
**PSYKIATRISEN SAIRAANHOITAJAN TYÖSKENTELY
PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA**



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Forssa, kevät 2014

Kati Saviniemi ja Taru Vättö

Hämeen ammattikorkeakoulu, Forssa
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

Tekijä	Kati Saviniemi Taru Vättö	Vuosi 2014
Työn nimi	Psykiatrisen sairaanhoitajan työskentely perusterveydenhuollossa	

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa psykiatrisen sairaanhoitajan kokemuksia mielenterveystyöstä perusterveydenhuollossa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa sairaanhoitajien kokemuksista mielenterveyspotilaan hoidossa sekä mielenterveystyön kehittämistarpeista.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena erään kunnan perusterveydenhuollon psykiatristen sairaanhoitajien parissa. Aineisto kerättiin teemahaastatteluilta ja analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Otanta käsitti 11 psykiatrista sairaanhoitajaa ja heidät kaikki haastateltiin haastateltavan työpaikalla, työajan puitteissa.

Tutkimuksen perusteella hoidonporrastus koettiin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä joustavaksi, vaikka hoidonporrastusohjeesta ajoittain lipsuttiinkin. Hoitajien mielestä yhteistyö eri toimijoiden välillä oli tärkeää - se mahdollisti varhaisen puuttumisen asiakkaan ongelmiin. Lisäksi asiakkaiden oli helpompi tulla vastaanotolle omalla yhteydenotolla. Työn vaativuuteen nähden työnohjaus koettiin puutteelliseksi. Tämä asia nousi tärkeimmäksi kehittämistarpeeksi.

Tutkimuksen johtopäätöksenä todettiin mielenterveystyön olevan tärkeää perusterveydenhuollossa, koska hoito oli mahdollista aloittaa varhaisessa vaiheessa. Jatkotutkimuksen aiheena taloudellisten mahdollisuuksien kartoittaminen voisi kiinnostaa kuntapäittäjiä.

Avainsanat mielenterveys, hoitosuhde, hoidon porrastus
Sivut 33 s. + liitteet 2 s.



HAMK University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing
Registered Nurse

Author	Kati Saviniemi and Taru Vättö	Year 2014
Subject of Bachelor's thesis	The job by the psychiatric nurses in primary health care	

ABSTRACT

The meaning of this thesis was to bring out the experiences that psychiatric nurses have about mental care in health centers. We wanted to find out their experiences about mental care clients treatment and how they see mental care should be developed.

This thesis was carried out by the means of qualitative research and was made in one of the towns in Finland by interviewing psychiatric nurses. Material was collected by theme interview. Nurses were interviewed in their own workplace during working hours. There were 11 psychiatric nurses and they were all interviewed.

Concerted care between the primary care and the special health care was flexible, however, it wasn't always been obeyed. Cooperation between different activities was important – it made it possible to interfere with patient's issues earlier. In addition, it's easier to patients to come into the practice due to their own initiative. Clinical supervision was felt to be inadequate. This was the most important thing to improve.

The conclusion of this research was the importance of mental health care in the field of primary health care, because the treatment was possible to start at an early stage. Proposal for the further research is to explore the economical possibilities – this certainly would serve the needs of municipal decision-makers.

Keywords mental health, care relation, nursing steps

Pages 33 p. + appendices 2 p.



SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	MIELENTERVEYS	2
3	MIELENTERVEYSPALVELUJEN KEHITTÄMINEN	3
3.1	Hoidon porrastus	3
3.2	Ehkäisevän mielenterveystyön hankkeet	4
4	PSYKIATRISEN SAIRAANHOITAJAN TYÖ	6
4.1	Hoitosuhde	6
4.1.1	Voimaannuttaminen	7
4.1.2	Asiakaslähtöisyys	7
4.1.3	Vuorovaikutus	8
4.2	Sairaanhoitajan ammatillinen kehittyminen.....	9
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	10
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	10
6.1	Haastattelun toteutus ja sisältö	11
6.2	Sisällön analyysi.....	12
7	TUTKIMUSTULOKSET	13
7.1	Sairaanhoitajan kokemukset mielenterveysasiakkaan hoidosta perusterveydenhuollossa.....	14
7.1.1	Mielenterveyspotilaan hoidon toteutus.....	14
7.1.2	Vahvuudet perusterveydenhuollon mielenterveystyössä	16
7.1.3	Haasteet perusterveydenhuollon mielenterveystyössä	18
7.2	Mielenterveystyön kehittämistarpeet perusterveydenhuollossa.....	19
8	POHDINTA.....	21
8.1	Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	21
8.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	25
8.3	Jatkotutkimusaiheet.....	27
	LÄHTEET	29

Liite 1 Haastattelurunko

Liite 2 Kategoriakaavio



1 JOHDANTO

Mielenterveyslaissa mainitaan, että kunnan tulee järjestää mielenterveyspalvelut sekä sisällöltään että laajuudeltaan sellaisiksi kuin kunnassa tai kuntayhtymän alueella esiintyvä tarve edellyttää. Mielenterveyspalvelut on pyrittävä järjestämään ensisijaisesti avopalveluina niin, että oma-aloitteista hoitoon hakeutumista tuetaan. Mielenterveyspalvelujen antaminen edellyttää toimivaa työnohjauskäytäntöä. (Mielenterveyslaki 1116/1990 4.1. §.) Sairaanhoitopiirin alueella toimivien terveyskeskusten on yhdessä sosiaalihuollon ja erityispalveluja antavien kuntayhtymien kanssa huolehdittava siitä, että mielenterveyspalveluista muodostuu toiminnallinen kokonaisuus (Mielenterveyslaki 1116/1990 5.1. §).

Ehkäisevään mielenterveystyöhön panostaminen vaatii siirtymisen hoidosta mielenterveyden edistämiseen ja mielenterveyden ongelmien ennaltaehkäisyyn. Taloudelliset edut näkyvät pitkällä aikavälillä hyvinvoinnin lisääntymisenä ja mielenterveyttä korjaavien palveluiden tarpeen vähenemisenä. (Stengård, Savolainen, Sipilä & Nordling 2009, 5.)

Mielenterveyspalvelujen kysyntä ja tarve ovat kasvaneet nyky-yhteiskunnassa. Suomessa on kehitetty erilaisia hankkeita mielenterveyspalvelujen tehostamiseksi pohjautuen Mieli 2009 -hankkeeseen. Tähän hankkeeseen perustuvia projekteja on toteutettu ympäri Suomea. Hankkeiden tavoitteena on ennaltaehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö ja niiden kehittäminen. Mielenterveyshäiriöt näkyvät enenevässä määrin eri asiakastyötä tekevien ammattilaisten keskuudessa eri toimipisteissä myös perusterveydenhuollossa. Mielenterveys on tärkeä osa ihmisen terveyttä. Aidossa hoitosuhteessa korostuvat läsnäolon muodot; keskustelu, kuuntelu ja yhdessä toimiminen. Sairaanhoitajan ammatillinen kehittyminen on tärkeää aidon hoitosuhteen luomiseksi. Täydennyskoulutus ja työnohjaukset ovat osa ammatillista kehittymistä. Sairaanhoitaja pystyy vastaamaan ammattitaitoisesti asiakkaan tarpeisiin omalla toiminnallaan. Ammatillinen sairaanhoitaja havainnoi asiakasta kokonaisvaltaisesti ja laatii hoidon tavoitteet yhdessä asiakkaan kanssa.

Opinnäytetyön teoriaosassa käydään läpi mielenterveyspalveluja ja mielenterveyttä käsitteenä. Hoitosuhdetyöskentelyä, mielenterveystyön suuntauksia käsitellään muun muassa erilaisten hankkeiden kautta. Opinnäytetyössä käytetään termiä asiakas, haastateltavien käyttämää termiä mukailen. Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa psykiatrisen sairaanhoitajan kokemuksia perusterveydenhuollon mielenterveystyössä sekä tuoda esille näkökulmia perustasolla tehtävän mielenterveystyön tarpeellisuudesta. Työn tavoitteena on tuottaa tietoa sairaanhoitajien kokemuksista mielenterveyspotilaan hoidossa sekä mielenterveystyön kehittämistarpeista. Tutkimus toteutettiin kartoittamalla erään kunnan perusterveydenhuollon mielenterveystyötä. Tämän kartoituksen tavoitteena on tehdä näkyväksi psykiatrisen sairaanhoitajan työpanoksen tarpeellisuus perusterveydenhuollossa.

2 MIELENTERVEYS

Mielenterveys on termi, joka käsittää ihmisen toimintakykyisenä ja elämänmyönteisenä kokonaisuutena. Siitä voidaan erottaa mielenterveysongelmat ja -häiriöt. Mielenterveys muovautuu ihmisen persoonallisten ominaisuuksien ja kehityksen myötä. Mielenterveyteen vaikuttavat kasvuympäristö ja sosiaaliset suhteet. (Noppari, Kiiltomäki & Pesonen 2007, 18.)

WHO (2013) määrittelee mielenterveyden olevan ihmisen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia. Mielenterveyteen liittyy hyvinvoinnin edistäminen, mielenterveysongelmien ehkäisy ja psykiatristen sairauksien hoito.

Mielenterveys koostuu yksilöllisistä tekijöistä ja kokemuksista. Siihen kuuluvat muun muassa fyysinen terveys ja oma minäkuva, jonka kanssa mielenterveys kulkee rinnakkain. Mielenterveys on haavoittuvainen, mikäli käsitys omasta itsestä on kovin negatiivinen. Itsetuntemus ei ole itsekyyttä, vaan kuva itsestä auttaa myös ymmärtämään muita ihmisiä erilaisissa tilanteissa. Realistinen käsitys omasta itsestä ja omista voimavaroista kuuluvat mielenterveyteen. Elämän kriisitilanteissa ja haasteellisissa tilanteissa mielenterveyden tasapainoisuus on tärkeää, jotta ihminen pystyy tekemään päätöksiä ja myös elämään niiden kanssa. (Noppari ym. 2007, 20–22.)

Mielenterveyteen kuuluu hyvinvoinnin, eheyden ja elämänhallinnan kokemus sekä kyky kohdata vastoinkäymisiä. Mielenterveys sisältää pysyviä sosiaalisia suhteita ja tyydyttäviä ihmissuhteita. Näillä ominaisuuksilla ihminen pystyy antamaan panoksensa perheelle, sosiaaliselle verkostolle sekä yhteiskunnalle. (Lavikainen, Lahtinen & Lehtinen 2004, 16.) Terve sielu terveessä ruumiissa, on sanonta, jossa biologiset tekijät ovat yhteydessä aikuisiän psyykkiseen kokemusmaailmaan. Aivotoimintaan vaikuttava sairausprosessi nähdään syynä mielenterveyshäiriöihin. Mielenterveys on negatiivisten sairauden oireiden puuttumista. Näin rajat terveen ja sairaan ihmisen välillä ovat objektiivisesti määriteltävissä. (Välimäki, Holopainen & Jokinen 2000, 24.)

Ihmisen kyky luoda uusia ihmissuhteita ja ylläpitää olemassa olevia ihmissuhteita on merkki mielenterveydestä. Toisen ihmisen tarpeisiin vastaaminen, hoitaminen ja kuunteleminen onnistuvat terveiltä ihmisiltä paremmin kuin sairailta. Omien tunteiden ja tarpeiden tunnistaminen sekä niiden kohtaaminen on mielenterveyttä. Elämä tuo mukanaan haasteita ja niistä selviytyminen vaatii paljon. Mielenterveyteen kuuluvat myös elämänhalu, usko tulevaisuuteen ja toivo paremmasta vastoinkäymisistä huolimatta. (Välimäki ym. 2000, 26.)

Yhteiskunnallisista vaikutuksista mielenterveyteen voisi mainita asuinolot, jotka ovat kaikille omanlaisensa. Ympäristö, jossa ihminen kokee olonsa hyväksi ja turvalliseksi, on mielenterveyden kannalta huomionarvoinen asia. Kulttuurilliset vaikutukset, kuten ihmisoikeudet, toisten arvostus ja

tasa-arvo, ovat näkyvässä roolissa mielenterveyttä ajatellen. Arvot ovat sidoksissa yhteiskunnallisiin tekijöihin, jotka ohjaavat yhteiskuntapoliittisia päätöksiä. Kulttuuriin arvoihin kuuluvat lisäksi ihmisten erilaisuus rikkautena ja eri kulttuureista kotoisin olevien ihmisten erilaisuuden sietäminen yhteiskunnassa. Oma tärkeä merkityksensä on myös palvelujen saatavuudella ja laadulla. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 21.)

3 MIELENTERVEYSPALVELUJEN KEHITTÄMINEN

Suomessa on mielenterveyspalvelujen järjestämisvastuu siirretty kunnille. Psykiatrian laitoshoidosta on siirrytty kohti monipuolisia avohoidon palveluja. Tänä päivänä puhutaan paljon säästämisestä ja potilaan hoidon oikeasta kohdentamisesta. Hoidossa on tärkeää mielenterveyshäiriöiden tunnistaminen ja niihin varhaisessa vaiheessa puuttuminen. Kunnat maksavat erikoissairaanhoidosta enemmän kuin perusterveydenhuollosta. (Harjajärvi, Pirkola & Wahlbeck 2006, 16–17.)

