



Satakunnan ammattikorkeakoulu
Satakunta University of Applied Sciences

JENNA AHONEN, SATU KARHU & JENNA SULONEN

Depressiotilaan hoitoprosessi

sairaanhoitajan näkökulmasta

HOITOTYÖN KOULUTUSOHJELMA
2020

Tekijä(t) Ahonen, Jenna Karhu, Satu Sulonen, Jenna	Opinnäytetyö, AMK Sivumäärä 49	Toukokuu 2020 Suomi
DEPRESSIOPOTILAAN HOITOPROSESSI- SAIRAANHOITAJAN NÄKÖKULMASTA		
Satakunnan ammattikorkeakoulu Hoitotyön koulutusohjelma		
<p>Tutkimuksellisen opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten depressiopotilaiden hoitoprosessi toteutuu Satasairaalan avohoitopoliklinikalla. Opinnäytetyössä haastateltiin poliklinikalla työskenteleviä sairaanhoitajia, jotka kohtaavat työssään depressiota sairastavia potilaita. Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa, jolla hoitoprosessia voitaisiin laadullistaa ja kehittää.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä ja tutkimusaineisto kerättiin keväällä 2020 teemahaastattelemalla Satasairaalan psykiatrian poliklinikan sairaanhoitajia. Satasairaalan aikuisten psykiatrian poliklinikalla hoidetaan erilaisista mielenterveyden häiriöistä kärsiviä potilaita, mutta valtaosa heistä on depressiopotilaita. Tutkimusaineisto koostui sairaanhoitajien nauhoitetusta ja litteroidusta haastatteluista. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.</p> <p>Satasairaalan psykiatrian sairaanhoitajat kokivat hoitoprosessissa puutteita. Depressiopotilaille ei ole jatkohoitoa saatavilla, kun hoitosuhde päättyy poliklinikalla. Tukipalvelumuodoissa kehitettäväksi alueeksi nousi työtoiminta, joita on liian vähän. Potilaita arvioitiin olevan noin 60 yhtä hoitajaa kohden, jolloin hoitoprosessin tehokas toteuttaminen koettiin mahdottomaksi. Lisäksi hoitajat toivovat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistä työryhmää konsultaatioiden toteuttamiseksi ja hoitovastuun jakamiseksi.</p> <p>Opinnäytetyön tutkimusten tuloksista päätellen, potilaita on kuitenkin mahdoton hoitaa laadukkaasti liian suuren potilasvirtauksen vuoksi. Hoitoprosessin mukaan eteneminen luo haasteita erityisesti uusille hoitajille, sillä vastuuta on runsaasti yhtä hoitajaa kohden.</p> <p>Jatkotutkimusehdotuksiksi nousi muun muassa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisen yhteistyön toteutuminen, sekä potilaiden näkemykset hoitoprosessin toimivuudesta.</p>		
Asiasanat: Depressio, Depressiopotilaan hoitotyö ja hoitoprosessi		

Author(s) Ahonen Jenna Karhu Satu Sulonen Jenna	Type of Publication Bachelor's thesis	May 2020
	Number of pages 49	Finnish
THE TREATMENT PROCESS OF PATIENT WITH DEPRESSION BY NURSE'S VIEWPOINT		
Satakunta University of Applied Sciences Degree programme in nursing		
<p>The aim of this research-based thesis was to find out, how the treatment process of patients with depression actualise in Satarairaala Outpatient care Policlinic. The aim was to interview nurses from the policlinic, who treats patients with depression. The goal was to get information for how to develop and qualify the treatment process.</p> <p>The thesis was conducted with qualitative research method and the research material was collected in spring 2020 with a theme interview of nurses in Satasairaala phsyiatric policlinic. In Satasairaala's adult phsyiatric policlinic, patients with many kinds of mental disorders are treated, but most of them are ones with a depression. The research material consisted of recorded and transcribed interviews of the nurses. The material was analyzed by inductive content analysis.</p> <p>Nurses from Satasairaalas`s policlinic saw some shortages in the treatment process. There is no follow-up treatment available for patients with depression, when the care relationship at the clinic ends. In support services in need for development arised exemplary employment, which there are too few available. It was estimated that there were 60 patients for each nurse, when effective actualise of the process was seen as impossible. In addition, nurses would hope for a cooperative work group between primary health care and special health care to actualize consultations and share the responsibility of treatment.</p> <p>Based on the results of this study, it is after all impossible to treat patients qualitatively due to great number of patients. Proceeding according to treatment process creates challenges especially to new nurses as there is a great amount of responsibility for one nurse.</p> <p>Further research could be how cooperation between specialized medical care and primary health care works and it would be interesting to hear patients opinion about the treatment process.</p>		
Key words Depression, Care work of patient with depression and Treatment process		

SISÄLLYS

1. JOHDANTO	6
2. DEPRESSIOPOTILAS	7
2.1. Mielialahäiriöt.....	9
2.2. Depression kulku.....	10
2.3. Depression hoitomuodot.....	12
2.4. Depressiopotilaan tukeminen	17
3. DEPRESSIOPOTILAAN HOITOPROSESSI.....	20
4. TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET ..	24
5. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	25
5.1. Tutkimusmenetelmät.....	25
5.2. Aineistonkeruumenetelmä	26
5.3. Kohdeorganisaatio ja aineiston keruu	27
5.4. Aineiston analysointi.....	28
6. TUTKIMUSTULOKSET.....	29
6.1. Hoitoprosessin toteutuminen.....	30
6.1.1. Hoitopolku	30
6.1.2. Työryhmät.....	30
6.1.3. Hoidon suunnittelu.....	31
6.1.4. Hoidon tavoitteet	31
6.1.5. Depressiopotilaan lääkehoito.....	32
6.2. Depressiopotilaan hoidon tukeminen.....	33
6.2.1. Kolmas sektori.....	33
6.2.2. Tukimuodot.....	33
6.3. Depressiopotilaan hoidon haasteet ja hoitajan vastuu	34
6.3.1. Haasteet depression hoidossa.....	34
6.4. Lisäkoulutus.....	36
6.5. Haastateltujen hoitajien omat vahvuudet.....	36
6.6. Depressiopotilaan hoitotyön kehittäminen	37
7. POHDINTA	38
7.1. Eettisyys ja luotettavuus	41
7.2. Ammatillinen kasvu.....	45
7.3. Opinnäytetyön tarpeellisuus ja hyödynnettävyys.....	47
7.4. Jatkotutkimusaiheet ja –ehdotukset	48

LÄHTEET

LIIITTEET

1. JOHDANTO

Mielenterveyspalvelujärjestelmän keskeinen kehityssuunta on 1970-luvulta lähtien ollut psykiatristen sairaaloiden käytön vähentäminen sekä samanaikainen avohoidon palveluiden kehittäminen. 1990-luvun lama osittain pysäytti tämän muutosprosessin ja nyt 2000-luvulla on jälleen pyritty kohti tavoitteellista kehittämistyötä samalla kun tietämys erilaisten hoitojen ja toimintamallien hyödyllisyydestä on lisääntynyt. (Pirkola 2019, 166.)

Depressiota sairastava kokee yleensä avuttomuutta, toivottomuutta ja saattaa kadottaa tunteen hallita omaa toimintaansa. Depressio vaikuttaa ihmisen minäkuvaan, itsearvostukseen ja toimintakykyyn (Väestöliiton www-sivut.) Kun ihmisellä diagnosoidaan depressio, Satasairaalan psykiatrian poliklinikan tarkoituksena on tutkia ja hoitaa depressiosta, sekä muista mielenterveyden häiriöistä kärsiviä potilaita. Keskeisiä syitä psykiatriseen erikoissairaanhoidon ohjautumiselle ovat vaikeat kriisit sekä vakavat tai pitkittyneet mielenterveyden häiriöt. (Satasairaalan www-sivut.)

Opinnäytetyö käsittelee depressiopotilaan hoitoprosessin toteutumista avohoitopoliklinikalla. Valinta pohjautuu Satasairaalan opinnäytetyöaiheiden tilauksiin, jotka esiteltiin opiskelijoille Satakunnan ammattikorkeakoulussa keväällä 2019. Opinnäytetyöntekijät toivoivat aihetta, joka liittyisi psykiatriaan, sillä ihmisen mielenterveyteen vaikuttavat tekijät ovat aina herättäneet mielenkiintoa. Tarkoituksena on selvittää, miten depressiopotilaan hoitoprosessi toteutuu Satasairaalan avohoitopoliklinikalla haastatteleamalla siellä työskenteleviä sairaanhoitajia, jotka kohtaavat työssään depressiosta kärsiviä potilaita. Tavoitteena on saada tietoa, jolla hoitoprosessia voitaisiin kehittää.

2. DEPRESSIOPOTILAS

Opinnäytetyön tekijät suorittivat systemaattisen kirjallisuushaun Finnasta, asiasanalla psyk* ja hakua rajattiin enintään 10 vuotta vanhoihin tutkimuksiin, sekä aiheeksi psykiatrinen hoitotyö. Hakutuloksia tuli yhteensä 71. Otsikoiden ja tiivistelmien lukemisen perusteella tutkimukseen hyväksyttiin yksi tutkimus (Liite 1).

Pubmed -tietokannasta hakuja tehtiin sanoilla pathway to mental health care and free full text and humans and “last 10 years”. Hakutuloksia tuli yhteensä 195, joista hyväksyttiin yksi tutkimus. Depressio and treatment and humans 2019-2020. Hakutuloksia oli 7355 ja niistä tekijät valitsivat yhden aiheeseen sopivan tutkimuksen (Liite 1).

Medic-tietokannasta tekijät etsivät hakusanoin mielenterv*, hoitoprosessi* and depressio. Hakutuloksia rajattiin enintään 10 vuotta vanhoihin tutkimuksiin. Hakutuloksia tuli yhteensä 31 ja niistä hyväksyttiin yksi tutkimus. Tekijät etsivät myös hakusanoilla mielenterv* ja hoidon*. Hakua rajattiin myös 10 vuotta vanhoihin tutkimuksiin. Hakutuloksia tuli yhteensä 72 ja niistä tekijät valitsivat yhden tutkimuksen (Liite 1).

Opinnäytetyön tekijät suorittivat kirjallisuushakua myös Google Scholar tietokannasta. Tietoa haettiin asiasanoilla masennus ja avohoito. Hakua rajattiin enintään 10 vuotta vanhoihin suomenkielisiin tutkimuksiin. Hakutuloksia saatiin 359, joista opinnäytetyöntekijät hyväksyivät neljä. Tekijät hakivat myös sanoilla masennus and tuki. Hakutuloksia oli 15 200, joista yksi hyväksyttiin (Liite 1).

Sanalla “masennus” on arkikielessä ja ammattilaisten kesken eri merkityksiä, mikä aiheuttaa usein sekaannusta. Masennus on yksi ihmisen perustunteista. Ihminen kokee kyseisen tunteen, kun elämässä tapahtuu ikäviä asioita. Kuitenkin masennus voi olla oire sairaudesta tai heijastaa psykologista ristiriitaa ja ongelmaa. (Kampman, Heiskanen, Holi, Huttunen, Tuulari 2017) Kliinisessä kielenkäytössä tarkoitetaan käsitteillä depressio tai kliininen depressio yleensä oirekuvaltaan vakavimpia masennusoireyhtymiä. (Lönnqvist. Ym. 2013, 155.)

Depressiopotilaan hoidon tavoitteena on oireiden väistyminen tai vähentyminen, sekä toimintakyvyn palautuminen. Hoidon osa-alueisiin kuuluu biologisten, psykologisten ja sosiaalisten tekijöiden huomioiminen, potilaan yksilöllisyyttä painottaen. Hoidon kokonaisuus vaihtelee puolesta vuodesta vuoteen. Tähän vaikuttaa esimerkiksi masennustilan vaikeusaste, joita ovat lievä, keskivaikea, vaikea ja psykoottinen. (Pulkkinen & Vesanen 2017) Suurin osa potilaista, jotka kokevat masennuksen tunnetta, voidaan hoitaa perusterveydenhuollossa tai työterveyshuollossa. Hoitotaho voi tarvittaessa olla depressiohoitaja, joka vastaa potilaan hoidosta yhdessä terveyskeskuksen lääkärin ja konsultoivan psykiatrin kanssa. (Holmberg 2016.)

Depressio on kansanterveyden kannalta keskeisin mielenterveyden häiriö ja yksi suurimpia kansanterveysongelmia. Tämä johtuu masennustilojen yleisyydestä väestössä, suuresta hoidon tarpeesta, depression liittyvästä itsetuhokäyttäytymisestä sekä depressioista aiheutuvasta toiminta- ja työkyvyn laskusta. (Lönngvist, Henriksson, Marttunen & Partonen 2013, 154.)

Depression hoidon kehittämiseen perusterveydenhuollossa on panostettu 2000-luvulla ja sille on annettu kalliin kansanterveysongelman asema; lamaan se toimintakykyä enemmän kuin yleisimmät krooniset somaattiset sairaudet ja joka kuudes uusi eläke myönnetään depression perusteella. Siitä huolimatta suurimmassa osassa kunnista depressiota ei edelleenkään hoideta yhtenäisin näyttöön perustuvien menetelmin. (lääkärilehden www-sivut.)

Depressiolla tarkoitetaan masentunutta mielialaa tai selkeästi vähentynyttä mielihyvää tai mielenkiintoa. Masentunut mieliala kestää suurimman osan päivästä ja yhtäjaksoisesti vähintään kaksi viikkoa. Varsinaisen depression diagnosointi vaatii kuitenkin useita muita samanaikaisia oireita. (Huttunen 2018.)

Depressiolle tyypillisiä oireita ovat merkittävä painon nousu tai lasku, unettomuus tai lisääntynyt unentarve, poikkeava väsymys ja voimattomuus, liikkeiden ja mielen hidastuminen tai kiihtyneisyys, arvottomuuden tai kohtuuton syyllisyyden tunne, keskittymisvaikeudet ja kuolemaan liittyvät kuvitelmat ja itsemurha-ajatukset. Depressiolle ominaista on usein myös ahdistuneisuus ja lisääntynyt alkoholin käyttö. (Huttunen 2018.)

Vakavasta mielenterveyden häiriöstä kärsivä ihminen ei kykene läheskään aina mukautumaan sosiaalisen elämän sääntöihin. Tämä saattaa vaikuttaa yhteisössä toimimiseen arvoja ja arvostuksia vähätellen, joka häiritsee muita yhteisössä toimivia. Ihminen saatetaan leimata ja syrjäyttää esimerkiksi työyhteisössä, joka puolestaan altistaa leimattua entistä enemmän mielialahäiriöille, päihteiden ongelmakäytölle, väkivaltaisuuille ja perhe-elämän ongelmille. Rakenteellinen syrjintä toimintakulttuurisena tekijänä ilmenee esimerkiksi mielenterveyspalvelujen huonona laatuna, resurssien epätasaisena jakona sekä riittämättömänä apuna kriisitilanteissa. (Noppi ym. 2007, 27.)

Depression diagnoosi edellyttää neljän oireen esiintymistä yhtä aikaa ainakin kahden viikon ajan. Lisäksi potilaalla on oltava ainakin kaksi oireista, masentunut mieliala, mielihyvän menetys ja uupumus. (Lönnqvist. Ym. 2013, 156.)

Somaattisten sairauksien poissulkemiseksi myös erotusdiagnoosi on hyvin tärkeää. Somaattisiin sairauksiin voi liittyä erehdyttävästi depression kaltaisia oireita. Väsymys, unihäiriöt ja ruokahalumuutokset ovat tavallisia esimerkiksi pahanlaatuisissa kasvaimissa ja munuaisen tai maksan vajaatoiminnassa. Depressiota epäiltäessä on kokemuseräisesti ryhdytty laboratoriotestein sulkemaan pois hypotyreoosi, anemia, B12-vitamiinin ja folaatin puutos ja usein diabetes tai hyperkalsemia. (lääkärilehden [www-sivut](#).)

2.1. Mielialahäiriöt

Mielialahäiriöt ovat joko masennushäiriöitä tai kaksisuuntaisia mielialahäiriöitä (Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen [www-sivut](#).) Depressiiviset oireyhtymät luokitellaan mielialahäiriöiden alaryhmäksi. Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt muodostavat tavallisten, yksisuuntaisten eli unipolaaristen masennusoireyhtymien ohella toisen mielialahäiriöiden ryhmän. Niissä hypomaanisten tai maanisten oireyhtymien yhteydessä mieliala voi olla myös hyvin kohonnut. Lisäksi joissakin tapauksissa voi esiintyä samanaikaisesti tai vuorotellen saman mielialahäiriöjakson aikana sekä masennuksen että

manian oireita. Tällaista tilaa kutsutaan sekamuotoiseksi mielialahäiriöjaksoksi. (Lönqvist. Ym. 2013, 155.)

Mielialahäiriöt voivat alkaa pikkuhiljaa, jolloin niitä voi olla vaikea huomata. Usein häiriöt nimetään niiden oireiden, esiintyvyyden ja vaikeusasteen mukaan. Psykoosissa olevan ihmisen todellisuudentaju on vakavasti häiriintynyt ja ainakin ajoittain harhojen erottaminen todellisuudesta voi olla haastavaa. Skitsofrenia on psykoottisista häiriöistä yleisin. Epävakaan persoonallisuushäiriön yleisiä piirteitä ovat pitkäaikaiset, joustamattomat ja haitalliset ajattelu- ja käytösmallit. Syömishäiriöt ovat psykosomaattisia häiriöitä, joille tyypillisiä ovat häiriintynyt syömiskäyttäytyminen ja vääristynyt kehonkuva. Ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisimpiä psyykkisiä oireita. Yleisimpiä ahdistuneisuuden muotoja ovat paniikkihäiriö, sosiaalisten tilanteiden pelko, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, COPD ja posttraumaattinen stressioireyhtymä. (Holmberg 2016.)

Mielialahäiriöiden luokittelu perustuu niiden oireiden laatuun, vaikeusasteeseen ja kestoon (Huttunen 2018.) Keskeisin diagnostinen peruste on maanisten tai hypomaanisten oireiden esiintyminen mikä erottaa kaksisuuntaisen eli bipolaarisen mielialahäiriön tavallisista eli unipolaarisista masennustiloista. (Lönqvist. Ym. 2013, 155.)

Mielenterveyshäiriöksi ei luokitella tavanomaisia reaktioita kuten surua menetystilanteessa. Reaktiota normaaleihin tilanteisiin ei tule nähdä sairautena. Myöskään voimakas ristiriita esimerkiksi eriävissä mielipiteissä muiden kanssa ei ole peruste diagnoosinnille. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut 2020.)

2.2. Depressioin kulku

Depressio alkaa useimmiten esioireilla eli prodromaalioireilla. Ne kestävät useita viikkoja tai jopa kuukausia ja pahenevat ajan kanssa. Depressio saavuttaa huippunsa näiden esioireiden jälkeen (Kampman. Ym. 2017.) Esioireita ovat muutenkin depressiolle tyypillisiä masentunut mieliala, mielihyvän menetys, väsymys sekä ahdistuneisuus (Lönqvist. Ym. 2013, 175-176.) Depressio voi alkuvaiheessa ilmetä myös fyysisillä

oireilla kuten päänsäryllä, puristuksen tunteella rinnassa sekä muilla selittämättömillä säryillä (Kampman. Ym. 2017.)

