. Terveyskeskuksia varten on kehitetty depression hoidon kolmiomalli. Hoitomallissa potilasta hoitavat yhteistyössä depression hoitoon erikoistunut sairaanhoitaja eli depressiohoitaja, terveyskeskuslääkäri ja konsultoiva psykiatri.

Tämä opinnäytetyö toteutettiin produktiona, jonka tarkoituksena oli tuottaa opas Vantaan terveysasemilla työskenteleville depressiohoitajille. Oppaan tavoitteena oli helpottaa aloittelevien depressiohoitajien perehtymistä ja perehdyttämistä työhönsä kokoamalla yhteen olennaisin tieto depression hoidon kolmiomallista, depressiohoitajan työn sisällöstä, työvälineistä ja työhön liittyvistä käytännöistä. Opas perustuu depressiohoidosta koottuihin suosituksiin ja työkäytäntöihin. Opas tehtiin sähköisessä muodossa, jotta se olisi helposti saatavilla ja muokattavissa terveysasemakohtaisesti. Tavoitteena oli, että depressiohoitajat voisivat vaivattomasti täydentää oppaaseen kokoamaansa omaa yksikköään koskevaa tietoa.

Opinnäytetyö koostuu uusille depressiohoitajille tehdystä oppaasta ja opinnäytetyön raporttiosuudesta. Opinnäytetyön raportin teoriaosuudessa kuvataan depression hoitamista perusterveydenhuollossa, depression hoidon kolmiomallia ja depressiohoitajan työn sisältöä terveysasemalla. Raporttiosuudessa kuvataan myös oppaan tuottamisen vaiheita ja yhteistyötä oppaan kohderyhmänä olleiden Vantaan terveysasemien depressiohoitajien kanssa. Vantaan terveysasemien depressiohoitajat arvioivat oppaan tarkoituksenmukaisuutta ja sisältöä.

Asiasanat: sairaanhoitaja, depressio, perusterveydenhuolto

ABSTRACT

Niinistö, Antti

Guidebook for new psychiatric nurses treating depression patients in health centers. 51 p., 2 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Spring 2013.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Nursing. Degree: Nurse.

Psychiatric nurses in Vantaa health centers treat depression patients. An effective way to care depression patients in primary health centers is cooperation between psychiatric nurse, general practitioner and psychiatrist. This thesis was implemented in cooperation with Vantaa health centers' psychiatric nurses. The form of this thesis was a production.

The purpose of this thesis was to produce a guidebook for psychiatric nurses who have specialized in depression in Vantaa health centers. The goal was to facilitate the initiation of incoming nurses. The purpose of the guidebook was to describe how cooperation works, what the content of the nurses' work is and what kind of tools and practices are used among nurses specializing in the treatment of depression in Vantaa health centers. The guidebook was produced in electronic format.

The thesis includes a guidebook, theory section and process description. The treatment of depression in primary health care, multi-professional approach to work and the content of the nurses' work are described in the theory section. The thesis describes the phases of the producing the guidebook and collaboration with cooperation partners. The evaluation of the guidebook was accomplished after the guidebook was completed.

Key words: nurse, depression, primary health care

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 DEPRESSION ESIINTYVYYS JA MERKITYS KANSANTERVEYDELLE	6
3 DEPRESSIOPOTILAAN HOITOTYÖTÄ SÄÄTELEVÄT LAIT JA SUOSITUKSET.....	8
4 DEPRESSIOPOTILAAN HOITOTYÖ PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA....	10
4.1 Depressiopotilaan hoitotyö perusterveydenhuollon haasteena	10
4.2 Depression hoidon kolmiomalli ja depressiohoitaja	11
4.3 Depressiohoitajat Vantaan terveysasemilla.....	14
5 DEPRESSIOHOITAJAN TYÖN SISÄLTÖ	16
5.1 Oireiden ja taustatietojen kartoitus	16
5.2 Psykoedukaatio	18
5.3 Psykososiaalinen tukeminen	20
5.4 Toipumisen seuranta	22
5.5 Yhteistyön ja hoidon koordinointi.....	24
6 OPINNÄYTETYÖN PROSESSI	26
6.1 Opinnäytetyön aiheen ideointi	26
6.2 Oppaan suunnittelu ja toteutus.....	27
6.3 Oppaan arviointi	29
7 POHDINTA	32
7.1 Eettisyys opinnäytetyön prosessissa.....	32
7.2 Ammatillinen kasvu	32
LÄHTEET.....	34

LIITE 1: Opas uusille depressiohoitajille Vantaan terveysasemilla

LIITE 2: Palautekyselylomake

1 JOHDANTO

Sairaudeksi luokiteltava masennustila eli depressio on yleinen psykiatrinen sairaus Suomessa. Depressio aiheuttaa runsaasti inhimillistä kärsimystä sekä sitä sairastaville että heidän läheisilleen. Myös depression yhteiskunnalle aiheuttamat taloudelliset vaikutukset ovat merkittäviä sairauslomien ja ennen aikaisten sairaseläkkeiden vuoksi. Depression varhainen tunnistaminen ja hoito perusterveydenhuollon palveluissa on tärkeää. (Käypä hoito -suositus 2010.)

Vantaan terveysasemilla otettiin vuonna 2001 kokeiluun käytäntö, jonka mukaisesti terveysasemilla työskentelee depressiopotilaiden hoitoon erikoistuneita sairaanhoitajia eli depressiohoitajia. Aluksi depressiohoitajia oli vain yksi. (Vuorilehto 2005, 37–39.) Käytäntö vakiintui kuitenkin niin, että vuoden 2011 marraskuussa Vantaan kahdeksalla terveysasemalla työskenteli yhteensä kahdeksan depressiohoitajaa.

Vantaalla depressiohoitajia on useimmilla terveysasemilla vain yksi, mikä tarkoittaa yksinäistä työtä. Työskentely masennuspotilaiden kanssa on henkisesti kuormittavaa. Depressiohoitajan työn itsenäisyys ja vastuullisuus tarkoittaa käytännössä sitä, että depressiohoitajana työskenteleminen edellyttää aiempaa työkokemusta psykiatrisesta hoitotyöstä. (Haarala ym. 2010, 90–93.) Depressiohoitajien työhyvinvoinnin ja jaksamisen tukeminen on tärkeää. Erilaisten käytännön työtä ja perehdyttämistä helpottavien työkalujen kehittäminen on depressiohoitajien työhyvinvoinnin tukemista.

Opinnäytetyöni on työelämälähtöinen produktio, jonka tarkoituksena oli tuottaa depressiohoitajien työn sisältöä Vantaan terveysasemilla kuvaileva opas. Oppaan tavoitteena on helpottaa aloittelevien depressiohoitajien perehtymistä ja perehdyttämistä työhönsä kokoamalla yhteen keskeisin tieto depression hoidon kolmiomallista, depressiohoitajan työn sisällöstä, työvälineistä ja työhön liittyvistä käytännöistä.

2 DEPRESSION ESIINTYVYYS JA MERKITYS KANSANTERVEYDELLE

Depressio on paitsi vakavaa inhimillistä kärsimystä ja toimintakyvyn vajautta aiheuttava sairaus, myös merkittävä kansanterveydellinen ongelma. Vuosittain depressiota sairastaa arviolta viisi prosenttia koko aikuisväestöstä. (Käypä hoito -suositus 2010.) Vuonna 2011 depressiolääkkeistä sai korvausta 10 prosenttia 25–64-vuotiaista (THL, Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2005–2012). On arvioitu, että 10–20 prosenttia sairastuu elämänsä aikana masennustiloihin. Naisten riski sairastua depressioniin on lähes kaksinkertainen miehiin verrattuna. (Isometsä 2011, 159.)

Depressio on yleinen sairaus ja sen vuoksi se koskettaa jollakin tapaa lähes jokaista, joko omakohtaisena kokemuksena tai läheisen sairastumisena. Depression usein kuuluva alavireinen ja toivoton mieliala vaikuttaa sairastuneen päivittäiseen elämänlaatuun ja kaventaa sosiaalisia suhteita. Depressiota sairastavilla on suurentunut riski sairastua fyysisiin sairauksiin ja vakavimmillaan depression voi johtaa itsemurhaan. Depressio on sairaus, joka uusii ja kroonistuu helposti. Jopa puolet depressiopotilaista sairastuu uudestaan depression ensimmäisen sairausjakson jälkeen. (Melartin & Vuorilehto 2009, 29.)

Depression sairastuminen ei vaikuta vain sairastuneen omaan elämänlaatuun, hyvinvointiin ja terveyteen. Depression vaikutukset sairastuneen mielialaan, sosiaaliseen kanssakäymiseen sekä arjen toimintakykyyn heijastuvat myös sairastuneen läheisten elämään. Yhden perheenjäsenen sairastuminen vaikuttaa koko muun perheen elämään. Depressiota sairastavien lapsilla on suurentunut riski sairastua psyykkisesti sekä lapsena että myöhemmin aikuisiässä. (Solantaus & Paavonen 2009.)

Depression aiheuttamat taloudelliset vaikutukset ovat merkittäviä sairauslomien ja ennen aikaisten sairaseläkkeiden vuoksi. Depressio on yksittäisistä sairauksista yleisin syy jäädä työkyvyttömyyseläkkeelle. Depressiosta johtuvien sairauslomien ja työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on lähes kaksinkertaistunut 1990-luvun loppupuolelta vuoteen 2010 asti. Depression esiintyvyys väestössä ei kui-

tenkaan ole lisääntynyt huolimatta siitä aiheutuvien sairauslomien ja työkyvyttömyyseläkkeiden yleistymisestä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 11–12.)

Depression aiheuttamia inhimillisiä ja taloudellisia haittavaikutuksia voidaan vähentää. Tällöin terveydenhuollossa on kiinnitettävä huomiota depression riittävän varhaiseen tunnistamiseen ja hoidon aloittamiseen. Hoidon on oltava jo alusta asti ponnekasta ja aktivoivaa. Depressiosta toipuva tarvitsee myös riittävän pitkän ja tiiviin hoidon seurannan, jotta toipuminen ja toimintakyvyn palautuminen voisivat olla mahdollisimman täydellisiä. (Rovasalo & Melartin 2009, 1767–1768.)

3 DEPRESSIOPOTILAAN HOITOTYÖTÄ SÄÄTELEVÄT LAIT JA SUOSITUKSET

Suomen perustuslaki (11.6.1999/731) takaa oikeuden riittäviin terveyspalveluihin. Jokainen Suomessa pysyvästi asuva henkilö on oikeutettu ilman syrjintää terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hoito on järjestettävä ja potilasta kohdeltava siten, että hänen ihmisarvoaan, vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.)

Kunnilla on velvollisuus järjestää terveyden- ja sairaanhoidon palvelut alueensa asukkaille. Terveyden- ja sairaanhoidon palvelut on järjestettävä siinä laajuudessa, kuin tarve kunnan alueella edellyttää. Perusterveydenhuollon ja erikoissairanhoidon palvelujen on muodostettava toiminnallinen kokonaisuus. Kunnan on myös järjestettävä mielenterveyspalvelut alueensa asukkaille osana muuta terveyden- ja sairaanhoitoa. Mielenterveyspalveluiden tavoitteena on edistää ja tukea yksilöiden ja yhteisön mielenterveyttä sekä tarjota mielenterveydenhäiriöiden tutkimus ja hoito niitä tarvitseville. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.)

Kunnat ja kuntayhtymät järjestävät mielenterveyspalvelut alueidensa asukkaille perusterveydenhuollon ja erikoissairanhoidon palveluina. Mielenterveyspalvelut on järjestettävä sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin alueella oleva tarve edellyttää. Kaikkien kuntalaisille järjestettyjen mielenterveyspalvelujen sekä sosiaalihuollon on muodostettava toiminnallinen kokonaisuus. Mielenterveyspalvelut on järjestettävä ensisijaisesti avohoidon palveluina ja siten, että ne tukevat oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista. (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.)

Sosiaali- ja terveysministeriön mielenterveyspalveluiden laatusuosituksen (2001, 6–7) mukaan mielenterveyspalveluiden tulisi olla helposti saatavilla sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluista, hoidon tulisi toteutua ensisijaisesti avohoidon palveluissa ja asiakkaalla tulisi olla mahdollisuus päästä psykiatri-

seen sairaalahoitoon tilanteen niin vaatiessa.

Sosiaali- ja terveysministeriön kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa (2009, 14–17) painotetaan asiakkaan oikeutta saada mielenterveyden ongelmiinsa hoitoa joustavasti yhden oven periaatteella. Käytännössä yhden oven periaate tarkoittaa, että mielenterveysongelmat tunnistetaan ja hoidetaan terveyskeskuksessa yhtä lailla kuin muutkin sairaudet. Suunnitelman tavoitteena on tehostaa mielenterveystyön perus- ja avopalveluja sekä kiinnittää huomiota mielenterveydellisten ongelmien riittävän aikaiseen tunnistamiseen ja hoitoon perusterveydenhuollon palveluissa.

Käypä hoito -suositukset perustuvat tutkittuun tietoon ja ne on koottu alan asiantuntijaryhmissä tiivistettyyn muotoon. Depression hoidon käypä hoito -suositus (Käypä hoito -suositus 2010) on koottu, jotta depressiota sairastavat voisivat saada vaikuttavaa, tehokasta ja tasalaatuista hoitoa sairauteensa asuinpaikastaan huolimatta. Käypä hoito -suosituksessa depressiopotilaan hoidossa keskeisinä periaatteina pidetään depression varhaista tunnistamista ja hoitamista perusterveydenhuollon palveluissa, kun kyseessä on lievä tai keskivaikea depressio.

Depression käypä hoito -suosituksen (Käypä hoito -suositus 2010) mukaan tärkeää on myös, että depressiosta toipumista seurataan perusterveydenhuollon palveluissa riittävän pitkään ja tiiviisti. Depressiota sairastavat ja siitä toipuvat tarvitsevat myös opastusta ja psykososiaalista tukea. Jos perusterveydenhuollon tarjoama hoito ei riitä, depressiopotilas on ohjattava psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluihin. Käypä hoito -suosituksen mukaan depressiohoitajamalli on osoittautunut toimivaksi depressiopotilaiden seurannan, opastuksen ja tukemisen toteuttamisessa.

4 DEPRESSIOPOTILAAN HOITOTYÖ PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA

4.1 Depressiopotilaan hoitotyö perusterveydenhuollon haasteena

Depression varhaiseen tunnistamiseen ja hoitoon tulee kiinnittää huomiota laajasti koko perusterveydenhuollossa. Perusterveydenhuollossa asioivista potilaista noin 10 prosentin arvioidaan sairastavan masennusta. Depressiopotilaita kohdataan kaikkialla perusterveydenhuollossa, kuten terveysasemilla, päivystyksissä, neuvoloissa, opiskelijaterveydenhuollossa, työterveyshuollossa ja vanhuspalveluissa. Depression tunnistaminen voi olla kuitenkin haastavaa. Kaikki depressiota sairastavat eivät hae apua terveydenhuollosta ja osa hakee apua somaattisiin oireisiin. (Noppiari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 197.)