Mielenterveyspotilaiden hoitoa keskitetään yhä enemmän perusterveydenhuoltoon, jotta kuluja saataisiin leikattua. Tähän on myötävaikuttanut muun muassa se, että vuonna 1993 erikoissairaanhoidon rahoitusvastuu siirtyi sairaanhoitopiireiltä kunnille. Tuottaja -organisaatio oli saanut alkunsa ja se tuotti kuntien tilaamia palveluja. Tämä herätti kysymykset: mihin hintaan, kenelle ja kuka järjestää mielenterveyspalvelut kuntalaisille? Tämän seurauksena terveyskeskusten hallintoon siirrettiin psykiatrian avohoidon yksiköitä. Näin kehitettiin yhteistyötä psykiatrisen avohoidon ja perusterveydenhuollon välillä ja samalla palvelujen saatavuus parani. (Harjajärvi ym. 2006, 17.)

Mielenterveyspalvelujen järjestämisessä Suomessa on eroja. Kaikki kunnat eivät suinkaan ole lähteneet siirtämään mielenterveyspalveluja perusterveydenhuoltoon. Kunnista, joissa mielenterveyspalveluja on siirretty, palaute yhteistyön parantumisesta on ollut tuntuva. Pienet kunnat ovat huonommassa asemassa, koska heidän mahdollisuutensa palvelujen järjestämiseksi ovat rajalliset. (Harjajärvi ym. 2006, 71.)

3.1 Hoidon porrastus

Mielenterveysasiakkaiden hoito on porrastettu erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja kolmannen sektorin kanssa. Toimijoiden kesken on sovittu porrastuksen kriteerit, jotka tarkastetaan säännöllisin väliajoin arviointikokouksissa. Tarvittaessa perustason toimijat ohjaavat potilaan hoidon erikoissairaanhoitoon. (Hämeenlinnan kaupunki 2012.)

Useiden kuntien perusterveydenhuollossa on kiinnitetty huomiota mielenterveystyön osaamiseen ja terveysasemille on lisätty psykiatrisia sairaan-

hoitajia. Tarkoituksena on, että asiakas hakeutuu ensisijaisesti perusterveydenhuollon palvelujen piiriin. Akuutissa tilanteessa asiakkaan tulee saada apua nopeasti terveyskeskuksesta. Kiireettömässä tilanteessa hoidon tarpeen arvioinnin tulee tapahtua kolmantena päivänä yhteydenotosta. Hoidon tarpeen arvioinnin voi tehdä terveydenhuollon ammattihenkilö esimerkiksi psykiatrisen sairaanhoitaja. Erikoissairaanhoidon lähetettävänä asiakkaasta on oltava lähete. Kiireettömän hoidon arviointi tulee tehdä kolmen viikon kuluessa ja hoitoon pääsy puolen vuoden sisällä lähetteen käsittelystä. (Lemström 2009, 34.)

Perusterveydenhuollossa psykiatrisen sairaanhoitaja kartoittaa asiakkaan elämäntilannetta kuormittavia tekijöitä sekä asiakkaan voimavaroja. Lääkehoidon seuranta on psykiatrisen sairaanhoitajan tehtävä ja tarvittaessa hänellä on siihen lääkärin konsultaatiomahdollisuus. Asiakkaan sosiaalinen verkosto otetaan hoitoon mukaan tarvittaessa. Erikoissairaanhoidon ja osastohoidon tarve tulee harkittavaksi, mikäli hoito pitkittyy tai oireet täyttävät vaikea-asteisuuden kriteerit. (Lemström 2009, 35.)

3.2 Ehkäisevän mielenterveystyön hankkeet

Mielenterveyspalvelujen tarve ja kysyntä kasvavat nyky-yhteiskunnassa. Kysynnän kasvua selittää se, että väestö on entistä tietoisempi mielenterveys- ja päihdepalvelujen mahdollisuuksista hoitaa psyykkisiä oireita. Vastatakseen kysynnän ja tarjonnan haasteeseen mielenterveystyö tarvitsee uusia toimintamalleja. (Vantaan kaupungin sosiaali- ja terveystoimi 2008.)

2000-luvulla edistävää ja ehkäisevää mielenterveystyötä on saanut Suomessa suuremman painoarvon. Sitä on kehitetty Suomessa pääasiassa eri hankkeiden avulla, hankkeita on rahoittanut Sosiaali- ja terveysministeriö. Hankkeiden tavoitteena on tuottaa mielenterveys- ja päihdepalvelut kokonaisuutena. (Harjajärvi ym. 2006, 24.) Hankkeissa on luotu alueellisia toimintamalleja, joiden tavoitteena on kuntalaisten hyvinvointi ja mielenterveyttä edistävää työtä. Tilannetta on yritetty korjata perustamalla mielenterveys- ja päihdetyön hankkeita, joita ovat muun muassa Mieli 2009 -hanke, Vantaan Hyvä mieli -hanke ja Lapin mielenterveys- ja päihdetyön kehittämishanke. (Nordling 2010, 25.)

Mieli 2009 -hanke on Sosiaali- ja terveysministeriön mielenterveys- ja päihdetyön suunnitelma vuoteen 2015. Suunnitelman painopisteinä ovat asiakkaan aseman vahvistaminen, mielenterveyden ja päihteettömyyden edistäminen. Tavoitteena ovat myös haittojen ehkäisy sekä mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen perus- ja avohoitopalveluja hyödyntäen. Työryhmän suunnitelmassa on 18 ehdotusta mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämiseksi, joista esimerkkeinä mainitaan matalan kynnyksen ja yhden oven periaate. Tällä tarkoitetaan, että terveyskeskuksessa tulee olla matalan kynnyksen periaatteella toimiva sairaanhoitajan vastaanotto, jossa hoidontarpeen arviointi tehdään yhdessä asiakkaan kanssa. Arvion

perusteella asiakas ohjataan joustavasti ja asiakaslähtöisesti hänen tarpeitaan vastaaviin palveluihin. (STM 2009, 13–14.)

Vantaalla alkunsa saanut Hyvä mieli -hanke on Vantaan kaupungin ja HYKS -sairaanhoitoalueen mielenterveyspalvelujen kehittämisohjelma. Hanke kuuluu Sosiaali- ja terveysministeriön Kaste-ohjelmaan. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämishanke toteutettiin vuosina 2008–2010. Hanke tuki Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen suositusta, joka on mielenterveyspalvelujen avohoidon järjestäminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä. Pääpaino oli asetettu ennaltaehkäisyyn ja avohoidon toimiin, joissa hyvän mielen perustana oli hyvin toimiva mielenterveystyö. (Vantaan kaupunki sosiaali- ja terveystoimi 2008.) Hankkeen tavoitteena oli edistää vantaalaisten mielenterveyttä ja päihdetömyyttä lisäämällä tietoa sekä muuttamalla asenteita myönteisemmäksi. Tavoitteena oli myös kehittää matalan kynnyksen ja yhden oven palveluja. (Vantaan kaupunki sosiaali- ja terveystoimi 2012.)

Lapin mielenterveys- ja päihdehanke kuuluu osana kansalliseen Mieli 2009 -hankkeeseen. Hanke jatkuu Tervein mielin Pohjois-Suomessa Lapin osa-hankkeena. Lapin mielenterveys-hankkeen puheenjohtajan (Posio 2010, 54) mukaan tavoitteena on aikuisväestön mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittäminen. Hankkeiden tarkoituksina ovat mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden saatavuuden parantaminen ja muualla toteutettujen hoito- ja kuntoutusmenetelmien soveltaminen. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden palvelujen saatavuutta parannettiin yhden oven periaatteella, jossa on riittävä kokonaisvaltainen osaaminen päihde-, mielenterveys- ja sosiaalisten ongelmien selvittelyyn. Yksikössä voidaan aloittaa ja toteuttaa tarvittavat palvelut tai siellä on joustava mahdollisuus ohjata asiakkaat tarvittavien palveluiden piiriin. Hankkeen loppuraportin tuloksissa mainitaan hankkeen monista yksittäisistä tuotoksista esimerkkeinä raportit hoitoketjuista eri kohderyhmien mukaan, koulutukset sekä laaditut potilasesitteet. Tärkeimmäksi tulokseksi nousi eri sektoreiden työntekijöiden verkostoituminen, joka on edesauttanut työryhmien toimintaa tapaamisten kautta. (Törmä, Tuokkola & Huotari 2001, 100.)

Forssan seudun kuntayhtymässä on toteutettu vastaavanlainen hanke, jonka painopisteenä on kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoidon kehittäminen. Hankkeessa on peilattu Mieli 2009 -työryhmän mietteitä. Hanke on jatkeena aiemmin aloitettuun ennaltaehkäisevän mielenterveystyön hankkeeseen. Johtopäätöksenä hankkeessa oli yhteistyön tärkeyden merkitys työyksiköiden välillä ja avoimuus vuorovaikutuksessa. Hankkeessa nousivat tärkeiksi kaksoisdiagnoosiasiakkaiden yhdenvertaisuus, hoitoon pääsemisen helppous sekä toimivat palvelukokonaisuudet esimerkiksi monipuoliset konsultaatiopalvelut. (Hallikainen, Turunen, Nurmi-Niemelä & Vähätalo 2009, 7, 22.)

Ennaltaehkäisevän mielenterveystyön -hanke (2009) tuotti ennaltaehkäisevän mielenterveystyön suunnitelman Hyvillä mielin Forssan seudulla. Mielenterveyden edistäminen 2010–2015. Suunnitelmassa keskitytään

mielenterveyden ylläpitämiseen ja häiriöiden ehkäisyyn koko ihmisen elämänkaaren aikana ja se sisältää myös konkreettisia kehittämissuunnitelmia. Psykososiaalisen tuen merkitys korostuu ja erityisesti lasten huomioon ottaminen kriisitilanteissa on kehittämisen tarpeessa. Huomioon ottamista on lisätty esimerkiksi Toimiva lapsi ja perhe -menetelmän avulla. Koulujen ja työterveyspalvelujen tarmuttamista mielenterveyttä edistäviin asioihin korostettiin ja masennuksen ennaltaehkäisyä parannettiin kolmannen sektorin sekä perusterveydenhuollon yhteistyötä tehostamalla. Hankkeen myötä kuntayhtymän alueelta koulutettiin kahdeksan ammattihenkilöä depressiokoulun ohjaajiksi, jotka järjestivät eri kohderyhmille depressiokoulua. (Laakso, Vähätalo, Turunen & Puro 2009, 3, 51.)

4 PSYKIATRISEN SAIRAANHOITAJAN TYÖ

Muutamit seutukunnat ovat ottaneet käyttöön mielenterveys- ja päihdetyön toimintaohjelman, jossa tavoitteena on mielenterveys- ja päihdepalvelujen toteuttaminen osana peruspalveluja. Ohjelmaan on muodostettu visio, jonka pohjana ovat ammatillisuus, asiakaslähtöisyys ja yhteisöllisyys. Lähtökohtaisesti mielenterveys- ja päihdetyö kuuluvat monelle: palvelun käyttäjille ja heidän perheilleen sekä ammattilaisille että kolmannen sektorin toimijoille. (Hattula, Hämeenlinna & Janakkala 2010, 7.)

Sosiaali- ja terveysministeriön oppaassa on esitelty kolmiomalli, jota sovelletaan masentuneen potilaan hoidossa. Kolmiomallissa potilaan hoito perustuu psykiatrisen sairaanhoitajan, psykiatrin ja terveyskeskuslääkärin tiiviiseen yhteistyöhön. Mallissa on suunniteltu sairaanhoitajan vastaanotolla arviointikäynti, jossa potilaan verkosto on mukana. Arviointikäyntien jälkeen potilaalla on viisi hoitokäyntiä ja näiden jälkeen on vielä kaksi arviointikäyntiä, joissa suunnitellaan jatkohoidon tarve. Kolmiomallilla pyritään saumattomaan yhteistyöhön eri toimijoiden kanssa. (Vuorilehto, Honkonen & Lönnqvist 2010, 2,11.)

Matalan kynnyksen -mallissa ensisijainen hoitopaikka mielenterveysasioissa on oma terveysasema. Terveyskeskusten psykiatriset sairaanhoitajat antavat keskustelua erilaissa elämäntilannekriiseissä ja mielenterveyden ongelmatilanteissa. Psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolla suunnitellaan ja toteutetaan hoitoa kunkin asiakkaan tilanteen mukaan. Työmuotoina käytössä ovat esimerkiksi yksilökäynnit, perhetapaamiset, kotikäynnit ja erilaiset ryhmät. (Hämeenlinnan kaupunki 2013.)

