

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Jaana Kurki

**MASENNUKSEN HOIDON KEHITTÄMINEN TERVEYSKESKUK-
SESSA MUUTOSJOHTAMISEN AVULLA**

Opinnäytetyö
Lokakuu 2013

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1 Johdanto	6
2 Muutosjohtaminen palveluiden kehittämisessä	7
2.1 Muutos ja muutosjohtaminen	7
2.2 Muutosjohtamisen työkalut	8
2.3 Muutosjohtamisen haasteet	10
3 Mielenterveystyö terveyskeskuksessa.....	12
3.1 Mielenterveystyön palvelujärjestelmä.....	12
3.2 Mielenterveyspalveluiden kehittäminen.....	14
4 Masennuksen hoito Suomessa.....	16
4.1 Masennuksen oireet.....	16
4.2 Masennuksen riskitekijät, yleisyys ja seuraukset.....	18
4.3 Ennaltaehkäisy ja varhainen puuttuminen.....	19
4.4 Tunnistaminen ja hoidon porrastus	20
4.5 Masennuksen hoitomuodot.....	23
4.5.1 Hoidon periaatteet	23
4.5.2 Lääkehoito	24
4.5.3 Psykoterapiat	25
4.5.4 Psykoedukaatio.....	26
4.5.5 Masennushoitajamalli.....	27
4.5.6 Muut hoitomuodot.....	28
4.6 Terveyskeskushoitajan rooli masennuksen hoidossa	30
5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävät	32
6 Opinnäytetyön toteutus	32
6.1 Toimintaympäristö ja osallistujat	32
6.2 Toimintatutkimus kehittämisprosessin lähestymistapana	33
6.3 Kehittäjän rooli.....	36
6.4 Osallistavat kehittämismenetelmät.....	38
6.5 Kehittämisprosessin suunnitteluvaihe	40
6.5.1 Aiheen ideointia yhteistyökumppaneiden kanssa.....	40
6.5.2 Alkukartoitus	42
6.5.3 Väliarvio avainhenkilöiden kanssa.....	45
6.6 Kehittämisprosessin toteutusvaihe	46
6.6.1 Ensimmäinen koulutustyöpaja	47
6.6.2 Toinen koulutustyöpaja	49
6.6.3 Kolmas koulutustyöpaja	50
6.7 Kehittämisprosessin havainnointivaihe	51
6.8 Kehittämisprosessin reflektointivaihe	53
7 Opinnäytetyön tuotokset	57
7.1 Alkukartoitus	57
7.1.1 Taustatiedot	57
7.1.2 Kokemuksia masennuksen hoidosta.....	58
7.1.3 Valmiudet masennuksen ennaltaehkäisyyn, tunnistamiseen ja hoitoon.....	59
7.1.4 Kehittämis ehdotuksia	62

7.2 Masennuksen hoidon toimintamalli	64
7.2.1 Masennuksen tunnistaminen	64
7.2.2 Masennuspotilaan hoito	67
7.2.3 Hoidon porrastus ja työnjako masennuspotilaan hoidossa	69
7.2.4 Toimintamallin kuvaus ja SWOT-analyysi	72
8 Pohdinta	75
8.1 Opinnäytetyöprosessin ja tuotosten tarkastelua	75
8.2 Muutosjohtamisen merkitys	80
8.3 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	83
8.4 Jatkotutkimushaasteet ja kehittämisideat	85
Lähteet	87

Liitteet

Liite 1	Opinnäytetyön aikataulu
Liite 2	Saatekirje
Liite 3	Alkukartoituslomake
Liite 4	Ensimmäisen koulutustyöpajan aikataulu
Liite 5	Ensimmäisen työyksikkökoulutuksen aikataulu
Liite 6	Toisen koulutustyöpajan aikataulu
Liite 7	Toisen työyksikkökoulutuksen aikataulu
Liite 8	Kolmannen koulutustyöpajan aikataulu
Liite 9	Alkuperäinen ote tapaamismuistiosta
Liite 10	Taulukko masennuksen hoidon työkalujen käyttö
Liite 11	Taulukko masennuksen hoidon työkalujen hyödynnettävyys
Liite 12	MDI-lomake
Liite 13	Ratkaisukeskeinen itsekuntoutuslomake



OPINNÄYTETYÖ
Lokakuu 2013
Sosiaali- ja terveystieteiden
kehittämisen ja johtamisen
koulutusohjelma
Ylempi ammattikorkeakoulu-
tutkinto
Tikkariinne 9
80200 JOENSUU
p.0504054816

Tekijä
Jaana Kurki

Nimeke
Masennuksen hoidon kehittäminen terveyskeskuksessa muutosjohtaminen avulla

Toimeksiantaja
Joensuun kaupunki

Tiivistelmä

Masennus on ajankohtainen kansanterveydellinen ongelma. Se jää usein tunnistamatta terveydenhuollossa, jolloin masennuspotilaan hoito viivästyy ja seuraukset hankaloituvat. Terveyskeskushoitajat ovat olennaisessa roolissa masennuspotilaan tunnistamisessa ja hoidon aloittamisessa.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää muutosjohtamisen keinoin masennuksen hoitoa Joensuun kaupungin terveysasemien avovastaanotoilla. Näkökulmana oli hoitajien osaamisen kehittäminen ja olemassa olevan osaamispotentialin hyödyntäminen. Kehittämistehtävänä oli toteuttaa moniammatillinen kehittämisprosessi, jonka tuotoksena oli masennuksen hoidon toimintamalli.

Opinnäytetyö toteutettiin toimintatutkimuksellisen lähestymistavan mukaisesti. Alkukartoituksena selvitettiin hoitajien näkemyksiä masennuksen hoidon nykytilasta ja heiltä pyydettiin kehittämissuhteita. Tämän jälkeen terveyskeskuksessa järjestettiin moniammatillisista koulutusta. Masennuksen hoidon toimintamalli kehitettiin työryhmätyöskentelyn ja koulutustyöpajojen avulla.

Hoitajat kokevat osaamattomuutta ja riittämättömyyttä suhteessa masennuspotilaisiin, mikä vaikeuttaa masennuksen hoitoa terveyskeskuksella. Hoitajat tarvitsevat työnohjausta ja psykiatrian konsultaatiotukea uuden työtavan omaksumisessa sekä jatkuvaa mielenterveyden osaamisen kehittämistä. Jatkossa on syytä panostaa masennuksen hoidon toimintamallin käytännön jalkauttamiseen. Toimivan moniammatillisen yhteistyön toteuttaminen yli organisaatio- ja yksikkörajojen on tulevaisuuden haaste.

Kieli
suomi

Sivuja 92
Liitteet 13
Liitesivumäärä 18

Asiasanat
masennus, muutosjohtaminen, terveyskeskus



THESIS
October 2013
Degree Programme in Development and Management of Social and Health Care
(Master's Degree)
Tikkarinne 9
FI 80200 JOENSUU
FINLAND
Telephone number of The Centre
Tel. +358504054816

Author
Jaana Kurki

Title
Development of depression care in health center with the help of change management

Commissioned by
The City of Joensuu

Abstract

Depression is a topical public health problem. It often remains unidentified in health care so the patient's care gets delayed and the consequences become more difficult. Health center nurses play a key role in recognizing patients with depression and starting the care.

The aim of this thesis was to develop depression care in Joensuu health centers by means of change management. The point of view was to develop the nurses' know-how and to exploit the existing potential. The task was to implement a multi-professional process of development which would produce a model of action in depression care.

The methodological approach of this thesis was action research. At first the nurses' experiences in depression care were researched. The nurses were also asked for the proposals for development. Then multi-professional training was organized. The model of action in depression care was developed with the help of group work and educational workshops.

Nurses experience a lack of know-how and a feeling of inadequacy in relation to patients suffering from depression, which complicates depression care at health center level. Nurses need work supervision and psychiatric consultation support to adopt the new culture of work and constant development of know-how in mental health work. In future it is important to invest in bringing the model of action in depression care into use. Implementing a practical multi-professional collaboration between organizations and work units is a future challenge.

Language
Finnish

Pages 92
Appendices 13
Pages of Appendices 18

Keywords
depression, change management, health center

1 Johdanto

Masennus on ajankohtainen haaste Suomessa, sillä se on yleinen ja helposti uusiutuva häiriö. Masennus on hyvin moniulotteinen, joten sen hoitoon tarvitaan erilaisia näkökulmia ja auttamismenetelmiä. Masennus lamaa toimintakykyä, joten sillä on taipumus kroonistua. Näin se aiheuttaa runsaasti kärsimystä niin masentuneelle itselleen kuin hänen lähipiirilleen. Masennus on keskeinen mielenterveydenhäiriö myös kansanterveydellisestä näkökulmasta, sillä jopa viisi prosenttia väestöstä sairastaa masennusta samanaikaisesti. (Heiskanen, Tuulari & Huttunen 2011, 7, 15.) Masennuksen hoitoon on siis syytä suhtautua haasteena, sillä kyse on laaja-alaisesta terveysongelmasta nykypäivän Suomessa, eikä asian ratkaisemiseksi ole yhtä vastausta. Masentuneen potilaan auttamiseksi on kuitenkin olemassa keinoja ja hyväksi havaittuja toimintamalleja, mutta niiden juurruttaminen käytäntöön on monin paikoin vielä kesken.

Masennuksen tunnistaminen ja hoitoon pääsy taudin varhaisvaiheessa on usein puutteellista. Perusterveydenhuollon masennuspotilaista tunnistetaan vain noin puolet. Vaikka masennuksesta onkin jo paljon tietoa olemassa, masentunut potilas jää usein ilman apua. (Heiskanen ym. 2011, 13.) Perusterveydenhuollon henkilöstö kohtaa masentuneen ihmisen usein ensimmäisenä, joten henkilöstön osaamista masennuksen tunnistamisessa tulee kehittää. Terveyskeskuspalvelut ovatkin matalan kynnyksen hoidon tarjoamisessa olennaisessa roolissa. Kuhasen, Oittisen, Kanervan, Seurin ja Schubertin (2010, 35–36) mukaan ongelmana kuitenkin on, että mielenterveystyön palvelujärjestelmä on Suomessa hajanainen ja alueellinen palveluiden saatavuus on hyvin epätasaista.

Valtakunnalliset suositukset ja erilaiset hankkeet sekä ohjelmat toimivat masennuksen hoidon paikallistason kehittämistyön pohjana. Suomessa on viime vuosina ollut menossa useita mielenterveyspalveluiden kehittämisen hankkeita. Eri projektien tuoma tieto ja kokemukset tuovat uutta toimintaa mielenterveystyön kentälle. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen (2009, 5, 44) työryhmän Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma linjaa valtakunnalliset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen suuntaviivat ja periaatteet vuoteen 2015. Yhtenä tavoitteena on peruspalveluiden avopalveluiden vahvistaminen.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää masennuksen hoitoa Joensuun kaupungin terveysasemien avovastaanotoilla muutosjohtamisen avulla. Näkökulmana oli erityisesti hoitajan osaaminen ja sen hyödyntäminen uudella tavalla masennuksen hoidossa terveyskeskuksessa. Opinnäytetyön kehittämistoimintaa ohjasivat valtakunnalliset linjat masennuksen hoidosta. Tarkoituksena oli luoda toimiva malli Joensuun alueelle masennuspotilaan hoitoon terveyskeskukseen. Tämä opinnäytetyö liittyi syyskuussa 2013 päättyneeseen Arjen mieli -hankkeeseen (2011), joka oli osahanke valtakunnallisessa Kaste-ohjelmassa. Hankkeen tavoitteena oli mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen Itä- ja Keski-Suomessa.

Opinnäyteraportissa käytetään yleiskäsitettä hoitaja, kun tarkoitetaan lähi-, perus-, sairaan- tai terveydenhoitajia. Opinnäytetyön toimintaympäristö on perusterveydenhuollossa terveyskeskuksen avovastaanotolla. Terveyskeskus- ja terveysasema-termejä käytetään, kun tarkoitetaan nimenomaan terveyskeskuksen lääkärin ja hoitajan avovastaanottoa, ei vuodeosasto- tai päivystystoimintaa. Perusterveydenhuolto-käsite kattaa terveyskeskustoiminnan lisäksi kaikki muut perusterveydenhuoltoon kuuluvat alueet.

2 Muutosjohtaminen palveluiden kehittämisessä

2.1 Muutos ja muutosjohtaminen

Muutos on pysyvä osa koko nyky-yhteiskuntaa. Muutoksia tapahtuu joka paikassa: ihmisissä itsessään, organisaatioissa, tuotteissa ja valtioiden päätöksissä. Nykyistä nopeaa muutostahtia voimistavat esimerkiksi tekniikan jatkuva kehittyminen ja globalisaatio. Käytännössä kaikki ihmiset kaikilla toimialoilla ovat periaatteessa kilpailemassa samoilla kansainvälisillä markkinoilla, sillä pieni terveyskeskus voi joutua kilpailemaan lääkäreistä maailman huippusairaaloiden kanssa tai paikallinen grilli asiakkaista globaalin hampurilaisketjun kanssa. (Hokkanen, Mäkelä & Taatila 2008, 132.)

Muutos voi olla tietoisesti ohjattu, jolloin se on suunniteltu ja johdettu. Muutos on voinut alkaa organisaation sisältä tai ulkoa. Tietoisesti ohjatun muutoksen vastakohta on

suunnittelematon, ohjaamaton ja johtamaton muutos, joka on silloin mukautumista organisaation ympäristön tai muihin ulkoisiin muutoksiin. Organisaation kehittäminen on yksi esimerkki tietoisesti ohjatusta muutoksesta. (Taskinen 2011, 147.)

Muutoksen johtaminen on erilaista kuin päivittäisjohtaminen, sillä muutos ravistelee sekä organisaation valtasuhteita että organisaatiokulttuuria. Muutoksen johtaminen onkin esimiestyön suurimpia haasteita. Nykyajan organisaatioiden menestyksen avain voi olla muutosvalmius. Johtajat ja organisaatiot on saatava riittävän vahvoiksi kehittämään menetelmiä ja toimintoja, jotka kestävät muutoksen keskelläkin. Kilpailu on tänä päivänä tuttua myös julkisessa terveydenhuollossa, joten menestyäkseen tässä kilpailussa organisaation tulee seurata ympäristön ja asiakkaiden tarpeiden muutoksia. Organisaatioiden täytyy hyödyntää osaamistaan ja kyetä muuttamaan sitä palveluiksi ja tuotteiksi, jotka tuovat lisäarvoa asiakkaalle ja tulosta organisaatiolle. Näin ollen organisaatioiden tulee olla joustavia ja muuntautumiskykyisiä, jotta ne pärjäävät nopeatempoisessa yhteiskunnassa. (Laaksonen, Niskanen, Ollila & Risku 2005, 44–45.)

2.2 Muutosjohtamisen työkalut

Muutos on aina suunniteltava huolella ja siihen on varattava riittävästi aikaa. Muutossuunnitelma kannattaa tehdä kirjallisesti, mutta sen on samalla oltava joustava ja huomioitava olosuhteiden ja inhimillisten tilanteiden muutokset. Yhteisesti suunniteltu toiminta ja päätökset edesauttavat muutossuunnitelman toteuttamista. (Mäkisalo 2003, 81–82.) Muutosprosessien onnistumiseksi on syytä tehdä etukäteen riskien hallintasuunnitelma, jossa pyritään tunnistamaan kehittämisprosessin lopputuloksen saavuttamista vaikeuttavat tekijät ja olosuhteet. Riskien toteutumisen varalla kannattaa tehdä toimenpidesuunnitelma, jotta vastoinkäymisten sattuessa voidaan tehdä korjauksia. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 80.)

Muutosjohtamisen tärkeä työkalu on selkeä viestintä, jotta toimijat ymmärtävät, mistä muutoksessa on käytännössä kyse. Kommunikointi ei saa olla yleisluontoisia lauseita; muutosta ei saa kuvata itsestäänselvytenä. (Hokkanen ym. 2008, 135–136.) Muutosprosessien selkeä viestintä on voimavara, jonka tavoitteena on kehittämistoiminnan tukeminen, tapahtumista informointi, markkinointi ja osallistujien perehdyttäminen ja

sitouttaminen. Viestinnän avulla voidaan saavuttaa muutosprosessille myönteinen ja luotettava palvelu- ja osaamisprofiili. (Heikkilä ym. 2008, 85.)

Dialoginen viestintä toimii yhtenä muutoksen työkaluna ja sitä pidetään keskeisenä kriittisen reflektion edellytyksenä. Dialogi tarkoittaa yhdessä ajattelun vuorovaikutuksellista taitoa eli kykyä yhdistellä eri asioita luovasti ja ennakkoluulottomasti. Dialogin avulla voidaan kehittää omaa ajattelua ja oppia uutta, sillä perimmäisenä tarkoituksena on pyrkiä ymmärtämään toisten näkemyksiä eikä puolustamaan vain omaa kantaansa. (Stenvall & Virtanen 2007, 62–63.) Muutosjohtajan täytyy huomioida, ettei pelkkä dialogisuus ratkaise muutosprosessin onnistunutta läpiviemistä, vaikka johtamisen lähestymistapa onkin avoin ja luova. Johtajan täytyy tunnistaa, mitkä asiat on syytä ottaa yhä uudelleen dialogiseen keskusteluun. (Vuori 2011, 196.)

Muutosprosesseilla täytyy olla johtajien täysi ja näkyvä tuki, jotta muutos on mahdollista saada aikaan. Johtajan tehtävä on tukea ja auttaa ihmisiä muutosprosessissa ja muutokseen liittyvissä erilaisten ja vaikeidenkin tunteiden käsittelyssä. (Mäkisalo 2003, 83.) Johtajan rooli on hyvin keskeinen muutosprosesseissa, sillä hän voi vaikuttaa siihen, mihin, millä resursseilla ja millaisilla oppimismenetelmillä kehittämistoimintaa suunnataan (Rissanen & Lammintakanen 2011, 35).

Muutoksen onnistumisen kannalta henkilöstön osallistuminen muutoksen suunnitteluun ja toteutukseen on tärkeää. Osallistuminen antaa henkilöstölle vaikuttamisen mahdollisuuden ja yhdessä tekemisen tunteen sekä lisää muutokseen sitoutumista ja myönteistä asennetta. Toisaalta henkilöstön osallistuminen tarjoaa muutoksen toteuttajalle tilaisuuden hyödyntää näiden asiantuntemusta ja ammattitaitoa muutosprosessin suunnittelussa ja toteuttamisessa. (Taskinen 2011, 150.) Aito vuoropuhelu muutokseen osallistujien kanssa tuottaa yleensä pysyvimät tulokset, vaikka se vaatiikin aikaa (Viitala 2004, 95).

Muutosjohtamisen työkaluna voidaan käyttää ulkopuolista muutosagenttia, joka voi mahdollistaa ja helpottaa muutoksen toteuttamista. Muutosagentti voi toimia myös kouluttajana ja uuden tiedon tuojana, sillä osallistujien voi joskus olla helpompaa omaksua asioita työyhteisön ulkopuoliselta henkilöltä. (Mäkisalo 2003, 82.) Koulutus ja koulutautuminen ovat nyky-yhteiskunnassa muutoksen avaintyökaluja, sillä uutta tietoa tuote-

taan jatkuvasti ja entistä nopeammin. Terveysthuollon kehittämishankkeissa tavoitteena ovatkin usein organisaation oppiminen ja henkilöstön osaamisen kehittäminen. Muutoksen yhteydessä on yleensä monenlaisia kouluttautumistarpeita, jotka korostuvat, kun kehitetään henkilökunnan työtehtäviä tai toimintatapoja. (Heikkilä ym. 2008, 41–42.)

Projektimainen työskentely on viime vuosina yleistynyt muutosjohtamisen välineenä organisaatioiden kehittämistoiminnassa. Projektityön toimintaidea palvelusektorille on siirtynyt yritysmaailmasta, sillä sitä on markkinoitu yhdeksi ratkaisuksi palvelualan ongelmiin. Taustalla ovat olleet yhteiskunnalliset muutokset terveydenhuollon tehostamisesta ja laadun parantamisesta. (Paasivaara, Suhonen & Nikkilä 2008, 11.) Myös moniammatillista yhteistyötä voidaan pitää muutosjohtamisen työkaluna, sillä se tarkoittaa asiantuntijoiden yhdessä työskentelyä tavoitteena asiakkaan kokonaisuuden huomioiminen. Yhteisessä vuorovaikutusprosessissa eri asiantuntijoiden tiedot ja taidot integroidaan yhteen asiakaslähtöisesti. (Isoherranen 2005, 14.)

2.3 Muutosjohtamisen haasteet

Muutokset asettavat haasteita terveydenhuollon johtajille ja esimiehille, sillä muutosjohtaminen on vaativaa tilannejohtamista. Muutosjohtaja tarvitsee herkkyyttä tunnistaa tilanteet, milloin tarvitaan määrätietoista ohjausta ja milloin tehdään kompromisseja. Muutosjohtajan täytyy tehdä jatkuvaa tilanearviointia muutoksen etenemisestä, ja hänen on oltava valmis muuttamaan oman ajattelun suuntaa, jos prosessi sitä vaatii. (Viitala 2004, 95.) Muutoksen johtaminen on sitä haasteellisempaa, mitä suurempi, laajempi ja syvällisempi muutos on (Taskinen 2011, 156).

Muutosprosessissa on syytä huomioida muutoksen kriittiset resurssit, jolloin selvitetään, kenestä prosessi viime kädessä riippuu. Jos muutoshankkeita on organisaatiossa meneillään paljon ennestään, voi olla, että henkilöstöllä ei enää ole voimavaroja uuden oppimiseen. Tällöin organisaation muutoskapasiteetti on täynnä, eikä se kestä enää lisää samanaikaisia muutoksia. (Stenvall & Virtanen 2007, 47–48.) Muutosprosessien ongelmana on usein, että muutokset seuraavat toisiaan niin nopeasti, ettei vakiintuneen toiminnan jaksoja juuri ole. Tietoisella kehittämisellä tätä voidaan välttää, jolloin muu-

toksen tarvetta tarkastellaan suhteessa laajempiin tilanneyhteyksiin ja pitkäjänteisempään kehittämistyöhön. (Paasivaara ym. 2008, 21.)

Muutoksen läpi viemisessä palveluiden kehittämisessä on syytä tiedostaa muutamia haasteita sillä johtaminen ja itse työnteko saavat muutostilanteessa uusia piirteitä ja sävyeroja. Epävarma tilanne voi tuoda esille organisaation ongelmia ja korostaa yksilöiden välisiä toimintatyylien eroja. (Mattila 2007, 18.) Muutostilanteet ovat tavallisesti epävarmuudessa toimimista, koska prosessin lopputulos on harvoin selvillä. Epäselvyys tulevaisuudesta edellyttää, että toiminta muutostilanteissa perustuu luottamukseen. Muutosjohtajalla on keskeinen rooli turvallisuuden ja luottamuksen tunteiden aikaansaamisessa muutostilanteissa. (Stenvall & Virtanen 2007, 79.)

Muutosvastarinta kuuluu luonnollisena osana muutosprosessiin. Se tarkoittaa ihmisen vastustusta ja epäröintiä uuden edessä. Ihmiset reagoivat muutokseen eri tavoin, sillä vastustuksen määrä on persoonakohtaista, ja myös aiemmat kokemukset vaikuttavat taustalla. Lisäksi organisaatiokulttuuri ja johtamistapa voivat vaikuttaa muutosvastarinnan ilmenemiseen. (Viitala 2004, 96.) Muutosvastarinta ei ole kaikilta osin näkyvää, joten ilman asianmukaista johtamista muutosvastarinta voi vaikuttaa pinnan alla pitkään ennen julkituloa (Mattila 2007, 26).

Muutoksen johtamisen kannalta organisaation työskentelykulttuuri voi merkitä niin voimaa kuin vastustusta. Kulttuuri voikin olla muutoksen mahdollistamisessa olennainen, kun taas toisinaan se on este. Siksi organisaatiokulttuuriin on pyrittävä vaikuttamaan heti muutosprosessin alkuvaiheessa, vaikka se on aikaan vievää. (Mattila 2007, 35–36.) Jotta muutosprosessilla saadaan aikaan pysyviä toiminnan muutoksia, organisaatiokulttuurin muodolliset muutokset eivät riitä. Uudet toimintamallit ja kehittämistoimet eivät toteudu pysyväksi käytännöksi, elleivät ihmisten ajattelutavat muutu. Organisaatiokulttuurin täytyy tukea muutosta. (Mäkisalo 2003, 78.)

Muutoksen ennakointi on terveydenhuollon organisaatioiden haaste, johon tulisi vastata luomalla järjestelmä, joka tunnistaa työyhteisölle tärkeät toimintaympäristön tarpeet ja niissä tapahtuvat muutokset. Koska yhteiskunnallinen muutos on jatkuvaa, on entistä tärkeämpää, että työyhteisöissä havaitaan oman toiminnan kannalta olennaisimmat asiat. Kun kehittämistyön tarve lähtee työyhteisöstä itsestään, henkilöstö on yleensä innostu-

nut kehittämiseen. Silloin muutostarve on usein myös perustehtävästä määräytyvää kehittämistä. Jos muutoksen tarve lähtee työyhteisön ulkopuolelta, työyhteisön jäsenten sitoutuminen on usein vähäisempää. (Paasivaara ym. 2008, 71–72.)

Muutosprosessin haasteena on myös huomioida asiakaslähtöisyys. Palvelusektorilla asiakkaiden tarpeiden tunnistaminen on keskeistä, sillä koko työyhteisön toiminnan lähtökohta ja tavoite on asiakaslähtöisyyden toteutuminen. Tällöin muutoksen perusteluna on palveleminen asiakkaan esille tuomien tarpeiden mukaan. (Paasivaara ym. 2008, 75.) Kun palveluita pyritään kehittämään asiakaslähtöisiksi ja joustaviksi, haasteeksi nousevat organisaatioiden ja työyhteisöjen rajapinnat. Ammattilaisten yhteistyön täytyy silloin ylittää organisaatorajat, jolloin merkitykselliseksi nousevat erityisesti toisten yksiköiden ja organisaatioiden tuntemus sekä hyvät yhteydet verkostoon. Tällainen toiminta on usein uutta perinteisessä organisaatiokulttuurissa, joten hyvän tiedonkulun ja yhteistyökäytäntöjen kehittämiseen yli sektorirajojen on syytä kiinnittää huomiota. (Isoherranen 2005, 138.)

Yhteiskunnallisella tasolla muutoksen haasteet ovat merkittävät sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämisessä. Julkisen talouden menot kasvavat väestön ikääntyessä, mikä väistämättä nostaa esiin resurssikysymykset. Samaan aikaan työkäisten määrä vähenee, ja kansantalouden kasvumahdollisuudet heikkenevät. Elintapasairaudet lisääntyvät edelleen, koska väestö elää entistä pidempään. Globalisaatio asettaa myös muutoksia sosiaali- ja terveyspalveluihin, kun ihmisten liikkuvuus on lisääntynyt ja toimintaympäristö on kansainvälistynyt. Lisäksi maailmanlaajuiset ekologiset ongelmat vaikuttavat yhteiskunnan toimintaan entistä enemmän. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010a, 3, 5–6.)

3 Mielensterveystyö terveyskeskuksessa

3.1 Mielensterveystyön palvelujärjestelmä

Mielensterveyslaki säätelee mielensterveystyötä Suomessa. Mielensterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edis-

tämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielenterveystyöhön kuuluvat mielisairauksia ja muita mielenterveydenhäiriöitä poteville henkilöille annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut eli toisin sanoen mielenterveyspalvelut. Lisäksi mielenterveystyöhön kuuluu väestön elinolosuhteiden kehittäminen siten, että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielenterveydenhäiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä ja tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä. (Mielenterveyslaki 1116/1990.)

Mielenterveyspalveluiden järjestäminen on määritelty kuntien vastuulle. Niiden on huolehdittava, että palvelut järjestetään sisällöltään ja laadultaan alueella esiintyvän tarpeen vastaiseksi. Mielenterveyspalveluiden periaatteena tulee olla, että ne on ensisijaisesti järjestettävä avopalveluina sekä niin, että oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itseinäistä suoriutumista tuetaan. Mielenterveyspalvelut tulee sovittaa yhteen erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden kesken, jotta mielenterveyspalveluista muodostuu toiminnallinen kokonaisuus. (Mielenterveyslaki 1116/1990.)

Mielenterveystyön palvelujärjestelmässä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin kuuluvat julkiset peruspalvelut eli perusterveydenhuollon palvelut ja erityispalvelut eli erikoissairaanhoidon palvelut. Terveyskeskus järjestää mielenterveyspalvelut osana kansanterveystyötä. Toimintamuotona on avohoito, ja se toteutetaan usein mielenterveystoimistoissa. Erikoissairaanhoidon palvelut jakautuu avo- ja laitoshoidon palveluihin. Avohoidon yksiköitä ovat yleensä mielenterveystoimistot, psykiatriset poliklinikat (lapset, nuoret, aikuiset), yleissairaalapsykiatriset poliklinikat, psykiatriset päiväosastot, kuntoutus ja palvelukodit, hoitokodit, palveluasunnot ja asuntolat. Laitoshoidon palvelut toteutetaan psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa sairaalatasolla. Sosiaalipalveluiden järjestäminen toteutetaan lähinnä alueellisena sosiaalityönä, ja siihen kuuluvat kuntouttava työtoiminta, lastensuojelu, päivähoitopalvelut, pakolaistyö, päihdepalvelut, toimeentuloturva ja vammaispalvelut. Lisäksi palvelujärjestelmässä toimivat myös koulut, asuntotoimi, monet yksityiset palveluntuottajat, kolmas sektori, Kela, työvoimahallinto ja seurakunnat. Mielenterveydenhäiriöiden ehkäisyä ja hoitoa tehdään siten monella eri sektorilla, mutta painopiste on avohoidossa. (Noppi, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 125–127.)

Perusterveydenhuollon mielenterveystyö kohdistuu koko väestöön iästä riippumatta, mikä on sen voimavara. Sen tavoitteena on väestön hyvinvointi, ihmisten omatoimisuus-

den ja turvallisuudentunteen säilyttäminen. Pääosa kaikista terveydenhuollon palveluista saadaankin terveyskeskuksista avohoitona. (Hietaharju & Nuutila 2010, 19.) Perusterveydenhuollon rooli mielenterveyshäiriöiden ennaltaehkäisyssä ja hoidossa on merkittävä, sillä se on hoitoketjun ensimmäinen palvelutaho. Terveyskeskus on keskeinen matalan kynnyksen toimija perusterveydenhuollossa. (Noppi ym. 2007, 125.)

Mielenterveystyön palvelujärjestelmä on rakenteeltaan muuttunut voimakkaasti viime vuosikymmeninä ja tämä muutos jatkuu edelleen 2000-luvulla. Psykiatrian laitospalveluita on purettu samalla kun hoitokäytännöt ovat tehostuneet. Aikuisten avohoitopalveluiden kehitys on kuitenkin jäänyt riittämättömäksi ja perusterveydenhuollon mielenterveystyön osaaminen puutteelliseksi. Palvelujärjestelmä on jäänyt muutoksen keskellä hajanaiseksi ja useiden tahojen vastuulle sekä saatavuudeltaan alueellisesti eritasarvoiseksi. (Kärkkäinen 2004, 192.)

3.2 Mielenterveyspalveluiden kehittäminen

Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen taustalla on kansallinen sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Strategisina valintoina ovat: hyvinvoinnille vahva perusta, kaikille mahdollisuus hyvinvointiin ja elinympäristö tukemaan terveyttä ja hyvinvointia. Sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämisen kannalta tärkeää on, että strategian tavoitteena on vähentää terveys- ja hyvinvointieroja, lisätä palveluiden asiakaskeksyyttä sekä tehostaa perusterveydenhuollon palveluita. Nämä tavoitteet tukevat myös perusterveydenhuollon mielenterveystyön kehittämistä terveyskeskuksessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010a, 4.)

Kaste-ohjelma on yksi laajimmista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kehittämishankkeista, ja se koskettaa merkittävästi myös perusterveydenhuollon palveluita. Ohjelman tavoitteena on eriarvoisuuden ja hyvinvointierojen kaventaminen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestäminen asiakaslähtöisesti ja taloudellisesti. Suurena haasteena on mielenterveys- ja päihdepalveluiden hajanaisuus, peruspalveluiden riittämättömyys sekä erityispalveluiden irrallisuus peruspalveluista. Valtakunnallisena ongelmana ovat myös sosiaali- ja terveyspalveluiden alueelliset erot laadussa ja saatavuudessa sekä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyö ja työnjako. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a, 13, 15, 17.)

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma (Mieli) ohjaa valtakunnallista mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisen suuntaa ja periaatteita Suomessa. Taustalla on ollut nimenomaan mielenterveys- ja päihdeongelmien merkittävä kansanterveydellinen näkökulma. Suunnitelmassa painotetaan mielenterveyden ja päihdeettömyyden edistämistä sekä ongelmien ehkäisyä ja hoitoa, mielenterveys- ja päihdeasiakkaan aseman vahvistamista sekä palvelujärjestelmän kehittämistä avohoidon suuntaan ja matalan kynnyksen periaatteella toimivaksi. Suunnitelmassa korostetaan peruspalvelujen tehostamisen tarvetta. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämisessä painotetaan myös kunnan vastuuta monipuolisen palvelukokonaisuuden hallinnassa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 5, 27.) Mieli- ja päihdesuunnitelmalle ei ole erillisrahoitusta, joten Kaste-ohjelma tarjoaa rahoitusmahdollisuuden ja sen rooli on suuri ohjelman toimeenpanossa. Myös Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) tukee kuntia suunnitelman toteutuksessa antamalla informaatio-ohjausta. (Kuhanen ym. 2010, 39.)

Kaste-ohjelmaan liittyy useita osahankkeita mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseen. Etelä-Suomessa toimii Mielen Avain -hanke, jonka tavoitteena on ollut kehittää mielenterveys- ja päihdepalveluita useassa kunnassa ja kaupungissa Etelä-Suomen alueella. Keskeisinä teemoina ovat osallisuuden vahvistaminen, kynnyksettömyys ja henkilöstön osaamisen lisääminen. Hankkeessa hyödynnetään kokemusasiantuntijoiden osaamista. (Mielen Avain 2012.) Vantaalaisen hyvä mieli -hankkeessa (2012) on kehitetty Mielen avain -hankkeen osana pitkäaikaisesti masentuneen potilaan hoitomalli terveysasemille erikoissairaanhoidosta kotiutuville masennusasiakkaille sekä omahoitoryhmät tukemaan toipumista ja itsehoitoa. Arjen mieli -hankkeen (2011) tavoitteena taas on ollut kehittää mielenterveys- ja päihdetyötä Itä- ja Keski-Suomessa. Joensuun alueella tavoitteena on ollut saavuttaa toimivampia ja kustannustehokkaampia palveluja, vahvistaa ammattilaisten osaamista ja juurruttaa näyttöön perustuvia menetelmiä. Pääpaino on ollut peruspalveluiden, kuten terveyskeskuksen mielenterveystyön, vahvistamisessa.

