

Susanna Kinnula

**”KAIKKI, MITÄ VOIMME TEHDÄ YHTEISHENGEN LUOMISEKSI, ON
TEHTÄVÄ!”**

Kajaanin seudun aikuisten mielenterveyspalveluiden ja riippuvuuksien hoidon
työntekijöiden yhteistyön kehittäminen

**”KAIKKI, MITÄ VOIMME TEHDÄ YHTEISHENGEN LUOMISEKSI, ON
TEHTÄVÄ!”**

Kajaanin seudun aikuisten mielenterveyspalveluiden ja riippuvuuksien hoidon
työntekijöiden yhteistyön kehittäminen

Susanna Kinnula
Opinnäytetyö
Kevät 2012
Ylempi AMK
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen
ja johtamisen koulutusohjelma
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

Tekijä: Susanna Kinnula

Opinnäytetyön nimi: "KAIKKI, MITÄ VOIMME TEHDÄ YHTEISHENGEN LUOMISEKSI, ON TEHTÄVÄ!" Kajaanin seudun aikuisten mielenterveyspalveluiden ja riippuvuuksien hoidon työntekijöiden yhteistyön kehittäminen

Työnohjaajat: TtT Kaisa Koivisto & TtT Liisa Kiviniemi

Työn valmistumislukukausi ja – vuosi: Kevät 2012

Sivumäärä: 55 + 5

Tämä opinnäytetyö on toteutettu työelämän kehittämistehtävänä Kajaanin seudun aikuisten mielenterveyspalveluiden ja riippuvuuksien hoidon vastuualueella vuoden 2010 aikana. Kehittämissuhteiden lähestymistapana on toimintatutkimus, jonka tavoitteena on tutkia nykytilannetta ja tuottaa tietoa mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidon kehittämiseksi. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidon nykytilannetta mielenterveys- ja päihdetyöntekijöiden näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena on vastata kysymyksiin 1. Millaista on mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoito Kajaanin seudun aikuisten mielenterveyspalveluissa ja riippuvuuksien hoidossa henkilökunnan kuvaamana? Miten mielenterveys- ja päihdetyöntekijöiden yhteistyö tällä hetkellä toteutuu? 2. Millaisia mielenterveys- ja päihdepotilaita Kajaanin seudun mielenterveyspalveluissa ja riippuvuuksien hoidossa kohdataan? 3. Millaisia haasteita mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidon järjestämisessä on?

Kehittämisvälineenä tässä tutkimuksessa käytettiin osallistavia menetelmiä, joita olivat yhteistyöpalaverit, pienryhmätyöskentely ja yhteisen tiimin kokeilu. Tiedonkeruu tapahtui muistiinpanojen, erilaisten muistiodien ja tutkija-kehittäjän osallistuvan havainnoinnin kautta ja kerätty aineisto analysoidiin sisällön analyysin menetelmällä.

Kajaanin seudun aikuisten mielenterveyspalveluissa ja riippuvuuksien hoidon vastuualueen työntekijöillä on vahvaa osaamista. Työtapaa on jo vuosien ajan ohjannut tarpeenmukainen ja ta-pauskohtainen työryhmätyöskentely. Tässä tutkimuksessa mielenterveys- ja päihdepotilaita muodostui kolme pääluokkaa 1) mielenterveyspotilaat 2) potilaat, joilla molemmat sekä mielenterveys että päihdehäiriö ja 3) potilaat, jotka käyttävät päihteitä itsehoitokeinoina. Haasteet mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidon järjestämisessä liittyivät päivystyksellisen avun jälkeiseen hoitoon, perusterveyden huollon rooliin, riittämättömiin resursseihin ja "väärin potilaisiin" toimivassa palvelujärjestelmässä. Työntekijät kokivat tarvitsevansa työn tekemiseen selkeitä rakenteita, resursseja ja moniammatillista työotetta. Kehittämisen kohteiksi tämän tutkimuksen perusteella nousee erilaiset kuntoutusvaihtoehdot, mielenterveys- ja päihdetyöntekijöiden yhteistyö sekä työtyytyväisyys. Jatkohaasteeksi Kajaanin seudulla nousee mielenterveys- ja päihdepotilaan integroidun hoitomallin kehittäminen.

Tämän työn keskeiseksi saavutukseksi nousee mielenterveys- ja päihdetyöntekijöiden yhteistyön kehittäminen. Opinnäytetyö ja kehittämisprosessin tutkija-kehittäjän rooli muodostuivat tärkeiksi oppimisen välineiksi ja ammatilliseksi kokemukseksi tutkijalle itselleen.

Asiasanat: Yhteistyön kehittäminen, toimintatutkimus, mielenterveys- ja päihdepotilas

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Development and Management of Health and Social Care

Author: Susanna Kinnula

Title of thesis: Improving the Cooperation of Professionals Working With Mental Health Care Patients and Substance Abusers

Supervisors: PhD Kaisa Koivisto & PhD Liisa Kiviniemi

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2012

Number of pages: 55+5

BACKGROUND: The portion of patients who have problems with mental health as well as substance abuse is increasing in the social and health services of Finland. The services required by the patients are often located separate from each other. Unfortunately, the patients still continue to face discriminating attitudes and policies within the services. For the first time in Finland, on a national level, a statement has been made, that the development of mental health care and the services for substance abusers should be seen as a whole.

AIM: This thesis was carried out in 2010 as an assignment to improve working life in the town of Kajaani's administrative areas of mental health care and substance abuse services. The assignment was approached with active studies, which aimed to determine the current situation, and provide information for the improvement of the care of patients with mental health and substance abuse problems.

METHOD: Different means of participation were used in this study, which included: meetings with the cooperating parties, working in smaller groups and a trial of a combined team that consisted of the two parties involved. The collection of the data was done through notes, different types of memos and the active observations of the author. The data was then content analysed.

RESULTS: The key result of this thesis work was the improvement of the cooperation of the professionals working with mental health patients and substance abusers. The role of a researcher and developer became important means of learning and gaining professional experience for the author during the process of making this thesis.

CONCLUSION: Based on this study, the development of various rehabilitation alternatives for patients of mental health problems and substance abuse, the cooperation and satisfaction for work conditions of the professionals working with these patients, arose as subjects for improvement. Further challenge in Kajaani and its surrounding areas will be to develop an integrated model of care that includes the mental health care and substance abuse services.

Keywords: Improving cooperation, action research, mental health care patients and substance abusers

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	7
2 KEHITTÄMISTYÖN TAUSTA	9
2.1 Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma	9
2.2 Kainuun mielenterveys- ja päihdestrategian sekä aikaisemmat hankkeet alueella	9
2.3 Kajaanin seudun aikuisten mielenterveyspalvelut ja riippuvuuksien hoito	10
2.4 Kainuun erityispiirteitä	12
3 MIELENTERVEYSHÄIRIÖN- JA PÄIHDEONGELMAN YHTEISESIINTYMINEN JA HOIDON ERITYISPIIRTEET	13
3.1 Mielenterveys- ja päihdepotilas	13
3.2 Mielenterveys- ja päihdepotilaan hoitoon liittyvät haasteet	14
3.2.1 Mielenterveys- ja päihdepotilaiden kokemuksia hoidosta	14
3.2.2 Mielenterveys- ja päihdetyöntekijöiden näkökulma	15
3.2.3 Palvelujärjestelmän moninaisuudesta	16
3.3 Mielenterveys- ja päihdepotilaan hoidon tarpeeseen vastaaminen	17
3.3.1 Integroitu hoitomalli	18
3.3.2 Tarpeenmukaisen hoidon malli	19
4 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITTEET	21
5 YHTEISTYÖN KEHITTÄMINEN TOIMINTATUTKIMUKSEN MENETELMIN	22
5.1 Toimintatutkimus	22
5.2 Toimintatutkimuksen menetelmiä	22
5.3 Toimintatutkijan rooli	24
6 YHTEISTYÖN KEHITTÄMINEN KAJAANIN SEUDUN AIKUISTEN MIELENTERVEYSPALVELUISSA JA RIIPPUVUUKSIEN HOIDOSSA	25
6.1 Tarve yhteistyön kehittämiselle	27
6.2 Yhteistyön kehittämisen käynnistäminen tammikuussa 2010	28
6.3 Pienryhmäyöskentely kehittäjän tukena	29
6.4 Yhteisen tiimin kokeilu	30
6.5 Yhteistyöpalaveri syyskuussa 2010	32
6.6 Viimeinen yhteistyöpalaveri joulukuussa 2010	33
7 YHTEENVETO KEHITTÄMISTYÖSTÄ JA TULOKSISTA	35

7.1	Millaista on mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoito Kajaanin seudun aikuisten mielenterveyspalveluissa ja riippuvuuksien hoidossa henkilökunnan kuvaamana? Miten mielenterveys- ja päihdetyöntekijöiden yhteistyö tällä hetkellä toteutuu?.....	35
7.2	Millaisia mielenterveys- ja päihdepotilaita Kajaanin seudun mielenterveyspalveluissa ja riippuvuuksien hoidossa kohdataan?	36
7.3	Millaisia haasteita mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidon järjestämisessä on?	37
7.4	Kehittämisen kohteet	39
7.5	Jatkohaasteet yhteistyön kehittämiseksi.....	41
8	KEHITTÄMISPROSESSIN ARVIOINTI	43
9	PÄÄTELMÄT JA POHDINTA.....	47
	LÄHTEET.....	51
	LIITTEET	56

1 JOHDANTO

Suomessa on otettu valtakunnallisesti ensimmäistä kertaa kantaa siihen, että mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen tulisi nähdä yhtenä kokonaisuutena. Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman Mieli 2009 -työryhmän 18 ehdotusta mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015 on koottu kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan (MIEPÄS). Suunnitelman avulla pyritään vahvistamaan mielenterveys- ja päihdeasiakkaan asemaa, edistämään mielenterveyttä ja päihhteettömyyttä, ehkäisemään haittoja sekä painottamaan avo- ja peruspalveluita mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmän kehittämisessä. Suunnitelmaa tehneen työryhmän mukaan mielenterveys- ja päihdepotilaiden on saatava yhdenvertaisia palveluja yhden oven periaatteella. Tavoitteena ovat helposti tavoitettavat, joustavat palvelut sekä yhdistetyt mielenterveys- ja päihdehoidon avohoitoyksiköt. (Partanen, Moring, Nordling & Bergman 2010, 14–15.)

Valtakunnallisesti huolta aiheuttaa mielenterveyshäiriöihin liittyvän työkyvyttömyyden kasvaminen sekä alkoholisairauksien ja -kuolemien lisääntyminen. Yhä useammalla hoitoon tulevalla potilaalla on molemmat; sekä mielenterveyshäiriö että päihdeongelma, mutta palvelut ovat toisistaan erillään. Palvelujärjestelmän kannalta hankaluudet liittyvät palvelujen pirstaleisuuteen ja hallinnoinnin vaikeuksiin. Pahimmillaan tilanne on se, ettei kukaan ole vastuussa potilaiden hoidosta. Näihin ongelmakohtiin vastauksena toimisi integroidun hoidonmalli, jossa potilaan molempiin häiriöihin vastataan samanaikaisesti. Valtakunnallista linjausta tehtäessä on kiinnitetty huomiota hoidosta aiheutuviin kustannuksiin, joita syntyy, kun potilaita hoidetaan monessa eri paikassa ja hoitoajat ovat pitkiä osaamisen puuttumisen myötä. Mielenterveys- ja päihdepotilaiden asianmukainen kohtaaminen lieventäisi myös potilaiden kokemaa kärsimystä ja häpeää, jota mielenterveyden häiriö ja päihdeongelma tuovat mukanaan.

Kehittämistehtäväni aiheina ovat mielenterveys- ja päihdepotilaan hoidon nykytilanne ja siihen liittyvät haasteet Kajaanin seudun aikuisten mielenterveyspalveluissa ja riippuvuuksien hoidoissa. Ajatus kehittämistehtävästä nousi esiin Kainuun ensimmäisessä päihdepäivässä, joka järjestettiin Kajaanissa syksyllä 2009. Kiinnostuin aiheesta koska työssäni psykiatrian poliklinikalla oli nähtävissä potilaiden ongelmien moninaisuus. Potilaat eivät ole esimerkiksi ainoastaan masennuksesta kärsiviä vaan heidän ongelmiaan ovat lisäämässä alkoholin tai lääkkeiden väärinkäyttö. Valitettavasti mielenterveyspalveluissa on edelleen nähtävissä jyrkkiä asenteita ja uskomuksia, jotka näyttäytyvät syrjivänä toimintana esimerkiksi siten, ettei hoitoa mielenterveyspalveluissa aloiteta

ennen kuin potilas on hakenut apua päihdeongelmaansa. Asenteiden muuttuminen kestää pitkään ja sen vuoksi tämä opinnäytetyö on toiminut työyhteisössäni mielenterveyspalveluissa yhteinä puheeksi otto menetelmänä kehitettäessä mielenterveyspalveluiden ja riippuvuuksien hoidon työntekijöiden yhteistyötä. Kuilu on vielä syvä, koska osa työntekijöistä haluaa edelleen pitää palvelut erillään. Pelkona riippuvuuksien hoidossa on esimerkiksi se, että erityisosaaminen häviää jos palvelut yhdistetään. Haasteena Kajaanin kokoisessa kaupungissa on palveluiden pirstaleisuus. Ajatus yhden oven mallista on vielä kaukana, koska asenteiden lisäksi esteenä toimivat fyysiset rakenteet. Tärkeää olisi, että työntekijöillä, niin mielenterveyspalveluissa kuin riippuvuuksien hoidossa, olisivat palvelut mielessä yhtenä kokonaisuutena, koska mielenterveys- ja päihdepotilaan mielessä tällainen palveluiden integroiminen voi olla vaikeaa.

Tämä opinnäytetyö on toteutettu työelämän kehittämistehtävänä Kajaanin seudun aikuisten mielenterveyspalveluiden ja riippuvuuksien hoidossa vuoden 2010 aikana. Kehittämisprosessi oli vuoden mittainen prosessi, joka osaltaan toimi avauksena pitkäjänteiselle kehittämistoiminnalle. Tämä opinnäytetyö toteutettiin *toimintatutkimuksena*, jonka tavoitteena on tutkia nykytilannetta ja kehittää yhteisön toimintaa. Oma roolini työyhteisössäni oli kaksijakoinen, työskentelin vuoden 2010 aikana sairaanhoitajana mielenterveyspalveluissa ja kehittämistehtävän myötä olin myös kehittäjän roolissa.

Opintojeni edetessä Oulun seudun ammattikorkeakoulussa ja opinnäytetyötä tehdessäni mielenkiintoni päihdetyötä kohtaan kasvoi ja samanaikaisesti minulle tarjoutui mahdollisuus työnkiertoon, tästä kiitos esimiehilleni Kajaanin seudun aikuisten mielenterveyspalveluiden ja riippuvuuksien hoidon tulosityksikön päällikkö Marja-Leena Leinoselle ja vastuualueen ylläkäri Juha Luukiselle. Siirryin työskentelemään Kainuun A-klinikalle kevään 2011 aikana. Työkokemukseni psykiatrisesta hoitotyöstä on antanut hyvän pohjan päihdepuolelle siirtymisessä ja tämän opinnäytetyön tekemisen myötä olen tutustunut alan tuoreimpaan tutkittuun tietoon ja valtakunnallisiin suosituksiin, jotka kuvaavat mielenterveys- ja päihdehäiriöiden yhteisesiintymistä sekä näiden potilaiden hyvästä hoidosta. Haluan omalta osaltani olla mukana toteuttamassa visiota mielenterveys- ja päihdetyön avohoitopainotteisista palveluista yhden oven periaatteella.

2 KEHITTÄMISTYÖN TAUSTA

2.1 Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma

Kehittämistehtäväni linkittyy kansalliseen mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan (MIEPÄS), joka linjaa ensimmäistä kertaa yhteisen tavoitteen mielenterveys- ja potilaiden hoidon järjestämiseksi yhden oven periaatteella. Valtakunnallisena tavoitteena ovat mm. yhdistetyt mielenterveyshäiriöiden ja päihdehoidon avohoitoyksiköt. (Stakes 2009.) Kansalliseen mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan sisältyy Mieli 2009 mielenterveys- ja päihdeohjelma, josta oli Kainuussa alueellinen foorumi syyskuussa 2009. Foorumi toimi aloituksena Kainuun mielenterveys- ja päihdestrategiatyölle.

2.2 Kainuun mielenterveys- ja päihdestrategian sekä aikaisemmat hankkeet alueella

Kainuun maakunta -kuntayhtymä on mukana Tervein mielin Pohjois-Suomessa -hankkeessa. Kainuun osahanke on käynnistynyt maaliskuussa 2009 ja kesti lokakuulle 2011. Hankkeen rahoittajana toimivat Sosiaali- ja terveysministeriön Kaste-ohjelma ja hankkeessa mukana olevat sairaanhoitopiirit. Tervein mielin Kainuussa -hankkeeseen liittyen Kainuussa järjestettiin ”Mitäpä mieltä Kainuussa?” -kuulemistilaisuudet, joissa maakunnan asukkailla on mahdollisuus vaikuttaa Kainuun mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan.

Kainuussa Tervein Mielin Pohjois-Suomessa – hankkeen taustalla on useilla eri hankkeilla tehty kehittämistyö mm. tarpeenmukaisen hoidon psykoterapiakoulutus vuosina 2005–2008 yhteistyössä Aikuisten mielenterveyspalveluiden, Jyväskylän yliopiston ja Kajaanin ammattikorkeakoulun kanssa, Mielenterveystyöntekijöiden osaamisen kehittäminen ja työrasituksen lieventyminen – hanke 2005–2007, Mielenterveys- ja riippuvuuksien hoitopalveluiden maakunnallinen malli – hanke 2005–2007 ja KAIDE - Kainuun päihdetyön koordinointi – hanke v. 2006–2008. (Aspvik, 2008.) Psykoterapiakoulutuksesta valmistui yhteensä 30 perhe-, ryhmä- ja yksilöpsykoterapeuttia, joiden erityisosaamiselle Kainuun maakunnassa oli tarvetta. Mielenterveyspalveluissa ja riippuvuuksien hoidossa työskenteleviltä edellytetään osallistumista kahden vuoden työkokemuksen jälkeen psykoterapeuttiset valmiudet -koulutukseen. Kaikkien työntekijöiden ei kuitenkaan tarvitse käydä terapiakoulutusta.

KAIDE -hankkeen puitteissa vuonna 2008 alkoi reilun vuoden mittainen koulutuskokonaisuus mielenterveys- ja päihdetyön osaamisen vahvistamiseksi. Koulutukseen osallistui 20 henkilöä mielenterveys- ja riippuvuuksien hoidon vastuualueelta. Koulutuksen tavoitteena oli antaa tietoa mielenterveys- ja päihdetyöhön ja mahdollistaa yhteisen näkemyksen muodostumista. Lisäksi meillä oli mahdollisuus kuulla asiantuntijoita ja työntekijöitä muualta Suomesta ja heidän kokemuksistaan mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidosta. Vuoropuhelu mielenterveys- ja riippuvuuksien hoidon työntekijöiden välillä mahdollistui prosessin aikana. Koulutuksen päätöstilaisuudessa aikuisten mielenterveyspalveluiden ja riippuvuuksien hoidon esimiehet olivat kuulemassa sitä, minkälaisia visioita meillä perustyötä tekevilla hoitajilla ja ohjaajilla oli mielessämme herännyt. Mielenterveyspalveluiden ja riippuvuuksien hoidon vastuualueella odotukset Kaidehankkeelle sekä mielenterveys- ja päihdetyöntekijöiden osaamisen vahvistamisen koulutukselle olivat suuret. Hankkeen aikana jäi kuitenkin saavuttamatta kokonaisvaltainen toimintamalli päihdetyöhön. Koulutukseen osallistui alle 10 % toimialan henkilöstöstä, joten koulutuksen päätösvaiheessa oli selvää, ettei yhteistä visiota saada levitettyä laajemmalle. Tämä koulutuskokonaisuus kuitenkin herätti henkilökohtaisen kiinnostukseni mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoitoon ja on ollut myös vaikuttamassa kehittämistyöni aiheen valinnassa. KAIDE -hankkeen jälkeen työ Kainuun maakunta kuntayhtymässä jatkuu mielenterveys- ja päihdestrategian muodossa (Ikäheimo 2009)

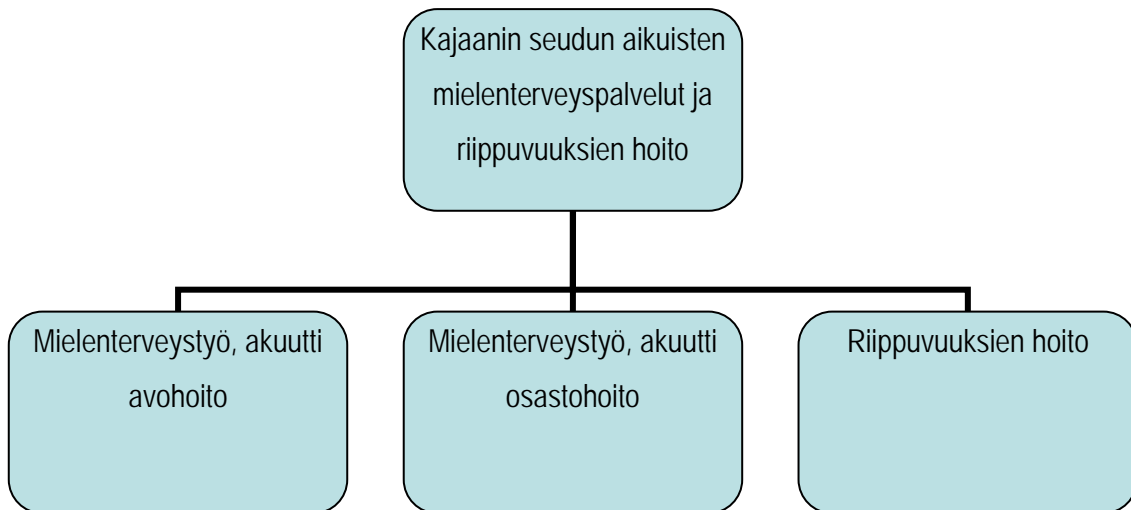
2.3 Kajaanin seudun aikuisten mielenterveyspalvelut ja riippuvuuksien hoito

Kainuun maakunta – kuntayhtymän toiminta kattaa Hyrynsalmen, Kajaanin, Kuhmon, Paltamon, Puolangan, Ristijärven, Sotkamon ja Suomussalmen kuntien osalta sosiaali- ja terveydenhuollon, toisen asteen koulutuksen, Kainuun keskussairaalan ja entisen Kainuun liiton palvelut. Maakunta järjestää kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut lasten päivähoitoa lukuun ottamatta. Kainuulaisten lähes päivittäin tarvitsemat palvelut ovat lähipalveluja. Harvemmin tarvittavat palvelut tuotetaan seudullisesti. Harvoin tarvittavat, erityisosaamista vaativat palvelut ovat keskitettyjä, maakunnallisia palveluja.

