



Mielenterveysomaisen tunnistaminen ja sosiaalinen tukeminen työterveyshoitajan näkökulmasta

Annaelina Mäkilampi

2023 Laurea





Laurea-ammattikorkeakoulu

**Mielenterveysomaisen tunnistaminen ja sosiaalinen tukeminen
työterveyshoitajan näkökulmasta**

Annaelina Mäkilampi
Sosionomi (AMK)
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2023

Annaelina Mäkilampi

Mielenterveysomaisen tunnistaminen ja sosiaalinen tukeminen työterveyshoitajan näkökulmasta

Vuosi

2023

Sivumäärä

58

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata millaiset tekijät vaikuttavat mielenterveysomaisen tunnistamiseen työterveyshoitajan näkökulmasta, sekä millaista on työterveyshoitajan hänelle antama sosiaalinen tuki. Työn tavoite oli lisätä tietoa tunnistamisesta ja sosiaalisesta tukemisesta työterveyshoitajan näkökulmasta, sen ilmenemisestä ja muodoista. Lisäksi tavoitteena oli tuottaa tietoa, joka parantaa mielenterveysomaisten tunnistamista ja sosiaalista tukemista jatkossa. Opinnäytetyön toimeksiantaja oli Mielenterveysomaisten keskusliitto FinFami ry. Tutkimuskysymykset olivat: Mitkä tekijät vaikuttavat mielenterveysomaisen tunnistamiseen työterveyshoitajan näkökulmasta? Millaista on työterveyshoitajan mielenterveysomaiselle antama sosiaalinen tuki?

Tunnistamiseen ja sosiaaliseen tukemiseen liittyviä tekijöitä peilattiin tässä työssä tutkimukseen mielenterveysomaisten elämäntilanteesta, työterveyshuollon toimintaan, sekä sosiaalisen tuen teoriaan. Aineisto kerättiin haastatteleamalla kuutta työterveyshoitajaa ympäri Suomea. Analyysi toteutettiin teemoittelulla.

Tulosten perusteella mielenterveysomaisten tunnistamiseen vaikuttavat työterveyshoitajan ja mielenterveysomaisen kontaktipinnat työterveyshuollossa, työterveyshoitajan ammattitaito, sekä mielenterveysomaiseen liittyvät tekijät. Tunnistaminen toimii pohjana sosiaaliselle tuelle, joka jakautuu emotionaaliseen tukeen ja eteenpäinohjaukseen. Emotionaalinen tuki perustuu toimivaan yhteistyösuhteeseen, vuorovaikutukseen ja työterveyshoitajan työkuuntoon. Eteenpäinohjaus tapahtuu työterveyshuollon sisällä eri ammattiryhmien välillä, sekä työterveyshuollon ulkopuolelle julkisen ja kolmannen sektorin piiriin.

Opinnäytetyön tuloksilla voidaan edistää mielenterveysomaisten tunnistamista työterveyshuollossa. Tulokset osoittavat, että tunnistamisen kannalta työterveyshuollon ja työpaikkojen tiivis yhteistyö on merkittävää, jotta mielenterveysomaiset pääsevät tuen piiriin. Myös työterveyshoitajien oma tietous mielenterveysomaisten elämäntilanteesta ilmiönä auttaa tunnistamaan juurisyyn oireilun takana. Työterveyshoitajien ajantasainen tieto julkisen ja kolmannen sektorin toimijoista mahdollistaa eteenpäinohjauksen sujuvuuden. Tulokset osoittavat, että erityisesti omaistilanteen erityisyyteen keskittynyt FinFami ry on tärkeä yhteistyökumppani työterveyshuollolle. Työterveyshuolto hyötyy sosiaalialan ammattiosaamisesta mielenterveysomaisten eteenpäinohjauksessa. Aiemmat hyvinvointitutkimukset tukevat tässä työssä ilmenneitä tuloksia tunnistamisesta ja sosiaalisesta tuesta. Kehittämisehdotuksena on eteenpäinohjausta helpottavat työkalun luominen työterveyshuollon käyttöön.

Asiasanat: Mielenterveysomainen, tunnistaminen, sosiaalinen tuki, työterveyshuolto

Annaelina Mäkilampi

Recognition and social support of families of people with a mental illness from occupational health care nurses' perspective

Year 2023

Pages

58

The purpose of this Bachelor's thesis was to describe which factors influence the recognition of families of people with a mental illness from the perspective of an occupational health nurse and what kind of social support does nurse provide. The aims of this thesis were to increase knowledge about the recognition and social support from nurses' perspective, its manifestation and forms and also to produce knowledge that helps to develop recognition and supporting families of people with a mental illness further. The client of this thesis was FinFami registered association, Finnish central association of families of people with a mental illness. The research questions were which factors influence the recognition of families of people with a mental illness from the perspective of an occupational health nurse and what kind of social support do occupational health nurses provide.

The factors of recognition and social support were compared on research of families of people with a mental illness, occupational health care, and social support theory. Research material was collected by interviewing six occupational health care nurses around Finland. Thematic analysis was conducted.

Based on the results recognition of families of people with a mental illness is influenced by the interface between the nurse and the client in occupational health care, the professional skills of the nurse, and client related factors. Recognition is the base of social support that is divided into emotional support and forward guidance. Emotional support is based on alliance, communication and the nurses' working ability. Forward guidance is done between occupational health care workers and also outside occupational health care into the public service and the third sector.

The results of this thesis can be used to advance recognition of families of people with a mental illness. The results indicate that close collaboration between the occupational health care and workplaces significantly helps the recognition and support of families. The nurses' knowledge of the life situation of families of people with a mental illness would help to recognize the actual reason behind the symptoms. Up-to-date information about the public and the third sector agency would streamline forward guidance. The results show that especially FinFami registered association would be an important collaborator for the occupational health care. The occupational health care would also benefit from social work professional expertise in forward guidance of families of people with a mental illness. Previous research findings support the results of this study. In future it would be beneficial to develop a tool for forward guidance for the use of occupational health care.

Keywords: Families of people with a mental illness, recognition, social support, occupational health care

Sisällys

1	Johdanto	8
2	Mielenterveysomaisen elämäntilanne	9
2.1	Kuka on mielenterveysomainen	9
2.2	Omaistilanteen kuormitus	10
2.3	Mielenterveysomaisia kannattelevat tekijät	12
2.4	Mielenterveysomainen työelämässä	14
3	Työterveyshuolto ja varhainen tuki	15
3.1	Työkyvyn arviointi	15
3.2	Varhaisen tuen malli	17
4	Sosiaalinen tuki	18
4.1	Mitä on sosiaalinen tuki	18
4.2	Sosiaalisen tuen muodot	19
4.3	Sosiaalisen tuen tasot	22
5	Yhteistyökumppani FinFami ry	23
6	Opinnäytetyön toteutus	24
6.1	Tarkoitus ja tavoite	24
6.2	Tutkimusmenetelmät	25
6.3	Aineiston kerääminen	28
6.4	Aineiston analyysi	30
6.5	Luotettavuus ja eettisyys	31
7	Tulokset	34
7.1	Tunnistaminen	34
7.1.1	Mielenterveysomaisen ja työterveyshoitajan kontaktipinnat	35
7.1.2	Työterveyshoitajan ammattitaito	36
7.1.3	Mielenterveysomaiseen liittyvät tekijät	38
7.2	Emotionaalinen tuki	39
7.2.1	Yhteistyösuhde	39
7.2.2	Vuorovaikutus	40
7.2.3	Työterveyshoitajan työkunto	42
7.3	Eteenpäinohjaus	43
7.3.1	Ohjaus työterveyshuollon sisällä	44
7.3.2	Ohjaus työterveyshuollon ulkopuolelle	45
8	Johtopäätökset	46
9	Pohdinta	50
	Lähteet	53
	Liitteet	58

1 Johdanto

Joka viides suomalainen sairastaa jonkinlaista mielenterveydenhäiriötä. Vuosittain 1,5% sairastuu. (Huttunen 2017.) Suomi on EU:n alueen kärkipäässä mielenterveyshäiriöiden ilmenemisessä. Häiriöiden aiheuttamat kustannukset ovat Suomessa 5,3 % bruttokansantuotteesta, eli noin 11 miljardia euroa. (Finland's mental health challenge 2019.) Mielenterveydenhäiriöihin liittyvät kustannukset ovat siis merkittäviä ja ne pitävät sisällään niin työkyvyttömyyseläkkeiden, sairauslomapäivien ja jopa itsemurhien kansalliset taloudelliset seuraukset. Ilmiö koskettaa kuitenkin vielä laajempaa joukkoa: jokaisella häiriöiden kanssa elävällä on ympärillään läheisiä, joiden elämään sairastuminen vaikuttaa. Mielenterveysomaisella on suurentunut riski sairastua erityisesti masennukseen. Omaisen oireilu voi olla psyykkistä, tai somaattista. Koska ilmiö on niin yleinen, on jokaisen sosiaalialan ammattilaisen tärkeä olla siitä tietoinen. Tämä opinnäytetyö liittyy sosionomin ammattikenttään siten, että sosionomi kohtaa työssään mielenterveysomaisia paitsi suorassa asiakastyössä, myös palveluohjaajana, palvelujärjestelmän osaajana.

Mielenterveysomaisen rooli ei jää vain yksityiselämään, vaan se vaikuttaa myös työelämään: sairastunut läheinen tarvitsee monesti tukea päivittäisessä elämässä ja asioiden hoitamisessa. Koska suuri osa aikuisista mielenterveysomaisista on työelämässä, hakeutuu moni heistä oireilunsa takia työterveyshoitajan, tai -lääkärin vastaanotolle. Sairastuneen omaisella voi olla myös häpeää läheisen sairastumisesta, minkä vuoksi asiasta on vaikea puhua. Työterveyshuollolla onkin tärkeä rooli mielenterveysomaisen ohjaamisessa avun piiriin. Kuitenkin mielenterveysomaisten kokemus on, että he eivät ole saaneet riittävästi tukea sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Erityisesti työterveyshoitajat kohtaavat asiakkaita erilaisten oireiden takia ja terveystarkastusten yhteydessä. Tämän takia opinnäytetyöni kohdistuu juuri työterveyshoitajien mielenterveysomaisille antamaan sosiaaliseen tukeen.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, millaiset tekijät vaikuttavat mielenterveysomaisen tunnistamiseen työterveyshoitajan näkökulmasta ja millaista on työterveyshoitajien mielenterveysomaisille antama sosiaalinen tuki. Työn ensisijainen tavoite on lisätä tietoa tunnistamisesta ja työterveyshoitajien mielenterveysomaisille antamasta sosiaalisesta tuesta, sen tämänhetkisestä ilmenemisestä ja muodoista. Toisena tavoitteena on pyrkiä parantamaan mielenterveysomaisen avun saamista tuomalla näkyviin työterveyshuollossa olevia tunnistamisen ja tukemisen haasteita.

2 Mielensterveysomaisen elämäntilanne

Tässä luvussa avaan käsitettä ”mielensterveysomainen” ja määrittelen sen sisältöä omassa opinnäytetyössäni. Esittelen mielensterveysomaisten elämäntilanteen tuomia haasteita aiempaan tutkimukseen perustuen. Avaan myös aiemman tutkimuksen tuomaa tietoa mielensterveysomaisten kokemuksista tuen saamisesta ja sen laadusta. Koska työni liittyy mielensterveysomaisten tukemiseen työterveyden piirissä, käsittelen lopuksi mielensterveysomaisten kokemuksia työelämän ja omaistilanteen yhteensovittamisesta, sekä mielensterveyden huomiomisesta työssä.

2.1 Kuka on mielensterveysomainen

Mielensterveysomaisten keskusliitto - FinFami ry määrittelee mielensterveysomaisen näin:

Mielensterveysomaisella tarkoitamme henkilöä, jonka läheinen on sairastunut tai oireilee psyykkisesti. Hän voi olla sairastuneen puoliso, lapsi, sisarus, vanhempi, ystävä tai muu läheinen. (FinFami ry 2022.)

Mielensterveysomainen onkin Suomessa yleistynyt termi sairastuneen ympärillä olevista henkilöistä. Mielensterveysomaisia tutkittaessa on usein keskitytty tarkastelemaan sairastuneen perhettä, jolloin ystävät, sekä muut läheiset ovat jääneet vähemmälle huomiolle. Mielensterveysomaiset on myös kansainvälisessä tutkimuksessa määritelty pitkään sukulaissuhteen (family) ja sittemmin hoivaajan roolin (caregiver) kautta. Tällaisen näkökulman juuret ovat psykiatrisen hoidon historiassa, jossa perheellä on ollut suuri rooli sairastuneen huolenpidossa ensisijaisina vastuunkantajana. Määritelmä on kuitenkin sikäli ongelmallinen, että hoivan antaja ei käytännössä ole välttämättä sukulainen, vaan voi olla myös muu sairastuneelle läheinen ihminen. (Stengård 2005, 21-23.) Tässä työssä noudattelen FinFamin linjausta mielensterveysomaisesta henkilönä, jolla ei tarvitse olla sukulaissuhdetta sairastuneeseen.

Toinen mielensterveysomaisiin liittyvä rajanveto koskee sairastunutta läheistä. FinFamin mukaan henkilöllä ei tarvitse olla psykiatrista diagnoosia, jotta hänen omaisensa luokiteltaisiin mielensterveysomaiseksi. Riittää, että henkilö oireilee psyykkisesti. Mielensterveysomaistutkimuksissa on silti usein tutkittu tietyn psykiatrisen diagnoosin saaneiden omaisia, jolloin suuri joukko epävirallisista mielensterveysomaisista on jäänyt tutkimuksen ulkopuolelle. Tästä on hyvänä esimerkkinä Eija Stengårdin tutkimus, jossa hän tutki omaisten tarvitsemaa tukea ja skitsofreniaan sairastuneiden, kotiutettujen potilaiden perheiden tyytyväisyyttä tilanteeseensa. (Stengård 2005, 66-72.) Myös Nyman ja Stengård (2001) tutkivat mielensterveysomaisten hyvinvointia. Heidän tutkimuksessaan vastaajista 4,5% ei tiennyt läheisensä diagnoosia, joten oletettavasti mukana oli myös epävirallisia mielensterveysomaisia. Kuitenkin heidän kokemansa kuormitus oli yhtä suurta kuin virallistenkin. (Nyman & Stengård 2001, 26.)

Myös toisenlaisia tutkimuksellisia rajauksia on alettu tehdä: FinFami ry:n meneillään oleva Valtakunnallinen mielenterveysomaisten hyvinvointitutkimus on osa Recovery -toimintaorientaatio mielenterveyspalveluissa -hanketta. Hanketta hallinnoi Lapin yliopisto. Hankkeen tarkoituksena on kehittää toipumisorientaatioon perustuvien käytäntöjä mielenterveyspalveluihin ja arvioida palvelujen toimivuutta. Hyvinvointitutkimus käsittelee omaisten hyvinvointia erilaisten osa-alueiden näkökulmasta. Tutkimus kohdistuu ihmisiin, joiden perheenjäsenellä tai muulla läheisellä on haasteita mielenterveydessä. Kyselyssä ei kuitenkaan edellytetty, että läheisellä olisi diagnoosi, vaan koettu huoli ja vaikutus omaan elämäntilanteeseen riitti perusteeksi osallistumiselle. (FinFami 2022.) Tämä rajaus mahdollistaa myös perheen ulkopuolisten läheisten tulemisen näkyväksi ja on siksi mielestäni sopivin myös omaan työhöni.

Tässä lopputyössä määrittelen siis mielenterveysomaisten FinFamin linjauksen mukaisesti tarkoittamaan heitä, jotka ovat huolissaan perheenjäsenensä, sukulaisensa, ystävänsä tai muun läheisensä mielenterveydestä. Henkilöllä ei tarvitse olla diagnoosia, pelkkä huolta herättävä oireilu riittää.

2.2 Omaistilanteen kuormitus

Mielenterveysomaisten tilannetta on tutkittu pääasiassa kolmesta näkökulmasta: omaistilanteen aiheuttamaa kuormitusta, perheen ilmapiiriä, sekä tilanteen hallintaa ja selviytymiskeinoja. Hoenig ja Hamilton jakoivat mielenterveysomaisten kokeman kuormituksen objektiiviseen ja subjektiiviseen jo vuonna 1966 ja tämä jako on edelleen käytössä tutkimuksessa (Baronet 1999, 819). Objektiivisella kuormituksella tarkoitetaan mielenterveysomaisten kokemaa psyykkistä kuormitusta ja sen seurauksia. Objektiivinen kuormitus koostuu mielenterveysomaisten huolenpitotehtävistä. Näitä ovat taloudelliset kustannukset, käytännön arkiaskareet, sairastuneen kuljettaminen palveluihin, ja valvominen. Omisarooli vaikuttaa lisäksi mielenterveysomaisten sosiaalisiin suhteisiin ja uraan, sekä vapaa-ajan määrään. Objektiivisen kuormituksen mittaamisen ongelma on kuitenkin ollut se, että vaikutuksia on kysytty mielenterveysomaisilta itseltään, jolloin näkökulma on ollut subjektiivinen. (Sales 2003, 34-36.)

FinFamin meneillään olevan tutkimuksen mukaan yksi mielenterveysomaisten objektiivista kuormitusta aiheuttava tekijä oli sairastuneen huono avun saanti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Yli puolet vastaajista koki, ettei sairastunut läheinen ollut saanut riittävästi apua. Palvelujärjestelmä ei tutkimuksen mukaan tunnista mielenterveysomaisten tilannetta ja tarpeita. Vastaajista yli kolmannes ei kokenut saaneensa apua silloin, kun sitä todella tarvitsi ja 83% vastasi, että hoitotaho oli huomionnut mielenterveysomaisten jaksamisen heikosti tai ei ollenkaan. Merkittävä osa (85%) ei myöskään ollut saanut mitään, tai vain heikosti välineitä oman ja perheen jaksamisesta huolehtimiseen. Mielenterveysomaiset eivät olleet saaneet riit-

tävästi tietoa eri tukimuodoista, kuten kuntoutuksesta tai omaishoidontuesta. Tämä olisi kuitenkin ollut yksi tapa kompensoida lyhentyneestä työajasta johtuvia taloudellisia seurauksia ja lievittää objektiivista kuormitusta. (Kallunki & Knaapi 2020.)

Subjektiiivinen kuormitus on reaktio objektiiviseen kuormitukseen. Se voi aiheuttaa eristäytymistä, loukkuun jäämisen kokemuksen, huolta, stressiä, leimautumisen pelkoa, syyllisyyden tunteita ja häpeää. (Sales 2003, 36.) Kuormitusta mielenterveysomaiselle aiheuttaa myös sairastuneen väkivaltainen käytös, sairastuneen riippuvuus omaisesta, yölliset huolenpidon tarpeet, sairastuneen epätyypillinen käytös julkisilla paikoilla ja huoli tulevaisuudesta. (Baronet 1999, 822.) Nymanin ja Stengårdin (2001) mukaan mielenterveysomaisen huolestuneisuus ja lähipiirin vuorovaikutuksen jännittyneisyys sekä ristiriidat olivat myös yhteydessä kuormituksen kokemukseen. (Nyman & Stengård 2001, 32-34.) Subjektiiivista kuormitusta käsittelevät tutkimukset osoittavatkin, että mielenterveysomaisilla on huomattava riski sairastua masennukseen. Lisäksi mielenterveysomaisten tyytyväisyys elämään on alentunut verrattuna muihin väestöön. Omaisen hyvinvointi -tutkimuksessa 2001 selvisi, että masennusoireita lisäävät erityisesti mielenterveysomaisen oma sairastavuus, toimeentulon vaikeudet, yksinasuminen, läheinen sukulaisuussuhde sairastuneeseen, pitkä sairastamisaika, sairastuneen alentunut toimintakyky, huolenpitoon liittyvät kielteiset merkitykset, huolenpitäjätyyppinen temperamentti, sairastuneen henkilön tarvitsema runsas tuki, sekä huolenpitotehtäviin käytetty aika (yli 32 tuntia viikossa). Samat tekijät alentavat myös tyytyväisyyttä elämään. Seurantatutkimuksen tulokset vahvistivat näitä huomioita, mutta sen mukaan sairastuneen pääsy hoitoon seurantajakson aikana kuitenkin vähentää mielenterveysomaisen masennusoireita. (Nyman & Stengård 2001, 68-72; Nyman & Stengård 2005, 34-35.) Vakavien mielenterveyden häiriöiden osalta omaisten kuormitus on lisäksi pitkäkestoista. Sairauteen liittyy useimmiten voimakkaita kognitiivisia ja tunne-elämän vaikeuksia, jotka vaativat omaiselta fyysisiä ja henkisiä voimavaroja. (Sales 2003, 34.)

FinFami ry:n hyvinvointitutkimuksessa on saatu hyvin samankaltaisia tuloksia. Kyselytutkimus osoittaa, että läheisen sairastuminen psyykkisesti vaikuttaa mielenterveysomaisten mielenterveyttä kannatteleviin elementteihin negatiivisesti: vastaajista 74% ilmoitti, että sairastuminen oli yhteydessä vapaa-ajan ja sosiaalisten suhteiden heikkenemiseen. Tämä johtui mielenterveysomaisen kokemasta väsymyksestä, stressistä ja kykenemättömyydestä sitoutua harrastukseen arvaamattoman elämäntilanteen takia. Moni myös pelkäsi kertoa tilanteestaan muille. Mielenterveysomaiset olivat tiiviisti yhteyksissä sairastuneeseen, 80% jopa useita kertoja viikossa. Useita kertoja päivässä apua tarvitsevien omaisia oli 16% vastaajista. Aiemman tutkimuksen valossa tiedetään, että näin suuri huolenpitoon käytetty aika on yhteydessä mielenterveysomaisen kokemaan kuormitukseen ja sen aiheuttamaan masennukseen (Nyman & Stengård 2001, 40).

Hyvinvointitutkimus nostaa esiin myös mielenterveysongelmiin liittyvän stigman ja sen vaikutukset omaisiin. Yli puolet tutkimukseen vastanneista koki, että mielenterveysongelmista puhutaan edelleen leimaavasti. Toisaalta kuitenkin noin kolmannes ei ollut huomannut negatiivista asennoitumista työtovereilta, tai naapureilta. Tähän kokemukseen liittyi tuttavapiirin suvaitsevaisuus ja ymmärrys mielenterveysongelmista. Leimaavaan suhtautumiseen taas liitettiin tietämättömyys, ennakkoluulot ja stereotyyppit. Masennusta pidettiin normalisoituneempina ilmiönä, kuin psykoosisairauksia, joiden koettiin olevan edelleen tabu. Leimaavuutta koettiin myös erityisesti, jos sairastunut oli oma lapsi tai sisar. Negatiiviset kokemukset liittyivät näin kokemuksiin läheisen sairauden vaikutuksista vapaa-aikaan ja sosiaalisiin suhteisiin. (Martin & Kallunki 2020).

