

Katja Konu & Salla Ylikoski

**ASIAKKAAN ALKUARVIOINNIN KEHITTÄMINEN MIELENTERVEYSYKSIKÖS-  
SÄ**

# ASIAKKAAN ALKUARVIOINNIN KEHITTÄMINEN MIELENTERVEYSYKSIKÖS- SÄ

Konu Katja & Ylikoski Salla  
Opinnäytetyö  
Syksy 2014  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Oulun ammattikorkeakoulu

## TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma

---

Tekijät: Katja Konu & Salla Ylikoski

Opinnäytetyön nimi: Asiakkaan alkuarvioinnin kehittäminen mielenterveysyksikössä

Työn ohjaaja: Liisa Kiviniemi

Työn valmistumislukukausi- ja vuosi: Syksy 2014

Sivumäärä: 40 + 2

---

Opinnäytetyön tavoitteena oli laatia asiakkaan alkuarviointirunko Kallion kuntayhtymän terapiakeskukseen. Sen tarkoituksena on yhdenmukaistaa asiakkaan ensimmäisten käyntien alkuarviointia sekä helpottaa uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdytystä.

Tavoitteena mielenterveystyöllä on yksilön mielenterveyden vahvistaminen sekä mielenterveyteen kohdistuvien uhkien vähentäminen. Mielenterveystyöhön kuuluu mielenterveyspalvelut sekä mielenterveyshäiriöiden ehkäisy ja mielenterveyttä edistävät palvelut. Alkuvaiheenarvioinnilla on tärkeä merkitys mielenterveystyössä, koska se luo usein perustan asiakassuhteelle. Hyvän, kunnioittavan ja luottamuksellisen hoitosuhteen rakentamisen edellytyksiä alkuvaiheessa ovat ripeä aloitus, asiakaslähtöisyys, kokonaisvaltaisen elämäntilanteen kartoittaminen sekä jatkohoidon suunnittelun aloittaminen.

Opinnäytetyömme oli projektityö. Tuloksena syntyi alkuarviointirunko Kallion terapiakeskukseen. Alkuarviointirunko sisältää alkuarviointikäynneille tarkoitettuja jäsenneityjä kysymyksiä asiakkaan elämäntilanteesta sekä nykyhetkestä, mitkä auttavat perehtymään kokonaisvaltaisesti asiakkaan hoidon tarpeeseen sekä auttaa hoidon suunnittelussa. Alkuarviointikäynneillä käydään läpi asiakkaan tulossyy, esitiedot, nykytilanne eli mikä on hoidon tarve sekä tehdään suunnitelma hoidosta. Tietoa alkuarviointirungon sisältöön keräsimme haastatteleamalla kolmea Kallion mielenterveysyksikön hoitajaa.

Alkuarviointirungon kokeiluvaiheessa selvisi että haastattelurunko on hyvä pohja vähintään kahdelle toteutuvalla arviointikäynnillä sekä lisäksi runkoa voi käyttää apuna kirjaamisen jäsentämiselle. Haastattelurungon kysymyksiä voi hyvin soveltaa ja muokata asiakkaan tilanteen mukaan. Tulevaisuudessa voisikin kehittää myös päihdetyölle vastaavanlaisen alkuarviointirungon yhteinäistämään alkuhaastattelujen toteutumista.

---

Asiasanat: Asiakkaan alkuarviointi, Mielenterveystyö

## ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences  
Degree Programme in Nursing and Health Care

---

Authors: Katja Konu & Salla Ylikoski

Title of thesis: The development of customer initial evaluation at a mental health unit

Supervisor: Liisa Kiviniemi

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2014    Number of pages: 40 + 2

---

The aim of this thesis was to create a framework for the initial customer evaluation at the therapy center of the Basic Health Care District of Kallio. The main purpose of the framework is to standardize the preliminary evaluation of customers and make it easier to orientate new employees and students.

The aim of mental health work is to strengthen the individual's mental health and to minimize the threats to mental health. Services that prevent mental health problems and improve mental health are all part of the mental health work. Initial patient evaluation has a significant meaning in this work as it often creates the basis for the therapy relationship. To build a good, respectful and trustworthy care relationship requires a quick start, customer oriented approach, holistic evaluation of the situation and planning for further treatment.

This thesis was a project work. As a result, a framework for initial customer evaluation was created. The framework consists of structured questions for the evaluation. These questions cover the customer's life cycle and the current situation which in turn helps to familiarize with the treatment needs and helps to planning of the treatment. The reason for the need of treatment, all preliminary information, the current situation and a plan for the treatment are all gone through in the preliminary evaluation. To create the content for the initial evaluation framework, we interviewed three nurses from the Kallio Therapy Center.

When testing the initial evaluation framework, it was realized that the framework is a good basis for at least two evaluation visits and in addition the framework can be used to structure the documentation of the visit. The questions of the framework can be well adjusted and used according to the customer's situation. It would be useful to develop a similar initial evaluation framework for substance abuse work to standardize the way initial evaluations are done.

---

Keywords: Initial customer evaluation, Mental health

## Sisällys

1	JOHDANTO.....	6
2	MIELENTERVEYSTYÖ JA SITÄ OHJAAVAT LAIT JA SUOSITUKSET .....	8
2.1	Mielenterveyshäiriöt .....	9
2.2	Mielenterveys- ja päihdetyötä ohjaavat lait, säädökset ja suositukset .....	12
2.3	Kansallinen mielenterveys – ja päihdesuunnitelma 2009-2015 .....	15
2.3.1	Asiakkaan aseman vahvistaminen.....	16
2.3.2	Edistävää ja ehkäisevää työtä .....	17
2.3.3	Mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestäminen .....	18
2.3.4	Ohjausmenetelmien kehittäminen.....	19
3	ALKUVAIHEEN ARVIOINTI .....	20
3.1	Hoidontarpeen määrittely .....	22
3.2	Lapset puheeksi- työmenetelmä .....	23
4	MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUT .....	25
5	PROJEKTIN TAVOITTEET .....	27
6	PROJEKTIN SUUNNITTELU, TOTEUTUS JA TULOKSET .....	28
6.1	Suunnittelu .....	28
6.2	Toteutus .....	29
6.3	Tulokset .....	30
7	ARVIOINTI .....	32
8	POHDINTA.....	34
9	LÄHTEET .....	37
10	LIITE 1.....	41

# 1 JOHDANTO

Alkuvaiheenarviointi on todettu merkittäväksi osaksi hoidon onnistumista. Tästä hyvä esimerkki on hoidon hyvän aloittamisen kehitysprojekti eli HAP2 projekti, joka toteutettiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä Pitkänien sairaalassa. Alkuvaiheenarviointia kehittäessä psykiatrian erikoissairaanhoidon sairaansijat ovat vähentyneet, potilaiden sairaalahoitajaksot ovat lyhentyneet sekä potilaat kotiutuvat entistä varhemmin. Myös potilaiden kokemukset auttavista tekijöistä painottuvat hoidon alkuvaiheeseen (Talkkari 2003, viitattu 6.9.2014.) Tämän vuoksi myös me haluamme opinnäytetyön myötä kehittää Terapiakeskuksen alkuvaiheen arviointia. Opinnäytetyöstämme hyötyvät asiakkaat, hoitajat sekä yhteiskunta taloudellisesti.

Opinnäytetyömme tavoitteena on kehittää selkeä ja yksinkertainen alkuarviointirunko, jonka mukaan työntekijät voivat jäsentää asiakkaan alkuarviointitilannetta. Haastattelurungosta hyötyvät myös uudet työntekijät sekä opiskelijat. Tarkoituksen on helpottaa alkuvaiheenarviointia ja saada se johdonmukaiseksi sekä yhdenmukaistaa Kallion kuntayhtymän mielenterveys- ja päihdeyksiköiden alkuvaiheenarviointia. Teemme opinnäytetyömme Ylivieskan Terapiakeskukseen. Ylivieska kuuluu Kallion peruspalvelukuntayhtymään, johon kuuluvat myös Alavieska, Nivala ja Sievi. Kallion Terapiakeskus tarjoaa mielenterveysyksikön sekä A-klinikan palvelut Kallion kunnissa.

Pitkäjänteisellä mielenterveyden edistämällä sekä ehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisellä on mahdollista vastata lisääntyviin mielenterveys- ja päihdeongelmiin. Tämän vuoksi on kehitetty kansallinen mielenterveys ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Suunnitelmassa esitetään 18 ehdotusta mielenterveys- ja päihdetyön yhteiseksi kehittämiseksi 2015 vuoteen mennessä (Bergman, Moring, Nordling & Partanen 2010, 5.) Suunnitelma on merkittävässä roolissa mielenterveystyössä, jonka vuoksi käsittelemme sitä laajemmin myös opinnäytetyössämme. Saimme tilaajalta toiveen, huomioida Lapset puheeksi- työmenetelmä myös opinnäytetyössämme. Työmenetelmä on alun alkaen kehitetty terveydenhuolto ja työntekijöitä ajatellen jotka hoitavat psyykkisesti sairasta vanhempaa. Työmalli perustuu ymmärrykseen mielenterveyden häiriön vaikutuksista vanhemmuuteen sekä tietoon tekijöistä joiden avulla vanhemmat voivat tukea lapsen/nuoren kehitystä. Lapsilla on myös vaarana itsekkin saada mielenterveyden ongelmia (Solantaus, viitattu 28.7.2014.) Mielenterveysongelmien periytyvyyttä on tutkittu. Esimerkiksi masennusoireiden periytyvyydeksi on arvioitu keskimäärin 30- 40%, joka vahvistaa lasten huomioimisen merkitystä (Karukivi, Nuotio & Saarijärvi 2013, viitattu 20.10.2014). Käsittelemme opinnäytetyös-

sämme myös jonkin verran päihdepalveluja. Yleisesti ottaen mielenterveys ja päihteet kulkevat käsi kädessä, sillä usein asiakkailla on sekä mielenterveys, että päihdeongelmia.

## 2 MIELENTERVEYSTYÖ JA SITÄ OHJAAVAT LAIT JA SUOSITUKSET

Tietoperusta koostuu mielenterveystyöstä sekä sitä ohjaavista laeista ja suosituksista. Kuvaamme myös tietoperustassamme, että mitä mielenterveys tarkoittaa, kerromme keskeisistä mielenterveyshäiriöistä, mielenterveystyöhön liittyvästä alkuarvioinnista asiakkaan hoidossa sekä hoidon tarpeen määrittelystä. Lisäksi kerromme Kansallisesta mielenterveys- ja päihdesuunnitelmasta vuosille 2009–2015 ja esimerkkejä miten se on toteutunut. Myös Lapset puheeksi-työmenetelmän otimme opinnäytetyöhömmme mukaan, koska se liittyy mielenterveystyössä asiakkaan alkuvaiheen arviointiin.

Tavoitteena mielenterveystyöllä on yksilön mielenterveyden vahvistaminen sekä mielenterveyteen kohdistuvien uhkien vähentäminen. Mielenterveyspalvelut, mielenterveys häiriöiden ehkäisy sekä mielenterveyttä edistävät palvelut kuuluvat kaikki mielenterveystyöhön. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, viitattu 10.1.2014.) Mielenterveystyötä tarjoavat terveys- ja sosiaalihoito- ja sosiaalihuoltopalveluiden lisäksi kansalaisjärjestöt, hallinnonalat sekä itse kansalaiset. Peruspalveluissa eli kuntien sosiaali- ja perusterveydenhuollossa tapahtuva mielenterveystyö on kuitenkin tärkein osa mielenterveystyön kokonaisuutta ja sitä tulisikin kehittää, koska sen tehtäviin kuuluu mielenterveyden edistäminen, ehkäisy, tavallisimpien mielenterveyshäiriöiden diagnostiikka, hoito sekä kuntoutus (Lehtinen & Taipale 2005, viitattu 2.11.2014).

