

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali ja terveysala Lappeenranta
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja

Jenna Porkka ja Anu Karjalainen

Hoitajien osaaminen mielenterveys- ja päihdehäiriöitä omaavan potilaan kohtaamisessa perusterveydenhuollossa

Opinnäytetyö 2017

Tiivistelmä

Jenna Porkka ja Anu Karjalainen

Hoitajien osaaminen mielenterveys- ja päihdehäiriöitä omaavan potilaan kohtaamisessa perusterveydenhuollossa, 30 sivua, 3 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysala, Lappeenranta

Sairaanhoitaja AMK

Opinnäytetyö 2017

Ohjaaja: Yliopettaja Päivi Löfman, Saimaan ammattikorkeakoulu

Perusterveydenhuollossa kohdataan paljon mielenterveys- ja päihde ongelmia. Nämä ongelmat ovat myös yleisin syy siihen, että jäädään työkyvyttömyyseläkkeelle. Näistä häiriöistä kärsivistä potilaista suurin osa kohdataan perusterveydenhuollossa. Perusterveydenhuollon potilailla mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys on myös keskimäärin 24%. Perusterveydenhuollossa masennus on yksi yleisin sairaus, joka heikentää työ- ja toimintakykyä sekä elämänlaatua jopa pitkäaikaissairautta enemmän.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa terveysaseman sairaanhoitajan vastaanotolla työskentelevien sairaanhoitajien valmiudet kohdata mielenterveys- ja päihdepotilas. Tavoitteena oli saada tietoa sairaanhoitajien olemassa olevasta tiedosta ja ovatko he työssään saaneet koulutusta kohdata mielenterveys- ja päihdehäiriöitä omaava potilas.

Sairaanhoitajilta keräsimme tiedon avoimen kyselyn avulla. Avoimissa kysymyksissä selvitettiin kuinka usein vastaanotolla käy mielenterveys- ja päihdehäiriöitä omaava potilas, mitä erityisiä asioita heidän kanssaan tulee ottaa huomioon sekä koulutuksen tarpeellisuus.

Sairaanhoitajien antamien vastausten perusteella mielenterveys- ja päihdehäiriön omaavaan potilaan kohtaamiseen ja tukemiseen toivottaisiin enemmän koulutusta. Kyselyyn vastanneilla sairaanhoitajilla ei taustalla ollut mitään erityistä koulutusta juuri siihen, miten kohdata mielenterveys- ja päihdehäiriön omaavaa potilasta.

Opinnäytetyömme tulosten pohjalta voisi vastaanotoilla työskenteleville sairaanhoitajille kehittää koulutuksen, joka suuntautuisi mielenterveys- ja päihdehäiriön omaavaan potilaan hoitoon perusterveydenhuollossa. Opinnäytetyömme tulokset ovat mielestämme hyvin hyödynnettävissä esimerkiksi vertailun kohteena, jos tulevaisuudessa joku haluaa vastaavaan kyselyn tehdä uudestaan samalle tai eri terveysasemalle.

Asiasanat: mielenterveyspotilas, päihdepotilas, perusterveydenhuolto, potilaan kohtaaminen, avoterveydenhuolto.

Abstract

Jenna Porkka, Anu Karjalainen

Nurses' expertise in meeting a patient with mental health and substance abuse in basic health care, 30 pages, 3 appendices

Saimaa University of Applied Sciences

Health Care and Social Services Lappeenranta

Degree Programme in Nursing

Bachelor's Thesis 2017

Instructor: Principal Lecturer Päivi Löfman, Saimaa University of Applied Sciences

Primary health care has a lot of problems with mental health and substance abuse. These problems are also the most common reason to stay on a disability pension. Most of the patients suffering from these disorders are faced with physiotherapy. In patients with primary health care, the incidence of mental health disorders is also 24% on average. Mental health is one of the most common illnesses in primary health care, which reduces work and functional capacity, life quality and even longer-term illness.

The purpose of the thesis was to find out the ability of nurses working in the nursing position to face a mental health and substance abuse patient. The aim was to get information on the existing knowledge of nurses and whether they have been trained to face a mental health and substance abuse problem.

We got information from nurses through an open questionnaire. The open questionnaire clarifies how often a doctor with a mental health and substance abuse disorder responds to the particular issues, that need to be taken with them and the need for training.

Based on the answers provided by nurses, more training was needed to meet and support a patient with mental health and substance abuse. The nurses responsible for the questionnaire did not have any special training on how to face a patient with mental illness and substance abuse.

Based on the results of our thesis work, the nurses working at the reception could develop a training aimed at treating a patient with mental health and substance abuse disorders in basic health care. In our opinion, the results of our thesis work are very useful, for example, if someone in the future wants to make a similar survey again to the same or different health center.

Keywords: mental health patient, substance abuse, primary health care, patient encounter, open health care.

Sisällys

1	Johdanto	5
2	Tutkimuksen tarkoitus	6
3	Mielenterveys- ja päihdetyötä ohjaavat lait	6
3.1	Mielenterveyslaki	6
3.2	Päihdehuoltolaki	7
3.3	Terveydenhuoltolaki	8
3.4	Laki potilaan asemasta ja oikeuksista	10
4	Mielenterveys- ja päihdehäiriöt	10
4.1	Mielenterveyden määritelmä	12
4.2	Päihdeiden määritelmä	13
4.3	Mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaaminen	13
5	Sairaanhoitajan työ vastaanotolla	16
5.1	Mielenterveys- ja päihdepalvelut avoterveydenhuollossa	16
5.2	Mielenterveys- ja päihdetyön ehkäisy	17
6	Opinnäytetyön toteutus	18
6.1	Tutkimusmenetelmät ja aineistonkeruu	19
6.2	Aineiston analysointi	20
7	Tulokset	22
7.1	Mielenterveys- ja päihdehäiriöinen potilas vastaanotolla	22
7.2	Kohtaamisessa erityisesti huomioitavat asiat	22
7.3	Sairaanhoitajien koulutus terveysaseman vastaanotolla	23
8	Pohdinta ja tulosten tarkastelu	24
8.1	Eettisyys ja luotettavuus	25
8.2	Opinnäytetyön prosessin pohdinta	26
8.3	Jatkotutkimusaiheet	28
	Taulukot	28
	Lähteet	29

Liitteet

- Liite 1 Avoin kyselylomake
- Liite 2 Saatekirje

1 Johdanto

Keski -Luopa (2007) on kirjoittanut, kuinka kaikilla palvelusektoreilla mielenterveyspalvelujen lähtökohtana tulisi olla kokonaisvaltainen ihmiskäsitys. Tämä olisi hyvä apu silloin, kun ihmisen psyykkistä ja fyysistä terveyttä tarkastellaan kokonaisuutena. Myös ihmisen kehossa näkyvät mielenterveysongelmat- ja häiriöt, sillä psyykkiset vaivat voivat näkyä siinä, miten jaksaa ja hyvin voi fyysisesti. (Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 20.) Isohanni & Joukamaa (2002) ovat myös maininneet, että somaattiset, psyykkiset sekä sosiaaliset tekijät voivat olla mielenterveyshäiriöiden taustalla. (Noppari ym. 2007, 50.)

Perusterveydenhuollossa kohdataan erilaisia asiakkaita, joista toiset voivat olla vetäytyneitä ja hiljaisia, toiset haastavia ja äänekkäitä. Asiakkaiden ammatillinen kohtaaminen edellyttää työntekijältä hyväksyvää ja asiakkaan tarpeet huomioon ottavaa ammattitaitoa. (Noppari ym. 2007, 11.)

Tässä opinnäytetyössä haluamme selvittää, millaiset valmiudet somaattisen puolen hoitajilla on hoitaa mielenterveys- ja päihdehäiriöitä omaavaa potilasta. Onko hoitajilla aikaisempaa kokemusta mielenterveystyöstä? Ovatko he saaneet työpaikallansa siihen liittyvää koulutusta? Millaista se on ollut? Onko koulutusta ollut riittävästi vai olisiko tarvetta lisäkoulutukselle?

Aiheen valitsimme sen takia, koska se kiinnosti meitä molempia ja on mielestämme tärkeä ja ajankohtainen aihe. Opinnäytetyömme toteutamme Kouvolassa, Kuusankosken terveysasemalla. Terveysasemalla keskitymme avovastaanoton palveluihin, kuten sairaanhoitajan vastaanottoon. Aineisto kerätään avovastaanotolla työskenteleviltä sairaanhoitajilta.

Mielestämme jokaisella hoitajalla tulisi olla jonkinlaista kokemusta siitä, miten hoitaa ja kohdata mielenterveys- ja päihdehäiriöitä omaava potilas. Sairaanhoitajana on kuitenkin mahdollisuus työskennellä monessa eri paikassa, joten on aina eduksi, jos on kokemusta mielenterveystyöstä sekä somaattisesta työstä, koska ikinä ei tiedä millainen potilas voi tulla asiakkaiksi.