Leimautumisen pelko aiheuttaa omaisten vaikenemista omasta tilanteestaan ja vaikeuttaa avun saamista. Kolmannes Hyvinvointitutkimukseen (2020) vastanneista ei ollut salannut läheisensä mielenterveysongelmaa. He suhtautuivat mielenterveyden ongelmiin luontevasti ja halusivat puhua asioista sellaisenaan. He myös halusivat lisätä muiden ihmisten ymmärrystä ilmiötä kohtaan. Salaaminen oli kuitenkin melko yleistä tutkimuksen mukaan: neljännes mielenterveysomaisista oli salannut tilanteen aiemmin ja kaksi viidesosaa salasi sen edelleen. Sairastuminen salattiin mm. työpaikalla, harrastuksissa ja sukulaisilta. Syynä tähän oli noudattaa sairastuneen omaa toivetta, halu suojella ja kunnioittaa sairastuneen yksityisyyttä, epävarmuus toisten reaktioista ja leimautumisen pelko. Salaaminen oli yhteydessä koettuun heikompaan elämänlaatuun ja sairastumisen vaikutuksiin sosiaalisiin suhteisiin. Riittävä tiedonsaanti sekä sairastuneen hoidosta, että mielenterveysomaisten tukimahdollisuuksista vähensi salaamisen tarvetta huomattavasti. Tässä keskeistä oli mielenterveysomaisten tuleminen kuulluksi ja heidän hyvinvointinsa ja jaksamisensa huomioiminen, vaikutusmahdollisuudet, sekä se, että omaiset saivat arjen välineitä huolehtia omasta ja perheen jaksamisesta. Avoimuus lisäsi ulkopuolisen avun saamista ja hakemista. (Martin & Kallunki 2020).

2.3 Mielenterveysomaisia kannattelevat tekijät

Jotta mielenterveysomaisille voidaan tarjota oikeanlaista tukea, täytyy tietää, mitkä tekijät tuottavat heille positiivista mielenterveyttä ja jaksamista. Mielenterveysomaisten selviytymistä kuormittavassa tilanteessa on tutkittu Suomessa erityisissä hyvinvointitutkimuksissa. Tällä hetkellä meneillään oleva FinFamin toteuttama tutkimus käsittelee tuen saamisesta mielenterveysomaisten kokemana. Peilaan tuloksia myös aiempaan Markku Nymanin ja Eija Stengårdin tutkimukseen, Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi (2001).

Sosiaalinen tuki näytteli kokemuksissa suurta roolia. Kyselyyn osallistuneet mielenterveys- ja päihdeomaiset kertoivat, että ammattilaisilta saatu tuki koettiin hyvinvointia lisäävänä silloin, kun sitä oli saatu: epävirallisessa asemassa olevilla omaisilla ei ollut taloudellista, eikä palveluihin liittyvää tukea omalle hyvinvoinnilleen. Selvisi myös, että ammattiapua haettiin

vasta silloin, kun oma tilanne oli jo kriisiytynyt ja esimerkiksi työssäkäynti vaikeutunut. Mielenterveysomaisten tuen saamista edisti sairastuneen läheisen pääseminen palvelujärjestelmän piiriin. (Jurvansuu & Ringblom 2020, 1-3.) Avunhakemisen kynnyksiä madalsi palvelujen näkyvyys ja perhelähtöinen, myönteinen suhtautuminen omaistukeen. Erityisen merkittävää olisi-kin löytää ja huomioida sellaiset mielenterveysomaiset, jotka ovat sekä virallisen, että epävirallisen tuen ulkopuolella. Tässä keskeisessä roolissa on ammattilaisten kyky tunnistaa masennusriskissä olevat mielenterveysomaiset jo varhaisessa vaiheessa. Mielenterveysomaiset tulisi-kin nähdä itsenäisinä avun tarvitsijoina - ei vain sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten apureina sairastuneen hoidossa. (Jurvansuu & Ringblom 2020, 8-9; Nyman & Stengård 2001, 93.)

Myös Nymanin ja Stengårdin aiemmassa hyvinvointitutkimuksessa mielenterveysomaisten toiveet ja kohtaamiset ammattihenkilöihin liittyen tulivat selkeinä esiin. Ammattilaisilta toivottiin hyviä sosiaalisia taitoja ja vuorovaikutuksen kiireettömyyttä, kykyä kohdata mielenterveysomainen ja sairastunut tasavertaisina ihmisiä mutta ammatillisesti, laaja-alaista ammattitaitoa, yksilöllistä ja joustavaa menetelmien soveltamista, jatkuvuutta ja sitoutumista, sekä avoimuutta tiedon jakamisessa ja mielenterveysomaisten osallistumisen mahdollistamista. Tämnäkökaltaiset kohtaamiset ammattilaisten kanssa olivat tukeneet myös sairastuneen omaisia. (Nyman & Stengård 2001, 56-62.)

Mielenterveysomaisten oli helpompi hakea itselleen apua läheisiltä, kuin ammattilaisilta. Tutkimuksen mukaan etenkin läheisten ymmärtävä ja leimaamaton asenne tuen antamisessa oli merkittävää. Lähipiirin negatiivinen ja stigmatisoiva suhtautuminen taas oli kielteisessä yhteydessä mielenterveysomaisten hyvinvointiin. Erityisesti päihdeomaiset kokivat stigmatisointia. Negatiiviset kokemukset myös kasautuivat alimpiin sosiaaliryhmiin ja yhdistyivät muihin hyvinvoinnin vajeisiin. (Jurvansuu & Ringblom 2020, 8-9.)

Nyman ja Stengård (2001) kartoittivat mielenterveysomaisten jaksamista ja hyvinvointia tukevia voimavaroja. Keskeisiksi näistä nousivat ystävät, liikunta, työ ja harrastukset. Sosiaaliset suhteet ja sosiaalinen kanssakäyminen oli useimmiten mainittu voimavara. Edellä mainittujen lisäksi esiin nousivat myös myönteinen ajattelu, uskonto, maailmankuvalliset ja filosofiset pohdinnat, ikäsuhteeseen liittyvät asiat, hiljentyminen, järjestötoiminta, sairastuneen hoitoon liittyvät asiat, sekä tietyt persoonallisuuden piirteet. Mielenterveysomaisten käyttämät selviytymiskeinot koskivat tilanteen hallintaa, tilanteelle annettuja merkityksiä ja stressin hallintaa. (Nyman & Stengård 2001, 42, 48-50.)

Annetuilla merkityksillä oli hyvinvointitutkimuksissa väliä mielenterveysomaisten kokemusten kannalta: muuttuneen elämäntilanteen seuraukset omaisille eivät olleet välttämättä pelkääntään negatiivisia. Sairastuneen omaisten hyvinvointi näyttää olevan hyvin yksilöllinen ja moni-

ulotteinen ilmiö. Siihen liittyvät muu elämäntilanne, persoonan ominaisuudet, välittävät tekijät, tulkinta tilanteesta, sekä yhteiskunnan talous ja kulttuuriset odotukset. (Sales 2003, 39; Nyman & Stengård 2005, 10-14.) Huolenpitoon liittyvä tehtävä toimi vahvistavana elementtinä osalle mielenterveysomaisista. Elämäntilanne saattoi myös muuttaa mielenterveysomaisten arvoja ja sitoutuminen hoivatehtävään oli hyvin yleinen voimavaroja tuottava tekijä. (Nyman & Stengård 2001, 44-45.)

2.4 Mielenterveysomainen työelämässä

Työ on yksi merkittävä voimavara, joka tukee mielenterveysomaisten hyvinvointia. Kuitenkin omaistilanteen kuormitus voi johtaa siihen, että mielenterveysomainen luopuu työssäkäynnistä tai opiskelusta. (Nyman & Stengård 2001, 37.) Uusimmassa hyvinvointitutkimuksessa on kartoitettu työn ja omaistilanteen yhteensovittamiseen liittyviä esteitä. Kyselyyn vastanneista 799 mielenterveysomaisesta 52% oli työelämässä. Kolmannes koki, että työn ja oman elämäntilanteen yhteensovittaminen onnistui vallitsevassa työsuhteessa huonosti, tai melko huonosti. Haasteita tuottivat työn joustamattomat rakenteet. Myös työnantajan asenteissa oli joustamattomuutta, joka johti siihen, että vastaajat kokivat vaikeaksi kertoa tilanteestaan työpäivällä. Tähän liittyi stigman pelkoa ja pelkoa mm. irtisanomisesta. Työyhteisön ymmärtämättömyys ylipäättään aiheutti kuormitusta mielenterveysomaisille. Omaiset eivät myöskään olleet saaneet apua työterveyshuollosta, eivätkä kokeneet voineensa kertoa tilanteestaan siellä, koska omaistilanteen tuomaa kuormitusta ei nähty työterveydelliseksi asiaksi. (Kallunki 2020.)

Käytännössä mielenterveysomaisen elämäntilanne työssä näkyi tutkimuksen mukaan mm. siten, että sairastuneella läheisellä saattoi olla akuutteja avun tarpeita ja tämän lisäksi hoitokäyntejä ja -neuvotteluita, joissa myös työssäkävyn omaisen täytyi olla mukana. Tämä aiheutti mielenterveysomaiselle ylimääräisiä työjärjestelyjä ja vaikeutti palautumista kuormituksesta. Yllätykselliset tilanteet saattoivat myös keskeyttää työpäivän. Mielenterveysomaiset kokivat väsymystä, henkistä kuormitusta, riittämättömyyden tunteita ja työkyvyn alenemista. Mielenterveysomaiset kuormittuivat sekä työstä, että yksityiselämästä. Omaistilanne oli myös taloudellinen kysymys: taloudellisesti ei aina ollut mahdollisuutta tehdä lyhennettyä työaika, tai ottaa palkatonta vapaata, vaikka voimavarat olivat lopussa. Osa vastaajista olikin joutunut jättämään työelämän, eikä ollut saanut tukea tai joustoja. Omaisroolilla oli siis vaikutusta mielenterveysomaisen työmarkkina-asemaan. (Kallunki 2020.)

Kansallisessa mielenterveysstrategiassa 2020 nostetaan esiin työn ja mielenterveyden yhteys. Strategiassa tunnistetaan mielenterveys voimavarana, jota voidaan tukea. Lähtökohtana on, että mielenterveydenhäiriöitä voidaan ehkäistä ja hoitaa, sekä vähentää niihin liittyvää leimaamista. (Vorma, Rotko, Larivaara & Kosloff 2020, 13-14.) Strategiaan pohjautuen käynnistettiin Työelämän ja hyvän mielenterveyden toimenpideohjelma. Ohjelman ydintavoitteena

on siirtävä työelämän jo olemassa olevien ongelmien yksilökeskeisestä ratkomisesta ennaltaehkäisevään, työterveysyhteistyössä toteutuvaan suuntaan. Ohjelmassa on huomioitu myös yksityiselämän kriisien vaikutus ja niiden ennakoinnin vaikeus työhyvinvoinnissa. Työ nähdään kannattelevana voimavarana tällaisissa tilanteissa: esimiehen tai työyhteisön antama sosiaalinen tuki, mahdollisuus osallistua omaa työtä koskevaan päätöksentekoon, sekä voimaannuttava palaute voivat tukea työntekijää. Ohjelmassa tuodaan esiin myös joustavien käytäntöjen merkitys perheen ja työelämän yhteensovittamiselle ja jaksamiselle. Mielenterveyteen liittyvän stigman purkamisen on yksi toimenpideohjelman osatavoite. (Työelämän ja hyvän mielen terveyden toimenpideohjelma - Poikkeusoloista parempaan arkeen 2020, 3-4.) Mielenterveysomaisten näkökulmasta on merkittävää, että ohjelmassa on sanoitettu sekä yksityiselämän kuormituksen vaikutus työhön, että stigman olemassaolo. Ne koskettavat niin sairastunutta itseään, kuin myös hänen omaisiaan. Ohjelman onkin tarkoitus tuottaa konkreettisia käytäntöjä työpaikoille ja tiivistää työterveyshuollon yhteistyötä niin työnantajien, kuin perusterveydenhuollon ja erityissairaanhoidonkin kanssa (Työelämän ja hyvän mielen terveyden toimenpideohjelma - Poikkeusoloista parempaan arkeen 2020, 5-9).

3 Työterveyshuolto ja varhainen tuki

Mielenterveysomaisen elämäntilanne vaikuttaa hänen työkykyynsä ja tällöin hänen hyvinvointiinsa vaikuttavat työterveyden mahdollisuudet tukea häntä. Tässä luvussa käsittelen työterveyshuollon roolia eri toimijoiden kumppanina työkyvyn heikkenemisen varhaisen tunnistamisen ja tukemisen kentässä. Varhainen tunnistaminen ja tuki on merkittävää, jotta heikentynyt työkyky ei johda pitkäaikaisiin poissaoloihin työstä, tai jopa siirtymiseen kokonaan työelämän ulkopuolelle. Tässä opinnäytetyössä selvitetään työterveydessä tapahtuvaa mielen terveysomaisten tunnistamista työterveyshoitajien näkökulmasta. Tunnistaminen tapahtuu työterveyshuollon roolin ja varhaisen puuttumisen käytännöistä käsin.

3.1 Työkyvyn arviointi

Suurin osa työikäisistä suomalaisista on työterveyshuollon piirissä. Työterveyshuoltolaki (1383/2001) määrittelee pakolliset palvelut, joiden on kuuluttava työterveyshuoltosopimuksen piiriin. Näitä ovat työpaikkaselvitykset, terveystarkastukset, tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus, työssä selviytymisen seuranta, kuntoutuksen ohjaaminen, ensiavun järjestämiseen osallistuminen, sekä toiminnan seuranta ja arviointi. Näiden lisäksi työterveyshuoltosopimus voi sisältää myös sairaanhoitopalveluja. Työterveyshuollon yksi tärkeä tehtävä on seurata, mitä työpaikalla on meneillään ja havainnoida työkyvyssä tapahtuvia muutoksia. Vastaanottokäynneillä arvioidaan sairauden tai tulosityn vaikutuksia työssä selviytymiseen. Arviointi voidaan tehdä kolmen vaikuttavuusasteen avulla: ei vaikutusta työssä selviytymiseen

(sairaus paranee itsestään ja toimintakyky palautuu kohtuullisessa ajassa), mahdollinen vaikutus työssä selviytymiseen (sairaus tai toimintakyvyn heikkeneminen uhkaa työssä selviytymistä ja kuntoutusta tarvitaan), sekä ilmeinen vaikutus työssä selviytymiseen (sairaus tai toimintakyvyn heikkeneminen voi kahden vuoden kuluessa johtaa merkittävästi työkyvyn heikkenemiseen tai työkyvyttömyyteen). Moniammatillinen toiminta on keskeisintä erityisesti yleisimpien työkykyä uhkaavien sairauksien, psyykkisten sairauksien ja tule-vaivojen, toteamisessa. Moniammatillinen työtiimi koostuu työterveyslääkäristä, työterveyshoitajasta, työfysioterapeutista, työterveyspsykologista ja mahdollisesta sosiaalialan asiantuntijasta. Tunnistamisessa on olennaista vastaanoton kiireettömyys ja mahdollisuus syventyä työntekijän tilanteeseen. (Tiitola ym. 2016, 10-11.)

Työterveyshuolto koordinoi työkyvyn moniammatillista tukemista. Sen tehtävänä on seurata myös perusterveydenhuollon ja erityissairaanhoidon toimien toteutumista. Yhteistyötä tehdään lisäksi sosiaalitoimen ja kuntoutuksen toimijoiden kanssa. Näin työterveyshuoltoon kertyy paljon tietoa asiakkaasta. Työkyvyn varhainen arviointi ja tuki onkin järkevintä sen vuoksi keskittää työterveyshuoltoon. Tätä kuitenkin vaikeuttavat yritysten erilaiset työterveyshuoltosopimukset. Kaikilla työssäkäyvillä ei myöskään ole työterveyshuoltoa, jolloin varhainen tunnistaminen ja tuki jää muun terveydenhuollon tehtäväksi. (Tiitola ym. 2016, 12-14.)

Valtionneuvoston asetuksessa hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista mainitaan kolme työterveyden keskeistä tehtävää. Niitä ovat: työssä jaksamisen edistäminen, varhainen tuki, sekä työhön paluun tuki. Taloudellisinta olisi tukea työntekijöitä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, ennen ongelmien laajenemista. Silloin tulisi huomioida erilaisia tekijöitä, jotka vaikuttava toimintakykyyn. Näihin lukeutuu suoraan työhön liittyvien tekijöiden lisäksi henkilökohtainen elämäntilanne, kuten perhesuhteissa ja muissa sosiaalisissa suhteissa vallitsevat kuormittavat tekijät. Työkykyyn ei näin ollen vaikutakaan vain diagnosoitu sairaus, vaan myös muun elämän kuormituksella on siihen suora yhteys. (Tiitola, Takala, Rentto, Tulenheimo-Eklund & Kaukiainen 2016, 4.)

Työntekijän työssä selviytymistä ja työkykyä arvioidaan monen toimijan yhteistyössä. Tätä arviointia koordinoi työterveyshuolto. Toimijoita ovat työterveyshuollon lisäksi työntekijä, työnantaja, perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito, kuntoutuspalvelut, sekä sosiaalivakuutus. Ensisijainen kokemus työkunnosta on työntekijällä itsellään. Hän voi tukea omaa jaksamistaan huolehtimalla omasta hyvinvoinnistaan ja palautumisestaan. Oman toimintakyvyn ja työkyvyn havainnointi on kuitenkin haastavaa ja sen vuoksi työterveyshuollon vastaanottokäyntien yhteydessä on hyvä tehdä arviointia erilaisten mittareiden avulla. Työnantajan ja esihenkilöiden sitoutuminen työhyvinvoinnin edistämiseen on ensisijaisen tärkeää. Hyvä esihenkilötyö onkin suurimpia työhyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä. Työntekijän saama rakentava ja kannustava palaute tukee, mutta kokemus epäoikeudenmukaisuudesta heikentää työkykyä. Esihenkilöillä on lisäksi mahdollisuus havaita työkyvyn ongelmat varhain ja puuttua niihin. (Tiitola ym.

2016, 7-8.) EK:n työkykyjohtamisen malli kuvaa hyvän esihenkilötyön periaatteita, joita ovat selvillä olemisen, varautumisen ja osallistumisen periaatteet. Periaatteissa korostuvat aktiivinen vuorovaikutus ja ongelmien varhainen puheeksiotto. Työnantaja voi huomioida työn rakenteissa kuormittumisen riskit, sekä kannustaa työntekijöitä huolehtimaan omasta työkyvystään. (Johda työkykyä, pidennä työuria. EK:n työkykyjohtamisen malli 2011, 4-16.)

3.2 Varhaisen tuen malli

Varhainen tuki tapahtuu työterveyshuollon ja työpaikan yhteistyössä. Varhaisen tuen malli on tämän yhteistyön tuloksena luotu toimintatapa, jonka tarkoituksena on auttaa havaitsemaan työkykyä uhkaavat tekijät mahdollisimman varhain ja tarjota ratkaisuja työhön palaamisen tueksi. Malli myös helpottaa työkyvyn heikkenemisen puheeksi ottamista. Mallissa on neljä vaihetta. Ensimmäinen vaihe on työkyvyn heikkenemisen havaitseminen. Tähän havaintoon voivat johtaa monenlaiset asiat, esimerkiksi sairauspoissaolojen lisääntyminen ja työn sujumattomuus. Poissaolojen systemaattinen seuranta onkin iso osa mallia. Työterveyshuoltoon tulee ilmoittaa yli 30 päivän poissaolot. Sovittujen raja-arvojen ylityttyä esihenkilön tulee käydä keskustelu työntekijän kanssa tilanteen ratkaisun löytymiseksi. Keskustelualoitteen voi tehdä myös työterveyshuolto tai työntekijä itse. Merkkejä työkyvyn heikkenemisestä ovat mm. motivaation muuttuminen, kielteinen palaute asiakkailta, toistuvat ristiriidat työyhteisössä, päihitteiden käyttö, poissaolot, muutokset käyttäytymisessä, keskittymisvaikeudet, oppimisen ongelmat, pitkittyvät työpäivät, jatkuvat myöhästelyt ja työn laiminlyönti. (Tiitola 2016, 8-9.)

Ongelmien tunnistamisen jälkeen varhaisen tuen mallin toisessa vaiheessa tilanne otetaan puheeksi ensin työpaikalla. Keskustelussa pyritään selvittämään ongelmien luonne. Syitä voivat olla puutokset osaamisessa, motivaatiossa tai jaksamisessa, mutta myös henkilökohtaisen elämän haasteet. Keskustelun tavoitteena on löytää yhdessä työterveyshuollon, esihenkilön ja työntekijän kanssa ratkaisuvaihtoehtoja tilanteeseen. Kolmannessa vaiheessa sovitaan myös konkreettisista toimenpiteistä. Neljänteen vaiheeseen kuuluu tilanteen ja sovittujen toimenpiteiden seuranta. Arvioidaan, tarvitaanko uusia toimenpiteitä. Mallin käyttö edellyttää esihenkilöiltä osaamista sekä havaita, että ottaa puheeksi ongelmia. Tässä työterveyshuolto voi olla avuksi. (Tiitola 2016, 8-9.)

Mieli ry ja Työterveyslaitos ovat myös kehittäneet mallin työterveyttä tukevaan yhteistyöhön. Mallin painopiste on ennaltaehkäisevässä työssä. Merkittävänä siinä nähdään mielen voimavarojen tunnistaminen ja arviointi työyhteisön tasolla. Kuormitus- ja riskitekijöiden tunnistaminen on tästä seuraava askel ja siihen liittyvät niin varhaisen tuen malli, kuin matalan kynnyksen palvelut. Malli perustuu yhteiseen kehittämiseen ja oppimiseen. Hyvä työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyö pohjautuu luottamukseen ja mutkattomiin väleihin. Työpaikan tarpeiden pohjalta luodaan yhdessä tavoitteet mielenterveyden tukemiseksi työssä. Toimintasuunni-

telmassa hyödynnetään työterveyshuollon moniammatillisuutta ja kertynyttä tietoa. Työterveyshuolto voi toimia fasilitaattorina suunnitelman luomisessa. Toimintaa arvioidaan jatkuvalla seurannalla käyttäen myös hyvinvointilähtöisiä mittareita. (TTL 2023.)

