



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Psykoosipotilaan hoito tehostetussa osastohoidossa - moniammatillisen yhteistyön ja hoitoprosessin kehittäminen

Hiltunen, Jarmo & Palokangas, Terhi

2016 Leppävaara

Laurea-ammattikorkeakoulu
Leppävaara

Psykoosipotilaan hoito tehostetussa osastohoidossa -
moniammatillisen yhteistyön ja hoitoprosessin kehittäminen

Jarmo Hiltunen & Terhi Palokangas
Tulevaisuuden tietojohdaminen
sosiaali- ja terveysalalla
Opinnäytetyö
Elokuu, 2016

Jarmo Hiltunen & Terhi Palokangas

Psykoosipotilaan hoito tehostetussa osastohoidossa - moniammatillisen yhteistyön ja hoitoprosessin kehittäminen

Vuosi

2016

Sivumäärä

64

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on selvittää tehostetun osastohoidon hoitohenkilöstön sekä erityistyöntekijöiden tuottamat palvelut liittyen heidän toimenkuviinsa HYKS-Psykiatrian psykoosi- ja oikeuspsykiatrian linjan osastolla. Tässä opinnäytetyössä kuvataan kartoitettujen toimenkuvien kautta potilaalle tarjottavat moniammatilliset palvelut tehostetussa osastohoidossa. Opinnäytetyön tavoite on tehostaa potilaan hoitoa selkeyttämällä moniammatillisen työryhmän toimenkuvia ja työnjakoa, jotta Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin asettama visio potilaan tutkimuksesta ja hoidosta toteutuu.

Tämän opinnäytetyön aihe on syntynyt yksikön tarpeesta kartoittaa potilaan palveluketju. Palveluketju on käsitteenä kuitenkin laaja, sillä se käsittää asiakkaan tiettyyn tarve- tai ongelmakokonaisuuteen kohdistuvan, sosiaali- ja terveydenhuollon tai sosiaalivakuutuksen organisaatorajat ylittävän, yksilöllisesti toteutuvan sekä suunnitelmallisen palveluprosessien kokonaisuuden. Opinnäytetyön viitekehys rajattiin koskemaan potilaan hoitopolkua tehostetulla osastohoitajaksolla. Psykoosipotilaan hoitopolku rakentuu yksilöntarpeiden mukaisista palveluista ja tämän vuoksi ei voida kuvata yhtä ainoaa oikeaa hoitopolkua. Tämä johti siihen, että kuvaamme tässä opinnäytetyössä potilaalle tarjottavat moniammatilliset palvelut tehostetussa osastohoidossa, josta potilaan hoitopolku ja hoitajakso rakentuvat yksilöllisesti.

Opinnäytetyössä potilaan hoitopolun kuvaamisessa ja moniammatillisen työryhmän toimenkuvien kartoittamisessa käytettiin toimintatutkimuksen menetelmää. Kehittämistyötä lähdettiin viemään työyhteisössä eteenpäin avointa keskustelua sekä reflektointia hyödyntäen. Toimenkuvien kartoittamiseen käytettiin yksilö- sekä ryhmätapaamisia ja niiden pohjalta kuvattiin myös potilaan hoitopolku yleisellä tasolla. Tämän tyypillisellä menetelmällä pyrimme siihen, että kehittäminen osallistaisi mahdollisimman konkreettisella tavalla osaston henkilökuntaa sekä erityistyöntekijöitä.

Opinnäytetyön teoreettiseen viitekehykseen on valittu seuraavat pääteemat; hoitopolku, potilaskeskeinen hoito, moniammatillinen yhteistyö, hoitotyön kirjaaminen sekä psykoottisten häiriöiden hoito. Kehittämistyön tuloksena osaston moniammatillisen työryhmän jäsenten toimenkuvat kartoitettiin ja työryhmän eri jäsenten roolit potilaan hoidossa selkiintyivät. Toimenkuvien kartoittamisen myötä moniammatillisen työn rajapinnat on helpompi tunnistaa ja potilaan moniammatillista hoitoa sekä palveluita on jatkossa helpompi kehittää enemmän potilaskeskeisempään suuntaan.

Avainsanat: hoitopolku, potilaskeskeinen hoito, moniammatillinen yhteistyö, hoitotyön kirjaaminen sekä psykoottisten häiriöiden hoito

Jarmo Hiltunen & Terhi Palokangas

The treatment of a psychotic patient in intensified in-patient treatment - developing the multi-professional co-operation and treatment process.

Year 2016 Pages 64

The goal of this thesis is to clarify the services provided by the personnel of the intensified ward plus the services of the special personnel in the psychotic and forensic psychiatry ward in Helsinki University Hospital. The treatment path of a psychotic patient is based on individual needs and therefore it is impossible to describe only one particular path. That is why this thesis describes through explored job descriptions the multi-professional services provided to the patient in the intensified ward treatment. The aim of this thesis is to increase the efficiency of the treatment by clarifying the tasks of the multi-professional staff as well as the division of the duties of the personnel in order to materialize the vision of the treatment and the diagnostic evaluation concerning the patient stated by the hospital criteria.

There was a clear need for this type of thesis within the unit to evaluate the service chain of the patient. The service chain as a concept is vast, however, because it consists of the needs and problems of the patient within the social and health care frames as well as those of social insurance, overlapping all these aforementioned areas; the needs have to be met individually and it has to include the entity of planned service processes. Therefore, because of this complexity, the frame of this thesis had to be narrowed down to the treatment path of the patient in the intensified in-patient period in the ward. Because of these specific services and individual needs the patient has according to his problems, it is impossible to describe only one path. Therefore we will describe the variety of multi-professional services provided in intensified in-patient treatment in the ward, built up individually according to the needs of the patient in question.

The action research method was used in describing the treatment path as well as in clarifying the functioning of the multi-professional personnel. Open discussion and reflection were used as the tools of this development work. One-to-one discussions as well as group meetings were used as the basis in exploring the variety of duties of the treatment personnel. According to the results deriving from these conversations also the treatment path of the patient was described on a general level. We chose this type of approach to get the personnel to develop their work in as concrete a way as possible.

The theoretical frame of the thesis consists of the following main themes: The treatment path, patient-centered treatment process, multi-professional co-operation, reporting the treatment process in writing, as well as the treatment of psychotic disorders. As a result of the development process the duties of the multi-professional personnel were examined and reported and the roles of the different members in the in-patient treatment were clarified. According to these results it was easier to note the border areas of the various duties in the different multi-professional members of the staff. This enables a more effective approach in the multi-professional treatment and also makes it easier to develop the treatment into a more patient-centered direction.

Keywords: The treatment path, patient-centered treatment process, multi-professional co-operation, the reporting the treatment process in writing, the treatment of psychotic disorders

Sisällys

1.	Johdanto	6
2.	Kehittämissympäristö.....	7
2.1.	Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri	8
2.2.	HYKS-sairaanhoitoalue ja HYKS-psykiatria.....	10
2.3.	HYKS-psykiatrian tehostettu osastohoito	12
3.	Kehittämistyön tietoperusta	13
3.1.	Hoitopolku psykiatrisessa hoitotyössä	14
3.2.	Potilaskeskeinen hoito psykoottisissa häiriöissä	14
3.3.	Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveysalalla	16
3.4.	Hoitotyön kirjaaminen	18
3.5.	Yleisimmät psykoottiset häiriöt ja niiden hoito	21
4.	Toimintatutkimus kehittämistyön menetelmänä	28
4.1.	Toimintatutkimus	28
4.2.	Prosessien kehittäminen	30
5.	Kehittämistyön toteutus	30
5.1.	Hoitajan toimenkuvan kartoitus	31
5.2.	Psykologin toimenkuvan kartoitus.....	32
5.3.	Lääkärin toimenkuvan kartoitus	33
5.4.	Kuntoutusohjaajan toimenkuvan kartoitus	34
5.5.	Sosiaalityöntekijän toimenkuvan kartoitus	35
5.6.	Toimintaterapeutin toimenkuvan kartoitus	36
5.7.	Osaston kehittämissiltapäivä	37
6.	Kehittämistyön tulokset	37
6.1.	Toimenkuvien visuaaliset tuotokset	40
6.2.	Haastatteluista esiin nousseet huomiot	40
6.3.	Kehittämissiltapäivän palautteet.....	42
7.	Kehittämistyön arviointi	47
7.1.	Kehittämistyön menetelmien arviointi	48
7.2.	Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus.....	49
7.3.	Pohdinta	50
	Lähteet	52
	Kuvat	57
	Liitteet.....	58

1. Johdanto

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on selvittää tehostetun osastohoidon hoitohenkilöstön sekä erityistyöntekijöiden toimenkuviin liittyvät palvelut HYKS-Psykiatrian psykoosi- ja oikeuspsykiatrian linjan yksikössä. Tämän opinnäytetyön aihe on syntynyt yksikön tarpeesta kartoittaa potilaan palveluketju. Palveluketju on käsitteenä kuitenkin laaja, sillä se käsittää asiakkaan tiettyyn tarve- tai ongelmakokonaisuuteen kohdistuvan, sosiaali- ja terveydenhuollon tai sosiaalivakuutuksen organisaatorajat ylittävän, yksilöllisesti toteutuvan sekä suunnitelmallisen palveluprosessien kokonaisuuden (Hyppönen, Hämäläinen, Pajukoski & Tenhunen 2005, 46), joten opinnäytetyön viitekehystä rajattiin koskemaan potilaan hoitopolkua tehostetulla osastohoitojaksolla. Psykoosipotilaan hoitopolku rakentuu yksilöntarpeiden mukaisista palveluista ja tämän vuoksi ei ole mahdollista kuvata yhtä ainoaa oikeaa hoitopolkua. Tämä johti siihen, että kuvaamme tässä opinnäytetyössä potilaalle tarjottavat moniammatilliset palvelut tehostetussa osastohoidossa, josta potilaan hoitopolku ja hoitojakso rakentuvat yksilöllisesti.

Opinnäytetyön tavoite on tehostaa potilaan hoitoa selkeyttämällä moniammatillisen työryhmän toimenkuvia ja työnjakoa, jotta Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) asettama visio potilaan tutkimuksesta ja hoidosta toteutuu. HUS:n strategia 2012-2016 on määrittänyt, että potilaiden tutkimuksen ja hoidon tulee olla laadukasta, oikea-aikaista, turvallista ja asiakaslähtöistä. (HUS Edelläkävijä- vaikuttavaa hoitoa potilaan parhaaksi - Strategia 2012-2016, 10-15.) Myös terveydenhuoltolaki (2010/1326 § 8) edellyttää, että terveydenhuollon toiminnan tulee perustua näyttöön sekä hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Lisäksi terveydenhuoltolaissa sanotaan, että terveydenhuollon toiminnan tulee olla turvallista, laadukasta ja toiminnan pitää toteutua asianmukaisesti. Oikeanlainen hoito on annettava oikein ja hoito tai sairaalassa olo eivät saa aiheuttaa potilaalle haittaa.

HUS- alueen oikeuspsykiatrinen ja haasteellinen psykoosihoito on toteutunut v. 2014 loppuun asti Kellokosken sairaalassa kolmella suljetulla osastolla, sekä kahdella poliklinikalla, joista toinen sijaitsee Helsingissä psykiatriakeskuksessa. Vuoden 2015 alusta Kellokosken osastot ja oikeuspsykiatriset poliklinikat siirtyivät osaksi HYKS psykiatrian psykoosien ja oikeuspsykiatrian linjaa, muodostaen yhdessä tehostetun osastohoidon ja oikeuspsykiatrian yksikön. Osastoilla hoidetaan potilaita HYKS:n lähes kaksi miljoonaa ihmistä käsittävältä erityisvastuualueelta (ERVA-alue), sekä väkivalta-, itsetuho-, ja pitkittynyttä psykoosiproblematiikkaa omaavia ns. vaikeahoitoisia psykiatrisia potilaita, jotka on lähetetty muualta 1,6 miljoonaa asukasta sisältävältä HUS-alueelta. (Seppänen 2016, 1.)

Opinnäytetyössä tarkasteltavan tehostettua osastohoitoa psykoosipotilaille tarjoavan osaston toiminta on käynnistynyt vuoden 2015 alussa ja osaston päämääränä on toteuttaa laadullisesti ja eettisesti korkeatasoista potilaan hoitoa ja kuntoutusta. Osaston toimintaa kehitetään aktiivisesti uusien toimintamallien luomisella sekä olemassa olevien käytäntöjen kehittämisellä.

2. Kehittämisympäristö

Suomessa kunta-valtiosuhteessa valtion roolina on ollut erityisesti toimia lainsäätäjänä ja tukea lainsäädännön toimeenpanoa erilaisilla ohjaustavoilla. Suomalaista palvelujärjestelmää on pidetty erityisen hajautettuna, koska kuntia on paljon. Viime vuosina selvä painopiste on ollut pyrkimys yhtä kuntaa laajempiin palvelurakenteisiin. Sairaanhoidopiirit ja erilaiset kuntayhtymät ovatkin toimineet jo vuosia seudullisina palvelurakenteina. Sosiaali- ja terveystalitiikka luo puitteet alan johtamiselle. Suomalaisen sosiaali- ja terveystalitiikan työnjako valtion ja kuntien välillä on seurausta viime vuosikymmenien hajauttamisesta eli desentralisaatiosta, jossa palveluihin liittyvää päätöksentekoa ja tuottamista on hajautettu yhä enemmän kuntiin. Pyrkimyksenä on ollut siirtää vastuu mahdollisimman lähelle palvelujen käyttäjää eli kuntalaista. Vasta viime vuosina on alettu vaatia yhä voimakkaampaa keskittämistä ja valtio-ohjausta. (Rissanen & Lammintakanen 2015, 28 & 52.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämisohjelmassa (KASTE 2012-2015) todettiin erityis- ja perustason palveluiden keskinäisessä työnjaossa sekä yhteistyössä olevan parannettavaa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Peruspalvelut eivät kehittämisohjelman mukaan toimi riittävän hyvin kaikissa kunnissa ja palveluiden alueelliset laatu- sekä saatavuuserot ovat merkittäviä. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmältä edellytetään yhä parempaa toimivuutta asiakkaiden valinnanvapauden sekä liikkuvuuden vuoksi. Myös sosiaali- ja terveydenhuollon menetelmien jatkuva kehittyminen asettavat omat haasteensa palvelujärjestelmälle. (STM 2012. Kaste 2012-2015, 17.)

Valtio ja sen hallinnonalat määrittävät sosiaali- ja terveystalitiikan strategian lainsäädännöllään, hallitusohjelmillaan, terveystalitiikallaan ja strategiasuunnitelmillaan. Suomalainen sosiaali- ja terveystalitiikka on kansainvälistynyt ja sen sisältöön ja muotoutumiseen vaikuttavat kansainväliset muutosvoimat, kuten globalisaatio ja Euroopan unioni. Kansalaisia lähinnä oleva sosiaali- ja terveystalitiikan päätöksentekotasoa on kuitenkin kunta. Suomalaisessa palvelujärjestelmässä terveydenhuollon palveluiden portaisuutta on ilmentänyt jako perus- ja erikoissairaanhoidon. Perusterveydenhuollolla on tarkoitettu kuntien terveystalitiikan, neuvoloiden, kouluterveydenhuollon ja vuodeosastojen palveluja. Erikoissairaanhoidon on vastaavasti tarkoittanut sairaanhoidopiirien tarjoamia erikoissairaanhoidolain mukaisia palveluja, joihin liittyy usein lähetekäytäntö. Osa

erikoissairaanhoidon palveluista on tertiääritason toimintaa ja on keskitetty vain tiettyihin yliopistosairaaloihin. (Rissanen & Lammintakanen 2015, 28-56.)

Viime vuosina on voimakkaasti pyritty uudistamaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää niukkenevien resurssien ja tuottavuuden lisäämiseen liittyvien vaatimuksien vuoksi. Niukkenevat resurssit on useimmiten sidottu kuntien talouteen, vaikka sinänsä kuntien ja valtion talous on voimakkaasti kytköksissä toisiinsa. Kuntatalouteen liittyvien menojen kasvua on selitetty väestön ikääntymisellä ja siihen liittyvällä palvelutarpeen kasvulla. Palvelujärjestelmän sisällöllisiksi ongelmiksi on tunnistettu myös sen monimutkaisuus, toimintojen päällekkäisyys ja järjestelmälähtöisyys. Järjestelmässä ei ole korostettu asiakkaiden tai potilaiden tarpeita vaan lähtökohtana on voinut olla melko pysyvä palvelukokonaisuus. (Rissanen & Lammintakanen 2015, 31.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän uudistamisen keskeiset tavoitteet on edistää väestön terveyttä, hyvinvointia ja sosiaalista turvallisuutta, turvata yhdenvertaiset palvelut koko maassa, vahvistaa sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluita sekä toteuttaa kustannustehokas ja vaikuttava palvelurakenne. Palveluiden järjestämistä vastuu on siirtymässä kunnilta sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymille eli sote-alueille. Uudistuksessa sote-palvelut integroidaan saman organisaation vastuulle perustasosta vaativiin erityispalveluihin saakka, jolloin organisaatiokeskeisen, pirstaloituneen palvelukulttuurin sijasta korostuu palveluiden järjestäminen asiakkaan tarpeiden lähtökohdasta. Tavoitteena on suunnata sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää asiakaslähtöisemmäksi, vaikuttavammaksi ja tasa-arvoisesti saatavilla olevaksi. Tämä edellyttää, että tiedonvaihto ja moniammatillinen yhteistyö sosiaalihuollon sekä terveydenhuollon eri toimijoiden välillä on jouhevaa, turvallista ja asiakkaan tahtoon perustuvaa. (Sote-tieto hyötykäyttöön-strategia 2020, 4-7.)

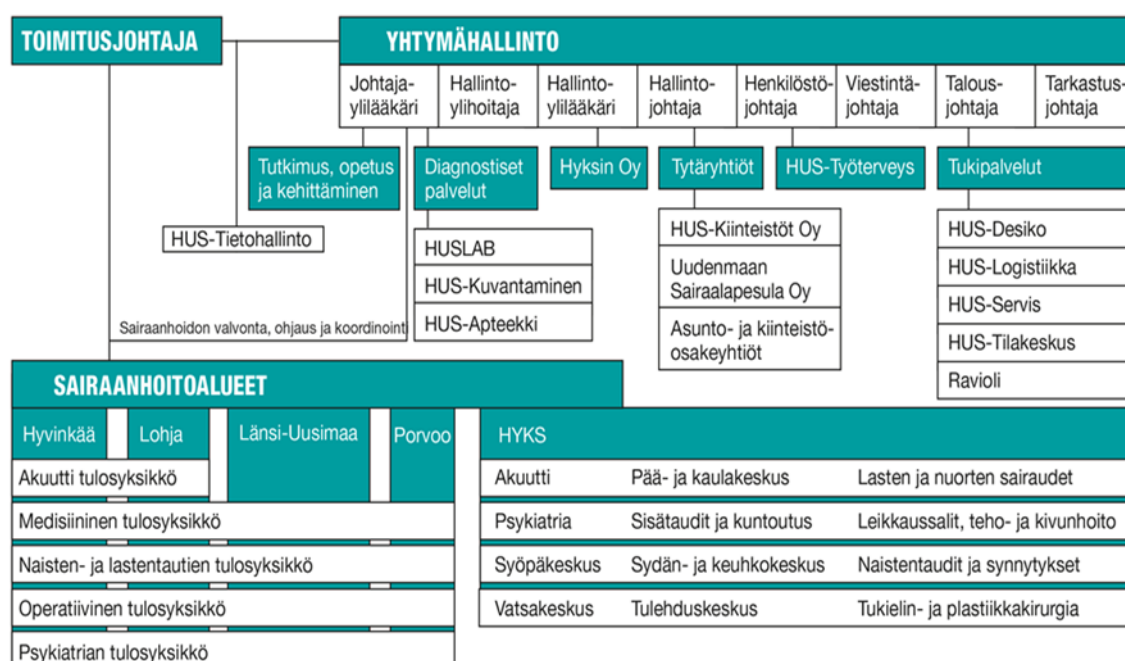
Kansalaisten liikkuvuus ja lisääntyvä valinnanvapaus edellyttävät myös rajat ylittävää tiedonvaihtoa ja tiiviimpää EU-tason yhteistyötä sähköisessä tiedonhallinnassa. Tiedon parempi hyödyntäminen on avainasemassa myös tutkimus- ja innovaatio toiminnassa ja näitä varten on kehitettävä lainsäädäntöä ja yhteen toimivuutta kansallisesti ja kansainvälisesti. (Sote-tieto hyötykäyttöön-strategia 2020, 4.)

2.1. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri eli HUS, on 24 kunnan muodostama kuntayhtymä. Sairaanhoitoalueita on viisi; HYKS-sairaanhoitoalue sekä Hyvinkään, Länsi-Uudenmaan, Lohjan, Porvoon ja Länsi-Uusimaan sairaanhoitoalueet (kuvat 1 & 2). HUS:n tehtävänä on tuottaa jäsenkunnilleen sekä niiden asukkaille kehitysvammahuollon palveluita sekä erikoissairaanhoidon palveluita. (HUS 2016. Hus-tietoa.)



Kuva 1: HUS:n sairaanhoitoalueet (HUS 2016. Sairaanhoitoalueet).



Kuva 2: HUS toiminnallinen organisaatio (HUS 2016. Organisaatio).

Arvot sekä strategia ohjaavat toimintaa HUS:ssa. Strategialla tarkoitetaan HUS:ssa tavoite- ja toimintaohjelmaa, joka on kuntayhtymän valtuuston hyväksymä. Nykyinen strategia on hyväksytty HUS:n valtuuston kokouksessa 19.10.2011 ja se on voimassa vuoden 2016 loppuun saakka. Voimassa olevan strategian visio on, että HUS on sairaalaorganisaatio, joka luo uutta

tietoa, on kansainvälisesti korkeatasoinen, jossa tuotetaan asiakaslähtöisesti laadukasta, oikea-aikaista ja turvallista tutkimusta sekä hoitoa potilaille. Visiossa nähdään myös, että HUS:n palvelutuotanto on kilpailukykyistä ja sen sairaalat sekä yksiköt voivat tarjota työntekijöille haluttuja työpaikkoja (kuva 3). Ihmisten yhdenvertaisuus, korkea laatu, luovuus ja innovatiivisuus, potilaslähtöisyys, tehokkuus, avoimuus, luottamus sekä keskinäinen arvostus ovat HUS:n arvoja. (HUS Edelläkävijä- vaikuttavaa hoitoa potilaan parhaaksi - Strategia 2012-2016.)



Kuva 3: HUS:n strategia 2012-2016 (HUS. HUS:n strategia 2012-2016).

Suomen suurin terveydenhuollon osaajien keskittymä työskentelee HUS:n sairaaloissa. Nämä työntekijät kykenevät myös kaikkein vaativimpaan erikoissairaanhoidon. Erikoissairaanhoidon kriittisiä alueita on henkilöstön osaaminen. Tulevaisuudessa henkilöstön määrä ja laatu tulevat korostumaan. Ydinedellytys kaikkien HUS:n päämäärien saavuttamiseksi on riittävä, motivoitunut sekä osaava henkilöstö. (HUS 2016. Henkilöstö.)

2.2. HYKS-sairaanhoitoalue ja HYKS-psykiatria

HUS:n osana toimiva HYKS- sairaanhoitoalue tuottaa sairaanhoitopalveluita potilaille jotka sairastavat harvinaisia sairauksia tai tarvitsevat muuten vaativaa hoitoa. Joissakin erityisimmissä sairauksissa HYKS tuottaa palveluita koko maan väestölle. Uudenmaan sairaanhoitopiirin lisäksi Hyksin erityisvastuualueeseen kuuluvat Etelä-Karjalan sosiaali- ja

terveyspiiri Eksote ja Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Carea. (HUS 2016. HUS-tietoa.)

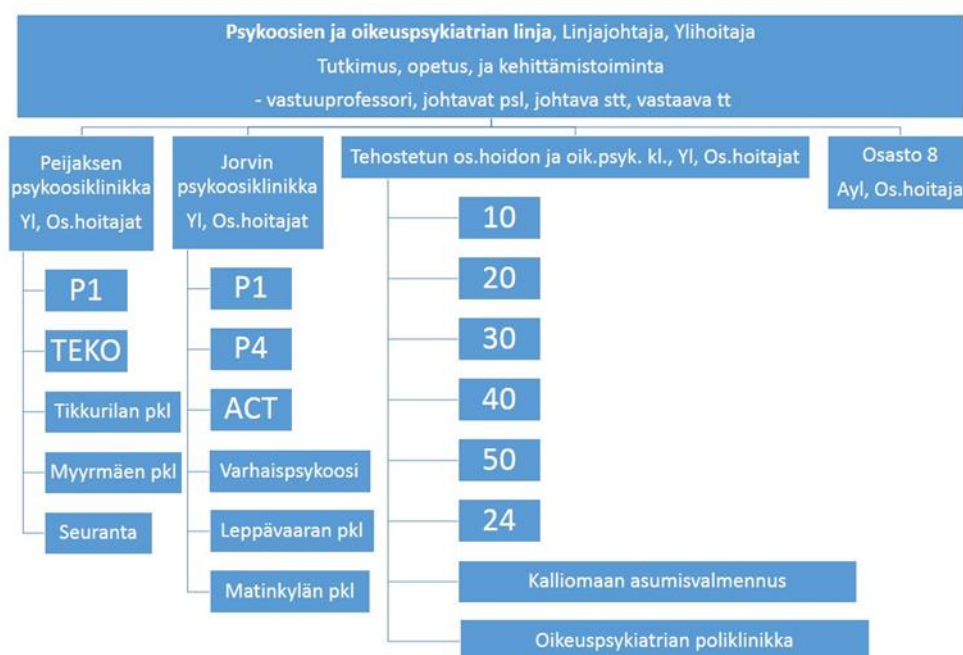
Psykiatrian tulokset muodostuu viidestä linjasta; Akuutti- ja konsultaatiopsykiatrian linja, Mielialahäiriölinja, Psykoosien- ja oikeuspsykiatrian linja, Gero-, neuro- ja päihdepsykiatrian linja sekä Nuorisopsykiatrian linja. HYKS-psykiatria tarjoaa tutkittuun tietoon perustuvaa modernia psykiatrista hoitoa ja se vastaa väestövastuun mukaisesti alueidensa aikuisikäisten potilaiden psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta kokonaisuudessaan. Psykiatrinen erikoissairaanhoido painottuu avohoitoon ja valtaosa toiminnoista tapahtuu pääkaupunkiseudulla sijaitsevilla suurpoliklinikoilla. Hoidon tukena toimivat psykiatriset vuodeosastot ja HYKS-psykiatrian sairaalatoiminta tapahtuu neljällä kampuksella; Töölössä Psykiatriakeskuksessa, Kellokosken sairaalassa sekä Jorvin ja Peijaksen sairaaloissa. (HUS 2016. HYKS Psykiatria.)

