

KARELIA–AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisenkoulutusohjelma
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Erja Kortelainen
Markus Rautavuori-Surakka

KIIREETTÖMÄN HOIDON TARPEEN ARVIOINNIN KEHITTÄMINEN SIUN
SOTEN MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUISSA

Opinnäytetyö
Syyskuu 2019

**OPINNÄYTETYÖ****Syyskuu 2019****Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma****Ylempi ammattikorkeakoulututkinto**

Tikkarinne 9

80200 JOENSUU

013 260 600

Tekijät

Erja Kortelainen, Markus Rautavuori-Surakka

Nimeke

Kiireettömän hoidon tarpeen arvioinnin kehittäminen Siun soten mielenterveys- ja päihdepalveluissa

Toimeksiantaja

Siun sote. Mielenterveys- ja päihdepalvelut.

Tiivistelmä

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen hoidon tarpeen arvioinnin kiireellisyysjärjestykseksi ei käy sama mittaristo kuin kiireellisessä psykiatrisessa hoidon tarpeen arvioinnissa. Asiakkaiden tarpeet ovat erilaiset perusterveydenhuollon tasolla, kuin kiireellistä psykiatrista erikoissairaanhoidoa vaativissa tilanteissa. Kiireettömään hoidon tarpeen arviointiin ei ole olemassa valmista kiireellisyysjärjestystä. Tutkimukset osoittavat, että kiireellisyysjärjestyksen käyttö sujuvoittaa hoitotyön prosessia ja ohjaa potilaan ja asiakkaan oikea-aikaisesti hänen tarvitsemaansa hoitoon. Sen on osoitettu vaikuttavan hoidon tulosten paranemiseen, sekä vähentävän vammautumisen ja kuolleisuuden riskiä. Kiireellisyysjärjestys tunnetaan myös nimellä triage-luokitus.

Tämä opinnäytetyö toteutettiin osallistavien menetelmin ja tutkivan kehittämistoiminnan menetelmin. Aineiston keruussa hyödynnettiin työpajatoiminnan menetelmiä. Osallistujina oli Siun soten ammattilaisia mielenterveys- ja päihdetyöstä, sekä kokemusasiiantuntijoita ja asiakasraadin edustajia. Aineisto kerättiin yhteisessä kehittämisiltapäivässä. Aineiston pohjalta luotu kiireellisyysluokitus hyväksyttiin mielenterveys- ja päihdepalveluiden johtoryhmässä.

Opinnäytetyöprosessin tuloksena luotiin uusi hoidon tarpeen arvioinnissa käytettävä mielenterveys- ja päihdetyön hoitoisuusluokitusjärjestelmä kiireettömän hoidon tarpeen arviointiin. Järjestelmä on ABCDE-triage-järjestys arvioitaessa hoidon tarpeen kiireellisyyttä puhelimitse tai vastaanotolla.

Kieli

suomi

Sivuja 89

Liitteet 7

Liitesivumäärä 11

Asiasanat

Hoidon tarpeen arviointi, triage, kiireellisyysluokitus, kiireetön hoito



THESIS
September 2019
Master's Programme in Development and Management of Health Care and Social Services

Tikkarinne 9
FI-80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. + 358 13 260 600

Authors

Erja Kortelainen, Markus Rautavuori-Surakka

Title

Developing Assessment of the Need for Non-Urgent Care in Siun sote Mental Health and Substance Abuse Services

Commissioned by

Siun sote, Mental Health and Substance Abuse Services

Abstract

The assessment of the need for care in Mental Health and Substance Abuse Services does not have the same criteria as in the assessment of the need for urgent psychiatric care, as clients' needs are different. There is no triage scale to assess the need for non-urgent care. Studies show that the use of triage facilitates the nursing process and directs the patient / client on time for the care they need. It has been shown to improve treatment results and reduce the risk of injury and mortality.

This thesis was carried out using participatory methods and those of developmental research activity. The methods of workshop activity were used in data collection. The participants were Siun sote professionals, as well as experts by experience and clients. Material was collected at a joint development session. The triage scale that was created on the basis of the collected data was approved by the Mental Health and Substance Management Team.

As a result of the thesis process, a new mental health and substance abuse treatment triage scale for the assessment of the need for care was created to assess the need for non-urgent care. The system is an ABCDE- triage classification to assess the urgency of need for care over the telephone or at an appointment.

Language

Finnish

Pages 89

Appendices 7

Pages of Appendices 11

Keywords

Assessment of the need for care, Triage, Non-urgent care

Sisältö

1	Johdanto	6
2	Hoidon tarpeen arviointi	7
2.1	Hoidon tarpeen arvioinnin lainsäädäntö ja asetukset.....	7
2.2	Hoidon tarpeen arviointi ja hoitoon pääseminen	10
2.3	ABCDE- triage-kiireellisyysluokittelu	15
2.4	Puhelimessa tehtävä hoidon tarpeen arviointi	21
2.5	Hoidon tarpeen arviointi sähköisesti	24
2.6	Hoidon tarpeen arvioinnin erityispiirteet mielenterveys- ja päihdehäiriöissä.....	25
3	Hoidon tarpeen arviointi Siun sotien mielenterveys- ja päihdepalveluissa....	32
3.1	Siun sotien mielenterveys- ja päihdepalvelujen hoitokoordinaattori.....	33
3.2	Hoitokoordinaattoriprosessi Siun sotien mielenterveys- ja päihdepalveluissa	39
3.3	Hoitokoordinaattorin rooli mielenterveys- ja päihdepalvelujen portinvartijamallissa	40
4	Toiminnan ja palvelujen kehittäminen	42
5	Osaamisen johtaminen	48
6	Opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja tehtävä	51
7	Opinnäytetyön menetelmälliset valinnat.....	52
7.1	Tutkimuksellinen kehittämistoiminta	52
7.2	Palvelumuotoilu	53
7.3	Osallistavat menetelmät	57
7.4	Kysely ja alkukartoitus	58
8	Opinnäytetyön toteutus ja prosessi.....	59
8.1	Opinnäytetyön eteneminen.....	59
8.2	Tiedonhankinta	60
8.3	Kehittämisiltapäivä.....	60
9	Tulokset	63
9.1	Alkukysely ja haastattelu	63
9.2	Kehittämisiltapäivä.....	65
9.3	Kiireellisyysluokituksen valinta ja toimintaohjeen tekeminen	69
9.4	Kehittämisiltapäivän palaute	70
10	Pohdinta.....	71
10.1	Tulosten tarkastelu	71
10.2	Pohdintaa kehittämisprosessista	76
10.3	Luotettavuus ja eettisyys	78
10.4	Juurruttaminen ja jatkokehittämisasiideat.....	80

Liitteet

Liite 1	Siun sotien mielenterveys- ja päihdepalvelujen hoidon tarpeen arviointi
Liite 2	Hoitokoordinaattoriprosessi Siun sotien mielenterveys- ja päihdepalveluissa
Liite 3	Opinnäytetyön eteneminen ja aikataulu
Liite 4	Kutsu kehittämisiltapäivään
Liite 5	Alkukysely hoitajille

Liite 6

Kehittämispäivän ryhmien tulokset

Liite 7

Siun soten mielenterveys- ja päihdepalveluiden kiireellisyysjärjestys työohjeena

1 Johdanto

Kiireellisyysjärjestyksen avulla määritetään potilaan/asiakkaan hoidon tarve ja se aika kuinka nopeasti hänen on päästävä hoitoon oireidensa perusteella. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen hoidon tarpeen arvioinnin kiireellisyysjärjestykseksi ei käy sama mittaristo kuin kiireellisessä psykiatrisessa hoidon tarpeen arvioinnissa. Asiakkaiden tarpeet ovat erilaiset perusterveydenhuollon tasolla, kuin kiireellistä psykiatrista erikoissairaanhoidoa vaativissa tilanteissa. Kiireettömään hoidon tarpeen arviointiin ei ole olemassa valmista kiireellisyysjärjestystä. Kansainvälinen tutkimustyö osoittaa, että kiireellisyysjärjestyksen käyttö sujuvoittaa hoitotyön prosessia ja ohjaa potilaan/asiakkaan oikea-aikaisesti hänen tarvitsemaansa hoitoon. Sen on osoitettu vaikuttavan hoidon tulosten paranemiseen, sekä vähentävän vammautumisen ja kuolleisuuden riskiä. Kiireellisyysjärjestys tunnetaan myös nimellä triage-luokitus. (Soontorn, Sitthimongkol, Thosingha & Viwatwongkasem 2018, 120-130.)

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraatio on alkanut 2000-luvulla. Koska molempien ongelmien yhtäaikainen esiintyvyys on selkeästi osoitettu, on nähty järkevänä yhdistää molemmat palvelut ja samanaikainen hoito. Tällä pyritään vähentämään eri asiointikanavia ja tehostamaan hoidon tuloksia. (Stenius, Kekki, Kuussaari & Partanen 2012, 167.) Yhdessä hoitamisen kulttuuri ei kuitenkaan ole itsestään selvyyttä, koska palveluita on tarjottu pitkään toisistaan erillään ja arvolähtökohdat hoitotyön ja sosiaalityön välillä ovat osin erilaiset. Myös asenteissa tarvitaan selkeää muutosta ja yhteistä dialogia ja toimintaa ja työvälineitä yhteisen hoitokulttuurin luomiseksi.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää mielenterveys- ja päihdepalveluiden kiireettömän hoidon tarpeen arviointia. Tavoitteena oli laatia mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden/potilaiden kiireettömän hoidon kiireellisyysjärjestys yhtenäiseksi työvälineeksi hoidon tarpeen arviointiin hoidon tarpeen arviointia tekeville hoitotyön tekijöille mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Opinnäytetyön tehtävänä oli luoda konkreettinen ja yhteinen työkalu asiakkaan hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointiin, mutta samanaikaisesti kehittää laatua ja siten tukea

mielenterveys- ja päihdetyön strategisia tavoitteita. On tärkeää nähdä mielen-terveys- ja päihdepalveluiden molemmat asiakkuudet ja pyrkiä lisäämään yhte-näisen työvälineen avulla osaamista mielenterveys- ja päihdepalvelujen asiak-kaiden/potilaiden hoidon tarpeen arvioinnissa ja siten myös vahvistamaan hoitamisen kulttuuria.

2 Hoidon tarpeen arviointi

2.1 Hoidon tarpeen arvioinnin lainsäädäntö ja asetukset

Potilaan hoidon tarpeen arviointi perustuu lakiin. Lainsäädännössä on määritelty hoidon tarpeen arviointiin ja hoitoon pääsemiseen liittyvät määräykset. Lainsää-däntö määrittää, kuka voi hoidon tarpeen arviointeja tehdä ja millä tavalla. Kan-santerveyslaki, terveydenhuoltolaki ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista ovat keskeisimpiä lakipykälä. Lisäksi hoitotakuuta ja terveydenhuollon ammattihen-kilöitä koskevat lait määrittävät hoidon tarpeen arvioinnin tekemiseen liittyviä asioita. Hoidon tarpeen arvioinnin tukena lakipykälien ja lukuisten asetuksien li-säksi ovat monet toiminta- ja hoito-ohjeet, käypähoitosuositukset sekä muut laa-tusuositukset. Laatusuosituksilla pyritään varmistamaan, että hoitotyö olisi laa-dukasta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 10-11.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrittää, että potilaalla on oikeus laadukkaaseen terveyden – ja sairauden hoitoon hänen terveydentilansa edellyttämällä tavalla ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukattaisi ja yksilöllisyys huomioidaan. Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vai-kutuksista, sekä hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä hänen tervey päätöstä tehtäessä. Laki määrittää myös potilaan itsemääräämisoikeu-den, jonka mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kans-saan. Potilaalla on mahdollisuus kieltäytyä tietystä hoidosta tai hoitotoimenpi-teestä. Laki määrittää myös, kuinka toimitaan, mikäli potilas ei itse pysty päättämään hoidostaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Valtioneuvoston asetuksen hoitoon pääsyn toteutumisesta ja alueellisesta yhteistyöstä (1019/2004) mukaan kiireelliseen hoitoon pääsy tulee tapahtua välittömästi. Kuntalaisille on järjestettävä päivystys, johon pääsee jokaisena päivänä. Kiireettömän hoidon perusteet ovat luonteeltaan suosituksia ja niiden perusteet löytyvät sosiaali- ja terveysministeriön sekä terveysportin sivuilta. On tärkeää, että nämä suositukset ovat apuna arvioidessa potilaan hoitoon pääsyä. Hoitoon ohjauksessa on otettava suositusten mukaan huomioon potilaan elämäntilanne, tarve saada hoitoa sekä potilaan mielipide. Potilaalla ei ole oikeutta saada mitä vain haluamaansa hoitoa, vaan hoidon tarpeen arvioinnin perusteella potilas ohjataan hoitoon, joka vastaa hänen tarpeitaan ja joka hänelle kuuluu. (Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteutumisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 1019/2004.)

Hoitotakuuta koskevaa asetus (1019/2004) kertoo hoidon tarpeen arvioista ja hoitoon pääsystä seuraavaa: potilaan tulee virka-ajan puitteissa saada yhteys terveyskeskukseen joko puhelimitse tai tulemalla vastaanotolle. Virka-ajan ulkopuolelle on järjestettävä päivystyksellinen valmius. Yhteydenoton syy, sairauden oireet, oireiden vaikeusaste sekä kiireellisyys yhteydenottajan kertomus ja saadut esitiedot ovat perusteena hoidon tarpeen arvioinnissa. Lähetä voi myös toimia esitietojen antajana. Hoidon tarpeen arvioinnin tekee asianmukaisesti koulutettu, työkokemusta omaava ammattihenkilö. Hoidon tarpeen arvioinnin tekijällä on oltava yhteys hoitoa antavaan yksikköön sekä potilasasiakirjoihin.

