



Terveyskeskuksessa työskentelevien vastaanottotoiminnan hoitajien valmiudet, odotukset ja tiedon tarve psykiatristen asiakkaiden hoitotyössä

Tanskanen, Jenni

Zetterman, Nina

Laurea-ammattikorkeakoulu
Tikkurila

Terveyskeskuksessa työskentelevien vastaanottoiminnan hoitajien valmiudet, odotukset ja tiedon tarve psykiatristen asiakkaiden hoitotyössä

Nina Zetterman
Jenni Tanskanen
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Maaliskuu, 2012

Tanskanen Jenni, Zetterman Nina

Terveyskeskuksessa työskentelevien vastaanotto toiminnan hoitajien valmiudet, odotukset ja tiedon tarve psykiatristen asiakkaiden hoitotyössä

Vuosi 2012 Sivumäärä 42

Ammatillinen kehittyminen hoitotyössä vaatii jatkuvaa kehittymistä ja kasvua. Asiantuntijuus muodostuu jatkuvan opiskelun ja kokemuksen karttuessa asteittain ja siihen vaikuttavat hoitajan yksilölliset tavoitteet ja motivaatio. Asiantuntijasairaanhoitajan konsultoinnista ja toiminnasta on tukea kollegan ammatilliselle kehittymiselle ja vuorovaikutus työryhmän ulkopuolisen kanssa voi tuottaa laadullisesti uusia oivalluksia, auttaa näkemään uusia mahdollisuuksia omassa toiminnassaan ja laajentaa näkemystä organisaatiosta.

Tämä opinnäytetyö on selvitys Vantaan terveyskeskusten vastaanotto toiminnassa työskentelevien hoitajien valmiuksista, tiedon tarpeesta ja nykyisistä käytänteistä psykiatristen asiakkaiden hoitotyössä. Opinnäytetyö myös kartoittaa hoitajien odotuksia ja toiveita psykiatrisen sairaanhoitajan konsultoinnista, konsultaatiokäytänteiden kehittämiseksi. Opinnäytetyössä tuotettua tietoa hyödynnetään kahden VALO -hankkeen osaprojektin kehittämistyössä, jotka ovat "Pitkäaikaisen masennuksen hoidon kehittäminen yhteistyössä perusterveydenhuollon kanssa" ja "Pitkäaikaisesti oireilevien psykoosipotilaiden hoidon ja kuntoutuksen rajapintatyöskentelyn kehittäminen", POP-VALO.

Kartoitus toteutettiin kyselylomakkeen avulla, joka lähetettiin kohderyhmälle sähköisessä muodossa. Vastauksia kyselyyn tuli viisitoista kappaletta. Vastanneista hoitajista yli 71 % oli sitä mieltä, että erikoissairaanhoidon psykiatrisen sairaanhoitajan konsultointi kehittää heidän osaamistaan. Vastaanotto toiminnan hoitajille sopivimmasta konsultaatiomuodosta ei kuitenkaan kyselyn avulla saatu mielipiteiden jakautumisen takia selkeää vastausta, mutta henkilökohtaista tapaamista vastaajat eivät kokeneet välttämättömäksi. Hoitajien mielestä yhteistyö psykiatrisen erikoissairaanhoidon välillä ei toiminut niin hyvin kuin sen kuuluisi.

Viidestätoista vastanneesta hoitajasta kolmesta (n.86%) oli sitä mieltä, että olisi hyvä, jos työpaikalla järjestettäisiin koulutusta liittyen hoidolliseen vuorovaikutukseen mielenterveysasiakkaiden kanssa ja heidän potilasohjaukseensa, kuten esimerkiksi jatkohoitoon. Yli 86 % toivoi myös lisäkoulutusta aggressiivisen asiakkaan kohtaamiseen. Suurin osa kuitenkin koki, ettei mielenterveys asiakkaiden kohtaaminen pelota. Kyselyn tuloksista nousi selvästi esiin koulutuksen tarpeen lisäksi ajan puute, joka hankaloitti monen mielestä heidän työtään asiakkaiden kanssa.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksinä toimivat oletukset, että hoitajien ikä vaikuttaa kokemukseen erikoissairaanhoidon konsultoinnin hyödyistä ja työuran pituus vastaanotto toiminnassa vaikuttaa sekä mielenterveyshäiriöiden tunnistamiseen, että kokemukseen omasta asiantuntijuudesta mielenterveysasiakkaan hoidontarpeen arvioinnissa. Vastausten analysoinnissa todettiin, että mitä iäkkäämpi vastaaja oli, sitä suuremmaksi hän koki hyödyn. Työuran pituuden vertaus hoidontarpeen arviointiin ja häiriöiden tunnistukseen osoittautui sen sijaan virheelliseksi oletukseksi. Taulukoinnissa kävi kuitenkin ilmi, että ne henkilöt jotka kokivat oman asiantuntijuutensa riittäväksi, pystyivät myös tunnistamaan masentuneet ja psykoottiset asiakkaat.

Asiasanat asiantuntijuus, konsultointi, VALO- hanke, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen rajapinta

Tanskanen Jenni, Zetterman Nina

Health center's reception occupation nurses readiness's, expectations and need of knowledge in psychiatric customers healthcare

Year	2012	Pages	42
------	------	-------	----

Occupational development in nursing requires continual developing and growing. Expertise is formed gradually by continuing studying and when experience accumulates and it's affected by nurses personal goals and motivation. Expert nurse's consultation and his action's support colleagues professional development and interaction with someone outside the working group can produce qualitatively new insights, help seeing new possibility's in own actions and increase vision about organization.

This Theseus is a report of Vanta's health center's reception occupation nurses readiness's, need of knowledge and current policy's in psychiatric customers healthcare. Theseus also maps out nurses expectations and wishes about psychiatric nurse's consultation to develop consultation policy's. Data produced from the Theseus is benefited in two VALO part projects, which are "Developing treatment for long-term depression in cooperation with basic healthcare" and "Developing treatment and rehabilitation for long-term psychosis patient in multiprofessional collaboration", POP-VALO.

Mapping was executed by sending a questionnaire to the target group in electric form. There was fifteen answers to the inquiry. Over 71% of the aswerers regarded that consulting special healthcare's psychiatric nurses develops their know-how. The most suitable form of consultation for the reception occupation nurses could not be found an answer with the inquiry because opinions about the matter were so widely divided, but they didn't felt that personal meeting was necessary as a consultation form. The results of the inquiry give a image that the nurses think that the cooperation with psychiatric special healthcare doesn't work as good as it should

From fifteen nurses thirteen (86%) thought that it would be good if there were education at the workplace regarding nursing interaction with mental health customers and their patient guidance, like for example further care. Over 86 % also hoped extra education how to face aggressive patient. Despite of this, major part of the answerers felt that meeting mental health customer isn't intimidating. From the results it stands clear that the nurses need education about mental care patients healthcare and the lack of time complicates, in their opinion, working with the customers.

The research questions were presumptions that age of the nurses affects to the experience about benefiting special-healthcare consultations and that the length of career in reception work affects both experience how they recognize mental health disruptions and about experience of own expertise in mental customer's need of treatment. Analyzing the answer's there was statement that the olden answerer was, more useful she felt the benefit. Instead of that, presumptions that career length affects to the mental disruptions was false. In tabulation there was however discovery, that those persons who felt their own expertise sufficient could also recognize depressed and psychotic customer's.

Keywords expertise, consulting, VALO- project, multi- professional collaboration, inter face between basic-healthcare and special-healthcare

Sisällys

1 JOHDANTO	6
2. OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA ETENEMINEN	7
2.1 Opinnäytetyön taustalla olevien hankkeiden tavoitteet	8
3 MIELENTERVEYSHÄIRIÖT JA NIIDEN HOITO SUOMESSA	9
3.1 Mielensterveys asiakkaan hoitopolku	10
3.2 Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö	11
3.3 Valtakunnalliset ja EU:n kattavat mielensterveystyön hoitokäytännöt.....	12
3.4 Kansallinen mielensterveys- ja päihdesuunnitelma vuosille 2009- 2015	14
3.5 Näyttöön perustuva hoitotyö.....	15
3.6 Asiantuntijuus ja konsultointi hoitotyössä	17
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	17
4.1 Tutkimuskysymykset	18
5 OPINNÄYTETYÖN EETTISET KYSYMYKSET	19
6 TUTKIMUSTULOKSET.....	20
6.1 Taustatiedot.....	20
6.2 Väittämien vastaukset	21
6.3 Avointen kysymyksien vastaukset	24
6.2 Tutkimuskysymysten tulokset	32
7 POHDINTA	33
Lähteet	36
Liitteet	39

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää Vantaan terveyskeskusten vastaanotto toiminnassa työskentelevien hoitajien valmiuksia, tiedon tarvetta ja nykyisiä käytänteitä psykiatristen asiakkaiden hoitotyössä sekä kartoittaa heidän odotuksiaan ja toiveitaan psykiatrisen sairaanhoitajan konsultoinnista, konsultaatiokäytänteiden kehittämiseksi. Kartoitus toteutettiin kyselylomakkeen avulla, joka lähetettiin Vantaan terveyskeskuksissa työskenteleville vastaanotto toiminnan hoitajille. Konsultaatiokäytänteiden kehittäminen on tärkeää, jotta psykiatristen konsultaatioiden saatavuus helpottuisi, peruspalveluiden työntekijöiden osaaminen lisääntyisi ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon rajapintatyöskentely tehostuisi. Näin edistetään myös varhaista hoidon tarpeen tunnistamista, asiakkaiden hoidon oikea-aikaisuutta ja ohjautumista suoraan oikeisiin palveluihin.

Opinnäytetyössä olivat työelämän yhteistyökumppaneina HYKS Psykiatria Peijaksen klinikkaryhmä sekä Vantaan kaupungin Terveyspalvelut. HYKS Psykiatrian Peijaksen klinikkaryhmä tuottaa erikoissairaanhoidon palveluja yhteistyössä perusterveydenhuollon, yliopiston ja muiden yhteistyökumppaneiden kanssa ja tukee muita toimijoita kouluttamalla ja konsultoimalla. Klinikkar ryhmän toiminta on jakautunut kolmeen klinikkaan: Psykoosi-, Mielialahäiriö- ja Akuuttiklinikkaan. Vantaan terveyspalveluiden vastaanotto toiminnassa tuotetaan perusterveydenhuollon palveluja kaikille kuntalaisille. Tarvittaessa potilaat ohjataan lääkärin läheteellä erikoissairaanhoidon eri yksiköihin.

HYKS Psykiatrian tuloyksikön VALO- hanke ("Vaikuttavuutta liityntäpintaosaamisesta") on osa Etelä-Suomen mielenterveys- ja päihdepalvelujen "Mielen avain" - hanketta (2010- 2012). Tässä varsin laajassa Sosiaali- ja terveysministeriön Kaste-hankkeessa kehitetään ja tehostetaan peruspalveluiden ja nuorisopsykiatrisen/psykiatrisen erikoissairaanhoidon välistä rajapintatyöskentelyä hoitoprosessin eri vaiheissa (Kuva 1.). VALO hanke tukee seuraavia Kaste- ohjelman tavoitteita: 1. palveluiden laatu, vaikuttavuus ja saatavuus paranevat, alueelliset erot vähentyvät, 2. hyvinvointi ja terveys lisääntyvät, hyvinvointi - ja terveyserot kaventuvat ja 3. osallisuus lisääntyy ja syrjäytyminen vähenee. VALO hankkeen osaprojekteissa tarjotaan pätevää tietoa mielenterveys- ja päihdeongelmista, hoitomenetelmistä ja asuinalueen mielenterveys- ja päihdepalveluista, järjestetään koulutusta osaamisen vahvistamiseksi ja mahdollisuutta konsultoida asiantuntijaa sekä hyödynnetään potilaiden kokemuksia ja teknologiaa.

2. OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA ETENEMINEN

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Vantaan terveyskeskuksien vastaanottoiminnassa työskentelevien sairaanhoitajien valmiuksia, tiedon tarvetta ja nykyisiä käytänteitä psykiatrisessa hoitotyössä sekä kartoittaa heidän odotuksiaan ja toiveitaan psykiatrisen sairaanhoitajan konsultoinnista, psykiatristen konsultaatiokäytänteiden parantamiseksi ja monipuolistumiseksi. Opinnäytetyössä tuotettua tietoa hyödynnetään kahden VALO -hankkeen osaprojektin kehittämistyössä

- "Pitkäaikaisen masennuksen hoidon kehittäminen yhteistyössä perusterveydenhuollon kanssa"
- "Pitkäaikaisesti oireilevien psykoosipotilaiden hoidon ja kuntoutuksen rajapintatyöskentelyn kehittäminen", POP-VALO (Kuva 1: Valo - hankkeen tavoitteet)



Kuva 1. VALO-hankkeen tavoitteet

Tutkimuskysymyksiksi asetimme olettamukset, että hoitajien ikä vaikuttaa kokemukseen erikoissairaanhoidon konsultoinnin hyödyistä ja että työuran pituus vastaanottoiminnassa vaikuttaa sekä hoitajien kokemukseen oman asiantuntijuuden riittävydestä mielenterveysasiakkaan hoidontarpeen arviointiin, että eri mielenterveyshäiriöiden tunnistamiseen.

Valitsimme opinnäytetyön aiheen, koska olemme kiinnostuneita psykiatriasta sekä mielenterveys- ja päihdetyöstä. Molemmat pidämme psykiatrisen hoitotyön kehittämistä tärkeänä ja siksi tuntuikin luonnolliselta osallistua VALO- hankkeeseen ja kartoittaa taustatietoa psykiatristen konsultaatiokäytänteiden parantamiseksi ja monipuolistumiseksi.

Ensimmäiseen VALO - hankkeen kokoukseen osallistuimme 12.4.2011, jossa sovimme ja rajasimme tarkemmin opinnäytetyömme aihetta. Seuraavassa hankekokouksessa 16.5.2011 keskustelimme hankkeen etenemisestä ja opinnäytetyömme toteutumisaikatauluista. Hankekokouksessa 27.10.2011 keskustelimme opinnäytetyön etenemisestä. Sovimme, että osallistumme Tikkurilan lukiolla pidettävään Hoitajafoorumi- tapahtumaan 27.10.2011. Hoitajafoorumi -tapahtumassa avasimme opinnäytetyötä ja siihen liittyvää kyselyä kyselymme kohderyhmälle. Opinnäytetyön suunnitelmaseminaarin pidimme koululla 15.12.2011. Aineiston keruu suoritettiin tutkimuslupien saamisen jälkeen lähettämällä kyselyt hoitajille sähköpostitse 7.12.2011. Kyselyyn annettiin ensin vastausaikaa kaksi viikkoa, mutta huonon vastausprosentin takia vastausaikaa jatkettiin 15.1.2012 saakka. Saatua dataa alettiin analysoida tammikuun 2012 lopulla. Jatkosuunnitelmana keväälle oli tavata työelämän yhteistyökumppaneita valmiin opinnäytetyön kanssa huhtikuussa ja tällöin pidettiin myös arvioiva seminaari, jonka jälkeen valmis työ jätettiin ohjaavalle opettajalle.