Psykiatrian tuloksetyksikössä on henkilökuntaa noin 1700, joista hoitohenkilökuntaa on 62 %, lääkäreitä 13 %, erityistyöntekijöitä 13 % ja muuta henkilökuntaa 12 %. Psykiatrian tuloksetyksikön ydintoimintaa ovat psykoosipotilaan hoito, mielialahäiriöiden hoito, akuuttipsykiatristen potilaiden tutkimukset ja hoito, geropsykiatristen potilaiden tutkimus ja hoito, neuropsykiatristen potilaiden tutkimus ja hoitoonohjaus, päihdepsykiatristen potilaiden hoito sekä korvaushoito, syömishäiriöpotilaiden hoito, vaativat työkyvyn arviot ja IT-psykiatria kuten nettiterapiat. (HUS 2016. HYKS Psykiatria.)

Psykiatrisessa hoidossa olevan potilaan oikeuksia määrittelevät keskeisesti seuraavat lait; Suomen Perustuslaki (731/1999), joka korostaa jokaisen yksilön vapautta ja itsemääräämistä. Ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), jonka mukaan jokaisella pysyvästi Suomessa asuvalla henkilöllä on oikeus hänen terveydentilansa edellyttämään hyvään terveyden- sekä sairaanhoitoon, niissä puitteissa mitä terveydenhuollon resurssit antavat myöten. Sekä Erikoissairaanhoidolaki (1989/1062), joka sisältää psykiatrisen sairaanhoidon järjestämistä koskevat säännökset. Yhtenä merkittävänä lakina on Mielenterveyslaki (1116/1990), joka määrittelee tilanteet, joissa potilaan vapautta voidaan hoidon aikana rajoittaa. Terveydenhuoltolain (2010/1326) tavoitteena on taata asiakaskeskeiset ja saumattomat palvelut. Terveydenhuoltolain (2010/1326) kahdeksannessa pykälässä on määritelty laatu ja potilasturvallisuus seuraavalla tavalla; terveydenhuollon toiminnan tulee perustua näyttöön sekä hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin ja toiminnan pitää olla laadukasta, asianmukaisesti toteutettua sekä turvallista. Lisäksi terveydenhuoltolaki (2010/1326) edellyttää, että oikeanlainen hoito on annettava oikein: hoito tai sairaalassa olo eivät saa aiheuttaa potilaalle haittaa.

2.3. HYKS-psykiatrian tehostettu osastohoito

Opinnäytetyössä käsiteltävä osasto kuuluu HYKS- psykiatriassa Psykoosien ja oikeuspsykiatrian linjaan ja sen alaisuudessa toimivaan yksikköön, joka tarjoaa tehostettua osastohoitoa ja oikeuspsykiatriaa koko HUS- alueen psykoosipotilaille (kuva 4). Yksikkö koostuu kuudesta suljetusta osastosta, yhdestä avoimesta asumisvalmennusyksiköstä sekä oikeuspsykiatrian poliklinikasta. Potilaspaikkoja osastoilla on yhteensä 110 vuodepaikkaa ja asumisvalmennuspaikkoja on viisi.



Kuva 4: Psykoosien ja oikeuspsykiatrian linja (Seppänen 2016).

Opinnäytetyössä tarkasteltava osasto on suljettu osasto ja käsittää 18 potilaspaikkaa. Osastolla hoidetaan subakuutissa vaiheessa olevia psykoosisairautta sairastavia mies- sekä naispotilaita. Suurimpia potilasryhmiä ovat skitsofreniaa ja skitsoaffektivista psykoosia sairastavat potilaat, joilla on lisäksi vaikea päihdeongelma.

Osaston hoitohenkilökunta koostuu sairaanhoitajista, lähihoitajista sekä mielenterveyshoitajista. Muuta päivittäistä henkilökuntaa osastolla on osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, osastonlääkäri, osastonsihteeri, sosiaalityöntekijä (50 %), psykologi (50 %), toimintaterapeutti sekä kuntoutusohjaaja. Näiden lisäksi osaston toiminnassa on mukana linjaylilääkäri, ylilääkäri sekä ylihoitaja. Viimeksi mainitut eivät ole päivittäin mukana osaston toiminnassa.

Osastolla hoidetaan pääsääntöisesti HYKS- sairaanhoitoalueen jäsenkuntien psykoosisairauksia sairastavia potilaita. HYKS- sairaanhoitoalueen jäsenkuntia ovat Helsinki, Espoo, Vantaa, Kauniainen, Kirkkonummi ja Kerava. Tarvittaessa osastolla sekä linjan muilla tehostettua osastohoitoa ja oikeuspsykiatriaa tarjoavilla osastoilla hoidetaan myös muita Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) alueella asuvia potilaita. Osaston toimintaa ja tavoitteita ohjaavat HUS:n vuosille 2012-2016 julkistama strategia. (HUS Edelläkävijä- vaikuttavaa hoitoa potilaan parhaaksi - Strategia 2012-2016, 10-15.)

Osaston toiminta on käynnistynyt vuoden 2015 alussa ja osaston toimintaa ollaan aktiivisesti kehittämässä uusien toimintamallien luomisella sekä olemassa olevien käytäntöjen kehittämisellä. Osaston päämääränä on toteuttaa laadullisesti ja eettisesti korkeatasoista potilaan hoitoa ja kuntoutusta. (Osaston osavuosisikatsaus 2015, 3.)

Osaston avaintavoitteita toiselle toimintavuodelle ovat uusien toimintamallien luominen, avoimen sekä keskustelevan työilmapiirin rakentaminen ja moniammatillisen yhteistyön eteenpäin kehittäminen. Lisäksi yksi avaintavoitteista on potilaan oikea-aikainen, laadukas hoito ja kuntoutus yhdessä avohoidon ja omaisten kanssa sekä hoitoon nopea pääsy ja hoidon sekä kuntoutuksen selkeät tavoitteet. Tavoitteeksi on määritelty myös potilaslähtöisen hoidon kehittäminen, potilaiden osallisuuden lisääminen omaan kuntoutusprosessiin sekä kokemusasiantuntijoiden osallisuuden lisääminen osaston palvelun tarjontaan. (Osaston osavuosisikatsaus 2015, 3.)

3. Kehittämistyön tietoperusta

Olemme pyrkineet säilyttämään potilaskeskeisen hoidon ”punaisena lankana” läpi koko opinnäytetyön. Puntaroimme pitkään potilaslähtöisen teorian ja potilaskeskeisen teorian valinnan välillä. Potilaslähtöinen hoito tarkoittaa potilaasta itsestään lähtevien tarpeiden ja odotusten mukaisten palveluiden tuottamista (Kujala 2003, 73).

Potilaslähtöinen hoito olisi mielestämme näkökulmana sekä toimintatapana loistava, mutta valitettavasti se ei pääse toteutumaan tehostetussa osastohoidossa täysin sillä tavalla, kun on teoriassa määritelty. Osastolla hoidettavat psykoottisesti oireilevat potilaat harvemmin pystyvät heti hoidon alussa tuottamaan realistisia tavoitteita hoidolleen (Lönnqvist, Henriksson, Marttunen, Partonen (toim.) 2011, 127). Tästä syystä olemme valinneet potilaskeskeisen hoidon teorian näkökulmaksemme. On kuitenkin suotavaa todeta, että usein hoidon edetessä ja potilaan psyykkisen voinnin kohennuttua voidaan siirtyä potilaskeskeisestä hoidosta potilaslähtöiseen hoitotyön toteuttamiseen.

3.1. Hoitopolku psykiatrisessa hoitotyössä

Hoitopolku on kuvaus organisaation sisäisestä, tietyn potilasryhmän hoidon toteutuksesta (Holmberg-Marttila, Palvanen, Kuusisto & Salunen 2015, 2). Hoitopolku käsitteen implementointi psykiatriseen hoitotyöhön on enenevässä määrin yleistynyt kansainvälisesti. Kuten englannin kielessä, myös suomen kielessä hoitopolun käsite on moninainen, mutta yhteistä jokaiselle termille on seuraavat asiat: ne palvelut tai interventiot joita tarjotaan potilaalle sekä selvästi havaittava aikajakso jolloin em. palvelut tai interventiot toteutetaan (Evans-Lacko, Jarrett, McCrone, Thornicroft 2008, 1). Hoitopolkujen kuvantamisella on pyritty saavuttamaan seuraavia asioita: interventioiden oikea-aikaisuus ja sekvensointi riippuen potilaan diagnoosista, resurssien hyötykäyttö mahdollisimman kattavasti, hoidon laadun maksimointi sekä hukka-ajan minimointi potilaan hoitajakson aikana (Nakanishi, Sawamura, Sato, Setoya & Anzai 2010, 99). Hoitopolun päätavoite on taata, että potilas on hyvissä käsissä sekä asiantuntevassa hoidossa (Silvennoinen-Nuora 2005, 8-9). Hoitopolun käyttäminen hoitotyössä vähentää hoidon kustannuksia sekä potilaan hoidon kestoa. Hoitopolulla on myös positiivinen vaikutus hoidon tuloksiin, kuten mm. parantuneeseen hoidon laatuun ja potilaiden tyytyväisyyteen, tiedon siirtymisen jatkuvuuteen sekä potilaan tietoisuuden lisääntymiseen omasta sairaudesta. (Renholm, Leino-Kilpi & Suominen 2002, 196.)

Hoitopolku on sekä työkalu että konsepti, joka käsittää ohjeita, protokollia ja yhdessä sovittuja keinoja, se on tutkittuun tietoon perustuvaa, potilaskeskeistä, perustuu parhaimpiin käytänteisiin ja on käytettävissä jokapäiväisessä yksilöllisessä hoitotyössä (Evans-Lacko ym. 2008, 1).

3.2. Potilaskeskeinen hoito psykoottisissa häiriöissä

Kuntaliiton laatimassa terveydenhuollon laatuoppaassa Koivuranta-Vaaran mukaan (2011, 9) potilaskeskeisyys on määritelty tärkeänä osana palvelun laatua. Potilaskeskeisyys tarkoittaa mm. sitä, että potilas saa helposti tietoa terveyteensä liittyvistä ongelmistaan sekä terveyspalveluista. Potilaan tulee saada terveydenhuollon toimintayksiköistä tietoa, joka ohjaa hänet oikeiden terveyspalveluiden piiriin, jos hänen terveydentilansa sitä vaatii. Potilas pääsee tarvitsemiinsa tutkimuksiin ja hoitoihin mahdollisimman helposti ja nopeasti ja potilaalla tulee olla oikeus saada ammattitaitoista sekä yksilöllistä hoitoa ja ystävällistä kohtelua. Potilaan pitää saada riittävästi tietoa sairaudestaan voidakseen osallistua oman hoitosuunnitelmansa laadintaan ja sen seurauksena sitoutua sen noudattamiseen. Potilaan tulee olla kykenevä saamiensa neuvonnan sekä tiedon turvin noudattamaan hoito-ohjeita, käyttämään lääkkeitä sekä apuvälineitä ja osallistumaan kuntoutukseensa. Potilaalla tulee olla mahdollisuus seurata aktiivisesti parantumistaan ja potilaan tulee tietää, mihin hän ottaa yhteyttä, jos ongelmia ilmenee. (Koivuranta-Vaara (Toim.) 2011, 9.)

Potilaskeskeisen hoidon tavoite on, että potilas on saamaansa palveluun tyytyväinen ja kokee saaneensa apua. Potilaan tulee olla tietoinen siitä, miten hän voi antaa palautetta hoidostaan, myös nimettömänä, saada yhteyden potilasasiamieheen tai tehdä muistutuksen organisaation johdolle. Tarvittaessa potilasta ohjeistetaan myös siitä, miten hän voi tehdä Potilasvakuutuskeskukselle potilasvahinkoilmoituksen. (Koivuranta-Vaara (Toim.) 2011, 9.)

Palvelu tarkoittaa toimintaa tai toimintojen yhdistelmää, jonka palveluntarjoaja toteuttaa vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa, jotta asiakkaan tarpeeseen vastataan tarkoituksen mukaisella tavalla (Tekes 2010, 5). Suomen perustuslain (1999/731) mukaan kunnat vastaavat palvelujen järjestämisestä joko tuottamalla ne itse tai ostamalla ulkopuoliselta tuottajalta. Palvelun tuottaja- ja tilaajaorganisaatioilla, ammattihenkilöstöllä sekä yhteiskunnalla on oma näkökulmansa siitä, mitä laatu tarkoittaa. Luottamuksellinen vuorovaikutus sekä ammattitaitoinen toiminta ovat osa palvelujen ja hoidon hyvää laatua. (THL 2016. Palveluiden ja hoidon laatu.)

Potilaan osallistuminen oman hoitonsa suunnitteluun sekä toteuttamiseen on osoittautunut tärkeäksi asiaksi psykiatrisen potilaan hoidossa. Hoidon suunnittelu potilaan kanssa voi parhaimmillaan selkeyttää psykiatriselle potilaalle hänen sairauttaan, käyttäytymistä, tunteita sekä ajattelua. Hoidon tavoitteet tulee asettaa potilaan todellisten mahdollisuuksien sekä kykyjen mukaisesti sen jälkeen, kun hoidon tarpeen arviointia on tehty yhdessä potilaan ja hänen omaisten kanssa aktiivisesti. Hoidon lähtökohta perustuu aina johonkin yksilölliseen hoidon tarpeeseen tai ongelmaan. Hoitotyön menetelmät valitaan psykiatrisessa hoitotyössä sen pohjalta, miten potilaan psykiatrisen hoitotyön diagnoosi on ymmärretty teoriassa ja miten teoreettisesti ymmärretään kunkin menetelmän tehokkuus potilaan yksilöllisessä tilanteessa. Psykiatrisessa hoidossa olevilla potilailla ongelmat ovat yleensä monisyisiä ja tämä vaatii luovia ongelman ratkaisukykyjä. (Sainola-Rodriquez ym. 2007, 43-44.)

Useassa tapauksessa psykiatrisen hoitotyön tavoite on muuttaa toimintaa tai käyttäytymistä sekä seurata potilaan muutos- tai sopeutumisprosessia. Psykiatrisessa hoitotyössä on erittäin tärkeää, että tavoitteet asetetaan yhdessä potilaan kanssa. Tavoitteet voivat olla sekä lyhyen että pidemmän aikavälin tavoitteita. Hoitotyön arvioinnissa pyritään kuvaamaan hoidon välitöntä vaikutusta sekä hoidon päättyessä arvioidaan koko hoitojaksoa. Hoidon toteutukseen liittyvää kirjaamista ohjaa potilaalle annettu hoito ja sekä siihen liittyvät hoitotoimet. (Sainola-Rodriquez ym. 2007, 45.) Psykiatrisen hoitotyö on monitieteistä toimintaa ja siihen osallistuvat terveydenhuollosta monet eri ammattiryhmät potilaan sekä hänen omaistensa lisäksi. Psykiatrisen potilaan kokonaishoitoon perustuu mm. lääketieteeseen, psykologiaan, sosiaalitieteisiin ja hoitotieteeseen perustuvaan havainnointiin sekä toimintaan. (Latvala 1998, 28.) Psykiatrista hoitotyötä on tarkoitus tehdä mahdollisimman ihmisläheisesti ja

potilaskeskeisesti. Potilaan yksilöllisyyttä, ihmisarvoa sekä itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan jokapäiväisessä hoitotyössä. Potilasta pyritään auttamaan niin, että hän löytää omat voimavaransa ja käyttää niitä toipumisensa sekä jatkossa päivittäisen elämänsä tukena. Potilaalla tulee olla tunne siitä, että häntä arvostetaan, hänet hyväksytään, hän on kykenevä itsenäiseen päätöksentekoon, häntä kannustetaan ja kunnioitetaan. Potilaan henkilökohtainen tunne turvallisuudesta sekä luottamuksesta nousee erittäin tärkeiksi osastohoidossa. (Latvala 1998, 19-20.)

Psykiatrisen hoitotyön perustana on auttaa potilasta selviytymään arjesta. Hoidon alkuvaiheessa selvitetään potilaan hoidon tarve. Hoitaja havainnoi potilaan toimintakykyä osastoseurannassa ja hankkii lisätietoa potilaan omaisilta. Kun hoidon tarve on määritelty, pyritään erilaisilla auttamismenetelmillä vastaamaan tarpeeseen ja ne valitaan yksilöllisesti potilaan tarpeiden ja tavoitteiden mukaan. (Latvala, Visuri & Janhonen 1996, 20.)

Tavoitteiden asettaminen perustuu hoitajan tietojen keruuseen. Tietoja pyritään saamaan potilaalta itseltään, potilaan läheisiltä, sekä mahdollisilta aikaisemmilta hoitojaksoilta. Kun näitä tietoja on kerätty riittävästi, voidaan määrittää potilaan hoidontarve. Jos potilaalla ei ole ennestään diagnoosia, perustuu diagnostinen selvittely edellä mainittuihin havaintoihin, haastatteluihin sekä mahdollisiin aikaisempiin potilasasiakirjoihin. (Latvala ym. 1996, 49.)

3.3. Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveysalalla

Moniammatillinen yhteistyö on keskeinen työkalu, jonka avulla sosiaali- ja terveydenhuollon haasteisiin voidaan vastata. Yhteistyö eri ammattikuntaan kuuluvien työntekijöiden välillä takaa tasapuolisemman, läpinäkyvämmän ja paremman hoito- ja päätöksentekotyön. (Nikander 2003, 279.) Sosiaali- ja terveydenhuollon alalla kohdataan nykyisin yhä monimutkaisempia ongelmia ja ammattihenkilöt ovat niiden ratkaisemissa entistä riippuvaisempia toisistaan. Moniammatillisten toimintatapojen tarve tulee esiin useissa aikamme haasteissa kuten väestön ikääntyminen, yhteiskunnan eriarvoistuminen, mielenterveysongelmien ennaltaehkäisy, syrjäytymisvaarassa olevat ja työssä jaksamisen tukeminen. Potilaiden tilanteet ovat yhä useammin monimutkaisia ja ne ulottuvat monelle eri elämäntilanteelle. Asiakkaan kokonaisuuden huomioimiseksi voidaan tarvita laajennettua, reflektiivistä, yhteisöllistä asiantuntijuutta. Ristiriitaisuuksia sekä päällekkäisyyksiä sisältävästä työskentelystä seuraa tehottomuutta ja sekaannuksia. Sen lisäksi potilaat ja heidän läheisensä haluavat yhä enemmän tietoa ja mahdollisuutta vaikuttaa ratkaisuihin. (Isoherranen 2012, 30 & 66.)

Veijola (2004, 30-33) kuvaa väitöskirjassaan moniammatillista yhteistyötä työksi, jossa erilaista asiantuntemusta yhdistetään ja asiantuntijuutta kehitetään toisiinsa yhdistyneenä, rajoja ylittävänä toimintana. Moniammatillisessa yhteistyössä ammattihenkilöt eroavat

toisistaan taustansa, työ- ja elämäkokemuksensa, koulutuksensa, ikänsä sekä työnantajansa suhteen. Moniammatillisessa yhteistyössä eri alojen asiantuntijat vastaavat oman alansa erityisosaamisesta ja yhteistyössä on keskeistä jatkuva vuorovaikutus ja tarkoituksenmukaisuus. Moniammatillisen yhteistyön onnistuminen edellyttää luottamusta eri ammattihenkilöiden sekä johdon välillä. Yhteistyötä sujuvoittaa selkeästi sovitut yhdessä kirjallisesti laaditut sopimukset. Moniammatillisen työryhmän jäsenillä tulee olla selkeä kuva omasta ja muiden jäsenten rooleista, koska näihin tekijöihin perustuu toiminnan tehokkuus. Selkeät tavoitteet, jaettu visio toiminnasta, asiantuntevat jäsenet, hyvä vuorovaikutus ja yhteishenki, roolien ymmärtäminen ja arviointi sekä arvostaminen ovat tehokkaan moniammatillisen yhteistyön tunnusmerkkejä. (Veijola 2004, 30-33.)

Isoherranen (2012, 5 & 31) kuvaa väitöskirjassaan moniammatillista yhteistyötä sosiaali- ja terveysalalla seuraavasti; Sosiaali- ja terveysalalla moniammatilliseksi yhteistyöksi kutsutaan asiakaslähtöistä, tiimipohjaista sekä yhteisöllistä asiantuntijatyötä. Sosiaali- ja terveysalalla käytetään yleisesti käsitettä tiimi ja sitä on käytetty ja käytetään hyvin monenlaisista työryhmistä ja yhteistyön muodostelmista.

Tiimityöllä on hoito-organisaatioissa lukuisia virallisia sekä epävirallisia muotoja. Yhteistyön ja päätöksenteon virallisuuden aste vaihtelee epävirallisista käytäväkeskusteluista ja puhelinkonsultaatioista käytännön hoito- tai parityöskentelyn kautta virallisiin kokoustilanteisiin. Moniammatillisissa tilanteissa pohdittavat asiakokonaisuudet vaihtelevat hallinnollisten käytäntöjen ja laajempien linjanvetojen yksityiskohdista päivittäisten, auttamista, potilaiden hoitoa, kuntouttamista ja pärjäämistä koskeviin ratkaisuihin sekä pohdintoihin. (Nikander 2003, 281.)

Moniammatillinen yhteistyö on osoittautunut haasteelliseksi sosiaali- ja terveysalalla ja sen ideaalinen soveltaminen käytäntöön voi estyä monista syistä. Moniammatillinen yhteistyö voi olla vanhanaikaista ammattilaisten rinnakkain työskentelyä tiimissä ilman yhdessä tapahtuvaa tiedon integrointia tai roolirajojen ylityksiä. Sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset ovat koulutuksensa myötä vakiinnuttaneet oman tieteesnä näkemykseen asiakkaasta ja tottuneet työskentelemään itsenäisesti. Jokainen ammattikunta on kehittänyt oman laillistetun toiminta-alueensa ja viitekehyksensä. Näihin asioihin liittyy tiettyjä oikeuksia, jotka ovat usein jäykkiä ja rajoja on vaikea ylittää. Ammatillinen eriytyminen ja töiden jakautuminen ovat saattaneet edellyttää sekä korostaa yksintyöskentelyn kulttuuria ja tähän toimintakulttuuriin tottuneet ammattilaiset saattavat kokea moniammatillisuuden myös uhkana omalle ammatillisuudelleen. (Isoherranen 2012, 5 & 30-33.)

Sosiaali- ja terveysalalla sekä myös muissa asiantuntijaorganisaatioiden sisällä yleisesti esiintyy monenlaisia muureja tai raja-aitoja. Väitöskirjassaan Isoherranen (2012) on nostanut

esiin Tor Hernesin vuonna 2004 kuvailemat muurit, jotka hidastavat asiantuntijuuden muutosta. Fysikaaliset muurit liittyvät rakenteisiin, jotka rajaavat asiantuntijoiden keskinäistä vuorovaikutusta ja näin ollen ovat yhteistyötä rajoittavia. Sosiaali- ja terveysalalla asiantuntijoiden työtilat voivat sijaita kaukana toisistaan. Tämä vaikuttaa siihen, että keskinäinen spontaani yhteistyö voi silloin olla haastavaa. Mentaalisia muureja voi syntyä, kun uusi työntekijä ei tunne toisten työntekijöiden osaamista voidakseen hyödyntää sitä optimaalisella tavalla. Asiantuntijuusala sekä toimintakulttuuri voi olla uudelle työntekijälle niin erilaiset, että voi olla vaikeata ymmärtää toisen kieltä, ajatuksia sekä käsitteitä. Sosiaali- ja terveysalalla tällaiset tilanteet korostuvat silloin, kun mukana on esimerkiksi potilaita tai hänen omaisiaan. Sosiaaliset muurit voivat liittyä yksinyöskentelyn perinteisiin, jossa ei ole asianmukaista kysellä tai neuvotella työtoverin kanssa, koska sen voidaan ajatella olevan merkki osaamattomuudesta. ”Pitää selviytyä itsenäisesti” on ajattelumalli, joka on opittu ja se toimii esteenä yhteistoiminnalle sekä toisen osaamisen hyödyntämiselle. Sosiaali- ja terveysalalla on voimakas itsenäisesti selviämisen perinne ja sen muuttaminen on haastavaa. (Isoherranen 2012, 68-69.)

3.4. Hoitotyön kirjaaminen

Potilastiedon sähköinen käsittely sekä organisaatioiden välinen potilastiedon vastaanottaminen sekä luovuttaminen sähköisesti ovat lisääntyneet Suomessa nopeasti 2000-luvulla. Terveystieteen ammattihenkilöillä on velvollisuus merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon kannalta merkittävät tiedot. (Junttila & Nykänen 2012, 12 & 15.) Hoitotyön kirjaamista koskevat seuraavat lait; Potilasvahinkolaki (585/1986), Mielenterveyslaki (1116/1990), Erikoissairaanhoitolaki (1062/1989), Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), Henkilötietolaki (523/1999), Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta (621/1999) sekä Hallintolaki 432/2003). Näiden lisäksi kirjaamista koskee Sosiaali- ja terveysministeriön potilasasiakirjoja koskeva asetus (298/2009) ja Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen- Opas terveydenhuollon henkilöstölle 2011.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) 12 § velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilökuntaa kirjaamaan potilasasiakirjoihin kaikki tiedot, jotka ovat välttämättömiä potilaan hoidon järjestämiseksi, suunnittelemiseksi, toteuttamiseksi sekä seurannan turvaamiseksi. Potilasasiakirja-asetuksessa on tarkennettu, mitkä tiedot tulee vähintään kirjata potilaskertomukseen sekä muihin asiakirjoihin. Potilaslaissa (785/1992) sekä terveydenhuoltolaissa (1326/2010) on lisäksi säädetty suunnitelmasta, joka koskee hoitoa sekä kuntoutusta ja mikä tulee tarvittaessa laatia hoidon sekä kuntoutuksen toteuttamiseksi. (STM 2012, 44.) Mielenterveyspalvelujen laatusuosituksissa edellytetään, että kaikilla

potilailla tulee olla hoitosuunnitelma ja se tulee kirjata potilasasiakirjoihin siten, että se löytyy helposti (STM 2001, 21-22).

