



Terveydenhoitajien valmiudet tunnistaa ja hoitaa aikuisten mielenterveys- ja päihdeongel- mia

Päivi Rahkonen

OPINNÄYTETYÖ
Lokakuu 2020

Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Kliinisen asiantuntijan koulutus

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Kliininen asiantuntija

RAHKONEN, PÄIVI:

Terveydenhoitajien valmiudet tunnistaa ja hoitaa aikuisten mielenterveys- ja päihdeongelmia

Opinnäytetyö 71 sivua, joista liitteitä 17 sivua

Lokakuu 2020

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata terveysasemien terveydenhoitajien kokemuksia heidän omista valmiuksistaan tunnistaa ja hoitaa aikuisten mielenterveys- ja päihdeongelmia. Tarkoituksena oli myös selvittää, millaisena terveydenhoitajat kokivat oman osaamisensa mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistajina ja hoitajina. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa perusterveydenhuollossa aikuisten asiakkaiden kanssa tehtävästä mielenterveys- ja päihde-työstä. Analyysin tulosten perusteella laadittiin ohje mielenterveyspalveluista, jota terveydenhoitajat voivat halutessaan hyödyntää omassa työssään. Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä ja aineiston keruu suoritettiin yksilöhaastatteluinä etäyhteyksin. Aineiston analyysi toteutettiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Terveydenhoitajat kokivat työhön kuuluvan osaamisen auttavan mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistamisessa, mutta tunnistamiseen liittyy myös ongelmia. Näitä ongelmia ovat rajallinen aika sekä mielenterveys- ja päihdeongelman oikean vakavuusasteen tunnistaminen. Terveydenhoitajat kokivat, että heidän työssään mielenterveys- ja päihdeongelmien hoitaminen keskittyy kartoitukseen ja tunnistamiseen, eikä hoitamisen varsinaisesti katsottu kuuluvan omaan työhön. Oma osaaminen koettiin hyväksi mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistajina, mutta puutteelliseksi niiden hoitajina. Terveydenhoitajat kokivat, että heillä on hyvät valmiudet jatkohoitoon lähettämiseen, mutta jatkohoitoon liittyy myös ongelmia. Näitä ongelmia ovat mielenterveyspalveluiden ja hoitopolkujen haasteellisuus, jonka vuoksi jatkohoitoon lähettäminen koettiin hankalana. Mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistamiseen ja hoitamiseen liittyviä kehittämiskoh- teita terveydenhoitajat kuvasivat sekä yleisesti, että oman työnsä näkökulmasta.

Ohje, joka laadittiin analyysin tulosten perusteella, sisältää informaatiota mielen- terveyspalveluista sekä ohjeistuksen siitä, miten ja missä tapauksissa asiakas tulee näihin palveluihin ohjata. Jatkossa olisi tärkeää myös pohtia, miten tervey- denhoitajat saisivat tiedon ohjaamiensa asiakkaiden jatkohoidon onnistumisesta. Tämä vahvistaisi terveydenhoitajille kokemusta siitä, että asiakas on saanut tar- peitaan vastaavaa hoitoa ja samalla tukisi terveydenhoitajien tunnetta oikeaan hoitopaikkaan ohjaamisesta.

Asiasanat: terveydenhoitajat, mielenterveysongelmat, päihdeongelmat, tunnistaminen, hoito

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree Programme in Clinical Expertise and Development
Mental Health and Substance Abuse

RAHKONEN, PÄIVI:

Public Health Nurses' Skills in Assessing and Treating Adult Mental Health and Substance Abuse Problems

Master's thesis 71 pages, appendices 17 pages

October 2020

The purpose was to describe health centre public health nurses' experiences of their own abilities, in assessing and treating adult mental health and substance abuse problems. The aim was also to find out how public health nurses experienced their own skills as assessors and nurses of mental health and substance abuse problems. The objective was to produce information on mental health and substance abuse work done with adult clients in primary health care. The thesis was carried out using a qualitative research method and the data were collected by conducting individual remote interviews. The data were analysed through data-driven content analysis.

Public health nurses felt that the focus of their work was on assessment and evaluation of problems rather than treatment. They felt competent in identifying mental health and substance abuse problems but less sufficient in treating them. They also felt that they were competent in referring clients to continued treatment but there are challenges of mental health services and treatment pathways.

Based on the results, a guide on mental health services was drawn up, containing information on mental health services and guidelines on how, and in which cases the client should be referred to these services.

Key words: public health nurses, mental health problems, substance abuse problems, assessment, treatment

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS	8
3	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	10
4	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	11
4.1	Mielenterveys ja mielenterveysongelmat.....	11
4.1.1	Mielenterveysongelmien tunnistaminen	13
4.1.2	Mielenterveysongelmien hoitaminen.....	15
4.2	Päihteet ja päihdeongelmat.....	16
4.2.1	Päihdeongelmien tunnistaminen.....	18
4.2.2	Päihdeongelmien hoitaminen	20
4.3	Terveydenhoitaja mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistajana ja hoitajana	21
5	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	24
5.1	Laadullinen tutkimusmenetelmä	24
5.2	Aineiston keruu	25
5.3	Aineiston analyysi	27
6	TULOKSET.....	29
6.1	Terveydenhoitajien kokemukset omista valmiuksistaan tunnistaa asiakkaiden mielenterveys- ja päihdeongelmia	29
6.1.1	Terveydenhoitajan työhön kuuluva osaaminen auttaa tunnistamista.....	29
6.1.2	Tunnistamiseen liittyvät ongelmat.....	31
6.2	Terveydenhoitajien kokemukset omista valmiuksistaan hoitaa asiakkaiden mielenterveys- ja päihdeongelmia	31
6.2.1	Työ keskittyy kartoitukseen ja tunnistamiseen	32
6.2.2	Hyvät valmiudet jatkohoitoon lähettämiseen	32
6.2.3	Jatkohoitoon liittyvät ongelmat.....	33
6.3	Terveydenhoitajien kokemukset omasta osaamisesta mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistajina ja hoitajina.	34
6.3.1	Oma osaaminen koettiin hyväksi mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistajina.....	34
6.3.2	Oma osaaminen koettiin puutteelliseksi mielenterveys- ja päihdeongelmien hoitajina.....	35
6.4	Mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistamiseen ja hoitamiseen liittyvät kehittämiskohteet	35
6.4.1	Kehittämiskohteet oman työn näkökulmasta.....	35
6.4.2	Kehittämiskohteet yleisesti	37
7	POHDINTA.....	40

7.1 Eettisyys	40
7.2 Luotettavuus	42
7.3 Tulosten tarkastelu	44
7.3.1 Terveydenhoitajien kokemukset omista valmiuksistaan tunnistaa asiakkaiden mielenterveys- ja päihdeongelmia ..	44
7.3.2 Terveydenhoitajien kokemukset omista valmiuksistaan hoitaa asiakkaiden mielenterveys- ja päihdeongelmia	46
7.3.3 Terveydenhoitajien kokemukset omasta osaamisesta mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistajina ja hoitajina	46
7.3.4 Terveydenhoitajien kuvaamat mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistamiseen ja hoitamiseen liittyvät kehittämiskohteet yleisesti ja oman työn näkökulmasta.....	47
7.4 Ohje tulosten perusteella ja jatkotutkimusehdotukset	48
LÄHTEET	50
LIITTEET	55
Liite 1. Aikaisemmat tutkimukset	55
Liite 2. Teemahaastattelurunko	58
Liite 3. Saatekirje	59
Liite 4. Tietoinen suostumus	60
Liite 5. Analyysitaulukko 1.tutkimuskysymyksestä.....	62
Liite 6. Analyysitaulukko 2. tutkimuskysymyksestä.....	63
Liite 7. Analyysitaulukko 3. tutkimuskysymyksestä.....	64
Liite 8. Analyysitaulukko 4. tutkimuskysymyksestä.....	65
Liite 9. Ohje mielenterveyspalveluista	67

1 JOHDANTO

Terveydenhoitaja toimii asiantuntijana kansanterveystyössä, perusterveydenhuollossa ja ennaltaehkäisevässä työssä. Terveydenhoitajan tekemässä työssä painottuu terveyden edistäminen perspektiivi ja työssä vaaditaan myös kykyä tehdä päätöksiä itsenäisesti. Terveydenhoitaja työskentelee kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin vaikuttaen eri tasoilla, joita ovat yhteisö, yksilö ja yhteiskuntatasot. (Suomen Terveydenhoitajaliitto n.d.)

Mielenterveyden häiriöt ja niihin kuuluvat päihdeongelmat ovat haaste kansanterveydelle. Väestön fyysisen terveyden kohentuessa mielenterveyden häiriöiden suhteellinen osuus suomalaisesta sairauskuormasta lisääntyy. Joka neljännen sairauslomapäivän voidaan todeta aiheutuvan ongelmista mielenterveydessä. Työkyvyttömyyseläkkeistä puolet johtuvat mielenterveyssyistä ja osuus tulee kasvamaan. Mielenterveyden ongelmat aiheuttavat Suomessa merkittävässä määrin syrjäytymistä. (Wahlbeck ym. 2018, 12.)

Hiljattain on julkaistu uusi mielenterveysstrategia vuosille 2020-2030, joka sisältää myös päihdepalvelut ja itsemurhien ehkäisyohjelman. Strategian tarkoituksena on ohjata mielenterveystyötä aina vuoteen 2030 asti ja turvata mielenterveystyön jatkuvuus ja tavoitteellisuus. Strategia pitää sisällään viisi painopistettä. Yksi niistä on ihmisten tarpeiden mukaiset, laaja-alaiset palvelut, jolla tarkoitetaan, että palvelujärjestelmä on asiakaslähtöinen, muuntautumiskykyinen ja laadukas. Tavoitteena on, että henkilöt, jotka tarvitsevat näitä palveluita, myös saivat niitä riittävän nopeasti. Päättäjät sairaanhoitopiireissä ja maakunnissa voivat jatkossa hyödyntää uutta mielenterveysstrategiaa esimerkiksi perusterveydenhuollossa. (Vorma, Rotko, Larivaara & Kosloff 2020, 10, 29.) Terveydenhuoltolain mukaan kuntien tulee järjestää asukkailleen tarvittavat palvelut terveyttä ja hyvinvointia edistävästi (Terveydenhuoltolaki 1326/2010).

Päihdetilastollisen vuosikirjan (2019) mukaan vuonna 2018 perusterveydenhuollon avohoidossa päihdetyön asiakkaita 25-49 vuotiaista oli 48.9% ja 50-64 vuotiaista 25.6% (Päihdetilastollinen vuosikirja 2019, 63). Päihteistä ilmenevät terveyshaitat ovat merkittävä terveyteen vaikuttava uhkatekijä tulevaisuudessa ja jo

tällä hetkellä alkoholi aiheuttaa työikäisissä keskeisen yksittäisen terveyshaitan ja on työikäisten toiseksi yleisin kuolinsyy (Boström ym. 2016, 3).

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kuvata terveysasemien terveyenhoitajien kokemuksia heidän omista valmiuksistaan tunnistaa ja hoitaa aikuisten mielenterveys- ja päihdeongelmia. Tarkoituksena oli myös selvittää, millaisena terveydenhoitajat kokivat oman osaamisensa mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistajina ja hoitajina. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Tampereen kaupungin kanssa.

2 TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS

Tampereen kaupungilla oma terveysasema määräytyy asuinpaikan mukaan. Terveysasemat ovat ensisijaisia hoitopaikkoja kaikissa sairastumistapauksissa. Terveysasemat tarjoavat perusterveydenhuollon palveluja ja tarvittaessa sieltä lähetetään jatkotutkimuksiin ja -hoitoihin. (Terveysasemat 2020.) Omia terveysasemia Tampereen kaupungilla on kahdeksan. Näiden lisäksi on kolme muuta terveysasemaa, joihin kaupunki ostaa myös sairaanhoito- ja lääkäripalveluja yksityiseltä palveluntarjoajalta. (Terveysasemien yhteystiedot ja ajanvaraus 2019.) Aikuisten terveystarkastuksissa ja neuvonnassa työskentelee yhteensä seitsemän terveydenhoitajaa. Terveysasemilla työskentelee myös mielenterveys- ja päihdehoitoon erikoistuneita työntekijöitä, joilta voi hakea apua mielenterveys- ja päihdeongelmiin (Hoitoon hakeutuminen 2018).

Tampereen kaupunki järjestää maksuttomia terveystarkastuksia, joita työttömien tai lyhytaikaisissa työsuhteissa olevien on mahdollista hyödyntää. Asiakkaalla on mahdollista varata aika terveystarkastukseen puhelimitse tai sähköpostitse. Lisäksi esimerkiksi kunnan sosiaalitoimelta tai työttömille palveluita tarjoavalta taholta voi tulla aloite terveystarkastukseen ohjaamiseen. Terveystarkastusten tarkastuksen tarkoitus on edistää työttömien terveydentilaa, hyvinvointia sekä työ- ja toimintakykyä. Terveystarkastukset sisältävät laboratorio- ja keuhkofunktiokokeet, erilaisten mittauksien tekemisen kuten verenpainemittaukset, tarvittavien rokotusten antamisen, alkoholinkäyttökyselyn (Audit), mielialakyselyn (BDI) ja diabeteksen riskitestin. Tarkastuksen jälkeen asiakkaalle annetaan tarvittaessa aika lääkärille ja suuhygienistille. Nämä palvelut ovat asiakkaalle maksuttomia. Terveystarkastuksen työkuvaan kuuluu myös kuntouttavan työtoiminnan työhöntulotarkastukset ja läheteellä tehtävät työkykyarviot. (Terveystarkastukset 2020.)

Pitkäaikaistyöttömien eläkeselvittelyt on kohdistettu tamperelaisille ja oriveteläisille, joilla on hankaluuksia selviytyä erinäisten terveyden- ja toimintakyvyn rajoitusten vuoksi työelämässä. Nämä palvelut vaativat lähetteen, jonka sosiaalialan, terveydenhuollon, työllisyysneuvonnan tai kolmannen sektorin työntekijä on tehnyt

asiakkaan luvalla. Moniammatilliseen eläkeselvittelytiimiin kuuluu terveydenhoitaja, lääkäri, kuntoutuspsykologi ja sosiaalityöntekijä. Tampereen kaupunki tarjoaa myös 80-vuotiaille mahdollisuuden maksuttomaan ja vapaaehtoiseen terveystarkastukseen. Tämä tapahtuu terveydenhoitajan tekemänä kotikäyntiä asiakkaan luona. Terveystarkastus voidaan tehdä myös terveysasemalla asiakkaan niin halutessaan. Tarkastukseen osallistumisen mahdollisuudesta informoidaan kirjeitse. Kirje sisältää ilmoittautumisohjeet ja terveystarkastukseen, joka käydään terveydenhoitajan kanssa läpi tarkastuksen yhteydessä. Muihin kuin yllä mainittuihin terveystarkastuksiin tamperelaiset aikuiset voivat halutessaan varata ajan omalta terveysasemalta. (Terveystarkastukset 2020.)

3 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata terveysasemien terveydenhoitajien kokemuksia heidän omista valmiuksistaan tunnistaa ja hoitaa aikuisten mielenterveys- ja päihdeongelmia. Tarkoituksena oli myös selvittää, millaisena terveydenhoitajat kokivat oman osaamisensa mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistajina ja hoitajina.

Tämän opinnäytetyön tutkimustehtävät olivat:

1. Millaisia kokemuksia terveydenhoitajilla on omasta valmiudestaan asiakkaiden mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistajina?
2. Millaisia kokemuksia terveydenhoitajilla on omasta valmiudestaan asiakkaiden mielenterveys- ja päihdeongelmien hoitajina?
3. Millaisena terveydenhoitajat kokevat oman osaamisensa mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistajina ja hoitajina?
4. Mitä kehittämisen kohteita terveydenhoitajat kuvaavat mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistamiseen ja hoitoon liittyen yleisesti ja oman työnsä näkökulmasta?

Tavoitteena oli tuottaa tietoa perusterveydenhuollossa aikuisten asiakkaiden kanssa tehtävästä mielenterveys- ja päihdetyöstä. Lisäksi opinnäytetyön tavoitteena oli aluksi tulosten perusteella laatia tarvittaessa koulutusehdotus, jota voidaan hyödyntää perusterveydenhuollon terveysasemien terveydenhoitajille kouluttautumisessa tai osaamisen lisäämisessä. Koulutusehdotuksen sijaan analyysin tulosten perusteella laadittiin ohje mielenterveyspalveluista, jota terveydenhoitajat voivat halutessaan hyödyntää omassa työssään.

4 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat muodostuivat aiemmista tiedoista mielen-terveyteen, mielenterveysongelmiin, niiden tunnistamiseen ja hoitamiseen, sekä päihteisiin, päihdeongelmiin, niiden tunnistamiseen ja hoitamiseen liittyen. Aiheeseen liittyviä aiempia tutkimuksia haettaessa yhtenä kriteerinä oli tutkimusten ajantasaisuus. Opinnäytetyöhön valittiin pääsääntöisesti enintään kymmenen vuotta vanhoja tutkimuksia, joista oli kokoteksti saatavilla, jotka olivat vertaisarvi-oituja ja koskivat aikuisia. Tutkimuksien haku aloitettiin syksyllä 2019 suomen ja englannin kielellä. Poissulkukriteereinä olivat tutkimukset, jotka eivät koskeneet aikuisia, joista ei ollut kokotekstiä saatavilla, eivätkä vastanneet opinnäytetyön aihepiiriin. Tutkimuksia haettiin Medic-, ja Cinahl- tietokannoista ja Andor haku-palvelusta. Tämän lisäksi tehtiin myös hakuja manuaalisesti. Opinnäytetyöhön valittiin 13 aiheeseen liittyvää aiempaa tutkimusta (Liite1). Aiempien tutkimusten lisäksi teoreettisiin lähtökohtiin on käytetty myös muita aiheeseen liittyviä lähteitä.

4.1 Mielenterveys ja mielenterveysongelmat

Mielenterveys on olennainen osa ihmisen terveyttä ja hyvinvointia (WHO 2013, 07). Mielenterveydellä katsotaan olevan vaikutusta moneen asiaan kuten hyvinvointiin, terveyteen, ihmissuhteisiin, työhön ja koko elämään. Hyvä mielenterveys auttaa muun muassa toimimaan mielekkäästi, pärjäämään ihmissuhteissa ja selviytymään ongelmatilanteista. (Vorma ym. 2020, 14, 18.)

Mielenterveys on muutakin kuin ongelmattomuutta tai mielen hyvinvointia. Elämään kuuluu eriasteisia pelkotiloja, pettymyksiä, surua sekä ahdistuneisuutta. Myös ajoittain esiintyvät nukahtamisvaikeudet ovat osana joidenkin ihmisten arkea. Näiden tavalliseen elämään kuuluvien seikkojen vuoksi on haastavaa todeta, milloin kyseessä on mielenterveydenongelma. Mielenterveysongelmaksi voidaan luokitella se tila, kun ihmisen toimintakyky laskee ajatusten, tunteiden tai mielialojen vuoksi. Tästä voi seurata ongelmia ihmissuhteisiin ja vakavaksi edenneellä mielenterveysongelmalla saattaa olla lamaannuttava vaikutus. Mielenter-

veydenongelmat voivat ilmetä monin eri tavoin, eikä kaikille ongelmille ole yhteistä oiretta. Tästä syystä mielenterveysongelman tunnistaminen on haastavaa. (Huttunen 2017.)