Somaattisten sairauksien lisäksi päihdeongelmat ja muut mielenterveyden häiriöt ovat yleisiä depressiota sairastavilla. Samanaikaisten sairauksien esiintyminen tekee depression tunnistamisesta ja hoitamisesta perusterveydenhuollossa haastavaa. (Kuosmanen, Hätönen, Liukka & Melartin 2011.) Kaikkien perusterveydenhuollossa työskentelevien ammattiryhmien psykiatrisen hoitotyön osaamisessa esiintyy puutteita. Valmiudet tunnistaa ja hoitaa potilasta, jolla on mielenterveydenhäiriö, vaihtelevat riippuen toimintayksiköstä ja työntekijästä. (Korkeila 2006, 25–26.)

Depressiopotilaan hoitaminen vaatii oman erityisen osaamisensa ja edellyttää vahvaa ammattitaitoa. Muuttuneessa terveydenhuollon palvelujärjestelmässä depressiopotilaiden hoidon painopiste on siirtymässä yhä enemmän perusterveydenhuoltoon. (Kilku & Vuokila-Oikkonen 2011, 54–57.) Nykyisen sairaanhoitajakoulutuksen tarjoamaa mielenterveyshoitotyön osaamista ei pidetä riittävänä yhä haastavammaksi muuttuvaan avohoitopainotteiseen mielenterveys-työhön (Ellilä, Friis, Kilku, Komppa-Valkama, Kuosmanen & Vuokila-Oikkonen 2009, 24–27).

Sairaanhoitajien peruskoulutuksessa tapahtuneet muutokset ovat heikentäneet sairaanhoitajien mielenterveyshoitotyön osaamista. Erikoissairaanhoitajien kou-

luttaminen loppui, kun sairaanhoitajakoulutus siirtyi ammattikorkeakouluihin. Nykyisen sairaanhoitajakoulutuksen tarjoama mielenterveysshoitotyön opetus vaihtelee sisällöltään ja laajuudeltaan oppilaitoksittain. Ammattikorkeakouluissa opiskeltava yleissairaanhoitajan osaaminen ei anna riittäviä valmiuksia mielenterveysshoitotyöhön, etenkin perusterveydenhuollossa, jossa työskentelyn itsenäisyys korostuu. (Ellilä ym. 2009, 24–27.)

Depressiopotilaiden hyvän hoidon varmistamiseksi perusterveydenhuollossa on otettu tavoitteeksi depressiopotilaiden hoitoon erikoistuneiden sairaanhoitajien eli depressiohoitajien tuominen perusterveydenhuollon palveluihin laajasti koko maassa (Kilkku & Vuokila-Oikkonen 2011). Depressiohoitajien kouluttamiseksi ja osaamisen vahvistamiseksi onkin valmistunut depressiohoitajakoulutuksen opetussuunnitelma ammattikorkeakouluja varten (Vuorilehto, Kilkku, Peräkoski, Tuulari & Vuokila-Oikkonen i.a).

Depressiohoitajakoulutuksen tavoitteena on antaa valmiuksia depressiopotilaan kohtaamiseen ja näyttöön perustuvien depression hoitomenetelmien käyttämiseen potilastyössä. Depressiohoitajakoulutus sisältää depression tunnistamis- ja hoitomenetelmien sekä moniammatillisen työskentelytavan opiskelemista. Koulutus antaa myös valmiuksia depressiohoitajan oman ammattitaidon ylläpitämiselle ja täydentämiselle. (Vuorilehto ym. i.a.)

4.2 Depression hoidon kolmiomalli ja depressiohoitaja

Depression varhainen tunnistaminen sekä vaikuttava hoitaminen perusterveydenhuollossa edellyttävät psykiatrisen osaamisen ja resurssien vahvistamista perusterveydenhuollon palveluissa. Mieli 2009 -työryhmän (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009) suunnitelmien mukaan tämä tarkoittaa depressiopotilaiden hoitoon keskittyvien depressiohoitajien tuomista kaikille terveysasemille terveyskeskuslääkärien tueksi. Lisäksi suositellaan, että työparilla olisi mahdollisuus saada tuekseen psykiatrisen erikoislääkärin konsultaatiopalvelut.

Kroonisten sairauksien hoitomalleja tutkittaessa ja kehitettäessä on havaittu, että potilaalla on kolme keskeistä tarvetta. Potilaan ensimmäinen tarve on saada tehoavaa hoitoa. Toisena tarpeena potilaalla on saada tietoa sairaudestaan ja sen laadusta. Potilaalla on myös tarve henkiseen tukeen liittyen oireiden sietämiseen ja elämäntapamuutosten sekä hoitojen toteuttamiseen. (Vuorilehto 2005, 37–39.)

Tarkasteltaessa menestyksekkäitä diabeteksen hoito-ohjelmia on voitu todeta niissä tiettyjä yhtäläisyyksiä. Menestyksekkäissä hoito-ohjelmassa toteutuvat moniammatillinen yhteistyö, lääkäreiden jatkuva koulutus, seurantaan keskittyvän henkilökunnan järjestäminen, palautejärjestelmän kehittäminen sekä potilaalle suunnatut koulutus- ja tukijärjestelyt. Myös depressiopotilaiden hoitamiseen on kehitetty moniammatillisia hoito-ohjelmia 1990-luvulta lähtien. (Vuorilehto 2005, 37–39.)

Ensimmäiset depressiopotilaan moniammatilliset hoitomallit kehitettiin 1990-luvulla Yhdysvalloissa. W. Katon ryhmänsä kanssa oli kehittämässä ensimmäisiä depression hoito-ohjelmia terveyskeskuksiin. Katonin ryhmän hoito-ohjelma sisälsi 4–6 kertaa kognitiivista psykoterapiaa ja samalla potilaan lääkehoidon vaikutuksia ja vointia seurattiin. Hoitomallissa potilasta hoitava ja toipumista seuraava henkilö sai ohjausta psykiatrian erikoislääkäriltä. (Vuorilehto 2005, 37–39.)

Kehitettyjen hoitomallien erityinen piirre oli se, että niissä hoitovastuu säilyi potilaan omalla lääkärillä. Mallissa sairaanhoitajien työnkuvaksi annettiin potilaiden psykososiaalinen tukeminen ja lääkityksen seuranta. Omalääkäri ja sairaanhoitaja saivat hoitomallissa tukea hoidon toteuttamiseen psykiatrian erikoislääkäriltä. Tutkimuksissa havaittiin, että hoitomallilla saatiin selvästi aiempaa parempia hoitotuloksia. Hoitomallia tutkittaessa havaittiin myös depression uusiutumisen vähenevän merkittävästi, kun depressiopotilaan seuranta jatkettiin kaksi vuotta. (Haarala ym. 2010, 24–25.)

Suomessa depressiopotilaan moniammatillisia hoitomalleja on kehitetty joidenkin paikkakuntien perusterveydenhuollossa. Vantaalla depressiohoitajakokeilu

aloitettiin vuonna 2001. (Vuorilehto, Kuosmanen & Melartin 2008, 190–192.) Vuoden 2010 loppupuolella depressiohoitajia oli Suomessa alle sata (Vuorilehto & Tuulari 2011, 26–28). Kolmiomallia voidaan soveltaa myös muihinkin perusterveydenhuollon yksikköihin, kuten työterveyshuoltoon tai neuvoloihin (Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa 2010, 2).

Depression hoidon kolmiomallissa keskeistä on moniammatillinen yhteistyö. Hoitomallissa depressiota sairastava potilas on hoidon keskipiste, jonka ympärille depressiohoitaja, omalääkäri ja psykiatri muodostavat hoitotiimin. Omalääkärin, sairaanhoitajan ja erikoislääkärin yhteistyön tehokkuudesta on tutkimuksellista näyttöä. (Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa 2010, 2.) Moniammatilliseen yhteistyöhön depressiopotilaan hoidossa on kiinnitetty huomiota myös depression hoidon Käypä hoito -suosituksessa (Käypä hoito -suositus 2010).

Työnjako terveyskeskuksessa toteutettavassa depression hoidon kolmiomallissa toimii siten, että terveyskeskuslääkäri diagnosoi depression, päättää yhdessä potilaan kanssa aloitettavasta hoidosta ja ohjaa potilaan tämän jälkeen depressiohoitajan vastaanotolle. Depressiohoitaja toteuttaa mallin mukaisesti potilaan voinnin ja hoidon tehon seurantaa, kartoittaa potilaan tilannetta sekä antaa potilaalle tietoa depressiosta ja sen hoidosta. Psykiatrian erikoislääkäri tukee depressiohoitajan ja terveyskeskuslääkärin työtä antamalla tarpeen mukaan konsultaatioapua ja ohjausta depressiopotilaan hoitoon liittyvissä kysymyksissä. (Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa 2010, 3–5.)

Depressiopotilaan tukemisen ja voinnin seurannan lisäksi olennainen osa depressiohoitajan työtä on hoidon ja yhteistyön koordinointi. Terveyskeskuslääkärillä on kokonaisvastuu potilaan hoidosta ja tämän vuoksi depressiohoitajan tulee pitää hänet perillä potilaan hoidon vaiheista. Lisäksi potilaan hoidossa voi tulla tilanteita, jotka vaativat lääkärin kannanottoa, kuten lääkemutokset tai tarve sairauslomaan. Depressiohoitajan rooli hoidon koordinoijana korostuu myös tilanteissa, joissa tarvitaan psykiatrin konsultaatiota. (Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa 2010, 5.)

Depression hoidon kolmiomallissa potilaalla on depressiohoitajan luona tiivis hoitokontakti (Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa 2010, 2). Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että potilas saa depressiohoitajalta tukea ja tietoa toipumiseensa. Potilaan voinnin muutosta ja esimerkiksi depression lääkehoidon tehoa seurataan riittävän tiiviisti ja kauan. Akuuttihoitovaiheen jälkeen ja depression oireiden väistyttyä potilaaseen pidetään yhteyttä vielä kaksi vuotta. Riittävän pitkä akuuttihoitajan jälkeinen seuranta on tärkeää depression uusiutumisherkkyden takia. (Haarala ym. 2010, 61–62.)

Potilaan hoitokäyntien määrä depressiohoitajan luona on rajattu ja vaihtelee 1–6 käyntiin. Depression hoidon kolmiomallissa potilas on aktiivinen toimija ja depressiohoitajan työn tavoitteena onkin lisätä potilaan omaa vastuunottoa hoidostaan. Hoitajan ja potilaan hoitosuhdetyöskentelyssä pyritään kuuntelemaan potilasta ja löytämään yhdessä hänen kanssaan selviytymiskeinoja sairauden kanssa elämiseen ja sairaudesta toipumiseen. (Haarala ym. 2010, 30.)

4.3 Depressiohoitajat Vantaan terveysasemilla

Vantaan terveysasemille depressiohoitajat tulivat 2000-luvun alussa. Vuonna 2001 Martinlaakson terveysasemalla aloitettiin kokeilu, jossa terveysasemalla aloitti psykiatrinen sairaanhoitaja depressiohoitajana. Samaan aikaan terveysasemalla otettiin käyttöön depression moniammatillinen hoito-ohjelma. Samalla myös muu terveysaseman henkilökunta sai koulutusta mielenterveydenhäiriöistä ja niiden hoidosta. (Vuorilehto 2005, 37–39.)

Depressiopotilaiden hoito-ohjelma osoittautui Martinlaakson terveysasemalla toimivaksi sekä potilaiden että henkilökunnan mielestä. Depression tunnistaminen näytti tehostuvan, toipuminen oli nopeampaa ja pitkät sairauslomat vähenivät. (Vuorilehto 2005, 37–39.)

Depressiohoitajan virasta tehtiin vakinainen ja hoito-ohjelma otettiin käyttöön muillakin Vantaan terveysasemilla (Vuorilehto 2005, 37–39). Hoito-ohjelman aloittamisvaiheeseen jokaisella terveysasemalla on kuulunut olennaisesti se,

että samalla myös muu terveyskeskuksen henkilökunta on saanut koulutusta depression tunnistamiseen. Vuodesta 2005 depressio hoito-ohjelma on ollut käytössä jokaisella Vantaan terveysasemalla. (Haarala ym. 2010, 25–26.)

5 DEPRESSIOHOITAJAN TYÖN SISÄLTÖ

5.1 Oireiden ja taustatietojen kartoitus

Depression hoidon kolmiomallissa diagnostiikasta ja hoitolinjauksista vastaa lääkäri. Potilaan tullessa depressiohoitajan vastaanotolle lääkäri on jo arvioinut potilaan hoidon tarpeen ja aloittanut hoidon. (Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa 2010, 5.) Potilaan tullessa depressiohoitajan vastaanotolle kartoittavat potilas ja hoitaja kuitenkin vielä yhdessä potilaan oirekuvaa. Oirekuvan tarkentaminen antaa tärkeää tietoa, kun potilas ja depressiohoitaja suunnittelevat alkavaa hoitojaksoa.

Jokainen potilas kokee depression ja sen oireet elämässään yksilöllisesti (Noppari ym. 2007, 197). Depressiopotilaan oirekuva koostuu usein monista erilaisista oireista. Jokaisella potilaalla on oma kokemuksensa siitä, miten oireet vaikuttavat hänen elämänlaatuunsa ja arjen toimintakykyynsä. Potilaalla voi olla myös selkeä näkemys siitä, mitkä oireet hän kokee häiritsevimpinä ja mikä on niiden vaikutus hänen elämänlaatuunsa. Pohtimalla näitä kysymyksiä yhdessä potilaan kanssa depressiohoitaja voi auttaa potilasta muodostamaan konkreettisia tavoitteita hoitojaksolle. (Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa 2010, 7.)

Oireiden yleiskuvan kartoittamisessa tärkeitä työvälineitä depressiohoitajalle ovat erilaiset depression oirekyselyt. Oireiden yleiskuvan kartoittamiseen sopiva työväline on BDI-oirekysely, joka sopii myös toipumisen seurantaan. Depressiooireiden kartoittamisessa on myös hyvä antaa potilaan kertoa omin sanoin oireistaan, voinnistaan ja jaksamisestaan. (Vuorilehto & Tuulari 2011, 26–28.) Hoitaja voi auttaa potilasta kertomaan oireistaan esittämällä suoria kysymyksiä (Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa 2010, 7).