Mielenterveyttä voidaan kuvata inhimillisenä, elämään myönteisesti vaikuttavana voimavarana, joka mahdollistaa oman elämän elämisen mahdollisimman täysipainoisesti (Kosonen 2010, viitattu 4.2.2014). Mielenterveydeltään häiriintyneen ja normaalin raja on aina suhteellinen. Se on sopimuksenvarainen myös silloin, kun diagnoosi perustuu selvästi ilmaistuihin kriteereihin (Lehtonen ym. 2011, viitattu 13.6.2014).

Mielenterveys voidaan nähdä psyykkisiä toimintoja ylläpitävänä voimavarana, jota sekä käytämme että keräämme kaiken aikaa ja jonka avulla ohjaamme elämäämme (Lehtonen & Lönnqvist 2011, viitattu 13.6.2014). Mielenterveys on erottamaton osa terveyttä, jota vahvistavat emotionaaliset ja sosiaaliset taidot. Mielenterveyteen vaikuttavat yksilölliset tekijät ja kokemukset, sosiaalisen vuorovaikutuksen kenttä, yhteiskunnan rakenteet ja resurssit sekä kulttuuriset arvot. Se on myös mielen ja ruumiin tasapainoa sekä hyvinvointia, joka voi muuttua elämän eri vaiheissa. Mielenterveys ei tarkoita, että elämässä ei olisi ongelmia. Siihen kuuluu myös valmius vastoin-



käymisten kohtaamiseen sekä selviytymiseen niistä omien voimavarojen ja muiden antaman tuen avulla (Kosonen 2010, viitattu 4.2.2014.) Mielenterveyden olemuksen ymmärtäminen edellyttää tietoa, mikä on mielenterveyden kannalta normaalia ja mikä poikkeavaa, mikä voisi olla ihanteellinen mielenterveys, mistä eri tekijöistä jatkuvasti muuttuva mielenterveys on riippuvainen ja miten mielenterveys ilmenee keskimäärin ihmisten elämässä.

Hyvän mielenterveyden tunnusmerkkejä ovat kyky ihmissuhteisiin, rakkaus ja toisista välittäminen, halu ja kyky vuorovaikutukseen sekä henkilökohtaiseen tunneilmaisuun. Yhtä olennaista on kyky työntekoon, asianmukaiseen oman edun valvontaan ja sosiaaliseen osallistumiseen. Vaikeuksien kohdatessa tärkeitä ovat työ niiden voittamiseksi, ahdistuksen riittävä hallinta, menetyksen sietäminen ja valmius elämän muutoksiin. Perustava merkitys on todellisuudentajulla, jotta osaamme erottaa oman ajatusmaailmamme ja ulkoisen todellisuuden stressin keskellä ja vaikeissakin elämäntilanteissa. Hyvin kehittynyt identiteetti ja sosiaalinen itsenäisyys ovat myös keskeisiä. Merkittävä mutta vaikeasti määriteltävä on yksilöllinen luovuus, jolla on tärkeä osuutensa muun muassa paranemisprosessissa. Hyvästä mielenterveydestä kertoo eräänlainen psyykinen kimmoisuus ja kyky suojautua haitallisilta tekijöiltä vaikeissakin olosuhteissa (Lehtonen ym. 2011, viitattu 13.6.2014.)

## **2.1 Mielenterveyshäiriöt**

Mielenterveyshäiriöstä puhutaan silloin, kun oireet aiheuttavat kärsimystä, vajaakuntoisuutta psyykkisesti sekä toiminta- ja työkyky tai osallistumis- ja selviytymismahdollisuudet ovat rajoittuneet. Pahimmillaan oireet voivat sulkea sosiaalisten suhteiden ja yhteiskunnan toimintojen ulkopuolelle ja vammauttaa lähes kokonaan. Ongelmat mielenterveydestä esiintyvät yleensä jokapäiväisinä mieltä ahdistavina ja voimia vähentävänä asioina tai fyysisinä kipuina. Ongelmat vaikuttavat myös muistiin, asenteisiin, uskomuksiin sekä ajatuksiin. Mielenterveyshäiriöitä on erilaisia. Häiriöt ryhmitellään luokitellen oireiden ja vaikeusasteen mukaan. On myös mahdollista, että yhdellä henkilöllä on useita eri oireyhtymiä jotka vaativat hoitoa samanaikaisesti (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos 2014, viitattu 9.5.2014.) Kuvaamme tässä lyhyesti muutamia keskeisiä mielenterveyden häiriöitä.

## **Depressio**

Depressio eli masennus on keskeinen kansanterveysongelma ja painopistealue perusterveydenhuollossa sekä psykiatrian erikoissairaanhoidon työssä (Käypä hoito 2014, viitattu 9.5.2014). Suomalaisista 5% kärsii depressiosta, mutta vain osa heistä hakee hoitoa. Naisilla riski sairastua masennukseen on 21% ja miehillä 13%. Masennukseen sairastutaan usein nuorena eli se vaikuttaa sairastuneen elämään pitkälle tulevaisuuteen ja tämä voi haitata menestystä opiskelussa, työelämään siirtymisessä sekä työuran luomisessa (Haarala, Jääskeläinen, Kilpinen, Panhelainen, Peräköske, Puukko, Riihimäki, Sundman, Tauriainen, 2010, 9.) Depression hoidossa on erityisen tärkeää tunnistaa masennustila ja erotusdiagnoosi. Keskeiset kysymykset depression hoidon suunnittelussa ovat masennustilan vaikeusasteen arviointi sekä erottelu ensimmäisen sairastetun masennustilan ja toistuvan depression välillä. Keskeisimmät hoitomuodot akuuttiin masennustilaan ovat masennuslääkkeet sekä psykoterapiat. Mitä vaikeampi depressiotila on, erityisen tärkeää on yhdistää sekä lääkitys että psykoterapia. Myös elämäntilanteen kartoittaminen ja psykososiaalisen tuen tarjoaminen on keskeinen asia masennuksen hoidossa. Masennus voi uusia herkästi eli on tärkeää, että toipumisen jälkeen potilaita hoidetaan ja seurataan vielä noin puoli vuotta (Käypä hoito 2014, viitattu 9.5.2014.)

Depressiohoitajia perusterveydenhuollossa tarvitaan potilaiden opastukseen, seurantaan sekä psykososiaaliseen tukemiseen. Työterveyshuolto on tärkeässä asemassa depressiopotilaiden kohdalla uusiutuvien ja pitkittyvien sairauslomien kohdalla. Erikoissairaanhoidon hoitoon potilaat jotka sairastavat vaikeaa, psykoottista, vakavasti monihäiriöistä, yleiseen hoitomuotoon heikosti vastanneesta tai vakavaa itsetuhoisuutta aiheuttavaa depressiota (Käypä hoito 2014, viitattu 9.5.2014.)

## **Psykoosi**

Psykoosi eli todellisuudentajun vakava häiriintyminen. Psykoosi voi ilmetä aistiharhoina, harhaluuloina, puheen hajanaisuutena tai outona käytöksenä. Psykooseista vaikein on skitsofrenia. Skitsofrenian tyypillisiä piirteitä ovat ajattelun ja mielen toimintojen kokonaisuuden häiriintyminen eli köyhtynyt tunneilmaisus, kuuloharhat, harhaluulot ja puhe joka on hajanaista sekä vaikeasti ymmärrettävää. Kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön voi myös usein liittyä psykoosioireita. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön piirteitä ovat huomattavan kohonneen mielialan sekä masennusjaksojen vaihtelut (Terveyskirjasto 2009, viitattu 10.7.2014.)

Psykoottisuus voi ilmetä myös pelkästään harhaluuloisuutena ja oireiden syyt voivat olla elimellisiä. Aivosairauksien, endokriinisten häiriöiden, infektioiden, nestetasapainonhäiriöiden, systeemisten sairauksien ja lääkkeiden sekä päihteiden käytön seurauksena voi ilmetä psykoottisuutta. Deliriumiin ja dementiaan liittyvä psykoottisuus on tärkeää huomioida (Terveyskirjasto 2009, viitattu 10.7.2014.)

Terveydenhuollon tehtävä on seurata ja tukea potilaita kenellä on suuri riski sairastua psykoosiin. Sairastumisen riskitekijöitä ovat geneettinen riski ja psyykkinen oire mikä haittaa toimintakykyä, ohimenevät psykoottiset oireet sekä psykoottistyyppinen oireilu. Hoitoon sisältyy tarkka diagnostinen arviointi sekä säännöllinen seuranta, mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöiden hoito, tukeminen arjen toiminnoissa ja vaikeuksissa sekä psykoedukaatio. Hyvään hoitoon kuuluu heti hoidon aloitettua luottamuksellinen hoitosuhde, henkilökohtainen hoito-ohjelma sekä tarpeellisen lääkityksen vakaa ylläpito (Terveyskirjasto 2009, viitattu 10.7.2014.)

### **Ahdistuneisuushäiriöt**

Ahdistuneisuushäiriö on lievä mielenterveyden häiriö, jossa keskeisinä piirteinä ovat ahdistuneisuus, pelko ja jännittyneisyys. Vaikka ahdistuneisuushäiriöt ajatellaan lievinä, voivat ne silti invalidoida potilaan vakavasti. Ahdistuneisuushäiriöön kanssa ilmenee yhtä aikaa myös depressiota sekä päihteiden väärinkäyttöä (Therapia Fennica, viitattu 10.7.2014.)

ICD-10 luokituksessa ahdistuneisuushäiriöt luokitellaan seuraavasti: sosiaalisten tilanteiden pelko, paniikki-häiriö, yleistynyt tuskaisuus, pakko-oireinen häiriö sekä trauma-peräinen stressihäiriö. Ahdistuneisuushäiriöön voi liittyä myös fyysisiä oireita, kuten hikoilua, sydämentykytystä, rinnassa tuntuva ahdistusta, ilman loppumisen tunnetta, huimausta, pahoinvointia, vatsaoireita, tihentyntä virtsaamisen tarvetta sekä vapinaa (Therapia Fennica, viitattu 10.7.2014.)

Ahdistuneisuushäiriöitä voidaan hoitaa kognitiivisella-, psykodynaamisella-, interpersonallisella- sekä ryhmäterapialla. Kognitiivinen terapia on tutkimusten mukaan ollut hyödyllisin terapiamuoto. Terapian lisäksi hoitona käytetään myös lääkehoitoa. Hoitoa suunniteltaessa on tärkeä muistaa ja huomioida myös muut samanaikaiset mielenterveyshäiriöt (Therapia Fennica, viitattu 10.7.2014.)

## **Päihdehäiriöt**

Päihdehäiriöt kuuluvat mielenterveyden häiriöihin. Tautiluokituksessa päihdehäiriöt jaetaan päihetystiloihin, haitalliseen käyttöön, riippuvuusoireyhtymään, vieroitusoireisiin sekä päihteiden laukaisemiin psykooseihin (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2014, viitattu 9.5.2014).

On tutkittu, että 80% päihdehäiriöistä sairastavilla on oheissairautena myös mielenterveyden häiriö. Psykkinen pahoinvointi voi syntyä päihteiden käytön seurauksena ja vastaavasti päihteiden liikakäytölle voi altistaa psykkinen pahoinvointi. Yleisimmät mielenterveyden häiriöt mitkä esiintyvät yhdessä päihdesairauksien kanssa ovat mieliala- tai ahdistuneisuushäiriöt ja persoonallisuushäiriöt (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2014, viitattu 9.5.2014.)

Terveydenhuolto on keskeisessä asemassa ongelmien ennaltaehkäisyssä, havaitsemisessa sekä hoidossa. Merkittävin keino diagnosoida alkoholiongelma on keskustelu asiakkaan kanssa, mutta apuna on mahdollista käyttää myös kyselylomakkeita sekä laboratoriotestejä. Hoidon on oltava kokonaisvaltaista, koska myös läheiset sairastuvat alkoholiriippuvaisen mukana (Käypä hoito 2014, viitattu 9.5.2014.)