Bäckman & Lönnqvist (2009, 8) ovat kuvanneet mielenterveyteen vaikuttavia yhteiskunnallisia ulkoisia ja sisäisiä tekijöitä (taulukko1). Taulukosta käy ilmi yksilön mielenterveyttä suojaavia ja vahingoittavia tekijöitä sekä sisäisesti että ulkoisesti. Yksilöllisiä suojaavia tekijöitä ovat muun muassa hyvä fyysinen terveys ja hyvä itsetunto. Yhteiskunnallisesti ja ulkoisesti suojaavia tekijöitä ovat esimerkiksi sosiaalinen tukiverkosta ja työllisyys. Yksilöä sisäisesti haavoittavia tekijöitä ovat muun muassa huono sosiaalinen asema ja eristäytyneisyys. Yhteiskunnalliseksi ja ulkoiseksi haavoittavaksi tekijöiksi luetaan esimerkiksi päihteet ja köyhyys. (Bäckman & Lönnqvist 2009, 7-8.)

TAULUKKO 1. Mielenterveyttä suojaavat ja haavoittavat sisäiset ja ulkoiset tekijät. Muokattu (Bäckman & Lönnqvist 2009, 8) taulukosta.

Yksilölliset ja sisäiset suojaavat tekijät	Yhteiskunnalliset ja ulkoiset suojaavat tekijät
➤ Fyysisesti hyvä terveys ja perimä	➤ Suoja
➤ Hyvä itsetunto	➤ Ruoka
➤ Myönteiset varhaiset ihmissuhteet	➤ Työllisyys
➤ Hyvä oppimiskyky	➤ Sosiaalinen tuki
➤ Hyväksytyksi tulemisen kokemukset	➤ Myönteiset mallit
➤ Ristiriitojen käsittelytaito	➤ Turvallinen ympäristö
➤ Kyky ongelmanratkaisuun	➤ Koulutusmahdollisuudet
➤ Kyky ihmissuhteiden luomiseen, ylläpitämiseen ja purkamiseen	➤ Toimiva rakenne yhteiskunnassa
➤ Kehittyneet vuorovaikutustaidot	
Yksilölliset ja sisäiset haavoittavat tekijät	Yhteiskunnalliset ja ulkoiset haavoittavat tekijät
➤ Itsetunnon haavoittuvuus	➤ Kodittomuus ja suojattomuus
➤ Synnynnäinen tai hankittu vamma tai sairaus	➤ Nälkä ja puute
➤ Heikot ihmissuhdetaidot	➤ Väkivalta ja hyväksikäyttö
➤ Avuttomuus	➤ Erot ja menetykset
➤ Heikko sosiaalinen asema	➤ Psykkiset häiriöt perheessä
➤ Seksuaaliset ongelmat	➤ Kriisit, traumat, sota
➤ Eristäytyneisyys	➤ Kulttuuriset ristiriidat
➤ Laitostuminen	➤ Päihteet
➤ Vieraantuneisuus	➤ Leimaaminen
	➤ Kiusaaminen vertaisryhmässä
	➤ Köyhyys
	➤ Työttömyys
	➤ Haitallinen ympäristö

4.1.1 Mielenterveysongelmien tunnistaminen

Monesti mielenterveysongelmat tulevat ilmi vasta kun ne jo haittaavat merkittävässä määrin toimintakykyä. Olisikin erittäin tärkeää, että jo varhaisessa vaiheessa mielenterveysongelmia pystyttäisiin tunnistamaan. Eritoten pitää huomioida henkilöt, jotka tulevat vastaanotolle ahdistuneisuuden, uupumuksen, kriisien tai päihdeongelmien takia. (Melartin & Vuorilehto 2009, 31.)

Masennus on kansanterveydellisesti mielenterveydenhäiriöiden merkittävin ryhmä, mutta sen tunnistaminen ei aina ole kovin helppoa. Monesti ihmiset, jotka ovat oikeasti masentuneita eivät sitä itse tunnista. Masentuneille on tyypillistä, että he arvioivat oireiden kuten uupumuksensa, huonovointisuutensa tai saamattomuutensa aiheutuvan laiskuudesta, fyysisestä sairaudesta tai huonoista ulkoisista olosuhteista. Työntekijöille saattaa olla vaikea arvioida liittyvätkö mielialaoireet masennukseen vai onko kyseessä vain vaikeaan elämäntilanteeseen viittaava reaktio. Yleiset oireet, jotka voivat merkitä masennusta, ovat pitkään kestänyt fyysinen kipuilu, unihäiriöt, ahdistukseen liitännäiset fyysiset oireet, esimerkiksi sydämen tykyttely, vapina ja hikoilu. Vanhemmilla ihmisillä muistamattomuus, terveystalvuiden lisääntynyt tarve ja toimintakyvyn lasku voivat olla merkki masennuksesta. (Melartin & Vuorilehto 2009, 31.)

Perusterveydenhuollossa masennusoireiden tunnistamiseksi kannattaa kohdistaa seulontaa tiettyihin potilasryhmiin, koska näissä ryhmissä masennusta ilmenee todennäköisesti eniten. Näitä niin kutsuttuja riskiryhmiä ovat muun muassa hiljattain synnyttäneet, aiemmin masennuksen sairastaneet, pitkäaikaissairautta potevat, kuten diabeetikot, päihteiden liikakäyttäjät, epämääräisistä fyysisistä oireista kärsivät ja pitkäaikaistyöttömät. Seulonnasta on eniten apua siinä tapauksessa, kun siihen on mahdollista liittää hyvä hoito ja tarvittaessa voidaan konsultoida erikoislääkäreitä. Lisäksi hoidon vaikuttavuutta tulee seurata. (Depressio: käypä hoito -suositus 2020.)

Masennuksen tunnistamiseksi perusterveydenhuollossa voidaan hyödyntää esimerkiksi PRIME-MD:n kysymyseulaa, jossa kysytään potilaalta kaksi kysymystä. Kysymykset liittyvät potilaan omaan tuntemukseen ja kokemukseen mie-

lialastaan viimeisen kuukauden ajalta. Potilaan vastatessa myöntävästi molempiin tai jompaankumpaan kysymykseen, saattaa hänellä olla masennus. Tämän asian varmistaminen vaatii kuitenkin tarkempia tutkimuksia. Masennuksen seulontaan käytetään myös PHQ-9-terveyskyselyä, jossa kysytään kuinka viimeisten kahden viikon aikana erinäiset ongelmat ovat vaivanneet. (Depressio: Käypä hoito -suositus 2020.)

Kun halutaan saada tietoa potilaan masennusoireista vallitsevalla hetkellä, Beckin depressiokysely (BDI) seulontamenetelmä toimii tässä tapauksessa. DEPS-testissä (depressioseulassa) sen sijaan esitetään erilaisia väittämiä, joista pitää valita mielialaa parhaiten kuvaava vaihtoehto viimeisen kuukauden ajalta. Diagnoosin muodostamiseen tarvitaan kuitenkin aina lääkärin tutkimus, koska diagnoosia ei voi muodostaa pelkän depressioseulan antaman tuloksen perusteella. EPDS-synnytyksenjälkeistä masennusseulaa käytetään juuri synnyttäneille naisille ja siinä kysytään viimeisen viikon ajalta esiintyneitä omia kokemuksia tunnetiloista ja voinnista. Geriatria depressionasteikkokyselyitä (GDS-15 tai GDS-30) käytetään iäkkäämpien aikuisten potilaiden masennuksen seulontaan ja näissä kahdessa kyselyssä on pyritty välttämään somaattisiin oireisiin liittyviä kysymyksiä sekä luotu kysymyksistä mahdollisimman yksinkertaisia. (Depressio: Käypä hoito -suositus 2020.)

Mielenterveysongelmista yleisiä ovat myös ahdistuneisuushäiriöt. Ahdistuneeseen tunnetilaan liittyy usein jännitystä, levottomuutta, paniikkia, pelkoa ja huolestuneisuutta. Ahdistushäiriössä ahdistuksen tunne on erittäin voimakas, pitkäkestoinen ja rajoittaa elämää ja alentaa toimintakykyä. Ahdistuneisuushäiriöistä yleisimpiä ovat yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, paniikkihäiriö, julkisten paikkojen pelko sekä sosiaalisten tilanteiden pelko. Ahdistuneisuushäiriöt ilmenevät useimmiten nuorena tai varhaisaikuisuudessa ja niiden katsotaan olevan yleisempiä naisilla. Lapsuusiässä koetut traumaattiset kokemukset, päihteiden käyttö ja koulukiusaaminen sekä tietyntylaiset piirteet kuten estyneisyys altistavat ahdistuneisuushäiriöille. (Ahdistuneisuushäiriöt 2019.)

Ahdistuneisuushäiriöiden diagnosointiin kuuluu potilaan tutkiminen ja potilaan psykiatrinen haastattelu. Haastattelussa käydään läpi ahdistuneisuushäiriöön liit-

tyvät oireet, niiden kesto ja luonne sekä niiden aiheuttamat haitat. Erilaisia oireenkartoitusmittareita voidaan käyttää apuna, kun tunnistetaan ahdistuneisuushäiriöitä. Näitä ovat muun muassa GAD-7 yleistyneeseen ahdistuksen tunnistamiseen, LSAS tai SPIN, joilla seulotaan sosiaalisten tilanteiden pelkoa ja PDSS-SR paniikkihäiriöiden tunnistamisen. (Ahdistuneisuushäiriöt: Käypä hoito -suositus 2019.)

4.1.2 Mielenterveysongelmien hoitaminen

Perusterveydenhuollossa on mahdollista hoitaa suurin osa masennuspotilaista. Hoitosuunnitelma laaditaan yhteistyössä potilaan kanssa. Masennuksen yhteistoimintamallissa jokaisella työntekijällä on oma tärkeä rooli. Hoitaja toimii hoidon koordinoijana, opastaa ja tukee potilasta sekä on ajan tasalla potilaan toipumisesta. Lääkärin vastuulla on hoitopäätösten tekeminen ja hoidon määrääminen. Psykiatria konsultoidaan tarvittaessa. Masennuksen hoito on jaettu kolmeen vaiheeseen. Nämä ovat akuutti-, jatko- ja ylläpitohoito. Akuutin vaiheen hoitoja ovat masennuslääkkeet ja terapiat. Jatkohoidolla yritetään estää masennusoireiden palaaminen. Masennuslääkettä ei saisi lopettaa heti oireiden hävittyä, koska juuri tällöin on suuri vaara oireiden uusiutumiselle. Potilaan ollessa oireeton yhtä kestoisesti puoli vuotta, voidaan lääkitys purkaa vähitellen pois laskemalla lääkeannosta asteittain. Ylläpitohoitoa suositellaan siinä tapauksessa, kun potilaalla on ollut jo kaksi aikaisempaa masennusjaksoa ja masennus on toistuvaa sekä vähintään keskivaikeaa. Ylläpitohoidossa lääkeannokset ovat samat kuin akuutti- ja jatkohoidossa. Potilaan vointia tulee seurata vastaanottokäynneillä säännöllisesti, vaikka potilaalla ei enää oireita olisikaan. Vasta siinä tapauksessa, kun potilas on ollut oireeton useamman vuoden, voidaan miettiä lääkityksen lopettamista asteittain. Myös tässä tapauksessa tulee potilaan vointia seurata tiiviisti mahdollisen masennuksen uusiutumisen takia. (Tarnanen, Isometsä & Tuunainen, 2020.)

Myös ahdistuneisuushäiriöiset potilaat hoidetaan yleensä perusterveydenhuollossa. Jos perusterveydenhuollossa suoritettu tavanomainen hoito, johon kuuluu lääkitys ja/tai keskusteluhoito ei ole riittävästi auttanut ahdistuneisuuteen kuukau-

den hoidon jälkeen, on tarpeen konsultoida psykiatria. Mikäli psykiatrin ohjeistama hoito ei ole auttanut toivotulla tavalla kolmessa kuukaudessa, tulee harkita potilaan lähettämistä erikoissairaanhoidon arvioon. (Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2010, 186.) Ahdistuneisuushäiriöiden hoitomuotoja ovat psykososiaaliset hoidot, joista keskeisimpänä psykoterapiat, eritoten kognitiivis-behavioraalinen (KBT) psykoterapia. Lääkehoitona käytetään masennuslääkkeitä. (Ahdistuneisuushäiriöt: Käypä hoito -suositus 2019.)

4.2 Päihteet ja päihdeongelmat

Päihdehuoltolaki (41/1986) määrittelee päihteeksi alkoholijuoman sekä muut aineet, joita käytetään päihtymistarkoituksessa (Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41).

Päihderiippuvuuden on mahdollista kehittyä erilaisiin aineisiin. Tällaisia ovat muun muassa alkoholi, bentsodiatsepiinit, opiaatit, nikotiini, kannabis ja amfetamiini. Nämä riippuvuudet, jotka liittyvät eri aineisiin muistuttavat huomattavassa määrin toisiaan. Päihderiippuvuuden oireita ovat aineen käytönhimo ja pakonomaisuus. Tavallisimmin riippuvuus esiintyy hankaluutena hallita ainetta, joka aiheuttaa riippuvuuden. Käytettyyn päihteeseen liittyy useimmiten sietokyvyn lisääntymistä mikä taas aiheuttaa vieroitusoireita sen loppuessa. Päihderiippuvaisen on monesti hankala myöntää tai tunnistaa riippuvuudesta aiheutuvia oireita ja haittoja. (Päihderiippuvuus 2019.)

Alkoholin suurkulutuksesta voidaan puhua, kun tietyt riskirajat alkoholinkäytössä ylittyvät. Yhdellä alkoholiannoksella tarkoitetaan noin 12g alkoholia eli esimerkiksi pullollinen keskiolutta, 12cl viiniä tai 4cl viinaa. Miehillä suurkulutuksen rajat ovat yli 23 alkoholiannosta viikossa tai yli kolme annosta säännöllisesti päivittäin tai yli seitsemän annosta kerralla toistuen useamman viikon ajan. Naisilla suurkulutuksen riskirajat ovat yli 16 alkoholiannosta viikossa, yli kaksi annosta säännöllisesti päivittäin ja yli viisi annosta kerralla toistuen useamman viikon ajan. Alkoholin suurkulutuksen merkkejä ovat muun muassa maksa-arvojen suurentuminen, haimatulehdus, toimintakyvyn lasku, ihmissuhdeongelmat, masentuneisuus, tapaturma-alttius, ihon punoitus ja ihottumat, ylipaino ja kohonnut verenpaine sekä unettomuus. (Alkoholin suurkulutus 2016; Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Alkoholiriippuvuus eli alkoholismi on puolestaan krooninen sairaus, joka aiheutuu pitkäaikaisen, säännöllisen ja runsaan alkoholin käytön seurauksena. Tyypillistä riippuvuudelle on pakonomainen tarve käyttää alkoholia välittämättä sen synnyttämistä sosiaalisista ja terveydellisistä ongelmista. Alkoholiriippuvuudessa mielenkiinto kohdistuu alkoholin hankintaan ja juomiseen. Myös alkoholin sietokyky kehittyy, ja tarve saada lisää alkoholia ilmenee usein jo laskuhumalavaiheessa, jolloin vieroitusoireita lievennetään alkoholilla tai jollain muulla aineella, joka vaikuttaa lamaannuttavasti keskushermoston toimintaan. (Kuoppasalmi, Heinälä & Lönnqvist 2014, 512.)

Addiktiivisen eli riippuvaisen tai pakonomaisen päihteiden käytön taustalla katsotaan psykologisella tasolla olevan ihmisen mielen aiheuttamat suuret avuttomuuden tunteet, jotka liittyvät omaan elämäntilanteeseen. Biologisella tasolla puolestaan taustalla on päihteiden säännöllisen käytön ja pitkään jatkuneen stressin aiheuttama muutos keskushermoston toiminnassa. Tästä syystä henkilö, joka käyttää addiktiivisesti päihteitä ei usein pysty lopettamaan alkoholin tai päihteen käyttöä ilman ammattilaisten apua. Jotta muutokset keskushermoston toiminnoissa saadaan korjaantumaan, vaati se 3-6 kuukauden mittaista raitista jaksoa. Päihteitä ei myöskään tulisi käyttää keinona vapautua vaikeista tunnetiloista. (Huttunen 2018.)

Päihteiden käyttö lisää riskiä terveydellisille ja sosiaalisille ongelmille. Pelkästään alkoholi liiallisesti käytettynä aiheuttaa useita haittoja. Humalatilasta seuranneita haittoja ovat esimerkiksi väkivaltainen käyttäytyminen, tapaturmat ja liikennejuopumus. Sosiaalisia haittoja, joita alkoholin käyttö aiheuttaa ovat muun muassa ihmissuhderiidat ja toimintakyvyn heikentyminen. Alkoholin pitkäaikaikäkäyttö aiheuttaa elimellisiä haittoja kuten mahavaivat, sisäelinvauriot, lihominen ja syöpä. Mielenterveyden häiriöinä alkoholi aiheuttaa ainakin masennusta ja univaikeuksia. Alkoholi aiheuttaa sitä enemmän haittoja mitä enemmän sitä käytetään. (Alkoholi, tupakka ja riippuvuudet, 2019.)

Päihteistä tupakkatuotteet ovat vahingollisia koko elimistölle, ja aiheuttavat merkittävän määrän terveyshaittoja. Näitä ovat sydämen ja verenkiertoelinten sairaudet, keuhkosairaudet, syöpäsairaudet, suunsairaudet, hedelmättömyysongelmat

sekä riskit raskauteen ja synnytyksen jälkeiseen aikaan. Lisäksi tupakka lisää riskiä muille terveyshaitoille kuten osteoporoosille ja leikkauksiin liittyviin jälkitauteihin. Tupakka aiheuttaa joka kolmannen syöpäkuoleman ja joka viides sydän- ja verenkiertoelinten sairaus johtuu tupakoinnista. Tupakointi lyhentää elinikää keskimäärin kahdeksan vuotta. (Patja, 2020.)

Salonsalmi (2016) tutki alkoholinkäytön vaikutuksia Helsingin kaupungilla työkentelevien keski-ikäisten työ- ja toimintakykyyn. Tutkimukseen osallistui 8960 työntekijää ja vastausprosentiksi muodostui 67 %. Seurantakysely toteutettiin vuonna 2007 ja tällöin vastausprosentti oli 83 %. Tuloksista selviää, että yleistä oli sekä humalahakuinen juominen että ongelmajuominen. Raittiilla ja runsaasti juovilla työntekijöillä oli enemmän sairauspoissaoloja töistä kuin alkoholia kohtuudella käyttävillä. Tutkimuksesta myös selviää, että alkoholinkäytöllä oli vahva yhteys työkyvyttömyyseläkkeisiin, jotka johtuivat mielenterveysyistä. Alkoholin ongelmajuomisella oli merkittävät vaikutukset terveyden, toimintakyvyn sekä työkyvyn heikentymiseen. Salonsalmi (2016) toteaa tutkimuksen osoittavan vahvasti, että alkoholin käyttö aiheuttaa myös mielenterveysongelmia ja että perusterveydenhuollolla, kuin myös työterveyshuollossa ja työpaikoilla on merkittävä rooli alkoholinkäytön tunnistamisessa ja ennaltaehkäisyssä. (Salonsalmi 2016, 7-8.)

4.2.1 Päihdeongelmien tunnistaminen

Yksi tärkein keino vähentää päihteistä aiheutuvia haittoja on niiden riskikäytön varhainen tunnistaminen (Alkoholi- ja puheeksiotto 2019). Mitä aikaisemmin pystytään tunnistamaan ja puuttamaan muun muassa alkoholin, tupakan tai huumausaineiden riskikäyttöön, sitä pienemmät ovat niistä aiheutuvien vakavien haittojen riskit. (Puheeksiotto ja mini-interventio 2019.)