Depressiohoitajan on tärkeä muistaa, että depressiopotilaiden monihäiriöisyys on yleistä. Erityisesti päihdeongelmat sekä ahdistuneisuus- ja persoonallisuushäiriöt ovat yleisiä depressiopotilailla. Depressiopotilaiden oireiden kartoitus on tärkeää myös mahdollisen kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunnistami-

seksi. Muiden mielenterveydenhäiriöiden tunnistaminen on tärkeää, koska ne voivat vaikeuttaa depression hoitamista ja vaatia potilaan hoidon jatkamista psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluissa. (Käypä hoito -suositus 2010.)

Oirekartoituksen avulla depressiohoitaja voi tehdä arviointia siitä, onko potilas autettavissa avohoidon keinoin. Tämä arviointi on tärkeää silloin, kun potilaalla on depression lisäksi jokin muu mielenterveyden häiriö. Toisaalta myös masennus tai sen oireet voivat olla sellaisia, että psykiatrisen erikoissairaanhoidon tai jopa sairaalahoito on tarpeen. (Vuorilehto & Tuulari 2011.) Välitöntä sairaalahoidontarvetta vaativa tilanne voi olla vaikkapa potilaan vakavaksi arvioitu itsetuhoisuus (Haarala 2010, 52).

Depressiohoitaja voi kysyä potilaalta, millaista potilaan elämä oli ennen sairastumista depression. Olennaista tietoa on se, miten depressio on vaikuttanut potilaan arkeen eli ihmissuhteisiin, työkykyyn ja harrastuksiin. Sairastumisen vaikutuksista keskusteltaessa depressiohoitajan on annettava tilaa potilaan omille näkemyksille sairastumisensa syistä. (Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa 2010, 8.)

Potilaan taustatietojen läpikäyminen on tärkeää ja niitä läpikäydessä depressiohoitajan kannattaa ottaa puheeksi potilaan peruserhe. Lapsuus, koulunkäynti, opiskelu, itsenäistyminen, työelämä ja muut tärkeät elämänvaiheet sekä ihmissuhteet antavat käyttökelpoista tietoa hoitojakson suunnittelun kannalta. Jos potilaalla on ollut masennusjaksoja tai muita mielenterveydellisiä ongelmia aiemminkin, on niistä ja niiden hoitamisesta saatu tieto tärkeää nykyistä hoitojaksoa suunniteltaessa. (Haarala ym. 2010, 51.)

Perhe ja muut läheiset ihmissuhteet on syytä ottaa potilaan kanssa puheeksi. Perheen ja läheisten ihmisten merkitys voi olla potilaalle voimia antava (Noppari ym. 2007, 206). Läheiset ihmiset voivat kuitenkin kuormittaa ja kärsiä depressionista sairastavan ympärillä. Erityistä huomiota on kiinnitettävä depressiopotilaan alaikäisiin lapsiin. Tutkimuksen mukaan vanhemman psyykkinen sairaus altistaa lapsen psyykkiselle sairastumiselle (Solantaus & Paavonen 2009).

Depressioon sairastuneen vanhemman toimintakyvyn romahtaminen voi johtaa siihen, ettei hän kykene huolehtimaan alaikäisistä lapsistaan. Tällaisessa tilanteessa depressiohoitajan on osattava ohjata potilas lapsiperheiden tukipalveluiden piiriin (Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa 2010, 8). Mikäli lapsen tilanteesta puhuminen ja tukipalvelut eivät tuota riittävää tulosta depressiohoitajan on lastensuojelulain (13.4.2007/417) mukaan tehtävä lastensuojeluilmoitus lastensuojeluviranomaisille, jos epäilee lapsen hyvinvoinnin vaarantuvan.

5.2 Psykoedukaatio

Kroonisten sairauksien hoitomalleja tutkittaessa havaittiin, että yksi potilaan kolmesta keskeisestä tarpeesta on saada tietoa sairaudestaan (Vuorilehto 2005, 37–39). Psykoedukaation eli potilasohjauksen antaminen potilaalle on tärkeää, jotta hän voi aidosti tehdä hoitoaan koskevia päätöksiä. Potilas tarvitsee tietoa depressiosta, sen hoitamisesta, hoitokeinoista ja niiden merkityksestä toipumiselleen. Tieto depression hyvästä ennusteesta antaa myös potilaalle toivoa. Toisaalta potilaan on tiedettävä, mitä on odotettavissa, jos hän kieltäytyy hoidosta. (Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa 2010, 9.)

Potilasohjauksen tavoitteena on lisätä potilaan omaa vastuunottoa hyvinvointiaan ja sairautensa hoidosta. Hoitaja ei tee päätöksiä potilaan puolesta tai anna valmiita vastauksia, vaan tarkastelee potilaan tilannetta yhdessä tämän kanssa. Hoitaja on potilaan tukena hänen tehdessään hoitoaan tai elämäänsä koskevia päätöksiä. Potilasohjauksessa on kolme ulottuvuutta: tiedon antaminen, opetus ja neuvonnan välittäminen. Tiedon antamisessa keskeistä on ohjattavan asian sisältö. Opettaessaan hoitaja järjestää potilaalle oppimiskokemuksia, joiden kautta hoitaja neuvoo, opettaa tai perehdyttää potilasta. Neuvonnalla tarkoitetaan hoitajan potilaalle tarjoamaa tukea valintatilanteissa. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 160.)

Psykoedukaation toteuttaminen on depressiohoitajan kannalta haasteellista, koska tietoa depressiosta ja sen hoitamisesta on tarjolla runsaasti. Depressiohoitajan haasteena on oleellisen ja laadukkaan tiedon löytäminen. Tietoa voi

joutua myös muokkaamaan potilastyössä käytettävään muotoon. Kaikki tiedon etsimiseen ja muokkaamiseen liittyvä työ vie aikaa ja edellyttää taitoa. Haasteena depressiohoitajan toteuttamassa psykoedukaatiossa on myös se, miten löytää yksilöllisesti kullekin potilaalle hänen tarvitsemansa tieto. (Haarala ym. 2010, 44.)

Ohjatessaan potilastaan depressiohoitajan on hyvä tehdä se potilaan ehdoilla. Hoitajakson alussa potilaalla on usein eniten kysymyksiä ja niille on tärkeää antaa tilaa. Hoidon edetessä hoitaja jakaa tietoa potilaalle vähitellen, kuulostellen potilaan kykyä ja tarvetta uuden tiedon vastaanottamiseen. Hoitosuhteen ollessa avoin ja luottamuksellinen potilas uskaltaa kysyä, kun häntä mietityttää jokin asia. Toisaalta hoitajan on hyvä olla rehellinen, jos hän ei tiedä jotakin asiaa, ja tunnustaa se potilaalle todeten samalla ottavansa asiasta selvää. (Tuisku & Rossi 2010, 44.)

Kun potilas saa tietoa sairaudestaan, hänen elämänhallinnan tunteensa kasvaa. Voimaantunut potilas tuntee, että voi selviytyä sairautensa kanssa. Hän pystyy ottamaan voimavaransa käyttöön jokapäiväisessä elämässään. Tiedonjakamisen tavoitteena on potilaan itseyttämisensä lisääntyminen. Itseyttämisensä edellytyksenä on, että potilas yhdistelee hoitajan jakamaa tietoa depressiosta omiin kokemuksiinsa. Tällä tavoin potilas voi oppia ymmärtämään oman sairautensa taustatekijöitä ja kulkua. Tärkeää oivalluksen kautta syntynyttä tietoa potilaalle itselleen ovat esimerkiksi hänen sairastumisestaan edeltäneet varomerkit ja ennakko-oireet. (Haarala ym. 2010, 44–45.)

Potilaan tiedonsaannin tarve liittyy usein siihen, että hän ei tiedä eri hoitomuodoista ja niiden vaikutuksista. Tilanne voi kuitenkin olla myös se, että potilas on saanut väärää tietoa tai hänellä on ennakkoluuloja jotakin hoitomuotoa kohtaan. Esimerkiksi depression lääkehoidon suhteen esiintyy ennakkoluuloja ja vääriä käsityksiä, joita depressiohoitajat joutuvat työssään oikaisemaan (Karvinen 2009, 6–9). Hoitomuodoista esimerkiksi masennuslääkkeisiin liittyy kuitenkin myös haittavaikutuksia, kuten seksuaalisia toimintahäiriöitä, jotka voivat heikentää potilaan lääkehoitoon sitoutumista. Hoitajan aktiivinen ja avoin keskustelu lääkkeen käyttämisestä ja vaikutuksista auttaa potilasta sitoutumaan hoitoon.

(Petäjä 2011, 41–43.)

Yleisesti käytössä olevien ja tehokkaiksi osoitettujen hoitomuotojen lisäksi potilas tarvitsee tietoa siitä, kuinka voi hoitaa itse itseään. Potilaan itsehoitokeinojen ja mielialojen hallinnan lisäämisessä voidaan käyttää erilaisia ryhmämuotoisia hoitokeinoja. Yksi tällaisista ryhmämuotoisista itsehoitoon kannustavista ja opettavista hoitomalleista on depressiokoulu (Koffert & Kuusi 2010). Depressiokoulu-ryhmien ohjaaminen on osa depressiohoitajien työssään toteuttamaa potilasohjausta.

5.3 Psykososiaalinen tukeminen

Psykososiaalisen tuen antamisessa depressiota sairastavalle olennaista on hoitosuhteen pysyvyys. Hoitosuhteen kehittyminen potilasta auttavaksi edellyttää, että potilaassa herää luottamuksen tunne. Kun potilas luottaa ja kokee hoitosuhteen turvalliseksi, hän uskaltaa myös puhua itsestään ja elämästään. Kertoessaan hoitajalle omista kokemuksistaan, tunteistaan ja ajatuksistaan potilas samalla jäsentää niitä itse mielessään. Tällaisessa vuorovaikutuksessa potilas voi myös oivaltaa asioita, jotka hänen elämässään tarvitsevat muutosta. (Kiikkala 2011, 178.)

Potilaan psykososiaalinen tukeminen tapahtuu hoitajan ja potilaan välisessä yhteisessä työskentelyssä. Potilaan ja hoitajan välistä yhteistä työskentelyä voidaan kutsua yhteistyösuhteeksi. Yhteistyö hoitosuhdetyöskentelyssä tarkoittaa sitä, että hoitosuhde on vastavuoroinen ja potilaan osallisuutta tukeva. Yhteistyösuhde koostuu vuorovaikutuksesta, kuuntelusta, yhteisistä sopimuksista ja läsnäolosta. Yhteistyösuhteessa molemmilla osapuolilla on jotakin annettavaa: hoitajalla ammatillinen osaaminen ja potilaalla oman elämäntilanteensa asiantuntijuus. (Noppari ym. 2007, 202.)

Jokainen potilas kokee sairastumisen ja sen merkityksen elämälleen omalla tavallaan. Depressio vaikuttaa potilaan elämään monella tasolla, kuten mielialaan, tunteisiin, ajatuksiin, toimintakykyyn ja sosiaaliseen elämään. Hoitajan tulisi voi-

da tarjota potilaalle kokemus siitä, että hänen kokemuksensa tulevat kuulluiksi ja hyväksytyiksi. Kun hoitaja kuuntelee ja antaa tilaa potilaan omalle kerronnalle, voi potilas kokea, että hän saa jakaa hoitajan kanssa omat tunnekokemuksensa. (Noppari ym. 2007, 197–198.)

Hoitajan keskeinen tehtävä on tukea ja auttaa potilasta näkemään valintojensa vaikutukset omaan hyvinvointiinsa. Hoitajan työskentelyn tavoitteena tulisi olla omasta elämästään ja valinnoistaan vastuun ottava potilas. Hoitajan tehtävä on tukea potilasta tarkastelemaan elämässään asioita, jotka ovat esteenä toipumiselle ja jotka edistävät toipumista. Tässä työskentelyssä hoitajan on kuitenkin kunnioitettava potilaan arvomaailmaa ja itsemääräämisoikeutta. (Haarala ym. 2010, 40–41.)

Toivon ylläpitäminen on yksi hoitajan tärkeimmistä tehtävistä (Alastalo & Punkkinen 2005). Käytännössä toivon ylläpitäminen ja vahvistaminen potilaan elämässä tarkoittaa hänen voimavarojensa esiin nostamista. Hoitaja rohkaisee potilasta asioiden pariin, jotka ovat tuottaneet hänelle mielihyvää ja joista voisi saada onnistumisen kokemuksia. Masentuneen itsetunto voi olla alhainen ja ajatuskulku omaan huonouteen ja epäonnistumisiin jumittunut. Tällaisessa tilanteessa hoitaja auttaa potilasta tarkastelemaan kielteisiä ajatuskulkuja ja etsimään uusia myönteisempiä näkökulmia tilalle. (Kiikkala 2011, 178–179.)

Mielenterveyspalveluiden asiakkaat pitävät hyvänä sellaista mielenterveystyötä, jossa työntekijän tarjoaman tuen ja hoidon lisäksi otetaan huomioon asiakkaiden tarve vertaistukeen (Kokko 2004, 114). On tavallista, että masentunut ihminen kokee itsensä ulkopuoliseksi lähiympäristössään ja tämän vuoksi hänellä tarve muodostaa ihmissuhteita sellaisten henkilöiden kanssa, joilla on samantaisia kokemuksia. Vertaistuen ja jaettujen kokemusten kautta ihminen kokee tulevansa kuulluksi ja ymmärretyksi. Vuorovaikutuksella ja yhteydellä vertaisiin on voimaannuttava vaikutus. (Jantunen 2008, 84–85.) Depressiohoitajan on tärkeää ottaa huomioon potilaan tarve vertaistukeen. Hoitaja voi auttaa potilasta ohjaamalla hänet vertaistukea tarjoavien potilasjärjestöjen toimintaan tai ryhmiiin, kuten depressiokouluun.

5.4 Toipumisen seuranta

Depression taustasyyt ovat hyvin monenlaisia, kuten biologisia, psykologisia ja potilaan sosiaaliseen ympäristöön ulottuvia. Myös depressiopotilaan hoidossa käytetyt hoitomenetelmät vaikuttavat eri tavoin. Käytetyimpiä depression hoitomuotoja ovat antidepressiivinen lääkehoito ja psykoterapeuttinen tuki. (Isometsä 2011, 180.) Depression hoidon kolmiomallissa potilas saa hoitotiimin hänelle sopivaksi arvioimaa hoitoa ja depressiohoitaja seuraa potilaan toipumista säännöllisin väliajoin.

Yleisesti hoidon tavoitteena on potilaan kaikkien depressio-oireiden väistyminen ja toimintakyvyn palautuminen. Depression hoidon kolmiomallissa hoitajakso on rajattu enintään kuuteen potilaan ja depressiohoitajan väliseen tapaamiskertaan. Hoitajakson rajattu kesto edellyttää, että potilas ja depressiohoitaja ovat hoitajakson alussa miettineet yhdessä hoidolle rajatun tavoitteen. (Haarala ym. 2010, 30.) Toipumisen seurannassa on siis kiinnitettävä huomiota sekä depressio-oireiden väistymiseen että potilaan ja depressiohoitajan yhteisen vuorovaiikutuksellisen työskentelyn tuloksellisuuteen.

