



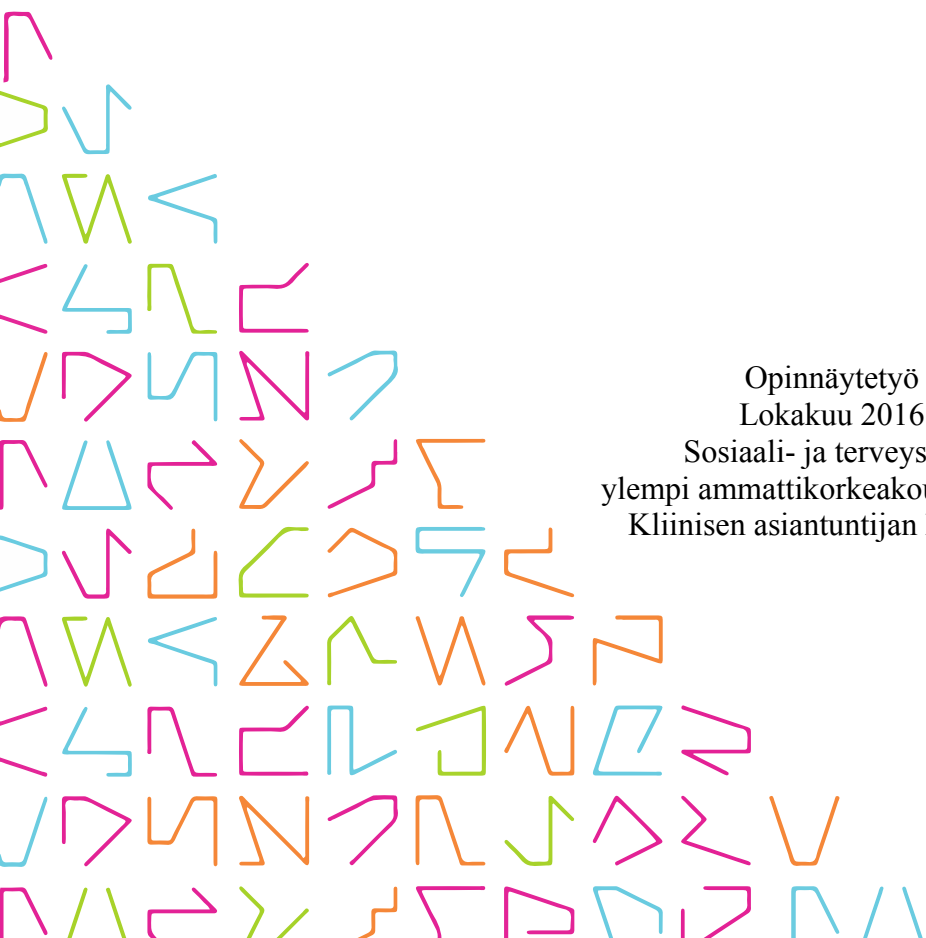
TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

ÄITIYSNEUVOLAN ENNALTAEHKÄISEVÄ MIELENTERVEYSTYÖ

Ylöjärven toimintamallin kehittäminen

Mia-Liisa Rönkkö

Opinnäytetyö
Lokakuu 2016
Sosiaali- ja terveysalan
ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Kliinisen asiantuntijan koulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma

MIA-LIISA, RÖNKKÖ

Äitiysneuvolan ennaltaehkäisevä mielenterveystyö
Ylöjärven toimintamallin kehittäminen

Opinnäytetyö 96 sivua, joista liitteitä 17 sivua
Lokakuu 2016

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää ennaltaehkäisevän mielenterveystyön toimintamalli Ylöjärven äitiysneuvolaan edistämään asiakkaiden hyvinvointia. Lisäksi tarkoituksena oli yhdenmukaistaa olemassa olevia toimintatapoja mielenterveyshäiriöiden ennaltaehkäisemiseksi ja tunnistamiseksi sekä varhaisen puuttumisen ja hoitoon ohjaamisen mahdollistamiseksi. Tavoitteena oli tuottaa äitiysneuvolan terveydenhoitajille yhdenmukainen työväline ennaltaehkäisevän mielenterveystyön laadun parantamiseksi sekä lisätä ymmärrystä äitiysneuvolan ennaltaehkäisevästä mielenterveystyöstä. Opinnäytetyö toteutettiin toimintatutkimuksena. Tutkimusaineisto kerättiin äitiysneuvolan terveydenhoitajien ryhmähaastatteluilla. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Toimintamallin kehittämiseksi haastateltiin myös äitiysneuvolan keskeisiä yhteistyötahoja.

Toimintatutkimuksen aikana kehitetty ennaltaehkäisevän mielenterveystyön toimintamalli on rakennettu toiminnalliseksi PDF -tiedostoksi, jota käytetään terveydenhoitajien konkreettisena työvälineenä asiakkaan raskauden aikaisen ja synnytyksen jälkeisen hyvinvoinnin tukemisessa. Toimintamallin tarkoituksena on auttaa äitiysneuvolan terveydenhoitajia asiakkaan mielenterveysongelmien ennaltaehkäisemisessä ja tunnistamisessa, tuen tarpeen arvioimisessa sekä hoitoon ohjaamisessa. Toimintamallin periaatteita ovat asiakaslähtöisyys, voimavarakeskeisyys ja dialogisuus sekä toimintaa ohjaavia arvoja vastuullisuus, tasa-arvoisuus, turvallisuus, luottamuksellisuus ja avoimuus. Hoidon suunnitelmallisuus sekä verkostokeskeinen työote, eli läheisverkoston huomioiminen ja verkostoitumisen tukeminen, ovat toimintamallin asiakkaaseen kohdistuvia työtapoja. Konkreettisia työvälineitä ovat puheeksioton tukena ja riskiasiakkaiden seulonnassa käytettävät lomakkeet sekä kotikäynnit. Toimintamalli sisältää myös työntekijälähtöisiä toimintatapoja työhyvinvoinnin ja ammatillisen kasvun tukemiseksi. Moniammatillinen yhteistyö koostuu lähete-, ohjaus- ja konsultaatiokäytännöistä hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi sekä muista yhteisistä työkäytännöistä ja vuoropuhelusta.

Toimintamallia käytetään uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdyttämisessä. Jatkossa toimintamallia tulee myös arvioida ja kehittää. Keskeisiä toimintamallin kehittämistarpeita ovat ammatillisen erityisosaamisen kehittäminen ja hyödyntäminen sekä ennaltaehkäisevän mielenterveystyön parempi toteutuminen oikein mitoitetuilla ja kohdistetuilla resursseilla. Toimintamallin pohjalta on tarpeellista kartoittaa myös asiakkaiden näkökulmaa äitiysneuvolassa toteutettavasta ennaltaehkäisevästä mielenterveystyöstä.

Asiasanat: äitiysneuvolat, ehkäisevä mielenterveystyö, toimintatutkimus

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Masters' Degree Programme in Clinical Nursing

MIA-LIISA, RÖNKKÖ:
The Preventive Mental Health Work in a Prenatal Clinic
The Development of Ylöjärvi Approach

Bachelor's thesis 96 pages, appendices 17 pages
October 2016

The aim of this study was to develop a preventive mental health work approach for Ylöjärvi prenatal clinic to promote the welfare of the clients and to unify maternity clinics policies. The purpose was to improve knowledge and the quality of preventive mental health work. The study was carried out as action research. The data were collected through two prenatal clinic nurses' group interviews. The data were analyzed using inductive content analysis. In addition, four co-operation partners were interviewed in order to develop the model.

The aim of the preventive mental health approach is pre- and postnatal welfare. The approach supports the nurses in the prenatal clinic to prevent and identify the mental health problems and to estimate the need for treatment. The principles of the approach are customer-orientation, empowerment and dialogue. The action is based on responsibility, openness, confidence, equality and safety. The network centrality and systematic nursing are the significant working methods for the clients. The key tools in the early intervention are different forms and home visits, which can be used to screen the risk clients. The working methods for employees are supporting wellbeing as well as expertise. Multi-professional co-operation is based on the continuity of care and dialogue.

The approach can also be used to orientate the new employees and students. In the future the approach will be evaluated and developed. It is also necessary to estimate job requirements in relation to existing resources as well as professional expertise and need of education. Implications for future research are to find out clients' view of the preventive mental health work based on this approach.

Key words: prenatal clinics, preventive mental health work, action research

Sisällysluettelo

1	JOHDANTO.....	6
2	YLÖJÄRVEN KUNTA.....	8
2.1	Ylöjärven äitiysneuvola.....	9
2.2	Äitiysneuvolan keskeisimmät yhteistyötahot.....	10
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE.....	12
4	ÄITIYSNEUVOLAN ENNALTAEHKÄISEVÄ MIELENTERVEYSTYÖ.....	13
4.1	Raskaudenaikaiset mielenterveysongelmat.....	13
4.2	Äitiysneuvolan rooli ennaltaehkäisevässä mielenterveystyössä.....	14
4.3	Ennaltaehkäisevän mielenterveystyön työvälineitä.....	16
4.3.1	Äitiysneuvolan ennaltaehkäiseviä työvälineitä.....	16
4.4	Moniammatillinen yhteistyö.....	19
5	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT.....	20
5.1	Toimintatutkimus.....	20
5.1.1	Toimintatutkimuksen vaiheet.....	21
5.2	Aineiston keruu.....	24
5.3	Sisällönanalyysi.....	25
6	TERVEYDENHOITAJIEN HAASTATTELUJEN TULOKSET.....	28
6.1	Äitiysneuvolan ennaltaehkäisevä mielenterveystyö.....	28
6.1.1	Työntekijälähtöisiä toimintatapoja.....	28
6.1.2	Työyhteisölähtöisiä toimintatapoja.....	31
6.1.3	Yhteistyölähtöisiä toimintatapoja.....	33
6.2	Äitiysneuvolan ennaltaehkäisevän mielenterveystyön kehittämistarpeet.....	34
6.2.1	Työntekijälähtöiset kehittämistarpeet.....	34
6.2.2	Työyhteisölähtöiset kehittämistarpeet.....	35
6.2.3	Yhteistyölähtöiset kehittämistarpeet.....	37
7	YHTEISTYÖTAHOJEN HAASTATTELUJEN TULOKSET.....	40
7.1	Hoidon jatkuvuuden kehittäminen.....	40
7.2	Yhteisen ymmärryksen löytäminen.....	42
7.3	Yhteisten toiminta- ja työtapojen kehittäminen.....	44
8	TOIMINTAMALLIN KEHITTÄMINEN.....	46
8.1	Työntekijöihin kohdistuva kehittäminen.....	46
8.2	Työyhteisöön kohdistuva kehittäminen.....	47
8.3	Yhteistyöhön kohdistuva kehittäminen.....	48
8.4	Toimintamallin kuvaus.....	50
9	POHDINTA.....	52

9.1 Luotettavuus.....	52
9.2 Eettisyys.....	58
9.3 Tulosten tarkastelu.....	60
9.3.1 Toimintamallin tarkastelu.....	60
9.3.2 Terveystieteiden haastattelujen tulosten tarkastelu.....	64
9.3.3 Yhteistyötahojen haastattelujen tarkastelu.....	70
9.3.4 Jatkotutkimus- ja kehittämissuositukset.....	71
LÄHTEET.....	73
LIITTEET.....	80
Liite 1. Taulukko kirjallisuuskatsauksen alkuperäistutkimuksista.....	80
Liite 2. Tietoinen suostumuslomake 1.....	84
Liite 3. Tietoinen suostumuslomake 2.....	86
Liite 4. Teemahaastattelun runko.....	88
Liite 5. Äitiysneuvolan ennaltaehkäisevä mielenterveystyö.....	89
Liite 6. Äitiysneuvolan mielenterveystyön kehittäminen.....	90
Liite 7. Toimintatutkimuksen tarkennetut työvaiheet aikatauluineen.....	91
Liite 8. Äitiysneuvolan ennaltaehkäisevän mielenterveystyön toimintamalli.....	92
Liite 9. Toimintamalli esitettynä hierarkkisena kaaviona.....	96

1 JOHDANTO

Naisessa tapahtuu merkittäviä muutoksia raskauden aikana. Muutosvaiheet kuluttavat psyykkisiä voimavaroja ja voivat altistaa mielenterveyden häiriöille. Psyykkiset tekijät heijastuvat raskauden kokemiseen ja ovat sitä kautta vaikuttamassa äidin ja lapsen välisen vuorovaikutuksen syntymiseen. Mielenterveyden häiriöt voivat lisätä raskaana olevan toivottomuutta ja pelkoa tulevaisuudesta. Etenkin ensimmäisen raskauden on katsottu olevan eräänlainen kehityskriisi naisen elämässä. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 184-185.)

Raskauden aikaisia mielenterveyshäiriöitä on alettu ymmärtää vasta viime vuosina. Raskauteen liittyy kohonnut riski sairastua masennukseen. Raskauden aikaisesta masennuksesta kärsii 10-15% raskaana olevista, kun taas koko väestöstä masennusta sairastaa 5-6%. Lisäksi synnytyksen jälkeen mahdollisuus sairastua psyykkisesti seuraavan vuoden aikana on suurempi kuin missään muussa elämänvaiheessa. Aikaisempi psyykinen sairastaminen on myös riskitekijä raskauden aikana sekä synnytyksen jälkeen. (Lastenneuvola lapsiperheiden tukena 2004, 230; Eskola & Hytönen 2002, 172.)

Äitiysneuvolan perustehtävänä on raskaana olevan naisen, sikiön, vastasyntyneen ja perheen terveyden edistäminen ja turvaaminen. Eräinä keskeisinä näkökulmina ovat mielenterveyden tukeminen sekä erityistä tukea tarvitsevien riskiperheiden tunnistaminen ja jatkohoitoon ohjaaminen. (Honkanen, Mellin & Haarala 2014, 228.) Äitiysneuvolan terveydenhoitajilla on merkittävä mahdollisuus havaita uhkatekijöitä tai muutoksia raskaana olevan naisen mielenterveydessä. Hoitosuhde terveydenhoitajan ja asiakkaan välillä kestää lähes vuoden ja jatkuu usein vielä lastenneuvolassa. Terveydenhoitajan tehtävänä on tukea raskaana olevan terveitä puolia ja lujittaa keinoja selviytyä mielenterveyden vaihteluista. Puhutaankin positiivisen mielenterveyden tukemisesta. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 184-186.)

Mielenterveyshäiriöt rajoittavat ihmisen elämänlaatua, terveyttä ja toimintakykyä. Niiden varhainen tunnistaminen ja niihin puuttuminen ovat keskeisiä näkökulmia mielenterveyspalvelujen kehittämisessä. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2009.) Ennaltaehkäisevä mielenterveystyö tarkoittaa mielenterveyden edistämistä ja mielenterveyshäiriöiden ehkäisyä. Mielenterveyden edistämisessä painopiste on suojella, vaalia ja parantaa

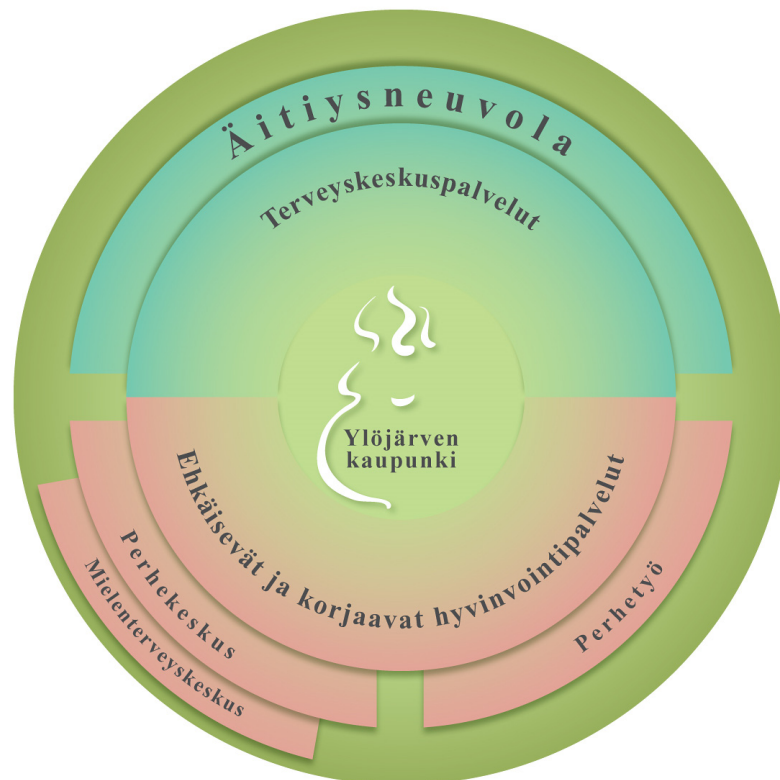
mielenterveyttä kun taas ehkäisemisen painopiste on riskiryhmiin vaikuttaminen. (Ehkäisevä mielenterveystyö kunnassa 2009.) Mielenterveyslaissa (1990/1116) mielenterveystyöllä tarkoitetaan ”yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä” (Mielenterveyslaki 1990).

Mielenterveyspalvelujen laatusuosituksen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001) eräänä tavoitteena on tukea kuntalaisten mielenterveyttä ja hyvinvointia. Työntekijöiden näkökulmasta tämä tarkoittaa erilaisten käytäntöjen kehittämistä, jotka tukevat ihmisen omia voimavaroja. Yhtenäiset toimintamallit ja suunnitelmallisuus ovat keskeisiä tekijöitä myös varhaisessa tunnistamisessa. Laatusuosituksessa korostetaan yhteisesti sovittujen menettelytapojen kehittämistä juuri ennaltaehkäisevän työn näkökulmasta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää ennaltaehkäisevän mielenterveystyön toimintamalli edistämään äitiysneuvolan asiakkaiden hyvinvointia. Tavoitteena oli tuottaa äitiysneuvolan terveydenhoitajille yhdenmukainen työväline ennaltaehkäisevän mielenterveystyön laadun parantamiseksi sekä lisätä ymmärrystä äitiysneuvolan ennaltaehkäisevästä mielenterveystyöstä. Opinnäytetyö toteutettiin toimintatutkimuksena. Aihe nousi opinnäytetyön tekijän omasta työyhteisöstä ja ammatillinen kiinnostus oman työn kautta. Opinnäytetyön tekijä työskentelee Ylöjärven äitiys- lasten- ja ehkäisyneuvolassa ja opiskelee tällä hetkellä ylempää ammattikorkeakoulututkintoa kliinisen asiantuntijan koulutusohjelmassa, suuntautumisvaihtoehtona mielenterveys- ja päihdetyö. Perheiden riskiolot, tuen tarpeet sekä mielenterveyden ongelmat ovat näkyneet lisääntyvinä haasteina opinnäytetyön tekijän ja muiden terveydenhoitajien työssä viimeisten vuosien aikana. Ylöjärven perusterveydenhuollossa on kehitetty paljon käytäntöjä terveyden edistämisen, varhaisen puuttumisen sekä moniammatillisen yhteistyön näkökulmista. Tämän opinnäytetyön lähtökohtana on toimintamallin kehittäminen yhtenäiseksi työvälineeksi terveydenhoitajien omien näkemysten, kokemusten ja ammatillisen osaamisen pohjalta. Tavoitteena on käyttää kehitettyä toimintamallia työvälineenä myös uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdyttämisessä.

2 YLÖJÄRVEN KUNTA

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Ylöjärven kunnan äitiysneuvolan terveydenhoitajien ja äitiysneuvolan tärkeimpien yhteistyötahojen kanssa. Toimintatutkimuksen toimintaympäristö esitellään alla olevassa kuviossa (kuvio 1).



KUVIO 1. Toimintatutkimuksen toimintaympäristö

Äitiysneuvola lukeutuu perusturvan organisaatiossa terveyskeskuspalveluihin. Ehkäiseviin ja korjaaviin hyvinvointipalveluihin kuuluvat yhteistyötahoista perhekeskus, perhetyö ja mielenterveyskeskus perhekeskuksen erikoissairaanhoidon yksikkönä. Opinnäytetyön raportoinnissa mielenterveyskeskuksesta käytetään myös nimitystä mielenterveys-toimisto, koska sen uusi nimitys ”mielenterveyskeskus” ei ole vielä vakiintunut äitiysneuvolan toiminnassa.

Ylöjärven kaupunki sijaitsee Tampereen kaupunkiseudulla Pirkanmaalla. Se on muuttovoittoinen kunta, jossa asuu paljon lapsiperheitä. Virallinen väkiluku vuonna 2014 oli 32 260. (Ylöjärvi 2015a.) Asukasluvun ennustetaan kasvavan voimakkaasti myös tule-

vina vuosina, jopa 6000 asukkaalla vuoteen 2020 mennessä. Nuorten ja iäkkäimpien kaupunkilaisten osuus kasvaa nopeammin kuin työikäisten, mikä puolestaan luo haasteita peruspalveluiden saatavuudessa sekä riittävydessä. Omat haasteensa tuovat myös kaupungin taloudellisesti kiristynvä tilanne. (Mielenterveyttä ja päihteettömyyttä edistävä Ylöjärvi 2012, 2.) Ylöjärven kunnan kaupunkistrategian visio on ”Hyvässä kunnossa”. Tavoitteena on kuntalaisten hyvinvointi. Ylöjärven kaupunki toteuttaa tätä mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa, joka on osa Ylöjärven kaupungin hyvinvointisuunnitelmaa. (Mielenterveyttä ja päihteettömyyttä edistävä Ylöjärvi 2012, 2.)

Ylöjärven laajassa hyvinvointikertomuksessa vuosille 2014-2016 (2014) mainitaan, että ”Terveiden ja hyvinvoinnin edistäminen on osa kuntien perustehtävää -Kuntalaki (365/1995) ja Terveystalolaki (1326/2010, § 12)”. Kunnan tehtävänä on tarjota kaikille asukkaille yhdenmukaiset edellytykset terveeseen elämään. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja terveyserojen kaventaminen kuuluvat kunnan kaikille toimialoille. Kunnan toiminnan tavoitteena on lisätä asukkaiden terveyttä, toimintakykyä ja luoda hyvän elämän edellytykset. Hyvinvointikertomuksessa mainitaan, että haasteena tulevaisuudessa julkisen talouden heikkenemisen myötä on säilyttää ennaltaehkäisevän työn resurssit suhteessa asukasmäärään. (Ylöjärven laaja hyvinvointikertomus vuosille 2014-2016.)

2.1 Ylöjärven äitiysneuvola

Ylöjärven terveyskeskus jakautuu 16 alueeseen, joista muodostuu kaksi palvelupiiriä. Palvelupiirien sisällä toimivat Ylöjärven äitiysneuvolat kuudessa eri toimipisteessä. Äitiysneuvoloissa työskentelee kymmenen terveydenhoitajaa. Suurin osa äitiysneuvolan terveydenhoitajista toimii samalla myös alueensa lasten- ja ehkäisyneuvolan terveydenhoitajana. Ylöjärvellä syntyy keskimäärin 400 lasta vuosittain, 150 synnyttäneistä on ensisynnyttäjiä (Kokkonen 2016).

Ylöjärven äitiysneuvolan tehtävänä on huolehtia odottavan perheen hyvinvoinnista. Keskeisenä tehtävänä on äidin ja syntyvän lapsen terveyden edistäminen. Tärkeänä tehtävänä on myös vanhemmuuden, parisuhteen sekä vauvan ja vanhempien välisen vuorovaikutuksen tukeminen. Lisäksi neuvolan tehtävänä on perheen valmentaminen synnytykseen, vauvanhoitoon ja lapsiperheen arkeen. Puolison mukana olo vastaanotoilla

sekä osallistuminen neuvolatoimintaan on kokonaisuuden kannalta tärkeää. (Ylöjärvi 2015b.) Äitiysneuvolan palveluihin kuuluvat terveydenhoitajan ja lääkärin vastaanotot, perhevalmennukset ja kotikäynnit. Yhteistyötä tehdään myös muiden perusturvan tahojen kanssa. Moniammatillisuus on keskeisenä ajatuksena äitiysneuvolatyössä. (Ylöjärvi 2015b.) Raskauden aikaisia käyntejä on ensisynnyttäjällä kahdeksan ja uudelleen synnyttäjällä seitsemän. Tarvittaessa tarjotaan myös yksilöllisiä käyntejä elämäntilanteen mukaan.

2.2 Äitiysneuvolan keskeisimmät yhteistyötahot

Perhekeskuksen tavoitteena on kuntalaisten hyvinvoinnin ja mielenterveyden tukeminen terveyttä edistäväillä ja kuntouttavilla palveluilla. Perhekeskuksessa toimii neuvolapsykologi, joka työskentelee yhteistyössä äitiysneuvolan kanssa. Asiakas voi hakeutua hänen vastaanotolleen itsenäisesti tai perusturvan työntekijän aloitteesta. Neuvolapsykologilta saa tukea raskauden tai synnytyksen jälkeisessä masennuksessa ja ahdistuksessa. Lisäksi neuvolapsykologin vastaanotolle voi ohjautua keskenmenon, lapsen menetyksen tai sairaan lapsen syntymän vuoksi. Toimintatapoja ovat neuvonta, konsultointi, tilanteen kokonaisarviointi sekä lyhytkestoinen tukea antava terapia. Hän myös arvioi jatkohoidon ja tutkimuksen tarpeen. Ylöjärvellä toimii yksi neuvolapsykologi. (Ylöjärvi 2015c.)

Aikaisemmin Ylöjärvellä kehiteltiin hyvinvointineuvolatoimintaa, joka on ollut käytössä monessa kaupungissa ympäri maata. Hyvinvointineuvolan toimintamallia toteutettiin Ylöjärvellä kolmen neuvolan alueella. Hyvinvointineuvolan keskeisenä ajatuksena on psykososiaalinen tukeminen moniammatillista tiimiä hyödyntäen. Malli on kehitelty varhaisen puuttumisen tueksi ja konkreettiseksi työvälineeksi. (Hyvinvointineuvolatoimintamalli Tampereella 2007; Ennaltaehkäisevä terveystyö neuvolassa 2008.) Hyvinvointineuvolan toiminta koettiin Ylöjärvellä kuitenkin liian jäykäksi toimintamuodoksi, eikä se tavoittanut kaikkia kunnan lapsiperheitä. Tämän vuoksi syntyi ajatus uudesta toimintamuodosta, perhe- ja asiantuntijapuodista, joka mahdollistaisi palvelun jokaiselle kuntalaiselle. Perhe- ja asiantuntijapuoti on syksyllä 2015 alkanut työskenteilytapa, jota toteutetaan neuvolassa, perhetyössä ja päivähoidossa. Perhepuodissa pyritään löytämään ratkaisuja perhettä kuormittaviin ongelmiin ja kartoittamaan voimavaroja yhteistyössä perheelle tärkeiden ammattilaisten ja läheisverkoston kanssa. Jos perhe-

puodissa ei pystytä löytämään ratkaisua perheen sen hetkiseen ongelmaan, voidaan konsultoida asiantuntijapuotia tai viedä sinne asioita pohdittavaksi. Asiantuntijapuodin työryhmään kuuluvat terveydenhoitaja, lääkäri, neuvolapsykologi, sosiaalityöntekijä, perhetyön ohjaaja sekä varhaiskasvatuksen erityisopettaja. (Ylöjärvi 2015d.)

Ylöjärven mielenterveyskeskuksen työryhmässä on kolme psykiatrian erikoislääkärinä, kolme psykiatrista erikoissairaanhoitajaa, sosiaalityöntekijä perhekeskuksesta sekä psykologi. Asiakkaan hoito toteutuu moniammatillisena tiimityönä. Mielenterveyskeskuksen asiakkaaksi tullaan aina lääkärin läheteellä. Tutkimuskäyntijaksolla kartoitetaan asiakkaan kokonaistilanne. Tämän jälkeen pidetyssä hoitoneuvottelussa arvioidaan hoidon tarve ja asetetaan alustava diagnoosi. Hoito ja hoitajaksot määritellään asiakkaalle yksilöllisesti myös hoitoneuvottelussa. Hoitoneuvotteluun osallistuu hoitava lääkäri, työntekijä ja mahdollisuuksien mukaan asiakkaan perhe tai lähiverkosto. (Ylöjärvi 2015e.)

Perhetyötä Ylöjärvellä toteutetaan kotihoidon perhetyönä, ohjaavana perhetyönä sekä lastensuojelun tehostettuna perhetyönä. Kotihoidon perhetyö on ennaltaehkäisevää maksullista sosiaalipalvelua, jota toteutetaan asiakasperheiden kodeissa. Tavoite on tukea vanhemmuutta ja vahvistaa perheen omia voimavaroja. Palvelu on suunnattu ensisijaisesti alle kouluikäisten lasten perheille. Sitä toteutetaan säännöllisesti, ohjauksellisenä apuna sekä tilapäisenä lastenhoitoapuna. Kotihoidon perhetyö toteutuu myös raskauden loppuvaiheeseen ja synnytyksen jälkeen. Lisäksi apua saa vauvaperheen uupumuksen, alentuneen toimintakyvyn sekä varhaisen vuorovaikutuksen tuen tarpeen perusteella. (Kotihoidon perhetyö Ylöjärvellä 2015.) Ohjaava perhetyö on maksutonta ohjauspalvelua. Tavoitteena on vahvistaa vanhemmuutta ja perheiden arjen sujumista sekä tukea lasten kasvatuksessa. Työmuotoina ovat perhekohtaiset keskustelut sekä toiminnalliset menetelmät. Yhteistyötä tehdään neuvolan, päiväkodin ja koulun kanssa. Perhekioskilla järjestetään monimuotoisia kasvatus- ja ohjausneuvontapalveluita lapsiperheille. Ohjaava perhetyö järjestää myös ryhmämuotoisia vanhempainryhmiä sekä tekee tarvittaessa kotikäyntejä. (Ohjaava perhetyö Ylöjärvellä 2015.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää ennaltaehkäisevän mielenterveystyön toimintamalli Ylöjärven äitiysneuvolaan edistämään asiakkaiden hyvinvointia. Lisäksi tarkoituksena oli yhdenmukaistaa olemassa olevia toimintatapoja mielenterveyshäiriöiden ennaltaehkäisemiseksi ja tunnistamiseksi sekä varhaisen puuttumisen ja hoitoon ohjaamisen mahdollistamiseksi.

Tutkimustehtävät olivat:

1. Mikä on äitiysneuvolan ennaltaehkäisevän mielenterveystyön nykyinen toimintamalli?
2. Miten äitiysneuvolan ennaltaehkäisevää mielenterveystyötä sekä yhteistyötahojen kanssa tehtävää yhteistyötä tulisi kehittää?

Tavoitteena oli tuottaa äitiysneuvolan terveydenhoitajille yhdenmukainen työväline ennaltaehkäisevän mielenterveystyön laadun parantamiseksi sekä lisätä ymmärrystä äitiysneuvolan ennaltaehkäisevästä mielenterveystyöstä. Toimintamallia voidaan käyttää myös uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdyttämisessä.

4 ÄITIYSNEUVOLAN ENNALTAEHKÄISEVÄ MIELENTERVEYSTYÖ

Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat koostuivat kirjallisuuskatsauksesta äitiysneuvolan ennaltaehkäisevästä mielenterveystyöstä sekä aiheeseen liittyvästä muusta kirjallisuudesta, oppaista ja suosituksista. Kirjallisuuskatsaukseen valittiin seitsemäntoista alkuperäistutkimusta. Alkuperäistutkimusten haut tehtiin Cinahl, Cochrane, Medic, Pubmed ja Tampub -tietokannoista. Hakusanoina käytettiin äitiysneuvola, äitiyshuolto, äitiysneuvolatyö, äitiysneuvolan hoitotyö (prenatal clinic, maternal-child health centers, maternal-child health services, maternal-child nursing, maternity nursing, maternal health services) sekä ennaltaehkäisevä mielenterveystyö (mental health prevention, preventive mental health work). Lisäksi hakusanoina olivat mielenterveys (mental health) ja mielenterveysongelmat (mental health problems, mental health disorders). Alkuperäistutkimuksiin laadittiin sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Tutkimuksiin hyväksyttiin julkaisut vuosilta 2005-2015 muutamaa vanhempaa julkaisua lukuun ottamatta. Tutkimuksista hyväksyttiin väitöskirjat, tieteelliset artikkelit ja pro gradu -tutkielmat. Kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten näytönastetta arvioitiin Suomen sairaanhoitajaliiton kehittämän näytön asteen arvioinnin perusteella (Suomen sairaanhoitajaliitto 2004). Näytön aste jaettiin neljään luokkaan, jossa A kuvasi vahvinta näyttöä ja D heikointa. Tutkimusten laatu arvioitiin käyttäen Joanna Briggs -instituutin laatimia laadun arviointikriteerejä (Hotus 2013). Kirjallisuuskatsaukseen valikoitujen tutkimusten näytön asteen luokittelu sekä tutkimusten saamat laatuasteet ovat ilmaistuna alkuperäistutkimusten yhteenvetotaulukossa (Liite 1). Teoreettisiksi lähtökohdiksi muodostuivat raskaudenaikaiset mielenterveysongelmat, äitiysneuvolan rooli ennaltaehkäisevässä mielenterveystyössä, äitiysneuvolan ennaltaehkäisevät työvälineet sekä moniammatillinen yhteistyö.

