

KESKI-SUOMEN SAIRAANHOITOPIIRIN
DEPRESSIOHOITAJIEN SÄHKÖINEN OPAS

Päivi Viik

Johanna Vikki

Opinnäytetyö

Marraskuu 2015

Hoitotyön koulutusohjelma

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Tekijä(t) Viik, Päivi Vikki, Johanna	Julkaisun laji	Päivämäärä
	Opinnäytetyö	16.11.2015
	Sivumäärä	Julkaisun kieli
	37	Suomi
		Verkkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi KESKI-SUOMEN SAIRAANHOITAPIIRIN DEPRESSIOHOITAJIEN SÄHKÖINEN OPAS		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Kuhanen, Carita ja Raitio, Katja		
Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen Sairaanhoidopiiri, psykiatrinen avohoito - depressiohoitajatoiminta		
Tiivistelmä Opinnäytetyön tilaaja on Keski-Suomen sairaanhoidopiirin psykiatrinen avohoito, depressiohoitajatoiminta. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää Keski-Suomen sairaanhoidopiirin depressiohoitajille sähköinen opas. Opasta käytetään uuden työntekijän tai opiskelijan työhön perehdyttämisen tukena. Opas toimii myös pidempään toimineen depressiohoitajan työn tukena. Opinnäytetyö on tehty tilaustyönä työelämän tarpeisiin. Työmme on toiminnallinen opinnäytetyö, joka koostuu raportointiosuudesta ja tuotoksena syntyneestä oppaasta. Raportointiosuudessa käsittelemme ajantasaista teoretietoa depressiosta ja perehdyttämisestä. Opas toimii sisältörunkona uuden työntekijän tai opiskelijan perehdytyksessä uuteen työtehtävään. Sen avulla työntekijä tai opiskelija omaksuu uuden työtehtävän helpommin ja nopeammin. Oppaasta löytyy tietoa Keski-Suomen Sairaanhoidopiirin psykiatrisesta organisaatiosta ja depressiohoitaja toiminnasta, työmenetelmistä ja yleistä tietoa masennuksesta. Kehittämisen tuloksena syntyi oppaan ensimmäinen versio, jonka kehittäminen jatkuu edelleen kevään 2016 aikana. Hyödynnämme oppaan käyttöönoton jälkeen depressiohoitajilta saamaa palautetta ja kehittämisideoita päivittämällä opasta. Oppaan luotettavuuden kannalta konkreettisenä kehittämisideana on, että työntekijät valitsevat oppaan päivityksestä vastaavan henkilön. Kehittämistä tulevaisuudessa vaatii myös perehdytyksen onnistumisen seuranta.		
Avainsanat (asiasanat) depressiohoitaja, depressio, depressiokoulu, psykoedukaatio, perehdytys, perehdytysopas		
Muut tiedot Opasta ei julkaista		



Author(s) Viik, Päivi Vikki, Johanna	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 16.11.2015
	Pages 37	Language Finland
		Permission for web publication (X)
Title An e-guide for the depression nurse services of the Central Finland Healthcare District		
Degree Programme Nursing		
Tutor(s) Kuhanen, Carita and Raitio, Katja		
Assigned by Psychiatric outpatient care in the Central Finland Healthcare District		
Abstract <p>The assignor of this study was the depression nurse service in the psychiatric outpatient care of the Central Finland Healthcare District. The aim of the thesis was to create an electronic guide for the depression nurses in the Central Finland Healthcare District. The purpose of this e-guide is to clarify the job description of the depression nurses and facilitate new employees' orientation to their job.</p> <p>This thesis was conducted as an assignment commissioned by a working life organisation. This is a functional thesis that consists of a theoretical part and an e-guide as a product. The theoretical part contains updated information about depression and orientation. The guide functions as a content frame in a new employee's or the student's orientation to the new tasks. With the help of the contents, the employee or the student acquires the new tasks more easily and faster.</p> <p>The e-guide includes information about the psychiatric organization, depression nurse services and the working methods in the Central Finland Healthcare District as well as general information about depression. The e-guide is a result of development work, and this work will continue during the spring of 2016 with a focus on the depression nurses' feedback and development ideas. With regard to the reliability of this guide the most important development idea is to select a person responsible updating the contents of the e-guide. Moreover, follow-up on the success of the orientation work will also need some development in the future.</p>		
Keywords depression nurse, depression, depression school, psychoeducation, orientation, orientation guide		
Miscellaneous E-guide will not be published		

Sisältö

1	Johdanto	2
2	Depressio sairautena	3
2.1	Depression yhteiskunnallinen vaikutus ja kansallinen esiintyvyys	3
2.2	Depression diagnosointi	4
2.3	Depression Käypä hoito –suositus	5
3	Depressiotilaan hoitotyö	6
3.1	Depression hoitotyötä ohjaavat lait ja suositukset	7
3.2	Depression hoito kolmiomallin mukaisesti	8
3.3	Depression hoito Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä.....	11
3.4	Depressiohoitajan toimenkuva ja hoitotyönmenetelmät	12
3.5	Depressiokoulu	15
4	Työntekijän perehdyttäminen.....	16
4.1	Perehdyttämistä koskeva lainsäädäntö	17
4.2	Perehdyttämisen prosessi.....	19
4.3	Perehdyttämisen haasteita ja ongelmia	20
5	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	22
6	Toiminnallinen opinnäytetyö.....	22
7	Oppaan tekoprosessi	24
8	Oppaan kuvailu.....	27
9	Pohdinta	29
	LÄHTEET	34

Kuvio

Kuvio 1	ICD-10:n mukaiset masennustilan oirekriteerit tiivistettynä.....	5
Kuvio 2	Depression hoidon kolmiomalli.....	9
Kuvio 3	Opinnäytetyön etenemisen aikajana	25
Kuvio 4	Keski-Suomen depressiohoitajien oppaan sisälllys.....	28

1 Johdanto

Depressio on kasvava kansansairautemme. Joka viides suomalainen sairastuu depression, suurin osa heistä on naisia. (Masennus 2015). Terveiden ja hyvinvointilaitoksen laatiman psykiatrisen erikoissairaanhoidon 2013 raportin mukaan, depressio oli naisten yleisin psykiatrista vuodeosastohoitoa vaativa syy. Depressiosta voidaan puhua silloin, kun ihmisen mieliala on jatkuvasti alakuloinen, hän ei pysty kokemaan mielihyvää ja poikkeuksellisen väsynyt. Depressiossa piilee suuri itsemurhariski. (Depressio 2014.)

Hoitoa ohjaa Depression Käypä hoito-suositus (2014), jonka mukaan perusterveydenhuollossa depression hoito tulisi toteuttaa kolmiohoitomallia tai muuta vastaavaa tapaa käyttäen. Yhteistyökolmion potilaan ympärille muodostavat depressiohoitaja, omalääkäri ja psykiatri. (Depressio 2014.) Kansallinen mielen-terveys- ja päihdesuunnitelma, Mieli 2009, kannattaa depressiohoitamallia ja psykiatrisen konsultaatiotuen vahvistamista kaikkiin terveyskeskuksiin (Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa 2010).

Opinnäytetyömme on toiminnallinen opinnäytetyö, jonka tuotoksena luomme Keski-Suomen sairaanhoitopiirin depressiohoitajille sähköisen oppaan. Oppaan tarkoituksena on selkeyttää depressiohoitajien työnkuvaa ja helpottaa uusien ihmisten työhön perehdyttämistä. Kokonaistarkoituksena on sitouttaa uusi työntekijä työyhteisöön, opastaa työtehtäväänsä, motivoida tekemään työtään, sekä kehittämään itseään, että koko organisaatiota (Kupias & Peltola 2009, 18-19).

2 Depressio sairautena

Masennus eli depressio on oireyhtymä, jossa ihmisen mieliala on enimmäkseen alakuloinen. Depressiosta kärsivä ei pysty kokemaan mielihyvää ja kokee olevansa uupunut pienimmistäkin asioista. Sairastuneella voi olla univaikeuksia, ja sekä ruokahalussa, että painossa voi tapahtua muutoksia. Keskittyminen ja päätöksenteko voi olla vaikeaa. Itseluottamus ja – arvostus heikkenee ja ihminen voi syyllistää ja kritisoida itseään mitättömistä asioista. Osa depressiosta kärsivistä ihmisistä voi olla psykomotorisesti hitaita tai vastaavasti kiihtyneitä. He voivat ajatella, suunnitella tai yrittää itsemurhaa. (Lönngqvist & Partonen 2011, 767; Iso-metsä 2011, 155-156.) Vaikeimmissa depressioissa oireet voivat ilmetä myös aistiharhoina ja harhaluuloina (Depressio 2014).

2.1 Depression yhteiskunnallinen vaikutus ja kansallinen esiintyvyys

Euroopassa depressio on merkittävin sairaus, joka heikentää toimintakykyä. Suomessa vuonna 2013, työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyi depression vuoksi noin 3600 henkilöä. Kaikkiaan depression vuoksi työkyvyttömyyseläkkeellä oli vuoden 2013 lopussa noin 35500 henkilöä. Kustannukset depressiosta olivat yhteiskunnalle mittavat. Esimerkiksi vuonna 2013 depressiosta aiheutuneet työkyvyttömyysmenot tulivat maksamaan paljon – työkyvyttömyyseläkkeet maksoivat yhteiskunnalle 509 miljoonaa euroa ja sairauspäivärahat 108 miljoonaa euroa. (Depressio 2014.)

