

Moniääninen hankkeessa kirjoittaminen
– Asiakaslähtöistä psykiatrasta
avohoitoa kehittämässä



Syrjälä, Elina

Laurea ammattikorkeakoulu
Hyvinkää

Moniääninen hankkeessa kirjoittaminen
- Asiakaslähtöistä psykiatrista avohoitoa kehittämässä

Elina Syrjä
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Terveiden edistämisen koulutusohjelma
Mielenterveyttä edistävän työn johtami-
nen ja kehittäminen
Opinnäytetyö
Toukokuu 2009

Tekijä: Elina Syrjälä

**Moniääninen hankkeessa kirjoittaminen
- Asiakaslähtöistä psykiatrista avohoitoa kehittämässä**

Vuosi 2009 Sivumäärä 77

Tämän ylempien ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä näkyväksi asiakaslähtöisen psykiatrisen avohoidon kehittämistä yhdessä kirjoittamisen avulla. Hankkeessa kirjoittamisen tehtävänä oli kuvata avohoidon akuuttiyksikköä ja sen toimintaa sekä kuvata kehittämishankkeessa syntyneitä uudenlaisia asiakaslähtöisiä toimintamallia ja antaa ääni yhteiselle kehittämishankeprosessille. Opinnäytetyö liittyy Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin, Hyvinkään sairaanhoitoalueen psykiatrisen avohoidon kehittämishankkeeseen, jossa tavoitteena oli kehittää akuuttipoliklinikan toimintaa joustavaksi ja liikkuvaksi työskentelymuodoksi sekä luoda kaksi avohoidon akuuttipaikkaa Järvenpään päiväosaston yhteyteen.

Opinnäytetyön menetelmänä oli hankkeessa kirjoittaminen, jossa kehittämistyöhön osallistuvat työntekijät kirjoittavat yhdessä hankkeen aikana erilaisia tekstejä eri tarkoituksiin ja näin vievät hankeprosessia eteenpäin. Toimintatutkimuksellinen lähestymistapa ohjasi hankkeen suunnittelua, toteutusta ja arviointia. Hankkeen keskeisiä käsitteitä olivat asiakaslähtöisyys, perheen ja verkoston huomioiminen potilaan hoidossa sekä dialogisuus.

Opinnäytetyö koostuu opinnäytetyön raportista ja liitteenä olevista hankkeessa yhdessä kirjoitetuista teksteistä, jotka ovat yksikön esitteet, Linkki-lehden artikkeli, Sairaanhoitaja-lehden artikkeli ja hankeraportti. Nämä ovat opinnäytetyön tuotoksia. Esitteillä ja Linkki-lehden artikkelilla kuvataan hankkeen toimintaympäristönä olevaa avohoidon akuuttiyksikköä, Sairaanhoitaja-lehden artikkelissa kuvataan hankkeen aikana syntyneitä dialogista toimintamallia ja hankeraportti sisältää hankkeen teoreettisen viitekehyksen ja hankeprosessin. Opinnäytetyön raportti kokoaa yhteen yhdessä kirjoittamista ja johdattaa liitteenä olevien tekstien sisältöihin, jonka vuoksi liitteenä olevat tekstit korostuvat.

Kehittämistyön aikana työyhteisömme on oppinut avointa keskustelua. Yhteistyön tekemisen kynnys on madaltunut organisaation sisällä ja ulkopuolella. Toiminnan lähtökohdaksi on vahvistunut asiakaslähtöisyys. Matka alun ihmetyksestä yhteiseen ymmärryksen löytymiseen on voimaannuttanut akuuttipoliklinikan työntekijöitä ja toivomme esimerkillämme levittävämme hyviä kehittämiskäytäntöjä.

Asiasanat: asiakaslähtöisyys moniäänisyys, hankkeessa kirjoittaminen, kehittäminen, psykiatrisen avohoito

Student name: Elina Syrjäla

**Polyphonic Writing out the Project
- Developing Customer Oriented Psychiatric Outpatient Care**

Year	2009	Pages	77
------	------	-------	----

The aim of this thesis of Master`s Programme was to make visible the development of customer oriented treatment of psychiatric outpatients by means of writing. Writing out the project served the purpose of describing an acute unit of outpatient treatment and its functions as well as describing a new kind of customer oriented operations model and giving voice to a new joint development process. The thesis was a part of the development project of Helsinki and Uusimaa Hospital District and Hyvinkää Hospital District psychiatric treatment of outpatients, the aim of which was to develop the functions of an acute polyclinic into a flexible and mobile operations model as well as create two acute units of outpatient treatment into the Järvenpää Hospital Day Ward.

The method of the thesis was writing out the project, in which the participants of the development work wrote together different texts for different uses during the project and thus contributed to the development process itself. The planning, enforcement and evaluation of the project were directed by an operational research approach. The focal concepts of the project were customer orientation, acknowledging family and social networks in the treatment as well as dialogue.

The thesis consists of the Thesis Report and of the texts written together during the project. The texts are: Brochures of the Unit, Article in the Linkki magazine, Article in the Sairaanhoidaja magazine and the Project Report. These are the output of the project. The Brochures and the Article of the Linkki magazine describe the operational environment of the project, an acute unit of outpatient treatment. The Article of the Sairaanhoidaja magazine describes the dialogue based operations model developed during the project. The Project Report consists of the description of the theoretical subtext as well as the process of the project. The Thesis Report pulls together the method of writing together and introduces the contents of the annexed texts thus emphasizing their meaning.

During the development project our work community has learnt open discourse. The threshold of cooperation has become lower both inside and outside the organisation. Customer orientation has become a foundation of the functions. The journey from the initial wonderment to the finding of a shared understanding has strengthened us, the employees of the acute polyclinic. We hope that our example will encourage the dissemination of good development practises.

Focal concepts: customer orientation, dialogue, writing out the project, development, psychiatric treatment of outpatients

Sisällys

Tiivistelmä suomeksi

Tiivistelmä englanniksi

1	Johdanto.....	5
2	Opinnäytetyön lähtökohdat	6
2.1	Konteksti ja toimijat.....	6
2.2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävät	7
3	Opinnäytetyön menetelmänä kirjoittaminen yhdessä.....	8
4	Psykiatrisen avohoidon kehittämishaasteet.....	9
5	Moniammatillinen työn yhdessä kehittäminen	11
5.1	Asiantuntijalähtöisyys ja rajojen ylittäminen kehittämistyössä	11
5.2	Toimintatutkimuksellinen lähestymistapa ohjaamassa kehittämistä	13
6	Kirjoittamisen suunnittelu, toteutus ja arviointi	155
7	Pohdinta	188
	Lähteet	21
	Liitteet	24
Liite 1	Kirjoitussuunnitelma.....	24
Liite 2	Esitteet "Akuuttipoliklinikka"	25
	ja "Avohoidon akuuttiyksikkö"	27
Liite 3	Linkki-lehden artikkeli: "Psykiatrisen avohoidon akuuttiyksikkö"	29
Liite 4	Sairaanhoitaja-lehden artikkeli: "Uusi ote avohoitoon"	31
Liite 5	Hankeraportti "Avohoidon akuuttitoiminnan kehittämishanke avohoidon akuuttiyksikössä"	34

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS), Hyvinkään sairaanhoitoalueen aikuispsykiatrian avohoidon kehittäminen aloitettiin maaliskuussa 2007, kun Järvenpää- Mäntsälä- Tuusula (JMT)- alueen psykiatrinen avohoito keskitettiin Järvenpäähän. Toiminta jaettiin diagnosikohtaisten prosessien perusteella kuntoutus-, mieliala- ja akuuttipoliklinikaksi. Tuolloin perustettiin myös lähete- ja arviointityöryhmä käymään läpi avohoitoon saapuvat lähetteet. Tämä on selkiyttänyt työnjakoa ja asiakkaan oikein kohdennetun hoidon saamista. Vuonna 2008 akuuttitoiminnan kehittämistyötä jatkettiin edelleen. Lähete- ja arviointi, päiväosasto ja muu akuuttitoiminta yhdistettiin avohoidon akuuttiyksiköksi, joka vastaa JMT-alueen avohoidon akuuttipsykiatrian tarpeeseen. Akuuttiyksikön vuoden 2008 sisäisen kehittämishankkeen tarkoituksena on ollut kehittää asiakaslähtöinen joustava ja liikkuva toimintamalli ja sisällyttää palvelutarjontaan kaksi avohoidon akuuttipaikkaa. Muutokset ja uudenlainen tapa toimia ovat edellyttäneet työntekijöiden oman osaamisen arviointia suhteessa strategiaan painipisteisiin. Henkilöstön yhdessä muodostettujen kriittisten osaamisalueiden myötä on saatu työkaluja muun muassa hankkeen koulutusten ja tutustumiskäyntien suunnitteluun. Merkittävän haasteena on ollut tätä kautta saada myös strategia elämään työntekijöiden arkipäivässä. Avohoidon akuuttitoiminnan kehittämishanke on lähtenyt yhteiskunnallisista terveydenhuollon sekä sairaanhoitopiirin strategisista linjauksista, joissa korotuvat psykiatrian avohoitopainotteisuus ja asiakaslähtöiset palvelut. Suunniteltaessa hanketta on ollut luonnollista pohtia jo olemassa olevaa osaamista suhteessa lähitulevaisuuden osaamistarpeisiin.

Ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyö sisältää sekä tutkimuksellisuuden että kehittämistoiminnan. Siinä yhdistyvät konkreettisen kehittämistoiminnan kautta syntynyt dokumentoitu kokemustieto ja tutkimuksellinen ote. (Laurea 2007, 4.) Opinnäytetyöni tavoitteena on tehdä avohoidon kehittämistyö mahdollisimman läpinäkyväksi kirjoitusinterventtioiden avulla ja madaltaa erilaisten rajapintojen ylittämisen kynnyksiä. Hankkeessa kirjoittamisen avulla kehittämistyö saadaan näkyväksi ja työntekijät osallistetaan kehittämistyöhön. Näin myös hiljainen tieto saa äänen. Opinnäytetyö koostuu kahdesta osasta. Lyhyessä raporttiosuudessa kuvaan kirjoittamisprosessia ja johdattelen liitteenä olevien tekstien sisältöihin. Liitteenä olevat tekstit puolestaan antavat äänen avohoidon akuuttiyksikölle, yhdessä kehitetylle toimintamallille ja sekä koko psykiatrisen avohoidon henkilöstöä koskettaneelle kehittämistyölle. Ne muodostavat näin tämän opinnäytetyön tulokset ja sen vuoksi painotus onkin niissä.

Opinnäytetyössä on kirjoitettu tekstejä moninasiin tarkoituksiin. Yhdessä koko avohoidon akuuttiyksikön työntekijöiden kanssa kirjoitettiin esittelyteksti, jonka pohjalta muotoiltiin yksikön esitteet (liite 2). Tämä teksti toimi myös pohjana yksikön intra-sivujen sisällöksi. Hyvinkään sairaanhoitoalueen sisäisessä Linkki-lehdessä on julkaistu artikkeli "Avohoidon akuuttiyksikkö" (liite 3), joka esittelee yksikön toimintaa yleisellä tasolla. Näillä teksteillä on ollut tar-

koitus esitellä uudistuvaa yksikköä sekä organisaation sisällä että ulkopuolella. Sairaanhoidaja-lehteen kirjoitettiin työelämän ja ammattikorkeakoulun yhteistyöllä artikkeli ”Asiakaslähtöistä psykiatrista hoitotyötä avohoidossa” (liite 4). Tarkoituksena on ollut esitellä akuuttipsykiatrian kehittämishanketta, jossa on luotu dialoginen ja sitä kautta aidosti asiakaslähtöinen toimintamalli avohoitoon. Hankeraportti (liite 5) kuvaa moniäänisen kehittämishankkeen teoreettiset lähtökohdat ja hankeprosessin. Moniäänisyys tässä yhteydessä tarkoittaa paitsi eri ammattiryhmien, myös monenlaista tietoa omaavien yksilöiden kokemuksen kuulemista ja hyödyntämistä yhteiseen käyttöön potilaan parhaaksi. Tämä opinnäytetyöraportti kokoaa yhteen kehittämistyössä käyttöön otetun hankkeessa kirjoittamisen avulla tuotetut esitteet ja artikkelit sekä kehittämistyön taustalla olevan teorian.

2 Opinnäytetyön lähtökohdat

2.1 Konteksti ja toimijat

Tämän opinnäytetyön toimintaympäristönä on Hyvinkään sairaanhoitoalueen psykiatrinen avohoidon akuuttiyksikkö. Kehittämistyöhön liittyy vuoden 2008 aikana toteutettu avohoidon akuuttitoiminnan- kehittämishanke. Avohoidon akuuttiyksikkö (liite 2) on kaikille Hyvinkään sairaanhoitoalueen aikuispsykiatrisille potilasryhmille hoitoa tarjoava yksikkö. Se tarjoaa lyhyehköjä hoitokontakteja tilanteissa, joissa tarvitaan tukea ja arviointia. Siihen kuuluvat lähete- ja arviointiyksikkö, akuuttipoliklinikka, Järvenpään päiväosasto ja Hyvinkään päiväosasto.

Pääkirjoittajana on toiminut koko ajan opinnäytetyöntekijä. Kirjoituskumppaneina ovat toimineet myös ylihoitaja Raija Kontio ja Hyvinkään Laurean johtaja Seija Paasovaara, joista viimeksi mainittu on toiminut myös opinnäytetyöni ohjaajanani. Koko avohoidon akuuttiyksikön henkilökuntaan kuuluu, apulaisylilääkäri, osastonhoitaja, sairaanhoitajia, toimintaterapeutteja, psykologeja ja sosiaalityöntekijä. Tämä koko iso työyhteisö on osallistunut kehittämishankkeen suunnitteluun ja esittelytekstin rakentamiseen. Kehittämistyö koski kuitenkin pääasiassa akuuttipoliklinikan toimintaa, joten aktiivisin rooli on ollut sen työntekijöillä. Sairaanhoidajat Hanna Palmu ja Hilve Puhakka, psykologi Tessa Rautio, sosiaalityöntekijä Mila Hokkanen ja erikoislääkäri Maria Ahtola ovat olleet pääroolissa hankkeen suunnittelussa toteutuksessa ja arvioinnissa. He ovat myös kärsivällisesti osallistuneet opinnäytetyössä kirjoitettujen tekstien lukemiseen ja kommentoimiseen.

Avohoidon akuuttitoiminnan kehittämishanke liittyy läheisesti koko JMT-alueen avohoidon uudistukseen, joka toteutettiin vuonna 2007. Uudistuksen tarkoituksena on ollut luoda keskitetty psykiatrinen avohoitajärjestelmä, joka vastaa erilaisten potilasryhmien tarpeisiin nykykain, näyttöön perustuvien hoitomenetelmin nykyisistä pienistä yksiköistä koostuvaa järjes-

telmää tavoitteellisemmin. Järvenpään, Tuusulan ja Mäntsälän psykiatrian poliklinikat yhdistyivät hallinnollisesti yhdeksi isoksi poliklinikaksi Järvenpäähän. Näin psykiatrinen avohoito pystyy tarjoamaan laajemman valikoiman tehokkaiksi osoitettuja ja erikoistumista vaativia hoitoja. (Joffe, Aer & Laaksonen 2006.)

Avohoidon kehittämistyön myötä Järvenpään ja Hyvinkään päiväosastot, lähete- ja arviointityöryhmä sekä akuuttipoliklinikka yhdistyivät vuoden 2008 alkupuolella avohoidon akuuttiyksiköksi. Akuuttipoliklinikalle palkattiin lisää henkilökuntaa. Avohoidon akuuttitoiminnan kehittäminen” -hankkeeseen haettiin vuodeksi 2008 toiminnankehittämisen rahoitusta tavoitteena kehittää akuuttipoliklinikan toimintaa joustavaksi ja liikkuvaksi työskentelymuodoksi sekä luoda kaksi avohoidon akuuttipaikkaa. Hyvinkään sairaanhoitoalueella psykiatrisen avohoidon akuuttitoimintaa suunniteltiin jo vuonna 2002, mutta suunnitelma ei ole menestynyt Hyvinkään sairaanhoitoalueen muutosblokki priorisoinneissa aikaisemmin. Avohoidon akuuttitoiminta istuu kuitenkin hyvin tämän hetkisiin valtakunnallisiin strategisiin tavoitteisiin avohoitopainotteisuudesta. Akuuttipoliklinikan toimintasuunnitelman mukaan perusteena toiminnan kehittämiseksi on myös se, että toiminta on nopeaa ja akuuttiin vaiheeseen painottuvaa, jolloin voidaan minimoida psykiatristen sairauksien eläköivä vaikutus (Holi 2007). Akuuttipsykiatrian vuoden 2008 toimintasuunnitelmassa korostuu avohoitopainotteisuus. Tämä tarkoittaa käytännössä vanha muotoisen poliklinikkatoiminnan lisäksi akuutin joustavan toiminnan ja akuutin päiväosastotoiminnan kehittämistä.

2.2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävät

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä näkyväksi asiakaslähtöisen psykiatrisen avohoidon yhdessä kehittämistä kirjoittamisen avulla. Moniäänisen hankkeessa kirjoittamisen avulla on tarkoitus saada koko henkilökunta osallistumaan ja sitoutumaan kehittämistyöhön sekä saada hiljainen tieto yhteiseen käyttöön. Hankkeen eri vaiheissa kirjoitettujen tekstien avulla esitellään avohoidon akuuttiyksikköä ja sen toimintaa organisaation sisällä ja ulkopuolella sekä tehdään kehittämistyö mahdollisimman läpinäkyväksi. Myös rajapintojen ylittäminen kehittämistyössä on välttämätöntä, jotta potilaan hoito olisi mahdollisimman saumatonta ja asiakaslähtöistä.

Hankkeessa kirjoittamisen tehtävänä on:

1. Kuvata avohoidon akuuttiyksikköä ja sen toimintaa
2. Kuvata kehittämishankkeessa syntynyttä uudenlaista asiakaslähtöistä toimintamallia
3. Antaa ääni yhteiselle kehittämishankeprosessille

3 Opinnäytetyön menetelmänä kirjoittaminen yhdessä

Ajatuksen hankekirjoittamisesta opinnäytetyönä sain eräältä Laurean opettajalta, joka oli ollut yhteydessä Pirjo Lambertiin. Lambert on kehittänyt ja tutkinut hankekirjoittamista. Hankekirjoittamisessa rakennetaan moniäänisyyttä tukevia kehittymisen tiloja, joissa tekstit ja niissä esitetyt ideat voidaan asettaa kirjoittajan ja lukijan yhteisen kehittelyn kohteeksi. (Lambert 2008, 8.) Yhteiskirjoittamisen rooleja voivat olla esimerkiksi koordinoija, editoija, kirjoittaja ja kommentoija. Hankekirjoittamisen tarkoituksena on edistää yhteisen kehittämisen kohteen rakentumista. Kirjoittaminen ja tekstien tarkastelu yhdessä antaa mahdollisuuden pysähtyä analysoimaan kehittämistyötä. (Vanhanen-Nuutinen 2008, 8,9.)

Kokemukseni aikaisemmista opinnäytetöistä on, etteivät ne ole riittävästi näkyneet työelämässä. Tavoitteena nyt on tehdä opinnäytetyö, jolla uskon olevan vaikuttavuutta sekä avohoidon akuuttipsykiatriseen työhön että omaan kehittämiseeni. Haluan myös tehdä kehittämistyöstä mahdollisimman läpinäkyvän ja saada kaikki osallistumaan yhteiseen kehittämistoimintaan. Lambertin (2005) mukaan usein kirjoitetaan hankkeesta, ei hankkeessa. Kirjoittamalla ei näin ollen pyritä edistämään hankeprosessia, vaan pikemminkin julkaisun tuottamista. Myös henkilökunnan sitoutuminen hankkeen eteenpäin viemiseen vaihtelee. Tällaisella yhteiskirjoittamisella jokaisella työntekijällä on jonkinlainen rooli kehittämistoiminnan suunnitteluun, toteuttamiseen ja eteenpäin viemiseen, oli hänen roolinsa sitten kirjoittaja, lukija tai kommentoija.

Opinnäytetyöni koostuu kokoavasta raportista ja kirjoituksista, jotka liittyvät avohoidon akuuttitoiminnan kehittämishankkeeseen. Hankkeen alussa tein kirjoitussuunnitelman (liite 1). Kirjoitussuunnitelma on matriisinmuotoinen lomake, jossa kuvataan, mitä missäkin vaiheessa hanketta kirjoitetaan. Hankesuunnitelman jälkeen voi olla tarvetta esimerkiksi kirjoittaa ”hanke-esite” tai uutisoivaa tekstiä, jossa toimintaa esitellään organisaatiolle. Hankkeeseen voi liittyä kirjallisia katsauksia, joissa esitellään, missä vaiheessa ollaan menossa. Kirjoittamisen merkitys määräytyy ennen muuta kohteen kautta: missä tarkoituksessa ja kenelle tekstiä kirjoitetaan. (Lambert 2005.)

Kirjoitussuunnitelman avulla tekstien suunnittelu ja kirjoittaminen nivotaan kiinteäksi osaksi työelämän ja ammattikorkeakoulun moniäänistä kehittämistoimintaa. Interventionistinen kirjoittaminen sijoittuu kehittämissyklissä uusien mallien ja välineiden kehittelyyn ja käyttöönoton tukemisen vaiheisiin. Jotta uuden toimintamallin ja välineiden käyttöönottajat voivat ymmärtää, millaisen kehitysprosessin tuloksena välineet ovat syntyneet, on hankkeissa tuotetuissa teksteissä pyrittävä lisäämään kehittämistoiminnan läpinäkyvyyttä. (Lambert 2008, 14, 16,19.) Tässä hankkeessa tekstejä on tarkoitus kirjoittaa hankkeen eri vaiheissa. Kirjoittami-

sen aikana pohditaan yhdessä suunnitelmia ja toimintatapoja sekä luodaan yhteistä ymmärrystä asioille.

4 Psykiatrisen avohoidon kehittämishaasteet

Valtakunnalliset toimintaohjelmat ja suositukset linjaavat HUS:n strategiaa ja sitä kautta kehittämistyötämme. Lähtökohtana ovat avohoitopainotteisuus ja perusterveydenhuollon palveluiden tukeminen. Asiakaslähtöisyyden, perhekeskeisyyden ja yhdessä työskentelemisen korostuminen tuovat psykiatriseen hoitotyöhön omat haasteensa. Näiden lisäksi tässä kehittämissä dialogisuudella on ollut merkittävä rooli. Lähtökohtana on toiminut avoimen dialogin malli (ks. Seikkula & Alakare 2004), josta on sovellettu poliklinikkatyyppiseen avohoitoon sopiva kokonaisuus. Näitä asioita on kuvattu perusteellisemmin Sairaanhoidaja-lehden artikkelissa (liite 4) ja hankeraportin (liite 5) teoreettisessa osuudessa.

Psykiatrisen avohoidon valtakunnalliset suuntaviivat nousevat esiin Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa – palvelukatsauksen (MERTTU 2006), Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämishanke-ohjelman (KASTE 2008) ja Kunta- ja palvelurakennemuutoksen (PARAS 2008) sekä Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (MIELI 2009) sisällöistä. Pitkään jatkuneista avohoidon kehittämissäpyrkimyksistä huolimatta mielenterveyspalveluiden monimuotoisuus on monissa kunnissa edelleen epätydyttävä: laitoshoidopainotteisuutta esiintyy, eivätkä avopalvelut ole kehittyneet toivottuun suuntaan. Jokaiselle suomalaiselle tulisi turvata yhtäläiset terveyspalvelut, joissa lähtökohtana on asiakaslähtöisyys. Tavoitteena onkin lisätä kansalaisten hyvinvointia parantamalla palveluiden laatua, yhdenvertaisuutta, vaikuttavuutta ja saatavuutta. Valmisteilla oleva terveydenhuoltolaki vahvistaa perusterveydenhuoltoa ja edistää terveyspalveluita monella tapaa. Lailla pyritään myös vahvistamaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon saumatonta yhteistyötä. Painotus on perus- ja avopalveluissa. Palvelujärjestelmän kehittämisessä keskeistä on matalakynnyksinen yhden oven periaatteella toimiva hoitoon tulo sosiaali- ja terveyskeskuksessa sekä mielenterveys- ja päihdeavoyksiköiden yhdistäminen. Myös sosiaali- ja terveysala lähenevät entisestään. (Harajärvi, Pirkola & Wahlbeck 2006, Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a, Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b & Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.) Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin strategiset päämäärät nostavat esiin samoja näkökulmia. Strategiassa korostuu potilaslähtöinen, vaikuttava ja oikea-aikainen erikoissairaanhoido, korkeatasoinen tutkimus- ja opetusyhteistyö eri oppilaitosten kanssa, moniammatillista asiantuntijayhteisöä kannustava johtaminen, työpaikan vetovoimaisuus, toimintatapojen ja rakenteiden jatkuva kehittäminen sekä luottamuksellinen kuntayhteistyö ja tasapainoinen talous (HUS 2009).

Vuosina 2008–2011 toteutettava kunta- ja palvelurakennemuutos (PARAS) muuttaa koko sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristöä sekä edellyttää uusia työmenetelmiä ja tieto-

pohjan kehittämistä, hyvää johtamista ja toimenpiteitä, joilla turvataan tarkoituksenmukainen henkilöstörakenne ja henkilöstön jaksaminen muutoksessa. Tarvitaan niin rakenteiden, toimintatapojen kuin osaamisenkin uudelleen arviointia ja kehittämistyön käynnistämistä siltä pohjalta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a.) Väestön tulee saada mielenterveyspalvelut oikea-aikaisesti. Asiakkaan kannalta on tärkeää, että hoitoketju on saumaton ja että myös tieto aikaisemmin toteutetuista hoidoista liikkuu saumattomasti. Mielenterveyspalvelujen tulee muodostaa toiminnallinen kokonaisuus, jonka rakenne voi vaihdella riippuen alueesta, mutta jolla on selkeä alueellinen johto. Mielenterveyspalvelujen johtaminen on selkeästi prosessi- ja kokonaisjohtamista. Valtakunnallinen ja alueellinen tutkimustyö palvelee hoitojärjestelmän kehittämistä. Perustason mielenterveystyötä kehitetään koulutuksen, työnohjauksen ja konsultaation tuella. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b.)

Asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan sitä, että palvelut suunnitellaan asiakkaan todellisiin tarpeisiin perustuen yhteistyössä (Ruotsalainen 2000, 16). Asiakkaan äänen kuuleminen palveluiden viidakossa on oleellista toimintaa kehitettäessä. Potilaiden kokemuksista psykiatrisessa hoidossa on paljon tutkittua tietoa. Hyvässä psykiatrisessa hoidossa potilaiden mielestä korostuvat jokapäiväisessä elämässä selviytymisen auttaminen, yhteistoiminnallinen hoitotyö, yksilöllisen selviytymisen tukeminen, keskustelut, lääkehoito, perheenjäsenille annettava tieto, vertaistuki, ihmisarvon kunnioittaminen, turvallinen hoitoympäristö, kriisiapu, omahoitajuus, perushoito, ammattitaitoinen henkilökunta ja toimintaterapia (Latvala 1998, Tiri 2001, Koivisto 2003, Kokko 2004 & Syrjäpalo 2006). Tässä kehittämishankkeessa luodussa toimintamallissa nämä asiat on pyritty ottamaan huomioon.

Asiakaslähtöisessä ajattelutavassa asiakas ymmärretään toisaalta yksilönä, toisaalta perheensä ja lähiyhteisönsä jäsenenä (Kiikkala 2000, 117). Asiakasta ei voida ajatella vain hoitoa tarvitsevana yksilönä, vaan myös perhe ja lähiyhteisö tulee ottaa huomioon. Mielenterveysongelmista kärsivien vanhempien selviytymisen ja heidän lastensa hyvinvoinnin lisäämisen vuoksi hoitajien pitäisi entistä enemmän kerätä tietoa olemassa olevasta tukiverkostosta ja auttaa perheitä luomaan uusia verkostoja. Myös viranomaisverkoston kanssa tulee rakentaa toimivaa palvelukokonaisuutta ja turvata asiakkaan jatkohoito. Hoitajat voivat olla koolle kutsujina ja sillan rakentajina. (Korhonen, Vehviläinen-Julkunen & Pietilä 2008, 767.)

Perhekeskeisyyttä on pidetty hyvän hoidon ominaisuutena, mutta se ei kuitenkaan ole toteutunut riittävästi käytännön hoitotyössä. Perheen osuus hoidossa voidaan ymmärtää monella eri tavalla: perhe voi olla potilaan taustalla, perheenjäsenet voivat kukin olla hoidossa tahoiltaan tai perhe voi olla kokonaisuutena hoidon kohteena. (Åsted-Kurki & Paunonen 1999, 341.) Tällainen rajojen ylittäminen lisäämällä yhteistyötä on ajankohtainen asia yhteiskunnassamme. Koska kirjallisuudessa korostuu perheen huomioiminen potilaan rinnalla, oli itsestään selvää ottaa se kehittämiskohteeksemme. Kun laitoshoitopainotteisuudesta psykiatriassa pyri-

tään pääsemän eroon, avohoidossa hoidetaan entistä sairaampia potilaita. Heidän selviytymisensä virka-ajan ulkopuolella, iltaisin ja viikonloppuisin, on pitkälti kiinni omaisverkoston tuesta. On siis kohtuullista, että heidän asiantuntemustaan hyödynnetään sekä annetaan tukea ja tietoa vaikeissakin tilanteissa.

5 Moniammatillinen työn yhdessä kehittäminen

Uusien työn tekemisen tapojen ja toimintamallien sisällöllisiä yhtäläisyyksiä ovat työntekijöiden ammattitaidon uudenlaiset yhdistelmät, pyrkimys joustavaan työntekoon, työn yhteisöllisyyden ja yhteisen vastuun lisääminen sekä uudenlaiset yhteistyömuodot asiakkaan kanssa. Uudet toimintamallit edellyttävät myös hierarkian loiventamista sekä työn suunnittelun ja kehittämisen viemistä lähemmäs käytännön työn tekemistä. (Launis & Engeström 1999.) Moniammatillisessa kehittämistyössä on oleellista sellainen eri ammattiryhmien välinen yhteistyö, joka mahdollistaa jokaisen osallistujan osaamisen käyttämisen mahdollisimman hyvin yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi. Moniammatillisen kehittämistyön johdosta yksittäisen työntekijän, ryhmän ja työyhteisön lisäksi koko organisaatio oppii, jolloin myös käsitysten ja toimintamallien on mahdollista muuttua. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008.)

5.1 Asiantuntijälähtöisyys ja rajojen ylittäminen kehittämistyössä

Henkilöstön muutoksiin osallistumisen sijaan haasteena organisaatioissa on, miten henkilöstö saataisiin laajalla rintamalla mobilisoitua muutoksen tueksi. Kyse on siitä, että kehittämistyön onnistuminen on johdon ja henkilöstön yhteinen asia. (Alasoini ym. 2002.) Parhaiten tämä onnistuu, kun henkilöstö osallistumisen sijaan osallistetaan suunnittelemaan, toteuttamaan ja arvioimaan toimintaansa suhteessa strategiaan tavoitteisiin. Strateginen tavoitteen mainitseminen voi aiheuttaa työntekijöissä vastarintaa. Kysymys onkin pitkälti siitä, miten strategia saadaan lähelle perustyötä. Osaamista ja oppimista ei voi ohjata ulkopuolisin toimin ilman asianomaisten työntekijöiden aktiivista sitoutumista. Oppimisprosessissa on kyse enemminkin kaksisuuntaisesta vuorovaikutus- ja yhteistoimintaprosessista. Koulutukseen osallistujat tuovat oppimistilaisuuteen oman osaamisensa ja käytännön työhön pohjautuvan tietonsa. Oppiminen ei ole vain tiedonhankintaa, vaan sisältää myös osallistumisen tiettyyn yhteisöön ja kasvamisen sen jäseneksi. (Nisula 2007.)

Ajankohtaista on rajojen ylittäminen sekä erikoissairaanhoidon sisällä laitos- ja avohoidon välillä että enenevässä määrin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Rajavyöhykkeellä tarkoitetaan eri toimintajärjestelmien välistä aluetta, jolla tapahtuu aktiivista vuorovaikutusta ja tiedon siirtymistä yhteisten kohteiden muodostamiseksi. Rajanylitykset ovat interaktiotapahtumia, joissa esimerkiksi henkilö tai tieto liikkuu toimintajärjestelmästä toiseen. (Engeström 2004, 86.) Valtakunnallisten toimintaohjelmien mukaisesti HUS Hyvinkään

sairaanhoitoalueen akuuttipsykiatrian vastuualueen strategiassa vuosille 2008-2017 korostetaan yhteistyötä: "Vastuualue tuottaa palveluja saumattomassa yhteistyössä alueen perusterveydenhuollon, päihdepalveluiden, Hyvinkään sairaalan osastojen, Peijaksen sairaalan ja muiden yhteistyökumppaneiden kanssa." (Holi & Kontio 2008, 2.)