Alkoholin ongelmakäytön toteamiseksi on käytössä erilaisia välineitä, kuten potilaan haastattelu, strukturoidut kyselyt, kliiniset tutkimukset, alkoholinkäyttöpäiväkirja ja laboratoriokokeet. Yleensä potilas hakeutuu alkoholin ongelmakäytön varhaisvaiheessa terveystalouteen jonkinlaisesta fyysisestä tai psyykkisestä syystä tai oireesta. Tällaisia fyysisiä syitä ovat esimerkiksi kohonnut verenpaine

tai vatsaoireet. Psykkisiä oireita voivat olla muun muassa masennus ja unettomuus. Potilaan ensimmäisillä käyntikerroilla perusterveydenhuollossa ja terveystarkastuksissa tulee potilaan elämäntavat selvittää, mukaan lukien päihteiden käyttö. (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Alkoholin liiallisen käytön tunnistamiseen käytetään alkoholin käytön puheeksi ottamista. Mini-interventiota eli lyhyt neuvontaa voidaan käyttää tilanteissa, joissa vakavia haittoja ei ole vielä muodostunut, mutta puheeksi ottamisessa on ilmennyt huoli asiakkaan liiallisesta alkoholin käytöstä. Mini-interventioon kuuluu alkoholin käytön kartoitus, neuvonta ja mahdolliset seurantakäynnit. Siinä tapauksessa, että riippuvuus on jo kehittynyt pitkälle, tarvitaan yleensä laajempia hoitoja tukimuotoja. Tutkimukset ovat osoittaneet, että mini-intervention käytöstä on hyötyä. Arvioiden mukaan vähintään joka kymmenes riskikäyttäjistä tai haitallalisesti alkoholia käyttävistä on siirtynyt lyhytneuvonnan jälkeen kohtuukäyttäjiksi tai lopettanut kokonaan. Lyhytneuvonnan tehon on arvioitu pysyvän noin 1-2 vuoden ajan, joten saman asiakkaan kanssa on hyvä harjoittaa mini-interventiota säännöllisin väliajoin. (Puheeksiotto ja mini-interventio 2019.)

Perusterveydenhuollossa alkoholin riskikulutusta voidaan tunnistaa kysymällä suoraan potilaan alkoholin käytöstä tai AUDIT-kyselyn avulla (Kaarne 2017). Telakiven (2011) mukaan (Claussen ym. 1993) toteavat, että AUDIT-kysely soveltuu lisäksi varhaisen työkyvyn heikkenemisen tunnistamiseen työterveyshuollossa sekä työttömien toimintakyvyn ja työhön paluun arviointiin. Kyselyssä ensimmäiset kolme kysymystä mittaavat alkoholin kulutusta ja kysymykset 4-10 koskevat alkoholin käytön seurauksena syntyneitä haittoja. AUDIT-kyselyn etuna on, että se tunnistaa hyvin sellaiset potilaat, joilla on alkoholiin liittyvää riskikäyttöä ja jättää tunnistamatta ne henkilöt, joilla riskikäyttöä ei ole. (Telakivi 2011.)

Alho (2017) tutki väitöskirjassaan muun muassa terveyden- ja sosiaalihuollon peruspalveluissa olevien työntekijöiden (n=120) ja asiakkaiden (n=175) kokemuksia alkoholinkäytön varhaisesta puheeksi otosta. AUDIT-kyselyn perusteella kävi ilmi, että asiakkaista kolme viidestä oli alkoholin ongelmakäyttäjiä. Viimeisen vuoden aikana lähes joka toiselle asiakkaalle oli esitetty kysymys alkoholin käytöstä. Asiakkaat, jotka käyttivät alkoholia vähäriskisesti, suhtautuivat kertomaan omasta alkoholinkäytöstä myönteisemmin ja vastasivat rehellisemmin alkoholin

käyttöön liittyviin kysymyksiin, kuin asiakkaat, jotka lukeutuivat tulosten perusteella alkoholin ongelmakäyttäjiksi. Työntekijöiltä (n = 120) selvitettiin kyselyn avulla alkoholin käytön puheeksi oton työkäytäntöihin vaikuttavia tekijöitä. Kaikki terveydenhoitajat ja lääkärit esittivät alkoholin käyttöön liittyvän kysymyksen terveystarkastuksissa. Tuloksista myös selviää, että jokainen työntekijä niin terveys- kuin sosiaalihuollossakin käytti enemmän vapaamuotoista keskustelua alkoholin käytöstä kysymiseen kuin organisaation ohjeisiin perustuvaa arviointimenetelmää. Alho (2017) myös toteaa tulosten perusteella, että alkoholin varhaista puheeksi ottoa olisi syytä lisätä alkoholin ongelmakäytön yleisyyden vuoksi ja koska asiakkaat kokivat alkoholin puheeksi oton olevan hyödyllistä. (Alho 2017, 11, 42-50.)

4.2.2 Päihdeongelmien hoitaminen

Kunnan tulee järjestää päihdepalvelut riittävän hyvin niin, että ne vastaavat kunnassa esiintyvään tarpeeseen. Päihdehuollon palveluille ovat oikeutettuja henkilöt, joilla on ongelmia päihteiden käytössä. Palveluihin ovat oikeutettuja myös päihdeongelmaisen perhe ja läheiset. (Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.) Kunnan tulee järjestää asukkailleen myös tarvittava päihdehoitotyö, joka pyrkii vahvistamaan sellaisia tekijöitä, jotka suojaavat yksilön sekä yhteisön päihteettömyyttä. Päihdehoitotyön tarkoituksena on myös poistaa tai ainakin vähentää päihteiden käytöstä aiheutuvia tekijöitä, jotka mahdollisesti vaarantavat kuntalaisten terveyttä ja turvallisuutta. (Terveystuoltolaki 30.12.2010/1326.)

Päihdepalvelut, joihin kuuluu muun muassa sosiaalinen tuki, katkaisuhoido, perheterapia, ryhmäterapia tai kuntoutus, tarjotaan ensisijaisesti avopalveluina. Laitoshoido tai -kuntoutusta järjestetään henkilöille, joille avohoidon palvelut eivät tarjoa riittävää apua tai eivät ole tarkoituksenmukaisia. Katkaisuhoido tarkoittaa päihteiden käytön katkaisua sekä päihteistä aiheutuvien vieroitusoireiden hoitoa. Avohoidossa tai laitoshoidossa toteutettu katkaisuhoido kestää yleensä yhdestä kahteen viikkoa. Hoitoa ja kuntoutusta tukeviksi palveluiksi määritellään esimerkiksi sosiaalinen kuntoutus, asumispalvelut ja päiväkeskukset. (Päihdepalvelut n.d.)

Avopalveluihin on mahdollista hakeutua itse ottamalla yhteyttä terveystieteeseen, sosiaalitoimistoon tai päihdeyksikköön. Laitoshoitoon määrätään yleensä läheteellä. Tahdosta riippumattomaan hoitoon voidaan määrätä päihdeongelmakäyttäjää, jonka katsotaan olevan väkivaltainen tai vaarantavan oman terveytensä. (Päihdepalvelut n.d.)

Mielenterveys- ja päihdeongelmia voi ilmetä myös samanaikaisesti. Perusterveydenhuollossa on huomattu päihdepsykiatristen ongelmien lisääntyvän. Nopeatahtisessa sekä aikapaineisessa terveystieteessä näiden potilaiden kokonaisvaltainen arvioiminen on haastavaa. Päihdepsykiatristen potilaan hoitoa suunniteltaessa keskitytään ensiksi ensisijaisen ongelman auttamiseen ja hoitosuhteen jatkuessa laaditaan erikseen tarkka päihde- ja mielenterveysongelman kartoitus. Potilaan kokonaisvaltainen tilanne on tärkeä huomioida ja välttää hoidon halkomista keskittymään pelkästään joko päihde- tai mielenterveysongelman hoitoon. Päihderiippuvaisen potilaan hoito, jonka psyykkiset oireet ovat lieviä toteutetaan ensisijaisesti perusterveydenhuollossa tai päihdepalveluissa. Kaikkien potilasta hoitavien tahojen olisi hyvä pyrkiä yhteistyöhön ja laatia yhdenmukaiset hoidon tavoitteet. (Lindholm, Luoto, Koivukangas & Kampman 2013, 2057, 2061.)

4.3 Terveystietäjä mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistajana ja hoitajana

Etelä-Afrikassa on tutkittu perusterveydenhuollossa työskentelevien sairaanhoitajien tietämystä, asenteita ja uskomuksia liittyen niiden potilaiden hoitoon, joilla on mielenterveysongelma. Tutkimus toteutettiin kuudella eri klinikalla, jotka oli valittu tutkimukseen maantieteellisen sijaintinsa perusteella. Näillä klinikoilla oli runsaasti potilaita, joilla oli mahdollisesti jokin mielenterveysongelma, joten sairaanhoitajien merkitys mielenterveysongelmien tunnistamisessa ja hoidossa oli merkittävä. Tutkimuksen tiedot kerättiin hoitajilta kyselyllä, jonka avulla saatiin selville, että asenteet ja uskomukset mielenterveys potilaita kohtaan olivat pääosin positiivisia. Kävi ilmi, että koulutuksen ja valvonnan puute heikensivät sairaanhoitajien kykyä pärjätä mielenterveysongelmaisten potilaiden kanssa. Tutkimuksesta nousi esiin myös se, että jatkossa tarvitaan lisää koulutusta lisäämään

sairaanhoidajien kykyä tunnistaa ja diagnosoida mielenterveysongelmia. (Dube & Uys 2016.)

Myös Ruotsissa on tehty vuonna 2017 tutkimus, jonka tarkoituksena oli selvittää perusterveydenhuollossa työskentelevien hoitajien kokemuksia kohdata ja hoitaa aikuisia potilaita, joilla on mielenterveysongelmia. Tutkimus tehtiin yksilöhaastatteluin ja osallistumiskriteerinä pidettiin yli kolmen vuoden työskentelyä terveyskeskuksessa. Hoitajat kertoivat, että aikuisten potilaiden mielenterveydentilat voivat vaihdella lievästä mielenterveyshäiriöstä vakavaan mielenterveysongelmaan. Ihmisten elämäntavoilla koettiin olevan merkitystä joko positiivisesti tai negatiivisesti mielenterveyteen. Hoitajat kokivat, että ei ole yhtenäistä lähestymistapaa, joka toimisi kaikille potilaille. Potilaat koettiin usein emotionaalisesti varautuneiksi. Tulokset paljastivat, että hoitajat voivat myös kokea olevansa epävarmoja kohdatessaan mielenterveysongelmista kärsiviä potilaita ja hoitaessaan heitä. Riittävä ammatillinen pätevyys ja sen tuoma varmuus kohdata ja hoitaa potilaita koettiin tärkeänä. Hoitajat kaipasivat parempaa yhteistyötä muiden hoitajien kanssa organisaation sisällä sekä erikoissairaanhoidon kanssa. (Janlöv, Johansson & Clausson 2018, 987-996.)

Kokon (1999) tekemässä väitöskirjassa tutkittiin haastattelun ja kyselyn avulla perusterveydenhoidon eri toimintaympäristöissä työskentelevien hoitajien käsityksiä depressiosta ja sen hoitamisesta. Lähes kaikki tutkimukseen osallistuneet olivat erikoissairaanhoidajia, joukossa oli myös muutama terveydenhoitaja. Kaikki päivystysvastaanotolla työskennelleet sairaanhoitajat arvelivat potilaiden joukossa olevan myös masentuneita, jotka vastaanotolle päästyään kertovat vain somaattisista vaivoista. Ajanvarausvastaanotolla ja työterveyshuollossa työskennelleet hoitajat arvioivat depression ja mielialuongelmistaan puhuvien asiakkaiden määrän lisääntyneen. Asiakkaan masennuksen tunnistamista ja hoitamista pidettiin vaikeana ja omia taitoja riittämättöminä. Hoitajat toivoivat, että he saisivat lisäkoulutusta depressioasiakkaan kanssa työskentelyyn. Hoitajilla oli yleinen käsitys, että masentuneen asiakkaan hoito kuuluu mielenterveystyöntekijöille tai lääkäreille. Omana tehtävänään he pitivät masennuksen tunnistamista ja masentuneen asiakkaan ohjaamista jatkohoitoon. Hoitajat olivat pettyneitä siihen, ettei masentuneen potilaan kokonaisvaltaista hoitovastuuta tuntunut olevan kelläkään. Isoimpana ongelmana hoitajat pitivät ajanpuutetta ja kiirettä vastaanottotyössä

sekä lääkärin lääkehoitokeskeisyyttä masentuneen asiakkaan hoidossa. (Kokko 1999, 71-106.)

Karjalaisen (2013) tutkimuksessa tarkoituksena oli tuoda ilmi matalan kynnyksen mielenterveyspalvelussa vastaanottotyötä suorittavien työntekijöiden kokemuksia heidän ja potilaiden välisestä vuorovaikutuksesta. Tutkimus pyrki myös löytämään potilaiden ja työntekijöiden näkemyksiä sairaanhoitajien tarvitsemasta osaamisesta. Tutkimusta varten haastateltiin kymmentä työntekijää, jotka tekivät vastaanottotyötä matalankynnyksen mielenterveyspalvelun yksikössä. Tulosten mukaan vastaanottotyötä tekevä sairaanhoitaja oli vuorovaikutuksessa potilaiden kokonaisvaltaisten ja ennalta-arvaamattomien ihmiselämään liittyvien ilmiöiden ja ongelmien kanssa. Hyvän yhteistyösuhteen luomisessa avainasemassa oli potilaan kohtaaminen arvokkaana ja ainutlaatuisena yksilönä. Tuloksista käy ilmi, että työkokemuksen myötä tullut osaaminen oli työntekijälle tärkeää, kun piti tehdä itsenäisiä päätöksiä. Sairaanhoitajan osaamisvaatimukseen painottui joustava persoonallisuus, joka luo edellytykset muulle kokonaisvaltaiselle osaamiselle. Myös teoreettiset ja kliiniset taidot koettiin tärkeinä. Kehittämisenvaraa oli somaattisiin sairauksiin ja päihteisiin liittyvässä osaamisessa. (Karjalainen 2013, 1, 42.)

Mattilan (2018) tekemässä tutkimuksessa selvitettiin kyselyn avulla, millaisia keinoja perusterveydenhuollossa työskentelevillä työntekijöillä on tunnistaa ja hoitaa alkoholiongelmia. Tulosten mukaan kaikki työntekijät kohtasivat työssään runsaasti alkoholia käyttäviä henkilöitä. 51 % vastaajista kertoi kohtaavansa runsaasti alkoholia käyttäviä henkilöitä viikoittain. Päivittäin alkoholia runsaasti käyttäviä henkilöitä kohtasi 14 % työntekijöistä. Käytetyimmät keinot alkoholiongelman tunnistamiseen olivat potilaan havainnointi ja haastattelu. Muita kuin edellä mainittuja keinoja käytettiin selvästi vähemmän. Hoidossa tavallisimmin käytetyjä keinoja olivat alkoholin terveyshaitoista tiedottaminen sekä alkoholin riskirajoista kertominen. (Mattila 2018, 23,25.)

5 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

5.1 Laadullinen tutkimusmenetelmä

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimusmenetelmässä lähtökohtana ja pyrki- myksenä on kuvata todellista elämää (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2014, 161). Laadullisen tutkimusmenetelmän tavoitteena on saavuttaa ihmisten oma- kohtaiset kuvaukset todellisuudesta, joka on itse koettu. Tämänkaltaisten ku- vausten ajatellaan sisältävän asioita, joita ihminen kokee itselleen elämässään tärkeinä sekä merkityksellisinä. (Vilkkä 2015, 118.) Tämän tutkimuksen lähtökoh- tana oli kuulla eritoten asiantuntijoiden, tässä tapauksessa terveydenhoitajien ku- vaamia kokemuksia tutkittavasta aiheesta, joten laadullinen tutkimustapa oli sel- keä valinta tutkimuksen toteuttamiseen. Tässä opinnäytetyössä saavutettiin ter- veydenhoitajien omakohtaiset kuvaukset ja kokemukset tutkittavasta aiheesta. Terveystenhoitajat toivat tuloksissa omakohtaisesti ilmi heille merkitykselliset ja tärkeät asiat.

Laadullista tutkimusprosessia voidaan kuvata myös yhdenlaiseksi tutkijan oppi- misprosessiksi, jossa yritetään koko tutkimuksen ajan lisätä tutkijan tietoisuutta tutkittavasta asiasta (Kiviniemi 2015, 80). Tätä opinnäytetyötä tehdessä opinnäy- tetyöntekijän tietämys on lisääntynyt kokonaisvaltaisesti liittyen aikuisten mielen- terveys- ja päihdeongelmiin sekä niiden tunnistamiseen ja hoitoon. Tätä edesaut- toi monipuolinen tutustuminen lähteisiin ja tutkimuksiin, jotka käsittelivät tutkitta- vaa aihetta.

Laadullisin tutkimusmenetelmin suoritettuna tutkimuksen tulisi olla emansipatori- nen. Tällä tarkoitetaan sitä, että tutkimushaastatteluun osallistujia ei käytetä pel- kästään välineinä tiedon keräämiseksi, vaan tutkimuksen pitäisi kasvattaa myös tutkittavien tietoisuutta asiasta ja sillä tavoin positiivisesti vaikuttaa tutkittavaan asiaan liittyviin ajattelu- ja toimintatapoihin myös silloin kun tutkimustilanne on loppunut. (Vilkkä 2015, 125.)

5.2 Aineiston keruu

Tutkimus, joka toteutetaan laadullisella menetelmällä antaa mahdollisuuden hankkia tutkimusaineistoa usealla tavalla. Monesti tutkimusaineistoksi valikoituu ihmisten kokemuksia, jotka ovat puheen muodossa, joten tutkimusaineiston keräys toteutetaan haastatteluina. Laadullisessa tutkimusmenetelmässä tutkimusaineistoksi voi käyttää muun muassa esineitä, ihmisen puhetta, päiväkirjoja, elämänkertoja, kirjoitelmia, sanomalehtiä, ammatti- ja aikakauslehtiä, mainoksia ja valokuvia. (Vilkka 2015, 122.)

Opinnäytetyönsuunnitelman ollessa lähes valmis, ilmaantui maailmanlaajuinen koronapandemia. Tämä toi muutoksia aineistonkeruuseen siten, että aiemmin suunnitellut terveydenhoitajien ryhmäteemahaastattelut muuttuivat yksilöhaastatteluiksi etäyhteyksien välityksellä kesäkuussa 2020. Tätä edelsi useiden sähköpostiviestien vaihto terveydenhoitajien esimiehen kanssa, jossa sovittiin muun muassa osallistujat ja aikataulut haastatteluille.

Teemahaastattelu voidaan nimetä myös puolistrukturoiduksi haastatteluksi ja se on useimmin käytössä oleva tutkimushaastattelun muoto. Teemahaastattelun aikana tutkimusongelmasta kerätään olennaiset teemat tai aiheet, joita tutkimushaastattelussa pitäisi käsitellä, jotta tutkimusongelmaan pystytään vastaamaan. Tutkimushaastattelun aikana teemojen käsittelyjärjestyksellä ei ole väliä. Tavoitteena on, että jokaisesta teemasta haastateltavan on mahdollista antaa oma näkemyksensä ja haastatteluteemat on suoritettu haastateltavan näkökulmasta järkevässä järjestyksessä. (Vilkka 2015, 124.) Yleensä tutkimushaastattelu suoritetaan yksilöhaastatteluna. Riippuen siitä, mitä tutkimuksella tavoitellaan, voidaan tutkimushaastattelutapaa soveltaa lisäksi ryhmä- tai parihaastatteluun (Vilkka 2015, 123).