2 Tutkimuksen tarkoitus

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa terveysaseman sairaanhoitajan vastaanotolla työskentelevien sairaanhoitajien valmiudet kohdata mielenterveys- ja päihdepotilas. Tutkimus tehdään avoimen kyselyn avulla. Tavoitteena on saada tietoa sairaanhoitajien olemassa olevasta tiedosta ja ovatko he työssään saaneet koulutusta mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaamiseen.

Opinnäytetyössämme haemme vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Kuinka usein sairaanhoitajat kohtaavat työssään mielenterveys- ja päihdehäiriöitä omaavia potilaita?
2. Mitä erityisiä asioita sairaanhoitajat ottavat huomioon kohdatessaan mielenterveys- ja päihdepotilaan?
3. Ovatko sairaanhoitajat työssään saaneet koulutusta siihen, miten kohdata mielenterveys- ja päihdepotilaita?

3 Mielenterveys- ja päihdetyötä ohjaavat lait

Läheisten velvoitteet ovat toisenlaisia kuin ammattilaisten, sen vuoksi mielenterveysongelmiin haetaan usein apua sosiaali- tai terveydenhuollon ammattilaisilta. Ammattilaisten avussa korostuu autettavan oikeudet sekä tarpeet ja toiveet. (Vuorilehto, Larri, Kurki & Hätönen 2014, 53.) Hoidon saatavuus, kohtelu, salassapito ja valitusmahdollisuus kuuluvat keskeisimpänä terveydenhuollon potilaan sekä sosiaalipalvelujen asiakkaiden oikeuksiin (Vuorilehto ym. 2014, 58).

3.1 Mielenterveyslaki

Mielenterveyslaissa (1116/1990) määritellään mitä mielenterveystyöllä tarkoitetaan ja mitä siihen kuuluu. Tässä laissa mielenterveystyöllä tarkoitetaan *yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveyden häiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä.*

Mielenterveystyöhön mielenterveyslain (1116/1990) mukaan kuuluvat *mielisairauksia ja muita mielenterveyden häiriöitä poteville henkilöille heidän lääketieteellisin perustein arvioitavan sairautensa tai häiriönsä vuoksi annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut*. Siihen kuuluu myös, väestön *elinolosuhteiden kehittäminen siten, että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielenterveyden häiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä ja tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä*. (Mielenterveyslaki 1116/1990.) Mielenterveyslaissa (1116/1990) myös kirjoitetaan, että kunnan tulee huolehtia mielenterveyspalvelujen järjestämisestä niin, että ne ovat osa kansanterveystyötä niin kuin terveydenhuoltolaissa (1326/2010) sekä sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) ne säädetään.

Mielenterveyslaissa (1116/1990) määritellään myös tahdosta riippumaton hoito. Psykiatriseen sairaalahoitoon voidaan määrätä tahdosta riippumatta vain, jos ihmisen todetaan mielisairaaksi, jos henkilön hoitoon toimittamatta jättäminen pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vaarantaisi vakavasti hänen omaa terveyttään tai turvallisuuttaan tai muiden terveyttä tai turvallisuutta. Hoitoon voidaan määrätä myös silloin, jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi tai ne ovat riittämättömiä. Myös alaikäinen voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon edellä mainituin perustein.

Terveyskeskuksessa työskentelevän virkasuhteisen lääkärin on laadittava potilaasta tarkkailulähete ja lähetettävä potilas tutkittavaksi sairaalaan, jos hän suorittamansa tutkimuksen perusteella toteaa, että tahdosta riippumattomaan hoitoon määräämisen edellytykset ovat todennäköisesti olemassa. (Mielenterveyslaki 1116/1990.)

3.2 Päihdehuoltolaki

Päihdehuoltolaissa (41/1986) tavoitteena on päihteiden ongelmakäytön ehkäisy ja vähentäminen, ongelmakäyttöön liittyvien sosiaalisten ja terveydellisten haittojen ehkäisy ja vähentäminen. Lain tavoitteena on ongelmakäyttäjien ja hänen läheistensä toimintakyvyn ja turvallisuuden edistäminen.

Päihdehuoltolain (41/1986) kolmannen pykälän mukaan kunnat huolehtivat siitä, että päihdehuolto on järjestetty sisällöltään ja laajuudeltaan kunnassa olevan tarpeen mukaan.

Laissa kirjoitetaan, että palveluja tulee kehittää niin, että sosiaali- ja terveydenhuollon yleisien palveluiden piirissä voidaan hoitaa päihteiden ongelmakäyttäjää riittävästi. Terveydenhuollon on pystyttävä tarvittaessa ohjaamaan tuen ja avun tarpeessa oleva henkilö päihdehuoltoon tarkoitettujen palveluiden piiriin. Ensisijaisesti palvelut tulee järjestää avohuollon toimenpitein niin, että palvelut ovat joustavia, monipuolisia ja helposti tavoitettavia.

Henkilön, jolla on päihteiden käytössä ongelmia, tulee saada päihdehuollon palveluja. Palveluja tulee antaa myös hänen perheelleen ja läheisilleen. Palvelut tulee antaa heidän avun, tuen ja hoidon tarpeensa perusteella. (Päihdehuoltolaki 41/1986.)

Hoitoon voidaan määrätä myös tahdosta riippumatta, jos henkilön vapaaehtoisuuteen perustuvat palvelut eivät ole mahdollisia tai ovat riittämättömiä. Hoitoon määrätä silloin, jos päihteiden käytöstä aiheutuu hänelle mm. hengenvaaraa tai kiireellistä hoitoa vaativa sairaus, josta hänelle on uhkana terveydellinen vaurio. Jos päihteiden käyttöön liittyy väkivaltaisuutta ja henkilö vaarantaa vakavasti perheensä tai muiden ihmisten terveyttä tai turvallisuutta, voidaan hänet määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon. (Päihdehuoltolaki 41/1986.)

3.3 Terveydenhuoltolaki

Terveydenhuoltolain (1326/2010) tarkoituksena on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta; kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja, toteuttaa väestön tarvitsemien palvelujen yhden-vertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta, vahvistaa terveydenhuollon asiakaskeskeisyyttä sekä vahvistaa perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä ja parantaa terveydenhuollon toimijoiden, kunnan eri toimialojen välistä sekä muiden toimijoiden kanssatehtävää yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä.

Terveydenhuoltolaki on määritelty osiin. Ensimmäisenä tavoitteena on yksilön, väestön, yhteisöjen ja elinympäristön edistämisen kehittäminen, jossa tarkoituksena on terveyden, työkyvyn ja toimintakyvyn parantaminen ja ylläpitäminen. Tavoitteena on myös sairauksien, tapaturmien ja muiden terveysongelmien ehkäisy, mielenterveyden vahvistaminen. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Toisena lain osana on perusterveydenhuolto, jolla tarkoitetaan väestön terveydentilan seurantaa, jonka kunta järjestää sekä terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia osana terveyden edistämistä. Kohdassa on lueteltu myös suun terveydenhuolto, lääkinnällinen kuntoutus, työterveyshuolto, ympäristöterveydenhuolto sekä päivystys, avosairaanhoido, kotisairaanhoido, kotisairaala- ja sairaalahoito, mielenterveystyö ja päihdetyö, jos niitä ei järjestetä erikoissairaanhoidossa tai sosiaalihuollossa. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Kolmantena on erikoissairaanhoido, joka pitää sisällään lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaiset sairauksien ehkäisy, tutkimukset, hoidon, ensihoidon, päivystyksen ja lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvat palvelut. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Kunnilla on oltava riittävästi voimavaroja järjestää terveydenhuollon palveluita ja edistää terveyttä ja hyvinvointia. Moniammatillinen asiantuntemus, eri ammattiryhmien yhteistyö ja hoito- ja toimintatapojen kehittäminen tukevat laadukasta ja turvallista hoidon kokonaisuutta. Kunta tai sairaanhoitopiiri katsoo, että terveydenhuollosta vastaavan henkilöstömäärän on vastattava väestön terveydenhuollon tarvetta. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Kunnissa seurataan väestön terveyttä ja hyvinvointia ja niistä raportoidaan valtuustolle vuosittain (Terveydenhuoltolaki 1326/2010).

Terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi kuntien täytyy järjestää oman alueensa asukkaille mielenterveyspalvelut, joiden tarkoituksena on vahvistaa yksilön tai yhteisön mielenterveyttä ja vähentää tai poistaa mielenterveyttä vaarantavat tekijät. Terveydenhuoltolaissa säädettyyn mielenterveystyöhön kuuluvat ohjaus ja neuvonta terveydenhuollossa, sekä yksilön ja perheen psykososiaalinen tuki.

