

NUORTEN MASENNUKSEN HOIDON TOIMINTAKÄYTÄNNÖT JA  
PALVELUVERKON TUNNETTAVUUS PERUSTASOLLA PIRKAN-  
MAAN SAIRAANHOITOPUIRIN JÄSENKUNNISSA

Jaana Koivisto

Opinnäytetyö, kevät 2014

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Terveyden edistämisen  
koulutusohjelma

Terveydenhoitaja, ylempi AMK

## TIIVISTELMÄ

Koivisto, Jaana. Nuorten masennuksen hoidon toimintakäytännöt ja palveluverkon tunnettavuus perustasolla Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnissa. Diak, kevät 2014, 110 s, 10 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Terveystieteiden edistämisen koulutusohjelma, terveydenhoitaja, ylempi AMK.

Tämä työelämälähtöinen opinnäytetyö liittyi Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä vuonna 2013 valmistuneeseen nuoren masennuspotilaan palveluverkon kuvaukseen toimien palveluverkon alkukartoituskuvauksena. Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnissa masentuneita nuoria perustasolla hoitavien tahojen työntekijöiden nimet ja ammattinimikkeet yhteystietoineen sekä kuvata millaisia käytäntöjä ja toimintatapoja masentuneiden nuorten hoidossa oli kyseisissä kunnissa. Opinnäytetyön tarkoitus oli kehittää palveluverkkoa perehtymällä toimintatapoihin perustasolla. Tavoitteena oli myös selvittää ja lisätä palveluverkon tunnettavuutta kyseisissä kunnissa.

Opinnäytetyö toteutettiin pääasiassa laadullisena tutkimuksena, jossa käytettiin tukena määrällistä tutkimusta. Aineisto, joka sisälsi 20 puhelinhaastattelua ja 19 kyselylomaketeutkimusta, analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin ja yksinkertaisen määrällisen laskentatavan avulla.

Tuloksina saatiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnissa perustasolla toimivien työntekijöiden nimet ja ammattinimikkeet yhteystietoineen ja tiedot toimitettiin Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin perusterveydenhuollon yksikköön. Tulosten mukaan masentuneiden nuorten hoidossa käytetään erilaisia toimintatapoja riippuen toimipaikasta ja työntekijöiden määrästä. Hoitoon ohjautuminen, vastuutyöntekijän tehtävät ja lähettäminen erikoissairaanhoidon toimivat melko samankaltaisesti kunnasta riippumatta. Nuorisopsykiatriin konsultaatiomahdollisuus riippuu toimipaikasta. Nuoren masennuspotilaan palveluverkko tunnettiin terminä ja toimintamuotona melko hyvin, vaikka se ei ollut vielä käytössä.

Masentuneiden nuorten hoito perustuu moniammatilliseen yhteistyöhön ja toimiviin yhteistyöverkostoihin. Perheen merkityksen ja asiakaslähtöisyyden huomioiminen näkyi tehtyinä kotikäynteinä ja perhetapaamisina. Kehittämishaasteena nousi tutkimuksessa esiin palautejärjestelmän haasteet siirryttäessä erikoissairaanhoidosta perustasolle. Pääkehittämisehdotuksena esitetään masentuneen nuoren hoitoon liittyen asiakaslähtöistä tarkastelua. Jatkotutkimusaiheena esitetään tutkimusta masentuneen nuoren palveluverkon toimivuudesta nuoren ja hänen vanhempiensa näkökulmasta.

Asiasanat: nuoruusiän masennustilat, hoitoketju, palveluverkko, moniammatillinen yhteistyö ja asiakaslähtöisyys.

## ABSTRACT

Koivisto, Jaana. Procedures in treatment of young people's depression and familiarity of the service network on the basic level in the member municipalities of Pirkanmaa Hospital District. *Diak*, spring 2014, 110p, 10 appendixes.

Diaconia University of Applied Sciences, Degree Programme in Health Promotion, Public Health Nurse, Master of Health care.

This thesis, derived from working life, was connected with the description of the service network of a young depressed patient. The description was completed in 2013 in Pirkanmaa Hospital District. This thesis served as a description of the initial survey of the service network. The aim of the thesis was to find out the names, professional titles and contact information of those employers who take care of depressed young people on the basic level in the member municipalities of Pirkanmaa Hospital District, and describe what kind of practices and procedures these municipalities had in the treatment of depressed young people. The aim of the thesis was to develop the service network by getting familiar with the procedures on the basic level. Another aim was to study and improve the familiarity of the service network in these municipalities.

The thesis was mainly carried out as a qualitative study with supporting quantitative analysis. The research material, including 20 phone interviews and 19 questionnaires, was analysed with the help of material based content analysis and a simple quantitative calculation method.

The resulting names, professional titles and contact information of the employers in the member municipalities of Pirkanmaa Hospital District on the basic level, were delivered to the basic health care unit of Pirkanmaa Hospital District. According to the results, different procedures are used in the treatment of depressed young people, depending on the operational unit and the number of employers. Guidance to treatment, the tasks of responsible employers, and sending to special health care, were quite similar independent of the municipality. Accessibility to consult a youth psychiatrist depends on the operational unit. The service network of a young depressed patient was known quite well as a concept and procedure, although it had scarcely been put into use yet.

The treatment of depressed young people is based on multi professional co-operation and functional collaboration networks. Attention was paid to the importance of family and focusing on the customer, which appeared as home visits and family meetings. The challenges of feedback system arose as a development challenge in the study, when moving from special health care to the basic level.

The functioning of depressed young people's service network from the young people's and their parents' viewpoint will be suggested as a further research subject.

**Keywords:** young people's depression, treatment chain, service network, multi professional co-operation and focusing on the customer.

## SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ	2
ABSTRACT	3
1 JOHDANTO	7
2 TUTKIMUKSEN TAUSTAA JA TOIMINTAYMPÄRISTÖ	9
3 NUORUUSIÄN MASENNUSTILAT	11
3.1 Masennustilojen hoito kansanterveystyön näkökulmasta	13
3.2 Masennus nuoruusiän kehityksen haasteena	16
3.3 Nuoruusikäisen masennuksen oireet, tunnistaminen ja diagnosointi	18
3.4 Masentuneen nuoren hoitotahot ja hoito perustasolla	21
4 HOITOKETJU PERUSTERVEYDENHUOLLON JA ERIKOISSAIRAANHOIDON YHTEISENÄ TYÖKALUNA NUOREN MASENNUSPOTILAAN HOIDOSSA	25
4.1 Sektoroidun palvelujärjestelmän pirstaleisuus	27
4.2 Hoitoketjun toiminnan tavoitteet asiakaslähtöisenä palveluverkkona	28
5 MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ JA ASIAKASLÄHTÖISYYS NUOREN MASENNUSTILOJEN HOIDOSSA	31
5.1 Nuoren terveyttä edistävä moniammatillisuus perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa	32

5.2 Nuoren terveyttä edistävä asiakaslähtöinen kohtaaminen	34
<b>6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET</b>	<b>36</b>
6.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet	36
6.2 Tutkimuskysymykset	36
<b>7 TUTKIMUSMENETELMÄT, AINEISTON KERUU JA ANALYYSI</b>	<b>38</b>
7.1 Sisällönanalyysi laadullisen tutkimuksen tutkimusmenetelmänä	38
7.2 Tutkimusaineisto	40
7.3 Peruskartoitus ja otanta	41
7.4 Puhelinhaastattelu	43
7.5 Kyselylomaketutkimus	45
7.6 Aineiston analyysi	49
7.7 Väli- ja loppuraportointi	52
7.8 Aikaisemmat tutkimukset ja hankkeet	53
<b>8 TULOKSET</b>	<b>56</b>
8.1 Masentuneiden nuorten hoidosta vastaavat tahot Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnissa perustasolla	56
8.2 Nuoren masennuspotilaan hoidon käytännöt Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnissa perustasolla	58
8.3 Nuoren masennuspotilaan palveluverkon tunnettavuus Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnissa perustasolla	67
<b>9 POHDINTA</b>	<b>69</b>
9.1 Tulosten tarkastelua	69

9.2 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet	75
9.3 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	77
LÄHTEET	81
LIITTEET	95
LIITE 1: Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnat	95
LIITE 2: Nuoren (13-18 v) masennuspotilaan palveluverkko	96
LIITE 3: Palveluverkosta vastaavien nimet	97
LIITE 4: ICD-10 tautiluokitus Käypä-hoitosuosituksen mukaan	98
LIITE 5: Kysymykset puhelinhaastatteluun	100
LIITE 6: Kyselylomake	102
LIITE 7: Saatekirje kyselylomakkeeseen	107
LIITE 8: Esimerkki aineistolähtöisestä sisällönanalyysistä tutkimuksessa	108
LIITE 9: Seurantakysymysten vastaukset kunnittain	109
LIITE 10: Tutkimuksen etenemisen vaiheet	110

## 1 JOHDANTO

Lasten ja nuorten hyvinvointi ja mielenterveyden ongelmat on nostettu esille monilla foorumeilla. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman Kaste 2012-2015 tavoitteena on hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakaslähtöiset rakenteet ja palvelut. Yhtenä osa-ohjelmana on lasten, nuorten ja lapsiperheiden palveluiden uudistaminen. Tarkoituksena on kehittää lasten ja nuorten palvelukokonaisuuksia ja ottaa käyttöön palvelumalleja, joiden avulla voidaan tukea perheitä ja vanhemmuutta sekä niitä aikuisia, jotka työskentelevät lasten kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012,18-23.) Lasten ja nuorten mielenterveystyön tulee painottua perus- ja lähipalveluihin, kuten terveyskeskuksiin ja avohoitoon, joiden tukena ovat erikoispalvelut. Lasten ja nuorten hoidon järjestämisessä tulee huomioida, että kehityksen tukeminen, mielenterveyden edistäminen ja häiriöiden ennaltaehkäisy muodostavat yhtenäisen kokonaisuuden. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009a , 34.) Nuorten mielenterveyspalveluiden heikkoutena onkin niiden hajanaisuus (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010b).

Nuoruusiän kehitys ei aina etene suotuisasti, vaan nuori voi sairastua masennukseen. Nuoren masennus huomataan usein koulussa, kun nuorella on käytöshäiriöitä, keskittymisvaikeutta tai alisuoriutumista. (Karlsson & Marttunen 2007.) Masennus on keskeinen nuorten terveysongelma ja sitä esiintyy yhä nuoremmilla. Ilmaantuvuus on kuitenkin suurinta 15-18-vuotiaiden joukossa. Toimintakykyä haittaavan masennusjakson on sairastanut 15-20% nuorista aikuisista. Psykiatrista hoitoa masennusta sairastavista nuorista on saanut vain alle puolet ja tämä on erittäin haasteellista, koska masennuksen pitkittyessä myös hoidon ennuste huononee. (Haarala, Jääskeläinen, Kilpinen, Panhelainen, Peräkoski, Puukko, Riihimäki, Sundman & Tauriainen 2010,98.)

Karlssonin (2004) mukaan suurin osa (70 %) nuorena masennukseen sairastuneista sairastuu masennukseen uudelleen viiden vuoden aikana sairastumisestaan. Lapsilla eli alle 12-vuotiailla masennus on harvinaista ja sitä arvioidaan olevan noin 0,5-2,5 %. Nuorista 5-10 % sairastaa masennusta. Heistä pitkäaikaisesta masennuksesta kärsii 1-2 %. (Marttunen & Karlsson 2013a, 43.) Vakavaa masennusta sairastaa noin 5-10 % nuorista (Vä-

estöliitto i.a.). Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2013a) tilastojen mukaan 8% 8-9-luokan oppilaista kärsi keskivaikeasta tai vaikeasta masennuksesta vuosina 2010 ja 2011. Vaikka tämä tutkimus keskittyy nuoriin ja nuorten masennukseen, niin lapsuutta ja nuoruutta ei voida erottaa toisistaan. Kauhasen (2013) mukaan olosuhteilla lapsuudessa on merkittävä yhteys terveyteen ja sairastavuuteen aikuisuudessa. Lapsuuden olosuhteiden tiedetään vaikuttavan myös kuolleisuuteen.

Vanhemmat saattavat olla huolissaan aivan eri asioista nuoren kohdalla kuin nuoren masennuksesta ja hoitoon hakeutuminen saattaa tästä syystä viivästyä. Masentuneen nuoren kanssa työskenneltäessä on pyrittävä luomaan kiireetön ja luottamuksellinen suhde. Koulu- ja opiskeluterveydenhuollolla on ratkaiseva merkitys nuoren masennuksen tunnistamisessa ja varhaisessa puuttumisessa. Nuoren masennusta hoidetaan perustasolla ja erikoissairaanhoidossa nuoren tilanteesta riippuen. Tärkeää on eri yhteistyötahojen välinen ja perheen kanssa tehtävä yhteistyö heti alusta lähtien. (Karlsson & Marttunen 2007.)

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää nuoren masennuksen hoidosta vastaavat työntekijät yhteystietoineen perustasolla Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnissa (Liite 1). Tavoitteena oli myös tutkia käytäntöjä ja toimintatapoja masentuneiden nuorten hoitoon liittyen ja kartoittaa Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä vuonna 2013 valmistuneen nuoren masennuspotilaan palveluverkon tunnettavuutta ja käyttöä (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2013a) (Liite 2). Palveluverkko on toinen uudenmuotoinen Terveysportissa julkaistu hoitoketju, joka on tehty Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Hoitoketjutyöskentelyssä pyritään luomaan yhtenäinen kokonaisuus perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja yksityissektorin palveluista niin, että turvataan asiakasnäkökulma huomioiden potilaan hoidon tarkoituksenmukaisuus ja sujuvuus yli organisaatorajojen. Samalla huomioidaan eri ammattiryhmien yhteistyön tärkeys. Hoitoketjun tarkoituksena on yhtenäistää hoitokäytäntöjä sekä selkeyttää tutkimusten ja hoidon porrastusta. (Holmberg-Marttila, Länsipuro & Kuusisto 2012.)

Perhekeskeisyys ja varhainen puuttuminen näkyvät masennuksen hoidossa esim. perhetapaamisina ja kotikäynteinä, jotka tukevat perheen kanssa tehtävää yhteistyötä. Moniammatillisella yhteistyöllä on tarkoitus tukea nuorta asiakaslähtöisesti kohti terveempää nuoruutta ja aikuisuutta. Tässä tutkimuksessa masentuneen nuoren hoitoa tutkittiin perustasolla huomioiden yhteistyön näkökulma erikoissairaanhoidon kanssa.



## 2 TUTKIMUKSEN TAUSTAA JA TOIMINTAYMPÄRISTÖ

Nuorten mielenterveyden häiriöt ovat lisääntyneet 2000-luvulla merkittävästi. Kasvu ei johdu mistään yksittäisestä tekijästä. Osittain se johtuu nuorten ympärillä olevan turva-verkon heikentymisestä. Nuoren masennus tulisi havaita mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jotta nuori pääsee hoidon ja kuntoutuksen piiriin. Nuorten mielenterveyden tukeminen on tärkeää, jotta nuoret motivoituvat opiskeluun ja työelämän lisääntyviin vaatimuksiin ja voivat kehittyä itsenäisiksi aikuisiksi. (Raitasalo & Maaniemi 2009, 24.)

Ajatus tämän tutkimuksen tekemisestä syntyi syksyllä 2011 eräässä koulutuksessa, jossa kerrottiin, että masentuneiden nuorten hoitoketjun määrittely oli alkamassa Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä keväällä 2012. Lähestyin ryhmän kokoonkutsujana toiminutta yli-lääkäri, vastualuejohtaja Doris Holmberg-Marttilaa ja kerroin olevani kiinnostunut ryhmän toiminnasta. Keskustelimme opinnäytetyöni liittämistä hoitoketjutyöskentelyyn esim. hoitoketjutyöskentelyn lopuksi erilaisten mittausten muodossa. Osallistuin hoitoketjutyöskentelyyn Nokian kaupungin edustajana. Hoitoketjutyöryhmä koostui toimijoista PSHP:n alueelta kunnista ja erikoissairaanhoidosta (Liite 3). Työryhmä koontui vuoden 2012 aikana kuusi kertaa. Kokouksissa keskusteltiin masentuneiden nuorten hoidosta, yhteistyöstä erikoissairaanhoidon ja perustason välillä sekä erilaisista käytänteistä liittyen masentuneiden nuorten hoitoon.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä perusterveydenhuollon yksikkö (PETE) koordinoi hoitoketjujen laatimista ja juurrutusta. Hoitoketjut laaditaan koskemaan koko PSHP:n aluetta. PETE kutsuu kokoon hoitoketjutyöryhmän, johon kutsutaan 6-12 henkeä tasapuolisesti perusterveydenhuollosta, erikoissairaanhoidosta, muista kunnan hallintokunnista ja 3. sektorilta. Hoitoketjutyöryhmä on siis mahdollisimman moniammatillinen ja laaja edustaen sairaanhoitopiirin eri osapuolia. (Holmberg-Marttila ym. 2012.) Hoitoketjutyöryhmässä päädyttiin työstämään masentuneen nuoren hoitoketjua asiakaslähtöisestä näkökulmasta. Nuoren ja perheen voimavarat tai niiden puute vaikuttavat oleellisesti hoidon suuntaan ja intensiteettiin. Terveiden edistäminen näkyi vahvasti hoitoketjussa ennaltaehkäisyä korostamisena ja varhaisena puuttumisena sekä vanhempien kanssa tehtävässä yhteistyössä ja moniammatillisessa työotteessa.

Hoitoketjun valmistuessa pohdittiin mittareita hoitoketjun toimivuuden mittaamiseksi. Tämän tutkimuksen tutkimuskysymykset ovatkin nousseet pääosin noista keskusteluisista. Masentuneiden nuorten hoitokäytännöt vaihtelevat kunnittain, samoin työryhmien koko ja kokoonpano. Näitä asioita haluttiin selvittää lisää. Kiinnostusta herätti myös nuoren masennuspotilaan palveluverkon tunnettavuus ja palveluverkon käyttö arjen työvälineenä.

Hoitoketjun valmistuttua päätettiin lähestyä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnissa niitä henkilöitä, jotka vastaavat masentuneiden nuorten hoidosta. Tutkimusaineiston hankinta tehtiin puhelinhaastatteluilla ja kyselylomaketutkimuksella. Tutkimus toimi samalla hoitoketjun alkukartoituksena. Yhteistyökumppaneina tämän opinnäytetyön tekemisessä oli hoitoketjusta vastaava taho eli PSHP:n perusterveydenhuollon yksiköstä ylilääkäri, vastuualuejohtaja Doris Holmberg-Marttila ja asiantuntijahoitaja Leena Kuusisto, hoitoketjutyöryhmään osallistuneet henkilöt Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnista sekä kyseisten kuntien masentuneiden nuorten hoidosta vastaavat tahot.

Tutkimuskysymykset nousivat hoitoketjutyöskentelyssä esiin tulleista haasteista liittyen masentuneen nuoren hoitoon. Tutkimuskysymykset olivat:

1. Ketkä toimijat vastaavat masentuneiden nuorten (13-18 v.) hoidosta Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnissa perustasolla?
2. Millaisia käytäntöjä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnissa on käytössä liittyen masentuneen nuoren hoitoon perustasolla?
3. Miten tunnettu uusi nuoren masennuspotilaan palveluverkko on Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnissa perustasolla?

Tutkimuksessa käytettiin laadullista lähestymisotetta puhelinhaastatteluissa ja 14 kyselylomakkeen avoimessa kysymyksessä. Määrällistä tutkimusotetta käytettiin kyselylomaketutkimuksessa.

### 3 NUORUUSIÄN MASENNUSTILAT

Mielialahäiriöt, joihin masennustilat luokitellaan, ryhmitellään kolmeen pääryhmään eli masennushäiriöihin, kaksisuuntaisiin mielialahäiriöihin eli bipolaarihäiriöihin ja muihin mielialahäiriöihin (Lönnqvist 2011, 54-55). Tässä tutkimuksessa tutkittiin masennushäiriöiden hoitoa ja hoidon käytänteitä.

Monet mielenterveyden häiriöt alkavat nuoruudessa. Noin puolet aikuisiän mielenterveyden häiriöistä on alkanut ennen 14 vuoden ikää. Nykyään Suomessa mielenterveyden häiriöt ovat tavallisimpia koululaisten terveysongelmia. (Marttunen & Karlsson 2013b, 10.) Nuoren masennus muistuttaa oirekuvan, kulun, riskitekijöiden ja hoidon kannalta enemmän aikuisen masennusta kuin lapsuusiän masennusta. Vähintään puolet masennuksen sairastaneista nuorista kärsii masennuksesta myös aikuisiällä. Lapsuudessa sairastettu masennus ei jatku nuoruudessa yhtä suuressa määrin. Toisaalta lapsena sairastettu masennus ei välttämättä esiinny myöhemmässä vaiheessa masennuksena, vaan se voi muuttua eriasteisiksi mielenterveyden häiriöiksi, kuten ahdistuneisuus- ja päihdehäiriöiksi. (Karlsson & Marttunen 2011, 358.)

Arkikielessä sanalla masennus voidaan tarkoittaa ohimenevää tunnetilaa, jossa ihminen kokee olevansa alakuloinen tai surumielinen. Nämä suhteellisen lyhytaikaiset tuntemukset liittyvät usein erokokemuksiin, menetyksiin ja pettymyksiin. (Karlsson & Marttunen 2007a.) Hetkellinen masennuksen tunne kuuluu normaaliin tunne-elämään ja parhaimmillaan tällainen tunnetila motivoi ihmistä ratkaisemaan ongelmiaan. Ihminen luopuu toivottomilta vaikuttavista pyrkimyksistään tai irrottautuu menetetyistä kiintymyksen, ihailun ja samaistumisen kohteestaan. (Heiskanen, Tuulari & Huttunen 2011, 8.)

Masennustila syntyy ajassa etenevänä monitekijäisenä prosessina, jonka syntymiseen vaikuttaa perimä, temperamentti, erilaiset traumat, stressi ja kaikkien edellä mainittujen keskinäiset kumulatiiviset vaikutukset (Melartin & Isometsä 2009). Riskitekijöitä ovat masennukselle altistavat persoonallisuuden piirteet ja erilaiset kuormittavat elämänmuutokset (Isometsä 2011, 154-156). Nuori tarvitsee stressiä sopivassa määrin, jotta hän oppii selviytymään vastoinkäymisistä, mutta nuoren stressinsietokyky ei saa ylittyä. Varhaiset erokokemukset ja varsinkin vanhempien erotessa kodissa vallitseva ilmapiiri

ja riidat sekä nuoren suhde vanhempiinsa eron jälkeen vaikuttavat masennusriskiin. Vä-kivalta, hyväksikäyttö, kiusaaminen tai kaverisuhteiden puuttuminen sekä ryhmän ulko-puolelle jääminen ovat myös riskitekijöitä. Sosiaalisen tuen puute ja perheen sosioeko-nomiset vaikeudet altistavat masennukselle samoin kuin vanhemman sairaus. Päihteiden ongelmakäytön tiedetään myös lisäävän masennusriskiä. Nuoruusikäisen masentuessa perimällä on suurempi vaikutus masennusoireiluun kuin lapsuusikäisen kohdalla. Mikäli toinen vanhemmista sairastaa vakavaa masennusta, niin nuorella on nelinkertainen riski sairastua masennukseen. (Karlsson & Marttunen 2011, 359-361.)

Masennuksen hoitoon tulisi etsiä ratkaisuja hoitojärjestelmän kaikilta tasoilta (Rovasalo & Melartin 2009). Riskitekijöiden ja sairausmekanismien tutkiminen etenee ja se on kehityksellistä ja monitieteellistä. Haasteena siinä on mielen ja aivojen välisen suhteen ymmärtäminen paremmin. (Melartin & Isometsä 2009.) Kansanterveyden näkökulmasta on tärkeää tutkia masennuksen riskitekijöitä samoin kuin masennukselta suojaavia teki-jöitä, jotta masennusta voidaan ennaltaehkäistä mahdollisimman tehokkaasti.

Masennukselta nuorta suojaavat hyvät sosiaaliset suhteet, erityisesti hyvät suhteet ikä-tovereihin (Marttunen & Karlsson 2013a, 49). Vanhempien tuki, yhdessä vietetty aika sekä nuoren tunne siitä, että häntä rakastetaan suojaavat masennukselta. Sosiaalinen pärjäävyys lapsuudessa, psyykinen joustavuus ja sietokyky suojaavat masennukselta samoin kuin positiivinen kuva itsestä, hyvä itsetunto sekä riittävä unen määrä ja aktiivi-nen ongelmien ratkaisukyky. (Nuotio, Karukivi & Saarijärvi 2013.) Perheen tuella on tärkeä merkitys hoidon tarvetta kartoitettaessa. Vakavista masennusoireista kärsivää nuorta voidaan hoitaa perustasolla, mikäli perheen tuki on riittävä. Perheen tuen ollessa heikkoa masennuksen hoitokin on haasteellisempaa ja tukitoimia tarvitaan enemmän. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2013a.)

Masennuksen esiintyminen suvussa lisää alttiutta sairastua masennukseen, mutta selke-ää tietyn geenin aiheuttamaa yhteyttä ei ole vielä löydetty (Karlsson & Marttunen 2007a). Masennuksen biologisia taustatekijöitä on tutkittu pääasiassa aikuisilla ja näissä tutkimuksissa on havaittu epätasapainoa keskushermoston välittäjäaineiden säätelyssä. Etenkin serotoniinin erityksessä on havaittu muutoksia ja näistä muutoksista on viitteitä myös nuorten masennuksen kohdalla. (Karlsson & Marttunen 2007b.) Ekbladin (2013) mukaan äidin raskauden aikaisella tupakoinnilla ja nuoren psykiatrisella sairastavuudel-la ja lääkkeiden käytöllä on yhteys.

Joihinkin somaattisiin sairauksiin liittyy eriasteista masennusoireilua (Marttunen & Karlsson 2013a,43). Pitkäaikaissairauksien kuten astman, diabeteksen ja autoimmuunisairauksien yhteydessä esiintyy usein masennusta (Räsänen 2000, 194). Ennaltaehkäisyä nähdään mm. psykiatrisista häiriöistä kärsivien vanhempien lasten tukeminen, sairauden uusimisen ehkäisy ja sairauden aiheuttamien haittojen minimoiminen (Marttunen & Karlsson 2013b, 14).

Komorbiditeetti eli monihäiriöisyys on nuorten masennuksessa yleistä. Ahdistuneisuushäiriöitä on masennustilojen yhteydessä noin 30-75%:lla, käytöshäiriöitä 33-83%:lla, alkoholin ja muiden päihteiden käyttöä 23-25%:lla nuorista. Monihäiriöisyys lisää masennuksen uusiutumista ja itsetuhoisuutta, masennusjakson kestoja ja vakavaa toimintakyvyn heikkenemistä. Nuorten vakavien masennusjaksojen kesto on nuoria koskeneissa väestötutkimuksissa ollut 1-2 kuukautta ja kliinisissä aineistoissa 7-9 kuukautta. Tutkimuksissa on todettu jopa 90 %:n nuorista toipuvan noin 2 vuoden kuluessa sairastumisestaan. (Marttunen & Kaltiala -Heino 2011, 572-573.) Mikäli masennukseen liittyy muita mielenterveyden häiriöitä, niin masennusjaksojen uusiutuminen lisääntyy, ne ovat kestoiltaan pidempiä ja niihin liittyy itsetuhoista käyttäytymistä enemmän kuin pelkkää masennusta sairastettaessa. Vakavan masennuksen esiintyvyys kasvaa lapsuusiikään verrattuna kaksin - kolminkertaiseksi. (Ranta 2011.) Lievät masennusoireet yhdessä ahdistuneisuuden kanssa ennakoivat vakavan masennuksen puhkeamista (Haarala ym. 2010, 99). Ilomäen (2012) mukaan psykiatrisella sairastavuudella on merkittävä vaikutus nuoruusikäisen päihdehäiriön kehittymiselle. Varsinkin huumeiden käyttäjistä pojilla on tyttöjä useammin masennusta.

### 3.1 Masennustilojen hoito kansanterveystyön näkökulmasta

Kansanterveystyö on määritelty kansanterveyslaissa. Sillä tarkoitetaan yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvaa terveyden edistämistä, sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä ja yksilön sairaanhoitoa. Kansanterveystyön sisällöstä säädetään terveydenhuoltolaissa (1326/2010). Kansanterveystyön synonyymina voidaan käyttää myös termiä perusterveydenhuolto. Laki korostaa, että huomio tulee kiinnittää yhteisöllisiin ja

rakenteellisiin tekijöihin aikaisempaa tarkemmin. Myös eri hallinnonalojen välisen yhteistyön tärkeys ja moniammatillinen yhteistyö korostuu laissa. (Kansanterveyslaki 1972.)

Suomessa on useita kroonisia kansantauteja, joiden ilmaantuvuutta ja ehkäisymahdollisuuksia tutkitaan mm. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella. Tarkoituksena on tutkia kansantautien syntymekanismeja eli geneettistä tautiperimäämme sekä miten elintavat ja riskitekijät vaikuttavat kansantautien esiintyvyyteen. Kansantautejamme ovat mm. diabetes, sydän - ja verisuonitaudit ja mielenterveyden häiriöt, joista erityisesti masennus on keskeisin kaikissa ikäryhmissä. Erityisesti huomiota tulee kiinnittää eriarvoisuuden suhteen haavoittuvimpiin ryhmiin eli perheisiin, lapsiin ja nuoriin. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013b.)

Suomi on ollut edelläkävijä nuorisopsykiatrian saralla. Nuorisopsykiatria on kehittynyt 1960-luvulta lähtien vähitellen. Ensin nuorille perustettiin sairaansijoja mielisairaaloihin ja myöhemmin avohoidon työryhmiä mielenterveystoimistoihin. Kasvatusneuvoloissa hoidettiin myös nuorten mielenterveyteen liittyviä sairauksia. Ensimmäinen laaja avohoitoverkosto aloitti vuonna 1969 YTHS:n (Ylioppilaiden Terveydenhoitosäätiö) toimesta. (Pylkkänen 2004, 2941-2947.) Ensimmäinen nuorisolääketieteen spesialiteetti eli nuorisopsykiatria vahvistettiin ns. suppeaksi erikoisalaksi 1979 ja 2000-luvun alussa Suomessa oli ainoa nuorisopsykiatrian erikoisala Euroopassa (Pylkkänen 2006, 16-20). Täysi erikoisala nuorisopsykiatriasta tuli vuonna 1998 (Pylkkänen 2004, 2941-2947). Vuonna 1979 kohdeväestönä olivat 12-22 -vuotiaat nuoret, mutta kunnallisen itsehallinnon myötä ikäraajat ovat muodostaneet varsin epäyhtenäisen kokonaisuuden. Varsinkin avohoidon ikäraajat vaihtelevat suuresti. NUOTTA-projektin asiantuntijat antoivat suositukseksi 13-22-vuotta, jotta saataisiin yhtenäiset ikäraajat nuorisopsykiatriseen avohoittoon. (Pylkkänen 2006, 16-20.)

Kansanterveyden näkökulmasta masennusta voidaan ennaltaehkäistä ja hoitaa kunnissa monin tavoin. Yhteistyö kunnan liikuntatoimen, sosiaali- ja terveystoimen, opetuksen ja nuorisotoimen kesken on ratkaisevassa asemassa kuntalaisten yhteisöllisyyden ja terveyden edistämisen kannalta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010a.) Kouluterveydenhuolto on osa kansanterveystyötä ja sillä on keskeinen asema lasten- ja nuorten terveen kasvun ja kehityksen tukemisessa (Jakonen 2006,156). Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä

suun terveydenhuollosta vuodelta 2011 velvoittaa kuntia järjestämään aikaisempaa enemmän terveystarkastuksia. (Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 2011.) Kouluterveydenhuollon tavoitteena on edistää yksittäisen oppilaan ja koko koulun terveyttä ja hyvinvointia. Kouluterveydenhuollossa tavoitetaan lähes kaikki nuoret ja nuorilla on mahdollisuus hakea apua pulmiinsa läheltä. Varhaisella puuttumisella on mahdollista auttaa nuorta ja säästää resursseja myöhemmin nuorten- ja aikuispsykiatrian palveluissa. (Hietala, Kaltiainen, Metsärinne & Vanhala 2010, 63-66.)

