

Hanna Kaski, Juuso Korkiakoski & Paula Oja

PSYKIATRISEN SAIRAANHOITAJAN ROOLI MONIAMMATILLISESSA YHTEIS- TYÖSSÄ

Laadullinen tutkimus

PSYKIATRISEN SAIRAANHOITAJAN ROOLI MONIAMMATILLISESSA YHTEIS- TYÖSSÄ

Laadullinen tutkimus

Hanna Kaski, Juuso Korkiakoski &
Paula Oja
Opinnäytetyö
Syksy 2021
Hoitotyön tutkinto, sairaanhoitaja
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön tutkinto, Sairaanhoitaja

Tekijät: Hanna Kaski, Juuso Korkiakoski ja Paula Oja
Opinnäytetyön nimi: Psykiatrisen sairaanhoitajan rooli moniammatillisessa yhteistyössä
Työn ohjaajat: Sirpa Tölli ja Satu Pinola
Työn valmistumislukukausi ja -vuosi: Syksy 2021 Sivumäärä: 38 + 3 liitettä

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia ja analysoida psykiatristen sairaanhoitajien näkemyksiä siitä, kuinka moniammatillisuus näyttäytyy heidän työyhteisössään sekä eri yhteistyötahojen välillä. Tutkimuksen aihe oli rajattu mielenterveystoimistossa työskentelevien psykiatristen sairaanhoitajien kokemuksiin aiheesta. Tässä tutkimuksessa he vastaavat siihen, kuinka he kokevat moniammatillisen yhteistyön toteutumisen mielenterveystoimistossa, millaiseksi he kuvaavat oman roolinsa moniammatillisessa yhteistyössä sekä miten he kokevat johdon tukevan moniammatillisen yhteistyön toteutumista. Moniammatillisuutta on tutkittu ja aiheesta on tehty opinnäytetöitä, mutta juuri psykiatristen sairaanhoitajien kokemina ei.

Aiempi tietoperustamme moniammatillisesta yhteistyöstä hoitoalalla perustuvat opiskeltuun, tutkituun tietoperustaan sekä kokemuksiin työssä ja harjoittelujaksoilla. Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä käytettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Aineisto on kerätty Webropol -sivuston puolistrukturoidulla kyselylomakkeella ajanjaksolla 26.9.-15.10.2021. Kyselyyn vastasi kolme sairaanhoitajaa ja litteroitua aineistoa kertyi 7 sivua. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysin avulla. Vastausten perusteella aineistosta muodostui neljä yläluokkaa: laadukas ja toimiva yhteistyö, esimiehen rooli yhteistyön organisoinnissa, sairaanhoitajan moniammatillinen osaaminen ja moniammatillisen yhteistyön haasteet. Tulosten perusteella suurin yksittäinen moniammatillista yhteistyötä estävä tekijä on resurssipula ja sen mukanaan tuoma kiire, kun taas yhteistyötä edistäviä tekijöitä oli potilaslähtöisyys ja eri alojen tuoma asiantuntijuus potilaan hoidossa. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä toimijoiden välistä moniammatillista yhteistyötä.

Asiasanat: Moniammatillinen yhteistyö, moniammatillisuus, psykiatria, avohoito, terapiapalvelut, psykiatrinen sairaanhoitaja

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in nursing and health care, Option of nursing

Authors: Hanna Kaski, Juuso Korkiakoski & Paula Oja
Title of thesis: The role of the psychiatric nurse in interprofessional collaboration
Supervisors: Sirpa Tölli ja Satu Pinola
Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2021
Number of pages: 38 + 3 appendices

The purpose of this thesis was to study and analyze the views of psychiatric nurses of how they experience interprofessional collaboration. Qualitative research method was used as a research method for the thesis. This study was conducted by using a semi-structured questionnaire on the Webropol -website and the data was collected at the time of October 1st to October 15th, 2021. The data was collected from psychiatric nurses (N = 3) working in outpatient care, and there was seven pages of material to transcript. Based on the results four main categories were emerged. They were high-quality and functional collaboration, role of the supervisor, multi-professional competence of the nurse and challenges of the collaboration. The data was analyzed by using content analysis. Our earlier knowledge base of interprofessional collaboration based on studies and experiences at work and internships.

Based on the results of this study, the biggest obstacle of interprofessional collaboration is the lack of resources and the hurry it brings. One of the main factors of promoting interprofessional collaboration was patient orientation. The results of this study can be used as developing interprofessional collaboration.

Keywords: interprofessional collaboration, interprofessional, psychiatry, outpatient care, therapy services, psychiatric nurse

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	PSYKIATRINEN SAIRASTAVUUS JA PALVELURAKENNE	7
2.1	Mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys	7
2.2	Kansantaloudellinen merkitys	9
2.3	Avopalvelut	9
3	MONIAMMATILLISUUS	11
3.1	Edellytykset moniammatillisen yhteistyön toteutumiselle	11
3.2	Haasteet moniammatillisen yhteistyön toteutumiselle	13
3.3	Vuorovaikutus moniammatillisessa toiminnassa	14
3.4	Mielenterveystoimiston asiakkaan hoitopolku moniammatillisen vuorovaikutuksen näkökulmasta	15
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET	18
5	TUTKIMUSMETODOLOGIA	19
5.1	Kvalitatiivinen menetelmä	19
5.2	Aineiston keruu	19
5.3	Aineiston analyysi	20
5.4	Tutkimuksen eettiset näkökohdat	21
6	TULOKSET	23
7	POHDINTA	30
7.1	Tulosten pohdinta	30
7.2	Opinnäytetyö prosessina	31
7.3	Tutkimuksen luotettavuus	32
7.4	Jatkokehitysehdotukset	33
8	JOHTOPÄÄTÖKSET	35
	LÄHTEET	36
	LIITTEET	39

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön aihe on psykiatrisen sairaanhoitajan rooli moniammatillisessa yhteistyössä. Aihe on kiinnostava sekä ajankohtainen, koska sosiaali- ja terveystalouden murrosvaiheessa. Palvelurakennetta uudistetaan ja tulevaisuuden malli on tarjota palveluita saman katon alta. Ehkäisevää ja ennakoivaa työskentelytapaa kehitetään jatkuvasti kustannusten kasvun hillitsemiseksi. Moniammatillisuus ja eri ammattilaisten työn tunteminen ja tiedostaminen eri toimijoiden välillä tulee korostumaan tulevaisuudessa. Valitsimme opinnäytetyöhömme tämän aiheen, koska työskentely eri ammattiryhmien välillä potilaan hyväksi työskenneltäessä vaatii ammattimaista työotetta sekä työntekijän oman työn tunnistamista.

Opinnäytetyössämme käytettävällä termillä ”mielenterveystoimisto” viittaamme terveyskeskusten yhteydessä toimiviin, julkisen terveydenhuollon perustason alaisiin psykiatrian avohuollon palveluihin, joista käytetään monia nimityksiä, joista esimerkkeinä: mielenterveystoimisto, mielenterveysneuvola, terapiayksikkö ja terapiakeskus. Pitäydyimme tässä yhdessä termissä selkeyden vuoksi.

Opinnäytetyön toteutimme yhteistyössä Oulun eteläisen alueen mielenterveystoimiston kanssa. Aiherajaus tehtiin moniammatillisuuden toteutumiseen mielenterveyden avopalveluiden yksikössä aikuisten potilaiden hoitoon. Tavoitteenamme oli kerätä aineistoa psykiatristen sairaanhoitajien näkemyksistä ja kokemuksista moniammatillisen yhteistyön toteutumisesta heidän työyksikössään. Aineistonkeruu toteutettiin puolistrukturoidulla kysymyspatteristolla Webropol sivuston kautta. Tämän tutkimuksen avulla ammattilaiset saattoivat tunnistaa omaa toimijuuttaan moniammatillisessa yhteistyössä. Opinnäytetyömme voi auttaa heitä arvostamaan eri ammattilaisten tuomaa osaaamista ja näkemystä. Tutkimustulosten perusteella saimme myös itselle eväitä tulevaisuuteen toimiessamme sairaanhoitajina.

2 PSYKIATRINEN SAIRASTAVUUS JA PALVELURAKENNE

WHO:n määritelmän mukaan mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa ihminen pystyy näkemään omat kykynsä, selviytymään elämään kuuluvissa haasteissa sekä työskentelemään ja ottamaan osaa yhteisönsä toimintaan (Suomen Mielenterveys Ry). Mielenterveys on ihmisen hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn perusta. Ihmisen terveyteen ja sairastuvuuteen vaikuttavat niin biologiset-, ympäristö-, kuin psykologisetkin tekijät. (THL 2020.) Mielenterveys muotoutuu koko elämän ajan, eikä se ole pysyvä ominaisuus (Vorma, Rotko, Larivaara & Kosloff 2020, 14).

Mielenterveyspalvelut Suomessa on viime vuosikymmeniin asti ollut mielisairaalalaitosten ja niiden purkamisen historiaa. Nykyiset mielenterveyspalvelumme rakentuvat portaittaisen mallin mukaisesti erillisiin perusterveydenhuoltoon, erikoissairaanhoidon sekä keskitettyyn vaativaan erityistason. Toimintaa on pidetty laadukkaana ja palvelu on tullut kalliiksi, mutta hyötyjä tästä ei ole kuitenkaan ulosmitattu kunnolla. Haasteeksi ovat muodostuneet erillisten tahojen päällekkäisyys työssä, kun kokonaisuutta ei ole koordinoitu. Mielenterveyspalveluiden kehittämistyössä pidetään tärkeänä yhteistyötoiminnallisen hoidon mallia, jolloin perustasolle tarjotaan ja viedään aktiivisesti esimerkiksi psykiatrian erikoisan konsultaatioita, työntekijöitä, ohjeistusta ja tarpeen mukaan erilaisia psykoterapioita. Tulevaisuuden mielenterveyspalveluiden keskiössä onkin potilaan hoidon toteutuminen perustasolla, jolloin erikoissairaanhoido ei ole enää vain lähetettä odottava taho, vaan se jalkautuu monin tahoin tukemaan ja ohjaamaan perustasoa. Tulevaisuuden mielenterveyspalveluissa nähdään myös järjestöjen toiminta merkittävänä osana palvelukokonaisuutta. (Pirkola 2020.)

2.1 Mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys

Terveys 2011 -tutkimuksen tulokset kertovat, että masennushäiriöiden esiintyvyys on kasvanut vuodesta 2000 7,3 %:sta 9,6 %:iin. Vakavan masennustilan muutos oli noussut 5,4 %:sta 7,4 %:iin. Masennushäiriöt lisääntyivät erityisesti naisilla. (Suvisaari, Joukamaa & Lönnqvist 2019.) Maailman terveysjärjestön tilastoissa masennus on suurin terveyshaittaa aiheuttava sairaus (Kampman, Heiskanen, Holi & Huttunen 2017). Masennuspotilaista jopa 50 prosentilla esiintyy lisäksi jokin ahdistuneisuushäiriö (Hämäläinen, Kanerva, Kuhanen, Schubert & Seuri 2017, 247).