Kehittämishankkeista huolimatta monessa kunnassa mielenterveystyön strateginen johtaminen on heikkoa. Vuoteen 2005 mennessä vain neljännes kunnista oli ottanut mielenterveystyön strategian tai ohjelman käyttöön. (Harjajärvi, Pirkola & Wahlbeck 2006, 71, 73.) Mieli- ja päihdesuunnitelman ehdotuksen mukaisesti kunnissa tulisi olla mielenterveys- ja päihdestrategia osana kunnan terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen

suunnitelmaa ja kuntastrategiaa. Useissa kunnissa on valmisteilla nimenomaan yhdistettyjä mielenterveys- ja päihdestrategioita, mutta edistävän ja ehkäisevän työn organisointi on edelleen heikkoa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b, 37.)

4 Masennuksen hoito Suomessa

4.1 Masennuksen oireet

Masennukseen liittyviä käsitteitä käytetään monessa eri tarkoituksessa, joten on tärkeää erottaa, mitä missäkin tilanteessa tarkoitetaan. Sanaa masennus voidaan käyttää kuvaamaan masentunutta tunnetilaa, joka on hetkellinen tunne-elämän reaktio raskaisiin elämäntilanteisiin liittyen. Masentuneella mielialalla tarkoitetaan pysyvämpää masentunutta tunnevirettä, joka voi kestää päivistä vuosiin. Masennusoireyhtymästä on kyse, kun masentuneen mielialan lisäksi on muita siihen liittyviä oireita. Masennustilat eli depressiot ovat oireyhtymiä, jotka ovat mielenterveyden häiriöitä virallisessa ICD-10-tautiluokituksessa. (Isometsä 2007, 157.) Tässä opinnäytetyössä käytetään masennuskäsitettä, kun kuvataan virallisen tautiluokituksen mukaista masennustilaa.

Masennukseen liittyy useita tyypillisiä oireita, joita arvioidaan vaikeusasteen, ajallisen keston ja pysyvyyden mukaan. Masennuksen oireita ovat masentunut mieliala, mielihyvän menetys ja uupumus, jotka ovat masennuksen pääasiallisia oireita. Muita oireita ovat esimerkiksi itseluottamuksen menetys tai toistuvat itsetuhoon liittyvät ajatukset. (Isometsä 2011a, 20.) Käypä hoito -suosituksen (2010) mukaan masennustilojen keskeisimmät muodot jaetaan ICD-10-tautiluokituksessa masennustiloihin (F32) ja toistuvaan masennukseen (F33). Masennuksen kriteerit ovat kummassakin samat (taulukko 1). Oleellisesta on oireiden kahden viikon yhtäjaksoinen ajallinen kesto. Masennuksen vaikeusastetta arvioidaan oireiden lukumäärän mukaan.

Taulukko 1. Masennuksen oirekriteerit (mukaihen Käypä hoito -suositus 2010)

Oirekriteerit (A, B, C)	Oirekuva (kohdat 1 – 10)
A. Masennusjakso on kestänyt vähintään kahden viikon ajan	
B. Todetaan ainakin kaksi seuraavista oireista	
1. Masentunut mieliala suurimman osan ajasta	2. Kiinnostuksen tai mielihyvän menettäminen asioihin, jotka ovat aiemmin olleet tärkeitä tai tuottaneet hyvän olon tunteen
3. Vähentyneet voimavarat tai poikkeuksellinen väsymys	
C. Todetaan jokin tai jotkin seuraavista oireista niin, että oireita on yhteensä (B ja C yhteenlaskettuina) vähintään neljä	
4. Itseluottamuksen tai omanarvontunteen väheneminen	5. Perusteettomat tai kohtuuttomat itsesyytökset
6. Toistuvat kuolemaan tai itsemurhaan liittyvät ajatukset/suunnitelmat tai itsetuhoinen käyttäytyminen	7. Subjektiivinen tai havaittu keskittymisvaikeus, joka voi ilmetä myös vaikeutena tehdä päätöksiä
8. Psykomotorinen muutos (kiihtymys tai hidastuneisuus), joka voi olla subjektiivinen tai muiden havaitsema	9. Unihäiriöt (unettomuus tai liika nukkuminen)
10. Ruokahalun lisääntyminen tai väheneminen, johon liittyy painon muutos	
Lievässä masennustilassa oireita on 4–5, keskivaikeassa 6–7 ja vaikeassa 8–10 ja kaikki kohdasta B. Psykoottisessa esiintyy näiden lisäksi harhaluuloja tai -elämyksiä.	

Masennusdiagnoosin saaneilla henkilöillä voi olla merkittäviä eroja oireiden vaikeusasteessa ja monissa muissa kliinisissä piirteissä. Masennustilat jaetaan oireiden vaikeusasteen ja laadun perusteella lieviin, keskivaikeisiin, vaikeisiin ja psykoottisiin masennustiloihin. Oireiden vaikeusaste liittyy yleensä selvästi masennuspotilaan toimintakyvyn tasoon. Lievässä masennuksessa henkilö saattaa kyetä vielä käymään töissä, vaikka toimintakyky ei olisikaan enää normaali, kun taas vaikeasta masennuksesta kärsivät voi olla jo täysin työkyvytön. Masennuspotilaan hoidon suunnittelussa ja seurannassa tulisi säännöllisesti arvioida masennuksen vaikeutta, sillä vaikeusasteen arviota käytetään myös hoidon porrastukseen. (Isometsä 2011a, 21.)

Masennus tulee erottaa muista mielenterveydenhäiriöistä, somaattisista sairauksista, päihdeongelmista ja normaalista surureaktiosta. Erotusdiagnostiikka on masennuksen tunnistamisen ja hoidon oleellinen ongelma, sillä on tyypillistä, että henkilö hakeutuu terveydenhuoltoon muilla kuin masennuksen oireilla. Masentunut ei välttämättä halua tai osaa kuvata oireitaan riittävän selkeästi, jolloin masennus jää tunnistamatta tai diagnoosi viivästyy. (Isometsä 2011b, 28.) Masennustilat on syytä erottaa erityisesti kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä, koska sen hoito eroaa oleellisesti masennuksen hoidosta. Samoin päihdeongelmat täytyy tunnistaa, sillä samanaikainen päihderiippuvuus tulee pyrkiä hoitamaan ensin. Masennusdiagnoosin varmistamiseksi edellytetään 2–4 viikon päihtetöntä jaksoa, minkä jälkeen voidaan arvioida oikea hoitopaikka ja -muoto. (Käypä hoito -suositus 2010.)

4.2 Masennuksen riskitekijät, yleisyys ja seuraukset

Masennukseen sairastuminen on yleensä seurausta perinnöllisten, biologisten ja ympäristöön liittyvien tekijöiden yhteisvaikutuksista. Masennuksen riskitekijöitä on lapsuuden henkinen ja fyysinen väkivalta, koulukiusaaminen, pitkään jatkunut stressi ja ihmissuhteisiin liittyvät menetykset. Myös pitkäaikainen somaattinen sairaus altistaa masennukselle. (Melartin & Vuorilehto 2009, 29.) Käypä hoito -suosituksen (2010) mukaan keskeisimmät riskitekijät ovat perinnöllinen taipumus, altistavat persoonallisuuspiirteet ja laukaisevat kielteiset elämäntapahtumat.

Mielenterveysongelmat ovat yleisiä koko maailmassa, Euroopassa ja myös Suomessa. Niistä aiheutuu työkyvyttömyyttä, köyhyyttä, elämänlaadun huononemista, kuolleisuutta, tuotannon menetyksiä, ja mielenterveyden ongelmat lisäävät myös julkisen terveydenhuollon kustannuksia. Kahdeksan kymmenestä tärkeimmistä maailman tautitaakan aiheuttajista liittyy mielenterveyteen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 17.) Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan vakavaa masennusta sairasti viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana 5 prosenttia väestöstä. Psykkisten ongelmien määrä on pysynyt suunnilleen samana kuin kaksikymmentä vuotta sitten eli tutkimuksen perusteella ne eivät ole yleisyneet. (Aromaa & Koskinen 2002, 131, 137.)

Masennuksella on merkittäviä yhteiskunnallisia seurauksia, sillä se on yksi tyypillisimmistä työkyvyttömyyden aiheuttajista Suomessa. Masennustila on myös yleisin psykiatrinen syy jäädä työkyvyttömyyseläkkeelle. (Isometsä 2011c, 32.) Rytsälä (2006, 73) tutki seurantatutkimuksessaan masennuspotilaita ja heidän eläkkeelle jäämiseensä johtavia tekijöitä. Toiminta- ja työkyvyn ongelmia ennustavat korkea ikä, sosiaalisen tuen puute, komorbiditeetti ja aiemmat depressiojaksot. Nämä riskitekijät onkin syytä tunnistaa riittävän ajoissa. Masennuksen akuuttivaihe tulee hoitaa tehokkaasti, jotta välttyään pitkäaikaisilta toimintakyvyn ongelmilta ja varhaiselta eläkkeelle jäämiseltä.

Itsemurhariski liittyy olennaisesti masennukseen, sillä psykiatrisilla masennuspotilailla on 20-kertainen todennäköisyys tehdä itsemurha verrattuna normaaliväestöön. Perusterveydenhuollon masennuspotilailla itsemurhariski on pienempi, mutta edelleen merkittävä hoidossa huomioitava asia. Miessukupuoli ja monihäiriöisyys, kuten päihdeongelma tai samanaikainen somaattinen sairaus, lisäävät itsemurhariskiä. Muita riskitekijöitä ovat masennuksen vaikeusaste ja sairauden kesto. Lisäksi itsemurha-ajatukset ja yritykset ja läheisen itsemurha lisäävät entisestään itsemurhavaaraa. Riskitekijät on huomioitava kaikkien masennuspotilaiden hoidossa, jotta itsemurhia voisi ennaltaehkäistä. (Isometsä 2007, 165–166.)

4.3 Ennaltaehkäisy ja varhainen puuttuminen

Masennuksen ennaltaehkäisy alkaa jo lapsuuden kasvuympäristössä, jossa korostuu turvallinen kiintyminen läheisiin aikuisiin. Hyvät sosiaaliset suhteet ja verkostot suojaavat masennukselta lapsuudesta aikuisuuteen. (Melartin & Vuorilehto 2009, 30–31.) Masennukselta suojaavia tekijöitä ovat myös liikunta ja päihitteettömyys, mikä tulisi huomioida vastaanottokäynneillä joka kerta riippumatta käyntisyytä (Tuisku & Rossi 2010, 12).

Käypä hoito -suosituksen (2010) mukaan masennusta voi osittain ehkäistä psykologisten interventtioiden, kuten depressiokoulun, avulla. Tällaiset interventiot on syytä kohdentaa henkilöihin, jotka kuuluvat masennuksen riskiryhmiin, kuten vasta synnyttäneet äidit, työttömäksi jääneet, työuupumuksesta kärsivät tai kroonisesti somaattisesti sairaat. Interventiot voivat toimia myös henkilöillä, joilla ilmenee masennuksen kehittymisestä

kertovia oireita. Huttusen (2008, 97) mukaan masennuksen ennaltaehkäisyssä kannattaa kiinnittää huomiota myös sen uusiutumistaipumukseen. Laukaisevien tapahtumien tunnistaminen, esimerkiksi mielialapäiväkirjan avulla, onkin tärkeä taito, sillä sen avulla masennusaltis henkilö voi oppia estämään ja hallitsemaan masennusta.

Varhaisen puuttumisen avulla voidaan ehkäistä masennuksen pitkittymistä, työ- ja toimintakyvyn menetystä sekä muita vakavia seuraamuksia. Häiriön pitkittyminen, vaikeusaste ja sairausjaksojen määrä heikentävät ennustetta, joten varhaiseen tunnistamiseen ja hoitoon kannattaa suunnata voimavaroja. (Tuisku & Rossi 2010, 13.) Putkosen ja Weizman-Heneliuksen (2012, 1005) mukaan varhainen puuttuminen on olennaista lähipiirin hyvinvoinnin kannalta. Lapsiin kohdistuvan henkirikollisuuden vähentämiseksi masennus tulee tunnistaa ja hoitaa hyvin. Masentuneisuus ja itsetuhoisuus on yleistä perhesurman tai lapsensurman tehneiden isien ja äitien keskuudessa, joten riskiperheiden ongelmiin tulee puuttua herkästi. Heinon (2009, 49) tutkimuksen mukaan vanhemman psyykkisen sairauden yhteydessä tulisi huomioida koko perhe, sillä puuttuminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa edistää koko perheen terveyttä ja ehkäisee syrjäytymisen riskiä.

4.4 Tunnistaminen ja hoidon porrastus

Masennuksen tunnistaminen ei ole yksinkertaista, eikä tilannetta helpota, että myöskään masentunut henkilö ei aina tunnista oireitaan. Mielialaoireiden arvellaan johtuvan somaattisesta sairaudesta tai omasta laiskuudesta. Myös auttaja saattaa pitää masennuksen oireita merkkinä jostain muusta kuin masennuksesta. Vaikeus tunnistaa masennuksen oireita johtaa usein siihen, että masennuksen tunnistaminen pitkittyy, jolloin sen vaikutukset ovat jo vakavampia. (Melartin & Vuorilehto 2009, 31.) Masennuspotilaat eivät usein ole halukkaita ymmärtämään psykiatrasta näkökulmaa oireisiinsa, jolloin he eivät tyypillisesti myöskään halua keskustella psyykkisestä voinnistaan. He kertovat enemminkin masennukseen liittyvistä somaattisista tai psykosomaattisista oireista. Tällöin varsinkin lievät masennustilat jäävät huomaamatta, koska vastaanotolla ei tavallisesti ole aikaa selvittää masennuspotilaan tilaa ja mahdollisesti monihäiriöistä oirekuva. (Iso-metsä 2011d, 23.)

Masennuksen tunnistamisessa kannattaa kiinnittää erityishuomio henkilöihin, jotka ottavat yhteyttä ahdistuneisuuden, elämäntilannekriisien, uupumuksen tai päihdeongelmien vuoksi. Masennuksen oireita kannattaa seuloa riskiryhmiin kuuluvilta, kuten vastasyntyneillä äideiltä, kroonisista pitkäaikaissairauksista kärsiviltä, päihderiippuvailta ja epämääräisiä fyysisiä oireita ilmaisevilta potilailta. (Melartin & Vuorilehto 2009, 31.) Käypä hoito -suosituksen (2010) mukaan masennuksen seulontaa kannattaa kohdentaa juuri riskiryhmiin, mutta seulonnasta on hyötyä vain, jos siihen liittyy toimiva paikallinen hoitomalli ja mahdollisuus konsultoida erikoislääkäreitä. Potilaalle täytyy siis järjestää seulonnan jatkoksi myös hoitoa ja hoitomyöntyvyyden sekä hoidon tehon seuranta. Masennuksen seulonnan ja tunnistamisen apuvälineenä voi käyttää erilaisia arviointimittareita.

Masennuksen hoidon porrastusta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä ohjaavat viralliset suositukset. Sosiaali- ja terveysministeriö (2010c, 3, 187) on laatinut yhtenäiset ohjeistukset kiireettömän hoidon järjestämistä varten, koska hoitokäytännössä on ollut suuria vaihteluja eri puolilla Suomea. Tavoitteena on turvata kiireettömään hoitoon pääsy kaikille kansalaisille samantyyppisin perustein riippumatta heidän asuinpaikastaan (taulukko 2). Masennuksen hoidosta suositellaan, että lievä ja keskivaikea masennus hoidetaan alkuun yleislääkärijohtoisesti perusterveydenhuollossa.

Taulukko 2. Masennuksen kiireettömän hoidon perusteet (mukaillen Sosiaali- ja terveysministeriö 2010c, 187–188)

<p>Perusterveydenhuolto (yleislääkärin vastuulla oleva hoito)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lievä ja keskivaikea depressio voidaan hoitaa ilman psykiatrin konsultaatiota, jos potilas toipuu työkykyiseksi kolmen kuukauden hoidon aikana.
<p>Perusterveydenhuolto psykiatrin konsultaation tukemana (perinteinen konsultaatio, paperikonsultaatio, video-neuvottelu)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tavanomainen hoito (kaksi lääkettä tai hoitomuotoa) ei ole vaikuttanut 3 kuukauden aikana, hoitoa voidaan jatkaa psykiatrin konsultaatiotuella 6 kuukauteen asti. • Potilas ei hyödy lääkehoidosta. • Pitkäaikaisen ylläpitohoidon aloitus masennuslääkkeellä, kun potilaan depressiota on hoidettu vain perusterveydenhuollossa tai potilaalla on kolmas depressiojakso elämänsä aikana.
<p>Kiireettömässä läheteessä edellytettävät tiedot ja läheteindikaatiot erikoissairaanhoidon</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Suljetaan pois kiireellisen erikoissairaanhoidon indikaatiot, kuten psykoottinen depressio, vakava itsetuhoisuus tai kyvyttömyys huolehtia itsestä. • Vaikeasta depressiosta kärsivät potilaat. • Lääkeresistentti depressio eli potilaat, jotka eivät ole hyöttyneet kahdesta peräkkäisestä masennuslääkehoidosta. • Työ- tai toimintakyky ei ole palautunut huolimatta 3–6 kuukauden mittaisesta hoidosta perusterveydenhuollossa (psykiatrin konsultaatiotuen avulla) • Potilaan toimintakyky on huono (GAS<55). • Kaksisuuntaisen mielialahäiriön epäily kuuluu hoidon tarpeen arvion ja akuuttivaiheen hoidon osalta erikoissairaanhoidon. • Vaikeista ongelmista kärsivät monihäiriöiset potilaat, etenkin persoonallisuushäiriöiset.
<p>Jatkoseuranta</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa aloitettu ylläpitolääkehoito ja sen seuranta sekä potilaan jatkohoito voidaan siirtää perusterveydenhuoltoon, kun potilaalla ei ole puoleen vuoteen ollut depression oireita tai silloin, kun asianmukainen hoito on tehty annettujen hoitosuosituksen mukaisesti ja potilaan tila on riittävän vakaa.

4.5 Masennuksen hoitomuodot

4.5.1 Hoidon periaatteet

Masennuksen hoidossa käytetään biologisia, psykologisia ja potilaan sosiaaliseen ympäristöön vaikuttavia menetelmiä joko yksinään tai yhtäaikaan riippuen masennustilan vaikeudesta, eri hoitomuotojen saatavuudesta ja potilaan omista toiveista. Useimmiten paras hoitotulos saavutetaan eri hoidollisten menetelmien yhdistämisellä varsinkin kroonisesti tai vaikeasti masentuneilla. Hoitomuotojen valintaan vaikuttaa lisäksi potilaan psykiatrinen monihäiriöisyys, aikaisemmat hoitoyritykset ja -kokemukset, itsemurhavaara, toimintakyvyn taso ja somaattiset sairaudet. Masennuspotilaan hoidossa tulee käyttää aina vaikuttavaksi osoitettua hoitoa, joista vahvin näyttö on lääkehoidolla, monilla psykoterapioilla ja aivojen sähköhoidolla. (Isometsä 2011e, 25.)

Käypä hoito -suosituksen (2010) mukaan masennuksen hoidon lähtökohta on masennuksen diagnosointi, minkä jälkeen hoito jaetaan kolmeen vaiheeseen, akuutti-, jatko- ja ylläpitohoitoon. Akuuttivaihe kestää niin pitkään kuin oireettomuus on saavutettu. Tämän jälkeen seuraa jatkohoito, jonka tavoitteena on estää oireiden palaaminen. Ylläpito-hoidon tavoitteena on ehkäistä uuden sairausjakson puhkeaminen. Akuuttihoitossa käytetään yleensä vaikuttavaksi osoitettua psykoterapiaa tai lääkehoitoa tai molempia yhtäaikaan tai joskus myös sähköhoitoa, kirkasvalohoitoa tai transkraniaalista magneettistimulaatiota. Psykoterapia ja lääkehoito ovat yhtä tehokkaita hoitoja lievässä tai keskivaikeassa masennuksessa, mutta yhdessä ne ovat tehokkaampaa kuin kumpikaan yksinään annettuna. Psykososiaalista hoitoa voidaan soveltaa yksilöllisesti potilaan tarpeiden mukaan.

Masennuksen hoidon periaatteet ovat kuitenkin samanlaisia hoitopaikasta riippumatta, sillä olennaisia tekijöitä hoidossa on lääkehoito, potilaan elämäntilanteen kartoittaminen, psykososiaalinen tuki ja hyvä vuorovaikutussuhde. Hoidossa on tärkeää myös potilaan sitoutuminen hoitoon ja hoidon tuloksellisuuden seuranta. (Isometsä 2011e, 25.) Masennuspotilas tarvitsee hoidon säännöllistä seurantaakin akuuttivaiheen aikana ja vielä puoli vuotta tämän jälkeen. Seurantakäyntien tarkoituksena on tarkastella hoitosuunnitelman toteutumista, masennusoireiden helpottumista ja siten potilaan paranemista ja hoi-

don tuloksellisuutta. Masennuksen hoitoon kuuluu potilaan elämäntilanteen kartoittaminen, jonka avulla pyritään ymmärtämään masennuksen laukaisevia ja ylläpitäviä tekijöitä sekä löytämään henkilökohtaisia selviytymiskeinoja masennuksen hallintaan. (Käypä hoito -suositus 2010.)

4.5.2 Lääkehoito

Käypä hoito -suosituksen (2010) mukaan masennusta voidaan hoitaa tehokkaasti mielialalääkkeiden avulla. Keskimäärin kaksi kolmasosaa hyötyy lääkityksestä selvästi ja jopa 40–50 prosentilla oireet häviävät kokonaan 6–8 viikon kuluessa. Lääkehoito on todettu yhtä tehokkaaksi niin perusterveydenhuollon kuin erikoissairaanhoidon potilaille, vaikka potilasryhmät eroavatkin taustatekijöiltään. Lääkehoitoa pidetään sitä tärkeämpänä, mitä vaikeammasta masennuksesta on kyse. Keskivaikeassa masennuksessa käytetään yleensä lääkitystä ja vaikeassa tai psykoottisessa lähes aina. Lievässä masennuksessa lääkehoito ei aina ole tarpeen tai sen sijaan voi käyttää psykoterapiaa. Huttusen (2008, 102) mukaan lääkehoito ja psykoterapia eivät sulje toisiaan pois, sillä suurella osalla masennuspotilailla paras hoitotulos saavutetaan näiden yhdistelmällä. Lääkehoito usein edistää potilaan kykyä käsitellä sairauttaan psykoterapiassa.

Masennuksen lääkehoidon suurimmat haasteet ovat masennuksen tunnistaminen, hoidon oikea kohdentaminen ja jatkuvuus. Lääkehoidon keskeytyminen on hyvin yleistä, mikä lisää masennuksen uusiutumisen vaaraa. (Isometsä & Leinonen 2011, 72.) Hoito-omyyntövyvyyden ylläpitäminen on merkittävä tekijä lääkehoidon tuloksellisuuden kannalta. Siksi potilaan lääkehoidon seuranta ja arviointi akuuttivaiheen aikana on tärkeää. Seurannan aikana kartoitetaan saavutettua lääkevastetta ja arvioidaan lääkityksen hyötyä ja haittoja. Jos maksimiannostus ei auta tai ilmaantuu paljon sivuvaikutuksia, lääkitystä vaihdetaan. (Käypä hoito -suositus 2010.) Lääkehoidon aloittamisen jälkeen on tärkeää sopia lääkärille tai sairaanhoitajalle seurantakäynti tai vähintään puhelinaika noin 1-3 viikon välein, tarvittaessa useamminkin, jos potilas on itsemurhavaarassa. Myös mahdollisen lääkevaihdon jälkeen seuranta on tehtävä tiiviisti lääkkeen vaikutusten arviointia varten. Masennuksen lääkehoidon seuranta on tärkeää, koska hoidon jatkaminen edellyttää, että lääkkeestä on selvä hyöty potilaalle. (Isometsä & Leinonen 2011, 72.)

Masennuksen lääkehoitoa on syytä jatkaa vähintään puolen vuoden ajan akuuttivaiheen jälkeen. Jos lääkitys lopetetaan heti oireiden hävittyä, masennuksen uusiutumisvaara on merkittävä. Lääkehoito lopetetaan jatkohoitovaiheen päätyttyä, mikäli potilas on oireeton, eikä hänellä ole takanaan useampia masennusjaksoja. Masennuslääkitystä voidaan jatkaa pitkäaikaisena ylläpitohoitona, jos potilas on sairastanut elämänsä aikana toistuvia, vähintään keskivaikeita masennustiloja. (Isometsä & Leinonen 2011, 73.)

4.5.3 Psykoterapiat

Psykoterapia, kuten myös muut ohjauksen ja neuvonnan muodot, ovat oleellinen osa masennuksen hoitoa. Psykoterapia on näyttöön perustuvaa vaikuttavaa hoitoa, jonka tavoitteena on pyrkiä poistamaan ja lievittämään psyykkisiä häiriöitä ja ihmissuhdeongelmia, tukea psyykkistä kasvua ja kehitystä sekä lisätä masentuneen potilaan kykyä itse ratkaista ongelmiaan. Psykoterapeuttina voi toimia vain psykoterapiakoulutuksen käynyt laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. (Kontunen 2011, 85.)

Psykoterapian vaikuttavuus perustuu potilaan ja terapeutin väliseen luottamukselliseen yhteistyösuhteeseen. Muita tärkeitä tekijöitä hoidon tuloksellisuuden kannalta ovat psykoterapeutin kyky empatiaan ja toisaalta kyky toimia johdonmukaisesti ja uskottavasti oman terapiasuuntauksensa pohjalta. Psykoterapian tulosta ennustaa myös potilaan myönteisten odotusten vahvistaminen ja mahdollisuus osallistua aktiivisesti omaan hoitoprosessiin sekä onnistuneesti jäsentää elämäntilannettaan ja ongelmiaan. (Kontunen 2011, 86.) Psykoterapia on usein tehokasta hoito masennuksessa, sillä läheskään kaikki masennustilat eivät lieivity lääkehoidolla. Masennukseen liittyy melkein aina erilaisia psykologisia tekijöitä, joiden syyt kannattaa selvittää ja pyrkiä myös korjaamaan. (Huttunen 2008, 102.)

Masennuspotilas voi saada psykoterapiaa julkiselta tai yksityiseltä sektorilta, mutta saatavuus vaihtelee paljon alueittain. Yksityiseen psykoterapiaan voi saada Kansaneläkelaitoksen kuntoutustukea. (Käypä hoito -suositus 2010.) Psykoterapian valintakriteerit ovat terapeutin ominaisuudet ja terapiasuuntaus sekä terapiamuoto (yksilö-, pari-, perhe tai ryhmäterapia) ja terapian pituus. Käytännössä terapian valintaan voi vaikuttaa enemmän potilaan oma ennakkotieto ja muiden kokemukset jostain alueen terapeutista,

paikkakunnan tarjonta, vastaanoton sijainti ja terapian kustannukset. (Kontunen 2011, 86.) Potilaan ja terapeutin yhteistyösuhde on olennaisin osa kaikissa terapiamuodoissa ja hoidon tuloksellisuuden kannalta, joten terapiamuotojen väliset erot eivät ole niin merkittävä valintaan vaikuttava tekijä (Käypä hoito -suositus 2010).

4.5.4 Psykoedukaatio

Psykoedukaatio eli potilasohjaus on tiedon antamista masennuksesta, itsehoidollisten valmiuksien ja hoitomotivaation lisäämistä. Potilas tarvitsee tietoa masennuksesta heti, kun sairaus todetaan ja siksi psykoedukaatio on tärkeä osa hoitosuhdetta alusta alkaen. Alkuvaiheessa potilaalla on yleensä paljon kysymyksiä sairaudesta ja niitä on tärkeä käydä läpi. Psykoedukaatiossa korostuu potilaan oma asiantuntijuus masennusoireiden tunnistamisessa ja niiden hallinnassa, joten hänen omaa keskeistä rooliaan hoidon toteutumisessa korostetaan. Lisäksi olennaista on auttajan kannustava ja rohkaiseva ote. Psykoedukaatiota voi toteuttaa lääkäri ja hoitaja kummatkin tahoillaan tai yhteistyössä. (Tuisku & Rossi 2010, 44.)

Psykoedukaation tueksi masentuneen potilaan hoitoon on materiaaleja, jotka sisältävät tietoa masennuksesta ja sen hoidosta. Näitä materiaaleja voi käydä potilaan kanssa läpi hoidon kaikissa vaiheissa. Kaikille masennuspotilaille riippumatta hoitomuodosta tulisi tarjota mahdollisuutta potilasopetukseen. Erityisesti tulisi huomioida potilaat, joilla aiemmilla kerroilla on ollut huono hoitomyöntyvyys, kielteinen käsitys valituista hoitomuodoista, poikkeava käsitys sairaudestaan ja jos jatkossa on tarve ylläpitohoidolle. (Nevalainen 2006, 24.) Potilaan olisi hyvä tietää pääpiirteittäin, mitä masennus tarkoittaa sairautena, kuka siihen voi sairastua, mistä se johtuu ja miten se ilmenee sekä millaisia vaikutuksia masennuksella yleensä on. Lisäksi hänelle tulisi kertoa, miten masennuksesta voi toipua ja millaista hoitoa on olemassa sekä miten itse voi edistää toipumista ja uudelleen sairastumista. (Tuisku & Rossi 2010, 62–69.)

4.5.5 Masennushoitajamalli

Masennushoitajamalli on osoittautunut erittäin toimivaksi hoitomuodoksi perusterveydenhuollossa. Masennushoitajat ovat erikoistuneet potilaiden opastukseen, seurantaan ja psykososiaaliseen tukemiseen. He tapaavat seurantakäynneillä masennuspotilaita, jotka heille on ohjattu lääkärin vastaanotolta. Masennushoitajat seuraavat masennuspotilaiden tilaa, tukevat hoitomyöntyvyyttä ja tarjoavat psykososiaalista tukea ja usein myös lyhyitä psykoterapeuttisia interventioita. (Isometsä 2011e, 25–26; Vuorilehto & Tuulari 2011, 26–28.) Käypä hoito -suosituksen (2010) mukaan masennushoitajan työpanos lisää masennuspotilaan hoitoon käytettävää aikaa, tukee systemaattista seurantaa, mahdollistaa psykososiaalisen tuen tarjoamisen ja auttaa potilasta sitoutumaan hoitoon.

Masennushoitaja toimii yhteistyössä omalääkärin ja psykiatrin kanssa, mikä tehostaa lievän ja keskivaikean masennuksen varhaista hoitoa ja aktiivista seurantaa. Hoidon keskiössä on potilas, jonka ympärille masennushoitaja, omalääkäri ja psykiatri muodostavat yhteistyökolmion (kuvio 1). Psykiatrin konsultaatiomahdollisuus säännöllisesti on olennaista hoitomallin toimivuuden kannalta, sillä potilaan hoidon arvio saattaa vaatia psykiatrin asiantuntemusta, vaikka potilaan tila ei muutoin vaatisi erikoissairaanhoidoa. Hoitomallissa on myös tärkeää, että masennuspotilaalla on nimetty omalääkäri. Sujuvan yhteistyön kannalta masennushoitajan ja omalääkärin kannattaa toimia samassa yksikössä. (Isometsä 2011e, 25–26; Vuorilehto & Tuulari 2011, 26–28.)



Kuvio 1. Masennushoitajamalli (Melartin 2007)

4.5.6 Muut hoitomuodot

Masennuksesta toipumisessa on keskeinen merkitys omalla tekemisellä, kuten missä tahansa muussakin sairaudessa. Masennuksen ongelmana kuitenkin on, että sairaus voi viedä lähes kaiken energian ja toimintakyvyn. Omahoidon toteuttaminen voikin olla alussa haasteellista, koska masennuksen oireet ovat juuri toipumisen este. Siksi vähäisenkin toimintakyvyn hyödyntäminen ja käyttäminen on olennaista, jotta toipuminen vähitellen voisi alkaa ja energiataso taas kohota. (Tuulari 2011, 171.) Masennuspotilaan ja läheisten on syytä ymmärtää, ettei masennus ole tahdosta riippuvainen tila. Varsinkin keskivaikeasta ja vaikeasta masennuksesta ei voi parantua ”ryhdistäytymällä”, mitä usein saatetaan kehottaa tekemään. Masennuksen luonteen ymmärtäminen on tärkeää, jotta potilas saa oikeanlaista tukea. Läheisten tuki onkin ensiarvoista toipumisessa ja itsehoitoon kannustamisessa. (Huttunen 2013.)

Masennuksen itsehoidossa ja masennuksen uudelleen puhkeamisen estämisessä on syytä toimia kolmella eri tavalla. Masennuspotilaan olisi hyvä pyrkiä pitämään elämä aktiivisena tai pyrkiä aktivoimaan sitä uudelleen sairauden jälkeen. Lisäksi hänen olisi hyödyllistä pyrkiä muuntamaan ja hallitsemaan taipumusta ajatella negatiivisesti. Kolman-

neksi hänen tulisi pyrkiä ratkomaan elämään tulevia ongelmia yksi kerrallaan. Toiveikkuutta olisi hyvä pitää yllä, koska masennukselle on ominaista toivottomuuden tunteet. (Tuulari 2011, 170.)

Lievän ja keskivaikean masennuksen hoidossa säännöllinen liikuntaharjoittelu on parhaimmillaan yhtä tehokas kuin lääkehoito tai kognitiivinen psykoterapia. Liikuntaan tukeminen ja kannustaminen on olennaista masennuksen hoidossa, vaikka tutkimusten perusteella ei voikaan sanoa, mikä olisi juuri oikea liikuntamäärä masennuksen hoitoon. Voidaan kuitenkin olettaa, että jo kaksikin liikuntakertaa viikossa riittäisi suojamaan masennukselta riippumatta liikuntamuodosta. Liikunnalla on kokonaisvaltaisia vaikutuksia ruumiilliseen ja psyykkiseen terveyteen, minkä takia se on merkittävä masennuksen ehkäisijä ja hoitokeino. (Leppämäki 2011, 207–210.)

Masennuksen vertaistuki tarkoittaa vapaamuotoisesti tai organisoidusti järjestettyä apua ja tukea, jossa saman asian kokeneet tai samassa elämäntilanteessa olevat jakavat kokemuksiaan masennuksesta ja etsivät selviytymiskeinoja ongelmiinsa. Vertaistukiryhmissä keskeistä on vapaaehtoisuus, vertaisuus ja sekä keskinäinen tukeminen ja auttaminen. Vertaisryhmätoiminta ei ole pelkästään erilaisten elämäntilannekriisien hallintaa vaan olennaisesti myös yhteisöllisyyden luomista. Masentuneiden vertaistukitoimintaa järjestää kolmas sektori. (Kiikkala 2011, 180.)