Terveystieteiden toiminnan on perustuttava näyttöön sekä hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveystieteiden toiminnan on oltava turvallista, laadukasta ja asianmukaisesti toteutettua. Terveystieteiden toimintayksiköllä on oltava suunnitelma laadunhallinnasta ja siitä, kuinka potilasturvallisuus on yksikössä varmistettu. Laissa on myös velvoite moniammatillisen tutkimus-, koulutus- ja kehittämistoiminnan järjestämisestä. (Terveystietolaki 2010.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut asetuksen laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta. Sen tarkoitus on ohjeistaa terveystieteiden yksiköitä suunnitelman laadinnassa, toimeenpanossa ja seurannassa. Asetuksen mukaan toimintayksikön suunnitelmassa tulee so-

pia täytäntöönpanon vastuuhenkilöt ja toimijat. Johto vastaa edellytyksistä ja voimavaroista, joilla toteutetaan laadukasta ja potilasturvallista toimintaa. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2011.)

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä määrätyn lain (559/1994) mukaan terveydenhuollon koulutetun ammattihenkilön on ammattitoiminnassaan sovellettava yleisesti hyväksytyjä ja kokemuksella perusteltuja toiminta- ja menettelytapoja. Ammattihenkilön osaaminen on varmistettava ja vahvistettava. Terveydenhuollon ammattihenkilön pitää ottaa huomioon potilaalle koitua hyödyt ja haitat. Potilaalle on järjestettävä kiireellinen sairaanhoito. Kiireellinen suun terveydenhuolto, mielenterveyshoito ja päihdehoito, psykososiaalinen tuki pitää järjestää riippumatta siitä missä asiakas tai potilas asuu. Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämää välitöntä arviointia ja hoitoa, jota ei voi siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.)

Sosiaali- ja terveysministeriön potilasasiakirjoista antama asetus koskee sekä sähköisiä että perinteisiä eli paperisia potilasasiakirjoja. Asetuksessa on määritetty esimerkiksi asiat, jotka potilasasiakirjoihin kuuluvat, niiden sisältö ja laadintatapa, asiakirjojen säilytysajat ja -tavat, hävittäminen sekä määritetään kuka tietoja saa käyttää. Potilasasiakirjoihin tulee merkitä kaikki olennainen, potilaan hoidon järjestäminen, suunnittelu, toteuttaminen, arviointi ja seuranta. Hoitoon liittyvät tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot on kirjattava ymmärrettävästi ja selkeästi. Asiakirjamerkinnet pitää tehdä mahdollisimman nopeasti ja niissä pitää käydä ilmi valittu hoito, hoitoratkaisujen perusteet, miten hoito toteutetaan ja muut hoitoon liittyvät tärkeät asiat. Potilaan hoitoon osallistuvien hoitohenkilökunnan nimet on kyettävä selvittämään jälkikäteen. Asetuksessa annetaan ohjeet myös potilasasiakirjamerkintöjen muuttamisesta, korjaamisesta, asiakirja tietojen luovuttamisesta ja lokitiedoista. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

2.2 Hoidon tarpeen arviointi ja hoitoon pääseminen

Kaikille päivystykseen saapuville potilaille tehdään hoidon kiireellisyyden ja tarpeen arviointi (Valvira 2015). Vaikka triage virallisena terminä tarkoittaa hoidon kiireellisyyden arviointia, sitä käytetään yleisesti puhuttaessa hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnista, eikä näitä asioita voi selkeästi erottaa toisistaan. Triagen perusteella arviointia suorittava hoitotyöntekijä luokittelee hoidon tarpeen kiireellisyyden ja ohjaa asiakasta tarvittaviin palveluihin. Asiakasvirtauksiin voidaan vaikuttaa positiivisesti hyödyntäen kiireellisyysluokitusta. Tällöin ne potilaat, jotka tarvitsevat vähemmän hoitoa tai eivät tarvitse hoitoa, erottuvat joukosta. Kiireellisyysjärjestyksen laatiminen asiakasryhmään kohdentaen tai sen käyttö priorisoimaan hoidettavissa olevia asiakastapauksia saattaa siis olla eduksi asiakasvirtojen hallinnassa. (Harding, Taylor & Leggat, 2011, 9.)

Hoidon tarpeen arvioinnilla ennen hoidon aloittamista on myös merkitystä terveydenhuollon resurssointiin. Tutkitusti asiakkaan hoito voi olla aliresurssoitua, jolloin hän ei saa lain määrittämää riittävää hoitoa tai yliresurssoitua, jolloin asiakas saa tarpeeseen nähden ylimitoitettua hoitoa. Aliresurssoinnin syynä on osoitettu pääasiallisesti olevan terveydenhuollon resurssien riittämättömyys, kun taas yliresurssointiin on nähty johtavan asiakkaan tai omaisten vaatavuus. Hoidon rajojen määrittäminen on tärkeää. Ajattelun hoitotyössä tulisikin olla näyttöön perustuvaa ja hoidon rajojen määrittelyssä tulisi käyttää tämän ajattelun työkaluja, kuten terveydenhuollon menetelmien arviointia ja hoitosuosituksia. Parhaimmassa tapauksessa yksiselitteisiksi laaditut hoitosuositukset olisivat sekä hoitohenkilöstön että asiakkaiden ja maksajatahon hyväksymiä, jolloin vältettäisiin aliresurssoinnista johtuvaa alihoitoa, sekä painostuksesta johtuvaa ylihoitoa. Hoitosuosituksen tulee perustua tieteelliseen näyttöön unohtamatta eettisiä kysymyksiä. (Saarni 2010, 71-72.)

Hoidon tarpeen arvioinnin voi tehdä joko vastaanottokäynnillä tai puhelin palveluna riittävien esitietojen ja selvityksen perusteella. Hoidontarpeenarviointi, hoito-ohjeet ja toimenpide ehdotukset kirjataan asianmukaisesti potilastietojärjestelmään. Myös puhelinpalveluna annettavasta henkilökohtaisesta terveyden- tai sairaanhoidon neuvonnasta tai palveluohjauksesta tehdään asianmukaiset

merkinnät. Hoitoa aloitettaessa tulee huomioida potilaan toimintakyky, terveydentila, sairaus ja sen ennakoitavissa oleva kehittyminen. Hoidontarpeenarviointi on siis potilaan hoitoprosessin ensimmäinen vaihe. Laki ei velvoita sitä, pääseekö potilas hoitoon, mutta määrää potilaalle oikeuden hoidon tarpeen arviointiin. Potilas ei pääse hoitoon ilman hoidon tarpeen arviointia. (Hoitotakuuta koskevaa asetus 2004; Pellikka 2017.)

Hoidon tarpeen arvioinnissa keskeistä on, että hoitaja tekee päätöksen ja esittää ratkaisun. Haastattelun perusteella hoitajan tulisi osata päättää minkä tasoista hoitoa potilas tarvitsee ja mikä on hoitoon pääsyn kiireellisyys. Päätöstä ei tule jättää potilaalle, vaikka päätös tuleekin tehdä yhteisymmärryksessä ja potilaan omia valintoja pitää kunnioittaa. Potilaalla ei ole oikeutta saada hoitoa vain siksi, että hän sitä itse haluaa. Jokaiselle kuuluu oikeus hoidon tarpeen arviointiin ja sitä kautta hoitoon, jota hän tarvitsee. (Hoitotakuuta koskevaa asetus 2004.)

Terveystieteidenhuollossa hoidontarpeen ja kiireellisuuden arvioinnin voi tehdä terveydenhuollon ammattilainen: hoitaja tai lääkäri, tällöin hänen arvionsa toimii porttina hoitoon pääsulle. Osaamisen ja kokemuksen lisäksi apuna voi toimia esimerkiksi Käypä hoito -suositukset ja triage-ohjeistus. Toiminnassa on vahvasti mukana terveydenhuollon ammattilaisen ammattietiikka, mikä ohjaa toimimaan potilaan edun ja hyödyn mukaisesti, selvittämään hoidon tarve ja tutki-
maan potilas viivyttämättä yhteistyössä potilaan kanssa. Ammattitaidon, koulutuksen ja osaamisen lisäksi hoidon tarpeen arvioinnissa on oltava myös selkeä ohjeistus. Hoidontarpeen arvioinnin edellytyksenä on myös pääsy potilaan tietoihin potilasjärjestelmässä sekä mahdollisuus saada konsultointi tukea tarvittaessa. Hoidontarpeen arvioita tekevän ammattilaisen osaamisen varmistaminen on esimiehen ja työnantajan vastuulla. (Kansanterveyslaki 2004; Valvira 2015; Pellikka 2017.)

Hoidon tarpeen arvioinnissa käytetään niin kutsuttua triage-luokitusta, eli hoidon tarpeen kiireellisyysluokitusta. Arvioinnin merkitys on suurin hoidon aloituksessa, otetaanko potilas hoitoon varmuuden vuoksi vai onko hoitoon ohjaaminen ja päätöksen teko ammattimaista, osaamiseen ja hoitosuositukseen perustuvaa. Kii-

reelliseksi luokiteltu sairaanhoito ja suun terveydenhuolto, päihdeongelmaisten hoito, psyykkinen hoito, sairauden tai vamman vaatima välitön arvio toiminta kyvyn alenemisen vuoksi sekä yleinen psykososiaalinen tuki on järjestettävä ihmiselle kotikunnasta riippumatta. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Hoidon tarpeen arviointi on ensimmäinen ja tärkein vaihe sairaanhoitajan prosessista. Jos tiedon keräys on virheellistä tai riittämätöntä, voidaan tehdä päätöksiä, jotka vaikuttavat haitallisesti potilaan hoitoprosessin myöhempisiin vaiheisiin: diagnoosiin, suunnitteluun, täytäntöön panemiseen ja arviointiin. Hoidon tarpeen arviointi jatkuu kaikissa hoitotyön vaiheissa. Hoitaja kerää tietoa potilaasta kokonaisvaltaisesti hoidon jatkuessa. Arviointeja on neljää tyyppiä: alkuperäinen kattavasti tehty arvio, jatkuva tai osittainen arviointi, kohdennettu tai ongelmalähtöinen arviointi sekä kiireellinen hoidon tarpeen arviointi. (Weber & Kelley 2010, 1-2.)

Hoidontarpeenarvioita tekevät hoitajat ovat asiakkaan ja potilaan hoidon aloituksessa ja suunnittelussa ja vaikuttavat omalla päätöksen teollaan tulevaan potilaan hoitoprosessiin ja koko hoitoketjun toimintaan. Hoidon laadun ja potilasturvallisuuden rakentajina heillä on keskeinen asema. Toimintaa säätelevät useat lait, asetukset ja määräykset. He ovat vastuussa tietojen säädösten mukaisesta kirjaamisesta, joka vaikuttaa potilaan hoidon turvallisuuteen ja jatkuvuuteen. Kirjaaminen on tärkeää molempien osapuolten oikeusturvan kannalta. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992; Pellikka 2017; Peltonen 2017.)

Potilaan hoidon kiireellisyyden arvioinnin ja hoidon suunnittelun onnistumisen kannalta esitietojen kerääminen ja potilaan asioihin perehtyminen ovat merkittävässä asemassa. Huolellinen tietojen hankinta ja kirjaaminen lisäävät hoidon sujuvuutta ja tekevät potilaan hoitoprosessista yksilöllisen. (Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2014.) Hoidon tarpeen arvioinnin haastattelussa, joko vastaanotolla tai puhelimesta tapahtuvana potilas kohdataan asiallisesti, hänen asioistaan ollaan ammatillisesti kiinnostuneita. Haastattelu on vuorovaikutustilanne, jossa potilas ilmaisee omia tarpeitaan ja ongelmiaan. Arvioinnin tekijän on oltava rauhallinen, oltava asiallinen, läsnä oleva ja ystävällinen. Hänen on tarvittaessa oh-

jattava ja rajattava keskustelua ja otettava vastaan potilaan reaktiot. (Peltonen 2017; Pellikka 2017; Lönnqvist 2017.)

Hoidon tarve eli hoitotyön diagnoosi tehdään potilaan ongelmien, oireiden ja tarpeiden perusteella. Potilaan tai asiakkaan tietoja kerätään ja niiden perusteella ammattitaitoinen työntekijä tekee hoidon tarpeen arvioinnin. Tietojen keuruun ja siitä saadun hoidon tarpeen perusteella suunnitellaan potilaan hoito, tehdään niiden toimintojen kuvaus, joilla potilas saisi parhaan mahdollisen avun/tuen. Tämän suunnitelman perusteella toteutetaan hoitoa. Hoidon tarpeen arvioinnin onnistumiseksi on selvitettävä ainakin seuraavat asiat:

- Miksi asiakas ottaa yhteyttä: oirekuvaus, oireiden vaikeusaste, sekä oireiden kesto tai muu syy hoitoon hakeutumiselle esimerkiksi todistusasiat.
- Esitietojen kokoaminen: perussairaudet, lääkitys ja mitä muita hoitoja potilas on saanut milloin ja missä.
- Tilanne (status): Milloin oireet ovat alkaneet ja millaisia ne ovat tällä hetkellä. Millaisessa tilanteessa oireet ilmenevät ja onko oireita esiintynyt aikaisemmin? Onko oireita hoidettu ja miten? Millainen on potilaan/asiakkaan toimintakyky?
- Mikä yleisvointi on ajankohtaisesti?

(Hoitotakuuta koskevaa asetus 1019/2004; Pellikka 2017; Mielenterveys- ja päihdepalvelut 2017; Lönnqvist 2017.)

Avoimien kysymysten käyttö on toivottavaa ja niillä voidaan tiedustella faktoja ja kysyä tunteista ja tuntemuksista. Näin saadaan yksityiskohtaista tietoa. Avoimissa kysymyksissä käytetään kysymyssanoja, esimerkiksi mitä, missä, milloin, miten ja minne. Avoimissa kysymyksissä tavoitteena on käydä suoraan asiaan hienotunteisesti, pitkiä esipuheita tai johdatteluja ei tarvita. Suljetut kysymykset ovat kysymyksiä, joihin voi vastata kyllä tai ei. Ne tuottavat määrättyä tietoa nopeasti. Näissä suljetuissa kysymyksissä voi olla vaarana olennaisen asian jääminen taustalle. Usein suljettujen kysymysten tueksi on hyvä lisätä tarkentavia kysymyksiä, joilla saadaan lisätietoa asiasta. (Pellikka 2017; Mielenterveys- ja päihdepalvelut 2017.)