Periaatteena varhaisessa puuttumisessa on, että huoliin tartutaan ajoissa. Huolia on sitä helpompi selvittää mitä aikaisemmin niihin puututaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009b.) Varhaisella puuttumisella tarkoitetaan sitä, että puututaan oman huolen herättävään asiaan kunnioittavasti niiden kanssa, joita asia koskee. Aloitetaan vuoropuhelu ja otetaan varhaisessa vaiheessa vastuu omasta toiminnasta toisten tukemiseksi. Toiminta perustuu ihmisten aitoon osallisuuteen ja lähiverkoston tuen hyödyntämiseen. Lisäksi varhaiseen puuttumiseen kuuluu joustava, rajojen yli tehtävä yhteistyö. (Varpu, tukea ajoissa i.a.)

Kouluissa ja oppilaitoksissa on käytössä erilaisia ohjelmia esim. Kiva-koulu, Friends -ohjelma ja Yhteispeliohjelma, joita käyttämällä voidaan tukea nuoren itsetuntoa, sosiaalisia taitoja ja tunnetaitoja. Tukemalla näitä taitoja on mahdollista ennaltaehkäistä nuoren masennusta hänen omassa elinpiirissään. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2013a.) Tapaamalla oppilasta ja perhettä säännöllisesti on mahdollista luoda luottamuksellinen asiakassuhde. Tuntemalla oppilaan kotiolot, temperamentti, oppiminen ja ystävyyssuhteet voidaan puuttua nuorena tapahtuviin muutoksiin ja mahdolliseen masennukseen nopeasti.

Masennuksen arvioidaan olevan ihmiskunnan toiseksi suurin taakka vuonna 2020. Tämän vuoksi masennuksen ehkäisy nousee yhä tärkeämmäksi seikaksi. Jotta masennuksen ehkäisy olisi tehokasta, niin sen tulisi kohdistua lapsiin ja nuoriin. (Tamminen 2010.) Terve, hyvinvoiva, osaava ja sosiaalisesti eheä väestö tukee sosiaalisesti ja taloudellisesti kestävästä yhteiskunnasta ja päinvastoin. Näin on mahdollista saavuttaa terveyden ja hyvinvoinnin kehä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos i.a.a.)

### 3.2 Masennus nuoruusiän kehityksen haasteena

Nuoren kehitys lapsesta nuoreksi ja aikuiseksi on suuri muutosprosessi ja asettaa nuorelle monenlaisia haasteita. Irtaantuminen vanhemmista, oman sukupuoli-identiteetin kehittyminen ja luominen sekä henkilökohtaisen tulevaisuuden suunnitteleminen on keskeisessä osassa aikuiseksi kasvamista. Kaverisuhteiden merkitys kasvaa. Onnistuessaan nuoruusiän kriisien läpikäyminen auttaa selviytymään kriiseistä ja muutoksista myös aikuisena. (Impiö 2005, 44-66.)

Nuoruusikä katsotaan alkavaksi eri lähteiden mukaan hieman eri iässä. Lautjärvi (2010, 189) kuvaa nuoruutta ikäkautena lapsuuden ja aikuisuuden välissä, elämän toisena kaksoistavuotiskautena. Nuoruuden aikana irrottaudutaan lapsuudesta, nuori itsenäistyy ja valmistautuu kohti aikuisuutta. Biologiset muutokset ovat ensimmäisiä merkkejä nuoruuden alkamisesta. Nuoruus sisältää murrosiän eli puberteetin ja nuoruusiän eli psykologisen kehitysvaiheen, joka käynnistyy murrosiän myötä. Näiden muutosten alkamisikä on hyvin yksilöllistä. Murrosiän ajatellaan kuitenkin päättyvän noin 17 ikävuoden tienoilla, jolloin nuori on biologisesti suvunjakamiskykyinen ja ”sekundaariset sukupuoliominaisuudet” ovat kehittyneet. Adolenssi eli nuoruusikä asettuu lääketieteellisen sanakirjan mukaan ikävuosien 12-22 väliin.

Kaltiala-Heinon (2011) mukaan nuoruus voidaan jakaa kolmeen osaan. Varhaisnuoruus (13-14 v.) sisältää voimakkaita biologisia muutoksia ja kehityksellisen regression liittyen muuttuvaan ruumiinkuvaan. Keskinuoruus (15-17 v.) on sosiaalisten suhteiden muuttumisen aikaa, jolloin nuori irrottautuu lapsenomaisista riippuvuussuhteista vanhemmistaan ja itsenäistyy. Myöhäisnuoruudessa (18-22v.) nuori rakentaa suhdettaan kohti yhteiskuntaa omien arvojensa ja ihanteidensa kautta.

Uusimpien aivotutkimusten mukaan vasta noin 25-vuotiaana aivot ovat rakentuneet valmiiksi. Nuori saattaa näyttää fyysisesti aikuiselta, mutta hänen psyykinen kehitystasonsa voi olla hyvinkin kypsymätön. (Aalto-Setälä & Marttunen 2007.) Tämä voimakas, yksilöllinen kasvuprosessi aiheuttaa ruumiin, mielen ja koko elinpiirin muutoksia, missä keholliset, hormonaaliset, psykologiset ja sosiaaliset tapahtumat muodostavat erottamattoman kokonaisuuden (Rantanen 2000, 34). Nuoren normaalin kehityksen tunteminen on tärkeää tunnistettaessa häiriintynyttä kehitystä ja havainnoitaessa häiriöiden



ominaispiirteitä (Aalto-Setälä & Marttunen 2007). Lisäksi tulee huomioida, että lapsen ja nuoren kehitys ei noudata palvelujärjestelmän jakoa, jossa on erikseen jako mielen-terveyteen, sosiaaliseen ja opilliseen kehitykseen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009a, 34).

Depressio ei kuulu normaaliin nuoruusiän, vaan hankaloittaa nuoren toimintakykyä ja estää normaalin kehityksen etenemisen (Karlsson 2008). Seurantatutkimuksissa näkyy nuoruudessa alkaneiden masennustilojen toistuvan ja moninkertaistuvan aikuisiällä. Myös muihin mielenterveyden häiriöihin uudelleen sairastumisen riski kasvaa, mikäli häiriö on saanut alkunsa nuoruusiällä. (Marttunen & Kaltiala-Heino 2011, 568.) Nuorille on melko tyypillistä masennustilaa lievemmiä, mutta pysyvät masennusoireet. Niihin liittyy usein muita psyykkisiä tai fyysisiä oireita. (Marttunen & Karlsson 2013a, 44.) Nuoren depression hoidossa onkin ensiarvoisen tärkeää tukea nuoruusiän kehitystä hoitosuhteen aikana (Käypä hoito-suositus, Depressio 2013).

Kinnusen (2011) mukaan mielenterveysongelmat vaivaavat monen varhaisaikuisen elämää ja siirtymistä aikuisuuteen. Oleellista on saada tarkoituksenmukaista apua ja hoitoa, jotta nuoren mielenterveys säilyy ja hänellä on mahdollisuus aikuistua. Nuoren voimavarojen löytyminen kannattelee nuorta kohti tervettä aikuisuutta. Sukupuolilla on eroja psykiatrisia ongelmia pohdittaessa. Naisilla on enemmän mielenterveyshäiriöiden oireita ja toisaalta poikien tupakoinnin ja mielenterveyden häiriöiden välillä on yhteys. 14-vuotiaiden psykosomaattinen oireilu ennakoii myöhempiä mielenterveyden ongelmia ja toisaalta huoli koulussa suoriutumisesta on uhka nuoren mielenterveydelle. Nuoren persoonallisuuden ja mielenterveyden kannalta perheellä on merkittävä rooli. Myös nuoren oma tunne psyykkisestä terveydestä ja elämän hallinnasta vahvistaa nuoren mielenterveyttä.

Nuoren kyky käsitellä stressiä, hänen ongelmanratkaisutaitonsa ja saamansa sosiaalinen tuki säätelevät sitä, miten nuori selviää elämänmuutoksista ja vastoinkäymisistä. Mikäli nuorella on hyvä stressinsietokyky ja vahva sosiaalinen tukiverkosto hänen sairastumisensa masennukseen on epätodennäköisempää. (Haarala ym. 2010, 99).

### 3.3 Nuoruusikäisen masennuksen oireet, tunnistaminen ja diagnosointi

Masennuksen tunnistaminen nuoren kohdalla ei ole aina yksinkertaista. Nuoren tilaa arvioidaan kokonaisuutena eli yksittäisellä oireella ei ole suurta merkitystä, vaan pikemminkin kartoitetaan oireiden kasaantumista, kestoa ja sitä miten ne vaikuttavat esim. jaksamiseen koulussa. Masennusoireet voivat alkaa hiljalleen tai toisaalta myös kohtalaisen nopeasti ja näkyä nuoren elämässä esim. nuoren toimintakyvyn nopeana laskuna. (Marttunen & Karlsson 2011, 364-365.) Ongelmien kartoitus ja oireiden selvittäminen ovat ensimmäisiä asioita nuoren masennuksen tunnistamisessa (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2013).

Nuoret oireilevat masennustaan monin eri tavoin. Yleisimpinä oireina esiintyy masentunutta mielialaa, mielihyvän kokemuksen menetystä ja uupumisen tunnetta. Nuoren mielialan lasku saattaa näkyä itkuisuutena, ärtyisyytenä, kireytenä tai vihan tunteina. Mielihyvän tunteminen vaikeutuu, koska nuori ei kykene toimimaan toivomallaan tavalla kokiessaan riittämättömyyden tunnetta. Vaikeudet koulutyössä ja koulupoissaolot sekä riidat ikätoverien kanssa voivat olla oireita masennuksesta. Myös synkät, pessimistiset ajatukset sekä toivon ja tulevaisuuden suunnitelmien puuttuminen voivat olla oireita. (Marttunen & Karlsson 2011, 362-363.)

Masentuneen nuoren mielialat saattavat vaihdella voimakkaasti ja hän voi kokea olevansa ikävystynyt ja eristäytyä. Epämääräiset ruumiilliset vaivat ja jatkuva levottomuus sekä heikentynyt suoriutuminen annetuista tehtävistä saattavat johtua nuoren masennuksesta. Lisäksi nuori voi kärsiä unettomuudesta tai kokee olevansa voimakkaasti väsynyt. Masennukseen liittyy varsinkin varttuneemmilla nuorilla päihteiden väärinkäyttöä, itsemurhayrityksiä ja etenkin tytöillä irrallisia seksisuhteita. Pojilla saattaa esiintyä aiemmasta poiketen epäsosiaalista käyttäytymistä, pikkurikollisuutta ja ilkevän tekona. (Marttunen & Karlsson 2013a, 46-47.) Tyttöjen oireilu on omaan itseen kääntyvää eli tytöt kärsivät enemmän syömishäiriöistä ja viiltelystä (Väestöliitto i.a.). Itsetunnon heikentyminen saattaa olla oire masennuksesta samoin kuin syyllisyyden, arvottomuuden ja toivottomuuden tunteet (Hietala ym. 2010, 63-66).

Nuoren masennus huomataan usein ensimmäisenä koulussa tai opiskelupaikassa. Keskeytyminen koulutyöhön herpaantuu, opiskelusuoritukset huonontuvat, ruokahalu vähe-

nee tai lisääntyä. (Korhonen & Marttunen 2006, 80 -81.) Nuoren käytös muuttuu, hänestä tulee vetäytyvä, kritiikin kestäminen kynnys laskee ja hän saattaa olla itkuinen. Nuoren aloitekyky vähenee ja hänellä saattaa esiintyä häiriökäyttäytymistä. (Tervaskanto-Mäentausta 2008, 372.) Nuorella saattaa olla koulussa oppimisvaikeuksia, poissaolot lisääntyvät ja hän saattaa häiritä oppitunneilla. Masentunut nuori voi joutua kiusatuksi tai olla itse kiusaajana. Nuorella saattaa olla pulmia suhteessa ikätovereihin ja perheeseensä. (Marttunen & Karlsson 2013a, 46-47.) Nuorella on haastetta huolehtia omista asioistaan ja omasta turvallisuudestaan oman ikätason mukaisesti. Tämä saattaa näkyä esim. riskikäyttäytymisenä liikenteessä. (Marttunen & Karlsson 2011, 363.) Mannisen (2013) mukaan masennusoireet jäävät helposti väkivaltakäyttäytymisen alle ainakin koulukotiin sijoitettujen nuorten kohdalla.

Nuorelle voidaan antaa itsearviointikaavakkeita, mikäli epäillään masennusta. Pisterajojen ylittyessä tarvitaan tarkempaa arviointia masennuksesta ja keskustelua nuoren kanssa hänen voinnistaan. Nuoren masennuksen tunnistamisen apuna voidaan käyttää masennusseulaa ja mielialakyselyjä (RBDI). (Tervaskanto-Mäentausta 2008, 372). Lisäksi voidaan käyttää SDQ eli Vahvuudet ja vaikeudet -kyselyä (Borg i.a.) ja AUDIT-kyselyä (Aalto & Mäki i.a.) sekä ADSUME eli nuorten päihdekyselyä (Terveys- ja hyvinvoinnin laitos i.a.b) selvitettäessä nuoren masennusta. Nämä kaavakkeet eivät ole diagnoosivälineitä, mutta niiden avulla voidaan saada viitteitä oireiden vakavuudesta.

Vanhempien on toisinaan vaikea tunnistaa oman lapsensa masennusta, koska se saattaa herättää vanhemmissa häpeän ja syyllisyyden tunteita. Avun hakeminen voikin viivästyä näiden tunteiden ja vanhempien pelon vuoksi. Nuori tarvitsee vanhempiensa tukea sairastuttuaan ja vanhemmille tulee tarjota tietoa nuoren tilanteesta. (Jäti, Koponen & Männikkö 2011,189-190.) Nuoren masennukseen on suhtauduttava vakavuudella. Sairauden tunnistaminen on tärkeää, jotta nuori pääsee mahdollisimman nopeasti tarvitsemansa tuen ja hoidon piiriin. (Karlsson 2004.)

Masennuksen hoidon lähtökohtana on sen diagnosointi (Käypä-hoito suositus, depressio 2013). Nuoriin käytetään samoja diagnostisia kriteerejä kuin aikuisiin, mutta toisinaan nuoruusikäisen depression tunnistamista hankaloittaa ikävaiheelle tyypilliset oireet (Marttunen & Haarasilta i.a.). Nuoren masennus saattaa olla alidiagnosoitua, koska sitä on vaikea erottaa nuoruusiän kriiseistä (Räsänen 2000, 191 -192).

Huoli nuoren voinnista voi herätä nuorella itsellään, vanhemmilla tai viranomaisilla. Työntekijän on arvioitava huolen aste ja syy ja tältä pohjalta lähdetään selvittämään nuoren tilannetta yhteistyössä vanhempien ja muiden toimijoiden kanssa. Tarvittaessa alaikäisen nuoren asioita hoidetaan yhteistyössä lastensuojeluviranomaisten kanssa. (Heinonen 2006,150-153.)

Haastattelemalla nuorta voidaan selvittää hänen elämäntilannettaan. Nuoren oma kertomus ja kuvaus omasta tilanteestaan on osa masentuneen nuoren tutkimusta. Samalla kartoitetaan nuoren kehityshistoriaa ja aikaisempia mielenterveyden häiriöitä. Somaattisten sairauksien tutkiminen ja poissulkeminen on myös tärkeää huomioida. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2013.) Vanhemmat osaavat yleensä kuvata hyvin nuoren varhaisemmat vaiheet, perhekulttuurin ja perheen tämän hetkisen tilanteen (Marttunen & Kaltiala-Heino 2011, 565-566). Puheeksi ottaminen saattaa olla jo itsessään interventio ja auttaa nuorta ymmärtämään, että muillakin nuorilla voi olla samanlaisia oireita kuin nuorella itsellään (Marttunen & Karlsson 2011, 364-365).

Nuorelta tulee kysyä itsemurha-aikeista suoraan. Yleisesti ajatellaan, että kuolemasta ja itsemurhasta kysyminen saattaisi provosoida nuorta itsemurhaan. Asia on kuitenkin päinvastoin, sillä itsemurha-ajatuksista puhuminen voi helpottaa nuoren umpikujaan joutumisen ja toivottomuuden tunteita. Työntekijän tulee olla aikuinen nuoren rinnalla ja keskustella nuoren kanssa suoraan sekä osoittaa aitoa kiinnostusta nuoren asioita kohtaan. Työntekijän tulee tavata nuorta kahden kesken, vaikka opettajien ja vanhempien tietoja tarvitaankin suunniteltaessa hoitoa. Luottamuksellinen suhde nuoren kanssa on perustana hoidon onnistumiselle. (Marttunen & Karlsson 2013a, 50-55.)

Nuoren masennus diagnosoidaan mielenterveyden häiriöksi eli kliiniseksi masennukseksi ICD-10 tautiluokituksen mukaan. Nuorella tulee olla tautiluokituksessa kuvattuja oireita ja niiden keston tulee olla vähintään kaksi viikkoa sekä oireiden tulee haitata nuoren toimintakykyä. Oireiden määrän mukaan masennus jaetaan lieväksi, keskivaikeaksi tai vaikeaksi (Liite 4). Diagnoosin asettaa aina lääkäri.

### 3.4 Masentuneen nuoren hoitotahot ja hoito perustasolla

Mielenterveyslain mukaan kunnan tulee huolehtia alueellaan mielenterveyspalveluiden järjestämisestä. Mielenterveyspalvelut tulee ensisijaisesti järjestää avopalveluina niin, että tuetaan kuntalaisten oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista. Sairaanhoidopiirin kuntayhtymän ja alueella toimivien terveyskeskusten tulee yhdessä kunnallisen sosiaalihuollon ja erityispalveluiden kanssa huolehtia siitä, mielenterveyspalveluista muodostuu toiminnallinen kokonaisuus. (Mielenterveyslaki 14.2.1990/1116).

Masennuksen hoidon porrastus on nuoren masennuksen hoidossa jaettu masennusoireilun vakavuuden suhteen niin, että lievän ja keskivaikean masennuksen hoidosta vastaa perustaso ja vaikean masennuksen hoidosta vastaa erikoissairaanhoido (Laukkanen 2013). Vanhempien antama tuki ja nuoren monioireisuus vaikuttavat hoidon porrastukseen siten, että mikäli perheen tuki on heikko, niin nuori ohjataan herkemmin erikoissairaanhoidoon. Toisinaan nuori voi olla haluton ottamaan vanhempiaan mukaan hoitoon. Nuori saattaa ajatella, että vanhemmat kokevat hänen sairastumisensa taakkana ja vanhemmat ovat vihaisia hänelle. Nuorta kannattaakin motivoida vanhempien kanssa tehtävään yhteistyöhön. (Pirkanmaan sairaanhoidopiiri 2013a.)

Kunnat vastaavat nuorten mielenterveyspalveluista. Vastuu voi olla nuorisopsykiatrisella poliklinikalla tai nuorisopsykiatrijohtoisella nuorisopsykiatrisella työryhmällä, jossa on mahdollista toteuttaa yliopistosairaalan nuorisopsykiatrian poliklinikan tasoiset tutkimukset ja hoito. Vaihtoehtoisesti masentuneen nuoren hoidosta saattaa vastata nuorten mielenterveyspalveluista vastaava taho esim. moniammatillinen mielenterveystyön työryhmä. (Pirkanmaan sairaanhoidopiiri 2013a). Myös terveyskeskuksesta on mahdollista saada apua nuoren masennuksen hoitoon. Nuori voi hakeutua oman alueen nuorisopsykiatriselle poliklinikalla tai hän voi hakeutua yksityisen psykiatrin tai terapeutin vastaanotolle. (Marttunen & Karlsson 2013a, 53.)

Nuoren lievän masennuksen hoidossa on toivottavaa, että nuori saa hoitoa omassa elinympäristössään. Keinoina nuoren masennuksen hoidossa perustasolla ovat tukikäynnit, perhekäynnit sekä yhteistapaamiset nuoren, vanhempien, koulun edustajien ja hoitavan tahon kanssa. Nuoren keskivaikean masennuksen hoidossa keinoina käytetään

yksilö-, ryhmä- ja perhehoitoa. Tarvittaessa vanhemmille järjestetään omia käyntejä ja pyritään tukemaan koko perhettä. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2013a.) Kouluterveydenhoitaja ja koululääkäri yhdessä muun oppilashuollon henkilöstön kanssa ovat avainasemassa masentuneen nuoren ja hänen perheensä tukemisessa lievien masennusten hoidossa (Kaltiala-Heino, Ranta & Fröfd, 2010; Ranta 2011). Masentuneen nuoren hoidossa psykososiaalisen tuen merkitys on suuri. Nuori ja hänen vanhempansa osallistuvat yhdessä hoidon tavoitteiden määrittelyyn ja nuoren elämäntilanne huomioidaan kokonaisvaltaisesti. (Karlsson & Marttunen 2011, 357-369.) Tarvittaessa nuorelle tehdään lähete erikoissairaanhoidon (Marttunen & Karlsson 2013a, 53).

Nuoren masennuksen hoidossa käytetään myös psykoterapiaa tai lääkehoitoa tai näitä molempia yhdessä. Nuoren hoidossa käytettäviä psykoterapeuttisia hoitomuotoja ovat kognitiiviset yksilö- ja ryhmäterapiat sekä nuorille sovellettu interpersoonallinen yksilöterapia. (Käypä hoito-suositus, Depressio 2013.) Psykososiaaliset ja lyhytterapeuttiset menetelmät ovat valitettavasti maassamme jopa erikoissairaanhoidossa alikäytettyjä. Yhdistämällä eri menetelmiä voisi olla mahdollista saavuttaa parempia tuloksia, mutta se vaatii enemmän resursseja. (Ranta 2011.) Uusimmat tutkimukset puoltavat sitä käsitystä, että nuoren masennus lievittyy nopeammin, kun masennuksen hoitoon käytetään psykoterapiaa ja masennuslääkehoitoa yhdessä (Marttunen & Karlsson 2013b, 55). Perhetekijöiden vaikuttaessa oleellisesti nuoren masennukseen voidaan hoitona käyttää myös perheterapiaa (Käypä hoito-suositus, Depressio 2013).

Vuonna 2012 yli 5700 nuorta (13-17-vuotta) käytti masennuslääkkeitä. Erikoissairaanhoidossa aloitetaan pääsääntöisesti varhaisnuorten lääkitys, mutta vanhempien nuorten lääkitys on mahdollista aloittaa koululääkärin tai perusterveydenhuollon lääkärin toimesta. (Seppänen 2013.) Masennuslääkkeistä korvausta saaneiden nuorten (13-17v.) määrä on lähes kaksinkertaistunut vuodesta 2005 vuoteen 2012 (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013a). Gyllenbergin (2012) vuonna 1981 syntyneille tehdyn seurantatutkimuksen tulokset osoittivat, että kahdeksan vuoden iässä esiintyneet psykkiset oireet olivat yhteydessä myöhempään psyykenlääkkeiden käyttöön ja psykiatriseen sairaalaan hoitoon. 8-vuotiaana esiintyneet masennusoireet olivat yhteydessä myöhemmin esiintyvään masennuksen hoitoon. Asuminen muunlaisessa perheessä kuin biologisten vanhempien luona oli yhteydessä myöhempään psykiatriseen hoitoihin, mutta vanhempien koulutustaso ei ennustanut masennuslääkkeiden myöhempää käyttöä. Miehillä käytösongelmat ja naisilla lapsuusiän masennusoireet, ahdistuneisuusoireet sekä kiusatuksi

tuleminen ennakoivat masennuslääkkeiden käyttöä ennen 25 vuoden ikää. Nämä ovat tärkeitä tietoja pohdittaessa keinoja masennuksen ehkäisemiseksi.

Akuutissa tilanteessa on parasta hakeutua terveyskeskuksen päivystysvastaanottoon (Karlsson & Marttunen 2007b). Itsemurhaa yrittänyt nuori kuuluu aina erikoissairaanhoidon (Karlsson & Marttunen 2011, 357- 369). Alaikäistä nuorta ei tule lähettää sairaalahoitoon vanhempien tietämättä. Itsetuhoisuuden lisäksi erikoissairaanhoidon lähetetään nuori, jolla on vaikea-asteinen masennus, nuoren toimintakyky on alentunut tai alle 16-vuotias nuori tarvitsee arvion lääkityksen suhteen. Akuutti psykoosiriski ja masennusriski, joihin liittyy vakavia käytösoireita, ahdistusoireita tai muita mielenterveydenhäiriöitä tai päihteiden käyttöä, ovat indikaatioita nuoren lähettämiseksi erikoissairaanhoidon. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2013a.)

Terveyspalveluiden saatavuus riippuu kunnan resursseista. Terveyskeskuslääkäri arvioi potilaan tilanteen ja pohtiessaan potilaan lähettämistä erikoissairaanhoidon, hän joutuu samalla ottamaan huomioon kunnan taloudellisen tilanteen ja terveydenhuollon määrärahat. Jos terveydenhuoltoa uudistettaisiin enemmän vakuutusmuotoiseksi ja sairastumisen riskiin perustuvaksi, ei potilaan hoitoon lähettämällä ja kunnan taloudella olisi tällaista yhteyttä. (Mattila 2012).

Paakkosen (2012) tutkimuksen mukaan 2/3 nuorisopsykiatrian osastohoidoista alkoi ilman nuorisopsykiatrian avohoidon. Syynä tähän saattaa olla riittämättömät avohoidon palvelut tai se, että vanhemmat eivät jostain syystä ohjautu hoitoon avopuolelle nuorensa kanssa. Vanhemman voimavarat vaikuttavat nuoren ohjautumiseen hoitoon ja siksi yhteistyö aikuispsykiatrian kanssa on tärkeää, kun kyseessä on psyykkisistä ongelmista kärsivän aikuisen lapsi tai nuori. Tutkimuksiin ja hoitoon saatetaan tarvita sosiaalitoimen tukea. Nuorelle ja hänen vanhemmilleen on tärkeää kertoa myös mitä hoitamatta jättäminen saattaa aiheuttaa.

Nuoren masennusta kannattaa hoitaa, sillä se paranee lähes aina, vaikka toisaalta se saattaakin uusiutua myöhemmin. Varhainen hakeutuminen hoidon piiriin lyhentää masennusjakson pituutta ja samalla uusiutumisen riskiä voidaan vähentää. Oireiden helpottaminen on myös tärkeää. (Karlsson & Marttunen 2007b.) Nuoren vointia tulee seurata hoidon päätyttyä masennuksen uusiutumistaipumuksen vuoksi (Marttunen & Karlsson 2013a, 54). Aromaan (2011) mukaan potilaalle tulee korostaa, että sairastuminen masennukseen ei ole potilaan omaa syytä eikä hänen tarvitse toipua masennuksestaan yk-

sin. Masentuneet ihmiset leimaavat itse helposti itsensä ja heillä on huoli, että heidät leimataan myös hoitotahoilla. Kuitenkin vakavassa masennuksessa hoitoon hakeudutaan aktiivisemmin kuin lievemmissä tapauksissa.



#### 4 HOITOKETJU PERUSTERVEYDENHUOLLON JA ERIKOISSAIRAANHOIDON YHTEISENÄ TYÖKALUNA NUOREN MASENNUSPOTILAAN HOIDOSSA

Suomessa säädettiin ensimmäinen asetus hoitotakuusta vuonna 2000 ja se koski lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria (Valtioneuvoston asetus mielenterveysasetuksen muuttamisesta 2000). Asetus tuli voimaan vuoden 2001 alusta ja siihen kirjattiin velvoitteita palveluntuottajille. Nuorelle tulee tehdä arvio hoidon tarpeesta kolmen viikon sisällä lähetteen saapumisesta erikoissairaanhoidon ja hoitoa tulee järjestää kolmen kuukauden kuluessa. Tiedonsiirtovelvollisuus tarkoittaa, että nuoren siirtyessä yksiköstä toiseen tulee hoitavan yksikön huolehtia, että uudella yksiköllä on kaikki tarpeellinen tieto nuoren siirtyessä sinne. Kunnat määrättiin huolehtimaan tukitoimien riittävydestä sekä kuntien tulee huolehtia alueellisesta työnjaosta. Hoitotakuun tarkoituksena oli velvoittaa kuntia panostamaan lasten ja nuorten mielenterveyspalveluihin niin, että koko maassa tutkimuksiin ja hoitoon pääsisi yhtenäisesti ja kohtuullisen ajan sisällä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003.)

Vuosina 2001-2003 NUOTTA- projekti kartoitti nuorten hoitoketjujen toimivuutta ja hoitotakuun toteutumista. Projektin loppuraportista selvisi, että nuorisopsykiatrian hoitotakuu ei toteutunut tavoitteiden mukaan. Tutkimuksiin ei päässyt tavoiteajan sisällä ja hoitoon pääsy viivästyi. Avohoidon voimavarojen todettiin tarvitsevan kaksinkertaistamista. Nuorten somaattisten ja psykiatristen hoitoketjujen välillä oli eroja ja tämä tulee loppuraportin mukaan huomioida suunniteltaessa nuorisopsykiatrian hoitoketjuja. (Pylkkänen 2004.)

Palvelujärjestelmän muuttuessa monimuotoisemmaksi saattaa kokonaishoidon toteuttaminen olla haastavaa. Erikoissairaanhoidon sekä perusterveydenhuollon välisen rajan hahmottaminen vaikeutuu, työntekijät vaihtuvat usein ja erilaiset toimintayksiköt keskittyvät yhä enemmän omin ydintoimintoihinsa. Hoitoketjuja tarvitaan, jotta vastuu potilaan hoidon järjestämisestä on tiedossa ja tiedonkulku voidaan varmistaa sekä yhteistyösopimuksista on mahdollista pitää kiinni. Hoitoketju kuvaa perusterveydenhuollon,

erikoissairaanhoidon, sosiaalitoimen ja mahdollisten muiden osapuolten tehtävät ja työnjaon. Potilaan hoitoon liittyvien avainhenkilöiden tehtävät määritellään hoitoketjuissa, vaikka työ onkin moniammatillista. Hoitoketjun näkökulman tulee olla potilaslähtöinen. Hoitoketjut ovat julkisia eli niiden tulee olla helposti työntekijöiden saatavilla. Hoitoketjujen käyttöönotto on kaikkien osapuolten vastuulla. Toisinaan hoitoketjujen koetaan rajoittavan ammattilaisten itsenäistä päätöksentekoa, vaikka tarkoituksena on toistuvien yhteistyömallien dokumentoinnilla helpottaa oikeudenmukaista ja tasa-arvoista hoitoon pääsyä. Vakiintuneet hoitoketjut ovat ammattilaisten päätöksenteon tukena ja viestintää on mahdollista tehostaa tällä tavalla. (Ketola, Mäntyranta, Mäkinen, Voipio-Pulkki, Kaila, Tulonen-Tapio, Nuutinen, Aalto, Kortekangas, Brander & Komulainen 2006.) Johdon tuleekin tukea ja edellyttää suosituksiin tutustumista ja niiden soveltamista omaan työyhteisöön. Tuloksena tästä saadaan aikaan yhtenäiset työkäytännöt, jotka helpottavat yhteistyötä. (Mäntyranta, Kaila, Varonen, Mäkelä, Roine & Lappalainen 2003.)

Hoitoketjujen tarkoituksena on hoitokäytäntöjen yhtenäistämisen lisäksi selkiyttää tutkimusten ja hoidon porrastusta. Hoitoketjuja tekevät perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, kolmannen sektorin ja yksityissektorin osajat moniammatillisessa yhteistyössä ja ne pohjautuvat näyttöön perustuvaan lääketieteeseen ja Käypä hoito -suosituksiin. Hoitoketjujen tekemisen helpottamiseksi on olemassa erilaisia hoitoketjuoppaita, joita on mahdollista käyttää mallina hoitoketjuja tehtäessä. Hoitoketjujen toimivuutta seurataan ja arvioidaan. (Holmberg-Marttila ym. 2012.)

Hoitoketjujen avulla on mahdollista kehittää palvelujärjestelmää. Pääpaino on ketjun juurruttamisella, jolla pyritään toimintatapojen muuttamiseen. Hoitoketjun tavoitteena ei ole kuvata nykyistä toimintatapaa, vaan innovoida uusia näkökulmia, jotta palvelu toimi paremmin. (Nuoren depressiopotilaan- hoitoketjutyöryhmän 1. kokousmuistio 2012). Hoitoketjujen juurruttaminen edistää seudullisen yhteistyön kehittämistä. Hoitoketjua arvioidaan muutamalla yksinkertaisella mittarilla. Alkumittaus suoritetaan ennen juurruttamista ja hoitoketjutyöryhmä päättää milloin arviointimittaus tehdään. Myöhemmin hoitoketjun päivittämistarpeesta voi ilmoituksen tehdä kuka tahansa. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2012.)