2.1 Opinnäytetyön taustalla olevien hankkeiden tavoitteet

Pitkäaikaismasennuksen hoitomallin kehittämisprojektin ja POP-VALO -projektin tavoitteita ovat psykoosi- ja masennuspotilaiden hoidon ja kuntoutuksen rajapintatyöskentelyn sujuvoituminen ja tehostuminen, pitkäaikaisesti masentuneen potilaan voimaannuttaminen aktiiviseksi omahoidon osaajaksi, osallisuuden sekä terveyden ja hyvinvoinnin lisääntyminen, palveluiden laadun paraneminen vahvistamalla henkilöstön osaamista, hyvien yhteistyön toimintamallien luominen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille. Konsultaatiokäytänteiden kehittämisellä edistetään näiden hankkeen tavoitteiden toteutumista.

Tavoitteiden toteutuessa erikoissairaanhoidon konsultaatiolle saadaan selkeät toimintamallit, jolloin päällekkäinen toiminta karsiutuu. Myös erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja muiden toimijoiden osaaminen ja yhteistyö paranevat. Kokemusasiantuntijoiden palveluiden suunnitteluun osallistuminen parantaa pitkäaikaisesti oireilevien psykoosipotilaiden elämänlaatua ja terveyttä.

Laajemmat, Mielen avain -hankkeen kehittämistyön, tavoitteet ovat eteläsuomalaisten mielenterveyden ja päihteettömyyden edistäminen, lisätä niiden ihmisten avunsaantia, joilla

on mielenterveys- ja päihdeongelmia, sekä saada kuntalaiset osallistumaan kynnyksettömiin palveluihin ja lisätä ammattilaisten osaamista. (Mielen avain.) Opinnäytetyömme tutkimusmateriaali ja omat tavoitteemme kytkeytyvät näihin tavoitteisiin saumattomasti. Tavoitteemme on edistää mielenterveysasiakkaiden palveluja henkilökunnan konsultointimahdollisuuksia parantamalla ja näin ihmisten avunsaanti lisääntyy huomattavasti.

3 MIELENTERVEYSHÄIRIÖT JA NIIDEN HOITO SUOMESSA

Mielenterveyden häiriöt ovat Suomessa yhtä yleisiä kuin muuallakin Euroopassa ja länsimaissa. Häiriöistä yleisimmät ovat psyykkiset oireet, jotka ovat normaaleja inhimillisiä reaktioita, jolleivät ne pitkity ja ala hankaloittaa jokapäiväistä elämää ja selviytymistä. Näihin häiriöihin kuuluvat esimerkiksi unettomuus, ahdistus ja jännittyneisyyden tunne. Mielenterveys vaikuttaa myös fyysiseen terveyteen, sillä ihminen on fyysis-, psyykkis-, sosiaalinen kokonaisuus. On tilastoitu, että mielenterveyshäiriöt aiheuttavat yli viidesosan länsimaiden terveyshaitoista. Puolella näistä häiriöistä kärsivillä ihmisillä on ahdistuneisuushäiriö ja huomattava osa kärsii depressiosta. Vielä vakavampia, eli varsinaisia mielisairauksia ovat psykoosit. Näiden häiriöiden akuuttihoito kuormittaa erikoissairaanhoidon huomattavasti sairaalahoidon tarpeen takia. Tärkein, sekä tunnetuin yksittäisistä psykooseista on skitsofrenia, vaikka tähän sairastuminen on suhteellisen harvinaista, pitkäaikainen hoito ja sairauden vaikeus saavat skitsofrenian näkymään vahvasti tilastoissa. Suomessa tämän psykoosityypin esiintyvyys on tuntemattomasta syystä muita länsimaita suurempi, mutta pitkäkestoiseen hoitoon sitoutumista ja psykoosipotilaiden elämänlaatua on parantanut huomattavasti uusien psykoosilääkkeiden käyttöönotto. (Lönnqvist 2005).

Mielenterveyden häiriöitä on monia ja ne määritellään tyyppin ja vaikeusasteen mukaan. Näistä häiriöistä kärsivät ihmiset kattoivat melkein puolet, 43 %, työkyvyttömyyseläkkeelle jääneistä suomalaisista vuonna 2004. Myös neljäsätoista vuodesta vuoteen 2004 mennessä heidän määränsä oli kasvanut 119 %. Mielenterveys-käsite tarkoittaa ihmisen olevan tietoinen omista kyvyistään, hänen stressinhallintakykynsä on riittävä ja hän pystyy työskentelemään tuottavasti esimerkiksi omassa sosiaalisessa ympäristössään. Tässä opinnäytetyössä, kuten yleisissä käsitteissäkin, mielenterveyshäiriö tarkoittaa pitkäaikaista, selviytymiskykyä heikentävää tilaa, jolloin ihminen ei selviä omatoimisesti arjessa. (Ahola 2009: 1-5.)

Mielenterveyshäiriöistä kärsivän potilaan hoitoa käsitellään tässä opinnäytetyössä vastaanototoiminnassa työskentelevän hoitajan näkökulmasta. Hoitajien osaamisvaatimukset on määriteltä sosiaali- ja terveysministeriön toimesta ja työn toteuttaminen edellyttää hoitotyön ammatillista perusosaamista. Perusosaaminen muun muassa sairaanhoitajan toimessa pitää sisäl-

lään ammattieettisen toiminnan lisäksi esimerkiksi hoitotyön teoreettisen perustan hallitsemisen, sekä vastuun potilaan oikeuksien toteutumisesta. Terveystieteiden ammattihenkilöiden toimintaa ohjaavat erilaiset lait ja asetukset, kuten mielenterveysasetus, mielenterveyslaki, erikoissairaanhoitolaki ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Itse sairaanhoitajan ammatti on myös säännelty. Tämä tarkoittaa sitä, että ammatissa saavat toimia vain ne henkilöt, jotka täyttävät terveydenhuollon ammattihenkilöistä säädetyn lain ja terveydenhuollon ammattihenkilöistä tehdyn asetuksen kriteerit. Nämä vaatimukset ja lait valvovat omalta osaltaan potilaan hoidon laatua ja hänen oikeuksiaan. (STM 2000.)

Mielenterveyshoitajalla on terveydenhuoltoalan koulutus ja perustutkinto, ja hän on myös nimikesuojattu ammattihenkilö joka on suuntautunut sairaanhoitajan tehtävissään tälle alueelle. Suomen mielenterveyshoitajien liitto kiteyttää sairaanhoitajan tietoperustan ja taidot viiteen eri osa-alueeseen. Kokemus ja jatkuva koulutus tuottaa asiantuntijuuden, ammatillinen peruskoulutus ammattitaidon, työn- ja opiskelijanohjaus kehittää taitoja kuten myös opiskelijatyö ja ammatillisuuden kehittäminen nähdään myös hyvin tärkeänä alueena tietoperustan ja taitojen lisäämisessä, sekä ylläpitämisessä. Itse konkreettisen työn kuvaan kuuluu perushoidon lisäksi esimerkiksi potilaan ohjaus, neuvonta ja opastus jokapäiväisissä toimissa, kuntouttavan ohjaajan työnkuva niin toiminnallisessa, kuin keskustelutyypisessä hoidossa, mielenterveyttä rasittavien kriisien puiminen ja asiakkaan sosiaalisten taitojen ylläpitäminen. Mielenterveyshoitaja on myös vastuussa toimistaan potilaalle johtavan tahon ja työtovereiden lisäksi. (SMTHL 2010.)

3.1 Mielenterveys asiakkaan hoitopolku

Mielenterveysongelmista kärsivän potilaan hoitopolku on hyvin samankaltainen somaattisista sairauksista kärsivien potilaiden kanssa. Hoitopolku alkaa mielenterveyshäiriöiden ennaltaehkäisystä. Akuuttivaiheessa saattaa olla tarvetta sairaalahoitoon ja kuntoutuminen on pitkä, jopa eliniän kestävä prosessi monille. Molemmissa tarvitaan myös oma erikoistumisensa, jotta asiakas saisi parasta mahdollista hoitoa ongelmiinsa.

Ennaltaehkäisevä mielenterveystyö on ensimmäinen osuus tästä polusta. Silloin prioriteettina on varsinaiseen hoitoon joutumisen estäminen erilaisilla sosiaali- ja terveydenhuollon toimilla. Tähän kuuluvat kaikki sosiaalitoimen palvelut. (Ahola: 12). Vakavissa tapauksissa mielenterveyden häiriöt voivat johtaa sairaalahoitoon eri lähettäjien kautta. Vaikka psyykkisesti sairailta on oikeus osallistua hoitoonsa liittyviin päätöksiin, heidät on mahdollista lähettää tarkkailulähetteellä tahdonvastaiseen hoitoon, jos he ovat psykoottisia ja vaaraksi itselleen tai muille. Lähettäminen tapahtuu neljässä eri vaiheessa, eli tarkkailuun lähettämisen jälkeen tapahtuu itse tarkkailu korkeintaan neljän päivän aikana ja tämän jälkeen kirjataan tarkkailu-

lausunto ja tehdään päätös tahdonvastaisesta hoidosta joko sitä puoltaen jos tarve vaatii, tai asiakas päästetään lähtemään hänen halutessaan ja ohjataan mahdollisesti muihin palveluihin. Itse tahdon vastaista hoitoa voidaan jatkaa enintään kolme kuukautta. (Huttunen 2010). Akuutin tilan jälkeen hoidon seuraava vaihe on kuntoutus. Kuntoutus tukee mielenterveysongelmista kärsivää ihmistä hänen oman elämänsä hallitsemisessa ja on suunnitelmallinen ja pitkä prosessi. (Ahola 2009: 14.)

Mielenterveyskuntoutujien hoitoprosessissa tietotaidon vähyys on valitettava ongelma, kun palvelut on hajautettu erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Esimerkiksi kaksikymmentä vuotta sitten tehdyssä skitsofreniaprojektissa tavoite oli "kehittää vaikeasti psykoottisten potilaiden hoitoa ja vähentää laitoseskeisyyttä". Jo tuolloin projektissa tuli ilmi ongelmat potilaan siirtyessä sairaalahoidosta avohoitoon, joka on hyvin laajalti perusterveydenhuollon hoidettavissa. (Seikkula & Alakare 2004)

3.2 Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö

Rajapintatoiminnalla tarkoitetaan intensiivistä työskentelyä sairaalahoidon ja avohoidon välisellä alueella. Rajapintatyö on toimintaa, joka ylittää organisaatorajat toimialueen sisällä. Rajapintatoiminta kohdistuu intensiivistä hoitoa ja tutkimusta tarvitseviin potilaisiin, jotka eivät kuitenkaan ole osastohoidon tarpeessa. (Tammentie, Kiviniemi, Hasa, Kaikkonen, Koivunen, Merimaa, Niemi, Pöyhtäri & Tuominen. 2008: 7.)

Perusterveydenhuollolla tarkoitetaan kaikkien saatavilla olevaa terveydenhuollon järjestelmää joka on suunnattu ihmisille, kun taas erikoissairaanhoidon on ihmisen vaivaan tai elinjärjestelmään keskittyvä instituutio. Perusterveydenhuollon potilaista lähetetään vain 5% erikoissairaanhoidon, eli loput 95% hoitaa yleislääkäri. Ongelma perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön välillä on esimerkiksi molemminpuolinen epävarmuus toisen hoito-osapuolen ammatillisesta arviointikyvystä, kun hoitopolku kulkee perusterveydenhuollosta konsultaation kautta erikoissairaanhoidon ja takaisin ohjeistuksen kera. Tiedonkulun ongelmat ja joustamattomat hoitoketjut hankaloittavat yhteistyötä, mutta "potilaiden tarpeista lähtevien, joustavien hoitoketjujen rakentaminen on yksi keino kehittää yhteistyötä". Molempien osapuolten perustehtävänä on väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen, sekä kärsimysten lievittäminen. (Mattila 2005).

Erikoissairaanhoidon on kehitetty tarvetta vastaavaksi perusterveydenhuollon rinnalle, kuten edellä mainittu. Tämä johtuu siitä loogisesta syystä, ettei perusterveydenhuollolla ole resursseja hallita kaikkia hoitotyön aloja ja ilman erikoistunutta hoitotyötä asiakkaan hoito ja paraneminen voisi vaarantua. (Mattila 2005). Perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnan sai-

raanhoitajien itse- arviointi terveyden edistämisen hallinnasta on kuitenkin hyvin optimistinen. Vuonna 2008 tehdyn opinnäytetyön kyselyn mukaan mielenterveystyössä hyvin tärkeän terveyden edistämisen hallitsi hyvin tai kiitettävästi yli 70 % vastanneista sairaanhoitajista. Kuitenkin mielenterveyshäiriöisen asiakkaan ja mielenterveyttä uhkaavien tilanteiden tunnistaminen hallittiin kokonaisvastauksissa asteilla tyydyttävä ja hyvä. Asiakkaan pitkäaikaisen hoidon hallintaa kartoittaessa masennuksen hoito ja seuranta olivat huonoiten hallittujen taitojen joukossa. (Tiikkainen 2008: 31- 33, 36- 37). Masennuksen tunnistamista on kartoittanut myös 2011 tehty opinnäytetyö, jonka tulokset ovat edellä mainitun suuntaisia. Nimeltä mainitsemattoman sairaanhoitopiirin viideltä terveysasemalta oli kyselylomakkeiden avulla tutkittu mm. koulutus tarpeita ja tietoa masentuneen asiakkaan tunnistamisesta. Tässäkin tutkimuksessa vastaajat kokivat moniongelmaisuuksien, kuten kaksoisdiagnoosien olevan haitta hoidolle. Masennuksen tunnistamisen usein mainittu edellytys oli vastausten mukaan asiakkaan oma-aloitteisuus puhua itse asiasta. Tämän lisäksi vastaajat olivat kokeneet kiireen haittaavan masentuneiden asiakkaiden hoitoa. (Älli, Sipikari 2011: 1, 13- 16, 22).