Suomalaisista joka viides sairastuu depression. Naisilla depressiota esiintyy miehiä enemmän (Masennus 2015). Terveiden ja hyvinvointilaitoksen laatiman psykiatrisen erikoissairaanhoidon 2013 raportin mukaan, depression oli naisten yleisin psykiatrista vuodeosastohoitoa vaativa syy. Naisilla riski sairastua on 21%, miehillä 13 %. (Riihimäki 2010a, 9-10). Suomessa tehdään vuosittain 600 itsemurhaa, joiden takana on depression. Kaikista itsemurhista 2/3 liittyy tavalla tai toisella depression. Mitä vaikeampi depression, sitä suurempi on itsemurhan vaarakin. (Depressio 2014.)

2.2 Depression diagnosointi

Depression Käypä hoito -suosituksen (2014) mukaan depression syntyyn vaikuttavat perinnölliset tekijät, depressionille alttiit persoonallisuuden piirteet ja negatiiviset elämäntapahtumat. Depressiota voidaan arvioida myös toimintakyvyn heikkenemisen perusteella tai erilaisten oiremittareiden (BDI-21) ja depressionasteikoiden (HAM-D, MADRS) avulla. (Riihimäki 2010a, 11.)

Depressio voidaan diagnosoida lääkärin tutkimuksen mukaan kuvion 1 perusteella. Lievän depression diagnosointiin vaaditaan, että depression-oireita on kestänyt vähintään kaksi viikkoa, ja oireet ovat olleet päivittäisiä. Lisäksi taulukon mukaisia depression-oireita tulee olla vähintään neljä, ja oireet ovat olleet riittävän hankalia. Vastaavasti keskivaikeassa depressionissa esiintyy 6-7 oiretta ja vaikeassa depressionissa 8-10 kuvion 1 mukaista oiretta ja sen lisäksi myös kaikki B-kohdan kriteereiden tulee täyttyä. (Depressio 2014.)

Oirekriteerit	Oirekuva
A. Masennusjakso on kestänyt vähintään 2 viikon ajan.	
B. Todetaan vähintään 2 seuraavista oireista.	1. Masentunut mieliala suurimman osan aikaa
	2. Kiinnostuksen tai mielihyvän menettäminen asioihin, jotka ovat tavallisesti kiinnostaneet tai tuottaneet mielihyvää
	3. Vähentyneet voimavarat tai poikkeuksellinen väsymys
C. Todetaan jokin tai jotkin seuraavista oireista niin, että oireita on yhteensä (B ja C yhteen laskettuina) vähintään 4.	4. Itseluottamuksen tai omanarvontunnon väheneminen
	5. Perusteettomat tai kohtuuttomat itesyytökset
	6. Toistuvat kuolemaan tai itsemurhaan liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käyttäytyminen
	7. Subjektiiivinen tai havaittu keskittymisvaikeus, joka voi ilmetä myös päättämättömytenä tai jähkailuna
	8. Psykomotorinen muutos (kiiltymys tai hidastuneisuus), joka voi olla subjektiivinen tai havaittu
	9. Unihäiriöt
	10. Ruokahalun lisääntyminen tai väheneminen, johon liittyy painon muutos
Lievässä masennustilassa oireita on 4–5, keskivaikeassa 6–7 ja vaikeassa 8–10 ja kaikki kohdasta B. Psykoottisessa esiintyy myös harhaluuloja tai -elämyksiä.	

Depressio 2014

Kuvio 1 ICD-10:n mukaiset masennustilan oirekriteerit tiivistettynä

2.3 Depression Käypä hoito –suositus

Käypä hoito -suositukset perustuvat tutkittuun tietoon, jotka alan asiantuntijaryhmät ovat koonneet tiivistettyyn muotoon. Ne toimivat luotettavina hoitotyön päätöksenteon dokumentteina. Depression käypä hoito -suosituksessa (2014),

depressiopotilaan hoidossa keskeisinä periaatteina pidetään lievän tai keskivaikean depression varhaista tunnistamista ja hoitamista perusterveydenhuollossa. Depressiota sairastavat ja siitä toipuvat tarvitsevat myös opastusta ja psykososiaalista tukea. Jos perusterveydenhuollon tarjoama hoito ei riitä, depressiopotilas on ohjattava psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluihin. (Depressio 2014.)

Depression käypä hoito-suosituksen (2014) mukaan, depression hoito tulisi toteuttaa kolmiohoitomallia tai muuta vastaavaa tapaa käyttäen. Tällöin perusterveydenhuollossa potilasta hoitavan lääkärin, hoitajan ja psykiatrin yhteistyö toimisi ja hoito olisi suunniteltua. Käypä hoito-suosituksen (2014) mukainen depressiohoitajamalli on osoittautunut toimivaksi depressiopotilaiden seurannan, psykoedukaation ja tukemisen toteuttamisessa.

3 Depressiopotilaan hoitotyö

Depression hoitotyötä ohjaavat erilaiset lait ja suositukset. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö kehittää mielenterveys- ja päihdetyötä mm. 2010 luodulla kansallisella suunnitelmalla, joka painottaa mielenterveyspalveluiden saatavuutta yhden oven periaatteella. Depressiohoitaja työskentelee lähellä potilaita, perusterveydenhuollossa. Vähemmistö depressiota sairastavista hakeutuu hoitoon. Mitä pidempi kestoisempi ja vaikeampi, toimintakykyyn vaikuttavampi sairaus on, sitä helpommin hoitoon hakeudutaan. Hoitoon hakeutumista lisää myös monihäiriöisyys. Monihäiriöisyys tarkoittaa, että potilas kärsii samanaikaisesti jostain muusta psyykkisestä oireyhtymästä, kuten esimerkiksi ahdistuneisuudesta. (Depressio 2014.)

3.1 Depression hoitotyötä ohjaavat lait ja suositukset

Suomen perustuslaki (11.6.1999/731) takaa jokaiselle Suomessa pysyvästi asuvalle oikeuden riittäviin terveyspalveluihin ilman syrjintää. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) määrää, että potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilasta on kohdeltava siten, että hänen ihmisarvoaan, vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. Valmisteilla oleva laki itsemääräämisoikeudesta tulee vielä enemmän tarkentamaan potilaan oikeuksia omien asioidensa päättämisestä.

Terveydenhuoltolaki (30.12.2010/1326) velvoittaa kuntia järjestämään terveyden- ja sairaanhoidon palvelut alueensa asukkaille. Palvelut on järjestettävä siinä laajuudessa kuin tarve kunnan alueella edellyttää. Terveydenhuoltolain puitteissa kunnan on myös järjestettävä mielenterveyspalvelut alueensa asukkaille osana muuta terveyden- ja sairaanhoitoa.

Mielenterveyspalveluiden järjestämisestä on olemassa myös oma tarkentava lainsäädäntönsä mielenterveyslain (14.12.1990/1116) muodossa. Palveluiden tavoitteena on edistää ja tukea yksilöiden ja yhteisön mielenterveyttä, sekä tarjota mielenterveydenhäiriöiden tutkimusta ja hoitoa sitä tarvitseville. Palvelut on järjestettävä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluina sellaisella laajuudella ja sisällöllä kuin tarve vaatii. Mielenterveyspalvelujen ja sosiaalihuollon on muodostettava toiminnallinen kokonaisuus. Ensisijaisesti mielenterveyspalvelut on järjestettävä avohoidon palveluina matalan kynnyksen periaatteella niin, että ne tukevat oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista. Matalankynnyksen periaatetta tukee myös sosiaali- ja terveysministeriön laatima mielenterveyspalvelujen laatusuositus vuodelta 2001.

Sosiaalipalvelulaissa (2014) määritetään muun muassa millä perusteilla, keille sosiaalipalvelut on järjestettävä ja mitä nämä sosiaaliset palvelut ovat. Depressiohoitajan asiakkaalla saattaa olla monia lain suomia perusteita saada tukea sosiaalilain puitteissa. Vaikka sinänsä nämä eivät kuulu depressiohoitajan toimenkuvan piiriin, on kuitenkin hyvä tietää näistä. Hoitajan on osattava ohjata asiakas tarvittaessa sosiaaliohjaajan tai esimerkiksi päihdehoitajan luokse.

Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa, sosiaali- ja terveysministeriö (2010, 15–16) painottaa asiakkaan oikeutta saada joustavasti hoitoa mielenterveyden ongelmiinsa yhden oven periaatteella. Tämä tarkoittaa sitä, että mielenterveysongelmat tunnistetaan ja hoidetaan terveyskeskuksessa yhtä lailla kuin muutkin sairaudet. Suunnitelman tavoitteena on tehostaa palveluja, kiinnittää huomiota mielenterveydellisten ongelmien riittävän aikaiseen tunnistamiseen ja hoitoon perusterveydenhuollon palveluissa. Suunnitelman tavoitteena on myös vahvistaa asiakkaan oikeuksia ja kehittää toimivia ohjausmenetelmiä.