4.1 Raskaudenaikaiset mielenterveysongelmat

Synnytyksen jälkeistä masennusta on tutkittu paljon sekä kansallisesti että kansainvälisesti. Suomessa on arvioitu synnytyksen jälkeistä masennusta sairastavan 9-16% synnyttäneistä. Masennuksen aste voi vaihdella lievästä oireilusta aina psykoottiseen. Synnytyksen jälkeen ilmenevä masennus altistaa uusille masennusvaiheille ja uusien raskauksien myötä riski kasvaa 50-60%. Yksi tai kaksi tuhannesta äidistä sairastuu lapsivuol-

depsykoosiin. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 274-275.) Masennus voi alkaa jo raskauden aikana. Mielenterveysongelmien vaikutusta raskauden aikana on alettu ymmärtää vasta viime vuosina. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 184.) Raskaana olevista 7-20% kärsii masennuksesta ja siihen liittyvistä oireista. Odotusajan masennus on siten jopa yleisempää kuin synnytyksen jälkeinen masennus. Masennuksen uusiutumisen riski on myös suurentunut, jos äidillä on ollut aikaisempia masennusjaksoja elämänsä aikana. (Mäkelä, Pajulo & Sourander 2010, 1015.)

Muista mielenterveyshäiriöistä raskauden aikana ei ole tarkkaa tutkittua tietoa. Erityisesti tutkijoita kiinnostaa masennuksen vaikutus lapsen kognitiiviseen kehitykseen. Raskausajan mielenterveydenhäiriöt kohottavat raskaana olevan stressitasoa, jolla on todettu olevan vaikutusta lapsen myöhempään kehitykseen. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 185.) Äidin raskaudenaikaisten masennusoireiden on todettu lisäävän riskiä lapsen käytöshäiriöille ja tunne-elämän oireille sekä vaikuttavan lapsen sosiaalisiin taitoihin nuoruusiässä (Korhonen 2014, 13). Vakavat mielenterveyshäiriöt, kaksisuuntainen mielialahäiriö sekä syömishäiriöt raskauden aikana ovat harvinaisia, mutta vaaraksi sekä äidille että sikiölle. Raskausaika on tärkeä vanhemmuuden ja syntyvän vauvan vuorovaikutussuhteen kehitykselle. Mielenterveyteen liittyvät haasteet voivat vaikuttaa heikentävästi äidin ja lapsen väliseen vuorovaikutukseen. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 185; Mäkelä ym. 2010, 1016.)

Tutkimusten mukaan sosiaalisilla verkostoilla on todettu olevan suuri merkitys raskaana olevan mielenterveyteen ja masennusoireiden ilmaantuvuuteen. Mielenterveyden on todettu olevan sitä parempi, mitä enemmän äidillä on sosiaalisia verkostoja. Sosiaalisen tuen vähyys on riskitekijä raskauden aikaiselle hyvinvoinnille ja synnytykselle. Sen on todettu lisäävän masennusoireita ja heikentävän elämänlaatua. (Balaji ym. 2007, 1386; Elsenbruch ym. 2007, 869.)

4.2 Äitiysneuvolan rooli ennaltaehkäisevässä mielenterveystyössä

Neuvola tavoittaa kaikki perheet, joten sen rooli mielenterveyden edistämisessä on merkittävä. Tutkimukset osoittavat, että terveydenhoitajat kokevat mielenterveysongelmien lisääntyneen tai ainakin niiden näkyvyyden lisääntyneen. Terveydenhoitajat ovat keskei-

sessä roolissa mielenterveysongelmien tunnistamisessa ja koko perheen hyvinvoinnin tukemisessa. (Honkanen 2008, 156; 171; Ämmälä 2015, 573.)

Terveydenhoitajat kohtaavat neuvolassa päivittäin asiakkaita, joilla on mielenterveyttä kuormittavia riskitekijöitä. Tämän vuoksi terveydenhoitajilta toivottaisiin syvempää perhetyön osaamista, jatkuvaa kouluttautumista ja oman osaamisen arviointia, jota voisi hyödyntää juuri ennaltaehkäisevän mielenterveystyön toimintatavoissa. Terveydenhoitajien työssä keskeistä on riskioloissa elävän perheen kanssa luottamuksellinen ja avoimuuteen perustuva yhteistyösuhde, sekä perhe- ja voimavaralähtöinen työote. Positiivisen mielenterveyden tukeminen, joka on äitiysneuvolan keskeinen työtapa, on juuri perheen omien voimavarojen vahvistamista. (Honkanen 2008, 215-232.)

Viljamaan (2003) tutkimuksessa neuvolatyötä tarkasteltiin vanhemmuuden tukemisen, perhekeskeisyyden ja vertaistuen näkökulmista. Neuvola ei kyennyt toteuttamaan perhekeskeisyyteen ja vertaistukeen liittyviä odotuksia siten kuin asiakkaat toivoivat. Erään tutkimustuloksen mukaan äitiysneuvolassa vain 11% asiakkaista piti neuvolaa perhekeskeisenä. Lisäksi asiakkaat kokivat saaneensa vähän vertaistukea, eikä neuvola siten tukenut verkostoitumisessa. Neuvolan keskeisimpänä ominaisuutena pidettiin luottamuksellista ja myönteistä ilmapiiriä. (Viljamaa 2003, 75, 100-101.) Laitinen (2013) kuvaa terveydenhoitajilla olevan vaikeuksia tunnistaa erityisesti ensisynnyttäjien kohdalla lisätukea tarvitsevat. Äitien saama tuki lapsivuodeaikana ei myöskään ole vastannut erityistä tukea tarvitsevien tarpeisiin. Useimmat äidit kokevat kuitenkin saavansa yksilöllistä kohtelua neuvolassa. (Laitinen ym. 2013, 171.)

Masentuneiden äitien perheissä on todettu, että synnytyksen jälkeinen todellisuus ei aina vastaa raskaudenaikaisia kuvitelmia. Nämä perheet ovat kokeneet terveydenhoitajien toiminnassa yksilöllisen ja kokonaisvaltaisen vuorovaikutuksen puutetta. Terveydenhoitajat ovat puolestaan kokeneet yhteistyön kokonaisvaltaisena. Masentuneiden äitien odotukset ja toiveet ovat siten olleet ristiriidassa terveydenhoitajien kokemusten kanssa. (Tammentie 2009, 79.)

4.3 Ennaltaehkäisevän mielenterveystyön työvälineitä

Ennaltaehkäisevässä mielenterveystyössä työntekijä nostetaan keskeiseksi työvälineeksi. Ammattitaidon perustana on kiinnostus ihmistyöhön, elämäkokemus, työkokemus, koulutus ja harrastukset. Työntekijältä vaaditaan ammattitaidon kehittämistä niin tietojen, taitojen kuin asenteidenkin osalta. Perusterveydenhuollon mielenterveystyössä työntekijän vahvuuksia ovat vuorovaikutustaidot, ihmissuhdetaidot sekä erityistaidot. Palveluiden tasolla puolestaan merkitystä on täydentävillä mielenterveyspalveluilla, työnjaollisilla keinoilla sekä yhteistyön kehittämisellä. (Hyvönen 2004, 5-6, 90.) Työnjaon järjestämiseksi ja toiminnan organisoimiseksi luodaan erilaisia toimintamalleja. Toimintamalli pohjautuu suunnitelmallisiin ja järjestelmällisiin toimintatapoihin, joka sisältää erilaisia työmenetelmiä. Työmenetelmiä ja toimintamalleja tarvitaan asiakkaan yksilöllisen hyvinvoinnin tukemiseksi. Lisäksi ne auttavat työn hallinnassa ja sen kehittämisessä. (Pietilä, Eerola & Vehviläinen-Julkunen 2003, 152-153.) Alueellisen tason keinoja kehittää ennaltaehkäisevää mielenterveystyötä ovat täydennyskoulutus ja virkarakennetta koskevat päätökset. Valtakunnallisen tason keskeisiä työvälineitä ovat yhteisten hoitosuositusten luominen sekä koulutuksen sisällön kehittäminen. (Hyvönen 2004, 5-6, 90.)

4.3.1 Äitiysneuvolan ennaltaehkäiseviä työvälineitä

Terveystenhoitaja tekee työtään pitkälti omalla persoonallaan sekä vuorovaikutus- ja kommunikaatiotaidoillaan. Terveystenhoitajien moraalisisilla valmiuksilla ja henkilökohtaisilla ominaisuuksilla on keskeinen merkitys luottamussuhteen syntymiseen. Tällä puolestaan on vaikutusta siihen, kuinka terveystenhoitaja tunnistaa, tulkitsee ja vastaa perheen tuen tarpeeseen. Luottamussuhde ei synny hetkessä eikä se ole pysyvää, se vaatii jatkuvaa tarkkaavaisuutta ja herkkyyttä tunnistaa tilanteissa tapahtuvia muutoksia. Luottamuksellisen suhteen syntyminen edellyttää dialogisia vuorovaikutustaitoja. Kuunteleminen, inhimillinen välittäminen, toisen näkökulman tunnistaminen sekä asiakkaan kunnioittamisen ja arvostuksen osoittaminen ovat keskeisiä luottamussuhteen syntymisessä. (Vaittinen 2011, 46-87.) Dialogissa on kyse kommunikaatiosta, joka toteutuu puheena, eleinä, ilmeinä ja tunteina. Huolen puheeksi ottamisessa vastaanotolla on pyrkimyksenä avata prosessi yhteiselle ajattelulle ja näkökulmalle. Tavoitteena ei välttä-

mättä ole yhteisymmärrys, vaan ymmärrys siitä, mitä toinen ajattelee. (Eriksson & Arnkil, 2009.)

Terveydenhoitajan työmenetelmiin lukeutuvat asiakaskäynnit, kotikäynnit, puhelinneuvonta ja perhevalmennus. Lisäksi välillisinä työvälineinä käytetään erilaisia kysely- ja voimavaralomakkeita seulomaan riskiasiakkaita. Äitiysneuvolassa odotusajan laaja terveystarkastus toteutetaan monessa kunnassa. Tarkoituksena on kutsua molemmat vanhemmat sekä terveydenhoitajan että lääkärin vastaanotolle. (Hakulinen-Viitanen ym. 2012, 52-53.) Kaljunen on (2002) laatinut kuormittavien tekijöiden ja voimavarojen tunnistamiseksi ensimmäistä lastaan odottavan perheen voimavaramittarin. Mittarilla kartoitetaan vanhempien persoonallisia, perheen sisäisiä sekä perheen ulkoisia voimavaroja. (Kaljunen 2012, 44.) Mittaria käytetään laajan terveystarkastuksen yhteydessä. Lisäksi tarkastuksen aikana keskustellaan perheen kanssa parisuhteesta, perheen vuorovaikutuksesta sekä seksuaalisuudesta. Vanhemmuuden odotukset ja mielikuvat tulevasta vauvasta ovat myös laajan terveystarkastuksen aikana käsiteltäviä asioita. (Hakulinen-Viitanen ym. 2012, 52-53.)

Äitiysneuvolatyön eräs keskeisimmistä toimintatavoista on varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen. Sen on todettu edistävän äidin ja lapsen välisen vuorovaikutuksen syntymistä ja sitä kautta vähentävän kiintymyssuhdehäiriöitä. (Hakulinen-Viitanen ym. 2012, 69.) Mielenterveysongelmilla on merkityksellinen vaikutus varhaisen vuorovaikutuksen syntymiseen ja mielikuviin vauvasta. Negatiiviset ja ihanteelliset mielikuvat vauvasta sekä raskauden aikaiset pettymykset ennustavat ongelmia vanhempi-lapsisuhteen kehittymiselle. (Flykt 2014, 13.) Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen on kiinteä osa ennaltaehkäisevää mielenterveystyötä ja psykososiaalisten riskitekijöiden tunnistamista. Vanhemmat ovat kokeneet sen tärkeänä menetelmänä puhuttaessa perheen jaksamisesta, tunneilmapiiristä ja perheen sisäisistä suhteista. (Hastrup, Toikka & Solantaus, 2005, 37.)

Terveydenhoitajilla on merkittävä mahdollisuus tunnistaa raskaudenaikainen ja synnytyksen jälkeinen masennus. Terveydenhoitajat tarvitsevat kuitenkin enemmän harjoitusta masennuksen tunnistamiseen ja sopivien hoitovaihtoehtojen löytymiseen. (Rush 2010, 326.) EPDS (Edinburgh Postnatal Depression) -lomake on koettu merkittävänä työvälineenä etenkin synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisessa. Lomake on todettu hyvänä myös raskauden aikaisten mielialamuutosten seurannassa sekä kokonais-

tilanteen kartoittamisessa. Sen avulla mahdollistuu luontevalla tavalla äidin psyykkisen jaksamisen ja hyvinvoinnin puheeksiotto. (Glavin 2012, 13; Mustonen 2009, 44-46.)

Kotikäynnit ovat monien tutkimusten mukaan keskeisessä asemassa mielenterveyden tukemisessa ja mielenterveysongelmien tunnistamisessa. Etenkin riskiolosuhteissa elävien perheiden on katsottu hyötyvän kotikäynneistä. (Price & Cohen-Filipic, 2013, 554.) Terveystenhoitajien ammattiryhmä pääsee juuri kotikäyntien ansiosta asiakasta lähemmäksi kuin monet muut ammattiryhmät. Kotikäyntien on todettu myös lisäävät asiakkaan luottamusta terveydenhoitajia kohtaan. (Paton, Grant & Tsoutos 2012, 191; Price & Cohen-Filipic, 2013, 558-561.) Lisäksi etenkin pitkäkestoisten, suunnitelmallisten ja voimavaralähtöisten kotikäyntien on todettu vähentäneen lasten kaltoinkohtelua (Paavilainen 2008, 13-15). Kotikäynnit tarjoavat juuri oikeanlaista tukea ja ammatillista näkökulmaa synnytyksen jälkeinen masennuksen tunnistamisessa. Myös synnytystä edeltävä kotikäynti on merkityksellinen. Kotikäyntien on todettu vaikuttavan merkittävästi asiakkaan tunteeseen selviytyä. Lisäksi se on auttanut asiakasta huolehtimaan paremmin itsestä ja syntyneestä lapsesta. (Glavin 2012, 12; Kemp ym. 2012, 1850.)

Perhevalmennus on äitiysneuvolan keskeinen työmuoto hyvinvoinnin tukemisessa. Pää tavoite on vanhempien voimaantuminen omia voimavaroja vahvistamalla. Perhevalmennus pyrkii ennaltaehkäisemään raskauteen liittyviä pelkoja ja parantamaan raskaudenaikaista ja syntymän jälkeistä hyvinvointia uudessa muuttuvassa tilanteessa. Voimaantumisen kokemisessa tärkeää on tunne oman elämän hallinnasta. (Haapio ym. 2009, 56, 112-116.) Ryttyläisen (2005) tutkimuksessa raskaana olevan hallinta raskauden aikana mahdollistuu parhaiten äitiysneuvolan työntekijöiden kanssa. Tutkimus tuo esiin äitiyshuollon kehittämistarpeita raskaana olevan hallinnan tunteen näkökulmasta. Tulevaisuuden äitiyshuollon kehittämisen lähtökohtana tulee olla asiakkaan omaa hallintaa tukeva ja vaihtoehtoja ymmärtävä toimintatapa. Asiakkaan tulee itse osallistua päätöksentekoihin raskautensa eri vaiheissa. Terveystenhoitajan koulutuksissa tulee painottaa toimintatapoja naisen hallinnan, osallistumisen ja itsetunnon edistämiseksi. Etenkin dialogisuuden harjoittelu on tärkeää, jotta on helpompaa ottaa puheeksi vaikeita ja normaalia poikkeavia asioita. Vastaanotoilla tulee painottaa entistä johdonmukaisemmin psyykkisen tuen merkitystä. (Ryttyläinen 2005, 153-155.)

4.4 Moniammatillinen yhteistyö

Äitiysneuvolassa on yleensä mahdollisuus moniammatilliseen yhteistyöhön neuvola-psykologin ja perhetyöntekijöiden kanssa. Työskentelymuotoja on erilaisia ja tavoitteena on raskaana olevan omien vahvuuksien tukeminen ja selviytyminen sekä toimia yhteistyössä koko perheen hyväksi. (Klemetti & Hakulinen-Viitanen 2013, 284.) Moniammatillista yhteistyötä tehdään etenkin riskioloissa elävien perheiden kanssa. Perheiden tukemiseksi tarvitaan selkeitä yhteistyössä toteutettuja toimintamalleja. Lähtökohtana tulee olla terveydenhoitajien ja mielenterveystyötä tekevien työntekijöiden yhteistyö. Moniammatillisen tiimin tulee kokoontua vain, jos perhe osallistuu järjestettyyn tapaamiseen. Paras yhteistyö mahdollistuu usein asiakkaan kotona. (Honkala 2008, 235-237.)

Moniammatillinen yhteistyö nähdään usein ratkaisukeinona perheessä syntyneisiin haasteisiin. Yhteistyön hyödyntäminen nähdään hyvänä vaihtoehtona, kun ei kyetä ratkaisemaan ongelmaa yksin perheen kanssa. (Sirviö 2006, 88.) Tärkeää moniammatillisessa yhteistyössä on yhteisten pelisääntöjen luominen. Niillä on todettu olevan merkitystä myös asiantuntijuuden kehittymisessä. Yhteiset koulutukset ja säännölliset tapaamiset edistävät myös yhteistyön kehittymistä. (Sirviö 2006, 138.) Moniammatillisen yhteistyön perusta onkin hyvän keskusteluyhteyden ja vuorovaikutuksellisen yhteistyön luominen. Tärkeää on olla tietoisia omista ja toisten arvoista sekä toimintatavoista. Moniammatillisuus vaatii aktiivista, suunnitelmallista ja joustavaa toimintaa yhteistyön hyväksi. (Lindholm 2007, 23.)

Tampereen Hyvinvointineuvola-toimintamalli pohjautuu moniammatilliseen yhteistyöhön. Sen on koettu olevan tarpeellinen juuri ennaltaehkäisevässä työssä ja varhaisessa auttamisessa. Vastuu asiakkaasta jakautuu jokaiselle tiimin jäsenelle. Asiakkaat ovat kokeneet hyväksi, että eri ammattiryhmien jäsenet keskustelevat keskenään asiakkaan tilanteesta. Toimintamallin on todettu myös parantavan yhteistyötahojen välistä tiedonkulkua ja antavan mahdollisuuden tasa-arvoiseen työskentelyyn eri ammattiryhmien välillä. (Hyvinvointineuvola-toimintamalli Tampereella 2007, 3, 14.)

5 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

5.1 Toimintatutkimus

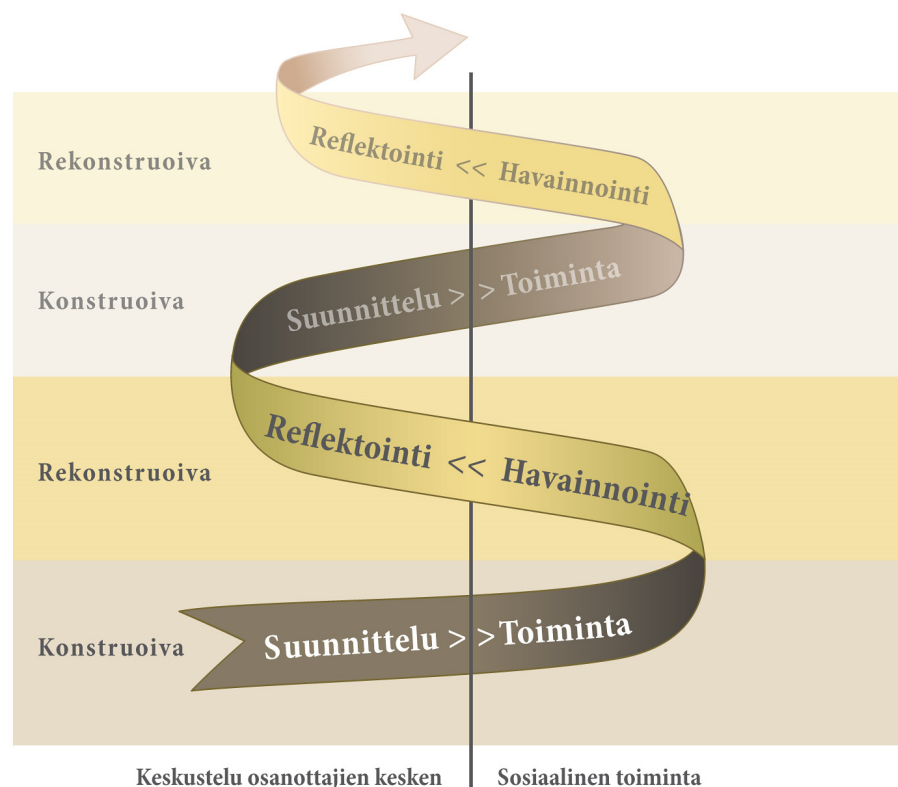
Opinnäytetyö toteutettiin toimintatutkimuksena (Heikkinen 2015, 217), jonka aikana kehitettiin ennaltaehkäisevän mielenterveystyön toimintamalli Ylöjärven äitiysneuvolaan. Keskeisenä lähtökohtana oli äitiysneuvolan ennaltaehkäisevän mielenterveystyön käytäntöjen sekä oman työn kehittäminen. Toimintatutkimuksen avulla pyritäänkin ratkaisemaan käytännön ongelmia ja muuttamaan sitä paremmaksi. Keskeistä on myös saada uusia näkökulmia ja lisätä ymmärrystä tutkimusaiheesta. Toimintatutkimuksen avulla halutaan selvittää kuinka asioita tulisi kehittää, eikä ainoastaan kuinka ne ovat tällä hetkellä. (Heikkinen 2009, 16-17, 36-37; Myers 2009, 55.) Äitiysneuvolatyötä tarkasteltiin ennaltaehkäisevän mielenterveystyön näkökulmasta ja pyrittiin sitä kautta lisäämään sekä tietämystä että ymmärrystä aiheesta. Aihetta tarkasteltiin nykyisten toimintatapojen sekä kehittämistarpeiden kautta.

Toimintatutkimus on vuorovaikutuksellista toimintaa ja sen keskeinen piirre on yhteisöllisyys. Tutkija reflektoi toimintaa tutkittavien kanssa koko tutkimuksen ajan. Lisäksi koko toimintaympäristö tulee huomioida yhteisissä päätöksenteoissa. (Heikkinen 2009, 16-17, 36-37; Myers 2009, 55.) Opinnäytetyötä tehtiin toimintamallin kehittämiseksi yhteistyössä äitiysneuvolan terveydenhoitajien sekä toimintaympäristöön kuuluvien muiden yhteistyötahojen kanssa. Kaikki tutkijat eivät kuitenkaan korosta yhteistoiminnallisuutta vaan myös tutkijan itsereflektiivisyys on merkityksellistä. Toimintatutkimuksen onkin todettu alkavan usein yhden henkilön aloitteesta, mutta laajenevan yhteisölliseksi toiminnaksi. (Heikkinen 2015, 215.) Toimintatutkimuksessa omaa työtään kehittävällä tutkijalla on yleensä käytännön kokemusta tutkittavasta kohteesta. Tällaista tutkijaa kutsutaan toimija-tutkijaksi. Haasteellisena toiminta-tutkijalle on identiteetin omaksuminen, koska hän toimii tutkijan ja toimijan välimaastossa. Tutkijalla on tarve selvittää voisiko asioita tehdä uudella tavalla. Muutostarve on lähtöisin yleensä käytännön ongelmasta ja näkemyksestä. (Huovinen & Rovio 2006, 94-95.) Opinnäytetyön tekijä osallistui toimija-tutkijana toimintamallin kehittämiseen omassa työyhteisössä. Tutkijan keskeinen tehtävä on tutkimusaineiston kerääminen (Huovinen & Rovio 2006, 94-95). Tutkimusaineisto kerättiin terveydenhoitajien haastatteluilla (Hirsjärvi 2008, 199-201) ja sitä kautta pyrittiin kannustamaan osallistujia oman työnsä kehittämiseen.

Toimintatutkimuksella pyritäänkin ihmisten voimaannuttamiseen vahvistamalla uskoa omiin kykyihin ja toimintamahdollisuuksiin sekä päätöksenteot pohjautuvat yhteisiin päämääriin (Järvinen & Järvinen 2011, 127; Heikkinen 2009, 19-21).

5.1.1 Toimintatutkimuksen vaiheet

Toimintatutkimus on syklisesti etenevä prosessi. Siihen kuuluvat uutta rakentava ja tulevaisuuteen suuntautuva konstruoiva vaihe sekä toiminnan havainnoinnin ja arvioinnin rekonstruoiva vaihe. Suunnittelu, toiminta, havainnointi ja reflektointi muodostavat yhden syklin. Peräkkäiset syklit muodostavat puolestaan spiraalin, jossa toiminta ja ajattelu vuorottelevat. Toiminnalla käsitetään tässä yhteydessä sosiaalista toimintaa. Jatkuvuus ja spiraalimainen kehittäminen voivat sisältyä yhteenkin sykliin. (Heikkinen 2009, 19-21; 79-82; Suojanen 2004.) Alla olevassa kuviossa toimintatutkimuksen spiraali ja sen vaiheet Carrin ja Kemmisin mukaan (kuvio 2).



KUVIO 2. Toimintatutkimuksen spiraali ja sen vaiheet Carrin ja Kemmisin mukaan (muokattu Heikkinen ym. 2006, 79 ja Heikkinen 2015, 21.)

Toimintatutkimuksen spiraalimalli kuvaa vaiheet pelkistetysti, mutta todellisuudessa niitä on vaikea erottaa toisistaan. Reflektiivisen spiraalin pyrkimyksenä onkin antaa yleiskuva toiminnan etenemisestä ja sen periaatteesta. (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2006, 80.) Tämänkin opinnäytetyön suunnittelussa ja etenemisessä otettiin huomioon toimintatutkimukseen liittyvät vaiheet. Keskeistä oli toimintatutkimuksellinen työote ja tutkimusvaiheiden eteneminen suunnittelun ja toteutuksen kautta raportointiin. (Heikkinen & Rovio 2008, 126). Tämän toimintatutkimusprosessin vaiheet esitellään alla olevassa kuviossa (kuvio 3).



KUVIO 3. Toimintatutkimusprosessin vaiheet

Tutkimusprosessi alkoi suunnitteluvaiheesta syksyllä 2015, jonka aikana laadittiin kirjallisuuskatsaus aiheesta ja perehdyttiin muuhun aihetta käsittelevään kirjallisuuteen. Teoreettisten lähtökohtien pohjalta määriteltiin tutkimuksen tavoitteet ja tutkimustehtävät (Heikkinen ym. 2006, 86, 96; Suojanen 2014), joihin pyrittiin saamaan vastaus tutkimuksen aikana. Suunnitteluvaiheessa mietitään myös tutkimuksen aikataulu ja sen toteuttaminen, aineiston hankintaan käytettävät menetelmät sekä tutkimusluvan anominen (Heikkinen ym. 2006, 86, 96; Suojanen 2014). Suunnitteluvaiheen aikana tehtiin

myös tutkimussuunnitelma aikatauluineen ja anottiin tutkimuslupa. Tutkimuslupa myönnettiin joulukuussa 2015.

Toimintavaihe alkoi keväällä 2015 ja se päättyi syksyllä 2015. Vaihe eteni alustavan tutkimussuunnitelman mukaisesti. Toimintavaihe sisältää kokouksia, kuuntelemista, kyselemistä, yhteistä suunnittelua ja yhteenvetojen tekemistä (Huovinen & Rovio 2006, 102). Toimintavaihe alkoi terveydenhoitajien haastatteluilla (Hirsjärvi 2008, 199) ja jatkui tutkimusaineiston sisällönanalysilla (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95). Lisäksi toimintavaiheen aikana tehtiin yhteistyötahojen asiantuntijahaastattelut (Koppa 2015) sekä pidettiin äitiysneuvolapalavereja toimintamallin kehittämiseksi. Toimintavaiheeseen sisältyy myös toiminnan havainnointi ja reflektointi (Huovinen & Rovio 2006, 102). Havainnointi auttaa keräämään tietoa myöhempää analysointia ja reflektointia varten. Reflektointi on omien ajatustapojen, uskomusten ja kokemusten tarkastelua. Se auttaa synnyttämään uusia suunnitelmia siitä miten toimintaa pitäisi kehittää. Keskeisenä ajatuksena on tarkastella asioita uudesta näkökulmasta ja pyrkiä ymmärtämään omaa toimintaansa sen kehittämiseksi. (Toimintatutkimus 2016.) Toimintatutkimusprosessin aikana havainnointia ja itsereflektointia tapahtui koko ajan. Opinnäytetyön tekijä dokumentoi keskusteluja, asetettuja tavoitteita ja esitettyjä näkemyksiä sekä kokosi niistä yhteenvetoja toimintamallin vaiheittaiseksi kehittämiseksi. Osallistujat ottivat kantaa, keskustelivat ja pohtivat mahdollisuuksia ja tavoitteita. Havainnoinnin helpottamista auttoi tutkimuspäiväkirjan (Suojanen 2004) pitäminen, jonka avulla tarkasteltiin tutkimuksen eri vaiheita sekä työstettiin kokoavia esitelmiä. Esitelmät lähetettiin sähköpostilla terveydenhoitajille tutkimuksen edetessä.

Raportointijaksoon kuuluvat tutkimusraportin kirjoittaminen, tutkimuksen julkaiseminen ja sen esittäminen. Raportti kokonaisuudessaan on juonellinen kuvaus toimintatutkimuksen vaiheista, jossa on alku, keskikohta ja loppu. (Heikkinen & Rovio 2006, 117.) Raportointijakson aikana laadittiin tutkimusraportti, jossa kuvattiin tutkimusprosessin eteneminen vaihe vaiheelta. Raportointijakson lopuksi opinnäytetyö esitettiin ja toimintamalli julkaistiin. Toimintatutkimukseen kuuluu myös toiminnan, havainnoinnin ja reflektoinnin kautta tehty arviointi, joka on pohjana uudelle suunnittelulle ja kokeilulle (Heikkinen ym. 2006, 79). Äitiysneuvolan ennaltaehkäisevän mielenterveystyön toimintamallia on tarkoitus jatkossa arvioida sen kehittämiseksi.

5.2 Aineiston keruu

Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla (Hirsjärvi 2008, 199-201) äitiysneuvolan terveydenhoitajia. Lisäksi haastateltiin äitiysneuvolan keskeisimpiä yhteistyötahoja toimintamallin kehittämiseksi. Haastattelujen avulla saatiin mahdollisimman monipuolista tietoa tutkittavasta aiheesta. Ne tarjosivat mahdollisuuden yhteiselle keskustelulle ja tutkittavien aktiivisen osallistumisen toimintamallin kehittämiseen. Tutkimukseen osallistuvilta on kysyttävä tietoinen suostumus osallistumisesta. Tärkeää on korostaa, että osallistuminen perustuu vapaaehtoisuuteen. Tutkittaville tulee selostaa tutkimuksen luonne ja sen tarkoitus sekä tehdä tiettäväksi osallistumiseen liittyvät riskit ja edut. (Marshall 2007, 4.) Sekä terveydenhoitajien haastatteluihin osallistuvilta että yhteistyötahojen haastateltavilta pyydettiin kirjallinen suostumus (Liitteet 2 ja 3) osallistumisesta. Lisäksi haastateltaville korostettiin, että he saivat keskeyttää osallistumisen missä vaiheessa tahansa.

Terveydenhoitajien haastattelut toteutettiin kahtena ryhmähaastatteluna (Heikkinen 2009, 109), joihin osallistui seitsemän äitiysneuvolan terveydenhoitajaa. Ensimmäiseen ryhmähaastatteluun osallistui viisi terveydenhoitajaa ja haastattelu kesti 1 h 45 min. Toinen haastattelu kesti 1 h 15 min ja siihen pääsi osallistumaan kaksi haastateltavaa aiemmasta suunnitelmasta poiketen. Alkuperäisen suunnitelman mukaan haastateltavia piti olla neljä. Molemmat haastattelut toteutettiin ja nauhoitettiin Ylöjärven keskustan neuvolan neuvotteluhuoneessa. Opinnäytetyön tekijä toimi haastattelijana.

Ryhmähaastattelulla tutkimusaineistoa voidaan kerätä vapaamuotoisesti useammalta vastaajalta samanaikaisesti. Osallistujat voivat kommentoida asiaa spontaanisti ja tuottaa monipuolista tietoa tutkittavasta aiheesta. Haastattelijan tehtävä on puhua haastateltaville yhtä aikaa ja pyrkiä suuntaamaan kysymyksiä myös erikseen jokaiselle osallistujalle. (Heikkinen 2009, 109-111; Hirsjärvi ym. 2008, 205-206; Hirsjärvi ym. 2000, 61-63.) Haastatteluissa osallistujat saivat kommentoida aiheita vapaasti. Kysymykset suunnattiin aluksi yleisesti, mutta myös tarkentavia kysymyksiä tehtiin sekä yhteisesti että erikseen. Keskustelu oli pohtivaa, haastateltavat kunnioittivat toisia osallistujia ja jokainen sai sanoa mielipiteensä. Ryhmähaastattelulla on etuja ja haittoja verrattuna yksilöhaastatteluihin. Ryhmähaastattelutilanteessa myös arat haastateltavat saavat tukea toisilta ryhmän jäseniltä. Ryhmä voi myös korjata väärinymmärryksiä tai auttaa muistamaan unohdettuja asioita. Toisaalta ryhmässä voi olla joidenkin vaikea ilmaista omia mielen-

teitään tai ilmaista kielteisiä näkökulmia tutkittavasta asiasta. Haastattelijan tehtävä on ohjailta haastattelun kulkua ja antaa tilaa kaikille haastateltaville. (Heikkinen ym. 2009, 109-111; Hirsjärvi ym. 2008, 61-62, 205-206; Hirsjärvi & Hurme 2000, 61-63.) Ensimmäisen ryhmähaastattelun keskustelu oli vilkasta ja haastateltavat puhuivat välillä toistensa päälle. Haastattelijan olisi pitänyt osata rauhoittaa haastattelun kulkua, mutta kollegiaalisuus haastateltavia kohtaan ja kokemattomuus ryhmähaastattelun teosta vaikuttivat osaltaan siihen, miten haastattelu eteni. Toisaalta vapaa ja spontaani keskustelu loi vapaan ja avoimen vuorovaikutuksen sekä haastateltavien että haastattelijan välille. Toisen ryhmähaastattelun tunnelma oli rauhallinen ja tilaa antava, eikä päällekkäistä puhumista esiintynyt.