4 Sosiaalinen tuki

Jotta voidaan tarkastella työterveyshoitajien mielenterveysomaisille antamaa sosiaalista tukea, täytyy määrittellä, mitä sosiaalinen tuki on ja mitä se käytännössä tarkoittaa. Tässä luvussa määrittelen sosiaalisen tuen käsitteen, sekä hahmottelen sen eri muotoja aiempaan tutkimukseen pohjaten. Esittelen myös sosiaalisen tuen tasot ja niiden sekä tuen muotojen liittymäkohdan tähän työhön.

4.1 Mitä on sosiaalinen tuki

Sosiaalinen tuki on käsitteenä monitahoinen. Sen juuret johtavat 1800-luvun lopulle, jolloin sosiologi Émile Durkheim alkoi tutkia sosiaalisten suhteiden merkitystä mielen hyvinvoinnille: sosiaalisten suhteiden vähyys tai puuttuminen oli hänen tulostensa mukaan yhteydessä itsemurhiin. Individualisaation seurauksena perheiden, sukujen ja yhteiskunnan tiiviit yhteisöt alkoivat muuttua ja sosiaalisten liitosten vaikutuksesta mielenterveyteen alettiin kiinnostua 1970 ja 1980-luvuilla, jolloin termi ”sosiaalinen tuki” syntyi. Sosiaalisen integraation huomattiin pehmentävän stressaavien elämäntilanteiden vaikutusta ja tukevan yksilöä kriisissä. Eriyisesti tutkittiin epävirallisen sosiaalisen tuen vaikutuksia mm. lähipiirissä ja vertaistukiryhmissä. Sidney Cobb määritteli vuonna 1976 sosiaalisen tuen informaatioksi, joka tukee terveyttä. Hän jakoi informaation sisällön kolmeen luokkaan: rakastettuna olemiseen, arvostukseen ja kuulumiseen sosiaaliseen verkostoon. Cobbin mukaan sosiaalisen tuen positiivinen vaikutus perustuu stressin ehkäisemiseen, eikä niinkään suoriin terveysvaikutuksiin. Näiden asioiden kausaliiteetti vaati vielä kuitenkin lisätutkimusta, sillä terminologia itsessään oli varsin löyhä. Sosiaalisen tuen kanssa rinnakkain puhutaankin usein sosiaalisesta koheesioista, integraatiosta, verkostoista ja sosiaalisesta pääomasta. Käsite on siis sosiologisista juuristaan huolimatta löytänyt erityisesti psykologiseen ja psykiatriseen kirjallisuuteen. (Sheldon, C., Gottlieb, H., Underwood, L.G. 2000, 5-10.; Goldsmith, D.J., & Albrecht, T.L. 2011, 336-341; Song, L., Son, J. & Lin N. 2011, 2-5.)

Nykytutkimuksessa painoarvoa ovat puolestaan saaneet myös sosiaaliseen tukeen vaikuttavat yksilölliset, tilannesidonnaiset ja vuorovaikutukselliset seikat: kaikki sosiaalinen tuki ei ole positiivista, vaan sillä voi olla myös haitallisia vaikutuksia. Sosiaalisen tuen määrittely on siis riippuvainen siitä, tarkastellaanko yksilön omaa kokemusta tuetuksi tulemisesta, vai toimia, jolla pyritään antamaan sosiaalista tukea. Käsitteen määrittely ohjautuu sen mukaan, onko huomio tuen vaikutuksissa, mekanismeissa, vai käytännön toimenpiteissä. Yhteistä sosiaalisen

tuen käsitteen erilaisille määrittelyille tutkimuksissa on kuitenkin se, että se nähdään sosiaalisissa suhteissa ja verkostoissa tapahtuvana, positiiviseen vaikutukseen tähtäävänä tapahtumana. (Sheldon, C., Gottlieb, H., Underwood, L.G. 2000, 5-10).

Tässä opinnäytetyössä keskityn ammattilaisten, eli työterveyshoitajien kokemukseen omasta toiminnastaan sosiaalisen tuen antajina. Näin ollen keskityn viralliseen sosiaaliseen tukeen. Määrittelen sosiaalisen tuen sen sisällön näkökulmasta, eli työterveyshoitajien antaman sosiaalisen tuen eri muotojen avulla. Seuraan työssäni Kumpusalon (1991) määrittelyä, joka perustuu sosiaalisen tuen sisällön viiteen eri muotoon. Esittelen tämän jaottelun seuraavassa alaluvussa. Tarkoitukseni on ottaa huomioon mahdollisimman kattava määrä sosiaalisen tuen muotoja, joita keräämäni aineisto tukee.

4.2 Sosiaalisen tuen muodot

Sosiaalista tukea voidaan tarkastella myös sen sisällön, eli käytännön toimenpiteiden näkökulmasta. Nämä ovat teorian pohjalta nousevia interventioita, jotka tapahtuvat yksilöiden, tai yksilön ja yhteisön välillä. Esittelen nyt eri tapoja hahmottaa sosiaalisen tuen muotoja ja määrittelen tässä työssä käytettävät sosiaalisen tuen muodot.

Cobb (1976) muodosti sosiaalisen tuen teorian informaation näkökulman ympärille. Hänen mukaansa sosiaalinen tuki on informaatiota, jota siirretään tuen vastaanottajalle. Informaatio voidaan jakaa kolmeen luokkaan: 1. Informaatio, joka tuottaa ihmiselle kokemuksen, että hän on rakastettu (emotional support). Tämä tuki toteutuu läheisessä, luottamuksellisessa suhteessa. 2. Informaatio, joka saa ihmisen tuntemaan itsensä tärkeäksi ja arvostetuksi (esteem support). Cobbin mukaan arvostuksen ilmaiseminen on vaikuttavinta, kun se tapahtuu julkisesti vahvistaen näin yksilön itsearvostusta. 3. Informaatio, joka tuottaa tunteen kuulumisesta yhteisöön, jossa tapahtuu vuorovaikutusta, sekä vastavuoroista sitoutumista. Tämän täytyy tapahtua niin, että informaatio on yleistä ja jaettua jokaisen yhteisöön kuuluvan kanssa. Yhteisön täytyy tiedostaa sen jäsenten välisten suhteiden laatu. Kuulumiseen liittyy tietoa käytettävissä olevista hyödykkeistä, palveluista ja taitoista, joita voidaan hyödyntää tarvittaessa. Tämä tietoisuus luo turvaa ja toimii sosiaalisena tukena. (Cobb 1976, 300-308).

Cobbin teoria sosiaalisesta tuesta informaationa jätti kuitenkin tilaa kysymyksille. Caplan (1979) jatkoikin hänen jalan jäljissään sosiaalisen tuen kehittelyä jakamalla sen positiiviseen muutokseen johtavan informaation objektiiviseen (aktuaaliseen) ja subjektiiviseen (koettuun) tukeen. Objektiivinen sosiaalinen tuki voi hänen mukaansa olla konkreettista, tai psykologista apua. Konkreettinen tuki voi tarkoittaa mm. rahaa, asuinoloja, liikkumisen mahdollistamista, mutta myös sosiaalisten olosuhteiden luomista. Tuen oletetaan lisäävän tuettavan hyvinvointia. Sosiaalisen tukemisen perusteena ei ole vaikuttavuus, kuten Cobbilla, vaan tavoite, johon tietyillä, perustellusti valikoiduilla toimilla päästään. Subjektiivinen konkreettinen tuki taas

on tuen saajan kokemus avun saamisesta joidenkin fyysisten elementtien, annetun konkreettisen tuen, kautta. Samoin subjektiivinen psykologinen tuki tarkoittaa tuen saajan kokemusta siitä, että tuen antajan toiminnasta seuraa hänelle hyötyä. Subjektiivinen kokemus perustuu luottamukseen, joka mahdollistaa viestin vastaanottamisen, esimerkiksi ”olen arvokas”. Caplanin ajattelua määrää ihmisen sopeutuminen ympäristöön ja sen tukeminen objektiivisen ja subjektiivisen, konkreettisen ja psykologisen, tuen avulla. (Caplan 1979, 108-116.)

Nan Lin (1986) muodosti synteesin sosiaalisen tuen merkityksestä yhdistäen aiempaa tutkimusta ja sosiaalisten voimavarojen näkökulmaa. Hän lähestyy sosiaalista tukea kahden tulo-
kulman kautta: sosiaalisen ja tuen. Sosiaaliseen näkökulmaan liittyy kolme sosiaalisen liittymisen tasoa, joita ovat yhteisö (community), sosiaalinen verkosto (social network) ja läheinen kumppanuus (confiding partners). Mitä tiiviimmästä liittymisen tasosta on kyse, sitä suurempi vaikutus sillä on tuen antajana. Yhteisöön kuuluminen on löyhempää kuin sosiaaliseen verkostoon, kun taas läheisiin kumppanuuksiin liittyy sitoutumista aiempia tiiviimmin. Tämän sosiaalisen aspektin lisäksi Lin erittelee tuen aspektin. Se koostuu instrumentaalisesta ja ekspressiivisestä tuesta. Instrumentaalinen tuki pyrkii konkreettisten toimien avulla tavoiteltuun päämäärään. Tässä Lin eroaa Cobbista, joka taas sulki aineellisen tuen pois kokonaan omasta teoriastaan. Ekspressiivinen tuki voidaan rinnastaa Caplanin ja Cobbin emotionaaliseen tukeen, mutta Lin haluaa painottaa sen sosiaalista luonnetta heitä voimakkaammin. (Lin 1986, 17-26.)

Goldsmith & Albrecht (2011) tarkastelevat sosiaalista tukea vuorovaikutuksen kautta. He jakavat tuen ongelmakeskeiseen ja emootiokeskeiseen tukeen. Ongelmakeskeinen vuorovaikutus pitää sisällään neuvomisen, tiedon jakamisen ja välillisen avun antamisen. Emootiokeskeisellä tuella he taas tarkoittavat huolen ilmaisemista, kuulumisen (belonging) välittämistä, itsetunnon tukemista, sekä lohduttamista. Ongelmakeskeisen tuen haasteena on, että se sopii lähinnä sellaisiin tilanteisiin, joita tuettavalla on mahdollisuus kontrolloida. Myös tuen antajan osaaminen ja annetun avun laatu vaikuttavat sen vaikutuksiin; Neuvominen voi tuntua kriittikiltä tai kontrolloinnilta. Vaikuttavin emootiokeskeinen tuki taas on sallivaa. Se antaa tilaa tuettavan tunteille ja validoi niitä. Tämän avulla tilanteeseen voi löytyä uusia näkökulmia. Goldsmith ja Albrecht liittyvät Caplanin subjektiivisesti koetun tuen teoriaan siten, että heidänkin mallissaan tuen antaminen on avuksi vain, jos se on vastaanottajan toivomaa. Ei-toivottu tuki voi tuntua tunkeilevalta ja pakottaa kertomaan itsestä jotakin harkitsemattoman intiimiä. (Goldsmith & Albrecht 2011, 339-341.) Myös Vangelisti (2009) tuo esiin kriittisen näkökulman sosiaalisen tuen toimivuuteen. Häinkin liittyy tuen vaikutuksen sen saajan ja antajan välisen suhteen laatuun, mutta myös tuen kontrolloivaan vaikutukseen, joka voi passiivoida tuen saajaa. Tuki voidaan myös kokea yhtä aikaa positiivisena ja negatiivisena. Vangelisti liittyy Goldsmithin ja Albrechtin, sekä Caplanin huomioon ei-toivotun tuen negatiivisista seurauksista. Goldsmithin tavoin Vangelisti painottaa tukijan sensitiivisyyden merkitystä tuen kokemisessa. Kokemus ei ole myöskään irrallinen muista vuorovaikutuksen tekijöistä. Myös

tuen ajoituksella on väliä: Vangelistin mukaan ennalta ehkäisevä tuki voi varustaa yksilön kohtaamaan stressiä, toisaalta jos tuki jää puuttumaan kokonaan, aiheuttaa se loukkaantumisen tunteita vastaanottajassa. (Vangelisti 2009, 41-48.)

Compton & Galaway (1999) puolestaan jakavat sosiaalisen tuen neljään eri muotoon. Näitä ovat 1. Yhteydellinen tuki (affiliational support), johon kuuluu sitoutuminen yhteen, sekä kuulumisen ja arvostetuksi tuleminen tunne. 2. Tiedollinen tuki (information support). Tämä tarkoittaa sellaisen tiedon ja taidon tarjoamista, joka auttaa tuen saajaa selviytymään. 3. Emotionaalinen tuki (emotional support), eli suhde, jossa voi turvallisesti ilmaista tunteita ja keskustella henkilökohtaisista asioista. 4. Instrumentaalinen tuki (instrumental support), joka on aineellisen tuen, hyödykkeiden sekä palvelujen tarjoamista. Voidaan siis huomata, että he sisällyttävät tukeen Cobbin, Calplanin, Linin, sekä Goldsmithin kanssa samoja elementtejä. (Compton & Galaway 1999, 366).

Samoilla linjoilla on myös Esko Kumpusalo (1991), joka on tutkinut sosiaalista tukea Suomessa. Hän tiivistää aiemman tutkimuksen niin, että sosiaalinen tuki on ihmisten välistä vuorovaikutusta, johon kuuluu emotionaalisen, tiedollisen, henkisen, toiminnallisen ja aineellisen tuen elementit. Tämä ei sulje pois järjestelmän kautta saatavaa epäsuoraa tukea. Hän siis jakaa sosiaalisen tuen viiteen luokkaan: 1. Aineellinen tuki, eli raha, tavara, apuvälineet ja lääkkeet. 2. Toiminnallinen tuki, johon kuuluvat mm. palvelut, kuljetus ja kuntoutus. 3. Tiedollinen tuki, eli neuvominen, opastaminen, opettaminen ja harjoitukset. 4. Emotionaalinen tuki, kuten empatian, rakkauden ja kannustuksen antaminen. 5. Henkinen tuki, joka pitää sisällään yhteisen aatteen, uskon tai filosofian. Kaikissa tuen muodoissa hän erottaa määrän ja laadun, sekä tuen objektiivisen ja subjektiivisen luonteen. Hän yhtyy aiempaan tutkimukseen kooten kattavan määrän sosiaalisen tuen aiemmin esitetyistä muodoista. (Kumpusalo 1991, 13-15.) Kumpusalo ei kuitenkaan käytä Comptonin & Galawayn tavoin instrumentaalisen tuen käsitettä, vaan jakaa sen aineelliseen ja toiminnalliseen tukeen. Merkittävää on, että sekä Compton & Galaway, sekä Kumpusalo huomioivat myös virallisen tuen sosiaalisen tuen lähteenä, kun aiemmassa tutkimuksessa sosiaalisen tuen on katsottu tapahtuvan lähinnä ihmisen epävirallisissa suhteissa ja verkostoissa.

Tässä opinnäytetyössä sovellan Kumpusalon luomaa kuvausta sosiaalisen tuen muodoista, sillä haluan lähestyä sosiaalista tukea mahdollisimman laajasta tulokulmasta. Koska haastattelen työterveyshoitajia, jätän kuitenkin pois henkisen (hengellisen, spirituaalisen), aineellisen ja toiminnallisen tuen, sillä ne eivät kuulu työterveyshoitajien toimenkuvaan, eikä voida olettaa, että niitä olisi vastaanotoilla annettu. Työterveyshoitaja voi kuitenkin ohjata asiakkaansa saamaan näitäkin tuen muotoja tarpeen vaatiessa muilta ammattilaisilta, jolloin työterveyshoitajan antama ohjaava tuki vertautuu emotionaaliseen, tai tiedolliseen tukeen. En myöskään voi tarkastella annetun tuen vaikutusta sen vastaanottajiin. Ymmärrän kuitenkin, että tuki voidaan kokea eri tavoin subjektiivisesta näkökulmasta riippuen. Tässä työssä tutkittavia

sosiaalisen tuen muotoja ovat näin ollen: 1. Tiedollinen tuki (mm. neuvonta, opastaminen, ohjaaminen, opettaminen, harjoitukset). 2. Emotionaalinen tuki (mm. empatia, kannustus, kuunteleminen). Näiden lisäksi kolmantena tuen muotona voidaan yhtäältä nähdä tunnistaminen, sillä sen toteutuminen on edellytys muulle sosiaaliselle tuelle. Samalla tunnistamiseen liittyvä nähdäksi tuleminen on jo osaltaan emotionaalista tukea.

4.3 Sosiaalisen tuen tasot

Aiemman tutkimuksen perusteella tiedetään siis, että sosiaalinen tuki toteutuu parhaiten suhteissa, joissa on luottamusta. Tämän perusteella voidaan sanoa, että ihmisen lähi-suhteet ovat luonnollisia paikkoja sosiaaliselle tuelle. Erityisesti tämä korostuu sellaisessa tutkimuksessa, jossa sosiaalinen tuki nähdään integroitumisen kautta, tai sen katsotaan olevan suoraan yhteydessä olemassa olevan sosiaalisen verkoston laajuuteen. Goldsmith (2011) ja Vangelisti (2009) osoittavat kuitenkin edellä, että tukiverkoston laatu on merkittävämpää, kuin verkoston laajuus. On myös huomattava, että perhe- tai sukulaissuhteet eivät välttämättä tarjoa läheistä ja luottamuksellista yhteyttä. Siksi ajattelen, että on tärkeää huomioida myös lähi-suhteiden, perheen, suvun ja lähiyhteisön ulkopuolinen tuki. Tällainen tuki voi toteutua vertaisryhmissä, tai suhteessa ammattilaisiin.

Sosiaalisen tuen tasoja voidaan tarkastella jakamalla tuki primaari-, sekundaari- ja tertiaaritasoihin. Kumpumäen (1991) mukaan primaaritasoon kuuluvat perhe ja läheiset ystävät. Sekundaaritasoon taas etäisemmät ystävät, sukulaiset, työtoverit ja naapurit. Tertiaaritaso koostuu tuttavista ja viranomaisista. Sosiaalinen tuki voi olla siis maallikon tai ammattilaisen antamaa. (Kumpusalo 1991, 15-16.) Kinnunen jaottelee väitöskirjassaan tuen tasot hieman eritavalla. Hänen mukaansa yksi ryhmä sosiaalisen tuen tuottajia ovat kyllä henkilökohtaiseen tuttavuuteen perustuvat suhteet, kuten perheenjäsenet, sukulaiset ja naapurit. Tämän piirin ulkopuolella ovat kuitenkin myös vertaisuuteen perustuvat toimijat, lähiyhteisöjen ja järjestöjen jäsenet, eli kolmannen sektorin toimijat. Kolmannen piirin muodostavat vielä viralliset, julkiset ja yksityiset tahot, eli palkkatyönään sosiaalista tukea antavat ammattiauttajat. (Kinnunen 1998, 77-79.) Compton ja Galaway (1999) puolestaan jakavat vielä tuen muodolliseen ja epämuodolliseen. Muodollinen tuki tulee ammattimaisesti toimivilta järjestöiltä ja tahtoilta. Epämuodollinen tuki taas on joukko perheenjäseniä, ystäviä ja lähiyhteisön jäseniä, jotka tukevat päivittäisessä arjessa. Compton ja Galaway kutsuvat tätä tasoa sosiaalisesti verkostoksi ja muodollista tasoa sosiaalisesti systeemiksi. (Compton ja Galaway 1999, 366-367.)

Sosiaalisen tuen tasot pitävät siis sisällään lähes aina lähipiirin ja ammattilaiset. Sen sijaan vertaistuelliset järjestöt, kolmannen sektorin toimijat, huomioidaan ainoastaan Kinnusen tutkimuksessa omana tuen antajien tasonaan. Kinnunen myös painottaa sen merkitystä, että eri

tasot pyrkisivät toimimaan tiiviimmin yhteistyössä ja jouhevoittamaan siiloutunutta palvelujärjestelmää. Professionaalinen auttaminen, joka perustuu koulutukseen ja ammattitaitoon, nähdään Kinnusen tutkimuksessa kansalaisten silmin tuntemattomana ja kapea-alaisina. Tämä pohjautuu osaltaan tiedon, vallankäytön ja kommunikointitavan elementtiin, joka voi tuntua asiakkaasta vieraannuttavalta. Palvelujen käyttäjät ovat esittäneet kritiikkiä siitä, että asiakkaiden elämäntilanteet ja palveluiden vaateet eivät ole kohdanneet. Siksi katse on kääntynyt voimakkaammin lähiyhteisöihin ja kolmannen sektorin toimijoihin, jotka koetaan merkittävinä tuenantajina. Tämän seurauksena ammattilaiset joutuvat tunnustamaan maallikot ja vertaisryhmät tasavertaisina yhteistyökumppaneina, joilla on jotakin ainutlaatuista annettavaa: kokemustietoa. (Kinnunen 1998, 105-109.)

Tämän opinnäytetyön yhtenä juonteena onkin tarkastella, mitä tarpeita työterveyshoitajilla on oman työnsä tueksi sosiaalisen tuenantajina mielenterveysiomaisille. Työn toimeksiantajana toimii FinFami, joka sijoittuu juuri kolmannelle sektorille ja tarjoaa paitsi tutkittua tietoa, myös kokemustietoa mielenterveysomaisten tilanteesta. Työ sijoittuu näin virallisen sosiaalisen tuenantajan kokemukseen omasta toiminnastaan, mutta tarjoaa mahdollisuuksia tiivistää virallisen ja epävirallisen tuen yhteistyötä.

5 Yhteistyökumppani FinFami ry

Tämä opinnäytetyö on toteutettu FinFami ry:n kanssa yhteistyössä. FinFami ry on mielenterveysomaisten keskusliitto, jonka tehtävänä on valvoa mielenterveyskuntoutujien omaisten ja omaishoitajien etua. Keskusliiton lisäksi järjestöön kuuluu 17 alueellista jäsenyhdistystä. Näiden yhdistysten tehtävänä on tarjota tietoa, neuvontaa ja tukea omaisille. FinFami syntyi 1990-luvulla tapahtuneen psykiatrisen hoitojärjestelmän muutoksen seurauksena, kun sairaalapaikkoja vähennettiin ja hoidon painopiste siirtyi avohoitoon. Samalla omaisille siirtyi entistä enemmän vastuuta sairastuneen hoidosta ja tukemisesta. Keskusliiton nimenomainen tehtävä on edunvalvonta, jäsenyhdistysten tukeminen ja Labyrintti-lehden julkaisu. (FinFami 2023.)