Potilaan omaa osallisuutta, aktiivisuutta ja sitoutumista hoitoprosessiin voidaan myös käyttää hoitajakson arvioinnin mittarina. Yksi depressiopotilaan hoidon tärkeistä tavoitteista on, että hän löytää voimavaroja ja selviytymiskeinoja omassa elämässään selviytymiseen. Selviytymiskeinojen ja voimavarojen löytämisessä potilasta voivat auttaa hoitajan kanssa yhdessä mietityt konkreettiset tehtävät, kuten esimerkiksi yhteydenpidon lisääminen läheisiin tai vuorokausirytmien korjaaminen. (Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa 2010, 11.)

Toipumisen seurannassa ja arvioinnissa käyttökelpoisia työvälineitä depressiohoitajalle ovat depression oireiden kartoituksessakin käytettävät oirekyselyt, kuten BDI-kysely. Depressiohoitaja seuraa mahdollisen antidepressiivisen lääkeytyksen tehoa ja konsultoi lääkäriä tarvittavista lääkemuutoksista. Tärkeä osa depressiohoitajan toteuttamaa seurantaa on myös sen arviointi, tehoaako annettava hoito vai tarvitseeko potilas mahdollisesti tehostettua hoitoa psykiatrisen

erikoissairaanhoidon palveluissa. (Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa 2010, 11.)

Depressiohoitajan toteuttama depressiopotilaan lääkehoidon seuranta ja sen jatkuvuuden varmistaminen on tärkeää. Tutkimuksen (Melartin ym. 2005, 220–227) mukaan noin puolet depressioonsa lääkehoitoa saaneista potilaista keskeytti aloitetun lääkehoidon omatoimisesti liian aikaisin. Ennenaikainen lääkehoidon lopettaminen on yhteydessä huonompaan toipumiseen depressiosta. Depressiohoitajan keskeisiä tehtäviä onkin seurata lääkehoidon vastetta ja sitä, että lääkehoito voisi toteutua mahdollisimman hyvin (Vuorilehto 2005, 37–39).

Toipumista ja hoitajakson työskentelyä arvioitaessa on tärkeää ottaa potilas mukaan arviointiin. Potilaan kannalta on merkityksellistä, että hän saa itse arvioida hoitajakson aikaista työskentelyään ja saa siitä depressiohoitajalta palautetta. Palautetta antaessaan depressiohoitaja tuo erityisesti esille potilaan vahvuuksia ja onnistumisia, mutta myös saavuttamattomat tavoitteet on hyvä käydä rehellisesti läpi. Myös potilaan depressiohoitajalle antama palaute hänen työskentelystään on tärkeää työskentelyn kehittämisen kannalta. (Haarala ym. 2010, 59–60.)

Vaikka depression hoidon kolmiomallissa hoitajakso onkin rajattu enintään kuuteen käyntiin, on sen jälkeen tarpeellista jatkaa potilaan harvajaksoista seuranta vielä kahden vuoden ajan. Aktiivisen hoidon jälkeinen seuranta-aika on tärkeä depression korkean uusiutumisen riskin takia. Käytännössä seuranta tapahtuu depressiohoitajan ja potilaan sopimana harvajaksoisena yhteydenpitona puhelimitse, sähköpostitse tai lyhyillä käynneillä. (Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa 2010, 11.)

Ennen harvajaksoisemman seurannan alkua potilas ja depressiohoitaja käyvät yhdessä läpi potilaan henkilökohtaiset varo-oireet. Ne ovat ennako-oireita, joista potilas voi tunnistaa ajoissa depression uusiutumisen ja ottaa mahdollisimman nopeasti yhteyttä depressiohoitajaan aktiivisen hoidon uudelleen aloittamiseksi. Ennen aktiivisen hoitajakson päättymistä depressiohoitaja antaa potilaalle tietoa myös oikeasta lääkehoidon toteuttamisesta ja depression itsehoidosta.

(Haarala ym. 2010, 58–59.)

5.5 Yhteistyön ja hoidon koordinointi

Depression hoidon kolmiomalli perustuu depressiohoitajan, terveyskeskuslääkärin ja konsultoivan psykiatrin tiiviille yhteistyölle. Jokaisella hoitotiimin jäsenellä on omat tehtävänsä ja vastuunsa potilaan hoitamisessa. Depressiohoitaja hoitaa potilasta ja seuraa toipumista, mutta tarvitsee myös muiden hoitotiimin jäsenten tukea ja apua työnsä toteuttamiseen. (Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa 2010, 5.)

Yksi depressiohoitajan keskeisistä hoidon koordinointiin liittyvistä tehtävistä on pitää terveyskeskuslääkäri ajan tasalla potilaan toipumisesta ja voinnin kehityksestä. Depressiohoitaja neuvottelee terveyskeskuslääkärin kanssa potilaan hoidon linjauksista, koska lääkäriellä on lain mukaan kokonaisvastuu potilaan hoitolinjoista. Depressiohoitaja on yhteydessä terveyskeskuslääkäriin vähintään potilaan hoidon alussa sekä hoidon loppuessa. (Haarala ym. 2010, 31.) Muutoin depressiohoitaja pitää terveyskeskuslääkäriin yhteyttä tarvittaessa.

Tyypillisiä tilanteita, joissa depressiohoitaja ottaa yhteyttä potilaan asioissa terveyskeskuslääkäriin, ovat lääkemuutosasiat, somaattisten oireiden tai sairauksien selvittely sekä lähete- ja sairauslomatarpeiden selvittely. Depressiohoitaja välittää myös mahdolliset konsultoivan psykiatrin hoitosuositukset terveyskeskuslääkärille, mikäli depressiohoitaja itse on ollut yhteydessä konsultoivaan psykiatriin. (Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa 2010, 5.)

Konsultoivan psykiatrin rooli depressiopotilaan hoitotiimissä on tarjota psykiatrista erikoisosaamistaan potilaan hoitoon. Depressiohoitaja on yhteydessä konsultoivaan psykiatriin puhelimitse nopeaa kannanottoa vaativissa tilanteissa, mutta myös depressiohoitajan ja psykiatrin säännölliset tapaamiset ovat osa depression hoidon kolmiomallin mukaista yhteistyötä. Tämä yhteistyö varmistaa, että potilaan saama hoito on oikeanlaista ja että hän saa sitä oikeassa hoitopaikassa oikeaan aikaan. Parhaimmillaan depressiohoitajan ja psykiatrin yh-

teistyö myös edistää depressiohoitajan ammattitaidon kehittymistä ja työssä jaksamista. (Haarala ym. 2010, 36–37.)

Depressiohoitajan toteuttama yhteistyö ei ulotu ainoastaan potilaan ja häntä hoitavan tiimin väliseen yhteydenpitoon. Depressiopotilaan läheiset, erityisesti perheenjäsenet, tarvitsevat tukea jaksamiseen ja tietoa läheisensä sairaudesta (Jähi, Koponen & Männikkö 2011, 184–185). Potilaan perhe ja läheiset onkin syytä huomioida hoidossa tärkeinä yhteystyökumppaneina, joita voidaan tavata hoitokäynneillä (Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa 2010, 14).

Depressiopotilaan hoidossa voi olla mukana erilaisia viranomaisia ja yhteistyökumppaneita. Tällaisia viranomaisia ovat esimerkiksi sosiaalitoimi, lastensuojelu, päihdepalvelut tai jokin kolmannen sektorin potilasjärjestö. Myös yhteydenpito potilaan mahdolliseen jatkohoitotahoon on usein tarpeellista hoidon jatkuvuuden kannalta. Depressiohoitaja on perillä potilaansa hoidossa mukana olevista tahoista, pitää niihin yhteyttä ja osallistuu yhteisiin hoitotapaamisiin. (Haarala ym. 2010, 70–71.)

6 OPINNÄYTETYÖN PROSESSI

6.1 Opinnäytetyön aiheen ideointi

Opinnäytetyöni aihe valikoitui oman kiinnostukseni pohjalta depressiopotilaan hoitotyötä kohtaan. Erityisesti minua kiinnostivat myös aiheina mielenterveystyö ja psykiatrinen hoitotyö perusterveydenhuollossa. Olin lukenut ja kuullut depressiohoitajista ja heidän tekemästään depressiopotilaiden hoitotyöstä perusterveydenhuollossa. Depressiohoitajien työ vaikutti ajankohtaiselta ja kiinnostavalta aiheelta opinnäytetyölleni.

Kun olin päättänyt, että haluaisin tehdä opinnäytetyöni depressiohoitajista, oli seuraavaksi vuorossa yhteistyökumppanin etsiminen. Olin tietoinen, ettei depression hoidon kolmiomallia ollut vielä käytössä kovin monen kunnan tai kaupungin perusterveydenhuollossa. Tiesin kuitenkin, että Vantaan kaupungin terveysasemilla mallia oli kehitetty aktiivisesti. Myös Vantaan sijainti pääkaupunkiseudulla tuntui työskentelyä helpottavalta asialta.

Lähdin keväällä 2011 selvittämään, keneen minun pitäisi ottaa yhteyttä halutessani tehdä opinnäytetyöni Vantaan depressiohoitajista. Sain neuvon olla yhteydessä Mielen avain -hankkeen hankejohtajaan. Mielen avain -hanketta hallinnoi Vantaan kaupunki ja sen tavoitteena on terveydenhuollon peruspalveluiden kehittäminen ja henkilökunnan kouluttaminen siten, että mielenterveys- ja päihdeongelmia tunnistetaan ja hoidetaan tehokkaasti jo perusterveydenhuollon palveluissa (Mielen avain -hanke).

Keskusteluissa Mielen avain -hankkeen hankejohtajan kanssa tuli esille tarve tehdä jonkinlainen manuaali tai opas, jossa avattaisiin depressiohoitajan työn sisältöä. Tällaista depressiohoitajan työn sisältöä avaavaa opasta ei Vantaalla vielä ollut tehty. Tarvetta oppaalle oli kuitenkin ilmennyt esimerkiksi uusien depressiohoitajien perehdytyksessä. Myös tutkimuksellisin keinoin depressiohoitajien työskentelyä selvittävää opinnäytetyön toteutusmuotoa mietittiin, mutta produktiomuotoiselle työlle näytti olevan enemmän tarvetta.

Opinnäytetyö voidaan toteuttaa monella tavoin. Opinnäytetyö voi painottua tutkimuksen tekemiseen tai se voi olla kehittämispainotteinen. Tästä jaosta huolimatta kaikissa opinnäytetoissa tulee esille sekä tutkimuksellinen ote että kehittäminen. Yksi kehittämispainotteisen opinnäytetyön muoto on tuotekehittely eli produktio. Se tarkoittaa työskentelyä, jossa syntyy uusi konkreettinen tuote tai palvelu. Prosessissa luotu tuote tai palvelu on tarkoitettu tietyille käyttäjäryhmälle. Produktiotyöskentelyn tarkoituksena on kehittää työvälineitä käytännön työelämään. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 32–35.)

6.2 Oppaan suunnittelu ja toteutus

Opinnäytetyön tuotteen suunnittelun ja toteuttamisen tulee pohjautua tuotteen aiheeseen ja ammatillisia käytäntöjä koskevaan tutkittuun tietoon (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 34). Kevään ja kesän 2011 aikana työstin mielessäni sitä, minkälainen opas tulisi olemaan. Tuolloin myös keräsin ja luin depression hoidon kolmiomalliin sekä depressiohoitajiin liittyvää kirjallisuutta ja tutkimustietoa. Teoriatiedon etsintä jatkui syksyn 2011 ja kevään 2012 aikana. Tein loppukesällä 2011 alustavan työskentelysuunnitelman, johon kirjasin esimerkiksi työskentelyni aikataulun. Tavoitteenani oli, että saisin opinnäytetyöni kokonaan valmiiksi syksyllä 2012.

Syksyn 2011 aikana tein myös varsinaisen tuotteen suunnitelman, jonka yhteydessä kartoitin oppaan tekemistä varten tarvitsemani teoriatiedon laajuutta. Samalla opinnäytetyöni tarkoituksena tarkentui koota opas, joka kuvailisi konkreettisella tavalla depressiohoitajan työn sisältöä Vantaan terveysasemilla. Oppaan tavoitteeksi muotoutui aloittelevien depressiohoitajien uuteen työhönsä perehtymisen ja perehdyttämisen helpottaminen. Opas tulisi sisältämään keskeisen tiedon depression hoidon kolmiomallista, depressiohoitajan työn sisällöstä, työvälineistä ja työhön liittyvistä käytännöistä. Tuotekehittelyn alkuvaiheeseen kuuluu olennaisesti kehitettävän tuotteen tavoitteen määrittäminen (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 34).

Opinnäytetyön tekeminen on pitkäjänteisyyttä ja vastuullisuutta vaativa prosessi. Opinnäytetyö toteutuu kuitenkin eri toimijoiden välisenä yhteistyönä. Tärkeää tukea opinnäytetyön tekijälle antavat opinnäytetyön ohjaajat, työelämän yhteistyökumppanit sekä toiset opiskelijat. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 35.) Sain ohjausta työskentelyyni koulun puolesta nimetyiltä ohjaavilta opettajilta, jotka tarkastivat muutaman kerran lukukaudessa, missä vaiheessa olin työskentelyssäni ja antoivat tarvittaessa neuvoja. Työskentelyprosessin alkupuolella ohjaavat opettajat vaihtuivat useaan kertaan, mikä toi työskentelyyn omat haasteensa.

Oppaan suunnittelemisen ja kokoamisen helpottamiseksi sekä työelämälähtöisen työskentelyn varmistamiseksi sain ohjausapua yhdeltä Vantaan terveysasemien depressiohoitajista syksystä 2011 lähtien. Työskentelytapamme oli sellainen, että suunnittelin aina ensin itse, mitä ja miten ajattelin tehdä, ja sen jälkeen esitin suunnitelmani ohjausta antaneelle depressiohoitajalle. Yhteinen työskentely työelämäohjaajanani toimineen depressiohoitajan kanssa toteutui sekä sähköpostin välityksellä että yhteisten tapaamisten kautta.

Yhteistyö työelämäohjaajani kanssa sujui luontevasti ja sujuvasti. Sain häneltä kommentteja oppaan sisältöön, toteutustapaan ja visuaaliseen ilmeeseen liittyen. Ohjaus oli asiallista ja tekemääni työtä kunnioittavaa. Erityisen suuri merkitys työelämäohjaajalla oli oppaan sisällön suunnittelu- ja toteutusvaiheissa. Sain häneltä apua sen hahmottamisessa, mikä depressiohoitajan työssä on keskeistä ja mitä asioita oppaan tulisi sisältää.