4.1 Hoitosuhde

Mielenterveystyötä tehdään moniammatillisessa työryhmässä, jossa jokainen jäsen kantaa vastuun hoitotyöstä. Jokainen tiimin jäsen on myös velvollinen tuomaan oman asiantuntijuutensa työyhteisön käyttöön. Asiakkaan ja sairaanhoitajan onnistunut vuorovaikutus on välttämätöntä hyvän

hoidon onnistumiselle. Kokonaisvaltainen ja asiakaslähtöinen hoitotyö toteutuu silloin, kun kaikilla hoitoon osallistuvilla on yhteinen näkemys siitä, mitä hyvä hoito on ja miten se toteutetaan. Asiakkaan ja sairaanhoitajan välisessä yhteistyössä ovat tärkeitä aito läsnäolo ja vastavuoroisuus, jonka lähtökohtana ovat potilaan tarpeet. Sairaanhoitajan arvot, asenteet, ihmiskäsitys ja eettiset periaatteet ohjaavat asiakas-suhteen kehittymistä. (Kuhanen ym. 2010, 148–152.)

Yhteistyösuhteessa korostuu läsnäolo. Aito kiinnostus, kunnioitus ja arvostus asiakasta kohtaan luovat tunteen, että sairaanhoitaja on saatavilla silloin, kun asiakas tarvitsee tukea. Läsnäolon muodot vaihtelevat kuuntelemisesta keskustelemiseen ja yhdessä tekemiseen. Hoitaja voi ilmaista läsnäolon myös koskettamalla asiakasta, mutta hoitajan tulee olla varma, milloin siihen on sopiva hetki. (Kuhanen ym. 2010, 157.)

Vastavuoroisessa hoitosuhteessa hoitajalta edellytetään herkkyyttä sekä asiakkaan hyväksymistä ja eläytymistä hänen asemaansa. Lähtökohtana on se, että sairaanhoitaja on teoreettisesti hoidon asiantuntija ja asiakas on oman sairautensa asiantuntija, jolloin hoitosuhteessa korostuu tasa-arvoisuus. Kokonaisvaltaisessa ja tasa-arvoisessa kohtaamisessa asiakas huomioidaan avoimesti ja aidosti, tällöin hän tulee kuulluksi. Tämä mahdollistaa asiakkaan kasvun, muutoksen ja kehityksen. (Kuhanen ym. 2010, 153.)

4.1.1 Voimaannuttaminen

Asiakkaan voimaantumista kuvataan prosessilla, jossa asiakas tunnistaa hoitajan avustamana omat resurssinsa ja persoonalliset ominaisuutensa. Prosessin tavoitteena on saada asiakas näkemään omat voimavaransa realistisesti. Tämä työskentelymalli vaatii hoitajalta herkkyyttä ja kykyä kuulla asiakkaan tarpeet sekä vastata niihin. Sairaanhoitajan ja asiakkaan yhteistyön onnistumisen edellytys on molemminpuolinen luottamus. Mielen-terveys- ja hoitotyössä luottamuksen syntyminen on erityisen herkkää, koska asiakkailla on usein elämässään pettymyksiä ja hylkäämisen kokemuksia. (Kuhanen ym. 2010, 154–156.) Hoitajan tulee tukea asiakkaan yksilöllisiä voimavaroja. Riittävä tieto sairaudesta erilaisten interventioiden ja tutkimusten avulla auttavat asiakasta tunnistamaan omat voimavaransa. Hoitosuhdetyön tarkoituksena on saavuttaa se terveydentila, joka oli ennen sairastumista. (Hentinen 2009, 48.)

4.1.2 Asiakaslähtöisyys

Asiakaslähtöisyys hoitotyön toiminnassa tarkoittaa vastaamista asiakkaan tarpeisiin hänen näkökulmastaan. Asiakkaan uskonto, tavat ja itsemääräämisoikeus otetaan huomioon niitä kunnioittaen. Näin asiakas tuntee olevansa tasavertaisessa roolissa hoitohenkilökunnan kanssa oman hoitonsa

päätöksenteossa. Hoidon tavoitteet laaditaan asiakkaan tarpeet huomioiden. Näihin asiakas etsii hoitajan tuella ratkaisuja. (Kiikkala 2000, 116–118.) Hyvällä itsetunnolla varustetut asiakkaat kokevat itsensä arvokkaiksi ja uskovat pystyvänsä vaikuttamaan elämäänsä. He hakevat aktiivisesti uusia selviytymiskeinoja elämän ongelmatilanteissa. Auttamistyön keskeisin tavoite onkin itsetunnon vahvistaminen. Asiakaslähtöinen toiminta ihmisen omista lähtökohdista tukee itsetunnon vahvistumista. (Noppi ym. 2007, 32–33.)

Asiakas tarkkailee usein sairaanhoitajan reaktioita ja kykyä ottaa esille vaikeita asioita. Asiakas antaa hoitosuhteessa paljon tietoa itsestään, joten luottamus on tärkeää. Sairaanhoitajaa sitoo lakisääteinen vaitiolovelvollisuus. Sairaanhoitajan tulee pitää lupauksensa ja varmistaa tietojen salassapito. Keskustelussa asioita ei yleistetä, vaan edetään asiakaslähtöisesti, koska asiat ja tunteet ovat aina asiakkaalle henkilökohtaisia. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2008, 82–83.)

4.1.3 Vuorovaikutus

Kuunteleminen on yhteistyösuhteen perusprosessi. Aktiivinen kuuleminen vaatii kiireettömyyttä ja pysähtymistä. Kuuntelemisen tavoitteena on, että asiakas selventää ajatuksiaan ja tunteitaan. Kuunnellessaan hoitaja viestii non-verbaalisesti, että hän kuuntelee. Asiakasta kuunnellessa havainnoidaan liikehdintää, katsetta, olemusta ja puheen rytmiä. (Kuhanen ym. 2010, 157.)

Empatia on sairaanhoitajan tärkein ammatillinen taito, joka tukee asiakkaan kokemusta kuulluksi tulemisesta. Ymmärtämisellä hoitaja saa tietoa asiakkaan tilanteesta ja edistää yhteistyötä. Empaattinen sairaanhoitaja eläytyy asiakkaan tilanteeseen käyttäen itseään työvälineenä. Eläytyminen edellyttää sairaanhoitajalta herkkyyttä ja inhimillisyyttä. Hoitaja saa osoittaa inhimillisiä tunteita asiakasta kohtaan. Ammatillisesti tämä parantaa asiakkaan ja sairaanhoitajan välistä vuorovaikutussuhdetta. (Kuhanen ym. 2010, 154–156.)

Keskustelut ovat keskeinen menetelmä, jota psykiatrisen sairaanhoitaja käyttää työssään. Yhteistyösuhteessa keskustelut ovat hoidollisia ja antavat asiakkaalle myönteisiä kokemuksia, jotka tukevat itsetuntoa. Tärkeää on keskustella avoimesti ja rehellisesti. Keskusteluhetket tuovat turvallisuuden tunnetta ja hoitaja tukee asiakkaan voimavaroja, jotta hän kykenee ratkomaan ongelmiaan. Ohjauksen tavoitteena on edistää asiakkaan elämänlaatua ja hoitoon sitoutumista. Sairaanhoitaja ei anna valmiita vastauksia, vaan päätökset hoidostaan ja elämästään tekee asiakas itse. Ohjauskäsite määrittää tiedon antamiseen, opetukseen ja neuvontaan liittyväksi hoitotoimeksi. Ohjaus ymmärretään sosiaalisen tuen antamisena, jolla sairaanhoitaja osoittaa potilaasta välittämistä. Tällöin hoitaja antaa tukea esimerkiksi kotona selviytymiseen sekä tietoa sairaudesta selviytymisestä. (Kuhanen ym. 2010, 158–161.) Dialogi on asiakkaan ja hoitajan vastavuoro-

roista toimintaa, jossa he vuorottelevat puhujina ja kuuntelijoina. Keskustelussa jaetaan avoimesti ajatuksia. Asiakkaan ymmärtäminen ja ymmärretyksi tuleminen ovat keskeistä dialogissa. Dialogin tarkoituksena on tuoda esiin ne asiat, jotka tukevat asiakkaan selviytymistä elämänsä muutoksista. (Hentinen 2009, 44.)

4.2 Sairaanhoitajan ammatillinen kehittyminen

Ammatillisuus voidaan määritellä siten, että hoitaja auttaa ammattiinsa kuuluvilla tiedoilla ja taidoilla työajan puitteissa. Ammatillisuus kuvataan myös asenteena, jolla hoitaja kohtelee asiakkaita ja suhtautuu työhönsä. Ammatillisuus kuvastuu työhön sitoutumisena ja myönteisenä asennoitumisena asiakkaisiin. Tavallisesti mielenterveysasiakkaiden elämää leimavat kielteiset tunteet kuten avuttomuus, syrjäytyneisyys ja pelko. Negatiiviset tunteet saattavat sävyttää auttamistilanteet raskaiksi. (Saarelainen, Stengård & Vuori-Kemilä 2003, 202.) Psykiatrisen hoitotyö ei ole suorittamista ja konkreettista tekemistä, vaan hoitajan on pysähdyttävä asiakkaan ongelmien äärelle. Psykiatrisessa hoitotyössä korostuu luovuus. Luovuus, joka on hoitajalle voimavara, edistää pohdiskelevaa keskustelua työryhmässä. (Punkanen 2001, 175–176.)

Sairaanhoitajan itsenäinen työskentely pitää sisällään ammattiin kuuluvat velvollisuudet lakisääteisiä, eettisiä ja käytännön normistoja noudattaen. Eettisesti korkea moraalitilanne hoitotyössä on tärkeää, koska varsinkin mielenterveysasiakkaat ja heidän omaisensa ovat herkästi haavoittuvia sairautensa vuoksi. Mielenterveysasiakkaat tarvitsevat hoitohenkilöitä, jotka ovat luotettavia ja ajavat heidän asioitaan. Ammatilliseen työotteeseen kuuluu hoidon tavoitteellisuus, joka määrittelee mitä kussakin tilanteessa asiakkaasta tulee tietää. Sairaanhoitaja ei saa tehdä päätöksiä omien mielihalujensa mukaan. Sairaanhoitajan omien arvojen tiedostaminen ja niiden mukainen päätöksenteko on myös tärkeää. Ammatillinen kehittyminen on mahdollista, kun sairaanhoitajalla on päämääriä työssään. (Välimäki, Holopainen & Jokinen 2000, 19–20.)

Hoitajan ammatillisen kasvun ja kehittymisen välineet ovat itsereflektio, työryhmän tuki, työnohjaus, konsultaatio sekä koulutus. Jokainen haluaa oppia virheistään kiinnittämällä huomiota omaan työskentelytapansa. Ammatillinen sairaanhoitaja kykenee yhteistyöhön ja osaa käyttää hyväkseen työryhmän tietoja. Työryhmän tuki on tärkeä ja aikaa yhteisille tapaamisille tulee varata säännöllisesti. Työnantaja huolehtii työntekijöiden jaksamisesta ja ammatillisesta pätevyydestä luomalla puitteet kouluttautumismahdollisuuksille. Ammattitaidon ylläpito käsittää lisä- ja täydennyskoulutuksen, joiden avulla taataan tietojen ja taitojen pysyminen ajanmukaisella tasolla. Työnohjauksella huolehditaan asiakaspalvelun laadusta ja sen keskeinen tavoite on ammatillisen kasvun lisäksi ammattitaidon ylläpito sekä työssä jaksaminen. (Saarelainen ym. 2003, 203–205.)

Työnohjauksen periaate on vapaaehtoisuuteen perustuvaa itsestä lähtevää oman työn ja itsensä tarkastelua. Työnohjaus voidaan toteuttaa yksilön, ryhmän tai työyhteisön näkökulmasta. Hoitosuhteiden työnohjaus on määriteltä sosiaali- ja terveysministeriön raportissa (1983) ihmissuhde alan asiantuntijan antamaksi ja säännöllisesti toistuvaksi ohjaukseksi. Keskeistä ovat oman työn arviointi, työn ongelmien purkaminen ja niille tarvittavien toimenpiteiden suunnittelu. Yksilötyönohjauksessa hoitajan ei tarvitse jakaa ohjausaikaa muiden kanssa.

Niskanen ym. (1988) näkevät yksilötyönohjauksen turvallisen paikkana tutkia omaa työtään. Psykiatrisen hoitotyön tekijöille soveltuu yksilötyönohjaus. Ryhmätyönohjaus koostuu tavallisesti kahdesta neljään ohjattavaan. Tämän etuja ovat taloudellisuus ja oppiminen muilta ohjattavilta. Ryhmätyönohjaus vaatii omaehtoista kykyä käsitellä työtään ja itseään muiden läsnä ollessa. (Paunonen-Ilmonen 2001, 49, 52–59.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Mielenterveystyötä kehitetään jatkuvasti avohoitopainotteiseksi. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa psykiatristen sairaanhoitajien kokemuksia perusterveydenhuollossa tapahtuvasta mielenterveystyöstä ja psykiatrisen sairaanhoitajan työn kehittämistä.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Minkälaisia kokemuksia psykiatrisella sairaanhoitajalla on mielenterveyspotilaan hoidosta perusterveydenhuollossa?
2. Minkälaisia kehittämistarpeita on noussut esiin psykiatrisen sairaanhoitajan työssä perusterveydenhuollossa?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on ymmärtää tutkittavaa kohdetta tutkittavien näkökulmasta. Laadullisessa lähestymistavassa tulos saadaan haastateltavana olevien henkilöiden kokemusten avulla ja ilmiöitä tarkastellaan tutkittavien henkilöiden näkökulman kautta heidän luonnollisessa ympäristössään. Tutkijoiden rooli on keskeinen aineiston keruussa ja analysoinnissa. Laadullisessa lähestymistavassa kohdehenkilöt valikoidaan valitulla menetelmällä. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 2006, 20.)