Ryhmähaastattelut toteutettiin teemahaastatteluina, koska haluttiin tuoda esiin terveydenhoitajien omia kokemuksia ja ajatuksia tutkittavasta aiheesta. Teemahaastattelussa korostuukin ihmisen oma tulkinta asioista ja niiden merkityksistä. Asioiden merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa toisten haastateltavien ja haastattelijan välillä. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 47-48.) Teemahaastattelussa pyritään löytämään vastauksia ennalta asetettuun tutkimustehtävään ja tarkoitukseen. Se etenee etukäteen valittujen teemojen mukaan, joiden ympärille on muodostettu tarkentavia kysymyksiä. (Hirsjärvi ym. 2008, 203; Tuomi & Sarajärvi 2009, 74-75). Molemmat ryhmähaastattelut etenivät suunniteltua teemarunkoa (Liite 4) soveltaen, ja haastattelujen aikana tehtiin tarkentavia kysymyksiä.

Terveydenhoitajien haastattelujen jälkeen tehtiin neljä yhteistyötahon asiantuntijahaastattelua (Koppa 2015). Haastattelujen tarkoituksena oli saada yhteistyötahoilta kommentteja ja näkemyksiä toimintamallin kehittämiseksi terveydenhoitajien haastattelujen pohjalta. Haastateltavina olivat terveyskeskuksen neuvolalääkäri, perusterveydenhuollon mielenterveystiimiin kuuluvaa neuvolapsykologi, mielenterveyskeskuksen psykiatrisen sairaanhoitaja sekä perhetyön ohjaava perhetyöntekijä. Haastattelut nauhoitettiin muistin tueksi.

5.3 Sisällönanalyysi

Terveydenhoitajien haastatteluista saatu tutkimusaineisto litteroitiin ja analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95). Aineistolähtöisessä

analyysissä valitaan tutkimusaineistosta tutkimuksen tarkoitusta ja tehtävää vastaavat näkökulmat. Teorialla tai aikaisemmilla tiedoilla ei pitäisi olla vaikutusta aineistolähtöiseen lopputulokseen. Tutkijan tehtävänä on analysoida asioita tutkittavien ehdoilla eikä omien ennakkoluulojensa mukaan. Aineistolähtöisen analyysin tarkoituksena on siis aineiston tiivistäminen selkeään muotoon muuttamatta sen antamaa tietoa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95-98.)

Aineistolähtöinen analyysi on kolmivaiheinen. Ensimmäisessä vaiheessa aineisto pelkistetään tutkimustehtävittäin karsimalla tutkimusaineistosta epäoleellinen tieto. Analyysin alussa tulee määrittää analyysiyksikkö, joka voi olla sana tai lause. Auki kirjoitetusta aineistosta etsitään ja merkitään tutkimustehtävää vastaavat ilmaisut. Merkityistä alkuperäisilmauksista tehdään pelkistetty lause. (Tuomi & sarajärvi 2009, 101-113.) Ryhmähaastattelujen aineisto litteroitiin eli auki kirjoitettiin sanasta sanaan helmikuun 2016 aikana. Tämän jälkeen aineisto analysoitiin maaliskuussa 2016. Auki kirjoitetusta aineistosta etsittiin vastauksia tutkimustehtävittäin. Tutkimustehtävää vastaavat ilmaisut koodattiin väreillä, jonka jälkeen alkuperäisilmauksesta muodostettiin pelkistetty lause. Alhaalla olevassa kuviossa on esimerkkejä pelkistämisestä (kuvio 4).

Alkuperäisilmaus	Pelkistys
”Ja sehän tietysti on kanssa sitä ennaltaehkäisevää mielenterveyttä se, että sää kerrot, että jos haluu puhua niin mä kuuntelen, mutta ei tarte.”	Annetaan asiakkaalle mahdollisuus ja lupa puhua painostamatta
”Kyllähän mielenterveyden tukeminen on iha sitäkin, että kertoo niistä raskauden muutoksista ja siitä kehon kuvan muutoksista...normalisoida sitä tilannetta.”	Raskauden normalisoiminen kertomalla raskauden tuomista muutoksista
”Aika yksipuoleinen, sinne lähettellään eikä sieltä kauheesti viestiä tuu, ois kiva tietää vähän, että missä mennään ja onks ollu apua ja onks tilanne muuttunu parempaan suuntaan, että tietäs miten ottaa puheeks neuvolan puolella.”	Yhteistyötahojen palautteet puheeksi ottamisen tueksi ja hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi

KUVIO 4. Esimerkkejä pelkistämisestä

Toinen analyysin vaihe on ryhmittely. Siinä pelkistetyt lauseet käydään läpi huolellisesti ja etsitään samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia. Samanlaiset käsitteet ryhmitellään ja luokitellaan sisältöä kuvaavalla ilmaisulla. Pelkistetyistä ilmauksista luodaan alaluokkia. Yksittäisten ilmausten yhdistäminen ylempiin käsitteisiin tiivistää aineistoa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 101-113.) Opinnäytetyön tutkimusaineiston pelkistetyt ilmaukset käytiin läpi ja luotiin alaluokkia tutkimustehtävittäin. Alaluokkia muodostui ensimmäiseen tutkimustehtävään 39 ja toiseen 28.

Kolmantena vaiheena on aineiston käsitteellistäminen. Siinä jatketaan luokkien yhdistämistä tekemällä johtopäätöksiä ja luomalla teoreettisia käsitteitä. Alaluokista muodostetaan yläluokkia ja yläluokista pääluokkia niin kauan kuin aineiston sisällön mukaan on mahdollista. Tutkija ei saa tyytyä ensimmäiseen ratkaisuun vaan aineisto on käsiteltävä useampaan kertaan. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin tulokset kuvataan luokittelujen pohjalta. Tuloksissa esitetään muodostetut käsitteet, luokat ja niiden sisällöt. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 101-113.) Tämän toimintatutkimuksen aineistoa käsiteltiin useampaan kertaan, jotta löydettiin johdonmukaiset luokat haastatteluaineiston pohjalta. Ensimmäisen tutkimustehtävän alle muodostui yläluokkia yhdeksän ja pääluokkia kolme. Toiseen tutkimustehtävään muodostui yläluokkia kahdeksan ja pääluokkia kolme. Seuraavassa kappaleessa esitellään keskeiset terveydenhoitajien haastattelujen tutkimustulokset. Tutkimustulokset raportoidaan tutkimustehtävittäin. Tulokset on kirjoitettu auki pääluokista yläluokkien kautta alaluokkiin. Aineistoa on pyritty syventämään ja selkeyttämään haastattelusta poimittujen esimerkkien avulla. Tutkimustehtäväkohtaiset luokitte-
lut esitellään tarkemmin liitteissä (Liitteet 5 ja 6).

6 TERVEYDENHOITAJIEN HAASTATTELUIJEN TULOKSET

6.1 Äitiysneuvolan ennaltaehkäisevä mielenterveystyö

Äitiysneuvolan ennaltaehkäisevä mielenterveystyön nykyinen toimintamalli sisältää työntekijä-, työyhteisö- ja yhteistyölähtöisiä toimintatapoja (kuvio 5).



KUVIO 5. Äitiysneuvolan ennaltaehkäisevän mielenterveystyön työntekijä-, työyhteisö- ja yhteistyölähtöiset toimintatavat

6.1.1 Työntekijälähtöisiä toimintatapoja

Ammatillisten vuorovaikutustaitojen hyödyntäminen oli ennaltaehkäisevän mielenterveystyön keskeinen toimintatapa. Kuunteleminen ja ennen kaikkea kuuleminen olivat ensisijaisia lähtökohtia asiakkaan kohtaamisessa, ei niinkään asioiden ratkaiseminen. Asioiden puheeksi ottamista sekä vaikeidenkin asioiden esiin nostamista tuettiin kartoittamalla herkästi jaksamista ja mielialaa. Asiakkaalle annettiin lupa tuoda asioita esiin.

Dialoginen vuorovaikutus näkyi myös aitona läsnäolona, jossa pyrittiin löytämään yhteinen näkemys ja ymmärrys asioista. Keskustelussa korostettiin avoimien ja avaavien kysymysten merkitystä. Tämän tyyppinen haastattelutekniikka tarjosi asiakkaalle mahdollisuuden löytää vastauksia oman ajattelun kautta sekä nostaa esiin tärkeiksi katsomiin asioita.

”Ylipäätään se luvan antaminen, että voi puhua kaikesta, että on lupa puhua, antanut aikaa, luvan puhua ja kuunnellu.”

”Jotenkin se, että kuuntelee loppuun saakka, eikä ratkaise siinä välillä koko ajan jotain. Se vaatii vähän itteltäkin, että oikeesti kuuntelee, ettei koko ajan surraa päässä, että mitä tässä nyt tehtäs ja mitä tää on.”

Yksilöllinen asiakaslähtöinen kohtaaminen oli asiakkaan yksilöllisyyden kunnioittamista ja kohtaamista ilman ennakkoluuloja. Asiakkaan oman tyylin hyväksyminen nähtiin tärkeänä ja itsemääräämisoikeutta korostettiin. Asiakasta ei pakotettu puhumaan, eikä asioista udeltu, ennen kuin asiakas oli itse siihen valmis. Asiakas sai itse rajata mistä asioista puhuu ja mitä haluaa tuoda esiin. Annettiin lupa puhua vaikeistakin asioista ja palata niihin myöhemmin. Asiakkaan uskonnollista ja muuta vakaumusta kunnioitettiin. Vakaumuksesta saadut voimavarat tiedostettiin yleisesti, vaikka välillä työntekijöillä oli huoli isoista lapsiperheistä ja etenkin perheen äitien jaksamisesta. Tihennetyt tukikäynnit ja pidennetyt käynnit olivat konkreettisia tukimuotoja yksilöllisen asiakaslähtöisen kohtaamisen näkökulmasta, samoin kuin kiireetön kohtaaminen ja ajan antaminen. Asiakkaan toiveita ja ajatuksia oman hoidon suhteen kartoitettiin eikä luotu valmiita malleja. Asiakkaan ja isän osallistumista tuettiin pienillä konkreettisilla keinoilla.

”Ja sehän tietysti on kanssa sitä ennaltaehkäisevää mielenterveyttä se, sää kerrot, että jos haluat puhua niin mä kuuntelen, mutta ei tartte.”

”Kysyn siltä asiakkaalta mitä sä toivot, mitä sä haluaisit, että sua autettas. Mitä asiakas itse ajattelee asiasta. Mitä sä itse haluat, mistä sais apuja. Ettei vaan anna, ett nyt sun täytyy mennä tonne ja nyt tonne.”

”Mää pistän isät kuunteleen ne sydänäänät. Hakeen niitä. Sitten kun joskus näkee sen isän ilmeen ja kuinka tärkeä se on sille äidillekin, kun ne yhdessä kokee sen, että isä haki sen. Kuuluu ne ekan kerran ne sydänäänät.”

Työntekijän toimintaa ohjaavia arvoja olivat avoimuus ja luottamuksellisuus. Luottamuksen saamisen koettiin olevan haasteellista ja vaativan aikaa. Asiakkaan turvallisuus-

den tunnetta tuettiin olemalla tavoitettavissa. Asiakkaalle annettiin lupa soittaa tarvittaessa ja korostettiin, ettei häntä jätettäisi yksin. Asiakkaita kohdeltiin tasa-arvoisesti tarjoamalla jokaiselle mahdollisuus äitiysneuvolan toimintamallin mukaisiin tarkastuksiin, oli sitten kyseessä ensisynnyttäjä tai uudelleensynnyttäjä. Vastuullisuus nähtiin asioiden loppuun hoitamisena ja kokonaisuuden huomioimisena. Näkökulma omaan työhön lähti juuri ennaltaehkäisevistä lähtökohdista, ja neuvolan rooli koettiin merkityksellisenä ennaltaehkäisevän mielenterveystyön näkökulmasta.

”Neuvolanrooli ja merkitys on aika iso, välttämättä äiti ei käy missään muualla kun neuvolassa, tällasen viranomaisen taholla. Sitten toisaalta ihminen on niin kokonaisuus, kyl se on tosi tärkeä alue huomioida.”

Positiivisen mielenterveyden tukeminen liittyi toivon ylläpitämiseen. Terveystenhoitajat suuntasivat positiivisia näkemyksiä tulevaisuuteen ja mahdollistivat toivon tunteen asiakkaalle. Työntekijät pyrkivät tukemaan omalla toiminnallaan positiivista synnytyskokemusta sekä äitiyteen kasvamista. Lisäksi mielenterveyteen ja elämäntilanteeseen liittyviä haasteita pyrittiin normalisoimaan sekä luomaan sitä kautta luonnollista näkemystä raskauden eri vaiheista. Asiakasta kannustettiin ja rohkaistiin keskustelemaan vaikeistakin asioista. Asiakasta myös motivoitiin ottamaan apua vastaan. Yhteiskunnallinen keskustelu mielenterveydestä koettiin myös positiivisena ja toivoa antavana. Keskustelun koettiin olevan avoimempaa ja asiakkaatkin toivat asioitaan enemmän esiin vastaanotoilla kuin aikaisemmin. Toisaalta koettiin, että mielenterveydenongelmat olivat lisääntyneet ja diagnooseja tehtiin enemmän kuin aikaisemmin. Asiakkaan omien voimavarojen tukeminen oli osa positiivisen mielenterveyden tukemista ennaltaehkäisevässä ja myös korjaavassa mielessä

”Monenlaisia tunteita äideillä, että välillä saattaa pelottaa hirveesti ja välillä kaduttaa hirveesti. Mun mielestä niitä on tosi tärkeä purkaa auki, että on ihan normaaleja ja ne kuuluu asiaan ja ne ei tarkoita sitä, että nyt sää et halua tätä lasta. Vaik se ois kui ilonen asia niin silti siin on monta puolta ja tosi isoja juttuja. Raskaus itsessään on jo kriisivaihe ihmisen elämässä. Suuri muutos ja identiteetin muutos.”

”Minulle voimaannuttavia tekijöitä, niitten esiin nostaminen. Suomeksihan se tarkoittaa mitkä asiat on elämässä hyvin.”

6.1.2 Työyhteisölähtöisiä toimintatapoja

Eräänä työyhteisölähtöisenä toimintatapana käytettiin erilaisia terveyttä edistäviä työvälineitä. Esitietokaavakkeen läpikäyminen yhdessä asiakkaan kanssa raskauden ensimmäisellä käynnillä avasi asiakkaan taustoja luontevasti. Työntekijät kartoittivat samalla asiakkaan sen hetkistä avun tarvetta ja arvioivat, tarvitseeko asioihin palata raskauden aikaisten käyntien yhteydessä, vai vasta synnytyksen jälkeen. Laajaa terveystarkastusta käytettiin ensisijaisena varhaisen puuttumisen ja riskiasiakkaiden seulonnan työvälineenä. Ensikäynti ja laaja terveystarkastus tukivat toisiaan peräkkäisinä käynteinä. Laajassa terveystarkastuksessa käytettyä, Ylöjärvelle räätälöityä, voimavarakaavaketta käytettiin välillisenä työvälineenä. Kaavakkeeseen sisällytyt avoimet kysymykset helpottivat asioiden esiin nostamista. Seksuaalisen hyväksikäytön ja lapsuudessa koetun perheväkivallan puheeksiottaminen oli helpompaa kaavakkeeseen lisättyjen suodatin- ja kartoituskysymysten avulla. Varhaista vuorovaikutusta tukeva haastattelu, raskaudenaikainen kotikäynti ja synnytyskeskustelu lukeutuivat varhaisen vuorovaikutuksen työvälineisiin. Synnytyskeskustelu oli tärkeä, koska asiakkaan papereissa ja palautteissa ei ollut juuriakaan tietoa synnytyksen kulusta ja synnytyksen jälkeisestä voinnista. Kotikäynnit olivat terveydenhoitajien merkittävin työväline. Ne toivat vaihtelua omaan työhön ja olivat sitä kautta tukemassa myös terveydenhoitajien jaksamista. Toisaalta kotikäyntien järjestäminen vaati aikaa ja loi sen vuoksi ylimääräistä stressiä. Ammatillisen näkemyksen antaminen raskaudesta ja mielialassa tapahtuvista muutoksista molemmille vanhemmille oli myös merkittävä työyhteisölähtöinen työtapa.

”Mää tykkään tosi paljo puhua siitä miten synnytys lähti käyntiin ja miten se meni, eikä tietoja oo missään papereissa. Sillä on taas kauheen suuri merkitys kokemuksen ja myöskin mielenterveydelle ja mielenterveyden kannalta.”

”Mielenterveyden tukeminen on iha sitäkin, että kertoo niistä raskauden muutoksista ja siitä kehonkuvan muutoksesta kun sehän tän päivän nuorille naisille voi olla kauhistus kun ne huomaa, että paino nousee ja sää et voikaan sille mitään. Jotenkin normalisoida sitä tilannetta, ja kertoo myöskin mitä mielessä saattaa liikkua ja myöskin miehelle, että hänkin tietää mitä siellä naisen päässä voi liikkua.”

Suunnitelmallinen hoitotyö tarkoitti muun muassa asianmukaista ja hoidon jatkuvuutta tukevaa kirjaamista. Työntekijät toivoivat selkeämpiä ja yhtenäisempiä kirjaamiskäytäntöjä. Ennakkotietojen kirjaaminen ennen ensikäyntiä puhelinkontaktin perusteella oli

hyvä keino lisätä hoidon suunnitelmallisuutta. Tarpeellista oli myös raskaudenaikaisen mielialamuutoksen kirjaaminen synnytyssairaalan esitetietoihin. Tarkoituksena oli turvata myös tällä tavoin hoidon jatkuvuus neuvolasta synnytyssairaalaan ja takaisin neuvola-palvelun piiriin. Asiakassuhteiden jatkuvuus oli myös olennainen osa suunnitelmallista hoitotyötä. Pitkät asiakassuhteet mahdollistivat mielialassa tapahtuvien muutosten huomaamisen. Suunnitelmallisuus korostui myös asiakkaalle tarjottavien tukikäyntien muodossa. Tarvittaessa asiakkaalle tarjottiin ylimääräisiä aikoja ja käyntejä, joiden aikana asioihin palattiin ja niitä työstettiin yhdessä.

”On nähny useamman kerran ja tullu enemmän tutuks sen asiakkaan kanssa ja tietää vähän minkälainen se on luonteeltaan, minkälainen on olu, jos muuttuu kovasti niin sit ottaa puheeks.”

”Sitten tietysti tihennetyt käynnit, että ottaa useammin käymään, jos huomaa, että aina menee se pari tuntia kun puhuu vaan.”

Verkostokeskeisyys tarkoitti perhekeskeistä ajattelua ja läheisverkoston huomioimista. Parisuhdetta tuettiin puhumalla arjen rakkauten teoista ja nostamalla esiin vastaanottojen aikana kuultuja positiivisia viestejä. Lisäksi pariskuntia kannustettiin keskustelemaan yhteisistä asioista voimavarakaavakkeiden pohjalta ja korostettiin niiden olevan heitä varten. Perhevalmennuksen järjestäminen oli eräs verkostoitumisen työmuoto, jonka koettiin tukevan asiakasta. Vertaistuen tarjoamista asiakkaalle ja perheelle pidettiin ennaltaehkäisevän mielenterveystyön kannalta merkityksellisenä. Seurakunnan kerhoista, vauvaryhmistä ja muista ryhmämuotoisista verkostoista kertominen nähtiin työnkuvaan luonnollisesti kuuluvana osana. ”Vahvuutta vanhemmuuteen”-ryhmä oli ennaltaehkäisevää mielenterveystyötä konkreettisimmillaan. Ryhmiin rekrytoiminen oli jokaisen työntekijän vastuulla ja siten yhtenäinen toimintatapa työyhteisössä. Vertaistukeen sisällytettiin myös sosiaalisen median tarjoamat ryhmät odottaville äideille. Keskusteluryhmät herättivät ristiriitaisia ajatuksia. Toisaalta niiden nähtiin olevan tukea antavia, toisaalta herättävän pelkoja.

”Moni sit sanoo, että tää oli hyvä tää kaavake, että he jutteli kotona jo, se on varmaan ihan niin kun sitä mielenterveyden tukemista.”

”Sit on nää kerhot sinänsä, että kyllähän nekin tukee monen mielenterveyttä, vauva-aikana tai kaiken näköinen verkostoituminen. Aika paljon seurakunnallakin oli niitä. ja MLL ja perhekioski, vauvatapaamisia.”

6.1.3 Yhteistyölähtöisiä toimintatapoja

Hoidon jatkuvuuden turvaaminen sisälsi yhteisesti sovitut toimintatavat jatkohoidon järjestämisestä ja käytännöistä yhteistyötahojen kanssa. Ensisijaisesti äitiysneuvolasta ohjattiin huolen herätessä kunnan neuvolapsykologille. Hänelle soitettiin asiakkaan läsnä ollessa ja varattiin aika asiakkaan puolesta. Asiakkaalle annettiin myös neuvolapsykologin yhteystiedot, jolloin asiakas pystyi itse varaamaan ajan tarvittaessa. Neuvolapsykologille pyrittiin lähettämään perustietoja etukäteen asiakkaan tilanteesta ja taustoista. Neuvolapsykologille ohjattiin monenlaisissa mielenterveyden haasteissa. Ne asiakkaat, joilla oli jo diagnoosi sekä mahdollisesti lääkitys, pyrittiin ohjaamaan neuvolalääkärin tai omalääkärin kautta läheteellä mielenterveystoimistoon. Terveyskeskuspsykologille asiakas ohjattiin lähinnä parisuhdeasioissa. Tämä toimintatapa ei kuitenkaan ollut täysin yhteneväinen. Lisäksi asiakkaille tarjottiin kriisiapua kunnan ulkopuolelta. Omaiset mielenterveystyön tukena, seurakunnan perheasiain neuvottelukeskus ja kriisikeskus Osviitta olivat yleisimmät kunnan ulkopuoliset yhteistyötahot.

”Jos on diagnoosi valmiiks ja lääkitykset niin silloin olis mielenterveystoimisto eikä neuvolapsykologi, mutta eihän sekään oo ihan sillain.”

”Yleensä se on se neuvolapsykologi, lähetään miettiin yhdessä onko se sille se aika vai katotaanko. Terveyskeskuspsykologia joissain asioissa oon konsultoinu, parisuhdekriiseissä.”

Asiantuntijaverkostojen yhteistyön osalta korostettiin sekä kunnan sisäisiä että ulkopuolisia asiantuntijakonsultaatioita. Tämä tarkoitti niin erityissairaanhoidon kuin neuvolaja omalääkärin kanssa tehtävää yhteistyötä. Neuvolapsykologi koettiin läheisimpänä ja tärkeimpänä yhteistyötahona. Hänen kanssa yhteistyössä järjestettiin myös kunnan sisäistä perhevalmennusta. Lisäksi neuvolapsykologi järjesti synnytyksen jälkeisiä vauvataapamisia, jotka kuuluivat vahvasti ennaltaehkäisevän mielenterveystyön piiriin. Neuvolalääkärin tai omalääkärin toivottiin ottavan enemmän kokonaisvastuuta asiakkaan tilanteesta. Perhe- ja asiantuntijapuodin toiminta oli vielä uusi, joten sitä ei työntekijöiden keskuudessa ollut juurikaan hyödynnetty. Seurakunnan järjestämät eroillat mainittiin myös eräänä asiakkaan tukimuotona. Ristiriitaisena nähtiin, että ne olivat osittain tarkoitettu vain aviopareille.

6.2 Äitiysneuvolan ennaltaehkäisevän mielenterveystyön kehittämistarpeet

Äitiysneuvolan ennaltaehkäisevän mielenterveystyön kehittäminen jakautui työntekijä-, työyhteisö- ja yhteistyölähtöisiin kehittämistarpeisiin (kuvio 6).



KUVIO 6. Äitiysneuvolan ennaltaehkäisevän mielenterveystyön työntekijä-, työyhteisö- ja yhteistyölähtöiset kehittämistarpeet

6.2.1 Työntekijälähtöiset kehittämistarpeet

Ennaltaehkäisevän mielenterveystyön sisäistäminen oli keskeinen työntekijälähtöinen kehittämistarve. Haasteellista oli mielenterveystyön perustehtävän ymmärtäminen juuri äitiysneuvolan näkökulmasta. Lisäksi terveydenhoitajat toivat esiin vaikeutta rajata omaa työtään ja tiedostaa mikä on riittävää mielenterveystyötä juuri äitiysneuvolassa. Työntekijät kaipasivat yhteistä näkemystä työtehtävistä sekä jonkinlaista ammatillista ohjausta, mitkä perustehtävät kuuluvat neuvolaan ja mitkä muille yhteistyötahoille. Lisäksi toivottiin tietoa kiireellisyyden arvioimisessa ja erityispiirteiden tunnistamisessa.

Työntekijät pohtivat, missä tilanteissa tarvitsee tehdä muutakin kuin kuunnella. Tietämättömyys perustehtävistä koettiin osittain ahdistavana.

”Tietäs missä asioissa tarvis syvemmälle sukeltaa ja missä asiat jättää vähän vähemmälle ja joku muu hoitaa. Semmosta niin kun vähän, että mi-hinkä ja koska ja kuinka. Meillekin semmosta realiteettia, että me ei ahdistuta niistä asioista, että jotakin voi odottaa tai sun tehtäväs ei oo tää tai toi.”

”Sais sellasta raamia joltakin asiantuntijalta, että sää hoidat näitä juttuja ja me hoidetaan näitä ja sitten tehdään yhteistyötä. Sitten olisi itte kärryillä mitä siellä toisessa paikassa on tehty ja missä mennään.”

Dialogisuuden kehittäminen nousi toiseksi työntekijälähtöiseksi kehittämistarpeeksi. Helppointa oli vuorovaikutus niiden asiakkaiden kanssa, joilla oli pitkä terapiatausta. He olivat oppineet keskustelemaan asioista, ja olivat hyviä ja avoimia puhujia. Asiakkaat, joilla oli ensimmäistä kertaa mielenterveyteen liittyviä oireita, olivat haasteellisia. Haastavaa näiden asiakkaiden kanssa oli yhteisen ymmärryksen löytäminen ja asioiden sanoittaminen. Haastavaa oli myös asiakkaan motivoiminen ottamaan apua vastaan. Tähän kaivattiin jonkinlaista näkemystä tai konkreettisia työvälineitä dialogisuuden parantamiseksi. Joillekin asiakkaille tarvitsi asettaa erittäin tarkat rajat eikä pyrkiä toteuttamaan jokaista asiakkaan toivetta.

”Jos asiakas selvästi tuo ne asiat esiin ja joo on itsekin sitä mieltä, että on ongelmaan mutta ei halua mitään apua, millä sää sitten motivoit, että onkin kuule tosi rankka juttu. Niitä on vaikee auttaa, jotka eivät vielä nää tai uskalla hakea apua.”

”Siinä menee niin herkästi mukaan, että saa olla kauheen tarkkana, että ite pysyis sillä tietyllä tasolla, että menis niihin kaikkiin mukaan ja myötäil-lis niin kun joka asiaa. Että siinä äkkiä menee itte mettään. Hämääkö se mua nyt jollain jostakin vai ei.”

6.2.2 Työyhteisölähtöiset kehittämistarpeet

Asiantuntijuuden kehittäminen oli tärkeä työyhteisölähtöinen kehittämistarve. Haasteellista oli työn yksinäisyys ja työparia kaivattiin haastaviin asiakastilanteisiin. Työpari nähtiin hyödyllisenä etenkin silloin, jos asiakkaan kanssa ei päästy asioissa eteenpäin tai jäi epävarma tunne asioiden oikeasta laidasta. Koulutuksiin osallistuminen liittyi olennaisena osana asiantuntijuuden kehittämiseen. Uusien diagnoosien, lääkitysten ja hoi-

tomenetelmien vuoksi koulutus nähtiin tärkeänä osana myös äitiysneuvolan ennaltaehkäisevää mielenterveystyötä ja antavan päivitettyjä työkaluja. Koulutuksen katsottiin auttavan oman työn rajaamisessa, kiireellisyyden arvioimisessa ja erityispiirteiden tunnistamisessa sekä lisäävän varmuutta ja työssä jaksamista. Ammatillisen erityisosaamisen hyödyntäminen koko työyhteisössä oli myös eräs kehittämistarve. Sen nähtiin lisäävän ja parantavan työmotivaatiota ja työhön sitoutumista. Omien toimintatapojen julki-tuominen ja osaamisen jakaminen olivat osa ammatillisen osaamisen hyödyntämistä. Kirjaamiskäytäntöjen yhdenmukaistaminen liittyi myös asiantuntijuuden kehittämiseen. Rakenteisen kirjaamisen käyttöönottoaminen vaati kirjaamiskäytäntöjen tarkistamista ja yhtenäistämistä. Sen koettiin edelleen olevan hankalaa ja siihen toivottiin yhtenäisempiä malleja. Toisaalta ymmärrettiin, että jokaisen kirjaamistapa oli yksilöllinen eikä valmiita malleja ollut helppo rakentaa. Yhtenäisiin kirjaamiskäytäntöihin kuuluivat myös asianmukaiset tilastomerkinnot. Lisäksi muistuteltiin erityistä tukea tarvitsevien tilastomerkinnoista, jotta äitiysneuvolan todellinen työ saataisiin näkyväksi.

”Niin ja työnkaverin tuki, se on kiva kun joku kuuntelee, mutta se ei oo, kun hän ei tunne asiakasta, että tarttis olla joskus työpari tai pitäis päästä sellaseen, että olis siihen mahdollisuus. Joskus sitten semmosessakin kais pais sitä työpariapua, kun on vahva tunne, että tässä on jotain, mutta ei niin kun oikein mistään päin saa irti, eikä pääse siinä asiassa eteen, on vaan se muttu tunne.”

”On paljon parisuhdeproblematiikkaa. Vois olla ihan hyvin kerran kahdessa viikossa semmonen päivä, että ottasin yksilökäynneille tai pariskuntia. En mä missään tapauksessa oo mikään parisuhdeterapeutti, mutta niin ku käynneille et ne pääsis jonkun ulkopuolisen kanssa jutteleen, oon sitä tehnyt ennekin.”

Ajallisten resurssien lisääminen mainittiin toiseksi työyhteisön kehittämistarpeeksi. Kiireetön asiakkaan kohtaaminen oli keskeinen asia ennaltaehkäisevän mielenterveystyön kannalta. Kiireetön vastaanotto koettiin tärkeimpänä lähtökohtana asioiden puheeksi ottamiselle ja yhteiselle keskustelulle. Tämän ei koettu kuitenkaan mahdollistuvan nykyisessä työtahdissa ja nykyisillä resursseilla. Kiireen tunnettiin vaikuttavan suoraan asiakkaan kohtaamiseen, asioiden esiin nostamiseen ja omaan jaksamiseen. Toivottiin enemmän aikaa myös yksilöllisten tarpeiden mukaisille vastaanottokäynneille. Ylityökieltoon suhtauduttiin kielteisesti, koska se loi stressiä omaan työhön. Resursseja toivottiin lisää myös läheisverkostotapaamisille ja raskaudenaikaisille kotikäynneille. Raskausajan kotikäynnit tukivat synnytyksen jälkeistä kotikäyntiä, jolloin tuttuun paikkaan

oli helpompi mennä ja asioista pystyttiin puhumaan avoimemmin. Asiakkaan kohtaaminen kotona avarsi asioita monessa suhteessa.

”Ei välttämättä oo mahdollisuutta tarjota kovin nopeesti seuraavaa aikaa jos sieltä nousee, niin ei oo myöskään halua pöyhästä sellasta aihetta jonka käsittely jää ihan väkisin kesken, sit kaikki nousee asiakkaalle pinnalle ja sit sulla on seuraava aika joskus kuukauden päästä.”

Työssä jaksamisen tukeminen oli eräs kehittämistarve. Työnohjauksen puute nähtiin esteenä ennaltaehkäisevän mielenterveystyön toteutumiselle. Ei ollut paikkaa tai mahdollisuutta missä asioista voisi puhua. Pitkät ja intensiiviset vastaanotot olivat haasteellisia ja vaikuttivat omaan jaksamiseen. Myös asiakkaiden vaikeilla ja kuormittavilla elämäntilanteilla oli vaikutusta työssä jaksamiseen. Oma jaksaminen myös kostautui asiakkaalle siten, että ei ollut aina halua tai kykyä kuunnella asiakkaan vaikeita elämäntilanteita, tai edes välttämättä vastata asiakkaalle. Työnohjaajaksi toivottiin ulkopuolista työnohjaajaa, jolla olisi kokemusta tai ainakin tietämystä terveydenhoitajan työstä. Toisaalta mietittiin myös oman työyhteisön sisäistä työnohjauksen järjestämistä. Työtoverien kanssa keskusteleminen nähtiin eräänä tukimuotona työssä jaksamiselle. Se ei kuitenkaan korvannut ajatusta työnohjauksesta, eikä työtovereille haluttu kaataa omia asiakastapauksia. Kaikilla työntekijöillä ei myöskään ollut välttämättä työtoveria omassa työyksikössä. Työyhteisön tuki ja yhteinen keskustelu olivat kuitenkin kokonaisuutena työssä jaksamisen edellytyksiä. Kokouksien toivottiin olevan vähemmän asiapitoisia ja toivottiin enemmän aikaa ja mahdollisuuksia asioiden jakamiseen. Tämän nähtiin myös hyvänä pohjana yhteiselle arvokeskustelulle.

