



Hoitoa mielen mukaan

SELVITYS MIELENTERVEYS- JA PÄIHDE-
TYÖSTÄ SUPERILAISTEN SILMIN



SUPER

Hoitoa mielen mukaan

Selvitys mielenterveys- ja päihdetyöstä
superilaisten silmin

SuPer ry, kehittämissyksikkö
Suunnittelija Kristina Lamberg

Helsinki 2013
Copyright©SuPer ry
Kannen kuva©iStockphoto



www.supermielenterveys.fi

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO: Superilaiset mielenterveys- ja päihdetyössä	4
2 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEHÄIRIÖT YHTEISKUNNASSAMME	6
2.1 Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden kustannukset jopa 8,6 miljardia euroa vuodessa	6
2.2 Kansalliset muutokset mielenterveys- ja päihdetyössä 2009- 2015	7
3 LÄHIHOITAJA MIELENTERVEYS- JA PÄIHDETYÖSSÄ	10
3.1 TAUSTAMUUTTUJAT	10
3.2 Ammattitaito ja osaaminen	11
3.3 Osaamisen hyödyntäminen	12
3.4 Täydennyskoulutus ja työnohjaus työn kehittäjänä	13
3.5 Lähi- ja perushoitajat lähellä ihmistä	15
3.6 Lähihoitajat verkostoissa	18
3.7 Työturvallisuus	20
3.7.1 Työpaikkaväkivalta	20
3.7.2 Psykkinen yksintyöskentely	22
3.7.3 Varautuminen työpaikoilla	22
3.8 Miten lähi- ja perushoitajat jaksavat työssään?	24
4 JOHTOPÄÄTÖKSET	26

Johdanto

Lähi- ja perushoitaja tarvitsee perusvalmiudet mielenterveys- ja päihdehäiriöiden tunnistamiseen ja hoitoon sekä omahoidon tukemiseen kaikilla palvelualoilla. Paljon kirjoiteltu perheiden pahoinvointi näkyy varhaiskasvatuksessa työskentelevän lähihoitajan työssä. Myös asumis- ja kotihoitopalveluissa ikäihmisten kanssa työskentelevät perus- ja lähihoitajat törmäävät ikäihmisten lisääntyviin mielenterveysongelmiin enenevässä määrin. Mielenterveys- ja päihdeongelmien ennaltaehkäisy kuuluvat kaikille palvelualasta riippumatta, se on osa kokonaisvaltaista hoitotyötä.

Käsissäsi oleva selvitys on toteutettu niiden jäsenten näkökulmasta, jotka työskentelevät mielenterveys- ja päihdetyössä. Selvityksen pohjana olevaan kyselyyn vastanneet lähi- ja perushoitajat työskentelevät pääsääntöisesti asumispalveluyksiköissä. Erikoissairaanhoidossa työskentelee 7,4 % vastaajista ja perusterveydenhuollossa reilu 5 %. Muita työpaikkoja (7,7 %) olivat huumevieroitus ja päihdehoito, päivätoiminta, projektit ja koulutusorganisaatiot. Muutamia vastaajia työskenteli myös kotihoidossa ja ikäihmisten palveluissa.

Tämän selvityksen tarkoituksena on tuottaa tietoa mielenterveys- ja päihdetyössä työskentelevien lähi- ja perushoitajien arjesta ja työhön liittyvistä haasteista ja onnistumisista. Selvityksestä saatua tietoa voidaan jatkossa hyödyntää työelämän ja koulutuksen kehittämiseen sekä osaamisen vahvistamiseen. Selvityksen avulla saatua tietoa tullaan hyödyntämään myös jäsentemme ammatillisessa edunvalvonnassa.

Selvityksen aineisto kerättiin elo- ja lokakuussa 2013 sähköisellä kyselylomakkeella. Kysely lähetettiin yli 6000 jäsenelle, mikä piti sisällään myös hoito- ja hoivakodeissa sekä yleisesti erikoissairaanhoidossa työskenteleviä jäseniä. Kyselyn saatekirjeessä todettiin kyselyn kohdistuvan ainoastaan mielenterveys- ja päihdetyötä tekeviin ja ainoastaan heiltä toivottiin vastauksia. Kyselyyn vastanneita oli yhteensä 695 kpl.

2 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEHÄIRIÖT YHTEISKUNNASSAMME

2.1 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEHÄIRIÖIDEN KUSTANNUKSET JOPA 8,6 MILJARDIA EUROAA VUODESSA

Mielenterveys- ja päihdehäiriöillä on suuria taloudellisia ja terveydellisiä vaikutuksia yhteiskunnassamme. Julkisten alkoholihaittakustannusten suurin erä (25 %) aiheutui alkoholin käyttöön liittyvistä sosiaalihuollon kustannuksista, jotka olivat 224–267 miljoonaa euroa vuonna 2010. Sosiaalihuollon haittakustannuksia ovat päihdehuollosta, toimeentulotuesta, lastensuojelusta ja kotipalveluista aiheutuneet kustannukset. Toiseksi eniten (24 %) haittakustannuksia muodostui järjestyksen ja turvallisuuden ylläpidon kustannuksista, jotka olivat noin 233 miljoonaa euroa. Järjestyksen ja turvallisuuden ylläpidon haittakustannuksia ovat poliisin, pelastustoimen, tullilaitoksen ja rajavartiolaitoksen työhön menneet varat. Eläkkeiden ja sairauspäivärahojen haittakustannukset olivat 182–271 miljoonaa euroa. (THL 2010.)

Terveydenhuollon alkoholiehtoihin haittakustannuksiin lasketaan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon vuodeosastohoidosta ja avohoidosta aiheutuneita kustannukset (81- 136 milj. euroa) sekä vakuutus- ja vahingonkorvauksista koituneet kustannukset. Kaiken kaikkiaan alkoholin aiheuttamia kustannuksia yhteiskunnassamme oli **1 301,9 miljoonaa euroa**. Vastaavia kustannuksia syntyy myös huumehaitoista. Näiden kustannusten kokonaismäärä oli **352,4 miljoonaa euroa vuonna 2010**. (THL 2010.)

Mielenterveysongelmat puolestaan maksavat yhteiskunnalle vuosittain 6-7 miljardia euroa. Suomalaisten selvitysten mukaan pelkästään masennuksen kustannukset ovat noin 1,4 miljardia euroa vuodessa. Vastaavasti psykoosien, kuten skitsofrenian, aiheuttamat kokonaiskustannukset ovat noin 1,4 miljardia euroa vuodessa. Valtaosa kustannuksista muodostuu menetetyistä työvuosista. (Wahlbeck 2011.)

Päihteiden ja mielenterveyshäiriöiden aiheuttamia kustannuksia yhteiskunnalle syntyy vuosittain jopa 8,6 miljardia euroa. Valtaosin kustannukset syntyvät siitä, että mielenterveys- ja päihdetyön asiakkaita ei pystytä kuntouttamaan takaisin työelämään.

Hoitamatta jättäminen aiheuttaa yhteiskunnassamme myös muita kustannuksia. Lehdistä voimme lukea murhenäytelmistä, joiden taustalla on tarve päästä hoitoon tai psykoottiset, paranoidiset ja itsetuhoiset motiivit. Näissä tapauksissa ulkopuoliset ihmiset voivat joutua välikappaleiksi, jos hoidon saanti vaikeimmin sairaiden kohdalla vaikeutuu vähäisten laitospaikkojen tai muiden hoitoon pääsyä vaikeuttavien tekijöiden vuoksi. Kehittämistoimet ja avohoitopainotteisuus on kyettävä kohdistamaan oikeisiin toimintoihin sen sijaan, että paikkojen alasajosta tulee päätavoite. (STM 2009.)

2.2 KANSALLISET MUUTOKSET MIELENTERVEYS- JA PÄIHDETYÖSSÄ 2009- 2015

Mielenterveys- ja päihdetyön kehittämisessä ja järjestämisessä on meneillään suuria rakenteellisia ja ideologisia muutoksia Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaisesti. Tämä suunnitelma on osa Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallista kehittämisohjelmaa (Kaste 2012–2015) ja tarkemmin *Riskiryhmille osallisuutta, hyvinvointia ja terveyttä* -osaohjelmaa, jolla pyritään edistämään riskiryhmien selviytymistä, hyvinvointia ja terveyttä, sekä ehkäisemään väkivaltaa.

Riskiryhmille osallisuutta, hyvinvointia ja terveyttä -osaohjelmaan liittyy Suomessa eri alueilla viisi laajaa mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistyötä: Tervein mielin Pohjois-Suomessa (päättynyt 2011), Väli-Suomen Välittäjä 2009 –hanke (päättyy 2013), Länsi-Suomen päihde- ja mielenterveystyön kehittämishanke Länsi 2012 (päättynyt 2012), Itä- ja Keski-Suomen Arjen mieli –hanke (päättyy 2013) sekä Etelä-Suomen mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämishanke (päättyy 2013). Näiden alueellisten ohjelmien tavoitteena on ollut löytää hyviä käytäntöjä mielenterveys- ja päihdetyössä sekä juurruttaa niitä käytännön työhön. (STM 2009; STM 2012.)

Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaisesti mielenterveys- ja päihdetyössä palvelut painottuvat enenevässä määrin avopalveluihin ja kotiin annettavaan hoitoon. Suunnitelman mukaan laitospaikkoja vähennetään hallitusti samalla avohoitopalveluita kehittäen. Laitospaikkoja vähennettäessä on erittäin tärkeää huomioida, että on olemassa potilasryhmiä, jotka jatkossakin tarvitsevat intensiivistä ympärivuorokautista hoitoa. Itsenäinen asuminen tuettunakaan ei välttämättä onnistu ja yhteisöllinen kuntoutuskoti ei vaikeiden ja jo pysyvien oireiden vuoksi ole realistinen vaihtoehto. Tämän vuoksi laitospaikkojen maltillisen vähentämisen ja avohoidon kehittämisen rinnalle tulisi ottaa laitoshoidon kehittäminen ja laadukkaan hoidon turvaaminen niille potilaille, jotka sitä tarvitsevat. Kaikille asiakkaille ja potilaille tulisi löytyä tarpeenmukainen

ja kuntoutumista edistävä hoitopaikka siitä riippumatta, onko kyseessä avo- vai laitoshoido. (ks. myös Käypä hoito 2013a; Käypä hoito 2013b)

Kansallisessa suunnitelmassa hoitoon pääsyn kynnystä madalletaan ja painopistettä palveluissa siirretään ennaltaehkäiseviin työmuotoihin. Eri sektoreiden tarjoamista palveluista pyritään rakentamaan asiakaslähtöisiä kokonaisuuksia, joissa raja-alueita häivytetään. Asiakkaan asemaa palveluissa ja oman hoidon sisällön suunnittelussa vahvistetaan ja kokemusasiantuntuutta hyödynnetään palveluiden suunnittelussa. Asiakkaan aseman vahvistamiseen liittyy yhtenä osa-alueena pakon ja rajoitteiden käytön tarkempi määrittely mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Rajoittaminen ja pakotteiden käyttö mahdollistuu tällä hetkellä ainoastaan päihdehuoltolain ja mielenterveyslain säätämällä. Tosiasiallisesti etenkin asumispalveluissa on toimintatapoja, joihin sisältyy itsemääräämisoikeuden rajoittamista. (Valvira 2013.) Itsemääräämisoikeuden vahvistamiseen liittyy huomioitavana asiana työntekijöiden työturvallisuus ja työterveys. Itsemääräämisoikeuden vahvistaminen sekä pakon ja rajoittamisen vähentäminen edellyttää uusia toimintatapoja. Uusien toimintatapojen suunnittelussa on huomioitava turvallinen hoito, riittävä henkilökuntamäärä ja asianmukaiset tilat.

Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaan ohjauskeinoja yhteiskunnassa vahvistetaan mm. luomalla tietokantoja ajantasaisen tiedon turvaamiseksi sekä palveluiden käyttäjille että ammattilaisille. Ohjauskeinojen vahvistamiseen liittyy myös mielenterveystyön perusopintojen minimimäärän määrittely. Pitkäaikaissairaiden hoitomalli laajenee koskemaan mielenterveys- ja päihdepalveluita, jolloin asiakkaan saama hoito kokonaisvaltaistuu ja asiakkaan oma rooli hoidossa korostuu. Lähihoitajan rooli asiakkaan omahoitajana monipuolistuu ja peruskoulutuksen ollessa laaja-alainen, myös mahdollisuus käyttää osaamista laajenee. Toisaalta tähän liittyy myös tarve laajentaa ja syventää osaamista mm. täydennyskoulutuksin ja omaehtoisella opiskelulla.

Työttömyyden lisääntyminen taloudellisen taantumana vuoksi vaikuttaa myös mielenterveys- ja päihdepalveluiden tarpeeseen. Yleisesti työttömyys lisää terveyspalveluiden käyttöä ja osalla myös päihteiden haitallista käyttöä. Alkoholikuolleisuus on jopa kymmenenkertainen työttömillä. Työttömillä mielenterveysongelmat ovat yleisempiä kuin työllistyneillä. Myös palveluiden järjestämisellä taantumassa on merkitystä tulevaisuuden palvelutarpeisiin. Viimeksi 1990-luvun lama-aikana tehty leikkaukset ennaltaehkäisevässä työssä, kuten kouluterveydenhuollossa sekä kasvatus- ja perheneuvolatoiminnassa, näkyvät 2000-luvulla vaikeahoitoisten nuorten psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Yhden vaikeahoitoisen nuoren erikoissairaanhoidon

kustannuksilla (1,7 miljoonaa euroa) palkattaisiin kymmeniä työntekijöitä ennaltaehkäiseviin palveluihin. (Paakkonen 2012.) Myös tutkimuksessa 25-vuotiaiden mielenterveydestä käy ilmi, että näistä lama-aikana lapsina olleista nuorista aikuista peräti viidennes on käyttänyt mielialalääkkeitä tai psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluita (Paananen ym. 2012).

Vaikka mielenterveys- ja päihdepalvelut eivät ole pelkästään eriytynyt palveluala, vaan mielenterveys- ja päihdeosaamista tarvitaan palveluissa vauvasta vaariin, keskitytään tässä selvityksessä pelkästään mielenterveys- ja päihdetyössä työskentelevien superilaisten työpaikkojen arkeen. Selvityksen tavoitteena on saada tietoa sekä vakinaisten että sijaisten ammatillisesta peruskoulutuksesta ja ammattitaidon hyödyntämisestä sekä hoitohenkilökunnan riittävydestä yleisellä tasolla. Yhtenä keskeisenä teemana on myös työpaikkaväkivalta ja työturvallisuus. Selvityksessä kartoitetaan myös superilaisten jäsenten näkökulmia mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi valtakunnallisella tasolla.

Mielenterveyttä edistävien ja tukevien palveluiden supistaminen johtaa kunnille kalliimpien palveluiden käyttöön. Valtion ennaltaehkäisyyn suunnatut tuet ovat ohjautuneet ohjauksesta huolimatta erikoissairaanhoidon.

3 LÄHIHOITAJA MIELENTERVEYS- JA PÄIHDETYÖSSÄ

3.1 TAUSTAMUUTTUJAT

TAUSTAMUUTTUJA	% VASTAAJISTA
Sukupuoli	
Nainen	87,1
Mies	8,2
Ikä	
alle 20 vuotta	0,7
20- 29 vuotta	19,8
30- 39 vuotta	22,6
40- 49 vuotta	26,1
50- 59 vuotta	26,9
yli 60 vuotta	3,4
Työsuhde	
Vakituisen	75,6
Määräaikainen	19,8
Keikkalainen	3,6
Koulutustausta	
Lähihoitaja, perushoitaja, mielenterveyshoitaja tai vastaava	84,6
Ensinmainitun lisäksi ammattitutkinto	8,3
Ensinmainitun lisäksi erikoisammattitutkinto	5,3
Ensinmainitun lisäksi terapiakoulutus	1,0
Työpaikka	
Perusterveydenhuollossa	5,2
Erikoissairaanhoidossa	7,3
Asumispalveluissa tai hoitokodeissa	78,3
Muu	7,6

3.2 AMMATTITAITO JA OSAAMINEN

Kyselyyn vastanneista lähes 85 % oli suorittanut lähi-, perus- tai mielenterveyshoitajan tai vastaavan perustutkinnon. Perustutkinnon lisäksi ammattitutkinnon oli suorittanut 8,3 % ja erikoisammattitutkinnon 5,3 %. Terapiakoulutuksen oli suorittanut 1,0 % vastaajista.

Sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon suorittanut lähihoitaja työskentelee ihmisten kanssa ja heitä varten. Tässä selvityksessä sosiaali- ja terveysalan perustutkinnosta käytetään nimitystä lähihoitajatutkinto, pitäen kuitenkin sisällään myös muut toisen asteen sosiaali- ja terveysalan perustutkinnot. Perustutkinto antaa valmiudet työskennellä erilaisissa toimintaympäristöissä hyödyntäen laaja-alaista osaamista. Laaja-alainen osaamisen mahdollistaa myös joustavan siirtymisen erilaisiin työtehtäviin sosiaali- ja terveysalalla. Suoritettuaan perustutkinnon lähihoitaja hallitsee ammattinsa keskeisen tietoperustan, joka käsittelee ihmisen ja hänen psykososiaalisen ja fyysisen ympäristönsä osana yhteiskuntaa. (Opetushallitus 2010.)

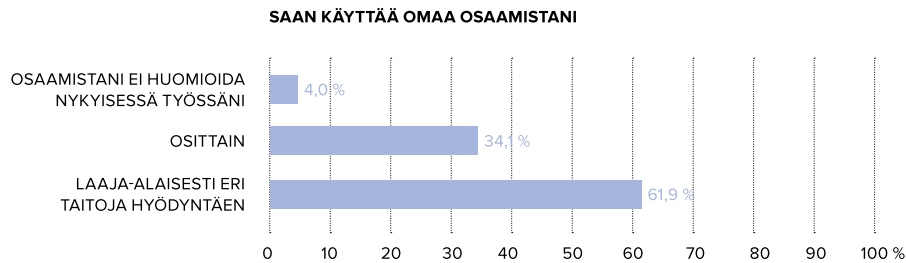
Lähihoitajan tutkintoon kuuluu pakollisena tutkinnon osana kuntoutumisen tukeminen. Tämän tutkinnon osan suoritettuaan lähihoitaja osaa ohjata ja tukea erilaisten ja eri-ikäisten kuntoutumista sekä edistää toimintakykyä, terveyttä ja hyvinvointia kuntouttavalla työotteella. Kuntoutuminen on eräs keskeinen elementti mielenterveys- ja päihdetyössä, mutta mielenterveyden edistäminen on myös osa kaikkea hoito- ja kuntoutustyötä. Kuntoutumisen tukeminen pakollisena osana perustutkintoa antaa hyvät valmiudet työskennellä mielenterveys- ja päihdetyössä.