Työskentelen sairaanhoitajana Kajaanin seudun aikuisten mielenterveys- ja riippuvuuksien hoitopalveluissa. Hallinnollisesti aikuisten mielenterveyspalvelut ja riippuvuuksien hoito kuuluvat samaan vastuualueeseen. Perustehtävämme mielenterveyspalveluissa ja riippuvuuksien hoidossa

on linjattu siten, että pääpaino on vaikeiden mielenterveyshäiriöiden ja riippuvuusongelmien ta-
pauskohtaisessa hoidossa. Vastuualueemme visio vuoteen 2015 on avohoitopainotteinen mielen-
terveystyön ja riippuvuuksien hoidon kokonaisuus.

Aikuisten mielenterveyspalvelut vastaavat yli 18-vuotiaiden kainuulaisten psykiatrisesta avo- ja
sairaalahoidosta. Mielenterveyspalvelut on Kainuun maakunta – kuntayhtymässä jaettu kolmeen
seutuun, joista Seutu I:n muodostavat Kajaani, Paltamo ja Ristijärvi. Seutu II:n muodostaa Kuhmo
ja Sotkamo sekä seutu III:n Hyrynsalmi, Puolanka ja Suomussalmi.



KUVIO 1. Kajaanin seudun aikuisten mielenterveyspalvelut ja riippuvuuksien hoito

Kajaanin seudulla aikuisten mielenterveyspalveluiden akuutista avohoidosta vastaa päivystys- ja psykoosityöryhmä sekä akuuttityöryhmä, jotka toimivat Kainuun keskussairaalassa psykiatrian poliklinikalla. Työryhmissä työskentelee sairaanhoitajia, psykologeja ja lääkäreitä. Akuutista osastohoidosta vastaa Kainuun keskussairaalan 20-paikkainen suljettu osasto 12. Riippuvuuksien hoidosta vastaa Kainuun A-klinikka, joka sijaitsee Kajaanin pääterveysaseman kanssa samassa pihapiirissä Satamakadulla. A-klinikalla työskentelee ohjaaja, sairaanhoitajia, sosiaalityöntekijöitä ja ostopalveluna lääkäri kahtena päivänä kuukaudessa.

2.4 Kainuun erityispiirteitä

Kansanterveyslaitoksen julkaisussa B27/2008 Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa nousee esiin, että kainuulaisten tilanne on selvästi koko Suomen keskiarvoa huonompi. Tässä tutkimuksessa väestöryhmien välisiä eroja tarkasteltiin koulutustaustan mukaan. Tutkimuksessa nousee esiin, että Kainuussa on työttömyyttä ja lomautuksia on enemmän kuin koko Suomessa keskimäärin. Tutkimuksen mukaan Kainuussa vähemmän kouluja käyneillä on yleisesti huonompi terveys ja heillä terveyttä vaarantavat elintavat ovat yleisimpiä sekä kuolleisuus korkeampaa verrattuna korkeammin koulutettuihin. Myös työkäiset kokivat terveytensä sitä huonommaksi, mitä vähemmän koulutusvuosia oli. Alkoholin suurkulutus on yhtä yleistä kuin muuallakin Suomessa, mutta väkevän alkoholin suurkulutusta on Kainuussa enemmän. (Kaikkonen, Kostiainen, Linnanmäki, Martelin, Prättälä & Koskinen 2008, 125, 270–272.)

Huolestuttavaa on myös kainuulaisten nuorten masentuneisuuden kokemukset ja alkoholinkäyttö. Kainuulaisilla tytöillä masentuneisuus ja siihen liittyvä oireilu oli yleisempää ammattioppilaitoksissa kuin lukiolaisilla. Samansuuntainen ero oli nähtävissä poikien keskuudessa, muttei niin selkeänä kuin tytöillä. Sekä tytöt että pojat ammattioppilaitoksissa käyttivät alkoholia viikoittain ja humalahakuisesti kaksi kertaa enemmän verrattuna lukion opiskelijoihin. Vanhempien koulutustaustalla oli myös merkitystä siten, että vähiten koulua käyneiden vanhempien lapset käyttävät alkoholia viikoittain ja juovat itsensä humalaan noin kaksi kertaa niin yleisesti kuin muut lapset. (Kaikkonen ym. 2008, 39–43, 90, 270–271.)

Psykiatrinen sairastavuus ja siihen liittyvissä sairaalahoitojaksoissa ei ole tutkimuksen mukaan tapahtunut muutoksia viimeisen kymmenen vuoden aikana. Kainuussa psykiatriset sairaalahoitojaksot ovat naisilla hieman yleisempiä kuin koko Suomessa, mutta miehillä hoitojaksot ovat jopa 40 prosenttia koko Suomen keskiarvoa yleisempiä. Päihteet ovat yksi suuri syy psykiatrisille sairaalahoitojaksoille ja päihteistä johtuvat hoitojaksot olivat kasvussa varsinkin naisten keskuudessa, riippumatta koulutustaustasta. Psykooseista johtuvat hoitojaksot olivat viisi kertaa yleisempiä enintään perusasteen tutkinnon suorittaneilla verrattuna korkea-asteen tutkinnon suorittaneisiin. Masennusdiagnoosin yleisyys psykiatrisessa sairaalahoidossa on kasvussa ja Kainuussa hoitojaksoja oli enemmän kuin muualla Suomessa. Eniten psykiatriset sairaalahoitojaksot kasvoivat pelkän perusasteen tutkinnon suorittaneilla. (Kaikkonen ym. 2008, 273.)

3 MIELENTERVEYSHÄIRIÖN- JA PÄIHDEONGELMAN YHTEISESIINTYMINEN JA HOIDON ERITYISPIIRTEET

3.1 Mielenterveys- ja päihdepotilas

Mielenterveydenhäiriön ja päihdeongelman yhteisesiintymisestä käytetään termejä komorbiditeetti ja potilaista termiä kaksoisdiagnoosipotilas. Tässä työssä tulen käyttämään käsitettä mielenterveys- ja päihdepotilas, koska se on potilaan tilannetta kuvaileva termi. Kaksoisdiagnoosi viittaa lääketieteeseen ja varsinaiseen diagnoosiin vaikka näin ei suinkaan ole. Mielenterveyshäiriön ja päihdeongelman yhteisesiintyvyydestä ei ole vielä tehty diagnoosia, joka löytyisi tautiluokituksesta.

Mielenterveyshäiriön ja päihdeongelman yhteisesiintyvyys tuo käsitteenä esiin potilaan ongelmat hoidollisessa ja yhteiskunnallisessa kontekstissa paremmin. Käsite kattaa päällekkäin esiintyvät ja moniulotteiset ongelmat, mutta jättää myös tilan potilaan voimavaroille. Kriittikinä voidaan todeta, ettei tämäkään käsite kata mahdollisia sosiaalisia ja somaattisia ongelmia, joita potilaalla voi olla. Käsite ottaa kuitenkin kantaa siihen, että mielenterveys- ja päihdepotilaan hoidon tulee olla kokonaisvaltaista ja koordinoitua. (Holmberg 2008, 13.)

Lääkäri Aalto (2007) käyttää termiä kaksoisdiagnoosi, jolla hän tarkoittaa sitä, että potilaalla on samanaikainen päihdehäiriö ja vähintään yksi mielenterveydenhäiriö. Tutkimusten mukaan mielenterveyshäiriön ja päihdeongelman esiintyminen samalla potilaalla ei ole sattumaa, vaan mielenterveyshäiriöillä ja päihdeongelmilla on sellainen yhteys, joka suurentaa toisen häiriön esiintymisen mahdollisuutta. (Aalto 2007, 1293; Mantila 2007, 69–70; Cleary, Hunt, Matheson & Walter 2009, 239.)

Mielenterveyshäiriön ja päihdeongelman esiintyminen rinnakkain on yleinen ilmiö kliinisissä aineistoissa. Alkoholistista 30–60 prosentilla on merkittävä masennus ja masennuspotilaista alkoholiongelmasta kärsii 10–30 prosenttia. (Mikkonen 2007, 4747.) Kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu, että lähes puolella psykiatrisen hoidon piirissä olevilla potilailla on päihdeongelma ja päihdepotilailla jopa 80 prosentilla on samanaikainen psykiatrisen sairaus (Järvenkylä, Romu, Kiviniemi, Syrjämäki, Ahonen, & Lehtonen 2009, 7.) Mielenterveyshäiriön ja päihdeongelman

nivoutuminen yhteen on yksi yleisimmistä psykiatrisista häiriöistä niin Yhdysvalloissa kuin Suomessakin (Muhonen 2008, 7).

Mielenterveyshäiriön nivoutuessa päihdeongelmaan voidaan käyttää myös termiä komorbiditeetti, joka tarkoittaa sairauksien yhteisesiintymistä (Hölttä, 2006, 5). Suomen lääkärilehden artikkelissa kuvattiin psykiatrista komorbiditeettia. Masennukseen liittyvä komorbiditeetti eli monihäiriöisyys on enemmän sääntö kuin poikkeus. Noin puolella masennuspotilaista voidaan todeta samanaikainen ahdistuneisuus- tai persoonallisuushäiriö ja noin neljänneksellä alkoholiongelma. Myös somaattiset pitkäaikaissairaudet ovat tavallisia perusterveydenhuollon masennuspotilailla. Naisilla todetaan useammin ahdistuneisuus- ja syömishäiriöitä, somaattisia oireita ja itsemurhayrityksiä kuin miehillä. Miehillä oli selkeästi useammin päihdehäiriöitä. (Melartin, Kuosmanen & Riihimäki 2010, 170.)

3.2 Mielenterveys- ja päihdepotilaan hoitoon liittyvät haasteet

Potilaiden, joilla on sekä mielenterveyshäiriö että päihdeongelma, osuus on kasvamassa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa ja näiden potilaiden ennuste on huonompi. Suomessa vuoden 2003 päihdetapauskennassa päihdeasiakkaista 37 prosentilla oli jokin mielenterveydenhäiriö. Vastaavasti vuonna 2007 luku oli 48 %. (Aalto 2007, 1293; Laitila 2010, 46).

Mielenterveys- ja päihdepotilaat muodostavat haastavan potilasryhmän, koska he käyttävät paljon palveluita, mutta sitoutuvat huonosti hoitoon. Tämän potilasryhmän hyvä hoito on suuri haaste. Hoito on pitkäjänteistä ja sisältää erilaisia vaiheita mm. motivointia ja aktiivisen hoidon vaiheita. Retkahtaminen päihteisiin ei tarkoita hoidon loppumista, eikä täydellinen päihteettömyys ei ole ainoa hoitotavoite. (Aalto 2007, 1293–1298, Mantila 2007, 69–74.) Molempien häiriöiden varhainen tunnistaminen ja hoito parantavat potilaan ennustetta (Mikkonen 2007, 4748).

3.2.1 Mielenterveys- ja päihdepotilaiden kokemuksia hoidosta

Potilaat nostivat esiin hoitoon pääsyn vaikeuksien johtuvan syrjivistä käytännöistä ja siitä, että palvelut olivat eriytyneet eri yksiköihin. Potilailla oli kokemus siitä, että he putoavat palveluiden väliin ja että heidän hoitonsa mielenterveyspalveluissa huononi, kun päihdetausta tuli esiin tai

päihteiden käyttö saattoi estää avun saannin kokonaan. Potilaat kokivat hoidon mielenterveyspalveluissa lääkekeskeisiksi vaikka potilaiden oma toive liittyi nimenomaan keskusteluapuun. Potilaille ei ollut merkittävää se, mikä työntekijän titteli tai koulutustausta oli, vaan se että työntekijä pysähtyy, antaa aikaansa ja kuuntelee arvostavasti. Potilailla oli kokemus siitä, että mielenterveyspalveluissa päihdeongelmaisen psyykkiseen oireiluun suhtauduttiin vähätellen ja mielenterveyden oireita pyrittiin selittämään päihteiden käytöllä. (Hölttä 2006, 29–33, 42, 46; Järvenkylä ym. 2009, 27.) Potilas saattaa myös itse vähätellä alkoholikäyttöään, joka puolestaan hankaloittaa ongelmien tunnistamista ja hoidon aloittamista. Potilaat tarvitsevat aikaa riippuvuusongelmansa hyväksymiseen, vaikka työntekijöillä olisi tarve aloittaa potilaan hoito nopeasti esimerkiksi potilaan itsetuhoisuuden vuoksi. (Mikkonen 2007, 4747; Wadell & Skärsäter 2007, 1138.)

Koiviston (2003) väitöskirjassa ”Koettu hallitsematon minuus potilaan hoitotyön lähtökohdaksi” kuvataan sitä kuinka psyykkisesti sairastuneelle kokemus ’minän’ muuttumisesta ja itsehallinnan menettämisestä aiheuttaa pelkoa, levottomuutta ja ärtyneisyyttä sekä syyllisyyttä ja häpeää. Potilaiden pelko liittyy ’hulluksi tulemiseen’. Potilaiden autetuksi tulemisen tunnetta edistävät keskustelut omahoitajan kanssa ja hoitokokoukset yhdessä omaisten kanssa. Omaisten rooli korostuu turvallisuuden tunnetta lisäävänä asiana potilaan osastohoidon aikana. Potilaat kokivat myös tärkeäksi sen, että heillä mahdollisuus osallistua heitä koskevaan päätöksen tekoon. Lääkehoidon koettiin auttavan sairauden oireisiin. Autetuksi tulemisen tunnetta puolestaan vähentää se, että hoitohenkilökunta kohtaa potilaita kiireisesti, epäilevällä asenteella tai jos potilasta pakotetaan, hänet jätetään yksin eikä kerrota hoidosta. (Koivisto 2003, 55–56, 58.)

3.2.2 Mielenterveys- ja päihdetyöntekijöiden näkökulma

Mielenterveys- ja päihdetyöntekijöiden näkökulmasta vaativaksi ja haasteelliseksi tehtäväksi koettiin potilaan mielenterveyshäiriön ja päihdeongelman yhtäaikainen tunnistaminen. Hoitavan henkilön huomio saattaa kiinnittyä pelkästään huumausaineongelmaan, jolloin potilaan mielenterveydenhäiriö jää tunnistamatta. (Mantila 2007, 32; Järvenkylä ym. 2009, 22.) Lisäksi tunnistamista vaikeuttaa se, että mielenterveyshäiriöön ja päihdeongelmaan luonteeseen kuuluu se, etteivät potilaat itse välttämättä tunnista hoidon tarvettaan. Tunnistamisen vaikeutta lisää myös se, että määritelmät eivät ole yhteneväiset eri toimijoiden välillä. (Mantila 2007, 39; Hölttä 2006, 8.)

Järvenkylän ym. (2009, 27) hankeraportissa nousi esiin ”havaitsemissoikeus”, jolla tarkoitettiin sitä, että päihdehäiriöihin kouluttautuneet työntekijät tunnistivat eri tavalla potilaan ongelmat kuin

peruspalveluissa työskentelevät. Psykiatristen oireiden takana oleva päihdeongelma jäi vähälle huomiolle. Peruspalveluissa työntekijät kokivat ongelmia omassa osaamisessaan ja päihdepalvelujärjestelmää oli vaikeaa hahmottaa. (Järvenkylä ym. 2009, 27.) Sama asia nousi esiin Wadell & Skärsäter (2007, 1138) tutkimuksessa, jossa sairaanhoitajat kokivat osaamisensa olevan riittämätöntä ja toivovat enemmän koulutusta ja moniammatillista työskentelyotetta.

Sosiaali- ja terveysalalla työntekijät kokevat mielenterveys- ja päihdepotilaat hankaliksi, koska potilaat hallitsevat aggressioitaan huonosti eivätkä noudata sopimuksia. Lisäksi tähän potilasryhmään liittyy edelleen ennakkokäsityksiä ja stigmatisointia. Hoitohenkilökunnalla vallitsee virheellisiä käsityksiä edelleen sen suhteen, että potilaan sairaus olisi itse aiheutettu. (Hölttä 2006, 30, 39–40, 50.) Potilaisiin liittyvät asenteet ja tunteet eivät ole merkityksettömiä, koska ilman luottamuksellista hoitosuhdetta sairaanhoitajat kokivat potilaan motivoinnin vaikeaksi (Wadell & Skärsäter 2007, 1138). Hoitotyössä ammatillisuutta on se, ettei potilaita aseteta eriarvoiseen asemaan päihtymyksen vuoksi. Hoitohenkilöstön haluttomaan asenteeseen hoitaa päihtyneitä potilaita voidaan vaikuttaa koulutuksella, joka myös ennaltaehkäisee hoitovirheitä, joita pahimmillaan voi seurata hoidon aloittamisen viivästyisestä. (Holmberg 2008, 15.)

Tutkimusten perusteella voidaan todeta, että päihdeongelmaisten hoitamiseen liittyy edelleen voimakkaita asenteita ja jopa mystisiä uskomuksia. Mielenterveys- ja päihdepotilaat herättävät hoitavien ihmisten keskuudessa avuttomuutta ja raivokkuutta; potilaat hakevat apua usein monesta eri paikasta, mutta sitoutuvat huonosti esimerkiksi sopimukseen ja jättävät tulematta vastaanotolle. Lisäksi tiedetään, että useimmiten päihdepotilaan mielenterveyshäiriö on jonkinasteinen persoonallisuushäiriö ja nämä ovat potilasryhmänä haasteellisin. (Hölttä 2006, 38–40; Aalto 2007, 1293–1298.)

3.2.3 Palvelujärjestelmän moninaisuudesta

Mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidon ja avun saannin vaikeus nivoutuu hoitojärjestelmän pirstaleisuuteen, mielenterveys- ja päihdepalvelujen liiallisena erikoistumisena ja eriytyneisyytenä sekä palvelujärjestelmän syrjivään käytäntöön. Mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat hajanaisia ja erilaiset projektit sekä hankkeet pirstaloivat entisestään hajautunutta palvelujärjestelmää. Hoidon jakautuessa usealle eri taholle ja selkeiden yhteistenlinjausten puuttuessa kukaan ei enää tosi asiassa kanna kokonaisvastuuta potilaan hoidosta. Hoitoonohjaus ja suunnitelmallinen jatkohoito

jää sattumanvaraiseksi. Oman hankaluutensa potilaiden hoitoon hakeutumiseen tai ohjautumiseen tuo se, että mielenterveys- ja päihdepotilaiden palvelut olivat käytettävissä vain virka-aikana. Ongelmaksi työntekijät kokivat myös sen, että eriytyneissä palveluissa tiedonkulku ja tarvittavien taustatietojen puuttuminen hankaloittivat hoidon suunnittelua. (Hölttä 2006, 29–30, 32, 36; Mantila 2007, 69; Järvenkylä ym. 2009, 7; Laitila 2010, 46.) Näin on käynyt meillä Kainuussa-kin selkeiden hoitolinjausten puuttuessa, hoito on jakautunut usealle eri taholle palvelujärjestelmässä ja mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoito on hajanaista.

3.3 Mielenterveys- ja päihdepotilaan hoidon tarpeeseen vastaaminen

Mielenterveys- ja päihdepotilaiden oma toive on, että heidän avun tarpeeseensa vastattaisiin siinä yksikössä mihin hän ensisijaisesti hakeutuu. Tärkeänä asiana potilaat kokevat sen, että he tietävät kaiken aikaa keneen hän voi tarvittaessa ottaa yhteyttä. Potilaan perhe ja läheiset olivat kokeneet myös ongelmaksi sen, etteivät he tieneet keneen ottaa yhteyttä kriisitilanteessa. (Aaltonen, Koffert, Ahonen & Lehtinen 2000, 56; Hölttä 2006, 36; Mantila 2007, 69–70.)