Omaisjärjestötyön strategian mukaan FinFamin tarkoitus on edistää ihmisten hyvinvointia ja pärjäämistä silloin, kun lähipiirissä ilmenee psyykkisiä sairauksia tai mielenterveyden ongelmia. Toiminnan suuntaa ohjaa visio: "Kun yksi toipuu, monen elämä helpottuu". FinFami pitää esillä omaisten oikeutta tulla nähdyksi itsenäisinä tuen tarvisijoina. Strategialla on kolme tavoitetta. Ensimmäinen tavoite on, että mielenterveysomaisten toimintakyky tulee turvata. Heidän voimavarojensa ja positiivisen mielenterveytensä suojeleminen tukee koko perhettä. Jokaisella tulee olla oikeus vahvistaa omaa hyvinvointiaan, vaikka lähipiirissä olisi sairautta. Toinen tavoite liittyy perhelähtöisyyden toteutumiseen mielenterveyden hoidossa ja muissa palveluissa. Lähisuhteilla on suuri rooli toipumisessa ja siksi perheiden tarpeet tulee nähdä

kokonaisvaltaisesti. Kolmas tavoite on mielenterveysomaisten yhdenvertaisen osallisuuden toteutuminen yhteiskunnassa. Mielenterveyden haasteisiin liittyvä stigman lievittyminen auttaa perheitä toimimaan täysivaltaisina yhteiskunnassa. FinFamin toiminta perustuu vertaistoimintaan ja vapaaehtoisuuteen. Ekosysteeminen periaate, erilaisten palvelujen ja toimintamahdollisuuksien verkosto, auttaa järjestöä tukemaan omaisia ja perheitä erilaisissa elämänvaiheissa. (Kun yksi toipuu, monen elämä helpottuu 2021, 2-6.)

FinFami myös tuottaa tietoa. Hyvinvointitutkimuksen lisäksi meneillään on Vaikuttavat kumppanuudet -hanke, jonka tarkoituksena on kehittää ja luoda palvelupolkuja sekä kumppanuuksia, jotta mielenterveysomaisilla olisi saatavilla sopivaa tukea. Hankkeessa painottuu yhteistyö kokemusasiantuntijoiden, järjestöjen ja julkisen sektorin kanssa. (FinFami 2023.)

6 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyön toteutus rakentui työn tarkoituksen ja tavoitteen pohjalle. Tässä luvussa esittelen lähtökohdat, joista työ syntyi. Esittelen lisäksi työssä käytettyjä menetelmiä. Työ on tyypiltään laadullinen ja pyrkii ymmärtämään työterveyshoitajien näkökulmaa mielenterveysomaisten tunnistamiseen ja sosiaaliseen tukemiseen. Aineisto kerättiin teemahaastatteluilla Teams-sovelluksen välityksellä. Analyysi tapahtui teemoittelemalla tulokset teoriaohjauksella.

6.1 Tarkoitus ja tavoite

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, millaiset tekijät vaikuttavat mielenterveysomaisten tunnistamiseen työterveyshoitajien työssä, sekä millaista on työterveyshoitajien mielenterveysomaisille antama sosiaalinen tuki. Työn ensisijainen tavoite on lisätä tietoa siitä, kuinka työterveyshoitajat tunnistavat mielenterveysomaisen, sekä lisätä tietoa työterveyshoitajien mielenterveysomaisille antamasta sosiaalisesta tuesta, sen ilmenemisestä ja muodoista. Toisena tavoitteena on pyrkiä parantamaan mielenterveysomaisen avun saamista tuomalla näkyviin työterveyshuollossa olevia tunnistamisen ja tukemisen haasteita.

Mielenterveysomaisten keskusliitto - FinFami ry on tehnyt kattavaa omaistutkimusta, mutta työterveydenhuollon näkökulmaa mielenterveysomaisten kohtaajana ei ole aiemmin kartoitettu. FinFami ry onkin kiinnostunut somaattisen terveydenhuollon ja mielenterveysomaisten kohtaamisista. Tämä työ pyrkii tarjoamaan peilauspintaa omaisten kokemukselle työterveyshoitajien näkökulmasta. FinFamin strategian tavoitteina on vahvistaa mielenterveysomaisten oikeutta tulla nähdyiksi itsenäisinä tuen tarvitsijoina, sekä lisätä heidän yhdenvertaista osallistumistaan yhteiskunnassa. Opinnäytetyö piirtääkin esiin, kuinka mielenterveysomaiset kohdataan työterveyshuollon asiakkaina.

Työterveydenhuollon piiristä työterveyshoitajat valikoituvat tutkimuksen kohteeksi, koska he kohtaavat asiakkaita monenlaisten oireiden takia ja erilaisissa tilanteissa. Näin ollen heidän vastaanotolleen tulee myös mielenterveysomaisia, joiden oireilu voi olla psyykkistä, somaattista, sekä sosiaalista.

Opinnäytetyön pääkysymyksiä ovat FinFami ry:n toiveiden pohjalta:

1. Mitkä tekijät vaikuttavat mielenterveysomaisen tunnistamiseen työterveyshoitajan näkökulmasta?
2. Millaista on työterveyshoitajan mielenterveysomaiselle antama sosiaalinen tuki?

Teoreettisesta viitekehyksestä rakentuvia haastatteluteemoja ovat:

1. Mielenterveysomaisen tunnistaminen
2. Tiedollinen tukeminen
3. Emotionaalinen tukeminen.

Näitä teemoja tarkastelen kohtaamisissa toteutuneiden käytäntöjen, työterveyshoitajien kokemien haasteiden ja työn kehittämisen kautta. Lisäksi kerään haasteltavien taustatietojatyökokemuksen pituudesta, sekä lisä- ja täydennyskoulutuksista. Oletan, että nämä seikat vaikuttavat heidän työskentelyynsä mielenterveysomaisten parissa.

6.2 Tutkimusmenetelmät

Tämä opinnäytetyö on muodoltaan tutkimuksellinen ja se toteutetaan yhteistyössä Mielenterveysomaisten keskusliitto FinFami ry:n kanssa. Opinnäytetyön tavoitteena on kuvailla ja ymmärtää tutkittavaa ilmiötä, joten työ on kvalitatiivinen, työterveyshoitajien kokemuksia tutkiva. Kvalitatiivisen tutkimuksen ytimessä on todellisen elämän kuvaaminen. Kuvaus pohjautuu kuitenkin subjektiiviseen näkemykseen, eikä siksi ole samalla tavalla yleistettävissä, kuin kvantitatiivisen tutkimuksen tulokset. Tarkoituksena onkin keskittyä ymmärtämään ja löytämään ilmiötä, jotka eivät ole entuudestaan tiedossa. Kvalitatiivinen tutkimus tapahtuu aina tietystä kontekstista ja on tulkinnanvaraista. Aineistoa voidaankin tätä tarkoitusta varten koota monella tavalla, yleisimmin haastattelemalla ja havainnoimalla. (Hirsjärvi, Remes & Sarajavaara 2009, 164; Hirsjärvi & Hurmes 2009, 22.)

Teemahaastattelussa keskustelu etenee tiettyjen teemojen, eli aihepiirien, mukaisesti. Teemahaastattelussa tarkoitus ei ole laatia yksilökohtaista kysymysluetteloa, vaan käsitellä teemoja vapaassa järjestyksessä. Vastauksia tarkennetaan tarvittaessa lisäkysymyksillä. Huomio on haastateltavan tulkinnoissa ja asioille annetuissa merkityksissä. Teemojen kysymykset pohjautuvat tutkimuksen teoreettiseen viitekehykseen. Käytännössä kysymykset voivat vaihdella strukturoidusta avoimiin tutkijakohtaisesti. Päättävänä on löytää vastauksia tutkimuskysymyksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 87-88 ; Hirsjärvi & Hurme 2009, 66, 204-209.).

Haastattelun aikana haastattelija voi syventää, selventää ja täydentää vastauksia. Toisaalta haastattelijan taidot ovat tässä keskeinen elementti ja ne vaikuttavat saatuun tulokseen. Haastattelu vie myös aikaa ja voi pitää sisällään virhelähteitä: haastateltavalla voi olla esimerkiksi tarve vastata sosiaalisesti suotavalla tavalla. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 34-35.) Teemahaastattelussa haastattelijan rooli on olla ammatillinen ja neutraali, mutta samalla hänen tehtävänsä on helpottaa kommunikaatiota. Tutkijan etäinen rooli ei siis voi tulla vuorovaikutuksen ja luottamuksen syntymisen esteeksi, vaan haastattelijan osallistuminen ja persoona ovat tilanteessa mukana. Luottamusta herättää myös puolueettomuus ja omien reaktioiden hallinta. Teemahaastattelussa on syvähaastattelun kanssa yhteistä inhimillisten ja intiimien puheenaiheiden käsittely. Silloin haastattelijan ystävällisyydellä, sensitiivisyydellä ja tilanantajalla on erityinen paino. Roolin voisi tiivistää neljään osaan: tehtäväkeskisyys, luottamuksellisuus, osallistuvuus yhdistettynä puolueettomuuteen, sekä diplomatia. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 96-98.) Työssäni haastattelin ammattilaisia, jotka kertoivat työstään. Siksi ajattelen, että heillä on hyvät edellytykset eritellä ja pohtia kysymyksiä turvallisesta ammattiroolista käsin. Voi kuitenkin olla, että erityisesti omista epäonnistumisista, tai omaa ammatillista itsetuntoa horjuttavista kokemuksista on vaikeampi puhua. Tämän vuoksi haastattelijan puolueeton ja ystävällinen, arvostava rooli on tässä työssä tärkeä. Haastattelun tarkoitus ei ole arvostella tai arvioida ammattitaitoa, vaan kuulla kokemuksia ja sen seurauksena vaikuttaa työn laatuun.

Haastattelijan roolin lisäksi teemahaastatteluun kuuluu joustavuus. Toisaalta haastattelijan tehtävänä on varmistaa, että tarvittavat tiedot ja alueet käydään läpi, mutta samalla tulisi säilyttää luonteva keskustelutyyli ja kyky lähteä uuteen suuntaan. Tätä helpottaa, jos haastateltaville on jo ennalta kerrottu, millainen teemahaastattelu on ja kuinka keskustelua siinä käydään. Olennaisempaa kuin kysymysten sanamuoto, on niiden merkityssisältö. Toisin sanoen, haastattelijan kannattaa muotoilla kysymys kulloisenkin tilanteen mukaan niin, että haastateltava pystyy vastaamaan ja kysymyksen varsinainen asia tulee käsitellyksi. Kysymysten tulisi olla avoimia. Hirsjärvi ja Hurme (2009) jakavat kysymykset karkeasti kahteen luokkaan: tosiasioita koskeviin ja arvostustyyppisiin. Tällaisen jaottelun lisäksi voidaan puhua myös avauskysymyksistä, asiaa jäsentävistä haastattelijan toteamuksista, muistin virkistämisestä, tiivistyksistä, syventämisestä ja lisäkysymyksistä. Näitä keinoja käyttämällä haastattelija voi edistää keskustelua tarpeen mukaan. Teemahaastattelun tekeminen vaatiikin haastattelijalta kykyä olla tilanteessa läsnä ja lukea myös ei-kielellisiä viestejä. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 102-112.) Tämän vuoksi haastatteluiden toteutus tapahtuu juuri Teams-sovelluksen avulla: se mahdollistaa havaintojen tekemisen ja helpottaa vuorovaikutusta. Oletan myös, että työterveyshoitajat ovat kohderyhmä, joka on tottunut ilmaisemaan itseään sanallisesti omasta ammattitaidostaan ja työkokemuksestaan johtuen.

Laadullisessa tutkimuksessa aineiston analyysillä nähdään olevan tietynlainen kaava. Se alkaa aiheen rajaamisella, koska kerätyssä aineistossa voi olla materiaalia moneen tutkimukseen.

Olennaista on erottaa joukosta tarkoituksenmukainen aines. Kun tämä aines on merkitty ja eroteltu muusta, se luokitellaan, teemoitellaan tai tyypitellään. Tästä jaottelusta kirjoitetaan yhteenveto. Olennaisen materiaalin erottelu on käytännössä litterointia ja koodaamista. Sen avulla tutkija jäsentää aihetta mielessään. Koodaukset toimivat myös tulosten kuvailun apuvälineinä ja niiden avulla voidaan etsiä materiaalista tarvittavia kohtia. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 104-105.)

Analyysin tekemisen ajatellaan jakautuvan kahtia sen mukaan, onko se induktiivista, vai deduktiivista. Induktiivisen analyysin kulkusuuta on yksittäisestä yleiseen, mutta voidaan kysyä, onko puhdas induktiivisuus edes mahdollista. Toisaalta yleisestä yksittäiseen kulkeva deduktiivinen analyysi soveltuu laajuutensa takia heikosti opinnäytetyöhön. Laadullinen tutkimus on usein aineistolähtöistä. Sen tavoitteena on luoda aineistosta teoriaa tutkimustehtävän ja tarkoituksen ohjaamana. Aiemman teorian ei siis ole tarkoitus vaikuttaa tuloksiin. Ei ole kuitenkaan mahdollista, että tutkija irrottautuisi täysin omasta aiemmasta tietopohjastaan, vaan se vaikuttaa joka tapauksessa. Tämän vuoksi analyysi ei ole usein kumpaakaan näistä muodoista, induktiivista, tai deduktiivista, vaan aineistolähtöistä päättelyä ohjaa jokin teoreettinen johtolanka. Silloin voidaan puhua abduktiivisesta, teoriaohjaavasta analyysin muodosta. Tällöin analyysiyksiköt nousevat aineistosta, mutta aiempi tieto ohjaa tätä valintaa. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 107-110.) Tässä teoriaohjaavassa opinnäytetyössä teoria yhdistyy analyysiin suhteellisen myöhään, jolloin analyysimenetelmä on lähempänä induktiivista kuin deduktiivista.

Laadullinen aineistolähtöinen analyysi voi olla sisällönanalyysia. Tällöin aineisto ensin redusoidaan, ryhmitellään ja abstrahoidaan. Syntyy alkuperäisilmauksia, pelkistettyjä ilmauksia, alaluokkia, yläluokkia ja pääluokkia. Myös teoriaohjaava analyysi etenee samaan tyyliin, mutta ero syntyy siitä, kuinka teoria ja aiempi tutkimus keskustelevat aineiston pohjalta saatujen tulosten kanssa. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122-1133.) Tässä opinnäytetyössä pyritään teoriaohjaavuuteen teemoittelun avulla.

Toisin kuin sisällönanalyttisessä luokittelussa, teemoittelussa painottuu, mitä erityistä kustakin teemasta haastatteluissa sanotaan. Merkittävää eivät siis niinkään ole lukumäärät. Tarkoitus on pilkkoa ja jaotella ainestoa eri teemojen mukaan ja näin vertailla teemojen esiintymistä aineistossa. Aineistosta etsitään, mitä kustakin teemasta kertovia näkemyksiä se pitää sisällään. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 105-107.) Teemoittelusta voidaan puhua joko liitoksissa tiettyyn metodologiaan, kuten fenomenologiseen menetelmään, tai vapaana analyysimenetelmänä. Kuten sisällönanalyysikin, myös teemoittelu voidaan tehdä aineisto- tai teorialähtöisesti. Temaattinen analyysi eroaa sisällönanalyysista siten, että se ei lähde liikkeelle alkuperäisilmausten pelkistämisestä, vaan aineistoa kuvaavista johtoajatuksista, joiden ympärille teemat rakentuvat. Teemoista muodostuu temaattinen kartta ja kokonaisuus. Toisin kuin si-

sällönanalyysissa, käsitteet eivät etene alakäsitteistä yläkäsitteisiin, vaan päinvastoin. Teemat saavat yksityiskohtaisempia sisältöjä kartan laajentuessa. Teemoja voi olla koko työssä vain muutama, mutta enemmän kuin yksi. Teemat ovat myös johdonmukaisia ja itsenäisiä. Näin ollen teemoittelu on lähellä teorialähtöistä sisällönanalyysia karttamaista hahmotusta lukuunottamatta. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 140-145.)

Teemoittelun riskinä on, että se jää aineistosta irrotettujen sitaattien tasolle. Analyysin tulisi mennä astetta pidemmälle ja peilata tai tulkita aineistoa aiempaa tutkimusta vasten. Sitaatteja voidaan käyttää neljällä tavalla. Ne voivat perustella tutkijan tulkintaa, tai toimia kuvain esimerkkeinä analyysissä. Kolmanneksi ne elävöittävät tekstiä, neljänneksi ne tiivistävät kertomuksia ja vievät näin menetelmää kohti tyypittelyä. Teemoittelulla saadaan tuloksia erityisesti käytännöllisiin ongelmiin. Toisinaan aineiston, kuten haastattelujen, kuvailu voi antaa vastauksia tutkimuskysymyksiin ja haastattelun runko voi toimia analyysin teemoitteluna. Silloin on kuitenkin riskinä analyysin mielivaltaisuus. Tärkeää onkin kytkeä teemoittelu teoreettiseen ajatteluun. (Eskola & Suoranta 1998, 175-182.)

6.3 Aineiston kerääminen

Tässä opinnäytetyössä aineistoa ei ollut valmiiksi olemassa, vaan se hankittiin osana työtä. Koska työterveyshoitajien kokemuksista ja näkökulmasta saa parhaiten tietoa kysymällä heiltä itseltään, kerättiin aineisto haastattelujen avulla. Haastattelun vahvuutena on haastateltavan mahdollisuus tuottaa tietoa vapaasti. Koska juuri työterveyshoitajien kokemuksia mielenterveysomaisten sosiaalisesta tukemisesta ja mielenterveysomaisten tunnistamista ei ole tutkittu, tarjosi haastattelu myös tilaa uusien odottamattomien suuntien löytymiselle. Asiakastilanteiden havainnointi olisi tukenut haastattelun tuloksia, mutta luottamuksellisten tapaamisten havainnoiminen ja juuri mielenterveysomaisten löytäminen ennalta työterveyden asiakkaista havainnointia varten oli tässä opinnäytetyössä mahdotonta. Siksi työ perustui työterveyshoitajien itsereflektioon.

Koska halusin ymmärtää työterveyshoitajien näkökulmaa ja antaa tilaa heidän omalle äänelleen, suljin pois täysin strukturoidut haastattelumenetelmät. Haastattelemisen vapaammalla, puolistrukturoidulla rungolla mahdollisti kokemusten tarkastelun ilman ennako-oletuksia. Samalla haastattelun aikana voitiin kulkea odottamattomaan suuntaan ja löytää tietoa alueelta, jota ei ole kartoitettu. Haastattelun aikana oli myös mahdollista havainnoida haastateltavaa, sekä selvittää ja syventää vastauksia. Koska halusin säilyttää haastatteluissa yhtä aikaa aiheen raamit ja avoimuuden, valitsin haastattelutyypiksi teemahaastattelun. Teemat jäsenivät ja tukivat haastateltavien kerrontaa ja itsereflektiota. Toteutin haastattelut yksilöhaastatteluina yhtä haastattelua lukuun ottamatta, jotta haastateltaville oli mahdollista tuoda

esiin omia ajatuksiaan ilman ryhmädynamiikan vaikutusta vastauksiin. Ensimmäisessä haastattelussa oli läsnä kaksi haastateltavaa samaan aikaan ilman, että asiasta olisi sovittu etukäteen. Muut haastattelu olivat yksilöhaastatteluja.

Haastattelin kuutta työterveyshoitajaa joulukuun 2022 ja tammikuun 2023 aikana. Lähestyin aluksi viittä pääkaupunkiseudun toimijaa, joista osa oli julkiselta sektorilta, osa yksityiseltä sektorilta. Näistä kukaan ei kuitenkaan tarttunut ehdotukseeni haastatteluista ja laajensin seurauksen toimijoiden maantieteellistä sijaintia pääkaupunkiseudun ulkopuolelle. Haastateltavat löytyivät FinFamin ehdottaman paikkakunnan kautta, eri yksityisten työterveysyritysten työntekijöistä. He työskentelivät haastatteluhetkellä kahden eri kunnan alueella.

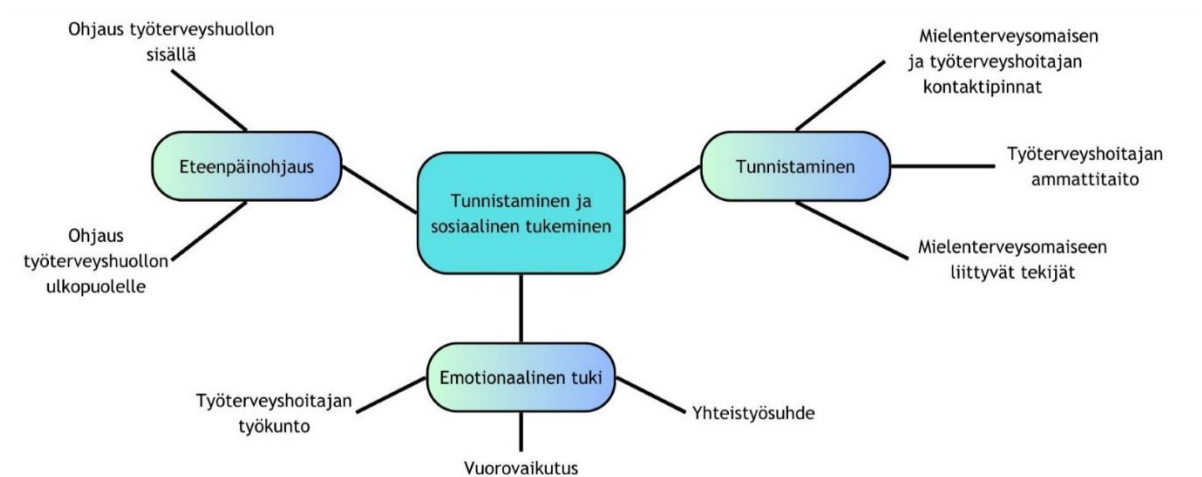
Kontaktoin työterveyshoitajat sähköpostitse ja esittelin opinnäytetyöni aiheen. Sovin haastattelut suoraan niiden työterveyshoitajien kanssa, jotka ilmaisivat kiinnostuksensa ja lähetin heille Teams-linkin sähköpostilla. Haastattelut toteutin Teams-haastatteluina. Ne kestivät n. 35 minuutista 45 minuuttiin. Haastattelut tein rauhallisessa ja yksityisessä tilassa. Yhdessä haastattelussa internet-yhteydessä oli ongelmia ja jouduin liittymään kokoukseen puhelimella tietokoneen sijaan. Haastatteluiden alussa kerroin vielä tutkimusaiheeni ja oman taustani opiskelijana. Informoin haastateltavia aineiston käsittelystä, anonymiteetistä ja materiaalin tuhoamisesta opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Tallensin haastattelut haastateltavien luvalla. Teams-haastattelun etu verrattuna puhelinhaastatteluun oli se, että pystyin tekemään näköhavaintoja haastatteluiden aikana ja lukemaan haastateltavien kehonkieltä. Haastateltavat myös näkivät minut, joka saattoi lisätä luottamusta. Toisaalta vuorovaikutuksen haasteena oli katsekontaktin puuttuminen, kun kumpikaan ei voinut katsoa yhtä aikaa kameraan ja toisen kasvoihin. Oikeassa kasvokkain tapahtuvassa haastattelussa tämä olisi vältetty. Toisaalta haastatellessa oli mahdollisuus nähdä myös omat kasvonsa tietokoneen näytöllä ja vaikuttaa sen myötä omaan vuorovaikutustapaan tilanteessa. Teamsin käyttö mahdollisti lisäksi haastattelujen tekemisen maantieteellisesti laajemmalla alueella.