Huumeiden käyttöön liittyy usein myös mielenterveysongelmia. Huumeongelman hoitoa voi haitata se, että ongelmaa ei välttämättä myönnetä helposti, koska huumeiden käyttö on rangaittava teko. (Käypä hoito 2014, viitattu 9.5.2014.)

### **2.2 Mielenterveys- ja päihdetyötä ohjaavat lait, säädökset ja suositukset**

Mielenterveys- ja päihdetyötä, sen kehittämistä ja toteuttamista ohjaavat useat eri ohjeet sekä suositukset. Ne käsittävät yksittäiset hoitomenetelmät, hoitoon pääsemisen, toimintamallit sekä hoidon laadun. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2014, viitattu 10.1.2014 ).



Kuvio 1 Mielenterveystyötä ohjaavat lait ja suositukset

Mielenterveystyötä ohjaa mielenterveyslaki sekä terveydenhuoltolaki (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, viitattu 29.1.2014). Päihdetyön palveluista säädetään päihdehuoltolaissa sekä raittiustyölaissa. Raittiustyölaki 828/1982 määrää kunnat ehkäisevään päihdetyöhön. Päihdetyötä ohjaa myös Sosiaalihuoltolaki 710/1982, Kansanterveyslaki 66/1972, Erikoissairaanhoidolaki 1062/1989, Lastensuojelulaki 417/2007, Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000 sekä Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, viitattu 21.4.2014.)

Keskeisimpiä ohjeita ja suosituksia mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi tarjoaa Käypä hoito, Kiireettömän hoidon kriteerit, Palvelutakuu, Hyvä käytäntö, Inno-kylä sekä Laatusuosituksset (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2014, viitattu 10.1.2014 ). Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto ja aluehallintovirastojen tehtävänä on valvoa mielenterveyspalveluita sekä terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen tehtävänä on taas kehittää ja tutkia mielenterveystyötä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, viitattu 29.1.2014).

**Mielenterveyslaki** 14.12.1990/1116 1:1,4§ . Mielenterveystyöhön sisältyy mielisairauksia ja mielenterveyshäiriöitä sairastaville henkilöille annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämä mielenterveyspalvelut. Mielenterveyslakiin kuuluu lisäksi elinolojen kehittäminen niin, että ne ehkäisisivät mielenterveyshäiriöiden syntymistä, edistäisivät mielenterveystyötä sekä tukisivat mielenterveyspalveluiden järjestämistä. Mielenterveyspalvelut on järjestettävä avopalveluina ja lisäksi sillä tavalla, että hoitoon hakeutuva kokisi oma-aloitteisen hoitoon hakeutumisen helpoksi sekä tuetuksi (Mielenterveyslaki 1116/1990 1:1,4§.)

**Päihdehuoltolaki** 17.1.1986/41 1:3, 6, 7, 8§. Päihdehuollon järjestäminen kuuluu kunnalle. Kunnan on järjestettävä päihdehuolto sisällöltään ja laajuudeltaan niin kuin kunnan tarve vaatii. Palvelut pitää järjestää avoimuudessa niin, että palvelut ovat asiakkaille helposti tavoitettavia, joustavia sekä monipuolisia. Päihdepalveluiden toiminnassa on otettava huomioon ensisijaisesti päihitteiden käyttäjän sekä hänen perheensä/läheisensä etu sekä heidän avun, tuen ja hoidon tarve (Päihdehuoltolaki 41/1986 1:3,6,7,8§.)

**Terveydenhuoltolaki** 1326/2010 3:27§. Terveydenhuoltolaki ohjaa kuntia järjestämään tarvittava mielenterveystyö terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Sen tarkoituksena on yksilön ja yhteisön mielenterveyttä tukevien tekijöiden vahvistaminen ja mielenterveyttä uhkaavien tekijöiden poistaminen sekä vähentäminen. Terveydenhuoltolakiin kuuluvaan mielenterveystyöhön kuuluu potilaiden ohjaus, neuvonta ja psykososiaalinen tuki yksilölle sekä perheelle. Yksilön sekä yhteisön tuki järkyttävissä äkillisissä tilanteissa sekä mielenterveyspalvelut, joihin sisältyy mielenterveysongelmien tutkimus, hoito sekä lääkinällinen kuntoutus (Terveydenhuoltolaki 2010/1326 3:27§.)

**Käypä Hoito.** Duodecim, Suomalainen lääkäri-seura tarjoaa kansallisia sekä näyttöön perustuvia suosituksia hoidoista. Suositukset ovat asiantuntijoiden laatimia yhteenvetoja eri sairauksien diagnostiikasta ja hoidon vaikuttavuudesta (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2014, viitattu 29.1.2014).

**Kiireettömän hoidon kriteerit** on laatinut sosiaali- ja terveysministeriö terveydenhuollon turvaamiseksi. Kriteereissä on yhtenäiset kiireettömän hoidon kriteerit lääkäreille, joita terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira valvoo (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2014, viitattu 29.1.2014).

**Palvelutakuu** sisältää sosiaalihuollon toimeentulotukilain ja lastensuojelulain aikarajat liittyen toimeentulotukipäätöksille, vastaanotolle pääsyn sosiaalityöntekijän luo sekä selvityksen lastensuojelun tarpeelle (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2014, viitattu 29.1.2014).

**Hyvät käytännöt** on terveyden- ja hyvinvointilaitoksen ylläpitämä verkkopalvelu. Se tarjoaa monipuolista ja ajankohtaista informaatiota sosiaali- ja terveysalan käytännöistä ja antaa apua niiden tuottamiseen. Tämä toiminta on osa Inno-kylää (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2014, viitattu 29.1.2014).

**Inno-kylä** on sosiaali- ja terveysalan toimijoille tarkoitettu toimintaympäristö. Sen tavoitteena on terveys- ja sosiaalialan tukeminen koskien kestäväää uusiutumista. Inno-kylä antaa mahdollisuuden levittää ja ottaa käytäntöön uusia toimintamalleja. Inno-kylän avulla eri käytäntöjä on mahdollista arvioida sekä mallintaa siirrettävään että jaettavaan muotoon. Mielenterveys- ja päihdetyön toimintamalleja mallinnetaan REA-työkalun avulla (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2014, viitattu 29.1.2014.)

**Laatusuositukset** ovat Suomen Kuntaliiton sekä STM:n julkaisemia laatusuosituksia. Niiden tarkoituksena on kuntien toimintojen ja palvelujen kehittäminen ja ohjaus niin, että ne ovat samanvertaisia kaikkialla maassa. Mielenterveys- ja päihdetyön laatusuosituksia ohjaavat; Ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit, Mielenterveyspalveluiden laatusuositus, Päihdepalveluiden laatusuositus sekä Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluiden laatusuositus (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2014, viitattu 29.1.2014.)

### **2.3 Kansallinen mielenterveys – ja päihdesuunnitelma 2009-2015**

Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma esittää mielenterveys- ja päihdetyön keskeisimmät painotukset ja periaatteet vuoteen 2015. Mielenterveys- ja päihdeongelmien kansanterveydellinen merkitys on suunnitelman perusteena. Suunnitelmassa korostetaan asiakkaan aseman vahvistaminen, mielenterveyden sekä päihdeettömyyden edistäminen, eri ongelmien sekä haittojen ehkäisy ja hoito, myös kaikille ikäryhmille järjestettävää perus- ja avohoitopalveluja mielenterveys- ja päihdepalvelujen osalta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 5, viitattu 30.1.2014.)

Sosiaali- ja terveysministeriön johdolla on tarkasteltu Mieli-suunnitelmaa sekä sen toteutumista vuoden 2012 aikana. Tarkastelun tuloksena on huomattu, että moni asia on edistynyt hyvään suuntaan, mutta tekemistä kuitenkin vielä riittää. Tällä hetkellä näyttää, että vuoden 2015 jälkeenkin työ vielä tulisi jatkumaan. Itä kohtaa lännen – Mielisuunnitelmaa toteuttamassa 2010-2013 raportissa tarkastellaan erityisesti kahta eri hanketta. Hankkeet ovat Itä- ja Keski-Suomessa esiintynyt Arjen Mieli-hanke sekä toisena Länsi-Suomessa tapahtuva Länsi 2012 ja Länsi 2013-hankkeet. Itä ja Länsi ovat yhteisesti kehittäneet toimintaansa eri tavoin, esimerkiksi asiakkaiden osallisuutta on saatu lisättyä, yhteistä työtä on kehitetty, uusia toimintamalleja on kehitetty ehkäisevään työhön sekä mielenterveys- ja päihdepalveluihin on löydetty uusia tapoja toimia (Laitinen, Komminaho, Mäkelä, Järvinen, Hilama, Nykky, Moring, Partanen & Sutela 2013, 3, viitattu 22.9.2014.)

### **2.3.1 Asiakkaan aseman vahvistaminen**

Asiakkaan aseman vahvistamiseen liittyy useita eri tekijöitä. Niitä ovat yhdenvertaisuus, matalan kynnyksen yhden oven periaate, kokemusasiantuntijoiden asema ja vertaistuki, ulkopuolisen asiantuntija-arvion käyttäminen sekä itsemääräämisoikeuden rajoituksia koskevat säännökset ja toimeentuloturva (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 17, viitattu 30.1.2014.)

Yhdenvertaista kohtelua ja palveluihin pääsyä on suunniteltu toteutettavan koulutuksilla, joiden tarkoituksena on muuttaa ammattilaisten asenteita sekä palveluita niitä valvomalla ja hoito- ja palvelutakuulla. Yhden oven periaate toteutetaan niin, että mielenterveys ja päihdepalveluihin pääsisi ongelmitta ensisijaisesti sosiaali- ja terveyskeskuksen kautta tai tarpeen vaatiessa perusterveydenhuollon kautta. Kokemusasiantuntijat ja vertaistoimijat on tarkoituksena ottaa mukaan suunnittelemaan, toteuttamaan sekä arvioimaan mielenterveys- ja päihdetyötä. Hallitukselle suunnitellaan laadittavaksi ehdotusta itsemääräämisoikeuden rajoituksista potilaan kieltäytyessä psykiatrisesta sairaalahoidosta. Toimeentuloturvaa on suunniteltu kehitettävän siten, että hoito- ja kuntoutusajan toimeentuloturvaa muuttamalla edistettäisiin mielenterveys- ja päihdepotilaiden oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja hoitoon sitoutumista sekä motivoisi työelämään palaamista kun kuntoutus etenee. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 18- 22. viitattu 30.1.2014.)

Esimerkkinä asiakkaan aseman vahvistamiseen Arjen Mieli- hanke Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä on toteuttanut vuonna 2013 kahdeksan kuukautta kestävästä kokemusasiantuntijakoulutuk-



sen. Koulutuksen tavoitteena oli antaa valmiudet kuntoutujille sekä omaisille työskennellä erilaisen palvelujen kehittämis- ja suunnittelutehtävissä, kokemuskouluttajina, vertaisohjaajina, tukihenkilöinä sekä lisäksi moniammatillisten työryhmien jäseninä. Keski-Suomessa kokemusasiantuntijakoulutuksen- ja toimintamallin on suunniteltu jäävän pysyväksi toimintamalliksi (Laitinen ym, 2013, 25-26, viitattu 22.9.2014.)

### **2.3.2 Edistävää ja ehkäisevää työtä**

Alkoholin kokonaiskulutuksen vähentäminen, yhteisöllisyys ja osallisuuden lisääminen ja sukupuolisesti siirtyvien ongelmien tunnistaminen sekä etenemisen estäminen ovat asioita joita painotetaan edistäessä mielenterveyttä ja päihdeettömyyttä sekä ehkäistessä mielenterveys- ja päihdeongelmia. Tämän lisäksi kuntastrategiaan tulee kuulua edistävää ja ehkäisevää työtä, sekä sen tulisi toteutua laaja-alaisesti palvelujärjestelmässä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 23, viitattu 30.1.2014.)