Skitsofrenian esiintyvyys koko väestön tasolla on Suomessa 0,5–1,5 prosentin luokkaa, mutta usein puhutaan noin yhdestä prosentista (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus, 2020). Esimerkiksi vuonna 2015 vuode- ja avo-osastohoitojaksoja Suomessa kertyi skitsofreniasta (pääasiallisena diagnoosina, joka johti hoitojaksoon) 11 313 kpl. Kun laskettiin yhteen kaikki tautiluokituksen F20–F29 diagnoosit, eli skitsofrenia, skitsotyyppiset häiriöt ja harhaluuloisuushäiriöt, luku oli kyseisenä vuonna 23 584 kpl. (Heino, Järvelin & Passoja 2017, 3.) Luku on skitsofrenian esiintyvyyteen nähden korkea, sillä puolestaan masennus tai toistuva masennus aiheuttivat samana vuonna vuode- ja avohoitojaksoja 51 072 kappaletta. Skitsofreniasta kärsivillä osastohoitojaksot ovat paitsi pitkiä, noin 72 vuorokautta per potilas, myös toistuvia, 1,7 kertaa potilas/vuosi. Vastaavat luvut ovat masennuksen kohdalla 21 osastohoitovuorokautta ja 1,3 hoitojaksoa/vuosi. Toistuvassa masennuksessa keskimääräinen osastohoitovuorokausien määrä on sama kuin masennuksessa, mutta hoitojaksojen keskiarvo 1,5 per potilas. Muutenkin tilastoissa korostuu erityisesti skitsofreniasta johtuvien osastohoitojaksojen pituus, sillä esimerkiksi kaksisuuntainen mielialahäiriö, jota voidaan pitää vakavana psyykkisenä sairautena, hoidettiin vuonna 2015 keskimäärin 25 vuorokaudessa osastohoidossa. (Heino ym. 2017, 3.)

Skitsofrenia työllistää sekä osastohoidon että avohoidon puolella. Suurena suuntaviivana Suomessa kuitenkin on, että osastohoitokäyntien määrät ovat laskeneet: vuonna 2006 kirjattiin kokonaisuudessaan 47 836 psykiatrasta vuodeosastohoitojaksoa, kun taas vuonna 2015 määrä oli laskenut 36 813:een. Avohoitokäyntien määrä taas nousi samalla aikajaksolla 1 385 619 käynnistä 2 004 881:een. (Heino ym. 2017, 2.) Useiden eri maiden tutkimusten perusteella voidaan arvioida, että vakavimpaan kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön sairastuu 0,6–1,1 % väestöstä. Suomessa sairaus on kuitenkin vielä tätä harvinaisempi. (THL 2020.) Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla on usein myös muita psyykkisiä oireita tai häiriöitä kuten esimerkiksi ahdistuneisuushäiriö, persoonallisuushäiriö ja päihdeongelmat. Somaattista sairastavuutta on enemmän kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla kuin koko väestöllä keskimäärin. (Hämäläinen ym. 2017, 270–271.)

Vuonna 2015 Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidtoa hyödyntäviä asiakkaita oli diagnoosista riippumatta 162 per 10 000 asukasta. Maan keskiarvo oli 302, eli huomattavasti korkeampi. Vuodeosastohoidossa PPSHP:n alueella puolestaan oli ollut 44 potilasta suhteutettuna 10 000 asukkaaseen, kun maan keskiarvo oli 43. Toisin sanoen Pohjois-Pohjanmaalla avohoito oli vähäisempää suhteessa osastohoitoon. (Heino ym. 2017, 6.)

2.2 Kansantaloudellinen merkitys

Tietoisuus mielenterveyden häiriöistä on parantunut, minkä vuoksi tämä on osaltaan johtanut kasvavaan hoitoon hakeutumiseen ja hoitopalveluiden tarjonnan lisääntymiseen (Suvisaari ym. 2019). Kansanterveyden kokonaiskuva on muuntunut viime vuosikymmeninä niin, että väestön fyysinen terveys ja elinajanodote ovat parantuneet. Mielenterveydessä vastaavaa kehitystä ei ole kuitenkaan tapahtunut, minkä vuoksi mielenterveyden häiriöt (sisältäen päihdehäiriöt) ovatkin suuria kansantaloudellisia haasteita. Jokin mielenterveydenhäiriö on jopa puolella väestöstä jossain vaiheessa elämäänsä. (Vorma ym. 2020, 11.) Lisäksi kansantaloudellista merkitystä korostaa se, että mielialahäiriöt ovat yleisin työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen syy (Suvisaari ym. 2019).

Yleisin Kelan kuntoutukseen hakeutumisen syy on erilaiset mielenterveyden ongelmat. Kuntoutujien jakautuminen sekä maakunnittain että alueittain on pysynyt suhteellisen samana vuosikymmeniä. Määrällisesti eniten kuntoutujia on ollut jo 1970-luvulta saakka Itä- ja Pohjois-Suomessa. 2020-luvulla eniten Kelan kuntoutujia oli Pohjois-Pohjanmaalla (33 kuntoutujaa tuhatta asukasta kohti) sekä Pohjois-Karjalassa, jossa vastaava luku oli liki sama. Kaikista Kelan myöntämistä kuntoutuspalveluista vuonna 2020 kuntoutuspsykoterapia myönnettiin 56 682 henkilölle ollen 40,2 % kaikista myönnetyistä kuntoutuspalveluista. Kustannetuista kuntoutustoimenpiteistä kuntoutuspsykoterapia myönnettiin 56 761 henkilölle tämän ollessa 32,9 % kaikista kustannetuista kuntoutustoimenpiteistä. Vuonna 2020 kuntoutuspsykoterapiakustannukset olivat Suomessa 99 miljoonaa euroa. (Kelan kuntoutustilasto 2021.)

2.3 Avopalvelut

Kunnan tulee järjestää mielenterveyspalvelut ensisijaisesti avopalveluina sekä niin, että se tukee asiakkaan omaa hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista (Mielenterveyslaki 1116/1990, 4 §). Terveyskeskuksissa tarjottavat matalan kynnyksen mielenterveyspalvelut parantavat kansalaisten mahdollisuuksia saada apua mielenterveysongelmiin. Avopalvelut ja sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut ovatkin hoidossa ensisijaisia mielenterveyden häiriöiden ehkäisyssä, varhaisessa tunnistamisessa, asianmukaisessa hoidossa ja kuntoutuksessa. Laadukkaan avohoidon kehittämisen on myös edullisempaa kuin sairaalahoidon kustantaminen.

Erilaiset avopalvelut tulevat olemaan merkittävässä osassa tulevaisuuden sosiaali- ja terveyspalveluissa. Raskasta ja kallista laitoshoidoa pyritään suunnitelmallisesti vähentämään painottamalla

ehkäisevään ja ennakoiwaan työhön. Kehitteillä olevassa sote- uudistuksessa hyvinvointialueet huolehtivat tulevaisuudessa kuntien sijaan sosiaali- ja terveystalveluista. Tällä pyritään lyhentämään hoitoon pääsyn jonoa, parantamaan varhaisen puuttumisen mallia ja siten hillitsemään kustannusten kasvua sekä tasavertaistamaan suomalaisten saamia palveluja. Digipalveluissa tullaan ottamaan isoja askeleita palveluiden saatavuuden parannuttua erilaisten etätapaamisten sekä -potilasohjauksen avulla. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystakeskus -ohjelman kehittämismallin painopisteenä on kehittää matalan kynnyksen mielenterveystalveluita sekä parantaa ammattiryhmien välistä yhteistyötä ja tiimityömallin eteenpäin viemistä. Kehittäminen nivoutuu yhteen tulevaisuuden sote- ratkaisun kanssa. (Soteuudistus.fi).

3 MONIAMMATILLISUUS

Moniammatillisuus tarkoittaa eri asiantuntijoiden yhteistyötä. Moniammatillinen työryhmä koostuu vaihdellen eri ammattilaisista asiakkaiden tarpeiden ja sairauksien mukaan ja yhteistyössä käytetään erilaisia asiakastyön, yhteistyön ja verkostotyön menetelmiä. Eri ammattiryhmien välinen yhteistyö yhdessä potilaan kanssa takaakin potilaalle mahdollisimman kokonaisvaltaisen tuen. (Hämäläinen ym. 2017, 145.) Laajemmassa skaalassa, esimerkiksi sosiaali- ja terveysalan toimintaidologiaa tarkastelevissa tahoissa moniammatillisuus nähdään hoitotyön ideaaliksi (Nikander 2004, 279).

Asiakkaiden elämäntilanteet ja elämäntilanteiden mukana tuomat haasteet ovat yhä enenevässä määrin monimutkaisempia ja vaativampia. Moniammatillinen yhteistyö voidaan nähdä asiakaslähteisenä toimintana, jossa asiakkaan elämäntilanne ja arki nähdään monista osista koostuvana kokonaisuutena, johon moniammatillisen työskentelyn avulla voidaan tarjota kokonaisvaltaisempaa palvelua. Eheän ja kattavan prosessin voivat ammattilaiset muodostaa, kun eri alojen ammattilaiset jakavat näkemyksensä avoimesti ja jossa monialainen osaaminen nivoutuu toimivasti yhteen asiakkaan parhaaksi. (Näkki & Savved 2015.)

3.1 Edellytykset moniammatillisen yhteistyön toteutumiselle

Moniammatillisen yhteistyön teoreettisen arviointimallin on alun perin kehittänyt William J. Doherty (1996) työryhmineen. Tämän arviointimallin mukaan kehitys moniammatillisessa yhteistyössä tapahtuu portaittain viitenä askeleena seuraavanlaisesti:

1.Taso: Minimaalinen yhteistyö

Eri ammattiryhmien välinen, vähäinen vuorovaikutus. Yhteistyötä esimerkiksi tilanteissa, joissa laki edellyttää näin toimimaan.

2.Taso: Yhteistyö toisia tapaamatta

Ajoittaista vuorovaikutusta eri ammattiryhmien kesken yhteisten potilaiden kautta. Vuorovaikutus perustuu lähinnä läheteisiin ja hoitoraportteihin.

3.Taso: Yhteistyö saman katon alla

Eri ammattiryhmillä yhteiset työskentelytilat, mutta eri hallinnot. Kaikilla sama näkemys biopsykososiaalisesta mallista asiakkaan auttamisen perustaksi. Tiimissä ei selkeää roolitusta.

4.Taso: Läheinen yhteistyö

Eri alojen ammattilaiset työskentelevät samoissa tiloissa. Moniammatillinen ymmärrys asiakkaan kokonaisvaltaisen terveyden ja verkoston merkityksestä. Ei selkeää roolitusta ja rakennetta tiimin hierarkian ja johtajuuden määrittelyssä.