Laadullisella tutkimusmenetelmällä ja sen aineiston keräämisellä tavoitellaan aineiston sisällöllistä laajuutta (Vilkka 2015, 129). Tämä tutkimus oli alun perin suunniteltu toteutettavaksi teemahaastatteluna (Liite 2) kahdelle eri terveydenhoitajaryhmälle, joista ensimmäiseen ryhmään olisi pyritty saamaan neljä terveydenhoitajaa ja toiseen kolme terveydenhoitajaa. Terveydenhoitajat työskentele-

vät terveysasemilla hoitaen aikuisten terveysneuvontaa ja tarkastuksia. Tavoitteena ryhmissä oli saada aikaan hyvä ja avoin ilmapiiri, jossa jokaisella ryhmän jäsenellä on mahdollisuus osallistua keskusteluun ja tuoda omia ajatuksiaan ilmi.

Opinnäytetyöntekijä kirjoitti saatekirjeen (liite 3), joka lähetettiin terveydenhoitajille sähköpostitse heidän esimiehensä toimesta. Saatekirjeessä pyydettiin terveydenhoitajia osallistumaan tutkimukseen, kertoen sen kuitenkin olevan vapaaehtoista. Lisäksi kirjeessä kerrottiin, että haastattelut nauhoitetaan ja toteutetaan etänä joko yksilö tai ryhmähaastatteluina. Kirjeessä tuotiin myös ilmi, että aineisto hävitetään asiallisesti työn valmistuttua ja että tulokset käsitellään luottamuksellisesti. Haastattelujen teemat tuotiin kirjeessä terveydenhoitajille etukäteen ilmi. Haastatteluun suostui yhteensä viisi terveydenhoitajaa, joista yhden haastattelu jäi saamatta tietoteknisistä syistä aiheutuneista ongelmista. Terveydenhoitajien haastattelut järjestettiin esimiehen toiveesta yksilöhaastatteluina, koska ajallisesti lomakautena niiden järjestäminen oli helpompaa.

Kaikki neljä haastattelua suoritettiin erikseen ja eripäivinä etäyhteyksin yhtenäisen viestinnän ja yhteistyöalusta Teamsin välityksellä. Jokaisen haastattelun alussa opinnäytetyöntekijä antoi vielä informaatiota suullisessa muodossa koskien haastattelun vapaaehtoisuutta, luottamuksellisuutta ja aineiston käsittelyä. Myös tutkimuksen tarkoitus tuotiin ilmi opinnäytetyöntekijän toimesta. Kaikki haastateltavat antoivat suostumuksensa suullisesti (liite 4) mukaisesti, ennen haastattelujen alkua. Haastattelun suoritti opinnäytetyöntekijä, joka myös vastasi tietoteknisestä toteutuksesta. Tutkimushaastattelulle on välttämätöntä, että se tallennetaan jossakin muodossa (Hirsjärvi & Hurme 2010, 75). Opinnäytetyön tekijä piti huolen, että jokainen haastattelu nauhoitettiin ja nauhoituksen alkaessa terveydenhoitajille vielä kerrottiin sen alkamisesta.

Haastattelussa tärkeänä pidetään alkuhetkiä. Silloin haastattelija ja haastateltava luovat perustan kohtaamiselle, tunnelmalle ja luottamukselle. Hyviin eettisiin tapoihin sisältyy, että haastateltava kohdataan ihmisenä eikä pelkästään tiedonlähteenä. Haastattelutilanteessa vuorovaikutus on avointa, joten sen on mahdollista olla yllätyksellistä. Hyvän haastattelijan ominaisuuksiksi katsotaan kuuntelemisen taito sekä taito olla hiljaa. Tärkeä ominaisuus on myös olla kannustava haastateltavaa kohtaan. (Hyvärinen, 2017, 39, 42.)

Haastattelija ja haastateltavat eivät olleet toisilleen ennestään tutut. Luottamuksen syntymistä haastattelijan ja haastateltavan välillä pyrittiin lisäämään alkuvaiheessa siten, että tietokoneiden kamerat olivat päällä. Tämä mahdollisti näkemisen kasvotusten ja loi rentoutta ennestään uudenlaiseen haastattelutilanteeseen.

5.3 Aineiston analyysi

Aineistolähtöisen analyysin ideana on, että saadusta tutkimusaineistosta yrittään luoda teoreettinen kokonaiskuva. Tutkimuksen tarkoitus ja tehtävänasettelu vaikuttavat siihen, mitä analyysiyksiköitä poimitaan aineistosta. Pääajatus on, että analyysiyksiköt eivät ole ennalta harkittuja tai sovittuja. Havainnot, tiedot tai teorit, jotka ovat aiemmin tehty tutkittavasta aiheesta eivät saisi olla merkityksellisiä analyysin toteuttamisen tai lopputuloksen kanssa, koska analyysin ajatellaan olevan peräisin aineistosta. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 95.) Saatu aineisto analysoitiin edellä mainitulla aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä pitää ensiksi päättää, mitkä asiat aineistossa kiinnostaa. Aineisto käydään läpi ja poimitaan niitä asioita, jotka ovat tutkimustehtävien kannalta oleellisia. Yhden tutkimuksen puitteissa ei voida kaikkea tutkia, mutta tutkittavasta asiasta pitää raportoida rehellisesti kaikki asiat mitkä esiin tulevat. Tämän jälkeen aineisto litteroidaan, jolloin saatu aineisto kirjoitetaan tekstiksi. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 92.) Tässä opinnäytetyössä aineiston analysointi lähti liikkeelle siten, että jokaisen haastattelun jälkeen aineisto kuunneltiin uudelleen viimeistään neljäntenä päivänä haastattelusta ja kirjoitettiin sanasta sanaan auki tekstimuotoon. Litteroinnin opinnäytetyöntekijä suoritti itse arial 12 fontilla, 1,5 rivinvälillä, joka tuotti hieman reilun kuusi sivua aineistoa. Tämän jälkeen aukikirjoitettua tekstiä luettiin vielä useita kertoja.

Aineiston koodaamisen tutkija voi tehdä siten, miten itse parhaaksi kokee. Koodimerkeillä on kuitenkin tärkeitä tehtäviä. Niiden avulla merkitään aineistoon muistiinpanoja tärkeistä asioista tutkimustehtävien kannalta. Niitä hyväksi käyttäen voidaan löytää ja tarkistaa tekstistä erilaisia kohtia eli ne toimivat ikään kuin

osoitteena. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 92-93.) Opinnäytetyöntekijä poimi aineistosta sellaiset ilmaukset, jotka olivat oleellisia tutkimuskysymysten kannalta. Koodaamista suoritettiin tähän aineistoon siten, että tekstistä alleviivattiin värikyinin ilmaiset, jotka tarkoittivat samankaltaisuutta ja vastasivat samaan tutkimuskysymykseen. Tämä helpotti edelleen aineiston käsittelyä ja analysointia.

Kolmannessa vaiheessa tekstiä luokitellaan, teemoitellaan tai tyypitellään. Tätä vaihetta ei voida tehdä, ellei kaksi edellistä vaihetta ole toteutunut. Teemoittelussa korostuu, mitä jokaisesta eri teemasta on tuotu ilmi. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 91-93.) Tässä opinnäytetyössä teksti järjesteltiin teemoittain eli hahmoteltiin ja koottiin tietyn aihepiirin alle pelkistäen ne tekstikohdat, jotka olivat teemoiltaan samankaltaisia.

Tutkimuskysymyksiä oli tässä opinnäytetyössä neljä. Aineiston analysoinnin jälkeen ensimmäiseen tutkimuskysymykseen syntyi alaluokista kaksi yläluokkaa (liite 5) ja toiseen tutkimuskysymykseen alaluokista tuli kolme yläluokkaa (liite 6). Kolmas tutkimuskysymys päättyi alaluokkatasolle (liite 7) ja neljäs tutkimuskysymys tuotti alaluokista kaksi yläluokkaa (liite 8). Neljättä tutkimuskysymystä muokattiin alkuperäisestä, koska terveydenhoitajat kuvasivat myös yleisiä kehittämisehdotuksia oman työnsä lisäksi.

6 TULOKSET

6.1 Terveydenhoitajien kokemukset omista valmiuksistaan tunnistaa asiakkaiden mielenterveys- ja päihdeongelmia

Terveydenhoitajien kokemusten mukaan työhön kuuluva osaaminen auttaa mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistamisessa. Terveydenhoitajat myös kokevat, että tunnistamiseen liittyy tietyntylaisia ongelmia.

6.1.1 Terveydenhoitajan työhön kuuluva osaaminen auttaa tunnistamista

Mielenterveys- ja päihdeongelmien yleisyyden koettiin helpottavan ongelmista puhumista. Työn katsottiin sisältävän paljon mielenterveys- ja päihdeongelmaisia asiakkaita ja heidän ongelmiansa käsittelyä, joka antaa valmiuksia tunnistamiseen ja helpottaa niistä puhumista. Tuotiin myös esille, että mielenterveys- ja päihdeongelmista on helppo puhua asiakkaan kanssa, koska niistä puhuminen kuuluu omaan työhön.

...hirveen paljon käsittellään justiin tän alan ongelmia ja asiakkailla on paljon mielenterveys- ja päihdeongelmia ja niistä on sillai helppo puhua

Kyllä mä niitä kohtaan hyvin paljon työssäni, että et ihan voi sanoa, että tosi paljon on näitä mielenterveys- ja päihdeongelmia. Että kyllä mä niinku aattelen vastaan sun kysymykseen, että kyllä niitä tunnistaa sieltä.

Työkokemuksen ja koulutuksen koettiin helpottavan mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistamista. Hyvää valmiutta tunnistaa edesauttaa pitkä työkokemus. Lisäksi käydyt koulutukset ja kurssit koettiin tärkeänä tunnistamisen apuvälineenä.

Mun valmiudet on aika hyvät... mulla on yli kahdenkymmenen vuoden työkokemus, että se tekee tietenkin oman, omansa tähän työhön. (helpottaa tunnistamista).

Ollaan saatu Tampereen kaupungilta paljon koulutusta, hyviä koulutuksia.

Havainnointia pidettiin tärkeänä, koska sen avulla pystytään huomaamaan monia asioita ja luomaan kuva asiakkaan nykytilanteesta. Havainnointiin katsottiin kuuluvan asiakkaan habituksen huomiointi, asiakkaan liikkumisen huomiointi ja asiakkaan toimintakyvyn huomiointi.

Asiakkaasta itsestäänkin tietysti paljon huomaa habituksesta, miten asiakas liikkuu ja toimintakyvystä.

Aiempiin tietoihin tutustumisen ajateltiin olevan apuna tunnistamisessa. Sen ajateltiin sisältävän asiakkaan laboratorio ja asiakirjat, tilatut paperit, kantapalvelun, kelan asioinnit, vanhan historian näkemisen ja vanhan sairashistorian tuntemisen.

Sitten mää nään labrat ja asiakirjat ja tilatut, paljon papereita käytettävissä, on kantaa ja kelan asioita ja monesta paikkaa nään niitä sitä vanhaa historiaa.

Testit ja kyselyt koettiin tärkeänä tunnistamisen apuna. Terveystarkastuksen yhteydessä tunnistamiseen käytettäviä testejä ja lomakkeita ovat omat esitietolomakkeet, BDI, AUDIT, SADD sekä lisäksi käytetään toimintakykyä, unirytmia, työkykyä ja muistia selvittäviä lomakkeita.

Meillä on niinku siinä terveystarkastuksessa runsaasti erilaisia apulomakkeita käytössä eli täytätetään BDI:tä, AUDITia, tarvittaessa SADD-lomaketta ja sit vielä seikkaperäisesti meillä on omat esitietolomakkeet ja tarvittaessa käytetään ihan toimintakykyyn, unirytmiiin, työkykyyn, muistiin liittyviä lomakkeita.

6.1.2 Tunnistamiseen liittyvät ongelmat

Terveydenhoitajien tulee tunnistaa asiakkaan mahdollinen mielenterveys- ja/tai päihdeongelma yhdellä terveystarkastuskäynnillä, jonka aika on rajattu noin tunnista puoleentoista tuntiin. Tämän rajallisen ajan koettiin heikentävän tunnistamista.

Toki meillä käydään vain kerran, et se nyt muodostaa sitten vähän erilaiseksi sen tarkastuksen. (heikentää tunnistamista).

Oma työ on sillai et mä tapaan yhden kerran yleensä tätä asiakasta, niin se että on siinä niinku semmonen aika riittämätön olo välillä.

Mielenterveys- ja päihdeongelman oikean vakavuusasteen tunnistamista pidettiin haastavana. Koettiin, että vakavan mielenterveysongelman ja mielialanvaihtelun erottaminen toisistaan on hankalaa. Lisäksi koettiin, että mielenterveys- ja päihdeongelmia on haastavaa tunnistaa hyvistä valmiuksista huolimatta.

Mut tavallaan se että mikä on niinku sitte jo ja kuinka vakava mielenterveysongelma esimerkiksi vai onko tää vain jotain niin sanottua normaalia mielialan vaihtelua taikka näin.

No sanotaan näin, että henkilökohtaisella tasolla tää on se osa-alue, joka on niinku aina ollu se jotenkin haasteellisin, et tietysti koulutusta on jo saanut se pohjakoulutus ja sitte mä oon känyt tämmöset niinku mielenterveys/terveyden ensiapu ykkös ja kakkos kurssitkin ja muuta.

6.2 Terveydenhoitajien kokemukset omista valmiuksistaan hoitaa asiakkaiden mielenterveys- ja päihdeongelmia

Terveystenhoitajien kokemusten mukaan työ keskittyy kartoitukseen ja tunnistamiseen, eikä hoitamisen varsinaisesti katsottu kuuluvan omaan työhön. Terveystenhoitajat toivat ilmi, että heillä on hyvät valmiudet jatkohoitoon lähettämiseen. Terveystenhoitajat kokevat, että jatkohoitoon liittyy myös ongelmia.

6.2.1 Työ keskittyy kartoitukseen ja tunnistamiseen

Mielenterveys- ja päihdeongelmien hoitamisen ei varsinaisesti koettu kuuluvan omaan työhön. Ajateltiin, että työ on ongelmien tunnistamista, kartoittamista ja ohjausta, ei hoitamista. Todettiin, että on koulutettu tunnistamaan ja ohjaamaan asiakasta eteenpäin, ei hoitamaan varsinaisesti. Tuotiin myös esille, että tunnin aikana mielenterveys- tai päihdeongelmaa ei pystytä hoitamaan.

Mähän en varsinaisesti hoida, vaan me kartotetaan, kun me ollaan terveydenhoitajia.

Et sen tunnin aikana en tokikaan päihdeongelmaa tai mielenterveysongelmaa lähe hoitamaan että. Mutta nyt keskustelun niinku sillai asiakkaan ollessa niin tottakai avitan sen, mitä pystyn, mutta varsinaisesti en hoida että.

Tarkastuksen aikana keskustellaan ja annetaan ohjausta ajan sallimissa rajoissa. Hoitovalmius koettiin lähinnä kuunteluun ja keskusteluun liittyväksi. Rajallinen aika, joka tarkastuksessa on käytettävissä tuottaa haasteita hoitamiselle.

...pyrin kuitenkin omalta osaltani ihan kyllä keskustelemaan ja kuuntelemaan.

Toki sen keskustelun aikana asiakkaan kanssa tarvittaessa annan ohjausta sen mitä nyt tunnin aikana pystyn.

6.2.2 Hyvät valmiudet jatkohoitoon lähettämiseen

Tulosten perusteella ajateltiin, että tunnistamisen jälkeen on hyvä valmius lähettää jatkohoitoon. Jatkohoitopaikkoina toimivat Ensiohjaus Ensio, mielenterveys-työparit, terveysasemat, lääkäri, ohjaamo, etsivätyö, aikuispsykiatria sekä kolmannen sektorin palvelut.

Tunnistamisessa koen olevani ihan taitava, että tota me sitten lähetetään osviittaaan, Ensioon, mielenterveystyöparille, terveysasemalle, ohjaamoon, etsivään työhön, aikuispsykiatrille taysiin, et meillä on aika laajat valmiudet ja mahdollisuudet tehdä lähetteitä asiakkaalle.

Että me ohjataan tosiaan mielenterveystyöpareille ja paljon tonne kolmannen sektorin palveluihin ohjataan ja sitten tota ihan lääkärille tietysti lääkitysasioissa ja muissa.

Jatkohoitoon ohjaaminen koettiin keskeiseksi tehtäväksi. Terveystenhoitajat tekevät lähetteitä ja ohjaavat jatkohoitopoluille. Lisäksi yksilöllisen hoitopaikan löytäminen asiakkaalle koettiin tärkeänä.

Se meidän tehtävä on lähinnä sitte niitä polkuja ja tehdä lähetteitä eteenpäin.

...katsoo hänelle niinku joku sellanen helppo paikka missä hän vois jutella, missä hänen olis helppo jutella näistä vaikeistakin asioista.

6.2.3 Jatkohoitoon liittyvät ongelmat

Tuloksista kävi ilmi, että palveluiden haastavuuden katsottiin hankaloittavan jatkohoitoon lähettämistä. Koettiin, että mielenterveyspalvelut tuntuvat haastaville, jonka vuoksi jatko ohjaus on hankalaa. Myös hoitopolut tuntuivat haasteellisilta.

Noi mielenterveyspalvelut niin ne tuntuu jotenki tosi haastaville, et miten mitenkä niinku ohjaat oikeesti silleen eteenpäin, että se asiakas siitä hyötyisi.

...mut se jatko-ohjaus niin se on semmonen elikkä tuntuu että ne polut mihkä ohjata ja ketä kutakin ni se on mielestä aika haasteellinen.

Tuloksissa tuotiin esille, että epätietoisuus jatkohoidosta vaikeuttaa päätöksentekoa. Todettiin, että tunnistamisen jälkeen esiintyy epävarmuutta hoitoon pystymisestä. Lisäksi epävarmuutta koitui siitä, miten lähteä hoitamaan tunnistettua ongelmaa asiakkaan läsnä ollessa.

No siitä täytyy sano, että että tota ollaan kyllä ihan puhuttu työyhteisössäkkin siitä, että tämmösiä niinku tavallaan tunnistetaan kyllä niitä mielenterveys- ja päihdeongelmia, mut sitte se että onko niinku antaa yhtään niinku kättä pidempää asiakkaalle.

Se että kuinka lähteä puuttumaan sen yksittäisen ihmisen sit siihen ongelmaan jos se siinä nyt tosiaan tunnistetaan ja asiakaskin sen niinkun nyt myöntää niin niin tota se tarve siihen, et mihin lähtee ohjaan sitä... Että miten siinä hetkessä sitten löytää se oikee polku. Mun mielestä se on haasteellista.

6.3 Terveydenhoitajien kokemukset omasta osaamisesta mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistajina ja hoitajina.

Terveydenhoitajat kokivat osaamisensa hyväksi mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistajina. Puutteelliseksi oma osaaminen koettiin puolestaan mielenterveys- ja päihdeongelmien hoitajina.

6.3.1 Oma osaaminen koettiin hyväksi mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistajina

Oma osaaminen koettiin hyvänä mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistajina. Ajateltiin, että mielenterveys- ja päihdeongelmia oppii tunnistamaan omassa työssä ja koulutuksista on apua tunnistamiseen. Lisäksi työkokemuksen ja koulutusten tuoma pohjatieto edesauttaa tunnistamista.

Kyä mä koen, koen siis että kyllä niinku niitä mielenterveys- ja päihdeongelmia kyllä niitä tunnistaa ja oppii tunnistamaan kyllä tässä työssä.

No joo, valmius on valmius on hyvä et on sannut tota asioihin niinku sitä pohjatietoo.

6.3.2 Oma osaaminen koettiin puutteelliseksi mielenterveys- ja päihdeongelmien hoitajina

Oma osaaminen koettiin puutteellisena mielenterveys- ja päihdeongelmien hoitajina. Nähtiin, että hoitopoluille ohjaamisessa heti ongelman tunnistamisen jälkeen on parannettavaa. Tuloksista tuli myös esille, että koulutuksesta lähtien pitäisi enemmän lisätä tietoisuutta siitä, miten mielenterveys- ja päihdeongelmia hoidetaan.