”Musta on ihan epäinhimillistä. Kuka venyy semmoseen, että sää et oo yhtään vielä työstäny sitä edellistä pois mielestä, kaikki kirjaamatta, kaikki tekemättä, niin siellä on seuraava ja se voi kaataa saman tai jonkun ihan eri jutun sun niskaan ja taas sun täytyy jaksaa. Että kun hirveesti katotaan paljonko kävijöitä, niin ei todellakaan kerro kaikkee.”

”Sitä tavallaan miettii, että jonkun verran sitä täytyy yhdessä määrittää. Mikä on normi, yleistä ja mikä patologista tavallaan.”

6.2.3 Yhteistyölähtöiset kehittämistarpeet

Yhteistyön keskeisenä kehittämisen kohteena oli hoidon jatkuvuuden kehittäminen. Tähän liittyi olennaisesti toive nopeammasta ohjautumisesta erityistyöntekijälle. Neuvo-

lapsykologia pidettiin läheisimpänä yhteistyötahona mielenterveysasioissa, hänellä oli kuitenkin resurssipula ja aikojen saaminen oli hankalaa. Toiveena oli saada aikoja heti kun asiakas oli itse siihen valmis ja motivoitunut saamaan apua. Terveystenhoitajat joutuivat kannattelemaan asiakasta välillä liian kauan. Tämä nosti esiin myös huolen omasta ammattitaidosta. Yhteistyötahoilta toivottiin palautteen saamista sekä tilanteen päivittämistä. Terveystenhoitajat näkivät merkittävänä asiakkaan kokonaistilanteen tiedostamisen psykologin käyntijaksojen aikana ja sen jälkeen. Palautteiden avulla terveystenhoitajat toivoivat pystyvänsä paremmin huomioimaan ja arvioimaan mielialassa tapahtuvat muutokset neuvolakäyntien aikana, sekä tiedostamaan onko käynneistä ollut apua ja onko tilanne muuttunut parempaan suuntaan. Muiltakin yhteistyötahoilta toivottiin palautetta. Yleensä oli jouduttu itse ottamaan yhteyttä, jos haluttiin päivitystä asiakkaan tilanteeseen. Mielenterveystoimistolta toivottiin yhteydenottoa, kuin asiakas on lopettanut käynnit ja perhetyöltä toivottiin myös asiakaspalautetta käyntien jälkeen. Palautteiden toivottiin lisäävän yhteistä ymmärrystä asioista. Lähetekäytäntöjen selkeyttäminen nähtiin merkittävänä hoidon jatkuvuuden kannalta. Kirjaamiskäytäntöjen yhdenmukaistaminen liittyi ennen kaikkea tiedon siirtoon. Toiveena oli, että asiakkaan siirryttyä toiselta paikkakunnalta tiedot kirjataan heti asiakaspapereiden saavuttua. Lisäksi toivottiin, että kaikki kirjaisivat, jos asiakas oli jättänyt tulematta vastaanotolle tai perunut käynnin tai hoitojakson.

”Äiti kypsyttelee sitä ajatusta ja kun se on itte valmis, niin tuntuu, että siinä vaiheessa tarvis päästä nopeasti eikä vasta puolentoista kuukauden päästä. Sitten se motivaatio hukkuu äkkiä.”

”Tietysti se, että palautetta ei saa. Voisivat asiakkailta kysyä tai kertoa, että olis tärkeä varsinkin jos on raskaana, että neuvolassa jollakin lailla tiedetään missä mennään. Se jääsen äidin kertoman varaan kaikki. Mitähän ne on siellä puhunu ja mitkä suunnitelmat.”

”Sitten sun täytyy tehdä se lähete. Teenkö mä sen vai otanko lääkärille ja lääkäri tekee sen lähetteen mun tekstien perusteella.”

Toinen yhteistyölähtöinen kehittämistarve oli yhteisen ymmärryksen löytäminen. Yhteistyötahojen roolit olivat osittain epäselviä ja oli vaikeutta hahmottaa mitkä työtehtävät kuuluivat kenellekin. Haluttiin paremmin tiedostaa yhteistyötahojen roolit ennaltaehkäisevän mielenterveystyön kannalta. Perhetyön rooli nähtiin työntekijöiden mielestä edelleen sosiaalitoimen alaisena. Asiakkailta oli kynnys ottaa perhetyön apua vastaan, koska he pelkäsivät leimautumista. Yhteiset kotikäynnit ja palaverit nähtiin hyvänä

työmenetelmänä perhetyön oikean roolin tiedostamiseksi ja ennakkoluulojen vähentämiseksi. Mielenterveystoimisto koettiin kaukaisena ja etäisenä yhteistyökumppanina. Katsottiin, että siellä hoidetaan erityyppisiä asiakkaita kuin neuvolassa. Mielenterveystoimiston toivottiin huomioivan myös koko perhe vastaanotoilla. Eräänä toiveena oli avoimemman keskusteluilmapiirin luominen kaikkien yhteistyötahojen kanssa. Tarpeellista oli tiedostaa, mitä toiset yhteistyötahot tekevät sekä tiedottaa heille äitiysneuvolan käytännöistä. Terveystoimittajat toivoivat mielenterveystoimiston työntekijöiden vieraillevan neuvolassa sekä myös perhetyön osallistuvan yhteiseen keskustelufoorumiin.

”Perhetyö vois olla mukana vaikkei ois mitään tarvettakaan, kattomassa ja esittäytymässä, et miten äiti jaksaa ja minkä ikäisiä lapset on, haluaisitteks te jotain tukee heiltä, olla siinä luonnollisesti mukana.”

”Aika kaukana ainakin mielenterveystoimisto. Neuvolapsykologi läheisempi, saa neuvoa ja ohjantaa.”

Yhteisten toiminta- ja työtapojen kehittämiseksi toivottiin konsultaatiomahdollisuuden laajentamista. Neuvolapsykologi ei palvellut kaikissa tilanteissa ja kaivattiinkin yhteydenotto mahdollisuutta myös mielenterveystoimiston puolelle. Tämän vuoksi esitettiin ajatus erillisestä konsultaatiopuhelimesta. Uuden perhe- ja asiantuntijapuodin konsultatio mahdollisuus tiedostettiin, mutta sitä ei vielä osattu hyödyntää. Perhe- ja asiantuntijapuoti tuntui kaukaiselta ajatukselta ja ongelman tuli olla suuri ennen kuin sen työtapaa toteutettiin. Sen toimintatavan sisäistämiseen ja hyödyntämiseen toivottiin lisää ohjausta. Työntekijät olivat valmiita tekemään yhteisiä kotikäyntejä perhetyön ja neuvolapsykologin kanssa asiakkaan tilanteen mukaan. Lisäksi toivottiin kutsuja yhteisiin verkostopalaveriinhin aikaisempaa enemmän. Yhteistyötahojen tiedottaminen uusista toimintatavoista ja interventioista nähtiin tarpeellisenä.

”Olis hyvä et meil olis joku tällanen, me voidaan soittaa tältä kyllä ja kysyä neuvoja ne sit mieltii siellä, tämmönen konsultaatopuhelin. Vaikka niin kun niiden yhteinen, joka sanoo, että soita tässä tapauksessa vaikka perheneuvolaan tälle ihmiselle.”

”Kyllä joskus täytyy olla semmonen, että ketä konsultoi ja keltä kysyy että miten toimisit.”

7 YHTEISTYÖTAHOJEN HAASTATTELUT

Terveydenhoitajien haastattelujen tuloksista laadittu PowerPoint-esitys esiteltiin jokaiselle yhteistyötahon haastateltavalle toukokuussa 2016. Esitys sisälsi alustavan toimintamallin, joka pohjautui jo olemassa oleviin työntekijä-, työyhteisö- ja yhteistyölähtöisiin toimintatapoihin. Lisäksi esitykseen sisältyi terveydenhoitajien haastatteluista nousseita kehittämistarpeita lopullisen toimintamallin kehittämiseksi. Yhteistyötahoista haastateltavina olivat terveyskeskuksen neuvolalääkäri, perusterveydenhuollon mielen-terveystiimin neuvolapsykologi, mielen-terveyskeskuksen psykiatrinen sairaanhoitaja sekä perhetyön ohjaava perhetyöntekijä. Jokainen haastattelu kesti tunnin ja se nauhoitettiin muistin tueksi. Haastatteluissa keskityttiin lähinnä tarkastelemaan yhteistyötahoihin liittyviä kehittämistarpeita, kuten hoidon jatkuvuutta, yhteisen ymmärryksen löytämistä sekä yhteisten toiminta- ja työtapojen kehittämistä. Seuraavassa raportoidaan keskeisimmät tulokset yhteistyötahojen haastatteluista.

7.1 Hoidon jatkuvuuden kehittäminen

Terveydenhoitajat kokivat mielen-terveysongelmien sekä mielen-terveyslääkkeiden käytön lisääntyneen viime vuosien aikana. Samansuuntaisia ajatuksia esiintyi yhteistyötahojen haastatteluissa. Terveydenhoitajilla olikin tämän vuoksi toive asiakkaan nopeammasta ohjautumisesta erityistyöntekijöille. Yhteistyötahojen haastattelujen aikana tarkennettiin jokaisen yhteistyötahon tämän hetkistä tilannetta hoidon jatkuvuuden kannalta. Todettiin, että, että terveydenhoitajien toive oli osittain toteutunut uuden perusterveydenhuollon mielen-terveystiimin myötä. Perusterveydenhuollon mielen-terveystiimiin kuuluu kaksi psykiatrista sairaanhoitajaa, terveyskeskuspsykologi ja neuvolapsykologi. Pääsääntöisesti vastaanottoaikoja pystytään antamaan äitiysneuvolan asiakkaille 2-4 viikon päähän. Perhetyön osalta tilanne näytti hoidon jatkuvuuden kannalta paremmalta, koska perhetyö oli saanut lisää resursseja ennaltaehkäisevän matalan kynnyksen palvelun toteuttamiseksi. Perhetyön toiminta on kotihoidon perhetyötä, ohjaavaa perhetyötä sekä lastensuojelun tehostettua perhetyötä. Haastattelun aikana tarkennettiin, että äitiysneuvolan asiakkaat tulee ohjata pääsääntöisesti ohjaavaan perhetyöhön, jonka työntekijä tekee perhetyön aloituskäynnit ja arvioi asiakasperheen tuen tarpeen. Tämän edellä kuvatun käytännön todettiin yhteisesti parantavan hoidon jatkuvuutta. Raskauden aikaista

tai synnytyksen jälkeistä perhetyötä voi saada joko kotihoidon tai ohjaavana perhetyönä. Mielensterveyskeskukseen ohjataan asiakkaita lähinnä vaikeissa mielensterveydenhäiriöissä tai psykoosisairauksissa.

Terveydenhoitajilla oli toive saada asiakkaasta erillinen palaute perusterveydenhuollon mielensterveystiimiltä sekä mielensterveyskeskukselta, joko suullisesti tai kirjallisesti hoito- ja tukijakson aikana sekä sen päätyttyä. Yhteistyötahojen haastatteluissa todettiin, että tämän tyyppistä palautejärjestelmää ei pystytä toteuttamaan erikseen äitiysneuvolan terveydenhoitajille. Yhteisesti sovittiin, että palautteet asiakaskäynneistä ja hoitajaksoista kirjataan aina asiakkaan hoitoteksteihin. Tätä kautta myös terveydenhoitajat pystyvät näkemään keskeisimmät asiakasta koskevat suunnitelmat sekä muut huomioitavat asiat, joita voidaan hyödyntää äitiysneuvolan vastaanotoilla. Myös mielensterveyskeskuksen erityissuojatut tekstit ja hoitopalautteet ovat niiden terveydenhoitajien nähtävissä, joilla on kyseisen asiakkaan kanssa hoitosuhde. Perhetyössä ja neuvolassa käytetään eri tietojärjestelmiä, jonka vuoksi palautteiden antaminen ja saaminen on mahdotonta. Yhteisesti pohdittiin yhteistyöhaastattelun aikana toivetta perhetyön käyntijaksojen jälkeisestä palautteesta. Asiakkaat antavat terveydenhoitajille oman suullisen palautteensa perhetyön käynneistä. Perhetyöntekijät toivoivat terveydenhoitajien näkemystä siitä, mikä asiakkaan antamasta omasta palautteesta jää puuttumaan sekä minkä tyyppisistä asiakkaista perhetyöltä toivottiin palautetta.

Terveydenhoitajien toiveena oli tiedon siirtoon liittyvien kirjaamiskäytäntöjen yhdenmukaistaminen. Yleisesti niiden katsottiinkin olevan yhteneväiset. Jokainen yhteistyötaho pyrkii kirjaamaan, mikäli asiakas ei ole saapunut vastaanotolle, hoitosuhde on loppunut tai asiakas on siirtynyt toiselta paikkakunnalta. Lisäksi asiakkaalle pyritään varaamaan heti aika yhteydenoton jälkeen, jolloin seuraava asiakkaan vastaanottava taho näkyy ajanvarauksen yhteydessä.

Terveydenhoitajat toivoivat myös lähetekäytäntöjen selkeyttämistä. Terveydenhoitajat ja lääkärit kokivat, että mielensterveyskeskuksen asiakkuus ei aina siirry toiselta paikkakunnalta, eikä merkintä siirrosta näy ensimmäisellä neuvolavastaanotolla. Aiemmassa paikassa tehty lähete on voinut jäädä tulematta ja tieto tästä olisi oleellinen, jotta lääkäri osaisi tehdä tarvittaessa uuden lähetteen mielensterveyskeskukseen. Haastattelujen aikana tarkentui, että mielensterveyskeskukseen ja perusterveydenhuollon mielensterveystiimiin vaaditaan lääkärin tekemä lähete ja arvio tilanteesta. Lääkärin arvio on tarpeen, jos

asiakkaalla on ollut aiempaa psyykkistä oireilua, hoitajaksoja tai psyykelääkitystä. Läheteiden kirjoittamista varten ei yleensä varata ylimääräisiä lääkärikäyntejä neuvolaan. Omalääkärin ollessa eri kuin neuvolalääkäri tulisi lähete tehdä omalääkärin vastaanotolla. Toisaalta kaikilla omalääkäreillä ei ole tietoa raskauteen liittyvistä yksityiskohdista, joten silloin on parempi ohjata asiakas neuvolalääkärin vastaanotolle. Haastattelujen aikana selvennettiin, että asiakas varaa itse ajan neuvolapsykologille suoraan puhelimitse. Terveydenhoitaja tekee vapaamuotoisen lähetteen neuvolapsykologille kunnan sisäiseen Pegasospostiin tai viittauksen potilaskertomukseen. Läheteessä tulee ilmetä lähettämisen syy, perhetilanne, milloin oireet ovat alkaneet ja millä tavoin ne haittaavat arkea. Lisäksi tulee mainita, onko asiakkaalla aikaisempia psykiatrisia tai psykologisia hoitoja tai käytössä oleva psyykelääke. Haastatteluissa selvisi, että terveydenhoitajan toivottiin ohjaavan äitiysneuvolan asiakasta ottamaan yhteyttä perhetyöhön pääasiallisesti ohjaavan perhetyöhön palvelusuunnitelman laatimiseksi. Myös palvelupuhelimen kautta asiakas ohjautuu oikealle perhetyöntekijälle. Asiakkaan oma yhteydenotto suoraan perhetyöhön takaa hoitosuhteen alkamisen ilman välikäsiä. Myös terveydenhoitaja voi ottaa yhteyttä perhetyöhön asiakkaan puolesta, jos katsoo sen tarpeelliseksi tai asiakas niin toivoo. Perhetyön keskeisenä periaatteena on varhainen puuttuminen, ja haastattelun aikana esitettiin toive, että terveydenhoitajat olisivat liikkeellä jo varhaisessa vaiheessa.

7.2 Yhteisen ymmärryksen löytäminen

Yhteisen ymmärryksen löytäminen oli terveydenhoitajien haastattelujen tuloksista esiin noussut toinen yhteistyöhön liittyvä kehittämistarve. Yhteistyötahojen roolit koettiin epäselvinä ja niihin haluttiin selkeyttä. Haastattelujen aikana yhteistyötahojen rooleja pyrittiin tarkentamaan. Näkemys oli, että terveydenhoitaja keskustelee lääkärin kanssa yhteistyössä, tarvitseeko asiakkaasta tehdä lähetettä perusterveydenhuollon mielenterveystiimiin tai mielenterveyskeskukseen vai riittävätkö neuvolan omat resurssit asiakkaan tukemiseksi. Osa äitiysneuvolan asiakkaista, joilla on mielenterveyden häiriöitä, hoidetaan terveydenhoitajan vastaanotoilla ja osa tarvitsee muiden yhteistyötahojen käyntejä. Lääkäri voi ohjata asiakkaan myös tarvittaessa omahoitajan vastaanotolle. Pääsääntöisesti mielenterveyshäiriöistä kärsivät äitiysneuvolan asiakkaat ohjautuvat kuitenkin neuvolan vastaanotoille. Lääkärin rooli on päättää lääkityksistä ja niiden purkamisesta.

Haastattelujen aikana selkeentyi myös perusterveydenhuollon mielenterveystiimin rooli. Se palvelee mielenterveyteen liittyvien ongelmien varhaisvaiheessa ja keskittyy tukemaan asiakasta lievissä ja keskivaikeissa mielenterveysongelmissa. Työskentelytapoina ovat keskusteluterapia, ryhmäterapia ja nettiterapia ja tarvittaessa asiakas ohjataan jatkotutkimuksiin. Neuvolapsykologille ohjataan lievissä ja keskivaikeissa ahdistus-, masennus- ja paniikkioireiluissa. Hänelle voidaan ohjata myös synnytyspelon, keskenmenon, raskauden keskeytyksen, vauvan vammaisuuden tai menetyksen sekä vanhemmuudessa tai varhaisessa vuorovaikutuksessa esiintyvien haasteiden vuoksi. Haastattelussa tarkennettiin, että neuvolapsykologin toiminta ei ole akuuttitoimintaa ja sieltä ohjataan asiakkaita myös tarvittaessa päivystykseen, jos asiakkaalla on vakava tai äkillinen psyykinen sairastuminen. Perusterveydenhuollon mielenterveystiimin neuvolapsykologi sekä terveydenhoitajat toivoivat molemmat tiiviimpää ja säännöllisempää yhteistyötä sekä yhteistä näkemystä ennaltaehkäisevästä mielenterveystyöstä ja sen toteuttamisesta.

Terveydenhoitajat toivat esiin haastatteluissaan, että asiakkaat kokevat perhetyön edelleen sosiaalitoimeksi. Haastattelujen aikana selvisi, että samanlaisia havaintoja olivat tehneet myös perhetyön työntekijät kohdatessaan asiakasperheitä. Perheillä saattoi olla vaikeuksia ottaa apua vastaan ja avun tarvetta seliteltiin. Perhetyön kanssa mietittiin yhteisten verkostopalaverien ja kotikäyntien merkitystä juuri asiakkaiden ennakkoluulojen vähentämiseksi. Perhetyö pyrkii myös jatkossa markkinoimaan paremmin uusia toimintatapoja ja tekemään työtään näkyvämmäksi. Perhetyön työntekijät toivoivat myös yhteisen ymmärryksen löytymistä ja yhteistä vuoropuhelua ja he toivoivatkin vapaamuotoisten kehittämispalaverien järjestämistä yhteistyössä terveydenhoitajien kanssa. Yhteinen näkemys oli, että työvälaineitä asiakkaan hyvinvoinnin tukemiseksi on olemassa, mutta niiden yhteinen hyödyntäminen koetaan haasteellisenä.

Myös mielenterveyskeskuksen rooli tarkentui yhteistyötahon haastattelun aikana. Mielenterveyskeskuksen hoito on moniammatillista tiimityötä, jossa toimii kolme psykiatrian erikoislääkäriä, kolme psykiatrian erikoissairaanhoitajaa, perhekeskuksen sosiaalityöntekijä ja psykologi. Jokaisella psykiatrian erikoissairaanhoitajalla on yksikössä oma rooli ja jokainen ottaa vastuuta tietentyypisistä asiakkaista. Mielenterveyskeskuksen psykiatriset erikoislääkärit vastaavat lääkehoidosta sekä sairauslomista. Tutkimuskäyntijakson aikana kartoitetaan asiakkaan kokonaistilanne. Tässä ovat mukana sairaanhoita-

ja, sosiaalityöntekijä ja psykologi. Tämän jälkeen pidettävässä hoitoneuvottelussa ovat mukana asiakasta hoitava lääkäri ja sairaanhoitaja. Keskeistä hoitoneuvottelussa on kutsua mukaan potilaan perhe tai joku muu läheisverkostosta. Hoitoneuvottelun aikana arvioidaan hoidon tarve ja mietitään erilaisia hoitomuotoja, kuten ryhmä- ja yksilöhoitoa tai lääkehoidon aloittamista. Jokaisen asiakkaan kohdalla on tarkoitus tavata perhe ainakin kerran, joko vastaanotolla tai kotikäynnillä. Terveystenhoitajat pohtivat haastattelujensa aikana perhekeskeisyyden toteutumista mielenterveyskeskuksessa. Yhteistyötahon haastattelussa selvisi, että ”Toimiva lapsi ja perhe” -toimintamallia toteutetaan tälläkin hetkellä aktiivisesti perheinterventiona. Tarkoituksena on kouluttaa ja laajentaa toimintaa myös somaattiselle puolelle. Terveystenhoitajille esitettiin mahdollisuus tulla asiakkaan luvalla seuraamaan perheinterventio tapaamisia ja tulla sitä kautta tietoisiksi kyseisestä toimintatavasta ja perhekeskeisyyden toteutumisesta. Haastattelun aikana ilmeni, että mielenterveyskeskuksella ei ole ajan tasalla olevaa tietoa nykyisestä äitiysneuvolatoiminnasta ja toiminnassa käytetyistä työ- ja toimintatavoista. Tämän vuoksi toivottiinkin yhteistä keskustelua, jonka toivottiin lisäävän molemminpuolista tietoisuutta ja ymmärrystä toisen tahon toimintatavoista.

7.3 Yhteisten toiminta- ja työtapojen kehittäminen

Yhteisten toiminta- ja työtapojen kehittäminen oli terveystenhoitajien kolmas yhteistyölähtöinen kehittämistarve. Keskeisiä tavoitteita olivat konsultointimahdollisuuden laajentaminen sekä tavoitettavuuden parantaminen. Terveystenhoitajat kokivat tarvetta konsultoida eri yhteistyötahoja ja toivottiinkin erillisen konsultaatiopuhelimen käyttöönottoa. Yhteistyötahojen haastattelujen aikana todettiin, että tämä toive ei nykyisten resurssien puitteissa ole toteutettavissa. Sen sijaan yhteisesti sovittiin, että yhteistyötahot tavoitetaan jatkossa parhaiten sisäisellä pegasos-postilla, soittopyynnöllä toimistoon tai viestillä vastaajaan. Jokainen yhteistyötaho korosti, että terveystenhoitajat voivat soittaa aina tarvittaessa ja konsultoida suoraan työntekijöitä asiakkaan tilanteesta. Lisäksi akuuteissa tilanteissa voi asiakkaan ohjata suoraan päivystykseen, josta hänet ohjataan tarvittaessa oikean palvelun piiriin.

Terveystenhoitajien toivomiin yhteisiin palavereihin ja kotikäynteihin suhtauduttiin pääosin myönteisesti. Jokainen yhteistyötaho koki kuitenkin, että ajanpuute ja resurssit ovat esteenä niiden toteutumiselle. Perhetyön toi esiin, että verkostopalavereja on luonnolli-

sempi järjestää jatkossa, jos asiakkaan tilanteen kartoitus on alkanut yhteisellä palaverilla. Tarvittaessa terveydenhoitaja kutsutaan mukaan palaveriin, jos tilanne niin vaatii tai asiakas toivoo. Yhteisten kotikäyntien koettiin olevan merkityksellisiä, joskin niiden koettiin vaativan enemmän yhteistä aikaa. Todettiin, että perhetyön kanssa kotikäyntejä toteutetaan enemmän kuin muiden yhteistyötahojen. Terveydenhoitajien haastatteluista nousi huoli perhe- ja parisuhdeongelmien lisääntymisestä sekä siitä, että ongelmiin ei saada apua tarpeeksi ajoissa. ”Perhe- ja asiantuntijapuodin” hyödyntäminen nähtiin yhteisesti eräänä keskeisenä kehittämiskohteena. Koska toimintatapa on vielä suhteellisen uusi, on vaikea määritellä minkä tyyppisiä asiakkaita sinne ohjataan. Yhteistyöhaastattelujen aikana selvisi myös, että neuvolasta voidaan ohjata asiakkaita parisuhdeongelmissa tai -kriiseissä perheneuvolaan. Perheneuvola arvioi, minkä työmallin mukaan asiakkaiden kanssa työskennellään vai ohjataan heidät muun palvelun piiriin.

8 TOIMINTAMALLIN KEHITTÄMINEN

Yhteistyötahojen haastatteluista laadittiin yhteenveto, joka esiteltiin äitiysneuvolan terveydenhoitajille toimintamallin kehittämiseksi pidetyssä palaverissa 27.5.2016. Paikalla oli äitiysneuvolan terveydenhoitajia sekä neuvolan osastonhoitaja. Palaverin aikana käytiin läpi yhteistyötahojen haastattelujen tuloksia sekä palattiin terveydenhoitajien haastatteluista nousseisiin työntekijä- ja työyhteisölähtöisiin kehittämistarpeisiin. Palaverin aikana äitiysneuvolan ennaltaehkäisevä mielenterveystyön toimintamalli jäsenyi ja täydentyi. Toinen palaveri äitiysneuvolan terveydenhoitajien sekä osastonhoitajan kanssa pidettiin 16.9.2016. Sen aikana työstettiin ajatuksia lopullista toimintamallia varten. Opinnäytetyön tekijä järjesti yhteiset palaverit ja esitti niiden aikana yhteenvetoja ja kysymyksiä, joiden pohjalta keskusteltiin toimintamallin kehittämisestä. Palaverien välillä ja koko toimintatutkimuksen ajan käytiin lisäksi keskustelua sähköpostitse tutkimukseen osallistuvien kesken. Äitiysneuvolan ennaltaehkäisevän mielenterveystyön toimintamallia on tarkoitus jatkossa arvioida sen kehittämiseksi. Toimintatutkimuksen tarkennetut vaiheet aikatauluineen esitellään liitteessä 7 (Liite 7). Seuraavaksi raportoidaan toimintamallin työntekijöihin, työyhteisöön ja yhteistyöhön kohdistuva kehittäminen.

8.1 Työntekijöihin kohdistuva kehittäminen

Työntekijälähtöinen kehittäminen liittyi mielenterveystyön perustehtävän sisäistämiseen sekä dialogisuuden kehittämiseen. Omien työtehtävien tiedostaminen, työn rajaaminen sekä kiireellisyyden arvioiminen olivat asioita, joihin haluttiin vastauksia joltakin asiantuntijalta. Kehittämistarpeisiin vastataan 18.11.2016 perusterveydenhuollon mielenterveystiimiin kuuluvan neuvolapsykologin kanssa pidettävässä palaverissa. Tarkoituksena on käydä läpi asioita ennaltaehkäisevän mielenterveystyön työtehtävistä ja työn rajaamisesta sekä pohtia keinoja ja löytää työvälineitä haastaviin asiakastilanteisiin. Dialogisuuden kehittämiseksi on tarkoitus samalla löytää uusia malleja ja työvälineitä sekä saada konkreettisia esimerkkejä.

8.2 Työyhteisöön kohdistuva kehittäminen

Työyhteisölähtöinen kehittäminen liittyi asiantuntijuuden kehittämiseen, työssä jaksamisen tukemiseen sekä ajallisten resurssien lisäämiseen. Ammatillisen erityisosaamisen hyödyntämisen nähtiin vaativan enemmän ajallisia resursseja. Tämän hetkisillä resursseilla ei pystytä suunnittelemaan ylimääräisten asiantuntijavastaanottojen keskittämistä neuvolaan. Työyhteisössä sovittiin, että jokainen pyrkii toteuttamaan työssään omaa ammatillista erityisosaamistaan. Ajatus työparitoiminnasta jakoi mielipiteitä. Päädyttiin, että terveydenhoitaja voi pyytää toisen mukaan vastaanotolle, jos kokee sen tarpeelliseksi, ja siihen löytyy työpari. Toiveena esitettiin myös päästä seuraamaan toisen terveydenhoitajan tekemää laajaa terveystarkastusta, minkä koettiin antavan uutta näkemystä omaan työhön. Tätä toimintatapaa voi jatkossa jokainen hyödyntää haluamallaan tavalla. Kirjaamiskäytäntöjen yhdenmukaistamiseen toivottiin toisaalta selkeyttä ja toisaalta haluttiin jatkaa kuten aikaisemminkin. Kirjaaminen äitiysneuvolassa noudattaa rakenteisen kirjaamisen periaatteita. Aluksi siihen toivottiin palattavan syksyllä 2016, mutta toisen äitiysneuvolapalaverin aikana päädyttiin, että kirjaamista jatketaan kuten tähänkin saakka. Mielenterveystyön koulutusta oli alustavana ajatuksena tarkoituksena järjestää syksyllä 2016 perhekeskuksen toimesta työntekijöiden asiantuntijuuden kehittämiseksi. Tämä ei kuitenkaan toteutunut nykyresursseilla.

Terveydenhoitajien toiveena oli ajallisten resurssien lisääminen. Tähän kehittämistarpeeseen ei löytynyt ratkaisua tai suurempia muutosehdotuksia. Yhteisesti päädyttiin, että jokainen työntekijä pyrkii oman työnsä suunnittelulla vastaamaan yksilöllisesti asiakkaan tarpeisiin tarjoamalla tukikäyntejä sekä kotikäyntejä mahdollisuuksien mukaan. Todettiin, että ennaltaehkäisevä työ on pitkässä juoksussa kustannustehokasta, inhimillistä ja asiakaslähtöistä. Tämän vuoksi tutkimuksen tulokset on tarkoitus esitellä kunnan valtuustossa keväällä 2017.

Työssä jaksamisen tukeminen liittyi olennaisesti työnohjaukseen sekä työyhteisöltä saatuu tukeen ja yhteiseen keskusteluun. Tämän kehittämistyön aikana käynnistyikin terveydenhoitajille yksi ryhmätyönohjaus. Lisäksi ajatuksena oli kehittää matalan kynnyksen työnohjauksellinen konsultaatio yhteistyössä perhekeskuksen kanssa. Toiminta ei kuitenkaan toteutunut tämän hetkisten resurssien puitteissa. Asiapitoisten äitiysneuvolakokouksien lisäksi, päätettiin järjestää kerran puolessa vuodessa vapaamuotoinen palaaveri, jossa pohditaan ajankohtaisia asioita ja käydään yhteistä keskustelua. Lisäksi pala-

vereissa on tarkoitus tuoda omaa työtään näkyvämmäksi jakamalla yksilöllisiä toimintatapoja muille terveydenhoitajille.

8.3 Yhteistyöhön kohdistuva kehittäminen

Yhteistyölähtöinen kehittäminen liittyi hoidon jatkuvuuden kehittämiseen, työtehtävien ja roolien selkeyttämiseen sekä yhteisten toiminta- ja työtapojen kehittämiseen. Hoidon jatkuvuuteen olikin yhteistyötahojen sekä terveydenhoitajien mielestä tullut parannusta toimintamallin kehittämisen aikana. Terveydenhoitajien tietoa yhteistyötahojen työtehtävistä ja rooleista pyrittiin selkeyttämään yhteistyötahojen haastatteluista tehdyn yhteenvedon avulla. Perhetyön kanssa tehtävä yhteistyö koettiin molemmin puolin tärkeänä ja merkittävänä ja toivottiin molemminpuolista keskustelua toiminta- ja työtavoista. Koettiin tärkeänä, että perhetyö jalkautuisi eri neuvoloihin. Tämä mahdollistaisi neuvolakohtaisen kohtaamisen ja suoran vuoropuhelun. Lisäksi se tarjoaisi perhetyölle mahdollisuuden tutustua ja hahmottaa kunnan neuvolapiirit. Tämä toimintatapa on otettu käyttöön syyskuussa 2016. Ohjaavan perhetyön työntekijä kiertää kaikki kunnan neuvolat ja pyrkii kohtaamaan työntekijät yksilöllisesti ja neuvolakohtaisesti. Tarkoituksena on nostaa esiin palautteiden saamista, yhteisten palaverien ja kotikäyntien merkitystä sekä muita tärkeäksi koettuja asioita.