Painopisteenä ehkäisevässä mielenterveys- ja päihdetyössä on kolme eri kokonaisuutta. Ensimmäisessä keskitytään alkoholiveron merkittävään nostamiseen. Hyvinvointia tukevia yhteisöjä vahvistetaan sekä kansalaisille lisätään mahdollisuuksia osallistua heihin kohdistuviin ratkaisuihin. Kolmannessa yli sukupolvien yli siirtyvää mielenterveys- ja päihdeongelmaa halutaan tunnistaa ja ehkäistä. Kuntien tulisi ottaa mukaan mielenterveys- ja päihdetyön strategia osaksi kuntastrategian omaa terveyden- ja hyvinvoinnin edistämistä. Tämän lisäksi kunnan tulisi nimetä vähintään yksi pysyvä ja kokopäiväinen työntekijä ehkäisevään ja edistävään mielenterveys- ja päihdetyöhön, joka koordinoi työn väestön mukaiselle alueelle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 23,25-26, viitattu 30.1.2014.)

Itä kohtaa Lännen- raportissa käydään läpi Kuopion mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa vuosille 2013-2020.

Kuopion mielenterveys- päihdesuunnitelman 2013-2020 päämäärät ovat: 1) Edistetään hyvää mielenterveyttä ja päihdeettömyyttä eri ikäryhmissä, 2) Mielenterveys- päihdekysymykset otetaan puheeksi kaikissa palveluissa ja 3) Sosiaali- ja terveysalan palveluissa hoidetaan lievät mielenterveys- päihdeongelmat. Kaikissa mielenterveys- päihdepalveluissa on asiakaslähtöiset ja vaikuttavat toimintamallit ja hoitopolut. Kokonaisuutena suunnitelma painottuu hyvinvoinnin edistämiseen, ongelmien ehkäisyyn ja varhaiseen tukemiseen (Laitinen ym. 2013, 44.)

Konkreettisia tavoitteita Kuopion suunnitelmassa on useita. Tavoitteena on muuttaa asenteita mielenterveys- ja päihdeongelmia kohtaan sekä täysi nollatoleranssi kiusaamisen ja väkivallan suhteen. Tarkoituksena on myös onnistunut eläköityminen, työ-, opiskelu- ja kouluhyvinvointi ja niiden edistäminen. Oikea- aikainen hyvinvointiin puuttuminen, vertaistuki sekä mielenkiintoinen tekeminen tukevat mielenterveyttä sekä päihdeettömyyttä. Kuopion suunnitelmassa korostetaan, että mielenterveys- ja päihdekysymyksiä täytyy ottaa esille ja puheeksi kaikissa peruspalveluissa. Aikuisille suunnatuissa mielenterveys- ja päihdepalveluissa on myös huomioitava myös lapset (Laitinen ym. 2013, 44–45, viitattu 22.9.2014.)

### **2.3.3 Mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestäminen**

Palvelukokonaisuuden koordinointi, perus- ja avopalvelujen tehostaminen sekä eri ikäryhmien tarpeiden ottaminen huomioon ovat osa-alueet, joista kuntien täytyisi ottaa vastuuta mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämisessä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 27, viitattu 30.1.2014).

Palvelukokonaisuuden koordinoinnilla tarkoitetaan rahoitus- ja järjestämisvastuussa olevien kuntien vastuuta koordinoita tehokkaammin julkinen, kolmannen sektorin sekä yksityissektorin palvelut toimivaksi yhteiseksi palvelukokonaisuudeksi. Perus- ja avopalvelujen tehostamisella kuntien täytyisi lisätä ja monipuolistaa mielenterveys- ja päihdeongelmia sairastaville esimerkiksi päivystyksellisiä-, liikkuvia- sekä konsultaatiopalveluja. Tämän tarkoituksena on vähentää laitospaikkojen tarvetta. Lisäksi tarkoituksena olisi yhdistää erikoistason psykiatriset ja päihdehuollon erityispalveluiden avohoitoyksiköt sekä psykiatrisen sairaalahoidon siirtäminen yleissairaaloiden yhteyteen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 27-28, viitattu 30.1.2014.)

Lasten ja nuorten mielenterveys- ja päihdetyötä kuntien tulisi järjestää lasten ja nuorten jokapäiväisessä elinympäristössä. Esimerkiksi omassa kodissa, päiväkodissa tai koulussa asioiden esille tuominen tukisi peruspalveluita. Työikäisiä ajatellessa työterveyshuollon tulisi käydä täydennyskoulutuksilla sekä Kelan korvauskäytäntöjä tulisi kehittää siten, että mielenterveys- ja päihdehäiriötä sairastava saisi mahdollisimman varhaista huomioimista ja ehkäisyä. Työssäkäynnin jakamista ja työhön takaisin palaamista pystyisi edistämään työterveyshuollon, työpaikan, terveydenhuollon ja kuntoutuksen välisellä yhteistyöllä, jota työterveyshuolto koordinoisi. Työllistymisedellytyksiin uhkaaviin tekijöihin tulisi puuttua ajoissa, esimerkiksi työttömien terveystarkastuksilla sekä

kuntouttavalla työtoiminnalla. Työkyvyttömyyseläkkeellä sekä kuntoutustuella olevien työllistymisedellytyksiä tulee parantaa. Mielenterveys- ja päihdepalveluita ikääntyneille tulisi kehittää niin, että ehkäisyyn panostettaisiin sekä hoitoa aikaistettaisiin ja tehostettaisiin kehittämällä ikääntyneille sopivia hoitotapoja (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 34–37, viitattu 30.1.2014.)

#### **2.3.4 Ohjausmenetelmien kehittäminen**

Ohjausmenetelmiä, joita painotetaan mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisessä ovat koulutuksen kehittäminen, erilaisten suositusten kokoaminen, päivittäminen sekä niiden soveltamisen seuraaminen mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyen. Lisäksi olennaisena osana kuuluvat resursien vahvistaminen sekä lainsäädännön kehittäminen koskien mielenterveys- ja päihdetyötä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 38, viitattu 30.1.2014.)

Minimisisällöt mielenterveystyön opetukselle määrittelee sosiaali- ja terveysministeriö sekä opetusministeriön työryhmä. Minimisisältö tulisi sisällyttää sosiaali- ja terveydenhuollon koulutusaloilla päihdetyön opetuksen minimisisältöjen kanssa opetusohjelmiin. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on vastuussa eri suositusten kokoamisesta mielenterveys- ja päihdetyöstä ja sen tehtävänä on huolehtia suositukset yhteen tietokantaan sekä päivittää ja seurata suositusten toteutumista. Valtionosuuksia tulee lisätä perustason mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämiseksi sekä kohdennetaan sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistoimintaan liittyviä valtionavustuksia mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämiseen. Sosiaali- ja terveysministeriö selvittää mahdollisuutta mielenterveyslain ja päihdehuoltolain yhdistämiseksi sekä päivittää mielenterveyslain, päihdehuoltolain ja raittiustyölain (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 38, 41–42, viitattu 30.1.2014.)

### 3 ALKUVAIHEEN ARVIOINTI

Elina Filppulan pro-gradu tutkielmassa viitataan Mikko Orasen kirjoittamaan kehittämishankkeen osaraporttiin, jonka mukaan Alkuarvioinnilla eli alkukartoituksella eli tilanearviolla tarkoitetaan asiakkuuden alussa tehtävää suunnitelmaa siitä, minkälaisia työmenetelmiä käytetään sekä mitkä ovat työskentelyn tavoitteet niin työntekijän kuin asiakkaan puolelta. Raportin mukaan alkuarvioinnin teolla pyritään myös asiakkaan parempaan sitoutumiseen oman asian hoidossa (Filppula 2010, viitattu 6.9.2014.)

Alkuvaihe näyttää olevan hoidon onnistumisen kannalta merkittävä. HAP2- projektissa kerrotaan että, tutkimusten mukaan potilaiden kokemukset auttavista tekijöistä painottuvat hoidon alkuvaiheeseen. Hoidon alkuvaihe näyttää olevan myös hoidon onnistumisen kannalta merkittävä (Talkkari 2003, viitattu 6.9.2014.) Tämä tieto vahvistuu myös Esa Ala-Ruonan tutkimuksessa, jossa kerrotaan alkuvaiheenarvioinnin luovan usein perustan asiakassuhteelle, tämän vuoksi voi toimintatavalla olla suuri merkitys siihen, miten varsinainen terapiasuhte käynnistyy, lähtee kehittymään ja millaisia tuloksia sillä saavutetaan (Ala-Ruona 2007, viitattu 6.9.2014). Hoidon hyvän aloittamisen edellytyksiä potilasta kunnioittavan ja luottamuksellisen hoitosuhteen rakentamisessa ovat ripeä aloittaminen, potilaslähtöisyys, kokonaisvaltaisen elämäntilanteen kartoittaminen ja jatkohoidon suunnittelun aloittaminen (Talkkari 2003, viitattu 6.9.2014.)

Hoidossa tavoitteisiin pääseminen edellyttää hoitoon sitoutumista. Siinä terveydenhuollon ammattilaisen ja asiakkaan välisen neuvottelun tuloksena saavutetaan yhteisymmärrys hoidosta sekä sen tavoitteista. Kaiken tämän edellytyksenä on avoin, ymmärrettävä ja selkeä vuorovaikutus. Asiakas tarvitsee kokemuksen, että hän on tullut kuulluksi ja että hän on voinut vaikuttaa omaan hoitoonsa (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2009, viitattu 6.9.2014.) Hoidossa asiakas on tasavertainen neuvottelukumppani. Asiakkaan hoitoon osallistumiseen voivat vaikuttaa kulttuurierot, ikä, koulutustaso, sukupuoli ja sosioekonominen asema. Asiakaslähtöinen hoitotyö parantaa kommunikaatiota hoitajan ja asiakkaan välillä, edistää asiakkaan osallistumista hoitoon, luo positiivisen hoitosuhteen sekä parantaa asiakkaan hoitoon sitoutumista. Kun asiakkaan näkökulma, hänen arvot ja tarpeet ymmärretään, niin pystytään tarjoamaan oikeanlainen hoito eri hoitovaihtoehdoista (Robinson, Callister, Berry & Dearing 2008, 600,603, viitattu 13.9.2014). Asiakkaan motivoinnissa on tärkeää tiedon antaminen työskentelyn luonteesta, siihen liittyvistä erilaisista

vaihtoehtoista ja hoitopaikan antamista mahdollisuuksista (Kiviniemi, Läksy, Matinlauri, Nevalainen, Ruotsalainen, Seppänen & Vuokila-Oikkonen 2007, 65.)

Kontaktin luomiseen ja yhteistyösuhteen rakentamiseen on alussa varattava riittävästi aikaa. Tapaamista varten varataan rauhallinen tila, jossa voidaan keskustella ulkopuolisten häiritsemättä. Avoimet ja neutraalit kysymykset voivat kannustaa asiakasta puhumaan omalla kielellään ja itselleen luonteenomaisella tavalla (Kiviniemi ym. 2007, 65.)

Työntekijän asiakasta kohtaan osoittama arvostus ilmenee asiakkaan kuuntelemisena. Työntekijän haasteena onkin yhdistää asiakkaan rytmin mukainen eteneminen keskustelussa sekä tarpeellisen informaation saaminen asiakkaan tilanteesta. Keskustelussa asiakkaalla tulisi olla mahdollisuus omin sanoin kertoa tilanteestaan ja hoitoon hakeutumisesta. Vuorovaikutustilanteessa työntekijällä on mahdollisuus tehdä havaintoja asiakkaan puheesta, eleistä, ilmeistä ja muusta kehonkielestä (Kiviniemi ym. 2007, 65–66.)