Koffertin ja Kuusen (2002, 4–5) Depressiokoulu-menetelmän avulla voi opiskella masennuksen itsehoitoa. Depressiokoulun tavoitteena on tukea masentuneita auttamaan itseään joko käyttämällä työkirjaa omatoimisesti tai osallistumalla ohjatuille kursseille. Itsehoidolla pyritään vähentämään vakavien masennustilojen puhkeamista, lyhentämään masennusjaksojen kestoa ja lievittämään masennusjaksojen voimakkuutta. Niemen (2007, 36) selvityksen mukaan Depressiokoulu on asiakkaiden ja työntekijöiden mukaan mielekäs työskentelymalli. Asiakkaat kokivat, että menetelmän avulla saatu vertaistuki sekä kuulluksi tuleminen ryhmässä olivat erityisen tärkeitä. Lisäksi asiakkaat kokivat yleisen hyvinvoinnin ja mielialan kohentuneen sekä vuorovaikutustaitonsa ja tunteiden käsittelyn kehittyneen. Työntekijät kokivat saaneensa menetelmästä uusia työvälineitä yksilö- ja ryhmätyöskentelyyn sekä myös voimavaroja työssä jaksamiseen. He arvioivat, että menetelmää voi soveltaa eri-ikäisten potilaiden kanssa eri elämäntilanteissa.

4.6 Terveyskeskushoitajan rooli masennuksen hoidossa

Hoitajat ovat usein ensimmäisiä terveydenhuollon ammattilaisia, jotka kohtaavat masentuneen ja joutuvat arvioimaan mahdollista hoidon tarvetta potilaan ottaessa yhteyttä terveyskeskukseen. Valtioneuvoston (2004) asetuksen mukaan potilaan hoidon tarpeen arvioinnissa selvitetään yhteydenoton syy, sairauden oireet ja niiden vaikeusaste sekä kiireellisyys. Hoidon tarpeen arviointia tekevällä terveydenhuollon ammattihenkilöllä on oltava asianmukainen koulutus, työkokemus ja yhteys hoitoa antavaan toimintayksikköön sekä mahdollisuus käyttää potilasasiakirjoja.

Terveyskeskushoitajien työpanosta masennuksen hoidossa voisi hyödyntää enemmän, jolloin hoitajan rooli tulisi nähdä uudesta näkökulmasta. Urjanheimon ja Larjomaan (2002, 35–37) mukaan lääketieteen merkittävää roolia perusterveydenhuollossa ei voi mitenkään kieltää, mutta on muistettava, että perusterveydenhuollossa toimii useita muitakin ammattiryhmiä. Näiden ryhmien merkitystä ei voi eikä kannata vähätellä. Palvelujen saatavuutta, laatua ja toiminnan tehokkuutta tulisikin tarkastella kaikkien toimijoiden yhteisenä tuotoksena eikä yhden ammattiryhmän näkökulmasta. Työnjakoa tulisi kehittää palvelukokonaisuuksina ja asiakaslähtöisyys huomioiden.

Peltosen (2009, 183–186) väitöskirjatutkimus esittää ehdotuksia perusterveydenhuollon vastaanottomallin järjestämisestä. Keskeistä tässä mallissa on hoitajien ja lääkäreiden suunnitelmallinen työnjako, jota ohjaa asiakaslähtöisyys ja alueelliset hoitosuosituksot. Olennaista on aiempaa tehokkaampi toiminnan suunnittelu ja arviointi sekä laadunhallinta. Ammattiryhmien välisestä työnjaosta ja yhteistyöstä sovitaan erikseen ja työnjako kuvataan paikallisissa hoitoketjuissa. Omahoitaja ja -lääkärijärjestelmä tulisi mitoittaa väestöpohjan mukaan tarkoituksenmukaisesti.

Terveyskeskushoitajien mielenterveystyön osaamista tulisi kehittää. Hoitajat tarvitsevat lisäkoulutusta masennuksen hoitoon, sillä tutkimusten mukaan heillä ei sitä riittävästi ole. Liukan (2010, 41–42, 50) mukaan perusterveydenhuollon hoitajat kokevat, että he tarvitsevat lisää tietoa masennuksesta ja eri hoitomenetelmistä, tunnistamisesta ja masentuneen potilaan kohtaamisesta. Hoitajat kaipaavat koulutusta masennuksen hoidosta ja lisää aikaa masentuneen potilaan kohtaamiseen. Kokon (1999, 141–142) mukaan perusterveydenhuollon hoitajien tulisi jo peruskoulutusvaiheessa saada enemmän tietoa masennuksen hoidosta ja heidän hoidollisia valmiuksiaan tulisi kehittää. Kaikkien hoi-

tajien tulisi tunnistaa masennus ja osata ohjata potilas hoitoon oikeaan paikkaan. Moniammatillista yhteistyötä ja työnjakoa perusterveydenhuollossa tulisi kehittää ja monipuolistaa.

Hyvösen (2004, 67, 83, 90) mukaan työntekijän ammattitaito perusterveydenhuollon mielenterveystyössä perustuu kiinnostukseen ihmistyöhön, ammatilliseen yhteistyöhön, elämän- ja työkokemuksiin sekä vapaa-ajan harrastuksiin. Perusterveydenhuollon mielenterveystyön työvälaineet voidaan jakaa viiteen kategoriaan: ideologiset (esim. asiakaslähtöisyys), vuorovaikutukselliset (esim. haastattelu, koskettaminen, huumori), yhteistyöhön liittyvät (esim. konsultointi), tekniset (esim. lääkehoito) ja perusterveydenhuollon työntekijä itse. Perusterveydenhuollon mielenterveystyön voimavara on työntekijä itse, sillä jokainen tekee työtä omalla persoonallaan. Toisaalta työntekijä toimii myös perusterveydenhuollon mielenterveystyön rajoitteena, jos hänellä on puutteellinen ammattitaito tai negatiiviset asenteet.

Terveyskeskustason mielenterveystyötä on kehitetty ja toimivia malleja masennuksen hoitoon on löydetty. Hoitajan osaamista hyödynnetään jo monissa paikoissa, kuten edellä esitetty Masennushoitajamalli osoittaa. Mallista voi ottaa toimivia käytäntöjä kaikkien terveyskeskushoitajien työhön. Haaran, Jääskeläisen, Kilpisen, Panhelaisen, Peräkosken, Puukon, Riihimäen, Sundmanin ja Tauriaisen (2010, 17, 20) mukaan masennushoitajamallissa on tärkeää lääkehoidon seuranta, joka on masennushoitajan tehtävä. Hoidon vastetta tulee seurata aktiivisesti ja lääkitystä säädetään tarvittaessa yleislääkärin määräyksen mukaan. Myös hoitosuunnitelman teko on merkittävä osa hoitosuhdetta, ja se laaditaan potilaan kanssa yhteistyössä. Psykoedukatiivinen työote masennushoitajamallissa tarkoittaa asiallisen näyttöön perustuvan tiedon antamista potilaalle, jotta tämä pystyy elämään sairautensa kanssa ja oppii toimivia keinoja sairauden hallintaan.

5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävät

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kehittää masennuksen hoitoa Joensuun terveysasemilla muutosjohtamisen keinoin. Näkökulmana on hoitajien olemassa olevan osaamisen näkyväksi tekeminen ja hyödyntäminen masennuspotilaan hoidossa. Kehittämistyön tavoitteena on lisätä hoitajien valmiuksia tunnistaa ja hoitaa masennuspotilasta mahdollisimman varhaisessa vaiheessa valtakunnallisten suositusten mukaisesti.

Kehittämistehtävät:

- 1) Selvittää alkukartoituskyselyllä hoitajien näkemyksiä masennuspotilaan hoidon nykytilasta sekä saada heiltä ehdotuksia masennuksen hoidon kehittämiseen.
- 2) Toteuttaa moniammatillinen kehittämisprosessi työryhmätyöskentelyn ja koulutustyöpajojen avulla.
- 3) Luoda kehittämisprosessin tuotoksena toimintamalli masennuspotilaan hoitoon terveyskeskukseen.

6 Opinnäytetyön toteutus

6.1 Toimintaympäristö ja osallistujat

Opinnäytetyön toimintaympäristö on Joensuun terveyskeskuksen kahdeksan terveysasemaa. Kolme näistä sijaitsee kantakaupungissa ja viisi kantakaupungin ulkopuolella. Yksi terveysasemista toimii ostopalveluna Joensuun kaupungille. Vuoden 2013 alusta Joensuu muodosti sosiaali- ja terveystieteiden yhteistoiminta-alueen viereisen Kontiolahden kunnan kanssa, joten Kontiolahden henkilöstö pääsi osallistumaan samoihin koulutuksiin. Alkukartoituskysely kohdistettiin kuitenkin vain Joensuun terveysasemien

henkilöstölle, koska yhteistoiminta alkoi ennen kyselyn toteutusta. (Joensuun kaupunki 2013.)

Joensuulaisten aikuisten avohoidon mielenterveyspalvelut järjestää Mielenterveyskeskus, jonne ohjaututaan lähetekäytännöllä terveyskeskuksesta, työterveyshuollosta tai opiskelijaterveydenhuollosta. Mielenterveyskeskus on perusterveydenhuollon erikoissairaanhoidon yksikkö, ja se on jakautunut toiminnallisesti kolmeen eri muotoon: akuutityöryhmään, vastaanottoryhmään ja kuntoutuspoliklinikkaan. (Joensuun kaupunki 2013.) Vastaavaa erikoissairaanhoidotasosta avohoitopalvelua tarjotaan myös Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä (PKSSK), jonka palvelut ovat tarjolla kuntayhtymän kaikkien kuntien asukkaille, myös joensuulaisille (Läksy 2012). Alueellisen hoitosuosituksen mukaisesti lievien ja keskivaikeiden masennustilojen hoito Joensuussa kuuluu perusterveydenhuoltoon. Jatkohoitoa tarvitsevat masennuspotilaat ohjataan yleislääkärin läheteellä jompaan kumpaan yksikköön: Mielenterveyskeskukseen tai Tikkamäen aikuispsykiatrian poliklinikkaan. Joensuun päihdepalvelut järjestetään täysin omanaan Sovatek-säätiön tuottamana. (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalveluiden kuntayhtymä 2013.)

Opinnäytetyön kehittämistoimintaan osallistujia ovat terveysasemien hoitajat (perus-, lähi-, sairaan- ja terveydenhoitajat), joita on yhteensä 37 ja neljä esimiestä. Osallistujiksi valittiin kaikki hoitajien ammattiryhmät, koska he työskentelevät samojen asiakkaiden kanssa, vaikka työnkuva voikin olla erilainen. Kaikki hoitajat tekevät hoidontarpeen arviointia joko puhelimesta tai terveysaseman vastaanotossa, joten jokaisella tulisi olla asianmukaiset perustiedot ja -taidot masennuksen tunnistamisesta ja hoidosta. Lisäksi sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat sekä osa lähi- ja perushoitajista pitävät omaa hoitajan vastaanottoa, jossa he kohtaavat masennuspotilaita.

6.2 Toimintatutkimus kehittämisprosessin lähestymistapana

Opinnäytetyön kehittämisen lähestymistavaksi valittiin toimintatutkimus, koska tavoitteena oli kehittää käytännön toimintaa ja luoda uutta toimintatapaa yhteistyössä osallistujien kanssa sekä herättää keskustelua masennuksen hoidosta Joensuun alueella. Heikisen (2006, 16–17, 19) mukaan toimintatutkimuksessa tuotetaan tietoa käytännön kehittämiseksi, ja se kohdistuu nimenomaan ihmisten väliseen vuorovaikutukseen ja sosi-

aaliseen toimintaan. Toimintatutkimuksella tavoitellaan käytännön hyötyä ja käyttökel-poista tietoa. Toiminnan kehittäminen voi tapahtua suppeimmillaan yksilötasolla ja laa-jimmillaan alueellisten verkostojen välillä. Näin toimintatutkimus voi laajentua myös yhteiskunnalliseksi keskusteluksi.

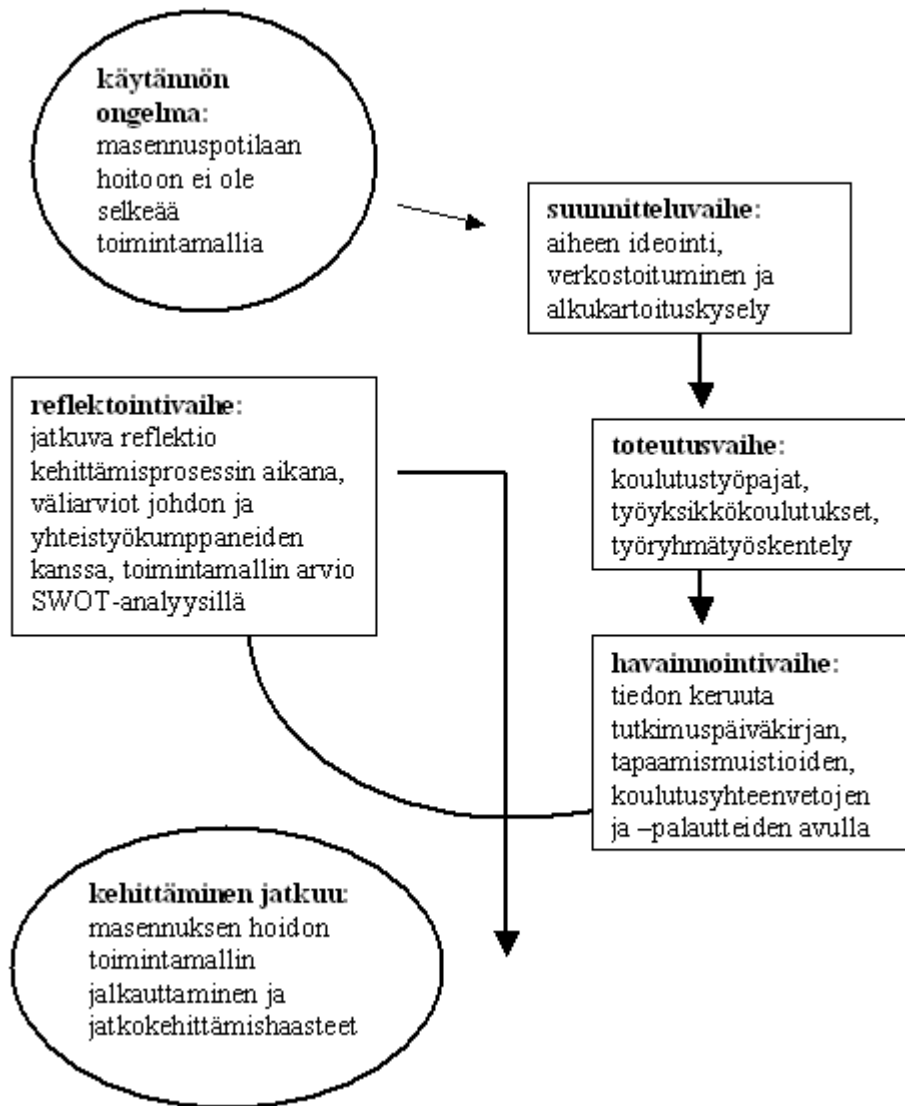
Toimintatutkimuksen luonteeseen kuuluu, että se on yhteisöllinen prosessi. Toiminta-tutkija osallistuu tutkittavan yhteisön toimintaan ja pyrkii ratkaisemaan käytännön on-gelman heidän kanssaan yhdessä. Lähtökohtana on, että ne, joita tutkimus koskettaa, ovat myös toteuttamassa kehittämisprosessia. Toimintatutkimusta voidaan tällöin pitää yhteisenä oppimisprosessina. (Kiviniemi 1999, 64–65.) Yhteisestä oppimisesta oli kyse myös tässä opinnäytetyössä. Masennuksen hoidon kehittäminen ei ollut ulkopuolelta tuotu kokonaisuus, vaan uusi toimintamalli ja -tapa muokkautuivat prosessin aikana yhteistyössä ja yhdessä oppimalla. Olennaista oli, että syntyy yhtenäinen käsitys siitä, mitä masennuksen hoito terveyskeskuksessa parhaimmillaan on ja miten se omassa työ-yksikössä toteutetaan.

Toimintatutkimus ei ole tutkimusmenetelmä vaan enemmänkin tutkimusstrateginen lähestymistapa. Siksi toimintatutkimus voi käyttää välineenään erilaisia tutkimusmene-telmiä. (Heikkinen 2007, 196.) Tästä syystä toimintatutkimus valittiin tämän opinnäyte-työn ja kehittämisprosessin lähestymistavaksi. Näin voitiin käyttää erilaisia menetelmiä kehittämisen tukena. Kehittämisprosessin suunnitteluvaiheessa käytettiin määrällistä tutkimusmenetelmää eli lomakekyselyä alkukartoituksena. Toteutusvaiheessa taas käy-tettiin erilaisia osallistavia kehittämismenetelmiä.

Toimintatutkimuksessa pyritään vastaamaan johonkin käytännön toiminnassa havait-tuun ongelmaan tai kehittämään olemassa olevaa käytäntöä entistä paremmaksi. Toi-mintatutkimus on tilanteeseen sidottua, yleensä yhteistyötä vaativaa, osallistuvaa ja itse-ään tarkkailevaa. (Metsämuuronen 2008, 29–30.) Toimintatutkimuksen tarkoituksena on tutkia sosiaalista todellisuutta, jotta sitä voisi muuttaa. Toisaalta tarkoituksena on muuttaa todellisuutta, jotta sitä voidaan tutkia. (Heikkinen 2006, 27.) Nämä toimintatut-kimuksen elementit ovat olleet aineksina myös tälle kehittämistyölle. Prosessin aikana on pohdittu sitä, miten ihmiset käsittävät masennuksen hoidon ja miten sitä tulisi muut-taa, jotta se toteutuisi potilaan kannalta parhaalla mahdollisella tavalla. Kehittämistyötä on tehty konkreettisesti käytännössä, jossa haasteet ja ongelmat ovat havaittakin. Kehit-

tämiseen on osallistettu juuri ne henkilöt, jotka kohtaavat masentuneita työssään terveyskeskuksessa usein hoitoketjun ensimmäisinä.

Toimintatutkimus kuvataan usein syklinä, jossa eri vaiheet vuorottelevat kehämäisesti. Lähtökohdانا ovat käytännössä havaitut ongelmat, joita ryhdytään kehittämään joskus hyvin spontaanisti. Toimintatutkimus alkaa siten reflektioivasta ajattelusta syklin suunnitteluvaiheessa, jossa korostuvat ajattelu ja keskustelu. Syklin toinen vaihe on toimintaa eli kenttätyötä, jolloin suunniteltua toimintaa kokeillaan käytännössä. Syklin kolmas vaihe eli havainnointi tapahtuu myös kenttätyönä. Viimeinen vaihe on reflektointi, jolloin toimintaa arvioidaan ja uudet ajatukset ovat siten taas uuden kokeilun pohjana. Toimintatutkimuksen sykli voi alkaa mistä vaiheesta tahansa, ja toisaalta alkua ei välttämättä voi edes paikantaa. (Heikkinen ym. 2006, 78–79.) Toimintatutkimuksen syklillä ei ole varsinaista päätepistettä, sillä uusi parempi käytäntö on aina tilapäinen. Toimintaympäristön muuttuessa luodaan taas uusi käytäntö, mikä tarkoittaa, että toimintatutkimus ei lopu koskaan. Hankkeen loppuessa tutkija kyllä lopettaa työnsä ja kirjoittaa raportin loppuun, mutta kehitetty käytäntö usein jatkaa uudistumistaan. (Heikkinen 2006, 29.) Tässä opinnäytetyössä on kuvattu mukailleen toimintatutkimuksen yksi sykli (kuvio 2), jonka jälkeen kehittämistoiminta jatkuu toimintamallin jalkauttamisella ja uusilla käytännön haasteilla. Kehittämispöcessin tarkempi aikataulu on kuvattu liitteessä 1.



Kuvio 2. Toimintatutkimuksen sykli (mukaiillen Heikkinen 2006, 35)

6.3 Kehittäjän rooli

Tässä opinnäytetyössä käytäntöä kehitettiin toimintatutkimuksen avulla, joten kehittäjästä voidaan puhua myös toimintatutkijana. Huovisen ja Rovion (2006, 94) mukaan toimintatutkimusta voi tehdä kahdesta eri näkökulmasta. Tutkija voi alkaa kehittää omaa työtään tai lähiyhteisöään tutkivaa otetta hyödyntäen, jolloin hänellä on käytännön kokemusta tutkimuskohteesta. Tutkija voi myös etsiä itselleen tutkimuskohteen oman työyhteisön ulkopuolelta, jolloin hän tuntee tutkimuskohteen aiempien tutkimusten ja kirjallisuuden kautta. Hän rakentaa tällöin käytännön ongelmaan ratkaisua teorian avulla

ja testaa sitten tätä toimintaa käytännössä. Toimintatutkimuksen tekijä lähestyy tutkimuskohdetta harvoin selkeästi vain jommastakummasta näkökulmasta, sillä toimintatutkija usein hyödyntää molempia näkökulmia. Olennaista on, että hänellä on kykyä havainnoida, analysoida ja ymmärtää muutoksia sekä oma roolinsa suhteessa kehittämisprosessiin.

Tässä kehittämisprosessissa opinnäytetyöntekijällä oli toimintatutkijana kaksi roolia. Ensisijaisesti tarkoitus oli kehittää toimeksiantajaorganisaation toimintaa, mutta samalla myös omaa työtä. Toimintatutkijan oma työyksikkö on yksi Joensuun alueen terveysasemista, mutta se toimii ostopalveluna kohdeorganisaatiolle. Asiakasryhmä on kuitenkin sama eli alueen asukkaat. Opinnäytetyön tekijä oli organisaation ulkopuolinen, mikä vaati erityisen paljon perehtymistä kohdeorganisaatioon ja eri työyksiköihin. Huovisen ja Rovion (2006, 99–100) mukaan käytännön kentälle pääsy edellyttää toimintatutkijalta tutustumista tutkimuskohteeseen, jotta hän alustavasti hahmottaa toimintaympäristöä ja sen kulttuuria. Toimintatutkijan on oleellista myös luoda luottamussuhde kohdejoukkoon, jotta yhteistyö kehittämisprosessissa voi alkaa. Kohdejoukon on voitava osallistua kehittämiseen vapaaehtoisesti, joten toimintatutkijan on tehtävä paljon pohjatyötä saavuttaakseen luottamuksen.

Jos toimintatutkija tulee työyhteisöön ulkopuolisena, hän ei pyri jäämään siihen rooliin vaan osallistuu aktiivisesti toimintaan. Hän keskustelee johdon ja työntekijöiden kanssa sekä tutustuu organisaatioon kokonaisuudessaan. Samalla toimintatutkija osallistuu keskusteluihin ja pyrkii edistämään vuoropuhelua, jotta kaikkien näkökulma kehittämiseen tulisi esille. (Heikkinen & Jyrämä 1999, 40.) Opinnäytetyön tekijän rooli kehittäjänä oli toimia niin sanottuna sillan rakentajana eri ammattilaisten välillä. Tarkoitus oli parantaa yhteistyötä terveyskeskuksessa eri työyksiköiden sisällä ja välillä sekä toisaalta yli organisaatorajojen.

Toimintatutkimuksessa kehittäjän rooli vaihtelee tilanteen mukaan. Tutkija kannustaa muutokseen ja kouluttaa, mutta on samalla myös subjektiivinen kanssaeläjä ja kokija. Samalla kun hän eläytyy osallistujien kokemuksiin, hän ottaa etäisyyttä ja pyrkii arvioimaan eri tilanteita neutraalisti ja kriittisesti. Toimintatutkija voi käyttää tutkimuspäiväkirjaa ja keskusteluja ohjaajien ja kollegoiden kanssa mahdollisten rooliristiriitojen käsittelyssä. (Huovinen & Rovio 2006, 102–103.) Tässä opinnäytetyössä kehittäjän roo-

li on ollut vähintäänkin moniulotteinen, sillä kehittäjä on ollut samaan aikaan toimintatutkijan roolissa, kohdeorganisaation ulkopuolisena kouluttajana, moniammatillisen työryhmän jäsenenä ja osallistujana kehittämässä omaa työtään.

6.4 Osallistavat kehittämismenetelmät

Kehittämistoiminta on sosiaalinen prosessi, joka edellyttää ihmisten aktiivista osallistumista kehittämiseen ja aitoa vuorovaikutusta toimijoiden välillä. Tällöin puhutaan kehittämistoiminnan osallisuudesta, jota nykyään pidetään tärkeänä. Osallisuuteen liittyvät käsitteet osallistuminen ja osallistaminen. Osallistuminen on henkilön osallistumista johonkin. Osallistaminen on sen sijaan ulkoapäin vaikuttamista eli joku osallistaa henkilöä johonkin. Osallistavan toiminnan ajatellaan kuitenkin johtavan nimenomaan omaehtoiseen osallistumiseen, koska osallistavan toiminnan oletetaan etenevän osallistujien omin ehdoin ja heidän itsensä asettamaan suuntaan. Siksi osallistaminen on mahdollisuuksien tarjoamista, ja osallistuminen on näiden mahdollisuuksien hyödyntämistä. (Toikko & Rantanen 2009, 90.)

Kehittämistoimintaan osallistaminen perustuu yhteistoiminnallisuuteen ja dialogiin. Tällöin toimintaa kehitetään yhdessä, ja jokainen tuo oman näkökulmansa yhteiseen keskusteluun; hierarkkisia suhteita pyritään välttämään. Kehittämistoiminta rakennetaan nimenomaan dialogiin varaan, jolloin kyse ei ole tavanomaisesta keskustelusta vaan aidosta toisen hyväksymisestä ja vastavuoroisesta toisiltaan oppimisesta. (Toikko & Rantanen 2009, 91–93.) Dialogisuuden periaatteet pyrittiin huomiomaan jokaisessa kontaktissa osallistujiin, olipa sitten kyse lyhyestä tapaamisesta tutustumiskäynnin yhteydessä tai pidemmästä koulutustilaisuudesta.

Dialogi on eräänlainen tapa toimia, ja se edistää vision suuntaan kulkemista, mutta ei ole kuitenkaan mikään itsetarkoitus. Dialogisuus tarkoittaaakin avointa ja aitoa vuorovaikutusta itsen ja ympäristön sisällä sekä välillä. Sen avulla voidaan aikaansaada oivalluksia ja uuden tiedon luomista sekä kirkastaa yhteisiä tavoitteita. Dialogi auttaa myös vapautumaan toimimattomista ajatus- ja toimintamalleista, ja sitä voidaan käyttää harjoiteltaessa uusia asioita työyhteisöissä ja organisaatioissa. Lisäksi dialogin avulla voidaan arvioida yhteistä oppimista ja kehittymistä. (Takanen 2005, 142.) Kenttätyöskentelyvaiheessa dialoginen lähestymistapa korostui koulutustyöpajoissa, jotka pyrittiin jär-

jestämään perinteistä luentotyypistä koulutusta osallistavammin. Luentomainen työskentely oli vain yksi osa koulutusta, jotta avoimelle vuorovaikutukselle jäisi tilaa.

Osallistumista voidaan edistää erilaisin välinein, joista yksi on kokeileva toiminta. Sen avulla voidaan selvittää, kuinka joku laite tai palvelu toimii käytännössä. Kokeileva toiminta voi olla myös pilotoivaa, jolloin joku uudistus voidaan ensin ottaa käyttöön yksittäisessä työyhteisössä ja vasta myöhemmin jatkaa kokeilua laajemmassa ympäristössä. (Toikko & Rantanen 2009, 99–101.) Tässä kehittämistyössä kokeilevaa toimintaa sovellettiin käytännössä masennuspotilaiden kanssa, kun opinnäytetyön tekijä testasi rakentuvaa toimintamallia omassa työssään. Käytännön kokemukset tarjosivat mahdollisuuden tuoda esille potilaiden kokemuksia masennuksen hoidosta ja terveysaseman toimintatavoista. Myöhemmin myös muille osallistujille annettiin kotitehtävinä testata koulutuksien antia käytännössä.

Benchmarking-menetelmää voidaan käyttää oman työyhteisön kehittämisen kohteen vertaamiseen toiseen kohteeseen ja samalla usein parhaaseen käytäntöön. Tämän menetelmän ajatuksena on toisilta oppiminen, mikä tarkoittaa samalla oman toiminnan kyseenalaistamista ja heikkouksien tunnistamista. Benchmarking-menetelmän avulla on tarkoitus luoda muilta oppimalla jotain uutta omaan organisaatioon. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 43.) Tässä kehittämissuunnitelmassa hyödynnettiin soveltaen benchmarking-menetelmää suunnitteluvaiheessa, kun tutkija tutustui eri työyksiköihin ja keräsi tietoa masennuksen hoidosta käytännön kentältä. Työyksikköön tutustumisen tarkoituksena oli samalla edistää osallistamista kertomalla kehittämissuunnitelman tarkoituksesta ja tavoitteista. Huovisen ja Rovion (2006, 99–100) mukaan käytännön kentälle pääsyä helpottaa tutustuminen itse kohteeseen. Toimintatutkijan tulee hahmottaa toimintaympäristö, sillä huolellinen valmistautuminen vaikuttaa ratkaisevasti osallistujien asenteisiin.

Varsinaisessa kehittämissuunnitelman toteuttamisvaiheessa osallistavana menetelmänä ja osallistujien masennuksen hoidon valmiuksien kehittämisessä käytettiin vuorovaikutteista koulutusta. Mäntyrannan, Kailan, Varosen, Roineen ja Lappalaisen (2003, 16) mukaan vuorovaikutteiseen ja keskustelemaan pienryhmätyöskentelyyn perustuvan koulutusmuodon on todettu muuttavan ammattilaisten toimintaan sekä yksin käytettynä että perinteiseen luentotyypiseen koulutukseen liitettynä. Aktiivinen keskustelu potilasta-

pauksiin perustuen syventää oppimisprosessia, mikä mahdollistaa käytäntöjen muuttamisen.

Learning cafe -menetelmää käytettiin yhtenä osallistamisen keinona kolmannessa koulutustyöpajassa. Sen avulla osallistujat keskusteleivat aiheesta muutaman hengen ryhmässä kahvilan pitäjän johdolla. Sovitun ajan kuluttua ryhmäläiset vaihtavat pöytää. Kahvilan pitäjä esittelee jokaisen pöytäryhmän keskusteluista yhteenvedon, minkä jälkeen keskustelu voi jatkua vielä yhteisenä dialogina. (Räihä 2004, 69–73.)

6.5 Kehittämisen prosessin suunnitteluvaihe

6.5.1 Aiheen ideointia yhteistyökumppaneiden kanssa

Opinnäytetyön idea nousi esiin käytännön ongelmista terveyskeskustyössä talvella 2012, kun opinnäytetyön tekijä havaitsi, että mielenterveyspotilaille ei ollut riittävästi tarjolla matalan kynnyksen hoitoa Joensuun terveyskeskuksessa. Heikkisen ym. (2006, 78) mukaan toimintatutkimuksen prosessi eroaa tavallisesta tutkimuksesta, sillä lähtökohtana on usein arkisessa toiminnassa havaittu ongelma. Yksityiskohtien ihmettely ja käytännön toiminnan refleктоiva pohdinta johtavat aikanaan laajempiin ja yleisempiin kysymyksiin.

Keväällä 2012 alkoi yhteistyö Arjen mieli -hankkeen kanssa. Hankkeen tavoitteena oli kehittää mielenterveystyötä Joensuun alueella painopisteenään nimenomaan perusterveydenhuollon mielenterveystyön vahvistaminen. Yhteistyöpalavereissa kehittämisideaa tarkennettiin ja päädyttiin rajaamaan aihe nimenomaan masennuksen hoidon kehittämiseen. Masennus on yhteiskunnallisena kysymyksenä ajankohtainen, joten aiheen merkittävyys oli helppo perustella. Toikon ja Rantasen (2009, 57–58) mukaan kehittämistoiminnan perusteluvaiheessa on tärkeää ottaa kantaa kehittämisen yleiseen merkittävyyteen ja aiheen ajankohtaisuuteen. Toisaalta merkittävyys voi olla myös työntekijän tai asiakkaan kokemaa. Perusteluvaiheessa on lisäksi tärkeää määritellä konkreettinen tavoite, sillä se takaa onnistuneemman lopputuloksen.

Keväällä 2012 kehittämistoiminnasta neuvoteltiin Joensuun kaupungin kanssa, koska se vastasi Arjen mieli -hankkeesta yhdessä Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän kanssa. Toimeksiantosopimus Joensuun kaupungin kanssa tehtiin kesäkuussa 2012. Tuolloin määriteltiin lopullinen kehittämistyön tavoite, joka oli kehittää masennuksen hoitoa Joensuun kaupungin terveysasemien avovastaanotoilla. Kehittämisen prosessin osallistujiksi muotoutuivat terveysasemien kaikki hoitajat. Alkukartoituksena päädyttiin tekemään kysely terveysasemien hoitajille, jotta saataisiin tietoa masennuksen hoidon nykytilasta hoitajien näkökulmasta kehittämisen prosessin tueksi, sillä tutkimustietoa Joensuun alueen tilanteesta ei ollut. Kehittämisen prosessin jatkosuunnitelmat olivat tässä vaiheessa auki, sillä alkukartoituskyselyn oli tarkoitus ohjata prosessin jatkoa.

Verkostoituminen on osoittautunut olennaiseksi palveluiden kehittämisessä, sillä siitä on tullut yhteistyön nykytrendi. Verkostoitumisella tarkoitetaan organisaatioiden ja kuntien välisen yhteistyön lisäämistä palvelujen järjestämisessä. (Paasivaara, Suhonen & Virtanen 2011, 77–78.) Kehittämisen prosessin alkuvaiheessa verkostojen luominen oli olennaista, ja opinnäytetyön tekijä osallistui Arjen mieli -hankkeen työryhmätapaamisiin keväällä ja syksyllä 2012. Toukokuussa koulutustyöryhmän tapaamisessa syntyi yhteistyö Mielenterveyskeskuksen psykologin Andrea Keski-Orvolan kanssa, sillä hän oli tekemässä omaa psykoterapiaopintojen päättötyötään. Huomasimme meillä olevan yhteinen intressi kehittää masennuksen hoitoa terveyskeskuksessa, vaikka työskentelynäkökulmat olivatkin erilaisia. Masennuspotilaan hoidossa oli kohtaamispisteenä terveysaseman ja Mielenterveyskeskuksen välinen yhteistyö. Kesäkuussa 2012 pidettiin ensimmäinen yhteistyöpalaveri, jossa sovittiin yhteistyön linjoista ja tarkennettiin kehittämisideoita. Tällöin syntyi myös idea masennuksen hoidon toimintamallista hoitajien käyttöön.

Kesällä alkoi yhteistyö Joensuun terveyskeskuksen kehittäjäsaaraanhoidaja kanssa. Hänellä oli vahva työkokemus siitä hoitajan käytännön työstä, jota oli tarkoitus kehittää, ja hän oli yksi kehittämisen prosessin avainhenkilöistä kohdeorganisaatioon tutustumisessa. Syksyllä saatiin edelleen uusi yhteistyökumppani Mielenterveyskeskuksen sairaanhoitajasta, jolla oli idea luoda masennuksen itsekuntoutuslomake, jota voisi hyödyntää myös terveysasemien hoitajien vastaanotoilla osana uutta toimintamallia. Toikon ja Rantasen (2009, 58) mukaan kehittämistoiminnan toimijoiden määrittely onkin olennainen osa

kehittämisen prosessin suunnittelua. Kehittämiseen on saatava mahdollisimman moni mukaan, vaikka lähtökohtana olisikin muutaman henkilön alkuperäisidea. Prosessi tarvitsee onnistuakseen mukaan kaikki, joita kehittäminen jollain tavalla koskettaa.