Perusterveydenhuollon mielenterveystiimin neuvolapsykologin sekä ohjaavan perhetyöntekijän kanssa tehdään tiivistä yhteistyötä. Tärkeänä koettiin molemminpuolinen tilanteen päivittäminen muutaman kerran vuodessa terveydenhoitajakokousten yhteydessä. Katsottiin, että molemminpuolinen kiinnostus toisen työtä kohtaan lisää yhteistä ymmärrystä ja toisen työn arvostamista. Myös mielenterveystoimiston kanssa koettiin merkityksellisenä yhteistyön lisääminen. Mielenterveystoimiston kanssa järjestettiin yhteinen palaveri 16.9.2016. Paikalla oli kaksi mielenterveystoimiston psykiatrista erikoissairaanhoitajaa sekä uuden avohoidon intensiiviyksikön Aveckin sairaanhoitaja kertomassa toiminnasta. Lisäksi paikalla oli kaksi neuvolalääkärinä, neuvolan osastonhoitaja, ohjaava perhetyöntekijä ja äitiysneuvolan terveydenhoitajia. Palaverin aikana käytiin läpi mielenterveystoimiston ja osittain äitiysneuvolankin toimintaa. Molemmin puolin koettiin tärkeänä tavata ajoittain kasvotusten ja tutustua toisen rooliin ja toimenkuvaan. Juuri tämän uskottiin jatkossa lisäävän ja helpottavan yhteydenottoa ja yhteistyötä. Yhteisesti sovittiin, että vastaavanlainen palaveri järjestettäisiin kerran vuodessa vuoropu-

helun merkeissä. Lisäksi kokouksen aikana korostettiin molemminpuolisen ammatillisen näkemyksen konsultointia ja hyödyntämistä. Alla esitellyssä taulukossa toimintamallin kehittämisen ja sen toteutumisen yhteenveto (taulukko 7).

TAULUKKO 7. Toimintamallin kehittämisen ja sen toteutumisen yhteenveto

	KEHITTÄMISTARVE	KEHITTÄMINEN JA SEN TOTEUTUMINEN
TYÖNTEKIJÖIHIN KOHDISTUVA KEHITTÄMINEN	Ennaltaehkäisevän mielenterveystyön sisäistäminen	18.11.2016 yhteinen palaveri neuvolapsykologin kanssa äitiysneuvolan ennaltaehkäisevän mielenterveystyön työtehtävistä ja työn rajaamisesta. Pohditaan yhdessä keinoja ja työvälineitä haastaviin asiakastilanteisiin.
	Dialogisuuden kehittäminen	Neuvolapsykologin kanssa järjestettävässä palaverissa konkreettisia esimerkkejä dialogisuuden kehittämiseksi.
TYÖYHTEISÖÖN KOHDISTUVA KEHITTÄMINEN	Asiantuntijuuden kehittäminen	Ammatillisen erityisosaamisen hyödyntäminen vaatisi lisää resursseja. Ei mahdollisuuksia ylimääräisille asiantuntija vastaanotoille esim. parisuhteen tukemiseksi. Jokainen toteuttaa työssään omaa ammatillista erityisosaamistaan. Työparitoimintaa jokainen hyödyntää haluamallaan tavalla. Kirjaamiskäytännöt rakenteisen kirjaamisen pohjalta. Mielenterveystyön koulutuksen järjestäminen perhekeskuksen toimesta syksyllä 2016. Ei toteutunut.
	Ajallisten resurssien lisääminen	Ei muutosehdotuksia. Työntekijät pyrkivät oman työnsä suunnittelulla vaikuttamaan tähän kehittämistarpeeseen. Toimintatutkimuksen tulokset tarkoituksena esitellä kunnan päättäjille keväällä 2017.
	Työssä jaksamisen tukeminen	Ryhmätyönohjaus käynnistynyt toimintatutkimuksen aikana. Matalan kynnyksen työnohjauksellinen konsultaatio kerran kuukaudessa perhekeskuksessa. Ei toteutunut. Vapaamuotoinen äitiysneuvolapalaveri kerran vuodessa. Aikaa yhteiselle keskustelulle, tehdään omaa työtä näkyvämmäksi jakamalla yksilöllisiä toimintatapoja.
YHTEISTYÖHÖN KOHDISTUVA KEHITTÄMINEN	Hoidon jatkuvuuden kehittäminen	Palautteiden saaminen yhteistyötahoilta. Perhetyön kanssa palataan asiaan neuvolakohtaisesti. Muiden tahojen palautteet asiakastekstissä. Neuvolapsykologille läheteet terveydenhoitajien kautta. Mielenterveyskeskuksen ja perusterveydenhuollon mielenterveystiimin läheteet tekee neuvola- tai omalääkäri. Perhetyöhön ohjataan mieluiten suoraan ohjaavalla perhetyöntekijälle. Asiakas tai työntekijä ottavat yhteyttä. Resurssit lisääntyneet neuvolapsykologilla ja perhetyössä. Yhteiset kirjaamiskäytännöt: asiakkaan siirtyminen, peruuttamaton ajanvaraus ja hoidon keskeyttäminen.
	Yhteisen ymmärryksen löytäminen	Neuvolapsykologin ja ohjaavan perhetyöntekijän säännöllinen kutsuminen kokouksiin kahdesti vuodessa ja tilanteiden päivittäminen. Perhetyö jalkautunut neuvoloihin syksyllä 2016. Tavoitteena suoraan kohdistettu vuoropuhelu. Mielenterveystoimiston kanssa yhteinen palaveri 16.9.2016. Jatkossa yhteinen tapaaminen ja vuoropuhelu kerran vuodessa.
	Yhteisten toiminta- ja työtapojen kehittäminen	Konsultaatiomahdollisuus. Ajatus konsultaatiopuhelimesta ei toteutunut. Tavoitettavuus: puhelinaika, sisäinen posti, soittopyyntö tekstiviestillä tai perhekeskuksen toimistoon. Yhteiset verkostopalaverit ja kotikäynnit tarvittaessa, vaikuttamassa resurssipula. Perhe- ja asiantuntijapuodin näkyväksi tekeminen ja toiminnasta muistuttaminen. Perhekeskukseen ohjaaminen parisuhde ongelmassa.

8.4 Toimintamallin kuvaus

Lopullinen toimintamalli (Liite 8) rakentui terveydenhoitajien, yhteistyötahojen haastattelujen ja yhteisten palaverien pohjalta. Toimintamallin käytön tavoitteena on asiakkaiden raskauden aikaisen ja synnytyksen jälkeisen hyvinvoinnin tukeminen. Tarkoituksena on auttaa äitiysneuvolan terveydenhoitajia mielenterveysongelmien ehkäisemisessä ja tunnistamisessa sekä hoidon tarpeen arvioinnissa ja hoitoon ohjaamisessa.

Toimintamalli on rakennettu toiminnalliseksi PDF -tiedostoksi. Ensimmäisen sivun yhteenvedosta pääsee tarkastelemaan toimintamallin kolmea osakokonaisuutta. Jokainen kokonaisuus koostuu ympyrästä, jossa edetään keskustan teoreettisesta näkökulmasta ulkokehän konkreettisempaan ja käytännönläheisempään osuuteen. Asioita avataan ympyrän vieressä olevien esimerkkien avulla. Lisäksi jokaiselle sivulle on kerätty aiheeseen liittyvää materiaalia, jota pääsee tarkastelemaan hyperlinkkien kautta. Toimintamalli auttaa hahmottamaan ennaltaehkäisevän mielenterveystyön osa-alueita ja niihin vaikuttavia tekijöitä. Jos työntekijä havaitsee ongelman jollakin osa-alueella, hän kykenee toimintamallin avulla tarkastelemaan, mitä asioita tulisi huomioida omassa tai yhteisessä toiminnassa osa-alueen kehittämiseksi.

Toimintamallin ensimmäinen osakokonaisuus koostuu periaatteista, jotka nousivat terveydenhoitajien haastattelujen työntekijälähtöisistä toimintatavoista. Periaatteita ovat asiakaslähtöisyys, voimavarakeskeisyys ja dialogisuus sekä toimintaa ohjaavia arvoja vastuullisuus, tasa-arvoisuus, turvallisuus, luottamuksellisuus ja avoimuus.

Toinen osakokonaisuus esittelee asiakkaaseen sekä työntekijään kohdistuvat työtavat, jotka pohjautuvat terveydenhoitajien haastattelujen työyhteisölähtöisiin sekä äitiysneuvolapalaverien aikana yhteisesti sovittuihin toimintatapoihin. Toimintamallin asiakkaaseen kohdistuvia työtapoja ovat hoidon suunnitelmallisuus ja verkostokeskeinen työote, joka tarkoittaa läheisverkoston huomioimista ja verkostoitumisen tukemista. Lisäksi asiakkaaseen kohdistuvia konkreettisia työvälineitä ovat terveyden edistämisessä, puheeksioton tukemisessa ja riskiasiakkaiden seulonnassa käytettävät lomakkeet ja kotikäynnit. Lomakkeisiin on suora hyperlinkki käytön ja tarkastelun helpottamiseksi. Tälle toimintamallin sivulle on kerätty myös tärkeimmät verkostot ja vertaistukiryhmät, joista on hyperlinkki niiden omille nettisivuille. Toimintamallin työntekijään kohdistuvia työtapoja ovat työhyvinvoinnin ja ammatillisen kasvun tukeminen.

Kolmannen osakokonaisuuden moniammatillinen yhteistyö sisältää sekä terveydenhoitajien että yhteistyötahojen haastatteluista nousseita ja yhteisesti sovittuja toimintatapoja. Moniammatillinen yhteistyö koostuu lähete-, ohjaus- ja konsultaatiokäytännöistä hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Lisäksi se sisältää yhteisesti sovittuja työkäytäntöjä sekä toimintatapoja vuoropuhelun ylläpitämiseksi. Osiosta pääsee suoraan yhteistyötahojen nettisivuille ja yhteistietoihin hyperlinkkien kautta.

Toimintamalli on tarkoitettu sijoittamaan Ylönettiin, Virta-työtilan neuvola- ja kouluterveydenhuoltopalveluiden sivulle, josta se on Ylöjärven äitiysneuvolan terveydenhoitajien hyödynnettävissä. Toimintamalliin lisätään materiaalia tarvittaessa ja sitä on tarkoitus jatkossa arvioida ja kehittää. Toimintamalli on kuvattuna liitteessä myös hierarkkisena kaaviona (Liite 8). Tämän avulla toimintamallia on mahdollista tarkastella pääpiirteissään yhtenä kokonaisuutena.

9 POHDINTA

9.1 Luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan yleisesti validiteetilla ja reliabiliteetilla. Validiteetti eli pätevyys tarkoittaa, mittaako tutkimusmenetelmä sitä, mitä on ollut tarkoituskin. Reliabiliteetti puolestaan arvioi tutkimustulosten pysyvyyttä, luotettavuutta ja toistettavuutta. Toimintatutkimuksessa on kuitenkin haasteellista määritellä luotettavuutta näiden käsitteiden avulla. Lisäksi toimintatutkimus pyrkii muutokseen, joten toistettavan tuloksen saaminen ei vastaa toimintatutkimuksen periaatteita. (Heikkinen & Syrjälä 2007, 147-148.) Tämän toimintatutkimuksen lähtökohtana oli toimintamallin kehittäminen yhteistyössä äitiysneuvolan terveydenhoitajien kanssa. Tämän vuoksi toimintatutkimuksellinen ote työhön oli perusteltua. Tarkoituksena oli toiminnan muuttaminen eikä tulosten toistettavuus.

Toimintatutkimuksessa validiteetin käsite on korvattu validoinnin käsitteellä. Tämä tarkoittaa tutkimusprosessin kuvaamista ymmärryksen löytämiseksi jatkuvan keskustelun ja dialogin avulla. Toimintatutkimusta tarkastellaan ja arvioidaan viiden eri periaatteen kannalta, joita ovat historiallinen jatkuvuus, reflektiivisyys, dialektisuus, havahduttavuus ja toimivuus. (Heikkinen & Syrjälä 2007, 149.)

Historiallisen jatkuvuuden periaate korostaa, että tutkittava ilmiö alkaa jostakin eikä pääty koskaan. Toimintatutkimusprosessi sijoittuukin monesti johonkin historialliseen tai ideologiseen yhteyteen. Sitä voidaan tarkastella yhteiskunnallisesti tai vaikka työpäivän toimintahistorian kautta. (Heikkinen 2007, 149-151). Äitiysneuvolan ennaltaehkäisevän mielenterveystyön toimintamallin kehittämisen ajatus lähti asiakkaan hyvinvoinnin parantamisesta. Tutkimusaineisto koostuu työntekijöiden omista kertomuksista, jotka on otettu mukaan toimintamallin kehittämiseen. Toimintamallia on tulevaisuudessa tarkoitus arvioida ja kehittää yhteistyössä työntekijöiden ja yhteistyötahojen kanssa. Historiallinen jatkuvuus korostaa myös kertomuksen näkökulmaa. Tutkimusprosessin kuvaus vaihe vaiheelta toiminnan kehittämiseksi selkeyttää ymmärrystä ja luo pohjan luotettavuuden tarkastelulle. (Eskola & Suoranta 2000, 224.) Tämän toimintatutkimuksen prosessi on pyritty raportoimaan juonellisena ymmärryksen helpottamiseksi.

Reflektiivisyys on eräs tärkeimpiä toimintatutkimuksen luotettavuuden periaatteita. Tutkijan tulee jatkuvasti reflektoida omaa rooliaan ja ymmärrystään tutkittavasta ilmiöstä. Tärkeää on oppia tiedostamaan omia mahdollisuuksiaan ja rajoituksiaan. Keskeistä on myös pyrkiä ymmärtämään tutkimuskohdetta aikaisemman kokemuksensa avulla. (Heikkinen 2007, 153-154.) Opinnäytetyön tekijä on työskennellyt äitiysneuvolassa ja pyrkinyt tarkastelemaan aihetta omien kokemustensa kautta. Tämä on osaltaan ollut vaikuttamassa itsereflektiiviseen työotteeseen ja parantanut sitä kautta työn luotettavuutta. Tutkijan tehtävänä on kuvata aineistoa, menetelmiä ja tutkimusprosessin etenemistä, jotta lukija voi arvioida luotettavuutta. Aikaisemman toiminnan reflektointi käynnistää seuraavan tutkimussyklin, arvioinnin pohjalta suunnitellaan uusia toiminta- ja tutkimustapoja. (Heikkinen 2007, 153-154.) Tämän opinnäytetyön aikana aikaisemmat reflektiot ovat tuottaneet uusia ajatuksia toiminnan kehittämiseksi. Prosessin etenemistä on pyritty kuvaamaan vaihe vaiheelta luomalla kokoavia yhteenvetoja ja esityksiä.

On mahdollista, että toimintatutkimuksen tutkija samaistuu kohteeseensa liikaa, mutta toisaalta juuri samaistuminen on onnistumisen edellytys (Eskola & Suoranta 2000, 223). Toimintatutkimuksen aikainen liiallinen samaistuminen tutkittavaan aiheeseen on voinut vaikuttaa työn objektiivisuuteen. Opinnäytetyön tekijä on ollut osa työyhteisöä ja toiminut samoissa tehtävissä terveydenhoitajien kanssa. Hänellä on kuitenkin ollut mahdollisuus tarkastella aihetta objektiivisesti työnsä ulkopuolelta, koska on ollut opintovapaalla koko toimintatutkimuksen ajan. Tämä on ollut osaltaan vaikuttamassa työn luotettavuuteen. Opinnäytetyön tekijä on pyrkinyt tuomaan esiin ajatuksia ja mielipiteitä rakentavasti ja työntekijöiden mielipiteitä kuunnellen. Ensimmäisessä yhteisessä palaverissa, jossa purettiin tutkimustuloksia, ei jäänyt tarpeeksi aikaa ja tilaa yhteiselle vuoropuhelulle. Aineistojen ja yhteistyöhaastattelujen pohjalta tehtiin ehdotuksia, jotka yleisesti hyväksyttiin huomioiden olemassa olevat resurssit. Reflektiivisestä näkökulmasta tutkimuksen tekijöiksi luokitellaan myös tutkittavat ja luotettavuus perustuukin yhteiseen toimintaan (Eskola & Suoranta 2000, 223). Toisaalta joissakin toimintatutkimuksen lähestymistavoissa korostetaan enemmän yksilön itsereflektiivisyyttä kuin yhteistoiminnallisuutta (Heikkinen 2015, 215). Työssä korostuu enemmän itsereflektiivinen työote vaikka myös yhteistoiminnallisuus on keskeisenä periaatteena. Työyhteisöltä ja tutkimusryhmältä saatu tuki toimintatutkimuksen aikana on ollut opinnäytetyön tekijälle tärkeä ja merkityksellinen. Hän on kokenut työnsä tärkeänä ja hyödyllisenä ja ollut myös innostunut hankkimaan uutta tietoa tutkittavasta aiheesta. Se on lisännyt myös

motivaatiota omaan työhön ja auttanut samalla lisäämään ymmärrystä työn kehittämisen merkityksestä.

Dialektisuuden periaate tarkoittaa totuuden rakentumisesta väitteiden ja vastaväitteiden tuloksena. Lisäksi tutkimustulosten raportoinnissa korostuu vuoropuhelu sisältäen erilaisia näkökulmia ja tulkintoja tutkittavaan aiheeseen. (Heikkinen & Syrjälä 2007, 154-155.) Teemahaastatteluihin osallistui useampia terveydenhoitajia. Lisäksi näkemystä tutkittavaan aiheeseen saatiin neljältä eri yhteistyötaholta, mikä on lisännyt tutkimuksen dialektisuutta. Raportoinnissa on pyritty esittämään erilaisia näkökulmia tutkittavaan aiheeseen heijastamalla teoriaa suhteessa käytäntöihin.

Havahduttavuuden periaatteen mukaan toimintatutkimus herättää ajattelemaan ja tuntemaan asioita uudella tavalla. Tutkimuksen uskottavuus perustuu ajatukseen, että lukija kokee sen todeksi ja pystyy samaistumaan siihen. Tutkimuksen tulee olla elävä ja todentuntuinen. (Heikkinen & Syrjälä 2007, 159-160.) Tämän tutkimuksen havahduttavuutta on pyritty tehostamaan erilaisilla esitelmillä sekä graafisilla keinoilla. Lisäksi tutkimustulosten raportointiin on otettu joitakin haastattelujen alkuperäisilmauksia lukijan mielenkiinnon lisäämiseksi.

Tutkimuksen lähtökohtana oli toimintamallin kehittäminen yhtenäiseksi työvälineeksi äitiysneuvolan työntekijöille. Tämä on voimassa oleva tavoite käytännön parantamiseksi. Yhtenäiset mallit auttavat työntekijöitä oman työnsä suunnittelussa. Toimivuuden periaate korostaakin tutkimuksen käytännön hyötyä ja vaikutusta. Hyvän toimintatutkimuksen lähtökohtana on tuottaa toimivia ja tuottoisia tuloksia. (Heikkinen & Syrjälä 2007, 155-157.) Tarkasteltava on myös kenen näkökulmasta tutkimus on hyödyllinen (Heikkinen & Syrjälä 2007, 155-157). Opinnäytetyönä tehdyn toimintamallin tavoitteena on parantaa asiakkaan hyvinvointia ja sen hyödyllisyys tulee esiin vasta mallin käyttöönoton jälkeen. Tämän vuoksi mallia tulee arvioida, kehittää ja päivittää jatkuvasti. Lisäksi toimivuuden periaatteessa korostuu osallistujien voimaantuminen. Tarkoituksena on saada osallistujat uskomaan kykyihinsä ja vaikuttamismahdollisuuksiinsa. (Heikkinen & Syrjälä 2007, 155-157.) Äitiysneuvolan terveydenhoitajat ja yhteistyötahot ovat saaneet osallistua mallin kehittämiseen haastattelujen aikana sekä yhteisissä palavereissa. Toinen terveydenhoitajien tutkimushaastattelu koettiin työnohjaukselliseksi, joten sen arvioidaan olevan omaa työtä voimaannuttava kokemus. Terveydenhoitajat toivoivatkin useampia haastatteluja. Valitettavasti työn rajallisuus ja aikataulu ei tätä

mahdollistanut. Tarkoituksena oli myös pitää useammin yhteisiä palavereja tutkimusprosessin aikana ja kehittää toimintaa vähitellen. Pitkäkestoisempi tutkimusaikataulu olisi mahdollistanut toimintatutkimuksellisemman työotteen. Yhteisten aikojen sopiminen oli kuitenkin osittain haasteellista ja ajanpuute tuotti ongelmia. Aikatauluja pyrittiin sovitteluun hyvässä yhteistyössä. Yhteisessä palaverissa ei pystytty myöskään löytämään keinoja kaikkiin työyhteisön kehittämistarpeisiin. Vaikuttamismahdollisuudet oman työn kehittämiseen olivat lopulta suhteellisen vähäiset. Moni uusi ajatus ja toimintatapa jäivät toteutumatta ajan ja resurssipuutteen vuoksi. Jos jokainen äitiysneuvolan työntekijä olisi päässyt osallistumaan haastatteluihin, se olisi voinut tuottaa uudenlaisia tuloksia ja vaikuttaa toimintamallin kehittämiseen. Toisaalta toimintamallin kehittämiseksi järjestettyihin palavereihin pääsivät osallistumaan kaikki äitiysneuvolan työntekijät, jolloin heillä oli mahdollisuus päästä vaikuttamaan ja osallistumaan toimintamallin kehittämiseen.

Tutkimuksessa on pyritty noudattamaan hyvää lähdekritiikkiä. Lähdekritiikki onkin eräs keskeinen luotettavuuden mittari. Erityistä huomiota tulee kiinnittää lähteen alkuperään, aitouteen ja riippumattomuuteen. Tutkimuksen laatuun vaikuttaa myös asianmukainen lähteisiin viittaaminen. Lähteiden laatua ja tasoa tulee osata arvioida oikeilla menetelmillä. Lähteiden tulee olla myös ajankohtaisia. Tieteellisiä tutkimuksia voidaan pitää luotettavimpina. (Mäkinen 2006, 128-131.) Kirjallisuuskatsaukseen valittujen alkupe-
räistutkimusten laatu arvioitiin käyttäen Joanna Briggs- instituutin laatimia laadun arviointi kriteerejä. Lisäksi tutkimusten näytönastetta arvioitiin Suomen sairaanhoitajaliiton kehittämän näytön asteen arviointiperusteella. Suurin osa kirjallisuuskatsaukseen valikoituista lähteistä on tieteellisiä artikkeleja tai väitöskirjoja. Tutkimuksen lähteet ovat suomenkielisiä tai englanninkielisiä. Lähteisiin on pyritty viittaamaan asianmukaisesti irrottamatta aihetta asiayhteydestä. Lähdemateriaalit ovat mahdollisimman tuoreita ja ajankohtaisia. Suurin osa lähteistä on julkaistu vuoden 2005 jälkeen. Lähdemerkinnät on tehty Tampereen ammattikorkeakoulun kirjallisen työn ohjeen mukaan.

Tutkimusaineiston laatua ja luotettavuutta tarkastellessa tulee huomioida haastattelurunko, teemojen syventäminen sekä lisäkysymysten esittäminen. Laatuun vaikuttaa myös haastattelun tallentamiseen käytetyt välineet. Haastattelu kannattaa litteroida niin pian kuin mahdollista. Kaikkien tutkittavien ääni tulee kuulua selkeästi. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 184-185.) Tutkimusaineiston laatu tässä tutkimuksessa oli hyvä. Haastattelurunko oli jäsenelty ja siihen oli perehdytty huolellisesti. Tutkikysymykset auttoivat

haastattelun kulkua. Haastattelut nauhoitettiin kahdella erilaisella nauhurilla laadun takaamiseksi. Tutkittavien ääni kuului selkeästi, vaikkakin päällekkäistä puhumista esiintyi ajoittain. Haastattelut litteroitiin pian haastattelujen jälkeen. Litterointi noudatti molemmissa teemahaastatteluissa samoja käytäntöjä.

Tutkimusaineisto kerättiin äitiysneuvolan terveydenhoitajien ryhmähaastatteluilla. Lisäksi haastateltiin äitiysneuvolan tärkeimpiä yhteistyötahoja. Haastatteluissa on tärkeintä saada mahdollisimman paljon tietoa tutkittavasta aiheesta. Perusteltua onkin etukäteen jollakin tasolla informoida haastatteluteemoista. Aiheen tulee olla yleisessä tiedossa. Tutkittavat eivät lupaudu tutkimukseen, jos eivät tiedä mistä on kyse. Lisäksi tutkittavien tulisi olla kyseisen tutkimusaiheen asiantuntijoita, jotta taattaisiin mahdollisimman kattava tutkimusaineisto. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73-74.) Terveydenhoitajille lähetettiin etukäteen sähköpostia, jossa informoitiin haastatteluteemoista. Tutkimukseen osallistui äitiysneuvolan terveydenhoitajia, joiden tietämys kyseisestä tutkimus aiheesta oli asiantuntevin. Lisäksi yhteistyötahon haastateltavat olivat oman alueensa asiantuntijoita ja antamassa omaa näkemystään aiheesta. Haastatteluissa on aina tavoite, ja sen myötä pyritään saamaan luotettavaa ja asianmukaista tietoa tutkittavasta aiheesta. (Hirsjärvi 2008, 199-201.) Tämän toimintatutkimuksen tavoite oli kaikille osallistujille selkeä. Tämä näkyi muun muassa siinä, että jos keskustelu ajautui ajoittain teemojen ulkopuolelle, haastateltavat palauttivat sen ennaltaehkäisevään mielenterveystyöhön.

Ryhmähaastattelun haittana on, että kaikki kutsutut eivät pääse haastatteluun tai tule paikalle (Hirsjärvi & Hurme 2001, 63). Toiseen terveydenhoitajien haastatteluun ei päässyt osallistumaan kaksi kutsuttua haastateltavaa. Tilalle saatiin lyhyellä varoitusaajalla yksi haastateltava. Äkillinen orientoituminen tutkimushaastatteluun on voinut vaikuttaa tutkimusaineistoon tai haastattelun kulkuun. Toisaalta tilanne oli spontaani eikä haastateltavalla ollut etukäteisoletuksia aiheesta.

Haastattelijan tulee puhua jokaiselle haastateltavalle yhtä aikaa. Tärkeää on myös suunnata kysymyksiä jokaiselle ryhmän jäsenelle yksittäin. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 61.) Opinnäytetyön tekijä toimi ryhmähaastattelujen haastattelijana. Ryhmähaastattelujen aikana haastattelija kohdisti kysymykset yleisesti, mutta otti huomioon myös jokaisen haastateltavan yksilöllisesti ja pyrki tukemaan haastateltavien ajatuksia niitä kuitenkin vääristämättä. Toisaalta haastattelija on voinut johdatella tiedostamattaan keskustelua haluttuun suuntaan. Tutkijan roolin omaksuminen haastattelutilanteissa oli haastava.

Koska kyseessä oli oma työyhteisö ja tutut kollegat, oli haastattelijan vaikea irrottautua omasta roolista. Haastattelijan olisi pitänyt pyrkiä olemaan objektiivisempi ja johdattelemaan haastateltavia ilman omaa osallistumista. Toisaalta tuttuus toi haastattelutilanteisiin rentoa avoimuutta. Tämän tyyppisestä ryhmähaastattelusta ei haastattelijalla ollut aikaisempaa kokemusta, mikä puolestaan on voinut vaikuttaa haastattelun kulkuun.

Haastattelutilanne edellyttää rauhallista paikkaa. Ulkoiset tekijät ja haastateltavasta johtuvat häiriötekijät sekä esteet ovat vaikuttamassa haastattelun kulkuun. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 127.) Terveystieteille haastattelupaikka oli tuttu. Ensimmäisen haastattelun ajan tila oli rauhallinen. Toisen haastattelun aikana tuli muutama keskeytys, jotka mahdollisesti häiritsivät haastattelun kulkua. Haastateltavien ajatus keskeytyi, ja kesti hetken ennen kuin haastattelua pystyttiin jatkamaan.

Tutkimusaineiston sisällönanalyysi tehtiin maaliskuun aikana 2016. Analyysin perustana on lukea aineisto useampaan kertaan ja tulla tutuksi tutkimusaineiston kanssa (Hirsjärvi & Hurme 2001, 143.) Opinnäytetyön tutkimusaineistoon perehdyttiin huolellisesti lukemalla sen useampaan kertaan litteroinnin jälkeen. Aineiston käsitteleminen käsittää monia vaiheita. Ensin aineisto luokitellaan teemojen mukaan esim. koodaamalla. Tämän jälkeen pyritään löytämään uutta näkökulmaa aineistosta luokittelemalla. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 143; Tuomi & Sarajärvi, 2011, 109- 113.) Aineiston sisällönanalyysi aloitettiin koodaamalla tutkimustehtävät väreittäin. Tämän jälkeen alkuperäisilmaukset pelkistettiin ja aloitettiin alaluokkien muodostaminen. Alaluokkien muodostamisen aikana palattiin alkuperäiseen aineistoon useampaan kertaan. Alaluokista muodostettiin yläluokat ja niistä teoreettiset käsitteet pääluokiksi. Jokaisessa analyysin vaiheessa jouduttiin välillä palaamaan alkuperäisaineistoon. Toinen ja kolmas tutkimuskysymys tuottivat niin paljon samankaltaisia vastauksia, että päädyttiin niiden yhdistämiseen. Tämän vuoksi tutkimuskysymyksiä on enää kaksi tutkimussuunnitelmassa olevan kolmen sijasta. Tutkimussuunnitelman aikataulua jouduttiin muuttamaan kerran. Alkuperäisen suunnitelman mukaan oli tarkoitus ensimmäisen haastattelun jälkeen tehdä sisällönanalyysi tutkimusaineistosta ja sen pohjalta haastatella yhteistyötahoja. Yhteistyötahojen haastattelujen jälkeen oli tarkoitus tarkistaa teemarunkoa ja tehdä toinen terveydenhoitajien teemahaastattelu. Ensimmäisen haastattelun jälkeen päädyttiin kuitenkin tekemään toinen teemahaastattelu perään. Näin saatiin kattavampi ja laajempi tutkimusaineisto. Haasteelliseksi koitui teemahaastatteluaineistojen samanaikainen analysoiminen yhdeksi kokonaisuudeksi aineiston laajuuden vuoksi.

9.2 Eettisyys

Hyvä tieteellinen käytäntö ja eettisyys tutkimuksen tekemisessä ovat koko tutkimustyön perusta. Tutkimuksen eettiset valinnat lähtevät jo aiheen valinnasta. (Hirsjärvi ym. 2008, 25.) Tutkijan eettinen kanta on vaikuttamassa työn kulkuun ja ratkaisuihin ja toisaalta tutkimuksessa saadut tulokset ovat vaikuttamassa eettisiin ratkaisuihin (Tuomi 2008, 143). Äitiysneuvolan ennaltaehkäisevän mielenterveystyön toimintamallin eettisenä lähtökohtana oli asiakkaan psykososiaalinen tukeminen ja hyvinvoinnin parantaminen. Kehitetystä toimintamallista kiinnitetään entistä enemmän huomiota fyysisen terveyden lisäksi asiakkaan ja koko perheen hyvinvointiin ja sen tukemiseen. Keskeisenä pyrkimyksenä on ongelmien ehkäiseminen ja niiden varhainen tunnistaminen. Tutkimuksen keskeisenä tarkoituksena on pyrkiä tuottamaan uutta tietoa tai hyödyntämään vanhaa tietoa uudella tavalla (Vilka 2015, 42). Toimintatutkimus yhdistääkin vanhoja käytössä olevia äitiysneuvolan toimintatapoja esittelemällä ne uutena kokonaisuutena ennaltaehkäisevän mielenterveystyön näkökulmasta. Lisäksi se on tuottanut ennaltaehkäisevään mielenterveystyöhön uusia tapoja toimia.

Hyvää tieteellistä käytäntöä ovat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimuksen tulee olla suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti. Myös rahoitukset ja muut sidonnaisuudet tulee olla raportoituna. (Kuula 2006, 34-35.) Tutkimuksen lopputulos ei aina ole suunnitelman mukainen. Suunnitelma onkin lähinnä tavoitteellinen. Tutkimuksen onnistuminen ei myöskään ole riippuvainen suunnitelman aikataulusta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 174.) Tärkeää on huolehtia, että tutkimussuunnitelma on laadukas, tutkimusasetelma sopiva sekä raportointi on tehty hyvin (Tuomi & Sarajärvi 2011, 127). Tämän opinnäytetyön tutkimussuunnitelma tehtiin joulukuussa 2015. Tutkimuslupa anottiin ja saatiin Ylöjärven kaupungin sosiaali- ja terveysjohtajalta joulukuussa 2015. Toimintatutkimuksen vaiheet on raportoitu avoimesti. Opinnäytetyötä varten ei ole saatu ulkopuolista rahoitusta. Plagiointi on eräs tutkimuseettinen tarkastelun kohde. Tutkimuksessa ei tule käyttää kenenkään toisen materiaalia tai ajatuksia ilman, että alkuperäinen lähde on mainittuna. Kaikki tutkimus pohjautuu kuitenkin jollakin tavalla aikaisempiin tutkimuksiin. (Mäkinen 2006, 158.) Tämä opinnäytetyö ei sisällä plagioitua tekstiä.

Tutkimustulosten julkistaminen on eräs tärkeimpiä eettisiä periaatteita. Tulokset tulee julkaista rehellisesti, realistisesti eikä tuloksia saa pantata virheen tai kritiikin pelossa.