Ernesäter, Engström, Winblad, Rahmqvist & Holmström (2015, 166) ovat tehneet tutkimuksen, jonka mukaan sairaanhoitajat eivät olleet halukkaita käyttämään avoimia kysymyksiä puhelinohjauksessa. Liian suppeiden kysymyksien käyttäminen ja haluttomuus soittajan asian selventämiseen voivat olla uhka yhteisymmärrykselle. Yhteisymmärryksen puuttuminen voi johtaa virheelliseen hoidon tarpeen arviointiin ja on siten uhka potilasturvallisuudelle.

Hoidon tarpeen arvion lisäksi vastaanotto tai puhelimesta tapahtuva keskustelu usein sisältää myös ohjausta potilaan ja asiakkaan asiassa sekä ohjausta palveluiden suhteen. Tästä voidaan käyttää myös termiä puhelinneuvonta. Asiakkaan ja potilaan ohjaamisen kuuluu olennaisena osana sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäviin. Ammatillinen ja eettinen osaaminen, hyvä tieto ja taito pohja, vuorovaikutustaidot sekä toimintaa ohjaavat laki, laatu- ja hoitosuositukset mahdollistavat hyvän ja laadukkaan asiakas- ja potilasohjauksen. Ohjauksen yhtenä tavoitteena on tukea potilaan hoidon onnistumista sekä auttaa potilasta ja asiakasta tekemään päätöksiä ja valintoja oman terveytensä ja sairauden suhteen. Palvelujärjestelmän ja sen eri toimintojen osaaminen auttaa ohjaustyötä. Puhelinohjauksessa tai -neuvonnassa annetaan potilaalle myös itsehoito-ohjeita. (Eloranta & Virkki 2011, 11,14; Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 15; Orava 2012, 224-225.) Palveluohjauksen keskeisiä sisältöjä ovat neuvojen ja tiedon antaminen, oppiminen, terapeuttinen keskustelu potilaan tai asiakkaan asiasta sekä ohjeiden antaminen (Vänskä ym. 2011,19).

Lipposen (2014,10-20) mukaan on todettu, että Suomessa potilasohjauksessa toimivien hoitotyön ammattilaisten osaaminen on hyvällä tasolla. heillä on riittävä tiedon ja taidon määrä. Potilasohjauksen laadun mahdollistamiseksi myös erilaisten ohjausmenetelmien käyttäminen on tärkeää. Riittävät resurssit, ajankäyttö, sopivat välineet ja hyvä ympäristö auttavat potilas ja asiakasohjauksen onnistumisessa. Potilas- ja asiakasohjaustyötä tekeville on mahdollistettava osaamista ylläpitävä koulutus.

Triagehoitajan päätöksen teon laatua on tutkittu Huibersin, Keizerin, Giesenin, Grolsin & Wensingin (2012, 547,550) tutkimuksessa. Johtopäätöksenä tutkimuksessa todettiin, että puhelinohjauksen laatuun vaikuttaa potilaan taito il-

maista oireitaan. Hoitajalta onnistuneen ohjauksen onnistuminen vaatii hyviä kommunikaatiotaitoja sekä aikaa kuunnella potilaan oireita ja perehtyä niihin.

2.3 ABCDE- triage-kiireellisyysluokittelu

ABCDE-triage-kiireellisyysluokittelussa tavoitteena on, että kiireelliset potilaat saadaan eroteltua niistä, joiden hoidon järjestämisellä on kiire (Malmström, Kiu-ra, Malmstrom, Torkki ja Mäkelä 2012, 699-703). Kantosen väitöstutkimuksessa tulee hyvin ilmi, että oikean ABCDE-triagen kautta arvioidut potilaat vähentävät potilaiden lääkärikäyntejä jopa 24 prosenttia (Kantonen 2014, 8-9).

Elina Heino kertoo artikkelissaan (2014), että Valvira ja oikeusasiamies ovat huolissaan hoitajavetoisista kiireellisyysarvioista terveyskeskusten päivystyksis-sä. Arvion mukaan se voi pahimmillaan vaarantaa potilaan hengen. Tämän ta-kia hoitajien tekemä hoidon tarpeen arvio vaatisi nykyistä tarkempia ohjeita Suomessa. Selkeää valtakunnallista ohjeistusta ei ole hoidon kiireellisyyden ar-viointiin. Tarve tämän tyyppiselle ohjeistukselle on olemassa. Triagehoitajien riittävä koulutustaso ja ohjeet ovat välttämättömiä sekä on mahdollisuus konsul-toida lääkäriä tarvittaessa. Heino kirjoittaa artikkelissaan, että terveydenhuollos-sa ammattihenkilöiden työnjakoa pitäisi kehittää jatkuvasti, muun muassa li-säämällä hoitajien osuutta hoidon tarpeen arvioinnissa. Heino kirjoittaa että, on todettu, miten kaiken kirjavaa Suomessa tehtävä hoidon kiireellisyyden ja tar-peen arviointi on, varsinkin terveyskeskuksien toiminnassa. Hoidon tarpeen ar-viointit on kirjattava potilaskertomuksiin ja tätä ei nykyisin aina tehdä. Artikkelin mukaan triage olisi otettava käyttöön virka-aikaan terveyskeskusten ajanva-rauksissa. (Heino 2014.)

Arviointiseloste potilaiden kiireellisyyden luokittelusta ja hoitoprosesseista päi-vystyspoliklinikalla sisälsi tiivistelmän ulkomaisesta terveydenhuollon menetel-mien arviointiraportista ja tiivistelmän ruotsalaisen järjestelmän kirjallisuuskat-sauksen yhteenvedon ja johtopäätökset, sekä Suomessa keväällä 2011 tehdyn päivystyskartoitusten alustavat tulokset. Arviointiselosteessa todetaan, että kii-reellisyysluokittelun toistettavuudesta ei löydy riittävästi näyttöä. Viisiasteisen

luokittelun viimeisen portaan potilaiden kuoleman riski oli kuitenkin erittäin pieni, joten luokitteluasteikkoja voidaan pitää turvallisina. Arviointiselosteessa todetaan, että näyttö eri triage-järjestelmistä on puutteellista. Laatuvaatimuksia asettaessa terveydenhuollon uusille järjestelmille tärkeään asemaan nousee tarkkuus, eli miten menetelmä on toistettavissa tuottaen saman tuloksen, tätä tieteellistä näyttöä ei löydy riittävästi. (Kiura 2011.2,4-7.)

Hoitopolkujen kehittämisen voitiin nähdä lyhentävän potilaiden odotusaikoja ensiavussa silloin, kun hoitopolut oli suunniteltu yksinkertaisimmille potilastapauksille. Kiireellisyysluokitusten eettisyys herättää myös kysymyksiä. Luokittelun voidaan nähdä olevan ristiriidassa vallitsevien eettisten periaatteiden kanssa ja voivan luoda alueellisia eroja hoitokäytännöissä. Eettiseltä kannalta haasteellisena nähtiin myös potilaiden kokemukset epäoikeudenmukaisuudesta, mahdollisuudesta uuteen puolueettomaan tilannearvioon, sekä päivystyskäynnin mahdollisimman lyhyeksi tekevän toiminnan ristiriita suhteessa perusteellisen arvion tekemiseen. Inhimilliseen päätöksentekoon nähtiin tarvittavan koulutusta, harjoittelua, palautetta, sekä selkeät toimintalinjat ja kirjalliset ohjeet. (Asplund, Castrén, Ehrenberg, Farrokhnia, Göransson, Jonsson, Lind, Marké, Norlund, Oredsson, Syversson, Säwe, Rognes & Sahlin 2010, 30-36.)

Lisätutkimuksen tarvetta nähtiin tarvittavan potilasturvallisuudesta, potilaskokemuksista, resurssivaatimuksista, kustannusvaikuttavuudesta, sekä eettisistä näkökohdista. Ammatillisesti on haastavaa, että kiireellisyyttä arvioidaan eri alueilla eri tavoin. Vaikka yhden yhtenäisen luokittelun käyttö ei olisikaan mahdollista, voitaisiin koko maan kattava perusrakenne kuitenkin luoda. Päivystystoiminnan eri toiminta-alueilta tarvitaan lisää tutkimusnäyttöä, kuten puhelimitse ennen sairaalaan tuloa tehty kiireellisyysluokitus, sekä psykiatristen potilaiden ja lasten kiireellisyysluokituksista. (Asplund ym. 2010, 30-36.)

Hoidon tarpeen arviointia tehdään useissa paikoissa sellaisilla menetelmillä, joiden vaikuttavuudesta eikä turvallisuudestakaan ole tarpeeksi tutkimusnäyttöä, kirjoittaa Lautala artikkelissaan. Lisäksi hän kommentoi että, kaikissa terveyskeskusjärjestelmissä sekä päivystyksissä pitäisi olla näyttöön perustuva kiireellisyysluokitus. Vaatii jatkotutkimuksia löytää turvallinen, yhtenäinen ja tarpeeksi

luotettava kiireellisyysluokittelu. (Lautala 2014.) Göransson, Ehrenberg & Ehnfors toteavat kansallisessa katsauksessaan triagen käytöstä Ruotsin ensiapuyksiköissä, että useat maat ovat määritelleet hoidon kiireellisyyden arvioinnin sairaanhoitajan tehtäväksi, kuten Australia, Kanada ja Iso-Britannia. Näissä maissa on lisäksi käytössä viisiskaalainen kiireellisyysjärjestys. (Göransson, Ehrenberg & Ehnfors. 2005. 1072-1073) Maakunnallisesti Siun soten alueella päivystystoiminnoissa sairaanhoitajat vastaavat hoidon kiireellisyyden arvioinnin tekemisestä.

Robertson-Steel perustelee artikkelissaan ”triagen evoluution” merkitystä. Koska kuormitus ensiapupalveluissa on maailmassa kasvussa, asiakkaiden odotukset lisääntyvät ja kaikkien terveydenhuollon organisaatioiden on selviydyttävä kasvavan tarpeen vaatimuksista. Paineita selviytymiseen tulee kasvaneista talouspaineista, henkilökunnan saatavuuden ongelmista ja yhä monimutkaisemmista lääketieteellisistä toimenpiteistä, joiden tavoite on pelastaa ihmishenkiä. Hän toteaa, että triage on tehokas prosessi asiakkaan voimien arvioimiseksi, myös tilanteissa, joissa vointi voi vaihdella nopeastikin. (Robertson-Steel 2006, 154-155.)

Vaikka triage on kehitetty ensisijaisesti traumapotilaiden hoitoon, Robertson-Steel näkee sen käyttökelpoisena tänäkin päivänä hoidon kiireellisyyttä priorisoitaessa. Kiireellisyysjärjestyksen käyttö maksimoi saatavilla olevat resurssit, jotta asiakkaat hyötyvät parhaiten saamastaan hoidosta ja oikea-aikaisen hoidon saantiin menee mahdollisimman vähän aikaa. Robertson-Steelen mukaan triagen on kehityttävä siten, että se vastaa myös vähemmän hoitoa tarvitsevien asiakkaiden hoidon tarpeeseen. Sen on oltava vaikuttava ja nopeasti vastattava luokituksen perimmäiseen tarpeeseen, eli tunnistaa oikea-aikaisesti asiakkaan tilanteen kriittisyys ja avun tarve. (Robertson-Steel 2006, 154-155.)

Zachariasse, Seiger, Rood, Alves, Freitas, Smit, Roukema & Moll (2017, 1-14) tutkivat Manchester Triage Systemin (MTS) validiteettia kolmella eri eurooppalaisella ensiapuasemalla. He totesivat, että koska asiakasmäärä ensiavussa kasvaa maailmanlaajuisesti, kiireellisyysjärjestys on perustava työkalu potilasvirtauksen turvalliseen säätelyyn ja varmistaa, että välitöntä lääketieteellistä

apua tarvitsevat tulevat ajallaan hoidetuiksi, varsinkin tilanteissa, joissa ensiapuasema ruuhkautuu. Euroopassa yleisimmin on käytössä Manchester Triage System (MTS). Se mahdollistaa hoitohenkilökunnan potilashoidon priorisoinnin perustuen sen hetkisiin oireisiin ilman että mahdollista diagnoosia tarvitsee spekuloida ennakkoon.

MTS sijoittaa potilaat viiteen eri kiireellisyyskategoriaan, millä perusteella määritetään aika, minkä kuluessa potilaan on tavattava lääkäri ensimmäistä kertaa. Vaikkakin tämän kiireellisyysjärjestyksen käyttö on laajalle levinnyt, sen validiteettiä ei ole selvitetty. Tässä tutkimuksessa tutkijoiden tarkoituksena oli arvioida MTS:n suorituskykyä suhteessa väestöön, joka hakeutuu ensiapuun huomioiden erityisryhmät, vanhukset ja lapset, sekä arvioida useimmiten käytettyjä MTS arviointikaavakkeita ja kriteerejä. Tutkimuksessa päädyttiin siihen, että pääosin MTS:n validiteetti oli keskitasoista tai hyvää. Eri ensiapuasemien välillä oli eroja. Tätä osin selitti, ettei kaikilla asemilla ollut triagehoitajia käytettävissä ympäri vuorokauden, jolloin arvioinnin osaamisen tasossa oli vajeita. Myös väestössä on eroavaisuuksia. (Zachariasse ym.2017, 1-14.)