Miten osaan ohjata sen asiakkaan sitten sinne oikealle hoitopolulle, niin siinä on parantamisen varaa.

Kyllä mä koen se on ehkä semmonen asia, mihkä tarvis enemmän kiinnittää huomiota jo ihan koulutuksesta lähtien.

6.4 Mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistamiseen ja hoitamiseen liittyvät kehittämiskohteet

Mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistamiseen ja hoitamiseen liittyviä kehittämisen kohteita terveydenhoitajat kuvasivat oman työnsä näkökulmasta. Terveydenhoitajat toivat kehittämisen kohteita ilmi myös yleisesti.

6.4.1 Kehittämiskohteet oman työn näkökulmasta

Koulutuksia pidettiin tärkeinä mielenterveys- ja päihdeasioiden ajan tasalla pysymiseksi. Lisäksi toivottiin, että koulutuksiin olisi mahdollisuus osallistua säännöllisesti ja että ne olisivat asiasisällöltään hyödyllisiä.

No kyllä mä pidän niinku Tampereen kaupungilla kun töissä oon niin äärettömän tärkeänä säännöllisiä, hyviä koulutuksia, et se on että pysyy niinku tavallaan ajanhermolla.

Joo eli koulutus, mutta siis just koen että säännöllisenä.

Tiedonsaantia palveluista toivottiin paremmaksi. Kaivattiin tietoa jatkohoitopaikoista, mihin asiakkaita voi ohjata ja lisäinformaatiota jatkohoitopaikkamahdollisuuksista asiakkaan ongelman mukaan. Toivottiin myös tiedonkulkua paremmaksi ja ajankohtaisen tiedon saantia mielenterveys- ja päihdepalveluista niiden muuttuessa.

Pitäs saaha niinku enemmän tietää... ihan niitä palveluita sillai, että miten niinku ohjaan ja mihinkä mä ohjaan.

Jos asiat on muuttunut, nää hoitopolut ja muuta niin et sitä tulis niinku ajankohtaisesti sitte aina se tieto meillekin niin tää on se mitä mun mielestä pitäs niinku saada pyörimään huomattavasti paremmin.

Kaivattiin lisää työkaluja tunnistamisen ja hoitamisen helpottamiseksi. Terveystenhoitajan laaja-alaisen työnkuvan vuoksi koettiin tarvittavan konkreettisia työkaluja asiakkaan ongelmien tunnistamiseen ja hoitamiseen. Tuotiin ilmi, että tarkastukseen sisältyy paljon kaikkea, joten terveydenhoitajat eivät pysty keskittymään pelkästään asiakkaan mielenterveys- ja päihdeongelmien hoitamiseen.

...kyllähän mä hoidan sillälaila niinku mitä pystyy kuuntelemaan ja sillai rohkasemaan eteenpäin mutta tota tietysti sit jos tarvii enemmän jotain työkaluja siihen ja menetelmiä niin niitä ei sitte ehkä siinä pysty silleen, et kuitenkin terveydenhoitajan työ on niin paljo laaja jo muutenkin että ei pysty niinku yksisteen siihen niinku mutta kyllä mä

koen se on ehkä semmonen asia, mihkä tarvis enemmän kiinnittää huomiota.

Lisää resursseja koettiin tarvittavan asiakkaiden ja kollegoiden kanssa toimimiseen. Toivottiin terveydenhoitajille mahdollisuutta pitää kollegoiden kanssa keskinäisiä keskusteluja ja terveydenhoitajille mahdollisuus ottaa mielenterveys- ja päihdeongelmainen asiakas uusintakäynnille, jotta päihdepsykiatrisen puolen hoitopaineita pystytään helpottamaan.

Työpaikalla tälläset preefingit ja keskustelutkin sitte ammattilaisten kans niinku keskenämme henkilökunta on ihan et annetaan siihen mahdollisuus, ettei kaikki ajat oo täynnä, et pystytään sitte puimaan ihan keissejä nimettöminä. Niin oikeestaan kaikkein eniten opettaa siinä työssä.

Helpottaakseen sitä psykiatrisen puolen tai päihdepuolenkin painetta ni vois hoitajakki joskus ottaa näitä asiakkaita, vaikkei olisikaan psykiatrinen sairaanhoitaja, koska psykiatriselle sairaanhoitajallekaan ei saa näitä potilaita.

6.4.2 Kehittämiskohteet yleisesti

Terveydenhoitajat toivoivat, että ammattilaisten määrää mielenterveys- ja päihdehoitotyöhön lisättäisiin, koska asiakkaidenkin määrä tämän sisältöisessä työssä kasvaa. Koettiin, että alalle tarvitaan lisää työntekijöitä eli osaajia.

Huomaa omassakin työssään, että lisääntyy ihmisten määrä tässä, että isommissa tai pienemmissä määrin niin meitä osaajiakin tarvittas.

Jatkohoitoapaikkojen lisäämisellä toivotaan lisää hoitopaikkoja, jotta niitä on mahdollisuus tarjota asiakkaille. Tuotiin esille, että kolmannen sektorin palveluiden lisäksi tarvetta on myös muille palveluille. Myös psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja päihdepsykiatrisia hoitopaikkoja toivottiin lisää.

Se mikä on mikä mihin nyt on mitä tietysti tarvitaan on niin sitä että näille asiakkaille ja potilaille olis niitä tarjota niitä hoitomahdollisuuksia ja jatkohoitopaikkoja. Ja että niistä on aina pulaa.

Suurin huolenaihe se psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja päihdepsykiatrisen nää rajalliset mahdollisuudet hoitaa näitä ja ottaa näitä asiakkaita hoitoon.

Tärkeänä pidettiin myös lisäpanostusta ennaltaehkäisyyn. Toivottiin riittäviä toimia ennaltaehkäisyyn vakavien ongelmien vähentämiseksi ja välttämiseksi. Haluttiin myös, että lapset huomioidaan ennaltaehkäisyssä ja matalankynnysten paikkoja kaivattiin lisää asiakkaiden tavoittamiseksi.

Ja se mikä kaikista tärkein se ennaltaehkäisy, että olis keinoja ja että lapsiinkin kohdistetaan näitä ennaltaehkäiseviä toimia. Että ei tulis tälläisiä isoja ongelmia sitten, terveysongelmia.

Munki työ on just tätä matalan kynnyksen palveluneuvontaa niin matalalla kynnyksellä sais heti sen ihmisen niinku käsiinsä ja sitten osais ohjata eteenpäin niin tää on. Tarvis lisätä.

Haluttiin myös lisätä yhteistyötä mielenterveys- ja päihdetoimijoiden kesken. Yhteistyötä toivottiin lisää mielenterveys- ja päihdepuolella työskentelevien henkilöiden kanssa. Byrokratiaa toivottiin vähemmäksi, jotta asioita on helpompi hoitaa ja hoitoa tarvitsevat saisivat avun.

Asioiden hoitaminen pitäis olla helpompaa elikkä et sä voisit niinku vähän niinku sanotaan näin kansankielellä nykästä hihasta sitä jotakin toista, oispa se nyt vaikka joku mielenterveyspuolen henkilö niin tavallaan niinku sä voisit heittää koppia helpommin sinne et se on välillä liian työlästä.

Tehtäs tätä byrokratiaa vähemmäks, että pystyttäs asioita hoitaa sujuvammin sitte.

Terveystenhoitajat nostivat esille, että mielenterveys- ja päihdeongelmien yleisyys edellyttää panostamista. Kerrottiin, että mielenterveys- ja päihdepuolella on töitä, jos siihen halutaan panostaa. Muistutettiin, että mielenterveys- ja päihdeongelmia on paljon ja että ne lisääntyvät koko ajan.

Kyllähän sitä työtä olis ihan pilvin pimein, jos siihen halutaan paneutua ja panostaa, että kyllä sitä löytyy sitä saraa.

Näitä ongelmia on sekä päihde, että mielenterveyspuolella koko ajan lisää.

7 POHDINTA

7.1 Eettisyys

Tutkimus ei voi olla eettisesti hyvä, ellei se noudata hyvää tieteellistä käytäntöä (Hirsjärvi ym. 2014, 23). Tutkimusetiikkaa ajatellen hyvään tieteelliseen käytäntöön sisältyvät rehelliset toimintatavat, huolellisuus ja tarkkuus kaikissa tutkimuksen eri vaiheissa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Hyvä tieteellinen käytäntö pitää lisäksi sisällään, että tutkimusten tekijät noudattavat tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä, jotka ovat eettisesti kestäviä. Tämä tarkoittaa, että tutkimusten tekijät käyttävät tutkimuksissaan sellaisia tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä, jotka on hyväksytty tiedeyhteisön toimesta. Toisten tutkijoiden työn ja saavutusten kunnioittaminen rehellisesti ja vilpittömästi on myös yksi tärkeä hyvän tieteellisen käytännön edellytys. Toisten tutkijoiden huomioiminen osoitetaan muun muassa siten, että lähdeviitteet merkitään tarkoin käytettyyn tekstiin ja esitetään omat ja muiden tutkijoiden tulokset todenmukaisesti. (Vilkkä 2015, 41-42.)

Tätä tutkimusta tehdessä opinnäytetyöntekijä on pyrkinyt toimimaan hyvien tieteellisten käytäntöjen mukaisesti. Asiallisilla lähdemerkinnöillä opinnäytetyöntekijä on erottanut toisten kirjoittaman tekstin omastaan. Aikaisemmat tutkimukset, joita opinnäytetyöntekijä on hyödyntänyt omassa tutkimuksessaan, on nähtävissä tutkimustaulukkona (liite 1).

Tutkimuksen tekeminen lähtee liikkeelle siitä, kun aihe valitaan. Aiheen valintaan liittyy useita eettisiä valintoja. Aiheen on mahdollista valikoitua tutkimukseen monella tapaa, kuten esimerkiksi ohjaajan antamana, tutkimuksen tilaajan antamana tai tutkijan itse päättämänä. (Clarkeburn & Mustajoki 2007, 53.) Eettisesti aihetta pohtiessa tulee miettiä, kenen ehdolla aihe valikoituu ja minkä vuoksi tutkimukseen aletaan (Tuomi & Sarajärvi 2013, 129). Tässä tutkimuksessa aiheen valintaan vaikutti oman ammatillisen taustan vuoksi halu tutkia eritoten terveydenhoitajia, sekä heidän työskentelyänsä aikuisten mielenterveys- ja päihde asiakkai-

den kanssa. Yhteiskunnallisesti aihe tuntui myös merkittävältä ja nyt voidaan todeta, että tämän koronapandemian aikana mielenterveys- ja päihdeasiat ovat nousseet entistä enemmän esille, joten tutkimusaiheeni on varsin ajankohtainen.

Tutkimus tulee tarkkaan suunnitella, toteuttaa ja raportoida tieteellisen tiedon vaatimin kriteerein (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Tutkimuksen lähtökohtana tulee pitää ihmisarvon kunnioittamista. Ihmisille tulee antaa mahdollisuus valita, osallistuvatko he tutkimukseen vai eivät. Tutkimukseen osallistujilta vaaditaan yleensä myönnetty suostumus. Tärkeää on myös selvittää, millä tavoin ihmisten suostumus saadaan ja minkälaista informaatiota heidän on hyvä saada. Suostumus pitää olla vapaaehtoinen ilman tutkijan painostusta tai pakotusta. Lisäksi osallistujalla on oikeus milloin tahansa ja syytä ilmoittamatta olla osallistumatta tutkimukseen tai keskeyttää osallistuminen. (Hirsjärvi ym. 2014, 25.) Hyvään tieteelliseen käytäntöön sisältyy yhtenä keskeisenä asiana myös tutkimusluvan hankkiminen, jotta tutkimus voidaan ylipäänsä toteuttaa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Tutkimuslupa hankittiin Tampereen kaupungilta tutkimuslupahakemuksella, johon liitettiin tutkimussuunnitelma. Luvan allekirjoitti Tampereen kaupungin vastaanottoiminnan ylilääkäri.

Tähän tutkimukseen haluttiin mukaan terveydenhoitajia, jotka työskentelevät aikuisten kanssa mielenterveys- ja päihdetyötä tehden. Tutkimus tehtiin yhteistyössä Tampereen kaupungin kanssa, joten luontevaksi osallistujiksi tarjoutui siellä työskentelevät terveydenhoitajat. Tampereella työskentelevältä hoitotyön päälliköltä tiedusteltiin terveydenhoitajia, jotka voisivat osallistua tutkimukseen. Terveydenhoitajia oli seitsemän, joista viisi ilmoitti vapaaehtoisen suostumuksensa tutkimukseen.

Tutkimusetiikassa tärkeää on ratkaista huolellisesti tutkimusaineistojen säilytykseen liittyvät asiat. Tutkimuksen tekijä tai tekijät ovat vastuussa tutkimuksen säilymisestä ja oleellista on myös huomioida, että tutkittavien anonymiteetti pystytään takaamaan. Lisäksi on huolehdittava siitä, ettei tutkimusaineistot ajaudu missään tutkimusprosessin vaiheessa tai sen jälkeen asiaan kuulumattomien ulottuville. (Alasuutari 2005, 20; Mäkinen 2006, 120; Vilka 2015, 46-47.)

Tutkimuslupahakemukseen liitettiin mukaan tietoturvailmoitus, jossa opinnäytetyöntekijä lupasi muun muassa, että tutkimuksessa ei käsitellä arkaluonteisia henkilötietoja ja analysointivaiheessa suorat tunnistetiedot poistetaan. Tutkittavien anonymiteetistä on huolehdittu siten, että aineiston käsittely, tulosten julkaiseminen ja aineiston hävittäminen on tapahtunut asianmukaisesti. Haastattelut suoritettiin yksityishaastatteluina haastattelijan ja haastateltavan välillä. Tällä tavoin yksityisyyden suoja pystyttiin takaamaan. Saatu aineisto nauhoitettiin tietokoneella ja siirrettiin salasanoin suojattuun tiedostoon. Teams-alustalta haastattelut poistettiin välittömästi sen jälkeen, kun ne oli siirretty tutkijan omiin suojattuihin tiedostoihin. Litteroinnin opinnäytetyöntekijä suoritti itse ja niihin liittyvät peritulosteet säilytettiin lukitussa tilassa. Alkuperäisilmaukset, joita käytettiin tutkimuksen raportissa, tuotiin ilmi nimettöminä niin, että haastateltavan anonymiteettisuoja säilyi. Aineisto hävitetään kokonaisuudessaan opinnäytetyön valmistuttua.

7.2 Luotettavuus

Tieteellinen tutkimus pyrkii tuottamaan tutkittavasta aiheesta niin luotettavaa tietoa, kuin on mahdollista. Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin tehtävänä on selvittää, kuinka todenmukaista informaatiota tutkimuksella on pystytty tuottamaan. Tutkimuksen luotettavuutta on välttämätöntä arvioida tutkimustoiminnan, tieteellisen tiedon ja sen hyödyntämisen osalta. (Kylmä & Juvakka 2012, 127.)

Termit, joita käytetään kuvaamaan tutkimuksen luotettavuutta ovat reliabiliteetti ja validiteetti (Metsämuuronen 2006, 56). Tutkimuksen voidaan todeta olevan reliabeli, jos esimerkiksi samaa henkilöä tutkitaan toistamiseen ja saadut tulokset ovat samanlaiset, kuin ensimmäisenä tutkimuskertana. Validius ilmaisee puolestaan tutkimusmenetelmän kykenevyyttä mitata tutkimuksessa niitä asioita, mitä on ollut tarkoituskin mitata. (Hirsjärvi ym. 2014, 231.)

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan myös arvioida tietyin kriteerein, jotka ovat uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys sekä siirrettävyys. Uskottavuudella tarkoitetaan uskottavuutta tutkimuksessa ja sen tuloksissa sekä niiden todista-

mista tutkimuksessa. Yksi mahdollisuus lisätä tutkimuksen uskottavuutta on keskustella tutkimuksesta ja saaduista tuloksista sellaisten ihmisten kanssa, jotka tutkivat samaa aihetta. Tutkimuksen uskottavuuden katsotaan vahvistuvan myös siinä tapauksessa, jos tutkija on riittävän pitkäkestoisesti sitoutunut tutkittavaan asiaan. (Kylmä & Juvakka 2012, 127-128.)

Vahvistettavuutta luotettavuuden kriteerinä voidaan pitää osittain ongelmallisena, koska vaikka kaksi eri tutkijaa tutkisivat samaa aineistoa, niin he eivät välttämättä päädy samaan lopputulokseen tulosten tulkintojen osalta. Tämä on kuitenkin sallittua ja hyväksyttävää laadullisessa tutkimuksessa, sillä todellisuuksia voi olla useita. (Kylmä & Juvakka 2012, 129.)

Kylmä & Juvakan (2012, 129) mukaan Mays & Pope (2000), Malterud (2001) ja Horsburgh (2003) toteavat reflektiivisyyden vaativan sitä, että henkilö, joka tekee tutkimuksen, on myös tiedostanut omat lähtökohtansa tutkimuksen suorittajana. Tutkimuksen tekijä pitää osata arvioida millä tavoin hän on vaikuttamassa aineistonsa sekä tutkimusprosessiin.

Opinnäytetyöntekijä työskenteli Tampereen kaupungilla tutkimuksen aloitusvaiheessa. Tutkimus ei kuitenkaan kohdentunut opinnäytetyön omaan työpaikkaan, koska siellä ei varsinaisesti työskennelty aikuisten mielenterveys- ja päihdeongelmien kanssa. Näin ollen opinnäytetyöntekijä ja siihen osallistujat eivät tunteet etukäteen toisiaan. Opinnäytetyöntekijä on tosin aiemmin tehnyt samankaltaista työtä, kuin tutkimukseen osallistuvat terveydenhoitajat, joten varsinkin haastattelutilanteissa opinnäytetyöntekijä pystyi samaistumaan haastateltavien vastauksiin. Opinnäytetyöntekijä oli kuitenkin tarkkana siitä, ettei lähtenyt ohjailemaan tutkittavien vastauksia. Näin jälkeinpäin ajateltuna tarkentavia kysymyksiä olisi haastattelutilanteessa voinut olla enemmän, jotta haastatteluaineistosta olisi saatu rikkaampi. Toisaalta haastateltavat saivat vapaasti tuoda esille kaiken sen, mitä siinä tilanteessa kokivat tarpeelliseksi.

Etäyhteyksin suoritettavat haastattelut olivat uusia tilanteita opinnäytetyöntekijälle ja tutkittaville. Tämä selvästi aiheutti jännitystä molemmin puolin, joka vaikutti haastatteluiden luonteeseen tehden niistä virallisen oloisia. Haastattelut eivät varmasti olisi olleet niin virallisia, jos ne olisi voitu toteuttaa kasvotusten. Lisäjännityksensä

opinnäytetyöntekijälle toi haastattelutilanteessa myös tietotekniset laitteet ja niiden toimivuus. Yksi haastatteluista jäi saamatta juuri tietoteknisistä ongelmista, jonka voidaan myös katsovan heikentävän tutkimuksen luotettavuutta. Tulosten raportoinnissa opinnäytetyöntekijä pyrki jättämään omat mielipiteensä ja kokemuksensa sivuun, jotteivat ne ohjalleet liikaa esimerkiksi saadun aineiston tulosten tulkintojen tekemistä. Tämä ei kuitenkaan ollut helppoa, vaan vaati paluuta ja perehtymistä alkuperäiseen aineistoon lukuisia kertoja.

