



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU  
*Yhdessä enemmän*

# Nuorisopsykiatriasta aikuispsykiatriaan

## Siirtymävaiheen prosessi ja sen kehittämiskohteet

### HUS Psykiatria

Sarajärvi, Taina

2017 Laurea

Laurea-ammattikorkeakoulu

Nuorisopsykiatriasta aikuispsykiatriaan  
Siirtymävaiheen prosessi ja sen kehittämiskohteet  
HUS Psykiatria

Sarajärvi Taina  
Tulevaisuuden innovatiiviset  
digitaaliset palvelut  
Opinnäytetyö  
Toukokuu, 2017

Taina Sarajärvi

**Nuorisopsykiatriasta aikuispsykiatriaan - Siirtymävaiheen prosessi ja sen kehittämiskoh-  
teet: HUS Psykiatria**

Vuosi

2017

Sivumäärä

62

---

Kehittämistyössä tarkasteltiin tieto- ja viestintätekniiikan prosessien esteiden ja edellytysten toteutumista nuorisopsykiatrisen potilaan siirtyessä aikuispsykiatriaan, eräässä HUS:n Psykiatrian poliklinikan yksikössä. Kehittämisehdotuksia tuotettiin prosessia mallintamalla ja palvelumuotoilun menetelmiä hyödyntäen. Kehittämistyö on vahvasti sidoksissa HUS:n strategiaan kehittää ja parantaa palveluita sekä asiakaslähtöisyyttä. Kehittämistyön aihe oli tarpeeseen perustuva, jatkuvasti kehittyvässä ja digitalisoituvassa yksikössä.

Kehittämistyön tavoitteena oli tarkastella nuorisopsykiatriasta aikuispsykiatriaan siirtymävaiheen prosessin tietovirtoja. Arvioida mitä haasteita nykyisessä siirtymävaiheen prosessissa on, mitä tietovirtojen kehittämiskohteita siinä on ja miten siirtymävaiheen prosessia voidaan kehittää edelleen. Kehittämistyön tarkoituksena oli tarkastella nuorisopsykiatriasta aikuispsykiatriaan siirtyvän potilaan prosessia.

Kehittämistyön viitekehyksenä käytettiin toimintatutkimusta. Se mahdollisti kehittämistyön tarkastelun käytännönläheisesti ja henkilökunnan edustajia osallistaen. Haastattelemalla nuoriso- ja aikuispsykiatrian osastonhoitajia saatiin siirtymävaiheen prosessin nykytilasta ja kehittämistarpeista hyvä käsitys. Prosessinmallinnusta käytettiin JHS 152-suositusten mukaisesti siirtymävaiheen prosessin nykytilan ja sen tietovirtojen kuvaamiseksi. Siirtymävaiheen prosessin kehittämisohjeiden suunnittelu ja tulevaisuuden palvelukartta toteutettiin palvelumuotoilun menetelmillä ja Lean-ajattelun periaatteet huomioon ottaen. Teoriaosuudessa tarkastellaan kotimaisten ja kansainvälisten lähteiden kautta mielenterveyden kehittymistä digitalisoituvassa yhteiskunnassa, tietovirtojen tärkeyttä potilaan asiakaspolussa, siirtymävaiheen prosessin johtavia tekijöitä sekä ajankohtaisia sosiaali- ja terveydenhuollon kentällä tapahtuvia muutoksia.

Kehittämistyön tuloksena syntyi tulevaisuuden palvelukartta ja kehittämisohjeita, joiden avulla on mahdollista edelleen kehittää ja tehostaa siirtymävaiheen prosessissa käytettäviä toimintatapoja ja työvälineitä. Kehittämisohjeiksi esiteltiin kommunikoinnin tehostamista pikaviestisovelluksen avulla Psykiatrian yksikön osastojen välillä ja sähköisten palveluiden hyödyntämistä muun muassa esitietolomakkeen kanssa. Lisäksi ehdotettiin Nettiterapioiden hyödyntämistä uutena hoitokeinona sekä 15D-lomakkeen avulla hoidon vaikuttavuuden mittaamista. Nettiterapioilla saadaan myös potilaan odottamisaikaa hyödynnettyä hoitotapaamisten välissä. Lopputuloksena hahmoteltiin tulevaisuuden palvelukartta, jossa on potilaalle arvoa tuottavia palvelutapahtumia. Kehittämistyön aikana nousi esiin myös kehittämistarpeita, joihin tarvitaan vielä erillistä jatkokehittämistä ja teknisten ratkaisujen kehittämistä.

**Asiasanat: siirtymävaiheen prosessi, tietovirrat, asiakaslähtöisyys, mielenterveys, palvelumuotoilu, Lean**

Taina Sarajärvi

**From adolescent psychiatry to adult psychiatry - Transition phase process and its development points: HUS Psychiatry**

Year	2017	Pages	62
------	------	-------	----

---

The aim of this development work was to examine the barriers and opportunities of information and communication technologies in the transitional phase process from adolescent psychiatry to adult psychiatry in one of HUS (The Hospital District of Helsinki and Uusimaa) Psychiatry departments. Development proposals were produced by utilizing process modeling and service design methods. The development work was tightly linked to HUS strategy to continuously develop and improve the customer oriented approach and the services offered. The topic of this development work was need-based in the Psychiatry department, which is developing fast and whose services are becoming digital.

The target of this development work was to examine the information flows and challenges of the adolescent psychiatry to adult psychiatry transitional phase process. The goal was to assess the challenges of the current transition phase process, which information flows could be developed and based on the findings to estimate how the whole transition process could be developed further. The aim of this development work was to examine the transition phase process from adolescent psychiatry to adult psychiatry.

In this development work the target of the further development of the transitional phase process was approached with action research. It made it possible to look into the transition phase process very practically. Understanding of the current state of process was gathered by conducting theme interviews with the head nurses of the adolescent and adult psychiatry departments. Process modeling based on the JHS 152 recommendations was used for modeling the current state of the transitional phase and its information flows. Development proposals and a future service blue print were created with service design methods and based on Lean-thinking principles. Domestic and international sources were used in the theoretical part to gain the understanding of the mental health services developing by digitalization, information flow's importance in patient path, the main factors of the transition phase process and ongoing changes in the social and health care field in Finland.

The results of the development work were development proposals and visualized a Service Blue Print proposal of the future transition phase process. With the proposals the transition phase process can be developed further and the working habits and tools can be intensified. Proposals were to take into use online meeting tools for the communication between the departments and exploit the opportunity to digitalize the prerequisite form. One proposal was also taking online therapy into use as a treatment and 15-D form for measuring the effectiveness of the treatment. This way the patient's waiting time between face to face meetings can be utilized for more efficient care. During the development work some development needs were also noted that require more development and new, more sophisticated technical solutions.

**Keywords: transitional phase process, information flows, customer orientation, mental health, service design, Lean.**

## Sisällys

1	Johdanto .....	6
2	Kehittämistyön tietoperusta .....	8
2.1	Tietovirrat potilaan palveluprosessissa .....	8
2.2	Teknologian avulla kehittyvät mielenterveyspalvelut .....	12
2.3	Nuorisopsykiatrian asiakkuuteen johtavia tekijöitä .....	14
2.4	Aikuispsykiatrian asiakkuuteen asiakaslähtöisesti .....	16
3	Kehittämistehtävän lähtökohdat .....	17
3.1	Kohdeorganisaatio .....	17
3.2	Tavoite ja tarkoitus .....	18
4	Kehittämistyön menetelmät .....	19
4.1	Toimintatutkimus viitekehyksenä .....	20
4.1.1	Prosessin mallinnus tietovirtojen kuvaajana .....	21
4.1.2	Lean- menetelmällä tehokkuutta siirtymävaiheen prosessiin .....	23
4.2	Palvelumuotoilu siirtymävaiheen prosessin kehittämisen menetelmänä .....	26
5	Siirtymävaiheen prosessin nykytila .....	27
5.1	Tiedonkeruu siirtymävaiheen prosessin kulusta .....	28
5.1.1	Siirtymävaiheen prosessin haasteet .....	29
5.1.2	Siirtymävaiheen nykytilan prosessikaavio .....	31
5.2	Siirtymävaiheen prosessin arviointi, arvovirrat ja kehittämiskohteet .....	35
6	Siirtymävaiheen prosessin kehittämisehdotukset .....	38
6.1	Sähköinen esitietolomake .....	38
6.2	Teknologian hyödyntäminen osastojen välisessä yhteistyössä .....	39
6.3	Potilaiden tavoitettavuus .....	40
6.4	Nettiterapioiden ja 15D-lomakkeen käyttöönotto .....	41
6.5	Hoitohenkilökunta tutuksi asiakaslähtöisesti .....	42
7	Palvelukartta kehittämistyön tuloksena .....	43
8	Kehittämistyön arviointi .....	46
8.1	Kehittämistyön tulosten arviointi .....	47
8.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus .....	49
8.3	Johtopäätökset ja jatkokehittäminen .....	51
	Lähteet .....	53
	Kuviot .....	60
	Liitteet .....	61

## 1 Johdanto

Digitalisaatio on yksi Suomen hallituksen määrittämistä kärkihankkeista. Hallituksen linjauksessa halutaan uudistaa julkisia palveluita digitaalisiksi ja asiakaslähtöisiksi. Tavoitteena on saada ketteryyttä uudistuksiin, purkamalla säätelyä ja tukemalla vuorovaikutteista ja kokeiluja hyödyntävää johtamiskulttuuria. (Valtioneuvosto 2015.) Digitalisaatiota kutsutaan myös aikakautemme suurimmaksi muutokseksi. Usein se mielletään pelkästään teknologian tuomaksi uudistukseksi mutta parhaimmillaan digitalisaatio kuitenkin tuo sekä paremman asiakaskokemuksen että kustannussäästöjä. Digitalisoituminen ja digitalisaatio ovat esimerkiksi sosiaali- ja terveyshuollossa vielä verrattain uutta, eikä siitä olla otettu läheskään kaikkea hyötyä irti. Digitalisoitumiseen sosiaali- ja terveyshuollossa kuuluvat terveyspalveluiden ja prosessien sähköistäminen, tieto- ja viestintäteknikkaa hyödyntäen. Digitalisoitumisen myötä palveluita viedään saataville sähköisesti ja jopa automatisoidaan. Digitalisoituminen edellyttää uusia tapoja toimia ja uuden tiedon opettelua. Teknologian lisäksi digitaalisuus on myös yhdessä tekemistä ja vuorovaikutusta. Ytimenä digitalisaatiossa on kokonaisvaltainen uudistuminen ja muutos. (Jungner 2015; Ilmarinen & Koskela 2015.)

Uudet teknologiat ja digitalisoituminen ovat jo muuttaneet ja tulevat tulevaisuudessa muuttamaan jokaisen sosiaali- ja terveydenhuollon parissa toimivan työtä. Teknologia luo kokonaan uusia mahdollisuuksia toteuttaa sosiaali- ja terveyspalveluita. Vaaditaan jatkuvaa kouluttautumista ja uusia kykyjä, jotta teknologiassa tapahtunut kehitys saadaan hyötykäyttöön. Tarvitaan muutosta kokonaisvaltaisesti toimintatavoissa, kun oikeastaan koko toimintaympäristö muuttuu. (Kuntaliitto 2015.) Myös Terveiden ja hyvinvoinninlaitos (THL 2012, 18-19) on ennustanut viestintäteknologian kehityksen jatkuvan vahvana ja muuttavan asiantuntijatiетоa, jota tarvitaan terveyden ja hyvinvoinnin osa-alueilla. Uudet teknologiat avaavat uusia mahdollisuuksia mutta vaativat seurantaa sekä arviointia. Tiedolla vaikuttamisen ja johtamisen mahdollisuudet tulevat yhä vain kasvamaan uudistusten myötä.

Tulevaisuuden Suomessa tullaan hyvinvointipalveluja uudistamaan kokonaisvaltaisesti ja asiakaslähtöisesti. Asiakaslähtöisyys on yksi tärkeimpiä palveluun liittyviä ominaisuuksia. Kansalaisten mahdollisuuksia halutaan parantaa, että he voivat huolehtia paremmin myös itse omasta terveydestään ja elämästään. Tämän asiakaslähtöisen ja omatoimisen hyvinvoinnin edistämisen mahdollistavat toimivat sähköiset palvelut sekä luotettava hyvinvointitieto, unohdamatta ammattiavun saatavuutta tarvittaessa. Tiedon jakaminen kuuluu vahvasti asiakaskeisyyteen. Uudistus tuo tullessaan useita muutoksia ja vaatimuksen tasa-arvoisesti saatavilla olevasta palvelurakenteesta. Kaiken edellytyksenä on sujuva ja läpinäkyvä tiedonkulku ja moniammatillinen yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon eri toimijoiden välillä. (Vuorilehto, Larri, Kurki & Hätönen 2014, 54; SMT 2014, 4-5.)

Tämä opinnäytetyö on toteutettu kehittämistyönä, jossa tarkastellaan Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (myöhemmin HUS) kuuluvassa Psykiatrian poliklinikan yksikössä potilaan siirtymävaiheen prosessia nuorisopsykiatriasta aikuispsykiatriaan. Opinnäytetyössä tarkastellaan tieto- ja viestintätekniikan prosessien esteiden ja edellytysten toteutumista sekä tuotetaan kehittämis ehdotuksia prosessia mallintamalla ja palvelumuotoilun menetelmiä hyödyntäen. Kehittämistyössä huomioidaan Lean-ajattelun peruseriaate eli virtaustehokkuus, pääpainona hukan poisto ja tietovirtojen katkeamattoman kulun varmistaminen siirtymävaiheen prosessin eri vaiheissa. Kokonaisvaltaisena tavoitteena on kehittää siirtymävaiheen prosessia. Opinnäytetyössä otetaan huomioon myös sosiaali- ja terveydenhuollon tulevaisuuden palveluiden tavoitetila edistää ihmisten hyvinvointia, asiakaslähtöisillä, oikea-aikaisilla, tietoturvaisilla, kustannustehokkailla, sujuvilla ja tehokkailla palveluilla (Pöysti & Varhila 2016). Opinnäytetyö tukee myös pitkäjänteistä yhteistyötä, jonka suunnitelmien keskeisimpiä tavoitteina ovat olleet muun muassa kotiin vietävien palveluiden lisääminen sekä sähköisten palveluiden kehittäminen (Lohjan kaupunki & Perusturvakuntayhtymä Karviainen & HUS 2013). Opinnäytetyö tukee myös HUS:n omaa strategiaa ja periaatetta, vaikuttavaa hoitoa potilaan parhaaksi sekä uudistuneen terveydenhuoltolain mukaisesti asiakaslähtöisyyttä, terveyden edistämistä, laadun varmistamista, kustannustehokkuutta sekä potilasturvallisuuden vahvistamista. (HUS 2016; Finlex@ 1326/2010.)

Tämä kehittämistyö kuuluu Dediwe-hankkeeseen (The Developer of Digital Health and Welfare Services) ja on ylemmän Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö. Dediwe-hanke on Laurea ammattikorkeakoulun koordinoiva eHealth-osaamista kehittävä vaihtoehtoinen opintomoduuli. Opintomoduuli kehittää ammattilaisten kyvykkyyttä parempien sähköisten terveys- ja hyvinvoinninpalvelujen kehittämiseen. Hanke on yhteistyöhanke, jossa ovat mukana Laurea Ammattikorkeakoulu (UAS) ja Arcada (UAS) Suomesta. Red Cross Medical College of Riga Stradins Latviasta sekä Viron Tartosta Health Care College (Ahonen 2015; Arcada Research, Development & Innovation 2016). Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä HUS:n sairaanhoitopiiriin kuuluvan Psykiatrian yksikön ja Laurea ammattikorkeakoulun kanssa.

## 2 Kehittämistyön tietoperusta

Kehittämistyön tietoperusta rakentuu HUS:n strategian ympärille uutta tietoa luovasta, laadukkaasta, oikea-aikaisesta ja asiakaslähtöisestä visiosta. HUS:n omia arvoja, ihmisten yhdenvertaisuutta, luovuutta ja luottamuksellisuutta tukien. (HUS 2011.) Lisäksi huomioidaan kommunikaatio ja teknologiset ratkaisut erikoissairaanhoidossa, jotka ovat oikea-aikaisessa toimisessa avainasemassa.

Lisäksi tietoperustassa syvennyttään erikoissairaanhoidon tietovirtojen, teknologian avulla kehittyvien mielenterveyspalveluiden ja asiakaslähtöisyyden ympärille sekä katsotaan potilaan nuorisopsykiatriasta aikuispsykiatriaan siirtymävaiheen prosessin johtavia tekijöitä. Huomioon on otettu myös suuret muutokset, joita lähitulevaisuudessa erikoissairaanhoidon tulossa Apotti-hankkeen ja suunnitteilla olevan sosiaali- ja terveydenhuollon (sote)-uudistuksen myötä.

### 2.1 Tietovirrat potilaan palveluprosessissa

Nonaka ja Takeuchi (1995) luokittelivat tiedon jakautuvan dataan, informaatioon ja tietämykseen. Heidän mukaansa tieto on asennoitumista, näkökantaa ja toimintaa. Tiedon siirtäminen vaatii sekä tehokasta että hyvin toimivaa rakennetta organisaatiossa. Organisaatiossa on oltava hyvä tiedonhallinta, jotta oikea tieto voi liikkua oikeille henkilöille ja juuri silloin kun sille on tarvetta. Organisaation ammattilaisten tulee myös osata soveltaa tietoa. Organisaation vaikutus tiedonkulkuun on siis merkittävä. Teknologian avulla tiedon kulun tehostaminen on mahdollista ja se mahdollistaa muun muassa tiedon siirron vaivattomasti useiden toimijoiden välillä. Terveydenhuollossa oikea aikainen ja paikkansa pitävä tieto on hoidon kannalta välttämätöntä. (Laihonen 2005, 9-19.)

Vielä teknologian avulla vaivattomasti siirrettyä tietoa tärkeämpää on, ihmisten välinen vuorovaikutus ja siihen panostaminen, varsinkin hoitotyössä. Tietovirtoja ei ole vain kirjoitettuun muotoon saatettu tieto, vaan sitä ovat myös hoitohenkilökunnan välinen kommunikointi ja yhteistyö, jota kutsutaan hiljaiseksi tiedoksi. Ihmissuhdetaidot ja hyvä keskinäinen vuorovaikutus työyhteisössä ovat avain osaamisen kehittymiseen. Osaaminen on organisaatioiden tärkein kilpailuedun ilmentymä. Usein osaaminen mielletään strategiseen osaamiseen, joka pitää sisällään organisaation työyhteisön tietämyksen ja teknologian. Tieto vaatii taustalleen hyvin monimuotoista osaamista. (Laamanen 2003, 35.)

Tieto on valtaa ja tiedon panttaaminen vallankäyttöä. Usein onkin häilyvää, mikä on tiedon käyttöä oikein ja mikä väärin. Johtamistiedossa, jonka avulla voidaan tehdä päätöksiä, on



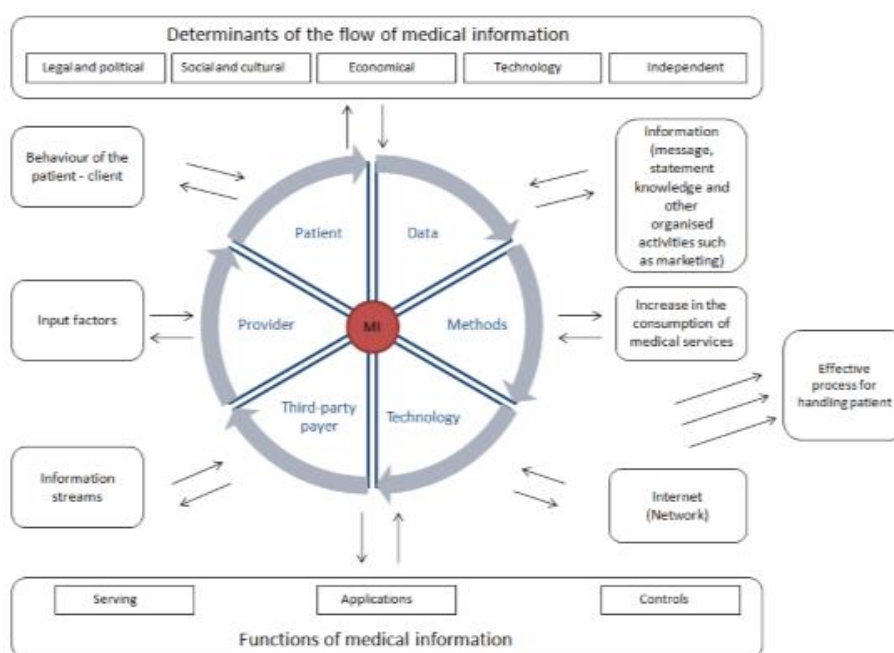
usein neljä perusongelmaa. Ongelmiksi luetellaan tiedonkulku, täsmällisen ja suoraan saatavilla olevan tiedon puuttuminen ja kyvyttömyys tehdä päätelmiä tai hyödyntää olemassa olevaa tietoa. Ongelmat keskittyvät usein tiedon keräämiseen ja itse tiedon käyttäjään. Tiedonkulun ongelmia ovat muun muassa tiedon jääminen esimiestasolle ja lähettävän yksikön tietämättömyys tutkivan yksikön tarpeista. Lisäksi ohjeita ei joko ole tai ne ovat liian vaikea selkoisia, vastuut ovat epäselviä, tiedon saatavuus heikkoa, päätöksen teko monimutkaista, tietojärjestelmät puutteellisia ja kirjaaminen epätarkkaa. (Parvinen, Lillrank & Iivonen 2005, 229-203.)

Potilaiden hoitoon osallistuvilla mielenterveystyön ammattilaisten tulee välittää tietoa toisilleen potilaan hoitoa koskevissa asioissa. Tiedon välittämiseen käytetään potilasasiakirjoja, ne käsittävät sekä paperisia, että digitaaliseen muotoon kirjattua tietoa. Potilaalla on oikeus saada tietoonsa kaikki hänestä kirjatut asiat ja pyytää korjausta mahdollisiin virheisiin. Potilaasta tehdyt kirjaukset tulevat olla mahdollisimman neutraaleja, virheettömiä ja selkeästi kirjoitettuja. On otettava huomioon miltä niiden lukeminen potilaasta tuntuu. Asiakastietojen sähköisestä käsittelystä määrätään myös laissa, jonka tarkoituksena on yhtenäistää sähköisten potilastietojen käsittely ja arkistointi potilasturvallisuuden varmistamiseksi ja edistämään potilaan tiedonsaantia omasta hoidostaan. Potilasasiakirjojen yksi tehtävä on myös varmistaa sekä potilaan että ammattihenkilöstön oikeusturvaa. (Vuorilehto, ym. 2014, 63-64; Finlex@ 159/2007.)

Laihonen (2005, 1) ja Eley, Fallon, Soar, Buikstra ja Hegney (2008, 1) painottavat palveluntarjonnan sähköistämisen aiheuttavan palveluprosessien uudelleen tarkastelua ja suunnittelua kokonaisvaltaisesti. Nykyisten palveluiden digitalisointi sellaisenaan ei kuitenkaan ole ratkaisu vaan kokonaisuutta tulee arvioida toimintatapojen tasolle saakka. Laihonen (2005, 6) myös viittaa Kemppilän ja Mettäsän (2004, 26) määritelmään, tietointensiivisten palveluiden olevan vahvasti tietoon ja ammatilliseen osaamiseen perustuvia. Palveluita käytetään osaamisen kehittämiseen. Palvelun tuottajan ja vastaanottajan välillä vallitsee vuorovaikutus, jossa uutta tietoa tuotetaan ja jaetaan. Laihonen (2005, 56) toteaa, että tiedon merkitys on erityisen suuri juuri tietointensiivisissä palveluorganisaatioissa. Uutta tietoa tarvitsee luoda, olemassa olevaa tulee varastoida, jakaa ja osata käyttää sitä hyödyksi. Teknologinen kehitys osaltaan auttaa ja mahdollistaa uudenlaisia tapoja tiedonhallinnan tehostamiseen. Kehitys tuo uusien toimintatapojen mukana kuitenkin myös uusia haasteita muun muassa tietoturvan, tietosuojan ja koko tiedonhallinnan osalta.