Työntekijöiden toiveet liittyvät siihen, että mielenterveys- ja päihdepotilaille olisi omat yksiköt, jossa olisi mielenterveys- ja päihdetyön osaamista. Mielenterveys- ja päihdepalveluissa työskennellessä tärkeäksi työkaluksi on nostettu verkostotyö, tiimityö ja moniammatillisuus. Jotta kommunikaatio ja yhteistyö eri yksöiden välillä onnistuisivat, näitä taitoja täytyy jatkuvasti kehittää. Muutokset työssä edellyttävät oman osaamisen ajan tasalla pitämistä. Koulutus vaikuttaa omaan asennoitumiseen ja suhtautumiseen mielenterveyshäiriöitä ja päihdeongelmia kohtaan. Koulutus ei siis pelkästään lisää työntekijöiden tietoja ja taitoja. Mielenterveys- ja päihdepotilaiden käyttäytymistä on helpompi ymmärtää tiedon lisääntyessä. (Mantila, 2007 50, 64; Holmberg 2008, 15.)

Mantilan (2007, 69) tutkimuksessa nousi vahvasti esiin henkilöstön koulutustarpeet henkilöstön osaamisen vahvistamiseksi. Koulutus ja moniammatillisuus takaavat mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidon vaatiman pitkäaikaisen jatkuvuuden ja tuen potilaan kuntoutumisen aikana. Koulutuksen olisi hyvä tapahtua yllirajojen kouluttautumisena, jolloin koulutusryhmä on muodostunut moniammatillisesti. Moniammatillisuudella ei tarkoitettu pelkästään sitä, että ryhmässä on työntekijöitä erilaisilla koulutustaustoilla. Moniammatillisuudella tarkoitettiin myös vuorovaikutuksellisuutta ja konsultointi mahdollisuutta työryhmän sisällä ja eri yhteistyötahojen kanssa. (Mantila, 2007, 65, 69.)

Järvenkylän ym. (2009, 26) hankeraportissa nousi esille se, että Tampereen kokoisessa kaupungissa palveluita päihde- ja mielenterveystyössä on paljon, jopa niin että palvelukokonaisuuden hallintaan tarvitaan omaa erityisosaamista. Pienissä Pirkanmaan kunnissa palveluita oli rajatunmin, mutta työskentely yli hallintorajojen oli jo joustavampaa. Hankkeen kautta nostettiin esille tuleva palvelurakennemuutos, jonka vuoksi palveluita on monipuolisemmin tarjolla, mutta niiden hallinnointi voi vaikeutua. (Järvenkylä ym. 2009, 26.)

Hyvinvoinnin rakentajat -hankkeessa nostettiin esille kolme asiaa palvelujen kehittämiseksi. Ensimmäiseksi kehittämiskohteeksi nostettiin yhteistyön lisääminen psykiatrian poliklinikan ja A-klinikan välillä. Toisena asiana olivat omat osastot mielenterveys- ja päihdepotilaille. Osaston työntekijöiden tulisi muodostua moniammatillisesta tiimistä, jossa olisi myös sosiaalialan työntekijöitä. Kolmantena asiana nostettiin esille vastuuhenkilön nimeämistä kullekin potilaalle, jonka tarkoituksen on parantaa asiakaslähtöisyyttä. Tällaisen omahoitajuuden raskautta voisi lieventää työpari- tai tiimityöskentelyllä. (Mantila 2005, 39.)

3.3.1 Integroitu hoitomalli

Aalto (2007, 1296–1297) nostaa esiin integroidun hoitomallin mielenterveys- ja päihdepotilaiden hyvänä hoitomallina. Integroitu hoito tarkoittaa sitä, että potilaan hoidossa on mukana työryhmä, joka on perehtynyt sekä päihdehäiriöiden että mielenterveysongelmien hoitoon. Tavoitteena on, että sama taho hoitaa potilaan molempia häiriöitä samanaikaisesti. Tutkimusten mukaan hoito samassa paikassa on tehokkaampaa, kuin kahteen eri paikkaan jaettu hoito. Lisäksi tutkimusten mukaan samassa paikassa asioiminen lisää potilaan hoitomyöntyvyyttä, koska potilaan on helpompi sitoutua yhteen paikkaan. (Aalto 2007, 1296–1297.) Voidaan todeta, että tämä potilasryhmä tarvitsee yhdistellen psykiatrista hoitoa ja päihdepalveluita (Järvenkylä ym. 209, 28).

Integroidusta hoidosta puhuttaessa ei tarkoiteta varsinaista hoitomuotoa, vaan viitataan tapaan, miten potilaiden hoitopalvelut tulisi järjestää. Integroidussa hoitomallissa korostuu moniammatillisuus, joka mahdollistaa potilaan kannalta laajemmat hoitovaihtoehdot. (Aalto 2007, 1296.) Haasteeksi integroidussa hoitomallissa Mantila (2007, 70) nosti hoidon jatkuvuuden turvaamisen. Alkoholi-ongelmaisen (2005) ja huume-ongelmaisen (2006) käypä hoito suosituksista voidaan nostaa esiin integroidun hoitomallin keskeiset piirteet, joihin muun muassa kuuluvat moniammatillisuus ja

erilaiset psykososiaaliset hoidot, kuten motivoiva haastattelu, retkahduksen ehkäisy ja perhe-interventiot. (Aalto 2007, 1296–1297.) Cleary ym. (2009, 253) tutkimuksessa vertailtiin erilaisia psykososiaalisia hoitomuotoja ja tämän tutkimuksen mukaan motivoivalla haastattelu menetelmällä on saatu aikaan päihteiden käytön vähenemistä.

3.3.2 Tarpeenmukaisen hoidon malli

Tarpeenmukaisen hoidon malli on kehitetty Suomessa skitsofreniapotilaiden hoitoon ja malli sovellettavissa yleisimmin psykiatrisen terveydenhuollon piirissä. Skitsofreniapotilaiden hoito ei sellaisenaan sovellu päihteidenkäyttäjien hoitoon, mutta tarpeenmukaisesta hoitomallista voi olla apua kehitettäessä uusia toimintamalleja mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoitotyöhön. (Alanen 1993, 228; Holmberg 2010, 71.)

Tarpeenmukaisen hoitomallin keskeinen suositus liittyy akuutin psykoosiin hoitoon, jossa hoidon suunnittelu ja toteutus tapahtuu hoitomallin periaatteiden mukaisesti. Nämä periaatteet ovat:

1. Terapeuttiset toiminnot suunnitellaan ja toteutetaan joustavasti ja yksilöllisesti potilaan sekä hänen perheen ja lähiverkoston kanssa
2. Tutkimusta ja hoitoa ohjaa psykoterapeuttinen asenne
3. Erilaisten terapeuttisten toimintojen tulee tukea toisiaan. Hoidolliset toiminnot integroidaan keskenään. Edellytys integraatiolle on potilasta hoitavien tahojen yhteistyö, johon sisältyy luottamuksellisuus ja tieto siitä mitä toiset tekevät.
4. Hoidon prosessiluonne on selvästi ymmärrettävissä ja säilytettävissä. Hoidon aikana sallitaan potilaan voinnissa tapahtuvat takapakit. Ilman jatkuvaa seurantaa ja arviointia tarpeenmukainen hoito ei toteudu. (Alanen 1993, 255–257.)

Tarpeenmukaisen hoitomallin mukaisesti hoito on prosessiluonteinen tapahtuma, jonka aikana potilaan hoidolliset tarpeet voivat muuttua. Hoidollista prosessia ohjaa yhteinen mielikuva, jonka hoitoon osallistuva työryhmä on muodostanut yhteisesti jakamalla psykologista ymmärrystä potilaan tilanteesta ja oireiden merkityksestä. (Alanen 1993, 254–255.)

Tarpeenmukaiseen hoitomalliin kuuluu olennaisesti tapauskohtainen työryhmätyöskentely, jossa potilaan hoitoon osallistuu moniammatillinen työryhmä. Työryhmässä on työntekijöitä eri puolilta, sekä sairaalasta että avohoidosta ja eri ammattiryhmät ovat edustettuina. Tapauskohtainen työ-

ryhmä vastaa potilaan hoitoprosessista, sen jatkuvuudesta ja siitä ettei hoito pirstaloitu. (Aaltonen ym. 2000, 32.)

Kajaanin seudun aikuisten mielenterveyspalveluissa on tehty tutkimustyötä vaikeiden mielenterveyshäiriöiden hoidosta. Kainuun maakunta -kuntayhtymän terveysjohtaja Mauno Saari on väitellyt vuonna 2002 aiheesta: *Psykoosityöryhmä vaikeiden mielenterveyshäiriöiden hoidossa Kainuussa vuosina 1992 - 1996*. Saari (2002, 9) tutki sitä, miten psykoosityöryhmänä työskentely vaikutti erityisesti potilaiden sairaalahoidon käyttöön suhteessa entiseen tapaan työskennellä erikoissairaanhoidossa. Tutkimuksen perusteella psykoosityöryhmätyöskentely oli yhtä tuloksellista kuin tavanomainen erikoissairaanhoido. Seuranta-aikana 9 kuukautta - 2 vuotta potilaiden selviytyminen oli parempaa psykoosityöryhmässä hoidetuilla potilailla. Psykoosityöryhmätyöskentely käynnistyi Kainuussa projektiluonteisena vuonna 1991. (Saari 2002, 24.)

Toinen Kajaanin seudulla 2000-luvulla tehty tutkimus on Arja Heikkisen Pro gradu: *Tapauskohtainen työryhmätyöskentely hoitokokouksessa*. Tutkimuksen tavoitteena oli kehittää sairaalan ja avohoidon työntekijöistä koostuvia tapauskohtaisia työryhmiä, jotka vastaavat vaikeista mielenterveyshäiriöistä kärsivien potilaiden hoidosta. Tarve tapauskohtaiseen työryhmätyöskentelyyn nousi esiin Saaren (2002) tutkimuksesta. Psykoosityöryhmän ja tapauskohtaisen työryhmän työskentelytavat ovat samankaltaiset. Tapauskohtainen työryhmätyöskentely mahdollistaa potilaan tarpeenmukaisen hoidon ja hoidon integroinnin. Keskeiseksi hoidon integraation mahdollistajaksi nousevat hoitokokoukset, joihin osallistuvat potilaan lisäksi hänen tapauskohtaisen työryhmänsä jäsenet ja potilaan lähiverkosto. (Heikkinen, 2003. 9-10.)

Nämä kaksi edellä mainittua tutkimusta ovat ohjanneet työskentelyämme Kajaanin seudun aikuisten mielenterveyspalveluissa ja riippuvuuksien hoidossa jo usean vuoden ajan. Vastuualueellamme työskennellään tarpeenmukaisen hoidon periaatteiden mukaisesti ja tapauskohtaisia työryhmiä muodostetaan hallintorajoista riippumatta. Kehittämistehtävääni ajatellen nämä luovat hyvän pohjan yhteistyön kehittämiseksi ja uusien toimintatapojen kokeilulle.

4 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITTEET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidon nykytilannetta Kajaanin seudun aikuisten mielenterveyspalveluiden ja riippuvuuksien hoidon vastuualueella työntekijöiden näkökulmasta. Tavoitteena on vastata kysymyksiin siitä, miten yhteistyö tällä hetkellä toteutuu ja millaisia haasteita työntekijät kokevat olevan yhteistyön tekemiselle. Tämä opinnäytetyö toteutettiin työelämän kehittämistehtävänä. Kehittämistyöni lähestymistapa on toimintatutkimus, jonka tavoitteena on kehittää yhteisön toimintaa ja jossa koko työyhteisö osallistuu prosessinomaiseen kehittämiseen. Toimintatutkimus lähestymistapana sopii kehittämistyöhöni hyvin, koska tavoitteena on tutkia nykytilannetta, jotta sitä voidaan muuttaa kohti valtakunnallisia linjauksia. (Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2006, 32; Siira & Veijola 2009, 142-143.)

Tutkimuskysymykset:

1. Millaista on mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoito Kajaanin seudun aikuisten mielenterveyspalveluissa ja riippuvuuksien hoidossa henkilökunnan kuvaamana? Miten mielenterveys- ja päihdetyöntekijöiden yhteistyö tällä hetkellä toteutuu?
2. Millaisia mielenterveys- ja päihdepotilaita Kajaanin seudun mielenterveyspalveluissa ja riippuvuuksien hoidossa kohdataan?
3. Millaisia haasteita mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidon järjestämisessä on?

Kehittämistyöni aihe noussut esiin aikuisten mielenterveyspalveluiden ja riippuvuuksien hoidon työntekijöiden arjesta, niistä tilanteista ja haasteista, joita mielenterveys- ja päihdepotilaat ovat mukanaan tuoneet. Kehittämistehtävääni ohjaavat Oulun seudun ammattikorkeakoulun yliopettajat TtT Kaisa Koivisto ja TtT Liisa Kiviniemi. Lisäksi Tervein Mielin Kainuussa -hankkeen projekti-päällikkö Sari Marita Ikäheimo on luvannut auttaa minua sisällön suhteen ja hahmottamaan mielenterveys- ja päihdetyön strategian etenemistä Kainuun osahankkeen osalta. Tervein Mielin Kainuussa -hanke hyödyntää kehittämistyöni tuloksia Kainuun mielenterveys- ja päihdestrategiatyössä. Kehittämistyössäni pureudutaan perustehtäväämme ja sen kehittämiseen, tämän myötä opinnäytetyössäni korostuu kehittämisen näkökulma. Oletuksena on, että kehittämistyöni tuottaa tietoa ja osaamista koko työyhteisölle ja hiljaista tietoa saadaan käyttöön. (Siira & Veijola 2009, 142-144.)

5 YHTEISTYÖN KEHITTÄMINEN TOIMINTATUTKIMUKSEN MENETELMIN

5.1 Toimintatutkimus

Toimintatutkimus pohjaa sosiaalipsykologi Kurt Lewinin käsityksiin sosiaalisen toiminnan rakentumisesta. Toimintatutkimuksen tehtävänä on muuttaa todellisuutta tutkimalla sitä ja samalla tuottaa tietoa käytäntöjen kehittämiseksi. (Toikko & Rantanen 2009, 29–30; Heikkinen ym. 2006, 15, Aaltola & Valli 2001:2, 23–24.) Toimintatutkimuksessa siirrytään maailman kuvaamisesta sen muuttamiseen (Aaltola & Valli 2001:2, 23). Omassa kehittämistehtävässäni tämä tarkoittaa sitä, että minä en pelkästään tyydy kuvaamaan kuinka asiat tällä hetkellä ovat työyhteisössäni vaan kuvaan sitä muutosta, jota kehittämistyön edetessä tapahtuu ja mihin suuntaan kehittämistyön tulee edetä, jotta valtakunnalliset suositukset saavutettaisiin. Toimintatutkimus lähestymistapana tuottaa realistista tietoa siitä, mitä pitää kehittää ja mihin suuntaan.

Toimintatutkimus sopii hyvin tilanteisiin, missä toiminnan avulla pyritään muuttamaan jotakin, lisäämään ymmärrystä ja tietoa muutosta kohtaan (Anttila 2006, 440). Toimintatutkimuksessa tutkitaan ihmisten toimintaa ja tutkimus kohdistuu erityisesti sosiaaliseen toimintaan, joka ohjautuu vuorovaikutukseen (Heikkinen ym. 2006, 16). Toimintatutkimus on yleensä ajallisesti rajattu tutkimus- ja kehittämisprojekti, jossa suunnitellaan ja kokeillaan uusia toimintatapoja. Pienimuotoisimmillaan toimintatutkimus on oman työn kehittämistä. Työ edellyttää yhteistyötä muiden kanssa ja siksi työn kehittäminen vaatii ihmisten välisen yhteistoiminnan ja vuorovaikutuksen edistämistä. Joskus tarvitaan laajaa toimijoiden välistä keskustelua kehittämisen suunnasta ja keinoista. (Heikkinen ym. 2006, 17.)

5.2 Toimintatutkimuksen menetelmiä

Toimintatutkimus ei ole varsinainen tutkimusmenetelmä, vaan tutkimusstrateginen ja kriittinen lähestymistapa, jossa kehittämisellä tavoitellaan muutosta. Toimintatutkimuksen välineinä käytetään erilaisia tutkimusmenetelmiä. (Aaltola & Valli 2001:1, 170; Seppänen-Järvelä 2006, 24; Toikko & Rantanen 2009, 163.) Tässä työssä on käytetty menetelmiä kehittävästä työntutkimuksesta ja tutkimuksellisesta kehittämistoiminnasta.

Metodikirjallisuudessa on ristiriitaisia näkemyksiä siitä, onko kehittävä työntutkimus toimintatutkimusta vaikka se muistuttaa sitä monella tavalla. Kehittävä työntutkimus tunnetaan lähinnä Suomessa. Kehittävä työntutkimus analysoi yhteiskunnallisia toimintoja toimintajärjestelmän käsitteen avulla. Keskeistä on muutosten analyysi. (Heikkinen ym. 2006, 60–62.)

Engeströmin (2002, 11; 2004, 9) mukaan kehittävä työntutkimus perustuu 1920-luvulla Vygotskin, Leontjevin ja Lurian alkuun saattamaan toiminnan teoriaan. Kehittävässä työntutkimuksessa käytettiin em. tutkijoiden yksinkertaista kolmiomallia työtoiminnan kuvaamisessa. Engeström on täydentänyt tätä mallia tutkimusten avulla 1980-luvun puolessa ja näin syntyi toimintajärjestelmän rakennemalli. Kehittävä työntutkimus on kansainvälisesti merkittävä suomalainen tutkimusote työhön ja sen muuttamiseen. (Engeström 2002, 41–48; 2004, 9–10.) Kehittävä työntutkimus on osallistuvaa ja tutkija on työnkehittäjä. Muutokset nousevat työyhteisöstä. Kehittävässä työntutkimuksella paljastetaan ongelmia ja kehitetään yhdessä työntekijöiden kanssa käsitteitä ja välineitä niiden hallitsemiseksi. (Heikkinen ym. 2006, 66–67.)

Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa työyhteisön jäsenet osallistuvat kehittämistoimintaan henkilökohtaisen kokemuksensa perusteella. Tärkeää ei ole se, että jokaiseen kysymykseen saadaan vastaus tai kaikkiin ongelmiin löytyisi ratkaisu, vaan tärkeää on nimenomaan se että saadaan oikeat ihmiset keskustelemaan keskenään. Keskustelun herättämiseen käytetään erilaisia tiimi- ja verkostopohjaisia menetelmiä. Kehittämistoiminnassa pyritään käytännönläheisen tiedon tuottamiseen, jonka tavoitteena on toimijoiden oma oppiminen ja toiminnan kehittäminen. Kehittämistoiminnassa on olennaista se, että lopputulosta ei ole suunniteltu etukäteen vaan toiminnassa tapahtuva muutos suunnitellaan ja toteutetaan tasavertaisesti yhdessä. (Toikko & Rantanen 2009, 99, 102–103, 113–114; 164–165.) Kehittämistoiminnassa kenttävaihe on parhaimmillaan dialogista oppimista, osallistujien tasavertaista keskustelua, ongelmien ratkaisua ja tiedon muodostusta. Luottamus edellyttää viittä dialogisuuden periaatteen omaksumista. Nämä periaatteet ovat osallistuminen, sitoutuminen, vastavuoroisuus, vilpittömyys ja refleksiivisyys. (Heikkinen ym. 2006, 102.)