Asiakkaalle on tärkeä antaa tietoa hoitopaikasta, sen toiminnasta ja mahdollisuuksista olla avuksi. Orientoitumisvaiheessa ja erityisesti, jos kysymys on osastohoidosta, tilojen esittely on tarpeellinen. Hoidon alkuvaiheessa annettava tieto auttaa asiakasta tarkentamaan omaa avuntarvettaan sekä vähentää asiakkaan ennakkoluuloja hoitopaikkaa kohtaan (Kiviniemi ym. 2007, 66–68.)

Yhteistyösuhteen alkuvaiheeseen liittyy myös asiakkaan suostumukseen perustuva hoitoneuvottelun järjestäminen, johon osallistuu asiakkaan määrittelemät hänelle tärkeät ihmiset ja hoitoon osallistuvat työntekijät. Asiakkaan kanssa on tärkeää keskustella hoitoneuvottelun merkityksestä, hyödyistä ja tavoitteesta. Asiakkaalle tärkeitä ihmisiä voidaan havainnollistaa esimerkiksi verkostokartan avulla. Keskustelussa voidaan tarkentaa verkostokarttaan asetettujen ihmisten merkitystä. Tärkeä näkökulma on etsiä sosiaalisessa verkostossa olevia voimavaroja ja auttaa asiakasta oivaltamaan, kuka voisi olla tai on hänen voimavaranaan ja auttaa eteenpäin selviytymisessä. (Kiviniemi ym. 2007, 66–68.) On kuitenkin hyvä muistaa, mitä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin hyväksymissä hyvän hoidon periaatteissakin sanotaan: sairauksien hoitamisessa potilas ei ole pelkästään passiivinen hoidon kohde, vaan aktiivinen osallistuja (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2009, viitattu 6.9.2014).

Pitkään jatkuneet vaikeudet voivat saada asiakkaan ja läheisensä odottamaan, että auttavat ammattilaiset poistavat kaikki koetut ongelmat. Tämä odotus on epärealistinen, ja se on tärkeää ottaa puheeksi jo yhteistyösuhteen alkuvaiheessa (Kiviniemi ym. 2007, 66.)

### **3.1 Hoidontarpeen määrittely**

Hoitotyön prosessilla WHO (World Health Organisation) tarkoittaa yksilön, perheen ja/tai yhteisön hoitotyölle ajateltujen terveyteen kohdistuvien interventioiden järjestelmää, minkä tarkoitus on edetä hoidon tarpeen määrittelystä seuraavaksi hoitosuunnitelmaan ja taas suunnitelman toteutuksesta arviointiin. Hoitotyön prosessin tarkoituksena on helpottaa ja auttaa hoitajaa ajattelemaan hoitotyötä kokonaisvaltaisesti (Punkanen 2001, 35.) Hoitotyön prosessin hallinta; potilaan hoidon suunnittelussa, toteutuksessa sekä arvioinnissa kuuluu jokaisen sairaanhoitajan perusosaamiseen (Ahonen, Ikonen & Koivukoski, viitattu 13.10.2014).

Ensimmäisessä vaiheessa hoitotyön prosessissa on tarkoitus tunnistaa potilaan tarpeet sekä ongelmat (Punkanen 2001,35). Alkuvaiheessa on oleellista kartoittaa yksilöllisen tuen tarve. Vakavien somaattisten vammojen hoito on kuitenkin etusijalla (Aalto, Bäckmand, Haravuori, Lönnqvist, Marttunen, Melartin, Partanen, Partonen, Seppä, Suomalainen, Suokas, Suvisaari, Viertiö & Vuorilehto 2009, 54, viitattu 20.2.2014.) Tulohaastattelu sekä esitietojen kerääminen ovat perusta potilaan hoidon suunnittelulle. Jos tulohaastattelu ja esitiedot ovat puutteelliset, myös hoidosta ei tule tarpeeksi yksilöllistä ja tarkoituksenmukaista (Ahonen ym. viitattu 13.10.2014). Ensimmäiseen vaiheeseen sisältyy tietojen keruu potilaalta itseltään, näiden saatujen tietojen tutkiminen, ongelmien tunnistaminen sekä ongelmien priorisointi eli järjestetään ongelmat tärkeysjärjestykseen. Tietoja potilaasta voidaan kerätä tutkimalla, havainnoimalla, haastatteleamalla, erimittauksilla sekä mahdollisesti laboratoriokokeilla. On tärkeää luoda potilaaseen luottamuksellinen suhde, jotta hän itse kertoisi tilastaan mahdollisimman avoimesti. Lisäksi voi olla mahdollista käyttää hyväksi potilaan aikaisempia terveystietoja sekä mahdollisesti haastatteleamalla perheenjäseniä. Hoitotyöntekijöiden täytyy muistaa huomioida ja hoitaa potilaita kokonaisvaltaisesti eikä ajatella yksistään esimerkiksi fyysistä ongelmaa hoidettavaksi, koska yksi ongelma voi johtaa hoitamattomana toiseen. Esimerkiksi fyysinen ongelma voi kohta olla psyykinen ja/tai sosiaalinen tai päinvastoin (Punkanen 2001, 35-37.) Potilaalle on tärkeää tulla kohdelluksi yksilönä ja vastaanoton tulisi olla turvallinen sekä luottamusta herättävä (Hallila 2005, 61). Ensimmäisillä kontakteilla hoitohenkilökunnan kanssa on suuri merkitys. Ensimmäisiä kertoja sairastuneen

sekä hänen läheistensä odotukset saada apua ovat korkealla. Itse sairastunut ja hänen läheisensä ovat helpottuneita avun saamisesta ja odottavat hoitohenkilökunnalta aktiivista sekä jämäkkää otetta eikä heidän kuulu kokea epävarmuutta hoitoon hakeuduttua (Kilkku 2008, viitattu 28.10.2014).

Toisessa vaiheessa hoitotyön prosessia tapahtuu hoitotyön suunnitelman laatiminen. Tavoitteena suunnitelmalla on yhdessä potilaan kanssa asettaa tavoitteet ongelmille. Ehkäistä ongelmien toteutuminen, jo olemassa olevien ongelmien ratkaiseminen sekä auttaa potilasta selviytymään niistä ongelmista joita ei voi ratkaista. Potilaan itsemääräämisoikeutta on ajateltava koko ajan ja ottaa hänen mielipiteet huomioon (Pukanen 2001, 37–38.) Mietittäessä on myös tärkeä pohtia, miten tavoitteisiin pääsyä voidaan arvioida ja milloin tavoitteisiin voitaisiin mahdollisesti päästä (Ahonen ym. viitattu 13.10.2014).

Kolmanteen ja viimeiseen vaiheeseen kuuluu arviointi. Arviointia tapahtuu kuitenkin koko hoitotyön prosessin ajan ja on erityisen tärkeää kirjata kaikki potilasta koskevat merkinnät asiallisesti potilaskertomukseen. Arviointi on jatkuvaa ja se antaa tietoa tarvitseeko jotain muuttaa potilaan hyvän hoidon mahdollistamiseksi (Pukanen, 2001, 39.) Arvioinnissa on tärkeää huomioida, miten potilas on reagoinut hänelle tarjottuihin auttamismenetelmiin, onko potilaan tilassa tapahtunut muutoksia, miten hoito on koettu potilaan kannalta, ovatko tarpeet, tavoitteet sekä suunnitellut toiminnot muuttuneet (Ahonen ym. viitattu 13.10.2014).

### **3.2 Lapset puheeksi- työmenetelmä**

Kallion mielenterveyspalvelut ovat ottaneet elokuussa 2014 käyttöön Lapset puheeksi-työmenetelmän. Lapset puheeksi- työmenetelmä perustuu ymmärrykseen mielenterveyden häiriön vaikutuksista vanhemmuuteen ja lapsiin, sekä tietoon tekijöistä, joiden avulla vanhemmat voivat tukea lapsen ja nuoren kehitystä. Vaikka lapsilla on vaara saada itsekin mielenterveyden ongelmia, on myös asioita, joita vanhemmat voivat tehdä tukeakseen lapsiaan ja ehkäistäkseen ongelmien syntyä (Solantaus, viitattu 28.7.2014.)

Lastensuojelulaki velvoittaa vanhempaa hoitavan tahon ottamaan huomioon potilaan lasten tuen ja hoidon tarpeen (Lastensuojelulaki 417/2007 2:7§). Työmenetelmä on siis kehitetty täyttämään lainsäätäjän antamat velvoitteet sekä auttamaan työntekijää ottamaan lapset puheeksi rakenta-

vasti ja vanhempia ja lapsia kunnioittaen. Sitä ei voida tehdä muuten, kuin puhumalla lapsista vanhempien kanssa (Solantaus, viitattu 28.7.2014.)

Lapset puheeksi- työmenetelmä on alun perin kehitetty terveydenhuollon työntekijöitä varten, jotka hoitavat psyykkisesti sairaita vanhempia. Vanhempi voi olla osasto- tai avohoidossa perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa. Työmenetelmää voidaan käyttää soveltaen myös sosiaali- ja koulutoimessa. Lapset puheeksi- keskustelun tarkoitus on myös avata keskustelu vanhemmuudesta ja lapsista osaksi ehkä pitkääkin hoitoprosessia. Päämäärä on, että vanhempi sekä työntekijä voivat ensivaiheen jälkeen palata lasten asiaan avoimesti ja välittömästi (Solantaus, viitattu 28.7.2014.)

Lapset puheeksi- neuvonpitoa ehdotetaan, jos perheen ja lasten tapaamisissa nousee esiin huolta, vaikka kuinka pientäkin lapsen pärjäämisestä tai lapsen sosiaalisen verkoston hataruudesta. Se on verkostokokous, johon pyydetään tarvittavat henkilöt lapsen sosiaalisesta verkostosta sekä tarvittavien hoitopalveluiden edustajat. Neuvonpito valmistellaan yhdessä vanhempien kanssa. Neuvonpidon tarkoituksena on aktivoida lapsen sosiaalinen verkosto ja, jos lapsi tarvitsee omia tutkimuksia ja hoitoa, siirretään hoitovastuu asianomaiselle taholle. Neuvonpidossa rakentuu silta perheen ja uuden työpisteen välille, jolloin perheen on helpompi aloittaa heidän kanssaan. Tällä menetelmällä pyritään välttämään perheen putoaminen palveluiden väliin (Solantaus, viitattu 28.7.2014.)



## 4 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUT

Mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat yhdistetty useissa kunnissa. Mielenterveys- ja päihdeongelmien ennaltaehkäisyssä sekä hoidossa tekevät sosiaali- ja terveystoimi yhteistyötä. Kuntien tehtävänä on suunnitella ja toteuttaa eri järjestöjen tuottamat, yksityiset sekä julkiset palvelut kokonaisuudeltaan toimivaksi. Mieli-suunnitelma (kansallinen mielenterveys ja päihdesuunnitelma) suunnittelee mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä 2015 vuoteen saakka (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, viitattu 21.4.2014.)

Mielenterveyspalveluihin sisältyvät ohjaus, neuvonta, psykososiaalinen tuki, kriisitilanteiden psykososiaalinen tuki sekä mielenterveyshäiriöiden tutkimus, hoito sekä kuntoutus. Jokaisessa kunnassa sosiaali- ja terveydenhuolto järjestää asukkaille mielenterveyshäiriöihin liittyen ehkäisevää, varhaista tunnistamista, asianmukaista hoitoa sekä kuntoutusta. Sosiaali- terveydenhuollon peruspalvelut sekä avopalvelut ovat ensisijaisia hoitoa ajatellen. Mielenterveyspalveluita on myös tarpeen vaatiessa mahdollista saada erikoissairaanhoidossa, psykiatrian poliklinikoilla ja psykiatrisena sairaalahoitona. Mielenterveyskuntoutujille kunnan sosiaalihuolto järjestää tarvittaessa kuntouttavaa työtoimintaa, asumispalveluita ja kotipalveluita (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, viitattu 29.1.2014.)