5.Taso: Integroitu yhteistyö

Eri alojen ammattilaisten systeeminen työskentely yhteisissä tiloissa. He omaavat samat näkemykset ja ovat kouluttautuneet moniammatilliseen yhteistyöhön. Tietoinen, kehittävä yhteistyö integroidusti yhdessä asiakkaan ja hänen perheensä tai verkostonsa kanssa. Tiimissä valta ja vastuu on jaettu.

Keskeisiä piirteitä moniammatillisen yhteistyön toteutumiselle onkin hahmottaa yhdessä monialaisesti ne asiakkaan prosessit, jota kautta hän palvelut saa. Hoitoketjujen havainnointi yhdessä moniammatillisen tiimin kanssa auttaa hahmottamaan ketjun tarpeet ja kehityskohteet. On havaittu, että hoitoketjuissa on kehittämisen varaa perusterveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon välisen kuilun vuoksi. Informaatio kulkee varsin hitaasti huolimatta sähköisistä hoitopoluista ja potilaskertomuksista, ja informaation kulussa voi olla suuriakin puutteita. Yhteistyöpalaverit moniammatillisten hoitotiimien välillä kehittävät potilaan hoitoketjua. Moniammatillisessa yhteistyössä refleктоivan ja kommunikatiivisen yhteistyön muoto on vaativin, ja siihen osallistuvat henkilöt tarvitsevatkin lisäkoulutusta. (Larivaara & Taanila 2009.) Asiakaslähtöisyys ja -keskeisyys tuovat tiedon tärkeimmän lähteen moniammatillisen tiimin keskiöön. Kaiken tiedonrakentamisen tulee tapahtua yhdessä eri osapuolten kesken, ei harvojen sanelemina. (Mönkkönen 2020.)

3.2 Haasteet moniammatillisen yhteistyön toteutumiselle

Tehokkaan moniammatillisen yhteistyön haasteet ovat moninaisia, koska niihin liittyy sekä henkilöiden välisiä että organisaatiostakin johtuvia syitä. Ammattilaisten koulutusten erilaiset tietoperustat, arvot ja kulttuurit voivat heikentää yhteistyötä. Salassapidon ja tietojen vaihdon kysymyksiin liittyy usein haasteita, koska eri ammattilaisilla ja heidän taustaorganisaatioillaan voi olla vaihtelevia käytäntöjä ja käsityksiä, miten asiakas- tai potilastietoja luovutetaan, jolloin riittämätön tieto hankaloihtaa asianmukaisella tietopohjalla perusteltua päätöksentekoa. Työskentelyn kehittämiseksi tulisi tiimien tehokkuutta pyrkiä mittaamaan, jotta voidaan seurata ja arvioida, sekä havaita mahdollisia kehittämiskohteita. (Kekoni, Mönkkönen, Hujala, Laulainen & Hirvonen 2019.) Tiimityön termi voi aiheuttaa sekaannusta silloin, kun sanotaan, että moniammatillista työtä tehdään, mutta työskentely onkin käytännössä vanhanaikaista ammattilaisten rinnakkain työskentelyä ilman yhdessä tapahtuvaa tiedon integrointia tai roolirajojen ylityksiä (Isoherranen 2012).

Taloudelliset ja ajalliset resurssit voivat olla rakenteisiin liittyviä haasteita. Koska sosiaali- ja terveyspalvelut painivat usein riittämättömien resurssien kanssa, voivat työntekijät olla usein kuormituneita ja kiireisiä. Tämän vuoksi esimerkiksi moniammatillinen työskentely voidaan kokea kielteisenä siitä syystä, että sen ajatellaan vievän aikaa muilta tehtäviltä. (Kekoni ym. 2019.)

Artikkelissa *”Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten kuvaamana”* kerättiin aineistoa 26 sosiaali- ja terveysalan ammattilaiselta, jotka osallistuivat Asiakaslähtöinen toiminta sosiaali- ja terveysalalla- koulutukseen. Tieto kerättiin SWOT-analyysin avulla, jonka jälkeen tieto kerättiin yhteiseen taulukkoon. Ammattilaisten kuvaamina haasteina esiin nousivat näkemyserot ammattilaisten kesken, tiedonkulun ongelmat, huonot vuorovaikutustaidot, ammatti-identiteetin heikkous, toisten ammattiryhmien osaamisen tunnistamisen puute, muutostavastarinta, ammatti-identiteetin puolustaminen, palveluiden koordinoinnin heikkous, sitoutumisen puute, resurssien puute, henkilöstön vaihtuvuus ja riittämättömyys, lakien ja byrokratian tuomat esteet, johdon tuen puute ja uusi sote, pirstaloituvat palvelut. (Sandström, Keiski-Turunen, Hassila, Aunola & Alahuhtala 2018.)

Koska keskeinen osa terveydenhoidon ammattilaisten työstä tapahtuu vuorovaikutussuhteissa potilaiden ja toisten työntekijöiden kanssa on viestintä näin ollen yksi työn tekemisen väline, joka vaikuttaa olennaisesti työn laatuun ja tavoitteiden saavuttamiseen. Uhkana potilasturvallisuudelle

voidaankin nähdä ongelmat vuorovaikutussuhteessa ja kielellisessä ymmärryksessä. (Kettunen & Gerlander 2014.)

3.3 Vuorovaikutus moniammatillisessa toiminnassa

Vuorovaikutuksen sujuvuus, selkeys ja avoimuus ovat kaiken onnistuneen hoitotyön perusta, ja myös moniammatillisessa työryhmässä se on yhteistyön edellytys. Lisäksi asiakas tai potilas on järkevää ottaa vuorovaikutuksen keskiöön ja siten osaksi hoitotyön prosessia oman itsensä asiantuntijana. (Nikander 2004, 279.)

Moniammatillisuus on nimestään huolimatta muutakin kuin ammattilaisten keskinäistä kommunikaatiota ja toimintaa. Senkin kohteena ja päähenkilönä tulee olla asiakas. Asiakas itse on oman hoitonsa paras asiantuntija, joten hänen sivuuttamisensa päätöksenteossa jättäisi osan hoitoon tarvittavasta tiedosta päätöksenteon ulkopuolelle, ja haittaisi hoidon onnistumista myös motivaation vähenemisen ja muutosvastarinnan kautta. Psykiatrian avohoitopalveluiden osalta tässä voidaan soveltaa esimerkiksi avoimen dialogin mallia, jota noudattamalla asiakaslähtöisyys ja samalla myös asiakkaan läheiset tulevat osaksi moniammatillista hoitotyötä ja vuorovaikutusta. (Alakare & Seikkula 2004.)

Mielenterveystoimistossa asioivan asiakkaan moniammatillisen tiimin osana ovat perinteisesti ainakin psykiatrinen sairaanhoitaja, psykiatri ja psykologi. Yhteistyötä tehdään myös asiakkaan statuksesta ja taustasta riippuen päihdehoidon, perheneuvolan, psykiatrisen sairaalan, päivystyksen, aikuissosiaalityön ja työterveyshuollon kanssa.

Alun perin skitsofreniapotilaiden hoitoon sairaalaympäristössä kehitelty avoimen dialogin malli on kuitenkin nykyisin laajasti käytössä myös psykiatrian avohoidon puolella. Sen keskiössä on vuorovaikutus, ja sitä voi kokonaisuutena peilata ja yhdistää moniammatillisen yhteistyön ajatukseen. Asiakkaan läheisten ottaminen välittömäksi osaksi hoitoa mielenterveystoimistossa ei luonnollisesti ole niin laajaa kuin esimerkiksi tahdonvastaisessa osastohoidossa, mutta se on mahdollista. Lisäksi avoimen dialogin mallin mukaisia hoitokokouksia ei järjestetä samalla tavalla kuin psykiatrisella osastolla, vaan kommunikointi eri tahojen välillä tapahtuu usein yhden, eniten asiakkaan kanssa tekemisissä olevan ammattilaisen kautta. Mielenterveystoimistoissa tämä ihminen on perinteisesti sairaanhoitaja, jolla asiakas käy eniten ja säännöllisimmin, ja jolla on siten kattava käsitys tämän tilanteesta ja tavoitteista. (Alakare & Seikkula 2004.)

3.4 Mielenterveystoimiston asiakkaan hoitopolku moniammatillisen vuorovaikutuksen näkökulmasta

Jotta voitaisiin havainnollistaa moniammatillisen vuorovaikutuksen merkitystä ja käytännön toteutusta psykiatrian avohoidossa, voimme tarkastella Kela- tuettuun psykoterapiaan johtavaa hoitopolkua. Psykoterapia on yleinen päämäärä mielenterveystoimistojen asiakkaille, joilla on pitkäaikaista psyykkistä oirehdintaa, joihin avohuollon tarjoama lääke- ja keskusteluapu ei yksinään anna riittävää apua. Asia havainnollistuu hyvin Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen prosessikaaviossa (liite 3), jonka pohjalta hoitopolkua voimme kuvailla.

Riippumatta siitä, mikä taho varsinaisesti ottaa ensimmäiseksi yhteyttä mielenterveystoimistoon, on terveyskeskusten tarjoaman mielenterveyspuolen avohoidon lähtökohtana asiakkaan itsensä kokema tarve supportiivisille keskusteluille, seurannalle ja hoidonsuunnittelulle. Hoitoon hakeutumisen taustalla voi olla trauma, psyykkisiä sairauksia, elämänkriisejä ja päihdeongelmaa. Hoito suunnitellaan yksilöllisesti asiakkaan tarpeiden mukaisesti. Asiakkaan itsensä lisäksi yhteyttä mielenterveystoimistoon voivat ottaa myös työterveys, päivystys tai sairaalat. (PPKY Selänne 2021.) Psykiatrisesta sairaalasta kotiutuvan jatkokuntoutus on terveyskeskusten mielenterveystoimistojen vastuulla (PPKY Kallio 2021).

Ensimmäinen yhteydenotto voi tapahtua asiakkaan toimesta puhelimitse, sähköpostitse tai tekstiviestitse. Tässä tapauksessa mielenterveystoimisto ei ennen alkuhaastattelua juuri vielä pääse kartoittamaan hoitoon hakeutumisen taustoja. Jos taas asiakas tulee muiden terveyspalveluiden kautta, alkaa moniammatillinen vuorovaikutus jo tässä vaiheessa. Lähettävä taho voi olla työterveyspsykologi, jolla usein on jo valmiiksi ajatusta hoidon tavoitteista. Se voi olla esimerkiksi juuri Kela-tuettu psykoterapia. Lisäksi mielenterveystoimistolle voidaan ehdottaa, millaisesta hoidosta asiakas voisi lähettävän tahon mielestä hyötyä psykoterapia-arvion lisäksi. Tässä lähetetilanteessa onkin jo erittäin edullista, että moniammatillinen vuorovaikutus on sujuvaa. Vastaanottava sairaanhoitaja voi ottaa yhteyttä lähettävään tahoon esimerkiksi, jos näkee tarpeelliseksi täsmentää taustatietoja. Tällöin hoito lähtee mahdollisimman saumattomasti etenemään kohti tavoitettaan. (PPKY Selänne 2021.)