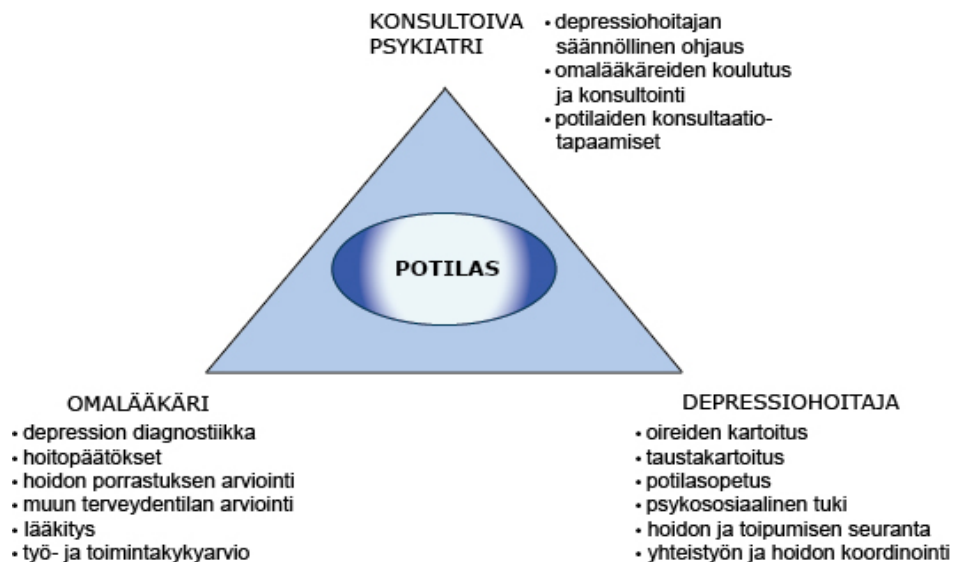
3.2 Depression hoito kolmiomallin mukaisesti

Depression kolmiohoitomalli on saanut alkunsa Vantaalla vuonna 2000 ”Konsultoituva psykiatri”-projektin myötä. Mallin luomisessa käytettiin hyväksi kansainvälisiä perusterveydenhuollon hoitokokeilututkimuksia. Vantaan terveyskeskuksen havaintojen mukaan jopa kolmanneksella potilaista oli depressio-oireita.

Depressiota sairastavilta potilailta puuttui hoidon pitkäaikainen seuranta ja havainnointi, sekä terveyskeskuslääkäreiltä psykiatrin konsultaatioapu. Muita ongelmia tuottivat lääkäreiden ajanpuute ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon saamisen vaikeus. Projektin tulosten ja tarpeiden mukaisesti kehitettiin hoitomalli depression lievää ja keskivaikeaa astetta sairastavia potilaita varten. Hoitomallin

mukaisesti hoidetut potilaat paranivat paremmin ja pitkäaikainen seuranta depressionihoidajan toimesta vähensi depression uusiutumista huomattavasti (Riihimäki 2010b, 24-25.) Depression tunnistaminen parantui ja sen myötä myös potilaan toipuminen. Sen lisäksi pidempien sairauslomien määrä väheni hoitomallin mukaan käyttäen. (Tauriainen 2010a, 26).

Depression hoidon kolmiomallin ja Käypä hoito suositusten mukaisesti suunniteltu ja toteutettu hoito tehostaa potilaan hoitotuloksia perusterveydenhuollossa. Yhteistyökolmion potilaan ympärille muodostavat depressionihoitaja, omalääkäri ja psykiatri. (Depressio 2014.) Sosiaali- ja terveysministeriön alainen kansallinen hanke, mielenterveys- ja päihdesuunnitelma ”Mieli 2009”, kannattaa depressionihoitajamallia ja psykiatrisen konsultaatiotuen vahvistamista kaikkiin terveyskeskuksiin (Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa 2010.)



Depressio 2014

Kuvio 2 Depression hoidon kolmiomalli

Edellä olevan depression hoidon kolmiomallin (kuvio 2) mukaisesti, depressiohoitaja suunnittelee potilaan hoitoa kartoittamalla potilaan taustatiedot ja depression oireet. Depressiohoitaja ohjaa potilasta, antaa tietoa depressiosta psykoedukaation muodossa ja toimii potilaan psykososiaalisena tukijana. Depressiohoitaja seuraa potilaan hoitoa ja toipumista sekä koordinoi yhteistyötä. Lain mukaan depressiohoitaja toimii sairauden hoitajana, lopusta päättää lääkäri. (Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa 2010, 3-5).

Säännöllisellä ohjauksella depressiohoitaja voi hoitaa depressiosta kärsiviä potilaita intensiivisemmin. Depressiohoitaja tiedottaa omalääkäriä voinnista ja välittää lääkärille psykiatrin mahdolliset hoito-ohjeet kirjaten ne järjestelmään. Lääkärin kanssa sovitaan erikseen mahdollisten sairauslomien tarpeista ja muiden esille tulleiden somaattisten oireiden tarkkailusta. Jotta kolmiomalli potilaan ympärillä toimisi, on depressiohoitajan ja omalääkärin päästävä potilaan potilastietoihin tarkastelemaan toistensa kirjauksia. Potilaalla tulee olla oikeus omalääkäriin herkästi uusiutuvan sairauden myötä (mts. 5-12.)

Omalääkäri vastaa potilaan kokonaisvaltaisesta hoidosta. Lääkäri diagnosoi depression lääkärikäynnillä ja arvioi hoidon tarpeen sekä tekee työ- ja toimintakykyarvion. Omalääkäri voi aloittaa mahdollisen lääkehoidon. Psykiatri vastaa depressiohoitajien ja lääkäreiden ohjaamisesta sekä koulutuksesta. Psykiatrilta saa myös konsultointiapua potilaan hoitoon. (Mts. 3-5.)

3.3 Depression hoito Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä

Kirjassa "Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa" (2010, 27-28), Peräkosen kirjoittaman artikkelin mukaan, Vantaan kolmiohoitomalli on otettu käyttöön Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä vuonna 2005. Lokakuussa vuonna 2006 Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä aloitti 11 uutta depressiohoitajaa. Erona Vantaan kolmiomalliin oli se, että depressiohoitajat ja heidän toimipaikkansa olivat perusterveyshuollossa, mutta virallisesti depressiohoitajat kuuluivat erikoissairaanhoidon alaisuuteen. (Peräkösken 2010, 27-28.)

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin depressiohoitajien koulutukseen kuului mm. depression perustietoutta diagnostiikan myötä, lääkitysasiaa ja yleistä masennuksen hoitotietoa. Näiden lisäksi depressiohoitajien koulutuspakettiin kuului Lapset puheeksi - osio, jossa huomioitiin alaikäisten lapsen huomioon ottaminen vanhemman sairastaessa depressiota ja HOT- terapiaa (hyväksymis- ja omistautumisterapiaa), joka kohdentui kognitiiviseen lyhytterapian muotoon depression hoidossa. Depressiohoitajat saivat myös depressiokouluohjaaja- koulutuksen itselleen. (Mts. 28.)

Depressiohoidon tulevaisuuden näkymistä Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä saa jonkinlaisen käsityksen polikliinisen psykiatrian johtoryhmän kokouksen muistiosta kesäkuulta 2015. Muistion mukaan vuosi 2016 ei tuo tullessaan isoja toiminnallisia muutoksia. Sen sijaan hoitomallia kehitetään kohti Uutta sairaalaa. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että vuodepaikkoja eli sairaansijoja tulisi vähentää noin 15-20 paikalla. Muutoksia on luvassa siis psykiatrian osastojen toimintaan. Suuntautuminen on enemmän avohoitoa kohti. Kehittämiskohteita vuodelle ovat tehostetun kotihoidon, akuuttihoitotyön ja matalan kynnyksen hoidon kehittämiset. (Polikliininen psykiatria 6/2015.)

3.4 Depressiohoitajan toimenkuva ja hoitotyönmenetelmät

Depressiohoitajan vastaanotolle tullaan pääsääntöisesti joko lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattilaisen lähetteen tai ohjauksen perusteella. Potilaat voivat hakeutua depressiohoitajan vastaanotolle myös soittamalla itse ajan. Depressiohoitaja tekee tiiviisti yhteistyötä terveyskeskuslääkäreiden, psykiatrien, psykologien ja muiden sairaanhoitajien kanssa. Depressiohoitajan työssä näkyy nykyään lisääntynyt päihteiden käyttö ja näin ollen depressio- ja päihdehoitajien yhteistyö on hyvin tärkeää. (Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa 2010, 6, 11, 14; Tauriainen 2010b, 29-30.)

Depressio- eli masennushoitaja on mielenterveyshoitotyöhön suuntautunut sairaanhoitaja, jolla on laaja-alainen kokemus mielenterveyshoitotyöstä. Depressiohoitajan työ koostuu hoidollisista keskusteluista, potilasopetuksesta ja psykoedukaatiosta. Psykoedukaation myötä potilas saa tietoa depressiosta ja näin hänen itseymmärryksensä sairautta kohtaan lisääntyy. Potilas saa tukea depression ja sen oireiden kestämiseen, ja voi löytää hoitajan tuen avulla keinoja elämäntilanteensa korjaamiseen. Akuutin vaiheen hoidon tavoitteena on potilaan oireiden helpottuminen ja sairaudesta toipuminen. Jatkohoidon tavoitteena on relapsien eli oireiden palaamisen estäminen. Ylläpitovaiheessa tavoitteena on uuden sairausjakson puhkeamisen ehkäisy. Vastaanottokäyntien lisäksi potilaat saavat usein lääkehoitoa, jonka hoitovastetta depressiohoitaja seuraa tiiviisti käyntien yhteydessä. (Depressio 2014; Haarala 2010, 44-45; Masennushoitajatoiminta 2014; Tauriainen 2010b, 29-30.)