Aivan ensimmäinen vaihe oppaan tekemisessä oli sen asiasisällön suunnittelu. Oppaan asiasisältöä suunnitellessani minun täytyi ottaa huomioon, ketkä ovat oppaan kohderyhmää ja mikä on oppaan tavoite. Toinen tärkeä suunniteltava asia oli se, millaisessa muodossa ja laajuudessa oppaan toteuttaisin. Oppaan toteutustavassa oli lähinnä kaksi vaihtoehtoa: joko täysin painetussa muodossa julkaistava opas tai sitten opas, joka tehdään pääasiassa sähköistä lukemista varten.

Oppaan asiasisällön suunnittelussa päädyin jakamaan oppaan yhdeksään lukuun, jotka kuvaavat depressiohoitajan työn sisällön osa-alueita. Käytin oppaan asiasisällön suunnittelussa apuna Sosiaali- ja terveysministeriön esitettä (Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa 2010), jossa esitellään depression hoidon kolmiomallia ja depressiohoitajan työn sisältöä. Tarkoitukseni oli kuitenkin kerätä oppaaseen työvälaineitä ja käytäntöjä, jotka ovat käytössä nimenomaan Vantaan terveysasemilla depressiohoitajien työskentelyssä. Rajasin oppaan pituudeksi noin kymmenen sivua, jotta opasta olisi mahdollisimman helppo käyttää.

Oppaan suunnittelu- ja toteutusvaiheessa nousi esille tarve oppaan helppoon muokattavuuteen terveysasemakohtaisesti, koska eri terveysasemilla käytänteet voivat poiketa jonkin verran toisistaan. Toive oppaan helpposta muokattavuudesta vaikutti siihen, että päätin toteuttaa oppaan sähköisessä muodossa. Sähköinen muoto ja helppo muokattavuus mahdollistaisivat myös sen, että opas voisi toimia kaikkien Vantaan depressiohoitajien yhteisenä tiedonvälityskanavana. Erityisesti esille nousi ajatus depressiohoitajien ohjaamien depressiokouluryhmien aikataulujen säännöllisestä päivittämisestä oppaaseen.

Tärkeä osa työskentelyä oli myös oppaan visuaalisen ilmeen suunnittelu ja toteutus. Tavoitteenani oli muotoilla oppaan asiasisältö mahdollisimman tiiviiksi ja käyttää runsaasti erilaisia kaaviokuvia havainnollistamaan asiasisältöä. Oppaan pääväreiksi valikoituivat valkoinen ja vaaleansininen. Keskustelin oppaan visuaalisesta ilmeestä ohjauksestani vastanneen depressiohoitajan kanssa.

6.3 Oppaan arviointi

Opinnäytetyönä toteutettuun tuotekehittelyprosessiin kuuluu myös tuotoksen arviointi (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 33–34). Valmistamani oppaan varsinainen arviointi toteutui sen valmistuttua. Myös oppaan suunnittelu- ja toteutusvaiheissa sain palautetta ohjaavilta opettajilta, työelämätahon

edustajilta sekä opiskelutovereiltani erilaisissa tapaamisissa. Suunnittelu- ja toteutusvaiheissa saamani palaute oli tärkeää ja jopa välttämätöntä, jotta oppaasta tuli mahdollisimman hyvin tavoitettaan vastaava.

Oppaan suunnittelu- ja toteutusvaiheissa oppaan sisällön arviointi ja muokkaaminen tapahtui yhteistyössä työelämäohjaajan kanssa. Oppaan asiasisältö käytiin kuitenkin läpi myös keväällä 2012 kaikkien Vantaan depressiohoitajien yhteisessä tapaamisessa, johon osallistuin. Tapaamisessa tuli vielä joitakin muutosehdotuksia oppaan asiasisältöön ja kirjoitusasuun.

Oppaan varsinaisen arvioinnin päätin toteuttaa oppaan kohderyhmälle tehdyllä palautekyselyllä (Liite 2). Palautekyselyä varten tarvitsin tutkimusluvan, jonka hankin Vantaan kaupungin sosiaali- ja terveystoimesta. Kaikki Vantaan terveysasemien depressiohoitajat saivat oppaan sähköpostitse sen valmistuttua toukokuussa 2012. Kävin Vantaan depressiohoitajien kokouksessa kertomassa oppaasta ja jätin samalla palautekyselylomakkeet täytettäväksi. Samalla varmistin, että kaikki depressiohoitajat olivat saaneet oppaan luettavakseen. Sain oppaan kirjalliset arvioinnit kesän ja alkusyksyn 2012 aikana. Kävin vielä syksyllä 2012 depressiohoitajien kokouksessa kuuntelemassa mielipiteitä ja kehitysehdotuksia oppaasta.

Palautekyselyssä pääpaino oli oppaan sisällön ja ulkoasun arvioinnissa. Oppaan sisältöä arvioivassa kohdassa olin tehnyt jokaisesta oppaan luvusta yhden asiasisältöä arvioivan kysymyksen, johon vastattiin rastittamalla ”kyllä” tai ”ei”. Oppaan ulkoasun arvioimista varten olin tehnyt neljä kysymystä, joihin vastattiin samalla tavoin rastittamalla oikea vaihtoehto. Lisäksi tein avoimen vastaamisen mahdollistavan kohdan sekä sisältöä että ulkoasua arvioiviin kohtiin mielipiteen tarkentamista ja kehittämisehdotuksia varten. Lopuksi kysyin avoimella kysymyksellä yleistä palautetta oppaasta.

Oppaan arviointia perehdyttämistilanteissa hankaloitti se, että oppaan arviointiajankohtana Vantaan terveysasemilla ei ollut yhtään uutta depressiohoitajaa perehdytettävänä. Oppaan arvioinnissa keskityttiin näin ollen

pelkästään siihen, kuinka depressiohoitajat arvioivat oppaan asiasisältöä, ulkoasua ja opasta kokonaisuutena. Oppaan ominaisuuksista uuden työntekijän perehdytyksessä saadaan tietoa vasta kun sitä on käytetty perehdytystilanteessa.

Sain oppaan sisällöstä ja luettavuudesta myönteistä palautetta. Depressiohoitajat arvioivat oppaan selkeäksi sekä hyödylliseksi ja sen toivottiin tulevan aktiiviseen käyttöön. Opas koettiin hyväksi apuvälineeksi myös oman työn jäsentämiseen ja sitä oli jo arviointiaikana hyödynnetty koulutusmateriaalina yhdellä Vantaan terveysasemista. Opasta toivottiin voitavan hyödyntää myös Vantaan depressiohoitajien yhteisenä tiedotuskanavana, josta hoitajat voisivat saada tietoa esimerkiksi toistensa ohjaamista depressiokouluryhmistä.

Suurimmat ongelmat oppaan tekemisessä ilmenivät tietoteknisessä toteutuksessa. Opas tehtiin täysin sähköisenä, mistä aiheutui tiettyjä haasteita. Oppaan valmistusvaiheessa tietotekniset taitoni olivat koetuksella ja joissakin tilanteissa olisi erityisestä tietoteknisestä osaamisesta ollut hyötyä. Oppaaseen suunnittelemani linkit internet-sivuille eivät lopulta toimineetkaan luotettavasti. Ongelmia aiheutti myös se, miten toteuttaa teknisesti oppaan helppo muokattavuus ja saatavuus.

7 POHDINTA

7.1 Eettisyys opinnäytetyön prosessissa

Tutkimus- ja kehittämistoiminnassa tulee olla tavoitteena toimiminen eettisesti kestäväällä tavalla. Eettisyys näkyy kehittämistoiminnassa mukana olevien ihmisten kunnioittamisena, tasa-arvoisena kohteluna ja oikeudenmukaisina toimintamalleina. Eettinen työskentely tarkoittaa myös kriittisyyttä kehitettäviä työkäytäntöjä ja niiden kehittämisessä käytettävää tietoa kohtaan. Eettisen ajattelun tulisi näkyä läpi koko opinnäytetyön prosessin ideointivaiheesta tulosten julkistamiseen. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 11–12.)

Olen pyrkinyt työskentelemään koko opinnäytetyön prosessin ajan työelämätahoa ja muita yhteistyökumppaneitani kunnioittaen. Opinnäytetyöni tarkempi aihe perustui työelämätaholla esille nousseeseen tarpeeseen. Oppaan suunnittelussa ja valmistamisessa pyrin toteuttamaan sovittuja aikatauluja. Opinnäytetyön prosessiini ei sisällynyt vaihetta, jossa olisin kerännyt arkaluonteista tai henkilötietoja sisältävää materiaalia. Oppaan palautekyselyä varten tarvitsin kuitenkin tutkimusluvan, jonka hankin.

Etsiessäni opinnäytetyön aiheeseen liittyvää tietoa pyrin arvioimaan tarjolla olleen tiedon luotettavuutta. Opinnäytetyöhön käyttämäni tieto ei saanut olla liian vanhaa ja tekijän sekä julkaisijan tuli olla luotettavia. Pyrin turvaamaan oppaaseen tulevan tiedon todenperäisyyden ja sopivuuden tekemällä yhteistyötä työelämäohjaajan kanssa opasta suunnitellessani ja valmistaessani.

7.2 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyön tekemisen prosessi opetti minulle monia asioita. Monet oppimistani asioista liittyvät suoraan käytännön hoitotyöhön ja nimenomaan depressiopotilaan hoitamiseen. Opin oman ammatillisen osaamisen päivittämisen ja täydentämisen taitoja sekä yhteistyötaitoja. Löysin opasta

tehdessäni itsestäni innovatiivisen kehittäjän. Ehkä kuitenkin kaikkein eniten opin itsestäni ja omista vahvuuksistani, mutta myös kehitettävistä puolistani.

Etsiessäni ja lukiessani tietoa opinnäytetyötäni varten opin samalla lisää depressiopotilaan hoitamisesta. Perusterveydenhuollon näkökulma mielenterveystyöhön ja psykiatriseen hoitotyöhön oli minulle uusi. Ammatillista tietoa ja osaamista sain paitsi etsiessäni teoretietoa myös tehdessäni yhteistyötä työelämätahon edustajien kanssa. Yhteistyö työelämäohjaajan kanssa toi ammatillisen tiedon ja osaamisen oppimiseen uuden tason, kun sain yhdistettyä teoretiedon käytännön kokemuksiin depressiopotilaan hoitamisesta perusterveydenhuollossa.

Opin opinnäytetyön prosessin aikana hoitotyössä tärkeitä yhteistyötaitoja. Huomasin, kuinka tärkeää on osata vastaanottaa ja antaa palautetta. Huomasin, että jokaisella ihmisellä on oma osaamisensa ja jotakin annettavaa. Kehittämistyön tekeminen edellyttää muiden ihmisten kuuntelemista. Muiden kuuntelemisen ja mielipiteiden huomioimisen tärkeys korostui työskentelyssäni, koska tein opinnäytetyöni yksin.

Opinnäytetyön prosessi opetti minulle työelämässä tärkeitä tiedonhaun taitoja. Sairaanhoidajana velvollisuuksiini kuuluu pitää ammatillinen osaamiseni ajan tasalla. Opin opinnäytetyötä tehdessäni ammatillisia kehittämistaitoja ja huomasin samalla, että kehittämisen ei tarvitse välttämättä olla jotakin suurta ja erikoista. Monet käytännön työtä kehittävät ja helpottavat asiat ovat aika yksinkertaisia.

Itsetuntemukseni kasvoi opinnäytetyötä tehdessäni. Huomasin, kuinka haasteellista oli työskennellä pitkäjänteisesti. Oli hienoa kuitenkin huomata, miten opinnäytetyön edistyessä huomasin kärsivällisyyteni kasvaneen. Tein työskentelyn edetessä huomion, että kykenin pitämään tuottamani oppaan valmistumisaikataulusta kiinni. Toisaalta koko opinnäytetyöni valmistumisaikataulu viivästyi kolmella kuukaudella alkuperäisestä. Tässäkin asiassa opin sen, että joskus on parempi olla joustava, jos esimerkiksi huomaa että jousto johtaa parempaan lopputulokseen ja jaksaa itse paremmin.

LÄHTEET

- Alastalo, Tarja & Punkkinen, Aulikki 2005. ”Se on kyllä ollut ihan ratkaiseva asia” Masennuspotilaiden kokemuksia hoidossa auttavista tekijöistä. *Sairaanhoitaja* 2005;11:verkkolehti.
- Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2010:1.
- Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. Diak C Kat-sauksia ja aineistoja 17.
- Ellilä, Heikki; Friis, Leila; Kilkku, Nina; Komppa-Valkama, Marita; Kuosmanen, Lauri & Vuokila-Oikkonen, Päivi 2009. Puntarissa mielenterveyshoitotyön käytäntö, koulutus ja tutkimus Suomessa. *Sairaanhoitaja* 2009;6-7:24–27.
- Haarala, Maria; Jääskeläinen, Anne; Kilpinen, Nina; Panhelainen, Maija; Peräköske, Hannele; Puukko, Outi; Riihimäki, Kirsi; Sundman, Merja & Tauriainen, Pia 2010. Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.
- Isometsä, Erkki 2011. Masennushäiriöt. Teoksessa Jouko Lönnqvist, Markus Henriksson, Mauri Marttunen & Timo Partonen (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim, 154–193.
- Jantunen, Eila 2008. Osalliseksi tuleminen – masentuneiden vertaistukea jäsentävä substantiivinen teoria. Lisensiaatintutkimus. Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja A Tutkimuksia 18.
- Jähi, Rita; Koponen, Tuija & Männikkö, Miia 2011. Omaisen psyykinen prosessi ja selviytyminen. Teoksessa Tarja Heiskanen, Matti O. Huttunen & Jyrki Tuulari (toim.) *Masennus*. Helsinki: Duodecim, 184–185.
- Karvinen, Marjatta 2009. Sairaanhoitajat selättävät depression. *Sairaanhoitaja* 2009;82:6–9.
- Kiikkala, Irma 2011. Masennuksesta toipumista tukevia tekijöitä ja menetelmiä. Teoksessa Tarja Heiskanen, Matti O. Huttunen & Jyrki Tuulari (toim.) *Masennus*. Helsinki: Duodecim, 177–180.