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön tulee lain ja suositusten mukaan potilaan edun takia olla saumatonta jotta se toimii. Keväällä 2010 uusien terveydenhuoltoasetusten myötä on tätä yhteistyötä alettu kehittää entistä paremmaksi. Tämän lisäksi on vuonna 2010 käynnistynyt Peijaksen alueen ja Vantaan Sateenvarjoprojekti, joka tehostaa nimenomaan psykiatrisen tulosityksikön alueen yhteistyökäytäntöjä ja hoitopolkuja. Avainsanana näissä projekteissa on rajapintayhteistyö, kuten myös VALO -hankkeessa, johon opinnäytetyömme liittyy. Rajapintayhteistyön ajatus näkyy sekä VALO-hankkeessa, että Sateenvarjoprojektissa konsultoinnin kynnyksen madaltamisena perus- ja erikoissairaanhoidon välillä. Perusterveydenhuollolle tarjottavat puhelinkonsultaatiot vähentävät erikoissairaanhoidon tarvetta, edistävät asiakkaan hoitoa ja sen laatua. Lisätäkseen yhteistyön toimivuutta, perus- ja erikoissairaanhoidon työntekijät toteuttavat yhdessä koulutuspäiviä ja depressiohoitajat perusterveydenhuollossa saavat konsultaatioita, sekä työnohjausta erikoissairaanhoidosta. (HYKS- Sairaanhoidoalueen lautakunta 2010).

3.3 Valtakunnalliset ja EU:n kattavat mielenterveystyön hoitokäytännöt

Euroopan Unioni on osaltaan jäsenmaidensa kanssa laatinut omat suosituksensa ja hoitokäytäntönsä, sekä hahmotellut yhtenäistä mielenterveys strategiaa. Vuonna 1996 EU:n komissio otti mielenterveyttä käsittelevät asiat pöydälle, sillä mielenterveysongelmista johtuvat laskut kahdellekymmenelle seitsemälle jäsenvaltiolle, ja sitä kautta EU:lle, olivat huomattavia. Mielenterveydestä johtuvat kulut jäsenvaltioille ovat vuosittain noin 420 miljardia euroa. (Taipale, Lavikainen 2006.)

EU:n julkaisemia asiakirjoja, jotka olennaisesti liittyvät käsiteltäviin strategioihin on kaksi: Vihreä kirja, eli komission tekemä keskusteluasiakirja, ja valkoinen kirja, eli tietystä erikoisalasta tehty raportti jossa on alaan liittyviin ongelmiin ratkaisuja. Vihreät keskusteluasiakirjat perehtyvät unionin laajuisiin ongelmiin ja aiheisiin ja niiden tehtävä on houkuttaa erinäisiä organisaatioita ja yksityishenkilöitä neuvottelemaan, ja ottamaan kantaa esitettyihin kehitysehdotuksiin alalla, kuten terveydenhuollossa. Kun keskustelua ja neuvottelua on käyty, ja jos tarpeelliseksi nähdään, seuraa vihreää kirjaa valkoinen kirja. Valkoinen kirja antaa ehdotuksia samaisiin ongelmiin, josta vihreissä kirjoissa on keskusteltu ja siinä ehdotetaan lainsäädännön muuttamista ja neuvosto positiivinen suhtautuminen kirjaan johtaa Unionin laajuiseen toimintaohjelmaan. (Europa - sanasto.)

Lokakuussa 2005 Euroopan unionin komissio julkaisi Vihreän kirjan väestön mielenterveyden parantamisesta, jonka tavoitteena olisi jäsenmaille yhtenäinen mielenterveysstrategia. Sen tarkoitus oli herättää laaja-alaista pohdintaa mielenterveyden merkityksestä EU:n kannalta ja mitkä tulisivat olemaan strategian painopisteet. Komissio ehdotti lopulta että strategia keskittyisi parantamaan jäsenvaltioiden väestön mielenterveyttä, ennaltaehkäisemään psyykkistä pahoinvointia erilaisin toimin, kehittämään EU:n laajuisesti erilaisia järjestelmiä liittyen mielenterveyteen, kuten tiedotus- ja tutkimusjärjestelmiä, sekä parantamaan mielenterveysongelmaisten elämänlaatua erilaisin toimin. (Vihreä kirja 2005: 3-8.)

Vuonna 2007 Euroopan komissio julkaisi vihreän kirjan seuraajana valkoisen kirjan EU:n terveysstrategiasta, jota on tarkoitus totuttaa jäsenvaltioissa, EU:ssa yhteistyössä ja mahdollisesti myös maailmanlaajuisesti. Euroopan unionin jäsenvaltioiden vastuulla on aina ollut terveydenhuollon järjestäminen Euroopan kansalaisille ja olla vastuussa terveyspolitiikastaan. Uusi terveysstrategia kehitettiin uusien haasteiden takia. Strategian kokonaistavoite on; "Edistää kansalaisten hyvinvointia ja kannustaa terveyteen ja terveyspalveluihin yhteistyötä jäsenvaltioiden välillä." Kirja sisältää EU:n laajuiset tärkeimmät terveydenhoitoperiaatteet, sekä strategiset tavoitteet, jotka ohjaavat kansainvälisten terveydenhoitokäytänteiden kehittymistä, vakiintumista ja parantavat unionin kansalaisten terveyttä konkreettisesti. (Valkoinen kirja 2007: 1-11.)

Hoitokäytännöt Suomessa ovat nykypäivänä hyvin yhteneviä valtakunnallisten Käypä hoito-suositusten takia. Kunnalliset, sekä laajemmilla alueilla toteutettavat ohjelmat ja projektit tukevat näitä näyttöön perustuvia suosituksia. Tämä vähentää hoitokäytäntöjen ja hoidon laadun eroavaisuuksia, sillä jotta terveydenhoito toimisi, on sekä valtakunnallisten ja kunnallisten, että perus- ja erikoissairaanhoidon toimintakäytänteiden oltava yhteneviä. Suositusten tarkoitus on parantaa potilaiden hoitoa vakiinnuttamalla parhaat mahdolliset hoitokäytännöt koko maassa ja näiden käytänteiden pohjana toimivat hoitosuosituksiset, jotka ovat ammattilaisten laatimia. (Nuutinen, Nuutinen, Erhola 2004.)

Mielenterveys ja päihdetyön keskeisimpiä suosituksia ja hyviä käytäntöjä Käypähoitosuosituksissa on viisi. Käypä Hoito suositukset ovat Lääkäriseura Duodecimin tekemiä valtakunnallisia hoitosuosituksia, jotka kattavat yleisimmät psykiatriset sairaudet ja päihdeongelman riippuvuuden hoidon. Suositusten toteutumisesta ja valvonnasta ei ole takeita. Kiireettömän hoidon kriteerit ovat sosiaali- ja terveysministeriön laatimat, terveydenhuoltoa turvaavat kriteerit. Nämä auttavat lääkäreitä päättämään potilaan hoidosta huomioiden potilaan kokonaisvaltaisesti ja hänen kanssaan, mutta potilaalla ei kuitenkaan ole mahdollisuutta saada mitä vain haluamaansa hoitoa. Kiireettömän hoidon kriteerien toteutumista seuraa Valvira. Palvelutakuu on läheisesti kytköksissä lakiin. Tämä takaa lastensuojelulain toteutumisen oikeiden aikarajojen puitteissa, sekä oikeuden saada toimeentulopäätös tietynä aikana ja pääsyn sosiaalityöntekijän vastaanotolle. Hyvät käytännöt ovat Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämä verkkopalvelu. Se kuvaa hyvät toimintakäytännöt mielenterveys ja päihdetyössä ja auttaa niiden toteuttamisessa käytännössä. (Mielenterveys- ja päihdetyön suositukset ja hyvät käytännöt 2010.)

Hyvänä esimerkkinä suosituksia tukevista projekteista on Hyvä mieli- hanke, joka on Vantaan kaupungin ja HYKS- sairaanhoitoalueen mielenterveyspalvelujen kehittämisohjelma. Hanke toteutetaan vuosina 2008- 2010 ja se on tulosta kaupunginvaltuuston tavoitteesta saada Vantaalle mielenterveysstrategia. Myös tämä hanke tukee Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen suosituksia omilla painopisteillään jotka ovat mielenterveyspalvelujen avohoidon järjestäminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä, lasten ja nuorten mielenterveytyksen kehittäminen, sekä vaikeiden mielenterveyshäiriöiden avohoidon tehostaminen ja kuntouttavan asumisen järjestäminen. (Vantaan kaupunki 2008.)

Hoitokäytännöt ovat aina erilaisia, kun verrataan perusterveydenhuoltoa ja erikoissairaanhoidtoa. Eri lähtökohdat potilaan hoidossa tekevät uusien käytänteiden kehittämisestä ja vakiinnuttamisesta haasteellista. Suositukset kuitenkin luovat selkeää pohjaa uusille käytännöille, mutta sen sijaan vastuunjako hoitoketjujen eri vaiheissa on epäselvä kun niitä katsotaan valtakunnallisesti. Kunnallisella ja pienemmillä alueilla uusien käytänteiden toteutus on sujunut mutkattomammin. (Nuutinen ym. 2004.)

3.4 Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma vuosille 2009- 2015

Vuonna 2009 Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) julkaisema kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma on STM: asettaman asiantuntijatyöryhmän tuotos, johon on laadittu ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön yhteiseksi kehittämiseksi vuoteen 2015. Mieli 2009 - työryhmän suunnitelmassa kaikkiaan 18 ehdotusta mielenterveys- ja päihdetyön

kehittämiseksi jakautuvat neljään painopistealueeseen, jotka ovat asiakkaan aseman vahvistaminen, mielenterveyttä ja päihteettömyyttä edistävä sekä ongelmia ja haittoja ehkäisevän työn tehostaminen sekä palvelujärjestelmän kehittäminen avo- ja peruspalvelupainotteiseksi ja mielenterveys ja päihdeongelmat samanaikaisesti huomioivammaksi. Myös suunnitelman toteutumista tukevia ohjauskeinoja esitetään suunnitelmassa. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanosta vastaa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). (Partanen, Moring, Nordling & Bergman. 2010:15)

Asiakkaan asemaa vahvistetaan muun muassa suhtautumalla mielenterveys- ja päihdeongelmiin samalla vahvuudella kuin muihinkin terveysongelmiin, lisäämällä yhdenvertaisuutta palveluiden saamisessa, tekemällä yhteistyötä kokemusasiantuntijoiden ja vertaistoimijoiden kanssa, kokoamalla tahdosta riippumatonta hoitoa koskevat säännökset yhteen lakiin ja kehittämällä hoito- ja kuntoutusajan toimeentuloturvan muotoja niin, että ne edistävät hoitoon hakeutumista ja sitoutumista hoitoon. Mielenterveyttä ja päihteettömyyttä edistetään ja ongelmia ehkäistään alkoholiveron korotuksella, hyvinvointia tukevia yhteisöjä vahvistamalla, ehkäisemällä mielenterveys- ja päihdeongelmien siirtymistä yli sukupolvien ja kuntien tekemillä mielenterveys- ja päihdetyön strategioilla. Mielenterveys- ja päihdepalvelut järjestetään avo- ja peruspalveluja painottavana niin, että kunnat tehostavat perus- ja avopalveluja lisäämällä ja monipuolistamalla päivityksellisiä, liikkuvia ja konsultaatiopalveluja, jolloin laitospaikkojen tarve vähitellen vähenee. Kunnat koordinoivat julkiset, kolmannen sektorin ja yksityissektorin mielenterveys- ja päihdepalvelut toimivaksi kokonaisuudeksi, järjestävät lasten ja nuorten mielenterveys- ja päihdetyön ensisijaisesti lasten- ja nuortenkodissa, päivähoitossa tai koulussa tukemalla kuitenkin erikoissairaanhoidon palveluilla tarvittaessa. Työikäisten mielenterveys- ja päihdeongelmia ehkäistään muun muassa työterveyshenkilöstön täydennyskoulutuksilla. Mielenterveys- ja päihdetyön ohjauskeinoja kehitetään mielenterveyshuollon opetuksen minimisisältöjä määrittelemällä, kokoamalla mielenterveys- ja päihdetyön suositukset yhteen sosiaali- ja terveydenhuollon tietokantaan ja huolehtimalla niiden päivittämisestä, lisäämällä sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuuksien määrää sekä päivittämällä mielenterveys-, päihdehuolto- ja raittiustyölakia. (Partanen ym. 2010:15-16)

3.5 Näyttöön perustuva hoitotyö

Näyttö tarkoittaa todistetta, osoitusta, totena pidettyä ja todistusaineistoa. Näyttöön sisältyy oletus siitä, että jokin asia voidaan mahdollisimman objektiivisesti todistaa ja objektiivisen arvion perusteella valita kulloinkin paras ja tuloksekkain toiminta. (Lauri. 2003:7.)

Hoitotyössä näyttö, johon toiminta, tulos ja sen arviointi perustuu, voidaan jakaa tieteellisesti havaittuun tutkimusnäyttöön, hyväksi havaittuun toimintanäyttöön ja kokemukseen perustuvaan näyttöön. Tieteellisesti havaittu tutkimusnäyttö tarkoittaa tieteellisin kriteerein tutkimuksen avulla saavutettua näyttöä jonkin toiminnan vaikuttavuudesta potilaan terveyteen ja elämänlaatuun. Hyväksi havaittu toimintanäyttö ei välttämättä kata tieteellisen tutkimustiedon kriteereitä, mutta on systemaattisesti ja luotettavasti kerättyä. Kyseinen näyttö perustuu terveydenhuollon organisaatioissa laadunarviointi- ja kehittämistarkoituksessa kerättyyn tietoon, joita ovat esimerkiksi erilaiset tilastotiedot, kehittämishankkeissa toistuvasti kerätyt tiedot ja arviot laadunarviointiohjelmien tuloksista. Kokemukseen perustuva näyttö tarkoittaa sekä alan ammattilaisen käytännön kokemuksen kautta toteamaa vaikuttavuutta että potilaan kokemusta hoidon vaikuttavuudesta ja hänen yksilöllisiin tarpeisiin vastaamisesta. Kokemukseen perustuva näyttö perustuu ammattilaisen kokemuksiin useista hoitotilanteista. (Lauri. 2003:8-9.)