Päihdepalveluja on mahdollista saada sosiaali- ja terveydenhuollon yleisinä palveluina, päihdehuollon erityispalveluina sekä erityistason sairaanhoitona. Päihdepalvelujen palvelumuotoja ovat avohoito, laitohoito, kuntoutus sekä asumis- ja tukipalvelut. Avohuoltoa tarjotaan ensisijaisesti. Avohuollon palveluja ovat sosiaalinen tuki, katkaisuhoido, ryhmäterapia, perheterapia sekä kuntoutus. Avohuollon palveluissa otetaan huomioon myös toimeentulon sekä asumiseen liittyviä kysymyksiä. Jos avohuollon palvelut eivät riitä, on tarpeellista suunnitella laitospalveluita. Laitospalveluun kesto on noin neljä viikkoa. Tuki- ja asumispalvelut ovat hoitoa ja kuntoutusta tukevia palveluita, ne perustuvat vapaaehtoisuuteen sekä toimivat luottamuksellisesti. Avopalveluihin voi hakeutua oma-aloitteisesti, mutta laitoshuoltoon mennään yleensä läheteellä. Päihdepalvelujen järjestämisestä vastaavat kunnat tarpeen mukaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, viitattu 21.4.2014.)

Aikuisilla eli yli 23-vuotialla on samat hoitoon pääsemisen aikarajat mielenterveyshäiriöiden hoidossa kuin muuhunkin sairaalahoitoon. Työterveyshuollon kuuluu tukea työkäisiä terveen mielen-terveyden ylläpitämisessä sekä ongelmien välttämässä. Lasten ja nuorten eli alle 23-vuotiaiden on päästävä erikoislääkärin arviointiin ja hoidon tarpeen arvioinnin edellyttämiin tutkimuksiin kuu- den viikon sisällä lähetteen saapumisesta. Hoitoon on päästävä kolmen kuukauden sisällä hoidon tarpeen toteamisesta. Neuvolat, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto ovat merkittävässä asemassa lasten ja nuorten mielenterveysongelmien ehkäisyssä, havaitsemisessä sekä tuen tarjoamisessa. 16–67-vuotiaat mielenterveyspotilaat voivat hakea kansaneläkelaitokselta kuntoutuspsykoterapi- aa, minkä tarkoituksena on parantaa työ- ja opiskelukykyä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, viitattu 29.1.2014.)

## 5 PROJEKTIN TAVOITTEET

Projektin tarkoituksena on yhtenäistää sekä kehittää Kallion mielenterveysyksiköiden alkuhaastattelua.

Projektin tulostavoitteena on kehittää selkeä ja yksinkertainen alkuarviointirunko, jonka mukaan työntekijät voivat jäsentää asiakkaan alkuarviointitilannetta. Haastattelurungosta hyötyvät myös uudet työntekijät sekä opiskelijat. Toiminnallisena tavoitteena on helpottaa alkuvaiheenarviointia ja saada se johdonmukaiseksi. Kehitystavoitteena taas on yhdenmukaistaa Kallion kuntayhtymän mielenterveys- ja päihdeyksiköiden alkuvaiheenarviointia sekä varmistaa, että kaikki tärkeäksi koetut asiat tulisi otettua esille asiakkaan kokonaisvaltaisen arvioinnin onnistumiseksi. Tavoitteisiin pääsemistä arvioimme kysymällä työntekijöiltä alkuhaastattelurungon toimivuudesta sen oltua käytössä noin kuukauden ajan.

## 6 PROJEKTIN SUUNNITTELU, TOTEUTUS JA TULOKSET

Teemme toiminnallisen opinnäytetyön, jonka perustana on projektisuunnitelma. Toiminnallisella opinnäytetyöllä tarkoitetaan käytännön työn ohjeistamista, opastamista sekä toiminnan järjeistämistä tai järjestämistä. Toiminnallisen opinnäytetyön tuloksena voi syntyä ammatilliseen käyttöön tarkoitettu ohje, ohjeistus tai opastus. Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on, että siinä yhdistyy käytännön toteutus sekä raportointi (Vilka & Airaksinen 2003, 9.) Projektisuunnitelma kuuluu tehdä toiminnallisessa opinnäytetyössä siksi, että opinnäytetyön tavoitteiden ja idean täytyy olla perusteltuja, tiedostettuja sekä harkittuja. Projektisuunnitelmasta löytyy vastaukset kysymyksiin mitä, miten ja miksi tehdään. Projektisuunnitelman tarkoitus on jäsentää mitä olemme tekemässä, osoittaa taitomme johdonmukaiseen päättelyyn ideassa ja tavoitteissa sekä tehdä lupaus työn tekemiselle (Vilka ym. 2003, 26–27.)

### 6.1 Suunnittelu

Teimme opinnäytetyömme avohoitoon. Toimeksiantaja opinnäytetyöllemme oli Ylivieskan terapiakeskus, joka kuuluu Kallion peruspalvelukuntayhtymään yhdessä Alavieskan, Sievin ja Nivalan terapiayksiköiden kanssa. Yhteyshenkilömme mielenterveystoimistosta oli osastonhoitaja. Aiheeseen tartuttuamme, opettajamme oli yhteydessä Ylivieskan mielenterveystoimistoon, olisiko heillä tarvetta alkuhaastattelun kehittämiseksi. Heidän tarpeisiin vastaten aloitimme opinnäytetyön tekemisen Kallion peruspalvelukuntayhtymän mielenterveys- ja päihdepalveluiden alkuhaastattelun yhtenäistämiseksi.

Kallion mielenterveystoimistossa on käytössä valmis haastattelurunko puhelinhaastattelua varten, minkä he ovat kokeneet toimivaksi. Nyt olikin tarkoitus tehdä hoitajien tueksi vastaavanlainen alkuhaastattelurunko asiakkaan saavuttua ensimmäistä kertaa mielenterveystoimistoon. Tarkoituksenamme oli siis selvittää, mitä asioita ensimmäisillä vastaanottokäynneillä olisi hyvä selvittää asiakkaan tilanteen kartoittamiseksi.

Tietoa alkuhaastattelusta ja sen tavoitteista keräsimme haastatteleamalla Kallion mielenterveysyksikön työntekijöitä ryhmähaastattelulla. Haastattelu toteutettiin kolmen hengen ryhmässä. Työntekijät olivat mielenterveystoimistosta. Ryhmähaastattelu tarkoittaa, että haastattelun vetäjän sekä

jokaisen osallistujan välille syntyy vuorovaikutus. Ryhmän vetäjä haastattelee jokaista ryhmän jäsentä yksilöhaastattelun tapaan. Jokaiselle ryhmäläiselle esitetään samat kysymykset. Näin kontrolli ryhmästä saadaan pidettyä hallinnassa, ja ylimääräinen keskustelu ryhmän jäsenten keskestä saadaan poistettua (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 223–224.)

Opinnäytetyön mahdollisena riskinä pidimme aikataulua. Opinnäytetyön lisäksi suoritimme muitakin kursseja tiiviillä aikataululla, kävimme satunnaisesti töissä ja hoidimme perhettä. Koskaan ei voi tietää mitä tulee tapahtumaan, esimerkiksi oma tai perheenjäsenen sairastuminen saattaa muuttaa aikataulun täysin. Työn eri vaiheisiin oman aikamme lisäksi tarvitsimme myös toimeksi-antajan ja opettajan aikaa. Näin ollen aikataulujen järjestämisessä oli välillä haastetta.

## **6.2 Toteutus**

Ensimmäinen opinnäytetyöhön liittyvä tapaaminen oli tammikuussa 2014, jolloin aihe jäi tarkemmin määrittelemättä. Sen jälkeen olemme olleet yhteydessä opettajan ja Ylivieskan mielenterveys toimiston kanssa ja päättäneet, että opinnäytetyömme aihe tulee olemaan Kallion mielenterveysyksiköiden alkuhaastattelun yhtenäistäminen. Meidän tehtävämme on mielenterveys- ja päihdeyksiköiden hoitajien haastattelujen pohjalta luoda valmis alkuhaastattelurunko. Lopullinen aihe tuli selväksi maaliskuussa 2014. Aloitimme opinnäytetyön tekemisen kuitenkin jo tammikuussa tapaamisen jälkeen teorian tiedon hankkimisella ja tietoperustan tekemisellä. Projektisuunnitelmaa aloimme tehdä huhtikuussa 2014 ja sen valmistumisen tavoitteena ajattelimme toukokuuta 2014. Haastattelun toteutimme toukokuussa 2014. Suunnittelimme nauhoittaa keskustelun ja sen pohjalta kerätä aineisto alkuarvointirunkoon. Mielenterveysyksikön hoitajat pitivät kuitenkin parempana ajatuksena, että teemme muistiinpanot paperille haastattelusta haastattelun aikana. Alkuperäisestä suunnitelmasta poiketen haastattelimme ainoastaan kolmea mielenterveysyksikön sairaanhoitajaa. Alkuvaiheessa oli suunnitelma haastatella myös päihdepuolen hoitajia, mutta päihdepuoli jäi kokonaan pois aikataulullisista syistä. Haastattelussa tuli myös ilmi, että päihdetyö poikkeaa jonkin verran mielenterveystyöstä, joten yhteistä alkuarviointi runkoa on hankala toteuttaa. Haastattelussa otimme selvää kokemuksista jo olemassa olevista kysymyksistä, mitä mielenterveysyksikön hoitajat pitävät tärkeinä. Kesän aikana analysoimme muistiinpanoista alkuarviointirungon. Elokuussa lähetimme alkuarviointirungon mielenterveysyksikköön kokeiltavaksi ja arvioitavaksi. Syyskuun aikana Ylivieskan osastonhoitaja sekä mielenterveysyksikön työntekijät arvioivat ja kommentoivat tekemäämme arviointirunkoa. Heidän palautteen perusteella teimme hieman

tarvittavia muutoksia alkuperäiseen runkoon. Lisäksi Kalliossa otettiin käyttöön Lapset puheeksi mukainen keskustelu, joka lisättiin tekemäämme alkuarviointirunkoon ja viitekehykseen. Syyskuussa kysyimme palautetta, miten runko on toiminut käytännössä.

Haastattelu tapahtui ryhmähaastatteluna. Kysyimme haastattelussa jokaiselta, mitä asioita he pitävät tärkeänä selvittää alkuarviointikäynneillä ja miksi. Lisäksi kysyimme, kuinka monta alkuarviointikäyntiä yleensä on tarpeellista järjestää. Muuten valmiita kysymyksiä meillä ei erityisesti ollut. Ajattelimme, että on tärkeää kuunnella mielenterveystyön asiantuntijoita ja saada heiltä ideoita jatkokysymyksiin haastattelun aikana, koska mielenterveystyö oli meille kummallekin hie- man vieraampaa. Haastattelussa saimme selviä ja perusteltuja vastauksia, minkä perusteella teimme muistiinpanot sekä kokosimme ja jäsentelimme haastattelurungon.

Haastattelun alussa kirjoitimme asioita luettelomaisesti muistiinpanoihimme. Haastattelun aikana ilmenivät alkuarvioinnin pääkohdat, joihin arvioinneissa perehdytään. Samalla hahmottelimme alkuarviointirunkoa ja luokittelimme asioita oikeiden pääkohtien alle. Haastattelun dokumentointi oli hyvä toteuttaa muistiinpanoilla, koska se helpotti ja selkiytti tulosten analysointia. Muistiinpanoja tehdessä kyselimme ja pyysimme perusteluja varmistaaksemme ja oppiaksemme itse tilanteesta mahdollisimman paljon. Dokumentointia helpotti, ettei haastateltavilla ollut eriäviä mielipi- teitä haastattelussa esille otettavista asioista. Yhdessä analysoimme ja vertasimme muistiinpa- noja, joiden perusteella kokosimme alkuarviointirungon. Käytimme aikaa myös siihen, että mie- timme asioille oikeat ja selkeät nimet, jotta lukijalle ei tulisi väärinkäsityksiä asioista.