Terveydenhuollossa tapahtuva mielenterveystyö suunnitellaan niin, että se muodostaa toimivan kokonaisuuden. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

3.4 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista sisältää potilaan oikeudet; potilaalla on oikeus hyvään kohteluun terveyden- ja sairaanhoidossa. Jokainen pysyvästi Suomessa asuva henkilö on oikeutettu hänen terveydentilansa vaatimaan terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilasta on hoidettava laadukkaasti, kunnioitettava hänen ihmisarvoaan ja yksityisyyttään, myös vakaumuksia. Potilaan yksilölliset tarpeet täytyy ottaa huomioon. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Potilaalla on oikeus riittävään tiedonsaantiin hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä ja hoitovaihtoehtoista, ja muista hänen hoitoonsa liittyvistä asioista, joilla merkitystä hänen hoidostaan päätettäessä. Terveydenhuollon ammattihenkilön on annettava tietoa potilaalle siten, että potilas varmasti ymmärtää sen sisällön. Jos ammattihenkilö ei osaa potilaan puhumaa kieltä tai potilas ei esimerkiksi puhevian vuoksi tule ymmärretyksi, on huolehdittava tulkitsemisesta tarpeen mukaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Potilaalla on itsemääräämisoikeus. Jos hän kieltäytyy hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, on häntä hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla tavalla. Jos täysi-ikäinen ei pysty päättämään omasta hoidostaan mielenterveydenhäiriön, kehitysvammaisuuden tai jonkin muun syyn takia, on hänen laillista edustajaa tai lähiomaista kuunneltava ennen hoitopäätöksien tekoa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 786/1992.)

4 Mielenterveys- ja päihdehäiriöt

Kärkkäinen (2016) kirjoittaa, kuinka mielenterveys- ja päihdehoitotyön tulisi olla sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen keskiössä. Hänen mukaansa mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämisen avain on sote -uudistus. Parannettavaa löytyy mielenterveys- ja päihdepotilaiden kohdalta, heidän tulisi saada yhdenvertaista hoitoa muiden potilasryhmien kanssa. Hänen

mielestään olisi myös tärkeää vahvistaa peruspalvelujen määrää, sekä osaamista erityisesti mielenterveys- ja päihdepotilaille. Ensisijaisesti perustasolla voidaan tunnistaa mielenterveys- ja päihdehäiriöt ja hoitaa niistä osaa, kuten masennusta, ahdistuneisuutta ja päihdehäiriöitä. Häiriöt ovat iso riski kansanterveydelle ja -taloudelle, koska hoitopalveluja ei vain riitä kaikille, iso osa myös häiriöistä alkaa jo lapsuus- ja nuoruusiässä. Häiriöihin saatava hoito ei ole myöskään riittävää niiden yleisyyteen nähden. Artikkelissa on arvioitu, että vain joka viides mielenterveys- ja päihdehäiriöistä kärsivä potilas saisi riittävää ja tarpeeksi laadukasta hoitoa eli yli puolet jäisi näistä potilaista ilman hoitoa.

Riihimäki, Heiska -Johansson ja Ketola (2016) kertovat artikkelissaan, että noin 50 % väestöstä esiintyy mielenterveys- ja päihdehäiriöitä. Nämä häiriöt ovat myös yleisin syy siihen, että jäädyään työkyvyttömyyseläkkeelle. Näistä häiriöistä kärsivistä potilaista suurin osa kohdataan perusterveydenhuollossa. Perusterveydenhuollon potilailla mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys on myös keskimäärin 24%. Yksi yleisin sairaus perusterveydenhuollossa, joka heikentää työ-, toimintakykyä, sekä elämänlaatua jopa enemmän kuin pitkäaikaissairaus, on masennus.

Kärkkäisen (2016) mukaan suomalainen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä ei ole onnistunut kehittämään mielenterveys- ja päihdehäiriöiden hoitoa yhtä hyvin kuin somaattisten sairauksien kohdalla. Fyysisesti suomalaisten terveys on yhä parempi, mutta mielenterveydessä ei vastaavaa kehitystä ole nähtävissä. Väestössä masennushäiriöiden esiintyvyys on lisääntynyt sekä mielenterveys- ja päihdepotilaiden elinajanodote on muuta väestöä joka parikymmentä vuotta lyhyempi. Kärkkäisen (2016) mukaan tämä on seurausta siitä, että somaattiset sairaudet ovat yleisiä tässä potilasryhmässä.

Koposen ja Lappalaisen (2015) tutkimus keskittyy siihen mitkä asiat vaikuttavat mielenterveyden häiriöistä kärsivien ihmisten terveydellisiin riskitekijöihin. Mielenterveyspotilaiden somaattinen sairastaminen on tavallista ja se vaikuttaa heidän elinajanodotteeseen, toimintakykyyn sekä elämänlaatuun. Muun muassa heidän vähäinen liikunta ja tupakointi lisäävät riskiä sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin. Ylipainolle ja heikentyneelle glukoositasapainolle voivat altistaa mielenterveyspotilaiden käyttämät masennus-, psykoosilääkitys tai

mielialantasaajat. Somaattisten sairauksien toteamista voi hankaloittaa heidän käyttämänsä lääkehoito, koska se voi nostaa kipukynnystä.

Ämmälä ja Ekelund (2012) käsittelevät artikkelissaan lakeja, hoitokäytäntöjä sekä tieteellisiä näkökulmia, jotka ohjaavat potilaan hyvää hoitoa. Potilaan tullessa hoitoon voi tulla tilanteita, joissa ei välttämättä voida luottaa potilaan omiin toiveisiin, jotka koskevat somaattisen sairauden hoitoa. Tällöin lääkäriellä on velvollisuus hoitaa potilasta parhaalla mahdollisella tavalla, esim. Jos potilaalla on mielenterveydellisiä häiriöitä.

Lindholm, Luoto, Koivukangas ja Kampman (2013) tuovat artikkelissaan esille sitä, kuinka päihde- ja mielenterveysongelmat yleistyvät myös perusterveydenhuollon potilailla. Artikkelissa korostetaan kuinka näiden potilaiden hoidon kokonaisarvioissa tulisi käyttää erilaisia seulakyselyjä, jotta saataisiin mahdollisimman tarkka kokonaiskuva potilaan voinnista. Kerrotaan myös hieman perusterveydenhuollosta, kuinka sen vastaanotto toiminta on laaja-alaista ja heillä työn aikapaine on kova. On myös tehty tutkimuksia, että noin jopa puolella perusterveydenhuollon potilaista on jonkinlainen päihde- ja mielenterveydenhäiriö. Nämä häiriöt voivat kehittyä salakavalasti ja tulla ilmi vasta myöhemmin, joskus jopa yllätyksenä lääkärielle sekä potilaalle itselleen.

4.1 Mielenterveyden määritelmä

Käsitteenä mielenterveyttä on ongelmallista määrittää, koska jokainen meistä ihmisistä käsittää sen omalla tavallaan. Yksiselitteistä ja tyhjentävää määritelmää on vaikea löytää sille mitä mielenterveydellä tarkoitetaan koska se vaihtelee kulttuurin, määrittelijän sekä aikakausten mukaan. (Vuori-Kemilä, Stengård, Saarelainen & Annala 2007, 8.)

Hyvä elämä-hyvä mieli (2006) Suomen mielenterveysseura on taas kirjoittanut kuinka persoonallinen kasvu ja kehitys muovaavat mielenterveyttä. Myös mielenterveyden aste voi välillä vaihdella hyvästä olostu huonoon oloon. Mielenterveys terminä on siis monimerkityksellinen, siitä voidaan myös erottaa mielenterveysongelmat ja häiriöt. Tällöin se sisältää yksilön hyvinvoinnin näkökulmaa ihmisestä toimintakykyisenä ja elämäniloisena ajatuksena. Mielenterveyteen liittyy myös se millainen suhde ihmisellä ja ympäristöllä on, sitä

ei voi yksinään selittää persoonallisilla sekä yksilöllisillä ominaisuuksilla, joita ihmisellä on kuten Lehtinen (2002) on teoksessaan todennut. (Noppiari ym. 2007, 18.)

Kun mielenterveydestä puhutaan yleensä ensimmäisenä, ajatellaan aina mielenterveyshäiriöitä, eli kielteisiä puolia mielenterveydestä. Mielenterveydestä on myös toinen määritelmä, positiivinen mielenterveys. Tähän kuuluu kokemus hyvinvoinnista ja se luo perustan hyvälle elämälle, voi elää täysillä ja mielekkäästi. Yksilölle, perheelle, yhteisölle sekä koko yhteiskunnalle tämä on voimavara. Ihminen tukee kivijalan varaan, ja tässä se kivijalka on positiivinen mielenterveys. (Hämäläinen, Kanerva, Kuhanen, Schubert & Seuri 2017, 19.)

4.2 Päihteiden määritelmä

Kemialliset aineet, niiden yhdistelmät tai luonnontuotteet määritellään päihteiksi, kun niitä käytetään päihtymis-, piristys-, tai huumausaine tarkoituksessa. (Vuori-Kemilä ym. 2007, 34.) Myös päihdehuoltolain (41/1986) mukaan päihteillä tarkoitetaan alkoholia sisältäviä juomia sekä muita päihtymistarkoitukseen käytettäviä aineita.

Tupakkalaki (549/2016) määrittää laissa tupakaksi sellaisen, jonka valmistukseen on käytetty tupakkakasvien lehtiä, runkoja, varsia tai niitä sisältäviä nautintoaineita. Tupakkatuotteeksi luetaan sellainen tuote tai sen tapainen sähkösavuke, joka on valmistettu kokonaan tai osittain tupakasta jota voidaan polttaa, vetää sieraimiin, imeskellä tai pureskella. (Holmberg 2016, 12.)

Huumausaineiksi taas luetaan aineet jotka ovat laittomia sekä niiden käyttötarkoitus on huumaava. Se miten niitä käytetään, voidaan luokitella eri lailla esimerkiksi sen mukaan, mikä on käyttövaihe sekä –tiheys, mitä aineita on käytetty ja mitä terveysriskejä ne ovat aiheuttaneet. Yleisimmin kuitenkin käyttö luokitellaan kokeiluun, satunnaiseen, ajoittaiseen, säännölliseen, ongelma ja riippuvuuskäyttöön. (Holmberg 2016, 13.)

4.3 Mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaaminen

Usein mielenterveys- ja päihdehäiriöt tuovat asiakkaassa esille häpeän, pelon sekä tunteen tulla leimatuksi. Asiakas on voinut salata oireita tai muunnella

totuutta, myös luottamus muihin ihmisiin on voinut olla vaikeaa. Tällaisen epäluottamuksen taustalla voi olla traumaattisia kokemuksia tai asiakasta on syyllistetty joistakin asioista. Jotta onnistutaan luomaan luottamuksellinen hoitosuhde, täytyy sisäistää hoitotyön eettiset ohjeet sekä ammatilliset velvoitteet, jotka liittyvät lakiin. Hoidon alkaessa on hyvä kertoa hoidon puitteista, tiedonkulusta, säännöistä sekä siitä miten erilaisissa tilanteissa toimitaan. Luottamusta ei voi ottaa eikä saada, vaan rehellisellä, avoimella sekä aidolla toiminnalla hoitotyöntekijä voi näyttää asiakkaalle olevansa luottamuksen arvoinen. Luottamuksen syntyä edesauttaa myös se, että asiakasta lähestytään hienovaraisesti, hänen toiveita kuunnellaan sekä otetaan huomioon hänen erilaiset reaktiot. Etenkin silloin kun kyseessä on mielenterveys- ja päihdehäiriöihin liittyviä vaikeita ja arkaluontoisia asioita olisi tärkeää, että asiakas pystyy olemaan pelkäämättä ja jännittämättä hoitotyöntekijän seurassa. (Holmberg 2016, 92.)

Hoitotyöntekijän ja hoidettavan ihmisen ollessa hoitosuhteessa, täytyy hoitotyöntekijältä löytyä aitoa kiinnostusta hoidettavaa kohtaan. Empatia on kuitenkin sellainen sosiaalinen taito, joka vaatii sen, että käytetään tunteita sekä osataan tunnistaa inhimilliset muuttujat. Empaattisuutta voi myös näyttää monella eri tavoin kuten ilmeillä, eleillä, äänensävyllä tai vain sillä, että on hiljaa toisen vieressä. Tällainen vaatii sen, että hoitotyöntekijä hyödyntää omaa elämäkokemustaan sekä inhimillisyyttään vuorovaikutuksessa ja reflektoi niistä tulleita ajatuksia ja tunteita osana hoitotyötä. Elämän- ja ammattikokemusten kautta hoitotyöntekijä voi kehittyä empatia taidoissa. (Holmberg 2016, 93.)

Hoitosuhteessa täytyy myös olla neutraalisuutta, joka tässä tarkoittaa sitä, että osaa ottaa sopivan etäisyyden hoitosuhteessa. Se on osaltaan sitä, että toiseen ihmiseen suhtaudutaan inhimillisesti ja ammattimaisen ystävällisesti. (Holmberg 2016, 94.)

Hoidettavan ja hoitotyöntekijän välillä etäisyys tarkoittaa fyysistä, psyykkistä sekä sosiaalista välimatkaa. Läheisyyttä ja etäisyyttä pitäisi hoitotyöntekijän osata hoitosuhteessa säädellä. Etäisyyden säätelyllä tarkoitetaan tässä sitä, että kunnioitetaan toista ihmistä erillisenä yksilönä. Jotta hoitotyöntekijä osaa kunnioittavasti osoittaa etäisyyttä toiselle, vaatii se häneltä herkkyyttä ja

ammattitaitoa. Ihmiseltä voidaan myös kysyä, että voiko häntä koskettaa, miten ja minne. Tällä tavoin kunnioitetaan fyysistä etäisyyttä hoitotyössä, kun taas kysymyksillä, syventämällä tai vaihtamalla aihetta säädellään psyykkistä etäisyyttä. (Holmberg 2016, 95.)

Ihmiselämän suojeleminen ja oikeudenmukainen toiminta kuuluvat hoitajalle, joka työskentelee mielenterveys- ja päihdetyössä. Hoidon, jota hoidettavalle annetaan pitää olla yksilöllistä sekä reilua eikä tähän saa vaikuttaa hänen tausta tai vakaumus. Hoitajan tehtävänä on myös pitää huolta, ettei kukaan joka osallistuu hoidettavan hoitoon kohtele häntä huonosti. Tämän lisäksi hoitajalla tässä työssä tärkeää on kannanotto sekä toimia asiantuntijana ammattialansa mukaisesti. Alati muuttuvissa hoitotilanteissa tarvitaan aitoutta, rehellisyyttä sekä suoruutta, ja näihin tarvitaan rohkeutta sekä ammattitaitoa. Vuorovaikutuksessa on myös mukana rohkeutta, mutta tämän lisäksi sitä on niissä ajatuksissa ja tunnereaktioissa mitä hoitaja ja hoidettava selvittävät, kohtaavat, käsittelevät sekä sulkevat. Rohkeutta on lisäksi puolustaa hoidettavaa henkilöä, tuoda toivoa tilanteisiin jotka tuntuvat toivottomilta sekä rajata hoito toimintaan joka on asiallista sekä ammatillista. (Holmberg 2016, 95-96.)

Toivoa luo hoitosuhteessa taas luottamuksellisuus sekä voimavarojen vahvistuminen. Toivo on sitä, että vähennetään pelkoja, tuodaan uskoa toipumiseen sekä luottamusta siihen, että asiakkaan elämäntilanteeseen löydetään parhaat mahdolliset ratkaisut. Hoitotyössä tärkeässä osassa on myös hoidettavan läheiset, heidän toivoon rohkaiseminen sekä siinä tukeminen. (Holmberg 2016, 97.)

Mielenterveys- ja päihdehoitotyössä nöyryys on arvostavaa kohtaamista. Se on sitä, että vallitsevaan hoitotilanteeseen sopeudutaan, kunnioitetaan toisen vaikeuksia sekä otetaan vastaan eteen tulevat asiat avoimella asenteella. Työssään nöyrä hoitaja ei liikaa keskity myöskään itseensä vaan hän voi asettaa hoitosuhteessa itsensä yhdeksi työväliseksi. Tällainen toiminta tarvitsee lujaa itsekontrollia. Nöyryyden myötä vähenee itsekeskeisyys sekä lisääntyy arvostus toisia kohtaan, myös pettymysten sietäminen helpottuu sen myötä. Hoitosuhteessa sekä muissa nöyryys voi tulla esiin vaatimattomuutena mutta se ei tarkoita nöyristelyä. (Holmberg 2016, 98.)

5 Sairaanhoidajan työ vastaanotolla

Hyvinvointiyhteiskunnan yhtenä merkkinä pidetään korkeatasoisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Näistä osa on kustannettu julkisin verovaroin ja ne ovat yhteiskunnan tuottamia. Myös yksityiset ja kolmas sektori tuottavat palveluita. Kaikissa näissä annetaan mielenterveyspalveluita. (Vuorilehto ym. 2014, 225).

Ennaltaehkäisevät palvelut kuuluvat myös terveydenhuollon palveluihin terveyskeskuksen toiminnan ja sairaalahoidon ohella. Kunnat tarjoavat perusterveydenhuoltoon kuuluvat terveysterveysterveyspalvelut terveyskeskuksissa. Terveysaseman, jolla asioi saa valita itse asuinkunnan sisältä. Sairaanhoidajan työnkuvaan kuuluu esimerkiksi sairaanhoidajan vastaanotto, terveysneuvonta, terveystarkastukset, seulontatutkimukset ja rokotukset sekä mielenterveys- ja päihdepalvelut. (Vuorilehto ym. 2014, 226).

Mielenterveystyötä tekevät terveyskeskuksessa monet työntekijät. Sairaanhoidajien työ sisältää tuen antamista sekä häiriöiden tunnistamista. (Vuorilehto, ym. 2014, 227.)