Näyttöön perustuvalla hoitotyöllä tarkoitetaan parhaan saatavilla olevan ajantasaisen tiedon käyttöä yksittäisen potilaan, potilasryhmän tai väestön terveyttä ja hoitoa koskevassa päätöksen teossa ja arvioinnissa. Käyttämällä vaikuttaviksi todettuja menetelmiä ja hoitokäytäntöjä voidaan hoidon tarpeeseen vastata parhaiten. Hoitotyössä näyttöön perustuva toiminta on tärkeä tavoite, koska se yhtenäistää asiakkaiden hoitoa sekä sosiaali- ja terveysalan toimintayksiköiden ja koulutuksen toimintatapoja ja lisää toiminnan vaikuttavuutta ja tehokkuutta sekä henkilön osaamista. (Sarajärvi, Mattila, & Rekola 2011:11.)

Näyttöön perustuva hoitotyö on toimintaa, jossa yhdistyvät tieteellinen tutkimusnäyttö, hoitotyöntekijän hyväksi havaittu toimintanäyttö, potilaan omaan tietoon ja kokemukseen perustuva näyttö sekä käytettävissä oleviin resursseihin pohjautuva toiminta. Paras saatavilla oleva tieto, hoitotyöntekijän kliininen asiantuntemus, tieto potilaan tarpeista ja toiveista sekä organisaation voimavarat yhdistyvät näyttöön perustuvassa hoitotyössä eheäksi kokonaisuudeksi. (Sarajärvi, Mattila, & Rekola. 2011:11-12.)

Näyttöön perustuvalla toiminnalla on suuri merkitys hoitotyössä. Tutkimusnäyttö voi tarjota vastauksia kysymyksiin, jotka nousevat esiin kliinisessä työssä, ja näin parantaa hoitokäytäntöjä. Käypä hoito-suositukset ovat konkreettinen esimerkki tutkimusnäytön soveltamisesta hoitotyössä. Tutkimusnäytön ja monitieteellisen asiantuntijaryhmän laatimat valtakunnalliset hoitotyönsuositukset ovat hoitotyöntekijöiden tukena päivittäisessä työssä ja vahvistavat näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Näyttöön perustuva hoitotyö ei rajoitu pelkästään tekniikkaan ja hoitomenetelmiin vaan sen tulisi myös näkyä hoitotyöntekijän ajattelussa, eettisessä suhtautumisessa ja toiminnassa (Sarajärvi, Mattila, & Rekola. 2011: 16-17). Tutkimusnäytön, hyväksi havaitun toiminta näytön ja kokemukseen perustuvan näytön kautta kertyvä tieto sisäistyy hoitotyöntekijän ajatteluun ja tulee näkyväksi hänen toiminnassaan, jolloin myös poti-

laan kokonaisvaltainen kohtaaminen, hoitaminen, tukeminen ja ohjaus toteutuvat. (Mielonen. 2006:16.)

3.6 Asiantuntijuus ja konsultointi hoitotyössä

Ammatillinen kehittyminen hoitotyössä vaatii jatkuvaa kehittymistä ja kasvua. Asiantuntijuus muodostuu jatkuvan opiskelun ja kokemuksen karttuessa asteittain ja siihen vaikuttaa hoitajan yksilölliset tavoitteet ja motivaatio. Vahva teoreettinen tietopohja ja pitkäaikainen suuntautuminen tiettyihin keskeisiin aihealueisiin on edellytys hoitajan asiantuntijaksi kehittymiselle. Esimerkkinä hoitotyön asiantuntijoista ovat muun muassa diabetes-, astma- ja sydänhoitajat, jotka ovat lisä- ja täydennys-koulutuksensa ja työkokemuksensa perusteella erikoistuneet lääketieteellisten sairausryhmien mukaiseen hoitotyöhön. Asiantuntijaksi kasvaminen näkyy itsereflektion hyödyntämisenä ja persoonallisuuden kasvuna sekä ajattelun ja toimintavalmiuksien kehittymisenä. (Liimatainen. 2009:11.)

Verkostoitumista, tiimi- ja yhteistyötä toisten asiantuntijoiden ja eri ammattiryhmien sekä asiakkaiden kanssa edellytetään yhä enemmän sosiaali- ja terveysalan asiantuntija työssä. Kollektiivisessa asiantuntijuudessa tärkeimpiä elementtejä ovat ongelmanratkaisukyky, sosiaalinen vuorovaikutus, tiimityötaidot sekä kyky ja mahdollisuudet yhteiseen tiedonmuodotukseen ja jaettuun asiantuntijuuteen. Yhteisöllisellä dialogisuudella ja yhteistoiminnallisuudella on tavoitteena asiantuntijuuden jakaminen ja yhteisen ymmärryksen edistäminen ja siten organisaation vahvistaminen. (Liimatainen. 2009:11.)

Konsultointi tarkoittaa tietyllä alueella ammatillisesti osaavamman henkilön puoleen kääntymistä esimerkiksi hoitotyöhön liittyvässä ongelmatilanteessa. Asiantuntijasairaanhoitajan konsultoinnista ja toiminnasta on tukea kollegan ammatilliselle kehittymiselle ja vuorovaikutus työryhmän ulkopuolisen kanssa voi tuottaa laadullisesti uusia oivalluksia, auttaa näkemään uusia mahdollisuuksia omassa toiminnassaan ja laajentaa näkemystä organisaatiosta. Mitä monipuolisempia ryhmän ja osaston rajan ylittävät kontaktit ovat sitä paremmin ne tukevat tätä kehitystä. (Latvala. 2001:14.)

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyö toteutettiin keräämällä aineisto Vantaan kaupungin kuuden terveysaseman hoitajilta sähköisellä kyselylomakkeella. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista. Vastauksien pohjalta saatiin tietoa vastaanottotoiminnassa työskentelevien hoitajien odotuksista ja toiveista psykiatrisen sairaanhoitajan konsultoinnissa sekä hoitajien valmiuksista ja nykyisistä

käytänteistä psykiatrisessa hoitotyössä. Kyselyn avulla saatua tietoa on tarkoitus käyttää konsultaatiokäytänteiden kehittämisessä. Aineiston keräämisessä ja opinnäytetyön teossa noudatetaan salassapitovelvollisuutta, eikä yksittäistä vastaajaa voi tunnistaa vastauksista.

Tietojen keräys tapahtui tutkimushaastatteluna lomakkeella, joka kehitettiin työelämän yhteistyökumppaneiden ja ohjaavien opettajien kanssa. Strukturoitu haastattelu on haastattelumenetelmistä käytetyin (Vuorela 2005: 38-39, 46). Avointen ja täysin suljettujen, jo vaihtoehdot antavien, kysymysten yhdistäminen lomakkeeseen on hedelmällinen keino saada tietoa, vaikka emme käyttäneetkään esimerkiksi avointa haastattelua lomakkeella saatujen vastausten tukemisessa. Tutkimuslomaketta käytettiin ensimmäisen kerran opinnäytetyön datan keräämiseen, eikä sitä testattu etukäteen muissa yhteyksissä.

Kysely alkoi kartoittamalla vastaajan taustatiedot kysymyksillä, jotka eivät sisältäneet tunnistetietoja. Tämä tarkoittaa samaa kuin aikakauslehti Duodecimille Hyypän ja Kronholmin (1994) tekemän katsauksen näkemys siitä, että koska vastaajia ei tunneta niin esimerkiksi ikäerot vaikuttavat eniten haastattelun vastausmateriaaliin.

Kyselyssä suurin osa oli väittämiä, joissa vastattiin Likertin asteikolla 1 (täysin eri mieltä) - 5 (täysin samaa mieltä), lähinnä omaa mielipidettä. Mielenterveysasiakkaan kohtaamiseen ja hoitoon liittyviä avoimia kysymyksiä oli seitsemän.

Väittämät käsittelivät vastaanotossa perusterveydenhuollossa toimivien hoitajien kykyä tunnistaa mielenterveysongelmista kärsivä asiakas, heidän tyyliänsä kohdata potilaat ja siihen käytetty aika. Myös hoitajien asenteet ja suhtautuminen kartoitettiin väittämillä. Tähän liittyen tiedusteltiin aiheuttaako asiakkaiden kohtaaminen esimerkiksi pelokkuutta tai tuntuuko se muuten hankalalta heidän työssään ja kokivatko hoitajat tarvitsevansa koulutusta mielenterveysongelmaisten kohtaamiseen ja väkivaltatilanteiden käsittelyyn. Itse konsultointityyliin suoraan liittyvät väittämät koskivat hoitajan asiantuntijuutta, hänen oman yksikkönsä hoitokäytäntöjä sekä toiveita konsultointitavoista. Neljä avointa kysymystä jotka antoivat kuvailevan vastauksen hoitajien näkemyksiin mielenterveysasiakkaiden ongelmien tunnistamisesta, käytettävistä hoitokeinoista, sekä potilasohjauksen tärkeydestä, että itse hoidon haasteista.

4.1 Tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset kehitettiin kyselykaavakkeesta saatavan datan perusteella analysoitaviksi. Tutkimuskysymykset muodostettiin opinnäytetyön tekijöiden toimesta mittaamaan suhtautumista koulutukseen ja konsultointiin, jota VALO- hankkeen on tarkoitus

tulevaisuudessa kehittää. Kysymysten on tarkoitus siis antaa myös työelämän yhteistyökumppaneille tarkennettua tietoa siitä, miten vastaajien taustatiedot vaikuttavat kehittämiskohteisiin.

Työn tutkimuskysymykset ovat: "Vaikuttaako hoitajien ikä siihen miten he kokevat erikoissairaanhoidon sairaanhoitajan konsultoinnin kehittävän heidän osaamistaan?" sekä "Vaikuttaako hoitajien työuran pituus nykyisessä ammatissa siihen miten he kokivat tunnistavansa masentuneen, psykoottisen ja itsetuhoisen asiakkaan, sekä miten he kokivat oman asiantuntijuutensa riittävän mielenterveysasiakkaan hoidontarpeen arvioinnissa".

5 OPINNÄYTETYÖN EETTISET KYSYMYKSET

Etiikka kuvataan Nurmen ja Reikiarojen (1992: 89) julkaisemassa Suomalaisten sivistyssanakirjassa oikeaa ja väärää määrittelevinä käyttäytymissääntöinä. Sairaanhoitajan ammatissa, sekä terveydenhuollossa ylipäättään, etiikka on toteutetun työn kulmakivi.

Sairaanhoitajan tehtävät ovat tunnetusti "väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimyksen lievittäminen, ja hän auttaa kaikenikäisiä ihmisiä erilaisissa elämäntilanteissa." (Sairaanhoitajaliitto 1996.) Nämä ovat myös sairaanhoitajien eettiset ohjeet, joita he noudattavat työssään.

Työmme ensimmäisessä vaiheessa, jolloin tutustuimme hankkeeseen ja pohdimme omasta näkökulmastamme sen vaikuttavuutta, tarpeellisuutta ja muuta olennaista, juuri eettiset kysymykset nousivat vahvimpina pintaan. Koimme hankkeen erittäin hyödylliseksi sen aiheuttaman potilaiden tasa-arvoistumisen takia. Mielenterveysongelmista kärsivällä asiakkaalla on samat oikeudet saada yhtä hyvää hoitoa terveyskeskuksissa kuin diabeetikolla. Toisaalta myös hoitohenkilökunnalla on oltava mahdollisuus oman jaksamisensa takia tukeutua erikoissairaanhoidon.

Itse hankkeen toteuttamisvaiheessa emme juuri nähneet eettisiä ongelmia. Ainoa mitä aineiston keräämisestä pohdimme työryhmässä, oli hoitajien vastausten todenmukaisuus tai esimerkiksi asenteisiin liittyvien vastausten kaunistelu. Tämä puolestaan ei tulisi auttamaan hanketta, jonka ideana on saada juuri ongelmakohtat selville jotta olisi mahdollista tukea sekä potilaiden, että hoitohenkilökuntaa.

Koemme olevamme hyvin tyytyväisiä mahdollisuudesta osallistua projektiin, joka tukee terveydenhuoltolakia ja meitä niin usein puhuttavaa lakia asiakkaiden asemasta ja

oikeuksista. Terveysturvallisuuslain ensimmäisissä momenteissakin lain tarkoituksen todetaan olevan:

”Väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuuden, laadun ja potilasturvallisuuden toteuttaminen, perusterveydenhuollon toimintaedellytyksien vahvistaminen ja terveydenhuollon toimijoiden yhteistyön järjestäminen.”

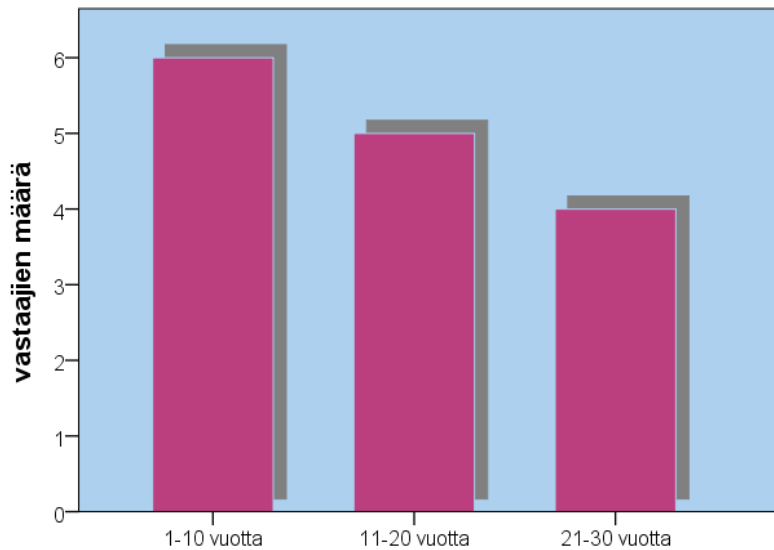
6 TUTKIMUSTULOKSET

Vastauksia opinnäytetyön kyselyyn saatiin kuudesta terveyskeskuksesta kaikilta vastaanotto-toiminnan hoitajilta viisitoista kappaletta eli kyselyyn vastasi 15% hoitajista. Kysely lähetettiin terveyskeskuksien osastonhoitajien kautta noin sadalle hoitajalle. Hoitajien koulutus ja ikäjakauma oli laaja, kuten olivat myös vastaukset hoitajien valmiuksista, odotuksista ja tiedon tarpeesta psykiatristen asiakkaiden hoitotyössä.