Depressiohoitajan toimenkuvaan kuuluu potilaan elämän kartoitus, mikä auttaa ymmärtämään potilaan tämänhetkistä tilannetta. Potilaan kertomasta on tärkeä

saada selville depressio-oireiden alkamisajankohta, niiden luonne ja voimakkuus. Yhdessä selvitetään, miten potilas on voinut ennen depression alkamista, onko oireita esiintynyt aikaisemmin ja millä tavalla oireet haittaavat potilaan tämänhetkistä elämää. Tärkeää on myös tietää potilaan psykiatriset esitiedot, perhesuhteet ja sosiaalinen verkosto. Erityisen tarkkaan on selvitettävä potilaan mahdollinen itsemurhavaara ja se, onko potilaalla ollut itsetuhoisia ajatuksia. Päihteiden käyttö voidaan ottaa esille Audit-kyselyn avulla ja lasten hyvinvointiin kiinnitetään erityistä huomiota jokaisella käynnillä. (Masennushoitajatoiminta 2014; Tauriainen 2010b, 30; Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa 2010, 7-8.)

Depressiohoitaja seuraa tiiviisti potilaan toipumista. Depressiohoitaja käyttää apunaan erilaisia testejä ja mittauksia. Esimerkiksi vastaanotoilla on käytössä mm. BDI-21 kysely, jolla arvioidaan depression oireistoa. Erilaisilla muilla testeillä voidaan arvioida, onko kyseessä depressio vai jokin toinen sairaus, joka mahdollisesti tarvitsee muuta psykiatrista erikoissairaanhoitoa. Tällainen on esimerkiksi MDQ-testi, jolla kartoitetaan aiemmin esiintyneitä maanisia oireita. Testillä pyritään erotusdiagnoosiin depression ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön kesken. Erotusdiagnosointi on tärkeää, koska hoidot eroavat paljon toisistaan. (Depressio 2014; Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa 2010, 7-11; Tauriainen 2010b, 29-30.)

Depressiohoitaja arvioi potilaan jatkohoidon tarpeen ohjaten hänet psykiatrisen erikoissairaanhoidon pariin, jos tilanne sen vaatii. Hoitaja voi myös pyytää psykiatrin konsultaatioapua. Depressiohoitaja määrää potilaalle myös laboratoriotestejä, joilla voidaan pois sulkea mm. kilpirauhassairaudet. (Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa 2010, 7-11; Tauriainen 2010b, 29-30.)

Depressiohoitaja osallistuu tarvittaessa moniammatillisiin palavereihin muiden yhteistyökumppaneiden kanssa. Potilaan läheiset pyritään ottamaan mukaan hoitoon esimerkiksi perhe- ja paritapaamisien ja verkostotapaamisien myötä. Depressiohoitajan työnkuvaan voi kuulua myös työnohjaukset ja konsultoinnit muille työryhmille. (Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa 2010, 14.)

Depressiohoitajan työ on pitkälle itsenäistä työskentelyä, johon kuuluu muun muassa lääkityksen ”titraamista” eli sopivan lääkeannoksen etsimistä kyseessä olevalle potilaalle. Lääkehoidon aloittamisesta, muuttamisesta ja lopettamisesta päättää lääkäri. Depressiohoitaja vastaa potilaan lääkehoitosuunnitelman toteuttamisesta tarkkailemalla lääkkeen vaikutuksia ja huomioimalla mahdolliset lääkkeen sivuvaikutukset. Tämä vaatii koulutusta, perehdyttämistä, osaamista ja lääkehoidon toteuttamista lupakäytänteiden mukaisesti. Depressiohoitajan työ on pitkäjänteistä ja vaatii tuntemusta erilaisista mielenhäiriöistä. Esimerkiksi depression kohdalla tulee osata huomioida itsemurha-alttius myös silloin, kun potilaan vointi lääkityksellä alkaa kohentua. Lääkehoidon aktivoiva vaikutus voi alussa lisätä itsemurhariskiä. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2014, 129; Pulkkinen & Vesanen 2013, 679-680.)

Depressiohoitajien tarpeellisuudesta perusterveydenhuollossa löytyy suomalaista tutkittua tietoa. Tutkittu tieto puoltaa depressiohoitajien työn tarpeellisuutta, niin muiden perusterveydenhuollon työntekijöiden, kuin potilaidenkin näkökulmasta. Tutkimuksista mainittakoon muun muassa Vuorilehdon (2008) ja Liukan (2010) tutkimukset. Vuorilehdon (2008, 11-12) tutkimus tukee sitä, että depressionhoidon osaamista tarvitaan perusterveydenhuollossa muun muassa sen tunnistamisen, hoitamisen ja uusiutuvuuden seuraamisen tehokkuuden vuoksi. Liukan (2010, 5) tutkimus keskittyi lähinnä hoitajien asenteisiin depressi-

ossa ja sen hoidossa. Tutkimus tulokset vahvistavat myös perusterveydenhoitajien kokevan depressiohoitajien olevan tarpeen juuri heidän erityisosaamisensa vuoksi. Tutkimuksissa korostui konsultaatioavun pyytämisen helppous. Toiset työntekijät kokivat tämän olevan helppoa juuri siksi, koska depressiohoitaja työskentelee heidän kanssaan samassa yksikössä.

3.5 Depressiokoulu

Depressiokoulu on saanut alkunsa Kalifornian yliopistosta, ”Control Your depression”-kurssista. Tarja Koffert ja Katriina Kuusi ovat muokanneet ja täydentäneet sitä Suomen oloihin soveltuvaksi. Depressiokoulu on tarkoitettu depressiosta kärsiville potilaille. Ryhmäläiset ovat valikoituneet depressiohoitajan vastaanotolla käyneistä potilaista. Potilaat, jotka kärsivät lievistä depressio-oireista, voidaan ohjata ryhmään suoraan. Osalle depressiopotilaista ryhmää tarjotaan yksilökäyntien jälkeen. Vetäjänä toimii depressiohoitaja ja mahdollinen apuohjaaja. Depressiokouluryhmä kokoontuu yleensä 8- 16 kertaa ja sen perusrakenne on strukturoitu. Ryhmään osallistuminen vaatii osallistujalta päivittäistä työskentelyä itsenäisten tehtävien osalta ja osallistujan täytyy olla sitoutunut ryhmään. (Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa 2010, 14; Jääskeläinen 2010, 78-81; Koffert & Kuusi 2013, 4-5; Tauriainen 2010b, 31.)

Depressiokoulun päämääränä on oppia depression ehkäisy- ja hoitotaitoja, jotka kumpuavat omasta elämästä. Depressiokoulun avulla ryhmäläisillä on mahdollisuus saada itselleen arkipäivän selviytymistaitoja, jotka ehkäisevät depression uusiutumista. Koulun päämääränä on myös lisätä positiivista ajattelua. Ajatuksilla, sosiaalisilla suhteilla ja mielekkäiden toiminnoiden määrällä on selvä yhteys mielialaan. Itsehoidollisin ehkäisykeinoin ryhmäläiset saavat keinoja, joiden

avulla voi vaikuttaa depression keston ja sen voimakkuuteen. Ryhmäläiset saavat myös tehtävien avulla itselleen ongelmanratkaisutaitoja ja keinoja. Lisäksi ryhmäläiset voivat voimaantua vertaistuen kautta ja huomaavat etteivät he ole yksin asioidensa kanssa. Ryhmä toimii myös työuupumuksesta kärsiville, päihteiden käyttäjille ja muillekin, joilla on alkavia depression oireita. (Jääskeläinen 2010, 79-86; Koffert & Kuusi 2013, 4-55.)

4 Työntekijän perehdyttäminen

Perehdytyksellä tarkoitetaan lähinnä aivan työn alkuvaiheen vastaanottoa ja ohjausta, mutta myös työtehtävän omaksumista ja hallintaa. Perehdytys käsitteenä tarkoittaa siis käytännössä samaa kuin käsite työhön opastus. Perehdytys on prosessi, jolla uusi työntekijä tai harjoittelija tutustutetaan työyhteisöön ja organisaatioon. Riittävä perehdyttäminen tukee työhön sitoutumista, edesauttaa työntekijän kehitystä ja osaamista. Se myös lisää motivoitumista työhön. Työntekijän on helpompi ymmärtää esimerkiksi organisaatiokaavion kautta oma osuutensa yrityksen tai toimipisteen toiminnassa. (Juuti & Vuorela 2004, 48; Kupias & Peltola 2009, 17-18; Liski, Horn & Villanen 2007, 5-6; Mäntynen & Penttinen 2009, 3; Valpola & Åman 2008, 3.)

Perehdyttämisellä paitsi helpotetaan uuden työntekijän tai opiskelijan sopeutumista ja oppimista, niin samalla lisätään työn sujuvuutta ja palvelun laatua. Perehdyttämisellä vähennetään myös tapaturmariskejä ja työn psyykkistä kuormi-

tusta. Tavoitteena on luoda uudelle työntekijälle perusta työn tekemiselle ja yhteistyölle työyhteisössä. Tavoitteena on myös kannustaa uutta työntekijää oma-toimisuuteen ja sitoutumista tavoitteellisuuteen. (Mäntynen & Penttinen 2009, 3.)