Vapaasti valittavista tutkinnon osista Mielenterveys- ja päihdetyön osaamisala mahdollistaa asiantuntijuuden syventämisen. Osaamisalalla tarkoitetaan tässä yhteydessä myös koulutusohjelmaa. Mielenterveys- ja päihdetyön osaamisalan suorittanut lähihoitaja on osaaja mielenterveys- ja päihdetyön asiakkaiden kokonaistilanteen arvioinnissa. Tutkinnon ja tämän osaamisalan suorittanut osaa myös edistää mielenterveyttä ja ennaltaehkäistä mielenterveys- ja päihdeongelmien syntymistä, jolloin hän on arvokas lisä mihin tahansa moniammatilliseen työyhteisöön. Mielenterveys- ja päihdetyö edellyttää tutkinnon lisäksi persoonallisuuden käyttöä, jatkuvaa itsensä ja itsetuntemuksen kehittämistä sekä kykyä huolehtia omasta työhyvinvoinnista. (Opetushallitus 2010.) Mielenterveys- ja päihdetyön osaamisalan suorittaminen ei kuitenkaan ole välttämätön mielenterveys- ja päihdetyössä työskentelyn edellytys, vaan myös työskentely itsessään kasvattaa osaamista ja mahdollistaa oppimisen perusvalmiuksien ollessa olemassa. Käytännön työssä

oppiminen opiskeluaikana mahdollistaa jo opitun teorian yhdistämisen käytännön työhön ja myös työelämästä lähtevien tarpeiden huomioimisen oppimisessa. Ammattitaitoa ja osaamista voi syventää suorittamalla psykiatrisen hoidon erikoisammattitutkinnon tai päihdetyön ammattitutkinnon.

3.3 OSAAMISEN HYÖDYNTÄMINEN

Kyselyssä selvitettiin lähihoitajien mahdollisuutta käyttää osaamistaan hyödyksi nykyisissä työtehtävissään. Osaamisen alueina kyselyssä olivat yleinen osaaminen, lääkehoito ja moniammatillinen yhteistyö. Lisäksi ammattiosaamiseen liittyen kysyttiin mahdollisuudesta päästä täydennyskoulutukseen ja työn ohjaukseen.



Lähi- ja perushoitajat eivät aina pääse hyödyntämään ammattiosaamistaan työssään. Vastaajista 38 % koki, että pääsevät hyödyntämään osaamistaan vain osittain tai lainkaan. Avoimista vastauksista ilmeni, että hoitajien työpanosta kuluu hoitotyön ohella siivous- ja kodinhoitotyöhön. Avustavien töiden teettäminen hoitohenkilökunnalla on pois asiakkaiden kanssa vietettävästä ajasta ja kokonaisvaltaisesta kuntouttamisesta.

” Resurssien puute näkyy myös työntekijöiden vähyydessä, jolloin esimerkiksi viriketoiminnan järjestämiseen ei jää aikaa. Suurin osa ajasta menee siivoamiseen ja ruoanlaittoon.

Avustavien töiden teettäminen koulutetuilla ammattihenkilöillä vähentää myös motiivitumista ja sitoutumista työhön. Hoitotyön ammattihenkilön käyttäminen tukitöihin on kallista paitsi palkkakustannusten, myös vaihtuvuuden aiheuttamien rekrytointikustannusten näkökulmasta. Työntekijä, joka joutuu tekemään koulutustaan ja osaamistaan vastaamatonta työtä todennäköisesti myös vaihtaa sellaiseen työpaikkaan, jossa osaamisen käyttö on mahdollista. Lähi- ja perushoitajat ovat koulutautuneet

kokonaisvaltaiseen hoito- ja hoivatyöhön, johon ymmärretään kuuluvan asiakkaan kanssa tehtäviä kuntouttavia muita töitä, mutta siihen ei kuulu yleisestä siivouksesta tai yksikön ravinto- ja pyykkihuollosta vastaaminen. Yhdessä asiakkaan kanssa tekeminen on mielekästä, kun se voidaan mieltää kuntouttavaksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi.

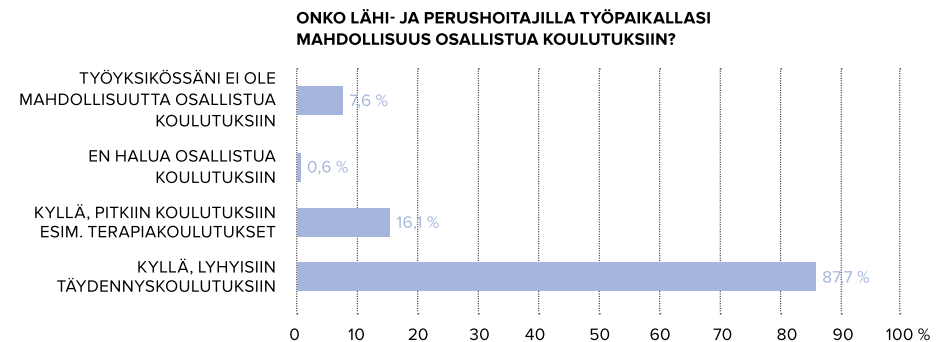
” Arvostus omaa ammattia kohtaan on laskenut nykyisen työn vuoksi paljon, työ on lähinnä siivoamista ja tiskaamista, palkkaus sekä arvostus työtä kohtaan huonoa. Olen miettinyt alan vaihtoa!

” Koen työni alisuorittamiseksi. Lähihoitaja täällä siivoaa ja tiskaa liikaa.

Lääkehoito kuuluu lähi- ja perushoitajan työhön mielenterveys- ja päihdetyössä. Ainoastaan 7 % vastaajista kertoi, ettei lääkehoito kuulu heidän työnkuvaansa. Lääkehoitoa toteuttavista vastaajista 75 % sai osallistua monipuolisesti lääkehoitoon sekä jakamalla lääkkeitä asiakaskohtaisiksi annoksiksi että jakamalla lääkkeet asiakkaille. Vastaajista 3 % ei saanut lainkaan osallistua lääkehoitoon. Loput vastaajista saivat vaihtelevasti antaa jaetut lääkkeet tai annosjakelulääkkeitä asiakkaille.

3.4 TÄYDENNYSKOULUTUS JA TYÖNOHJAUS TYÖN KEHITTÄJÄNÄ

Valtaosa vastaajista sai osallistua koulutuksiin. Vastaajista 7,6 % ei ollut mahdollisuutta osallistua koulutuksiin ja 0,6 % ei sitä itse halunnut. Noin joka kuudennessa työyksikössä oli mahdollisuus osallistua pidempiin koulutuksiin, kuten terapiakoulutuksiin. Täydennyskoulutuksessa oli kuluvana ja edellisenä vuonna ollut 66 % vastaajista.



Vastaajista 73 % oli mahdollisuus osallistua työnohjaukseen, joten yli neljännes jäi ilman työn kannalta välttämätöntä työnohjausta. Parhaiten työnohjaukseen pääsivät osallistumaan erikoissairaanhoidossa työskentelevät superilaiset (88,2 %) ja huonoiten perusterveydenhuollossa toimivat vastaajat (66,7 %). Työnohjaus on oman työn tutkimista, arvioimista ja kehittämistä koulutetun työnohjaajan avulla. Työnohjaus on työhön, työyhteisöön ja omaan työrooliin liittyvien kysymysten, kokemusten ja tunteiden yhdessä tulkittamista ja jäsentämistä. Työnohjauksessa oma osaaminen ymmärryksen kautta lisääntyy ja tietoisuus omasta työstä. Tietoisuus puolestaan ehkäisee mm. uupumista.

Mielenterveyslain 4 § säädetään, että mielenterveyspalvelujen antaminen edellyttää toimivaa työnohjauksen järjestämistä. Lisäksi mielenterveysasetuksen 1 § todetaan, että kunnan tai kuntayhtymän on toteuttaessaan mielenterveyslain (1116/90) 4 §:n 3 momentissa edellytettyä työnohjauksen järjestelmää huolehdittava siitä, että työnohjaus on sisällöltään sellaista, että se edistää henkilöstön valmiuksia antaa väestön tarvitsemia mielenterveyspalveluja. Myös yksityisten palveluntuottajien on järjestettävä työntekijöilleen työnohjausta, koska myös näissä yksiköissä toteutetaan ostopalveluin väestön tarvitsemia mielenterveyspalveluja. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus (STM 2007) toteaa täydennyskoulutuksen ja työnohjauksen olevan osa laadukasta työskentelyä. Suosituksen mukaan jokaiselle työntekijälle tulisi myös laatia henkilökohtainen koulutus suunnitelma yksikön koulutus suunnitelman lisäksi.

Työnohjauksen toteutuminen on kriittinen menestystekijä myös päihdetyössä. Käypä hoito -suosituksen (2005) mukaan onnistunut työskentelysuhde on yhteydessä hyviin hoitotuloksiin. Koska päihdetyössä hyvä työskentelysuhde päihdetyöntekijän ja asiakkaan/potilaan välillä on ns. kriittinen menestystekijä, on hyvä työskentelysuhteen varmistaminen työnohjauksella asiakkaan, työntekijän ja päihdehoito-organisaation etu. Työnohjaus toimii siten yksikön sisäisenä laadunvarmistajana ja työn kehittäjänä. (Knuuttila 2005.)

Työnohjaus näyttää olevan tämänkin selvityksen perusteella kuormittavan työn tekemisen ehdoton edellytys. Niissä työyksiköissä, joissa oli mahdollisuus osallistua työnohjaukseen lähi- ja perushoitajat työskentelivät harvemmin jaksamisensa ääri rajoilla. Mahdollisuus osallistua täydennyskoulutukseen vuosittain lisäsi lähi- ja perushoitajan halukkuutta jatkaa nykyisessä työpaikassaan vielä kahden vuoden kuluttuakin. Työnohjaus on vastausten perusteella myös tärkeä työväline väkivaltilanteisiin varautumisessa ja jälkipuinnissa.

Avoimissa vastauksissa vastaajat ottivat voimakkaasti kantaa myös hoitohenkilökunnan perus- ja täydennyskoulutukseen. Epäpäteviä ei tulisi palkata ammattitaitoa vaativiin työtehtäviin ja osaamista, kokemusta ja yleistä soveltuvuutta tulisikin painottaa nykyistä enemmän sekä työntekijöissä että johtajissa.



Ainoastaan alan ammattilaisia yksityisten johtoon, eli mielenterveys- ja päihdepuolen AMK. Tai sosiaalityöntekijä, joka erikoistunut mielenterveys- ja päihdepuoleen.

Perusosaaminen mielenterveys- ja päihdehäiriöistä ja niiden kohtaamisesta katsottiin tärkeäksi osaksi ammattitaitoa. Tämä perusosaaminen vähentää väärää asennoitumista asiakkaisiin ja auttaa kohtaamaan heitä. Yhteiskunnassa ja työntekijöissä koettiin olevan vielä asiakkaita syyllistäviä asenteita, jotka liittyvät selkeästi tiedon puutteeseen esimerkiksi riippuvuussairauksista. Myös oman persoonan tuntemista pidettiin työntekijän tärkeänä ominaisuutena. Omien ongelmien hoito ei sovi työpaikoille, vaan työssä pitäisi pystyä erottamaan oman elämän ongelmat asiakkaan ongelmista. Oman persoonan tuntemista tukemaan tarvitaan työnohjausta, jota toivottiinkin kaikille pakolliseksi.

Täydennyskoulutukselta toivottiin säännöllisyyttä ja enemmän ammattiosaamista lisäävää sisältöä välttämättömien koulutusten sijaan. Koulutukselta toivottiin myös laaja-alaisuutta. Itsepuolustus- ja turvallisuustaitojen koulutuksen tarve korostui vastauksissa jopa niin, että turvallisuuskoulutusta toivottiin pakolliseksi ja säännöllisesti ylläpidettäväksi. Kaiken kaikkiaan lähi- ja perushoitajat toivoivat sekä täydennyskoulutuksen että työnohjauksen järjestämistä pakolliseksi työnantajille.

3.5 LÄHI- JA PERUSHOITAJAT LÄHELLÄ IHMISTÄ

Lähi- ja perushoitajat työskentelevät lähellä asiakasta. Heillä on arvokasta tietoa ja taitoa asiakkaan edellyttämän hoidon suunnittelemiseksi ja toteuttamiseksi. Voidakseen hyödyntää osaamistaan asiakkaan hyväksi, lähi- ja perushoitajat toivovat mahdollisuutta itsenäiseen päätöksentekoon hoitotilanteissa ja vaikuttamismahdollisuuksia niin moniammatillisessa yhteistyössä kuin palveluja suunniteltaessa.

Erityisesti vastaajat haluavat tulevaisuuden mielenterveys- ja päihdetyössä vaikuttaa siihen, että asiakkailla ja potilailla olisi tarkoituksenmukaiset hoitopaikat. Saatujen vastausten perusteella mielenterveys- ja päihdeasiakkaita hoidetaan hyvin erilaisissa

paikoissa. Kaikissa paikoissa kuntouttaminen ei ole mahdollista toimintaympäristön soveltumattomuuden vuoksi. Erityisesti kritiikkiä sai mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden sijoittaminen ikäihmisten palvelu- ja hoitokoteihin, jolloin molempien asukasryhmien hoidon koettiin kärsivän. Ikäihmisten ja mielenterveys- ja päihdekuntoutujien tavoitteet toimintakyvyn suhteen ovat useimmiten hyvin erilaiset. Tämä osoittaa myös ympäröivältä yhteiskunnalta välinpitämättömyyttä kuntoutusta kohtaan.

” *Mielenterveysasukkaat vietäisiin mielenterveysasiakkaille tarkoitettuihin paikkoihin, ei dementiakoteihin tai palvelutaloihin. Saavat huonoa hoitoa, koska ei ole koulutusta/kokemuksia hoitaa heitä.*

Asiakkaan tarpeisiin vastaavaan hoitoon pääseminen on vaikeaa. Vaikeasti oireilevien asiakkaiden saaminen tuetumpaan palvelumuotoon tai erityisesti sairaalaan on vastaajien mukaan lähes mahdotonta. Sairaalahoittoon pääsee vasta, kun tilanne on todella akutisoitunut. Ongelmat ovat arjessa jo pitkään näkyvillä, mutta lähi- ja perushoitajat kokevat, ettei heidän ääntään asiakkaan parhaaksi kuulla. Hoitoon pääsy viivästyy usein niin, että myös hoitajakso sairaalassa venyy. Erikoissairaanhoidon ja hoitajaksot päihdehuoltolaitoksissa ovat aina kunnalle kalleinta hoitoa. Hoitajaksot erikoissairaanhoidossa ja päihdehuoltolaitoksissa ovat kuitenkin toisinaan välttämättömiä. Varhainen ohjautuminen hoitajaksolle lyhentäisi niiden kestoja ja säästäisi kustannuksia.

” *Jos asukas haluaa ja on valmis hoitoon, ei lääkäri välttämättä näe tarvetta erikoissairaanhoidolle, vaikka hoitajakin on mukana vastaanotolla. Palvelukodissa sitten hoidetaan parhaimman mukaan ja se syö voimavaroja ja on muilta asukkailta pois. Niissä tilanteissa yleensä kehittyvä väkivaltatilanteet asukkaiden kesken ja hoitohenkilökuntaa kohtaan.*

” *...sihen mihin väkivaltainen asiakas laitetaan, kun sairaalakaan ei enää ota vastaan joitakin henkilöitä ja poliisit eivät ota putkaan.*

Lähi- ja perushoitajat ovat huolissaan myös siitä, että avohoitoon satsaaminen ei näy arjen työssä. Avohoito koetaan pahimmillaan heitteillejättönä. On olemassa asiakasryhmiä, jotka eivät tuetustikaan pärjää itsenäisesti vaan tarvitsevat tukevan ja kodinomaisen hoitopaikan, joka tarjoaa mahdollisuuden toimintakyvyn ylläpitämiseen ja laadukkaaseen elämään. Näitä kroonistuneita mielenterveys- ja päihdeasiakkaita ei saa jättää heitteille laittamalla heitä asumaan itsenäisesti, vaikka heillä ei ole edellytyksiä siihen.

” *...asiakkaaksi ohjautuu entistä huonokuntoisempaa väkeä. Kaikki eivät todellakaan pärjää omassa tai tuetussa asunnossa, vaan vaativat tehokkaampaa hoitoa ja seurantaa. Asiakkaita ohjaavassa yksikössä voitaisiin tarkemmin miettiä asiakkaan tarpeet, ettei hän pyörisi järjestelmässä edestakaisin. Vai säästetäänkö tässäkin kohdassa rahaa ja laitetaan asiakas yrittämään, vaikka itsekin ehkä epäilee pärjäämistä?*

Syksyllä 2013 julkaistussa Ympäristöministeriön teettämässä ja Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskuksen (ARA) rahoittamassa tutkimuksessa todettiin, että palveluasuminen vähentää mielenterveys- ja päihdekuntoutujien yhteiskunnalle aiheuttamia kustannuksia. Palveluasuminen vähensi 34 % mielenterveyskuntoutujien kunnille aiheuttamia kustannuksia ja tämä säästö syntyi erityisesti sairaalavuorokausien vähenemisestä. Päihdekuntoutujien kohdalla sairaalavuorokausien määrä väheni 80 % ja poliisin säilönotot vähenivät 75 %. Kokonaiskustannuksia päihdekuntoutujilla palveluasumiseen siirtymisen ei vielä vähentynyt, koska valtaosa näistä päihdekuntoutujista oli ennen palveluasumista asunnottomia.

Suomen perustuslaissa todetaan (19 §), että julkisen vallan tehtävänä on edistää jokaisen oikeutta asuntoon ja tukea asumisen omatoimista järjestämistä. Samassa pykälässä todetaan jokaisen oikeus ihmisarvoiseen elämään välttämättömän toimeentulon ja huolenpidon muodossa. Tällöin asunnottomuuden ratkaisematta jättäminen ei ole realistinen vaihtoehto edes säästöjen näkökulmasta. Tulevaisuudessa investointi tuettuun asumiseen maksaa itsensä takaisin, koska palveluasuminen vähensi selvästi myös päihteiden käyttöä. Tämä näkyy tulevaisuudessa muun muassa terveystalouden käytössä. Asuminen palvelutalossa tarjoaa myös turvallisen ympäristön ja tarvittavan tuen sekä lisää asiakkaiden elämänlaatua.

Vastaajien mielestä henkilökuntaa on liian vähän mielenterveys- ja päihdetyön työpaikoilla. Eniten henkilökunnan alhainen määrä vaikuttaa vastaajien mukaan asiakkaan saaman hoidon laatuun ja työhyvinvointiin. Asiakkaat eivät saa laadukasta hoitoa, vaan heitä säilötään hoitopaikoissa todellisen kuntouttamisen sijaan. Viriketoiminnalle ei ole lainkaan aikaa eikä myöskään keskusteluille asiakkaiden kanssa. Henkilökunnan aika riittää vain välttämättömään kuten lääkehoitoon ja työnantajan määräämiin muihin tehtäviin kuten siivoamiseen ja ruoanlaittoon. Tämä aiheuttaa eettistä kuormittumista lähi- ja perushoitajille.

Päättäjien tulisi kiinnittää tähän seikkaan enemmän huomiota. Todellisen kuntouttavan toiminnan puuttuessa integroituminen yhteiskuntaan ei toteudu.

Henkilökuntaresurssien suuntautuessa kuntoutustyöhön voitaisiin toteuttaa asiakasläh- töistä kuntoutusta ja todellista sopeuttamista yhteiskuntaan. Loppujen lopuksi panosta- minen kuntouttamiseen vähentää myös kunnille lankeavia hoitokustannuksia.

Kuntouttamatta jättäminen on kallis ratkaisu yhteiskunnalle menetettyjen työvuosien ja maksettujen etuuksien muodossa.

” Yksityisen puolen asumispalveluissa ongelma on ristiriita kuntoutustyön ja yrittäjän elinkeinon harjoittamisessa. Jos haluat miellyttää työnantajaasi, jää kuntoutustyö vähemmälle. Jos kuntoutat asiakkaita uhkailee työnantaja töiden loppumisella... Pitäisi kääntää tää systeemi jotenkin että ne yrityksen tulot eivät olisi riippuvaisia asiakkaiden määrästä.

Kriittisesti suhtauduttiin myös yksityisten palveluntuottajien valvontaan mielenterveys- ja päihdetyössä. Useissa vastauksissa asiakkaiden koettiin olevan tulonlähde ja toimin- nan keskeisin tavoite oli voitontavoittelu. Tähän toivottiin kunnilta jämäkämpää val- vontaa. Kilpailutus nähtiin asiakkaan näkökulmasta rankkana. Muutto paikasta toiseen palveluntuottajien vaihtuessa koettiin aiheuttavan tarpeetonta kuormitusta asiakkaille niin taloudellisesti kuin terveydellisesti.

3.6 LÄHIHOITAJAT VERKOSTOISSA

Mielenterveys- ja päihdepalveluita käyttävät asiakkaat ovat usein elämässään ajautuneet tilanteeseen, jossa ongelmia on kerääntynyt yhden ihmisen tai perheen kohdalle lukuisia ja auttajia on monilta eri yhteiskunnan alueilta. Moniammatillisen yhteistyön taidot ovat tällöin tärkeä osa lähihoitajan ammattitaitoa. Moniammatillisen yhteistyön tavoitteena on asiakkaan auttaminen ja yhteistyön linjaaminen ja roolittaminen. Asiakkaan omaa toimijuutta tulee kunnioittaa ja muistaa asiakkaan oma asiantuntijuus omasta tilantees- taan. Toimiva yhteistyö ja monialaisen tiedon hyödyntäminen näyttyytyy asiakkaiden tyytyväisyytenä (Pursiainen 2011.) Lähi- ja perushoitajien peruskoulutus antaa hyvät eväät moniammatilliseen yhteistyöhön (Opetushallitus 2010).

Vastaajista 73 % työskentelee useiden eri toimijoiden kanssa yhteistyössä asiakkai- den parhaaksi. Yhteistyötahoja on yli kaksikymmentä. Eniten lähi- ja perushoita- jat mielenterveystyössä tekevät yhteistyötä eri viranomaisten kanssa. Näitä ovat esim.

sosiaaliviranomaiset, TE-keskukset, rikosseuraamuslaitos, poliisi, perusterveydenhuol- lon ja erikoissairaanhoidon toimijat sekä edunvalvonta. Tiivistä yhteistyötä tehtiin myös kolmannen sektorin toimijoiden kanssa.

Moniammatillista yhteistyötä käsiteltiin myös avoimissa vastauksissa. Lähihoitajat näkevät yhteistyön ehdottomana edellytyksenä asiakkaan kokonaisvaltaiselle hoidolle. Yhteistyön haasteena nähtiin tiedonkulun esteet ja hidasteet sekä vastakkainasettelu eri toimijoiden välillä. Erityisesti erikoissairaanhoidon koettiin etäisenä muusta palvelujär- jestelmästä ja tiedonkulun olevan puutteellista erityisesti peruspalveluiden ja erikoissai- raanhoidon välillä. Yksityisellä sektorilla työskentelevät kokivat ulkopuolisuutta suh- teessa muihin toimijoihin.

Lähi- ja perushoitajat ovat huolestuneita asiakkaan kokonaisvaltaisen hoidon toteutta- misesta mielenterveys- ja päihdetyössä. Vastaajat kokivat, että mielenterveys- tai päih- deasiakkaan somaattiset sairaudet saattavat jäädä jopa kokonaan huomioimatta ja hoitamatta.

” Jos asukkaalla on esim. alkoholin aiheuttama dementia, niin helposti jätetään sairauksia hoitamatta. Sanotaan että perussairaudet huomioon ottaen jäämme seuraamaan tilannetta.

Hoitajien huolta asiakkaiden tilasta ei kuulla ja lääkärin vastaanotolle on lähes mahdo- ton somaattisten syiden vuoksi päästä. Vastaajat kokivat tämän asenteellisuuden asiakkaiden ihmisarvoa loukkaavana ja toivoivatkin mielenterveys- ja päihdeasiakkaita arvostettavan enemmän yhteiskunnassa ja kohdeltavan tasavertaisesti terveydenhuollon muissa palveluissa.

” Joskus myös asiakkaiden fyysisten vaivojen hoitaminen tuntuu hankalalta kun lääkärit eivät ota tosissaan, jos taustalta löytyy mielenterveysongelma.

Myös muuhun moniongelmaisuuuteen kuten muistisairaiden mielenterveys- ja päihde- ongelmiin, toivottiin kiinnitettävän huomiota enemmän. Mielenterveys- ja päihdeosa- mista toivottiin löytyvän kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköistä ja vahvaa somaattisten sairauksien osaamista myös mielenterveys- ja päihdeyksiköistä. Tämä puoltaa myös laaja-alaisen lähihoitajatutkinnon ja eri osaamisalojen monipuolista hyödyntämistä. Myös yhteistyön tiivistäminen eri toimijoiden välillä on tärkeää koko- naisvaltaisen hoidon toteuttamiseksi.

Mielenterveys- ja päihdetyö koettiin vielä erillisiksi sektoreiksi, joiden välille toivottiin myös saumatonta yhteistyötä. Kansallisten suunnitelmien mukaan nämä sektorit tulevatkin tulevaisuudessa muodostamaan yhtenäisen palvelukokonaisuuden, jossa huomioidaan sekä mielenterveys- että päihdehäiriöt samanaikaisesti.

3.7 TYÖTURVALLISUUS

3.7.1 Työpaikkaväkivalta

Työpaikan ja työympäristön työturvallisuudesta vastaa aina työnantaja. Työntekijöillä puolestaan on velvollisuus noudattaa annettuja työ- ja toimintaohjeita sekä huolehtia omasta ja muiden työntekijöiden turvallisuudesta ja ilmoitettava esimiehelle havaitsemistaan vaaroista ja epäkohdista. Työntekijöillä on myös oikeus tehdä työturvallisuutta ja -terveellisyyttä koskevia ehdotuksia työnantajalle (Työturvallisuuskeskus 2013.)

Terveydenhuollon potilastyö ja sosiaalialan asiakastyö ovat toimialoja, joissa on keskimääräistä korkeampi todennäköisyys kokea väkivallan uhkaa. Mielenterveys- ja päihdetyössä riskiä lisää erityisesti työskentely päihtyneiden ja mahdollisesti väkivaltaisten asiakkaiden ja omaisten kanssa. Myös yksilön itsemääräämisoikeuden rajoittaminen lisää väkivallan uhan riskiä.

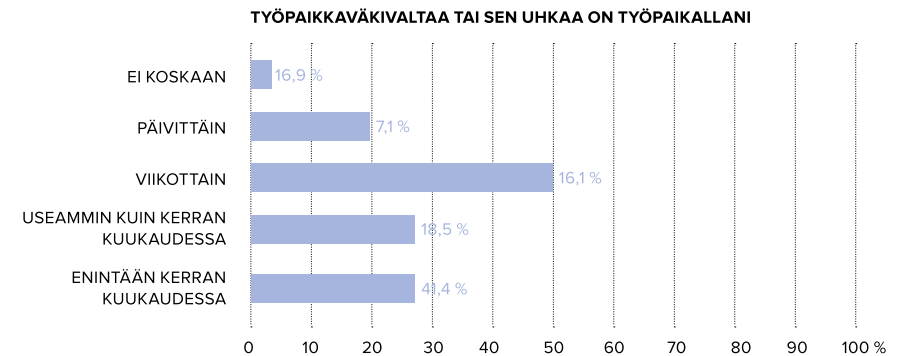
Erityisesti pienissä sosiaalialan laitoksissa, joissa työntekijöiden määrä on alle 10 henkilöä (kuntoutuskodit yms.), vaarojen ja riskienarviointi on tavanomaista vähäisempää. Väkivallan uhkaa myös usein vähätellään työpaikoilla. Työturvallisuuslaki kuitenkin velvoittaa työnantajia selvittämään ja tunnistamaan työstä, työajoista, työtilasta, muusta työympäristöstä ja työolosuhteista aiheutuvat haitta- ja vaaratekijät sekä, jos niitä ei voida poistaa, arvioitava niiden merkitys työntekijöiden turvallisuudelle ja terveydelle (10 §). Tähän liittyy myös työnantajan velvollisuus antaa työntekijälle riittävät tiedot työpaikan haitta- ja vaaratekijöistä sekä velvollisuus huolehtia siitä, että työntekijän ammatillinen osaaminen ja työkokemus huomioidaan. Työnantajan on huolehdittava riittävästä perehdytyksestä, koulutuksesta ja lisäkoulutuksesta. (14§.)

Mielenterveys- ja päihdetyössä tulee sovellettavaksi myös 27§. ”Työssä, johon liittyy ilmeinen väkivallan uhka, työ ja työolosuhteet on järjestettävä siten, että väkivallan uhka ja väkivaltatilanteet ehkäistään mahdollisuuksien mukaan ennakoita. Tällöin työpaikalla on oltava väkivallan torjumiseen tai rajoittamiseen tarvittavat asianmukaiset turvallisuusjärjestelyt tai -laitteet sekä mahdollisuus avun hälyttämiseen. Edellä 1 momentissa tarkoitettua työtä ja työpaikkaa varten työnantajan on laadittava menettelytapaohjeet,

joissa ennakoita kiinnitetään huomiota uhkaavien tilanteiden hallintaan ja toimintatavoihin, joilla väkivaltatilanteen vaikutukset työntekijän turvallisuuteen voidaan torjua tai rajoittaa. Tarvittaessa on tarkistettava turvallisuusjärjestelyjen ja -laitteiden toimivuus.” Työturvallisuuden merkitys siis korostuu mielenterveys- ja päihdetyössä.

Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma (2009- 2015) edellyttää vahvistamaan asiakkaan asemaa palveluissa. Asiakkaan aseman vahvistaminen ei saa heikentää työntekijöiden turvallisuutta työpaikoilla, vaan asiakkaan aseman vahvistaminen osana palvelujen kehittämistä edellyttää myös työturvallisuuden huomioimisen.

Kyselyn perusteella 70,6 % vastaajista oli havainnut työpaikallaan työpaikkaväkivaltaa tai sen uhkaa viimeisen 12 kuukauden aikana. Ainoastaan 17,1 % vastaajien työpaikoista oli väkivallattomia siten, etteivät vastaajat olleet koskaan kokeneet siellä väkivaltaa tai sen uhkaa. Useammin kuin kerran kuukaudessa väkivaltaa tai sen uhkaa esiintyi lähes puolessa työpaikoista (41,7 %).



Pääosin työpaikkaväkivaltaa havaittiin asiakkaiden taholta (90,4%), mutta myös työkaaverin (4,5 %) ja esimiehen (2,7 %) taholta. Työpaikkaväkivaltaa oli kokenut 58,3 % vastaajista. Väkivallan tekijä oli ollut useimmiten asiakas (90 %), mutta myös työkaaveri (3,5 %) ja esimies (3,8 %). Tämän selvityksen perusteella on huomioitavaa, että väkivallan kokeminen ja havaitseminen työyhteisössä vaikuttaa moniin asioihin. Väkivallan kokemisen ja havaitsemisen lisääntyessä myös työn henkinen rasittavuus ja työskentely jaksamisen ääri rajoilla sekä sairauspoissaolot lisääntyvät. Henkilökunnan määrä näyttäisi vaikuttavan väkivallan esiintymiseen. Työpaikoissa, joissa henkilökuntaa koetaan olevan liian vähän, myös havaitaan ja koetaan väkivaltaa useammin.

3.7.2 Psyykkinen yksintyöskentely

Työsuojelun näkökulmasta mielenterveys- ja päihdetyössä voidaan käyttää käsitettä psyykkinen yksintyöskentely kuvaamaan työskentelyolosuhteita. Psyykkisestä yksintyöskentelystä on kyse muun muassa silloin, kun henkilö joutuu työskentelemään ainakin ajoittain väkivallan uhan alaisena tai uhkailujen kohteena ja kun häneltä puuttuu mahdollisuus saada välitöntä apua työtovereilta. Tällaisessa työympäristössä työnantajan on huolehdittava siitä, että paikalla tai läheisyydessä on riittävästi ammattitaitoista henkilökuntaa. Lisäksi on huolehdittava toimivista viesti-, hälytys- ja itsepuolustusvälineistä sekä asianmukaisesta koulutuksesta. Hyvä perehdytys turvallisuusohjeisiin myös lisää tilanteen hallinnan tunnetta. (Työsuojeluhallinto 2013.)

Yksintyöskentelyyn liittyvät vaarat tulee ottaa huomioon ennen töiden aloittamista. Mikäli mahdollista, vaarat tulee poistaa tai vähentää haittoja sopivin toimenpitein. Ennalta arvaamattomiin tilanteisiin täytyy varautua. Lyhytaikaisetkin yksintyöskentelytilanteet voivat olla henkisesti rasittavia, mikäli niihin liittyy muita kuormitustekijöitä. Tällaisia voivat olla vuorotyö, epätavallinen työaika (esimerkiksi yötyö, urakkatyön ja rasisuippujen aiheuttama kiire), ruumiillinen rasittavuus ja huonot työskentelyasennot, vastuu, työn mielekkyyden puute, tapaturmavaara ja vaikeus saada apua vaara- tai tapaturmatilanteissa. Työsuojeluhallinnon mukaan työt tulisi järjestää siten, ettei yksintyöskentelytilanteita synny. Tämä edellyttää muutoksia fyysisessä työympäristössä ja työaikajärjestelyissä. Tärkeää on huomioida työnantajan velvollisuus varmistaa turvalliset ja terveelliset työskentelyolosuhteet. (Työsuojeluhallinto 2013.)

” Yövuorossa pelottaa kun joutuu tarkistaa talon ikkunat ja ovet yksin, ovatko suljettuna ja lukossa. Yksikkö kolmessa kerroksessa ja raput liukkaat, kaatumisen uhka talvella suuri. Asukkaiden keskinäiset riidat ja huutaminen tuntuu pelottavalta kun on yksin.

Keskustelussa sekä työpaikkaväkivaltatilanteissa toimimisesta että varautumisesta tulee huomioida, ettei hoitajilla missään olosuhteissa ole juridisena turvanaan kuin oikeus hätävarjeluun. Tällä tarkoitetaan oikeudettoman ja äkillisen hyökkäyksen torjumiseksi tarkoitettua puolustautumista. Puolustautumisen tulee lisäksi olla suhteellinen uhkaan nähden.

3.7.3 Varautuminen työpaikoilla

Saatujen vastausten perusteella väkivaltatilanteisiin on työpaikoilla varauduttu kohtuullisesti. Yli 60 % vastaajista tiesi työpaikkansa varautumisesta ja keinoista ennaltaehkäistä ja toimia väkivaltatilanteissa. Erikoissairaanhoidossa varautuminen oli keskimääräistä

parempaa (80 %) ja perusterveydenhuollossa puolestaan alle puolessa työpaikoista oli varauduttu väkivaltatilanteisiin tai se oli vastaajan tiedossa. Asumispalveluissa kaksi kolmasosaa vastaajista tiesi työpaikkansa varautumisesta. Perehdytys ja riittävät resurssit olivat yleisimpiä tekijöitä väkivaltatilanteihin varautumisessa. Toimintaohjeet ja parityöskentely nimettiin keskeisimmiksi keinoiksi työpaikoilla. Erityisesti lyhytaikaisten sijaisten kohdalla riittävä perehdytys tulisi erilaisin keinoin varmistaa. Näitä voisi olla esim. sijaisille suunniteltu pikaperehdytys työvuoron alussa.

PEREHDYTYS: Toimintaohjeet, turvallisuussuunnitelmat, järjestyssäännöt, (henkilökunnan) yhteiset pelisäännöt, työyhteisön avoin ilmapiiri, tilanteiden ennakointi ja jälkipuinti

HENKILÖSTÖRESURSSIT: Työparityöskentely, vartija, apu muista yksiköistä, resurssien lisäys tarvittaessa, mieshoitajia yksiköissä, tiimityöskentely

TARKOITUKSENMIUKAISET TILAT: Poistumisteiden huomioiminen tiloissa, huoneiden kalustus, lukittava kanslia, asukkailla oikeat hoitopaikat

TURVALAITTEET: Henkilöhälyttimet, pippurisumuttimet, valvontakamerat yleisissä tiloissa

KOULUTUS: Tilanteiden ennaltaehkäisy, turvallisuuskoulutus, työnohjaus, taitojen säännöllinen ylläpito

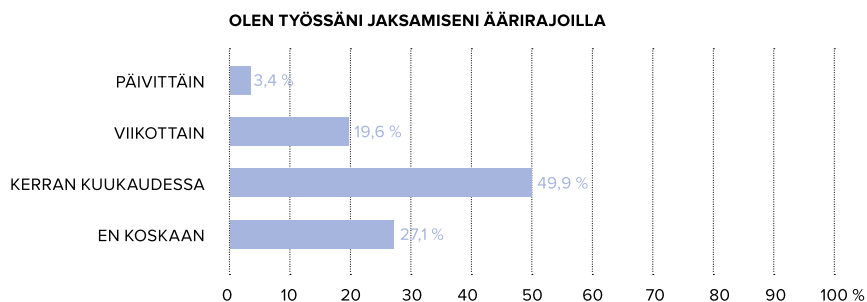
ASIAKAS: Riittävästi muita virikkeitä ja toimintaa, yksikön järjestyssäännöt, käytöksen muutokset huomioidaan

Vaikka parityöskentely mainittiin keinona varautua väkivaltatilanteisiin, esiintyi yksintyöskentelyä siitä huolimatta. Hieman alle puolet vastaajista työskenteli viikoittain tai päivittäin yksin työvuorossa. Avoimissa vastauksissa yksintyöskentelyn kieltämistä perusteltiin erityisesti työturvallisuuden lisääntymisellä.

” Ennakoimalla tilanteet tarkastelemalla varomerkkejä potilaissa, harjoittelemalla niiden varalle ja varaamalla tarpeeksi aikaa ja henkilökuntaa tilanteiden ratkaisemiseksi väkivallattomasti. Vartijoita voi käyttää ja tarvittaessa poliisia.

3.8 MITEN LÄHI- JA PERUSHOITAJAT JAKSAVAT TYÖSSÄÄN?

Työssä jaksamisen lähtökohdaksi otettiin halukkuus jatkaa omassa työssään kahden vuoden kuluttua. Ainoastaan 32 % vastaajista uskoi varmasti työskentelevänsä nykyisessä työpaikassaan kahden vuoden kuluttua. Eniten työpaikan vaihtamishalukkuuteen vaikutti se, että vastaajat kokevat työskentelevänsä jaksamisensa ääri rajoilla jatkuvasti. Osaamisen käyttö oli myös merkittävä tekijä työskentelyn jatkamiselle nykyisessä työpaikassa. Muita jatkamiseen vaikuttavia tekijöitä olivat mahdollisuus osallistua täydennyskoulutukseen vuosittain ja mahdollisuus osallistua lääkehoidon toteuttamiseen monipuolisesti.



Jaksamisen ääri rajoilla työskentelyä tarkasteltiin lähemmin, koska se osoittautui merkittävimmäksi tekijäksi jatkamiselle nykyisessä työssä. Jaksamisensa ääri rajoilla työskenteli kuukausittain tai useammin 73 % vastaajista. Suurimmaksi vaikuttavaksi tekijäksi nousi työn henkisen rasittavuuden lisääntyminen merkittävästi. Vastaajista 75 % koki henkisen rasittavuuden lisääntyneen jonkin verran tai selvästi. Yleisesti ottaen palkansaajat ovat viime vuosikymmeninä arvioineet henkisen rasittavuuden lisääntyneen vuosittain (STM 2008).

Käsitteenä henkinen kuormittuminen ja rasittavuuden lisääntyminen on monimutkainen. Kaikilla työterveyshuolloilla tai esimiehillä ei ole keinoja tai selvää käsitystä, miten haitalliseen kuormittumiseen tulisi puuttua. Henkinen kuormittuminen näkyy useimmiten sairauspoissaoloissa ja vaikeuksissa palkata henkilökuntaa, jos työpaikassa tiedetään olevan kovat työpaineet vajauksien vuoksi. (STM 2008).

Myös tämän selvityksen vastauksissa henkisen rasittavuuden lisääntyminen korreloi sairaspäivien kanssa. Kuormittumisen kokemuksen lisääntyessä myös sairaspäivien määrä lisääntyi. Myös henkilökunnan liian vähäinen määrä näyttäisi vaikuttavan erittäin

voimakkaasti kuormittumisen kokemiseen. Vastaajista puolet koki henkilökuntaa olevan liian vähän. Valitettavasti henkiseen kuormittumiseen ja rasittavuuteen liittyy tänä päivänäkin asenteellisia ongelmia. Sairauspoissaolot nähdään yksilöiden ongelmina, vaikka lähempää tarkasteltuna ne voisivat kertoa tarinaa työyksikön todellisuudesta. Tämä tarina tarjoaa aina myös mahdollisuuden luoda uusia toimintatapoja, joilla työssä jaksamista ja työpaikan vetovoimaisuutta voidaan lisätä.

Sairauspoissaolojen tarkastelu tarjoaa työnantajalle mahdollisuuden kehittää uusia toimintatapoja ja työpaikan vetovoimaisuutta.

Huomioitavaa tässä selvityksessä on se, että ne työntekijät, jotka kokivat saavansa hyödyntää omaa osaamistaan laaja-alaisesti ja joiden työyksikössä oli mahdollisuus osallistua työnohjaukseen, työskentelivät harvemmin jaksamisensa ääri rajoilla. Tämä tukee käsitystä siitä, että vaikutusmahdollisuudet omassa työskentelyssä ovat tärkeitä ja oman osaamisen saama arvostus lisää työntekijöiden hyvinvointia. Työnohjaus näyttää olevan tämänkin selvityksen perusteella kuormittavan työn tekemisen ehdoton edellytys.

Lähihoitajat kaipaavat lisää arvostusta työhönsä. Vastaajat kokevat olevansa työssään lähellä asiakkaan arkea ja omaavansa paljon tietoa asiakkaista ja asiakkaan voinnista. Kuitenkin lähihoitajat kokevat, etteivät he saa tehdä itsenäisiä päätöksiä työssään eikä heidän osaamistaan hyödynnetä hoitopäätöksiä tehtäessä. Vastaajat toivoivat, että heidän äänensä kuuluisi paremmin myös palveluita suunniteltaessa, koska juuri he työskentelevät asiakkaiden kanssa.

Avoimissa vastauksissa säännöllisten työpaikkalavereiden, avoimen työilmapiirin, ja väkivallattomuuden arvioitiin myös lisäävän työhyvinvointia. Jaksamista vähentävinä tekijöinä henkilöstöön liittyen olivat henkilökunnan suuri vaihtuvuus ja keikkalaisten käyttö sekä huono esimiestyö.

Palkka ei vastaa työn vaatavuutta. Väkivallanuhan ja työn kuormittavuuden tulisi lähi- ja perushoitajien mielestä nostaa alan yleistä palkkausta. Palkka on yksi työnantajan keinoista osoittaa työn arvostusta ja osaamisen kunnioitusta. Palkkaukseen liittyviä epäkohtia olivat myös tasapuolisuuden toetutumattomuus palkkauksessa. Yhdessä vastauksessa tuotiin esiin maahanmuuttajia syrjivä palkkaus. Työvuorosunnittelun kehittämisehdotuksia olivat ergonomi ja tasapuolisuus.

4 JOHTOPÄÄTÖKSET

Superilaiset toivottavat kansalliset muutokset mielenterveys- ja päihdetyössä tervetulleiksi. Asiakkaan aseman vahvistaminen lisää hoitoon sitoutumista ja myös siten hoitajien työ tulee mielekkäämmäksi. Päihdepalveluiden ja mielenterveyspalveluiden yhdistäminen tarjoaa mahdollisuuksia asiakkaiden kokonaisvaltaiseen hoitoon. Vaikka matalan kynnyksen hoitopaikat tarjoavat mahdollisuuden nopeaan reagointiin, tulisi ennaltaehkäisyyn kiinnittää nykyistä enemmän huomiota. Ennaltaehkäisyyn käytetyt rahat ovat tulevaisuuden säästöjä. Valtion tulisi tiukemmin ohjata näitä ennaltaehkäisyyn rahavirtoja, koska informaatio-ohjauksesta huolimatta rahat ovat valuneet jälkikäteeseen työhön.

Kansallisia muutoksia toteutettaessa on huomioitava toimintaympäristön monimuotoisuus ja muutoksen vaikutukset kaikkiin asiakasryhmiin ja työyhteisöihin. Sairaalaapaikkojen purkamisen ei saa johtaa siihen, ettei tarkoituksenmukaisia hoitopaikkoja enää löydy niitä tarvitseville. Hoidon tulee kaikkialla olla kuntouttavaa ja asiakkaan omia tavoitteita toteuttavaa, taloudelliset ratkaisut eivät saa johtaa ihmisten säilömiseen ja työturvallisuuden vaarantumiseen.

1) Kokonaisvaltaista hoitoa mielen mukaan. Lähi- ja perushoitajat ovat huolissaan asiakkaiden saamasta hoidon laadusta. Yleisesti koetaan, että asiakkaiden ja potilaiden kuntouttamiselle ei jää arjessa riittävästi aikaa. Suurimpana vaikuttavana tekijänä tähän tuntuisi olevan henkilöstön liian pieni määrä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon koulutuksen saaneiden työntekijöiden käyttö muihin tehtäviin kuin asiakkaan tai potilaan välittömään hoitotyöhön. Kuitenkin kuntoutukseen ja yhteiskuntaan sopeuttamiseen kannattaisi panostaa. Jos valtaosa mielenterveys- ja päihdehäiriöisen kustannuksista muodostuu menetetyistä työvuosista ja saaduista sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiosaamisen hyödyntäminen kuntouttavaan työhön muiden töiden sijaan voidaan nähdä taloudellisena investointina. Toinen näkökulma kuntoutuksen ja toimintakyvyn ylläpitämisen merkityksellisyyteen tulee jokaisen oikeudesta arvokkaaseen elämään. Tarpeenmukainen hoito ja mahdollisuus päättää omista asioista sekä olla aktiivinen osa yhteiskuntaa muodostaa perustan jokaisen ihmisen arvokkaalle elämälle.

Asiakkaat tarvitsevat tarpeenmukaisen hoitopaikan ja mahdollisuuden päästä nopeastikin tuetumpaan hoitoon. Sama koskee mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden oikeutta saada hoitoa somaattisiin sairauksiinsa. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan sijoittaminen dementoituneiden asumispalveluihin tai nuorten sijoittaminen jo kroonistuneiden

asiakkaiden kanssa ei vastaa superilaisten käsitystä tarpeenmukaisesta hoidosta. Huomioiden asiakkaiden elämäntilanne ja tarpeet ja pyrkimällä sijoittamaan samankaltaista kuntoutusta tarvitsevat asiakkaat samoihin yksiköihin luodaan hyvät edellytykset tehokkaalle kuntoutukselle.