Tutkijan ei tule myöskään yleistää tuloksia mutta julkaista ne niin, että niitä voi arvioida ja hyödyntää. (Mäkinen 2006, 102.) Tämän toimintatutkimuksen tulosten julkaisemisessa on noudatettu eettisiä periaatteita. Tulokset on julkaistu totuuden mukaisesti peittelemättä. Tuloksia voidaan hyödyntää myös muiden kuntien toiminnan kehittämässä. Tutkimustietojen tulee olla luottamuksellisia. Tutkittavien henkilökohtaisia asioita ja tietoja ei saa levittää. Tutkittaville on selvitettävä, kuka pääsee käsiksi tutkimusaineistoon sekä miten aineisto säilytetään. Luottamuksellisuuden varmistamiseksi kaikille tutkittaville tulee taata nimettömyys. Yksittäiset tutkittavat eivät saa olla tunnistettavissa tutkimustekstistä. Kaikki perustuu luottamuksellisuuteen tutkijaa kohtaan. (Kuula 2006, 64; Mäkinen 2006, 114-115; Tuomi 2008, 146.) Tämän opinnäytetyön tekeminen on perustunut luottamuksellisuuteen, eikä tutkittaville ole aiheutunut haittaa tutkimuksen aikana. Tutkittavien anonymiteetti on pyritty varmistamaan jokaisessa vaiheessa niin, että yksittäisiä haastateltavia ei tunnista raportoinnissa. Yhteistyötahojen haastateltavat voidaan tunnistaa joissakin raportoinnin vaiheissa. Tämän vuoksi yhteistyötahojen osuudet annettiin jokaiselle luettavaksi ja tarkistettavaksi ennen opinnäytetyön julkaisua ja heiltä saadut kommentit otettiin huomioon lopullisessa raportoinnissa. Tämän todettiin parantavan osaltaan työn luotettavuutta. Tutkimusaineistoa on säilytetty huolellisesti niin, että ulkopuoliset eivät ole päässeet siihen käsiksi. Tutkimusaineisto hävitetään heti opinnäytetyön valmistuttua.

Tieteellisen tutkimuksen eettisyys perustuu myös ihmisoikeuksiin. Tiedonhankintaa koskevat ohjeet ovat eräs ihmisoikeuksien lähtökohdista. Tutkijan on selvitettävä tutkittaville tavoitteet, menetelmät ja riskit ymmärrettävästi. Lisäksi heidän oikeuksiin kuuluu vapaaehtoisuus. Jokaisen tulee voida kieltäytyä tutkimuksesta tai keskeyttää se missä vaiheessa tahansa. Lisäksi tutkittavilla on oikeus kieltää itseään koskevan tutkimusaineiston käyttö. Tutkijan tulee varmistaa tutkittavalle kaikki edellä mainitut oikeudet ennen suostumuksen allekirjoitusta. (Tuomi 2008, 145.) Tietoinen suostumus on keskeinen tutkimuksessa. Tarkoituksena on saada tutkittavat ymmärtämään mihin ovat suostumassa. (Kuula 2006, 104.) Terveystahojen selvitettiin tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja vapaaehtoisuus tutkimussuunnittelun yhteydessä. Esittely tapahtui sähköpostitse. Haastattelujen alussa heille selvitettiin uudestaan tutkimuksen lähtökohdat sekä tutkittavien oikeudet. Jokainen tutkittava allekirjoitti vapaaehtoisesti tietoisuuden suostumuksen (Marshall 2007, 4). Yhteistyötahoille kerrottiin myös oikeuksista ja he allekirjoittivat tietoisuuden suostumuksen haastattelujen alussa. Jokaiselle korostettiin lupaa

keskeyttää tutkimus koska tahansa, eikä ketään painostettu osallistumaan myöhemmin järjestettäviin palavereihin.

Työn eettisyyttä voidaan tarkastella vielä toimivuuden periaatteella. Tärkeää on arvioida miten tutkimus vaikuttaa tutkittaviin, tutkijoihin ja yhteiskuntaan. (Heikkinen 2007, 158.) Terveystenhoitajat ja äitiysneuvolan keskeiset yhteistyötahot ovat saaneet osallistua yhteisen toimintamallin kehittämiseen. Työ on ollut vaikuttamassa osaltaan yhteisen ymmärryksen ja vuoropuhelun syntymiseen. Toimintatutkimus nostaa äitiysneuvolatyön entistä näkyvämmäksi ja lisää toimintamallin kautta ymmärrystä äitiysneuvolan merkityksestä ja roolista ennaltaehkäisevässä mielenterveystyössä. Toimintatutkimuksen avulla saatuja tietoja ja kokemuksia julkaistaan usein myös oman yhteisön ulkopuolelle hyödynnettäväksi (Heikkinen 2015, 217). Ylöjärven kunnan lisäksi myös muut kunnat voivat hyödyntää toimintamallia oman työnsä suunnittelussa.

9.3 Tulosten tarkastelu

9.3.1 Toimintamallin tarkastelu

Äitiysneuvolan ennaltaehkäisevän mielenterveystyön toimintamallin tavoitteena on edistää raskauden aikaista ja synnytyksen jälkeistä hyvinvointia. Aikaisemmat tutkimukset osoittavat, että neuvola ei ole pystynyt antamaan asiakkaille psykososiaalista tukea heidän haluamallaan tavalla. Terveystenhoitajat ovat suunnanneet keskustelun pois todellisista ongelmista ja pyrkineet välttämään niihin puuttumista. (Hakulinen-Viitanen ym. 2005; Paavilainen 2003.) Pirkanmaan Hyvinvointineuvola-toimintamallin kehittämisen keskeisenä lähtökohtana on ollut parantaa asiakkaan psykososiaalista tukea. Tavoitteena on koko perheen hyvinvoinnin edistäminen ja parisuhteen sekä perheiden tukeminen. (Kangaspunta ym. 2005, 22.) Verkostokeskeinen työote perustuu opinäytetyönä kehitetyssä toimintamallissa myös perhekeskeisyyteen ja läheisverkoston huomioimiseen, samoin kun parisuhteen tukemiseen. Hyvinvointineuvola-toimintamallissa korostetaan isien tukemista ja aktivoidaan heitä neuvolapalveluiden käyttämiseen. Keskeistä kuitenkin on, että jokainen perhe saa itse päättää palvelujen käytöstä. (Kangaspunta ym. 2005, 22.) Tämä ajatus pohjautuu itsemääräämisoikeuden

korostamiseen, joka nousee myös eräänä keskeisenä periaatteena tämän tutkimuksen toimintamallissa.

Toimintamallin tarkoituksena on ennaltaehkäistä ja tunnistaa mielenterveysongelmia varhaisen puuttumisen keinoin ja arvioida hoidon tarvetta asiakkaan ohjaamiseksi jatkohoitoon. Hyvinvointineuvola-toimintamallissa ongelmien ennaltaehkäiseminen ja varhainen tuen tarpeen selvittäminen ovat keskeisiä lähtökohtia moniammatillisessa toiminnassa. Tavoitteena on myös erityispalvelujen tarpeen vähentäminen. (Kangaspunta 2005, 22.) Tämänkin opinnäytetyön toimintamallin lähtökohtana on tarjota oikein kohdistettua tukea ja ohjantaa asiakkaan omassa äitiysneuvolassa yhteistyössä tutun työntekijän kanssa. Keskeisenä toimintamallin periaatteena on asiakaskeskeisyys. Hyvinvointineuvolan toimintamallissa asiakaslähtöisyys tarkoittaa myös sitä, että työntekijät toimivat tietoa ja kokemusta jakavina asiantuntijoina (Kangaspunta ym. 2005, 22). Asiantuntijuuden hyödyntäminen ja ammatillisen tiedon jakaminen ovat myös opinnäytetyönä kehitetyn toimintamallin keskeisiä toimintatapoja. Merkityksellisenä nähdään työntekijöiden kouluttautuminen asiantuntijuuden kehittämiseksi sekä omien työtapojen jakaminen työyhteisössä.

Perheen omien voimavarojen löytäminen ja voimavarakeskeinen työtapo korostuvat sekä tässä toimintamallissa että hyvinvointineuvolan toiminnassa. Erilaiset puheeksi ottamisen lomakkeet ovat työvälineitä, joiden avulla kartoitetaan psykososiaalista hyvinvointia ja perheen omia voimavaroja. Lomakkeet auttavat myös perheitä itse tunnistamaan riskitekijöitä ja ongelmia. Kutsu neuvolaan osoitetaan molemmille vanhemmille. (Kangaspunta 2005, 22.) Varhaisen vuorovaikutuksen tukemista ja koko perheen hyvinvointia kartoittava lomake jaetaan Hyvinvointineuvola-toimintamallin mukaisesti raskausviikoilla 24.-26 (Hyvinvointineuvola-toimintamalli Tampereella 2007). Opinnäytetyön toimintamallissa laajan terveystarkastuksen voimavaralomake on keskeinen puheeksioton työväline. Molemmat vanhemmat kutsutaan raskauden ensikäynnille, jonka aikana voimavaralomakkeet jaetaan molemmille seuraavalla käynnillä tehtävää laajaa terveystarkastusta varten. Toimintamallissa korostuu raskauden ensikäynnin ja laajan terveystarkastuksen merkitys peräkkäisinä käynteinä. Käynnit tukevat toisiaan puheeksioton helpottamisessa, hoidon jatkuvuuden parantamisessa sekä luottamuksellisen asiakassuhteen luomisessa. Lisäksi käytössä on erillistä ”Raskauden aikainen vanhemman ja syntyvän lapsen vuorovaikutusta tukeva haastattelu” -lomake, jonka perimmäisenä tarkoituksena on perheväkivallan ehkäiseminen. Varhaisen vuorovaikutuksen tu-

kemiseksi tehdään toimintamallin mukaan tarvittaessa erillinen kotikäynti tai asioita käydään asiakkaan kanssa yhdessä loppuraskauden vastaanotolla.

Sekä raskauden aikaiset että synnytyksen jälkeiset kotikäynnit nähdään eräänä keskeisenä ja merkityksellisenä ennaltaehkäisevän mielenterveystyön työvälineenä opinnäytetyön toimintamallissa. Toisaalta niiden koetaan vievän liikaa aikaa ja resursseja. Myös Hyvinvointineuvola-toimintamallissa nostetaan kotikäynnit merkittävään rooliin asiakkaan ja koko perheen hyvinvoinnin turvaamiseksi. Tavoitteena on synnytyksen jälkeisen kotikäynnin lisäksi toteuttaa myös raskaudenaikaisia kotikäyntejä raskausviikoilla 32-34, mutta niiden on todettu vaativan paljon aikaa. (Hyvinvointineuvola-toimintamalli Tampereella 2007; Kangaspunta 2005, 25.)

Sosiaalisella tuella on vahva merkitys mielenterveyden tukemisessa sekä tässä toimintamallissa että Hyvinvointineuvola-toimintamallissa (Hyvinvointineuvola-toimintamalli Tampereella 2007, 4; Kangaspunta 2005, 49). Neuvolan roolina on tukea asiakkaan verkostoitumista kannustamalla asiakkaita osallistumaan vertaisryhmätoimintaan. Perhevalmennukset koetaan myös eräänä verkostoitumista tukevana työtapana. Ryhmämuotoinen toiminta ei kuitenkaan ole jokaisen asiakkaan mielestä tärkeä ja merkityksellinen. Asiakkaan yksilölliset toiveet osallistumisesta perhevalmennukseen tulee huomioida. Perhevalmennuksissa käydään läpi parisuhdetta, vanhemmuutta, lapsivuodeaikaa sekä vauvanhoitoa (Hyvinvointineuvola-toimintamalli Tampereella 2007; Kangaspunta 2005, 49). Perhevalmennus ensimmäistä lastaan odottaville vanhemmille on tässä opinnäytetyönä tehdyssä toimintamallissa räätälöity oman kunnan toiminnaksi. Perhevalmennus sisältää vauvapäivän, jonka yhteydessä käydään läpi parisuhdetta ja vauvanhoitoa sekä imetystä. Lisäksi järjestetään erillinen synnytysilta. Neuvolapsykologi sekä hammashoito ja fysioterapia osallistuvat omina kokonaisuuksinaan perhevalmennukseen. Etenkin vauvapäivällä on todettu olevan suuri merkitys verkostoitumiselle.

Keskeinen ajatus Hyvinvointineuvola-toimintamallissa on hoidon jatkuvuus. Sen on todettu parantavan asiakkaan ja terveydenhoitajan välistä luottamusta. Merkityksellistä on myös se, että asiakassuhteen jatkuvuus takaa työntekijälle paremman mahdollisuuden havaita ajoissa perheessä tapahtuvat muutokset. (Kangaspunta ym. 2005, 47; Hyvinvointineuvola-toimintamalli Tampereella 2007). Samoja tuloksia nousee esiin myös tämän opinnäytetyön toimintamallissa. Hoidon jatkuvuuden koettiin olevan keskeinen tekijä äitiysneuvolan ennaltaehkäisevässä mielenterveystyössä. Sama terveydenhoitaja

jatkaa asiakassuhdetta usein myös raskauden jälkeen lastenneuvolassa. Tämä auttaa terveydenhoitajaa ongelmien varhaisessa puuttumisessa ja tunnistamisessa.

Moniammatillinen tiimi on Hyvinvointineuvola-toimintamallin keskeinen työväline. Yhteistyö on tärkeä työväline ennaltaehkäisevässä työssä ja varhaisessa puuttumisessa. Tiimin on todettu säästävän aikaa ja puhelinkonsultaatioita. On todettu myös, että yhteistyötahoihin on tiimin ulkopuolellakin helpompi ottaa yhteyttä, koska tuttuus on madaltanut yhteydenoton kynnyksiä. (Hyvinvointineuvola-toimintamalli Tampereella 2007; Kangaspunta 2005, 48). Tämän opinnäytetyön toimintamalliin sisältyy perhe- ja asiantuntijapuodin hyödyntäminen, joka on hyvinvointineuvolaa vastaava toimintatapa. Sen keskeinen ajatus on olla asiakkaan hyvinvointia parantava työtapa. Asiakasperheen kanssa voidaan järjestää perhepuotitapaaminen, johon kutsutaan asiakkaalle tärkeät ihmiset. Lisäksi asioita voidaan käsitellä yhteisesti asiantuntijapuodissa. Asiantuntijapuotia voidaan käyttää myös konsultaationa tai työnohjauksellisena tahona. Tarkoituksen on madaltaa entisestään palveluohjauksen käytäntöä ja kehittää siten asiakkaalle annettua palvelua. Yhteistyötä tehdään myös muiden yhteistyötahojen kanssa ennaltaehkäisevän mielenterveystyön näkökulmasta. Hyvinvointineuvola-toimintamallin etu on yhteistyön kehittyminen eri toimijoiden välillä. Sen on koettu antavan myös rohkeutta puuttua asioihin aikaisemmin. Hyvinvointineuvolan toiminta painottui alkuun syntyneiden ongelmien ratkaisemiseen. Tavoitteena on kuitenkin mahdollisimman aikainen ennaltaehkäisevä toiminta ja varhainen auttaminen. (Kangaspunta ym. 2005, 47.)

Raskaana oleville ja vauvaperheille suunnatut ennaltaehkäisevät interventiot kansainvälisissä tutkimuksissa suuntautuvat pääsääntöisesti riskiryhmiin (Laajasalo & Pirkola, 2012, 19). Korhosen (2014) tutkimuksessa tulokset puhuvat varhaisen intervention ja ennaltaehkäisyn puolesta korostaen täten riskiperheiden tukemisen merkitystä (Korhonen 2014, 13). Opinnäytetyönä kehitetyssä toimintamallissa korostuvat varhaisten interventioiden merkitys aikaisemmissa toimintatavoissa sekä kehittämistarpeissa, kohdistuen erityisesti riskiryhmien tunnistamiseen ja tuen tarpeen arvioimiseen. Erilaiset interventiot ja ennaltaehkäisevää mielenterveystyötä tukevat toimintatavat muodostavat kokonaisuutena toimintamallin, joka palvelee työntekijöitä varhaisen puuttumisen yhtenäisenä työvälineenä.

9.3.2 Terveydenhoitajien haastattelujen tulosten tarkastelu

Terveydenhoitajien haastatteluista nousseita tuloksia verrataan aikaisempaan tutkimustietoon tarkastelemalla samanaikaisesti molempien tutkimuskysymysten tuloksia. Tulosten tarkastelu on jaettu työntekijä-, työyhteisö- ja yhteistyölähtöisiin toimintatapoihin ja kehittämistarpeisiin.

Työntekijälähtöiset toimintatavat ja kehittämistarpeet

Perusterveydenhuollon keskeinen tehtävä on ennaltaehkäisevä mielenterveystyö, johon sisältyy ennaltaehkäisy, tunnistaminen, varhainen puuttuminen ja jatkohoitoon ohjaaminen (Hyvönen 2004, 5). Näihin lähtökohtiin pohjautuvat myös terveydenhoitajien haastattelujen tulokset. Terveydenhoitajat pohtivat ennaltaehkäisevän mielenterveystyön rakenteita monelta kantilta. Ristiriitaista oli kuitenkin se, että vaikka terveydenhoitajien ennaltaehkäisevän mielenterveystyön perustehtävä nousee esiin terveydenhoitajien tutkimustuloksista, oli sen ymmärtäminen myös eräs työntekijälähtöisistä kehittämistarpeista.

Työntekijälähtöiset toimintatavat nousivat suurimmaksi ryhmäksi terveydenhoitajien haastatteluista. Hyvönen (2004) kuvaa tutkimuksessaan työntekijän olevan merkittävä työväline ja korostaa samalla vuorovaikutustaitojen kehittämistä eräänä työntekijätasoisena kehittämistarpeena. Työntekijät kaipasivat omiin vuorovaikutustaitoihin lisää jämäkkyyttä asiakkaan kanssa ja kykyä käsitellä työhön liittyviä tunteita. (Hyvönen 2004, 102-104.) Nämä asiat nousivat myös terveydenhoitajien haastattelujen kehittämistarpeista. Haasteellisena koettiin oma ahdistuminen, kun asiakkaan tilanne oli pahentunut. Lisäksi terveydenhoitajat kokivat menevänsä liikaa asiakkaan tunteiden mukaan, jolla puolestaan oli vaikutusta työssä jaksamiseen. Dialogisuuden kehittäminen nähtiin eräänä työntekijälähtöisenä kehittämistarpeena. Toisaalta dialogisuuden perusajatukset ovat nousseet jo vahvasti työntekijöiden osaamisesta ja toimintatavoista. Tämä onkin tutkimustulosten suhteen ristiriitaista.

Terveydenhoitajien haastattelujen tuloksena asenteet ja arvot olivat vaikuttamassa merkittävästi ennaltaehkäisevän mielenterveystyön toteutumiseen. Työntekijän toimintaa ohjaavissa arvoissa korostui luottamuksellisuus, vaikka luottamuksellisen suhteen saa-

vuttaminen koettiin välillä haasteellisena ja vaativan aikaa. Vaittisen (2011) mukaan dialogisilla vuorovaikutustaidoilla on keskeinen merkitys luottamuksen syntymiseen. Asiakastyön perustana on kuunteleminen, kunnioittaminen ja arvostaminen. Luottamuksellisen asiakassuhteen syntymiseen vaikuttaa terveydenhoitajan kyky vastata perheen avun tarpeeseen. Asiakkaat pitävät neuvolan keskeisimpänä ominaisuutena luottamuksellista ja myönteistä ilmapiiriä. (Vaittinen 2011, 87-88.) Asiakkaat kokevat saavansa yksilöllistä kohtelua neuvolassa. Toisaalta terveydenhoitajilla on todettu olevan vaikeuksia tunnistaa erityistukea tarvitsevat, etenkin ensisynnyttäjien keskuudessa. Erityistä tukea tarvitsevat kokevat saavansa vähemmän tukea kuin muut äidit. (Laitinen ym. 2013, 171.) Terveydenhoitajien haastattelujen tuloksissa korostuu yksilöllinen asiakaslähtöinen kohtaaminen. Työntekijät pyrkivät erilaisilla toimintatavoilla tunnistamaan erityistukea tarvitsevat. Lisätukea tarvitsevien yksilölliset tarpeet pyrittiin ottamaan huomioon tarjoamalla ylimääräisiä tukikäyntejä, antamalla aikaa sekä kohtaamalla kiireettömästi. Ajanpuutteen, kiireen ja resurssien koettiin kuitenkin olevan vaikuttamassa erityistukea tarvitsevien tuen saantiin. Ennaltaehkäisevän mielenterveystyö ei mahdollistunut resurssien puutteen vuoksi siten kun terveydenhoitajat toivoivat. Myös Honkasen (2008) tutkimustuloksessa resurssit ovat vaikuttamassa erityistukea tarvitsevien kanssa toteutuneeseen mielenterveystyöhön. (Honkanen 2008, 176.)

Keskinen (2009) kuvaa, kuinka asiakkaan psykososiaalista huolta pyritään neuvolassa normalisoimaan. Ensisijaisesti asiakasta neuvotaan ja hänelle annetaan tietoa asiasta. Lisäksi pyritään tuomaan asiasta myönteisiä puolia ja vastaamaan huoleen empatialla. (Keskinen 2009, 71-74.) Nämä tulokset ovat osittain yhteneväiset terveydenhoitajien haastattelujen kanssa. Terveydenhoitajat pyrkivät normalisoimaan raskauteen kuuluvia asioita ja muutoksia. Työntekijät pohtivat ratkaisukeskeistä työtapaansa ja ongelmakeskeistä ajattelua. Tärkeänä koettiin aito läsnäolo ja kuunteleminen, ei niinkään asioiden ratkaisemista.

Terveydenhoitajat korostivat haastatteluissa positiivisen mielenterveyden tukemista. Työntekijät pyrkivät mahdollistamaan toivon tunteen suuntaamalla positiivisia ajatuksia ja näkemyksiä tulevaisuuteen. Tähän liittyi olennaisena myös omien voimavarojen tukeminen, kannustaminen ja vaikeistakin asioista keskusteleminen. Lisäksi asiakkaan osallistuminen omaan hoitoon nähtiin olennaisena asiakaslähtöisen ajattelun periaatteena. Myös Honkasen (2004) tutkimus mielenterveyden edistämisestä pohjautuu positiiviseen mielenterveyskäsitteeseen. Lisäksi asiakkaan osallistuminen omaan hoitoon nähtiin

olennaisena asiakaslähtöisen ajattelun periaatteena. (Honkanen 2004, 176.) Asiakkaan osallistumisella on vaikutusta positiiviseen yhteistyösuhteeseen. Tällöin yhteistyössä hyväksytään ja huomioidaan myös asiakkaan asiantuntijuus oman hoidon suhteen. (Lai-tila 2010.) Keskeistä on naisen oman elämän hallintaa ja osallistumista edistävät toimintatavat. Elämän hallinnan tukemisessa merkityksellistä on vaikeiden asioiden puheeksiottamisella. (Ryttyläinen 2005, 153-155.) Terveystenhoitajien haastatteluissa keskeistä oli asiakaslähtöinen yksilöllinen kohtaaminen. Asiakkaalle annettiin lupa ja mahdollisuus puhua myös vaikeista asioista, sekä päättää mistä asioista haluaa puhua kenellekin. Yksilöllinen oman elämän hallinnan tukeminen näkyi myös siinä, että asiakkaalta kysyttiin, mitä hän toivoi vastaanotoilta ja pyrittiin tarjoamaan yksilöllisiä vaihtoehtoja.

Työyhteisölähtöiset toimintatavat ja kehittämistarpeet

Sosiaalisilla verkostoilla on huomattava merkitys raskaana olevan mielenterveydelle. Toiminnallisten interventioiden on todettu olevan tehokkaampia juuri raskauden aikana. (Balaji ym. 2007, 869.) Etenkin ensiperheiden sosiaalisen tuen tarve on merkityksellinen ja sen puuttumisella on vaikutusta perheiden jaksamiseen. Sosiaalinen tuki auttaa myös vauva-aikaisten mielikuvien luomisessa, ja on sitä kautta edistämässä lapsen ja vanhemman välisen vuorovaikutuksen syntymistä. (Mäkelä 2013, 49). Tutkimus (Mäkelä 2013) ensiperheiden sosiaalisesta tuesta osoittaa, että asiakkaat kokevat neuvolan olevan kiireinen, eikä terveydenhoitajilla ole aikaa paneutua perheiden ongelmiin. Ensiperheille suunnatun tukityö toteutettiin perhetyön toimesta ja sen keskeisenä ajatuksen oli toimia ennaltaehkäisevänä työmuotona. Perhetyön merkitys kotikäynteineen koettiin merkityksellisenä omalle jaksamiselle ja selviytymiselle arjessa. (Mäkelä 2013, 60-64.) Vähäistä sosiaalista tukea saavilla äideillä esiintyy masennusoireita ja elämänlaatu on heikentynyt. Tuen saamisella on todettu olevan myös vaikutusta raskauskomplikaatioihin. Vähäinen sosiaalinen tuki on siis riskitekijä raskauden aikaiselle hyvinvoinnille ja myös synnytykselle. (Elsenbruch ym. 2007, 869.) Tulokset vahvistavat terveydenhoitajien näkemystä verkostokeskeisestä työtavasta. Terveystenhoitajat ymmärsivät psykososiaalisten tekijöiden merkityksen asiakkaan hyvinvoinnille. Perhekeskeisen ajattelun pohjalta pyrittiin huomioimaan läheisverkosto vastaanotoilla. Parisuhteen tukeminen oli myös merkittävä näkökulma äitiysneuvolassa. Verkostokeskeisen ajattelun pohjalta tehtiin yhteistyötä myös kolmannen sektorin yhteistyötahojen kanssa.

Raskauden aikaisen masennuksen on todettu olevan suuri riskitekijä lapsen ja vanhemman välisen vuorovaikutuksen ja kiintymyssuhteen kehittymiselle. Sillä on kielteinen vaikutus molempien vanhempien mielikuviin tulevasta lapsesta. Masennus vaikuttaa kielteisesti etenkin niihin mielikuviin, jotka kohdistuvat lapsen ja vanhemman väliseen suhteeseen. Tämän on todettu olevan suuri riskitekijä vuorovaikutuksen ja kiintymyssuhteen kehittymiselle. (Jokitalo 2004, 55-56.) Terveystieteiden eräs keskeinen työntekijälähtöinen toimintatapa oli ammatillisen tiedon jakaminen raskauden aikana ja sen jälkeen. Merkittävää oli asioiden realistinen näkeminen ja raskauden normalisoiminen. Lisäksi tärkeänä nähtiin vanhemmuuden ja varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen koko raskausajan. Varhaista vuorovaikutusta pyrittiin tukemaan synnytyskeskustelulla ja kotikäynneillä. Lisäksi käytettiin puheeksioton apuna ”Raskauden aikainen vanhemman ja syntyvän lapsen vuorovaikutusta tukeva haastattelu”-lomaketta.

Synnytyksen jälkeisen masennuksen aikana mieheltä saatu tuki on merkityksellisempi kuin muilta perheenjäseniltä saatu tuki (Xie ym. 2010, 344; Tahir ym. 2009, 199). Isän riski sairastua synnytyksen jälkeiseen masennukseen kasvaa huomattavasti, jos äiti on sairastunut. Masennus liittyy yleisesti isyyden tuomiin paineisiin, kasvavaan vastuullisuuteen, elämäntyyliin ja parisuhteen muutokseen. Lisäksi isät kokevat, että eivät pysty antamaan tarpeeksi tukea äidille muuttuneessa elämän tilanteessa. Synnytyksen jälkeisen masennuksen on katsottu yleisesti lisäävän myös parisuhdeongelmia. (Goodman 2014, 28; Sanger ym. 2015, 149-150.) Äidin mielikuvien tulevasta vauvasta, on todettu olevan yhteydessä myös isän mielikuviin. Masentuneiden isien mielikuvat vauvan hoidon helppoudesta on todettu vähenevän oireiden lisääntyttyä. (Jokitalo 2004, 45). Terveystieteiden haastattelujen eräänä verkostokeskeisyyden periaatteista oli läheisverkoston huomioiminen. Tärkeänä koettiin molempien vanhempien huomioiminen vastaanotoilla. Isän merkitystä ja roolia korostettiin neuvolassa etenkin laajojen terveystarkastusten yhteydessä. Parisuhdetta pyrittiin tukemaan monin eri keinoin.

Neuvolassa kohdataan päivittäin mielenterveyteen liittyviä haasteita. Mielenterveyden erityisosaaminen, kouluttautuminen ja oman osaamisen arviointi ovat tärkeitä lähtökohdita ennaltaehkäisevässä mielenterveystyössä. (Honkanen 2008, 215-232.) Eräs terveystieteiden työyhteisölähtöinen kehittämistarve oli ammatillisen erityisosaamisen hyödyntäminen. Lisäksi toivottiin mielenterveystyöhön liittyvän koulutuksen järjestämistä tietojen päivittämiseksi ja oman osaamisen vahvistamiseksi.

EPDS (Edinburgh Postnatal Depression) -lomake on koettu hyvänä työmenetelmänä raskauden aikaisen ja synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamiseksi (Laitinen ym. 2013; Mustonen 2009, 44-46; Rush 2010, 326). Terveystenhoitajat nostivat myös tässä tutkimuksessa erilaiset lomakkeet terveyden edistämisen työvälineiksi. Laajaan terveys-tarkastukseen liittyvä EPDS -lomaketta käytetään sekä raskauden aikaisen että synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisessa. Terveystenhoitajat toivat esiin kuinka vaikea on tunnistaa lisätukea tarvitsevat, erityisesti jos he eivät ole tottuneet puhumaan vaikeista asioista. Lomake koettiin puheeksiottamisen apuvälineenä.

Kotikäynnit ovat monien tutkimusten mukaan keskeisessä asemassa mielenterveyden tukemisessa ja mielenterveysongelmien tunnistamisessa. Etenkin riskiolosuhteissa elävien perheiden on katsottu hyötyvän kotikäynneistä. Myös synnytystä edeltävä kotikäynti on merkityksellinen. (Honkanen 2008, 235-237; Price & Cohen-Filipic, 2013, 560-561.) Terveystenhoitajat katsoivat kotikäynneillä olevan merkitystä ennaltaehkäisevän mielenterveystyön näkökulmasta. Toivottiin enemmän aikaa ja resursseja kotikäyntien järjestämiseen ja toteuttamiseen. Etenkin raskauden aikaisen kotikäynnin toivottiin mahdollistuvan resursseja lisäämällä. Terveystenhoitajien mielestä kotikäynnit olivat ominta työtä juuri ennaltaehkäisevässä mielessä.

Suunnitelmallinen hoitotyö oli eräs terveystenhoitajien haastatteluista noussut työyhteisölähtöinen toimintatapa. Pitkät asiakassuhteet loivat pysyvyyttä ja paransivat sitä kautta varhaista tunnistamista. Pysyvyyden on todettu myös parantavan asiakkaan ja terveystenhoitajan välistä yhteisymmärrystä (Rush 2010, 326). Yhdistetty äitiys- ja lastenneuvola parantaa vanhempien neuvolakokemuksia ja tarjoaa enemmän tukea vanhemmuuteen. Se mahdollistaa samalla terveystenhoitajan ja perheen yhteistyösuhteen jatkuvuuden. Hoidon jatkuvuuden on todettu suojaavan masentuneita äitejä ja isiä selviytyä vanhemmuuteen liittyvistä tehtävistä. (Tuominen 2016, 64.)

Yhteistyölähtöiset toimintatavat ja kehittämistarpeet

Terveystenhoitajien yhteistyölähtöisenä kehittämistarpeena oli hoidon jatkuvuuden kehittäminen. Tärkeänä koettiin tietää kenelle asiakas voidaan ohjata missäkin tilanteessa. Honkasen (2004) tutkimuksessa terveystenhoitajat toivoivat myös kattavaa tietoa yhteistyötahoista ja perhettä tukevista palveluista. Perheen auttamisen haasteina olivat yhteis-

työn vaikeus, työn yksinäisyys ja rajallisuuden tunnistaminen. Tärkeimpinä yhteistyökumppaneina nähtiin neuvolalääkäri ja neuvolapsykologi. (Honkanen 2004, 190-191.) Terveystenhoitajien mielestä tässä opinnäytetyössä oli tärkeää, että lääkäri tunsii asiakkaan jo pidemmältä ajalta ja otti kokonaisvastuun asiakkaan tilanteesta. Yhteistyötä neuvolapsykologin kanssa toivottiin lisää, niin asiakkaan kuin työyhteisönkin näkökulmasta.

Moniammatillinen työskentely vaatii tutustumista ja aikaa yhteiselle keskustelulle. Etenkin psykiatrinen osaaminen koetaan tärkeänä. Moniammatillisella toiminnalla voidaan ennaltaehkäistä perheiden ongelmia ja niiden kasautumista. Tärkeänä koetaan roolien tiedostaminen ja yhteisten toimintatapojen löytäminen. Yhteistyötä tulee kehittää myös kolmannen sektorin toimijoiden ja seurakunnan kanssa. (Seppänen 2013, 28-31.) Yhteisen ymmärryksen löytäminen sisälsi terveydenhoitajien haastattelujen tuloksissa myös ajatuksen siitä, että olisi tärkeää tiedostaa eri yhteistyötahojen roolit. Lisäksi yhteisten toimintatapojen löytäminen oli keskeisimpiä kehittämistarpeita. Toivottiin yhteistä aikaa keskustelulle ja kasvotusten näkemistä yhteistyön parantamiseksi. Terveystenhoitajat tekivät tiivistä ennaltaehkäisevää yhteistyötä kolmannen sektorin toimijoiden kanssa, kuten seurakunnan ja Mannerheimin lastensuojeluliiton kanssa.

Terveystenhoitajat nimesivät Honkasen (2004) tutkimuksessa useita moniammatillista yhteistyötä haittaavia tekijöitä, joista tavallisimmat olivat ajan puute, työntekijöiden vaihtuvuus, toimitilojen etäisyys ja tiedon puute. Terveystenhoitajat eivät tieneet miten perheillä menee ja mitä oli suunniteltu perheiden tukemiseksi muissa palveluissa. Terveystenhoitajat kokivat sen omaa työtä vähättelevänä asiana. Mielenterveystahon kanssa tehtiin niukasti yhteistyötä lähinnä yksittäisten verkostotapaamisten muodossa. (Honkanen 2004, 190-201.) Terveystenhoitajat halusivat myös tämän opinnäytetyön tuloksissa enemmän palautetta ja tietoa asiakkaan tilanteesta eri yhteistyötahoilta. Yhteistyö etenkin mielenterveystoimiston kanssa koettiin vähäisenä, eikä oikein tiedetty mitä mikäkin taho tekee. Honkasen tutkimus (2004) tukee ajatusta siitä, että käytäntö vaatii paljon enemmän vuoropuhelua yhteistyötahojen kanssa. Lisäksi tarvitaan koulutusta ennakkoluulojen vähentämiseksi ja yhteisen ymmärryksen saavuttamiseksi. (Honkanen 2004, 190-201.)