#### 4.1 Sektoroidun palvelujärjestelmän pirstaleisuus

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä on kehittynyt vuosikymmenten aikana sellaiseksi kuin se tänä päivänä on. Sitä on rakennettu pala palalta ja siihen ovat vaikuttaneet niin kuntakentän rakennemuutokset kuin valtionosuusuudistus 1990-luvun alkupuolella. Myös 1990-luvun lama ja siihen liittyneet pakolliset, taloudellisten syiden aiheuttamat palvelutuotannon muutokset sekä sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausjärjestelmien muutokset ovat osaltaan vaikuttaneet palvelujärjestelmän kehitykseen. Siihen ovat vaikuttaneet myös kuntien erilaiset toimintakulttuurit, palvelumuodot ja käytännöt. Palvelujärjestelmän kasvaessa on huomattu sen toimimattomuutta, palvelukulttuurin epätasaisuutta ja jopa osaamattomuutta. (Stenvall & Virtanen 2012, 13-15.) Toisinaan jopa ammattilaisten on vaikea hahmottaa kokonaisuutta jossa toimitaan, koska muutokset tapahtuvat nopeasti ja niistä tiedottaminen on puutteellista. Toisaalta tänä päivänä informaatiotulva saattaa jättää oleellista tietoa epäoleellisen jalkoihin.

Suomalainen terveydenhuolto on monilla eri mittareilla mitattuna huippuluokkaa maailmassa. Oikeus terveydenhuoltoon kuuluu kaikille kansalaisille ja silti kustannukset on pystytty pitämään kohtuullisina. Koivuniemen ja Simosen (2011, 32-50) mukaan terveydenhuolto on pirstaloitunutta ja ikään kuin siitä puuttuisi yhdistävä tekijä eli asiakkuus. Julkinen terveydenhuolto, yksityiset terveydenhuollon palvelut ja erilaiset järjestöt toimivat omissa siiloissaan ja niiden kommunikointi keskenään saattaa olla hyvinkin puutteellista. Terveydenhuollon prosessi lähtee ennaltaehkäisevästä toiminnasta ja sairautta epäiltäessä siirrytään diagnoosin kautta hoitamaan ja lopulta kuntouttamaan potilasta. Näkökulma on kuitenkin kovin organisaatiolähtöinen ja jättää huomioimatta ihmisen pärjäämisen laitoksen seinien ulkopuolella. Terveydenhuolto on erikoistunut ja tämä johtaa hallitsemattomaan kompleksisuuteen. Potilaan tiedot tallennetaan eri laitosten tietokantoihin ja kokonaisuus häviää niin hoitavalta taholta kuin potilaaltakin. Terveydenhuollon hierarkkisuus aiheuttaa sen, että prosessit eivät keskustele tarpeeksi keskenään ja potilaan tilanteen kokonaisvaltainen ymmärtäminen muuttuu haastavaksi. Yksittäinen toimija on kahlittu toimimaan kapeissa prosessien osissa. Kuitenkin päätarkoituksena on ennaltaehkäistä sairauksia, hoitaa ja kuntouttaa ihmistä sairauksien kohdassa. Asiakkaana olevan ihminen kulkee läpi prosessin ja omistajuus potilaan tapauk-

sesta saattaa vaihdella prosessin aikana useampaan kertaan. Minkäänlaista potilassuunnitelmaa, jota olisi mahdollista seurata, ei ole.

Nuorten mielenterveyden häiriöiden yhteydessä käsite perusterveydenhuolto on varsin huono. Olisikin parempi puhua perustason palveluista tässä yhteydessä, koska siihen kuuluu toimijoita eri organisaatioista eli terveydenhuollosta, koulutoimesta ja sosiaali-toimesta. Hoidon porrastuksen tulisi olla saumatonta perustason ja erikoissairaanhoidon kesken ilman päällekkäisiä toimia ja sitä se ei tällä hetkellä ole. Tarvetta on ns. välitason palveluille perustason ja erikoissairaanhoidon väliin. Tällä tavalla olisi mahdollista turvata hoitoon pääsyn joustavuus, erityisosaaminen perustasolla ja luoda porrastusta työnjakoon. (Pylkkänen 2004.)

Tulevaisuudessa on tärkeää luoda sellainen kokonaisvaltainen toimintamalli, joka lähtee asiakkaan tarpeista samalla huomioiden palveluiden tuottamisen resursoinnin. Asiakkaita voidaan tarkastella erilaisten asiakassalkkujen kautta eli määritellään tavoitteet ja strategiat, joilla pyritään johtamaan salkun asiakkuuksia. Tavoitteena on tarjota erilaista toimintaa asiakaslähtöisesti niin, että samoilla resursseilla tuotetaan enemmän arvoa kaikille. Asiakkaat on mahdollista jakaa eri ulottuvuuksiin, joita ovat johdetut asiakkuudet, tukiasiakkaat, pärjääjät ja yhteistyöasiakkaat. Tällä tavoin asiakkaat jaetaan eri ryhmiin sairautensa, omien tarpeidensa ja pärjäämisensä suhteen. Asiakkaan tilanteen muuttuessa suuntaan tai toiseen asiakassalkkuja on mahdollista muuttaa. (Koivuniemi & Simonen 2011, 100-105.)

#### 4.2 Hoitoketjun toiminnan tavoitteet asiakaslähtöisenä palveluverkkona

Sosiaali- ja terveystaloudissa palveluiden jakaminen perustuu kansalaisten oikeuksiin, lainsäädäntöön ja tarveharkintaan. Näkökulma on muuttumassa enemmän ennaltaehkäisevään hoitoon, jolloin ammattilaisten työnkuva muuttuu enemmän ohjaavaan rooliin. (Stenvall & Virtanen 2012,13-15.)

Hoitoketjusta ja palveluverkosta puhutaan usein rinnakkaisina termeinä, vaikka käsitteenä palveluketju on laajempi. Palveluverkko kuvaa miten useita palveluita käyttävän

ihmisen palvelut ja hoito järjestetään ja mikä on työnjako. Toisaalta palveluverkko voi perustua myös tietyn taudin hoidon kulun kuvaamiseen perustuen hoitosuosituksiin. Paikallisuus on tärkeää luotaessa hoitoketjuja, koska tällöin voidaan huomioida alueen olosuhteet ja resurssit. Hoitoketjun kirjallisen tuotoksen tulee olla lyhyt kuvaus, josta käy ilmi hoidon porrastus, työnjako ja vastuuhenkilöt yhteystietoineen. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2003.)

PSHP:n hoitoketjuoppaan mukaan palveluketju/ palveluverkko tarkoittaa saman asiakkaan ongelmakokonaisuuteen liittyvää organisaatorajat ylittävää suunnitelmallista palveluprosessien kokonaisuutta, joka toteutetaan potilaan yksilöllisyys huomioiden. Palveluketjut edellyttävät, että vastuu asiakkaalle annettavasta palvelujen ohjauksesta ja seurannasta on tietyllä toimintayksiköllä. Palveluverkko keskittyy eri toimijoiden ja heillä tarjolla olevien palveluiden sekä keskinäisen yhteistyön kuvaamiseen. (Holmberg-Marttila ym. 2012.)

Palveluverkon tavoitteet nousevat siitä, että asiakas on keskiössä ja palveluja antavat ammattihenkilöt ja toimijat verkkona asiakkaan ympärillä. Stenvallin ja Virtasen (2012, 43-50) mukaan palvelut voidaan nähdä monesta eri näkökulmasta. Palvelu voi olla toisen tekemää työtä, se voidaan käsittää vuorovaikutuksellisenä toimintana asiakkaan kanssa. Tarkoituksena on kuitenkin vastata asiakkaan tarpeisiin tai ongelmiin. Palveluihin liittyy myös käsitteet kysyntä ja tarjonta. Julkisten palveluiden kysyntätarpeet liittyvät oleellisesti poliittiseen päätöksentekoon, vaikka yksittäisissä palvelutilanteissa reagoidaan enemmän asiakkaan tarpeisiin. Palvelun ajatellaan olevan aineetonta eli se perustuu vuorovaikutukseen tässä hetkessä. Joihinkin palveluihin voi kuitenkin liittyä fyysisiä tuotteita.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä nuoren masennuspotilaan palveluverkko on toinen uudenmuotoinen Terveysportissa julkaistu hoitoketju. Se on laadittu potilaan tai asiakkaan prosessin ehdoilla eli tavoitteena on asiakaslähtöisyys. Palveluverkko näyttäytyy verkossa yhden sivun mittaisena taulukkona, jossa potilaan prosessi on keskellä ja potilaan prosessin yläpuolella on kuvattuna terveydenhuollon keskeiset toimet potilaan vaiheiden mukaisesti (Liite 2). Alapuolelta löytyvät kohdennetut tukikeinot potilaan arjen tukemiseksi ja siellä näkyy myös asiakkaan sairauden vaikeusaste. Asiakkuus on jaettu neljään kategoriaan nuoren masennuksen vaikutusasteen ja perheen tuen perusteella. Asiakkuudet ovat pärjääjä-, yhteistyö-, tuki- ja huolenpitoasiakkuus. Pärjääjäasiakkuu-

dessa nuorella on lievät oireet ja hyvä perheen tuki. Yhteistyöasiakkuudessa on kyseessä vakavat oireet ja hyvä perheen tuki. Tukiasiakkuudessa kyseessä on lievät oireet ja heikko perheen tuki ja huolenpitoasiakkuudessa vakavat oireet yhdistettynä heikkoon perheen tukeen. Tällä tavoin hoidon lähtökohtana on asiakkaan tilanne yhdistettynä perheen antamaan tukeen ja sitä kautta hoidon tavoitteet on asetettu vaatimusten mukaan. Hoitosuunnitelman painopiste on kohdennettu tarpeen mukaan ja samoin on valittu ajanvarausmenetelmäkin. Masentuneen nuoren hoidon keinot jakautuvat myös nuoren sairauden asteesta ja vanhemmilta saatavasta tuesta riippuen. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2013a.)

Nuoren masennuspotilaan palveluverkon tavoitteena on parantaa masennuksen ennaltaehkäisyä sekä yhtenäistää ja antaa työvälineitä varhaiseen tunnistamiseen ja puuttumiseen masentuneita nuoria hoidettaessa. Tärkeänä osana palveluverkossa on perhekeskeinen työote, jossa pyritään hyödyntämään perheen ja yhteisön voimavaroja nuoren hoidossa. Tavoitteena on myös siirtymävaiheiden varmistaminen siten, että palvelut tukevat perhettä yhtenä prosessina. Konsultaatiomahdollisuuksien, toimijoiden yhteistyön ja verkostoitumisen lisääminen nähtiin myös tärkeänä tavoitteena palveluverkkoa suunniteltaessa. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2013a.)

## 5 MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ JA ASIAKASLÄHTÖISYYS NUOREN MASENNUSTILOJEN HOIDOSSA

Termi moniammatillinen yhteistyö vakiintui Suomessa 1990-luvulla. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastyössä sitä voidaan pitää eri asiantuntijoiden yhteisenä työskentelyinä, jonka tarkoituksena on huomioida asiakkaan kokonaisuus. Ennakkoon sovitut toimintaperiaatteet ovat oleellinen osa tätä yhteistyötä. Moniammatillista yhteistyötä voidaan tehdä erilaisissa työympäristöissä, mutta lähtökohtana tälle yhteistyölle on aina asiakas, joka pyritään huomioimaan kokonaisvaltaisesti. Tiedon ja eri näkökulmien jakaminen luo yhteistä, jaettua merkitystä. Tämä vuorovaikutuksellinen yhteistyö ja sen prosessoiminen yhdessä onkin moniammatillisen yhteistyön ydin. Sitä tehdään verkostoissa, jotka ovat suhteita ja yhdistävät ennalta määritellyn joukon ihmisiä, organisaatioita, kohteita tai tapahtumia. (Isoherranen 2005, 13-16.)

Verkostotyössä huomioidaan myös asiakkaan omat verkostot. Myös rajojen ylitykset sovitusti ja joustavasti eri organisaatioiden kesken ovat osa moniammatillista yhteistyötä. (Isoherranen 2005, 13-16; Kontio 2010.) Moniammatillinen yhteistyö edellyttää yhteistä tahtotilaa eli sitä, että kaikki työntekijät puhaltavat yhteen hiileen toimiessaan lasten, nuorten ja heidän perheidensä kanssa. Yhteistä tahtotilaa tarvitaan niin asiakastyössä kuin organisaation kaikilla tasoilla ja poliittisessa päätöksenteossa. (Anttila & Rousu, 2004.) Aaltosen (2011,26) mukaan moniammatillisella yhteistyöllä tarkoitetaan viranomaisten välistä yhteistyötä, jossa korostuu ammattiosaaminen.

Asiakaslähtöisyys on sosiaali- ja terveydenhuollon arvoperusta. Sen mukaan jokainen asiakas tulee kohdata ihmisarvoisena yksilönä vastavuoroisessa vuorovaikutuksessa. Toiminta organisoidaan asiakkaan tarpeista lähtien niin, että asiakas nähdään aktiivisena toimijana. Asiakas ja palveluprosessissa oleva työntekijä nähdään tasavertaisina kumppaneina, koska asiakas on oman elämänsä asiantuntija. (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011.) Kujalan (2003) mukaan terveyspalveluja käyttävä ihminen haluaa osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon. Yksilöllinen ja arvostava hoito koetaan tärkeäksi, kun taas kaavamaisesti suoritettavat hoitotilanteet saattavat aiheut-

taa asiakkaassa ulkopuolisuuden tunnetta. Osallisuus ja asiakaslähtöisyys ovatkin rinnakkaisia termejä, joita voidaan käyttää synonyymeinä.

### 5.1 Nuoren terveyttä edistävä moniammatillisuus perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa

Terveyden edistämisen määrittelemine on haastavaa johtuen sen laajasta toimintakentästä. WHO:n (1986) mukaan terveys on täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila. Edellä mainitun määritelmän saavuttamiseen tuskin koskaan päästään. Realistisempaa onkin tavoitella parasta mahdollista terveyttä kohti sellaista tilannetta, missä ihminen voi elää yksilöllisesti, sosiaalisesti ja taloudellisesti hyödyllistä elämää. Terveys on paljon muutakin kuin sairauden puuttumista. Terveyden edistäminen on kulttuuri- ja aikasidonnaista, mutta eettisenä periaatteena on ollut kautta historian ihmisarvon kunnioittaminen. (Pietilä, Länsimies-Antikainen, Vähäkangas & Pirttilä 2010, 15-18.)

Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan terveyden edistämiseksi voimavarat ja vaikuttaminen tulee suunnata terveyden taustatekijöihin. Terveysnäkökohdat tulee myös huomioida poliittisessa päätöksenteossa ja toiminnassa. Terveyden edistäminen nähdään terveydenhuollon ja kunnan muiden toimijoiden, kansalaisjärjestöjen ja elinkeinotoiminnan yhteisenä toimintana kohti väestön terveyden parantamista, sairauksien ehkäisyä ja terveyserojen vähentämistä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.) Hyvösen (2004) mukaan terveyden edistäminen on myös mielenterveyden edistämistä, koska terveyttä ja mielenterveyttä on mahdotonta jakaa erilleen, vaan ne kuuluvat jakamattomasti yhteen. Perusterveydenhuollossa mielenterveyden edistämisen terveyskäsitys tulisikin nähdä monitasoisena yhteisöllisenä ja yksilöllisenä ilmiönä.

Koffert (2005, 221-228) korostaa depressiopotilaan hoidossa verkostotyön merkitystä. Masentunut ihminen eristyy herkästi ja vetäytyy, mutta työntekijöiden pitäisi toimia juuri päinvastaisesti eli yhdistyä ja lähentyä, jotta kokonaiskuva asiakkaan tilanteesta olisi selkeä ja asiakas kokisi tulevansa autetuksi ja kuulluksi.



Verkostotyön tärkeyttä voidaan tuskin nykyisessä tilanteessa aliarvioida. Yhteistyössä eri toimijoiden ja masentuneen nuoren ja hänen perheensä kanssa on mahdollista päästä kohti yhteistä suunnitelmallista päämäärää eli nuoren terveyden parantamista. Nuoren terveyden ja hyvinvoinnin kannalta onkin tärkeää, että työntekijät jakavat huoltaan nuoresta ja hänen voinnistaan sekä mahdollisesta masennuksestaan. Tällä tavoin avustavat toimet koulussa tai opiskelupaikassa ja mahdolliset tutkimukset saadaan alkuun mahdollisimman nopeasti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010b.)

Toisen työstä oppimista on tutkittu Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä ketjulähettiläisyyttä tutkimalla. Ketjulähettiläisyyden tarkoituksena on kehittää yhteistyötä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Ketjulähettiläisyyden aikana perusterveydenhuollon työntekijä tutustuu viikon ajan valitsemansa erikoissairaanhoidon yksikön toimintaan. Tutkimus osoitti ketjulähettiläisyyden olleen tyydyttäviä jaksoihinsa. He kokivat tärkeänä verkostojen luomisen ja toisen työhön tutustumisen. Myös erikoissairaanhoidossa koettiin jaksot hyödyllisinä, koska tällä tavalla oli mahdollista tutustua terveyskeskusten toimintaan. Verkostoyhteistyön paraneminen ja toiminnan kehittäminen nähtiin tärkeänä. Ketjulähettiläisyyttä mahdollistaa yksilön kehittymisen, mutta samalla myös työyhteisöjen kehittymisen ja muutoksen. (Salunen, Holmberg-Marttila & Mattila 2012.) Hoitoketjutyöskentely on osaltaan edesauttamassa ja kehittämässä moniammatillista yhteistyötä, jota tarvitaan potilaan kokonaisvaltaisessa hoitamisessa. Tutustumalla toisen organisaation toimintaan vastavuoroisesti on mahdollista edistää potilaan/asiakkaan terveyttä mahdollisimman laajasti.

Valtakunnalliset linjaukset korostavat psykiatristen avohoitopalveluiden kehittämistä. Tämä olikin perustana, kun Satakunnassa muutettiin nuorten ympärivuorokautinen psykiatrinen avo-osasto päiväosastoksi ja vapautuneilla resursseilla aloitti jalkautuva akuutitiryhmä vuonna 2012. Toiminta-ajatuksena oli vastata kiireellistä hoitoa tarvitsevien nuorten tarpeisiin. Monet oireilevat nuoret hyötyivät lyhyestä interventtiosta ja yli puolella arvioiduista nuorista ei ollut tarvetta erikoissairaanhoitoon. Matalan kynnyksen paikkana nuoret kokivat tämän hoitomuodon mielekkäänä samalla, kun se oli taloudellisesti kannattavaa. Nuorisopsykiatrinen palvelujärjestelmä vaatii niin valtakunnallisten linjausten kuin nuorten muuttuvien tarpeiden mukaan uudistamista. (Karukivi, Mäkelä & Haapasalo-Pesu 2013.) Tällaiset Satakunnan jalkautumismallin tyyppiset mallit alkavat usein projekteina tai hankkeina ja saattavat sitten loppua projektin tai hankkeen loppuessa. Porin malli onneksi jatkoi toimintaansa osana palvelujärjestelmää.

## 5.2 Nuoren terveyttä edistävä asiakaslähtöinen kohtaaminen

Asiakaslähtöisyyttä määritellään sosiaali- ja terveydenhuollon palvelu-organisaatioissa hyvinkin erilaisista lähtökohdista käsin. Asiakkaalle asiakaslähtöisyys määrittyy palveluina, joita hän tarvitsee omassa palvelutilanteessaan. Asiakasta tulisikin tarkastella kolmen eri näkökulman eli oikeudellisuuden, kuluttajuuden ja palvelukäytännön organisoimien eli hallinnon näkökulmasta. Tällä tavalla on helpompi käsittää millaisesta hyvinvointipoliittisesta kehityskaaresta asiakkuusajattelun kehittymisessä on kyse. Asiakaslähtöisyys voidaan nähdä arvoperustana, jolloin jokainen asiakas nähdään ihmisarvoisena yksilönä. Tähän ajatteluun liittyy se, että palveluita ei järjestetä vain organisaation tarpeen mukaan toimiviksi, vaan myös asiakkaan tarpeiden mukaan toimiviksi kokonaisuuksiksi. Toiminnan tulisikin olla vastavuoroista. Tämä edellyttää vuoropuhelua siitä, miten asiakkaan tarpeet tulee tyydytetyksi käytettävissä olevilla palvelumahdollisuuksilla ja samalla huomioiden kustannustehokkuus. Tämä ajattelu sisältää ajatuksen asiakassuhteen jatkuvuudesta. Asiakaslähtöisessä toiminnassa asiakas nähdään aktiivisena toimijana eikä vain passiivisena palveluiden vastaanottajana. Asiakas on oman elämänsä asiantuntija ja sen vuoksi tasavertainen kumppani ja yhdenvertainen toimija palveluprosessissa työntekijän rinnalla. (Virtanen ym.2011.)

Puron (2012) mukaan asiakaslähtöinen prosessi onnistuu, jos ymmärretään ja tiedetään asiakkaan tarpeet ja prosessit suunnitellaan asiakkaan eikä organisaation tarpeesta lähtien. Asiakasta tulee kuunnella aidosti ja huolehtia osaamisesta siten, että tehdään oikeita asioita oikeaan aikaan. Myös tulevat asiakastarpeet tulee nähdä ja ymmärtää. Asiakaslähtöisyys rakentuu monista eri elementeistä, joita ovat prosessien ja johtamisen suunnitteleminen, vahvat vuorovaikutustaidot, ammattitaito, olosuhteiden tunteminen, asiakaskaiden tarpeiden tunteminen ja asiakaskokemukset.

Asiakkaan kohtaaminen perustuu yhteiseen vuorovaikutukseen työntekijän ja asiakkaan välillä. Molemmat antavat oman panoksensa tähän vuorovaikutussuhteeseen, jonka päämääränä on asiakkaan tukeminen, terveyden edistäminen sekä elämänhallinnan ja hyvinvoinnin lisääminen.(Vilen, Leppämäki & Ekström 2005, 30-32.)

Ammattilaisten tulisi antaa psykiatrisessa hoidossa olevalle nuorelle positiivista palautetta nuoren tilan edistymisestä ja hyvinvoinnin parantumisesta. Nuoren yksilöllinen

huomioiminen ja nuoren osallistuminen hoidon suunnitteluun sitouttavat nuoren paremmin hoitoonsa. Nuoren kokonaisvaltainen terveyden edistäminen ja suojaavien tekijöiden huomioiminen on nuoren terveyden edistämistä parhaimmillaan. (Hietala ym. 2010, 163-165.) Tikkanen (2012) tutki 15-20- vuotiaiden toivoa, sen ylläpitämistä ja vahvistamista. Hoito- ja auttamistyössä tulisi huomioida nuoren tilanne yksilöllisesti ja pyrkiä vahvistamaan nuoren myönteistä asennoitumista elämään. Nuoria tulee auttaa suuntautumaan tulevaisuuteen ja elämän jatkumiseen ja toisaalta auttaa heitä ymmärtämään menneisyyttään.

Väänäsen (2011) tutkimuksen mukaan uusperheiden ja yksinhuoltajaperheiden lapsilla oli enemmän psyykkisiä ongelmia kuin perheissä, joissa oli kaksi biologista vanhempaa. Perheissä, joissa esiintyi pulmia perhedynamiikassa, todettiin lapsilla olevan enemmän ongelmia. Myös perheen arvot vaikuttivat lasten psyykkiseen hyvinvointiin eli perheissä, joissa sosiaaliset ja emotionaaliset arvot olivat alhaisemmat kuin muilla perheillä, esiintyi enemmän lasten psyykkisiä ongelmia. Kuntien sosiaalityöntekijöiden ja erikoissairaanhoidon työntekijöiden tuleekin pohtia miten on mahdollista vaikuttaa myönteisesti perherakenteen, dynamiikan ja arvojen kehitykseen perheissä.

Laitila (2010) on tutkinut asiakkaan osallisuutta mielenterveys- ja päihdetyössä. Asiakkaan osallisuus toteutui suhteessa omaan hoitoon ja kuntoutukseen, kehittämiseen ja palveluiden järjestämiseen. Asiakkaan osallisuudessa oli kuitenkin puutteita. Etenkin vastentahtoisessa hoidossa, tiedonsaannissa ja aidoissa vaikuttamis- ja valinnanmahdollisuuksissa oli kehittämisen varaa. Asiakaslähtöisellä toiminnalla oli mahdollista tukea asiakkaan osallisuutta. Sen toteutuminen vaatii toimia organisaation, asiakas-työntekijä-yhteistyösuhteen sekä yksittäisen työntekijän tasolla.

## 6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

### 6.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa työntekijät, jotka vastaavat nuorten masennuksen hoidosta Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnissa. Tarkoituksena oli myös selvittää millaisia käytäntöjä masentuneiden nuorten (13-18v.) hoidossa oli perustasolla. Lisäksi tarkoituksena oli kartoittaa miten tunnettu PSHP:n nuoren masennuspotilaan palveluverkko oli ja miten sitä käytettiin.

Tutkimuksen tavoitteena oli saada kattava selvitys niistä keinoista ja toimintatavoista, jotka olivat käytössä masentuneiden nuorten hoidossa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnissa ja selvittää käytänteiden yhdenmukaisuutta. Tutkimuksen tavoitteena oli myös lisätä tietoa uudesta palveluverkosta. Tutkimus toimi alkukartoituksena nuorten masennuspotilaan palveluverkolle eli hoitoketjutyöryhmän tuotokselle.

### 6.2 Tutkimuskysymykset

Tutkimuskysymykset muotoutuivat pääosin palveluverkosta vastaavien henkilöiden kanssa käytyjen keskustelujen perusteella. Tarkoituksena oli muodostaa tutkimuskysymykset, jotka vastasivat mahdollisimman hyvin ja laaja-alaisesti keskusteluissa haasteellisiksi koettuihin seikkoihin.

Tutkimuskysymyksiä ovat:

1. Ketkä toimijat vastaavat masentuneiden nuorten (13-18 v.) hoidosta Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnissa perustasolla?

2. Millaisia käytäntöjä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnissa on käytössä liittyen masentuneen nuoren hoitoon perustasolla?
3. Miten tunnettu uusi nuoren masennuspotilaan palveluverkko on Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnissa perustasolla?

## 7 TUTKIMUSMENETELMÄT, AINEISTON KERUU JA ANALYYSI

### 7.1 Sisällönanalyysi laadullisen tutkimuksen tutkimusmenetelmänä

Tämä tutkimus oli osittain kvalitatiivinen eli laadullinen ja osittain kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Pääasiassa tutkimuksessa käytettiin laadullista lähestymistapaa. Kanasen (2011) mukaan kvantitatiivisella tutkimuksella selvitetään eri asioiden välisiä riippuvuuksia ja tutkittavassa ilmiössä tapahtuneita muutoksia. Kvantitatiivinen tutkimus edellyttää riittävän suurta otantaa, standardoituja aineistonkeruumenetelmiä, asioiden kuvaamista numeeristen suureiden avulla ja näin ollen tuloksia on mahdollista havainnoida taulukoin ja kuvioin. Havaintoja voidaan kerätä eri tavoin, mutta järjestelmällisen tiedonkeruun avulla on mahdollista päätellä ilmiön säännönmukaisuutta.

Pääsääntöisesti tilastollisia menetelmiä käytetään kvantitatiivisessa tutkimuksessa, mutta niitä voidaan käyttää rajoitetusti myös kvalitatiivisessa tiedonkeruussa ja analysoinnissa. Laadullisen tutkimuksen varsin suppea aineiston koko ja kohdejoukon pienuus saattavat muodostua haasteeksi laadullisen tutkimuksen määrällisestä osuudesta. Laadullisen tutkimuksen määrälliset kysymykset ovatkin usein luonteeltaan varsin yksinkertaisia. Laadullisessa tutkimuksessa ei saada esille erilaisia volyymeja ja siksi kvantitatiivisen tutkimusotteen lisääminen laadulliseen tutkimukseen saattaa olla tarpeellista. (Kananen 2010, 67, 134.) Metsämuurosen (2005, 245) mukaan laadulliseen tutkimukseen on mahdollista lisätä pienimuotoinen kvantitatiivinen mittaus havainnollistamaan raporttia.

Luotettavuuden ja ymmärryksen lisäämiseksi tutkimuksessa on mahdollista käyttää useampaa tutkimusotetta, tutkimusmenetelmää tai lähestymistapaa. Tätä kutsutaan triangulaatioksi ja sen avulla tutkittavaan ilmiöön saadaan erilaisia näkökulmia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 233). Tässä tutkimuksessa käytettiin lähestymistapoina laadullista ja määrällistä tutkimusta ja menetelminä puhelinhaastattelua, kyselylomaketutkimusta ja sisällönanalyysiä.

Tutkimuksella on aina jokin tarkoitus tai tehtävä, jonka mukaan tutkimusstrategia valikoituu. Laadullinen tutkimus kuvaa todellista elämää sillä ajatuksella, että todellisuus on moninainen kokonaisuus. Tarkoituksena on tutkia kohdetta kokonaisvaltaisesti niin, että löytyy tai paljastuu tosiasioita eikä niinkään todenneta jo olemassa olevia väittämiä. (Hirsjärvi ym. 2010, 137, 161). Tutkittaessa terveystieteitä tutkimuksen kohteena on ihmisen terveys ja siihen liittyvät seikat (Kylmä & Juvakka 2012, 17). Laadullinen tutkimus voidaan nähdä prosessina, jossa tutkija on aineiston kerääjänä väline. Tutkijan tietoisuus kehittyy matkan varrella muovaten hänen näkökulmaansa ja tulkintojaan liittyen tutkittavaan asiaan. (Kiviniemi 2010, 70.)

Laadullinen tutkimus soveltuu tutkimukseen, jonka tarkoituksena on nostaa esiin tutkimuksen kohteena olevien toimijoiden omia tulkintoja. Varsinkin sellaisissa tapauksissa, joissa halutaan vastauksia ihmisiltä, joilta perinteisesti ei ole vastauksia kysyty. Laadullisessa tutkimuksessa ei tarvita määräinenmittön mielipidettä, vaan aineiston ääni ja tuki riittää. (Hakala 2010, 21.) Otskoolla ei ole laadullisessa tutkimuksessa niinkään merkitystä kuin määrällisessä tutkimuksessa, koska tarkoituksena ei ole löytää keskimääräisiä yhteyksiä eikä tilastollista säännönmukaisuutta (Hirsjärvi ym.2010, 181). Kanasen (2010, 41) mukaan laadullinen tutkimus soveltuu käytettäväksi parhaiten silloin, kun ilmiöstä ei ole tietoa, teorioita tai tutkimusta ja siitä halutaan saada selville syvällinen näkemys. Myös uusien teorioiden ja hypoteesien luomiseen sekä ilmiön kuvaamiseen laadullinen tutkimus soveltuu hyvin.

Laadullisen tutkimuksen tyyppejä eli lajeja on useita. Monet termit kuvaavat vain aineiston tai metodien tyyppejä, jolloin saattaa olla vaikea erottaa epistemologisia lähtökohtia ja metodeita toisistaan. (Hirsjärvi ym. 2010, 161-163.) Sisällönanalyysia voidaan pitää perusanalyysimenetelmänä laadullisessa tutkimuksessa, mutta myös väljän teoreettisena kehyksenä. Sisällönanalyysiä käytettäessä tarkoituksena on kuvata tutkittava ilmiö tiivistetyssä ja yleisessä muodossa eli siitä luodaan sanallinen ja selkeä kuvaus. Tätä menetelmää myös kritisoidaan keskeneräisyyden vuoksi, koska tutkija voi kuvata tutkimuksen varsin tarkasti, mutta johtopäätökset saattavat puuttua kokonaan ja järjestetty aineisto esitetään ikään kuin tuloksina. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91, 103). Tutkimusmenetelmän valintaan vaikuttaa oleellisesti se mitä, keneltä ja mistä ollaan tietoa etsimässä (Hirsjärvi ym. 2010, 181-184).

Tässä tutkimuksessa haluttiin saada näkemys masentuneiden nuorten hoidosta, hoidon käytänteistä ja hoitoketjun tunnettavuudesta. Laadullinen lähestymistapa tuntui sopivan parhaiten näiden asioiden tutkimiseen. Tutkimuksessa päätettiin käyttää analyysimenetelmänä sisällönanalyysiä, koska se sopi parhaiten kyseisen aineiston analysointiin. Määrällisen tutkimusosan analysointiin päätettiin käyttää yksinkertaista yhteenlaskumetelmää.