Laadullisessa tutkimuksessa tutkija on itse tietojenkeruun väline, joka viettää aikaa tutkittavien kanssa ja havainnoi haastattelun lisäksi. Tutkija tekee muistiinpanoja, nauhoittaa tai videoi havainnointitilanteen. Tutkija

haastattelee ja havainnoi usein siinä ympäristössä, jossa toiminta tapahtuu luonnollisesti. Laadullisessa tutkimuksessa tiedot kerätään pieneltä henkilömäärältä. Tietojen analysointi on keskeistä ja analysointia tapahtuu koko tutkimuksen ajan. (Krause & Kiikkala 1996, 104.)

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat erään työryhmän perusterveydenhuollon sairaanhoitajat. Opinnäytetyöhön valittiin laadullinen ja induktiivinen lähestymistapa, koska psykiatristen sairaanhoitajien kokemuksia kyseisessä mielenterveystyön perusterveydenhuollon työryhmässä on tutkittu vähän. Lähestymistavalla haluttiin saada kokemuksellista tietoa aiheesta.

6.1 Haastattelun toteutus ja sisältö

Haastattelijalta vaaditaan tiettyjä ominaisuuksia. Asiantunteva ja sosiaalinen luonne auttavat haastattelun etenemistä. Esiintymistaidot ja herkkyyss havainnoida tutkittavaa ovat haastattelijalle eduksi. Haastattelijan tulee olla kiinnostunut tutkimuksesta sekä ottaa huomioon mielipiteidensä ja odotustensa vaikutuksen. Haastattelu aika sovitaan etukäteen, mahdollisuuksien mukaan tutkittava valitsee ajankohdan. Näin se motivoi haastateltavaa vastaamaan. (Krause & Kiikkala 1996, 109.)

Haastattelu voidaan toteuttaa eri tavoilla. Täysin avoin haastattelu on haasteellinen tutkijalle, koska sen purkaminen on työlästä ja kohdejoukon pitää olla pieni. Osittain strukturoitu haastattelu on aiheeltaan rajattu. Haastattelu pohjautuu teemoihin ja tutkittava vastaa valmiisiin kysymyksiin. Tämä muistuttaa kyselyä, mutta tutkija kysyy ja kirjaa vastaukset. Haastattelu on luotettavampi kuin kysely, koska epäselvyyksiin tutkija pystyy reagoimaan heti ja väärinkäsitysten määrä pienenee. Mahdolliset haastattelu häiritsevät tekijät minimoidaan ennen haastattelun aloittamista. (Krause & Kiikkala 1996, 108.)

Tutkimussuunnitelma toimitettiin tutkimuksen kohteena olleen työryhmän esimiehelle hyväksyttäväksi maaliskuussa 2013. Tutkimuslupa saatiin hyväksytyinä huhtikuussa 2013. Haastattelut toteutettiin kesä-elokuussa 2013. Haastattelujen aikataulu venyi kesälomien takia. Haastattelujen kestot olivat 30 - 60 minuutin mittaisia. Tutkimuksen kohteena olivat yksitoista psykiatrista sairaanhoitajaa. Heitä lähestyttiin sähköpostitse ja haastatteluajankohta sovittiin heidän ehdoillaan. Kesälomien ja yhteisten aikataulujen vuoksi haastattelujen aikataulua tarkennettiin kolme kertaa. Haastattelu toteutettiin haastateltavan työpaikalla yksilöhaastatteluna, normaalin työpäivän aikana. Tutkimukseen osallistumista ei palkittu mitenkään.

Teemahaastattelussa tutkijalla on käytössään ennalta suunniteltu teemarako, joka käydään läpi haastateltavan kanssa. Tarkoituksena on käydä keskustelua vapaasti aihepiirin sisällä. Teemahaastattelu on sopiva tutkimusmenetelmä silloin, kun halutaan tutkia aihepiiriä, josta on olemassa vähemmän tietoa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Koehaastattelun tarkoituksena on testata haastattelurunkoa. Koehaastattelulla voidaan

karsia pois tarkoituksettomampia osia tai lisätä tutkimuksen kannalta merkittävämpiä osia. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 72–73.)

Aineiston hankintamenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Teema-alueet laadittiin tutkimuskysymyksiin nähden niin, että sairaanhoitajien kokemuksista saatiin mahdollisimman laaja otos. Haastattelussa oli apuna teemahaastattelurunko, johon haastateltavalla oli mahdollisuus tutustua ennen haastattelua. Haastattelussa kartoitettiin työkokemus mielenterveystyössä ja kokemuksia eri potilasryhmien hoidosta. Lisäksi haluttiin tietoa mahdollisista työn kehittämiskohteista. Teemahaastattelun testaus toteutettiin mielenterveystyötä tekevän psykiatrisen sairaanhoitajan haastatteluna perusterveydenhuollossa. Haastattelurunkoa tarkennettiin koehaastattelun jälkeen. Koehaastattelu päätettiin ottaa soveltuvin osin mukaan varsinaiseen tutkimukseen.

6.2 Sisällön analyysi

Kvalitatiivisen tutkimuksen haasteellisin osa on aineiston analyysi, joka tyypillisesti tehdään sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysin avulla pyritään muodostamaan tutkittavasta ilmiöstä tiivistetty kuvaus, joka kytkee tulokset ilmiön laajempaan asiayhteyteen. Aineistoa järjestettäessä teemojen mukaan, kootaan jokaisen teeman alle haastatteluista ne kohdat, joissa puhutaan kyseessä olevasta teemasta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135.)

Käsitteet muodostetaan joko aineisto- tai teorialähtöisesti. Induktiivisessa lähestymistavassa päätelmät muodostetaan aineistolähtöisesti yksittäisten havaintojen perusteella. Valmiita vastausvaihtoehtoja ei ole, joten vastaajat muodostavat vastaukset itsenäisesti. (Lauri & Kyngäs 2005, 61–62.)

Litterointi tarkoittaa nauhoitteiden purkamista kirjalliseen muotoon. Aineisto kirjoitetaan mahdollisimman sanatarkasti. Valmiissa opinnäytetyössä voidaan käyttää sanatarkkaa kuvausta sitaattina. Aineiston pelkistäminen ja klusterointi kuuluvat sisällönanalyysin vaiheisiin. Litterointia seuraa analyysiyksikön pelkistys, yksikkönä voi olla sana, lause tai lauseista muodostunut kokonaisuus. Klusteroinnissa aineistosta etsitään samankaltaisuuksia tai eroavuuksia. Alaluokat muodostuvat, kun aihekokonaisuudet pilkotaan pienempiin osiin. Luokkien välille etsitään loogisia yhteyksiä. Jokainen tutkija näkee aineiston omalla tavallaan ja tästä syystä tulkinnat voivat vaihdella. (Kananen 2008, 80, 94–97.)

7 TUTKIMUSTULOKSET

Haastatteluun osallistui 11 sairaanhoitajaa. Tutkimukseen osallistuvien sairaanhoitajien työkokemukset hoitotyöstä olivat 1–21 vuoden välillä. Kyseessä olevassa työyhteisössä työvuosia oli kertynyt alle vuodesta 17 vuoteen. Valtaosa haastateltavista oli työskennellyt työyhteisössä 1–5 vuotta. Kaikki haastateltavat olivat psykiatrisia sairaanhoitajia, suurimmalla osalla oli hankittuna lisäkoulutusta mielenterveystyöstä, omien suuntautumismielitymystensä mukaan.

Analyysin perusteella sairaanhoitajien kokemukset perusterveydenhuollon mielenterveystyössä jaettiin 9 alakategoriaan. Nämä yhdistettiin kolmeksi yläkategoriaksi: a) mielenterveyspotilaan hoidon toteutus, b) vahvuudet ja c) haasteet perusterveydenhuollon mielenterveystyössä. Yläkategoriat yhdistettiin yhdeksi pääkategoriaksi: Psykiatrisen sairaanhoitajan kokemuksia mielenterveyspotilaan hoidosta. (Kuvio 1.)

ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA	PÄÄKATEGORIA
Hoidon porrastus	Mielenterveyspotilaan hoidon toteutus	Psykiatrisen sairaanhoitajan kokemuksia mielenterveyspotilaan hoidosta
Hoitosuhtedetyöskentely		
Yhteistyöverkosto		
Asiakasryhmät		
Mielenterveystyön voimavarat	Vahvuudet perusterveydenhuollon mielenterveystyössä	
Vahvuudet työyhteisössä		
Hoitotyön toteuttamisen vahvuudet		
Haasteet työyhteisössä	Haasteet perusterveydenhuollon mielenterveystyössä	
Hoitotyön toteuttamisen haasteet		

Kuvio 1. Ensimmäistä tutkimuskysymystä selittävät alakategoriat, yläkategoriat ja pääkategoria

Toiseen tutkimuskysymykseen, joka käsitteli mielenterveystyön kehittämistarpeita, saatiin kolme alakategoriaa: a) työssä jaksamisen kehittäminen, b) työn sisällön kehittäminen sekä c) ammattitaidon kehittämistarpeet. Nämä voitiin yhdistää suoraan yhden otsikon alle: Psykiatrisen sairaanhoitajan kokemat kehittämistarpeet perusterveydenhuollon mielenterveystyössä. (Kuvio 2.)

ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA	PÄÄKATEGORIA
Työssä jaksaminen kehittäminen		Psykiatrisen sairaanhoitajan kokemat kehittämistarpeet perusterveydenhuollon mielenterveystyössä
Työn sisällön kehittäminen		
Ammattitaidon kehittämishaasteet		

Kuvio 2. Toista tutkimuskysymystä selittävät alakategoriat ja pääkategoria

7.1 Sairaanhoitajan kokemukset mielenterveysasiakkaan hoidosta perusterveydenhuollossa

Sairaanhoitajan kokemukset mielenterveyspotilaan hoidon toteutumisesta koottiin neljäksi alakategoriaksi, jotka ovat hoidon porrastus, hoitosuhdetyöskentely, yhteistyöverkosto ja asiakasryhmät. (Kuvio 3.)

ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA
Hoidon porrastus	Mielenterveyspotilaan hoidon toteutus
Hoitosuhdetyöskentely	
Yhteistyöverkosto	
Asiakasryhmät	

Kuvio 3. Pelkistyksistä muodostuneet alakategoriat ja niistä yhdistetty yläkategoria.

7.1.1 Mielenterveyspotilaan hoidon toteutus

Mielenterveystyön hoidon porrastuksen kriteerejä pidettiin lähes pääsääntöisesti selkeinä ja asiakkaiden jatkohoito toteutui joustavasti erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Vaikka hoidon porrastus erikoissairaanhoidon kanssa toimi haastateltavien näkökulmasta melko hyvin, osa haastateltavista koki epäselvyyttä työnjaon suhteen erikoissairaanhoidon kanssa. Esimerkkinä tästä mainittiin asiakkaan liian aikainen siirto takaisin perusterveydenhuollon piiriin, jonka johdosta perusterveydenhuollossa hoidettiin entistä vaativampia mielenterveyden häiriöitä. Tämä johtui hoitojen päällekkäisyyksistä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Sairaanhoitajat kokivat kolmannensektorin palve-

luista olevan suurta hyötyä suunniteltaessa potilaan jatkohoitoa. Kolmannen sektorin palveluja tuottavina tahoina mainittiin muun muassa Klubitalo, mielenterveysseura ja SPR.

”Jakautuminen onnistuu silloin, kun täällä on ensimmäinen pohjahoito tehty ja arvioidaan”

”Jos se semmonen akuutti elämänvaihe on mennyt, niin tämmösiä kuntouttaviin tai sosiaalisesti aktivoiviin ryhmiin pyritään ohjaamaan.”

Tutkimuksessa nousi esille hoitajien näkökulmasta joustava hoitosuhde-työskentely, jossa asiakkaan hoidossa olivat tiiviisti mukana hoitaja ja lääkäri. Hoitosuhteiden pituudet olivat yksilöllisiä ja aina asiakkaan tarpeesta syntyviä, joskus harvatkin käyntikerrat riittivät tukimuotona tuomaan turvaa asiakkaan elämään. Depressiohoidon kolmiomalli, jossa masennuksen hoito käsitti kuudesta kahdeksaan hoitokertaa, koettiin ajoittain liian kaa-
vamaiseksi johtuen asiakkaiden yksilöllisten tarpeiden huomioon ottamisesta. Tutkimuksen mukaan parhaimpaan hoitosuhteeseen päästiin, mikäli asiakas varasi aikansa itse. Viranomaisen varaamat ajat jäivät usein käyttämättä. Sairaanhoitajien monipuolinen työnkuva sisälsi niin akuuttivas-
taanottoa kuin pidempiä hoitosuhteita mielenterveyskuntoutujien kanssa.