Kylmän & Juvakan (2012, 129) mukaan Lincoln & Cupa (1985) toteavat siirrettävyyden tarkoittavan tutkimuksesta saatuja tuloksia, joita pystytään siirtämään muihin samankaltaisiin tilanteisiin. Lukija on se henkilö, joka arvioi tutkimuksesta saatujen tulosten siirrettävyyttä ja sen vuoksi tutkimuksen tekijän tulee antaa riittävä kuvaus muuan muassa tutkimukseen osallistujista. Tässä tutkimuksessa opinnäytetyöntekijä on pyrkinyt kuvaamaan riittävässä määrin esimerkiksi tutkimuksen ympäristön ja miten tutkimukseen osallistujat valikoituivat.

7.3 Tulosten tarkastelu

Tässä luvussa opinnäytetyöntekijä tarkastelee tutkimuksestaan saamia tuloksia suhteessa tutkittuun tietoon. Tulosten tarkastelua varten tehtiin tiedonhakuja Medic ja Cinahl Complete tietokannoista sekä Andor hakupalvelusta. Hakuja suoritettiin myös manuaalisesti. Tutkimusten hakukriteereinä pidettiin muun muassa sitä, että ne liittyivät tutkittavaan aiheeseen ja olivat mahdollisimman ajantasaisia. Lisäksi tutkimuksista piti olla koko teksti saatavilla.

7.3.1 Terveydenhoitajien kokemukset omista valmiuksistaan tunnistaa asiakkaiden mielenterveys- ja päihdeongelmia

Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan terveydenhoitajan työhön kuuluva osaaminen auttaa tunnistamaan mielenterveys- ja päihdeongelmia. Terveydenhoitajat kokivat, että esimerkiksi havainnoimalla asiakasta pystytään luomaan kuva asiakkaan nykytilanteesta. Tämä on samankaltainen tulos Hyvösen (2004) tutkimuksen kanssa, jonka mukaan perusterveydenhuollossa mielenterveystyötä tekevät

hoitajat ja lääkärit kokivat, että vastaanottotilanteessa asiakasta havainnoimalla on mahdollista saada tietoa, jota asiakas ei itse pysty tai kykene suullisesti tuottamaan (Hyvönen 2004, 76-77). Myös Mattilan (2018, 23) tutkimuksessa suurin osa hoitajista ja lääkäreistä käytti havainnointia keinona potilaan alkoholin käytön tunnistamiseen.

Terveydenhoitajat totesivat, että mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistamisen apuna käytetään oleellisena osana myös erilaisia testejä ja kyselyitä, kuten BDI ja AUDIT. Vuorilehdon, Isometsän, Ihalaisen & Korhosen (2003) tekemässä tutkimuksessa selvitettiin muun muassa työikäisten terveyskeskuspotilaiden masennuksen ja ahdistusoireiden esiintyvyyttä sekä alkoholin kulutusta. Tunnistamiseen käytettiin BDI ja AUDIT-testejä. (Vuorinen ym. 2003, 906.) Näin ollen molemmissa tutkimuksissa käytettiin samoja testejä selvittämään asiakkaiden ja potilaiden mielenterveys- ja päihdeongelmia.

Terveydenhoitajien kokemusten mukaan rajallinen aika luo haasteita omaan työhön ja sitä kautta vaikeuttaa mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistamista. Myös Kokon (1999, 82) tutkimuksesta ilmenee, että ajanpuute ja kiire vastaanototyössä aiheuttavat ongelmia masentuneen asiakkaan kanssa toimimiseen.

Barker, Heaslip & Chelvanayagam (2014, 235) tekemän artikkelin mukaan Lee (2007) toteaa, että on tärkeää erottaa alakuloisuuden tunne ja itkuisuus masennuksesta ja ahdistuksesta. Lee (2007) toteaa, että esimerkiksi läheisen menetys voi vaikeuttaa arjessa pärjäämistä, mutta se ei välttämättä tarkoita ihmisen olevan masentunut. Yhdellä neljästä ikäihmisestä Isossa-Britanniassa on masennuksen oireita, mutta vain kolmasosa keskustelee niistä ammattilaisen kanssa ja näistä vain puolelle diagnosoidaan masennusdiagnoosi.

Lee & Knight (2006) tekivät tutkimuksen sairaanhoitajien lisäkoulutustarpeista suhteessa mielenterveyteen. Tutkimuksesta kävi ilmi, että 96% hoitajista kokivat lisäkoulutusta tarvittavan mielenterveydenhäiriöiden ja niiden merkkien tunnistamiseen, 85% ahdistuksen hallintaan liittyviin keinoihin, 83% masennuksen farmakologian hoitoon sekä 72% kriisitoimintaosaamisen lisäämiseen. Tämän opinäytetyön tulosten mukaan terveydenhoitajat kokivat, että mielenterveysongel-

mien tunnistamisessa haasteellista on niiden oikean vakavuusasteen tunnistaminen. Myös Leen & Knightin (2006) tutkimuksesta kävi ilmi, että valtaosa hoitajista kaipaa lisäkoulutusta juuri mielenterveydenhäiriöiden tunnistamiseen. (Lee & Knight (2006, 141.)

7.3.2 Terveydenhoitajien kokemukset omista valmiuksistaan hoitaa asiakkaiden mielenterveys- ja päihdeongelmia

Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan terveydenhoitajat kokivat, että mielenterveys- ja päihdeongelmien hoito ei varsinaisesti kuulu omaan työhön. Työn katsottiin keskittyvän ongelmien tunnistamiseen ja kartoittamiseen. Terveydenhoitajat kokivat mielenterveys- ja päihdeongelmien hoidossa keskeiseksi tehtäväkseen jatkohoitoon lähettämisen. Tämä tulos on samankaltainen Kokon (1999, 89) tutkimuksen kanssa, jossa hoitajilla oli yleinen käsitys siitä, että masentuneen asiakkaan hoito kuuluu mielenterveystyöntekijälle tai lääkäreille. Omaksi tehtäväksi hoitajat kokivat masennuksen tunnistamisen ja ohjaamisen jatkohoitoon.

Barker ym. (2014) toivat ilmi, että kotisairaanhoidossa työskentelevistä sairaanhoitajista osa ei tunne osaamistaan riittäväksi mielenterveyshoitotyöhön liittyvissä asioissa (Barker ym. 2014, 238). Tämän opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että terveydenhoitajat kokivat jatkohoitoon lähettämässä olevan ongelmia. Ongelmia aiheutti mielenterveyspalveluiden haastavuus, joka hankaloittaa jatkohoitoon lähettämistä ja epätietoisuus jatkohoitopaikoista, joka puolestaan vaikeuttaa päätöksentekoa.

7.3.3 Terveydenhoitajien kokemukset omasta osaamisesta mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistajina ja hoitajina

Heikkilä (2015) toteaa tutkimuksessaan, että terveydenhoitajilta vaaditaan erityisosaamista useilla terveydenhoitotyön osa-alueilla, joten erikoistumiskoulutukset ovat terveydenhoitajien osaamisen kehittämisessä yksi varteenotettava vaihtoehto. Erikoistumiskoulutuksia voi tällä hetkellä suorittaa terveydenhoitajan oman

aktiivisuuden ja mielenkiinnon kohteiden mukaan, mutta tulevaisuudessa erikoistumiskoulutusten suorittaminen tulisi olla edellytys kaikilla terveydenhoitotyön osa-alueilla. (Heikkilä 2015, 60.) Tämän opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että terveydenhoitajat kokevat oman osaamisensa puutteelliseksi mielenterveys- ja päihdeongelmien hoitajina ja todettiin, että jo terveydenhoitajakoulutuksessa pitäisi saada enemmän tietoa mielenterveys- ja päihdeongelmien hoitamisesta. Tämän opinnäytetyön tulokset tukevat Heikkilän (2015) tuloksia terveydenhoitajien lisäkoulutuksen tarpeesta.

Kurki (2017) selvitti tutkimuksessaan sairaanhoitajien suhtautumista potilaaseen, jolla oli mielenterveydenhäiriö. Sairaanhoitajat työskentelivät somaattista hoitotyötä tehden. Tavoitteena tutkimuksessa oli myös muun muassa kartoittaa, millaisena sairaanhoitajat kokivat oman osaamisensa mielenterveyshäiriöihin liittyen. Tuloksista ilmeni, että sairaanhoitajat kokivat oman osaamisensa mielenterveyshäiriöisten potilaiden hoitotyöhön liittyen epävarmana, heikkona ja osittain riittämättömänä. (Kurki 2017, 2.) Myös Kurjen (2017) tutkimustulokset tukevat tämän opinnäytetyön tuloksia siitä, että terveydenhoitajat kokivat oman osaamisensa puutteelliseksi mielenterveysongelmien hoitamisessa. Tosin Kurjen (2017) tutkimus koski sairaanhoitajia.

Karjalaisen (2013) tutkimuksen mukaan työkokemuksen tuoma osaaminen oli haastateltavien mielestä edellytys työskentelylle matalankynnyksen mielenterveyspalvelussa. Haastateltavien hoitajien mukaan laajalainen työkokemus mielenterveystyöstä eri ikäisten parissa sairaalaympäristössä ja avohoidossa oli tärkeää. (Karjalainen 2013, 44.) Myös tämän opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että omassa työssä opitut asiat lisäävät omaa osaamista ja auttavat tunnistamaan mielenterveys- ja päihdeongelmia.

7.3.4 Terveydenhoitajien kuvaamat mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistamiseen ja hoitamiseen liittyvät kehittämiskohteet yleisesti ja oman työn näkökulmasta

Duben & Uysn (2016, 124) tutkimuksesta nousi esiin, että jatkossa tarvitaan lisää koulutusta lisäämään hoitajien kykyä tunnistaa ja diagnosoida mielenterveysongelmia. Tämän tutkimuksen mukaan terveydenhoitajat kaipasivat lisää koulutuksia ja sen mukana tuomia työkaluja, jotta mielenterveys- ja päihdeongelmia olisi helpompi tunnistaa ja hoitaa. Tulosten pohjalta voidaan todeta, että lisäkoulutusten tarve mielenterveysongelmissa on kansainvälinen.

Tämän tutkimuksen mukaan terveydenhoitajat toivoivat yhteistyön lisäämistä mielenterveys- ja päihdepuolella työskentelevien henkilöiden kanssa. Janlövin, Johanssonin & Claussonin (2018) tutkimuksen mukaan hoitajat kaipasivat parempaa yhteistyötä muiden hoitajien kanssa organisaation sisällä sekä erikoissairaanhoidon kanssa (Janlöv, Johansson & Clausson 2018, 987-996). Kinnula (2012, 39) tutki Kajaanin seudulla aikuisten mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidon nykytilaa työntekijöiden kuvaamana. Työntekijät työskentelivät mielenterveyspalveluissa ja riippuvuuksien hoidoin vastuualueilla. Myös tässä tutkimuksessa nousi esiin toive paremmasta yhteistyöstä mielenterveys- ja päihdetoimijoiden kesken. (Kinnula 2012, 39.) Tulokset ovat yhdenmukaiset keskenään.

Terveydenhoitajat kokivat, että mielenterveys- ja päihdetyöhön tarvitaan lisää ammattilaisia, joiden avulla saadaan helpotettua asiakasmäärien kasvun mukanaan tuomaa hoitopainetta. Terveydenhoitajat kokivat tarvetta myös mielenterveys- ja päihde jatkohoitopaikkojen lisäämiselle, jotta asiakkaille pystytään tarjoamaan tarpeita vastaavaa hoitoa riittävän ajoissa. Hyvösen (2004, 65) tuloksista käy ilmi, että tarvittavat perusterveydenhuollon palvelut ovat ajoittain riittämättömiä mielenterveystyön näkökulmasta. Lisäksi potilasmäärien kasvu ja mielenterveystyön arviointiin tarvittava aika asettivat haasteita tarjota potilaille riittävästi vastaanottoaikoja. Molemmista tuloksista käy ilmi, että lisä resurssoinnille mielenterveystyössä on selkeä tarve.

7.4 Ohje tulosten perusteella ja jatkotutkimusehdotukset

Tuloksista käy ilmi, että terveydenhoitajat nostivat koulutustarpeen hyödyllisyyden vahvasti esille ja toivoivat, että siihen kiinnitettäisiin jatkossa huomiota. Terveydenhoitajat kokivat tulosten perusteella myös kaipaavansa lisäinformaatiota

muun muassa mielenterveyspalveluista ja selkeästi tietoa siitä, miten ja missä tapauksissa palveluihin voi ohjata asiakkaan, jonka mielenterveysongelma on tunnistettu. Terveydenhoitajat myös toivoivat, että nämä tiedot olisivat helposti löydettävissä. Tämän vuoksi analyysin tulosten perusteella laadittiin ohje mielenterveyspalveluista (liite 9), jota terveydenhoitajat voivat halutessaan hyödyntää omassa työssään. Ohjeesta pyrittiin rakentamaan mahdollisimman selkeä kokonaisuus, josta terveydenhoitajien kaipaamat tiedot ovat helposti löydettävissä. Ohje sisältää informaatiota mielenterveyspalveluista sekä tietoa siitä, miten ja missä tapauksissa asiakas tulee näihin palveluihin ohjata. Ohje koskee nimenomaan mielenterveyspalveluja ja se keskittyy pääsääntöisesti aikuisten asiakkaiden palveluihin. Apuna ohjeen laadinnassa käytettiin Tampereen kaupungin internetsivuilta löytyvää mielenterveys- ja päihdepalveluiden ohjeistusta (Mielenterveys- ja päihdepalvelut 2020).

Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia, onko opinnäytetyöntekijän kehittämästä mielenterveyspalveluiden ohjeesta ollut hyötyä terveydenhoitajille ja ovatko he käyttäneet sitä omassa työssään. Mielenkiintoista olisi myös selvittää, kokevatko terveydenhoitajat, että ohjetta voisi vielä jotenkin muokata paremmaksi. Terveydenhoitajat kaipasivat myös parempaa yhteistyötä mielenterveys- ja päihdepuolella työskentelevien henkilöiden kanssa. Olisi kiinnostavaa tutkia millaista yhteistyötä terveydenhoitajat tekevät mielenterveys- ja päihde työntekijöiden kanssa nykyään ja millä keinoin sitä voisi mahdollisesti tulevaisuudessa kehittää.

LÄHTEET

Ahdistuneisuushäiriöt: Käypä hoito -suositus 2019. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriayhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 24.2.2020. <https://www.kaypahoito.fi>

Ahdistuneisuushäiriöt 2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 11.10.2019. Luettu 24.2.2020 <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/ahdistuneisuushairiot>

Alasuutari, P. 2005. Yhteiskuntatutkimuksen etiikasta. Teoksessa Räsänen, P., Anttila, A-H. & Melin H. (toim.) 2005. Tutkimusmenetelmien pyönteissä. Sosiaalitutkimuksen lähtökohdat ja valinnat. Jyväskylä: PS-Kustannus, 15-28.

Alho, L. 2017. Asiakkaiden alkoholinkäytön varhainen puheeksiotto terveyden- ja sosiaalihuollon peruspalveluissa. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto. Publications of the University of Eastern Finland 404. Väitöskirja.

Alkoholi ja puheeksiotto. 2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 11.12.2019. Luettu 15.2.2020 <https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihdeyto/alkoholinkayton-puheeksiotto-ja-mini-interventio/alkoholi>

Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2018. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 14.3.2020. <https://www.kaypahoito.fi>

Alkoholin suurkulutus: tunnistaminen ja lyhytneuvonta 2016. Terveysportti. Duodecim. Julkaistu 21.10.2016. Luettu 9.3.2020 <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/poh00045>

Alkoholi, tupakka ja riippuvuudet 2019. Päihdehaitat käyttäjälle, läheisille ja yhteiskunnalle. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 31.10.2019. Luettu 15.3.2020 <https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/paihdehoito/paihdehaitat-kayttajalle-laheisille-ja-yhteiskunnalle>

Barker, S., Heaslip, V. & Chelvanayagam, S. 2014. Addressing older people's mental health needs in the community setting. *British Journal of Community Nursing* 19 (5), 234-238.

Boström, A., Bothas, H., Järvinen, M., Saarto, A., Tamminen, H. & Teirilä, J. (toim.) 2016. Päihteet puntarissa. Opas työpaikkojen päihdetyöhön. Työturvallisuuskeskus. Elektroninen aineisto. Työturvallisuuskeskus (TTK).

Bäckmand, H. & Lönnqvist, J. 2009. Johdanto. Teoksessa Aalto, M., Bäckmand, H., Haravuori, H., Lönnqvist, J., Marttunen, M., Melartin, T., Partanen, A., Partonen, T., Seppä, K., Suomalainen, L., Suokas, J., Suvisaari, J., Viertiö, S. & Vuorilehto, M. (toim.) Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen.

Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Elektroninen aineisto. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), 7-10.

Clarkeburn, H. & Mustajoki, A. 2007. Tutkijan arkipäivän etiikka. Tampere: Vastapaino.

Depressio: Käypä hoito -suositus 2020. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 28.1.2020 <https://www.kaypahoito.fi>

Dube, F. & Uys, L. 2016. Integrating mental health care services in primary health care clinics: a survey of primary health care nurses knowledge, attitudes and beliefs. *South African Family Practice* 58 (3), 119-125.

Heikkilä, M. 2015. Terveystenhoitajakoulutuksessa saavutettu ammatillinen osaaminen. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto. Pro gradu -tutkielma.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2010. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2014. Tutki ja kirjoita. 19. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hoitoon hakeutuminen 2018. Tampereen kaupunki. Päivitetty 23.11.2018. Luettu 5.12.2019 <https://www.tampere.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/mielenterveys-ja-paihdepalvelut/paihdepalvelut/hoitoon.html>

Huttunen, M. 2018. Alkoholiriippuvuus (alkoholismi). Terveysportti. Duodecim. Julkaistu 30.11.2018. Luettu 9.3.2020 <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/dlk00196>

Huttunen, M. 2017. Mielenterveyden häiriöt. Terveyskirjasto. Duodecim. Julkaistu 24.9.2017. Luettu 8.2.2020 https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00002 X

Hyvärinen, M. 2017. Haastattelun maailma. Teoksessa Hyvärinen, M., Nikander, P. & Ruusuvaara, J. (toim.) Tutkimushaastattelun käsikirja. Tampere: Vastapaino, 11-45.

Hyvönen, S. 2004. Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä. Tutkimus perusterveydenhuollon mielenterveystyöstä. Tampereen yliopisto. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis* 373. Väitöskirja.

Janlöv, A., Johansson, L. & Clausson, E. 2018. Mental ill-health among adult patients at healthcare centres in Sweden: district nurses experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 32 (2), 987-996.

Kaarne, T. 2016. Alkoholin riskikuluttajan lyhytneuvonta. Duodecim. Julkaistu 11.7.2016. Päivitetty 19.2.2019. Luettu 15.3.2020 https://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01095&p_haku=AUDIT.

Karjalainen, M. 2013. Sairaanhoidajan osaaminen matalan kynnyksen mielenterveyspalvelussa. Vastaanottotyötä tekevien näkemyksiä. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto. Pro gradu –tutkielma.

Kinnula, S. 2012. ”Kaikki, mitä voimme tehdä yhteishengen luomiseksi, on tehtävä!” Kajaanin seudun aikuisten mielenterveyspalveluiden ja riippuvuuksien hoidon työntekijöiden yhteistyön kehittäminen. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto.

Kiviniemi, K. 2015. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Valli, R. & Aaltonen, J. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. 4. uud. painos. Jyväskylä: PS-kustannus, 74-88.

Kokko, M. 1999. Nähdä, kuulla ja ymmärtää. Perusterveydenhoidossa toimivien hoitajien käsityksiä depressiosta ja sen hoidosta. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto. Väitöskirja.

Kuoppasalmi, K., Heinälä, P. & Lönnqvist, J. 2014. Päihdehäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. 11. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 486-547.

Kurki, T. 2017. Sairaanhoidajien suhtautuminen mielenterveyden häiriötä sairastaviin potilaisiin somaattisessa hoitotyössä. Savonia-Ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. 1.-2. painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Lee, S. & Knight, D. 2006. District nurses' involvement in mental health: an exploratory survey. *British Journal of Community Nursing*. 11 (4), 138-142.