Syksy 2012 jatkui tiiviisti erilaisin tapaamisoin. Elokuussa pidettiin palaveri Keski-Orvolan ja kehittäjäsaaraanhoitajan kanssa. Siellä sovittiin, että masennuksen hoitoa voisi kehittää moniammatillisissa ROHTO-paja-koulutuksissa, jos johdolta saadaan siihen lupa. ROHTO-toiminta tarkoittaa näyttöön perustuvan hoidon edistämistä ja kliinisten hoitokäytäntöjen kehittämistä moniammatillisesti omilla työpaikoilla (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013). Alkukartoituskysely päädyttiin toteuttamaan suunnitelman mukaisesti ensin ja tuloksia käsiteltäisiin tammikuussa 2013 johdon edustajien ja yhteistyökumppaneiden kanssa. Jos koulutustarve nousisi myös kyselyn tuloksista esille, ROHTO-koulutuksen järjestäminen olisi perusteltua.

6.5.2 Alkukartoitus

Kyselylomakkeen avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto, jossa suureltakin määrältä ihmisiltä voidaan kysyä monia asioita. Siten se on menetelmänä nopea ja tehokas. Kyselyä voidaankin toteuttaa monella tavalla, esimerkiksi internetkyselynä. (Ojasalo ym. 2009, 108.) Alkukartoituksena päädyttiin tekemään sähköpostikysely, koska kohdejoukko oli iso ja tietoa haluttiin suhteellisen nopeasti. Kaikille haluttiin kuitenkin tarjota mahdollisuus vaikuttaa kehittämisen prosessin toteutukseen, joten sähköpostin arveltiin tavoittavan helposti suurin osa hoitajista. Webropol-ohjelmalla tehdyn kyselyn kulut Arjen mieli -hanke oli luvannut kustantaa, sillä alkukartoitus tehtiin osittain myös hanketta varten, jotta saataisiin tietoa käytännöstä ja siitä, mihin kehittämistä kannattaa suunnata. Päävastuu kyselyn luomisesta oli opinnäytetyön tekijällä, mutta sitä muokattiin yhteistyökumppaneiden muutosehdotusten ja kommenttien perusteella.

Saatekirje on erittäin tärkeä dokumentti kyselytutkimuksen onnistumisen kannalta, sillä sen perusteella vastaaja päättää, mistä lomakkeesta on kyse ja osallistuuko hän koko tutkimukseen. Saatekirjeen avulla herätetään luottamusta vastaajaan ja lisätään vastaa-mismotivaatiota. (Ojasalo ym. 2009, 118.) Saatekirjeeseen (liite 2) panostettiin, koska informaatiotulva työsähköpostiin on usein runsas, joten vastaamismotivaatio oli saatava

heräämään. Saatekirjeessä korostettiin vastaamisen vapaaehtoisuutta, nimettömyyttä ja jokaisen vastauksen tärkeyttä.

Kyselylomake koostui monivalinta- ja avoimista kysymyksistä, joita oli yhteensä 19 (liite 3). Kysymykset perustuvat kerättyyn tausta- ja teorian tietoon sekä yhteisiin pohdintoihin tarvittavasta tiedosta masennuksen hoidon nykytilasta Joensuun alueella. Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2009, 203) mukaan yleiset ja helpoimmat kysymykset kannattaa sijoittaa lomakkeen alkuun. Siksi kyselylomakkeen ensimmäinen osio muodostui yläotsikosta taustatiedot, jossa kartoitettiin vastaajien vastaanotolla työskentely-aikaa, koulutustietoja ja mahdollisia mielenterveydenhoitotyön erikoistumisopintoja tai lisäkoulutusta.

Kyselylomakkeen toisessa osiossa oli yläotsikkona Kokemuksia masennuksen hoidosta työssäsi viimeisen vuoden aikana. Kehittämispöytäselityksen kannalta oli merkityksellistä saada tietää, kuinka masennuspotilaita hoidetaan tällä hetkellä käytännössä, sillä virallista toimintamallia ei ollut olemassa. Kysymykset pyrittiin pitämään lyhyinä ja mahdollisimman selkeinä, jotta vastaushalukkuus olisi mahdollisimman suuri. Hirsjärven ym. (2009, 202–203) mukaan kyselylomakkeen laadinnassa tulee panostaa lyhyisiin kysymyksiin ja suosia rajattuja spesifisiä kysymysmuotoja sekä käyttää mieluummin monivalintavaihtoehtoja kuin samaa mieltä/eri mieltä -väitteitä.

Kyselylomakkeen kolmannessa osiossa oli aiheena Valmiudet masennuksen ennaltaehkäisyyn, tunnistamiseen ja hoitoon terveystieteiden keskuksessa. Vastaajilta kysyttiin omasta osaamisesta ja masennuksen hoidon toteutumisesta työyhteisössä, sillä haluttiin kartoittaa, millaisia kehittämistarpeita osaamisessa mahdollisesti olisi. Hoitajilta kysyttiin myös ajankohtaisista haasteista masennuksen hoidossa. Tulevia koulutuksia varten haluttiin tietää, millaisia työkaluja hoitajilla jo on käytössä ja mitkä koetaan hyödyllisenä sekä kartoitettiin hoitajien tiedon tarvetta. Viimeinen osio kyselystä koostui kolmesta avokysymyksistä. Nämä haluttiin mukaan, jotta hoitajat pääsisivät vapaasti ottamaan kantaa, eikä vaihtoehtoja olisi mitenkään rajattu. Hirsjärven ym. (2009, 201) mukaan avokysymykset antavat vastaajalle mahdollisuuden ilmaista todelliset ajatukset.

Kun alustava hahmotelma kyselystä oli valmis, sitä kierrätettiin kommentoitavana yhteistyökumppaneilla eri tapaamisissa syksyn 2012 aikana. Lokakuussa kyselyn paperi-

versiota testattiin kahdella kohdeorganisaation ulkopuolisella testivastaajalla, ja sen jälkeen tehtiin vielä yksittäisiä muutoksia kysymyksiin. Kyselyn testauksella oli tarkoitus kartoittaa erityisesti vastaamiseen kuluva aikaa, sillä kysely haluttiin pitää suhteellisen nopeana vastattavana. Testivastaajat totesivat, että kyselyn vastaamiseen menee korkeintaan 10 minuuttia, jota haluttiin pitää takarajana. Ojasalon ym. (2009, 118) mukaan lomakkeen kokeilu on välttämätöntä ennen sen levittämistä. Kysely kannattaa antaa luettavaksi tutkimuksen ohjaajille ja muille alaa tunteville henkilöille.

Esitestauksen jälkeen kyselyn paperiversio annettiin Pohjois-Karjalan Tietotekniikka-keskuksen (PTTK) hallintaan. Sopimus sisälsi sähköisen kyselylomakkeen luomisen, kyselyn hallinnoinnin ja tulokset Excel-taulukossa. PTTK:n edustaja teki paperiversiota sähköisen kyselyn, jota muokattiin loka-marraskuun aikana vielä usean kerran. Kyselyä oli mahdollista harjoitella vielä sähköisessä muodossa, joten sitä testattiin yhteistyökumppaneiden kanssa. Lisäksi kaksi uutta kohdeorganisaation ulkopuolista testasi sähköisen version kyselystä. Tässä vaiheessa havaittiin, että sähköinen kysely oli hyvin helppokäyttöinen ja nopea täyttää sekä ulkoasu selkeä. Siksi oli tarpeen tehdä enää vain muutama muutos kysymysten kirjoitusmuotoihin.

Ennen varsinaista aineiston keruuta toimintatutkijan kannattaa tehdä huolellinen pohjatyö. Tutkijan kannattaa järjestää keskustelutilaisuus osallistujille, mikä helpottaa luottamuksen saavuttamista osallistujiin ja auttaa käynnistämään kehittämishanketta. Prosessiin sitoutumista edistää tutkimuksen kohdistaminen kysymyksiin, joita osallistujat itse pitävät haasteellisina. (Huovinen & Rovio 2006, 99–100, 102.) Syksyn 2012 aikana opinnäytetyön tekijä kävi tapaamassa hoitajia ja esimiehiä eri työyksiköissä, jolloin heillä oli mahdollista osallistua yhteiseen keskusteluun masennuksen hoidon kehittämisestä. Samalla informoitiin tulevasta kyselystä ja motivoitiin osallistujia vastaamaan.

Kysely toteutettiin siten, että 13.11.2012 hoitajille lähetettiin sähköpostiviesti, jossa oli linkki saatekirjeeseen ja kyselylomakkeeseen. Vastaamisaikaa annettiin joulukuun alkuun asti. Opinnäytetyön tekijä pystyi seuraamaan vastauksien saapumista sähköisestä linkistä, jossa vastaajat säilyivät edelleen nimettöminä. Kysely suljettiin kahden muistutusviestin jälkeen 4.12.2012, jolloin lopulliseksi vastaajamääräksi saatiin 24. Kysely lähetettiin yhteensä 41 hoitajalle. Joulukuun lopussa PTTK toimitti tulokset tallennettuna Excel-taulukkoon.

Kvantitatiivisen aineiston peruskäsittelyä on yksittäisten muuttujien perustarkastelu ja tiivistäminen jakaumien, tunnuslukujen ja kuvien sekä taulukoiden avulla. Muuttujat voidaan jakaa prosenttijakaumiksi ja tunnuslukuna voidaan käyttää keskiarvoa, joka on yksi yleisimmistä. (Vehkalahti 2008, 52–61). Monivalintakysymyksien tulokset olivat valmiina taulukossa käsiteltäviksi, mikä nopeutti työskentelyä. Tulosten käsittelyn menetelminä käytettiin keskiarvolukuja, prosenttiosuuksia, kuvioita ja taulukoita. Kohdejoukon koon vuoksi näillä tuloksilla ei kuitenkaan ole tilastollista merkittävyyttä, mutta tätä kehittämisprosessia varten saatiin riittävästi kuvailevaa tietoa. Tulosten käsittely perustui tiivistämiseen ja luokitteluun, eikä pidemmälle meneviä tilastollisia analyysyjä ollut tarkoitus tehdä, eikä tuloksia siten pysty yleistämään.

Aineiston analyysitavat kietoutuvat usein toisiinsa, eikä selkeitä rajoja eri menetelmien välille pysty käytännössä aina asettamaan. Laadullisen aineiston analyysissä teemoittelu on suositeltava menetelmä käytännöllisen ongelman ratkaisussa. (Eskola & Suoranta 1999, 161, 179.) Avoimien kysymysten vastaukset olivat tyypillisemmin laadullisen tutkimuksen aineistoa, joten ne käsiteltiin hyödyntäen teemoittelua. Kaikki viisi avointa kysymystä analysoitiin teemoittelemalla siten, että vastauksista etsittiin kehittämisprosessin aihepiiriin liittyviä yhteisiä teemoja ja etsittiin sitten näille yhteistä yleisempää nimittäjää. Kyselyn tulokset ovat esitelty opinnäytetyön tuotososiossa.

6.5.3 Väliarvio avainhenkilöiden kanssa

Marraskuussa 2012 laitettiin kutsu yhteistyöpalaveriin kehittämisprosessin väliarviota varten ja kyselyn tuloksista tiedottaaksemme. Kaikki kehittämisprosessin kannalta olennaiset henkilöt, kuten eri työyksiköiden esimiehet, johtava lääkäri, ylihoitaja ja muita yhteistyökumppaneita, haluttiin kutsua mukaan. Tarkoituksena oli sitouttaa nämä avainhenkilöt prosessiin mukaan ja perustella masennuksen hoidon kehittämisen tarvetta.

Yhteistyöpalaverissa oli tarkoitus esitellä myös hahmotelma masennuksen hoidon toimintamallista. Keski-Orvolan kanssa suunniteltu idea toimintamallista pohjautui virallisiin valtakunnallisiin suosituksiin masennuksen hoidosta, mutta sitä oli muokattu alueelliseen tarpeisiin ja ajankohtaiseen resurssitilanteeseen nähden. Masennushoitajamallia

(kts s. 27) ei sellaisenaan tälle alueelle ole otettu käyttöön, joten ajatuksena oli rakentaa masennuksen hoidon matalan kynnyksen toimintamalli kaikkien terveyskeskushoitajien käyttöön. Joulukuussa ennen virallista yhteistyöpalaveria sosiaali- ja terveystieteiden johtava ylilääkäri antoi hyväksynnän toimintamallin kehittämiseksi jatkossa.

Yhteistyöpalaveri pidettiin 2.1.2013. Paikalla oli 12 johdon edustajaa ja yhteistyökumppania. Aluksi esiteltiin kyselyn tulokset ja sen jälkeen ideatasolla oleva masennuksen hoidon toimintamalli. Lisäksi sairaanhoitaja Rätty kertoi ratkaisukeskeisen itsekuntoutuslomakkeen hyödyntämismahdollisuuksista terveyskeskushoitajan vastaanotolla. Resurssikysymykset herättivät keskustelua, sillä ne nousivat myös kyselyn tuloksissa esiin ja asiasta oli olemassa käytännön kokemusta. Ilmeinen masennuksen hoidon kehittämisen tarve koettiin yhteisesti ja edelleen kehittämissuunnitelmia päädyttiin jatkamaan ROHTO-koulutuksissa keväällä 2013. Toimintamallin hahmotelma sai myönteistä palautetta, mutta todettiin, että ennen mallin käytännön jalkauttamista hoitajia on koulutettava perusasioissa masennuksen hoidosta. Toimintaa ei voi muuttaa ennen kuin ammattilaisella on riittävästi tietoa ja taitoa toimia uuden hoitosuosituksen mukaisesti (Mäntyranta, Kaila, Varonen, Roine & Lappalainen 2003, 15).

6.6 Kehittämissuunnitelman toteutusvaihe

Toimintatutkimuksen toteutusvaiheessa käytännön kentällä tutkija osallistuu muutosprosessiin. Hänellä on tällöin muutokseen tähtäävä yhteisö, johon hän pyrkii vaikuttamaan osallistumalla tutkimusaineiston tuottamiseen. (Huovinen & Rovio 2006, 95.) Kevättalvella 2013 aloitettiin kehittämissuunnitelman toteutusvaihe, ja menetelmäksi oli valittu moniammatilliset koulutustyöpajat, joihin osallistuisivat hoitajat ja lääkärit. Vaikka tämän kehittämissuunnitelman varsinaisina osallistujina ovatkin hoitajat, muita ammattiryhmiä osallistettiin, koska ROHTO-toiminnan idea on moniammatillisuus. Lääkärin rooli hoitajan työparina on olennainen, joten heidät haluttiin mukaan uuden toimintamallin kehittämiseen.

Koulutus on edelleen keskeinen henkilöstön kehittämisen keino, vaikka sen vaikutukset käytännön toimintaan voivat jäädä vähäisiksi. Koulutuksella voidaan kuitenkin päivittää henkilöstön osaamista ja pyrkiä muutokseen. (Viitala 2004, 203–204.) Koulutussarja oli

sovittu pidettäväksi kevään ja syksyn 2013 aikana, jotta aikajänne olisi riittävän pitkä ja muutokseen olisi riittävästi aikaa sopeutua. Koulutuksien suunnittelua ja toteutusta varten perustettiin työryhmä, johon kuuluivat opinnäytetyön tekijän lisäksi työpari Keski-Orvola ja kaksi Joensuun kaupungin virallista ROHTO-kouluttajaa. Työryhmätyöskentely oli moniammatillista, koska ryhmässä oli lääkäri, psykologi ja kaksi sairaanhoitajaa. Pajasarjan tavoitteeksi kokonaisuudessaan asetettiin kehittää masennuksen hoitopolku Joensuun terveyskeskukseen ja mukaan kutsuttaisiin kaikki terveysasemien hoitajat ja lääkärit sekä erilaisia yhteistyökumppaneita.

6.6.1 Ensimmäinen koulutustyöpaja

Ensimmäistä koulutusta suunniteltiin työryhmätapaamisessa helmikuussa 2013. ROHTO-toimintamalli tarjosi valmiin pohjan koulutuksien toteuttamiseen. Aluksi täytyi määrittellä työpajan tarve ja tavoitteet sekä kohderyhmä. Ensimmäisen pajan tarve oli lähtöisin käytännön ongelmista masennuspotilaan tunnistamisessa ja hoidon tarpeen arvioinnissa. Tavoitteeksi asetettiin opetella masennuksen tunnistamisen apuna käytettäviä työkaluja. Menetelmiksi valittiin draama, lyhyet tietoisuuksiennot, käytännön harjoitukset ja yhteinen keskustelu. Koulutuksen sisällön suunnittelussa hyödynnettiin kyselyn tuloksia, olemassa olevaa tausta- ja teoretietoja masennuksen hoidosta sekä työryhmän osallistujien omia käytännön kokemuksia kentältä.

Ensimmäinen työpaja pidettiin 19.3.2013. Osallistujia oli 16. Koulutus eteni aikataulun mukaisesti, ja vastuunjaosta oli sovittu erikseen etukäteen (liite 4). Työpajassa opetettiin masennuksen hoidon tunnistamista ja erotusdiagnostisia kysymyksiä ryhmätyöskentelyn ja yhteisen keskustelun avulla. Lisäksi masennuksen hoidon osaamista vahvistettiin luentotyyppisesti, koska alkukartoituskyselyn perusteella oli selkeä tiedon tarve. Lopuksi kerättiin ROHTO-toiminnan mukaisesti osallistujilta kirjallista palautetta. Opinnäytetyön tekijä ei ollut paikalla tässä ensimmäisessä koulutuksessa, koska oli harjoittelussa ulkomailla. Ensimmäisestä työpajasta koottu tieto kirjoitettiin yhteenvedoksi jaettavaksi henkilöstölle sähköpostitse. Työpajasta saatua tietoa ja ideoita hyödynnettiin työryhmätyöskentelyssä toimintamallin rakentamisessa.

Varsinaisen ROHTO-pajojen lisäksi vastaavanlainen koulutus järjestettiin kahdessa kantakaupungin ulkopuolisessa työyksikössä. Tästä oli keskusteltu jo edellisenä syksynä kyseisten yksiköiden esimiesten kanssa ja todettu, että pitkän välimatkan takia kovin moni yksiköiden työntekijöistä ei pääsisi koulutukseen kantakaupunkiin asti. Nämä koulutukset pidettiin huhti- ja toukokuussa 2013 kummassakin yksikössä erikseen. Toisessa yksikössä osallistujia oli kymmenen, ja toisessa heitä oli kuusi.

Työyksikkökoulutus noudatteli ROHTO-pajan tavoitteita ja aiheisältöjä. Erotuksena oli, että kouluttajina olivat opinnäytetyöntekijä työpari Keski-Orvolan kanssa. Työnjako koulutuksen osalta tehtiin kummankin vahvuus- ja asiantuntijuusalueiden mukaan. Koulutuksen ohjelma on liitteessä 5. Menetelmänä olivat alustusluennot, mutta pääasiallisesti pyrkimys oli yhteiseen rakentavaan keskusteluun. Etuna oli avoimen keskustelun mahdollistaminen pienemmässä ryhmässä ja tätä varten oli suunniteltu valmiita kysymyksiä. Keskusteluilmapiiriä haluttiin virittää dialogisuuden ja osallistamisen periaatteiden mukaisesti, sillä kohderyhmälle ei haluttu esitellä valmista toiminta- tai ajattelumallia. Tarkoituksena oli löytää jo olemassa olevaa osaamista ja hiljaista tietoa sekä tehdä sitä näkyväksi, minkä jälkeen voisi rakentaa yhdessä uutta. Koskimiehen, Pyhäjoen ja Arnkilin (2012, 9) mukaan yksilöillä ja yhteisöillä on paljon osaamista hallussaan, mutta se ei ole aina näkyvää eikä sitä välttämättä aina hyödynnetä tiedostaen. Tätä hiljaista tietoa ja osaamista voidaan saada esille olosuhteissa, joissa asioista puhutaan avoimesti ja osaamista voidaan jakaa luottamuksellisessa ympäristössä.

Erillisten koulutusten jälkeen tulisi aina kysyä osallistujilta, mitä he ovat oppineet ja mitä he tekisivät jatkossa toisin (Viitala 2004, 196). Koulutuksesta sai antaa suullista palautetta heti tilaisuuden jälkeen, ja lisäksi tarjottiin vaihtoehdoksi lähettää palautetta sähköpostilla. Osallistujille annettiin kotitehtäväksi tutustua esiteltyihin työkaluihin ja tarjottiin mahdollisuutta kysyä tukea, jos tulee käytännön ongelmia. Luentomateriaali luvattiin lähettää kaikille sähköpostiin. Suullisessa palautteessa korostui positiivinen kokemus koko työyksikön yhteisestä koulutuksesta omassa työyksikössä ja avoimen keskustelun syntyminen. Kirjallista palautetta ei erikseen jälkepäin tullut.

6.6.2 Toinen koulutustyöpaja

Koulutussarjan toista työpajaa suunniteltiin huhti- ja toukokuussa kahdessa eri työryhmäpalaverissa. Työpajan rakennettiin samalla tavalla kuin aiemminkin eli ensin määriteltiin tarve ja tavoitteet. Tässä vaiheessa oli myös käytössä ensimmäisestä pajasta kerätty kirjallinen palaute ja käytännön kokemukset, joita hyödynnettiin koulutuksen suunnittelussa. Tällä kertaa aikataulua löysennettiin, jotta keskustelulle syntyy enemmän tilaa. Muuten menetelmät olivat samat kuin aiemmin. Työpajan tarve oli edelleen käytäntölähtöinen, sillä hoitajat olivat kokeneet, että masentuneen kohtaamisessa on haasteita. Masennuksen lääkkeettömästä hoidosta oli myös paljon väärinkäsityksiä ja hoitajat olivat kokeneet, että heillä ei ole työkaluja hoitaa masennuspotilasta. Tavoitteeksi asetettiin saada tietoa masennuksen lääkkeettömästä hoidosta ja käytettävissä olevista työkaluista terveyskeskusvastaanotolla.

Toiseen suunnittelupalaveriin kutsuttiin mukaan kokemusasiantuntija, joka voisi kertoa masennuksen hoidosta omasta näkökulmastaan ja osallistua jatkossa myös itse koulutukseen. Mieli- ja päihdesuunnitelman suosituksen mukaisesti kokemusasiantuntijoiden osallistumista mielenterveyspalveluiden suunnitteluun tulisi lisätä, jotta palvelujärjestelmä voi ottaa nykyistä paremmin asiakkaan tarpeet huomioon (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2012b, 24). Lisäksi toiseen palaveriin kutsuttiin sairaanhoitaja Rätty, joka oli jo saanut valmiiksi itsekontoutuslomakkeen hoitajien käyttöön. Toisessa palaverissa tarkennettiin koulutuksen sisältöä ja sovittiin työnjaosta. Opinnäytetyöntekijä ja työpari Keski-Orvola saivat tehtäväksi vastata alustusluennosta masennuksen hoidosta.

Toinen koulutustyöpaja pidettiin 28.5.2013. Osallistujia oli 26. Koulutus eteni liitteessä 6 esitetyn aikataulun mukaisesti. Erona edelliseen koulutukseen oli, että herkkutarjoilua oli järjestetty positiivisen ilmapiirin virittämiseksi, mikä toimikin hyvin. Ryhmätyöskentely oli innokasta, ja keskustelua masennuksen lääkkeettömästä hoidosta nousi esiin paljon. Tarkoituksena oli saada osallistujat ymmärtämään, että esimerkiksi omahoitokeinoja masennukseen on laajalti, eivätkä keinot eroa muiden kansansairauksien hoidosta paljoakaan. Masennuspotilaan omahoidon ohjaamisessa voikin hyödyntää terveyskeskushoitajan jo olemassa olevaa osaamista ja tietoperustaa. Tietoa jakamalla keskityttiin murtamaan vääriä käsityksiä ja asenteellisia kysymyksiä masennuksen hoidosta.

Myös tästä työpajasta kirjoitettiin yhteenveto kaikkien osallistujien nähtäväksi jälkikäteen. Osallistajat saivat tehtäväksi viedä saamaansa tietoa omiin työyksiköihin omissa yksikköpalaverissa.

Kesäkuussa pidettiin vastaava yksikkökohtainen koulutus kantakaupungin ulkopuolisella terveysasemalla, kuten aiemmin oli siellä sovittu. Osallistujia oli yhdeksän. Koulutus eteni toisen ROHTO-pajan teemojen mukaisesti (liite 7). Nyt etuna oli se, että henkilöstö oli jo tuttu, joten oli mahdollista aikaansaada entistä vapaamuotoisempi koulutus perinteisen luentotyypin sijaan. Suullista palautetta saatiin koulutuksen yhteydessä ja edelleen kehoitettiin laittamaan mahdollista palautetta myös sähköpostilla. Koulutuksen jälkeen saatiin sähköpostitse yksi kirjallisen palaute, jossa oli kiitokset hyvästä koulutuksesta.

6.6.3 Kolmas koulutustyöpaja

Viimeinen koulutustyöpaja suunniteltiin työryhmässä syyskuussa 2013. Aiheena oli masennuspotilaan hoitoon ohjaaminen, työnjaolliset kysymykset ja hoidon porrastus. Erilaisia yhteistyökumppaneita päädyttiin kutsumaan entistä laajemmin, koska tarkoituksena oli päästä sopimaan organisaatio- ja yksikkörajat ylittävästä yhteistyöstä. Pajan tavoitteeksi asetettiin perehtyminen päivitettyyn masennuksen alueelliseen hoitosuositukseen ja terveyskeskuksen sisäisen työnjaon selkiyttäminen. Lisäksi tavoitteeksi muodostui ymmärtää masennuspotilaan hoitoon ohjaamisen perusteet ja hoitopaikan valinta. Työmenetelmiksi valittiin oppiminen potilastapausten ja learning cafe -menetelmän avulla.

Koulutus pidettiin 2.10.2013, ja osallistujia oli 26. Paikalla oli useita yhteistyökumppaneita, kuten Mielenterveyskeskuksen ja Sovatekin sekä kolmannen sektorin edustajia. Edellisen kerran tapaan hyvää syötävää oli tarjolla. Koulutusta varten oli myös tunti enemmän aikaa, koska aihe oli laaja. Opinnäytetyön tekijän ja työparin yhteinen osuus oli esitellä masennuksen hoidon toimintamallin viimeisin versio.

Koulutus eteni suunnitelman mukaisesti aikataulussa (liite 8). Monipuolista keskustelua syntyi runsaasti, koska paikalla oli osallistujia eri ammattiryhmistä ja eri organisaatiois-

ta. Työpajassa oli esimerkiksi hoitoalan koulujen edustajia, mikä laajensi edelleen keskustelun näkökulmaa. Johtava lääkäri oli myös paikalla kertomassa johdon terveiset henkilöstölle: masennuksen hoidon kehittämiseen kannattaa panostaa myös työpajasarjan loppumisen jälkeen. Learning cafe -menetelmä toimi hyvin ryhmätyöskentelyssä, sillä sen avulla saatiin hyvin kerättyä tietoa hoidon porrastuksesta ja työnjaon kysymyksistä monipuolisesti eri yksiköiden edustajilta. Tuotosten purkuvaiheessa päästiin keskustelemaan ongelmakohtista ja kehittämiskohteista sekä tulevaisuuden painopisteistä masennuksen hoidossa.

6.7 Kehittämisen prosessin havainnointivaihe

Toimintatutkimuksen syklin mukaisesti toimintavaiheen jälkeen edetään havainnointivaiheeseen, joka tarkoittaa rekonstruoivaa eli taaksepäin suuntautuvaa ajattelua. Tässä vaiheessa kerätään havainnointitietoa toiminnasta, minkä jälkeen tietoa voidaan reflektoida ja arvioida. (Heikkinen ym. 2006, 78–79.) Tämä opinnäytetyön havainnointivaihe limittyi toteutusvaiheen kanssa yhteen, eikä selkeää rajaa voida vetää. Havainnointia kerättiin jo suunnitelmavaiheessa, koska tietoa toimintamallin rakentamista varten kerättiin koko prosessin ajan.

Toimintatutkimuksessa tietoa voidaan kerätä monella eri tavalla. Yksi yleisimmistä tiedonkeruumenetelmistä on osallistuva havainnointi ja sen pohjalta kirjoitettu tutkimuspäiväkirja ajatusten jäsentämisen tueksi. Tutkimuspäiväkirjaan kerätään tietoa kenttävaiheen tapahtumista, prosessin etenemisestä, tunnelmia, palautetta, omaa toimintaa koskevia havainnointeja, tiivistelmiä ja yhteenvetoja sekä kysymyksiä. (Huovinen & Rovio 2006, 104, 107.) Myös tässä kehittämissuorituksissa on kirjoitettu alusta alkaen tutkimuspäiväkirjaa. Ajallisesti prosessi on kestänyt pitkään, joten luonnollisesti havainnointitietoa on runsaasti pitkältä ajalta. Ilman asianmukaista dokumentointia tieto ei olisi ollut hallittavissa. Tutkimuspäiväkirja on ollut mukana kaikissa opinnäytetyöhön liittyvissä kontakteissa. Seuraavassa on ote tutkimuspäiväkirjasta helmikuulta 2013, jolloin opinnäytetyön tekijä pohti toimintamallin käytännön kysymyksiä omassa työssään:

” alkukartoituskäynti toimii hyvin, sillä potilaat pääsevät aiemmin hoitoon, kun ei tarvitse odottaa kahden viikon päähän lääkärille. Ensimmäinen käynti vie aikaa, usein jopa tunnin kaikkine kirjauksineen. Mistähän löytyy hoitaja-aikoja tähän? Toisaalta

osalle potilaista on riittänyt yksi tai kaksi käyntiä, sillä kyse onkin ollut muusta elämänmurheesta, ei varsinaisesti hoidettavasta sairaudesta. Alkukartoituskäynti säästää lääkärin työpanosta, kun aikaa ei ole usein tarvinnut varata ollenkaan! ”

Toimintatutkimuksen aineistoja ovat myös toiminnan aikana tuotettu kirjallinen materiaali, työryhmien muistiot, kokouspöytäkirjat, raportit ja sähköpostiviestit (Huovinen & Rovio 2006, 104). Erityisesti kehittämisprosessin suunnitteluvaiheessa käytettiin runsaasti aikaa keskusteluihin, taustatietoja kartoittaviin yhteistyökumppaneiden epävirallisiin haastatteluihin ja tutumiskäynteihin työyksiköissä. Kehittämisprosessin myöhemmässä vaiheessa havaintoaineiston kerääminen tapahtui pääosin työryhmätapaamisissa, yhteistyöpalavereissa ja koulutuksissa. Kaiken kaikkiaan erilaisia muistioita on kerätty kehittämisprosessin aikana 55 kpl. Näitä dokumentteja on hyödynnetty toimintamallin rakentamisessa ja itse kehittämisprosessin sekä tutkijan oman opinnäyteprosessin hallinnassa. Alkuperäinen ote tapaamismuistiosta on kuvattu liitteessä 9.

Havainnointitiedon keräämistä oli myös alkukartoituskysely, jota on käsitelty jo edellä. Lisäksi havainnointitietoa kerättiin ROHTO-koulutuksista virallisella palautelomakkeella. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos analysoi tulokset ja toimitti niistä koontia. Nämä tulokset oli tarkoitettu ROHTO-toiminnan sisäiseen arviointiin, eikä niitä ole avattu tarkemmin tässä opinnäytetyössä. Palautteita on kuitenkin hyödynnetty koulutussarjan ja erillisten koulutuksien suunnittelussa koko kehittämisprosessin ajan. Esimerkiksi pajojen aiheita pidettiin kautta linjan mielenkiintoisena, mikä tuki kehittämisprosessin jatkamista. Opinnäytetyön tekijän ja työparin pitämistä erillisistä koulutuksista kerättiin suullista palautetta koulutuksien yhteydessä, ja näistä on kirjoitettu havainnointitietoa tutkimuspäiväkirjaan ja erillisiin muistioihin.

Otteita koulutuspalautteista:

” hienoa kun päästiin kaikki tänne koulutukseen yhtäaikaan ”

” olipa mielenkiintoinen aihe, silmäni avautuivat aivan eri tavalla ”

Otteita omista tunnelmista kouluttajana:

” jännitti, että ihmiset eivät innostu tästä aiheesta, mutta saatiin yllättyä todella positiivisesti. Ihanan keskusteleva vastaanotto ja ihmiset toivat juuri niitä ideoita esille, joita oli vähän jo itsekin mietitty. ”

Näitä koulutuspalautteita ja tutkimuspäiväkirjan otteita oli tarpeellista lukea seuraavaa koulutusta varten ja ne toimivat kehittämisideoina. Esimerkiksi keskusteleavasta otteesta saatiin positiivista palautetta, joten erityisesti pienemmissä työyksikkökoulutuksissa pystyttiin panostamaan yhteiseen keskusteluun.

6.8 Kehittämisen prosessin reflektointivaihe

Toimintatutkimuksen ydintä kuvaa reflektiivinen ajattelu, jossa aiempi toiminta pyritään näkemään uudessa näkökulmassa. Reflektointi leimaa koko toimintatutkimuksen sykliä, jossa eri vaiheet lomittuvat toisiinsa. (Heikkinen 2001, 175–176.) Tämän opinnäytetyön kehittämissyklissä reflektio kulki mukana joka vaiheessa, vaikka se seuraavaksi onkin kuvattu erillisenä osiona. Reflektiivinen ajattelu oli mukana jokaisessa prosessiin liittyvässä tapaamisessa. Se korostui toimintatutkimuksellisen syklin siirtymävaiheissa, jolloin tehtiin kehittämisprosessin väliarviointia.

Opinnäytetyön alkuvaiheessa, kun kehittämisprosessin idea syntyi, tehtiin tietoista reflektiota. Aihetta tarkennettiin ja rajattiin yhdessä Arjen mieli -hankkeen projektikoordinaattorin kanssa ja myöhemmin toimeksiantajan kanssa. Kehittämisidea arvioitiin seuraavilla kysymyksillä prosessin suunnitteluvaiheessa keväällä 2012 (taulukko 3).