Kun oireet ovat lievittyneet siihen pisteeseen, etteivät ne enää täytä depression oirekriteereitä, alkaa remissio- eli toipumisvaihe. Remissio on täydellinen, kun kaikki oireet ovat hävinneet. Yleistä on kuitenkin, että potilaalla ilmenee residuaali- eli jälkioireita. Silloin toipuminen on pitkän ajan vain osittaista. Osittaisessa toipumisessa on korkea masennustilan uusiutumisen riski. Usein residuaalioireet heikentävät toimin takykyä ja lykkäävät sairauslomalta palaamista työelämään. (Lönnqvist. Ym. 2013, 176.)

Kun potilas on toipunut vähänkin vakavammasta depressiosta, on 50% mahdollisuus, että hänen depressionsa uusiutuu. Kahden aiemman hoitamattoman depressiivisen tilan sairastettuaan, kolmannen depressiivisen tilan todennäköisyys nousee 70%, kolmannen jälkeen todennäköisyys uusiutumiselle nousee jo yli 90%. (Huttunen 2018.)

Depression ennusteeseen negatiivisesti vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi vaikeasteinen depressio, suuri määrä uusiutuneita depressiivisiä tiloja, psykoottiset piirteet, ei-toivotut tapahtumat masennustilan aikana, vajavainen sosiaalinen tukiverkosto tai sen kielteinen suhtautuminen potilaaseen, muut samankaltaiset mielenterveyden häiriöt, myöhäinen hoitoon hakeutuminen tai epäasianmukaisuus. (Lönnqvist. Ym. 2013, 176.)

Merkittävin tekijä depressiivisen tilan ennusteeseen on sen vaikeusaste. Mitä vaikeampi depressio on, sitä kauemmin se yleensä kestää ja sitä myöten toipumisaikakin on pidempi. Siksi systemaattinen ja toistuva depression vaikeuden arviointi jonkin oireasteikon avulla on olennaista potilaan ennusteen ja toipumisen arvioinnin kannalta (Lönnqvist. Ym. 2013, 176.) Depression vaikeusaste näkyy usein ihmisen toimintakyvyssä. Lievässä tapauksessa ihminen yleensä pystyy käymään töissä, vaikka toimintakyky olisi muuten heikentynyt, kun taas keskivaikeassa ja vaikeassa depressiossa ihminen tarvitsee usein sairauslomaa. (Huttunen 2018.)

Depression yleensä laukaisee jokin merkittävän kielteinen elämänmuutos. Stressitekijän olemassaolo tai sen puuttuminen ei ole olennaista depression ennusteen kannalta.

Ratkaisevaa on se, ovatko vaikutukset pitkäaikaisia ja kuinka pysyviä muutoksia tekijät aiheuttavat potilaalle. Osa kielteisistä elämänmuutoksista voivat olla seurausta masennuksesta itsestään ja sen kielteisistä vaikutuksista. (Lönqvist. Ym. 2013, 176.)

Depression ennusteeseen vaikuttavat myös muut mielenterveyden häiriöt ja somaattiset sairaudet. Noin puolella depressiosta kärsivistä potilaista esiintyy ahdistuneisuushäiriö, kuten esimerkiksi paniikki ja yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. Ahdistuneisuushäiriö usein edeltää masennustilaa. Noin 20-40% depressiopotilaista kärsii alkoholi-riippuvuudesta, alkoholin haitallisesta käytöstä tai jostain muusta päihderiippuvuudesta. Päihteiden käyttö voi edesauttaa depression laukaisemista tai tehdä siitä kroonista. (Lönqvist. Ym. 2013, 177.)

2.3. Depression hoitomuodot

Potilaan tulee aina saada jotakin sellaista hoitoa, jolla on osoitettu olevan hyvä hoitovaste. Tällaisia hoitomuotoja ovat depressiolääkehoito, monet psykoterapiat, aivojen sähköhoito ja transkraniaalinen magneettistimulaatio. (Kampman. Ym. 2017.)

Depression hoidossa voidaan käyttää psykologisia, biologisia ja potilaan sosiaaliseen ympäristöön vaikuttavia menetelmiä. Biologisiksi hoidoiksi kutsutaan hoitoja, joilla pyritään vaikuttamaan yksilön elimistöön. Näitä ovat muun muassa lääkehoidot, valo-
hoito, aivojen magneetti- sekä sähköhoito (Mielenterveystalon www-sivut.) Näistä hoitomuodoista biologisia hoitoja käytetään erityisesti keskivaikeissa, vaikeissa ja psykoottisissa depressioissa; psykoterapeuttisia lähinnä lievissä ja keskivaikeissa depressioissa. (Lönqvist. Ym. 2013, 180.)

Monien psyykkisten häiriöiden hoidossakäytetään psykososiaalista hoitoa. Yksilöpsykoterapioiden lisäksi psykososiaalisia hoitomuotoja ovat mm. psykoedukaatio, erilaiset perheinterventiot, ryhmämuotoiset interventiot, luovat interventiot, arkielämän taitojen ja sosiaalisten taitojen harjoittelu sekä kognitiiviset kuntoutusohjelmat. Hoitomuodoissa hyödynnetään esimerkiksi toimintaterapiaa, taideterapiaa, kirjallisuusterapiaa ja musiikkiterapiaa. (mielenterveystalon www-sivut.)

Psykososiaalisten hoitojen tavoitteena on sosiaalisen toimintakyvyn parantaminen, uusien taitojen oppiminen, toimivien ihmissuhteiden ylläpito ja elämänlaadun parantaminen. Tavoitteena voi olla myös helpottaa potilaan ja omaisten sopeutumista sairautteen ja sairauden uusiutumiskasjojen ehkäisy. Psykososiaalisia hoitoja voidaan toteuttaa esimerkiksi moniammatillisena yhteistyönä yksilö-, ryhmä ja perheinterventioina. (mielenterveystalon www-sivut.)

Lääkehoitoa on suositeltavaa käyttää jo keskivaikeiden depressioiden yhteydessä psykoterapian ohella, kun puolestaan psykoterapia riittää usein ainoaksi hoitomuodoksi lievissä depressioissa. (Lönnqvist. Ym. 2013, 180) Lääkehoidosta on hyötyä myös lievissä depressioissa, mutta hyöty ei ole kovin suuri. (Kampman. Ym. 2017.)

Keskivaikeassa depressiossa psykoterapia ja lääkehoito toimivat yhtä tehokkaana oireiden lievittäjänä ja yhdessä ne voivat olla tehokkaampia kuin yksinään. Mitä vaikeammasta depressiosta on kyse, sitä suurempi rooli lääkkeillä on sen hoidossa. (Tays www-sivut 2020.)

Depressioiden vaikeusaste sekä eri hoitomuotojen saatavuus ohjaavat keskeisesti hoitomuotojen valintaa. Muita huomioon otettavia tekijöitä ovat muun muassa, mahdollisten aiempien hoitoyritysten tehosta ja haitoista saatu kokemus, potilaan psykiatrisen monihäiriöisyys, itsemurhavaara, toimintakyky, somaattinen terveydentila sekä potilaan omat toiveet hoitonsa suhteen. (Lönnqvist. Ym. 2013, 180.)

Depressioiden hoito jaetaan kolmeen vaiheeseen. Mahdollisimman pikainen ja täydellinen toipuminen on akuuttivaiheen hoidon tavoitteena. Jatkohoito vaihe alkaa oireiden loputtua ja kestää noin puoli vuotta. Sen tavoitteena on sairaustilan välittömän uusiutumisen ehkäiseminen. Ylläpitovaiheessa potilasta pyritään suojaamaan sairauden myöhemmältä uudelleen puhkeamiselta tilanteessa, jossa se muutoin on hyvin todennäköistä. (Lönnqvist. Ym. 2013, 181.)

Antidepressiivinen lääkehoito on yksi tehokkaimmaksi osoitetuista depressioiden hoitomuodoista akuuttihoitossa. Antidepressiivinen lääke on masennusta tai sen oireita lievittämään tai ehkäisemään tarkoitettu lääkeaine. (Lönnqvist. Ym. 2013, 182.)

Lääkehoito jaetaan kolmeen vaiheeseen akuuttihoitoon, jatkohoitoon ja ylläpitohoitoon. Akuuttihoitossa tavoitteena on saada potilas oireettomaksi ja lääkkeen vaikutuksia tulee seurata 1-3 viikon välein tai jopa tiiviimmin. (Tays www-sivut.)

Tavallisimpia antidepressiivisiä ovat selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät eli SSRI-lääkkeet. Ne ovat hyvin siedettyjä ja helppokäyttöisiä. Trisykliset antidepressiivit ja SNRI-lääkkeet ovat myös hyvin käyttökelpoisia, etenkin jos depressio on oirekuvaltaan melankolinen. (Duodecim www-sivut.)

Antidepressiivisten lääkkeiden mahdollinen hoitovaikutus ei ilmene heti ensipäivinä, vaan asteittain 2–8 viikon kuluessa. Jos potilaan depressio ei lainkaan lieydy 2–6 viikon kuluessa, vaihtoehtoina on lääkkeen annoksen suurentaminen, lääkkeen vaihtaminen toiseen tai toisen lääkkeen lisääminen jo käytetyn lääkkeen rinnalle. Lääkkeen vaikutuksia arvioidaan usein yksinkertaisten oirekyselyiden avulla. (Duodecim www-sivut.)

Mitä vaikeammista depressioista on kysymys, sen suuremmaksi lääkehoidon merkitys kasvaa. Kliinisissä akuuttivaiheen tutkimuksissa keskimäärin kahdella kolmasosalla lääkehoitoa säännöllisesti käyttävistä potilaista on havaittu selvä lääkevaste 4-6 viikon kuluessa. Vajaa puolet käyttäjistä tulee täysin oireettomiksi (Lönnqvist. Ym. 2013, 182.) Lääkehoidon teho sekä hoitovaste tulee arvioida viimeistään 6-8 viikon kuluttua. Mikäli oireet eivät ole ollenkaan lievittyneet, tulee annoksen nostamista harkita jo 2-3 viikon jälkeen. (Kampman. Ym. 2017.)

Jatkohoitovaiheeseen siirytään, kun täysi tai riittävä toipuminen on saavutettu. Antidepressiivistä lääkehoitoa on aina syytä jatkaa noin puolen vuoden ajan akuuttivaiheen jälkeen. Vaikka oireet olisivatkin loppuneet, on uusiutumisen riski suuri, jos lääkehoito lopetetaan heti oireiden loppuessa (Kampman. Ym. 2017.) Mikäli potilaalla ei ole esiintynyt aiempia depressiivisiä jaksoja, niitä on ollut vain yksi tai hän ei ole motivoitunut ylläpitohoitoon, lopetetaan antidepressiivinen lääkehoito jatkovaiheen päätyttyä, mikäli potilas on oireeton. (Lönnqvist. Ym. 2013, 184.)

Ylläpitohoitoa on suositeltavaa jatkaa, jos potilaalla on takana toistuvia ja vähintään keskivaikeita depressioita. Pitkäaikaisella ylläpitoohoidolla depression uusiutumisen

todennäköisyyttä voidaan laskea merkittävästi. Ylläpitovaihe on potilaalle mielekästä vain, jos hoidon alussa lääkkeestä on todettu hyvä hoitovaste. Ylläpito hoito edellyttää vähintään vuosittaisia kontrollikäyntejä, vaikka potilas kokisi itsensä oireettomaksi. (Kampman. Ym. 2017.)

Lääkehoidon asteittaisen lopettamisen mahdollisuutta on syytä harkita potilaan oltua oireeton usean vuoden ajan. Mitä useampia ja vaikeampia depressiojaksoja, sekä muiden vakavien seurausten riskejä potilaalla on, sitä pidempään on ylläpitohoitoa syytä jatkaa. Jotta mahdollinen depression uusiutuminen havaittaisiin ja hoito voitaisiin aloittaa uudelleen viivytyksettä, on ylläpitohoitoa lopetettaessa potilaan tilaa seurattava tiiviimmin. (Lönnqvist. Ym. 2013, 184.)

Kirkasvalohoidolla hoidetaan kaamosmasennuksen oireita altistamalla henkilöä keinovalolle. Noin neljä viidestä kaamosmasennuksesta kärsivästä toipuu oireista, jos valohoito toteutetaan oikein (Duodecim [www-sivut](#)). Kirkasvalohoidon on havaittu aktivoivan aivojen verenkierron ja välittäjäaineiden toimintaa ja lievittävän oireita. Kirkasvalohoitoa jatketaan usein kuuriluontoisesti, koska kaamosmasennuksen oireet voivat uusiutua hoidon päätyttyä. Vaikeammassa masennuksessa valohoitoa voidaan käyttää myös lääkehoidon rinnalla. (Mielenterveystalon [www-sivut](#).)

Aivojen magneettistimulaatio (TMS, transcranial magnetic stimulation) on varsin uusi hoitomuoto, jota kehitetään ja tutkitaan jatkuvasti. Magneettistimulaatio perustuu aivojen hermosolujen aktivoimiseen heikon sähkövirran avulla, joka saadaan tuotettua vaihtelemalla nopeasti magneettikenttää pään ulkopuolella siihen tarkoitettun kelan avulla. Hoidossa käydään useita kertoja viikossa joidenkin viikkojen ajan. (Mielenterveystalon [www-sivut](#).)

Aivojen magneettistimulaatio on osa masennuksen hoitoa, ja sitä tutkitaan useissa muissa käyttöaiheissa. Rajallisen saatavuuden vuoksi hoitoa suositellaan kuitenkin vain, jos akuutti masennus uhkaa pitkittyä useita kuukausia lääkehoidosta ja psykoterapiasta huolimatta, tai näitä hoitoja ei voida jostain syystä käyttää. Vuosia jatkuneen tai hyvin vaikean masennuksen hoidossa magneettistimulaatiohoidon teho ei välttämättä ole riittävä. (Mielenterveystalon [www-sivut](#).)

Aivojen sähköhoito, ECT (electroconvulsive therapy) on perinpohjaisesti tutkittu ja tehokkaaksi osoittautunut hoitomuoto. Sillä saadaan nopeita hoitotuloksia etenkin vaikean lääkeresistentin, itsemurha-ajatuksia tai psykoottisia oireita sisältävän depression hoidossa. Hoito on kivutonta ja sen ajaksi henkilö nukutetaan. Henkilön päähän johdetaan sähkövirta, joka aiheuttaa aivoissa sähköisen epileptistyyppisen purkauksen. Toimenpide vaikuttaa aivojen aineenvaihdunnan ja välittäjäaineiden toimintaan palauttaen häiriintyneen tasapainotilan, jonka vaikutukset näkyvät mm. mielialan helpotumisena. (Mielenterveystalon www-sivut.)

Ketamiinihoito on myös yleistynyt hoitomuoto, joka toteutetaan infuusiona laskimoon 1-3 kertaa viikossa. Hoito luokitellaan nopeimmaksi ja tehokkaimmaksi käytettävissä olevaksi depression hoitomuodoksi. Ketamiini soveltuu hoitoresistentin masennuksen hoidon aloittamiseen, itsemurha-alttiuden lievittämiseen ja samanaikaisesta kivusta kärsivien masennuspotilaiden hoitamiseen. (Taiminen 2017, 1.)

Vuonna 2019 Puolan Lääketieteellinen Yliopisto suoritti tutkimuksen magnesiumin ja ketamiinin vaikutuksista depression ja sen syntyyn. Tutkimusaineisto pohjautui aikaisempiin tutkimuksiin. Tutkimusten perusteella depressiopotilaiden gamma-aminovoihappopitoisuus aivokuorella oli alentunut. (Górska, N. Sáupski, J. Szaáach, à. Wáodarczyk, A. Szarmach, J. Jakuszkowiak-Wojten, K. Gaáuszeko WĆgielnik, M. Wilkowska, A. Wiglusz, M. Cubaáa, W. 2019, 549.)

Sekä ketamiinin, että magnesiumin todettiin vaikuttavan positiivisesti gamma-aminovoihappo pitoisuuksiin. Alentuneen magnesiumpitoisuuden todettiin olevan yhteydessä masennuksen kehittymiseen. Ketamiinilla todettiin olevan hyvä hoitovaste depression vahvan ja nopean vaikutuksensa ansiosta. (Górska, N ym. 2019, 551.)

Psykoterapia on terveydenhuollon tavoitteellista toimintaa, jolla hoidetaan psyykkisiä vaikeuksia psykologisin menetelmin. Psykoterapia on keskeinen hoitomuoto erityisesti lievissä ja keskivaikeissa depressioissa. Psykoterapiassa hankalia asioita prosoidaan keskustelemalla. Tarvittaessa voidaan käyttää erilaisia oireita tuottavien toimintatapojen tunnistamista ja muuttamista helpottavia harjoitteita. Eri psykoterapiasuuntauksia on useita ja ne poikkeavat taustateoriansa ja lähestymistapansa suhteen. (Mielenterveystalon www-sivut.)

Psykodynaamisen psykoterapian tarkoituksena on lisätä potilaan kykyä tunnistaa, ymmärtää ja käsitellä omia tunteitaan, sisäisiä ristiriitoja ja ongelmia siten, että sisäinen kasvu ja sopeutuminen eri elämäntilanteissa olisi mahdollista. Psykodynaaminen terapia perustuu siihen, että ihmisen menneisyys vaikuttaa siihen, miten tämä kokee nykyisen elämänsä. Huomio keskittyy erityisesti varhaislapsuuteen ja sen kokemuksiin. Tämä hoitomuotoinen on yleensä pitkäkestoinen, noin 2-4 vuotta. (Mielenterveystalon [www-sivut](#).)

Psykodynaaminen lyhytpsykoterapia on pääpiirteiltään samankaltainen kuin psykodynaaminen terapia, mutta lyhyt psykoterapiassa valitaan yksi työstimäisen kohde. Käyn-tejä on yleensä noin 20. Tämä terapia muoto sopii niille, joiden ongelmat voidaan luokitella kohtuullisiksi. (Mielenterveystalon [www-sivut](#).)

Kognitiivisesta lyhytpsykoterapiasta ja sen toimivuudesta depression hoidossa on vahvaa tutkimusnäyttöä. Hoito kestää tavallisesti 15-25 terapiakäyntiä ja sitä voidaan soveltaa lievissä ja keskivaikeissa masennuksissa. Terapian lähtökohtana on potilaan uskomukset eli kognitiot maailmasta, jotka liittyvät myös hänen tunnetilaansa. Terapian tehtävä on auttaa potilasta tunnistamaan depressiota synnyttävät, sekä sitä ylläpitävät uskomukset. (Lönnqvist. Ym. 2013, 189.)

2.4. Depressiopotilaan tukeminen

Depressiopotilaan hoidossa käytettyjä tukimuotoja ovat sosiaalinen tuki, taloudellinen tuki, toiminnallinen tuki ja vertaistuki.

Elämänkriiseissä potilaan sosiaalinen tukiverkosto, kuten perhe ja ystävät, ovat merkittävä voimavara. Depressiivinen tila usein alkaa juuri sellaisesta elämänmuutoksesta, joka vaikuttaa kielteisesti tähän verkostoon. Usein depressiivisestä tilasta kärsivä potilas vetäytyy ihmissuhteistaan ja on aloitekyvytön. Läheisten voi olla vaikea ymmärtää potilaan tunnetilaa ja siitä aiheutuva käytöstä, jonka seurauksena muodostuu herkästi väärinymmärryksiä potilasta kohtaan (Lönnqvist. Ym. 2013, 176-177.)