Potilaiden monioireisuus tai maantieteellisesti esiintyvät sairastavuustekijät vaikuttavat myös eroihin. Havaittiin, että MTS kiireellisyysluokituksen käytössä on ongelmia, koska osa korkean riskin potilaista jää tunnistamatta. Tämä johtaa liian pitkiin odotusaikoihin, mikä puolestaan vaarantaa potilasturvallisuuden. MTS kiireellisyysluokituksen todettiin vastaavan huonosti lasten ja ikäihmisten hoidon tarpeen arvioinnin vaatimuksiin. Tutkijat näkivät merkityksellisenä, että käytössä oleva kiireellisyysjärjestys on validoitu, jolloin vaihtelu käytännön olosuhteissa on pienempää. (Zachariasse ym. 2017, 1-14.)

Mirhaghi, Mazlom, Heydari & Ebrahimi (2017, 129-133) selvittivät tutkimuksessaan MTS:n luotettavuutta meta-analyttisen katsauksen avulla seitsemästä eri tutkimuksesta. He totesivat, että MTS on pääsääntöisesti luotettavuudessaan hyväksyttävissä rajoissa potilaan hoidon tarpeen kiireellisyyttä arvioitaessa. Todettiin myös, että MTS tukee näyttöön perustuvaa hoitotyötä ensiapuasemilla. He kuitenkin kehottivat harkintaan ja maltillisuuteen arvioitaessa luotettavuutta, koska osan tutkimuksista mukaan MTS:n luotettavuus on pikemminkin keskita-

soa. Kolmas versio MTS:stä oli julkaistu tutkimuksen tekovaiheessa ja kiireellisyysluokitusten luotettavuus on kehittynyt vuosien kuluessa. Tämä osaltaan osoitti ensiapuasemien tarpeen päivittää käytössä olevan kiireellisyysluokitusjärjestelmän aika ajoin. Tutkijat näkivät, että siten myös tulevaisuudessa MTS-järjestelmän luotettavuus lisääntyy.

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessaan Lidal, Holte & Vist (2013, 2) puolestaan toteavat, että skandinaavisissa maissa ei ole, kuten ei monissa muissaakaan Euroopan maissa, yhteistä kansallista triage-luokitusjärjestelmää. He löysivät jopa 37 erilaista käytössä olevaa luokitusta. Luokitukset oli pääosin luotu vastaamaan erityisiä tarpeita, kuten kyseisen maan terveydenhuoltojärjestelmää, sairaalan kokoa tai maantieteellisiä erityispiirteitä. Osa Skandinavian maista käyttää muualla maailmassa, esimerkiksi Australiassa ja Iso-Britanniassa, luotuja triage-järjestelmiä. Tutkimukset osoittivat, että käytettävissä samaa luokitusjärjestelmää, se toimii paremmin ei-akuuttia eli kiireetöntä hoitoa tarvitsevilla kuin akuuttihoitoa tarvitsevilla. Systemaattiset tutkimukset osoittivat myös, että triagen käytöllä oli potilasvirtausta parantava vaikutus. Lidal ym. toteavatkin, että on liian vähän systemaattista tieteellistä näyttöä siitä, parantaako tietyn triagen käyttö hoidon tuloksia. Lisäksi he toteavat että, triagejärjestelmän käyttöä on tutkittu liian vähän ennen sairaalahoitoa. Pääosa tutkimuksesta on keskittynyt triagen käyttöön ensiavussa tai sairaaloiden akuuttihoitossa. (Lidal, Holte & Vist 2013, 2.)

Ruotsissa käytössä on kaksi eri kiireellisyysluokitusjärjestelmää. METTS, eli Medical Emergency Triage and Treatment System on kehitetty Sahlgrenin yliopistosairaalassa vuonna 2004. Se perustuu näkemykseen toiminnan tehostamisen vaatimuksista kehittää kiireellisyyden arvioinnin mukaan myös uudenlaisia työtapaa ja toimintaprosesseja. Toimintaprosessit on kehitetty erilaisille potilaan hoitopoluille, joihin on ennalta sovitut tutkimukset ja tarkkailun taso. Vähemmän kiireelliset potilaat ohjataan tässä järjestelmässä ”Tutki ja hoida” -polulle, muiden potilaiden arviointi perustuu ABCDE- luokitteluun. ADAPT, eli Adaptiv processtriage, luokittelujärjestelmä on kehitetty METTS:in pohjalta. Se on samoin kolmivaiheinen, mutta hoitopolkuja on lisäksi myös violetti polku poti-

laille, jotka voidaan suoraan siirtää hoitavaan erikoisyksikköön. (Asplund ym. 2010, 49-54,143-144.)

Molemmat järjestelmät perustuvat tiimityöskentelyyn ja siitä käytetään nimitystä tiimitriage. Sillä tarkoitetaan prosessia, jossa kokenut lääkäri osallistuu potilaiden kiireellisyyden luokitteluun ja hänen roolinsa on lääketieteellisten päätösten tekeminen. Ruotsin järjestelmät hyödyntävät tiimityöskentelyä myös potilaan hoidon prosessin eri vaiheissa mahdollisuuksien mukaan. (Asplund ym. 2010, 49-54,143-144.)

Suomessa tehtiin kysely keväällä 2011 päivystysyksiköiden vastaaville lääkäreille erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa (N=60). Suurin osa vastanneista yksiköistä käytti ABCDE-luokittelua, mikä oli sovellettu yksikön omiin tarpeisiin. Ohjeistukset vaihtelivat laajoista ohjeistuksista lyhyisiin käytännön ohjeistuksiin. Kansainvälisistä kiireellisyysluokituksista oli käytössä tai oltiin ottamassa käyttöön ESI (Emergency Severity Index) viidessä yksikössä, Ahvenanmaalla harkittiin siirtymistä ADAPT- ja METTS-järjestelmiin. Päivystysyksiköissä Suomessa päävastuu hoidon tarpeen arvioinnista oli sairaanhoitajalla. Muutamassa yksikössä arviointiprosessiin osallistuivat sairaanhoitajan lisäksi perushoitaja, lääkintävahtimestari tai lääkäri. Neljäsatoista päivystysyksikössä oli arvioitu luokittelun vaikutuksia ja kaikki kyselyyn osallistuneet yksiköt kirjasiivat arvioinnit sähköisesti tai paperille. Luokitusjärjestelmät oli otettu käyttöön vuosien 2006-2011 aikana ja niiden käyttöönotto oli vaatinut organisaatiomuutoksia ja lisäkoulutusta, joissain yksiköissä konkreettisia tilojen uudelleen organisoimista tai ATK- järjestelmien kehittämistyötä. (Kiura 2011, 2, 4-7.)

Stone ja Hill toteavat tutkimuksessaan kliinistä päätöksentekoa tukevista järjestelmistä hoitajavetoisen triagen käytössä CDSS (Clinical decision support system) ensiapukäytössä, että triage päätökset tehdään lyhyessä ajassa ja rajallisin tiedoin. Lisäksi ensiapu on ympäristönä arvaamaton ja altis keskeytyksille. Triagehoitajan päätös hoidon kiireellisyydestä tai riskiarvio jokaisen potilaan kohdalla on seurauksiltaan monitahoinen, sillä se vaikuttaa potilaan kokonaispriorisointiin hoidon kiireellisyydestä ja sijoituksesta ensiavussa. Sillä on myös vaikutus aikaan, jonka kuluessa potilas pääsee hoitoon. Paikkansa pitävät

triagen avulla tehdyt päätökset ovat ensiarvoisen tärkeitä menestyksekkäälle ensiaputoiminnalle ja parhaille hoitotuloksille. He suosittelivat triagen tueksi kliinisiä päätöksenteon järjestelmiä, jotka voidaan ohjelmoida hälyttämään tietyistä potilaan tilassa tapahtuvista muutoksista. Erityisesti näitä järjestelmiä tutkijat suosittelivat käytettävän korkean riskin potilailla. (Stone & Hill 2019, 220-221.)

Tutkittaessa viiden eri ensiapuyksikön toimintaa Thaimaassa todettiin, että triagen paikkansapitävyydellä on merkitystä traumapotilaiden hoidossa, jolloin he oikein ohjatusti saavat tarvitsemaansa hoitoa oikea-aikaisesti, mikä vähentää kuolleisuuden ja vammautumisen riskiä. Tutkijat huomasivat, että hoitajien käyttäessä standardoitua yhtenäistä luokituskriteeristöä, tässä tutkimuksessa Emergency Severity Index (ESI), triagen paikkansapitävyys parani merkittävästi ja he päätyivät suosittelemaan yhtenäisen kriteeristön käyttöä kaikilla ensiapu-aseilla. (Soontorn, Sitthimongkol, Thosingha & Viwatwongkasem 2018, 120-130.)

2.4 Puhelimessa tehtävä hoidon tarpeen arviointi

Kun hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointi tehdään puhelimessa, käytetään nimitystä puhelintriage. Tämä käytäntö on yleistynyt kansainvälisesti, koska sen on huomattu vähentävän potilasmäärää ensiavussa. Lisäksi se on todettu resursseja säästäväksi, kun hoito voidaan suunnata sitä eniten tarvitseville potilaille. Puhelimitse tehtävässä hoidon tarpeen kiireellisyyden arvioinnissa on mahdollista tunnistaa potilaan ongelma, arvioida kiireellisyyden tarvetta ja järjestää hoitoa turvallisesti, oikea-aikaisesti ja asianmukaisesti. Hoidon tarpeen arviointi puhelimitse muodostuu kolmesta vaiheesta. Ensin selvitetään tilanne, mistä on kysymys. Tämän jälkeen arvioidaan, millaista apua tai tukea tarvitaan. Lopuksi tehdään päätös toimenpiteistä. Kuitenkin puhelintriage vaatii vielä tutkimus- ja kehittämistyötä, jotta vaikuttavat, systemisoidut metodit sen suorittamiseen löytyvät. Puhelimitse toimittaessa on omat rajoituksensa. Tulevaisuudessa on pohdittu, voitaisiinko palveluun liittää puhelinsovellusta eli erilaisia ohjelmia älypuhelinien käytön yleistyessä väestön keskuudessa. Tämä mahdol-

listaisi näköyhteyden potilaan ja hoitotyöntekijän välillä. (Montandon, De Souza-Junior, Valtuir, Almeida, Guimarães, Marchi-Alves, Costa Mendes & De Godoy 2019, 104-110.)

Kirjallisuuskatsauksen perusteella tehdyn tutkimuksen perusteella tutkijat toteavat, että on tärkeää, että puhelintriage perustuu määritettyihin toimintaohjeisiin ja -tapoihin ja että käytettävissä on teknologiaa, mikä takaa prosessissa käytettävän tiedon dynaamisuuden. Ammattilaisten, jotka vastaavat työn asianmukaisista käytännöistä, jatkuva kouluttaminen on tärkeää. Puhelintriage on käyttökelpoinen työväline, mikä mahdollistaa joustavan ja tehokkaan ensihoidon tehden siitä tehokkaan prosessin määriteltäessä jokaisen yhteydenottajan avun tarvetta puhelimitse. (Montandon ym. 2019, 104-110.)

Puhelimessa tapahtuva terveyden- ja sairaanhoidon neuvonta voi olla yleistä tai yksilöllistä. Yksilölliseksi palvelu muuttuu, kun potilaalle annetaan yksilöllisiä hoito-ohjeita tai otetaan kantaa hänen terveydentilaansa. Yksilöllistä puhelinneuvontaa tekevän tulee olla terveydenhuollon ammattilainen ja hänen pitää tehdä potilasasiakirjoihin asianmukaiset kirjaukset. Puhelimessa voi parhaimmillaan olla sekä yleistä neuvontapalvelua, palveluohjausta sekä hoidon tarpeen arviointiin perustuvat hoitoonohjaukset ja ajanvaraukset. Puhelimessa tapahtuva neuvonta voidaan keskittää maantieteellisten alueiden mukaisesti yhdeksi numeroksi tai hajauttaa. (Pellikka 2017; Eloranta & Virkki 2011, 11,14; Vänskä ym. 2011, 15; Orava 2012, 224-225.)

Triage-luokituksen avulla tehtävää hoidon tarpeen arviointia puhelimessa tehdään maailmanlaajuisesti. Puhelimessa tehtävä arviointi kiireellisyysluokituksen avulla vähentää potilasvirtoja, varsinkin niitä, joilla ei ole tarvetta päivystykselliseen hoitoon. Näin ollen päivystyksellisten potilaiden määrä vähenee ja hoitajien ja lääkäreiden resurssit kiireelliseen päivystysluntoiseen työhön lisääntyvät. Sairaanhoidajan kokemus, pätevyys ja osaaminen ovat tässä keskeisessä asemassa puhelimessa tehtävässä hoidon tarpeen arvioinnissa, myös sairaanhoidajan muut ominaisuudet vaikuttavat puhelimessa tehtävän hoidon tarpeen arviointiin. Koulutus tähän työhön on välttämätön, muttei se takaa vielä onnistu-

nutta työn tulosta. (Valley, Warren, Richards, Calitri, Chaplin, Fletcher, Holt, Lattimer, Murdoch, Richards & Campbell 2016, 11-14,17-19.)

Turner, Coster, Chambers, Cantrell, Phung, Knowles, Bradbury & Goyder (2015, 31-50) ovat vertailleet Isossa-Britanniassa tehtyjä tutkimuksia puhelimesta tehtävästä hoidon tarpeen arvioinnista, jossa käytetään triage-luokitusjärjestelmää hoidon kiireellisyyden arvioimiseksi. Tämä arviointi oli yksi useammasta ensivaiheen hoidon tarpeen arvioinnin metodeista, joista tehtyä tutkimusta he vertailivat. Tutkijat keskittyivät etsimään vastauksia aiemmista tutkimusten kysymyksiin puhelimitse tehtävän hoidon tarpeen arvioinnin toimivuudesta, vaikuttavuudesta ja asiakastyytyväisyydestä.

Tutkimusten valossa tämän tyyppinen arvio on 97 prosenttisesti asiakasturvallista. Todettiin kuitenkin, että mitä akuutimpaa hoidon tarvetta arvioitiin, turvallisuusprosentti laski jopa 46 prosenttiin. Kaikkiaan analysoitujen tutkimusten tulokset puhuvat puhelimitse tehtävän hoidon tarpeen arvion olevan voittopuolisesti asiakasturvallista ja asiakkaiden saamien hoito-ohjeiden noudattaminen oli korkealla tasolla, etenkin kotihoidon ohjeiden osalta. (Turner ym. 2015, 31-50.)