Puolassa on tutkittu lääketieteellisen informaation taustatekijöiden tietovirtoja potilaan palveluprosessissa, tavoitteena on ollut tehostaa prosessia siirryttäessä sähköisiin palveluihin. Ensin määritettiin tekijät, joilla on vaikutusta potilaaseen lääketieteellisesti, kuten lailliset ja poliittiset tekijät, sosiaalinen-kulttuurillinen, talous ja teknologiset ratkaisut. Seuraavaksi

määriteltiin palvelut, sovellukset ja ohjauksen tietovirrat. Kolmanneksi tulee mittaus tekijöistä, jotka vaikuttavat potilaan päätöksiin (yksilölliset tarpeet, kommunikointi verkossa ja tiedon jakamisen halukkuus). Neljänneksi tunnistettiin tietovirrat, joilla on vaikutusta muun muassa tiedon kulkuun. Lopuksi tarkastettiin ehdotettu malli reflektoiden välineisiin ja menetelmiin tiedon hallinnassa. (Rudawska & Petlak 2013.)



Kuvio 1: Lääketieteellisten tietovirtojen taustatekijät (Rudawska & Petlak 2013)

Myös Suomessa ja HUS:ssa on tiedostettu tulevaisuuden muutokset ja terveydenhuollon palveluprosessin tarve suuntautua entistä enemmän asiakaslähtöiseksi, tarjoten ajantasaisista tiedoista mahdollisimman sujuvasti. Ajantasaisen tiedon avulla voidaan tehdä järkeviä päätöksiä nopeammin. Suomessa on myös Puolan tavoin asiaa lähdetty kehittämään. HUS:n vastaus tähän haasteeseen on Apotti-hanke. HUS on mukana Apotti-hankkeessa yhdessä Helsingin, Vantaan, Kirkkonummen ja Kauniaisten kaupunkien kanssa. Tarve Apotti-hankkeelle on lähtenyt saadoista toisistaan täysin erillisistä tietojärjestelmistä, jotka eivät kommunikoi keskenään. Potilastiedot eivät aina ole olleet ammattilaisten käytettävissä, silloin kuin niitä olisi tarvittu. Näin ollen tiedolla johtaminen tai tiedon hyödyntäminen on ollut lähes mahdotonta ja se on voinut jopa heikentää potilasturvallisuutta. Apotti-hanke on kansainvälisestikin merkittävä ja ainutlaatuinen hanke, ainoa maailmassa, joka tulee yhtenäistämään alueellisesti sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnanohjausjärjestelmät ja eri prosessin vaiheiden toimijat yhteen. Apotti-hankkeen puitteissa kehitteillä oleva Apotti-järjestelmä tulee korvaamaan muun muassa HUS:ssa tällä hetkellä käytössä olevan potilastietojärjestelmä Uranuksen. Hanke mahdollistaa toiminnan kehittämisen ja takaa paremman laadun yhdessä eri toimijoiden kanssa.

Apotti ei ole pelkästään teknologia-hanke vaan se tähtää kokonaisvaltaiseen toiminnan muutokseen ja esimerkiksi prosessien yhdenmukaistamiseen. Muutoksilla tulee olemaan suuri merkitys toiminnan sujuvuuteen, laatuun ja potilasturvallisuuteen. Apotti-järjestelmä mahdollistaa myös konkreettisen tiedon saannin niin hoidon määrästä, laadusta, vaikuttavuudesta kuin kustannustehokkuudestakin. Uudenlainen ja kattavampi mittaaminen, tulee mahdollistamaan jatkuvan kehittämisen syklin, koska käytettävissä oleva ajantasainen tieto lisääntyy ja on helposti saatavilla. (Apotti 2016.)

Apotti-hankeessa potilasturvallisuutta voidaan kutsua yhdeksi sen kulmakivistä. Tietoturva on olennainen osa potilasturvallisuutta. Tietoturvan tarkoituksena on varmistaa tiedon saavuus, eheys ja käytettävyys sekä tietojen rajattavuus niitä tarvitseville henkilöille (VM 2009). Apotti-järjestelmä rakennetaan tukemaan Valtionvarainministeriön (2009) määrittämiä tietoturvan eri osa-alueita (Kuvio 2). Tietoturvan eri osa-alueet luovat kokonaisuuden, jonka tulee olla kunnossa, että varmistetaan tietoturvasuus. Osa-alueet suojaavat toisiaan, ilman että tietojen luottamuksellisuus vaarantuu. Tietoturvasuus ja tietosuoja rakentuvat henkilökunnan, henkilökunnan koulutuksen, tietoturvasuuden hallinnan, tietoverkkojen, verkkolaitteiden, palvelimien, tietokantojen, päätelaitteiden ja käyttöjärjestelmän varaan. Apotti-järjestelmän kautta potilastietojen välittäminen salattuina ja luottamuksellisuutta vaarantamatta on mahdollista. Pääsynhallinta ja tiedon näkyvyys ovat järjestelmässä rajattavissa tarvittaville henkilöille. Kaikki järjestelmässä tehdyt toimet voidaan kiistatta jäljittää henkilötasolle. Tiedon eheys on olennaista, ja asiakas- ja potilastietojen ajantasaisuus sekä oikeellisuus ovat siinä tärkeässä osassa. Tietojen eheyden tulee säilyä myös tietoja päivitetessä. Järjestelmä myös mahdollistaa sosiaali- ja terveystoimien ammattihenkilöille pääsyn ajantasaisiin potilastietoihin koko hoitoprosessin läpi (Apotti 2015).



Kuvio 2: Tietoturvasuuden osa-alueet (Apotti 2015, 8; VM 2009)

Apotti-hanke vastaa osaltaan myös sote-uudistukseen, jonka tavoitteena on hoidon laadun varmistaminen sekä potilasturvallisuuden parantaminen. Sote-uudistus edellyttää muun muassa kansalaisten hyvinvoinnin ja terveyden seuraamista, sosiaali- ja terveydenhuollon laadun tarkkailua, kustannustehokkuutta ja hoidon vaikuttavuutta modernien sähköisten palveluiden avulla, asiakaslähtöisyyden periaatteella. Asiakaslähtöisyys on myös yhtenä Apotti-hankkeen kulmakivistä. Sote-uudistuksen toteuttaminen edellyttää kokonaisvaltaisen toimivan toimintajärjestelmän, jossa tieto liikkuu kansallisesti, ajantasaisesti ja eheästi. (SMT 2014.) Näin mahdollistetaan tulevaisuudessa myös vahva tiedolla johtaminen ja yhteistyö eri toimijoiden välillä. Apotti-järjestelmän yksi suurimmista hyödyistä tulee olemaan jatkuvan kehittämisen mahdollisuus, ajantasaisen tiedon mukaan. Potilaat saavat laajemmin tietoa omasta terveydestään ja sähköinen asiointi portaali tulee helpottamaan asioiden hoitoa. Portaali on käytettävissä niillä laitteilla, joita asiakkaat jo tänäkin päivänä käyttävät, eli puhelimilla, tableteilla tai tietokoneilla. Apotti-järjestelmän ensimmäiset käyttöönotot ovat tulossa syksyllä 2018. Apotti-hankkeen toiminnan muutoksen kuusi pääperiaatetta ovat asiakaslähtöinen toiminta, toimintatapojen yhtenäisyys, kustannustehokkuus, tiedon hyödyntäminen ja tiedolla johtaminen, asiakastyytyväisyys ja innovatiiviset toimintatavat. (Apotti 2016.)

## 2.2 Teknologian avulla kehittyvät mielenterveyspalvelut

Mielenterveyden globaali toimintasuunnitelma painottaa yksilön toipumiseen tähtäävää korkealaatuista, kulttuurisidonnaista sekä ihmisoikeuksia kunnioittavaa hoitoa. Yksilöiden tulee olla mukana mielenterveystyön suunnittelussa, kehittämisessä, arvioinnissa sekä osallistua itseään koskeviin ratkaisuihin. (WHO 2013.)

Mielenterveydelle käsitteenä ei ole vain yhtä ja oikeaa määritelmää. Eri tieteiden ja alojen tutkijat ovat myös painottaneet mielenterveyden eri tavoin. Maailman Terveysjärjestö (WHO 2014) määrittelee mielenterveyden hyvinvoinnin tilaksi, jossa yksilö ymmärtää oman potentiaalinsa, pystyy toimimaan normaaleissa stressitilanteissa, työskentelemään tuottavasti ja tuoksellisesti sekä toimimaan yhteisönsä jäsenenä. Lönnqvist, Henriksson ja Marttunen (2011, 24) listaavat hyvän mielenterveyden olevan toisista välittämistä ja kykyä rakastaa. Tärkeä merkitys on myös todellisuuden tajulla, joka erottaa sisäisen ajatusmaailman ja ulkoisen todellisuuden vaikeissa tilanteissa. Vuorilehto, ym. (2014, 11) lisäksi toteavat jokaisen meistä tekevän mielenterveystyötä omilla valinnoillaan, erityisen tärkeää ovat omat voimavarat ja taito osallistua, sekä ottaa vastuuta omasta mielenterveydestään.

Psykiatria on lääketieteen erikoisala, jonka tehtävänä on tutkia ja hoitaa mielenterveyden häiriötä. Vuodesta 1989 voimassa ollut erikoissairaanhoitolaki (1062/1989) liitti psykiatrian osaksi erikoissairaanhoitoa. Psykiatrian etiikka lähtee toisten kunnioittamisesta ja ihmiso-

keuksista. Psykiatrisen hoidon ehto on yksilön kunnioittaminen ja ihmisoikeuden toteuttaminen ja ne ovat myös mielenterveyden tärkeitä edellytyksiä. Maailman Psykiatrian eettinen ohjeisto (Madrid 1996) määrittää psykiatrian tehtävänä kiteytetysti edistää mielenterveyttä, se pitää sisällään parhaan mahdollisen hoidon ja kuntoutuksen mielenterveyden häiriöissä. (Lönnqvist, ym. 2011, 16-17; Finlex@ 1062/1989.)

Mielenterveyslaki (1116/1990) puolestaan varmistaa mielenterveyshoitoa tarvitsevan potilaan oikeusturvaa ja hoitoon pääsyä. Mielenterveyslaki myös määrittää terveydenhuollon psykiatrisen tehtävän mielenterveystyöksi, jolla tarkoitettiin yksilön henkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn, persoonallisuuden vahvistamisen edistämistä sekä mielisairauksien ja mielenterveyshäiriöiden ehkäisemistä, lievittämistä ja parantamista. Psykiatria onkin tiiviissä yhteydessä ihmisten elinympäristöön, kulttuuriin ja ihmisten välisiin suhteisiin. Suomi on maa, jonka terveydenhuolto ja psykiatria kulkevat kehityksen eturintamassa. Terveydenhuoltolain määritelmän mukaan avohoidon tulee olla ensisijainen hoitomuoto, ja lisäksi on määritelty, että oma-aloitteista hoitoon hakeutumista sekä itsenäistä suoriutumista tulee tukea. (Parpola 2013, 234; Finlex@ 1062/1989; Finlex@ 1326/2010.)

Parpolan mukaan (2013, 278) psykiatrian kehitys on sidoksissa vallitsevaan käsitykseen ihmisestä ja se on muun muassa määrittänyt, mikä on ihmisille suotavaa ja hyväksyttävää käyttäytymistä. Tavallisuudesta poikkeamista on säädelty niin kirjoitetussa laissa kuin kirjoittamattomassa toimintakulttuurissakin. Psykiatrian historiassa taistelee toivo parannuskeinon löytymisestä sairauden aiheuttamaa häpeää vastaan. Toivon aikakausina kokeillaan uusia hoitomuotoja ja tutkitaan uusia hoitomahdollisuuksia, rakennetaan hoitojärjestelmää ja pyritään sitomaan myös mieleltään sairaat osaksi muuta yhteisöä. (Parpola 2013, 282.) Yhteistä eri aikakausille on se, että hyvä hoitojärjestelmä luo perustan mielenterveystyötä tekeville asiantuntioille. Niiden avulla syntyy mielenterveyspalveluja tarvitsevan potilaan luotettava hoito. (Lönnqvist, ym. 2011, 752.) Parpolan (2013, 82) mukaan toivon aikakaudella vahvasti kehitetään erilaisia hoitomuotoja. Tällä hetkellä kehityksen suunta on vahvasti digitalisoinnissa, palveluita sähköistetään sekä kehitetään vaihtoehtoisia digitaalisia terapiamuotoja. Edellä mainittuja seikkoja tarkastelemalla voidaan todeta, että tällä hetkellä vallalla on toivon aika-kausi.

HUS on myös vahvasti edistänyt terveyspalveluiden digitalisoinnista ja kehittänyt valtakunnallisia sähköisiä terveyspalveluja. HUS on yhdessä erityisasiantuntijoiden ja potilaiden kanssa kehittänyt verkkopalveluna toimivan Terveyskylän. Palvelussa toimii useita eri virtuaalitaloja, jotka ovat tarkoitettu tarjoamaan tietoa sekä tukea eri oireisiin. Terveyskylän kehittäminen kuuluu Virtuaalisairaala 2.0 kehittämishankkeeseen. (Terveyskylä 2016.) Terveyskylän ensimmäinen ja ehkä myös tunnetuin talo on Mielenterveystalo. Mielenterveystalo on ennaltaehkäisevään mielenterveyshoitoon painottuva verkkopalvelu. Verkkopalvelusta löytyy luotettavaa

ja ajan tasalla olevaa tietoa mielenterveys- ja päihdeongelmista sekä alueellisista ja valtakunnallisista mielenterveys- ja päihdepalveluista. Saman katon alta Mielenterveystalosta löytyy aikuisten-, nuorten- ja lasten mielenterveystalot. Aikuisten mielenterveystalo on tarkoitettu täysi-ikäisille. Se on avoinna kaikille ja sisältää omahoito-ohjelmia ja oppaita. Nuorten mielenterveystalo on vastaavasti suunnattu nuorille, auttamaan nuoria selviämään arjessa, saamaan vertaistukea ja löytämään tietoa mielenterveysasioihin liittyen. Palvelussa on oma talo myös lapsille. Lasten mielenterveystalosta löytyy muun muassa pelejä ja lasten mielenterveyttä tukevaa materiaalia lapsille ja heidän vanhemmilleen. Lisäksi Mielenterveystalossa on Nettiterapioita, jotka ovat palveluina ilmaisia. Nettiterapioihin pääsee lääkärin lähetteellä. Nettiterapiat ovat internet selaimella käytettäviä terapiaohjelmia, joiden avulla opetellaan uusia toimintatapoja ja pyritään tunnistamaan negatiivisista asennoitumista. Potilaalla on tukemaan myös nettiterapeutti, joka ohjaa ja arvioi hoidon edistymistä. (Mielenterveystalo 2016; Nettiterapiat 2016.) Tulevaisuudessa hoitoa tarvitsevat potilaat saavat uudenlaista palvelua ja hoitoa, juuri silloin kun se heille itselleen parhaiten sopii ja jonka tarjoaminen on mahdollistunut teknologian kehittymisen myötä.

### 2.3 Nuorisopsykiatrian asiakkuuteen johtavia tekijöitä

Monet kasvuvaiheessa olevat nuoret tarvitsevat tukea. Useimmiten se tarjoutuu luonnollisesti nuorten oman tukiverkon kautta. Tukea kasvulle tarjoavat harrastukset, koulu ja vanhemmat. Osaltaan kasvua tukevat myös useat ammattilaiset, kuten kouluterveydenhoitajat, opinto-ohjaajat, psykologit ja opettajat. (Lönngqvist, ym. 2011, 587.) Ennalta ehkäisevään mielenterveystyöhön osallistuvat lisäksi laajasti moniammatilliset työryhmät, joihin kuuluvat niin perusterveydenhuollon toimijat, erikoissairaanhoidon, sosiaalitoimen, seurakunta, kasvatus- ja perheneuvola, valtio ja kunta, työnantajat sekä kolmannella sektorilla toimivat tahot, kuten vapaaehtoiset. (Hietaharju & Nuutila 2016, 14; SMT 2016.)

Mielenterveyshäiriöt ovat ennaltaehkäisevästä työstä huolimatta yleisiä ja monet mielenterveydenhäiriöt ilmaantuvat jo nuoruudessa. Mielenterveyden häiriöiksi ei katsota normaali elämään kuuluvia vastoinkäymisiä tai surureaktioita. Myöskään ristiriidat eivät ole mielenterveyshäiriöiksi luettavia. Mielenterveyden häiriön usein aiheuttavat usean eri tekijän yhteisvaikutus ja usein stressaava tilanne laukaisee tilanteen. Mielenterveyshäiriöt diagnosoidaan Maailman terveysjärjestön kehittämällä ICD-järjestelmällä ja USA:ssa kehitetyllä DMS-järjestelmällä. (THL 2015.)

Eri tutkimusten mukaan noin joka viides, eli noin 20%, nuorista kärsivät jostain mielenterveyshäiriöstä. Nuoruus onkin keskeinen kehitysvaihe, joka pitkälti määrittää terveyden, elintapojen ja myös mielenterveyden häiriöiden näkökulmasta myöhempää vaihetta. Nuorena tehdystä kokeiluista omaksutaan monet vakiintuvista elintavoista ja tottumuksista, kuten suhtautuminen liikuntaan, päihteisiin ja ruokailuun. (Marttunen, Huurre & Strandholm 2013.) Kehityspsykologisesti nuoruus jakautuu kolmeen eri vaiheeseen: varhaisvaihe (12-14 vuotiaana), keskivaihe (15-17 vuotiaana) ja myöhäisvaihe (18-22 vuotiaana). Ikävuodet 22-35 ovat varhaisaikuisuuden ikävuosia. (Kiviniemi 2008, 21.) Pylkkäsen (2013) mukaan vuonna 2010 Suomessa kolme prosenttia 13-22-vuotiaista nuorista käytti nuorisopsykiatrian palveluja. Palvelua käyttäneiden määrä on kasvanut kaksi kolmasosaa vuoden 2002 tasosta. Palveluiden tarve on muuttunut passiivisuudesta aktiiviseksi kysynnäksi. Palveluiden saatavuus ei kuitenkaan ole vielä koko maan osalta viiden prosentin luokassa, jossa sen pitäisi olla.

Mielenterveys häiriöt usein johtavat syrjäytymiseen tai syrjäytymisvaarassa olemiseen. Syrjäytymisestä onkin tullut maailman luokan ongelma ja sen ehkäisemiseksi on puututtava mahdollisimman pian. THL:n 2015 teettämän tutkimuksen mukaan syrjäytyneiden nuorten tarpeet eivät aina kohtaa saatavilla olevien palveluiden kanssa. Usein juuri samat nuoret käyttävät suhteessa paljon terveystalvueluita, jotka lisäävät kustannuksia. Nuorten ja nuorten aikuisten mielenterveyden edistäminen ja syrjäytymisen ehkäiseminen ovat olleet jo 2000-luvun alkupuolelta sosiaali- ja terveystalvuelitiikan painopisteistä. (Kiviniemi 2008,13; SMT 2014; Aaltonen, Berg, Ikäheimo 2015.)

Suomessa nuorisopsykiatria on keskitetty pääasiassa erikoissairaanhitoon, jota esimerkiksi HUS tarjoaa. Yleisimmin erikoissairaanhitoon päädytään, kun nuoren psyykkisessä kehityksessä on vakavia häiriöitä, eikä perusterveydenhuollosta ole enää apua. Erikoissairaanhitoon kuuluvat nuorisopsykiatriset poliklinikat sekä sairaalaosastot. Nuorisopsykiatrian tavoitteena on tehokkaasti ja laadukkaasti tarjota nuoruusikäisille, eli 13-17-vuotiaille potilaille erikoissairaanhoidon palveluja yhteistyössä perusterveydenhuollon, koulujen ja muiden toimijoiden kanssa. Terveystalvueluolaki on määritellyt ensi sijaseksi hoitomuodoksi avohoidon. (HUS Nuorisopsykiatria 2016; Finlex@ 1326/2010.) Kynnys hoitoon pääsyyn nuorilla ja nuorilla aikuisilla tulisi olla mahdollisimman alhainen. Hoidon viivästyminen voi vaikeuttaa myöhempää selviytymistä elämässä. Hoidon lähtökohtana tulisi olla nuorten aikuisten omien kokemusta ensisijaisuus. (Kiviniemi 2008, 27-28.) Lähipiirin, kuten perheen tai kavereiden, ottaminen mukaan hoitoon on tärkeää. HUS:ssa läheisten osallistuminen hoitoon on vahvasti tuettua ja siihen kannustetaan (HUS 2016b).

## 2.4 Aikuispsykiatrian asiakkuuteen asiakaslähtöisesti

Suomessa aikuispsykiatrian asiakkuuteen siirrytään noin 18 vuoden iässä. Siirtymävaihe (transition phase) voidaan määritellä ajanjaksoksi, joka sisältää paljon muutoksia. Siihen liittyy usein epävarmuus omasta itsestä, muutoksen suunnasta ja kokemusten todellisuudesta. Lyhyeen ajanjaksoon saattaa muodostua kasauma muutoksia, joista selviäminen vaatii tavallista enemmän voimavaroja. (Kiviniemi 2008, 22-23.) Mielenterveyden häiriöt ovat 20-40-vuotiaiden suomalaisten parissa kaikista suurin työkyvyttömyyden syy (Hietaharju & Nuutila 2016, 16). On erityisen tärkeää, että siirtymävaihe aikuispsykiatrian asiakkuuteen olisi mahdollisimman asiakaslähtöinen. Siirtymävaiheen tavoitteena on turvata nuorelle-aikuiselle keskeytymätön hoito muun muassa syrjäytymisen ehkäisemiseksi. Parhaimmillaan potilaan hoito on suunnitelmallista, yksilöityä henkilön kehitysasteen mukaisesti, sekä omahoitoa ja vuorovaikutustaitoja tukevaa. On suositeltavaa järjestää aikuispsykiatrian puolelle tutustumiskäynti tukemaan siirtymistä ja poistamaan pelkoja siirtymävaihetta kohtaan. Siirtymävaiheen hyvällä hoidolla edistetään nuoren hoitoon sitoutumista ja luodaan alusta elämänmittaiselle toimintakyvylle. Suositeltavaa olisi, että nuori vastuutettaisiin vähitellen ottamaan vastuuta omasta hyvinvoinnistaan. Siirtymävaiheen loppumisesta ei ole olemassa tarkkaa määritelmää mutta siihen liittyy vahvasti nuorenaikuisen kyky huolehtia itsestään ja kantaa vastuuta osana yhteiskuntaa. (Vidqvist 2013.)

Aikuispsykiatrian ammattilaiset ovat kokeneet epävarmuutta nuorten siirryttyä heidän hoitoonsa. Epävarmuuden aiheuttaa koulutuksen tai kokemuksen puuttuminen. Nuorten mielipiteet tulisikin ottaa kunnioittavasti huomioon päätöksen teossa ja toimia heidän kanssaan vuorovaikutuksessa. Myös yhteistyö nuoriso- ja aikuispsykiatrin yksiköiden välillä tulisi olla hyvin suunniteltu prosessi, joka tukee moniammatillista yhteistyötä. (Vidqvist 2013.)

Sosiaali- ja terveysministeriö (SMT 2009) linjaa, että asiakaslähtöisyys on potilaan mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoprosessiin sen kaikissa vaiheissa. Hoitoketjun tulisi muodostaa toimialasta riippumattomasti eheä kokonaisuus. Tämän edellytyksenä on sosiaali- ja terveydenhuollon verkostoituminen asiakkaan hoitotarpeen mukaisesti. Gröönroos (2009, 27) painottaa osallistamisen tärkeyttä potilaan aseman tukemisessa. Kun potilas on aktiivinen ja vuorovaikutuksessa palveluntarjoajan, eli hoitajan kanssa, hän saa paremmin oman äänensä ja tarpeensa kuulluksi. Tätä kautta voi aidosti vaikuttaa saamaansa hoitoon. Koivuniemi ja Simonen (2011, 46-47) toteavatkin, että on koettu hyödylliseksi ottaa potilas mukaan päättämään omasta hoidostaan. Potilaiden on näin todettu huolehtivan paremmin itsestään ja ovat tarkempia noudattamaan hoito-ohjeistusta.