Joskus tiedot kuitenkin jäävät syystä tai toisesta vajaiksi. Jos asiakas tulee terapiapalveluiden piiriin päivystyksestä tai terveyskeskuslääkäriltä, ei asiakkaan taustoja ole todennäköisesti kyetty kartoit-

tamaan yhtä laajasti kuten esimerkiksi työterveyspsykologilla. Henkilön asiakkaakseen ottava sairaanhoitaja täydentää tietoja ja kuulee asiakkaan omia tuntoja alustavasti alkuhaastattelussa, joka tapahtuu useimmiten puhelimitse. Pääasiallinen vetovastuu ja vuorovaikutuksen edistäminen ovat siten alusta lähtien pitkälti sairaanhoitajalla. (PPKY Selänne 2021.)

Ensihaastattelun jälkeen asiakas alkaa käydä säännöllisesti psykiatrisella sairaanhoitajalla, joka tekee mahdollisimman perinpohjaisen kartoituksen asiakkaan tilanteesta. Joskus asiakas ei koe tarvetta psykiatrin näkemiselle tai ei halua sitä, eikä se aina olekaan välttämätön, jos hoidon pääasiallinen toiminta on supportiiviset keskustelut eikä asiakkaalla ole merkittäviä lääkityksiä. Yleisesti ottaen psykiatri kuitenkin kuuluu hoitotiimiin, jolloin asiakkaalle varataan aika myös psykiatrillem. Tällä ensiajalla psykiatri tekee hoitolinjaukset ja määrää tarvittaessa lääkereseptejä. Psykiatri on varsin riippuvainen sairaanhoitajan ja asiakkaan tälle antamista tiedoista. (PPKY Selänne 2021.)

Tällaisissa tilanteissa on tutkimusten mukaan vaarana liiallinen asiantuntijalähtöisyys sekä se, että asiakasta käytetään pääasiallisesti kysymyksiin vastaajana ja yleisen tiedonkeruun lähteenä. Riskinä on se, että aiemmin mainittu avoimen dialogin malli ja sen lisäksi psykiatrinen avohoito yleisesti nojaavat vahvasti kysymyspainotteisuuteen. Keskusteluissa psykiatrin käynnillä kyllä on dialogisuutta, mutta joskus käytännön syistä – erityisesti lääkärinajan pituuden ja vähäisen lukumäärän vuoksi – vuorovaikutustilanteet asiakkaan kanssa voidaan joutua pitämään pikemminkin tehokkaina kuin asiakkaan tuntoja syvästi luotaavina. Tällöin käytetyt kysymykset ovat usein suljettuja avoimien kysymysten sijaan. Tämä on diagnoosin määrittelyn kannalta perusteltua, mutta voi jättää asiakkaalle heikon vaikutelman vuorovaikutuksesta. (Mönkkönen 2020.)

On muistettava, että psykiatrilla on ennen varsinaisia potilaskäyntejä täysi pääsy sairaanhoitajan ja muiden hoitoon osallistuvien tahojen kirjauksiin. Lisäksi sairaanhoitaja voi konsultoida psykiatria asiakkaan tilanteesta itse lääkärinajan ulkopuolella. Koko mielenterveystoimiston asiakkuuden ajan juuri sairaanhoitaja on se taho, jolla asiakas käy eniten lukumäärällisesti. Tällä keskustelu asiakkaan kanssa on laajempaa ja kysymykset avoimempia. Luonnollisesti tällainen tilanne, jossa vuorovaikutus asiakkaan ja lääkärin välillä tapahtuu osittain välikäden (sairaanhoitajan) kautta, ei ole ideaalia. Samanlaista vuorovaikutuksen problematiikkaa ja kysymyspainotteisuutta esiintyy myös silloin, kun asiakas ohjataan mielenterveystoimistossa psykologille esimerkiksi ADHD-testejä varten. Joka tapauksessa aiemmin mainittu pragmaattisuus johtaa siihen, että jotkin psykiatrisen avo-

hoidon käynnit jäävät asiantuntijavetoisiksi ja yhteinen tiedonmuodostus asiakkaan kanssa heikommaksi. (Mönkkönen 2020.) Tämä korostaa entisestään sairaanhoitajan asiakasvuorovaikutuksen laadun merkitystä.

Kela-tuettuun psykoterapiaan tähtäävä hoitopolku mielenterveystoimistossa jatkuu edelleen ainakin sairaanhoitajakäynneillä ja toisella psykiatrikäynneillä. Toisin kuin aiemmin esitetyssä Kelan kuvassa, psykiatri ei todennäköisesti kirjoita tarvittavia lausuntoja yhdellä ainoalla käynnillä, vaan ensimmäinen käynti on lääkitysten ja hoitolinjausten määrittämiseksi sekä asiakkaaseen ja tämän tilanteeseen tutustumiseksi. Kun asiakas saa tarvittavat lausunnot ja Kela myöntää hänelle tuen psykoterapiaa varten, voi asiakkuus mielenterveystoimistoon jatkua tämän rinnalla ja on yleensä jopa suotavaa erityisesti siksi, että terapeutti ei voi ottaa kantaa lääkityksiin. Lisäksi Suomessa on psykoterapiaan pitkät jonot, joten hoitoketju on vaarassa katketa ja hoito loppua Kelan myönteisestä päätöksestä huolimatta. Mielenterveystoimisto voi tukea psykoterapeutin löytämisessä, vaikka psykoterapeutin etsiminen ja valinta ei jää asiakkaan vastuulle. (PPKY Selänne 2021.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tutkimuksemme tarkoituksena oli kuvailla moniammatillista yhteistyötä mielenterveystoimistossa ja psykiatristen sairaanhoitajien roolia sairaanhoitajien kuvaamana. Lisäksi tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää moniammatillista yhteistyötä organisaatioissa.

Tutkimustehtävänä tässä tutkimuksessa oli selvittää

1. Miten psykiatriset sairaanhoitajat kuvaavat moniammatillista yhteistyötä mielenterveystoimistossa?
2. Millaiseksi psykiatriset sairaanhoitajat kuvaavat oman roolinsa moniammatillisessa yhteistyössä?
3. Miten psykiatriset sairaanhoitajat kokevat johdon tukevan moniammatillista yhteistyötä?

5 TUTKIMUSMETODOLOGIA

5.1 Kvalitatiivinen menetelmä

Tutkimuksen toteutimme kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää käyttämällä. Näin saimme tutkimukseemme tarkasteltavaksi yksittäisten psykiatristen sairaanhoitajien näkemyksiä sekä käytännön kokemuksiin perustuvaa tietoa. Tutkimuksessa pyrimme ymmärtämään, kuvailemaan ja tulkitsemaan psykiatristen sairaanhoitajien näkemyksiä tutkittavasta ilmiöstä. Tämä tarkoittaa, että olimme kiinnostuneita tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden kokemuksista, ajatuksista, tunteista, sekä merkityksistä, joita he tutkimuksen kohteena olevalle asialle antoivat. (Puusa & Juuti 2020.) Laadullisen tutkimuksen avulla voidaan laajentaa tietoa ja tuottaa teoreettisia kuvauksia ilmiöistä, joista ei ole aikaisempaa tietoa tai löytää uusia näkökulmia jo osin tuotettuihin ilmiöihin (Kananen 2017). Aineistolähteisyydestä puhutaan usein laadullisen tutkimuksen yhteydessä. Tämä tarkoittaa, että tutkimuksessa käytetään aineistossa esiintyviä käsitteitä, sanoja ja lauseita, joita tutkimukseen osallistuvat henkilöt ovat käyttäneet. (Puusa & Juuti 2020.) Laadullisen tutkimuksen analyysi voidaan jakaa kahteen ryhmään: toiselle ryhmälle tyypillistä on, että analyysiä ohjaa tietty teoreettinen tai epistemologinen asemointi, kuten grounded theory, fenomenologinen tai fenomenologis - hermeneuttinen analyysi. Toiseen ryhmän analyysimuotoihin kuuluvat ne, joita ei lähtökohtaisesti ohjaa mikään teoria tai epistemologia, mutta ne antavat suhteellisen vapaasti soveltaa monenlaisia teoreettisia ja epistemologisia lähtökohtia. Sisällön analyysi kuuluu jälkimmäiseen ryhmään. (Sarajärvi & Tuomi 2018, 4, 2.)

5.2 Aineiston keruu

Laadullisen tutkimuksen yleisimmin käytettävät aineistonkeruumenetelmät ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisista dokumenteista koottu tieto. Erilaisia menetelmiä voidaan käyttää joko vaihtoehtoisesti rinnan tai eritavoin yhdisteltynä tutkittavan ongelman ja tutkimusresurssien mukaan. (Sarajärvi & Tuomi 2018, 149.) Tutkimusaineiston keräsimme Oulun eteläisellä alueella sijaitsevasta mielenterveystoimistosta. Vallitsevasta koronapandemiatilanteesta johtuen keräsimme tutkimusaineiston puolistrukturoidulla kyselylomakkeella Webropol-kyselytutkimussivuston kautta. Tutkimuskysymykset ovat nähtävissä liitteessä 1 ja kyselylomakkeen kysymykset liitteessä 2. Puolistrukturoitu kyselylomake aineistonkeruumenetelmänä antaa mahdollisuuden vapaammille kysymyksille, mutta sillä on yhä selvät raamit. Puolistrukturoitu aineistonkeruu mahdollistaa myös saada

tutkimuksesta esiin jotain sellaista, mitä ei ehkä olisi osannut ottaa huomioon valmiita vastausvaihtoehtoja laatiessa.

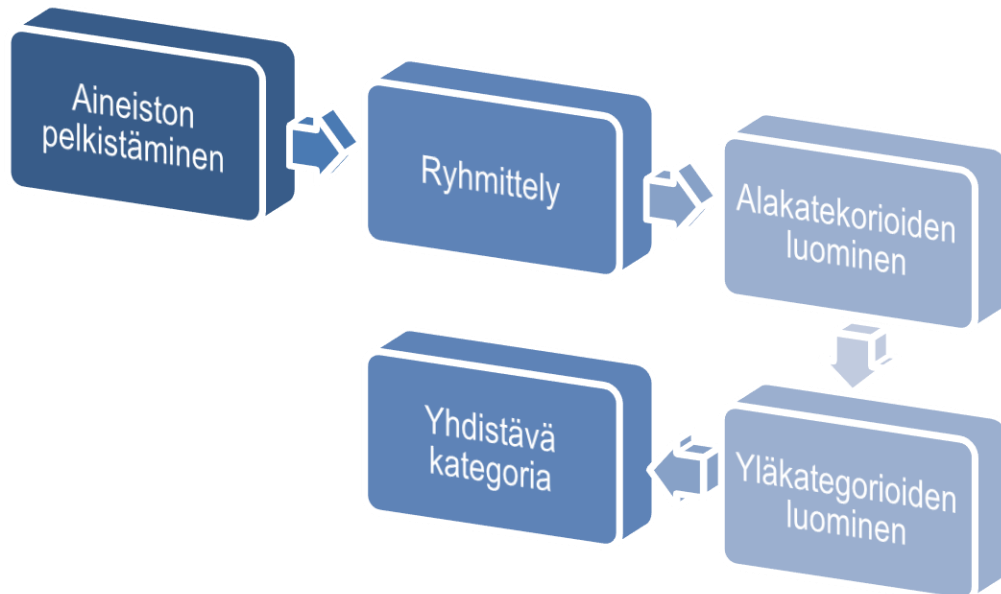
Puolistrukturoidun aineistonkeruun avulla saimme etukäteen määritetyille tutkimuskysymyksille näkemykset kunkin haastateltavan itse sanoittamina (Puusa & Juuti 2020, 6). Kyselylomakkeelle olimme valinneet tutkimuksen tarkoituksen ja ongelmanasettelun kannalta merkitykselliset kysymykset, koska jokaiselle kysymykselle täytyi löytyä perustelu tutkimuksen viitekehuksesta, tutkittavasta ilmiöstä ja tiedetystä tiedosta (Sarajärvi & Tuomi 2018, 3, 12–13). Tutkimuksessa käytettävä aineisto kerättiin ajanjaksolla 26.9.-15.10.2021.