Asiantuntijatyön rajoja ovat asiantuntijan ja asiakkaan väliset rajat, sisällöllisen asiantunteumuksen väliset reviirirajat ja organisaation hierarkkiset rajat. Näiden rajojen ylityksiin tarvitaan konkreettista toimintaa, yhteisiä kokeiluja, yhteisiin tilanteisiin menoa ja siirtymistä työskentelemään toisen "reviirille". (Launis 1997, 132.) Moniammatillisuuden ja asiantuntijuuden merkitykset muuttuvat työelämän muuttuessa. Ruohotien (2000, 236) mukaan palvelun kehittäminen edellyttää uuden tiedon luomista. Jos suunnittelutehtävä annetaan yksilön sijasta tiimille, saadaan kehittelyn pohjaksi yhteistä tietoa. Se edellyttää yhdessä oppimista. Yhdessä oppimisen perusta on toisten auttaminen ja jokaisen aktiivinen osallistuminen yhteiseen kehittämistyöhön. Yhteisiä tavoitteita ei saavuteta, ellei jokainen onnistu omassa tehtävässään. Sosiaalisen vuorovaikutuksen avulla pyritään vahvistamaan oppimista niin, että oppiminen yhdessä on laadullisesti ja määrällisesti parempaa kuin yksilötasolla. Tiedollisten oppimistulosten lisäksi yhdessä oppiminen kehittää elämässä yleensäkin oleellisia sosiaalisia ja kielellisiä taitoja. (Sarala & Sarala 1999, 142.) Tällaisissa yhdessä oppimisen tilanteissa myös hiljainen tieto saa äänen.

Tämän opinnäytetyön kontekstiin sisältyy useita rajapintoja, kuten perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito, sairaala- ja avohoitoympäristö ja avohoidon sisällä eri poliklinikat. Potilaslähtöisestä näkökulmasta näiden eri rajapintojen ylittämisen kynnyksellä pitäisi olla mahdollisimman matala. Tämän hetken ongelma vaikuttaisi olevan se, että toiminta on hyvin pitkälle lokeroitunutta ja yhteistyö eri toimijoiden välillä on liian vähäistä ja epäsystemaattista. Myöskään potilaan omia, luonnollisia verkostoja ei oteta tarpeeksi huomioon. Vastauksena erilaisten rajapintojen ylittämiseen ovat tässä yhteydessä moniammatillinen yhdessä kehittäminen sekä moniäänisyyden lisääminen hankkeessa kirjoittamisen avulla.

Rajanylittäminen ja oppiminen toteutuvat yhteistyön osapuolten dialogissa ja sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Oppimisen kannalta on ratkaisevaa, että jokainen osallistuja saa äänensä kuuluviin. Käytännön työssä voi olla erilaisia esteitä, jotka estävät dialogin. Tällaisia ovat organisaatio- ja ammattikuntarajat, hierarkiat ja valta-asetat sekä työtä säätelevät normit ja säädökset. Oppimisen dialogin tutkimiseksi luodaan interventoiden avulla tiloja, joissa dialogi on mahdollinen. (Toiviainen & Hänninen 2006, 19, 21.) Tässä opinnäytetyössä kehittämispalaverit, yhteinen suunnittelu ja koulutukset sekä kirjoittaminen yhdessä ovat toimineet dialogin foorumeina.

Perinteiset yhteistyön toimintatavat perustuvat valtaosaltaan yksilöasiantuntijoiden kohtaamiseen. Yhteisen kielen puuttuminen voidaan nähdä yhteisten ajattelumallien puuttumisesta ja näkemysten koteloitumisesta omaan asiantuntija-alueeseen. Yhteistyölle tulisi rakentaa mahdollisimman konkreettisia kohteita. Konkreettisista asioista puhuttaessa nousevat esiin ristiriitaisuudet. Tämä edellyttää erilaisten näkökulmien kuuntelemista ja suhteuttamista toisiinsa. Yhteinen analysointi on yhteisen mallin rakentamista. (Launis 1997, 129, 131.) Osaa-miskartoitus on hyvä työkalu dialogin saavuttamiseksi. Selkeä työkalu mahdollistaa kehittämisen kohteelle yhteisen kielen ja antaa nimen abstrakteillekin asioille sekä kohdistaa toiminnan tiettyihin tavoitteisiin. Kun on yhteinen kohde, siirtyy huomio pois henkilökohtaisista ominaisuuksista, jolloin tunnelatauksia on vähemmän ja asiaa enemmän. (Vähämäki 2005, 62.)

Tässä kehittämistyössä haluttiin saada hiljainen tieto yhteiseen käyttöön. Hoitotyön tieto perustuu empiriseen ja käsitteelliseen tietoon sekä hiljaiseen tietoon. Intuitio voidaan nähdä sisäisen tunteen kautta saavutettuna välittömänä tietoisuutena, joka johtaa uuteen merkitykselliseen tietoon tunteen yhdistyessä aikaisempiin kokemuksiin ja tietoperustaan. (Nurminen 2000.) Hoitotyöntekijältä tämä vaatii tilanneherkkyyttä ja reflektiötaitoa. Repperin (2000) mukaan terveyspalveluiden käyttäjät ovat kaikki ainutkertaisia yksilöitä yhteisistä ongelmista huolimatta. Näin ollen hoitotyöntekijöillä on useita rooleja ja näkökulmia. Palveluiden käyttäjät arvostavat joissakin tilanteissa hoitajien "tavallisuutta" ja toisissa puolestaan asiantuntijuutta. Hoitajan on oltava herkkä vaistoamaan, mikä lähestymistapa kulloisessakin tilanteessa on juuri oikeanlainen. Sen sijaan, että etsittäisiin yhtenäistä mielenterveystyön tietoperustaa, pitäisi vaalia monimuotoisuutta käytännöissä, teorioissa ja tutkimuksessa. Myös Vuokila-Oikkosen (2007) mukaan on kehitettävä uusia työryhmäperusteisia ja konsultatiivisia potilaslähtöisiä työmallia, joissa saadaan eri ammattiryhmien osaaminen tehokkaaseen käyttöön.

5.2 Toimintatutkimuksellinen lähestymistapa ohjaamassa kehittämistä

Tässä opinnäytetyössä toimintatutkimusta ei käytetä varsinaisena metodina, vaan se on pikemminkin käytännöllinen työn kehittämisen lähestymistapa (ks. Aaltola & Syrjälä 1999, 14). Toimintatutkimuksen raja reflektiiviseen työn kehittämiseen on liukuva. Ollakseen tutkimusta prosessin pitää pyrkiä tuottamaan uutta tietoa ja saattaa se julkisesti arvioitavaksi. (Heikkinen & Jyrkämä 1999, 40.) Aaltolan ja Syrjälän (1999, 15) mukaan toimintatutkimus voidaan nähdä keinona saada osallistujat sitoutumaan tiettyyn uudistukseen. Tässä Avohoidon akuutti-toiminnan-kehittämishankkeessa ylempi johto on linjannut päämäärän, jonka mukaan liikkuvuutta ja joustavuutta on lisättävä sekä perustettava kaksi avohoidon akuuttipaikkaa. Työryhmällä on ollut vastuu sisällön suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista. Opinnäytetyöhöni liittyvän yhteisen hankkeessa kirjoittamisen avulla kaikki työntekijät osallistuvat jollakin tasolla: joku kirjoittajana, joku kommentoijana ja joku lukijana. Kehittämistyön tuloksena syntyneet ratkaisut on asetettu julkisesti arvioitaviksi liitteenä olevien tekstien muodossa.

Heikkisen ja Jyrkämän (1999, 40) mukaan toimintatutkija voi olla myös työyhteisön jäsen. Tässä opinnäytetyössä opinnäytetyön tekijänä olen kehittänyt työtä yhdessä muiden kanssa. Olen ottanut kehittämistyön alusta lähtien kirjaajan ja kehittämistyön kokoajan roolin. Toimintatutkimuksellisen lähestymistavan yksi keskeinen tavoite voi olla rutiineiden ja vakiintuneiden toimintatapojen ottaminen tarkastelun kohteeksi. Tällöin paljastuu usein tiedostamattomaksi jääneitä ajattelu- ja toimintatapoja. Siksi käytäntöjen tutkaileminen voi tuoda esiin erilaisia näkökulmia ja ideoita, kuinka työtä olisi järkevä kehittää. Teorian ja käytännön jatkuva vuorovaikutteisuus ja tutkijan osallistuminen yhteisön todelliseen elämään edellyttää tutkijan mukana oloa sekä käytännön toiminnan tavoitteiden asettamisessa että niiden saavuttamiseen tarvittavien keinojen ja välineiden pohtimisessa. (Saari 2007, 124-125.)

Toimintatutkimuksessa toimintaan pyritään vaikuttamaan muutokseen tähtäävän väliintulon eli intervention avulla (Heikkinen & Jyrkämä 1999, 449). Interventiona tässä hankkeessa ovat olleet työyhteisön kehittämispalaverit, joissa on moniäänisesti muodostettu käsitystä työskentelytavoista. Myös erilaiset koulutukset ja tutustumiskäynnit voidaan nähdä interventiona, joiden avulla on ollut tarkoitus löytää sopivia työvälineitä ja malleja sovellettavaksi omaan toimintaamme. Hanke on toteutettu mukailien toimintatutkimuksen syklejä. Heikkisen (2006, 35) mukaan toimintatutkimus mielletään itsereflektiiviseksi kehäksi, jossa toiminta, sen havainnointi, reflektointi ja uudelleen suunnittelu seuraavat toisiaan. Käytännössä toimintatapoja on suunniteltu, kokeiltu ja arvioitu yhdessä työryhmässä. Uusien toimintatapojen kokeilu on tapahtunut nopeassa tahdissa. Perusteluna uusille kokeiluille on toiminut yhteisesti muodostettu käsitys siitä, että jokin muu tapa saattaisi toimia paremmin vanhaan verrattuna. Käsitteellinen on muotoutunut työntekijöiden aikaisemman kokemuksen lisäksi yhteisissä koulutuksissa ja tutustumiskäynneillä opituista asioista sekä kirjallisuudesta nousseista asioista. Ennen uusia toimintakokeiluja yhdessä arvioitiin kriittisesti toimintatavan nykyistä tilaa ja seuraavaa kehitysvaihetta.

Saaren (2007, 127) mukaan (sit. Bradbury ja Reason 2001) toimintatutkimuksen laadun arvioinnissa käytettäviä vaatimuksia ovat:

1. pyrkimys avoimesti kehittää tutkimukseen osallistuvien vuorovaikutusta
2. käytännön tuloksista ja niiden saavuttamisesta huolehtiminen reflektiivisesti
3. tiedon ja tietoisuuden moninaisuuden hyväksyminen ja huomioiminen sekä samanaikaisesti käsitteellisesti-teoreettinen johdonmukaisuus, intellektuaalisen tiedon lisäksi muun tiedon kattavuus ja tietoisuus tarkoituksenmukaisten tutkimusmenetelmien valitsemisesta
4. tutkimus on merkityksellistä ja vaikuttavaa
5. tuloksena on toimintatapoja, jotka soveltuvat vakiinnutettavaksi käytännöksi

6 Kirjoittamisen suunnittelu, toteutus ja arviointi

Hankeraportissa (liite 5) kuvataan hankkeen suunnitteluvaihe, siihen liittyneet tutustumiskäynnit ja koulutus, käytäntöjen muovautuminen ja hankkeen arviointi. Hankkeeseen liittyntä kehittämistyötä arvioitiin toiminnan ja potilastapausten pohjalta, yhdessä ulkopuolisen kouluttajan Pekka Borchersin johdolla sekä työryhmän sisällä SWOT-analyysillä. Tässä opinnäytetyönraportissa haluan korostaa yhdessä kirjoittamisen suunnittelua, toteutusta ja arviointia.

Kirjoittaminen on ollut olennainen osa kehittämistyön prosessia. Olemme halunneet tehdä toimintaamme tunnetuksi sekä HUS:ssa sisäisesti että laajemmalle yleisölle. Meillä on paljon yhteistyötahoja muun muassa terveyskeskuksessa ja työterveyshuollossa. Akuuttipoliklinikan laajentunut toiminta ja akuuttipaikat eivät ole selvä ja yksinkertainen asia edes sairaanhoitoalueen sisäisille toimijoille. Tämän vuoksi olemme kirjoittaneet esittelytekstin, jonka pohjalta yksikön esitteet, intra-sivut on toteutettu. Tämän tekstin luomiseen on osallistunut koko avohoidon akuuttiyksikön henkilökunta. Aluksi kirjoitin luonnoksen, johon kokosin tekstiä vanhoista esitteistä. Laitoin sen sähköpostilla kaikille työntekijöille kommentoitavaksi. Sitten kokoonnuimme ja keskustelimme korjausehdotuksista. Tein muutokset ja laitoin tekstin uudelle sähköpostikierrokselle, jolloin kaikilla oli vielä mahdollisuus vaikuttaa lopulliseen tekstiversioon. Näitä kierroksia oli useita ja esitteet (liite 2) muovautuivat pikkuhiljaa kaikkia tyydyttäväksi. Myös lyhyt artikkeli (liite 3) Hyvinkään sairaanhoitoalueen sisäiseen Linkki-lehteen on kirjoitettu tämän esittelytekstin pohjalta.

Tutustumiskäynneistä kirjoitin koosteen, jossa peilasin omaa toimintaamme saamaamme tietoon ja kokemuksiin. Muiden tutustumiskäynneillä mukana olleiden ajatukset kokosin erilaisista yhteyksistä (mm. kahvipöytäkeskusteluista). Tämä kooste laitettiin kaikille avohoidon akuuttiyksikön työntekijöille sekä ylilääkärille ja ylihoitajalle sähköpostilla luettavaksi ja keskustelun herättäjäksi. Tarkoituksena oli arvioida tämän keskustelun pohjalta aloitettua toimintaa. Aluksi akuuttipaikkojen ohjelma oli erillinen vain näille kahdelle potilaalle. Tutustumiskäyntien saatuja kokemuksia verrattiin omaan toimintaamme ja tämän pohdinnan tuloksena akuuttipaikkojen potilaat osallistuivat Järvenpään päiväosaston ryhmiin ja näin yhteistyö lähti käyntiin. Akuuttipaikkojen hoitajille jäi jonkin verran aikaa myös muuhun potilastyöhön. Tässä ikään kuin toteutui ensimmäinen toimintatutkimuksellinen sykli. Toiminnan aloittamisen kanssa samanaikaisesti tehtiin tutustumiskäyntejä ja saatiin koulutusta sekä uutta tietoa peilattiin olemassa olevaan toimintaan. Reflektoinnin pohjalta toimintatapoja muutettiin. Pian on jo seuraavan arvioinnin aika. Tämä kaikki tapahtui 1.5-31.12.2008. Siitä voidaan päätellä, että työntekijät ovat sitoutuneita kehittämistyöhön ja valmiita muokkaamaan toimintaansa yhteisten pohdintojen pohjalta.

Esittelytekstin yhteiskirjoittaminen oli käytännössä yksikön ja sen toiminnan kuvausta. Tekstin muokausvaiheessa pohdittiin eri toimintojen sisältöä käytännön tasolla. Esitetekstin tarkoitus on laajentaa yhteistyötahojen ja palveluiden käyttäjien tietämystä tarjoamistamme palveluista. Käytännön tasolla liikutaan myös Sairaanhoidajalehden artikkelin aiheessa. Artikkelissa esitellään kehittämishankettamme, jonka tarkoituksena on ollut luoda entistä asiakaslähteisempi työskentelymalli. Psykiatrisesta hoitotyöstä erikseen avohoidossa ei juurikaan löydy kirjallisuutta, vaikka se eroaa paljon sairaalassa tapahtuvasta hoitotyöstä. Sen vuoksi Sairaanhoidaja-lehden artikkelin (liite 4) tarkoituksena on ollut kuvata ja korostaa hoitotyön merkitystä lääketieteen ja psykoterapian rinnalla psykiatrisessa hoidossa. Artikkelissa kerrotaan myös dialogisen toimintamallin soveltuvuudesta sitomaan eri ammattiryhmien, asiakkaan ja omaisten asiantuntijuus yhtenäiseksi kokonaisuudeksi.

Sairaanhoidaja-lehdessä julkaistu artikkeli on kirjoitettu yhteistyössä opinnäytetyön tekijän, ylihoitajan sekä opinnäytetyön ohjaajana toimineen Hyvinkään Laurean johtajan kanssa. Työyhteisöstä ei löytynyt kirjoituskumppaneita, mutta he toimivat lukijan ja kommentoijan roolin. Heillä oli mahdollisuus osallistua artikkeleiden kirjoittamiseen, koska olen sähköpostittanut niitä heille tekstien eri vaiheissa saadakseni vahvistuksen sille, että niissä kuvatut asiat koetaan omakohtaisiksi ja toisaalta myös yhteisiksi. Kaiken kaikkiaan kirjoitusprosessit ovat menneet niin, että olen ensin tutustunut kirjallisuuteen laajasti ja kirjoittanut luonnostekstin, jonka olen sähköpostittanut sekä kansakirjoittajille että työyhteisön jäsenille. Kirjoittajakumppanit ovat lukeneet tekstin ja esittäneet korjausehdotuksia. Opinnäytetyöntekijä, ylihoitaja ja ohjaaja ovat kokoontuneet ja etsineet yhdessä teksteille selkeää rakennetta, jonka jälkeen olen edelleen muokannut tekstiä. Tämän jälkeen on ollut vielä yksi tapaaminen, jossa teksti on käyty kappaleittain läpi ja yhdessä viimeistelty se.

Hankeraporttiin on liitetty ylilääkärin hanke-ehdotus ja kustannusarvio. Siihen olen koontanut kehittämispalaverissa ja yhteisissä arviointilanteissa koottua materiaalia, jonka kirjoittamiseen ovat osallistuneet työryhmän jäsenet. Hankeraportin lopussa on Ullevälän yliopistosairaalassa opintokäynnillä olleiden työntekijöidemme yhdessä kirjoittama raportti. Tämä hankeraportti on laitettu tietokoneella Hyvinkään sairaanhoitoalueen sisäiseen kansioon, joten mahdollisimman monen on mahdollista tutustua siihen. Raportti on ehkä kaikista moniäänisen tekstituos, koska se on koottu niin monesta eri henkilöiden kirjoittamista osista.

Opinnäytetyö oli kaikille kirjoittamiseen osallistuneille ensikertainen kokemus tämänkaltaisesta opinnäytetyöstä. Epävarmuutta aiheutti se, mitä kirjoitetaan ja missä vaiheissa. Aluksi teimme kyllä kirjoitussopimuksen, mutta kirjoittaminen ei noudattanut "puhtaasti" sen kaavaa. Esitteet, Linkki- ja Sairaanhoidaja-lehden artikkelit kulkivat hankkeen sisällä ja veivät kehittämistyötä eteenpäin. Ylemmän korkeakoulututkimnon opinnäytetyöohjeen (2007, 3) mukaan tavoitteena on, että opinnäytetyöprosessin aikana saadun tiedon avulla ratkaistaan on-

gelmia ja kehitetään uusia ratkaisuja työelämälähtöisesti. Pohtiessamme kirjoitusfoorumeita, päädyimme siihen, että haluamme kirjoittaa konkreettisella ammattitoiminnan tasolla, jolloin hyvistä käytänteistä hyötty mahdollisimman moni.

Kirjoittamistyöhön on liittynyt paljon perehtymistä ajankohtaiseen tutkimukseen. Vaikka työryhmäni on moniammatillinen, tässä opinnäytetyössä on korostunut hoitotieteellinen viitekehys oman tietopohjani mukaan. Kehittämishankkeen aikana olen lukenut hyvin paljon tutkimuksia ja muuta kirjallisuutta. Olen perehtynyt strategioihin, jotka ohjaavat sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistä. Olen paneutunut käsitteisiin asiakaslähtöisyys, perhekeskeisyys-dialogisuus ja yhdessä työskentely. Olemme yhdessä työryhmäni kanssa käyneet näistä keskustelua ja muodostaneet näistä käsitteistä yhteistä ymmärrystä. Tämän lisäksi olen tutustunut toimintatutkimuksen eri muotoihin. Opinnäytetyön alussa pohdin, olisiko kehittävä työntutkimuksen viitekehys sopivampi väljemmän toimintatutkimuksellisen lähestymistavan sijaan. Halusin kuitenkin korostaa yhdessä kirjoittamista, joten tässä opinnäytetyössä kirjoitetuilla teksteillä on suurempi merkitys oikeaoppisella metodiikalla. Moniammatillisen yhdessä työskentelemisen pohtiminen johdatti minut tutustumaan yhteisöllisen oppimisen ja asiantuntijuuden sekä hiljaisen tiedon käsitteisiin. Tällä hetkellä olen vakuuttunut siitä, että dialogisessa työyhteisössä ja toimintamallissa yksilöiden asiantuntijuus yhdistyy potilaan parhaaksi.

Kehittämistyössä on tietoisesti hyödynnetty sekä ammattialojen että yksilöiden asiantuntijuutta niin, että yhteinen oppiminen ja tieto tulisivat käyttöön. Käytännössä se on tarkoittanut sitä, että on luotu keskustelufoorumeita, joissa kaikkien työntekijöiden on ollut mahdollista suunnitella ja arvioida työskentelytapoja vastavuoroisesti. Avoimen ilmapiirin luominen on sinänsä haasteellinen tehtävä, sillä se edellyttää luottamuksen syntymistä työyhteisön jäsenten kesken. Alasoinin ym. (2002, 75) mukaan henkilöstön mahdollisuuksien lisääminen oman työn muutoksiin ja kehittämiseen on kestävin keino huolehtia arvokkaimmasta pääomasta - ihmisestä.

Tässä avohoidon kehittämistyössä "punaisena lankana" on alun alkaen ollut dialogisuus sekä työntekijöiden kesken että potilaan kohtaamisessa. Heikkilän & Heikkilän (2001) mukaan dialogi on prosessi, jossa jokaisella jäsenellä on uusia tilaisuuksia reflektoida, tulkita ja vertailla omia käsityksiään muiden käsityksiin. Dialogin oppiminen on tärkeää, koska siinä asiantuntija antaa oman tietonsa yhteiseen keskusteluun, jossa muiden osallisten tiedon kanssa syntyy sellainen tiedon kombinaatio, jota yksi ihminen ei yksinään olisi millään voinut tuottaa. Tämän ymmärtäminen edellyttää ammatillisilta asiantuntijoilta eräänlaista nöyryyttä nähdä esimerkiksi potilaan oman elämän asiantuntijuus yhtä tärkeänä osana yhteistä tietämistä kuin oma ammatilliseen koulutukseen ja kokemukseen perustuva tietäminen. Tällainen ei-tietäminen vaatii pitkäjänteistä harjoittelua.

7 Pohdinta

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä näkyväksi asiakaslähtöisen psykiatrisen avohoidon yhdessä kehittämistä kirjoittamisen avulla. Moniäänisen hankkeessa kirjoittamisen avulla oli tarkoitus saada koko henkilökunta osallistumaan ja sitoutumaan kehittämistyöhön sekä saada hiljainen tieto yhteiseen käyttöön. Hankkeen eri vaiheissa kirjoitettujen tekstien avulla tavoitteena oli esitellä avohoidon akuuttiyksikköä ja sen toimintaa organisaation sisällä ja ulkopuolella sekä tehdä kehittämistyö mahdollisimman läpinäkyväksi. Hankkeessa kirjoittamisen tehtävänä oli kuvata avohoidon akuuttiyksikköä ja sen toimintaa, kuvata kehittämishankkeessa syntyneitä uudenlaista asiakaslähtöistä toimintamallia sekä antaa ääni yhteiselle kehittämishankeprosessille.

Kirjoittamisen avulla kehittämistyö on saatu näkyväksi. Esittelytekstit antavat äänen avohoidon akuuttiyksikölle, Sairaanhoidaja-lehden artikkeli kehittämistyön tuloksena syntyneelle asiakaslähtöiselle toimintamallille ja hankeraportti yhteiselle hankeprosessille. Esitteitä on jaettu yhteistyökumppaneille. Linkki-lehdessä joulukuussa 2008 julkaistu artikkeli on esitelty avohoidon akuuttiyksikköä Hyvinkään sairaanhoitoalueen työntekijöille ja Sairaanhoidaja-lehdessä helmikuussa 2009 julkaistu artikkeli kehittelemäämme toimintamallia. Hankeraportti on luettavana kaikille Hyvinkään sairaanhoitoalueen asiasta kiinnostuneille työntekijöille Hyvinkään sairaanhoitoalueen sisäisessä y-kansiossa.

Kirjoittaminen on nivoutunut kehittämishankkeen eri vaiheisiin. Aluksi oli tarpeen muodostaa esittelevää ja uutisoivaa tekstiä, koska toimintamme oli uutta. Erilaiset epäviralliset kirjoitukset, kuten esimerkiksi tutustumiskäynneistä kirjoitettu kooste ovat toimineet keskustelun pohjana, kun olemme kokoontuneet arvioimaan toimintaa ja suunnittelemaan jatkoa. Sairaanhoidaja-lehden artikkelin toivomme tuovan aidosti asiakaslähtöiseksi havaitsemaamme toimintamallia tunnetuksi psykiatrisessa avohoidossa. Yhdessä kehittäminen ja kirjoittaminen on edellyttänyt reflektiivista ajatustenvaihtoa työyhteisön sisällä. Tätä varten on pitänyt luoda foorumeita, joissa on voitu rauhassa keskittyä pohtimaan asioita. Yhteiset kokoontumiset suunnittelun, arvioinnin tai kirjoittamisen yhteydessä ovat vieneet hankeprosessia eteenpäin.

Tässä opinnäytetyössä yhteisellä suunnittelulla ja kirjoittamisella edistettiin työyhteisön vuorovaikutusta. Koko akuuttipoliklinikan henkilökunta osallistui kehittämistyön suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Kaikkien yksilöiden ja ammattiryhmien asiantuntemusta pyrittiin hyödyntämään, jolloin hiljaista tietoa saatiin esiin. Kokoontumisissa oli avoin ilmapiiri. Tämä näkyi siinä, että esille otettiin vaikeita asioita, kuten ylemmältä johdolta saatavan myönteisen palautteen vähäisyys. Teoreettista tietoa etsittiin pääasiassa lääketieteen ja hoitotieteen alueilta. Teoreettinen osuus on perusteltu ja johdonmukainen. Erilaisiin kehittämistyön toteutus- ja arviointimenetelmiin tutustuttiin monipuolisesti ja niistä valittiin juuri kyseenomai-

seen kehittämistyöhön sopivat metodit, joita sovellettiin. Käytännön tuloksena syntyi dialoginen toimintamalli, joka sopii sovellettavaksi psykiatriseen avohoitoon laajemmaltikin. Toimintamallin synnystä kirjoitettiin artikkeli Sairaanhoidaja-lehteen, jolloin kehittämistyö saatiin näkyväksi ja vaikuttavaksi.

Toimintatutkimuksellisen lähestymistavan avulla ei pyritty varsinaisesti tutkimaan kohdetta sinänsä, vaan sillä pyrittiin kriittisesti arvioimaan ja olemassa olevia käytäntöjä ja luomaan uudenlainen toimintamalli. Jo olemassa olevaa toimintaa arvioitiin ja uutta suuntaa etsittiin sosiaali- ja terveydenhuollon strategisista kehitysnäkymistä. Näiden pohjalta suunnittelemani interventiot (koulutus ja tutustumiskäynnit) loivat yhteisen mahdollisuuden oppia uutta ja peilata sitä jo olemassa olevaan tietoon. Uuden tiedon jatkuva analysointi ja reflektointi kokemukseen kuvaavat parhaiten tapaamme toimia tämän hankkeen aikana. Toimintatutkimuksen syklit ovat raamittaneet kehittämistyötämme.

Samanaikainen rooli sekä työyhteisön jäsenenä että opinnäytetyön tekijänä on ollut haastava, mutta erittäin antoisa. Olen toiminut kirjoittajana ja kehittämistyön koordinoijana, joka on ohjannut yhteisten suunnitelmien toteuttamista. Toimintatutkimuksellinen ote ja yhdessä kirjoittaminen ovat osallistaneet koko henkilökunnan mukaan kehittämistyöhön. Yhteisissä koontumisissa on saavutettu varsin vapautunut ja avoin ilmapiiri. Olen toiminut "promootorina" innostaen kaikkia mukaan. Osa työntekijöistä on uusia ja heidän oma innostuksensa antoi voimia koko prosessin ajan. Työyhteisöön kuuluu myös niitä, jotka ovat olleet vuosikymmeniä samassa organisaatiossa, ja kokeneet avohoidon uudistuksen ehkä raskaana. Uuteen kehittämishaasteeseen houkuttelu on heidän kohdallaan kuitenkin onnistunut hyvin, koska lähtökohdaksi on otettu pitkän kokemuksen ja hiljaisen tiedon näkyväksi tekeminen. Ne eivät tule esiin, jos ei rakenneta tilaisuuksia, joissa keskustellaan vastavuoroisesti. Toiminnan suunnittelu on tarjonnut monia hyviä tilanteita tähän tarkoitukseen.

Haastavin osuus kirjoittamisprosessissa on ollut tämän opinnäytetyöraportin rakenteen suunnittelu. Raportti on käynyt läpi monta erilaista vaihetta. Tämä viimeinen versio on tiivistetty kokonaisuus, jossa kuvataan lyhyesti kehittämistyön ja kirjoittamisen prosessit. Liitteenä olevilla tuotoksilla on merkittävä rooli teoreettisen viitekehyksen rakentamisessa. Pääkirjoittajan roolissa minun ei ole ollut vaikeaa muokata tekstiä kommenttien ja muiden kirjoitusten mukaan. Uskon, että yksin en olisi tähän pystynyt, vaan kaikki tekstit ovat muovautuneet ja ajatus syventynyt kirjoitusprosessin edetessä. Välillä on tullut kyllästymisen tunteita käsiteltäviin asioihin, mutta pieni aikalisä kirjoittamiseen on auttanut. Olen saanut erittäin hyvää ohjausta ja kirjoittajat ovat aktiivisesti osallistuneet prosessiin. Kokemus on ollut niin positiivinen, että uskon kirjoittamisen olevan aina läsnä työskentelyssäni.

Parasta on, että tässä opinnäytetyöprosessissa olemme opetelleet avointa keskustelua sekä työyhteisössä että potilastyössä. Olemme voimaantuneet onnistumiskokemuksista ja näin ollen vahvistuneet työryhmänä. Innostus ja valmis uuden, osiltaan tuntemattoman todellisuuden kohtaamiseen on jatkuvasti läsnä. Positiivinen, uutta kehittävä asenne näyttää elävän keskuudessamme. Olemme osaltamme madaltaneet kynnyksiä ja yhteistyöllä pyrkinneet ylittämään rajoja sairaalan, poliklinikoiden ja perusterveyden välillä. Tämä näyttää olevan pitkä prosessi, joka vaatii pitkäjänteistä työskentelyä. Tekemällä yhteistyötä sinnikkäästi yksittäisten potilaiden kohdalla, pääsemme lähemmäs jaettavaa asiantuntijuutta.