Juuti ja Vuorela (2004, 49) tähdentävät harjoittelijan tai uuden työntekijän vastaanottajan suurta merkitystä siinä, millaisen ensi kuvan uusi tulokas saa yhteisöstä. Hyvänä käytäntönä voi pitää rauhallista tutustumista työyhteisöön ja sen jäseniin ensimmäisenä päivänä. Perehdytysmateriaalin kautta uusi työntekijä pystyy tutustumaan myös koko organisaation toimintaperiaatteisiin, työyksikön turvallisuus ja muihin tarvittaviin ohjeistuksiin. Hyvän ja rauhallisen perehdyttämisen kautta perehdytettävän jännitys vähenee ja tiedon omaksuminen helpottuu. Tällöin myös uusien suhteiden luominen helpottuu. (Juuti & Vuorela 2004,49.)

Hyvänä sähköisenä oppaana mainittakoon esimerkiksi internetistä löytyvä Pietarsaaren sosiaali- ja terveystieteiden (2014) ”Perehdytysopas hoitoalan opiskelijoille”. Opas sisältää yksityiskohtaiset ohjeet aina harjoittelupaikan hakemisesta koko organisaation esittelyyn toimintakaavioina. Opas tulee rakentaa yksikön tarpeen mukaisesti. Tästä syystä meidän työoppaamme ei ole aivan näin laaja ja yksityiskohtainen, vaan keskitymme depressiohoitajan työhön liittyvien tärkeiden asioiden käsittelyyn.

4.1 Perehdyttämistä koskeva lainsäädäntö

Työturvallisuuslain (L 23.8.2002/738) § 14 edellyttää, että työnantaja antaa riittävän perehdytyksen työpaikan työolosuhteisiin, käytettäviin työvälineisiin, tuotantomenetelmiin sekä työn turvallisuuteen ja terveyteen liittyvistä asioista.

Työnantaja voi delegoida perehdyttämisen esimerkiksi vakituiselle työntekijälle,

mutta on silti aina päävastuussa perehdyttämisestä ja sen suunnittelusta (Mäntynen & Penttinen 2009, 2).

Työturvallisuuslaki (L 23.8.2002/738) määrittää perehdytyksen annettavaksi aina aloitus-, muutos- ja käyttöönottilanteissa. Ohjausta on täydennettävä tarvittaessa. Työnantajan velvollisuus perehdyttämiseen ei rajoitu vain työntekijöihin, vaan tarkoittaa myös opiskelijoiden ja harjoittelijoiden perehdyttämistä. Saman lain mukaisesti työntekijän velvollisuus on noudattaa annettuja ohjeistuksia ja määräyksiä (§18). Toisin sanoen työntekijä on velvollinen ottamaan perehdytystä vastaan ja on itse vastuussa siitä, että perehtyy riittävästi annettuihin materiaaleihin.

Alle 18 – vuotiaan työhön opetuksesta ja ohjauksesta on määrätty laissa nuorista työntekijöistä (L 19.11.1993/998) pykälässä 10. Sen mukaan työnantaja on velvollinen huolehtimaan, että nuori saa opetusta ja ohjausta huomioiden yksilöllisesti hänen ikänsä ja muut ominaisuudet. Tarkoituksena on, että nuori työntekijä/harjoittelija välttyy aiheuttamasta vaaraa itselleen tai muille.

Muita säädöksiä ja lakeja, jotka liittyvät työn tekemiseen ja perehdytys suunnitelman laadintaan:

- työsopimuslaki 55/2001
- pelastustoimiasetus 857/1999 (turvallisuussuunnitelma)
- laki työsuojelun valvonnasta ja työpaikan työsuojeluyhteistoiminnasta 701/2006
- laki nuorista työntekijöistä 998/1993 ja 405/2004
- asetus nuorten työntekijöiden suojelusta 128/2002
- laki yksityisyyden suojasta työelämässä 759/2004

Edellä olevassa listassa on lueteltuna vain osa. Lisää tietoa työlainsäädännöstä löytyy sivustolta www.finlex.fi. Sivustolta löytyy kaikki ajantasaiset lait ja säädökset sopivilla hakusanoilla. Edellä mainittu listaus on koottu työ- ja elinkeinoministeriön työlainsäädännön (2015) sivustoa sekä Liskin ym. (2007, 8) kirjaa hyödyntäen.

4.2 Perehdyttämisen prosessi

Perehdyttämisen prosessi alkaa perehdytys suunnitelman laadinnalla. Suunnitelmassa on määriteltävä kuka ottaa uuden tulijan vastaan, kuka tutustuttaa työtovereihin ja kuka perehdyttää työyhteisön ja organisaation toimintaan. Perehdyttäminen tähtää organisaation toimintatavan ja kulttuurin omaksumiseen. Näin säilytetään yhteiset käytännöt. Perehdyttäminen on prosessi, jota jatkuvasti kehitetään henkilöstön ja työpaikan tarpeiden mukaan. (Juuti & Vuorela 2004, 49; Kjeilin & Kuusisto 2003, 15; Mäntynen, J. & Penttinen, A. 2009, 2.)

Juholinin (2009, 236) mukaan hyvä perehdyttäminen muodostuu kolmesta ajankohdasta: rekrytoitaessa uutta työntekijää, hänen aloittaessaan työt ja aikaa muutama kuukausi töiden aloituksen jälkeen. Näitä ajankohtia kutsutaan yleisesti alku- ja yleisperehdytysvaiheiksi. Kupias ja Peltola (2009, 17-20) käsittelevät perehdytystä laajempaa käsitteenä. Heidän mukaansa perehdytys kattaa alku- ja yleisperehdyttämisen lisäksi myös työnopastuksen.

Mäntysen ja Penttisen (2009, 2) mukaan järjestelmällisen perehdyttämisen ja työnopastuksen piiriin tulee kuulua kaikki henkilöstöryhmät, esimiehistä vuokratyöntekijöihin. Juholin (2009, 236) kiteyttää hyvän perehdyttämisen olevan prosessimainen. Prosessimaisuus viittaa perehdyttämisen suunnitelmallisuuteen ja johdonmukaiseen kokonaisuuteen. Hyvä perehdyttäminen on Juholinin (2009)

mukaan myös vuorovaikutteista ja yksilöllistä. Perehdyttämisohjelma tulee miettiä aina yksilöllisesti. Prosessin on oltava niin vuorovaikutteista, että perehdytettävän on mahdollista saada neuvoja ja keskustella mieltä askarruttavista asioista kenen kanssa tahansa. Aineistoa on hyvä olla saatavissa eri muodoissa, kuten esimerkiksi kansiossa ja internetissä. Perehdytettävän oma aktiivisuus korostuu tiedonhankinnassa. (Juholin 2009, 236.) Palautetta perehdyttämisprosessista kannattaa kerätä jatkuvan kehittämisen kannalta. Palautetta voi pyytää, kun työntekijä on jo jonkin aikaa työskennellyt työpisteellään, kehityskeskustelussa tai jos kyse on lyhytaikaisesta työsuhteesta tai opiskelijasta. (Liski ym.2007, 9; Mäntynen & Penttinen 2009, 7.)

Depression hoitotyön merkityksellisyys kasvaa jatkuvasti. Työ on entistä vastuullisempaa. Esimerkiksi lääkeannoksen vaihtelua ”titraamista” varten, hoitajan tarvitsee tuntea potilas, tietää kuinka sairaus ilmenee, miten lääke toimii ja mitkä ovat mahdollisia lääkkeen haittavaikutuksia. Osa koulutusta, mutta myös tärkeä osa perehdytystä, on itsetuhoisuuden merkkien havaitsemisen opettaminen. Perehdytyksen olennainen osa on tarjota tietoa tai paikka, josta tietoa saa. Tarpeellista tietoa depressiohoitajan työn kannalta on mm. millaisia tukea tarjoavia järjestöjä on olemassa depressoituneen hoidon ja hänen omaistensa tueksi, sekä se missä ne sijaitsevat. Myös muu hoitotyöhön liittyvä oleellinen tieto on oltava helposti saatavilla, jotta hoitotyötä ja perehdytystä voidaan toteuttaa mahdollisimman laajasti. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2014, 129.)

4.3 Perehdyttämisen haasteita ja ongelmia

Vuonna 2003 Kjelin ja Kuusisto (241) kirjoittivat kiireen olevan luultavasti yleisin syy perehdyttämisen laiminlyöntiin. Samaan lopputulokseen on tullut myös

vuonna 2015 Työturvallisuuskeskuksen (TTK:n) asiantuntija Jukka Mäkeläinen. Mäkeläinen (2015) tähdentää ennakkotiedolla uudesta perehdyttävästä olevan hyötyä, koska tällöin työyhteisö ehtii sopeutua ajatukseen tulokkaan saapumisesta ja myös suhtautuminen olisi tällöin positiivisempaa. Hän korostaa, että lyhytkestoisempaan työhön perehdyttäminen on aivan yhtä tärkeää. Tällöin on tärkeää miettiä kohdennuksia ja rakentaa perehdyttäminen sen mukaan mitä täytyy tietää, jotta perehdyttäminen olisi tilanteeseen nähden mielekästä.