Potilaan hoidon edetessä potilaasta kerätään ja analysoidaan tietoa jatkuvasti. Esitiedot sekä tulohaastattelu ovat potilaan hoidon suunnittelun kulmakivi. Potilaan tilanteen tarkempi analysointi auttaa moniammatillista työryhmää keskittämään voimavaransa potilaan hoidon kannalta oleellisimpiin tarpeisiin. Kun suunnitelmat ovat selkeät, karsiutuu turhat sekä päällekkäiset toiminnot. Suunnitelman tulee olla kaikkien luettavissa ja potilaan tulee olla tietoinen omasta hoidostaan sekä hoidon tavoitteista. (Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2007.)

Sähköisen potilaskertomuksen yhtenäiset tiedot sekä tietokokonaisuudet sallivat yhteisen käsityksen tiedoista ja asianmukaisen tiedonvaihdon potilaan hoitoon osallistuvien henkilöiden välillä. Samoin se mahdollistaa tiedon siirron yhden palvelunantajan sisällä sekä eri palvelunantajien välillä. (Häyrinen 2011, 53.) Potilasasiakirjojen tehtävä on palvella potilaan hoidon suunnittelua sekä toteutusta ja ennen kaikkea edistää hoidon jatkuvuutta (Junttila & Nykänen 2012, 3). Yhdenmukaiset tiedot sekä tietokokonaisuudet edesauttavat tiedonhaussa sekä tietojen näyttämässä sähköisen potilaskertomuksen tiedonsisällöstä. Potilaan laadukkaan hoidon edellytyksiä onkin sujuva tiedon vaihto sekä tietojen ymmärrettävyys. (Häyrinen 2011, 53.) Hoitokertomus on osa potilaskertomusta ja se on tarkoitettu moniammatilliseksi työvälineeksi. Tästä syystä hoitokertomukseen tulee dokumentoida potilaan hoidon suunnittelu, toteutus, seuranta sekä arviointi. Päivittäin potilaan hoitokertomukseen tehdään merkinnät potilaan hoitoa sekä vointia kuvaavista asioista. (Junttila & Nykänen 2012, 3.)

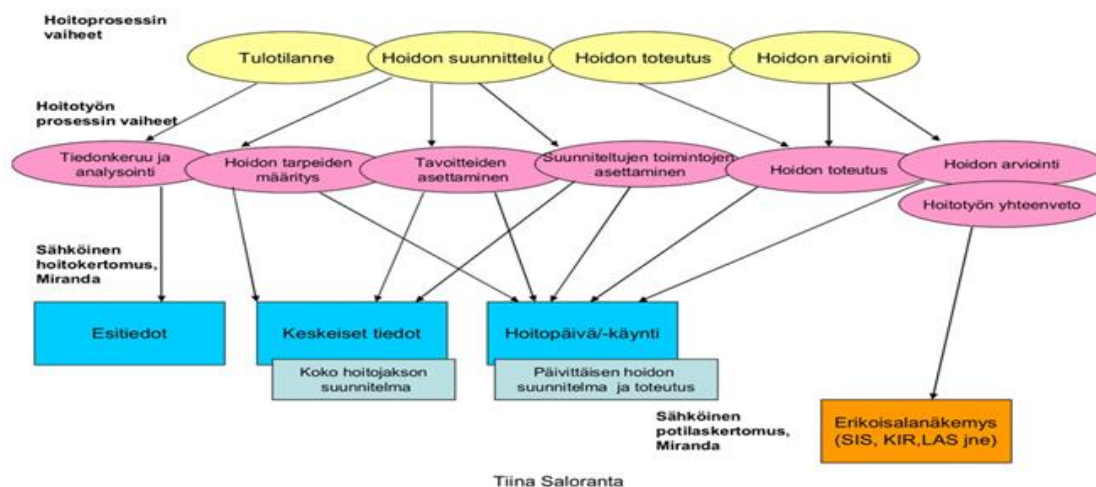
Suomessa hoitotyötä kirjataan ainakin kolmen eri mallin mukaan; hoitotyön kansallisen kirjaamismallin mukaan, yliopistollisten sairaaloiden yhteisesti kehittämän moniammatillisen hoitokertomuksen otsikkorakenteen mukaan sekä potilaiden hoitoisuuden arviointiin käytettävän mittarin osa-alueiden mukaan (Junttila & Nykänen 2012, 15). Suomessa on hoitotyön kirjaamisen kehittämiseksi asetettu tavoitteeksi kansallisesti yhtenäinen tapa kirjata hoitotyötä. Tähän tavoitteeseen ei ole vielä päästy. (Junttila & Nykänen 2012, 20.) Häyrinen (2011, 48-51) toteaa väitöskirjassaan, että hoitotyön sähköinen kirjaaminen tekee hoitotyön näkyväksi, edistää yhtenäisten käsitteiden käyttöä sekä parantaa hoitajien oikeusturvaa, mutta muun muassa erilaisten luokitusten käyttö oli moniammatillisessa kirjaamisessa epäyhtenäistä ja käytössä oli epäjohdonmukaisuutta.

THL:n (Junttila & Nykänen 2012, 28) laatiman Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportissa on otettu kantaa myös kirjaamisen koulutukseen ja sen kehittämiseen. Hoitotyön kirjaamiskäytäntö syntyy käytännön kirjaamisen sekä opetuksen kautta ja sen vuoksi on tärkeää, että kirjaamisen opetus opastaa kansallisesti yhtenäisiin

käytänteisiin sekä yhtenäisen terminologian käyttöön. Tiedonhallinnan osaamisen kehittämisessä olisi myös tärkeää ottaa huomioon eri ammattiryhmien oman erikoisalansa tiedon tuottamisen taito. Toinen tärkeä taito hallita on hakea sekä lukea toisten ammattiryhmien tuottamaa moniammatillista tietoa sekä arvioida potilaan vointia jo dokumentoidun tiedon perusteella. (Junttila & Nykänen 2012, 29.)

Käsikirja laadukkaaseen hoitotyön kirjaamiseen (Junttila, Heija, Konttinen, Kotavuopio, Leppänen, Paavilainen, Saloranta, Tuhkanen, Vahteri 2011, 2) ohjaa työntekijöitä HUS:ssa. Käsikirja sisältää kuvauksen hoitotyön kirjaamisen rakenteesta sekä sisällöstä. Käsikirjassa on otettu huomioon, että eri erikoisaloilla korostuvat eri seikat yksilöllisen hyvän hoidon sekä hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Tämä vaikuttaa hoitotyön suunnitelman laatimiseen ja hoidon dokumentointiin. Käsikirjassa on otettu kantaa hoitokertomuksen käyttöön vain hoitotyön näkökulmasta. Tärkeää on kuitenkin tunnustaa se tosiasia, että hoitokertomus on moniammatillinen työväline. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä kirjaamista on kehitetty laatimalla yksikkö- ja sairaalakohtaisia ohjeita. (Junttila ym. 2011, 2.) Psykiatrisen hoitotyön kirjaamisen tueksi HUS:n kirjaamisen työryhmä on laatinut ”HUS Psykiatria; Hoitokertomusotsikot ja kirjaaminen (2013) ”- ohjeistuksen. Kellokosken sairaalassa on käytössä edellä mainitun ohjeistuksen lisäksi ”Käsikirja mielenterveyslain mukaisista pakkotoimista ja rajoitteista Kellokosken sairaalassa (2011)”. Sosiaalityölle on löydettävissä myös oma ohjeistus kirjaamista varten.

Sosiaali- ja terveysministeriö on asetuksessaan potilasasiakirjoista (298/2009) määritellyt §:ssä 11, että potilaskertomukseen tulee tehdä merkinnät jokaisesta potilaan palvelutapahtumasta. § 12 määrittää erikseen, että tiedosta tulee tarpeenmukaisessa laajuudessa käydä ilmi mm. tulosy, esitiedot, hoidon toteutus ja seuranta. Asetus edellyttää, että osastohoidon aikana potilaasta tulee tehdä osana potilaskertomusta hoitajaksoisesti päivittäin merkinnät hänen tilaansa liittyvistä huomiosta, hoitotoimista sekä vastaavista seikoista. Moniammatillisen hoidon eri vaiheet koostuvat tulotilanteesta, hoidon suunnittelusta, hoidon toteutuksesta sekä hoidon arvioinnista. Alla olevassa kuvassa (kuva 5) on kuvattu moniammatillisen hoitoprosessin ja hoitotyön prosessin eri vaiheet käytössä olevassa sähköisessä potilastietojärjestelmässä (Uranus). (Junttila ym. 2011, 4.)



Kuva 5: Moniammatillisen hoitoprosessin ja hoitotyön prosessin eri vaiheet (Junttila ym. 2011, 4).

Hoitokertomus noudattaa hoitokokonaisuuden periaatetta. Hoitokokonaisuudella tarkoitetaan toimintayksikössä potilaalle annettavien hoitopalvelujen kokonaisuutta, jota tarvitaan potilaan tietyn terveysongelman ratkaisemiseksi. (STM 2006, 29.)

Hoitokertomuksen nimeäminen tapahtuu niin, että hoitokertomusta perustettaessa kirjataan hoidon syy. Potilaan hoitoon osallistuvien eri ammattihenkilöiden tulee voida helposti tunnistaa potilaan olemassa olevista hoitokertomuksista tiettyyn terveysongelmaan liittyvä hoitokertomus. Yksikössä voidaan moniammatillisesti sopia käytettävät hoitokertomusten nimet. (Junttila ym. 2011, 5.) Tehostetussa osastohoidossa hoitokertomuksen nimi on psykoosi- ja kuntoutuspotilaan tutkimus ja hoito osastolla.

3.5. Yleisimmät psykoottiset häiriöt ja niiden hoito

Psykoosisairauksia ja erilaisia psykoottisia häiriöitä on luokiteltu tällä hetkellä useita ja ICD-10 tautiluokituksessa psykoosit kuuluvat pääluokkaan F20-F29, lisäksi näillä pääluokilla on useita eri alaluokkia (Tautiluokitus ICD-10. 2011, 257-260). Tämän opinnäytetyön tietoperustassa keskitytään näistä psykoosisairauksista kahteen yleisempään psykoosisairauteen, joita opinnäytetyössä käsitellyssä osastolla hoidetaan eli skitsofreniaan ja skitsoaaffektiiviseen häiriöön.

Psykoottisiin häiriöihin liittyy keskeisesti todellisuudentajun ajoittainen horjuminen, toisin sanoen ulkoisen tilanteen vääristynyt tai harhainen tulkinta. Keskeisinä tämän ryhmän oireina pidetään aistiharhoja ja harhaluuloja. Myös tunnetilojen asiaan kuulumattomuus tai latistuminen ovat yleisiä tässä häiriöryhmässä. Yleisimpiä psykoottisiin häiriöihin kuuluvia

sairauksia ovat skitsofrenia, harhaluuloisuushäiriö, skitsofreenistyyppinen häiriö ja skitsoaffektiivinen häiriö. Psykoosit ovat oireiltaan, hoidettavuudeltaan ja ennusteeltaan mielenterveyden häiriöiden vaikein ydinryhmä. Näistä syistä johtuen psykoosit ovat synnyttäneet pelkoa ja kielteisiä asenteita mielenterveyden häiriintymistä kohtaan yleisestikin. Psykoosi tarkoittaa mielentilaa, jossa yksilön todellisuudentaju on heikentynyt ja hänellä on massiivisia ongelmia erottaa, mikä on totta ja mikä ei. On tärkeää kuitenkin muistaa, että henkilö jolla on psykoosi, kykenee joillakin alueilla myös normaaliin toimintaan eikä psykoottisuus välttämättä kata kaikkea psyykkistä toimintaa. (Lönnqvist, Henriksson, Marttunen, Partonen (toim.) 2011, 53.; Mielenterveystalo. Tietoa diagnooseista. Psykoottiset häiriöt.)

Tyypillisiä psykoottisia oireita ovat erilaiset harha-aistimukset eli hallusinaatiot, sekä harhaluulot eli deluusiot, merkityselämykset ja suhteuttamisharhaluulot. Harha-aistimuksia voivat olla mm. puheen kuuleminen, kuuloelämykset, erilaiset näköharhat ja kosketus- sekä hajuharha-aistimukset. Harhaluulot saattavat kehittyä selityksiksi harha-aistimuksille tai yksilö voi kokea itsensä perusteetta vainotuksi, olevansa poikkeuksellisen tärkeä henkilö, jumala tms. Merkityselämyksillä sekä psykoottisilla suhteuttamisharhaluuloilla tarkoitetaan sellaisia kokemuksia, joissa henkilö antaa esimerkiksi toisten ihmisten eleille, television tapahtumille, esineiden väreille jne. harhanomaisia merkityksiä. (Huttunen 2015. Psykoosi.) Aistikokemusten vääristymät kuten illuusiot tai harha-aistimukset voivat kuitenkin monilla ihmisillä ilmetä etenkin stressitilanteissa tai nukahtamisvaiheessa ilman, että aistimukset ovat luonteeltaan psykoottisia. Tällöin ihminen pystyy ymmärtämään aistimuksensa vääristyneen luonteen, kun taas psykoottisena kokemuksena sama aistimus koetaan todellisena ilmiönä. (Huttunen 2015. Psykoosi.)

Suomessa noin 50 000 ihmistä sairastaa skitsofreniaa ja verrattuna muihin psykoottisiin häiriöihin skitsofrenialle tyypillisenä pidetään oireilun pitkäkestoisuutta, eriskummallisia harhaluuloja, hallusinaatioita sekä negatiivisia oireita, kuten sosiaalisista suhteista vetäytymistä, motivaation puutetta sekä puheen sisällöllistä köyhtymistä ja mielialaoireiden vähäisyyttä. Erilaisia kognitiivisten toimintojen puutteita tai häiriöitä voidaan todeta miltei kaikilla skitsofreniaan sairastuneilla, vaikka ne eivät kuulu sairauden diagnostisiin kriteereihin. Skitsofreniassa todetut keskeiset kognitiiviset oireet liittyvät prosessointinopeuteen, tarkkaavaisuuteen, työmuistiin, kielelliseen oppimiseen ja muistiin, näönvaraiseen oppimiseen ja muistiin, päättelyyn ja ongelmanratkaisuun sekä kielelliseen käsityskykyyn. Skitsofreniapotilailla on lisäksi puutteita sosiaalisen kognition alueella ja tämä määritellään ihmisen tavaksi kokea itsensä ja muut, kyvyksi muodostaa mielikuvia itsen ja muiden välisistä suhteista sekä taidoksi käyttää näitä mielikuvia sosiaalisessa kanssakäymisessä. Arkielämässä kognitiiviset vaikeudet näyttäytyvät pahimmillaan siten, että arkisten asioiden muistaminen on vaikeaa, normaaliin keskusteluun on vaikea paneutua tai

ylipäättään kyvyttömyytenä saada tavallisia asioita tehdyksi. (Viertiö, Mehtälä & Sailas 2016, 632.)

Skitsofrenia on yleensä nuorella aikuisiällä alkava psykoosisairaus ja sairastuminen on yleensä hidas prosessi, johon liittyy esioireita usein jopa vuosia ennen varsinaisten psykoosioireiden puhkeamista. Sosiaalinen ja ammatillinen toimintakyky heikkenee jo esioirevaiheessa, kun taas psykoottisuuden kaltaisia oireita alkaa ilmetä vasta lähempänä psykoosiin sairastumista. Skitsofrenia on yksi vaikeimmista mielenterveydenhäiriöistä, joka vaikuttaa haitallisesti kognitiivisiin ja emotionaalisiin toimintoihin ja käyttäytymiseen. Se on etiologialtaan monitekijäinen sairaus, jonka puhkeamiseen vaikuttavat sekä perimä että ympäristötekijät. Skitsofrenian oireita ovat harhaluulot, aistiharhat, puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus. Sairauden kulku yksittäisellä potilaalla on vaihteleva ja riippuu muun muassa sairauden yksilöllisestä luonteesta, sairauden aiheuttamista kognitiivisista oireista, hoidosta, hoitomotivaatiosta sekä perheen ja muun ympäristön asenteista ja tuesta. Skitsofreniaan sairastuneella voi olla usein ongelmia myös yhdellä tai useammalla sosiaalisen toimintakyvyn alueella kuten ihmissuhteissa, työssä, opinnoissa tai itsensä huolehtimisessa. Potilaan toimintakyky taantuu sairastumista edeltäneen tason alapuolella ja jos sairastuminen tapahtuu lapsuudessa tai nuorella iällä ei potilas yleensä saavuta sitä toimintakyvyn tasoa, johon hänen olisi voinut odottaa yltävän. (Lönnqvist ym. (toim.) 2011, 70 & 74-75.)

Kyseessä on useimmiten laaja-alaisesti ihmisen elämään vaikuttava sairaus, jossa painottuneina saattavat olla todellisuudentajun horjumiseen liittyvät oireet eli niin sanotut positiiviset oireet tai sitten tunne-elämän ja tahtomisen latistumiseen liittyvät oireet eli negatiiviset oireet. Skitsofrenia vaikuttaa usein ihmisen kykyyn selvitä arkiaskareistaan ja sosiaalisesta kanssakäymisestä, josta johtuen erilaiset tuki- ja kuntoutustoimet ovat erityisen tärkeitä. Skitsofreniassa on useita erilaisia alatyyppejä riippuen siitä, minkä tyyppisiä oireita pääasiassa esiintyy. Tavallisimmat alatyypit ovat paranoidinen, hajanainen, katatoninen sekä erilaistumaton skitsofrenia. (Huttunen 2015. Skitsofrenia (F20).; Mielenterveystalo 2016. Psykoottiset häiriöt.)

Skitsoaffektiivinen häiriö sijoittuu oirekuvaltaan skitsofrenian ja mielialahäiriöiden välimaastoon. Sitä ei kuitenkaan kriteerien perusteella voida diagnosoida kummaksikaan edellä mainituista häiriöistä. Skitsoaffektiiviselle häiriölle ovat ominaista sekä toistuvat mielialahäiriöjaksot että psykoosijaksot. Tautiluokitus ICD-10 edellyttää, että henkilöllä täytyy vähintään keskivaikean mielialahäiriöjakson diagnostiset kriteerit ja että hänellä on samanaikaisesti merkittävässä määrin skitsofrenialle tyypillisiä harhaluuloja, kuuluharhoja tai huomattavan hajanainen puhe. Skitsofrenialle tyypillisiä oireita on esiinnyttävä vähintään kahden viikon ajan. Taudinkuva voidaan diagnosoida mielialaoireiden perusteella erikseen maaniseksi, masennus-oireiseksi, sekamuotoiseksi, muuksi määritetyksi tai

määrittämättömäksi skitsoaffektiiviseksi häiriöksi. Diagnoosi voidaan yleensä varmistaa, kun häiriöjakson akuuttivaihe on lopuillaan ja diagnostiikka edellyttää häiriön takautuvaa kokonaiskulun tarkastelua yhdessä potilaan kanssa. Usein skitsoaffektiivisen häiriön diagnoosi vahvistuu kuitenkin vasta usean häiriöjakson jälkeen. (Lönnqvist ym. (toim.) 2011, 138.)

Jokainen psykoosipotilas tarvitsee oman yksilöllisen hoitonsa ja eri psykoosien hoito noudattaa monia yhteisiä hoitoperiaatteita. Skitsofrenian hoidon periaatteita voidaan kuitenkin käyttää soveltuvin osin myös muissa psykoosisairauksissa. (Lönnqvist ym. (toim.) 2011, 134-135.) Tässä opinnäytetyössä kuvatut hoito- ja kuntoutusmuodot ovat skitsofreniapotilaille laadittuja ohjeita ja suosituksia.

Skitsofrenian kuntoutus tapahtuu ensisijaisesti avohoidossa psykiatrian poliklinikoilla. Se on moniammatillista tiimityötä, joka vaatii verkostoitumista terveydenhuollon eri yksiköiden, muiden kunnallisten palveluiden sekä kolmannen sektorin palveluntuottajien kanssa ja skitsofreniapotilaiden hoito tulisi toteuttaa erikoistuneissa moniammatillisissa yksiköissä. Moniammatillisen tiimin minimikokoonpano on kuntoutuksesta vastaava potilaan nimetty hoitohenkilö ja lääkäri. Suosituksena on, että tiimi kokonaisuudessaan muodostuisi hoitohenkilökunnasta, lääkäristä, psykologista, sosiaalityöntekijästä, toimintaterapeutista ja fysioterapeutista. Erityistyöntekijöiden käyttö potilaan hoidossa ja kuntoutuksessa tapahtuu yksilöllisen suunnitelman mukaan. Kuntoutus on prosessi, jonka ensimmäisessä vaiheessa tapahtuu sairastumisen tiedostaminen ja kuntoutusmotivaation herääminen. Joskus tämä ensimmäinen vaihe voi viedä vuosia ja kuntoutukseen haluttomasti suhtautuvien potilaiden kohdalla olisi syytä mahdollisuuksien mukaan ylläpitää jonkinlaista kontaktia, jotta aktiivinen yhteistyö pystytään aloittamaan tarpeen mukaan. Toisessa vaiheessa alkaa monivaiheinen aktiivisen työskentelyn aika, joka myös yleensä kestää vuosia. Tavoitteena hoidolla ja kuntoutuksella on mahdollisimman autonominen ja merkityksellinen elämä sairaudesta huolimatta. Kuntoutuksessa ja hoidossa potilas ei ole passiivinen hoitotoimien kohde, vaan oleellista on potilaan aktiivinen ja vastuullinen rooli omassa kuntoutumisessaan. (Lönnqvist ym. (toim.) 2011, 122.)

Vaikka skitsofrenian kuntoutus pääsääntöisesti tapahtuu avohoidossa, niin on tilanteita, jolloin kuntoutusjakso sairaalassa on tarpeen. Sairauden akuuttivaiheessa psykoosi voi olla niin raju ja sairastuneen ympäristö epätasapainossa, että kuntoutus on mielekästä aloittaa sairaalaolosuhteissa. Olosuhteissa, jossa potilaan psykoottinen oireilu on hyvin voimakasta eikä hän kykene huolehtimaan itsestään, voidaan sairaalakuntoutusta joutua jatkamaan viikkoja tai jopa useita kuukausia. Sairalakuntoutuksen tarve voi tulla kysymykseen silloin, kun potilaalla esiintyy itsetuhoisuutta, väkivaltaisuutta, päihdeongelmia, kognitiivisia vaikeuksia, komplisoivia somaattisia sairauksia tai huomattavaa herkkyyttä lääkkeiden

sivuoireille. Jokaisen akuutin psykoosin sairaalahoidosta loppuosa on jo kuntoutuksellista toimintaa. (Lönqvist ym. (toim.) 2011, 127.)

Sairaalahoito on syytä järjestää niin, että sen aikana potilaan tutkiminen ja hoito voidaan järjestää tehokkaasti ilman tarpeettoman pitkäaikaista sairaalaseurantaa.

Sairaalahoitajaksojen on tarkoitus olla mahdollisimman lyhyitä, sillä pitkä sairaalahoito voi hidastaa toimintakyvyn palaamista. Sairaalahoidon lyhyt kesto ei kuitenkaan saa varsinkaan ensimmäisellä hoitokerralla olla hoidon tavoite, vaan hoito tulee mitoittaa yksilöllisesti. Vapaaehtoinen sairaalahoito on aina ensisijaista. Skitsofreniapotilaan hoidossa on keskeistä erilaisten hoito- ja kuntoutusmuotojen yhdistäminen siten, että ne muodostavat potilaan elämäntilanteeseen soveltuvan ja hänen toipumistaan edistävän kokonaisuuden riittävän varhain ajoitettuna. Yleensä potilailla esiintyy samanaikaisesti useammanlaisia hoito- ja kuntoutustarpeita. Kuntoutus voi olla luonteeltaan korjaavaa tai palauttavaa, toimintakyvyn haittoja ehkäisevää tai kroonistuneiden sairauksien kohdalla haittoja minimoivaa. (Lönqvist ym. (toim.) 2011, 120.)

Psykososiaaliset hoidot kattavat laajan joukon erilaisia hoitoja ja hoitotoimenpiteitä, jotka perustuvat psykologisten ja sosiaalisten keinojen hyödyntämiseen. Psykososiaalista hoitoa käytetään monien psyykkisten häiriöiden hoidossa. Varsinaisen psykoterapian ohella ne auttavat potilaita selviämään mielenterveyden häiriöiden aiheuttamista tai niihin liittyvistä ongelmista tuen, opastuksen ja valmennuksen keinoin. Yksilöpsykoterapioiden lisäksi psykososiaalisia hoitomuotoja ovat mm. psykoedukaatio, erilaiset perheinterventiot, ryhmämuotoiset interventiot, luovat interventiot, arkielämän taitojen ja sosiaalisten taitojen harjoittelu sekä kognitiiviset kuntoutusohjelmat. Hoitomuodoissa hyödynnetään esimerkiksi toimintaterapiaa, taideterapiaa, kirjallisuusterapiaa ja musiikkiterapiaa. (Lönqvist ym. (toim.) 2011, 658; Mielenterveystalo 2016. Hoitomuotoja.)

Psykososiaalisten hoitojen tavoitteena on sosiaalisen toimintakyvyn parantaminen, uusien taitojen oppiminen, toimivien ihmissuhteiden ylläpito ja elämänlaadun parantaminen. Tavoitteena voi olla myös helpottaa potilaan ja omaisten sopeutumista sairauteen ja sairauden uusiutumiskasojen ehkäisy. Psykososiaalisia hoitoja voidaan toteuttaa esimerkiksi moniammatillisena yhteistyönä yksilö-, ryhmä ja perheinterventioina. Nykyisin niitä voidaan tarjota myös internetin välityksellä. Myös vertaistukeen perustuvat keskusteluryhmät voivat olla psykososiaalista hoitoa. Psykoedukaation eli potilasohjauksen avulla skitsofreniapotilasta voidaan tukea aikaisempaa parempien selviytymiskeinojen kehittämisessä ja häntä sairauden kulkuun vaikuttavien stressitekijöiden sekä psykoosijaksoja ennakoivien oireiden tunnistamisessa ja hallinnassa. Psykoedukaatiota voidaan toteuttaa niin yksilötasolla kuin myös potilas- tai omaisryhmissä. (Lönqvist ym. (toim.) 2011, 123-124; Mielenterveystalo 2016. Hoitomuotoja.)

Psykoedukaatio on yksi vaikuttavammiksi osoitetuista psykoosien psykososiaalisista hoitomuodoista, erityisesti silloin kun se yhdistetään perhetyöhön. Suomalaisessa skitsofrenian Käypä hoito- suosituksessa (Duodecim 2015) todetaan, että sen vaikuttavuudesta skitsofrenian hoidossa on vahva tutkimusnäyttö ja sen tulisi aina kuulua skitsofreniapotilaan hoitoon ja kuntoutukseen. Sen on todettu ehkäisevän psykoosi- ja sairaalajaksojen uusiutumista sekä lisäävän hoitomyönteisyyttä. Psykoedukaation tulisi kuulua psykoosien hoitoon ja kuntoutukseen osana muuta kokonaiskuntoutusta ja erityisesti silloin, kun on kysymyksessä ensipsykoosiin sairastuneesta ja hänen läheisistään. Psykoedukaatiossa on hyvä käsitellä potilaan ja omaisten kanssa ainakin haavoittuvuus-stressimalli, perustietoa psykoosista ja sen hoidosta sekä varomerkkien ja pitkäaikaisoireiden tunnistus ja hallinta. Psykoedukaatio ei kuitenkaan ole pelkkää tiedon jakamista vaan olennaista sille on keskinäisen yhteistyösuhteen luominen, tiedon ja kokemusten jakaminen ammattilaisten, sairastuneen ja hänen läheistensä välillä. Parhaimmillaan psykoedukaatio on terapeutista hoitoa. (Kieseppä & Oksanen 2013, 2133-2134.)

Päihdehäiriöistä kärsivien skitsofreniapotilaiden eli kaksoisdiagnoosipotilaiden hoito on usein vaativaa. Kaksoisdiagnoosipotilailla esiintyy usein hoitokielteisyyttä, monenlaisia sosiaalisia ongelmia ja toimintakyvyn heikkenemistä. Myös väkivaltaisen käyttäytymisen riski on suurempi ja jo vähäinenkin päihteiden käyttö voi oleellisesti huonontaa skitsofreniapotilaan psyykkistä vointia. Alkoholi- ja huumeriippuvuudesta kärsivät skitsofreniapotilaat tarvitsevat psykoosin hoidon ohella myös riippuvuuden hoitoa ja sosiaalista kuntoutusta. Skitsofreniapotilaan päihdeongelman hoidossa on tärkeä huomioida potilaiden kognitiiviset puutteet ja vähentynyt stressinsietokyky. Monet kaksoisdiagnoosipotilaat tarvitsevat paljon sairaalahoitoa ja potilasryhmän palvelutarpeisiin vastaaminen edellyttää myös erityisosaamista sairaalahoidossa. (Lönqvist ym. (toim.) 2011, 126.)

Kognitiiviset toimintahäiriöt eli tiedon prosessoinnin häiriöt ovat usein todettavissa jo ennen psykoosioireiden ilmaantumista. Keskeisiä kognitiivisten toimintojen häiriöitä ovat muistin, keskittymisen ja tarkkaavaisuuden häiriöt sekä toiminnanohjauksen ongelmat, joihin kuuluvat uuden oppimisen, tiedon vastaanoton ja käsittelyn sekä päätöksenteon vaikeudet. Kognitiiviset häiriöt voivat vaikeuttaa hoitoon hakeutumista ja hoidon toteutumista. (Lönqvist ym. (toim.) 2011, 78 & 126.) Kognitiivisten toimintojen puutteista johtuvat toimintakykyvaikeudet heikentävät elämänlaatua ja niiden hoidon ja kompensoimisen tulisi olla skitsofreniapotilaan hoidon keskiössä. Lääkehoidosta ei ole osoitettu olevan hyötyä näiden oireiden korjaamisessa, joten erilaisista kognitiivisen remediaation ohjelmista on osoitettu olevan hyötyä oireryhmän kuntoutuksessa. Ne pohjautuvat usein neuropsykologiseen kuntoutukseen, terapeutiseen yhteistyösuhteeseen ja uuteen ymmärrykseen skitsofreniapotilaiden neurokognitiivisista häiriöistä. Jos neurokognitiivisia oireita ei voida

kuntouttaa, voidaan esimerkiksi apuvälineiden tuella kompensoida oireiden aiheuttamia haittoja. (Viertiö, Mehtälä & Sailas 2016, 632.)

Skitsofrenian kognitiivisten oireiden korjaamiseen kehitetyt kuntoutusmallit pohjautuvat muun muassa aivovammapotilaiden neuropsykologiseen kuntoutukseen ja 1960-luvun skitsofrenian oppimisterapeutisiin hoitoyrityksiin. Nämä yleistä kognitiota harjoittavat kognitiiviseksi remediaatioksi nimetyt ohjelmat määritellään behavioraaliseksi harjoitteluksi, jossa tavoitellaan kognitiivisten prosessien kuten tarkkaavaisuuden, muistin, toiminnanohjauksen, sosiaalisen kognition ja metakognition pitkäaikaista ja yleistyvää kohenemista. Työtä voidaan tehdä yksilökuntoutuksena, ryhmissä, tietokoneavusteisesti tai kynän ja paperin kanssa. Useimmat ohjelmat sisältävät useita kymmeniä tapaamisia ja keskeistä on myös terapeutin tiivis tukea antava ote. (Viertiö ym. 2016, 632-633.)

Lisäksi osasto-olosuhteiden ja toimintatapojen rakentaminen kognitiivisen toimintahäiriön näkökulmat huomioiden, voidaan potilaiden arkea ja kuntoutumista edistää. Huomion arvoisia asioita ovat muun muassa selkeät struktuurit, rauhallinen ja turvallinen ympäristö, kirjalliset ohjeet kuten lukujärjestykset, päivien ennakoitavuus ja selkeät rytmit, kiinnitetään huomiota kommunikointiin ja viestintään eli käytetään selkeästi ymmärrettäviä sanoja ja ilmaisuja sekä laaditaan selkeät tavoitteet yksilöllisesti ja pidetään jatkuvaa motivointia yllä.

Psykososiaalisten hoitojen ohella hoidossa käytetään biologisia hoitoja. Erilaisia biologisia hoitomuotoja ovat muun muassa lääkehoidot, valohoito, aivojen magneettihoito sekä aivojen sähköhoito. (Lönnqvist ym. (toim.) 2011, 717.) Tämän opinnäytetyön tietoperustassa käsitellään yhtä biologista hoitomuotoa, joka on yleisimmin käytössä opinnäytetyössä käsiteltävän osaston toiminnassa eli potilaan lääkehoito.

Antipsykootit eli psykoosilääkkeet ovat yleisnimitys lääkkeille, jotka on tarkoitettu vaikeiden mielenterveyden häiriöiden ja erityisesti psykoosien hoitoon. Lääkityksen merkitys hoitokokonaisuudessa kasvaa sitä mukaan mitä vakavammasta mielenterveyden häiriöstä on kyse. Psykoosien hoidossa lääkityksellä pyritään vähentämään potilaan harhaluuloja, aistiharhoja ja muita psykoottisia oireita sekä lievittämään oireista aiheutunutta ahdistuneisuutta sekä levottomuutta. Asianmukainen hoito lääkityksineen voi lyhentää sairausjaksoja ja estää niiden uusiutumista sekä kroonistumista vähentäen näin inhimillistä kärsimystä merkittävästi. Mielenterveyden hoidossa käytettäviä lääkkeitä ovat muun muassa mielialalääkkeet, psykoosilääkkeet, unilääkkeet ja rauhoittavat lääkkeet. Lääkehoidon hyödyt tulevat usein esiin viiveellä, mahdollisesti vasta päivien tai viikkojen päästä, kun taas sivuvaikutukset näkyvät jo aiemmin. Sopivan psykoosilääkkeen etsiminen on kokeiluluontoista, sillä eri ihmiset hyötyvät eri lääkkeistä ja toisille voi tulla sivuvaikutuksia mitä toisille taas ei. Sopivaa annosta voidaan joutua etsimään jonkin aikaa tai lääkitystä voidaan mahdollisesti

joutua vaihtamaan. Sopivan lääkityksen löytyminen vaikuttaa kuitenkin usein olennaisesti oireiden helpottumiseen, toimintakyvyn parantumiseen ja tätä kautta myös elämän laadun kohenemiseen. Lääkityksen tarve voi olla pitkäaikaista ja oireet voivat uusiutuvat herkästi lääkityksen lopettamisen jälkeen. Lääkehoito ei ole psykoosien hoidossa koskaan yksin riittävä, vaikka se on psykoosien hoidossa keskeisessä asemassa. Lääkehoito tarvitsee aina rinnalleen myös kuntouttavia toimenpiteitä. (Lönnqvist ym. (toim.) 2011, 107 & 737-738; Mielenterveystalo 2016. Hoitomuotoja.)

4. Toimintatutkimus kehittämistyön menetelmänä

Olemme käyttäneet opinnäytetyömme kehittämistehtävässä työkaluna soveltaen toimintatutkimuksen työkaluja. Potilaan hoitopolun kuvaaminen ja moniammatillisen työryhmän toimenkuvien kartoittaminen on työstetty yhdessä moniammatillisen työryhmän kanssa. Kehittämistyötä lähdettiin viemään eteenpäin avointa keskustelua sekä reflektointia hyödyntäen. Osaston kehittämisiltapäivässä moniammatilliselta työryhmältä kerätyt palautteet on analysoitu käyttäen kvalitatiivista menetelmää. Moniammatillisen työryhmän toimenkuvien kartoittamiseen käytettiin yksilö- sekä ryhmätapaamisia ja niiden pohjalta on pystytty kuvaamaan myös potilaan hoitopolku yleisellä tasolla. Tavoitteenamme tämän tyyppisen menetelmän käyttöön oli se, että kehittäminen osallistaisi mahdollisimman konkreettisella tavalla osaston henkilökuntaa sekä erityistyöntekijöitä.

4.1. Toimintatutkimus

Tutkimuksessa perinteisesti selvitetään, kuinka asiat ovat ja luodaan teoreettista tietoa havaintojen pohjalta. Toimintatutkimuksessa tavoitellaan käytännön hyötyä ja käyttökelpoista tietoa. Toimintatutkimus on saanut vaikutteita pragmatismista sekä sosiaalitieteistä. (Heikkinen, Rovio, Syrjälä 2010, 19.) Toimintatutkimuksen yksiselitteisen ja tarkan määritelmän antaminen on haastavaa, sillä kyseessä ei ole pelkkä tutkimusmenetelmä, vaan joukko erilaisia tutkimusmenetelmiä. Käytännössä viisainta olisi puhua tutkimusstrategiasta, jolla lähestytään ja saadaan tietoa. Toimintatutkimus on sekoitus kvalitatiivista ja kvantitatiivista tutkimusta. Oleellisia elementtejä toimintatutkimukselle ovat toiminnan kehittäminen, yhteistoiminta ja tutkimus. Toimintatutkimus on luonteeltaan prosessimaista. Toisiaan seuraavien syklien avulla yrityksen toimintaa pyritään jatkuvasti kehittämään. Yksittäisen syklin sisällä toistuvat vaiheet, joista käytetään erilaisia nimityksiä, riippuen koulukunnasta sekä tutkijasta. Yksinkertaisimmillaan vaiheet ovat suunnittelu, toiminta ja seuranta. (Kananen 2009, 10-11.)

Toimintatutkimus ei ole pelkästään tutkijoiden työtä. Mukana on aina ihmisiä käytännön työelämästä. Toimintatutkimusta pidetään ammatillisen oppimisen ja kehittymisen

prosessina. Toimintatutkimus liittyy oleellisesti käytännön työelämään sekä siellä oleviin käytännön ongelmiin, niiden tiedostamiseen ja poistamiseen. Toimintatutkimus nähdään toimijoista kumpuavana toimintana sekä voimana, ei ulkoapäin annettuina ohjeina, käskyinä tai kehittämistoimina. Toimintatutkimuksen tärkeimpiä elementtejä on muutos, jonka on tarkoitus olla pysyvää. Näin ollen toimintatutkimus kantaa lupauksen paremmasta huomisesta. Toimintatutkimusta voidaan kutsua demokraattiseksi toiminnaksi, joka lähtee niistä, joita ongelma koskee, sekä heidän voimastaan löytää ratkaisun. Toimintatutkimus on omiaan ratkaisemaan ongelmia erilaisissa yhteisöissä, kuten sairaaloissa. (Kananen 2009, 9.)

Yhteistyö on oleellinen osa toimintatutkimusta. Tutkimusta tekevät ja siihen osallistuvat juuri ne henkilöt, joita ongelma koskee. Yhteistyö ei kuitenkaan ole aina täysin ongelmatonta, sillä yhteistyössä törmäävät erilaiset persoonat sekä heidän erilaiset tavoitteensa ja henkilökemiat. Yhteistyö kuitenkin edellyttää yhteistä tavoitetta, joka on oleellinen osa toimintatutkimusta. Mainittakoon kuitenkin, että toimintatutkimusta on mahdollista toteuttaa oman työn kehittämiseksi ilman yhteistyötäkin. (Kananen 2009, 9.)

Toimintatutkimuksessa on tarkoitus saada aikaan muutos. Muutos edellyttää muutettavan ilmiön tarkkaa tuntemista sekä siihen vaikuttavien tekijöiden selvittämistä. Toimintatutkimukselle luonteenomaista on syklimäinen prosessi, jossa yksi toimintatutkimuksen sykli pitää sisällään suunnittelun, toimeenpanon, havainnoinnin sekä reflektoinnin. Sykliä seuraa aina toinen sykli, joka jatkuu siitä, mihin edellisessä syklissä päästiin. Tai sitten kohteena on uusi ongelma sekä sen poistaminen. Itse muutoksen aikaan saaminen voi kuitenkin olla työelämässä huomattavasti haastavampaa, kuin vaikuttavien tekijöiden kartoittaminen. (Kananen 2009, 10.)

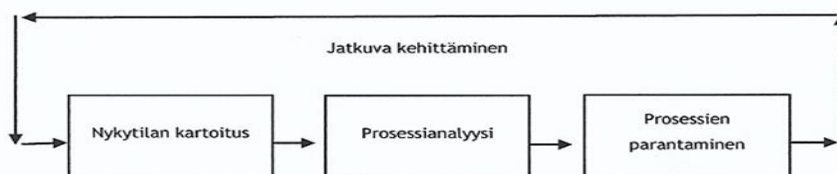
Toimintatutkimuksen prosessimaisuuden ominaispiirre on se, että ymmärrys ja tulkinta lisääntyvät pikkuhiljaa tutkimuksen edetessä. Toimintatutkimuksessa ajatellaan sitä, miten asiat ovat aikaisemmin olleet ja mihin suuntaan ne ovat menossa. Sosiaalista toimintaa ei pysty pysäyttämään, vaan ilmiöt ovat jatkuvassa muutoksessa. Tämän vuoksi sosiaalisen maailman ymmärtäminen itsessään on jo oma prosessinsa. Toimintatutkimus on intentionaalinen prosessi ja samalla tiettyyn paikkaan sekä aikaan sijoittuva sosiaalisen toiminnan ketju, jossa määrätyt tapahtumat seuraavat edeltäviä tapahtumia. Toimintatutkimuksen tehtäviä ovat todellisuuden muuttaminen sitä tutkimalla sekä todellisuuden tutkimista sitä muuttamalla. (Heikkinen, Rovio, Syrjälä 2010, 36.)

Tutkimus, joka tuottaa vain kasapäin raportteja sekä kirjoja ei riitä. Muutos saadaan aikaan ainoastaan toiminnan kautta. Muutokselle ei myöskään riitä pelkkä sanallinen kuvaus ja käsky. Toiminnan kautta voidaan tavoittaa prosessi sekä siihen liittyvä tieto. Erittäin usein prosesseihin liittyykin piilotietoa, joka saadaan näkyväksi vain prosessin kautta ja siihen

osallistumalla. Ei uimaankaan opita lukemalla uintia käsittelevää kirjallisuutta. (Kananen 2009, 10.) Suuntautuminen käytäntöihin, pyrkimys muutokseen sekä tutkittavien osallistuminen prosessiin, ovat ne piirteet jotka yhdistävät eri toimintatutkimuksia (Kuula 1999, 10).

4.2. Prosessien kehittäminen

Organisaation toiminnan kehittäminen tapahtuu kehittämällä niitä prosesseja, joiden tuloksena syntyvät tuotteet, tuotteet ja palvelu (Lecklin 2006, 134). Useimmissa prosessijohtamista toteuttavissa organisaatioissa sovelletaan itse laadittua tai muilta kopioitua prosessien kehittämismallia. Kehittämismalli antaa yleiset periaatteet organisaation kaikkien prosessien kehittämiseksi. Mallin käytöllä saavutetaan monia hyötyjä ja mallin tulisi ohjata pohtimaan varsinaista toimintaprosessia asiakaskeskeisesti jo ennen prosessin systemaattisen hallinnan aloittamista. Kehittämismallien käyttö nopeuttaa prosessien parantamista, koska aikaa ei tarvitse erikseen käyttää kehittämisen systematiikan suunnitteluun. (Kvist, Arhonia, Järvelin & Rääkkönen 1995, 63.) Yhtenä kehittämismallina voidaan käyttää kolme vaiheista kehittämismallia (kuva 6).



Kuva 6: Prosessien kehittäminen (Lecklin 2006, 134.)

Kun prosessi on analysoitu ja uusi toteuttamistapa on valittu, laaditaan parannussuunnitelma, hyväksytään se ja otetaan uudistettu prosessi käyttöön. Laatutyöhön kuuluu myös jatkuva kehittäminen ja kun prosessi on saatu parannettua, palataan takaisin lähtöruutuun. Prosessin toimivuutta arvioidaan säännöllisesti ja tarpeen mukaan käynnistetään isompi tai pienempi uudistustyö. (Lecklin 2006, 135.)

5. Kehittämistyön toteutus

Tämän opinnäytetyön kehittämistehtäviksi muodostui moniammatillisen yhteistyön ongelmakohtien kartoittaminen sekä moniammatillisessa yhteistyössä hyväksi koettujen asioiden esiin tuominen, sekä potilaan hoitopolun selkeytyminen moniammatillisen työn näkökulmasta. Kehittämistehtävien avulla pyrimme tehostamaan potilaan hoitoa ja hyödyntämään tehokkaammin jo olemassa olevia työkaluja moniammatillisen yhteistyön ylläpitämiseksi.

Osaston moniammatillista yhteistyötä lähdettiin kehittämään kartoittamalla hoitohenkilökunnan ja erityistyöntekijöiden toimenkuvat. Erityistyöntekijät ja lääkärit tavattiin ryhmätapaamisessa sekä yksilötapaamisissa. Hoitohenkilökunnan kolmivuorotyöstä johtuen hoitajien toimenkuvaa kartoitettiin viikon ajan maaliskuussa 2016. Jokaiselle hoitohenkilökunnan jäsenelle tarjoutui näin mahdollisuus osallistua oman toimenkuvan kartoittamiseen. Hoitotyötoimintoja kerättiin henkilökunnan taukuhuoneen seinällä olevaan posteriin. Posterin pohjaksi oli kuvattu yksinkertainen jana potilaan osastohoitojaksosta hoitotyötoimintojen hahmottamisen helpottamiseksi. Hoitotyötoimintoja kartoittaessa huomioitiin myös se, että osa toiminnoista on potilaan hoidossa niin sanottua näkyvää ja näkymätöntä toimintaa.

Toukokuussa 2016 järjestettiin työryhmän kehittämissiltapäivä, johon osallistuivat hoitotyöntekijät, linjaylilääkäri, ylihoitaja, osastonhoitaja sekä erityistyöntekijät. Kehittämissiltapäivässä tarkastettiin jo aiemmin kartoitetut toimenkuvat. Toimenkuvien kartoittamisvaiheessa nousi esille kehittämiskohteita, joita lähdettiin viemään käytäntöön moniammatillisessa hoitotyössä heti. Kehittämissiltapäivässä tarkistettiin, miten edellä mainittujen kehittämiskohteiden implementointi oli onnistunut. Kehittämissiltapäivän tarkoituksena oli myös laatia jatkokehittämiskohteet yhdessä työryhmän kanssa tämän opinnäytetyön tulosten pohjalta.

5.1. Hoitajan toimenkuvan kartoitus

Hoitajan toimenkuvaa kartoitettiin työryhmässä siten, että keräsimme hoitajan toimenkuvaan kuuluvia erilaisia palveluita posteriin, johon oli hahmoteltu tueksi potilaan hoitojakso tehostetussa osastohoidossa. Hoitajan toimenkuvan kartoitus toteutettiin viikolla 10/2016 ”kahvitauko-työpaja” metodiikalla, jotta mahdollisimman monella hoitajalla oli mahdollisuus ottaa kantaa potilaan hoitojaksolla tarjottaviin palveluihin. Kolmivuorotyön luonteesta johtuen kuitenkin ihan jokainen osastolla työskentelevä hoitaja ei ehtinyt antamaan omia ajatuksiaan potilaan hoitojakson kuvaukseen. Hoitajilla on ollut mahdollisuus vaikuttaa antamalla palautetta potilaan hoitojaksolla tarjottavista palveluista 27.5.2016 asti.

Hoitajan päivittäistä työtä ohjaa muun muassa terveydenhuollon eettiset periaatteet (ETENE 2001, 12-15): ihmisarvon kunnioitus, oikeus hyvään hoitoon, oikeudenmukaisuus, itsemääräämisoikeus, hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri, yhteistyö sekä keskinäinen arvonanto.

Hoitaja on aktiivisesti mukana heti potilaan hoitojakson tulovaiheessa. Potilaan saapuessa osastolle on häntä vastaanottamassa ennalta määritelty hoitaja. Vastaanottotilanne pyritään järjestämään siten, että potilaan omahoitaja ottaa potilaan vastaan hoitojaksolle. Jos

potilaalla on olemassa oleva avohoitokontakti, on omahoitaja yhteydessä avohoitoon heti hoitajakson alussa, jotta saumaton yhteistyö potilaan eri hoitotahoihin säilyy hoitajaksesta huolimatta. Potilaan hoitoa ryhdytään suunnittelemaan heti hoitajakson alussa yhdessä potilaan ja moniammatillisen työryhmän kanssa ja potilaalle järjestetään ensimmäinen hoitoneuvottelu mahdollisimman pian (tavoitteena viikon sisällä hoitajakson alkamisesta). Hoitaja toteuttaa potilaan hoitoa yhdessä laaditun hoitosuunnitelman mukaisesti. Potilaan kuntoutumista ja arjenhallintaa tuetaan psykososiaalisten sekä biologistenhoitojen avulla yksilöllisesti. Hoitaja seuraa ja havainnoi potilaan psyykkistä sekä somaattista vointia työvuoron aikana. Hoitaja koordinoi potilaan moniammatillisen hoidon toteutusta potilaan tarpeet huomioiden sekä laatii toimenkuvaan kuuluvat lähetteet. Hoitaja osallistuu potilaan tutustumis- sekä kotikäynteihin. Hoitaja turvaa potilaan oikeuksien toteutumista hoitajakson aikana.

Potilaan hoitajakson päättyessä hoitaja varmistaa potilaan hoidon jatkuvuuden jatkohoitopaikkaan huolehtimalla, että tieto potilaan hoitajaksesta toteutetuista jatkohoitoon liittyvistä asioista siirtyy asianmukaisella tavalla. Tarvittaessa hoitaja ilmoittaa hoitajakson päättymisestä viranomaisille, omaisille sekä potilaan hoitoon osallistuneille tahoille.

5.2. Psykologin toimenkuvan kartoitus

Psykologin toimenkuvaa kartoitettiin yhdessä osaston psykologin kanssa 5.4.2016. Ennen ensimmäistä tapaamista haimme tietoa HUS:n internet sivuilta miten psykologin toimenkuvaa (HUS 2016. Psykologit) on määritelty. Psykologin toimenkuva oli määritelty lyhyesti seuraavalla tavalla:

”Psykiatrisen erikoissairaanhoidon psykologit työskentelevät moniammatillisen työryhmän jäseninä” (HUS 2016. Psykologit)

Psykologiliitto määrittää psykologin toimenkuvaan kuuluvaksi psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa tutkimusten tekemisen, joiden pohjalta suunnitellaan potilaan hoitoa, arvioidaan työkykyä ja tehdään eläkepäätöksiä. Lisäksi psykologiliiton määritelmän mukaan psykologi suunnittelee potilaan hoitoa sekä kuntoutusta yhdessä muun henkilökunnan kanssa. Tarvittaessa psykologi kouluttaa ja ohjaa muuta henkilökuntaa. (Psykologiliitto 2016.)

Tapaamisessa psykologi kertoi toimenkuvansa tämän hetkisistä päätehtävistään, joita ovat lääkärin määräämät ja yksilökohtaisesti perustellut tutkimukset, hoitotyön konsultointi, yksilötapaamiset, ryhmät sekä tilanteen mukaan oman ammatillisen erikoisosaamisen mukaan tuominen mm. perhetyöhön, kriisityöhön sekä tueksi hoitohenkilökunnan omahoitaja työskentelyyn.

Potilaalle yleisimmin tehtävät tutkimukset hoitojaksolla tehostetussa osastohoidossa ovat lääkärin määräämät diagnostiset selvittelyt sekä diagnoosin oikeellisuuden tarkistaminen (myös diagnoosin kumoaminen), väkivallan riskiarviot sekä start-tutkimus. Diagnoosiin liittyvät tutkimukset ovat laajoja ja aikaa vieviä. Tästä syystä onkin erittäin tärkeää kartoittaa potilaan aikaisemmat tutkimusjaksot, ettei hoitojaksolla tehdä turhaan uudestaan laajoja tutkimuksia.

Psykologin toteuttamien yksilötapaamisten sisältö on potilaasta riippuvaista, mutta vaihtoehtoisia teemoja yksilötapaamisille ovat mm. psykoedukaatio, potilaan oireiden hallintakeinot kuten ahdistuksen hallintakeinot sekä tunnetyöskentely ja tapaamiset potilaan yksilöllisen tarpeen mukaan.

Psykologin toimenkuvaan liittyy myös kiinteästi erilaisten hoidollisten ryhmien suunnittelu ja toteutus. Tehostetussa osastohoidossa potilaalla on mahdollisuus osallistua mm. päihderyhmään, avoimeen keskusteluryhmään, moniperheryhmään, psykoedukaatioryhmään (esim. ahdistuksen hallintaryhmään ja suuttumuksen hallintaryhmään). Ryhmiä suunnitellaan ja toteutetaan mukautuen osaston tilanteeseen ja osastohoidossa olevien potilaiden tarpeet huomioiden. Tehostetussa osastohoidossa joudutaan usein rajoittamaan potilaan oikeuksia, joten tästä syystä ryhmät pyritään järjestämään osastolla, jotta jokaisella potilaalla on mahdollisuus osallistua ryhmiin. Yksilötapaamisia on mahdollista järjestää sekä osastolla että psykologin työhuoneessa, joka sijaitsee osaston ulkopuolella.

5.3. Lääkärin toimenkuvan kartoitus

Lääkärin toimenkuvaa tehostetussa osastohoidossa ei ole aiemmin kuvattu psykoosien ja oikeuspsykiatrian linjassa. HYKS-psykiatriassa on kuitenkin laadittu linjaylilääkärin toimesta ohjeistus kuntoutuspoliklinikalle lääkärin ydintehtävistä. (Lääkärin ydintehtävät kuntoutuksessa 2011.) Tätä ohjeistusta käytettiin osaston lääkärin toimenkuvan kartoittamisen pohjana ja siitä poimittiin ne tehtävät, jotka toteutuvat myös tehostetussa osastohoidossa lääkärin toimenkuvassa. Toimenkuvan kartoittamiseen osallistui osaston ylilääkäri sekä osastonlääkäri.

Lääkärin ydintehtävien kirjallisen koonnin jälkeen tuotos lähetettiin sähköpostilla tarkistettavaksi osaston ylilääkärille sekä osastonlääkärille. Tämän jälkeen ylilääkäri teki omalta osaltaan lisäyksiä ja muita tarvittavia muutoksia laadittuihin ydintehtäviin. Seuraavaksi tapasimme suunnitellusti 7.4.2016 ylilääkärin ja osastonlääkärin kanssa ja kävimme läpi kohta kohdalta lääkärin toimenkuvaan liittyvät tehtävät.

Osastonlääkärin toimenkuvaan tehostetussa osastohoidossa kuuluvat tehtävät ovat seuraavat: Lääkäri on juridisessa vastuussa potilaan hoidosta ja huolehtii diagnostiikasta. Lääkäri tunnistaa somaattiset sairaudet ja ohjaa hoitoon. Lääkäri on vastuussa mielenterveyslain mukaisista rajoitteista ja tekee tarpeen mukaan M-lausunnot (hoitoonmäääämispäätökset). Lääkäri arvioi ja tekee päätökset anotuista lomista osastohoidon aikana. Lääkäri suunnittelee ja määrää tarvittavat laboratoriotutkimukset sekä huolehtii asianmukaisen psykiatrisen lääkityksen määräämisestä. Lääkäri antaa konsultaatioapua hoitohenkilökunnalle potilaan hoitoprosessin aikana lääketieteellisissä asioissa ja johtaa moniammatillista tiimitapaamista osastolla sekä hoitoneuvotteluja.

Osastonlääkärin toimenkuvaan liittyvät tehtävät ovat hyvin selkeät ja lääkärin vastuu potilaan hoidossa on määritelty laissa. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä on määrittänyt pykälässä 22 lääkärin päätösvallassa ja oikeuksista seuraavalla tavalla: Laillistettu lääkäri päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärityksestä ja siihen liittyvästä hoidosta.

5.4. Kuntoutusohjaajan toimenkuvan kartoitus

Osaston kuntoutusohjaajan toimenkuvaa kartoitettiin 6.4.2016 yhdessä kuntoutusohjaajan kanssa. Lisäksi toimenkuvan kartoituksessa oli käytettävissä kuntoutusohjaajan syksyllä 2015 laatima kirjallinen katsaus osastokohtaisesta kuntoutusohjauksesta. Kuntoutusohjaaja on osaston moniammatillisen työryhmän jäsen ja tekee tiiviisti yhteistyötä osaston hoitohenkilökunnan sekä muiden erityistyöntekijöiden kanssa. Kuntoutusohjaaja ei ole laskettu mukaan osaston hoitotyön vahvuuteen. Kuntoutusohjaaja on osastolla arkipäivisin.

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos THL määrittelee kuntoutusohjausta seuraavasti; Kuntoutusohjaus on asiakaslähtöistä sekä vuorovaikutuksellista että yksilöllisesti määriteltyä tavoitteellista toimintaa. Kuntoutusohjaus on laaja-alaista sekä lakisäätteistä toimintaa. Sen tavoitteena on pitkäaikaissairaana tai vammaisen henkilön omatoiminen selviytyminen, itsenäinen elämä sekä arkielämän sujuvuus, toimintamahdollisuuksien tukeminen ja tarpeettoman sekä mahdollisesti uusiutuvan laitoshoidon ehkäisy. Kuntoutusohjaus on kuntoutusohjaajan toimesta tapahtuvaa ohjausta sekä neuvontaa sairaudesta tai vammasta aiheutuvien psyykkisen, fyysisen tai sosiaalisen ongelmien selvittämistä. Tavoitteisiin pyritään asiakaslähtöisesti ja yksilöllisin toimin siten, että kuntoutujan elinympäristö otetaan kokonaisvaltaisesti huomioon. Kuntoutusohjausta järjestävät kunnan sosiaalitoimi sekä erikoissairaanhoido. (THL 2015. Kuntoutusohjaus.)

Osastolla kuntoutusohjausta tarjotaan potilaille, jotka tarvitsevat yksilöllistä tukea ja ohjausta kuntoutumisen haasteellisuuden ja pitkittymisen vuoksi sekä potilaille, jotka

kotiutuvat sairaalahoidon jälkeen omaan kotiin tai ensimmäistä kertaa sairaalassa oleville potilaille, jotka tarvitsevat kuntoutusohjausta ja sopeutumisvalmennusta. Potilaan yksilöllisten tarpeiden perusteella määritellään työryhmässä kuntoutusohjauksen tarve. Kuntoutusohjaajan toimenkuvaa osastolla kuuluvat potilaan yksilön ohjaus, tiedottaminen, koti- ja tutustumiskäynnit yhdessä potilaan kanssa, ryhmien ohjaus, verkosto- ja perhetyö, kokemusasiantuntijan työparina toimiminen, yhteiskunnallisten taitojen opettaminen ja ylläpitäminen, päihdetyö sekä tiivis yhteistyö potilaan omahoitajien ja muiden erityistyöntekijöiden kanssa.

Käytännössä kuntoutusohjaajan tuki osaston potilaille on konkreettinen ohjaaminen sairaalan toiminnallisen kuntoutuksen toimintojen pariin kuten työtoimintaan ja kuntouttaviin ryhmiin. Kuntoutusohjaaja antaa myös palveluohjausta potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti, kuten koulutuksellisissa asioissa, sosiaalietuuksissa, jatkohoitopaikkoihin liittyvissä asioissa jne. Kuntoutusohjaajan tarjoamiin palveluihin kuuluu myös erilaisten potilasryhmien ohjaus muuttuvin teemoin ja potilaiden konkreettinen tukeminen arkielämän askareissa kuten sähköisessä asioinnissa, virastoissa asioimisessa, julkisten kulkuneuvojen käyttämisessä jne.

5.5. Sosiaalityöntekijän toimenkuvan kartoitus

Osaston sosiaalityöntekijän toimenkuvaa kartoitettiin yhdessä sosiaalityöntekijän kanssa 12.4.2016. Ennen ensimmäistä tapaamista haimme tietoa HUS:n internet sivuilta miten sosiaalityöntekijän toimenkuvaa (HUS 2016. Muut palvelut. Sosiaalityöntekijät) on määritelty. Sosiaalityöntekijän toimenkuva oli määritelty lyhyesti seuraavalla tavalla:

”Psykiatrisen erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijät työskentelevät moniammatillisen työryhmän jäseninä.” (HUS 2016. Muut palvelut. Sosiaalityöntekijät.)

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM. Sosiaalityö. 2016) on määrittänyt sosiaalityön muun muassa seuraavalla tavalla; Sosiaalityötä tehdään itsenäisenä palveluna tai osana muita palveluja. Kyseessä on sosiaalisia ongelmia ehkäisevä, vähentävä tai poistava asiantuntijatyö. Sosiaalityön perustana ovat ihmisoikeudet sekä yhteiskunnallinen oikeudenmukaisuus. Sosiaalityöllä pystytään varmistamaan, että kaikkein haastavimmassa asemassa olevat ihmiset saavat tarvitsemansa tuen. Sosiaalityön asiakkailla on usein työllistymiseen, kouluttautumiseen, toimeentuloon, kuntoutumiseen ja muuhun hyvinvoinnin sekä osallistumisen edistämiseen liittyviä tarpeita. Laajamittainen verkostotyöskentely muiden toimijoiden kanssa on sosiaalityölle ominaista.

Osaston sosiaalityöntekijän kokonaistyöaika jakautuu kahden eri osaston kesken siten, että sosiaalityöntekijä työskentelee osastolla 50 % työajastaan. Sosiaalityöntekijä osallistuu potilaan hoidon suunnitelmavaiheeseen kartoittamalla potilaan sosiaalisen tilanteen ja tekee arvion sosiaalityön tarpeesta osastohoitojakson aikana. Arvio perustuu potilaan haastatteluun ja/tai potilasasiakirjoihin. Sosiaalityöntekijä tekee pitkäaikaishoitoon liittyviä tuloksetyksiä sekä auttaa potilasta huolehtimaan omista sosiaalietuksistaan sekä toimeentulostaan. Sosiaalityöntekijä auttaa potilasta asumisasioissa ja tekee yhteistyötä potilaan lähipiirin kanssa koko hoitojakson ajan. Sosiaalityöntekijä antaa myös konsultatiivista apua potilaan työ- ja koulutusasioissa. Viranomaisyhteistyö on osa sosiaalityöntekijän toimenkuvaa.

5.6. Toimintaterapeutin toimenkuvan kartoitus

Toimintaterapeutin toimenkuvaa kartoitettiin yhdessä osaston toimintaterapeutin kanssa 11.5.2016. Ennen ensimmäistä tapaamista haimme tietoa HUS:n internet sivuilta miten toimintaterapeutin toimenkuvaa (HUS 2016. Hyks psykiatrian toimintaterapeutit) on määritetty. Toimintaterapeutin toimenkuva oli määritetty lyhyesti seuraavalla tavalla:

”Osaamisemme on osa moniammatillista psykiatrista erikoissairaanhoidoa Hyks Psykiatrian tulosyksiköissä. Tavoitteenamme on tarjota vaikuttavia arviointi- ja terapiapalveluja potilaan hyödyksi yhteistyössä osastojen ja poliklinikoiden kanssa.” (HUS 2016. Hyks psykiatrian toimintaterapeutit.)

Toimintaterapian päätavoitteena on yksilöiden potentiaalin kehittäminen kasvamisessa sekä oppimisessa, elämänlaadun edistäminen ja hyvinvoinnin tunteen lisääminen päivittäisessä elämässä sekä osallistumisen mahdollisuuksien parantaminen eri elämäntilanteissa. Toimintaterapiassa keskitytään siihen, miten jokin sairaus tai vamma voi vaikuttaa ihmisen toimintaan. Toimintaterapian ainutlaatuisuus perustuu ajatukseen, että ihmisillä on kyky vaikuttaa omaan terveydentilaan tekemisen kautta. Toimintaterapian pääajatuksena on toiminnan analyysi, sen soveltaminen, kokonaiskuvan hahmottaminen ja johtopäätökset. Toimintaterapeuttisen intervention tuloksen tulisi olla se, että asiakas on kykenevä ottamaan osaa toimintoihin, jotka tukevat yksilön terveyttä, toipumista, hyvinvointia sekä tyytyväisyyttä. (Creek & Lougher 2011, 37.)

Osaston toimintaterapeutin kokonaistyöaika jakautuu kahden eri osaston kesken siten, että toimintaterapeutti työskentelee osastolla 50 % työajastaan. Toimintaterapeutti osallistuu potilaan hoidon suunnitelmavaiheeseen. Potilaan toimintaterapian tarve selvitetään potilasasiakirjojen sekä potilashaastattelun perusteella. Usein myös lähettävällä taholla on toive potilaan toimintamahdollisuuksien arvion tekemisestä. Toimintaterapeutin toimenkuvaan ei kuulu pelkästään arvioiden laatiminen. Potilaiden yksilöllinen

toimintaterapeuttinen ohjaus on merkittävä osa toimintaterapeutin toimenkuvaa. Toimintaterapeutti antaa potilaalle mahdollisuuden osallistua erilaisiin toimintoihin sekä toimintaterapiaan. Toimintaterapeutti tekee yksilöllisesti potilaan persoonasta ja tilanteesta riippuvaa toimintaterapeuttista ja kuntouttavaa työtä. Toimintaterapian avulla potilaan arjenhallintaa voidaan tukea sekä ylläpitää potilaan toimintakykyä. Yksilölliset toimintaterapeutin tapaamiset mahdollistavat toimintaterapian toteutumisen potilaan henkilökohtaisten kiinnostusten kohteiden mukaisesti. Toimintaterapeutilla on mahdollisuus tarpeen vaatiessa toimia osastorajojen yli potilaan siirtyessä osastolta toiselle osastolle. Näin pystytään turvaamaan toimintaterapeuttisen hoitosuhteen jatkuvuus.

5.7. Osaston kehittämisiltapäivä

Osaston kehittämisiltapäivä pidettiin 27.5.2016. Kehittämisiltapäivässä käytiin läpi haastattelujen perusteella laadittuja moniammatillisen työryhmän jäsenten toimenkuvia, jotka olivat olleet nähtävillä viikon verran ennen kehittämisiltapäivää. Kehittämisiltapäivän teemana olivat moniammatillinen yhteistyö ja toimenkuvien kuvaamisen tarkoituksen periaatteet. Työyhteisössä on hyvin tärkeää, että jokaisen työntekijän perustehtävä on selkeä. Yksinkertaisimmillaan perustehtävässä on kyse siitä mitä varten ollaan työyhteisössä olemassa ja sekä osana työyhteisöä. (Punkanen 2009, 49.)

Kehittämisiltapäivässä työyhteisölle annettiin vielä mahdollisuus antaa palautetta ja ottaa kantaa osaston moniammatillisen yhteistyön kehittämiseksi. Kehittämisiltapäivään osallistuneille jaettiin täytettäväksi palautelomake, jossa kysyttiin mikä moniammatillisessa yhteistyössä on tällä hetkellä hyvää ja toimivaa, missä tarvitaan vielä parannusta moniammatillisen yhteistyön sujuvoittamiseksi, miten informaatio kulkee eri työntekijöiden välillä moniammatillisessa työryhmässä, onko informaation kulkuun liittyen kehitysehdotuksia, voidaanko yhteydenpitoa ylläpitää mielestäsi paremmin moniammatillisen ryhmän jäsenten välillä, millä tavalla, lisäksi oli mahdollisuus antaa vapaasti palautetta.

Kehittämisiltapäivässä käytiin läpi kuvitteellinen potilastapaus, jossa hoitajakson eri vaiheita käytiin läpi moniammatillisen yhteistyön näkökulmasta. Kuvitteellisen potilastapauksen tarkoitus oli havainnollistaa jokaisen moniammatillisen työryhmän jäsenen rooli potilaan hoitajakson suunnittelussa ja toteutuksessa. Kehittämisiltapäivä oli onnistunut ja iltapäivän tuloksena syntyi paljon avointa keskustelua sekä konkreettisia kehittämiskohteita potilaan hoidon laadun parantamiseksi.

6. Kehittämistyön tulokset

Kehittämistyöstä saatiin enemmän tuloksia, mitä olimme alun perin kuvitelleet. Alkuperäinen suunnitelma oli kartoittaa hoitohenkilöstön ja erityistyöntekijöiden toimenkuvien sisällöt. Halusimme selkeyttää toimenkuvien kartoitusten myötä potilaan hoitopolkua sekä hoitajaksolla tarjottavia moniammatillisia palveluja. Toimenkuvia kartoittaessa huomasimme, että haastateltavilla henkilöillä oli paljon potentiaalisia kehitysehdotuksia moniammatillisen yhteistyön parantamiseksi ja sujuvoittamiseksi. Jokaisella moniammatillisen työryhmän jäsenellä oli oman toimenkuvan näkökulmasta vahva ammatillinen näkemys hyvästä potilaan hoidosta ja kaikilla oli lähtökohtana potilaskeskeinen hoito. Haastattelujen perusteella ilmeni, että yleisesti oltiin tyytyväisiä moniammatilliseen yhteistyöhön, vaikka puutteita ja kehitysehdotuksia nousi runsaasti esille. Moniammatillinen työryhmä nähtiin potentiaalisena kehittymään vieläkin tehokkaammaksi ja koettiin, että pienillä muutoksilla sekä selkeämmällä työnjaolla voitaisiin parantaa potilaan hoidon laatua.

Opinnäytetyön tekemisen aikana keväällä 2016 osaston toimintaa kehitettiin aktiivisesti. Toimenkuvien kartoittamisen myötä käytiin paljon keskustelua pienistä käytännön kehittämiskohteista, joita parantamalla voitaisiin tehostaa potilaan hoitoa. Seuraavia käytänteitä osastolla muutettiin: Suullista raportointia ryhdyttiin ajallisesti rajaamaan ja raportoinnin sisältöön alettiin kiinnittää huomiota, jotta hoitajien työaika vapautuisi potilashoitotyöhön. Kerran kahdessa viikossa pidettävään moniammatilliseen raporttiin (tiimi) tehtiin kevään aikana muutamia muutoksia. Aikaisemmin tiimi pidettiin kerran viikossa, mutta se koettiin liian tiiviinä tapaamistahtina, sillä potilaan kuntoutuminen on usein hidasta tehostetussa osastohoidossa, joten päädyimme yhdessä harventamaan tapaamisia. Tiimin työnjaosta sovittiin yhdessä niin, että lääkäri johtaa tiimiä ja iltavuoron potilaiden vastuuhoidajat kirjaavat tarvittaessa tiimissä sovitut asiat potilastietojärjestelmään. Aiemmin on esiintynyt ongelmia siinä, ettei tiimissä sovitut asiat ole välttämättä kirjattu potilastietojärjestelmään. Moniammatillisen tiimin valmisteluun on myös ryhdytty panostamaan aiempaa enemmän, jotta tiimiin varattu aika saataisiin käytettyä tehokkaasti eikä tiedon etsimiseen tiimin aikana kuluisi turhaa aikaa. Lääkärin rajallista työaika osastolla on kevään aikana pyritty tehostamaan priorisoimalla lääkärin tehtäviä ja lääkäri on alkanut laittaa näkyville ajankohtia, jolloin hän on käytettävissä hoidon suunnitteluun, hoitoneuvotteluihin, verkostotapaamisiin yms. Potilaan hoidon suunnitelmavaiheeseen on kevään aikana aktiivisesti kiinnitetty huomiota ja suunnitelmavaiheen kehittäminen jatkuu edelleen. Potilaan hoidon suunnittelua ja hoidon jatkuvuutta pidetään tärkeänä hoidon tehokkuuden kannalta ja tämän vuoksi mm. lähetekäytänteisiin on tulossa muutoksia. Potilasläheteistä halutaan yhdenmukaisia ja niiden sisällön tulisi tukea potilaan hoidon suunnittelua ja toteuttamista. Tämä tulee helpottamaan ja nopeuttamaan potilaan hoidonprosessin tulo- ja suunnitelmavaihetta. Kevään aikana osastolla otettiin käyttöön myös kokemusasiantuntija-palvelut potilaskeskeisen hoidon vahvistamiseksi. Kuntoutusohjaaja on

toiminut kevään aikana kokemusasiantuntijan työparina ja tätä kautta myös kuntoutusohjaajan työ ja erityisosaaminen on tullut osastolla näkyvämmäksi.

Osaston kehittämisiltapäivässä 27.5.2016 käytyjen palautteiden ja keskustelujen perusteella sovittiin seuraavista muutoksista osaston käytänteissä: Kirjaamisen osalta päätettiin, että vastaisuudessa hoitoneuvottelut, verkostotapaamiset ja hoitosuunnitelmat kirjataan PSY-erikoisalalehdelle SUUNNITELMA-otsikon alle. Näin varmistetaan, että jatkossa potilaan hoidon suunnitelma löytyy potilastietojärjestelmästä samasta paikasta ja informaation siirtyminen sekä potilaan hoidon jatkuvuus on saumattomampaa. Moniammatillisen yhteistyön toteutuminen tehostetussa osastohoidossa vaatii jatkuvaa yhteydenpitoa. Haasteena yhteydenpidolle moniammatillisen työryhmän jäsenet ovat kokeneet tehottomat yhteydenpitovälineet sekä vuorotyön luonteesta johtuva yhteydenpidon rajallisuus. Kehittämisiltapäivässä päätettiin ryhtyä käyttämään jo olemassa olevaa muistilistatoimintoa potilastietojärjestelmässä, joka mahdollistaa tietoturvallisen ja saumattoman yhteydenpidon moniammatillisen työryhmän jäsenten välillä sekä joidenkin avohoidon poliklinikoiden välillä. Tällä pyritään säästämään työntekijöiden työaika sekä tehostamaan yhteydenpitoa. Käytössä olevassa potilastietojärjestelmässä on myös moniammatilliset määräykset ja ohjeet (MMO) toiminto. Tämä toiminto on ollut osastolla tähän asti käytössä vain lääkärin määräyksiä ja ohjeita varten. Kehittämisiltapäivässä päätettiin selvittää HUS:n kirjaamisen työryhmältä MMO-toiminnon käytettävyyttä myös muiden moniammatillisen työryhmän jäsenten toimesta. Toimintoa voitaisiin käyttää hyödyksi potilaan hoidossa silloin, kun joku moniammatillisen työryhmän jäsenistä tarvitsee muiden työryhmään kuuluvien ammattihenkilöiden erityisosaamista, esim. lausuntopyyntö, tutkimuspyyntö, toimenpidepyyntö yms. Kirjaamisen työryhmän edustaja kertoi, että MMO:n käyttöä moniammatillisen työryhmän toimesta hankaloittaa se, että ohjeistus MMO:n käyttöön on laadittu vain lääkäreille eikä yhtenäistä ohjeistusta sen käytöstä muiden ammattiryhmien toimesta ole. Tästä syystä tällä hetkellä vain muistilistatoimintoa ryhdytään implementoimaan osaston moniammatillisen työryhmän käyttöön kommunikoinnin tehostamiseksi. Muistilistan käyttöönoton jälkeen tehostetun osastohoidon yksikössä erilliset viestivihkot sekä post- it laput kommunikoinnin välineenä eri ammattiryhmien kesken poistuvat käytöstä. Olemme muistuttaneet moniammatillista työryhmää siitä, että muistilistatoiminnon käyttö kommunikoinnin- ja yhteydenpidon välineenä ei saa kuitenkaan korvata tai syrjäyttää potilastiedostoihin kirjaamista.

Kerran kahdessa viikossa pidettävän moniammatillisen raportin (tiimi) osalta päätettiin, että vastaisuudessa osastonlääkäri kirjaa välittömästi tiimissä sovitut asiat potilastietojärjestelmään, jotta sovitut määräykset ja ohjeet saadaan viipymättä toteutukseen.

6.1. Toimenkuvien visuaaliset tuotokset

Kuvasimme jokaisen moniammatillisen työryhmän jäsenen toimenkuvat haastattelujen perusteella. Laadimme toimenkuvat posterimuotoon, jonka rakenne koostuu kuudesta eri osaluokasta. Sama rakenne toistuu jokaisessa toimenkuvaposterissa. Jokaisen posterin alku on lokero, johon on merkitty, kenen toimenkuva on kyseessä. Tämän alapuolella olevassa lokerossa on kuvattu kyseisen ammattihenkilön keskeiset tehtävät potilaan hoitopolussa. Keskeisten tehtävien alapuolelle on kuvattu tehtävien jakautuminen potilaan hoidon vaiheiden mukaisesti. Halusimme tuoda potilaan hoidonpolun näkyvämmäksi ja selkeyttämään potilaan hoidon toteutumista. Alimpaan lokeroon on laadittu Sosiaali- ja terveysministeriön asetukseen potilasasiakirjoista (298/2009) perustuen yksinkertaiset ohjeet kirjaamisen tueksi, jotta rakenteinen kirjaaminen toteutuisi sekä oikea-aikainen tieto potilaan hoidosta olisi kirjattu oikeaan paikkaan. Toimenkuvat on kuvattu haastattelujärjestyksessä liitteissä siten, että ensimmäisenä on hoitajan toimenkuva (liite 1), toisena on psykologin toimenkuva (liite 2), kolmantena on lääkärin toimenkuva (liite 3), neljäntenä on kuntoutusohjaajan toimenkuva (liite 4), viidentenä on sosiaalityöntekijän toimenkuva (liite 5) ja kuudentena on toimintaterapeutin toimenkuva (liite 6).

Näimme erittäin tärkeänä asiana potilaan hoitopolun kuvaamisen osastolla tehostetussa osastohoidossa. Hoitopolku on laadittu kuvaamaan vain opinnäytetyössä tarkasteltavan osaston toimintaa, mutta se on mukautettavissa myös muiden tehostetun osastohoidon yksiköiden tarpeita vastaamaan. Hoitopolkukuvaus (liite 7) on laadittu JHS 152- suositusten mukaisesti käyttäen kuvausmenetelmänä tasoa 3; prosessin kulku (JHS 152. Prosessien kuvaaminen 2002, 8-9). Kuten olemme aikaisemmin tuoneet opinnäytetyössä esille, rakentuu potilaan hoito yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. Tästä syystä olemme kuvanneet potilaan hoitopolun siitä näkökulmasta, mitkä asiat ovat yhdenmukaisia jokaisen potilaan hoidossa. Nämä asiat ovat potilaan hoidonprosessin neljä vaihetta: tulovaihe, suunnitelmavaihe, hoidon toteutus- ja seurantavaihe sekä hoidon arviointivaihe. Halusimme kuvata prosessin myös sen vuoksi, jotta moniammatillisen työryhmän jäsenet hahmottaisivat paremmin, kuinka yksinkertaisesta prosessista on kyse huolimatta siitä, että potilaiden hoitopolut sisältävätkin monia erilaisia palveluita ja tapahtumia.

6.2. Haastatteluista esiin nousseet huomiot

Hoitajan toimenkuvaa kartoitettiin työryhmässä siten, että keräsimme hoitajan toimenkuvaan kuuluvia erilaisia palveluita posteriin, johon oli hahmoteltu tueksi potilaan hoitajakso tehostetussa osastohoidossa. Huomasimme ettei tämä menetelmä tuottanut tarpeeksi kehittämissideoita eikä tällä tavalla saatu tarpeeksi kantaa ottavia näkemyksiä hoitajan toimenkuvan kuvaamiseen. Tämän vuoksi koimme tärkeänä, että osaston

kehittämisiltapäivässä tarjoutui vielä mahdollisuus ottaa toimenkuviin kantaa keskustelemalla sekä kirjallisesti palautelomakkeen avulla.

Käydyissä haastatteluissa nousi esille joitakin kehitysajatuksia moniammatillisen työryhmän jäsenten roolien vahvistamisesta. Olisi hyvä, jos psykologin roolia moniammatillisessa työryhmässä vastaisuudessa hyödynnettäisiin enemmän potilaan hoitojakson suunnittelussa ja erityisesti psykologin konsultatiivista tukea potilaan hoitojakson toteuttamisessa pitäisi käyttää aktiivisemmin. Psykologilla olisi mahdollisuus osallistua potilaan kanssa käytäviin yksilötapaamisiin ja keskusteluihin, varsinkin jos vaikuttaa siltä, että potilaan ja omahoitajan välisessä hoitosuhteessa sekä vuorovaikutuksessa esiintyy joitakin haasteita, jonka vuoksi hoito ei etene laaditun suunnitelman mukaisesti. Psykologin ammatillinen erityisosaaminen voisi auttaa ratkaisemaan mahdollisia ongelmia, jotka liittyvät potilaan haasteisiin potilaan hoidon toteuttamisessa. Potilaan hoitojakson suunnitelmaa sekä hoidon tavoitetta olisi tarpeellista selkeyttää, jotta psykologin erityisosaamista voitaisiin hyödyntää paremmin. Lisäksi joitakin käytänteitä tehostamalla, esimerkiksi potilaan hoidonprosessia, potilaan hoitojaksosta voitaisiin saada laadukkaampi moniammatillisen yhteistyön näkökulmasta ja näin potilaan hoitoprosessia voitaisiin nopeuttaa.

Osaston toiminnassa on myös havaittu, että käytännön toteutus lääkärin tehtävien osalta ei toteudu optimaalisella tavalla. Päivittäisen osastolla tapahtuvan työn toteutukseen vaikuttavat mm. osastonlääkärin velvollisuudet apulaisylilääkärinä, sairaalaan tulevien potilaslähetteiden käsitteleminen ja hyväksyminen sekä päivystävien lääkärin koordinointi ja nämä asiat vievät paljon osastonlääkärin aikaa. Potilaan hoidon suunnittelussa ja jatkuvuudessa on koettu olevan parannettavaa, jotta jokainen osaston potilas saisi oikea-aikaista ja vaikuttavaa hoitoa. Potilaan hoidon konkreettinen suunnitelma ja tavoite ovat usein jääneet puutteelliseksi. Tämä on osaltaan vaikuttanut suoraan siihen, että potilaan hoito on koettu tehottomaksi ja siitä on usein puuttunut selkeä hoidollinen tavoite. Hoidon selkeän tavoitteen ja tarkoituksen puuttuminen on vaikeuttanut moniammatillisen yhteistyön toteuttamista. Hoidon suunnittelua on vaikeuttanut myös se, että osastolle tulevien potilaiden lähetteet ovat usein olleet puutteellisia ja niistä ovat puuttuneet potilaan hoidon selkeä tavoite ja tarkoitus. Tämä puolestaan on johtanut siihen, että potilaan hoidolle on haastavaa asettaa selkeää tavoitetta ilman, että potilaan psyykkistä vointia ja toimintakykyä on seurattu osasto-olosuhteissa riittävän kauan aikaa.

Moniammatillisessa työryhmässä on havaittu, että kuntoutusohjaajan palveluita ei ollut osattu käyttää parhaalla mahdollisella tavalla. Monelle työntekijälle kuntoutusohjaajan tarjoamat palvelut ovat olleet uusia ja kuntoutusohjaajan toimenkuva on monelle jäänyt epäselväksi. Kuntoutusohjaajaa on monesti hyödynnetty potilaan hoidossa mm. potilaan saattamista

vaativissa tehtävissä sekä avustajana sosiaalityöhön liittyvissä tehtävissä. Kuntoutusohjaajan ammatillinen osaaminen on kuitenkin paljon laajempaa ja kokonaisvaltaisempaa.

Moniammatillinen työryhmä on kokenut suurena haasteena sosiaalityölle varatun työajan sekä työtehtävien laajan kirjon ja suuren työmäärän. Työn kuormittavuutta voitaisiin keventää selkeämmillä työnjaoilla ja työtehtävien järkevällä jakamisella potilaan hoidossa.

Sosiaalityöntekijän erityisosaamista ei välttämättä tarvita esim. laskujen maksamisessa, asunnon hakemisessa, osoitteen muutoksissa, lääkkeiden erityiskorvattavuuden hakemisessa ym. Lääkärinlausuntojen voimassa oleminen on monesti edellytys sosiaalityön onnistumiselle ja lausunnoista huolehtiminen jää monesti sosiaalityöntekijän vastuulle. Näihin asioihin toivotaan selkeyttä ja mahdollisia muutoksia.

Myös toimintaterapeutin rajallinen työaika osastolla sekä työajan pirstaleinen jakautuminen on koettu haastavana. Yhdeksi ratkaisuksi nousi esille toimintaterapeutin selkeämpi työajan strukturointi siten, että toimintaterapeutti olisi puolet viikosta määrättyinä päivinä fyysisesti osastolla. Tämä mahdollistaisi saumattoman informaation kulun sekä helpottaisi yhteistyötä potilaan hoidon kannalta. Potilaan hoidon suunnitteluun olisi hyvä panostaa enemmän ja olisi toivottavaa, että uuden potilaan kohdalla suunnittelulle olisi varattu selkeämpi ajankohta, jotta moniammatillinen yhteistyö olisi näkyvämpää ja sitä hyödynnettäisiin paremmin. Myös informaation kulku moniammatillisessa työryhmässä koettiin kehittämistä vaativaksi kohteeksi.

6.3. Kehittämisiltapäivän palautteet

Kehittämisiltapäivässä jokaiselta osallistujalta kerättiin palautetta ja kehitysehdotuksia moniammatillisen yhteistyön parantamiseksi. Osastonhoitaja sekä apulaisosastonhoitaja pika-analysoivat palautteiden sisällöt kehittämisiltapäivän aikana, jotta niistä saatiin reflektoivaa keskustelua aikaiseksi iltapäivän toiseen osuuteen.

Kehittämisiltapäivän jälkeen kerätyt palautteet moniammatillisen yhteistyön kehittämisestä ja parantamisesta analysoitiin opinnäytetyön tekijöiden toimesta tarkemmin teemoittelemalla vastaukset samankaltaisiin aihepiireihin. Teemoittelu kuuluu laadullisen analyysin perusmenetelmiin ja siinä pyritään hahmottaan kerätystä aineistosta keskeisiä aihepiirejä eli teemoja (Koppa. Jyväskylän yliopisto. 2016). Kaikki palautteet kerättiin nimettöminä, eikä vastauksia pysty henkilöimään. Palautteita kerättiin yhteensä 22 kappaletta ja jokaisessa palautelomakkeessa oli mahdollisuus vastata viiteen kysymykseen. Palautteet purettiin sanasta sanaan erilliselle lomakkeelle, jonka jälkeen palautteita ryhdyttiin teemoittelemaan. Palautteiden perusteella muodostui viisi eri pääteemaa; Lääkärin työn parempi organisointi, kirjaaminen ohjeiden mukaisesti, tiiviimpi moniammatillinen yhteistyö, resurssien lisätarve

sekä viestinnän tehostaminen moniammatillisessa työryhmässä. Näihin kehittämistä vaativiin asioihin ryhdyttiin heti miettimään parannuksia. Resurssikysymys osoittautui organisaatiotason kehittämiskohteeksi, joten sen konkreettiseen kehittämiseen olemme pystyneet vain vaikuttamalla yleisesti työn parempaan organisointiin.

Moniammatillinen työryhmä sai paljon positiivista palautetta muun muassa hyvästä ilmapiiristä, yhteistyön sujuvuudesta sekä tiivistä ja tutusta työryhmästä. Annetuista palautteista nousi esille muutamia selkeitä parannusehdotuksia. Parannusta haluttiin palautteiden perusteella lääkärin työskentelyyn, tiedonkulkuun ja kirjaamiseen, tiiviimpään moniammatilliseen yhteistyöhön sekä henkilöstöresurssien lisäämiseen, potilastietojärjestelmän viestintä ominaisuuksien aktiivisempaan käyttämiseen sekä yleisesti aktiivisempaan yhteydenpitoon moniammatillisen työryhmän välillä. Osastolla järjestetään joka toinen tiistai moniammatillinen raportti, jota johtaa osastonlääkäri ja johon osallistuvat erityistyöntekijät sekä osaston henkilökuntaa ja osastonhoitaja. Osaston arkikielessä tätä moniammatillista raporttia kutsutaan ”tiimiksi”. Tiimissä käydään läpi kaikki osastolla hoidossa olevat potilaat moniammatillisen työn näkökulmasta. Palautteissa toivottiin, että tätä tiimiä pitäisi kehittää dynaamisemmaksi ja erityistyöntekijöiltä toivottiin aktiivisempaa oman erityisosaamisensa esille tuomista tiimissä.

Esimerkkejä annetuista kehittämiskohteista moniammatilliseen yhteistyöhön:

Osastonlääkärin työn organisointi aiheuttaa paljon keskustelua moniammatillisessa työryhmässä ja lääkärin tavoitettavuutta toivotaan parannettavan (kuva 7). Lääkärin rooli nähdään potilaan hoidossa merkittävänä.

”Lääkärinlausuntojen saaminen sujuvammaksi”

”Lääkärin osalta toivoisi, että asioita (samoja) ei tarvitsisi moneen kertaan pyytää”

”Lääkärin panostus potilaan hoidossa”

”Lääkärin määräysten kertominen potilaalle, niin ettei jäisi hoitajan tehtäväksi. - esim. lääkemuutokset”

”Lääkäri enemmän osastolla”

”Hoitava lääkäri on enemmän paikalla osastolla prosessit potilaiden kanssa: hoitotoimenpiteet, rajoitukset, lääkemuutokset jne.”

”Lääkärin toiminta: asioiden eteenpäin vieminen, sovittujen asioiden toteuttaminen silloin kun ne on sovittu tehtäväksi. (ettei tarvitsisi samoja asioita moneen kertaan muistuttaa / varmistella)”



Kuva 7: Palautteet lääkärin työstä

Informaation ja tiedonkulussa on ollut haasteita moniammatillisen työryhmän jäsenten välillä. Kirjaamiseen sekä kirjausten lukemiseen toivotaan aktiivisuutta ja, että kirjataan annettujen ohjeiden mukaisesti potilaan hoidon kannalta merkittävät asiat (kuva 8).

"Tiedonkulku"

"Tiedonkulku"

"Tiedonkulku ja sen ajankohtaisuus"

"Yhteydenpidon, informaation kulku"

"Informaation kulussa"

"Tässä (informaation kulussa) olisi parannettavaa. Välillä huomaa, että kaikki eivät lue mitä potilaista on kirjattu."

"Kirjaamisen tärkeys"

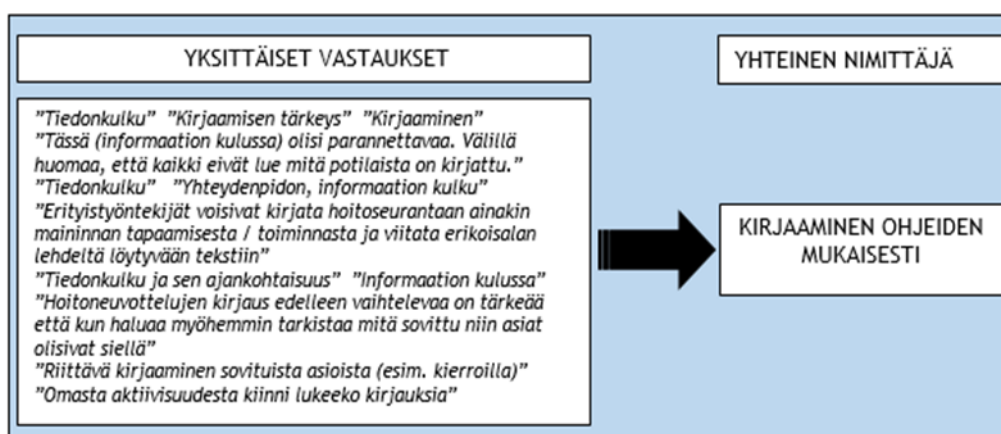
"Riittävä kirjaaminen sovituista asioista (esim. kierroilla)"

"Erityistyöntekijät voisivat kirjata hoitoseurantaan ainakin maininnan tapaamisesta / toiminnasta ja viitata erikoisalan lehdeltä löytyvään tekstiin"

"Omasta aktiivisuudesta kiinni lukeeko kirjauksia"

"Hoitoneuvottelujen kirjaus edelleen vaihtelevaa on tärkeää että kun haluaa myöhemmin tarkistaa mitä sovittu niin asiat olisivat siellä"

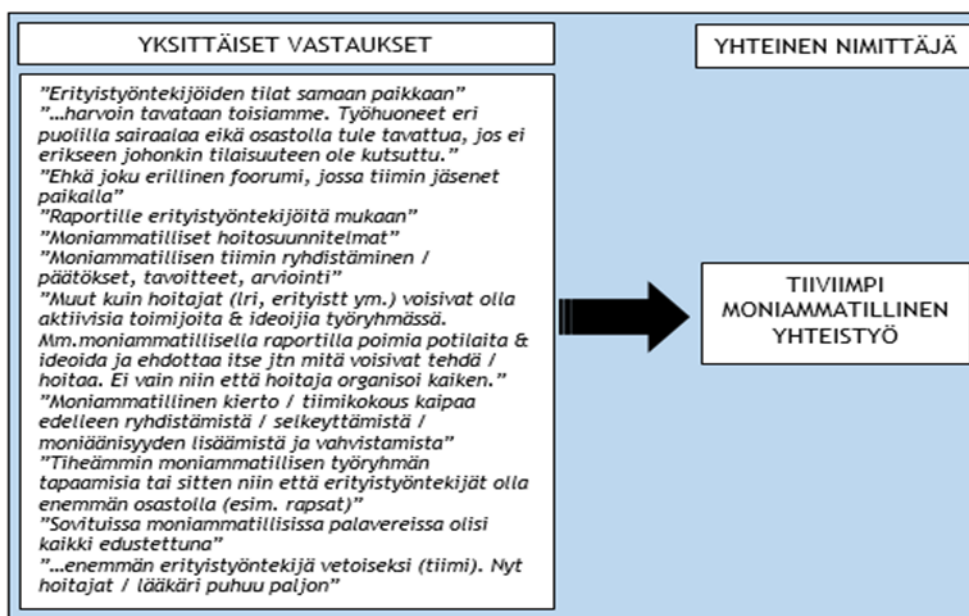
"Kirjaaminen"



Kuva 8: Palautteet hoitotyön kirjaamisesta

Moniammatillisen yhteistyön tehostamiseksi annettiin runsaasti kehitysehdotuksia. Moniammatillista yhteistyötä hankaloittaa fyysiset tekijät, kuten erityistyöntekijöiden työtilojen sijoittuminen muualle kuin osastolle. Moniammatillisen yhteistyön sujuvuuden kannalta nähtiin tärkeänä, että työryhmän jäsenet tapaisivat toisiaan useammin viikon aikana potilaan hoidon suunnittelun ja toteutuksen tukemiseksi (kuva 9).

- "Erytyistyöntekijöiden tilat samaan paikkaan"*
- "...harvoin tavataan toisiamme. Työhuoneet eri puolilla sairaalaa eikä osastolla tule tavattua, jos ei erikseen johonkin tilaisuuteen ole kutsuttu."*
- "Ehkä joku erillinen foorumi, jossa tiimin jäsenet paikalla"*
- "Raportille erityistyöntekijöitä mukaan"*
- "Moniammatilliset hoitosuunnitelmat"*
- "Moniammatillisen tiimin ryhdistäminen / päätökset, tavoitteet, arviointi"*
- "Muut kuin hoitajat (lri, erityistt ym.) voisivat olla aktiivisia toimijoita & ideojia työryhmässä. Mm. moniammatillisella raportilla poimia potilaita & ideoita ja ehdottaa itse jtn mitä voisivat tehdä / hoitaa. Ei vain niin että hoitaja organisoiki kaiken."*
- "Moniammatillinen kierto / tiimikokous kaipaa edelleen ryhdistämistä / selkeyttämistä / moniäänisyyden lisäämistä ja vahvistamista"*
- "Tiheämmin moniammatillisen työryhmän tapaamisia tai sitten niin että erityistyöntekijät olla enemmän osastolla (esim. rapsat)"*
- "Sovituissa moniammatillisissa palaverissa olisi kaikki edustettuna"*
- "...enemmän erityistyöntekijä vetoiseksi (tiimi). Nyt hoitajat / lääkäri puhuu paljon"*



Kuva 9: Palautteet moniammatillisesta yhteistyöstä

Työn jakautuminen monen eri osaston välillä lääkärin ja erityistyöntekijöiden kohdalla vaikuttaa suoraan siihen, miten tehokkaasti osaston potilaiden asioita voidaan viedä eteenpäin. Moniammatillisen työryhmän jäsenet kokivat, että potilaan hoidon laatu paranisi, jos osastolle saataisiin lisää resursseja (kuva 10).

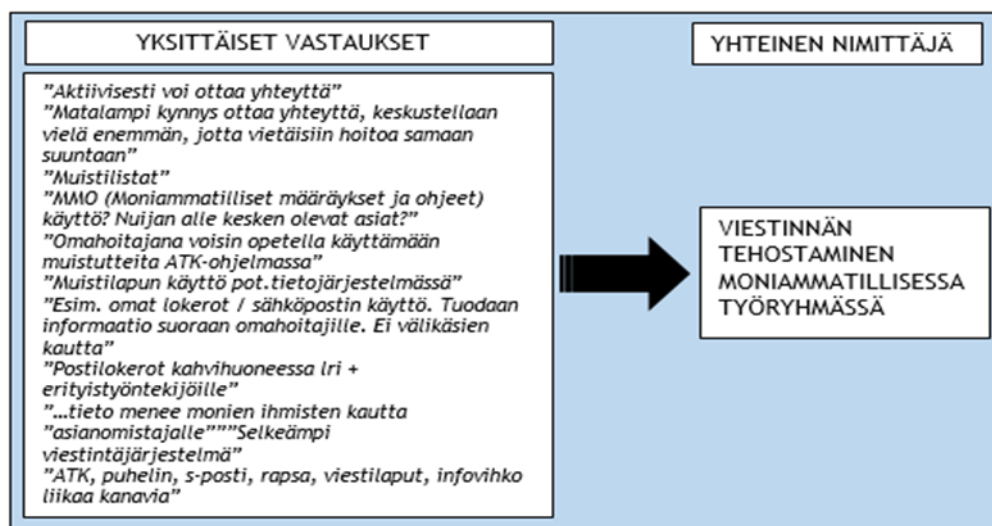
- "Resursseja lisää (erityistyöntekijöiden osalta)"
- "Lisää resursseja / aikaa asioiden syvempään tarkasteluun"
- "Lääkärille enemmän aikaa olla osastotyössä"
- "Ylilääkärin osallisuus vaikka joka toiseen tiimiin"
- "Ylilääkäri mahdollisesti mukaan tiimeihin"
- "Lääkäri on liian vähän osastolla vaikka on yksi keskeisimmistä henkilöistä"
- "Henkilökunnan vaihtuvuus"



Kuva 10: Palautteet henkilöresurssien lisätarpeesta

Yhteydenpitoon toivottiin aktiivisuutta sekä selkeämpää järjestelmää yhteydenpidon tueksi. Tällä hetkellä käytössä on liian monta erilaista viestintä menetelmää ja viesti kulkee välikäsien kautta asianomistajille (kuva 11).

- "Aktiivisesti voi ottaa yhteyttä"*
- "Matalampi kynnys ottaa yhteyttä, keskustellaan vielä enemmän, jotta vietäisiin hoitoa samaan suuntaan"*
- "Muistilistat"*
- "MMO (Moniammatilliset määräykset ja ohjeet) käyttö? Nuijan alle kesken olevat asiat?"*
- "Omahoitajana voisin opetella käyttämään muistutteita ATK-ohjelmassa"*
- "Muistilapun käyttö pot.tietojärjestelmässä"*
- "Esim. omat lokerot / sähköpostin käyttö. Tuodaan informaatio suoraan omahoitajille. Ei välikäsien kautta"*
- "Postilokerot kahvihuoneessa lri + erityistyöntekijöille"*
- "...tieto menee monien ihmisten kautta "asianomistajalle""*
- "Selkeämpi viestintäjärjestelmä"*
- "ATK, puhelin, s-posti, rapsa, viestilaput, infovihko liikaa kanavia"*



Kuva 11: Palautteet moniammatillisen työryhmän viestinnästä

7. Kehittämistyön arviointi

Kehittämistyön aihe syntyi alun perin osaston tarpeesta kartoittaa potilaan palveluketju. Palveluketju käsittää asiakkaan tiettyyn tarve- tai ongelmakokonaisuuteen kohdistuvan, sosiaali- ja terveydenhuollon tai sosiaalivakuutuksen organisaatorajat ylittävän, yksilöllisesti toteutuvan sekä suunnitelmallisen palveluprosessien kokonaisuuden (Hyppönen, Hämäläinen,

Pajukoski & Tenhunen. 2005, 46), joten rajasimme opinnäytetyön viitekehyksen koskemaan potilaan hoitopolkua tehostetulla osastohoitojaksolla. Valitsimme näkökulman teoreettisen tiedon tarkasteluun potilaalle tarjottavien palvelujen kautta ja tämä johti siihen, että ryhdyimme kartoittamaan moniammatillisen työryhmän jäsenten toimenkuvien sisältöä. Toimenkuvia ei ole aikaisemmin tarkasti kuvattu HYKS-psykiatrian tehostetussa osastohoidossa. Kaikissa työyhteisöissä sekä organisaatioissa tulee välillä pysähtyä miettimään mikä on tekemämme työn tavoite ja mikä on työmme perustehtävä. Toimivan työyhteisön tunnusmerkkinä voidaan pitää sitä, että työyhteisössä pohditaan aktiivisesti työn sisältöä sekä perustehtävää. Kysymys perustehtävästä tulisi vastata siihen, miksi olemme töissä ja mikä on se lisäarvo, jota tuotamme organisaatiomme asiakkaalle. (Punkanen 2009, 49.)

Näimme ajankohdan työnkuvien kartoittamiselle ajankohtaisena, sillä osaston alkuperäinen profiili kuntoutusosastosta on muuttunut subakuutimpaan suuntaan ja potilaiden hoito on haasteellisempaa psyykkisen huonovointisuuden vuoksi. Tämän lisäksi henkilöstössä on tapahtunut paljon muutoksia, kuten sosiaali- ja terveysalalle on ominaista ja tämän vuoksi uusia työntekijöitä pitää perehdyttää, yhteisiä päämääriä saatetaan joutua tarkastamaan uudestaan ja sitoutumisen sekä luottamuksen kehittyminen on haastavaa (Järvensivu, Nykänen & Rajaka 2010, 20).

7.1. Kehittämistyön menetelmien arviointi

Kehittämistyö toteutettiin soveltamalla toimintatutkimuksen menetelmää. Tämä kehittämismenetelmä soveltui hyvin valitsemamme kehittämisympäristöön sekä kehittämistyön toteutukseen, kun kyse oli moniammatillisen yhteistyön ja hoitoprosessin käytännön kehittämisestä, eikä yksittäisen tutkimuksen tekemisestä.

Yksiselitteisen määritelmän antaminen toimintatutkimukselle on haastavaa, sillä kyseessä ei ole vain tutkimusmenetelmä, vaan joukko tutkimusmenetelmiä. Toimintatutkimus on sekoitus kvalitatiivista ja kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Toimintatutkimus ei kuitenkaan sulje pois muiden tutkimusmenetelmien tiedonkeruu- ja aineiston analyysimenetelmiä. Toimintatutkimuksessa oleellisia elementtejä ovat seuraavat tekijät: Toiminnan kehittäminen (muutos), yhteistoiminta ja tutkimus. Toimintatutkimus on luonteeltaan prosessimaista ja toisiaan seuraavien syklien avulla työpaikan toimintaa kehitetään jatkuvasti. Oleellista toimintatutkimuksessa on muutoksen aikaansaaminen sekä tutkijan mukana oleminen muutoksen toteuttamisessa sekä tutkijan toimiminen kiinteässä yhteistyössä niiden yksilöiden kanssa, joiden ongelmasta on kysymys. (Kananen 2013, 28-29 ; Järvinen & Järvinen 2004, 129.) Koska työskentelemme itse aktiivisesti opinnäytetyössä käsiteltävässä tehostetun osastohoidon yksikössä, oli luontevampaa valita osallistava kehittämismenetelmä opinnäytetyön läpi viemiseksi. Samalla menetelmä mahdollisti meidän toimimisen

kehittämistyössä esiin nousseiden muutosten eteenpäin viejinä. Toimenkuvien kartoittamiseen käytetty teemahaastattelu antoi asianosaisille mahdollisuuden vapaamuotoiseen sekä yksilöllisempään ilmaisuun omasta toimenkuvastaan.

Työryhmässä on monia erilaisia näkökulmia, taustoja ja intressejä edustavia osapuolia (Engeström 2002, 48). Jos moniammatillisen työryhmän jäsenillä ei ole tarpeeksi selkeitä näkemykset työryhmän toimintatavoista, silloin potilaan hoitoa ei voida toteuttaa optimaalisella tavalla (Andersson & Liff 2012, 835). Kehittämistyö aloitettiin moniammatillisen työryhmän jäsenten toimenkuvien kartoittamisella. Kartoittamisen yhteydessä nousi jatkuvasti esille tarve moniammatillisen yhteistyön kehittämisestä sekä näkyvyyden lisäämisestä. Moniammatillisen työryhmän jäsenet olivat erittäin motivoituneita yhteistyön kehittämiseen sekä potilaan osastohoidon prosessin parantamiseen.

7.2. Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus

Moraalisena näkökulmana etiikka on osa arkista elämää. Se on mukana tilanteissa, joissa yksilö joutuu pohtimaan suhtautumistaan sekä omiin että muiden tekemisiin. Etiikan peruskysymyksiä ovat kysymykset oikeasta sekä väärästä, hyvästä ja pahasta. Tutkimuksen tekoon liittyy useita eettisiä kysymyksiä, jotka tulee ottaa huomioon. Tiedon hankintaan sekä julkistamiseen liittyvät tutkimuseettiset periaatteet ovat yleisesti hyväksytyjä ja niiden tunteminen sekä periaatteiden mukaan toimiminen on jokaisen tutkijan omalla vastuulla. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 23; Kuula 2006, 21.)

Tieteelliselle tutkimustyölle asetetut vaatimukset ovat seuraavat: Toisten tekstiä ei plagioida, tutkijan ei pidä plagioida itseään / omia tutkimuksiaan, tuloksia ei yleistetä kritiikittömästi, tuloksia ei sepitetä eikä niitä kaunistella, raportointi ei saa olla harhaanjohtavaa tai puutteellista, toisten tutkijoiden osuutta ei vähätellä, tutkimukseen myönnettyjä määrärahoja ei käytetä väärin tarkoituksiin. (Hirsjärvi ym. 2009, 26-27.) Työn suunnitteluvaiheessa tutkijan on perehdyttävä luotettavuus- ja laadunvarmennus kysymyksiin ja varauduttava eri keinoin saamaan mahdollisimman luotettavaa tietoa (Kananen 2013, 136). Toisten tekstien plagioimista on tänä päivänä kyetty vähentämään sillä, että opinnäytetöiden tarkastaminen plagioinnin havaitsemiseksi on paljon tehokkaampaa. Plagioinnin tunnistamiseksi on Laurea Ammattikorkeakoulussa käytössä Urkund-ohjelma, jonka avulla tarkastetaan kaikki opinnäytetyöt (Laurea 2015, Plagiointi).

Olemme tässä opinnäytetyössä viitanneet asianmukaisesti lähteisiin ja viittauksissa on säilytetty tekstin alkuperäinen tarkoitus. Opinnäytetyön tuloksia eli toimenkuvien kartoituksia sekä kerättyjen palautteiden tuloksia on käsitelty avoimesti sekä eettisesti. Visuaaliset tuotokset toimenkuvista on tarkistutettu asianomaisilla työntekijöillä ja heillä on ollut

mahdollisuus pyytää tarpeellisia korjauksia toimenkuviin halutessaan. Tulokset on julkistettu totuudenmukaisesti ja anonymiteetti huomioiden. Osaston kehittämisiltapäivässä kerätyt palautteet moniammatillisesta yhteistyöstä käytiin läpi osaston kahden muun henkilön toimesta objektiivisuuden säilyttämiseksi sekä raportoinnin validiuden tueksi. Palautteista nostettiin työryhmän käsiteltäväksi ne kehittämiskohteet, jotka mainittiin palautteissa useampaan otteeseen. Osallistamalla koko moniammatillisen työryhmän jäsenet kehittämistyön toteuttamiseen olemme vahvistaneet kehittämistyön tuotoksien oikeellisuutta. Opinnäytetyön tuotoksia on mahdollisuus käyttää soveltaen jatkossa myös muiden tehostetun osastohoidon linjan yksiköissä.

7.3. Pohdinta

Alkuperäinen idea kuvata potilaan palveluketju oli liian laaja, eikä se lopulta olisi palvellut osaston tarpeita tavoittelemallamme tavalla. Alkuvuodesta 2016 opinnäytetyön teoriaosuutta rajaamalla ja keskittymällä potilaan hoitopolkuun sekä potilaalle tarjottaviin palveluihin, opinnäytetyön prosessi lähti etenemään toivotulla tavalla ja saimme opinnäytetyön tarkoituksen sekä tavoitteen selkeytymään itsellemme.

Vaikka opinnäytetyö itsessään käsittelee moniammatillisen työryhmän jäsenten toimenkuvia ja potilaalle tarjottavia palveluja, niin toivomme, että opinnäytetyön tuloksilla voidaan parantaa psykiatrista hoitotyötä potilaskeskeisestä näkökulmasta tehostetun osastohoidon yksikössä.

Opinnäytetyön tekemisen aikana moniammatillinen työ tuli näkyvämmäksi ja tunnetummaksi yksikössä. Työyhteisöstä nousi erittäin paljon kehittämis ehdotuksia, joista osaan pystyimme vastaamaan heti ja osa kehittämis ehdotuksista laitetaan käytäntöön vuoden 2016 aikana. Tämän lisäksi toivottiin myös muutoksia yksikön toimintaan, joita tulisi jatkossa käsitellä organisaation johdossa.

Jatkokehittämisaiheena voisi olla potilaan hoidon kehittäminen vieläkin enemmän potilaskeskeisempään suuntaan, esimerkiksi lisäämällä potilaan osallisuutta oman hoitonsa suunnitteluun sekä toteutukseen. Potilaan hoidon prosesseja voitaisiin miettiä siitä näkökulmasta, että yksiköissä keskityttäisiin vain osastohoidon prosessiin ja potilaan jatkohoitoasiat ulkoistettaisiin kokonaan esim. potilaan oman kunnan järjestettäväksi. Jatkossa voisi selvittää myös yksikön polikliinisen toiminnan lisäämistä potilaan hoidon tehostamiseksi ja hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi.

Hallitusohjelmat, strategiasuunnitelmat ja terveysohjelmat määrittävät Sosiaali- ja terveyspalveluita ja kehittämistarpeita (Rissanen & Lammintakanen 2015, 28; STM 2012;

Kaste 2012-2015, 17). Käytännön työssä on usein kuitenkin vaikea vastata konkreettisesti suunnitelmien sekä ohjelmien vaatimuksiin niiden suurpiirteisten luonteiden vuoksi. Tehostetussa osastohoidon yksikössä potilaiden hoito on vaativaa eikä resursseja hoitotyöstä ole helppo irrottaa kehittämistyöhön. Olisi toivottavaa, että suuren organisaation yksiköissä voitaisiin paremmin hyödyntää kehitettyjä menetelmiä erikoisaloista riippumatta. On hyvä muistaa, ketä varten organisaatio on olemassa ja tämän vuoksi potilaan hoidon tehostamiseksi kehitetyt työkalut tulisi olla kaikkien yksiköiden käytössä organisaatiossa. Toivommekin, että yksikössämme aloitettu moniammatillisen yhteistyön kehittäminen jatkuu tulevaisuudessakin ja levittäytyisi myös laajemmalle potilaan saumattoman hoidon mahdollistamiseksi sekä hoidon jatkuvuuden takaamiseksi.

Lähteet

- Andersson, T. & Liff, R. 2012. Multiprofessional cooperation and accountability pressures. Consequences of a post-new public management concept in a new public management context. *Public Management Review* Vol. 14 Issue 6 2012 835-855. Viitattu 6.6.2016. <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/14719037.2011.650053>
- Creek, J. & Lougher, L. 2011. Occupational therapy and mental health. Viitattu 15.5.2016. https://books.google.fi/books?hl=fi&lr=&id=4YnQAQAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Occupational+Therapy+and+Mental+Health&ots=NxA4a3FolG&sig=MmHezTBPGhjD5Wpi5kJyG7Z42Yc&redir_esc=y#v=onepage&q=Occupational%20Therapy%20and%20Mental%20Health&f=false
- Engeström, Y. 2002. Kehittävä työntutkimus. Perusteita, tuloksia ja haasteita (3. painos). Helsinki: Edita Prima.
- Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062. Finlex. Edita Publishing. Viitattu 10.3.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>
- ETENE-julkaisuja I. 2001. Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Viitattu 30.5.2016. <http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisuja+1+Terveysthuollon+yhteinen+arvopohja%2C+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pd/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468>
- Evans-Lacko, S., Jarrett, M., McCrone, P. & Thornicroft, G. Clinical pathways in psychiatry. *The British Journal of Psychiatry* (2008) 193, 4-5. Viitattu 24.4.2016. <http://bjp.rcpsych.org/content/bjprcpsych/193/1/4.full.pdf>
- Hallila, L. 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi.
- Heikkinen, H.L.T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) 2010. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Holmberg-Marttila, D., Palvanen, M., Kuusisto, L. & Salunen, R. 2015. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hoitoketjuopas. Viitattu 3.3.2016. <http://www.pshp.fi/download/noname/%7BDB3538AD-0F03-4D57-8201-C4A635F358CD%7D/45192>
- HUS. Edelläkävijä. Vaikuttavaa hoitoa potilaan parhaaksi - Strategia 2012-2016. Viitattu 5.3.2016. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/hallinto-ja-paatoksenteko/hallinto/strategia/Documents/HUS%20strategia%202012-2016.pdf>
- HUS. Hallinto ja päätöksenteko. Organisaatio. Viitattu 6.3.2016. http://www.hus.fi/hus-tietoa/hallinto-ja-paatoksenteko/hallinto/organisaatio/Documents/HUS_Toiminnallinen_organisaatio_2015.pdf
- HUS. Henkilöstö. Viitattu 6.3.2016. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/henkilosto/Sivut/default.aspx>
- HUS. Historia. Viitattu 6.3.2016. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/historia/Sivut/default.aspx>
- HUS. Hus-Tietoa. Viitattu 6.3.2016. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/Sivut/default.aspx>
- HUS. HYKS Psykiatria. Viitattu 6.3.2016. http://www.hus.fi/hus-tietoa/sairaanhoitoalueet/hyks/HYKS_Psykiatria/Sivut/default.aspx

HUS. Psykologit. Viitattu 5.4.2016. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/kellokosken-sairaala/muut-palvelut/kellokoski-psykologit/Sivut/default.aspx>.

HUS. Muut palvelut. Sosiaalityöntekijät. Viitattu 11.4.2016. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/kellokosken-sairaala/muut-palvelut/kellokoski-sosiaalityontekijat/Sivut/default.aspx>

Huttunen, M. 2015. Terveyskirjasto. Psykoosi (mielisairaus). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 15.4.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00411&p_haku=psykoosi

Huttunen, M. 2015. Terveyskirjasto. Skitsoaffektiivinen häiriö. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 15.4.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00487

Huttunen, M. 2015. Terveysportti. Skitsofrenia (F20). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 14.6.2016. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=poh00028&p_haku=psykoosi

Hyppönen, H., Hämäläinen, P., Pajukoski, M & Tenhunen, E. 2005. Selvitys sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilulain (22.9.2000/811) toimeenpanosta kokeilualueilla. Loppuraportti. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki. Viitattu 1.6.2016. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76161/Ra6-2005.pdf?sequence=1>

Häyrinen, K. 2011. Kliininen tieto hoitoprosessissa. Tarkoituksenmukaisen moniammatillisen tietomallin kehittäminen. Väitöskirja. Kuopio. Viitattu 20.5.2016. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0535-2/urn_isbn_978-952-61-0535-2.pdf

Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus - moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Viitattu 20.4.2016. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen_vaitoskirja.pdf

JHS 152 Prosessien kuvaaminen. 2002. Versio: 5.10.2012. JUHTA - Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta. Viitattu 31.5.2016. <http://docs.jhs-suositukset.fi/jhs-suositukset/JHS152/JHS152.pdf>

Junttila, K., Heija, R., Konttinen, R., Kotavuopio, T., Leppänen, S., Paavilainen, E., Saloranta, T., Tuhkanen, A. & Vahteri, P. 2011. Hoitotyön kirjaamisen asiantuntijaryhmä. Käsikirja laadukkaaseen hoitotyön kirjaamiseen HUS:ssa. 13.4.2011. Versio 2011.

Junttila, K. & Nykänen, P. (toim.) 2012. Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntija-ryhmän loppuraportti. Raportti 40/2012. Terveyden ja hyvinvointilaitos THL. Helsinki. Viitattu 22.5.2016. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/THL_RAP2012_040_verkko.pdf?sequence=1

Järvensivu, T., Nykänen, K & Rajaka, R. 2010. Verkostojohtamisen opas: Verkostotyöskentely sosiaali- ja terveysalalla. Versio 1.0. Muutosvoimaa vanhustyön osaamiseen- hankkeen julkaisu. Viitattu 1.6.2016. <http://verkostojohtaminen.fi/wp-content/uploads/2011/01/VerkostojohtamisenOpas.pdf>

Järvinen, A. & Järvinen, P. 2004. Tutkimustyön metodeista. Tampere.

Kananen, J. 2009. Toimintatutkimus yritysten kehittämisessä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 101.

Kananen, J. 2013. Case-tutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja-sarja. Suomen yliopistopaino - Juvenes print.

- Kieseppä, T. & Oksanen, J. 2013. Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2013;129(20):2133-2139. Viitattu 28.4.2016. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku?p_auth=Ldx9DLoM&p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo11273&Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=haku&Article_WAR_DL6_Articleportlet_hakusana=psykoedukaatio
- Koivuranta-Vaara, P. (toim.) 2011. Terveystieteiden laatuopas. Suomen kuntaliitto. Helsinki Viitattu 3.3.2016. <http://hoidonvaikuttavuus.fi/wordpress/wp-content/uploads/2014/02/Tlaatuopas.pdf>
- Koppa. 2016. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 21.6.2016. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineiston-analysimenetelmat/teemoittelu>
- Kujala, E. 2003. Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveystieteiden keskuksessa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto.
- Kuula, A. 1999. Toimintatutkimus kenttätyönä ja muutospyrkimyksenä. Tampere: Vastapaino.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus.
- Kvist, H. & Arhoma, S. & Järvelin, K. & Rääkkönen J. 1995 Asiakasprosessit. Miten parannat tulosta prosesseja kehittämällä? Jyväskylä: Gummerus.
- Käypä hoito-suositus. 2015. Skitsofrenia. Duodecim. Viitattu 5.3.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi35050#s4>
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Finlex. Edita Publishing. Viitattu 5.3.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Latvala, E. 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä. Väitöskirja. Oulu Viitattu 18.2.2015. <http://herkules oulu.fi/isbn9514250680/isbn9514250680.pdf>
- Latvala, E., Visuri, T. & Janhonen, S. 1996. Psykiatrinen hoitotyö. 2. painos. WSOY.
- Laurea. 2015. Plagiointi. Viitattu 6.6.2016. <https://laurea.sharepoint.com/sites/linkfi/opintojenkulku/arviointijauusinnat/Plagiointi/Sivut/default.aspx>
- Lecklin, O. 2006. Laatu yrityksen menestystekijänä. Hämeenlinna: Karisto.
- Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) 2011. Psykiatria. Duodecim. 9. uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino.
- Mielenterveystalo 14.12.1990/1116. Finlex. Edita Publishing. Viitattu 10.3.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>
- Mielenterveystalo. Aikuiset- Tietoa mielenterveydestä- Hoitomuotoja. Viitattu 18.4.2016. <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Hoitomuotoja/Pages/default.aspx>
- Mielenterveystalo. Aikuiset- Tietoa mielenterveydestä- Tietoa diagnooseista - Psykoottiset häiriöt F20-F29. Viitattu 18.4.2016. <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Diagnoosi-tietohaku/F20-29/Pages/default.aspx>

Nakanishi, M., Sawamura, K., Sato, S., Setoya Y. & Anzai, N. 2010. Development of a clinical pathway for long-term inpatients with schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2010 Feb;64(1):99-103. Viitattu 24.5.2016. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1819.2009.02040.x/full>

Nikander, P. 2003. Moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena. Vuorovaikutuksellinen näkökulma. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2003:40, 279-290. Viitattu 20.4.2016. <http://people.uta.fi/~pirjo.nikander/Nikander.pdf>

Punkanen, T. 2009. Työnohjaus muutoksen moottorina. Hämeenlinna: Tammi.

Psykologiliitto. Mitä psykologi tekee? Viitattu 16.5.2016. http://www.psyli.fi/tietoa_psykologeista/mita_psykologi_tekee

Renholm, M., Leino-kilpi, H. & Suominen T. 2002. Critical pathways. A systematic review. *The journal of nursing administration*. Viitattu 24.5.2016. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11984255>

Rissanen, S & Lammintakanen, J. 2015. Sosiaali- ja terveysjohtaminen. Helsinki: Sanoma Pro.

Sainola-Rodrigues, K. & Ikonen, H. 2007. Luokitusten luovuus- Kokemuksia rakenteisesta kirjaamisesta psykiatrisessa hoitotyössä. Teoksessa hoitotyön kirjaaminen, Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerus.

Silvennoinen-Nuora, L. 2005. Hoitoketjujen kehittämisessä tarvitaan vaikuttavuuden arviointia. *Sairaanhoitaja* 4/2005, 8-9.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012-2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Tampere: Juvenes Print -Tampereen Yliopistopaino.

Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:9. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman (TATO) mielenterveyden valmistelu- ja seurantar ryhmä. Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Viitattu 3.3.2016. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111122/laatusuositus.pdf?sequence=1>.

Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2012:4. Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely. Opas terveydenhuollolle. Viitattu 3.3.2016. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112073/URN%3aNBN%3afi-fe201504225719.pdf?sequence=1>

STM 2006. Opas sähköisen potilaskertomuksen rakenteesta. Sosiaali- ja terveysministeriö Kansallinen terveyshanke. Versio 1.20 28.2.2006.

STM 2001. Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen- Opas terveydenhuollon henkilöstölle. 2001. Helsinki. Viitattu 4.6.2016. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111490/URN%3aNBN%3afi-fe201504227263.pdf?sequence=1>

STM 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 289/2009. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>

STM 2016. Sosiaalityö. Viitattu 28.4.2016. <http://stm.fi/sosiaalityo>

Suomen perustuslaki. 11.6.1999/731. Finlex. Edita Publishing. Viitattu 10.3.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>

Tautiluokitus ICD-10. 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Viitattu 28.4.2016. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80324/15c30d65-2b96-41d7-aca8-1a05aa8a0a19.pdf?sequence=1>

TeKes. Palveluliiketoiminnan sanasto. Vocabulary of Service Business. 2010. Viitattu 17.6
https://www.tekes.fi/globalassets/julkaisut/palveluliiketoim_sanasto.pdf

Terveystieteiden tutkimuskeskus. 30.12.2010/1326. Finlex. Edita Publishing. Viitattu 5.3.2016.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=Terveystieteiden%5Dtutkimuskeskus>

Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinninlaitos THL. 2015. Vammaispalvelujen käsikirja. Itsenäisen elämän tukikuntoutus. Kuntoutusohjaus. Viitattu 29.4.2016.
<https://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/itsenaisen-elaman-tuki/kuntoutus/kuntoutusohjaus#yksilollinen>

THL 2016. Palveluiden ja hoidon laatu. Viitattu 16.6.2016.
<https://www.thl.fi/fi/web/ikaantymisen/palvelujen-ja-hoidon-laatu>

Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palvelujen tukena - Sote-tieto hyötykäyttöön- strategia 2020. Tampere: Juvenes Print- Suomen yliopistopaino.

Veijola, A. 2004. Matkalla moniammatilliseen perhetyöhön - lasten kuntoutuksen kehittäminen toimintatutkimuksen avulla. Akateeminen väitöskirja. Oulun yliopisto. Viitattu 19.4.2016. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9514274245.pdf>

Viertö, S., Mehtälä, T. & Sailas, E. 2016. Skitsofrenian uudet psykososiaaliset hoidot. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 2016:132(7):632-638. Viitattu 29.4.2016.
http://www.terveysportti.fi/dtk/ltkb/koti?p_artikkeli=ykt01694&p_haku=skitsofrenia

Julkaisemattomat lähteet

Osaston osavuosisikatsaus. 2015.

Seppänen, A. 2016. Kehittämiprojektin raportti:
Oikeuspsykiatrisen palvelujärjestelmän uudelleenorganisointi HUS- alueella.

Kuvat

Kuva 1: HUS:n sairaanhoitoalueet (HUS 2016. Sairaanhoitoalueet).....	9
Kuva 2: HUS toiminnallinen organisaatio (HUS 2016. Organisaatio).	9
Kuva 3: HUS:n strategia 2012-2016 (HUS. HUS:n strategia 2012-2016).	10
Kuva 4: Psykoosien ja oikeuspsykiatrian linja (Seppänen 2016).	12
Kuva 5: Moniammatillisen hoitoprosessin ja hoitotyön prosessin eri vaiheet (Junttila ym. 2011, 4).....	21
Kuva 6: Prosessien kehittäminen (Lecklin 2006, 134.)	30
Kuva 7: Palautteet lääkärin työstä	44
Kuva 8: Palautteet hoitotyön kirjaamisesta.....	45
Kuva 9: Palautteet moniammatillisesta yhteistyöstä.....	46
Kuva 10: Palautteet henkilöresurssien lisätarpeesta	46
Kuva 11: Palautteet moniammatillisen työryhmän viestinnästä.....	47

Liitteet

Liite 1: Hoitajan toimenkuva:	58
Liite 2: Psykologin toimenkuva:	59
Liite 3: Lääkärin toimenkuva:	60
Liite 4: Kuntoutusohjaajan toimenkuva:.....	61
Liite 5: Sosiaalityöntekijän toimenkuva:	62
Liite 6: Toimintaterapeutin toimenkuva:.....	63
Liite 7: Potilaan hoitopolku:	64

HOITAJAN TOIMENKUVA TEHOSTETUSSA OSASTOHOIDOSSA

- ❖ HOITAJA ON MONIAMMATILLISEN TYÖRYHMÄN AKTIIVINEN JÄSEN
- ❖ HOITAJA TOTEUTTAA POTILASLÄHTÖISTÄ HOITOA HOITOSUUNNITELMAN MUKAISESTI
- ❖ HOITAJA VASTAA OSASTON ARKITOIMINNOISTA
- ❖ HOITAJA SUUNNITTELEE JA TOTEUTTAA HOIDOLLISIA SEKÄ KUNTOUTTAVIA RYHMIÄ
- ❖ HOITAJA TOTEUTTAA OSASTON POTILAIDEN PSYYKKISEN JA SOMAATTISEN VOINNIN SEURANTAA JA ARVIOI YMPÄRIVUOROKAUTISESTI
- ❖ HOITAJA OSALLISTUU POTILAN HOITONEUVOTTELUIHIN JA VERKOSTOTAPAAMISIIN SEKÄ TEKEE PERHETYÖTÄ
- ❖ HOITAJA TOTEUTTAA OMAHOITAJUUDEN KAUTTA POTILASLÄHTÖISEN HOIDON KOORDINOINTIA MONIAMMATILISESSA TYÖRYHMÄSSÄ JA VASTAA OMALTA OSALTAAN TIEDONKULUSTA MONIAMMATILISESSA YHTEISTYÖSSÄ

TULO- JA SUUNNITELMAVAIHE

- POTILAN VASTAANOTTAMINEN OSASTOLLE
- YHTEYDENOTTAMINEN POTILAN AVOHOITOO (JOS OLEMASSA OLEVA KONTAKTI)
- POTILAN HOIDON SUUNNITTELUUN OSALLISTUMINEN YHDESSÄ MONIAMMATILLISEN TYÖRYHMÄN KANSSA
- ENSIMMÄISEN HOITONEUVOTTELUUN JÄRJESTÄMINEN

HOIDON TOTEUTUS JA SEURANTA

- POTILAN HOIDON TOTEUTTAMINEN HOITOSUUNNITELMAN MUKAISESTI
- POTILAN TUKEMINEN ARJENHALLINNASSA PSYKOSOSIAALISTEN JA BIOLOGISTEN HOITAJIEN TOTEUTTAMINEN YKSILÖLLISESTI
- POTILAN PSYYKKISEN JA SOMAATTISEN VOINNIN SEURANTA KESKUSTELEMALLA POTILAN KANSSA SEKÄ HAVAINNOIMALLA POTILAN VOINTIA
- POTILAN HOITONEUVOTTELUUN JA VERKOSTOTAPAAMISIIN SEKÄ PERHETYÖHÖN OSALLISTUMINEN
- POTILAN HOIDON KOORDINOINTI MONIAMMATILLISEN HOIDON TOTEUTUKSESSA POTILAN TARPEET HUOMIOIDEN
- POTILAN OIKEUKSIEN TOTEUTUMISEN TURVAAMINEN
- POTILAN TUTUSTUMIS- SEKÄ KOTIKÄYNTTEIHIN OSALLISTUMINEN
- HOITAJAN TOIMENKUVAN KUULUVIEN LÄHETTEIDEN LAATIMINEN

HOIDON ARVIOINTI

- TEHTYJEN PÄIVITTÄISTEN TAVOITTEIDEN ARVIOINTI JA HAVAINTOJEN HYÖDYNTÄMINEN JATKOHOIDON NÄKÖKULMASTA
- POTILAN HOIDON JÄTKUVUUDEN VARMISTAMINEN (AVOHOITO, MUU YKSIKÖ/OSASTO) POTILAN HOITAJAKSON PÄÄTTYESSÄ
- POTILAN HOIDON PÄÄTTÄMISESTÄ ILMOITTAMINEN TARVITTAESSA VIRANOMAISILLE, OMAISILLE SEKÄ POTILAN HOITOOON OSALLISTUNEILLE TAHOILLE

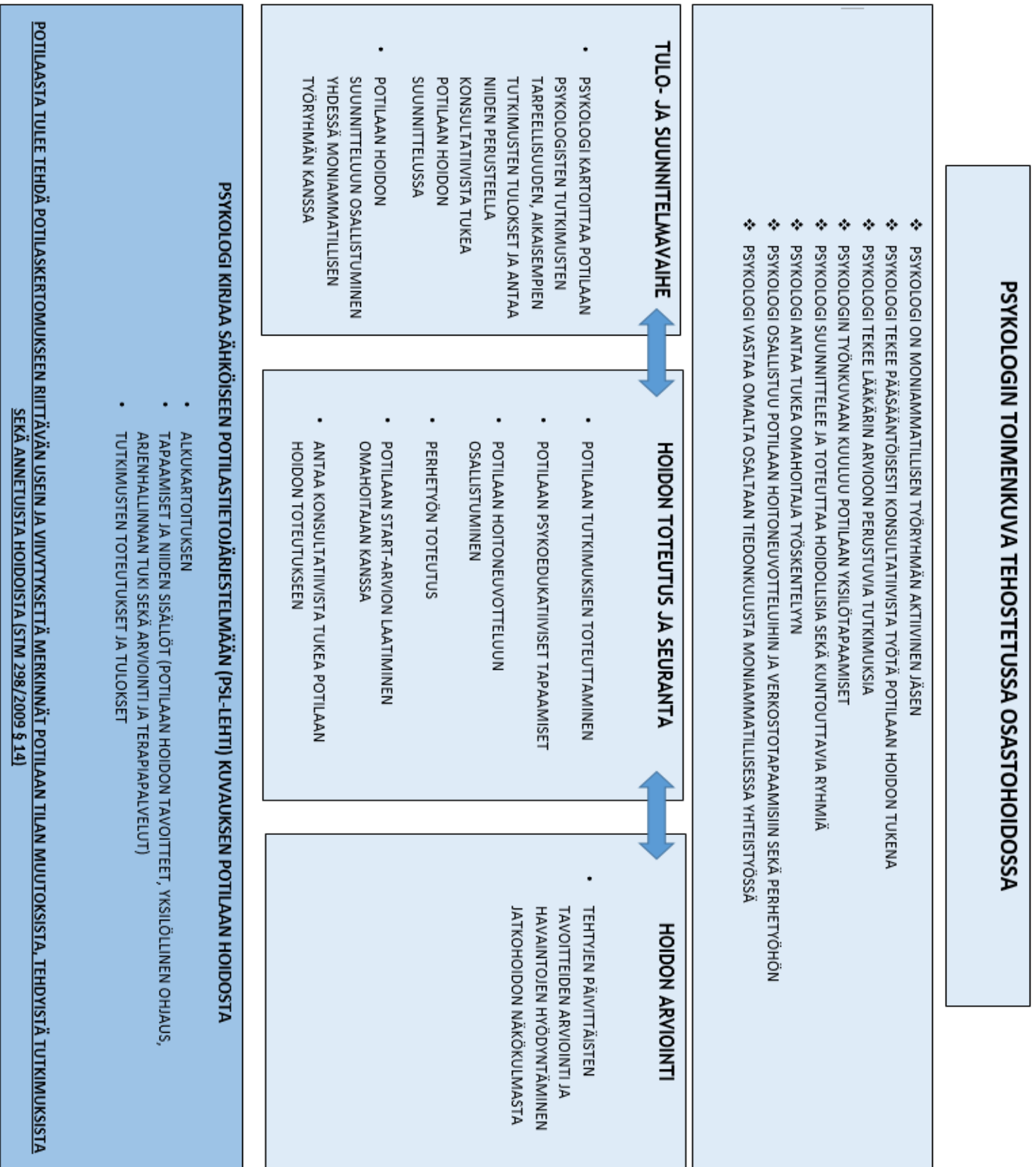
HOITAJA KIRJAA SÄHKÖISEEN POTILASTIETOJÄRJESTELMÄÄN (PSYP-LEHTI, PSY-LEHTI & HOI-LEHTI) KUVAAKSEN POTILAN HOIDOSTA

- PSYP-LEHDELLE KIRJATAAN POTILAN PÄIVITTÄISEN HOIDON TOTEUTUS JA POTILAN PSYYKKISEEN SEKÄ SOMAATTISEEN VOINTIIN LIITTYVÄT HUOMIOT MITKÄ OVAT POTILAN HOIDON KANNALTA OLEELLISTA TIETOA (POTILAN HOIDON TAVOITTEET, YKSILÖLLINEN OHJAUS, ARJENHALLINNAN TUKI SEKÄ ARVIOINTI)
- PSY-LEHDELLE KIRJATAAN POTILAN HOIDONSUUNNITELMA, HOITONEUVOTTELUUN SISÄLTÖ SEKÄ VERKOSTOTAPAAMISTEN SISÄLTÖ
- HOI-LEHDELLE KIRJATAAN POTILAN HOITAJAKSOSTA HOITOTYÖNYHTEENVETO HOITAJAKSON PÄÄTTYÄ

POTILAASTA TEHDÄÄN PÄIVITTÄIN MERKINNÄT POTILAASEEN LIITTYVÄSTÄ HUOMIOINNISTA, HOITOTOIMISTA SEKÄ VASTAAVISTA SEIKOISTA (STM 298/2009 § 14)

Liite 1: Hoitajan toimenkuva

Liite 2: Psykologin toimenkuva



Liite 3: Lääkärin toimenkuva

LÄÄKÄRIN TOIMENKUVA TEHOSTETUSSA OSASTOHOIDOSSA

- ❖ LÄÄKÄRI ON MONIAMMATILLISEN TYÖRYHMÄN AKTIIVINEN JÄSEN JA JOHTAA MONIAMMATILLISTA TIIMITAPAAMISTA
- ❖ LÄÄKÄRI ON JURIDISSESSA VASTUUSSA POTILAAAN HOITOPROSESSISTA
- ❖ LÄÄKÄRI HUOLEHTII DIAGNOSTIIKASTA
- ❖ LÄÄKÄRI TUNNISTAA SOMAATTISET SAIRAUDET JA OHJAA HOITON
- ❖ LÄÄKÄRI VASTAA MIELENTERVEYSLÄIN MUKAISISTA RAJOITTEISTA
- ❖ LÄÄKÄRI TEKEE TARPEEN MUKAAN M-LAUSUNNOT JA TARVITTAESSA MÄÄRÄÄ POTILAAAN VAARALLISUUSARVION TEKEMISESTÄ
- ❖ LÄÄKÄRI MYÖNTÄÄ ANOTUT LOMAT OSASTOHOIDON AIKANA
- ❖ LÄÄKÄRI ANTAA KONSULTAATIOAPUA HOITOHENKILÖKUNNALLE POTILAAAN HOITOPROSESSIN AIKANA LÄÄKETETEELLISISSÄ ASIOISSA
- ❖ LÄÄKÄRI HUOLEHTII ASIANMUKAISEN PSYKIATRISEN LÄÄKITYKSEN MÄÄRÄÄMISESTÄ SEKÄ SUUNNITTELEE JA MÄÄRÄÄ TARVITTAVAT LABORATORIOITUTKIMUKSET
- ❖ LÄÄKÄRI OSALLISTUU POTILAAAN HOITONELVOTTELUIHIN JA VERKOSTOTAPAAMISIIN SEKÄ PERHETYÖHÖN
- ❖ LÄÄKÄRI VASTAA OMALTA OSALTaan TIEDONKULUSTA MONIAMMATILLISESSA YHTEISTYÖSSÄ

TULO- JA SUUNNITTELUVAIHE

- POTILAS TAPAA LÄÄKÄRIN TULOHAASTATTELUSSA MAHDOLLISIMMAN PIAN POTILAAAN HOITOAJAKSON ALKAESSA
- POTILAAAN HOIDON SUUNNITTELU YHDESSÄ MONIAMMATILLISEN TYÖRYHMÄN KANSSA
- SOVITTAAN POTILAAAN START-ARVION TEKEMISESTÄ

HOIDON TOTEUTUS JA SEURANTA

- POTILAA TAPAAVAT LÄÄKÄRIÄ SÄÄNNÖLLISESTI JA TARPEEN MUKAAN
- LÄÄKÄRI JOHTAA POTILAAAN HOITONELVOTTELUJA JA VERKOSTOTAPAAMISTA
- POTILAAAN HOITOPROSESSISSA LÄÄKÄRI ON AKTIIVINEN OSAPUOLI JA ON TARVITTAESSA YHTEYDESSÄ MYÖS LÄHETTÄVÄÄN TAHOON HOITOPROSESSIN JOHDONMUKAISEN KOKONAISUUDEN TURVAAMISEKSI
- LÄÄKÄRI LAATII TARVITTAESSA ENNAKKOILMOITUKSEN POTILAAAN KOTIKUNTAAN JA TEKEE TARVITTAESSA SIIRTOILMOITUKSEN SEKÄ LAATII LAUSUNNOT POTILAAAN ETUUSASIOIHIN LIITTYEN

HOIDON ARVIOINTI

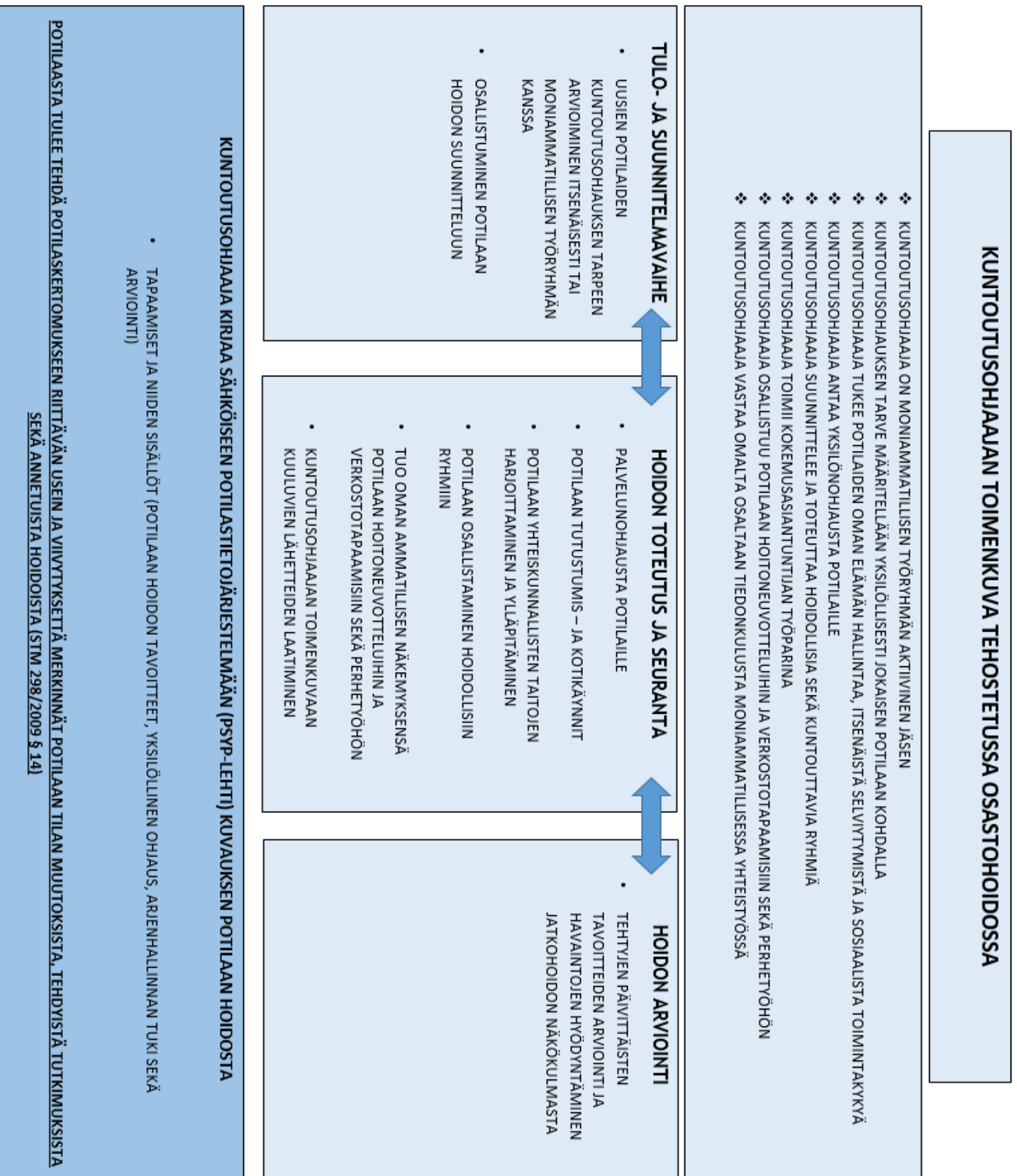
- TEHTYJEN PÄIVITTÄISTEN TAVOITTEIDEN ARVIOINTI JA HAVAINTOJEN HYÖDYNTÄMINEN JATKOHOIDON NÄKÖKULMASTA
- LÄÄKÄRI LAATII POTILAAAN HOITOAJAKSOSTA LOPPULAUSUNNOT TAI TARKISTAA PUT-HOTTAJAN LAUSUNNOT SEKÄ LAATII LÄHETTEET POTILAAAN JATKOHOITOJA VARTEN

LÄÄKÄRI KIRJAA SÄHKÖISEEN POTILASTIETOJÄRJESTELMÄÄN (PSY-LEHTI) KUVAKUKSEN POTILAAAN HOIDOSTA

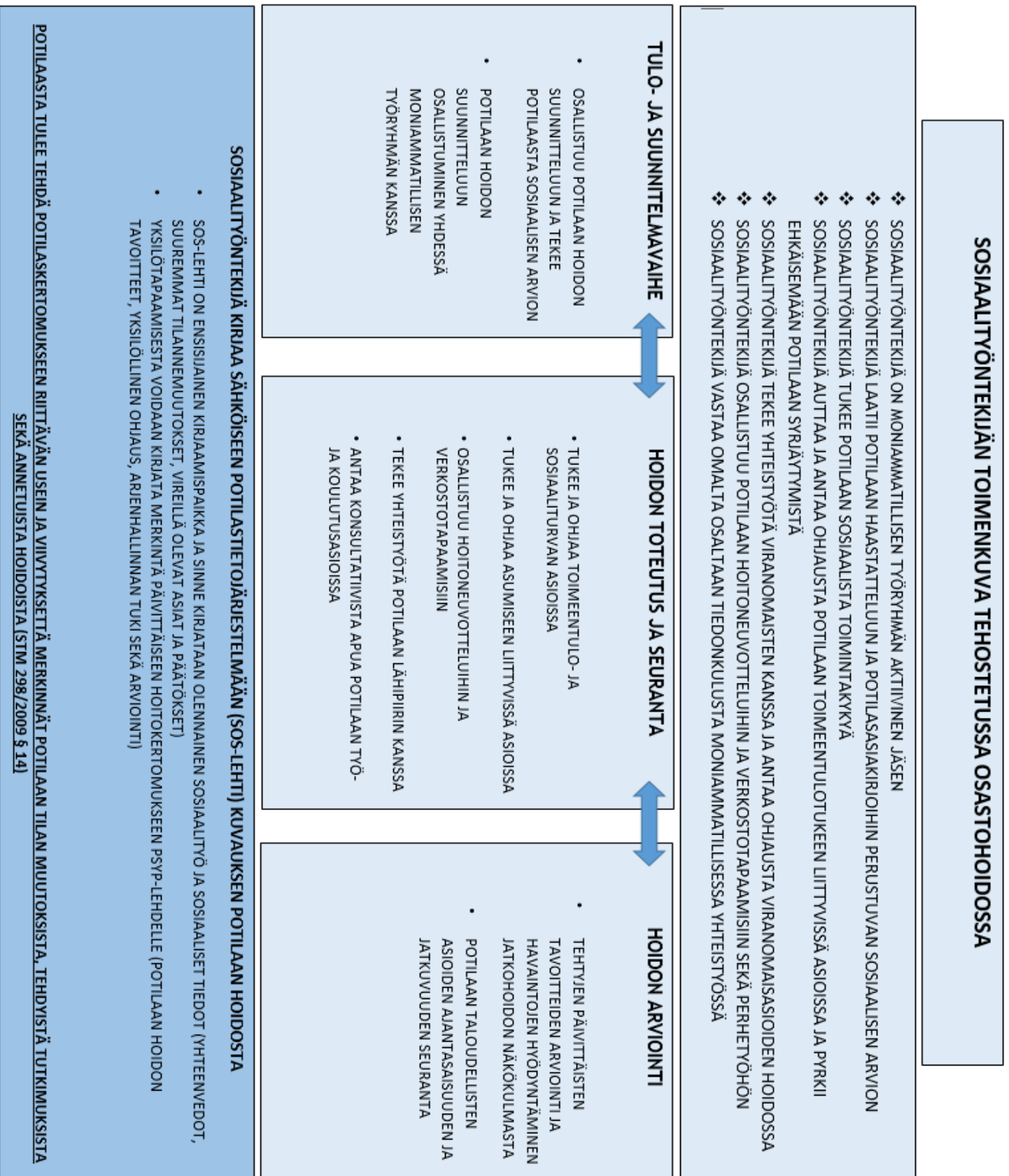
- TULOHAASTATTELU
- HOITOAJAKSON TAVOITTEET
- TEHDYT MUUTOKSET LÄÄKITYKSEEN
- MUUTOKSET DIAGNOOSEIHIN
- VOINNIN MUUTTUMISESTA TAI MUUTUMATTOMUUDESTA HOITOAJAKSON AIKANA
- POTILASTA TAVATTAESSA TAI ASIOIHIN KANTAA OTETTAESSA TAI JOS POTILAASEEN KOHDISTUU PAKKOTOIMIA TAI HÄNEN KANSSAAN ON YHTEISESTI SOVITTU JOSTAKIN KÄYTTÄNTEESTÄ ON HYVÄ MUUTAMALLA SANALLA KUVATA POTILAAAN TILAA

POTILAASTA TUULEE TEHDÄ POTILASKERTOMUKSEEN RIITÄVÄN USEIN JA VIIVYTYKSETTÄ MERKINNÄT POTILAAAN TILAN MUUTOKSISTA, TEHDYISTÄ TUTKIMUKSISTA SEKÄ ANNETUISTA HOIDOISTA. LÄÄKÄRIN TUULEE TEHDÄ SEURANTA YHTEENVETO VÄHINTÄÄN KOLMEN KUUKAUDEN VÄLEIN (STM 298/2009 § 14)

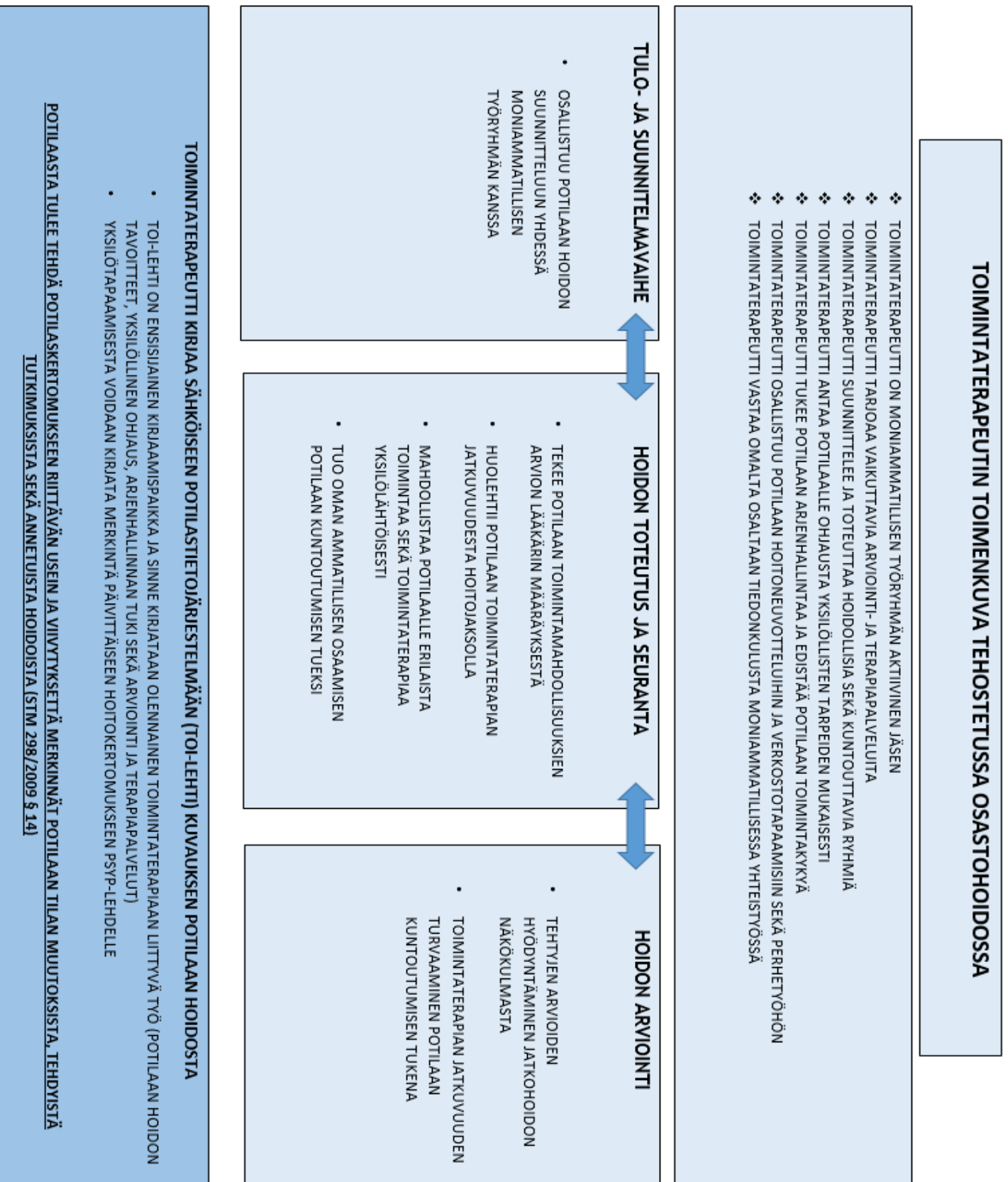
Liite 4: Kuntoutusohjaajan toimenkuva



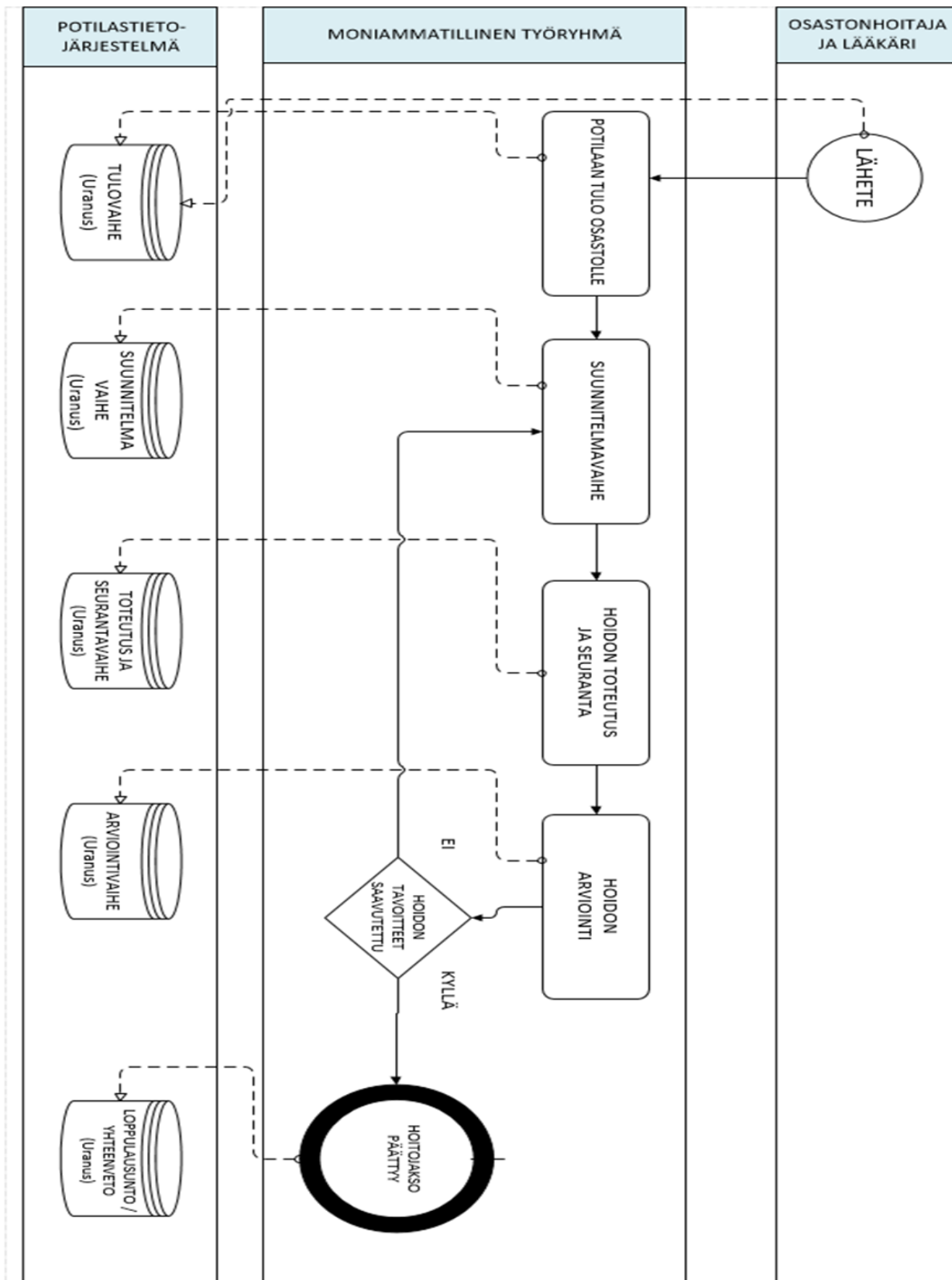
Liite 5: Sosiaalityöntekijän toimenkuva



Liite 6: Toimintaterapeutin toimenkuva



Liite 7: Potilaan hoitopolku



POTILAAN HOITOPOLKU