5.3 Toimintatutkijan rooli

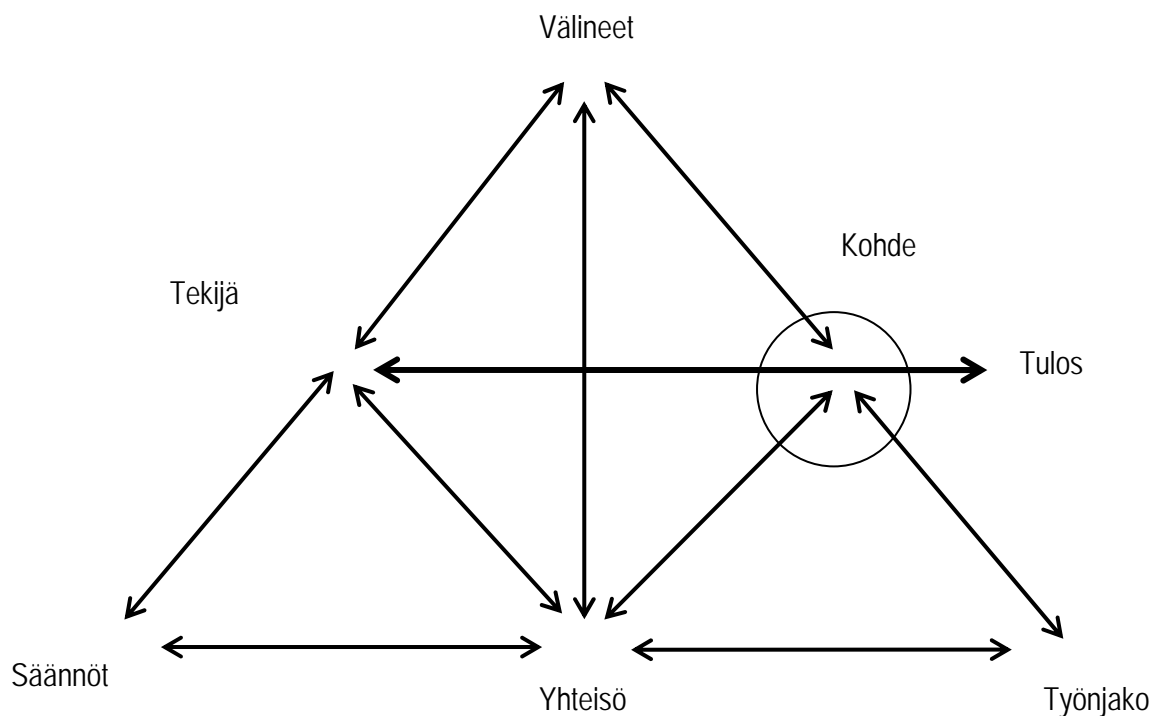
Toimintatutkijan tehtävänä on käynnistää muutos ja pitää sitä yllä. Tutkija rohkaisee ihmisiä tarttumaan asioihin, jotta niitä voidaan kehittää heidän omalta kannaltaan paremmiksi. Osallistuminen tutkimuskohteen toimintaan vaikuttaa tutkijan kielenkäyttöön. Tutkija käyttää aktiivimuotoa ja ensimmäistä persoonaa. Toimintatutkija osallistuu tutkimaansa toimintaan tehden tutkimuskoh-teeseensa tarkoituksellisen muutokseen tähtäävän väliintulon, intervention. Interventio saattaa paljastaa esim. tiedostamattomia toimintatapoja tai sosiaalisia rakenteita, perinteitä ja vallankäyt-töä. Tutkijalta edellytetään kiinnostusta havainnoida, analysoida ja ymmärtää muutoksia. Toimin-tatutkija on aktiivinen vaikuttaja ja toimija osallistuen muutosprosessiin. Hänellä on ainutkertainen muutokseen tähtäävä yhteisö, johon hän pyrkii vaikuttamaan osallistumalla tutkimusaineiston tuottamiseen. (Heikkinen ym. 2006, 19–20, 28, 94, 102.) Toimintatutkimuksessa tutkija kuuluu nimenomaan kehittämishankkeen sisäpuolelle, ei sen ulkopuolelle. Anttila (2007) viittaa kuitenkin Tina Cookin tutkimukseen, jonka perusteella tutkijan roolia on syytä harkita tarkkaan jos kehittä-mishankkeessa odotetaan sisäisen validiteetin eli luotettavuuden lisäksi ulkoista validiteetin arvi-ointia. Cookin mukaan toimintatutkimuksen validiteettia parantaa se jos tutkija on reflektiivisen keskustelun ulkopuolella. (Anttila 2007, 136.)

Toimintatutkimuksessa tutkija on myös muutoksen kehittäjä, jolla tulee olla reflektiivinen toimin-tamalli. Tällä tarkoitetaan sitä, että muutoksen kehittäjällä tulee olla ymmärrys siitä, millaisesta muutoksesta on kyse, missä muutosvaiheessa ollaan menossa ja kriittisestä toiminnan tarkaste-lusta. Muutosprosessi on usein luonteeltaan jopa kaaottinen, eikä niinkään rationaalinen tai jak-sottainen kokonaisuus. Reflektiivisyys ei ole itsestään selvää työyhteisössä. Meillä ei ole aikaa työn rutiinien keskellä pysähtyä miettimään toimintamalleja ja sitä teemmekö työtä yhteisten linja-usten mukaisesti. (Stenvall & Virtanen 2007, 12–13.) Työyhteisössäni tätä asiaa helpottaa se, että olemme toisillemme tuttuja ja meillä on vuosien kokemus yhdessä tekemisestä.

Toimintatutkimus on mahdollista tehdä kahdella tavalla; 1) tutkija ryhtyy kehittämään omaa työ-tään tutkivalla otteella 2) tutkija etsii tutkimuskohteen, jota tutkii ja kehittää (Heikkinen ym. 2006, 94.) Alussa minua pelotti se, että kehittämistyöni aihe olisi keinotekoinen, ulkoapäin määrätty aihe, josta pakotan työyhteisöni kiinnostumaan. Kehittämistyön edetessä sain onnekseni myön-teistä ja kannustavaa palautetta työyhteisössäni siitä, että kehittämistehtäväni on ajankohtainen ja tarpeellinen sekä ohjaa työskentelytapaamme kohti valtakunnallisia suosituksia.

6 YHTEISTYÖN KEHITTÄMINEN KAJAANIN SEUDUN AIKUISTEN MIELENTERVEYSPALVELUISSA JA RIIPPUVUUKSIEN HOIDOSSA

Kehittämistehtäväni aiheena on mielenterveys- ja päihdepotilaan hoidon järjestämiseen liittyvät haasteet Kajaanin seudun aikuisten mielenterveyspalveluissa ja riippuvuuksien hoidossa. Kehittämisvälineenä voi toimintatutkimuksessa käyttää Engeströmin luomaa *toimintajärjestelmän rakennemallia*. Kehittämistyössä tekijäksi valitaan se toimija/ toimijaryhmä, jonka näkökulmasta toimintaa tarkastellaan. Esimerkiksi tässä työssä tekijä = mielenterveyspalveluiden ja riippuvuuksien työntekijät, kohteena = mielenterveys- ja päihdepotilaat ja välineenä = yhteinen tiimi ja resurssit työn tekemiseen. Sääntöinä toimivat mm. käypähoitosuositukset ja valtakunnallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. (Heikkinen ym. 2006, 63.)



KUVIO 2.. Toimintajärjestelmän rakennemalli (Engeström).

Rakennemallin avulla selvitetään yhdessä toimijoiden kanssa toiminnan ristiriitoja, muutoksen tärkeimpiä lähteitä. Oppimisen ja kehittämisen kannalta keskeisiä ovat sisäiset ristiriidat. Aluksi arvioidaan toiminnan kehittymistä ja kuvataan nykykäytäntöjä. Aineistoa käytetään kehittämislanteissa yhteisen keskustelun ja arvioinnin pohjana. Oman työn ongelmista keskustellaan toimintajärjestelmän ristiriitojen kautta. Tämän jälkeen kehitellään uusia toimintamalleja, työvälineitä ja -tapoja käsitteellistää työ. (Heikkinen ym. 2006, 64.) Kehittävä työntutkimus on sovellus työtoimintojen tutkimukseen. Kehittävällä työntutkimuksella pyritään muutokseen tutkimuksen, käytännön kehittämistyön ja koulutuksen avulla. Kehittävässä työntutkimuksessa työntekijät tutkivat omaa työtään ja kokeilevat uusia tapoja tehdä työtä. Näin ollen kehittävä työntutkimus on nimenomaan osallistava strategia, jossa valmiita vastauksia ei tuoda työpaikalle ulkoapäin. (Engeström 2002, 11–12.)

Tämän kehittämistehtävän lähestymistapa on *osallistava toimintatutkimus*, jossa mahdollisimman moni yhteisön jäsen osallistuu aktiivisesti tutkimukseen ja kehittämiseen. Koko työyhteisön osallisuus kehittämisprosessiin vähentää muutosvastarintaa. (Heikkinen ym. 2006, 32). Osallistavina menetelminä ovat toimineet yhteistyöpalaverit, pienryhmätyöskentely ja yhteisen tiimin kokeilu. Kehittämistoiminnan kohdalla keskeisen osan tiedonkeruu menetelmistä ja dokumenteista muodostaa erilaiset muistiot, raportit, päiväkirjamerkinnot ja tutkija-kehittäjän osallistuva havainnointi. (Toikko & Rantanen 2009, 142–144; Heikkinen ym. 2006, 104.) Tutkija toimii aktiivisesti tutkimuksensa tiedonantajien kanssa. Sosiaaliset vuorovaikutustilanteet muodostuvat tärkeäksi osaksi tiedonhankintaa. (Tuomi & Sarajarvi 2002, 84.) Keskeisenä menetelmänä yhteisesti hyväksytyihin näkemyksiin toimii etsiytyvä keskustelu eli diskurssi. Yleinen idea on eteneminen spiraalimaisesti; jossa kierrokset muodostuvat suunnittelusta, toiminnasta, havainnoinnista ja reflektoinnista. (Anttila 2006, 444.) Tässä työssä tiedonkeruu menetelminä on toiminut oman osallisuuden kautta tapahtunut havainnointi, muistiinpanot ja muistiot, jotka tein jokaisen yhteistyöpalaverin jälkeen. Lisäksi tietoa kerättiin SWOT-analyysin ja Learning cafe -menetelmän avulla sekä keskustelemalla kollegoiden kanssa. Kaikki koottu materiaali analysoitiin lopuksi sisällön analyysin menetelmällä.

Tämä kappale jatkuu kehittämisprosessin kuvaamisella. Ensimmäiseksi on kerrottu lähtökohdat, joiden perusteella mielenterveys- ja päihdetyöntekijöiden yhteistyö nostettiin kehittämiskohteeksi. Seuraavaksi työ jatkuu kuvauksella työyhteisössä vuoden 2010 aikana toteutuneista yhteistyöpalavereista (3), pienryhmätyöskentelystä (4) ja yhteisen tiimin (4) kokeilusta. (Liite 5.)

6.1 Tarve yhteistyön kehittämiseksi

Toistuvasti kohtaamme psykiatrian poliklinikalla lähetekäsittelyssä ja päivystyksessä tilanteisiin, joissa hoitoon tulevalle potilaalle on sekä mielenterveyden häiriö että jonkinasteinen päihderiippuvuus. Psykiatrian poliklinikan suunnittelupäivässä syksyllä 2009 nousi esiin tämä haaste; kuinka voimme vastata parhaalla mahdollisella tavalla näiden potilaiden tarpeisiin, joilla on samanaikainen mielenterveys- ja päihdehäiriö? Sama asia oli noussut esiin myös osasto 12 suunnittelupäivässä syyskaudella 2009. Mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoitoon liittyvät haasteet ja hankaluudet nousivat esille samanaikaisesti avopalveluissa ja osastotyössä. Oman haasteensa potilaiden hoidon tarpeeseen vastaamiseen toi se, että päihdepuolen pienten resurssien vuoksi päihdetyöntekijöiden oli vaikea irrottautua nopealla aikataululla päivystyksellisiin tilanteisiin ja tulla mukaan tapauskohtaisiin työryhmiin.

Näiden suunnittelupäivien perusteella sovimme yhteistyöpalaverin psykiatrian poliklinikan, A-klinikan ja osasto 12 kanssa tammikuulle 2010. Ennen yhteistyöpalaveria neuvottelin esimieheni, aikuisten mielenterveyspalveluiden ja riippuvuuksien hoidon tulosyksikön päällikön Marja-Leena Leinosen, kanssa kehittämistehtävästäni. Esimieheni antoi suostumuksensa, että sain mahdollisuuden toimia työyhteisömme kehittäjänä tämän teeman ympärillä. Esimieheni tuella oli tärkeä osuus kehittämistoiminnassa, koska johtajan sitoutumisella on suuri merkitys sille, siirtyvätkö uudistukset käytäntöön (Heikka 2008, 151). Esimieheni tuella minulla on tässä kehittämistyössä vastuu ja siksi tätä työtä tehdessäni olen ajatellut, että minä olen sekä kehittäjä että muutosjohtaja; joka suunnittelee, toteuttaa ja arvioi kehittämistyötä yhdessä työyhteisön jäsenten kanssa. Ennen yhteistyöpalaveria tapasin myös Tervein mielin Kainuussa – hankkeen projektipäällikkö Sari Marita Ikaheimon, jolta sain hyödyllistä ohjausta ja tukea kehittämistyöni aiheelle.

Kehittämistoiminnassa on viisasta valmistautua huolellisesti jo suunnitteluvaiheessa. Riittämätön etukäteissuunnittelu voi ajaa koko prosessin hankaluuksiin. Ensimmäinen tapaaminen vaatii huolellista valmistautumista, vaikuttaahan sen usein ratkaisevasti osallistujien asenteisiin. Kentälle pääsyä auttavat nöyrä mieli ja selkeä sanoma sekä tutkimusteoreettisten ja käytännöllisten lähtökohtien hallinta. Tutkijan on osattava vastata osallistujien kysymyksiin asiansa halliten. Toimintatutkija yksin ei kuitenkaan määritä tutkimuksen suuntaa ja kerro, mitä kunkin on tehtävä, vaan tutkimus on demokraattista toimintaa. (Heikkinen ym. 2006, 97–100.)

6.2 Yhteistyön kehittämisen käynnistäminen tammikuussa 2010

Kehittämistyöni työyhteisössäni käynnistyi tammikuussa 2010 yhteispalaverissa psykiatrian poliinikan, A-klinikan ja osasto 12 työntekijöiden kanssa. Työntekijöitä oli paikalla 22 ja kutsuvieraina oli projektipäällikkö Sari Marita Ikäheimo Tervein mielin Kainuussa - hankkeesta. Yhteistyöpalaveriin osallistui työntekijöiden lisäksi myös esimiehet. Yhteistyöpalaveri toimi kehittämistyöni aloitusfoorumina, jossa pyrittiin samaan työntekijät kiinnostumaan kehitettävästä asiasta ja sitoutettiin yhteisö kehittämistyöhön. Toikko & Rantanen (2009, 89–92) korostavat toimijoiden osallisuutta. Tärkeää on siis, että kaikki joita asia koskee osallistuvat mukaan lukien kehittäjä, joka myös osallistuu käytännön toimintaan. Kehittäjä-työntekijä kehittää omaa työtään tai työyhteisön toimintaa, hän kerää tietoa ja reflektoi muiden toimijoiden kanssa. Vuorovaikutteinen reflektointi tuottaa kehittämistarpeita ja – ratkaisuja, jotka kaikki työyhteisössä voivat hyväksyä. Osallistavassa kehittämistoiminnassa pyritään laajenevaan dialogiin, jossa toisilta opitaan ja heistä ollaan kiinnostuneita. (Toikko & Rantanen 2009, 91–93.)

Yhteistyöpalaverissa alustin lyhyesti mielenterveys- ja päihdehäiriön yhteisesiintyvyydestä ja integroidusta hoitomallista. Otin esille valtakunnallisen linjauksen, jossa tavoitteena on mm. yhdistetyt avohoitopalvelut mielenterveys- ja päihdepotilaille. Kerroin opinnoistani Oulun seudun ammattikorkeakoulussa ja opintoihin liittyvästä kehittämistehtävästä, jonka aiheeksi olin valinnut juuri tämän teeman. Kerroin, miten kehittämistehtäväni linkittyy kansalliseen mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan (MIEPÄS) sekä alueelliseen Tervein mielin Kainuussa – hankkeeseen.

Työyhteisön palaverissa käytin apunani nykytilanteen kartoitukseen SWOT -analyysiä, joka on yksinkertainen strategisen suunnittelun, johtamisen ja arvioinnin apuväline. Nelikenttään kirjataan vahvuudet (Strengths), heikkoudet (Weaknesses), mahdollisuudet (Opportunities) ja uhat (Threats). (Kamensky 2008, 202–205; Anttila 2007, 141–143; Mäkinen & Uusikylä 2005, 65.) Laitila & Järvinen (2009, 14) nostaa esiin myös SWOT -analyysin menetelmänä nykytilanteen selvityksen tekemiseen ja apuvälineenä kehittämiskohteiden määrittelemiseen. Työryhmässä työskenneltiin pareittain kymmenen minuutin ajan SWOT -analyysin avulla, jossa työntekijät miettivät vastualueemme tämän hetkisiä vahvuuksia, heikkouksia, mahdollisuuksia ja uhkia ajatellen mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoitamista. Parikeskustelun jälkeen kokosin työryhmän ajatukset fläppitaululle avoimen keskustelun avulla (Liite 1).

Ensimmäinen yhteistyöpalaveri oli onnistunut ja poskeni hehkuivat pitkään. Ennakoajatuksiani värittä pelko siitä, että palaverista tulee vastakkain asettelu eri työntekijäryhmien välille ja keskustelu tyrehtyy. Saamani palautteen perusteella voin sanoa, että kyseinen työskentelytapa oli hyvä juuri tähän tilanteeseen. Ennako-odotukset ja – käsitykset myös muilla työntekijöillä palaveriin tullessa olivat etukäteen jopa pelokkaita; kuinka tästä aiheesta pystymme puhumaan ilman, että asiasta tulee väittely tai vastakkain asettelutilanne.

Etukäteen suunnittelemani alustus ja ryhmätyö toivat palaveriin rungon, struktuurin, joka helpotti keskustelun etenemistä. Ilman tätä struktuuria keskustelu olisi voinut eksyä sivuraiteille ja palaverin alkuperäinen tarkoitus olisi kadonnut. SWOT-analyysin runko auttoi työryhmää jäsentämään palaverin kulkua sekä mahdollisti avoimen vuoropuhelun ja saimme yhteisen käsityksen siitä, millaisena mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoito tällä hetkellä koetaan vastuualueellamme. Yhteistyöpalaverissa sovittiin yksimielisesti, että yhteistyön kehittämistä jatketaan ja saan tuekseni pienryhmän, joka kokoontuu tarkastelemaan lähemmin työryhmän esiin nostamia ajatuksia ja teemoja. Pienryhmän ensimmäinen kokoontuminen sovittiin huhtikuulle.

Yhteistyöpalaverin jälkeen osallistuin helmikuussa 2010 A-klinikan työkokoukseen, koska kaikki A-klinikan työntekijöistä eivät päässeet mukaan ensimmäiseen yhteistyöpalaveriin. Kerroin opinnoistani Oulun seudun ammattikorkeakoulussa ja esittelin kehittämistehtäväni aiheen. A-klinikan työkokouksen aikana minulle selvisi, että työntekijät riippuvuuksien hoidossa ovat itsenäisesti tehneet kehittämistyötä jo usean vuoden ajan. A-klinikalla on käytössä sabluuna siitä, mitä ensimmäisillä käynneillä käydään potilaan kanssa läpi. Ajatuksena on se, että kaikilla työntekijöillä on käytössä samanlainen. Tästä heräsi ajatus siitä, miten voisimme yhdenmukaistaa ensikäynnin sisältöä, siten että potilaan tilannetta arvioidaan yhdenmukaisesti riippumatta siitä, mihin yksikköön hän on tullut apua hakemaan.

6.3 Pienryhmätyöskentely kehittäjän tukena

Yhteistyöpalaverissa sovittu pienryhmätyöskentely käynnistyi huhtikuussa 2010. Pienryhmään kuuluivat lisäksi sairaanhoitajat Eija Hujanen päivystys- ja psykoosiryhmästä, Ulla Huusko osastolta 12 ja Reetta Kuutti Kainuun A-klinikalta. Pienryhmä koostui näin ollen neljästä sairaanhoitajasta ja Tervein Mielin -hankeen hankevastaavasta Sari Marita Ikäheimosta. Pienryhmä koontui yhteensä neljä kertaa vuoden 2010 aikana. Pienryhmä tukenani suunnittelimme sisällöt ja

tiedonkeruu menetelmät yhteistyöpalaveriin syyskuulle ja joulukuulle. Pienryhmän tapaamisilla ja yhteisellä keskustelulla oli suuri merkitys kehittämistyön etenemiselle

Tammikuussa 2010 tehdyssä SWOT-analyysissä (liite 1) mahdollisuuksista nousi esiin se tosiasia, että *potilaiden hoito on parempaa yhteistyössä* ja heikkouksista se, että miellä on *erilliset tiimit*. Tämän pohjalta teimme huhtikuussa pienryhmästä ehdotuksen aikuisten mielenterveyspalveluiden ja riippuvuuksien hoidon tulosyksikön päällikölle Marja-Leena Leinoselle akuutin avohoidon ja A-klinikan yhteisestä tiimistä. Esimiehemme suhtautui positiivisesti uuden kokeilemiseen ja antoi luvan tiimin kokeiluun.

6.4 Yhteisen tiimin kokeilu

Syyskaudelle 2010 sovittiin yhteisen tiimin kokeilujakso mielenterveyspalveluiden akuutin avohoidon ja riippuvuuksien hoidon työntekijöille. Tiimin alkamisesta tiedotettiin henkilökunnalle toukokuussa 2010 sähköpostilla. Kokoontumispaikaksi lopulta valikoitui psykiatrian poliklinikka, koska A-klinikalla ei ollut tiloja näin isolle työryhmälle. Alustavasti oli ajateltu, että tapaamiset olisivat vuorotellen psykiatrian poliklinikalla ja A-klinikalla, jotta yhteistyötä olisi ollut molempien työryhmien omissa työyksiköissä tasapuolisesti.

Ensimmäisen tiimissä elokuussa tein pienimuotoisen ennakkotunnelmien ja -odotusten kyselyn. Ennakkoon henkilökunnan tunnelmat olivat pääosin odottavat ja positiiviset. Pelkoa oli sen suhteen esillä, että potilaita tulee lisää jo entisten lisäksi. Odotuksissa nousi esille selkeä toive siitä, että yhteistyön tekeminen helpottuu ja ymmärrys toisten työstä kasvaa. Tiimin tarpeellisuutta nostettiin esille, koska yhteisiä potilaita koettiin olevan paljon. Työntekijät olivat kuitenkin väsyneitä palaveriin, joita on paljon (Liite 2).

Tausta ajatuksena minulla on oppivan organisaation näkökulma, joka tukee tiimikäytäntöjämme. Tiimissä reflektiivinen vuoropuhelu on mahdollista ja työryhmän voimavarana on se, että yhdessä suunniteltuja työtapoja otetaan käyttöön, jos entiset toimintamallit eivät enää toimi tarkoituksenmukaisesti. Tämä vuoropuhelu on nostanut esiin ongelmia, joita kohtaamme perustyössämme; kuten esimerkiksi sen, mikä olisi paras mahdollinen työskentelytapa mielenterveys- ja päihdepotilaiden kanssa ja kumpi taho on loppupeleissä vastuussa potilaan hoidon arvioinnista ja toteutuksesta – mielenterveyspalvelut vai riippuvuuksien hoito?