## 7.2 Tutkimusaineisto

Tutkimusaineistoa voidaan hankkia useilla eri tavoilla. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineiston määrällä ei ole niinkään merkitystä, koska tarkoituksena on ymmärtää tutkimuskohdetta (Hirsjärvi ym. 2010, 181-182.) Tässä tutkimuksessa käytettiin aineistona nuoren masennuspotilaan hoitoketjutyöskentelyyn liittyvää materiaalia, puhelinhaastattelua ja kyselylomaketutkimusta. Aikaisemmin ylemmän AMK opintojen aikana tehtiin tehtävä aiheesta terve ikääntyminen, jossa käsiteltiin masentuneen nuoren terveyden edistämistä ja terveen ikääntymisen tukemista kouluterveydenhuollossa. Ajatuksena tehtävän tekemisessä oli tiedon kartuttaminen nuoren masennuksesta ja masennuksen hoitoon liittyvistä asioista. Näitä tietoja käytettiin tutkimuksen teoriaosuudessa.

Tutkimuksen suunnitteluvaiheessa tehtiin sopimus opinnäyteyhteistyöstä PSHP: n perusterveydenhuollon yksikössä ylilääkäri, vastuualuejohtaja Doris Holmberg-Marttilan kanssa. Erillistä tutkimuslupaa ei tarvittu, mutta kyselylomakkeen saatekirjeeseen kirjattiin, että tutkimus toteutetaan yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikön kanssa.

Laadullisessa tutkimuksessa aineistonkeruumenetelmiä ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja dokumentoitu tieto (Tuomi & Sarajärvi 2009,71). Kyselyjä ovat esim. posti- ja verkkokysely sekä kontrolloitu kysely. Haastattelemalla voidaan kerätä tietoa strukturoidun haastattelun eli lomakehaastattelun, teemahaastattelun tai avoimen haastattelun avulla. Tutkimustietoa on mahdollista kerätä myös havainnoimalla tai perehtymällä dokumentteihin, elämänkertoihin tai erilaisiin tarinoihin. (Hirsjärvi ym.2010, 191-220.)



Tutkittavan aineiston määrä voi muodostua luonnollisella tavalla esim. tutkittaessa tietyn ryhmän jäseniä. Tutkijan tulee kartoittaa kenttä, jossa hän toimii. (Hirsjärvi ym. 2010, 181-182.) Tutkijan tulee valita tutkimukseen osallistujat tarkoituksenmukaisesti eli valitaan ne henkilöt, joilla on kokemusta tutkittavasta ilmiöstä (Kylmä & Juvakka 2012, 26). Hoitoketjutyöskentely oli tavallaan jo määritellyt tässä tutkimuksessa tutkittavan alueen eli Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnat ja niissä nuoren masennuksen hoidosta vastaavat tahot.

Tähän tutkimukseen valittiin aineistonkeruumenetelmiksi puhelinhaastattelu ja postikysely eli kyselylomaketutkimus. Puhelinhaastattelu valittiin aineistonkeruumenetelmäksi, koska se sopi ajankäytön puolesta paremmin kuin paikan päällä tehtävät haastattelut. Tutkimukseen valittuja kuntia oli yhteensä 23 ja matkustaminen kuntiin tekemään haastatteluja olisi vienyt aikaa paljon enemmän kuin puhelinhaastattelut. Tutkimukseen vastanneille henkilöille puhelinhaastattelu oli myös nopeampi menetelmä. Kyselylomaketutkimus valittiin toiseksi aineistonkeruumenetelmäksi, koska haluttiin saada mahdollisimman kattava aineisto.

### 7.3 Peruskartoitus ja otanta

Peruskartoituksen tekeminen aloitettiin 2/2013 ja sen aikana kerättiin kaikkien Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkuntien masentuneiden nuorten hoidosta vastaavien tahojen yhteystiedot. Apuna käytettiin Terveysportissa olevaa nuoren masennuspotilaan palveluverkon kuvausta ja siellä olevaa karttaa, josta selvisi "Pirkanmaan kuntien nuorisopsykiatria v. 2012" (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2013a). Tällä perusteella selvitettiin tutkimukseen valittujen kuntien määrä. Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä oli 23 jäsenkuntaa keväällä 2013. Ne olivat Akaa, Hämeenkyrö, Ikaalinen, Juupajoki, Jämsä, Kangasala, Kihniö, Lempäälä, Mänttä-Vilppula, Nokia, Orivesi, Parkano, Pirkkala, Punkalaidun, Pälkäne, Ruovesi, Sastamala, Tampere, Urjala, Valkeakoski, Vesilahti, Virrat ja Ylöjärvi.

Seuraavana kartoitettiin kyseisissä kunnissa olevien nuorten masennuksesta vastaavien tahojen ja niissä työskentelevien henkilöiden yhteystietoja. Tässä apuna käytettiin edelleen Terveysportissa palveluverkon kuvauksessa olevaa karttaa "Pirkanmaan kuntien nuorisopsykiatria v. 2012" (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2013a) sekä kuntien omia nettisivuja. Kunnat ja niiden mahdolliset yhteyshenkilöt listattiin puhelinhaastattelua varten. Yhteyshenkilöiden löytäminen oli muutamassa kunnassa haastavaa, koska masentuneen nuoren hoidosta vastaavat tahot olivat nettisivuilla hyvinkin erilaisilla nimillä. Tämän vuoksi tahojen kartoittamiseen meni aikaa melko paljon. Pääosaa työntekijöistä oli mahdollista tavoittaa vain tietynä puhelinaikana ja siksi valmistautuminen puhelinhaastattelujen tekemiseen vaati tarkan aikataulun puhelinaikojen mukaan.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa otannalla, otantamenetelmällä ja otoksella on suuri merkitys, koska ne vaikuttavat oleellisesti tutkimuksen tekemiseen. Populaation eli kohderyhmän tulee olla riittävän suuri, jotta siitä valittu ryhmä eli otos on kooltaan edustava. Otantamenetelmät voidaan jakaa todennäköisyysotantaan tai ei- todennäköisyysotantaan ja menetelmä valitaan aina tapauskohtaisesti. Tehokkain menetelmä ei välttämättä ole paras esim. kustannussyiden vuoksi. Todennäköisyysotannassa perusjoukon yksilöillä on sama mahdollisuus tulla valituksi ja tämä otantamenetelmä vaatii luettelon tai rekisterin perusjoukon yksilöistä. (Kananen 2010, 96-97.) Tässä tutkimuksessa otanta oli systemaattinen todennäköisyysotanta, koska kyselylomake lähetettiin puhelinhaastattelujen aikana kerättyjen tietojen perusteella masentuneiden nuorten hoidosta vastaaviin toimipisteisiin. Kananen (2010, 102-103) mukaan homogeenisestä joukosta riittää pienempi otoskoko kuin heterogeenisestä joukosta. Masentuneiden nuorten hoidosta vastaavaa joukkoa voidaan pitää varsin homogeenisenä, koska he ovat pääsääntöisesti terveydenhuollon ammattihenkilöitä ja toimivat saman kohderyhmän kanssa. Tämän tutkimuksen otokseksi muodostui Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnissa masentuneiden nuorten hoidosta vastaavista tahoista ja niissä työskentelevistä asiantuntijoista.

Puhelinhaastatteluun valmistauduttiin tekemällä kysymyslomake sitä varten. Lomakkeen tekemisessä auttoivat PSHP:stä Doris Holmberg-Marttila ja Leena Kuusisto. Heillä oli vankka tuntemus hoitoketjujen tekemisestä ja näkemys siitä, millaista tietoa puhelinhaastattelun avulla olisi mahdollista kerätä masentuneen nuoren palveluverkkoa ajatellen. Tarkoituksena oli saada puhelinhaastattelun avulla vastaukset ensimmäiseen tutkimuskysymykseen eli ketkä toimijat vastaavat masentuneiden nuorten hoidosta Pir-

kanmaan sairaanhoitopiiriin jäsenkunnissa perustasolla. Puhelinhaastattelun aikana myös informoitiin toimijoita myöhemmin tehtävästä kyselylomaketutkimuksesta. Puhelujen aikana kartoitettiin jokaisesta kunnasta yhteyshenkilö, jolle kyselylomake lähetettiin myöhemmin.

Puhelinhaastattelun kysymyslomake tehtiin Word muotoiseksi kyselylomakkeeksi (Liite 5). Strukturoitu lomake helpottaa itse haastattelun tekemistä, koska kysymykset ovat valmiina ja tietyssä järjestyksessä. (Hirsjärvi ym. 2010, 208). Strukturoidun lomakkeen avulla varmistettiin, että jokaisesta kunnasta selvitettiin samat asiat.

#### 7.4 Puhelinhaastattelu

Laadullisessa tutkimuksessa haastattelu on yksi päämenetelmistä. Haastattelu on tiedonkeruumenetelmänä varsin ainutlaatuinen, koska haastattelussa haastatteliija ja haastateltava ovat suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa. Tästä voi olla sekä etua että haittaa. Etuna nähdään etenkin joustavuus aineiston keräämisessä, sillä vastauksia on mahdollista tarkentaa. Haastattelijalla on myös mahdollisuus vaihtaa kysymysten järjestystä ja mukailia haastateltavan mukaan. (Hirsjärvi ym. 2010, 204- 206; Tuomi & Sarajärvi 2009, 73.) Puhelinhaastattelun etuna tutkijan kannalta on se, että haastattelun vuoksi ei tarvitse matkustaa ja haastatteluja on mahdollista tehdä useampia samana päivänä. Puhelimitse tehtävän haastattelun haittana on sanattoman viestinnän puuttuminen ja se saattaa aiheuttaa tulkintavirheitä. (Kylmä & Juvakka 2012, 88-89.) Etuna puhelinhaastattelussa on, että pääsääntöisesti vastaajiksi saadaan ne henkilöt, joita on suunniteltukin ja heidät on mahdollista tavoittaa myöhemminkin, mikäli tarvetta siihen ilmenee (Hirsjärvi ym.2010,206). Tuomen ja Sarajärven (2009, 72) mukaan haastattelun etuna on myös se, että haastateltavaksi voidaan valita sellainen henkilö, jolla on tietoa tutkittavasta aiheesta.

Puhelinhaastattelu oli sopiva tämän tutkimuksen menetelmäksi, koska kuntia oli paljon ja puhelinhaastattelun ajateltiin olevan nopeampi ja edullisempi vaihtoehto kuin paikan päällä tehdyt haastattelut. Joissain kunnissa kyseiset hoitotahot oli helppo tavoittaa ja

toisissa kunnissa taas tarvittiin useita puhelinkontakteja oikean henkilön löytämiseksi. Kylmän ja Juvakan (2012, 88-89) mukaan puhelinhaastattelun haittana on sanattoman viestinnän puuttuminen, mutta tässä tutkimuksessa sen ei koettu aiheuttavan haittaa. Tässä tutkimuksessa puhelinhaastattelu oli paikanpäällä tehtävää haastattelua tehokkaampi ja myös taloudellisesti edullisempi vaihtoehto. Aineistosta saatiin puhelinhaastattelujen perusteella laajempi kuva kuin olisi saatu pelkästään kyselylomaketutkimuksella.

Puhelinhaastattelut tehtiin seuraaviin kuntiin: Akaa (2 toimipistettä), Hämeenkyrö, Ikaalinen, Jämsä, Kangasala, Lempäälä, Mänttä-Vilppula, Nokia, Orivesi, Parkano, Pirkkala, Ruovesi, Sastamala (2 toimipistettä), Tampere, Valkeakoski (2 toimipistettä), Vesilahti, Virrat, Ylöjärvi. Yhteensä 21 toimipaikkaa. Kuuteen Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin jäsenkuntaan ei otettu yhteyttä, koska perusterveydenhuollon palvelut oli järjestetty toisen kunnan tai kuntien yhteistoiminta-alueen toimesta. Tarkoituksena oli kuitenkin saada mahdollisimman kattava selvitys Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin jäsenkuntien alueelta.

Puhelinhaastattelut ajoittuivat huhtikuuhun 2013. Joissakin kunnissa masentuneen nuoren hoidosta vastaava yksikkö, tiimi tai työntekijä löytyi ensimmäisellä puhelinsoitolla, kun taas joidenkin henkilöiden tavoittamiseen meni viikkoja. Työntekijöillä oli pääsääntöisesti puhelinaika, jolloin heidät oli mahdollista tavoittaa. Viidessä tapauksessa työntekijälle jätettiin puhelinvastajaan viesti, jossa kerrottiin haastattelusta ja pyydettiin ottamaan yhteyttä tutkijaan mahdollisimman pian. Kolmelle työntekijälle lähetettiin sähköpostia ja heitä pyydettiin ottamaan yhteyttä tutkimukseen liittyen.

Puhelinkierrosta jatkettiin, kunnes löydettiin yhteyshenkilö, joka toimi nuorten masennuksen hoidosta vastaavassa yksikössä. Henkilöä pyydettiin vastaamaan puhelinhaastattelun kysymyksiin. Häntä pyydettiin myös toimimaan yhteyshenkilönä omassa toimipaikassaan eli hänelle toimitettiin sovitusti kyselylomaketutkimus. Tällä tavoin varmistettiin, että yhteyshenkilö tiesi odottaa saavansa kyselylomakkeen.

Yhteyshenkilöille kerrottiin PSHP:n kanssa yhteistyössä tehtävästä tutkimuksesta, johon puhelinhaastattelu ja kyselylomaketutkimus liittyivät ja että tutkimus liittyi myös tutkijan opinnäytetyöhön. Heille kerrottiin puhelimitse tehtävästä yhteystietojen keräämisestä ja niiden toimittamisesta myöhemmin PSHP:n perusterveydenhuollon yksikköön

nuoren masennuspotilaan palveluverkkoon liittyen. Puhelinhaastatteluun vastanneet henkilöt vastasivat kysymyksiin avoimesti.

Puhelinhaastattelun aikana tiedot kerättiin sitä varten tehtyyn lomakkeeseen (Liite 5). Jokaisesta kunnasta tai kuntien yhteistoiminta-alueelta selvitettiin masentuneiden nuorten hoidosta vastaavien toimipaikkojen nimet ja yhteystiedot ja samalla selvitettiin vastaako masentuneiden nuorten hoidosta tiimi vai ei. Lisäksi selvitettiin toimipaikassa työskentelevien henkilöiden nimet, ammattinimikkeet ja yhteystiedot. Yhteyshenkilöille kerrottiin myöhemmin lähetettävän kyselylomaketutkimuksen tarkoituksesta, sisällöstä ja siihen liittyvistä käytännön asioista, kuten lomakkeen palauttamisesta postimaksuin maksetussa kirjekuoressa ja saatekirjeestä. Puhelinhaastattelun lopuksi yhteyshenkilöitä pyydettiin vielä tarkistamaan antamansa tiedot ja siksi yhteyshenkilöille lähetettiin täytetty puhelinkyselyä varten tehty lomake tarkistettavaksi sähköpostilla. He tarkastivat lomakkeen oikeellisuuden, tekivät tarvittavat muutokset ja palauttivat lomakkeen sähköpostilla tutkijalle. Kaikkiin suunniteltuihin nuoren masennuksesta vastaaviin tahoihin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnissa saatiin yhteys ja puhelinhaastattelut saatiin tehtyä. Aikaa puhelinhaastatteluiden tekemiseen meni noin kuukausi.

## 7.5 Kyselylomaketutkimus

Kysely on yksi tapa kerätä aineistoa tutkimusta varten. Englannin kielen sanalla *survey* tarkoitetaan kyselyn, haastattelun ja havainnoinnin muotoja, joiden avulla tietoa kerätään standardoidusti ja koehenkilöt muodostavat otoksen tietystä joukosta. Standardoituus tarkoittaa sitä, että asiaa tiedustellaan kaikilta vastaajilta samalla tavalla. Kyselytutkimuksen etuna nähdään laaja tutkimusaineisto. Tutkimuslomake voidaan lähettää vaikka tuhansille vastaajille ja aineisto on mahdollista analysoida tietokoneella. Toisaalta kyselytutkimuksella on myös heikkoutensa. Aina ei voida varmistua siitä miten toisissaan ja ajatuksella vastaajat ovat vastanneet ja miten onnistuneita annetut vastausvaihtoehdot ovat vastaajista. Väärinymmärrettyjen kysymysten kontrolloiminen on hankalaa ja toisaalta on vaikea tietää miten perehtyneitä aiheeseen vastaajat ovat. Kyselytutki-

muksen kato eli vastaamattomuus saattaa nousta suureksi ja vaikuttaa tutkimuksen tulokseen. (Hirsjärvi ym. 2010,193-195.)

Kyselylomake voidaan lähettää postissa tai sähköpostilla tutkittaville. Postitse lähetettävän kyselyn mukana tulee lähettää vastauskuori postimerkillä varustettuna sekä lähetekirje. Suurena haasteena postikyselyissä on kato. Suurelle yleisölle lähetetyistä kyselylomakkeista palautuu noin 30-40%, mutta tietyille erityisryhmälle lähetetyt lomakkeet palautuvat hieman suuremmalla vastausprosentilla. Tutkija joutuu karhuamaan lomaketta eli muistuttamaan vastaajaa, että hän ei ole vielä antanut vastaustaan. Karhuaminen suoritetaan pääsääntöisesti kaksi kertaa ja viimeisen karhuamisen jälkeen lähetetään uusi kysymyslomake. Tällä tavalla vastausprosentti saattaa nousta 70-80 prosenttiin. Postikyselystä tulee tutkijalle kuluja ja toisinaan vastaajien yhteystietojen saaminen saattaa olla haastavaa. (Hirsjärvi ym. 2010, 196.) Postikyselyn etuna nähdään, että vastaaja voi vastata kyselyyn silloin, kun se hänelle parhaiten sopii (Valli 2010, 107).

Kyselyn voi suorittaa aikaisemmin kehitetyllä ja testatulla lomakkeella tai lomakkeen voi rakentaa itse tutkimusta varten. Tavoitteena on aikaansaada mahdollisimman yksiselitteinen lomake niin, että jokainen vastaaja löytää siitä vastausvaihtoehdon itselleen. Tähän päästäkseen tutkijan kannattaakin tehdä jo lomaketta suunniteltaessa yhteistyötä kohderyhmän kanssa. (Valli 2010, 236.)

Kysymyslomake voidaan rakentaa monella eri tavalla. Kysymykset voivat olla avoimia kysymyksiä, jolloin vastaajalle on jätetty tilaa kirjoittaa vastauksensa. Monivalintakysymyksissä on valmiina numeroidut vastausvaihtoehdot, joista vastaaja merkitsee vastauksensa rastittamalla tai ympyröimällä vastauksen. Strukturoidun ja avoimen kysymyksen välimuotona voidaan pitää sellaista kysymystä, missä valmiiden vastausvaihtoehtojen jälkeen on vielä avoin kysymys. Tällöin vastaaja saa mahdollisuuden vastata sellaisesta näkökulmasta, jota tutkija ei ole ennakkoon osannut pohtia. Kysymykset rakennetaan usein lomakkeisiin sarjoina, jotta säästetään tilaa. Kysymyksiä voidaan rakentaa myös asteikkoihin eli skaaloihin, jolloin vastaaja valitsee onko hän samaa vai eri mieltä väittämän kanssa. Avoimilla ja monivalintakysymyksillä on molemmilla etunsa ja haittansa, jotka tulee huomioida kysymyslomaketta rakennettaessa. (Hirsjärvi ym. 2010,198-202.)

Tärkeä asia lomaketta luotaessa on sen selvyys. Kysymysten tulisi olla mieluummin spesifejä kuin yleisiä. Lyhyet kysymykset on helpompi ymmärtää kuin pitkät ja kak-

soismerkityksen sisältäviä kysymyksiä tulee välttää. Monivalintavaihtoehdot ovat parempia kuin samaa mieltä/ eri mieltä -väitteet. Kysymysten järjestykseen ja määrään kannattaa paneutua, jotta lomakkeesta ei tule liian pitkä ja raskas. Yleiset ja helpoimmat kysymykset tulee laittaa alkuun. Sanojen merkityksiin ja valintaan kannattaa paneutua, jotta vastaaja ymmärtää mitä kysytään. (Hirsjärvi ym. 2010, 202-203.)

Kysymyslomakkeen kysymykset luovat perustan tutkimuksen onnistumiselle. Avointen kysymysten etuna voidaan nähdä, että vastausten joukosta saattaa nousta hyviä ideoita. Haittana puolestaan on, että avoimiin kysymyksiin saatetaan jättää vastaamatta tai vastaukset saattavat olla varsin epätarkkoja. Toisinaan vastaaja voi vastata asian vierestä. Avoimet kysymykset vaativat tutkijalta paljon aikaa ja vaivaa, koska tulokset tulee luokitella ja laskea. (Valli 2010, 103, 126.)

Kyselylomakkeen (Liite 6) tekeminen alkoi 1/ 2013 ja sen rakentamisessa olivat suurena apuna PSHP: stä Doris Holmberg-Marttila ja Leena Kuusisto. Lomake luonnosteltiin useaan kertaan ja lomakkeen eri versioita pohdittiin sähköpostin välityksellä. Lomakkeen rakentaminen oli haasteellista, koska mielenkiintoisia asioita, joita olisi voinut asiantuntijoilta kysyä, oli runsaasti. Tutkimuskysymykset olivat kuitenkin perustana juuri näille kysymyksille, jotka tulivat valituiksi.

Kyselylomakkeen tekemiseen päädyttiin, koska tällä tavalla oli mahdollista kerätä riittävästi tietoa tutkimusta varten. Aluksi ajatuksena oli lähettää kyselylomake kaikille Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnissa masentuneiden nuorten hoidosta vastaaville työntekijöille. Ajatuksesta luovuttiin, koska aineistosta olisi tullut liian laaja. Puhe- linhaastattelun perusteella tehty listaus Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueella olevista toimipisteistä ja niissä toimivista työntekijöistä määritteli tarkan otokoon. Kuudessa kunnassa perusterveydenhuollon palvelut oli järjestetty toisen kunnan tai kuntien yhteistoiminta-alueen toimesta ja siksi kyselylomakkeita ei lähetetty jokaiseen kuntaan. Näitä kuntia, joissa terveyspalvelut olivat toisen kunnan tai kuntayhtymän alueella, olivat Juupajoki, Kihniö, Orivesi, Punkalaidun, Pälkäne ja Urjala. Akaaseen, Sastamalaan, Tampereelle ja Valkeakoskelle lähetettiin 2 kyselylomaketta siitä syystä, että näissä kunnissa masentuneita nuoria hoidettiin kahdessa eri toimipaikassa nuorten iästä riippuen. Ruovedellä ja Vesilahdessa masentuneen nuoren hoidon vastuu oli naapurikunnassa, mutta myös omassa kunnassa hoidettiin masentuneita nuoria, joten näihin

kahteen kuntaa lähetettiin myös kyselylomakkeet. Yhteensä lähetettiin 22 kyselylomaketta.

Vastaajia oli toimipisteestä riippuen 1-4 henkeä ja he antoivat yhden yhteisen vastauksen. Tämän todennäköisyysotannalla valikoituneen joukon todettiin olevan riittävän suuri sekä laadullisen että määrällisen tutkimuksen otoskooksi. Pohdinnassa oli myös kyselylomakkeen lähettäminen ja siihen vastaaminen sähköpostilla, mutta ajatuksesta luovuttiin. Postilla lähetettävän kirjeen ajateltiin tavoittavan vastaajan/vastaajat varmemmin kuin sähköpostilla lähetetty. Ajatuksena oli, että esim. työntekijän ollessa pitkään töistä pois sähköposti jää lukematta, mutta perinteisen kirjeen pääsääntöisesti kuitenkin avaa sijainen tai joku muu työyhteisön jäsen.

Kyselylomakkeessa oli aluksi yleisiä kysymyksiä, sen jälkeen avoimia, osittain strukturoidun ja avoimen kysymyksen välimuotoja, monivalintakysymyksiä ja lopuksi seurantakysymyksiä. Kyselylomakkeen alussa oli kolme kysymystä liittyen vastauksen ajankohtaan, kuntaan /toimintayksikköön ja vastaajiin tehtävänimikkeineen. Seuraavana oli 17 yleistason kysymystä, joista osa oli avoimia ja monivalintakysymyksiä liittyen nuoren masennuksen hoitoon ja nuoren masennuspotilaan palveluverkon tunnettavuuteen. Viimeiset kuusi kysymystä olivat seurantakysymyksiä nuoren masennuksen hoitoon liittyen. Seurantakysymyksiin pyydettiin keräämään tietoa toukokuussa 2013. Loppuun jätettiin tilaa kommenteille ja palautteille.

Kyselylomake pilotoitiin Nokian perhekeskuksen nuorisotiimin kolmella työntekijällä ja heiltä saatu palaute oli positiivista. He pitivät kysymyksiä hyvinä ja kattavina aiheeseen liittyen. Heiltä nousi toive, että lomakkeessa kysyttäisiin myös muustakin nuoren oireilusta kuin masennuksesta. Kohderyhmänä oli kuitenkin juuri masentuneet nuoret, joten kysymyksiä ei tästä syystä muutettu.

Kyselylomakkeet saatekirjeineen (Liite 7) ja vastauskuoret postimerkeillä varustettuina lähetettiin vastaanottajille 4/2013. Vastauskirjekuoret numeroitiin ja niistä tehtiin listaus, jotta vastausten palautumista oli helpompi seurata. Kyselylomakkeet pyydettiin palauttamaan tutkijalle 10.6.13 mennessä.

Kesäkuun 2013 loppuun mennessä kyselylomakkeista oli palautettu 9/22. Heinäkuussa 2013 vastaajat olivat pääsääntöisesti kesälomalla, joten elokuussa 2013 aloitettiin muistuttamiset lomakkeiden vastaamatta jättäneille. Osa oli unohtanut lähettää vastauksensa



ja osa ei ollut ehtinyt vastata kysymyksiin. Kaksi vastaajaa oli hukannut kyselylomakkeen, joten heille lähetettiin uudet lomakkeet. Yksi lähetetty vastaus ei ollut tullut perille, joten vastaajia pyydettiin vastaamaan kyselyyn uudelleen. Joitakin henkilöitä ei saatu puhelimitse kiinni ja heille lähetettiin sähköpostia. Kolmelle henkilölle lähetettiin myöhemmin kyselylomake sähköpostilla ja he palauttivat sen joko postitse tai sähköpostilla. Kolmea henkilöä yritettiin tavoittaa useamman kerran, mutta vastauksia ei kuitenkaan saatu. Elokuun 2013 aikana lomakkeista oli palautunut suurin osa ja viimeinen palautui 10/2013. Kaksi elokuussa ja syyskuussa kyselylomakkeen palauttaneista keräsi seurantatietoa sovitusti elokuulta, koska he eivät enää muistaneet toukokuun tilannetta. Huhtikuulta seurantatietoa kerättiin sovitusti yhdessä toimipisteessä. Vastauksia palautettiin 19 /22 kappaletta, joten vastausprosentti oli hyvä.

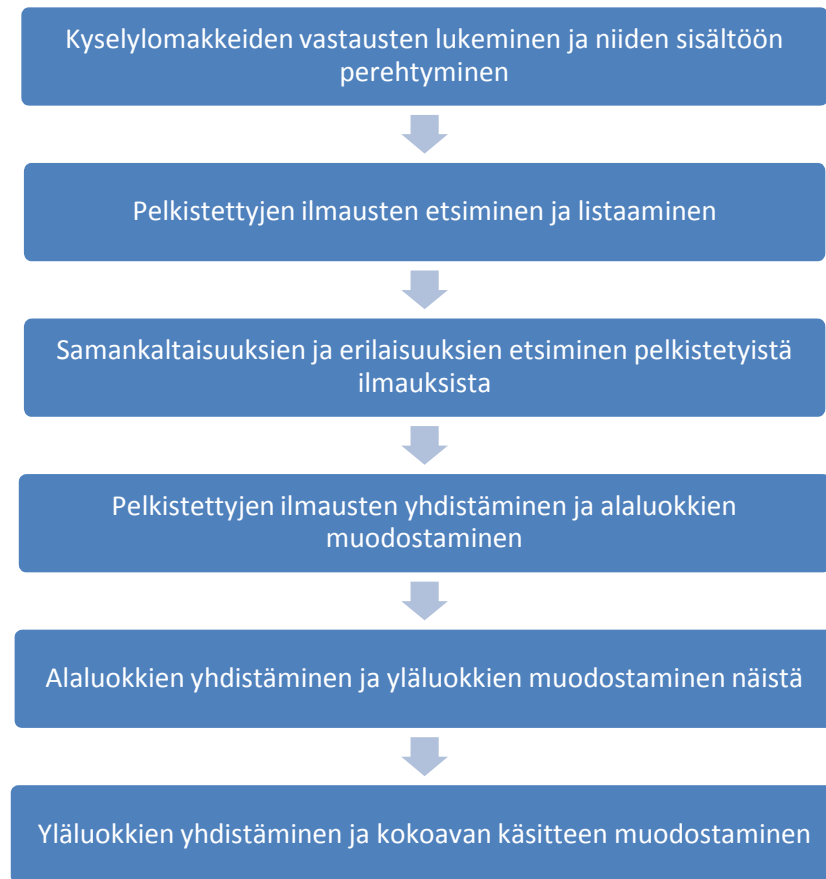
## 7.6 Aineiston analyysi

Aineiston keräämisen jälkeen tutkijan tulee suorittaa tutkimuksen analysointi, jotta tutkimuksen tulokset saadaan selville. Kylmä ja Juvakka (2012, 112-113) viittaavat useaan lähteeseen kuvatessaan sisällönanalyysia menetelmänä. Tavoitteena on tuottaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä kerätyn aineiston perusteella. Alunperin sisällönanalyysi on ollut määrällisen aineiston analyysimenetelmä, mutta ajan saatossa se on muuttunut ja nykyään tunnetaan määrällinen ja laadullinen sisällönanalyysi. Laadullisessa sisällönanalyysissä sisältöä kuvaavat luokat nousevat aineistosta. Tärkeää onkin tunnistaa aineistosta sisällölliset väittämät, jotka kuvaavat tutkittavaa ilmiötä. Sisällönanalyysissä kysymyksenasettelu ja tutkimuksen tarkoitus ohjaavat sitä kohti induktiivista päättelyä. Kaikkea tietoa ei ole tarkoitus analysoida, vaan ainoastaan keskittyä niihin asioihin, joihin haetaan vastauksia tutkimuksen tarkoituksessa ja tutkimustehtävissä.

Tuomen ja Sarajärven (2009, 105-106) mukaan sisällönanalyysissa pyritään sanallisesti kuvaamaan dokumenttien sisältöä. Sisällönanalyysi voi olla aineisto tai teorialähtöistä. Tämän tutkimuksen avointen kysymysten vastaukset analysoitiin sisällönanalyysin menetelmin. Tarkoituksena oli saada tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistettynä ja yleisessä muodossa.

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä aineistoa tutkitaan kolmivaiheisen prosessin avulla. Aluksi aineisto pelkistetään eli redusoidaan. Tämä tarkoittaa analysoitavan informaation tiivistämistä tai pilkkomista osiin. Pelkistäminen tehdään litteroimalla aineistoa tai koodaamalla tutkimukselle olennaiset ilmaukset. Sisällönanalyysissä tulee määrittää analyysiyksikkö, joka voi olla sana, lause tai ajatuskokonaisuus. Analyysiyksikkö määräytyy tutkimustehtävän ja aineiston laadun perusteella. Toisena vaiheena on klusterointi eli ryhmittely. Tässä vaiheessa koodatut alkuperäisilmaukset käydään läpi niin, että mahdolliset samankaltaisuudet/eroavaisuudet nousevat esiin. Nämä samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään luokaksi. Luokat nimetään luokkaa kuvaavalla nimellä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91, 107-113.) Tässä tutkimuksessa analyysiyksikkönä oli lause tai useamman lauseen ilmaisu.