5.3 Aineiston analyysi

Tutkimusaineiston analysoimme sisällysanalyysin avulla, koska analyysin tavoitteena oli ymmärtää, kuvailla ja tulkita tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä. Analyysin tarkoitus oli luoda sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. (Sarajärvi & Tuomi 2018, 4, 47.) Laadullisen tutkimuksen analyysi etenee induktiivisesti tai deduktiivisesti. Induktiivisella analyysillä tarkoitetaan, että analyysissä edetään yksittäistapauksista kohti laajempia kokonaisuuksia. Deduktiivinen analyysi etenee päinvastoin eli yleisestä yksittäistapaukseen. Tieteellisesti tämä jaottelu on kuitenkin ongelmallinen siksi, että induktion mahdollisuus on asetettu kyseenalaiseksi ajatellen, että uusi teoria ei voi syntyä vain havaintojen perusteella. Toisaalta deduktiivisen päättelyn perusidea on totuuden säilyminen päättelyprosessissa. Kahtiajaon suurin ongelma on kuitenkin siinä, että unohdetaan kolmas tieteellisen päättelyn logiikka, joka on abduktiivinen päättely. Abduktiivisen päättelyn mukaan teorianmuodostus on mahdollista, kun havaintojen tekoon liittyy jokin johtoajatus tai johtolanka. (Sarajärvi & Tuomi 2018, 4, 11–12.) Tutkimustehtävässämme päättelyn perustana toimi tutkimusaineisto, jossa etenimme induktiivisesti eli tarkoittaen, että yksittäistapauksista kohti laajempia kokonaisuuksia. Analyysivaiheessa aineistoa voitiin eritellä, tiivistää ja luokitella. Laadullisen tutkimuksen analyysin päämäärä on päätyä onnistuneisiin tulkintoihin. Sisällönanalyysiprosessimme vaiheet olivat analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston kategorisointi sekä tulkinta ja luotettavuuden arvioiminen. (Puusa & Juuti 2020, 9.)

Analysoimme aineiston kuvion 1 mukaisesti. Tutustuimme opinnäytetyön analysoitavaan aineistoon huolellisesti. Tämän jälkeen lähdimme tunnistamaan aineistosta asiat, joista olimme kiinnostuneita esittämämme tutkimuskysymysten ohjaamana. Aineiston lauseet pelkistimme yksittäisiksi ilmaisuiksi tai sanoiksi ja ryhmittelimme aineiston samalla erotellen erilaisuudet ja samanlaisuudet.

Sen jälkeen luokittelimme pelkistetyt ilmaisut eli muodostimme alakategoriat, joille annoimme sisältöä kuvaavat nimet. Analyysissä etenimme yhdistämällä saman sisältöiset alakategoriat toisiinsa, jonka jälkeen muodostimme niistä yläkategorioita. Yläkategoriat nimesimme niiden sisältöä kuvaavilla nimillä. Lopulta kaikki kategoriat yhdistyivät yhdeksi kaikkia kuvaavaksi kategoriaksi. Näiden kaikkien edellä mainittujen vaiheiden jälkeen voimme vastata tutkimustehtävään. Litteroitua aineistoa kävimme läpi yhteensä 7 A4-kokoista sivua fonttikoon ollessa 12.



KUVIO 1. Aineistolähtöinen analyysimalli.

5.4 Tutkimuksen eettiset näkökohdat

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan pohtia kolmen tekijän kautta. Näitä ovat uskottavuus, luotettavuus eli reliabiliteetti ja eettisyys. Kunkin tekijän yksityiskohtainen määrittäminen on vaikeaa mutta yhdessäkin tekijässä olevat puutteet haastavat koko tutkimuksen luotettavuuden. Uskottavuus kuvastaa sitä, kuinka tutkimuksen tekijöiden kollegat, suuri yleisö sekä kohderyhmä tutkimukseen suhtautuvat. Luotettavuutta arvioidaan tutkijan kyvyllä valita ammattitaitojensa mukaisesti oikeanlainen tutkimusmenetelmä lähestyäkseen ratkaistavaa tutkimusongelmaa. Eettisyys tarkoittaa tutkijan noudattaneen eettisiä periaatteita koko tutkimuksen ajan. Tässä tutkimuksessa käytettyjä menetelmiä voidaan käyttää missä tahansa hyvin tehdyssä tutkimuksessa. (TENK 2021.) Organisaatioon kohdistuvassa tutkimuksessa tutkija itse voi olla osallisena tutkittavaa kohdetta, esimerkiksi työsuhteen kautta: tällöin tutkijan tulee olla erityisen sensitiivinen reflektoidessaan

omaa tutkimusprosessiaan sekä sen luotettavuutta. Tässä tapauksessa tutkijoilla ei ollut kytköksiä tutkittavaan organisaatioon. (Puusa ym. 2020.)

Työssämme suojasimme aineiston keräykseen osallistujien yksityisyyden sekä yhteistyötahon eli emme eritelleet, mistä yksiköstä tiedot ovat kerätty. Tulokset esitettiin siten, ettei tutkittavaa yksiköä tai osallistujia voi tunnistaa. Työssämme käytettyinä lähteinä esiintyivät peruspalvelukuntayhtymä Kallio ja Selänne, mutta jotta kukaan ei päättelisi näiden lähteiden pohjalta työyksikköä virheellisesti, on mainittava, ettei tutkimuksemme kohde sijainnut kummassakaan näistä. Tutkimusetiikasta pidettiin huolta Tutkimuseettisen neuvottelulautakunnan luettelemien ja tiedeyhteisön tunnustamien arvojen ja toimintatapojen mukaisesti. Tulokset tallennettiin, esitettiin ja niiden tulokset arvioitiin rehellisesti, yleistä huolellisuutta noudattaen ja tarkkuudella. Tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät olivat tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä. Tieteellisyysluonteeseen sopiva avoimuus ja tiedeviestinnän vastuullisuus huomioitiin. Opinnäytetyössämme huomioimme aiheesta aiemmin tehdyt tutkimukset ja artikkelit sekä toimme ne asiallisesti esille. Kunnioitimme muiden tutkijoiden töitä ja viittasimme heidän julkaisuihinsa kunnioittavasti ja arvostavasti. (TENK 2021.)

Tutkimus suunniteltiin, toteutettiin ja raportoitiin tieteellisen tiedon vaatimukset täyttävällä tavalla. Tutkimuslupa haettiin kaupungin perusturvajohtajalta. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja sen saattoi keskeyttää missä vaiheessa tahansa. Tutkimustiedotteessa, joka liitteenä 1, ilmeni yhteyshenkilö heidän yksikössään, keneen vastaajat voivat ottaa yhteyttä, mikäli he haluavat lisätietoa tai pyytää muutoksenhakua antamiinsa vastauksiin. Tietosuoja otettiin huomioon myös analyysin osalta siten, ettei tuloksista voi päätellä työyksikköä, jossa tutkimus on tehty.

6 TULOKSET

Opinnäytetyömme aineisto koostuu kolmen henkilön vastauksista. Kaikki vastaajat olivat naisia. Ikäjakama vastaajilla oli 30–61 vuotta ja työkokemus vuosina asettui välille 9–17. Seuraavassa taulukossa (taulukko 1) olemme avanneet tutkimuksemme sisällönanalyysin tuloksia. Analyysin tuloksena muodostui neljä yläluokkaa 1) laadukas ja toimiva yhteistyö, 2) esimiehen rooli yhteistyön organisoinnissa, 3) sairaanhoitajan moniammatillinen osaaminen ja 4) moniammatillisen yhteistyön haasteet. Yhdistäväksi luokaksi muodostui moniammatillisuus psykiatrian avohuollossa.

TAULUKKO 1. Moniammatillinen yhteistyö psykiatrian avohuollossa.

PELKISTETTY ILMAISUT	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	YHDISTÄVÄ LUOKKA
- Keskusteluja - Ilmoituksia - Yhteisiä toimintamalleja - Yhteisiä tavoitteita ja asiakkaan eteen tehtyjä päätöksiä - Eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä - Eri ammattilaisten työskentely yhdessä joko samassa työyhteisössä tai eri työyhteisössä - Yleiset käytänteet (vaikka yhteisiä asiakkaita ei olisikaan)	Työntekijöiden määritelmiä moniammatillisuudesta	Laadukas ja toimiva yhteistyö	Moniammatillisuus psykiatrian avohuollossa
- Viranomaistahot - Hoitotahot - Neuvolat - terveyskeskus - sosiaalitoimi - vanhustyö, - fysioterapia - kotisairaanhoido - kotihoito - seurakunta - sosiaalitoimi - vuodeosasto - päivystys - nuorisotyö - sairaanhoitopiiri - Jelppeerkko	Yhteistyöhön osallistuvat instituutiot		
- Psykiatri - Sairaanhoidajat - Lähihoitajat - Toimistos sihteeri	Yhteistyöhön osallistuvat ammattiryhmät		

- Potilaskeskeisyys - Kokonaisvaltaisuus - Potilaslähtöisyys - Tietotaito - Sujuvoittaa ja nopeuttaa - Hoidonlaatu paranee - Eri näkemykset huomioidaan - Vähentää juoksemista luukulta toiselle - monen eri alan asiantuntijuus	Moniammatillisen yhteistyön hyödyt potilaan näkökulmasta		
- yhdessä asioiden läpi käyminen - yhdessä asioiden miettiminen/selvittäminen - kannustus	Tuki yhteistyöhön	Esimiehen rooli yhteistyön organisoinnissa	
- esimies koordinoi yhteistyötä muihin työyksiköihin - antaa luvan osallistua erilaisiin moniammatillisiin ryhmiin/kokoontumisiin	Yhteistyön koordinointi		
- aktiivinen - kokonaisvaltainen - merkittävä - yksi tiimin asiantuntijoista - oman ammattitaitonsa esille tuova - toteuttaa potilaan hoitosuunnitelmaa yhdessä asiakkaan kanssa - ottaa selvää eri asioista - aktiivinen ja selvittää uskallus tuoda esille oma ammattitaitonsa - ymmärrys ja käsitys muiden työnkuvasta	Aktiivinen mielenterveystyön osaja	Sairaanhoitajan moniammatillisen osaaminen	
- hakea tukea - oman ja muiden osaamisen arvostaminen - vuorovaikutustaidot	Sairaanhoitajan yhteistyöosaaminen		