Teemahaastattelurunko pohjautui sosiaalisen tuen teoriaan, josta muodostin haastatteluteemat. Haastattelut etenivät pääasiassa haastattelurungon pohjalta, tosin käsittelin kutakin teemaa, siinä vaiheessa se tuli luontevasti puheeksi. Haastattelujen alussa määrittelin mielenterveysomaisen käsitteen. Avoimet kysymykset antoivat tilaa työterveyshoitajien aidolle kokemukselle ja omille sanoille. Vaikka teemat ohjasivatkin haastattelua, pidin tärkeänä jättää väljyyttä haastateltavilta nouseville uusille näkökulmille. Haastattelurunko olisi kannattanut lähettää haastateltaville etukäteen, jotta heillä olisi ollut mahdollisuus orientoitua juuri tähän tutkimukseen, mutta toisaalta se olisi saattanut ohjata keskustelua ja rajata ajattelua.

6.4 Aineiston analyysi

Aloitin aineiston analyysin litteroimalla tallennetut Teams-haastattelut. Käytin sanatarkkaa litterointia ja litteroin myös murre- sekä täytesanat. Sen jälkeen loin jokaiselle haastateltavalle pseudonyymin seuraavasti: Arvoisin ensin kuusi kappaletta päivämääriä, eli sattumanvaraisen päivän jokaiselle haastattelulle. Sitten etsin kullekin päivämäärälle osuvat nimipäivät ja valitsin ne pseudonyymeiksi. Valinnat tein sukupuolineutraalisti sen mukaan, mikä nimi kunkin päivänä sattui kalenterissa olemaan. Anonymisoisin myös muut haastatteluissa esiin tulleet tunnistetiedot, kuten paikkakunnat ja yritysten nimet. Litteroituihin haastatteluihin merkitsin ne hakasulkeisiin. Tallensin koodiavaimen litterointien ja haastattelujen välillä eri lähteeseen, kuin muun materiaalin.

Luin litteroituja aineistoja läpi ja hahmottelin niiden perusteella kolme pääteemaa: Tunnistaminen, Emotionaalinen tukeminen ja Eteenpäinohjaus. Sen jälkeen järjestin aineiston näiden teemojen mukaisesti. Käsittelin sen jälkeen jokaista teemaa kerrallaan. Jaoin pääteemat alateemoiksi ja koodasin väreillä aineiston alateemojen mukaan. Muodostin teemoista miellekartan ensin teema kerrallaan ja sitten koskien koko aineistoa. Jaottelin aineistosta nousevat pelkistetyt ilmaisut alateemojen alle. Lopuksi avasin tulokset kirjalliseen muotoon siinä järjestyksessä, jossa teemat analyysini mukaan etenevät. Teemakartaksi muodostui näin kokonaisuus, jossa alateemoihin sisältyi vielä yksityiskohtaisia elementtejä. Kuviossa 1. on kuvattuna teemoista muodostunut miellekartta pääteemojen ja alateemojen mukaisesti.



Kuvio 1: Miellekartta pää- ja alateemoista

6.5 Luotettavuus ja eettisyys

Kaiken tieteellisen tutkimuksen tehtävänä on tuottaa luotettavaa tietoa, joka on totuudenmukaista. Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida reabilitieettin ja validiteetin perusteella, mutta laadullisen tutkimuksen erityisyyden takia sen luotettavuuteen liittyy ominaispiirteitä. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereitä ovat uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. (Kylmä & Juvakka 2007, 127).

Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen tulosten paikkansapitävyyttä, eli sitä, että tulokset ovat tutkimuskohteiden näkökulmasta osuvia ja oikeita. Tämän varmistamiseksi heidät voidaan osallistaa tutkimuksen eri vaiheissa mm. pyytämällä arvioimaan tutkijan tekemiä tulokintoja. Myös muiden aiheeseen perehtyneiden tutkijoiden arvio auttaa vahvistamaan tulosten uskottavuutta. Koska laadullisen tutkimuksen ytimessä on kohteiden näkökulman tavoittaminen, vaatii se riittävän pitkää ja syvällistä perehtymistä. Tutkija voi pitää tutkimuspäiväkirjaa ja reflektoida omia ajatuksiaan pitkin matkaa. Myöhemmässä vaiheessa nämä huomiot auttavat hahmottamaan tutkijan oman toiminnan vaikutuksia tuloksiin. Uskottavuutta lisää myös triangulaatio, joka voi perustua aineistoon, menetelmiin ja tutkijoiden määrään. (Kylmä & Juvakka 2007, 128-129.) Tässä työssä uskottavuutta lisäsi työn tekijän pitämä päiväkirja ja keskustelu opinnäytetyön ohjaajan kanssa. Menetelmään tai aineistoon perustuvaa triangulaatiota ei ollut mahdollista hyödyntää opinnäytetyön laajuuden puitteissa: haasteltavien pieni määrä ei tarjonnut kovin laajaa otantaa. Toisaalta työ ei edes väitä olevansa kattava kuvaus aiheesta, vaan opinnäytetyön laajuinen sukellus ajankohtaiseen teemaan.

Toinen luotettavuuden tekijä on tutkimuksen vahvistettavuus, eli sellainen esitystapa, joka mahdollistaa työn toistamisen ja sen logiikan seuraamisen. Tämä pitää sisällään työn jokaisen askeleen kirjaamisen riittävän selkeästi ja yksityiskohtaisesti, sekä auki kirjoitetut perustelut tehdyille ratkaisuille. Laadullisessa tutkimuksessa vahvistettavuuden haasteeksi tulee menetelmien joustava käyttäminen. On myös mahdollista, että samoja menetelmiä käyttämällä toinen tutkija päätyy erilaiseen lopputulokseen aineiston ainutlaatuisuuden ja laadullisen tutkimuksen subjektiivisen luonteen vuoksi. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Vahvistettavuuden haasteena tässä opinnäytetyössä oli juuri sen tilannesidonaisuus. Työ käsittelee työterveyshoitajien kokemusta mielenterveysomaisten tunnistamisesta ja hoitajien heille antamasta sosiaalisesti tuesta, joten erilaisessa kontekstissa kokemukset voisivat olla toisenlaisia. Tuloksiin vaikuttavia tekijöitä voivat olla mm. maantieteellinen alue, ajankohta, sekä yksilölliset erot. Työssä kuitenkin pyrittiin kuvaamaan menetelmiin ja valintoihin liittyviä seikkoja tarkasti, jotta tulokset tarjoaisivat vertailukohtaa. Vahvistettavuutta lisäämään on tulosten kuvauksessa esitelty sitaatteja haastatteluista, jotta lukija voi todeta yhteyden. Aineiston analyysiä käsittelevän luvun päätteeksi on myös lisätty miellekartta.

Luotettavuuteen vaikuttavat myös refleksiivisyys ja siirrettävyys. Refleksiivisyys tarkoittaa tutkijan kykyä tunnistaa oman henkilökohtaisen ajattelunsa ja vaikuttamiensa jälki työssä. Objektivisuuden tavoite tarkoittaa tässä yhteydessä sitä, että tutkija ymmärtää omat lähtökohdansa ja kirjaa ne raporttiin. Näin lukijalla on mahdollisuus ottaa huomioon niiden vaikutus. Siirrettävyys tarkoittaa tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä toisiin tilanteisiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Refleksiivisyys näkyy tässä työssä niin, että työn tekijä kirjasi omat vaikuttimensa raporttiin osana eettistä pohdintaa. Siirrettävyys huomioitiin riittävän tarkalla tulosten kuvauksella. Työn luotettavuutta pyrittiin lisäämään myös laatimalla kattava haastattelurunko ja litteroimalla haastattelut riittävän pian niiden toteutuksen jälkeen.

Tämän opinnäytetyön tutkimusasetelma oli kuuden työterveyshoitajan teemahaastattelu Teams-alustan kautta. Tulokset saatiin teemoittelulla. Tutkimuskysymykset asettuivat tähän asetelmaan siten, että niiden avulla oli tarkoitus saada syvällistä ymmärtämistä lisäävää tietoa. Siihen laadullinen tutkimus soveltui hyvin. Pienen haastateltavien määrän vuoksi tulokset eivät ole laajasti yleistettäviä ja kuvaavatkin ennen kaikkea tähän työhön osallistuneiden työterveyshoitajien kokemusta. Haastateltavista neljä oli lisäksi saanut mielialavalmentajan täydennyskoulutuksen, joka tukee mielenterveysomaisten tunnistamista ja sosiaalista tukemista. Tämä oletettavasti vaikutti myös tutkimustuloksiin niin, että hoitajien ajattelu ja toiminta mielenterveysomaisia kohdatessa oli tiedostavampaa, kuin keskimäärin. Haastatteluun osallistuminen itsessään kertoo myös siitä, että haastateltavat pitivät aihetta tärkeänä. Toisaalta ammatillisista epäonnistumisista ja epävarmuudesta voi olla vaikeampi puhua kuin onnistumisista ja ne saattoivat tästä syystä jäädä haastatteluissa vähemmälle huomiolle.

Tutkimusetiikalla voidaan tarkoittaa sekä tutkimukseen liittyviä sisällöllisiä ja metodisia eettisiä kysymyksiä, sekä tutkimustoimintaan liittyvää eettistä vastuuta, oikeita toimintatapoja, epärehellisyys ja loukkausten käsittelemistä (research integrity). Hyvä tieteellinen käytäntö koostuu useista periaatteista, jotka on koottu Tutkimuseettisen neuvottelukunnan toimesta. Tutkimuksessa tulee noudattaa tutkimusyhteisön noudattamia toimintatapoja, kuten tarkkuutta ja huolellisuutta. Tutkimuksessa käytetään eettisesti kestäviä ja yleisesti hyväksytyjä menetelmiä, sekä avointa ja vastuullista tiedeviestintää. Tutkijan tehtävänä on tuoda esiin käyttämänsä toisten tutkijoiden työ asianmukaisella tavalla. Tutkimustietoa käsitellään vastuullisesti. Tutkijan on hankittava tarvittavat tutkimusluvut. Tutkimusta aloitettaessa sovi- taan vastuista ja menettelyistä osapuolten kesken. Rahoituslähteistä ja sidonnaisuuksista tulee ilmoittaa. Tutkijan tulee myös huomioida esteellisyytensä tarvittaessa. Tutkimusorganisaatiossa huolehditaan tietosuojasta ja hyvästä henkilöstö- ja taloushallinnosta. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012, 4-7.) Opinnäytetyötä varten oli tarkoitus hakea tutkimuslupaa siltä terveydenhuollon toimijalta, jonka työntekijöitä haastateltavat olivat. Haastateltavien hankinnassa olleet haasteet muuttivat kuitenkin tätä suunnitelmaa niin, että haastateltavat eivät lopulta tulleet samalta työnantajalta, vaan

eri lähteistä, eri puolilta Suomea. Haastateltavat osallistuivat työhön yksityishenkilöinä. Aineistot säilytettiin ainoastaan opinnäytetyön tekijällä siten, että koodatut haastattelut ja alkuperäiset tallenteet olivat lähteissä sähköisessä muodossa. Kaikki aineisto hävitettiin työn valmistumisen jälkeen. Haastatteluja siteerattiin raportissa anonyymisti. FinFami ry:n kanssa tehtiin prosessin alussa yhteistyösopimus.

Opinnäytetyössä pyrittiin myös toimimaan eettisesti, vastuullisesti ja välttämään vilppiä sekä piittaamattomuutta hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Vilppi on tahallista tiedeyhteisön harhaanjohtamista ja se voidaan jakaa neljään luokkaan: sepittämiseen (tekaistut havainnot ja tulokset), havaintojen vääristelyyn (tuloksiin vaikuttava alkuperäisten havaintojen vääristely ja esittämättä jättäminen), plagiointiin (luvaton lainaaminen) ja anastamiseen (toisen henkilön tulosten, aineiston, ideoiden tai ajatusten esittäminen omina). Piittaamattomuus taas on tieteellisten käytäntöjen laiminlyöntiä. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012, 8-9.) Näitä epäkohtia pyrittiin välttämään tässä työssä huolehtimalla asianmukaisista lähdeviitteistä sekä kirjallisuusluettelosta ja näin osoittamaan tiedon alkuperä. Samoin työ alistettiin ohjaajan arviolle. Työn laatija perehtyi lisäksi tutkimuseettisiin kysymyksiin myös hyvien tieteellisten käytäntöjen näkökulmasta.

Erityisesti ihmisiä tutkittaessa myös laajemmat eettiset kysymykset ovat merkittäviä. Ne kulkevat läpi tutkimuksen eri vaiheiden. Suunnitteluvaiheessa tutkimuksen tarkoitusta pohdittaessa tulisi ottaa huomioon sen vaikutus tutkittavien ihmisten elämäntilanteeseen. Suunnitelmaa tehtäessä olisi jo hyvä pohtia, kuinka taataan luottamuksellisuus ja huomioidaan tutkimuksen mahdolliset seuraukset tutkittaville. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 19-20.) Tässä työssä esille tulleet asiat raportoitiin anonyymisti, jotta haastateltavilla oli vapaus puhua haastatteluissa luottamuksellisesti. Haastattelujen ja koko opinnäytetyön yksi tavoite olikin vahvistaa työterveyshoitajia omassa työssään.

Haastattelututkimuksessa haastattelutilanne voi olla tutkittaville stressaava ja nostaa esiin vaikeita tunteita, erityisesti jos tutkimuksen aihe on sensitiivinen. Litterointia tehtäessä tulisi noudattaa tarkasti haastateltavien omia ilmaisuja. Näin pyritään pysymään uskollisina sille asiaytimelle, jonka haastateltava on tuonut esiin. Eettisesti on myös tärkeää pyrkiä mahdollisimman totuudenmukaiseen kuvaukseen haastatteluja analysoitaessa. On myös syytä pohtia, millaisia tulkintoja kunkin haastattelun pohjalta voidaan esittää. Kun raporttia kirjoitetaan, tulee ottaa huomioon luottamuksellisuus ja työn vaikutukset sekä haastatelluille, että ryhmälle, jota tutkimus koskee. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 20.)

Tämän työn aihe, mielenterveysomaisten kohtaaminen, saattoi aiheuttaa haastateltaville työterveyshoitajille kaksoisroolin sekä hoitajina, että omaisina. Tämän mahdollisen yksityiselämän roolin kautta haastattelu saattoi herättää haastateltavissa tunnereaktioita. Omaisroolin

yleisyyden takia myös haastattelija joutui asettumaan saman haasteen äärelle. Oikeiden tulokintojen takaamiseksi haastattelutilanteet pyrittiin myös toteuttamaan niin, että haastattelija varmisti mahdollisimman huolellisesti, mitä haastateltava tarkoitti vastauksillaan. Työn raportoinnin eettiset seuraukset liittyvät tässä siihen, miltä työterveyshoitajien työ raportissa näyttää. Työn laatijan lähtökohtana oli arvostava suhtautuminen työterveyshoitajiin ja liittyminen heidän kanssaan samaan tahtotilaan: mahdollisimman hyvän mielenterveysomaisten tunnistamiseen ja sosiaalisen tuen toteuttamiseen mielenterveysomaisille. Muita eettisiä tapahtumia työssä ovat tutkittavien informointi ja suostumus. Nämä tapahtuivat sähköpostikeskustelujen välityksellä, kun hoitajia kutsuttiin haastateltaviksi. Samoin haastattelut itsessään alkoivat informaation antamisella aiheesta ja luottamuksellisuudesta. Haastattelut toteutettiin ja aineisto säilytettiin luottamuksellisesti. Koko työprosessissa huomioitiin sen seuraukset ihmisille, jotka olivat osallisina prosessissa. Opinnäytetyön tekijä lähetti haastateltaville linkin valmiiseen työhön.

7 Tulokset

Opinnäytetyössä kuvataan mielenterveysomaisten tunnistamiseen vaikuttavia tekijöitä, sekä työterveyshoitajien heille antamaa sosiaalista tukea. Tätä lähestyttiin kahden tutkimuskysymyksen kautta: Mitkä tekijät vaikuttavat mielenterveysomaisten tunnistamiseen työterveyshoitajan näkökulmasta? Millaista on työterveyshoitajan mielenterveysomaiselle antama sosiaalinen tuki? Kysymyksiin saadut vastaukset muodostivat kolme teemaa, joita käsitellään tässä luvussa. Haastatteluilla saadun aineiston perusteella muodostin kolme teemaa. Näitä ovat: Tunnistaminen, Emotionaalinen tuki ja Eteenpäinohjaus. Tunnistaminen toimii kahden muun teeman edellytyksenä.

7.1 Tunnistaminen

Jotta työterveyshoitaja kykenee antamaan sosiaalista tukea mielenterveysomaiselle, hänen täytyy ensin tunnistaa omaisen asiakkaidensa joukosta. Tunnistaminen itsessään voidaan nähdä myös sosiaalisena tukena, sillä se tapahtuu kohtaamisen yhteydessä, vuorovaikutuksessa omaisen ja hoitajan välillä. Omaisten hyvinvointitutkimukset osoittavat, että mielenterveysomaiset kokevat usein, ettei heitä kuulla tai nähdä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sen vuoksi tunnistaminen on keskeinen elementti työterveyshoitajan työssä ja vastaanotoilla tapahtuneissa kohtaamisissa.

Tunnistamisen teema jakautui tämän opinnäytetyön aineiston pohjalta kolmeen alateemaan. Näitä ovat Mielenterveysomaisten ja työterveyshoitajan kontaktipinnat, Työterveyshoitajan ammattitaito, sekä Mielenterveysomaiseen liittyvät tekijät. Käsittelen seuraavassa jokaista alateemaa tarkemmin.

7.1.1 Mielen-terveysomaisen ja työterveyshoitajan kontaktipinnat

Tunnistaminen tapahtuu työterveyshoitajien kokemuksen perusteella työterveyden erilaisten kanavien kautta. Näistä jokainen haastateltava mainitsi terveystarkastuksen ja työhöntulotarkastuksen. Tarkastuksissa työterveyshoitajilla on mahdollisuus haastatella asiakkaita laajemmin ja se tarjoaa mahdollisuuden tunnistaa mielen-terveysomaisen elämäntilanteen. Työterveyshoitajat näkivät tarkastuksissa myös mahdollisuuden tulla tutuksi asiakkaille, mikä puolestaan auttaa luomaan luottamuksellisen yhteistyösuhteen. Tarkastusten ongelmana hoitajat näkivät kuitenkin sen, että niitä tehdään harvoin, vain kolmen tai viiden vuoden välein. Näin ollen on paljolti sattumaa, että mielen-terveysomainen osuu kohdalle hänelle kriittisenä ajankohtana. Tarkastuksiin liittyy usein myös erilaisia terveystarkastuksia, joiden pohjalta työterveyshoitajat kutsuvat asiakkaita vastaanotolle, kun kyselyn tulokset herättävät huolta.

Terveystarkastuksissa siinä ollaan pitkä aika potilaan kanssa kahdestaan. Ehkä me hoitajat ollaan semmoisia, et meille ihmiset avautuu aika hyvinkin. (Sipi)

Ehkä niissä, jotka tulee terveystarkastusten kautta, niin siinä on hirveä hajonta, koska keskimäärin ihmistä kutsutaan viiden vuoden välein. Sehän on ihan sattumaa, että sattuu osumaan siihen oikeaan ihmiseen oikealla ajalla. (Raita)

Toinen haastateltavien mainitsema kontaktipinta syntyy sairastamiskäynneillä, joihin mielen-terveysomaiset itse hakeutuvat. Joskus vastaanotolle hakeutumisen taustalla on työkykyyn vaikuttava akuutti tilanne, joskus taas psyykkiset tai somaattiset oireet. Näistä hoitajat nimesivät univaikeudet, työuupumuksen, sekä tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Haastattelussa tuli ilmi, että osa omaisista nimeää tulosityyksi oman jaksamisen läheistilanteesta johtuen, mutta usein elämäntilanne vaikuttaa muiden oireiden taustalla käymättä suoraan ilmi. Työterveyshoitajien yleinen kokemus oli, että vastaanotolle tullaan verrattain myöhään, kun omat voimat ovat jo lopussa.

Kyllä me joskus omassa tiimissä sanotaankin, että tulee sisään selkäkipuna tai päänsärkynä, ja lähtee jonkun muun asian kanssa. (Jouko)

Mielen-terveysomaiset saattavat tulla vastaanotolle myös toisen henkilön ohjaamina. Haastateltavat mainitsivat tällaisina ohjaajina työterveydessä työskentelevät fysioterapeutit, psykologit ja lääkärit. Kun somaattisten oireiden takaa paljastuu omaisen elämäntilanne, tai työterveyssovitukseen kuuluvat psykologin käynnit on käytetty, saattaa asiakas palautua työterveyshoitajalle tukea saamaan. Samoin mielen-terveysomaisen esihenkilö voi ohjata työntekijän olemaan yhteydessä työterveyteen, kun työyhteisössä on ilmennyt huoli, työntekijän käytös on muuttunut, tai työntekijä on itse kertonut kuormituksestaan. Työterveyshoitajat pitivätkin

tärkeänä, että heillä olisi hyvä suhde asiakasyritystensä esihenkilöihin kontaktipinnan löytymiseksi. Tätä haastateltavat pyrkivät rakentamaan jalkautumalla yrityksiin. Esihenkilön kannustava suhtautuminen työterveyshoitajan vastaanotolle hakeutumiseen on haastateltavien mielestä yksi avaintekijä mielenterveysomaisen ja työterveyshoitajan kontaktipinnan löytymiselle, sekä sen myötä avun saamiselle.