- Kilkku, Nina & Vuokila-Oikonen, Päivi 2011. Koulutuksella osaamista depressiopotilaan hoitoon. *Sairaanhoitaja* 2011;9:54–57.
- Koffert, Tarja & Kuusi, Katriina 2010. Depressiokoulu. Opi masennuksen ehkäisy- ja hoitotaitoja. Suomen Mielenterveysseuran koulutuskeskus.
- Kokko, Seija 2004. Mielenterveystoimiston asiakkaiden ja työntekijöiden käsitäksiä hyvästä mielenterveystyöstä. Arvotoreettinen näkökulma mielenterveystyöhön. Väitöskirja. Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.
- Korkeila, Jyrki 2006. Psykiatrian opetuksen kehittämistarpeet perusterveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:32. Sosiaali- ja terveysministeriö: Helsinki.
- Kuhanen, Carita; Oittinen, Pirkko; Kanerva, Anne; Seuri, Tarja & Schubert, Carla 2010. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: WSOYpro.
- Kuosmanen, Lauri; Hätönen, Heli; Liukka, Mari & Melartin, Tarja 2011. Peruspalveluiden työntekijöiden asenteet masennusta ja sen hoitoa kohtaan. *Yleislääkäri* 2011;26:17–21.
- Käypä hoito -suositus 2010. Depressio. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 2.11.2012.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1992/19920785>
- Lastensuojelulaki 13.4.2007/417. Viitattu 4.11.2012.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2007/20070417>
- Melartin, Tarja K.; Rytsälä, Heikki T.; Leskelä, Ulla S.; Lestelä-Mielonen, Paula S.; Sokero, T. Petteri; Isometsä, Erkki T. 2005. Continuity Is the Main Challenge in Treating Major Depressive Disorder in Psychiatric Care. *J Clin Psychiatry* 66:2, February 2005:220–227.
- Melartin, Tarja & Vuorilehto, Maria 2009. Masennus. Teoksessa Mauri Aalto, Heli Bäckmand, Henna Haravuori, Jouko Lönnqvist, Mauri Marttunen, Tarja Melartin, Airi Partanen, Timo Partonen, Kaija Seppä, Laura Suomalainen, Jaana Suokas, Jaana Suvisaari, Satu Viertiö & Maria Vuorilehto. Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 29–34.

- Mielen avain -hanke. Etelä-Suomen mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämishanke. Hankkeen esittely. <http://www.mielenavain.fi/3>
- Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Viitattu 2.11.2012.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1990/19901116>
- Noppari, Eija; Kiiltomäki, Aliisa & Pesonen, Arja 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.
- Petäjä, Hanna 2011. Masennuslääkkeiden vaikutukset seksuaaliterveyteen. Sairaanhoitaja 2011;5:41–43.
- Rovasalo, Aki & Melartin, Tarja 2009. Älä anna masennuksen tarttua. Masennuksen hoito on liian passiivista ja hoitopolut katkonaisia. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 125 (17), 1767–1768.
- Solantaus, Tytti & E. Juulia, Paavonen 2009. Vanhempien mielenterveyshäiriöt ja lasten psykiatriset ongelmat. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 125 (17), 1839–1844.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:9.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Masto-hankkeen (2008–2011) loppuraportti. Masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseen tähtäävän hankkeen toiminta ja ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2011:15.
- Suomen perustuslaki 11.6.1999/731. Viitattu 2.11.2012.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/1999/19990731>
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Viitattu 2.11.2012.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2010/20101326>
- THL, Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2012.
<http://uusi.sotkanet.fi/taulukko/Xv/108,109,110,111,112/3/3A/0/>
- Tuisku, Katinka & Rossi, Helena 2010. Masennuksen ehkäisy ja hoito. Työkaluja ja toimintamalleja työterveyshuoltoon. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Vuorilehto, Maria 2005. Moniammatillinen yhteistyö terveyskeskuksessa: Kokemuksia depression hoito-ohjelmasta. Kunnallislääkäri

2005;20:37–39.

Vuorilehto, Maria; Kilkku, Nina; Peräköske, Hannele; Tuulari, Jyrki & Vuokila-Oikkonen, Päivi i.a. Depressiohoitajakoulutuksen opetussuunnitelma -suositus ammattikorkeakouluille.

Vuorilehto, Maria; Kuosmanen, Lauri & Melartin, Tarja 2008. Depressiohoitajan työ on kohdallaan Vantaan kolmikantamallissa. Suomen Lääkäri-lehti 2008;63:190–192.

Vuorilehto, Maria & Tuulari, Jyrki 2011. Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa. Teoksessa Tarja Heiskanen, Matti O. Huttunen & Jyrki Tuulari (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 26–28.

DEPRESSIOHOITAJAN OPAS

OPAS UUSILLE DEPRESSIOHOITAJILLE VANTAAN TERVEYSASEMILLA

TEKIJÄ: Antti Niinistö

22. toukokuuta 2012

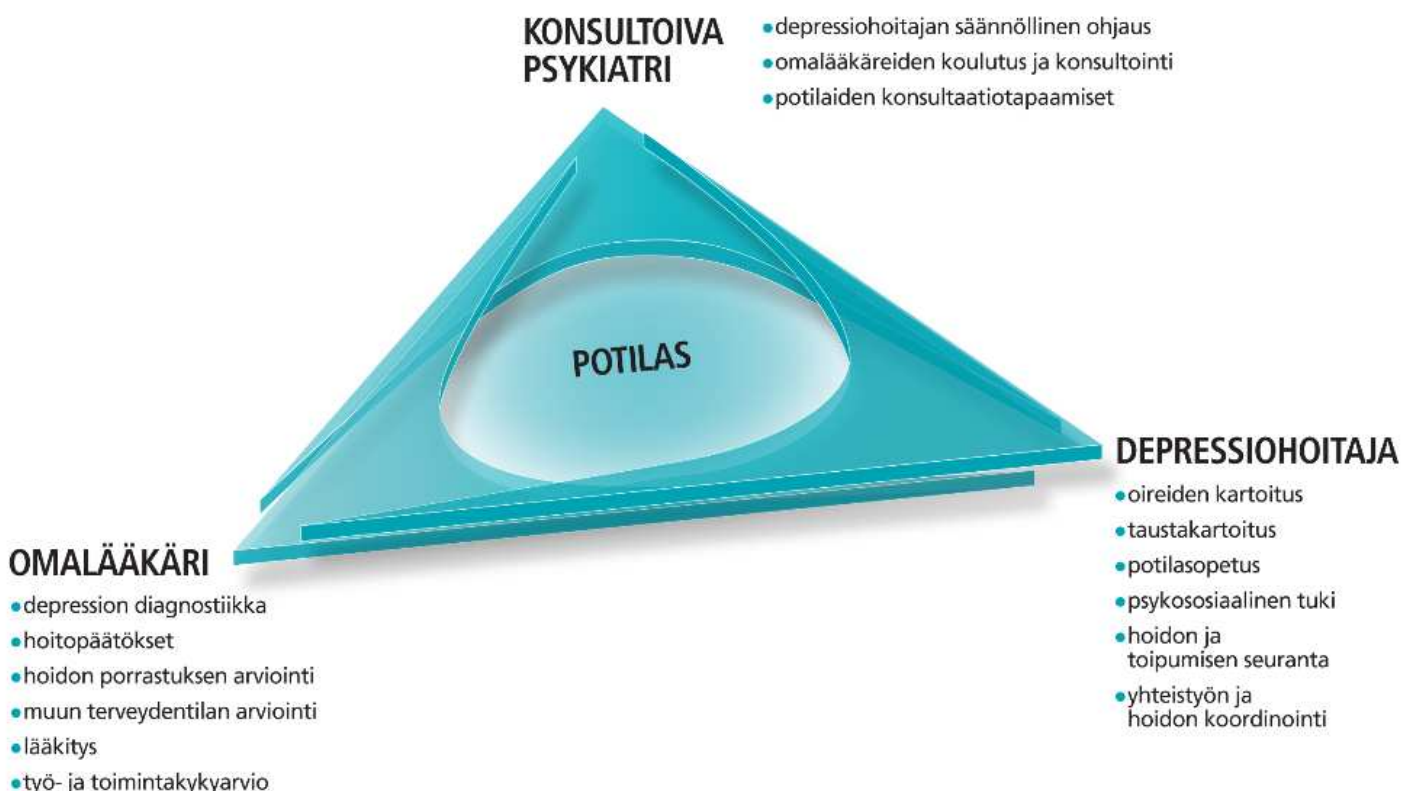
- | | |
|--|----|
| 1. DEPRESSION HOIDON KOLMIOMALLI | 2 |
| 2. DEPRESSIOHOIDON SISÄLTÖ JA KULKU KOLMIOMALLISSA | 3 |
| 3. DEPRESSIOHOITAJA JA HOIDON KOORDINOINTI | 4 |
| 4. DEPRESSIO-OIREIDEN KARTOITUS JA HOIDON SEURANTA | 5 |
| 5. HOIDON TARPEEN JA TAUSTATIETOJEN KARTOITUS | 6 |
| 6. PSYKOEDUKAATIO – TIE AKTIIVISEEN TOIPUMISEEN | 7 |
| 7. DEPRESSIOKOULU – ITSEYMMÄRRYKSESTÄ TOIPUMISEEN | 8 |
| 8. AKTIIVIHOIDON PÄÄTTYMINEN JA SEURANTA | 9 |
| 9. DEPRESSIOHOITAJAN LAADUKAS TYÖSKENTELY | 10 |

1. DEPRESSION HOIDON KOLMIOMALLI

Depressiopotilaan hoitoon perusterveydenhuollossa on kehitetty depression hoidon kolmiomalli. Tämä hoitomalli perustuu depression Käypä hoito-suositukseen, jonka mukaan depressiopotilaan tehokas hoito perusterveydenhuollossa on moniammatillista yhteistyötä. Depressiohoito on kolmiomallissa terveystieteiden lääkärin, depressiohoitajan ja konsultoivan psykiatrin yhteistyötä. Potilas on tässä työryhmän työskentelyn keskiössä saaden yksilöllisen ja tehostetun hoidon, seurannan ja tuen depressiosta toipumiseen.

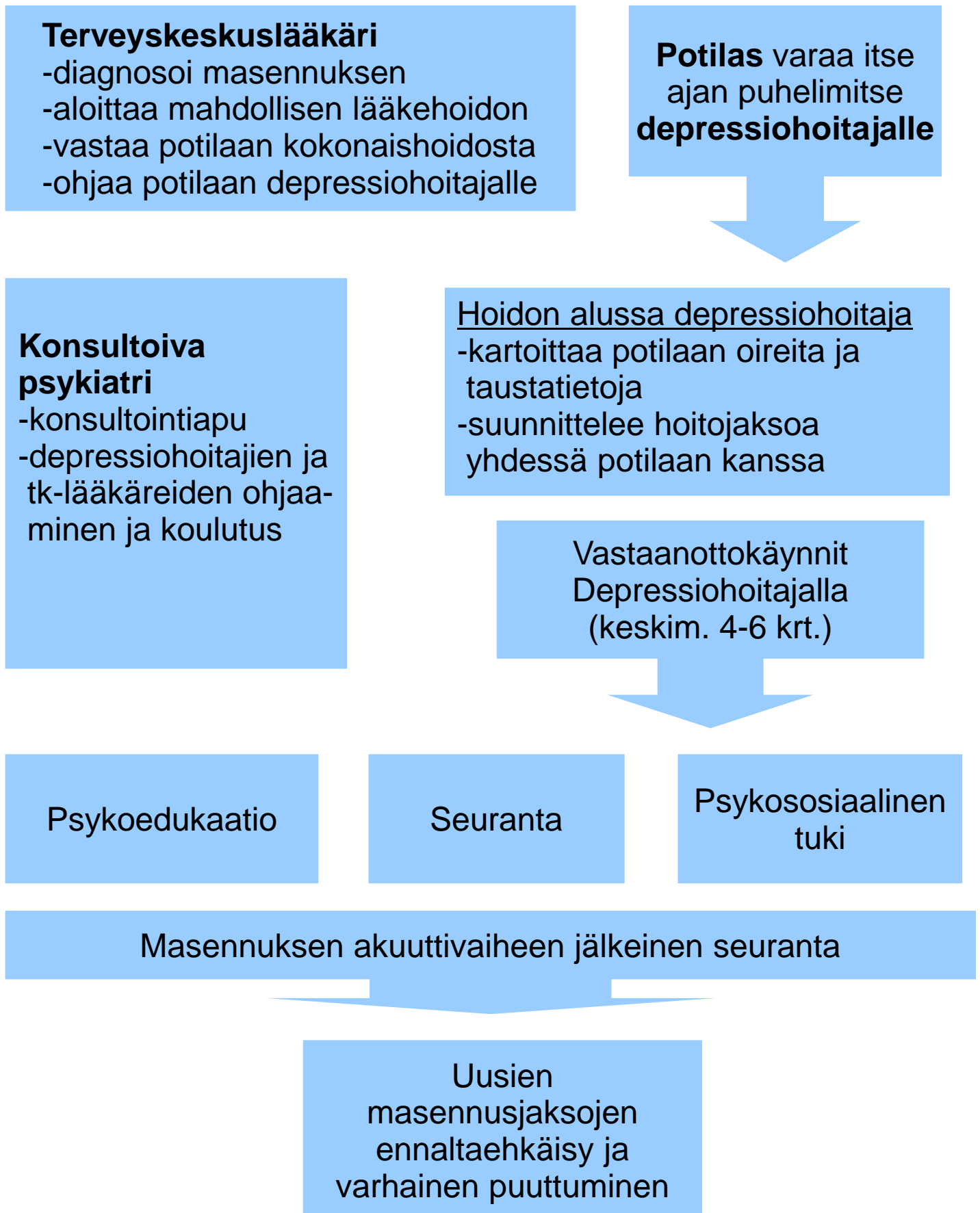
Depression varhainen tunnistaminen on perusterveydenhuollossa tärkeää. Mitä varhaisemmassa vaiheessa depressio tunnistetaan ja potilas saa hoitoa sairauteensa, sitä tehokkaammin voidaan estää depression muuttuminen krooniseksi ja toimintakykyä rajoittavaksi tilaksi. Pelkkä depression tunnistaminen ei kuitenkaan riitä, jos potilaalle ei ole tarjota tehokasta hoitoa ja seurantaa. Tehokas depressiohoito edellyttää asiantuntevaa sekä riittävästi tiivistä hoidon vaikuttavuuden seurantaa. Depression hoidon kolmiomalli hyödyntää depressiohoitajina työskentelevien sairaanhoitajien asiantuntemusta depressiopotilaan hoitamisessa ja toipumisen seurannassa.

3



Kuva: Depression hoidon kolmiomalli perusterveydenhuollossa (Lähde: Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa. STM:n esitteitä 2010:1).