Kolmas vaihe on aineiston abstrahointi. Siinä erotetaan tutkimuksen kannalta oleellinen tieto ja tämän perusteella muodostetaan teoreettinen käsitteistö. Abstrahointia jatketaan niin kauan kuin se on mahdollista. Klusteroinnissa saadaan alaluokat, jotka abstrahoidaan yläluokiksi ja mahdollisesti vielä pääluokiksi tai yhdistäviksi luokiksi. Tällä tavalla yhdistelemällä saadaan tutkimustehtävään vastauksia. Sisällönanalyysi pohjautuu siis tulkintaan ja päättelyyn, joka kulkee empiirisestä analyysistä kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91, 107-113.) Kylmän ja Juvakan (2012, 119) mukaan abstrahointivaihe on limittäin pelkistämisen ja ryhmittelyn kanssa. Heidän mukaansa tulee huomioida, että ei edetä liian nopeasti aineiston abstrahointitason nostamiseen. Vähitellen tapahtuva pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi johtavat vastausten saamiseen tutkimuksen tarkoituksiin ja tehtäviin. (Kuvio 1).



KUVIO 1. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen, Tuomi ja Sarajärvi 2009, 109

Kyselylomakkeiden avoimet kysymykset analysoitiin edellä kuvatulla tavalla. Tämä analysointi tehtiin käsin kirjoittamalla ja sitä kautta analysoimalla. Käsin kirjoittaminen tuntui helpommalta, koska tätä kautta paperilla olevat listaukset oli helppo ottaa esiin ja pohtia luokkien yhdistämistä. Tämä analysoinnin vaihe oli työläs ja vei paljon aikaa. (Liite 8). Seurantakysymysten vastaukset kirjattiin Excel-taulukkoon ja vastaukset saatiin laskemalla jokaisen kysymyksen vastausmäärät erikseen yhteen (Liite 9). Monivalintakysymysten vastaukset laskettiin erikseen yhteen ja saatuja lukuja vertailtiin keskenään. Toimipisteiden nimien ja tiimityöskentelyn määrät laskettiin yhteen luokittelemalla.

Puhelinhaastattelua varten tehdyt ja vastaajien tarkistamat lomakkeet toimitettiin sähköpostilla pyynnöstä PSHP: n perusterveydenhuollon yksikköön. Lomakkeiden tiedoista

selvisi toimipisteet, joissa masentuneiden nuorten hoidosta vastattiin tiimissä ja mitkä olivat masennuksesta vastaavan tahon yhteystiedot kussakin kunnassa. Lisäksi lomakkeista selvisi työntekijöiden määrä, nimet ja ammattinimikkeet yhteystietoineen. Kyse-lylomaketutkimukseen vastasivat pääsääntöisesti samat henkilöt, joten puhelinhaastatte-luissa saatujen tietojen julkaiseminen tässä tutkimuksessa jätettiin pois vastaajien ano-nyymisyyden säilymiseksi. Tutkimuksen kannalta tähän ensimmäiseen tutkimuskysy-mykseen vastaaminen ei muuta tulosta, mutta nuoren masennuspotilaan palveluverkon tietojen päivittämiseksi näillä tiedoilla on merkitystä. PSHP: n perusterveydenhuollon yksikön harkittavaksi jää missä muodossa puhelinhaastattelun vastaukset julkaistaan. Yhdestä kunnasta puhelinhaastattelun vastaukset jäivät kirjaamatta, koska työntekijä soitti tutkijalle sellaisessa tilanteessa, että kirjaaminen ei ollut mahdollista.

### 7.7 Väli- ja loppuraportointi

Väliraportointia tehtiin tutkimuksen edetessä Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin peruster-veydenhuollon yksikköön Doris Holmberg-Marttilalle ja Leena Kuusistolle. Kevään 2013 aikana yhteydenpitoa käytiin pääsääntöisesti sähköpostin välityksellä. Tutkimuk-sen merkeissä tapaamisia oli 2 kertaa vuonna 2012 sekä 2 kertaa vuonna 2013. Välira-portointina voidaan pitää myös PSHP:ssa Pitkäniemessä pidettyä hoitoketjun jalkautta-mistilaisuutta 2/2013. Tilaisuudessa kerrottiin juuri valmistuneesta masentuneen nuoren palveluverkosta Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnissa nuorten kanssa työskente-leville työntekijöille ja muille asiasta kiinnostuneille perustason työntekijöille. Tämän tutkimuksen osallisuudesta hoitoketjuun informoitiin tilaisuudessa.

Kevään 2014 aikana tämä tutkimus esitetään Nokian kaupungin terveysneuvonnan työn-tekijöille. Tutkimustulokset julkaistaan opinnäytetyönä Theseus- tietokannassa ja mah-dollisesti hoitoketjuun liittyvänä raporttina PSHP:n nettisivuilla.

## 7.8 Aikaisemmat tutkimukset ja hankkeet

Suomessa ei ole tehty vastaavanlaista tutkimusta liittyen nuoren masennuksen hoitoon tietyllä alueella. Muita nuoriin ja nuorten mielenterveyspalveluiden ja masennuksen hoitoon liittyviä tutkimuksia on olemassa.

Mielenterveyspalveluiden käytöstä ei ole kovinkaan paljon tutkimuksia. Häkkisen ja Alhan (toim. 2006) tutkimuksessa selvisi, että suomalainen terveydenhuolto on sosioekonomisten erojen suhteen eriarvoinen. Enemmän koulutetut ja ylempiin tuloluokkiin kuuluvat henkilöt hakeutuvat muita useammin terveystarkastuksiin ja seulontatutkimuksiin.

Kitinojan (2005,143-161, 221-224) tutkimuksessa koulukoteihin sijoitettujen lasten lastensuojeluasiakkuudesta ja kouluhistoriasta löytyi tietoa lasten (nuorten) masennuksesta. Tutkimuksen mukaan koulukoteihin sijoitetuilla lapsilla esiintyi mielenterveyden häiriöitä ennen sijoitusta koulukotiin 46,5% ja masennusta 19,6%. Lapsilla oli myös muita mielenterveyden häiriöitä. Noin puolet lasten vanhemmista oli eronnut (48,9%). Lapsilla oli ollut ennen koulukotiin sijoittamista paljon poissaoloja koulusta ja osittain sen vuoksi viimeisimmän peruskoulutodistuksen keskiarvo oli melko alhainen (6,0). Noin puolet oppilaista jäi luokalleen yläasteen aikana (52,8%). Vaikka tutkimuksessa puhutaan lapsista, niin lähes 90% tutkituista oppilaista oli yläasteella tai ammattikoulussa. Tutkijan mukaan lasten ongelmat kärjistyvät juuri nivelvaiheissa siirryttäessä alasteelta yläasteelle tai yläasteella opiskeltaessa. Keskeinen havainto oli, että keskiarvoa suurempi osa tutkituista lapsista oli siirretty luokkamuotoiseen erityisopetukseen koko tai osa-aikaisesti. Lisäksi monet lapset olivat saaneet erityisopetusta. Kokoaikaisesta erityisopetuksesta suurin osa tutkituista lapsista oli siirretty sopeutumattomien erityisopetukseen (ESY) ennen koulukotisijoitusta.

Joka toinen vuosi tehtävä valtakunnallinen kouluterveyskysely kertoo peruskoulun 8. ja 9. luokkalaisten hyvinvoinnista heidän itsensä kokemana. Kouluterveyskyselyissä 2004/2005-2013 selviää, että oppilaat kokevat pääsevänsä terveydenhoitajan vastaanotolle melko hyvin (13% kokee, että vaikea päästä vastaanotolle) ja että tilanne on parantunut parissa vuodessa. 56% nuorista kokee, että opettajat eivät ole kiinnostuneita oppilaiden kuulumisista. Viikoittaista kiusaamista on kokenut 7% oppilaista ja 4% ker-

too osallistuneensa kiusaamiseen vähintään kerran viikossa. Seksuaalista häirintää joskus tai toistuvasti on kokenut 54% ja seksuaalista väkivaltaa joskus tai toistuvasti 14%. Masentuneisuuden apua ammattiauttajalta kertoo hakeneensa 18%. Tämän tutkimuksen mukaan 68% asuu yhdessä äidin ja isän kanssa.(Terveystieteiden tutkimuskeskus 2013c.)

Suomen Akatemian (2011) rahoittaman tutkimuksen mukaan vanhempien köyhyys altistaa lapset pahoinvoinnille. Tutkimuksessa tutkittiin erilaisia rekisteritietoja vuonna 1987 syntyneistä sikiökaudelta vuoteen 2000. Vanhempien toimeentulo-ongelmien kasvu oli yhteydessä lasten huostaanottoihin, mielenterveysongelmiin, rikollisuuteen, kouluttamattomuuteen ja toimentulon pulmiin. Suojaavana tekijänä lasten pahoinvoinnille oli koulutus ja erityisesti äitien korkeampi koulutus. Aikuisiän hyvinvointi perustuu lapsuuden kokemuksiin. Ihminen muovautuu geeniperimän, kasvuolosuhteiden ja ympäröivän yhteiskunnan vaikutuksesta. Syrjäytyminen tai pärjääminen ei ole geneeissä, vaan kehityksellä on suunta, joka syntyy ja muuttuu jatkuvassa yksilön ja ympäristön kanssakäymisessä. Siirrämme sukupolvelta toiselle henkisiä, sosiaalisia, aineellisia ja kulttuurisia elämänhallinnan voimavaroja. Koettu hyväksyntä, saatu kannustus, hyvät vuorovaikutustaidot, johdonmukaisuus, kiinnostuneisuus ja koulun ja opettajien myönteinen asenne synnyttää pärjääjiä. Lapsiperheiden suhteellinen köyhyys on lisääntynyt Suomessa. Vuonna 2008 yli 150 000 lasta asui köyhässä perheessä ja yksinhuoltajien lapsista joka neljäs on köyhä. Toimeentulohuolet vaikuttavat niin lasten aineelliseen hyvinvointiin kuin vanhemmuuden heikentymiseen. Köyhyys vaikuttaa vanhempien ja perheen kiinnittymiseen yhteiskuntaan.

Korkeilan (2011) artikkeli kuvaa psykiatristen hoitojärjestelmien kansainvälistä vertailua. Korkeilan mukaan kansainvälinen vertailu on tarpeen, vaikka siinä onkin erilaisia haasteita. Mielenterveyden häiriöt ovat kasvussa, mutta tutkittua tietoa eri maiden hoitojärjestelmien erilaisuuksista on niukasti. Palveluiden tarjoajana Suomi on kärkiryhmissä, samoin tieteen tuottamisessa. Suomen kannalta keskeisinä asioina tutkimuksessa nousi esiin muutamia seikkoja. Suomessa on OECD- maista viidenneksi eniten psykiatreja suhteutettuna väestöön ja hoitohenkilökunnan määrä on suurin. Korkeila pohtii, että vaikuttaako hallinnon pirstaleisuus työvoiman oikeanlaiseen kohdentamiseen? Suomessa psykiatriseen erikoissairaanhoidon kohdistuu suurempi paine kuin muissa Pohjoismaissa ja pohdittavana onkin, onko osaaminen ja voimavarat riittäviä perusterveydenhuollossa. Jatkokoulutuksen kohdentumisessa saattaa olla myös haastetta. Depressiohoi-

tajamalli vaikuttaa toimivalta innovaatiolta, mutta mahdollisuus konsultaatioihin on mahdollista vain osassa Suomea. Usean ammattiryhmän yhteistyö liittyy hoidon kattavuuteen. Terveyskeskuksissa psykologien yhteistyö lääkärin kanssa ei ole integroitunut. Suomessa ei ole tutkittu psykiatrisen hoidon tarpeiden tyydyttämisen vaihtelua, mutta alueellinen sairastavuuden vaihtelu on suurta. Pohjois-Suomessa palveluiden käyttö on vähäistä, vaikka sairastavuus on suurta. Avohoito on Suomessa tehotonta ja ratkaisuksi nähdään aikarajoitteiset ryhmä- ja yksilöterapiamallit psykoosia lievempien häiriöiden hoidossa. Hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen potilaat laitetaan hoitojonoon ja kun hoito on saatu päätökseen, heille tarjotaan joko epäintensiivisempää seuranta tai hoito päättyy. Tämä nähdään parempana vaihtoehtona kuin se, että kaikki potilaat jäävät roikkumaan epätarkoituksenmukaiseen epäintensiiviseen hoitoon. Suomessa psykiatrisen avohoito on maailman hajautetuin ja tämän vuoksi sen kehittäminen on haastavaa. Siitä huolimatta kansainvälisessä vertailussa psykiatrisen avohoitomme on korkeatasoista.

## 8 TULOKSET

### 8.1 Masentuneiden nuorten hoidosta vastaavat tahot Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnissa perustasolla

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymään kuului 23 kuntaa keväällä 2013. Ne olivat Akaa, Hämeenkyrö, Ikaalinen, Juupajoki, Jämsä, Kangasala, Kihniö, Lempäälä, Mänttä-Vilppula, Nokia, Orivesi, Parkano, Pirkkala, Punkalaidun, Pälkäne, Ruovesi, Sastamala, Tampere, Urjala, Valkeakoski, Vesilahti, Virrat ja Ylöjärvi.

Puhelinhaastatteluiden perusteella selvisi, että viidessätoista kunnassa masentuneen nuoren hoito oli perustasolla järjestetty omassa kunnassa. Kahdeksassa kunnassa hoito oli järjestetty yhteistyössä toisen kunnan tai kuntayhtymän kanssa. Masentuneen nuoren hoidosta vastaavat toimipaikat olivat (ensin mainittuna kunta, joka vastaa myös suluissa olevan kunnan masentuneen nuoren hoidosta): Akaa (Urjala), Hämeenkyrö, Ikaalinen, Jämsä, Kangasala (Juupajoki, Orivesi, Pälkäne), Lempäälä, Mänttä-Vilppula, Nokia, Parkano (Kihniö), Pirkkala (Vesilahti), Sastamala (Punkalaidun), Tampere, Valkeakoski, Virrat (Ruovesi) ja Ylöjärvi. Ruovedellä ja Vesilahdessa masentuneen nuoren hoitovastuu oli toisessa kunnassa, mutta myös omassa kunnassa hoidettiin masentuneita nuoria.

Tutkimuksessa selvitettiin vastasiko masentuneiden nuorten hoidosta tiimi vai ei. Pirkkalassa, Ruovedellä, Vesilahdessa ja Virroilla ei ollut tiimiä vastaamassa masentuneiden nuorten hoidosta. Muissa kunnissa nuorten hoidosta vastattiin tiimissä.

Masentuneiden nuorten hoidosta vastaavien toimipisteiden nimet vaihtelivat. Toimipisteiden niminä olivat (lukumäärä jäljessä) : Nuorisopsykiatrinen poliklinikka 3, nuorisopsykiatrinen työryhmä 3, perheneuvola 3, psykiatrinen sairaanhoitaja 3, mielenterveystoimisto 2, nuorisotiimi 2, perheneuvonta 2, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto 1, kasvatus - ja perheneuvonta 1 ja kaksi erisnimellä olevaa toimipistettä (Taulukko 1). Nämä tiedot saatiin sekä puhelinhaastattelun että kyselylomaketutkimuksen tuloksista.



Puhelinhaastatteluiden perusteella selvitettiin toimipisteissä masentuneiden nuorten hoidosta vastaavien henkilöiden nimet, ammattinimikkeet, puhelinnumerot ja sähköpostiosoitteet (yhdestä kunnasta tiedot puuttuvat). 17 toimipisteestä selvitettiin henkilöiden toimipisteessä käyttämä työaikaresurssi. Nämä tiedot toimitettiin sähköpostilla PSHP:n perusterveydenhuollon yksikköön, jossa ne lisätään nuoren masennuspotilaan palveluverkkoon.

TAULUKKO 1. Kunnat, masentuneiden nuorten hoidosta vastaava kunta, toimipaikan nimi ja asiakkaiden ikäraajat (Punaisella kunnat, joissa masentuneen nuoren hoitovastuu toisella kunnalla. Sinisellä kunnat, joissa hoitovastuu toisella kunnalla, mutta masentuneita nuoria hoidetaan myös omassa kunnassa)

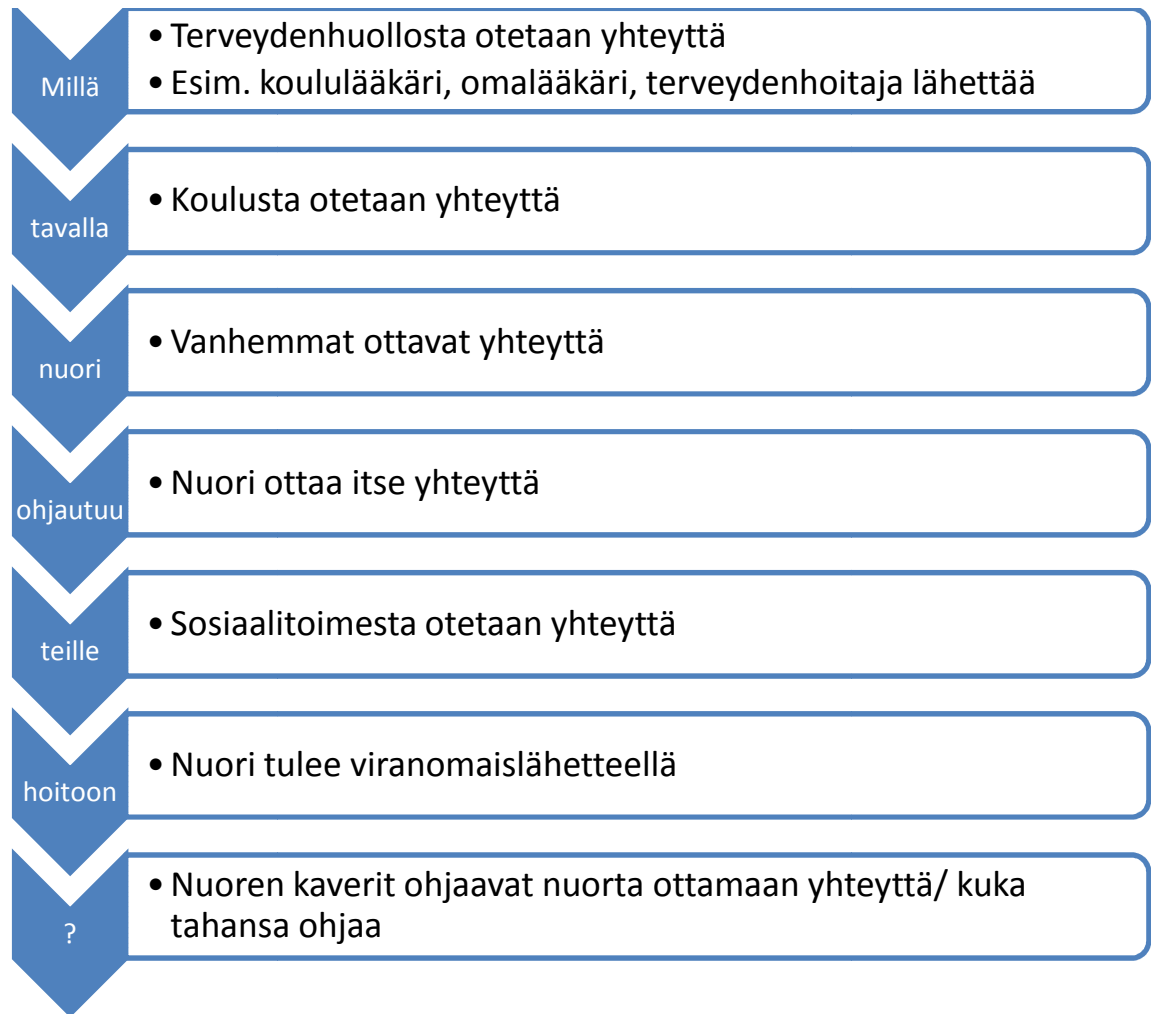
Kunnat	Hoitovastuu	Toimipaikan nimi	Ikä
Akaa		Perheneuvola	0-16
Hämeenkyrö		Perheneuvonta	0-18
Ikaalinen		Perheneuvonta	0-18
Juupajoki	Kangasala		
Jämsä		Nuorisopsykiatrinen. poliklinikka	13-18 (23)
Kangasala		Nuorisopsykiatrinen työryhmä	13-22
Kihniö	Parkano		
Lempäälä		Nuorisotiimi	13-18
Mänttä-Vilppula		MTT psykologi ja psyk. Sh	13-22
Nokia		Nuorisopsykiatrinen työryhmä	13-18
Orivesi	Kangasala		
Parkano		Kasvatus - ja perheneuvonta	0-18
Pirkkala		Helaakallion klinikka	13-18
Punkalaidun	Sastamala		
Pälkäne	Kangasala		
Ruovesi	Virrat	MTT sh, kouluth. ja sh	13->
Sastamala		Mielipiste/Perheneuvola	0-14 (ja 16-18)
Tampere		Nuorisopsykiatrinen .poliklinikka (2 tiimiä)	13-19
Uusikaupunki	Akaa		
Valkeakoski		Perheneuvola/ Nuorisopsyk,työryhmä	0-16 ja 16-20
Vesilähti	Pirkkala	Psyk.sh	13-19
Virrat		Koulu - ja opiskeluterveydenhuolto, sh ja 2 x th.	13->
Ylöjärvi		Nuorisotiimi	13-19

8.2 Nuoren masennuspotilaan hoidon käytännöt Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnissa perustasolla

Tutkimuksessa tutkittiin masentuneiden nuorten hoitoa nuoren masennuspotilaan palveluverkon ikäjakauman mukaisesti. Toimipisteestä riippuen hoidettavien nuorten ikähaarukka oli 0- 23-vuotta. Toimipisteissä, joissa masentuneen nuoren hoidosta vastasi perhekeskus, perheneuvola tai perheneuvonta ikäraja alkoi lapsen syntymästä ja päättyi 15-18 -vuoteen. 11:ssä toimipisteessä ikärajat olivat 13:sta vuodesta ylöspäin päättyen 18-23 ikävuoteen. Tutkituissa kunnissa nuoria hoidettiin pääsääntöisesti yhdessä toimipisteessä, mutta neljässä kunnassa nuorten hoito oli jakautunut kahteen toimipisteeseen (Akaa, Sastamala ja Tampere, jossa yksi toimipiste ja siellä 2 tiimiä sekä Valkeakoski). 6 kunnassa tai kuntien yhteistoiminta-alueella nuorta ei siirretty aikuispsykiatriasta vastaavan tahon vastuulle hänen täytettyään 18 vuotta, vaan nuori sai jatkaa nuorisopuolella 19-23-vuotiaaksi asti.

Ainoastaan yhdessä kunnassa masentuneiden nuorten hoito päättyi perheneuvolassa 16 ikävuoteen ja sen jälkeen masentuneella nuorella ei ollut saatavana hoitoa omassa kunnassa. Yhdessä kunnassa perheneuvolassa hoidettiin 0-14-vuotiaita ja vain satunnaisesti yli 16-vuotiaita otettiin hoitoon aikuispsykiatrian puolelle. Kyseisessä kunnassa 14-16-vuotiaiden hoidosta vastasi terveydenhoitaja tai omalääkäri. Muissa kunnissa nuoren masennusta hoidettiin omassa tai kuntayhtymän toimipaikassa jatkumona 18 ikävuoteen asti. Tällöin hoito saattoi alkaa esim. perheneuvolassa ja jatkua nuorisopsykiatrisessa työryhmässä.

Suurin osa masentuneista nuorista tuli hoidon piiriin terveydenhuollon eri toimipisteistä tulleen yhteydenoton perusteella (Kuvio 2). Toiseksi eniten nuori ohjautui hoitoon koulun kautta tai vanhemmat ja nuori itse ottivat yhteyttä. Myös sosiaalitoimesta, TAYS:sta ja jopa kavereiden ohjaamana tultiin hoidon pariin. Nuori pääsi tutkimuksen mukaan hoitoon pelkän masennusoireilun perusteella.



KUVIO 2. Nuoren ohjautuminen hoitoon perustasolla

Hoitokäytänteitä tutkittaessa selvitettiin nuoren hoidosta vastaavaa henkilöä ja mitä tehtäviä vastuuhenkilölle kuului. Neljässä toimipisteessä ei ollut nimetty ketään nuoren hoidon vastuuhenkilöksi. Muissa toimipisteissä vastuuhenkilönä toimi nuorta hoitava työntekijä, tiimi tai työparina ollut lääkäri. 13 toimipisteessä työskenneltiin tiimeissä. Niissä kunnissa, joissa ei ollut tiimiä, yksittäinen työntekijä tai työntekijät vastasivat hoidosta, koska yhteistyötä tiimin kesken ei luonnollisesti ollut.

Vastuuhenkilölle kuului monenlaisia työtehtäviä, joita olivat nuoren tilanteen kartoitus, arvio nuoren psykiatrisesta hoidon tarpeesta, hoitosuunnitelman teko ja yhteistyö eri toimijoiden kanssa. Vastuuhenkilö teki yhteistyötä tiimin sisällä, erikoissairaanhoidon, vanhempien ja hoitavan lääkärin kanssa. Hän vastasi nuoren hoidon suunnittelusta, koordinoinnista, hoidon tuloksellisuuden seurannasta ja toteutuksesta, jota on esim. tu-

ki- ja yksilökeskustelut. Jatkohoidon suunnittelu ja kuntoutus olivat osa vastuuhenkilön työtä. Vastuuhenkilön tehtäviin kuului myös yhteistyö eri tahojen kanssa, verkostojen koollekutsuminen ja tiedonsiirrosta vastaaminen. Joissain tapauksissa vastuuhenkilö toimi asiantuntijana oppilashuoltoryhmissä.

Kaikki alusta loppuun eli nuoren oireiden seulonta, vanhempien ja esim. koulun haastattelu, nuorisopsykiatrille ohjaaminen/ konsultoiminen, hoito jne.(10)

Kyseessä on pieni yksikkö, tyypillinen tilanne on se että työntekijä vastaa itsenäisesti koko asiakassuhteesta.(3)

Toimipisteissä oli tarjolla monenlaisia palveluita masentuneelle nuorelle ja hänen perheelleen. Lähes jokaisessa toimipisteessä oli tarjolla yksilötapaamisia, verkostoneuvotteluja, perhekäyntejä ja vanhempien tukikäyntejä masentuneen nuoren hoitamiseksi. Erilaisia ryhmiä nuorille oli ollut tarjolla tai niitä oli suunnitteilla. Näitä olivat mm. oireenhallinta ryhmä, vanhempien ryhmä, art -ryhmä, sosiaalisten taitojen ryhmä, kuvataideterapiaryhmä ja Friends -ryhmä. Muina palveluina mainittiin lääkärin palvelut, terapiat, konsultaatiot, psykologin tutkimukset, toiminnalliset ohjaajakäynnit ja matalan kynnyksen ohjantapalvelut. Vanhempia ohjattiin lisäksi ottamaan yhteyttä Omaiset mielenterveystyön tukena ry:n. Etsivän nuorisotyön ja seurakunnan kanssa tehtiin myös yhteistyötä.

Tiedonkulkua tutkittiin nuorelta ja hänen läheisiltään tiimille, tiimin sisällä ja tiimiltä nuorelle. Toimipisteissä, joissa ei ollut tiimiä, tieto kulki suoraan nuoren ja työntekijän välillä. Tieto siirtyi nuorelta tiimille vastuuhenkilön välityksellä, mutta myös muiden viranomaisten esim. lääkärin, terveyden- tai sairaanhoitajan kautta saatiin tietoa nuoresta. Tieto välittyi puhelimitse, sähköpostilla, tekstiviestein ja jossain tapauksessa sihteerin kautta. Tiedonkulkua tiimille tai hoitavalle taholle tapahtui nuoren tapaamisilla ja hoitoneuvotteluissa.

Tiimin sisällä tieto kulki monella eri tavalla. Pääsääntöisesti tiimeillä oli sovitut tapaamiset, joissa jaettiin tietoa keskustellen toisten työntekijöiden kanssa. Tietoja vaihdettiin neuvotteluissa perheen läsnä ollessa ja toisaalta myös taukojen aikana. Lisäksi tiedonkulkua oli vastuuhenkilön välityksellä tai esim. sovituissa kouluterveydenhuollon palaverissa. Tiedonvaihdossa käytettiin keskustelujen lisäksi puhelua, sähköpostia, viestitelyä viestilapuilla ja asiakirjojen välityksellä. Sähköistä sairauskertomusjärjestelmää

(Pegasos) käytettiin tiimin sisäiseen tietojen vaihtoon. Tutkittaessa miten tieto kulki tiimiltä nuorelle tai hänen läheisilleen tuli vastauksina lähes samoja vastauksia kuin kysymykseen miten tieto kulki nuorelta tiimille. Lisänä olivat verkosto/ palautepalaverit ja perhetapaamiset.

Masentuneen nuoren hoidossa tiedonkulun parantamiseksi nousi esiin useita ajatuksia. Yhteispalaverit ja verkostoneuvottelut sekä selkeät yhteistyökuviot ja selkeä työjako nähtiin tiedonkulkua edistävinä asioina. Toimiva yhteistyö, tiivis yhteydenpito, hyvä tiedonkulku ja tutuus työntekijöiden kesken koettiin tiedonkulkua edistävinä seikkoina. Yhteisen tietojärjestelmän puute sekä ajan vähyys ja kiire koettiin tiedonkulkua haittaavina asioina. Luvan kysyminen nuorelta hänen tietojensa luovuttamiseksi nähtiin tiedonkulkua edistävänä asiana samoin kuin tiivis yhteydenpito nuoren kotiin.

Mielestämme tiedonkulun suurin este on kiire ja että aina ei ehdi huomioida ketä kaikkia tieto koskee ja ketä nuorelle tärkeitä tulisi huomioida. Verkostotyö toimii mielestämme pääosin hyvin (kunnan nimi). Tutuus (työntekijöiden) auttaa.(8)

Masentuneen nuoren hoidosta vastaavat tahot konsultoivat monia tahoja nuoren hoitoon liittyen (Kuvio 3). Kuntien sisällä konsultoitettiin lastenpsykiatria (perheneuvolan tai ostopalvelu), nuorisopsykiatria (kunnan omaa tai ostopalvelu), päivystävää lääkäriä tai omalääkäriä. Konsultoitavia tahoja olivat myös sosiaalitoimi, etenkin lastensuojelu, kouluterveydenhuollon työntekijät, koulun erityistyöntekijät esim. kuraattori ja muu koulun väki. Myös laboratorio, päihdetyöntekijät, perhekeskuksen muut työryhmät sekä tiimin muut jäsenet sekä työnohjaus mainittiin konsultoitavina tahoina. Yhdessä vastauksessa mainittiin konsultoitavan myös nuoren vanhempia. TAYS:sta konsultoitettiin nuorisopsykiatrian poliklinikalla lääkäriä tai sairaanhoitajaa.



KUVIO 3. Masentuneen nuoren hoidossa konsultoitavat tahot

Masentuneesta tai oireilevasta nuoresta tehtiin tutkimuksen mukaan lähete erikoissairaanhoidon silloin, kun perustason palvelut eivät olleet riittäviä tai kun kriteerit lähettämiseen täytyivät (Kuvio 4). Lastenpsykiatri tai nuorisopsykiatri teki arvion nuoren tilanteesta Käypä hoito- suositusten tai hoitoketjun ohjeistuksen mukaisesti. Lähettämisen syytä olivat psykoosit tai psykoottistasoinen masennus, akuutti tai vaikea itsetuhoisuus tai nuoren moniongelmaisuus. Lääkityksen kuntoon saattaminen tai vakava sairastumisen riski sekä toisaalta nuoren ongelmien pitkittyminen olivat syytä erikoissairaanhoidon läheteeseen.

hoitoon lähettämiseksi. Vakava masennus, nuoren eristäytyminen tai esim. nuoren jättäytyminen pois koulusta mainittiin myös lähettämisen syinä. Toimintakyvyn romahtaminen, syömishäiriöt, vaikea perhetilanne tai arvio osastohoidon tarpeesta saattoivat aiheuttaa lähetteen tekemisen erikoissairaanhoidon.



Kuvio 4. Lähetteen tekeminen erikoissairaanhoidon

Tutkimuksen mukaan lähetteen nuoresta erikoissairaanhoidon teki lastenpsykiatri, nuorisopsykiatri, terveyskeskuslääkäri tai omalääkäri. Tutkittaessa oliko toimipisteessä käytössä lähete-palautejärjestelmä nuoren siirtyessä jatkohoitoon ainoastaan kahdessa vastauksessa oli, että ei ole olemassa mitään lähete-palautejärjestelmää (Kuvio 5). Muualla lähetteinä erikoissairaanhoidon käytettiin hoitotyön yhteenvetoa tai laajaa käyntitekstiä. Nuoresta tehtiin myös jatkohoitolähete tai hänestä lähetettiin epikriisi jatkohoitopaikkaan. Palaute jatkohoitopaikasta eli tässä tapauksessa erikoissairaanhoidosta saatiin joko puhelimitse tai kirjallisena (epikriisi nuoren luvalla sähköisesti tai paperilla). Tiedonsiirtopalaverit myös järjestettiin. Haasteena koettiin, että potilastietojärjestelmä perustason ja erikoissairaanhoidon välillä ei ollut yhteinen ja hankaloitti yhteydenpitoa. Perustasolle ei tullut aina tietoa siitä, että onko nuori saanut ajan erikoissairaanhoidon.