Niin sitten se, että esimies tai työyhteisö on huomannut, että jollain on tosi suuria vaikeuksia ja saattaa tietääkin sen perhetilanteen, että ne ohjaisivat nopeammin ja matalammalla kynnyksellä. (Maila)

Työterveyshoitajat mainitsivat työterveydessä käytettävät mittarit yhtenä keinona mielenterveysomaisen tunnistamiseen. Sairaspoissaolojen runsas määrä, sekä työterveyden palvelujen tiheä käyttäminen indikoivat psyykkistä kuormitusta. Mittarien raja-arvot riippuvat kunkin asiakasyrityksen työterveys sopimuksesta. Laaja sopimus mahdollistaa puuttumisen varhaisemmassa vaiheessa, kun taas suppea sopimus vaikeuttaa kontaktipinnan löytämistä. Parhaimmillaan työterveyshoitaja voi jo varhain kontaktoida asiakkaan, jonka kohdalla mittari hälyttää, ja tarjota mahdollisuutta keskusteluun.

Ja meidän seurataan hyvin aktiivisesti sairaspöissaoloja. Meille tulee hälytyksiä, jos työntekijällä on useampi sairausloma ja riippuen yrityksestä me kontaktoidaan sitten vähän eri aikajanaalla. (Raimo)

7.1.2 Työterveyshoitajan ammattitaito

Tunnistamisen kannalta työterveyshoitajan rooli on tärkeä. Ei pelkästään riitä, että mielenterveysomaiselle ja hoitajalle löytyy kontaktipinta, vaan tarvitaan myös työterveyshoitajan ammattitaitoa, jotta hän osaa tunnistaa omaisen. Ammattitaidon olen haastattelujen pohjalta jakanut työtappoihin ja tietoon. Työtavoista keskeisimmäksi kaikki työterveyshoitajat asettivat kokonaisvaltaisen haastattelemisen. Asiakas kohdataan hänen kokonaisvaltaisesta elämäntilanteestaan käsin, vaikka jokaisella työterveyshoitajalla onkin omat fraasinsa ja painotuksensa. Työterveyshoitajien haastattelussa asiakkaita tarkastusten ja muiden kohtaamisten yhteydessä, he kertovat kartoittavansa ravitsemusta, unta, sekä yksityiselämän tilannetta muiden terveystietojen lisäksi.

Niistä ainakin itse aina kyselen, voimavaroista ja miten on jaksanut. Onko huolta omasta jaksamisesta. Yritän kysäistä aina jossain välissä, miten sun yksityiselämässä, onko sulla siellä asiat järjestyksessä. (Raita)

Toinen tunnistamisen mahdollistava työtapa on havainnointi. Työterveyshoitajat havainnoivat vastaanotolla asiakkaita. Haastatteluissa puolet heistä kertoi erityisesti tekevänsä havainnoita asiakkaan mielentilan ja olemuksen perusteella. Havainnot masennuksesta ja uupumuksesta

herättävät työterveyshoitajissa huolen, jonka pohjalta he syventävät asiakashaastattelua. Havainnot eivät johda välttämättä suoraan mielenterveysomaisen tunnistamiseen, vaan saattavat vaatia useamman kohtaamisen, jotta keskustelussa päästään aiheeseen. Havaintojen tekemistä vaikeuttaa vastaanoton rajallinen aika, kun läpikäytäviä asioita on paljon.

No kyllä siinä keskustelussa haastatteleamalla ja havainnoimalla kehonkieli mukaan lukien. Oikeastaan sillä tavalla mä ne saan tietoon. (Raimo)

Jokaisen haastatteluun osallistuneen työterveyshoitajan mukaan kokonaisvaltaisen haastattelun ja havainnoinnin herättämän huolen tulisi johtaa puheeksiottoon. Tämä on kuitenkin työtapa, jonka koettiin vievän aikaa. Vastaanotolle tullut asiakas saattaa avautua tilanteestaan vasta ajan päättyessä, tai hoitaja itse tuntee painetta kiireen vuoksi. Yksi haastateltava pohti myös, voiko kiire olla helppo syy, jonka taakse piiloutuu; puheeksiotto voi käynnistää haastavan tilanteen. Kaksi haastateltavaa kaipasi siihen myös lisää keinoja. Työterveyshoitajan rohkeus ottaa puheeksi itselle herännyt huoli on merkittävä tekijä mielenterveysomaisen tunnistamisessa.

No varmaan itse asiassa myöskin se puheeksiotto. Tavallaan just se, että tarvitsisi olla vielä rohkeampi, että kun tulee itselle sellainen "aaninki", et jotain tässä voisi olla, niin ottaa sen rohkeasti puheeksi. (Jouko)

Työterveyshoitajan ammattitaito nojaa riittävään tietämykseen. Vastaanotolla kohdattujen asiakkaiden kirjo on laaja ja työterveyshoitajan tietotaito juuri mielenterveyden kysymyksistä riippuu osaltaan henkilökohtaisesta kiinnostuksesta ja mahdollisesta lisäkoulutuksesta. Haastatteluun osallistuneista neljällä olikin mielialavalmentajan lisäkoulutus ja yhdellä ratkaisukeskeisen valmentajan koulutus. Tämä saattaa lisätä heidän kykyään tunnistaa myös mielenterveysomainen. Tunnistamisen kannalta tieto luo pohjan työterveyshoitajan toiminnalle hänen kohdatessaan mielenterveysomaisen ja moni ottikin esille somaattisen oireilun yhtenä merkinä mielen voimavarojen vähenemisestä. Tietopohja vaikuttaa työterveyshoitajan tapaan haastatella ja havainnoida asiakkaita vastaanotolla.

Ja just se, että se olis hirveän tärkeitä, et johonkin saakka meillä kaikilla oli se tietty tietotaito, et pääasia et kysyy ja pysähtyy ja sitten osais vähän ohjata eteenpäin. (Heli)

Tai kun on särkyjä, kipuja, niin aina kysytään ja ruvetaan miettimään mikä siihen voi vaikuttaa. Mistä johtuu, kun vaikka on tutkittu ja mitään ei löydä. Se voikin olla jotain psykosomaattista. (Sipi)

7.1.3 Mielenterveysomaiseen liittyvät tekijät

Tunnistamiseen vaikuttavat myös mielenterveysomaiseen liittyvät tekijät. Haastateltujen työterveyshoitajien näkökulmasta näitä oli kahdenlaisia: tunnistamista estäviä ja auttavia. Hoitajien kokemus oli, että mielenterveysomaiset tulevat vastaanotolle oma-aloitteisesti myöhään, kun voimavarat ovat jo hyvin lopussa. He näkivät tämän taustalla kolme tekijää. Niistä ensimmäinen liittyy epätietoisuuteen siitä, kuuluvatko yksityiselämään liittyvät ongelmat työterveyden piiriin. Mielenterveysomaisten kanssa asioidessa työterveyshoitajat törmäävät asiakkaiden epävarmuuteen siitä, onko heillä oikeus hakea tukea omaisen tai läheisen sairastumisesta johtuvaan omaan pahoinvointiin. Mielenterveysomaiset saattavat myös pelätä, mitä seurauksia käynnillä voisi olla heidän työsuhteelleen. Työterveyssovimusten erilaiset laajuudet vaikuttavat siihen, kuinka paljon kullakin työpaikalla kannustetaan työterveyden käyttöön. Tämä saattaa nostaa kynnystä hakea apua yksityiselämästä nousevaan oireiluun. Työterveyshoitajat itse näkivät yksityiselämän kuormituksen asiana, joka selkeästi vaikuttaa työkykyyn ja kuuluu siksi työterveyden piiriin.

Moni saattaa ajatella sitäkin, et ei tää ole työhön liittyvä, tää on henkilökohtaiseen elämään liittyvä, niin tää ei ole sitten se oikea osoite. (Heli)

Ja myöskin jos me aatellaan pieniä yrityksiä, niin siellä ehkä se työntekijä sulkee itseensä nämä asiat, eikä puhu niistä, ei omalle esihenkilölleen, eikä kelleen, koska sieltä aika äkkiä saa kenkää. Et kyllähän ne on aika kylmiä ne johtajat siellä, et nyt sillä on ollut kolme sairaspäivää, et kyllä se kohta saa lähteä. Ollaan hyvin tiukkoja ja ymmärtämättömiä näissä asioissa. Et kyllä meillä varmaan on paljon pinnan alla, mitä ei tiedetä.

(Raimo)

Toinen mielenterveysomaisen tunnistamista estävä tekijä on työterveyshoitajien mukaan häpeä. Mielenterveyden haasteisiin liittyvä stigma näkyy vastaanotolla vaikenemisena, vaikka hoitaja voisi selvästi havainnoida, että asiakkaalla on huolta. Perimmäisen syyn selviäminen edellyttää luottamuksellisuuden korostamista ja mielenterveysomaisen kokemuksen validointia.

Joskus täytyy vähän sitä vaitiolovelvollisuutta korostaa erityisesti, jos sä näet et ihminen vähän raottaa, mut sitten siellä tulee just nämä häpeäjuttut. (Heli)

Haastateltavat toivat myös esiin, että joskus mielenterveysomaisen vaikeneminen liittyy yksinkertaisesti hänen omaan haluunsa pitää asia yksityisenä. Työterveyshoitajat tulkitisivat vaikenemisen myös niin, että tilanne on asiakkaalle hankala, tai ajoitus väärä. Aina työterveyshoitajan kanssa ei myöskään löydy riittävää yhteyttä. Silloin tunnistamisen esteen voi ylittää

tarjoamalla mahdollisuutta keskustella jonkun toisen työterveyshuollon ammattilaisen kanssa.

Kyllä sellaisia tilanteita on, että jotakin aistii et siellä on, mutta aika ei ole kypsä, tai paikka on väärä, tai henkilö on väärä tai jotain, miksi ei lähde sitten avautumaan. (Jouko)

Tunnistamista auttavaksi mielenterveysomaiseen liittyväksi tekijäksi haastattelussa nähtiin mielenterveysmaisen työala: Sosiaali- ja terveysalalla työskentelevillä koettiin olevan matalampi kynnys avautua mielenterveyteen ja yksityiselämään liittyvistä asioista. Heidän arveltiin tuntevan palvelujärjestelmä ja avunsaantikanavat hyvin. Työterveyshoitajat arvioivat myös naissukupuolella olevan vaikutusta. Samoin pienen paikkakunnan tuoman tuttuuden koettiin auttavan keskustelua ja omaisroolin tunnistamista.

Tässä on varmaan vähän myös se, että millaiset meidän asiakasalueet on. Esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuoltoalan yksiköt, joissa on pääasiassa töissä naisia ja aika paljon keski-ikäisiä, niin näähän on lähtökohtaisesti sellaisia, jotka tietää toki tästä sote-puolesta paljon ja tietää mistä apua saa ja miten sitä pitää hakea, ja sitten naisena ehkä vielä avoimempia otamaan asioita puheeksi ja keskustelemaan. (Raita)

7.2 Emotionaalinen tuki

Toinen pääteema Tunnistamisen lisäksi on Emotionaalinen tuki. Emotionaalisella tuella tarkoitetaan tässä keskusteluapua, jota työterveyshoitajat antavat asiakkaille vastaanotolla. Tuen tarpeen voi herättää mikä tahansa somaattinen, psyykinen, tai sosiaalinen haaste asiakkaan elämässä. Tässä haastatteluaineistossa keskityttiin kuitenkin nimenomaan mielenterveysomaisen tilanteesta nousevaan tuen tarpeeseen.

Emotionaalinen tuki pitää sisällään kolme alateemaa. Näitä ovat Yhteistyösuhde, Vuorovaikutus ja Työterveyshoitajan työkuunto. Alateemoille on yhteistä tunteiden ilmaisu, joka rakentuu yhtäältä luottamuksen varaan, mutta luo myös henkistä kuormitusta työterveyshoitajalle.

7.2.1 Yhteistyösuhde

Tunnistamisen ja varsinaisen emotionaalisen tuen välisenä siltana toimii työterveyshoitajan ja mielenterveysomaisen yhteistyösuhde. Haastateltavat kuvasivat yhteistyösuhdetta luottamuksen rakentamisena vastaanoton alussa. Tärkeäksi tekijäksi nostettiin turvallisen tilan ja ajan rakentaminen, sekä asiakkaan kokemus turvallisesta työterveyshoitajasta. Luottamuksen syntymistä helpotti pitkään kestänyt hoitosuhde ja sen tuoma tuttuus. Osalla haastateltavista on

mielialavalmentajan koulutuksen takia asiakkaita myös valtakunnallisesti, jolloin yhteistyösuhteen rakentumiselle tarvitsee heidän kokemuksensa perusteella varata enemmän aikaa.

No se on varmaan, että pysähtyy siihen asian äärelle ja semmoinen rauhallinen luottamus siinä täytyy olla kyllä. Ja monestihan nää on tarkastuksissa ja muissa nimettyjä yrityksiä, tuttuja firmoja ja tuttuja työntekijöitäkin, et siinä voi olla vuosien yhteistyötäkin takana. Semmoisissa on helppo rakentaa se luottamus. Mielialavalmennettavia voi tulla toistenkin yrityksistä ja ne ei ole niin tuttuja, et selvästi ne ensimmäiset kerratkin menee siinä semmoiseen, että vähän henkilökemiatkin siinä. Rakennetaan sitä luottamusta. Ihminen uskaltaa avautua. (Heli)

Toisaalta yhteistyösuhteen syntyminen ei aina ole itsestään selvää, vaikka työterveyshoitaja näkisi sen syntymisen eteen vaivaa. Kaksi haastateltavista otti esiin tilanteet, joissa asiakkaalle tulee jostain syystä kokemus, että hoitajan kanssa ei synny yhteistyösuhdetta. Silloin korostuu työterveyshoitajan ammatillisuus ja kyky tarjota mahdollisuutta keskustella toisen työntekijän kanssa.

Toki sellainenkin on, että se asiakas saattaa kokea, että mä en osaa kyllä tuon ihmisen kanssa jutella. Sekin olisi tosi tärkeää, et me osattaisiin olla tosi nöyriä siinä tilanteessa ja kysyttäisiin, haluaisitko sä tulla juttelemaan jonkun toisen kanssa. (Raita)

7.2.2 Vuorovaikutus

Emotionaalisen tuen toinen alateema on Vuorovaikutus. Se sai tässä teemoittelussa kaksi kategoriaa, Kuuntelun ja Näkökulmien tarjoamisen. Kuuntelu koostuu kahdesta alateemasta, joita ovat Empatia, sekä Mahdollisuus puhua. Työterveyshoitajien näkökulmasta kuunteleminen on keskeisin osa heidän antamaansa tukea. Se tarjoaa erityisen merkittävän mahdollisuuden puhua, sillä työterveyshoitaja voi olla ensimmäinen ulkopuolinen henkilö, jolle mielenterveysomainen kertoo tilanteestaan. Haastateltavat kertoivat tarjoavansa puhumisen mahdollisuutta yksinkertaisimmillaan kysymällä. Työterveyshoitajan aktiivisuus kysymisessä viestittää, että vastaanotolla on aikaa ja tilaa asialle. Puhumisen mahdollisuus edellyttää kiireettömyyttä. Kysymiseen kietoutuu myös asiakkaan oikeus asettaa rajat sille, mitä haluaa työterveyshoitajalle kertoa. Mahdollisuus puhua on asiakaslähtöistä vuorovaikutusta.

Jos pitäisi oikein kärjistä, et mitä mä pystyn tekemään, niin kuuntelemaan. (Maila)

No kyllähän ihmisillä on tosi iso tarve tulla kuulluksi, että joku välittää ja joku kysyy - musta on pääasia että joku kysyy. Sitten ihminen itse tosiaan

ne rajat laittaa, että minkä verran avaa ja kertoo. Kyllä semmoinen mutu-tuntuma on, että sitä ei voi olla liikaa, että kiinnostuu ja kysyy.

(Heli)

Kuuntelun toinen alateema on Empatia. Työterveyshoitajat kuvasivat empatiaa välittämisen, kannattelun ja kannustuksen termeillä. Vuorovaikutuksessa he kertoivat olevansa juuri asiakasta varten ja pyrkivänsä keskittymään tämän kertomaan. Käytännössä tämä tapahtuu kääntymällä kasvotusten ja koskettamalla, mikäli asiakas antaa siihen luvan. Empatiaan liittyi työterveyshoitajilla myös asiakkaan tunteiden huomaaminen, sanoittaminen ja salliminen.

Ihan vuorovaikutuksellisesti jo se, että kertaan sen mitä hän sanoo, että hei mä kuulen nyt sä puhut tätä. Mä kuulen, että nyt se herkistää sua ja mä huomaan, että sulle tulee tunteet pintaan ja annan nenäliinoja. Voin sanoa, että anna tulla vaan, se on hyvä. Tavallaan se on jotenkin niin kuin rohkaisu, että kaikki tunteet on sallittuja. Joku kiroilee, sanoo että voi helvetti ja nekin on ihan ok. Joskus on joku reagoinut hyvin voimakkaasti, saanut paniikkityyppisen oireen tässä. Selvästi sitäkin, että yrittää tehdä sen, että tavallaan vähän niin kuin sanoittaa asiakkaan sanoja, tunteita.

(Jouko)

Kuuntelun lisäksi vuorovaikutus koostui haastattelujen perusteella näkökulman tarjoamisesta. Työterveyshoitajat pyrkivät auttamaan asiakasta näkemään tilannettaan etäämmältä. Ratkaisukeskeisen valmentajan koulutus toi yhdellä haastateltavalla asiaan lisäksi sen näkökulman, että avoimilla kysymyksillä asiakasta tuetaan löytämään itse ratkaisuja tilanteeseensa. Haastateltavat kokivat, että asioiden sanoittaminen ääneen auttaa asiakasta jäsentämään omia ajatuksiaan. Toisaalta kolmessa haastattelussa korostui, että työterveyshoitaja on puolueetomassa roolissa ja edustaa asiakkaan lisäksi myös hänen työnantajaansa. Sen vuoksi työterveyshoitaja voi asemoitua välittäjäksi näiden kahden välille. Hän tarjoaa ulkopuolista näkökulmaa.

Mä luulen kanssa, että se emotionaalinen tuki: Pystyy kuuntelemaan ja auttamaan jossain tilanteessa ihmistä näkemään sitä omaa tilannetta hie- man ulkopuolisen silmin. Antaa jotain tällaisia vinkkejä, että oletko miet- tinyt, jos kuitenkin kertoisit tästä työyhteisössä, niin se saattaisi sun ti- lannetta helpottaa. Kun se ihminen ei enää omassa tilanteessaan pysty ja jaksaa nähdä sitä juttua niin selvästi. Jotain tällaista se on, kuuntelua, tu- kemista, jossain kohtaa pienien vinkkien antamista. (Raita)

7.2.3 Työterveyshoitajan työkuunto

Työterveyshoitajan työkuunto nousi emotionaalisen tuen antamisessa tärkeäksi alateemaksi. Kuudesta haastateltavasta viisi kuvasi kaipaavansa tukea työn henkisen kuormituksen keskellä. Mielenveysomaisen kohtaamisessa kuormitus liittyi emotionaaliseen taakkaan, joka syntyi vaikeiden tilanteiden ja tunteiden kohtaamisesta. Asiakkaan tunnetila tarttuu kohtauksissa. Samoin vaitiolovelvollisuus aiheuttaa epätietoisuutta siitä, missä asiasta voisi puhua. Vaitiolosta seuraa myös työterveyshoitajan yksinäisyyden kokemus; vastaanotolla koettua joutuu kantamaan yksin. Mielialavalmentajan koulutuksen saaneet jakoivat tämän kokemuksen.

Että ehkä se semmoinen voimattomuus välillä ja vaitioloasiat, niin ne rajoittaa aika hirveästi, että mä en voi avautua sen jonkun tilanteesta. (Raimo)

Kaikki haastateltavat nostivat työnohjauksen keskeisimmäksi työkuunnon ylläpitämisen keinoksi. Työnohjaus koettiin tärkeäksi oman sensitiivisen työtteen säilymisen kannalta. Sen kuvattiin tarjoavan peilauspintaa omalle toiminnalle. Mielialavalmentajan koulutuksen saaneilla oli kaikilla mahdollisuus osallistua ryhmätyönohjaukseen neljä kertaa vuodessa, mutta ilman tätä koulutusta työnohjaus ei automaattisesti kuulu työterveyshoitajalle. Yhtä lukuun ottamatta kaikki mielialavalmentajat toivoivat, että työnohjauksia olisi useammin. Kaksi nosti esiin myös toiveen yksilötyönohjauksesta. Työnohjauksissa työterveyshoitajat pystyivät jakamaan omia asiakastapauksiaan ja saamaan tietoa erilaisista mielen terveyden ilmiöistä. Työnohjauksen koettiin antavan selkänöjää asiakkaiden emotionaaliseen tukemiseen ja omaan toimintaan.