Helenin (2011, 157-163) mukaan asiakaslähtöisyys on käsitys hoitosuhteen määrittämisestä ja ymmärtämisestä. Hän listaa asiakaslähtöisyyden olevan yhteistyötä yhdenvertaisesti ja sen perustuvan dialogisuuteen. Dialogisuus edellyttää osallistamista ja vaatii työntekijän työta-voilta rohkeutta, avoimuutta, aktiivisuutta ja vankkaa ammattitaitoa. Lisäksi hän mainitsee voimaantumisen, joka on harvemmin käytetty ilmaisu, kun puhutaan asiakaslähtöisyydestä. Voimaantumisessa on kyse potilaan omien voimavarojen tukemisesta ja päätöksenteossa auttamisesta. Voimaantumisen mahdollistajina ovat muun muassa luottamus, arvostus, valinnanvapaus ja myönteisyys. Yleistyksenä voidaan todeta sen olevan potilaan omatoimisuuden tukemista. Saumaton palveluketju on yksi avaintekijä asiakaslähtöisempään suuntaan ja tätä kautta yhtenäistään, tällä hetkellä melko sirpaleista, toimintakenttää. Potilaiden rooli palvelukokonaisuudessa tulee olemaan entistä suurempi. Entistä enemmän tekniikka on palveluketjun palvelujärjestelmissä perustana. Näin ollen potilaan näkökanta ja kokemus tulisi ulottaa myös tietojärjestelmien suunnitteluun saakka. Lisäksi tarvitaan hoitotyön ammattilaisia, jotka ovat sitoutuneita ja motivoituneita työskentelemään asiakaslähtöisesti ja potilaiden tarpeet huomioiden. (Grönroos 2009, 60.) Näin taataan aidosti asiakaslähtöinen hoito ja tietojärjestelmät hoitoprosessissa.

### 3 Kehittämistehtävän lähtökohdat

Kehittämistyön lähtökohdat tukevat HUS:n omaa visiota olla kansainvälisesti merkittävä ja uuden tiedon avulla kehittyvä sairaalaorganisaatio, jossa pyrkimyksenä on potilaiden hoidon laadun, oikea-aikaisuuden, turvallisuuden ja asiakaslähtöisyyden varmistaminen. Lyhyesti, HUS haluaa olla edelläkävijä. HUS korostaa omissa arvoissaan ihmisten yhdenvertaisuutta, luovuutta ja innovatiivisuutta, korkeaa laatua ja tehokkuutta sekä avoimuuden, luottamuksen ja keskinäisen arvostuksen ilmapiiriä. (HUS 2011.)

#### 3.1 Kohdeorganisaatio

HUS on 24 kunnan muodostama kuntayhtymä. HUS:n tehtävänä on tuottaa jäsenkunnille ja niiden asukkaille erikoissairaanhoidon palveluita. Kuntayhtymässä hoidetaan noin puolta miljoonaa potilasta, HUS:n 21:ssä eri sairaalassa. Toiminta on jaettu viideksi sairaanhoitoalueeksi (Kuvio 3): HYKS, Hyvinkää, Lohja, Länsi-Uusimaa, Porvoo. (HUS 2016.)



Kuvio 3: HUS Sairaanhoitoalueet (HUS 2016)

HUS Psykiatriassa tutkitaan ja hoidetaan mielenterveyshäiriöistä kärsiviä potilaita. Erikoisaloina lasten-, nuorten-, aikuis- ja oikeuspsykiatrian erikoisalat (HUS Psykiatria 2016). Tässä kehittämistyössä keskitytään potilaan siirtymävaiheen prosessiin nuorisopsykiatriasta aikuispsykiatriaan, eräässä HUS:n Psykiatrian poliklinikan yksikössä. Poliklinikan asiakkaaksi päädytään aina lääkärin läheteellä. Hoitoa ovat toteuttamassa moniammatillinen työryhmä, joiden käytössä ovat yksilö- perhe, ryhmä- ja verkostokeskeisiä menetelmiä sekä erilaisia matalan kynnyksen ryhmiä. (HUS Nuorisopsykiatria 2016; HUS 2016b.)

### 3.2 Tavoite ja tarkoitus

Kohteena olevan HUS Psykiatrian poliklinikan yksikön huolen aiheeksi on noussut potilaiden hävikki. Hävikkiä tapahtuu, kun potilaat siirtyvät nuorisopsykiatriasta aikuispsykiatrian asiakkuuteen. Hoidosta ulkopuolelle jääminen usein tarkoittaa syrjäytymisen lisääntymistä. (HUS 2016b; Seppälä 2011.) Vuonna 2014, jopa 20% hoitoa vielä tarvitsevista nuorista-aikuisista luopui hoidosta omasta tahdostaan (HUS 2016b).

Opinnäytetyön tarkoituksena on potilaan nuorisopsykiatriasta aikuispsykiatriaan siirtymävaiheen prosessin tarkastelu ja edelleen kehittäminen. Opinnäytetyön tavoitteena on kuvata siirtymävaiheen prosessin tietovirtoja, arvioida mitä haasteita nykyisessä prosessissa on, arvioida mikä siirtymävaiheen prosessissa toimii, sekä miten sitä voidaan kehittää.

Opinnäytetyön tavoitteisiin päästään seuraavien kehittämiskysymysten avulla:

1. Millaisia haasteita siirtymävaiheen prosessissa on?
2. Mitä tietovirtojen kehittämiskohteita siirtymävaiheen prosessissa on?
3. Miten siirtymävaiheen prosessia voidaan kehittää?

#### 4 Kehittämistyön menetelmät

Tämän kehittämistyön lähtökohtana on tarkastella potilaan siirtymävaiheen prosessia nuorisopsykiatriasta aikuispsykiatriaan. Opinnäytetyössä tarkasteltavaa ja kehitettävää kohdetta lähestytään toimintatutkimuksella (action research) ja se toimii tämän kehittämistyön viitekehystenä. Siirtymävaiheen prosessin nykytilan kuvaamiseen käytetään prosessin mallinnusta JHS 152-suositusten (JUHTA 2012) mukaisesti. Prosessin mallinnuksen tarkastelussa apuna käytetään Lean-ajattelua. Lopuksi palvelumuotoilun menetelmien avulla laaditaan siirtymäprosessista uudistettu ja visualisoitu palvelukartta.

Tämä kehittämistyö koostuu kolmesta syklistä. Ensimmäisen syklin aloittaa ymmärryksen saavuttaminen potilaan siirtymävaiheen prosessin kulusta. Siirtymävaiheen prosessin toimivuutta tarkastellaan yhdessä kohteena olevan Psykiatrian poliklinikan yksikön henkilökunnan edustajien kanssa. Henkilökunnan edustajien kanssa käytyjen keskustelujen pohjalta tehdyt muihinpanot ja sähköpostikeskustelut muodostavat tietopohjaa ja ymmärryksen siirtymävaiheen prosessin nykytilasta, sekä siihen liittyvistä toimijoista sekä toiminnoista. Henkilökunnan edustajat saavat myös kommentoida laadittua siirtymävaiheen nykytilan prosessin kuvausta, että varmistetaan sen sisältävän kaikki tarvittavat toiminnot ja toimijat.

Toisessa syklissä siirtymävaiheen prosessista etsitään arvovirtojen avulla, arvoa tuottamattomia osa-alueita, hukkaa ja pullonkauloja Lean-ajattelun mukaisesti. (Modig & Åhlström 2013, 20-37.)

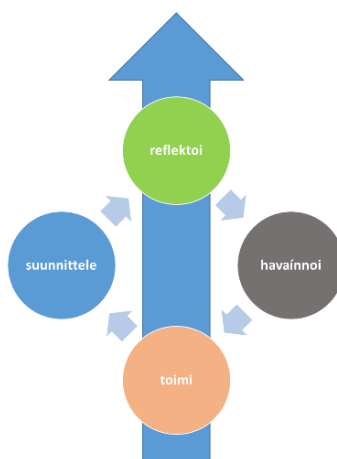
Kolmannessa syklissä mallinnetaan visuaalisesti potilaan siirtymävaiheen palvelukartta (service blueprint). Palvelukartan avulla nähdään palvelukokonaisuus, jossa sekä palveluntarjoajan, että asiakkaan kriittiset pisteet saadaan esille (Ojasalo, Moilanen, Ritalahti 2009, 44). Lisäksi tuotetaan erilaisia kehittämis ehdotuksia siirtymävaiheen prosessissa esiin nouseviin ongelmakohtiin. Kehittämis ehdotukset ja visualisoitu palvelukartta käydään henkilökunnan edustajien kanssa läpi, että varmistetaan niiden käyttökelpoisuudesta ja siitä, että ne ymmärretään samalla tavoin. Tavoitteena on, että kehittämis ehdotukset auttavat siirtymävaiheen prosessin hoidossa, tuovat siihen asiakaslähtöisyyttä ja estävät potilashävikkiä.

#### 4.1 Toimintatutkimus viitekehyksenä

Toimintatutkimuksen kehittäjä pidetään alun perin saksalaissyntyistä sosiaalipsykologia Kurt Lewiniä (1890-1947), joka on luonut toimintatutkimukselle ensimmäisen yksinkertaisen mallin vuonna 1946 Amerikassa. Yksinkertaisessa mallissa reflektointi, havainnointi, toiminta ja suunnittelu seuraavat syklisesti toisiaan. (Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2010, 23; Costello 2003, 7; Kuusela 2005, 17; Tuomi & Sarajärvi 2013, 40.)

Toimintatutkimuksessa korostuu samanaikainen tutkitun tiedon tuottaminen ja käytännön muutoksen toteuttaminen. Toimintatutkimuksella etsitään ratkaisuja käytännön ongelmiin, ja siksi se sopii hyvin kehittämistöiden lähestymistavaksi. Toimintatutkimuksessa keskeistä on uudella tavalla ymmärretty prosessi. Toimintatutkimus voidaankin määritellä prosessiksi, joka tähtää asioiden muuttamiseen ja kehittämiseen. Toiminnan kehittäminen ymmärretään tällöin jatkuvaksi prosessiksi. Toimintatutkimus ei ole pelkästään tutkijoiden työtä, sillä siinä on aina mukana myös ihmisiä käytännön työelämästä ja on näin ollen osallistavaa toimintaa. (Kananen 2014; Heikkinen, ym. 2010, 29; Ojasalo, ym. 2009, 58-60.)

Ojasalo, ym. (2009, 61) kuvaavat toimintatutkimuksen prosessin kulkevan syklisesti ja etevän spiraalimaisesti. Toiminta etenee suunnittelun, havainnoinnin, toteutus ja arvioinnin (reflektoinnin) kehinä, tiivistä seuraten toisiaan. Alun perin tämän mallin kuvaus on Kurt Lewinin ideoma, josta on vuosien varrella tehty useita kehitysversioita. Heikkinen, ym. (2010, 81) esittelevät Carr & Kemmisin (1986, 186) kuvaaman toimintatutkimuksen spiraalin kuvion 4 mukaisesti.



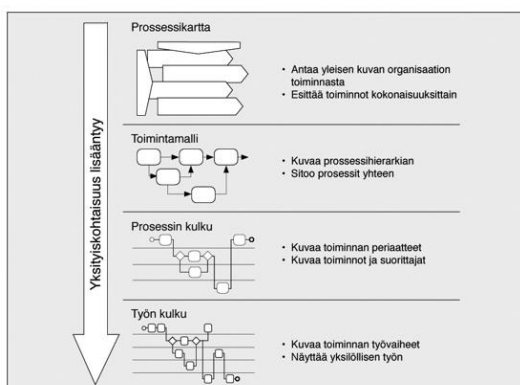
Kuvio 4: Toimintatutkimuksen spiraali mukailten Carr & Kemmis (1986, 186)

Toimintatutkimuksen prosessin liikkeelle saava voima on ongelma, johon haetaan ratkaisua. Toteutusta havainnoidaan ja reflektoidaan ja kokemusten perusteella kehitetään uusi edellistä toimivampi toimintatapa. (Ojasalo, ym. 2009, 60-61; Heikkinen ym. 2010, 35.) Toimintatutkimus on lähestymistapana ennen kaikkea kiinnostunut siitä, miten asioiden tulisi olla. Toimintatutkimuksen tarkoituksena on kehittää uusia taitoja tai uutta lähestymistapaa johonkin tiettyyn asiaan, sekä ratkaista ongelmia, joilla on suora yhteys johonkin käytännölliseen toimintaan organisaatiossa. Kehittämisen kohteina ovat muun muassa yhteisön toimintatavat ja toimintatilanteet. Toimintatutkimus on osallistava menetelmä, jossa toiminnan parhaiten tuntevat, eli yhteisön jäsenet otetaan mukaan kehittämistyöhön. Osallistaminen usein tuo paremmat tulokset, sillä yhteisön itse löytämä ratkaisu voi olla helpompi ottaa käyttöön. (Heikkinen, ym. 2010, 32-33; Ojasalo, ym. 2009, 58-59.) Lähestymistapansa ja ominaisuuksiensa vuoksi toimintatutkimus menetelmänä sopi hyvin myös tämän kehittämistyön viitekehykseksi, koska tavoitteena oli edelleen kehittää nykyistä siirtymävaiheen prosessia ja siinä käytettyjä toimintatapoja, yhdessä henkilökunnan edustajien kanssa.

#### 4.1.1 Prosessin mallinnus tietovirtojen kuvaajana

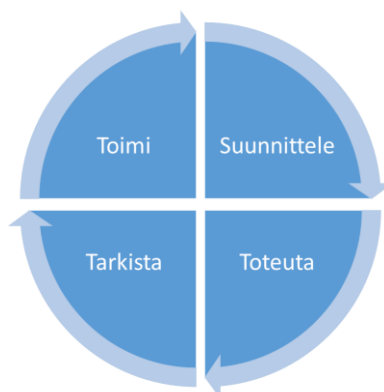
Terveysthuollossa prosessin mallintamisessa suositellaan käytettäväksi Juhdan (2012) prosessien kuvaamisesta annettuja yleisiä JHS 152-suosituksia (Vuokko, Mäkelä, Komulainen & Meriläinen 2011, 13). Prosessin jokainen vaihe on jatkumo edelliseen ja tuottaa jotain lisää edelliseen vaiheeseen. Mitä tahansa muutosta tai toimintaa voidaan kutsua prosessiksi. (Lillrank, Kujala & Parvinen, 2004, 93; Laamanen 2003, 19-21.) Prosessien kehittämällä usein tavoitellaan toiminnan tehostamista, laadun tai palvelutason parantamista, ratkaisuja ongelmiin sekä taloudellisia hyötyjä (JUHTA 2012). Prosessin idea on yksinkertainen, asiakas ja hänen tarpeensa edellä mietitään mitä palveluita (output) hän tarvitsee. Toimenpiteet ja resurssin suunnitellaan tarpeen mukaan ja tarkastellaan mitä tietoa (input) ja toimijoita prosessin läpiviemiseksi tarvitaan. (Laamanen 2003, 21.)

Juhdan (2012) JHS 152 -suosituksessa prosessille esitellään neljä kuvaustasoa, jossa taso tasolta yksityiskohtaisuus lisääntyy (Kuvio 5). Kuvaustasossa yksi on yleiskuvaus organisaatiosta ja toiminnon kokonaisuuksista. Taso kaksi kuvaa toimintamallin, jossa esitellään prosessihierarkia ja kuinka prosessit liittyvät toisiinsa. Tasolla kolme käsitellään prosessin kulku, joka kuvaa toiminnan periaatteet ja suorittajat. Tasolla neljä mennään edellisiä tasoja vielä syvemmälle ja esitellään itse työnkulku ja sen työvaiheet. (JUHTA 2012.)



Kuvio 5: Prosessien kuvaustasot (JUHTA 2012)

HUS:n hallintoylilääkäri Mäkijärvi (2013, 9) linjaa, että palveluprosessit ovat terveydenhuollon tärkein kehittämisen kohde. Niiden kehittäminen on haastavaa mutta välttämätöntä. Prosessin kuvauksia on tehty, mutta niiden kehittämismenetelmä ei ole vakioitunut. Mäkijärvi (2013, 57) esittelee Demingin ympyrän (PDCA) hyvänä kehittämisen työkaluna, joka auttaa toteamaan ja toteuttamaan prosessin muutoksia (Deming 1986). Kuviossa 6 esitellään Demingin jatkuvan kehittämisen kehä, jossa ensin suunnitellaan (Plan), sitten edetään toteuttamiseen (Do), mittaamisen kautta seurataan muutosten vaikutuksia (Check) ja arvioidaan mitä pysyviä muutoksia tullaan tekemään (Act). Kehittämisen tulisi olla jatkuvaa, eikä vain kerta luonteinen toimenpide. Tärkeää on myös nimetä prosessille omistaja, kenen vastuulla prosessi todella on, näin myös vastuu kehittämisestä on nimetty tietyille henkilölle. Demingin ympyrää voi myös hyvin hyödyntää selvittämään, millaista tietoa tarvitaan, että tehtävä saadaan toteutettua. Kaikkiin tehtävään liittyy vahvasti suunnittelua, toteutusta, tarkastusta ja arviointia, sekä jatkuvaa parantamista ja korjaamista. On tärkeää ymmärtää, miten asiat ovat olleet, mikä on nykytilanne, ja mihin halutaan päästä. Suunnitelmien ja tavoitteiden jälkeen voidaan aloittaa itse toteutus. Koko ajan on reagoitava tapahtuviin muutoksiin. Arvioinnissa tulee tarkastella, kuinka tavoitteet saavutettiin ja onko tarvetta muuttaa lähestymistapaa vielä jollain lailla. Tällainen kehittäminen on myös jatkuvaa oppimista. (Laamanen 2005, 48.)



Kuvio 6: Jatkuvan kehittämisen kehä Demingin mukaan (Mäkijärvi 2013, 57)

Laamanen (2005, 151-153) kuvaa prosessin haltuunottoa organisaation syy-seuraussuhteiden ymmärtämisellä. Prosessista tulee syntyä oikeaa hyötyä asiakkaalle. Prosessissa tehtävät seuraavat toisiaan. Tekijöiksi tarvitaan resursseja ja erilaisia työmenetelmiä, osaamista, laitteita ja itse tiloja, joissa tehtävät suoritetaan. Syntyvään arvoon tarvittavat resurssit määrittävät onko prosessi tehokas.

Prosessin kuvaamisessa on suositeltavaa kuvata mahdollisimman standardoidusti, mihin prosessia sovelletaan, mistä asiakkaan prosessi alkaa, ja mihin se päättyy. Ketkä ovat prosessin asiakkaat ja heidän vaatimukset ja mahdolliset sidosryhmät. Prosessilla tulisi aina olla tavoite. Lisäksi pitäisi selventää, mitä prosessi tuottaa ja miten vastuut jakautuvat. Visualisoitu prosessikaavio kertoo prosessin vaiheet ja roolit, valitulla kaaviotekniikalla esitettyinä. (Laamanen 2005, 160-162.)

Prosessin mallinnuksessa nuorisopsykiatriasta aikuispsykiatriaan siirtymävaiheessa kuvataan prosessin kulku yleisesti, siinä ilmenevät toiminnot ja niiden suorittajat päätasolla. Prosessin tehtävän mukaisesti kuvataan kyseessä olevan organisaation toiminnan logiikka, jonka avulla saavutetaan prosessin keskeisimmät tavoitteet (Laamanen 2003, 37). Tavoite on saada tarpeeksi tarkka käsitys prosessin kulusta ja sen nykytilasta, jotta voidaan arvioida sen toimivuutta, tietovirtojen kulkua ja tuottaa ehdotuksia kehittää sitä edelleen. Tämä mahdollistaa myös prosessin jatkokehittämisen vaivattomasti.

#### 4.1.2 Lean- menetelmällä tehokkuutta siirtymävaiheen prosessiin

Lean-menetelmänä on alun perin lähtöisin autoteollisuudesta Toyotalta, jossa toiminta perustuu jatkuvaan parantamiseen ja tehostamiseen, sekä virtaustehokkuuden maksimoimiseen (Modig & Åhlström 2013, 71). Leanin teollisesta lähtökohdasta huolimatta, sitä on onnistu-

neesti hyödynnetty myös muun muassa sairaaloissa ja terveydenhuollon osa-alueilla. Käytännössä Lean koostuu erilaisista työkaluista ja tekniikoista, joita voidaan käyttää kehitystyössä. Arvovirtakartta (Value Stream Map) on yksi keskeisimmistä Lean-työkaluista, jolla saadaan konkretisoitua kehittämiskohde. Lean-menetelmää voidaankin sanoa välinesarjaksi, ohjausjärjestelmäksi ja filosofiaksi, joka voi muuttaa suuntaa, kuinka esimerkiksi terveydenhuolto on organisoitu ja johdettu. Leanin avulla voidaan parantaa potilaille annettavaa hoitoa ja lyhentää odotusaikoja. Lean on kuitenkin ennen kaikkea lähestymistapa, jonka avulla voidaan poistaa esteitä ja keskittyä olennaiseen, kehittämään ja tehostamaan toimintatapoja. Kaiken tavoitteena on, että asiakkaan saama arvo lisääntyy. Tiivistettynä Leanissa on kyse laadun parantamisesta koko tuotantoketjussa, että tehdään oikeita asioita, oikeaan aikaan. Lean myös auttaa poistamaan siiloja ja tekemään töitä aidosti yhdessä. Yhtä kaikki, Lean on jatkuvaa parantamista. (Graban 2012, 1-28; Modig & Åhlström 2013, 23-27.)

Graban (2012, 27-28) kuvaa Leanin käytön neljä sääntöä seuraavasti: Kaikki työ tulee olla hyvin määritelty sisällön, järjestyksen, ajoituksen ja lopputuloksen osalta. Jokainen asiakkaan kohtaaminen tulee olla suora. Siinä tulee olla yksiselitteinen tapa lähettää pyyntö ja saada vastaus. Jokaisen tuotteen tai palvelun polun tulee olla mahdollisimman yksinkertainen ja mutkaton. Kaikki parannukset tulee tehdä tieteellisen metodin mukaisesti, opettajan ohjauksessa alimmalla mahdollisella tasolla organisaatiossa, jotta se saadaan jalkautettua koko organisaatioon. Leanin onnistumisen kannalta on tärkeää kehittää työntekijöitä, heidän uriaan ja kyvykkyyttään.

Torkkola (2016, 23) viittaa työn virtaustehokkuuden varmistamiseksi vaihtelun (mura), ylikuormituksen (muri) ja hukan (muda) poistamiseen. Graban (2012, 28) on samoilla linjoilla Torkkolan kanssa. Grabanista yhdenvertaisen tärkeää on ihmisten kunnioitus ja hukan poisto, virtaustehokkuuden takaamiseksi. Metodit eivät kehitä työtä, vaan työn tulisi olla hyvin suunniteltua. Kaiken lähtökohdaksi on, ”Ei ongelmia on ongelma”, eli on myönnettävä, että ongelmia on ja niihin tarvitaan ratkaisu. Leanissa ei käytetä pakottamista, vaan kaikkien työntekijöiden tulisi osallistua ongelmien ratkaisuun ja hukan poistoon yhdessä.

Womack ja Jones (2003, 16-25) määrittävät Lean-ajattelun viisi pääperiaatetta arvoksi, arvovirran tunnistamiseksi, arvovirran sujuvuudeksi, vetovoimaksi ja täydelliseksi lopputulokseksi. Ensin täytyy määritellä, mikä on arvo, nimenomaisesti arvo asiakkaan näkökunnalta ja kokemuksen kautta. Arvon tuottaja on palveluntarjoaja. Arvovirta sisältää kaikki toiminnot, jotka vaaditaan palvelun tuottamiseen. Arvovirran tunnistamisella esiin saadaan hukka, eli toiminnot, jotka eivät hyödytä asiakasta. Usein arvovirran nopeuttamisella saadaan esille myös niin sanottua piilossa olevaa hukkaa, jota ei muuten saataisi esille. Arvovirran sujuvuus näkyy asiakkaalle joustavana palvelutapahtuman edistymisenä. Vetovoima taas vastaa siihen, että



asiakas saa tarvitsemansa palvelun ja juuri silloin, kun sille on tarvetta. Täydellinen lopputulos kuvaa toimivaa ja oikea asteista palveluketjua koko organisaation läpi asiakaslähtöisesti. Mittarina voidaan ajatella toimivan asiakkaan tuntemaa arvoa. Womack ja Jones (2003, 15) tiivistävät Lean-ajattelun olevan leanausta, koska se tarjoaa tavan tehdä enemmän vähemmällä, vähemmän ihmisten panosta, vähemmän työkaluja, vähemmän aikaa ja tilaa, samalla lähentyen palvelun asiakasta juuri niillä toimilla, joita asiakas haluaa. Mäkijärvi (2013, 12) tiivistää asian terveydenhuollon termein oikeaksi hoidoksi, oikealle potilaalle ja jo ensikäynnillä.