Taulukko 3. Hankeidean testaus (mukaillen Heikkilä ym. 2008, 62)

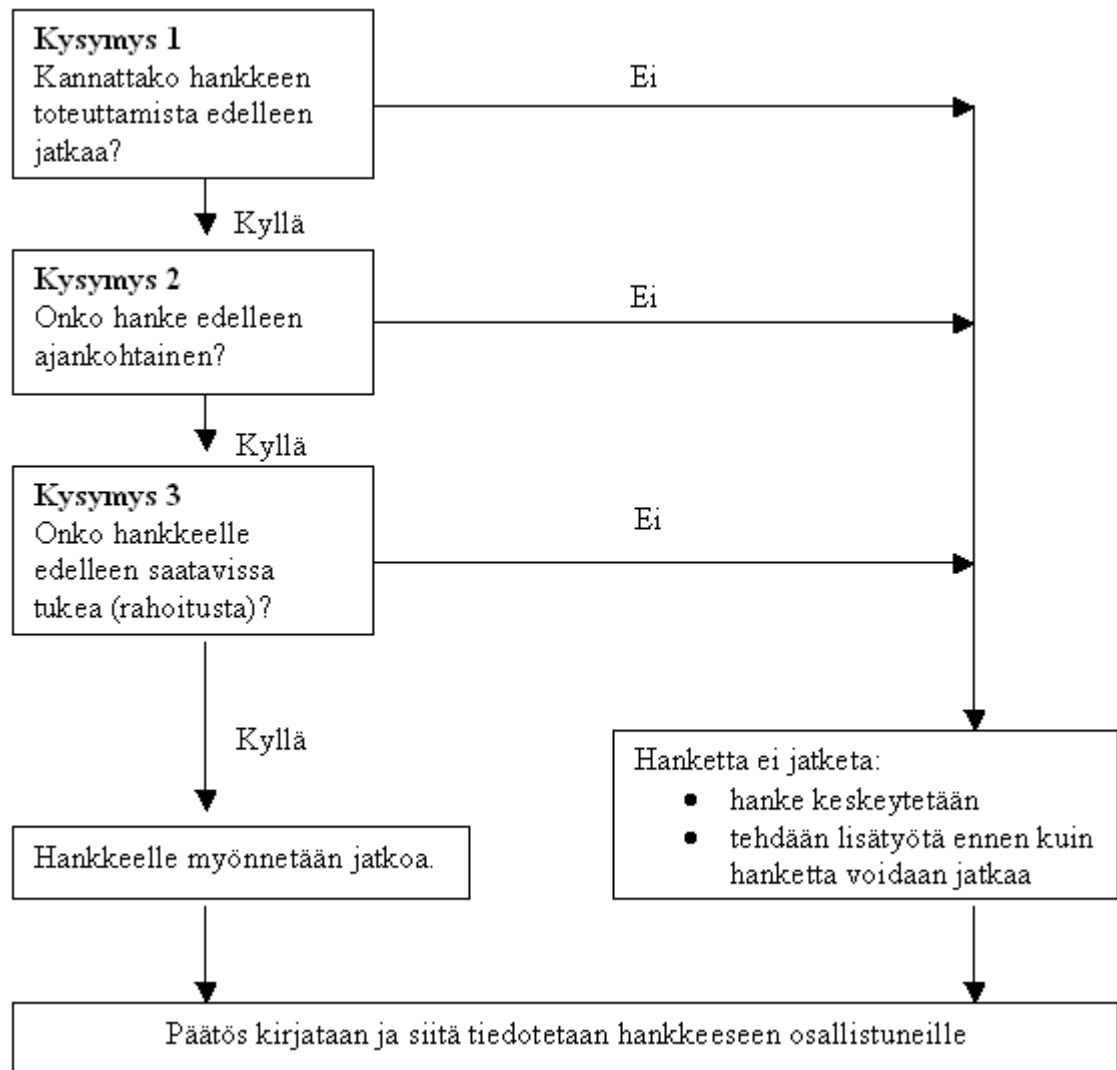
Kysymykset	Päätelmät
Parantaako ja uudistaako idea terveydenhuollon toimintaa, palvelua tai järjestelmää?	Kyllä. Kehittämisen prosessin on tarkoitus uudistaa masennuspotilaan hoitoa terveyskeskuksessa.
Onko työyksikössä aikaa ja resursseja kehittämiseen ja miten ne suhtautuvat odotettuun tulokseen?	Kyllä/ei. Oletus on, että terveyskeskuksen työntekijöillä saattaa olla niukat resurssit uuden opetteluun. Ihmisillä on kuitenkin erilaisia käsitteitä asiasta.
Onko työyksikössä kehittämiseen tarvittavaa osaamista? Mistä ja miten osaamista voisi hankkia? Tarvitaanko yhteistyökumppaneita?	Kyllä/ei. Mielenterveystyön osaamista todennäköisesti niukasti, mutta tätä selvitetään vielä alkukartoituksella. Osaamisen kehittämiseen esim. koulutus. Todennäköisesti hiljaista tietoa ja taitoa on olemassa jo. Yhteistyökumppaneita etsitään lisää.
Miten hyvin kehittäminen sopii muihin työtehtäviin?	Kehittämisen tarkoituksena on yhdenmukaistaa masennuspotilaan hoitoa ja luoda toimintamalli. Terveyskeskuksessa on jo olemassa toimivia malleja hoitaa esim. diabetespotilaita, joten kehittämisen idea on sama.
Onko kehittämisidea linjassa terveydenhuollon organisaation tai työyksikön strategian ja toiminnan painopisteiden kanssa?	Kyllä/ei. Kehittämisidea on linjassa valtakunnallisten kehittämissuositusten kanssa. Kohdeorganisaatiolla ei ole mielenterveysstrategiaa. Arjen Mieli -hanke tukee perusterveydenhuollon mielenterveystyön kehittämistä kohdeorganisaatiossa.
Mikä on kaikkein tärkeintä?	Kehittämisen prosessin asiakaslähtöisyys ja aiheen yhteiskunnallinen merkitys.

Suunnitteluvaiheessa reflektio jatkui alkukartoituskyselyn valmistumisen jälkeen yhteistyöpalaverissa tammikuussa 2013, kuten edellä on jo kuvattu. Tässä palaverissa arvioitiin edelleen kehittämistyön perusteita ja tarvetta yhdessä eri toimijoiden kanssa. Alkukartoituskyselyn tulokset toivat olennaista arviointitietoa masennuksen hoidon nykytilasta ja toimivat osaltaan kehittämisen perusteena toteutusvaiheeseen siirryttäessä. Resurssikysymyksien ja organisaatiokulttuurin muutoksen arvioitiin muodostuvan haasteeksi kehittämisprosessin onnistumisen kannalta. Kehittämisprosessiin kuuluva muutostarjonta tunnistettiin. Terveyskeskustyö on perinteisesti ollut somaattisesti painotunutta, joten muutos uuteen työskulttuurin masennuspotilaan osalta tulisi olemaan haas-

teellista ja pitkäjänteisyyttä vaativaa. Paasivaaran ym. (2008, 77) muutosvastarinta tulisikin hyväksyä luonnollisena osana muutosta ja sille tulisi antaa aikaa.

Kehittämisen prosessin reflektointi jatkui läpi koko toteutusvaiheen opinnäytetyön tekijän itsereflektion muodossa ja toisaalta yhteistyökumppaneiden kanssa. Yksi kehittämisen prosessin ja toisaalta hankeyhteistyön arvioinnin hetki oli toukokuussa 2013, kun opinnäytetyön tekijä luovutti kirjoittamansa artikkelin Arjen mieli -hankkeen loppuraporttiin. Artikkelin oli saatu hankkeelta toimeksiantona, ja siinä kuvattiin kehittämistyön senhetkistä tilannetta ja arvioitiin hankeyhteistyötä. Artikkelin on julkaistu hankkeen loppuraportissa ITÄ KOHTAA LÄNNEN (Laitinen, Komminaho, Mäkelä, Järvinen, Hilama, Nykky, Moring, Partanen & Sutela 2013, 86–91).

Toteutusvaiheen merkittävä reflektiopiste oli palaveri johdon ja yhteistyökumppaneiden kanssa syyskuussa 2013. Koulutuksia suunnittelevassa työryhmässä oli todettu, että ennen viimeistä työpajaa prosessissa tarvitaan väliarviointia. Toimintaympäristössä oli ilmaantunut muutoksia keväällä 2013, sillä kaupungin taloudellinen tilanne oli hankaloitunut ja syksyksi 2013 oli sovittu säästötoimenpiteistä. Tämä tarkoitti henkilöstön lomautuksia, joten resurssit uuden oppimista ajatellen tiedettiin olevan entistä tiukemalla. Lisäksi oleellinen kysymys palaveria varten oli, miten järjestetään masennuspotilaan hoidon työnjako ja hoidon porrastus. Tämä olisi olemaan myös viimeinen koulutustyöpajan aihe, joten työryhmä halusi varmistaa, mikä on johdon kanta näihin merkittäviin haasteisiin. Pohdinnassa edettiin Youngin (2006, 36) avainkysymyksillä, jotka on tarkoitettu kehittämisen prosessin eri vaiheiden arviointiin (kuviot 3). Palaverista olimme hakemassa vastausta erityisesti kysymykseen numero kolme.



Kuvio 3. Hankkeen arvioinnin avainkysymykset (Young 2006, 36)

Palaveri johdon kanssa pidettiin 2.9.2013. Paikalla oli neljän hengen työryhmän lisäksi kolme johdon edustajaa. Aluksi käytiin läpi, millaisia tavoitteita on asetettu, mitä on saavutettu ja mitä on viimeisessä pajassa tarkoitus tehdä. Lisäksi esiteltiin perusteluja sille, miksi masennuspotilaita kannattaa hoitaa hyvin terveyskeskustasolla ja mikä on tämänhetkinen tilanne sekä hoitoon ohjaus alueellisen hoitosuosituksen mukaisesti. Masennuksen hoidon toimintamallin viimeisin versio esiteltiin myös ja sen rinnalle ehdotettiin ryhmämuotoisen hoidon käynnistämistä. Vastauksia haluttiin kuviossa esitettyihin kysymyksiin ja erityisesti siihen, kannattaako prosessia jatkaa näillä suunnitelmilla, joita on tehty. Johdon kanta oli selkeä, että masennuksen hoidon kehittämistä kannattaa jatkaa ja viimeisen työpajan suunnitelmat ovat hyvät. Yhteisesti todettiin haasteeksi toimintamallin jalkauttaminen ruohonjuuritasolle. Ryhmämuotoinen hoito sai kustan-

nustehokkaana vaihtoehtona kannatusta myös, ja näin saatiin lupa jatkaa ryhmätoiminnan kehittelyä ja yhteistyökumppaneiden etsimistä.

Toimintatutkimuksen syklin mukaista loppuarviointia opinnäytetyön tekijä laati masennuksen hoidon toimintamallista, joka on tarkoitettu nimenomaan hoitajien käyttöön ja on suppeampi versio aikanaan ilmestyvästä masennuspotilaan hoitopolusta Joensuun terveyskeskuksessa. Toimintamallin SWOT-analyysi esitetään opinnäytetyön tuotososiossa. Heikkilän ym. (2008, 63) mukaan SWOT-analyysia voidaan käyttää itsereflektioon hankkeen suunnittelussa tai työskentelyn aikana. Koko kehittämisprosessin loppuarvio jatkuu tämän opinnäytetyöprosessin jälkeen vielä työryhmän kanssa. Silloin arvioidaan ROHTO-kehittämistoimintaa ja laajempaa masennuspotilaan hoitoketjukuvausta, joka saatetaan loppuun koulutuksista kerätyn tiedon pohjalta.

7 Opinnäytetyön tuotokset

7.1 Alkukartoitus

7.1.1 Taustatiedot

Vastaajien (n=24) taustatietoja kysyttiin viidellä kysymyksellä. Valtaosa vastaajista (96 %) oli työskennellyt avovastaanotolla enemmän kuin vuoden. Vain yksi vastaaja oli alle vuoden työkokemuksella. Yli kymmenen vuotta terveyskeskuksen avovastaanotolla työskennelleitä oli 38 %.

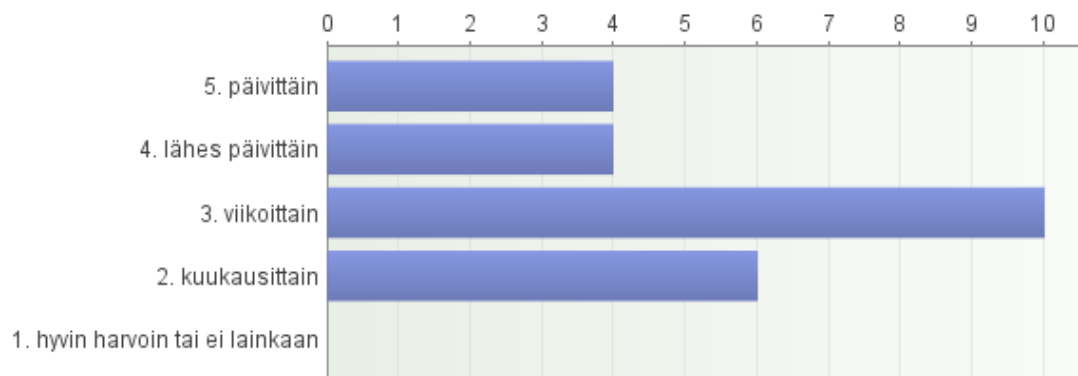
Vastaajista (n=24) oli eniten sairaanhoitajia (46 %) ja terveydenhoitajia (38 %). Lähi- tai perushoitajia oli neljä. Vain kaksi hoitajaa oli koulutuksessaan suuntautunut mielen- terveystyöhön: toinen oli ollut psykiatrian puolen hoitopaikoissa harjoitteluissa ja toisella oli lähihoitajaopintoihin kuuluva mielen- terveystyö- ja päihdetyön suuntaavat opinnot. Vastaajista kolme hoitajaa oli saanut koulutusta masennuksen hoidosta työpaikallaan. Avokohdassa he tarkensivat, että ovat osallistuneet Tivoli-koulutukseen (aikaisempi terveyskeskuksen ja Mielen- terveystyökeskuksen koulutusyhteistyö). Loput 21 hoitajaa (88

%) eivät olleet saaneet mitään koulutusta masennuksen hoidosta työpaikan sisällä. Työpaikan ulkopuolista koulutusta oli saatu myös niukasti, koska vain yksi vastaajista oli hakenut lisäkoulutusta masennuksen hoitoon.

Yhteenvedon voidaan todeta, että hoitajilla on niukasti mielenterveystyön erityisosaamista kouluttautumisen näkökulmasta. Heillä on kuitenkin työkokemusta vastaanotto-työstä, osalla vuosien ja jopa yli kymmenen vuoden kokemus. Vastaajilla on yleisesti hyvä käsitys avovastaanoton toiminnasta työkokemuksen perusteella.

7.1.2 Kokemuksia masennuksen hoidosta

Hoitajat kohtaavat masennuspotilaita melko usein, sillä jopa 33 prosenttia hoitajista kertoi kohtaavansa masennuspotilaita päivittäin tai lähes päivittäin (kuvio 4).



Kuvio 4. Masennuspotilaiden kohtaaminen (n=24)

Hoitajista (n=24) yhdellätoista (46 %) oli ollut hoitosuhde masennuspotilaan kanssa. Yhdeksällä (38 %) vastaajalla ei ollut ollenkaan hoitosuhteita, ja viisi (21 %) vastasi, että ei osaa sanoa. Lopuksi 11 (hoitosuhteen omaavaa) hoitajaa arvioi potilaiden määrää viimeisen vuoden aikana ja kuvasi hoitosuhteen etenemistä vapaamuotoisesti avokysymyksellä. Kahdeksalla hoitajalla oli ollut alle kymmenen potilasta vuoden aikana ja kahdella yli 10. Yksi hoitaja ei osannut arvioida määrää.

Kymmenen hoitajaa vastasi avokysymykseen, jossa sai kuvata masennuspotilaan hoitosuhdetta. Vastaukset olivat vaihtelevia:

”Masennuksesta kärsivän asiakkaan hoito tapahtuu muun sairauden hoidon/seurantakäynnin yhteydessä.”

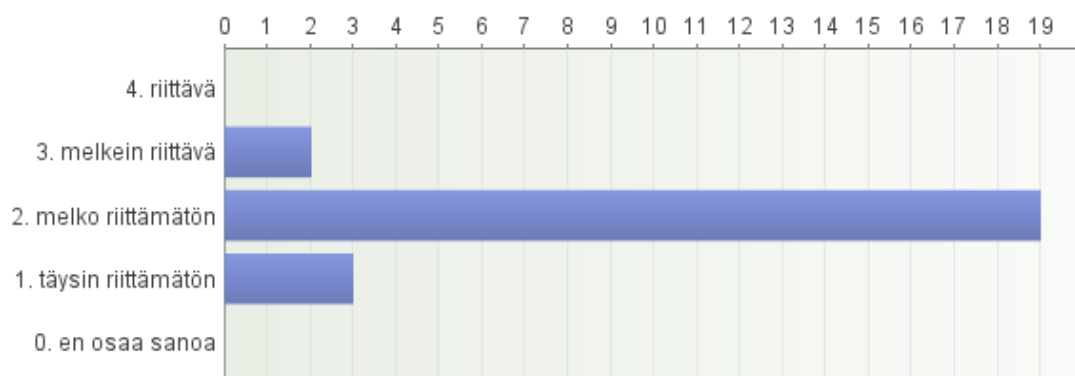
”Käyntejä järjestetään riippuen masennuspotilaan voinnista ja mm. sairauden kestosta. Lähinnä käytän keskustelua hoitomuotona.”

Hoitajat kuvasivat järjestävänsä vastaanottokäyntejä asiakkaan tarpeista lähtien. Masennusta hoidetaan vastaanotolla myös muun sairauden ohessa, joten masennus ei usein ole varsinainen tulosyy. Hoitajat mainitsivat tekevänsä yhteistyötä lääkäreiden kanssa hoidon suunnittelussa. Pääasiallinen hoitomuoto vaikuttaa olevan keskustelu.

Yhteenvetona voidaan todeta, että tämän osion tulokset vahvistivat käsitystä siitä, että hoitajat kohtaavat ja tunnistavat masennuspotilaita vastaanotolla. Masennuspotilaan hoitotyötä toteutetaan joidenkin hoitajien vastaanotolla, mutta siitä ei ole olemassa selkeää toimintamallia. Käytäntö on siis hyvin työntekijäkohtainen. Asiakkaalle tämä tarkoittaa sattumanvaraisuutta hoidon laadussa terveyskeskuksessa.

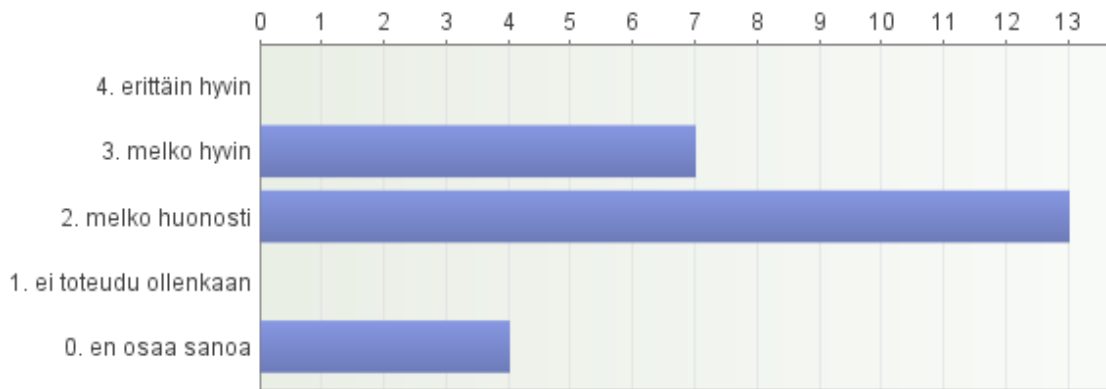
7.1.3 Valmiudet masennuksen ennaltaehkäisyyn, tunnistamiseen ja hoitoon

Hoitajista suuri osa (92 %) koki osaamisensa täysin tai melko riittämättömäksi (kuvio 5).



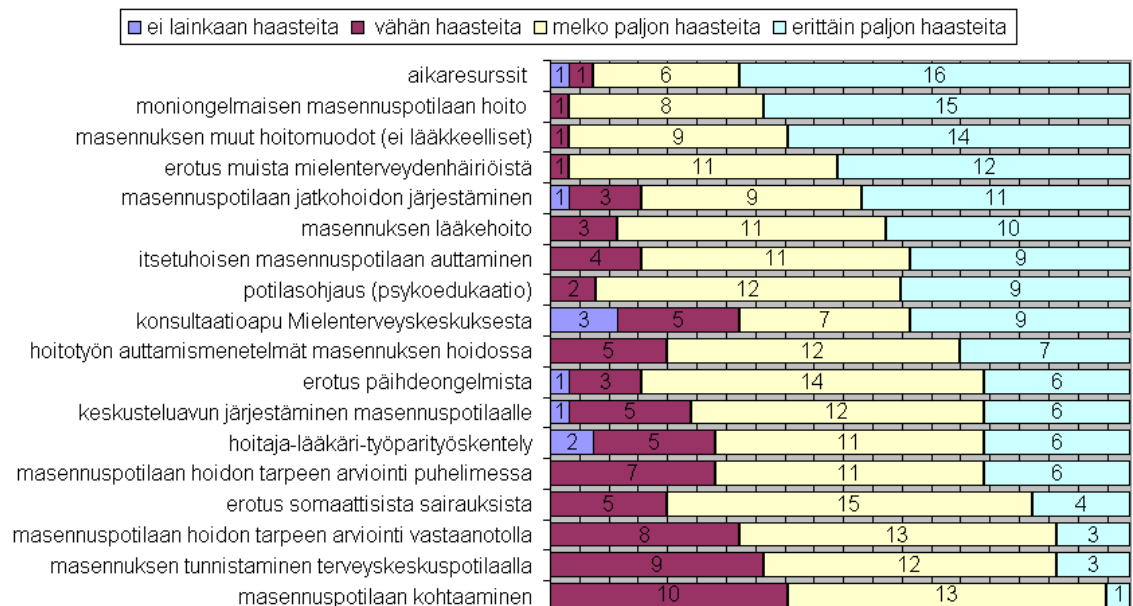
Kuvio 5. Hoitajien oma kokemus masennuksen hoidon osaamisesta (n=24)

Yli puolet hoitajista koki masennuksen hoidon toteutuvan työyhteisössä melko huonosti, kun 29 prosenttia hoitajista koki hoidon toteutuvan melko hyvin (kuvio 6).



Kuvio 6. Masennuksen hoidon toteutuminen työyhteisössä (n=24)

Suurimmaksi haasteeksi koettiin aikaresurssit (hoitajien ja lääkärin vastaanottoaikojen riittävyys), sillä 16 vastaajaa koki niissä erittäin paljon haasteita (kuvio 7). Muita erittäin haasteellisia asioita koettiin olevan moniongelmaiset masennuspotilaat, niin sanotut ei-lääkkeelliset hoidot ja erotus muista mielenterveyshäiriöistä. Masennuspotilaan kohtaamista, tunnistamista ja hoidon tarpeen arviointia pidettiin vähiten haasteellisena.



Kuvio 7. Masennuksen hoidon haasteet (n=24)

Avokysymyksellä pyydettiin kuvaamaan vielä kolme suurinta haastetta (n=24). Hoitajat kuvasivat haasteita esimerkiksi näin:

”Aina ei ole mahdollisuutta varata masennuspotilaalle riittävän pitkää aikaa vastaanotolle ja vapaat ajat saattavat mennä tosi pitkän ajan päähän”

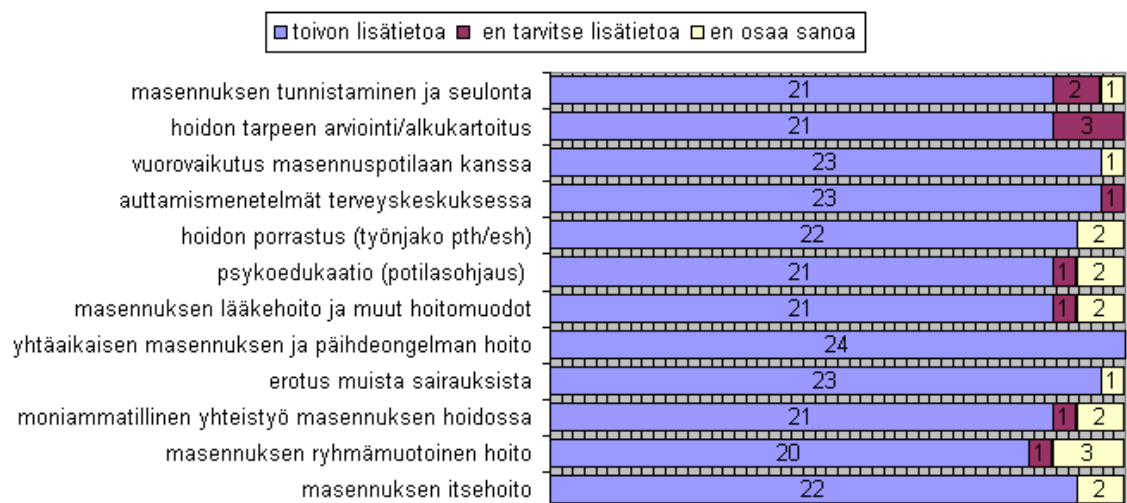
”Kenelle ohjaan, paljonko aikaa voin käyttää, kuka hoitaa jatkohoidon”

Suurimmiksi teemoiksi haasteista nousivat aika- ja resurssikysymykset, osaamisen puute ja koulutustarpeet sekä hoidon jatkuvuus ja jatkohoidon järjestäminen.

Masennuksen hoidon työkaluista käytetyin oli Käypä hoito -suositus, sillä suurin osa vastaajista (81 %) käytti sitä työssään. Taulukko on esitetty liitteessä 10. Seuraavaksi käytetyin oli masennuksen arvioinnin mittarit, kun hoitajista reilusti yli puolet (67 %) vastasi hyödyntävänsä niitä. Kaikkein vähiten käytetty oli työnohjaus. Harva käyttää myöskään psykoedukaatiota ja vastaavaa materiaalia sekä perhehoitotyötä.

Seuraavaksi hoitajia arvioivat näiden työkalujen hyödyllisyyttä. Vastaukset olivat hyvin vaihtelevia ja niitä puuttui paljon tämän kysymyksen kohdalla (liite 11).

Hoitajat kaipaavat laajalti tietoa masennuksen hoidosta (kuvio 8).



Kuvio 8. Hoitajien kokema lisätiedon tarve (n=24)

Yhteenvetona voi todeta, että masennuksen hoidossa on osaamisaukkoja niin yksilö- kuin työyhteisötasollakin. Haasteiksi nousivat resurssikysymykset yhdessä erilaisten osaamistarpeiden kanssa. Masennuksen hoidon työkalut eivät ole kovinkaan tuttuja, lukuun ottamatta perinteistä Käypä hoito -suositusta ja masennusmittareita. Todennäköisesti tästä syystä hoitajat eivät osanneet arvioida työkalujen hyödyllisyyttä kovin hyvin. Hoitajat kaipaavat lisätietoa masennuksen hoidon usealta osa-alueelta.

7.1.4 Kehittämisehdotuksia

Hoitajat (n=22) kertoivat hankkivansa lisätietoa masennuksesta erityisesti internetistä, pääasiallisesti Terveysportista. Myös ammattilehtiä ja -kirjallisuutta käytettiin tiedonhaussa. Lisäksi vastauksissa mainittiin keskustelu kollegoiden kanssa. Nämä vastaukset antoivat viitteitä siihen, että hoitajat käyttävät tiedonhankintaan enimmäkseen sähköisiä kanavia, mikä tukee Arjen mieli -hankkeessa kehitetyn sähköisen työkalupakin käyttökelpoisuutta.

Seuraavaksi hoitajilta kysyttiin, miten masennuksen hoitoa tulisi kehittää terveysasemilla. Vastajia oli 23. Hoitajien vastasivat esimerkiksi näin:

”Yhteistyötä enemmän, esim. yhteisiä koulutuksia, keskusteluiltapäiviä tms.”

”Jokaisessa terveyskeskuksessa voisi olla ainakin yksi koulutettu hoitaja, jonka luona voisi käydä keskustelemassa asioista ja joka kartoittaa tilannetta ja lääkäri olisi siinä työparina”

Vastaukset kehittämisehdotuksista on koottu kolmen teeman alle (taulukko 4).

Taulukko 4. Hoitajien kehittämisehdotukset

osaamisen kehittäminen	<ul style="list-style-type: none"> • koulutus • moniammatillinen yhteistyö
toimivia käytäntöjä	<ul style="list-style-type: none"> • luodaan masennuspotilaan hoitopolku • jokaisessa terveyskeskuksessa oma psykiatrinen hoitaja • hoitaja - lääkäri-työparitoiminta • konsultaatioapu • sujuva yhteistyö Mielenterveyskeskuksen kanssa
asiakaslähtöisyys	<ul style="list-style-type: none"> • helppo yhteydenaanti terveyskeskukseen • nopea pääsy vastaanotolle • jatkohoidon sujuvuus

Yhteenvedona kehittämisehdotuksista on todettava, että tiedon ja koulutuksen tarve nousi selvästi esiin. Lisäksi hoitajat toivat esiin käytännön ongelmia yleisesti terveyskeskustyöstä, kuten ajan saanti tai jatkohoidon järjestäminen. Näiden voidaan ajatella koskettavan muitakin terveyskeskuksen potilasryhmiä kuin masennuspotilaita. Useat hoitajat kannattivat myös psykiatrasta erityisosaamista terveyskeskukseen.

Viimeisenä kysyttiin, miten juuri terveysaseman hoitajan osaamista voisi hyödyntää masennuspotilaan hoidossa perusterveydenhuollossa. Vastauksia saatiin 18. Hoitajat vastasivat esimerkiksi näin:

”Masennuspotilaan pitkäaikaisessa hoitosuhteessa välikontrollit omahoitajalla”

”ongelmien kartoitus esim. ennen lääkärin vastaanottoa”

Hoitajan osaamisen hyödyntäminen yhdentyi seuraavien teemojen alle (taulukko 5).

Taulukko 5. Hoitajan osaamisen hyödyntäminen

varhainen tunnistaminen	<ul style="list-style-type: none"> • aluehoitajilla tutut potilaat • masennuksen seulominen muiden sairauksien yhteydessä • riskiryhmien tunnistaminen
tehokas hoidon tarpeen arviointi	<ul style="list-style-type: none"> • taustatietojen ja nykytilan kartoitus ennen lääkärin vastaanottoa
hoitajan auttamismenetelmät	<ul style="list-style-type: none"> • keskustelukäynnit • lääkeshoidon ohjaus • voinnin seuranta • omahoitajuus

Yhteenvedonä todetaan, että hoitajien osaamisessa vaikuttaisi olevan paljonkin hyödyntämätöntä potentiaalia. Hoitajilla on paljon ideoita oman työn kehittämiseen, mutta varsinaisen käytännön toteutuksen esteenä vaikuttaisi edelleen olevan osaamisen puute. Hoitajat mieltävät, ettei heillä ole masennuksen hoidosta riittävästi tietoa.

7.2 Masennuksen hoidon toimintamalli

7.2.1 Masennuksen tunnistaminen

Masennus on hyvin tavallinen terveyskeskuspotilaalla, joten kaikkien työntekijöiden tulee pyrkiä tunnistamaan masennuksen oireet ja tarvittaessa ohjaamaan asiakas hakemaan apua (Melartin & Vuorilehto 2009, 31). Masennuksen varhaista tunnistamista haluttiin helpottaa yhdenmukaistamalla masennuspotilaan hoidon tarpeen arviointia. Hoitajat kokevat, että he kohtaavat masennuspotilaita usein, mikä on myös valtakunnallisten sairaustilastojen perusteella todennäköistä. Osaamisen koetaan kuitenkin olevan riittämätöntä ja hoitokäytäntöjen selkiytymättömiä. Masennusmittarit olivat monelle tuttuja, mutta masennuksen tunnistaminen jää usein lomakkeen täyttöön ja lääkärille ohjaamiseen. Lisäksi potilas ei aina itse tunnista masennustaan, mikä koettiin vaikeaksi ottaa puheeksi. Masennuspotilailla on myös usein päällekkäisiä somaattisia ja/tai

psykkisiä sairauksia ja osalla myös muita ongelmia, päihde- tai sosiaalisia ongelmia, mikä vaikeuttaa edelleen nimenomaan masennuksen tunnistamista.

Masennuksen tunnistamista helpottamaan kehitettiin masennuksen seulontakysymykset, jotka perustuvat suoraan masennuksen diagnostisiin kriteereihin (taulukko 6). Jos masennusepäily herää, tehdään lisäkysymykset suisidaalisuuden ja psykoottisten oireiden kartoittamiseksi. Nämä kysymykset luotiin yhdessä työpari Keski-Orvolan kanssa ja niitä muokattiin yhteistyökumppaneiden avulla. Seulontakysymykset esitettiin kouluksissa ja niihin pyydettiin kommentteja, joiden perusteella kysymyksien sanamuotoja vielä muutettiin. Seulontakysymyksiä on tarkoitus käyttää hoidon tarpeen arvioinnissa puhelimesta tai terveyskeskuksen vastaanotolla masennuksen tunnistamisen helpottamisessa, kun aika on rajallinen. Kysymyksiä tulisi käyttää hyvin matalalla kynnyksellä masennusta epäiltäessä ja erityisesti masennuksen riskiryhmiin kuuluvien kohtaamisessa. Jos kysymyksien perusteella masennusepäily vahvistuu, sen jälkeen aloitetaan tarkemmat selvittelyt. Potilaan hoidon kiireellisyys muuttuu, jos itsemurha-aikeet nousevat esille tai herää epäily psykoottisuudesta.

Taulukko 6. Masennuksen seulontakysymykset

1. Oletko viimeisen kuukauden aikana tuntenut itsesi usein tavanomaista alakuloisemmaksi? (alakulo)
2. Oletko viimeisen kuukauden aikana usein huomannut kiinnostuksen puutetta arkisia askareita kohtaan? (kiinnostus)
3. Oletko viimeisen kuukauden aikana kärsinyt väsymyksestä tai voimien ja energian puutteesta? (energia)
Jos johonkin kysymyksistä tulee myönteinen vastaus, kysy vielä:
4. Oletko miettinyt itsesi vahingoittamista? (suisidaalisuus)
Jos vastaa kyllä, kysy vielä: a) Onko sinulla konkreettinen suunnitelma? b) Kuinka toivottomana näet tilanteesi?
5. Onko tilanteessasi jotain mitä pelkää? (pelko)

Masennuksen tunnistamisen mittariksi päädyttiin valitsemaan MDI-lomake (liite 12). Tuularin (2004, 2–3) mukaan MDI-lomaketta (Major Depression Inventory) suositellaan masennuksen seulontaan ja diagnosointiin. Sopivaa mittaria pohdittiin yhteistyössä Mielenterveyskeskuksen ja eri yhteistyökumppaneiden kanssa. MDI valittiin, koska masennuksen diagnostiset kriteerit ovat lomakkeessa valmiina ja se on suhteellisen ly-

hyt ja nopea pisteyttää, joten mittari olisi ajankäytöllisesti mahdollisimman tehokas. Lomaketta esiteltiin ja testattiin koulutuksissa, koska suurimmalle osalle se ei ollut olle-
lenkaan tuttu. MDI sai hyvää palautetta, vaikka alkutuntuma monilla oli epävarma. En-
simmäisen koulutuksen jälkeen hoitajat ja lääkärit saivat testata lomaketta käytännössä
oikeilla potilailla.