”Se on 90% jotka ei käytä niitä aikoja, jotka joku muu on varannu.”

”Tietenkin se raamittaa se hoidonporrastus manuaali”

Haastateltavat kuvasivat työn menetelmien koostuvan aikuisten yksilövas-
taanotosta, jossa hoitomuotoina käytettiin keskustelun lisäksi toiminnallisia muotoja. Näistä esimerkkinä mainittiin kuvakortit ja rentoutus, joilla asiakkaalle annettiin mahdollisuus tekemisen kautta tuoda ajatuksiaan julki. Perhe- ja paritapaamisia järjestettiin tarpeen mukaan asiakkaan tarpeesta riippuen. Näihin haastateltavat saivat esimerkiksi toisistaan työparin. Harvinaisempaan koettiin sairaanhoitajan tekemät kotikäynnit, koska niihin ei vastaajien mukaan ole enää aikaa. Heidän työnkuvaansa sisältyi myös asiakkaan lääkehoidon seuranta sekä erilaiset testit, joita hyödynnettiin asiakkaan hoidossa sairauden eri vaiheissa.

”Toiminnalliset menetelmät on tietysti myös tärkeitä ja silloin kun se on mahdollista ja tilat antavat myöden”

”Jonkin verran paritapaamisia, perhetapaamisia niin otetaan sitten toinen työntekijä”

”Tukikeskustelut, lääkehoidon seuranta. Keskustelu voittoinen, terapeutista keskustelua, mutta ei terapiaa.”

Yhteistyöverkostojen merkitys oli psykiatrisessa hoitotyössä suuri. Tärkeimmiksi yhteistyötahoiksi tutkimuksessa nousivat erikoissairaanhoito,

kunnan omat palvelut, A-klinikka ja neuvolat. Onnistuneen hoidon kannalta työ yhteistyöverkoston kanssa oli tärkeää ja sitä tuli haastateltavien mukaan kehittää. Asiakkaan oma verkosto ja sen kanssa tehtävä yhteistyö oli avainasemassa hoidon kokonaisuutta ajatellessa. Päivittäinen psykiatrin konsultaatiomahdollisuus koettiin tärkeäksi.

”Tehdään tiivistä yhteistyötä synnytysmasennusta potevien äitien ja perheiden kanssa”

”Vahvuuksia on tullut sitä kautta, että tk:een on saatu konsultoiva psykiatri.”

”Mä itte ainakin tykkään aina tämmösissä, jos mä tiedän että asiakkaalla on kontakteja muualle”

Perusterveydenhuollon mielenterveystyön pääasialliset asiakasryhmät koostuivat tutkimuksen mukaan masennus-, elämäntilannekriisi- ja ahdistushäiriöisistä potilaista. Vastaajien mukaan valtaosa potilaista oli masennuspotilaita. Elämänkriiseistä yleisimpinä haastateltavat nostivat esiin esimerkiksi avioeron ja läheisen kuoleman. Perusterveydenhuollossa hoidettiin muun muassa tasapainoisessa vaiheessa olevia psykoosisairauksista kärsiviä asiakkaita. Työikäisten sekä päihdeasiakkaiden osuus potilaiden kokonaismäärästä oli kasvanut viime vuosina. Päihde- ja korvaushoitoasiakkaiden hoito ja seuranta oli osa päivittäistä työnkuvaa.

”Sit suht uutena on nää korvaushoitolaiset, jotka myös osittain käyvät täällä eli A-klinikalta”

”Asiakkaita ihan laidasta laitaa”

”Tällaset ahdistukset ja masennukset nousee semmosina isoina ryhminä.”

7.1.2 Vahvuudet perusterveydenhuollon mielenterveystyössä

Haastateltavat kuvasivat perusterveydenhuollon mielenterveystyön vahvuuksia mielenterveystyön voimavaroina ja työyhteisön sekä hoitotyön toteuttamisen vahvuuksina. (Kuvio 4.)

ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA
Mielenterveystyön voimavarat	Vahvuudet perusterveydenhuollon mielenterveystyössä
Vahvuudet työyhteisössä	
Hoitotyön toteuttamisen vahvuudet	

Kuvio 4. Pelkistyksistä muodostuneet alakategoriat ja niistä yhdistetty yläkategoria.

Haastateltavien mukaan psykiatrisen sairaanhoitajien työpanokselle perusterveydenhuollossa oli kysyntää ja kasvava tarve näkyi jatkuvasti ajanvarauskirjojen täyttymisenä. Haastateltavien kokemukset matalan kynnyksen hoitoon pääsystä olivat positiiviset. Valttina pidettiin yleisesti sitä, että asiakkaat hakeutuivat ajoissa vastaanotolle ja ongelmiin pystyttiin puuttamaan varhaisessa vaiheessa. Yleisesti perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluja pidettiin kattavina.

”Mahdollisuudethan on tunnistaa ongelmia tarpeeksi ajoissa, ettei ne kriisiytyisi.”

Haastateltavat kokivat laaja-alaisen osaamisen olevan tärkeä osa ammattilisuuttaan, jota perusterveydenhuollossa tehtävä itsenäinen työskentely vaatii. Heidän saamansa kollegiaalinen tuki ja tutut työskentelytavat oman terveysaseman sisällä nousivat esiin arvokkaana asiana. He kokivat työntekijöiden erityisosaamisen näkyväksi tuomisen ja työyhteisön moniammatillisuuden työn rikkautena.

”Mahdollisuus se et meitä on hoitajia, eri alan lääkäreitä saman katon alla”

”Voimavara olis varmaankin kaikkien ryhmän jäsenien kaikki osaaminen näkyväksi tuleminen”

Tutkimuksessa nousi usein esiin ammattitaitoinen ja varhainen hoidon arviointi, joka koettiin tärkeäksi asiakaslähtöistä hoitoa ajatellessa. Tällöin asiakkailla oli mahdollisuus päästä nopealla aikataululla oikeaan hoitopaikkaan. Haastateltavat kokivat työn haasteellisuuden ja erilaisten ihmisten kohtaamisen työn vahvuutena. Hoidon toteuttamisen lähtökohtana oli olla lähellä asiakasta, ihmistä arvostavana ja aitona hoitajana, joka korosti mielenterveystyötä luonnollisena osana ihmisen elämää. Tutuksi käyneet hoitosuhteet asiakkaisiin koettiin vahvuutena. Hoitotyö kehittyy jatkuvasti ja erilaisten koulutusten tuomaa ammattitaidon täydennystä arvostettiin.

”Sä voit saada joskus aika rankkojakin juttuja hoidettavaks, mut se on sitä rikkautta myös”

”Mahdollisuudet on ihan äärettömän rikkaat ... ollaan tosi lähellä ihmistä, tämmöstä arkista elämää”

”Mun mielestä ollaan niin kun aitiopaikalla päästä ihan lähelle, varhaisessa vaiheessa, et asiat ei muhi hirveen pitkään”

7.1.3 Haasteet perusterveydenhuollon mielenterveystyössä

Mielenterveystyön haasteita kuvattiin termeillä haasteet työyhteisössä ja hoitotyön toteuttamisen haasteet. (Kuvio 5)

ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA
Haasteet työyhteisössä	Haasteet perusterveydenhuollon mielenterveystyössä
Hoitotyön toteuttamisen haasteet	

Kuvio 5. Sisällön analyysiä selittävät alakategoriat ja yläkategoria.

Tutkimuksessa ilmeni laajana haasteena työnohjauksen riittämättömyys, joka osaltaan vaikutti hankalien tilanteiden purkuun ja työyhteisön hyvinvointiin. Haastateltavat kokivat eriarvoisuutta terveysaseman työntekijöiden kesken, johtuen eri työnantajatahoista samassa työyhteisössä. Vahvuutena mainittiin erilaisten asiakkaiden kohtaaminen, mutta kolikon kääntöpuolella tuli ilmi huoli oman ammattitaidon riittävydestä hoitaa monenlaisia asiakkaita.

Haastateltavat kokivat ajoittain hankalien tilanteiden purkamisen työyhteisön kesken haastavaksi, osansa tähän haasteeseen toi työtovereiden maantieteellisesti kaukainen sijainti. Nämä tilanteet jättivät jälkeensä entistäkin ruuhkaantuneemmat ajanvarauskirjat. He pitivät työstään ja toivoivat, että saisivat keskittyä enemmän hoitotyöhön. Tähän he eivät kuitenkaan aina tunteneet pystyvänsä, koska kokivat muualta tulevien muutos- ja vaatimuspaineiden kuorimittavan liikaa.

”Muutosten mukana työnkuvaan tuli paljon semmosta liik-kumista ja erilaisiin kokouksiin ja palavereihin, mikä on tietenkin syönyt aika paljon aikaa ihan tästä perustyöstä”

”Tässä on niin paljon opettelemista tässä ja muutoksissa, mitä terveystyöpalveluissa on. Jotenkin mä ajattelen, ettei riitä voimavarat mihinkään tällä hetkellä mihinkään koulutukseen”

”Nykyään on niin monenlaisia asiakkaita eli miten ammattitaito riittää hoitaa kaikkea mahdollista”

Tutkimuksessa haastateltavat vertasivat nykyistä ajanvarauskäytäntöä entiseen, jolloin sairaanhoitajien puhelinnumerot olivat julkisesti saatavilla. Aiemmin käytössä oleva käytäntö oli haastateltavien mukaan parempi, tällöin he kokivat matalan kynnyksen hoidon periaatteen sekä varhaisen hoidon aloituksen toteutuvan toimintamallin mukaisesti. Haastateltavien kokemuksen mukaan asiakkaat olivat entistä haastavampia ja usein hankalat tilanteet liittyivät päihtyneiden asiakkaiden kohtaamiseen. Tutkittavien yleisenä näkemyksenä oli, että asiakaskunta tulevaisuudessa on entistäkin

monipuolisempaa ja kulttuurien väliset erot korostuivat haasteina hoitotyölle. Tästä näkökulmasta myös itsenäinen työskentely koettiin haastavaksi. Tulevaisuuden koettiin tuovan paineita perusterveydenhuoltoon asiakkasmäärien nousuna, jonka rajoituksena vastaajat kokivat riittämättömät henkilöstöresurssit työyhteisössä.

”Terveyskeskuslääkärit, jotka on sitten näitä vastuu lääkäreitä tän asiakkaan hoidosta... ei aina ole niin paljon tän alan tuntemusta”

”Sais keskittyä johonkin tiettyyn alueeseen sillai et ois vaan joku depressiohoitaja”

”Aiemmin oli niin kuin asiakas myönteisempää, että he itse löysivät meidän yhteystiedot ja saivat soittaa aikaa”

Sairaanhoitajat kuvasivat kolmannen sektorin palvelut kattavaksi alueelleen, mutta asiakkaiden motivointi kolmannen sektorin palvelujen piiriin oli haastavaa, koska välimatkat palvelujen lähelle olivat monelle asiakkaalle ylityspääsemättömät. Samoin koettiin puutteena, ettei asiakkaalla ollut mahdollisuutta tavata psykiatria omalla terveysasemalla, vaan pitkät välimatkat saattoivat jopa pitkittää erikoissairaanhoidon pääsemistä. Haastateltavat kokivat haasteena terveyskeskuslääkäreiden puutteellisen tietämyksen psykiatrisista sairauksista. Haastatteluissa nousi esiin ristiriita vastauksissa, koska osalla oli näkemys erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisen työnjaon selkeyttämisestä.

”Kulkeminen tuntuu monelle niin ylityspääsemättömältä”

”Kyllä mä sanoisin että kolmannen sektorin puolesta niinku palvelu on hyvää”

7.2 Mielenterveystyön kehittämistarpeet perusterveydenhuollossa

Kehittämistarpeet kuvattiin työssä jaksamisen, työn sisällön sekä ammattitaidon kehittämisenä. Näistä muodostettiin suoraan pääkategoria. (kuvio 6.)

ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA	PÄÄKATEGORIA
Työssä jaksamisen kehittäminen		Psykiatrisen sairaanhoitajan kokemat kehittämistarpeet perusterveydenhuollon mielenterveystyössä
Työn sisällön kehittäminen		
Ammattitaidon kehittämishaasteet		

Kuvio 6. Tutkimuskysymyksen kaksi sisällön analyysillä muodostuneet alakategoriat ja pääkategoria.

Tutkimuksessa nousi esiin sairaanhoitajien lisäkoulutustarpeena päihde-, korvaushoito- sekä erilaisten riippuvuusasiakkaiden hoitoon tähtäävä koulutus. Osa haastateltavista koki kaipaavansa elämäntilannekriisien hoitoon enemmän työkaluja traumahoidon koulutuksesta. Perhe- ja verkostotyön merkitys on suuri mielenterveysasiakkaan hoidossa ja niihin kaivattiin lisäkoulutusta.