Muutostilanteet vaativat työntekijöiltä erilaista osaamista, kuten analyttistä ajattelua, vaihtoehtojen miettimistä, projektiin hallintaa ja johtamistaitoja. Tiimissä tapahtuva oppiminen on näyttöön perustuvan muutosjohtamisen kulmakivi. Hyvä tiimi on Stenvallin ja Virtasen (2007, 32) mukaan avoin ja rehellinen. Oleellista on yhdessä tekeminen ja tiedon jakaminen. Tiimissä on lupa myös epäonnistua. Hiljainen tieto muodostaa keskeisen kehittämistoiminnan tiedonlähteen. Kehittämistoiminnan yhteydessä syntyy uutta tietoa, jota hyödynnetään. (Toikko & Rantanen 2009, 40–41.)

Tiimi kokoontui syksyn 2010 aikana yhteensä neljä kertaa. Tiimeissä henkilökuntaa oli vaihtelevasti mukana; ensimmäisessä tiimissä työntekijöitä oli eniten (15 työntekijää) ja syksyä kohti ryhmän koko pieneni hieman. Tähän oli vaikuttamassa mm. se, että tiimin kokoontumisaika oli sama kuin A-klinikalla alkaneelle naistenryhmälle varattu aika. Vuoropuhelun alettua, saimme sovittu mm. tiimin työjärjestyksestä. Yhteiselle tiimille on varattu aikaa kaksi tuntia. Sovimme työryhmänä, että ensimmäinen tunti käytetään yleisiin asioihin, johon toivotaan myös esimiesten osallistuvan. Toinen tunti käsitellään potilastapauksia, joissa tarvitaan sekä psykiatrista että päihdetyön osaamista.

Jo ensimmäisessä tiimissä nousi esiin työntekijöiden toive siitä, että esimiehet olisivat mukana tiimissä. Työntekijöiden toive liittyi suoraan siihen, kuinka tiimissä sovittuja asioita viedään eteenpäin jos esimiehet eivät ole paikalla. Tiimissä sovittiin, että kehittämistyöhöni liittyen toimin viestittäjänä. Työntekijöiden toiveen esitin esimiehille sähköpostilla yhdessä tiimimuistion kanssa ensimmäisen tiimin jälkeen. Tuloksikön päällikkö oli mukana kahdella viimeisellä ja koordinoiva osastonhoitaja viimeisellä tapaamisella. Jäntin (2006, 38) mukaan luovuus ja muutoksen aikaansaaminen edellyttävät joustavuutta ajan käytössä. Päätöksiä ei voida tehdä, jos esimiehet eivät ole mukana palaverissa. Esimiesten omalla esimerkillä on merkitystä suhteessa suoritusportaiseen. Palavereista poisjääminen voi olla viesti kentälle, ettei esimies pidä kehittämistä tärkeänä ja se vaikuttaa myös työntekijöiden sitoutumisen asteeseen. Ajan riittämättömyys ja suhtautuminen löyhästi kehittämiseen johtaa lopulta siihen, että kehittymistä ei tapahdu vaan prosessi jää kesken. (Jäntti 2006, 28.)

Tiimissä yhteisten aikojen saaminen uusille potilaille oli haasteellista. A-klinikan työntekijät toivat esiin tiimissä syyskuussa, ettei aikoja ole antaa, koska heillä oli omassa jonossa 15 uutta potilasta. A-klinikalla priorisoitiin työskentelyä siten, että jonosta ensimmäisenä ajan saavat pienten lasten vanhemmat ja työpaikalta hoitoon ohjatut. Keskustelua herätti se, että kannattaako kahden

työntekijän varata yhteinen aika uudelle asiakkaalle, jos tämä ei sitoudukaan käynneille? Moniammatillisessa tiimissä voi olla vaikeaa kehittää kaikille yhteistä päämäärää, koska kiinnostuksen kohteet ovat erilaisia (Obholzer & Roberts 2006, 45). Tiimi voi muodostua taisteluareenaksi, jossa jokainen työntekijä pitää kiinni omasta näkökulmastaan ja ideologiastaan. Pahimmillaan tiimitilanteet ovat sellaisia, joihin joku ei aina vuorollaan halua osallistua tai on hiljaa koko tiimin ajan. Poisjääminen tai syrjään vetäytyminen ovat jo muodostuneet meillä ns. hiljaisesti hyväksytyiksi toimintamalleiksi. Minusta on ollut surullista huomata se, kuinka kyvyttömiä me psykiatrian alalla olemme kohtaamaan näitä tilanteita. Tehokas työskentely ei ole mahdollista jos työyhteisössä tapahtuu syrjään vetäytymistä. (Obholzer & Roberts 2006, 15.)

Työparityöskentelystä kuitenkin keskusteltiin positiivisten kokemusten pohjalta. Työparityöskentelyn koettiin olevan tehokasta näkökulmien ollessa erilaiset ja mahdollistavan oppimisen puolin ja toisin. Jo ensimmäisessä tiimissä keskusteltiin siitä, että voisimme kokeilla muodostaa uuden ryhmän mielenterveys- ja päihdepotilaille, jossa ohjaajana toimisi työpari mielenterveys- ja päihdetyöstä.

6.5 Yhteistyöpalaveri syyskuussa 2010

Syyskuussa 2010 kokoonnuimme toiseen yhteistyöpalaveriin Learning cafen merkeissä. Työntekijöitä ja esimiehiä psykiatrian poliklinikalta, osastolta ja A-klinikalta oli mukana yhteensä 19 sekä Tervein mielin -hankkeen projektipäällikkö Sari Marita Ikäheimo. Olin etukäteen valmistellut koontumispaikan kahvilatyypillisesti. Pöytäryhmiä oli kolme, joissa jokaisessa oli tarjolla kahvia ja pullaa. Pöydillä oli tarvittavat välineet muistiinpanojen tekemistä varten; fläppipaperia ja tusseja. Jokaiseen pöytään oli etukäteen sovittu "emännät" pienryhmästä. Pöytäryhmien emäntien tehtävänä oli vauhdittaa keskustelua ja tehdä muistiinpanoja käydystä keskustelusta. Työntekijät jaettiin pöytiin palaveriin tulojärjestyksessä, näin toimiessamme saimme jokaiseen pöytään esimiesasemassa toimivan henkilön mukaan ja sekoitettua samasta yksiköstä tulevia työntekijöitä eri pöytiin.

Työskentely alkoi siten, että herättelin työntekijöiden mielenkiinnon Learning cafe – menetelmään lyhyellä PowerPoint-esityksellä (liite 3) ja kerroin kuinka työskentely etenee. Learning cafe –menetelmää voidaan käyttää yhtenä kehittämisen apuvälineenä. Tavoitteena on yhdessä oppiminen ja uusien ideoiden tuottaminen isossakin ryhmässä. Learning cafen avulla voidaan jakaa

kokemuksia, luoda uutta tietoa ja rakentaa yhteistä näkemystä kehitettävän asian tiimoilta. (Järvensivu, Nykänen & Rajala 2010, 68–69.)

Työskentelyä varten etukäteen olimme pienryhmän kanssa sopineet jokaiseen pöytään keskusteluteeman. Nämä keskusteluteemat olivat pöydässä 1. Minkälaisia päihdepotilaita ja mielenterveyspotilaita kohtaat ja hoidat tällä hetkellä? Pöydässä 2. Millaisia ”työkaluja” tarvitset tällä hetkellä päihde- ja/tai mielenterveystyöhön? Millaista tukea saat esimieheltä, työyhteisöltä, työkavereilta? Ja pöydässä 3. vastattiin kysymyksiin mitä se päihdetyö ja/tai mielenterveystyö tällä hetkellä meillä on? Ja mitä tästä tämän hetkisestä työskentelytavasta säilyttäisit ja mitä muuttaisit?

Ohjeistin työskentelyn jatkuvan siten, että keskustelua käydään aiheeseen liittyvien kysymysten pohjalta kolmessa pöytäryhmässä, joissa jokaisessa oma emäntä. Tietyn ajan kuluttua pöytäryhmiä vaihdetaan siten, että emäntä jää paikoilleen ja muut vaihtavat seuraavaan pöytään. Pöytäryhmiä vaihdetaan kaksi kertaa, jolloin jokainen on käynyt kaikissa kolmessa pöydässä. Toimin työskentelyn ajan pääemäntänä, jonka tehtävänä oli huolehtia ajankulumisesta ja pöytäryhmien vaihtamisesta. Lopuksi pöytäryhmien tuotokset käytiin minun ohjaamana yksitellen läpi. Näiden muistiinpanojen läpikäyminen herätti myös vilkasta keskustelua ja aika loppui kesken. Palaverin jälkeen kirjoitin pöytäryhmien tuotokset puhtaaksi ja luokittelin vastauksia sisällön analyysin keinoin. Pöytäryhmien keskusteluteemojen pohjalta saimme vastaukset siihen, millaisia potilaita Kajaanin seudun aikuisten mielenterveys- ja riippuvuuksien hoidossa kohdataan, millaista tukea työntekijät saavat työn tekemiseen ja millaisia muutoksia vastuualueellamme olisi tapahduttava, jotta potilaiden hoito olisi parempaa. Nämä vastaukset esitellään tarkemmin tämän työn seuraavassa luvussa.

6.6 Viimeinen yhteistyöpalaveri joulukuussa 2010

Kolmas ja vuoden viimeinen yhteistyöpalaveri toteutettiin suunnitteluiltpäivänä joulukuussa 2010. Iltpäivään osallistui 16 työntekijää ja esimiehiä psykiatrian poliklinikalta, osastolta 12 ja A-klinikalta sekä Tervein mielin -hankkeen projektipäällikkö Sari Marita Ikäheimo. Suunnitteluiltpäivään toivottiin koulutuksellista osuutta ja tähän toiveeseen vastasin tunnin mittaisella luennolla. Kerroin mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoitoon liittyvistä haasteista, potilaiden ja omaisten kokemuksista, hoitohenkilöstön näkökulmasta ja palvelujärjestelmän moninaisuudesta keväällä 2010 toteuttamani systemaattiseen kirjallisuuskatsauksen perusteella.

Yhteistyöpalaverissa oli varattuna aika myös yhteisen "työkalupakin" suunnittelulle. Ajatuksena oli siis se, että potilaan ensikäynnin sisältö olisi samansuuntainen riippumatta siitä mihin yksikköön hän on hakeutunut apua saamaan. Toive yhteiselle "työkalupakille" nousi esiin yhteistyöpalaverissa syyskuussa 2010. Pienryhmästä sairaanhoitajat Reetta Kuutti ja Eija Hujanen esittelivät kaksi erilaista lomaketta, AUDIT eli kymmentä kysymystä alkoholista ja BDI eli Aaron Beckin kehittämä depressiokysely. Lomakkeiden käytöstä käytiin vilkasta keskustelua; osa työntekijöistä käyttää erilaisia lomakkeita ja osa ei koe niitä tarpeelliseksi. Keskustelua käytiin siitä, että potilastyössä tärkeintä ei ole lomakkeiden täyttäminen vaan tärkeää on nimenomaan se, että esimerkiksi alkoholin käytöstä kysytään suoraan. Jatkossa potilaan alkoholin käytöstä voi keskustella seikaperäisemmin ja käyttää AUDIT:n kysymyksiä runkona mielessään. Toisille voi sopia työskentelytapa, jossa lomake täytetään yhdessä potilaan kanssa. Jos potilas päättää vähentää alkoholin käyttöään, sen vaikutuksia voi konkretisoida toistamalla kyselyn hoidon eri vaiheissa. BDI sopii myös siihen, että sen avulla voidaan seurata yhdessä potilaan kanssa hoidon ja lääkityksen vaikutuksia potilaan ajatuksiin ja oireisiin.

Vuoden viimeisessä yhteistyöpalaverissa arvioitiin yhteisen tiimin kokeilua ja yhteistyön tekemistä. Kävimme läpi henkilökunnan odotuksia yhteiselle tiimille elokuulta 2010 (Liite 2). Keskustelussa nousi esiin, että tiimiin oli vaikeuksia osallistua, koska potilastyötä paljon. Lisäksi A-klinikan työntekijöistä osa on kokenut tiimin jopa ahdistavana, koska aikaa uusille potilaille ei ole antaa tilanteissa, joissa psykiatrian poliklinikan työntekijöillä suuret odotukset yhteistyön tiivistämisestä. Lisäksi suurena huolenaiheena oli se, että potilaan hoidon alkaminen venyy, jos potilaan asiaa käsitellään monessa eri tiimissä. Keskustelussa nousi esiin, että työskentely on ollut erityisen hyvää juuri silloin, kun potilaan alkuarvioinnissa on mukana työntekijä A-klinikalta ja psykiatrian poliklinikalta. Halu tehdä vastaavaa työtä on suuri, mutta resurssit ovat olleet vaikuttamassa kovasti syksyllä 2010 siihen, ettei työparia ole ollut saatavilla A-klinikalta.

7 YHTEENVETO KEHITTÄMISTYÖSTÄ JA TULOKSISTA

Toimintatutkimukseen kuuluu arvaamattomuus, eikä tutkija voi ennalta varautua kaikkiin kehittämisprosessissa nouseviin kysymyksiin. Tutkimusongelmat muuttuvat ja täsmentyvät prosessissa. (Heikkinen ym. 2006, 96.) Alkuperäinen ajatus tutkijalla oli tuottaa opinnäytetyönä mielenterveys- ja päihdepotilaan *hoitomalli* Kajaanin seudulle, tämän ajatuksen sain kuitenkin unohtaa hyvin varhaisessa vaiheessa. Ajatus siitä, että yhden vuoden aikana voitaisiin muuttaa asenteita ja rakenteita siten, että ne vastaisivat visiota joka minulla oli mielessäni ja jota Mieli 2009 työryhmä oli suositellut vuoteen 2015, oli turhan mahtipontinen.

Muutoksia työssä tai työtavoissa ei kuitenkaan tapahdu ilman kehittämistoimintaa. Kehittämistyöni avulla Kajaanin seudun aikuisten mielenterveyspalveluiden ja riippuvuuksien hoidon työntekijät sitoutuivat vuoden 2010 ajaksi prosessiin, jossa yhdessä tutkittiin ja kehitettiin työtämme. Kehittämistyöni avustuksella saimme aikaan jotain uutta ja erilaista, kun työyhteisössäni käynnistyi elokuussa 2010 kokeilu mielenterveyspalveluiden akuutin avohoidon ja riippuvuuksien hoidon työntekijöiden yhteisestä tiimistä.

Tässä kappaleessa saadaan vastaukset tutkimuskysymyksiin, jotka on esitelty aiemmin tässä työssä. Vastaukset on koottu yhteistyöpalaverien ja tiimin aikana tuotetuista aineistoista. Lisäksi tämän kappaleen lopussa tuodaan esiin kehittämisenkohteet ja jatkohaasteet tulevaisuutta ajatellen.

7.1 Millaista on mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoito Kajaanin seudun aikuisten mielenterveyspalveluissa ja riippuvuuksien hoidossa henkilökunnan kuvaamana? Miten mielenterveys- ja päihdetyöntekijöiden yhteistyö tällä hetkellä toteutuu?

Ensimmäisessä yhteispalaverissa tehdyssä SWOT-analyysissä (liite 1) merkille pantavaa on se, että vahvuuksissa todentui näkemys siitä, että meillä on vahvaa osaamista ja työskentelemme jomaniammattillisesti. Työtapaamme on jo vuosien ajan ohjannut tarpeenmukainen ja tapauskohtainen työryhmätyöskentely. Heikkouksissa nousi esiin se fakta, että sijaitsemme toisistamme erillämme, meillä on erilliset tiimit ja se hankaloittaa yhteistä keskustelua. Mahdollisuuksista nostan esille ajatuksen siitä, että potilaat saisivat parempaa hoitoa yhteistyössä. Lisäksi mahdollisuuksis-

ta nousee perhekeskeisyys, koska meillä on vahvaa perhetyön osaamista ja tapauskohtainen työryhmätyöskentely perustuu ajatukseen siitä, että potilaan tilannetta arvioidaan aina yhdessä hänen lähiverkostonsa kanssa. Heikkoutena ja uhkana on se, että resursseja on vähän, joiden vuoksi hyvästä tahdostakaan ei ole apua jos työntekijöillä ei ole aikaa toteuttaa potilaiden hoitoa linjaorganisaation tavoitteiden mukaisesti. Liite 1.)

Yhteistyöpalaverin avoimessa keskustelussa nousi esiin, että psykiatrian poliklinikalla on viikoittain asiakastapauksia, joissa tarvittaisiin päihdepuolen osaamista. Ilmaan heitettiin myös kysymys siitä, tietävätkö potilaat oman tapauskohtaisen työryhmänsä jäsenet? Työntekijöinä pidämme ehkä itsestäänselvyytenä sitä, että potilaat tietävät ketä hänen hoitoonsa kuuluu. Aalto (2007, 1296–1297) nimenomaan korostaa, että psyykkisesti sairaalle päihdeongelmalliselle hoidon integroiminen omassa mielessä voi olla mahdoton tehtävä.

7.2 Millaisia mielenterveys- ja päihdepotilaita Kajaanin seudun mielenterveyspalveluissa ja riippuvuuksien hoidossa kohdataan?

Syyskuisessa yhteistyöpalaverissa työskenneltiin Learning cafe – menetelmällä ja pöytäryhmien vastausten (liite 4) perusteella Kajaanin seudun aikuisten mielenterveyspalveluissa ja riippuvuuksien hoidossa kohdataan ja hoidetaan iältään 18–81 -vuotiaita miehiä ja naisia. Potilasryhmistä muodostui kolme pääluokkaa, jotka ovat 1) *mielenterveyspotilaat* 2) *potilaat, joilla molemmat sekä mielenterveys että päihdehäiriö* ja 3) *potilaat, jotka käyttävät päihteitä itsehoitokeinona*.

Potilasryhmään mielenterveyspotilaat luokittelin skitsofreenikot, joita osastolla oli kaksi ja ne mielenterveysongelmaiset, jotka eivät käytä ollenkaan tai käyttävät kohtuullisesti alkoholia. Tähän ryhmään lukeutuivat masentuneet, myös synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsivät äidit ja kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kärsivät potilaat sekä yleissairaalapsykiatrian potilaat, joilla on somaattisia tai neurologisperäisiä sairauksia ja lisäksi jonkinasteinen mielenterveydenhäiriö. (Liite 4.)

Potilaita, joilla on molemmat sekä mielenterveys- ja päihdehäiriö oli vastausten perusteella eniten. Vastauksissa käytettiin termiä kaksoisdiagnoosi, joka mielenterveyspalveluissa ja riippuvuuksien hoidossa on tullut mukaan käyttökielen, vaikkei termi perustu varsinaiseen tautiluokitukseen. Tähän potilasryhmään luokittelin potilaat, joilla oli mielenterveyshäiriön lisäksi alkoholi- tai

huumausaineongelma. Näiden potilaiden taustalla olevaksi mielenterveyshäiriöksi mainittiin persoonallisuushäiriö tai psykoottistasoinen mielenterveyden häiriö. Osastolla oli yksi huumepsykoosipotilas. Tähän ryhmään kuuluivat myös haastavat potilaat, jotka eivät tunnustaneet tai tunnustaneet omaa päihteiden ongelmakäyttöä. Tämä nousi esiin myös siten, että hoitoonohjauksen tai ajanvarauksen työkyvyn selvittelyyn potilaan puolesta oli tehnyt joku läheinen tai työterveyshuolto. Oman ryhmänsä muodostivat päihdeäidit ja entiset huumeiden käyttäjät. Huolta aiheutti erityisesti se, että lääkkeiden väärinkäyttö on lisääntynyt Kajaanin seudulla ja opioidikorvaushoitoon olisi yhä enemmän tulijoita nuorten keskuudesta. (Liite 4.)

Kolmas potilasryhmä oli ne potilaat, jotka käyttivät päihteitä itsehoitokeinona. Vastauksista nousi esiin oma pahan olon hoitaminen päihteillä. Taustekijöiksi mainittiin elämäntilannekriisit, traumaattiset tapahtumat ja neurologisista sairauksista ADHD, joka hoitamattomana altistaa päihteiden käytölle. Työntekijöiden negatiivista asennoitumista kuvasivat tässä kohtaa vastaukset, joissa alkoholi miellettiin helppona hoitokeinona ja ADHD:ta tekosyynä käyttää lääkkeitä väärin. (Liite 4.)

7.3 Millaisia haasteita mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidon järjestämisessä on?

Tässä kappaleessa vastataan kysymyksiin siitä millaisia haasteita mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidon järjestämisessä on ja millaista tukea työntekijät kokivat tarvitsevansa työn tekemiseen. Haasteet mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidon järjestämisessä liittyivät *päivystyksellisen avun jälkeiseen hoitoon, perusterveyden huollon rooliin, resursseihin ja "vääriin potilaisiin" toimivassa palvelujärjestelmässä.*

Työntekijöiden mukaan potilaat olivat kokeneet päässeensä nopeasti hoitoon ja heidän hoidon tarvettaan on arvioitu päivystyksellisesti. Ongelmaksi koettiin se, minne potilas ohjataan jatkohoittoon. Perusterveydenhuollon koettiin vastaavan riittämättömästi mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden tilanteiseen ennakoimalla ja varhaisella puuttumisella. Toiveina esiin nousivat depressiohoitajat ja kuntoutusohjaajat perustasolle. Nuorille ja moniongelmaisille toivottiin konkreettista hoitoa ja lisää tietoa peliriippuvuuksien hoitoon. (Liite 4.)