Juu, ja meillä on säännöllistä työnohjausta. Sitä saa mielialavalmentajat, koska ne voi olla aika rankkojakin juttuja. Tavallaan se, että pitää itsestään huolta, niin sitten sä jaksat olla sille asiakkaallekin sellainen, niin kuin kohdata, kohdata silleen sensitiivisesti. (Heli)

Meillä on ollut sitä nyt kaksi vai kolme kertaa puolen vuoden sisällä, neljä kertaa vuodessa sanoisin. Nyt meillä on ollut vähän päällekkäin kahtakin eri, koska me on haluttu sitten hoitajajoukolla vähän enemmän sitä tiedollista ohjausta vielä, elikkä yksi työpsykologi on meille kertonut just ahdistuksesta ja ihmisen elämään liittyvistä eri kriiseistä ja miten niitä kohdataan ja muuta. Toinen pitää sitten enemmän case-työnohjausta, että voi kertoa, että on ollut tällainen ja tällainen case ja sitten mietitään, että miten siinä toimii, mitä ajatuksia se herätti ja sitten että miten vois jatkossa toimia, että siinä vähän joukolla mietitään sitä. (Sipi)

Työterveyshoitajat sanoittivat esihenkilön ja kollegojen tuen merkitystä oman työkuunnon ylläpitämisessä. Esihenkilön tuki näkyi haastateltaville siten, että hän auttaa rajaamaan työtä

kuormittavina hetkinä ja kuulee työnohjauksen tarpeet. Kollegojen tukea työterveyshoitajat taas kuvasivat yhteisenä toimintatapojen ja tiedon jakamisena. Kollegojen kanssa on mahdollisuus keskustella, kuinka erilaisissa tilanteissa on toimittu ja mikä on havaittu hyväksi. Tämä lievittää työterveyshoitajien kokemaa yksinäisyyttä työssä ja tarjoaa peilauspintaa.

Koen, että kuitenkin kuormittuvia ihmisiä on vastaanotolla ja sen vertais-tuen saaminen myöskin ja voisi kollegojen kanssa jutella myös, että näin mä tein tässä, miten sä ajattelet, miten sä oisit tehnyt. Materiaalit ja ohjeistukset on aina hyviä, mutta sitten kuitenkin kukin laittaa ne oman persoonansa kautta siihen käytäntöön. Sellaisen peilipinnan hakeminen omalle toiminnalle. (Jouko)

Haastatteluissa työterveyshoitajat kertoivat elämäkokemuksen ja työkokemuksen antavan perspektiiviä asiakkaiden tukemiseen. Kokemus toi rohkeutta ja kykyä ottaa vastaan asiakkaiden tunteita ja myös sietää omaa ahdistusta. Toisaalta yksi haastateltava koki, että oma pidempi elämäkokemus voi asettua haasteeksi asiakkaan tunteen ymmärtämiselle, koska asiakkaan huoli voi tuntua omasta näkökulmasta pieneltä. Kuitenkin ammatillisuus auttaa asettumaan tilanteeseen riittävällä myötätunnolla. Koulutus nousi myös tärkeäksi työkuntoa ylläpitäväksi asiaksi. Työterveyshoitajat kaipasivat lisää koulutusta mielenterveyden kentästä ja keskusteluavun antamisesta. Ajan haaste tuli esiin jokaisessa haastattelussa. Kuormittavien asiakastilanteiden välissä tarvitaan riittävä palautumisaika ennen seuraavaa asiakasta.

Mutta ehkä se mikä olisi kanssa keinona, niin sitä koulutusta meillekin säännöllisesti. Vähän että minkälaisia keinoja on yleensä ottaa puheeksi ja miten sellaista vastaanottoa ikään kuin johdetaan. (Raita)

Mutta mä oon nähnyt, että siitä [kokemuksesta] on ollut kyllä hyötyä siitäkin ja ihan niistä asiakaskohtaamisista, että on kasvanut. Sillä on tietenkin suuri merkitys. (Raimo)

7.3 Eteenpäinohjaus

Kolmanneksi pääteemaksi muodostin Eteenpäinohjauksen. Työterveyshoitajat nostivat haastatteluissa eteenpäinohjauksen keskeiseksi tavaksi antaa sosiaalista tukea mielenterveysomaisille. Se seurasi tunnistamista ja tapahtui limittäin emotionaalisen tuen kanssa.

Eteenpäinohjaus koostuu kahdesta alateemasta, joita ovat Ohjaus työterveyshuollon sisällä ja Ohjaus työterveyshuollon ulkopuolelle. Eteenpäinohjaus koettiin haastavimmaksi osaksi mielenterveysomaisten sosiaalista tukemista, sillä palvelujen kenttä on hyvin laaja ja vaihtuva.

7.3.1 Ohjaus työterveyshuollon sisällä

Ohjaus eteenpäin alkaa mielenterveysomaisen hoidon tarpeen arvioinnilla, jossa työterveyshoitaja arvioi, millaisia hoidollisia tarpeita asiakkaalla on ja mikä taho voisi parhaiten tukea hänen hyvinvointiaan. Tässä työterveyshoitajat kertoivat hyödyntävänsä erilaisia testejä, kuten masennus- ja ahdistuneisuuskyselyä, alkoholitestistä ja työuupumustestistä. Tässä tavoitteena onkin arvioida mielenterveysomaisen omaa oireilua, eikä elämäntilannetta sinänsä. Oireiden aiheuttama työkyvyn lasku tai sen uhka on työterveyshuollon ydinkysymys. Työterveyshoitajien rooli oli tässä osata arvioida eteenpäinohjauksen tarvetta ja suuntaa.

No me ollaan aika sellaisia sentraalisantroja kaiken kaikkiaan, että kyllä meillä on ensisijaisesti langat käsissä. Me nähdään se potilas, me ruvetaan miettimään, että mihin me ohjataan häntä, vai jatkaako hän meidän kanssa. Sitten ruvetaan, et onko se nyt lääkärille vai tarvitaanko tässä lääkityksiä, lääkitysarvioita, vai työpsykologille, että onko sen tuntuinen. Ehkä se on se meidän roolitus. (Sipi)

Työterveyshuollon sisällä mielenterveysomainen ohjattiin haastattelujen perusteella useimmiten joko työpsykologille, tai työterveyslääkärille. Mielialavalmentajan koulutuksen saaneet kertoivat, että toisinaan kollegat ohjaavat asiakkaita heille, kun asiakkaalla on mielialaan liittyvää oireilua. Joskus asiakasta ohjattiin myös jatkamaan työskentelyä mielialavalmentajan kanssa hänen käytettyään ensin sopimuksen sisältämät työpsykologikäynnit. Ohjausta työterveyden sisällä tapahtui lisäksi univalmentajille ja fysioterapeuteilta takaisinpäin työterveyshoitajille.

Ja meillä on työpsykologi myös käytössä, että se on äärettömän hyvä asia, että meillä tulee hyvin asiantuntevaa tukea sitten myöskin tälle omalle, jos hän on tilanteessa rikki ja tarvitsee tukea, että pääsee jaloilleen. Meillä on täällä aika hyvä tukiverkko ja sitten työterveyslääkärit paljon hoitavat. (Raimo)

Työterveyshuollon sisällä tapahtuvan eteenpäinohjauksen haasteeksi työterveyshoitajat nostivat ongelmat palvelujen saatavuudessa. Lääkärien ja psykologien aikoja ei välttämättä ole tarjolla välittömästi. Työterveyshoitajien vastaanottoajat ovat sen sijaan helpommin saavutettavissa.

Joo, ja niitä hankaluuksia on sekin, että me tajutaan, että tää ihminen tarvitsee todellakin lääkärin ajan ja meillä ei ole sitä antaa, tai että se psykologin aika menee puolentoista kuukauden päähän. (Raita)

7.3.2 Ohjaus työterveyshuollon ulkopuolelle

Työterveyshoitajat ohjaavat mielenterveysomaisia myös työterveyshuollon ulkopuolelle. Näitä tahoja ovat julkiset palvelut, sekä kolmannen sektorin toimijat. Julkisista palveluista mainittiin psykiatriset sairaanhoitajat, perheiden palvelut, kriisituki, sekä Kelan järjestämät kuntoutukset. Työterveyshoitajat kertoivat lähtevänsä usein liikkeelle sairastuneen henkilön hoitotahosta ja sen mahdollisuuksista myös omaisen tukemiseen. Suosituksi tahoksi mainittiin digipalvelut ja erityisesti Mielenterveystalo, josta omainen voi saada tietoa ja nettiterapiaa. Vertaistukea tarjoavat kolmannen sektorin toimijat koettiin myös merkittäviksi avun lähteiksi.

Ja paljon me ohjataan ihan oman kunnan psykiatriselle sairaanhoitajalle. Joskus voi olla Kriisikeskus, ja tällainen vertaistoiminta on MLL:lla aika hyvää. Vähän haastelee sitä, että mikä se tarve olisi, riittääkö vertaistukityyppinen, vai olisiko hyvä ihan niin kuin keskusteluapua asiantuntijan kanssa ja näin. Mutta ehkä he tulee tähän monesti vähän semmoisena, että ei tiedä miten lähteä eteenpäin. Sitten lähdetään yhdessä mieltämään, että mitäs kaikkea nyt on. (Heli)

Käytännössä ohjaus tapahtui etsimällä asiakkaalle yhteistietoja apua tarjoaviin tahoihin. Kaksi haastateltavaa kertoi pitävänsä erityisen tärkeänä, että asiakas vaihdetaan saattaen toisen toimijan piiriin. He kertoivat soittavansa vastaanoton aikana yhdessä asiakkaan kanssa eteenpäin ajanvarausta tai muuta kontaktia varten. Kaikki haastateltavat antoivat asiakkaalle jotain konkreettista, kuten tulosten nettisivusta, tai puhelinnumeron paperilla. Työterveyshoitajat rakensivat näin polun, joka asiakkaalla olisi käytössä vastaanoton jälkeen.

Harvoin jää siihen, että annan puhelinnumeron, saati sitten sanon, että soita sinne kuule ja heippa. Sitten se on niin, että soitetaan tästä ja että tavallaan se seuraava askel siellä on jo koodattu, kun hän lähtee. (Jouko)

Työterveyden ulkopuolelle ohjaamisessa työterveyshoitajat kokivat eniten haasteita. Keskeisin haaste oli tiedon puute. Työterveyshoitajat kokivat, että alueellisia palveluja on paljon ja kenttä laaja. Heillä oli epävarmuutta siitä, mihin asiakkaan voisi ohjata. Kaikki haastateltavat kaipasivat ajantasaista tietoa muista toimijoista. Mielialavalmentajilla oli käytössään Teams-tiedosto, johon he kokosivat auttajatahoja yhteiseen käyttöön. Ongelma on kuitenkin, että tiedoston ajantasaisena säilyttäminen vaatii työtä, eikä se ole muiden työterveyshoitajien käytössä. Kaikilla haastateltavilla oli toive tiiviimmästä verkostoitumisesta mielenterveyden kentällä toimivien järjestöjen ja julkisten palvelujen kanssa. Vain yksi haastateltava mainitsi oma-aloitteisesti FinFami ry:n ja kertoi hyödyntäneensä sen nettisivuja. Muille haastateltaville FinFami ry oli vieras. Heistä jokainen kertoi haastattelussa kirjoittavansa FinFamin tiedot

itselleen muistiin. Yksi haastateltava otti esiin toiveen, että järjestön työntekijä tulisi kerto-
maan toiminnasta työterveyshoitajien työkokoukseen.

*Ja tää on oikeastaan semmoinen, mistä tietoa puuttuu, että juuri niin,
että mitä niitä on kaikkia olemassa mielenterveysomaisen tukemiseksi,
kun se ei oo niin jokapäiväinen asia. Siinä olisi petrattavaa siinä tiedoissa.*

(Raimo)

*Sehän olisi optimaalista, että olisi vielä jotain tällaisia verkostokuvioita,
että vaikka olisi tämän tiimoilta kerran vuodessa jossakin joku happening,
että voitaisiin siellä oikeasti käydä sitä keskustelua, että minkä tyyppiset
asiakkaat ohjautuu mihinkin ja millä tavoin. Käydä sitä keskustelua ver-
kostojen kanssa, niin sehän olisi erinomaisen hyvä. (Jouko)*

Haasteeksi nousi työterveyshoitajien epäily siitä, saako asiakas varmasti apua taholta, jonne
hänet ohjaa. Yksi haastateltava oli huolissaan julkisen psykiatrisen hoidon kuormittuneisuu-
desta ja mahdollisuuksista tukea omaisia. Lisäksi haastateltavien työaika asetti haasteen tie-
don etsimiselle. Tukea tarjoavien tahojen löytämisen koettiin vievän aikaa, jota tiiviissä työ-
listassa ei aina ollut.

*Aika on siinä se haaste, että kun on kuitenkin tiukka aikataulutus päi-
vässä, niin usein se on sitten siellä päivän lopussa, tai työpäivä venyy sitä
varten tai näin, että mä yritän viikon aikana laittaa sulle tietoa ja
blaablaablaa. (Jouko)*

8 Johtopäätökset

Opinnäytetyön päätarkoitus oli kaksiosainen: kuvata tekijöitä, jotka vaikuttavat mielenter-
veysomaisten tunnistamiseen työterveyshoitajan työssä ja kuvata millaista on työterveyshoi-
tajien mielenterveysomaisille antama sosiaalinen tuki. Työn tavoitteena oli lisätä tietoa tun-
nistamisesta ja sosiaalisesta tukemisesta, sekä pyrkiä parantamaan mielenterveysomaisen
avun saamista tuomalla näkyviin työterveyshuollossa olevia tunnistamisen ja tukemisen haas-
teita. Sekä tarkoitukseen, että tavoitteeseen vaikuttivat FinFami ry:n toiveet työlle. Opinnäy-
tetyön tutkimuskysymykset nousivat työn tarkoituksen ja tavoitteen pohjalta ja olivat: 1.
Mitkä tekijät vaikuttavat mielenterveysomaisen tunnistamiseen työterveyshoitajan näkökul-
masta? 2. Millaista on työterveyshoitajan mielenterveysomaiselle antama sosiaalinen tuki?

Tulosten mukaan tunnistamiseen vaikuttavia tekijöitä ovat mielenterveysomaisen ja työter-
veyshoitajan kontaktipinnat, työterveyshoitajan ammattitaito, sekä mielenterveysomaiseen

liittyvät tekijät. Mielenterveysomaisen ja työterveyshoitajan kontaktipintoja ovat työterveyshuollon kanavat, kuten terveystarkastukset ja sairausvastaanotot. Työterveyshuollon käyttämät mittarit, kuten poissaolomittari, toimivat tunnistamisen välineinä. Niiden perusteella voidaan kutsua vastaanotolle työntekijä, josta on herännyt huoli. Sairausvastaanotoille mielenterveysomaiset tulevat joko itsenäisesti, tai toisen ohjaamina. Työterveyshoitajan ammattitaito vaikuttaa tunnistamiseen työterveyshoitajien näkökulmasta. Ammattitaitoon kuuluu taito haastatella asiakasta kokonaisvaltaisesti, tehdä hänestä havaintoja, sekä taito ottaa huoli puheeksi. Tämä hoitajan toiminta nojaa riittävään tietoon mielenterveyden haasteista. Tulosten mukaan työterveyshoitajien täydentävä koulutus antaa tukea työhön ja auttaa mielenterveysomaisten tunnistamisessa. Mielenterveysomaiseen liittyvät tekijät ovat joko tunnistamista esittäviä, kuten myöhäinen vastaanotolle tuleminen ja häpeä, tai sitä auttavia, kuten asiakkaan työala, naissukupuoli, tai tuttuus.

Työterveyshoitajan mielenterveysomaiselle antama sosiaalinen tuki on tulosten mukaan emotionaalista ja eteenpäinohjaavaa. Emotionaalinen tuki on keskusteluapua, joka rakentuu toimivan yhteistyösuhteen pohjalle. Yhteistyösuhteessa luottamus ja turvallisuus ovat keskeisiä elementtejä. Jos tällaista suhdetta ei synny, hoitajat ohjaavat asiakkaan toiselle työntekijälle, jotta sosiaalinen tuki voisi tästä huolimatta toteutua. Emotionaalinen tuki toimii mielenterveysomaisen ja työterveyshoitajan välisessä vuorovaikutuksessa. Se on kuuntelua, johon liittyy työterveyshoitajan empaattinen asenne ja kohtaamisessa tarjottava mahdollisuus puhua. Vuorovaikutukseen liittyy myös uusien näkökulmien tarjoamista asiakkaan kertomaan. Työterveyshoitajan työkunnolla on tärkeä osuus emotionaalisen tuen antamisessa. Kohtaamisissa syntyy heidän kokemuksensa mukaan emotionaalista taakkaa. Tämän kuormituksen käsittelyssä työnohjaus, esihenkilön ja kollegojen tuki, koulutus, sekä työkokemus auttavat.

Eteenpäinohjaus tapahtuu joko työterveyshuollon sisällä, tai sen ulkopuolelle. Se lähtee liikkeelle mielenterveysomaisen hoidon tarpeen arviosta hänen oireidensa perusteella. Yleisimmin sisäinen ohjaus tapahtuu lääkärille, tai työpsykologille, mutta myös heiltä työterveyshoitajille. Haasteena työterveyshoitajat kokevat tässä hankaluuden aikojen saatavuudessa. Ohjaus työterveyshuollon ulkopuolelle on tulosten perusteella haastavinta. Hoitajat ohjaavat mielenterveysomaisia julkisiin palveluihin ja digipalveluihin, mutta myös kolmannen sektorin toimijoiden piiriin. Käytännössä ohjaus on yhteystietojen etsimistä ja tällä tavalla konkreettista saattamista avun piiriin. Suurimmaksi haasteeksi tässä muotoutuu työterveyshoitajien ajantasaisen tiedon puutteet palvelujärjestelmästä ja eri toimijoista. Työterveyshoitajilla on myös toiveita verkostoitumisesta.

FinFamin Recovery-hankkeeseen liittyvä hyvinvointitutkimus osoittaa, että mielenterveysomaisten kokema häpeä ja leimautumisen pelko aiheuttavat elämäntilanteesta vaikenemistä ja sen salaamista. Hyvinvointitutkimuksen mukaan riittävä tiedonsaanti sairastuneen hoidosta ja omaisen tukimahdollisuuksista vähentää vaikenemistä huomattavasti. (Martin & Kallunki

2020). Tästä opinnäytetyöstä saadut tulokset yhtyvät FinFamin tuloksiin siten, että myös työterveyshoitajat nostivat mielenterveysomaisten häpeän ja vaikenemisen yhdeksi tunnistamista vaikeuttavaksi tekijäksi. Hoitajien rooli eteenpäinohjaajina, tiedollisen tuen antajina, voi kuitenkin helpottaa omaisten tilannetta ja tunnistamista, sekä omaisten tukemista. Useissa aiemmissa tutkimuksissa myös todetaan, että mielenterveysomaisilla on suurentunut riski sairastua masennukseen. Siksi työterveyshoitajien ammattitaito ja tietoisuus ilmiöstä ovat keskeisessä roolissa tunnistamisen kannalta, kun asiakkaita kohdataan vastaanotolla. Tunnistamisen välineinä toimivat siten tässä työssä esiin tulleet kokonaisvaltainen haastattelu, havainnointi ja hyvän yhteistyösuhteen luominen. Arvelen, että mielialaohjaajan koulutuksen saaneilla työterveyshoitajilla on erityistä taitoa juuri masennusoireita kokevien mielenterveysomaisten tunnistamisessa.

Tunnistamisen haasteena tämän opinnäytetyön tulosten mukaan on myös se haaste, että kaikki mielenterveysomaiset eivät tiedä voivansa käsitellä yksityiselämän asioita työterveyshuollossa. Kuitenkin työterveyshoitajille on itsestään selvää, että yksityiselämän tilanne vaikuttaa myös työkykyyn ja kuuluu täten työterveyshuollon piiriin. Kansallisen mielenterveysstrategian 2020 synnyttämä Työelämän ja hyvän mielenterveyden toimenpideohjelma pitää sisällään saman asiayhteyden. Niin myös omaisten hyvinvointitutkimus. Toimenpideohjelman yhtenä tarkoituksena onkin tiivistää työterveyshuollon, työpaikkojen ja muiden toimijoiden välistä yhteistyötä. (Vorma ym. 2020. 13-14.) Mielenterveysomaisten riski joutua työelämän ulkopuolelle on aiemmissa tutkimuksissa todettu. Tämä on ristiriidassa sen tuloksen kanssa, että työssäkäynti tukee mielenterveysomaisten hyvinvointia ja on siten merkittävä osa positiivista mielenterveyttä. (Nyman & Stengård 2001, 37.) Tässä opinnäytetyössä saatu tulos siitä, että sairausvastaanotolle tullaan myös hyvin myöhään, saa tukea aiemmasta tutkimuksesta. (Jurvansuu & Ringblom 2020, 1-3.) Stigmatisoitumisen pelko ja epätietoisuus oikeudesta käyttää työterveyshuoltoa myös yksityiselämän kuormittavissa tilanteissa vaikuttanevat tähän. Työterveyshuollon ja työpaikkojen yhteistyö voisi madaltaa esihenkilöiden ja kollegojen kynnystä ottaa puheeksi huoli työntekijästä. Ajattelen, että hyppy työpaikalta työterveyshuoltoon tulisikin tapahtua mahdollisimman helposti ja joustavasti, jotta mielenterveysomaiset saisivat tukea varhaisessa vaiheessa ja heidän työkykynsä säilyisi haastavassa elämäntilanteessa.

Työpaikoilla on erilaisia työterveys sopimuksia työterveyshuollon kanssa. Työterveyshuoltolaki (1383/2001) säätelee pakollisista palveluista, joita sopimuksen tulee sisältää. Jos työterveys sopimus on kuitenkin laajempi, helpottaa se mielenterveysomaisten tunnistamista, sillä heitä kohdataan työterveyshuollossa useammin. Jos sopimukseen kuuluu myös sairaanhoitoa, on heillä lisäksi mahdollisuus saada kattavammin tukea omaan hyvinvointiinsa työterveyshuollon kautta. Erilaiset työterveys sopimukset asettavat näin mielenterveysomaiset eriarvoiseen asemaan. Työkyvyn heikkenemisen varhainen tunnistaminen -asiakirja määrittelee tunnistamiseen vaikuttavuusasteet, joiden avulla työterveyshoitaja voi arvioida tilannetta vastaanotolla.

(Tiitola ym. 2016, 8-11.) Mahdollisen vaikuttavuuden ja ilmeisen vaikuttavuuden kohdalla työterveyshuollon rooli korostuu ja eriarvoisuus tulee näkyväksi. Tämä on erityisen haitallista juuri mielenterveyden haasteiden kohdalla, koska ne vaativat työterveyshuollolta moniammatillista puuttumista. Jos sopimus on suppea, uhkaa mielenterveysomaisen tunnistaminen ja tukeminen jäädä puutteelliseksi. Tämä opinnäytetyön tuloksissa työterveys sopimuksen vaikutus näkyy niin, että sen suppeus vaikeuttaa työterveyshoitajien kokemaa mahdollisuutta tunnistaa mielenterveysomaisia. Varhaisen tunnistamisen asiakirja korostaa, että tunnistamisessa keskeistä on vastaanoton kiireettömyys ja mahdollisuus syventyä tilanteeseen. Tämä tekijä tulee esiin myös tämän opinnäytetyön tuloksissa.