Lindholm, L., Luoto, K., Koivukangas, A. & Kampman, O. 2013. Psyhyke plus ja päihteitä mukana: päihdepsykiatrisen potilaan arviointi perusterveydenhuollossa. *Duodecim* 129 (19), 2057-2062.

Mattila, H. 2018. Alkoholiongelman tunnistaminen ja hoitaminen terveysasemalla. Kyselytutkimus perusterveydenhuollon työntekijöille. Tampereen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto.

Melartin, T. & Vuorilehto, M. 2009. Masennus. Teoksessa Aalto, M., Bäckmand, H., Haravuori, H., Lönnqvist, J., Marttunen, M., Melartin, T., Partanen, A., Partonen, T., Seppä, K., Suomalainen, L., Suokas, J., Suvisaari, J., Viertiö, S. & Vuorilehto, M. (toim.) Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Elektroninen aineisto. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), 29-34.

Metsämuuronen, J. 2006. Mittari ja sen luotettavuus. Teoksessa Metsämuuronen, J. (toim.) Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Helsinki: International Methelp Ky, 49-60.

Mielenterveys- ja päihdepalvelut 2020. Tampereen kaupunki. Luettu 17.10.2020 <https://www.tampere.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/mielenterveys-ja-paihdepalvelut.html>

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Patja, K. 2020. Tupakka ja sairaudet. Duodecim. Julkaistu 4.2.2020. Luettu 15.3.2020 https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01066

Puheeksiotto ja mini-interventio. 2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 16.12.2019. Luettu 15.2.2020 <https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihde-alkoholinkayton-puheeksiotto-ja-mini-interventio>

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.

Päihdepalvelut. n.d. Sosiaali- ja terveysministeriö. Luettu 16.2.2020. <https://stm.fi/paihdepalvelut>

Päihderiippuvuus 2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 11.10.2019. Luettu 16.2.2020 <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/paihderiippuvuus>

Päihdetilastollinen vuosikirja 2019. Alkoholit ja huumeet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Elektroninen aineisto. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).

Salonsalmi, A. 2016. Alcohol drinking, health-related functioning and work disability. Department of Public Health. Faculty of Medicine. University of Helsinki. Väitöskirja.

Suomen Terveydenhoitajaliitto. n.d. Terveydenhoitajan ammatti. Luettu 12.10.2020 https://www.terveydenhoitajaliitto.fi/ammatti/terveydenhoitajan_ammatti

Tarnanen, K., Isometsä, E. & Tuunainen, A. 2020. Miten hoitaa depressiota? Duodecim. Julkaistu 28.1.2020. Luettu 24.2.2020 https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00044#s5

Telakivi, T. 2011. AUDIT-kysely. Terveysportti. Duodecim. Julkaistu 25.1.2011. Luettu 15.3.2020 https://www.terveysportti.fi/dtk/tmi/avaa?p_artikkeli=tmm00009&p_haku=audit

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Terveysasemat 2020. Tampereen kaupunki. Päivitetty 17.2.2020. Luettu 5.12.2019 ja 3.3.2020. <https://www.tampere.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/terveyspalvelut/terveysasemat.html>

Terveystarkastukset 2020. Tampereen kaupunki. Päivitetty 22.1.2020. Luettu 27.1.2020. <https://www.tampere.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/terveyspalvelut/omahoito-ja-terveysneuvonta/terveystarkastukset.html>

Terveysasemien yhteystiedot ja ajanvaraus 2020. Tampereen kaupunki. Päivitetty 2.3.2020. Luettu 5.12.2019 ja 3.3.2020. <https://www.tampere.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/terveyspalvelut/terveysasemat/ajanvaraus.html>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10. uud. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Luettu 25.9.2020. https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uud. painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vorma, H., Rotko, T., Larivaara, M. & Kosloff, A. 2020. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020-2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6. Elektroninen aineisto. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Vuorilehto, M., Isometsä, E., Ihalainen, R. & Korhonen, A. 2003. Terveyskeskuspotilaiden masennus, ahdistuneisuus ja alkoholin riskikäyttö. Suomen lääkäri-lehti. 58 (3), 905-908.

Wahlbeck, K., Hietala, O., Kuosmanen, L., McDaid, D., Mikkonen, J., Parkkonen, J., Reini, K., Salovuori, S. & Tourunen, J. 2018. Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 89/2017. Elektroninen aineisto. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia.

World Health Organization. 2013. Mental health action plan 2013-2020. Luettu 15.02.2020 https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/bw_version.pdf?ua=1

Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:31. Elektroninen aineisto. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

LIITTEET

Liite 1. Aikaisemmat tutkimukset

Tutkimuksen tekijä, julkaisu- vuosi ja nimi	Tarkoitus	Aineisto ja tutkimus- menetelmät	Keskeiset tulokset
Alho, L. 2017. Asiakkaiden alkoholinkäytön varhainen puheeksiotto terveyden- ja sosiaalihuollon peruspalveluissa.	Kuvata ja tuottaa tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa toteutettavasta alkoholin varhaisesta puheeksiotosta asiakkaiden ja työntekijöiden näkökulmasta.	Asiakkaille AUDIT-kysely. Hoitajille oma kysely.	Alkoholin varhaista puheeksiottoa tulisi lisätä alkoholin ongelmakäytön yleisyyden vuoksi ja koska asiakkaat kokivat sen hyödylliseksi.
Dube, F. & Uys, L. 2016. Integrating mental health care services in primary health care clinics: a survey of primary health care nurses knowledge, attitudes and beliefs.	Selvittää perusterveydenhuollossa työskentelevien sairaanhoitajien tietämystä, asenteita ja uskomuksia, jotka liittyvät mielenterveysongelmaisten potilaiden hoitoon.	Kyselytutkimus hoitajille.	Hoitajien asenteet ja uskomukset mielenterveysongelmaisia potilaita kohtaan olivat pääsääntöisesti positiivisia. Koulutuksen ja valvonnan puute heikensivät sairaanhoitajien kykyä työskennellä mielenterveysongelmaisten potilaiden kanssa.
Heikkilä, M. 2015. Terveydenhoitajakoulutuksessa saavutettu ammatillinen osaaminen.	Kuvata, miten terveydenhoitajat arvioivat koulutuksesta saavutetut valmiudet terveydenhoitotyön eri osa-alueisiin.	Sähköinen kysely terveydenhoitajille, joilla oli työkokemusta 1kk-3v.	Terveydenhoitajien mukaan koulutuksesta saadut valmiudet terveydenhoitotyön eri osa-alueille olivat keskinkertaiset.
Hyvönen, S. 2004. Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä: Tutkimus perusterveydenhuollon mielenterveydestä.	Kuvata ja saada selvyyttä perusterveydenhuollon työntekijöiden kokemuksista perusterveydenhuollossa suoritettavasta mielenterveydestä.	Avoimet ja teema-haastattelut hoitajille ja lääkäreille.	Perusterveydenhuollossa suoritettava mielenterveytyö koostuu ennaltaehkäisystä, mielenterveysongelmien tunnistamisesta ja hoitamisesta sekä potilaiden ohjaamisesta ja lähettämisestä jatkohoitoon.

Janlöv, A. Johansson, L. Clausson, E. 2018. Mental ill-health among adult patients at healthcare centres in Sweden: district nurses experiences.	Selvittää perusterveydenhuollossa työskentelevien hoitajien kokemuksia kohdata ja hoitaa aikuisia potilaita, joilla on mielenterveysongelmia.	Yksilöhaastattelut hoitajille.	Hoitajat kertoivat, että aikuisten potilaiden mielenterveydentilat vaihtelivat lievästä vakavaan. Hoitajat kokivat tärkeänä riittävän ammatillisen pätevyyden sekä potilaan kuuntelemisen
Karjalainen, M. 2013. Sairaanhoidajan osaaminen matalan kynnyksen mielenterveyspalvelussa: vastaanottotyötä tekevien näkemyksiä.	Tuoda ilmi matalankynnyksen mielenterveyspalvelussa vastaanotto-työtä suorittavien työntekijöiden kokemuksia työntekijöiden ja potilaiden välisestä vuorovaikutuksesta.	Haastattelut kymmenelle mielenterveyspalvelujen vastaanotossa työskentelevälle työntekijälle.	Hyvän yhteistyösuhteen luomisessa avainasemassa oli potilaan kohtaaminen arvokkaana ja ainutlaatuisena yksilönä. Työntekijät pitivät työkokemuksen tuomaa osuudesta tärkeänä.
Kinnula, S. 2012. ”kaikki, mitä voimme tehdä yhteishengen luomiseksi, on tehtävä!” Kajaanin seudun aikuisten mielenterveyspalveluiden ja riippuvuuskäytön hoidon työntekijöiden yhteistyön kehittäminen.	Kuvata mielenterveys- ja päihdetyöntekijöiden näkökulmasta millaisena he näkevät mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidon nykytilanteen.	Toimintatapatutkimus tutkijan omaan työpaikkaan. Tiedonkeruu työpaikan työntekijöitä: Havainnointi, muistiinpanot ja muistiot yhteisten palaverien jälkeen.	Työntekijät toivoivat työhönsä lisää resursseja ja moniammatillista yhteistyötä.
Kokko, M. 1999. Nähdä, kuulla ja ymmärtää. Perusterveydenhoidossa toimivien hoitajien käsityksiä depressiosta ja sen hoidosta.	Tutkia hoitajien käsityksiä depressiosta ja sen hoitamisesta perusterveydenhoidon eri toimintaympäristöissä.	Haastattelu ja kysely hoitajille.	Potilaiden masennuksen tunnistamista ja hoitamista pidettiin vaikeana ja omia taitoja riittämättöminä.
Kurki, T. 2017. Sairaanhoidajien suhtautuminen mielenterveyden häiriötä sairastaviin potilaisiin somaattisessa hoitotyössä.	Selvittää sairaanhoidajien suhtautumista potilaaseen, jolla on mielenterveyshäiriö. Tutkittavat sairaanhoitajat työskentelivät somaattista hoitotyötä tehden.	Teemahaastattelut sairaanhoitajille.	Oma osaaminen mielenterveyshäiriöisen potilaan kohtaamisessa ja hoitotyössä koettiin heikoksi ja epävarmaksi.

<p>Lee, S. & Knight, D. 2006. District nurses' involvement in mental health: an exploratory survey.</p>	<p>Tarkoituksena tutkia sairaanhoitajien osallistumista mielenterveyden hoitokeinoihin yhden läänin alueella.</p>	<p>Kyselytutkimus hoitajille.</p>	<p>Valtaosa hoitajista kaipaava lisäkoulutusta mielenterveydenhäiriöiden tunnistamiseen.</p>
<p>Mattila, H. 2018. Alkoholi-ongelman tunnistaminen ja hoitaminen terveysasemilla. Kyselytutkimus perusterveydenhuollon työntekijöille.</p>	<p>Selvittää millaisia keinoja perusterveydenhuollossa työskentelevillä työntekijöillä on tunnistaa ja hoitaa alkoholiongelmia.</p>	<p>Kyselytutkimus hoitajille.</p>	<p>Käytetyimmät keinot alkoholi-ongelman tunnistamiseen olivat potilaan havainnointi ja haastattelu. Hoidossa yleisimmin käytettyjä keinoja olivat alkoholin terveyshaitoista tiedottaminen sekä alkoholin riskirajoista kertominen.</p>
<p>Salonsalmi, A. 2016. Alcohol drinking health-related functioning and work disability.</p>	<p>Tutkia keski-ikäisten kuntatyöntekijöiden alkoholinkäyttöä ja sen vaikutuksia työ- ja toimintakykyyn.</p>	<p>Kyselytutkimus, joka lähetettiin postitse kaupungin työntekijöille.</p>	<p>Humalahakuinen ja ongelmajuominen oli yleistä kunnan työntekijöillä. Alkoholinkäytöllä oli vahva yhteys työkyvyttömyyseläkeisiin, jotka johtuivat mielenterveyssyistä.</p>
<p>Vuorilehto, M., Isometsä, E., Ihalainen, R. & Korhonen, A. 2003. Terveyskeskuspotilaiden masennus, ahdistuneisuus ja alkoholin riskikäyttö.</p>	<p>Selvittää muun muassa työikäisten terveyskeskuspotilaiden masennuksen ja ahdistusoireiden esiintyvyyttä sekä alkoholin kulutusta.</p>	<p>Työikäisiä terveyskeskusasiakkaita pyydettiin täyttämään BDI, BAI, AUDIT- testit sekä taustietolomake.</p>	<p>Työikäisillä esiintyi runsaasti masennusoireita. Useahkot ilmaisivat BDI-kyselyssä itsetuhoisia ajatuksia. Alkoholin ja varsinkin sen riskikulutus oli myös runsasta.</p>

Liite 2. Teemahaastattelurunko

1. Terveydenhoitajien kokemukset omasta valmiudestaan tunnistaa asiakkaiden mielenterveys- ja päihdeongelmia.
2. Terveydenhoitajien kokemukset omasta valmiudestaan hoitaa asiakkaiden mielenterveys- ja päihdeongelmia.
3. Terveydenhoitajien kokemukset omasta osaamisesta mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistajina ja hoitajina.
4. Miten terveydenhoitajat kokevat, että heidän valmiuksiaan toimia mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistajina ja hoitajina voitaisiin tarvittaessa lisätä?

Liite 3. Saatekirje

Hyvä Terveydenhoitaja!

Olen terveydenhoitaja ja opiskelen tällä hetkellä Tampereen ammattikorkeakoulussa ylempää amk- tutkintoa. Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyöhöni, jonka aihe on terveydenhoitajien valmiudet tunnistaa ja hoitaa aikuisten mielen-terveys- ja päihdeongelmia.

Osallistumiseen tähän opinnäytetyöhön on vapaaehtoista, mutta toivon kuitenkin mahdollisimman monen osallistuvan. Haastattelut nauhoitetaan ja toteutetaan todennäköisesti etäyhteyden välityksellä, joko ryhmä- tai yksilöhaastatteluna, jonka teknisestä toteutuksesta/tekniikasta vastaan itse.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstäni, vastaan mielelläni.

Yst. terveisin: Päivi Rahkonen. Sosiaali- ja terveysalan ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon kliinisen asiantuntijan koulutus (YAMK) Tampereen ammattikorkeakoulu.

Alla vielä tutkimustehtävät nähtäväksi, joihin toivon teiltä vastauksia haastattelu-tilanteessa.

1. Millaisia kokemuksia terveydenhoitajilla on omasta valmiudestaan asiakkaiden mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistajina?
2. Millaisia kokemuksia terveydenhoitajilla on omasta valmiudestaan asiakkaiden mielenterveys- ja päihdeongelmien hoitajina?
3. Millaisena terveydenhoitajat kokevat oman osaamisensa mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistajina ja hoitajina?
4. Miten terveydenhoitajat kokevat, että heidän valmiuksiaan toimia mielen-terveys- ja päihdeongelmien tunnistajina ja hoitajina voitaisiin tarvittaessa lisätä?

Liite 4. Tietoinen suostumus



TIEDOTE

1(2)

20.03.2020

Hyvä Terveystenhoitaja!

Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyöhöni, jonka tarkoituksena on kuvata terveysasemien terveydenhoitajien, aikuisten kanssa tekemää mielenterveys- ja päihdetyötä. Tarkoituksena on myös kartoittaa terveydenhoitajien kokemuksia heidän omasta valmiudestaan tunnistaa ja hoitaa aikuisten mielenterveys- ja päihdeongelmia.

Osallistumisenne tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumisesta tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on myönnetty lupa Tampereen kaupungilta, joka toimii opinnäytetyön yhteistyötahona.

Opinnäytetyön tutkimusaineisto kerätään ryhmähaastattelemalla aikuisten terveystarkastuksissa ja neuvonnassa työskenteleviä terveydenhoitajia. Haastattelut toteutetaan kahdelle eri ryhmälle huhti-toukokuun 2020 aikana. Toiveena olisi, että toiseen haastatteluryhmään osallistuu neljä terveydenhoitajaa ja toiseen kolme terveydenhoitajaa. Haastattelut tullaan nauhoittamaan ja yhden ryhmän haastatteluun kuluu aikaa noin 1,5-2h. Haastattelut voidaan tarvittaessa toteuttaa myös etäyhteyden välityksellä, joko ryhmä- tai yksilöhaastatteluina.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on vain opinnäytetyöntekijän käytössä ja se säilytetään salasanalta suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyöt ovat luettavissa elektronisessa Theseus tietokannassa, ellei muuta ole sovittu.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstäni, vastaan mielelläni.

Yst. terveisin: Päivi Rahkonen. Sosiaali- ja terveysalan ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon kliinisen asiantuntijan koulutus (YAMK) Tampereen ammattikorkeakoulu.