Tutkimukset osoittivat, että puhelimitse tehtävällä hoidon tarpeen arvioinnilla oli vaikutusta lääkäreiden työmäärään sitä vähentävästi. Toisaalta jonkin verran kasvua nähtiin sairaanhoitajien työmäärässä, koska ennen lääkärille ohjautuneet asiakkaat hoituivat sairaanhoitajien vastaanotoilla. Kasvotusten tapahtuva vastaanottotyö myös väheni. Vaikutusta nähtiin myös siihen, että ambulanssin käytöaste vähentyi. Kuitenkin tutkimustuloksissa huomattiin, että jossain määrin saman asiakkaan uudet yhteydenotot puhelimitse lisääntyivät. Toimivuutta tutkittaessa tutkittiin myös, miten sopivia ja paikkansa pitäviä tehty kiireellisyysluokitusarviot ja annetut ohjeet puhelimitse olivat. Tutkimukset osoittivat pääosin 90 prosenttisen paikkansa pitävyyden tehdyistä hoidon tarpeen arvioinneista. (Turner ym. 2015, 31-50.)

Turnerin ym. tutkimuksen mukaan asiakastyytyväisyyteen keskittyvät tutkimukset osoittivat tyytyväisyyden vaihtelevan 55-97 prosentin välillä. Tyytymättö-

myys saatuun palveluun sijoittui 2,3-18,3 prosenttiyksikön välille. Osassa tutkimuksia voitiin osoittaa tyytymättömyyden syyksi pääosin asiakkaan pettyminen omiin odotuksiinsa. Laadullisessa tutkimuksessa todettiin merkitykselliseksi, että asiakkaat arvostivat tunteiden mukana oloa hoitotyöntekijän taholta. He arvostivat erityisesti tapaa, kun puhelun vastaanottava henkilö oli rauhallinen, ystävällinen ja kunnioittava ja he kokivat sen hyödyllisenä tukipalveluna, missä heitä ei kohdeltu turhaan yhteyttä ottavina asiakkaina. (Turner ym. 2015, 31-50.)

Asiakkaat olivat tyytyväisempiä sairaanhoitajien kuin lääkäreiden tuottamaan puhelinpalveluun. Tutkimukset osoittivat, että puhelinpalvelulla on vaikutusta kustannuksiin. Tehokkain kustannusvaikutus on sillä, kun soittaja muuttaa haitallisia elämäntapoja ja sitä kautta hän tarvitsee vähemmän terveydenhuollon palveluja. Kustannusvaikutuksia nähtiin myös sairaankuljetuksessa silloin, kun turhat hälytykset vähenivät. Yhteenvetona tehtyjä tutkimuksia vertaillaan tutkijat päätyvät toteamaan, että puhelimitse tehtävä hoidon tarpeen arviointi on pääosin turvallinen, luotettava ja resursseja jossakin määrin säästävä sekä asiakastyytyväisyyttä lisäävä palvelu. (Turner ym. 2015, 31-50.)

2.5 Hoidon tarpeen arviointi sähköisesti

Sähköiset työkalut hoidon tarpeen arviointiin ovat tulevaisuutta Suomessa. Digitalisaation myötä terveyden huollossa tarvitaan ajattelu- ja suhtautumistapojen muutosta. (Kartano 2016.) Joissakin kunnissa hoidon tarpeen arviointiin on otettu sähköisiä palveluja. Palvelu toimii verkossa, yleensä kunnan sivuilla. Kirjautuminen vaatii, että potilas kirjautuu palveluun pankkitunnuksilla tai mobiilivarmenteella. Etuna tässä palvelussa on, että hoidon tarpeen arvioinnin voi tehdä mihin vuorokauden aikaan tahansa. Palvelussa on täytettävänä erilaisia arviointilomakkeita, joissa käyttäjä arvioi omia oireita ja niiden kestoja. Oman arvioinnin perusteella palvelu antaa arvion vaivoista sekä niiden hoidon tarpeesta ja kii-reellisyydestä. (Pellikka 2017.)

Terveysasemalla potilaan kirjaukset näkyvät potilaan kirjaamisen jälkeen ja hoitajat voivat ottaa yhteyttä potilaaseen tarvittaessa tarkentaakseen oirekuvausta. Huomioitavaa on, että sähköinen hoidon arvioiti antaa vain suuntaa hoidon tarpeelle ja kiireellisyydelle. Lopullinen arviointi tapahtuu terveysasemalla, josta potilas ohjataan oikeaan hoitopaikkaan. (Pellikka 2017.) Asiakkaan täyttämä esitietolomake voi helpottaa potilaan ohjautumista oikealle asiantuntijalle. Parhaimmillaan tästä siirtyy henkilöstö resursseja sinne, missä niitä tarvitaan. (Pellikka 2017; Kartano 2016.)

2.6 Hoidon tarpeen arvioinnin erityispiirteet mielenterveys- ja päihdehäiriöissä

Hoitosuunnitelma perustuu tarkkaan arvioon hoidon tarpeesta mielenterveys- ja päihdeongelmissa. Hoidon tarpeen ja syyn löytäminen on lähtökohtana, joka määrittää mikä on sopiva hoito, missä sopivaa hoitoa saa ja minkä tasoista hoitoa potilas tai asiakas tarvitsee. Erikoissairaanhoidossa aiempaa ohjeistusta on käytettävissä, mutta perusterveydenhuollon puolella tätä hoidon tarpeen arviointia tehdään vähemmän. Alle 23-vuotiaille mielenterveyspalveluiden hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut erikoissairaanhoidon. (Haravuori, Muinonen, Kanste & Marttunen 2017, 59.)

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen kiireettömän hoidon tarpeen arviointi aikuisilla jaetaan häiriökohtaisesti perustasolle ja erikoissairaanhoidon vastuulle jaettuihin. Perustasolla ovat muun muassa lievä ja keskivaikea masennus, lievät ja keskivaikeat päihdehäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt sekä vakavien mielenterveydenhäiriöiden vähäoireiset vaiheet. Erikoissairaanhoidon vastuulla ovat esimerkiksi Itsetuhoiset, psykoottiset ja monihäiriöiset masennukset, sellaiset mieliala-, ja ahdistuneisuushäiriöt, joille ei saada hoitovastetta, akuuttihoito ja kuntoutus psykoosipotilaille, kaksisuuntainen mielialahäiriö, vaativat arviot ja diagnostiikka, vaikeat vieroitushoidon sekä vaikeat kaksois- ja kolmoisdiagnoosit. (Haravuori ym. 2017, 59.)

Kirjallisuuskatsauksessa arvioitiin mielenterveyden hoidon tarpeen arviointiin luodun triagen käytön vaikutuksia ensiaputoimintaan ja havaittiin, että sen käyttö vaikuttaa henkilöstön hoidon tarpeen arvioinnin osaamisen kehittymiseen ja rohkaisee ensiavun henkilöstöä kohtaamaan mielenterveysongelmaisia asiakkaita aiempaa paremmin. Tällä puolestaan oli positiivinen vaikutus asiakaspalveluun, mikä näkyi asiakaspalautteen paranemisena. (Broadbent, Jarman & Beck 2003, 57-62.)

Sandsin semistrukturoituun haastatteluun perustuva tutkimus osoitti, että mielenterveysasiakkaiden hoidon tarpeen kiireellisyys tunnistetaan heikosti ja heidät useimmiten luokitellaan hoidon tarvitsijoina ei kiireellisiksi. Henkilöstön osaaminen mielenterveysongelmien arvioinnissa on heikkoa ja heillä on usein negatiivisia ennakoasenteita suhteessa mielenterveysasiakkaisiin, mikä vaikuttaa hoidon tarpeen arviointiin ja sen lopputulokseen asiakkaan kannalta negatiivisesti. Tutkimus osoitti, että tarvitaan selkeät, näyttöön perustuvat kliiniset ohjeet mielenterveysasiakkaiden hoidon tarpeen arviointiin. (Sands, Elsom, Colgate, Haylor & Prematunga 2016b, 298-308.)

Ensiaputyöhön kehitetty mielenterveystriage on kansainvälisessä tutkimuskirjallisuudessa todettu monimutkaiseksi ja näyttö osoittaa, että kiireellisen hoidon arviointi on ainakin osittain huonosti ymmärretty. Tutkijat ovat huomanneet systemaattisuuden puuttuvan ensiavussa käytettävässä mielenterveystriagessa (Emergency Department Mental Health Triage, EDMHT) ja että australaasialainen triage (ATS) on epäluotettava mielenterveyden hoidon tarpeen arviossa. Mielenterveyden hoidon tarpeen arvioinnissa kyky tunnistaa akuutin psykoosin oireet ja kyky arvioida tarvittavan hoidon kiireellisyyttä, ovat tärkeitä komponentteja ensiavussa tehtävässä mielenterveyspotilaan hoidon tarpeen arviossa. Mitä aiemmin oireet tunnistetaan, sitä nopeammin potilas saa tarvitsemaansa psykiatrista ensiapua. Tämä mahdollistaa nopeammat interventiot, mikä näkyy parempina hoitotuloksina vähentäen potilaiden väkivaltaisuutta ja leposideerityksen tarvetta. (Sands, Elsom, Berk, Hosking, Prematunga & Gerdtz 2014, 11-18.)

Aiempi tutkimus koskien EDMHT-triagea on keskittynyt ensiavussa työskentelevien hoitajien kompetenssiin ja varmuuteen arvioida mielenterveyspotilaiden hoidon tarvetta. Tutkittu on myös osaamista ja asenteita ensiapuhoitajien ja psykiatristen hoitajien välillä. Tutkimusta on tehty väkivaltariskin ja kiihtyneen potilaan mielenterveyden arvioimisesta, sekä mielenterveys triagen käytöstä suuronnettomuustilanteessa. Tutkimuksen kohteena on ollut myös käyttäjä-tuottaja-näkökulma mielenterveys triagen käytössä. ATS-luokituksesta puuttuu mielenterveyden arvioinnista kiireellisen hoidon kriteeriluokitukset. (Sands ym. 2014, 11-18.)

Australiassa kehitettiin Victorian Emergency Department Mental Health Triage (VEDMHTT) työkaluksi yhteiskäyttöön ATS-luokituksen kanssa. Tämä tutkimus osoitti, ettei mielenterveyshoidon kiireellisyyttä voida oikeaoppisesti tunnistaa lyhyen ensiapu triagen avulla. Triagehoitajat osasivat kuitenkin arvioida asianmukaisesti kiireellisyyttä ja riskejä liittyen akuuttiin psykoosiin ja aggressiiviseen käyttäytymiseen. Tutkijat näkivät, että mielenterveyden ensiapu triagessa on kehitettävä käytäntöjä, jotka tähtäävät objektiivisempiin arviointeihin ja metodeihin ensiaputoiminnassa. Heidän mukaansa paikkansa pitävä ja johdonmukainen kiireellisyysluokitus parantaa nopeutta ja oikea-aikaisuutta ensiavun mielenterveystyössä ja parantaa potilasvirtausta ensiavusta eteenpäin. (Sands ym. 2014, 11-18.)

Brown ja Clarke toteavat tutkimuksessaan, että standardoidun kiireellisyysluokituksen, sekä apuohjelmien käyttö, on parantanut hoidon tarpeen arvioinnin paikkansa pitävyyttä ja luotettavuutta. He kuitenkin näkevät, että muut tekijät, kuten tiedon puute ja aiemmat epäonnistumisen kokemukset, sekä potilaan käyttäytyminen saattavat edelleen vaikuttaa heikentävästi mielenterveyspotilaiden hoidon kiireellisyyden arvioinnin onnistumiseen. (Brown & Clarke 2014.)

Vertaillaessaan Kanadan päivystyksellistä kiireellisyysluokitusta (CTAS) ja Australian ensiavun mielenterveyskiireellisyysjärjestystä (AEMH) tutkijat huomasivat niiden johtavan erilaisiin tuloksiin hoidon kiireellisyyden arvioinnissa. Traditioonallisesti kiireellisyysluokitukset on luotu arvioimaan fyysisen sairauden tai vamman hoitoa, ei niinkään arvioimaan potilasta, joka hakeutuu päivystykseen

psykkisistä syistä. Tätä tarkoitusta varten kehitetty AEMH arvioi potilaiden hoidon tarpeen vähemmän kiireellisiksi kuin CTAS ja kykeni siten vastaamaan paremmin suositeltuihin odotusaikoihin hoitoon pääsemiseksi. Tutkijat totesivat, että AEMH:n käyttö voi vaikuttaa positiivisesti potilaiden hoidon lopputulokseen, koska siinä ensiavun resurssit kohtaavat paremmin mielenterveyspotilaiden erityistarpeet. Tutkijat totesivat olevan vaikutusta sillä, että käytössä on spesifejä kiireellisyysjärjestysluokituksia mielenterveyspotilaan hoidon tarpeen arvioimiseksi. Henkilöstön kouluttamisella nähtiin olevan merkitystä siten, että henkilöstö oppi paremmin luokittamaan mielenterveyspotilaiden kiireellisuuden. (Downey, Zun & Burke 2015, 138-143.)

Iso-Britanniassa on kehitetty mielenterveysasiakkaan hoidon tarpeen arviointiin vuonna 2015 Mental Health Triage Scale (MHTS). Se on kliininen työkalu puhelimitse tehtävään hoidon tarpeen arviointiin ja tarkoitettu ohjaamaan hoitotyöntekijää kliinisessä päätöksen teossa. Puhelun aikana on tarkoitus arvioida, onko asiakkaalla mielenterveyden ongelma, mahdollisen ongelman kiireellisyys ja ongelman hoitoon parhaiten sopivan palvelupisteen löytäminen. (Sands ym. 2014, 11-18.)