Lähteet

- Aaltola, J & Syrjälä, L. 1999. Tiede, toiminta ja vaikuttaminen. Teoksessa Heikkinen, H. L.T, Huttunen, R & Moilanen, P. 8toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. WSOY: Jyväskylä, 11-24.
- Alasoini, T, Lifländer, T, Rouhiainen, N & Salmenperä, M. 2002. Innovaatioiden lähteillä. Miten ja miksi suomalaista työelämää kannatta kehittää? Edita Prima Oy:Helsinki.
- Anttila, P. 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Juvanes Print: Tampere.
- Engeström, Y.2004. Ekspansiivinen oppiminen ja yhteiskehittely työssä. Otavan Kirjapaino Oy:Keuruu.
- Harajärvi, M, Pirkola, S & Wahlbeck, K. 2006. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa – MERTTU -tutkimuksen palvelukatsaus. Acta NRO 187. Kuntaliitto: Helsinki. Saatavissa myös verkkojulkaisuna: <http://www.stakes.fi/pdf/mentalhealth/187merttuverkkoon.pdf>.
- Heikkilä, J. & Heikkilä, K. 2001. Dialogi - Avain innovatiivisuuteen. WS Bookwell Oy: Juva.
- Heikkilä, A, Jokinen, P & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. WSOY: Oppimateriaalit Oy.
- Heikkinen, H.L.T. 2006. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa Heikkinen, H.L.T, Rovio, E & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Dark Oy: Vantaa, 16-38.
- Heikkinen, H. L.T & Jyrkämä, J. 1999. Mitä on toimintatutkimus? Teoksessa Heikkinen, H. L.T, Huttunen, R & Moilanen, P. (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. WSOY: Jyväskylä, 25-62.
- Kiikkala, I. 2000. Asiakslähtöisyys toiminnan periaatteena sosiaali- ja terveydenhuollossa Teoksessa Nouko-Juvonen, S, Ruotsalainen, P & Kiikkala, I. Hyvinvointipalvelun palveluketjut. Tammer-Paino Oy: Tampere, 112- 121.
- Koivisto, K. 2003. Koettu hallitsematon minuus psykoottisen potilaan hoitotyön lähtökohdaksi. Acta Universitatis. Oululensis D721. Oulu University Press:Oulu
- Kokko, S. 2004. Mielenterveystoimiston asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä. Arvototeoreettinen näkökulma mielenterveystyöhön. Acta Universitatis Ouluensis. D 785. Oulu University Press: Oulu.
- Korhonen, T, Vehviläinen-Julkunen, K & Pietilä, A. 2008. Do nurses in adult psychiatry take into consideration the support network of families affected by parental mental disorders? Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing. 15, 767-776.
- Launis, K. 1997. Asiantuntijuus tutkimuskohteena. Teoksessa Kirjonen, J, Remes, P & Eteläpelto, A. (toim.) Muuttuva asiantuntijuus. Jyväskylän yliopistopaino: Jyväskylä, 122-133.
- Launis, K & Engeström, Y. 1999. Asiantuntijuus muuttuvassa työtoiminnassa. Teoksessa Eteläpelto, A & Tynjälä, P. 8toim.) Oppiminen ja asiantuntijuus. Työelämän ja koulutuksen näkökulmia. WSOY-kirjapainoyksikkö: Juva, 64-81.
- Latvala, E. 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä. Acta Universitatis Ouluensis D 490. Oulu University Press: Oulu.

- Nisula, L. 2007. Power-projektiin liittyvän koulutuksen oppimisprosessin kuvausta. Teoksessa Vuokila-Oikkonen, P & Kiviranta, M. (toim.) Psykiatrisen hoitotyön malli. Diakonia ammatti-korkeakoulun julkaisuja B Raportteja 36. Juvenes Print Oy:Tampere, 108-124.
- Nurminen, R. 2000. Intuitio ja hiljainen tieto hoitotyössä. Kuopion yliopiston painatuskeskus: Kuopio.
- Repper, J. 2000 Adjusting the focus of mental health nursing: incorporating service users' experiences of recovery. *Journal of Mental Health*. Volume 9 (6), 575-587.
- Ruohotie, P. 2000. Oppiminen ja ammatillinen kasvu. WS Bookwell: Juva.
- Ruotsalainen, P. 2000. Asiakslähtöinen palveluketju ja tietoteknologia. Teoksessa Nouko-Juvonen, S, Ruotsalainen, P & Kiikkala, I. Hyvinvointipalvelun palveluketjut. Tammer-Apino Oy: Tampere.
- Saari, E. 2007. Mitä- pitääkö tutkijan olla myös käytännön toimija? s. 121-151. Teoksessa Viinamäki, L & Saari, E. (toim.) Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen. Gummeru Kirjapaino Oy:Jyväskylä, 8-32.
- Sarala, U & Sarala A. 1999. Oppiva organisaatio. Oppimisen, laadun ja tuottavuuden yhdistäminen. Tammer-Paino Oy:Tampere.
- Seikkula, J & Alakare, B. 2004. Avoin dialogi - vaihtoehtoinen näkökulma psykiatrisessa hoitojärjestelmässä. *Duodecim* 120(3):289-96.
- Seikkula & Arnkil. 2005. Dialoginen verkostotyö. Tammer-Paino Oy:Tampere.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008a. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämishanke. KASTE 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja: Helsinki. Saatavissa myös verkkojulkaisuna:
<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2008/06/h11212563842632/passthru.pdf>.
Luettu 4.11.2008
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008b. Uusi terveydenhuoltolaki. Terveydenhuoltolakityöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:28. Saatavissa myös verkkojulkaisuna:
<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2008/06/pr1214211442205/passthru.pdf>.
Luettu 28.11.2008.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009-työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Saatavissa myös verkkojulkaisuna:
<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2009/02/pr1233819605898/passthru.pdf>.
- Syrjäpalo, K. 2006. Arvot ja arvostukset psykiatrisessa hoidossa. Henkilökunnan ja potilaiden näkemyksiä hoidon nykytilasta. *Acta Universitatis Ouluensis D* 871. Oulu University Press. Oulu.
- Tiri, H. Psykiatrisen hoidon tuloksellisuus. Potilaiden, omaisten, työntekijöiden ja päättäjien käsityksiä hoidon tuloksellisuudesta ja siihen liittyvistä tekijöistä. *Hoitotiede* 13 (2), 87-98.
- Toivianen, H & Hänninen, H. 2006. Työn rajanylitykset oppimisen ja tutkimisen haasteena. Teoksessa Toivianen, H & Hänninen, H. (toim.) Rajanylitykset työssä. Yhteistoiminnan ja oppimisen uudet mahdollisuudet. WS Bookwell: Juva, 9-26.
- Vuokila-Oikkonen, P. 2007. Mielenterveystyön sisällöllinen ydinosaaminen. Teoksessa Vuokila-Oikkonen, P & Kiviranta, M. (toim.) Psykiatrisen hoitotyön malli. Juvenes Print Oy:Tampere, 26-42.

Vähämäki, M. 2005. Osaamisesta strategiaksi - kohti teoriaa, joka toimii käytännössä. Teoksessa Kirjavainen, P, Lähteenmäki, S, Salmela, H & Saru, E. (toim.) Monta tietä oppivaan organisaatioon. Esa Print Tampere: Tampere, 73-106.

Åsted-Kurki, P & Paunonen, M. 1999. Perhehoitotieteen tulevaisuuden näkymiä. Hoitotiede 11 (6), 340-345.

Painamattomat lähteet

Holi, M. ja akuuttipoliklinikan esimiestyöryhmä. 2007. Toimintasuunnitelma akuuttipoliklinikalle. 12.9.2007.

Holi, M. & Kontio, R. Helsingin ja Uudenmaansairaanhoitopiiri. Hyvinkään sairaanhoitoalue. Psykiatrian tulosyksikkö. Akuuttipsykiatrian vastualueen strategia vuosille 2008-2017.

HUS 2009. HUS:in strategiset päämäärät.
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,820,2012,21411>.

Joffe, G, Aer, J & Laaksonen, T. 2006. Psykiatrisen avohoidon uudistaminen.
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,959,9151,15657>. Julkaistu 26.12.2006. Luettu 20.10.2008.

Lambert, Pirjo. 2005. Hankkeelle kirjoitussuunnitelma. Kever 4/2005.
<http://www.piramk.fi/kever/kever.nsf/6f20c22b03be2d6cc2256b4c004a0b2f/939a686e4379c7ebc22570c900414207!OpenDocument>. Luettu 14.4.2008.

Lambert, Pirjo. 2008. Kirjoittaminen osana moniäänistä hanketoimintaa. Osaaja.net, no. 1.
<http://ojs.seamk.fi/index.php/osaaja/article/view/75/142>. Luettu 14.4.2008.

Laurea 2007. Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyöohje.

Vanhanen-Nuutinen, I. 2008. Työelämälähtöinen yhteiskirjoittaminen. Osaaja.net, no. 1.
<http://ojs.seamk.fi/index.php/osaaja/article/view/73/146>. Luettu 11.11.2008.

Kirjoitussuunnitelma

HANKKEEN KIRJOITUSSUUNNITELMA				
Hankkeen nimi: Avohoidon akuuttitoiminnan kehittäminen				
Hankkeen vastuhenkilö(t): yl Holi ja yh Kontio				
MITÄ?	MISSÄ TARKOITUKSESSA?	MINNE (julkaisufoorumi)?	KEIDEN KANSSA?	KIRJOITAMISEN MUOTO/ TEKSTILAJI / GENRE?
	MISSÄ VAIHEESSA HANKETTA?	KEILLE (lukijat)?		
Hankesuunnitelma	Ehdotus toiminnan kehittämishankkeeksi ja T&K hankkeen 2008 kustannusarvio (yl Holi)		Avohoidon akuuttiyksikön esimiehet ja työntekijät	lomake
Hanketiivistelmä				
Hanke-esite, "tuoteseloste"	Yksikön esitteet	Yhteistyötahot	Koko yksikkö	esite-teksti
Hankeuutinen	Linkki-lehti	HySa:n työntekijät	Koko yksikkö	asiateksti
Hankekatsaus				
Puheenvuoro	Kellokoski 12.5.09 Laurea 19.5.09	Avohoidon hoitott. Arvioiva seminaari	Elina	mahdollisimman ymmärrettävä
Konferenssi-abstrakti tai -paperi	Posterit	Laurean aula, jatkossa JMT (SH-päivät 2010?)	Elina	lyhyet tiivistelmät opn eri osioista
Artikkeli	Sairaanhoidaja-lehti	Hoitotyöntekijät ja -johtajat	Elina, Raija ja Seija	kuvailevaa tekstiä
Hankeraportti	31.12.2008	Kaikki asiasta kiinnostuneet, Y-kansio HySa	Elina + Ullevälin matkaajat	vapaamuotoisempi, helposti luettava

Mukailleen:

Lambert, Pirjo. 2005. Hankkeelle kirjoitussuunnitelma. Kever 4/2005.

<http://www.piramk.fi/kever/kever.nsf/6f20c22b03be2d6cc2256b4c004a0b2f/939a686e4379c7ebc22570c900414207!OpenDocument>. Luettu 14.4.2008.



Akuuttipoliklinikka
Sibeliuksenkatu 4 C 3. krs.
04400 Järvenpää
Puh. (09) 271 652 (vaihde)
Faksi (09) 2716 3132

Akuuttipoliklinikka

*Potilaamme saavat parasta, ensisijaisesti
näyttöön perustuvaa hoitoa oikea-aikaisesti,
joustavasti ja asiakaslähtöisesti.*

Akuuttipoliklinikka sisältää akuutin poliittinisen vastaanotto-toiminnan, liikkuvan toiminnan, puhelinkonsultaation akuutteissa tilanteissa sekä avohoidon akuuttipaikat. Poliklinikka on ajanvarauspoliklinikka, johon tullaan lääkärin läheteellä. Lähettestä ilmenee voimassa oleva potilaan puhelinnumero ja osoite sekä hoidon akuutti tarve.

Akuuttipoliklinikka tarjoaa akuuttivaiheen psykiatrista avohoittoa Järvenpään, Mäntsälän, Tuusulan ja Nurmijärven alueen erikoissairaanhoidon potilaille. Tavoite on turvata kiireellistä arviointia ja hoitoa tarvitsevien potilaiden avunsaanti avohoidossa. Potilas pääsee vastaanotolle yleensä viikon kuluessa lähetteen saamisesta, mutta käytännössä tarpeen niin vaatiessa jo samana tai seuraavana päivänä.

Akuuttipoliklinikan työtä kehitetään jatkuvasti joustavammaksi ja liikkuvammaksi. Potilaan lisäksi omais- ja viranomaisverkostotaan mukaan hoitoon. Potilailla on nimetty omahoitaja, mutta työskentely on tiivistä työryhmässä lääkärin, sosiaalityöntekijän ja psykologin kanssa.

Akuuttipoliklinikalla ei muodosteta pitkiä hoitosuhteita eikä se ole sairaalapotilaiden jatkohoitoyksikkö. Hoidon jälkeen osa potilaista siirtyy perusterveydenhuoltoon ja osa psykiatrian poliklinikoille tai päiväsastoille. Jatkohoidon suunnittelu ja hoidon siirtäminen ”saattaen vaihtaan” on iso osa akuuttipoliklinikan työtä.

Järvenpään päiväsaston yhteydessä on kaksi avohoidon akuuttipaikkaa. Hoitoon pääsee nopeasti ja hoitoaika on lyhyt (noin 1-2 viikkoa). Akuuttipaikat on tarkoitettu Hyvinkään sairaanhoitoalueen erikoissairaanhoidon psykiatrisille potilaille, jotka eivät pärjää tavanomaisessa avohoidossa. Potilaan pitää pystyä siirtumaan avohoittoon ja päiväsastotyypiseen hoitomalliin.

Akuuttipaikoilla ei voida hoitaa potilaita, jotka mielisairautensa vuoksi ovat vaaraksi omalle ja toisten turvallisuudelle. Myös akuutti päihdeongelma voi olla este hoidolle.

Akuuttipaikoilla tehdään yhteistyötä potilaan omaisten, perusterveydenhuollon ja Kellokosken vastaanotto-osaston kanssa. Lähetteeksi riittää maininta sairauskertomuksessa. Ensikäynnillä lääkäri ja omahoitaja arvioivat tilanteen ja tekevät hoitosuunnitelman yhteistyössä potilaan kanssa. Omaiset voivat tulla mukaan jo ensikäynnille.

Voinnin mukaan potilaat osallistuvat päiväosaston ryhmiin. Akuuttipaikkojen tehostetun jakson aikana potilaalle suunnitellaan jatkohoito, jos hoitokontaktia ei ole vielä olemassa.

Työryhmä

- apulaisylilääkäri
- osastonhoitaja
- psykiatrian erikoislääkäri
- apulaisosastonhoitaja
- kaksi sairaanhoitajaa
- sosiaalityöntekijä
- psykologi
- osastonsihtööri

Hyvinkään päiväsasto

Hyvinkään päiväsasto on tutkimus- ja hoitoyksikkö, joka tarjoaa Hyvinkään sairaanhoitoalueen aikuisväestölle tiivistä psykiatrista avohoittoa. Hoito on suunnattu erikoissairaanhoidon kriisipotilaille, pitkäaikaipotilaille psykiattisen hoidon akuuttina hoitona, jatkohoidoksi psykiatrisen sairaalajakson jälkeen tai intervallikuntoutusta tarvitseville potilaille.

Potilaspaikkoja on 15. Hoitoyksikköön hakeudutaan lähetteellä. Lähetteeksi käy esimerkiksi muutenkin tehtävä sairauskertomusmerkintä. Lähetteessä pitää ilmetä ajankohtaiset ongelmat ja tavoitteet hoidolle.

Lähetteen saapumisen jälkeen potilas kutsutaan hoidonsuunnittelukäynnille, jossa arvioidaan puolin ja toisin, onko päiväsasto potilaalle soveltuva hoitopaikka. Kyseisellä käynnillä ovat mukana lääkäri ja tuleva omahoitaja.

Hyvinkään päiväsaston hoitomuodoissa painottuvat ryhmä- ja yhteisöhoito. Hoidon alkuvaiheessa painopiste on kuitenkin potilaan yksilöhoidossa. Erilaiset toimintaterapian menetelmät ja tarvittaessa omaisten tapaaminen kuuluvat hoitoon. Ennen hoitojakson päättymistä suunnitellaan potilaan kanssa yhteistyössä tarpeenmukainen jatkohoito.

Potilas sitoutuu hoitoon päiväsastolla arkisin klo 8.00–14.00. Potilaan maksama ylläpitomaksu 7 euroa/vrk sisältää aamiaisen, luonaan ja kahvin.

Työryhmä

- apulaisylilääkäri
- osastonhoitaja
- lääkäri
- neljä sairaanhoitajaa
- psykologi
- erikoistoimintaterapeutti
- sosiaalityöntekijä
- askartelunohjaaja
- osastonsihtööri



Sibeliuksenkatu 4 C 3. krs.
04400 Järvenpää
Puh. (09) 271 652 (vaihde)
Faksi (09) 2716 3132

Avohoidon akuuttiyksikkö

Avohoidon akuuttiyksikkö on kaikille Hyvinkään sairaanhoitoalueen aikuispsykiatrisille potilasryhmille hoittoa tarjoava yksikkö. Se tarjoaa lyhyehköjä hoitokontakteja tilanteissa, joissa tarvitaan tukea ja arviointia. Siihen kuuluvat lähete- ja arviointiyksikkö, akuuttipoliklinikka, avohoidon akuuttipaikat, Järvenpään ja Hyvinkään päiväsastot. Yksikköä johtavat apulaisylilääkäri ja osastonhoitaja.

Hyvinkään päiväsasto

Valtakatu 11
05800 Hyvinkää
Puh. (019) 4587 3644 (kanslia)
Faksi (019) 4587 3575

Lähte- ja arviointiyksikkö

Lähte- ja arviointiyksikkö koostuu kahdesta eri toiminnosta. Lähte- ja arviointihoitajat yhdessä apulaisylilääkärin kanssa käyvät läpi kaikki Järvenpää-Mäntsälä-Tuusula-poliklinikan (JMT-poliklinikan) aikuiskuolen lähetteet sekä ulkopuolelta tulevat lähetteet että Kellokosken sairaalasta tulevat ja poliklinikoiden väliset lähetteet. Lähteiden perusteella arvioidaan oikea hoitopaikka ja kiireellisyys. Osa lähteistä palautetaan tai siirretään johonkin muuhun hoitopaikkaan. Lähteen palauttamisesta laitetaan kirje potilaalle ja lähettävälle taholle hoitosuositusten kera. Toiseen hoitoyksikköön ohjattavasta läheteestä informoidaan potilasta. Lähte- ja arviointihoitajat tapaavat tarpeen mukaan potilaita alkukartoituskäynnillä (lähete-tietojen ja mahdollisuuksien mukaan diagnoosin tarkennus) ennen kuin potilaat varsinaisesti kirjataan sisään millekään poliklinikalle.

Lähte- ja arviointihoitajat ylläpitävät tarpeenmukaisia tilastoja mm. hoitotakuun toteutumisesta. Tärkeä osuus työnkuvasta sisältää puhelinneuvontaa ja -ohjausta.

Moniammatillinen (kaksi ylilääkärä, apulaisylilääkäri, osastonhoitaja, kaksi sairaanhoitajaa, sosiaalityöntekijä ja psykologi sekä erikoistoimintaterapeutti) lähte- ja arviointiryhmä kokoontuu säännöllisesti ja arvioi JMT-poliklinikoiden kaikki yli kuusi kuukautta kestävä terapialähteet sekä haastavat tai pitkätyneet hoitosuhteet. Arvioinnin perusteella annetaan hoitosuositukset.

Työryhmä

- apulaisylilääkäri
- osastonhoitaja
- kaksi lähte- ja arviointihoitajaa

Akuuttipoliklinikka

Akuuttipoliklinikka sisältää akuutin polikliinisen vastaanottoiminnan, liikkuvan toiminnan, puhelinkonsultaation akuuteissa tilanteissa sekä avohoidon akuuttipaikat. Poliklinikka on ajanvarauspoliklinikka, johon tullaan lääkärin lähetteellä. Lähteestä ilmenee voimassa oleva potilaan puhelinnumero ja osoite sekä hoidon akuutti tarve.

Akuuttipoliklinikka tarjoaa akuuttivaiheen psykiatrista avohoittoa Järvenpään, Mäntsälän, Tuusulan ja Nurmijärven alueen erikoissairaanhoidon potilaille. Tavoitte on turvata kiireellistä arviota ja hoitoa tarvitsevien potilaiden avunsaanti avohoidossa. Potilas pääsee vastaanotolle yleensä viikon kuluessa lähetteen saapumista, mutta käytännössä tarpeen niin vaatiessa jo samana tai seuraavana päivänä.

Akuuttipoliklinikan työtä kehitetään jatkuvasti joustavammasi ja liikkuvammasi. Potilaan lisäksi omais- ja viranomaisverkosto otetaan mukaan hoitoon. Potilailla on nimetty omahoitaja, mutta työskentely on tiivistä työryhmässä lääkärin, sosiaalityöntekijän ja psykologin kanssa.

Akuuttipoliklinikalla ei muodosteta pitkiä hoitosuhteita eikä se ole sairaalapotilaiden jatkohoitoyksikkö. Hoidon jälkeen osa potilaista siirtyy perusterveydenhuoltoon ja psykiatrisen poliklinikoille tai päiväosastoille. Jatkohoidon suunnittelu ja hoidon siirtäminen ”saattaen vaihtaan” on iso osa akuuttipoliklinikan työtä.

Järvenpään päiväosaston yhteydessä on kaksi avohoidon akuuttipaikkaa. Hoitoon pääsee nopeasti ja hoitoaika on lyhyt (noin 1-2 viikkoa). Akuuttipaikat on tarkoitettu Hyvinkään sairaanhoitoalueen erikoissairaanhoidon psykiatrisille potilaille, jotka eivät selviydy tavanomaisessa avohoidossa. Potilaan pitää pystyä sitoutumaan avohoitoon ja päiväosastotyyppiseen hoitomalliin.

Akuuttipaikoilla ei voida hoitaa potilaita, jotka mielisairautensa vuoksi ovat vaaraksi omalle ja toisten turvallisuudelle. Myös akuutti päihdeongelma voi olla este hoidolle. Akuuttipaikoilla tehdään yhteistyötä potilaan omaisten, perusterveydenhuollon ja Kellokosken vastaanotto-osaston kanssa. Lähteeksi riittää maininta sairauskertomuksessa. Ensikäynnillä lääkäri ja omahoitaja arvioivat tilanteen ja tekevät hoitosuunnitelman yhteistyössä potilaan kanssa. Omaiset voivat tulla mukaan jo ensikäynnille. Voimien mukaan potilaat osallistuvat päiväosaston ryhmiin. Akuuttipaikkojen tehostetun jakson aikana potilaalle suunnitellaan jatkohoito, jos hoitokontaktia ei ole vielä olemassa.

Työryhmä

- apulaisylilääkäri
- osastonhoitaja
- psykiatrisen erikoislääkäri
- apulaisosastonhoitaja
- kaksi sairaanhoitajaa
- sosiaalityöntekijä
- psykologi
- osastonsihtööri

Järvenpään päiväosasto

Järvenpään päiväosasto on tutkimus- ja hoitoyksikkö, joka tarjoaa Hyvinkään sairaanhoitoalueen aikuisväestölle tiivistä psykiatrista avohoittoa. Hoito on suunnattu akuuttia ja tiivistä erikoissairaanhoidtoa tarvitseville potilaille.

Potilaspaikkoja on 10. Hoitoyksikköön hakeudutaan läheteellä. Lähteeksi käy esimerkiksi muutenkin tehtävä sairauskertomusmerkintä. Lähteessä tulee ilmetä ajankohdattaiset ongelmat ja tavoitteet hoidolle.

Lähteen saavuttua potilaalle annetaan aika hoidonsuunnittelukäynnille, johon hän voi ottaa omaiset tai läheiset mukaan. Kyseisellä käynnillä potilas tapaa lääkärin ja omahoitajan tai toimintaterapeutin. Hoito suunnitellaan kahden viikon arviointijakson jälkeen yksilöllisten tarpeiden mukaan.

Hoitomuotoja ovat muun muassa yksilö- ja ryhmähoito, toimintaterapia ja perhetapaamiset. Ennen hoidon päättymistä päiväosastolla potilaalle suunnitellaan tarvittava jatkohoito, joka voi olla yksilö- tai ryhmämuotoinen.

Potilas sitoutuu yksilöllisesti räätälöityyn hoito-ohjelmaan. Ateriat eivät sisälly hoitoon, mutta potilaiden käytössä on potilaskettiö, jossa on omakustanteisesti mahdollista keittää kahvia ja lämmitellä ruokaa. Hoito on potilaalle ilmaista.

Työryhmä

- apulaisylilääkäri
- osastonhoitaja
- kaksi sairaanhoitajaa
- psykologi
- erikoistoimintaterapeutti
- sosiaalityöntekijä

Psykiatrian avohoidon akuuttiyksikkö

Vuoden 2008 alusta Järvenpään ja Hyvinkään päiväosastot, lähete- ja arviointiryhmä sekä akuuttipoliklinikka yhdistettiin avohoidon akuuttiyksiköksi, joka vastaa Järvenpää-Mäntsälä-Tuusula -alueen avohoidon akuuttipsykiatrian tarpeeseen. Nyt käynnissä olevassa Avohoidon akuuttitoiminnan kehittämishankkeessa akuuttipoliklinikan toimintaan sisällytetään kaksi avohoidon akuuttipaikkaa sekä liikkuva ja joustava työskentelymalli.



Vasemmalta akuuttipoliklinikan sairaanhoitaja Hilve Puhakka, apulaisosastonhoitaja Elina Syrjälä, sairaanhoitaja Hanna Palmu ja erikoislääkäri Maria Ahtola.

Lähete- ja arviointiyksikkö

Lähete- ja arviointiyksikössä käydään läpi kaikki alueen aikuispuolen läheteet eli sekä ulkopuolelta tulevat että sisäiset läheteet. Läheteiden perusteella arvioidaan oikea hoitopaikka ja kiireellisyys. Osa läheteistä palautetaan tai siirretään johonkin muuhun hoitopaikkaan. Lähete- ja arviointihoitajat tapaavat potilaita alkukartoituskäynneillä, ylläpitävät tarpeenmukaisia tilastoja mm. hoitotakuun toteutumisesta sekä tekevät puhelinneuvontaa ja -ohjausta.

Moniammatillinen (kaksi ylilääkärinä, apulaisyllilääkäri, osastonhoitaja,

kaksi sairaanhoitajaa, sosiaalityöntekijä ja psykologi sekä erikoistoimintaterapeutti) lähete- ja arviointiryhmä puolestaan kokoontuu säännöllisesti ja arvioi JMT-poliklinikoiden kaikki yli kuusi kuukautta kestävät terapiälähetet sekä haastavat tai pitkittyneet hoitosuhteet. Arvioinnin pohjalta näihin annetaan hoitosuosituksia.

Akuuttipoliklinikka

Akuuttipoliklinikka sisältää akuutin polikliinisen vastaanotto toiminnan, liikuvan toiminnan, puhelinkonsultaation

jatkuu seur. sivulla



Vasemmalta Lähte- ja arviointiryhmän erikoislääkäri Maria Ahtola, sairaanhoitaja Marja-Leena Nevalainen, apulaisylilääkäri Kirsi Riihimäki ja sairaanhoitaja Marjut Vastamäki.

akuuteissa tilanteissa sekä avohoidon akuuttipaikat. Poliklinikka on ajanvaurauspoliklinikka, johon tullaan lääkärin läheteellä. Akuuttipoliklinikka tarjoaa akuuttivaiheen psykiatrasta avohoitoa Järvenpään, Mäntsälän, Tuusulan ja Nurmijärven alueen erikoissairaanhoidon potilaille. Potilas pääsee vastaanotolle yleensä viikon kuluessa lähteen saapumisesta, mutta käytännössä tarpeen niin vaatiessa jo samana tai seuraavana päivänä.

Akuuttipoliklinikan työtä kehitetään jatkuvasti joustavammaksi ja liikkuvammaksi. Potilaan lisäksi omais- ja viranomaisverkosto otetaan mukaan hoitoon. Akuuttipoliklinikalla ei muodosteta pitkiä hoitosuhteita eikä se ole sairaalapotilaiden jatkohoitoyksikkö. Hoidon jälkeen osa potilaista siirtyy perusterveydenhuoltoon ja psykiatrian poliklinikoille tai päiväosastoille. Jatkohoidon suunnittelu ja hoidon siirtäminen "saattaen vaihtaan" on iso osa akuuttipoliklinikan työtä.

Järvenpään päiväosaston yhteydessä on avattu kaksi avohoidon akuuttipaikkaa potilaille, jotka eivät pärjää tavanomaisessa avohoidossa. Hoitoon pääsee nopeasti ja hoitoaika on lyhyt (noin 1-2 viikkoa). Akuuttipaikoilla ei voida hoitaa potilaita, jotka mielisairautensa vuoksi ovat vaaraksi omalle ja toisten turvallisuudelle. Akuutti päihdeongelma voi olla myös este hoidolle.

Akuuttipaikoilla tehdään yhteistyötä potilaan omaisten, perusterveydenhuollon ja Kellokosken vastaanotto-osaston kanssa. Voinnan mukaan potilaat osallistuvat päiväosaston ryhmiin. Akuuttipaikkojen tehostetun jakson aikana potilaalle suunnitellaan jatkohoitto, jos hoitokontaktia ei ole vielä olemassa.

Järvenpään ja Hyvinkään päiväosastot

Järvenpään ja Hyvinkään päiväosastot ovat tutkimus- ja hoitoyksiköjä, jotka tarjoavat tiivistä psykiatrasta avohoitoa Hyvinkään sairaanhoitoalueen aikuisväestölle. Molempiin hakeudutaan läheteellä. Järvenpään päiväosastolla potilaspaiikkoja on 10. Hoito suunnitellaan kahden viikon arviointijakson jälkeen yksilöllisten tarpeiden mukaan. Hoitomuotoja ovat muun muassa yksilö- ja ryhmähoito, toimintaterapia ja perhetapaamiset. Hyvinkään päiväosastolla paikkoja on 15. Sen hoitomuodoissa painottuvat ryhmä- ja yhteisöhoito. Erilaiset toimintaterapian menetelmät ja tarvittaessa omaisten tapaaminen kuuluvat hoitoon.

Elina Syrjälä
apulaisosastonhoitaja



Tania Teronen

Uusi ote avohoitoon

Avohoidon akuuttipsykiatrian kehittämishankkeen tavoitteena on saada avohoitoon dialoginen työskentelyote, jonka lähtökohtia ovat asiakkaan ääni ja verkostot.

Jokaiselle suomalaiselle tulisi turvata yhtäläisesti laadukkaat ja saavutettavissa olevat terveyspalvelut, jotka tulisi sovittaa yhteen asiakkaiden tarpeiden kanssa. KASTE-ohjelman tavoitteena on lisätä kansalaisten osallisuutta, hyvinvointia ja terveyttä sekä parantaa palveluiden laatua, vaikuttavuutta ja saatavuutta. (STM 2008) Mielenterveyslaki (1116/1990) edellyttää, että mielen-terveyspalvelut on järjestettävä ensisijaisesti avopalveluina, joilla tuetaan oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itse-näistä suoriutumista.

Avohoidon akuuttipsykiatrialle on olemassa tilaus mielen-terveyspalveluissa. Mielenterveyspalveluiden monimuotoisuus on monissa kunnissa edel-

leen epätydyttävä ja laitoshoitopainotteenen. Sairaaloiden ulkopuolella olevia ympärivuorokautisia palveluyksiköitä, järjestettyä päivätoimintaa sekä liikkuvia ja päivystäviä avopalveluita tarvitaan Suomessa lisää. (Harjajärvi, ym.)

Psykiatrisen hoitotyön teoreettiset lähtökohdat ja niiden selvittäminen on hajanaista. Tällä hetkellä useisiin eri teorioihin perustuva käytäntö lienee yleisin. Hoitotyön rinnalla kulkevat vahvasti lääketiede ja psykoterapia. Näistä lääketiede korostuu enemmän akuuttipsykiatrisessa avohoidossa.

Psykiatriassa on useita näyttöön perustuvia diagnoosikohtaisia hoitosuosituksia (ks. Käypä hoito). Vaatimus hoidon tehokkuudesta akuuttityössä lisää

lääketieteellisten mallien käyttöä päivittäisessä hoitotyössä (Hummelvoll & Severinsson 2001). Ideologisella tasolla korostuu kuitenkin kokonaisvaltainen ja humanistinen asiakaslähtöinen lähestymistapa.

Edellä mainitut näkökohdat edellyttävät hoitotyön perustan, toimintamallien ja työkäytänteiden kehittämistä avohoidon akuuttipsykiatrian palveluissa. Tämä artikkeli liittyy ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyöhön, jonka tarkoituksena on kuvata asiakaslähtöistä ja dialogiin perustuvaa hoitotyön kehittämistä avohoidon akuuttipsykiatria- ja yhteiskirjoittamisen avulla. Kehittämishanke toteutetaan Helsingin

ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä, Hyvinkään sairaanhoitoalueella.

Avohoidon akuuttipsykiatrian kehittäminen käynnistettiin Hyvinkään sairaanhoitoalueella kolmen kunnan, Järvenpään, Mäntsälän ja Tuusulan (JMT), alueella, koska avohoito arvioitiin asiakkaan kannalta inhimillisemmäksi ja myös sairaalahoidon taloudellisemmäksi vaihtoehdoksi. Maaliskuussa 2007 JMT-alueen psykiatrinen avohoito keskitettiin Järvenpäähän.