Asenneongelmat ovat hyvän perehdyttämisen haasteena. Kokeneet työntekijät saattavat esimerkiksi pitää uutta tulokasta kilpailijana tai taakkana heille. Asenteita voidaan korjata tarkastelemalla työyhteisöä ja sen toimintaa. Yhteinen ideointi perehdytysmenetelmien luomiseksi voi parhaassa tapauksessa konkretisoida hyödyn koko työyhteisölle niin, etteivät työntekijät kokisi uutta työntekijää ja perehdyttämistä taakkana, vaan voimavarana. (Kjelin & Kuusisto 2003, 241-242.)

Asioita oletetaan helposti ja perehdyttämisessä oikaistaan näiden oletusten pohjalta. Perehdytyksen tarpeet tulee aina ensin selvittää. Tarpeiden pohjalta tehty perehdytys pystytään suunnittelemaan ja toteuttamaan hyvin. Näin saadaan perehdyttämisestä kohdennettu hyöty maksimaaliseksi. Kjell ja Kuusisto (2003) kirjoittavat myös vastuuepäselvyyksistä, jotka asettavat haasteita. Organisaation epäselvyydet saattavat heijastua siihen, ettei perehdyttämisen vastuunjako ole aivan selvä. Tämä heijastuu perehdytykseen suunnittelun puutteena, tulokasta saatetaan jopa kuormittaa liiallisella tiedolla. (Kjell & Kuusisto, 2003, 242-243.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyömme tavoitteena on luoda Keski-Suomen sairaanhoitopiirin depressiohoitajille sähköinen opas. Sähköisen oppaan tarkoituksena on selkeyttää depressiohoitajien työnkuvaa ja helpottaa uusien ihmisten työhön perehdyttämistä. Sähköinen opas toimii myös työn apuvälineenä. Tällä tarkoitetaan sitä, että myös kokenut depressiohoitaja voi tarvittaessa käyttää opasta työnsä apuna ja tukena.

6 Toiminnallinen opinnäytetyö

Opinnäytetyömme on toiminnallinen opinnäytetyö, joka on Vilkan ja Airaksisen (2003) määritelmän mukaisesti vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle ammattikorkeakoulussa. Toteutustapoja tällaiselle opinnäytetyölle on monia. Se voi olla esimerkiksi käytäntöön suunnattu ohje, opastus, järjestetty tapahtuma tai kuten meidän työmme - käytäntöön kohdistettu sähköinen opas. Työelämästä saatu opinnäytetyön aihe tukee parhaiten ammatillista kasvua. Tällainen työ antaa mahdollisuuden peilata omia tietoja ja taitoja tämänhetkiseen työelämään ja sen tarpeisiin. (Vilka & Airaksinen 2003, 9-17.)

Toiminnallinen opinnäytetyö ei ole tutkimuksellinen opinnäytetyö, mutta sen tekeminen edellyttää tutkivaa ja kehittävää työ-otetta. Toiminnallisessa opinnäytetyössä lähdetään liikkeelle tekemällä ensin aiheanalyysi eli aiheen ideointi. Aihe-

piirin valinta itselle kiinnostavasta aiheesta on tärkein motivoinnin kannalta. Motivointia lisää myös se, että opinnäytetyöstä on oikeasti hyötyä myös muille.

Nämä olivat myös meidän työskentelymme suurimmat motivaation lähteet. Kohderyhmän päättäminen jo heti alkuvaiheessa on tärkeää, koska se määrittää paljon toiminnallisen osuuden tuotoksen sisältöä ja toimii myös työn rajaajana.

(Vilka & Airaksinen 2003, 23-25, 38-40.)

Seuraava askel ennen varsinaisen raporttiosuuden aloittamista on toimintasuunitelman tekeminen. Se auttaa hahmottamaan mitä tehdään, miten ja milloin tehdään ja miksi tehdään. Toiminnallisessa opinnäytetyössä ei aseteta varsinaisia tutkimuskysymyksiä eikä -ongelmia, mutta aiheeseen liittyvien kysymysten avulla on helpompi täsmentää itselle mitä on tekemässä. Alustava ideointi sisällysluettelosta on myös hyvä tehdä tässä vaiheessa. (Vilka & Airaksinen 2003, 26-32.)

Vilkan ja Airaksisen (2003, 56-64) mukaan toiminnallisessa opinnäytetyössä käytetään tutkimusmenetelmiä osana toteutustapaa. Työssämme tämä tarkoittaa keinoja, joilla hankimme materiaalia oppaamme sisällöksi. Tässä työssä käytimme laadullista tutkimusmenetelmää aineiston keräämisen apuna. Depressiohoitajien yhteyshenkilö toimi oppaan konsultaatioapuna. Toiset työntekijät olivat hänet tähän tehtävään valtuuttaneet. Häntä haastatteleamalla ja ajantasaiseen tutkittuun tietoon sekä ohjeistuksiin tutustumalla, kokosimme sähköisen oppaan, joka on tarkoitettu käytettäväksi sekä työ- että perehdytysoppaana.

Opinnäytetyömme toteutus voidaan määritellä olevan toiminnallinen kehittämistyö, jonka tuotoksena, produktiona, syntyi sähköinen opas. Kuten Vilka ja Airaksinen (2003, 51) kirjoittavat, toiminnallisen opinnäytetyön

toteutustavoissa, on tällaisen opinnäytetyön tuotos aina jokin konkreettinen, kuten meillä tämä sähköinen opas.

Tuotos voisi olla myös kansiossa oleva opas, mutta totesimme tilaajan kanssa pidetyn viimeisimmän palaverin yhteydessä, että kaikkein järkevintä heidän kannaltaan on, että tuotamme työmme sähköisessä muodossa sairaanhoitopiirin omaan tietopankkiin. Sairaanhoitopiirin depressiohoitajat työskentelevät fyysisesti eri puolilla maakuntaa sijaitsevissa yksiköissä ja opas on kuitenkin tarkoitettu kaikkien näiden yksiköiden käyttöön. Tämä on tärkein peruste sähköisen version tuottoon sen lisäksi, että sähköisessä muodossa olevaa opasta on helppo päivittää ja sen sisältöä on vaivaton muuttaa.

7 Oppaan tekoprosessi

Opinnäytetyön aiheen valinta alkoi jo vuonna 2013 ajatuksella, että yksi ihminen toteuttaa koko prosessin. Hyvin nopeasti selkeni, että työ vaatii myös toisen ihmisen työpanoksen. Syksyllä 2014 prosessi pääsi käynnistymään kunnolla. Kuviolla 3 kuvaamme opinnäytetyön prosessin etenemistä ajanjaksollisesti.



Kuvio 3 Opinnäytetyön etenemisen aikajana

Ennen varsinaisen oppaan tekemistä oli etsittävä teoriapohjaa. Osallistuimme joulukuussa 2014 tiedonhankintaseminaariin, jolloin saimme rajattua opinnäytetyömme aiheita ja löysimme tietojen etsintään työkaluja. Opinnäytetyömme tekeminen alkoi etsimällä lähteitä, lukemalla ja tiedon jäsentämisellä. Moneen otteeseen tarkensimme raportointiosuuden edetessä työmme nimeä, ennen kuin päädyimme lopulliseen muotoon. Kirjoitimme teoriapohjaa viimeistelyvaiheeseen saakka ennen varsinaisen oppaan

työstämistä. Opinnäytetyössämme olemme käyttäneet ajantasaista teoritietoa ja tutkimusmateriaalia mm. Käypä hoito -suositusta.

Saimme melko vapaat kädet oppaan toteutuksen suhteen. Ainoana toiveena alussa oli, että pidämme oppaan mahdollisemman yksinkertaisena sisällyttäen siihen ainoastaan työhön liittyvää olennaista tietoa. Prosessin edetessä perehdytyskansio muuttui pelkästään sähköisessä muodossa julkaistavaksi oppaaksi.

Syksyllä 2015 saimme sairaanhoitopiirin tiedottajalta virallisen pohjan, jolle pystyimme alkamaan rakentamaan itse opasta. Sisällön lisäksi myös visuaalisella puolella on suuri merkitys selkeyden ja käytännöllisyyden kannalta. Opas tulee myös olla siinä muodossa, että sitä on helppo päivittää tietojen muuttuessa. Hyvä opas on ajantasainen, selkeä, helposti käytettävä, ymmärrettävä ja helposti ylläpidettävä.

Heti alussa sovimme, että oppaasta jätetään pois tarkoituksella koko sairaanhoitopiirin ja yksikkökohtaiset ohjeistukset ja kaaviot. Opas on tarkoitettu toimimaan kaikkien terveysasemien depressiohoitajien työn tukena, koska jokainen yksikkö on hieman erilainen toimintaympäristöltään ja ohjeiltaan. Sairaanhoitopiirin omilta sivustoilta löytynee kuitenkin laajasti yleistä tietoa sairaanhoitopiiristä, yksiköistä ja niiden toiminnoista.

Työelämänohjaaja toimi tärkeässä roolissa oppaan sisällön ohjaajana ja tarkistajana. Työn edetessä kävimme keskustelua ja ajatuksenvaihtoa tapaamisten ja sähköpostin kautta. Työelämän ohjaajalta saadulta palautteen avulla yritimme luoda oppaaseen oikeanlaisen ja selkeän sisällön. Ohjeistusta saimme sisällön lisäksi myös jonkin verran visuaalisesta puolesta. Opas

lähettiin keskeneräisenä depressiohoitajille katsottavaksi. Siitä saatu palaute oli hyvää ja antoi motivaatiota työn tekemiseen. Lisää palautetta oppaan kehittämiseen tulemme saamaan depressiohoitajilta, kun he pääsevät koekäyttämään valmista opasta. Palautteen avulla päivitämme opasta haluttuun muotoon kevään 2016 aikana.