6.1 Taustatiedot

Vastaajien ikäjakauma oli 26- 62 vuotta. Iän keskiarvo oli 44.4 vuotta. Vastaajista viisi oli alle 40-vuotiaita, seitsemän oli 40- 50-vuotiaita ja kolme yli 50-vuotiasta. Vastaajat työskentelivät terveyskeskuksen vastaanotossa sairaanhoitajan, terveydenhoitajan, perushoitajan, jalkaterapeutin ja diabeteshoitajan nimikkeillä. Vastanneista hoitajista sairaanhoitajan nimikkeellä työskenteli kymmenen ja terveydenhoitajana kaksi. Perushoitajan, jalkaterapeutin ja diabeteshoitajan toimessa työskenteli kussakin yksi henkilö (n=15). Nykyisessä ammatissa vastaajat olivat työskennelleet kahdesta kolmeen kymmeneen vuoteen. Työskentelyajan keskiarvo oli noin viisitoista vuotta. Seuraavalla sivulla, kuviossa kaksi, on esitetty vastaajien työurien pituus kolmessa eri luokassa.

Vastanneista hoitajista oli terveydenhoitajan tutkinnon oli suorittanut kuusi. Sairaanhoitajan tutkinnon oli suorittanut yhdeksän, joista kaksi oli suuntautunut kirurgiaan. Vastanneista yksi sairaanhoitaja ja yksi terveydenhoitaja olivat myös opiskelleet kättilöiksi. Ainoa kyselyyn vastannut perushoitaja oli saanut sosiaali- ja terveysalan täydennyskoulutuksen ja jalkaterapeutti oli suorittanut tutkinnon kuntahoitajaksi ammattikorkeakoulussa.



Kuvio 2: Työuran pituus

Mielenterveys ja päihdehoitotyön työkokemusta viidestätoista vastanneesta hoitajasta oli vain kolmella. Kahdella näistä vastaajista oli alle neljä kuukautta kyseistä työkokemusta ja yhdellä kaksi vuotta. Mielenterveys- ja päihdehoitotyön perus- tai täydennyskoulutuksen oli suorittanut seitsemän vastaajaa. Seitsemällä vastaajalla oli peruskoulutuksessa saatu osaaminen mielenterveyden hoitoalueeseen ja kolmella ei ollut mitään koulutusta. Yksi vastaajista oli käynyt täydennyskoulutuksen mielenterveystyöstä peruskoulutuksen lisäksi. Mielenterveys- ja päihdehoitotyön koulutustoiveita oli kolmella vastaajalla. Aihepiirissä he kokivat tarvitsevansa koulutusta masennuspotilaan hoitopolusta ja seurannasta, päihdeongelmaisten hoidon perus käytänteistä perusterveydenhuollossa, ohjeistusta mitä mielenterveysongelmaisen asiakkaan vuosikontrolissa käydään läpi ja henkilökohtaista terapiakoulutusta.

6.2 Väittämien vastaukset

Väittämässä erikoissairaanhoidon psykiatrisen sairaanhoitajan konsultoinnin riittävydestä puhelimitse, vastaukset jakoutuivat tasaisesti. Jokseenkin samaa mieltä tai täysin samaa mieltä siitä, että erikoissairaanhoidon psykiatrisen sairaanhoitajan konsultointi puhelimitse olisi riittävää, oli 50 %. Jokseenkin erimieltä tai täysin erimieltä asiasta oli 43% neljästätoista vastanneesta. Suurin osa vastanneista hoitajista ei kokenut henkilökohtaista tapaamista välttämättömäksi psykiatrista sairaanhoitajaa konsultoidessaan. Vastanneesta 64 % oli täysin eri mieltä tai jokseenkin erimieltä henkilökohtaisen tapaamisen välttämättömyydestä. 21% ei ollut samaa eivätkä eri mieltä ja 14% oli jokseenkin samaa mieltä henkilökohtaisen tapaamisen välttämättömyydestä konsultoinnissa.

Kahdeksan vastanneista hoitajista oli täysin eri mieltä tai jokseenkin erimieltä siitä, että heidän oma asiantuntijuutensa olisi riittävää mielenterveysasiakkaan hoidontarpeen arvioimisessa. Täysin eri mieltä oli kaksi ja jokseenkin erimieltä kuusi. Vastanneista kolme olivat kuitenkin

kin jokseenkin samaa mieltä tai täysin samaa mieltä oman asiantuntijuutensa riittävydestä. Neljä vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä asiasta. (Taulukko 1)

Taulukko 1: Hoitajien kokema asiantuntijuus

Oma asiantuntijuuteni on riittävää mielenterveysasiakkaan hoitotarpeen arvioimisessa (n=14)	Prosenttia vastanneista
Täysin eri mieltä	13 %
Jokseenkin eri mieltä	40 %
Ei samaa eikä eri mieltä	27 %
Jokseenkin samaa mieltä	7 %
Täysin samaa mieltä	13 %

Hoitajien mielipiteet selkeistä toimintakäytännöistä mielenterveysasiakkaan jatkohoitoon ohjaamisessa jakautuivat tasaisesti (Taulukko 2). Täysin erimieltä tai jokseenkin erimieltä selkeistä käytänteistä oli seitsemän hoitajaa 14:sta vastanneesta. Kaksi ei ollut samaa eikä eri mieltä ja viisi hoitajaa koki ainakin jokseenkin olevansa samaa mieltä, että hoitoyksikössä on selkeä toimintakäytäntö. Hoitoyksikkönsä ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon yhteistyön toimivuudesta 14:sta vastanneista hoitajista seitsemän eivät olleet samaa eivätkä erimieltä (Taulukko 3). Neljä hoitajaa oli täysin eri mieltä siitä, että yhteistyö toimii hyvin hoitoyksikön ja erikoissairaanhoidon välillä. Suurin osa vastaajista koki kuitenkin, että erikoissairaanhoidon psykiatrisen sairaanhoitajan konsultointi kehittää heidän osaamistaan. Kymmenen neljästätoista vastaajasta oli jokseenkin tai täysin samaa mieltä asiasta eikä yksikään ollut täysin erimieltä.

Taulukko 2: Hoitoyksikön toimintakäytänteiden selkeys

Hoitoyksikössäni on selkeä toimintakäytäntö mielenterveysasiakkaan jatkohoitoon ohjaamisesta (n=14)	Prosenttia vastanneista
Täysin eri mieltä	7 %
Jokseenkin eri mieltä	40 %
Ei samaa eikä eri mieltä	13 %
Jokseenkin samaa mieltä	33 %
Täysin samaa mieltä	7 %

Taulukko 3: Yhteistyön toimivuus

Yhteistyö toimii hyvin hoitoyksikössäni ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon välillä (n=14)	Prosenttia vastanneista
Täysin eri mieltä	29 %
Jokseenkin eri mieltä	14 %
Ei samaa eikä eri mieltä	50 %
Jokseenkin samaa mieltä	7 %
Täysin samaa mieltä	0 %

Usea vastaaja koki mielenterveysasiakkaan kohtaamisen haasteellisena. Jokseenkin samaa mieltä tai täysin samaa mieltä siitä, että koki psykoosia sairastavan asiakkaan kohtaamisen haasteellisena, oli 71 % neljästätoista vastaajasta. 14 % ei kokenut psykoosia sairastavan potilaan kohtaamista haasteellisena ja 14 % ei ollut samaa eikä erimieltä asiasta. Masentuneen asiakkaan kohtaamisen koki haastavaksi 53 %. Vastanneista 27 % ei ollut samaa eikä eri mieltä asiasta ja 20% oli täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä masentuneen asiakkaan kohtaamisen haasteellisyydestä.

Mielenterveysasiakkaan kohtaaminen ei pelottanut suurinta osaa (67 %) vastanneista, mutta 13 % oli jokseenkin sitä mieltä, että pelkää mielenterveysasiakkaan kohtaamista. Suurin osa (74 %) hoitajista oli eri mieltä siitä, että heidän asenteisiinsa mielenterveysasiakkaita kohtaan on vaikuttanut pelottava tilanne, jossa asiakas on ollut sanallisesti uhkaava tai väkivaltainen. Kuitenkin vastanneista 20 % koki, että pelottava tilanne on vaikuttanut hänen asenteisiinsa mielenterveysasiakkaita kohtaan. Vastanneista 47 % koki jokseenkin olonsa turvalliseksi mielenterveysasiakkaan kanssa kun taas 20 % ei kokenut ja 33 % ei osannut sanoa mielipidettään asiaan.

Suurin osa vastanneista hoitajista koki, että olisi hyvä jos työpaikalla järjestettäisiin koulutusta. Vastaajista 73 % toivoisi lisäkoulutusta aggressiivisen asiakkaan kohtaamiseen ja 87 % koki, että olisi hyvä jos työpaikalla järjestettäisiin koulutusta liittyen hoidolliseen vuorovaikutukseen mielenterveysasiakkaiden kanssa. Suurin osa (67 %) koki myös koulutuksen tarvetta liittyen mielenterveysasiakkaiden omaisten huomioimiseen hoidossa. Koulutusta mielenterveysasiakkaan hoitoon ja hoidon sisältöön piti hyvänä ajatuksena 60 % vastanneista hoitajista.

Suurin osa vastanneista hoitajista oli sitä mieltä, että dialogi on lähtökohta mielenterveysasiakkaan kohtaamisessa, mutta kuitenkin kuusi vastaajaa ei ollut asiasta samaa eikä eri mieltä. Monet hoitajista kokivat (80 %), ettei heillä ole riittävästi aikaa kuunnella ja keskustella mielenterveysasiakkaiden kanssa (Taulukko 4). Jopa kaksitoista vastaajaa oli täysin tai jokseenkin eri mieltä siitä, että heillä olisi riittävästi aikaa ja vain yksi oli jokseenkin samaa mieltä ajan riittävydestä.

Taulukko 4: Ajan puute

Minulla on riittävästi aikaa kuunnella ja keskustella mielenterveysasiakkaan kanssa (n=15)	Prosenttia vastanneista
Täysin eri mieltä	33 %
Jokseenkin eri mieltä	47 %
Ei samaa eikä eri mieltä	13 %
Jokseenkin samaa mieltä	7 %
Täysin samaa mieltä	0 %

Vastanneista 87 % oli samaa mieltä siitä, että asiakkaan voimavarojen tukeminen kuuluu jokaisen hoitajan perusosaamiseen. Mielenpiteet mielenterveyden riskitekijöiden tunnistamisesta elämänkaaren eri vaiheissa vaihtelivat jonkin verran; 47 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 7 % täysin samaa mieltä siitä, että on selvillä riskitekijöistä. 34 % oli kuitenkin jokseenkin erimielistä tai täysin eri mieltä asiasta.

Hoitajista 80 % oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että tunnistaa masentuneen asiakkaan ja vain 13 % oli asiasta jokseenkin erimielistä. Psykoottisen asiakkaan tunnistuksessa mielenpiteet jakautuvat hieman enemmän; 53 % vastanneista oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että tunnistaa psykoottisen asiakkaan, mutta 26 % oli asiasta jokseenkin tai täysin erimielistä. Itsetuhoisen asiakkaan koki tunnistavansa 73 % vastanneista.

6.3 Avointen kysymyksien vastaukset

Ensimmäisessä avoimessa kysymyksessä pyysimme vastaajia kuvailemaan masennuksen oireita. Tämä oli jatkoa väittämään, jossa ihmiset määrittivät osaavatko tunnistaa masentuneen asiakkaan. Kysymykseen vastasi kolmetoista henkilöä ja masennuksen oireita määriteltiin taulukon 5 mukaisesti. Vastaajat kuvasivat masennuksen oireita eniten väsymyksenä ja voimattomuutena, surullisuutena ja ilon puutteena, vetäytyneellä käytöksellä, sekä välinpitämättömyydellä. Vastaukset olivat hyvin samassa linjassa yleisesti käytetyn psykiatrisen arviointikriteeristön kanssa. Vastaajat huomioivat myös ruokahalun muutokset, haluttomuuden ja aloitekyvyttömyyden kuvaillessaan masennuksen oireita.

Teoksessa Psykiatria (2003: 135) lääketieteen dosentti Erkki Isometsä kuvailee kappaleessa Masennushäiriöt vakavan masennusjakson diagnostiset kriteerit. Näistä yhdeksästä oirekuvasta asiakkaalla on oltava kahden viikon ajan ainakin viisi, jonka lisäksi kahdesta ensimmäisestä oireesta on oltava ainakin toinen. Asiakkaan on siis koettava masentunutta mielialaa lähes koko päivän joka päivä, eli surullista mielialaa, tyhjää oloa. tai muiden huomioimaa itkuisuutta. Vaihtoehtoisesti toinen oire on itse todettua, tai muiden huomaamaan merkittävää vähen-

tynyttä mielenkiintoa tai mielihyvää lähes kaikissa, tai kaikissa toimissaan. Toisen edellä mainitun oireen lisäksi diagnostisista kriteereistä on todettava; ”merkittävää painon nousua tai laskua, unettomuutta tai liiallista nukkumista, väsymystä tai voimattomuutta lähes päivittäin, toistuvaa kuoleman ajattelua tai itsemurha-ajatuksia ja yrityksiä, konkreettista psykomotorista kiihtyneisyyttä tai hitautta, kohtuuttomia ja aiheettomia syyllisyyden tunteita lähes joka päivä tai arvottomuuden tunteita, tai ajattelun, päätöksentekokyvyn ja keskittymiskyvyn heikkoutta lähes päivittäin.”

Taulukko 5: Masennuksen oireet

MASENNUKSEN OIREET HOITAJIEN KUVAAMANA n=13	Prosenttia vastanneista
Väsymys, voimattomuus	84.6%
Univaikeudet	38.5%
Itkuisuus, surullisuus, ilon puute	76.9%
Sosiaalisten kontaktien väheneminen, vetäytyminen	53.8%
Välinpitämätön, kiinnostus asioihin vähentynyt	53.8%
Ruokahalun muutokset	46.1%
Haluttomuus	30,8%
Fyysiset oireet tai niiden tuntemukset	15.4%
Päihteiden runsas käyttö/ väärinkäyttö	23.1%
Aloitekyvyttömyys	30.8%
Ilmeettömyys	15.4%
Jähmeys, hidasliikkeisyys	15.4%
Katsekontaktin puute	15.4%
Harvasanainen, hiljainen	15.4%
Vihaisuus, ärtyneisyys	15.4%
Itsensä vähättely / huono itsetunto	7.7%
Negatiivinen ajattelu	7.7%
Hermostuneisuus	7.7%
Epäasiallinen käytös, uhkailevuus, väkivaltaisuus, aggressiivisuus	15.4%
poissa olot/ pitkät sairauslomat	15.4%
Liikkumattomuus	15.4%
Huokailu	7.7%
Itsemurha ajatukset	7.7%
Huonomuistisuus	7.7%
Masennuksen peittävä teennäinen ylipirteys	7.7%
Epäsiisti habitus	7.7%

Toinen avoin kysymys oli jatkona väittämälle ”tunnistan psykoottisen asiakkaan”, jonka vastausten keskiarvo asteikolla 1-5 oli 3.13. Vastaajia tälle kysymykselle oli yksitoista. Taulukko 6 osoittaa että vastaajat pitivät harhoja merkittävimpänä psykoosin oireena ja kolme muuta olennaista oiretta heidän mielestään olivat des-orientoituminen aikaan ja paikkaan, hajanaiset ajatukset ja katkonainen puhe, sekä poissaolevuus. Masentuneisuuden, joka mainitaan myös psykoosien oireiden kriteereissä, oli maininnut yksi ihminen.