Ei ole tiettyä järjestelmää

Lähetteet erikoissairaanhoidon tekee lastenpsykiatri, terveyskeskuslääkäri tai omalääkäri

Lähetteenä toimii:

- hoitotyön yhteenveto
- jatkohoitolähete
- epikriisi
- loppulausunto

Palaute TAYS:ta perustasolle:

- yhteydenotto puhelimitse
- tiedonsiirtopalaverit
- kirje TAYS:ta, josta selviää nuoren ensimmäinen aika erikoissairaanhoidon
- epikriisi nuoren luvalla
- epikriisi sähköisenä tai paperilla

Perustasolla yhteinen potilastietojärjestelmä toimii

TAYS:n kanssa tiedonkulku ei toimivaa ( ei tule tietoa, että onko nuorelle annettu sinne aika)

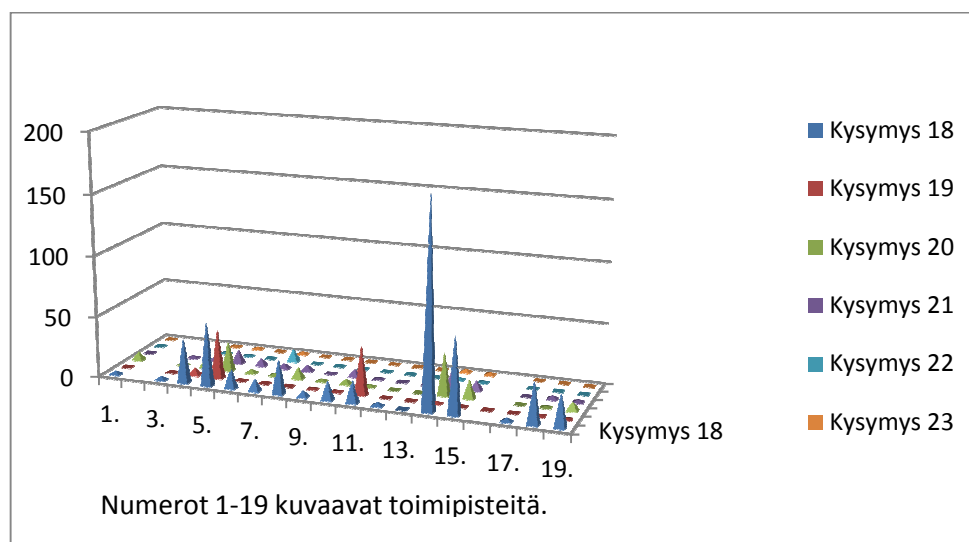
KUVIO 5. Jatkohoidon lähete-palautejärjestelmä



Seurantakysymysten tutkimusajankohta oli 1-31.5.2013. Yhdessä toimipisteessä tiedot kerättiin sovitusti 4/2013 ja kahdessa toimipisteessä 8/2013. Tämän ei ajateltu vaikuttavan merkittävästi tutkimuksen luotettavuuteen, koska kyseessä ei ollut pääasiallinen kesälomakuukausi, vaan hyvinkin toukokuuhun verrattava kuukausi avohoidon työn kannalta.

Masentuneita tai masennusoireista kärsiviä nuoria oli toimipisteissä hoidettavana kyseisenä ajankohtana yhteensä 486 nuorta. Toimipaikasta riippuen nuoria oli hoidon piirissä 0-170 nuorta (Kuvio 6). Yhteen vastaukseen oli kirjattu, että asiakastilastoista ei saa suoraan lukuja ja siksi niitä ei oltu laitettu. Yhdessä vastauksessa oli kirjattu vastauksia sanallisesti ilman lukuja.

Kotikäyntejä tehtiin 92 ja perhetapaamisia oli 121. Verkostotapaamisia järjestettiin 66 kertaa. 15 kertaa nuoren palatessa erikoissairaanhoidosta perustasolle epikriisi ei ollut käytettävissä nuoren saapuessa vastaanotolle. Erikoissairaanhoidosta oltiin perustasolle yhteydessä muuten kuin epikriisin välityksellä liittyen masentuneen nuoren hoitoon 10 kertaa.



Kuvio 6. Kuvaus seurantatutkimusten vastauksista

Kuviossa 6. on esitetty seurantakysymysten vastaukset visuaalisesti. Numerot 1-19 kuvaavat toimipisteitä, joista saatiin vastaukset kyselylomaketutkimukseen. Lomakkeella olleet seurantakysymykset ovat puolestaan numerot 18-23 (selvyyden vuoksi numerot

samat kuin kyselylomakkeessa). Kuvion pylvääät kuvaavat vastauksia visualisesti seuraaviin kysymyksiin:

18. Kuinka montaa masentunutta nuorta tai masennusoireista kärsivää nuorta toimipisteessänne hoidettiin 1.5-31.5.2013 välisenä aikana?

19. Kuinka monta kotikäyntiä yhteensä yksiköstänne tehtiin masentuneen tai oireilevan nuoren kotiin toukokuussa 2013?

20. Kuinka monta kertaa teidän yksikössänne oli yhteensä masentuneen tai oireilevan nuoren hoitoon liittyen perhetapaamisia toukokuussa 2013?

21. Kuinka monta kertaa teillä yksikössänne oli yhteensä verkostotapaamisia masentuneen tai oireilevan nuoren hoitoon liittyen?

22. Kuinka monta kertaa erikoissairaanhoidosta teille jatkohoitoon tulleen masentuneen tai oireilevan nuoren epikriisi ei ollut yksikössänne käytettävissä nuoren tullessa vastaanotolle?

23. Kuinka monta kertaa erikoissairaanhoidosta oltiin teidän yksikköönne yhteydessä muuten kuin epikriisin välityksellä liittyen masentuneen tai oireilevan nuoren hoitoon kyseisenä ajankohtana?

Kyselykaavakkeen lopussa oli mahdollisuus kommentoida kyselykaavaketta tai masentuneen nuoren hoitoon liittyviä asioita. Suurin osa jätti vastaamatta tähän kohtaan, mutta joitakin vastauksia tuli.

Olemme kullekin palveluverkkosivuista, mutta sivuilla on vähän arjen työssä hyödynnettävää tietoa ja materiaalia, tätä toivoisimme enemmän.  
(1)

Paljon kysymyksiä, joihin vaikea vastata. Asiakastilastoinnista ei saa suoraan diagnoosin perusteella lukuja. Yhteistyön parantaminen kuntien ja nuorisopsykiatrian välillä olisi tärkeää hoidon tehostamiseksi. Perhe neuvontaan varataan itse aika, eikä lähetettä vaadita.(2)

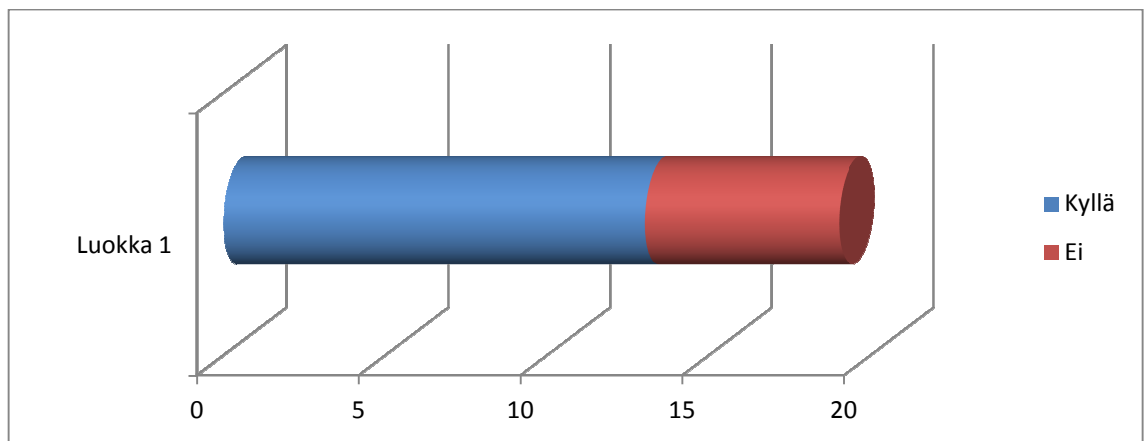
Erikoissairaanhoidosta toivottiin saatavan nuorisopsykiatrin palveluita, joita olisi mahdollista "ostaa" kuntiin. Nuoren hoito oli muuten mahdollista hoitaa kunnassa, mutta erikoislääkärin kannanottoa oli vaikea järjestää.

Juuri kotikuntaan tilannekartoitukseen tullut nuori päätetään lähettää erikoissairaanhoidon, tehdään mahd. kk. sisään samat selvitykset/ kysymykset kolmeen kertaan, kun tarvittaisiin vain erik.lääkärin kannanotto tilanteesta. (11)

Opiskeluterveydenhuoltoon toivottiin nuorisopsykiatrin konsultointipalveluita. Yhteydenottoja erikoissairaanhoidosta koettiin olevan perustasolle lähes ainoastaan TAYS:n avohoidon intensiiviosastolta. Työnjako lastensuojelun kanssa oli ajoittain hankalaa, koska ei ollut selvyttä kumpi hoitaa ja mitä.

### 8.3 Nuoren masennuspotilaan palveluverkon tunnettavuus Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnissa perustasolla

Nuoren masennuspotilaan palveluverkon tunnettavuutta tutkittaessa selvisi, että vastanneista 13/19 oli tietoisia kyseisestä palveluverkosta ja 6/ 19 ei tiennyt siitä (Kuvio 7).



KUVIO 7. Palveluverkon tunnettavuus PSHP :n jäsenkunnissa perustasolla

Toimijat olivat kuulleet palveluverkosta pääsääntöisesti PSHP:n nettisivuilta ja työnantajan välityksellä sekä lukeneet siitä Terveysportista (Kuvio 8). Osa oli saanut siitä tietoa muulla tapaa, esim. oman kunnan työntekijä oli osallistunut palveluverkon tekemiseen, työntekijä oli osallistunut palveluverkon jalkauttamistilaisuuteen tai palveluver-

kosta oli kuultu nuorisopsykiatrian yhteistyötapaamisessa 2/13. Palveluverkkoa ei ollut vielä käytetty muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta. Yhdessä kunnassa oli suunniteltu oma palveluverkko PSHP:n mallin pohjalta ja toisessa kunnassa oli keskusteltu palveluverkosta. Yhdessä kunnassa oli järjestetty paikallinen tapaaminen, jossa oli tiedotettu palveluverkosta yhteistyötahoille. Palveluverkon sisältöä mainittiin käytetyn kahdessa toimipaikassa ja yhdessä vastauksessa toivottiin koulunväen alkavan käyttää palveluverkkoa varhaisessa vaiheessa.



KUVIO 8 . Tieto saatu nuoren masennuspotilaan palveluverkosta

## 9 POHDINTA

### 9.1 Tulosten tarkastelua

Työskentelen kouluterveydenhoitajana alakoulussa ja näen työssäni masentuneita lapsia, joiden masennus jatkuu toisinaan nuoruusikään asti. Olen erikoistunut psykiatria- ja sairaanhoitajakoulutukseni yhteydessä ja psyykkiset sairaudet ja niiden hoitaminen ovat minulle tuttuja. Vuosien varrella olen tehnyt yhteistyötä masentuneiden lasten ja nuorten, heidän perheidensä ja laajan yhteistyöverkoston kanssa. Yhteistyötä olen tehnyt niin perhekeskuksen kuin sosiaalitoimen, perusterveydenhuollon kuin erikoissairaanhoidon toimijoiden kanssa unohtamatta kouluissa työskenteleviä eri ammattiryhmien edustajia. Omalla taustallani oli suuri merkitys tutkimusaiheen valinnassa.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnissa nuorten masennuksen hoidosta vastaavien tahojen työntekijät yhteystietoineen sekä kartoittaa millaisia käytäntöjä perustasolla masentuneiden nuorten hoidossa oli. Lisäksi tutkittiin nuoren masennuspotilaan palveluverkon tunnettavuutta ja sen käyttöä. Kootun aineiston perusteella muodostettiin PSHP: n perusterveydenhuollon yksikölle palveluverkon alkukartoituksen osaksi listaus kuntien tai kuntayhtymien työntekijöistä yhteystietoineen. Kerätyn aineiston perusteella saatiin hyvä kuvaus PSHP: n jäsenkuntien masentuneiden nuorten hoitokäytännöistä. Hoitoketjun tunnettavuuden kartoittaminen tapahtui melko lähellä sen julkaisemista ja se saattoi osaltaan vaikuttaa asiaan.

Toimipisteissä työskentelevien nuoren masennuksesta vastaavien työntekijöiden etsiminen oli työlästä. PSHP: n sivuilta ja kuntien nettisivuilta löytyi useammasta kunnasta tiedot pienen hakemisen jälkeen, mutta joidenkin kuntien nettisivuilla nuorten palveluiden löytäminen oli haastavaa ja vaati aikaa.

Nuorten mielenterveyspalvelut ovat Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnissa erilaisia riippuen kunnasta ja toimipaikasta. Puhelinhaastattelujen perusteella hahmottui kunnissa masentuneiden nuorten hoidosta vastaavat tahot, mutta sen hahmottaminen mihin kysymyslomake pitäisi lähettää oli haastavaa. Masentuneiden nuorten hoito perustasolla oli järjestetty omassa kunnassa tai yhteistyössä toisen kunnan tai kuntayhtymän kanssa.

Puhelinhaastatteluiden aikana saatiin samastakin kunnassa hieman toistaan eriävää tietoa eri henkilöiltä ja toimipisteiden etsiminen oli muutamassa kunnassa erittäin haastavaa. Puhelinhaastattelun ja kyselylomaketutkimuksen tiedot olivat muutamassa tapauksessa hieman ristiriitaisia keskenään, vaikka puhelinhaastattelun lomakkeet oli tarkistuttu työntekijöillä. Tämä kertoo mielestäni siitä, että edes työntekijöille nämä asiat eivät olleet aina kovin selviä.

Stenvallin ja Virtasen (2012, 13-15) mukaan terveystalouden pirstaleisuuteen vaikuttaa kunnissa olevat erilaiset toimintakulttuurit, palvelumuodot ja käytännöt. Tässä tutkimuksessa tämä näkyi mm. nuorten mielenterveyspalveluiden nimissä. Nuoren hoidosta vastasi nuorisopsykiatrisen poliklinikka, nuorisopsykiatrisen työryhmä, perheneuvola, psykiatrisen sairaanhoitaja, mielenterveystoimisto, nuorisotiimi, perheneuvonta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto, kasvatus- ja perheneuvonta ja kaksi erisnimellä olevaa toimipistettä. Asiakkaan näkökulmasta hoitoon hakeutuminen saattaa olla työlästä, koska lähes joka kunnassa toimipisteillä oli eri nimi. Tämä oli myös tutkijan näkökulmasta haastavaa. Lisäksi masennuksen hoidosta vastaavissa toimipaikoissa hoidettavien nuorten ikäjakaumien selvittäminen oli työlästä.

Kunnissa nuorten mielenterveyspalveluista vastuu voi olla nuorisopsykiatrisella poliklinikalla (Tampere x 2 ja Jämsä) tai nuorisopsykiatrijohtoisella nuorisopsykiatrisella työryhmällä (Kangasala, Nokia ja Valkeakoski), jossa on mahdollista toteuttaa yliopistosairaalan nuorisopsykiatrisen poliklinikan tasoiset tutkimukset ja hoito. Toisessa ääripäässä masentuneen nuoren hoidosta vastaa yksittäinen työntekijä ilman mahdollisuutta erikoislääkärin konsultaatioon. Joidenkin työryhmien on mahdollista saada nuorisopsykiatrisen erikoislääkärin konsultaatioita hoidon avuksi, kun toisaalla sellaista mahdollisuutta ei ole. Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitoksen (2013b) mukaan terveyseroja pyritään kaivantamaan, vaikka alueellisia eroja onkin. Alueellisiin eroihin tulee puuttua, jotta nuorten palvelut ovat yhdenvertaisia ja helposti saatavilla asuinpaikkakunnasta riippumatta. Pirkanmaalla TAYS tarjoaa erikoissairaanhoidon palvelut kunnille, joissa ei ole omia erikoislääkärijohtoisia nuorisopsykiatrisen palveluita (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2013a). Tutkimuksen mukaan tämä koettiin joissain tapauksissa kuitenkin hankalana, turhauttavana ja aikaa vievänä.

Hoitoon hakeutumisessa on Häkkisen ja Alhan (toim. 2006) mukaan eroja riippuen henkilön sosioekonomisesta asemasta. Terveystarkastuksiin ja seulontoihin hakeutuvat

heidän tutkimuksensa mukaan enemmän koulutetut ja ylempiin tuloluokkiin kuuluvat henkilöt. Suomen Akatemian (2011) teettämässä tutkimuksessa selvisi, että vanhempien toimeentulo-ongelmat olivat yhteydessä mm. lasten mielenterveysongelmiin. Kitinon (2005,143-161, 221-224) tutkimuksessa puolestaan tuli ilmi, että koulukoteihin sijoitetuilla lapsilla esiintyi masennusta ennen koulukotiin sijoittamista lähes viidesosalla ja muita mielenterveyden häiriöitä oli lähes puolella tutkituista. Näihin tutkimuksiin nojaten tulisikin pohtia nuoren masennuksen ehkäisemistä perheiden huono-osaisuuteen ja eriarvoisuuteen puuttumalla, koska huono-osaisuuden tiedetään vaikuttavan lasten ja nuorten mielenterveysongelmien syntyyn ja esiintyvyyteen. Se koskee yhteiskunnan asenteiden ja lainsäädännön muuttamista, mikä puolestaan toimii melko verkkaisesti. Ennaltaehkäisevässä mielessä näihin asioihin puuttuminen kuitenkin kannattaa. Näin säästetään resursseja tulevaisuudessa. Lapsiin ja lapsiperheiden hyvinvointiin ei mielestäni voi koskaan panostaa liikaa, varsinkin, jos niiden avulla on mahdollista ennaltaehkäistä vakavia mielenterveyden häiriöitä.

Ongelmien ennaltaehkäisy pitäisikin huomioida kaikessa päätöksenteossa. Osaltaan päättäjien taholta edellä kuvattuihin ongelmiin on jo puututtu. Esim. valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (2011) korostaa määräaikaistarkastuksista pois jääneiden tuen tarpeen selvittämisen esim. ottamalla yhteyttä perheeseen tai tekemällä kotikäyntejä. Asetuksella turvataan, että jokainen lapsi tai nuori pyritään saamaan palveluiden piiriin.

Mielenterveyspalveluiden tuottamisessa Suomi on edelläkävijä kansainvälisessä vertailussa, mutta avohoidon on todettu olevan tehotonta (Korkeila 2011). Kouluterveyskyselyn (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013c) perusteella nuoret ovat itse sitä mieltä, että kouluterveydenhoitajan vastaanotolle on helppo päästä, joten ainakin niin kauan kuin nuori on kouluterveydenhuollon piirissä hakeutuminen matalan kynnyksen paikkaan esim. masennuksen vuoksi onnistunee melko helposti. Nuoren siirtyessä yläkouluun ja sen jälkeen toisen asteen opintoihin perustason palveluiden pitäisi kulkea nuoren rinnalla saumattomasti. Yhteistyö eri toimijoiden kesken on varsinkin näiden nivelvaiheiden aikana taattava, jotta nuoren kokonaisvaltainen terveyden edistäminen mahdollistuu.

Tämän tutkimuksen mukaan nuori pääsee hoidon piiriin perustasolla oireidensa perusteella. Kunnissa hoitoon hakeutuminen onnistui monen eri tahon kautta. Useimmiten nuori siirtyi hoitoon masennuksen vuoksi perustasolla terveydenhuollon tai koulun ohjaamana. Nuori hakeutui usein myös itse vastaanotolle ilman lähetettä. Yhdessä toimipisteessä nuoren pääsemiseksi hoidon piiriin vaadittiin perheen yhteydenotto hoitavaan yksikköön. Hoitoon pääsemistä ilman lähetettä voidaan pitää hyvänä asiana, mutta sillä asialla on myös toinen puoli. Lähetteestä saattaisi selvitä työntekijälle helpommin nuoren tausta tai syy miksi nuori hakeutuu hoitoon. Toisaalta nuoren pääseminen hoidon pariin varhaisessa vaiheessa on tärkeintä.

Karlssonin ja Marttusen (2011, 357-369) mukaan nuoren ja vanhemman tulisi osallistua yhdessä nuoren hoidon määrittelyyn ja nuoren tilanne tulisi huomioida kokonaisvaltaisesti. Nuoren masennuspotilaan palveluverkkoa valmisteltaessa huomioitiin perheen antaman tuen merkitys suhteessa nuoren masennuksen asteeseen hoidon suunnittelussa ja toteuttamisessa. Mielenkiintoista oli havaita, että ainoastaan yhdessä tämän tutkimuksen vastauksista korostettiin sitä, että tietoa vaihdettiin ainoastaan asiakkaan läsnä ollessa. Tässä onkin kehittämisen paikka, jotta nuori otetaan entistä paremmin osalliseksi oman hoitonsa suunnitteluun ja päätöksentekoon yhdessä vanhempiensa kanssa. Laitilan (2010) tutkimuksen mukaan mielenterveys- ja päihdetyössä asiakkaan osallisuudessa etenkin tiedonsaannissa ja vaikuttamis- ja valinnanmahdollisuuksissa oman hoitonsa suhteen on kehittämisen varaa. Asiakaslähtöisyyden tulisi tukea asiakkaan osallisuutta hoitoonsa, mutta tämä vaatii erilaisia toimia niin organisaatioilta kuin työntekijöiltäkin. Tosin tässä tutkimuksessa ei varsinaisesti tutkittu nuoren vaikuttamismahdollisuuksia hoitoonsa, vaan asia nousi esiin tutkittaessa tiedonkulkua tiimin/työntekijöiden ja nuoren ja hänen läheistensä välillä.

Nuoren masennuspotilaan palveluverkko (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2013a) korostaa perheen merkitystä masentuneen nuoren hoidossa. Tutkimusajankohtana masennuksesta tai masennusoireista kärsiviä nuoria hoidettiin tutkituissa toimipisteissä yhteensä 486. Tutkimuksen mukaan perhetapaamisia oli seuranta-aikana 14 toimipisteessä yhteensä 121 kertaa (5 toimipisteessä ei ollut perhetapaamisia kyseisenä ajankohtana), joten ainakin tässä suhteessa käytännöt ovat palveluverkon suositusten mukaisia. Kotikäyntejä tehtiin tutkimusaikana 8:sta toimipisteestä eli lähes puolessa toimipisteistä. Kokonaiskäyntien ja perhetapaamisten määrä oli suurinta nuorisopsykiatrian poliklinikoilla, joissa hoidettiin 269 nuorta tutkimusajankohtana. Jatkossa olisi toivottavaa, että kotikäyn-



tien ja perhetapaamisten määrä nousisi, koska tällä tavoin asiakaslähtöisyyttä voidaan lisätä.

Moniammatillinen työ perustuu Kontion (2010) mukaan yhteisiin sääntöihin, menettelytapoihin ja avoimeen vuorovaikutukseen. Hän korostaa, että työntekijöiden kootessa voimansa asiakkaan monimuotoisten ongelmien edessä voidaan löytää ratkaisuja ja menettelytapoja, joita yksittäinen työntekijä ei välttämättä yksin löytäisi. Moniammatillisuutta tarvitaan niin perus- kuin erikoissairaanhoidossakin. Tämä edellyttää toisen organisaation rakenteiden ja toimijoiden tuntemusta. Pitkään työssä toimineet työntekijät tuntevat toisensa ja yhteydenpito on helppoa. Tässä tutkimuksessa selvisi, että yhteistyötä pitäisi olla enemmän perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Salusen (ym. 2012) tutkimuksessa tutkittiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä ketjulähettiläisyyttä, jossa perusterveydenhuollon työntekijä tutustui viikon ajan valitsemaansa erikoissairaanhoidossa. Tutkimustulokset osoittivat ketjulähettiläisyyden hyödylliseksi verkostojen luomisen, toisen työhön tutustumisen ja verkostotyön paranemisen vuoksi. Ketjulähettiläisyyttä tuleekin jatkaa ja kehittää ja siitä tiedottamista perustasolla lisätä.

Tutkimuksessa selvisi, että lähettäminen erikoissairaanhoidon oli hyvin samankaltaista toimipaikasta riippumatta ja kriteerit lähettämiseksi olivat hyvin tiedossa. Konsultointia tehtiin runsaasti ja tahoja oli useita. Muutamassa vastauksessa toivottiin lisää erikoislääkärin konsultointimahdollisuutta. Vastauksista kävi ilmi, että masentunutta nuorta olisi mahdollista hoitaa omassa kunnassa, mutta konsultaatiomahdollisuus puuttuu. Tutkimuksen mukaan nuorelle tehdään samoja tutkimuksia perustasolla ja erikoissairaanhoidossa vain sen vuoksi, että nuorisopsykiatrian konsultaatiomahdollisuus puuttuu. Huomioitavaa onkin, että nuoren ei tarvitsisi aloittaa uutta hoitosuhdetta erikoissairaanhoidossa, kenties kaukana kotoa, vain sen vuoksi, että työntekijällä/ työntekijöillä ei ole mahdollisuutta erikoislääkärin konsultaatioon. Tämä on raskasta nuorelle eikä tämä ole perustelua resurssien puolesta. Erikoislääkärin palveluita toivottiin saatavan "ostopalveluina" erikoissairaanhoidosta, jotta päällekkäisyyksiltä vältyttäisiin. Joissakin kunnissa nuorisopsykiatrian palveluita on ostopalveluna, mutta osassa tutkittuja kuntia erikoislääkäripalveluja yhä kaivattiin.

Lähetepalautejärjestelmä toimii vain osittain masentuneen nuoren hoidossa perustason ja erikoissairaanhoidon välillä. Seurantakysymyksistä selvisi, että nuori tuli hoitoon 15

tapauksessa perustasolle erikoissairaanhoidosta niin, että epikriisi ei ollut käytettävissä. Tällöin vastaanottava taho ei välttämättä tiennyt, että heille oli tulossa nuori erikoissairaanhoidosta, jos erikoissairaanhoidosta ei oltu perustasoon muuta kautta yhteydessä. Perustasolla saatetaan olettaa nuoren hoidon vastuun olevan edelleen erikoissairaanhoidossa ja erikoissairaanhoidossa on käsitys, että nuoren hoito jatkuu perustasolla. Tärkeää onkin huomioida, että nuoren hoito ei keskeydy tai pitkity tiedonkulun epäselvyyksien vuoksi. Osaltaan tähän vaikuttaa erilaiset potilastietojärjestelmät, jotka eivät kommunikoi keskenään. Toisinaan epikriisi saattaa palautua sähköisesti lähettävälle lääkärille, joka ei toimikaan enää kyseisen kunnan palveluksessa ja silloin palaute jää saapumatta perille. Paperinen palaute suoraan toimipisteeseen on tässä mielessä varmempi tapa viestiä hoitovastuun siirtymisestä.

Tutkimuksessa tutkittiin myös kuinka usein erikoissairaanhoidosta oltiin tutkimusajan kohtana yhteydessä perustasolle muuten, kuin epikriisin välityksellä masentuneen tai masennusoireista kärsivän nuoren asioihin liittyen. Näitä yhteydenottoja oli 10. Yhteydenpito erikoissairaanhoidosta perustasolle ei ole kovin yleistä ja sitä pitäisikin kehittää. Toivottavasti tämä tutkimus osaltaan edistää yhteydenpitoa, koska masentuneiden nuorten hoidosta vastaavien perustason toimijoiden yhteystiedot on toimitettu erikoissairaanhoidon käytettäväksi.

Nuoren masennuspotilaan palveluverkosta oltiin tietoisia, mutta sitä ei ollut käytetty sellaisenaan yhdessäkään kunnassa. Kyselyn ajankohta oli vain muutaman kuukauden kuluttua palveluverkon julkistamisen jälkeen, joten palveluverkko saattoi olla vielä uusi asia. Toisaalta jalkauttamistilaisuudet oli tässä kohdassa jo pidetty ja periaatteessa tieto palveluverkosta olisi pitänyt olla kuntien masentuneiden nuorten hoidosta vastaavilla työntekijöillä. Positiivisena seikkana nousi, että muutamassa kunnassa palveluverkon osia oli otettu käyttöön.

Palveluverkon käyttäminen koettiin joissakin tapauksissa työlääksi ja kommenttina oli, että palveluverkon sivuilla oli kovin vähän hyödynnettävää. Samalla toivottiin enemmän materiaalia ja tietoa. Kyseiset vastaajat eivät ilmeisesti olleet osanneet käyttää Terveystietokeskuksessa olevaa palveluverkon kuvausta, koska nämä kaivatut materiaalit löytyvät juuri sieltä. Lisäohjeistusta palveluverkon ja muidenkin hoitoketjujen käyttöön siis kaivataan, jotta ne saadaan elämään arjessa. Aluksi palveluverkon käyttäminen saattaa tuntua työläältä ja hyödyttömältä omassa työssä, kuten tutkimuksen vastauksista ilmeni.

Kaikkien käyttäessä palveluverkon ohjeistusta hoidon taso kuitenkin säilyy tasavertaisena kunnasta toiseen.

Tämä tutkimus toimi alkumittauksena nuoren masennuspotilaan palveluverkolle. Alkumittaus olisi ohjeistuksen mukaan pitänyt suorittaa ennen hoitoketjun jalkauttamista, mutta tässä tapauksessa niin ei toimittu. Jalkauttaminen tapahtui jo 2/2013 ja tutkimuksen aineisto kerättiin vasta tämän jälkeen aikataulullisista syistä johtuen. Tässä suhteessa ei toimittu aivan ohjeistuksen mukaan. Nuoren masennuspotilaan palveluverkon seuraavan arviointimittauksen ajankohdasta päätetään myöhemmin.

Tutkimus oli työelämälähtöinen ja ammatillista työtä tukeva tutkimustyö, jossa jaettiin tutkimustietoa työyhteisöiden ja ammatillisten verkostojen käyttöön. Ammatillisen kehittymisen näkökulmasta tämän tutkimuksen tekeminen antoi paljon. Prosessin avulla palveluketju hahmottui tutkijalle aikaisempaa selkeämmin. Ammatillisesti tämän tutkimuksen tekeminen vahvisti ammatti-identiteettiä ja asiakaslähtöisen työotteen huomiointia yhä enemmän. Tutkimus eteni tutkimussuunnitelman mukaan lähes aikataulussa (Liite10). Kyselylomakkeiden hitaan palautumisen vuoksi analysointivaihe siirtyi suunniteltua pidemmälle.

## 9.2 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet

Tämän tutkimuksen edetessä nousi esiin monia kehittämisehdotuksia. Pääkehittämisehdotuksena esitetään masentuneen nuoren hoitoon liittyen asiakaslähtöistä tarkastelua. Ensimmäisenä ja käytännönläheisenä kehittämisehdotuksena esitetään yhteneväisiä nimiä masentuneen nuoren hoidosta vastaaviin tahoihin. Tällä tavalla voidaan varmistaa asiakkaille toimipaikkojen löytyminen helpommin ja ainakaan tästä syystä ei nuoren hakeutuminen hoitoon viivästy. Tämän kehittämisehdotuksen toteuttamiseksi tarvitaan yhteistyötä perustason ja erikoissairaanhoidon sekä kuntien päättävien tasojen välillä.

Nuorille olisi hyvä jakaa kouluissa ja oppilaitoksissa vuosittain yhteystietolehtinen, josta selviäisi nuorelle kohdennetut palvelut yhteystietoineen. Samat tiedot tulisi löytyä kuntien nettisivuilla yhdestä, nuorille suunnatusta linkistä ja jollakin tapaa samankaltai-

sina kunnasta riippumatta. PSHP:ssä tulisi olla ajantasainen tieto kunnissa masentuneiden nuorten hoidosta vastaavista tahoista yhteistyön helpottamiseksi.