8 Oppaan kuvailu

Sähköistä opasta voidaan käyttää uuden työntekijän tai opiskelijan työhön perehdyttämisen tukena, ei korvata tätä. Opas toimii sisältörunkona uuden työntekijän tai opiskelijan perehdytyksessä uuteen työtehtävään. Oppaan sisällön avulla työntekijä tai opiskelija omaksuu uuden työtehtävän helpommin ja nopeammin ja siihen voi aina palata missä vaiheessa tahansa perehdytystä. Opas on rakennettu selkeäksi. Sieltä löytyy depressiohoitajan työssä tarvittava ajantasainen tieto ja myös linkitykset työssä tarvittaviin lomakkeisiin. Opasta on helppo käyttää myös oman työn tukena.

Oppaasta löytyy tietoa Keski-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatrian toimialueesta, masennushoitajien toiminnasta, työmenetelmistä ja yleistä tietoutta masennuksesta sisällysluettelon mukaisesti (Kuvio 4). Yksikkökohtaiset turvallisuusohjeet ja määräykset ovat toimipaikkakohtaisia ja näitä ei tarkoituksella tähän yleisoppaaseen sisällytetä.

Sisällys

- [Keski-Suomen sairaanhoitopiiri - Psykiatrian toimialue](#)
- [Depressio – kasvava kansansairaus](#)
- [Depression Käypä hoito-suositus](#)
- [Depression kolmiohoitomalli](#)
- [Depressiohoitajan toimenkuva kolmiomallin mukaisesti](#)
- [Depression oireet](#)
- [Depression hoidon vaiheet](#)
- [Depression diagnosointi](#)
- [Depression erotusdiagnoosiikka](#)
- [Depression hoito - laboratoriotestit](#)
- [Depression lääkehoito](#)
- [Itsemurhavaaran arviointi](#)
- [Depression hoidossa käytettävät kyselyt](#)
- [Depression hoidossa käytettävät kyselyt](#)
- [Hyödylliset linkit](#)
- [Kirjallisuutta](#)



Kuvio 4 Keski-Suomen depressiohoitajien oppaan sisällys

Pyrkimyksenä on, että sähköisestä oppaasta löytyy kaikki oleellinen tieto uuden työntekijän tai opiskelijan perehdyttämisen tueksi. Aiempaa perehdytysmateriaalia depressiohoitajilla ei ole, joten tavoitteena on samalla kehittää työyksiköiden perehdyttämistä yhteneväiseksi ja toimivammaksi. Opinnäytetyössä tuomme tietoisuuteen yleisesti perehdyttämisen ja depressiohoitajien työnteon takana olevaa lainsäädäntöä ja toimintaa ohjaavia suosituksia.

Oppaan koekäytön jälkeen päivitämme opasta kevään 2016 aikana haluttuun muotoon. Depressiohoitajilta tulleet muutosehdotukset lisäävät oppaan luotettavuutta ja käytettävyyttä.

9 Pohdinta

Depressio on kasvava kansansairaus Suomessa. Se on sairaus, johon tutkimusten mukaan joka viides suomalainen sairastuu. Depression vaikutus ei liity pelkäämiseen mieleen ja mielialaan, vaan sen on todettu aiheuttavan merkittävää toimintakyvyttömyyttä. (Depressio 2014; Masennus 2015.) Depressio on sairaus, joka saattaa jäädä muun sairauden varjoon tai jokin muu sairaus saattaa aiheuttaa depression kaltaisia oireita. Erotusdiagnostiikalla on suuri merkitys depression toteamisen kannalta, jotta depressiosta kärsivä saisi oikeanlaista hoitoa sairauteensa. On siis hyvin tärkeää, että perusterveydenhuollossa kehitetään depression tunnistamista ja -hoitoa.

Mielestämme parhaiten kehitystyössä on onnistunut ”Konsultoiva psykiatri” –projekti, jonka tuotoksena syntyi depression kolmiohoitomalli. Kolmiohoitomallin mukaisesti potilaan hoito onnistuu parhaiten depressiohoitajan, omalääkärin ja psykiatrin yhteistyöllä perusterveydenhuollon parissa. Omalääkäri vastaa potilaan kokonaisvaltaisesta hoidosta. Tarvittaessa hän saa konsultaatio apua psykiatrilta. Psykiatri myös vastaa depressiohoitajien ja lääkäreiden koulutuksesta ja ohjaamisesta. (Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa 2010, 3-5.)

Depressiohoitaja toimii tärkeänä linkkinä potilaan omalääkärin ja konsultoivan psykiatrin rinnalla. Depressiohoitajan työ on pitkälle itsenäistä ja vaatii niin koulutusta kuin perehdyttämistä. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2014, 129; Pulkkinen & Vesanen 2013, 679-680.)

Mitä potilaat sitten tarvitsevat? He tarvitsevat ennen kaikkea sairauteen tehoavaa hoitoa, tietoa sairaudesta ja henkistä tukea. Menetelmiä, joita depressiohoitajalla on käytettävissään näiden tarpeiden täyttämiseen, ovat muun muassa depressio-koulu ja tapaamiset. Depressiohoitajalta vaaditaan aktiivista hoito-otetta ja tiimi-työskentelytaitoja.

Voidakseen ymmärtää depressiohoitajan työn kokonaisuutta uutena työntekijänä tai opiskelijana, tarvitaan perehdyttämistä työhön. Perehdyttämisen tueksi teimme opinnäytetyönä oppaan, jonka on tarkoitus olla apuna perehdyttämisessä ja työn tukena. Tässä opinnäytetyössä täyttyvät toiminnallisen opinnäytetyön tunnuspiirteet (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9-17).

Oheismateriaalin, kuten tämän oppaan tarkoituksena, on olla apuna asioiden muistamisessa ja omaksumisessa. Oppaan tiedot ovat myös helposti päivitettävissä. (Kangas & Hämäläinen, 2008, 7-10.) Perehdytyksen edetessä oppaaseen on helppo tarttua uudelleen, tarkistaa sekä syventää tietojaan. On kuitenkin tähdennettävä, ettei uutta tulokasta jätetä yksin ensimmäisten päivien aikana. Jos kyse on ammattitaitoisesta henkilöstä, voi olla tilanteita, joissa hän joutuu jäämään heti yksin. Tällöin on varmistettava, että hänellä on yhteys henkilöön, jolta tarvittaessa voi pyytää apua ja neuvoja.

Opinnäytetyönä luomamme opas on suunniteltu niin, että sitä voi käyttää perehdyttämisen apuvälineenä ja näin vähentää perehdyttämiseen käytettävää aikaa. Depressiohoitajan työssä on sellaisia specifistisiä aiheita, jotka on helppo koota muistisäännöiksi oppaaseen. Paljon on varmasti myös sellaista niin sanottua hiljaista tietoa, jota oppaasta ei löydy. Tämä tieto on ammattitaidon ja työvuosien tuomaa tietotaitoa. Koekäytön myötä saamme depressiohoitajilta

oppaasta palautetta ja sen pohjalta jatkamme oppaan kehittämistyötä kevään 2016 aikana.

Prosessin aikana opimme paljon depressiohoitajan työstä ja menetelmistä, joita he työssään käyttävät. Saimme paljon ajantasaista tietoa depressiosta ja sen hoitotyöstä. Opinnäytteen tekeminen tuki hyvin ammatillista kasvuamme. Depressio on kuitenkin sairaus, johon meistä kumpikin väistämättä törmää omilla työsaaroillamme. Löydetyistä tutkimuksista, joita raporttiosuudessa käsittelemme, saimme myös tutkittua tietoa sen faktan vahvistukseksi, että depressiohoitajia todella tarvitaan perusterveydenhuollossa. Työelämä on käynyt varsin hektiseksi ja sairaanhoitajan spesifiset osaamisalueet kasvavat työelämän ja hoitotieteen kehittyessä. Nämä tutkimukset vahvistivat omaa käsitystä depressiohoitajien tarpeellisuudesta. Ne puhuvat myös koko mielenterveystyön tukemisen ja kehittämisen puolesta.

Jälkikäteen ajatellen olisimme voineet aloittaa produktion eli oppaan tekemisen jo aikaisemmin. Luomistyö vei enemmän aikaa kuin olimme kuvitelleet. Oma ja työelämän näkemys sisällöstä ja oppaan toimivuudesta olivat jonkin verran toisista erillään. Tästä syystä olikin tärkeää, että työelämän ohjaajana toimi ammatissa toimiva depressiohoitaja, jonka avulla pystyimme hahmoittelemaan oppaan koekäyttöversiota.

Kehittämisehdotuksena oppaan kohdalla voisi mainita pidemmällä aikavälillä tehtävän toimivuuden arvioinnin ja kehittämisen. Lopullinen arvio tulee muodostumaan depressiohoitajilta saamamme palautteen myötä koekäytön jälkeen.

Depressiohoitajien työhön perehdyttämistä ajatellen kehitysehdotuksemme jatkoa varten on, että perehdyttämisestä tehtäisiin vielä kunnollinen suunnitelma, josta selviäisi mistä asioista perehdytettävä tietoa tarvitsee ja mistä asioista hän on jo perehdytystä saanut.