Resurssit nousivat esiin kaikissa yhteistyöpalaverissa ja tapaamisissa. Työntekijöitä on päihdepalveluissa Kajaanin seudulla liian vähän ja päihdelääkäri puuttui koko vastuualueelta. Koko Kainuun ongelmana on se, ettei vastuualueella ole päihdepsykiatrista osastoa eikä laitokat-

kaisupaikkoja ole riittävästi. Hoidon järjestämisen haasteiksi nousivat myös aika ja välimatkat hoitokokousten järjestämistä varten sekä eri tietojärjestelmä, joka osaltaan hankaloittaa nopeaa ja asianmukaista tiedonkulkua. (Liitteet 1 & 4.)

Yhteistyöpalaverissa ja keskusteluissa nousi esiin haastavaksi koetut ja moniongelmaiset potilaat. Työntekijät kokivat turhautumista sen suhteen, että kaksi työntekijää on varannut potilaalle ajan eikä tämä tule ajalleen. Voi siis todeta, että työntekijät odottivat potilailta sitoutumista hoitoon. Haastetta mielenterveys- ja päihdetyöhön tuo potilaiden omien mahdollisuuksien tukeminen. Tässä kohtaa hoitajilla on mahdollisuus vallankäyttöön; sovitaanko uutta aikaa vai jätetäänkö uuden ajan varaaminen potilaan vastuulle. Tätä työntekijöiden tulisi tarkkaan pohtia, onko siitä potilaalle etua vai haittaa. (Koivisto 2003, 77.)

Potilaiden aktiivinen päihteiden ja huumeiden käyttö koettiin ongelmaksi. Työntekijät eivät tiedäneet miten tämä potilastyhmä tulisi autetuksi. Toivottiin selkeitä ohjeita, missä nämä potilaat hoidetaan ja millä keinoilla ja missä vaiheessa potilaalle tarjotaan terapiaa. Näistä muodostin yläkäsitteen "väärät potilaat toimivassa palvelujärjestelmässä" eli mielenterveyspalveluissa ja riippuvuussien hoidossa on käsitys siitä, että palvelumme ovat oikeanlaisia ja me työntekijöinä tarjoamme oikeanlaista hoitoa, mutta osa potilaista on väärä ja palvelumme eivät sovi heille. (Liite 4.) Jatko haasteeksi avoimessa keskustelussa nousi esiin se, että potilaat hakeutuvat hoitoon eri paikkoihin, joka kuvastaa sitä, että hoitojärjestelmä on pirstaleinen potilaan mielessä.

Mielenterveys- ja päihdepalveluille suuri haaste mielenterveys- ja päihdepotilaat, joille ei ole osoiteta oikeaa palvelujärjestelmää. Mielenterveys- ja päihdeongelmaisesta kuulee käytettävän termiä *vaikeasti hoidettava*, joka tuottaa mielikuvan, että palvelujärjestelmä on kyllä oikeanlainen, mutta potilaat olisivat väärä tai toimisivat palvelujärjestelmässä väärällä tavalla. Mielenterveys- ja päihdepotilaan voi olla vaikea sitoutua ennalta varatuille käynneille. Potilaista tulee mielikuva, että he ovat kyvyttömiä tai haluttomia ja tätä kautta leimaantuvat motivoitumattomiksi ja tätä kautta ovat vaarassa jäädä ilman hoitoa. (Laitila 2010, 46.)

Työntekijöiden kokivat tarvitsevänsä työn tekemiseen *rakenteita, resursseja ja moniammatillista työotetta*. Työntekijät toivoivat työhön selkeitä rakenteita, joihin sisältyivät toiveet työn rajaamisesta ja perustehtävään keskittymisestä. Lisäksi toivottiin sitä, että esimies on tietoinen työnsisälöstä, tämä huolehtii kehityskeskusteluista ja esimieheen on mahdollisuus ottaa yhteyttä.

Suureksi esteeksi työyhteisössäni koetaan työpaineet; työn paljous ja se ettei työn rakenteet ole kunnossa. (Liite 4.) Kun työntekijöillä on tunne, että työn rakenteet eli resurssit ovat turvattu, sitoutuvat he paremmin itsensä ja koko yhteisön kehittämiseen (Jäntti 2006, 39–40,44). Tällä hetkellä työyhteisöäni kuormittaa mm. se, että joudumme työskentelemään tiloissa, joissa on todettu kosteusvaurio ja sädesieni. Lisäksi Kajaanin seutu on jo vuosien ajan kärsinyt lääkäripulasta. Nämä kaikki vaikuttavat siihen, että työntekijät ovat turhautuneita, uupuneita ja lopen kyllästyneitä osallistumaan erinäisiin suunnittelu- ja kehittämispalavereihin. Lääkäripulasta on puhuttu vuosikaudet, eikä muutosta ole tullut. Tämä kyynistää työntekijöitä ajattelemaan, ettei mikään kuitenkaan koskaan muutu.

Tämän hetkisinä toimivina resursseina mainittiin palkka ja kouluttautumismahdollisuudet. Näiden lisäksi jatkossa toivottiin vastuualueelle lisää lääkäreitä ja hoitajia, yhteistä tietojärjestelmää ja ”työkalupakkia”, joka sisältäisi asiakasmateriaalia mm. kyselylomakkeita ja näitä käytettäisiin yhdenmukaisesti. Moniammatillinen työote sisälsi toiveet työparityöskentelystä, moniammatillisesta kouluttautumisesta ja yhteistyön lisäämisestä. Koulutusten koettiin joskus jäävän irralliseksi, jos ei niitä voinut ottaa käyttöä työssä. Lisäksi työkavereilta toivottiin rohkeutta ja aktiivisuutta osallistua työnohjauksiin ja kehittämispäiviin. (Liite 4.)

7.4 Kehittämisen kohteet

Kehittämisen kohteiksi nousee *kuntoutuksen kehittäminen, mielenterveys- ja päihdetyöntekijöiden yhteistyö sekä työtyytyväisyys* (liite 4). Edellisestä henkilökuntarakenteen muutoksesta A-klinikalla on kulunut kymmenisen vuotta, kun päihdekuntoutusyksikkö lakkautettiin. Työntekijöiden toiveet liittyivät avo- ja laitospuotoiseen kuntoutuksen kehittämiseen, siten että päihdekuntoutusta järjestettäisiin avohoidossa ryhmämuotoisena, kuntoutuskursseina ja päihdepotilaille olisi oma asumispalveluyksikkö.

Mielenterveys- ja päihdetyöntekijöiden yhteistyötä toivottiin jatkossakin kehitettävän. Työparityöskentely on koettu varsin hyvänä varsinkin potilaan hoidon tarpeen arvioinnissa. Työparityöskentelyä toivottiin jatkossakin, vaikka yhteisen ajan sopiminen menisi pidemmälle. Yhteistä tiimiä kehitettiin syksyn 2010 aikana ja tiimin kehittämistä toivottiin edelleen. Ongelmaksi koettiin piiloasenteet, yhteisen keskustelun puute ja tietämättömyys siitä, mitä toinen tekee. Osa työntekijöistä toivoi mielenterveyspalveluiden ja riippuvuuksien hoidon yhdistyvän fyysisesti samaan yksikköön.

Lisäksi jatkossa keskustelua toivottiin tiedonkulkuun liittyvistä ongelmista, esimerkiksi perusterveydenhuollon kanssa, huumeiden käyttäjien vieroitushoidoista, korvaushoidosta ja hoitokokousten järjestämisestä lyhyelläkin varoitusajalla. (Liitteet 1 & 4.)

Kun aloitin psykiatrian kentällä kymmenen vuotta sitten, yllätyin siitä kuinka huonoa vuorovaikutusta silloisessa työyhteisössä oli. Minulla oli ennakoajatus siitä, että psykiatrian kentällä, jossa vuorovaikutus on työkalu tarkoittaa automaattisesti sitä, että sillä kentällä työskentelevät ihmiset ovat jotenkin erityisen hyviä sosiaalisissa taidoissa ja ristiriidat käsitellään avoimesti. Isokorpi (2006, 16) mainitsee kirjassaan, että vuorovaikutus ammattina on vaativin työ, mitä voi olla. Ihmiset helposti olettavat, että ihmissuhdetaidot ovat synnynnäisiä ja ihmissuhdealoilla työskentelevillä on hyvät sosiaaliset taidot. (Isokorpi 2006, 16–17; Isokorpi 2004, 30–31.)

Yksi tärkeimmistä näkökulmista organisaatiomuutoksen toteutuksen kannalta on työhyvinvointi näkökulma. Tämä näkökulman on erityisen tärkeä mielenterveys- ja päihdetyössä, jossa henkisen kuormittuneisuuden taso voi pahimmillaan vaarantaa työntekijän oman mielenterveyden. Työtyytyväisyyteen liittyy työn pysyvyys, myönteinen työilmapiiri ja erilaiset oppimismahdollisuudet. Työhyvinvoinnin edellytyksiä on myös avoin vuorovaikutus ja luottamus. (Stenvall & Virtanen 2007, 11–13.) Työntekijät työyhteisössäni kokivat tarvitsevansa tällä hetkellä työn tekemiseen huumoria ja avointa keskustelua. Työhyvinvointia tukevin asioina mainittiin kollegiaalisuus ja virkistyspäivät. (Liite 4.)

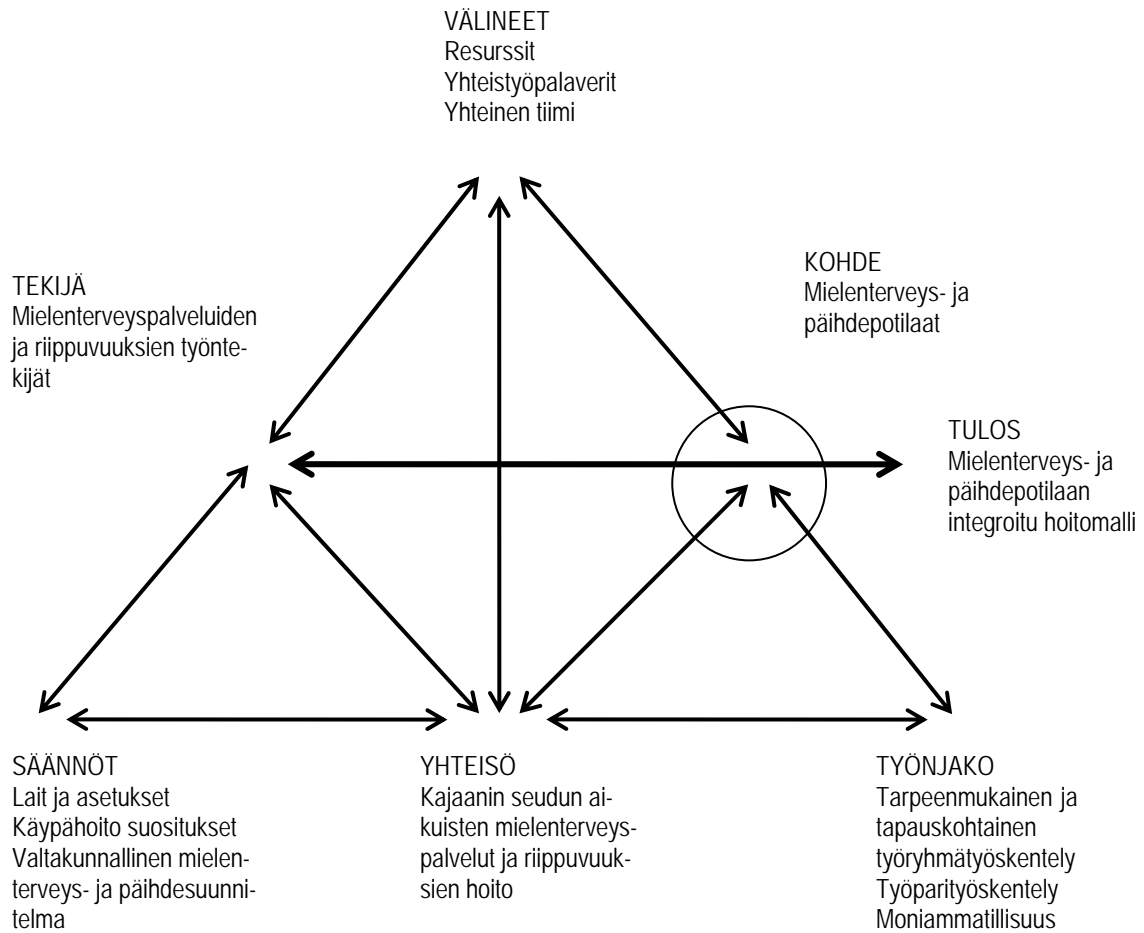
Viimeisen yhteistyöpalaverin avoimen keskustelun aikana päädyttiin siihen, että yhteistyön tekemistä psykiatrian poliklinikan ja A-klinikan työntekijöiden välillä jatketaan. Ehdotettiin työskentelyn jatkamista esimerkiksi konsultatiivisena työryhmänä, jossa pohdittaisiin ja keskusteltaisiin case-tyyppisesti mielenterveys- ja päihdepotilaan hoitoon liittyvistä asioista. Toiveita esitettiin myös yhteisestä työnohjauksesta. Avoimen vuoropuhelun aikana virisi keskustelu myös uusista tavoista tehdä työtä. Ehdotuksia tuli esimerkiksi yhteisestä päivystysvastaanotosta yhdessä psykiatrian poliklinikan ja A-klinikan työntekijöiden kanssa. Tämä asia jäi vielä työntekijöiden mietittäväksi ja mahdollisesta päivystysvastaanoton kokeilusta päätetään yhdessä myöhemmässä vaiheessa. Seuraava yhteistyöpalaveri sovittiin maaliskuulle 2011 ja tässä palaverissa työskentelyä sovittiin jatkettavan case-tyyppisesti. Työntekijöiden tehtäväksi jäi miettiä valmiiksi kenen oman potilas tai perheen asian lähempään tarkasteluun.

7.5 Jatkoasteet yhteistyön kehittämiseksi

Tähän kohtaan päätin oman kehittämistehtäväni, koska työ on päätettävä johonkin sopivaan kohtaan vaikka työskentely edelleen työyhteisössä jatkuu. Syyt, miksi päätin aktiivisen kehittäjän roolissa toimimisen tähän, liittyivät suoraan opintoihin; olin mielestäni saanut hankittua riittävästi materiaalia opinnäytetyön tekemistä varten. Toimintatutkimus ei pääty koskaan, mutta tutkijan on pakko lopettaa johonkin perusteltuun vaiheeseen. Tutkija aktivoi ja kehittää toimintaa ja käyttää huomattavan osan työajastaan erilaisiin keskusteluihin ja kokouksiin, joissa suunnitellaan ja arvioidaan toimintaa. Tutkijankin resurssit ovat rajalliset ja hengähdys hetki kehittämistyössä on paikallaan. (Heikkinen ym. 2006, 29, 105.)

Kehittämisen prosessin aikana tuli varsin selväksi jo tiedossani oleva asia sen suhteen, että kaikki työntekijät ovat kovin kuormittuneita työssä. Potilastyötä on paljon ja työntekijöillä on tapana antaa kaikki aika potilaille. Yhteiselle suunnittelulle ja kehittämiselle varattu aika monesti jää toiseksi, kun potilaat tarvitsevat aikoja. Tämän vuoksi yhdeksi suurimmista kehittämiskohteista ja jatkoasteista nostan **yhteisen ajan merkityksen ymmärtämisen**. Minkäänlainen muutos tai kehittäminen ei ole mahdollista, jos työntekijät ja esimiehet eivät osallistu kehittämisen prosessiin tai jos kehittämistyölle ei ole varattu aikaa.

Tutkijan alkuperäinen ajatus oli tuottaa opinnäytetyönä hoitomalli Kajaanin seudun aikuisten mielenterveyspalveluiden ja riippuvuuksien hoidon vastuualueelle. Tutkijan intressit yhden oven – mallia kohtaan olivat ja ovat edelleenkin korkealla. Kehittämisen prosessin aikana tutkijalle selvisi se, että muutokset työyhteisössä ja tavoissa tehdä työtä vaativat paljon aikaa ja suunnittelua. Resurssit tutkijalla yhden vuoden aikana toteuttaa niin iso muutos muotoutui mahdottomaksi ja näin ollen tämä opinnäytetyö kuvaa yhden vuoden aikana tapahtunutta kehittämistyötä ja suunnittelua Kajaanin seudun aikuisten mielenterveyspalveluiden ja riippuvuuksien hoidon vastuualueella. Jatkoasteeksi vastuualueellemme nouseekin **mielenterveys- ja päihdepotilaiden integroidun hoitomallin kehittäminen**. Seuraavassa kuviossa on esitelty yhteistyön kehittämisen lähtökohdat, ne osa-alueet jotka täytyy ottaa huomioon suunnittelussa ja kehittämissä. Parhaimmillaan yhteistyön kehittämisen tuloksena syntyisi yhteinen hoitomalli, joka toimisi integroidusti riippumatta siitä, mihin yksikköön mielenterveys- tai päihdepotilas on tullut apua hakemaan.



KUVIO 3. Yhteistyön kehittämisen lähtökohdat (mukaan Engeström 2004, 10).

8 KEHITTÄMISPROSESSIN ARVIOINTI

Tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä eli validiutta tulee jollain tapaa arvioida. Toimintatutkimuksessa painotetaan luotettavuuden arviointia. Kehittämistoiminnassa luotettavuus tarkoittaa käyttökelpoisuutta, jolla tarkoitetaan kehittämisprosessin seurauksena syntyneiden tulosten hyödynnettävyyttä, uskottavuutta, vakuuttavuutta ja tehtyjä toimintasuosituksia. (Anttila 2007, 146–148; Toikko & Rantanen 2009, 121, 125.) Engeströmin (1995, 149–150) toimintajärjestelmän rakennemallin arviointi kohdistuu kolmeen osa-alueeseen; uuden toimintamallin vaikutuksiin, toteutumiseen ja itse kehittämisprosessiin, kuinka siihen liittyvät interventiot ovat viety läpi.

Toimintatutkimuksen luotettavuuden arvioinnin haasteet liittyvät siihen, että työyhteisöt ja siellä tapahtunut kehittäminen ovat ainutkertaisia. Tästä nousee esiin kysymys siitä, miten tulokset on hyödynnettävissä ja voiko kehittämisprosessia sellaisenaan suoraan siirtää toiseen työpaikkaan? Vastaukseni on kyllä ja ei. Tässä opinnäytetyössä tehtäväni on tuoda kehittämisprosessi esille niin läpinäkyvästi, että muut voivat arvioida, voiko samankaltaisia menetelmiä käyttää omassa työyhteisössä kehitettäessä yhteistyötä. Ongelmaksi nousee kuitenkin sosiaalisen tilanteen toistettavuus. (Toikko & Rantanen 2009, 123, 126.) Vaikka samankaltaisia menetelmiä käytettäisiin jossain toisessa työyhteisössä, tulokset voisivat olla täysin erilaiset. Omassa työyhteisössäni tämän kehittämisprosessin läpi vieminen jossain toisessa ajankohdassa tuottaisi erilaisia tuloksia ja johtopäätöksiä. Tämän kehittämisprosessin aikana syntyneet tulokset ovat jatkossa hyödynnettävissä työyhteisössäni suunniteltaessa mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoitomallia ja kehitettäessä työntekijöiden moniammatillista työskentelyä.

Sosiaalisen tilanteen toistettavuuden lisäksi luotettavuuden ongelmia sisältyy siihen, että kehittämis toiminnan aineistot muodostuvat usein suppeiksi. Esimerkiksi tässä työssä ei tehty määrällistä tutkimusta siitä, millaisia potilaita Kajaanin seudun aikuisten mielenterveyspalveluissa kohdataan ja hoidetaan. Näin ollen voidaan olettaa, että tämän tutkimuksen tuottamana tieto mielenterveys-päihdepotilaista Kajaanin seudulla jäi pintapuoliseksi.

Työntekijöiden intressit ja resurssit vaihtelevat ja näillä on suuri merkitys sille, missä kaikessa voi ja haluaa olla aktiivisesti mukana. Se on kuitenkin tullut selväksi tämän kehittämisprosessin aikana ja jälkeen, ettei kehittämistä tapahdu jos ei siihen ole erikseen nimetty työntekijää tai vastuuhenkilöä. Yhteispalaverit kehittämis toiminnan merkeissä mielenterveys- ja päihdetyöntekijöiden

välillä loppuivat keväällä 2011. Eli suoraan sen jälkeen kun minun kehittämisen työn vaihe loppui. Kehittäminen tapahtui sykleissä, enkä etukäteen voinut tietää kaikkia menetelmiä, joita tulen käyttämään ja millaiseen suuntaan työyhteisö on menossa. Onnekseni voin todeta, että työyhteisöni jäsenet olivat sitoutuneita vuoden 2010 aikana olemaan mukana kehittämistyössä osallistuen yhteistyöpalaveriin ja yhteiseen tiimiin. Luotettavuuden yhtenä osatekijänä voidaan myös pitää tätä toimijoiden sitoutumista kehittämisprosessiin (Toikko & Rantanen 2009, 124).