Kehittämisehdotuksena nähdään yksin nuoren masennuksen hoidosta vastaavien henkilöiden tukeminen. Nuoren hoito ei saisi "haavoittua" esim. työntekijän poissaolojen tai sairastumisen seurauksena, joten vastuu nuoren hoidosta tulisi voida jakaa useammalle henkilölle. Tämän kehittämisehdotuksen toteuttaminen saattaa olla haastavaa, koska yksin nuoren hoidosta vastaavalle henkilölle ei yleensä ole varahenkilöä. Henkilöt, joilla ei ole tiimiä tukena, voisivat yrittää luoda luonnollisia yhteyksiä esim. kouluterveydenhuollon tai sosiaalitoimen työntekijöiden kanssa nuoren hoitoon liittyen ja näin mahdollistuisi paremmin esim. perhetapaamisten ja kotikäyntien järjestäminen. Toisaalta näissä tapauksissa tulee huomioida vaitiolovelvollisuus ja sen mukanaan tuomat rajoitukset.

Työntekijöiden tietoisuutta hoidon porrastuksesta ja hoitoon ohjaamisesta tulisi lisätä. Varsinkin uusien työntekijöiden kohdalla nämä asiat olisi hyvä olla tiedossa tai tieto helposti saatavilla. Lisäksi tulee huomioida yhteistyötahoille tiedottaminen (vanhemmat, koulu, kouluterveydenhuolto, lastensuojelu), kun nuoresta on tehty lähete erikoissairaanhoidon. Tämän kehittämisehdotuksen toteuttaminen vaatii yhteisiä toimintamalleja ja käytäntöjä sekä sitoutumista niiden käyttämiseen. Palveluverkkoa käyttämällä olisi mahdollista luoda yhteiset toimintamallit ja käytännöt. Palveluverkosta tulisi tiedottaa yhä laajemmin juuri perustasolla nuorten kanssa työskenteleville tahoille. Omalta osaltaan tämä tutkimus lisää tietoisuutta palveluverkosta ja sen käyttöä.

Jatkotutkimusaiheena esitetään tutkimusta masentuneen nuoren palveluverkon toimivuudesta nuoren ja hänen vanhempiensa näkökulmasta. Lisäksi tutkimusta masennuksen hoidosta ja sen vaikuttavuudesta olisi hyvä jatkaa.

### 9.3 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tieteellisten tutkimusten tavoitteena on saada aikaan mahdollisimman luotettavasti tietoa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Tutkimuksen luotettavuuden arviointi kuuluu oleellisena osana tutkimustoiminnan ja tieteellisen tiedon arviointiin ja sen tarkoituksena on selvittää kuinka totuudenmukaisesti tietoa on tutkimuksella tuotettu. (Kylmä ja Juvakka 2012, 127.) Arvioinnin käsitteitä ovat reliabiliteetti ja validiteetti. Reliabiliteetti tarkoittaa pysyvyyttä eli toistettaessa tutkimus saadaan samat tulokset. Validiteetti puolestaan tarkoittaa oikeiden asioiden tutkimista. (Kananen 2010, 69.) Hirsjärven (ym. 2010, 231) mukaan validius eli pätevyys tarkoittaa sitä, että valituilla mittareilla tai tutkimusmenetelmillä mitataan sitä, mitä olikin tarkoitus mitata.

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuus perustuu tutkijan tarkkaan selostukseen tutkimuksen toteuttamisesta tutkimuksen joka vaiheessa. Totuudenmukainen selvitys aineiston keräämisestä aina raportointiin saakka tulee olla selkeää. Analyysivaiheen luokitellut perusteluineen ja tulosten tulkinta teoriaan nojaten lisäävät laadullisen tutkimuksen luotettavuutta.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta on mahdollista lisätä käyttämällä tutkimuksessa muitakin menetelmiä. Tätä useiden menetelmien yhteiskäyttöä kutsutaan triangulaatioksi. (Hirsjärvi 2010, 231-233.) Metsämuurosen (2005, 245) mukaan tämä Denzin vuonna 1988 kehittämä useiden menetelmien metodia voidaan pitää hyvänä, koska siinä samaa ilmiötä tarkastellaan useasta eri näkökulmasta. Tässä tutkimuksessa käytettiin sekä laadullista ja määrällistä lähestymistapaa ja menetelminä puhelinhaastattelua, kyselylomaketutkimusta ja sisällönanalyysiä. Puhelinhaastattelussa kerätyt tiedot tarkistutettiin vastaajilla ennen kuin ne koottiin valmiiksi aineistoksi. Puhelinhaastattelun aikana saatiin laajempi kuvaus tutkittavista toimipisteistä kuin olisi saatu pelkästään kyselykaavaketta käyttämällä. Tässä suhteessa tutkimus oli luotettava.

Kylmän ja Juvakan (2012, 127-129) mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida uskottavuudella, vahvistettavuudella, refleksiivisyydellä ja siirrettävyydellä. Uskottavuus tarkoittaa tulosten uskottavuuden osoittamista niin, että tutkija on löytänyt tutkittavien näkökulman asiaan ja varmistunut siitä, että johtopäätökset ovat oikeita. Vahvistettavuus tarkoittaa tutkimusprosessin kirjaamista sellaisella selkeydellä,

että tutkimuksen kulku on selkeästi seurattavissa. Vahvistettavuuden osoittaminen on toisinaan haastavaa, koska toinen tutkija saattaisi päätyä toisenlaisiin tuloksiin samaa aineistoa käyttäen. Aineiston avulla on kuitenkin mahdollista kuvata miten saadut tulokset ja johtopäätökset on saatu. Refleksiivisyys tarkoittaa sitä, että tutkija on tietoinen omista lähtökohdistaan suhteessa aineistoon ja tutkimusprosessiin ja tämäkin tulee kuvata tutkimusraportissa. Siirrettävyys tarkoittaa, että tutkija kuvaa tutkimuksen osallistujat ja tutkimusympäristön niin tarkasti, että lukijan on mahdollista päätellä olisiko tutkimuksen tulokset siirrettävissä vastaaviin tilanteisiin. Tässä tutkimuksessa tutkimuksen kulku on kuvattu selkeästi ja totuudenmukaisesti.

Luotettavuuden näkökulmasta tutkimuksessa käytettiin korkeatasoisia alkuperäisiä lähteitä. Lähteiden etsiminen oli haastavaa, sillä tämän tutkimuksen kaltaisia tutkimuksia ei ole tehty. Lähteet olivat tuoreita ja niiden kustantajat olivat arvovaltaisia ja tunnettuja. Hirsjärvi (ym. 2010, 113-114) korostavat juuri näitä asioita lähdekritiikin arvioimisessa.

Tutkija ei ole kuitenkaan koskaan vapaa omasta arvomaailmastaan, joka vaikuttaa hänen kaikkeen toimintaansa, valittuun tutkimuskohteeseen ja aiheen käsittelyyn. (Ryynänen & Myllykangas 2000, 75.) Tutkimushankkeen valintaan vaikutti oma kiinnostukseni masentuneita nuoria kohtaan. Uskon tästä asiasta olleen enemmän hyötyä kuin haittaa tutkimuksen luotettavuuden kannalta. Tunsin joitakin haastateltavia ja tutkimukseen osallistuneita työntekijöitä entuudestaan, koska työskentelemme samassa organisaatiossa. Tutkijana jouduin pohtimaan omaa asemaani suhteessa heihin, jotta tutkimuksen luotettavuus ei kärsi. Olin opintovapaalla tutkimusta tehdessäni, joten tutkittavien kanssa ei ollut tutkimusajankohtana kanssakäymistä, joka olisi voinut vaikuttaa tutkimustuloksiin.

Kyselylomakkeen kysymykset nousivat pääosin hoitoketjutyöskentelystä. Kysymysten tekeminen oli haastavaa. Kyselylomake pilotoitiin eli esitestattiin tutkimukseen osallistuneilla henkilöillä. Tarkoituksena oli varmistaa, että kyselylomake ja kysymykset olivat ymmärrettäviä ja niillä oli mahdollista saada vastaukset tutkimuskysymyksiin. Kyselylomakkeen avoimet ja monivalintakysymykset tuntuivat pilotoinnin tehneistä sopivilta kysymyksiltä tämän kaltaiseen tutkimukseen ja seurantatutkimusten vastaaminen ei tuntunut liian hankalalta. Näkökulman laajentamista pilotoijat toivoivat, mutta siihen ei lähdetty, koska silloin ei olisi saatu palveluverkkoa varten tarpeeksi tarkkoja tuloksia. Pilotointi lisäsi osaltaan tutkimuksen luotettavuutta.

Eettinen kestävyys ja tutkimuksen luotettavuus kulkevat laadullisessa tutkimuksessa yhtä matkaa. Samalla myös tutkijan uskottavuus ja eettiset ratkaisut kietoutuvat edelliseen. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyön joka vaiheessa, myös tulosten tallentamisessa, esittämisessä ja tutkimusten arvioinnissa. Tähän nivoutuu oleellisena osana avoimuus ja muiden tutkijoiden kunnioittaminen läpi tutkimusprosessin. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu myös, että tutkimus on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu vaatimusten edellyttämällä tavalla. Mikäli kyseessä on tutkimusryhmä, sen osuus tehdystä tutkimuksesta tulee tuoda rehellisesti esiin. (Tuomi & Sarajarvi, 2009, 127-133.)

Tutkimuksen tekemiseen liittyy useita eettisiä valintoja. Se alkaa tutkimushankkeen valinnasta jatkuen läpi tutkimuksen toteuttamisen kohti tutkimustulosten julkaisemista ja tiedon soveltamista. (Ryynänen & Myllykangas 2000, 75.) Tutkimusetiikka on siis mukana koko tutkimusprosessin ajan alusta loppuun asti. Tutkijalla on vastuu etenkin laadullisessa tutkimuksessa niistä vaikutuksista, jotka saattavat vaikuttaa tutkittavien henkilöiden elämään. (Kylmä ja Juvakka 2012, 137, 143-144.) Erityistä huomiota tulee kiinnittää tutkittavien yksityisyyden ja tutkimusaineiston käyttöön. Anonymiteetin takaaminen tutkittaville lisää tutkimuksen objektivisuutta ja kannustaa heitä ilmaisemaan tietonsa avoimesti ja rehellisesti. Tutkimuksen valmistuttua tutkittavien henkilöllisyyden salaamiseen on monia eri keinoja. Heihin voidaan viitata kirjaimilla tai numeroilla, mutta tärkeää on tässäkin tilanteessa varmistaa, ettei organisaatio tai henkilö ole tunnistettavissa tästä huolimatta. (Mäkinen 2006, 114-115)

Vastaajille kerrottiin jo puhelinhaastattelun aikana, että tutkimus on osa opinnäytetyötä ja se tehdään yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikön kanssa. Vastaajille kerrottiin, että heidän nimensä, ammattinsa ja yhteystietonsa kerääjän puhelinhaastattelun aikana PSHP : n perusterveydenhuollon yksikköä varten liittyen hoitoketjutyöskentelyyn. Puhelun aikana myös kerrottiin, että myöhemmin heille tullaan lähettämään kyselylomake täytettäväksi. Heille kerrottiin, että heidän henkilöllisyytensä ei tule selville missään vaiheessa muille kuin tutkijalle ja PSHP: n perusterveydenhuollon yksikköön hoitoketjua varten. Vastaajat saivat vielä sähköpostilla mahdollisuuden tarkistaa puhelun aikana koottujen tietojen oikeellisuuden ja muokata niitä. Tämä vahvisti luotettavuutta ja eettisyyttä avoimuuden ja vastaajien näkemyksen huomioimisen kautta.

Puhelinhaastattelun aikana kerrottiin myös pääpiirteittäin kyselylomakkeen rakenteesta ja siihen liittyvän saatekirjeen sisällöstä. Tutkimuseettisesti huonona seikkana on mainittava, että tutkimuksen kyselylomakkeen saatekirjeestä oli jäänyt viimeisessä tarkastuksessa pois maininta, että kyselylomaketutkimukseen osallistuvien henkilöllisyys ei tule esille missään vaiheessa tutkimusta. Saatekirjeen lopussa oli maininta, että tutkimus on luettavissa vuoden 2013 lopussa Theseus- tietokannasta. Tutkimus on luettavissa Theseus- tietokannasta vasta vuonna 2014.

Tämän tutkimuksen kulku on esitetty yksityiskohtaisesti ja rehellisesti. Hoitoketjutyöryhmään osallistuneiden nimet mainittiin ja käytetyt aineistonkeruumenetelmät on esitelty ja ne on nähtävissä liitteinä. Aineiston analyysi on esitelty ja tulokset tuotu esiin avoimesti. Lähdetiedot on merkitty oikein ja tarkasti. Tästä näkökulmasta katsoen tutkimus on eettisesti pätevä.

Tutkimusaineiston säilyttämiseen tulee kiinnittää huomiota, jotta tutkimukseen osallistuneiden anonymiteetti säilyy eikä tutkimusaineisto joudu väärin käsiin (Mäkinen 2006,120). Tämän tutkimuksen kyselylomakkeiden vastaukset hävitetään polttamalla, kun tutkimus on hyväksytty ja valmis. Tällä tavalla varmistetaan, että tutkimukseen osallistuneiden anonymiteetti säilyy.



## LÄHTEET

- Aalto, Mauri & Mäki, Päivi i.a. Alkoholi (AUDIT). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 12.12.2013.  
[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/lastenneuvola-fi/ohjeet/menetelmat/hyvinvointi/audit](http://www.thl.fi/fi_FI/web/lastenneuvola-fi/ohjeet/menetelmat/hyvinvointi/audit)
- Aaltonen, Kimmo (toim.) 2011. Nuorten hyvinvointi ja monialainen yhteistyö. Helsinki: Tietosanoma Oy.
- Aalto-Setälä, Terhi & Marttunen, Mauri 2007. Nuoren psyykkinen oireilu - häiriö vai normaalia kehitystä? Duodecim. 123:207–13. Viitattu 8.12.2012.  
<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96233.pdf>. Tuloste tekijän hallussa
- Anttila, Markus & Rousu, Sirkka (toim.) 2004. Haravalla kootut. Viitattu 7.2.2013.  
[https://www.innokyla.fi/documents/67330/68710/haravalla\\_kootut.pdf](https://www.innokyla.fi/documents/67330/68710/haravalla_kootut.pdf)
- Aromaa, Esa 2011. Attitudes Towards People with Mental Disorders in a General Population in Finland. The National Institute for Health and Welfare. Tampere: Juvenes Print- Tampereen Yliopistopaino. Viitattu 13.12.2013.  
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/6dfaa7bd-b631-48fd-9b42-67a26c57d3fc>
- Borg, Anne-Mari i.a. Vahvuudet ja vaikeudet -kysely. Lastenneuvolakäsikirja Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 12.12. 2013.  
[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/lastenneuvola-fi/ohjeet/menetelmat/psykososiaalinen/vahvuudet](http://www.thl.fi/fi_FI/web/lastenneuvola-fi/ohjeet/menetelmat/psykososiaalinen/vahvuudet)
- Ekblad, Mikael 2013. Smoking during pregnancy and fetal brain development. Turun Yliopiston Julkaisuja. Sarja 1065. Turku: Painosalama Oy. Viitattu 8.12.2013.  
<https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/88970/AnnalesD1065Ekblad.pdf?sequence=2>

Gyllenberg, David 2012. Childhood predictors of later psychotropic medication use and psychiatric hospital treatment findings from the Finnish nationwide 1981 birth cohort study. The Department of Child Psychiatry at the University of Helsinki and the Research Centre for Child Psychiatry, Institute of Clinical Medicine, at the University of Turku. Helsinki: Unigrafia Oy. Viitattu 10.12.2013.

<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/31461/childhoo.pdf?sequence=1>

Haarala, Maria; Jääskeläinen, Anne; Kilpinen, Nina; Panhelainen, Maija; Peräkös, Maija; Puukko, Outi; Riihimäki, Kirsi; Sundman, Merja & Tauriainen, Pia 2010. Masennuksen hoito perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi, 98-99.

Hakala, Juha T. 2010. Tutkimusmenetelmän valinnasta. Teoksessa Aaltola, Valli. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. 3. uudistettu ja täydennetty painos. Jyväskylä: PS -kustannus, 21.

Heinonen, Eeva 2006. Teoksessa Laukkanen, Eila; Marttunen, Mauri; Miettinen, Seija & Pietikäinen, Matti (toim.) Nuorten psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 150-153.

Heiskanen, Tarja; Tuulari, Jyrki & Huttunen, Matti O. 2011. Teoksessa Heiskanen, Tarja; Huttunen, Matti O. & Tuulari, Jyrki (toim.) Masennus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 8.

Hietala, Tarja; Kaltiainen, Tiina; Metsärinne, Ulla & Vanhala, Erja 2010. Nuori ja mieli-koulu mielenterveyden tukena. Helsinki: Tammi, 63-66, 163-165.

Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2010. Tutki ja kirjoita. 15.-16. painos. Helsinki: Tammi, 113-114, 137, 161-163, 181-184, 191-220, 231-233.

Holmberg-Marttila, Doris; Länsipuro, Liisa & Kuusisto, Leena 2012. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hoitoketjuopas. Viitattu 3.10.2013. Tuloste tekijän hallussa.

- Hyvönen, Senja 2004. Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä. Tampere: Juvenes Print Oy. Viitattu 3.12.2013.  
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67807/951-44-6054-5.pdf?sequence=1>
- Häkkinen, Unto ja Alha, Pirkko (toim.) 2006. Terveyspalveluiden käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Terveys 2000- tutkimus. KTL:n julkaisuja B10/2006. Viitattu 3.12.2013.  
<http://www.terveys2000.fi/julkaisut/2006b10.pdf>
- Ilomäki, Risto 2012. Substance use disorders in adolescence: comorbidity, temporality of onset and socio-demographic background. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 1172. Viitattu 13.12.2013.  
<http://herkules.oulu.fi/isbn9789514299230/isbn9789514299230.pdf>
- Impiö, Pekka 2005. Nuoruusiän kehitys. Teoksessa Brummer, Matti & Enckell, Henrik. Lasten ja nuorten psykoterapia. Porvoo: Helsinki WSOY, 44-46.
- Isometsä, Erkki 2011. Masennushäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, Jouko; Henriksson, Markus; Marttunen, Mauri; Partonen, Timo (toim.) Psykiatria. 9. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 154-156.
- Isoherranen, Kaarina 2005. Moniammatillinen yhteistyö. 1. painos. Porvoo; Helsinki: WSOY, 13-16.
- Jakonen, Sirkka 2006. Kouluterveysdenhuollon merkitys. Kouluterveydenhuolto osana kunnan kansanterveystyötä. Teoksessa Laukkanen, Eila; Marttunen, Mauri; Miettinen, Seija & Pietikäinen, Matti (toim.) Nuorten psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 156.
- Jäti, Rita; Koponen, Tuija & Männikkö, Miia 2011. Vanhempien tilanne, kun lapsella on masennus. Teoksessa Heiskanen, Tarja; Huttunen, Matti. O & Tuulari, Jyrki (toim.) Masennus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 189-190.
- Kaltiala -Heino, Riittakerttu; Ranta, Klaus & Fröfd, Sari 2010. Nuorten mielenterveys koulumaailmassa. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim

2010;126(17):2033-9 Viitattu 5.11.2011. Saatavissa

<http://www.nelliportaali.fi>, Terveysportti

Kaltiala -Heino, Riittakerttu 2011. Varhainen puuttuminen nuorten masennukseen ja ahdistuneisuuteen. Luento. Nuoret ja mielenterveys - mielenterveystietoutta nuorten parissa toimiville 14.10.2011. Tampereen yliopiston lääketieteen laitos. Viitattu 8.11.2012.

<http://hameenpiiri.mll.fi/?x103997=204333>. Tuloste tekijän hallussa.

Kananen, Jorma 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja -sarja. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu, liiketoiminta ja palvelut -yksikkö. Tampereen Yliopistopaino - Juvenes Print.

Kananen, Jorma 2011. Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Tampereen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print.

Kansanterveyslaki 1976/66 28.1.1976. Viitattu 28.11.2013.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=kansanterveysty%C3%B6>

Karlsson, Hasse & Isometsä, Erkki 2011. Masennus ei ole vain mielen sairaus. Teoksessa Heiskanen, Tarja; Huttunen, Matti O. & Tuulari, Jyrki (toim.) Masennus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 37.

Karlsson, Linnea 2004. Nuorten masennus- vakavasti otettava sairaus. Duodecim 2004;120:2265–7. Viitattu 28.11.2012. Saatavissa

<http://www.nelliportaali.fi>, Terveysportti

Karlsson, Linnea 2008. Nuorten depression ennuste. Kansanterveyslaitos, Kansanterveys-lehti 4/ 2008. Viitattu 20.11.2013.

<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/102553/kansanterveys408.pdf?sequence=1>

- Karlsson, Linnea & Marttunen, Mauri 2007a. Nuorten masennus. Tietoa nuorille ja heidän perheilleen. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 6/2007. Viitattu 27.11.2013.  
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/78213/2007b06.pdf?sequence=1>
- Karlsson, Linnea & Marttunen, Mauri 2007b. Nuorten depressio. Tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 10/2007. Viitattu 28.11.2013.  
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/78211/2007b10.pdf?sequence=1>
- Karlsson, Linnea & Marttunen, Mauri 2011. Lasten- ja nuorten masennustilat. Masennuksen yleisyys lapsuus- ja nuoruusiässä. Teoksessa Heiskanen, Tarja; Huttunen, Matti. O & Tuulari, Jyrki (toim.) Masennus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 357-369.
- Karukivi, Max; Mäkelä, Anna & Haapasalo -Pesu, Kirsi-Maria 2013. Akuuttityöryhmä tehosti nuorisopsykiatrista avohoitoa Satakunnassa. Suomen Lääkärilehti 40/2013 vsk 68. 2524- 2528. Viitattu 2.12.2013. Saatavissa [http://www.nelliportaali.fi/Suomen lääkäri-lehti](http://www.nelliportaali.fi/Suomen_lääkärilehti).
- Kauhanen, Laura 2013. Childhood Determinants of Later Health. Publications of the University of Eastern Finland Dissertations in Health Sciences Number 148. Viitattu 2.12.2013.  
[http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-1005-9/urn\\_isbn\\_978-952-61-1005-9.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1005-9/urn_isbn_978-952-61-1005-9.pdf)
- Ketola, Eeva; Mäntyranta, Taina; Mäkinen, Risto; Voipio - Pulkki, Liisa-Maria; Kaila, Minna; Tulonen - Tapio, Johanna; Nuutinen, Matti; Aalto, Pirjo; Kortekangas, Pirkko; Brander, Pirkko & Komulainen, Jorma 2006. Opas hoitoketjujen laadintaan ja toimeenpanoon. Hoitosuosituksista hoitoketjuksi. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 13.11.2013. <http://www.kaypahoito.fi/oppaat>
- Kinnunen, Pirjo 2011. Nuoruudesta kohti aikuisuutta. Varhaisaikuisen mielenterveys ja siihen yhteydessä olevat ennakoivat tekijät. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print. Viitattu 13.12.2013.

<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66830/978-951-44-8624-1.pdf?sequence=1>

- Kitinoja, Manu 2005. Kujan päässä koulukoti. Tutkimus koulukoteihin sijoitettujen lasten lastensuojeluasiakkuudesta ja kouluhistoriasta. Stakes, tutkimuksia 150. Helsinki: Stakes.
- Kiviniemi, Kari 2010. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Aaltola, Juhani & Valli, Raine (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. 3.uudistettu ja täydennetty painos. Jyväskylä: PS -kustannus, 70.
- Koffert, Tarja 2005. Teoksessa Lindqvist, Marja; Kuvaja, Terttu; Rasilainen, Arja (toim.) Masennus -mustaa ja valkoista. Helsinki: Therapiea -säätö, 221-228.
- Koivuniemi, Kauko & Simonen, Kimmo 2011. Kohti asiakkuutta. Helsinki: Duodecim,
- Kontio, Mari 2010. Moniammatillinen yhteistyö. Viitattu 18.11.2012.  
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/99678721-328a-49f8-b1cb-495bf4215ff8>
- Korhonen, Veijo & Marttunen, Mauri 2006. Teoksessa Laukkanen, Eila; Marttunen, Mauri; Miettinen, Seija & Pietikäinen, Matti (toim.) Nuorten psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 80-81.
- Korkeila, Jyrki 2011. Psykiatristen hoitojärjestelmien kansainvälinen vertailu – onko sillä antia Suomelle? Suomen Lääkärilehti 36/2011 vsk 66. Viitattu 10.12.2013. Saatavissa <http://nelliportaali.fi>, Suomen lääkäri-lehti.
- Kujala, Eila 2003. Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Juvenes Oy Juvenes Print. Viitattu 12.12.2013.  
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67266/951-44-5605-X.pdf?sequence=1>
- Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2012. Laadullinen terveystutkimus. 1-2. painos. Helsinki, Edita Prima Oy.

Käypä hoito-suositus, Depressio 2013. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä 2013. Viitattu 1.12.2013. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>, Terveysportti.

Laitila, Minna 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden tiedekunta. Itä-Suomen yliopisto. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Kuopio. Viitattu 8.12.2013.

[http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-0224-5/urn\\_isbn\\_978-952-61-0224-5.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0224-5/urn_isbn_978-952-61-0224-5.pdf)

Laukkanen, Eila. Nuorten depressio 2013. Lääkärin käsikirja. Viitattu 1.2.2013. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>, Terveysportti.

Lautjärvi, Sirpa 2010. Se nykyajan nuoriso - voiko nuoruudesta vielä selvitä ehjänä? Teoksessa Putkonen, Hanna; Tenhovirta, Katja & Huttunen, Matti (toim.) Kuiskaa korvaan, keskustelua psykiatriasta. Espoo: Prometheus kustannus Oy, 189.

Lönnqvist, Jouko 2011. Mielenterveyden häiriöiden luokittelu ja diagnostiikka. Teoksessa Lönnqvist, Jouko; Henriksson, Markus; Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.) Psykiatria. 9. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 54-55.

Manninen, Marko 2013. Koulukotiin sijoitettujen nuorten psykiatrinen oirekuva ja ennuste. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Mielenterveys ja päihdepalvelut -osasto ja Helsingin yliopisto, Käyttäytymistieteiden laitos. Viitattu 11.12.2013.

[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110461/URN\\_ISBN\\_978-952-245-968-8.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110461/URN_ISBN_978-952-245-968-8.pdf?sequence=1)

Marttunen, Mauri & Haarasilta, Linnea i.a. Nuorten masennus. TherapiaFennica. Viitattu 28.11.2012.

[http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Nuorten\\_masennus](http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Nuorten_masennus)

Tuloste tekijän hallussa.

- Marttunen, Mauri & Kaltiala - Heino, Riittakerttu 2011. Nuorisopsykiatria. Teoksessa Lönnqvist, Jouko; Henriksson, Markus; Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.) Psykiatria. 9. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 565-566,568, 572-573.
- Marttunen, Mauri & Karlsson, Linnea 2011. Nuoren masennuksen oirekuva. Teoksessa Heiskanen, Tarja; Huttunen, Matti. O & Tuulari, Jyrki (toim.) Masennus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 362-365.
- Marttunen, Mauri & Karlsson, Linnea 2013a. Masennusoireilu ja masennustilat. Teoksessa Marttunen, Mauri; Huurre, Tarja; Strandholm, Thea & Viialainen, Riitta (toim.) Nuorten mielenterveyshäiriöt. Opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Opas 25. Tampere: Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy, 41-55.
- Marttunen, Mauri & Karlsson, Linnea 2013b. Nuoruus ja mielenterveys. Teoksessa Marttunen, Mauri; Huurre, Tarja; Strandholm, Thea & Viialainen, Riitta (toim.) Nuorten mielenterveyshäiriöt. Opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Opas 25. Tampere: Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy, 10,14,55.
- Mattila, Yrjö 2012. Potilaan aseman ja oikeuksien kehitys Suomen terveydenhuollossa. Teoksessa Mikkola, Hennamari; Blomgren ,Jenni, & Hiilamo, Heikki (toim.). Kansallista vai paikallista? Puheenvuoroja sosiaali- ja terveydenhuollosta. Viitattu 30.11.2013.
- [https://anna.diak.fi:2952/bitstream/handle/10138/33955/Kansallista\\_vai\\_paikallista.pdf?sequence=2](https://anna.diak.fi:2952/bitstream/handle/10138/33955/Kansallista_vai_paikallista.pdf?sequence=2)
- Melartin, Tarja K. & Isometsä, Erkki T. 2009. Miksi ihminen masentuu? Duodecim. Viitattu 23.9.2012.
- Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>, [duodecimlehti.fi](http://www.duodecimlehti.fi)
- Metsämuuronen, Jari 2005. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 3. laitos, Jyväskylä; Gummerus Kirjapaino Oy, 245.



Mielenterveyslaki 1990/1116. 14.2.1990. Viitattu 3.2.2013.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116#L1P1>

Mäkinen, Olli 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

Mäntyranta, Taina; Kaila, Minna; Varonen, Helena; Mäkelä, Marjukka; Roine, Risto.P. & Lappalainen, Jarmo 2003. Hoitosuosituksen toimeenpano. Viitattu 1.12.2013. <http://www.kaypahoito.fi/oppaat>

Nuoren depressiopotilaan- hoitoketjutyöryhmän 1. kokousmuistio 2012. Viitattu 20.2.2013. Tuloste tekijän hallussa.

Nuotio, Tiina-Maija; Karukivi, Max & Saarijärvi, Simo 2013. Nuorten masennusta voidaan ehkäistä. Potilaan lääkirilehti 29.04.2013. Viitattu 12.12.2013.

<http://www.potilaanlaakarilehti.fi/tiedeartikkelit/nuorten-masennusta-voidaan-ehkaista/>

Paakkonen, Tarja 2012. Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujärjestelmä vaikeahoitoisuuden näkökulmasta. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta ja Niuvanniemen sairaala. Viitattu 13.12.2013.

[http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-0660-1/urn\\_isbn\\_978-952-61-0660-1.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0660-1/urn_isbn_978-952-61-0660-1.pdf)

Pietilä, Anna-Maija; Länsimies – Antikainen, Helena; Vähäkangas, Kirsi; Pirttilä, Tuula 2010. Terveyden edistämisen eettinen perusta. Teoksessa Pietilä, Anna-Maija (toim.) Terveyden edistäminen teorioista toimintaan. Helsinki: WSOYpro Oy, 15-18.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2012. Mikä on hoitoketju? Viitattu 13.11.2012.

<http://www.pshp.fi/default.aspx?nodeid=10036&contentlan=1>

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2013a. Nuoren masennuspotilaan (13-18 v) palveluverkko 2013. Viitattu 1.11.2013. Saatavissa <http://nelliportaali.fi>, Terveysportti.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2013b. Nuorelle masennuspotilaalle valmistui palveluverkko 2013. Viitattu 2.11.2013.

<http://www.tays.fi/default.aspx?contentid=31529&nodeid=9469&contentlan=1>

- Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2013. Nuoruusikäiset potilaat (13-21-vuotiaat).  
Hoitoketjut. Viitattu 1.12.2013. Saatavissa <http://nelliportaali.fi>, Terveysportti. Tuloste tekijän hallussa.
- Puro, Markku 2012. Asiakaslähtöisyys terveydenhuollossa. Viitattu 2.12.2013.  
<http://www.kunnat.net/fi/Sivut/default.aspx>
- Pylkkänen, Kari 2004. Nuorten psykiatristen hoitoketjujen ongelmat. Suomen Lääkäri  
lehti 33/2004 vsk 59, 2941-2947. Viitattu 7.12.2013.  
<http://anna.diak.fi:2304/cl/laakarilehti/pdf/2004/SLL332004-2941.pdf>
- Pylkkänen, Kari 2006. Nuorisopsykiatrian kehitys Suomessa. Teoksessa Laukkanen,  
Eila; Marttunen, Mauri; Miettinen, Seija & Pietikäinen, Matti (toim.)  
Nuorten psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Hämeenlinna: Kustannus  
Oy Duodecim, 16-20.
- Raitasalo, Raimo & Maaniemi, Kaarlo 2009. Mielenterveyden häiriöt aiheuttavat  
nuorille yhä enemmän sairauspoissaoloja. Sosiaalivakuutus 4.2009.  
Viitattu 26.11.2013.  
[http://www.kela.fi/documents/10180/12149/sosiaalivakuutus4\\_2009.pdf](http://www.kela.fi/documents/10180/12149/sosiaalivakuutus4_2009.pdf)  
Tuloste tekijän hallussa.
- Ranta Klaus 2011. Varhainen puuttuminen nuorten masennukseen ja ahdistuneisuuteen. Luento. Nuoret ja mielenterveystietoutta nuorten parissa toimiville  
14.10.2011. Tampereen yliopiston lääketieteen laitos. Viitattu 20.12.2012.  
<http://hameenpiiri.mll.fi/?x103997=204333>. Tuloste tekijän hallussa.
- Rantanen, Päivi 2000. Nuoruusikä. Teoksessa Räisänen, Eila; Moilanen, Irma; Tamminen,  
Tuula & Almqvist Fredrik (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria.  
2.uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 34.
- Rovasalo, Aki & Melartin, Tarja 2009. Älä anna masennuksen tarttua. Duodecim 2009.  
Viitattu 4.4.2013. Saatavissa <http://nelliportaali.fi>, Terveysportti
- Ryynänen, Olli-Pekka & Myllykangas, Markku 2000. Terveystieteiden etiikka.  
Porvoo, Helsinki: WSOY.