Toiminta jaettiin diagnoosikohtaisten prosessien perusteella nuoriso-, kuntoutus-, mieliala- ja akuuttipoliklinikaksi. Tuolloin perustettiin myös lähete- ja arviointiryhmä käymään läpi avohoittoon saapuvat läheteet. Tämä selkiytti työnjakoa ja asiakkaan hoidon kohdentamista oikein. Vuonna 2008 akuuttitoiminnan kehittämistä jatkettiin. Järvenpään ja Hyvinkään päiväosastot, lähete- ja arviointiryhmä sekä akuuttipoliklinikka yhdistettiin avohoidon akuuttipsykiatrian tarpeeseen.

Käynnissä olevan kehittämishankkeen tarkoituksena on kehittää asiakaslähtöinen joustava ja liikkuva toimintamalli ja sisällyttää toimintaan kaksi avohoidon akuuttipaikkaa.

Asiakaslähtöisyyden perusteita

Potilaiden hoitokärsimyksen tunnistaminen ja sen poistaminen ovat keskeisiä hoitotyön kehittämisalueita mielen-terveyspalveluissa. Käytännössä tämä merkitsee, että potilaan arvokkuutta ei loukata, valtaa ei käytetä väärin eikä potilasta tuomita. (Pesonen 2006.) Syrjäpalon (2006) mukaan asiakkaat arvostavat turvallista hoitoympäristöä sekä ihmisarvoa kunnioittavaa kohtelua. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) korostaa asiakkaan oikeutta hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä inhimilliseen kohteluun, kuten myös oikeutta tiedonsaantiin ja itsemääräämiseen.

Koiviston (2003) mukaan auttamisen tulee perustua potilaan omiin kokemuksiin tavoitteistaan, jolloin autetuksi tuleminen liittyy hänen sisäiseen tilaansa ja tämän tilan muutoksiin. Nämä haastavat hoitotyötä uudenlaiseen kulttuuriin – asiantuntijuudesta kohti dialogisuutta. Asiakaslähtöisessä dialogisessa hoitotyössä potilas ja hänen verkostonsa ovat hoitohenkilökunnan rinnalla tasavertaisia oman elämänsä ja tilanteensa

”Hoitajien pitäisi entistä enemmän kerätä tietoa mielenterveysongelmista kärsivien vanhempien jo olemassa olevasta tukiverkostosta ja auttaa perheitä luomaan uusia verkostoja.”

asiantuntijoita.

Yhteistä avohoidon akuuttipsykiatrian asiakkaille on suuri hätä, joka johtuu sairauden pahenemisesta tai itse sairastumiskriisistä. Syrjäpalon (2006) tutkimuksen mukaan asiakkaat arvostavat psykiatrisessa hoidossa lääkehoitoa, kriisiapua, omahoitajuutta ja perushoitoa.

Mielenterveystoimiston asiakkaiden näkökulmasta hyvää mielenterveystyötä on se, että ammattitaitoiset työntekijät auttavat käyttämällä työvälineinä keskustelua, lääkehoitoa ja perheenjäsenille tarjottavaa tietoa.

Asiakkaiden mielestä yhteistoiminta muiden samassa elämäntilanteessa ole-

vien kanssa on toinen merkittävä seikka. (Kokko 2004.) Hoitotyössä korostuvatkin aluksi huolenpito ja perustarpeiden, kuten nukkumisen, ravinnon ja vuorokausi-rytmin, huomioiminen. Myös lääkitys on olennainen hoitomuoto.

Omaisten äänen kuuleminen on haasteellinen osa psykiatrista hoitotyötä. Heillä on suuri rooli sekä tiedon antajina että potilaan tukijoina. Mielenterveysongelmista kärsivien vanhempien selviytymisen ja heidän lastensa hyvinvoinnin lisäämisen vuoksi hoitajien pitäisi entistä enemmän kerätä tietoa olemassa olevasta tukiverkostosta ja auttaa perheitä luomaan uusia verkostoja.

Myös viranomaisverkoston kanssa



Sinä, sairaanhoitaja tai alan opiskelija.

Tarjoamme Sinulle lyhyitä, noin 1–3 päivän pituisia keikkoja Espoon, Helsingin ja Vantaan kaupunkien terveydenhuollon eri kohteissa sekä HUS:n erikoissairaanhoitossa. Voit vapaasti valita, milloin ja mitä tarjoamistamme töistä otat vastaan. Mikäli tulet kauempaa, tarjoamme mahdollisuuden myös työsuhteeseen.

Lue lisää www.seure.fi tai soita (09) 310 88006.

SEURE.fi
KAUPUNKIEN HENKILÖSTÖPALVELUYHTIÖ
HELSINKI • VANTAA • ESPOO

tulee rakentaa toimivaa palvelukokonaisuutta ja turvata asiakkaan jatkoahoito. Hoitajat voivat olla moniammatillisessa yhteistyössä koolle kutsujia ja sillan rakentajia monien eri palveluiden välillä. (Korhonen, Vehviläinen-Julkunen & Pietilä 2008). Aaltosen (2007) mukaan moniammatilliset työryhmät, jotka korostavat eri ammattiryhmien horisontaalista asiantuntijuutta, ovat psykiatrisen terveydenhuollon erityinen voimavara.

Dialoginen toimintamalli

Toiminnan kehittämistä ja uuden toimintamallin luomista edelsi perehtyminen vastaavanlaiseen toimintaan Suomen akuuttipsykiatrian yksiköissä. Tutustuimme Jorvin sairaalan Kotipoliin klinikkaan, Lappeenrannan päiväosaan ja Pitkänien sairaalan Rajapintatyöryhmään. Keskeiseksi kysymykseksi JMT-avohoidon kehittämistyössä nousi se, miten lääketieteen ja hoitotieteen anti yhdistyisivät hoitotyössä mielekkääksi kokonaisuudeksi. Haasteenamme on ollut löytää toiminnalle yhtenäinen viitekehys.

Avohoidon akuuttipsykiatrisessa hoitotyössä tarvitaan hyvää kriisi-, perhe- ja verkostotyön osaamista. Aaltosen (2007) mukaan perhekeskeisyyden lisääminen osaksi mitä tahansa hoito-ohjelmaa lisää tuloksellisuutta. Päädyimme työryhmässämme siihen, että yksilöhoitotilanteiden rinnalle tulisi kehittää moniammatillinen yhdessä työskentelemisen malli, jossa huomioidaan potilaan lisäksi myös omaiset.

Dialogiin perustuvassa työotteessa työryhmä pystyy reagoimaan avunpyyntöön nopeasti, tarvittaessa jo lähteen saapumispäivänä. Kaikkien hoitoon osallistuvien dialogin lisäksi muita korostamiamme periaatteita ovat joustavuus ja liikkuvuus, hoidon psykologisen jatkuvuus sekä epävarmuuden sietäminen.

Hoidon suunnittelukokouksissa pyrimme integroimaan yhteen kaikki käytettävissä olevat hoitomuodot lääkityksen mukaan luettuna. Yhteisenä tavoitteena on ottaa käyttöön asiakkaan ja hänen läheistensä voimavaroja. Dialoginen toimintamalli näyttäisi luovan mahdollisuudet nykyistä tasa-arvoisempaan kohtaamiseen.

Keskipisteessä asiakas

Mallin mukainen toiminta on käynnis-

sä, ja myös kehitystyö jatkuu toiminnan rinnalla. Olemme löytäneet uudenlaisia hyviä käytäntöjä, mutta etsimme yhä uusia hoitotyön kehittämisoivalluksia. Avohoidon akuuttipsykiatriassa on oleellista kartoittaa asiakkaan kokonaistilanne. Myös diagnoosin selvittäminen on tärkeää. Kliinisen arvioinnin ja päätöksenteon perustaksi tarvitaan kokonaisvaltainen lähestymistapa, jossa huomioidaan myös työntekijän intuitio ja hiljainen tieto (Welsh & Lyons 2001).

Dialoginen toimintamalli on haastava ja eri ammattiryhmien toimintaa yhtenäistävä lähestymistapa. Siinä huomion keskipisteessä on asiakas luontaisen verkostonsa kanssa. Työntekijältä edellytetään avoimuutta, tilanneherkkyyttä ja reflektiotaitoa, jotta kaikkien osallistujien ääni pääsee vuorovaikutustilanteissa kuuluviin ja syntyy sellainen kä-

sitysten kirjo, jota ei ollut olemassa aiemmin. Opetellessamme uudenlaisia toimintatapoja olemme kasvaneet samanaikaisesti sekä ammattilaisina että ihmisinä. ♦

Elina Syrjälä
sairaanhoitaja AMK, YAMK-opiskelija
Laurea Hyvinkää
apulaisosastonhoitaja
HUS, Hyvinkään sairaanhoitoalue
Psykiatrian tuloyksikkö
elina.syrjala@hus.fi

Raija Kontio
terveydenhuollon maisteri, ylihoitaja,
tuloyksikön varajohtaja
HUS, Hyvinkään sairaanhoitoalue
Psykiatrian tuloyksikkö
raija.kontio@hus.fi

Seija Paasovaara
terveystieteiden maisteri, koulutusalaohjohtaja
Laurea Hyvinkää
seija.paasovaara@laurea.fi

LÄHTEET

- Aaltonen J. 2007. Vaikeat mielenterveydenhäiriöt yhteiskunnan kuvastajina. Teoksessa Eskola J. & Karila A. Mielekäs Suomi. Näkökulmia mielenterveystyöhön. Edita, Helsinki, 64–85.
- Harjajarvi M., Pirkola S. & Wahlbeck K. 2006. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa – MERTTU-tutkimuksen palvelukatsaus. Acta NRO 187. Kuntaliitto. Saatavissa: <http://www.stakes.fi/pdf/mentalhealth/187merttuverkko.pdf> (4.11.2008).
- Hummelvoll J. K. & Severinsson E. I. 2001. Imperative ideals and the strenuous reality: focusing on acute psychiatry. Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing 2001:8, 17–24.
- Kokko S. 2004. Mielenterveystoimiston asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä. Arvototeellinen näkökulma mielenterveystyöhön. Acta Univ. Oul. D 785, Oulun yliopisto.
- Korhonen T., Vehviläinen-Julkunen K. & Pietilä A. 2008. Do nurses in adult psychiatry take into consideration the support network of families affected by parental mental disorders? Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing 15, 767–776.
- Koivisto K. 2003. Koettu hallitsematon minuu psykoottisen potilaan hoitotyön lähtökohdaksi. Acta Univ. Oul. D 721, Oulun yliopisto.
- Käypä hoito. <http://www.kaypahoito.fi>
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.
- Mielenterveyslaki 1116/1990.
- Pesonen A. 2006. Asiakkaiden kokemuksia mielenterveyspalveluista. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja A tutkimuksia 15.
- STM 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämishanke. KASTE 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Saatavissa: <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2008/06/hl1212563842632/passthru.pdf>. (4.11.2008).
- Syrjälä K. 2006. Arvot ja arvostukset psykiatrisessa hoidossa. Henkilökunnan ja potilaiden näkemyksiä hoidon nykytilasta. Acta Univ. Oul. D 871, Oulun yliopisto.
- Welsh I. & Lyons C. M. 2001. Evidence-based care and the case for intuition and tacit knowledge in clinical assessment and decision making in health health nursing practice: an empirical contribution to the debate. Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing 8, 2999–305.

TIIVISTELMÄ

Asiakaslähtöistä psykiatrista hoitotyötä avohoidossa

Psykiatrisessa hoitojärjestelmässä painotetaan asiakaslähtöisyyttä ja avohoitopainotteisuutta. Dialogisessa toimintamallissa hoidon keskipisteessä on asiakas luontaisen verkostonsa kanssa. Mallissa korostuu yksin tekemisen sijaan yhdessä työskentely. Tällainen viitekehys sitoo eri ammattiryhmien, asiakkaan sekä omaisten asiantuntijuuden yhtenäiseksi kokonaisuudeksi. Tässä artikkelissa esitellään akuuttipsykiatrian kehittämishanketta, jonka tarkoituksena on luoda dialoginen ja sitä kautta aidosti asiakaslähtöinen työskentelymalli avohoitoon.

Asiasanat: avohoito, akuuttipsykiatria, asiakaslähtöisyys, dialoginen toimintamalli

ABSTRACT

Client-centric psychiatric nursing in outpatient care

The psychiatric care system emphasises client-centricity and outpatient care. In a dialogic policy, the client and his or her natural network are the focus of care. Instead of doing alone, the model emphasises working together. This framework makes the expertise of the various professional groups, client and his or relatives a unified entity. This article presents a development project in acute psychiatry. The purpose of this project is to create a dialogic and thus genuinely client-centric working model for outpatient care.

Keywords: outpatient care, acute psychiatry, client-centricity, dialogic policy

**AVOHOIDON AKUUTTITOIMINNAN
KEHITTÄMISHANKE AVOHOIDON
AKUUTTIYKSIKÖSSÄ**

Sisällys

1	Hankkeen tausta	36
1.1	Yhteiskunnallinen tarve toiminnan kehittämiseen	36
1.2	Akuuttipsykiatrian strategian tuki	37
2	Lähtökohtana asiakaslähtöisyys	38
2.1	Potilaiden kokemukset	39
2.2	Dialogisuus sekä perhe- ja verkostokeskeisyys	40
3	Hankeorganisaatio	43
3.1	Toimintaympäristö	43
3.2	Toimijat	45
4	Hankkeen tarkoitus ja tavoitteet	46
5	Hankkeen suunnittelu	46
6	Hankkeen toteutus	47
6.1	Tutustumiskäynnit	48
6.2	Koulutus	51
6.3	Toiminta muotoutumassa	52
7	Hankeen arviointia	54
7.1	Toimintaa ja potilastapauksia tilastojen valossa	54
7.2	Työryhmän reflektointia Pekka Borchersin johdolla	55
7.3	Kehittämistyön arviointi SWOT-analyysillä	58
8	Pohdinta	59
	Lähteet	63
	Liitteet	65
	Liite 1 Ehdotus toiminnan kehittämishankkeeksi 2008	65
	Liite 2 T&K hankkeen 2008 kustannusarvio	66
	Liite 3 T&K rahan käyttö	67
	Liite 4 SWOT-analyysin tulokset	69
	Liite 5 Raportti opintokäynnistä Ullevålin yliopistosairaalaan	71

1 Hankkeen tausta

1.1 Yhteiskunnallinen tarve toiminnan kehittämiseen

Suomen psykiatrinen hoito on kohdannut kriisin 1980-luvulla, kun sairaalapaikkojen vähentämistä pyrittiin korvaamaan avohoitoa lisäämällä. Laman tultua 1990-luvulla avohoidon voimavarat eivät kuitenkaan kasvaneet riittävästi suhteessa lisääntyneeseen palvelutarpeeseen, mutta sairaaloiden toimintaa supistettiin silti voimakkaasti. Psykiatrinen potilaiden ja heidän perheidensä tilanne on edelleen vaikea. (Lehtinen & Taipale 2005, 361.) Jokaiselle suomalaiselle tulisi turvata yhtäläisesti laadukkaat ja saavutettavissa olevat terveysterveyst, jotka tulisi sovittaa yhteen asiakkaiden tarpeiden kanssa. KASTE-ohjelman tavoitteena on lisätä kansalaisten osallisuutta, hyvinvointia ja terveyttä ja parantaa palveluiden laatua, vaikuttavuutta ja saatavuutta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a, 3-4.) Kun halutaan päästä eroon laitospainotteisuudesta ja vanhoista ja eristäytyneistä hoitomuodoista, huomiota on kiinnitettävä riittäviin ja korkeatasoisiin mielenterveyden lähipalveluihin. Vakavista mielenterveysongelmista kärsiviä pitäisi hoitaa mahdollisimman vähän rajoittavassa ympäristössä huomioiden kuitenkin yksilön ja yhteisön terveys, turvallisuus ja ihmisoikeudet. Hoidon rakenteen ja muodon tulee määräytyä paikallistason tarpeiden, kulttuurin ja voimavarojen mukaan. On keskeistä korostaa kuntoutumista takaisin arkielämään. (Lavikainen, Lahtinen & Lehtinen 2004, 22.)

Avohoidon akuuttipsykiatralle on olemassa tilaus mielenterveyspalveluiden kysynnässä. Suomen mielenterveyspalveluita selvittäneessä MERTTU-hankeessa käy ilmi, että pitkään jatkuneista avohoidon kehittämisyrittämisistä huolimatta mielenterveyspalveluiden monimuotoisuus on monissa kunnissa edelleen epätydyttävä. Laitoshoitopainotteisuutta esiintyy, eivätkä avopalvelut ole kehittyneet toivottuun suuntaan. Sairaaloitten ulkopuolella olevia ympärivuorokautisen palveluiden yksiköitä, järjestettyä päivätoimintaa sekä liikkuvia ja päivystäviä avopalveluita tarvitaan Suomessa lisää. (Harajärvi, Pirkola & Wahlbeck 2006, 8.) Järvenpää, Mäntsälä ja Tuusula (JMT) ovat esittäneet toiveen akuutin toiminnan kehittämiseksi avohoittoon, sillä avohoito on kunnille edullisempaa ja potilaille inhimillisempää kuin sairaalahoito.

Myös vuoden 1990 mielenterveyslaki korostaa avohoitopainotteisuutta ja toimijoiden yhteistyötä. Mielenterveyslain mukaan kunnan tai kuntainliiton on huolehdittava siitä, että mielenterveyspalvelut järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kunnassa tai kuntainliiton alueella esiintyvä tarve edellyttää. Mielenterveyspalvelut on ensisijaisesti järjestettävä avopalveluina sekä niin, että oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista tuetaan. Mielenterveyspalvelujen järjestämisessä on sairaanhoitopiirin kuntainliiton ja sen alueella toimivien terveyskeskusten yhdessä kunnallisen sosiaalihuollon ja erityispalveluja antavien kuntainliittojen kanssa huolehdittava siitä, että mielenterveyspalveluista muodostuu toiminnallinen kokonaisuus. (Mielenterveyslaki 1990, 4§, 5§).

Valtiovarainministeriön mukaan tällä hetkellä kunta- ja palvelurakennemuutos (PARAS) on kunnallispalveluiden ja -hallinnon suurin uudistus kautta aikojen Suomessa. Kunnat toteuttavat uudistuksen yhdessä valtion kanssa vuoden 2012 loppuun mennessä. Uudistuksen tarkoituksena on vahvistaa kunta- ja palvelurakennetta niin, että palveluiden saatavuus ja yhdenvertaisuus toteutuvat. Palveluiden organisointia ja tuotantotapoja sekä kuntien rahoitus- ja valtionosuusjärjestelmiä kehitetään. Uudistuksella pyritään myös turvaamaan kuntien palvelujen järjestämisen rakenteellinen ja taloudellinen perusta. Valmisteilla oleva terveydenhuoltolaki vahvistaa perusterveydenhuoltoa ja edistää terveyspalveluiden saatavuutta, tehokasta tuottamista ja kehittämistä. Laki myös vahvistaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon saumatonta yhteistyötä, asiakaslähtöisyyttä ja kaventaa terveyseroja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b, 11.)

Mielenterveyspalveluiden laatusuositus perustuu sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmaan vuosille 2000–2003 ja se käsittelee mielenterveyspalveluita ja mielenterveystyötä mielenterveyslain (1990) mukaisesti. Laatusuosituksen mukaan jokaisen pitäisi päästä elämäntilanteensa ja ongelmiansa kannalta tarkoituksenmukaiseen tutkimukseen ja hoitoon. Ensisijaista on avohoito ja kaikessa hoidossa on oltava kuntouttava ote. Palvelujärjestelmän sisäinen yhteistyö, vastuut ja työnjako pitäisi olla selvitetty ja sovittu. Mielenterveyspalveluissa kunnioitetaan ihmisarvoa ja ihmisoikeuksia. Kunnissa seurataan palveluita ja toimintaa ja havaintoja hyödynnetään suunnittelussa. Mielenterveystyötä varten tehdään kokonaissuunnitelma. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001:9, 2, 5.) Tämä laatusuositus on tarkoitettu kunnille ohjaamaan mielenterveyspalveluiden järjestämistä samansuuntaiseksi koko maassa. Se liittyy kuitenkin läheisesti avohoidon akuuttitoiminnan kehittämishankkeeseen, koska se korostaa avohoidon ensisijaisuutta, palvelujärjestelmien yhteistyötä ja henkilöstön osaamisesta huolehtimista. Järvenpään, Tuusulan ja Mäntsälän kuntien internet-kotisivuilta ei löydy mielenterveysstrategiaa. Laatusuositus ei siinä mielessä ainakaan ole toteutunut alueella.

1.2 Akuuttipsykiatrian strategian tuki

Hyvinkään sairaanhoitoalueella akuuttitoimintaa on alettu suunnittelemaan jo vuonna 2002, mutta suunnitelma ei ole menestynyt muutosblokki priorisoinneissa aikaisemmin. Akuuttipoliklinikan toiminta istuu kuitenkin hyvin tämän hetkisiin strategiaan tavoitteisiin avohoitopainotteisuudesta. Akuuttipoliklinikan toimintasuunnitelman mukaan perusteena toiminnan kehittämiseksi on myös se, että toiminta on nopeaa ja akuuttiin vaiheeseen painottuvaa, jolloin voidaan minimoida psykiatristen sairauksien eläköivä vaikutus (Holi, 2007).

Hyvinkään sairaanhoitoalueen akuuttipsykiatrian vuoden 2008 toimintasuunnitelman mukaan avohoidon akuuttisyksikön prioriteetit ovat akuuttipoliklinikan toiminnan suunnittelu ja käynnistäminen, potilaan hoitoprosessin kuvaaminen akuuttipoliklinikalla, epävakaa persoonalli-

suushäiriön alueellisen hoitomallin kehittäminen ja päiväosastojen toiminnan profiloituminen. Toimintasuunnitelmassa korostuu avohoitopainotteisuus. Tämä tarkoittaa käytännössä vanhamuotoisen poliklinikkatoiminnan lisäksi akuutin polikliinisen toiminnan ja akuutin päiväosastotoiminnan kehittämistä. Akuuttipoliklinikalla ja akuuttipaikoilla hoidetaan potilaita, joista osa on nykyisin hoidossa psykiatrisella vastaanotto-osastolla. Vuodeosastoilla keskitytään hoitamaan vain varmasti ympärivuorokautista erikoissairaanhoidoa vaatia potilaita. Epävarmoissa tapauksissa käytetään enenevästi päiväosaston akuuttipaikkoja.

Vuoden 2007 puolella hankesuunnitelmaan haettiin ideoita tutustumalla Itäkeskuksen kriisi-työryhmään, Jorvin psykiatriseen poliklinikkaan ja Lappeenrannan päiväosastolle. Näistä toimipisteistä yhdisteltiin elementtejä, jotka mahdollisesti soveltuisivat Järvenpää-Mäntsälä-Tuusula (JMT)-alueen akuuttityön kehittämiseen. Avohoidon akuuttitoiminnan kehittämiseen on jo pidempään kohdistunut paineita. Nyt sillä on vahva asema Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin strategiassa. Avohoitoon panostetaan siirtämällä vakansseja sairaalasta. Vuonna 2008 akuuttipoliklinikan henkilökuntaresursseja on vahvistettu ja työskentelytiloja remontoitu tarkoituksenmukaiseksi lisääntyvää akuuttitoimintaa varten. Vuodeksi 2008 kehittämistyöhön on haettu ja saatu Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) sisäisiä tutkimus- ja kehittämis (T&k)-rahoja, joilla on tarkoitus tukea kehittämistyötä.

2 Lähtökohtana asiakaslähtöisyys

Asiakas - tai potilaslähtöisyydellä tarkoitetaan sitä, että asiakas on palvelujen keskipisteessä ja tarvittava palvelu ja hoito järjestetään asiakkaan tarpeista lähtien (Ruotsalainen 2000, 16). Asiakaslähtöisessä ajattelutavassa asiakas ymmärretään toisaalta yksilönä, toisaalta perheensä ja lähiyhteisönsä jäsenenä. Asiakas lähiyhteisöineen puolestaan kuuluu johonkin alueelliseen väestöön ja yhteiskunnan jäseneksi. (Kiikkala 2000, 117.) Asiakasta ei voida siis ajatella vain hoitoa tarvitsevana yksilönä, vaan myös perhe ja lähiyhteisö pitää ottaa huomioon.

Potilaskeskeistä lähestymistapaa kuvataan laajalti kirjallisuudessa, mutta arvioinnissa on puutteita. Hoitajilla on yrityksiä toimia potilaskeskeisesti, mutta haasteena voivat olla työyksikön rakenteet, luonne ja toiminta. Lääketieteellisten mallien voimakas painottuminen ja tukirakenteiden puute rajoittavat hoitajia toimimasta ihanteellisella tavalla. Potilaskeskeinen malli nähdään ideaalina, mutta se edellyttää vielä koko henkilökunnan ajattelutavan muutosta. (O'Donovan 2007, Hummelvoll & Severinsen 2001). Erityisen haasteen asettaa se, että hoitajalta odotetaan samanaikaisesti sekä tavallista ihmisyyttä että ammatillista asiantuntijuutta. Uusien taitojen opettelemisen sijaan hoitajien pitäisi keskittyä kehittämään ihmisen hoitamista lisääntyvän teknologian ja entisestään monimutkaistuvan järjestelmän viidakossa (Barker, Jackson & Stevenson 1999). Hoitotieteen roolia moniammatillisessa työryhmässä selkiyttäisi se, että määriteltäisiin yhdessä, mihin potilaan tarpeisiin juuri hoitotyö vastaa.

Potilaiden kokemukset ja odotukset hyvästä hoidosta kertovat mielestäni sen, minkälaista hoitoa he odottavat ja haluavat. Potilaiden kokemuksista on useita hyviä hoitotieteen väitöskirjoja. Mielestäni asiakaslähtöinen hoitotyö edellyttää potilaan kuulemista ja asiantuntijuuden uudelleen määrittelyä. Dialogisuus sekä työryhmän että potilaan ja tämän omaisten kohtaamisissa on vuorovaikutuksen ydin. Perhe- ja verkostokeskeisyys kuuluvat mielestäni asiakaslähtöiseen hoitoon, koska potilas luontaisesti kuuluu erilaisiin yhteisöihin, joiden huomioiminen voimavarana tukee potilaan yksilöllistä selviytymistä.

2.1 Potilaiden kokemukset

Käypähoitosuosituksia on useista eri psykiatrisista sairauksista. Niissä yhdistyvät alan uusin tieto tarkasti analysoituna. Ongelmana akuuttityössä on se, että potilaiden diagnoosit ovat usein vasta selvittelyvaiheessa sekä potilailla on eri diagnooseja ja useasti ongelmia eri elämänaueilla. Potilasta on mahdotonta hoitaa yhteen diagnoosin perustuvan hoitosuosituksen mukaan. Käytännön työssä olemme havainneet, että akuuttivaiheen aikana potilaan hoitomenetelmät ovat hoitotyön perusauttamismenetelmiä. Yhteistä avohoidon akuuttiyksikön potilaille on suuri hätä, joka johtuu sairauden pahenemis- tai itse sairastumiskriisistä. Hoitotyössä korostuu aluksi huolenpito ja perustarpeiden (nukkuminen, ravinto ja vuorokausirytmii) huomioiminen. Lääkityksen ja psyykkisen voimien seuranta ovat tärkeä osa hoitoa, kuten myös kuunteleminen ja läsnäolo.

Hoitotieteessä on paljon erilaisia tutkimuksia potilaan ja omaisten kokemuksista ja niiden perusteella voidaan mielestäni määritellä hyvää hoitoa. Eila Latvala on tutkinut väitöskirjassaan potilaslähtöistä psykiatrista hoitotyötä laitossympäristössä. Tutkimuksessa kuvataan psykiatrista hoitotyötä laitossympäristössä ja tuotetaan potilaslähtöisen psykiatrisen hoitotyön malli. Tutkimuksen keskeisenä tuloksena on se, että sairaalassa toteutuvan psykiatrisen hoitotyön ydin on potilaan selviytyminen jokapäiväisessä elämässä. Potilaan selviytyminen on yhteydessä siihen, miten hoidon tarve määritellään ja miten tavoitteet asetetaan ja millaisia selviytymistä tukevia auttamismenetelmiä käytetään. Psykiatrisen hoito voi olla varmistavaa, kasvatavaa tai yhteistoiminnallista hoitotyötä. (Latvala 1998, 66.) Mielestäni asiakaslähtöinen hoito on yhteistoiminnallista ja suunnittelu lähtee potilaan tarpeista käsin.

Kaisa Koiviston (2003) väitöskirjassa kuvaillaan aikuisten potilaiden kokemuksia psykoosin ja autetuksi tuleminen todellisuudesta psykiatrisen sairaalahoidon aikana. Potilaat kokivat psykoosin hallitsemattomana minuutena, joka tarkoitti emotionaalista ja fyysistä muuttumisen ja itsehallinnan menettämisen tunnetta. Herkistyneisyys lisääntyi itsen ja muiden suhteen ja jokapäiväisessä elämässä selviytymisessä oli vaihtelevaa vaikeutta. Hoito jäi kuitenkin jäsentymättömäksi omaan sisäiseen tilanteeseen, hoitotoimintojen ja minuuden hallinnan suhteen.

Autetuksi tuleminen tarkoitti potilaiden kokemana haavoittuvuudelta suojautuneemmaksi tuloa yksilöllistä voimaantumista ja selviytymistä tukemalla.

Seija Kokko (2004) on selvittänyt mielenterveystoimiston asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä. Asiakkaiden näkökulmasta hyvää mielenterveystyötä on se, että ammattitaitoiset työntekijät auttavat menetelminään keskustelut, lääkehoito ja perheenjäsenille tarjottava tieto. Asiakkaiden mielestä myös yhteistoiminta muiden samassa elämäntilanteessa olevien kanssa on hyvää mielenterveystyötä. Kyllikki Syrjälön (2006) väitöstutkimus kuvaa erään psykiatrisen sairaalan henkilökunnan arvoja, potilaan hoidossa arvostamia asioita ja psykiatrisen hoidon nykytilaa. Henkilökunnan potilaan hoitoon liittyviä arvoja olivat ihmisarvon kunnioittaminen, inhimillinen kohtelu, luotettavuus ja hoitoympäristön turvallisuus. Ihmisarvo sairaudesta huolimatta oli potilaille tärkeä arvo. Potilaat arvostivat turvallista hoitoympäristöä ja ihmisarvoa kunnioittavaa kohtelua. Hoitomuodoista arvostettiin lääkehoitoa, kriisiapua, omahoitajuutta ja perushoitoa.

Siposen ja Välimäen (2003, 129) tutkimuksen mukaan potilaiden tyytyväisyys liittyy henkilökuntaan ja hoitokeskusteluihin, epätyytyväisyys puolestaan puutteelliseen tiedon saantiin. Potilaat, jotka joutuivat mielestään odottamaan hoitoon pääsyä pitkään, olivat tyytymättömmämpiä henkilökuntaan, mahdollisuuksiinsa vaikuttaa hoitoon ja saamansa apuun. Potilaat ovat ylipäänsä aika tyytyväisiä avohoitoon, mutta tiedon lisäämisessä potilaan sairauteen ja hoitoon liittyen on kehittämisen varaa.

Psykiatrisen hoidon tuloksellisuus oli Tirin (2001, 87) tutkimuksen haastateltavien mielestä helpotusta, pärjäämistä, hyvää oloa, palvelukykyä ja taloudellisuutta. Haastateltavina oli potilaita, omaisia, työntekijöitä ja päättäjiä. Tuloksellisuuteen vaikuttavista tekijöistä potilaan oma motivaatio oli ratkaiseva tekijä hoidon onnistumiselle. Tärkeää on, että potilasta hoitaa ammattitaitoinen henkilökunta. Potilaat korostivat hoidon tuloksellisuuden tekijöinä sairaalaa hoitopaikkana, lääkehoitoa ja toimintaterapiaa.

Yhteenvetona voidaan todeta, että potilaiden kokemuksissa hyvästä hoidosta korostuvat jokapäiväisessä elämässä selviytymisen auttaminen, yhteistoiminnallinen hoitotyö, yksilöllisen selviytymisen tukeminen, keskustelut, lääkehoito, perheenjäsenille annettava tieto, vertaistuki, ihmisarvon kunnioittaminen, turvallinen hoitoympäristö, kriisiapu, omahoitajuus, perushoito, ammattitaitoinen henkilökunta ja toimintaterapia.