Arviointi ei ole erillinen tehtävä vaan kohdistuu kehittämisprosessin tutkimustehtäviin ja aineistoja analysoidaan jo prosessin aikana. (Toikko & Rantanen 2009, 82, 123.) Tässä tutkimuksessa luotettavuuteen on pyritty tarkalla raportoinnilla. Olen pyrkinyt kuvaamaan olosuhteet, joissa kehittäminen on tapahtunut tarkasti ja totuudenmukaisesti. Lisäksi olen pyrkinyt kuvaamaan vilpittömästi omia ajatuksiani kehittämisprosessista, siitä mikä onnistui ja asioista, jotka olisi voinut tehdä toisella tapaa. Kehittämistoiminnassa arvioidaan kriittisesti lähtökohtia ja määriteltyjä tavoitteita. Alkuperäinen ajatus tuottaa opinnäytetyönä mielenterveys- ja päihdepotilaan hoitomalli Kajaa-nin seudulle jäi vielä kaukaiseksi haaveeksi, koska tutkijan ajatukset kehittämisprosessin alussa olivat jo paljon pidemmällä kuin muilla työntekijöillä. Muut työntekijät eivät tietenkään tieneet tutkijan ajatuksia ja heidän lähtökohtansa kehittämisprosessiin mukaan lähtemisessä olivat erilaiset. Tämän vuoksi tämän työn tavoitteita täytyi muuttaa prosessin aikana, jotta vastaukset asetettuihin tutkimuskysymyksiin saavutettaisiin. (Anttila 2007, 146; Toikko & Rantanen 2009, 83.) Tutkijan on syytä kirjoittaa omista ennakkokäsityksistään ja pohtia niiden vaikutusta tutkimukseen. Omien sokeiden pisteiden ja esioletusten tunnistaminen on askel kohti objektiivisuutta. (Heikkinen ym. 2006, 97; Aaltola & Valli 2001:2, 32.)

Kehittämisprosessia suunniteltaessa on tärkeää ottaa huomioon sen oikea-aikaisuus. Tutkijan tulee olla tietoinen siitä, että muutosvastarinta kuuluu asiaan. Se, että kehittäminen ja muutos toteutetaan osissa pitää yllä henkilöstön työhyvinvointia. Muutoksen saavuttamista helpottaa, jos tutkijalla on käytettävissään luotettavaa tietoa, näyttö muutoksen tarpeellisuudesta, sen toteuttamisesta ja muutoksen positiivisista vaikutuksista. Muutosta suunniteltaessa on huomioitava se, millaista tietoa muutoksen toteuttamiseen tarvitaan ja kenen mielipiteillä on merkitystä. (Stenvall & Virtanen 2007, 14–16.) Kehittämistoiminnassa konkreettinen toiminta ja neuvotteleva arviointi vuorottelevat keskenään. Tämän kehittämisprosessin konkreettista toimintaa olivat yhteistyöpalaverit, pienryhmätyöskentely ja yhteinen tiimi, joissa yhdessä keskusteltiin ja arvioitiin kriittisesti työtapojamme. Erilaiset tiimit ja tiimityö nähdään kehittämisprosessissa keskeisenä. Tiimien toiminta perustuu avoimuuteen, itseohjautuvuuteen ja tasavertaisuuteen. Yhteisen neuvottelun

avulla saimme muodostettua yhteistä ymmärrystä. Neuvottelussa kaikkien erilaisille näkökulmille ja työntekijöiden intresseille oli tila. Yhteisen ymmärryksen luomiselle edellytyksenä oli se, että tutkija on vertainen toimija työryhmässä. (Toikko & Rantanen 2009, 84–85, 94.)

Kehittämistoiminnalla pyritään muutokseen, joka vaikuttaa suoraan yksittäisten työntekijöiden työoloihin ja työn tekemiseen. Muutoksen johtaminen voi epäonnistua jos henkilöstöä ei ole kuultu ja heidän kokemuksillaan ei ole ollut arvoa. Tällaisessa tilanteessa henkilöstöä ei sitoudu muutokseen. Ainoa keino välttää tällaista tilannetta on tiedonkulun ja luottamuksen parantaminen. (Stenvall & Virtanen 2007, 19–21.) Ajattelen niin, että kehittämistyöni etenemistä helpottaa se, että työyhteisöni on saanut olla alusta asti mukana suunnittelussa. Kehittämistehtävääni valikoituivat juuri ne osa-alueet, mitkä työyhteisöni nosti esiin ja joihin kaikki sitoutuivat. Edellytys kehittämistyölleni oli se, että sille oli tilaus, sille annettiin työyhteisössä tila ja aikaa.

Pienryhmän tapaamisessa huhtikuussa nousi esille toive siitä, että olisin haastatellut kehittämistyöhöni liittyen kokemusasiantuntijoita eli mielenterveys- ja päihdepotilaita Kajaanin seudulta. Alustavana ajatuksena oli, että haastatteluun valittaisiin 2-3 potilasta osastolta 12, A-klinikalta tai psykiatrian poliklinikalta. Tästä ajatuksesta keskustelin opinnäytetyötä ohjaavien opettajien kanssa syyskuussa 2010. Lisäksi systemaattista kirjallisuuskatsausta tehdessäni tutustuin Suomessa tehtyihin pro gradu töihin, joissa mielenterveys- ja päihdepotilaita, heidän omaisiaan ja hoitajiaan oli haastateltu. Opettajien kanssa keskustelun ja edellä mainittujen töiden perusteella hylkäsin ajatuksen potilaiden haastattelusta. Päätöksen vaikutti oletus siitä, ettei haastatteluilla olisi saatu uutta tietoa potilaiden kokemuksista verrattuna aikaisempiin Suomessa ja Kajaanin seudulla tehtyihin tutkimuksiin. Lisäksi tutkijan oli rajattava aineistoa, koska työn tavoite oli lähtökohtaisesti kehittää mielenterveys- ja päihdetyöntekijöiden yhteistyötä.

Tämän työn edellisessä kappaleessa kuvasin kehittämisprosessin tuloksia vastaamalla alkupe räisiin tutkimuskysymyksiin. Nämä tulokset muodostuivat aineistosta, jota keräsin kehittämisprosessin aikana. Tätä aineistoa tutkija on käynyt läpi sisällön analyysin menetelmällä, jossa samaa tarkoitavia asioita on kerätty yhteen ja muodostettu näistä pääluokkia ja yläkäsitteitä. Näin tuloksista muodostuu synteesi, joka antaa vastauksen tutkimuskysymyksiin. Aineiston kerääminen ja analyysi on tapahtunut tutkijan henkilökohtaisen kiinnostuksen ja osaamisen puitteissa. Näin ollen aineiston keruuseen ja analysointiinkin liittyy sosiaalisen tilanteen toistettavuuden ongelma. Joku toinen tutkija voisi havainnoida ja kerätä aineistoa samasta tilanteesta eri tavalla. Aineiston analyysiin vaikuttaa myös tutkijan omat intressit. Tämän tutkimuksen tulokset ovat näin ollen suoraan

hyödynnettävissä omassa työyhteisössäni. Nämä tutkimustulokset kertovat vuoden 2010 aikaisesti tilanteesta Kajaanin seudun mielenterveyspalveluissa ja riippuvuuksien hoidossa. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 229–230.)

9 PÄÄTELMÄT JA POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidon nykytilannetta Kajaanin seudun aikuisten mielenterveyspalveluiden ja riippuvuushoidon työntekijöiden näkökulmasta. Tavoitteena oli vastata kysymyksiin, miten yhteistyö tällä hetkellä toteutuu ja millaisia haasteita työntekijät kokevat olevan yhteistyön tekemiselle. Opinnäytetyö toteutettiin työelämän kehittämistehtävänä, jonka lähestymistapana oli toimintatutkimus. Tavoitteena oli kehittää yhteisön toimintaa. Kehittämistyön aikana pohdimme perustehtäväämme ja sen kehittämistä. Kehittämisen alkuvaiheessa oletuksena oli, että kehittämistyöni tuottaa tietoa ja osaamista koko työyhteisölle ja hiljaista tietoa saadaan käyttöön. Tämä opinnäytetyö ja kehittäminen muodostuivat tärkeiksi oppimisen välineiksi ja kokemukseksi tutkijalle itselleen. Tutkija lähti kehittämään omaa osaamistaan ja sitä kautta osallisti kehittämistyön aikana koko työyhteisön pitkäjänteiseen kehittämiseen.

Organisaatiomuutoksen kohdentamisesta käytetään termejä inkrementaalinen ja radikaali muutos. Organisaation näkökulmasta muutos on inkrementaalinen jos muutos kohdistuu suppealle toiminta-alueelle organisaation sisällä. Radikaali muutos nimenkin perusteella tarkoittaa muutosta, joka kohdentuu koko organisaatioon. (Stenvall & Virtanen 2007, 24.) Kainuussa tällainen radikaali muutos oli vuoden 2005 alusta, jolloin hallintokokeilu käynnistyi maakunnassamme ja organisaatorakenne uudistettiin täysin. Kehittämistehtäväni on luonteeltaan inkrementaalinen, jossa muutos kohdentuu organisaatiossamme aikuisten mielenterveyspalveluissa ja riippuvuushoidossa nimenomaan mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoitoon.

Ilman vahvaa johtajuutta todellinen muutos ei onnistu. Kun organisaatiossa pitää saada selkeä muutos aikaiseksi, johtajan on näytettävä todelliset kykynsä. Moni johtaja välttelee johtamista sen osaamisen puuttuessa. Ennen kuin muutosta voidaan toteuttaa, henkilöstölle on tehtävä selväksi mitkä ovat muutokseen pakottavat syyt. Tämän jälkeen henkilöstö saadaan motivoitua muutokseen. Muutos ei ole mahdollinen jos organisaatio ei tue sitä; sen vuoksi perusrakenteiden on oltava kunnossa ennen kuin luovaan ongelmanratkaisuun kyetään. Muutokseen prosessiin ryhtyessä ei kysytä mitä yksittäiset työntekijät haluavat vaan mikä on organisaation kannalta parasta. Sosiaali- ja terveysalalla organisaation strategioita linjaa väestön vaatimukset ja tarpeet.

Työyhteisössäni muutoksen suunnittelua helpottaa se, että olen yhteisössäni tasavertainen kaikkien toimijoiden kanssa ja olen saanut tulostyöryhmän päälliköltä täyden tuen kehittämistehtävälleni. Muutostarpeet nousevat suoraan työyhteisön jäseniltä - ei niin, että minä tulisin ylhäältä päin osoittamaan sen missä menee pieleen ja mihin suuntaan toimintaa pitää kehittää. (Stenvall & Virtanen 2007, 18; Seppänen-Järvelä & Vatajan 2009, 13–16.)

Olen työskennellyt kymmenen vuotta Kajaanin seudulla mielenterveyspalveluissa ja riippuvuuksien hoidossa. Suurin oivallus minulle työelämästä on ollut se, että mikään ei pysy muuttumattomana; muutos tavallaan kuuluu työelämään ja sen kanssa on opittava elämään. Jossain työhön liittyvän ahdistuksen syövereissä odotin, kuinka muutos helpompaan tulisi ulkoapäin. Olen saanut todeta, ettei mitään muutosta ulkoapäin ole tulossa vaan muutos on tullut pysyäkseen. Omalla kohdallani tuli valtava tarve hankkia tietoa ja osaamista, jotta minulla olisi jatkossakin keinoja selviytyä jatkuvista työelämän muutoksista.

Opintojeni sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelmassa Oulun seudun ammattikorkeakoulussa ja työkokemukseni myötä olen ymmärtänyt, että muutokseen tottuu. Kun takana on useampi muutos, jossa organisaatiossa on ollut mukana tulevatkaan muutokset eivät enää hetkauta. Tämä on näkynyt työyhteisössäni siten, että vanhemmat työntekijät, joilla on vuosikymmenien työkokemus takana, eivät enää kuohu samoin kuin me nuoremmat työntekijät uusien asioiden äärellä. Vaikka muutoksen takana olisikin rationaalisen muutoksen suunnitelma, muutosta joutuu useimmiten johtamaan kaoottisessa ympäristössä. Tämä oli tärkeä asia, jota täytyi jatkuvasti pitää mielessä; kuinka pysyn rauhallisena ja johdonmukaisena kehittäjänä ja muutoksen johtajana oman kehittämisprosessin aikana.

Opintojeni ja tämän opinnäytetyön myötä olen toiminut työyhteisössäni aktiivisena kehittäjänä ja olen saanut kokeilla taitojani muutoksen johtajana, sen lisäksi että kehitän itseäni. Työyhteisöni ja esimieheni vahvuudeksi voin todeta sen, että työntekijöiden osaamiseen luotetaan. Henkilökohtaisesti sain kokea, kuinka esimies antoi minulle vapaat kädet suunnitella, kokeilla ja toimia työyhteisön kehittäjänä. Työyhteisöltäni on puolestaan vaadittu kärsivällisyyttä olla mukana työstämässä jotakin, jonka tulokset ei ole heti nähtävillä tai mitattavissa.

Opinnot Oulun seudun ammattikorkeakoulussa ja työpaikalla tekemäni kehittämistehtävä ovat olleet vaikuttamassa siihen, että siirryin työskentelemään Kainuun A-klinikalle kevään 2011 aikana. Nyt reilun vuoden mittaisella työkokemuksella voin jo todeta, että meillä työntekijöillä on omat

käsityksemme siitä, mitä toinen tekee. Tämä illuusio on syvään juurtunut, jonka taustalla ajattelen olevan piiloasenteita ja kaikkivoipaisuuden kuvitelmaa omasta ammatillisesta osaamisesta. Edellä mainitun illuusion särkemiseen tarvitaan avointa vuoropuhelua, moniammatillista työskentelyä – ja kokeilemaani työnkiertoa voin lämpimästi suositella kaikille työntekijöille mielenterveys- ja päihdetyössä.

Yksilöt ja tiimit oppivat organisaatiossa jatkuvan vuorovaikutuksen seurauksena. Työyhteisössäni toimitaan erilaisissa tiimeissä ja tiimityö koettiin vahvuutena. Keskeinen haaste on se, miten oppiminen tapahtuu yksilöiden välillä ja organisaatiossa yli rajojen. Hyvä johtajuus mahdollistaa henkilöstön yksilöllisen oppimisen. Yksilöllinen oppiminen on mahdollista jos organisaatiossa kommunikaatio on avointa. Avoimuus mahdollistaa tiedon hankkimisen ja jakamisen. (Stenvall & Virtanen 2007, 31–32.)

Opiskeluni ja kehittämistyöni on pääosin otettu työpaikalla vastaan positiivisesti ja kannustaen. Työyhteisössä iloittiin siitä, että joku jaksaa kehittää toimintaa ja tuo rohkeasti esiin mielipiteitään. Kehittäjän toivottiin myös antavan toisille voimia ja innostavan mukaan kehittämiseen. Minun roolini työyhteisössä oli kaksijakoinen, työskentelin mielenterveyspalveluissa sairaanhoitajana ja kehittämistehtäväni myötä olin kehittäjän roolissa. Kehittämistehtävän myötä rooli muutosjohtajana vaikutti siihen, että minuun kohdistettiin erilaisia odotuksia. Nämä odotukset liittyivät tiedottamiseen ja päätöksen tekoon. Kehittämisprosessin aikana huomasin, että muutosvastarintaa voi ehkäistä sillä, että pitää työyhteisön jatkuvasti ajan tasalla – vaikka mitään uutta tietoa muutoksesta ei vielä olisikaan, siitäkin kannattaa tiedottaa.

Lisäksi minulla oletettiin olevan nyt enemmän valtaa päättää asioista, kuin muilla työntekijöillä. Kehittämistyöhöni liittyvissä palavereissa olen myös saanut tuntea, kuinka minut saatetaan kokea myös uhaksi. Työssä törmätään usein tilanteisiin, joissa toivotaan, että jokin asia olisi toisin. Silti emme silti pysty osoittamaan missä vika on. Työyhteisön jäsenyys vaikeuttaa samaisen työyhteisön tarkkailemista ja ymmärtämistä. Jäämme kiinni työhön olennaisesti kuuluvaan ahdistukseen ja tältä ahdistukselta suojaaviin kollektiivisiin defenseseihin. Muiden minuun kohdistamien defensesien ajattelin johtuvan siitä, että kehittäjän rooliin alkaminen voi herättää esimerkiksi kateutta siitä, että jollakin on suurempi rooli työyhteisössä. Tai jopa pelkoa oman työn menettämisestä tai siitä, että kehittäjä hyötyisi taloudellisesti tekemästään työstään. (Obholzer & Roberts 2006, 27.)

Mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoitoon liittyy monenlaisia haasteita. Potilaan näkökulmasta palveluita on tarjolla paljon eri toimijoiden välillä ja se aiheuttaa hämmennystä potilaille ja omaisille sen suhteen, mihin heidän pitää ensisijaisesti ottaa yhteyttä. Surullista kyllä, mutta edelleen potilaat kohtaavat eriarvoisuutta hoitoon hakeutuessaan. Päihtynyt potilas saatetaan käännättää takaisin päivystyksestä, vaikka tällä hetkellä päihtymys ei saa olla esteenä potilaan tilanteen arvioimiseksi. Lisäksi päihdekäytön tullessa esiin mielenterveyspalveluissa, se voi tarkoittaa hoidon loppumista ja potilaan ohjaamista päihdehuollon yksikköön.

Työntekijän kannalta mielenterveys- ja päihdepotilaiden ongelmiin liittyy tunnistamisen vaikeutta. Taustalla on puutteita osaamisessa ja edelleen asenteissa. Osaamisen vahvistamiseen tarvitaan yli rajojen tapahtuvaa kouluttautumista ja vuoropuhelua eri toimijoiden välillä. Yhteistyö mielenterveys- ja päihdepalveluissa työntekijöiden välillä toimii myös osaamisen vahvistamisena.

Mielenterveys- ja päihdepotilaisiin liittyvät asenteet ja palvelujärjestelmän hajanaisuus eivät ole yhden kehittämistyön avulla muutettavissa tai korjattavissa. Ongelmaksi kehittämistoiminnassa työyhteisössä voi muodostua se, että kehittäminen henkilöityy liikaa ja vastuun kantaminen voi jäädä liikaa yhden henkilön varaan. Tällainen toiminta voi "vapauttaa" muun yhteisön vastuusta. Tärkeää on kuitenkin ollut se, että työyhteisömme on avoin ja valmis kokeilemaan uusi tapoja kehittää työtä.

LÄHTEET

Aalto, M. 2007. Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö - kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. Aikakauskirja Duodecim 123 (11), 1293–1298.

Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus.

Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-kustannus.

Aaltonen, J., Koffert, T., Ahonen, J. & Lehtinen, V. 2000. Skitsofrenian tarpeenmukainen hoito on ryhmätyötä. Raportti Akuutin psykoosin integroitu – projektin tuottamista hoitoperiaatteista. STAKES. Raportteja 257. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Alanen, Y.O. 1993. Skitsofrenia. Syyt ja tarpeenmukainen hoito. Juva: WSOY:n graafiset laitokset.

Anttila, P. 2006. Tutkiva toiminta ja ilmaisu, teos ja tekeminen. Hamina: Akatiimi.

Anttila, P. 2007. Realistinen evoluutio ja tuloksellinen kehittämistyö. Tampere: Painotyö Juvanes Print.

Aspvik, U. 2008. Tervein mielin Pohjois-Suomessa 2009–2011 -hankesuunnitelma. Kokkola; Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon- ja peruspalvelukuntayhtymä.

Cleary, M., Hunt, G.E., Matheson, S. & Walter, G. 2009. Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illness and substance misuse: systematic review. Journal of Advanced Nursing 65 (2), 238–258.

Engeström, Y. 1995. Kehittävä työntutkimus. Perusteita, tuloksia ja haasteita. Hallinnon kehittämiskeskus. Helsinki: Painatuskeskus oy.

Engeström, Y. 2002. Kehittävä työntutkimus. Perusteita, tuloksia ja haasteita. Helsinki: Edita Prima Oy. 3.painos.

Engeström, Y. 2004. Ekspansiivinen oppiminen ja yhteiskehittely työssä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Heikka, H. 2008. Sosiaali- ja terveystieteiden työn sisältö ja kompetenssit. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden laitos. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto.

Heikkinen, A. 2003. Tapauskohtainen työryhmätyöskentely hoitokokouksessa. Pro gradu - tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Heikkinen, L.T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) 2006. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Vantaa: Dark Oy.

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Holmberg, J. 2010. Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Helsinki: Edita Prima Oy.

Holmberg, J. 2008. Mitä on mielenterveys- ja päihdehoitotyö? Teoksessa J. Holmberg, T. Hirschovits, P. Kylmänen & E. Agge (toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoidaja tekee mielenterveys- ja päihdehoitotyötä. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki: Suomen Graafiset palvelut Oy, 11–26.

Hölttä, J. 2006. "Muiden silmissä vain häirikkö.." Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ja avunsaannin haasteet. Pro gradu - tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Ikäheimo, SM. 2009. Kainuun päihdetyön koordinointi – hanke. Loppuraportti. Kajaani: Kainuun maakunta – kuntayhtymä.

Isokorpi, T. 2004. Tunneoppia. Parempaan vuorovaikutukseen. Juva: WS Bookwell Oy.

Isokorpi, T. 2006. Napit vastakkain. Ristiriidat, rajat ja ratkaisut. Juva: WS Bookwell Oy.