Tämä voisi olla esimerkiksi lomake, johon perehdytettäviä asioita on koottuna, ja johon voi perehdytyksen edetessä laittaa itselleen "suoritusmerkinnän". Siitä on helppo seurata, onko tarpeelliset asiat käyty lävitse. Perehtyjä voi laittaa siihen myös itselleen muistiin mistä materiaalista kyseessä olevaa tietoa löytyy. Näin tietoon palaaminen on helpompaa, jos esimerkiksi haluaa varmistaa jonkin asian.

Kehittämissuosituksena on myös, että depressiohoitajat valitsisivat keskuudestaan jonkun, joka pitää huolta sähköisen oppaan päivittämisestä ajantasaisen tiedon muuttuessa. Tällä hetkellä vastuuhenkilöä ei ole. Tämä on yksi syistä, miksi olemme luvanneet päivittää opasta kevään aikana.

Työelämän tuomien haasteiden lisäksi tulevaisuuden haasteena näemme ehdottomasti myös perehdyttämisen jatkokehittämisen. Työn vaatimusten kasvaessa ja työn hektisyyden lisääntyessä on helppo karsia asioista, jota ei pidetä niin tärkeinä. Yksi tällaisista on oman kokemuksemme mukaan juuri perehdyttäminen. Perehdyttämistä ei pidetä tehokkaana ajan käyttönä, se on työtä, joka ei esimerkiksi ajanvarauskirjoissa näy. Ei tahdo löytyä aikaa pitää luotua materiaalia ajantasaisena, vaikka taustalla on selkeästi lukuisia lainsäädäntöjä, jotka tätä puoltavat. Lainsäädäntö ei kuitenkaan selkeästi määritä millaisia menetelmiä perehdyttämisessä tulee käyttää.

Oman haasteensa työn kehittämiseen ja toteuttamiseen asettavat varmasti paineet säästöihin, henkilöstön mitoitus karsiminen ja organisaatiomuutokset. Nähtäväksi jää kuinka SOTE uudistus saadaan toteutettua ja kuinka hyvää mielenterveydenhoitoa pystytään uudessa SOTE- mallissa toteuttamaan. Nykyään Keski-Suomessa toimii kuusi sosiaali- ja terveyshuollon aluetta. SOTE uudistuksella pyritään yhtenäistämään ja kehittämään näiden alueiden toimintaa sekä yhdistämään alueita yhtenäisemmäksi.

Mielenterveys ei ole yksinkertainen asia. Mielen sairastuessa moni asia ihmisessä muuttuu. Mielenterveysongelmista kärsivällä ihmisellä on hyvin useasti myös somaattisia sairauksia, jotka vaativat hoitoa ja huomiota. Kokonaisvaltainen hoito vaatisi molempien, psyykkisen ja somaattisen hoidon yhteistyötä. Työelämässä näkee turhan usein, että ei uskalleta, ei anneta lupaa, jopa tiukasti kielletään katsomasta psykiatrian kirjoituksia potilaasta. Joskus se olisi jopa välttämätöntä parhaimman mahdollisimman hoidon takaamiseksi kyseessä olevalle potilaalle. Vanhojen uskomusten ja entisten myyttien purkaminen ei tapahdu hetkessä. Toivottavasti ammattitaitoiset depressiohoitajat saavat jatkaa kallisarvoista työtään ollen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhdistävinä tekijöinä ja mentoreina kohti parempaa mielenterveyshoitotyötä.

LÄHTEET

Gustavson, C. & Turtia, K. 2006. Masennus. Helsinki: WSOY.

Depressio. 2014. Käypä hoito-suositus. Julkaistu: 29.09.2014. Viitattu 15.3.2015.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=481C56E7DFC5264882BA029863B7AB0D?id=hoi50023>

Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2010:1. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos.

Haarala, M. 2010. Psykoedukaatio. Teoksessa Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.

Isometsä, E. 2011. Masennustila ja toistuva masennus. Psykiatria. Helsinki: Duodecim.

Juholin, E. 2009. Viestinnän vallankumous. Löydä uusi työyhteisöviestintä. 2. painos. Helsinki: WSOY.

Juuti, P. & Vuorela, A. 2004. Johtaminen ja työyhteisön hyvinvointi. Aavaranta-sarja n:o 51. Jyväskylä: PS Kustannus.

Jääskeläinen, A. 2010. Depressiokoulu eli masennuksen ryhmämuotoinen hoitomalli. Teoksessa Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.

Kangas, P. & Hämäläinen, J. 2007. Perehdyttämisen suunnittelu ja toteutus. Helsinki: Työturvallisuuskeskus.

Kittel, M. 2002. Depressio. Helsinki: Otava.

Kjelin, E. & Kuusisto, P-C. 2003. Tulokkaasta tuloksentekijäksi. Helsinki: Talentum.

Koffert, T. & Kuusi, K. 2002. Depressiokoulu: opi masennuksen ehkäisy- ja hoitotaitoja. Suomen mielenterveysseura.

Kupias, P. & Peltola, R. 2009. Perehdyttämisen pelikentällä. Helsinki: Palmenia.

L 30.12.2014/1301. Sosiaalihuoltolaki. Valtion säädöstietopankki Finlex. Ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 20.5.2015. <http://www.finlex.fi>, hakusana sosiaalihuoltolaki.

L 23.8.2002/738. Työturvallisuuslaki. Valtion säädöstietopankki Finlex, Ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 10.3.2015. <http://www.finlex.fi>, hakusana työturvallisuuslaki.

L 11.6.1999/731. Suomen perustuslaki. Valtion säädöstietopankki Finlex. Ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 20.5.2015. <http://www.finlex.fi>, hakusana perustuslaki.

L 19.11.1993/998. Laki nuorista työntekijöistä. Valtion säädöstietopankki Finlex, Ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 10.3.2015. <http://www.finlex.fi>, hakusana nuori työntekijä.

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Valtion säädöstietopankki Finlex. Ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 20.5.2015. <http://www.finlex.fi>, hakusana potilaan oikeudet.

Liski, M., Horn, S. & Villanen, Marjut. 2007. Hyvä perehdytys opas. Lahden ammattikorkeakoulu.

Liukka, M. 2010. Perusterveydenhuollon hoitajien asenteet masennukseen ja sen hoitoon. Pro gradu-tutkielma. Itä-Suomen yliopisto

Lönnqvist, J. & Partonen, T. 2011. Psykiatrian käsitteitä. Psykiatria. Helsinki: Duodecim.

Masennus. 2015. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 21.8.2015. <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/keinoja-mielenterveyden-edistamiseen/time-out-aikalisa-elamaraiteilleen/aikalisaohjaajien-materiaalipaketti/mielenterveys/masennus>

Masennushoitajatoiminta. 2014. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Psykiatria. Viitattu 29.10.2014. <http://www.ksshp.fi/Public/default.aspx?nodeid=35891&culture=fi-FI&contentlan=1>.

Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 20.5.2015.

<https://www.julkari.fi/handle/10024/111122>.

Mäntynen, J. & Penttinen, A. 2009. Työhön perehdyttäminen ja opastus – ennakoivaa työsuojelua. Työturvallisuuskeskuksen julkaisu. Viitattu 10.3.2015. http://www.ttk.fi/files/800/Tyohon_perehdyttaminen2009.pdf.

Partanen, A., Moring, J., Nordling, E. & Bergman, V. (toim.). 2010. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015 Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Helsinki: Työ- ja hyvinvoinninlaitos, THL.

Pelanteri, S. & Rätty, T. 2015. Psykiatrinen erikoissairaanhoidon raportti 2013. Tilastoraportti 2/2015. Suomen virallinen tilasto. Terveys 2015. THL. Viitattu 31.8.2015

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125570/Tr02_15_fi_sv_en.pdf?sequence=8

Pietarsaaren sosiaali- ja terveysvirasto. 2014. 6/2014 Perehdytysopas hoitoalan opiskelijoille, Terveysterveystoiminta. Viitattu 3.10.2015

<https://www.sochv.jakobstad.fi/download/17975/A%20href=>

Polikliininen psykiatria 6/2015. Muistio 28.8.2015. Psykiatrian toimialueen johtoryhmän kokous.

Pulkkinen, S. & Vesänen, P. 2013. Itsemurhavaarassa olevan potilaan tunnistaminen. Teoksessa Sairaanhoidajan käsikirja. Helsinki: Duodecim.

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2014. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Riihimäki, K. 2010a. Masennus sairautena. Teoksessa Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.

Riihimäki, K. 2010b. Vantaan kolmiomalli. Kolmiomallin tausta. Teoksessa Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.

Tauriainen, P. 2010a. Vantaan kolmiohoitomalli. Kolmiomallin käyttö Vantaalla. Teoksessa Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.

Tauriainen, P. 2010b. Vantaan kolmiohoitomalli. Depressiohoitajan työ. Teoksessa Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.

Työ- ja elinkeinoministeriö. 2015. Työlainsäädäntö. Viitattu 10.3.2015.
<http://www.tem.fi/tyo/tyolainsaadanto>.

Valpola, A. & Åman, I. (toim.) 2008. Ammattitaito kuntoon. Uusia keinoja työnopastukseen.

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

Vuorilehto, M. 2008. Depressive Disorders in Primary Health Care. National Public Health Institute, Department of Mental Health and Alcohol Research & University of Helsinki, Department of Psychiatry. Helsinki: Yliopistopaino.