2.2 Dialogisuus sekä perhe- ja verkostokeskeisyys

Heikkilän & Heikkilän (2001) mukaan dialogi on prosessi, jossa jokaisella jäsenellä on uusia ja ehkä ensikertaisia tilaisuuksia reflektoida, tulkita ja vertailla omia käsityksiään muiden käsi-

tyksiin. Parhaimmillaan dialogitilanne tuottaa tarkasteluun käsitysten kirjon, jota ei ollut olemassa aiemmin. Potilaan elämäntapojen muutos edellyttää häneltä entisten elämäntapojen kyseenalaistamista. Todellisten elämäntapojen muutoksen saavuttamiseksi on ehdotettu potilaslähtöistä hoitoa, joka edellyttää kaikkien hoitoon osallistuvien yhteistoiminnallisuutta. Dialogisen vuorovaikutuksen aikana osallistujien yksilöllinen ja jaettu tietoisuus kehittyy ja muotoutuu mahdollistaen osallistujien myönteisen kasvun ja kehityksen. (Janhonen 1999, 334.)

Päivi Vuokila-Oikkonen (2002, 63) on tarkastellut väitöskirjassaan akuutin psykiatrisen osastohoidon yhteistyöneuvottelun keskusteluissa rakentuvia kertomuksia. Tulosten mukaan psykiatrisen yhteistyöneuvottelu sisältää kertomatonta kertomusta. Psykiatrista yhteistyöneuvottelua voidaan pitää yhteistoiminnallisena, jos osallistujat jakavat yhteisen kertomuksen kohteen ja osallistujilla on katsekontakti. Yhteistoiminnalliseen hoitoon tarvitaan myös aikaa, jotta kaikkien näkökulmat ehditään kuulemaan. Asiantuntijalta edellytetään avoimia ja perusteltuja kysymyksiä sekä tulkintojen tarkistamista potilaalta. Osallistujien kertomusten täytyy olla vuorovaikutuksessa keskenään jaetun ymmärtäminen mahdollistumiseksi. Seuraavaksi esitellään Keroputaan sairaalan avoimen dialogin mallin, joka on toiminut oman toimintamallimme lähtökohtana.

Keroputaan sairaalassa kehitetyssä avoimen dialogin mallissa keskeistä on välitön apu, sosiaalisen verkoston huomiointi, joustavuus ja liikkuvuus, työryhmän vastuullisuus, psykologinen jatkuvuus, epävarmuuden sieto sekä dialogisuus. Mallin yleiseksi periaatteeksi on muodostunut tapa tavata potilas vuorokauden kuluessa yhteydenotosta. Samaa periaatteeseen kuuluu järjestää kriisipalvelu vuorokauden ympäri, koska kriisissä oleva potilas näyttää tavoittavan vaikeimmissa kokemuksissaan jotain "ei vielä sanottua". On tärkeää, että ne verkoston ihmiset, joita kokemukset koskettavat ovat paikalla jakamassa potilaan kertomusta ja rakentamassa uuden kielen rakentumista. Jokainen potilas tarvitsee hänelle parhaiten soveltuvan joustavan ja yksilöllisen lähestymistavan. Hoito tapahtuu siellä, missä tarve on, kuten esimerkiksi potilaan kotona. Se työntekijä, johon ensimmäiseksi otetaan yhteyttä, on vastuussa ensimmäisen tapaamisen järjestämisestä ja hoitavan työryhmän organisoimisesta. Tämän jälkeen hoitoryhmän jäsenet ovat vastuullisia hoidosta. Psykologiseen jatkuvuuteen liittyy ajatus, että hoitoryhmä voi olla hoidossa mukana alusta loppuun asti. Siihen liittyy myös erilaisien hoitomenetelmien integrointi yhteiseen prosessiin. Kriisitilanteissa auttajan ensimmäinen tehtävä on lisätä turvallisuutta siten, että potilas ja hänen omaisensa voivat sietää sitä epävarmuutta, että kukaan ei tiedä valmiita ratkaisuja tämänhetkiseen ongelmaan. Tarkoituksena on vahvistaa omien voimavarojen käyttöä elämänhallinnan lisäämiseksi, ei antaa ulkopuolelta tulevia ratkaisuja. Riittävä turvallisuus edellyttää, että perhettä tavataan useasti ja kaikki tulevat kuulluiksi. (Seikkula & Arnkil 2005, 44-52.) Tässä avohoidon kehittämistyössä avoimen dialogin malli on ollut keskeinen vaikuttaja.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa asioiva potilas ja asiakas kuuluu omaan yhteisöönsä ja on siten aina perheensä jäsen myös tarvitessaan apua tai hoitoa. Kuitenkin yksilön konteksti ja lähiympäristö saatetaan unohtaa ja huomioida palveluissa vain apua tarvitseva ihminen. Yksilön ja perheen hyvinvointi liittyvät toisiinsa. Perhekeskeisyyttä on pidetty hyvän hoidon ominaisuutena, mutta perhekeskeisyys ei kuitenkaan ole toteutunut riittävästi käytännön hoitotyössä. Perheen osuus hoidossa voidaan ymmärtää monella eri tavalla: perhe voi olla potilaan taustalla, perheenjäsenet voivat kukin olla hoidossa tahoillaan tai perhe voi olla kokonaisuutena hoidon kohteena. (Åsted-Kurki & Paunonen 1999, 341.)

Korhosen, Vehviläinen-Julkusen ja Pietilän (2008, 767) tutkimuksen mukaan hoitajat keräävät tietoa perhesuhteista ja sosioekonomisesta asemasta. Aktiivisuus keskustella vanhempien kanssa perheen tukiverkostosta liittyi suuressa määrin hoitajien henkilökohtaisiin piirteisiin (esimerkiksi vanhempana oleminen), aikaisempaan koulutukseen perhetyöstä tai perhekeskeisen työtavan käyttämisestä. Näin sen ei pitäisi olla. Mielenterveysongelmista kärsivien vanhempien selviytymisen ja heidän lastensa hyvinvoinnin lisäämisen vuoksi hoitajien pitäisi entistä enemmän kerätä tietoa olemassa olevasta tukiverkostosta ja auttaa perheitä luomaan uusia verkostoja. Myös viranomaisverkoston kanssa tulee rakentaa toimivaa palvelukokonaisuutta ja turvata asiakkaan jatkohoito. Hoitajat voivat olla koolle kutsujina ja sillan rakentajina moniammatillisessa yhteistyössä monien eri palveluiden välillä.

Perhekeskeisyys on olennainen osa perusterveydenhuollon mielenterveystyötä erityisesti toimittaessa väestövastuumallin mukaan. Perhekeskeisyys näkyy perheen mukaan ottamisena hoitoon, perheenjäsenten tarpeiden huomioimisena ja koko perheen tukemisena erilaisissa kriisitilanteissa. (Hyvönen 2004, 80.) Myös Tirin (2001, 97) mukaan voidaan todeta, että sairastavan ihmisen ja hänen omaistensa hyvinvointi liittyvät ja vaikuttavat toisiinsa ja ovat toisistaan riippuvaisia. Perheen huomioiminen potilaan hoidossa on kehittämishaaste hoitotyölle.

Piipon ja Aaltosenkin (2004, 876) mukaan potilaiden ja heidän sosiaalisten verkostojensa osallistuminen psykiatrisessa hoidossa on tärkeää. Kohtaamisten tulisi tapahtua avoimessa ja reflektiivisessä keskustelussa, jossa kaikkien osallistujien ääni pääsisi kuuluviin. Luottamus on hoidon perusta, mutta se ei rakennu itsestään, vaan vastuu on ammattilaisilla. Myös psykiatrian ja sosiaalityön moniammatillinen yhteistyö on tärkeää. Tällainen rajojen ylittäminen lisäämällä yhteistyötä on ajankohtainen asia tällä hetkellä yhteiskunnassamme. Koska kirjallisuudessa korostuu perheen huomioiminen potilaan rinnalla, oli itsestään selvää ottaa se kehittämiskohteeksemme. Koska laitoshoitopainotteisuudesta psykiatriassa pyritään pääsemään eroon, avohoidossa hoidetaan entistä sairaampia potilaita. Heidän selviytymisensä virka-ajan ulkopuolella, iltaisin ja viikonloppuisin, on pitkälti kiinni omaisverkoston tuesta. On siis kohutuullista, että heidän asiantuntemustaan hyödynnetään sekä annetaan tukea ja tietoa vaikeisakin tilanteissa.

3 Hankeorganisaatio

3.1 Toimintaympäristö

Vuonna 2007 Järvenpään ja Hyvinkään päiväosastot, lähete- ja arviointityöryhmä sekä akuuttipoliklinikka yhdistyivät avohoidon akuuttiyksiköksi. Akuuttipoliklinikalle palkattiin vuonna 2008 oma lääkäri, apualisosastonhoitaja ja yksi sairaanhoitaja lisää. Avohoidon akuuttiyksikkö on kaikille hyvinkään sairaanhoitoalueen aikuispsykiatrisille potilasryhmille hoitoa tarjoava yksikkö. Se tarjoaa lyhyehköjä hoitokontakteja tilanteissa, joissa tarvitaan tukea ja arviointia. Siihen kuuluvat lähete- ja arviointiyksikkö, akuuttipoliklinikka, avohoidon akuuttipaikat, Järvenpään päiväosasto ja Hyvinkään päiväosasto. Yksikköä johtavat apulaisylilääkäri ja osastonhoitaja. Myös sosiaalityöntekijä, kaksi erikoistoimintaterapeuttia ja kaksi psykologia ovat koko yksikön käytettävissä.

Lähete- ja arviointiyksikkö

Lähete- ja arviointiyksikkö koostuu kahdesta eri toiminnosta. Kaksi lähete- ja arviointihoitajaa yhdessä apulaisylilääkärin kanssa käyvät läpi kaikki Järvenpää-Mäntsälä-Tuusula-poliklinikan aikuispuolen lähetteet eli sekä ulkopuolelta tulevat lähetteet että Kellokosken sairaalasta tulevat ja poliklinikoiden väliset lähetteet. Lähetteiden perusteella arvioidaan oikea hoitopaikka ja kiireellisyys. Osa lähetteistä palautetaan tai siirretään johonkin muuhun hoitopaikkaan. Lähetteen palauttamisesta laitetaan kirje potilaalle ja lähettävälle taholle hoitosuositusten kera. Toiseen hoitoyksikköön ohjattavasta lähetteestä informoidaan potilasta. Lähete- ja arviointihoitajat tapaavat tarpeen mukaan potilaita alkukartoituskäynneillä (lähetetietojen ja mahdollisuuksien mukaan diagnoosin tarkennus) ennen kuin potilaat ovat varsinaisesti kirjattuna sisään mihinkään poliklinikalle. Lähete- ja arviointihoitajat ylläpitävät tarpeenmukaisia tilastoja mm. hoitotakuun toteutumisesta. Tärkeä osuus työnkuvasta on puhelinneuvontaa ja -ohjausta. Työryhmään kuuluvat apulaisylilääkäri, osastonhoitaja ja kaksi lähete- ja arviointihoitajaa

Moniammatillinen (kaksi ylilääkärinä, apulaisylilääkäri, osastonhoitaja, kaksi sairaanhoitajaa, sosiaalityöntekijä ja psykologi sekä erikoistoimintaterapeutti) lähete- ja arviointityöryhmä puolestaan kokoontuvat säännöllisesti ja arvioi JMT-poliklinikoiden kaikki yli kuusi kuukautta kestävät terapolilähetteet sekä haastavat tai pitkittyneet hoitosuhteet. Arvioinnin pohjalta näihin annetaan hoitosuositukset.

Akuuttipoliklinikka

Akuuttipoliklinikka sisältää akuutin polikliinisen vastaanotto toiminnan, liikkuvan toiminnan, puhelinkonsultaation akuuteissa tilanteissa sekä avohoidon akuuttipaikat. Poliklinikka on ajanvarauspoliklinikka, johon tullaan lääkärin läheteellä. Läheteestä ilmenee voimassa oleva potilaan puhelinnumero ja osoite sekä hoidon akuutti tarve. Akuuttipoliklinikka tarjoaa akuuttivaiheen psykiatrasta avohoitoa Järvenpään, Mäntsälän, Tuusulan ja Nurmijärven alueen erikoissairaanhoidon potilaille. Tavoite on turvata kiireellistä arviota ja hoitoa tarvitsevien potilaiden avunsaanti avohoidossa. Potilas pääsee vastaanotolle yleensä viikon kuluessa lähetteen saapumisesta, mutta käytännössä tarpeen niin vaatiessa jo samana tai seuraavana päivänä.

Potilaan lisäksi omais- ja viranomaisverkosto otetaan mukaan hoitoon. Potilaille on nimetty omahoitaja, mutta työskentely on tiivistä työryhmässä. Työryhmään kuuluvat apulaisylilääkäri, osastonhoitaja, psykiatrian erikoislääkäri, apulaisosastonhoitaja, kaksi sairaanhoitajaa, sosiaalityöntekijä, psykologi ja osastonsihteeri. Akuuttipoliklinikalla ei muodosteta pitkiä hoitosuhteita eikä se ole sairaalapotilaiden jatkohoitoyksikkö. Hoidon jälkeen osa potilaista siirtyy perusterveydenhuoltoon ja psykiatrian poliklinikoille tai päiväosastoille. Jatkohoidon suunnittelu ja hoidon siirtäminen "saattaen vaihtaen" on iso osa akuuttipoliklinikan työtä. Akuuttipoliklinikalla työskentelevät erikoislääkäri, apulaisosastonhoitaja ja kaksi sairaanhoitajaa.

Järvenpään päiväosasto

Järvenpään päiväosasto on tutkimus- ja hoitoyksikkö, joka tarjoaa Hyvinkään sairaanhoitoalueen aikuisväestölle tiivistä psykiatrasta avohoitoa. Hoito on suunnattu akuuttia ja tiivistä erikoissairaanhoitoa tarvitseville potilaille. Potilaspaiikkoja on 10. Hoitoyksikköön hakeudutaan läheteellä. Läheteeksi käy esimerkiksi muutenkin tehtävä sairauskertomusmerkintä. Läheteessä tulee ilmetä ajankohtaiset ongelmat ja tavoitteet hoidolle. Lähetteen saavuttua potilaalle annetaan hoidonsuunnittelukäynti, johon hän voi ottaa omaiset tai läheiset mukaan. Kyseisellä käynnillä potilas tapaa lääkärin ja omahoitajan tai toimintaterapeutin.

Hoito suunnitellaan kahden viikon arviointijakson jälkeen yksilöllisten tarpeiden mukaan. Työryhmän muodostavat apulaisylilääkäri, osastonhoitaja, kaksi sairaanhoitajaa, psykologi, sosiaalityöntekijä, erikoistoimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä. Hoitomuotoja ovat muun muassa yksilö- ja ryhmähoito, toimintaterapia ja perhetapaamiset. Ennen hoidon päättymistä päiväosastolla potilaalle suunnitellaan tarvittava jatkohoito, joka voi olla yksilö- tai ryhmämuotoinen. Potilas sitoutuu yksilöllisesti räätälöityyn hoito-ohjelmaan. Ateriat eivät kuulu hoitoon, mutta potilaiden käytössä on potilaskeittiö, jossa on omakustanteisesti mahdollista keittää kahvia ja lämmittää ruokaa. Hoito on potilaalle ilmaista. Työryhmään kuuluvat apulaisylilääkäri, kaksi sairaanhoitajaa, psykologi ja erikoistoimintaterapeutti.

Hyvinkään päiväosasto

Hyvinkään päiväosasto on tutkimus- ja hoitoyksikkö, joka tarjoaa Hyvinkään sairaanhoitoalueen aikuisväestölle tiivistä psykiatrista avohoitoa. Hoito on suunnattu erikoissairaanhoidon kriisipotilaille, pitkäaikaispotilaille psyykkisen kunnon akuutisti huonontuessa, jatkohoidoksi psykiatrisen sairaalajakson jälkeen tai intervallikuntoutusta tarvitseville potilaille. Potilaspaikkoja on 15. Hoitoyksikköön hakeudutaan lähetteellä. Lähetteeksi käy esimerkiksi muutenkin tehtävä sairauskertomusmerkintä. Lähetteessä pitää ilmetä ajankohtaiset ongelmat ja tavoitteet hoidolle. Lähetteen saapumisen jälkeen potilas kutsutaan hoidonsuunnittelukäynnille, jossa arvioidaan puolin ja toisin, onko päiväosasto potilaalle soveltuva hoitopaikka. Kyseillä käynnillä ovat mukana lääkäri ja tuleva omahoitaja.

Työryhmään kuuluvat apulaisylilääkäri, osastonhoitaja, lääkäri, neljä sairaanhoitajaa, psykologi, erikoistoimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä, askartelunohjaaja ja osastonsihteri. Hyvinkään päiväosaston hoitomuodoissa painottuvat ryhmä- ja yhteisöhoito. Hoidon alkuvaiheessa painopiste on kuitenkin potilaan yksilöhoidossa. Erilaiset toimintaterapian menetelmät ja tarvittaessa omaisten tapaaminen kuuluvat hoitoon. Ennen hoitojakson päättymistä suunnitellaan potilaan kanssa yhteistyössä tarpeenmukainen jatkohoito. Potilas sitoutuu hoitoon päiväosastolla arkisin klo 8-14. Potilaan maksama ylläpitomaksu 7€/vrk sisältää aamiaisen, luonaan ja kahvin. Työryhmään kuuluvat lääkäri, neljä sairaanhoitajaa, erikoistoimintaterapeutti ja psykologi.

3.2 Toimijat

Akuuttipoliklinikka on aloittanut toimintansa virallisesti maaliskuussa 2007 yhden sairaanhoitajan ja osa-aikaisen lääkärin työpanoksella. Koko työryhmä täydentyi vasta huhtikuun lopulla vuonna 2008. Aloitimme heti tiiviin suunnittelun. Minut on palkattu apulaisosastonhoitajaksi ja työnkuvaan kuuluu toiminnan suunnittelu ja kehittäminen. Päätimme aluksi suunnitella ja käynnistää avohoidon akuuttipaikat päiväosaston yhteyteen ja vasta sen jälkeen miettiä liikukuvan toiminnan käynnistämistä.

T&K-anomuksen (LIITE 1 & 2) teki ylilääkäri Holi. Työryhmässä oli jo aikaisemmin ollut puhetta kehittämishankkeesta ja eräs työryhmän jäsen oli tietoinen Oslon Ullevålin-yliopistosairaalan edistyksestä toiminnasta päiväosasto-, ryhmä- ja akuuttitoiminnassa. Tutustumiskäyntiä varten tarvittiin kuitenkin rahaa jostain, sillä sellaista ei ollut budjetoitu yksikön omassa suunnitelmassa. T&K-rahana on HUS:in tutkimus- ja kehittämisrahaa, jota työyksiköt voivat hakea kaksi kertaa vuodessa. Ylihoitaja Kontio innostui asiasta myös. Anomus tehtiin nopealla vauhdilla syyskuun lopussa 2007. T&K-anomukseen suunniteltiin myös muita tutustumiskäyntejä ja koulutuksia. Kaikkien yllätykseksi anomus menestyi hyvin ja rahaa saatiin 15000€. Hank-

keen toimijat ovat käytännössä avohoidon akuuttitoiminnan henkilökunta ja johto. Johto on määritellyt tavoitteen ja työryhmän vastuulla on ollut suunnitella, miten siihen päästään.

T&K-rahojen käyttösuunnitelman laatiminen ja koulutusten ja tutustumiskäyntien toteutuksen suunnittelu ovat olleet minun vastuullani, mutta avohoidon akuuttiyksikön henkilökunta ja erityisesti akuuttipoliklinikan lääkäri ja sairaanhoitajat ovat olleet aktiivisesti mukana kehittämistyössä. Hanke on ollut erittäin käytännönläheinen ja sitä on suunniteltu kehittämispalaverissa. Ylilääkäri ja ylihoitaja ovat halunneet kuulla, miten rahat käytetään ja millä perusteilla

4 Hankkeen tarkoitus ja tavoitteet

Kehittämishankkeen varsinainen nimi on " Avohoidon akuuttitoiminnan kehittäminen". Hankkeeseen on saatu vuodeksi 2008 T&K- rahoitusta. Suunnitelmassa on hahmoteltu akuuttitoiminnan kehittämisen kannalta olennaisia tutustumiskäyntejä, koulutustarpeita ja tutkimusvaapaata tekstien kirjoittamista varten. Hankkeen tavoitteena on kehittää akuuttipoliklinikan toimintaa joustavaksi ja liikkuvaksi työskentelymuodoksi sekä luoda kaksi avohoidon akuutti- paikkaa Järvenpään päiväosaston yhteyteen. Tavoitteena on myös löytää työvälineitä ja malleja, jotka ovat potilaslähtöisiä ja ottavat entistä aktiivisemmin potilaan omaiset mukaan hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Käytännön työ on osoittanut, että tarvitsemme lisää koulutusta perhekeskeisestä työskentelyotteesta sekä kriisityön taitoja. Työryhmän tavoitteena on siis saada lisää välineitä kohdata sairastumis- tai sairauden uusiutumiskriisissä oleva potilas ja hänen omaisensa.

Henkilökohtaisena tavoitteena on, että osallistumalla kehittämishankkeen suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin kasvan omaa työtäni ja alaani kehittävänä asiantuntijana. Sen lisäksi toivon uutena työntekijänä löytäväni yhteisen tekemisen kautta oman paikkani avohoidon akuuttiyksikössä. Haluan myös saada tästä positiivien kokemuksen kehittämistyöstä, jota pystyn hyödyntämään jatkossa työurallani.

5 Hankkeen suunnittelu

Huhtikuun 2008 lopussa suunnittelimme ensin avohoidon akuuttipaikkoja, koska katsoimme sen olevan suurempi muutos työskentelytapoihin ja yhteistyöhön. Tämän lisäksi se tuntui jotenkin konkreettisemmalta. Akuuttipoliklinikan pieni työryhmä kokoontui useamman kerran viikossa ja pohdimme potilasryhmää, jolle tämä palvelu suunnataan, lähettäviä tahoja, yhteistyökumppaneita ja jatkohoitomahdollisuuksia. Myös apulaisylilääkäri ja osastonhoitaja osallistuivat näihin käytännönläheisiin palavereihin mahdollisuuksiensa mukaan. Teimme luonnoksia potilaiden päiväohjelmasta, hoitosopimuksesta ja toimimisesta eri tilanteissa. Täl-

laisia tilanteita olivat kotikäynti sovitusti ja kotikäynti hätätilanteessa. Aloimme kirjoittaa myös prosessisuunnitelmaa, jonka pohjalta on tarkoitus muokata aikanaan prosessikuvaus vastaamaan potilaan toteutuvaa hoitopolkua.

Suunnittelutyön ohella olemme koko ajan toteuttaneet varsinaista perustehtävää. Olemme kohdanneet potilaita ja heidän omaisiaan psykiatrisessa akuutissa vaiheessa. Käytännön työn kokemuksesta aika pian nousi tarve saada koulutusta kriisi-, verkosto- ja perhetyöstä. Aaltosen mukaan (2007, 74) API eli akuutin psykoosin integroidun hoidon tutkimus- ja kehittämisprojektin tulosten perusteella voidaan sanoa, että perhekeskisyyden lisääminen osaksi mitä tahansa hoito-ohjelmaa ja preventiota lisää tuloksellisuutta. Onneksi meillä on ollut käytettävissä T&K- hankerahaa, jonka turvin olemme pystyneet suunnittelemaan ja toteuttamaan tutustumis- ja kouluttautumistarpeita.

Käytännössä akuuttipsykiatrinen työ avohoidossa on moniammatillista yhdessä työskentelyä. Myös Aaltosen (2007, 71) mukaan moniammatilliset työryhmät, jotka korostavat eri ammattiryhmien horisontaalista asiantuntijuutta, ovat psykiatrisen terveydenhuollon erityinen voimavara. Yhteistä viitekehystä on sen sijaan vaikea, ellei mahdoton löytää. Kuitenkin työskentelyotteen pitäisi olla sellainen, joka yhdistää elementtejä perhe-, verkosto ja kriisityöstä. Psykiatrisessa avohoidossa on pitkään elänyt yksintyöskenteleminen. Moniammatillisuutta voidaan sanoa tällä hetkellä hyödynnettävän erilaisissa palavereissa, mutta hoitaja, lääkäri ja esimerkiksi sosiaalityöntekijä tapaavat potilasta kukin tahollaan. Kovinkaan usein ei istuta kaikki potilaan kanssa saman pöydän ääreen ja reflektoiden tuoda omia asiantuntijuusalueita yhteiseen käyttöön.

Tällaisiin haasteisiin haimme vastausta kirjallisuudesta ja tutustuimme internetissä Suomessa oleviin vastaavanlaisiin toimintoihin ajatuksena löytää sopiva ja meille sovellettava asiakaslähtöinen toimintamalli, jossa työskennellään yhdessä moniammatillisesti potilaan ja tämän olemassa olevan verkoston kanssa. Suunnittelimme tutustumiskäynnit ja koulutuksen vastaamaan tätä toivetta.

6 Hankkeen toteutus

Hankerahoilla teimme tutustumiskäyntejä yksiköihin, joissa on jo jonkin aikaa toteutettu tavoittelemamme toimintaa. Myös erilaisilla koulutuksilla oli suuri rooli tässä hankkeessa. Toiminta on ollut hankkeen ajan käynnissä lähes täysipainoisesti, joten meidän on ollut helppo heti suhteuttaa oppimiamme asioita käytännön työhön. Olemme ottaneet jokaisesta tutustumiskäynnistä joitakin elementtejä omaksemme. Koulutukset ovat tarjonneet mahdollisuuden reflektoida yhdessä. Toimintamme on pikkuhiljaa muotoutunut näiden eri asioiden pohjalta.

6.1 Tutustumiskäynnit

Toiminnan kehittäminen ja uusien toimintamallien luominen on edellyttänyt perehtymistä vastaavanlaiseen toimintaan Suomessa. Benchmarking on jatkuva ja järjestelmällinen prosessi parhaiden menetelmien ja toimintatapojen tunnistamiseksi, ymmärtämiseksi ja soveltamiseksi. Tavoitteena on oman organisaation suorituskyvyn kehittäminen. Se on menetelmä, jolla määritellään toisten organisaatioiden parhaat menettelytavat, jotka voisivat johtaa menestykseen omassa organisaatiossa. Se on oppimista muilta, alueilla, joilla he ovat parempia. Yritys, jolla on parhaat suoritusarvot, menetelmät ja menettelytavat, ei välttämättä ole kilpailija tai edes samalta toimialalta. Ainoa valintakriteeri on, että kyseinen prosessi on yrityksen menestystekijänä hyvin hoidettu ja siten esimerkiksi kelpaava. (Tuominen 1994, 15.)

Sairaanhoidopiirien internet-sivuilta on vaikea saada selkeää kuvaa eri toimintamuodoista, sillä esittelyt ovat yleisiä ja lyhyitä. Olen kuitenkin päätenyt siihen, että vastaavanlaista toimintaa ei ole Suomessa. Myös Laaksonen-Balkin ym. (2006, 4247) selvitysten mukaan Lappeenrannan päiväosaston akuuttiryhmän kaltaista akuuttia ja lyhytaikaista päiväosastohoitoa ei ole muualla Suomessa. Tähän meidän yksikössä on akuuttipaikkoihin vielä liitettyä joustavaa ja liikkuvaa toimintaa. Olemme tehneet tutustumis- ja kouluttautumiskäyntejä Jorvin kotipoliklinikkaan, Lappeenrannan päiväosaston akuuttiryhmään ja Pitkäniemen Rajapintatyöryhmään tavoitteena saada tietoja ja toimintamalleja, joita voi soveltaa JMT avohoidon akuuttiyksikön kehittämistyössä. Pienempi ryhmä kävi tutustumassa Ullevålin yliopistosairaalaan. Itse en ollut kyseisellä opintomatalla mukana, mutta liitteenä (4) on raportti siitä.

6.1.1 Kotipoliklinikka 6.5.2008

Kävimme sairaanhoitaja Hanna Palmun kanssa tutustumassa Jorvin sairaalan aikuispsykiatrian kotipoliklinikkaan. Kolme kotipoliklinikan työntekijää esitteli meille toimintaansa. Kotipoliklinikka on psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidon yksikkö, joka mahdollistaa tiiviimmän tuen potilaan kotiutuessa sairaalasta tai ollessa lomalla osastolta, ennen avohoidon käynnistymistä ja kriisitilanteissa iltaisin ja viikonloppuisin. Kotipoliklinikan työntekijät suuntavat avun pääsääntöisesti potilaan kotiin, jossa tavataan mielellään myös omaisia. Kotipoliklinikka tarjoaa apua arkipäivisin, viikonloppuisin ja pyhinä. Erillistä lähetettä ei tarvita, sillä potilaat ovat jo psykiatrisen erikoissairaanhoidon potilaita. Hoitovastuussa oleva taho on esimerkiksi sairaala tai aluepoliklinikka. Kotipoliklinikka tarjoaa vain lisätukea tietyn matkaa. Yhteydenotot tapahtuvat aina hoitotahojen kautta.

Kotipoliklinikan toiminnan tavoitteina ovat potilaan ja hänen omaistensa selviytymisen tukeminen avohoidon turvin ja sairaalajaksojen lyhentäminen tai jopa estyminen. Kotipoliklinikka on liikkuva yksikkö, jossa toimitaan työpareina. Työparina voi olla myös aluepoliklinikan tai

osaston työntekijä. Lääkäriin ja muun moniammatillisen työryhmän asiantuntemus tulee potilaan hoitotaholta. Kotipoliklinikalla työskentelee kuusi hoitajaa.

Tutustumiskäyntimme perustella totesimme, että kotipoliklinikan henkilökunta on erittäin motivoitunutta ja uskoo tekevänsä hyvää työtä. Toiminnan lähestymistapana on ratkaisukeskeisyys ja avoin dialogi. Työntekijät korostivat erityisesti työparityöskentelyn merkitystä ja potilasryhmän rajaamista. Keskustelimme vastuukysymyksistä esimerkiksi omaa autoa käytettäessä. Tapaaminen valoi meihin uskoa liikkuvan työn merkityksestä.

Tutustumiskäynnin jälkeen suunnittelimme jonkin verran akuuttihoitoa meillä. Liikkuvuus ja avoin dialogi ottaisivat huomioon potilaan lähiympäristön. Pelkästään elinympäristöstä voi päätellä jo aika paljon potilaan selviytymisestä omassa kotiympäristössään. Olisi hyvä tukea mahdollisimman tiiviisti kotiin ja tarvittaessa sitten ottaa akuuttipaikalle päiväosastolle. Liikkuvaan työhön kuuluisi kotikäynnit ja tukipuhelut, ehkä myös yksilö- ja ryhmätapaamisia päiväosastolla. Tavoitteena on nopea hoitoon pääsy ja tiivis ja tehokas, lyhyt hoito- ja tutkimusjakso.

6.1.2 Lappeenrannan päiväosasto 18.6.2008

Lappeenrannan kaupungin päiväosastolla on kaksi ryhmää: kuntoutusryhmä ja akuuttiryhmä. Kuntoutusryhmässä on seitsemän potilaspaikkaa ja se toimii ryhmäperiaatteella. Yksilökeskustelut jatkuvat mielenterveyskeskuksen vastaanotoilla ja päiväosastolla on vain ryhmiä. Kokopäiväisiä työntekijöitä on yksi sairaanhoitaja ja mielenterveyshoitaja sekä toimintaterapeutti. Akuuttiryhmässä on kolme potilaspaikkaa. Kokopäiväisiä työntekijöitä on kaksi sairaanhoitajaa ja toimintaterapeutti. Päiväosastolla on yhteinen puolikas psykologi ja lääkäripalveluja on kolme tuntia viikossa. Akuuttipaikoilla hoito on yksilöllisempää ja sisältää omahoitajasuhteen. Potilaat hakeutuvat hoitoon lähetteellä. Kuntoutusryhmässä hoitoaika vaihtelee kahdesta kuuteen kuukauteen, akuuttiryhmässä kahdesta viikosta neljään viikkoon.

Akuuttiryhmän potilaat osallistuvat kuntoutusryhmäläisten kanssa yhteiselle aamupalalle, aamuryhmään, lounaalle ja päiväkahville. Heidän ei tarvitse osallistua aamupalan ja päiväkahvin laittoon. Ryhmillä on myös yhteinen liikuntaryhmä kerran viikossa. Omahoitajakeskusteluita on kolme kertaa viikossa. Erilaista ryhmätoimintaa on päivittäin. Akuuttiryhmän hoitoon kuuluu myös perhetapaaminen, psykiatrin tutkimus, tarvittaessa psykologin ja toimintaterapeutin tutkimukset, laboratoriokokeet, kotikäynti ja yksilöllinen jatkohoidon suunnittelu. Kotikäyntiin osallistuu mahdollisuuksien mukaan omahoitajan työparina toimintaterapeutti. Hoitoaika päiväosastolla on maanantaista perjantaihin kello 8-14 välillä. Hoitojakso pyritään aloittamaan mahdollisimman pian lähetteen saapumisesta, jopa kesken viikon. Akuuttiryhmän hoito

ei sovellu potilaille, joilla päihdeongelma tai jotka käyttäytyvät väkivaltaisesti. Päiväosaston omahoitaja tapaa potilasta jälkipoliklinisesti, kunnes potilas saa ajan jatkohoitoon muualle.