Koulutuksissa käsiteltiin lisäksi masennuksen tunnistamista helpottavaa erotusdiagnos-
tiikkaa. Hoitajien vastaanottotyön tueksi haluttiin valmis runko, joka toimisi työkaluna
masennuksen tunnistamisessa. Opinnäytetyön tekijä oli tehnyt käytännössä alkukartoi-
tuskäyntejä masennuspotilaille ennen lääkärin vastaanottoa, mikä oli havaittu toimivaksi
malliksi. Idea alkukartoituskäynnistä nousi esiin myös kyselystä ja koulutuksissa erityi-
sesti lääkäreiltä. Alkukartoituskäynnillä voidaan tarkentaa erotusdiagnostiikkaa ja selvi-
tellä potilaan taustatietoja, jotta saadaan selville, viittaavatko oireet masennukseen vai
johonkin muuhun, esimerkiksi meneillään olevaan surureaktioon. Alkukartoituskäynnin
tarkoitus on myös kartoittaa hoidon tarpeen kiireellisyyttä. Käynnin sisältö on kuvattu
taulukossa 7.

Taulukko 7. Hoitajan alkukartoituskäynnin sisältö

tulosy	miksi hakeutunut hoitoon?
esi-/taustatiedot	onko hoidettu aiemmin, onko muita hoitokontakteja, elämäntilan- nekriisejä/traumoja, stressitekijöitä, sukurasitus?
koulutus/ työllisyystilanne	koulutus- ja työhistoria lyhyesti, miten sujuu töissä ja koulussa?
perhetilanne/ sosiaalinen tilanne	kenen kanssa asuu, kotona asuvia lapsia (vrt. lastensuojelun tarve), perheväkivalta, tuen tarve lapsille tai itselle? millainen lähipiiri?
perussairaudet	somaattiset ja mahdolliset muut psyykkiset sairaudet
lääkehoito	nykylääkitys, viime ajan muutokset/uudet lääkkeet?
mittarit	MDI, AUDIT, tarpeen mukaan muut käytössä olevat mittarit
päihteiden käyttö	alko, huumeet, psykelääkkeet (esim. kaverilta), käytön säännölli- syy? myös kokeilut? suhtautuminen päihteisiin?
nykytila	tämän hetkiset oireet ja niiden kesto, toimintakyky, arjen sujumi- nen, nukkuminen, syöminen, liikkuminen, itsemurha-aiheet, pelot ja ahdistus, tulevaisuuden suunnitelmia?
itsehoitokeinot	mitä jo käytössä, mitä voisi lisätä? tarv. itsekuntoutuslomake seu- raavilla käynneillä
laboratorio- tutkimukset	ellei viime aikoina otettu niin ohjelmoi PVK, TSH, Paastosokeri (tarpeen mukaan konsultoi lääkäriä tarvittavista tutkimuksista)
jatkohoito- suunnitelma	kenelle ohjataan jatkossa (tk-lääkäri, Kriisikeskus, läheteellä MTK), konsultaation tarve, seuraava tapaaminen?

7.2.2 Masennuspotilaan hoito

Toisessa koulutusosiossa käsiteltiin masennuksen hoitoa ja pääpainona nimenomaan lääkkeetön hoito. Koska tarkoituksena oli tarjota työkaluja ensisijaisesti hoitajan työhön, päädyttiin keskittymään lääkkeettömään hoitoon ja menetelmiin hoitajan vastaanottotyössä. Varsinainen lääkehoito kuuluu lääkärille, eikä sitä käsitelty näissä koulutuksissa kuin sivuten. Potilaan toipumisen kannalta on tärkeää, että hän saa tietoa myös muista masennuksen hoitokeinoista ja tukea niiden toteuttamiseen.

Kyselystä nousi vahvasti esille, että masennuksen muut hoitokeinot eivät ole kovin tuttuja. Psykoedukaatiota ei juurikaan terminä tunnettu. Koulutuksissa tuli kuitenkin esille, että potilasohjaus (psykoedukaatiota tarkoittavaa suomenkielinen versio) on hoitajille ja lääkäreille arkipäivän työtä (taulukko 8). Koulutuksissa olikin tarkoituksena hälventää masennuksen hoitoon liittyvää mystifikaatiota; masennuksen hoito ei tarkoita salatiedettä tai vain säännöllistä psykoterapiaa. Masennuksen hoitoon olennaisesti kuuluva psykoedukaatio on samaa työtä, jota hoitajat tekevät muidenkin kansansairauksista kärsivien potilaiden kanssa. Koulutuksissa haluttiin nostaa esille, että hoitajilla on olemassa jo paljon osaamista varsinaiseen masennuksen hoitoon. Masennus on sairautena yksi muiden joukossa, ja hoidossa painottuvat potilasohjaus ja omahoitoon sitouttaminen. Käypä hoito -suositusten (2010) mukaan masennuksen hoitoon tulee aina kuulua häiriötä ja sen hoitoa koskeva psykoedukaatio.

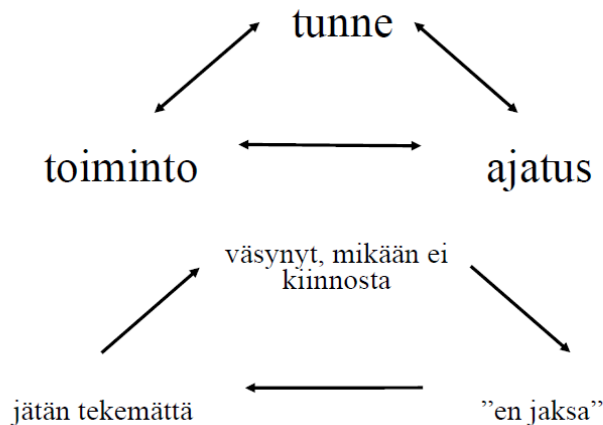
Taulukko 8. Psykoedukaatio masennuspotilaalle (vrt. Käypä hoito -suositus 2010)

oireet	masennus on oireyhtymä, joka näyttäytyy ajatuksissa, tunteissa, käyttäytymisessä ja myös ruumiillisina oireina
aikakriteerit	oireita on oltava vähintään 2 viikkoa
masennus vs. suru	vaikeissa oireissa tai surureaktion pitkittyessä yli kahden kuukauden voidaan diagnosoida masennus
esiintyvyys	masennuksesta kärsii samanaikaisesti noin 5 % suomalaisista
”syyt”	masennus on usean tekijän summa, yleensä taustalla erilaisia laukaisevia tekijöitä
ylläpitävät tekijät	stressi, asioiden vatvominen, itsestään huolehtimisen puute, liikkumattomuus, päihteet
hoito	tietoa eri hoitomuodoista ja itsehoitokeinoista
uusiutumisriski	masennuksen varomerkit ja esioireet

Kun koulutuksissa hoitajilta ja lääkäreiltä kysyttiin masennuksen hoitokeinoja, he ilmoittivat lukuisia vaihtoehtoja, lehden lukemisesta psykoterapiaan. Kirjon todettiin olevan valtava, mikä laajensi käsitystä masennuksen hoidosta. Omahoidon rooli nousi esille voimakkaasti myös, sillä siihen tukeminen ja ohjaaminen ovat hoitajan osaamisen ydinaluetta. Koulutuksissa ja myös kyselystä havaittiin, että tätä ohjauksellista roolia ei juuri ole osattu hyödyntää masennuspotilaan hoitoon, vaikka se on perustyötä esimerkiksi diabeteksen tai verenpainetaudin hoidossa.

Hoitajat kertoivat tekevänsä jo monia asioita masennuspotilaiden kanssa tai muun sairauden hoidon yhteydessä, mutta eivät olleet mieltäneet sitä varsinaiseksi ”hoidoksi”. Käytännön esimerkkien avulla käytiin läpi masennuspotilaan kohtaamista ja ohjaamista vastaanotolla, jolloin nousi esille, että masennuspotilaan kanssa harjoitellaan samoja asioita kuin diabetespotilaan kanssa. Jos diabeetikko opettelee verensokerinmittausta omalla kotimittarilla, niin masennuspotilas keskittyy hoitajan kanssa tunnistamaan esimerkiksi masennuksen uusiutumisen varomerkkejä. Tällaisista esimerkeistä syntyi osallistujille oivalluksia jo omasta olemassa olevasta osaamispotentialista.

Masennuksen hoito perustuu ohjaamiseen, neuvontaan, tiedon antamiseen ja erityisesti omahoidollisten menetelmien tukemiseen, mikä vastaa minkä tahansa muun kansansairauden hoitoa terveystieteissä. Ohjauksessa keskitytään omahoidon tukemiseen eli vähentämään masennusta ylläpitäviä tekijöitä, joita masennuspotilailla usein ovat esimerkiksi stressi, asioiden ”märehtiminen” ja päihteet. Potilaan kanssa voi käydä läpi myös masennukseen tyypillisesti kuuluvaa negatiivisten ajatusten kierrettä, joka yleensä pitkittää oireita ja estää toipumasta (kuvio 9). Masennuksen noidankehä on Keski-Orvolan hahmottelema kuvio (mukaihen Koffert & Kuusi 2002, 7).



Kuvio 9. Masennuksen noidankehä

Potilaalle tulee korostaa myös liikunnan merkitystä masennuksen hoidossa ja suunnitella potilaslähtöisesti realistinen, alkuun pienikin, muutos liikunnallisessa aktiivisuudessa. Liikunta on osoitettu yhtä toimivaksi masennuksen hoidossa kuin potilaan käyttämä mielialalääkitys (Blumenthal, Babyak, Doraiswamy, Watkins, Hoffman, Barbour, Herman, Craighead, Brosse, Waugh, Hinderliter & Sherwood 2007, 587–596).

Masennushoitajamallin mukaisesti masennuksen hoito perustuu asiakaslähtöisyyteen. Hoidon tavoitteet tulisi asettaa yhdessä potilaan kanssa, jotta hoitomotivaatio on mahdollista saavuttaa. Tavoitteiden olisi syytä olla realistisia, konkreettisia ja voimavaroja tukevia. (Vuorilehto & Tuulari 2011, 27.) Hoidon tavoitteellisuus selkeytti osallistujien käsitystä masennuksen hoidosta. Tarkoitus ei ole vatvoa potilaan ongelmia, vaan löytää yhdessä voimavaroja masennuksesta toipumiseen. Potilas itse määrittelee hoidon tavoitteen, ja hoitajan tehtävä on tukea tässä.

7.2.3 Hoidon porrastus ja työnjako masennuspotilaan hoidossa

Viimeisessä koulutuspaajassa käsiteltiin masennuspotilaan hoitoon ohjausta. Masennuksen alueellinen hoitosuositus ohjaa hoitamaan lievät ja keskivaikeat masennuspotilaat perusterveydenhuollossa. Tältä pohjalta mietittiin, mitä muita vaihtoehtoja masennuspotilaan hoitoketjussa on ja ketkä ovat yhteistyökumppanit ja millaisin kriteerein heitä voi hyödyntää. Työryhmässä oli rakennettu viisi erilaista tapausesimerkkiä eri yhteistyö-

kumppaneiden hyödyntämisestä. Nämä tapausesimerkit jaettiin ryhmille, jotka kävivät ne ensin keskenään läpi, ja lopuksi tapaukset otettiin koko ryhmän pohdintaan siten, että jokainen ryhmä esitteli ainakin yhden tapauksen.

Tapausesimerkki 2. Äiti soittaa aikuisen pojan puolesta, koska on huolissaan kotona asuvasta täysi-ikäisestä pojasta, joka ei ole kuukausiin lähtenyt kotoa mihinkään. Äiti kertoo että poika on vetäytyneen oloinen, nukkuu paljon, pelaa lähinnä tietokoneella huoneessa. Vanhemmat epäilevät, että pojalla on masennus, koska tämä valittaa ettei mikään ole kiinnostanut pitkään aikaan. Poika ei suostu lähtemään terveyskeskukseen.
KYSYMYS: *Miten ohjaat puhelimessa äitiä?*

Hoitoonohjausvaihtoehtoina nousivat odotetusti Mielenterveyskeskuksen vastaanotto (vain läheteellä), Akuuttityöryhmä (ilman lähetettä), terveyskeskuslääkäri ja -hoitaja, Kriisikeskus ja Sovatek sekä päivystävä lääkäri. Tapausesimerkit auttoivat kuitenkin hahmottamaan, miten erilaisia vaihtoehtoja on olemassa samankin potilastilanteen kohdalla riippuen, mitä tietoa on käytettävissä. Toisaalta hoitoonohjaukselle on olemassa selkeät kriteerit, jotka löytyvät alueellisesta hoitosuosituksesta. Näihin kriteereihin palattiin edelleen seuraavassa ryhmätyössä käytännön tasolla. Tapausesimerkkien yhteydessä päästiin yhteisesti kertaamaan aikaisemmissa pajoissa opittuja menetelmiä, kuten masennuksen seulontakysymyksiä ja MDI-mittaria.

Learnig cafe -työpajoissa käytiin läpi masennuspotilaan hoitoketjua neljässä eri ryhmässä. Aiheena olivat masennuksen hoidon nykytila terveyskeskuksessa, kehittämiskohteet ja yhteistyömahdollisuudet terveyskeskuksen ja Mielenterveyskeskuksen välillä, Akuuttityöryhmän konsultaation ja päivystävälle lääkärille ohjaamisen tarve sekä kiireettömän erikoissairaanhoidon lähettämisen perusteet (Mielenterveyskeskus) ja muut toimijat. Kahden jälkimmäisen kahvilan tuotokset on eroteltu taulukossa kahteen osioon (taulukko 9).

Taulukko 9. Learning cafe tuotokset

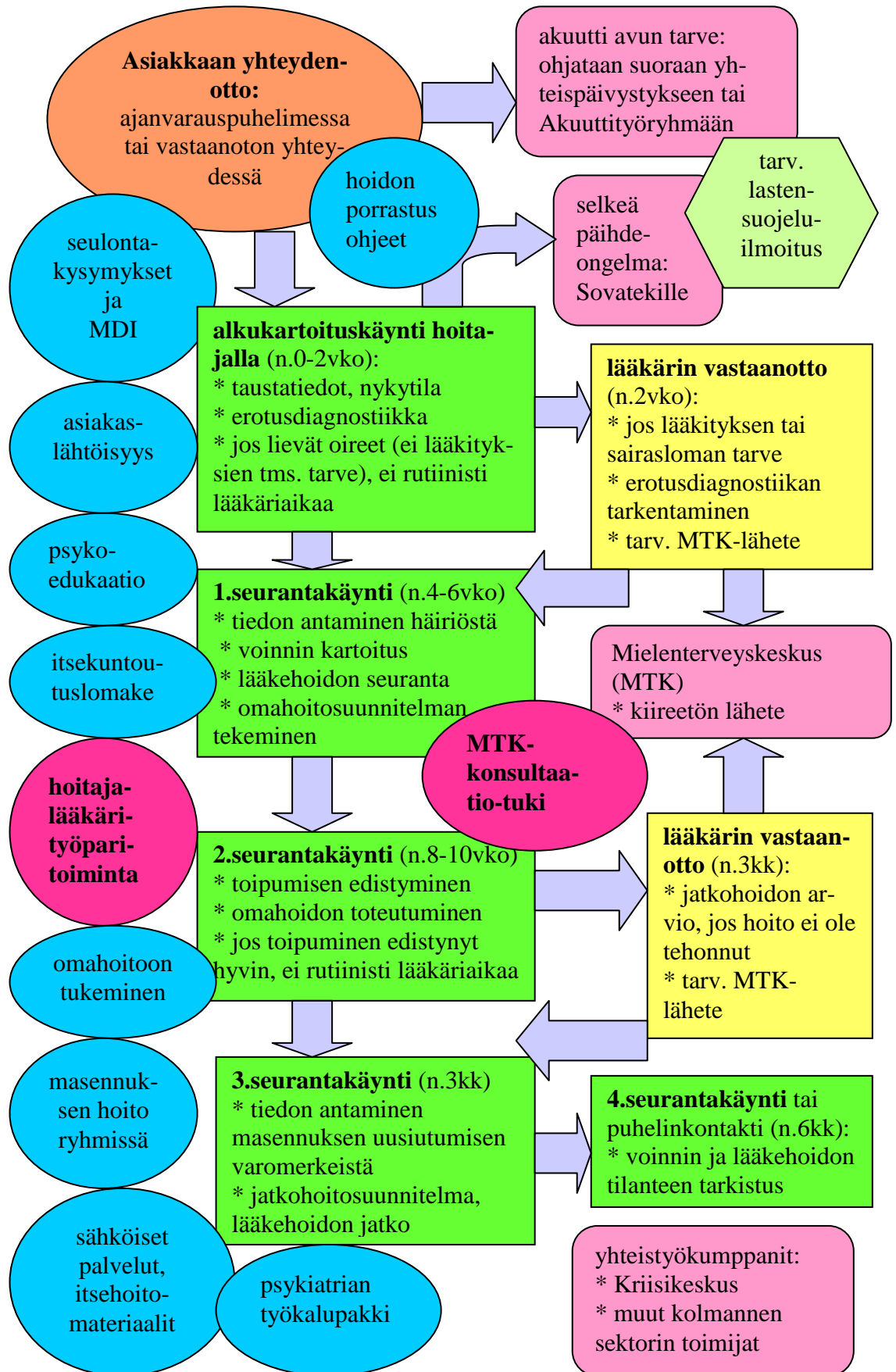
<p>Nykytila</p> <ul style="list-style-type: none"> • hoitajien vastaanottoaikojen niukkuus haasteena • masennuksen hoito kärsivällisyyttä vaativaa, potilas tarvitsee aikaa erityisesti alkuvaiheessa • hoitajilla riittämättömyyden ja osaamattomuuden tunne • hoito lääke- ja ongelmakeskeistä • masennusta hoidetaan muiden sairauksien yhteydessä myös hoitajien vastaanotoilla • masennus jää tunnistamatta somaattisten sairauksien taakse • mistä apua muille kuin suomenkielisille? • ohjaus- ja neuvontamateriaalia ei juurikaan hyödynnetä • masennus arvokysymyksenä, miten tärkeänä hoitoa pidetään? • haasteena hoitoon sitoutumattomuus ja päihdeongelmat • hoitovastuu ei ole selkeä • ryhmämuotoista hoitoa ei ole tarjolla 	<p>Kehittämisen- ja yhteistyömahdollisuudet</p> <ul style="list-style-type: none"> • moniammatillinen mielenterveystyön työryhmä terveyskeskukseen • työparitoiminta (nimetty hoitaja Mielenterveyskeskuksesta työpariksi) • masennushoitajia terveyskeskukseen • hoidonsiirtopalaverit käyttöön • konsultaatio Meadiatrin kautta, sähköpostitse Mediatrin potilas-numerolla • uusien sähköisten palveluiden hyödyntäminen yhteistyössä • ryhmämuotoinen hoito terveyskeskukseen • vertaistukiryhmät kolmannen sektorin avulla, ammattilainen mukana • säännöllinen työnohjaus myös terveyskeskushoitajille • työkierto ja aktiivisempi yhteistyö • tutustaan myös muihin yhteistyökumppaneihin (vrt. kolmas sektori) • hoitajien työkirjoilta varataan vastaanottoaikoja esimerkiksi tietylle päivälle viikossa • hoitopolun jalkauttaminen • lisää koulutusta
<p>Akuuttityöryhmän arvio</p> <ul style="list-style-type: none"> • itsetuhoinen tai psykoottinen, tarvitsee usein myös päivystävän lääkärin arvion • akuutit kriisitilanteet • jos tarvitsee esimerkiksi kotikäynnin omaiselle tai itselleen • Akuuttityöryhmä toimii konsulttina myös 	<p>Kiireettömän erikoissairaanhoidon lähettämisen perusteet</p> <ul style="list-style-type: none"> • vaikea masennus, mutta ei akuuttia hätää • pitkittynyt oireilu, johon terveyskeskuksen hoito ei tehoa • monihäiriöiset ja kaksisuuntainen mielialahäiriö • synnytyksen jälkeinen masennus
<p>Päivystävälle lääkärille ohjaaminen</p> <ul style="list-style-type: none"> • osastohoito- tai M1-lähete • itsetuhoinen tai psykoottinen • väkivallan uhri • jos sairasloman tai akuuttilääkityksien tarve 	<p>Muut toimijat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kriisikeskukseen selkeästi elämäntilannekriisissä olevat • Sovatekille päihteiden suurkuluttajat • Omaiset mielenterveyden tukena - yhdistys, seurakunnat, perheasiainneuvottelukeskus, vertaistukiryhmät (mm. AA-ryhmät)

Yhteisissä keskusteluissa nousi selkeä tarve muuttaa terveyskeskuksen sisäistä työnjakoa erityisesti masennuspotilaan hoidon alkuvaiheessa. Masennuspotilaan alkutilannetta on syytä kartoittaa ensin terveyskeskuksen hoitajan vastaanotolla ennen kuin potilas ohjataan mahdollisesti lääkärille tai muualle hoitopaikkaan. Masennuspotilaan ensimmäinen vastaanottokäynti hoitajalla on tehostettu hoidon tarpeen arviointi, joka on alkanut puhelinkontaktista tai yhteydenotosta esimerkiksi terveyskeskuksen toimistossa. Koulutuspalautteissa useat ilmoittivat kokeilevansa tätä jatkossa. Keskusteluissa heräsi huoli siitä, miten nopeasti potilaalle saadaan järjestettyä hoitajan aika, mutta yhteisesti todettiin, että jos kyse ei ole akuutista tilanteesta (mm. itsetuhoisuus, vakava toimintakyvyn lasku, akuutti sairasloman tarve), potilas voi odottaa aikaa yksilöllisesti muutamasta päivästä kolmeenkin viikkoon asti. Learnig cafe -tuotoksista ja yhteisistä pohdinnoista nousi selkeästi esille yksikkö- ja organisaatorajat ylittävän yhteistyön akuutti tarve.

Osallistujilta nousi esiin tarve masennuksen ryhmämuotoisen hoidon järjestämisestä terveyskeskustasolla. Ryhmämuotoinen hoito voisi olla niukassa resurssitilanteessa kustannustehokas vaihtoehto yksilöhoidon rinnalle. Alustavasti yksi hoitaja ilmoitti kiinnostuksesta ryhmien järjestämiseen masennuspotilaille. Pajassa esiteltiin myös viimeisin versio masennuksen hoidosta terveyskeskushoitajan vastaanotolla, mikä edelleen nostatti keskustelua resurssien niukkuuden osalta. Hoitajien jaksamista voidaan kuitenkin helpottaa työnohjauksella, uusilla yhteistyömalleilla Mielenterveyskeskuksen kanssa ja mielenterveystyön osaamisen kehittämisellä edelleen.

7.2.4 Toimintamallin kuvaus ja SWOT-analyysi

Seuraavaksi on kuvattu masennuksen hoidon uusi toimintamalli terveyskeskuksessa (kuvio 10). Se on kehittämisprosessin lopputuotos, jota on rakennettu yhteistyössä psykologi Andrea Keski-Orvolan, moniammatillisen työryhmän ja kehittämisprosessiin osallistujien kanssa. Koulutuksista ja alkukartoituskyselystä on kerätty tietoa toimintamallin rakentamisen pohjaksi. Lisäksi on hyödynnetty yhteistyökumppaneiden näkemyksiä. Opinnäytetyön tekijän ja työpari Keski-Orvolan kokemustietoa masennuspotilaiden kanssa työskentelystä on myös käytetty mallin rakentamisessa, mikä edistää mallin asiakaslähtöisyyttä.



Kuvio 10. Masennuksen hoidon toimintamalli

Edellä esitetty masennuksen hoidon toimintamalli on paikallinen toimintaohje. Asiakkaan ensimmäinen käynti on yleensä hoitajalla ja voinnin mukaan lääkärikäynti noin kahden viikon kuluttua tästä. Ensimmäinen seurantakäynti hoitajalle on noin kuukauden kuluttua (4–6 viikon kohdalla alkukartoituskäynnistä) riippuen potilaan voinnista tai esimerkiksi lääkehoidon seurannan tarpeesta. Hoitoa jatketaan kolmeen kuukauteen asti, jolloin tilanteen mukaan jatkohoitoarvio lääkärin vastaanotolla. Jos toipuminen on edistynyt hyvin, vointia seurataan vielä puolen vuoden kohdalla hoidon aloituksesta ja yksilöllisen tarpeen mukaan. Mielenterveyskeskus toimii konsultaatiotukena, ja hoitaja tekee aktiivista yhteistyötä terveyskeskuslääkärin kanssa.

Toimintamalliin liitetään linkkejä esimerkiksi sähköisiin psykoedukaatio- ja omahoito-materiaaleihin sekä ohjeistuksia, kuten edellä esitetty alkukartoituskäynnin sisältö. Toimintamallin käyttöä tukee Meadiatri-käyttäjärjestelmästä löytyvä sähköinen psykiatrian työkalupakki, jossa on lisää materiaalia masennuksen ja muiden mielenterveydenhäiriöiden hoitoon. Työkalupakki on kehitetty Arjen mieli -hankkeessa. Työpajoissa esiteltä Kimmo Rädyn tekemä ratkaisukeskeinen itsekuntoutuslomake liitetään myös toimintamalliin hoitajien yhdeksi työkaluksi (liite 13). Lopullinen masennuspotilaan palveluprosessin kuvaus, joka aikanaan liitetään alueellisen Mediatri-käyttäjärjestelmän ohjeisiin, on joiltain osin tässä esitettyä toimintamallia laajempi. Palveluprosessikuvausta muokataan työryhmän kanssa vielä marraskuussa 2013 tämän opinnäytetyöprosessin jälkeen. Lopullisessa prosessimallissa voidaan tulevaisuudessa hyödyntää esimerkiksi sähköisiä palveluja, kuten Pohjois-Karjalan alueella toimivaa sähköistä Medinet-omahoito-palvelua (Mediconsult Oy 2012). Asiakas voisi silloin täyttää MDI-lomakkeen ennen vastaanottoa Medinetissä, mikä nopeuttaisi varsinaista vastaanotto-työskentelyä.

Masennuksen hoidon toimintamallia on arvioitu seuraavassa SWOT-analyysin avulla (taulukko 10). SWOT-analyysia voidaan käyttää jonkin idean hyödynnettävyyden arviointiin (OK-Opintokeskus 2013). Tässä vaiheessa kehittämisprosessia SWOT on opinnäytetyön tekijän oma analyysi, ja sitä voidaan hyödyntää esimerkiksi toimintamallin jalkauttamisvaiheessa varsinaisen opinnäytetyöprosessin jälkeen. Toimintamallin muu analysointi jatkuu työryhmässä vielä tulevana syksynä.

Taulukko 10. SWOT-analyysi masennuksen hoidon toimintamallista (mukaihen Heikkilä ym. 2008, 63)

Sisäiset	Ulkoiset
<p>Vahvuudet</p> <ul style="list-style-type: none"> • asiakaslähtöisyys • omahoidon vahva näkökulma • perustuu Käypä hoito -suositukseen • ei vaadi hoitajalta laajaa psykiatrista osaamista • ratkaisukeskeinen näkökulma, aikaa säästävää 	<p>Mahdollisuudet</p> <ul style="list-style-type: none"> • tehostaa resurssien käyttöä ja oikein kohdentamista • hoitajan osaaminen näkyväksi • madaltaa masennuspotilaan hoitoon pääsyä • selkeyttää työnjakoa • masennusasiakkaan asema tasa-arvoisemmaksi
<p>Heikkoudet</p> <ul style="list-style-type: none"> • asenteet masennuspotilaita kohtaan • hoitajien mielenterveystyön perusosaaminen niukkaa • hoitajien peruskoulutuksessa vähän mielenterveydenhoitotyötä • ajankäytöllisesti liiankin ”karsittu” malli 	<p>Uhat</p> <ul style="list-style-type: none"> • hoitajien jaksaminen, jos ei ole työnohjausta tai sujuvaa konsulttitahtukea • kaupungin taloudellinen tilanne • sosiaali- ja terveystalveluiden pirstaleisuus moniongelmaisten potilaiden osalta • virallisen mielenterveysstrategian puute • toimintamallin käytäntöön jalkauttaminen

8 Pohdinta

8.1 Opinnäytetyöprosessin ja tuotosten tarkastelua

Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävät saavutettiin suunnitelmien mukaisesti. Masennuksen hoitoa kehitettiin moniammatillisen työryhmytyöskentelyn ja ROHTO-koulutuksien avulla. Muutosjohtamisen oppeja hyödynnettiin hoitajien osallistamisessa ja kehittämispöcessin hallinnassa. Alkukartoituskyselyllä kerättiin tietoa masennuksen hoidon nykytilasta ja hoitajien näkemyksistä, mikä oli tärkeää osallistujien näkökulman huomioimisessa. Hoitajien mielenterveystyön osaamista vahvistettiin koulutuksissa moniammatil-

lisen ryhmätyöskentelyn avulla, dialogisella vuorovaikutuksella ja tiedon jakamisella masennuksen hoidosta. Hoitajien käytännön työn tueksi kehitettiin ratkaisukeskeinen itsekontoutuslomake (Kimmo Rätty). Hoitajien toimintaa ohjaamaan luotiin masennuksen hoidon toimintamalli, joka jatkossa liitetään ohjeistuksineen alueelliseen mediatri-käyttäjärjestelmään.

Opinnäytetyöprosessin rinnalla on kulkenut Arjen mieli -hanke, omana projektinaan kehittää perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluja, ja Joensuun kaupungin näkökulmasta masennuksen hoidon kehittämisprosessi, joka jatkuu vielä tämän opinnäytetyön päättymisen jälkeen. Verkostoituminen, organisaatio- ja yksikkörajat ylittävä moniammatillinen yhteistyö ovat olleet kehittämisprosessin avaintekijöitä masennuksen hoidon toimintamallin luomisessa. Isoherrasen (2005, 80) mukaan ammattilaisten yhteistyömallien luominen on erityisen tärkeää, kun asiakkaan hoito ylittää organisaatiörajat. Verkostot organisaatioiden välillä ja sisällä luovat turvarakennelman asiakkaalle.

Opinnäytetyön lähestymistapana toimintatutkimus oli sopiva, sillä sen avulla kehittäminen mahdollistui monella tavalla. Suunnitelmavaiheessa alkukartoituksen tekeminen kyselymuotoisesti oli perusteltu ratkaisu ison osallistujamäärän vuoksi, ja vastauksia saatiin kattavasti. Toisaalta esimerkiksi haastattelut olisivat voineet tuoda tarkempaa lisäinformaatiota nimenomaan masennuksen hoidon kehittämisen esteistä. Kuitenkin kysely edusti kohtuullisesti hoitajien näkemyksiä masennuksen hoidosta ja toimi vahvana perusteluna esimerkiksi hoitajien mielenterveystyön osaamisen kehittämiseksi. Lisäksi huolellinen suunnitteluvaihe ohjasi luontevasti koko opinnäytetyöprosessia. Alkuvaiheen ajan panostaminen kontaktien luomiseen ja kohdeorganisaation tutustumiseen tuki kehittämisprosessin suunnittelua. Heikkisen ym. (2006, 78) mukaan toimintatutkimuksen suunnitteluvaiheessa tarvitaankin paljon ajatustyötä ja yhteisiä keskusteluja.

Koulutustyöpajojen valinta kehittämismenetelmäksi oli luonnollinen ratkaisu, koska ROHTO-toiminnasta oli organisaatiossa jo aiempaa kokemusta. Samalla saatiin perustettua moniammatillinen työryhmä, jonka yhteinen asiantuntijuus oli avaintekijä kehittämisprosessin onnistumisessa ja koulutustyöpajojen järjestämisessä. Lisäksi ROHTO-toiminnan avulla saatiin mukaan koulutuksiin myös muita ammattiryhmiä kuin hoitajat, mikä vahvisti yhteisten käytäntöjen luomista ja uuden toimintamallin rakentamista. Osallistavat kehittämismenetelmät toimivat itse koulutuksissa hyvin, mutta varsinaisen

kehittämisprosessin toteuttamiseen olisi ollut tärkeää saada mukaan ainakin yksi hoitaja jokaiselta terveysasemalta. Sopivia henkilöitä etsittiin koko prosessin ajan, mutta jälkikäteen arvioituna sitä olisi pitänyt tehdä aktiivisemmin, esimerkiksi kysymällä henkilökohtaisesti sähköpostilla. Toisaalta ongelma oli resurssissa, sillä käytännössä irrottautuminen perustyöstä nykytilanteessa olisi saattanut olla epärealistista. Toimintamallin kehittäminen nimenomaan moniammatillisen yhteistyön avulla osoittautui kuitenkin toimivaksi. Erilaiset näkökulmat yli rajapintojen olivat ratkaisevassa asemassa, kun pohdittiin esimerkiksi yksikkörajat ylittäviä konsultaatiokäytäntöjä tai masennuspotilaan hoidon porrastusta. Toimintamallin rakentamisprosessia olisi voinut kehittää siten, että hoitajilta olisi voinut kysyä palautetta mallin toimivuudesta vielä opinnäyteprosessin lopuksi. Tämä ei kuitenkaan ollut ajallisesti enää mahdollista.

Opinnäytetyön tuotos on edellä arvioitu SWOT-analyysillä. Toimintamalli perustuu virallisiin suosituksiin masennuksen hoidon järjestämisestä ja voi toimia hyvin matalan kynnyksen toimintamallina terveyskeskushoitajan vastaanotolla valtakunnallisestikin, vaikka se ensisijaisesti on kehitetty Joensuun tilanne huomioiden. Tässä kehittämisprosessissa luotu masennuksen hoidon toimintamalli eroaa Masennushoitajamallista (kts. sivu 27) siltä osin, ettei se vaadi hoitajalta laajaa psykiatrista osaamista ja on myös ajankäytöllisesti supistetumpi versio. Toimintamalli on ajateltu kaikkien hoitajien käyttöön nimenomaan matalan kynnyksen hoitoon, koska masennuksen hoidon haasteena on edelleen leimautuminen. Potilaan tullessa kenen tahansa hoitajan vastaanotolle terveyskeskuksessa ja saadessaan apua masennuksen hoitoon ensikontaktista lähtien olisi tulevaisuudessa mahdollista irrottautua mielenterveyshäiriöihin liittyvästä häpeästä. Lisäksi tällainen vastaanottotoiminta vähentäisi potilaiden ohjaamista yhdeltä ammattilaiselta toiselle. Mieli- ja päihdesuunnitelma tukee yhden oven periaatteella toimivia matalan kynnyksen vastaanottoja perusterveydenhuollossa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b, 22).

Yhdeksi haasteeksi kehittämisprosessissa muodostui uusien toimintakäytäntöjen omaksuminen. Osa hoitajista koki, että heidän vastuullaan on jo hyvin paljon erilaisia asioita, eivätkä resurssit riitä enää uuden opettelemiseen. Tätä näkökulmaa tukee myös Lehtomäen (2009, 210) väitöskirjatutkimus, jonka mukaan hoitosuosittelun suuri määrä ja laajuus ovat osoittautuneet käytännön toimeenpanon kannalta selvästi ongelmalliseksi perusterveydenhuollossa. Terveyskeskustyössä on jouduttu omaksumaan uusia erikoissairaanhoidosta siirtyneitä sairaanhoidollisia tehtäviä, mikä on lisännyt vaatimusta yhä

useamman hoitosuosituksen hallintaan. Suositusten hallintaa ei edistä kiireinen terveyskeskustyö, jossa ei ole riittävästi mahdollisuuksia perehtyä suosituksiin ja käsitellä niitä yhdessä.