- Räsänen 2000. Mielialahäiriöt ja itsetuhokäyttäytyminen. Teoksessa Räsänen, Eila; Moilanen, Irma; Tamminen, Tuula & Almqvist Fredrik (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. 2.uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 191-192,194.
- Salunen, Riitta; Holmberg-Marttila, Doris & Mattila, Kari 2012. Toisen työstä oppiminen. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2012: 49 302-316. Viitattu 15.11.2013. Tuloste tekijän hallussa.
- Seppänen, Anne 2013. Yhä useammalla nuorella on masennuslääkitys. Lääkärilehti 25.4.2013. Viitattu 28.11.2013.  
[http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news\\_id=13367/type=1](http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=13367/type=1)
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2003. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:13.Hoitotakuu nuorisopsykiatriassa NUOTTA -projektin loppuraportti 2003. Viitattu 1.12.2013.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-4104.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4104.pdf)
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Viitattu 27.11.2013.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-9303.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-9303.pdf)
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009a. Mielenterveys ja päihdesuunnitelma 2009. Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Viitattu 27.11.2013.  
<http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009b. Varpu-verkoston uusilta kotisivuilta tietoa varhaisesta puuttumisesta. Tiedote 308/2009.  
<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1426953>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2010a. Suositukset liikunnan edistämiseksi kunnissa. Esitteitä 2010:3. Viitattu 12.12.2013.

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=1087418&name=DLFE-11817.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087418&name=DLFE-11817.pdf)

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010b. Lapset ja nuoret terveiksi ja hyvinvoiviksi. Lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin neuvottelukunnan toimenpide-ehdotukset 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:26. Viitattu 5.11.2012.

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=1082856&name=DLFE-15502.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-15502.pdf)

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma Kaste 2012-2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Viitattu 26.11.2013.

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf)

Stenvall, Jari & Virtanen, Petri 2012. Sosiaali- ja terveystalouden uudistaminen. Helsinki: Tietosanomat Oy, 13-15, 43-50.

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2003. Hoitosuosituksen toimeenpano. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy. Viitattu 2.11.2013.

<http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/F21039/Suositusopas2003.pdf>

Suomen Akatemia 2011. Suomalaisrekisterit osoittavat, kuinka köyhyys huono-osaisuus periytyvät. Viitattu 29.11.2013. <http://www.aka.fi/fi/A/>

Tamminen, Tuula 2010. Lapsen masennus. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2010;126(6):627-33. Viitattu 17.11.2011. Saatavissa <http://www.nelliportaali.fi>, Terveysportti.


Tervaskanto -Mäentausta, Tiina 2008. Kouluikäinen ja nuori. Teoksessa Haarala, Päivi; Honkanen, Hilka; Mellin, Oili-Katriina & Tervaskanto - Mäentausta, Tiina. Terveystalouden osaaminen. Helsinki: Edita Prima, 372.

Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos i.a.a. Terveystaloudesta hyvinvointia -hyvinvoinnista terveyttä 2020. Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) strategia vuosille 2011–2020. Viitattu 2.12.2013.

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/8b35edf9-bc5c-4381-8f84-c20582853e18>

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos i.a.b. Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon tukena käytettäviä lomakkeita. Viitattu 13.12.2013.

[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/kasvunkumppanit-fi/tyon/lomakkeet/lomakkeet\\_koulu\\_ja\\_opiskeluterveydenhuoltoon#Audit,%20alkoholin%20k%C3%A4yt%C3%B6n%20arviointi%20%E2%80%93kysely](http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fi/tyon/lomakkeet/lomakkeet_koulu_ja_opiskeluterveydenhuoltoon#Audit,%20alkoholin%20k%C3%A4yt%C3%B6n%20arviointi%20%E2%80%93kysely)

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2013a. Keskipaikea tai vaikea masentuneisuus, % 8.-9.-luokan oppilaista (id: 242 info ) Viitattu 8.12.2013.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013b. Kansantaudit. Viitattu 28.11.2013.

[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/aiheet/kansantaudit#Suomalainen\\_tautiperima](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/kansantaudit#Suomalainen_tautiperima)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013c.Kouluterveyskysely. Viitattu 29.11.2013.

[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tilastot/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely)  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L6P53>

Tikkanen, Kaija 2012. 15 – 20-vuotiaiden nuorten toivo, sen ylläpitäminen ja vahvistaminen. Tampereen yliopisto. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print. Viitattu 13.12.2013.

<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66879/978-951-44-8736-1.pdf?sequence=1>

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Valli, Raine 2010. Vastaaja asettaa tulkinnalle haasteita. Teoksessa Aaltola, Juhani & Valli, Raine (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. 3.uudistettu ja täydennetty painos. Jyväskylä: PS -kustannus, 103, 107,126, 236.

Valtioneuvoston asetus mielenterveysasetuksen muuttamisesta 1282/2000.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2000/20001282>

Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 2011.

6.4.2011/338. Viitattu 29.11.2013.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2011/20110338#L2P7>

Varpu, tukea ajoissa i.a. <http://www.varpu.fi/varpu>

Vilen, Marika; Leppämäki, Päivi & Ekström, Leena 2005. Vuorovaikutuksellinen tukeminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Werner Söderström Oy, 30-32.

Virtanen, Petri; Suoheimo, Maria; Lamminmäki, Sara; Ahonen, Päivi & Suokas, Markku 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämiseen. Helsinki: Tekesin katsaus 281/2011. Viitattu 29.11.2013.

<http://www.gcfinland.fi/file/original/matkaopas%5B1%5D.pdf?fileId=5688>

Väänänen, Riitta 2013. Perheen rakenteen, dynamiikan ja arvojen merkitys lapsen psyykkiselle hyvinvoinnille. Itä-Suomen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta, Kuopion yliopistollinen sairaala, lastenpsykiatrian klinikka . Viitattu 13.12.2013.

[http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-1271-8/urn\\_isbn\\_978-952-61-1271-8.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1271-8/urn_isbn_978-952-61-1271-8.pdf)

Väestöliitto i.a. Nuoren masennus. Viitattu 5.11.2012.

[http://www.vaestoliitto.fi/vanhemmuus/tietoa\\_vanhemmille/murrosikaisten-vanhemmat/tietoa/mielenterveys2/nuoren\\_masennus/](http://www.vaestoliitto.fi/vanhemmuus/tietoa_vanhemmille/murrosikaisten-vanhemmat/tietoa/mielenterveys2/nuoren_masennus/)

WHO 1986. The Ottawa Charter for Health Promotion

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

## LIITTEET

## LIITE 1: Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnat



Jämsän kaupunki

Lähde: Pirkanmaan liitto i.a.

## LIITE 2: Nuoren (13-18 v) masennuspotilaan palveluverkko

TERVEYDENHUOLTO	Ennaltaehkäisy	Tunnistaminen	Diagnostisointi	Hoito	Kuntoutuminen
<b>Tutkimus- ja hoito</b> Normaalkehitykseen kuuluvat ohimenevät mieliala-oireet Masennuksen ehkäisyne keinot: koulu-, liikunta-, nuori- ja sosiaalitoimissa, opiskeluterveydenhuollossa Masennuksen riskitekijät	Normaalkehitykseen kuuluvat ohimenevät mieliala-oireet Masennuksen ehkäisyne keinot: koulu-, liikunta-, nuori- ja sosiaalitoimissa, opiskeluterveydenhuollossa Masennuksen riskitekijät	Tunnistaminen ja puheeksi-oton välineet Nuori kuvaa vapaamuotoisesti, itsearvioinnittavilla tai strukturoidussa haastattelussa masennusoireitit On mahdollista, ettei nuori silti itse tunnista tilannetta masennusiksi Nuoren toimintakyky alenunut Miten perhe suhtautuu nuoreen - ikätasoinen huolenpito/ laiminyttö, liialliset odotukset/ ylisuojeluvuus Miten perhe suhtautuu nuoren oireisiin ja toimintakykyyn laskuun - empaattinen ymmärrys/ torjunta/ vihamielisyys Miten vanhemmat suhtautuvat hoitoon - yhteistyöhalu/ vihamielisyys/ häpeä/ arvottomuus	Kliinisessä masennuksessa keskeistä: 1. nuori täyttää riittävästi spesifisiä oirekriteerejä 2. oireet eivät ole ohimeneviä 3. oireet häiritsevät nuoren toimintakykyä Depressio Käypä hoito suositus Nuoren ja perheen arviointi Masennuksen vaikeusaste ja samanaikaisraastavuus	Verkostoituvu työote Nuoren ohimenevien masennusoireiden hoito Lievän masennuksen hoito Hoito kuntien moniammatillisissa työryhmissä Hoidon perustus Indikaattorit erikoissairaanhoitoon lähettämiseen Hoito erikoissairaanhoitosta	Jos nuori tarvitsee vielä aktiivisen hoitovaiheen jälkeen seurainta, joka siirtyä esim. erikoissairaanhoitosta perustason vastuulle, epäkäsissä annetaan siitä selkeitä suosituksia ja kuntain käynnistämiseksi sovitaan nuoren ja perheen kanssa (kuka varaa ajan, miten se ilmoitetaan nuorelle ja perheelle) Kun hoito voidaan lopettaa, nuorelle ja perheelle annetaan ohjeita kenen puoleen kääntyä jos tilanne uusutuu.
<b>Hoidon ohjaus</b> Masentunut mieliala kestää lyhyitä aikoja (eten muutama päivä kerrallaan). Nuoren toimintakyky ei laske, vaikka mieliala vaihtelee. Nuoren mielen oireilu- milläin syytä huoleen?	Masentunut mieliala kestää lyhyitä aikoja (eten muutama päivä kerrallaan). Nuoren toimintakyky ei laske, vaikka mieliala vaihtelee. Nuoren mielen oireilu- milläin syytä huoleen?	Nuori kuvaa vapaamuotoisesti, itsearvioinnittavilla tai strukturoidussa haastattelussa masennusoireitit On mahdollista, ettei nuori silti itse tunnista tilannetta masennusiksi Nuoren toimintakyky alenunut Miten perhe suhtautuu nuoreen - ikätasoinen huolenpito/ laiminyttö, liialliset odotukset/ ylisuojeluvuus Miten perhe suhtautuu nuoren oireisiin ja toimintakykyyn laskuun - empaattinen ymmärrys/ torjunta/ vihamielisyys Miten vanhemmat suhtautuvat hoitoon - yhteistyöhalu/ vihamielisyys/ häpeä/ arvottomuus	Nuoren masennus: Tietoa nuorelle ja heidän perheilleen Nuoren päihdehäiriöt ja muut mielenterveyden häiriöt	Tietoa masennuksesta nuorten kanssa työskenteleville aikuisille Nuoren päihdehäiriöt ja muut mielenterveyden häiriöt	Nuoren mieliala ja toimintakyky ovat palautuneet normaaleiksi, ikätasoisiksi Tukee jäänyt masennusjakso erottuu nykyisestä voinnista selvästi
<b>TIEDONKULKU</b>				Terveys- ja hoitosuunnitelma Lähetä	Siirtokokous ja Epikriisi PSHP:n konsultaatiolumerot
ASIAKAS	Normaalin kehitykseen kuuluva mielialan vaihtelu	Ongelman havaitseminen	Ongelman ymmärtäminen	Hyväksyminen ja hoidon edesauttaminen	Toipuminen
TUKIKEINOT	Tavoite	Hoitosuunnitelman painopiste	Ajanvarausmenetelmä	Keinot	Yhteydenpito
<b>Pärjääjä-asiakkuus</b> Lievät oireet, hyvä perheen tuki	Normaalni mielialan palautuminen, vakavan/ kroonistuvan masennuksen ehkäiseminen Preventiiviset, yhteisölliset, ajan keinot	Elämäntilanteen voimavarojen selvitys, sosiaalisten tukien vahvistaminen, ongelmanratkaisukeinojen etsiminen Hoidossa korostuu yksilöllisyyttä nuoren kanssa, perhe pidetään ajan tasalla, hoidon koordinaattorin rooli ohjaava	Yksilöllisesti sovitvat tapaamiset	Tiedon tarjoaminen nuorelle ja vanhemmille Tukea antavat yksilökäynnit: - ajankohtaisten huolien kuuleminen - rakkaiden etsiminen - vahvuuksien tukeminen - ikätasoisin aktiviteetteihin ja ikätoverisuhteisiin tukeminen Ohjaaminen erityisnuorisotyöhön tai kolmannen sektorin palveluihin, joissa voi solmia ikätoverisuhteita Ennaltaehkäisy	Kokonaisuudesta huolehtii terveydenhoitaja, harrastusohjaaja ja opettaja Vanhempien yhteydenpito esim. harrastusohjaajin ja opettajin jotta huomioisivat ja kannustaisivat
<b>Yhteistyö-asiakkuus</b> Vakavat oireet, hyvä perheen tuki	Psykoterapeuttisen työskentelyn käynnistäminen Perheen voimavarojen hyödyntäminen Yhteistyö ja tiedonkulu ammattilaisten kesken	Psykoterapeuttisen hoidon suunnittelu ja toteutus, perhe tukee psykoterapiaprosessia Lääkehoidon tarpeen arviointi ja mahdollinen lääkehoito Koulut/oppilaitosyhteistyö Hoidon koordinaattorin rooli pehettä vastuun ottoon tukeva	Sovitut tapaamiset Verkostokokoukset tarvittaessa	Tiedon tarjoaminen nuorelle ja vanhemmille Perhekäynnit Vanhempien tukikäynnit Yhteistyötapaamiset nuoren, perheen, koulun ja hoitavan tahon kesken: mahdolliset erityisjärjestelyt ja yksilöllinen eteneminen Nuoren yksilöterapeuttinen hoito ja mahdollinen lääkehoito	Kokonaisuudesta huolehtii moniammatillinen (erikoisistäänjohtoinen) työryhmä kunnassa tai Taysissa Yhteydenpito vanhempiin hoitokäytien yhteydessä
<b>Tuki-asiakkuus</b> Lievät oireet, heikko perheen tuki	Normaalni mielialan palautuminen, vakavan/ kroonistuvan masennuksen ehkäiseminen Yhteisön voimavarojen hyödyntäminen, erityisliikuntayhdistys ym. Perheen nuorelle tarjoaman tuen vahvistaminen	Nuoren tukeminen hyödyntämään yhteisön voimavaroja Hoidon koordinaattorin rooli vahva ja aktiivinen, muiden ammattilaisten kanssa verkostoituvaa	Yksilöllisesti sovitvat tapaamiset nuoren ja vanhempien kanssa yhdessä ja erikseen Verkostokokoukset	Tiedon tarjoaminen nuorelle ja vanhemmille Tukea antavat yksilökäynnit: ajankohtaisten huolien kuuleminen, rakkaiden etsiminen, vahvuuksien tukeminen, ikätasoisin aktiviteetteihin ja ikätoverisuhteisiin tukeminen Puhelut vanhemmille Vanhempien mahdollisen oman erityistuen ja hoidon tarpeen tunnistaminen, ohjaaminen tuen piiriin Koko perheen tukeminen	Kokonaisuudesta huolehtii Taysin nuorisopsykiatrisen vastualue tai erikoisistäänjohtoinen nuorisopsykiatrisen työryhmä kunnassa Puhelut vanhemmille Yhteydenpito sovittu esim. harrastusohjaajin ja opettajin, jotta huomioisivat ja kannustaisivat nuorta Nuoren ohjaaminen erityisnuorisotyöhön tai kolmannen sektorin palveluihin, joissa voi solmia ikätoverisuhteita, sovittu yhteydenpito sinne
<b>Huolenpito-asiakkuus</b> Vakavat oireet, heikko perheen tuki	Hoitoa tukevien rakenteiden luominen Hoidon aloittaminen ammattilaisverkoston tuella, perheen tukeminen auttamaan nuorta	Nuoren tarvitsemien hoitojen suunnittelu ja toteutus sekä yhteistyösuunnitelma: - ammatilliset ja verkoston yhteistyö, perheen aktiivointi Osastohoidon ja lastensuojelutarpeen arviointi Hoidon koordinaattorin rooli vahva ja aktiivinen	Vanhempien tapaamiset hoitokäynnillä Verkostokokoukset	Nuoren hoidon käynnistämisen vahvalla ammattilaisten verkoston tuella Osastohoito Lastensuojelulliset tukitoimet Vanhempien mahdollisen oman erityistuen ja hoidon tarpeen tunnistaminen, ohjaaminen tuen piiriin	Kokonaisuudesta huolehtii Taysin nuorisopsykiatrisen vastualue tai erikoisistäänjohtoinen nuorisopsykiatrisen työryhmä kunnassa Puhelut vanhemmille Yhteistyö lastensuojelun ja koulun kanssa

(Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2013a)



## LIITE 3: Nuoren masennuspotilaan palveluverkosta vastaavien nimet

1. Pj, yl Riittakerttu Kaltiala-Heino, TA5, EVA, @pshp.fi
2. Psykologi Tiina Myllymäki, TA 5, @pshp.fi
3. Sh Merja Ahonen, Nokian perhekeskus, @nokiankaupunki.fi
4. Nuorisopsykiatrian el Minna Hirvelä, kuntien el-tiimit, Kangasalan mtt, @kangasala
5. Psykologi Sami Eloranta, Ylöjärven nuorisotiimi, @ylojarvi.fi
6. Kuraattori Tuija Landström, @ylojarvi.fi
7. LL Noora Seilo, Tampereen opiskelijaterveydenhuolto, @uta.fi
8. Ylilääkäri Päivi Kiviniemi, Tampereen kaupungin päihde- ja mielenterveyspalvelut, @tampere.fi
9. Erityistyöntekijä, psykiatrinen sairaanhoitaja Taina Puumala, Virtain tk, @virrat.fi
10. Kouluterveydenhoitaja Jaana Koivisto, Nokian tk, @nokiankaupunki.fi
11. Erityisluokanopettaja, Kelpo-hankkeen koordinaattori Kati Heikkilä, Sastamala, @sastamala.fi
12. Nuorisolääkäri Laura Meittamo-Ahoranta, Lempäälän tk, @lempaala.fi
13. Sivistysjohtaja Nina Lehtinen, Lempäälä, @lempaala.fi
14. Liikuntasihiteeri Timo Toivonen, Akaa, @akaa.fi
15. Koululääkäri Elina Ojanen, Tampereen tk, @tampere.fi

( Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2013a)

LIITE 4: ICD-10 tautiluokitus Käypä-hoitosuosituksen mukaan.

Taulukko 1. ICD-10:n mukaiset masennustilan (F32) oirekriteerit, joita sovelletaan oirekuvan osalta myös toistuvassa masennuksessa (F33). Kriteerejä on hieman lyhennetty ja muokattu selkeyden vuoksi.	
Oirekriteerit	Oirekuva
<p>Lievässä masennustilassa oireita on 4–5, keskivaikeassa 6–7 ja vaikeassa 8–10 ja kaikki kohdasta B. Psykoottisessa esiintyy myös harhaluuloja tai -elämyksiä.</p>	
A. Masennusjakso on kestänyt vähintään kahden viikon ajan	
B. Todetaan vähintään kaksi seuraavista oireista	<p>1. Masentunut mieliala suurimman osan aikaa</p> <p>2. Kiinnostuksen tai mielihyvän menettäminen asioihin, jotka ovat tavallisesti kiinnostaneet tai tuottaneet mielihyvää</p> <p>3. Vähentyneet voimavarat tai poikkeuksellinen väsymys</p>
C. Todetaan jokin tai jotkin seuraavista oireista niin, että oireita on yhteensä (B ja C yhteenlaskettuina) vähintään neljä	<p>4. Itseluottamuksen tai omanarvontunnon väheneminen</p> <p>5. Perusteettomat tai kohtuuttomat itsesyytökset</p> <p>6. Toistuvat kuolemaan tai itsemurhaan liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käyttäytyminen</p> <p>7. Subjektiiivinen tai havaittu keskittymisvaikeus, joka voi ilmetä myös päättämättömytenä tai jähkailuna</p> <p>8. Psykomotorinen muutos (kiihtymys tai hidastuneisuus), joka voi olla subjektiivinen tai havaittu</p>

Taulukko 1. ICD-10:n mukaiset masennustilan (F32) oirekriteerit, joita sovelletaan oirekuvan osalta myös toistuvassa masennuksessa (F33). Kriteerejä on hieman lyhennetty ja muokattu selkeyden vuoksi.

Oirekriteerit	Oirekuva
	9. Unihäiriöt
	10. Ruokahalun lisääntyminen tai väheneminen, johon liittyy painon muutos

(Isometsä, Jousilahti, Lindfors, Luutonen, Marttunen, Pirkola & Salminen 2013.)

## LIITE 5: Kysymykset puhelinhaastatteluun

Kunta, toimipiste, osoite

Onko nuoria (13-18v. ) hoitava tiimi vai ei?

Kuka johtaa tiimiä?

Asema organisaatiossa?

Keitä kuuluu tiimiin?

Erikoislääkäri

nimi

puh.

resurssi

email

Sairaanhoitaja /psyk. sh

nimi

puh.

resurssi

email

Psykologi

nimi

puh.

resurssi

email

Sosiaalityöntekijä

nimi

puh.

resurssi

email

Muu, mikä?

nimi

puh.

resurssi

email

## LIITE 6: Kyselylomake

**Kysymyslomake****Toimintakäytäntöjen kartoitus Pirkanmaan kunnissa koskien nuorten masennuksen hoitoa.**

Kysymykset koskevat 13-18-vuotiaita masentuneita tai masennusoireista kärsiviä nuoria, joihin teillä on ollut hoitokontakti 1-31.5. 2013 välisenä aikana. Kun kysymyksissä mainitaan oireileva nuori, niin sillä tarkoitetaan masennusoireista kärsivää nuorta.

1. Vastauspäivämäärä/ aika \_\_\_\_\_

2. Kunta/yksikkö: \_\_\_\_\_

3. Toimipisteessä hoidettavien nuortenikä: \_\_\_\_\_

4. Vastaajien nimet ja tehtävänimikkeet:

---



---



---

**Yleiskysymykset:**

5. Millä tavalla nuoret ohjautuvat teidän yksikköönne hoitoon/ tutkimuksiin? \_\_\_\_\_

---



---



---



---

6. Tarvitseeko nuorella olla diagnosoituna masennus vai riittääkö oireilu, jotta teille pääsee hoitoon?

---



---



---



---

7. Kuka vastuhenkilö teillä koordinoi nuoren hoitoa ja vastaa yhteistyöstä eri tahojen/toimijoiden kanssa?

---

---

---

---

8. Millaisia tehtäviä kuuluu vastuhenkilölle nuoren hoitoon liittyen?

---

---

---

---

---

9. Mitä palveluita teillä on tarjota masentuneelle nuorelle ja hänen perheelleen? Voitte merkitä rastilla (X) kaikki ne vaihtoehdot, joita tarjoatte.

a) yksilötapaamisia \_\_\_\_\_

b) verkostoneuvotteluja \_\_\_\_\_

c) perhekäyntejä \_\_\_\_\_

d) vanhempien tukikäyntejä \_\_\_\_\_

e) sähköisiä palveluita, mitä? \_\_\_\_\_

f) ryhmiä, mitä? \_\_\_\_\_

g) muita palveluita, mitä? \_\_\_\_\_

10. Millä tavalla tieto kulkee teillä

a) nuorelta ja hänen läheisiltään tiimille? \_\_\_\_\_

---

---

---

b) tiimin sisällä työntekijältä toiselle? \_\_\_\_\_

---

---

---

c) tiimiltä nuorelle ja läheisille ? \_\_\_\_\_

---

---

---

11. Mikä edistäisi tiedonkulkua masentuneen nuoren hoidossa? \_\_\_\_\_

---

---

---

12. Mitä tahoja konsultoitte masentuneen tai oireilevan nuoren hoitoon liittyen? \_\_\_\_\_

---

---

---

13. Millaisissa tilanteissa teette masentuneesta tai oireilevasta nuoresta lähetteen erikoissairaanhoidon?

---

---

---

---



14. Millainen lähete-palautejärjestelmä teillä on käytössä ja miten se toimii, kun nuori lähtee teiltä jatkohoitoon?

---

---

---

15. Oletteko tietoisia Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä vuonna 2013 valmistuneesta uudesta työvälineestä eli nuoren masennuspotilaan palveluverkosta?

a) Kyllä \_\_\_\_\_

b) Ei \_\_\_\_\_

16. Jos kyseinen palveluverkko on teille tuttu, niin mistä olette saaneet tiedon siitä?

a) PSHP:n nettisivuilta? \_\_\_\_\_

b) Terveysportista? \_\_\_\_\_

c) Työnantajan välityksellä? \_\_\_\_\_

d) Muualta, mistä? \_\_\_\_\_

17. Oletteko käyttäneen kyseistä palveluverkkoa työssänne ja jos olette niin miten?

---

---

---

---

**Seurantakysymykset:**

18. Kuinka montaa masentunutta tai masennusoireista kärsivää nuorta toimipisteessänne hoidettiin 1.5.- 31.5.2013 välisenä aikana? \_\_\_\_\_

19. Kuinka monta kotikäyntiä yhteensä yksiköstänne tehtiin masentuneen tai oireilevan nuoren kotiin toukokuussa 2013? \_\_\_\_\_

20. Kuinka monta kertaa teidän yksikössänne oli yhteensä masentuneen tai oireilevan nuoren hoitoon liittyen perhetapaamisia toukokuussa 2013? \_\_\_\_\_

21. Kuinka monta kertaa teillä yksikössänne oli yhteensä verkostotapaamisia masentuneen tai oireilevan nuoren hoitoon liittyen toukokuussa 2013? \_\_\_\_\_

22. Kuinka monta kertaa erikoissairaanhoidosta teille jatkohoitoon tulleen masentuneen tai oireilevan nuoren epikriisi ei ollut yksikössä käytettävissä nuoren tullessa vastaanotolle? \_\_\_\_\_

23. Kuinka monta kertaa erikoissairaanhoidosta oltiin teidän yksikköönne yhteydessä muuten kuin epikriisin välityksellä liittyen masentuneen tai oireilevan nuoren hoitoon kyseisenä ajankohtana? \_\_\_\_\_

24. Mikäli haluatte kommentoida tai kertoa jotakin muuta masentuneen nuoren hoitoon liittyen, niin toivon teidän kirjoittavan siitä tähän.

---



---



---



---



---

Kiitos vastuksistanne!

## LIITE 7: Saatekirje kyselylomakkeeseen.

Arvoisat vastaanottajat!

Teen opinnäytetyöni Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä tänä vuonna valmistuneeseen nuoren masennuspotilaan palveluverkkoon liittyen. Opiskelen ylempää ammattikorkeakoulututkintoa Diakonia-ammattikorkeakoulussa Porin toimipisteessä, terveyden edistämisen koulutusohjelmassa (terveydenhoitaja) ja tarkoituksena on kartoittaa kuntien nykykäytäntöjä ja työnjakoa masentuneiden nuorten (13-18v.) hoitoon liittyen. Tavoitteena on selvittää miten yhdenmukaisia käytänteet Pirkanmaan kunnissa ovat ja toisaalta selvittää myös kehittämisideoita yhteistyön parantamiseksi. Tutkimus toteutetaan yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikön kanssa.

Toivon tiiminne täyttävän oheista lomaketta esim. tiimipalaverien yhteydessä. Lomakkeessa kysytään yleisiä kysymyksiä toiminnastanne sekä seurantatietoa toukokuun (1.5 - 31.5 2013) ajalta. Seurantatietona kerätään tietoa masennusoireista tai masennuksesta kärsivien nuorten lukumäärästä toimipisteessänne, kotikäyntien, perhetapaamisten, verkostotapaamisten, epikriisien ja yhteydenottojen määristä toukokuun aikana. Seurannan voi toteuttaa vaivattomimmin "tukkimiehen kirjanpidolla". Seurannan takia kysymyksiin olisi hyvä tutustua etukäteen ja sopia, että miten tiimissä seuranta toteutetaan ja tiedot kerätään yhteen.

Oheinen kyselykaavake lähetetään Pirkanmaan alueella jokaiseen kuntaan huhtikuussa 2013 palvelujärjestelmän kehittämisen tueksi. Tutkimuksen onnistumiseksi on tärkeää, että vastaatte lomakkeen kysymyksiin mahdollisimman tarkasti. Aineisto käsitellään tilastollisin menetelmin. Pyydän teitä palauttamaan kysymyslomakkeen **10.6.2013 mennessä** oheisessa valmiiksi maksetussa kirjekuoressa.

Mikäli teille herää kysymyksiä liittyen lomakkeeseen tai tutkimaani aihetta kohtaan, niin vastaan mielelläni kysymyksiinne. Valmis tutkimus on luettavissa Theseus- tietokannassa vuoden 2013 lopulla.

Yhteistyöstä etukäteen kiittäen!

Jaana Koivisto, terveydenhoitaja, psykiatrinen sairaanhoitaja

p. XXX

Jaana.Koivisto@student.diak.fi

LIITE 8: Esimerkki aineistolähtöisestä sisällönanalysistä tutkimuksessa.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokat	Yläluokat
<p>Ei nimettyä koordinaattoria. Jokaisella asiakkaalla on oma vastuutyöntekijä.</p> <p>Ei nimettyä vastuuhenkilöä. Tarvittaessa psykologit konsultoivat lastenpsykiatria.</p> <p>Työntekijät vastaavat itsenäisesti omasta työstään. Tarvittessa voi konsultoida lastenpsykiatria ja joidenkin asiakkaiden hoidossa hän on mukana muutenkin.</p> <p>Nuoren oma työntekijä ja lääkäri.</p> <p>Lääkäri vastaa työntekijän työparina, lähetteet käsitellään tiimissä missä arvioidaan ketä työryhmästä mukana hoidossa.</p> <p>Nuorisotiimin jäsenet, yleensä nuoren omaksi työntekijäksi nimetty henkilö.</p>	<p>Ei koordinaattoria, vastuutyöntekijä on.</p> <p>Ei vastuuhenkilöä.</p> <p>Nuorta hoitava työntekijä.</p> <p>Nuoren työntekijä ja lääkäri.</p> <p>Lääkäri työntekijän parina.</p> <p>Tiimin jäsenet ja nuoren oma työntekijä</p>	<p>Vastuuhenkilö on.</p> <p>Ei vastuuhenkilöä.</p> <p>Työntekijä.</p> <p>Työntekijä.</p> <p>Työntekijä.</p> <p>Tiimi ja työntekijä</p>	<p>Työntekijä vastaa yksin tai tiimin kanssa yhteistyötä.</p>

## LIITE 9: Seurantakysymysten vastaukset kunnittain.

	Kysymys 18	Kysymys 19	Kysymys 20	Kysymys 21	Kysymys 22	Kysymys 23
1.	3	0	7	0	0	0
2.						
3.	3	0	2	2		
4.	36	6	8	4	1	1
5.	52	40	24	11	1	2
6.	16	0	3	6	0	0
7.	10	0	2	4	10	2
8.	28	0	9	5	0	0
9.	5	1	2	1	0	0
10.	15	1	4	6	0	0
11.	18	40	2	1	0	0
12.	3	0	0	0	0	0
13.	0	0	0	0	0	0
14.	170	2	35	13	2	3
15.	63	0	15	8	1	2
16.		0				
17.	3	0	0	0	0	0
18.	34	1	1	3	0	0
19.	27	1	7	2	0	0

## LIITE 10: Tutkimuksen etenemisen vaiheet