Jännti, K. 2006. Sisäistä yrittäjyyttä edistävä organisaatiokulttuuri. Taloustieteiden tiedekunta. Yrittäjyyden laudatur-työ. Jyväskylän yliopisto.

Järvenkylä, V., Romu, J., Kiviniemi, P., Syrjämäki, M., Ahonen, J. & Lehtonen, M-L. 2009. Mielen-terveys ja päihteet: yksi ihminen, yksi hoito. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja no. 4. Tam- pere: Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.

Järvensivu, T., Nykänen, K. & Rajala, R. 2010. Verkostojohtamisen opas: Verkostotyöskentely sosiaali- ja terveysalalla. Muutosvoimaa vanhustyön osaamiseen – hankkeen julkaisu. Aalto- yliopiston kauppakorkeakoulu.

Kaikkonen, R., Kostainen, E., Linnanmäki, E., Martelin, T., Prättälä, R. & Koskinen, S. (toim.) 2008. Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B27/2008 Helsinki: Yliopistopaino.

Kamensky, M. 2008. Strateginen johtaminen. Menestyksen timantti. Hämeenlinna: Kariston Kirja- paino oy.

Koivisto, K. 2003. Koettu hallitsematon minuus psykoottisen potilaan hoitotyön lähtökohdaksi. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Psykiatrian klinikka. Väitöskirja. Oulun yliopisto.

Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähes- tymistapa. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Väitöskirja. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.

Laitila, M. & Järvinen, T. (toim.) 2009. Mielenterveys- ja päihdetyön strateginen suunnittelu kun- nissa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Opas 6. Helsinki: Yliopistopaino.

Mantila, S. 2005. Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ja tuen haasteet ammattihenkilöstölle päih- de- ja mielenterveystyössä. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja. D Työpapereita 22. Hyvin- voinnin rakentajat - hanke. Helsinki: Multiprint Oy.

Mantila, S. 2007. "Ja että oltaisi niillä samoilla linjoilla" Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ja tuen haasteet ammattihenkilöstölle päihde- ja mielenterveystyössä. Pro gradu - tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Melartin, T., Kuosmanen, L. & Riihimäki K. 2010. Tosi mies ei masennu? Suomen lääkärilehti 3 (65), 169–173.

Mikkonen, A. 2007. Samanaikaisen alkoholiongelman ja masennuksen varhainen tunnistaminen ja hoito parantavat ennustetta. Suomen lääkärilehti 62 (51-52), 4747-4750.

Muhonen, Leea. 2008. Treatment of patients comorbid with alcohol dependence and major depressive disorder with memantine and escitalopram - outcome and predictors. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja A no. 29 Helsinki. Väitöskirja. Helsingin yliopisto.

Mäkinen, A-K. & Uusikylä, P. (toim.) 2005. Tiedosta – arvioi – paranna: Itsearviointi ESR-projektien kehittämisen välineenä. Työministeriö.

Obholzer, A. & Roberts, V. Z. (toim.). 2006. Tiedostamaton työssä. Yksilöllinen ja organisatorinen stressi palvelualoilla. 2006. Metanoia instituutti.

Partanen, A., Moring, J., Nordling, E. & Bergman, V. 2010 (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) Avauksia 16/2010. Helsinki: Yliopistopaino.

Saari, M. 2002. Psykoosiryhmä vaikeiden mielenterveyshäiriöiden hoidossa Kainuussa vuosina 1992 - 1996. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.

Seppänen-Järvelä, R. 2006. Suunnittelurationalismista hyviin käytäntöihin - kehittämisen menetelmien ja ajattelutapojen muodonmuutos. Teoksessa Seppänen-Järvelä, R. & Karjalainen, V. (toim.) Kehittämistyön risteysiä. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Seppänen-Järvelä, R. & Vataja, K. 2009. Työyhteisö uusille urille. Kehittäminen osaksi arjen työtä. Juva: WS Bookwell Oy.

Siira, H. & Veijola, A. 2009. Opinnäytetyön ideoinnin ja suunnittelun työelämäyhteys. Teoksessa L. Viinamäki. Sosionomilta eivät hommat loppu: ammattikäytäntöjen kehittäminen haasteena sosionomi AMK -tutkinnoissa. Kemi: Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu.

Stenvall, J. & Virtanen, P. 2007. Muutosta johtamassa. Helsinki: Edita Prima Oy.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta.
Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Wadell, K. & Skärsäter, I. 2007. Nurses' experiences of caring for patients with a dual diagnosis of depression and alcohol abuse in a general psychiatric setting. *Issues in Mental Health Nursing* 28 (10), 1125-1140.

Verkkójulkaisut

Alkoholiongelman hoito. Käypähoito.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50028>

Huumeongelman hoito. Käypähoito.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50041>

Stakes. 2009 Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. .

<http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>

LIITTEET

SWOT-ANALYYSI 19.1.2010

LIITE 1

<p>S vahvuudet</p> <ul style="list-style-type: none"> - yhteistyö → tuttuus - moniammatillisuus, ammattitaito - verkostoituminen - tapauskohtainen työryhmätyöskentely on vakiintunut ← kaikilla on tästä kokemusta ja vahvaa osaamista, pitkä historia työparityöskentely - liikkuvuus - hyvä tahto - aiheeseen liittyvät koulutukset 	<p>W heikkoudet</p> <ul style="list-style-type: none"> - päihdepsykiatrinen osasto puuttuu - samoin laitostarkkaisuapaikat - resurssien niukkuus (lääkäritilanne) - hoito on pirstaleinen potilaan mielessä - yhteistyö (keskustelun puute, tieto siitä mitä toinen tekee) - aika, matka - yhteisten hoitokokousaikojen sopiminen - eri tietojärjestelmä - erilliset tiimit - piiloasenteet - koulutusten irrallisuus, niiden käyttöön ottaminen - fyysisesti erilliset yksiköt
<p>O mahdollisuudet</p> <ul style="list-style-type: none"> - koulutus (ylirajojen kouluttautuminen + suunnitelmallisuus) - parempi hoito yhteistyössä - perhekeskeisyys - vertaistuki, ryhmät, omaiset - yhteinen suunnittelu - yhteinen työnohjaus (case -tyyppinen) 	<p>T Uhat</p> <ul style="list-style-type: none"> - sitoutuminen (lomat, s-lomat, siirtyminen toisiin tehtäviin, asenne, sisäiset/ ulkoiset uhat) - eläköityminen - lääkäritilanne (päivystys/ A-klinikka) - raha (maksusitoumukset) - vastakkainasettelu (mielenterveyspalvelut ~ päihdepalvelut, myös työntekijätasolla) - tiedonjakaminen - tiettyjä palveluja vähän - työntekijöiden jaksaminen

Ennakkotunnelmasi?

Ei mitään ajatuksia, avoimin mielin tulinkin katsomaan mitä tällainen tiimi tekee.

Mukava tavata. Pohditaan yhdessä asiakaslähtöisesti hoidon tarvetta.

Ei erityistä

Odottavat, positiiviset

Hyvä, odottava tunnelma

En tiedä mitä odottaa, valmiiksi kylläkin väsynyt olo, toivon ettei ainakaan lisää asiakkaita tulisi.

Vaikea sanoa, kiinnostunut kuitenkin.

Jännittää

Odottava mieliala, vähän jännittää. Miten suuria odotuksia A-klinikkaan kohdistuu?

Hyvä tunnelma; yhteistyön kannalta uskon 2D-tiimin olevan tarpeellinen ja hyödyllinen, koska 2D-potilaita on paljon.

Hyvä.

Odottava?! Tulevaisuuteen katsova.

Yhteisten asiakkaiden asioiden/ hoidon käsittelyn helpottuminen. Avoimet tunnelmat

Positiivisesti odottava.

Ei tarkkaa tietoa, mikä tapaamisen sisältö, mutta selvinnee.

Myönteisin mielin yhteistyötä kehittämään.

Millaisia odotuksia sinulla on yhteiselle tiimille?

Porukka kokoontuisi yhtä aktiivisesti jatkossakin.

Yhteisesti asioiden hoito paranee entisestään.

Yhteistyö saadaan hyvin toimimaan, saadaan asiakkaita paremmin palveltua.

Saadaan keskusteltua yhteisistä asiakkaista ja sovittua heidän hoidostaan. Voitaisiin kenties sopia yhteisistä hoitolinjoista – periaatteista?!

Yhteistyön paraneminen, yhteisen ymmärryksen lisääntyminen, järkevämpi asiakasjako, yhteiset pelisäännöt.

Helputusta työn tekemiseen. Erilaisia ja uusia näkökulmia työhön. Yhteistyön näkökulmat.

Yhteistyön paraneminen, kasvokkain asioista puhuminen ja sopiminen.

Avointa ja tasapuolista keskustelua yhteistyön kehittämisestä. Yhteistyön kehittyminen jatkossa. A-klinikan pienten resurssien realisoituminen – emme jarruta yhteistyötä tahallamme. Odotuksena lisätä yhteistyön sujuvuutta, informaation kulkua A-klinikan ja psyk.polin välillä. uskon/ odotan että tiimien avulla voidaan myös jouduttaa potilaan hoidon alkamista. Voidaan suunnitella/ arvioida yhdessä 2D-potilaiden hoitoa/hoidontarvetta ja toteutusta. 2D-potilaiden hoin aloitus nopeutuu. Mahd. saa paremmin työparia. Paljon odotuksia, uutta tietoa A-klinikan toiminnasta ym. 2D-potilaiden hoidon suunnitteluun apua. Yhteistyö tiivistyminen. Yhteishengen lisääntyminen. Lisäisi ymmärrystä toistemme työstä ja tilanteesta työssä. Yhteistoiminnan sopimista huomioiden mahdollisuudet ja rajat. Tehdään asiakkaiden parhaaksi se mikä pystytään. mutta ei yli voimien. Odotan että päästäisiin hoitamaan moniongelmaisia asiakkaita aiempaa paremmin

Koetko tässä vaiheessa yhteisen tiimin tarpeelliseksi/ tarpeettomaksi? Perustele hieman

Varmaan ihan hyvä olla tällöinen, koska yhteisiä asiakkaita on paljon. Työparityöskentely tulee joustavammaksi. Hoidon tarve ja suunnittelu kehittyisi. Palavereita on jo liikaa, joten toivon että hyötyä on, eikä turhaa istumista. Vaikeita haastavia asiakkaita on. Hyvä tehdä tiiviimpää yhteistyötä. Koen tarpeelliseksi, hoidetaan asiakkaita, joilla on kaksoisdiagnoosi. Päihdeongelmaisia hoidossa paljon psyk.polilla. Kaipa tarpeellinen. En tiedä vielä, kun vasta eka tapaaminen, aika näyttää. Yhteisiä asiakkaita on ainakin paljon. Tiimi tarpeellinen, mutta monet yhtäaikaiset suunnittelu-, kehittämis- yms. palaverit kuormittavat. Paljon yhteisiä potilaita. Yksi foorumi, jossa yhteisistä asioista puhutaan, sovitaan/ neuvotellaan. Tarpeelliseksi, kun tehdään siitä yhdessä tarpeellinen ← edellytys tapaamisten jatkamiselle. Aika ei ole turhaan! 2D-asiakkaat ovat vaikeasti hoidettavissa vain yhdestä näkökulmasta

Vapaa sana:

Halu tehdä yhteistyötä.

Kaikki, mitä voimme tehdä yhteishengen luomiseksi yhteisten asioiden hyväksi, on tehtävä!

Dia 1



Dia 2




Dia 3



Dia 4

Toimintatapa

- Kolme pöytää, joissa keskustelua käydään aiheeseen liittyvien kysymysten pohjalta
- Jokaisessa pöydässä on emäntä, joka vauhdittaa keskustelua ja tekee muistiinpanoja, sekä lopuksi yhteenvedon.
- Pöytäryhmiä vaihdetaan siten, että emäntä jää paikoilleen.
- Lopuksi tulokset puretaan cafen puheenjohtajan ohjaamana
- "pöytäliinoin" tuotettu materiaali koostetaan muistioksi.



15.9.2010 @Susanna Kinnula

Dia 5

Keskusteluteemat

Pöytä 1.
Minkälaisia päihdepotilaita ja mielenterveyspotilaita kohtaat ja hoidat tällä hetkellä?

Pöytä 2.
Millaisia "työkaluja" tarvitset tällä hetkellä päihde- ja/tai mielenterveystyöhön? Millaista tukea saat esimieheltä, työyhteisöltä, työkavereilta?

Pöytä 3.
Mitä se päihdetyö ja/tai mielenterveystyö tällä hetkellä meillä on? Mitä tästä tämän hetkisestä työskentelytavasta säilyttäisit ja mitä muuttaisit?



15.9.2010 @Susanna Kinnula

Pöytä1. Millaisia päihdepotilaita ja mielenterveyspotilaita kohtaat ja hoidat tällä hetkellä?

Emäntänä Sari Marita Ikaheimo/ Anita Tuomela

- Kaksoisdiagnoosipotilaita, ei varsinaisesti diagnosoitu → käyttökieltä
- tarkemmin määrittelemätön
- Osastolla huumepsykoosipotilas
- Alkoholidementia? → toipunut
- Mt-ong. kärsiviä as. + alkoholiongelma
- persoonallisuushäiriö
- masentuneita (←työterveyshuolto ohjaa, myös itse, läheiset jne.)
- avopuolella psykoottistasoinen ong, joilla päihdeongelma, entisiä huumeidenkäyttäjiä
- Henkilöitä, jotka tiedostavat alkoholiongelman ja niitä jotka eivät → eivät tunnusta tai tunnista itse
- Oman pahan olon hoitaminen alkoholilla → helppo hoitotapa
- Lääkkeiden väärinkäyttö koko vastuualueella
- Ikähaarukka 18-81 v.
- Työkykyselvittelyt, joissa taustalla mt. ja päihdeprobleemaa
- Edelleen myös niitä mielenterveysongelmaisia, jotka eivät käytä ollenkaan tai käyttävät koh-
tuullisesti
- Huumeapotilaat tulevat palveluihin ryppäänä
- Polin asiakkaissakin huumeidenkäyttäjiä
- vankilajaksot näkyvät palveluissa → myös ahdistuneisuuden lisääntymisenä
- ADHD hoitamattomana taustana/altistaa päihteille
- myös selityksenä lääkkeiden väärinkäytölle
- Korvaushoitopotilaat (nuoret haluavat → enemmän tulossa kuin pystytään hoitamaan)
- Mies/naisjakauma 50/50 osastoilla
- Päihde- ja raskauden jälk. masennusäidit
- Potilaat, joilla somaattisia sairauksia ja joilla mt.ongelmaa
- myös neurologisperä. sairaudet
- Traumapotilaat, elämäntilannekriisit → päihde omahoitona?
- Tällä hetkellä 2 skitsofreenikka osastolla
- Kaksisuuntaisia mielialahäiriöitä

- Kokonaisia perheitä tavataan

Pöytä 2. Millaisia "työkaluja" tarvitset tällä hetkellä päihde- ja /tai mielenterveystyöhön? Millaista tukea saat esimieheltä, työyhteisöltä, työkavereilta?

Emäntänä Reetta Kuutti

Työkaluja:

- "työleikkuri", "ajanvenyttäjä" (olisivat tarpeen)
 - Moniammatillinen kouluttautuminen
 - Työparityöskentely
 - Lisää lääkäreitä ja hoitajia
 - Työnohjaus
 - Työn rajaaminen, perustehtävään keskittyminen
 - Ryhmät asiakastyössä → lisäkehittäminen (esim. 2D-ryhmä, ahdistuneisuuden hallinta, tietoisuustaidot)
 - Huumori
 - Avoin keskustelu
 - Kyselylomakkeet (esim. AUDIT, juomapäiväkirja)
- yhdenmukainen käyttö
- + muu asiakasmateriaali ("työkalupakki")
- Yhteinen tietojärjestelmä

Tukea:

- Rahallista tukea työnantajalta (palkkapäivä)
- Mahdollisuus kouluttautua
- Työpari
- Työnohjaus
- Työn kehittäminen
- Virkistyspäivät
- Kehityskeskustelut
- Kollegiaalisuus
- Lisää rohkeutta/ aktiivisuutta esim. työnohjauksiin ja kehittämispäiviin osallistumisessa - kaikkien osaaminen esille ja käyttöön, kiitos.
- Esimies on tietoinen työnsisällöstä, mahdollisuus ottaa yhteyttä esimieheen
- Yhteistyön lisääminen

Pöytä 3. Mitä se päihdetyö ja /tai mielenterveystyö tällä hetkellä meillä on? Mitä tästä tämän hetkisestä työskentelytavasta säilyttäisit ja mitä muuttaisit?

Emäntänä Eija Hujanen

- Vanha riippuvuusongelma - ennakointi, raittiuteen tukeminen
- Mielenterveysasiakkaan päihdetaustan kartoitus
- Työparina päihdeongelmaisen hoidossa mukana
- Päivystykselliset arvioinnit päihdeasiakkaan hoidossa → jatkohoito, missä? katkaisu
1)avohoito 2) os.12 3)tk
- Päihdeasiakkaan kuntoutuksen ohjanta; yhteistyö riippuvuuksien hoidon kanssa.
- Jatkossa yhteistyö riippuvuuksien hoidon kanssa tärkeää
- 2D-tiimi vaikka ajat menevät pitkälle (jonot), aika annettaisiin
- Asiakkaana aktiivisia aineidenkäyttäjiä, sekakäyttäjiä, kannabiksen käyttäjät pitäisikö rajat, missä hoidetaan? (keskustelua terapia-/ hoitosuhteesta)
- Hoitoon pääsee nopeasti asiakkaan kokemuksena. Päivystyksellinen avun saavat
- Missä ovat ne moniongelmaiset asiakkaat ja tarvitsivat apua? Osaaminen ja keinot, joilla tulisi autetuksi
- Päihdelääkärin puute
- Sitoutuminen, tarjotaanko sellaista hoitoa joka ei sovi asiakkaalle
- Päihdekuntoutus → olisi kuntoutuskurssina, avokuntoutusta ryhmämuotoisena
- Nuorille ja moniongelmallisille konkreettista hoitoa. Kuntoutusohjaaja, rinnalla kulkija.
- Resurssien puute
- Päihdeasiakkaille oma asumispalveluyksikkö
- Aikaisempi puuttuminen päihde- ja mielenterveysongelmiin, varhainen puuttuminen nuorten kohdalla
- Työkalut puuttuvat kuntouttavasta hoidosta
- Tk hoitaa huonosti perustehtäväänsä, ei ole resursseja varhaiseen puuttumiseen
- Terveyskeskukseen depressiohoitajia
- 2D-tiimin kehittäminen
- Missä mennään peliriippuvuuksien hoidossa? ← nuoret → koulutusta.

AIKATAULU

LIITE 5

2010	Tilaisuus	Aihe/tarkoitus	Keinot	Osalistujat
19.1.2010	1. yhteistyöpalaveri	Työyhteisön mielenkiinnon herättely kehittämistyötä kohtaan. Työntekijöiden sitouttaminen	Alustus, SWOT, pienryhmätyöskentelystä sopiminen.	Sairaanhoitajat, sosiaalityöntekijät, psykologit ja lääkärit psykiatrian poliklinikalta, A-klinikalta ja osastolta 12. (23 tt)
23.2.2010	A-klinikan työkokous	Kehittämistehtävän esittely.	Alustus ja keskustelu	A-klinikan työntekijät ja S.K. (7tt)
3.3.2010	Neuvottelu	Tervein Mielin hanke	Keskustelu	SariMarita Ikäheimmo ja S.K.
21.4.2010	2D pienryhmä	SWOT:n tarkastelu, jatkotyöskentelyn suunnittelu	Muistio ja keskustelu	S.K. U.H. R.K. E.H. SM.I.
30.6.2010	Neuvottelu	Tervein Mielin hanke		Per.
KESÄ				
19.8.2010	2D pienryhmä	Syksyn yhteispalaverin sisällön suunnittelu	Keskustelu	S.K. U.H. R.K. E.H. SM.I.
26.8.2010	1. 2D-TIIMI	Ensimmäinen kokoontuminen; työjärjestyksestä sopiminen	Nimetön kysely, keskustelu	Sairaanhoitajat, sosiaalityöntekijät ja psykologit psykiatrian poliklinikalta ja A-klinikalta (15 tt)
15.9.2010	2. yhteistyöpalaveri		Alustus, cafe-learnig	Sama kokoonpano kuin tammikuussa (20 tt)
22.9.2010	2. 2D-TIIMI			Sairaanhoitajat, sosiaalityöntekijät ja psykologit psykiatrian poliklinikalta ja A-klinikalta
28.9.2010	2D pienryhmä			S.K. E.H. R.K.
28.10.2010	3. 2D-TIIMI			Sairaanhoitajat,

				sosiaalityöntekijät ja psykologit psykiatrian poliklinikalta ja A-klinikalta
25.11.2010	4. 2D-TIIMI	Kokeilujakson viimeinen tapaaminen		Sairaanhoitajat, sosiaalityöntekijät ja psykologit psykiatrian poliklinikalta ja A-klinikalta
25.11.2010	2D pienryhmä			S.K. R.K. SM.I
9.12.2010	3.Yhteistyöpalaveri	Mm. 2Dtiimin arviointi	Koulutuksellinen osio. Ryhmäkeskustelut	Sairaanhoitajat, sosiaalityöntekijät ja psykologit psykiatrian poliklinikalta, A-klinikalta ja osastolta 12. (17tt)