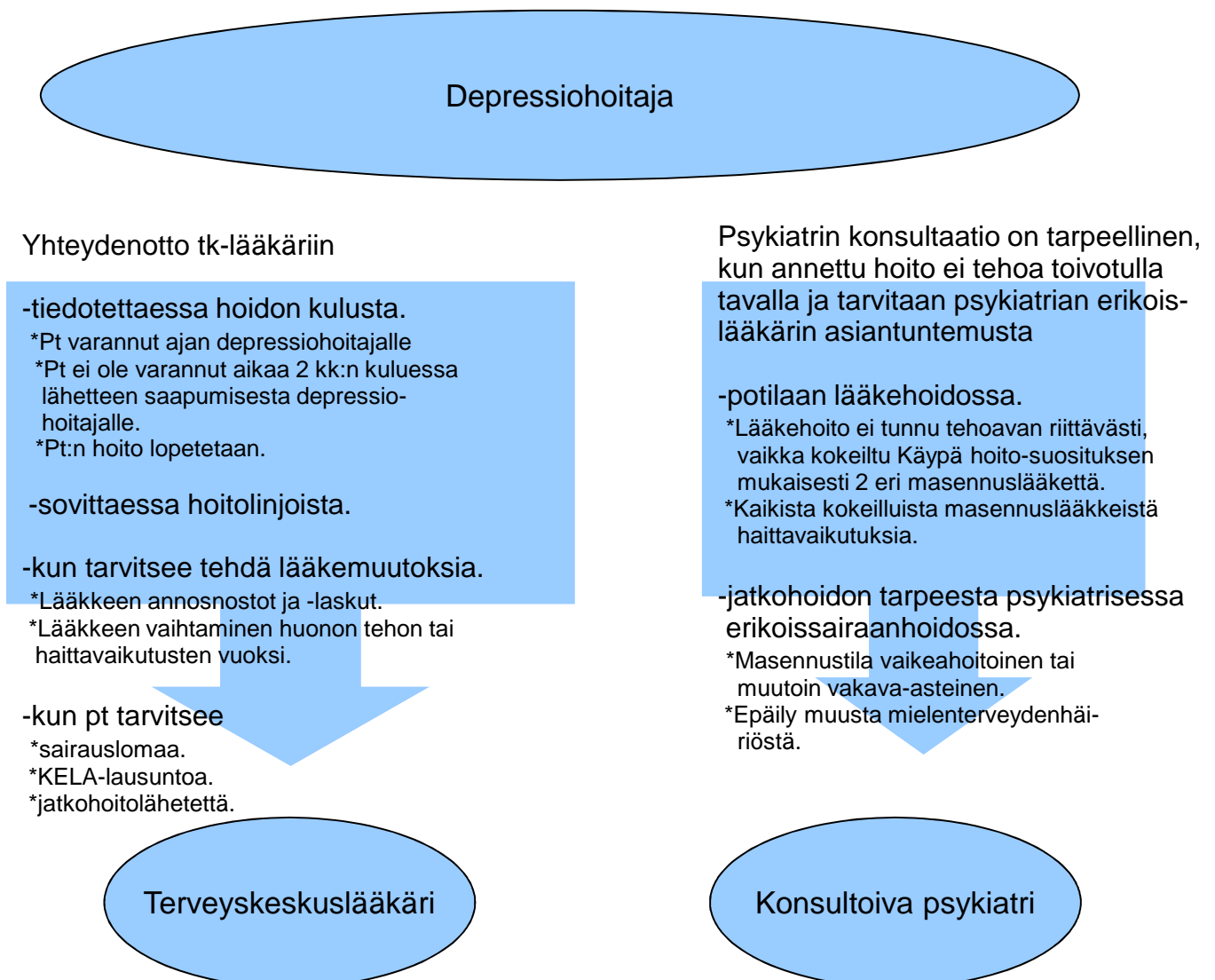
2. DEPRESSIOHOIDON SISÄLTÖ JA KULKU KOLMIOMALLISSA



3. DEPRESSIOHOITAJA JA HOIDON KOORDINOINTI

Depression hoidon kolmiomalli perustuu depressiohoitajan, terveyskeskuslääkärin ja konsultoivan psykiatrin sujuvalle yhteistyölle. Terveyskeskuslääkäri arvioi hoidon tarpeen, aloittaa hoidon ja ohjaa potilaan depressiohoitajan vastaanotolle. Depressiohoitaja seuraa hoidon tehoa ja potilaan toipumista, kartoittaa potilaan oireita ja taustaa, antaa tietoa masennuksesta ja sen hoidosta sekä tukee potilasta toipumisessa. Konsultoivan psykiatrin tehtäviin kuuluu depressiohoitajan ja terveyskeskuslääkärin ohjaus ja koulutus sekä konsultointi haastavissa ja psykiatrian erikoislääkärin ammattitaitoa vaativissa potilastapauksissa.

Käytännön yhteistyö ja hoidon koordinointi depressiohoitajan näkökulmasta



4. DEPRESSIO-OIREIDEN KARTOITUS JA HOIDON SEURANTA

Depressiopotilaan hoidossa käytettävät oirekyselyt

-Hoitava lääkäri diagnosoi masennuksen ja aloittaa hoidon.

-Depressiohoitaja kartoittaa masennuksen oireita sekä seuraa hoidon tehoa ja potilaan toipumista.

-Masennuksen diagnosoinnissa, oirekartoituksessa ja seurannassa keskeinen työkalu on [BDI-oireseula](#).

-Depression hoidossa ja seurannassa huomioitava myös mahdollinen:

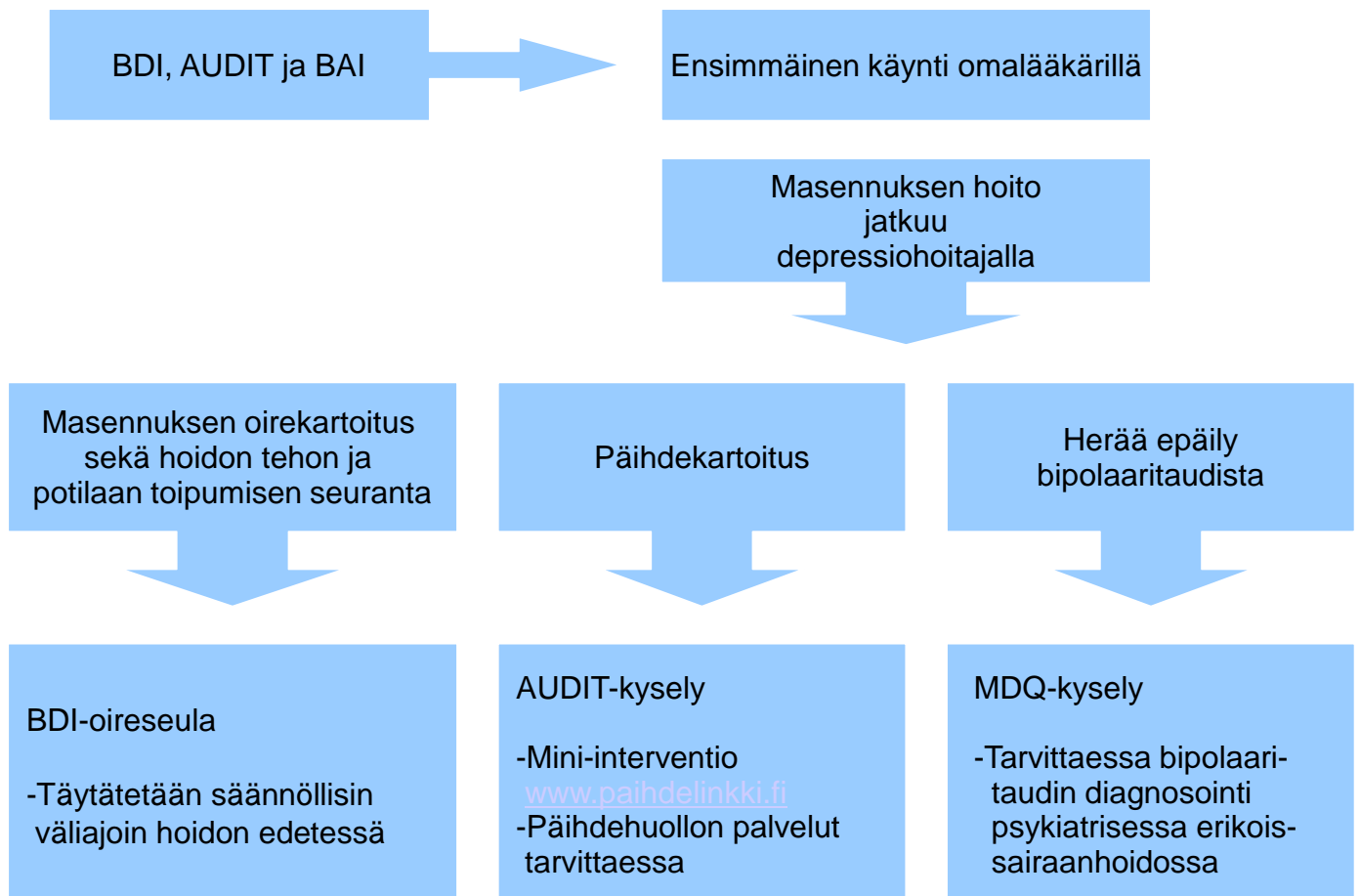
*päihdeongelma ([AUDIT-kysely](#)).

*ahdistuneisuushäiriö (BAI-kysely).

*bipolaaritauti (MDQ-kysely).

*persoonallisuushäiriö (SCID-II-haastattelu).

Kuinka BDI-oireseulaa ja muita yleisimpiä oirekyselyitä käytetään

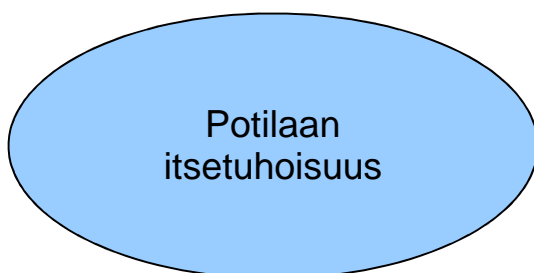


5. HOIDON TARPEEN JA TAUSTATIETOJEN KARTOITUS

Hoidon alussa kartoitetaan potilaan kanssa yhdessä hänen oirekuvaansa ja taustatietojaan. Oirekuvan selvittämisessä voidaan käyttää apuna edellisessä luvussa kuvattuja oirekyselyjä. Tärkeää on kuunnella, miten potilas on itse kokenut elämänsä ennen sairastumistaan ja kuinka hän kokee depression vaikuttavan elämäänsä tällä hetkellä. Hoitjakson rajallisuuden (1-6 käyntiä) vuoksi hoitoa suunniteltaessa on tärkeää määritellä päällimmäisenä oleva ongelma ja millaista apua potilas itse toivoo saavansa hoidosta.

On tärkeää selvittää, mikäli potilaalla on ollut aiempia masennusjaksoja, muita psyykkisiä sairauksia tai päihdeongelmia ja kuinka niitä on hoidettu. Potilaan elämänkaareen liittyvät vaiheet, kuten: lapsuus, opiskelu, itsenäistyminen, työelämä sekä perheen perustaminen sisältävät tietoa, joka auttaa suunnittelemaan yksilöllistä hoitoa sekä asettamaan sille realistisia tavoitteita. Taustatietojen kartoittamisessa on tärkeää selvittää potilaan nykyinen perhetilanne. Erityisesti potilaan alaikäisten lasten hyvinvointi on tärkeää ottaa puheeksi potilaan kanssa ja arvioida lasten mahdollisesti tarvitsemat tukitoimet.

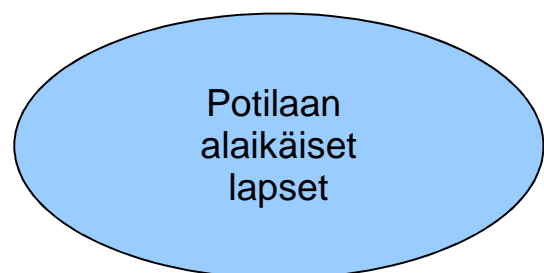
Tärkeitä asioita depressiopotilaan oireiden ja taustatietojen kartoittamisessa



Itsemurhan riskitekijöitä ovat:

- *suunnitelma itsemurhan tekemiseksi olemassa
- *aiempi itsemurhayritys
- *suvussa itsemurhia tai niiden yrityksiä
- *päihdeongelma
- *potilas kokenut menetyksen elämässään
- *potilaalla suppea tukiverkosto tai se puuttuu kokonaan

Mikäli itsemurhariski arvioidaan suureksi, potilasta ei tule jättää yksin ja hänet on saatava sairaalahoitoon.



Arvioitava

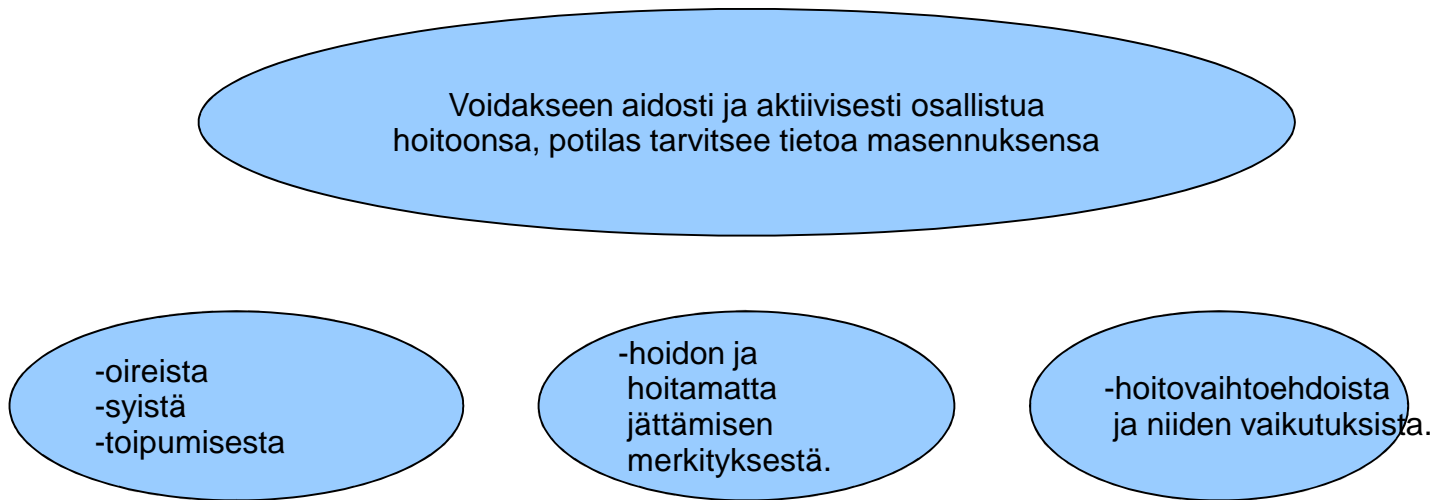
- *potilaan kyky huolehtia lapsistaan.
- Lasten ikä ja määrä.
- Onko puoliso tai joku muu läheinen jakamassa hoitovastuuta?