Terveystenhoitajien tuloksissa perhetyö nähtiin edelleen osittain lastensuojelullisena. Perhetyöltä haluttiin enemmän käsiä ja konkreettisia toimintoja kuin ohjaavaa perhetyö-

tä. Honkanen (2004) kuvaa perhetyön olevan ennaltaehkäisevä ja keskittyvän mahdollisimman varhaiseen puuttumiseen. Asiakkaat toivovat kuitenkin enemmän konkreettista apua, kuten lasten- ja kodinhoitoa, kuin keskustelu apua. (Honkanen 2004, 190-201.) Toisaalta on todettu, että perheet kaipaavat perhetyöltä nimenomaan ohjausta ja tukea vanhemmuuteen. Perhetyöltä saatu sosiaalinen tuki auttaa äidiksi ja isäksi kasvamisessa. (Mäkelä 2013, 51).

9.3.3 Yhteistyötahojen haastattelujen tarkastelu

Moniammatillisuus nähtiin merkittävänä niin terveydenhoitajien kuin yhteistyötahojenkin haastatteluissa. Yhteistyötä pyrittiin toteuttamaan lähinnä verkostokokouksissa tai yhteisillä kotikäynneillä. Lisäksi yhteistyötahot korostivat molemminpuolisen konsultaation merkitystä. Ajanpuutteella koettiin kuitenkin olevan vaikutusta yhteisten palaverien ja kotikäyntien järjestämiselle. Moniammatillista yhteistyötä toteutetaan Honkanen (2008) mukaan juuri kotikäynneillä ja verkostokokouksilla. Lisäksi erityistyöntekijöiden konsultaatio ja heidän luokseen ohjaaminen ovat keskeisiä yhteistyömenetelmiä. (Honkanen 2008, 188-237.)

Moniammatillista yhteistyötä edistää yhteiset tavoitteet ja toimintaperiaatteet. Lisäksi yhteistyösuhteeseen vaikuttavat yhteistyön avoimuus, luottamuksellisuus, tasavertaisuus ja joustavuus. Yhteisillä koulutuksilla on todettu olevan myös merkitystä hyvälle yhteistyölle. (Häggman-Laitila & Pietilä 2007, 54-56.) Nämä edellä kuvatut yhteistyötä edistävät tekijät nousivat myös tässä tutkimuksessa yhteistyötahojen haastatteluista. Yhteiset tavoitteet ja toimintaperiaatteet tarjoavat mahdollisuuden hyvälle yhteistyölle. Tärkeänä nähtiin myös avoin keskustelu ilmapiiri ja uusista toimintatavoista tiedottaminen. Yhteisen perhetyön ja mielenterveystyön koulutuksen koettiin lisänneen yhteistyötahojen keskinäistä kommunikointia ja parantaneen sitä kautta yhteistyötä.

Esteinä yhteistyösuhteen kehittymiselle on tutkimusten mukaan nähty ajanpuute sekä tiedonkulkuun ja vaihteluun liittyvät ongelmat. Myös asennoitumisella moniammatilliseen yhteistyöhön on merkitystä. (Häggman-Laitila & Pietilä 2007, 54-56.) Tietämättömyys toisen yhteistyötahon toimintatavoista todettiin yhteistyötahojen haastatteluissa vaikuttavan asennoitumiseen. Siksi koettiin merkityksellisenä tiedostaa olemassa olevat yhteistyöroolit ja jakaa ajatuksia omista toimintatavoista. Myös tiedonkulun koet-

tiin olevan välillä haasteellista. Uusista työtavoista ei tiedoteta yhteistyötahoille, jolloin niitä ei voida hyödyntää oman työn tai asiakkaan parhaaksi.

Sirviön (2006) tutkimuksessa yhteistyö koettiin vähäisenä muiden toimijoiden kanssa. Yhteistyö oli epäsäännöllistä, eikä sitä mielletty normaaliin työhön kuuluvaksi. Yhteistyötä helpotti se, että työntekijät tunsivat toisensa henkilökohtaisesti. Ainoastaan silloin, jos työntekijät toimivat samassa tiloissa, keskustelua oli myös toisen alan työntekijöiden kanssa. Yhteistyö oli satunnaista ja muihin tahoihin oltiin yhteydessä vain silloin kun se oli tarpeellista. (Sirviö 2006, 88-89.) Yhteistyötahojen haastattelujen mukaan on helpompaa tehdä yhteistyötä, jos toimitaan saman katon alla. Yhteyttä otetaankin muihin tahoihin lähinnä sisäisellä postilla tai sähköpostilla. Toivottiin kaikkien osapuolten kesken säännöllisiä tapaamisia kasvotusten. Tuttuuden koettiin helpottavan yhteistyötä ja parantavan sitä kautta myös hoidon jatkuvuutta.

Yhteistyötahojen haastattelussa tuotiin esiin, että joillakin asiakkailla on ennakkoluuloja perhetyön tarjoamaa palvelua kohtaan. Rautio (2014) kuvaa kuinka perhetyö otetaan hyvin vastaan perheissä vaikka monella onkin aluksi epäilevää suhtautumista. Terveystenhoitajat ja perhetyöntekijät työskentelevät samojen asiakkaiden parissa. Avoimuus ja yhteiset asiakkaat helpottavat tutkimuksen mukaan yhteistyön sujumista. Tärkeinä tekijöinä nähtiin tuttuus, säännölliset tapaamiset, hyvä keskusteluyhteys ja luottamuksen syntyminen. Lisäksi selvyys eri ammattilaisten rooleista ja yhteisistä pelisäännöistä koettiin merkityksellisenä. Ammattilaisten keskuudessa oli tärkeää tiedostaa roolit ja työn rajaaminen. (Rautio 2014, 194-196.) Nämä tutkimustulokset korostuvat myös yhteistyötahojen haastatteluissa. Työskenteleminen yhteisten asiakkaiden kanssa helpottaa yhteistyötä kokonaisuudessaan. Sekä terveydenhoitajat että yhteistyötahot toivoivat yhteisiä tapaamisia, jotka auttaisivat yhteisen ymmärryksen löytämisessä ja tarjoaisivat mahdollisuuksia avoimempaan vuoropuheluun.

9.3.4 Jatkotutkimus- ja kehittämisehdotukset

Toimintamallin pohjalta on tarpeellista kartoittaa raskaana olevan ja hänen perheensä näkökulmaa äitiysneuvolassa tehtävästä ennaltaehkäisevästä mielenterveystyöstä. Toimintamallia tulee jatkossa arvioida ja kehittää sekä terveydenhoitajien, yhteistyötahojen että asiakkaiden näkökulmasta.

Olemassa olevat resurssit eivät mahdollista ennaltaehkäisevän mielenterveystyön toimintamallin toteutumista, siten kuin terveydenhoitajat tai yhteistyötahot toivovat. Koska neuvolan rooli ennaltaehkäisevässä mielenterveystyössä koetaan merkittävänä, tulee sen toteutumiseen vastata oikein mitoitetuilla ja kohdistetuilla resursseilla. Tarpeenmukaiset resurssit mahdollistavat paremmin raskauden aikaisten kotikäyntien, riskiasiakkaiden tukikäyntien sekä moniammatillisuuden toteutumisen. Tämän kehittämis ehdotuksen näkökulma on paitsi taloudellinen myös inhimillinen.

Ennaltaehkäisevän mielenterveystyön asiantuntijuutta tulee kehittää koulutuksilla sekä työntekijöiden erityisammattillisen osaamisen hyödyntämisellä. Asiantuntijuutta lisätään myös työparitoiminnan kehittämällä. Työparitoiminnan toteuttaminen vaatii aikaa ja resursseja, mutta antaa mahdollisuuden kehittää omaa ammatillista osaamistaan toisen työntekijän ammatillisen osaamisen kautta.

Äitiysneuvolan asiakas voi olla samanaikaisesti asiakkaana monella eri yhteistyötaholla. Silti yhteinen keskustelu asiakkaan tilanteesta koetaan vähäisenä, kuten myös tietämys toisen yhteistyötahon toimintatavoista. Tämän vuoksi on merkityksellistä ylläpitää yhteistyötahojen kanssa aloitettu vuoropuhelu ja lisätä yhteisiä käytäntöjä asiakkaan hyvinvoinnin edistämiseksi ennaltaehkäisevän mielenterveystyön näkökulmasta.

LÄHTEET

Balaji, A., Claussen, A., Smith, C., Visser, S., Morales, M. & Perou, R. 2007. Social support networks and maternal health and well-being. *Journal of Women's Health* 16 (10), 1386-1394.

Ehkäisevä mielenterveystyö kunnassa 2009. Aineistoa suunnittelun tueksi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Jyväskylä: Gummerus.

Elsenbruch, S., benson, S., Rucke, M., Rosen, M., Dudenhausen, J. Pincus-Knackstedt, M., Klapp, B. & Arck, P. 2007. Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Human Reproduction* 22 (3), 869-877.

Ennaltaehkäisevä terveystyö neuvolassa 2008. Tampereen kaupungin hyvinvointipalvelut. Julkaisu 7/2008. Tampere: Tampereen yliopistopaino.

Eriksson, E. & Arnkil, T. 2009. Huoli puheeksi. Opas varhaisista dialogeista. Oppaita 60. Helsinki: Stakes.

Eskola & Suoranta 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Eskola, K. & Hytönen, E. 2002. Nainen hoitotyön asiakkaana. Helsinki: WSOY.

Flykt, M. 2014. Prenatal representations predicting parent-child relationship in transition to parenthood: Risk and family dynamic considerations. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Väitöskirja.

Glavin, K. 2012. Screening and Prevention of Postnatal Depression. *Perinatal Depression*. Saatavilla. <http://www.intechopen.com/books/perinatal-depression/screening-and-prevention-of-postnatal-depression>.

Goodman J. 2014. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression and implications of family health. *Journal of Advanced Nursing* 2004; (45) 1, 26-35.

Haapio, S. Koski, K. Koski, P. & Paavilainen, R. 2009. Perhevalmennus. Helsinki: Edita.

Hakulinen-Viitanen, T., Pelkonen, M. & Haapakorva, A. 2005. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 22. Helsinki: Stakes.

Hakulinen-Viitanen, T., Hietanen-Peltola, M., Hastrup, A., Wallin, M. & Pelkonen, M. Laaja terveystarkastus. Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon. Sosiaali- ja terveysministeriön opas 22. Tampere: Juvenes Print.

Hastrup, A., Toikka, S. & Solantaus, T. 2005. Ennaltaehkäisevä mielenterveystyö perustason työssä. Vavu-hankkeen loppuraportti. STAKES. Aiheita 8/2005.

- Heikkinen, H., Rovio, E. & Kiilakoski, T. 2006. Toimintatutkimus prosessina. Teoksessa Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Helsinki: Kansanvalistusseura, 78- 94.
- Heikkinen, H.L.T. & Rovio, E. Toimintatutkimuksen raportointi. Teoksessa Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Helsinki: Kansanvalistusseura, 114- 130.
- Heikkinen, H. 2009. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Helsinki: Kansanvalistusseura, 16-38.
- Heikkinen, H. 2015. Toimintatutkimus: kun käytäntö ja tutkimus kohtaavat. Teoksessa Valli, R. & Aaltola, J. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Juva: Bookwell Oy, 204-219.
- Hyvönen, S. 2004. Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä. Tutkimus perusterveydenhuollon mielenterveystyöstä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Honkanen, H. 2008. Perheen riskiolot neuvolatyön kontekstissa. Näkökulma mielenterveyden edistämiseen. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja
- Honkanen, H., Mellin, O-K. & Haarala, P. 2014. Lasta odottava ja alle kouluikäisen lapsen perhe terveydenhoitajan asiakkaana. Teoksessa Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O-K. & Tervaskanto-Mäentausta, T. (toim.) Terveydenhoitajan osaaminen. Helsinki: Edita, 220-247.
- Hotus 2013. Kriittinen arviointi. Tutkimusten kriittisen arvioinnin kriteeristöt. Päivitetty 21.5.2013. Saatavilla: <http://www.hotus.fi/jbi-fi/kriittinen-arviointi>.
- Huovinen, T. & Rovio, E. 2006. Toimintatutkija kentällä. Teoksessa Heikkinen, H.L.T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Tutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura. 94-113.
- Hyvinvointineuvola-toimintamalli Tampereella 2007. Hyvinvointipalvelut. Julkaisuja 11/2007. Tampere. Tampereen yliopistopaino.
- Hyvönen, S. 2004. Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä. Tutkimus perusterveydenhuollon mielenterveystyöstä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Häggman-Laitila, A. & Pietilä, A-M. 2007. Lapsiperheiden terveyttä edistävä tuki ja sen lähtökohdat: Katsaus kehittämiskohteisiin ja jatkotutkimusaiheisiin. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 44, 47-62.

Jokitalo, P. 2004. Vauva mielessä. Vanhempien mielikuvat vauvasta raskausaikana sekä masentuneisuuden ja vauvamielikuvien laadun yhteydet. Tampereen yliopisto. Psykologian laitos. Pro-gradu.

Järvinen, P & Järvinen, A. 2012. Tutkimustyön metodeista. Tampere: Oppipajan kirja.

Kaljunen, L. 2002. Ensimmäistä lastaan odottavan perheen voimavaraisuuden tunnistaminen. Voimavaramittarin laatiminen ja arviointi. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu.

Kangaspunta, R., Kilkku, N., Kaltiala-Heino, R. & Punamäki, R-L. 2005. Lapsiperheiden psykososiaalinen tukeminen. Pirkanmaan mielenterveystyön hankkeen Peruspalvelutiimi- ja perheen hyvinvointineuvola-projektin loppuraportti 2002-2004. Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin julkaisuja 1/2005. Tampere: Yliopistopaino.

Kemp, L., Harris, E., McMahon, C., Matthey, S., Vimpani, G., Anderson, T., Schmied, V. & Aslam, H. 2012. Benefits of psychosocial intervention and continuity of care by child and family health nurses in the pre- and postnatal period: process evaluation. Journal of advanced nursing (8) 1, 1850-1861.

Keskinen, K. 2009. Asiakkaan psykososiaalinen tukeminen hyvinvointineuvolassa. Tampereen yliopisto. Sosiaalipsykologia. Pro gradu.

Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T.(toim) 2013. Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. THL oppaita. Tampere: Juvenes Print.

Kokkonen, A-M. 2016. Kirjoilla olijojen raportti vuosilta 2008-2016. Ylöjärven äitiysneuvola. Sähköpostiviesti. Luettu 25.10.2016.

Koppa 2015. Haastattelut. Jyväskylän yliopisto. Päivitetty 10.4.2015. Luettu 30.10.2016. Saatavilla:

<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineistonhankinta/menetelmat/haastattelut>.

Korhonen, M. 2014. Developmental Perspectives of Adolescence - Adjustment for maternal depressive symptoms. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Väitöskirja.

Kotihoidon perhetyö Ylöjärvellä. 2015. Esitelehtinen. Luettu 29.10.2015. Saatavilla: http://www.ylojarvi.fi/site/assets/files/19553/kotihoidon_perhetyo.pdf.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus.

Laajasalo & Pirkola 2012. Ennen kuin on liian myöhäistä. Ehkäisevän mielenterveystyön toimivia käytäntöjä palvelujärjestelmän kehittäjille. THL raportti 47/2012. Juvenes Print: Tampereen yliopistopaino Oy.

- Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Laitinen, M., Aho, A., Salonen, A. & Kaunonen, M. 2013. Äitien neuvolan terveydenhoitajilta saama sosiaalinen tuki lapsivuodeaikana. *Hoitotiede* 25 (3), 171-182.
- Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. 2004. Opas työntekijöille. Opas 14. Helsinki: Stakes.
- Lindholm, M. 2007. Neuvola osana perusterveydenhuoltoa. Teoksessa Armanto, A. & Koistinen, P. (toim.) *Neurolatyon käsikirja*. Helsinki: Tammi, 19–25.
- Marshall, P. 2007. Ethical Challenges in Study Design and Informed Consent for Health Research in Resource-poor Settings. World Health Organisation.
- Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.
- Mielenterveyttä ja päihdeettömyyttä edistävä Ylöjärvi. 2012. Ylöjärven kaupungin mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2013-2016. Luettu 26.10.2015. Saatavilla: http://www.ylojarvi.fi/site/assets/files/12547/mielenterveytt_ ja_p_ihteett_myytt_edist_v_yl_j_rvi.pdf.
- Moran, P., Jacobs, C., Bunn, A. & Bifulco, A. Multi-agency working: implications for an early-interventions social work team. *Children Family Social Work* 12 (2); 143-151.
- Mustonen, T-K. 2009. Terveystenhoitajien kokemuksia synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamisesta. Mielialalomakkeen käyttö masennuksen tunnistamisen välineenä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu.
- Myers, M. 2009. *Qualitative research in business & management*. The Cromwell Press Ltd, Trowbridge, Wiltshire.
- Mäkelä, H. 2013. Ensiperheiden kokemukset sosiaalisesta tuesta. Ensiperheiden vanhempien kokemukset Muotialan asuin- ja toimintakeskus ry:n Ensiperheiden tukityöprojektista. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Pro-gradu.
- Mäkelä, S., Pajulo, M. & Sourander, A. 2010. Raskausajan psyykinen oireilu ja lapsen kehitys. *Duodecim* 126/2010, 1013-1019.
- Mäkinen, O. 2005. Tieteellisen kirjoittamisen ABC. Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Ohjaava perhetyö. 2015. Ylöjärven kaupungin esite. Luettu 29.10.2015. Saatavilla: http://www.ylojarvi.fi/site/assets/files/19946/ohjaavien_esite.pdf.
- Paavilainen E & Flinck A. 2008. Lasten kaltoinkohtelun tunnistaminen ja siihen puuttuminen. Hoitotyön suositus. Hoitotyön Tutkimussäätiö. www.hotus.fi.

Paavilainen, R. 2003. Turvallisuutta ja varmuutta lapsen odotukseen. Äitien ja isien kokemuksia raskaudesta ja äitiyshuollosta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Paton, L., Grant, J. & Tsoutos, G. 2013. Exploring mothers perspectives of an intensive home visiting program in Australia: An qualitative study. *Contemporary nurse* 43(2), 191-200.

Pietilä, A-M., Eirola, R. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2003. Työmenetelmiä terveyttä edistävässä asiakastyössä. Teoksessa Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E. Koponen, P., Salminen, E-M. & Sirola, K. (toim.) *Terveyden edistäminen. Uusiutuvat työmenetelmät*. Helsinki: WSOY, 147-171.

Price, S. & Cohen-Filipic, K. 2013. Daily Life or Diagnosis? Dual Perspectives on Perinatal Depression within Maternal and Child Health Home Visiting. *Social Work in Public Health*. 8(6), 554–565.

Rautio, S. 2014. Kumppanuus ja moniammatillinen yhteistyö neuvolan perhetyössä. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 51, 191-202.

Rush, P. 2010. The Experience of Maternal and Child Health Nurses Responding to Women with Postpartum Depression. *Maternal and Child Health Journal*. 16, 322–327.

Ryttyläinen, K. 2005. Naisten arvioinnit hallinnasta raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Sanger, C., Iles, J., Andrew, C. & Ramchandani, P. 2015. Associations between postnatal maternal depression and psychological outcomes in adolescent offspring: a systematic review. *Archives of Womens Mental Health* 18, 147-162.

Seikkula & Arnkil 2009. *Dialoginen verkostotyö*. Helsinki: Tammi.

Seppänen, K. 2013. *terveydenhoitajien kokemuksia moniammatillisesta yhteistyöstä hyvinvointineuvolassa*. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Kandidaattitutkielma.

Sirviö, K. 2006. *Lapsiperheiden osallisuus terveyden edistämässä -mukanaolosta vastuunottoon. Asiakastilanteiden arviointi sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden ja perheiden näkökulmasta*. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009–työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015*. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 3. Helsinki: Stakes.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. *Mielenterveyspalvelujen laatusuositus. Opas 9*. Luettu 20.10.2015. Saatavilla:

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111122/laatusuositus.pdf>

Suojanen, U. 2004. Toimintatutkimus ammatillisen kehittymisen välineenä. Luettu 10.10.2016. Saatavilla: <https://metodix.fi/2014/05/19/suojanen-toimintatutkimus>.

Suomen Sairaanhoidajaliitto. Hoitotieteellisellä näytöllä tuloksiin hoitotyössä – käsikirja hoitotyönsuositusten laadintaan. Tulostettu 10.10.2016.

Tahir, M., Noor, H. Humera, T. & Mudassir, A. 2009. Role of the husbands knowledge and behavior in postnatal depression: a case study of an immigrant Pakistani woman- Mental Health in Family Medicine 6, 195-201.

Tammentie, T. 2009. Äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen vaikutus perheeseen ja perheen vuorovaikutussuhde lastenneuvolan terveydenhoitajan kanssa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009. Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Helsinki: Yliopistopaino.

Toimintatutkimus. 2016. Ylemmän AMK-tutkinnon metodifoorumi. Virtuaali ammattikorkeakoulu. Luettu 13.10.2016. Saatavilla: <http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojaksot>.

Tuomi, J. 2008. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2011. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tuominen, M. 2016. Hyötyvätkö perheet äitiysneuvolan ja lastenneuvolan palvelujen yhdistämisestä? Vertaileva palvelujärjestelmätutkimus. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Vaittinen, P. 2011. Luottamus terveydenhoitajan ja asiakassuhteen moraalisenä ulottuvuutena. Kuopion Yliopisto. Kuopio: Kopijyvä Oy.

Viljamaa, M-L. 2003. Neuvola tänään ja huomenna. Vanhemmuuden tukeminen, perhekeskeisyys ja vertaistuki. Jyväskylän yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Väitöskirja.

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Juva: Bookwell Oy.

Xie, R-H., Yang, J., liao, S., Xie, H., Walker, M. & Wen, S. 2010. Prenatal family support, postnatal family support and postpartum depression. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology 50, 340-345.

Ylöjärven laaja hyvinvointikertomus vuosille 2014-2016. Luettu 25.10.2015. Saatavilla: http://www.ylojarvi.fi/site/assets/files/12545/hyvinvointikertomus_2014-2016.pdf.

Ylöjärvi 2015a. Ylöjärvi tietoa. Luettu 25.10.2015. Saatavilla: <http://www.ylojarvi.fi/ylojarvi-tietoa/>

Ylöjärvi 2015b. Äitiysneuvola. Luettu 27.10.2015. Saatavilla:
<http://www.ylojarvi.fi/terveys/aitiysneuvola/>

Ylöjärvi 2015c. Perhekeskus. Luettu 24.10.2015. Saatavilla:
<http://www.ylojarvi.fi/terveys/perhekeskus/>

Ylöjärvi 2015d. Perhepuoti. Luettu 24.10.2015. Saatavilla:
<http://www.ylojarvi.fi/terveys/lastenneuvola/perhepuoti/>

Ylöjärvi 2015e. Mielenterveys- ja päihdepalvelut. Luettu 23.10.2015. Saatavilla:
<http://www.ylojarvi.fi/terveys/mielenterveys-ja-paihdepalvelut/>

Ämmälä, A-J.2015. Neuvolapsykiatria. Duodecim 131/569.

LIITTEET

Liite 1. Taulukko kirjallisuuskatsauksen alkuperäistutkimuksista

1(4)

	Tekijä(t), julkaisuvuosi, julkaisumaa, tutkimuksen taso	Tutkimuksen tavoite ja tarkoitus	Metodologiset lähtökohdat	Keskeiset tulokset	Näytön aste, laadun arviointi
1	Balaji, A., Claussen, A., Smith, C., Visser, S., Morales, M. & Pe- rou, R. 2007 Yhdysvallat Tieteellinen artikkeli	Sosiaalisten verkostojen merkityksen kuvaaminen raskaudenaikana.	Kirjallisuuskatsaus interventioista.	Sosiaalisilla verkostoilla on huomatta- vaa merkitystä äidin mielenterveydelle. Toiminnallisten interventioiden on todettu olevan tehokkaampia mielen- terveyden edistämässä raskausaikana.	II/6
2	Elsenbruch, S. Benson, S., Rucke, M., Rose, M., Dudenhausen, J., Pincus-Knackstedt, M., Klapp, B. & Arck, P. 2007, Saksa Tieteellinen artikkeli	Kuvata sosiaalisen tuen mer- kitystä raskauteen ja elämän laatuun, kun äiti on masentu- nut.	Kvalitatiivinen kyselytutkimus. 896 raskaana olevaa seurattiin alkuras- kaudesta synnytykseen. Raskaanaolijat jaettiin kolmeen ryhmään sosiaalisen tuen perusteella.	Raskauden aikana saatu sosiaalinen tuki vähentää masennusoireita. Vähän tukea saavilla on suurentunut riski raskauskomplikaatioihin.	III/6
3	Flykt, M. 2014 Suomi Väitöskirja	Selvittää vanhempien ras- kausajan kiintymyssuhteen ja hoivamielikuvien laatua sekä miten ne ennustavat tulevaa vanhemmuutta. Riskitekijöiden ja perhedy- namiikan merkitys.	Kolme pitkittäistutkimusta eri aikoina. Tutkimusaineisto 1. 745 pariskuntaa, joilla puolella IVF-raskaus 2. 59 äidillä masennusta ja vauva 3. 50 päihdeäitiä ja 50 ei	Negatiiviset ja idealisoidut mielikuvat vauvasta raskausaikana ennustivat vanhempi- lapsisuhteen ongelmia myöhemmässä vaiheessa. Mielenterveysongelmissa oli haitallinen vaikutus mielikuvien syntymiseen ja varhaisen vanhemmuuden kehitykseen.	III/8
4	Honkanen, H. 2008 Suomi Väitöskirja	Kuvata, tulkita ja ymmärtää terveydenhoitajan toimintaa riskiolioissa elävien perhei- den kanssa.	Lähestymistapa tulkinnallinen ja reflek- tiivinen etnografia. Kolmivaiheinen aineiston keruu; yksilö- haastattelut, terveydenhoitajien kirjalliset vastaaukset, ryhmä- ja yksilöhaastattelut. Analyysi etnografisella aineistolähtöisel- lä sisällönanalysillä	Pähteiden käyttö, työttömyys, mielen- terveydenongelmat, vanhemman uu- pumus, jolla oli merkitystä arjen hal- lintaan. Kotikäyntien merkitys oli keskeinen. Yhteistyössä muiden tahojen kanssa tunnistettiin kehittämistarpeita.	III/9

5	Hyvönen, S. 2004 Suomi Väitöskirja	Kuvata ja ymmärtää perusterveydenhuollon näkemyksiä mielen-terveytyöstä. Tehdä perusterveydenhuollon mielenterveytyö näkyväksi ja ymmärrettäväksi.	Kvalitatiivinen. Lähestymistapa fenomenologis-hermeneuttinen. Teemahaastattelu. Tuokimusaineistonanalyysi sisällönanalyysillä.	Mielenterveytyö kohdistuu koko väestöön. Ennaltaehkäisy, tunnistaminen, hoito ja potilaan ohjaaminen jatkohoitoon ovat perusterveydenhuollon tehtäviä.	III/7
6	Keskinen, K. 2009 Suomi Pro gradu	Selvittää miten terveydenhoitajat toteuttavat uuden neuvolatoiminnan tavoitteita keskustelemalla asiakkaan psykososiaalisista ongelmista vastaanotolla.	Lähtökohtana etnometodologinen teoria sosiaalisen toiminnan organisointumisessa. Videoidut vastaanotto tilanteet.	Asiakkaan tuodessa psykososiaalisen huolensa esiin ensisijaisesti neuvottiin. Tuotiin esiin asian myönteiset puolet. Huolen normalisoituminen ja empatia. Uusi toimintamalli ei ole ulottunut tutkimuksen mukaan työkäytäntöihin.	IV/7
7	Korhonen, M. 2014 Suomi Väitöskirja	Selvittää millainen yhteys on äidin masennusoireiden ja lapsen psykososiaalisen kehityksen yhteysraskausajalta nuoruusikään.	Pitkittäistutkimus neljänä vaiheena vuodesta 1989. 349 satunnaisesti valittua ensimmäistä lastaan odottavaa äitiä. Jokaisessa vaiheessa arvioitiin samalla äidin mielialaa EPDS-lomakkeen avulla.	Raskaudenaikaiset masennusoireet lisäsivät riskiä lapsen käytösoireille ja tunne-elämän oireille. Tulokset osoittavat varhaisen interventioon ja ennaltaehkäisyn merkityksen sekä riskiperheiden tukemisen merkityksellisyden.	III/8
8	Laitila, M. 2010 Suomi Väitöskirja	Kuvata asiakkaan osallisuutta ja asiakaslähtöisyyttä mielenterveys- ja päihdetyössä asiakkaiden sekä työntekijöiden näkökulmasta.	Fenomenografinen lähestymistapa. Kolmivaiheinen tutkimus. Asiakkaiden haastattelut, työntekijöiden haastattelut sekä kuvausmallien muodostaminen asiakkaan osallisuudesta ja asiakaslähtöisyydestä.	Osallisuus tarkoittaa asiakkaan asiantuntijuuden hyväksymistä, huomioimista ja hyödyntämistä. Työntekijöiden mukaan asiakaslähtöisyydellä oli vaikutusta positiivisesti yhteistyösuhteeseen.	III/8

9	Laitinen, M. Aho, A-L., Salonen, A. & Kaunonen, M. 2013 Suomi Tieteellinen tutkimus	Kuvata äitien saamaa tukea terveydenhoitajiltalapsen syntymän jälkeen. Kuvata tekijöitä, jotka vaikuttavat tuen saantiin.	Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen. Kyselylomake 6 -vkon ikäisten vauvojen äideille. (N=760) Vastausprosentti 67. Ensi- ja uudelleensynnyttäjien vertailu. Analyysi kuvailevilla tilastomenetelmillä.	Äidit kokivat saaneensa kohtalaisesti sosiaalista tukea terveydenhoitajilta. Erityistä tukea tarvitsevat kokivat saaneensa vähemmän tukeakun muut raskaana olevat.	III/7
10	Mustonen, T-K 2009 Suomi Pro Gradu	Kuvata terveydenhoitajien synnytyksen jälkeisen masennuksen tunnistamista. Tuottaa tietoa miten voidaan parantaa masennuksen tunnistamista äitiys- ja lastenneuvolassa.	Kvalitatiivinen Esseekirjoituksia (=11) Täydentäviä teemahaastatteluja (=4) Analyysi induktiivinen sisällönanalyysi.	Terveydenhoitajat tunnistivat masennusta mielialan ja olemuksen muutoksesta. EPDS-lomake oli apuna tunnistamisessa. Tunnistaminen vaatii ammatillista osaamista ja moniammatillista yhteistyötä.	IV/7
11	Paavilainen, R. 2003 Suomi Väitöskirja	Muodostaa raskauden aikaisten ja äitiyshuollon kokemusten merkitysrakenne. Kuvata merkitysrakenteiden liittymisen toisiinsa.	Fenomenologinen tutkimusote. Odotettajan haastattelu (=16) kolmesti raskauden aikana. Populaarijulkaisuja, kerätty materiaali lapsen odotuksia ja kokemuksia kuvaava. Analyysi Colaizzin menetelmänä	Muodostettiin neljä ulottuvuutta merkitysrakenteesta odottajan että terveydenhoitajan näkökulmista. Voidaan hyödyntää perhekeskeisessä toimintatavassa, ohjaamisessa ja koulutuksessa.	III/7
12	Price, S. & Cohen-Filipic, K. 2013 USA Tieteellinen artikkeli	Verrata matalatuloisten äitien ja terveydenhoitajien kokemuksia ja näkemyksiä kotikäyntiohjelman merkityksestä raskauden aikaisten masennukseen.	Osallistava tutkimus. Yksilöhaastattelut. N=14	Asiakkaan ja terveydenhoitajan näkemykset masennuksesta ja stressaavista elämäntavoista olivat ristiriitaiset. Raskaana olijat pelkäävät leimautumista. Interventioiden merkitystä tulisi korostaa kun oireita on enemmän.	III/7

13	Rush, P. 2010 Australia Tieteellinen artikkeli	Kuvata miten terveydenhoitajat tunnistavat masennusoireita ja puuttuvat. Kuvata puuttumisen rajoittavia tekijöitä.	Kvalitatiivinen Syvähaastattelu Fenomenologinen lähestymistapa	Terveydenhoitajat tarvitsevat enemmän harjoitusta masennuksen tunnistamisessa ja sopivien hoito vaihtoehtojen löytämisessä. Lisäksi samanlaisten toimintatapojen pysyvyys paransi yhteisymmärrystä.	IV/6
14	Rytyläinen, P. 2005 Suomi Väitöskirja	Kuvata ja selittää naisen hallintaa raskauden ja synnytyksen yhteydessä. Kuvata hallintaa selittäviä tekijöitä. Kehitettiin alustava malli äitiyshuollon tulevaisuuden kehittämiseksi.	Kyselytutkimus. Vastaajia 1625 54% Tilastollinen analyysi	Hallinta mahdollistui heikoiten itsetuottamuksen lujittamisessa ja osallistumisesta omaan hoitoon ja päätöksiin. Hallinta mahdollistui parhaiten terveydenhoitajan kanssa.	III/8
15	Tammentie, T. 2009 Suomi Väitöskirja	Selvittää mitkä tekijät ovat yhteydessä äidin synnytyksen jälkeiseen masennukseen. Kehittää äidin ja terveydenhoitajan välisiä vuorovaikutusta sekä tuottaa tietoa vuorovaikutuksen kehittämiseksi.	Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen Kyselylomakkeet analysoitiin SPSS-tilasto-ohjelmalla. Laadullinen aineisto analysoitiin grounded-teorian avulla.	Masentuneilla äideillä oli ristiriita syntyvän jälkeisen todellisuuden ja mielikuvan välillä. Äidit kokivat puutteita vuorovaikutuksessa terveydenhoitajien kanssa	III/8
16	Väitinen, P. 2011 Suomi Tutkimustyö	Tuottaa kuvaus luottamuksesta terveydenhoitajan ja perheen välillä.	1. vaihe systemaattinen kirjallisuuskatsaus (=61), jonka perusteella selvitetiin luottamusta 2. vaihe Terveydenhoitajien haastattelu (=24) Analyysi sisällönanalyysillä aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä	Luottamuksen kehittymistä edistivät potilaan arvostus, inhimillinen välittäminen, hyvä ilmapiiri, vuorovaikutus sekä uskottavuus. Luottamus perustuu siihen kuinka terveydenhoitaja vastaa perheen avun tarpeeseen.	I-II/8
17	Viljamaa, M-L. 2003 Suomi Väitöskirja	Selvittää neuvola-asiakkaiden tyytyväisyyttä neuvolapalveluihin. Selvittää neuvolaan kohdistuvia toiveita vanhemmuuden tukemiseksi.	Kvantitatiivinen kyselytutkimus. Analysoitiin SPSS-tilastointiohjelmalla.	Äidit olivat tyytyväisiä neuvolapalveluihin. Vähemmän koulutetut olivat tyytyväisempiä ja toivoivat enemmän sosiaalista tukea ja mahdollisuutta keskustella vanhemmuudesta. Perhekeskeisyydessä toivottiin parannettavaa sekä vertaistuen mahdollisuuksiin ei oltu tyytyväisiä.	III/8

Liite 2. Tietoinen suostumuslomake 1

1(2)

**TIEDOTE**

pvm

Hyvä äitiysneuvolan terveydenhoitaja!

Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyöhöni, jonka tarkoituksena on kehittää ennaltaehkäisevän mielenterveystyön toimintamalli Ylöjärven äitiysneuvolaan.

Osallistumisenne tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on anottu lupa Ylöjärven kaupungin terveys- ja sosiaalijohtajalta.

Opinnäytetyön aineisto toteutetaan ryhmähaastatteluilla. Tarkoituksena on toimintatutkimuksen aikana haastatella kahta tai tarvittaessa kolmea ryhmää, jotka koostuvat äitiysneuvolan terveydenhoitajista. Ensimmäinen haastattelu toteutetaan tammikuussa 2016 ja toinen huhtikuussa 2016. Molempiin ryhmiin osallistuu 5-6 haastateltavaa. Haastattelut kestävät n. 1,5-2 tuntia ja ne nauhoitetaan. Ryhmähaastattelut toteutetaan keskustan neuvolan kokoushuoneessa. Haastattelussa kysytään kokemuksianne äitiysneuvolan ennaltaehkäisevästä mielenterveystyöstä, kehittämistarpeista sekä yhteistyötahojen kanssa tehtävästä ennaltaehkäisevästä mielenterveystyöstä. Lisäksi toimintatutkimuksen ensimmäisen ja toisen haastattelun välissä maaliskuussa 2016 haastatellaan keskeisimpiä yhteistyötahoja. Haastatteluja käytetään kommentointi tarkoituksessa ennaltaehkäisevän mielenterveystyön toimintamallin kehittämiseksi.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijän käytössä. Aineisto säilytetään salasanalta suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyö on luettavissa elektronisessa Theseus tietokannassa sen valmistuttua.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstäni, vastaan mielelläni.

Opinnäytetyön tekijä

Mia-Liisa Rönkkö

Kliininen asiantuntija (YAMK)-opiskelija, Tampereen ammattikorkeakoulu

mia-liisa.ronkko@health.tamk.fi

SUOSTUMUS
**Äitiysneuvolan ennaltaehkäisevä mielenterveystyö
- Ylöjärven toimintamalli**

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on kehittää Ylöjärven äitiysneuvolaan ennaltaehkäisevän mielenterveystyön toimintamalli sekä mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijälle kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luotamuksellisesti.

Paikka ja aika

_____ . _____ . _____

Suostun osallistumaan
opinnäytetyöhön:

Haastateltavan allekirjoitus

Nimen selvennys

Suostumuksen
vastaanottaja:

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Nimen selvennys

Liite 3. Tietoinen suostumuslomake 2

1(2)

**TIEDOTE**

pvm

Hyvä äitiysneuvolan yhteistyökumppani!

Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyöhöni, jonka tarkoituksena on kehittää ennaltaehkäisevän mielenterveyshuollon toimintamalli Ylöjärven äitiysneuvolaan.

Osallistumisenne tähän opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä osallistumisesta tai keskeyttää osallistumisenne syytä ilmoittamatta milloin tahansa. Opinnäytetyölle on anottu lupa Ylöjärven kaupungin terveys- ja sosiaalijohtajalta.

Opinnäytetyön aineisto toteutetaan ryhmähaastatteluilta. Tarkoituksena on toimintatutkimuksen aikana haastatella kahta tai tarvittaessa kolmea ryhmää, jotka koostuvat äitiysneuvolan terveydenhoitajista. Ensimmäinen haastattelu toteutetaan tammikuussa 2016 ja toinen huhtikuussa 2016. Haastattelussa kysytään terveydenhoitajien kokemuksia äitiysneuvolan ennaltaehkäisevästä mielenterveyshuollosta, kehittämistarpeista sekä yhteistyötahojen kanssa tehtävästä ennaltaehkäisevän mielenterveyshuollon.

Terveydenhoitajien ryhmähaastattelujen välillä pyydetään keskeisiä yhteistyötahoja, Teitä yhtenä näistä tahoista, kommentoimaan valmisteilla olevaa toimintamallia. Kommentointi tehdään haastattelujen avulla. Yhteistyötahojen haastattelut eivät ole tutkimusaineistoa, eikä niitä analysoida. Luvallanne haastattelu nauhoitetaan. Nauhoitus tehdään ainoastaan muistin tueksi.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti. Aineisto on ainoastaan opinnäytetyön tekijän käytössä. Aineisto säilytetään salasanalta suojattuina tiedostoina, kirjallinen aineisto lukitussa tilassa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Opinnäytetyön tulokset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä, opinnäytetyön raportista ei yksittäistä vastaajaa pysty tunnistamaan. Opinnäytetyö on luettavissa elektronisessa Theseus-tietokannassa sen valmistuttua.

Mikäli Teillä on kysyttävää tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstäni, vastaan mielelläni.

Opinnäytetyön tekijä

Mia-Liisa Rönkkö

Kliininen asiantuntija (YAMK)- opiskelija, Tampereen ammattikorkeakoulu

mia-liisa.ronkko@health.tamk.fi

SUOSTUMUS
**Äitiysneuvolan ennaltaehkäisevä mielenterveystyö
- Ylöjärven toimintamalli**

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on kehittää Ylöjärven äitiysneuvolaan ennaltaehkäisevän mielenterveystyön toimintamalli sekä mahdollisuuden esittää opinnäytetyöstä tekijälle kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luotamuksellisesti.

Paikka ja aika

Suostun osallistumaan
opinnäytetyöhön:

Haastateltavan allekirjoitus

Nimen selvennys

Suostumuksen
vastaanottaja:

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Nimen selvennys

Liite 4. Teemahaastattelun runko

Ensimmäisen haastattelun teemat

1. Äitiysneuvolan ennaltaehkäisevä mielenterveystyö nyt
 - Mitä on mielestäsi äitiysneuvolan ennaltaehkäisevä mielenterveystyö?
 - Miten edistät ja tuet työssäsi asiakkaan mielenterveyttä?
 - Miten tunnistat mielenterveyden ongelmia ja mitä työvälineitä käytät tunnistamisessa?
 - Millaisena näet oman roolisi mielenterveyden edistämisessä?
 - Mitä haasteita tai esteitä koet mielenterveysongelmien tunnistamisessa ja puuttumisessa?

2. Äitiysneuvolan ennaltaehkäisevän mielenterveystyön kehittäminen
 - Miten kehittäisit ennaltaehkäisevää mielenterveystyötä äitiysneuvolassa?
 - Miten kehittäisit mielenterveysongelmien tunnistamista ja puuttumista?

3. Yhteistyötahojen kanssa tehtävä ennaltaehkäisevä mielenterveystyö
 - Millaisena näet moniammatillisen yhteistyön hoitoon ohjauksessa?
 - Mitä kehitettävää on mielestäsi yhteistyössä tai hoitoon ohjaamisessa?

Toisen haastattelun kysymykset muodostuivat ensimmäisen haastattelun sekä yhteistyötahoilta saatujen kommenttien pohjalta.

Liite 5. Äitiysneuvolan ennaltaehkäisevä mielenterveystyö

TAULUKKO 1. Ensimmäisen tutkimustehtävän sisällönanalyysin vaiheet

ALALUOKKA (39 kpl)	YLÄLUOKKA (9 kpl)	PÄÄLUOKKA (3 kpl)
Asiakkaan kuunteleminen ja kuuleminen	Ammatillisten vuorovaikutustaitojen hyödyntäminen	 TYÖNTEKIJÄ-LÄHTÖISET TOIMINTATAVAT
Asioiden puheeksi ottaminen		
Dialoginen vuorovaikutus		
Haastattelutekniikka		
Asiakkaan yksilöllisyyden kunnioittaminen	Ykilöllinen asiakaslähtöinen kohtaaminen	
Kiireetön kohtaaminen ja ajan antaminen		
Yksilöllisten tarpeiden huomioiminen		
Asiakkaan osallistumisen tukeminen		
Avoimuus	Työntekijän toimintaa ohjaavat arvot	
Luottamuksellisuus		
Turvallisuus		
Tasa-arvoisuus		
Vastuullisuus		
Toivon ylläpitäminen	Positiivisen mielenterveyden tukeminen	
Asiakkaan kannustaminen ja rohkaiseminen		
Asiakkaan omien voimavarojen tukeminen		
Esitieto- ja voimavarakaavakkeiden käyttäminen	Terveysten edistämisen työvälineet	TYÖYHTEISÖ-LÄHTÖISET TOIMINTATAVAT
Laaja terveystarkastus varhaisen puuttumisen tukena		
Varhaista vuorovaikutusta tukevat menetelmät		
Kotikäynnit ennaltaehkäisevinä työmuotoina		
Ammatillisen näkemyksen antaminen ja tiedon jakaminen		
Hoidon jatkuvuutta tukeva suunnitelmallinen kirjaaminen	Suunnitelmallinen hoitotyö	
Asiakassuhteen jatkuvuus		
Asioiden työstäminen ja niihin palaaminen		
Läheisverkoston huomioiminen	Verkostokeskeisyys	
Perhekeskeisyys		
Parisuhteen tukeminen		
Vertaistukiryhmien tarjoaminen		
Perhevalmennuksen järjestäminen		
Sovitut toimintatavat jatkohoidon järjestämisestä	Hoidon jatkuvuuden turvaaminen	YHTEISTYÖ-LÄHTÖISET TOIMINTATAVAT
Ohjaaminen neuvolapsykologille		
Ohjaaminen terveyskeskuspsykologille		
Ohjaaminen omalääkärille tai neuvolalääkärille		
Kunnan ulkopuolisen tuen tarjoaminen	Asiantuntijaverkoston yhteistyö	
Erytysairaanhoidon konsultaatio		
Neuvola- ja omalääkärin kanssa tehtävä yhteistyö		
Neuvolapsykologin kanssa tehtävä yhteistyö		
Perhe- ja asiantuntijapuodin hyödyntäminen		
Yhteistyö seurakunnan kanssa		

Liite 6. Äitiysneuvolan mielenterveystyön kehittäminen

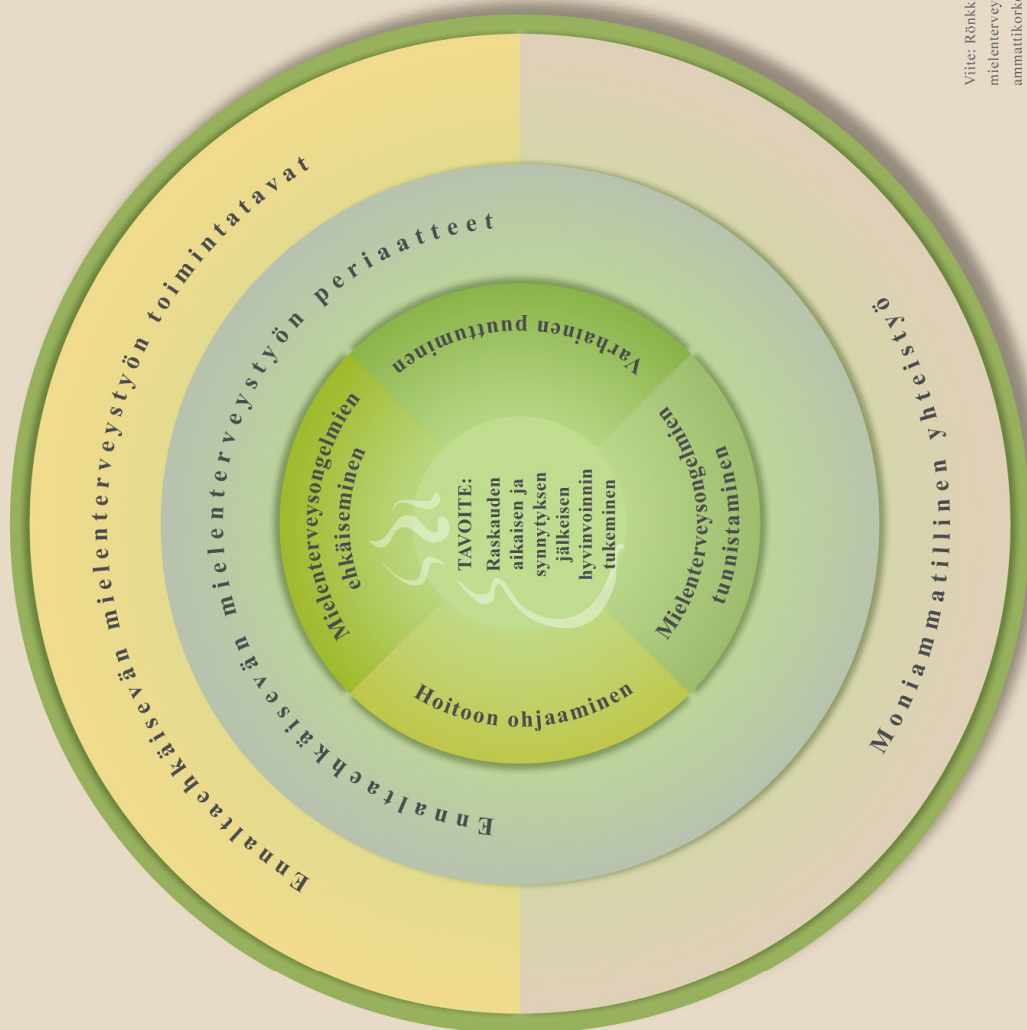
TAULUKKO 1. Toisen tutkimustehtävän sisällönanalyysin vaiheet

ALALUOKKA (28kpl)	YLÄLUOKKA(8kpl)	PÄÄLUOKKA (3kpl)
Mielenterveystyön rajaaminen	Ennaltaehkäisevän mielenterveystyön sisäistäminen	TYÖNTEKIJÄ-LÄHTÖISET KEHITTÄMIS-TARPEET
Asiantuntijan näkemys mielenterveyden perustehtävistä		
Kiireellisyyden arvioiminen		
Mielenterveyden erityispiirteiden ymmärtäminen		
Yhteisen ymmärryksen löytäminen	Dialogisuuden kehittäminen	
Asiakkaan motivoiminen avun vastaanottamiseen		
Työvälineitä dialogisuuden parantamiseksi		
Työparitoiminnan kehittäminen	Asiantuntijuuden kehittäminen	
Koulutuksen järjestäminen		
Ammatillisen erityisosaamisen hyödyntäminen		
Kirjaamiskäytäntöjen yhdenmukaistaminen		
Kiireetön asiakkaan kohtaaminen	Ajallisten resurssien lisääminen	
Ylimääräisten tukikäyntien mahdollistuminen		
Raskausajan kotikäynnin mahdollistuminen		
Työnohjauksen järjestäminen	Työssä jaksamisen tukeminen	
Työyhteisön tuki ja yhteinen keskustelu		
Nopeampi ohjautuminen erityistyöntekijälle	Hoidon jatkuvuuden kehittäminen	YHTEISTYÖ-LÄHTÖISET KEHITTÄMIS-TARPEET
Palautteen saaminen yhteistyötahoilta		
Lähetekäytäntöjen selkeyttäminen		
Kirjaamiskäytäntöjen yhdenmukaistaminen		
Yhteistyötahojen roolien selkeyttäminen	Yhteisen ymmärryksen löytäminen	
Yhteinen näkemys perhekeskeisyydestä		
Joustavampi yhteistyö		
Avoimempi keskusteluilmapiiri		
Konsultaatiomahdollisuuden laajentaminen	Yhteisten toiminta- ja työtapojen kehittäminen	
Perhe- ja asiantuntijapuodin näkyväksi tekeminen		
Tiedottamisen parantaminen uusista toimintatavoista		
Yhteiset kotikäynnit ja verkostopalaverit		

Liite 7. Toimintatutkimuksen tarkennetut työvaiheet aikatauluineen

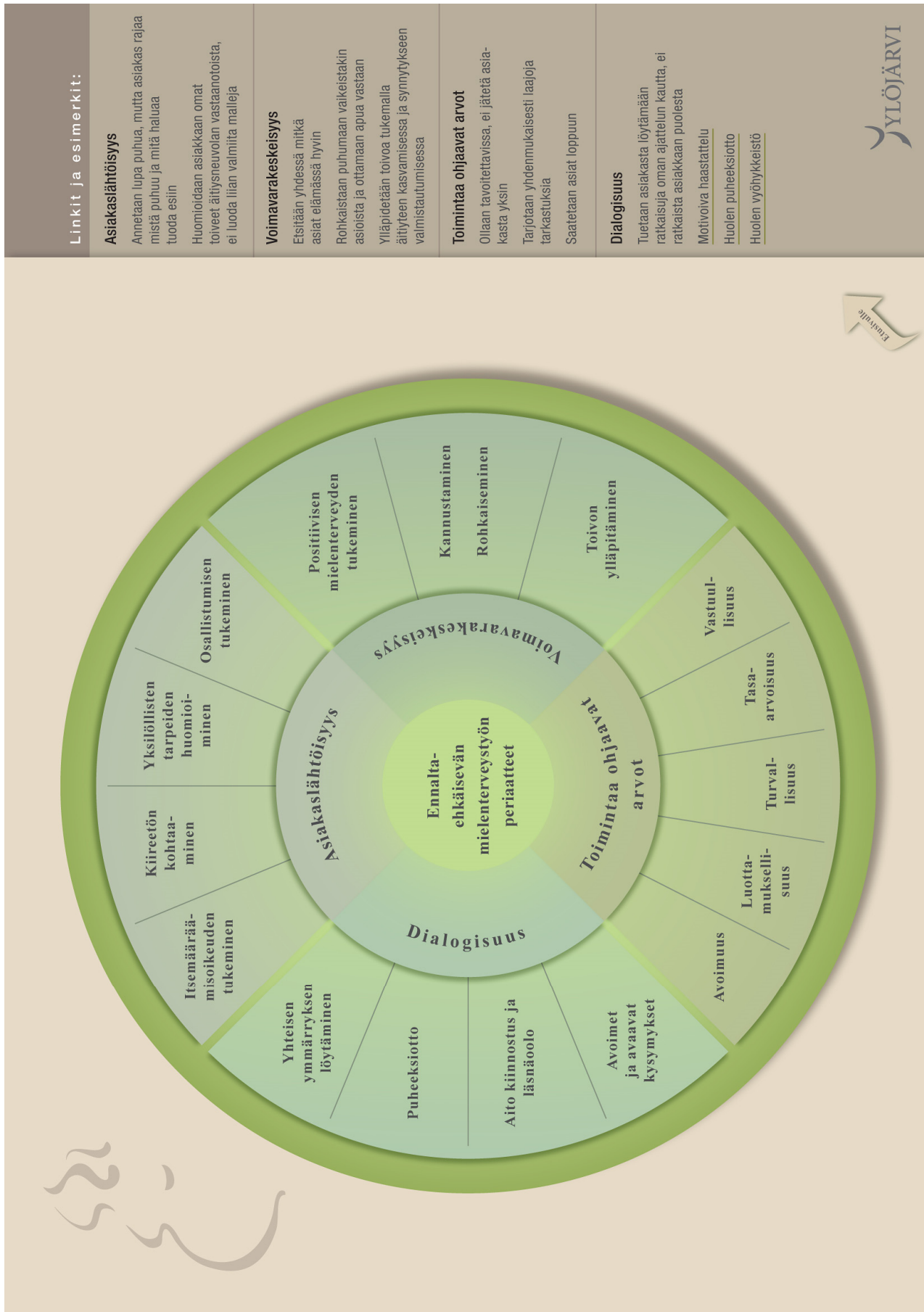


ÄITYSNEUVOLAN ENNALTAEHKÄISEVÄN MIELENTERVEYSTYÖN TOIMINTAMALLI

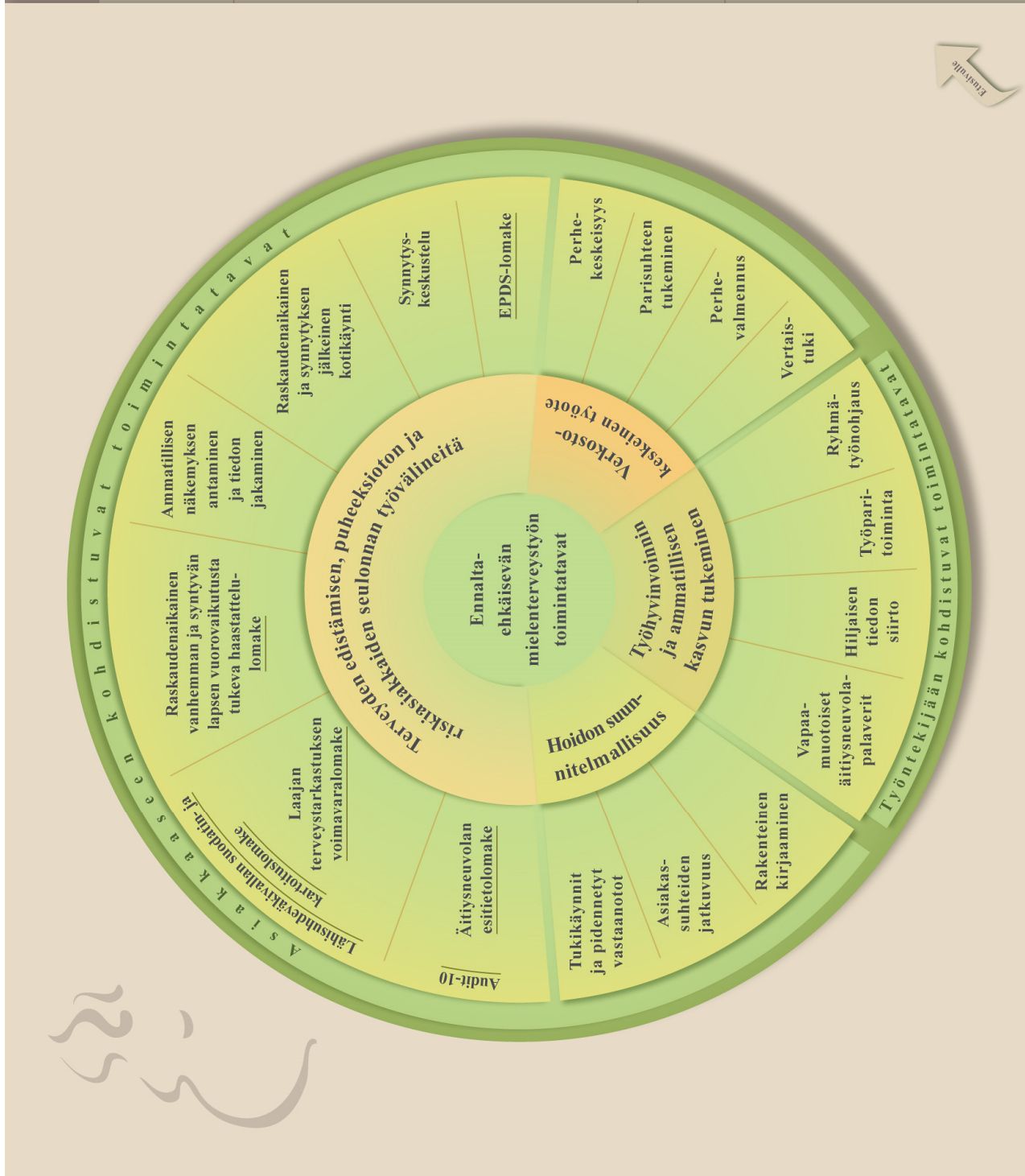


YLOJÄRVI
31.10.2016

Viite: Rönkkö, M-L, 2016. Äitiysneuvolan ennaltaehkäisevän mielenterveystyön toimintamalli. Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Kliininen asiantuntija, Tampereen ammattikorkeakoulu.



<p>Linkit ja esimerkit:</p>	<p>Terveiden edistämisen, puhekesiöiden ja riskiasiakkaiden seulonnan työvälineitä</p> <p>Raskauden alkaisiä kotikäyntejä tehdään resurssien ja tarpeiden mukaan</p>
<p>Verkostokeskeinen työote</p> <p>Kutsutaan isä ensikäynnille, laajaan terveystarkastukseen ja varhaisen vuorovaikutuksen käynnille</p> <p>Kannustetaan pariskuntaa keskustelemaan voimavarakaavakkeiden pohjalta</p> <p>Kannustetaan isää hakemaan dopplerilla sikiön sydäntänet</p> <p>Parisuhteen roolikartta</p> <p>Perhevalmennus</p> <p>MLL-vahvuutta vanhemmuuteen</p> <p>Ylöjärven kaupungin avoin varhaiskasvatus</p> <p>Ylöjärven seurakunta</p> <p>Perhekioski</p>	<p>Suunnitelmallinen hoitotyö</p> <p>SPAT-luokitus</p>
<p>Työhyvinvoinnin ja ammatillisen kasvun tukeminen</p> <p>Aikaa yhteiselle keskustelulle</p> <p>Työparitoiminnan-”pilotointi” haluamalla tavalla, toisen työn seuraaminen, uuden näkemys saaminen ja oman näkemys antaminen</p> <p>Omien työkäytäntöjen jakaminen, työn näkyväksi tekeminen</p>	



Linkit ja esimerkit:

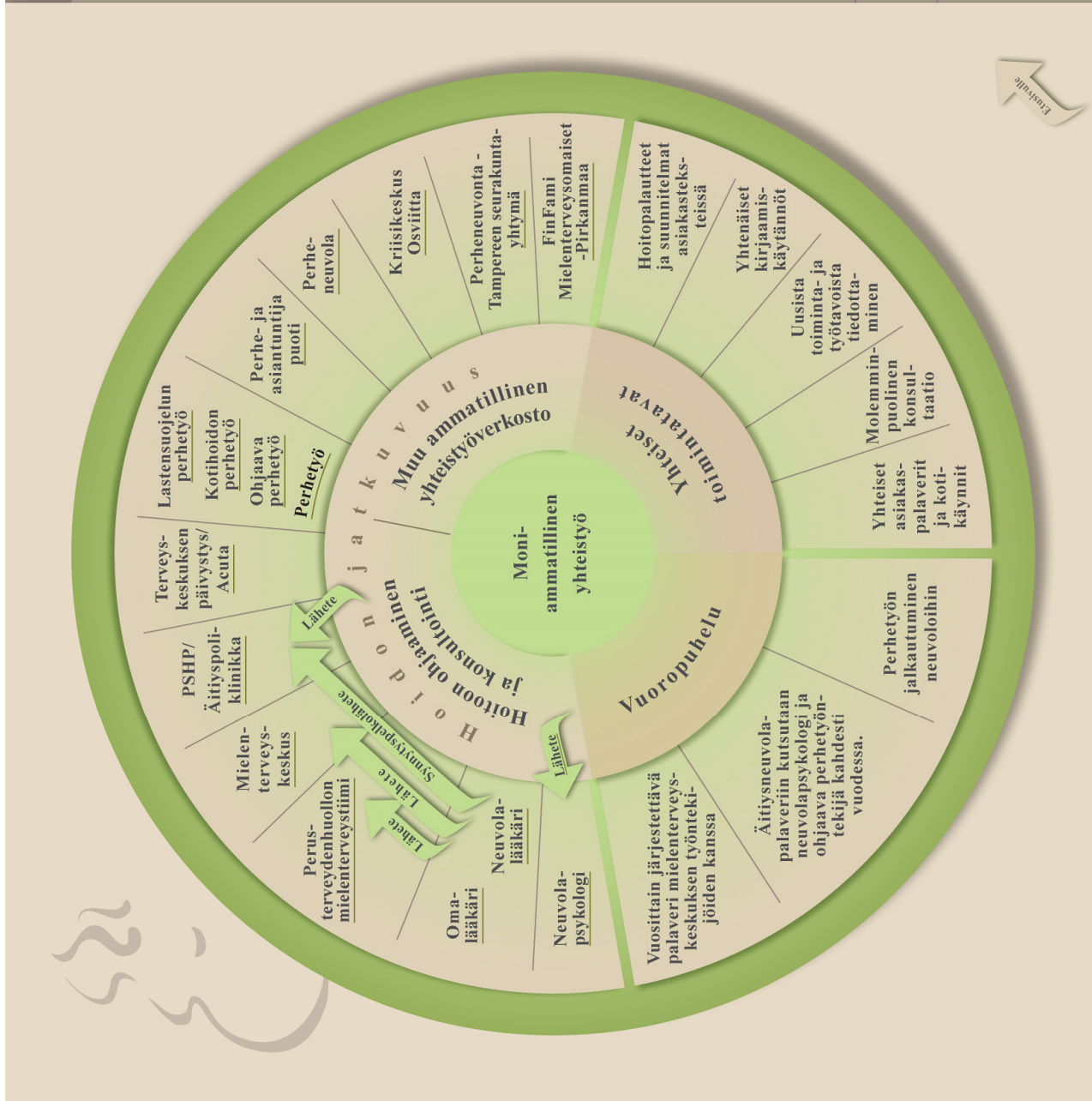
Hoidon jatkuvuus	
Neurolapsykologi	Terveyskeskuksen päivystys/ Acuta
- Lähette pegaspostiin tai viittaava hoitokertomukseen	- Vakava, äkillinen psyykinen sairastuminen
- Asiakas varaa ajan	Perhetyö
- Lievä ja keskivaikkea ahdistus-, masennus- ja paniikkioireilu	- Ensisijaisesti yhteys ohjaavaan perhetyöhön
- Synnytysspelko	- Asiakas tai työntekijä varaa ajan
- Keskenmeno ja raskauden keskeytys	- Tehdään palvelusuunnitelma
- Vauvan vammaisuus tai menetyk	Perhe- ja asiantuntijapuoli
- Vaikeudet vanhemmuudessa tai varhaisessa vuorovaikutuksessa	- Järjestetään asiakkaan kanssa perhepuoli- tapaaminen
Neuvolääkäri/omalääkäri	- Konsultoidaan asiantuntijapuolta
- Ajanvaraus	Perheneuvola
- Hoidon tarpeen arviointi	- Vaikeudet parisuhteessa ja parisuhdekiirit
- Aiempaa psyykkistä oireilua, hotojaksoloja tai psyykelääkitystä	- Asiakas varaa ajan
Perusterveydenhuollon mielenterveysiimi	Kriisikeskus Osviitta
- Lievät ja keskivaikemat mielenterveysongelmat	- Akuutit kriisitilanteet, keskusteluapu
- Neurolapsykologi, terveyskeskuspsykologi ja kaksi psykiatrista sairaanhoitajaa	Perheneuvonta - Tampereen seurakuntayhtymä
Mielenterveyskeskus	- Asiakas varaa ajan
- Vaikeat mielenterveyden häiriöt ja psyykoosisairaudet	- Parisuhteessa ristiriitoja, eron uhkaa, väkivaltaa, hyväksikäyttöä, mustasukkaisuutta, pettämistä
- Molemmipuolinen puhelinkonsultaatio	- Tukea erosta selviytymiseen
PSHP/äitiyspoliikkia	- Asiakas varaa ajan
- Konsultaatiohäpette	FinFami
- Lääkäri tekee synnytysspelkoilähtteen	- Läheisellä mielenterveys- tai päihdeongelma
	- Huoli omasta jaksamisesta
	- Asiakas varaa ajan

Vuoropuhelu

Pyritään säilyttämään yhteistyötohojen kanssa alkanut vuoropuhelu

Yhteiset toimintatavat

Erityisuujuatut tekstit nähtävissä, kun asiakkaaseen hoitosuhde Kirjaamisessa huomioitava peruuttamaton ajanvaraus, hoidon keskeyttäminen, siirtyminen toiselta paikkakunnalta



Liite 9. Toimintamalli esitettyinä hierarkkisenä kaaviona

ÄITIYSNEUVOLAN ENNALTAEHKÄISEVÄN MIELENTERVEYSTYÖN TOIMINTAMALLI