”Yleensäkin kaikkien riippuvuuksien... käsittelyssä, että näitä lievempiä, kun yritetään tässä hoitaa... jotakin sellaista koulutusta”

”Lisäkoulutusta siihen, kun ihminen tulee jonkun hirveen asian kans, omaisen kuolema tai näin, järkytyksen jälkeen kohtaamiseen”

”Perhetyö... on kuitenkin oleellinen osa, jos ajattelee näitä omia asiakkaita”

Sairaanhoitajat kokivat hoitotyön ja sen kehittämisen erittäin tärkeäksi. Työn sisällön kehittämistä varten toivottiin perustettavan työryhmä ja työn sisällön johtamiseen toivottiin jyvää otetta esimiestaholta. Osa haastateltavista koki työn kehittämisen tärkeäksi, vaikkakin se vei paljon aikaa perustyöstä, koska työpisteiden väliset matkat olivat pitkiä. Muutospaineiden alla työskentelevä työyhteisö kaipaa työrauhaa johtotasolta. Haastatteluisa tuli esiin väsyminen muutoksiin. Muutokseen ei ehdi sopeutua, kun jo seuraava muutos on tulossa. Työn sisällön kehittäminen ei onnistu muutospaineissa.

Sairaanhoitajat halusivat kehittää tulevaisuudessa enemmän asiakaslähteistä työtettä sekä kolmannen sektorin palvelujen hyödyntämistä. Haastateltavien näkemyksen mukaan yhteistyötä saman katon alla tulisi lisätä. Näin työn sisällön kehittäminenkin helpottuisi. Kuten tutkimustuloksista jo aikaisemmin tuli esiin, niin vastaajat halusivat kehittää hoidon porrastusta ja erikoissairaanhoidon kanssa tehtävää yhteistyötä asiakaslähtöisempään ajatteluun pohjautuen. Haastatteluisa tuli ilmi yhteistyön lisäämisen merkitys. Yhteisten palaverien ja yhteydenpidoa asiakkaan hoitopaikkojen välillä tulisi lisätä.

”En pistäis hanttiin, jos meillä oliskin sellanen työn sisällöllistä puolta kehittävä työryhmä”

”Nyt pitäis ton muun portaan miettiä, ettei tars kehittää kehittämisen iloista”

Ryhmätyönohjauksen ja yhteisten tiimipalaverien koettiin tukevan työssä jaksamista. Monessa haastattelussa nousi esille tarve yksilötyönohjauksen kehittämisestä. Tämä toisi lisää aikaa hankalien tilanteiden purkamiseen. Haastateltavien mukaan työyhteisössä haluttiin kehittää jaksamista järjestämällä yhteisiä koulutuksia ja kokoontumisia, joissa saataisiin mahdolli-

suus purkaa vaikeitakin asiakastapauksia. Omaan jaksamiseen vaikutti ajanvarauskirjan hallinta, jolloin työntekijällä oli mahdollisuus tehdä työpäivästä omalle jaksamiselleen sopiva.

Haastattelussa nousi ammattitaidon kehittämiseksi selkeää tarvetta, koska asiakaskunta monipuolistuu ja haasteellistuu jatkuvasti. Haasteellisten asiakkaiden kohtaamisessa kehittämiseksi nousi esiin työvälineiden monipuolinen käyttö ja siihen tarvittava koulutus. Työssä jaksamisen kehittämiseen ja työmotivaation ylläpitämiseen esitettiin työvälineiden monipuolista käyttöä. Niiden avulla koettiin saatavan asiakkaaseen parempi kontakti. Haastateltavat olivat väsyneitä jatkuviin muutoksiin ja tunsivat ajoittain voimavarojensa olevan koetuksella.

”Se nyt on vähän puute tässä ehkä monenkin mielestä, meil on kyllä ryhmätyönohjaus, mutta meillä ei ole yksilötyönohjausta”

”Varmaan ehkä toi välineiden käyttö. Niitä ihan varmasti olis enempi tai on. Niitä vaan ottais reippaammin käyttöön kaikenlaisia”

8 POHDINTA

Tutkimuksen tarkoitus oli kerätä kokemuksellista tietoa erään kunnan terveysasemien psykiatrisilta sairaanhoitajilta. Tutkimustulokset osoittavat perusterveydenhuollon mielenterveystyön tarpeellisuuden. Asiakkaiden ohjautuminen oikeaan hoitopaikkaan riittävän varhaisessa vaiheessa on asiakaslähtöistä työskentelyä. Mielenterveystyön vaativuus on haasteellista ja koulutusta tarvitaan moneen eri osaamisalueeseen. Sairaanhoitajille hoitotyön kokemusta oli kertynyt 27 ja yhden vuoden välille ja nykyisissä tehtävissä työvuodet jakautuivat alle vuodesta 17 vuoteen. Yksintyöskentelyn osalta tämä näkyi vastauksissa vankan työkokemuksen tuomana varmuutena sekä toisaalta työuransa vasta aloittaneiden tuomina uusina ajatuksina.

8.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Vantaan Hyvä mieli -hankkeen avulla pyrittiin luomaan saumattomat hoidot ja palvelut mielenterveys- ja päihdeongelmissa. Huomiota kiinnitettiin palvelujen saatavuuteen sekä pyrittiin vahvistamaan asiakkaan ja omaisten asemaa sekä osallisuutta hoitoon. (Vantaan kaupunki sosiaali- ja terveystoimi 2012.) Aikaisempiin tutkimuksiin pohjaten tutkimustulokset yhtenevät hoidon porrastuksen taholta. Kaikki asiakkaat eivät tarvitse erikoissairaanhoitoa, vaan ovat hoidettavissa perusterveydenhuollossa. Lisäksi asiakkaan on helpompaa tulla omalle terveysasemalle, ilman leimatusta tulehusten pelkoa. Mielenterveysasiakkaan hoidon porrastus erikoissairaanhoidon kanssa sekä yhteistyö kolmannen sektorin kanssa nousivat vastaajien mu-

kaan tärkeiksi työnjakoa selkeyttäviksi toimiksi. Asiakkaan hoitaminen perustasolla monipuolistui, jolloin moniammatillisen tiimin tuki korostui.

Yhdeksi tärkeimmistä asioista tutkimuksessa ilmeni psykiatrisen sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen hyödyntäminen perusterveydenhuollossa. Vantaan mallissa on todettu, että perusterveydenhuollon terveysasemilla tarvitaan psykiatrisen sairaanhoitajan työpanosta mielenterveyshäiriöiden ennaltaehkäisyyn, varhaisen tunnistamisen ja lievemmistä mielenterveyshäiriöistä kärsivien potilaiden hoidon kehittämiseen ja toteuttamiseen. (Vantaan kaupungin sosiaali- ja terveystoimi 2008.)

Perusterveydenhuollon kattavat mielenterveyspalvelut ovat inhimillisyyden ja talouden arvojen näkökulmasta järkeviä. Potilaiden on helpompi käyttää mielenterveyspalveluita leimautumatta. Perusterveydenhuollon mielenterveyspalvelut pohjautuvat moniammatilliseen tiimityöskentelyyn, jossa hoitajalla on keskeinen rooli. Väestövastuumalli toimii lähtökohtana moniammatillisten tiimien kehittämiseksi mielenterveytyksessä.

Kuten Vantaalla on todettu mielenterveysasiakkaiden ongelmien suureneminen ja kroonistuminen pystytään ennaltaehkäisemään panostamalla matalan kynnyksen palveluihin. Haastatteluja analysoitaessa vahvistui ajatus tehokkaasta mielenterveytyksestä, joka on lähellä ihmistä. Hoidon piiriin pääsee omalla yhteydenotolla, ilman lääkärin lähetystä. Mielenterveysasiakkaan hoidon porrastuksesta nousi esiin ristiriitaisia näkemyksiä. Osa vastaajista mielsi yhteistyön ja hoidon porrastuksen toimivan ja osa taas koki siinä olevan puutteita. Vantaan kaupungin mielenterveyspalvelujen kehittämissuunnitelmassa (2008) todetaan moniammatillisesti järjestettyjen koulutusten lisänsä eri toimialojen yhteistyötä ja toisen työn ymmärrystä. (Vantaan kaupunki sosiaali- ja terveystoimi 2008, 15.)

Asiakkaan oman verkoston huomioiminen hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa on tiedon saannin kannalta arvokasta. Läheiset huomaavat asioita, joita asiakas ei itse tunnista tai ei ehkä halua kertoa. Läheisten tuki on tärkeää ja mielenterveyshäiriöt koskettavat koko perhettä. Yleisesti saatetaan luulla, etteivät lapset tiedä aikuisten asioista. Tutkimuksessamme lasten huomioiminen tuli esille monta kertaa. Puhuminen asioista niiden oikeilla sanoilla on vaikeaa. Lasten huomioimista aikuisten mielenterveyshäiriöiden hoidossa on helpottanut perheterapia ja lasten tapaamiset.

TLP -menetelmä on osa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Toimiva lapsi & perhe -hanketta. Tlp -työn tavoitteena on lasten huomioiminen ja ongelmien ennaltaehkäisy, kun vanhempi kärsii esim. päihde- tai mielenterveysongelmista. Lasten kautta sairaudet tulevat tutummiksi myös aikuisille, koska asioita käsitellään yhdessä. Tätä menetelmää käytetään enenevässä määrin työvälineenä hoitotyössä perheitä tavatessa. (Kiviniemi, Toimiva lapsi ja perhe -menetelmä koulutus 15.10.2011.) Tässä tutkimuksessa suoraan ei tullut esille kyseisen menetelmän käyttöä.

Työnkuva perusterveydenhuollon mielenterveystyössä selkeytyy, mikäli sairaanhoitajat ovat tiettyyn sairauteen perehtyneitä. Toisaalta asiakkaiden monipuolisuus on voimavara ja työ pysyy mielekkäämpänä vaihtelun vuoksi. Vuorilehto ym. (2010,13) toteavat, että depressio ja ahdistus asiakkaiden hoitoon kolmiomalli on varsin soveltuva. On kuitenkin todettu, että toimintamalleissa, joissa sairaanhoitaja tapaa muita psykososiaalisia tai elämän kriiseistä kärsiviä asiakkaita, työpanos koetaan liian kuormittavaksi.

Asiakaslähtöisessä ajattelussa hoidon toteuttamisen lähtökohtana tulee olla asiakkaan tarpeesta lähtevä toiminta. Haastateltavat kuitenkin kokivat oman toimintamallinsa ajoittain turhan kaavamaiseksi. Vuorilehto ym. (2010,11) toteavat tämän opinnäytetyön tuloksista poikkeavan käsityksen, jossa tieto rajallisista käyntimääristä auttaa asiakasta ja hoitajaa keskittymään oleelliseen asiaan. Hoitotyössä keskeistä ovat asiakkaan omien voimavarojen vahvistaminen ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Asiakkailta saattaa olla hyvinkin erilaisia tarpeita. Yhtenä hoidon tavoitteena on monipuolisten hoitomenetelmien käyttö. Toisille asiakkaille sanallinen ilmaisu on vaikeaa. Kirjoittaminen ja piirtäminen ovat keinoja, joilla saa paljon tietoa asiakkaasta ja asiakkaan mielen maailma aukeaa paremmin.

Kollegiaalinen tuki on tarpeellinen työssä jaksamiselle ja ammatilliselle kehittymiselle. Tilanteiden läpikäyminen kollegojen kanssa on eräänlaista työnohjausta ja helpottaa omaa selviytymistä vaikeista asiakas tapauksista. Tulos on verrattavissa Kotilan (2012, 51) pro gradu -tutkimukseen, jossa on todettu sairaanhoitajien saaman vertaispalautteen toimivan ammatillisen kasvun sekä ammatillisen vastuun kasvattajana. Kollegiaalisen tuen esteenä voi olla esimerkiksi maantieteellinen sijainti, koska terveysasemat sijoittuvat koko väestövastuualueelle. Työyhteisössä kehittämismyönteinen ote ja avoin pohtiminen, jossa asioihin voidaan itse vaikuttaa, on iso voimavara, joka joskus voi jäädä huomiotta.

Psykiatrin konsultaatiomahdollisuus antaa varmuutta itsenäiseen vastaanottotyöhön. Vuorilehto ym. (2010,5) toteavat, että säännöllisellä psykiatrin konsultoinnin mahdollisuudella sairaanhoitajat pystyvät hoitamaan asiakkaita pidempään perusterveydenhuollossa.

Alimitoitettu työnohjaus, joka nähtiin puutteelliseksi työn vaativuuteen nähden kuormittaa sairaanhoitajaa henkilökohtaisesti. Puosi ja Tujunen (2010, 35) tutkimustuloksissa mielenterveystyötä tekevän henkilöstön halu ja tarve yksilö- ja ryhmätyönohjaukselle tuli selkeästi esille. Työnohjausta pidettiin tärkeänä. Lisäkoulutuksen merkitys nousi kyseisessä tutkimuksessa myös esille. Työyhteisö voi valita, yksilö- tai ryhmätyönohjauksen tarpeen mukaan. Koko työyhteisölle työnohjaus on merkittävä. Työyhteisössä voidaan pohtia, mistä työnohjaustarve juuri nyt on noussut. Ryhmätyönohjaus ei kuitenkaan sulje pois yksilötyönohjauksen tarvetta hoitosuhdetyöskentelyn tukena. (Koski, Gothoni & Hurskainen 2005.)