Triagen kehittäjät kuvaavat tieteellisessä artikkelissaan MHTS:n kehitysvaiheita. Pohjana käytettiin Australiassa luotua luokitusjärjestelmää (ATS). Triage-luokitus on tässä järjestelmässä kuvattu tasoihin A-G. Kiireettömän hoidon arviointi sijoittuu tässä luokituksessa tasolle E, palveluohjaus ja neuvonta, mikä ei johda toimenpiteisiin asettuu luokituksen viimeiselle tasolle G. Luokitusjärjestelmän kehittäjät näkevät tämän mielenterveystyöhön luodun luokitusjärjestelmän lupaavana mallina ja näkevät sen voivan luoda koko perustan mielenterveystyön organisaatiossa, mikäli onnistutaan luomaan yhtenäiset standardit ja odotusajat vastaamaan somaattisen hoidon jo olemassa olevia kriteerejä. He näkevät näin voitavan määritellä mielenterveystyöhön tarvittavaa kapasiteettia ja työvoiman tarvetta suhteessa kasvaviin vaatimuksiin. (Sands, Elsom, Kerpich, Henderson & Thomas 2016b, 330-336.)

Sands ym. (2016b, 136-143) tutkivat käyttäjänäkökulmasta puhelimitse tehtävän mielenterveyden hoidon tarpeen arvioinnin toimivuutta ja käyttäjäkokemuk-

sia. Tutkijat toteavat, että vaikka tiedetään, että kriisit ovat yleisiä henkilöillä, joilla on psyykinen sairaus, on hyvin vähän tutkittu kriisien hoitoa käyttäjien näkökulmasta. Australiassa puhelimitse tehtävä mielenterveyden hoidon tarpeen arviointi on ollut käytössä 1990-luvun lopusta alkaen. Nykyään puhelinpalvelu toimii 24 tuntia vuorokaudessa viikon jokaisena päivänä. Käytössä on Australiassa fasilitoitu mielenterveyden arvioinnin kiireellisyysluokitus, mikä sisältää täydellisen psykiatrisen hoidon tarpeen arvioinnin kokonaisuuden suosituksista tukeen ja neuvontaan. Tutkimus tehtiin puhelinkyselynä ja tutkimuksessa haastateltiin 75 mielenterveyspalvelujen käyttäjää, jotka ottivat itse yhteyttä puhelinpalveluun.

Tehdyssä tutkimuksessa palvelun käyttäjät arvioivat positiivisiksi elementeiksi palvelun hyvän saatavuuden ja että se vastasi hyvin soittajan kriisitilanteeseen. Osa vastaajista koki palvelun elämän pelastavaksi ja he kokivat saavansa vaihtoehtoja ja neuvoja. He kokivat aitoa välittämisen tunnetta, tuen saaminen ja varmistaminen koettiin hyvänä, kuunteleminen, avuliaisuus ja mahdollisuus olla mukana päätöksen teossa koettiin positiivisina tekijöinä. Seuranta ja jatkuvuus koettiin hyvinä elementteinä. Negatiivisiksi arvioitiin liian pitkä odotusaika palveluun ja ettei ollut tarpeeksi välitöntä apua saatavilla. Käyttäjät totesivat, että ajoissa saatu apu säästäisi käyttäjää avun tarpeelta myöhemmin. Käyttäjät kuvasivat haasteelliseksi näkemyserot tilanteesta käyttäjän ja hoitotyön edustajan välillä. Osa käyttäjistä totesi, että vaihtoehtojen antaminen oli haastavaa psyykkisesti kuormittuneen käyttäjän näkökulmasta. (Sands ym. 2016b, 136-143.)

Osa käyttäjistä koki puhelimesta hoidettavan prosessia ihmisen sijaan. Käytiin läpi ikään kuin tarkistuslistaa oireista, mutta käyttäjä ei tullut kuulluksi ihmisenä. Pettyminen omiin odotuksiin palvelun suhteen nousi esiin, osa käyttäjistä koki, ettei annettu vaihtoehtoja, eikä kuunneltu. Tutkimus osoitti, että hoitotyöntekijän, joka tekee mielenterveyden hoidon tarpeen arviointityötä, tärkeimmiksi ominaisuuksiksi nousivat yhteisen näkemyksen löytämisen kyky kriisitilanteesta, hyvät neuvottelutaidot ja vaihtoehtojen löytämisen ja tarjoamisen kyky, välittäminen, tukeminen ja vakuuttelu, kuuntelemisen taito ja avuliaisuus. (Sands ym. 2016b, 136-143.)

Tutkittaessa mielenterveystyön ammattilaisten päätöksen tekoa potilaan hoidon tarvetta arvioitaessa voitiin osoittaa yleisesti käytössä olevan näyttöön perustuva hoitotyön mallin ohjaavan päätöksen tekoa. Malli painottaa hoitotyöntekijän kliinistä osaamista ja sen lisäksi arviointiin todettiin vaikuttavan myös ympäristölliset ja potilaasta lähtöisin olevat tekijät. Kyky kliiniseen päättelyyn potilaan tilanteesta nähtiin olennaisena ajattelun välineenä johtaen päätöksen tekoon potilaan varsinaisesta hoidosta. Ammatillisen osaamisen merkitys korostui, koska vähemmän kokemusta mielenterveyspotilaiden hoidon tarpeen arvioimisesta omaavat hoitotyöntekijät kokivat haastavuutta ja suurempaa kuormittuneisuutta arvioidessaan psykiatrisen potilaan hoidon tarvetta kuin mielenterveysalan ammattilaiset. (Campbell, Massey, Broadbent & Clarke 2018, 1-7,14-16.)

Syyt hakeutua ensiapuun mielenterveyden kriisissä voivat johtua kroonisesta mielenterveysongelmasta, psykososiaalisista stressireaktioista ja äkillisistä elämän tapahtumista. Ne voivat kehittyä muun sairauden, myrkytyksen, päihdyttävien aineiden käytön tai varsinaisten huumausaineiden tai lääkeaineiden yhteisvaikutuksen sivutuotteina. Laadukkaan hoidon tarjoaminen vähentää potilaiden ja heidän omaistensa materiaalista ja henkistä hätää ja lisäävät ennaltaehkäisevän mielenterveystyön tehokkuutta. Laadukkaan hoitotyön estävinä tekijöinä on nähty fyysisten tilojen puutteet, mitkä pahimmillaan voivat asettaa potilaan tai henkilökunnan turvallisuuden vaaraan. Lisäksi hoitohenkilökunnan puutteelliset tiedot ja taidot henkisestä ensiavusta vaikuttavat potilaiden hoitoon. Tutkimuksissa on havaittu, että osaamisen puutteet johtavat negatiiviseen asennoitumiseen mielenterveys- ja päihdepotilaita kohtaan, mikä johtaa siihen, että heidän hoidon tarpeensa aliarvioidaan ja he eivät saa tarvitsemaansa laadukasta terveydenhuoltoa. (Büyükybyram & Engine 2018, 61-67.)

Osaamisen kehittämisen avuksi on Australiassa luotu erillinen mielenterveys-triage (MHTS), minkä käyttö on sittemmin levinnyt maailmanlaajuisesti. Tämä kiireellisyysluokitusjärjestelmä sisältää nopean lääketieteellisen hoidon tarpeen arvioinnin määrittäen hoidon pääasialliset tarpeet, soveltaen nopeita käytännön interventioita vastaten potilaiden tarpeisiin. Tutkimuksissa on todettu ensiaputoimintaan kehitettyjen kiireellisyysluokitusten soveltuvan huonosti mielenterveyspotilaiden hoidon tarpeen arviointiin. Kolme skaalaisissa luokituksissa mie-

lenterveyden osiota ei ole lainkaan, viisi skaalaisessa se on kuitenkin huomioitu. Viisi skaalaisia luokitusjärjestelmiä pidetään tutkitusti luotettavimpina. Mielen- terveyden hoidon tarpeen arvioinnin luokitusjärjestelmä koostuu myös viidestä eri luokituksesta (taulukko 1). (Büyükybyram & Engin 2018, 61-67.)

Taulukko 1. Viisiskaalainen luokitusjärjestelmä. (Büyükybyram & Engin 2018, 61-67.)

Luokitus	Luokittelun kriteerit	Hoitoon pääsemisen aika
1	Itselle ja muille vaaralliset potilaat	Välittömästi
2	Itselleen tai muille todennäköisesti vaaralliset potilaat	10 minuuttia
3	Potilaat, joilla on mahdollinen riski vahingoittaa itseään tai muita	30 minuuttia
4	Lievästi kiihtyneet potilaat, joilla ei kuitenkaan todeta riskiä itseä tai muita vahingoittavaan käyttäytymiseen	60 minuuttia
5	Potilaat, joilla ei ole akuuttia kiihtymystä, käytöshäiriöitä tai vaaraa itselle ja muille.	120 minuuttia

Tutkimusten valossa tulisi kiinnittää huomiota jatkossa siihen, että käytössä oleva triage-järjestelmä tunnistaa myös potilaat, jotka hakeutuvat ensiapuun mielen- terveyden kriisin vuoksi. Triagehoitajan toimenkuva tulisi määritellä tarkasti ja ensiapujen fyysisiä rakenteita kehittää. Näin ensiaputoiminta voisi paremmin vastata myös mielenterveyspotilaiden tarpeisiin. (Büyükybyram & Engin 2018, 61-67.) Suomessa Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan YhdessäMie- lin –hankkeen tavoitteena oli tuottaa tutkittua tietoa toimivista mielenterveys- ja päihdetyön malleista päättäjille. Raportissa annetuissa suosituksissa todetaan, että päivystyspisteessä tulee olla ympäri vuorokauden henkilöstöä, joka on eri- koistunut mielenterveys- ja päihdepalveluihin, jotta voidaan taata, että poti- las/asiakas saa asiantuntevaa kohtelua ja että hänen avun tarpeensa kyetään arvioimaan mahdollisimman nopeasti. Suosituksissa todetaan myös, että ase- tettaessa asiakkaita/potilaita kiireellisyysjärjestykseen päivystyspisteissä (triage), tulee olla työkalut huomioida paremmin ajankohtainen psyykinen oirei- lu, itsemurha-ajatukset ja vieroitusoireet. (Wahlbeck, Hietala, Kuosmanen, McDaid, Mikkonen, Parkkonen, Reini, Salovuori, Tourunen. 2018, 121.)

3 Hoidon tarpeen arviointi Siun soten mielenterveys- ja päihdepalveluissa

Sosiaali- ja terveysalalle tarvitaan uusia näyttöön perustuvia välineitä ja työkaluja, jotka auttavat käytännön tasolla parantamaan palvelujen oikea-aikaisuutta, asiakaslähtöisyyttä, laadukkuutta ja yhdenvertaista saatavuutta. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisella tarkoitetaan sosiaali- ja terveystalouden yhdistämistä kaikilla tasoilla asiakaslähtöisiksi kokonaisuuksiksi. Palvelut pitää järjestää niin, että ne ovat oikea-aikaisia, laadukkaita, vaikuttavia ja tehokkaita. Tavoitteena on nykyistä asiakaslähtöisemmät, yhdenvertaiset, laadukkaat, vaikuttavammat, kustannustehokkaammat ja paremmin yhteen sovitettut palvelut. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden osalta tarve yhdenvertaisten ja tasalaatuisten palveluiden kehittämiseen on olemassa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016; Sosiaali- ja terveysministeriö 2015.)

Sosiaali- ja terveystalouden uudistusta ennakoivien Pohjois-Karjalassa lähdetty kehittämistyöhön. Tätä sosiaali- ja terveystalouden kehittämistyötä kutsutaan yhteisesti nimityksellä Siun sote. Siun soten kehittämistyön alkumetreillä vuonna 2014 Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymän eli Siun soten hanke ja Pohjois-Karjalan sosiaaliturvayhdistys keräsivät Pohjois-Karjalan alueen asukkailta palautetta sosiaali- ja terveystalouden tilanteesta. Saaduista tiedoista koottiin Kuulethan sie minnuu- palaute. Kerättyä tietoa verrattiin työntekijöiden kokemuksiin erilaisista ongelmakohtista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Samassa kyselyssä asukkailta pyydettiin myös palveluiden kehittämisideoita. Kerätyssä materiaalissa oli runsaasti kokemustietoa palveluiden sen hetkisestä tilanteesta. Selkeitä keskeisiä ongelmia palveluissa olivat palveluiden saatavuus, yhteyden saannin ja palveluihin pääsemisen ongelmat. Tärkeänä palautteena myös kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen liittyvät ongelmat sekä koordinaation puute ja asiointikanavien paljous. Koettiin, ettei tiedetä mistä hakea palveluja. (Pyykönen & Partanen 2016, 14.)

Kuulethan sie minnuu- palautteen pohjalta kehitettiin mielenterveys- ja päihdepalveluissa asiakkaille suunnattu helposti saavutettava puhelinpalvelu, jossa

hoitotyön ammattihenkilö antaa neuvontaa ja ohjausta sekä tekee hoidon tarpeen arvioita tarvittaessa. Tällaista työntekijää on yhteisesti mielenterveys- ja päihdepalveluissa sovittu nimitettävän **hoitokoordinaattoriksi** korostaen hoitotyön osaamisen osuutta palveluohjaaja nimikkeeseen sijasta, joskin hoidon tarpeen arvioon tekeminen aina sisältää palveluohjauksellisen osuuden. Hoitokoordinaattori työskentelee puhelimen välityksellä.

3.1 Siun soten mielenterveys- ja päihdepalvelujen hoitokoordinaattori

Siun sote eli Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalveluiden kuntayhtymä on lähtenyt vuonna 2017 uudistamaan omaa toimintaansa. Siun sote järjestää kaikki julkiset sosiaali- ja terveyspalvelut yhteensä 14 kunnan alueella Pohjois-Karjalassa ja Heinävedellä. Maantieteellisesti Siun sote on jaettu neljään alueeseen. Nämä alueet ovat: pohjoinen alue: Valtimo, Nurmes, Juuka ja Lieksa, läntinen alue: Polvijärvi, Outokumpu, Heinävesi ja Liperi, keskinen alue: Kontiolahti ja Joensuu sekä eteläinen alue: Rääkkylä, Tohmajärvi, Kitee ja Iloanta.