Lappeenrannan päiväosaston työntekijöillä oli erittäin positiivinen kuva työnsä tarpeellisuudesta. Akuutilla päiväosastotoiminnalla on heidän mukaansa pystytty välttämään sairaalahoidoja. Myös omaiset ovat tiiviimmin hoidossa mukana kuin sairaalahoidossa olevan potilaan. Tärkeäksi he näkivät yhteisen suunnittelun kuntoutusryhmän työntekijöiden kanssa. Myös työnohjaus kerran kuukaudessa on yhteinen. Aluksi oli oleellista tehdä yhteiset sopimukset, sillä akuuttiryhmän potilailla on hieman joustavammat säännöt kuin kuntoutusryhmäläisillä. Keskustelusta kävi ilmi, että kuntoutusryhmän paremmin voivat potilaat "kannattelevat" akuuttiryhmäläisiä. Hyvä käytäntö on myös yhteinen aamukokous kaikkien potilaiden kesken, sillä silloin sekä henkilökunnalla että potilailla on käsitys, mitä päivän ohjelmaan sisältyy. Jos akuuttiryhmän potilas ei ilmaannu paikalle, häntä yritetään tavoittaa puhelimella ja viime kädessä mennään kotikäynnille.

Lappeenrannan vierailu vahvisti käsitystämme siitä, että olemme oikeilla jalanjäljillä. Ajatus muun yhteisön kannattelevuudesta jäi mietityttämään, sillä sellaista tukea ei meillä ole, koska Järvenpään päiväosasto on yksilöhoitosuuntautunut. Saimme itsellemme lisää perusteluja perhetyön ja kotikäyntien merkityksestä. Varsinaista viitekehystä hoidolle ei tullut ilmi, mutta myös Lappeenrannassa on nopeaa reagointia tilanteisiin ja muutenkin toiminta vastasi aika paljon avoimen dialogin periaatteita.

6.1.3 Pitkäniemen sairaalan Rajapintatyöryhmä 3.7.2008

Rajapintatyöryhmä on Pirkanmaan sairaanhoitopiirin, Pitkäniemen sairaalan toimintaa sairaalan ja avohoidon välimaastossa. Työryhmä ottaa hoitoonsa potilaita, jotka tarvitsevat intensiivistä tutkimusta ja hoitoa, mutta eivät ensisijaisesti osastohoitoa sairaalassa. Potilas tulee rajapintatyöryhmään ajanvarauslähetteellä perusterveydenhuollosta, Pitkäniemen sairaalan päivystyksen kautta tai osastojen kautta.

Rajapintatyöryhmä perustettiin, koska Pitkäniemen sairaalan osastojen kuormitusprosentti oli aivan liian korkea. Hoidot venyivät, koska avohoitoon oli niin pitkä jono eikä kotiuttaminen sairaalasta ollut mahdollista, jos avohoito ei ollut järjestyksessä. Työryhmän perustaminen lähti siitä, että kaksi sairaanhoitajaa irrotettiin tekemään perhetyötä kaikilla akuuttiosastoilla. Yhden akuuttiosaston yhteydessä on päivystyspoliklinikka, jota kautta sairaalaan tullaan sisään. Rajapintatyöryhmä "nappaa" tästä potilaat, jotka selviytyvät tiiviin avohoidon tuella ilman sairaalahoidojaksoa. Se etsii myös sairaalasta potilaita, jotka kuntonsa vuoksi voitaisiin kotiuttaa, mutta avohoidon pitkien jonojen takia se ei ole mahdollista. Rajapintatyöryhmä

tekee tässä niin sanottua kannattelutyötä. Nyt rajapintatyöryhmässä työskentelee neljä sairaanhoitajaa, lääkäri, mielenterveyshoitaja ja sosiaalityöntekijä.

Rajapintatyöryhmän työlle on ominaista, liikkuvuus, perhetyö, kotona selviytymisen tukeminen ja sairaalahoitojen ehkäisy. Hoitoajat sairaalassa ovat toiminnan myötä lyhentyneet ja kuormitusprosentti helpottanut. Yhdellä akuuttiosastolla on polikliinisia seurantapaikkoja potilaille, jotka eivät pärjää koko päivää kotona, mutta eivät tarvitse ympärivuorokautistakaan osastohoitoa. Tätä toimintaa Pitkäniemessä ollaan edelleen kehittämässä.

Rajapintatyöryhmän työntekijät ovat kierrelleet asiakaskuntien avohoidon pisteitä ja tekevät tiivistä yhteistyötä perusterveydenhuollon kanssa. Heti, kun potilas tulee työryhmän asiakkaaksi, otetaan yhteys kotikunnan avohoitoon. Siirto tapahtuu "saattaen vaihtaen". Persoonallisuushäiriöistä kärsiville potilaille Rajapintatyöryhmä tarjoaa muutaman viikon intensiivisen jakson. Silloin nämä potilaat voivat olla virka-aikaan yhteydessä Rajapintatyöryhmään ja tapaamisia on myös sovittu tietty määrä. Kriisin mentyä ohitse asiakkaat palaavat taas omaan avohoitopisteeseensä. Tällaisilla interventioilla pystytään välttämään jatkuvat, lyhyet sairaalahoitajakset. Rajapintatyöryhmän mukaan ajattelussa on tarvinnut tapahtua muutos: hoito ja suunnitelmat tehdään avohoidossa ja sairaalajakso on vain kriisitilanteita varten, jossa toteutetaan avohoidon suunnitelmaa, ei laadita uutta.

6.2 Koulutus

Olimme kiinnostuneita löytämään yhteisen viitekehyksen, jossa korostuvat yhdessä työskentelestä yksin tekemisen sijaan, kriisityön näkökulmasta, perhe- ja verkostokeskeisestä ajattelutavasta sekä dialogisuudesta. Tällaisten toiveiden pohjalta ei ollutkaan kovin helppoa suunnitella koulutusta.

Jorvin kotipoliklinikalta saimme tietää, että Kellokoskelle ylihoitajaksi siirtynyt Päivi Soininen on ollut Keroputaan sairaalassa tutustumassa avoimen dialogin malliin. Avoimen dialogin mallissa keskeisiä seikkoja ovat välitön reagointi avunpyyntöön, ryhmätyöskentely ja verkoston mukaan ottaminen hoidon voimavaraksi. Muita tärkeitä periaatteita ovat joustavuus ja liikkuvuus, vastuullisuus, psykologinen jatkuvuus, epävarmuuden sietäminen ja dialogi kaikkien hoitoon osallistuvien kesken. Hoitokokouksessa pyritään integroimaan yhteen kaikki käytettävissä olevat hoitomuodot lääkitys mukaan luettuna. Yhteisenä tavoitteena on potilaan ja hänen läheistensä voimavarojen ottaminen käyttöön akuutista kriisistä selviämiseksi. Hoitomalli luo mahdollisuuden psykiatrisen potilaan tasa-arvoisempaan kohtaamiseen. (Seikkula & Alakare 2004).

Päivi Soinisen ohjaamina otimme yhteyttä Pekka Borchersiin, perheterapeuttiin ja psykiatriin, joka on työskennellyt tiiviissä yhteistyössä Jaakko Seikkulan kanssa. Hän on perehtynyt avoimen dialogin mallin Keroputaalla ja tuonut sitä osaltaan myös Jorvin sairaalaan. Hän piti meille kaksi aamupäivän koulutustilaisuutta, jossa käsitelimme kuuntelemista, dialogisuutta ja perheen ja verkoston huomioimista yksittäisen potilaan hoidossa. Kolmannen aamupäivän käytimme case-tyyppiseen työskentelyyn, jossa pohdimme muutaman potilastapasuksen kohdalla toimintaamme suhteessa aikaisemmillä kerroilla oppimiimme asioihin. Koulutuksiin oli vapaa pääsy koko yksikön henkilökunnalla ja osallistuminen olikin aika kiitettävän runsasta kahdella ensimmäisellä kerralla. Ainoastaan Hyvinkään päiväosaston työntekijät kokivat tietävänsä aiheesta jo riittävästi eivätkä osallistuneet.

Hankkeessa on ollut yhteisen koulutuksen lisäksi myös yksilöllisiä koulutuksia, joiden anti on ollut tarkoitus ammentaa yhteiseen käyttöön. Depressiofoorumissa Kuopiossa oli kolme työntekijää ja yksi työntekijä on pidemmässä kriisi-interventiokoulutuksessa. Depressiofoorumista erittäin mielenkiintoisena mieleen jäi Tarja Melartinin luento, jossa hän kertoi Vantaan Saatanvarjo-projektissa tehdystä työstä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Siinä yhtenä työskentelymuotona oli liikkuvuus ja työtä tehtiin rajapinnoilla. Tämän tyyppinen malli tuntuu luontevalta, koska valmisteilla olevassa terveydenhuoltolaissa, KASTE-ohjelmassa, vuoden 1990 mielenterveyslaissa ja mielenterveyspalveluiden laatusuosituksessa korostuvat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö. Olemmekin ottaneet vuoden 2009 tavoitteeksi käydä tutustumassa ja esittäytymässä Tuusulan, Järvenpään ja Mäntsälän toimijoille. Samalla voimme suunnitella yhteistyötarpeita peruspalveluissa toimivien ihmisten kanssa. Olemme olleet jo alustavasti yhteydessä Mäntsälässä sekä päihde- että depressiohoitajaan ja tapaaminen on suunnitteilla tammikuuksi.

Erilaista koulutusta ja tutustumiskäyntejä on ollut mahdollista suunnitella ja toteuttaa hanke- rahoituksen turvin. Arviointi suhteutettuna omaan toimintaamme on ollut jatkuva prosessi. Koulutuksesta tai tutustumiskäynniltä on tullut ideoita, joita olemme pohtineet yhdessä eri yhteyksissä. Meillä on kerran viikossa akuuttipoliklinikan kehittämispalaveri ja kerran viikossa isompi akuuttiyksikön henkilöstökokous, johon on tuotu terveiset eri tilaisuuksista ja pohdittu tiedon soveltamista omaan työskentelyymme.

6.3 Toiminta muotoutumassa

Akuuttipaikat ovat akuuttipoliklinikan uutta toimintaa ja työryhmä koostuu akuuttipoliklinikan työntekijöistä. Järvenpään päiväosaston yhteydessä on kesäkuussa 2008 avattu kaksi avohoidon akuuttipaikkaa. Hoitoon pääsee nopeasti ja hoitoaika on lyhyt (noin 1-2 viikkoa). Akuuttipaikat on tarkoitettu Hyvinkään sairaanhoitoalueen erikoissairaanhoidon psykiatrisille potilail-

le, jotka eivät pärjää tavanomaisessa avohoidossa. Potilaan pitää pystyä sitoutumaan avohoittoon ja päiväosastotyyppiseen hoitomalliin.

Pohtiessamme kohderyhmää palasimme aina siihen, minkälaisille potilaille tämän tyyppinen hoito ei mahdollisesti sovi. Päädyimme ajatukseen, että akuuttipaikoilla ei voida hoitaa potilaita, jotka mielisairautensa vuoksi ovat vaaraksi omalle ja toisten turvallisuudelle. Myös akuutti päihdeongelma voi olla este hoidolle. Akuuttipaikoilla tehdään yhteistyötä potilaan omaisten, perusterveydenhuollon ja Kellokosken vastaanotto-osaston kanssa. Lähetteeksi riittää maininta sairauskertomuksessa. Ensikäynnillä lääkäri ja omahoitaja arvioivat tilanteen ja tekevät hoitosuunnitelman yhteistyössä potilaan kanssa. Omaiset voivat tulla mukaan jo ensikäynnille. Voinnin mukaan potilaat osallistuvat päiväosaston ryhmiin. Akuuttipaikkojen tehostetun jakson aikana potilaalle suunnitellaan jatkohoito, jos hoitokontaktia ei ole vielä olemassa.

Kävimme "mainostamassa" uutta toimintaamme Kellokosken vastaanotto-osastolla toukokuussa. Sitä varten kirjoitettiin "epäviralliset" esitteet toiminnan kuvauksesta ja lähettämisen käytännöistä. Kaikkien tekstien kirjoittaminen tapahtui niin, että joku työryhmästä otti vastuun luonnostekstin kirjoittamisesta ja sitten se käytiin läpi yhteisessä istunnossa tai sitten kommentoitiin sähköpostiviesteillä. Näin kaikkien ääni pääsi kuuluviin.

Aluksi akuuttipaikkojen potilailla oli erillinen viikko-ohjelma. Potilaat olivat käytännössä jatkuvasti tekemisissä jommankumman akuuttipaikkojen hoitajan kanssa. Tutustumiskäyntien pohjalta kirjoitetun tekstin pohjalta pohdittiin käynnistynyttä toimintaa akuuttipaikkojen näkökulmasta. Päädyttiin siihen, kehitetään toimintaa tiiviimmässä yhteistyössä päiväosastojen kanssa niin, että akuuttipaikat integroituisivat enemmän päiväosastoihin ja akuuttipoliklinikantyöntekijöillä olisi mahdollisuus liikkuvuuteen ja akuutteihin vastaanottoihin. Olimme yhtä mieltä siitä, että tavoitteenamme on jatkossa tarjota intensiivistä avohoittoa, joka sisältää yksilöllisen suunnitelman mukaan kiireellisellä läheteellä tulevan potilaan pikaisen vastaanoton, tiiviitä tapaamisia, tarvittaessa kotikäyntejä ja perhetapaamisia sekä viime kädessä seurannan päiväosastotyyppisellä akuuttipaikalla.

Tapasimme kummankin päiväosaston työntekijät ja neuvottelimme yhteistyöstä akuuttipaikkojen hoidossa. Hyvinkää on maantieteellisesti niin kaukana, että sovimme Järvenpään päiväosaston työntekijöiden kanssa akuuttipaikkojen potilaiden mahdollisuudesta osallistua päiväosaston ryhmiin.

Järvenpään päiväosastolla on akuuttipaikkojen potilaille "olohuone", joka on käytössä koko päivän. Potilaat tulevat aamulla muiden Järvenpään päiväosaston potilaiden kanssa aamukoukseen, jossa käydään läpi päivän ohjelma. Poikkeuksena Lappeenrannan malliin potilaille

ei tarjota aterioita, mutta heillä on potilaskeittiö käytössään, jolloin omien eväiden nauttiminen on mahdollista. Potilaille on omahoitaja, jonka kanssa käydään keskusteluja päivittäin. Myös yhteisiä tapaamisia lääkärin kanssa on useita kertoja viikossa. Omahoitaja osallistuu näihin tapaamisiin. Omaisten toivotaan olevan mukaan ensikäynnistä lähtien. Potilas osallistuu päiväosaston ryhmiin vointinsa mukaan. Muutaman kerran viikossa on hoitosuunnitelmaneuvoittelu, johon omaisia toivotaan mukaan. Hoitoa arvioidaan useita kertoja viikossa ja kokonaisuus räätälöidään yksilöllisesti voinnin ja toiveiden mukaan.

7 Hankeen arviointia

Tämän hankkeen tavoite oli konkreettinen. Avohoidon akuuttipaikat avattiin kesäkuussa. Toiminta on tietenkin vasta muotoutumassa, mutta se on hyvää vauhtia käynnissä. Suunnitellamme potilaan hoidon hänen tarpeidensa pohjalta yksilöllisesti. Joustavuus tarkoittaa sitä, että ei ole olemassa valmista pakettia tai ohjelmaa, joka tarjotaan potilaalle sellaisenaan. Jos tarvitaan kotona toteutettua hoitoa, liikumme potilaan kotiin jonkin aikaa. Pyrimme liikkumaan sinne, missä tarve on. Potilailta saatu suullinen palaute on ollut erittäin positiivista. Viitekehukseksi on muotoutunut dialoginen toimintamalli, jossa on elementtejä akikesta oppimastamme. Siinä tehdään töistä moniammatillisesti yhdessä ja potilaan omaiset ovat hoidossa mukana. Potilaan ja perheen "äänen" kuulemisella on tärkeä rooli. Harjoittelemmme jatkuvasti dialogia niin potilastyötä kuin työryhmän sisälläkin.

Yhteistyötahot eivät oikein vielä ole sisäistäneet rooliamme, joten he eivät aina oikein tiedä, miten akuuttipoliklinikan henkilökuntaan pitäisi suhtautua. Tosin missään ei ole lyöty ovea nenän edestä kiinni, vaan aina olemme olleet tervetulleita keskustelemaan ja jakamaan kokemuksiamme. Kehittämistyö on ollut vapaamuotoista ilman seurantaryhmää tai virallista hankeorganisaatiota. Juuri se on tuntunut hyvältä, sillä työntekijöille on tullut tunne, että heidän ammattitaitonsa luotetaan. Toisaalta erilaisissa isommissa linjauksikysymyksissä olisimme toivoneet johdolta selkeämpää kannanottoa.

7.1 Toimintaa ja potilastapauksia tilastojen valossa

Akuuttipaikoilla on ollut 2.6.2008-5.1.2009 15 potilasta. Kesällä täysisulkua oli neljä viikkoa. Potilaiden keski-ikä on ollut 31,4 vuotta, vaihteluväli 17-64. Potilaista naisia on ollut 13. Lähetteistä neljä on tullut mielialapoliklinikalta ja neljä Kellokosken vastaanotto-osastolta, kolme alueen terveyskeskuksista sekä yksi neurologin osastolta, Hyvinkään psykiatrian yksiköstä, kuntoutuspoliklinikalta ja Diacorista. Käytännössä useimmat näistä lähetteistä ovat tulleet akuuttipoliklinikalle, mutta potilaiden vointi on edellyttänyt akuuttipaikkojen tarjoamaa tiiviimpää hoitoa. Potilaista järvenpääläisiä on viisi, tuusulalaisia viisi, mäntsäläläisiä neljä ja

yksi hyvinkääläinen. Seitsemällä on lapsia. Yksi lastensuojeluilmoitus on jouduttu tekemään potilaan puolison väkivaltaisuuden vuoksi.

12 potilaan perhettä on tavattu ainakin kerran hoidon aikana, useimpia useamman kerran hoidon suunnittelupalavereissa, joita on ollut useamman kerran viikossa. Kotikäyntejä on ollut vain kahden potilaan luokse. Tutkimushaastatteluja (Scid tai MINI) on tehty seitsemälle potilaalle. Päädiagnooseja oli seuraavasti: F33.3 (3), F33.2 (6), F31 (3), F42 (2), F44.5 (81), F41.11 (1), 60.3 (2) JA F60.9 (3). Kahdella potilaalla oli skitsofreniaepäily, kahdella potilaalla oli hypomaanista käyttäytymistä. Alkoholi riippuvuus oli kahdella potilaalla ja yhdellä kannabisriippuvuus.

Potilaista seitsemän on osallistunut ainakin osittain päiväosaston ryhmiin. Yhden potilaan kanssa niitä suunniteltiin, mutta päiväosaston ryhmissä ei ollut tilaa. Muilla on ollut tiiviitä poliklinikkakäyntejä, aluksi jopa päivittäin. Hoitoaika on ollut 4-32 päivää. Rajan veto akuuttipaikkojen ja tiiviin akuuttipoliklinikkahoidon suhteen ei ole kovinkaan selvä. Useimmissa tapauksissa, potilas on siirtynyt akuuttipaikoilta akuuttipoliiniseen seurantaan odottamaan jatkohoitoa. Jatkohoitopaikkoina ovat olleet yhdeksän potilaan kohdalla mielialapoliklinikka, kahden kohdalla Hyvinkään päiväosasto, kaksi on ollut sairaalahoidossa, yksi on vaihtanut paikkakuntaa ja jatkohoitolähete on mennyt paikkakunnan psykiatrian poliklinikalle sekä yksi on mennyt kuntoutuspoliklinikalle. Jälkipoliininen hoito akuuttipoliklinikalle ennen jatkohoittoa siirtymistä on ollut enimmillään 127 päivää.

Akuuttipoliinikan työryhmän kriittisen arvion mukaan seitsemän potilaan kohdalla tiivistetty avohoito ehkäisi sairaalahoidon. Kaksi potilasta jouduttiin toimittamaan sairaalan vastentah-
toisesti. Kysymysmerkillä on kuusi potilasta, joiden hoidon tarve oli suuri, mutta varmasti ei voi sanoa, olisivatko he päätyneet sairaalahoitoon ilman akuuttipaikkahoitoa. Potilaiden hoito on haastavaa, koska potilaiden ongelmat ovat moninaisia ja potilaat ovat eri ikäisiä. Omaisten rooli hoidossa vaihtelee potilaiden iän mukaan.

7.2 Työryhmän reflektointia Pekka Borchersin johdolla

Perheterapeutti, ja psykiatrian erikoislääkäri Pekka Borchers kävi kouluttamassa työryhmäämme ja muita avohoidon akuuttiyksikön aiheesta kiinnostuneita työntekijöitä kaksi aamu-päivää syksyn 2008 aikana perhe- ja verkostotyöstä sekä avoimen dialogin mallista. Yksi kerta näiden koulutusten jälkeen oli case-tyyppistä ohjausta, jossa potilasesimerkkien valossa tarkastelimme toimintaamme kaikin puolin. Ulkopuolisena ohjaajana Borchers esitti kysymyksiä, joita pohdimme yhdessä. Hyvänä esimerkkinä tällaisesta kysymyksestä on se, että "miten te perustelette tämän potilaan tilanteen olevan akuuttihoitoa vaativa". Opimme tilanneherkkyyttä, jota akuutissa työssä tarvitaan.

Halusimme Borchersin tulevan ulkopuolisen roolissa arvioimaan kanssamme kuluneen puolen vuoden akuuttipaikkojen toimintaa joulukuussa 2008. Kävimme läpi kaikki potilastapaukset: mitä niissä tapahtui, minkälaisia ratkaisuja teimme, miten onnistuimme perheen ja verkoston kanssa työskentelyssä ja olimmeko dialogissa keskenämme ja eritoten potilaiden kanssa. Kaipasimme arviointia siinä, kuinka hyvin syksyn aikana saamamme opit ovat menneet käytännön työhön. Tämä oli erittäin hyvä tilaisuus kaiken kaikkiaan. Itsellämme vahvistui usko, että ainakin yritämme toimia erittäin asiakaslähtöisesti ja Borchersinkin mukaan toimintamme on joustavaa, potilaan kulloisenkin tilanteen huomioivaa.

Koska hoitosuhteet ovat lyhyitä, pitää hyväksyä se, että kysymyksiä jää auki. Luottamuksen syntymiseksi tarvitaan pidempi suhde. Kriisissä potilaat ovat monesti "avoimia", jolloin tarinalle pitää antaa tarpeeksi tilaa. Eettisesti pitää kuitenkin aina arvioida, mitkä asiat on hyvä käsitellä nyt ja mitkä pidemmässä hoitosuhteessa. Akuuttitilanne saattaa aiheuttaa tarpeen kertoa kaikista elämän varrella tapahtuneista traumaista. Vaikka potilailla on ollut mahdollisuus virka-ajan ulkopuolella soittaa Kellokosken vastaanotto-osastolle tai jopa mennä sinne, ei kukaan ole tätä käyttänyt. Sairaanhoidajien puhelimiin tällaisia "kriisipuheluita" on tullut myös erittäin vähän. Omaiset ovat huolissaan tosin soitelleet ja halunneet jakaa huolensa ammattilaisten kanssa. Tällöin on useasti saatu tietoa, mihin huomio kannattaa kiinnittää. Puheluista on avoimesti keskusteltu potilaan kanssa ja kuunneltu hänen versionsa tapahtumisista. Jos tilanne on edellyttänyt, on pidetty myös yhteispalaveri, johon omaiset ovat tulleet mukaan.

Borchersin mukaan potilas joutuu usein sairaalahoitoon, jos subjektiivinen ahdistus on täysin hallitsematonta tai potilaalta puuttuu sosiaalinen verkosto. Akuuttipaikoilla ollaan vain virka-aikana, joten joudumme jatkuvasti miettimään, miten potilas selviytyy illat ja viikonloput kotona. Joskus ei edes ole kotia. Virka-aikana tapahtuva akuuttityö edellyttää omaisten mukaan ottamista hoitoon. Tämän vuoksi myös heidän tarinansa pitää tulla kuulluksi. Sairaalaan meno Borchersin mukaan saattaa jo sinänsä olla sellainen "shokki", että se voi sysätä epävakaaan potilaan psykoosin puolelle. Tämän vuoksi sairaalan lähettäminen vastentahtoisesti on aina iso päätös. Paranoidisuus saattaa myös lisääntyä tai sairaalahoitajaksosta muuten tulla kompleksisoitunut. Haastavissa potilastapauksissa hoito pitää raatälöidä todellisen tarpeen mukaan.

Lasten etu pitää aina huomioida ja miettiä, miten esimerkiksi väkivaltatilanteisiin puututaan niin, että kenenkään henki ei vaarannu. Pelkän lastensuojeluilmoituksen varaan ei kannata jättää mitään, vaan aktiivisesti varmistaa väkivallan kohteiden selviäminen. Tässä kohtaa luontaisesta verkostosta on paljon apua. Potilasta tuetaan tekemään salaisuus näkyväksi luontaiselle verkostolle ja esimerkiksi verkostopalaverissa keskustellaan asiasta. Vanhempien ja lapsen todellinen vuorovaikutus selviää oikeastaan vain kotikäynnillä. Tärkeää kaikessa ver-

kostotyössä on, että potilas itse määrittää siihen kuuluvat ihmiset. Pieni interventio potilaan verkostossa voi liikauttaa jotain eli aina kannattaa yrittää.

Borchers korostaa, että rajapinnat perusterveydenhuoltoon ja sairaalaan on hoidettava hyvin. Hän tukee aiettamme koota kuntien eri toimijat perusterveydenhuollosta ja kolmannelta sektorilta ja käydä keskustelua yhteistyötavoista. Joustavan ja tiiviin hoidon ongelmana on se, että potilaat kiinnittyvät meihin. Tavallisella psykiatrisella poliklinikalla ei ole mahdollista tarjota vastaavaa, joten toimijoita potilaan ympärille saatetaan tarvita eri puolilta. Kokonaiskoordinointi pitää kuitenkin olla jonkin tahon hallussa. Hoitokontakti kannattaa säilyttää sinne, mistä potilas lähetetään akuuttipoliklinikalle. Akuuttipoliklinikan tarjoaa vain lisäapua kriisiytyneisiin tilanteisiin.

Yhteenvedona voidaan todeta, että dialogisuutta ei ole koskaan tarpeeksi. Borchers arvioi kuitenkin kuulemansa perusteella, että JMT-akuuttipoliklinikalla se on mennyt rakenteisiin. Tämä yhteinen reflektointitilanne oli erittäin antoisa. Ulkopuolinen ohjaaja "vakuutti" meidän toimivan ihan oikeasti asiakaslähtöisesti tavoitteidemme mukaan. Saimme ohjeeksi kysyä potilailta: "Missä voimme kehittyä?" "Missä onnistuimme sijaan?" Täytyy muistaa, että olemme toimineet vasta erittäin lyhyen ajan ja sen pohjalta on mahdotonta vetää suurempia johtopäätöksiä. Oli kuitenkin hyvä pysähtyä miettimään toimintaamme. Asiakaslähtöisyydestä puhutaan paljon, mutta on hyvä osoittaa, missä se käytännössä näkyy juuri meidän työssämme.

Dialogisuus on sellainen asia, joka pitää tietoisesti pitää mielessä. Kuuntelemisen taitoa on harjoiteltava jatkuvasti. Myös ammatillisen asiantuntijuuden asettaminen potilaan ja omaisten tiedon kanssa tasa-arvoiseen keskusteluasemaan vaatii harjoitusta. Olemme kuitenkin rohkeasti tavanneet omaisia ilman mitään sen kummallisempaa perheterapiakoulutusta. Hoitoa suunnitellaan yhdessä potilaan ja omaisten kanssa. Joitakin vaihtoehtoja voi olla mietittynä työryhmässä, mutta potilaalla on mielestäni aina mahdollisuus vaikuttaa niihin. Ainoa poikkeus on tahdonvastainen sairaalahoitolähete. Tutkimushaastatteluja tekevät muutkin kuin lääkäri. Yhteenvedo kirjoitetaan ja potilaan kanssa käydään läpi eri tuloksia ja keskustellen oireista tarkemmin yhteisesti päädytään diagnoosiin. Diagnoosia ei aseteta lääkärkansliassa, vaan se neuvotellaan yhdessä. Potilaille on omahoitaja. Lääkäri on kuitenkin mukana kokonahoidossa. Myös psykologi ja sosiaalityöntekijä voivat olla osallisia hoitoryhmässä. Hoitosuunnitelmapalavereissa on mukana potilas, hänen määrittelemänsä omaiset sekä hoitavat henkilöt. Näitä tapaamisia on aluksi viikoittain, usein aluksi useita kertoja viikossa. Näissä tilanteissa suunnitellaan hoitoa yhdessä: ryhmiä, yksilötapaamisia, tutkimuksia, kotikäyntejä. Mielestäni akuuttipaikkapotilaiden hoidossa on päästy yhdessä tekemisen tunteeseen.

7.3 Kehittämistyön arviointi SWOT-analyysillä

Kehittämistyötä arvioitiin yhdessä SWOT-analyysillä. SWOT:in nelikenttäanalyysi (LIITE 6) saattaa jäädä vahvuuksien, heikkouksien, mahdollisuuksien ja uhkien määrittelyn jälkeen ilman johtopäätöksiä ja jatkosuunnitelmia. 8-kentäisessä SWOT-analyysissä (liite numero) pohditaan nelikenttäanalyysiin perustuvia tarvittavia toimenpiteitä. Kysymyksiä ovat: Miten vahvuuksista kehitetään varsinaisia menestystekijöitä? Miten heikkouksista voidaan saada vahvuuksia? Miten muutetaan uhat vahvuuksiksi? ja Miten ratkaistaan uhkatilanteet? (Anttila 2007, 143.)

Vahvuutemme kehitetään menestystekijöiksi poikkiorganisatorisella asiantuntijuudella, asiantuntijuuden jakamisella tiimeissä sekä hiljaisen tiedon hyödyntämisellä. Näissä kaikissa avoimuudella ja luottamuksella on suuri merkitys. Sekä henkilökohtaiselle että yhteiselle oppimiselle pitää antaa tilaa ja luoda tilanteita. Positiivinen innostus työn kehittämiseen lisää uudenlaisten ratkaisujen löytymistä. Uskomme, että heikkouksia voi muuttaa vahvuuksiksi. ATK-ohjelmat kehittyvät ja niiden oppiminen tuntuu työläältä. Aktiivisella palautteen annolla voimme vaikuttaa sisältöjen kehittämiseen. Turvallisuusasioita huomioidaan päivittäisissä toiminnoissa ja pyrimme pitämään yllä keskustelua turvallisuusjärjestelmien kehittämisestä vastaamaan todellista tarvetta. Esimiehille yritetään tehdä konkreettisesti selväksi, kuinka paljon psykologilla olisi käyttöä akuuttiyksikössä. Tämän hetkinen työpanos menee lähinnä päiväosaston potilaiden tutkimiseen ja hoitamiseen. Kuitenkin akuuttipoliklinikalla on nuoria, juuri täysi-ikäisiä potilaita, joiden perusteellinen tutkiminen olisi tarpeen. Rajapintatyötä ja tiedonkulkua voidaan tietoisesti parantaa muuttamalla toimintatapoja yksittäisten potilaiden kohdalla. Yhteistyöneuvottelut ja asioista sopimiset eivät välttämättä tuota toivottua tulosta irrallaan potilastapauksista. Pyrimme järjestämään yhteisiä tapaamisia säännöllisesti johdon kanssa ja pyytämään palautetta tekemästämme työstä. sekä ideoimaan yhdessä, mitä pienet kädenojennukset työntekijöille voisivat olla. Kaiken kaikkiaan työhyvinvointisuunnitelma on vielä tekemättä. Sitä suunnittelemaan otetaan työntekijöitä mahdollisimman laajasti. Innovaatiiviset työhyvinvointia edistävät ideat esitellään johdolle.