Mielenterveysomaisen tunnistamiseen vaikuttavista tekijöistä työterveyshoitajan ammattitaito on tulosten mukaan tunnistamista edistävä tekijä. Sen sijaan mielenterveysomaisen ja työterveyshoitajan kontaktipintojen vaikutus vaihtelee riippuen työterveys sopimuksesta. Tämä selvästi vaikeuttaa tunnistamista. Mielenterveysomaiseen liittyvät tekijät liittyvät useimmiten myös vaikenemisen haasteeseen ja luottamuksellisen yhteistyösuhteen luomiseen. Ammattitaito ja tieto näkyvät työterveyshoitajilla siten, että he ymmärtävät omaistilanteen kuormittavuuden ja merkityksen työkykyyn. Tunnistaminen tapahtuu silti mielenterveyden oireilun näkökulmasta ja oireita mitaten. Mielenterveysomaisen elämäntilanne itsessään ei ole ensisijainen tarttumapinta, jonka kautta työterveyshoitajat hahmottavat ilmiötä. Näkökulma liittyy enemmän kokonaisvaltaiseen yksityiselämän kuormituksen kartoitukseen. Ajattelen, että omaistilanteen ymmärtäminen ilmiötasolla olisi tunnistamisen kannalta suuri askel eteenpäin.

Nymanin ja Stengårdin hyvinvointitutkimuksen mukaan mielenterveysomaiset kokevat tärkeänä, että heitä kohtaavilla ammattilaisilla olisi hyvät sosiaaliset taidot, kiireetöntä aikaa, kyky kohdata omainen tasavertaisena, laaja-alaista ammattitaitoa, ja että yhteistyösuhteessa olisi jatkuvuutta. (Nyman & Stengård 2001, 56-62.) Tässä työssä saadut tulokset ovat samassa linjassa hyvinvointitutkimuksen kanssa: emotionaalisen tuen keskeinen elementti yhteistyösuhteen lisäksi on sellainen vuorovaikutus, jossa on empatiaa ja kiireettömyyttä, tilaa puhua, sekä uuden näkökulman löytämistä. Ajattelen, että työterveyshoitajien näkökulma sosiaalisen tuen antamiseen onkin samoilla linjoilla mielenterveysomaisten odotusten kanssa. Haasteeksi hoitajien työssä asettuu vastaanottojen rajallinen aika, joka voi olla riittämätön sensitiivisen aiheen käsittelyyn. Ajanvarauksessa olisikin mielestäni syytä olla rakenne, joka ottaa tämän huomioon. Aikaa varatessaan asiakkaalle olisi tärkeää antaa tarpeeksi informaatiota siitä, minkä pituinen aika on tarpeellinen kussakin tilanteessa. Asiakkaalla tulisi myös olla tunne oikeutuksesta varata pidempi vastaanottoaika. Toisaalta vastaanoton aikana yllättäen esiin tullut aihe voi vaatia uuden ajan varaamista. Silloin olisi merkittävää, että aika löytyisi mahdollisimman pian.

Tässä työssä haastatteluteemat pohjautuivat erityisesti Kumpusalon jaotteluun sosiaalisen tuen eri muodoista. Näistä käyttöön valikoituivat tiedollinen tuki ja emotionaalinen tuki. Samankaltaista jaottelua noudattivat myös monet muut tutkijat. Erityisesti Goldsmithin ja Albrechtin esittämä jako ongelmakeskeiseen ja emootiokeskeiseen tukeen on yhtenevä tämän työn tulosten kanssa. Emootiokeskeinen tuki pitää Goldsmithin ja Albrechtin mukaan sisällään huolen ilmaisua, kuulumisen välittämistä, itsetunnon tukemista ja lohduttamista. Ongelmakeskeisellä tuella he tarkoittavat neuvomista, tiedon antamista ja välillistä auttamista. (Goldsmith & Albrecht 2011, 339-341.) Tässä työssä hahmottunut emotionaalinen tuki oli samankaltaista kuin emootiokeskeinen tuki Goldsmithillä ja Albrechtilla. Sen sijaan ongelmakeskeinen tuki, tai Kumpusalon mukaan tiedollinen tuki, on saanut tässä nimen “eteenpäinohjaus”. Tämä perustuu siihen, että työterveyshoitajien työssä korostui eteenpäinohjaava ote. He myös antoivat informaatiota ja neuvoja, mutta ennen kaikkea etsivät reittejä eteenpäin.

FinFamin Recovery -hankkeessa selvisi, että mielenterveysomaisten kuormitusta lisäsi heikko avunsaanti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Palvelujärjestelmä ei tunnistanut omaisia, eikä heidän tarpeitaan. Omaiset eivät saaneet riittävästi keinoja omasta jaksamisesta huolehtimiseen, eivätkä tietoa erilaisista tukimuodoista. (Kallunki & Knaapi 2020.) Tämän opinnäytetyön tulos työterveyshoitajien kokemuksesta eteenpäinohjaajina on suoraan liitoksissa tähän. Hoitajat kokivat suurimpana haasteena mielenterveysomaisten kohtaamisessa juuri oman tiedonpuutteen erilaisista alueen toimijoista niin julkisella, kuin kolmannella sektorilla. Tämä luonnollisesti vaikeuttaa eteenpäinohjausta, vaikka se nähdään keskeisenä osana omaisten kohtaamista. Hoitajat kaipaavat ajantasaista tietoa ja verkostoitumista eri toimijoiden kanssa. Ajattelen, että toimijoiden yhteistyön tiivistäminen ja siiloutumisen purkamisen on mielenterveysomaisen kannalta kriittistä. Ajantasaisen tiedon jakaminen sujuvalla tavalla työterveyshuollon ja muiden sektoreiden ammattilaisten kesken olisi suuri tuki työterveyshoitajien työssä. Olisi myös hedelmällistä lisätä työterveyshoitajien tietoutta mielenterveysomaisten elämäntilanteesta ja vertaistukijärjestö FinFamista. Ajattelen, että nämä toimet yhdessä madaltaisivat kynnyksiä ohjata eteenpäin, ottaa puheeksi ja tunnistaa mielenterveysomainen. Mielestäni näiden tulosten perusteella työterveyshuolto voisi hyötyä sosiaalialan osaamisesta, kuten sosiaaliohjauksesta, osana moniammatillista työtä.

9 Pohdinta

Tämän opinnäytetyön tulokset saavat vahvistusta aiemmasta tutkimuksesta. Työ tuotti uutta tietoa, koska työterveyshoitajien näkökulmaa mielenterveysomaisten kohtaajina ei ole aiemmin tutkittu. Työterveyshoitajien kokemat haasteet ja toisaalta heidän merkittävinä pitämänsä asiat olivat samoja, joita omaistutkimuksissakin on tullut esiin. Opinnäytetyö tuo esiin työterveyshoitajien näkökulmaa kolmiosaisen prosessin eri vaiheissa. Prosessi koostuu tunnis-

tamisesta, emotionaalisesta tukemisesta ja eteenpäinohjauksesta. Tunnistamisessa puheeksiotto on keskeinen tekijä, jotta sosiaalista tukea voidaan antaa. Samalla tunnistaminen vahvistaa mielenterveysomaisten kokemusta siitä, että he ovat tulleet kuulluiksi. FinFamilla on tähän olemassa erilaisia malleja, jotka tukevat myös työterveyshoitajia tunnistamisessa. FinFamin luomia työkaluja ovat mm. Huoli puheeksi -työkalu, Huomioi omaiset -malli ja Kuormittavan elämäntilanteen puheeksi ottaminen -malli. Tunnistamisen merkitys on suuri, sillä myös tämän opinnäytetyön tulosten mukaan mielenterveysomaiset tulevat vastaanotolle varsin myöhään. Opinnäytetyön antamaa uutta tietoa on myös se, että eteenpäinohjaus on työterveyshoitajien näkökulmasta haastavinta mielenterveysomaisten kohtaamisessa. Tähän on suurimpana syynä palvelujärjestelmän ja toimijoiden kentän monipolvisuus. Työ osoittaa, että sosiaalialan osaamiselle on työterveyshuollossa tarvetta. Sosiaaliohjaus jo varhaisessa vaiheessa auttaisi omaisia tarvitsemansa tuen piiriin ja tukisi samalla työterveyshoitajien työtä.

Erityisesti tämä uusi tieto hyödyttää FinFamia siten, että se voi olla rakentamassa eteenpäinohjausta helpottavaa työkalua työterveyshuollon käyttöön. FinFamilla on meneillään Vaikuttava kumppanuudet -hanke, jonka tavoitteena on juuri helpottaa palvelupolkujen löytymistä. Tämä vastaisi työterveyshoitajien tarpeeseen jopa paremmin kuin heidän toivomansa verkostoitumistilaisuudet, sillä työkalun toimivuuteen ei vaikuta työterveyshuollon työntekijöiden vaihtuvuus. Palvelupolku -työkalun avulla mielenterveysomaisilla olisi myös mahdollisuus saada tietoa FinFamin toiminnasta ja tarjoamasta vertaistuesta. Opinnäytetyön tuottama uusi tieto perustelee näin Palvelupolku -hankkeen tarpeellisuutta.

Opinnäytetyön tuottama tieto auttaa myös työterveyshuoltoa kehittämään toimintaansa. Työterveyshoitajien vastaanotoilla voidaan fokusoida kolmeen vaiheeseen, jotta mielenterveysomaisia pystytään tukemaan. Voidaan tiedostaa tunnistamisen merkitys ja ottaa käyttöön sitä helpottavia tapoja ja välineitä. Toiseksi voidaan rakentaa vastaanottotilanteista sellaisia, että ne mahdollistavat emotionaalisen tuen antamisen, erityisesti kiireettömän kuuntelemisen. Kolmanneksi voidaan painottaa sosiaaliohjausta jo varhaisen tuen vaiheessa ja yhdistää sosiaalialan osaamista terveydenhuollon osaamiseen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuuden kannalta työn tulokset osoittavat, että siiloutunut järjestelmä hankaloittaa avun piiriin pääsemistä. Työn tuottama tieto osoittaa tarpeen sosiaali- ja terveydenhuollon sektorien vuoropuhelulle ja rinnakkaisuudelle. Työelämän näkeminen kokonaisvaltaisesti ja yksityiselämän vaikutusten huomioiminen luonnollisena osana työmaailmaa voisi poistaa niitä tunnistamisen kynnyksiä, joita opinnäytetyössä on tullut esiin. Tulokset auttavat näkemään mielenterveysomaisen elämäntilanteen yleisyyden, jonka vuoksi ilmiö koskettaa kaikkia työpaikkoja.

Tämä opinnäytetyö on tiiviisti sidoksissa sosionomin työhön ja ammattitaitoon. Sosiaalihuoltolain (1302/2014) 4 luvun 43 §:ssä mainitaan, että asiakkaan läheisverkostoa tulee kartoittaa

ja samalla selvittää omaisten ja läheisten mahdollinen tuen tarve. Omaisilmiön yleisyyden takia jokainen sosiaalialalla työskentelevä kohtaa mielenterveysomaisia erilaisissa tilanteissa. Omaisilla on oikeus sosiaalihoitolain mukaisesti saada tukea omaan kuormitukseensa. On siis tärkeää, että omaiset tulevat nähdyiksi ja kuulluiksi, ja että heidän elämäntilanteensa tunnustetaan. Perheiden ja lähiverkoston systemisen luonteen takia yhden sairastuminen vaikuttaa muidenkin elämään. Myös toipuminen tapahtuu tuon systeemin sisällä. Toipumiselle on parhaat edellytykset, kun koko verkoston hyvinvointi on keskeisessä roolissa.

Jatkossa olisi hyödyllistä kartoittaa omaisten kokemuksia työterveyden asiakkaina. Näin saataisiin tietoa siitä, kuinka sosiaalisen tuen kolmiosainen prosessi, tunnistaminen, emotionaalinen tuki ja eteenpäinohjaus, toteutuu mielenterveysomaisten näkökulmasta. Kehittämissaiheeksi nostan koko prosessia helpottavan työkalun muotoilun työterveyshuollon käyttöön.

Lähteet

Painetut

Compton, B.R. & Galaway, B. 1999. *Social Work Processes*. 6. painos. Pacific Grove CA: Brooks/Cole Publishing Company.

Eskola, J & Suoranta, J. 1998. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Kinnunen, P. 1998. *Hyvinvoinnin ruletti - Tutkimus sosiaalisen tuen verkostojen jäsentymisestä 1990-luvunlopun Suomessa*. Rovaniemi: Lapin yliopistopaino.

Kumpusalo, E. 1991. *Sosiaalinen tuki, huolenpito ja terveys*. Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 8/1991. Helsinki: VAPK-kustannus.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Nyman, M. & Stengård, E. 2005. *Hiljaiset vastuunkantajat. Omaisten hyvinvointi 2001-2004*. Helsinki: Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry.

Nyman, M. & Stengård, E. 2001. *Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi*. Helsinki: Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry.

Stengård, E. 2005. Journey of Hope and Despair. The Short-term Outcome in Schizophrenia and the Experiences of Caregivers of People with Severe Mental Disorders. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannus-osakeyhtiö Tammi.

Sähköiset

Baronet, Anne-Marie. 1999. Factors associated with caregiver burden in mental illness: A critical review of the research literature. *Clinical Psychology Review* 19. 819-841. Viitattu 20.1.2022. [PII: S0272-7358\(98\)00076-2 \(sciencedirectassets.com\)](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00076-2)

Caplan, R.D. 1979. Social Support, Person Environment Fit, and Coping. Teoksessa Ferman, L.a. & gordus, J.P. (toim.) *Mental Health and the Economy*. E-kirja. Michigan: W.e. upjohn Institute for Employment Research. 89-138.

Cobb, S. 1976. Social Support as Moderator of Life Stress's. *Psychosomatic Medicine*. 38(5). American Elsevier Publishing Company Inc. 300-314.

Cohen., S., Underwood, L.G. & Gottlieb, B.H. 2000. Social Relationships and Health. Teoksessa Cohen., S., Underwood, L.G. & Gottlieb, B.H. (toim.) *Social Support Measurement and Intervention: A Guide for Health and Social Scientists*. E-kirja. New York: Oxford University Press Inc. 3-25.

Goldsmith, D.J. & Albrecht, T.L. 2011. Social Support, Social Networks, and Health. A Guiding Framework. Teoksessa Thompson, T.L., Parrott, R. & Nussbaum, J.F. toim.) *The Routledge Handbook of Health Communication*. 2. painos. E-kirja. New York: Taylor & Francis Group. 335-348.

FinFami ry. Viitattu 19.01.2022. [Ammattilaisille - Mielenterveysomaisten keskusliitto - FinFami ry](#)

FinFami ry. Viitattu 6.4.2023. [Tietoa yhdistyksestä - Mielenterveysomaisten keskusliitto - FinFami ry](#)

FinFami ry. Viitattu 29.4.2023. [Marianna Roine aloitti FinFamin Vaikuttavat kumppanuudet - hankkeen asiantuntijana - Mielenterveysomaisten keskusliitto - FinFami ry](#)

FinFami ry. Hyvinvointitutkimus. Viitattu 09.01.2021. [Hyvinvointitutkimus - Mielenterveysomaisten keskusliitto - FinFami ry](#)

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Viitattu 13.2.2022. [HTK_ohje_2012.pdf \(tenk.fi\)](#)

Huttunen, M. 2017. Mielenterveydenhäiriöt. Viitattu 09.01.2022. [Mielenterveyden häiriöt - Terveyskirjasto](#)

Johda työkykyä, pidennä työuria. EK:n työkykyjohtamisen malli. 2011. Elinkeinoelämän keskusliitto EK. Viitattu 3.4.2023. [Työkykyjohtamisenmalli.pdf \(ek.fi\)](#)

Jurvansuu, S. & Ringblom, H. 2020. Mielenterveys- ja päihdeomaisten saama sosiaalinen tuki ja sen yhteydet mielen hyvinvointiin. Tietopuu: Katsauksia ja näkökulmia 1/2020:1-13. Viitattu 10.1.2022. [Tietopuu_katsauksia_1_2020_Mielenterveys- ja_paihdeomaisten_saama_sosiaalinen_tuki_ja_sen_yhteydet_mielen_hyvinvointiin \(a-klinikkasaatio.fi\)](#)

Kallunki, M. 2020. Työn ja omaistilanteen yhteensovittamisen esteet ja tukemisen mahdollisuudet. Viitattu 09.01.2022. [Työn ja omaistilanteen yhteensovittamisen esteet ja tukemisen mahdollisuudet - Mielenterveysomaisten keskusliitto - FinFami ry](#)

Kallunki, M & Knaapi, E. 2020. Mielenterveysomaiset eivät saa tarvitsemaansa tukea. Viitattu 10.01.2022. [Mielenterveysomaiset eivät saa tarvitsemaansa tukea - Mielenterveysomaisten keskusliitto - FinFami ry](#)

Kun yksi toipuu, monen elämä helpottuu. FinFamin omaisjärjestötyn strategia. 2021. Viitattu 7.4.2023. [Materiaalipankki - Omaisjärjestötyn strategia 2021.pdf - Kaikki asiakirjat \(sharepoint.com\)](#)

Lin, N. 1986. Conceptualizing Social Support. Teoksessa Lin, N., Dean, A. & Ensel, W. (toim.) Social Support, Life Events, and Depression. E-kirja. Orlando: Academic Press. Inc. 17-30.

Martin, M & Kallunki, M. 2020. Omaisten kokemuksia mielenterveysongelmiin suhtautumisesta. Viitattu 10.01.2022. [Omaisten kokemuksia mielenterveysongelmiin suhtautumisesta - Mielenterveysomaisten keskusliitto - FinFami ry](#)

OECD Observer 2019. Finland's mental health challenge. Viitattu 09.01.2022. [Finland's mental health challenge \(oecd-ilibrary.org\)](#)

Paattimäki, H., Huhtala, O., Joutsiluoma, J., Lampinen, S., Ojanen, P., Penttilä, P. & Nordling, E. 2015. Omaistyön hyvät käytännöt mielenterveys- ja päihdetyössä. Varhaistuen mallin kehittäminen omaistyössä - projektin (2010-2014) loppuraportti. Viitattu 10.01.2022. [URN_ISBN_978-952-302-580-6.pdf \(julkari.fi\)](#)

Sales, E. 2003. Family burden and quality of life. Quality of life research 12 (S1), 33-41. [Family burden and quality of life - ProQuest](#)

Song, L., Son, J. & Lin, N. 2011. Social Support. Teoksessa Scott J. & Carrington, P.J. (toim.). The Sage Handbook of Social Network Analysis. E-kirja. Lontoo: SAGE

Tiitola, K., Takala, E., Rentto, T., Tulenheimo-Eklund, E. & Kaukiainen A. 2016. Työkyvyn heikkenemisen varhainen tunnistaminen. Viitattu 4.4.2023. [5_Työkyvyn_heikkenemisen_varhainen_tunnistaminen.pdf \(julkari.fi\)](#)

TTL 2023. Toimintamalli mielenterveyttä tukevaan työterveysyhteistyöhön. Viitattu 5.4.2023. [Mielenterveyden tuki työpaikalla - toimintamalli työterveysyhteistyöhön \(ttl.fi\)](#)

Työelämän ja hyvän mielenterveyden toimenpideohjelma - Poikkeusoloista parempaan arkeen. Hankesuunnitelma 9.10.2020. STM. Viitattu 22.01.2022. [Työelämän+mielenterveysohjelma+hankesuunnitelma_final.pdf \(stm.fi\)](#)

Työterveyshuoltolaki 1383/2001. Viitattu 3.4.2023. [Työterveyshuoltolaki 1383/2001 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX ®](#)

Vangelisti, A.L. 2009. Challenges in Conceptualizing Social Support. Journal of Social and Personal Relationships 26(1). 39-51. Viitattu 26.01.2022. https://www.researchgate.net/profile/Anita-Vangelisti/publication/240707144_Challenges_in_conceptualizing_social_support/links/56f9e77f08ae81582bf43f92/Challenges-in-conceptualizing-social-support.pdf

Vorma, H., Rotko, T., Larivaara, M. & Kosloff, A. 2020. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020-2030. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6. STM. Viitattu 21.01.2022. [Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020-2030 \(valtioneuvosto.fi\)](#)

Liitteet

Liite 1: Teemahaastattelurunko

1. TAUSTATIEDOT

Työkokemus
Koulutus

2. TUNNISTAMINEN

Miten tunnistat mielenterveysomaisen asiakkaana?
Millä tavalla on tullut ilmi, että asiakkaasi on mielenterveysomainen?
Millaisissa tilanteissa olet kohdannut mielenterveysmaisia työssäsi?
Miten mielenterveysomaisen kuormitus näkyy työterveyshoitajan työssä?
Millaisia haasteita koet mielenterveysomaisen tunnistamisessa?
Mikä auttaisi sinua mielenterveysomaisten tunnistamisessa?
Mitä ajattelet omasta roolistasi mielenterveysomaisen tunnistamisessa?

3. TIEDOLLINEN TUKEMINEN

Millaista tiedollista tukea annat mielenterveysomaisille?
Millaisia käytäntöjä ja työtapoja sinulla on tiedollisen tuen antamisessa mielenterveysomaisille?
Mitä pidät tärkeänä tiedollisen tuen antamisessa?
Millaisia haasteita koet tiedollisen tuen antamisessa?
Mikä auttaisi sinua tiedollisen tuen antamisessa?
Mitä välineitä ja asioita toivoisit tiedollisen tuen antamiseen työssäsi?

4. EMOTIONAALINEN TUKEMINEN

Millaista emotionaalista tukea annat mielenterveysomaisille?
Millaisia käytäntöjä ja työtapoja sinulla on emotionaalisen tuen antamisessa mielenterveysomaisille?
Mitä pidät tärkeänä emotionaalisen tuen antamisessa?
Millaisia asioita pidät tärkeänä vuorovaikutuksessa?
Millaisista tekijöistä syntyy mielestäsi hyvä työterveyshoitajan ja asiakkaan välinen suhde?
Millaisia haasteita koet emotionaalisen tuen antamisessa?
Mikä auttaisi sinua emotionaalisen tuen antamisessa?
Mitä välineitä ja asioita toivoisit emotionaalisen tuen antamiseen työssäsi?