Keskusteltava

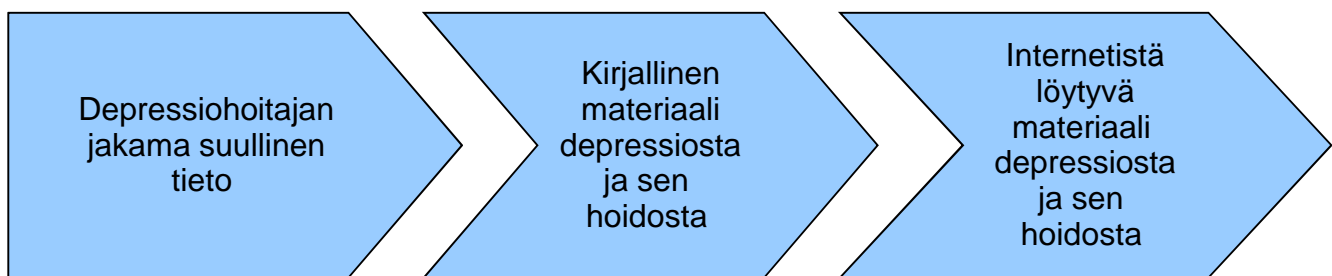
- *potilaan kanssa avoimesti lasten tilanteesta.
- Kuunneltava potilaan oma kokemus avuntarpeestaan lastensa hoidossa.
- Annetaan tietoa lapsiperheille tarkoitetuista palveluista ja ohjataan niiden piiriin.
- Lapset tarvitsevat ikätasonsa mukaista tietoa vanhemman sairaudesta.

Hoitajalla velvollisuus tehdä tarvittaessa [lastensuojeluilmoitus](#).

6. PSYKOEDUKAATIO – TIE AKTIIVISEEN TOIPUMISEEN



Depressioon ja sen hoitoon liittyvän tiedon jako käytännössä



Vinkkejä depressiosta ja sen hoidosta kertovista potilasoppaista ja Internet-sivuista:

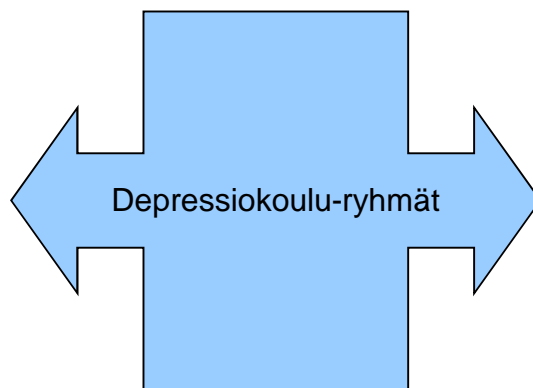
7. DEPRESSIOKOULU – ITSEYMMÄRRYKSESTÄ TOIPUMISEEN

Depressiokoulu on yhdistelmä vertaistukea ja itseopiskelua. Depressiokoulu-ryhmissä Depressiokoulu-kirjan (Koffert, T. & Kuusi, K. Depressiokoulu. Opi masennuksen ehkäisy- ja hoitotaitoja. Suomen Mielenterveysseura.) avulla potilas voi opiskella depression itsehoitotaitoja. Opiskelun tavoitteena on, että tietoisuus omista mielialoista lisääntyy ja potilas voi saada myös taitoja vaikuttaa mielialoihinsa. Ryhmäkerroilla käydään läpi työkirjan tehtäviä, joiden kautta opiskellaan, kuinka ajatukset, toiminnot, ongelmanratkaisutaidot ja sosiaaliset suhteet vaikuttavat mielialaan ja hyvinvointiin. Depressiokoulu-ryhmien avulla voidaan ennaltaehkäistä masennuksen puhkeaminen tai paheneminen, lyhentää masennuksen kestoja ja lievittää masennuksen oireita ja voimakkuutta.

Depressiokoulu-ryhmien hyödyntäminen hoidon eri vaiheissa

Aktiivihoitovaiheessa tavoitteena on

- estää depression paheneminen.
- lyhentää depression kestoja.
- lievittää depression oireita ja niiden voimakkuutta.

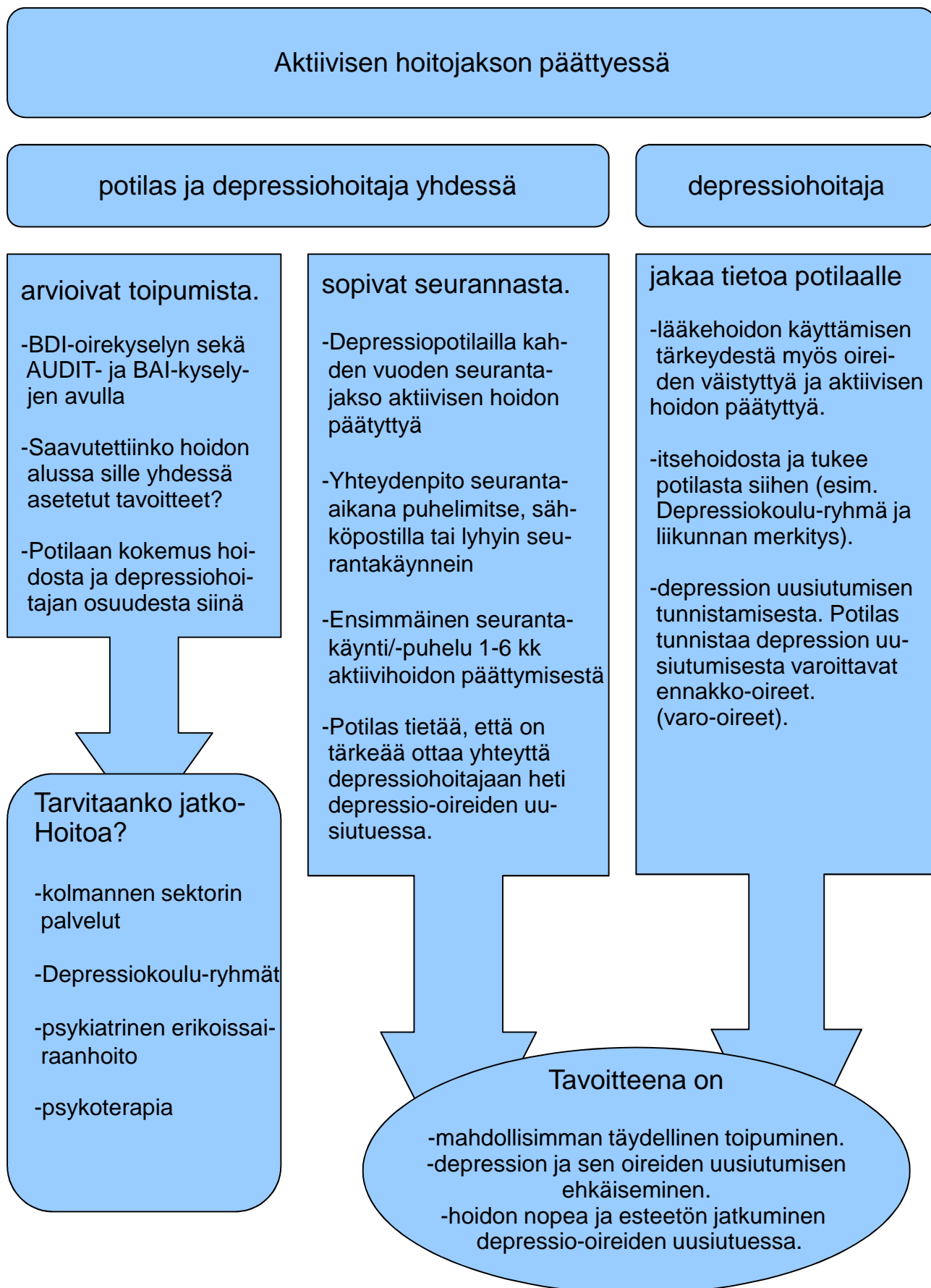


Jatkohoitona seurantavaiheessa tavoitteena on

- ennaltaehkäistä uusien sairausjaksojen puhkeaminen.
- nopeuttaa hoitoon hakeutumista uusien sairausjaksojen ilmaantuessa.

Depressiokoulu Vantaan terveysasemilla:

8. AKTIIVIHOIDON PÄÄTTYMINEN JA SEURANTA



9. DEPRESSIOHOITAJAN LAADUKAS TYÖSKENTELEY

Laadukkaan työskentelyn edellyttämät resurssit

Tilat ja laitteet

-Depressiohoitajalla oma vastaanottohuone:

- *viihtyisä, rauhallinen ja tilava
- *toimii sekä depressiohoitajan työ- että vastaanottohuoneena
- *riittävän tilava myös perhe- ja verkostotapaamisiin
- *työturvallisuus huomioitu (hälytysjärjestelmä, poistumistie)

-Laitteet ja huonekalut, joita depressiohoitaja tarvitsee vastaanottohuoneessaan:

- *puhelin
- *tietokone ja tulostin
- *mukavat istuimet potilastapaamisia varten
- *ergonominen työtuoli ja -pöytä

Ajankäyttö ja työn organisointi

- Vastaanottoaika 45 min, ensimmäinen käynti pidempi kuin seuranta-käynnit.

-Käytännön kokemusten mukaan potilastapaamisten maksimimäärä 4-5 työpäivän aikana.

-Päivittäinen aikataulu ei saisi olla suunniteltu liian tiiviiksi

- *koska uusille potilaille pitäisi pystyä antamaan aikoja lyhyelläkin varoitusajalla.
- *koska työ sisältää potilastapaamisten lisäksi muutakin (kirjaaminen, yhteydenpito puhelimitse ja sähköpostilla ym.).

Koulutus, kollegiaalinen tuki ja jaksaminen

-Vantaan terveysasemien depressiohoitajat kokoontuvat kaksi kertaa kuukaudessa.

-Valtakunnalliset depressiohoitajapäivät kerran vuodessa

-Henkilökohtainen yksilötyönohjaus

-Työnantajan kustantamiin koulutuksiin hakeutuminen oman kiinnostuksen mukaan

-Depressiohoitajan erikoistumiskoulutus ammattikorkeakouluissa

LÄHTEET

Depressio (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki; Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2010 Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi.

Haarala, Maria; Jääskeläinen, Anne; Kilpinen, Nina; Panhelainen, Maija; Peräkoski, Hannele; Puukko, Outi; Riihimäki, Kirsi; Sundman, Merja & Tauriainen, Pia 2010. Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa. Helsinki; Tammi.

Heiskanen, Tarja; Huttunen, Matti O. & Tuulari, Jyrki toim. 2011. Masennus. Helsinki; Duodecim.

Heiskanen, Tarja; Salonen, Kristina; Kitchener, Betty & Jorm, Anthony 2008. Käsikirja Mielen terveydestä ja ensiavusta. Helsinki; Suomen Mielenterveysseura.

Kilkku, Nina & Vuokila-Oikkonen, Päivi 2011. Koulutuksella osaamista depressiopotilaan hoitoon. Sairaanhoitaja 9, 54-57.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. [Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa](#). Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2010:1.

Tuulari, Jyrki & Aromaa, Esa 2008. Depressiohoitajamallilla saadaan tulosta Pohjanmaalla. Suomen Lääkärilehti 2008;63:194-95.

Vantaan kaupunki. Depression hoitomalli. Matkalla masennuksesta minuuteen.

Vuorilehto, Maria; Kilkku, Nina; Peräkoski, Hannele; Tuulari, Jyrki & Vuokila-Oikkonen, Päivi 2010. [Depressiohoitajakoulutuksen opetussuunnitelma](#). Suositus ammattikorkeakouluille.

Vuorilehto, Maria; Kuosmanen, Lauri & Melartin, Tarja 2008. Depressiohoitajan työ on kohdallaan Vantaan kolmikantamallissa. Suomen Lääkärilehti 2008;63:190-92.

Hei!

Tämä palautekyselylomake koskee sairaanhoitajaopintojeni opinnäytetyötä, joka on nimeltään: Depressiohoitajan opas - Opas uusille depressiohoitajille Vantaan terveysasemilla. Opas on tarkoitettu apuvälineeksi uusien depressiohoitajien perehdytysvaiheessa. Uudet hoitajat voivat itsenäisesti käyttää opasta apunaan tutustuessaan depressiohoitajan työnkuvaan ja käytäntöihin, mutta myös perehdytyksestä vastaava hoitaja voi käyttää opasta apuna uuden työntekijän perehdyttämisessä. Oppaan on tarkoitus olla myös käytännön työväline depressiohoitajien arjessa.

Tavoitteena on myös oppaan avulla avata depressiohoitajien keskinäiselle tiedonjakamiselle uusi kanava. Tätä ominaisuutta tukee se, että opas tulee luettavaksi Vantaan depressiohoitajien käytössä olevaan sisäiseen verkkoon ja oppaasta löytyviä tietoja voi päivittää ja täydentää tarpeiden mukaan.

Kiitos ajastasi, kun täytät palautekyselyn!

Yhteistyöterveisin

Antti Niinistö
sairaanhoitajaopiskelija
Diakonia-ammattikorkeakoulu, Helsinki

1. KUINKA KAUAN OLET TOIMINUT DEPRESSIOHOITAJANA?

2. OPPAAN SISÄLTÖ

Onko...

kyllä ei

kolmiomallin sisältö kerrottu selkeästi?		
depressiohoidon kulku kuvattu selkeästi?		
depressiohoitajan ja lääkäreiden käytännön yhteistyön kuvaus selkeä?		
oirekyselyistä ja niiden käyttämisestä kerrottu selkeästi?		
hoidontarpeen ja taustatietojen kartoituksen kuvaus selkeä?		
psykoedukaation sisältöä kuvattu selkeästi?		
depressiokoulu-ryhmän sisältö ja tavoitteet kerrottu selkeästi?		
aktiivihoidon päättymis- ja seurantavaiheissa huomioitavien asioiden kuvaus selkeä?		
depressiohoitajan laadukkaan työskentelyn edellyttämien resurssien kuvaus selkeä?		

Jos vastasit joissakin kohdissa "ei" ja haluat tarkentaa mielipidettäsi tai sinulla on kehitysehdotuksia, ole hyvä ja kirjoita niistä tähän:

3. OPPAAN ULKOASU

Onko opas...

kyllä ei

ulkoasultaan sellainen, että sitä on helppo lukea?		
värimaailmaltaan miellyttävä?		
rakenteeltaan johdonmukainen ja selkeä?		
tekstien ja kaavioiden osalta selkeä ja ymmärrettävä?		

Jos vastasit joissakin kohdissa "ei" ja haluat tarkentaa mielipidettäsi tai sinulla on kehitysehdotuksia, ole hyvä ja kirjoita niistä tähän:

4. MITÄ MUUTA HALUAT SANOA OPAASTA?