Lönqvist, J. ja Honkonen, T. ovat kuvanneet edellä mainitussa Duodecimin Psykiatria oppi- ja käsikirjassa (2003: 118- 131) psykoosien oireet ja erotusdiagnoosiin ICD-10 ja DSM- IV kriteerien mukaisesti. Skitsofreniasta eroavat muut psykoottisen häiriöt on myös erotettu päih-teistä ja somaattisista sairauksista johtuvista psykoottisista tiloista, joita arvioidaan toisilla tunnistusmenetelmillä. Muiden psykoottisten häiriöiden oireet ovat ilman eri häiriöihin eritte-lyä: ”harhaluulot, aistiharhat, hajanainen puhe, vaikeasti hajanainen tai katatoninen käytös, negatiiviset oireet, tai sairausjakson aikana esiintyvä masennus-, maaninen- tai sekamuotoi-nen jakso.” Harhaluulot ovat psykooseissa huomattava oire, sillä esimerkiksi harhaluuloisuus-häiriössä harhat ovat hyvin realistisia sisällöltään, eikä toimintakyky ole juuri heikentynyt. Itse psykoosien erittelyyn vaikuttavat oirekuvan lisäksi aika jona oireet ovat esiintyneet. Psy-koosia epäillessä on aina huomioitava, ettei käytös johdu kemiallisista aineista tai somaatti-sista sairauksista.

Taulukko 6: Psykoosin oireet

PSYKOOSIN OIREET HOITAJIEN KUVAAMANA n=12	Prosenttia vas-tanneista
Harhainen	66,6 %
Ajan ja paikan taju hämärtynyt /ei realiteeteissa	50 %
Puhe/ajatukset katkonaisia, hajanaisia	41,7 %
Poissaoleva, ei kontaktissa	41,7 %
Vaaraksi itselle tai muille	25 %
Pelot	16,7 %
Sairaudentunnottomuus	8,3 %
Aggressiivisuus	16,7 %
Eleettömyys	8,3 %
Arvaamattomuus	8,3 %
Levottomuus	8,3 %
Ei katsekontaktia	8,3 %
Masentuneisuus	8,3 %

Kolmas avoin kysymys oli jatkoa väittämälle jossa vastaajat määrittivät kykynsä tunnistaa itsetuhoisen asiakkaan. Tässä kysymyksessä pyydettiin kuvailemaan itsetuhoisuuden oireita. Vastaajia kysymykselle oli yksitoista, joista yksi vastaus ei määrittänyt oireita vaan hoitaja vastasi "itetuhoisuudesta kysyttävä asiakkaalta suoraan, erotettava huomionhaku todellisesta itsetuhoisuudesta". Masennuksen oireet, itsetuhoiset aikeet ja teot koettiin huomattavimmiksi merkeiksi asiakkaan itsetuhoisuudesta. Yksi vastauksista oli "Pyrkii saamaan apua tai herättämään ulkopuolisten huomion jollakin toiminnallaan", joka oli ristiriidassa edellä mainitun huomionhakuisuuden erottelu- ajatuksen kanssa. Kaksi vastanneista mainitsi päihteidenkäytön itsetuhoisuuden oireena, joka on epäsuoran itsetuhoisuuden merkki. Oireiden kuvausten vastausprosentit näkyvät taulukosta 7.

Psykiatrinen oirekuva itsetuhoiselle asiakkaalle on kuvattu psykiatrisessa kirjallisuudessa seuraavanlaisesti:

Itsetuhoisuus näkyy itsensä vahingoittamisena, hengenvaaraan asettumalla epäsuorasti tai suorasti. Epäsuora itsetuhoisuus on vaikeasti määriteltävää, sillä siinä ihminen ei välttämättä tiedosta toimintaansa vaikka se on jatkuvaa ja rasittaa omaa terveyttä. Esimerkkejä tällaisesta käyttäytymisestä on päihteiden runsas käyttö, riskinotto liikenteessä ja fyysisten sairauksien hoidon laiminlyönti. Suora itsetuhoisuus näkyy puolestaan esimerkiksi itsemurha-ajatuksina, jotka edeltävät suoraa itsetuhokäyttäytymistä. Nämä ajatukset voivat olla impulsiivisia tilanteen mukaan, tai huolellista itsemurhan suunnittelua. Ajatuksiin liittyy vahvasti tunne elämän arvottomuudesta ja ihminen usein toivoo jonkinlaista taukoa psyykkisesti raskaasta elämästään. Itsetuhoisen, itsemurhavaarassa olevan ihmisen tunnistamista auttaa riskitekijöiden yhteenveto, joista nämä ovat merkittävimmissä asemassa: Mielenterveyden häiriö, kuten masennusoireyhtymä tai alkoholismi, toivottomuuden tunteet, itsemurha-ajatukset, -suunnitelmat ja -valmistelut, aiemmat itsemurhayritykset ja niiden vakavuus, itsemurha lähipiirissä, itsemurhaan tarvittavien välineiden käytettävyys ja sosiaalisen ympäristön vähyyt, sekä tuki. (Lönnqvist, Henriksson, Isometsä, Marttunen, Heikkinen, 2003: 589-598).

Taulukko 7: Itsetuhoisuuden oireet

ITSETUHOISUUDEN OIREET HOITAJIEN KUVAAMANA n=10	Prosenttia vastanneista
Masennus /masennukseen liittyviä oireita	50%
Vihjailu/puhe itsemurhasta/ itsetuhoisista aikeista	50%
Itsetuhoinen käyttäytyminen, viiltely	40%
Toivottomuus, elämä merkityksetöntä	30%
Päihteet, alkoholin liiallinen käyttö	20%
Alakuloisuus, itkuisuus	20%
Aikaisemmat itsemurhayritykset, suunnitelma toteutuksesta	10%
Ei välitä itsestään	10%
Vaaraksi itselleen tai muille, uhkaa väkivallalla	10%
Uhkaroikeaa toimintaa	10%
Hiljainen	10%
Äänen painot	10%
Pyrkii saamaan apua tai herättämään ulkopuolisten huomion jollakin toiminnallaan	10%

Mielenterveysasiakkaiden keskeisimmistä auttamiskeinoista kolmen nimeäminen oli neljäs avoin kysymys, johon vastasi yksitoista henkilöä kahden edellisen kysymyksen tavoin. Yksi vastaajista ilmoitti "lääkärin tekevän arvion jatkohoidosta" joka ei varsinaisesti vastaa kysymykseen, joten se on jätetty huomioimatta taulukossa 8. Tärkeimmät kolme auttamisen keinoa vastaajamäärän perusteella olivat kuuntelu, hoitoon ohjaus, sekä aito läsnäolo ja empaattinen suhtautuminen. Dialogi ja empatia onkin mainittu merkittävimiksi asiakaslähtöisen hoitotyön keinoiksi. Tutun hoitajan ja voimavarojen kartoituksen oli kummankin maininnut yksi henkilö.

Mielenterveystyössä hoitajan ja asiakkaan välinen yhteistyö tulee olla asiakaslähtöistä, eli mielenterveysasiakas on osallisena oman hoitonsa jokaisessa vaiheessa aina suunnittelusta arviointiin. Yhteistyön pohjana ovat aina potilaan tarpeet ja se tukee asiakasta käyttämään voimavarojaan ja löytämään keinoja oman elämänsä hallintaan. Asiakaslähtöisessä hoitotyössä hoitotyön menetelmiä ovat vuorovaikutus, ohjaus, toiminta ja kontrollointi, jotka toimivat aina asetettujen tavoitteiden mukaisesti. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri, Schubert 2010: 150- 152.)

Vuorovaikutus tapahtuu dialogisesti asiakkaan kanssa, jolloin hän on sairautensa asiantuntija ja hoitaja on teorian ja kokemuksen asiantuntija. Ammatillisesti hoitajalle on tärkeää tunkea empatiaa asiakkaan tunteita ja tilannetta kohtaan, jolloin hän tuntee itsensä kuulluksi. Läsnaölo vaikuttaa myös tähän positiiviseen kokemukseen, samoin kuin keskustelu, kuuntelu ja havainnointi. Ohjaustilanteet antavat asiakkaalle mahdollisuuden kokea olevansa aktiivisesti elämänhallinnassaan mukana ja siinä hoitaja antaa sosiaalisen tuen emotionaalisesti, käytännössä ja tiedon muodossa. Toiminta auttamismenetelmänä korostaa ja edistää vuorovaikutusta. Yhdessä tekeminen voi olla mitä tahansa kävelyllä lähtemisestä kortin peluuseen ja tämä sosiaalisten taitojen harjoittelu edistää mielenterveysasiakkaiden kuntoutumista. Kontrollointi asiakaslähtöisessä hoitotyössä on myös tärkeä elementti ja sillä varmistetaan tavoitteisiin sitoutumista ja niihin pyrkimistä rakentavin keinoin. (Kuhanen ym. 2010: 153- 162, 151.)

Taulukko 8: Mielenterveysasiakkaan auttaminen

MIELENTERVEYSASIAKKAAN AUTTAMINEN n=11	Prosenttia vastanneista
Kuuntelu	73%
Hoitoon ohjaus/potilaan hoidollinen ohjaus	54.5%
Aito läsnäolo, välittäminen, empaattinen suhtautuminen	54.5%
Keskustelu	27%
Kannustaminen	27%
Lääkitys	18%
Ongelmien/voimavarojen kartoitus	9%
Tilanteiden realisoiminen	18%
Rauhallinen vastaanotto aika	9%
Tuttu hoitaja/lääkäri	9%

Millaisia varhaisia/ennaltaehkäiseviä tunnistamisen keinoja on mahdollista käyttää? Tähän vastasi kahdeksan henkilöä, joista viisi koki keskustelun ja kuuntelun tärkeänä keinona. Neljä henkilöä vastasi haastattelujen ja kyselykaavakkeiden, kuten BDI: n ja Auditin käytön olevan hyviä työkaluja. Yksi vastaajista oli sitä mieltä, ettei ”nykyisten resurssien valossa juuri mitään, sillä työtä tehdään liukuhihnalla ja mielenterveysasiakkaiden kohtaaminen vaatii aikaa, eikä heitä ehditä terveyskeskuksissa seuloa”. Tämä vastaus on täysin päinvastainen primaari-prevention malliin, jossa juuri terveyskeskuksissa ja muulla julkisella sektorilla on tarkoitus

tunnistaa uhkaavat tekijät ja ehkäistä niitä. Taulukossa viisi on kuvattu kolme keinoa joita vastaajista voidaan käyttää ja vastausten määrät.

Varhaiset keinot mielenterveystyössä on mielenterveyttä edistävää toimintaa, eli primaari-preventiota. Tämä tarkoittaa ensisijaisesti positiivisen mielenterveyden vahvistamista, jonka toiminta näkyy riskitekijöiden vähentämisenä ja suojaavien tekijöiden vahvistamisena. Ennalta ehkäisevä keino on esimerkiksi kehittää selviytymiskeinoja stressitilanteissa ja tulos tästä voi olla hyvän mielenterveyden lisäksi parantunut työkyky ja parempi fyysinen terveys. Ehkäisevä mielenterveystyö, eli sekundaaripreventio tarkoittaa mielenterveyttä uhkaavien tekijöiden tunnistamista ja niiden ehkäisemistä. Varhaisella puuttumisella voidaan ehkäistä esimerkiksi lapsen tulevia mielenterveysongelmia luomalla hänelle parhaat mahdolliset olosuhteet kasvamiseen neuvolakäynnillä huomattujen ongelmien myötä. (Kuhanen ym. 2010: 27- 28.)

Kliinisen psykiatrisen tutkimuksen elementtejä käyttämällä on mahdollista saada viitteitä asiakkaan mielenterveydestä tavallisen haastattelun myötä. Terveyskeskuksen hoitajan vastaanotolla hyödynnettäviä tarkkailukohteita ovat; ulkonäkö ja olemus, asenne tutkimusta kohtaa, motoriikka ja eleet, mieliala ja tunnereaktiot, ajatustoiminnot ja puhe, aistitoiminnot, orientoituminen, muisti, luku ja kirjoituskyky, keskittymiskyky, arvostelukyky ja sairaudentunto. (Lönngqvist 2003: 29.)

Taulukko 9: Ennalta ehkäiseviä/varhaisen tunnistamisen keinoja

ENNALTAEHKÄISEVIÄ/VARHAISEN TUNNISTAMISEN KEINOJA n=8	Prosenttia vastanneista
Keskustelu, kuuntelu	62%
Kyselykaavakkeet, haastattelut (BDI, Audit, masennustesti)	50%
Tiedostaa elämän riskikohdat, jolloin mielenterveysongelma voi puhjeta. näiden potilaiden tunnistus ja ohjaaminen	12,5%

Kysimme hoitajilta minkälainen merkitys potilasohjauksella on mielenterveysasiakkaiden hoidossa ja kaikki seitsemän vastannutta hoitajaa kokivat potilasohjauksen tärkeäksi. Kuusi hoitajaa painotti vastauksissaan, että potilasohjauksella on suuri merkitys mielenterveysasiakkaiden hoidossa. Esiin nousi myös tiedon tarve siitä millaisissa tilanteissa potilasta tulisi ohjata.

"Mielenterveysasiakkaiden hoitaminen on haastavaa ja vie aikaa. Jos tietäisi enemmän, missä vaiheessa tilanteeseen pitäisi puuttua, voitaisiin välttyä vakavammalta sairastumiselta."

"On paljon merkitystä, koska nämä potilaat eivät ole välttämättä niitä aktiivisempia itsensä hoitajia eivätkä välttämättä ole edes siitä syystä vastaanotolla, vaikka tarve olisi ohjaukseen."