Lisäksi on syytä muistaa, että uusien toimintakäytäntöjen omaksumisen ongelmana on itse muutos, joka voi olla työntekijöille vaikea hyväksyä. Kirjosen (2009, 131) mukaan muutos aiheuttaa haasteita erityisesti silloin, kun kehittämisessä joudutaan puuttumaan työnjaollisiin suhteisiin ja työtehtäväkokonaisuuksiin. Tällöin työntekijä saattaa kokea tilanteen uhkaavana. Toisaalta tässä opinnäytetyöprosessissa tuli hyvin esille, että osa työntekijöistä koki uuden toimintatavan opettelemisen mahdollisuutena kehittää itseään ja he innostuivat kokeilemaan taitojaan myös käytännössä. Todennäköisesti kyse on siis yksilöllisistä eroista lähestyä muutosta, mikä tulee hyväksyä osana prosessia.

Resurssi- ja ajankäytölliset kysymykset nousivat jatkuvasti esiin, mikä oli haaste kehittämisprosessin toteuttamisen kannalta. Tätä vaikeaa kysymystä eivät helpottaneet Joensuuun kaupungin heikentynyt taloudellinen tilanne ja henkilöstön lomautukset loppukesästä 2013, mikä ymmärrettävästi viritti lisää keskustelua resurssikysymyksistä. Toisaalta resurssikeskustelu voidaan osaltaan nähdä myös asenteellisena suhtautumisena masennuspotilaita kohtaan. Perustellusti voidaan kysyä, miksi juuri masennuspotilaan hoitoon ei ole aikaa. Pitäisikö resursseja jakaa tasaisemmin eri asiakasryhmien kesken? Aromaan (2011, 159, 163, 167) mukaan masennukseen liittyy edelleen paljon väärinkäsityksiä ja leimaavaa asennoitumista. Mielenterveysongelmiin liittyvät kielteiset asenteet eivät ole vähentyneet viime vuosikymmeninä, vaikka häiriöitä ja niiden hoitoa koskeva tieto on lisääntynyt. Terveystieteiden ammattilaisten asenteet eivät myöskään poikkea merkittävästi muun väestön asenteista, mikä näkyy potilaiden hoitotilanteissa ja tarjolla olevassa palveluiden määrässä ja laadussa.

Terveystieteiden henkilöstön täydennyskoulutuksessa kannattaa panostaa asenteiden muokkaamiseen, vaikka myös osaamisen kehittäminen sinällään lieventää kielteisiä asenteita (Korkeila 2006, 34). Asenteisiin vaikuttaminen yleisesti ja masennuspotilaiden aseman parantaminen oli yksi opinnäytetyön laajemmista taustatavoitteista. Koska ylimääräisiä resursseja ei masennuksen hoidon järjestämiseen ollut luvassa, lähestymistavaksi valittiin asianmukaisen tiedon jakaminen masennuksesta ja mielenterveyden näkökulman tuominen nykyiseen työskentelytapaan. Resurssinäkökulmasta tämä tarkoitti

myös sitä, että pyrimme nostamaan esille hoitajien olemassa olevan osaamispotentiaalin yleisesti kansansairauksien hoidossa ja sen hyödyntämisen masennuksen hoidossa. Tähän perustui myös masennuksen hoidon toimintamalli, jossa hoitaja- ja lääkäriresurssi on jaettu ja kohdennettu eri tavalla kuin aiemmin. Esimerkiksi alkuarviokäynti hoitajalle tuntui haasteelliselta idealta toteuttaa vielä vuosi sitten, sillä tyypillisesti potilaat (tulossyynä mielialaoireet) eivät tuolloin juurikaan ohjautuneet hoitajille vaan suoraan lääkärille. Alkukartoituskäynti kuitenkin tehostaa puhelimesta tai muussa yhteydessä tehtävää hoidon tarpeen arviointia, mikä vapauttaa lääkärin vastaanottoajan käyttämisen lääketieteellisen osaamisen hyödyntämiseen, kuten diagnoosin tekemiseen tai lääkehoidon aloittamiseen. Kyse on siten resurssien oikeasta käytöstä oikeassa paikassa ja siten ajansäästöstä. Viimeisen koulutustyöpajan palautteissa useat ilmoittivatkin jatkossa kekelevansa hoitajan alkukartoituskäyntiä, mikä olisi merkittävä toimintakulttuurin muutos entiseen verrattuna. Näissä hetkissä kehittäjänä tuntui siltä, että oivallus oli syntynyt ja ajattelun muutosta oli tapahtumassa.

Kehittämisen prosessiin osallistaminen oli haasteellista ison ja hajallaan olevan kohdejoukon takia. Käytännön syistä johtuen kaikki hoitajat eivät koskaan olleet yhtä aikaa paikalla koulutuksissa. Osa hoitajista pääsi kaikkiin koulutuksiin, kun taas osa hoitajista ei päässyt välttämättä yhteenkään, joko käytännön aikataulusyistä tai muista syistä. Siksi alkukartoituskyselyllä oli suuri merkitys osallistamisen kannalta: kaikille tarjottiin mahdollisuus vaikuttaa ja kertoa mielipiteensä. Lisäksi koulutuksissa korostettiin vahvasti osallistujien näkökulmaa ja pyrittiin siihen, että ei tarjota valmiita vaihtoehtoja, vaan idean annettiin syntyä siinä hetkessä. Erityisesti työyksikkökohtaisissa koulutuksissa näin pääsi tapahtumaan, kun yhteistä dialogia rakennettiin pienemmissä ryhmissä. Myös viimeinen koulutustyöpaja oli tältä osin antoisa, sillä learning cafe toimi uusien ideoiden rakentamisessa hyvin. Esimerkiksi ryhmämuotoisen hoidon tarve nousi osallistujilta itseltään, mikä työryhmällä oli etukäteen toiveenakin.

Tulevaisuuden haasteena on toimintamallin jalkauttaminen ja avainhenkilöiden löytyminen jokaiselta terveysasemalta. Johdon kanssa on alustavasti neuvoteltu ryhmämuotoisen hoidon starttaamisesta vuonna 2014, jolloin terveysasemilta etsitään hoitajia ryhmien vetäjiksi yhdessä Mielenterveyskeskuksen hoitajien kanssa. Nämä samat hoitajat voisivat luonnollisesti toimia myös yksilöhoidossa toimintamallin mukaisesti samalla kehittämällä mielenterveystyön osaamistaan ja saaden konsultaatiotukea työpariltaan

Mielenterveyskeskukselta. Ratkaiseva kysymys edelleen on kuitenkin osaamisen puute tai kokemus osaamattomuudesta, joten hoitajat tarvitsisivat runsaasti niin henkistä kuin käytännön tason konsultaatiotukea uuden toimintatavan omaksumisessa ja jatkuvaa osaamisen kehittämistä. Pelkkä olemassa oleva kirjallinen ohjeistus toimintamallista ei riitä. Viimeisessä ROHTO-pajassa konsultaatiokynnystä madallettiin esittelemällä Mielenterveyskeskuksesta kaksi hoitajaa, jotka voisivat toimia jatkossa eräänlaisina nimettyinä yhteyshoitajina. Heihin voi olla yhteydessä puhelimitse tai Mediatrin kautta saada kseen konsultaatiotukea. Tätä yhteistyökanavaa kannattaisi lähteä aktiivisesti jatko-kehittämään seuraavaksi.

8.2 Muutosjohtamisen merkitys

Opinnäytetyön kehittämistoiminta oli selkeä muutosprosessi, jossa hyödynnettiin erilaisia muutosjohtamisen työkaluja. Moniammatillinen yhteistyö oli ehkä ratkaisevin tekijä tämän kehittämisprosessin kannalta, sillä erilaisten asiantuntijoiden tiedon yhdistäminen auttoi rakentamaan jotain aivan uutta. Yhteistyö psykologi Andrea Keski-Orvolan ja työryhmän muiden edustajien sekä projektikoordinaattori Minna Turusen kanssa oli arvokas kokemus niin ammatillisesti kuin henkilökohtaisella tasolla. Prosessin varrella erilaiset kohtaamiset koulutuksissa ja muissa yhteyksissä osallistujien kanssa olivat tärkeitä. Hankin itselleni aivan uudet verkostot, joiden avulla jatkossa voin auttaa masennusasiakkaita entistä paremmin. Ilman moniammatillista yhteistyötä ja verkostoitumista opinnäytetyö tässä laajuudessaan ei olisi ollut mahdollista eikä myöskään kehittämistoiminnan jatkuminen tulevaisuudessa olisi turvattu.

Johtamisen näkökulmasta muutosjohtamisen opit muodostuivat itselleni tärkeiksi. Roo-
lini oli toimia organisaation ulkopuolisena muutosagenttina. Heikkisen (2006, 20) mukaan toimintatutkija on muutoksen käynnistäjä, joka kannustaa ihmisiä kehittämään käytännön toimintaa. Olin itse jatkuvasti testannut masennuksen hoidon toimintamallia omassa työssä ja tiesin mistä puhuin, kun olin kouluttamassa henkilöstöä. Minulla ei ollut ennakkokäsityksiä kohdeorganisaation toiminnasta tai resurssikysymyksistä käytännön tasolla. Pystyin säilyttämään avoimen ihmettelevän asenteen ja tuomaan esille oman näkökulman kokemuksistani masennusasiakkaiden kanssa työskentelystä. Organisaation ulkopuolisen kehittäjän rooli oli toki haasteellinen, sillä kehittämisprosessi olisi

voinut olla toisenlainen, jos olisin itsekin toiminut organisaation sisällä. Silloin olisin elänyt osallistujien kanssa samaa arkea ja päässyt pureutumaan enemmän toimintamallin käytännön jalkauttamisen kysymyksiin. Koin roolini kuitenkin kaiken kaikkiaan hedeelmällisenä, sillä vaikka olin prosessissa mukana nimenomaan opiskelijana, työnantajani on yksityinen. Julkisen ja yksityisen yhteistyöasetelma saattaa olla vaativa, mutta tässä opinnäytetyössä se oli kehittämisprosessin lähtökohta ja toimii hyvänä esimerkkinä uusista yhteistyön muodoista terveydenhuollossa. Yhteistyökuvioihin erilaisten organisaatioiden ja toimijoiden kanssa täytyy tulevana johtajana suhtautua avoimin mielin.

Dialoginen viestintä muutosjohtamisen työkaluna oli tässä kehittämisprosessissa yksi avaintekijöistä. Vaikka kohdejoukko oli iso ja koulutuksissa oli usein paljon osallistujia, dialoginen taso vuorovaikutuksessa saavutettiin monta kertaa. Stenvallin ja Virtasen (2007, 71–72) mukaan yhteisen kielen löytyminen on keskeinen muutosjohtajan haaste. Taito kiteyttää asioita ja luoda muutosta vahvistavia tarinoita mahdollistaa dialogin ja eri osapuolten välisen vuorovaikutuksen. Tässä opinnäytetyöprosessissa panostettiin siihen, että sanallinen viestintä koulutuksissa on käytännönläheistä, vuorovaikutuksellista ja avointa keskustelua tukevaa. Erilaisten näkemysten hyväksyminen tukee dialogisuuden rakentumista (Toikko & Rantanen 2009, 99).

Toimintatutkimuksellinen lähestymistapa toimi tässä työssä muutosjohtamisen välineenä. Heikkisen ym. (2006, 86) mukaan onnistuneen toimintatutkimuksen jälkeen asiat ovat eri tavalla kuin aiemmin. Muutos koskee niin ajattelutapoja kuin sosiaalisen toiminnan käytäntöjä, eikä muutos usein ole millään tavalla ennakoitavissa etukäteen. Tässä kehittämisprosessissa moni asia on eri tavalla kuin aiemmin. Uusi toimintamalli on luotu, ja sille on saatu hyväksyntä jalkauttaa myös käytännön tasolle. Alkuperäisenä ajatuksena oli käytännön jalkauttaminen jo opinnäytetyöprosessin aikana, mutta suunnitteluvaiheessa todettiin, että sellainen on liian aikaista. Muutos olisi liian iso ja käytännössä mahdoton toteuttaa hoitajien osaaminen ja valmiudet huomioiden. Tavoitteita madallettiin perusosaamisen kehittämisen tasolle, mikä oli järkevä ratkaisu. Masennuspotilaiden hoitaminen terveystieteiden keskuksella on merkittävä työkalukulttuurin muutos, joten se vaatii ”sulatteluaikaa”. Asennetasolla muutosta on kuitenkin selkeästi tapahtunut, ja se on ollut havaittavissa koulutussarjan edetessä. Keskustelu ja ideointi uusista toimintata-

voista ovat olleet aiempaa avoimempaa ja sallivampaa. Hoitajat ovat kertoneet kokeilleensa uusia työkaluja, joiden käyttöä on opeteltu koulutuksissa.

Muutosvastarinta on ollut tässä prosessissa oleellista tunnistaa ja hyväksyä. Stenvallin ja Virtasen (2007, 100–101) mukaan muutosvastarinta kannattaisi nähdä positiivisena asiana kehittämisprosessissa. Muutosjohtaja voi hyödyntää sitä uudistuksen laadun parantamisena ja luovuuden välineenä. Tässä kehittämisprosessissa muutosvastarinta oli kohtuullisen voimakasta, mikä oli toisaalta hyvin ymmärrettävää. Henkilöstöllä oli jo ennestään runsaasti työtä terveyskeskuksen jatkuvan potilasvirran kanssa. Masennuspotilaan hoidon roolin näkyvämmäksi tekeminen aiheutti hämmennystä, ja keskustelu resurssikysymyksistä nousi säännönmukaisesti esille. Kehittäjän roolissa tämä täytyi vain hyväksyä ja ymmärtää, koska tunne oli osallistujille todellinen ja itsekin pystyin siihen oman työn kautta samaistumaan.

Tämä opinnäytetyöprosessi on ollut merkittävästi vahvistamassa omaa kehittämis- ja johtamisosaamista. Arjen mieli -hankeyhteistyö oli erityisen arvokasta oppia projektityöskentelystä, josta minulla ei ollut aiemmin kokemusta. Artikkelin kirjoittamisesta Arjen mieli -hankkeen loppuraporttiin olen tyytyväinen, sillä se harjaannutti kirjoittajan taitoja. Sain samalla laajempaa näkyvyyttä omalle opinnäytetyölleni, mikä oli tärkeää, sillä aihe muodostui prosessin aikana hyvin läheiseksi ja halu edistää masennuspotilaiden asemaa on vain kasvanut. Opinnäytetyöprosessin myötä sain aivan uudet yhteistyöverkostot, joista on hyötyä jatkossa johtamistehtävissä. Tulevana johtajana aion hyötyä myös kouluttajakokemuksesta. Sain esiintymisvarmuutta ja opin asian tiivistämistä. Jos esityksellään haluaa vakuuttaa ja saada ajattelun muutosta aikaan, se täytyy suunnitella huolella ja aihe on tunnettava hyvin. Kuulijakunnan näkökulman ymmärtämisestä ja erilaisuuden hyväksymisestä on erityisen paljon hyötyä varsinkin silloin, kun aihe on itselle tärkeä. Näitä asioita en olisi kokemuksellisella tasolla oppinut ilman tätä opinnäytetyöprojektia. Kouluttajan tehtävät jatkuvat vielä tämän opinnäytetyöraportin kirjoittamisen jälkeen, kun Andrea Keski-Orvolan kanssa järjestämme Joensuun terveyskeskuksen lasten- ja äitiysneuvoloiden terveydenhoitajille kolmen koulutuksen sarjan masennuksen tunnistamisesta ja hoidosta neuvolatyön näkökulmasta. Tämä koulutussarja on siten osa masennuksen hoidon toimintamallin jalkauttamista.

Muutoksen aikaan saamisessa johdolla ja esimiehillä on olennainen merkitys, joten heidän täytyy nostaa muutos esille työyhteisössä ja puhua muutoksen puolesta (Hokkanen ym. 2008, 133). Siksi tässä kehittämisprosessissa panostettiin johdon ja yhteistyökumppaneiden sitouttamiseen. Kehittämisprosessin väliarvioinneilla oli tärkeä merkitys muutoksen eteenpäin viemisessä. Johdolta haluttiin kanta ja näkemys seuraaviin askeliin varsinkin silloin, kun toimintaympäristössä tapahtui muita muutoksia, kuten henkilöstön lomauttaminen. Johtajan esimerkillä ja tuella on tärkeä rooli muutosprosesseissa, jotta henkilöstö hyväksyy kehittämisen tarpeen epävarmoissakin tilanteissa. Muutosjohtamisen merkitys kehittämisessä onkin oleellisin oppimiskokemukseni tästä opinnäytetyöprojektistä. Kun tulevaisuuden johtajana olen kehittämässä erilaisia terveydenhuollon palveluja ja hallinnoimassa muutosprosesseja, minun on omalla esimerkilläni luotava muutosvalmiuden ilmapiiri. Ilman johdon sitoutumista ja aktiivista osallistumista ei tapahdu todellista muutosta käytännön kentällä.

8.3 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Tässä opinnäytetyössä luotettavuuden arviointi on kuljetettu mukana koko prosessin ajan. Laadullisessa tutkimustyössä luotettavuutta parantaa tutkimuksen jokaisen vaiheen toteuttamisen tarkka kuvaus. Aineiston hankinta on syytä kuvata huolellisesti. Olennaisista on myös kuvata ne olosuhteet ja paikat, joissa aineisto tuotettiin. Tulosten tulkinnassa on tärkeää noudattaa samaa tarkkuutta kuin muissakin vaiheissa, joten on kerrottava, millä perusteella tutkija esittää päätelmiä ja mihin hän ne perustaa. (Hirsjärvi ym. 2009, 232–233.) Luotettavuuden arviointia on tehtävä koko ajan suhteessa teoriaan, analyysitapaan, tutkimusaineiston ryhmittelyyn, luokitteluun, tutkimiseen, tulkintaan ja johtopäätöksiin (Vilka 2008, 159).

Laadullinen tutkimus vaatii tutkijalta kirjoittajan taitoja, jotta tutkimuksen on mahdollista onnistua. Raportin onnistunut rakenne ja nimeäminen tuovat tutkimukselle arvoa ja lisäävät luotettavuutta. (Nieminen 1997, 220.) Myös Vilkan (2008, 158–159) mukaan laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden kriteeri on tutkija itse ja hänen rehellisyytensä, sillä arvioinnin kohteena ovat tutkijan itse tekemät teot, valinnat ja ratkaisut. Tässä opinnäytetyössä on alusta asti pyritty siihen, että teksti on ymmärrettävää ja raportin

rakenne on selkeä. Lisäksi olen pyrkinyt kuvaamaan auki tekemäni valinnat riittävän tarkasti ja totuudenmukaisesti.

Kehittäjän reflektiopäiväkirja opinnäytetyöprosessin ajalta parantaa tämän opinnäytetyön luotettavuutta, sillä sen avulla prosessi oli mahdollista kuvata mahdollisimman tarkasti ja totuudenmukaisesti raportointivaiheessa. Huovisen ja Rovion (2010, 106–107) mukaan toimintatukija tallettaa tutkimuspäiväkirjaansa aineistoa, jonka avulla hän voi jäsentää ajatuksiaan ja suunnitelmiaan päivän päätteeksi. Päiväkirjaan voi koota tietoa prosessin etenemisestä, tunnelmista, saaduista palautteista, omaa toimintaa koskevia havaintoja, tiivistelmiä, yhteenvetoja ja ihmetyksen aiheita, sillä kaikki nämä vievät tutkimusta jatkuvasti eteenpäin.

Hyvä tieteellinen käytäntö on ohjannut tätä opinnäytetyötä ja sen kehittämisprosessia. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeiden lähtökohtana on tutkimuksen luotettavuuden ja uskottavuuden takaaminen hyviä tieteellisiä toimintatapoja noudattaen. Peruslähtökohdat hyvään tutkimukseen ovat kaikkialla samat, sillä eettisesti hyvä tutkimus edellyttää tieteellisiä tietoja, taitoja ja hyviä toimintatapoja. Hyvä tieteellinen käytäntö ja tutkimusetiikka kulkevat koko tutkimusprosessin ajan mukana. Tutkimuksen hyvä tieteellinen käytäntö ja sen vaaliminen on tutkimusta harjoittavan organisaation ja ennen kaikkea myös tutkijan itsensä vastuulla. (Kuula 2006, 33–36.) Myös ammattikorkeakoulujen kehittämistyössä on noudatettava hyvän tieteellisen toiminnan periaatteita (Heikkilä ym. 2008, 43).

Kehittämistoiminnassa on kiinnitettävä alusta alkaen huomio eettisiin kysymyksiin. Aiheen valintaa, tutkimuksen ja kehittämisen kohdetta on syytä pohtia huolellisesti. Tutkija joutuu miettimään, mitä päämääriä ja asioita haluaa kehittämistyöllään edistää, sillä kehittämistoiminnalla tai siihen liittyvällä tutkimuksella ei saa loukata ketään eikä väheksyä eri ihmisiä tai ihmisryhmiä. Terveystieteiden tutkimuksessa potilaiden hyvä on ensisijainen kehittämistoiminnan päämäärä. (Heikkilä ym. 2008, 44.) Tämän opinnäytetyön kehittämisen tarkoitus oli nimenomaan edistää potilaiden hyvää, sillä masennusta ei tunnusteta riittävän hyvin eikä matalan kynnyksen apua ole kovin hyvin tarjolla. Masennuksen hoidon kehittäminen oli erittäin hyvin perusteltua sekä eettisesti että yhteiskunnallisella tasolla.

Kehittämistoiminnan eettisyydessä tulisi huomioida myös osallistujien kunnioittaminen ja vapaaehtoisuus. Tutkittavia ja kehittämistoimintaan kytkeytyviä ihmisiä tulisi kohdella oikeudenmukaisesti ja heidän etujaan on seurattava. Kaikille toimintaan osallistuville tulisi kertoa hyvät perustelut kehittämisen tarpeesta sekä monipuolista ja totuudenmukaista tietoa heidän oikeuksistaan ja velvollisuuksistaan. Heillä on myös oikeus kieltäytyä kehittämishankkeesta tai lopettaa kesken, jos he niin päättävät. (Heikkilä ym. 2008, 44–45.) Tässä opinnäytetyössä pyrittiin siihen, että kaikkia osallistujia tiedotettiin riittävästi ja kehittämistarpeet pyrittiin perustelemaan asianmukaisesti ja syyllistämättä. Alkukartoitus toteutettiin niin, että siihen osallistuminen olisi mahdollisimman vaivatonta, ja toisaalta vapaaehtoisuutta korostettiin. Lisäksi kehittäjänä kävin tutustumassa eri yksiköihin ja näiden esimiehiin korostaen yhteistoiminnallisuutta sekä yksilöllisten toiveiden ja tarpeiden huomioimista. Tavoittelin tässä työssä eettisesti kestäväää toimintaa, jossa osallistujat saavat oman äänensä kuuluviin ja toimivat vapaaehtoisuuden pohjalta.

Toimintatutkimuksellisessa kehittämistyössä on eettisesti haasteellista se, että kehittäjä ei välttämättä etukäteen tiedä, miten prosessi etenee tehdyistä suunnitelmista huolimatta. Siksi tarvitaan avointa dialogia osallistujien ja johdon kanssa, jotta voidaan neuvotella mahdollisista muutoksista suunnitelmiin. (Meyer 2011, 264.) Eettisyyden säilyttämiseksi koulutuksiin pyrittiin järjestämään joka kerta tilaa keskustelulle ja myös eriävien mielipiteiden vaihdolle. Samoin johdon sitoutumista tarkistettiin erillisissä väliarvioinneissa kehittämisprosessin aikana.

8.4 Jatkotutkimushaasteet ja kehittämisideat

Perusterveydenhuollon mielenterveystyön voimavarana on tavoittaa laaja kirjo erilaisia väestöryhmiä, jotka ovat mielenterveyden menettämisen vaaravyöhykkeellä. Näiden ryhmien selviytymisen tukeminen ja mielenterveyden edistäminen jo terveyskeskustasolla on taloudellisesti järkevää, koska näin voidaan ehkäistä ongelmien pahentuminen ja kroonistuminen. (Toivio & Nordling 2009, 317–318.) Ennaltaehkäisevän työn merkitys tulisi huomioida entistä enemmän terveyskeskuksen mielenterveystyössä. Jatkokehittelyn aiheena voisikin olla ennaltaehkäisevän näkökulman liittäminen masennuksen hoidon toimintamalliin.

Kehittämisajatuksina jatkossa on eri yksikkö- ja organisaatorajat ylittävän yhteistyön tiivistäminen edelleen, sillä masennus koskettaa kaikki alueita sosiaali- ja terveydenhuollossa ja myös muita yhteiskunnan aloja. Moniammatillista yhteistyötä mielenterveyshuollon ympärillä voisi kehittää esimerkiksi tiimityöllä, johon osallistuisi työntekijöitä eri yksiköistä ja ammattiryhmistä myös sosiaali- ja terveyspalveluiden ulkopuolelta. Masennuksen hoito terveyskeskuksessa täytyisi saada samalle tasolle muiden kansansairauksien kanssa, mikä edellyttää aktiivista yhteistyön laajentamista yli rajapintojen.

Potilasnäkökulmaa kannattaisi tulevaisuudessa hyödyntää terveyskeskuksen mielenterveyshuollon kehittämisessä. Erityisesti monihäiriöisten (yhtäaikainen päihde- ja mielenterveysongelma) potilaiden kokemukset olisivat mielenkiintoinen lähestymistapa, sillä heidän hoitonsa on varsin haasteellista palveluiden hajanaisuudesta johtuen. Näitä potilaita haastatteleamalla saattaisi saada arvokasta tietoa ammattilaisten yhteistyön kehittämisestä.

Lähteet

- Arjen mieli. 2011. Arjen mieli (2011-2013). Laatu ja suunnitelmallisuutta mielenterveys- ja päihdetyön arkeen Itä- ja Keski-Suomessa. Joensuun osahanke. Kaste-ohjelma.
http://www.arjenmieli.fi/general/Uploads_files/esittelyJS.pdf. 3.11.2012.
- Aromaa, E. 2011. Masennus ja asenteet. Teoksessa Heiskanen, T., Tuulari, J. & Huttunen, M.O. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 159–168.
- Aromaa, A. & Koskinen, S. 2002. Terveys 2000 -tutkimuksen tulosten yhteenveto ja tarkastelu. Teoksessa Aromaa, A. & Koskinen, S. (toim.) Terveys ja toimintakyky Suomessa. Helsinki: Kansanterveyslaitos, 126–141.
- Blumenthal, J.A., Babyak, M.A, Doraiswamy, P.M., Watkins, L., Hoffman, B.M, Barbour, K.A, Herman, S., Craighead, W.E., Brosse, A.L., Waugh, R., Hinderliter, A. & Sherwood, A. 2007. Exercise and pharmacotherapy in the treatment of Major depressive order. *Psychosom Med.* 69 (7), 587–596.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1999. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus.
- Haarala, M., Jääskeläinen, A, Kilpinen, N, Panhelainen, M., Peräkoski, H., Puukko, O., Riihimäki, K., Sundman, M. & Tauriainen, P. 2010. Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Harjajärvi, M, Pirkola, S. & Wahlbeck, K. 2006. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. Merttu-tutkimuksen palvelukatsaus. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY.
- Heikkinen, H.L.T. 2001. Toimintatutkimus, toiminnan ja ajattelun taitoa. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I, metodin valinta ja aineiston keruu: vinkkejä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-Kustannus, 170–185.
- Heikkinen, H.L.T. 2006. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa Heikkinen, H.L.T, Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon, toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura, 16–37.
- Heikkinen, H.L.T. 2007. Toimintatutkimus, toiminnan ja ajattelun taitoa. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I, metodin valinta ja aineiston keruu: vinkkejä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-Kustannus, 196–211.
- Heikkinen, H.L.T & Jyrkämä, J. 1999. Mitä on toimintatutkimus? Teoksessa Heikkinen, H.L.T, H., Huttunen, R. & Moilanen, P. Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: Atena Kustannus, 25–62.
- Heikkinen, H.L.T., Rovio, E. & Kiilakoski, T. 2006. Toimintatutkimus prosessina. Teoksessa Heikkinen, H.L.T, Rovio, E & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon, toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura, 78–93.
- Heino, T. 2009. Vanhemmuuden ja perheen tukeminen vanhemman sairastuessa psykisesti. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

- Heiskanen, T., Tuulari, J. & Huttunen, M.O. 2011. Masennuksen monet ulottuvuudet. Teoksessa Heiskanen, T., Tuulari, J. & Huttunen, M.O. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 7–15.
- Hietaharju, P. & Nuutila, M. 2010. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hokkanen, S., Mäkelä, T. & Taatila, V. 2008. Alan johtajaksi. Helsinki: WSOY.
- Huovinen, T. & Rovio, E. 2006. Toimintatutkija kentällä. Teoksessa Heikkinen, H.L.T., Rovio, E. & Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon, toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura, 94–113.
- Huttunen, M.O. 2008. Lääkkeet mielen hoidossa. Keuruu: Duodecim.
- Huttunen, M.O. 2013. Masennus. Lääkärikirja Duodecim.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00389. 1.8.2013.
- Hyvönen, S. 2004. Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä. Tutkimus perusterveydenhuollon mielenterveystyöstä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-6054-5.pdf>. 28.10.2012.
- Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY.
- Isometsä, E. 2007. Masennushäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriks-son, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim, 157–195.
- Isometsä, E. 2011a. Masennustilan oireet ja diagnoosi. Teoksessa Heiskanen, T., Tuulari, J. & Huttunen, M.O. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 20–21.
- Isometsä, E. 2011b. Masennustila vai jotakin muuta? Teoksessa Heiskanen, T., Tuulari, J. & Huttunen, M.O. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 28–29.
- Isometsä, E. 2011c. Masennustilan ennusteeseen vaikuttavia tekijöitä. Teoksessa Heiskanen, T., Tuulari, J. & Huttunen, M.O. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 30–32.
- Isometsä, E. 2011d. Masennustilan puhkeaminen ja tunnistaminen. Teoksessa Heiskanen, T., Tuulari, J. & Huttunen, M.O. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 23–24.
- Isometsä, E. 2011e. Masennustilan hoitoperiaatteet. Teoksessa Heiskanen, T., Tuulari, J. & Huttunen, M.O. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 25–26.
- Isometsä, E. & Leinonen, E. 2011. Lääkehoidon merkitys masennustilan hoidossa. Teoksessa Heiskanen, T., Tuulari, J. & Huttunen, M.O. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 71–81.
- Joensuun kaupunki. 2013. Joensuun kaupungin sosiaali- ja terveyspalvelut. <http://www.jns.fi/Resource.phx/sivut/sivut-sosterveys/paivystyspalvelut/index.htx>. 13.4.2013.
- Kiikkala, I. 2011. Masentuneiden vertaistukiryhmät. Omahoito, vertaistuki ja toipumisen seuranta. Teoksessa Heiskanen, T., Tuulari, J. & Huttunen, M.O. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 169–182.
- Kirjonen, J. 2009. Kehittäminen asiantuntijatyönä. Teoksessa Seppänen-Järvelä, R. & Karjalainen, V. (toim.) Kehittämistyön risteysksiä. Jyväskylä: Stakes, 117–133.
- Kiviniemi, K. 1999. Toimintatutkimus yhteisöllisenä prosessina. Teoksessa Heikkinen, H.L.T., Huttunen, R. & Moilanen, P. (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: Atena Kustannus, 63–83.

- Koffert, T. & Kuusi, K. 2002. Depressiokoulu. Opi masennuksen ehkäisy- ja hoitotaitoja. Mielenterveydenkoulutuskeskuksen julkaisuja. Helsinki: SMS-Tuotanto Oy.
- Kokko, M. 1999. Nähdä, kuulla ja ymmärtää. Perusterveydenhuollossa toimivien hoitajien käsityksiä depressiosta ja sen hoidosta. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen julkaisu. Väitöskirja.
- Kontunen, J. 2011. Keskusteluhoito ja psykoterapia. Teoksessa Heiskanen, T., Tuulari, J. & Huttunen, M.O. (toim.) Helsinki: Duodecim, 83–113.
- Korkeila, J. 2006. Psykiatrian kehittämistarpeet perusterveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:32.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=D LFE-3668.pdf&title=-Psykiatrian_opetuksen_kehittamistarpeet_perusterveydenhuollossa_fi.pdf. 2.10.2013.
- Koskimies, M., Pyhäjoki, J. & Arnkil, T.E. 2012. Hyvien käytäntöjen dialogit. Opas dialogisen kehittämisen ja kulttuurisen muutoksen tueksi. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisu.
- Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. Mielenterveys- ja hoitotyö. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Tampere: Vastapaino.
- Kärkkäinen, J. 2004. Onnistuiko psykiatrian yhdyntyminen somaattiseen hoitojärjestelmään? Helsinki: Stakes.
- Käypä hoito -suositus. 2010. Depressio. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen psykiatriyhdistyksen ry:n asettama työryhmä.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi50023#R1>. 9.10.2012.
- Laaksonen, H., Niskanen, J., Ollilla, S. & Risku, A. 2005. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita.
- Laitinen, P., Komminaho, A., Mäkelä, M., Järvinen, M., Hilama, P., Nykky, T., Moring, J., Partanen, A. & Sutela, S. 2013. ITÄ KOHTAA LÄNNEN, Mieli-suunnitelmaa toteuttamassa 2010–2013. Tampere: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisu, 86–91.
- Lehtomäki, L. 2009. Valtakunnallisista suosituksista terveyskeskuksen talon tavoiksi. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisu. Väitöskirja.
- Leppämäki, S. 2011. Liikunta ja masennus. Teoksessa Heiskanen, T., Tuulari, J. & Huttunen, M.O. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 207–214.
- Liukka, M. 2010. Perusterveydenhuollon hoitajien asenteet masennukseen ja sen hoitoon. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisu. Pro gradu -tutkielma.
- Läksy, K. 2012. Joensuun aikuispsykiatrian avopalveluiden selvitys. Julkaisematon.
- Mattila, P. 2007. Johdettu muutos. Avaimet organisaation hallittuun uudistumiseen. Helsinki: Talentum Media Oy.
- Mediconsult Oy. 2012. Medinet – Sähköinen omahoito.
<http://medinet.pohjoiskarjala.net/index.html>. 1.10.2013.
- Melartin, T. 2007. Vantaan depression hoidon kolmikantamalli. Sateenvarjo-projekti 2005–2009. <http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/A4BCE5C2-A4FB-4BCF-BE3E-6D794B26264E/10317/Melartin6112007julkiversio.pdf>. 3.11.2012.
- Melartin, T. & Vuorilehto, M. 2009. Masennus. Teoksessa Mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistaminen. Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisu, 29–34.
- Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus.
- Meyer, J. 2011. Action Research. Teoksessa Gerrish, K. & Lacey, A. (toim.) The research process in nursing. West Sussex: Wiley-Blackwell, 257–270.