5.1 Mielenterveys- ja päihdepalvelut avoterveydenhuollossa

Ensisijaisesti mielenterveysongelmien hoidossa käytetään terveydenhuollon peruspalveluja sekä avopalveluja. Jos kunnan asukas kokee tarvitsevansa apua hän voi hakeutua lääkärin vastaanotolle hoidon tarpeen arviointiin joko terveyskeskukseen, työterveyteen tai opiskelijaterveydenhuoltoon. Sieltä hänet ohjataan sellaisen palvelun piiriin, joka vastaa parhaiten hänen tarvitsemaansa apua. (Hämäläinen ym. 2017, 68.)

Kun perusterveydenhuollon peruspalvelut todetaan hoitopaikkana riittämättömiksi, niin seuraavina hoitopaikkoina olisi avohoito, jonka järjestää joko perusterveydenhuollon erityispalvelut tai erikoissairaanhoito. Paikkakunnasta riippuen voi hakeutua suoraan tai perusterveydenhuollon lääkärin kautta julkisen perusterveydenhuollon mielenterveystoimistoihin tai psykiatrisille poliklinikoille. Hakeutuessa julkisen perusterveydenhuollon palveluiden piiriin potilas ei voi

valita työntekijää, jolle aikaa haluaisi toisin kuin yksityisissä mielenterveyspalveluissa voi valita. (Hämäläinen ym. 2017, 68.)

Mielenterveyspotilaiden läheiset huolehtivat usein perheenjäsenensä asioista. Läheiset ovat huolissaan siitä, että mielenterveyspotilaiden hoito keskittyisi avohoitoon, jolloin läheisten vastuu hoidosta kasvaisi. Kun perheenjäsen sairastuu, aiheuttaa se kriisitilanteen koko perheessä. Mielenterveyspotilaiden läheiset ovat usein kuormittuneita psyykkisesti ja heillä esiintyy unettomuutta, ahdistuneisuutta ja jopa hoitoa vaativaa masennusta. (Koponen, Jähi, Männikkö, Lipponen, Åstedt- Kurki & Paavilainen. 2012, 140.)

5.2 Mielenterveys- ja päihdetyön ehkäisy

Niemelä ja Blanco- Sequeiros (2015) kirjoittavat miten mielenterveyden häiriöiden ehkäisyllä, varhaisella toteamisella ja laadukkaalla hoidolla olisi kansanterveydellisiä ja taloudellisia vaikutuksia. Heidän mielestään pitäisi erityisesti panostaa avohoitoon, koska mitä enemmän sitä annetaan sitä vähemmän psykiatrisia potilaita palaa sairaalahoitoon.

Psykoterapia on yksi keskeisin hoitomuoto ja se pitäisi olla saatavilla, jotta psykiatrinen avohoito toimisi. Tällaisen menetelmien saatavuus on aivan liian vaikeaa nykyjärjestelmässä, eikä pelkkä lääkehoito ole tarpeeksi laadukas mielenterveyden häiriöiden hoitoon. Psykoterapeutti- ammattinimikkeeseen oikeuttavia koulutuksia on, mutta ne ovat pitkiä, kalliita ja useimmat heistä siirtyvät itsenäiseksi ammatinharjoittajiksi. Psykiatriseen työhön suuntautuvat sairaanhoitajaopiskelijat saavat taas liian vähän psykoterapeuttisia valmiuksia opinnoissaan. Yksi tämän vuosikymmenen mielenterveyspalveluiden kehityssuunnista on tuoda psykiatrinen osaaminen perusterveydenhuoltoon somaattisen sairauksien hoidon rinnalle.

Niemelä ja Blanco-Sequeiros (2015) mainitsevat myös artikkelissaan, kuinka mielenterveysongelmista kärsivät henkilöt käyttävät muuta väestöä enemmän sosiaali- ja terveyspalveluja. Tärkeää olisikin, että olisi tiiviimpi yhteistyö psykiatrian ja muiden erikoisalojen kanssa, jotta voitaisiin kohentaa psykiatristen potilaiden asemaa. Psykiatria tulisikin liittää somaattisten sairauksien hoitoon sekä perusterveydenhuollon palveluihin. Psykiatrinen osaaminen edesauttaisi

myös vaativien vuorovaikutustilanteiden hallintaa sekä tukisi potilaan sitoutumista hoitoon.

Lieviä tai keskivaikeita mielenterveyden häiriöitä voidaan hoitaa perusterveydenhuollossa, terveysasemilla taikka työterveyshuollossa mutta ne täytyy tunnistaa riittävän varhain sekä hoitoa on saatava helposti ja ilman viiveitä. Jos kyseessä taas on vaikea mielenterveyden häiriö olisi hyvä tuottaa erityispalveluja keskitetysti ja tuoda ne lähelle potilasta. Tällaista erityisosaamista tarvitaan silloin, jos esimerkiksi häiriöön liittyy merkittäviä oheissairauksia, oireet ovat vaikeita tai potilas ei saa hyötyä yleisimmin käytetyistä näyttöön perustuvista psykososiaalisista tai lääkkeellisistä hoidoista. (Niemelä ym. 2015.)

Niemelän ja Blanco-Sequirosin (2015) mukaan valtakunnallisesti on jo käytössä perusterveydenhuoltoon integroituja hoitokäytäntöjä kuten terveysasemilla toimivat depressiohoitajat sekä päihdesairaanhoidajan ja lääkärin muodostama työpari. Jotta perusterveydenhuollossa voitaisiin hoitaa hyvin mielenterveyshäiriöitä tulisi hoitavalla lääkäriellä olla mahdollisuus hoitosuhteeseen, koska asiat eivät yleensä hoidu vain muutamalla käynnillä. Lääkäriellä tulisi olla mahdollisuus tavata potilas vastaanottoajan puitteissa uudelleen ja lääkärin tulisi saada tukea hoidon suunnitteluun muun muassa, kun arvioidaan lääkityksen tarvetta. Tärkeää olisi myös, että perusterveydenhuollon lääkäriellä olisi matalan kynnyksen konsultaatiomahdollisuus erikoissairaanhoidon. Työtä tarvitaan kuitenkin paljon, jotta saadaan mielenterveys- ja päihdetyö yhdistettyä. Tulevaisuudessa korostuu muidenkin erikoisalojen yhteistyö. Mielenterveyspalveluiden tuottamisessa ja suunnittelussa vastuu on psykiatrisella erikoisalalla, koska he toimivat myös kuluttajina ja osaamisen ylläpitäjinä.

6 Opinnäytetyön toteutus

Toteutamme opinnäytetyömme Kuusankosken terveysasemalla, Kouvolassa. Tutkimus keskittyy siellä vakituisesti sairaanhoitajan vastaanotolla työskenteleviin sairaanhoitajiin, joita on 12. Aineisto sairaanhoitajilta kerätään kyselylomakkeella, jossa on avoimet kysymykset (Liite 1). Kyselylomakkeen mukana he saavat myös saatekirjeen (Liite 2), josta käy ilmi meidän tutkimuksen

tavoite ja aihe. Kyselylomakkeet ja saatekirjeen toimitamme Kuusankosken terveysasemalle helmikuussa 2017, jossa kyselylomakkeet ovat vastattavissa viiden viikon ajan. Samalla etsimme tarvittavaa teoriatietoa tutkimustamme varten. Viiden viikon jälkeen haemme kyselyt terveysasemalta pois ja aloitamme tekemään sisällönanalyysiä kyselyn vastauksille. Tutkimuksen toteuttamista varten tarvitsemme myös tutkimusluvan.

6.1 Tutkimusmenetelmät ja aineistonkeruu

Opinnäytetyömme on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Tämän tutkimuksen päättely on usein induktiivista joka tarkoittaa sitä, että tuloksiin edetään yksittäisten havaintojen kautta (Kananen, 2014, 20). Tällaisen tutkimuksen tavoitteena on tutkittavan ilmiön kuvaaminen, ymmärtäminen sekä tulkinnan antaminen. Laadullinen tutkimus myös keskittyy tutkimaan yksittäisiä tapauksia (Kananen, 2014, 18-19). Meidän opinnäytetyössämme keskitymme siihen millaista, osaamista sairaanhoitajan vastaanotolla työskentelevillä sairaanhoitajilla on kohdata mielenterveys- ja päihdehäiriöitä omaava potilas.

Laadullisessa tutkimuksessa yritetään saada mahdollisimman paljon irti havainto kohteesta, eikä näitä tutkimustuloksia voida yleistää, koska ne pätevät vain tutkimuskohteeseen. Tällaisessa tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita siitä, kuinka ihmiset kokevat ja näkevät reaali maailman. Pääasiallinen tekijä on itse tutkija, jonka tiedonkeruun ja analysoinnin kautta reaali maailma syntyy tutkimus tuloksiksi. (Kananen, 2014, 19.) Ominaisia tiedonkeruumenetelmiä laadulliselle tutkimukselle ovat dokumentit, kyselyt, haastattelut sekä havainnointi (Kananen, 2014, 27).

Sairaanhoitajilta keräämme tiedon kyselylomakkeella (Liite 1). Kyselylomakkeeseen olemme valinneet kuusi avointa kysymystä, koska avoimilla kysymyksillä saamme enemmän ja laajempaa tietoa kuin suljetuilla kysymyksillä (Kananen, 2014, 79). Kyselyyn vastataan omilla sanoin sekä omien kokemusten perusteella, vastaaminen kyselyyn on nimetöntä.

6.2 Aineiston analysointi

Meidän lähestymistapa työllemme on induktiivinen eli aineistolähtöinen analyysi. Tällainen analyysi voidaan jakaa prosessiksi, joka sisältää kolme eri vaihetta. Vaiheet ovat aineiston pelkistäminen eli redusointi, klusterointi eli aineiston ryhmittely sekä teoreettisten käsitteiden luominen eli abstrahointi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.) Tällaisella sisällönanalyysillä kerätty aineisto tiivistetään niin, että voidaan kuvata yleistävästi ja lyhyesti tutkittavia ilmiöitä tai vaihtoehtoisesti niin, että saadaan selvästi esille suhteet tutkittavien ilmiöiden välillä. Olennaista on, että samanlaisuudet sekä erilaisuudet erotetaan tutkimusaineistosta. (Janhonen & Nikkonen 2003, 23.)

Prosessin ensimmäisessä vaiheessa eli pelkistämisen kysytään tutkimuskysymyksiä aineistolta. Tämän jälkeen pelkistetyt ilmaisut jotka löytyvät aineistosta kirjataan aineiston termein. Toisessa vaiheessa aineisto ryhmitellään eli pelkistetyistä ilmaisuista etsitään yhtäläisyyksiä sekä erilaisuuksia. Käytännössä tällä tarkoitetaan sitä, että yhdistetään ilmaisut jotka tarkoittavat samaa samaksi luokaksi ja sille annetaan nimi, joka kuvaa sen sisältöä ja näin syntyy alaluokkia. Viimeisessä prosessin vaiheessa eli abstrahoinnissa alaluokat jotka ovat saman sisältöisiä yhdistetään ja näin syntyy yläluokkia. (Janhonen ym. 2003, 28-29.)

Kuusankosken terveysasemalla sairaanhoitajan vastaanotolla työskentelee 12 sairaanhoitajaa, heistä avoimeen kyselyymme vastasi 5. Valitsimme aineistolähtöisen sisällönanalyysin, koska halusimme ryhmitellä kyselyn vastaukset selkeästi esille. Vastausten analysoimisen aloitimme sillä, että luimme kyselyn avoimet vastaukset monta kertaa lävitse. Aloitimme vastausten analysoimisen niiden pelkistämällä. Pelkistettyjä ilmauksia saimme alun perin 30, taulukossa niitä on 28 koska yhdistimme kolme pelkistettyä vastausta yhdeksi ilmaisuksi. Alaluokkia muodostui 9 kappaletta ja näistä yhdistyi 3 yläluokkaa. Yhdelle alaluokalle ei muodostunut yläluokkaa ollenkaan. Aineiston vastauksista nousseet tärkeät asiat on pelkistetty taulukkoon ja näistä muodostuneet alaluokat sekä yläluokat ovat selkeästi luettavissa taulukosta. (Taulukko 1.)

Pelkistetty ilmaus

Alaluokka

Yläluokka

<ul style="list-style-type: none"> • Usein vastaanotolla • Harvoin vastaanotolla • Melko harvoin vastaanotolla 	Vaihteleva potilasmäärä	
<ul style="list-style-type: none"> • Ongelmien selvittäminen • Taustojen huomioiminen • Nykytila ja jatkosuunnitelmat 	Hoitosuhteen lähtökohta	Hoitosuhde
<ul style="list-style-type: none"> • Erilaiset kokemukset • Kohtaamisen helppous • Potilaan tilanteesta riippuva 	Kokemusten vaikutus kohtaamiseen	
<ul style="list-style-type: none"> • Valmistautuminen tapaamiseen • Terveystilan huomioiminen kokonaisvaltaisesti 	Potilaan tilan kartoittaminen	
<ul style="list-style-type: none"> • Hoitajan riittämättömyyden tunne • Suhtautuminen ammattitaitoisesti • Työhön omistautuminen 	Hoitajan työhyvinvointi	Hoitajan ammattitaito
<ul style="list-style-type: none"> • Arvostava kohtaaminen • Hoitajan empaattisuus • Tasa-vertaisuus • Keskustelun tärkeys 	Vuorovaikutus hoitajan ja potilaan välillä	
<ul style="list-style-type: none"> • Työ ja koulutus • Opiskeluun liittyvä • Koulun opinnot • Psyk. sh. opinnot • Työn kautta oppinut 	Aikaisemman koulutuksen määrä	Ammatillinen kehittyminen
<ul style="list-style-type: none"> • Koulutusta kohtaamiseen ja tukemiseen • Koulutusta avun tarjoamiseen 	Kommunikoinnin ja auttamismenetelmien parantaminen	

<ul style="list-style-type: none"> • Suuri koulutuksen tarve • Lisäkoulutuksen merkitys • Koulutuksen hyödyllisyys 	Koulutuksen laatu
---	-------------------

Taulukko 1: Aineistolähtöinen sisällön analyysi tulosten perusteella

7 Tulokset

Aineiston tulokset kuvataan tutkimuskysymysten mukaisesti ja niiden alla tulee esille, miten yläluokat niihin sijoittuivat ja mistä alaluokista yläluokat koostuivat. Halusimme myös laittaa tutkimuskysymysten alle muutamia lainauksia sairaanhoitajien antamista vastauksista.

7.1 Mielenterveys- ja päihdehäiriöinen potilas vastaanotolla

Ensimmäinen tutkimuskysymyksemme oli kuinka usein sairaanhoitajan vastaanotolla käy mielenterveys- ja päihdepotilas. Tähän ei muodostunut yläluokkaa vaan pelkkä alaluokka. Alaluokaksi muodostui vaihteleva potilasmäärä. Alaluokka koostui vastauksista, joita olivat usein, harvoin tai melko harvoin vastaanotolla. Vastausten perusteella saimme selville, että toisten sairaanhoitajien vastaanotoilla käy mielenterveys- ja päihdepotilaita enemmän kuin toisten.

Mielenterveys- ja päihdepotilas tulee vastaanotolle useita kertoja viikossa. Mielenterveys- tai päihdeongelman vuoksi harvemmin, mutta lääkehoitoihin ja kontroleihin liittyen.

Mielenterveys- ja päihdepotilaita käy vastaanotolla viikoittain.

7.2 Kohtaamisessa erityisesti huomioitavat asiat

Toinen tutkimuskysymyksemme oli mitä erityisiä asioita sairaanhoitajat ottavat huomioon kohdatessaan mielenterveys- ja päihdepotilaan. Tähän yläluokaksi muodostui hoitosuhde sekä hoitajan ammattitaito. Hoitosuhde muodostui alaluokista hoitosuhteen lähtökohta, kokemusten vaikutus kohtaamiseen sekä

potilaan tilan kartoittaminen. Nämä alaluokat muodostuivat muun muassa potilaiden taustojen huomioimisesta, potilaan tilanteesta riippuen sekä valmistautumisesta potilaan tapaamiseen. Hoitajan ammattitaito taas koostui alaluokista hoitajan työhyvinvointi sekä vuorovaikutuksesta potilaan ja hoitajan välillä. Näihin alaluokkiin muodostui ilmaisuja kuten hoitajan empaattisuus sekä työhön omistautuneisuus.

Vastausten perusteella sairaanhoitajilla oli pääasiassa hyviä kokemuksia kohtaamisesta mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kanssa.

Kohtaamisessa on otettava huomioon tausta ja täysin erilainen elämäntyyli/-tapa. He ovat usein elänyt kovaa elämää.

Useimmat ihan mukavia käyntejä, kaikkien ongelmien takaa löytyy tavallinen ihminen.

7.3 Sairaanhoitajien koulutus terveysaseman vastaanotolla

Kolmas tutkimuskysymyksemme oli, millaista koulutusta hoitajat ovat saaneet mielenterveys- ja päihde potilaan kohtaamisessa ja onko heidän mielestään lisäkoulutukselle tarvetta. Tähän muodostui yläluokaksi ammatillinen kehittyminen. Ammatillinen kehittyminen muodostui alaluokista aikaisemman koulutuksen määrästä, koulutuksen laadusta sekä kommunikoinnin ja auttamismenetelmien parantamisesta. Näihin alaluokkiin ryhmittyi ilmaisuja työn kautta oppinut, koulusta kohtaamiseen ja tukemiseen sekä koulutuksen tarve olisi suuri.

Vastausten mukaan sairaanhoitajilla oli aika vähän koulutusta, siitä miten kohdata mielenterveys- ja päihdehäiriöinen potilas. Vastausten perusteella koulutus olisi hyvinkin tarpeellista. Vain yhdellä vastanneista oli psykiatrisen sairaanhoitajan koulutus taustalla.

Suhteellisen vähän, itseoppinut.

Ehdottomasti tarvitsisin lisää koulutusta.

Koulutus olisi ehdottoman tärkeää! Mielenterveys- ja päihdeasiakkaita on paljon ja koulutus auttaisi meitä hoitajia auttamaan ja ymmärtämään heitä paremmin.

8 Pohdinta ja tulosten tarkastelu

Sairaanhoitajien antamien vastausten perusteella mielenterveys- ja päihdehäiriön omaavaan potilaan kohtaamiseen ja tukemisiin toivottaisiin enemmän koulutusta. Kyselyyn vastanneilla sairaanhoitajilla ei taustalla ollut mitään erityistä koulutusta juuri siihen, miten kohdata mielenterveys- ja päihdehäiriön omaavaa potilasta. Yhdellä vastanneista taustalla oli psykiatrisen sairaanhoitajan opinnot.

Kohtaamiseen liittyvään kysymykseen vastanneilta tuli erilaisia asioita. Yksivastanneista kiinnittää erityisesti huomioita potilaan taustaan ja elämäntyylisiin, muutama vastanneista taas valmistautuu mahdollisimman hyvin tapaamiseen ja miettii jo jatkosuunnitelmat valmiiksi, toinen kiinnittää huomiota erityisesti potilaan psyykkiseen vointiin samalla huomioiden potilaan somaattiseen puolen. Tärkeäksi asiaksi nousee muutamassa vastauksessa sairaanhoitajan asiallinen ja kunnioitettava suhtautuminen potilaaseen. Muutamat hoitajat ovat huolissaan siitä, kun omat taidot eivät riitä potilaan auttamiseen. Vastauksista kävi myös ilmi, että välillä mielenterveys- ja päihdehäiriön omaavan potilaan kanssa tulee uhkaavia tilanteita, joten heidän kanssaan turvallisuus on tärkeää.

Mielestämme kysely terveysaseman sairaanhoitajille tuotti hyvän tuloksen, vaikka vastauksia saimme vain viisi. Vastauksista nousi esille kuitenkin paljon eriasioita. Vastauksen myötä saimme tutkimuskysymyksiimme vastaukset.

Mielenterveys- ja päihdepotilaita on jonkin verran perusterveydenhuollon vastuulla, jolloin hoitajalla pitäisi olla tietoa ja taitoa, kuinka heidän kanssaan toimitaan ja millainen on jatkohoitoon ohjaus. Huomasimme myös, että sairaanhoitajia aihe kiinnosti.

Mielestämme tällaisia kyselyjä tulisi tehdä enemmän, jotta saataisiin sairaanhoitajien ääni kuuluviin ja sellaisia koulutuksia enemmän joita he kokevat

tarvitsevansa työnsä tueksi. Pääosana opinnäytetyössämme oli avoimet kyselyt hoitajille ja yhteistyö heidän kanssaan. Tiedon saimme kokeneilta sairaanhoitajilta.

Sairaanhoitajien vastausten perusteella kouluttautumishalua on todella paljon. Sairaanhoitajat kohtaavat melko usein mielenterveys- tai päihdepotilaan vastaanotolla, jolloin heidän kohtaamisensa saattaa olla jopa pelottavaa. Potilaat ovat erilaisia ja ihmiset ovat erilaisia, jokainen käyttäytyy eri tavalla. Koulutukselle olisi kuitenkin kysyntää.

8.1 Eettisyys ja luotettavuus

Monissa metodikirjoissa on oltu huolissaan siitä, onko kvalitatiivinen tutkimus luotettava. Yleensä kvalitatiivista tutkimusta tekevä henkilö työstää tutkimusta yksin jolloin on mahdollista, että hän voi tulla omalle työlleen sokeaksi. Holistisesta harhaluulosta tai virhepäätelmästä taas varoitellaan tutkimuskirjallisuudesta. Tutkimusprosessissa tällä tarkoitetaan sitä, että tutkimuksen tekijä on johtopäätöksensä oikeellisuudesta yhä enemmän vakuuttuneempi sekä malli, jonka hän on luonut kuvaa todellisuutta, vaikka välttämättä näin ei kuitenkaan ole. (Kankkunen & Vehviläinen -Julkunen 2013, 197.) Meitä työskenteli tämän tutkimuksen parissa kaksi, jolloin toimimme molemmat omat näkemyksemme työhömmä. Saatoimme myös nähdä asiat eri tavalla, jolloin kerroimme siitä toisillemme ja pohdimme asiaa yhdessä.

Uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus ovat lisäksi kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerit. Tutkimuksen uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että tekijä on ilmaissut tulokset ymmärrettävästi, jolloin tiedetään, miten analyysi on tehty. Samalla voidaan tarkastella analyysiprosessia sekä tulosten validiteettia. Siirrettävyydellä taas tarkoitetaan sitä, millä lailla tuloksia voitaisiin käyttää toisessa tutkimusympäristössä. Jotta tämä onnistuisi, täytyy aina kuvata tutkimuskonteksti huolellisesti, selvittää osallistujat ja taustat, sekä kuvata tarkkaan aineistot ja analyysi. (Kankkunen ym. 2013, 198.)

Ydin kuitenkin kaikessa tieteellisessä toiminnassa on tutkimuksen eettisyys. Hoitotieteellisissä sekä toisissakin tieteenalojen tutkimuksissa keskeisiä aiheita

ovat jo kauan olleet tutkimusetiikka sekä sen kehittäminen. (Kankkunen ym. 2013, 211.)

Eettiseksi ratkaisuksi luetaan myös tutkimusaihe ja tätä on korostettu viime aikoina. Tutkijan on mietittävä yhteiskunnan kannalta, mikä hänen aiheensa merkitys on, sekä sitä miten tutkimus vaikuttaa siihen osallistuviin henkilöihin. (Kankkunen ym. 2013, 218.) Tutkimustyössä tärkein huomioon otettava asia onkin anonymiteetti eli kenellekään joka on tutkimusprosessin ulkopuolella ei luovuteta tutkimustietoja (Kankkunen ym. 2013, 221). Eri organisaatioissa on eri tutkimuskäytännöt, mutta tutkimusta varten yleensä haetaan ylihoitajalta tai johtavalta lääkäritä lupa. Aina tarvitaan tutkimuslupa sekä suostumus tutkimukseen osallistumisesta, mutta jos hoitohenkilöstö on tutkimuksen kohteena ei tarvita lausuntoa eettiseltä toimikunnalta. (Kankkunen ym. 2013, 222.) Meillä oli työllemme tutkimuslupa (Liite 3), emmekä tarvinneet lausuntoa eettiseltä toimikunnalta, koska tutkimuskohteemme oli hoitohenkilöstö.

Tutkimustyössä tärkein asia, joka täytyy ottaa huomioon, on anonymiteetti. Tällä tarkoitetaan sitä, että kenellekään, joka kuuluu tutkimusprosessin ulkopuolelle, ei luovuteta tutkimustietoja. (Kankkunen ym. 2013, 221.)

Lähtökohtana tutkimukseen osallistumiselle on se, että suostumus siihen on tietoista. Tällä tarkoitetaan sitä, että tutkimuksen kohde tietää täysin millainen tutkimus on kyseessä. Tämän lisäksi tutkimuksen kohteelle on aina kerrottava, että hänellä on oikeus kieltäytyä, keskeyttää osallistumisensa tutkimukseen sekä hänellä on oltava tieto siitä, miten aineisto säilytetään sekä miten tulokset julkaistaan. Nämä asiat on hyvä kertoa tutkimuksen kohteille esimerkiksi saatekirjeessä. (Kankkunen ym. 2013, 219.) Meillä oli tutkimuksessa mukana saatekirje (Liite 2), josta kävi ilmi tutkimuksen aihe sekä tavoite. Siinä luki myös, että kyselyyn vastaaminen oli täysin vapaaehtoista sekä nimetöntä. Aineisto hävitetään tulosten analysoimisen jälkeen asianmukaisesti tietosuojajätteeseen.

8.2 Opinnäytetyön prosessin pohdinta

Opinnäytetyömme aihe muuttui alkuperäisestä suunnitelmasta monta kertaa meistä riippumattomista syistä. Aihe pysyi koko ajan samana, mutta se paikka johon aioimme, kyselymme kohdistaa vaihtui useaan otteeseen.

Opinnäytetyö on ollut jo alun perin hyvin suunniteltu, joten opinnäytetyön toteuttaminen on ollut mutkatonta. Olimme laatineet itsellemme aikataulun, jonka mukaan olemmekin työtämme tehneet ja suunnitelleet. Haastavaa työmme kirjoittamisvaiheessa on ollut tiedonhaku. Paljon tästä kyseisestä aiheesta ei tietoa löydy. Yritettyämme useamman kerran, emme löytäneet hoitotieteellisiä tutkimuksia aiheesta. Eri hakusanoja käyttämällä, löysimme yhden hoitotieteellisen julkaisun aiheeseemme liittyen, jota hyödynsimme opinnäytetyössämme.

Varsinainen opinnäytetyön prosessi alkoi siitä, kun veimme kyselylomakkeet kyseiselle terveysasemalle. Kerroimme sairaanhoitajille opinnäytetyöstä ja kyselyn tarkoituksesta.

Työmme haastavin osuus oli aineistonanalyysi, koska joihinkin kysymyksiin oli vastattu vain parilla sanalla, jolloin ryhmittely oli vaikeaa. Loppuen lopuksi saimme kuitenkin aineistonanalyysin tehtyä, vaikka se vei aikaa paljon.

Aloitimme opinnäytetyöprosessin viemällä saatekirjeet ja kyselylomakkeet terveysasemalle helmikuussa 2017. Kyselyt jaettiin jokaiselle hoitajalle ja vastausaikaa heillä oli viisi viikkoa. Kyselyt olivat jokaisella omassa kirjekuoressa, vastatun kyselylomakkeen he jättivät suljettuun kirjekuoreen. Teoriaosuuteen haimme tietoa internetistä ja kirjastosta. Hakusanoina olemme käyttäneet Saimia Finnassa mielenterveys, päihdetyö, perusterveydenhuolto, avoterveydenhuolto, potilaan kohtaaminen. Teoriaosuus valmistui elokuussa 2017, jonka jälkeen aloimme käydä läpi avoimen kyselyn vastauksia. Tavoitteenamme oli saada opinnäytetyö valmiiksi marraskuun 2017 alkuun mennessä. Yhteistyö meidän ja terveysaseman hoitajien kanssa oli vähäistä.

Terveysasema, jonka sairaanhoitajille työmme osoitimme, ottivat kyselymme hyvin vastaan. Hoitajia oli 12, mutta kuitenkin saimme vain viisi vastausta, joka tietyllä tapaa hankaloitti meidän vastausten tarkastelua. Huomasimme kuitenkin, että saimme tutkimukseemme tarpeeksi vastauksia, jotta voimme opinnäytetyömme toteuttaa. Jokainen sairaanhoitaja oli ajatellut asioista suurin piirtein samalla tavalla ja saimme tutkimuskysymyksiimme vastaukset.

8.3 Jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyömme tulosten pohjalta voisi vastaanotoilla työskenteleville sairaanhoitajille kehittää koulutuksen, joka suuntautuisi mielenterveys- ja päihdehäiriön omaavaan potilaan hoitoon perusterveydenhuollossa. Samanlaisen kyselyn voisi tehdä useammalla terveysasemalla, jotta nähtäisiin olisiko muidenkin terveysasemien sairaanhoitajilla jotka vastaanotoilla työskentelevät tarvetta koulutukselle. Tämän jälkeen voisi tehdä uuden tutkimuksen aiheesta ja kyselyn jolla selvitetäisiin, oliko tämän tyyppisestä koulutuksesta hyötyä.

Opinnäytetyömme tulokset ovat mielestämme hyvin hyödynnettävissä esimerkiksi. Vertailun kohteena, jos tulevaisuudessa joku haluaa vastaavaan kyselyn tehdä uudestaan samalle tai eri terveysasemalle.

Taulukot

Taulukko 1: Aineistolähtöinen sisällön analyysi tulosten perusteella. (s. 20- 21)

Lähteet

Holmberg, J. 2016. Hoitajana mielenterveys- ja päihdetyössä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Hämäläinen, K., Kanerva, A., Kuhanen, C., Schubert, C. & Seuri, T. 2017. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2009 Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2., uudistettu painos. Juva: WS Bookwell Oy.

Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä- miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. JAMK.FI.

Kankkunen, P.& Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettupainos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Koponen, T., Jähi, R., Männikkö, M., Lipponen, V., Åstedt- Kurki, P. & Paavilainen, E. 2012. Mielenterveyspotilaan läheisenä olemisen moninaisuus- tutkimuskohteena vertaisryhmä. Hoitotiede, 24(2), 138- 149.

Koponen, H. & Lappalainen, J. 2015. Mielenterveyspotilaan somaattinen terveys. Duodecim, 131(6)577-582. <http://www.duodecimlehti.fi/lehti///duo12166>. Luettu: 22.10.2016.

Kärkkäinen, J. 2016. Sote-uudistus- mahdollisuus mielenterveys- ja päihdepalveluille. Duodecim. 132(17)1505-6. <http://www.duodecimlehti.fi/lehti///duo13284> Luettu: 6.12.2016.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.

Lindholm, L., Luoto, K., Koivukangas, A. & Kampman, O. 2013. Psyhyke plus ja päihteitä mukana: päihdepsykiatrisen potilaan arviointi perusterveydenhuollossa. Duodecim.129(19)2057-2062.<http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/19/duo11265>. Luettu: 21.10.2016.

Mielenterveyslaki 1116/1990.

Niemelä, S. & Blanco- Sequeiros, S. 2015. Psykiatrian merkitys korostuu sosiaali- ja terveyspalveluiden yhdistyessä. Duodecim. 131(6)565-6. <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2015/6/duo12161>. Luettu: 2.12.2016.

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

Päihdehuoltolaki 41/1986.

Riihimäki, K., Heiska -Johansson, A. & Ketola, E. 2016. Mielenterveys- ja päihdeyksikön toiminnan kehittäminen perusterveydenhuollon tuotteistuksen (pDRG) avulla. Duodecim. 132, 17. 1586- 1593. <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2016/17/duo13268> Luettu: 6.12.2016.

Terveystenhoolto laki 1326/2010.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5., uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Vuori- Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T. 2007. Mielenterveys- ja päihdehoitotyö: Yhteistyötä ja kumppanuutta. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Vuorilehto, M., Larri, T., Kurki, M. & Hätönen, H. 2014. Uudistuva mielenterveystyö. Helsinki: Fioca.

Ämmälä, A-J. & Ekelund, J. 2012. Somaattinen pakkohoito. Duodecim. 128(6)648-651. <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2012/6/duo1016>. Luettu: 21.10.2016.

AVOIN KYSELY SAIRAANHOITAJILLE

***Ole hyvä ja vastaa alla oleviin avoimiin kysymyksiin
omien kokemustesi perusteella!***

1. Kuinka usein vastaanotolle tulee mielenterveys- tai päihdepotilas?

2. Millaisia kokemuksia sinulla on mielenterveys- tai päihdepotilaan kohtaamisesta?

3. Mitä asioita otat erityisesti huomioon kohdatessasi mielenterveys- tai päihdepotilaan?

2(2)

4. Miten itse koet kohtaamisen?

5. Minkälaista koulutusta olet saanut liittyen mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaamiseen?

6. Onko koulutus ollut mielestäsi hyödyllistä? Onko mielestäsi lisäkoulutus tarpeellinen?

Kiitos vastauksistanne!

Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma

Hyvä kyselyyn vastaaja,

Opiskelemme Saimaan ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan hoitotyön koulutusohjelmassa. Opiskelemme sairaanhoitajan tutkintoa. Teemme opinnäytetyötä Hoitajien kokemukset mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaamisesta perusterveydenhuollossa. Opinnäytetyömme avulla haluamme selvittää, millaisia mielenterveys- ja päihdepotilaita kohtaatte työssänne, mitä asioita otatte erityisesti huomioon kohdatessanne mielenterveys- ja päihdepotilaan sekä herättääkö mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaaminen ajatuksia sinussa. Toteutamme aineiston hankinnan avoimen kyselyn avulla, johon toivoisimme, että vastaat. Ohessa ovat kyselylomakkeet, jotka voit täyttää ja palauttaa suljettuun kirjekuoreen, jonka tulemme hakemaan paikanpäältä. Kysymyksiin vastataan **nimettömästi**. Olemme valinneet osallistujiksi hoitotyön ammattilaiset perusterveydenhuollossa. Kyselyyn saavat myös vastata sijaiset, opiskelijat ja varahenkilöstö. Osallistumisenne merkitys on meille suuri, koska haluamme kerätä tietoa käytännön kokemuksistanne. Kyselyyn osallistuminen on **vapaaehtoista**. Kysely on kaksi sivuinen. Kyselylomakkeet ovat vastattavissa viiden viikon ajan. Opinnäytetyömme ohjaajana toimii Päivi Löfman, Saimaan ammattikorkeakoulusta.

Vastaamme mielellämme kysymyksiinne.

Kiitos vaivannäöstänne!

Ystävällisin terveisin,

Anu Karjalainen anu.karjalainen@student.saimia.fi

Jenna Porkka jenna.porkka@student.saimia.fi