HUS:ssa Lean-menetelmään tutustuminen alkoi vuonna 2011. Honkanen (2014, 25) toteaa, että Lean soveltuu hyvin toiminnan kehittämiseen asiantuntijatyöympäristössä. Lean-toimintamallissa toimintaa kehittävät itse toiminnan suorittajat, ja kehittämistä tehdään yhdessä. Tavoitteena on selvittää mitä todella tapahtuu, ja miten arvo saadaan lisättyä potilaalle ja kaikesta arvoa tuottamattomasta pyritään luopumaan. Edellä mainituilla keinoilla saadaan enemmän aikaa itse tekemiseen, ilman hosumista ja toiminta tehostuu ilman turhaa kiirettä. Lean vastaa viiteen kysymykseen, mikä on tavoite, mikä on ongelma, mitä tehdään, miten mitataan ja milloin on valmista. Leanin avulla voi muuttaa pienenkin asia ja seurata hetken muutoksen vaikutuksia, ennen päätöstä jääkö muutos käyttöön tai laajennetaanko sitä. HUS:ssa ollaan ylintä johtoa myöten sitouduttu Lean-ajatteluun. HUS:ssa on myös toteutettu useita Lean-menetelmään perustuvia hankkeita viime vuosina eri tulosyksiköissä ja saatu loistavia tuloksia aikaiseksi. Hankkeita on toteutettu esimerkiksi HUS-kuvantamisessa, uuden lastensairaalan suunnitteluhankkeessa, päivystyksissä ja sisätautien osastoilla. (Mäkijärvi 2013, 61.) Lean on tullut vahvasti osaksi terveydenhuollon palveluiden kehittämistä.

Tässä kehittämistyössä Lean-ajattelu otetaan mukaan siirtymävaiheen nykytilan prosessin arvioimisvaiheessa. Arvoa tuottavia toimintoja lähestytään kyseenalaistamalla ja arvioimalla onko siirtymävaiheen prosessissa kehittämistarpeita, esimerkiksi tietovirtojen tai työvälineiden osalta. Kaikki hoitojärjestelmiin kuuluvat toiminnot, jotka tuovat arvoa potilaalle merkitsevät arvon siirtoa. Siirto tapahtuu organisaatioon sisältyvien resurssien ja jalostettavan virtausyksikön sisällä. (Modig & Åhlström 2013, 26-28.) Lean antaa luvan kyseenalaistaa ja miettiä, miten asiat voitaisiin hoitaa paremmin. Grabanin (2012, 27-28) määritelmän mukaisesti pyritään myös varmistumaan, että prosessin palvelupolku on mahdollisimman yksinkertainen ja mutkaton. Visualisointi on yksi Lean-ajattelun peruseriaatteista (jidoka), asiat tehdään näkyviksi ja kuvaamalla pystytään antamaan yhtenäinen kuva kaikille prosessiin osallistuville. Visualisoinnin avulla myös ongelmakohdat saadaan nopeammin näkyviksi ja niihin saadaan puututtua. Tavoitteena läpinäkyvyyden ja avoimuuden lisääminen, niin että kaikki tuntevat tekevänsä asioita yhteisen päämäärän eteen. (Torkkola 2016, 49-50.) Tässä kehittämistyössä

visualisoidaan prosessin mallinnuksen avulla nykytilan prosessikaavio, joka tehdään Lean-ajattelun mukaisesti näkyväksi ja siitä etsitään kehittämisen kohteita sekä pullonkauloja, mahdollisimman mutkattoman palvelupolun takaamiseksi.

#### 4.2 Palvelumuotoilu siirtymävaiheen prosessin kehittämisen menetelmänä

Palvelumuotoilu (Service Design) on vahvasti eurooppalainen osaamisenala, ja tiettävästi lanseerattu 1991 Michael Erlhoffin (Köln International School of Design, KISD) toimesta. Vahvana vaikuttajana on toiminut myös Birgit Mager, joka on Euroopan ensimmäinen palvelumuotoilun professori. Suomessa ollaan myös palvelumuotoilun osaamisessa maailman kärjessä mutta taitoa tarvittaisiin vielä lisää. Taito saavutetaan vain tekemällä palvelumuotoilua. (Tuulaniemi 2011, 62.)

Suomessa julkisen sektorin toiminnan kehittämisessä on pikkuhiljaa otettu käyttöön palvelumuotoilun menetelmiä, ennen kaikkea toiminnan tehostamiseksi. Palvelumuotoilun avulla voidaan käyttäjäkokemusta parantaa, ja saada toiminta kustannustehokkaammaksi. Palvelukokemuksen parantaminen on avainasemassa kokonaisvaltaisessa julkisen sektorin uudistamisessa. Hyvinvoinnin ja terveydenhoidon alueilta Euroopassa on paljon esimerkkejä, joissa muotoilua on käytetty innovaatiotoiminnassa. Suomessa sosiaali- ja terveystieteissä palvelumuotoilu on melko uusi kehittämistapa, tavoitteena kuitenkin on, että kaikista palveluista olisi luotava käyttäjäystävällistä ja erityisesti siihen palvelumuotoilu sopii. (Lehtonen & Lehto 2014, 22-28; Kähkönen 2013.)

Tuulaniemen (2011, 115) mukaan visualisointi on vahvempi kommunikaation väline kuin kirjoitettu sana. Palvelumuotoilussa palvelupolkua usein kuvataan visuaalisesti, ja nimenomaan asiakkaan näkökulmasta. Palvelumuotoilu lähtee toiminnan, tarpeiden, tunteiden ja motivaation kokonaisvaltaisesta ymmärtämisestä. Palvelumuotoilun prosessi on luovaa ongelmanratkaisua. Palvelumuotoilun prosessissa olennaista on asiakasymmärryksen kasvattaminen ja käyttäjäkokemuksen ymmärtäminen. (Miettinen, ym. 2011, 13-31.) Erityisesti huomio kiinnitetään palvelutapahtumiin, joista itse palvelupolku muodostuu. Palvelupolun kuvaamisella saadaan esiin palveluntuottajien, toimijoiden sekä käyttäjien tekemisen kohteet, koko prosessin kulku. (Toikko 2012, 160 & Tuulaniemi 2011, 78.) Palvelupolun prosessin kuvaamiseen voidaan käyttää palvelukarttaa (Service blueprint). Silloin eri palvelupolun vaiheet kuvataan sekä asiakkaalle näkyvin osin (front stage) että asiakkaan näkymättömissä olevat osat (back stage). (Toikko 2012, 159; Tuulaniemi 2011, 76.)

Moritzin (2005, 149) mukaan palvelumuotoilun prosessi koostuu kuudesta vaiheesta (Kuvio 7), jotka ovat ymmärtäminen, kiteyttäminen, kehittäminen, konkretisointi, seulominen ja toteuttaminen.



Kuvio 7: Palvelumuotoilun prosessi mukailten Moritz (2005)

Tässä kehittämistyössä palvelumuotoilun prosessin mukaisesti ensimmäinen vaihe käsittää ymmärryksen potilaan siirtymävaiheen prosessista nuorisopsykiatriasta aikuispsykiatria. Tuulaniemen (2011, 142) mukaan palvelumuotoilun prosessissa loppukäyttäjien tarpeiden tunnistaminen on hyvin tärkeä vaihe. Kiteyttämisen vaiheessa palveluprosessin visualisointi viedään uimaratakaavioiksi, jotta ne ovat helpommin hahmotettavissa. Tässä kehittämistyössä kiteyttämiseen kuuluu siirtymävaiheen prosessikaavion nykytilan mallinnus. Kehittämisen vaiheessa ideat konkretisoidaan ja tavoitetila hahmotellaan. Tuulaniemi (2011, 180) myös painottaa, että kehittämisen tuloksena on hyvä esittää erilaisia ratkaisuja. Ideoinnin pohjana toimii arvovirtakuvaus (Value Stream Mapping). Tässä kehittämistyössä kehittäminen, konkretisointi ja seulominen pitävät sisällään useamman kehittämisehdotuksen. Toteutusvaiheessa tavoitetilasta luodaan palvelukartta (service blueprint) -malli, joka näyttää asiakkaan kulkeman palvelupolun sekä kaikki siihen liittyvän toiminnan, kontaktipisteet sekä keskeiset toimijat. (Tuulaniemi 2011, 210; Zeithaml, Bitner & Gremler 2013, 235.) Palvelukarttaan saadaan havainnollistettua uudet toimintavan muutokset ja välineet. Tuulaniemen mukaan (2011, 34-36) merkittävää arvoa saadaan tekemällä asiat helpoksi käyttää. Tässä kehittämistyössä toteuttamisen vaiheessa luodaan visualisoitu palvelukartta tulevaisuuden siirtymävaiheen prosessissa käytettävistä työvälineistä ja hoidontoteutuksen vaihtoehdoista.

## 5 Siirtymävaiheen prosessin nykytila

Siirtymävaiheen prosessin nykytilan hahmottaminen rakentui yhdessä henkilökunnan edustajien kanssa, keräämällä tietoa siirtymävaiheen prosessin kulusta heitä haastatteleamalla. Tiedonkeruu johti analyysivaiheeseen, jossa litteroitiin ja teemoitettiin kerätty tieto. Kerätyn tiedon perusteella oli mahdollista mallintaa prosessikaavio siirtymävaiheen prosessin nykytilasta ja lähteä tarkastelemaan siirtymävaiheen prosessin nykytilan arvoa tuottavia osa-alueita ja osa-alueita, joita voidaan edelleen kehittää.

## 5.1 Tiedonkeruu siirtymävaiheen prosessin kulusta

Haastattelua ja kyselyä käytetään, kun halutaan tietää ihmisen ajatuksia tai syitä tietyille toimintatavoille. Haastattelu on hyvin joustava menetelmä, sen aikana kysymykset voidaan toistaa ja väärinkäsityksiä oikeista tai käsiteltävää asiaa selventää. Laadullinen aineisto kerätään yleisimmin haastatteluilla, kyselyillä ja havainnoimalla. Lisäksi käytetään erilaisiin dokumentteihin perustuvaa tietoa. Haastattelijalla on mahdollisuus esittää kysymykset haluamassaan järjestyksessä. Haastattelun kysymykset ovat suositeltavaa toimittaa haastateltaville etukäteen, jotta he voivat tutustua aiheeseen ja tietävät mihin ovat osallistumassa. Haastattelijan etuna on myös, että hän voi haastattelun lomassa havainnoida sanotun lisäksi, miten asiat sanotaan. (Laamanen 2005, 377; Tuomi & Sarajärvi, 2013, 71-73.)

Tässä kehittämistyössä siirtymävaiheen prosessin haasteita lähestyttiin teemahaastattelulla henkilökunnan edustajia ryhmähaastattelussa, jotta heidän näkemyksensä tilanteesta saatiin mahdollisimman tarkasti esille. Teemahaastattelu on välimuoto avoimesta ja lomakehaastattelusta. Teemat ovat vahvasti käsiteltävään aiheeseen liittyviä ja syventävät kehittäjän ymmärrystä aiheesta ja ovat ennalta tiedossa. Teemahaastattelussa pyritään saamaan vastauksia tutkimusongelmaan tai kehitettävän kohteen edistämisen mukaisesti. (Kananen 2014, 72; Hirsjärvi, ym. 2013, 208; Tuomi & Sarajärvi 2013, 75.) Liite 1: Ryhmähaastattelun runko.

Ryhmähaastattelu pidettiin kohteena olevan Psykiatrian poliklinikan yksikössä 28.12.2016. Haastatteluun osallistuivat Psykiatrian poliklinikan yksikön nuoriso- ja aikuispsykiatrian osastonhoitajat. Tapaaminen järjestettiin ryhmähaastatteluna, jossa käsiteltävät teemat lähetettiin osallistujille etukäteen. Eskola ja Suoranta (2005, 94) kuvaavat ryhmähaastattelun tilanteeksi, jossa paikalla on kerralla useampia haastateltavia, jopa haastattelijoitakin. Ryhmähaastatteluun osallistui yksi haastattelija ja kaksi haastateltavaa. Eskolan ja Suorannan (2005, 94) mukaan ryhmähaastattelusta voi saada yksilöhaastattelua enemmän irti, kun haastateltavat yhdessä ryhtyvät muistelemaan ja täydentävät toistensa kertomuksia. He myös lainaavat Syrjälää & Nummista (1998, 104-105) neljässä ryhmähaastattelua puoltavassa näkemyksessä, jotka ovat ihmisten vuorovaikutuksen ymmärtäminen, käsiteltävän teeman ymmärtäminen ja uusien ideoiden saaminen. Psykiatrian poliklinikalla toteutetussa haastattelussa ryhmäkoko jäi ideaalista ryhmäkoosta, jonka Eskola & Suoranta (2005, 96) määrittävät olevan 6-7 henkilöä. Hirsjärvi, ym. (2013, 210) mukaan ryhmähaastattelu on tiedonkeruun näkökulmasta välineenä tehokas. Eskolan ja Suorannan (2005, 97) mukaan ryhmähaastattelun haasteeksi muodostuu usean ihmisen aikataulujen yhteensovittaminen. Kahden hengen haastateltavien ryhmässä aikataulutus ei muodostunut ongelmaksi. Ryhmähaastattelussa voi myös ilmetä ongelmana, ettei kaikkea kerrota ryhmälle, jonka kertoisi haastattelijalle kahden kesken. Tässä ryhmähaastattelussa oli avoin ja vuorovaikutteinen ilmapiiri, eikä haastattelijan tarvinnut rohkaista

kumpaakaan haastateltavaa puhumaan, vaan kumpikin sai ja käytti oman puheenvuoronsa sujuvasti ja toisiaan täydentäen.

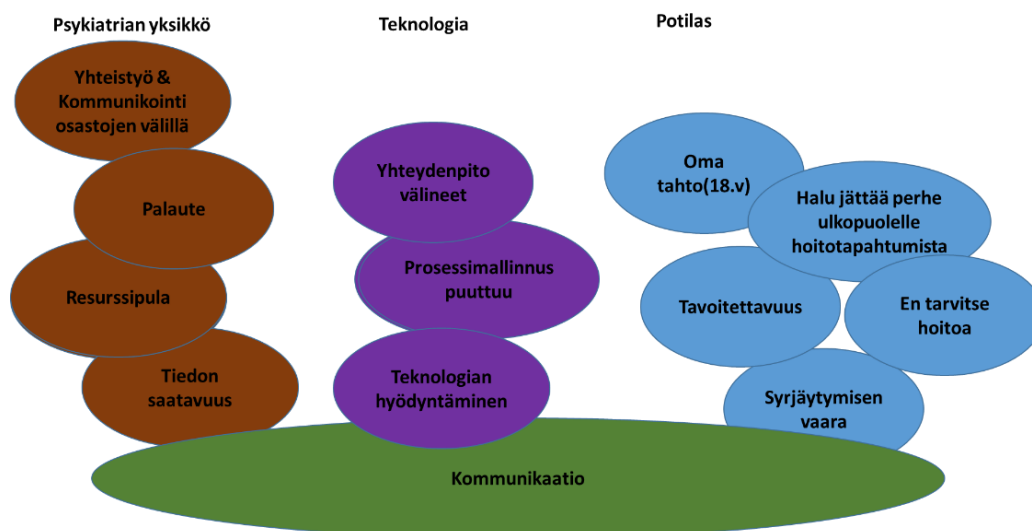
Tiedonkeruussa hyödynnettiin myös sähköpostikeskusteluja, joita käytiin jonokoordinaattorin kanssa. Käydyt sähköpostikeskustelut ovat dokumentoituina ja arkistoituina, että niihin pystyy palaamaan tarvittaessa. Sähköisessä kommunikoinnissa on etuna vuorovaikutteiseen kommunikointiin verrattuna valta-asetelman puuttuminen. Lisäksi materiaali on suoraan sähköisessä muodossa, eikä sitä tarvitse litteroida. On huomioitava, että epävirallinen sähköpostinvaihto on kirjallista ja se on Suomen perustuslaissa määritelty luottamukselliseksi. (Kuula 2011, 174.) Lisäksi tiedon keruussa on käytetty aiheeseen liittyvää kirjallisuutta, artikkeleja, väitöskirjoja ja internetistä kerättyä materiaalia.

Laadullisessa tutkimuksessa analysointia on hyvä tehdä kaiken aikaa rinnakkain tiedon keräämisen kanssa (Hirsjärvi, ym. 2010, 223). Myös Eskola ja Suoranta (2005) tähdentävät, että haastatteluiden litterointi olisi hyvä suorittaa heti haastatteluiden jälkeen, että kaikki olisi vielä selkeästi muistissa. Hirsjärvi, ym. (2013, 222) lisäksi toteaa, että laadullinen aineisto tulisi jäljentää sana tarkasti, tämä nimenomaan tarkoittaa aineiston litterointia.

Valinnoista, joita on tehty tutkimusprosessin alkuvaiheessa määrittävät myös, miten kerätty aineisto käsitellään ja tulkitaan. Aineiston analysointiin on olemassa monia tapoja mutta pääasiassa ne voidaan jakaa kahteen, selittämiseen pyrkivään ja ymmärtämiseen pyrkivään. (Hirsjärvi, ym. 2013, 224.) Tuomen ja Sarajärven (2013, 91-103) mukaan laadullisessa tutkimuksessa perinteisesti käytetään sisällönanalyysiä. Aineistosta tulee valita kiinnostavat kohteet ja jättää muut pois tutkimuksesta. Sisällönanalyysi menetelmänä on tapa analysoida aineistoa systemaattisesti ja objektiivisesti. Tällä menetelmätavalla aineistosta saadaan tiivistelmä tutkittavasta ilmiöstä ja se on järjestyksessä johtopäätöstentekoa varten. Luokittele, teemoittele tai tyypittele aineisto ja lopuksi kirjoita yhteenveto ovat heidän neuvonsa.

### 5.1.1 Siirtymävaiheen prosessin haasteet

Tiedonkeruun ja litteroinnin tuloksena saatiin esiin siirtymävaiheen prosessin suurimmat haasteet. Ensimmäisenä vaiheena litteroinnin jälkeen, saadut vastaukset teemoiteltiin. Teemoittelu sopii käytännön ongelmanratkaisun löytämiseen (Eskola & Suoranta 2005) ja se painottaa mitä kustakin teemasta on sanottu (Tuomi & Sarajärvi 2013, 93). Teemoittelun avulla valikoituivat aiheet, joihin suunniteltiin kehittämisehdotuksia. Esiin nousseet aiheet teemoiteltiin Psykiatrian yksikköön, Teknologiaan ja Potilaaseen, sen mukaan mihin osa-alueeseen ne sisältyvät. Aihealueet esitetään kuviossa 8 eri värein korostettuina, havainnollisuuden lisäämiseksi. Läpi kaikkien osa-alueiden on kuvattu kommunikaatio, siellä sen vaikutus on hyvin merkittävä kautta linjan.



Kuvio 8: Tiedonkeruussa esiin nousseet siirtymävaiheen prosessin haasteet

Yhdeksi suurimmista haasteista nousi aikuispsykiatrian asiakkuuteen siirtymisen jälkeinen potilaiden tavoitettavuus. Haastatteluista saadun tiedon mukaan, jopa noin 20% potilaista luopuu hoidosta omasta tahdostaan sen jälkeen, kun he ovat täysi-ikäisiä ja voivat itse päättää hoidostaan. Potilaat jättävät tulematta hoitotapaamisiin ja yhteys heihin katkeaa. Täysi-ikäisyyden myötä myös jossain tilanteissa halutaan jättää perhe hoitotapaamisten ulkopuolelle. Osa potilaista palaa ajan kanssa uudelleen hoidon piiriin mutta osa jää kokonaan tavoittamattomiin. (HUS 2016b.)

Tavoitettavuuden lisäksi esiin nousi kommunikaatio. Yhteys nuorisopsykiatrian ja aikuispsykiatrian osastojen välillä ei välttämättä jatku riittävän pitkään siirtymävaiheen jälkeen (HUS 2016b). Lisäksi haastattelijan oman havainnoinnin kautta nousi esiin osastojen välinen yhteistyö. Nähtävissä oli selkeä tarve yhteistyön tehostamiselle ja lisäämiselle osastojen välillä. Haastattelun aikaan osastot toimivat melko lailla erillään toisistaan. Aika-ajoin oli ollut haasteita tiedon ja oikeuksien saamisessa tarpeeksi ajoissa, mikä oli vaikuttanut potilaasta käytävissä olevaan tietoon. Lisäksi osastot eivät olleet hyödyntäneet täysimääräisesti saatavilla olevaa teknologiaa yhteyden ja palaverien pitämiseksi. Lähinnä ohjeistuksen ja ohjauksen puute oli hidastanut uuden teknologian käyttöönottoa. Selkeästi halu lisätä ja kehittää yhteistyötä osastojen välillä oli vahvasti olemassa.

Toimintatavat siirtymävaiheen prosessia hoidettaessa ovat hyvin vakiintuneet ja ne noudattavat tiettyjä lainlaisuuksia. Havaittiin, että ajantasaiset mallinnukset siirtymävaiheen proses-

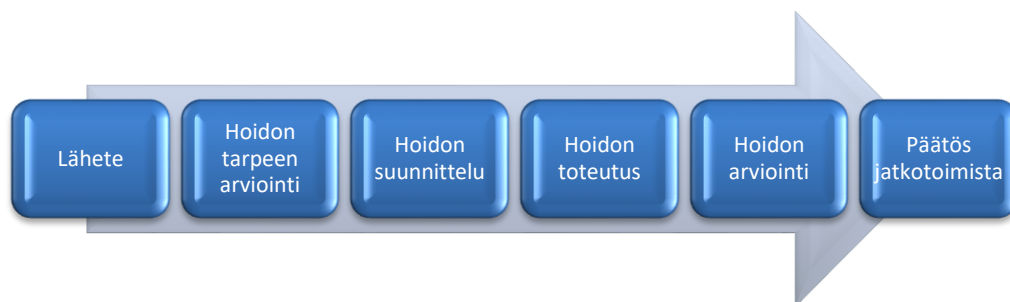
sin kulusta kuitenkin puuttuivat. Ajantasaisista prosessikuvauksista on hyötyä esimerkiksi perehdytyksen yhteydessä, yhdenmukaisten toimintatapojen kuvaamisessa ja kun halutaan yleisesti tarkastella prosessin kulkua tai kehittää sitä edelleen. Hallintoylilääkäri Mäkijärven (2013, 9) linjauksen mukaisesti palveluprosessit ovat tärkeä kehittämisen kohde HUS:ssa ja prosessinmallintaminen edesauttaa tätä kehitystyötä. Lisäksi osastojen toiveena oli, että palautetta annetusta hoidosta saataisiin enemmän. Palaute auttaisi myös edelleen kehittämään annettua hoitoa, koko prosessin hoitamista sekä osastojen välistä yhteistyötä. (HUS 2016b.)

Lisäksi ongelmakohtana listattiin resurssit ja niiden riittävyys. Erityisesti lääkärien resurssit ja aika olivat hyvin tiukassa. Resurssipula osaltaan venyttää hoitotapaamisten järjestymistä. (HUS 2016b.) Varsinaisesti lisää resursseja ei ole mahdollista tämän kehittämistyön kautta saada. Toiveena kuitenkin oli, että erilaisilla toimintojen sujuvoittamisessa ja mahdollisten uusien toimintatapojen käyttöönotolla tätäkin ongelmaa voitaisiin helpottaa ja säästää hoitajien aikaa uusilla toimintatavoilla.

#### 5.1.2 Siirtymävaiheen nykytilan prosessikaavio

Kohteena olevan HUS Psykiatrian poliklinikan yksikössä ei ollut valmiiksi mallinnettuja ajantasaisia prosessikaavioita siirtymävaiheen prosessista, joten sellaisen laatimiselle oli selkeä tarve. Prosessien mallintaminen prosessikaavioksi tukee myös Mäkijärven (2013, 9) linjausta palveluprosessien kehittämisen tarpeesta HUS:ssa. Siirtymävaiheen prosessin nykytilan kulun hahmottamisessa suurena apuna olivat nuoriso- ja aikuispsykiatrian osastonhoitajat, sekä jokoordinaattori. Siirtymävaiheen prosessin mallinnus selkeyttää näkemään siirtymävaiheen prosessin keskeiset toiminnot ja tietovirrat helposti yhdestä kuvasta. Lisäksi sitä voidaan käyttää yhdenmukaistamaan toimintatapoja sekä lisäämään prosessin läpinäkyvyyttä.

Yleistasolla siirtymävaiheen prosessi etenee lähetteestä, hoidon tarpeen arviointiin ja suunnitteluun yhdessä hoitajan, lääkärin ja potilaan kanssa (Kuvio 9). Mahdollisuuksien mukaan myös potilaan lähiomaisia otetaan mukaan hoidonsuunnitteluun (Koivuniemi & Simonen 2011, 47; HUS 2016b; HUS 2017b). Hoitoa toteutetaan ja arvioidaan koko asiakkuuden ajan ja lopuksi tehdään päätös jatkotoimista. Huomiona on mainittava, että yleisellä tasolla prosessi on melko toimija- ja tuotantokeskeinen, eikä niinkään asiakaslähtöinen. (Koivuniemi & Simonen 2011, 39.)



Kuvio 9: Ylätason kuvaus potilaan hoitoprosessin kulusta (HUS 2016b)

Nuorisopsykiatriasta aikuispsykiatriaan siirtymävaiheeseen ei ole tarkkaa ikärajaa. Potilaan olleessa täysi-ikäinen tai lähestymässä täysi-ikäisyyttä, eli 18-vuoden ikää, nuorta aletaan valmistella siirtoon. Hoidon päättämisen vaihe tai siirtymisen vaihe aiheuttaa aina tunteita ja tähän vaiheeseen on syytä varata riittävästi aikaa. Siirtymävaihetta voidaan helpottaa esimerkiksi tutustumiskäynnillä ennen varsinaista siirtoa. (HUS 2016b; Vidqvist 2013.) Nuorisopsykiatriasta aikuispsykiatriaan siirtyminen tapahtuu aina lääkärin läheteellä. Lähetä on niin sanottu potilaskohtainen palvelupyynnö ja läheteen vastaanottajan tulee selvittää huolellisesti hoidontarve. HUS Psykiatrian nuorisopsykiatriasta aikuispsykiatriaan siirtyminen tapahtuu usein sisäisellä läheteellä, joka on HUS tulosalueen sisällä tapahtuva hoitovastuun siirto hoitavalta osastolta toiselle. (HUS Suoritekäsikirja 2017.)

Nykytilan siirtymävaiheen prosessin aloittaa nuorisopsykiatrian hoitajan arvio siitä, että mielenterveyshoidon piirissä oleva potilas tarvitsee hoitoa myös jatkossa. Nuorisopsykiatrian poliklinikanlääkäri laatii läheteen Uranuksen Miranda-järjestelmään ja lisää muistutteen aikuispsykiatrian muistilistalle, kun tarve hoidon jatkumiselle on todettu. Aikuispsykiatrian poliklinikan sihteeri huolehtii läheteen eteenpäin sähköisesti aikuispsykiatrian johtavan lääkärin tarkasteltavaksi. Johtavalääkäri tekee päätöksen läheteen hyväksymisestä ja voi tarvittaessa palauttaa läheteen takaisin nuorisopsykiatrian poliklinikan lääkärille, jos lisätietoja tai tarkennusta läheteeseen tarvitaan. Hyväksytyt läheteet aikuispsykiatrian poliklinikan sihteeri siirtää ajanvarausjonoihin niissä olevan tarpeen perusteella. Lähetehoitaja (tai jonokoordinaattori) koordinoi ensikäynnin valmiiksi ja siihen liittyvät lupa-, suostumus- ja esitietolomakkeet. Lähetekoordinaattori tekee ajanvarauksen lähetetekstin perusteella arvioimalla, minkä työryhmän ja hoitajan apu olisi potilaalle parasta. Jonokoordinaattori laittaa myös nuorisopuolen lääkärille ja hoitajalle Uranuksen Mirandan muistutteen asiakkaalle aikuispsykiatriaan varatusta ajasta, jotta he voivat tarvittaessa osallistua mukaan ensikäynnille. (HUS 2017b.) Hoitajalla tarkoitetaan ammattihenkilöä, jonka kanssa potilas luo hoitosuhteen (Hietaharju & Nuutila 2016, 7).

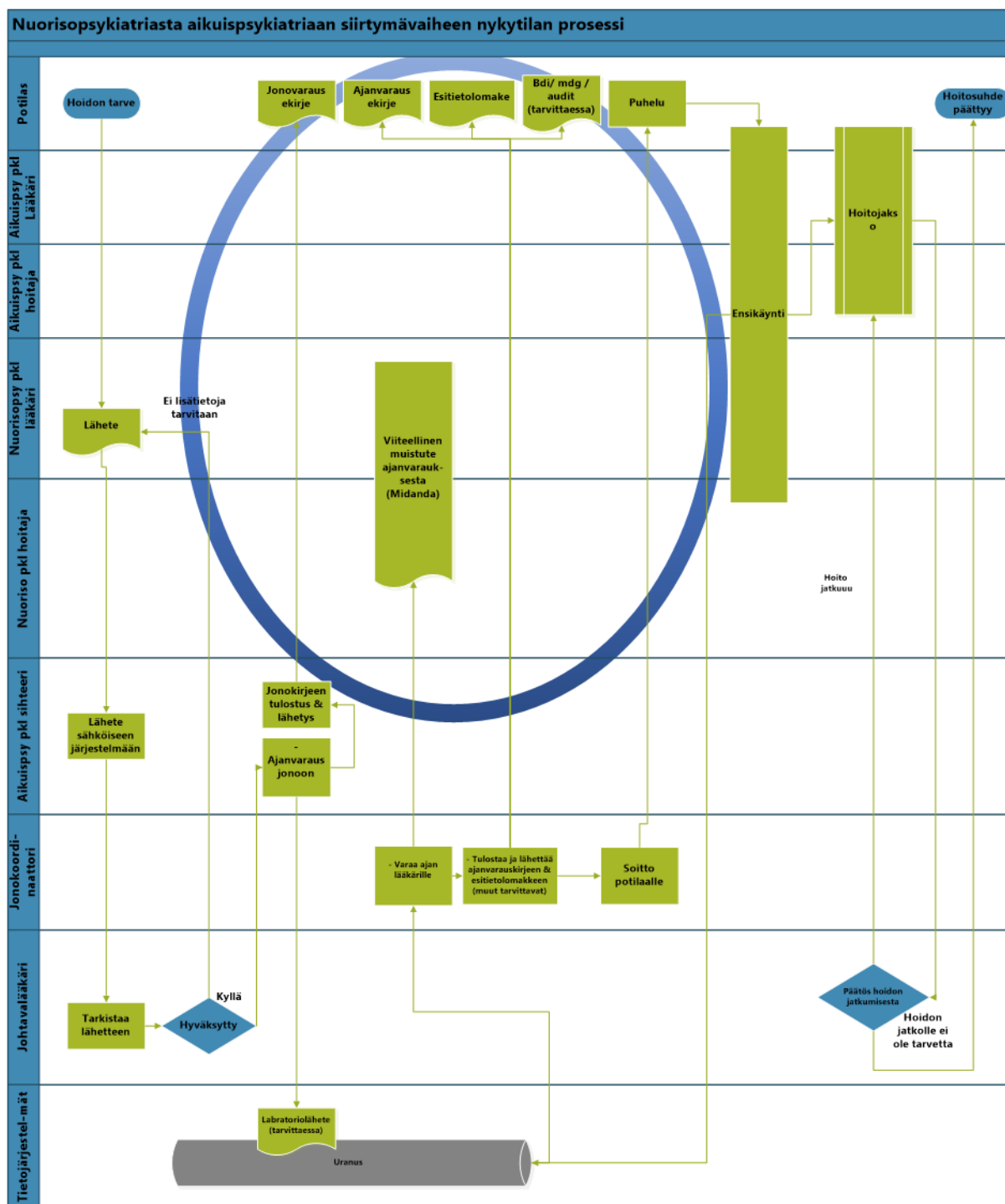


Ensikäynti on avohoitokäynti, jolloin potilas tulee lähetteellä hoitoon. Hänelle on varattu vastaanottoaika etukäteen. Käynti täyttää ensikäynnin määritelmän, kun potilaan hoitovastuu siirtyy toiselle tulosalueelle, hoidon erikoisalana kuitenkin pysyessä samana. Ensikäynti on hyvin tärkeä osa hoidon saatavuus seuranta ja siihen liittyvät siirrot ja peruutukset tulee merkitä sähköiseen prosessiin. Hoidon saatavuudesta määrää laki erikoissairaanhoidon muuttamisesta 856/2004. Sen 31§ määrittää, että arvio hoidon tarpeesta tulee aloittaa kolmen viikon sisään lähetteen saapumisesta. Hoidon aloitus on tehtävä kohtuullisessa ajassa myös riippuen kiireellisyydestä. Takaraja on kuitenkin puolen vuoden kuluessa siitä, kun hoidon tarpeen arviointi on tehty. Nuorten mielenterveyspalveluissa hoito on pääsääntöisesti järjestettävä kolmen kuukauden kuluessa. (HUS Suoritekäsikirja 2017; HUS\_2017a; Finlex@ 856/2004.)

HUS:ssa psykiatrian potilaalla on nimetty omahoitaja ja tarvittaessa tapaamisia myös lääkärin kanssa (HUS 2016b). Omahoitaja on vastuussa potilaan hoidosta hoitosuunnitelman mukaisesti ja laatuvaatimukset huomioiden. Omahoitaja tekee yhteistyötä potilaan omaisten kanssa ja yhdessä potilaan kanssa suunnittelee potilaan hoitoa. Perhe ja potilaan lähipiiri ovat tärkeitä tiedon lähteitä potilaan tilasta. Jos läheisten ihmisten tukea ei ole saatavilla, tämäkin on hoitoa suunniteltaessa otettava huomioon. Hoitosuhteen alussa on hyvin tärkeää luottamuksen luominen. Potilaan on saatava turvallinen tunne siitä, että häntä kunnioitetaan ja töitä tehdään hänen parhaakseen. Hoidon toteutuksen aikana tilannetta tarkkaillaan ja tehdään päätös mahdollisesta jatkohoidosta. Hoitosuunnitelmaa kirjattaessa on priorisoitava potilaan tarpeet ja asetettava hoidolle tavoitteet. Omahoitajalla on vastuu koordinoida potilaan hoitoa, niin että hoito muodostaa eheän ja tarkoituksen mukaisen kokonaisuuden. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2014, 204-209; Vuorilehto, ym. 2014, 67.)

Hoitosuhde on psykiatrisen hoitajan ja asiakkaan välinen ammatillinen yhteistyö, jossa yhdistyvät asiakkaan tietämys itsestään ja omasta elämästä sekä hoitajan mielenterveysalan erikoisosaaminen. Hoitosuhde pitää sisällään hoitojakson, joka koostuu tapaamisesta ja on määraaikainen. Hoitosuhteen aikana potilaan tilaa tutkitaan ja myös mitataan tarkasti sekä säännöllisesti. (Vuorilehto, ym. 2014, 65-66; HUS 2016b.)

Kehittämistyössä tarkastelun kohteena oli potilaan siirtymävaiheen prosessi nuorisopsykiatriasta aikuispsykiatriaan, ensikäynti on hyvin olennainen osa tätä prosessia. Tästä syystä siirtymävaiheen prosessikaaviossa ensikäynti on merkitty erikseen kuviossa 10. Ennen ensikäyntiä potilaalla voi olla aikuispsykiatrian osastolle myös tutustumiskäynti, esimerkiksi yhdessä nuorisopsykiatrian hoitajan kanssa. Koska tässä käytäntö vielä vaihtelee, ei tutustumiskäyntiä ole merkitty nykytilan prosessikaavioon erikseen (HUS 2016b).



Kuvio 10: Nuorisopsykiatriasta aikuispsykiatriaan siirtymävaiheen nykytilan prosessi

Prosessikaaviossa (Kuvio 10) on kuvattu kaikki tapaamiseen osallistujat toimijat omilla uim radoillaan. Toiminnot, esimerkiksi ensikäynti, on ulotettu kaikkien toimijoiden kohdalle, joita siihen osallistuu, eli potilaan lisäksi lääkäri ja omahoitaja, sekä mahdollisesti nuorisopsykiatrian puolelta edellinen omahoitaja ja lääkäri. Kuviossa 10 hoitojakso on kuvattu aliprosessina,

johon sisältyy myös tapaamisia ja muita toimintoja, mutta itse hoitojakso ei ollut tässä kehittämistyössä tarkastelun kohteena ja siihen ei syvennytty sen tarkemmin. Kuviossa 10 on myös prosessikaavioon merkitty ympyrä kuvaamaan aluetta, johon tässä kehittämistyössä pääasiassa keskityttiin.

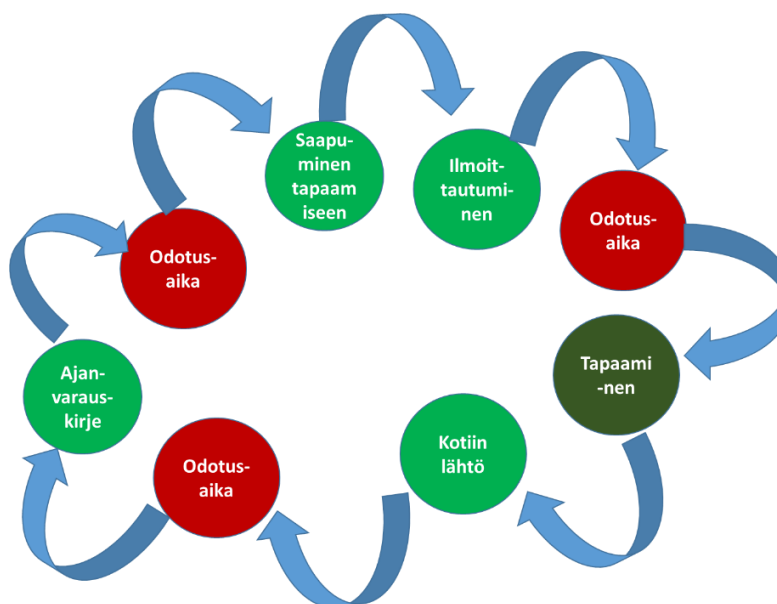
## 5.2 Siirtymävaiheen prosessin arviointi, arvovirrat ja kehittämiskohteet

Lillrankin ym. (2004, 97) mukaan prosessien tehostamisessa on usein kyse standardoinnista ja tiettyjen rutiinien toistuvuudesta, asioiden tekeminen on samankaltaista kerrasta toiseen. Heidän mukaansa toistettavuus auttaa erikoistumaan ja oppimaan kokemuksista. Kokemuksen mukana syntyy myös tämän hetken mukaisesti paras tapa toimia, josta saadaan kirjattua ohjeistus. Psykiatrisen potilaan asiakaspolkua tarkasteltaessa kokonaisuus ei ole standardoitavissa, esimerkiksi tapaamisten määrän tai keston osalta. Jokainen potilas on yksilö ja usein haastavat mielenterveyden ongelmat tekevät työstä vaikeasti ennakoitavaa. (Lillrank, ym. 2004, 99.) Potilaan asiakaspolussa kuitenkin toistuvat lainmääräämät ja hoitotapojen asetelmat, joten prosessin mallinnus ja erityisesti siinä liikkuvat tietovirtojen kuvaaminen mahdollisimman tarkasti auttaa prosessin arviointia. Asiat, jotka tuottavat potilaalle arvoa, ovat prosessista nostettava esille, tämä on myös keskeinen asiakaskeskeisyyden piirre. Onnistumista voidaan mitata asiakastyytyväsyydellä, joustavuudella ja läpimenoajalla. (Lillrank, ym. 2004, 92-93.)

Prosessin tapahtumat voidaan jakaa potilaalle näkyviin ja koettaviin tapahtumiin, sekä niin sanottuihin takahuoneessa tapahtuviin tapahtumiin, joita potilas ei itse näe eikä koe. Potilaan näkökulmasta hänelle arvoa tuottavat vain hänelle näkyvät tapahtumat kaikki muu on turhaa odottamista. Palvelun tarjoajan näkökulmasta osa ajasta kuluu hoidon suunnitteluun ja ohjaukseen, joka on hoidon onnistumisen kannalta välttämätöntä. (Lillrank, ym. 2004, 124.) Lean-ajattelun mukaisesti voidaan myös todeta, että muun muassa vanhentuneet toimintamallit ovat hukkaa. Potilaan näkökannalta hukan poisto on suoraan sidoksissa hoidon sujuvuuteen.

Kuviossa 11 on kuvattu potilaan siirtymävaiheen prosessin palvelutapahtumia, joissa punaiset eli odotusajat edustavat hukkaa ja ovat näin ollen potilaalle arvoa tuottamatonta. Kuviossa 11 kuvattuihin palvelutapahtumiin liittyy kontaktipisteitä, kuten vastaanotolle saapuessa ilmoittautuminen sihteerille. Vaaleanvihreällä ovat kuvattu palvelutapahtumat, odotusajat ovat merkitty punaisella ja tummanvihreällä värillä on merkitty potilaalle arvoa tuottava palvelutapahtuma, eli itse tapaaminen hoitajan tai lääkärin kanssa. Vaikka muut osatkin ovat hyvin tärkeitä palveluprosessin ja palvelutapahtumien kokonaisuudessa, mutta ne eivät varsinaisesti tuota potilaalle lisäarvoa. Siirtymävaiheen prosessia ajatellen siirron valmistelun aloittaminen

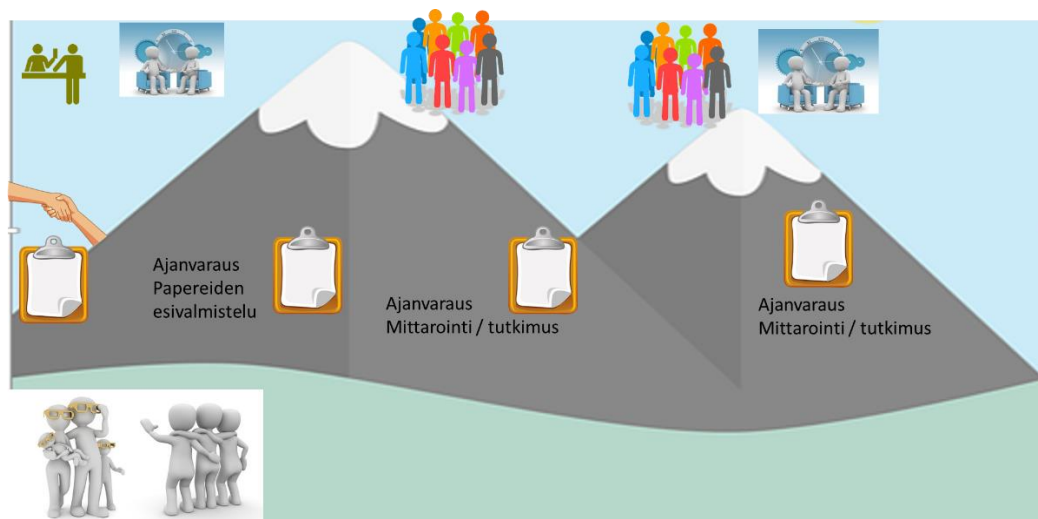
hyvissä ajoin on yksi keino välttää turhaa odottelua ja hämminkiä tietovirtojen sujuvuudessa (Vierula, 2015).



Kuvio 11: Potilaan palvelutapahtumia

Potilaan siirtymävaiheen prosessin nykytilassa suurin osa aikaa on odottelua. Lähinnä vain itse tapaamiset tuottavat potilaalle lisäarvoa. Tapaamisia ovat sekä ryhmä- että henkilökohtaiset tapaamiset omahoitajan kanssa. Tapaamismuodot ja vaihtoehdot ovat kaiken kaikkiaan hyvin monipuolisia. Mahdollisuuksia on ryhmätapaamisten lisäksi muun muassa taide-, fysio-, ratsastus- ja toimintaterapia sekä lisäksi erilaisia matalan kynnyksen ryhmätapaamisia kuten rentoutusryhmä. (Hus 2016b). Siirtymävaiheessa on lisäksi mahdollinen tutustumiskäynti aikuispsykiatrian poliklinikalle. Nykytilassa tapaamisten välissä ei hoitotapahtumissa ole juurikaan toimintaa tai yhteydenottoja Psykiatrian poliklinikan toimesta potilaan suuntaan.

Kuviossa 12 on kuvattu, miltä potilaan siirtymävaiheen nykytila näyttää visualisoituna. Visualisointi avaa siirtymävaiheen tilannetta kuvien avulla ja tuo siihen selkeyttä (Tuulaniemi 2011, 115). Matkaa mielenterveyspotilaana kuvataan vuorenrinteinä, johtuen sille tyypillisestä vaihtelusta ja epätasaisuudesta. Hoitojen monimuotoisuus ja hoitoon osallistuva moniammattinen tiimi on myös helpompi kuvata visuaalisesti ryhmänä erivärisiä ihmishahmoja kuin yhtenä prosessikaavion uimaratana. Huomioitavaa on, että ryhmä- ja muut vastaavat tapaamiset harvennetaan kaksin omahoitajan kanssa käytyjä tapaamiskertoja (HUS 2016b).



Kuvio 12: Potilaan siirtymävaiheen nykytilan palvelukartta visualisoituna

Kuviossa 12 on kuvattu, että potilaan tukena ovat perhe ja ystävät. Nykytilanteessa toivetta on, että perhe olisi mukana hoidonsuunnittelussa ja tukemassa hoidon edistymistä. Nuorispuolen omahoitaja on alkumatkan saattamassa aikuispsykiatriaan siirtyvää potilasta. Alkumatka on kuitenkin vielä melko lyhyt saattamisen suhteen ja loppuu usein ensimmäiseen käyntiin aikuispsykiatrian puolella (Hus 2016b). Tapaamiseen tullessa ilmoitaudutaan sihteerille ja jäädään odottamaan omaa vuoroa. Vuorenhuipuilla ovat kasvotusten tapahtuvat tapaamiset mutta tapaamisten välit ovat tyhjiä. Kaksin omahoitajan kanssa tapahtuvia tapaamisia harventavat ryhmä- ja toimintatapaamiset. Ryhmä- ja toimintatapaamiset ovat kuvattu värikkäänä ryhmänä ihmisiä, niiden moniammatillisen luonteensa vuoksi. Vuoren sisällä tapahtuvat asiat eivät varsinaisesti näy potilaalle, kuten ajanvaraukset, potilaiden hoidon edistyneen mittaaminen ja tutkimustulosten arviointi ja papereiden esivalmistelut.