Opinnäytetyön toimintaympäristö edustaa Siun soten mielenterveys- ja päihdepalveluja. Mielenterveys- ja päihdepalvelut tukevat mielenterveys- tai päihdeongelmia sairastavaa asiakasta tai hänen läheisiään ja omaisiaan toimimaan arjessa itsenäisesti ja yhdessä muiden ihmisten kanssa. Puhelimessa hoidon tarpeen arviointeja tekevien hoitokoordinaattoreiden rooli on Siun soten mielenterveys- ja päihdepalveluissa alettu nähdä yhä keskeisimpänä potilasvirtojen ohjauksessa, imagon luomisessa ja palveluohjauksessa. Työn kehittyessä myös työvälineiden on kehityttävä ja siten opinnäytetyön tehtäväksi rajautui kiireellisyysjärjestyksen kehittäminen kiireettömän hoidon tarpeen arviointiin.

Ongelmatilanteita asiakkaille voivat laukaista monenlaiset tekijät. Asiakas tai omainen voi ottaa yhteyttä puhelimitse hoitokoordinaattoriin. Yhdessä hoitokoordinaattorin kanssa keskustellen etsitään asiakkaan tilanteeseen paras ratkaisu. Kiireellisissä asioissa asiakas tai hoitokoordinaattori asiakkaan puolesta voi ottaa yhteyttä päivystävään päihdesairaanhoidajaan, aikuispsykiatrian tehostettuun avohoitoon tai yhteispäivystykseen. Rääkkylän ja Tohmajärven sosiaali-

ja terveystalot tuottaa Attendo Oy. Mielenterveys- ja päihdepalveluita johtavat palvelupäällikkö ja ylihoitaja yhdessä johtoryhmän kanssa. Alueellisia palveluja koordinoivat alueiden lähiesimiehet.

Siun sotessa tehdyn Kuulethan sie minnuu- alkukartoituksen mukaan alueen asukkaat ja ammattilaiset toivat esille runsaasti epäkohtia liittyen aikaisempiin palveluihin. Ongelmakohtiksi nousivat esille mm. palveluihin pääsyn vaikeus ja hoitoon pääsyyn jonottaminen, tiedon kulun ongelmat, ammattilaisten negatiivinen asenne sekä kokonaisvaltaisen hoidon ja hoidon jatkuvuuden ongelmat. Varsinaisia puutteita oli varsinkin lapsiperheiden ja ikäihmisten palveluissa. Lapsiperheiden hoidon koordinaation todettiin puuttuvan ja perheet joutuivat asioimaan lukuisten eri viranomaisten kanssa. Päihdehoidosta oli todettu sen olevan erillään muusta hoidosta, eikä siinä huomioitu ikäihmisiä ja nuoria. Myös matalan kynnyksen ja varhaisen vaiheen puuttumisen todettiin olevan puutteellista alueella. (Pyykönen & Partanen 2016; Sainola-Rodriguez 2019.)

Siun soten mielenterveys- ja päihdepalvelujen ylihoitaja Sainola-Rodriguez (2019) kertoo haastattelussa, että tämän alkukartoituksen pohjalta mielenterveys- ja päihdepalveluissa toimintasuunnitelmien 2017-2018 ja 2019-2021 pää tavoitteina on ollut palvelujen tavoitettavuus, yhdenvertainen hoitoon pääsy ja palvelut, sekä hoidon koordinaatio. Asiainn sujuvuutta sekä hoitoon pääsemisen nopeutta tehostetaan siten, että asiakkaan hoidon tarpeen arviointi tehdään ammattilaisen toimesta ensimmäisen puhelimitse tehtävän yhteydenoton aikana. Tätä palvelua varten Siun soten mielenterveys- ja päihdepalveluihin aloitettiin 5.6.2017 hoitokoordinaattoritoiminta. Nimitys hoitokoordinaattori on käytössä mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Yhteistä virallista hoidon tarpeen arviointia tekevien sairaanhoitajien nimikettä ei Siun sotessa vielä ole.

Siun soten mielenterveys- ja päihdepalveluissa hoitokoordinaattori on terveydenhuollon koulutuksen omaava henkilö, joka on asiakaspalvelusuhteessa asiakkaaseen. Hän tekee puhelimitse hoidon tarpeen arviointia, sekä palveluohjausta ja neuvontaa. Kiireelliseksi arvioituissa tapauksissa potilas ohjataan päivystyksellistä työtä tekevään yksikköön. Asiakas voi olla palveluja tarvitseva henkilö, hänen omaisensa, läheisensä tai viranomaistaho.

Siun sotessa hoidon tarpeen arviointia puhelimessa tekevät yhteispäivystyksen, aikuispsykiatrian tehostetun avohoidon sekä mielenterveys- ja päihdepalvelujen tehtävään nimetyt sairaanhoitajat ja yksi lähihoitaja. Siun soten mielenterveys- ja päihdepalveluissa hoidon tarpeen arviointeja tekevät puhelimitse hoitokoordinaattorit ja asiakkaan vastaanotolla tavaten psykiatriset hoitajat sekä päihdepalvelukeskuksen hoitajat. Siun soten mielenterveys- ja päihdepalveluissa ei ole päivystysvelvoitetta, vaan se on kiireetöntä hoitoa (Suvanto & Lindroos 2018).

Hoitokoordinaattorit tekevät päivittäin yhteistyötä eri viranomaisten kanssa, joilla on tiedon saannin oikeus asiakasta koskevista terveydenhuollon merkinnöistä tai tarve konsultaatioon ja ohjaukseen asiakkaan asioissa ja he toimivat asiakkaan verkostossa. Tällaisia viranomaisia ovat esimerkiksi sosiaaliviranomaiset, opiskelijaterveydenhuolto ja poliisi. Tietojen luovuttamiseen on Siun sotella ohjeet. Yleensä tietojen luovuttamisen edellytyksenä on kirjallinen asiakirjapyyntö. (Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymä 2017a.)

Mielenterveys- ja päihdepalveluissa hoitokoordinaattori arvioi hoidon kiireellisyyttä, ohjaa asiakkaan oikea-aikaisesti palveluiden piiriin, antaa tietoa ja ohjausta eri palveluista. Hoitokoordinaattorin oikein tekemä hoidon tarpeen arviointi vähentää lähetekäsittelyyn kuluvaan aikaa ja asiakas pääsee hoitoon nopeammin. Asiakas myös ohjautuu oikeaan hoitopaikkaan, jolloin väärin kohdistettujen läheteiden määrää saadaan supistettua. Hoitokoordinaattori on osa mielenterveys- ja päihdepalveluiden markkinointia ja luo toiminnallaan positiivista julkisuuskuvaa edustamastaan organisaatiosta. (Mielenterveys- ja päihdepalvelut 2017.)

Siun soten mielenterveys- ja päihdepalveluissa hoidon tarpeen arviointia puhelimitse tekevät hoitokoordinaattori ja hoitajat vastaanotoilla. Hoitokoordinaattorinimitys on otettu käyttöön puhelimessa tapahtuvan uuden palvelukäytännön kautta. Mielenterveys- ja päihdepalveluissa on olemassa oma lista hoidon tarpeen arvioinnin apuvälineeksi (liite 1). Se ohjaa potilaan kanssa käytävää, puhelimessa tapahtuvaa keskustelua ja kirjaamista potilastietojärjestelmään.

Mielenterveyspalveluissa otettiin käyttöön myös OC-järjestelmä eli Elisan OrangeContact SaaS -puhelinpalvelujärjestelmä, mikä mahdollistaa puheluiden tilastoinnin ja puhelintyön sujuvuuden. OC-järjestelmästä saadaan tarkkaa tietoa puheluiden määrästä ja kestosta, yhteydenoton syistä ja mikä on annetun puhelinpalvelun vastausprosentti. (Elisa Oyj 2019; Elisa Oyj 2018, 1).

OC-järjestelmään liitettiin uutena toimintona takaisinsoittopalvelu maaliskuussa 2018, millä on ollut vastausprosenttia parantava vaikutus. Päihdepalvelukeskuksella järjestelmä otettiin käyttöön helmikuussa 2019. Heinäkuussa 2018 otettiin käyttöön viranomaisverkkopuhelin (VIRVE) viranomaisten kanssa tehtävää yhteistyötä tehostamaan. (Sainola-Rodriguez 2019.) Puheluita VIRVE-puhelimeen tuli kesäkuu 2018 ja joulukuu 2018 välisenä aikana 133 yhteydenottoa (Kortelainen & Tanskanen. 2019).

Ylihoitaja Sainola- Rodriguez kertoo, että uusi asiakaspalvelun kanava on todettu toimivaksi. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen asiakkaat ja muut palvelun käyttäjät ovat löytäneet palvelun. Yhteydenottojen määrä on kasvanut tasaisesti ja palvelun tarve on ollut selkeä. (Sainola-Rodriguez 2019.) Alkuvuodesta 2017 hoitokoordinaattoripuheluiden tilastointi perustui manuaaliseen kirjanpitoon ja laskentaan, eikä joillakin alueilla puheluiden määrästä pidetty tilastoa, joten vertailukelpoista dataa puheluiden määrästä ja yhteydenoton syistä ei ole saatavilla ennen OC-järjestelmän käyttöönottoa.

Seuraavissa taulukoissa esitetyt luvut perustuvat OC-järjestelmän tilastoimaan dataan. Vuonna 2017, jolloin toiminta OC-järjestelmän kautta alkoi yhdellä varsinaisella hoitokoordinaattorilla, hoidettujen puhelinkontaktien määrä oli syyskuusta joulukuulle 972 kappaletta (taulukko 3). Vuonna 2018 puhelinkontakteja mielenterveyspalvelujen yhteydenottoja tuli 5255 kappaletta (taulukko 2) ja päihdepalveluiden hoitokoordinaattoripuhelimeen tuli puhelinkontakteja ajalla heinäkuu 2018 – joulukuu 2018 tuli 1866 kappaletta (taulukko 4). (Pohjois-Karjalan tietotekniikkakeskus Oy 2019.)

Taulukko 2. Hoitokoordinaattoripuhelut mielenterveyspalveluissa vuonna 2018
2018 (Pohjois-Karjalan tietotekniikkakeskus Oy 2019).

2018/kk	Tam	Hel	Maa	Huh	Tou	Ke	He	Elo	Syys	Lo	Mar	Jou	Yht.
Asiakaspalvelu	58	54	82	64	81	49	192	75	46	99	38	71	909
Hoidon tarpeen arviointi / hoidon järjestely	246	242	235	329	246	324	172	327	307	320	352	221	3321
Tiedustelu palveluista	42	27	31	45	31	17	62	35	21	34	31	19	395
Viranomaisyhteistyö	53	44	67	54	62	35	86	48	38	50	46	47	630
Yhteensä	399	367	415	492	420	425	512	485	412	503	467	358	5255

Taulukko 3. Mielenterveyspalveluiden hoitokoordinaattoripuhelut vuonna 2017
OC-tilastoinnin mukaan (Pohjois-Karjalan tietotekniikkakeskus Oy 2018).

Asiakaspalvelu	12	45	18	56	131
Hoidon tarpeen arviointi / hoidon järjestely	33	203	243	230	709
Onnistunut kontakti	2				2
Tiedustelu palveluista	2	19	10	23	54
Viranomaisyhteistyö	6	19	16	35	76
YHTEENSÄ	55	286	287	344	972

Taulukko 4. Manuaalisesti lasketut hoitokoordinaattoripuhelut päihdepalvelukeskuksella vuonna 2018 (Kettunen 2019).

2018	heinä	elo	syys	loka	marras	joulu	yht.
puhelut	286	383	373	314	335	175	1866

Hoitokoordinaattorin tärkein tehtävä on asiakkaan ensivaiheen hoidon tarpeen arviointi ja sen perusteella ammattimaisesti tehty hoitoon ohjaus. Tärkeitä tehtäviä ovat myös asiakaspalvelu, palveluohjaus ja viranomaisyhteistyö (taulukot 2 ja 3). Hoitokoordinaattorityö on ulospäin näkyvä palvelu. Se luo asiakkaille sekä yhteistyökumppaneille kuvaa Siun sotien mielenterveys- ja päihdepalve-

luista eli vaikuttaa julkisuuskuvaan. Tämä palvelu on uusi asiakaspalvelumalli mielenterveys- ja päihdepalveluiden strategiassa ja toiminta on edennyt suunnitelman mukaisesti. Työnkuvaan kuuluu uusien toimintatapojen oppimista ja luomista, tiedon hallintaa ja etsimistä, muutosvastarinnan hyväksymistä ja muutosten hallintaa. (Sainola-Rodriguez 2019.)

Hoitokoordinaattorien tuoma lisäarvo asiakkaan näkökulmasta on ollut sujuvampi ja nopeampi asiakaspalvelu ja hoitoon pääsy. Hoitokoordinaattoreiden puhelinnumeroita on ollut kaksi ja ne yhdistyivät 1.2.2019, jolloin jäljelle jäi vain yksi numero, mikä helpottaa omalta osaltaan yhteydenottoa mielenterveys- ja päihdepalveluihin. Varsinaisia hoitokoordinaattoreita on nyt kolme, joista kaksi on sairaanhoitajaa ja yksi lähihoitaja. (Sainola-Rodriguez 2019.)