Uhkien muuttaminen vahvuuksiksi vaikuttaa haastavalta. Toteamme, että kaikkeen ei voi vaikuttaa, eikä pidäkään voida. Turhaa energiaa voi säästyä, jos ei keskitytä sellaisten asioiden pohdintaan, johon ei ole vaikuttamismahdollisuuksia. Henkilöstön vaihtuessa perehdytyksellä on suuri merkitys. Perehdytyskansion tekeminen on aloitettu ja sitä jatketaan ja päivitetään. Asiakaslähtöisyyden koetaan toteutuvan hyvin potilastyössä. Ajankohtaista olisi laajemman porukan kanssa määritellä käsite asiakaslähtöisyys ja pohtia, mitä se käytännössä tarkoittaa työyksikössämme. Toimintasuunnitelmaa varten on yhdessä mietitty, millä mittareilla olisi hyvä seurata toimintaa. Helposti tilastointi korostaa vain suoritteita. Meillä akuuttiyksikössä on keskeistä arvioida myös yhteistyötä eri tahojen kanssa. Laadun ja vaikuttavuuden mittaa-

minen on asia, johon vielä palataan. Koska on kokemus, että johdolta ei saa positiivista palautetta, pitää muistaa, että potilailta saatu palaute on kuitenkin lähes poikkeuksetta kiitollista. Uhkatilanteisiin on mahdollista vaikuttaa. Taloudellisuuden huomioiminen omissa toimitissa, yhteistyön tiivistäminen kuntien kanssa, yhteiskunnallisen kehityksen seuraaminen, asiakaslähtöisyys, muutosvistarinnan työstäminen, avoin keskustelu ja vision selkiyttäminen ovat nähdäksemme keinoja, joilla voidaan jollakin tasolla hallita uhkia ja ratkaista niitä.

8 Pohdinta

Olisin kaivannut selkeämpää rajanvetoa siihen, ketä ja mitä varten tämä uusi toiminta on tarkoitettu. Tällä hetkellä olemme avanneet kaksi akuuttipaikkaa, jotka sitovat työntekijät "vierihoitoon" toimistolle. Liikkuvuutta emme ole resurssoinnista johtuen vielä päässeet kehittämään laajemmalle. Tällä hetkellä liikkuminen tapahtuu vain akuuttipaikalla olevan potilaiden tarpeen mukaan.

Olen pohtinut, olisiko pitänyt olla perustamatta kaksi kiinteää akuuttipaikkaa ja vastata tarpeisiin potilaan tilanteen mukaan muuten joustavasti. Akuuttipaikkojen toiminta aloitettiin 2.6.2008 eikä Kellokosken sairaalan vastaanotto-osastolta ole tullut yhtään lähetettä kesän aikana, vaikka oletimme sen olevan suurin yhteistyökumppanimme. Asiakaskuntien perusterveydenhuoltoon akuuttipaikkoja ei tosin vielä ole mainostettu. Akuuttipaikat voisivat olla ennemminkin seurantapaikkoja muutamaksi päiväksi, jos tiiviit tapaamiset poliklinikalla lisänä kotikäynnit ja perhetapaamiset eivät riitä. Pääpaino olisi kuitenkin muussa kuin "vierihoidossa".

Pystyisimme tavoittamaan suuremman volyymin asiakkaista, jos tekisimme liikkuvaa akuuttia poliklinikatyypistä toimintaa. Tarpeen mukaan voisi olla myös lyhyitä seurantoja akuuttipaikalla, jos sairaalahoito muuten näyttäisi välttämättömältä. Pitäisi miettiä myös sitä, olisiko seurantapaikat hyvä olla vastaanotto-osaston yhteydessä niin sanottuina päiväpaikkoina, jolloin akuuttipoliklinikan työntekijät toimisivat kyllä hoitajina, mutta voisivat myös olosuhteiden vuoksi liikkua paremmin. Pohdin myös sitä, miten hyvin perusterveydenhuolto osaa arvioida akuuttia avohoitoa vaativia potilaita. Sen vuoksi aluksi olisi hyvä saada potilaat sairaalan päästä ja joko ehkäistä tai lyhentää sairaalajaksoa ja näin ollen tulla taloudellisemmaksi asiakaskunnille. Jotenkin viesti ei ole mennyt perille vastaanotto-osastolle, sillä on vaikea kuvitella, että siellä ei olisi potilaita, joita voi osoittaa meille.

Selvät rajanvedot erikoistuneiden ammattilaisten kesken ovat hyödyllisiä erikoisosaamista vaativien tehtävien hoitamiseksi, mutta ne ovat haastavia kohdattaessa ilmiöitä, jotka eivät istu sektorijärjestelmän työnjakoon. Jos potilailla on monitahoisia pulmia, he joutuvat asioimaan usealla taholla yhtä aikaa tai peräkkäin. Rajanylitykset koskevat sekä asiantuntija jär-

jestelmän sisäisiä että asiantuntijoiden ja "maallikoiden" välillä tapahtuvia kohtaamisia. (Seikkula & Arnkil 2005, 9, 10.) Rajojen ylittäminen poliklinikoiden välillä, sairaalan ja avohoidon välissä sekä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välissä on haasteellista. Olemme päätyneet siihen, että ainoa keino on tutustuminen j puolin ja toisin sekä liikkuminen potilaan mukana eri toimipisteisiin.

Olemme saaneet koulutusta, (joka on käytännössä ollut ohjausta) dialogisuuteen vuorovaikutuksessa. Myös perheen ja verkoston huomiointi on ollut tärkeä päämäärämme. Avohoidossa pitkään elänyt perinne tehdä työtä yksin potilaan kanssa on juurtunut syvälle. Sen muuttaminen yhdessä työskentelyksi potilaan ja tämän luontaisen ja viranomaisverkoston kanssa ei tule olemaan helppoa. Olemme kuitenkin ottaneet tässä jo askeleita. Voidaan todeta, että kynnysen ylittäminen tuntuu aluksi suurelta haasteelta, mutta vain ryhtymällä harjoittelemaan saadaan aikaan aluksi pieniä muutoksia, joita sitten voi kokemuksen karttuessa suositella rohkaisuksi muille.

Akuuttihoito on lyhytaikaista. Sen vuoksi helposti syvälle meneviä kahdenkeskisiä hoitosuhteita on jo eettisestikin arveluttavaa muodostaa. Vaikka asioita käsiteltäessä rajan yrittää pitää tämän hetken ongelmassa, siinä onnistuminen ei aina ole kovin helppoa. Ratkaisuna tähän on juuri yhdessä työskenteleminen. Avohoidossa potilaan pitää selviytyä illat, yöt ja viikonloput omassa kotiympäristössään. Tämän vuoksi on luontevaa, että omaiset ovat tiiviisti mukana hoidossa. Omahoitaja tapaa potilasta kyllä kahdenkin kesken, mutta ainakin viikoittain on yhteisiä palaverieita, joissa on mukana myös lääkäri, muut hoitoon osallistuvat ihmiset sekä omaiset. Tämä on sellainen malli, joka olisi mielestäni erittäin suotavaa psykiatrisessa hoidossa ylipäänsä. Dialoginen toimintamalli on asiakaslähtöinen työskentelytapa, joka joustaa potilaan tarpeesta lähtien. Siinä ei ole tiukkoja periaatteita. Tärkeintä on dialogi potilaan ja tämän verkoston kanssa. Toivomme, että kehittämishankkeella on perhosefekti: kun me akuuttipoliklinikalla räpyttelimme dialogiharjoituksissa, se leviää organisaatiossa tiedostetummaksi asiaksi.

Tällainen yhdessä työskentely vaatii työryhmältä arvostusta ja luottamusta kaikkien asiantuntijuuteen. Lääkärin rooli on ehkä hieman erilainen kuin se on perinteisesti ollut. Lääkäri on vain yksi "ääni" muiden joukossa. Hienoa tässä on se, että potilaan hoito suunnitellaan aina yhdessä potilaan ja tämän omaisten kanssa. Myös diagnosoinnissa käydään potilaan ja tämän omaisten kanssa yhdessä läpi erilaisia kriteereitä ja diagnooseista etsitään mahdollisimman hyvin potilaan oireisiin sopiva vaihtoehto. Tämä on tasa-arvioista sekä työryhmän sisällä että potilastyöskentelyssä. Täytyy kuitenkin muistaa, että hoitamamme potilaat ovat avohoidossa ja näin ollen sitoutuneet hoitoonsa vapaaehtoisesti. Tällainen työskentelymalli ei tässä muodossa soveltuisi luultavasti sairaalamaailmaan.

Yhdessä tehdyssä SWOT-analyysissä omia sisäisiä heikkouksia ei juurikaan noussut esiin. Työryhmämme on nuori ja voidaan olettaa, että omat vahvuudet ja heikkoudet eivät täysin ole selvillä. Vahvuuksista puhuminen on helpompaa. Analysointi siirtyi kehittämistyöstä aika pian organisaation tasolle. Toisaalta johdolla on suuri rooli kehittämistyön mahdollistajana. Siksi oli hyvä käydä asioita laajemmalti läpi johdon kanssa. Kaiken kaikkiaan itselleni kirkastui se, että lähijohto ei ollut ottanut tarpeeksi vahvaa roolia, vaan työntekijät ”turvasivat” ylemmän johtoon, jonka visiot ovat selkeämmät. Jos työlle tulee tarpeeksi tukea lähijohdolta, ei ylemmän johdon mielipiteitä kaivata, koska ne välittyvät lähijohdon kautta. Tärkeää on, että eri johtoportaisissa suuret linjat ovat yhteneväisiä, vaikka lähijohdolla olisikin yksityiskohtaisia ja käytännönläheisiä visioita. Talousosaamista olisi ehkä hyvä vahvistaa koko henkilökunnan keskuudessa, koska siitä ollaan kiinnostuneita, mutta ei oikein tiedetä, miten asiat etenevät ja mihin voi vaikuttaa. Työhyvinvointisuunnitelman laatiminen yhdessä työntekijöiden kanssa on nyt ajankohtainen asia.

Hankkeessa kirjoitettiin erilaisia tekstejä, tutustuttiin kirjallisuuteen, käytiin tutustumiskäynneillä, saatiin koulutusta ja ohjausta. Teoreettinen viitekehys rakensi kuvaa asiakaslähtöisestä toimintatavasta. Oman työskentelyämme ja tavoitteitamme refleктоitiin kaikkeen oppimaamme. Asioille annettiin nimiä ja ne käsitteellistettiin. Avoimen dialogin mallista muovautui pikkuhiljaa dialoginen toimintamalli, jolla teemme ja haluamme tehdä työtä. Esittelimme hanketta 21.1.2009 avohoidon akuuttiyksikön työntekijöille ja ylemmälle johdolle. Hanke kosketti eniten akuuttipoliklinikan työryhmää. Olemme tyytyväisiä hankkeen aikana opittuihin asioihin ja ennen kaikkea avoimeen keskusteluilmaperiin, jossa jokaisella on ollut rohkeutta kertoa mielipiteensä. Ylempi johto on palautteensa perusteella tyytyväinen hankkeen toteutukseen. Ristiriitoja on lähinnä kehittämissuunnasta.

Henkilökohtaisesti olen tämän hankkeen avulla ”päässyt sisään” työryhmään ja monimuotoisen yhteistyön avulla tutustunut toimijoihin organisaation sisällä ja ulkopuolella. Vastuu hankkeen eteenpäin viemisestä ei ole tuntunut raskaalta, koska olen saanut täysivaltaisen tuen työryhmältä ja tuntenut nauttivani myös johdon luottamusta. Olen mielestäni onnistunut innoittamisessa ja sitouttamisessa. Suunnitelmissa kaikki kohdat ovat onnistuneet. Jos olisin ollut mukana jo alun alkaen hankkeen ideoinnissa, olisin ehkä kartoittanut kehittämistarpeet yksityiskohtaisemmin ja ottanut kunta-asiakkaat mukaan suunnitteluun. Jo ideointi ja suunnittelu olisivat tapahtuneet isommalla kokoonpanolla, olisivat hankkeen hyödyt myös levinneet laajemmalle. Aikataulu oli todella tiukka, sillä hankkeen käynnistyminen odotti meidän uusien työntekijöiden aloittamista työtä. Itse tulin viimeiseksi huhtikuun lopussa. Hankkeen toiminta-aika jäi näin kahdeksaan kuukauteen ja välissä oli vielä kesälomat. Suunnitelmista oli vain väljät hahmotelmat hankerahahakemuksesta, joten yksityiskohtainen suunnittelu ja toteutus tapahtuivat todella nopealla aikataululla. Työryhmä oli myös uusi, jolloin luottamuksen löytymiseen meni jonkin aikaa. Onneksi refleктоiva ja avoin yhteistyö syntyi nopeasti.

Näin hankkeen jälkeen voitaisiin tietysti arvioida, missä olisimme nyt, jos koko hanketta ei olisi ollutkaan. Toiminnan suunnittelu olisi ainakin edennyt rauhallisemmin ja eri toimintatapojen kokeilua olisi ehkä harkittu pidempään. Mikään ei kuitenkaan kaduta ja olemme loppu viimein erittäin tyytyväisiä työskentelyymme. Jo aikaa olisi ollut enemmän, hanke olisi ehkä koskettanut enemmän koko avohoidon akuuttiyksikköä. Nyt se jäi enemmän käytännön toiminnan kehittämiseksi akuuttipoliklinikalle, joka on kuitenkin vain pieni osa yksikköä. Ison yksikön yhtenäistymiseen tällä hankkeella ei päästy, mutta ehkä ainakin yhteistyön alkuun. Tämä prosessi on voimaannuttanut meitä akuuttipoliklinikan työntekijöitä ja se onkin merkittävä tulos sinänsä.

Lähteet

- Aaltonen, J. 2007. Vaikeat mielenterveydenhäiriöt yhteiskunnan kuvastajina. Teoksessa Eskola, J & Karila, A. Mielekäs Suomi. Näkökulmia mielenterveystyöhön. Edita Prima Oy: Helsinki, 64-85.
- Barker, P, Jackson, S & Stevenson, C. 1999. What are psychiatric nurses needed for? Developing a theory of essential nursing practise. *Journal on Psychiatric and Mental Health Nursing* 6, 273-282.
- Harajärvi, M, Pirkola, S & Wahlbeck, K. 2006. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa – MERTTU -tutkimuksen palvelukatsaus. Acta NRO 187. Kuntaliitto: Helsinki. Saatavissa myös verkkojulkaisuna: <http://www.stakes.fi/pdf/mentalhealth/187merttuverkkoon.pdf>
- Heikkilä, J. & Heikkilä, K. 2001. Dialogi - Avain innovatiivisuuteen. WS Bookwell Oy: Juva.
- Holi, M. ja akuuttipoliklinikan esimiestyöryhmä. 2007. Toimintasuunnitelma akuuttipoliklinikalle. 12.9.2007.
- Holi, M. & Kontio, R. Helsingin ja Uudenmaansairaanhoitopiiri. Hyvinkään sairaanhoitoalue. Psykiatrian tulosyksikkö. Akuuttipsykiatrian vastuualueen strategia vuosille 2008-2017.
- Hummelvoll, J.K. & Severinsson, E.I. 2001. Imperative ideals and the strenuous reality: focusing on acute psychiatry. *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing* 8 (1), 17-24.
- Hyvinkään sairaanhoitoalueen akuuttipsykiatrian vuoden toimintasuunnitelma ja tulokortti vuodelle 2008.
- Hyvönen, s. 2004. Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä - tutkimus perusterveydenhuollon mielenterveystyöstä. Tampereen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print: Tampere.
- Janhonen, S. 1999. Dialoginen vuorovaikutus tutkimuskohteena: yksilöllisellä ja jaetulla tiedostamisella kohti potilaslähtöistä hoitoa. *Hoitotiede* 11 (6), 334-339.
- Kiikkala, I. 2000. Asiakaslähtöisyys toiminnan periaatteena sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Nouko-Juvonen, S, Ruotsalainen, P & Kiikkala, I. Hyvinvointipalvelun palveluketjut. Tammer-Apino Oy: Tampere, 112- 121.
- Koivisto, K. 2003. Koettu hallitsematon minuus psykoottisen potilaan hoitotyön lähtökohdaksi. Acta Universitatis. Ouluensis. D 721. Oulu University Press: Oulu.
- Kokko, S. 2004. Mielenterveystoimiston asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä. Arvototeoreettinen näkökulma mielenterveystyöhön. Acta Universitatis Ouluensis D 785. Oulu University Press: Oulu.
- Korhonen, T, Vehviläinen-Julkunen, K & Pietilä, A. 2008. Do nurses in adult psychiatry take into consideration the support network of families affected by parental mental disorders? *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing* 15, 767-776.
- Latvala, E. 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä. Acta Universitatis. Ouluensis D 490. Oulu University Press: Oulu.
- Lavikainen, J, Lahtinen, E & Lehtinen, V. 2004. Mielenterveystyö Euroopassa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä: 2004:14. Edita Prima Oy: Helsinki.
- Lehtinen, V & Taipale, V. 2005. Mielenterveystyö ja psykiatrinen sairaanhoito. Teoksessa Aromaa, A, Huttunen, J, Koskinen, S & Teperi, J. (toim.) Suomalaisten terveys. Saarijärven Offset Oy: Saarijärvi.

- Mielenterveyslaki (1116/1990) Finlex. Valtion säädöstietopankki.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>. Luettu 3.10.2008.
- O`Donovan, A. 2007. Patient-centred care in acute psychiatric admission units: reality on rhetoric? *Journal on Psychiatric and Mental Health Nursing* 14, 542-548.
- Piippo, J & Aaltonen, J. 2007 Mental Health: integrated network and family-oriented model for co-operation between mental health patients, adult mental health services and social services. *Journal of Clinical Nursing*. Volume 13 (7), 876-885.
- Ruotsalainen, P. 2000. Asiakaslähtöinen palveluketju ja tietoteknologia. Teoksessa Nouko-Juvonen, S, Ruotsalainen, P & Kiiikkala, I. Hyvinvointipalvelun palveluketjut. Tammer-Apino Oy: Tampere, 8-32.
- Seikkula, J & Alakare, B. 2004. Avoin dialogi - vaihtoehtoinen näkökulma psykiatrisessa hoitojärjestelmässä. *Duodecim* 120(3), 289-96.
- Siponen, U & Välimäki, M. 2003. Patient`s satisfaction with outpatient psychiatric care. *Journal on Psychiatric and Mental Health Nursing* 10, 129-135.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Oppaita 2001:9. Saatavilla myös verkkojulkaisuna:
<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/mielenterv/laatusuositus.pdf>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008a. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämishanke. KASTE 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja: Helsinki. Saatavissa myös verkkojulkaisuna:
<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2008/06/hl1212563842632/passthru.pdf>.
 Luettu 4.11.2008.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008b. Uusi terveydenhuoltolaki. Terveydenhuoltolakityöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:28. Saatavissa myös verkkojulkaisuna:
<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2008/06/pr1214211442205/passthru.pdf>.
 Luettu 28.11.2008.
- Syrjäpalo, K. 2006. Arvot ja arvostukset psykiatrisessa hoidossa. Henkilökunnan ja potilaiden näkemyksiä hoidon nykytilasta. *Acta Universitatis Ouluensis D* 871. Oulu University Press: Oulu.
- Tiri, H. Psykiatrisen hoidon tuloksellisuus.2001. Potilaiden, omaisten, työntekijöiden ja päätäjien käsityksiä hoidon tuloksellisuudesta ja siihen liittyvistä tekijöistä. *Hoitotiede* 13 (2), 87-98.
- Tuominen, K. 1994. Benchmarking prosessiopas. Opi ja kehitä kilpailijoita nopeammin. Metalliteollisuuden Kustannus Oy: Tampere.
- Åsted-Kurki, P & Paunonen, M. 1999. Perhehoitotieteen tulevaisuuden näkymiä. *Hoitotiede* 11 (6), 340-345.

Perustiedot	Hankkeen nimi Asiakaslähtöinen avohoito akuuttipoliklinistä ja kriisityövalmiutta kehittämällä Vai? Asiakaslähtöinen avohoito hoitoprosesseja ja akuuttitoimintaa kehittämällä	
	Yksikkö HUS, Hyvinkään sairaanhoitoalue, Psykiatrian tulosyksikkö	
Hankkeen tarkoitus ja merkitys HUS:n kannalta	Hankkeen tarkoituksena on uudistaa Hyvinkään sairaanhoitoalueen psykiatrissa avohoitoa asiakaslähtöiseksi hoitoprosesseja kehittämällä. Toimintaa kehitetään akuuttiin vaiheeseen painottuvaksi, jotta minimoidaan psykiatristen sairauksien eläköivä vaikutus. Psykiatrian tulosyksikkö siirtää resursseja sisäisesti sairaalasta avohoitoon, mm. kriisityöryhmän perustamiseen. Päiväosastolle avataan akuuttipaikkoja, joihin otetaan päivystyspotilaita, jotka ovat psykiatrisen akuutin osastohoidon tarpeessa. Näin vältetään ympärivuorokautiseen osastohoitoon joutumista. Hankkeen tarkoituksena on psykiatrian strategian mukaisesti siirtää hoidon painopiste avohoitoon, vastata asiakkaan tarpeeseen nopeasti ja joustavasti, hävittää PTH-ESH:n, avohoidon-sairaalan sekä psykiatristen työyksiköiden rajoja.	
Hankkeen toteuttamistapa ja -menetelmät	Hankkeessa tutustutaan valtakunnallisella ja kansainvälisellä tasolla toimiviin ja joustaviin prosessimallin mukaisiin psykiatrian yksiköihin. Hyvinkään sairaanhoidon avohoidon akuuttitoiminta kehitetään näiden pohjalta. Oppia haetaan kirjallisuuden, opintokäyntien avulla työntekijöiden työn sisällön ja toimitilojen suunnitteluun sekä uusiin työmuotoihin yhteistyössä perusterveydenhuollon ym kunnan toimijoiden kanssa. Uuteen toimintaan liitetään alusta alkaen tutkimustoiminta, jossa tutkitaan uuden aloitettavan toiminnan vaikuttavuutta potilaiden, henkilökunnan ja organisaation näkökulmasta. Tämä tutkimustoiminta vaatii alkuun ylimääräistä panostusta, että siitä saadaan vakiintunut tapa seurata toimintaa ja sen vaikuttavuutta myös pitemmällä aikajänteellä.	
Raportointi ja hyödyntäminen	Miten tulokset raportoidaan ja hyödynnetään x ohje ao. yksikössä x ohje HUS:n alueella, missä HUS-psyk.toimiala x julkaisu kansallisella tasolla, missä Lääkärilehti x julkaisu kansainvälisellä tasolla, missä Psykiatrian tai hoitotieteen julkaisussa <input type="checkbox"/> muu, mikä	
T&K-hankkeen vastuuhenkilö ja sitoumus	Siinä tapauksessa, että T&K-hankeraha myönnetään, allekirjoittanut sitoutuu hakemaan hankkeelle toteuttamisluvan. Allekirjoittanut sitoutuu myös ottamaan HUS:n ulkopuolisilta tutkimukseen osallistuvilta henkilöiltä kirjallisen vaihtolouksumuksen. Allekirjoittanut sitoutuu antamaan kirjallisen selonteon varojen käytöstä ja saavutetuista tutkimustuloksista hankkeen loppumista seuraavan vuoden toukokuun loppuun mennessä. Allekirjoittanut sitoutuu ilmoittamaan HUS:n nimen kaikissa T&K-määrärahalta syntyneissä julkaisuissa. Työsuhdekeksinnöistä allekirjoittanut sitoutuu viipymättä tekemään työsuhdekeksintöilmoituksen yleiskirjeen 4/2002 mukaisesti.	
	Päivämäärä 1.10.2007	Vastuuhenkilön/hakijan allekirjoitus ja nimen selvitys Matti Holi, LT, dosentti, ylilääkäri

Johtoryhmän käsittely	Pidämme suunniteltua hanketta tulosalueen tai liikelaitoksen kannalta x erittäin tärkeänä <input type="checkbox"/> tärkeänä <input type="checkbox"/> vähemmän tärkeänä	
	Suunnitellulla hankkeella on tulosaluetta tai liikelaitosta laajempaa merkitystä x kyllä, miten? Valtakunnallinen ja kansainvälinen merkitys yhtenäistettäessä psykiatrian koulutusta <input type="checkbox"/> ei	
	Hanke on tärkeä x taloudellisen, tuottavuuden ja tehokkuuden lisäämiseksi x laadunvarmistamiseksi x alan kehityksen vuoksi x toiminnan kehityksen vuoksi <input type="checkbox"/> muu syy, mikä	
	Mikäli määräraha myönnetään, voidaan ehdotettujen viran-/toimenhaltijoiden osallistuminen järjestää x varmasti <input type="checkbox"/> ehkä <input type="checkbox"/> epätodennäköisesti	
	Päivämäärä	Tulosalueen johtajan tai liikelaitoksen toimitusjohtajan allekirjoitus ja nimen selvitys

Liite 2

HELSINGIN JA UUDENMAAN
SAIRAANHOITOPIIRIN KUNTAYHTYMÄ

T&K-HANKKEEN 2008
KUSTANNUSARVIO

T&K-hankkeen vastuuhenkilön nimi
Holi Matti

Palkat. Työvoiman palkkauksen aiheuttamat kustannukset. Jo hakuvaiheessa on selvitettävä henkilön ammatillisen koulutuksen mukainen palvelussuhteen nimike (esim. sairaanhoitaja, osastonlääkäri), ko. nimikkeen mukainen palkka, palkkausajat ja kokonaiskustannukset työsopimussuhteissa eriteltynä. Palkan kokonaiskustannusten laskemiseen käytetään kerrointa 1,6.

Sairaanhoitaja
palkkaus aika 2 kk:
4 000€ x 1.6 = 6 400€

6 400€

Osastonhoitaja
palkkaus aika 1 kk:
2 500 € x 1.6 = 4 000€

4 000€

Sairaanhoitaja irrotetaan perustehtävästä suunnittelemaan uuden toiminnan tutkimusta vastuualueen ylilääkärin, apulaisyliääkärin ja/tai ylihoitajan ohjauksessa. Osastonhoitaja irrotetaan perustehtävästä suunnittelemaan uuden työyksikön koulutusta, työmuotoja, opintokäyntejä, tiloja ylihoitajan ja ylilääkärin ohjauksessa.

yhteensä: 10 400€**Kestokulutustarvikkeet ja materiaalit** (ml. alle 10 000 euron laitteet)**Matkat.** Matkakohde ja matkan tarkoitus.

Tutustumiskäynnit kehityksen kärjessä oleviin vastaaviin yksiköihin Suomessa (mm. Lappeenranta, Helsinki) ja ulkomailla (mm. Oslo), jolloin saadaan vinkkejä, tietoa uuden toiminnan aloittamista varten. Tutustuminen ja verkostoituminen moniammatillisena ryhmänä. Tämän jälkeen mahdollisesti ko. yksiköiden huippuasiantuntijat voisivat tulla luennoimaan käyttökelpoisista hoitomuodoista, hoitokäytännöistä Hyvinkään sairaanhoitoalueelle.

1500€ Opintokäynnit Suomessa.

1200€ x 5 henk. = 6 000 € (Oslo)

yhteensä 7 500€**Muut menot**

Koulutuksen järjestäminen esim. suuroidaalisen potilaan hoito avohoitopainotteisesti, johon voi osallistua avohoidon (PTH; ESH) ja sairaalan työntekijät yhdessä. Pyydetään kansallisia ja kansainvälisiä luennoitsijoita, joiden kanssa verkostoiduttu.

1500 €**T&K-määräraha yhteensä****19 400 €**

T&K-hankkeen vastuuhenkilön vahvistus kustannusarviolle

1.10.2007

Allekirjoitus

Liite 3

T&K-rahojen käyttö

(Elina Syrjälä)

Perustehtävän kirkastaminen/virkistäytyminen Sveitsin maja 20.5	200 - 300
18.6. Tutustuminen Lappeenrannan päiväosastoon	430
3.7 Tutustuminen Pitkäniemen Rajapintatyöryhmään	355
Marju Leinonen (arviointihoitajien tiimiohjaus syksy -08)	1500 + 75
Pekka Borchers (avoin dialogi, perhetyö koko yksikkö)	1200
Elinan kirjoitusvapaan sijainen 4 pv +1.-28.10.08	4000
Hannan kriisi-interventiokoulutus	1790
Depressiofoorumi (Marjut, Hilve + Marja-Leena)	975
Oslo (lennot, majoitus, pv-rahast) 6 hklö	3000
Pekka Borchers arviointi akuuttipaikat 3x45min	400
Käännös esitteestä ruotsiksi	400
Tarja Melartin. joustavuus ja liikkuvuus	200
yht.	n. 14 600

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin (Pitkäniemen sairaalassa) Rajapintatyöryhmä toimii sairaalan ja avohoidon välimaastossa. Työryhmä ottaa hoitoonsa potilaita, jotka tarvitsevat intensiivistä hoitoa, mutta eivät ensisijaisesti osastohoitoa. Rajapintatyöryhmä voi tarjota poliklinista hoitoa päivittäin. Potilailta ja omaisilla on päivittäin mahdollisuus puhelinyhteyteen. Poliklinikalle tulon vaihtoehtona ovat kotikäynnit ja päiväpsykiatrisena potilaana olo. Perhekäyntisarja on mukana potilaan oman tuen lisäksi.

Tutustuminen Rajapintatyöryhmään ja Lappeenrannan päiväosastoon on perusteltua, koska haluamme selvittää käytännön asioita ja saada viitteitä siitä, miten muualla toimitaan esim. hätätilanteissa, turva-asioissa yms. Kysyimme tilataksiyrittäjältä (nro:n saimme Kellokoskelta osasto 12) tarjousta kyydityksistä ja Tampereelle maksaa noin 350€ ja Lappeenrantaan noin 450€. Tämä sisältää kahden tunnin odotuksen molemmissa paikoissa. Pitkäniemeen on lähdössä seitsemän ihmistä ja Lappeenrantaan tällä hetkellä neljä. Tilataksissa on kahdeksan paikkaa. Pysähdyimme matkalla syömään tai kahville omakustanteisesti. Rajapintatyöryhmästä oh Tammentie arvelee, että toiminnan esittelyyn riittää kaksi tuntia. Samoin Lappeenrannasta pyysivät tulemaan vasta klo 14. Tutustumiset on esitelty isossa kokouksessa maanantaina ja halukkaat tiedusteltu. Tampereelle lähdössä Maria, Elina, Hanna, Hilve, Marjut, Marja-Leena ja Helena, Lappeenrantaan Maria, Elina, Hanna ja Marjut.

Avohoidon akuuttipaikoilla otamme potilaan hoitoon mukaan perheen. Tämän vuoksi haemme ja tarvitsemme joustavan lähestymistavan. Avoin dialogi vastaa tähän tarpeeseen. Ylihoitaja Soininen kävi alustamassa aiheesta ja ihmiset kiinnostuivat. Pekka Borchers kouluttaa meitä aiheesta kolme aamupäivää, josta kaksi on teoriaa ja yksi casejä. Koulutuspäivät ovat kaikille akuuttiyksikön työntekijöille avoimia. Jatkossahan meidän pitää etsiä ryhmätyönohjaaja, joka tukee perustyötämme (kunhan se ensin muotoutuu). Vuoden 2009 toivomme saavamme työnohjaajaksi Borchersin, koska hänellä on vahva perhekeskeinen katsontakanta ja kokemusta akuuttityöstä.

Oslon Ullevålin yliopistosairaala on t&k-hakemusta tehtäessä noussut kirjallisuuden perusteella edistykselliseksi avohoitopalveluidensa suhteen. Sinne matkat, majoitus ja päivärahat ovat n. 500€/henkilö. Tutustumiskäynnille lähtevät Maria, Hanna, Hilve, Marja, Salme ja Anne. Este pitää kääntää ruotsiksi (400€).

Depressiofoorumin terveisinä (Marjut, Marja-Leena ja Hilve) liikkuvasta ja joustavasta työskentelyotteesta tulee alustaan Tarja Melartin, joka on tehnyt sellaista työtä Vantaalla.

Elinan kirjoitusvapaan sijaiseksi tulee Minna Kaasinen. Kirjoitusvapaalla on tarkoitus muotoilla esiteteksti intraan ja esitteeksi, kirjoittaa lyhyt kuvaus toiminnasta Linkki-lehteen sekä kirjoittaa yhdessä yh Kontion ja koul.al.joht. Paasovaaran kanssa artikkeli Sairaanhoidajalehteen käytännön psykiatrisesta hoitotyöstä avohoidon akuuttipsykiatriassa.