Siirtymävaiheen prosessin nykytilan mallinnuksen jälkeen tarkempaan tarkasteluun nostettiin siirtymävaiheen prosessi nimenomaisesti tietovirtojen osalta. Nykyinen toimintaprosessi on vakiinnuttanut toimintansa vuosien saatossa mutta sitä oltiin selvästi hyvin halukkaita kehittämään edelleen sekä nuoris- että aikuispsykiatrian poliklinikan osastoilla. Kehittämiskohteita löytyi liittyen kommunikaatioon, tiedonkulun tehostamiseen ja yhteistyön lisäämiseen nuoris- ja aikuispsykiatrian osastojen välillä. Saatavilla olevia teknisiä sovelluksia ei oltu vielä otettu käyttöön siinä mittakaavassa, kuin se olisi tarpeen tiedonkulun sujuvuuden ja tehokkuuden näkökannalta. Tiedonkulun sujuvoittaminen puolestaan lisää avoimuutta ja koko prosessin läpinäkyvyyttä. Lisäksi löytyi mahdollisuuksia digitalisoida prosessin osia ja nopeuttamaan sen avulla tiedon kulkua sekä entisestään monimuotoistaa annettavia hoitomuotoja. Yhdeksi huomioksi nousi myös mahdollisuus lisätä asiakaslähtöisyyttä potilaan siirtymävaiheessa, tutustuttamalla potilas ennalta häntä hoitavaan henkilökuntaan esittelysivuston kautta.

## 6 Siirtymävaiheen prosessin kehittämisehdotukset

Potilaan siirtymävaiheen prosessin kehittämisehdotukset lähtevät liikkeelle tietovirroissa havaituista kehittämisen mahdollisuuksista. Tavoite oli saada mahdollisimman moneen tiedon keruussa esiinnousseeseen haasteeseen (kuvio 8, s.30) kehittämisehdotuksia. Kehittämisehdotuksiksi nousivat kommunikoinnin lisääminen ja tehostaminen, palveluiden sähköistäminen ja HUS:n linjauksen mukaisesti nettiterapioiden käyttöönotto perinteisten hoitotapaamisten tueksi. Asiakaslähtöisyyttä lähdettiin kehittämään mahdollistamalla hoitajiin ja muihin yhteistyökumppaneihin, kuten toimintaterapeutteihin tutustumiseen etukäteen henkilökunnan esittelysivuston kautta.

### 6.1 Sähköinen esitietolomake

Alkuvuodesta 2017 kehittämistyön kohteena olevan HUS Psykiatrian poliklinikan yksikössä tulivat tulostettavien ajanvarauskirjeiden tilalle eKirjeet, jotka poistavat sihteereiden ja koordinaattoreiden tarpeen tulostaa, kuorittaa ja postittaa ajanvarauskirjeitä manuaalisesti. eKirjeen liitteeksi voidaan lisätä tarvittavat kyselylomakkeet, esitietolomake sekä saapumisohje hoitotapaamiseen. eKirje ja sen liitteet, kuten esitietolomake tulostetaan ja postitetaan asiakkaalle alihankkijan toimesta. eKirjeet yhdenmukaistavat HUS-kirjeiden ulkoasun, tuovat kustannussäästöjä sekä nopeuttavat ajanvarauksen hoitoprosessia. (HUS 2017a.)

Ekirjeenä lähetettävän paperisen esitietolomakkeen rinnalle voidaan ottaa käyttöön sähköinen esitietolomake. Halutessaan potilas voi täyttää esitietolomakkeen sähköisesti, ennen vastaanotolle tuloa. Näin esitiedot ovat suoraan saatavilla HUS:n potilastietojärjestelmä Uranuksessa, jo ennen hoitotapaamista ja hoitaja voi tutustua tietoihin etukäteen. Linkki sähköiseen esitietolomakkeeseen lähetetään potilaalle eKirjeen mukana ja vaihtoehtona mukana kulkee myös paperinen esitietolomake henkilöille, joilla ei ole käytettävissään internetiä tai pankkitunnuksia, joita tarvitaan lomakepalveluun sisään kirjautumiseen ja lomakkeen täyttämiseen. (HUS 2017a.)

Sähköinen esitietolomake säästää jonokoordinaattoreilta paperisten esitietolomakkeiden käsittelyyn käytetyn ajan. Sähköinen esitietolomake on muokattavissa erikoisalan tarpeiden mukaisesti ja tarvittaessa siihen on mahdollista saada myös lisälomakkeita. (HUS 2017a.) Kehittämisehdotuksena oli, että kohteena oleva HUS:n Psykiatrian yksikkö tutustuu sähköiseen esitietolomakkeeseen ja ottaa sen käyttöön. Sähköisen esitietolomake digitalisoi yhden siirtymävaiheen prosessin toiminnoista ja nopeuttaa sekä sujuvoittaa tiedonkulkua esitietojen osalta.

## 6.2 Teknologian hyödyntäminen osastojen välisessä yhteistyössä

Tietovirtojen osalta kehittämisen kohteeksi nousi kommunikaation tehostaminen ja yhteistyön lisääminen nuoriso- ja aikuispsykiatrian osastojen välillä. Ehdotuksena oli, että osastot aloittavat pikaviestisovelluksen käytön ja ottavat rutiineihin säännölliset ohjelman välityksellä tapahtuvat palaverit osastojen välille. HUS:n laajuisesti käytössä oleva pikaviestisovellus on tarkoitettu tietokoneen tai mobiililaitteen välityksellä käytettäväksi. Sovelluksella voi pikaviestiiä, soittaa, käydä ryhmävideopuhelua tai järjestää palavereja, joissa näyttönsä voi jakaa palaverin osallistujien kesken. Kyseisen ohjelman käyttöä ei oltu vielä aloitettu kehittämistyön kohteena olevan HUS Psykiatrian poliklinikan tuloyksikössä. Pikaviestisovelluksen käyttöönotto helpottaa ja nopeuttaa osastojen välisiä palavereja. Sovelluksen käytön etu on, ettei tarvitse liikkua toiseen toimipisteeseen pitämään palavereja. Näin yhdessä pidettävien palaverien määrää voidaan lisätä ja tehostaa, kun turha kulkeminen jää pois ja sitä kautta saadaan ihan konkreettisia kustannussäästöjä. Pikaviestien lähetys mahdollistaa nopean kommunikoinnin. Pikaviestisovelluksen välityksellä voidaan nopeasti ja helposti konsultoida esimerkiksi lääkäriä, osallistua koulutuksiin ja jakaa tietoa työyhteisön kesken. Tulevaisuudessa myös hoidon tarjoaminen pikaviestisovelluksen välityksellä voi olla mahdollista. Ohjelman käyttöön on laadittu HUS:n laajuiset käyttöohjeet ja niiden avulla käyttö on vaivatonta aloittaa. Kohteena olevan HUS Psykiatrian poliklinikan yksikössä tekninen valmius käyttöönottoon oli jo olemassa ja tietokoneilta löytyi tarvittavat sovellukset, sekä webkamerat. Tarvittaessa HUS Tietohallinto tukee sovelluksen käyttöönotossa.

Pikaviestisovelluksen käyttö tukee myös VALO-hanketta, jossa kehitettiin videokonsultaatiota, jolla voidaan tehostaa peruspalveluiden ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä. Tavoitteena hankkeella oli helpottaa ja nopeuttaa nuoriso- ja aikuispsykiatrisen konsultaatioiden saatavuutta ja osaltaan edistää työntekijöiden työssäjaksamista ja uuden oppista. Lisäksi hankkeen tarkoituksena oli vahvistaa asiakkaan asemaa ja palvelujen toimivuutta kokonaisuutena. (Moring, Martins, Partanen, Bergman, Nordling & Nevalainen (toim.) 2011.)

Uusien teknologisten palveluiden käyttöönotossa on aina huolehdittava myös henkilökunnan osaamisen kehittymisestä. Kivelä (2011, 20-22) viittaa muun muassa Raijaksen tekemään tutkimukseen, jossa selvitettiin jo vuonna 2001 terveydenhuoltohenkilökunnan tietoteknisiä valmiuksia tutkimuksen aikaan ja tulevaisuudessa. Kaiken kaikkiaan taidot ovat hyvin halussa varsinkin nuoremmilla ja korkeammin koulutetuilla. Kenttätyössä on kuitenkin paljon myös henkilökuntaa, jonka peruskoulutukseen tietotekniikka ei ole kuulunut. Näiden henkilöiden osalta hyvin tärkeää on nimenomaisesti työnantajan tarjoamat koulutukset sekä myös omalla ajalla opiskelu. Eley, ym. (2008, 1154) ovat tutkimuksessaan saaneet selville, että esteenä uusien teknologioiden oppimiselle ja käyttöön voivat olla myös henkilökunnan oma asenne. Yleisesti esteitä oppimiselle ovat teknisen tuen puute, käyttöoikeudet ja laitteiden luotettavuus sekä itseluottamuksen puute teknologiapalveluita hyödynnettäessä. Uusien työkalujen

käyttöönoton yhteydessä tarvitaan käyttöönotto koulutusta ja rohkaisua uusien sovellusten käyttöön. Samoilla linjoilla on Valta (2013) tutkiessaan seitsemän vuoden ajan potilastietojärjestelmien käyttöönoton vaikutuksia sosioteknisestä näkökannalta. Valta (2013, 20-23) toteaa, että uusien tietojärjestelmien ja teknologioiden käyttöönotot tulisi aina suunnitella hyvin tarkasti ja toteuttaa toimintaympäristön mukaisesti. Ei ole tarkoituksenmukaista käyttää työaikaa sovellusten kanssa toimiseen potilaiden sijaan. Käyttöönotoissa tärkeää on huomioida työntekijöiden kyvykyys käyttää uutta teknologiaa, ja kuinka he näkevät sen tuoman lisäarvon. Käyttöönotoissa tulisikin huomioida organisaatio, työntekijät ja teknologiaan liittyvät tekijät. Uuden teknologian käyttöönottovalta henkilökunnalta tarvitaan muuntautumiskykyä ja halukkuutta muuttaa omia rutiinejaan niin organisaatio, kuin eri sidosryhmä tasoillakin.

### 6.3 Potilaiden tavoitettavuus

Suureksi ongelmaksi koettiin potilaiden tavoitettavuus ja vastaanotolle saapumatta jättäminen, eli pahimmassa tapauksessa tietovirran katkeamisen lisäksi koko yhteyden katkeaminen hoitavan tahon ja hoitoa tarvitsevan potilaan välillä. Tavoitettavuuden edistämiseksi ehdotettiin tekstiviestimuistutuksen käyttöönottoa vastaanottoajoista muistuttamiseen. HUS laajuisesti on saatu hyviä kokemuksia tekstiviestimuistutusten käyttöönotosta (HUS 2016a). Myös Kanniston (2016) väitöstutkimuksen tulos tukee näkemystä tekstiviestien hyödyllisyydestä mielenterveyspotilaille. Kannisto (2016) myös kehottaa käyttämään hoitotyössä käyttäjille (potilaille) ennestään tuttuja teknologiaratkaisuja.

Testiviestimuistutukset ovat olleet HUS:ssa käytössä vuodesta 2011 lähtien. Yksiköissä, joissa tekstiviestimuistutukset ovat käytössä, on ajanvarausten käyttöastetta saatu nostettua. Tekstiviestimuistutus on potilastietojärjestelmä Uranuksen Oberonissa ajanvaraukseen liitetty ominaisuus, joka tekstiviestillä muistuttaa potilasta tulevasta vastaanottoajasta. Ensimmäinen muistutus lähtee potilaalle neljä vuorokautta ennen vastaanottoaikaa ja toinen muistutus vuorokausi ennen vastaanottoaikaa. Ennen kuin asiakas voi ottaa vastaan tekstiviestimuistutuksia, on hänen annettava suullinen suostumus tekstiviestien vastaanottamiseen. Suostumus kirjataan Oberonin henkilötietoihin, potilaan puhelinnumeron lisäksi. Teknisesti tekstiviestimuistutteen käyttöönotto tietyille ajanvaraustyypeille on nopea toimenpide ja se saadaan käyttöön käytännössä katsoen välittömästi, kun päätös käyttöönotosta tehdään. (HUS 2016a.)

Ehdotettiin, että kehittämistyön kohteena oleva Psykiatrian yksikössä kokeillaan tekstiviestimuistutuksia potilaille, etteivät vastaanottoajat jäisi käyttämättä muistamattomuuden vuoksi. Tekstiviestimuistutukset eivät kuitenkaan ole kyseessä olevalle Psykiatrian poliklinikan yksikölle vaihtoehto, johtuen toimipaikkojen hajanaisuudesta ja osittain potilasten tapaamisten tiheydestä. Tällä hetkellä testiviestimuistutukset eivät ole rajattavissa pois käyntityypin mu-



kaan, eikä viestin sisältöä voida yksilöidä. Tekstiviestimuistutus asetetaan päälle tietyille varaustyyppille ja jos samaa varaustyyppiä esiintyy tulosalueen eri toimipisteissä, aiheuttaisi tämä potilaissa turhaa hämmennystä. (HUS 2016a; HUS 2016b.) Lopputuloksena todettiin yhdessä nuoriso- ja aikuispsykiatrian osastonhoitajien kanssa, etteivät tekstiviestimuistutukset tällä hetkellä ole toimiva ratkaisu, kohteena olevan Psykiatrian poliklinikan yksikön potilaille vastaanottoajoista muistuttamiseen. Asiaa on kuitenkin tarkasteltu ja otetaan uudelleen tarkasteluun, kun tekstiviestimuistutteen tekninen ratkaisu kehittyy paremmin kohteena olevan Psykiatrian yksikön toimintaympäristöä ja toimintaa tukevaksi.

#### 6.4 Nettiterapioiden ja 15D-lomakkeen käyttöönotto

Suomessa lähes kaikki aikuiset ja nuoret käyttävät internetiä jopa päivittäin. Luonnollinen jatkumo tälle on myös mielenterveyspalveluiden tuottaminen teknologian avulla verkossa. Mielenterveyspalveluiden vieminen verkkoon parantaa palveluiden saatavuutta, voi madaltaa avun hakemisen kynnyksiä ja sen saa sovitettua hyvin omaan aikatauluun. Uudet käytännöt vaativat kuitenkin myös henkilökunnalta uudenlaista suhtautumista ja kouluttautumista teknologian käyttöön. (Vuorilehto, ym. 2014, 245-246.)

Syrjänen (2013, 4-5) toteaa esityksessään tietotekniikan hyödyntämisen mielenterveystyössä olevan arvioitu hyväksi ja mahdollisuuksia avaavaksi, sillä vain harvoin itse tapaamisissa tarvitsee siirtää aineellista materiaalia tai fyysinen kontakti olisi välttämättä tarpeen. Hän kuitenkin muistuttaa, että sähköisessä asiointissa on vaatimuksia tietosuojan ja tietoturvan varmistamiseksi. Pelkkä tekniikka itsellään ei myöskään riitä vaan siihen tarvitaan toiminnallista muutosta, kun käytettävät menetelmät ja välineet muuttuvat ja itse palvelun tuottaminen muuttuu. Sähköiset palvelut sopivat hyvin perinteisen toiminnan rinnalle tukemaan ja täydentämään sitä.

Mielenterveystalo on yksi valtakunnallinen esimerkki itsehoito-ohjelmista, joka tarjoaa kaikille avoinna olevaa palvelua. Palvelusta voi etsiä apua itselleen tai läheisilleen. Mielenterveystalo on myös ammattilaisten käytössä. Mielenterveystalossa on myös nettiterapia osio, johon pääsee lääkärin läheteellä (Mielenterveystalo 2016). Nettiterapioita on kehitetty tiettyjen ongelmien ja oireiden hoitoon, ja niissä edetään osio kerrallaan. Osiot sisältävät tietoa kyseessä olevasta ongelmasta ja sen ylläpitävistä tekijöistä. Palvelun käyttäjän tukena on nettiterapeutti, johon yhteyden saa nopeasti sähköpostityyppisen sovelluksen avustuksella. Terapeutti ohjaa ja tukee käyttäjää muun muassa antamalla palautetta. Nettiterapioista on tehty käyttäjälleen hyvin helppokäyttöisiä ja ne ovat auki vuorokauden ympäri, joten käyttäjä voi käyttää sitä itselleen sopivana hetkenä. Nettiterapioiden käytöstä on saatu positiivisia tuloksia ja potilaat ovat kokeneet sen kautta saatavan hoidon toimivaksi. (Mielenterveystalo 2016; Nettiterapiat 2016.)

Ehdotettiin kokeilun aloittamista hoitajan toimesta sopiviksi todettujen, ja itse halukkuutensa ilmaisseiden potilaiden kanssa nettiterapian käytöstä, muun hoidon lisänä. Tärkeää on myös seurata nettiterapioiden vaikuttavuutta potilaaseen. Nettiterapian käytön aloittamiseen tarvitaan lisäksi myös lääkärin lähete. Nettiterapian avulla saataisiin kuviossa 11 (s. 36) punaisena esiintyvää tapaamisten välistä odotusaikaa hyödynnettyä ja edistettyä hoitoa ilman, että se vaatii samalla tavalla resursseja kuin kasvokkain tapahtuva tapaaminen. Jotta pystyttäisiin seuraamaan nettiterapioiden vaikutusta hoitoon, ehdotettiin myös 15D-lomakkeen käyttöönottoa mittaamaan hoidon vaikutuksia. 15D on elämänlaatumittari ja se on hyvin yleiseen käyttöön soveltuva moniulotteinen mittari, jolla potilas itse voi arvioida omaa elämänlaatuaan. Lomake sisältää 15 hyvin geneeristä kysymystä ja sitä voidaan käyttää arvioitaessa toimenpiteiden vaikuttavuutta. Lomake on kehitetty Suomessa, eikä sen käyttö vaadi mitään erillistä koulutusta. (THL 2013; Sitra 2016, 31.) 15D-lomake on täytettävissä sähköisesti HUS:n loma-kepalvelussa ja sen saa käyttöön välittömästi, kun päätös käyttöönotosta tehdään. Nettiterapian käyttöönottavalle potilaalle voi teettää 15D-lomakekyselyn ennen nettiterapiaa, noin kolmen kuukauden käytön jälkeen ja esimerkiksi puolen vuoden käytön jälkeen. Vastausten perusteella voidaan seurata potilaan edistymistä, ja sitä sopiiko nettiterapia juuri kyseessä olevan potilaan vaihtoehtoiseksi- tai lisähoitokeinoksi. (HUS 2017a.) Ehdotus tukee myös sote-uudistuksen pääperiaatteita tukea hoidon vaikuttavuutta modernien sähköisten palveluiden avulla (SMT 2014).

## 6.5 Hoitohenkilökunta tutuksi asiakaslähtöisesti

Asiakaslähtöisyys, joka on Apotti-hankkeen, Sote-uudistuksen ja digitalisaation yksi kulmakivistä (Apotti 2016; SMT 2014; Valtioneuvosto 2015) otettiin mukaan kehittämisehdotuksiin. Ehdotettiin asiakaslähtöisyyden lisäämiseksi potilaan tutustuttamista etukäteen henkilöihin, joiden kanssa potilas tulee olemaan tekemisissä. Etukäteen tutustuminen helpottaa ja pehmentää siirtymävaihetta ja poistaa siirtymävaiheeseen mahdollisesti liittyviä pelkoja (Vidqvist 2013). Ehdotettiin intranet-sivuston rakentamista, jossa ovat kasvokuvat ja esittelyt nuorisoi- ja aikuispsykiatrian hoitajista, lääkäreistä, vastaanottohenkilökunnasta ja yhteistyökumppaneista, kuten toimintaterapeuteista. Halutessaan sivustolle voi lisätä myös videomateriaalia. Kuvia tai videoita voi näyttää nuorelle aina tarvittaessa hänen hoitonsa aikana. Hyvä olisi myös näyttää siirtymävaiheessa tulevan omahoitajan esittely, että potilaalle tulee häntä hoitavan henkilön kasvot tutuksi. Tällä tavoin saadaan asiakaslähtöisyyttä lisättyä siirtymävaiheen prosessiin, poistettua mahdollisia pelkoja sekä sujuvoitettua itse siirtymävaihetta.

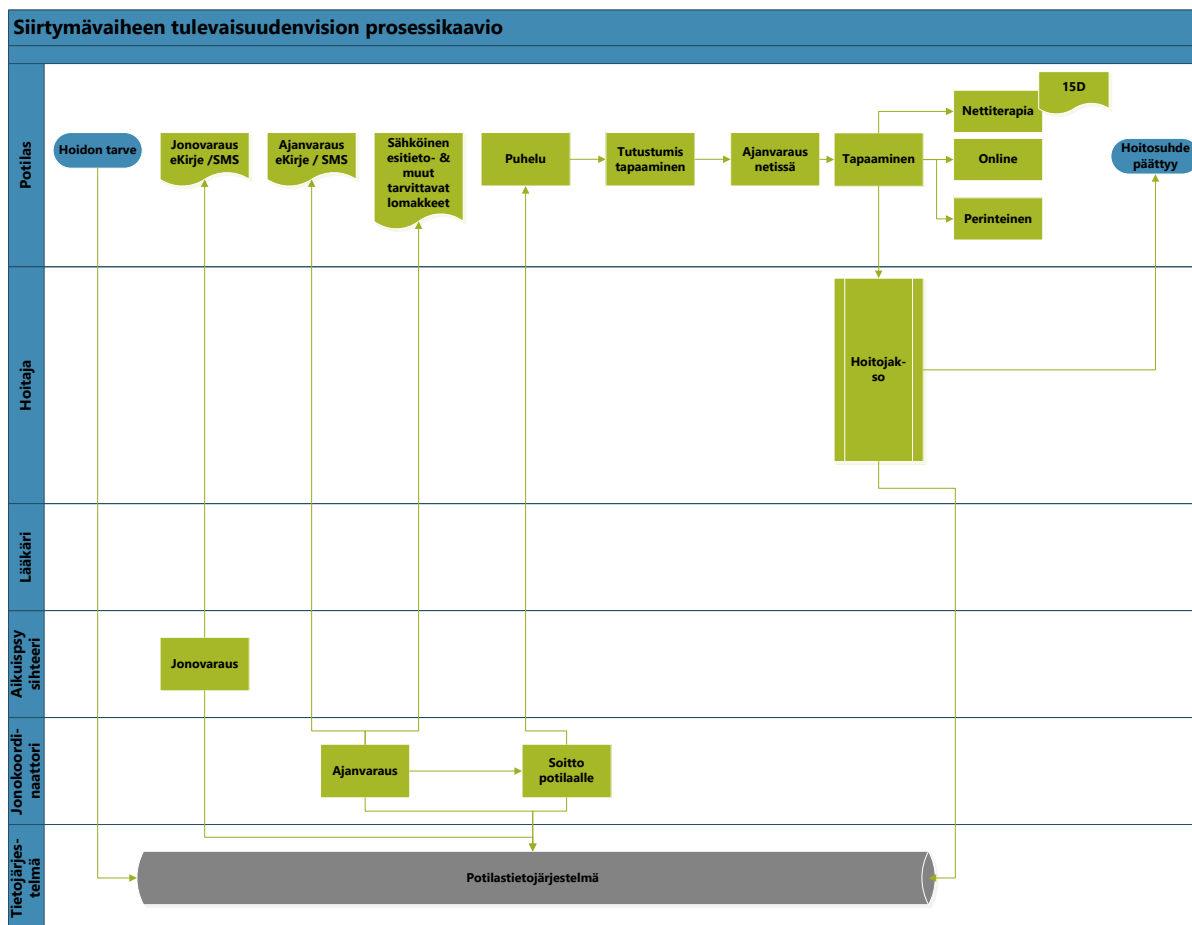
## 7 Palvelukartta kehittämistyön tuloksena

Kehittämistyön tuloksena mallinnetun siirtymävaiheen prosessin palvelukartan suunnittelussa on huomioitu kehittämistyön tavoite vastata kehittämiskysymyksiin. Millaisia haasteita siirtymävaiheen prosessissa on? Mitä tietovirtojen kehittämiskohteita on löydettävissä siirtymävaiheen prosessissa? Miten siirtymävaiheen prosessia voidaan kehittää? Tulevaisuuden siirtymävaiheen palvelukartassa on esillä ratkaisuehdotuksia nykytilan kartoituksessa esiin nousseisiin haasteisiin ja havaittuihin ongelmakohtiin.

Zeithaml, ym. (2013, 234-235) määrittävät palvelukartan (service blueprint) tekniikaksi palvelun innovoinnille ja muotoilulle. Se on kartta, joka esittelee asiakkaan kokemuksen ja palvelusysteemin niin, että jokainen palveluun osallistuva ymmärtää sen objektiivisesti, huolimatta heidän roolistaan palveluketjussa tai henkilökohtaisesta näkemyksestään. Palvelukartan avulla voidaan mallintaa palveluprosessin koko rakenne. Kartta visualisoi prosessin kuvaamalla palvelun kontaktipisteet, toimijoiden roolit ja palvelun näkyvät tapahtumat.