- Mielen Avain. 2012. Mielen avain. Etelä-Suomen mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämishanke. <http://www.mielenavain.fi/>. 3.11.2012.
- Mielenterveyslaki 1116/1990.
- Mäkisalo, M. 2003. Yhdessä onnistumme. Opas työyhteisön kehittämiseen ja hyvinvointiin. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Mäntyranta, T., Kaila, M., Varonen, H., Roine, R.P. & Lappalainen, J. 2003. Hoitosuosituksen toimeenpano. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. http://www.kaypahoito.fi/khhaku/DocumentDownload?id=7b82110b-60a7-11de-8d93-611da34ece74/Toimeenpano-opas_2003.pdf. 1.10.2013.
- Nevalainen, V. 2006. Depressio, tunnistaminen ja hoito perusterveydenhuollossa. Imatran kaupunki. Sosiaali- ja terveystieteiden keskus. Mielenterveyspalveluiden vastuualue. <http://194.251.35.222/Kiinteasivu.asp?KiinteasivuID=6603&NakymaID=355>. 15.10.2012.
- Niemi, H. 2007. Depressiokoulu, työmenetelmän arviointiselvitys. Asiakkaiden ja työntekijöiden näkemyksiä menetelmästä Lapin sairaanhoitopiirin alueella. <http://www.lshp.fi/Default.aspx>. 15.10.2012.
- Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Jyväskylä: WSOY, 215–221.
- Noppi, E., Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: WSOY.
- OK-Opintokeskus 2013. SWOT-analyysi. <http://ok-opintokeskus.fi/swot-analyysi>. 2.10.2013.
- Paasivaara, L., Suhonen, M. & Nikkilä, J. 2008. Innostavat projektit. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.
- Paasivaara, L., Suhonen, M. & Virtanen, P. 2011. Projektijohtaminen hyvinvointipalveluissa. Helsinki: Tietosanoma Oy.
- Peltonen, E. 2009. Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalveluiden kuntayhtymä. 2013. Masennus ja kaksisuuntainen mielialahäiriö. Alueellinen hoitosuositus. Julkaisematon.
- Putkonen, H. & Weizman-Henelius, G. 2012. Moniongelmaisten perheiden tuki on tarpeen. Kuka tappaa lapsensa? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 128 (10), 1004–1005.
- Rissanen, S. & Lammintakanen, J. 2011. Sosiaali- ja terveydenhuolto johtamisympäristönä. Teoksessa Rissanen, S. & Lammintakanen, J. (toim.) Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Helsinki: WSOYpro Oy, 15–38.
- Rytsälä, H. 2006. Functional and Work Disability and Treatment Received by Patients with Major Depressive Disorder. Helsingin yliopisto. Psykiatrian osasto. Väitöskirja. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/22493/function.pdf?sequence=2>. 28.10.2012.
- Räihä, K. 2004. Learning cafe uuden tiedon synnyttämisen työkaluna. Teoksessa Tasa-arvosta lisäarvoa alueiden hyvinvointiin, 69–73. [http://www.poliisi.fi/intermin/images.nsf/files/77F199303CC7DAC3C2256EB3004639A3/\\$file/tasa_arvo_tyokirja_2painos.pdf](http://www.poliisi.fi/intermin/images.nsf/files/77F199303CC7DAC3C2256EB3004639A3/$file/tasa_arvo_tyokirja_2painos.pdf). 1.10.2013.

- Räty, K. 2013. Ratkaisukeskeinen itsekuntoutuslomake masennuksen terveyskeskushoidon työväliseenä. Julkaisematon.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Mielenterveystyö Euroopassa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:17. Helsinki: Edita.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. <http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>. 5.10.2012.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010a. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia. Sosiaali- ja terveysministeriö. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2765155&name=DLFE-15437.pdf. 2.8.2103.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010b. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:31. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-8278.pdf. 9.10.2012.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012a. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisshanke KASTE 2012-2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf. 9.10.2012.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012b. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Väliarviointia ja toteutumisen kannalta erityisesti tehostettavat toimet. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103109/978-952-00-3382-8.pdf?sequence=1>. 23.8.2013.
- Stenvall, J. & Virtanen, P. 2007. Muutosta johtamassa. Helsinki: Edita.
- Takanen, T. 2005. Voimaantuva työyhteisö – miten luomme tulevaisuutta? Helsinki: Sun innovations.
- Taskinen, H. 2011. Organisaatiomuutoksessa johtaminen. Teoksessa Rissanen, S. & Lammintakanen, J. (toim.) Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Helsinki: WSOYpro Oy, 145–164.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013. ROHTO-toiminnan verkkosivut. www.rohto.fi. 1.4.2013.
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: University Press.
- Toivio, T. & Nordling, E. 2009. Mielenterveyden psykologia. Helsinki: Edita.
- Tuisku, K. & Rossi, H. 2010. Masennuksen ehkäisy ja hoito. Työkaluja ja toimintamalleja työterveyshuoltoon. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Tuulari, J. 2004. Depression hoidon hallinta terveyskeskuksessa. WHO:n opas. <http://www.masennustalkoot.fi/depressionhoidonhallinta.pdf>. 1.8.2013.
- Tuulari, J. 2011. Omaha-ohje, vertaistuki ja toipumisen seuranta. Teoksessa Heiskanen, T., Tuulari, J. & Huttunen, M.O. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 169–182.
- Urjanheimo, E-L. & Larjomaa, R. 2002. Hoitotyöntekijät perusterveydenhuollossa. Teoksessa Liukko, M. (toim.) Perusterveydenhuollon uudistuvat toimintatavat. Helsinki: Suomen kuntaliitto, 34–41.
- Valtioneuvosto. 2004. Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 1019/2004. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20041019>. 13.4.2013.

- Vantaalaisen hyvä mieli -hanke. 2012. Pitkäaikaisesti masentuneen potilaan hoitomalli ja vertaistuki. Vantaalaisen Hyvä Mieli -hanke.
[http://www.vantaa.fi/fi/sosiaali-
_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/mielenterveys/vantaalaisen_hyva_mie
li_hanke/pitkaaikaisesti_masentuneen_hoitomalli](http://www.vantaa.fi/fi/sosiaali-ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/mielenterveys/vantaalaisen_hyva_mieli_hanke/pitkaaikaisesti_masentuneen_hoitomalli). 3.11.2012.
- Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Viitala, R. 2004. Henkilöstöjohtaminen. Helsinki: Edita.
- Vilkkä, H. 2008. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Vuori, J. 2011. Dialoginen viestintä johtamisessa. Teoksessa Rissanen, S. & Lammintakanen, J. (toim.) Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Helsinki: WSOYpro Oy, 183–198.
- Vuorilehto, M & Tuulari, J. 2011. Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa., Teoksessa Heiskanen, T., Tuulari, J. & Huttunen, M.O. (toim.) Masennus. Helsinki: Duodecim, 26–28.
- Young, T.L. 2006. Successful Project Management. Lontoo: Kogan Page.

Opinnäytetyön aikataulu

Liite 1

ajankohta	ideavaihe	tärkeimmät tapahtumat
kevät 2012	idean syntyminen	yhteistyö Arjen mieli hankkeen kanssa, tapaamiset projektikoordinaattorin kanssa
kesäkuu 2012		toimeksiantosopimus
	verkostoituminen	tapaamiset Andrea Keski-Orvolan ja Heli Jääskeläisen kanssa
		osallistuminen hankkeen työryhmiin
syksy 2012		yhteistyö Kimmo Rädyn kanssa
kehittämisen prosessin vaihe	suunnitteluvaihe	tärkeimmät tapahtumat
syksy 2012	kohdeorganisaatioon tutustuminen	työyksikkökäynnit ja esimiesten tapaaminen
	alkukartoituskysely	kyselylomakkeen suunnittelu ja luominen, esitestaus
		kysely auki 13.11.-4.12.2012
tammikuu 2013	<i>väliarvio</i>	palaveri yhteistyökumppaneiden kanssa, kyselyn tulosten esittely
kehittämisen prosessin vaihe	toteutus- ja havainnointivaihe	tärkeimmät tapahtumat
helmikuu 2013	koulutuksien suunnittelu	työryhmätapaaminen I
		koulutus I – ROHTO I
	koulutuksien (työyksikkökohtainen) suunnittelu	työryhmätapaamiset (Andrea ja Jaana)
huhtikuu 2013		työyksikkökoulutus I
toukokuu 2013		työyksikkökoulutus II
	koulutuksien suunnittelu	työryhmätapaaminen II
		työryhmätapaaminen III
	<i>väliarvio</i>	artikkelin palautus Arjen mieli -hankkeen loppuraporttiin
		koulutus II – ROHTO II
kesäkuu 2013		työyksikkökoulutus III
elokuu 2013	johdon palaverin suunnittelu	työryhmätapaaminen IV
syyskuu 2013	<i>väliarvio</i>	johdon palaveri
	koulutuksien suunnittelu	työryhmätapaaminen V
lokakuu 2013		koulutus III – ROHTO III
	reflektointivaihe	tärkeimmät tapahtumat
	toimintamallin loppuarvio	SWOT-analyysi
	opinnäytetyön arviointia	itsereflektio ja opinnäytetyöraportti valmiiksi
marraskuu 2013	toimintamallin arviointia ja lopullinen hoitoketjukuvaus	työryhmätapaamiset ja jalkauttamisen jatkosuunnitelmat

Hyvä kollega!

Kohtaatko sinäkin usein masentuneita ihmisiä työssäsi terveyskeskuksessa? Millaisena koet oman roolisi masentuneiden auttamisessa? Olen kiinnostunut kokemuksistasi ja mielipiteistäsi, joten pyydän, että vastaat seuraavaan kyselyyn. Toivon ajatuksia masen-
nuspotilaan hoidon kehittämiseen Joensuun kaupungin terveyskeskuksen avovas-
taanotoilla nimenomaan hoitajan työn näkökulmasta.

Kysely liittyy opinnäytetyöhöni, jota teen toimeksiantona Joensuun kaupungille ja osa-
na Arjen mieli -hanketta. Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää masennuksen hoitoa
perusterveydenhuollossa valtakunnallisten linjausten mukaisesti. Teen tätä kehittämis-
työtä yhteistyössä Joensuun mielenterveyskeskuksen psykologi Andrea Keski-Orvolan
kanssa. Opiskelen ylempää ammattikorkeakoulututkintoa sosiaali- ja terveysalan kehit-
tämisen ja johtamisen koulutusohjelmassa Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulussa.
Työskentelen itsekkin terveysasemalla sairaanhoitajana. Kyselyn on tarkoitus toimia al-
lukartoituksena masennuksen hoidon tämän hetkisestä tilanteesta työyksikössäsi ja ke-
hittämisen prosessin jatkosuunnittelun pohjana.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja vie sinulta aikaa noin kymmenen minuuttia.
Vastaukset saapuvat minulle nimettöminä Webropol -ohjelman kautta, joten vastaajaa ei
pysty tunnistamaan. Kyselyn tuloksia voidaan käyttää tämän opinnäytetyön lisäksi Jo-
ensuun kaupungin ja PKSSK:n yhteisessä Arjen mieli -hankkeessa mielenterveystyön
kehittämiseen. Jos sinulla on kysyttävää tai kommentoitava kyselystä tai opinnäytetyös-
täni, voit ottaa yhteyttä sähköpostitse tai puhelimitse.

Kiitos mielenkiinnosta ja ajastasi!

Jaana Kurki
yamk-opiskelija, sairaanhoitaja
_____ terveysasema
puhelinnumero
s.posti

Minna K. Turunen
projektikoordinaattori
Arjen mieli -hanke
Joensuun kaupunki
puhelinnumero
s.posti

www.arjenmieli.fi

Alkukartoituskysely (sähköisesti Webropol-ohjelmassa)

Taustatiedot

1. Miten pitkään olet työskennellyt urasi aikana avovastaanotolla?

- 1 alle 1 vuotta
- 2 1-5 vuotta
- 3 6-10 vuotta
- 4 yli 10 vuotta

2. Mikä on koulutuksesi?

- 1 perushoitaja
- 2 lähihoitaja
- 3 sairaanhoitaja
- 4 terveydenhoitaja
- 5 muu, mikä? _____

3. Kuuluiko koulutukseesi erikoistumisopintoina tai suuntautumisvaihtoehtona mielenterveystyötä?

- 1 kyllä, mikä? _____
- 2 ei

4. Oletko saanut lisäkoulutusta masennuksen hoitoon työpaikallasi?

- 1 kyllä, millaista? _____
- 2 ei

5. Oletko saanut lisäkoulutusta masennuksen hoitoon työpaikan ulkopuolella?

- 1 kyllä, millaista? _____
- 2 ei

Kokemuksia masennuksen hoidosta työssäsi viimeisen vuoden aikana

6. Miten usein kohtaat työssäsi potilaita, joilla on masennuksen oireita?

- 5 päivittäin
- 4 lähes päivittäin
- 3 viikoittain
- 2 kuukausittain
- 1 hyvin harvoin tai ei lainkaan

7. Onko sinulla ollut viimeisen vuoden aikana hoitosuhteessa masennuspotilaita? (hoitosuhde= tapaamisia useammin kuin yhden kerran)

- 1 kyllä
- 2 ei
- 3 en osaa sanoa

(Jos vastannut kyllä, automaattisesti jatkokysymykset 8 ja 9 ilmestyvät näkyviin. Jos vastannut ei, siirtyy suoraan kysymykseen 10.)

8. Arvio potilaiden määrää viimeisen vuoden aikana?

- 4 alle 5
- 3 6-10
- 2 yli 10
- 1 en osaa arvioida määrää

9. Miten tyypillinen masennuspotilaan hoitosuhde etenee? (miten usein järjestät käynnit, mitä hoitomuotoja käytät, hoidon kesto?)

Valmiudet masennuksen ennaltaehkäisyyn, tunnistamiseen ja hoitoon terveyskeskuksessa

10. Millainen osaaminen sinulla on omasta mielestäsi masennuspotilaan hoitoon?

- 1 riittävä
- 2 melkein riittävä
- 3 melko riittämätön
- 4 täysin riittämätön
- 5 en osaa sanoa

11. Miten hyvin masennuspotilaan hoito mielestäsi käytännössä toteutuu työyhteisössäsi?

- 4 erittäin hyvin
- 3 melko hyvin
- 2 melko huonosti
- 1 ei toteudu ollenkaan
- 0 en osaa sanoa

12. Kuinka paljon koet haasteita seuraavilla osa-alueilla?

0. ei lainkaan haasteita 1. vähän haasteita 2. melko paljon haasteita 3. erittäin paljon haasteita

	0	1	2	3
masennuksen tunnistaminen terveyskeskuspotilaalla				
masennuspotilaan hoidon tarpeen arviointi puhelimesta				
masennuspotilaan hoidon tarpeen arviointi vastaanotolla				
masennuspotilaan kohtaaminen				
hoitaja-lääkäri-työparityöskentely masennuspotilaan hoidossa				
konsultaatioapu Mielenterveyskeskuksesta				
keskusteluavun järjestäminen masennuspotilaalle				
potilasohjaus (psykoedukaatio)				
masennuksen lääkehoito				
masennuksen muut hoitomuodot (ei lääkkeelliset)				
erotus somaattisista sairauksista				
erotus muista mielenterveydenhäiriöistä (mm. epävakaata persoonallisuus, kaksisuuntainen mielialahäiriö, skitsofrenian esioireet)				
erotus päihdeongelmista				
moniongelmaisen masennuspotilaan hoito (muut diagnoosit, sosiaaliset tai taloudelliset ongelmat)				
itsemurha-ajatuksia tai -suunnitelmia kertovan masennuspotilaan auttaminen				
hoitotyön auttamismenetelmät masennuspotilaan hoidossa				
masennuspotilaan jatkohoidon järjestäminen				
muussa, missä?				

13. Mitkä ovat kolme suurinta haastetta masennuspotilaan hoidossa terveyskeskuksessa?**14. Millaisia työkaluja sinulla on käytössä masennuspotilaan hoitoon?**

	kyllä	ei
masennuksen arvioinnin mittarit		
omahoitajuus		
hoitaja-lääkäri-työparityöskentely		
hoitajan vastaanottoajat keskusteluapua ja voimien seuranta varten		
potilasoppaat (psykoedukaatio-materiaalit)		
potilasohjaus (psykoedukaatio) vastaanottotyössä		
Masennuksen Käypä hoito -suositus		
Masennuksen alueellinen hoitosuositus		
itsehoitomateriaalit (esim. nettiohjelmat masennuksen itsehoitoon)		
omaisten mukaan ottaminen hoitoon, perhehoitotyö		
moniammatillinen yhteistyö (psyk.hoitaja, psykologi, psykiatri, sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti, päihdetyön asiantuntijat, kolmas sektori jne.)		
työnohjaus		
muuta, mitä?		

15. Miten hyödyllisenä koet nämä työkalut työssäsi?

0. ei koske työtäni 1. ei ole hyödyllinen 2. melko hyödyllinen 3. erittäin hyödyllinen

masennuksen arvioinnin mittarit	0	1	2	3
omahoitajuus				
hoitaja-lääkäri-työparityöskentely				
hoitajan vastaanottoajat keskusteluapua ja voimien seurantaan varten				
potilasoppaat (psykoedukaatio-materiaalit)				
potilasohjaus (psykoedukaatio) vastaanottotyössä				
Masennuksen Käypä hoito -suositus				
Masennuksen alueellinen hoitosuositus				
itsehoitomateriaalit (esim. nettiohjelmat masennuksen itsehoitoon)				
omaisten mukaan ottaminen hoitoon, perhehoitotyö				
moniammatillinen yhteistyö (psyk.hoitaja, psykologi, psykiatri, sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti, päihdetyön asiantuntijat, kolmas sektori jne.)				
työnohjaus				
muut, mitkä?				

16. Mitä haluaisit tietää masennuksen hoidosta lisää?

1. toivon lisätietoa 2. en tarvitse lisätietoa 0. en osaa sanoa

masennuksen tunnistaminen ja seulonta terveyskeskuspotilaalla	1	2	0
masennuspotilaan hoidon tarpeen arviointi, alkukartoituksen tekeminen			
vuorovaikutus masennuspotilaan kanssa			
masennuksen hoidossa käytettävät menetelmät terveyskeskuksessa			
hoidon porrastus (työnjako perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä)			
psykoedukaatio (potilasohjaus) masennuspotilaan hoidossa terveyskeskuksessa			
masennuksen lääkehoito ja muut hoitomuodot			
yhtäaikaisen masennuksen ja päihdeongelman hoito			
erotus somaattisista sairauksista ja muista mielenterveyden häiriöistä			
moniammatillinen yhteistyö masennuksen hoidossa			
masennuksen ryhmämuotoinen hoito			
masennuksen itsehoito			
muusta, mistä?			

17. Miten löydät ja hankit itsellesi tietoa masennuksen hoidosta?

**18. Miten masennuksen hoitoa tulisi mielestäsi kehittää Joensuun terveyskeskuk-
sen avovastaanotoilla ja omassa työyhteisössäsi?**

**19. Miten terveysaseman hoitajan osaamista tulisi mielestäsi hyödyntää masennus-
potilaan hoidossa perusterveydenhuollossa?**

Ensimmäisen koulutustyöpajan aikataulu

Aika- taulu	Tavoite	Miten toteutettiin?	Vastuu- henkilöt 1,2,3,4
9.00- 9.15	aiheeseen herättelyä	esittelykierros, tehtävä: kuvaa yksi oi- re/asia, josta masennusepäily voi herätä	2 1 kirjaa
9.15- 9.25	kehittämistarpeen määrittely	tietoisku masennuksen varhaisen tunnistami- sen merkityksestä	3
9.25- 9.40	masennuksen seulon- takysymykset	kysymysten esittelyn draaman muodossa, potilas lääkärin vastaanotolla	1 potilas 2 lääkäri
9.40- 9.45	tutustuminen masen- nuksen seulonnan mit- tariin (MDI)	osallistujat täyttävät MDI-kyselyn kuvitel- lun potilaan roolissa	2
9.45- 10.10	MDI-lomakkeen käytön oppiminen	MDI-lomakkeen käytön varsinainen esitte- ly, jokainen laskee omat pisteet kuvitellulle potilaalle	3
10.10- 10.40	Masennuksen erotus- diagnostiikan tarken- taminen	Psykiatrin luento	4
10.40- 10.50	Erotusdiagnostiikan tarkentaminen jatkuu	Ryhmätehtävä: osallistujat pohtivat yhdes- sä käytännön erotusdiagnostisia kysymyk- siä ja -keinoja	1
10.50- 11.10	Erotusdiagnostiikan tarkentaminen jatkuu	Yhteenveto ryhmien tuotoksista	2
11.10- 11.20	Aiheen loppuyhteen- veto	Keskustelua päivän teemasta. Saavutet- tiinko tavoitteet? Seuraavan pajan esittely	1 2
11.20- 11.30	Pajan palautteen saa- minen	Palautekaavakkeen täyttö	1

Ensimmäisen työyksikkökoulutuksen aikataulu

Masennuksen hoitomallin kehittäminen Joensuun terveyskeskuksessa
osa 1: Masennuksen varhainen tunnistaminen

_____ terveysasema 24.4. klo 13.30–16.00

sh Jaana Kurki

psykologi Andrea Keski-Orvola

iltapäivän ohjelma:

1. esittelyt, iltapäivän tavoitteet, aikataulu 20min
 - Jaanan esittely
 - Andrean esittely, koulutuksen tavoitteet
 - Jaana esittelee iltapäivän ohjelman ja samalla alustaa esittelykierron
 - esittely: nimi, ammatti, millaiset haasteet pienessä paikkakunnassa?
 2. Jaana: miksi on tärkeää tunnistaa masennus mahdollisimman varhain? 30min
 3. Andrea: työkaluja masennuksen tunnistamista varten 40min
- Tauko (jos tarpeen)
4. Jaana: riskiryhmien ja varomerkkien tunnistaminen 30min
 5. Andrea: erotusdiagnostisia kysymyksiä ja työkaluja 30min

kotitehtäväksi seulontakysymysten & MDI:n kokeilu

Toisen koulutustyöpajan aikataulu

Aika	Tavoite	Miten toteutetaan?	Vastuuhenkilöt 1,2,3,4,5
14.00-14.15	Alkulämmittely	Kahvitarjoilu, esittelykierros Kysymys; oletko käyttänyt edellisessä pajassa esiteltyjä tunnistamisen työkaluja	1
14.30-14.45	Aiheeseen herättely jatkuu	Käydään läpi tuotokset. Eniten keinoja koonnut ryhmä saa herkkupalkinnon.	2
14.45-15.05	Saada keinoja ja ymmärrystä masentuneen kohtaamiseen. Ymmärtää mitä psykoedukaatio ja masennuksen omahoito on. Korjata vääriä käsityksiä masennuksen hoidosta.	Esitellään psykoedukaatio. Käydään läpi masennuksen omahoidon keinoja. Opetellaan käytännön esimerkkien avulla masentuneen potilaan hoitotyötä. Kokemusasiantuntija kertoo omasta kokemuksestaan masennuspotilaana. Otetaan osallistujat mukaan keskusteluun.	3 4
15.05-15.10	Ymmärtää mitä masennuksen hoito tarkoittaa.	Draama vastaanotolta. Teemana: mitä masennuksen hoito ei ole.	1 2
15.10-15.30	Oppia tekemään masennuspotilaan hoitosuunnitelmaa	Peilataan masennuksen hoitoa edellä esitettyyn draamaan. Jatketaan masennuksen hoidosta terveyskeskuksen vastaanotolla.	3 4
15.30-15.45	Tutustutaan masennuksen hoidon työkaluun	Esitellään ratkaisukeskeinen itsekuntoutushoitomake Keskustelua osallistujien kanssa.	5
15.45-15.55	Loppuyhteenveto ja palautteen kerääminen	Vedetään yhteen päivän antia ja erilaisia työvälineitä. Miten tästä eteenpäin? Voisiko kokeilla näitä omalla vastaanotollani?	1 2

Toisen työyksikkökoulutuksen aikataulu

Masennuksen hoitomallin kehittäminen Joensuun terveyskeskuk-
sessa

osa 2: Masennuksen hoito

_____ terveysasema 12.6.2013 klo 13.30-16.00

sh Jaana Kurki

psykologi Andrea Keski-Orvola

iltapäivän ohjelma:

6. Edellisen kertausta, iltapäivän tavoitteet ja aikataulu (yhdessä) 20min
7. Masentuneen kohtaaminen (Jaana) 30min
8. Masennuksen lääkkeetön hoito (Andrea) 30min
(Tauko jos tarpeen)
9. Työkalu: Ratkaisukeskeinen itsekuntoutuslomake (Jaana) 30min

kotitehtäväksi testata itsekuntoutuslomaketta

Kolmannen koulutustyöpajan aikataulu

Aika	Tavoitteet	Miten toteutetaan?	Vastuuhenkilöt 1,2,3,4
13.00-13.15	Esittäytyminen	Tervetulokahvit ja esittäytyminen: kuka olet, monesko masennuspaja tämä on sinulle?	1
13.15-13.35	Aikaisemmissa masennuspajoissa opittujen asioiden kertominen	Kertaus edellisten masennuspajojen yhteenvedoista: masennuksen seulontakysymykset, MDI ja pisteytys, työkaluja masentuneen kohtaamiseen	2
13.35-13.38	Pajan tavoitteet	Tavoitteiden esittely	1
13.38-13.40		Jakautuminen 4 ryhmään. Jako tehty valmiiksi ilmoittautumisten perusteella	2
13.40-13.50	Erilaisten masennuspotilaiden hoidon pohtiminen ryhmissä.	Pöydissä on valmiina 5 potilastapausta, joissa ensimmäinen kysymys päällimmäisellä sivulla ja lisätieto + jatkokysymys takana. Ennen lisätiedon saamista, pitää vastata päällimmäisen sivun kysymykseen.	2
14.10-14.20	Tauko	Kahviloiden pystyttäminen tauon aikana	1,2,3,4
14.20-14.40	Alueelliseen hoitoketjuun perehtyminen. Oikeaan hoitopaikkaan ohjaaminen. Terveyskeskuksen masennushoitopolun kuvaaminen ja kehittäminen. Mielen-terveyskeskuksen ja terveyskeskuksen yhteistyön kehittäminen.	Ryhmätyö aikuisen masennuspotilaan hoitoketjusta learning cafe -menetelmällä. 5min/kahvila. Munakello soimaan! Kahvila I: kuvaa masentuneen hoitoprosessia terveyskeskuksessa tällä hetkellä Kahvila II: kuvaa miten masennuksen hoitoprosessia terveyskeskuksessa voidaan kehittää, miten tk:n sekä mtk:n yhteistyötä voidaan kehittää Kahvila III: milloin akuuttityöryhmän tai milloin päivystävän lääkärin arvio on tarpeen Kahvila: milloin ohjaat kiireettömästi erikoissairaanhoidon, milloin voit hyödyntää kolmannen sektorin toimijoita	Kahvilanpitäjinä 1,2,3,4
14.40-14.45	kts yllä	Kahvilan I tuotosten esittely, kahvilanpitäjä purkaa ryhmätyön kaikille	3
14.45-14.50	kts yllä	Kahvilan II tuotosten esittely, kahvilanpitäjä purkaa ryhmätyön kaikille	2
14.50-15.00	kts yllä	Masennuksen hoidon toimintamallin esittely peilaten ryhmien tuotoksiin	3 ja 4
15.00-15.05	kts yllä	Tk:n ja MTK:n yhteistyön kehittäminen, kommenttipuheenvuoro MTK:n edustajilla	
15.05-15.10	kts yllä	Kahvilan III tuotosten esittely, kahvilanpitäjä purkaa ryhmätyön kaikille	4

15.10-15.15	kts yllä.	Kahvilan IV tuotosten esittely, kahvilanpitäjä purkaa ryhmätyön kaikille	1
15.15-15.25	Tutustuminen yhteistyökumppaniin	Kriisikeskuksen palveluiden hyödyntäminen, Kriisikeskuksen toiminnanjohtaja kertoo	
15.25-15.30	Tavoitteiden saavuttaminen?	Päivän tavoitteiden palauttaminen mieleen	1
15.40-15.45	Jatkoista sopiminen	Miten tästä eteenpäin? Hoitopolku valmiina marraskuun loppuun mennessä. Valmiin hoitopolun läpikäyminen terveysasemien palaverissa.	2 ja 4
15.30-15.40	Palautteen saaminen	Pyydetään kirjallinen palaute pajasta	2

Alkuperäinen ote tapaamismuistiosta

Aika: 21.4.2013

Paikalla: Andrea ja Jaana

Aihe: Koulutuksen suunnittelu

- *koulutus pidetään ROHTO-pajan I mukaisella teemalla*
- *aikataulusta ja työnjaosta tehty erillinen ohjelma*
- *kerätään osallistujalista*
- *pyydetään suullista palautetta ja jälkikäteen sähköpostilla*
- *luentomateriaali vain taustalle, josta voi tarpeen mukaan tarkistaa faktoja*
- *kannustetaan keskusteluun, vältetään luentomaisuutta, ei anneta valmiita vastauksia*
- *muistilista kummallekin valmiista aiheeseen liittyvistä kysymyksistä, jos keskustelu ei ole spontaania*
- *muista tulostaa MDI-lomakkeita!*

Taulukko masennuksen hoidon työkalujen käyttö

Kysymys 14. Millaisia työkaluja sinulla on käytössä masennuspotilaan auttamiseen?

Vastaajia 21.

	kyllä	ei
masennuksen arvioinnin mittarit	16	6
omahoitajuus	9	12
hoitaja-lääkäri-työparityöskentely	13	8
hoitajan vastaanottoajat keskusteluapua ja voinnin seuranta varten	12	9
potilasoppaat (psykoedukaatio-materiaalit)	2	19
potilasohjaus (psykoedukaatio) vastaanottotyössä	2	19
Masennuksen Käypä hoito -suositus	17	4
Masennuksen Alueellinen hoitosuositus	2	19
itsehoitomateriaalit (esim. nettiohjelmat masennuksen itsehoitoon)	9	12
omaisten mukaan ottaminen hoitoon, perhehoitotyö	2	19
moniammatillinen yhteistyö (psyk.hoitaja, psykologi, psykiatri, sosiaali-työntekijä, fysioterapeutti, päihdetyön asiantuntijat, kolmas sektori jne.)	7	14
työnohjaus	1	20
muuta, mitä?	0	0

Taulukko masennuksen hoidon työkalujen hyödynnettävyys

Kysymys 15. Miten hyödyllisenä koet nämä työkalut työssäsi?

	ei koske työtäni	ei ole hyö- dyllinen	melko hyö- dyllinen	erittäin hyödyllinen	vastaajia yhteensä
masennusmittarit	0	0	9	10	19
omahoitajuus	4	0	3	11	18
hoitaja-lääkäri- työparityöskentely	3	0	2	13	18
hoitajan vastaanottoajat	3	0	4	11	18
potilasoppaat	3	2	6	6	17
psykoedukaatio	3	0	5	6	14
Käypä hoito -suositus	0	0	8	9	17
Alueellinen hoitosuositus	1	0	4	9	14
itsehoitomateriaalit	2	3	5	6	16
omaiset/perhehoitotyö	2	0	4	6	12
moniammatillinen yh- teistyö	2	0	2	11	15
työnohjaus	2	1	3	7	13
muu, mikä?	0	0	0	0	0



Psychiatric Research Unit
WHO Collaborating Centre in Mental Health

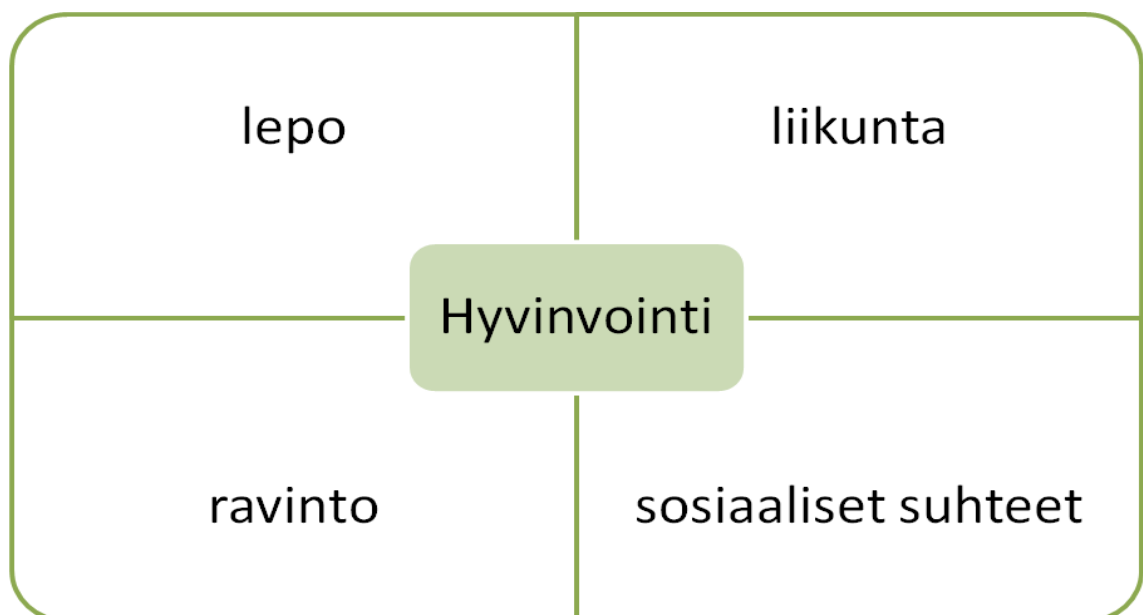
Major (ICD-10) Depression Inventory

Alle olevat kysymykset koskevat vointiasi viimeisten 2 viikon aikana.

Miten suuren osan ajasta ...		Koko ajan	Suurimman osan ajasta	Vähän yli puolet ajasta	Vähän alle puolet ajasta	Jonkin aikaa	Ei minkään ajan-kohtana
1	Oletko tuntenut itsesi masentuneeksi, surulliseksi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Oletko menettänyt kiinnostuksesi päivittäisiin askareisiisi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Oletko kärsinyt voimien ja energian puutteesta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Onko itseluottamuksesi ollut heikompi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Onko sinulla ollut huono omatunto tai syyllisyydentunteita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Onko sinusta tuntunut, että elämä ei ole elämisen arvoista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Onko sinulla ollut keskittymisvaikeuksia esim. lichteä lukiessa tai TV: tä katsolessa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8a	Oletko tuntenut itsesi hyvin levottomaksi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8b	Oletko tuntenut itsesi vaikeammaksi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Onko sinulla ollut vaikeuksia saada unta yöllä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10a	Onko ruokahalusi ollut vähentynyt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10b	Onko ruokahalusi lisääntynyt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nimi: _____ Päivämäärä: _____

Ongelma	Toiveet/Tavoitteet	Poikkeukset/ Voima- varat
----------------	---------------------------	--------------------------------------



Tukijani:

Seuraavat askeleet:

Varautuminen takapakkeihin

Varomerkit:

Korjaavat toimenpiteet:

Palkitseminen: