

# AIKUISPSYKIATRIAN TEHOSTETUN KOTIHOIDON VIRANOMAISYHTEISTYÖ VUOSINA 2007-2011

Merja Pekkanen

Opinnäytetyö  
Kesäkuu 2012

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma, ylempi AMK  
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä(t) PEKKANEN, Merja	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 04.06.2012
	Sivumäärä 69	Julkaisun kieli suomi
	Luottamuksellisuus ( ) saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty ( X )
Työn nimi AIKUISPSYKIATRIAN TEHOSTETUN KOTIHOIDON VIRANOMAISYHTEISTYÖ VUOSINA 2007-2011		
Koulutusohjelma Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma, ylempi AMK		
Työn ohjaaja(t) HEIKKILÄ, Johanna SUOMI, Asta		
Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen sairaanhoitopiiri		
Tiivistelmä Keski-Suomen aikuispsykiatrian kokonaissuunnitelmahankkeen yksi kehittämisohjelma on Psykoosipotilaan tehostettu kotihoitomalli. Sen toiminta aloitettiin vuonna 2007. Tutkimus selvittää kokemuksia Tehkon ja Keski-Suomen maakunnan viranomaisyhteistyöstä vuosien 2007 ja 2011 välisenä aikana.  Tutkimuksessa käytettiin kvalitatiivista menetelmää, jolla tutkittiin kohdetta mahdollisimman monitahoisesti. Tutkimus toteutettiin fokusryhmähaastatteluina tehostetun kotihoidon työryhmille. Lisäksi suoritettiin yksilöhaastattelut työryhmien psykologille sekä ylihoitajalle. Haastattelujen lisäksi viranomaisyhteistyöverkostoille tehtiin web–selain pohjainen kysely. Saatu aineisto kirjoitettiin tekstiksi ja lajiteltiin kysymysten perusteella ja niistä koodattiin tutkimuskysymyksiin liittyvät vastaukset. Samoin yhteistyöverkostoille tehty aineisto koottiin kysymyksittäin ja niistä koodattiin tutkimuskysymyksiin liittyvät vastaukset. Näin saatuja vastauksia vertailtiin keskenään toisiinsa tutkimuskysymyksittäin. Tämän jälkeen vastauksia verrattiin hankesuunnitelmaan, voimassa oleviin säädöksiin sekä käytettyyn teoriaan. Tästä aineistosta muodostui tutkimustulos, josta tulkitiin tutkimuksen johtopäätökset.  Tutkimustuloksena saavutettiin tieto, että hanke on saavuttanut paikkansa psykiatristen potilaiden hoidossa sairaalahoidon ja avohoidon välimaastoon. Toiminta on laajentunut koskemaan myös muita kuin akuutin psykoosin potilaita ja työryhmiä käytetään myös konsulttina potilasasioissa. Tutkimuksen johtopäätöksenä voitiin todeta hankkeen saavuttaneen sille asetetut tavoitteet. Kehittämiskohteiksi johtopäätöksissä todettiin maksusitoumus käytäntöjen kehittäminen, toiminnasta tiedottamisen lisääminen, toiminnan laajentaminen koskemaan koko maakunnan aluetta sekä toiminnan konsultaatiopalvelujen tunnetuksi tekeminen.		
Avainsanat (asiasanat) aikuispsykiatria, psykoosi, skitsofrenia, verkostoyhteistyö		
Muut tiedot		



Author(s) PEKKANEN, Merja	Type of publication Master's Thesis	Date 04.06.2012
	Pages 69	Language Finnish
	Confidential ( ) Until	Permission for web publication ( X )
Title AUTHORITIES COOPERATION IN ENHANCED ADULT PSYCHIATRIC HOME CARE IN 2007-2011		
Degree Programme Master's Degree Programme in Health Care and Social Services Development and Management		
Tutor(s) HEIKKILÄ, Johanna SUOMI, Asta		
Assigned by Central Finland Health Care District		
Abstract One development program in the comprehensive development project of adult psychiatry in Central Finland focuses on an enhanced home care model for patients with psychosis. It was launched in 2007. This study examined the experiences related to the cooperation between Tehko and Central Finland's authorities in the province between 2007 and 2011.  The study used a qualitative method, which allowed the examination of the topic as extensively as possible. The study was conducted as focus group interviews with enhanced home-care teams. In addition, individual interviews were carried out in the working groups with the psychologist and the Director of Nursing. In addition to the interviews, the authority co-operation networks received a web browser-based query. The material was transcribed and classified on the basis of the questions, and the answers related to the research questions were separated. Similarly, the data from the co-operation networks was collected based on the respective questions, and the answers related to the research questions were separated. The responses in the two sets of data were compared based on each of the questions. The responses were also compared to the project plan, the existing regulations and the theory used in the study. This material constituted the research results which were interpreted in order to form the conclusions of the study.  As a result it could be seen that the project had established its place between hospital and outpatient care in the treatment of psychiatric patients. The operations have expanded to include non-acute psychosis patients, and the working groups are also used as consultants in treatment issues. In conclusion it can be said that the project has reached its objectives. As further development targets the conclusions of the study suggested commitment practices, providing more information about the activities, extending the work to the whole area of the province and informing about the consulting services to a wider audience.		
Keywords adult psychiatry, psychosis, schizophrenia , a network of co-operation		
Miscellaneous		

## Sisällysluettelo

1	Johdanto .....	2
2	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet .....	2
3	Keski-Suomen aikuispsykiatrian kokonaissuunnitelmahanke.....	3
4	Keski-Suomen psykiatrisen hoidon palvelujärjestelmä.....	5
4.1	Keski-Suomen väestön sairastavuus hankkeen alussa .....	6
4.2	Psykoosipotilaan tehostettu kotihoito .....	7
4.3	Mielenterveystyön kehitys .....	10
5	Mielenterveyspalveluita ohjaava lainsäädäntö .....	14
6	Psykoosi ja skitsofrenia .....	16
7	Verkostotyö .....	23
7.1	Dialogisen verkostotyön tuloksellisuus.....	24
8	Tutkimusmenetelmät .....	26
8.1	Tutkimusaineisto .....	26
8.2	Aineiston hankinta.....	26
8.3	Aineiston analyysimenetelmä.....	28
9	Tulokset.....	29
9.1	Viranomaisyhteistyö Tehkon toiminnan alussa .....	29
9.2	Viranomaisyhteistyö vuonna 2011 .....	31
9.3	Kokemukset viranomaisyhteistyöstä ja toiminnan kehittämisestä ....	34
9.4	Tehkon kehittämistarpeita .....	45
10	Pohdinta ja johtopäätökset .....	52
	LÄHTEET .....	57
	LIITTEET .....	61
	Liite 1. Tehkon työryhmien haastattelukysymykset.....	61
	Liite 2. Kyselylomake Tehkon yhteistyöverkostoille.....	63
	Liite 3. Tehkon yhteistyöverkostojen kyselyn yhteenveto.....	66

## **1 Johdanto**

Keski-Suomen aikuispsykiatrian kokonaissuunnitelmahanke aloitettiin vuonna 2005 ja sen tavoitteena oli kehittää aikuispsykiatriassa tehtävää työtä ja menetelmiä. Hanke on maakunnallinen, jota on toteuttanut Keski-Suomen sairaanhoitopiiri yhdessä kuntien, terveyskeskusten, Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen, Jyväskylän seudun päihdepalvelusäätiön (nykyisin Sovatek-säätiö), Keski-Suomen liiton ja mielenterveystyön kolmannen sektorin toimijoiden kanssa.

Psykoosipotilaan tehostettu kotihoidon malli, Tehko, on yksi Keski-Suomessa Keski-Suomen aikuispsykiatrian hankkeen kahdeksasta kehittämisohjelmasta. Toiminta aloitettiin pilottina 1.4.2007 ja kokonaisuudessaan 1.9.2007. Työryhmässä työskentelee 16 työntekijää. Työryhmän toimintaa on Jyväskylässä, Äänekoskella, Viitasaarella ja Keuruulla.

Tutkimuksen alussa selvitetään aikuispsykiatrian hankkeen sisältöä ja sen tavoitteita. Tämän jälkeen tuodaan esille tarkemmin tehostetun kotihoidon toimintasuunnitelma, tavoitteet, menetelmät sekä resurssit. Samalla selvitetään myös yleensä akuutin psykoosipotilaan hoitoa Suomessa ja ulkomailla sekä kotihoidon käyttöä psykoosipotilaiden hoidossa.

Seuraavaksi tehtyjen haastatteluiden tuloksia verrataan keskenään sekä hankkeelle asetettuihin tavoitteisiin. Tämän jälkeen verrataan yhteistyöverkostolle tehdyn kyselyn tuloksia hankkeen tavoitteisiin ja hankkeen työntekijöiden näkemyksiin.

## **2 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet**

Opinnäytetyön tavoitteena on arvioida Keski-Suomen aikuispsykiatrian kokonaissuunnitelmahankkeen osahankkeen akuutin psykoosipotilaan tehostetun kotihoidon toimintamallin (TEHKO) toimintaa psykoosipotilaan hoidon yhteistyöverkoston toiminnassa sekä yhteistyössä. Ja lisäksi tuottaa

kehittämisideoita akuutin psykoosipotilaan kotihoidon ja erityisesti yhteistyöverkoston toimintaan. Tutkimuksen tarkoituksena tuottaa tietoa tehostetun kotihoidon toiminnan vaikutuksesta akuutin psykoosipotilaan hoidossa ja sen toimivuutta verkostoyhteistyössä.

Tutkimuskysymyksinä olivat:

1. Selvittää millaista oli viranomaisyhteistyö akuutin psykoosipotilaan hoidossa hankkeen alussa.
2. Selvittää millaista on viranomaisyhteistyö akuutin psykoosipotilaan hoidossa hankkeen nykyvaiheessa.
3. Selvittää mitä kokemuksia eri viranomaistahoilla on saatu akuutin psykoosipotilaan tehostetun kotihoidon kehittämisestä ja yhteistyöstä.
4. Selvittää millaisia jatkokehitysideoita toimijoilla on akuutin psykoosipotilaan kotihoidolle ja verkostoyhteistyölle.

### **3 Keski-Suomen aikuispsykiatrian kokonaissuunnitelmanhanke**

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin hallitus käynnisti 11.5.2005 Keski-Suomen aikuispsykiatrian kokonaissuunnitelmanhankkeen, jossa valmisteltiin yhteistyössä maakunnan alueen kuntien, terveyskeskusten, psykiatrian avohoitoyksiköiden ja psykiatristen sairaaloiden kanssa Keski-Suomen aikuispsykiatrian tavoitemalli 2010. (Keski-Suomen sairaanhoitopiirin valtuusto 8.6.2007, 5.)

Keski-Suomen psykiatrisen hoidon tilasta tehdyn selvityksen ja tavoitemallisesityksen pohjalta oli hankkeen edetessä valmisteltu Keski-Suomen psykiatrisen hoidon kehittämisohjelma, jossa määriteltiin Keski-Suomen aikuispsykiatrian keskeiset kehittämiskohteet uudelle vuosikymmenelle. ( Keski-Suomen sairaanhoitopiirin valtuusto 8.6.2007, 5).

Kokonaissuunnitelman kehittämissuositusten mukaan psykiatrisen avohoidon palveluista päätettäessä on otettava huomioon myös kunta- ja palvelurakennemuutosten vaikutukset. Potilaille tulee nimetä psykiatrisen avohoidonyksikön työntekijöistä yksi vastuuhoitaja, jonka tehtävänä on toimia potilaan palvelunohjaajana ja hoidon yhdyshenkilönä sekä potilaan tarvitsemien ja käyttämien hoitopalveluiden yhteen sovittajana. (Keski-Suomen sairaanhoitopiirin valtuusto 8.6.2007, 7.)

Psykiatrisessa avohoidossa on kokonaissuunnitelman mukaan kehitettävä erikoissairaanhoidon konsultaatiota lisäämällä, asumis- ja kotikuntoutuspalveluita, psykoterapiapalveluita painottuen lyhyt terapiaihin, päihdepsykiatriassa tarjotaan potilaalle integroitua hoitoa, akuutin psykoosin potilaille suunnataan tehostettua kotihoitoa, terveysasemille järjestetään depressiohoitajien palveluita, vanhuspsykiatrisia tutkimus- ja konsultaatiopalveluita kehitetään sekä nuorten aikuisten hoito- ja konsultaatiopalveluita myös kehitetään. (Keski-Suomen sairaanhoitopiirin valtuusto 8.6.2007, 7.)

Kokonaissuunnitelma mukaan sairaalasisojen määrälliseksi käyttötavoitteeksi vuodelle 2010 oli asetettu 0.65 sairaansijaa 1000 asukasta kohti, joka tarkoittaa, että Keski-Suomen kunnat käyttäisivät psykiatrista sairaanhoitoa keskimäärin 172 sairaansijaa.

Kangasvuoren sairaala ja Juurikkaniemen sairaala muodostavat kokonaissuunnitelman mukaan toiminnallisesti ja hallinnollisesti yhden sairaanhoidon yksikön ja niillä on yhteinen johto ja hallinto. (Keski-Suomen sairaanhoitopiirin valtuusto 8.6.2007, 7).

Kokonaissuunnitelman mukaan psykiatrian avohoitoyksikkö huolehtii seutukunnallaan palvelukotitoiminnan yhteensovittamisesta julkisten psykiatristen hoito- ja kuntoutuspalvelujen kanssa. Ja sairaanhoitopiiri huolehtii palvelukotitoiminnan kehittamisestä ja yhteensovittamisesta julkisiin palveluihin maakunnan tasolla. Palvelukotien toimintaluvut ja niiden kustannusvaikutus lisätään kokonaissuunnitelman mukaan sairaanhoitopiirin tunnuslukujen seurantaan. (Keski-Suomen sairaanhoitopiirin valtuusto 8.6.2007, 8.)

Keski-Suomen aikuispsykiatrian kokonaissuunnitelman juurruttamiseksi käytännön psykiatriseen hoitoon maakunnassa käynnistettiin monivuotinen yhteistoiminnallinen psykiatrisen hoidon kehittämisohjelma. Ohjelma sisältää uusien toimintojen suunnittelun, valmistelun, henkilöstökoulutuksen, kokeilun, seurannan, arvioinnin ja päätösten tekemisen siitä missä muodossa uusia toimintoja toteutetaan. Kehittämistoiminnassa ovat mukana kaikki psykiatrisen hoidon palveluja tuottavat tahot. Kehittämisohjelman toteuttamisesta huolehtii Keski-Suomen mielenterveys- ja päihdepalvelujen ohjausryhmä. (Keski-Suomen sairaanhoitopiirin valtuusto 8.6.2007, 8-9.)

## **4 Keski-Suomen psykiatrisen hoidon palvelujärjestelmä**

Keski-Suomessa erikoislääkäritasoisista psykiatrista sairaalahoitoa annettiin aiemmin kolmessa psykiatrisessa sairaalassa ja Keski-Suomen keskussairaalan yleissairaalapsykiatrian vuodeosastolla. Maakunnassa oli tuolloin yhteensä 253 sairaansijaa, joka tarkoitti 0.95 sairaansijaa 1000 asukasta kohti. (Keski-Suomen sairaanhoitopiirin valtuusto 8.6.2007, 9.)

Kuntien ja terveyskeskuskuntayhtymien välillä sairaansijojen käytön määrässä on ollut merkittäviä eroja suhteessa kunnan tai terveyskeskusalueen väestömäärään. Suurimmat käyttäjät terveyskeskusalueittain aikavälillä 2001



– 2005 ovat olleet Keuruu-Multia, Pihlajavesi, Ääneseutu ja Jyväskylä. Vähiten sairaansijoja ovat käyttäneet Kinnula, Konnevesi, Laukaa, Muurame-Korpilahti ja Jämsän seutu. (Priha 2010, 11.)

Keski-Suomessa kunnallinen psykiatrinen avohoito siirrettiin Keski-Suomen sairaanhoitopiiriltä terveyskeskuksille vuonna 1995. Tämän jälkeen terveyskeskukset päättivät psykiatrisen avohoidon järjestämisestä alueellaan. Tämän seurauksena toiminta määrällisesti ja toimintatavoiltaan poikkesi merkittävästi eri terveyskeskusten välillä Keski-Suomen maakunnassa. (Priha 2010, 15.) Vuoden 2011 alusta psykiatrinen avohoito terveyskeskuksilta siirtyi takaisin sairaanhoitopiirille.

Monipuolinen avohoito edellyttää, että määrälliset resurssit ovat tietyllä tasolla. Tämä edellyttää alueelle kyllin suurta väestöpohjaa, jotta palvelut voidaan järjestää taloudellisesti tarkoituksenmukaisella tavalla. (Priha 2010, 16).

Tuloksellisuus edellyttää myös määrällisesti riittävän suuria resursseja. Tuloksellisen avohoitotoiminnan yhtenä kriteerinä voidaan pitää, että sairaalahoidon tarve jää vähäisemmäksi. Tarkoituksena on, että ne potilaat, joiden sairaus voidaan hoitaa avohoidossa ja joiden sairauden hoito ei erityisesti hyödy laitospohjaisesta hoidosta, hoidetaan avohoidon toimin. (Priha 2010, 16-17.)

Sairaalapalveluiden käyttöön vaikuttavat väestön ikärakenne, sairastavuus, avohoitohenkilöstön ammattitaito, virkojen täyttöaste ja varsinkin pienten terveyskeskusten alueella sattuma. Terveyskeskuslääkärit hoitavat lievästi sairastavat psykiatriset potilaat, esimerkiksi lievästi masentuneet potilaat. (Priha 2010, 17-20.)

#### **4.1 Keski-Suomen väestön sairastavuus hankkeen alussa**

Kelan vuonna 2004 julkaiseman sairastavuus selvityksen mukaan kuolleisuus- ja työkyvyttömyysasteesta sekä erityiskorvattaviin lääkkeisiin (verenpaine,

astma, sepelvaltimotauti, diabetes, psykoosi, reuma, sydämen vajaatoiminta) oikeutettujen henkilöiden määrästä muodostetun sairastavuusindeksin mukaan Keski-Suomi on sairaanhoitopiireistä sijaluvulla 12 vuonna 2003. Jyväskylän, Jyväskylän maalaiskunnan, Muuramen ja Laukaan indeksiluvut olivat maan keskiarvoa parempia ja Muuramen luku oli 74. Suurimmat vastaavat luvut olivat Leivonmäellä 197, Luhangassa ja Kannonkoskella 184 sekä Pylkönmäellä 183. Leivonmäen luku on koko maan luvuista toiseksi suurin Rautavaaran jälkeen. (Priha 2010, 23.) Vuonna 2010 Kelan tilastojen mukaan keskisuomalaisista 47,7% koko maakunnan väestöstä käytti erityiskorvattavia lääkkeitä vuonna 2010, kun maan keskiarvo oli 42,5%. Tässä tilastossa Keski-Suomi oli yhdeksännellä sijalla koko maan kahdestakymmenestä maakunnasta. Vaikeita psykooseja ja mielenterveyshäiriöitä Keski-Suomessa vuonna 2010 sairasti 19% väestöstä, kun koko maan keskiarvo oli 18,1%. Tässä tilastossa Keski-Suomi sijoittuu koko maan maakuntien vertailussa sijalle kymmenen. (Kelan sairausvakuutusilasto 2010.)

Psykoosin esiintyvyys Keski-Suomessa vuonna 2004 oli hieman maan keskiarvoa suurempaa, kuten myös vuonna 2010. Seitsemässä kunnassa psykoosia sairastavien osuus väestöstä oli vuonna 2004 pienempi kuin maassa keskimäärin. Pylkönmäellä psykoosia sairastavia oli huomattavan paljon eli yli 4% väestöstä. Paljon psykoosia sairastavia oli myös Leivonmäellä (3,44%), Kivijärvellä (3,15%) ja Kannonkoskella (2,93%). Vähiten psykoosia esiintyy tilaston mukaan Muuramessa (1,10%), Laukaassa (1,29%), Jyväskylän maalaiskunnassa (1,30%) ja Uraisilla (1,36%) väestöstä. (Priha 2010, 23.)

## **4.2 Psykoosipotilaan tehostettu kotihoito**

Psykoosipotilaan tehostettu kotihoito (Tehko) aloitettiin pilottina 1.4.2007 ja kokonaisuudessaan 1.9.2007. Toimintamallin mukaan tehostetussa kotihoidossa hoidetaan psykoottisia potilaita. Potilaat ovat uusia, ensi kertaa akuuttiin psykoosiin sairastuneita potilaita, uusiutuvasti psykoosin aktiivista

vaihetta sairastavat potilaat, jotka tarvitsevat intensiivistä avohoitoa ja sellaiset psykiatrisesta sairaalasta kotiutettavat potilaat, joiden uloskirjoittamista voidaan tehostetun kotihoidon avulla tarkoituksenmukaisella tavalla nopeuttaa. Myös psykoottinen päihderiippuvainen potilas kuuluu hoidon piiriin, jos hän sitoutuu päihteettömyyteen. (Priha 2010, 27.)

Tehostetun kotihoidon tavoitteena on toimintamallin mukaan hoitaa potilaan akuutti psykoottinen kriisi niin, että potilas kotihoitojakson päätyttyä selviää arkipäivän toimistaan seutukunnallisen psykiatrisen avohoitoyksikön palvelujen tuella ja että hän voi asua turvallisesti kotonaan mahdollisimman vähäisen sairaalahoidon tuella. (Priha 2010, 27.)

Tehostetun kotihoidon toiminnassa noudatetaan keskeisinä periaatteina, että potilaan ja omaisten kotirauhaa kunnioitetaan, nopea tilanteisiin puuttuminen, hoidot ovat lyhytaikaisia, toimintaa toteutetaan verkostoitumalla, toiminta on perhekeskeistä ja siinä huomioidaan myös potilaan lapset, se on toiminnaltaan edukatiivista sekä toiminnalla turvataan potilaalle hoidon jatkuvuus. (Priha 2010, 29.)

Tehkon käytössä on kaksi hoito-ohjelmaa, jotka ovat suunnatut uusille ensikertaa psykoosiin sairastuville ja uusiutuvasti akuuttiin psykoosiin sairastuville potilaille. Potilaiden on suunniteltu ohjautuvan tehostettuun kotihoitoon perusterveydenhuollosta, psykiatrian avohoitoyksiköstä, ylioppilaiden terveydenhoitosäätiöltä, Kangasvuoren sairaalan polikliinisestä seurannasta ja psykiatristen sairaaloiden vuodeosastoilta. Hoitosuhteen kesto tehostetussa kotihoidossa suunniteltiin olevan noin kahdesta kolmeen kuukautta. (Priha. 2010, 29.)

Tehkon toiminnassa potilaan tapaamiset järjestetään tiivisti pyrkien saavuttamaan hoidolle asetetut tavoitteet. Hoitotapaamisia voi olla yhdestä viiteen kertaan viikossa. Tapaamisissa huomioidaan potilaan perhe ja yhteistyö potilaan asuinkunnan sosiaalitoimen ja perusterveydenhuollon lähityöntekijöiden kesken toteuttaen edukatiivista / koulutuksellista toimintatapaa käyttäen. Hoitotapaamiset järjestetään potilaan kotona tai muussa tarkoituksenmukaisessa paikassa huomioiden potilaan asuinalueen olosuhteet ja mahdollisuudet. (Priha 2010, 30.)

Työntekijät tapaavat potilasta työpareittain. Hoitosuhdetta lopetettaessa tehostetun kotihoidon osalta ja kun hoitosuhdetta olla siirtämässä jatkohoitoon, työpari otetaan siitä hoitoyksiköstä, jossa potilaan hoito tulee jatkumaan. Koska akuutin sairausvaiheen osalta tehostetun kotihoidon hoitajaksot ovat lyhyitä onkin tarkoituksenmukaista ottaa työpari potilaan jatkohoitopaikasta mukaan varsin varhaisessa hoidon vaiheessa. Tehostetun kotihoidon työntekijöiden toiminta ajoittuu pääsääntöisesti työajalle maanantaista perjantaihin kello kahdeksan ja kuudentoista välille. (Priha 2010, 31.)

Tehostettua kotihoitoa on suunnitelman mukaan tarkoitus järjestää Keski-Suomen maakunnan alueella siten, että kaikilla potilailla on samanlaiset mahdollisuudet saada samanlaatuista hoitoa koko maakunnan alueella. Tehostettuun kotihoidon henkilöstöresurssit toiminnan alussa olivat Jyväskylän seudulla kahdeksan tointa, pohjoisessa Keski-Suomessa neljä tointa, eteläisessä Keski-Suomessa kolme tointa ja lääkäritoiminta keskitetysti Jyväskylän seudulta koko maakunnan alueelle. (Priha 2010, 32.)

Tehkon toimintaan suunniteltiin perustettavaksi seuraavat vakanssit toimintaa aloitettaessa:

13 hoitotyöntekijää

2 erikoistytöntekijää

2 lääkäriä ja

1 – 2 osastosihteeriä. (Priha H. 2010, 32).

Tehostetun kotihoidon yhteistyökumppaneita suunnitelman mukaan ovat psykiatriset avohoitoyksiköt, terveyskeskukset, sosiaalitoimet sekä kolmas sektori. (Priha 2010, 32).

Tehostetun kotihoidon henkilöstölle järjestettiin helmikuusta 2007 toukokuuhun 2008 koulutusta. Koulutusjaksoja suunniteltiin olevan noin 12 jaksoa. Osa koulutusjaksoista oli tarkoitus suunnitelman mukaan järjestää yhteistyökumppaneiden työntekijöiden kanssa. (Priha 2010, 33.) Nämä koulutukset toteutettiin suunnitelmien mukaan.

Tiedotus- ja suunnittelutilaisuudet tehostetusta kotihoidosta suunniteltiin järjestettäväksi terveyskeskusalueittain vuoden 2007 aikana. Näihin tilaisuuksiin suunniteltiin kutsuttavaksi yhteistyöorganisaatioiden edustajat. Terveyskeskuslääkäreille suunniteltiin järjestettäväksi omat koulutukset terveyskeskusalueittain. (Priha 2010, 33.) Myös nämä tiedotus- ja suunnittelutilaisuudet toteutettiin suunnitelmien mukaan.

Suunnitelman mukaan toiminnasta on tarkoitus kerätä seurantatietoja sairaanhoitopiirin potilashallinnon tiedonkeruujärjestelmän kautta. Toiminnan arviointitilaisuudet suunniteltiin käynnistettäväksi yhteistyössä tehostetun kotihoidon suunnitteluryhmän ja tehostetun kotihoidon työntekijöiden kanssa. (Priha 2010, 34.) Toimintaa aloitettaessa ei kaikilla työryhmillä ollut käytävissä tietojärjestelmiä ja käytössä olevat tietojärjestelmät eivät kommunikoineet keskenään. Myöhemmin on saatu koko maakuntaa käsittävä yhteinen potilastietojärjestelmä.

### **4.3 Mielenterveystyön kehitys**

Vuonna 1952 laadittu mielenterveyslaki perustui maaseutuyhteiskunnan ja parantumattomana pidetyn mielisairauden pysyvään symbioosiin. Tuolloin avohoidon käsite oli vielä tuntematon. Vuonna 1978 psykiatri ja psykoanalytikko (IFPS) Majava päätti asettaa tavoitteekseen ajanmukaistaa

Kaakkois-Suomen keskusmielisairaalan hoitokulttuurin toimiessaan sen ylilääkärinä. Hän toteutti tätä näkemystään avaten suljettuja osastoja, korvaten tiiliseiniä huolehtivilla ihmissuhteilla, johdattaa eristyspotilaita parantaviin vuorovaikutuksiin ja vähentäen lamaannuttavien lääkkeiden osuutta hoidossa. Innoituksensa näihin uusiin terapeutisiin lähestymistapoihin hän oli saanut perehtyessään psykoanalyttikko Kalle Achén johtamassa terapeuttisessa Lapinlahden sairaalamiljöössä ja Martti Siiralan perustamassa Therapeian koulutusryhmässä. Tällaisen toiminnan kehitystyön hän koki hyvin haastavaksi. Hän ymmärsi, että muutos modernista postmoderniin terapeuttiseen hoitokulttuuriin tulee olemaan merkittävä ja hoitotyössä se tulee olemaan vallankumouksellinen haaste. Hän koki, että aika oli kypsä muutokselle ja että se jopa edellytti sitä. (Majava 2010, 172.)

Majava kertoo, että yhdessä toisten sairaalan työntekijöiden kanssa he saivat päättäjät myöntämään määrärahat sairaalan ja avohoidon psykoterapeuttiseen koulutukseen ja työhöjaukseen. Tällä tavoin he saattoivat aloittaa luoda kattavaa terapiatyön ohjauksen verkostoa sairaalaan ja avohoitoon. Tämän toiminnan mottona oli: ”Kaikki tiet johtavat sairaalan ulkopuolelle”, eli ”distanssin” ja ”abstinessin” terapeuttien perussääntöjen mukaiseen ”ulkopuolisuuteen”. Tälle 1980-luvulla aloitetulle hoitokulttuurille he saivat kannustavaa palautetta potilailta, heidän omaisiltaan, medialta sekä ulkopuolisilta kollegoilta. (Majava 2010, 173.)

1970-luvun puolivälissä Lääkintöhallituksen ”Punaisessa kirjassa” oli esillä ajatus mielisairaaloiden ”hallitusta” lakkauttamisesta. Tuolloin arvioitiin, että psykiatrinen hoito voisi tulevaisuudessa tulla tapahtumaan terveyskeskuksissa osana kansanterveystyötä. (Majava 2010, 173.)

Rauhan sairaalan alasajo tapahtui 1990-luvulla, hiukan yli viiden vuoden ajanjaksolla. Samanaikaisesti lama kriisiytti yhteiskuntaa ja sen rakenteita sekä hajotti sosiaalisia verkostoja. Aiheutunutta yhteisöllistä sairastumista korjattiin taloudellisella ”shokkihoidolla” – hoidollisten resurssien karsimisella minimiin. (Majava 2010, 173.)

Rauhan sairaalan viidentoista osaston suurlaitos muuttui 2000-luvulle tultaessa neljäksi suljetuksi osastoksi Lappeenrannan keskussairaalaassa. Psykiatrisen laitoshoidon purkautuminen koettiin epäonnistuneen traagisella tavalla ja seurauksena saatettiin vain havaita Lääkintöhallituksen emeritusjohtajan Kari Pylkkäsen tavoin, että ”raha ei ole seurannut potilasta laitoksesta avohoitoon”. Myöskään tärkeisiin vastuukysymyksiin ei ole löytynyt vastauksia. Kun ennen hoitoon ”vietiin”, niin nyt ”päästään” hoitoon – jos päästään. (Majava 2010, 173.)

Majavan mukaan hoitosuhteiden on perustuttava horisonttaaliseen vuorovaikutukseen ja tasa-arvoisuuteen eikä ylhäältä alas suuntautuvaan vallankäyttöön. Lisäksi hoitosuhteiden tulisi olla riittävän pitkäjänteisiä. Hänen mukaansa on tarve luoda postmodernia psykiatria ja psykoterapiaa – verkoistoituja, ihmis- ja ympäristösuhteisiin integroituja hoidon malleja. (Majava 2010, 174-175.)

Alasen mukaan skitsofrenian alkuperä on monitekijäinen ja – kerroksinen prosessi, joka sisältää sekä biologiset että psykososiaaliset tekijät, jotka voivat painottua ja heijastua eriasteisesti – ei vain varhaislapsuudessa, vaan myös myöhemmissä yksilönkehityksen vaiheissa. Skitsofrenian spektri paranoidisessa psykoosissa oli yleisempi niillä lapsilla, jotka oli adoptoitu skitsofreniaäidiltä, kuin verrokkiryhmällä, mutta keskeisempänä – ja psykoterapeuttista optimismia oikeuttavana löydöksenä Alanen pitää sitä tutkimustuloksia vahvistavaa johtopäätöstä, että sekä matala geneettinen perimätaipumus että terve varhainen vuorovaikutuksen ympäristö suojaavat adoptiolasta psykoosiin sairastumiselta. (Majava 2010, 185-186.)

Yrjö O. Alanen näkee, miten skitsofrenisissa psykooseissa on tieteellisesti ja terapeuttisesti paljon paljastettavaa ja ymmärrettävää. Näitä sairauksia sairastaa prosenttien verran väestöstä, mutta yhteiskunnallinen ja taloudellinen merkitys on silti näissä suuri. Skitsofreeniset psykoosit aiheuttavat paljon kärsimystä potilaalle ja hänen perheelleen hoitoennusteen ollessa edelleen

huono. Myös psykofarmakologialla on liian hallitseva rooli psykoosien hoidoissa. Psykoosia ei eläytyvästi ymmärretä erikoisalankaan piirissä. Myös psykodynaamisesti suuntautuneita kognitiivisten ja käyttäytymisterapian tekniikoita on alettu integroida skitsofrenisen potilaan, hänen perheensä ja ystäväpiirinsä tarpeita vastaaviksi. (Majava 2010, 192.)

Vaikka psykoterapian nykytilanne näyttää ahdistavalta, kansainvälisesti kantautuva tutkimus sisältää kuitenkin toivon kipinän juuri moniammatillisen, yksilö ja perhekeskeisesti integroidun psykoterapiatutkimuksen ansiosta. Esimerkkejä tästä ovat Oulun yliopistossa julkaistu Mauno Saaren väitöskirja Kainuun sairaanhoitopiiristä, missä tutkittiin kaikki uudet skitsofreeniset psykoosit neljän vuoden ajalta. Tarpeenmukainen psykoosihoito aloitettiin vuorokauden sisällä, kartoitettiin kaikkien näiden perheiden tunneilmapiiriä ja lähiomaisten kuormittuneisuutta. Seuranta-aikana on todettu näiden lähiomaisten kuormittuneisuus aikaisempaa vähäisemmäksi ja hoitokustannuksien jääneen puoleen perinteisistä avo- ja sairaanhoidon kustannuksista. Myös Länsi-Lapissa toteutettiin integroidun psykoterapian seurantatutkimus, ”Keroputaan malli”, lupaavin tuloksin (mm. Jyrki Keränen 1992-2002). (Majava 2010, 193.)

Majava kirjoittaa, että hän toivoo integroitujen hoito-ohjelmien leviävän ja vakiinnuttavan maailmalla integroituneen ja humanistisen otteen skitsofrenian hoidossa. Hänen mukaansa skitsofreenisen psykoosin perinteiset biologiset hoitokäytännöt perustuvat yksipuolisiin ja fatalistisiin näkemyksiin, jotka ovat usein johtaneet matalatasoiseen, jopa kelvottomaan terveydenhuoltoon ja hoitopäätösten tekoon. Vanhentuneiden hoitomallien rinnalle on kehitetty määrätietoisesti mielensisäisiä dynaamisia näkemyksiä, joita on integroitu ulkoiseen todellisuuteen ja näin luotu integroituja hoitomalleja, joita nykyään tutkitaan psykodynaamisin, neurobiologisin – jopa molekyylogeneettisin – menetelmin. (Majava 2010, 193.)



## **5 Mielenterveyspalveluita ohjaava lainsäädäntö**

Terveydenhuoltolain 8§:n mukaan terveydenhuollon toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin.

Terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Ja että kunnan perusterveydenhuollon on vastattava potilaan hoidon kokonaisuuden yhteensovittamisesta, jollei siitä muutoin erikseen sovita. Terveydenhuollon toimintayksikön onkin tämän vuoksi laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Suunnitelmassa on otettava huomioon potilasturvallisuuden edistäminen yhteistyössä sosiaalihuollon palvelujen kanssa. (L 30.12.2010/1326.)

Saman lain 12§:n mukaan kunnan on seurattava asukkaattensa terveyttä ja hyvinvointia sekä niihin vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin sekä kunnan palveluissa toteutettuja toimenpiteitä, joilla vastataan kuntalaisten hyvinvointitarpeisiin. Tämän vuoksi kunnan on strategisessa suunnittelussaan asetettava paikallisiin olosuhteisiin ja tarpeisiin perustuvat terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tavoitteet, määriteltävä niitä tukevat toimenpiteet ja käytettävä näiden perustana kuntakohtaisia hyvinvointi- ja terveysosoittimia. (L 30.12.2010/1326.)

Terveydenhuoltolain 27§:n mukaan kunnan on järjestettävä kuntalaisille terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tarpeellinen mielenterveystyö, jonka tarkoituksena on yksilön ja yhteisön mielenterveyttä suojaavien tekijöiden vahvistaminen sekä mielenterveyttä vaarantavien tekijöiden vähentäminen ja poistaminen. Mielenterveystyöhön kuuluu tämän lain mukaan terveydenhuollon palveluihin sisältyvä mielenterveyttä suojaava ja sitä vaarantavien tekijöihin liittyvä ohjaus sekä neuvonta sekä tarpeellinen yksilön ja perheen psykososiaalinen tuki. Lain mukaan terveydenhuollossa tehtävä mielenterveystyö on suunniteltava ja toteutettava siten, että se muodostaa toimivan kokonaisuuden kunnassa tehtävän sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa. (L 30.12.2010/1326.)

Terveydenhuoltolain neljäs luku määrittää terveydenhuollon yhteistyötä ja alueellisia palveluita. Sen mukaan kunnan perusterveydenhuollon tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on oltava terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi sekä terveydenhuoltopalvelujen järjestämiseksi sellaisessa yhteistyössä sosiaalihuollon kanssa, jota tehtävien asianmukainen hoitaminen sekä potilaiden hoidon ja sosiaali- ja terveystalvelujen tarve edellyttävät. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä vastaa alueellaan erikoissairaanhoidon palvelujen yhteensovittamisesta väestön ja perusterveydenhuollon tarpeiden mukaisesti. Samaa sairaanhoitopiiriin kuuluvien kuntien onkin laadittava lain mukaan terveydenhuollon järjestämissuunnitelma, joka perustuu alueen väestön terveysseurantatietoihin ja palvelutarpeeseen. (L 30.12.2010/1326.)

Mielenterveyslain mukaan kunnan tulee huolehtia alueellaan mielenterveyspalvelujen järjestämisestä osana kansanterveystyötä. Mielenterveyspalvelut tulee järjestää sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kunnassa tai kuntayhtymän alueella esiintyvä tarve edellyttää. Mielenterveyspalvelut on ensisijaisesti järjestettävä avopalveluina sekä niin, että oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista tuetaan. (L 14.12.1990/1116.)

Sosiaali- ja terveysministeriön Mieli 2009 työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2012 sisältävät useita ehdotuksia. Näissä ehdotuksissa korostetaan mielenterveys- ja päihdeongelmaisten pääsyä ja kohtelua yhdenvertaisesti kaikkien muiden palvelunkäyttäjien kanssa. Tämän uskotaan toteutuvan vuoteen 2012 mennessä henkilökunnan koulutuksella, palveluiden valvonnalla ja hoito- ja palvelutakuun keinoin. Palvelut toteutetaan matalalla kynnyksellä yhden oven periaatteella ensisijaisesti sosiaali- ja terveyskeskusten kautta. Ehdotusten mukaan kunnat sisällyttävät mielenterveys- ja päihdetyön strategian terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen suunnitelmaan osana kuntastrategiaa. Kunnat tehostavat perus- ja avopalveluja mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsiville lisäämällä ja monipuolistamalla muun muassa päivystyksellisiä, liikkuvia ja

konsultaatiopalveluja. Näillä keinoilla voidaan vähentää laitospaikkojen tarvetta. (STM, 2009 13-17.)

Psykiatrian alaan kuuluva erikoissairaanhoito on erikoissairaanhoitolain (1989) perusteella osa erikoissairaanhoitoa. Samalla se on osa mielenterveystyötä ja osa mielenterveyspalveluja. Erikoissairaanhoidon toteuttamiseksi kunnat ylläpitävät sairaanhoitopiirejä. Sairaanhoitopiirien tehtävänä on huolehtia alueen erikoissairaanhoidon palveluiden tuottamisesta yhdessä kansanterveystyön ja sosiaalihuollon kesken. Yhdessä nämä muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden (Erikoissairaanhoitolaki 10§). Sairaanhoitopiiriin tulee antaa alueensa terveyskeskuksille niiden tarvitsemia sellaisia erikoissairaanhoidon palveluja, joita terveyskeskusten ei ole tarkoituksenmukaista tuottaa sekä vastata näiden erityispalvelujen kehittämisen ohjauksesta ja laadun valvonnasta. Sairaanhoitopiiriin tulee huolehtia alueellaan tehtäväalaansa kohdistuvasta tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminnasta (Erikoissairaanhoitolaki 10§). (Priha 2010, 28.)

Palveluiden tulee olla helposti tavoitettavia, joustavia ja monipuolisia sosiaali- ja terveysministeriön ohjeistuksen mukaan. Lisäksi palveluiden tulee tukea itsenäistä suoriutumista, omaisten ja lasten tarpeet on otettava näissä toiminnoissa huomioon. (STM 2004/5) (Priha 2010, 28.)

## **6 Psykoosi ja skitsofrenia**

Pirkko Siltalan mukaan psykoottinen ihminen on elämänsä ristiriitaisissa vuorovaikutussuhteissa jäänyt vahvasti toisten projektiivisten identifikaatioiden ja projektioittensa hallitsemaksi – oudoksi itselleen (Siltala 2007, 384).

Psykoosissa se, mikä on oudosti kammottavaa, on ollut joskus tuttua, mutta sille ei ole ollut vastaanottoa eikä ymmärtämistä. Gaudillièren sanoin: ”Yksilön ja yhteisön vaiettu historia, joka sisältää destruktiota, petosta ja kuoleman voimia ilmaisee itseään psykoosina.” Psykoottisen oma ääni, oma aito itsekokemus ja sen ilmaisu on ohitettu tai kielletty. Skitsofreenia potilaan sanoin: ”Kiertelen aina vain avaruudessa tuhoavien säteiden tulituksessa, koska minulle ei ole paikkaa mihin laskeutua.” (Siltala 2007, 384.)

Siltalan mukaan psykoosi on syntynyt traumaattisista kokemuksista, joiden olemassaolo on kielletty. Hänen mukaansa psykoottinen ihminen on ollut kasvokkain kuoleman kanssa ja joutunut omiensa pettämäksi. Petos viittaa meidän kaikkien pahuuteen, mutta psykoottisen ihmisen kohdalla ennen kaikkea hän perheyhteisöönsä. Perheen jäsenet ovat siirtotaakan eli transferin kahlitsemia ja kantavat traumatisoitumista sukupolvesta toiseen. Psykoanalyysissä ja psykoterapiassa tämä traumatisoiva sukupolvien ketju pyritään katkaisemaan ja löytämään uutta mahdollisuutta. (Siltala 2007, 384.)

Psykoottinen potilas ja hänen perheyhteisönsä ovat sukupolvien seurannassa sulattaneet torjutuista ja suoraan tiedostamattomaan jääneistä traumoista hulluuden työvälineitä. Puheen oikeus löytyy, jos tutkimus- ja hoitotiimillä on mahdollisuus liikkua kyllin joustavasti eri psykoterapeuttisten koulukuntien tuottamien näkemysten ja käytäntöjen, psykofarmakologian ja empiirisen psykiatrian eri ulottuvuuksien välillä. Silloin psykoottisen ihmisen non-verbaalisesta ja verbaalisesta puheesta voimme lukea loukkauksia, petoksia, kuolemaa, eroja, hylkäämisiä, ohittamisia, vallankäyttöä, tunkeutumista, tuskaa ja ahdistusta. (Siltala 2007, 385.)

Yrjö Alasen, Jukka Aaltosen ja Viljo Räikköläisen Turussa kehittämässä hoitosuuntauksessa keskeisenä ideana on, että kunkin potilaan kanssa pyritään löytämään hoito, joka juuri tässä tapauksessa vastaa potilaan ja hänen perheensä, lähiomaisten hoidollisiin tarpeisiin. Silloin tarvitaan useampien hoitotoimintojen yhdistämistä. Tämä perustuu kaikissa ulottuvuuksissa inhimilliseen kanssakäymiseen ja samanaikaisesti tapahtuvaan eri hoitomuotojen integroimiseen ”hoitoa ohjaavalla integroidulla mielikuvalla”, kuten Viljo Räikköläinen ja Jukka Aaltonen asian ilmaisevat. Kun työntekijät eivät kapeudu oman ammatillisuuden itseriittoisuuteen, vaan sen sijaan perehtyvät toistensa ajatuksiin ja työhön etuineen ja rajoituksineen, voi psykoosin puhe löytää vastaanottajan. Oudoksi ja kammottavaksi jäänyt kokemus tulee jälleen tutuksi. Potilaan menneisyys tulee psykoterapeuttisen vuorovaikutuksen ja sen sisältämän transferenssin, vastatransferenssin, vastarinnan ja tulkinnan avulla siksi, mitä se ei hänen sairautensa rajoittamana vielä koskaan ole hänelle tietoisesti voinut olla. Psykoterapiassa potilas voi kohdata menneisyytensä subjektina musertumatta sen painon alle. Silloin hän voi havaita kokemansa järjettömyyden, ristiriitaisuuden, oikeuden puutteen, petoksen, teeskentelyn ja mielettömyyden. Psykoterapeuttisessa vuorovaikutuksessa on silloin kyseessä yhteinen työ muutoksen aikaansaamiseksi. (Siltala 2007, 386.)

Jaakko Seikkula kirjoittaa, että perhekeskusteluissa on havaittu, että sitkeissä harhoissaan potilaat itseasiassa toistavat jotain todella tapahtunutta kokemustaan. He kantavat hallusinaatioissaan mukanaan lapsuudenperhettään. Omissa perheissään he usein ovat olleet sellaisessa asemassa ja ovat ottaneet kantaakseen perheensä vaikeita kokemuksia jo ennen sairastumistaan. (Siltala 2007, 387.)

Martti Siiralan mukaan transfer-ilmiö eli siirtotaakkailmiö tapahtuu, kun ihmisen elämään – kasvuun, kehitykseen, keskinäiseen ihmisenä olemiseen – kuuluva perustuva haaste tulee sivuutetuksi, eikä kohdatuksi, siitä seuraa taakka. Taakkasiirtymä eli transfer voi olla näiden ongelmallisten vanhemmuuden muotojen kulkeutuminen sukupolvesta toiseen. Kaikki vanhemmuudet ovat poikkeuksetta jossain määrin puutteellisia. Tämä on väistämätöntä ja kuuluu elämään. Jos vanhemmuuden puutteet eivät tule kohdatuiksi, ne jatkavat kulkuaan sukupolvesta toiseen. Silloin kun perheen vuorovaikutusongelmia voidaan hoitaa esimerkiksi perhe- ja yksilöterapiassa, tämä taakka, transfer saa transferenssin hahmon. Se siirtyy hoidollisen vuorovaikutukseen ja ymmärtämisen piiriin, jossa sitä voidaan tutkia, pohtia ja tiedostaen ymmärtää. Psykoosille tulee mieli ja sairauden kohtalonomaisuus väistyä. (Siltala 2007, 387.)

Françoise Davoine toteaa, että kun salaisuudet ja oireet, esimerkiksi harhat, jotka näyttävät kuuluvan yhdelle perheenjäsenelle, mutta jotka todellisuudessa koskevat sosiaalisen siteen aukkopaikkoja, kerrotaan suuremmalle yleisölle, niistä tulee koko yhteisön, esimerkiksi perheen omaisuutta. Intiaanit kutsuvat tätä elämän tieksi tai salaisuuden kertomisen tieksi, "relling secrets". (Siltala 2007, 387-388.)

Pirkko Siltalan mukaan harhojen sisältämät mielikuvat ovat tapahtuneet potilaalle jossakin muodossa. Harhoissa potilas on suhteessa elämänsä merkitseviin ihmisiin, jotka "kutsuttuina tai kutsumattomina" muodostavat hänen maailmansa. Jälkikäätisyyden keskeinen ilmenemismuoto on menneisyyden tuskallinen toisto ensin sellaisenaan ja silloin, kun menneisyydellä ja nykyhetkellä ei ole potilaalle eroa. Se näkyy potilaan kaoottisessa käyttäytymisessä, harhoissa ja transferenssin ytimessä. (Siltala, 2007, 390.)

Skitsofreenisestä psykoosista löytyy psykoterapeuttisen hoidon aikana aina salatuksi ja oudoksi jääneitä traumaattisia kokemuksia jo varhaisesta vuorovaikutuksesta lähtien. Nämä ovat muodostaneet sisäisiä konflikteja, jotka jatkuvasti kuormittavat psykoottisen ihmisen minuutta, lamauttavat persoonallisuuden kasvua ja kehitystä ja voivat johtaa psykoosin kehittymiseen. (Siltala 2007, 391.)

Gustav Schulman kirjoitti psykoottisten potilaiden traumakokemuksista. Hän viittasi muun muassa professori Readin tutkimuksiin, joiden mukaan peräti kaksi kolmasosaa skitsofrenioista saattaa aiheutua lapsuuden väkivaltakokemuksista ja kaltoinkohtelusta. Lapsuuden traumat synnyttävät hänen mukaansa stressi-, trauma- ja psykoosiherkkyyden. Lapsuuden seksuaalinen väkivaltakokemus aiheuttaa spesifistä käskevien, moittivien ja kommentoivien ääniharhojen ilmaantumisen aikuisuudessa. Traumaattiset tapahtumat rekisteröityvät ja tallentuvat hänen mukaansa jo syntymästä saakka tuskallisiksi ja kielteisiksi ruumiin-, tunne- ja kokemusmuistoiksi. Lapselle, joka on oppinut ymmärtämään puhetta, tallentuu ruumiin- ja tunnemuistojen ohella eksplisiittisiä asiamuistoja traumatapahtumista, jotka kuitenkin useimmiten dissosioituvat kuten traumakokemukset yleensä. (Siltala 2007, 391.)

Pirkko Siltalan mukaan yksi psykoosin tärkeimmistä tunnusmerkeistä on sisäisen ja ulkoisen todellisuuden sotkeutuminen. Tästä syystä traumatakauma koetaan ikään kuin se uhkaisi olemassaoloa minäkokemuksen ulkopuolelta eli ulkoa käsin. Traumakokemuksen dissosiotuessa kokemuksen työstäminen, itsereflektiivisyys, ”sulattaminen” tai ymmärtäminen ei onnistu ilman apua. Schulman korostaakin, että onnistuneen hoidon edellytyksenä on, että terapeutilla on kyky ymmärtää dissosiaation psykodynaamiikkaa ja auttaa potilasta kohtaamaan ja sietämään omia sietämättömiä trauma-affektejaan. Onnistuakseen hoitosuhde edellyttää riittävän turvallista ja riittävän vuorovaikutuksellista suhdetta sisällyttämiskykyiseen (containing) toiseen, missä toinen virittyy subjektin tasolle ja kannattelee empaattisesti hänen kanssaan koettua ahdistusta. Oleellista on myös terapeutin kyky sietää omissa vastatunteissaan potilaan sietämättömät traumakokemukset. (Siltala 2007, 391.)

Siltalan näkemyksen mukaan konkreettisuus ja harhat myös suojelevat potilasta sietämättömältä yksinäisyydeltä ja vääjäämättömältä tuntuvalta hajoamisen kokemukselta. Hänen mukaansa tästä syystä harhoja ei tulisi psykoottisen ihmisen hoidossa kyseenalaistaa eikä lääkityksellä poistaa kokonaan. Harhat kertovat myös ainoalla mahdollisella tavalla potilaan traumaattisista kokemuksista ja vuorovaikutussuhteista. Harhojen avulla hänen mielenmaailmansa pysyy elävänä ja liikkeessä. Harhat ovat symbolista toimintaa, vaikkakin usein myös tuskallisia. Näistä syistä tulisi kuunnella tarkasti potilaan harhoja eikä poistaa niiden sanomaa esimerkiksi liian voimakkaalla lääkityksellä tai ohittaa niitä tarpeettomina. Kun psykoterapeuttisen vuorovaikutuksen rinnalla käytetään vielä tarkoin säädelyä lääkehoitoa, niin sen tarkoituksena tulisi olla tukemassa potilasta kestämään sietämätöntä. (Siltala 2007, 392.)



Transferenssi eli siirto on ajattelun muoto, joka tässä yhteydessä tarkoittaa psykoottisen ajattelun muotoa potilaasta terapeutille. Herbert Rosenfield onkin todennut, kuinka psykoottiset ilmiöt ovat itsessään transferenssia. Tätä kuvaa myös jälkikäteisyys. Transferenssi onkin psykoottisen kertomuksen sisällä ja se toteutuu jälkikäteisyysvoiman avulla. (Siltala 2007, 393.)

Potilas käyttää terapeutiaan transferenssi-toisena. Tällöin aktualisoituvat potilaan menneisyyden sisäistetyt ihmissuhteet ja kokemukset. Siitä lähtee kehittymään myös uusi ihmissuhde, uusi kehitystransferenssi, uusi ajattelu omine mahdollisuuksineen. Terapeutilla on kyllin avara mielen sisäinen tila potilaan siirron vastaanottamiseen ja sen kyllin tarkkaan tutkimiseen niin suhteessa itseensä (vastatransferenssi) että suhteessa potilaaseen. Tämä terapeutin vastaanottava ja kokeva ulottuvuus, ”mielen avaruus”, on suurin mahdollinen terapeutin antama tuki potilaalle. Terapeutin vastatransferenssista tulee vastaavasti osa potilaan kokemusmaailmaa, samaan tapaan kuin äidistä tulee osa lapsen itsekokemusta, sitä herättävää, luovaa ja muuntavaa. (Siltala 2007, 393.)

Ihminen on yksilöllinen kokonaisuus, aina tulossa joksikin, kulkemassa johonkin suuntaan – hänellä on oma uniikki elämänsähistoriansa lapsuuden kohtaloineen ja myös ainutkertainen tilanteensa sairautessaan.

Martti Siiralan mukaan ihminen on eksistenssi ja sairaus – sielullinen tai ruumiillinen – olemassaolon tavan ilmentymä, inhimillinen tilanne. Hän on nostanut toistuvasti esille oleellisen tärkeänä, että meitä kaikkia tavalla tai toisella koskettaa ilmiö, jonka mukaan sukupolvelta toiselle kulkeutuvat, usein tunnistamattomiksi jäävät, vaietut, käsittelemättömät painolastit. Tätä ilmiötä hän kutsuu taakkasiirtymäksi, transferiksi. Hänen mukaansa on kyse mitä erilaisimmista vääristyneistä elämän käytännöistä ja ihmissuhdeongelmien vääntymistä, kuten salailuista, valheista, petoksista – esimerkiksi ihmiselle ei ole koskaan kerrottu hänen oikeaa syntyperäänsä. Kaikki nämä kätkeytyt taakat vaikuttavat ihmisen elämässä, usein tietoisuuden ulkopuolella – ne voivat tulla ilmi ja löytää tiensä ja sijansa myös ruumiillisessa sairastamisessa. Tällaiset siirtotaakat eivät katoa ennen kuin niiden olemassaoloon havahdutaan, ne kohdataan ja ne pyritään käsittelemään. (Heinonen 2010, 132.)

Ranskalaiset psykoanalyytikot, Françoise Savoine ja Jean-Max Gaudillière puhuvat samasta ilmiöstä – siitä, miten menneisyyden katastrofit, usein häpeän, pelon ja suvun lojaliteetin takia ovat joutuneet puhekieltoon, tabuoiduiksi salaisuuksiksi – ja miten nämä sulattamattomat traumat kuitenkin, tiedostamattomien siirtymien kautta kulkeutuvat sukupolvelta toiselle haamuina, fantomeina, aaveina erilaisten sairauksien taustalla ne vaativat päästä näkyviksi, dialogiin, ymmärretyiksi, jotta koteloituneet katastrofit voitaisiin sulattaa ja surra. (Heinonen 2010, 132-133.)

## **7 Verkostotyö**

Verkosto-käsitteen syntyyn liitetään yhteiskuntatieteissä John Barnesin 1950-luvun tutkimukset. Yhteisöihin ja yhdyskuntiin suuntautuneilla lähestymistavoilla on pitkä historia ulottuen aina brittien siirtomaapolitiikkaan asti. Verkostotyö-nimike alkoi vakiintua 1970-luvulta lähtien sekä terapian että

sosiaalityön piirissä. Dialogi-käsitteen alkuperää etsittäessä on palattava ajassa Platoniin saakka ja ehkä kauemmaksikin. Dialogisuus, keskinäisen ymmärryksen kehittäminen arvostavassa vuoropuhelussa, ei ole ennenkuulumatonta hoito-, kasvatusta-, ohjaus- tai neuvontatöissä, eikä se liity pelkästään verkostoihin. Dialogisuutta on kehitelty ja eritelty erilaisissa yksilötyön ja ryhmiin pohjautuvan työn muodoissa ja koulukunnissa. Sen sijaan verkostojen kanssa työskentelyyn liittyvää dialogisuutta on eritelty sangen vähän. Dialogisia verkostokäytäntöjä toteutetaan ehkä paljonkin, mutta niitä on kuvattu ja analysoitu niukasti. (Seikkula & Arnkil 2009, 12-13.)

## 7.1 Dialogisen verkostotyön tuloksellisuus

Verratessa avoimen dialogin ja ennakointidialogista verkostotyötä keskenään on mahdotonta sanoa niiden vaikuttavuudesta, koska ennakointidialogien tuloksellisuutta ei ole ehditty järjestelmällisesti tutkimaan, mutta avointen dialogien hoidosta on useita seuranta tutkimuksia. Avoimiin dialogeihin perustuva psykiatrinen hoitojärjestelmä on toiminut Torniossa 1980-luvun lopulta lähtien. Uuden hoitokäytännön alkumetreillä todettiin, että henkilökunnan peruskoulutus ei anna riittävästi valmiuksia toimia uudessa verkostokeskeisessä hoidossa, koska se on aivan liian yksilökeskeinen ja laitoshoitokeskeinen. Järjestelmällinen tutkimustoiminta on ollut kehittämistyön olennaisena osana vuodesta 1988 lähtien. Tieto hoidon kehittämiseksi syntyy omaa toimintaa systemaattisesti analysoimalla. Useimmat tutkimukset ovat olleet hoitoprosessien laadullisia analyseja, mutta tutkimukset sisältävät myös ns. kvasi-kokeellisia seuranta tutkimuksia määritellyillä potilasryhmillä. (Seikkula & Arnkil 2009, 137-138.)

Hoitamattoman psykoottisen ajan kestoa on viime aikoina tutkittu paljon kansainvälisissä tutkimuksissa, koska sen on arvioitu vaikuttavan ratkaisevasti hoidon tulokseen. Mitä pidempään potilas on psykoottinen ennen hoidon alkua, sitä huonompi ennuste. Perinteisessä sairaalakeskeisessä hoidossa potilaat ovat yleensä psykoottisia keskimäärin 2-3 vuotta ennen kuin hoito alkaa. Tornion seudulla hoitamaton jakso on lyhentynyt olennaisesti,

keskimäärin 3,3 kuukauteen ODAP (Open Dialogue in Acute) -tutkimusjakson aikana. Pisin hoitamaton jakso oli 13 kuukautta. Tornion alueella todettu hoitamattoman psykoosin keston lyheneminen vastaa muidenkin psykososiaalisten kehitysohjelmien tuloksia. (Seikkula & Arnkil 2009, 140.)

Hoidon nopea alkaminen kertoo ilmeisesti siitä, että systemaattinen verkostokeskeinen kriisipalvelu on madaltanut väestön yhteydenoton kynnystä ja toisaalta tehnyt yhteistyökumppaneiden yhteydenotot helpoiksi. Näin ongelman laukeamista itsestään ei enää jäädä odottamaan kotiin vaan otetaan nopeasti yhteyttä, jolloin perhe ei ehdi tottua kriisiin ja intensiivinen hoito voi alkaa. Tätä johtopäätöstä tukevat ne aiemmat havainnot, että Tornion alueella skitsofrenian ilmaantuvuus on laskenut olennaisesti eikä uusia sairaalaan kroonistumisia enää tapahdu. (Seikkula & Arnkil 2009, 140.)

Avoimen dialogin ja tavanomaisen hoidon välillä on tutkimuksissa ilmennyt eroja skitsofreniapotilaiden hoidossa. Tavanomaista hoitoa saaneet potilaat olivat enemmän sairaalassa ja avoimen dialogin potilaat käyttivät vähemmän lääkkeitä verrattuna tavanomaista hoitoa saaneisiin. (Seikkula & Arnkil 2009, 140-141.)

Tavanomainen hoidossa hoito painottuu kontrolloiviin hoitomenetelmiin, kuten sairaalahoitoon ja neuroleptilääkityksen automaattiseen aloittamiseen. Tässä hoidossa perheeseen ei suuntauduta yhtä aktiivisesti, vaikka perhe kutsutaankin hoitokokouksiin. Avoimen dialogin hoitomallin kehittyessä henkilökunta voi sietää enemmän vaikeita tilanteita kotioloissa. Skitsofreniapotilaiden kohdalla avoimen dialogin hoidon potilaat näyttävät paranevan kriisistä merkitsevästi paremmin. (Seikkula & Arnkil 2009, 141-142.)

Dialogisessa verkostotyössä ammattiauttaja pyytää apua asiakkaalta ja muilta ”maallikoilta” huojentaakseen omia huoliaan. Ammattiauttaja muuntelee myös omaa toimintaansa sen sijaan, että tähtäisi toisten toiminnan muuttamiseen jonkun tietyn päämäärän mukaiseksi. Verkostotyössä asiakkaan

läheisverkot nähdään voimavarana, ei ongelmien lähteenä tai ylläpitäjänä. (Seikkula & Arnkil 2009, 169.)

## **8 Tutkimusmenetelmät**

### **8.1 Tutkimusaineisto**

Tutkimusaineisto muodostuu Keski-Suomen sairaanhoitopiirin työkokousten pöytäkirjoista ja Keski-Suomen aikuispsykiatrian kokonaissuunnitelmahankkeen suunnitelmista, tehostetun kotihoidon työryhmien ja työntekijöiden haastatteluista sekä web-pohjaisesta kyselystä tehostetun kotihoidon viranomaisyhteistyöverkostoille.

### **8.2 Aineiston hankinta**

Tein tutkimuksen kvalitatiivisena tutkimuksena, jonka toteutin fokusryhmähaastatteluina neljälle eri puolella Keski-Suomea työskentelevälle aikuispsykiatrian tehostetun kotihoidon työryhmälle. Lisäksi yksilöhaastattelin työryhmien psykologia sekä ylihoitajaa. Haastattelut suoritin tammi- ja helmikuussa 2011. Haastattelut videokuvaan sekä lisäksi nauhoitin sanelukoneella. Yksilöhaastattelut vain nauhoitin sanelukoneella, koska puhujan erottaminen oli helpompaa kuin ryhmähaastattelussa.

Tutkimuskysymykset haastatteluissa rakennettiin hyödyntäen tulevaisuuden muistelu–menetelmää (liite 1). Tulevaisuuden muistelu eli tulevaisuudesta käsin nykyhetkeen ajatusten, toiveiden ja huolten tarkastelua. Sen käyttäminen sallii luovuutta. Haastattelutapana sillä kartoitetaan nykyhetkessä koettuja huolia, toiveita paremmasta tilanteesta, toiveita keskinäisestä toiminnasta sekä verkostotoiminnasta.

Haastattelumenetelmäksi valitsin ryhmähaastattelumenetelmän, koska tällä menetelmällä voidaan saada tietoa usealta henkilöltä yhtä aikaa. Ryhmä voi

auttaa siihen kuuluvia henkilöitä muistelemisessa, arvioinnissa sekä tulevaisuuden visioinnissa. (Pötsönen & Välimaa 1998, 1.)

Ryhmähaastattelussa haastattelija ylläpitää ryhmäkeskustelua. Menetelmä on laadullinen tutkimusmenetelmä, jolla pyritään ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä. Ryhmähaastattelu tapahtuu valikoidussa ryhmässä ja haastattelija ylläpitää keskustelua ennalta suunnitellun haastattelurungon pohjalta. Ryhmähaastattelun etuja ovat sen joustavuus, nopeus ja yleensäkin paljon informaatiota antava tiedonkeruumenetelmä, jonka kustannukset ovat kohtuulliset. Haastattelijan läsnäolo antaa mahdollisuuden tarvittaessa selvittää ongelmakohtia, paneutua kysymyksiin, joita haastateltavat eivät ymmärrä tai jotka muuten ovat monimutkaisia. Ryhmähaastattelu vaatii tutkijoilta perinteisten haastattelutaitojen lisäksi myös ryhmädynamiikan hallintaa, sillä haastattelun sujuva eteneminen vaatii kokemusta erilaisista ryhmä- ja vuorovaikutustilanteista. (Pötsönen & Välimaa 1998, 3.)

Pienessä ryhmässä ihmiset voivat ilmaista spontaanisti, miten he tuntevat ja kokevat kyseisen aiheen ja miksi he kokevat sen näin. Ryhmässä henkilöt voivat tuntea olonsa turvallisemmaksi ja varmemmaksi, toisaalta ryhmässä synergia voidaan hyödyntää, toinen voi jatkaa siitä mihin toinen jäi. Ryhmän jäsenet stimuloivat toisiaan tuomaan esiin sekä yhteneviä että toisistaan eriäviä näkemyksiä. Ryhmä antaa tilaa keskustella vaikeistakin asioista, sillä tarkoitus ei ole paljastaa henkilökohtaisuuksia, vaan jäsenet toimivat pikemminkin omaa viiteryhmäänsä edustavina informantteina. (Pötsönen & Välimaa 1998, 3.)

Ryhmähaastattelun tekeminen on haastattelijalle haasteellisempaa kuin yksilöhaastattelu siltä osin, että ryhmän hallitseminen ja kontrolointi on paljon vaikeampaa kuin yksilön. Haastattelijan tulee hallita taukojen ja epäilyn tekniikka, luottaa omaan intuitioonsa ja osata tarvittaessa tehdä tarkentavia lisäkysymyksiä. Haastattelijan on myös osattava siirtyä sujuvasti asiasta toiseen. (Pötsönen & Välimaa 1998, 4.)

Ryhmähaastattelua voidaan käyttää yhdessä toisten tutkimusmenetelmien kanssa. Eri tutkimusotteilla kerätyllä aineistolla voidaan vahvistaa tulosten paikkansapitävyyttä ja saada asiasta monipuolisempi kuva kuin yhdellä tutkimusmenetelmällä. (Pötsönen & Välimaa 1998, 5.)

Tehostetun kotihoidon työryhmien ja työntekijöiden haastatteluiden lisäksi suoritin tehostetun kotihoidon yhteistyöverkostojen toimijoille kyselyn web-selaimen kautta (liite 2). Sähköisen kyselyn toteutin lokakuussa 2011 Digium Enterprise-sovellusta käyttäen. Tämän kyselymenetelmän valitsin siksi, että yhteistyöverkoston toimijoiden määrä on suuri. Lähetin kyselyn sosiaali- ja terveystoimien edustajille.

Kysely lähetettiin 90 eri sähköpostiosoitteeseen terveydenhuoltoon ja sosiaalitoimeen. Kyselyyn vastasi 18 vastaajaa. Vastaajat edustivat perusterveydenhuoltoa ja sosiaalitoimea. Heissä oli edustettuna seuraavia ammattiryhmiä: lääkäri, sosiaalityöntekijä, osastonhoitaja, sosiaalijohtaja, palveluyksikön johtaja, johtava psykologi, psykologi, kotihoidon johtaja, hoitotyön johtaja ja sairaanhoitaja.

### **8.3 Aineiston analyysimenetelmä**

Haastatteluissa saadun aineiston kirjoitin tekstiksi eli litteroin ja näin saadun aineiston lajittelin kaikkien vastaajien osalta haastattelukysymysten perusteella. Tästä aineistosta koodasin edelleen tutkimuksen tutkimuskysymyksiin liittyvät vastaukset.

Yhteistyöverkostolle tehdyn kyselyn vastaukset kokosin yhteen kysymyksittäin Excel-pohjaisiin taulukoihin sekä avointen kysymysten vastaukset erikseen tekstiksi (liite 3). Näistä vastauksista koodasin edelleen tutkimuskysymyksiin liittyvät vastaukset.

Seuraavassa vaiheessa vertailin keskenään näitä tutkimuskysymysten perusteella koodaamiani kohtia haastatteluiden ja yhteistyöverkoston

antamista vastauksista toisiinsa. Tämän jälkeen vielä vertasin koodattuja vastauksia hankesuunnitelmaan, voimassa olevaan lainsäädäntöön sekä käyttämäni teoriaan. Näin saadusta analysoidusta aineistosta tulkitsin tutkimustulokset, joista työstin edelleen tutkimuksen pohdinnan ja johtopäätökset. Tulkinta on analyysissa nousseiden asioiden selkiyttämistä ja pohdintaa (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara, 1997, 221).

## **9 Tulokset**

### **9.1 Viranomaisyhteistyö Tehkon toiminnan alussa**

Haastateltujen ja yhteistyöverkostoille tehdyn kyselyn mukaan aikuispsykiatrian tehostetun kotihoidon työryhmän toiminnan alussa viranomaisyhteistyötä pohjusti maakunnallinen suunnittelutyöryhmä, joka oli omalta osaltaan vienyt tietoa tehostetun kotihoidon työryhmän toiminnan alkamisesta kuntiin. Tämän jälkeen aikuispsykiatrian ylilääkäri ja ylihoitaja kävivät maakunnan kunnissa esittelemässä toimintaa yhdessä alueella toimivan tehostetun kotihoidon työryhmän työntekijöiden kanssa. Työryhmän työntekijät ovat jatkaneet näitä esittelykäyntejä itsenäisesti omalla toimialueellaan. Työntekijät kokivat toiminnan alussa haasteellisena sen, ettei heillä vielä silloin ollut mahdollisuutta kertoa kokemuksia toiminnasta, koska heillä ei vielä silloin ollut välttämättä ollut asiakaskontakteja. Työntekijöille tehostetun kotihoidon työryhmän toiminnan markkinointi oli myös uusi ja vieras tehtävä, koska he olivat tottuneet tekemään asiakastyötä, jossa ei tarvinnut markkinoida omia palveluita. Markkinoidessaan ja lanseeratessaan uutta palvelua maakuntaan he olivat itselleen täysin uuden tehtävän edessä, jonka he kokivat hyvin haasteellisena.

Toiminnan alussa tiedottamisen lisäksi toinen työntekijöiden haasteelliseksi kokema asia oli potilaalle maksusitoumuksen saaminen. Koska tehostetun kotihoidon työryhmän toiminta on erikoissairaanhoidoa, sen toimintaan tarvitaan maksusitoumus eli lähete perusterveydenhuollosta. Tämä perustuu terveydenhuoltolain 52 §:ään, jonka mukaan lääkärin on tehtävä potilaalle



lähete erikoissairaanhoidon pääsemiseksi. (L 30.12.2010/1326). Myös mielenterveyslain mukaan mielenterveyspalvelut tulee ensisijaisesti järjestää avopalveluina. (L 14.12.1990/1116). Tehostetun työryhmän toiminta työryhmäläisten haastatteluiden mukaan miellettiin toiminnan alussa kunnissa kalliiksi ja tämän vuoksi tehostetun kotihoidon työryhmät tarvitsivat tilastoja siitä, mitä potilaan psykiatrinen sairaalahoito maksaa ja miten paljon mahdollisia säästöjä syntyy, jos potilasta voidaan tukea avoterveydenhuollossa. Epäselvyyttä toiminnan alussa oli myös siitä, mistä tai keneltä saadaan lähete eli maksusitoumus potilaan kanssa työskentelyyn. Toiminnan alkuvaiheessa saattoi käydä niin, että psykiatrisesta sairaalasta otettiin suoraan yhteyttä tehostetun kotihoidon työryhmään potilaan kotiutumisen suhteen. Tällöin yhteydenotto olisi pitänyt tapahtua myös paikalliseen mielenterveystoimistoon, joka tuolloin edusti perusterveydenhuoltoa, joka myöntää toimintaan tarvittavan lähetteen. Kunnista esitettiin myös toivomus, että tehostetun kotihoidon työryhmän työntekijät kävisivät yksin potilaan luona, jolloin käyntihinta olisi edullisempi toisten työntekijän kustannusten jäädessä pois.

Haastatellut työntekijät kertovat myös, että lisäksi toiminnan alussa väärinkäsitysten vuoksi yhteistyöverkostoille suunnattuja esitteitä meni potilaiden ja heidän ystäviensä käyttöön, jolloin he saattoivat ottaa suoraan yhteyttä tehostettuun kotihoidon ja pyytää työryhmän apua ilman lähetettä.

Työryhmäläiset kertoivat haastatteluissa, että kolmas haaste toiminnan alussa oli potilasta koskevan tiedon siirtäminen kaikille hänen kanssaan toimiville tahoille. Usein kävi niin, että luultiin potilasta koskevan tiedon tavoittaneen kaikki ja oletettiin kaikkien toimijoiden myös saaneen riittävät tiedot potilastyöskentelystä. Neljäs haaste työryhmäläisten mukaan toiminnan alussa oli potilaan hoidosta vastaavan lääkärin tavoittaminen.

Keuruun tehostetun kotihoidon työryhmälle toiminnan alussa hämmennystä aiheutti Keski-Suomen sairaanhoitopiirin ulkopuolelta Pirkanmaalta tulleet yhteydenotot. Toiminta myös Pirkanmaan alueelle koettiin kuitenkin täysin

mahdollisena, kun sieltä olevalla potilaalla oli maksusitoumus. Tällainen yhteistyö toisen sairaanhoitopiirin kanssa onkin vakiintunut ja jatkuu edelleen.

Haastatteluissa työryhmäläiset kertoivat, että toiminnan alussa oli kuntien perusterveydenhuollossa ja sosiaalitoimessa epätietoisuutta siitä, miten tehostetun kotihoidon työryhmä tekee työtään. Heille tarjottiin suoritettavaksi potilaan lääkkeiden jako ja siitä huolehtiminen. Oletamus kunnissa lähti siitä, että koska kuntien kotihoito tai kotipalvelu huolehtii asiakkaidensa lääkityksistä, niin oletettiin, että myös tehostetun kotihoidon työryhmä voisi näin tehdä. Tehostetun kotihoidon työryhmän työhön ei kuitenkaan liity tällainen potilaan lääkkeiden jako tai siitä huolehtiminen.

Toimintaa aloitettaessa hankkeena oli toiminnan kohderyhmänä akuutin psykoosin potilaat, mutta näitä potilaita ei käytännössä kuitenkaan työryhmien mukaan ollut niin paljoa, että toiminta olisi vain yksin heitä varten. Tämän vuoksi toiminta on laajentunut kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastaviin. Toiminta on työryhmäläisten mukaan lisäksi myös konsultointia ja heidän mukaansa on hyvä muista, että aina potilasasiassa voi olla myös psykoosiepäily.

## **9.2 Viranomaisyhteistyö vuonna 2011**

Potilasyhteistyö eri toimijoiden, kuten psykiatristen sairaaloiden, mielenterveystoimistojen ja perusterveydenhuollon kautta on vakiintunut ja löytänyt toimintamuotonsa haastateltujen työryhmien ja yhteistyöverkostolle tehdyn kyselyn mukaan. Työryhmät kertoivat, että käytännössä psykiatrian poliklinikasta on tullut Jyväskylässä toimivan tehostetun kotihoidon työryhmän merkittävä yhteistyökumppani. Psykiatriset sairaalat ovat säilyneet heidän mukaansa edelleen suurimpina yhteydenottajina ja kuten myös mielenterveystoimistot. Haastatteluiden ja kyselyn mukaan yhteydenottajiin on tullut mukaan myös perusterveydenhuolto, josta lääkärit muuta henkilökuntaa helpommin kysyvät konsultaatiota. Haastatteluissa ja kyselyssä kävi molemmissa kuitenkin ilmi, että perusterveydenhuollossa ei ole riittävästi

tietoa tehostetun kotihoidon työryhmän toiminnasta. Riittämättömään tietoon vaikuttaa työryhmäläisten mukaan perusterveydenhuollossa vaihtuva henkilökunta. Tiedon kulkua vaikeuttaa heidän mukaansa myös se, ettei tieto siirry organisaatioiden sisällä eteenpäin.

Haastatteluiden ja kyselyn mukaan terveyskeskuksissa työskentelevät ns. keikkalääkärit tietävät liian vähän tehostetusta kotihoidon työryhmästä, jotta he osaisivat käyttää sen palveluita. Keikkalääkärit eivät ehdi perehtyä paikkakunnalla oleviin avopalveluihin riittävästi, jotta he voisivat käyttää niitä. Toisaalta keikkalääkärit työskentelevät myös pääasiassa iltaisin ja viikonloppuisin, jolloin tehostetun kotihoidon työryhmä ei toimi. Tämän vuoksi keikkalääkärit tekevät muita terveyskeskuslääkäreitä helpommin lähetteitä sairaalaan. Haastatteluiden mukaan vakituiset terveyskeskuslääkärit käyttävät muuta terveyskeskuksen henkilökuntaa enemmän tehostetun kotihoidon työryhmän konsultaatiomahdollisuutta.

Haastatellut työryhmäläiset kertovat, että psykiatriset sairaalat osaavat tehdä yhteistyötä tehostetun kotihoidon työryhmän kanssa. Sairaalan henkilökunta kertoo tehostetun kotihoidon palveluista potilaille ja kutsuvat tehostetun kotihoidon työryhmän työntekijät sairaalaan hoitoneuvotteluun, kun potilas sitä haluaa. Toisaalta työryhmäläisten mukaan sairaalat saattavat joskus pyytää tehostetun kotihoidon työryhmän työntekijöiltä myös arviota kotilomalla olevasta potilaasta, jota tehostetun kotihoidon työryhmän työntekijät eivät ole aiemmin tavanneet. Työryhmäläisten onkin vaikea arvioida potilasta, koska eivät tunne häntä entuudestaan.

Haasteena toiminnassa tehostetun kotihoidon työryhmän työntekijät kokevat sen, että he työskentelevät potilaiden kanssa, joiden kanssa perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito ovat jo aiemmin työskennelleet jopa vuosikymmeniä. Yhteistyöverkostot saattavat heidän mukaansa kokea tehostetun kotihoidon työskentelyn potilaan kanssa heidän oman työnsä arvointina ja arvosteluna. Työskentelytavat poikkeavat kuitenkin toisistaan siten, että tehostetun kotihoidon työryhmä tapaa potilasta hänen omassa

elinympäristössään yhdessä hänen läheistensä kanssa tai yksin potilasta. Omassa ympäristössään heidän mukaansa potilas avautuu työntekijöille eritavalla kuin mielenterveystoimistossa työntekijän vastaanotolla. Tehostetun kotihoidon työntekijöillä on työskentelyn tukena käytettävissä potilaan elinympäristön tuomat viitteet ja todellisuus, joka ei välttämättä vastaa sitä kuvaa, jonka potilas kertoo työntekijöille häntä muualla tavattaessa.

Tehostetun kotihoidon työryhmän toimintaa on tehty jo useita vuosia ja se on saavuttanut suuren määrän potilaita ja yhteistyöverkostoja. Toiminnan tunnettavuus on lisännyt potilaiden määriä ja sitä kautta myös työtehtävien määrä on lisääntynyt. Tämän vuoksi työryhmäläiset haastattelussa pohtivat sitä, että palvelevatko he potilaita jo liiankin hyvin ja kuinka he jatkossa pystyvät vastaamaan tarpeisiin, jos palvelutaso pidetään samana.

Maksusitoumus eli läheteiden hankinta osataan työryhmäläisten mukaan nykyisin toiminnan alkuvaihetta paremmin, mutta uutena on tullut kuntien pyrkimys säästää niin perusterveydenhuollon kuin myös erikoissairaanhoidon kuluissa. Tehostetun kotihoidon työryhmän palveluita käytetäänkin heidän mukaansa vaihtelevasti kunnittain. Usein työryhmäläisille esitetään toive, että työryhmästä potilaan hoitoon osallistuisi vain yksi työntekijä ja toinen työntekijä olisi kuntaorganisaatiosta. Kunnat ovat myös alkaneet palkata terveyskeskuksiin ja –asemille psykiatrisia sairaanhoitajia, jolloin voitaisiin ennalta ehkäisevästi jo perusterveydenhuollossa hoitaa potilaita mahdollisimman paljon eikä heitä tarvitsisi lähettää erikoissairaanhoidon.

Useat kunnat ovat työryhmäläisten mukaan tulleet tehostetun kotihoidon palveluiden piiriin seurattuaan ensin sivusta sen toimintaa ja odottaen toiminnan vakiintumista ja ovat näin voineet havaita työryhmän toiminnan tuomat hyödyt niin potilaille kuin kunnillekin.

Työryhmäläiset kokevat yhteistyön hyvänä, mutta pohtivat keinoja sen edelleen parantamiseksi. Yhtenä tiedonkulun parantamisen keinona he pohtivat tehostetun kotihoidon työryhmän toimipisteen sijaintia. Olisiko

tiedonkulku parempaa ja yhteistyöverkostossa tehostetun kotihoidon toiminnan muistaminen parempaa, jos tehostetun kotihoidon työryhmän toimipiste sijaitsee terveystieteiden tai sairaalan yhteydessä.

Yhteistyöverkostot kertoivat kyselyssä olevansa tyytyväisiä siihen, että tehostetun kotihoidon työryhmä käy tapaamassa potilasta sairaalajakson jälkeen ja auttavat näin potilasta arjen hallinnassa sekä seuraavat hänen psyykkistä vointiaan. Yhteistyöverkostot kokevat toiminnan tukevan potilaan kuntoutumista. Heidän mukaansa toiminta on kehittänyt ennalta ehkäisevää mielenterveyskuntoutujien avohoitoa ja parantanut psykiatristen palveluiden saatavuutta.

Kyselyyn vastanneista yhteistyökumppaneista suurin osa ei osannut arvioida tehostetun kotihoidon työryhmän toiminnan vaikuttavuutta joko sen vuoksi, etteivät olleet tehneet yhteistyötä tai että yhteistyötä on tehty vähän.

### **9.3 Kokemukset viranomaisyhteistyöstä ja toiminnan kehittamisestä**

Työryhmäläisten haastatteluiden mukaan tehostetun kotihoidon työryhmän toiminnan suunnittelussa olivat mukana kaikki Keski-Suomen maakunnan kunnat. Kunnat itse päättävät myöntävätkö he maksusitoumuksia eli lähetteitä tehostetun kotihoidon työryhmälle vaiko eivät. Moni kunta päättikin työryhmäläisten mukaan toiminnan alkuvaiheessa jäädä seuraamaan miten tehostetun kotihoidon työryhmän toiminta kehittyy ja usea kunta päätti lähteä mukaan vasta myöhemmin, kun oli havaittavissa toiminnan tuottaneen hyötyä, joka on myös taloudellisesti mitattavissa.

Työryhmäläisten mukaan yhteistyöverkostoissa on yhä enemmän opittu varmistamaan potilasyhteistyössä tarvittava maksusitoumus eli lähetteen olemassaolo.

Työryhmäläiset kertovat, että kaikki maakunnan kunnat eivät käytä tehostetun kotihoidon palveluita ja jotkut kunnat ovat palkanneet terveyskeskuksiin ja – asemille psykiatrisia sairaanhoitajia Mieli 2009 suunnitelman mukaisesti. Mieli 2009 tavoitteena on ollut, että terveyskeskuksiin palkattaisiin psykiatrinen sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä ja päihdehoitaja depressiohoitajan lisäksi. Tämän toiminnan voidaankin katsoa olevan mielenterveystyötä kehittävää toimintaa, joka on ollut myös yksi tehostetun kotihoidon toiminnan tavoite. Joissakin kunnissa pitkään toiminut terveyskeskuslääkäri tuntee hyvin kunnan asukkaat ja siten potilaat saavat tämän vuoksi erityisen hyvää palvelua. Jämsän seutu ei ole työryhmäläisten mukaan käyttänyt tehostetun kotihoidon palveluita, mikä johtuu siitä, että Jämsässä on aiemmin ollut psykiatrinen osasto, joka on lakkautettu. Tämän osaston entinen henkilökunta tekee Jämsän alueella vastaavaa työtä kuin tehostetun kotihoidon työryhmä muualla maakunnassa. Jämsän seudun henkilöstö osallistui kaikkiin tehostetun kotihoidon koulutuksiin ja olivat mukana myös ohjausryhmässä. Näiden koulutusten ja ohjausryhmän kautta siirtyi Jämsän alueelle sama osaaminen ja tietotaito, mikä on tehostetun kotihoidon työryhmillä käytössä.

Myös Keski-Suomen maakunnan ulkopuoliset kunnat ovat Pirkanmaan sairaanhoitopiiristä käyttäneet tehostetun kotihoidon työryhmän palveluita. Tämä on tullut työryhmälle yllätyksenä, mutta koska toiminnan resurssit ovat riittäneet pyydettyihin tehtäviin, on näihin palvelupyyntöihin vastattu.

Haastatellut työryhmäläiset kertovat, että kunnat ovat alkaneet jossain määrin myös esittämään toivomuksia, että tehostetun kotihoidon työryhmästä kävisi vain yksi työntekijä potilaan luona käyttäen tarvittaessa työparinaan kunnan omaa työntekijää. Näin kunnat haluavat välttää toisen työntekijän kustannukset. Mutta jos Tehkon työntekijä käy yksin potilaan luona, hän käy potilaskäynnin jälkeen tapaamisen läpi työryhmässään, jotta työryhmän toiset työntekijät olisivat tietoisia siitä miten potilas voi. Näin käytännössä tähän potilastyöskentelyyn menee lähes sama aika kuin parityöskentelyssä. Työskentely tapahtuu vain kahdessa eri vaiheessa.

Tehostetun kotihoidon työryhmien mukaan yhteistyöverkostot vaihtelevat alueittain. Pienillä paikkakunnilla on olemassa omat toimintamallinsa, koska palveluita on vähemmän ja etäisyydet ovat suurempia kuin suurilla paikkakunnilla. Mutta näiden pienten paikkakuntien palveluiden on voitu havaita olevan joustavampia kuin suurten paikkakuntien palveluiden. Tämä joustavuus palveluissa on helpottanut myös tehostetun kotihoidon työryhmää paremmin löytämään paikkansa palvelujärjestelmissä. Palveluiden vähäisyys myös edellyttää verkostoitumista useiden toimijoiden kesken ja muokkaamaan omia palveluita alueen palvelutarpeisiin.

Tehostetun kotihoidon organisaatio on heidän oman kokemuksensa mukaan osoittanut joustavuutensa ja kykynsä mukautua erilaisiin toimintaympäristöihin. Byrokratia ei ole tullut heidän mukaansa missään toiminnan esteeksi. Toiminnan tavoitteena on myös ollut sairaalatyöskentelyn ja avohoidon rajapintojen hälventäminen, koska tavoitteena on olla yhtä suurta hoitotahoa. Toiminta perustuu toiminnan pohjana olleeseen toimintasuunnitelmaan, mutta työryhmien paikallinen toimintaympäristö ja sieltä esiin tulleet tarpeet ovat käytännössä muokanneet paikallisten työryhmien toimintaa alueiden tarpeita vastaaviksi.

Kun tehostetun kotihoidon toiminta aloitettiin hankkeena, saatiin sen toiminnalle sitä kautta jokin verran rahoitusta. Työryhmäläisten haastatteluissa he kertoivat, että tärkeää oli myös, että kaikkissa hankkeen työryhmien ohjausryhmissä ja suunnittelutyöryhmissä oli mukana ylihoitaja, joka toimii työryhmien esimiehenä. Mutta myös se, että yhteistyökumppaneita oli koko Keski-Suomen maakunnan alueelta eikä vain Jyväskylän seudulta. Suunnittelutyöryhmään osallistuivat myös mielenterveystoimistojen edustajat kuntien edustajien lisäksi ja heidän myötänsä saatiin kuntiin ja perusterveydenhuoltoon tietoa hankkeesta jo sen suunnitteluvaiheessa. Rahoituksella voitiin hankkia hankkeelle koulutusta, jossa myös sidosryhmät olivat mukana. Skitsofrenian käypähoito koulutukseen osallistui sata henkilöä, samoin tehostetun psykoosin koulutukseen. Läpi koulutusten kulki vihreä-punainen lanka, jonka mukaan yhteistyökumppanit osallistuivat samaan

koulutukseen. Yhteisen kouluttautumisen tavoitteena oli saavuttaa yhteinen ”punainen lanka” yhteistyöverkostotoimintaan. Koulutukseen sisältyi myös turvallisuuskoulutus, jossa työntekijän turvallisuutta tarkasteltiin eri tavoin kuin osastotyöskentelyssä, koska työtä tehdään potilaiden kotona. Lisäksi työntekijöille tarjottiin lääkekoulutusta, perhetyökoulutusta, tiimikoulutusta ja kaiken kaikkiaan laaja-alaisesti muuta koulutusta. Työnohjaus on ollut hyvää, johon kaikki työryhmäläiset ovat olleet tyytyväisiä. Työnohjaus aloitettiin jo varhaisessa vaiheessa, jonka työryhmäläiset ovat kokeneet hyvänä asiana. Hanke oli tarkoitettu koko Keski-Suomen maakunnan alueelle, jotta kaikilla kuntalaisilla olisi yhdenvertainen mahdollisuus saada hankkeen palveluita.

Työryhmäläiset kokevat, että sairaanhoitopiirin johto on mahdollistanut työrauhan ja resurssit toiminnalle. Lisäksi sairaanhoitopiiri myönsi hankkeen myötä kehittämiskoulutuksen työntekijöille parin ensimmäisen toiminta vuoden aikana. Työntekijät saivat itse valita koulutuksen ja työnohjauksen sekä päättää keskinäisistä palaverista. Hankkeen erikoissuunnittelija Hannu Priha on ollut merkittävä yhteistyökumppani hankkeessa ja toiminnassa, koska hänellä on erinomaiset taidot hankkia hyviä kouluttajia, runsaasti tietoa ja taito osata koostaa asioita kirjalliseen muotoon sekä jakaa tietoa edelleen kaikille.

Työryhmät kertovat yhteistyöverkostojen kanssa yhteistyöpalavereiden vakiintuneen. Näitä yhteistyökumppaneita ovat sairaalan psykiatrinen poliklinikka, psykiatriset sairaalat sekä mielenterveystoimistot. Näillä tapaamisilla tehostetun kotihoidon työryhmät muistuttavat olemassa olostaan ja toiminnastaan sekä samalla uusilla yhteistyöverkostojen työntekijöillä on mahdollisuus tutustua tehostetun kotihoidon työryhmän toimintaan. Yhteistyöpalavereissa päivitetään potilastilanne ja arvioidaan onko potilaita, jotka saattaisivat hyötyä tehostetun kotihoidon työryhmän toiminnasta. Työryhmät tarjoavat itseään mukaan hoitoneuvotteluihin, jolloin sairaalan työntekijät voivat kysyä potilaalta haluaako hän, että tehostetun kotihoidon työryhmän työntekijät osallistuvat hänen hoitoneuvotteluun.



Haastatteluissa työryhmäläiset kertoivat toimintansa vahvuudeksi vapaan liikkuvuuden ja mahdollisuuden joustavasti toteuttaa toimintaansa. He kokevatkin tämän vuoksi olevansa lähempänä potilaan todellisuutta ja arkea kuin mielenterveystoimiston henkilöstö, jolla ei ole tätä samaa mahdollisuutta päästä potilaan arkeen.

Työryhmäläiset kertoivat haastatteluissa, että he ovat havainneet näkökulmansa yhteistyöverkostoista olleen aiemmin kapea-alainen. Toiminnan myötä yhteistyöverkostot ovat laajentuneet ja on löydetty uusia yhteistyöverkostoja, jotka voivat tukea potilaan kuntoutumista. Merkittäväksi he ovat kokeneet kolmannen sektorin toimijat, joiden toiminnat voivat tarjota mielenterveyskuntoutujille monipuolisia palveluita. Yhteistyöverkoston on työryhmäläisten mukaan tullut myös muita tahoja, joita he eivät toiminnan alussa suunnitelleet. Näitä tahoja ovat olleet mm. äitiysneuvola, lastenneuvola, sosiaalitoimisto, poliisi, mutta myös mm. työväenopisto ja kansalaisopisto. Työryhmäläisten mukaan mielenterveyskuntoutuja hyötyy mielenterveyskuntoutujille suunnatuista palveluista, mutta myös muista kaikille yleisesti suunnatuista työväenopiston tai kansalaisopiston ryhmistä.

Työryhmäläisten mukaan terveyskeskusten kanssa on vieläkin hakemista toimivan yhteistyön aikaan saamiseksi. He arvioivat yhteistyötä hankaloittavan vaihtuvat lääkärit, jolloin lääkärit eivät ehdi perehtyä paikallisiin yhteistyöverkostoihin ja palveluihin. Työryhmäläiset kokevat toiminnan myötä myös kehittyneensä verkostoitumisessa ja yhteistyön tekemisessä. He kertovat tehneensä useampiakin esittäytymiskierroksia mielenterveystoimistoissa, terveyskeskuksissa ja –asemilla sekä sairaaloissa. Esittelykäynnit on pyritty tekemään terveyskeskusten ja sairaaloiden eri työryhmissä, palveluasumisten henkilöstölle, työterveydelle, neuvoloille, opiskelijaterveydenhuollolle, kotihoidolle, kotipalvelulle, sosiaalitoimistoille ja kaikille mahdollisille tahoille, jotka ovat tulleet työryhmäläisten mieleen. Esittelytyötä on tehty oman työn ohessa, joka on omalta osaltaan potilasmäärien kasvaessa haasteellista. Heidän mukaansa kuitenkin toiminnan tunnetuksi tekeminen onnistuu parhaiten tutustumalla

yhteistyöverkostojen toimijoihin ja tuomalla toistuvasti esille työryhmän toimintaa sekä kertomalla siitä miten se tukee yhteisten potilaiden kuntoutusta. Toiminnan esittelyssä he ovat havainneet, ettei tieto tehostetun kotihoidon toiminnasta ole siirtynyt terveyskeskusten ja sairaaloiden sisällä toisiin työryhmiin ja sen vuoksi he ovat pyrkineet käymään erikseen sekä toistuvasti eri työryhmissä kertomassa toiminnastaan. Maakunnan terveyskeskuksista on pari kertaa vuodessa koottu yhteistyökysymyksiä ja pyritti käymään niitä yhdessä läpi.

Työryhmäläiset kokevat jatkuvan toiminnan tunnetuksi tekemisen tulokselliseksi siten, että jossain vaiheessa se tuottaa sen ensimmäisen yhteydenoton ja yhteistyön aloittamisen yhteistyöverkoston kanssa. Ensimmäinen yhteydenotto voi olla konsultaatio tai potilaan hoitoneuvottelu, jossa arvioidaan hyötyisikö potilas tehostetun kotihoidon palveluista. Yhteistyö muodostuu työryhmäläisten mukaan todennäköisemmin silloin, kun yhteistyöverkostolla on käsitys siitä mitä tehostetun kotihoidon työryhmä tekee ja millaisissa potilassuhteissa työryhmää voi käyttää. Heidän mukaansa sairaaloiden kanssa pidetyt verkostopalaverit ovat olleet hyviä yhteistoiminnan kehittämiseen ja lujittamiseen. Näitä verkostopalavereita pyritään pitämään mahdollisuuksien mukaan.

Yhteistyössä potilaan kanssa aiemmin työskennelleiden yhteistyöverkostojen kanssa on työryhmäläisten mukaan osattava toimia taitavasti, jotta välttyttäisiin loukkaantumisilta ja arvostelun kohteeksi joutumisen tunteelta yhteistyöverkostoissa. Yhteistyöverkostot ovat saattaneet vuosikymmeniäkin työskennellä potilaan kanssa ja siksi on vaara, että yhteistyöverkoston työntekijät voivat kokea työtänsä arvosteltavan, kun verkostoon tulee työskentelemään tehostetun kotihoidon työryhmä. Tätä tilannetta helpottaa, jos tehostetun kotihoidon työryhmä on jo aiemmin tehnyt yhteistyötä potilaan verkostojen kanssa. Sairaaloiden henkilökuntaa tukee se seikka, että tehostetun kotihoidon työryhmän työntekijät ovat aiemmin työskennelleet sairaalassa, joten he tuntevat sairaalassa tehtävän työn.

Haastatteluissa työryhmien jäsenet kertovat yhteistyöverkoston tehneen hoitotyötä hyvin. Heidän mukaansa myös yhteistyöverkostot ovat havainneet heidän tekevän työtään hyvin. Myös potilaat ovat kertoneet omille läheisilleen, että ovat saaneet apua tehostetun kotihoidon työryhmästä. Tällainen ”puskaradio” onkin työryhmäläisten mukaan tehokas tiedottamisen muoto. Työryhmäläisten vankka ammattitaito ja työkokemus ovatkin tulleet tiedostetuksi yhteistyöverkostoissa sekä heidän valmiutensa toimia haasteellisissakin potilastilanteissa. Hyvää tukea työlle on antanut ennalta ehkäisevätyö, kuten potilaan perheen kanssa tehty yhteistyö. Tällä ennalta ehkäisevällä työllä potilaan elämässä tapahtuviin uhkiin ja kriisitilanteisiin voidaan paremmin ennalta valmistautua. Parhaiten työryhmäläisten mukaan yhteistyö onnistuu, kun maksusitoumuksen myöntäjä luottaa työryhmän ammatilliseen kykyyn arvioida oman työskentelynsä tarve ja kesto potilaan kanssa ennen potilaan siirtymistä perusterveydenhuollon tai mielenterveystoimiston asiakkaaksi. Tehostetun kotihoidon työryhmän tietotaidon hyödyntäminen potilastyössä on arvokasta, koska he ovat kouluttaneet psykoosin varhaistunnistamiseen. Työryhmä on voinut auttaa myös potilasta itsensä ja hänen läheisiensä oppia tunnistamaan ns. varomerkkejä sairaudesta ja sen varhaisesta tunnistamisesta, jolloin voidaan välttää sairaalahoito. Potilaan omaisten voi olla vaikea tunnistaa mikä osa potilaan käyttäytymisessä on hänen omaan kehitysvaiheeseensa liittyvää tai hänen luonteeseensa liittyvää. Tai milloin syynä voi olla johonkin kehitysvaiheeseen jumiutumisen. Työryhmien mukaan heidän työnsä onkin siirtynyt korjaavasta ennalta ehkäisevään. He tekevät työtään myös tulkin tavoin etsimällä vastauksia potilaalle hänen omassa elämässä syntyneistä kysymyksistä ja huolenaiheista. Nuoret vertaavat itseään omaan ikäryhmäänsä ja huolestuvat jos eivät kykenekään etenemään elämässään samassa tahdissa toisten ikäistensä kanssa. Toimivalla yhteistyöllä voidaan havaita perheessä olevat haasteet, joita ei ole vain yksittäisen perheenjäsenen mielensairaus. Sairastuneen henkilön ympärillä on erilaisia suhteita, ihmisiä ja tapahtumia. Nämä ovat helpommin havaittavissa potilaan omassa ympäristössä ja siten saada myös potilas itse ne ymmärtämään, koska kyseessä on hänen etunsa ja hyvinvointinsa. Luottamus potilasperheen

kanssa mahdollistaa myös heidän hankalaksi kokemien yhteistyöverkostojen esiin ottamisen ja yhteistoiminnan aloittamisen näiden verkostojen kanssa, kuten esim. lastensuojelutyön perhetyöntekijän kanssa. Perheet voidaan yhdessä saada näkemään lastensuojelutyö myös mahdollisuutena perheen hyvinvointiin eikä uhkana.

Työryhmäläiset pohtivat, että jos heidän toimitilansa olisivat sairaalan tai terveyskeskuksen yhteydessä, saattaisi se kenties paremmin muistuttaa heidän toiminnastaan ja madaltaa kynnystä ottaa heihin yhteyttä.

Yhteistyötä eri verkostojen kanssa on parantunut myös yhteinen maakunnallinen potilastietojärjestelmä, johon työryhmät kirjaavat potilaskäyntinsä. Toiminnan alussa käytössä oli useita potilastietojärjestelmiä, jolloin sairaalat ja perusterveydenhuolto saattoivat käyttää eri järjestelmiä tai aivan toiminnan alussa ei ollut mitään tietojärjestelmiä käytössä, jolloin ei voitu tehdä myöskään sähköisiä kirjauksia. Tällöin potilastiedot eivät välittyneet kaikille toimijoille.

Yhteydenotot tehostettuun kotihoidon työryhmille tulevat työryhmäläisten mukaan sairaaloista, palveluasumisesta, kotipalvelusta, päivystystiimeistä, vanhuspsykiatriasta, terveyskeskuksista ja depressiohoitajilta.

Haastatteluissa työryhmäläiset kertoivat, että toiminnan myötä on havaittu, ettei psykoosipotilaita ole niin paljon, että toiminta voisi olla yksin heitä varten. Tehostetun kotihoidon potilaat ovat psykoosipotilaiden lisäksi kaksisuuntaista mielialaa sairastavia, persoonallisuushäiriöisiä, skitsofreenikkoja tai potilaita, joilla epäillään olevan psykoosi.

Työryhmät arvioivat hoitavansa noin kahden ja puolen osaston verran potilaita avohoidossa yhdeksän ja puolen työntekijän voimin. Potilaita haastatteluhetkellä heillä oli yhteensä noin 60–70 potilasta. Tämän lisäksi he esittelevät toimintaa, huolehtivat työryhmien toiminnasta ja potilaiden käytännön asioista, tilastoivat sekä huolehtivat muut esille tulevat työtehtävät,

kuten mm. auton huollot, tarvittavien kalusteiden tai tietoliittymien sekä – koneiden hankinnat. Työryhmissä ei ole sihteereitä eikä lähiesimiestä, joten työryhmät toimivat itseohjautuvasti kaikissa eteen tulevissa asioissa ottaen tarvittaessa yhteyttä esimiehenään toimivaan ylihoitajaan. Työryhmien toimintaa helpottaa se, että heillä on käytössä oma osa-aikainen psykiatri. Työryhmäläiset kertovat myös oman työyhteisön, tehostetun kotihoidon työryhmien, ylihoitajan, työnohjauksen ja hankkeen tiedotuksen tukeneen hyvin heidän työtään ja työssä tulleita haasteita. Työryhmäläiset kokevat myös oman ammattitaitonsa kehittyneen toiminnan myötä arvioimaan paremmin potilaan vointia ja hänen selviytymistään. Sairaalatyöskentelyssä potilaan verkostoissa painopiste oli perhekeskeisyydessä, mutta potilaan kotona työskenneltäessä on voitu havaita potilaiden verkostojen olevan hyvin erilaisia eivätkä välttämättä perhekeskeisiä. Saattaa olla myös ettei potilaalla ole minkäänlaisia lähi- tai toimintaverkostoja. Tällöin potilaan kanssa yhdessä aletaan luomaan häntä tukevia verkostoja. Potilaat ovat olleet tyytyväisiä kotiin tulevista palveluista ja ovat ottaneet työntekijät hyvin vastaan. Potilaan koti kertookin paljon sellaista mitä työntekijä eivät ehkä huomaisi kysyä tai mistä potilas ei kerro, koska se on hänelle tavanomaista. Moni itsestään selvänä pidetty asia puolin tai toisin, ei välttämättä olekaan sitä. Maakunnassa etäisyydet ovat suuria ja julkinen liikenne ei välttämättä toimi, jolloin potilaan käyminen mielenterveystoimistossa vaikeutuu. Jos hänellä on vielä kotona huollettavia, on hänen järjestettävä heidän huoltonsa siksi aikaa, kun hän itse käy asioimassa mielenterveystoimistossa. Ja jos mielenterveystoimiston käyntien järjestäminen on vaikeaa, saattaa potilas helposti pitää käyntejä mielenterveystoimistossa toissijaisena vointinsa ollessa hyvä. On myös voitu havaita, että mitä aiemmin potilaan kanssa aloitetaan työskentely, sitä paremmin saavutetaan tuloksia. Työparityöskentely ja säännölliset työryhmien yhteispalaverit tukevat sitä, että tieto työryhmien sisällä siirtyy yhteisistä potilaista ja heitä voidaan tukea myös potilaan oman työntekijän vuosi- tai sairausloman aikana.

Työryhmäläisten mukaan työparityöskentely tukee työntekijöiden työskentelyä, koska se mahdollistaa reflektoinnin työparin kanssa ja toinen työpari voi tehdä

tukikysymyksiä toisen työntekijän pääasiallisesti keskustellessa potilaan kanssa. Hoitajan ja potilaan välinen suhde potilaan kotona on tasavertaisempi kuin sairaalan osastolla työskenneltäessä. Työskentelytapa tukee myös työntekijän ammatillista kasvua, koska hän voi työssään hakea uusia työskentelytapoja ja yhdistellä niitä. Työskentelyn etuja on myös se, että potilas voi tarvittaessa tapaamisten välillä ottaa yhteyttä työryhmään. Potilaan kotona tapahtuva hoito on hänen ympäristössään ja häntä kunnioittavaa, koska hoitotyö ei ole pakkohoitoa, eikä kenenkään kotiin voida väkisin mennä hänen sitä haluamatta. Potilaan kotona tapahtuva tapaaminen etenee potilaan ehdoilla. Potilaan ympäristö on saattanut työryhmän jäsenille antaa viitteitä myös siitä, miksi potilas voi huonosti ja hänelle on sen vuoksi saatettu alkaa yhdessä hankkia uutta asuntoa toisesta hänelle paremmin soveltuvasta ympäristöstä. Pitkään sairastaneita potilaita työryhmien asiakaskunnasta on vähemmistö ja äskettäin sairastuneita enemmistö. Hoitosuhteet vaihtelevat yhdestä tapaamiskerrasta vuoden mittaisiin, kun tavoiteaika on kolme kuukautta. Suurin osa hoitosuhteista kestää kolmesta kuuteen kuukautta. Jotkut potilaista palaavat tehostetun kotihoidon asiakkuuteen montakin kertaa, mutta eivät kaikki. Nuorten osuus potilaissa on lisääntynyt.

Tehostetun kotihoidon työn vaikuttavuudesta ei ole vielä heidän mukaansa tutkittua tietoa, mutta he ovat itse havainneet heidän potilaidensa sairaalassa olopäivien vähentyneen. Työryhmä on löytänyt paikkansa sairaalan ja mielenterveystoimiston välimaastoon täydentämään palveluita. Joustavan toimintansa vuoksi se kykenee kohtaamaan potilaan nopeammin kuin ruuhkautuneet mielenterveyspalvelut. Konsultaatiopyynnöt yhteistyöverkostoista ovatkin jo vakiintunutta toimintaa, jota tukee hyvin se, että työryhmäläiset kirjaavat hyvin potilaskäynnit potilastietojärjestelmään.

Hanke on työryhmäläisten mukaan tuonut sairaanhoitopiirille uusia suunnittelutyöryhmiä ja monipuolista toimintojen kehittämistä. Hankkeesta on kerätty palautetta vuorovaikutuksessa johdon ja työntekijöiden välillä sekä kuntakäynneillä. Hankkeen myötä on kehitetty hoitotyönstrategiaa, jossa omaisten ja läheisten merkitys on noussut suurempaan sijaan kuin aiemmin.

Myös potilasohjaus on kehittynyt samoin kuin psykiatristen työryhmien sijainti. Psykiatria on tullut myös enemmän somatikan rinnalle. Lisäksi on voitu purkaa byrokratiaa, kun resurssit ovat vähäiset. Tehostetun kotihoidon toimintaan käydään nyt jo tutustumassa muualta, vaikka työtä onkin heidän mukaansa tehty vaatimattomasti. Hankkeena toiminnan aloittamisen tukena oli hankesuunnitelma, johon sairaanhoitopiiri oli sitoutunut ja antanut lupauksen, että hankkeen henkilökunta saa työskennellä rauhassa. Hankkeena toiminnan aloittaminen mahdollisti myös sen, että sairaanhoitopiiri on ollut joustava talouden käytössä. On ymmärretty, että on aloitettu uutta toimintaa, eikä tämän vuoksi ole vaadittu suoritteiden määrää tietylle tasolle. Suoritteiden määrän kehittymiseen on vaikuttanut myös se, että työntekijät ovat käyttäneet työaikaansa toimitilojen rakentamiseen ja käytännön asioiden hoitamiseen, kuten myös koulutukseen ja tiedottamiseen.

Hankkeena aloitetun tehostetun kotihoidon työryhmän henkilökunta on motivoitunutta ja he haluavat edelleen kehittää työtään sekä kehittyä itse työssään. Heillä on runsaasti erityisosaamista ja he osaavat monipuolisen työkokemuksen ja koulutuksen perusteella arvostaa yhteistyöverkostoja, joiden toimintaa he jo ennestään osin tuntevat. He kokevat tärkeäksi, että heillä on kokemus psykiatrisen sairaalan osastolla työskentelystä.

Yhteistyöverkostoille tehdyn kyselyn mukaan yhteistyöverkostot, jotka ovat tehneet tehostetun kotihoidon työryhmien kanssa yhteistyötä, olivat siihen tyytyväisiä. He kokivat omaa työtään tukevana sen, että saattoivat keskustella työryhmien työntekijöiden kanssa yhteisestä potilaasta ja saada myös konsultaatioapua potilasasioissa. Heidän näkemyksensä mukaan on hyvä, että työryhmien työntekijät osallistuvat kotiutuvan potilaan hoitoneuvotteluun ja käyvät tapaamassa häntä kotiutumisen jälkeen sekä arvioimassa hänen vointiaan. Kyselyyn vastanneiden mukaan työryhmien toiminta on ollut joustavaa ja potilaan tarpeisiin on kyetty vastaamaan lyhyelläkin viiveellä. Vastaajat kertovat toiminnan vastanneen heidän odotuksiaan ja että se on osoittanut toiminnallaan tarpeellisuutensa. He kokivat hyvänä myös sen, että työryhmistä on voinut saada myös työparin itselleen.

## 9.4 Tehkon kehittämistarpeita

Tehostetun kotihoidon työryhmien työntekijät toivovat, että psykiatriset sairaalat tiedottaisivat heille mahdollisimman varhaisessa vaiheessa suunnitelmista kotiuttaa potilas tai potilaan hoitoneuvottelusta. Erityisesti etäällä sairaalasta olevat työryhmät joutuvat näihin käynteihin varaamaan aikaa enemmän matkustusaika huomioiden. Ja jos työryhmässä on vain muutama työntekijä, joudutaan tekemään työntekijä- ja potilaskäyntijärjestelyitä sairaalakäyntiä varten. Vain Jyväskylässä toimiva tehostetun kotihoidon työryhmä pääsee parhaiten osallistumaan nopeastikin tuleviin sairaalatapaamisiin. Työryhmäläiset toivovat kehitystä yhteistyössä potilasasioissa, joissa psykiatrisesta sairaalasta potilas käy kotilomalla ja psykiatrinen sairaala pyytää tehostetun kotihoidon työryhmältä arviointikäyntiä potilaan selviytymistä kotona. Haasteena tällaisessa on, ettei tehostetun kotihoidon työryhmä ole välttämättä koskaan ennen tavannut potilasta kuin vasta hänen ollessaan kotilomalla, jolloin ei ole vertailukohtaa potilaan kuntoisuudesta.

Työryhmien mukaan suurin epäonnistumisen uhka on siinä, jos yhteistyöverkostojen välillä ei kulje tieto potilasasioissa. Tällaisia voivat olla esim. että tieto potilaan kotiutumisesta ei siirry mielenterveystoimistoon tai tehostettuun kotihoidon työryhmään. Tai potilaalle ei ole kerrottu, että hoitoneuvotteluun tulee mukaan tehostetun kotihoidon työryhmän työntekijät. Tai jos potilaan oikeat yhteystiedot eivät välity hänen kanssaan työskenteleville.

Suuri riski yhteistyön toimimattomuudelle on myös se, että kaikki toimijat potilaan ympärillä toimivat eri suuntiin omien näkemystensä mukaisesti ilman yhteistä hoitosuunnitelmaa. Tai että joku taho yhteistyöverkostossa käyttää tietosuojaa esteenä yhteistoiminnalle. Tämän estämiseksi onkin potilaan kanssa aina erikseen sovittava, että hänen tietojaan voidaan siirtää hänen kanssaan työskentelevien verkostojen välillä.



Haasteina toiminnassaan työryhmäläiset kokevat ensikertaa sairastuneet potilaat. Kuinka heidät voitaisiin havaita aiemmin ja tarjota apua ennen kuin tilanne kriisiytyy? Mitenkä vielä paremmin tilanne voitaisiin havaita neuvolassa, terveyskeskuksessa, opiskelijaterveydenhuollossa, työterveydessä? Heidän näkemyksensä on, että monta kertaa potilaan tilanne tulee esille vasta pitkällä viiveellä, kun tilanteeseen olisi voinut yrittää puuttua viisi tai 20 vuotta sitten työntekijöiden arvion mukaan. Perhetyön käyttö lastensuojelutyössä ja neuvoloissa on jonkin verran vaikuttanut siihen, että hitaammin otetaan yhteyttä tehostettuun kotihoitoon. Kaikista tahoista voitaisiin työryhmien mukaan ottaa yhteyttä tehostettuun kotihoidon työryhmään varhemmin ja pyytää konsultaatiokäyntiä, vaikei tiedetä mikä potilaalla on.

Haastatellut työryhmien jäsenet toivovat voivansa edelleen kehittää työtään ja laajentaa se ulottumaan myös nuorisotyöhön, vanhustyöhön ja vammaistyöhön. Esille nousi myös aivoinfarktipotilaat, joilla usein ilmenee infarktin jälkeen masennusta. He saattavat olla itsetuhoisia ja hyvinkin masentuneita. Työryhmäläiset uskovat, että jo konsultoinnilla saatetaan ennalta ehkäistä potilaan sairaalahoidon tarve ja voidaan yhteistyöllä avohoidossa hoitaa potilas. Työryhmäläiset toivovatkin, että heitä käytettäisiin enemmän myös konsultteina. Työryhmien mukaan potilastietojärjestelmiä voisi kehittää edelleen, jotta se palvelisi myös muita potilaan kanssa työskenteleviä.

Työryhmät pohtivat haastatteluissa toimipisteensä sijaintia. Keuruun työryhmän tilat ovat Juurikkaniemen sairaalan yhteydessä, Äänekosken työryhmän toimipiste entisen Sisä-Suomen sairaalan alueella Suolahdessa, Viitasaaren työryhmän toimipiste Viitasaaren kunnantalolla ja Jyväskylän työryhmän toimipiste Tourulassa virastorakennuksessa. Työryhmät miettivät, että jos heidän toimipisteensä sijaitsisi yhteistyökumppanin kanssa samoissa tiloissa, vaikuttaisiko se heidän palveluiden käyttöön lisäävästi?

Työryhmien työntekijät toivat haastatteluissa esille kehittämisen näkökulmasta omien toimitilojensa ahtauden, jossa haasteellisia tilanteita ilmenee erityisesti silloin, kun moni ihminen puhuu yhtä aikaa puhelimeen ja osa kirjaa potilastietoja.

Hanke on tuonut Keski-Suomen sairaanhoitopiirille uusia suunnittelutyöryhmiä ja edelleen toimintojen monipuolista kehittämistä. Hankkeen myötä on kehitetty hoitotyönstrategiaa, jossa potilaan omainen ja läheinen on noussut suurempaan merkitykseen kuin aiemmin. Myös potilasohjaus on kehittynyt samoin kuin psykiatrisen poliklinikan sijainnin määrittäminen. Psykiatria on tullut myös somatikan rinnalle. Lisäksi on voitu purkaa byrokratiaa, kun on kehitetty toimintamalli, jossa työryhmät ovat itseohjautuvia ja huolehtivat myös käytännön asioiden hoidon.

Psykiatristen potilaiden hoitomenetelmät ovat kehittyneet ja niitä kehitetään edelleen. Psykiatristen sairaaloiden hoitopaikkoja on vähennetty ja potilaat ovat siirtyneet yhä enemmän avohoitoon. Potilaita myös kotiutetaan sairaalasta aiemmin kuin ennen. Potilaat siirtyvät sairaalasta omaan kotiinsa tai palveluasumiseen. Työryhmäläiset pohtivatkin sitä kuin paljon palveluasumisessa asuvien mielenterveyskuntoutujien määrä on lisääntynyt suhteessa sairaalapaikkojen vähenemiseen. Ja kuinka monta potilasta siirtyy palveluasumisesta edelleen itsenäiseen asumiseen?

Tiedottamista on haastateltujen työryhmäläisten kuin myös kyselyyn vastanneiden yhteistyöverkostojen mukaan edelleen jatkettava systemaattisesti ja toistuvasti. Se voi tapahtua tapaamisilla, infoilla työryhmille, yhteydenotoilla, sähköpostilla ja kuntakäynneillä. Yhteistyöverkostoille voitaisiin tiedottamisella selkeyttää minkälaisissa potilasasioissa he voiva olla yhteydessä työryhmään. Nyt osalle yhteistyöverkostoista on jäänyt hankkeen alkuperäisen toimintasuunnitelman mukainen käsitys, että toiminta on suunnattu vain psykoosipotilaille. Tiedottamisen tulisi tavoittaa myös terveyskeskuksissa työskentelevät ns. keikkalääkärit, jotka työskentelevät yleensä iltaisin ja viikonloppuisin. Tiedottamisen tulisi myös mennä läpi

yhteistyöorganisaatioiden, koska on havaittu ettei tieto siirry organisaatioiden sisällä työryhmästä toiseen. Myös itsensä kasvoillaan tunnetuksi tekeminen mahdollistaa paremmin yhteistyöverkostojen yhteydenottoa tehostettuun kotihoidon työryhmään. Yhteistyöverkostoista kyselyyn vastanneista jotkut toivovat kuulevansa mitä tehostetun kotihoidon työryhmät toivoisivat yhteistyöverkostoilta.

Yhteistyöverkostot toivoivat kyselyssä, että tehostetun kotihoidon työryhmän työntekijät tiedottaisivat yhteistyöverkostoille toiminnastaan potilaan kanssa ja järjestäisivät myös hoitoneuvotteluita potilaan yhteistyöverkostojen kanssa erityisesti potilaan kotiutusvaiheessa. Hoitoneuvottelun yhteistyöverkostot toivovat tuovan työnjaon selkeyttä, koska potilaan kanssa saattaa työskennellä moniakkin eri tahoja, joka hämmentää potilasta ja hänen läheisiään, mutta myös yhteistyöverkoston toimijoita itseään. Selkeällä työnjaolla voitaisiin varmistaa, että potilaan kaikki asiat tulevat hoidetuksi. Vastanneista yhteistyöverkostojen toimijoista osa koki pitkän matkan olevan esteenä tehostetun kotihoidon työryhmän käyttämiselle, koska pitkä välimatka nostaa kustannuksia ja toiminta on hankala toteuttaa etäisyyksien vuoksi. Yhteistyöverkostot toivovat yhteistyökäytäntöjen kehittämistä sekä ideointia paikallisten toimijoiden kanssa yhdessä. Tärkeintä yhteistyöverkostoista on tehostetun kotihoidon toiminnasta tiedottaminen ja yhteistyötoiminnan kehittäminen yhdessä alueellisten toimijoiden kanssa.

Kyselyyn vastanneista yhteistyöverkoston toimijoista eräs ehdotti, että tehostetun kotihoidon työryhmällä voisi olla päivystysnumero, kuten esimerkiksi sosiaalipäivystyksellä, johon viranomaiset ja yhteistyökumppanit voisivat ottaa yhteyttä myös iltaisin, öisin ja viikonloppuisin.

Työryhmäläiset arvioivat, että toimintaa olisi helpompi markkinoida, jos heillä olisi käytössään kokoaikainen psykiatri. Heillä on tällä hetkellä osa-aikainen psykiatri, joka ei voi olla samalla tavalla kaikkien työryhmien käytettävissä välimatkojen vuoksi. Hänen toimipisteensä sijaitsee Jyväskylässä, jossa hänen on helpompi olla tarvittaessa työryhmän mukana myös kotikäynnillä.

Muualla olevat työryhmät käyttävät häntä pääasiallisesti konsulttina. Työryhmien käytössä on myös yksi psykologi ja sosiaalityöntekijä, jotka käyvät Jyväskylän lisäksi myös muissa toimipisteissä säännöllisestikin. Työryhmien työntekijät vertaavat nykyistä työyhteisöään tässä asiassa entiseen sairaalassa työskentelyyn, jossa eri asiantuntijoita oli helposti käytettävissä.

Maksusitoumus eli lähete käytäntö nousi kaikissa työryhmissä useasti esille. Myös kyselyssä yhteistyöverkostot nostavat sen esille toiminnan kustannuksina erikoissairaanhoidossa. Hankkeen alussa maksusitoumuksen saamisessa oli suuria vaikeuksia, mutta neljän vuoden aikana tämä käytäntö on kehittynyt ja Jyväskylässä toimiva tehostetun kotihoidon työryhmä kertookin, että he eivät aina välttämättä edes tarvitse maksusitoumusta toimiakseen, koska heidän ammatilliseen arvioonsa luotetaan heidän toimiessa potilassuhteessa. On kuntia, joista kuka tahansa voi pyytää tehostetun kotihoidon työryhmältä tukea potilasasiassa, joissakin kunnissa se on tietty henkilö, joka voi antaa tähän luvan. Tässä käytännössä on varmasti paljon kehitettävää, ettei työryhmän työntekijöiden tarvitsisi miettiä maksusitoumuskäytäntöjä. Eräs työryhmäläisistä sanoikin: *"Maksusitoumus on jatkuva, joutavan päiväinen asia, jota ei pitäisi ollenkaan tällaisen rivityöntekijän pohtia. Eihän sairaalan kirurgikaan joudu sitä miettimään."* Palvelunsa hinnasta puhumisen työryhmäläiset kokevat eniten kuorimittavaksi seikaksi työssään. He kertovat kokeneensa aivan yhtäkkisiä potilassuhteen päättymisiäkin johtuen juuri näistä taloudellisista syistä.

Haastatteluissa työryhmäläiset pohtivat myös sitä, että mielenterveystoimiston työntekijä, joka ei ole koskaan tehnyt töitä potilaan kanssa määrittää tarvitseeko potilas tehostetun kotihoidon palveluita vai ei. Usein työryhmien työntekijät kokevatkin joutuvansa puolustamaan omaa työtään, koska heidän työtään pidetään kustannuksiltaan kalliina. Työntekijät kokevat tämän hyvin ikävänä, koska joutuvat psykiatrisen hoidon ammattilaisena puolustamaan omaa työtään. Yhdessä työryhmässä nousikin esille ajatus siitä, että voisiko olla yksi budjetti, josta kerran vuodessa kuntien kanssa neuvoteltaisiin määrärahoja lisäten tai vähentäen, eikä olisi nykykäytännön mukaista

potilaskohtaista maksua. Nykykäytännössä raha määrittää suuresti toiminnan käytännön, eikä niinkään palvelun kokonaisvaikutus.

Haastatellut työntekijät kertovat, että joissakin kunnissa on alettu itse tehdä mielenterveystoimistosta kotikäyntejä potilaiden luokse, vaikka aiemmin tähän työskentelyyn ei heiltä aikaa riittänyt. Ehkä tässä yhteydessä on tapahtunut eräs toiminnan tavoite eli tieto-aidon siirtyminen työryhmältä sen verkostoille. Ja toisaalta tehostetun kotihoidon työryhmien toiminta-alue laajenee uusiin kuntiin.

Kyselyyn vastanneet yhteistyöverkostojen työntekijät toivoivat, että tehostetun kotihoidon työryhmien työntekijät eivät olisi samanaikaisesti vuosilomalla, kun ovat perusterveydenhuolto ja mielenterveystoimistot. He toivovat myös, että työryhmissä pyrittäisiin välttämään sitä, että samalla potilaalla ei vaihtuisi työntekijät montaa kertaa, vaan että sama työpari pyrkisi työskentelemään potilaan kanssa hänen tarvitseman ajan.

Työryhmäläiset toivat haastatteluissa esille myös sen, että he kokevat epäoikeudenmukaisena sen, ettei palvelua saa koko Keski-Suomen maakunnan alueella. Heidän näkemys on, että potilailla tulisi olla yhdenvertainen mahdollisuus saada palvelua koko sairaanhoitopiirin alueella riippumatta siitä missä kunnassa he asuvat. Eriarvoisuus heidän mukaansa hankaloittaa työryhmän palveluiden markkinointia, koska kaikki potilaat eivät ole yhdenvertaisessa asemassa palveluun nähden riippuen heidän kotikunnastaan.

Kysyttäessä työryhmäläisiltä, että jos kaikki olisi mahdollista niin mitä he toivoisivat ja esille nousi toive, että toiminnalla olisi ihan oikea johtaja, joka olisi innostunut ja kiinnostunut toiminnasta. He pitävät erittäin hyvänä heidän esimiehenään toimivaa ylihoitajaa, mutta sanovat, että ylihoitajalla on niin paljon työtä, ettei sitä voi enää lisätä. Oma johtaja tietäisi mitä tehostetun kotihoidon työryhmän työntekijät oikeasti tekevät ja antaisi palautetta. Työtä pohdittaisiin yhdessä ja arvioitaisiin. Ihanteellista työntekijöiden mukaan olisi

myös, että voisi tehdä pitkäjännitteisesti työtä. Hoitojakso ei saisi olla sidottu mielenterveystoimistossakaan tavoitejaksoon, vaan sen tulisi olla joustava potilaan tarpeen mukaan. Toivottavaa myös olisi, että työn painopiste olisi entistä enemmän ennalta ehkäisevällä puolella.

Työntekijöiden haastatteluissa nousi keskeisesti esille heidän toiveensa voida edelleen kehittyä työssään ja siirtää tätä osaamistaan eteenpäin. Yksi työn tavoite voisi olla psykoosin tunnistamismallien kehittäminen ja tunnetuksi tekeminen, jotta perusterveydenhuollossakin nämä seikat huomioitaisiin riittävän varhaisessa vaiheessa.

Mielenterveyskuntoutujille on kunnissa vähän ryhmiä, joihin he voivat osallistua. Päivätoimintaa on kunnissa vaihtelevasti, vaikka sille olisi tarvetta. Kroonistuneille mielenterveyskuntoutujille voisi olla esim. kuntosalitoimintaa. Mutta työryhmäläiset pohtivat kenen tehtävä olisi ryhmien perustaminen ja ylläpitäminen? Toisaalta monikin mielenterveyskuntoutuja kykenee osallistumaan yleisiin esim. kansalais- tai työväenopiston ryhmiin. Todellisuudessa moni potilas palaa myös kuntoutumisjakson jälkeen työelämään.

Työryhmien haastateltujen työntekijöiden mukaan sairaanhoitopiiri voisi seuraavia hankkeita suunnitellessaan tiedostaa tiedottamisen merkityksen jo toiminnan alkuvaiheessa. Nyt toiminnan alussa tiedottaminen on takunut. Samoin työntekijät toivovat, että seuraavissa hankkeissa kiinnitettäisiin huomiota työntekijöiden työvälineisiin ja tietojärjestelmien hankintaan hyvissä ajoin ennen toiminnan alkua.

Tehostetun kotihoidon työssä osastotyötä tehneet työntekijät ovat siirtyneet liikkuvaksi yksiköksi, joka on suuri muutos henkilökunnalle, yhteistyöverkostoille, potilaille ja heidän omaisilleen.

Työryhmien haastatteluissa nousi esille useamman kerran huoli siitä, että moni keskeinen aikuispsykiatrian toiminnan kehittäjä ja toimija on lähivuosina

jäämässä eläkkeelle ylilääkäri Timo Männikön tavoin ja se herättää huolestumista työryhmissä heidän pohtiessa kuinka se tulee vaikuttamaan heidän työhönsä.

## **10 Pohdinta ja johtopäätökset**

Tehostetun kotihoidon työntekijöille tehtyjen haastatteluiden ja yhteistyöverkostolle suunnatun kyselyn perusteella voidaan tuloksista havaita Keski-Suomen sairaanhoitopiirin onnistuneen uuden palvelun tuottamisessa aikuispsykiatriaan. Palvelu on Mieli 2009-työryhmän ehdotusten mukainen sekä vastaa myös mielenterveyslain ja terveydenhuoltolain edellytyksiä tuottaa palveluita mielenterveyskuntoutujille avoterveydenhuollossa. Hankeen toteutus on aloitettu suunnitelmallisesti kutsuen mukaan kaikki Keski-Suomen maakunnan kuntien ja terveydenhuollon edustajat. Suunnittelutyöryhmä laati kokonaisvaltaisen suunnitelman, jonka toteuttamista ohjausryhmä on edelleen kehittänyt yhdessä aikuispsykiatrian tehostetun kotihoidon työntekijöiden ja esimiesten kanssa. Onnistumista on tukenut hyvän suunnitelman lisäksi tehtäviin valitut, motivoituneet työntekijät, jotka ovat saaneet yhteistyöverkostojen kanssa laajan ja monipuolisen lisäkoulutuksen tehtävänsä sekä laadukkaan työnohjauksen, joka tukee heidän työskentelyään. Työryhmät kokevat, että heillä on myös hyvä esimies, jolta he saavat hyvää tukea työlleen.

Työryhmien haastatteluista ja yhteistyöverkostoille tehdyssä kyselyssä saatujen vastausten vertaamisessa Keski-Suomen psykiatrisen hoidon ongelmiin, joita selvitettiin vuonna 2005, on Tehkon toiminnassa kehitetty koko Keski-Suomen maakuntaan suunnattu psykiatrisen avohoidon palvelu. (Keski-Suomen sairaanhoitopiirin valtuusto 8.6.2007, 7.) Tehko on toiminnallaan vähentänyt potilaiden sairaalahoidon tarvetta ja palvelu on tullut sairaalahoidon ja aiemmin toimineen avohoidon välimaastoon. Toiminta ei ole kuitenkaan tavoittanut kaikkia Keski-Suomen maakunnan alueella asuvia potilaita yhdenvertaisesti johtuen Tehkon palvelun tiedon puutteesta tai siitä, että toimintaan ei ole saatu perusterveydenhuollosta tai sosiaalitoimesta

maksusitoumusta tai etäisyys potilaan luo työryhmän toimipisteestä on koettu liian pitkäksi ja sitä kautta esteeksi toiminnalle.

Tutkimuksen tulosten mukaan Tehkon palveluja ovat käyttäneet pääasiassa kaksoisdiagnoosipotilaat, skitsofreenikot, persoonallisuushäiriöiset potilaat, nuoret aikuiset, psyko-organiset potilaat ja akuutin psykoosin potilaat. Haastatteluiden ja kyselyn perusteella on vielä potilasryhmiä, jotka tulisi myös huomioida Tehkon toimintaa edelleen kehitettäessä. Näitä ryhmiä ovat heidän esityksensä mukaan dementoituneet ja vanhuspsykiatrian potilaat, työterveyshuollon potilaat, vammaiset ja opiskelijaterveydenhuollon potilaat.

Tutkimuksen mukaan myös konsultaationkäytön mahdollisuus Tehkon palveluista tulisi nostaa yhteistyöverkostoissa tietoisemmaksi. Tämä puute oli havaittu jo vuoden 2005 kehittämistarpeissa. Samoin kehittämistarpeen kohteeksi tuolloin todettiin maakunnan psykiatrisen hoidon kokonaisvaltainen seuranta-, arviointi- ja suunnittelujärjestelmä. (Keski-Suomen sairaanhoitopiirin valtuusto 8.6.2007, 7.) Ja nyt tehtyjen haastatteluiden ja kyselyn perusteella voidaan havaita, että tämä osio on vielä kehittämättä. Mutta sitä on työstetty kehittämällä Keski-Suomen maakunnan alueelle yksi yhteinen potilastietojärjestelmä, josta voidaan saada tilastotietoja ja johon kaikki tiedot keskitetyksi potilaista kerätään. Perusterveydenhuollossa voivat lääkärit nähdä psykiatrisessa sairaanhoidossa kirjatut potilastiedot, mutta muulla hoitohenkilökunnalla ei ole niihin luku- eikä käyttöoikeutta. Tämän vuoksi perusterveydenhuollon muu hoitohenkilökunta ei voi käyttää näitä potilastietoja tietosuojan vuoksi.

Kehittämiskohteista tehostetun kotihoidon työssä keskeiseksi nousee niin työryhmien kuin yhteistyöverkostojenkin osalta toiminnasta tiedottaminen ja toimivien yhteistyöverkostojen luominen ympäri Keski-Suomen maakuntaa. Heidän kaikkien näkemyksistä tulee ilmi, että tiedottamisen tulee olla toistuvaa ja sen tulisi sisältää myös säännöllisesti toistuvia yhteistyöverkostopalavereita, joissa työn tekemistä arvioidaan monipuolisesti. Ja että toiminta tulisi kattaa koko maakunnan kunnat.



Toiminnan haasteita on maksusitoumusten saaminen, koska kyseessä on erikoissairaanhoidon palvelu, joka vaatii toteutuakseen lähetteen. Erikoissairaanhoidon palvelu on perusterveydenhuoltoa kalliimpaa. Kuntien tiukan taloustilanteen vuoksi myös erikoissairaanhoidon palvelu on tiukan tarkastelun kohteena kunnissa. Kunnat ovat sitoutuneet toimintaan, mutta maksusitoumusten saaminen ei tapahdu suunnitelmien mukaan, jonka vuoksi tätä asiaa voisi edelleen kehittää tarkastellen onko kunnissa Tehkon toiminnasta hyötyviä potilaita.

Tutkimuksen tulosten mukaan Tehkon toiminnassa on potilaan lisäksi huomioitu hänen läheisverkostonsa. Tällä toiminnalla on voitu saada hyvin potilasta tukeva verkosto ja vähennettyä potilaan sairaalahoidon tarvetta, joka eriyttää häntä läheisistään. Toiminnassa on kunnioitettu potilaan ja hänen omaistensa kotirauhaa. Palvelu on ollut myös nopeasti saatavaa ja joustavaa. Tehkon työryhmät ovat auttaneet potilasta häntä tukevien tukiverkostojen luomisessa ja ylläpitämisessä. Potilaan hoito on tapahtunut hyvässä yhteistyössä sairaalan ja potilaan käyttämän mielenterveystoimiston kanssa, mutta yhteistyöverkoston kyselyyn saatujen vastausten mukaan potilaan hoitoneuvotteluita olisi pidettävä enemmän ja tiedon siirtyminen potilaan omaan mielenterveystoimistoon voisi olla parempaa. Hoitoajat Tehkon toiminnassa ovat vaihtelevia potilaiden tarpeen mukaan, joita tarkastellaan yhdessä potilaan hoidon maksusitoumuksen myöntävän organisaation kanssa.

Tutkimuksen tulosten mukaan voidaan todeta Tehkon toiminnan saavuttaneen neljässä vuodessa hyvin sille asetetut tavoitteet. Toiminnan kehittämistä tulee edelleen jatkaa tiedottamista lisäämällä toiminnasta ja sen monipuolisista palveluista yhteistyöverkostoille. Maakunnallisia kuntien kanssa käytäviä arviointi- ja kehittämis-yhteistyöneuvotteluita tulee myös edelleen jatkaa säännöllisin välein. Ja ehkä voisi harkita myös Tehkoon osastosihteerin tai jonkin vastaavan henkilön, kuten koordinaattorin palkkaamista, joka huolehtisi Tehkon työryhmien käytännön asioiden hoidosta ja näin Tehkon työntekijöiltä vapautuisi näistä tehtävistä työaikaa heidän perustehtäviinsä.

Ensimmäisenä johtopäätöksenä tutkimuksen tuloksista voidaan todeta Keski-Suomen sairaanhoitopiirin yhdessä maakunnan kuntien kanssa tuottaneen mielenterveyskuntoutujille uuden avopalveluun sijoittuvan hoitomuodon. Tämä palvelu vastaa mielenterveystyön periaatetta, että mielenterveyspalvelut tulisi tuottaa ensisijaisesti avopalveluina, mutta lisäksi se vastaa Mieli 2009 työryhmän kehittämissuunnitelmasta, jonka mukaan mielenterveyspalveluita tulisi tuottaa mielenterveyskuntoutujan arkisessa elinympäristössä. (STM, 2009 15).

Toinen johtopäätös työryhmien haastatteluista ja yhteistyöverkoston kyselystä on, ettei tehostetun kotihoidon työryhmän palvelu vielä tässä vaiheessa tavoita Keski-Suomen maakunnassa yhdenvertaisesti kaikkia asukkaita. Tämä seikka on ollut yksi tehostetun kotihoidon hankesuunnitelman tavoite, kuten myös Mieli 2009 työryhmän kehittämissuunnitelmassa korostetaan, että tehtävän mielenterveystyön tulisi tavoittaa kaikki sitä tarvitsevat. Syinä ettei aikuispsykiatrian tehostetun kotihoidon työryhmän työskentely tavoita Keski-Suomen maakunnan alueella kaikkia asukkaita on pitkät välimatkat, kuten työryhmäläiset haastatteluissa mainitsivat samoin kuin myös yhteistyöverkostot ovat kyselyssä maininneet.

Kolmas johtopäätös saaduista tuloksista oli, että tehostetun kotihoidon työryhmän työntekijöitä ei osata tai tiedetä käyttää potilastyössä konsulttina. Tämä konsultointi on yksi Mieli 2009 –työryhmän kehittämissuunnitelma, jota aikuispsykiatrian tehostetun kotihoidon työryhmä tarjoaa toiminnassaan. (STM, 2009 15).

Neljäntenä johtopäätöksenä voidaan tuloksista todeta, etteivät työryhmän jäsenet eivätkä kyselyyn vastanneet yhteistyökumppanit osanneet arvioida toiminnan vaikuttavuutta. Tämä johtuu siitä, ettei toiminnan vaikuttavuudesta ole vielä käytettävissä tutkimustuloksia. Toiminnan vaikuttavuuden tutkimisella olisi merkitystä yhteistyöverkostoille kuin myös työryhmien toiminnalle. Tutkittu tieto auttaisi työryhmäläisiä toiminnasta tiedottamisessa ja yhteistyöverkostoja potilasyhteistyössä.

Viidentenä johtopäätöksenä tuloksista voidaan todeta, että tiedottamista tulisi lisätä. Työryhmäläisille tehdyissä haastatteluissa kävi ilmi, että he kertoivat käyttävänsä mahdollisuuksien mukaan aikaa tiedottamiseen yhteistyöverkostoille. He kokivat kuitenkin, ettei tieto yhteistyöverkostojen sisällä siirry eteenpäin. Vastaavasti yhteistyöverkostot kertoivat, ettei heillä ole riittävästi tietoa tehostetun kotihoidon työryhmien työskentelystä ja palveluista. Yhteistyöverkostot toivoivat kyselyssä toistuvaa tiedottamista useilla eri muodoilla, kuten tapaamisilla ja sähköpostilla sekä esitteillä.

Kuudentena johtopäätöksenä tutkimuksesta nousi selkeästi esille maksusitoumuskäytäntöjen epäselvyys tai niiden saamisen vaikeus. Haastatteluissa ja kyselyssä korostui epätietoisuus siitä miten potilas siirtyy tehostetun kotihoidon työryhmän hoitoon. Merkittävä kysymys tässä oli se, että mistä ja milloin potilas saa maksusitoumuksen tehostetun kotihoidon työryhmän avohoitoon ja kuinka pitkä kestoinen tuo lähete on.

Viimeisenä johtopäätöksenä voidaan vielä todeta, että haastatellut työryhmät kuin myös kyselyyn vastanneet yhteistyöverkostot kokivat hyvänä Tehkon toiminnan käynnistämismvaiheessa järjestetyt yhteiset koulutilaisuudet merkittävinä yhteistyökehittäjinä, mutta myös yhteisen osaamisen vahvistajana. Tällainen koulutus on myös Mieli 2009 –työryhmän ehdotuksen mukaista toimintaa. (STM 2009, 16).

## LÄHTEET

Aaltonen, J. 1999. Psykoosiryhmä tarpeenmukaisen hoidon ja sosiaalisenkonstruktionismin toteuttajana. Tampere: Tammer-paino Oy.

Aaltonen, J. K. 2000. Skitsofrenian tarpeenmukainen hoito on ryhmätyötä, Stakes, Raportteja 257. Saarijärvi: Gummerus Oy.

Arnkil, T., Eriksson, E. & Saikku, P. 1998. Huolen harmaa vyöhyke 7:1998. Dialogi.

Bracken, P. 2001. The Radical possibilities of home treatment: postpsychiatry in action. London: Whurr publishers.

Eriksson, E., Arnkil, E. & Rautava, M. 2006. Ennakointidialogeja huoltien vyöhykkeellä. Helsinki: Stakes.

Eskola, J. S. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Haarakangas, K. S. 1999. Psykoosi - uuteen hoitokäytäntöön. Tampere: Tammerpaino Oy.

Hakanen, M. H. 2007. Verkostojen strategiat -menesty yhteistyössä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Heath, D. S. 2005. Home treatment for acute mental disorders. New York: Routledge.

Heinonen, M.-L. 2010. Transfer ruumiillisessa sairastumisessa. Psykoterapia 2/2010, 131-132.

Kananen, S., Kulju, A., & Vehmas, T. 2009. Verkkoperehdytysmateriaali yhteistoiminnallisesta hoitokokouksesta ja perhetapaamisesta psykiatrisen potilaan hoidossa. Opinnäytetyö. Helsinki: Metropolia ammattikorkeakoulu.

Kansanterveyslaki (28.01.1972/66). Viitattu 07. 04 2012.

[Http://finlex.fi/ajantasainen\\_lainsaadanto](http://finlex.fi/ajantasainen_lainsaadanto).

Kelan sairausvakuutusstatistot 2010. Viitattu 16.04.2010.

[Http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/Sava\\_10\\_pdf/\\$File/Sava\\_10.pdf?](http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/Sava_10_pdf/$File/Sava_10.pdf?OpenElement)

OpenElement.

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin valtuusto. 2007. Keski-Suomen aikuispsykiatrian kokonaissuunitelma. Jyväskylä: Keski-Suomen sairaanhoitopiiri.

Klemelä, E. 2010. Martti Siirala ja Wilfred R. Bion. Psykoterapia 2/2010, 153-164.

Kokko, R.-L., & Koskimies, M. 2007. Ennakointidialogit moniammatillisena yhteistyömuotona. Helsinki: Stakes.

Kokko, S. 2004. Mielenterveystoimiston asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä. Oulu: Oulun yliopisto.

Kvist, T. 2004. Hoidon laatu - potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopiston julkaisuja.

Lumijärvi, J. 2000. Laatujohtaminen ja julkinen sektori. Helsinki: Gaudeamus.

Lähderinne, S. 2009. Psykologi. Akuutin psykoosin tehostetun kotihoidon työryhmä. Haastattelu 10.11.2009.

Majava, H. 2010. Kaikessa rauhassa Rauhassa. Psykoterapia 2/2010, 172-175.

Majava, H. 2010. Suomalaisia psykoanalyysin maailmankartalla. Psykoterapia 2/2010, 185-193.

Mielenterveyslaki (14.12.1990/1116). Viitattu 07. 04 2012.  
[Http://finlex.fi/ajantasainen\\_lainsaadanto](http://finlex.fi/ajantasainen_lainsaadanto).

Mäntyranta, T. K. 2008. Fokusryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä. Duodecim. Viitattu 16.04.2012.  
[Http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku&p\\_p\\_action=1&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&\\_dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_\\_spage=%2Fportlet\\_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&\\_dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_tunnus=duo97349&\\_dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_p\\_frompage=uusinnumero](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo97349&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero).

Mönkkönen, K. 2002. Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena. Kuopio: Kuopion yliopiston painatuskeskus.

Priha, H. 2010. Keski-Suomen aikuispsykiatrian kokonaissuunnitelmahanke 2005-2010. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri.

Pötsönen, R. & Välimaa, R. 1998. Ryhmähaastattelu laadullisen terveystutkimuksen menetelmänä. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, Terveystieteenlaitoksen julkaisusarja 9/1998.

Saari, M. 2002. Psykoosiryhmä vaikeiden mielenterveyshäiriöiden hoidossa Kainuussa vuosina 1992-1996. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto.

Seikkula, J. A. 1999. Potilaat sosiaalisissa verkostoissaan - kahden vuoden seurantatutkimus akuutin psykoosin kotihoidosta. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Seikkula, J. & Arnkil, T. E. 2009. Dialoginen verkostotyö. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Siltala, P. 2007. Askeleita, jotka otamme (psykoanalyttisiä esseitä).  
Vaajakoski: Gummerus Kirjanpaino Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma.  
Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön  
kehittämiseksi vuoteen 2015,2009:3.Helsinki: STM.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2000. Mielekäs elämä. Mielenterveyspalvelujen  
kehittämissuosituksset. STM 2000:4. Helsinki: STM.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. TATO:n mielenterveyden valmistelu- ja  
seurantaryhmä. STM 2001:14.Helsinki: STM.

Terveydenhuoltolaki (30.12.2010/1326). Viitattu 07. 04 2012  
[http://finlex.fi/ajantasainen\\_lainsaadanto](http://finlex.fi/ajantasainen_lainsaadanto).

## LIITTEET

### Liite 1. Tehkon työryhmien haastattelukysymykset

#### KYSYMYKSET

1. Olemme hankkeena aloitetun aikuispsykiatrin tehostetun kotihoidon hankesuunnitelmassa mainitun vuoden 2010 lopussa. Hanke on ollut yhteensä viisi vuotta ja kaikki asiat ovat nyt aika hyvin. Mitkä olivat viisi keskeisintä pulmaa verkostoyhteistyössä viisi vuotta sitten?
2. Mitkä ovat tällä hetkellä viisi keskeisinä pulmaa verkostoyhteistyössä? Miksi ne ovat pulmia? Mikä näissä asioissa on muuttunut toiminnan aikana?
3. Mitä alun pulmille kuuluu? Mitä alun pulmille tehtiin?
4. Mitä teitte myönteisen kehityksen aikaansaamiseksi ja mistä tai keneltä olette saaneet tukea ja millaista tuki on ollut?
5. Asiakkaidenne perheissä ja asiakkaillanne ovat asiat nyt aika hyvin. Mitä te teitte myönteisen kehityksen tueksi ja keneltä saitte tukea ja millaista tuo tuki oli?
6. Mistä olitte huolissanne yhteistyöverkostojen osalta silloin, kun aikuispsykiatrian tehostetun kotihoidon hanketta aloitettiin ja mikä sai huolenne vähenemään?
7. Miten projekti on auttanut? Onko se auttanut pulmien ratkaisemisessa? Vai selvisivätkö pulmat itsestään?
8. Mitkä olivat projektin kolme keskeisintä interventiota, jotka auttoivat? Miksi ne auttoivat?
9. Mikä nyt on toimivaa yhteistyössä? Miten se on saatu aikaan?
10. Kuvitellaan, että on vuosi 2012. Edellä kuvatut pulmat on ratkenneet. Mitä on tapahtunut? Mitä on tehty, jotta on päästy tähän? Mitä johto on tehnyt? Mitä kotihoidon työryhmä on tehnyt? Mitä yhteistyöverkostot



ovat tehneet? Toivon tarkkoja kuvauksia asioista. Mitä tehdään toisin?  
Entä mitä pitäisi tehdä toisin?

11. Mitä sairaanhoitopiiri on ottanut opiksi projektista? Mitä tukirakenteita on luotu, jotta nämä asiat ovat toteutuneet?

Lisäkysymyksinä tarvittaessa:

1. Kuvatkaa hankkeen alussa tapahtuneita töppäyksiä yhteistyöverkostotyöskentelyssä ja miten toiminta näiden töppäysten suhteen on muuttunut?
2. Kuvatkaa asiakastapaus, jossa asioita meni yhteistyöverkosto työskentelyssä nykynäkemyksen mukaan pieleen?
3. Kuvatkaa asiakastapaus, jossa asiat sujuivat yhteistyöverkostotyöskentelyssä nykyisen toimintatavan mukaan parhaalla mahdollisella tavalla?

## Liite 2. Kyselylomake Tehkon yhteistyöverkostoille

Keski-Suomen aikuispsykiatrian kokonaissuunnitelmahanke aloitettiin vuonna 2005. Hankkeen tavoitteena oli kehittää aikuispsykiatriassa tehtävää työtä ja menetelmiä. Hanke oli maakunnallinen, jota toteutti Keski-Suomen sairaanhoitopiiri yhdessä kuntien, terveyskeskusten, Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen, Jyväskylän seudun päihdepalvelusäätiön (nykyisin Sovatek), Keski-Suomen liiton ja mielenterveystyön kolmannen sektorin toimijoiden kanssa.

Aikuispsykiatrina hanke on vuonna 2011 muuttunut pysyväksi Keski-Suomen sairaanhoitopiirin toiminnaksi. Tutkimme nyt aikuispsykiatrian tehostetun kotihoidon toiminnan (TEHKO) vaikutuksia psykiatristen potilaiden hoidossa ja hoidon toimivuutta verkostoyhteistyössä.

Taustatiedot: \_\_\_\_\_

Vastaajan toimintayksikkö: \_\_\_\_\_

Vastaajan asema organisaatiossa: \_\_\_\_\_

Organisaatio (esim. kunta, terveyskeskus, sairaala, mielenterveystoimisto tms.), jota edustat:

\_\_\_\_\_

Millaisena koitte yhteistyön aikuispsykiatrina tehostetun kotihoidon (TEHKO) kanssa hankkeen alussa vuonna 2007?

- erittäin hyvänä
- hyvänä
- kohtalaisena
- huonona
- erittäin huonona
- en osaa sanoa
- emme tehneet tuolloin yhteistyötä TEHKO:n kanssa

Millaisena koitte yhteistyön aikuispsykiatrina tehostetun kotihoidon (TEHKO) kanssa nyt, kun toiminta on vakiintunut?

- erittäin hyvänä
- hyvänä
- kohtalaisena
- huonona
- erittäin huonona
- en osaa sanoa
- emme tehneet tuolloin yhteistyötä TEHKO:n kanssa

Kuinka hyvin tunnette aikuispsykiatrisen tehostetun kotihoidon (TEHKO) toiminnan?

- erittäin hyvin
- hyvin
- kohtalaisesti
- huonosti
- erittäin huonosti
- en osaa sanoa
- emme tehneet tuolloin yhteistyötä TEHKOn kanssa

Miten yhteistyö aikuispsykiatrian tehostetun kotihoidon (TEHKO) kanssa on vastannut odotuksianne?

---

---

Mitä voitaisiin tehdä enemmän tai paremmin TEHKOn verkostoyhteistyön kehittämiseksi?

---

---

Miten TEHKOn toiminta on vaikuttanut potilaiden hoidon tarpeeseen?

- vähentänyt sairaalahoidon tarvetta
- kehittänyt ennalta ehkäisevää avohoitoa
- parantunut psykiatristen palveluiden saatavuutta
- ei ole vaikuttanut mitenkään
- en osaa sanoa

Miten TEHKOn kanssa on tukenut avohoidon (psykiatrian / sosiaalityön) palveluita?

- hyvin
- kohtalaisesti
- huonosti
- ei osaa sanoa
- ei ole tehty yhteistyötä

Miten yhteistyö TEHKOn kanssa on tavoittanut alueellanne asuvat palvelua tarvitsevat asiakkaat?

- hyvin
- kohtalaisesti
- huonosti
- ei osaa sanoa
- ei ole tehty yhteistyötä

Miten yhteistyö aikuispsykiatrina tehostetun kotihoidon (TEHKO) kanssa on sujunut?

- hyvin
- tyydyttävästi
- huonosti
- ei osaa sanoa
- ei ole tehty yhteistyötä

Miten paljon psykiatrisesta sairaalahoidosta kotiutuvien potilaiden kotiutuskäytännöt ovat muuttuneet tehostetun kotihoidon toiminnan myötä?

- paljon
- vähän
- ei lainkaan
- ei osaa sanoa
- emme ole tehneet yhteistyötä

Jos käytännöt ovat muuttuneet niin miten?

---

---

Miltä osin toivoisitte aikuispsykiatrian tehostetun kotihoidon (TEHKO) toimintaa kehitettävänä?

---

---

Taustatiedot:

vastaajan nimi:

---

vastaajan toimintayksikkö:

---

vastaajan asema organisaatiossa:

---

kunta:

---

### Liite 3. Tehkon yhteistyöverkostojen kyselyn yhteenveto

**Aikuispsykiatrian tehostetun kotihoidontyöryhmän verkostoyhteistyö vuosina 2007-2011**

Yhteenvetoraportti

#### MONIVALINTAKYSYMYKSET:

**1. Millaisena koitte yhteistyön aikuispsykiatrina tehostetun kotihoidon (TEHKO) kanssa hankkeen alussa vuonna 2007?**

Vastaus	Prosentti
erittäin hyvänä	5,56 %
hyvänä	27,78 %
kohtalaisena	5,56 %
huonona	5,56 %
erittäin huonona	0,00 %
en osaa sanoa	5,56 %
emme tehneet yhteistyötä	50,00 %
Yhteensä	100 %

**2. Millaisena koette yhteistyön aikuispsykiatrina tehostetun kotihoidon (TEHKO) kanssa nyt, kun toiminta on vakiintunut?**

Vastaus	Prosentti
erittäin hyvänä	11,11 %
hyvänä	33,33 %
kohtalaisena	22,22 %
huonona	0,00 %
erittäin huonona	0,00 %
en osaa sanoa	5,56 %
emme tehneet yhteistyötä	27,78 %
Yhteensä	100 %

**3. Kuinka hyvin tunnette aikuispsykiatrisen tehostetun kotihoidon (TEHKO) toiminnan?**

Vastaus	Prosentti
erittäin hyvin	0,00 %
hyvin	11,11 %
kohtalaisesti	61,11 %
huonosti	5,56 %
erittäin huonosti	0,00 %
en osaa sanoa	5,56 %
emme ole tehneet yhteistyötä	16,67 %
<b>Yhteensä</b>	<b>100 %</b>

**4. Miten TEHKOn toiminta on vaikuttanut potilaiden hoidon tarpeeseen?**

Vastaus	Prosentti
vähentänyt sairaalahoidon tarvetta	9,53 %
kehittänyt ennalta ehkäisevää avohoitoa	23,81 %
parantunut psykiatristen palveluiden saatavuutta	33,33 %
ei ole vaikuttanut mitenkään	0,00 %
en osaa sanoa	33,33 %
<b>Yhteensä</b>	<b>100,00 %</b>

**5. Miten yhteistyö TEHKOn kanssa on tukenut avohoidon (psykiatrian / sosiaalityön) palveluita?**

Vastaus	Prosentti
hyvin	11,11 %
kohtalaisesti	33,33 %
huonosti	0,00 %
ei osaa sanoa	33,33 %
ei ole tehty yhteistyötä	22,22 %
<b>Yhteensä</b>	<b>100 %</b>

**6. Miten yhteistyö TEHKOn kanssa on tavoittanut alueellanne asuvat palvelua tarvitsevat asiakkaat?**

Vastaus	Prosentti
hyvin	11,11 %
kohtalaisesti	38,89 %
huonosti	0,00 %
ei osaa sanoa	27,78 %
ei ole tehty yhteistyötä	22,22 %
Yhteensä	100 %

**7. Miten yhteistyö aikuispsykiatrina tehostetun kotihoidon (TEHKO) kanssa on sujunut?**

Vastaus	Prosentti
hyvin	38,89 %
tydyttävästi	11,11 %
huonosti	0,00 %
ei osaa sanoa	16,67 %
ei ole tehty yhteistyötä	33,33 %
Yhteensä	100 %

**8. Miten paljon psykiatrisesta sairaalahoidosta kotiutuvien potilaiden kotiutuskäytännöt ovat muuttuneet tehostetun kotihoidon toiminnan myötä?**

Vastaus	Prosentti
paljon	5,56 %
vähän	11,11 %
ei lainkaan	0,00 %
ei osaa sanoa	55,56 %
emme ole tehneet yhteistyötä	27,78 %
Yhteensä	100 %

**AVOIMET KYSYMYKSET**

**9. Miten yhteistyö aikuispsykiatrian tehostetun kotihoidon (TEHKO) kanssa on vastannut odotuksianne?**

**10. Mitä voitaisiin tehdä enemmän tai paremmin TEHKOn verkostoyhteistyön kehittämiseksi?**

**11. Jos käytännöt ovat muuttuneet niin miten?**

**12. Miltä osin toivoisitte aikuispsykiatrian tehostetun kotihoidon (TEHKO) toimintaa kehitettävän?**