” *Tultaisiin joskus katsomaan, mitä se arki on vaikeasti sairaiden ja väkivaltaisten potilaiden kanssa.*

2) Monipuolinen lähi- ja perushoitaja. Lähihoitaja on tutkintona monipuolinen ja laaja-alainen. Tutkinnon perusosa antaa valmiudet kuntouttavaan ja moniammatilliseen työotteeseen, jotka ovat tämänkin selvityksen perusteella keskeisiä elementtejä mielenterveys- ja päihdetyössä. Myös eri osaamisaloja voidaan hyödyntää kaikilla palvelu-aloilla monipuolisesti. Laaja-alaista osaamista ja eri osaamisaloja voidaan hyödyntää esimerkiksi somaattisen hoidon turvaamiseksi mielenterveys- ja päihdetyössä tai vaikkapa päihdetyön osaamista kotihoidossa. Ammattiosaamisen monipuoliseen käyttöön kannattaa kiinnittää huomiota työssä jatkamisen näkökulmasta. Vain reilu 30 % oli varmasti jatkamassa työssään vielä kahden vuoden kuluttua ja ammattiosaamisen laaja-alainen käyttö oli yksi keskeinen jatkamishalukkuuteen vaikuttavista tekijöistä. Tällä hetkellä työntekijöiden saatavuus on vaikeutunut ja vaihtuvuus lisääntynyt. Tällaisena aikana jatkamishalukkuuden turvaaminen tulisi olla työelämän ensisijaisena kehittämiskohdeena. Pysyvän ja ammattitaitoisen työyhteisön turvin tuotetaan laadukasta ja tuloksellista hoitoa.

3) Lisää asiantuntijuutta koulutuksella ja työnohjauksella. Täydennyskoulutusta ja työnohjausta toivotaan enemmän. Saatujen vastausten perusteella lähi- ja perushoitajat mielenterveystyössä pääsevät koulutuksiin, mutta eivät säännöllisesti. Koulutusten määrän lisäksi myös koulutusten sisältö on merkittävää. Ammattitaidon ylläpitäminen edellyttää omatoimista ajankohtaisen tiedon etsimistä ja soveltamista. Tähän tulisi arjessa olla aikaa. Koulutusten tulisi tarjota muutakin kuin välttämättömät lääkehoitoon ja turvallisuuteen sekä ensiapuun liittyvät koulutukset. Pätevytyminen ja asiantuntijuuden kehittyminen omalla osaamisalueella lisä- ja täydennyskoulutuksin koetaan tärkeänä. Työnohjaus on myös osa ammattitaidon kehittymistä ja tärkeä osa jaksamista kuormittavassa työssä. Työnohjaus toteutui monissa työpaikoissa, mutta superilaiset kannattavat työnohjauksen pakollisuutta mielenterveystyön lisäksi myös päihdepalveluihin. Työnohjaus toimintatapana ja työn kehittäjänä tulisi sisällyttää jo opintoihin siten, että työmuoto tulisi osaamisalan valinneille tutuksi työmuodoksi.

Oppimisen ja hiljaisen tiedon jakamisen näkökulmasta hiljaista raporttia ei tulisi siirtää osaksi mielenterveys- ja päihdetyön raportointikäytäntöjä. Raportti on vahvasti myös työnohjauksellinen elementti ja mahdollistaa omien toimintatapojen ja asiakkaan hyvän hoidon peilaamisen ja tarkastelun. Raportti tarjoaa mahdollisuuden myös purkaan asiakastilanteissa syntyneitä henkistä kuormitusta. Raportointia tulee kuitenkin tarkastella niin, ettei se vie liiaksi aikaa varsinaisesta asiakastyöstä.

4) Hoitoa väkivallan varjossa. Ainoastaan 17 % työpaikoista oli selvityksen mukaan täysin väkivallattomia. Työssä kohdatun väkivallan kirjo oli hyvin laaja sisältäen psyykkistä, fyysistä ja seksuaalista väkivaltaa. Työpaikoilla on hyvin varauduttu väkivaltaan, mutta superilaisten mielestä väkivallan kohtaamisessa tulisi olla nollatoleranssi. Hoitajan ammatti ei pidä sisällään veloitetta joutua väkivallan kohteeksi, eikä väkivalta missään olosuhteissa saa olla osa työnkuva. Koska mielenterveys- ja päihdetyö ovat selkeästi riskityöpaikkoja, tulisi tähän laajemmaltikin kiinnittää huomiota yhteiskunnassamme.

” *Olemme käyneet vartijan voimankäyttökoulutuksen yleisen osan ja kaasusumutinta koskevan erityisen osan ja käytössämme on kaasusumutin.*

Varautumisessa ja väkivaltatilanteiden hoidossa tulisi huomioida hoidollisuuden ensisijaisuus. Lähihoitajan lähtökohdat työskentelylle on aina hyvän tekemisessä toiselle, arvokkaalle ihmiselle. Lähihoitajan työ perustuu ihmisarvon ja elämän kunnioittamiseen. Jokaisella ihmisellä tulee olla elämäntilanteesta riippumatta mahdollisuus kasvuun ja kehitykseen sekä oikeus hyvään ja arvokkaaseen elämään. Luomalla toimintatapoja, joissa valvonta ja tekniset apuvälineet, kuten pippurisuihkeet, korvaavat riittävän henkilöstömäärän ja avoimen vuorovaikutuksen asiakkaiden kanssa, lisää yhteiskunta myös hoitavan henkilökunnan eettistä kuormaa. Selvityksessä voidaan osoittaa kiistatta väkivallan olevan osa työarkea. Laitospaikkoja vähennettäessä on kyettävä myös kriittisesti arvioimaan, selviytyykö väkivaltaiseksi tiedetty ja arvioitu asiakas avohoidon asumisyksiköissä aiheuttamatta vaaraa työntekijöille. Näillä asiakkailla on oikeus yhtä lailla hyvään ja arvokkaaseen hoitoon ja kohteluun heille soveltuvassa hoitopaikassa.

LÄHTEET

- Knuuttila Vesa 2005. Työnohjaus päihdetyössä. Työterveyslääkäri 2005;23(3):304-305. Saatavissa http://www.ebm-guidelines.com/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=ttl00233
- Käypä hoito 2103a. Skitsofrenia
- Käypä hoito 2013b. Kaksisuuntainen mielialahäiriö
- Käypä hoito 2005. Alkoholiongelman hoito
- Mielenterveyslaki 1116/1990
- Opetushallitus 2010. Sosiaali- ja terveysalan perustutkinto 2010. Määräys 17/011/2010
- Paakkonen Tarja 2012. Lasten ja nuorten mielenterveyspalvelujärjestelmä vaikeahoitoisuuden näkökulmasta. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Dissertations in Social Sciences and Business Studies, no 36
- Paananen Reija, Ristikari Tiina, Merikukka Marko, Rämö Antti, Gissler Mika 2012. Lasten ja nuorten hyvinvointi Kansallinen syntymäkohortti 1987 –tutkimusaineiston valossa. Raportti 52. 2012.Helsinki
- Pursiainen Sirpa 2011. Lähihoitajana yhteiskunnassa. Edita Prima Oy, Helsinki
- Päihdehuoltolaki 41/1986
- STM 2012:1. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. KASTE 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1
- STM 2012:24. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:24
- STM 2008. Terveydenhuollon työsuojelun valvontahankkeen loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:3
- STM 2007. Asumista ja kuntoutusta. Mielenterveyskuntoutujien asumispalveluja koskeva kehittämissuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:13.
- Suomen perustuslaki 731/1999
- THL 2010. Päihdekustannukset 2010
- Työsuojeluhallinto 2013. Yksintyöskentely. Saatavissa <http://www.tyosuojelu.fi/yksintyoskentely>

Työturvallisuuskeskus 2013. Työsuojeluvastuu. Saatavissa <http://www.ttk.fi/tyosuojelu/tyosuojeluvastuu>

Työturvallisuuslaki 738/2002

Wahlbeck Kristian 2011. Mielenterveys on vihdoin otettava vakavasti. Helsingin sanomat. Vieraskynä. 7.8.2011.

Valvira 2013. Itsemääräämisoikeuden toteutuminen sosiaalihuollon ympärivuorokautisissa palveluissa. Lastensuojelussa, vammaispalveluissa, mielenterveyspalveluissa ja päihdehuollossa. Selvityksiä 1:2013.

Ympäristöministeriö 2013. Asunto ensin -yksiköiden kustannusvaikuttavuusvertailussa mielenterveys- ja päihdekuntoutujien yksiköt. Ympäristöministeriön raportti 16.9.2013. Saatavissa sähköisenä [http://www.ymp.fi/fi-FI/Asuminen/Tutkimus_asunnottomuuden_kustannukset_ku\(25934\)](http://www.ymp.fi/fi-FI/Asuminen/Tutkimus_asunnottomuuden_kustannukset_ku(25934))

TYÖTÄ LÄHELLÄ IHMISTÄ

SuPer on Suomen suurin sosiaali- ja terveydenhuoltoalan toisen asteen tutkinnon suorittaneiden ja alalle opiskelevien ammattiliitto.

SUOMEN LÄHI- JA PERUSHOITAJALIITTO SUPER RY

Ratamestarinkatu 12, 00520 Helsinki

puh. 09 2727 910

faksi 09 2727 9120

www.superliitto.fi



SUPER