Opinnäytetyön aihe: Terveydenhoitajien valmiudet tunnistaa ja hoitaa aikuisten mielenterveys- ja päihdeongelmia

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on kuvata terveysasemien terveydenhoitajien aikuisten kanssa tekemää mielenterveys- ja päihdetyötä. Tarkoituksena on myös kartoittaa terveydenhoitajien kokemuksia heidän omasta valmiudestaan tunnistaa ja hoitaa aikuisten mielenterveys- ja päihdeongelmia, sekä mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä teki-
jälle kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on minulle vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa ilman tarkempaa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Suostun osallistumaan opinnäytetyöhön:

Paikka ja aika

Haastateltavan allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Nimen selvennys

Nimen selvennys

Liite 5. Analyysitaulukko 1.tutkimuskysymyksestä

1. Terveystarkastajien kokemukset omasta valmiudestaan tunnistaa asiakkaiden mielenterveys- ja päihdeongelmia

PELKISTYKSET	ALALUOKAT	YLÄLUOKAT
-Työ sisältää paljon mielenterveys- ja päihdeongelmaisia asiakkaita ja heidän ongelmiansa käsittelyä, joka antaa valmiuksia tunnistamiseen ja helpottaa niistä puhumista -Mielenterveys- ja päihdeongelmista on helppo puhua asiakkaiden kanssa, koska niistä puhuminen kuuluu työhön	Mielenterveys- ja päihdeongelmien yleisyys helpottaa ongelmista puhumista	
-Hyvää valmiutta tunnistaa edesauttaa pitkä työkokemus -Koulutukset ja kurssit	Työkokemus ja koulutus helpottavat tunnistamista	Terveystarkastajan työhön kuuluva osaaminen auttaa tunnistamista
-Asiakkaan habituksen huomiointi -Asiakkaan liikkumisen huomiointi -Asiakkaan toimintakyvyn huomiointi	Havainnoimalla pystytään luomaan kuva asiakkaan nykytilanteesta	
-Laboratoriokokeet ja asiakirjat -Tilatut paperit -Kanta -Kelan asiointi -Vanhan historian näkeminen -Vanhan sairashistorian tunteminen (tapaturmat, Acuta käynnit)	Aiempiin tietoihin tutustuminen auttaa tunnistamisessa	
-Terveystarkastuksen yhteydessä tunnistamiseen käytetään paljon testejä ja lomakkeita: -BDI -AUDIT -SADD -Toimintakykyä, unirytmää, työkykyä ja muistia selvittäviä lomakkeita	Testejä ja kyselyjä käytetään tunnistamisen apuna	
-Terveystarkastuksessa käydään vain kerran, joka on kestoaltaan 1–1,5 h -Rajallinen aika asettaa haasteita omaan työhön (tunnistamiselle)	Rajallinen aika heikentää tunnistamista	Tunnistamiseen liittyvät ongelmat
-Vakavan mielenterveysongelman ja mielialanvaihtelun erottaminen toisistaan on hankalaa -Mielenterveys- ja päihdeongelmia on haastava tunnistaa hyvistä valmiuksista huolimatta	Mielenterveys- ja päihdeongelman oikean vakavuusasteen tunnistaminen on haastavaa	

Liite 6. Analyysitaulukko 2. tutkimuskysymyksestä

2. Terveystenhoitajien kokemukset omasta valmiudestaan hoitaa asiakkaiden mielenterveys- ja päihdeongelmia

PELKISTYKSET	ALALUOKAT	YLÄLUOKAT
<ul style="list-style-type: none"> -Työ on ongelmien tunnistamista, kartoittamista ja ohjausta -Tarkastuksen tehtävä on kartoituksen tekeminen asiakkaasta -Hoitaminen ei kuulu omaan työhön -Hoitamisen ei koeta kuuluvan omaan työhön -Koulutettu tunnistamaan ja ohjaamaan asiakkaita eteenpäin, ei hoitamaan varsinaisesti -Tunnin aikana mielenterveys- tai päihdeongelmaa ei lähdetä hoitamaan 	<ul style="list-style-type: none"> Hoitamisen ei varsinaisesti koeta kuuluvan omaan työhön 	<ul style="list-style-type: none"> Työ keskittyy kartoitukseen ja tunnistamiseen
<ul style="list-style-type: none"> -Ohjauksen antaminen sovittujen aikarajojen puitteissa -Hoitovalmius lähinnä kuunteluun ja keskusteluun liittyvää -Rajallinen aika asettaa haasteita hoitamiselle 	<ul style="list-style-type: none"> Tarkastuksen aikana keskustellaan ja annetaan ohjausta ajan sallimissa rajoissa 	
<ul style="list-style-type: none"> -Valmius lähettää jatkohoitoon hyvä: -Ensiohjaus Ensio -Mielenterveystyöparit -Terveysasema -Lääkäri -Ohjaamo -Etsivätyö -Aikuispsykiatria (Tays) -Kolmannen sektorin palvelut 	<ul style="list-style-type: none"> Tunnistamisen jälkeen hyvä valmius lähettää jatkohoitoon 	<ul style="list-style-type: none"> Hyvät valmiudet jatkohoitoon lähettämiseen
<ul style="list-style-type: none"> -Terveystenhoitajat tekevät lähetteitä ja ohjaavat jatkohoitopoluille -Yksilöllisen hoitopaikan löytäminen asiakkaalle 	<ul style="list-style-type: none"> Jatkohoitoon ohjaaminen keskeinen tehtävä 	
<ul style="list-style-type: none"> -Mielenterveyspalveluiden haastavuuden vuoksi jatko ohjaus hankalaa -Hoitopolut tuntuu haasteellisilta 	<ul style="list-style-type: none"> Palveluiden haastavuus hankaloittaa jatkohoitoon lähettämistä 	<ul style="list-style-type: none"> Jatkohoitoon liittyvät ongelmat
<ul style="list-style-type: none"> - Tunnistamisen jälkeen epävarmuus hoitoon pystymisestä -Epävarmuus miten lähteä hoitamaan tunnistettua ongelmaa asiakkaan läsnä ollessa 	<ul style="list-style-type: none"> Epätietoisuus jatkohoidosta vaikeuttaa päätöksentekoa 	

Liite 7. Analyysitaulukko 3. tutkimuskysymyksestä

3. Terveystenhoitajien kokemukset omasta osaamisesta mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistajina ja hoitajina

PELKISTYKSET	ALALUOKAT
<ul style="list-style-type: none"> -Ongelmien tunnistaminen hyvää omassa työssä -Mielenterveys- ja päihdeongelmia oppii tunnistamaan omassa työssä -Tunnistaminen hyvää -Valmius tunnistamiseen on hyvä -Koulutus antaa eväitä mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistamiseen -Hyvä pohjatieto asioista edesauttaa tunnistamista 	Oma osaaminen koetaan hyväksi mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistajina
<ul style="list-style-type: none"> -Hoitopoluille ohjaamisessa heti ongelman tunnistamisen jälkeen on parannettavaa -Koulutuksesta lähtien pitäisi enemmän lisätä tietoisuutta siitä, miten mielenterveys- ja päihdeongelmia hoidetaan 	Oma osaaminen koetaan puutteelliseksi mielenterveys- ja päihdeongelmien hoitajina

Liite 8. Analyysitaulukko 4. tutkimuskysymyksestä

4. Mielensterveys- ja päihdeongelmien tunnistamiseen ja hoitamiseen liittyvät kehittämisen kohteet yleisesti ja terveydenhoitajien työn näkökulmasta

PELKISTYKSET	ALALUOKAT	YLÄLUOKAT
-Hyvät ja säännölliset koulutukset mielensterveys- ja päihdeasioissa ajan tasalla pysymiseksi -Koulutus on tärkeää -Koulutukset säännöllisinä	Koulutukset	Kehittämiskohteet oman työn näkökulmasta
-Lisäinformaatiota kaivataan jatkohoitopaikkamahdollisuuksista asiakkaan ongelman mukaan -Tietoa jatkohoitopaikoista, mihin voi ohjata -Tiedon kulku paremmaksi -Ajankohtaisen tiedon saaminen mielensterveys- ja päihdepalveluista niiden muuttuessa	Tiedon saanti paremmaksi palveluista	
-Terveydenhoitajien laaja-alaisen työnkuvan vuoksi tarvitaan konkreettisia työkaluja asiakkaan ongelmien tunnistamiseen ja hoitamiseen -Tarkastukseen sisältyy paljon kaikkea, joten terveydenhoitajat eivät pysty keskittymään pelkästään asiakkaan mielensterveys- ja päihdeongelmien hoitamiseen	Työkalujen lisääminen tunnistamisen ja hoitamisen helpottamiseksi	
-Terveydenhoitajille mahdollisuus pitää kollegoiden kanssa keskinäisiä keskusteluja -Terveydenhoitajille mahdollisuus ottaa mielensterveys- ja päihdeongelmainen asiakas uusintakäynnille, jotta päihdepsykiatrisen puolen hoitopaineita pystytään helpottamaan	Lisää resursseja asiakkaiden ja kollegoiden kanssa toimimiseen	
-Henkilöresurssien lisääminen -Alalle tarvitaan lisää työntekijöitä/osaajia	Ammattilaisten määrän lisääminen	Kehittämiskohteet yleisesti emi
-Hoitopaikkoja tarvitaan lisää, jotta niitä pystytään tarjoamaan asiakkaille -Kolmannen sektorin palveluiden lisäksi tarvitaan myös muita palveluita	Jatkohoitopaikkojen lisääminen	

-Psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja päihdepsykiatristen hoitopaikkojen lisääminen	
-Riittävät toimet ja keinot ennaltaehkäisyyn vakavien ongelmien vähentämiseksi ja välttämiseksi -Lasten huomiointi ennaltaehkäisyssä -Matalankynnysten paikkojen lisääminen asiakkaiden tavoittamiseksi	Lisäpanostusta ennaltaehkäisyyn
-Yhteistyön lisääminen mielen-terveys- ja päihdepuolella työskentelevien henkilöiden kanssa -Byrokratian vähentäminen, jotta asioita on helpompi hoitaa ja hoitoa tarvitsevat saivat avun	Yhteistyön lisääminen mielen-terveys- ja päihdetoimijoiden kesken
-Mielen-terveys- ja päihdepuolella on töitä, jos siihen halutaan panostaa -Mielen-terveys- ja päihdeongelmat yleistyvät koko ajan -Mielen-terveys- ja päihdeongelmaisia on paljon	Mielen-terveys- ja päihdeongelmien yleisyys edellyttää panostamista

Liite 9. Ohje mielenterveyspalveluista

Mielenterveysongelman ilmetessä ensisijainen yhteydenotto peruspalveluihin, joissa tehdään alkuselvitys asiakkaan tilanteesta

Peruspalveluita ovat:

- terveysasema
- neuvola
- työterveys
- sosiaalityön palvelut

Alkuselvityksen voi tehdä:

- terveydenhoitaja
- sairaanhoitaja
- lääkäri
- psykologi

Matalan kynnyksen mielenterveyspalveluihin on mahdollista hakeutua ilman lähetettä ja palvelut ovat asiakkaalle ilmaisia.

Matalan kynnyksen palvelut:

- Akuuttipsykiatrian poliklinikka
- Ensiohjaus Ensio
- Konsti – kotiin suunnattu tuki päihde- ja mielenterveysongelmallisille
- Järjestöt ja vertaistuki

**Akuuttipsykiatrian
poliklinikka**

- Vakavien mielenterveyshäiriöisten, kuten psykoosioireisten potilaiden hoidon tarpeen arviointipaikka
- Yhteyttä voi ottaa puhelimitse potilas itse, joku potilaan läheinen tai ammattihenkilöt
- Tilannearvio suoritetaan potilaan ja hänen läheistensä läsnä ollessa ja tämän jälkeen huolehditaan potilaalle tarpeita vastaava hoito

Ensiohjaus Ensio

- Tarkoitettu 13–64-vuotiaille, joilla on tarve arviointiin ja ohjaukseen mielenterveyteen ja/tai päihteisiin liittyen
- Tarkoitettu ensisijaisesti henkilöille, joilla ei aikaisemmin ole ollut asiakas- tai hoitosuhdetta esimerkiksi työterveydessä
- Ensiossa hoitajana toimii psykiatrinen sairaanhoitaja
- Ensiossa arvioidaan potilaan tilanne, annetaan neuvoja, ohjataan ja laaditaan yksilöllinen suunnitelma tarpeen vaatiessa- Ensio toimii yhteistyössä Tampereen kaupungin hyvinvointipalvelujen sekä kolmannen sektorin palvelujen kanssa

**Konsti – kotiin
suunnattu tuki
päihde- ja
mielenterveysongel
maisille**

- Tarkoitettu 18- vuotiaille ja sitä vanhemmille tamperelaisille
- Konstissa työskentelee sairaanhoitajia, lähihoitajia ja ohjaaja sekä lääkäri
- Tukee kotikäynnein mielenterveys- ja päihdeasiakkaita arjen hallinnassa, toimintakyvyn säilyttämisessä ja asumisessa kotona
- Tavoitteena asunnottomuuden ja sairaalajaksojen ennaltaehkäisy sekä asiakkaiden tukeminen sairaalahoidon päätyttyä
- Konstiin voi ottaa yhteyttä asiakas, asiakkaan läheinen tai yhteistyötaho jos asiakkaalta on saatu suostumus yhteistyötahon yhteydenottoon
- Konstista pyritään tekemään kotikäynti muutaman vuorokauden kuluessa yhteydenotosta

**Järjestöt ja
vertaistuki**

- Tampereen Kriisikeskus Osviitta: tukipaikka, joka palvelee matalla kynnyksellä ketä tahansa, auttaen ja tukien elämän vaikeuksissa, kun ihminen ei yksin selviä. Osviittaa ylläpitää Tampereen mielenterveysseura ry
- Senioripysäkki: tarjoaa yli 60-vuotiaille keskusteluapua muun muassa yksinäisyyteen ja elämän muutoksiin. Apuna toimii mielenterveysalan ammattihenkilö. Ylläpitäjänä toimii TampereMissio Palvelut Oy
- Lisäksi tarjolla on useiden eri yhdistysten tarjoamia tukipalveluja aina ensi- ja turvakodin palveluista syömishäiriöiden hoitoon

Polikliiniset mielenterveyspalvelut ovat tarkoitettu vakavien mielenterveyshäiriöiden hoitoon. Polikliinisiin palveluihin vaaditaan yleensä lähete, jonka lääkäri tai joku muu viranomainen on tehnyt. Ensimmäinen aika vastaanotolle hoitoa tarvitsevalle lähetetään postitse.

Polikliiniset palvelut:

- Liikkuva psykiatrinen työryhmä
- Persoonallisuushäiriö yksikkö
- Psykiatria- ja päihdekeskus
- Psykiatrian poliklinikka maahanmuuttajille
- Psykiatrinen intensiiviyksikkö
- Psykogeriatrian poliklinikka ja psykogeriatrinen kotikuntoutus
- Päiväsairaalat 1 ja 3
- Sarviksen psykiatria
- Syömishäiriöyksikkö
- Tipotien psykiatrian nuorten aikuisten yksikkö
- Tipotien psykiatrian poliklinikka

**Liikkuva psykiatrinen
työryhmä**

- Työryhmä jalkautuu hoitoa tarvitsevan kotiin, ellei hän itse ole kykeneväinen käymään psykiatrisen hoidon vastaanotolla
- Työryhmään kuuluu sairaanhoitajia, psykiatrian erikoislääkäreitä ja sosiaalityöntekijä
- Työryhmän hoidettaviin kuuluu tyypillisesti skitsofreniasta tai muusta psykoottisesta häiriöstä kärsivä. Lisäksi työryhmä tukee sairaalahoidon jälkeistä toipumisvaihetta
- Työryhmä auttaa potilasta sosiaalisessa selviytymisessä ja turvaa psykiatrisen hoidon jatkuvuutta

**Persoonallisuushäiriö
yksikkö**

- Persoonallisuuden ongelmista kärsiville aikuisille suunnattu hoito
- Hoitoa edeltää arviointikäynti, jossa selvittää diagnoosi, hoitoon sitoutumisen kyvykyys, hoidon tarve ja perhetilanne
- Hoitohenkilökuntaan kuuluvat sairaanhoitajat, psykologi, toimistos sihteeri, osastonhoitaja ja psykiatrian erikoislääkäri
- Hoito koostuu muun muassa taitovalmennusryhmistä, ryhmätapaamisista, yksilöterapiakäynneistä tai vaihtoehtoisesti intensiivijaksosta, joka on kestoaltaan vähintään neljä kuukautta

**Psykiatria- ja
päihdekeskus**

- Psykiatriakeskus on tarkoitettu mielenterveys- ja päihdeongelmallisille potilaille
- Psykiatriakeskuksen palvelut pitävät sisällään intensiivistä hoitoa ja kuntoutusta, psykiatrista tutkimusta, arviota hoidon tarpeesta sekä opiskeluun ja työhön paluun tukemista
- Psykiatriakeskuksen hoitomuotoina ovat yksilökeskustelut, ryhmämuotoiset hoidot, lääkehoito, perhe- ja verkostotyö sekä potilaan sosiaalisen tilanteen selvittely. Lisäksi hoitoon on mahdollista liittää kotikäyntejä ja päiväsaaraalahoitoa
- Psykiatriakeskuksessa tarjottavan hoidon tavoitteena on sairaudesta aiheutuvien oireiden hallinta, arkielämässä selviytyminen ja elämän laadun parantaminen

**Psykiatrian
poliklinikka
maahanmuuttajille**

- Tarjoaa hoitoa sekä hoidon arviointia täysi-ikäisille vasta maahan muuttaneille pakolaisille
- Poliklinikalla tehdään arvio traumatisoituneiden pakolaispotilaiden hoidon tarpeesta
- Henkilökuntaan kuuluvat sairaanhoitaja, psykologi, lääkäri, sosiaalityöntekijä ja fysioterapeutti

**Psykiatrian
intensiiviyksikkö**

- Palvelu tarkoitettu 18–30-vuotiaille, joille on helpompi käsitellä asioita puhumisen sijaan toiminallisin menetelmin
- On avuksi potilaille, jotka tarvitsevat tiiviimpää psykiatriasta avohoitoa tai erityistä tukea psykiatrisesta sairaalasta kotiutumiseen
- Hoito kestää noin kolme viikkoa, jona aikana on ryhmä- ja yksilötapaamisia, verkostopalavereja sekä mahdollisesti kotikäyntiä
- Jokaiselle suunnitellaan yksilöllinen hoitajakso, joka voi sisältää esimerkiksi liikuntaa tai kotiaskareita
- Hoidon tavoitteena on nuoren itsetunnon ja vuorovaikutustaitojen vahvistaminen, toiminnallisuuden tukeminen ja uusien keinojen löytäminen tunteiden ilmaisuun

**Psykogeriatrian
poliklinikka ja
psykogeriatrinen
kotikuntoutus**

- Poliklinikalla hoidetaan ikääntyneitä, jotka sairastavat vakavaa mielenterveyshäiriötä kuten masennusta
- Hoito kuuluu myös muistisairaille, joiden hoito vaatii psykogeriatrista erityisosaamista ja potilaille, joille on suoritettava erotusdiagnostista selvittelyä
- Hoito voidaan toteuttaa koti tai vastaanottokäynteinä sekä ryhmämuotoisena hoitona
- Tavoitteena on lievittää potilaan oireita ja tukea potilasta arjessa selviytymiseen kotona
- Psykogeriatrinen kotikuntoutuksen kautta tuetaan, kannustetaan ja motivoidaan iäkkäitä potilaita selviytymään arjessa
- Lääketieteellinen hoitovastuu psykogeriatrisessa kuntoutuksessa kuuluu poliklinikan lääkärille ja kuntoutus toteutetaan räätälöidyillä kotikäynneillä

Päiväsairaala 1

- Tarkoitettu aikuisille Tamperelaisille, joilla on jokin mieliala- tai psyykinen häiriö
- Hoito kestää yleensä 2–4 viikkoa
- Arviointihaastattelussa tehdään kartoitus potilaan hoitoon tulon johtaneista syistä ja asetetaan tavoitteet hoidolle
- Arviointihaastattelussa mukana ovat tuleva omahoitaja ja lääkäri. Myös potilaan perheenjäsenet tai muut läheiset ihmiset saavat osallistua arviointihaastatteluun
- Päiväsairaalahoitajaksoon kuuluu monia eri hoidollisia ryhmiä

Päiväsairaala 3

- Tarkoitettu 18–30-vuotiaille, joiden ongelmat koostuvat vakavista mielenterveysongelmista
- Hoito kestää noin kuusi viikkoa
- Avohoidon tarkoituksena on potilaan oireiden lievittäminen tai poistaminen sekä ennaltaehkäistä uusien psykoosijaksojen syntyminen. Hoidolla pyritään parantamaan potilaan elämänlaatua ja psykososiaalista toimintakykyä
- Arviointihaastattelussa mukana ovat erikoislääkäri, tuleva omahoitaja ja psykologi
- Arviointihaastattelun perusteella tehdään jatkosuunnitelma hoidolle

Sarviksen psykiatria

- Tarkoitettu potilaille, joilla on mieliala- tai ahdistushäiriötä, pakko-oireita, kaksisuuntainen mielialahäiriö tai tarvitsevat traumahoitoa
- Hoidon tarpeen arviointi tehdään yksilöllisesti hoitajakson alussa
- Hoitoon kuuluu yksilö- tai ryhmäkäyntejä tai mahdollisesti näitä molempia
- Hoidon tavoitteena on potilaan voimavarojen ja elämän hallinnan lisääminen
- Hoidon kesto on kuudesta kuukaudesta kahteen vuoteen riippuen potilaan tilanteesta

Syömishäiriöyksikkö

- Tarkoitettu yli 18-vuotiaille, jotka sairastavat syömishäiriötä
- Yksikössä on moniammatillinen työryhmä, jossa työskentelevät muun muassa lääkärit, psykiatri, sairaanhoitajat, ravitsemusterapeutti, sosiaalityöntekijä sekä kokemusasiantuntijat
- Tarjolla on intensiivistä avohoitoa sekä psykoedukatiivisia ja toiminnallisia ryhmiä
- Hoidossa huomioidaan myös hoidettavan läheiset ja perhe

Tipotien psykiatrian poliklinikka

- Aikuisille tarkoitettu paikka psykoosisairauksien hoitoon
- Hoitajaksoon sisältyy arviointi ja sen pohjalta hoito- ja kuntoutussuunnitelma
- Hoitotaksot kestävät määrääjän
- Keskeisiä yhteistyötahoja ovat kuntouttava työtoiminta, tuetut asumispalvelu ja kolmannen sektorin toimijat