Liite 4

SWOT-analyysin tulokset

<p style="text-align: center;">VAHVUUDET (sisäiset)</p> <p style="text-align: center;">toimiva tiimityö ammattitaito, kokemus, asiantuntijuus nöyryys ja joustavuus, mutta myös rajauskyky fyysiset tilat terveet ja viihtyisät hyvä työilmapiiri ja yhteishenki potilas toiminnan keskipisteenä, potilaan parasta ajatellaan innokkuus suunnitella ja kehittää toimintaa</p>	<p style="text-align: center;">HEIKKOUEDET (sisäiset)</p> <p style="text-align: center;">tietotekniikan käyttö työstä turvallisuus kyseenalaista, koska vain tietokoneeseen kytketty hälytysjärjestelmä tilanpuutetta, kaikille ei omia työhuoneita psykologin palvelut liian vähäisiä jatkuvat organisaatiomuutokset rajapintatyö lapsenkengissä tiedonkulussa ongelmia johdolta ei saa positiivista palautetta</p>
<p style="text-align: center;">MAHDOLLISUUDET (ulkoiset)</p> <p>yhteistyökumppanuus PTH:n ja kolmannen sektorin kanssa lisääntymässä itsenäinen työ johdon luottamus itsenäiseen päätöksentekoon saa kokeilla, tutkia ja kehittää hoitohenkilökunnalla hyvä mahdollisuus sisällöllisesti kehittää työtään</p>	<p style="text-align: center;">UHKAT (ulkoiset)</p> <p>asiakaslähtöisyys jää talouden ja yhteiskunnasta tulevien muutospainoiden jalkoihin taloudelliset resurssit eivät riitä työnohjaukseen, koulutukseen ja riittävään henkilöstön määrään henkilöstö vaihtuu, kuka huolehtii jatkuvuudesta ja kehittämisestä tehokkuusvaatimukset, paine ja kiire vs. hoidon laatu strategia näyttää paperilla täydelliseltä, mutta käytännössä se on toisin esimiesten kaksoisviestintä toimintojen yhdistäminen liian isoiksi kokonaisuuksiksi, jolloin välinpitämättömyys, ei yhteyttä ei tarpeeksi monipuolisia palveluita johdon vaihtuessa linjaukset muuttuvat</p>

	<p>VAHVUUDET (S)</p> <p>toimiva tiimityö ammattitaito, kokemus, asian- tuntijuus nöyryys ja joustavuus, mutta myös rajauskyky fyysiset tilat terveet ja viih- tyisät hyvä työilmapiiiri ja yhteishenki potilas toiminnan keskipistee- nä, potilaan parasta ajatellaan innokkuus suunnitella ja kehit- tää toimintaa</p>	<p>HEIKKOUEDET (W)</p> <p>tietotekniikan käyttö työstä turvallisuus kyseenalaista, kos- ka vain tietokoneeseen kytket- ty hälytysjärjestelmä tilanpuutetta, kaikille ei omia työhuoneita psykologin palvelut liian vähäi- siä jatkuvat organisaatiomuutokset rajapintatyö lapsenkengissä tiedonkulussa ongelmia johdolta ei saa positiivista pa- lautetta</p>
<p>MAHDOLLISUUDET (O)</p> <p>yhteistyökumppanuus PTH:n ja kolmannen sektorin kanssa lisääntymässä itsenäinen työ johdon luottamus itsenäiseen päätöksentekoon saa kokeilla, tutkia ja kehittää hoitohenkilökunnalla hyvä mahdollisuus sisällöllisesti kehittää työtään</p>	<p>S+O=</p> <p>ASiantuntijuus POIKKIORGANISATORISESTI JAETTU ASiantuntijuus TIIMEISSÄ, HILJAINEN TIETO NÄKYVÄKSI (avoimuus, luottamus) TILAA HENK.KOHT JA YHTEISELLE OPPIMISELLE INNOKKUUS LISÄÄ UUSIEN RATKAISUJEN LÖYTYMISTÄ</p>	<p>O+W=</p> <p>AKTIIVISUUS ATK-OHJELMIEN KEHITTÄMISESSÄ TURVALLISUUSASIOIDEN ESILLÄ PITÄMINEN TIETO PSYKOLOGI PUUTTEESTA ESIMIEHILLE ERI YHTEYKSISSÄ TIETOINEN TOIMINTAPAOJEN MUUTTAMINEN YKSITTÄISTEN POTILAIDEN KAUTTA PYYDETÄÄN PALAUTETTA JOHDOLTA PIENET KÄDENOJENNUKSET TYÖNTEKIJOILLE</p>
<p>UHKAT (T)</p> <p>asiakaslähtöisyys jää talouden ja yhteiskunnasta tulevien muutospaineiden jalkoihin taloudelliset resurssit eivät riitä työohjaukseen, koulutukseen ja riittävään henkilöstön määrään henkilöstö vaihtuu, kuka huolehtii jatkuvuudesta ja kehittämisestä tehokkuusvaatimukset, paine ja kiire vs. hoidon laatu strategia näyttää paperilla täydelliseltä, mutta käytännössä on toisin esimiesten kaksoisviestintä toimintojen yhdistäminen liian isoiksi kokonaisuuksiksi, jolloin välinpitämättömyys, ei yhteyttä ei tarpeeksi monipuolisia pal- veluita johdon vaihtuessa linjaukset muuttuvat</p>	<p>S+T=</p> <p>KAIKKEEN EI VOI VAIKUTTA EIKÄ TARVITSE MUISTETAAN PITÄÄ POTILAS ETUSIJALLA PIDETÄÄN OMA VIESTINTÄ SUORANA HUOLEHDITAAN PEREHDYTYKSESTÄ "MITATAAN" LAATUA YHDESSÄ SUUNNITELLUI MITAREILLA LUODAAN YHTEINEN KÄSITYS ASIKASLÖHTÖISYYDETTÄ, MIETITÄÄN, MITÄ SE KÄYTÄNNÖSSÄ EDELLYTTÄÄ MUISTETAAN, ETTÄ POTILAILTA SAATU KIITOS ON PAINAVAMPAA</p>	<p>T+W=</p> <p>TALOUDELLISUUS OMISSA TOIMISSA YHTEISTYÖN TIIVISTÄMINEN KUNTIEN KANSSA, PTH:N MIELENTERVEYSTYÖN TUKEMINEN YHTEISKUNNALLISEN KEHITYKSEN SEURAAMINEN PIDETÄÄN POTILAAN ETU ESILLÄ KAIKISSA YHTEYK- SISSÄ, PUHUTAAN ASIASTA YRITETÄÄN OLLA JUUTTUMATTA MUUTOKSEN VASTARINTAAN AVOIMET Keskustelut JOHDON KANSSA VISION SELKIYTTÄMINEN POTILAS NRO. 1, EI TALOUS</p>

Liite 5

HYVINKÄÄN SAIRAANHOITOALUE
PSYKIATRIAN TULOSYKSIKKÖ
AKUUTTIPSYKIATRIAN VASTUUALUE

OPINTOMATKA OSLOON
ULLEVÅLIN YLIOPISTOSAIRAALAN
AKUUTTIPSYKIATRIAN YKSIKKÖÖN
27.11. - 28.11.2008

RAPORTTI 21.01.2009
Maria Ahtola, Marja Jokinen,
Anne Kuparinen, Salme Nepponen,
Hanna Palmu, Hilve Puhakka

1 pintomatkan tavoite

Opintokäynnin tavoitteena oli tutustua Oslossa Ullevålin yliopistosairaalan akuuttipsykiatriseen avohoitotoimintaan. Opintomatkalta kertynyttä tietoa on tarkoitettu soveltaa akuuttitoiminnan kehittämiseen Hyvinkään sairaanhoitoalueen psykiatrisessa avohoidossa, akuuttipsykiatrian vastuualueella.

2 Opintomatkan rahoitus ja käytännön toteutus

Järvenpään, Mäntsälän ja Tuusulan alueilla on kehitetty psykiatrista avohoittoa (JMT), ja tehty suurehko organisaatiomuutos. V. -2007 perustettiin avohoidon akuuttiyksikkö, jonka toiminnan kehittämiseen on haettu ja saatu T&K -rahoitusta. Näistä rahoista osa käytettiin tämän opintomatkan kustannuksiin.

Matka suuntautui Norjaan, Osloon, Ullevålin yliopistosairaalaan. Matka toteutettiin 27.11.-28.11.2008 välisenä aikana.

Opintomatkalle osallistuivat ; el Maria Ahtola, sh Hilve Puhakka ja sh Hanna Palmu JMT Järvenpään akuuttipoliklinikalta, sh Marja Jokinen Järvenpään päiväosastolta sekä sh Anne Kuparinen ja ett Salme Nepponen Hyvinkään päiväosastolta.

3 Yleistä Norjan terveydenhuollosta

Terveydenhoito Norjassa on jaettu perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Psykiatria on jaettu piireihin/ alueisiin. Erikoissairaanhoidon sairaaloissa on muutettu diagnoosilähtöiseksi. Avoterveydenhuoltoon muutosta ei ole lähdetty toteuttamaan hankkeen laajuuden ja vaativuuden takia. Terveydenhuolto Norjassa suunnitellaan pidemmille ajanjaksoille. Opintomatkan ajankohtana siellä oli meneillään 10 -vuotisjakso (1998-2008), minkä toteutusta seurataan ja arvioidaan jatkuvasti. Norjan bruttokansantuotosta n. 10 % menee terveydenhuollon kustannuksiin. Tämän hetkisen suunnitelman tavoitteena on ollut vähentää sairaala -pakkohoittoa ja tehostaa avohoidon monipuolisuutta. Tilastollisesti tahdosta riippumatonta hoitoa esiintyy runsaasti, koska pakkohoidon kriteereissä Norjassa ei vaadita esim. psykoottisuutta vaan "vaaraksi itselleen tai toisille" riittää hoidon toteuttamiseen tahdonvastaisesti.

Nyt avohoittoon on kehitetty nk. "Ambulant -tiimejä", jotka liikkuvat potilaiden luonnollisessa ympäristössä, auttavat ja tukevat sairaalahoidon jälkeen sekä huolehtivat mm. lääkityksistä. Norjassa tunnetaan nk. " velvoitettu avohoido", jolla pyritään vähentämään mm. toistuvia sairaalahoitajaksoja. Potilas velvoitetaan sitoutumaan avohoittoon.

4 Ullevålin yliopistosairaalan psykiatriassa toteutettu uudistus

Uudistus lähti liikkeelle siitä, kun psykoottinen potilas, joka oli uloskirjoitettu Ullevålin yliopistosairaalan akuuttiosastolta teki lähes samantien murhan raitiovaunussa 3.8.2004.

Tapahtuman jälkeen toteutettiin konsultin tekemä selvitys Ullevålin psykiatriassa. Selvityksessä todettiin mm., että yhteistyö ei toiminut osastojen välillä, eikä myöskään aluepsykiatrian tai perusterveydenhuollon suuntaan. Itsemurhariskin arviointi oli huonoa ja osastoille oli lisäksi resurssiongelma. Selvitys johti useisiin muutoksiin. Selvityksen yhteydessä Ullevålin yliopistosairaalan psykiatriassa arvioitiin potilaiden virtausta, pohdittiin kapasiteettia ja osastoja resursoitiin uudelleen.

Koordinointiyksikkö

Psykiatrian toimialalle perustettiin koordinaatioyksikkö, johon kuuluvat mm. toimialajohtaja, akuuttiosastojen ylilääkärit ja hoidonohjaus -hoitaja. Työryhmä kokoontuu kahden viikon välein. Selvitystyössä löydettiin 66 potilasta, jotka tulivat toistuvasti hoitoon ("pyöröovi"). Työryhmä on käsitellyt 30 potilastapausta 6 kk:n aikana. Jonkin verran yksikössä on seurattu, miten nämä potilaat ovat jatkossa selviytyneet. Yleensä nämä potilaat ovat olleet moniongelmaisia ja heillä on useampia diagnooseja. Kun koordinaatioyksikön työryhmä on arvioinut potilastapauksia, esille ovat nousseet; a) Mikä diagnoosi on, b) onko

potilaalla hoitosuunnitelmaa, c) onko hoito ollut potilaalle sopivaa, d) onko pidetty yhteistyöpalaveri, e) mikä on vastuuyksikkö, f) kuka on vastuussa missäkin asiassa?

Potilaalle ja hoitavalle lääkäriille annetaan tieto koordinaatiotyöryhmän päätöksistä ja hoitosuunnitelma kirjataan sairauskertomukseen.

Toteutetun projektin tuloksena potilasvirtaus osastojen/yksiköiden välillä on parantunut ja odotusajat jatko-osastoille ovat lyhentyneet. Turhautuminen yhteistyöhön on vähentynyt ja hoidon laatu on parantunut.

Laatutyö

Laatutyö käynnistettiin osastoilla v. 2000. Osastoille on saatu enemmän resursseja ja pääpaino on keskitetty itsemurhariskin arviointiin. Lääkäreille ja psykologeille on järjestetty myös koulutusta itsemurhariskin arvioimiseen kaikilta potilailta. Kirjaamiskäytäntöjä on kehitetty erityisesti akuuttiosastoilla. Itsemurha-alttiuden arvioinneista on löydyttävä merkinnät sairauskertomuksista. Arvio tehdään siis kaikille potilaille systemaattisesti. Sairauskertomusmerkinnät ja epikriisi pitää olla valmiina/tehtynä kuuden (6) vuorokauden sisällä uloskirjoituksesta. Uloskirjoitettavalla potilaalla on oltava aika varattuna avohoiton ja tietoa välitetään jatkohoitopaikkaan.

Osaston lääkäri arvioi vielä, että potilas selviytyy uloskirjoituksen jälkeen seuraavaan avohoidon vastaanottoaikaan asti. Osastoilla on olemassa lista asioista, joista ilmenevät ne asiat, jotka pitää olla tehtynä, ennen kuin potilas voidaan uloskirjoittaa sairaalasta.

Depressiopotilaiden ja ensipsykoosipotilaiden hoitoon on luotu standardit. Lisäksi osastoilla tehdään säännöllisesti laatuarviot. Yleensä toisen osaston henkilökunta tekee ne sovitujen laatukriteerien täyttymisen takaamiseksi (objektiivisuus).

5 Ullevålin yliopistosairaalan psykiatrian esittelyä

Ullevålin yliopistosairaala ja etenkin psykiatria on Oslon alueella jakautunut moniin toimipisteisiin. Erikoissairaanhoidon tehtävä on hoitaa ja kuntouttaa psykiatrisia potilaita. Psykiatrian toimiala on toiseksi suurin koko sairaalan toimialoista. Ullevålissa on psykiatrisia erikoisyksiköitä, jotka palvelevat laajemminkin Oslon seudulla, mutta sairaala on samalla aluepsykiatrisen hoitoyksikkö osalle oslolaisia. Ullevålin sairaalan aluevastuuseen kuuluu n. 190.00 asukasta. Psykiatriassa on yht. 10 hoitoyksikköä ja tutkimusyksikkö.

1. Akuuttipsykiatria

Akuuttipsykiatria on tarkoitettu yli 18-vuotiaille, jotka tarvitsevat akuuttia psykiatrista osastohoitoa. Näitä ovat esim. akuutit psykoosit, depressiopotilaat, jotka ovat suuicidaalisia sekä muut affektihäiriöt. Erityisesti akuuttipsykiatriset osastot ovat potilaille, jotka voivat olla vaaraksi itselleen tai muille. Akuuttipsykiatria on jakautunut; vastaanotto-osastoon, trauma- ja kriisiyksikköön, psykoosi- ja päihdehäiriöosastoon, psykoosiosastoon ja mielialahäiriöosastoon.

2. Syömishäiriöyksikkö

Syömishäiriöyksikkö on hyvin erikoistunut yksikkö, jossa hoidetaan potilaita laajemmalla alueella kuin vain Oslosta. Yksikössä toimivat erikseen nuorten ja aikuisten puolet. Potilaat ovat aluksi hoidossa yleispsykiatrisessa yksikössä, mistä heidät lähetetään ko syömishäiriöyksikköön. Perhetyö on tärkeä työmuoto. Osastolla on 20 paikkaa. Lisäksi yksikköön kuuluu poliklinikka, jossa tehdään jonkin verran konsultaatiotoimintaa ja nk. liikkuvaa työtä.

3. Josefinesgaten aluepsykiatrisen yksikkö

Josefinesgate on kahden kaupunginosan aikuispsykiatrisen aluepsykiatriayksikkö. Alueyksikössä on vuorokausikuntoutusyksikkö, pitkäaikaiskuntoutujien yksikkö, psykiatrisen poliklinikka, päivä kuntoutusyksikkö, kotiutusyksikkö ja liikkuva yksikkö. Tehtävänä on tukea

ja konsultoida perusterveydenhuoltoa ja tukea kaupungin psykiatrisia sairaanhoitajia. Vastuualueella on n. 63.000 asukasta.

4. Etelä-Oslon aluepsykiatrinen yksikkö (Søndre Oslo DPS)

Etelä-Oslon aluepsykiatrinen yksikkö on neljän kaupunginosan yksikkö, jossa väestöpohja on n. 94.000 asukasta. Siihen kuuluu kaksi poliklinikkaa, akuuttiyksikkö, kaksi ympärivuorokautista hoitoyksikköä, kuntoutusyksikkö, päihdepoliklinikka, ryhmäyksikkö ja kuntoutusyksikkö.

5. Ensipsykoosiyksikkö

Ensipsykoosiyksikkö on erikoistunut 17-30-vuotiaiden hoitoon, jotka ovat ensi kertaa sairastuneet psykoosiin ja epäilläään skitsofreniaa. Potilaat tulevat tähän yksikköön koko Oslon alueelta. Yksikköön kuuluvat kaksi osastoa ja kuntoutuskoti. Lisäksi heillä on oma poliklinikka ja päivä kuntoutuskeskus.

6. Psykiatrinen yksikkö kehitysvammaisille ja autistisille potilaille

Potilaita tähän yksikköön tulee laajemmin, kuin vain Oslon alueelta. Hoitoajat ovat nykyään 3-10 kk, kun ne aiemmin ovat olleet todella pitkiä. Osastolla on 10 paikkaa. Yksikössä toteutetaan liikkuvaa, kotiin tehtävää työtä.

7. Vaikeahoitoisten (turvallisuus-) yksikkö

Yksikkö on jaettu neljään osaan. Siellä hoidetaan potilaita, joilla on suuri riski väkivaltaiseen käyttäytymiseen. Hoidossa on esim. orgaanisista aivovaurioista, persoonallisuushäiriöistä ja/tai päihdehäiriöistä kärsiviä ihmisiä. Osastolla on 20 vuodepaikkaa, osa yksiköstä toimii Oslon vankilassa.

8. Yleispsykiatrinen yksikkö

Yksikössä toimii neljä osastoa, joissa on yht. 41 paikkaa. Hoitoajat vaihtelevat kolmesta kuukaudesta kahteen vuoteen. Jonkin verran yleispsykiatriset osastot jakautuvat diagnosoittain.

9. Psykogeriatrian yksikkö

Psykogeriatrian yksikössä hoidetaan yli 67-vuotiaita potilaita. Potilaat ovat sairastuneet vanhuusiässä. Yksikköön kuuluu päiväkeskus ja 27 vuodepaikkaa neljällä osastolla.

10. Persoonallisuuspsykiatrian yksikkö

Persoonallisuuspsykiatrian yksikkö jakautuu persoonallisuuspoliklinikkaan, konsultatiivisiin somatiikan puolella, päihdepoliklinikkaan ja päivä kuntoutusyhteistyöverkkoon.

Opintomatalla keskityimme muutamaan yksikköön.

Vastaanotto toiminta (Mottagningen, Post 1)

Potilaat tulevat sairaalaan vastaanottoyksikön kautta. Siellä hoidetaan diagnosoikeskeisesti. Vastaanotto-osastolla ollaan vain 48 tuntia (2 vrk.), minkä jälkeen siirrytään/siirretään päädiagnoosin mukaisesti varsinaiselle hoito-osastolle.

Vastaanotossa on kerrallaan 8-10 potilasta. Omaiset voivat osallistua vastaanottotilanteeseen (tulotilanne). Henkilökuntaresurssit ovat hyvät. Työvuoroissa on keskimäärin 6-8 hoitajaa kerrallaan. Niinikään vastaanoton lääkäritilanne on hyvä. Lääkkeiden käyttöä on pystytty vähentämään. Esim. rauhoittavia lääkkeitä ei juurikaan tarvita, koska henkilökuntaa on riittävästi joka vuorossa. Huomattavaa on myös, ettei henkilökuntarakenteessa ollut tavallista enempää mieshoitajia. Paikallisesti oli huomattu, että mm. aggressiivisesti ja/tai levottomasti käyttäytyvät potilaat rauhoittuvat ja kokevat olonsa turvallisiksi riittävästä määrästä ammatti-ihmisiä, ei miestyövoimasta. Vastaanotossa ei käytetä leposide-eristyksiä, mutta huone-eristys ja vierihoito ovat käytössä. Potilaat ovat yhden hengen huoneissa, joissa ei ole omia saniteettitiloja, tai - mahdollisuutta. Potilaat autetaan esim. WC:n osaston puolelle.

Huomattavaa on myös fysioterapian alkaminen heti vastaanotossa jokaisen, sitä tarvitsevan potilaan kohdalla. Fysioterapia jatkuu saumattomasti varsinaiselle hoito-osastolle. Fysioterapian tavoitteina ovat esim. kehon hahmotus ja -hallinta-asiat sekä rentoutuminen. Vastaanotto tekee runsaasti yhteistyötä puhelimitse esim. päihdehuollon ja sosiaalitoimen kanssa. Henkilökunnan työnjaossa otetaan huomioon puhelintyö siten, että yksi hoitaja/työvuoro saa keskittyä pelkästään puhelimitse tapahtuvaan yhteistyöhön.

Mielialayksikkö (Affektiva diagnoser; mani och allvarlig depression, Post 5)

Mielialaosasto on suljettu, 11-paikkainen osasto, joka tarjoaa yksilö-, ryhmä- ja yhteisöterapiaa. Osastolle tullaan läheteellä. Joidenkin potilaiden kohdalla välitöntä lähetettä ei tarvita. Esim. maaniset, pikkulasten äidit pääsevät hoitoon ilman lähetettä, koska myös lasten tilanne huomioidaan ja vanhemman hoidon tarpeeseen vastataan välittömästi.

Hoitokeskustelut osastolla tapahtuvat sekä yksilöllisesti, että ryhmissä. Osastolla toteutetaan arviointia (psykometria), jolloin potilaan diagnoosi tarkentuu tarvittaessa. Lääkehoito on käytössä, ECT-hoitomuodon käyttö osastolla on lisääntynyt. Arkipäivän taitojen ylläpitäminen ja harjoittelu (ADL) ja erilaiset psykoedukaatioryhmät, joiden avulla tuetaan potilaan paluuta yhteiskuntaan ovat käytössä. Potilaille toteutuu myös fysioterapia, joka siis useimpien kohdalla alkaa jo vastaanotossa (½ fysioterapeutti -resurssi). Kehollisuuden ja yl. toimintakyvyn huomioiminen ovat keskeinen osa psykiatrista hoitoa. Toimintaterapia-arviointi toteutetaan kaikille potilaille. Toimintaterapia jatkuu potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta kunnallisen palvelun piiriin omalle asuinalueelleen. Yhteistyö toimintaterapian alalla perusterveydenhuollon kanssa korostuu siirtymävaiheissa.

Mielialayksikössä tehdään yhteistyötä myös perheiden/omaisten ja erilaisten verkostojen kanssa (terveyskeskukset, A -klinikat, sosiaalitoimi jne.).

Kenenkään hoito ei pääty, ellei ole selvillä, kuka vastaa potilaan hoidosta avohoidossa. Ellei potilaalla ole hoito- ja/tai kuntoutussuunnitelmaa, ellei potilaalla ole paikkaa, minne mennä, potilasta ei uloskirjoiteta. Vastuukysymykset ovat sairaalasta avohoitoon siirtymisvaiheessa siten aina selvillä.

Mielialayksikön henkilökunta on kokenut v. 2004 jälkeen tehdyt uudistukset pääosin toimiviksi, mutta diagnosikeskeinen linjajako ei ole ollut käytännössä yksinkertainen. Potilaille on useimmiten monenlaista problematiikkaa, kuten esim. kaksisuuntaisuus ja epävakaa persoonallisuuden piirteitä. Mielialayksikössä olikin tehty päätös toimia kunkin potilaan kohdalla sen hetkisen pääasiallisen problematiikan mukaisesti.

Mielenkiintoista näyttää mielialayksikössä oli saatu muutoksen jälkeen siitä, että esim. vain alle 5% potilaista on palannut takaisin hoitoon (nk. "pyörövi"). ECT -hoitojen määrässä on muutoksen jälkeen tapahtunut huomattava lisääntyminen.

Persoonallisuuspsykiatrian yksikkö / - poliklinikka (Personlighetspolikliniken)

Persoonallisuuspsykiatrian yksikkö jakautuu neljään pienempään yksikköön;

1. Persoonallisuuspoliklinikka on erikoistunut persoonallisuushäiriöiden a) tutkimiseen ja hoitoon, b) erityisen vaativien potilaiden kohdalla tapahtuvaan asiantuntijakonsultointiin (second opinion) ja c) yl. neuvontaan ja ohjaukseen.
2. Konsultaatiotiimi antaa palveluja, myös työnohjausta etenkin somatiikan puolelle Ullvälän yliopistosairaalassa.
3. Päihdepoliklinikka on tarkoitettu yli 15-vuotiaille päihdeongelmallisille.
4. Päiväkuntoutuksen yhteistyöverkosto (Nettverk for personlighetsfokus Behandlingsprogrammer) , toteuttaa yhteistyössä monenlaisten toimijoiden kanssa erilaisia hoito- ja kuntoutusohjelmia. Toiminnasta löytyy kattavasti informaatiota myös www.dagbehandlingsnettverk.no osoitteesta.

Opintokäynnillä saimme kuulla tarkemmin persoonallisuuspsykiatrian yksikön poliklinikan toiminnasta. Poliklinikka tarjoaa apua Oslon alueella n. 150:lle epävakaasta persoonalli-

suushäiriöstä kärsivälle potilaalle (sisäänkirjoitetut). Yhteensä poliklinikan tietokannassa on n. 4000 eri potilasta Oslon alueella. 70 %:lla poliklinikan potilaista on myös jonkinlainen päihdeongelma. Poliklinikalla tehdään hoidon lisäksi tutkimuksia mm. erilaisten hoitomuotojen vaikuttavuudesta epävakaiden potilaiden hoidossa.

Ennen hoitoon ottamista potilaalle tehdään perusteellinen arviointi. Mikäli potilas otetaan pkl:lle, hänen kanssaan solmitaan hoitosopimus, mikä osaltaan auttaa keskinäisen luottamuksen syntymistä. Poliklinikan yhteinen lähestymistapa ja viitekehys on psykodynaaminen. Hoitoajat ovat pitkiä, koska minän uudelleen rakentumiseen menee aikaa.

Hoitomuotoina pkl:lla käytetään sekä yksilö- että ryhmäterapioita ja niiden yhdistelmiä. Keskeistä on mentalisaatiopsykoterapia. Ryhmäterapioista mainittakoon mm. psykopedagoginen ryhmä, jossa edetään neljän (4) vaiheen mukaisesti; 1. mentalisaatio, 2. liittyminen/sitoutuminen, 3. johtopäätösten teko ja 4. ryhmäterapiavaihe.

Tilleggsgruppe, "perehdytysryhmä" (ryhmässä olemisen opiskelu), johon voi osallistua myös, vaikka yksilöterapia olisi meneillään tai siihen mennään, kun yksilöterapia on loppumassaja ryhmäterapiat alkamassa. Ryhmä toimii "siltana" muihin ryhmäterapioihin. Se on perehtymistä ja ryhmän kanssa toimimisen ja sitoutumisen opiskelua.

Poliklinikalla toimivat myös ; - ahdistuksen hallintaryhmä (Angstgruppe), -kuvallisen ilmaisun ryhmä ja mm. -kehotietoisuus / kehonhahmotusryhmä.

Potilaan käynti poliklinikalla sisältää esim. ensin psykodynaamisen ryhmäpsykoterapian (1½ tuntia) ja sen jälkeen toisen tyyppisen ryhmän, esim. kehotietoisuus. Pkl:lla kokoontuu 15 erilaista ryhmää viikossa ja siellä työskentelee yhteensä 10 terapeuttia.

Yksilöterapiassa potilas työstää omia henkilökohtaisia ongelmiaan ja tarpeitaan. Suurin osa potilaista käy yksilöterapiassa ainakin yhden vuoden ajan, minkä jälkeen tarkistetaan hoitosuunnitelma. Yksilöterapian aikana potilaan identiteetti alkaa rakentua uudella tavalla (aikuisen), mikä auttaa myös ryhmäterapioihin sitoutumiseen ja erilaisiin uusiin vuorovaikutussuhteisiin.

Kun potilas aloittaa pkl:lla, vastuu lääkehoidosta psyykenlääkkeiden osalta siirtyy kokonaan pkl:lle. Muun lääkityksen hoitaa perusterveydenhuolto.

Yhteistyö perusterveydenhuoltoon ja etenkin päihdehuoltoon on jatkuvaa. Verkostojen kanssa tehtävä yhteistyö koetaan ensiarvoisen tärkeäksi.

Poliklinikalle on luotu säännöstö, johtuen yksikön luonteesta;

Päihteen vaikutuksen alaisena ei pkl:lle voi tulla. Jos potilas kuitenkin saapuu päihtyneenä (alkoholi/huumeet) paikalle, hänet ohjataan päihdepuolen hoitopaikkaan.

Ryhmän/ ryhmien jäsenet sitoutuvat vaitioloon ja intimitteettisuojan pitämiseen ryhmässä käsitellyistä asioista ja toisten ryhmäläisten asioissa.

Hoidon aikana ystävyysuhteiden solmiminen muiden ryhmäläisten kanssa tai yhteyden pitäminen ryhmätapaamisten välillä ei ole suotavaa. Se voi muodostua esteeksi toipumiselle.

Lisää lähdemateriaalia ja tutkimushankkeita poliklinikan ja koko persoonallisuuspsykiatrian yksiköstä löytyy www.ullevål.no -sivuilta, mutta mainittakoon julkaistusta materiaalista esim. Sigmund Karterud et al. 2007, Conjoint Group and Individual Psychotherapy in a Research Trial for Patient with Severe Personality Disorders.

Ullevål järjestää myös 17.-18.6.2009 Pohjoismaisen konferenssin persoonallisuushäiriöistä.

5.1 Johtopäätöksiä ja pohdintaa

Ullevålin yliopistosairaalan akuuttipsykiatriassa toteutetut muutokset ovat onnistuneet eri yksiköiden välistä yhteistyötä kehittämällä. Osastojen ja yksiköiden välisiä "raja-aitoja" on madallettu mm. yhteisillä koulutuksilla.

Määrätietoinen ja motivoitunut henkilökunta on saanut osallistua omien ammattiensa ja osaamisalueidensa uudistusten läpiviemiseen. Henkilökunta on motivoitunutta, kun sillä on mahdollisuus tehdä työtä ammattitaidostaan ja intressistään käsin.

Resurssien määrä on suhteutettu potilaiden hoitotarpeisiin. Merkittävää on, että nk. "pyöröovi" -hoitojen määrä on laskenut n. 5 %:iin muutosten jälkeen. Lääkehoitojen määrää on pystytty vähentämään, eikä mieshoitajia tarvita osastoille normaalia enempää turvaamaan hoito- ja työrauhaa. Suomalaisen mallin mukaista eristyshoitoa ei Ullevålissa käytetä. Vierihoidon ja huone-eristys ovat sen sijaan käytössä. Nekin kuitenkin niin, että henkilökuntaa on riittävästi, jotta potilas pystytään tarvittaessa käyttämään esim. WC:ssä osaston yl. tiloissa. Potilashuoneissa vastaanotto-osastollakaan ei ole, eikä tarvita sanitteittimahdollisuuksia. Kuntoutuksen alalta huomattavaa Ullevålissa on fysioterapian osallisuus potilaiden hoitoon jo heti vastaanottotilanteesta alkaen.

Ullevålin yliopistosairaalan psykiatriassa toteutetun muutoksen positiivisista vaikutuksista esille nousivat;

yksiköiden välillä tapahtuva potilasvaihto on tehostunut, koska odotusajat potilaiden siirtoihin ovat lyhyemmät

turhautuminen yhteistyöhön on vähentynyt

laadukkaampi hoito ja yhteistyö on toteutunut etenkin monimutkaisten, vaikeahoitoisten potilaiden kohdalla ("pyöröovi" vähentynyt radikaalisti).

Yhteenvetona voi todeta, että yhteistyön harjoittelun ja tekemisen tarve on meilläkin jatkuvasti olemassa. Kellokosken sairaalan ja avohoidon yhteistä koulutusta järjestetään, mutta määrätietoisuuden ja yhteistyöhön motivoitumisen osalta voimme varmasti jonkin verran ottaa mallia norjalaisilta kollegoilta. Rajat ylittävien hoitomallien ja yhteisten hoitokäytänteiden luominen on meillä hyvässä alussa.