### **6.3 Tulokset**

Asiakkaan alkuarviointikäyntejä järjestetään yleensä yhdestä kolmeen asiakkaan tilanteesta riip- puen. Haastattelurungossa käydään läpi asiakkaan tulosityy, esitiedot, nykytilanne eli hoidon tarve sekä suunnitelma hoidolle.

**Tulosityyn** haastateltavat selvittävät kysymällä, onko asiakas tullut mahdollisesti läheteellä vai ilman. Samalla selvitetään myös, että kuka ajan on varannut, mahdollisesti asiakas itse vai lähei- nen.

**Esitietoihin** he keräävät tietoa tämän hetkisestä perhetilanteesta ja perhesuhteista sekä mahdollisesta ammatista/työpaikasta. Haastattelussa ilmeni, että esitietoihin kuuluu myös selvittää, minkälaisesta perheestä asiakas on, sekä minkälainen on hänen oma kokemuksensa lapsuudesta. Kouluikä ja koulumenestys sekä kouluiän kaverisuhteet ja mahdollinen koulukiusaaminen otetaan myös esille. Asiakkaan elämässä tapahtuvat menetykset, esimerkiksi läheisen kuolema, työpäivän menetys ovat tärkeitä asioita selvittää. Sairaudet sekä sairaushistoria, niihin liittyvät mahdolliset hoidot ja lääkitykset kysytään myös. Onko asiakas kokenut väkivaltaa elämänsä aikana sekä mahdollinen päihteidenkäyttö käydään läpi. Lisäksi miehiltä kysytään, onko suorittanut armeijan ja miten armeijassa olo on mennyt vai onko mahdollisesti keskeytynyt, ja jos on keskeytynyt miksi.

**Nykytilannetta eli hoidon tarvetta** haastateltavat selvittävät kysymällä hoitoon tulon syy sekä oireet ja oireiden syntyamiseen vaikuttavat tapahtumat. He kertoivat käyttävänsä apuna erilaisia oiretestejä, esimerkiksi BDI II, GAD- seula, Audit. Nykytilanteessa he selvittävät myös oireiden vaikutusta arkielämään, työhön sekä perhe- ja ystäväsuhteisiin. Tässä vaiheessa he myös arvioivat millainen lääkärin arvion tarve asiakkaalla on, tarvitseeko hän mahdollisesti sairauslomaa, lääkitystä tai sairaalahoitoa.

**Suunnitelmassa** he keskustelevat ja pohtivat asiakkaan hoitoon sitoutumisesta, koska asiakkaan motivaatiolla hoitoon sitoutumisessa on ratkaiseva merkitys jatkohoidon suunnittelussa. Hoitajat tekevät myös arvion hoidontarpeesta, jatkohoidosta sekä kuinka kiireellisesti mitään hoitoa tarvitaan. Asiakkaan kanssa he myös sopivat seuraavan/seuraavat käynnit mielenterveysyksikköön.

## 7 ARVIOINTI

Projektityön tavoitteiden saavuttamista pystyy parhaiten arvioimaan käytännön kautta. Meidän työssämme se tarkoittaa palautettu alkuarvointirunkoa käyttäviltä ammattilaisilta ja opiskelijoilta. Olemme saaneet palautetta rungon toimivuudesta Kallion mielenterveysyksiköstä sekä lisäksi mielenterveys- ja päihdetyöhön suuntautavalta sairaanhoitajaopiskelijalta.

Ensimmäisen arvioinnin asiakkaan alkuarvointirungosta pyysimme Kallion mielenterveysyksiköstä heti kun olimme analysoineet haastattelun. Heidän palautteen perusteella teimme hieman muutoksia alkuperäiseen runkoon. Muutokset koskivat otsikoiden järjestelyä ja uusia elokuussa käyttöön tulleita kansainvälisiä alkuarviointiin tarkoitettuja otsikoita. Lisäksi Kalliossa otettiin elokuussa käyttöön Lapset puheeksi- keskustelu, joka lisättiin alkuarvointirunkoon sekä viitekehykseen. Saatuaamme palautteen perusteella tehtyä tarvittavat muutokset annoimme alkuarviointirungon käytännön työhön kokeiltavaksi ja arvioitavaksi sen hyödyllisyydestä sekä toimivuudesta.

Kun alkuarvointirunko oli ollut Kalliossa mielenterveysyksikössä hoitajien käytössä muutaman viikon, saimme palautteen rungon toimivuudesta. Palaute oli iloksemme positiivista. Hoitajien mielestä kyselyrunko toimii hyvin ja se on hyvä pohja asiakkaan alkuarviointikäynnille. Koko rungon läpikäymiseksi kuitenkin tarvitsee vähintään kaksi arviointikäyntiä, mutta Kalliossa onkin mahdollista järjestää yhdestä kolmeen käyntiä eli runko toimii hyvin asiakkaan käyntimääriä ajatellen. Kysymykset olivat hoitajien mielestä myös hyvin sovellettavissa ja muokattavissa eri tilanteiden ja tarpeiden mukaan. Lisäksi kaikki kysymykset mitä runko sisältää, käydään yleensä läpi asiakkaan alkuarviointikäynneillä. Tämän vuoksi kaikki kysymykset ovat perusteltuja runkoa ajatellen. Yksi kokemus oli myös, että runko toimii hyvänä pohjana ja apuna kirjaamiselle. Palautteessa tuli esille myös se, että aina keskustelua ei voida käydä tietyn kaavan mukaan, vaan asiakas saattaa tarvita ja hyötyä enemmän rajaamattomasta keskustelusta eli tällöin runkoa ei ole tarpeellista käyttää.

Annoimme myös alkuarviointirungon valmistuvalle sairaanhoitajaopiskelijalle luettavaksi ja arvioitavaksi. Opiskelijan mielestä myös rungosta voi olla apua alkuhaastattelua ajatellen.

Palautteesta päätellen onnistuimme alkuarviointirungon kehittämisessä tavoitteiden mukaan. Oli hienoa huomata, että runko oli otettu käyttöön ja siitä oli hyötyä. Hoitajien kokemukset olivat posi-



tiivisia alkuarviointia ajatellen, mutta myös kirjaamisessa voi rungosta olla apua. Mielenterveyspsykiatrian hoitajia haastatellessamme tuli ilmi, että jokaiselle hoitajalle muokkautuu ajan kanssa oma tyyli haastatella asiakasta, eivätkä pitkään työskennelleet hoitajat välttämättä tarvitse minkäänlaista runkoa avuksi haastatteluun. Kuitenkin esille tuli myös sellainen, että uudet työntekijät sekä opiskelijat voivat hyötyä alkuhaastattelurungosta paljonkin, koska työ ei ole niin rutinoitunutta ja silloin on helpompi edetä tietyn kaavan mukaan, jotta kaikki tarpeelliset asiat tulee huomioitua. Lisäksi se voi helpottaa alkuarviointitilannetta valmiine kysymyksineen siinä tapauksessa, jos asiakas on vähäsanainen eikä hän oma-aloitteisesti kerro itsestään ja mahdollisista ongelmista ja vaikeuksista.

## 8 POHDINTA

Opinnäytetyön tavoitteenamme oli kehittää Kallion mielenterveysyksiköille selkeä ja yksinkertainen asiakkaan alkuarviointirunko. Tietoa runkoon keräsimme haastattelemalla mielenterveysyksikön hoitajia. Työmme vahvuus oli, että meidän kanssamme alkuarviointirunkoa oli kehittämässä alan asiantuntijat, joilla on jakaa työkokemuksen ja koulutuksen kautta näyttöön perustuvaa tietoa käyttöömmeksi. Myös työntekijöiltä saatu palaute oli ensisijaisen tärkeää toimivan rungon aikaansaamiseksi.

Aineiston alkuarviointi runkoon keräsimme ryhmähaastattelulla. Haastattelu onnistui mielestämme tavoitteiden mukaan, vaikka hieman muutoksia tulikin. Alun alkaen meidän tarkoitus oli nauhoittaa haastattelut ja sen pohjalta analysoida käyttöön tuleva kyselyrunko. Kuitenkin haastateltavat pitivät parempana ajatuksena, että tekisimme muistiinpanoja haastattelusta nauhoittamisen sijaan. Haastattelua tehdessämme huomasimmekin, että saimme haastattelusta enemmän irti muistiinpanoja tekemällä. Haastattelutilanne oli erittäin antoisa ja haastateltavat olivat motivoituneita, mikä antoi meille positiivisen kokemuksen haastattelutilanteesta.

Tietoperustaa tehdessä saimme paljon hyvää tietoa mielenterveystyöstä. Antoisaa oli oppia mielenterveystyön periaatteita ja hiukan käytäntöä. Saimme tietoperustan myötä perehtyä myös mielenterveystyötä ohjaaviin lakiin ja asetuksiin. Koemme hyödyksi, että teimme opinnäytetyön mielenterveystyöhön liittyen, koska meistä kumpikin syventyy sisätauti-kirurgiseen hoitotyöhön, jossa ei mielenterveyspuolen asioita käsitellä. Mielenterveys ja sen huomioiminen kuuluu yleisesti hoitotyöhön ja työ on opettanut meitä huomioimaan sen myös omassa toiminnassamme. Osaamme tarvittaessa ohjata asiakkaita mielenterveyspalveluiden piiriin sekä kertoa heille hieman mielenterveystyöstä. Opinnäytetyön tekemisen ohessa oma katsonta asiakkaisiin ja potilaisiin on kehittynyt kokonaisvaltaisemmaksi, lisäksi asioita on oppinut katsomaan eri näkökulmista. Myös asiakkaiden alkuarviointiin olemme kiinnittäneet enemmän huomiota opinnäytetyömme ansioista. Alkuarvioinnin tärkeys on korostunut opinnäytetyön myötä. Alkuarviointi on tärkeä osa asiakkaiden hoitotyötä, sillä sen perusteella teemme suunnitelman hoidon tarpeesta ja jatkohoidosta.

Haasteellisinta opinnäytetyön teossa oli aikataulut, vaikka lopulta onnistuimme siinä tavoitteiden mukaan. Haastetta kuitenkin oli välillä saada sovittua yhteisiä aikatauluja muun koulunkäynnin ja arjen pyörittämisen ohessa. Opimme työn tekemisen aikana, kuinka tärkeää on pystyä

parin kanssa sopimaan aikatauluista sekä ymmärrys ja luottamus toista kohtaan. Projektityötä tehdessämme opimme projektityön eri vaiheet sekä, mitä eri vaiheet pitävät sisällään. Haastattelumenetelmän valintaa miettiessä myös erilaiset haastattelumenetelmät tulivat tutuksi.

Olemme molemmat käyneet yhden työharjoittelun lastensuojelun puolella. Pidämme lastensuojelua tärkeänä asiana nyky-yhteiskunnassa. Sijoitettujen lasten taustalla on usein vanhempien kyvyttömyys huolehtia lapsista mielenterveyshäiriöiden tai päihteidenkäytön vuoksi. Työharjoitelluissa syntyneissä keskusteluissa oli ilo kertoa, kuinka terapiakeskuksessa on otettu käyttöön Lapset puheeksi- menetelmä, jotta voitaisiin muun muassa ennaltaehkäistä lasten sijoituksia sekä taata lapsille turvallinen kasvu ja kehitys ympäristö. Näitä tietoja yhdistelemällä ymmärrämme lasten puheeksi ottamisen tärkeyden myös muualla vanhempia hoitaessa. Varhaisella puuttumisella vanhempien mielenterveysongelmiin sekä huolellisesti tehdyllä alkuarvioinnilla ja sitä kautta oikeilla hoitovalinnoilla voidaan auttaa vanhempia kohti normaalia arkea. Siitä hyötyvät tietenkin asiakkaat itse, mutta sitä kautta saadaan minimoitua myös vaikutukset lasten kasvuun, kehitykseen ja mahdollisiin mielenterveys- ja päihdeongelmiin tulevaisuudessa. Perhekeskeisyys käsitteenä olisi hyvä huomioida ja pohtia sen käytännön toteutuminen myös mielenterveyspuolella. Perhekeskeisestä näkökulmasta yhden perheenjäsenen sairastuminen voi vaikuttaa koko perheeseen.