Siirtymävaiheen prosessissa palvelukartan pääkomponentit ovat asiakkaan omat toimet, hoitavan henkilökunnan toimet asiakkaalle näkyvin osin ja näkymättömissä olevin osin. Niin sanotut takahuoneessa tapahtuvat osat tukevat näkyvissä olevia osia (Zeithaml, ym. 2013, 236). Palvelukartan rakentaminen lähtee palveluprosessin tunnistamisella ja päätöksellä siitä mille tasolle palvelukartta viedään. Toisessa vaiheessa tunnistetaan asiakas tai asiakas segmentti, tässä tapauksessa siirtymävaiheen prosessin asiakas. Kolmantena katsotaan prosessia asiakkaan näkökannalta. Neljäntenä prosessia katsotaan hoitavan henkilökunnan näkökannalta. Viidennessä vaiheessa prosessin kontaktipisteet linkataan yhteen tukitoimintojen kanssa. Kuudennessa vaiheessa palvelutapahtumat visualisoidaan ”asiakkaan askelin” prosessiin. (Zeithaml, ym. 2013, 2241-245.)

Kuviossa 13 on prosessin mallinnuksen periaatteella (JUHTA 2012) esitelty mahdollisia toimintatapoja tulevaisuuden siirtymävaiheen prosessiin. Prosessikaaviossa näkyvät sähköisten ajanvarauskirjeiden (eKirje) rinnalla tekstiviesti (sms) tai sähköpostimuistutus, sähköinen esitietolomake, tutustumiskäynti aikuispsykiatrian poliklinikalle ja lisäksi vaihtoehtoja tapaamisten järjestämiseen, esimerkiksi online-tapaaminen (etäyhteys- tai pikaviestisovelluksen välityksellä), perinteinen kasvokkain tapahtuva tapaaminen ja nettiterapia. Nettiterapian vaikuttavuutta mitataan 15D-lomakkeella. Ajanvarauksen voi halutessaan tehdä myös potilas itse verkossa olevan ajanvarausjärjestelmän kautta. Tietojärjestelmänä on kuvattu nimeämätön potilastietojärjestelmä.



Kuvio 13: Siirtymävaiheen tulevaisuudenvision prosessikaavio

Potilaan tulevaisuuden siirtymävaiheen visualisoinnissa lähdettiin liikkeelle tulevaisuuden toivetilasta. Maailmasta, jossa lähes kaikkien toimintojen tekeminen verkossa on mahdollista. Potilas voi itse lisätä todellisuuteensa sisältöä tai heittäytyä virtuaalimaailmaan. Terveystieteissä on lähes rajattomat mahdollisuudet hyödyntää virtuaalitodellisuutta, eikä kaikkia keinoja vielä edes tiedetä. Kuitenkin kasvokkain tapahtuvia tapaamisia ei tule unohtaa ja ne pidetään mukana myös tulevaisuuden kuvassa hyvin tiukasti. Vielä teknologia ei ole sillä tasolla, että se voisi täysin korvata kasvokkain tapahtuvia tapaamisia ja tapaamisten vuorovaikutusta. Perinteisten tapaamisten rinnalle halutaan kuitenkin nostaa uusia yhteydenpitotapoja ja muita teknologian mahdollistamia hoitomuotoja. Hoidot ovat saatavilla juuri silloin, kun se potilaalle itselleen parhaiten sopii. Tulevaisuuden visualisoitu palvelukartta on esitelty kuviossa 14. Palvelukartta kuvaa potilaan kulkemaa matkaa mielenterveyshoidon piirissä nuorisopsykiatriasta aikuispsykiatriaan siirtymävaiheessa.



Kuvio 14: Tulevaisuuden siirtymävaiheen palvelukartta visualisoituna

### Tukijoukot ja tapaamiset ammattilaisten kanssa

Taustatukena potilaalla ovat perhe ja ystävät. Aluksi saattamassa on myös vanha omahoitaja nuorisopsykiatrian puolelta, joka on kuvattu käsi-kädessä kuvana, luoden mielikuvan käytössä olevasta ”saattaen vaihtaan” konseptista (HUS 2016b). Saattaminen ei pääty tutustumiskäyntiin, eikä ensikäyntiin vaan jatkuu sen aikaa, kun tarvetta on ja nuori-aikainen itse sitä haluaa. Tapaamiset hoitajan ja lääkärin kanssa ovat tärkeitä ja he kulkevat myös mukana koko matkan ajan. Tapaamiset hoituvat kasvotusten säännöllisin väliajoin, sen lisäksi on mahdollisuus tapaamisiin etäyhteyden tai puhelimen välityksellä. Mukana kulkevat myös tarvittaessa toiminta-, ratsastus, fysioterapiat sekä erilaiset ryhmätoiminnot. Ryhmätoimintaan osallistuminen on mahdollista myös etäyhteyden välityksellä.

### Asiakaslähtöisyys

Kuviossa 14 on visualisoitu vastaanotolle saapumisen olevan mukavan kodikasta, odotustila on houkutteleva. Potilas on jo etukäteen päässyt tutustumaan aikuispsykiatrian henkilökuntaan kuvien ja videoiden kautta, joita nuorisopuolen omahoitaja on hänelle esitellyt intranettiin tehdyiltä henkilökunnan esittelysivuilta. Jokaisesta hoitajasta on oma kuva ja esittely, jossa kertovat keitä ovat, ja millä hoitovastuulla toimivat. Näin luodaan tuttuuden tunnetta ja lämmenhenkisen sujuva siirtyminen, ilman turhaa jännittämistä.

## Uudet hoitomuodot ja sähköinen asiointi

Potilas saa kokeilla virtuaalitodellisuutta hoitomuotona ja käydä hoitajan arvioinnin perusteella valikoituja nettiterapioita. Hoitoja seurataan ja hoidon vaikuttavuutta arvioidaan erimittareilla. Arviointimittauksia potilas voi täyttää myös itse internetin välityksellä. Ajanvaraukset hoituvat itse ajanvaraamalla ajanvaraussovelluksella tai vaihtoehtoisesti sihteerin toimesta. Ajanvarauksista saa kirjeen sijaan halutessaan myös sähköposti- tai tekstiviestimistutteen. Vuorenrinne täyttyy näin toiminnasta muunakin aikana, kuin kasvokkain tapahtuvissa tapaamisissa. Näin potilaalle luodaan arvoa koko hänen kulkemansa matkan ajan ja tarjotaan eri mahdollisuuksia saada hoitoa erilaisten teknisten ratkaisujen välityksellä.

## 8 Kehittämistyön arviointi

Kehittämistyö sai alkunsa käytännön tarpeesta tarkastella ja edelleen kehittää nuorisopsykiatriasta aikuispsykiatriaan siirtymävaiheen prosessia. Kehittämistyössä edettiin Lean-ajattelun mukaisesti hahmottamalla kokonaisuus, kuvaamalla nykytilan prosessikaavio nuorisopsykiatriasta aikuispsykiatriaan siirtymävaiheessa, arvioimalla kehittämistarpeita ja suunnittelemalla niihin kehittämisehdotuksia. Apuna käytettiin visualisointia kautta linjan, palvelumuotoilun menetelmien mukaisesti. Kokonaisvaltaisena pyrkimyksenä sujuvoittaa ja kehittää siirtymävaiheen prosessia.

Arviointi on kehittämistyön viimeinen vaihe. Arviointia tulee tehdä koko kehittämistyön läpi ja loppuarvioinnin tarkoituksena on osoittaa, kuinka kehittämistyössä onnistuttiin. Arvioinnissa tiedonkeruu on toteutettu suunnitelmallisesti ja tieto arvioidaan analyttisesti. Arvioinnissa kiinnitetään huomiota kehittämistyön suunnitteluun, tavoitteisiin ja tuloksiin, sekä millä menetelmillä tulokset saavutettiin. Aikaansaannoksia arvioitaessa kriteereinä ovat muun muassa kehittämistyön merkittävyys, sovellettavuus ja siirrettävyys. (Ojasalo, ym. 2009, 47.) Eskola ja Suoranta (2005, 2010) pelkistävän arvioinnin tutkimusprosessin luotettavuuteen.

Virtanen (2007, 87-90) listaa arvioinnin kohteen sisältävän toiminnan tarpeen, tavoitteet, panokset, tuotokset, tulokset ja vaikutukset. Arvioinnissa tulee hahmottaa arvioinninkohteena olevan tarvelähtöisyys, tavoitteiden selkeys ja ymmärrettävyys. Panos joka toimintaan on laitettu, esimerkiksi muutoshalukkuus tai kustannuksiin liittyvä panostus. Tuotokset kertovat mitä panoksilla on saatu aikaiseksi ja tulokset kertovat saadut hyödyt. Vaikutukset näkyvät pidemmällä aikavälillä ja ne voivat olla esimerkiksi havaittuja muutoksia. Virtanen (2007, 88) ja Ojasalo, ym. (2009, 47) ovat samoilla linjoilla arvioinninkriteereiden suhteen. Arvioinnin tekijän tulisi tarkastella arviotavaa kohdetta arviointikriteerien näkökulmasta, eli tarkoituksen, tehokkuuden, pysyvyyden ja hyödyllisyyden kantilta.

## 8.1 Kehittämistyön tulosten arviointi

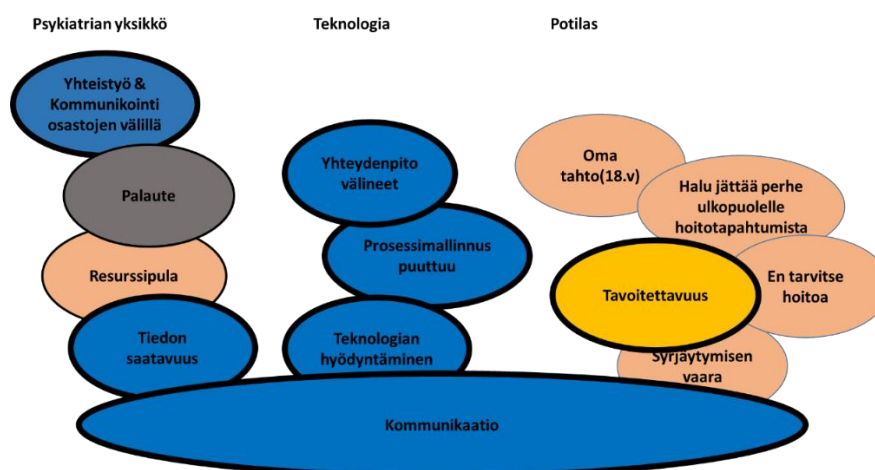
Kehittämistyössä käytettiin viitekehyksenä toimintatutkimusta, tavoitteena kehittää nuorisopsykiatriasta aikuispsykiatriaan siirtymävaiheen prosessia. Toimintatutkimus tähtää muutoksen aikaan saamiseen muuttamalla nykyisiä toimintatapoja. Viitekehyksenä toimintatutkimus sopii hyvin tämän kaltaisen kehittämistyön toteuttamiseen, kun kehittämistyötä tehdään konkreettisesti ympäristössä yhdessä henkilökunnan kanssa, jotka ovat vastuussa siirtyvävaiheen prosessista. Tavoitteena on saada muutos aikaan nykyisessä tilanteessa. (Ojasalo, ym. 2009, 58.) Ojasalon, ym. (2009, 59) mukaan osallistaminen mahdollistaa ratkaisujen avaimien löytämisen työyhteisön sisältä, ihmisten keskuudesta, jotka tuntevat työn haasteet parhaiten. Toimintatutkimus auttaa ongelman ratkaisuun käytännössä ja siihen liittyvässä organisatiossa.

Kehittämistyön ensimmäisen sykli alkoi analysoimalla siirtymävaiheen prosessin nykytilaa JHS 152-suositusten mukaisen prosessinmallinnuksen avulla, jota on suositeltu käytettäväksi terveydenhuollon prosessien mallintamiseen. (JUHTA 2012: Vuokko, ym. 2011, 13.) Prosessimallinnus antoi selkeän kuvan prosessin nykytilasta. Siirtymävaiheen prosessinmallinnusta oli myös kohteena olevan Psykiatrian yksikön puolelta toivottu. Prosessinkuvaus auttaa palvelun laadun arviointia, ongelmien ratkaisua ja prosessin kehittämistä sekä antaa toimintamallille selkeyttä. (JUHTA 2012.) Siirtymävaiheen prosessia on helppo edelleen kehittää mallinnuksen pohjalta. Mallinnus tuo siirtymävaiheen prosessiin myös Torkkolan (2016, 49-50) mainitsemaa läpinäkyvyyttä ja avoimuutta. Nykytilanteesta laadittiin ylätasoinen siirtymävaiheen prosessin mallinnus, potilaan nuorisopsykiatriasta aikuispsykiatriaan siirtymävaiheessa. Nykytilan hahmottamiseen ja mallinnetun lopputuloksen arvioimiseen osallistettiin nuoriso- ja aikuispsykiatrian osastonhoitajat sekä jonokoordinaattori.

Siirtymävaiheen prosessin nykytilan mallinnuksen pohjalta kehittämistyön toisessa syklissä tarkasteltiin siirtymävaiheen prosessia toimintatapojen ja käytettyjen teknisten ratkaisujen osalta. Henkilökunnan edustajien haastattelussa, ensimmäisen syklin aikana saatu tieto auttoi myös avaamaan siirtymävaiheen prosessissa esiintyviä haasteita. Esiin nousi kehittämiskohteita, joiden käyttöönotto voi edistää siirtymävaiheen prosessin hoitoa ja tuoda siihen toivottua sujuvuutta sekä vähentää asiakkaan odottelu-aikaa. Lean-ajattelun mukaisesti yksinkertaistamaan prosessia ja poistamaan siitä turhia mutkia (Graban 2012, 27-28).

Kehittämistyössä esiin nousseet haasteet teemoiteltiin. Eskolan ja Suorannan (2005) mukaan teemoittelu sopii käytännön ongelmanratkaisun löytämiseen. Eri teemojen ympärille lähdettiin suunnittelemaan kehittämisohjelmia. Kehittämisohjelmia saatiin kattavasti mutta myös muutama osa-alue jäi odottamaan jatkokehittämistä. Eniten kehittämisohjelmat painottuivat Psykiatrian yksikköön ja Teknologian käyttöönottoihin. Kuviossa 15 ovat kuvattuina

sinisellä pohjalla ne eri osa-alueet, joille tässä kehittämistyössä saatiin konkreettisia kehittämissuhteita. Harmaalla pohjalla on jatkokehittämistä odottamaan jäänyt kehittämisenkohde ja keltaisella pohjalla on osa-alue, jonka kehittämisehdotus tarvitsee jatkokehittämistä teknisestä näkökulmasta. Vaalean oranssilla ovat kuvattu osa-alueet, joihin tässä kehittämistyössä ei varsinaisesti pystytty kehittämistyötä ulottamaan, eli resursseihin ja potilaan omaan tahtotilaan liittyvät osa-alueet.



Kuvio 15: Siirtymävaiheen haasteisiin vastattiin kehittämisehdotuksin

Kehitysehdotukset tukevat myös sote-uudistuksen pääperiaatteita tukea hoidon vaikuttavuutta modernien sähköisten palveluiden avulla (SMT 2014). Muun muassa sähköisen esitietolomakkeen käyttöönotto tukee palveluiden sähköistämisen kehityssuuntaa ja tehostaa toimintaa. Pikaviestisovelluksen käyttöönotto puolestaan sujuvoittaa päivittäistä työntekoa, säästää aikaa ja on kustannustehokasta, kun siirtymistä paikasta toiseen voidaan vähentää. Lean-ajattelun mukaisesti tehdään oikeita asioita, oikeaan aikaan. Lean myös auttaa poistamaan siiloja ja tekemään töitä aidosti yhdessä. (Graban 2012, 1-28; Modig & Åhlström 2013, 23-27.) Asiakaslähtöisyyttä tuetaan intraan perustettavan henkilökunnan esittelysivuston kautta. Esittelysivusto tukee myös Psykiatrian poliklinikan yksikössä käytössä olevaa ”saattaen, vaihtaan”-konseptia (HUS 2016b). Tavoitettavuuteen liittyvä kehittämisehdotus hylättiin toimimattomana kohdeympäristössä, mutta hyvin tärkeää on, että vaihtoehtoa on tarkasteltu ja mahdollisesti sen voi tulevaisuudessa ottaa uudelleen tarkasteluun. Ehdotuksen käyttöönotto tulevaisuudessa vaatii kuitenkin teknisen ratkaisun jatkokehittämistä. Kaiken kaikkiaan kaikissa ehdotuksissa tekniikan kehittyminen tuo uusia ulottuvuuksia ja sujuvoittaa käyttökokemusta.

Kehittämistyössä käytettiin apuna paljon palvelumuotoilusta tuttua visualisointia ja erilaisia kuvioita. Palvelumuotoilu sopii toiminnan tehostamisen menetelmäksi ja kun halutaan parantaa kokonaisvaltaisesti palvelukokemusta. (Lehtonen & Lehto 2014, 22-28; Kähkönen 2013.)



Tuulaniemen (2011, 115) mukaan visualisointi on myös tehokkaampi kommunikoinnin väline kuin kirjoitettu sana. Erikoissairaanhoidon puolella palvelumuotoilun ja visualisoinnin käyttö on vielä verrattain uutta mutta on jalkautumassa myös sinne. (Laamanen 2005, 160-162; Torkkola 2016, 49-50.) Kehittämistyön kolmannessa ja viimeisessä syklissä visualisoitiin potilaan nuorisopsykiatriasta aikuispsykiatriaan siirtymävaiheen palvelukartta. Palvelukarttaan saatiin havainnollistettua uudet toimintavan muutokset ja välineet.

Kehittäminen oli vastaus kohteena olevan Psykiatrian poliklinikan yksikössä ilmenneeseen tarpeeseen tarkastella potilaan siirtymävaiheen prosessia nuorisopsykiatriasta aikuispsykiatriaan. Kehittämissuositukset olivat konkreettisia ja toimintaympäristöön sopivia. Kehittämissuositusten taustalla olevat tekniset valmiudet ovat yksikössä olemassa. Kuten Tuulaniemi (2011, 34-36, 180) toteaa, on ideoinnin tuloksena hyvä esittää erilaisia ratkaisuvaihtoehtoja ja merkittävää hyötyä saadaan, kun asiat tehdään helpoksi käyttää. Kehittämissuositukset ovat eri tyyppisiä ja niitä voidaan käyttää siirtymävaiheen prosessin eri vaiheissa. Niissä kaikissa on yhdistävä tekijänä teknologia sidonnaisuus ja pyrkimys kehittää siirtymävaiheen prosessia edelleen asiakaslähtöisesti. Kehittämissuositukset saivat kiitosta nuoriso- ja aikuispsykiatrian osastonhoitajilta, ehdotukset olivat helppoja ottaa käyttöön ja sekä potilaita että heidän omaa työskentelyään hyödyntäviä. Positiivista palautetta tuli myös uuden menetelmän, palvelumuotoilun, tuomisesta palveluprosessin kuvaamiseen. Kehittämistyön tulokset ovat siirrettävissä koko HUS:n laajuiseen käyttöön vaivattomasti. Kehittämistyön tulokset myös tukevat HUS:n strategiaa laadukkaasta, oikea-aikaisesta, turvallisesta ja asiakaslähtöisestä palvelusta sekä SMT:n (2009) linjausta tulevaisuuden mielenterveyspalveluista.

## 8.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Etiikka on osa moraalialia ja valintoja, joita tehdään (Kuula 2011,21). Psykiatrian etiikan perusta on toisten kunnioittamisessa ja ihmisoikeuksissa (Lönnqvist, ym. 2011, 16-17). Opinnäytetyön eettisyys lähtee kehittämistyön aiheen valinnasta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 24). Kehittämistyössä, joka on työelämälähtöinen, korostuu myös aihealueen eettiset säännöt. Korkean moraalin tulee ohjata kehittämistyön tavoitteita, joka edellyttää kehittämistyön tekemistä huolella, rehellisyydellä ja hyödynnettävyys huomioon ottaen. Alusta alkaen on pidettävä mielessä, kenelle kehittämistyö tehdään ja kenen ehdoilla mennään (Ojasalo, ym. 2009, 48-49.).

Hyvän tutkimuksen tekeminen vaatii, että eettiset näkökulmat ovat tarpeeksi kattavasti huomioitu. Tuotetun tekstin tulee olla tekijän itse kirjoittamaa ja uutta tietoa tuottavaa (Kuula 2011, 25; Ojasalo, ym. 2009, 49). Saatuja tuloksia tulee arvioida kriittisesti. Raportointi tulee

suorittaa tarkasti ja totuudenmukaisesti. Käytettävät menetelmät tulee avata lukijalle. Alkuperäisiä havaintoja ei saa muokata niin, että ne vääristyvät. Myös tutkimuksessa ilmenneet puutteet ovat tuotava rehellisesti esille, eikä niitä saa peitellä tai jättää kertomatta. (Hirsjärvi, ym. 2013, 26-27.) Internet on yleistynyt tiedon lähteenä ja sieltä löytyvän materiaalin kanssa on oltava hyvin lähdekriittinen. Internetin käyttö tiedon lähteenä ei kuitenkaan poikkea mitenkään tutkimusetiikan peruseriaatteista (Kuula 2011, 192). Tässä opinnäytetyössä internet on myös yksi tiedon lähdekanava ja tiedon haun välineistä.

Tämän opinnäytetyön aihe oli sekä potilasta, että henkilökuntaa hyödyntävä ja tuloksena saatuja kehittämisehdotuksia voidaan hyödyntää psykiatrisen potilaan asiakaspolussa. Kehittämistyölle haettiin tutkimuslupa HUS:sta. Kehittämistehtävän keskeisenä tarkoituksena oli kehittää siirtymävaiheen prosessia, joka siirtyy enemmän teknologia keskeiseksi. Uusia toimintatapoja kehitettäessä ja käyttöönotettaessa on hyvin tärkeää miettiä ja ottaa huomioon toimintatavat myös eettiseltä kannalta. Etiikan sääntöjä ei voi unohtaa ja tai olla noudattamatta. Potilaan siirtymävaiheen prosessin tulisi olla sujuva ja asiakaslähtöisesti toteutettu, että potilaan asiakkuus säilyy ja hän tuntee saavansa tarvitsemaansa apua.

Puhuttaessa kehittämistyön luotettavuudesta tarkasteluun on otettava tutkimusmenetelmät, tutkimusprosessi ja tutkimustulokset. Luotettavuus kehittämistyössä tarkoittaa ennen kaikkea käyttökelpoisuutta. Tiedon tulee olla rehellistä mutta myös hyödyllistä (Toikko & Rantanen 2009, 121-122.). Arvioitaessa tutkimusprosessin luotettavuutta on tarkasteluun otettava tutkija itse. Luotettavuus on tarkasteltava koko tutkimusprosessin osalta, myös tutkijan henkilökohtaisen pohdinnan osalta. Tutkijan on kyettävä perustelemaan tekemiään valintoja ja miten niihin on päädytty. Valintojen soveltuvuutta ja toimivuutta tulee arvioida tutkimuksen tavoitteiden näkökulmasta (Vilkkä 2005, 159.). Kehittämistyön tulosten käyttökelpoisuus tarkoittaa kehittämisprosessin aikana syntyneiden tulosten hyödynnettävyyttä, ei pelkästään kohteena olevan organisaation näkökannalta vaan laajemmassa mittakaavassa siirrettävissä uusiin organisaatioihin. (Toikko & Rantanen 2009, 126.) Eskola ja Suoranta (2005, 211-212) tiivistävät laadullisen tutkimuksen luotettavuuden koostuvan uskottavuudesta, siirrettävyydestä, varmuudesta sekä vahvistuvuudesta.

Opinnäytetyötä veloittavat samat lait ja asetukset, jotka säätävät myös mielenterveyspalveluita ja ohjaavat sosiaali- ja terveysalan kehittämistä. Lakeja ovat Erikoissairaanhoitolaki (1062/1989), Mielenterveyslaki (1116/1990), Mielenterveysasetus (1247/1990) ja Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) (Finlex@ 1062/1989; Finlex@ 1116/1990; Finlex@ 1247/1990; Finlex@ 785/1992).