"Iso merkitys esim. liikunta, ravitsemus ja terveelliset elämäntavat ovat tärkeitä meille kaikille. Samoin sosiaaliset kontaktit"

Ajan puute nousi esiin viidessä vastauksessa yhdeksästä, kysyttäessä hoitajilta millaisia ammatillisia haasteita mielenterveysasiakkaiden hoitamiseen liittyy. Moni vastanneista hoitajista mainitsi myös tiedon, koulutuksen tai osaamisensa puutteen mielenterveysasiakkaiden hoidossa. Ammatillisena haasteena nousivat esiin myös asiakkaan vastuun puute omasta hoidosta ja hoitajien ennakkokäsitykset mielenterveysasiakkaista.

"Aika rajoittaa, pieni henkilökunta"

"Ajan puute, vaikka tietoa olisi, asioita on hyvä kerrata säännöllisin väliajoin, muuten asiat unohtuu."

"Varmaankin monella paljon ennakkokäsityksiä ja mielenterveysdiagnoosi liikaa vaikuttanee muuhun hoitoon."

"Koulutuksen ja osaamisen puute"

"Epätietous, mitä ja miten voi tukea potilasta"

Terveyskeskuksien vastaanotto toiminnan hoitajien kiireellisyys ja ajan puute tuli esiin myös kyselyn viimeisessä avoimessa kysymyksessä, johon hoitajat saivat kirjoittaa, mikäli he halusivat kertoa vielä jotain muuta. Yksi vastanneista hoitajista kertoi, ettei ollut aikaa vastata kysymyksiin.

"Ta: Ila sairaanhoitajalla vastaanotossa ei ole aikaa auttaa mielenterveysongelmassa. Pitkiin keskusteluihin ei ole mahdollisuutta ajanpuutteen vuoksi. Lyhyen kartoituksen (oireet, kuinka kiireellisessä hoidon tarpeessa), varataan"

lääkärille joko vo-aikaa tai akuuttiaikaa. Esh:n kanssa ei tehdä yhteistyötä, tarvittaessa konsultoidaan oman aseman lääkäriä."

6.2 Tutkimuskysymysten tulokset

Vastanneiden työuran pituuden (kolmeen luokkaan luokiteltu muuttuja) vaikutusta neljään eri väittämään tutkittiin SPSS -ohjelmalla, ei parametrisella testillä (Ristiintaulukointi, Khiin neliö), joka on suunnattu pienille aineistossa ja luokitelluille muuttujille: "Oma asiantuntijuuteni on riittävää mielenterveysasiakkaan hoitotarpeen arvioimisessa" ($p=0,74$), "Tunnistan masentuneen asiakkaan" ($p=0,120$), "Tunnistan psykoottisen asiakkaan" ($p=0,859$) ja "Tunnistan itsetuhoisen asiakkaan" ($p=457$).

Tämän väittämän Pearsonin Khiin neliön tulokset antoivat ymmärtää, ettei työuran pituudella ollut tilastollista yhteyttä edellisten seikkojen tunnistamisessa. Raja-arvona pidetään p - arvoa 0.05. Johtuen vastausten pienestä määrästä (havaintojen määrä kaikissa soluissa ei ollut riittävä ajatellen Khiin neliötestin luotettavuusehtoja), varmensimme tulokset Spearmanin korrelaatiokertoimen avulla, joka vahvisti edelliset testit. Tulokset näkyvät taulukossa 10. Toinen testaus paljasti myös, että vastaajat jotka kokivat oman asiantuntijuutensa riittävän mielenterveysasiakkaan hoidontarpeen arviointiin, pystyivät myös mielestään tunnistamaan sekä masentuneen ($p=0.016$, $r=0.611^*$), että psykoottisen asiakkaan ($p=0.026$, $r=0.571^*$). Masentuneen asiakkaan tunnistaneet vastaajat tunnistivat Spearmanin korrelaatiokertoimen ristitaulukoinnin mukaan selvästi myös itsetuhoiset asiakkaat ($p=0.047$, $r=0.519^*$) ja psykoottiset asiakkaat ($p=0.008$, $r=0.655^{**}$).

Toinen tutkimusongelma analysoitiin jälleen ensin ristitaulukoinnilla sekä Khiin neliötestillä ja tämän jälkeen Spearmanin korrelaatiokertoimella. Tässä testauksessa halusimme nähdä iän vaikutuksen väittämään: "Erikoissairaanhoidon psykiatrisen sairaanhoitajan konsultointi kehittää osaamistani". Spearmanin tuloksena oli, että kokemus konsultoinnin hyödystä kasvoi iän myötä ($p=0.026$, $r=0,519^*$).

Taulukko 10: Työuran pituus verrattuna asiantuntijuuden riittävyyteen ja mielenterveyshäiriöiden tunnistamiseen

		Correlations					
		työuran pituus vuosina	4. Työuran pituus nykyisessä ammatissa	10. Oma asiantuntijuuteni on riittävä mielenterveys- asiakkaan hoito- tarpeen arvioimisessa	27. Tunnistan masentuneen asiakkaan	29. Tunnistan psykoottisen asiakkaan	31. Tunnistan itsetuhoisen asiakkaan
Spearman's rho	työuran pituus vuosina	1,000	,942**	-,213	-,282	-,116	-,148
			,000	,445	,309	,680	,599
	4. Työuran pituus nykyisessä ammatissa (vuosina ja kuukausina)	,15	1,000	-,288	-,192	-,222	-,156
		,000		,298	,493	,427	,578
	10. Oma asiantuntijuuteni on riittävä mielenterveysasiakkaan hoitotarpeen arvioimisessa	,15	,15	1,000	,611*	,571*	,513
		-,213	-,288		,016	,026	,050
	27. Tunnistan masentuneen asiakkaan	,15	,15	,15	1,000	,655**	,519*
		-,282	-,192	,611*		,008	,047
	29. Tunnistan psykoottisen asiakkaan	,15	,15	,15	,15	1,000	,425
		-,116	-,222	,571*	,655**		,115
	31. Tunnistan itsetuhoisen asiakkaan	,15	,15	,15	,15	,15	1,000
		-,148	-,156	,513	,519*	,425	
		,599	,578	,050	,047	,115	
		,15	,15	,15	,15	,15	,15

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

7 POHDINTA

Opinnäytetyömme tavoitteena oli selvittää kyselyn avulla Vantaan terveyskeskuksien vastaanottotoiminnassa työskentelevien hoitajien valmiuksia, odotuksia ja tiedon tarvetta psykiatristen asiakkaiden hoitotyössä. Vaikka kysely lähetettiin kaikille Vantaan terveyskeskuksien vastaanottotoiminnassa työskenteleville hoitajille, vain viisitoista hoitajaa noin sadasta hoitajasta vastasi kyselyyn. Näin ollen emme voi yleistää tuloksia kaikkien vastaanottotoiminnassa työskentelevien hoitajien kannaksi psykiatristen asiakkaiden hoitotyöstä, mutta voimme kuitenkin tarkastella näiden viidentoista kyselyyn vastanneen hoitajan näkemyksiä asiasta.

Kuopion yliopistossa Latvalan tekemän Pro gradu - tutkielman (2001:14.) mukaan asiantuntija-sairaanhoitajan konsultoinnista ja toiminnasta on tukea kollegan ammatilliselle kehittymiselle ja vuorovaikutus työryhmän ulkopuolisen kanssa voi tuottaa laadullisesti uusia oivalluksia, auttaa näkemään uusia mahdollisuuksia omassa toiminnassaan ja laajentaa näkemystä organisaatiosta. Mitä monipuolisempia ryhmän ja osaston rajan ylittävät kontaktit ovat sitä paremmin ne tukevat tätä kehitystä. Myös kyselymme vastanneista hoitajista suurin osa oli sitä mieltä, että erikoissairaanhoidon psykiatristen sairaanhoitajan konsultointi kehittää heidän

osaamistaan. Vastaanottotoiminnan hoitajille sopivimmasta konsultaatiomuodosta ei kuitenkaan kyselyn avulla saatu selkeää vastausta, koska mielipiteet asiasta jakoutuivat paljon. Hoitajista suurin osa ei kuitenkaan kokenut henkilökohtaista tapaamista konsultaatiomuotona välttämättömäksi.

Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman 2009- 2015 mukaan mielenterveys- ja päihdepalvelut pyritään järjestämään avo- ja peruspalveluja painottavana niin, että kunnat tehostavat perus- ja avopalveluja lisäämällä ja monipuolistamalla päivityksellisiä, liikkuvia ja konsultaatiopalveluja, jolloin laitospaikkojen tarve vähitellen vähenee (Partanen ym.2010:15-16). Tämä tarkoittaa sitä, että yhteistyö perus- ja erikoissairaanhoidon välillä tulisi olla saatonta ja toimintakäytänteiden mielenterveysasiakkaan jatkohoitoon ohjaamisesta selkeitä. Kyselymme tuloksista saa kuitenkin sellaisen kuvan, että hoitajien mielestä yhteistyö psykiatrisen erikoissairaanhoidon välillä ei toimi niin hyvin kuin sen kuuluisi ja moni kokee, ettei heidän omassa hoitoyksikössään ole selkeää ohjetta mielenterveysasiakkaan jatkohoitoon ohjaamisesta.

Osa kysymyksistä perustuu työelämän yhteistyökumppaneiden näkemyksiin kompastuskivistä perusterveydenhuollossa mielenterveysongelmaisten asiakkaiden kohtaamisessa ja heidän tunnistamisessaan. Myös tutkimuseräiset tulokset, esimerkiksi Ällin ja Sipikarin (2011: 14, 17- 19) tekemä opinnäytetyö masentuneiden asiakkaiden auttamismahdollisuuksista perusterveydenhuollossa, antavat viitteitä konsultoinnin tarpeesta. Opinnäytetyössä masennuksen tunnistuksessa haastavaksi koettiin mm. asiakkaiden moniongelmaisuus ja puolestaan edistävä tekijä oli moniammatillinen yhteistyö erikoissairaanhoidon kanssa. Omasta kyselystämme saimme kuvan, että vastaajat tunnistivat asiakkailta masennuksen, psykoottisuuden ja itsetuhoisuuden oireita hyvin, mutta eivät aina tarpeeksi muodostaakseen kokonaiskuvaa asiakkaan psyykkisestä kunnosta. Myös asiakkaan kohtaamisessa saatiin huomioimisen arvoisia vastauksia. Kysymys ”tunnen oloni turvalliseksi mielenterveysasiakkaan kanssa” sai vastauksissa keskiarvokseen vaihtoehdon ”ei samaa eikä erimielistä” ja toisessa valintakysymyksessä suurin osa koki voimakkaasti, ettei heillä ole työssään aikaa kuunnella tai keskustella asiakkaan kanssa. Kuitenkin näimme positiivisena asiana sen, että kysyttäessä suoraan pelkäävätkö hoitajat mielenterveysasiakkaan kohtaamista, vastausten keskiarvo kallistui selvästi ”jokseenkin erimielistä” - vaihtoehdon kannalle.

Ammatillista osaamista kartoittavat kysymykset antoivat mahdollisuuden peilata vastauksia jo aiemmin tehtyihin tutkimuksiin, sillä muiden tutkimusten tulokset peräänkuuluttavat moniammatillisen yhteistyön merkitystä ammatillisen osaamisen lisäämiseksi sairaanhoitajien vastaanottotyössä. Jyväskylän ammattikorkeakoulussa Tiikkaisen tekemän opinnäytetyön (2008: 35- 37) mukaan nimenomaan heikoimmat osa-alueet olivat moniongelmaisten, päihdeongelmaisten ja mielenterveysongelmista kärsivien hoito, vaikka hoitajat olivat

kokeneet kaiken kliinisen osaamisen erittäin tärkeäksi. Oman opinnäytetyömme vastaukset antoivat ymmärtää, etteivät vastanneet vastaanottotoiminnan hoitajat halunnet ottaa kantaa osaamisensa riittävydestä mielenterveysasiakkaan hoidontarpeen arvioinnissa. Myös mielenterveyden riskitekijöiden tunnistaminen elämän eri vaiheissa sai keskiarvovastaukseksi "ei samaa eikä eri mieltä". Tätä osaamisen aluetta pitäisi siis molempien opinnäytetöiden tulosten valossa kehittää ja juuri konsultoinnin parempi mahdollistaminen on askel positiiviseen suuntaan.

Tutkimusongelmia oli kaksi, jotka luotiin kyselylomakkeen pohjalta. Ensimmäisessä oletimme, että vastaajan iällä on merkitystä siinä miten hän kokee erikoissairaanhoidon sairaanhoitajan konsultoinnin kehittävän osaamistaan. Toinen tutkimusongelma vertasi vastaajan työuran pituutta mielenterveysasiakkaan tunnistuksessa, sekä siihen miten he kokivat oman asiantuntijuutensa riittävän mielenterveysasiakkaan hoidontarpeen arvioinnissa ja oletimme työuran pituudella olevan vaikutus sekä masentuneen, psykoottisen ja itsetuhoisen asiakkaan tunnistuksessa, että kokemukseen asiantuntijuuden riittävydestä. Datan analysointi osoitti iän olevan vaikuttava tekijä erikoissairaanhoidon konsultaatioon suhtautumisessa, eli olettamuksemme piti paikkansa. Mitä vanhempi vastaaja oli, sitä enemmän hän oli sitä mieltä, että konsultointi kehitti hänen osaamistaan. Työuran pituuden vaikutus sen sijaan asiantuntijuuden riittävyyden ei ollut tekemillämme testeillä todistettavissa. Kuitenkin korrelaatio vastausten välillä osoitti niiden vastaajien, jotka kokivat oman asiantuntijuutensa riittäväksi arvioimaan mielenterveysasiakkaan hoidontarvetta, pystyvän myös tunnistamaan masentuneet ja psykoottiset asiakkaat. Tutkimustulosten oletettiin kuitenkin muuttuvan, jos vastausprosentti olisi ollut suurempi ja esimerkiksi mielenterveysasiakkaan tunnistaminen olisi todettu jonkin muun henkilön, kuin vastaajan itsensä taholta. Tämän opinnäytetyön aineiston vastaukset perustuivat vastaajan omaan arvioon ammattitaidostaan ja tästä johtuen tulosten reliabiliteetti ja sisäinen validiteetti ei ole paras mahdollinen.