Alkuarvioinnin sekä lasten huomioimisen tärkeydestä puhuu, myös erilaiset hintatutkimukset ja vertailut. Tästä esimerkkinä löysimme Terveiden- ja hyvinvoinninlaitoksen internettisivuilta kustannusvertailua, jossa päihdetyössä yhden henkilön kuukauden tehohoidon kustannukset kustantaisivat kahden ehkäisevän työn tekijän vuosipalkan (Terveiden- ja hyvinvoinninlaitos 2014, viitattu 13.11.2014). Jäimme miettimään, mitä tämä tehohoito käytännössä tarkoittaa. Ajatuksena tämä antaa suuntaa siitä, miten kannattavaa ennaltaehkäisy on yhteiskunnan taloudellisesta näkökulmasta unohtamatta asiakkaan hyötyä.

Palautetta olemme saaneet mielestämme hyvin. Olisimme kuitenkin halunneet kysyä uuden perehdytystä tarvitsevan työntekijän tai terapiakeskuksessa olevan opiskelijan palautetta alkuarviointirungosta ja sen toimivuudesta. Siihen ei kuitenkaan ollut mahdollisuutta eikä aika riittänyt.

Alkuarviointirunkoon olemme erittäin tyytyväisiä. Saimme koottua selvän ja yksinkertaisen alkuarviointirungon, jota voi nopeasti lukea keskustelun lomassa ja itse muodostaa keskusteluun sopi-

vat kysymykset. Näin alkuarvointirunko toimii myös hyvänä muistin apuvälineenä. Positiivisena yllätyksenä meille tuli, että runkoa voi käyttää lisäksi raportin kirjoittamisessa apuna.

Jatkotutkimushaasteena on tehdä päihdetyöhön samantyylinen alkuarvointirunko. Meillä oli alkuun suunnitelmana yhdistää mielenterveys- ja päihdetyö, mutta haastattelua tehdessä huomasimme työstä tulevan siinä tapauksessa liian laaja. Päihde- ja mielenterveystyön alkuarvointi poikkeaa toisistaan sen verran, että päihdetyö ansaitsee myös kokonaisvaltaisen asiaan perehtymisen. Jatkossa voisi myös tehdä laadullisen tutkimuksen alkuarvioinnin kokemuksista asiakkaan näkökulmasta; tuleeko kaikki tärkeät asiat käytyä lävitse vai jääkö mahdollisesti jokin heille tärkeä asia kartoittamatta tai kuinka tärkeänä he kokevat alkuarvioinnin.

## 9 LÄHTEET

Aalto, M., Bäckmand, H., Haravuori, H., Lönnqvist, J., Marttunen, M., Melartin, T., Partanen, A., Partonen, T., Seppä, K., Suomalainen, L., Suokas, J., Suvisaari, J., Viertiö, S. & Vuorilehto, M. 2009. Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Viitattu 20.2.2014, <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/8c520a2b-6ed1-4789-bc9b-8597c85121ee>.

Ahonen, O., Ikonen, H. & Koivukoski, S. (ei julkaisuvuotta) Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty. Sairaanhoidajaliitto. Viitattu 13.10.2014, [https://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidajalehti/10\\_2007/muut\\_artikkelit/hyvin\\_suunniteltu\\_on\\_puoliksi\\_te/](https://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidajalehti/10_2007/muut_artikkelit/hyvin_suunniteltu_on_puoliksi_te/).

Ala-Ruona, E. 2007. Alkuarviointi kliinisenä käytäntönä psyykkisesti oireilevien asiakkaiden musiikkiterapiassa. Viitattu 6.9.2014, <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/21309/978-951-39-3638-9.pdf?sequence=2>

Bergman, V., Moring, J., Nordling, E., Partanen, A. 2010. Kansallinen mielenterveys- ja päihde-suunnitelma 2009-2015. Viitattu 20.10.2014, <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/53837d85-321b-4694-90ad-a2332abaea71>.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2009. Potilaan hyvä hoito Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä: Ihmisen terveyden tähden. Viitattu 6.9.2014, [http://www.epshp.fi/files/1202/Potilaan\\_hyva\\_hoito.pdf](http://www.epshp.fi/files/1202/Potilaan_hyva_hoito.pdf).

Filppula, E. 2010. Lapsen osallisuus lastensuojelun alkuarvioinneista laadituissa dokumenteissa. Viitattu 6.9.2014, <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/25477/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201010132980.pdf?sequence=1>.

Haarala, M., Jääskeläinen, A., Kilpinen, N., Panhelainen, M., Peräkoski, H., Puukko, O., Riihimäki, K., Sundman, M. & Tauriainen, P. 2010. Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.

Hallila, L., 2005. Näyttöön perustuvan hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Tammi.

Karukivi, M., Nuotio, T-M., Saarijärvi, M. 2013. Nuorten masennusta voidaan ehkäistä. Viitattu 20.10.2014, <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/tiedeartikkelit/nuorten-masennusta-voidaan-ehkaista#.VEVqoSLkdcQ>.

Kilkku, N. 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa. Viitattu 22.10.2014, <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67909/978-951-44-7492-7.pdf?sequence=1>.

Kiviniemi, L., Läksy, M-L., Matinlauri, T., Nevalainen, K., Ruotsalainen, K., Seppänen, U-M. & Vuokila-Oikkonen, P. 2007. Minä mielenterveystyön tekijänä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kosonen, M. 2010. Mielenterveyspotilaan kuntoutumisvalmius. Viitattu 4.2.2014, [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/17254/Kosonen\\_Merja.PDF?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/17254/Kosonen_Merja.PDF?sequence=1).

Käypä hoito. 2014. Alkoholiongelmaisen hoito. Viitattu 9.5.2014, <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50028>.

Käypä hoito. 2014. Depressio. Viitattu 9.5.2014, <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50023>.

Käypä hoito. 2014. Huumeriippuvaisen hoito. Viitattu 9.5.2014, <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50041>.

Laitinen, P., Komminaho, A., Mäkelä, M., Järvinen, M., Hilama, P., Nykky, T., Moring, J., Partanen, A. & Sutela, S. 2013. Itä kohtaa Lännen, Mielisuunnitelmaa toteuttamassa 2010-2013. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

Lehtonen, J., Lönnqvist, J. 2011. Mielenterveys kansakunnan voimavarana. Viitattu 13.6.2014, [http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/oppi/koti?p\\_artikkeli=psy00009&p\\_haku=Mielenterveys%20k%C3%A4site](http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=psy00009&p_haku=Mielenterveys%20k%C3%A4site)

Lehtinen, V. & Taipale, V. 2005. Mielenterveystyö ja psykiatrinen sairaanhoito. Viitattu 2.11.2014, [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=suo00054](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00054).

Lönnqvist, J. & Suvisaari, J. 2009. Psykoosi. Viitattu 10.7.2014, [http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p\\_artikkeli=seh00066](http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=seh00066).

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.

Partanen, S., Moring, J., Nordling, J., Bergman, V. 2009. Kansallinen mielenterveys- ja päihde-suunnitelma 2009-2015, Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Viitattu 29.1.2014, <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/53837d85-321b-4694-90ad-a2332abaea71>.

Punkanen, M. 2001. Mielenterveystyö ammattina. Helsinki: Tammi.

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.

Robinson, JH., Callister, LC., Berry, JA., & Dearing, KA. 2008.

Patient-centered care and adherence: definitions and applications to improve outcomes. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 20. Viitattu 13.9.2014, <http://web.b.ebscohost.com.ezp.oamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=fc505cb5-b3b0-4c97-bcd3-569c5270fef8%40sessionmgr113&hid=126>.

Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. 2005. Haastattelu- tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Solantaus, T. (ei julkaisuvuotta) Toimiva lapsi & perhe. Viitattu 28.7.2014, [http://www.thl.fi/attachments/kasvunkumppanit/tlp/Lp\\_manuaali\\_ja\\_lokikirja\\_kun\\_vanhemmalla\\_on\\_mtr\\_ongelmia\\_13112013.pdf](http://www.thl.fi/attachments/kasvunkumppanit/tlp/Lp_manuaali_ja_lokikirja_kun_vanhemmalla_on_mtr_ongelmia_13112013.pdf).

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Mielenterveyspalvelut. Viitattu 10.1.2014, [http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/terveyspalvelut/mielenterveyspalvelut](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/mielenterveyspalvelut).

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Päihdehuoltopalvelut. Viitattu 21.4.2014, [http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/paihdepalvelut](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/paihdepalvelut).

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Päihdetyön lainsäädäntö. Viitattu 21.4.2014, [http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/paihdetyo](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/paihdetyo)

Talkkari, A. 2003. Potilaan hoidon hyvä aloittaminen, HAP2-projekti. Viitattu 6.9.2014, [file:///C:/Users/Sallan%20OMA/Downloads/2003\\_10.pdf](file:///C:/Users/Sallan%20OMA/Downloads/2003_10.pdf).

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Alkoholinkäytön yhteydet muihin terveysriskeihin. Viitattu 9.5.2014, [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/neuvoa-antavat-fi/alkoholinkayton-yhteydet-muihin-terveysriskeihin](http://www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoa-antavat-fi/alkoholinkayton-yhteydet-muihin-terveysriskeihin).

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Mielensterveys. Viitattu 9.5.2014, [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/aikalisa/materiaalit/mielensterveys](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/aikalisa/materiaalit/mielensterveys).

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Mielensterveys- ja päihdetyön suositukset ja hyvät käytännöt. Viitattu 1.2.2014, [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/mielijapaihde/suosituks](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/mielijapaihde/suosituks).

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Vaikuttavuus ja kustannukset. Viitattu 12.11.2014, <http://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/seuranta-ja-vaikuttavuus/vaikuttavuus-ja-kustannukset>.

Veijola, J. (ei julkaisuvuotta) Ahdistuneisuushäiriöt. Viitattu 10.7.2014, <http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Ahdistuneisuush%C3%A4iri%C3%B6t>.

Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Kustannusosaakeyhtiö Tammi.



## 10 LIITE 1

### ALKUARVIONTIKAAVAKE

#### Tulosyy

Lähetete

Ajanvaraaja

#### Esitiedot

Tämän hetkinen perhetilanne ja perhesuhteet

Ammatti/Työ

Lapsuuden perhe

- Minkälaisesta perheestä?
- Kokemus lapsuudesta

Kouluikä ja koulumenestys

- Koulukiusaaminen
- Kaverisuhteet

Armeija

- Onko suoritettu? Miten?
- Onko keskeytynyt? Miksi?

Menetykset elämässä

Sairaudet ja sairaushistoria

- Hoidot
- Lääkitys

Väkivallan kokeminen

Päihteet

### **Hoidon tarve**

Hoitoon tulon syy ja oireet (esim. BDI II, Audit, GAD -seula)

- Oireiden alkamiseen vaikuttavat tapahtumat

Oireiden vaikutus arkeen

- Työ, perhe, ystävät

Lääkärin arvion tarve

- Sairausloma, lääkitys, sairaalahoito

### **Suunnitelma/pohdinta**

Hoitoon sitoutuminen

Työntekijän arvio hoidontarpeesta ja jatkohoidosta

Kiireellisyys

Seuraavien käyntien sopiminen