Tutkimuksesta johtopäätöksenä voi todeta asiakasmäärien nousevan ja asiakasaineksen entisestään monipuolistuvan ja monikulttuuristuvan tulevaisuudessa. Nämä asiat nousevat itsenäisen työskentelyn haasteeksi. Hyvösen (2004, 143–144) toteaa väitöskirjassaan, että mielenterveystyön tärkein voimavara on työntekijä. Jotta mielenterveystyötä pystytään edistämään, asiakas ja hoitaja tulee käsittää kokonaisvaltaisena ihmiskäsitteenä.

Tutkimuksessa nousi esiin oman ajanvarauskirjan hallinta, joka on ehdottoman tärkeä väline työssä jaksamisen tukemisessa. Ajanvarauskirjalle pyritään jättämään jokaiselle viikolle vähintään yksi päivystysaika kiireellisempää vastaanottoa vaativille asiakkaille. Näin turvataan akuuttia hoitoa vaativien asiakkaiden nopea pääsy hoidon piiriin. Käytännössä tämä ei aina toteudu. Oman aikataulun hallinta on suurelta osin ihmisestä itsestään kiinni. Ruokatunnille ja puhelinajalle helposti otetaan asiakkaita ja päivät täyttyvät. Ajan käytön rajaaminen on tärkeää työssä jaksamisen kannalta. Sen voi tehdä vain työntekijä itse. Johtopäätöksenä tutkimustuloksista asiakkaan suora yhteydenotto hoitavaan henkilöön oli paras tapa arvioida hoidontarvetta. Puhelimessa voidaan heti sopia käyntiaika ja asiakas saa tiedon, kenet hän tapaa. Ensimmäisen kontaktin aikana saadaan asiakkaasta paljon arvokasta tietoa. Tutkimustulos yhtenee Rintalan (2012, 36) tutkimuksen johtopäätöksiin, jossa tuodaan esille samansuuntaisia tuloksia. Samaisessa tutkimuksessa mainitaan muun muassa tärkeänä jaksamista edistävänä tekijänä oman työn säätömahdollisuus.

Tutkimuksessa tuli esiin hoitajien väsyminen muutoksiin ja niihin sopeutumisen vaatimuksiin. Tämän koettiin vievän liikaa aikaa pois perustehtävän tekemisestä. Tutkimustuloksia analysoitaessa tultiin johtopäätökseen, että muutokseen sisältyvään viestintään tulee kiinnittää myös kyseisessä työyhteisössä huomiota. Rantasen (2012, 77) pro gradu -tutkielmaan johtopäätöksissä on todettu viestinnän tärkeydestä muutoksissa, mikäli muutoksen tarkoituksesta ja syistä ei puhuta saattaa esiintyä muutosvastarintaa. Muutosjohtamiseen sisältyy rohkaiseva ja positiivinen asenne, joka motivoi työntekijöitä. Aikaisempaan tietoon verraten tutkimustulokset yhtenevät organisaation muutospaineiden suhteen. Taloudellisesti kunnille on halvempaa tehdä hoidon tarpeen arviointi mielenterveysongelmista kärsivien ihmisten kohdalla perusterveydenhuollossa.

Ammatillisena puutteena ja kehittämistarpeena nousi koulutuksen tai työkokemuksen puute päihdetyöstä. Psykiatrisen sairaanhoitaja tarvitsee teoria tietämystä niin psykiatrisista kuin somaattisista sairauksista. Tämä johtopäätös on yhtenevä Hyvösen (2004, 67) väitöskirjan mukaan, jossa todettiin perusterveydenhuollossa toteutettavan hoitoa, jossa vaaditaan monialaista ammattitaitoa. Vantaan hyvä mieli -hankkeen loppuraportissa todetaan, että kehittämistyön tuloksena aloitettiin koulutukset terveysaseman henkilökunnalle (Vantaan kaupunki sosiaali- ja terveystoimi 2012). Samaa johtopäätökseen päästiin tässä tutkimuksessa, jossa lähes kaikki sairaanhoitajat olivat koulutettuja masentuneen asiakkaan hoitamiseen.

Opinnäytetyön aihe koskettaa molempia tekijöitä. Joissakin kuntayhtymissä perusterveydenhuollon mielenterveystyö on heikosti resursoitu. Molemmat opinnäytetyön tekijät tekevät asiakkaan hoidon tarpeen arviointia päivittäin, myös mielenterveysasiakkaiden. Tulevaisuudessa on mahdollista tuoda esiin uusia näkökulmia mielenterveystyön toteuttamiseen omissa työyksiköissämme Forssan seudulla. Perusterveydenhuollon mielenterveystyön kehittämisen lähtökohtana on moniosaamisen hyödyntäminen ja hoidon porrastus. Tätä tutkimusta on mahdollista käyttää apuna mielenterveysasiakkaiden hoitopolun kehittämisessä Forssan seudulla.

8.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkijalla on vastuu tutkimuksen eettisestä etenemisestä ja tietojen salassapidosta. Tutkimus perustuu tutkittavien vapaaehtoisuuteen ja heillä on oikeus keskeyttää tutkimus niin halutessaan. Tutkimustulokset on esitettävä siten, ettei yksittäistä haastateltavan vastausta voi tunnistaa. (Vehviläinen-Julkunen 2006, 27.)

Tutkimuseettiikka edellyttää, että tutkija huomioi tutkimuksen kohteen. Eettiset vaatimukset pitävät sisällään tutkijan eettisen vastuun tutkimuksesta. Eettinen vastuu käsittää laadullisen tutkimusaineiston hankinnan ja kaikkien tutkimuksen vaiheiden toteuttamisen rehellisesti sekä tarkasti. Tutkimuksessa on tuotava esille tutkimusta koskevat valinnat ja niiden perusteet. (Krause & Kiikkala 1996, 64–67.)

Opinnäytetyön tekijöiden pitää ottaa huomioon tutkimuksen kohteena olevat hoitajat. Tutkimustuloksia ei väärennetä, eikä tuloksia jätetä julkaisematta. Oleellinen osa tutkimustuloksista tuodaan tutkimuksessa julki ja julkisesti tutkimusta voidaan kritisoida. Eettinen vastuullisuus korostuu etenkin silloin, kun ihmisten henkilökohtaiset kokemukset ovat tutkimuksen kohteena. Opinnäytetyön tarkka, kaikkien vaiheiden toteuttaminen on vastuullisuutta. Vaikeistakin kokemuksista haastateltavan saattaa olla helppompaa puhua, kun haastattelijana on sairaanhoitaja. Haastateltavien suostumus ja luotettavuuden varmistaminen on suotavaa ja se on hyvä olla kirjallisena. Tutkimuksen tarkoitus ja muu tiedotus asiasta annetaan samassa yhteydessä. Mahdollinen haitta haastateltaville on otettava huomioon. Tutkimustulosten julkaisu voi aiheuttaa välittömiä tai pitkävaikutteisia vaikutuksia. Tutkimusaineisto hävitetään tutkimuksen valmistuttua, joten haastateltavien kertomuksia ei voida enää käyttää. (Krause & Kiikkala 1996, 64–65)

Tutkimuksen tarkoitus ja haastattelijoiden mielenkiinto tutkimusta kohtaan kerrottiin avoimesti. Haastateltavat henkilöt osallistuivat tutkimukseen vapaaehtoisesti ja haastattelujen ajankohdat sovittiin heidän ehdoillaan. Litteroinnin jälkeen nauhat tyhjennettiin ja työn valmistuttua auki kirjoitettu haastattelut tuhottiin. Aineiston käsittely numeroin säilytti haastateltavien identiteettisuojaan. Tutkimuksen kohteena ollutta työyhteisöä emme mai-

nitse opinnäytetyössä, jottei tutkimustuloksia pysty yhdistämään työyhteisöön ja sitä kautta sairaanhoitajiin. Haastattelut sujui joustavasti ja kuukaan haastateltavista ei keskeyttänyt haastattelua. Näin tutkimus voitiin suorittaa loppuun asti keskeytyksittä. Tutkimustulokset on kirjoitettu auki sanasta sanaan ja esimerkit valmiissa opinnäytetyössä on säilytetty alkupe- räisessä muodossaan.

Laadullinen tutkimus on luotettava, kun saadaan tietoa ilmiöstä, jota oli tarkoituskin tutkia. Ilmiön taustat ovat tärkeitä ja niihin pitää tutkijan tar- koin perehtyä. Monipuolinen aineiston keruu ja analyysivaiheessa vertailu lisäävät luotettavuutta. Tutkijan näkökulman selkeys on tutkimustulosten ja todellisuuden yhdistämistä. Tutkimustulosten esittelyn tulee olla yh- teneväistä ja nousta tutkittavien kokemuksista. Tutkimusprosessin eri vai- heiden kuvailussa ilmenee laadullisen tutkimuksen luotettavuus. Tutki- muskohteesta tuotetaan tarkoituksenmukaista tietoa. (Krause & Kiikkala 1996, 72.)

Nauhoittamalla haastattelut parannetaan teknistä luotettavuutta, jota voi- daan pitää perusedellytyksenä autenttiselle eli luotettavalle tiedolle. Tut- kimuksen luotettavuuteen vaikuttaa reaktiivisuus eli tutkimustiedon vää- ristyminen, joka voi johtua esimerkiksi haastateltavan jännityksestä tutki- mustilanteesta. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisäävät aineiston kylläntyminen, kattavuus ja arvioitavuus. Tarkka dokumentointi mahdol- listaa jälkikäteisen tarkastelun ulkopuolisen arvioijan toimesta. Aineiston saturaatio eli kylläntyminen tapahtuu silloin, kun aineisto alkaa toistaa it- seään. Saturaatio liittyy tulosten edustavuuteen ja yleistettävyyteen. (Ka- nanen 2008, 38, 122–125.)

Molemmat tutkijat olivat mukana jokaisessa haastattelutilanteessa. Luo- tettavuutta lisäsi se, että vain toinen haastatteli ja toinen havainnoi haastat- telua ja teki muistiinpanoja. Havainnoija teki muistiinpanoja haastattelun kuluessa ja haastattelutilanteen jälkeen havainnoidut asiat purettiin. Myös oma kokemus psykiatrisen sairaanhoitajan työstä antoi viitekehystä haas- tattelujen tekemiseen siten, että haastattelijalla tiesi tarkoin tutkittavan alu- een. Haastateltavalla oli ennen nauhoitetun haastattelun alkua mahdolli- suus tutustua teemahaastattelurunkoon ja tehdä itselleen muistiinpanoja sekä tarvittaessa selventää kysymyksiä. Teemahaastattelu antoi haastatel- tavalle mahdollisuuden kertoa aiheesta sen mitä halusi, siten tutkittavalla säilyi oikeus päättää yksityisyytensä rajoista. Lisäksi haastattelijalla oli mahdollisuus tehdä tarkentavia kysymyksiä haastattelun aikana.

Aineiston analysoinnin aloittaminen olisi pitänyt aloittaa jo ensimmäisen haastattelun jälkeen. Haastattelujen analysointi aloitettiin kuitenkin vasta, kun kaikki haastattelut oli tehty. Siten kaikkien haastateltavien identiteetti säilyi tunnistamattomana. Aineiston saturaatiopiste saavutettiin kahdek- sannessa tai yhdeksännessä haastattelussa. Haastateltavien identiteetin säi- lymisen turvaamiseksi jatkoimme haastatteluja.

Haastattelujen jälkeen jaoimme nauhoitukset ja molemmat tutkijat litteroivat ne sanasta sanaan. Aineistoa kertyi 51 sivua 1,0 rivivälillä kirjoitettua tekstiä. Haastateltavien identiteetin suojaamiseksi litteroidut haastattelut numeroitiin satunnaisessa järjestyksessä haastattelu ajankohtiin nähden. Haastateltavien oikeita nimiä ei käytetty missään vaiheessa analyysin aikana.

Laaja aineisto luettiin läpi useaan kertaan ja siitä pyrittiin löytämään vastauksia tutkimuskysymyksiin. Aineisto analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällön analyysillä. Aineistosta klusteroitiin samaa asiaa tarkoittavat lauseet samalla värillä ja näistä muodostettiin pelkistettyjä ilmaisuja. Tämän jälkeen aineisto luokiteltiin toisensa poissulkeviin luokkiin. Lopulta yhdistettiin samaan aiheeseen liittyviä luokkia toisiinsa ja ne nimettiin siten, että kuusi samansisältöistä alakategoriaa muodostivat kaksi yläkategoriaa.

Tässä opinnäytetyössä vertaamme tuloksia samankaltaisiin aikaisempiin tutkimuksiin. Älli ja Sipikari (2011, 23) ovat tutkineet opinnäytetyössään hoitajien kokemuksia masentuneen hoidosta perusterveydenhuollossa. He toteavat johtopäätöksessä ihanteellisen auttamismahdollisuuden olevan: nopea hoidon järjestäminen sekä riittävä aika vastaanottotilanteessa. Jalkanen ja Liikanen (2012, 41) ovat tehneet opinnäytetyön masennuksen tunnistamisesta perusterveydenhuollossa ja toteavat pohdinnassa potilaan masennuksen tunnistamisen olevan erittäin haasteellista johtuen resursseista, kiireestä ja lyhyistä vastaanottoajoista.