Väittämien vastauksissa moni hoitaja toi esiin kiireen ongelmana omassa vastaanottotyössään ja hyvin todennäköisesti myös hoitajien ajan puutteen vuoksi kyselymme vastausprosentti jäi pieneksi. Hoitajien kiireeseen olisi todella tärkeää puuttua, koska se vaikuttaa niin monimuotoisesti hoidon laatuun. Potilaan kohtaaminen ja asioihin perehtyminen vaatii kiireetöntä ympäristöä ja jatkuva kiire työpaikalla voi myös uuvuttaa vastaanottotoiminnassa työskentelevät hoitajat. Hoitajien kiireestä todennäköisesti johtuva huono vastausprosentti vaikeuttaa myös tulevia kehityshankkeita. Tätä ongelmaa pitäisi ratkoa kehittämällä entisestään erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kommunikointia. Perusterveydenhuollolta tarvittaisiin selkeitä mielipiteitä vastaavien kyselyiden toteuttamistavasta, jotka juuri auttavat osaltaan paineen vähentämistä, jotta vastaajien määrä antaisi tutkittavasta aiheesta yleistettävämmän tuloksen.

Lähteet

- Ahola, T. 2009. Ihmisenä ihmiselle. Opinnäytetyö. Lahden ammattikorkeakoulu. [WWW-dokumentti].
<https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/3089/Ahola_Tanja.pdf?sequence=1>. (Viitattu 7.6.2011).
- Europa. Sanasto. Tiivistelmät EU:n lainsäädännöstä. [WWW- dokumentti].
<http://europa.eu/legislation_summaries/glossary/green_paper_fi.htm>. (Viitattu 28.8.2011).
- HYKS. 2010. HYKS-sairaanhoitoalueen lautakunta. Pöytäkirja 16.2.2010. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyö. [WWW- dokumentti].
<<http://asiakirjat.hus.fi/djulkaisu/kokous/KOKOUS-907-4.HTM>>. (Viitattu 8.6.2011).
- Kuhanen, C. Oittinen, P. Kanerva, A. Seuri, T. Schubert, C. 2010. Mielenterveyshoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.
- L 1326/2010 = Terveysturvolahti. Finlex. 2010. [WWW-dokumentti].
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101326>>. (Viitattu 25.8.2011).
- Latvala, R. 2001. Sairaanhoitajien ammatillinen yhteistyö. Kyselytutkimus erikoissairaanhoitossa työskenteleville sairaanhoitajille. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto.
- Lauri, S. (toim.) 2003. Näyttöön perustuva hoitotyö. 1. painos. Juva: WSOY.
- Liimatainen, A. 2009. Sairaanhoitajan asiantuntijuuden kehittyminen perusterveydenhuollossa. Tapaustutkimus laajennetusta tehtäväkuvasta. Lisensiaatintutkielma. Kuopion yliopisto. [WWW- dokumentti].
<http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20100015/urn_nbn_fi_uef-20100015.pdf>. (Viitattu 24.8.2011).
- Lönqvist, J. 2005. Mielenterveyden ongelmat. Duodecim terveyskirjasto. [WWW-dokumentti].
<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00028>. (Viitattu 7.6.2011).
- Lönqvist, J. Heikkinen, M. Henriksson, M. Partonen, T. 2003. Psykiatria. Duodecim. 2.-3. painos. Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Mattila, K. 2005. Perusterveydenhuolto. Duodecim terveyskirjasto. [WWW- dokumentti].
<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00052>. (Viitattu 8.6.2011).
- Mielen avain. [WWW- dokumentti]. <<http://www.mielenavain.fi/3>> (Viitattu 1.8.2011).
- Mielenterveys- ja päihdetyön suositukset ja hyvät käytännöt. 2009. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Mieli ja päihde. [WWW- dokumentti].
<<http://info.stakes.fi/mielijapaihde/FI/suosituksset/index.htm>>. (Viitattu 27.8.2011).
- Mielonen, M. 2006. Näyttöön perustuva psykiatrinen hoitotyö. Kysely yhden sairaanhoitopiirin psykiatrisille hoitotyöntekijöille. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. MTK. Hoito. [WWW- dokumentti]. <http://www.mtkl.fi/mielix/mieli_voi_sairastua/hoito/>. (Viitattu 7.6.2011).
- Nurmio, T. Reikiaro, I. Reikiaro, P. 1992. Suomalaisten sivistyssanakirja. Jyväskylä: Gummerus.

Nuutinen, L. Nuutinen, M. Erhola, M. 2004. Käypä hoito- suositukset alueellisten hoito-ohjelmien ja hoitoketjujen pohjana. Duodecim. Verkkojulkaisu 24/2004. [WWW-dokumentti].

<http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo94686&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero>. (Viitattu 25.8.2011).

Partanen, A. Moring, J. Nordling, E & Bergman, V. (toim.) 2010. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. THL. [WWW-dokumentti]. <<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/53837d85-321b-4694-90ad-a2332abaea71>>.

Sairaanhoitajaliitto. 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. [WWW- dokumentti].

<http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/>. (Viitattu 25.8.2011).

Sarajärvi, A. Mattila, L-R. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittämiseen. 1. painos. Helsinki: WSOYpro OY.

Seikkula, J. & Alakare, B. 2004. Avoin dialogi: vaihtoehtoinen näkökulma psykiatrisessa hoitojärjestelmässä. Duodecim 3/2004. [WWW-dokumentti].

<http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo94071&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth=>>. (Viitattu 7.6.2001).

SMTHL. 2010. Mielenterveyshoitajan ammatin kuvaus. [WWW- dokumentti].

<<http://www.smthl.net/liitto/ammattikuvaus.html>>. (Viitattu 21.9.2011).

STM. 2000. Sairaanhoitajan, terveydenhoitajan ja kättilön osaamisvaatimukset terveydenhuollossa. Terveydenhuollon ammatinharjoittamisen kannalta keskeisiä näkökohtia. Monisteita 2000:15. [WWW-dokumentti].

<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/mon20_15/moniste.htm#5_5>. (Viitattu 20.9.2011).

Taipale, V. Lavikainen, J. 2006. Euroopan unionin jäsenmaiden mielenterveysstrategia. Duodecim. Verkkojulkaisu 24/2006. [WWW- dokumentti].

<http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo96138&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero>. (Viitattu 25.8.2011).

Tammentie, T. Kiviniemi, P. Hasa, M. Kaikkonen, R. Koivunen, A. Merimaa, P. Niemi, H. Pöyhkäri, J. & Tuominen, K. 2008. Rajapintatyö Psykiatriassa. Pirkanmaan Sairaanhoitopiirin julkaisu 10/2008. Tampereen yliopistollinen sairaala. [WWW- dokumentti].

<http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:hJy1N3cQ_x4J:www.pshp.fi/download.aspx%3FID%3D1802%26GUID%3D%257B62EDCC99-FC44-4327-A12B-9F7BB212F0A4%257D+rajapintaty%C3%B6skentely&hl=fi&gl=fi&pid=bl&srcid=ADGEE5gh9zqaghNDfevBAvN_uD4t_x0uY24ufcX2mvbByQN529HYIPkCzfnQ87iNnIUA-9BRDP8H0cFXr4zFu77II4PZEyxl-R_wBgTZByaF9M6KfZ-NqbcuGmmaY34H_do6b23tn&sig=AHIEtbQ2hNVp6vyAerFf046zKdoR_oGBDg>. (Viitattu 23.8.2011).

Tiikkainen, L-M. 2008. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen perusterveydenhuollon vastaanotolla. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. [WWW-dokumentti]. <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/18958/jamk_1212750452_5.pdf?sequence=2%27>. (Viitattu 1.4.2012).

Tiikkainen, L-M. 2008. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen perusterveydenhuollon vastaanotolla. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. [WWW-dokumentti]. <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/18958/jamk_1212750452_5.pdf?sequence=2%27>. (Viitattu 1.4.2012).

Vantaan kaupunki. 2008. Vantaalaisen hyvä mieli. Vantaan kaupungin ja HYKS- sairaanhoitoalueen mielenterveyspalvelujen kehittämisohjelma 2008- 2010. [WWW- dokumentti]. <http://www.vantaa.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/vantaa/embeds/vantaawwwstructure/32472_vantaalaisen_hyva_mieli_net.pdf>. (Viitattu 27.8.2011).

Valkoinen kirja. 2007. Yhdessä terveyden hyväksi: EU:n strateginen toimintamalli vuosiksi 2008-2013. Euroopan yhteisöjen komissio. Bryssel. [WWW-dokumentti]. <http://eurllex.europa.eu/LexUriServ/site/fi/com/2007/com2007_0630fi01.pdf>. (Viitattu 2.9.2011).

Vihreä kirja. 2005. Väestön mielenterveyden parantaminen. Tavoitteena Euroopan unionin mielenterveysstrategia 2008- 2013. Euroopan yhteisöjen komissio. Bryssel. [WWW- dokumentti]. <http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:_NTYO7-swlsJ:ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_fi.pdf+eu+mielenterveysstrategia+koko+v%C3%A4est%C3%B6n+mielenterveyden+edist%C3%A4minen&hl=en&pid=bl&srcid=ADGEEsijdOqQcku4uAU5R48hYkKTKBNGpQqrsA3v6iuMuMwekNxZYO-jl4qXHLA-3q0v8pWavxvmEzPw-voVQS7GY1f0Yf64FDPVh_NSQyo8rDOuyfIEZyANEQ5CgNI3MfRAZ2kgscTp&sig=AHIEtbQQqRp8wDhNnl0dQrJVAdNTIoxATw>. (Viitattu 28.8.2011)

Vuorela, S. 2005. Haastattelumenetelmät. Käytettävyytutkimuksen menetelmät. Tampereen yliopisto. Tietojenkäsittelytieteiden laitos. [WWW-dokumentti]. <<http://www.cs.uta.fi/usabsem/luvut/3-Vuorela.pdf>>. (Viitattu 5.12.2011).

Älli, T. & Sipikari, J-M. 2011. Masentunut asiakas perusterveydenhuollossa. Sairaanhoidajien ja terveydenhoitajien kokemuksia masennuksesta. Opinnäytetyö. Hämeen ammattikorkeakoulu. [WWW-dokumentti]. <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/33936/Alli_Sipikari.pdf?sequence=1>. (Viitattu 1.4.2012).

Liitteet

Liite 1

VASTAAJAN TAUSTATIEDOT

1. Ikä _____ vuotta

2. Tutkinto/tutkinnot _____

3. Ammatti _____

4. Työuran pituus nykyisessä ammatissa _____ (vuosina ja kuukausina)

5. Työkokemuksen pituus mielenterveys- ja päihdehoitotyössä _____ (vuosina ja kuukausina)

6. Mielenterveys- ja päihdehoitotyön koulutuksen sisältö ja laajuus (perus- ja täydennyskoulutus)

7. Mielenterveys- ja päihdetyön koulutustoiveesi (sisältö ja laajuus)

* TÄSSÄ KYSELYSSÄ (VÄITTÄMÄT JA AVOIMET KYSYMYKSET) ASIAKKAASTA JA POTILAASTA KÄYTETÄÄN KÄSITETTÄ ASIAKAS

VÄITTÄMÄT

Vastausvaihtoehdot:

- (1) Täysin eri mieltä (2) Jokseenkin eri mieltä (3) Ei samaa eikä eri mieltä
 (4) Jokseenkin samaa mieltä (5) Täysin samaa mieltä

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 8. Riittää, että voin konsultoida erikoissairaanhoidon psykiatrista sairaanhoitajaa puhelimitse | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Henkilökohtainen tapaaminen on välttämätöntä kun konsultoin erikoissairaanhoidon psykiatrista sairaanhoitajaa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Oma asiantuntijuuteni on riittävää mielenterveysasiakkaan hoitotarpeen arvioimisessa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Hoitoyksikössäni on selkeä toimintakäytäntö mielenterveysasiakkaan jatkohoitoon ohjaamisesta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Yhteistyö toimii hyvin hoitoyksikköni ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon välillä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Erikoissairaanhoidon psykiatrisen sairaanhoitajan konsultointi kehittää osaamistani | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Koen haasteellisena psykoosia sairastavan asiakkaan kohtaamisen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Koen haasteellisena masentuneen asiakkaan kohtaamisen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Pelkään mielenterveysasiakkaan kohtaamista | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Asenteisiini mielenterveysasiakkaita kohtaan on vaikuttanut pelottava tilanne, jossa asiakas on ollut sanallisesti uhkaava tai väkivaltainen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Toivon lisäkoulutusta aggressiivisen asiakkaan kohtaamiseen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

19. Olisi hyvä, että työpaikallani järjestettäisiin koulutusta liittyen hoidolliseen vuorovaikutukseen mielenterveysasiakkaiden kanssa 1 2 3 4 5
20. Olisi hyvä, että työpaikallani järjestettäisiin koulutusta liittyen mielenterveysasiakkaiden omaisten huomioimiseen hoidossa 1 2 3 4 5
21. Olisi hyvä, että työpaikallani järjestettäisiin koulutusta mielenterveysasiakkaiden hoitoon ja hoidon sisältöön liittyen 1 2 3 4 5
22. Tunnen oloni turvalliseksi mielenterveysasiakkaan kanssa 1 2 3 4 5
23. Dialogi on lähtökohta mielenterveysasiakkaan kohtaamisessa 1 2 3 4 5
24. Minulla on riittävästi aikaa kuunnella ja keskustella mielenterveysasiakkaan kanssa 1 2 3 4 5
25. Asiakkaan voimavarojen tukeminen kuuluu jokaisen hoitajan perusosaamiseen 1 2 3 4 5
26. Olen selvillä mielenterveyden riskitekijöistä elämänkaaren eri vaiheissa 1 2 3 4 5
27. Tunnistan masentuneen asiakkaan 1 2 3 4 5
28. Kuvaile oireita
-
-
-
29. Tunnistan psykoottisen asiakkaan 1 2 3 4 5
30. Kuvaile oireita
-
-
-
31. Tunnistan itsetuhoisen asiakkaan 1 2 3 4 5
32. Kuvaile oireita
-
-
-

AVOIMET KYSYMYKSET

33. Kuvaile miten mielenterveysasiakkaita voi auttaa? (mainitse keskeisimmät kolme)

34. Entä minkälaisin ennaltaehkäiseviä/varhaisen tunnistamisen keinoja on mahdollista käyttää?

35. Minkälainen merkitys potilasohjauksella on mielenterveysasiakkaiden hoidossa?

36. Millaisia ammatillisia haasteita mielenterveysasiakkaiden hoitamiseen liittyy?