- avoimuus - yhteistyöosaaminen - yhteistyökyky			
- henkilöstön vaihtuvuus - kiire - aikataulujen yhteensovittaminen - henkilöstöresurssit - palveluiden koordinoinnin heikkous - byrokratian tuomat esteet	Organisaatiolähtöiset haasteet	Moniammatillisen yhteistyön haasteet	
- vaitiolovelvollisuus - oman roolin tunteminen - muutosvastarinta - näkemyserot ammattilaisten kesken - tietoa ei jaeta eikä pohdita yhdessä - kaikkien työntekijöiden näkemyksiä ei oteta huomioon	Työntekijälähtöiset haasteet		
- asiakkaan suostumattomuus eri ammattiryhmien väliselle yhteistyölle - potilaan sitoutumisen puute	Potilaslähtöiset haasteet		

Tulosten mukaan moniammatillisen ryhmän laadukasta ja hyvää yhteistyötä kuvattiin työntekijöiden määritelmien avulla, moniammatilliseen yhteistyöhön osallistuvien instituutioiden ja ammattiryhmien avulla sekä potilaan saamien moniammatillisen yhteistyön hyötyjen avulla. Vastaajat kokivat moniammatillisen yhteistyön olevan keskusteluja ja tiivistä yhteistyötä kaikkien potilaan hoitoon tai kuntoutukseen osallistuvien kanssa huolimatta siitä, missä työyhteisössä hoitoon osallistuvat tahot työskentelevät. Lisäksi vastaajat kuvasivat monipuolisesti eri ammattiryhmiä sekä yhteistyötahoja, jotka osallistuvat moniammatilliseen yhteistyöhön. Yleiset käytänteet huolimatta siitä, ettei yhteisiä asiakkaita ole, oli yksi esiin nostetuista moniammatillisen yhteistyön tekijöistä. (taulukko 1.)

"Keskusteluja, ilmoituksia, yhteisten tavoitteiden ja asiakkaan parhaaksi tehtyjä päätöksiä, yhteisiä toimintamalleja. Kaikkien sellaisten tahojen kanssa, jotka osallistuvat asiakkaan hoitoon/kuntoutukseen."

"Moniammatillinen yhteistyö on sitä, että eri ammattialojen ihmiset työskentelevät yhdessä, joko samassa työyhteisössä, tai eri työyhteisöissä."

Tuloksissa vastaajat nimesivät varsin laajan joukon erilaisia toimijoita, ammattilaisia ja instituutioita, jotka osallistuvat moniammatilliseen yhteistyöhön psykiatristen sairaanhoitajien kanssa. (taulukko 1.)

"Kaikki viranomais-/hoitotahot, jotka liittyvät asiakkaan hoitoon, esim. neuvola, terveyskeskus, sosiaalitoimi, vanhustyö, nuorisotyö jne."

"Moniammatillista yhteistyötä tehdään kuitenkin muihin työpisteisiin, kuten tk:n muut toimipisteet (neuvola, päivystys, fysioterapia, vuodeosasto), sosiaalitoimi, kotihoito, kotisairaanhoido, Jelpipiverkko, seurakunta, sairaanhoitopiiri yms."

Potilaan ja asiakkaan tarpeet kuvattiin olevan hoitotyön keskiössä. Potilaan näkökulmasta hyötyinä nousivat esiin potilaskeskeisyys, potilaslähtöisyys, kokonaisvaltaisuus ja monen eri alan asiantuntemus. Moniammatillinen yhteistyö tuo palvelut yhtenäisemmäksi ja vähentää potilaan luukulta toiselle juoksemista. Moniammatillisen yhteistyön koettiin tuovan myös useampia näkökulmia hoitoon, minkä koettiin parantavan hoidon laatua sekä tuovan eri alojen näkemystä potilaan hoitoon. (taulukko 1.)

"Potilas saa kokonaisvaltaisempaa apua, kun eri ammattilaiset hyödyntävät omaa osaamista tietotaito potilaan asiassa. Potilaskeskeisyys ja -lähtöisyys, kokonaisvaltaisuus ja hoidonlaatu paranevat."

"Asiakas saa monen eri alan asiantuntijuuden käyttöönsä."

"Vähentää asiakkaan juoksemista luukulta toiselle."

"Sujuvoittaa ja nopeuttaa asiakkaan asioiden etenemistä."

Tuloksissa vastaajat kertovat tuen sekä yhteistyön koordinoinnin olevan esimiehen tehtäviä moniammatillisessa yhteistyössä. Vastaajien mukaan se on yhdessä asioiden miettimistä ja selvittämistä sekä kannustamista. Esimies koordinoi yhteistyötä muihin yksiköihin ja antaa luvan osallistua erilaisiin moniammatillisiin ryhmiin ja kokoontumisiin. (taulukko 1.)

”Aina kun tarvitsee ohjeita, niin yhdessä asioita mietitään ja selvitetään.”

”Kannustusta, asioiden läpikäymistä yhdessä, moniammatillisen yhteistyön kehittämiseen on panostettu myös esimiehen tasolta.”

”Käytännössä esimies sopii yhteispalavereita muiden toimijoiden kanssa. Esimies myös antaa luvan osallistua erilaisiin moniammatillisiin palavereihin /kokoontumisiin.”

Yhtenä sairaanhoitajan moniammatillisista osaamisista oli toimia aktiivisena mielenterveystyön osaajana. Sairaanhoitajan yhteistyöosaaminen nostettiin myös vastauksissa tärkeäksi. Psykiatrisen sairaanhoitajan kuvailtiin olevan aktiivinen, kokonaisvaltainen ja merkittävä. Sairaanhoitajan tarvittavina valmiuksina yhteistyöhön nousivat keskiöön vuorovaikutustaidot, oman ja muiden osaamisen arvostaminen, avoimuus, yhteistyöosaaminen ja yhteistyökyky, ymmärrys ja käsitys muiden työnkuvasta. (taulukko 1.)

”Osaa arvostaa omaa ja muiden osaamista, vuorovaikutustaidot, avoimuus, yhteistyöosaaminen ym.”

”Tietoa ja taitoa ottaa selvää eri asioista. Olla aktiivinen ja selvittää, hakea tukea/tietoa itselleen asiakkaan parhaaksi.”

”Aktiivinen varsinkin mielenterveystyössä. Täytyy huolehtia fyysisestä ja psyykkisestä terveydestä, sekä taloudellisesta tilanteesta.”

Sairaanhoitajan koettiin olevan myös tärkeässä roolissa toteuttaessaan lääkärin määräämää hoitoa. Sairaanhoitaja myös koordinoi potilaan hoitoa.

"Psykiatri vastaa kokonaishoidosta ja hoitosuunnitelmista, mutta sairaanhoitaja on se, joka sitä asiakkaan kanssa toteuttaa."

"Monesti tuntuu, että sairaanhoitaja toimii keskiössä potilaan hoitoa koordinoimassa."

Haasteita moniammatilliseen yhteistyöhön toivat erilaiset organisaatiolähtöiset haasteet, työntekijälähtöiset haasteet sekä potilaasta johtuvat haasteet. Potilaslähtöiseksi haasteeksi mainittiin esimerkiksi se, että suostuuko asiakas eri ammattiryhmien osallistumiseen hoitoonsa koskevissa asioissa. Kaikissa vastauksissa taas mainittiin henkilöstöresurssien vaikutus hoidon ja moniammatillisen yhteistyön haasteena. Myös eri työntekijöiden välisen vuorovaikutuksen taso, näkemyserot sekä omien ja muiden osaamisen tunnistaminen mainittiin osana moniammatillisen yhteistyön haasteita. Tällöin voidaan siis puhua haastetekijöistä, jotka liittyvät nimenomaan ammattilaisten välisiin suhteisiin, eri näkemysten huomioon ottamiseen ja kommunikaatioon. Moniammatillisen yhteistyön lainsäädännöllisiä ja byrokraattisiakin haasteita tuotiin ilmi. Haastetta on siinä, että asiakkaan ja ammattilaisen välisessä työssä on voimassa luottamuksellisuus ja vaitiolovelvollisuus. (taulukko 1.)

"Haasteena voi näkyä esim. se, että ratkaisuja ongelmiin oletetaan löytyvän vain yhdeltä tiimin jäseneltä eikä tieto jaeta ja pohdita yhdessä. Tai että kaikkien näkemyksiä ym. ei oteta huomioon. Haaste voi olla siinä, että ei ymmärretä toisten tekemää työtä, ei tunneta omaa roolia tarpeeksi hyvin jne."

"Kiire."

"Resurssien puute. Henkilöstön vaihtuvuus ja riittämättömyys."

"Erilaisia ihmisiä, eri lakien alla toimivia (sos. työ, terveydenhoito)."

"Byrokratian tuomat esteet."

"Asiakas ei aina suostu siihen, että eri ammattilaiset tekevät yhteistyötä asiakkaan asioissa."

7 POHDINTA

7.1 Tulosten pohdinta

Moniammatillisen yhteistyön haasteiksi mainittiin kahdessa vastauksessa keskeiseksi se, että suostuuko asiakas eri ammattiryhmien osallistumiseen. Tämä on erittäin ymmärrettävää siltä kannalta, että mielenterveysongelmat ovat itsessään tabu yhteiskunnassamme, minkä myöntäminen ja sen puolesta hoitoon hakeutuminen muodostavat melko korkean kynnyksen. Jos ja kun sen lisäksi asiakkaalle ehdotetaan muiden alojen asiantuntijoita osaksi tämän moniammatillista tiimiä, voi hän herkästi kokea joutuvansa liian monen suurennuslasin alle yhtä aikaa. Näin varsinkin silloin, kun muut hoitoon luontaisesti tarjolla olevat tahot edustavat vaikeita aiheita hekin: esimerkiksi lastensuojelun ja päihdehoidon asiakkuudet ovat tabu siinä missä mielenterveyshoitokin.

Kaikissa vastauksissa mainittiin henkilöstöresurssien vaikutus yhdeksi merkittävimmäksi hoidon ja moniammatillisen yhteistyön haasteeksi. Sosiaali- ja terveysalaa vaivaava osaajapula sekä toisaalta myös sinne vuosikymmeniä jatkunut kohdistuneet säästöpaineeet ovat paitsi vähentäneet eri tahojen painoarvoa että konkreettisesti vähentäneet työntekijöiden määrää ja saaneet hoitotaakan lisääntymään entistä enemmän avohoidon puolelle, johon mielenterveystoimistot kuuluvat. Nämä tekijät eivät ole lähtöisin sen enempää asiakkaasta kuin ammattilaisista, ja heidän mahdollisuutensa vaikuttaa siihen ovat rajalliset. Näiden tekijöiden voidaan katsoa olevan seurausta laajemmasta yhteiskunnallisesta muutoksesta.