Opinnäytetyön lukijalle on pyritty selkeästi kuvaamaan opinnäytetyön toteuttamisen vaiheet, ja tätä kautta osoittaa opinnäytetyön luotettavuutta. Opinnäytetyön tavoitteet ovat ohjanneet tiedonhankinta- ja analysointimenetelmiä. Opinnäytetyön tulevat tulokset pyritään esittämään mahdollisimman selkeästi. Tulokset ovat hyödynnettävissä ja siirrettävissä käyttöön koko HUS:n laajuisesti.

### 8.3 Johtopäätökset ja jatkokehittäminen

Tämän opinnäytetyön aiheena olevan kehittämistyön lähtökohtana oli tarve kehittää potilaan siirtymävaiheen prosessia nuorisopsykiatriasta aikuispsykiatriaan ja sähköisten palveluiden ottamista kiinteäksi osaksi prosessin hoitoa. Tässä kehittämistyössä on ollut myös tärkeää tarkastella siirtymävaiheen prosessia Lean-ajattelun mukaisesti, HUS:ssa meneillään olevan kehityssuunnan mukaisesti, sekä tuoda erikoissairaanhoidon prosessien kuvaamiseen mukaan palvelumuotoilun menetelmiä ja sitä kautta lisää visuaalisuutta. Toimintatutkimus on perusteltu lähestymistapa, kun kehitetään toimintaa ja toimintaympäristöä sekä halutaan henkilökunnan osallistuvan kehittämiseen ja arvioimiseen. On tärkeää tarkastella toimintamallia yhdessä henkilökunnan edustajien kanssa, jotta ymmärretään kaikki prosessissa olevat toimintamallin vaiheet. Yhdessä henkilökunnan edustajien kanssa tämä kehittämistyö sai tarvitsemansa pohjan.

Tulevaisuudessa Lean-ajattelun mukaisesti olisi hyvä osallistaa koko kohteena olleen Psykiatrian yksikön henkilökunta mukaan siirtymävaiheen prosessin kehittämiseen. Kehittäminen on myös jatkuvaa oppimista (Laamanen 200, 48). Jotta tässä kehittämistyössä ehdotetut kehittämisehdotukset jalkautuvat Psykiatrian yksikön käyttöön, siihen vaaditaan esimiestaholta muutosjohtajuutta ja suunnan näyttämistä. Tarvitaan rohkaisua uusien asioiden ja toimintamallien käyttöönottoon. Muutoksen johtaminen on kohti yhteistä päämäärää kulkemista, usein jopa omalla epämukavuusalueellaan. Muutoksessa tulee huomioida järkevyyt ja tunteet, joita se herättää. On tarjottava selkeät ohjeet, työkalut ja käytettävät menetelmät. Pienin askelin kohti suurempia uudistuksia. (Torkkola 2016, 120-121.) Erityisesti uusien tietojärjestelmien ja teknologioiden käyttöönotot tulisi aina suunnitella hyvin tarkasti ja toteuttaa toimintaympäristön mukaisesti. Käyttöönotoissa tärkeää on huomioida työntekijöiden kyvykkyys käyttä uutta teknologiaa, ja kuinka he näkevät sen tuoman lisäarvon. (Valta 2013, 20-23.)

Muutosjohtaminen vaatii päämäärätietoisuutta, kykyä priorisoida, jakaa vastuuta, omistautua muutokselle ja palkita onnistuneesta muutoksesta (Parvinen, ym. 2005, 67). Keskijohdon on otettava vahva rooli muutoksessa, että siinä onnistutaan. Avainasemassa on esimiehen oma mielenkiinto kehittämistä kohtaan, kyky hallinnoida kokonaisuutta, hyvä paineensietokyky, kyky neuvotella ja innostaa muutkin muutokseen. (Parvinen, ym. 2005, 91.) Tavoitteena muutoksissa on myös hyvä pitää läpinäkyvyyden ja avoimuuden lisäämistä, niin että kaikki tuntevat tekevänsä asioita yhteisen päämäärän eteen (Torkkola 2016, 49-50).

Kielellinen ilmaisu on myös hyvin tärkeää, kun luodaan uutta ajattelutapaa. Yksi tällainen ajattelutavan muutos olisi kutsua potilasta asiakkaaksi. Asiakas sanan käyttöönotto tukee ihmiskeskeistä toimintamallia terveydenhuollossa. Asiakkuusajattelua tukevat prosessi ja sen tunteminen, osaaminen osaksi tuottamaan arvoa asiakkaalle ja vastuun kantaminen. Lyhyesti sanottuna tukea asiakkaan mahdollisuuksia ylläpitää omaa toimintakykyä ja arjessa pärjäämistä. (Koivuniemi & Simonen 2011, 92-95.) Tässä kehittämistyössä siirtymävaiheen prosessin kehittämistä suunniteltaessa pitäydyttiin kuitenkin vielä potilas sanassa, sillä se on yhä vahvasti käytössä erikoissairaanhoidossa diagnosoiduilla potilailla ja asiakkaat ymmärretään vielä usein tahoiksi, joiden kanssa tehdään yhteistyötä. Pitäytyminen potilas sanassa oli myös toive kehittämistyön kohteena olevalta Psykiatrian yksiköltä. Tämä tulee kuitenkin huomioida tulevaisuudessa uusia ajattelutapoja luotaessa.

Maailma muuttuu, kaiken ja kaikkien on muututtava mukana, vaikka vain pienin askelin mutta varmistaen kilpailukyky ja -etu tulevaisuudessakin. Tulevaisuudessa on mahdollista edetä jatkokehittämistä odottamaan jääneiden kehittämissuunnitelmien kanssa ja ottaa niitä eri käyttöönottoprojektien piiriin. Tärkeää on tehdä yhteistyötä yli rajojen eri toimijoiden kanssa. Psykiatrian yksikön ja HUS tietohallinnon olisi myös hyvä lisätä yhteistyötä, jotta kehittämistyön jatkokehittämistä odottamaan jääneet kehityssuunnitelmat sekä teknologian kehittymistä odottavat ratkaisut voidaan hyödyntää tulevaisuudessa siirtymävaiheen prosessin jatkokehityksessä. Mahdollista on myös laajentaa niiden avulla kehittämistä uusiin toimintoihin. Tässä tapauksessa parhaan mahdollisen, ajantasaisen hoidon tarjoamista asiakaslähtöisesti, tehden avun saaminen mahdollisimman helpoksi ja helppokäyttöiseksi. Terveysteknologiat tulee mullistaa tulevaisuudessa terveydenhuollon palveluita entistä enemmän ja nopeammin sekä yhdistämään niiden parissa työskenteleviä entistä enemmän yhteen, jopa maailmanlaajuisesti.

## Lähteet

Eskola, J. & Suoranta, J. 2005. 7. painos. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Graban, M. 2012. Lean Hospitals, Improving quality, patient Safety, and Engagement. 2dn edition. CRC Press.

Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.). 2010. 3. korj. painos. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Vantaa: Hansaprint Oy.

Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. 2014. Mieli ja terveys. 4., uudistettu painos. Porvoo: Bookwell oy.

Helen, I. 2011. Reformin pirstaleet. Mielen terveystieteiden tutkimus ja hyvinvointivaltion jälkeen. Jyväskylä: Bookwell Oy.

Hietaharju, P. & Nuuttila, M. 2016. Käytännön mielen terveystieteiden tutkimus. 4., uudistettu painos. Helsinki: SanomaPro Oy.

Kananen, J. 2014. Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Miten kirjoitetaan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä? Suomen Yliopistopaino Oy: Juvenes Print.

Kivelä, M. 2011. Kansalaisille suunnattujen sähköisten palveluiden edellyttämä osaaminen terveysalalla. Tietojärjestelmätiede. Jyväskylä: Yliopisto, Tietojenkäsittelytieteidenlaitos.

Kiviniemi, L. 2008. Psykiatrisessa hoidossa olleen nuoren aikuisen kokemuksia elämästään ja elämää eteenpäin vievistä asioista. Kuopio, Korpijyvä.

Koivuniemi, K. & Simonen, K. 2011. Kohti asiakkuutta. Ihmistä arvostava terveydenhuolto. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Laamanen, K. 2005. Ilmiöstä tulkintaa. Johda suorituskykyä tiedon avulla. Tampere: Tammer-Print Oy.

Laamanen, K. 2003. Johda liiketoimintaa prosessien verkkona. Ideasta käytäntöön. Keuruu: Suomen Laatu keskus Oy.

- Laihonen, H. 2005. Tietovirrat tietointensiivisessä palveluorganisaatiossa. Käsiteanalyttinen tutkimus. Tampere: Tampere University of Technology (TUT) and University of Tampere (UTA).
- Lillrank, P., Kujala, J. & Parvinen, P. 2004. Keskenikäinen potilas. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Lehtonen, K. & Lehto, P. 2014. Muotoilu innovaatiotoiminnassa. Teknologiateollisuus ry. Tampere: Tammerprint Oy.
- Lönnqvist, J., Henriksson, M. & Marttunen, M. 2011. Psykiatria. 9. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Miettinen, S. 2011. Palvelumuotoilu. Tampere: Tammerprint Oy.
- Modig, N. & Åhlström, P. 2013. Tätä on Lean. Ratkaisu tehokkuusparadoksiin. Ruotsi: Rheologica publishing.
- Moritz, S. 2005. Service Design. Practical Access to an Evolving Field. Köln International School of design.
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: SanomaPro Oy.
- Parpola, A. 2013. Toivo I Häpeä. Psykiatria modernissa Suomessa. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Parvinen, P., Lillrank, P. & Iivonen, K. 2005. Johtaminen terveydenhuollossa. Käytännöt, vastuut, valvonta. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Pylkkänen, K. 2013. Nuorisopsykiatrisen avohoidon laatusuositus. Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistys 2013.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. 11 uudistettu painos. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Vantaa: Hansaprint Oy.
- Toikko, T. 2012. Sosiaalipalveluiden kehityssuunnat. Tampere: Tampere University Press.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 2. painos. Tampere: Juvenes Print.

Torkkola, S. 2016. Lean Asiantuntijatyön johtamisessa. Liettua: BALTO print.

Virtanen, P. 2007. Arviointi. Arviointitiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen. Helsinki: Edita Prima Oy.

Vuokko, R., Mäkelä, M., Komulainen, J. & Meriläinen, O. 2011. Terveystuollon toimintaprosessit: Terveystuollon yleiset prosessit ja niiden tarkennukset. Terveystuollon ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 53/2011. Helsinki.

Vuorilehto, M., Larri, T., Kurki, M. & Hätönen, H. 2014. Uudistuva mielenterveystyö. Helsinki: Edita Prima Oy.

Womack, J. & Jones, D. 2003. Lean Thinking. Banish waste and create wealth in your corporation. New York: Free Press.

Zeithaml, V.A., Bitner, M.J. & Gremler, D.D. 2013. 6<sup>th</sup> international edition. Services Marketing. Integrating customer focus across the firm. Singapore.

#### Sähköiset lähteet

Aaltonen, S. Berg, P. & Ikäheimo, S. 2015. Nuoret luukulla- Kolme näkökulmaa syrjäytymiseen ja nuorten asemaan palvelujärjestelmässä. Viitattu 10.3.2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-442-7>

Ahonen, O. 2015. Laurea Ammattikorkeakoulu. DeDiwe- The Developer of Digital Health and Welfare Services. Viitattu 19.04.2017. <https://www.laurea.fi/tutkimus-kehitys-ja-innovaatiot/referenssit/hankkeet/dediwe>

Apotti 2015. Liite 41 B9 Tietoturvaluisuus. Viitattu 20.4.2017. <http://www.apotti.fi/hankinta/>

Apotti 2016. Viitattu 02.02.2017. <http://www.apotti.fi/apotti-hanke/>

Arcada Research, Development & Innovation. 2016. The Developer of Digital Health and Welfare Services. Viitattu 20.10.2016. <http://rdi.arcada.fi/dediwe/en/>

Costello, P. 2003. Action research. Viitattu 2.11.2016. [https://mthoyibi.files.wordpress.com/2011/04/action-research\\_patrick-j-m-costello-20031.pdf](https://mthoyibi.files.wordpress.com/2011/04/action-research_patrick-j-m-costello-20031.pdf)

Eley, R., Fallon, T., Soar, T., Buikstra, E. & Hegney, D. 2008. Viitattu 28.1.2017. Computer use in Clinical nursing. Barriers to use of information and computer technology by Australia's nurses: a national survey. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2008.02336.x/pdf>

Finlex@. Laki erikoissairaanhoidolain muuttamisesta 856/2004. Viitattu 15.01.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040856>

Finlex@. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007. Viitattu 20.4.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2007/20070159>

Finlex@. Mielenterveyslaki 1116/1990. Viitattu 15.01.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Finlex@. Terveystuololaki 1326/2010. Viitattu 14.1.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2010/20101326>

Finlex@. Erikoissairaanhoidolaki 1062/1989. Viitattu 30.3.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2013/20131223>

Honkanen, V. 2014. Viitattu 27.02.2017. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/materiaalipankki/vuosikertomukset/Documents/HUS%20vuosikertomus%202014.pdf>

HUS 2016. Hallinto- ja päätöksenteko. Viitattu 4.11.2016. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/hallinto-ja-paatoksenteko/Sivut/default.aspx>

HUS Nuorisopsykiatria 2016. Viitattu 4.12.2016. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/nuorisopsykiatria/Sivut/default.aspx>

HUS Psykiatria 2016. Viitattu 4.12.2016. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/psykiatria/Sivut/default.aspx>

HUS 2011. HUS Strategia 2012-2016. Viitattu 12.10.2016. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/hallinto-japaatoksenteko/hallinto/strategia/Sivut/default.aspx>



Ilmarinen, V. & Koskela, K. 2015. Digitalisaatio: yritysjohtajan käsikirja. Helsinki: Talentum. Viitattu 27.02.2017. <https://www-ellibslibrary-com.nelli.laurea.fi/reader/9789521426278>

JUHTA - Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta. 2012. JHS 152 Prosessien kuvaaminen. Viitattu 11.12.2016. <http://www.jhs-suositukset.fi/suomi/jhs152>

Jungner, M. Otetaan digiloikalla! Suomi digikehityksen kärkeen. Elinkeinoelämän keskusliitto. Viitattu 17.01.2017. [https://ek.fi/wp-content/uploads/Otetaan\\_digiloikka\\_net.pdf](https://ek.fi/wp-content/uploads/Otetaan_digiloikka_net.pdf)

Kannisto, K. 2016. Evaluation of Mobile Telephone Text Message Reminders for People with Antipsychotic Medication. Viitattu 17.01.2017. <https://www.doria.fi/handle/10024/123709>

Kuntaliitto 2015. Kuntaliiton hyvinvointipoliittinen ohjelma. Sosiaali- ja terveydenhuollon uusi suunta. Viitattu 27.2.2017. [http://shop.kunnat.net/product\\_details.php?p=3118](http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=3118)

Kähkönen, E. 2013. Viitattu 04.12.2016. [http://tesso.fi/artikkeli/palvelumuotoilua\\_asiakkaan\\_ehdoilla](http://tesso.fi/artikkeli/palvelumuotoilua_asiakkaan_ehdoilla)

Lohjan kaupunki, Perusturvakuntayhtymä Karviainen & Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS) 2013. Mielenterveys- ja päihdetyönsuunnitelma 2013-2016. Viitattu 12.10.2016. <http://www.lohja.fi/Liitetiedostot/Mielenterveys-%20ja-%20p%EA4ihdety%F6nsuunnitelma%202013-2016.pdf>

Marttunen, M., Huurre, T., Strandholm, T. & Viialainen, R. (toim.). 2013. Nuorten mielenterveyshäiriöt - Opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille. Viitattu 20.10.2016. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-647-2>

Mielenterveystalo 2016. Viitattu 20.11.2016. <https://www.mielenterveystalo.fi>

Moring, J., Martins, A., Partanen, A., Bergman, V., Nordling, E. & Nevalainen, V. (toim.). 2011. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Toimeenpanosta käytäntöön 2010. Viitattu 30.3.2017. Tampere: Juvenes Print. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijaty/hankkeet-ja-ohjelmat/kansallinen-mielenterveys-ja-paihdesuunnitelma/julkaisut-ja-esitteet>

Mäkijärvi, M. 2013. Lean menetelmä suomalaisessa terveydenhuollossa - kokemuksia ja haasteita HUS:ssa. Viitattu 10.12.2016. [http://www.hus.fi/hus-tietoa/materiaalipankki/esitysmateriaalit/Yleinen%20piilokirjasto%20yksittisille%20tiedostoille/Lean-menetelma\\_suomalaisessa\\_terveydenhuollossa.pdf](http://www.hus.fi/hus-tietoa/materiaalipankki/esitysmateriaalit/Yleinen%20piilokirjasto%20yksittisille%20tiedostoille/Lean-menetelma_suomalaisessa_terveydenhuollossa.pdf)

Nettiterapiat 2016. Terapiaohjelmat. Viitattu 08.01.2017. <https://www.mielenterveys-talo.fi/nettiterapiat/terapiaohjelmat/Pages/default.aspx>

Pöysti, T. & Varhila, K. 2016. Sote-uudistuksen tavoitteet. Viitattu 27.2.2017. <http://alueuudistus.fi/soteuudistus/tavoitteet>

Rudawska, I. & Petlak, M. 2013. Improving the efficiency of health care in Poland - conceptual information flow framework. 31-38. Viitattu 28.1.2017. [http://www.bmdynamics.com/issue\\_pdf/bmd110328-%2031-38.pdf](http://www.bmdynamics.com/issue_pdf/bmd110328-%2031-38.pdf)

Seppälä, U. 2011. Syrjäytymisen syyt ja seuraukset Suomessa. Viitattu 23.10.2016. [http://www.kiipula.fi/easydata/customers/kiipula/files/kuntoutuspalvelut/seminaari\\_17-02-2011/syrjaytymisen\\_syyt\\_ja\\_seuraukset.pdf](http://www.kiipula.fi/easydata/customers/kiipula/files/kuntoutuspalvelut/seminaari_17-02-2011/syrjaytymisen_syyt_ja_seuraukset.pdf)

Sitra 2016. Kokeilun ehdot ja periaatteet 2017-2018. Viitattu 14.02.2017. <http://www.sitra.fi/julkaisu/2016/kokeilun-ehdot-ja-periaatteet-2017-2018>

Sosiaali- ja terveysministeriö (SMT). 2016. Mielenterveyspalvelut. Viitattu 20.10.2016. <http://stm.fi/mielenterveyspalvelut>

Sosiaali- ja terveysministeriö (SMT) 2014. Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palvelujen tukena Sote-tieto hyötykäyttöön -strategia 2020. Viitattu 14.10.2016. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/70321>

Sosiaali- ja terveysministeriö (SMT) 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Viitattu 14.10.2016. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2919-7>

Syrjänen, J. 2013. Viitattu 06.02.2017. <http://docplayer.fi/8274038-Mielenterveystalosaikisessa-asioinnissa-11-9-2013-kuntatalo-juha-syrjalainen.html>

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL). 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin tulevaisuuksia 2012: THL:n vuosittainen ennakointiraportti, toukokuu 2012. Viitattu 06.02.2017. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201309306365>

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL) 2013. Toimia. Viitattu 06.02.2017. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/138/>

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos (THL) 2015. Mielenterveyshäiriöt. Viitattu 14.10.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot>

Terveyskylä 2016. Viitattu 4.12.2016. <https://www.terveyskyla.fi/>

Valta, M. 2013. Sähköisen potilastietojärjestelmän sosiotekninen käyttöönotto: seitsemän vuoden seurantatutkimus odotuksista omaksumiseen. Viitattu 30.3.2017. [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-1217-6/urn\\_isbn\\_978-952-61-1217-6.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1217-6/urn_isbn_978-952-61-1217-6.pdf)

Valtiovarainministeriö (VM). 2009. VAHTI-ohjeet: 3. Hankkeen tietoturvallisuuden osa-alueet. Viitattu 20.4.2017. <https://www.vahtiohje.fi/web/guest/hankkeen-tietoturvallisuuden-osa-alueet>

Valtioneuvosto 2015. Ratkaisujen Suomi Neuvottelutulos strategisesta hallitusohjelmasta. Viitattu 06.02.2017. [http://vm.fi/documents/10623/1464506/Hallitusohjelma\\_27052015\\_12998.pdf/ae088a77-b0ab-4964-846d-1e7d14a9d064](http://vm.fi/documents/10623/1464506/Hallitusohjelma_27052015_12998.pdf/ae088a77-b0ab-4964-846d-1e7d14a9d064)

Vidqvist, K-L. Lääkäripäivät 2013. Mitä siirtymävaihe tarkoittaa. Viitattu 26.2.2017. <http://www.laakaripaivat.fi/2013/media/tiedotteet/ennakkoinfon-tiedotteet/mita-siirtymavaihe-tarkoittaa/>

Vierula, H. 2015. Hukatunnistin paljastaa tärvätyt resurssit. Viitattu 06.02.2017. <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/hukatunnistin-paljastaa-tarvatyt-resurssit/>

World Health Organization (WHO) 2014. Mental health: a state of well-being. Viitattu 06.12.2016. [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/)

World Health Organization (WHO) 2013. World Mental health action plan 2013-2020. Viitattu 5.12.2016. [http://www.who.int/mental\\_health/publications/action\\_plan/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/)

Julkaisemattomat lähteet

HUS Lähetekoordinaattori (HUS 2017b). 2017.

HUS nuoriso- ja aikuispsykiatria osastonhoitajat (HUS 2016b). Ryhmähaastattelu 2016.

HUS Projektipäällikkö (HUS 2017a), eKirje, esitietolomake, 15D-lomake. 2017.

HUS Suoritekäsikirja 2017.

HUS Projektipäällikkö (HUS 2016a), tekstiviestipalvelut. 2016

## Kuviot

Kuvio 1: Lääketieteellisten tietovirtojen taustatekijät (Rudawska & Petlak 2013) .....	10
Kuvio 2: Tietoturvallisuuden osa-alueet (Apotti 2015, 8; VM 2009) .....	11
Kuvio 3: HUS Sairaanhoidoalueet (HUS 2016) .....	18
Kuvio 4: Toimintatutkimuksen spiraali mukaillen Carr & Kemmis (1986, 186).....	20
Kuvio 5: Prosessien kuvaustasot (JUHTA 2012) .....	22
Kuvio 6: Jatkuvan kehittämisen kehä Demingin mukaan (Mäkijärvi 2013, 57).....	23
Kuvio 7: Palvelumuotoilun prosessi mukaillen Moritz (2005).....	27
Kuvio 8: Tiedonkeruussa esiin nousseet siirtymävaiheen prosessin haasteet .....	30
Kuvio 9: Ylätason kuvaus potilaan hoitoprosessin kulusta (HUS 2016b) .....	32
Kuvio 10: Nuorisopsykiatriasta aikuispsykiatria siirtymävaiheen nykytilan prosessi .....	34
Kuvio 11: Potilaan palvelutapahtumia .....	36
Kuvio 12: Potilaan siirtymävaiheen nykytilan palvelukartta visualisoituna.....	37
Kuvio 13: Siirtymävaiheen tulevaisuudenvision prosessikaavio .....	44
Kuvio 14: Tulevaisuuden siirtymävaiheen palvelukartta visualisoituna .....	45
Kuvio 15: Siirtymävaiheen haasteisiin vastattiin kehittämissuhteiksi.....	48

## Liitteet

Liite 1: Ryhmähaastattelun runko .....	62
--	----

Liite 1: Ryhmähaastattelun runko

Tapaaminen 28.12.2016 Psykiatrian osasto.

Agenda

Siirtymävaiheen prosessin kulku

Siirtymävaiheen prosessiin liittyvä tiedonkulku

Muutokset siirtymävaiheen prosessin kulussa nuorisopuolelta aikuispsykiatrian asiakkuuteen siirryttäessä

Hoitotapaamisten aikataulutus

Muut siirtymävaiheen prosessiin oleellisesti liittyvät ikäraajat yms.