Tutkimuksen johtopäätöksiä tehdessämme palattiin uudelleen alkuperäiseen aineistoon voidaksemme varmistua tulkintamme paikkaansa pitävyydestä. Tulkinnan apuna käytimme haastattelujen havainnoinnista tehtyjä muistiinpanoja. Tutkimustulokset vastaavat tutkimuskysymyksiin, joten tutkimus on siltä osin onnistunut. Haastateltavat vastasivat kysymyksiin kokemuksiansa perusteella ja kiinnostuneina. Kokemus mielenterveys-työstä tuli haastatteluissa hyvin esille. Haastateltavat uskalsivat tuoda epäkohdat esille haastatteluissa. Haastattelut olivat sujuvia ja luontevia. Tutkimuksen luotettavuutta lisäsi molempien läsnäolo haastatteluissa. Haastatteluaineistot tuhottiin, kun opinnäytetyö oli valmis. Haastattelujen yhteydessä kerrottiin, että valmis työ tullaan esittelemään tutkimuksen kohteena olleelle työyhteisölle.

8.3 Jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyön tutkimusosa käsitti sairaanhoitajien kokemuksia mielenterveyspotilaan hoidosta perusterveydenhuollossa. Mielenkiintoista olisi jatkossa tutkia asiaa asiakkaiden näkökulmasta. Miten asiakkaat itse kokevat saavansa hoitoa ja mitä se pitää sisällään? Samoin millaisia ovat asiakkaiden kokemat parannus- ja kehittämistarpeet mielenterveys-työssä perusterveydenhuollossa?

Toinen mielenkiintoinen jatkotutkimuskysymys koskee taloudellista näkymää. Varhainen puuttuminen näkyy luultavammin myös erikoissairaanhoidon potilasmäärien ja kustannusten tilastossa. Miten paljon potilaan hoito jo perusterveydenhuollossa säästää kuntien rahoja? Tähän liittyen myös erikoissairaanhoidon hoitopäivien ja käyntien vähenemisen vaikutusta olisi hyvä tutkia lisää.

LÄHTEET

- Hattula, Hämeenlinna & Janakkala. 2010. Mielenterveys- ja päihdetyö kuuluu kaikille. Seudullinen mielenterveys- ja päihdetyön toimintaohjelma 2012–2015. Hämeenlinna: Kopijyvä.
- Hallikainen, M., Turunen, M., Nurmi-Niemelä, T. & Vähätalo, R. 2009. Mielenterveys- ja päihdeosaamisen kehittämishanke Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymässä 2008–2009. Loppuraportti ESLH-2007–08230/SO-62.
- Harjajärvi, M., Pirkola, S. & Wahlbeck, K. 2006. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. 2008. Mieli ja Terveys. Helsinki: Edita Prima.
- Hentinen, K. 2009. Psykoottisen potilaan kokemuksellisuus–hoitotyön lähtökohta. Teoksessa Hentinen, K., Iija, A. & Mattila, E. (toim.) Kuuntele minua - mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy, 40–51.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press (Yliopistopaino).
- Hyvönen, S. 2004. Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Hämeenlinnan kaupunki 2012. Palvelusopimus vuodelle 2013. Henkisen hyvinvoinnin palvelut. Terveiden ja toimintakyvyn edistämisen lautakunta. Viitattu 23.10.2013. <https://www.hameenlinna.fi/pages/388553/Palvelusopimukset%202013/Henkisen%20hyvinvoinnin%20palvelut%20palvelusopimus%202013.pdf>
- Jelkänen, A. & Liikanen, S. 2012. Masennuksen tunnistaminen perusterveydenhuollossa. Diakonia-Ammattikorkeakoulu. Diak. pohjoinen, Oulu. Opinnäytetyö.
- Kananen, J. 2008. KVALI. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytännöt. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1.painos. Helsinki. WSOY Pro Oy.

Kiikkala, I. 2000. Asiakaslähtöisyys toiminnan periaatteena sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Kiikkala, I., Nouko-Juvonen, S. & Ruotsalainen, P. (toim.) Hyvinvointivaltion palveluketjut. Tampere: Tammi, 112–121 .

Kiviniemi P. 2011. Toimiva lapsi ja perhe -menetelmä koulutus, Forssa, 15.10.2011. Forssan seudun kuntayhtymä, mielenterveystyön vastuualue, jaettu materiaali.

Koski, A., Gothoni, R. & Hurskainen, P. 2005. Työnohjaus osana työyhteisön kehittämistä. Sairaanhoitaja 2005/3. Viitattu 25.11.2013. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/3_2005/muut_artikkelit/tyonohjaus_osana_tyoyhteison_keh/

Kotila, J. 2012. Vertaisarviointi osaamisen kehittämisen menetelmänä hoitotyössä. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Hoitotiede. Hoitotyön johtaminen. Pro gradu. Viitattu 14.11.2013. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20121012/urn_nbn_fi_uef-20121012.pdf

Krause, K. & Kiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. 1–2. painos. Helsinki. Kirjayhtymä Oy.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. Potilaan ja hoitajan hoidollinen yhteistyösuhde. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: WSOYPro Oy.

Laakso, V., Vähätalo, R., Turunen, M. & Puro, M. 2009. Forssan seudun ehkäisevän mielenterveystyön suunnitelman laatiminen. Loppuraportti 9.12.2009.

Lauri, S. & Kyngäs, H. 2005. Hoitotieteen teorian kehittäminen. Helsinki: WSOY.

Lavikainen, J., Lahtinen, E. & Lehtinen, V. 2004. Mielenterveystyö Euroopassa. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes). Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Edita prima Oy. Viitattu 25.10.2013. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=D_LFE-3596.pdf&title=Mielenterveystyo_Euroopassa_fi.pdf

Lemström, U. 2009. Miten perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito voivat yhdessä ja erikseen auttaa masennusta sairastavaa ihmistä. Teoksessa Hentinen, K., Iija, A. & Mattila, E. (toim.) Kuuntele minua - mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy, 33–38.

Mielenterveyslaki. Yleiset säännökset 1116/1990. 14.12.1990. Viitattu 21.11.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

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

Nordling, E. 2010. Edistävää ja ehkäisevää mielenterveystyötä. Teoksessa Partanen, A., Moring, J., Nordling E. & Bergman V. (toim.). Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Viitattu 4.11.2012. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/53837d85-321b-4694-90ad-a2332abaea71>

Paunonen-Ilmonen, M. 2001. Työnohjaus toiminnan laadullinen varmistaja. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.

Posio, J. 2010. Mielenterveys- ja päihdetyön kehittämishankkeet Lapin sairaanhoitopiirin alueella. Teoksessa Kuosmanen, L., Vuorilehto, M., Voipio-Pulkki, L-M., Laitila, M., Posio, J. & Partanen, A. Innovaatioita terveyden edistämiseen mielenterveys- ja päihdetyössä. Viitattu 4.11.2012. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/f8cb23c3-edb6-4fc6-8fdc-c26650a8108d>

Puosi, T. & Tujunen, M. 2010. Hoitajien jaksaminen mielenterveystyössä. Hämeen ammattikorkeakoulu. Forssa. Opinnäytetyö.

Punkanen, T. 2001. Mielenterveystyö ammattina. Tampere: Tammerpaino Oy.

Rantanen, A-L. 2012. Kokemuksia organisaatiomuutoksesta ja muutosjohtajuudesta yhdessä sairaanhoitopiirissä 1991–2002. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Hoitotiede. Pro Gradu. Viitattu 10.11.2013. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/83729/gradu06033.pdf?sequence=1>

Rintala, M. 2012. Depressiohoitajien työssä jaksaminen. Tampereen ammattikorkeakoulu. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Kliininen asiantuntija. Opinnäytetyö. Viitattu 10.11.2013. http://theseus17-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/45402/Rintala_Mervi.pdf?sequence=1

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto, verkkojulkaisu. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. Viitattu 15.10.2013. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>

Saarelainen, R., Stengård, E. & Vuori-Kemilä A. 2003. Mielenterveys- ja päihdetyö. 3. painos. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Viitattu 7.11.2013.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=D_LFE-7175.pdf

Stengård, E., Savolainen, M., Sipilä, M. & Nordling, E. 2009. Ehkäisevä mielenterveystyö kunnissa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Jyväskylä: Gummerus.

Törmä, S., Tuokkola, K. & Huotari, K. 2011. Rapsodia Terveelle Mielelle Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpano Tervein Mielin Pohjois-Suomessa -hankkeessa. Tampere: Juvenesprint, (Yliopistopaino).

Vantaan kaupunki sosiaali- ja terveystoimi. 2008. Avohoidon palveluiden järjestäminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä. Vantaa: Vantaan kaupungin paino. Viitattu 15.10.2012.
http://www.vantaa.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/vantaa/embeds/vantaawwwstructure/32472_vantaalaisen_hyva_mieli_net.pdf

Vantaan kaupunki sosiaali- ja terveystoimi. 2012. Vantaalaisen hyvä mieli -hankkeen loppuraportti. Vantaa: Vantaan kaupungin paino. Viitattu 9.11.2013.
http://www.vantaa.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/vantaa/embeds/vantaawwwstructure/82532_VHM_loppuraportti_net_2_.pdf

Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1. – 4. p. Helsinki, WSOY, 26–34.

Vehviläinen-Julkunen, K. & Paunonen, M. 2006. Hoitotieteellisen tutkimuksen tarkoitus ja merkitys. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1-4. p. Helsinki. WSOY, 14–25.

Vuorilehto, M., Honkonen, T. & Lönnqvist, J. 2010. Depressiohoitaja perusterveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2010:1. 2. painos.

Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. 2000. Psykiatrisen hoitotyö muutoksessa. Juva: WS Bookwell Oy.

World Health Organization. 2013. Mental health. Viitattu 25.10.2013.
http://www.who.int/topics/mental_health/en/

Älli, T. & Sipikari, J-M. 2011. Masentunut asiakas perusterveydenhuollossa - sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien kokemuksia masennuksesta. Hämeen Ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

TEEMAHAASTATTELURUNKO

TAUSTATIEDOT

Työkokemus

Työkokemus nykyisessä työssäsi

Ammatillinen koulutus

TOIMINTAMALLIT

Millainen on psykiatrisen sairaanhoitajan työnkuva perusterveydenhuollossa?

Miten nykyinen työnkuva on muuttunut?

Nykyisen työnkuvan vahvuudet / heikkoudet?

Miten koet heikkoudet / vahvuudet?

Miten potilaat jakautuvat erikoissairaanhoidon kanssa?

Miten koet potilaiden jakaantumisen?

Millaisia asiakkaita / potilaita?

Millaiseksi koet kyseisten asiakkaiden tapaamisen/hoitamisen?

Yhteistyökumppanit?

Miten koet yhteistyön toimivan?

Miten jatkohoidot järjestyvät?

Miten koet, onko heikkouksia / vahvuuksia?

Hoitoonohjaukset, miten potilaat tulevat psykiatrisen sairaanhoitajan hoitoon?

Millaiseksi koet hoitoonohjauksen?

HOITOSUHDETYÖSKENTELEY

Minkä pituisia hoitosuhteet ovat?

Minkälaiseksi koet hoitosuhteen pituuden?

Millaisia työtapoja ja –muotoja on käytössä?

Millaiseksi koet hoitomallin?

Millaisia ovat perusterveydenhuollon mahdollisuudet, rajoitukset ja voimavarat mielen-terveystyössä?

Minkälaiseksi koet mahdollisuudet, rajoitukset ja voimavarat?

KEHITTÄMISTARPEET

Millaisia koulutustarpeita on?

Millaisia asioita pitää kehittää työssä jaksamisen parantamiseksi?

Millaisia kehittämisideoita sinulla on perusterveydenhuollon mielen-terveystyössä?

Minkälaiseksi koet tulevaisuuden näkymät?

Työn mahdollisuudet / uhat?

AINEISTOLÄHTÖISEN SISÄLLÖN ANALYYSIN ETENEMINEN

ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA	PÄÄKATEGORIA
Hoidon porrastus	Mielenterveyspotilaan hoidon toteutus	Psykiatrisen sairaanhoitajan kokemuksia mielenterveyspotilaan hoidosta
Hoitosuhdetyöskentely		
Yhteistyöverkosto		
Asiakasryhmät		
Mielenterveystyön voimavarat	Vahvuudet perusterveydenhuollon mielenterveystyössä	
Vahvuudet työyhteisössä		
Hoitotyön toteuttamisen vahvuudet		
Haasteet työyhteisössä	Haasteet perusterveydenhuollon mielenterveystyössä	
Hoitotyön toteuttamisen haasteet		
Työssä jaksaminen kehittäminen		Psykiatrisen sairaanhoitajan kokemat kehittämistarpeet perusterveydenhuollon mielenterveystyössä
Työn sisällön kehittäminen		
Ammattitaidon kehittämishaasteet		