Tältä osin voidaan arvioida, että koska mielenterveystyötä – siinä missä mitä tahansa muutakin hoitoalan työtä – tehdään omalla persoonalla. Näin ollen myös hoitajan oma persoona, maailmankatsomus, eri aikakausina saadut opit ja kokemukset sekä lukemattomat muut tekijät voivat vaikuttaa heikentävästi yhteistyöhön. Toisaalta samat syyt voivat luonnollisesti parhaimmillaan parantaa sitä. Hoitajan ammatillisuuteen kuuluukin tunnistaa omat vahvuudet ja heikkoudet sekä kyetä asettaa omat uskomuksensa ja vakaumuksensa taka-alalle.

Joskus moniammatillista yhteistyötä voi rajata vaitiolovelvollisuus ja se, mitä tietoja eri ammattilaiset voivat keskenään vaihtaa. Suoran asiakas- tai potilassuhteen puuttuminen voi estää merkittävienkin hoitoon kuuluvien tietojen jakamista (vertaa sosiaalityö ja sairaanhoito). Toisaalta ajoittain

luottamuksellisuus ja vaitiolovelvollisuus eivät toteudu: esimerkiksi lastensuojelulla on oikeus pyytää tietoja potilaan hoidosta sekä tehdyistä kirjauksista. Kun potilas tietää tämän, se voi vaikuttaa merkittävästi tämän kertomiin asioihin ja sitä kautta hoitoon. Tällaisissa tapauksissa moniammatillinen yhteistyö jopa toimii osin hoitoa vastaan.

Pohdimme opinnäytetyön prosessin aikana sitä, tuottaako tutkimuksemme mitään uutta tietoa aiheesta. Artikkelissa *”Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten kuvamana”* haasteina nousivat esiin niin ikään hyvin samankaltaisia asioita, kuten tiedonkulun ongelmat, muutosvastarinta, palveluiden koordinoinnin heikkous, resurssien puute, henkilöstön vaihtuvuus ja riittämättömyys, sekä näkemyserot eri ammattilaisten kesken. (Sandström, Keiski-Turunen, Hassila, Aunola & Alahuhtala 2018.) Tosin tutkimuksessamme ei mainittu suoraan sitoutumisen puutetta, johdon tuen puutetta tai ammatti-identiteetin heikkoutta tai sen puolustamisen tarvetta. Täten voimme todeta, että tutkimuksemme tulokset mukailivat aiempaa tutkimusta suurelta osin, mutta johdon tuen koettiin olevan riittävää.

7.2 Opinnäytetyö prosessina

Opinnäytetyössämme haastattelimme mielenterveystoimiston psykiatrisia sairaanhoitajia selvittääksemme, kuinka moniammatillinen yhteistyö käytännössä heidän työyksikössään toteutuu. Opinnäytetyön aiheen valitsimme vapaana olevista aiheista. Aihe oli mielestämme kiinnostava ja ajankohtainen. Opinnäytetyön kirjoittamistyötä ohjasi koko prosessin ajan tavoite ja tarkoitus. Haastateltavien näkemykset moniammatillisuuden näyttäytymisestä ja toteutumisesta olivat suurelta osin samankaltaisia. Taulukko 2 kuvaa opinnäytetyön aikataulua sekä etenemistä prosessina.

TAULUKKO 2. Tutkimuksen aikataulu.

Opinnäytetyön suunnitelman aloitus	Opinnäytetyön suunnitelman hy- väksyttäminen ohjaajilla	Aineiston kerää- minen	Aineiston rapor- tointi	Opponointi
tammikuu 2021	syyskuu 2021	syys-lokakuu 2021	loka-marraskuu 2021	marraskuu 2021

7.3 Tutkimuksen luotettavuus

Aineiston määrä jäi hieman alle alkuperäisen tavoitteen. Suuremmalla otannalla olisi voinut olla ratkaiseva merkitys tuotetun tiedon määrään ja näin ollen eriäviin kokemuksellisiin asioihin moniammatillisuudesta ja sen näyttäytymisestä. Pienen otannan kautta ei tulosten voida katsoa antavan yleistettävää tietoa alueen mielenterveystoimistojen tilanteesta, puhumattakaan koko maan laajuisesta tilanteesta. Tällöin luotettavuuden kriteereistä esimerkiksi sovellettavuus on kyseenalainen. Tämä siitä huolimatta, että tutkijoina meille olisi voinut kehittyä virhepäätelmä vastausten laajasta sovellettavuudesta pelkästään, jos ja kun vastausten sisältö olisivat mukailleet omia näkemyksiämme. Ominaista laadulliselle tutkimukselle onkin se, että koska tutkija sekä tutkittava kohde ovat vuorovaikutuksessa keskenään, on tutkijan tunnistettava oma subjektiivisuutensa aiheeseen niin, ettei hänen omat asenteensa vaikuta tutkimuksen lopputulokseen. Laadullisen tutkimuksen luotettavuudesta kertoo myös se, että tutkimus pyritään toteuttamaan koko prosessin ajan mahdollisimman läpinäkyväksi kuvailemalla tarkasti analyysin ja tutkimuksen tulostavaiheen. (Puusa & Juuti, 2020.)

Tutkimuksen tuloksia itsessään voi puolestaan pitää luotettavina, koska kysely on osoitettu asianmukaisten yhteistyötahojen eli esimiesten kautta suoraan työntekijöille, eikä kenelläkään muulla ole ollut pääsyä sinne. Toisaalta on aina olemassa teoreettinen mahdollisuus, että kyseinen yhdyshenkilö olisi jakanut linkkiä väärille tahoille tai vastannut kyselyyn itse, mutta tämä on hyvin epäto-

dennäköistä. Lisäksi vastausten voidaan olettaa olleen niin rehellisiä kuin mahdollista, koska vastaajien anonymiteetti turvattiin tarkasti, eikä vastauksia voi yhdistää opinnäytetyömme raportin pohjalta mihinkään tiettyyn yksikköön. Tuloksia tarkasteltaessa emme huomanneet aihetta suhtautua kriittisesti vastausten sisältöön esimerkiksi itsesensuurin vuoksi.

7.4 Jatkokehitysehdotukset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla psykiatristen sairaanhoitajien roolia moniammatillisessa yhteistyössä, sekä tuottaa tietoa, jonka avulla moniammatillista yhteistyötä organisaatioissa voidaan kehittää. Tutkimuksemme tuloksien ja aiemman teoriatiedon pohjalta voimmekin todeta, että resurssien ja koulutuksen lisäämisellä olisi selkeä hyöty moniammatillisen yhteistyön kehittämiseksi.

Moniammatillisuuden toteutumiseen on kiinnitetty huomiota myös lainsäädäntötasolla. Terveystieteiden huoltolaissa on siten siltäkin osin pyritty turvaamaan laadukkaan hoidon toteutuminen, ja moniammatillisuutta pidetään yhtenä sen edellytyksistä. Terveystieteidenhuoltolaissa määritellään useita perustekijöitä, joihin tulee kiinnittää huomiota moniammatillisuuden toteutumiseksi. Samat teemat toistuvat myös kyselymme vastauksissa, esimerkkinä resurssien ja henkilöstön riittävyys.

Kunnan on osoitettava riittävästi voimavaroja kunnan peruspalvelujen valtionosuuden perusteena olevaan terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä terveydenhuollon palveluihin. Terveystieteidenhuollon toimeenpanoon kuuluvia tehtäviä varten kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän käytettävissä on oltava riittävästi terveydenhuollon ammattihenkilöitä.

Toimintayksikön johtamisessa on oltava moniammatillista asiantuntemusta, joka tukee laadukkaan ja turvallisen hoidon kokonaisuutta, eri ammattiryhmien yhteistyötä sekä hoito- ja toimintatapojen kehittämistä.

Kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän terveydenhuollosta vastaavan henkilöstön rakenteen ja määrän on vastattava alueen väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen sekä terveydenhuollon palvelujen tarvetta.

Terveystieteidenhuoltoa varten kunnalla tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymällä on oltava käytettävissään asianmukaiset toimitilat ja toimintavälineet. (Laki terveydenhuollon toimintaedellytyksistä 2010/1326 § 4.)

Kun lakia ja vastauksia vertaa keskenään, voi ainakin joiltain osin todeta, että haasteita on osa-alueilla, joihin laki ottaa suoraan kantaa. Tästä syystä mielenterveystoimiston toiminnan sekä siihen liittyvän moniammatillisuuden varmistamisen kannalta on hyvä aika ajoin tarkastella tilannetta ja huomioida perusedellytykset, jotka laki määrittelee. Oletuksena on, että olisi hyvä saada tarkennuksia niistä osa-alueista, jotka vastauksissa ilmenivät. Näin toimimalla moniammatillisuuden perusedellytykset paranevat lain määräämällä tavalla. Esimerkkinä voidaan mainita henkilöstöresurssit: ne koettiin vastauksissa mielenterveysavohuoltotyötä heikentäväksi osa-alueeksi. Jotta henkilöstöresurssit toteutuisivat sellaisella tavalla, jota laki edellyttää, ja jotka sairaanhoitajat näkisivät riittäviksi, olisi kysyttävä tarkemmin henkilöstöresurssihaasteen luonnetta. Tältä pohjalta voisi jatkossa esimerkiksi tutkia, mihin ammattiryhmään lisäresursseja olisi mielenterveystoimistossa työskentelevien mielestä hyvä kohdentaa, jotta moniammatillinen yhteistyö psykiatrian avopalveluissa paranisi.

Opinnäytetyössämme kysyimme mielipidettä ainoastaan sairaanhoitajilta. Yhtä olennainen osa mielenterveystoimistossa tapahtuvaa työtä ovat psykiatrit, psykologit ja yhteistyötahot, mutta heidän kantansa asiaan ei käy ilmi tutkimuksessamme. Tämä olisi myös olennaista selvittää kokonaiskuvan tarkentumiseksi ja aineiston lisäämiseksi. Esimerkiksi psykiatrien ja psykologien näkemykset ovat oletettavasti jonkin verran erilaisia hoitajien näkemyksiin nähden. Lisäksi muiden kuin sairaanhoitajien tahojen mielipiteiden selvittäminen toisi tuloksia, joita voitaisiin puolestaan verrata eri ammattiryhmien välisiin vastauksiin. Tämä voisi tuoda selkeyttä kyselymme tuloksissa esiintyneeseen haasteeseen eri ammattilaisten välisestä kommunikaatiosta ja näkemyseroista.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Moniammatillinen yhteistyö on tärkeä työkalu, jonka avulla eri ammattiryhmät voivat toimia yhdessä potilaan parhaaksi huolimatta siitä, missä työyhteisössä tai -pisteessä työskentelevät. Psykiatrinen sairaanhoitaja on tärkeässä roolissa toteuttaessaan hoitotyötä lääkärin ohjeiden mukaisesti. Psykiatrisen sairaanhoitajan ammatilliseen osaamiseen kuuluu kyetä tunnustaa niin eri ammattiryhmien tekemän työn arvo, kuin eri ammattiryhmien näkemykset potilaan hoitoa koskevissa kysymyksissä.