Sairastuneen läheisten on tarpeen tullen mahdollista hakeutua oman tuen tai hoidon piiriin. Yksilöille ja perheille suunnatut hyvinvointi palvelut ja taloudellinen toimeentulo, sekä hyvät asumisolot ovat tärkeitä elämänpiiriin liittyviä mielenterveydellisiä tukitekijöitä, jotka antavat turvaa myös akuuteissa kriisitilanteissa. (Noppari ym. 2007, 23.)

Kun potilaan ja hoitojärjestelmän ymmärryksen välillä on eroja, potilaan hoitoon sitoutuminen mahdollisesti horjuu, ja kokonaisvaltainen terveyskäsitys kärsii. Hoitokäytännöt ilmentävät toiminnan kulttuuris- historiallisia rutiineja, mutta potilaita hoitavilla on aina mahdollisuus improvisoida keskinäisiä suhteitaan ja hoitosuhteitaan rutiineista poiketen. (Noppari ym. 2007, 28.)

Palvelujärjestelmässä on toiminnallisen tuen muotoina käytettävänä esimerkiksi musiikki, kuvataide, kirjallisuus ja tanssi. Näistä ihminen voi kokea merkittäviä positiivisia muutoksia voiman ja elämän ilon suhteen. Mikä tahansa aisti, kuten kuulo, näkö ja tunto saattavat olla avuksi, kun ihminen tavoittaa omia kokemuksiaan ja tunteitaan. (Noppari ym. 2007, 214.)

Vertaistuki on omaehtoista, vastavuoroista kokemusten vaihtoa, jossa samankaltaisessa elämäntilanteessa olevat tukevat toinen toistaan. Keskinäistä ymmärrystä lisää yhteisten kokemusten jakaminen. Yksinäisyyden hetkinä toisten mielenterveyskuntoutujien selviytymistarinoiden kuuleminen on erityisen tärkeää. Vertaistuen avulla ymmärretään paremmin menneisyyttä ja sitoudutaan nykyhetkeen, ja se antaa myös toiveikkuutta tulevan kohtaamiseen. (mielenterveystalon [www-sivut](#).)

Vertaistukiryhmässä ihminen pyrkii muuttumaan hoidon ja toimenpiteiden kohteesta aktiiviseksi toimijaksi. Ryhmän ohjaaja on vertainen ryhmäläinen, jolla on omakohtaista kokemusta sairaudesta. Ryhmä saattaa vaikuttaa niin, ettei sairaus enää hallitse ihmistä, vaan omat voimavarat saadaan käyttöön itseä hyödyttävällä tavalla. (mielenterveystalon [www-sivut](#).)

Mielenterveyden kokemusasiantuntija on myös yksi vertaistuen muodoista. Kokemusasiantuntija on henkilö, jolla on omakohtaista kokemusta mielenterveysongelmista,

joko oman tai läheisen sairauden vuoksi. Hän tietää, millaista on elää tällaisten kokemusten kanssa, ja haluaa hyödyntää kokemuksiaan mielenterveystyössä. Hän tietää myös, mikä häntä itseään on omassa tilanteessaan auttanut ja mitkä tekijät ovat vaikuttaneet hänen kuntoutumiseensa. (mielenterveystalon www-sivut.)

Valtioneuvoston selvitys -ja tutkintaryhmän laatimaan tutkimukseen “Toimivat mielenterveys ja päihdepalvelut” tavoitteena oli tuottaa tutkittua tietoa toimivista mielenterveys ja päihdetyön malleista päättäjille. Menetelminä käytettiin kirjallisuuskatsausta, kyselytutkimusta, asiantuntijahaastatteluja, kokemusasiantuntijoiden fokusryhmiä, kansalaiskuulemista ja taloudellista analyysiä. Kohteena olivat terveystaloiden käyttäjät sekä tuottajat. (Wahlbeck, Hietala, Kuosmanen, McDaid, Mikkonen, Parkkonen, Reini, Salovuori & Tourunen 2018, 16, 17-20.)

Tutkimuksessa todettiin, että mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien tavoittamiseksi järjestelmän asiakaslähtöisyyttä tulee kehittää. Mielenterveysongelmien tunnistamiseksi tulisi lisätä kaikkien perusterveydenhuollon työntekijöiden koulutusta, sekä kansalaisten tietoisuutta avun hakemisesta. (Wahlbeck ym. 2018, 27.)

Hiilamo ja Tuulio-Henriksson (2012) tarkastelivat depressiosta kärsivien henkilöiden omaa kokemusta siitä, mikä heitä on auttanut depressiosta toipumisessa. Aineisto kerättiin Helsingin Sanomien Nyt-liitteessä internetissä kyselyssä ja vastaukset olivat valikoituja. Vastauksia oli 1019 ja vastaukset, jossa kerrottiin, ettei käännettä ollut tapahtunut parempaan päin, jätettiin analyysistä pois.

Yli puolet naisista ja 40% miehistä kertoivat depression toipumiskeinoksi jonkin sosiaalisen tuen muodon. Naiset mainitsivat saavansa yleisimmin apua terapiasta. Melkein kolmasosa vastaajista kertoi saavansa apua antidepressiivisistä lääkkeistä. Yli kolmasosa naisista mainitsi terapian, kun miesten vastaava osuus oli noin neljäsosa. (Hiilamo & Tuulio-Henriksson 2012, 213.)

3. DEPRESSIOPOTILAAN HOITOPROSESSI

Prosessilla tarkoitetaan tapahtumasarjaa, jonka avulla tuloksena saadaan haluttu tuotos. Prosessin eri vaiheisiin liittyy päätöksiä, jotka vaikuttavat prosessin seuraavien vaiheiden valintaan ja suoritukseen. Hoitotyön prosessi on mukautettu tieteellinen menetelmä tai malli, joka tarjoaa hoitotyölle tietyn järjestyksen ja suunnan. Se on ammattillisen käytännön ydin ja työväline. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen. 2012. 45-46.)

Prosessi tarjoaa myös keinot hoitajien tekemän hoitotyön laadun arviointiin ja selvittää vastuuta potilaasta ja hänen hoidostaan. Hoitotyön prosessi on hoitajan työväline ja menetelmä, joka auttaa päätöksenteossa, seurausten ennustamisessa ja arvioinnissa. (Rautava-Nurmi. ym. 2012. 45-46.)

Lisäksi hoitoprosessin avulla jaetaan potilaan hoidon vastuualueita moniammatillisen työryhmän kesken. Prosessi muodostaa hoitoketjun, jonka tavoitteena on turvata asiakaslähtöisesti potilaan hoidon tarkoituksenmukaisuus ja sujuvuus yli organisaatorajojen, sekä eri ammattiryhmien kesken. Niiden päämääränä on myös yhtenäistää hoitokäytäntöjä sekä selkiyttää tutkimusten ja hoidon porrastusta. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin [www-sivut 2019](#).)

Perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, sosiaalitoimen, järjestöjen ja yksityissektorin palveluiden on oltava potilaalle kokonaisuus ilman toiminnallisia rajoja. Hoitoketjut ovat paikallisiin oloihin sovellettuja, hoitosuosituksiin perustuvia kannanottoja hoitopäätösten tueksi ja työnjaon selkeyttämiseksi. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin [www-sivut 2019](#).)

Faninger-Lund (2017) tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää pitkäaikaisesta tai toistuvasta depressiosta kärsivien potilaiden taustaa, ja lääkäriä kuormittavat depressiotapaukset Helsingin Etelän psykiatria- ja päihdekeskuksessa. Tämän pohjalta tarkoituksena oli hoitoprosessin tehostaminen varhaisella hoidon aloituksella, sekä asianmukaisen jatkohoidon edistäminen avohoitojakson jälkeen.

Tavoitteena oli toteuttaa noin kahden viikon läheteseuranta, sekä tämän pohjalta kehittää psykiatrian avohoidon jalkauttamista perusterveydenhuoltoon kroonistuneiden depressiopotilaiden hoitamiseksi kattavalla konsultaatiopaketilla. (Faninger-Lund 2017, 17.)

Tutkimuksen tulosten perusteella pitkittyneestä ja toistuvasta depressiosta kärsivät terveysaseman potilaat näyttävät hyötyvän lyhytaikaisesta psykiatrisesta interventiosta voimien heikentyessä. Jos interventio toteutuu oikeaan aikaan, todennäköisesti uuden erikoissairaanhoitajakson estäminen on mahdollista. Psykiatrian konsultaatioita toteutettiin myös puhelin- ja kirjallisten konsultaatioiden avulla, yhteisvastaanottoina ja psykiatrin konsultaatiotapaamisina. Konsultaatiotapaamiset vaihtelivat yhdestä viiteen käyntiin, keskimäärin kolme käyntiä/konsultaatio (Faninger-Lund 2017, 19.) Psykiatrin jalkautuminen terveysasemalle ja yleislääkäreiden kouluttaminen, työnohjaus ja valmennus ovat havaittu tehokkaiksi tavoiksi tehostaa perusterveydenhuollon valmiuksia hoitaa haastavampia depressiopotilaita. Opastettu itsehoito, nettiterapiat ja kognitiivinen lyhytterapia ovat työkaluja, joiden hyödyntäminen ja käyttöönotto varhaisessa vaiheessa olisi kannatettavaa. (Faninger-Lund 2017, 20.)

Hoitoprosessin alussa potilaan kliininen haastattelu, anamneesi ja tutkimus johtavat tavallisesti tiivistettynä tapauskuvaukseen ja välittömän hoidon tarpeen arviointiin sekä alustavan hoitosuunnitelmaan, joka aikaa myöten täydentyy lopulliseksi hoitosuunnitelmaksi. (Lönnqvist. Ym. 2013, 45.)

Tapauskuvauksen ydin on siinä ongelmassa, jonka vuoksi potilas on omasta mielestään tullut hoitoon. Se voi sisältää ongelman kuvauksen myös ympäristön näkökulmasta silloin, kun joku muu on ohjannut potilaan hoitoon tai kun potilaan sairauden tunto on selvästi puutteellinen. Tämän jälkeen asiantuntijan tulisi määritellä potilaan ongelma ja ilmaista se ammatillisesti asettamalla etusijalle potilaan keskeiset ongelmat. Erityisesti tulisi arvioida itsemurhavaara, väkivallan uhka sekä kaikki elimelliset, elämää uhkaavat riskit ja myös lukuisat potilaaseen mahdollisesti kohdistuvat ulkoiset vaaratekijät. (Lönnqvist. Ym. 2013, 45.) Ammatillaisen tarkoituksena tässä on tukea potilasta elämänhallinnan palauttamisessa, mikä tarkoittaa muun muassa terveen ja eheän arjen hallintaa. (Holmberg 2016.)

Erotusdiagnostinen tarkastelu tapahtuu potilaan anamneesin, keskeisten nykyoireiden ja tutkimus löydösten perusteella. Sen tulisi johtaa melko nopeasti alustavaan diagnoosiin. Jos potilaat tajunta, orientaatio ja muisti toiminnot ovat normaalit, ne sulkevat pois deliriumin ja dementian mahdollisuuden sekä osan muista elimellisten sairauksien tai kemiallisten aineiden aiheuttamista oireyhtymistä. Elimellisten sairauksien poissulkemiseksi tarvitaan tarkennettua anamneesia ja usein lisätutkimuksia. Jos myös potilaan puhe, ajatustoiminta, aistitoiminnot ja itsensä kokeminen vaikuttavat normaaleilta, on psykoottinen häiriö epätodennäköinen. (Lönnqvist. Ym. 2013, 45.)

Seuraava karkea arviointi liittyy potilaan tunnetiloihin. Mielialan poikkeavuus, yleensä selvä alentuminen, viittaa mielialahäiriön olemassaoloon. Lievää mielialan poikkeavuutta voi esiintyä monissa mielenterveyden häiriöissä. Myös ahdistuneisuus liittyy oireena moniin häiriöihin: Ahdistuneisuuden voimakkuus, kesto ja liittyminen muihin oireisiin on selvitettävä. Käyttäytymiseen ja sopeutumiseen liittyvien oireiden tai ongelmien haittaavuus arkipäivän toiminnoissa tulisi arvioida. Samalla potilaan oireet ja anamneesi tulisi selvittää niin tarkasti, että todennäköinen diagnoosi voidaan asettaa. (Lönnqvist. Ym. 2013, 45.)

Hoitosuunnitelmassa on oleellista erottaa, mitä on tehtävä nopeasti ja mitä voidaan tehdä myöhemmin. Samoin on tarpeen aina selventää, mitkä haasteet kuuluvat kyseiseen hoitopaikkaan, esimerkiksi päivystävälle terveyskeskukselle, ja mitkä voidaan hoitaa myöhemmin, esimerkiksi psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Hoitosuunnitelma sisältää luettelon keskeisistä hoidoista sitten, että suunnitelmasta on nähtävissä, mihin hoito tavoitteisiin ja missä ajassa kullakin erityishoidolla, kuten lääkehoidolla tai psykoterapialla, pyritään ja keiden vastuulla hoidon eri osat ovat. Erityisen tärkeää on, että hoitosuunnitelmaan sisältyy selvä ilmaus siitä, kuka hoito tiimistä on viime kädessä kokonaisuusvastuussa hoidosta. (Lönnqvist. Ym. 2013, 45.)

Hoidon suunnittelussa on aina kyse yhteistyöstä potilaan, hänen läheistensä ja häntä hoitavien avainhenkilöiden välillä. Hoitojärjestelmän tulisi kyetä alustavan hoitosuunnitelman tekemiseen yhdessä potilaan kanssa neuvotellen mahdollisimman nopeasti hoitoon tulosta. Lopullinen hoitosuunnitelma sisältää potilaan mielenterveyden häiriötä ja muita ongelmia koskevien suunnitelmien lisäksi arvion siitä, missä määrin hänen fyysinen terveytensä, positiiviset voimavaransa, elämän olosuhteessa, kuntoutus

tarpeensa, sosiaalinen tukensa, talousasiansa ja mahdollisesti juridiset näkökohdat vaativat huomiota. Hoitoon osallistuvien avainhenkilöiden tulisi yhdessä sopia työ- jaosta ja vastuista näissä erityiskysymyksissä. Meidän tulisi neuvotella myös hoidon tavoitteista sekä hoidon arvioidusta kestosta. Lopullinen hoitosuunnitelma on tehtävä joustavasti ja nopeasti ilman viiveitä. (Lönnqvist. Ym. 2013, 45.)

Hoitosuhteen lopettaminen on yhtä tärkeä osa prosessia kuin suhteen aloittaminen. Mitä pidempi hoitosuhde on ollut, sitä pidempi lopettamisvaiheen tulee olla. Mikäli on mahdollista, on määrittää kuinka kauan hoito kestää. Tämä auttaa tavoitteiden asettamista, niiden mukaan työskentelyä ja tavoitteiden saavuttamista. Osalle potilaista hoitosuhteen päättäminen on helpotus, osa kokee sen taas ahdistavana ja pelottavana koikiessaan jäävänsä tyhjän päälle. Ammatilaisen tulee saada potilas ymmärtämään, että hoitosuhteen päättyminen ei johdu negatiivisista tunteista, vaan tavoitteiden täytymisestä. (Holmberg 2016.)

Hoidon päätyttyä arvioidaan sen toteutuminen. Potilas ja hänen läheisensä voivat halutessaan antaa kirjallisen palautteen hoidon toteutumisesta. Usein palautteen antaminen on mahdollista tehdä myös nimettömänä. Hoito arvioidaan alusta loppuun. Ammatilaisen tulee reflektoida omaa toimintaansa: Mitkä asiat onnistuivat ja mitä tulisi kehittää? Reflektointi onnistuu usein myös työryhmän kanssa tai työnohjauksessa. Hyvin toteutettu arviointi auttaa ammatillisessa kasvussa. (Holmberg 2016.)

Satasairaalan psykiatrian poliklinikalle tullaan silloin kun kyseessä on vaikea tai psykoottinen depressio, lääkeresistenssi tai vakavasti monihäiriöinen/itsetuhoinen potilas. Poliklinikalle tullaan aina läheteellä, joka saapuu arviointityöryhmän käsiteltäväksi. Moniammatillinen tiimi vastaa yhdessä potilaan hoidon suunnittelusta ja toteutuksesta. Potilaan ensikäynnillä selvitetään erotusdiagnostiikkaa, tehdään kliininen haastattelu sekä alustava hoitosuunnitelma. Potilaalla on viikoittaiset hoitokäynnit poliklinikalla 1- 3 kk ajan, jossa arvioidaan potilaan tilaa ja toimintakykyä erilaisin mittarein. Hoidon riittävyys arvioidaan 3-4 viikon kohdalla ja tehdään mahdolliset lääkemutokset. Hoitosuhde kestää yleensä puolesta vuodesta kahteen vuoteen, aina kunkin potilaan yksilölliset erot huomioiden (Liite 4).

Kun hoitoa on jatkunut kolmen kuukauden ajan, arvioidaan, onko hoito ollut riittävä vai tarvitaanko rinnalle jotain muuta hoitoa. Seurantakäynneillä selvitetään hoitosuunnitelman toteutumista, oiretason toipumista ja hoidon tuloksellisuutta.

Kun potilas on oireeton ja välitön uusiutumisriski arvioidaan pieneksi, voidaan potilaan hoito siirtää perusterveydenhuoltoon. Ylläpito-hoidon asianmukainen seuranta edellyttää yksilöllisen hoito- ja seurantasuunnitelman tekemistä siirron yhteydessä ja niiden toteuttamismahdollisuuksien varmistamista jatkohoitopaikasta (Liite 4).

4. TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten depressiopotilaan hoitoprosessi toteutuu Satasairaalan psykiatrian poliklinikalla, sekä millaiseksi hoitajat kokevat osaamisensa depressiopotilaiden hoitoprosessissa. Opinnäytetyön tavoitteena oli kerätä tietoa hoitoprosessin nykytilasta sekä luoda hoitoprosessia tukevaa ja edistävää tutkimustietoa Satasairaalan poliklinikalla. Edellä mainittujen tarkoituksen ja tavoitteen pohjalta tekijät muodostivat tutkimuskysymykset.

Tutkimuskysymykset:

1. Miten depressiopotilaan hoitoprosessi toteutuu avohoitopoliklinikalla?
2. Minkälainen on hoitohenkilökunnan käsitys osaamisestaan depressiopotilaan hoitoprosessissa?

5. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1. Tutkimusmenetelmät

Työssä käytetään kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää, jossa hyödynnetään haastattelua aineistokeruumenetelmänä. Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus tarkastelee merkityksellisyyttä. Kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on kuvata tutkimuksen kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161.)

Laadullisessa tutkimusmenetelmässä tarkastellaan ihmisten välistä ja sosiaalista merkityksellisyyttä. Merkitykset tulevat esiin suhteina ja niiden kokonaisuuksina. Nämä kokonaisuudet kuvastavat ihmislähtöisinä ja ihmiseen päätyvinä tapahtumina, kuten toimintana, ajatuksina, päämäärien asettamisina tai esimerkiksi yhteiskunnan rakenteina ja hallintavaltana. (Vilka 2015.)

Tällä tutkimusmenetelmällä tutkimukseen sisältyy aina kysymys, mitä merkityksiä siinä tutkitaan. Edellytys on, että tutkimuksen tekijä täsmentää liittykö tutkimus kokemuksiin vai käsityksiin liittyviin merkityksiin. (Vilka 2015.)

Laadullisessa tutkimuksessa on kaksi vaihetta: havaintojen pelkistäminen ja arvoituksen ratkaiseminen. Havaintojen pelkistämässä kerätään muuttujat ja koodit, nimetään hankitut tiedot ja tehdään tilastollinen analyysi. Arvoituksen ratkaiseminen laadullisessa tutkimuksessa tarkoittaa tutkimuksen tulosten tulkitsemista. (Alasuutari 2011.)

Haastattelun osallistuminen oli täysin vapaaehtoista. Haastattelut suoritettiin vallitsevan tilanteen vuoksi puhelin haastatteluina. Haastattelun kesto oli noin 45 minuuttia, eikä siihen tarvinnut valmistautua etukäteen. Haastattelu koostuu kolmesta erimestä. Organisaation taustatiedoista, hoitoprosessin toteutumisesta sekä hoitajien kokemuksista omasta osaamisestaan depressiopotilaan hoidossa (Liite 3).

5.2. Aineistonkeruumenetelmä

Aineisto laadulliseen tutkimukseen tulisi hankkia harkiten tutkimuskysymysten mukaan. Pyritään löytämään hyviä tiedon antajia, joiden avulla saadaan luotettava ja monipuolinen kuva tarkasteltavasta asiasta. (Aira 2005.)

Haastatteluja varten opinnäytetyöntekijät laativat teemahaastattelurungon, joka muodostui avoimista kysymyksistä. Kysymysten laatimisessa käytettiin apuna psykiatrian hoitoalueen ylihoitaja Kristiina Puolakan lähettämää depressiopotilaan hoitoprosessin kuvausta, sekä muuta teoretietoa asiasta. (Puolakka henkilökohtainen tiedonanto 7.5.2019.)

Teemahaastattelussa tutkimusongelmasta poimitaan keskeiset teemat, joita haastattelussa olisi välttämätöntä käsitellä tutkimusongelmaan vastaamiseksi. Tavoitteena on, että kaikista teemoista vastaaja voi antaa oman kuvauksensa ja haastatteluteemat on käsitelty vastaajan kannalta luontevassa järjestyksessä. (Vilka 2015. 79.)

Teemahaastattelu etenee tiettyjen keskeisten teemojen varassa, eikä keskity pelkästään yksityiskohtaisiin kysymyksiin. Menetelmä tuo tutkittavan äänen kuuluviin, eikä tutkijan näkökulma ole keskiössä. Haastattelu ottaa huomioon sen, että ihmisten asioille antamat merkitykset ja heidän tulkintansa asioista ovat keskeisiä. (Hirsijärvi & Hurme 2008, 48.)

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu menetelmä siksi, että haastattelun aspekti, aihepiirit, ja teema-alueet ovat kaikille samat. Tässä menetelmässä ei ole kysymysten tarkkaa muotoa ja järjestystä, kuten strukturoidussa lomakehaastattelussa. (Hirsijärvi & Hurme 2008, 48.)

Avoimuutensa puolesta teemahaastattelu on lähellä syvähaastattelua. Teemahaastattelussa edetään etukäteen valittujen teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten mukaan. Teemahaastattelun etuna on se, että siinä voidaan esittää tarkentavia kysymyksiä haastateltavan vastauksien perusteella. (Tuomi & Sarajärvi 2018.)

5.3. Kohdeorganisaatio ja aineiston keruu

Opinnäytetyön aiheen valinta aloitettiin keväällä 2019. Tekijät saivat neljä esitehtävää, joissa tarkoituksena oli tutustua kaikkiin opinnäytetyön kirjoittamistyyliin. Tekijät valitsivat tyyliksi tutkimuksellisen opinnäytetyön.

Satasairaalan pyynnöstä, Satakunnan ammattikorkeakoulu oli saanut yhdeksi aiheeksi Depressiopotilaan hoitoprosessin. Tekijät päätyivät valitsemaan edellä mainitun, sillä aihe oli ajankohtainen ja kiinnostava. Aiheen valintaan vaikutti myös mielenterveysongelmien jatkuva lisääntyminen. Opinnäytetyön tutkimussuunnitelma hyväksyttiin keväällä 2020 ja toimitettiin työn tilaajalle Satasairaalan psykiatrian poliklinikalle.

Kohderyhmäksi valittiin Satasairaalan psykiatrian poliklinikan Isolinnakadun yksikön sairaanhoitajat. Haastatteluihin osallistui yhteensä kolme poliklinikan sairaanhoitajaa. Poliklinikalla työskentelee 30 työntekijää, joista 14 on psykiatrissa sairaanhoitajaa. Sairaanhoitajat ovat keskittyneet suurilta osin depressiopotilaisiin, mutta hoitavat myös muita mielenterveyden häiriöistä kärsiviä potilaita. (Puolakka henkilökohtainen tiedonanto 7.5.2019.)

Opinnäytetyön haastatteluissa käytetty temahaastattelurunko on nähtävissä liitteissä (Liite 3). Tutkimushaastatteluteemoina olivat Satasairaalan poliklinikan esitiedot, Depressiopotilaan hoitoprosessin toteutuminen Satasairaalan kaavion mukaisesti ja sairaanhoitajan oman osaamisen kokeminen depressiopotilaan hoitotyössä. Haastatteluihin osallistumisesta oli tarkoitus toimittaa saatekirje henkilökohtaisesti Satasairaalan psykiatrian poliklinikalle, mutta pandemian aiheuttaman poikkeustilanteen vuoksi lähetettiin tiedote Satasairaalan psykiatrian ylihoitajalle, joka lähetti saatekirjeen sähköpostin välityksellä poliklinikan osastonhoitajalle, ja sitä kautta poliklinikalla työskenteleville sairaanhoitajille. Lähetetty tiedote on nähtävissä liitteissä (Liite 3). Opinnäytetyön haastatteluihin osallistui yhteensä kolme sairaanhoitajaa, jotka kohtasivat työssään depressio potilaita. Tutkimushaastattelut olivat kestoltaan noin 35–60 minuuttia ja ne nauhoitettiin haastatteluun osallistuvan luvalla.

Tutkimuslupa haettiin maaliskuussa 2020 Kehittämisylihoitaja Marita Koivuselta Satasairaala, joka kävi dokumentit läpi ja toimitti ne tutkimusluvan myöntäjälle. Tutkimusluvan myöntämisen jälkeen hoitajille lähetettiin saatekirje. Lupa haastattelun nauhoituksesta oli tarkoitus varmistaa ennen haastattelun aloittamista kirjallisella suostumuslomakkeella. Kuitenkin edellä mainitun poikkeustilanteen vuoksi, hoitajille lähetettiin vain saatekirje ja suostumus toteutui suullisena sopimuksena puhelinhaastattelun alussa. Saatekirjeessä mainittiin, että tutkimukseen osallistuminen tulkitaan suostumukseksi (Liite 3). Kaikkien haastatteluun osallistuneiden vastaukset litteroitiin eli kirjoitettiin puhtaaksi analysointia varten. Aineistoa kertyi yhteensä 30 (A4) sivua koneella kirjoitettua tekstiä (Times New Roman, fonttikoko 12 ja riviväli 1,5).

5.4. Aineiston analysointi

Aineiston analysoinnissa käytettiin aineistolähtöistä eli induktiivista sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysi on laadullisen tutkimusmenetelmän metodi, jossa etsitään merkityssuhteita ja merkityskokonaisuuksia. Sisällönanalyysiä voidaan tehdä joko aineisto- tai teorialähtöisesti (Vilka 2015, 105.) Induktiivisessa sisällön analyysissä käsitteitä yhdistelemällä saadaan vastaus tutkimuksen tehtävään. (Tuomi & Sarajärvi 2018.)

Aineistolähtöinen sisällön analyysi on karkeasti kolmivaiheinen prosessi: 1) Aineiston redusointi eli pelkistäminen, 2) aineiston klusterointi eli ryhmittely ja 3) abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. (Tuomi & Sarajärvi 2018.)

Redusointivaiheessa aineistosta karsitaan epäoleelliset asiat pois. Tämä voi tarkoittaa aineiston tiivistämistä tai osiin pilkkomista. Tämä voi tapahtua niin, että aukikirjoitetusta aineistosta haetaan tutkimustehtävää kuvaavia ilmaisuja. (Tuomi & Sarajärvi 2018.)

Klusteroinnissa aineiston alkuperäiset ilmaukset käydään huolellisesti läpi ja aineistosta etsitään keskenään samanlaisia tai toisistaan poikkeavia käsitteitä. Samaa asiaa kuvaavat käsitteet jäsennetään ja yhdistetään luokiksi. Näistä muodostuvat alaluokat, jotka nimetään käsitteellä, joka kuvaa sisältöä. (Tuomi & Sarajärvi 2018.)

Abstrahoinnissa eli käsitteellistämässä erotetaan tieto, joka on tutkimuksen kannalta oleellinen ja tämän tiedon perusteella muodostetaan teoreettiset käsitteet. Tässä kohtaa edetään kielellisistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin sekä johtopäätöksiin. Luokituksia yhdistellään niin kauan kuin se on mahdollista aineiston sisällön kannalta. (Tuomi & Sarajärvi 2018.)

Haastattelut nauhoitettiin, jonka jälkeen aineisto käsiteltiin litteroiden. Litterointi on haastatteluaineiston muuttamista tekstimuotoon. Haastatteluaineiston muuttaminen tekstimuotoon helpottaa tutkimusaineiston analysointia eli tutkimusaineiston järjestelmällistä läpikäyntiä, aineiston ryhmittelyä ja luokittelua. (Vilka 2015, 89.)

Tutkimusmenetelmässä, joka on toteutettu laadullisesti, analysoitava aineisto on joko kuva- tai teksti muodossa. Nauhoitetun aineiston kohdalla tämä tarkoittaa haastattelun muuttamista tekstiksi. Aineiston muuttaminen tekstimuotoon helpottaa myös aineiston järjestelmällistä läpikäyntiä, ryhmittelyä ja luokittelua. (Vilka 2015.)

Tutkimustuloksissa on käyty läpi muodostuneet kategoriat ja tuotu esille otteita haastatteluista. Sisällönanalyysissä yläkategorioiksi muodostuivat hoitopolku, työryhmät, hoidon suunnittelu, hoidon tavoitteet, lääkehoito, kolmas sektori, tukimuodot, haasteet depression hoidossa, lisäkoulutus, vahvuudet ja kehittäminen. Sisällönanalyysi-taulukkoon on muodostettu ylä- ja alakategoriat haastatteluiden sisällön mukaan (Liite 6).

6. TUTKIMUSTULOKSET

Tulosten esittämisessä on käytetty osia haastateltavien vastauksista tukemaan tutkimustuloksia. Suorat lainaukset on erotettu lainausmerkeillä ja kursivoidulla tekstillä. Joitakin lainauksia on lyhennetty lukemisen helpottamiseksi. Kaikki alkuperäiset, tutkimuksen kannalta merkittävimmät lauseet haastatteluista löytyvät liitteistä (Liite 6).

6.1. Hoitoprosessin toteutuminen

6.1.1. Hoitopolku

Yläkategoriasta hoitopolku muodostui alakategoria depressiopotilaan tie psykiatrian poliklinikalle. Haastatteluissa ilmeni, että hoitoprosessi etenee poliklinikalla pääosin hoitoprosessikaavoin mukaisesti. Erikoisairaanhoidon tulevat vain keskivaikeat ja vaikeat depressiot. Potilaita tulee poliklinikalle työterveyshuollosta, terveyskeskuksesta, yksityisiltä palveluntuottajilta sekä satasairaalan sisäisellä läheteellä.

“... Meille tulee (potilaita) työterveyshuollosta, sit ihan terveyskeskuksesta, yksityiseltä puolelta, että aina lääkärin läheteellä... myös sisäisellä läheteellä tulee...”

“... Erikoisairaanhoidon ohjautuu keskivaikeat ja vaikeat masennukset...”

6.1.2. Työryhmät

Yläkategoriasta työryhmät muodostuivat seuraavat alakategoriat; Poliklinikan arviointi- ja hoitotyöryhmät. Kaikki läheteet menevät ensin arviointityöryhmälle, jossa ne käsitellään ja siirretään hoitotyöryhmälle. Nykyään hoidon suuntauksena poliklinikalla on, että hoidon kestona olisi noin neljä kuukautta, tietysti tapauskohtaisesti yksilölliset erot huomioiden.

“... Meillähän on täällä arviointityöryhmä ja kaksi hoitotyöryhmää...”

“...arviointityöryhmän tavoitteena on lyhyet hoidot ja

tällä hetkellä mielellään alle neljän kuukauden...”

6.1.3. Hoidon suunnittelu

Hoidon suunnittelusta muodostui alakategoria potilaan hoidon tarpeen arviointi ja hoitosuunnitelman laatiminen. Tavoitteesta huolimatta, joskus hoitosuhteet kestävät puolesta vuodesta kahteen vuoteen. Ensimmäisellä hoitokäynnillä pyritään tekemään hoitosuunnitelma, mutta välillä vaaditaan käyntejä yhdestä kolmeen, että saadaan tarpeeksi hyvä kokonaiskuva potilaan tilanteesta yksilöllisen hoitosuunnitelman laatimiseksi.

“... joskus voi olla sellainen yksi-kolme käyntiäkin, että haastatellaan tarkemmin ja mietitään mihin suuntaan tässä lähdetään. Tehdään siitä arvio ja sitten hoitosuunnitelma...”

”... Niin silloin jo tietää, että hoidot on ehkä pidempiä (Keskivaikeissa ja vaikeissa masennuksissa), mitä sitten lievissä... perusterveydenhuollossa hoidetaan, sanotaanko keskimäärin puolesta vuodesta kahteen vuoteen...”

6.1.4. Hoidon tavoitteet

Hoidon tavoitteet kategoriasta syntyi alakategoria vaikuttavat tekijät hoidon tavoitteiden toteutumisessa. Potilaan itsehoidon tärkeyttä nostettiin myöskin esille. Poliklinikalta saa tukea ja keinoja depressioon hoitoon, mutta lopullisen työn tekee potilas itse. Poliklinikalla pyritään siihen, ettei hoitoprosessit veny turhan pitkiksi. Liian pitkissä hoitosuhteissa on vaarana riippuvuus suhteen muodostuminen auttajan ja autettavan välille.

“... on tietysti tärkeää, että tiedetään niinku miten masennusta hoidetaan, miten potilas itse hoitaa itseään, kukaan muu ei sitä sairautta pysty kokonaan hoitaa, että se itsehoidon osuus on hyvin merkittävä. Eli tarkoittaa ihan tätä omasta itsestä huolehtimista ja liikuntaa...”

“...Nii kyl mun mielestä semmonen ajattomuuden fantasia tässä psykiatriassa on yks ongelma, mistä ollaan nykyään pyritty pois. Yritetään hoitaa tiettyinä aikana tiettyjä sairauksia, arvioida hoidon vaikuttavuutta ja laatua, ettei ihmisten tarvitsisi vuosikymmeniä täällä käydä. Kaikki ei sitä tarvitse, mutta se että riippuvuus saattaa syntyä potilaalle työntekijästä.”

6.1.5. Depressiopotilaan lääkehoito

Yläkategoria lääkehoidosta muodostui alakategoria lääkityksen merkitys depression hoidossa. Haastatteluissa tuotiin esiin, kuinka tärkeä rooli lääkityksellä on depression hoidossa. Jos depressiota ei hoideta lääkinnällisesti, ovat haitat keholle suuremmat kuin lääke itsessään.

“...Ja sitten täytyy muistaa niinku se, että pitkittynyt masennus tuhoaa enemmän ihmisen keskushermostoo, kuin yksikään lääke...”

*”...Potilaita, jotka tulee perusterveydenhuollosta tai työterveys-
huollosta, jos ja kun he tulee masennusdiagnoosilla tänne erikois-
sairaanhoidoon, niin siellä olisi jo pitänyt aloittaa masennuslääki-
tys. Se on ihan käypähoito suosituksessa...”*

6.2. Depressiopotilaan hoidon tukeminen

6.2.1. Kolmas sektori

“Kolmas sektori” kategoriasta muodostui seuraava kategoria; yhteistyö kolmannen sektorin kanssa. Tutkimustuloksista selvisi, että depressiopotilaat ovat saaneet psykiatrian poliklinikalta sekä psykososiaalista että vertaistukea. Haastateltavien mukaan potilaat ovat pääsääntöisesti olleet tyytyväisiä saamansa tuen määrään ja laatuun. Eri-tyistä mainintaa on saanut kolmannen sektorin järjestämä Lumo-toiminta. Porin Kulttuuripaja Lumossa tarjotaan 18-35-vuotiaille nuorille aikuisille mahdollisuus osallistua erilaisiin ryhmiin, tavata uusia samassa elämäntilanteessa olevia ihmisiä sekä saada tukea mielenterveyteen. Toiminta antaa mahdollisuuden toteuttaa itseään omien mieltymysten, taitojen ja voimavarojen puitteissa.

“... Erityisesti varmaan voisi nostaa Lumo-toiminnan ylös, että siitä meille on tullut paljon kiitosta potilailta...”

“... Kolmannelta sektorilta meidän ei saada tietoa, eikä he saa meiltä sen enempää tietoa. Mutta potilailta kuulee. Potilaiden kautta saa tietoa, että se tukee sitä semmosta kuntoutusnäkökulmaa. Ja sit me ollaan Porin perusturvan kanssa yhteistyössä... pääsääntöisesti potilaat on ollut ihan tyytyväisiä...”

6.2.2. Tukimuodot

Haastateltavat sairaanhoitajat toivat haastatteluissa esiin Porin psykiatrian poliklinikalla olevan tarjolla erilaisia ryhmiä kuten muun muassa vertaistukiryhmiä. He myös kertoivat, että potilaan perhe ja läheiset otetaan mukaan hoitoprosessiin etenkin alkuvaiheessa ja sen koettiin olevan tärkeä osa prosessin etenemisen kannalta.

“Annan oheismateriaalia potilaan vanhemmalle kotiin, että miten hän voi asiassa lähestyä lapsiaan tai annan yhteystietoja internetiin mistä löytyy aika paljonkin apua ja jos tarvitsee enemmän niin me autetaan sitten enemmän.”

“...meillä on täällä koulutettuja sosiaalityöntekijöitä, jotka hoitaa perhetyötä...”

“...Pyritään pitää paljon ryhmiä... Vertaistuki on yleensä aina se paras kuitenkin...”

6.3. Depressiopotilaan hoidon haasteet ja hoitajan vastuu

6.3.1. Haasteet depression hoidossa

Haasteet depression hoidossa yläkategorian alle muodostui alakategoriat hoitotyön haasteet ja hoitajan vastuu. Haastateltavat kokivat saavansa riittävästi mahdollisuuksia osallistua erilaisiin koulutuksiin ammattitaidon ylläpitoa ja kehittämistä ajatellen. Haasteita kuitenkin riittää, sillä työryhmästä eläköityy henkilökuntaa ja uuden henkilökunnan perehdytys on haastavaa. Potilaan ensikäynnin jälkeen hoidon vastuu siirtyy lähes kokonaan vastuuhoitajalle, jolloin kokemus hoidon etenemisestä olisi erittäin tärkeää. Depressiopotilaan hoito on monivaiheista ja hoitajan pitäisi huomioida koko hoitoprosessin vaiheet potilaan hoitoa toteuttaessa. Lisäksi hoitajat kokevat, ettei heillä ole mahdollisuutta ohjata potilasta avo-hoitajakson jälkeen jatkohoitoon. Haastateltavat kokivat saavansa kuitenkin tukea muulta työryhmältä tarvittaessa.

“...Mut onhan tämä monitahoista, koska nämä on niin monisyisiä ja komplisoituneita osa, että se ei oo kaikki niin suoraviivaista. Välillä hoitoprosessi toimii ja välillä ei toimi. Välillä sitä täytyy muuttaa. Et se on hyvin moni vivahteista...”

“... no meillä täällä poliklinikalla on varmaan hoitajaa kohden noin 60 potilasta, et kyllä aivan liikaa...”

“...jos nyt ajattelet että 60:lle potilaalle sun tarttis niinku järjestää tiivistä hoitoa, niin se on aika mahdotonta...”

Hoitajat kokivat, ettei psykiatrian poliklinikan potilaille ole jatkohoitoa paikkoja saatavilla, kun hoitosuhde poliklinikalla päättyy. Haasteeksi koettiin myös se kun, henkilökuntaa eläköityy suuri määrä lyhyessä ajassa. Hoitajan työtehtävistä riippuen, koettiin työn olevan välillä vähän liiankin vastuullista. Olisi toivottu enemmän muun muassa lääkärin konsultaatiota ja osallistumista potilaan hoitoprosessiin.

“Sitten tietysti ongelmana vielä tällainen jatkohoitoasia, että jatkohoito paikkoja ei ole. Eli minne sitten potilaan vois erikoissairaanhoidon jälkeen ohjata. Kaupungilla toimivat psykososiaaliset palvelut esim. aikuisten vastaanotto niin sehän on niin kuin arviointiyksikkö eli sitä ei oo tarkoitettu vastaamaan potilaan jatkohoidosta.”

“Tässä muutaman vuoden sisään eläköitymisiä on hoitohenkilökunnan puolella ollut paljon, joku viis kuus sairaanhoitajaa on jäänyt eläkkeelle ja niillä on pitkä historia tässä poliklinikalla et ollut 30-40 vuotta töissä.”

“Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että hoitajan vastuulla on aika paljon se asia mitä tässä potilaan kanssa käydään läpi ja, että se hoitaja ymmärtää viedä niitä asioita eteenpäin. Jos tulee vaikka uusi hoitaja millä ei välttämättä ole tästä toiminnasta niin paljon

tietoa niin kyllähän se sitten tietysti vaikuttaa hoitoprosessin ja siihen mitä se potilas tulee saamaan.”

6.4. Lisäkoulutus

Yläkategoriaan lisäkoulutus alle syntyi alakategoria hoitajan vastuu omasta koulutuksesta. Haastatteluissa tuotiin esille itsensä tuntemisen tärkeyttä. Yksi haastateltavista oli käynyt psykoterapian työnohjauksellisesta näkökulmasta, joka lisäsi hänen tietoisuuttaan itsestään ja omista haavoittuvuuksistaan. Psykiatrinen hoitotyö on henkilökohtaisesti ja ammatillisesti vaativaa ja kuormittavaa, siksi mielenterveyslaki (14.12.1990/1116) ja –asetus (21.12.1990/1247) ovat määritelleet, että työnohjaus on henkilöstölle tarpeellinen tukimuoto. Jatkuva osaamisen päivittäminen lisäkoulutusten kautta koettiin myös tärkeäksi. Haastateltavat kokivat saavansa hyvin mahdollisuuksia lisäkouluttautumiseen, mutta hoitaja on itse vastuussa koulutukseen hakeutumisesta.

“...Sit mä olen käynyt oman psykoterapian vähän niinku työnohjauksellisestikin joskus aikaisemmin, kun oon ajatellu, et kun on tietoinen itsestään ja omista haavoittuvuuksistaan niin se on varmaan luonut lisää pohjaa. Sitten mulla on myös terapiakoulutus taustalla...”

“...Niin oli syksyllä itseasiassa joulukuussa tuolla Turussa, tämmönen kun masennuksen monet kasvot, masennuksen tehokas hoito ja sen kroonistumisen ehkäisy, oli hyvä koulutus...”

6.5. Haastateltujen hoitajien omat vahvuudet

Vahvuudet yläkategoriasta muodostui alakategoria hoitajien omat vahvuudet psykiatrisessa hoitotyössä. Haastateltavat kertoivat omista henkilökohtaisista vahvuuksistaan

depressiopotilaiden hoidossa. Tärkeiksi asioiksi nousi potilaslähtöisyys, moniammatillisuus ja jatkuva kouluttautuminen. Tärkeää oli myös taito tehdä työtä omalla persoonallaan, vahva teorianpohja, kyky olla murehtimatta liikaa, selvien rajojen asettaminen, myötäelämisen taito, rohkeus ottaa asioita puheeksi, osata olla lähellä ihmistä sekä tutkia potilaan kanssa yhdessä sairautta ja sen hoitoa.

“Mä osaan olla rajallinen, tarvitaan rajoja ja tiettyä jäämäkkyyttä, joskin myöskin sitä myötäelämistä ja rohkeutta ottaa asioita puheeksi ja tehdä asioille jotakin. ja tutkii potilaan kanssa sitä sairautta, se on semmonen mitä pidän tärkeänä. Persoonaltani mä olen aika perusteellinen Ja sit mä osaan olla aika lähellä ihmistä.”

“no varmaan ajan tasalla olevat tiedot ja sit niinku jatkuva kouluttautuminen”

“Mun mielestä se semmonen moniammatillisuus ja sitten potilaslähtöisyys on meidän vahvuus tässä työssä. Et me ajatellaan potilaan lähtökohdista tätä hoitoa ja kuntoutusta.”

6.6. Depressiopotilaan hoitotyön kehittäminen

Kehittäminen yläkategoriasta muodostui alakategoria depressiopotilaan hoitotyön kehittäminen. Yhdessä haastattelussa kehitettävää löydettiin uusien sairaanhoitajien koulustasosta. Tärkeänä pidettiin esimerkiksi lääkemekanismien tuntemista, kuinka erilaiset lääkkeet vaikuttavat keskushermostoon, ja miten lääkkeiden ottamatta jättäminen vaikuttaa hoidon toteutumiseen. Sairaanhoitajan tulisi osata kertoa lääkkeiden hyödyistä ja haittavaikutuksista potilaalle, sillä merkitys potilaan hoitoon sitoutumiseen vahvistuu. Haastattelussa korostettiin työnohjausta, joka kehittää eettistä valvettuneisuutta ja ammatillista toimintaa. Se kehittää ammatti-identiteettiä, työnohjattavan kompetenssia, taitoja ja etiikkaa.

“...Se mitä sairaanhoitajan roolissa korostaisin tänä päivänä, kun me eletään 2020 niin on se, että lääkitysten vaikutusmekanismeista keskushermostoon pitää tietää ja pitää osata antaa potilaalle psykoedukaatio, ja myöskin kertoo siitä, jos hän ei käytä lääkkeitä. Niin mitä riskejä hän silloin ottaa. Masennus on myös aivosairaus...”

“...Työnohjaus on se mitä enenevässä määrin haluaisin, tai että sitä jopa edellytettäisiin. Pitäis olla työnohjaus ainakin jonkin aikaa aina...”

Haastateltavat haluavat keskittyä mahdollisimman paljon yhteiseen toimintaan potilaan kanssa, sillä tämä lisää myös hoitajan työn mielekkyyttä. Toiveena olisi hoitoprosessin onnistumisen kannalta jonkinlainen palvelutoiminta poliklinikan rinnalle, joka keskittyisi tukemaan potilaan arkielämässä pärjäämistä. Erikoisairaanhoidossa keskittään sairauden tutkimiseen ja hoitoon, jolloin potilaan arjen hallinnan tukeminen jää usein vähemmälle huomiolle.

“no varmaan siinä on kehitettävää, ihan tällainen työelämälähtöisyys on varmaan semmonen mitä voisi kehittää. Meillä on paljon osatyökykyisiä potilaita täällä poliklinikalla kirjoilla, niin työkokeilu paikkoja vois ehkä olla ja tämmöisiin arjen hallintaan liittyviä tukipalveluja.”

7. POHDINTA

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset olivat, miten depressiopotilaan hoitoprosessi toteutuu avohoitopoliklinikalla sekä minkälainen on hoitohenkilökunnan käsitys osamisestaan depressiopotilaan hoitoprosessissa. Näihin kysymyksiin tekijät saivat hyvin vastauksia haastatteluiden myötä ja tutkimukselle asetettu tavoite on saavutettu.

Opinnäytetyön tuloksien perusteella, voidaan päätellä hoitoprosessin sisältävän monipuolisesti erilaisia hoitomuotoja potilaan yksilöllisen hoidon tavoittelemiseksi. Haastateltavien sairaanhoitajien työn kuormittavuudessa oli kuitenkin eroja, riippuen siitä missä hoitoprosessin vaiheessa vastuu potilaan hoidosta määräytyy tietylle hoitajalle. Esimerkiksi arviointityöryhmässä ei koeta työn liiallista kuormittavuutta. Arviointiryhmä, eli Arvi käy läpi kaikki lähetteellä tulevat potilaat sekä jakaa hoidon etenemisen toisen työryhmän vastuulle. Hoitoprosessin toteuttamista jatkaa muut työryhmät suunnitellusti, jolloin vastuu potilaan hoidosta siirtyy pääosin valitulle työryhmälle ja vastuuhoitajalle. Näissä työryhmissä työskentely koettiin liian kuormittavaksi, sillä kokonaisvaltainen ja yksilöllinen hoito on mahdoton toteuttaa, liian suuren potilasvirran vuoksi.

Opinnäytetyön tutkimustulosten perusteella Satasairaalan avohoitopoliklinikan hoitoprosessin toteutumisessa on otettu huomioon käytössä oleva hoitoprosessikaavio. Hoitoprosessin toteuttamisessa havaittiin kuitenkin puutteita esimerkiksi potilaan jatko-hoitopaikan suhteen, sillä koettiin että jatkohoitolinjaus puuttuu kokonaan, eikä hoitajilla ole mahdollisuutta ohjata potilaita vastuullisesti poliklinikan avohoitajakson jälkeen. Kahdessa haastattelussa kehittämishaasteena nähtiin potilaan hoitovastuun jakaminen muiden työryhmien ja organisaatioiden välillä. Haastateltavat toivoivat potilaille lisää erityisesti työtoimintaa, sillä depression vuoksi potilaalla on sairauslomaa mahdollisesta työpaikastaan, joka voi horjuttaa arjen rutiinien toteutumista. Asiasta voisi päättää työryhmän ja eri organisaatioiden välillä.

Yksi mahdollisuus olisi esimerkiksi aiemmin opinnäytetyössä mainitun, Helsingissä toteutetun tutkimuksen tapaisesti muodostaa konsultaatiopalvelu, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille. Perusterveydenhuollolle olisi määritelty vastuulääkäri erikoissairaanhoidon puolelta, joka antaisi konsultaatioapua mielenterveyshäiriöstä kärsivän potilaan hoidossa. Tämä voisi vähentää omalta osaltaan avohoitopoliklinikan potilasvirtaa, sekä laadullistaa avohoitopoliklinikan potilaiden hoitoprosessia. Tietysti olisi löydettävä erikoissairaanhoidosta vastuhenkilö, joka olisi valmis toteuttaa tämän kaltaista toimintatapaa. Hoitajien toivoman uuden työryhmän kehittäminen ja työntekijöiden löytäminen vaikuttaisi kuitenkin resursseihin ongelmallisesti.

Psykoterapioihin pääsyä tulisi helpottaa ja nopeuttaa, verraten monien muiden maiden käytössä olevan Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) -ohjelman mukaisesti, jossa potilaalla on mahdollisuus osallistua näyttöön perustuviin lyhytpsykoterapioihin yksilöllisesti, tai ryhmässä. (Wahlbeck ym. 2018. 24.)

Jo teoriaosuudessa tekijöiden mainitseman valtioneuvoston selvityksen (2018) mukaan organisaatiot keskittyvät ehkä liikaa siihen, miten asiakkaat pidetään palveluiden ulkopuolella kuin siihen, että potilaita saataisiin heidän ylläpitämiinsä palveluihin. Asia ilmenee perinteisenä ajattelu- ja toimintatapana, jossa yritetään rajoittaa potilaita tulemasta palveluun erilaisilla aukioloaikoihin, läheteisiin ja kriteereihin liittyvillä esteillä. Esimerkiksi sähköisiä ajanvarauspalveluita tarvitaan lisää, sillä niissä voi varata suoraan ajan ammattilaiselle ilman läheteitä, ongelmien alkukartoitusta ja muita esteitä. Palvelu on silloin luonteeltaan nopeaa ongelmien ja jatkohoitopaikan kartoittamista sekä itsehoitoa tukevaa. Osastohoitoon palaaminen tulisi käydä joustavasti ilman monimutkaisia ja aikaa vieviä läheteprosesseja. Tällaisella joustavalla toiminnalla voitaisiin välttää tilanteiden kriisiytyminen, voinnin romahtaminen ja sitä seuraavat pitkät ja kalliit laitoshoitajaksot. (Wahlbeck ym. 2018. 25.)

Mikäli kuitenkin Satasairaalan poliklinikka saisi kehitettyä jatkohoidon linjausta, sekä vähennettyä potilasmääriä yhtä hoitajaa kohden, hoitoprosessin toteuttaminen helpottuisi ja työskentely koettaisi mielekkäämpää. Lisäksi potilaiden hoitoon sitoutuminen voisi vahvistua. Haastatteluista selvisi hoitajien vastuun kuormittavuus, sekä lääkäreiden vaihtuvuus ja liian vähäinen yhteistyö. Hoitajat kokivat lääkärin olevan mukana ensikäynnillä, lähinnä lääkehoidon tarpeen arvioinnissa, jonka jälkeen lääkäriä oli mahdollisuus konsultoida tarvittaessa. Poliklinikan tarjoaman hoidon vastuu koettiin liian kuormittavaksi. Koulutuksia oli riittävästi saatavilla, sekä työnantaja mahdollisti hoitajien osallistumisen koulutuksiin. Tärkeintä olisi silti tarjota enemmän yhteistyötä eri organisaatioiden, sekä poliklinikan sisällä. Näin ollen hoitoprosessin vaiheita olisi helpompi toteuttaa. Poliklinikalle pääsee aina vain läheteellä. Valtioneuvoston selvitykseen pohjautuen lähetekulttuurin muuttaminen joustavammaksi voisi helpottaa potilaiden hoitoon pääsyä.

7.1. Eettisyys ja luotettavuus

Eettiset kysymykset ovat jatkuva sekä luonteeltaan ajaton puheenaihe terveydenhuollossa (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 3.) Tutkimuseetikassa on tarkoituksena pohtia, miten tehdään eettisesti hyvää ja luotettavaa tutkimusta. Tiedon hankintaan ja julkistamiseen liittyvät tutkimuseettiset periaatteet on oltava yleisesti hyväksytyjä. Periaatteiden tunteminen ja niiden mukaan toimiminen on jokaisen tutkijan tiedettävä. Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää, että tutkimuksen teossa noudatetaan näyttöön perustuvaa, eli tieteelliseen tutkimukseen perustuvaa tietoa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 23.) Laadullisella tutkimusmenetelmällä tehdyn tutkimuksen voi sanoa olevan luotettava, kun tutkimuksen tutkimuskohde ja tulkittu materiaali ovat yhteensopivia eivätkä teorianmuodostukseen ole vaikuttaneet epäolennaiset tai satunnaiset tekijät. (Vilka, H. 2015. 123.)

Tässä opinnäytetyössä eettisyys huomioitiin tutkimusprosessin eri vaiheissa noudattamalla Satakunnan ammattikorkeakoulun opinnäytetyölle asetettuja eettisiä suosituksia. Näihin suosituksiin lukeutuvat ihmistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ennakoarviointi, joiden peruslähtökohtana on tutkittavien henkilöiden luottamus opinnäytetyöntekijöitä kohtaan (Tutkimuseettinen Neuvottelukunta 2019, 3.) Tutkimustulokset on pyritty kuvaamaan mahdollisimman selkeästi ja niiden esittämisessä on hyödynnetty haastateltavien suoria lainauksia tukemaan tehtyjä päätelmiä. Tämän avulla on pyritty lisäämään opinnäytetyön uskottavuutta. Opinnäytetyö toteutettiin ihmisarvoa ja tutkittavien oikeuksia kunnioittaen, kohtaamalla tutkimukseen osallistuneet henkilöt oman työympäristönsä asiantuntijana.

Tutkimustieteen avoimuus on edellytys kriittiselle arvioinnille ja samalla tieteen edistymiselle (Tutkimuseettinen Neuvottelukunta 2019, 13.) Tutkittavia informoitiin opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa saatekirjeellä, josta kävi ilmi tutkittavien henkilötietojen salassapito, haastattelujen käyttötarkoitus ja hävittäminen. Tutkittavat saivat avoimesti sähköpostiliitteenä Satasairaalan hoitoprosessikaavion, joka toimi opinnäytetyöntekijöiden tutkimuksen kulmakivenä.

Eettisiin periaatteisiin lukeutuu lisäksi ennakoimattomuus (Tutkimuseettinen Neuvottelukunta 2019, 3.) Tutkimuksen aikana oli julistettu maailmanlaajuinen pandemia

(COVID-19), jonka vuoksi tutkittavien haastattelu oli muutettava tartuntariski huomioiden puhelinhaastatteluksi. Haastattelut oli tarkoitus toteuttaa yksilöhaastatteluna, mutta tutkittavien päätöksestä, haastateltavia olikin ensimmäisessä puhelinhaastattelussa kaksi. Puhelussa huomioitiin molempien tutkittavien kuulluksi tuleminen. Tutkittavat kertoivat keskeyttävänsä haastattelun työympäristön teknisten testausten ajaksi, jonka tekijät hyväksyivät, ja soittivat tutkittaville hetken kuluttua uudelleen.

Haastatteluista saadut nauhoitteet säilytettiin kahden opinnäytetyöntekijän kotona. Nauhoitteista tehdyt litteroidut tekstit kirjoitettiin tietokoneelle ja ne säilytettiin asianmukaisesti. Kaikki nauhoitteet sekä litteroidut tekstit poistettiin ja hävitettiin huolellisesti opinnäytetyön raportin valmistumisen jälkeen. Tutkimuksessa tekijät pohtivat tuloksia ja toivat esille omia johtopäätöksiään. Johtopäätökset ovat aina eettisesti kyseenalaisia, sillä opinnäytetyöntekijöiden omat valinnat ja teot ovat päätyneet tutkimukseen. (Vilka 2018, 196.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen raporteissa esitetään usein autenttisia, suoria lainauksia esimerkiksi haastatteluteksteistä. Näin pyritään varmistamaan tutkimuksen luotettavuus ja annetaan lukijalle mahdollisuus pohtia aineiston keruun polkua (Vehviläinen-Julkunen, K. Kankkunen, P. 2015. 205.) Haastatteluista poimitut suorat lainaukset kirjoitettiin työhön juuri niin kuin tutkittavat olivat ne haastatteluissa omin sanoin sanoneet.

Tutkimusaiheen valinta on tutkijan tekemä eettinen ratkaisu. Tutkijan on pohdittava, mikä on aiheen merkitys yhteiskunnallisesti, mutta erityisesti myös sitä, miten tutkimus voi vaikuttaa siihen osallistuviin. Tutkimusetiikan periaatteena ja tutkimuksen oikeutuksen lähtökohtana on sen hyödyllisyys. Tutkimusetiikan mukaisesti tutkijan on pyrittävä tarpeettomien haittojen ja riskien minimointiin. Haitat voivat olla fyysisiä, emotionaalisia, sosiaalisia tai taloudellisia (Vehviläinen-Julkunen 2015, 219.) Opinnäytetyön tekijät valitsivat tämän aiheen, sillä mielenterveyspalveluiden kehityksen suunta on muutosvaiheessa, jonka tavoitteena on siirtää mielenterveyshäiriöistä kärsivien potilaiden hoito laitoksista enenevässä määrin avohoidon piiriin.

Tutkimukseen osallistuminen tulee perustua tietoiseen suostumukseen. Jotta voidaan puhua tietoisesta suostumuksesta, on tutkittavan tiedettävä täysin, mikä on tutkimuksen luonne. Tutkittavalle on kerrottava mahdollisuudesta kieltäytyä osallistumisesta, sekä keskeyttää tutkimus missä vaiheessa tahansa. Lisäksi tutkittavan on oltava tietoinen aineiston säilyttämisestä ja tulosten julkaisemisesta. Nämä seikat kerrotaan tutkimukseen osallistuville esimerkiksi saatekirjeessä (Vehviläinen-Julkunen 2015, 219.) Opinnäytetyön tekijät toivat saatekirjeessä esille haastateltavia koskevat eettiset yksityiskohdat. Kirjeestä kävi ilmi tutkimuksen tarkoitus ja tavoite, haastattelun vapaaehtoisuus, luottamuksellisuus, tutkimusaineiston asianmukainen käsittely, säilytys sekä hävittäminen.

Haastattelut nauhoitettiin osallistujien suostumuksella tutkimustulosten luotettavan analysoinnin mahdollistamiseksi. Haastatteluun osallistuminen oli vapaaehtoista ja täysin luottamuksellista. Osallistuminen oli mahdollista keskeyttää missä vaiheessa tahansa. Haastattelusta saatavia tietoja käytettiin ainoastaan tähän opinnäytetyöhön eikä tutkimustuloksista ilmene haastateltujen tietoja (Liite 1).

Haastatteluissa työntekijöiden anonymiteetti säilytettiin siten, että haastateltavat vastasivat nimettömästi. Lopuksi vastaukset raportoitiin niin, ettei vastaajia voida tunnistaa. Opinnäytetyön tulokset raportoitiin toukokuussa 2020. (Vilkkä, H. 2015. 123.)

Tutkimuksen luotettavuuden opinnäytetyön tekijät varmistivat ottamalla huomioon henkilökunnan toiveet ja salassapitovelvollisuudet. Työ tehtiin omana kädenjälkenä, niin ettei plagiointia tapahtunut. Lähteet ja viitteet merkittiin Samkin kirjallisten ohjeiden mukaan. Tutkimusaineistona käytettiin primäärilähteitä. Kaikki tutkimusmateriaali käsiteltiin, säilytettiin ja hävitettiin asianmukaisesti heti opinnäytetyön valmistuessa.

Tutkimuksen pätevyys tarkoittaa tutkittavien ja tutkijoiden välistä yhteisymmärrystä haastattelussa käytettävistä kysymyksistä. Pätevässä tutkimuksessa ei siten saisi olla systemaattista virhettä. Tulokset vääristyvät, jos vastaaja ei ajatellutkaan, kuten tutkija ajatteli. Vaihtoehtoisesti voi vastaaja muistaa vastatessaan jonkin asian väärin, tai ymmärtää asian eri tavalla kuin tutkija (Vilkkä, H. 2015. 124.) Nämä asiat tekijät huomioivat laatimalla haastattelukysymykset mahdollisimman ymmärrettävään muotoon.

Kysymyksiä esitettäessä tekijät puhuivat rauhallisella ja selkeällä äänellä toistaen kysymykset tarvittaessa. Lisäksi haastattelun aikana esitettiin tarkentavia kysymyksiä, jolloin varmistuttiin kysymyksien ja vastauksien oikein ymmärtämisestä, sekä tekijöiden että tutkittavien välillä.

Laadullisella tutkimusmenetelmällä toteutetussa tutkimuksessa tutkimusaineiston koosta ei säätele määrä vaan sen laatu. Tavoitteena on, että tutkimusaineisto toimii apuvälineenä asian tai ilmiön ymmärtämisessä. Tavoitteena on esimerkiksi vanhojen ajatusmallien kyseenalaistaminen ja ilmiön selittäminen ymmärrettäväksi niin, että se antaa mahdollisuuden ajatella toisin. Mikäli analyysi tehdään perusteellisesti, päästään tähän tavoitteeseen pienelläkin määrällä tutkimusaineistoa. (Vilka 2015, 97.)

Vähäinen aineistomäärä saattaa heikentää opinnäytetyön laatua, koska sitä mitä muiden sairaanhoitajien haastatteluista olisi mahdollisesti voinut tulla esille ei voida nyt tietää. Emme myöskään tiedä olisiko lisähaastatteluissa tullut esille uusia asioita vai olisiko samat asiat vaan toistuneet haastateltavien vastauksissa.

Opinnäytetyön luotettavuutta on arvioitu jokaisen valinnan kohdalla, jota opinnäytetyön tekijät ovat työn eri vaiheissa tehneet. Näitä ovat olleet esimerkiksi tutkimuksen kohteen, teorian, aineiston keruumenetelmän ja aineiston analysointitavan valinnat sekä myös tehdyt tulkinnat, tulokset ja johtopäätökset (Vilka 2018, 126.) Kaikkia valintoja, joita opinnäytetyössä on tehty, tekijät pyrkivät perustelemaan huolellisesti. Tekijät halusivat lukijan saavan mahdollisimman totuudenmukaisen kuvan depressiopotilaan hoitoprosessista ja samalla tuoda uutta näkökulmaa hoitoprosessin kehittämiseksi. Teemahaastattelun tekijät valitsivat siksi, koska se on hyvin toteutettuna luontevampi kuin lomakekysely, sekä tuo tekijöiden mielestä haastateltavien mielipiteet paremmin esille.

Itse haastatteluaineiston luotettavuus riippuu sen laadusta, johon vaikuttavat haastateltava, haastattelun nauhoituksen laatu, litteroinnin laatu sekä aineiston luokittelun yhdenmukaisuus (Hirsjärvi & Hurme 2008, 185.) Tämän vuoksi teemahaastattelurunkoa sekä opinnäytetyön tekijöiden haastattelutaitoja ja ääninauhurin toimivuutta testattiin ennen varsinaista puhelinhaastattelua. Tekijät soittivat toisilleen ja kokeilivat nauhoituksen toimivuutta. Haastatteluiden nauhoituksesta kerrottiin haastateltaville jokaisen

puhelinhaastattelun alussa. Tekijät valitsivat aineiston analysointimenetelmäksi induktiivisen sisällönanalyysin sen vuoksi, koska se varmistaa sen, että itse haastateltavien näkökulma tulee tuloksissa esille. Tekijöiden näkökulma haluttiin minimoida mahdollisimman pieneksi ja samalla tuoda poliklinikalla työskentelevien sairaanhoitajien äänet kuuluviin mahdollisimman hyvin.

7.2. Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten depressiopotilaiden hoitoprosessi toteutuu Satasairaalan avohoitopoliklinikalla. Tarkoituksena oli haastatella mahdollisimman monia poliklinikalla työskenteleviä sairaanhoitajia, jotka kohtaavat työssään depressiota sairastavia potilaita. Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa, jolla hoitoprosessia voisi laadullistaa ja kehittää. Opinnäytetyöntekijät saivat haastatteluiden kautta hyvän kokonaiskuvan hoitoprosessista ja miten se kyseisellä poliklinikalla nykyään toteutuu. Sairaanhoitajat toivat esille kehittämissideoita, joilla hoitoprosessia saataisiin potilaslähtöisemmäksi sekä miten sairaanhoitajien työn kuormittavuutta voitaisiin keventää. Poliklinikalla erilaisissa työryhmissä työskentelevien sairaanhoitajien mielipiteet työn kuormittavuudesta erosivat melko paljon toisistaan. Onko työ erilaista työryhmien välillä vai kokevatko ihmiset vain asian eri tavalla? Voisiko työryhmien sisältöä jotenkin muuttaa, että kuormittavuus jakautuisi tasaisemmin? Onko niin, että työn kuormittavuus ei näy niinkään hoitoprosessin alkuvaiheessa vaan paine kasvaa loppua kohden tai kun hoidon vastuu siirtyy arviointityöryhmästä eteenpäin. Koska opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa, jolla hoitoprosessia voitaisiin kehittää näin ollen opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite on saavutettu.

Tutkimusaineistoa saatiin kuitenkin melko vähän, verraten tekijöiden toiveisiin. Mahdollisia haastateltavia sairaanhoitajia yritettiin tavoittaa soittamalla sekä sähköpostitse. Haastatteluihin osallistui ainoastaan kolme sairaanhoitajaa, kun alun perin odotettiin osallistujia olevan viidestä seitsemään. Syy haastateltavien ja sitä kautta aineiston vähäiseen määrään saattaa liittyä maailmanlaajuiseen pandemiatilanteeseen, joka kuormitti terveydenhuoltoa merkittävästi opinnäytetyön toteutuksen aikana. Haastateltavien suurempi määrä olisi kertonut ehkä laajempaa kokonaiskuvaa ja tekijät voisivat

pitää

tutkimusta

luotettavampana.

Oman osaamisen kehittämisen tavoitteeksi opinnäytetyön tekijät asettivat oman tietämyksensä lisäämisen. Tekijöiden mielenkiinnon kohteena oli depressiopotilaan hoitoprosessin sisältö, sekä millaisia palvelu- ja tukimuotoja depressiopotilaille on mahdollista tarjota. Opinnäytetyön kautta tekijöiden valmiudet kohdata hoitotyössä depressiopotilaita, sekä ohjaamisen osaaminen oikeiden palveluiden piiriin on kehittynyt. Näin ollen tavoitteemme oman osaamisen kehittämistä on saavutettu. Kaikki opinnäytetyön tekijät ovat olleet hyvin kiinnostuneita aiheesta ja se on pitänyt motivaation yllä koko prosessin ajan. Tekijät halusivat, että työstä olisi oikeasti hyötyä tulevaisuudessa eikä se jäisi arkistoon pölyttymään. Tekijät onnistuivat suoriutumaan opinnäytetyön prosessista kiittävästi koronapandemiasta huolimatta. Haastetta lisäsi kirjastojen sulkeminen, kieltö ryhmien kokoontumisille, sosiaalisten kontaktien vähentäminen, sekä omien lasten etäopiskelu.

Tutkimuksen laatimisen myötä opinnäytetyön tekijät saivat kattavasti tietoa sekä depressiopotilaan hoitotyöstä, että tutkimuksen toteuttamisesta ja sen etenemisestä. Merkittävin osaamisen kehittyminen tapahtui tiedon haussa, sillä aiheeseen liittyvää teoriaa etsiessä opinnäytetyön tekijät käyttivät monia eri tietokantoja ja kirjallisuutta. Koronapandemian takia, tiedon hakeminen esimerkiksi kirjallisuudesta oli erittäin haastavaa, joten luovuutta ja ongelmanratkaisutaitoja tutkimuksen etenemisessä vaadittiin. Pandemian asettamien haasteiden johdosta, opinnäytetyön tekijät kokevat oman ammatillisen kasvunsa olleen suurempaa, kuin mitä normaalioloissa olisi ollut.

Opinnäytetyön tekijät kokevat myös ammatillisen kasvunsa kehittyneen depressiopotilaan hoitotyössä. Koska sairaanhoitajankoulutus on sisällöllisesti niin laaja, ei kaikkia asioita sen aikana ehditä käsittelemään kuin pintapuolisesti. Depressioon liittyvän teorian ja hoitajien haastatteluiden myötä, opinnäytetyön tekijöiden osaaminen depression hoidosta syventyi merkittävästi.

7.3. Opinnäytetyön tarpeellisuus ja hyödynnettävyys

Käytännönläheisyys, työelämälähtöisyys ja ajankohtaisuus määrittävät tutkimuksen tarpeellisuuden. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että opinnäytetyön tutkimustulokset ovat sellaisia, joita opinnäytetyön tilaaja pystyy itse hyödyntämään (Vilka 2015.) Tutkimuksen tulosten tulisi siis olla sellaisia, joita työn tilaaja pystyy käyttämään arkisessa elämässä.

Opinnäytetyön tekijät näkevät opinnäytetyön vastaavan kriteereihin tutkimuksen tarpeellisuudesta. Mielenveysongelmista ja etenkin masennuksesta kärsivien potilaiden lukumäärän on todettu jatkuvasti lisääntyvän, joten sosiaali- ja terveysalan ammattilaisilta odotetaan yhä enemmän osaamista tällä osa-alueella. Opinnäytetyön toteuttamisen ohella ilmeni monia epäkohtia depressiopotilaan hoitoprosessissa, jotka vaativat toimenpiteitä potilasmäärien kasvaessa. Tämä osoittaa ilmiön olevan erittäin ajankohtainen. Ajankohtaisuus ilmenee myös työn tilaajan aiheen määrittämisellä.

Työelämälähtöisyys ilmenee psykiatrian poliklinikan hoitajien kuulemisessa, sillä he konkreettisesti työskentelevät potilaiden kanssa ja ovat toteuttamassa hoitoprosessia. Poliklinikan hoitajat ovat havainneet ja tuoneet opinnäytetyön tekijöille esille, mitkä asiat prosessissa toimivat ja mitkä asiat vaativat kehittämistä. Suurimmaksi ongelmaksi nousi resurssien puute. Poliklinikan tavoitteena on potilaan mahdollisimman lyhyt ja tiivis hoitosuhde. Tavoite kuitenkin osoittautuu mahdottomaksi, sillä yhtä hoitajaa kohden potilaita on useita kymmeniä. Hyvän hoidon perustana olisi tiivis työskentely, silloin jatkuva hoidon arviointi toteutuisi odotetusti ja potilaan hoidon tavoitteet saavutettaisiin paremmin. Opinnäytetyön voidaan katsoa olevan myös käytännönläheinen, sillä raportoinnissa ilmenee esimerkiksi lainauksin hoitajien kommentteja, joissa on tuotu esille hoitoprosessin epäkohdat ja kehittämistarpeet. Raportoinnissa käy ilmi myös konkreettisia esimerkkejä kehittämisen suhteen.

Tilastoista ei voida suoraan päätellä, ovatko mielenveysongelmat itsessään lisääntyneet, mutta joka tapauksessa psykiatrisen erikoissairaanhoidon potilasmäärät ovat tasaisesti kasvaneet. Tämä osoittaa sen, että psykiatrisen hoidon tarve on myös lisääntynyt ja tulee oletettavasti lisääntymään. Varsinkin nyt vallitsevan pandemian aiheuttamat jälkiseuraamukset tulevat varmasti näkymään psyykkisten ongelmien kasvuna.

Arjen rutiinien puuttuminen, sosiaalinen eristäytyminen, pelko tulevaisuudesta ja huoli omasta ja läheisten terveydestä horjuttavat monien mielenterveyttä. Potilasmäärien lisääntyessä myös resursseja tulisi kehittää. Tässä ilmenee opinnäytetyön hyödynnettävyys.

Tässä opinnäytetyössä on esitetty Porin psykiatrian poliklinikan toiminnan kannalta tärkeitä asioita. Haastatteluissa ei sen enempää käynyt ilmi potilaiden kokemuksia hoidon toteutumisesta, mutta tekijät uskovat potilaiden kokemusten heijastuvan hoitajien kommentteihin. Opinnäytetyön tutkimusten tulokset konkretisoivat sitä tosi asiaa, että mielenterveysongelmista kärsivien potilaiden laadukasta hoitoprosessin toteutumista ei tällä hetkellä resurssien vähäisyyden vuoksi ole aina mahdollista varmistaa. Tämä työ lisää tietoa psykiatrisen erikoissairaanhoidon tilanteesta Porissa, sekä sen hoitohenkilökunnan toiveista. Parhaiten tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää hoitoprosessin kehittämisen suunnittelussa.

Tämä opinnäytetyö keskittyi Porin psykiatrian poliklinikan hoitoprosessin toteutumiseen, mutta opinnäytetyön tekijöiden mielestä tuloksia voisi hyödyntää minkä tahansa alueen psykiatrisen hoitotyön ja hoitoprosessin kehittämässä. Mielenterveyspotilaiden määrän lisääntyminen ei ole vain Porin tai Satakunnan sisäinen, vaan koko Suomea koskeva ongelma. Tämän työn ja sen tutkimustulosten myötä pystyttiin tuomaan esille Porin psykiatrian poliklinikan kehittämistä vaativat osa-alueet ja ehdotukset jatkotutkimuksille sen myötä.

7.4. Jatkotutkimusaiheet ja –ehdotukset

Opinnäytetyössä keskityttiin vain yhden poliklinikan tilanteeseen. Olisi mielenkiintoista laajentaa tutkimusta kaikkiin poliklinikoihin, terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon Satakunnan alueella, jotta saataisiin parempi kokonaiskuva tilanteesta. Voisi selvittää miten hyvin depressio tunnistetaan perusterveydenhuollossa, sekä millaiset valmiudet siellä työskentelevillä hoitajilla on, masennuspotilaiden hoitotyössä. Miten pian potilaat pääsevät tutkimuksiin ja hoitoon sekä näkykö varhaisen hoitoon pääsyn vaikutus depressiopotilaiden kuntoutumisessa.

Tässä opinnäytetyössä käsiteltiin depressiopotilaan hoitoprosessin toteutumista hoitajan näkökulmasta. Hoitoprosessiin tarvitaan sekä hoitaja, että hoidettava potilas. Siksi opinnäytetyön tekijöistä olisikin tärkeää kuulla myös potilaan omat kokemukset ja näkemys hoitoprosessin toteutumisesta.

Jatkotutkimusaiheena voisi olla myös erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisen yhteistyön sujuvuus. Yhteistyötä on haastateltavien mukaan jonkin verran, mutta tiiviimpi yhteistyö olisi toivottavaa. Näin saataisiin tietoa, miten depression hoitoprosessia voitaisiin yhtenäistää eri organisaatioiden välillä.

LÄHTEET

Aira, M. 2005. Laadullisen tutkimuksen arviointi. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 10, 1073-77. Viitattu 9.4.2020.
<https://www.duodecimlehti.fi/duo94977>

Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Tampere: Vastapaino 2011. 4.uud.p. Viitattu 10.4.2020
<https://www.ellibslibrary.com/reader/9789517685030>

Duodecim terveyskirjaston www-sivut. Viitattu 26.3.2020. <https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti>

Eläketurvakeskuksen www-sivut. 2019. Työkyvyttömyyseläkkeelle siirrytään yhä useammin masennuksen vuoksi. Viitattu 17.4.2020.
<https://www.etk.fi/>

Faninger-Lund, H. 2017. Masennuspotilaiden hoidon parantaminen perusterveydenhuollon ja psykiatrian avohoidon yhteistyöllä. Lääkärilehti, 4, 17-20. Viitattu 3.4.2020. <https://www-laakarilehti-fi.lillukka.samk.fi/>

Górska, N. Sáupski, J. Szaáach, à. Wáodarczyk, A. Szarmach, J. Jakuszkowiak-Wojten, K. Gaáuszko WĆgielnik, M. Wilkowska, A. Wíglusz, M. Cubaáa, W. 2019. Magnesium and ketamine in the treatment of depression. Viitattu 14.4.2020
http://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol31_noSuppl%203/dnb_vol31_noSuppl%203_549.pdf

Hiilamo, H. & Tuulio-Henriksson, A. 2012. Terapiaa, lääkkeitä ja toisia ihmisiä. Sosiaalisen tuen merkitys masennuksesta toipumisessa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 49, 209-219. Viitattu 10.4.2020.
<https://journal.fi/sla/article/view/7077>

Hirsijärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 19. uud. p. Helsinki: Tammi

Holmberg, J. 2016. Hoitajana mielenterveys- ja päihdetyössä. Helsinki: Edita

Huttunen, M. 2018. Masennustilat eli depressiot. Viitattu 15.4.2020
https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00538#s4

Huttunen, M. 2018. Masennus. Viitattu 5.4.2020 https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00389

Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakkoarviointi Suomessa. 2019. Helsinki: Tutkimuseettisen neuvottelukunta. Viitattu

17.4.2020. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakkoarviointin_ohje_2019.pdf

Kampman, O. Heiskanen, T. Holi, M. Huttunen, O. & Tuulari, J. 2017. Masennus. Teoksessa Terveysportti. Viitattu 1.4.2020.
<https://www-terveysportti-fi.lillukka.samk.fi/dtk/pit/koti>

Leino-Kilpi, H & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Lääkärilehden www-sivut. 2016. Masennuksen hoidon seuraavat trendit. 9.9.2016
36/2016 vsk 71 s. 2164 – 2167

Lääkärilehden www-sivut. Pihlava, M. 2018. Masennus vie joka päivä yhdeksän henkilöä eläkkeelle. Viitattu 17.4.2020 <https://www.laakarilehti.fi/>

Lönnqvist, J. Henriksson, M. Marttunen, M. & Partonen, T. 2013. Psykiatria. 10.uud.p. Keuruu: Otavan kirjapaino oy.

Markkula, N. Suvisaari, J. 2017. Masennushäiriöiden esiintyvyys, riskitekijät ja ennuste. Aikakauskirja Duodecim. Viitattu 5.4.2020 <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2017/3/duo13544>

Mielenterveystalon www-sivut. Viitattu 18.3.2020. <https://www.mielenterveystalo.fi/>

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

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin www-sivut. 2019. Viitattu 23.4.2020.
<https://www.tays.fi>

Pirkola, S. 2019. Mielenterveys valokeilassa- Vihdoinkin!. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 3, 165-167. Viitattu 10.4.2020. <https://journal.fi/sla/index>

Puolakka, K. 2019. Ylihoitaja, Satasairaala. Pori. Henkilökohtainen tiedonanto 7.5.2019.

Rautava-Nurmi, H. Westergård, A. Henttonen, T. Ojala, M. Vuorinen, S. 2012. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro oy. Viitattu 16.3.2020.

Taiminen, T. 2017. Ketamiini masennuksen hoitona. Helsinki: Duodecim aikakauskirja. Viitattu 30.3.2020. <https://www.duodecimlehti.fi/duo13478>

Tampereen yliopistollisen sairaalan www-sivut. 2020. Viitattu 5.4.2020
[https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjeet/Psykiatrian_hoitoohjelmat/Masennus/Masennuksen_hoito\(37610\)](https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjeet/Psykiatrian_hoitoohjelmat/Masennus/Masennuksen_hoito(37610))

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut. 2020. Mielenterveyshäiriöt. Viitattu 15.4.2020 <https://thl.fi/fi/>

Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut. 2018. Helsinki: Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminta. Viitattu 23.4.2020. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160554/89-2017-YhdessaMielin_valmis.pdf

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi. Viitattu 9.4.2020 <https://www.elibrary.com/reader/9789520400118>

Vehviläinen-Julkunen, K. Kankkunen, P. 2015. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy. Viitattu 15.4.2020.

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus. Viitattu 27.2.2020.

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä.4.uud.p. Jyväskylä: PS-kustannus. Viitattu 9.4.2020 Storytel-sovellus Android-laitteella.

Väestöliiton www-sivut. 2020. Viitattu 14.4.2020. <http://www.vaestoliitto.fi/>

Wahlbeck, K. Hietala, O. Kuosmanen, L. McDaid, D. Mikkonen, J. Parkkonen, J. Reini, K. Salovuori, S. Tourunen. J. 2018. Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut. Viitattu 26.5.2019 Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminta

Taulukko 1.

Tietokanta	Hakusanat	Tulokset	Hyväksytty
PubMed	"Pathway to mental health care" AND free full text AND humans AND "last 10 years"	195	1
PubMed	"Depression" AND "Treatment" 2019-2020" AND "Humans"	7355	1
Medic	Mielenterv* Hoitoprosessi* AND depression 2010-2020	31	1
Medic	Mielenterv* AND Hoidon* 2010-2020	72	1
Samk Finna	Psyk* psykiatrinen hoitotyö 2010-2020	71	1
Google Scholar	"Masennus and avohoito AND 2010-2020"	359	4
Google Scholar	"Masennus and tuki 2010-2020"	15200	1

LIITE 2

Tutkimuksen te- kijä,maa,vuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Kohderyhmä	Aineiston ke- ruu	Keskeiset tu- lokset
Khiari, H., Ouai, U., Zgueb, Y., Mrabet, A., Nacef, F. 2019. USA	Vakavien mielenterveyspotilaiden hoitoprosessin ja viivästymien määrittäminen, sekä tutkia viivästyneen konsultoinnin ja kliinisten muutujien välistä suhdetta.	Skitsofrenia-, bipolaaris-, ja skitsoafektivisista häiriöistä kärsivät potilaat	Haastattelu, Maailman terveysjärjestön "Pathway"-kyselylomake+SPSS-ohjelma analyysin suorittamiseen.	Kyselyyn vastasi 232 potilasta, joista 60% oli ha- keutunut itse lää- kärin vastaan- otolle. Noin puo- lessa tapauksista hoitoon pääsy viivästyi yli 6kk. Tärkein syy vii- västymiseen oli potilaiden tietä- mättömyys psy- kiatrisista oi- reista, sekä ana- lyysi osoitti mer- kittävän yhtey- den aggressiivisen käyttäytymisen ja viivästyneen potilashaastatte- lun välillä.
Vasarainen, T. 2010. Suomi	Selvittää psykiat- risen sairaanhoidon nykytilaa Harjavallan sairaalan akuutti- psykiatrian avo- osastolla. Selvit- tää potilaiden ko- kemukset keskei-	Tutkimusaineisto kerättiin sairaalan akuutti- psykiatrian avo- osaston 42 koti- utuvilta potilailta.	Kyselylomak- keita jaettiin 20 kappaletta, joista 19 palautui täy- tettynä.	kotoutuvat potilaat kokivat lää- kehoidon keskei- simmäksi teki- jäksi heidän kun- toutumisessaan. Yksilökeskeinen työskentely oli oleellista. Myös

	sesti vaikuttavista kuntoutusmuodoista.Hoidon laadun kehittäminen.			ryhmäterapeuttisilla menetelmillä oli merkitystä.
Huttunen, H., Lappalainen, PS. 2012.Suomi	Tarkoituksena oli selvittää, kuinka lievää ja keskivaikeaa masennusta sairastavien potilaiden hoitoa on kolmiomallin elementtejä hyödyntämällä toteutettu.	Depressiopotilaita hoitavien sairaanhoitajien haastattelu	Teemahaastattelu, teemat lähetetty etukäteen hoitajille sähköpostiin.	Tuloksena koettiin hoitoon pääsy läheteellä, toimivana menetelmänä, sillä lähetteitä pystyttiin käsittelemään hoitotiimissä etukäteen.
Niittymäki, M. 2015.Suomi	Hoidon laadun parantaminen ja Turun erikoissairaanhoidon psykiatrisella akuutilla avo-osastolla.	Työikäiset psykiatriset potilaat ja hoitajat	Kyselylomakkeet, hoitajat +potilaat	Potilaiden ja hoitajien kokemukset olivat pääsääntöisesti samankaltaisia
Kaartinen, M. 2011.Suomi	Selvittää kuinka vakavien mielen-terveyshäiriöiden hoito toteutui Helsingin kaupungin psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa vuosina 2008-2009	Masennusta, kaksisuuntaista mieliahäiriötä ja skitsofreniaa sairastavat potilaat	Satunnaisesti valitun 168 potilaan sairauskertomusmerkinnät käytiin läpi	Psykiatristen arvointiasteikoiden vähäinen ja alueiden sisälläkin epäyhtenäinen käyttö. Lääkehoidon epäasianmukaisuus. Voimassa olevan hoitosuunnitelman puuttuminen noin joka neljänneltä potilaalta.
Laitinen, A. 2016.Suomi	Kartoittaa nuorten aikuisten käyttämiä itsehoiton keinoja,	Seurantakysely nuorille, jotka olivat osallistuneet	Kyselylomakkeet kotiin, 22-23-vuotiaille nuorille	Yleisimpiä keinoja olivat mielihyvän tavoittelu, sekä positiivinen

	<p>sekä selviytymiskeinoja heidän kokiessaan ahdistuneisuutta tai masentuneisuutta. Eroa vaiheiden selvittäminen miesten ja naisten välisten menetelmien välillä.</p>	<p>neet aiempaan alkukyselyyn 9-luokalla.</p>		<p>ajattelu ja toiminta. Fyysiset harrastukset, sekä muut toiminnalliset aktiviteetit. Puhuminen muiden ihmisten kanssa. Tutkimus samansuuntainen aikaisempien tutkimusten kanssa. Keinot pysyneet suunnilleen samana, verrattuna 20 vuoden takaiseen aikaan. Naisten ja miesten välillä ei havaittavissa suurta eroa.</p>
<p>Wahlbeck, K. Hietala, O. Kuosmanen, L. McDaid, D. Mikkonen, J. Parkkonen, J. Reini, K. Salovuori, S. Tourunen. J. 2018. Suomi</p>	<p>tuottaa tutkittua tietoa toimivista mielenterveys ja päihdetyön mallista päättäjille</p>	<p>terveyspalveluiden käyttäjät sekä tuottajat.</p>	<p>kirjallisuuskatsausta, kyselytutkimusta, asiantuntijahaastatteluja, kokemusasiantuntijoiden fokusryhmiä, kansalaiskuulemistusta ja taloudellista analyysiä.</p>	<p>Mielenterveysongelmien tunnistamiseksi tulisi lisätä kaikkien perusterveydenhuollon työntekijöiden koulutusta, sekä kansalaisten tietoisuutta avunhakemisesta.</p>

<p>Faninger-Lund, H. 2017. Suomi</p>	<p>Kartoittaa Helsingin Etelän psykiatria- ja päihdekeskuksen potilaiden taustat, terveysasemien lääkäreiden kuormittavat masennustapaukset, sekä hoitoprosessin tehostaminen varhaisella hoidon aloituksella, asianmukaisen jatkohoidon tehostaminen avohoitojakson jälkeen, sekä terveyshyötyjen lisääminen</p>	<p>pitkäaikaisesta tai toistuvasta depressiosta kärsivät potilaat</p>	<p>Kaksi viikkoa kestävä lähetystoiminta, aiemmat tutkimukset</p>	<p>Keskeisiksi integroitavoi- sihavaittiin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon moniammatillisen yhteistyön vahvistaminen, joustavat konsultaatiot, sekä erikoissairaanhoidon jalkautuminen terveysasemille. Uuden hoitomallin käyttöön ottaminen koettiin tehokkaaksi.</p>
<p>Hilamo, H., Tuulio-Henriksson, A. 2012. Suomi</p>	<p>Tarkastella masennuksesta kärsivien henkilöiden subjektiivista kokemusta siitä, mikä heitä on auttanut parhaiten masennuksesta toipumisessa</p>	<p>Helsingin sanomien Nyt-liitteen lukijat, jotka kärsivät kroonisesta masennuksesta, maanis-depressiivisyydestä tai voimakkaasta mielialan laskusta</p>	<p>Internetissä Helsingin Sanomien Nyt-liitteen kysely</p>	<p>Yli puolet naisista ja 40% miehistä mainitsi toipumiskeinoksi jonkin sosiaalisen tuen muodon, lähes kolmas osa kertoi saavansa apua masennuslääkkeistä, yli kolmas osa naisista mainitsi terapian, kun miesten vastaava osuus oli noin neljäsosa</p>

TEEMAHAASTATTELU RUNKO

1. Esitiedot

- Psykiatrian poliklinikoiden määrä Porissa?
- Missä näistä yksiköistä hoidetaan depressiopotilaita?
- Missä vaiheessa hoitoprosessia potilaalla muodostuu hoitokontakti tähän yksikköön?
- Kuinka pitkiä hoitokausot ovat depressiopotilailla keskimäärin tässä yksikössä?
-

2. Depressiopotilaan hoitoprosessin toteutuminen Satasairaalan kaavion mukaisesti

- Mitkä tahot lähettävät teille potilaita?
- Tehdäänkö potilaalle henkilökohtainen hoitosuunnitelma? Missä vaiheessa hoitoprosessia?
- Miten hoidon aloitus etenee ensikäynnillä?
- Miten selvitätte erotusdiagnostiikkaa mahdollisen somaattisen taustan suhteen? Mitä diagnostiikalla selvitetään?
- Mitä ongelmia diagnosoitiin voi liittyä?
- Mitä hoitokäynteihin sisältyy?
- Miten työ- ja toimintakyky arvioidaan?
- Miten perheet huomioidaan?
- Miten hoidon onnistumista arvioidaan?
- Käytetäänkö etävastaanottoa? Miten etävastaanotto toteutetaan?
- Miten seurantakäynnit toteutuvat ja mitä niihin sisältyy?

3. Miten koet oman osaamisen depressiopotilaan hoidossa?

- Kuinka suuri osa potilaistanne on depressiopotilaita?
- Vahvuutenne depressiopotilaan hoitotyössä? Mitä kehitettävää osaamisesanne on, ensi-, hoito-, ja seurantakäynteihin liittyen?
- Koetteko pystyväne tarjoamaan riittävän laadukasta ja potilaan kuntoutusta tukevaa hoitoa?

- Ovatko saatavilla olevat tukimuodot mielestänne riittäviä? Minkälaisia tukimuotoja kehittäisitte?
- Tarjoaako työnantaja mahdollisuutta kouluttautua ja saada ajankohtaista tutkimustietoa depressiopotilaan hoidosta?
- Koetteko pystyvänne vaikuttamaan hoitoprosessin kulkuun? Miten?

TIEDOTE HAASTATTELUSTA

Hei!

Olemme kolme sairaanhoitajaopiskelijaa Satakunnan ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä Satasairaalan psykiatrian poliklinikalle. Selvitämme depressiopotilaan hoitoprosessin nykytilaa, ja kuinka nykyinen hoitoprosessi toteutuu poliklinikalla, yksikössä työskentelevien sairaanhoitajien näkökulmasta.

Opinnäytetyön tutkimuksen suoritamme yksilöllisin haastatteluin ja etsimmekin nyt yksikkönne sairaanhoitajia haastateltaviksi opinnäytetyötämme varten. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja täysin luottamuksellista. Osallistumisen voi keskeyttää missä vaiheessa tahansa. Haastattelusta saatavia tietoja käytetään ainoastaan tähän opinnäytetyöhön eikä tutkimustuloksista ilmene haastateltujen tietoja.

Kaikki tutkimusmateriaali käsitellään, säilytetään ja hävitetään asianmukaisesti heti opinnäytetyön valmistuessa. Haastattelut nauhoitetaan osallistujien suostumuksella tutkimustulosten luotettavan analysoinnin mahdollistamiseksi. Haastatteluun osallistuminen tulkitaan suostumukseksi. Tutkimuksen toteuttamiseen on saatu asianmukainen tutkimuslupa. Haastattelun kesto on vaihtelevasti noin 20-60 minuuttia, eikä siihen tarvitse valmistautua etukäteen. Haastattelut suoritetaan mieluiten yksikössänne. Tarpeen mukaan voimme toteuttaa haastattelun myös Satakunnan ammattikorkeakoulun tiloissa. Toivomme mahdollisimman montaa sairaanhoitajaa haastateltavaksi. Otattehan suoraan yhteyttä meihin, jotta pystymme yhdessä sopimaan teille sopivan haastatteluajan. Opinnäytetyötämme ohjaa lehtori Sirke Ajanko.

Ystävällisin terveisin,

Satu Karhu p.045 ***** satu.karhu@student.samk.fi

Jenna Ahonen p.044 ***** jenna.ahonen@student.samk.fi

Jenna Sulonen p.040 ***** jenna.k.sulonen@student.samk.fi

Sirke Ajanko sirke.ajanko@samk.fi

Depressiopotilaan hoitoprosessin kulku erikoissairaanhoidossa

1. Depressiopotilas on aiheellista lähettää psykiatriseen erikoissairaanhoidon, jos kyseessä on:

- vaikea tai psykoottinen depressio
- lääkeresistenssi
- vakavasti monihäiriöinen tai itsetuhoinen potilas
- tilanne, jossa potilaan työ- tai toimintakyky ei psykiatrian erikoislääkärin konsultaatiotuella tapahtuneesta asianmukaisesta hoidosta huolimatta ole palautunut perustasolle.

Vastuu psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa aloitetusta toistuvan masennuksen ylläpitolääkehoidosta voidaan siirtää perusterveydenhuoltoon tai työterveyshuoltoon, kun potilas on oireeton ja välitön uusiutumiseriski arvioidaan pieneksi.

Ylläpito-hoidon asianmukainen seuranta edellyttää yksilöllisen hoito- ja seuranta-suunnitelman tekemistä siirron yhteydessä ja niiden toteuttamismahdollisuuksien varmistamista jatkohoitopaikasta.

2. **Moniammatillinen tiimikokous.** Sovitaan hoidon aloituksesta ja hoitohenkilöstä, sovitaan ensimmäinen aika

3. Lähetään **ajanvarauskirje**. Liitteenä alkuhaastattelulomake sekä BDI, BAI, Audit-lomakkeet

4. **Ensikäynti:** Kliininen haastattelu, alustava hoitosuunnitelma

5. **Erotusdiagnostiikka:** Masennustilat tulee erottaa kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä, jossa potilaalla on aiemmin esiintynyt maanisia, hypomaanisia tai sekamuotoisia (yhtäaikaista maanisia ja depressiivisiä oireita) sairausjaksoja.

On myös aiheellista selvittää, etteivät masennuksen oireet johdu suoraan jostakin somaattisesta sairaudesta, kuten foolihapon tai B12-vitamiinin puutoksesta, sydän- tai aivoinfarktista, endokrinologisista häiriöistä, pahanlaatuisesta kasvaimesta tai neurologisesta sairaudesta.

Lisäksi on suljettava pois potilaan muihin sairauksiin käyttämän lääkehoidon (esim. kortikosteroidi) tai päihteiden käytön (esim. alkoholi, kannabis tai amfetamiini) suoraan aiheuttamat masennustilat.

Depressiodiagnoosia ei tehdä, jos kyseessä on lähiomaisen kuolemaan liittyvä normaali surureaktio. Raja surureaktion ja depression välillä on kuitenkin joskus häilyvä

6. Hoitokäynnit alkavat. Tutkimukset: MADRS, työ- ja toimintakyvyn arvio/SOFAS, tarvittaessa päihdekonsultaatio ja labrat

Viikottaiset käynnit 1- 3 kk ajan ,
Psykoedukaatio

Depression akuuttihoitossa voidaan käyttää vaikuttavaksi osoitettua psykoterapiaa, depressiolääkehoitoa tai molempia yhtäaikaaisesti taikka joissakin tapauksissa sähköhoitoa, kirkasvalohoitoa, transkraniaalista magneettistimulaatiohoitoa tai muita hoitomuotoja.

Akuuttihoiton tavoitteena on täydellinen tai lähes täydellinen oireettomuus (esim. alle 8 oireipistettä Hamiltonin depressioasteikolla tai alle 10 pistettä Beckin 21-kohteisessa masennuskyselyssä).

7. Kutsutaan läheisiä toiselle hoitokäynnille mukaan / lasten tilanteen huomioiminen

8. 3-4 vk: Arvioidaan onko hoito riittävää, Mahdolliset lääkemutokset

SCID

Yhteistyö työterveyshuollon, TE-keskuksen kanssa

Mahd lisätutkimukset (toimitaterapeutti, psykologi, kuntoitus/ammattillinen kuntoutus, psykoterapian arvio)

Muiden hoitomuotojen tarpeen arviointi: Valohoito, TMS, sähköhoito (kriteerit), pariterapia, luovat terapiat

9. Tarpeenmukainen hoito: Voidaan käyttää myös etävastaanottoa.

Tilanteen arviointi ja seuranta. Työkyvyn arviointi. Ammatillinen kuntoutus.

10. Arviointi 3 kk: Onko hoito ollut riittävää, tarvitaanko muuta?

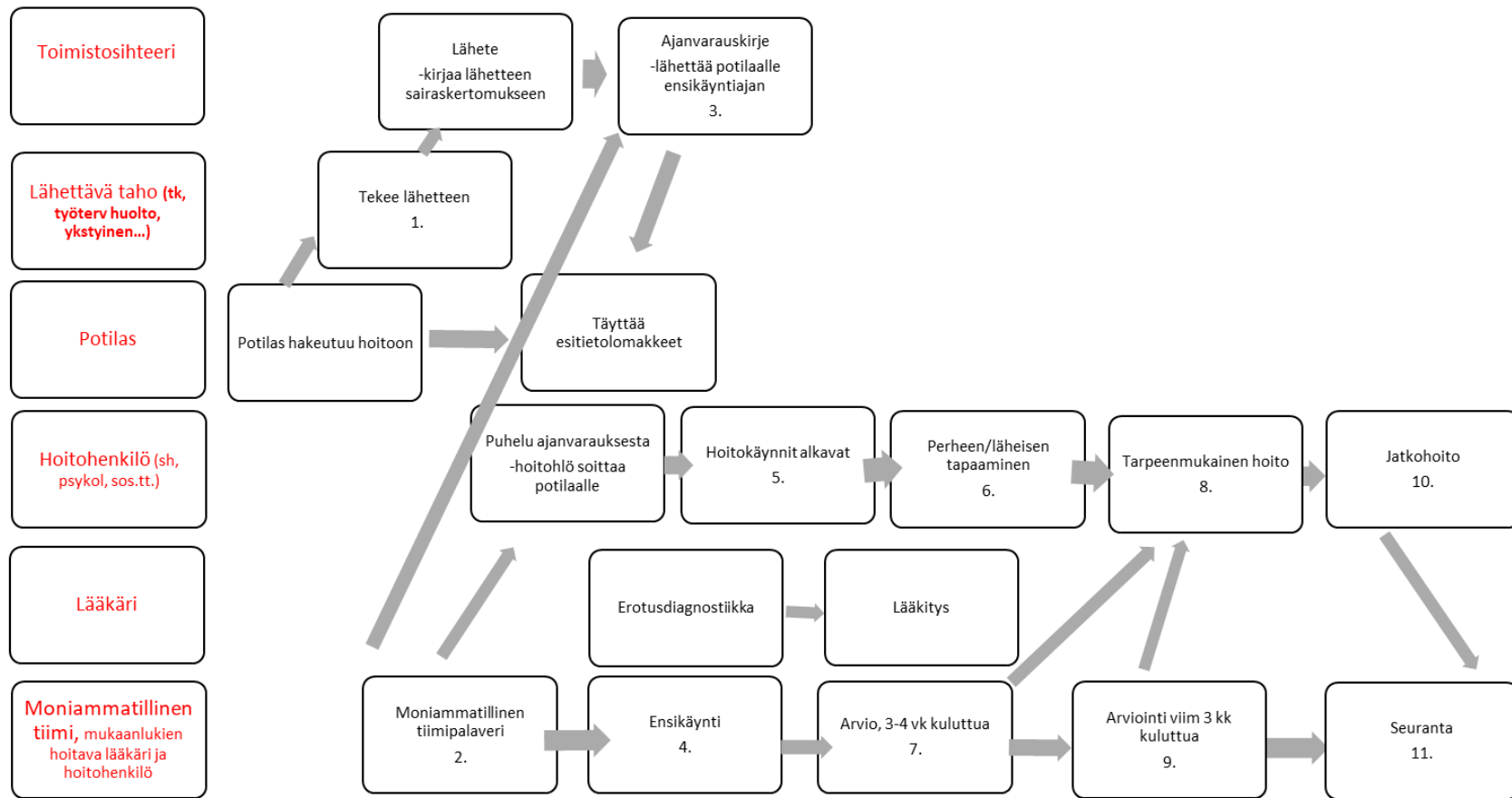
11. Jatkohoito: Jatkohoidon tavoitteena estää oireiden palaaminen (relapsi).

12. Seuranta: Hoitomuodoista riippumatta depressiopotilas tarvitsee säännöllistä seurantaa sekä akuuttivaiheen aikana että vähintään puolen vuoden ajan sen jälkeen. Seurantakäynneillä selvitetään hoitosuunnitelman toteutumista, oiretason toipumista ja hoidon tuloksellisuutta

Ylläpitohoiton tavoitteena on ehkäistä uuden sairausjakson puhkeaminen

Viittaus: (Puolakka sähköposti 7.5.2019)

LIITE 5



LIITE 6

Taulukko 1. Porin psykiatrian poliklinikan masennuspotilaan hoito, sen haasteet ja kehittämisideat sekä hoitajien kokemukset omista vahvuuksistaan psykiatrisessa hoitotyössä

ALKUPERÄINEN LAUSE	PELKISTETTY	ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA
<i>"... Meillähän on täällä arviointiryhmä ja kaksi hoitotyöryhmää..."</i>		Poliklinikalla on sekä arviointi, että hoitotyöryhmät	Työryhmät
<i>"... arviointiryhmän tavoitteena on lyhyet hoidot ja tällä hetkellä mielellään alle neljän kuukauden..."</i>			
<i>"... Meille tulee (potilaita) työterveyshuollosta, sit ihan terveyskeskuksesta, yksityiseltä puolelta, että aina lääkärin lähetteellä... myös sisäisellä lähetteellä tulee..."</i>	<i>"Potilaita ohjautuu poliklinikalle lääkärin lähetteellä monilta eri tahoilta"</i>	Depressiopotilaan psykiatrian poliklinikalle	tie Hoitopolku
<i>"... Erikoissairaanhoidon ohjautuu keskivaikeat ja vaikeat masennukset..."</i>			

"... Yksilöllisesti on edettävä ja hoitosuunnitelma pyritään tekemään heti ensimmäisellä käynnillä..."

"... joskus voi olla sellainen yksi-kolme käyntiäkin, että haastatellaan tarkemmin ja mietitään mihin suuntaan tässä lähdetään. Tehdään siitä arvio ja sitten hoitosuunnitelma..."

"... Niin silloin jo tietää, että hoidot on ehkä pidempiä (Keskivaikeissa ja vaikeissa masennuksissa) , mitä sitten lievissä... perusterveydenhuollossa hoidetaan, sanotaanko keskimäärin puolesta vuodesta kahteen vuoteen..."

"... Erityisesti varmaan voisi nostaa Lumo-toiminnan ylös, että siitä meille on tullut paljon kiitosta potilailta..."

"... Kolmannelta sektorilta meidän ei saada tietoa, eikä he saa meiltä sen enempää tietoa. Mutta potilailta kuulee."

"Hoidon tarve arvioidaan huolellisesti"

"Hoitosuhteet ovat yleensä pidempiä potilaiden kanssa, joilla on keskivaikea tai vaikea masennus"

" Lumo-toiminta on saanut potilailta positiivista palautetta"

" Potilaan tiedot eivät kulje poliklinikan ja kolmannen sektorin välillä."

Potilaan hoidon tarpeen arviointi ja hoitosuunnitelman laatiminen

Poliklinikka tekee yhteistyötä kolmannen sektorin kanssa

Hoidon suunnittelu

Kolmas sektori

Potilaiden kautta saa tietoa, että se tukee sitä semmosta kuntoutusnäkökulmaa. Ja sit me ollaan Porin perusturvan kanssa yhteistyössä... pääsääntöisesti potilaat on ollut ihan tyytyväisiä...”

”Potilaat ovat kertoneet saavansa hyvää kuntouttavaa tukea kolmannelta sektorilta”

”... no meillä täällä poliklinikalla on varmaan hoitajaa kohden noin 60 potilasta, et kyllä aivan liikaa...”

”Hoitajat kokevat työkuorman liian suureksi”

Hoitotyön haasteet ja hoitajan vastuu

Haasteet depression hoidossa

”...jos nyt ajattelet että 60:lle potilaalle sun tarttis niinku järjestää tiivistä hoitoa, niin se on aika mahdotonta...”

”Jokaiselle potilaalle ei ole mahdollista järjestää tiivistä hoitoa”

”Sitten tietysti ongelmana vielä tämmöinen jatkohoito asia, että jatkohoito paikkoja ei ole. Eli minne sitten potilaan vois erikoissairaanhoidon jälkeen ohjata. Kaupungilla toimivat psykososiaaliset palvelut esim. aikuisten vastaanotto niin sehän on niin kuin arviointiyksikkö eli sitä ei oo tarkoitettu vastaamaan potilaan jatkohoidosta.”

”Jatkohoitopaikkoja ei ole potilaille saatavilla, jonne erikoissairaanhoidon jälkeen ohjata”

”Hoitaja koordinoi pitkälti siis sitä, että mitä potilas saa ja mihin menee, että jos tulee vaikka uusi hoitaja millä ei välttämättä ole

”Hoitajalla on suuri vastuu hoitoprosessissa”

tästä toiminnasta niin paljon tietoa niin kyllähän se sitten tietysti vaikuttaa hoitoprosessin ja siihen mitä se potilas tulee saamaan hoitajalta.”

“Tässä muutaman vuoden sisään eläköitymisiä on hoitohenkilökunnan puolella ollut paljon, joku viis kuus sairaanhoitajaa on jäänyt eläkkeelle ja niillä on pitkä historia tässä poliklinikalla et ollut 30-40 vuotta töissä.”

“...Mut onhan tämä monitahoista, koska nämä on niin monisyisiä ja komplisoituneita osa, että se ei oo kaikki niin suoraviivaista. Välillä hoitoprosessi toimii ja välillä ei toimi. Välillä sitä täytyy muuttaa. Et se on hyvin moni vivahteista...”

“no varmaan siinä on kehitettävää, ihan tällainen työelämälähtöisyys on varmaan semmonen mitä voisi kehittää. Meillä on paljon osatyökykyisiä potilaita täällä poliklinikalla kirjoilla, niin työkokeilu paikkoja vois ehkä olla ja tämmöisiin arjen hallintaan liittyviä tukipalveluja.”

”Osaavaa henkilökuntaa on eläköitynyt paljon lyhyessä ajassa”

”Masennuksen muoto vaikuttaa hoitoprosessiin ja sen toteutumiseen.”

”Hoitajat toivoisivat tarjolle enemmän arjen hallintaan liittyviä tukipalveluja”

Depressiopotilaan hoidotyön kehittäminen

Kehittäminen

“...kehittäminen on lähtenyt siihen suuntaan, että pyritään pitää paljon ryhmiä, ja niitten ryhmän tarjontaa, et on monenlaista tarjolla. Jokaiselle löytyisi vähän jotakin.

”Poliklinikka pyrkii laajentamaan ryhmätarjontaa potilaille”

“Mä toivoisin et semmonen vielä joskus tulisi kaikille. Ja ei se nyt omaa terapiaa tarvitse olla, mutta semmonen hyvä työnohjaus...”

”Hoitajan mielestä kaikkien työntekijöiden pitäisi käydä oman psykoterapian.”

“...Työnohjaus on se mitä enenevässä määrin haluaisin, tai että sitä jopa edellytettäisiin. Pitäis olla työnohjaus ainakin jonkin aikaa aina...”

“Ja se että koulussakin kerrottaisi näistä sairauksista ja miten niitä hoidetaan ja miten luodaan niinku ammattitaitoa hoitajille, opiskelijoille tulevaan ammattiin...”

”Hoitaja toivoo, että koulutuksessa huomioitaisiin enemmän psyykkisten sairauksien epidemiologiaa.”

”Me ollaan kuitenkin erikoissairaanhoidoa ja meillä ei ole resursseja mennä opettamaan potilasta esim. käymään kaupassa tai opettaa miten kotona siivotaan.”

Poliklinikalla ei ole resursseja käytännössä opettaa potilaalle arjen hallintaa”

” Et tavallaan semmonen jonkilainen lisäpalvelu siihen meidän tuottamaan palveluun voisi olla ihan hyvä.”

”Hoitajat toivoisivat jotain lisäpalvelua potilaiden arjen hallinnan tukemiseen”

”...Se mitä sairaanhoitajan roolissa korostaisin tänä päivänä, kun me eletään 2020 niin on se, että lääkitysten vaikutusmekanismeista keskushermostoon pitää tietää ja pitää osata antaa potilaalle psykoedukaatio, ja myöskin kertoo siitä, jos hän ei käytä lääkkeitä. Niin mitä riskejä hän silloin ottaa. Masennus on myös aivosairaus...”

”Sairaanhoitajan tulee tuntee lääkkeiden vaikutusmekanismit ja pystyä ohjaamaan potilasta lääkehoidossa.”

”...Sit mä olen käynyt oman psykoterapian vähän niinku työnohjauksellisestikin joskus aikaisemmin, kun oon ajatellu, et kun on tietoinen itsestään ja omista haavoittuvuuksistaan niin se on varmaan luonut lisää pohjaa....”

”Työntekijän psykoterapia lisää ymmärrystä omasta itsestään.”

Hoitajan vastuu omasta koulutuksestaan

Lisäkoulutus

"Sitten mulla on myös terapiakoulustaustalla."

"...Niin oli syksyllä itseasiassa joulukuussa tuolla Turussa, tämän kun masennuksen monet kasvot, masennuksen tehokas hoito ja sen kroonistumisen ehkäisy, oli hyvä koulutus..."

"...Mä oon niin pitkään ollut psykiatrialla töissä ja on aika paljon kouluttautunut ja paljon masennuspotilaita hoitanut, et kyl mä koen, että mä sen osaan oikein hyvin..."

"mä olen tietyllä tavalla teoretikko, että minulla on aika paljon sitä tietoa, se on mulle luonteenomaistakin ja mun on helppo käyttää omaa persoonaa työssä. Mä olen myös aika myönteinen ja luonteeltani semmonen, että en jää kauheasti murehtimaan, murehtiminenhan on niin kun depression moottori."

"Mä osaan olla rajallinen, tarvitaan rajoja ja tiettyä jämyyttä, joskin myöskin sitä myötäelämistä ja rohkeutta ottaa asioita puheeksi ja tehdä asioille jotaki ja tutkii potilaan kanssa sitä sairautta, se on semmonen mitä pidän tärkeänä."

Hoitajien omat vahvuudet psykiatrisessa hoitotyössä

Vahvuudet

"Omasta persoonastaan voi olla hyötyä psykiatrisessa hoitotyössä."

"Psykiatrinen hoitotyö vaatii jämyyttä, mutta toisaalta joustavuutta sekä rohkeutta."

Persoonaltani mä olen aika perusteellinen Ja sit mä osaan olla aika lähellä ihmistä.”

“no varmaan ajan tasalla olevat tiedot ja sit niinku jatkuva kouluttautuminen”

“mun mielestä se semmonen moniammatillisuus ja sitten potilaslähtöisyys on meidän vahvuus tässä työssä. Et me ajatellaan potilaan lähtökohdista tätä hoitoa ja kuntoutusta.”

”Psykiatrian poliklinikalla työskentely on moniammatillista.”

“... on tietysti tärkeää, että tiedetään niinku miten masennusta hoidetaan, miten potilas itse hoitaa itseään, kukaan muu ei sitä sairautta pysty kokonaan hoitaa, että se itsehoidon osuus on hyvin merkittävä. Eli tarkoittaa ihan tätä omasta itsestä huolehtimista ja liikuntaa...”

”On hoidon onnistumisen kannalta erittäin tärkeää, että potilas pitää huolen itsensä hoitamisesta.”

Vaikuttavat tekijät hoidon tavoitteiden toteutumisessa

Hoidon tavoitteet

“...Nii kyl mun mielestä semmonen ajattomuuden fantasia tässä psykiatriassa on yks ongelma, mistä ollaan nykyään pyritty pois. Yritetään hoitaa tietyinä aikana tietyjä sairauksia, arvioida hoidon vaikuttavuutta ja laatua, ettei ihmisten tarvitsi vuosikymmeniä täällä käydä. Kaikki ei sitä tarvitse, mutta se että riippuvuus saattaa syntyä potilaalle työntekijästä.”

”Psykiatriassa on pyritty pois pitkistä hoitosuhteista, jottei potilaalle synny riippuvuus työntekijästä.”

“... yhteiskunnassa pitäis olla se linjaus että, perusterveydenhuolto hoitaa ihan niin kuin kustannustenkin vuoksi tämmöiset mitkä on jo toipumaan päin eikä tarvitse enää ku seuranta-käyntejä...”

”Perusterveydenhuollon tulisi hoitaa toipuvat potilaat, jotka eivät tarvitse enää muuta kuin seurantakäyntejä.”

“...meillä on täällä koulutettuja sosiaalityöntekijöitä, jotka hoitaa perhetyötä...”

Psykiatrian poliklinikalla on tarjolla erilaisia tukimuotoja

Tukimuodot

“Annan oheismateriaalia potilaan vanhemmalle kotiin, että miten hän voi asiassa lähestyä lapsiaan tai annan yhteystietoja internettiin mistä löytyy aika paljonkin apua ja jos tarvitsee enemmän niin me autetaan sitten enemmän.”

”Potilaat saavat poliklinikalta materiaalia siitä, miten asiassa voi lähestyä läheisiä. Tarvittaessa apua on tarjolla myös enemmän.”

“Alaikäisten lasten tilanne arvioidaan aina tarvitsevatko he tai perhe apua tai tarvitaanko lastensuojeluilmoituksia.”

”Lasten avun tarve otetaan hoidossa huomioon.”

“...pyritään pitää paljon ryhmiä... vertaistuki on yleensä aina se paras kuitenkin...”

”Psykiatrian poliklinikalla on potilaille tarjolla erilaisia ryhmiä.”

“...Ja sitten täytyy muistaa niinku se, että pitkittynyt masennus tuhoaa enemmän ihmisen keskushermostoo, kuin yksikään lääke...”

”Lääkityksestä masennuksen hoidossa on vähemmän haittaa kuin lääkkeettömyydestä.”

Lääkityksen merkitys depression hoidossa

Lääkehoito

“...Potilaita, jotka tulee perusterveydenhuollosta tai työterveyshuollosta, jos ja kun he tulee masennusdiagnoosilla tänne erikoissairaanhoidon, niin siellä olisi jo pitänyt aloittaa masennuslääkitys. Se on ihan käypähoito suosituksessa...”

”Masennuslääkitys tulee aloittaa heti diagnoosin varmistuttua.”