Joka tapauksessa tämän tutkimuksen tulokset mukailevat aiempaa teorial tietoa niiltä osin, että lisäämällä resursseja, koulutusta sekä mahdollistamalla moniammatillisen yhteistyön toteutuminen edesautetaan potilaan hyvää ja laadukasta hoitoa.

LÄHTEET

Alakare Birgitta, Seikkula Jaakko 2004. Avoin dialogi: vaihtoehtoinen näkökulma psykiatrisessa hoitojärjestelmässä. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Hakupäivä 25.4.2021. <https://www.duodecimlehti.fi/duo94071>. Vaatii käyttöoikeuden.

Doherty, McDaniel & Baird. 1995. Five levels of primarycare/behavioral healthcare collaboration. Behavioral Healthcare Tomorrow. <https://www.ncpsychiatry.org/assets/docs/Integrated-Care/5%20levels%20of%20collaboration.pdf>

Isoherranen Kaarina 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto. Hakupäivä 2.4.2021. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen_vaitoskirja.pdf

Heino Anna, Järvelin Jutta, Passoja Sirpa. 2017. Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2015. Tilastoraportti, 3, 4, 6.

Hämäläinen Kaisu, Kanerva Anne, Kuhanen Carita, Schubert Carla, Seuri Tarja. 2017. Mielenterveyshoitotyö. Sanoma Pro Oy Helsinki, 145, 247, 270–271.

Kampman Olli, Heiskanen Tarja, Holli Matti, Huttunen Matti O., Tuulari Jyrki. Masennus, 2017. Oppiportti. Duodecim. Hakupäivä 10.1.2021. <https://www.oppiportti.fi/op/msn00372/do>. Vaatii käyttöoikeuden.

Kananen Jorma. 2017. Laadullinen tutkimus pro graduna ja opinnäytetyönä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja-sarja. Hakupäivä 13.1.2021. https://moodle.oamk.fi/pluginfile.php/506374/mod_resource/content/0/Laadullinen%20tutkimus%2C%20Kananen%20%281%29.pdf

Kekoni Taru, Mönkkönen Kaarina, Hujala Anneli, Laulainen Sanna & Hirvonen Jukka 2019. Moniammatillinen yhteistyö: Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla. (Toim. Kaarina Mönkkönen, Taru Kekoni & Aini Pehkonen) Gaudaemus OY. Hakupäivä 20.2.2021. Ellibslibrary – Oamk e- aineisto. Vaatii käyttöoikeuden.

Kelan kuntoutustilasto 2020. Helsinki, Kela. 2021. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/329682/Kelan_kuntoutustilasto_2020.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Kettunen Tarja & Gerlander Maija 2014. Viestintä terveydenhuollon vuorovaikutussuhteissa. Duodecim. Oppiportti. Hakupäivä 2.4.2021. https://www.oppiportti.fi/op/ptp00305/do?p_haku=moniammatillinen%20yhteistyö#q=moniammatillinen%20yhteistyö

Larivaara Pekka & Taanila Anja. 2009. Potilas, perhe ja perusterveydenhuolto. Duodecim. Oppiportti. Hakupäivä 6.3.2021. <https://www.oppiportti.fi/op/ppp00168/do#T1>. Vaatii käyttöoikeuden.

Mielenterveyslaki 1116/1990. Hakupäivä 3.4.2021. www.finlex.fi

Mieli Suomen mielenterveys ry. Mitä mielenterveys on? Hakupäivä 2.4.2021. <https://mieli.fi/fi/mielenterveysseura/organisaatio-ja-toiminta/strategia/mita-mielenterveys>

Moilanen Jenita, Lääkkö Henni & Perälä Minna 2020. Moniammatillista perhevalmennusta. Oulun ammattikorkeakoulu. Suomen kättilöliitto. Opinnäytetyö. Hakupäivä 2.4.2021. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe20201215100748>

Mönkkönen Kaarina 2020. Vuorovaikutus asiakastyössä – Asiakkaan kohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla. Gaudamus OY. Hakupäivä 3.4.2021. Ellibslibrary – Oamk e-aineisto. Vaatii käyttöoikeuden.

Nikander Pirjo 2004. Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena. Vuorovaikutuksellinen näkökulma. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. Artikkel. 279.

Näkki Pirjo & Sayed Terttu 2015. Asiakastyön menetelmiä sosiaalialalla. Edita Publishing oy. Hakupäivä 2.4.2021. s.151–152.

Peruspalvelukuntayhtymä Kallio 2021. MIELENTERVEYSPALVELUT. Hakupäivä 20.4.2021, <https://www.kalliopp.fi/palvelu/da309151-fe1e-44b5-88ae-81960d8aac8e>

Peruspalvelukuntayhtymä Selänne 2021. MIELENTERVEYSTYÖN PROSESSIKAAVIO. Peruspalvelukuntayhtymä Selänteen intra. Hakupäivä 11.11.2021. Vaatii käyttöoikeuden.

Pirkola Sami 2020. Tulevaisuuden mielenterveyspalvelut. Terveyspotti. Duodecim. Hakupäivä 20.2.2021. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2020/16/duo15737>. Vaatii käyttöoikeuden.

Puusa Anu & Juuti Pauli 2020. Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Gaudamus OY. 6,9. Hakupäivä 22.11.2021. Ellibslibrary – Oamk e-aineisto. Vaatii käyttöoikeuden.

Saaranen-Kauppinen Anita & Puusniekka Anna 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkojulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja]. Hakupäivä 28.4.2021, <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/viittausohje.html>

Sandström Sanna, Keiski-Turunen Annika, Hassila Lea, Aunola Eija, & Alahuhtala Maija 2018. Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten kuvaamana. ePooki. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 44. Hakupäivä 20.2.2021. <http://www.oamk.fi/epooki/2018/moniammatillinen-yhteistyö-sosiaali-ja-terveysalan-ammattilaisten-kuvaamana/>

Sarajärvi Anneli & Tuomi Jouni 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi. 3: 12–13, 4: 2, 11–12, 47, 149. Hakupäivä 30.5.2021. Ellibslibrary – Oamk e-aineisto. Vaatii käyttöoikeuden.

Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus 2020. Duodecim. Hakupäivä 10.1.2021. <https://www.kaypa-hoito.fi/hoi35050>. Vaatii käyttöoikeuden.

Sote-uudistus. Palvelujen kehittäminen. Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelma. Hakupäivä 3.4.2021. <https://soteuudistus.fi/tulevaisuuden-sosiaali-ja-terveyskeskus-ohjelma#palvelujen%20saatavuus>

Suvisaari Jaana, Joukamaa Matti & Lönnqvist Jouko 2019. Mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys suomessa. Oppiportti. Duodecim. Hakupäivä 20.2.2021. <https://www.oppoportti.fi/op/pkr02603/do>. Vaatii käyttöoikeuden.

Suvisaari Jaana, Joukamaa Matti & Lönnqvist Jouko 2019. Mielenterveyden häiriöistä johtuva kuoritus. Oppiportti. Duodecim. Hakupäivä 20.2.2021. <https://www.oppoportti.fi/op/pkr02606/do>. Vaatii käyttöoikeuden.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö. Hakupäivä 3.5.2021, <https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanta-htk>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Mielialahäiriöt 2020. Hakupäivä 13.1.2021. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/mielialahairiot>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2020. Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2019. Hakupäivä 13.1.2021. <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/terveyspalvelut/psykiatrinen-erikoissairaanhoito>

Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Ahdistuneisuushäiriöt 2019. Hakupäivä 13.1.2021. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/ahdistuneisuushairiot>

Terveysturvalaki. 2010/1326. Hakupäivä 12.11.2021. www.finlex.fi

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö. Hakupäivä 3.5.2021. <https://tenk.fi/fi/tiedevilppi/hyva-tieteellinen-kaytanta-htk>

Vorma Helena, Rotko Tuulia, Larivaara Meri & Kosloff Anu 2020. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Sosiaali- ja terveysministeriö. Hakupäivä 2.4.2021. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162053/STM_2020_6.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Tutkimustiedote opinnäytetyöstä

Hei!

Sinut on kutsuttu osallistumaan tutkimukseen, joka kokoaa psykiatristen sairaanhoitajien kokemuksia moniammatillisen yhteistyön merkityksestä ja ilmenemisestä terveyskeskusten mielenterveystoimistossa. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.

Tutkimustehtävänä tässä tutkimuksessa on selvittää vastaus kolmeen pääkysymykseen:

1. Miten psykiatriset sairaanhoitajat kuvaavat moniammatillista yhteistyötä mielenterveystoimistossa?
2. Millaiseksi psykiatriset sairaanhoitajat kuvaavat oman roolinsa moniammatillisessa yhteistyössä?
3. Miten psykiatriset sairaanhoitajat kokevat johdon tukevan moniammatillista yhteistyötä?

Kyseessä on Oulun ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoiden opinnäytetyö.

Tiedot kerätään Webropol-ohjelmalla, jonne tutkimukseen osallistuvat sairaanhoitajat kirjallisesti vastaavat siellä oleviin puolistrukturoituihin kysymyksiin. Vastaajien nimiä ei kysytä. Taustatiedoiksi keräämme iän, sukupuolen ja työkokemuksen. Tutkimuksen tekijät tietävät vastaajien työpaikan, mutta niitä tai nimiä ei lisätä lopulliseen opinnäytetyöhön, jolloin täysi anonymiteetti säilytetään. Kyselytutkimus toteutetaan 1.10.-15.10.2021 välisenä aikana.

Kiitos osallistumisestasi!

Tutkimuksen toteuttajina toimii kolme sairaanhoitajaopiskelijaa:

Hanna Kaski

Juuso Korkiakoski

Paula Oja

1. Sukupuoli: nainen, mies, muu
2. Ikä
3. Työkokemus vuosina
4. Mitä moniammatillinen yhteistyö mielestäsi on?
5. Ketä yhteistyöhön osallistuu?
6. Mitä hyötyä moniammatillisesta yhteistyöstä on potilaan näkökulmasta?
7. Millainen on mielestäsi sairaanhoitajan rooli moniammatillisessa yhteistyössä?
8. Millaisia valmiuksia sairaanhoitaja mielestäsi tarvitsee osallistuessaan moniammatilliseen yhteistyöhön?
9. Millaisia haasteita moniammatilliseen yhteistyöhön liittyy?
10. Millaista tukea saat esimieheltäsi moniammatilliseen yhteistyöhön?

MIELENTERVEYSTYÖN PROSESSIKAAVIO