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen vastaanottotyöhön on pilotoitu eli otettu koe-käyttöön Medinet-palvelun psykiatrisen ensikäynnin esitietolomaketta. Medinet on oman terveyden seurantaan tehty palvelu, jossa jokainen voi seurata omaa terveyttään ja käyttää palvelun toimintoja ilmaiseksi. Medinet vaatii vahvan tunnistautumisen pankkitunnuksilla tai mobiilivarmenteella. Sieltä voi tarkistaa terveys- ja sairaustietoja sekä henkilökohtaisia tutkimuksia ja niiden vastauksia. Palvelusta voi tarkistaa myös omat ajanvaraukset. Medinetissä voi täyttää lomakkeita, joita yleensä täytetään vastaanotolla. Hoitokoordinaattorien tehtävänä on informoida esitietolomakkeesta ja kannustaa potilaita ja asiakkaita täyttämään esitietolomake ennen ensimmäistä vastaanotto käyntiä. Lomake aktivoituu omiin Medinetin lomakkeisiin ajanvarauksessa. Medinetin esitietolomakkeen tiedot voidaan siirtää Mediatri-potilastietojärjestelmään. Hoitotyön näkökulmasta tämä esitietolomake antaa esitietoa potilaasta ensikäynnille vastaanotolla hoitokoordinaattorin hoidon tarpeen arvioin ja kirjauksen lisäksi. (Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymä 2018; Halonen 2018.)

3.2 Hoitokoordinaattoriprosessi Siun soten mielenterveys- ja päihdepalveluissa

Hoitokoordinaattorityön prosessi (liite 2) alkaa puhelinkontaktista potilaaseen joko niin, että potilas ottaa yhteyttä hoitokoordinaattoriin tai hoitokoordinaattoriin otetaan yhteyttä potilaan puolesta ja pyydetään ottamaan yhteys potilaaseen. Myös viranomaiset voivat ottaa yhteyttä hoitokoordinaattoriin. Tarvittaessa potilaalle tehdään hoidon tarpeen arviointi, joka perustuu kysymyksiin potilaan perus- ja taustatiedoista, oireista ja niiden kestosta, aikaisemmista psykiatrisista ja päihdehoitokontakteista, käytössä olevasta lääkityksestä, itsetuhoisuuden riskin arvioinnista, vuorokausirytmiiin liittyvistä asioista, kotona ja kodin ulkopuolella selviytymisestä, itsestä ja asioista huolehtimisesta, elämäntilanteesta, perheestä sekä verkostosta. Hoidon tarpeen arvioinnin kirjauksessa on oltava merkintä myös perussairauksista ja mahdollisesta päihteidenkäytöstä. Hoidon tarpeen arviointi tehdään näiden kysymysten ja potilaan kertomuksen perusteella. (Sainola-Rodriguez, Tanskanen, Tauriainen, & Rautavuori 2018.)

Hoidon tarpeen arviointi kirjataan tarkasti potilastietojärjestelmä Mediatriin HOI-PSY -lehdelle etäkontakti- otsikon alle. Potilaan perustiedot tarkastetaan jokaisen puhelun yhteydessä. Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella tehdään kiireellisyysluokitus eli triage-ABCD. Kiireellisyysluokituksen avulla oirekuvauksen pohjalta ja potilaan asuinpaikkakunnan mukaisesti määritellään, minne potilaan hoito ohjautuu. Mielenterveys- ja päihdepalveluissa Mediatriissa ei ole ollut käytössä kohtaa E eli ei hoidon tarvetta.

Kiireellisissä tapauksissa potilas ohjataan aikuispsykiatriseen tehostettuun avohoitoon (tehoavo), yhteispäivystykseen tai päivystävälle päihdesairaanhoidajalle. Kiireettömän hoidon tarpeessa oleva potilas ohjataan maakunnan mielenterveys- ja päihdepalveluihin joko psykiatriseen kuntoutukseen (eteläinen, keskinen, läntinen ja pohjoinen alue), terveysasemien psykiatrisen sairaanhoidajan tai päihdesairaanhoidajan vastaanotolle. Potilaan hoidon siirtyessä terveysasemien vastaanotoille potilaalle varataan vastaanottoaika tai puhelinsoittoaika. Jokaisella terveysaseman vastaanottotyötä tekevällä tulee olla yksi hoitokoordinaattori-aika viikossa, kolme viikkoa eteenpäin. Jollei aikoja ole saatavilla lähetetään työviesti yksikköön, johon potilaan hoito ohjataan. Hoitokontaktin tulee järjestyä

14 vuorokauden kuluttua yhteydenotosta ja lääkäripalvelut 30 vuorokauden kuluttua hoitokontaktin alkamisesta. Hoitokoordinaattori varaa lääkäriaikoja ainoastaan poikkeustapauksissa. Hoitokoordinaattorin työ tilastoituu automaattisesti OC-puhelinvastaajapalveluun, joten puhelujen määriä, kestoja, odotusaikoja ym. tarkastellaan jälkikäteen. (Sainola-Rodriguez ym. 2018.)

3.3 Hoitokoordinaattorin rooli mielenterveys- ja päihdepalvelujen portinvartijamallissa

Verrattaessa eri Euroopan maiden terveydenhuoltojärjestelmiä, Ruotsin, Tanskan, Saksan ja Iso-Britannian portinvartijamalli on saanut keskeisen roolin. Näissä malleissa portinvartijana toimii yleislääkäri, joka päättää asiakkaan saamista erikoissairaanhoidon palveluista. Iso-Britannia on vienyt mallin pisimmälle, missä yleislääkäri päättää myös asiakkaan sairaanhoidon palveluista. Portinvartijan rooliin kuuluu asiakkaiden tarvitseman hoidon priorisoiminen. Priorisoiminen on ongelmallista, koska se kytkeytyy suoraan arvoihin ja eettisyyteen. (Vierula 2009; Myllymäki 2011; Saxen 2016; Saxen & Saxen 2016.)

Terveydenhuollossa erityisesti hoitamisen arvokysymykset sitoutuvat päätöksen tekoon. Terveydenhuollon on kuitenkin pakko priorisoida, koska millään järjestelmällä ei ole resursseja hoitaa kaikkia sairauksia, eikä se olisi tarkoituksenmukaistakaan. Kustannustehokkuus istuu vaikeasti terveydenhuoltoon, koska asiakkaan omaa vastuuta ei voida yksiselitteisesti perustella terveysvalinnoilla, koska näihin liittyy paljon sosioekonomisia tekijöitä. Toisaalta kuka tahansa voi jäädä vaille työtä tai vammautua ja siten joutua toisenlaiseen sosioekonomiseen asemaan kuin missä hän on ollut aiemmin. Kustannustehokkaassa ajattelussa hyvin menestyvät asiakkaat tulisivat hoidetuiksi työterveyshuollossa ja yksityisten palveluilla, mutta se lopulta johtaisi perusterveydenhuollon rappeutumiseen. Priorisoinnista olisi kyettävä käymään avointa eettistä keskustelua, jolloin houkutus organisaatioiden ja valtakoneistojen harjoittamaan piilopriorisointiin vähenisi. (Vierula 2009; Myllymäki 2011; Saxen 2016; Saxen & Saxen 2016.)

Terveydenhuollossa tarve priorisointiin johtaa hoitohenkilöstön kaksoisrooliin. Heidän tulisi yhtäältä pyrkiä hyvään ja asiakkaan terveyden edistämiseen, mutta samaan aikaan pyrkiä kasvavien terveydenhuoltokulujen hillitsemiseen. Vuonna 2014 sosiaali- ja terveysministeriö perusti palveluvalikoimaneuvoston. Neuvoston on tarkoitus laatia suosituksia siitä, millaisia tutkimus-, hoito- ja kuntoutusmenetelmiä tulisi kustantaa julkisin varoin. Näillä suosituksilla on toki yhteiskunnallista painoarvoa, mutta edelleen eri sairaanhoitopiireissä on tarjolla hyvin eritasoisesti palveluja. Suomessa hoidon priorisointi on pääasiallisesti puhelinpalveluin järjestettyä toimintaa ja tehtävä on resurssipulan vuoksi siirtynyt lääkäreiltä hoitohenkilökunnan tehtäväksi. (Vierula 2009; Myllymäki 2011; Saxen 2016; Saxen & Saxen 2016.)

Taustalla vaikuttaa laki potilaan oikeudesta päästä hoidon tarpeen arviointiin kolmen vuorokauden kuluessa omalle terveysasemalle. Puhelinkontakti on tässä nähty resurssi- ja kustannustehokkaana. Jotkin sairaanhoitopiirit ovat ulkoistaneet puhelinpalvelun, mutta tällöin puhelinkontaktia ei voida pitää lain edellyttämänä ensikontaktina omaan terveysasemaan. Puhelinpalvelu nähdään kuitenkin kehittämiskelpoisena palveluna ja monille asiakkaille riittää hoitajan arvio tilanteesta ja kotihoidon ohjeet. Tämä vapauttaa puolestaan lääkäreiden resurssia hoitotyöhön, kun vastaanotoille ei tulla turhaan. Tämä vaatii kuitenkin myös sitä, että hoitohenkilökunnalla on ajan tasainen ohjeistus käytettävissään. Puhelinpalvelua tulee tarjota ammattitaitoisen ja kokeneen hoitohenkilökunnan. Osaamisen tasoissa on maan sisäisesti tarkasteltuna runsaasti vaihtelua. Kriittikkiä on myös esitetty siitä, että puhelinpalvelutoimintaa ohjaa organisaation resurssitekniset tekijät ja palvelun tehokkuutta mitataan määrällisesti ilman, että seurattaisiin asiakkaan saamaa terveyshyötyä. (Vierula 2009; Myllymäki 2011; Saxen 2016; Saxen & Saxen 2016.)

Siun soten mielenterveys- ja päihdepalveluissa asiakkaiden ohjautuminen vastaanottopalveluihin perusterveydenhuollon tasolla tapahtuu nykytilanteessa pääsääntöisesti hoitokoordinaattorin kautta. Asiakkailta on edelleen mahdollisuus hakeutua palveluihin muitakin reittejä, soittamalla hoitajille suoraan puhelinsoittoajalla, web ajanvarauksen kautta tai he ohjautuvat perusterveydenhuollon palveluihin erikoissairaanhoidon ohjaamina. Hoitokoordinaattorin rooli on

keskeinen asiakkaan hoitopolun käynnistymisvaiheessa. Heidän arvioonsa ja ammattitaitoonsa perustuu, että asiakas ohjautuu oikeaan hoitopaikkaan. Kaikki yhteydenotot eivät johda hoitosuhteen käynnistymiseen perusterveydenhuollossa. Osa yhteydenotoista ohjautuu väärään paikkaan esimerkiksi kiireelliset hoidon tarpeet, palveluohjausta antaen asiakas ohjataan ottamaan yhteyttä asianmukaiseen hoitotahoon tai hänen puolestaan otetaan yhteyttä oikeaan jatkohoitopaikkaan. Kaikki yhteyttä ottavat eivät ole mielenterveys- tai päihdepalveluiden tarpeessa, elämän lievemmissä kriiseissä tai vertaistuen tarpeessa olevat henkilöt ohjataan kolmannen sektorin palveluihin, kuten kriisikeskukseen tai potilas- tai omaisjärjestöjen puoleen. (Sainola-Rodriquez ym. 2018.)

Voidaan todeta, että hoitokoordinaattorin rooli Siun sotien mielenterveys- ja päihdepalveluissa on edellä kuvatun kaltainen ja Siun sotessa on siis terveydenhuollon portinvartijamalli käytössä. Se vaatii puhelinpalvelun työntekijöiltä pitkää työkokemusta, jatkuvasti päivitettävää ammattitaitoa ja palvelujärjestelmän osaamista. Hoidon tarpeen arvioinnin onnistumisen kriteereinä nähdään yhtenäisten hoidon tarpeen arvioinnin perusteiden käyttö sekä tätä työtä tekevän henkilöstön ammattitaito. Hoidon tarpeen arviointi nähdään oikeammin lääkärin toimenkuvaan kuuluvaksi toiminnaksi, mutta resurssisyistä tästä työstä maanlaajuisesti vastaa pääasiassa hoitotyön muu henkilöstö. Toiminta edellyttää ajantasaisia ohjeistuksia käyvän hoidon ja toimintatapojen suhteen, sekä sitä, että lääkäri on tarvittaessa hoitohenkilöstön konsultoitavissa. (Vierula 2009; Myllymäki 2011; Saxen 2016; Saxen & Saxen 2016).

4 Toiminnan ja palvelujen kehittäminen

Palvelujen kehittämistä varten sosiaali- ja terveystaloudessa tarvitaan tietoa omasta toiminnasta, toiminnan tarpeista ja kehittämistoiveista. Tieto on peräisin työntekijöiltä, esimiehiltä ja muilta organisaation jäseniltä tai toimijoilta. Ulkoinen palaute on tärkeää. Organisaation ulkopuolinen toimija tai palvelujen käyttäjän mielipide, toivomus ja palaute palvelujen suhteen voi olla hyvinkin käyttökelpoinen ja rakentava. Kun halutaan toiminnan kehittämisen kannalta kohdennettua,

yksilöidympää palautetta, voidaan palautetta pyytää tietyltä kohderyhmältä ja tietystä toiminnasta tai aiheesta. (Korhonen, Jylhä, Korhonen & Holopainen 2018, 17.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) laatimassa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa oli ehdotus yhdistettyjen mielenterveys- ja päihdehoidon avohoitoyksiköiden perustamisesta. Tämä palvelun muodostamiseksi ehdotus oli yhdistää erikoistason psykiatriset avohoitoyksiköt ja päihdehuollon erityispalveluiden avohoitoyksiköt. Tämä nähtiin tarpeellisena siksi, että mielenterveys- ja päihdeongelmat esiintyvät usein yhdessä, joten niitä on tulisi myös hoitaa kokonaisuutena. (Moring, Bergman, Nordling, Markkula & Soikkeli 2013,14.)

Integroimalla mielenterveys- ja päihdepalvelut yhteen nähdään saavutettavan monia etuja, kuten joustavan palveluihin pääsyn yhden oven periaatteella. Palvelukokonaisuuden nähdään myös vastaavan siten paremmin asiakkaan palvelutarpeisiin. Palvelut pitäisi kehittää yhdessä. On havaittu, että mielenterveys- ja päihdeongelmien samanaikainen esiintyvyys on lisääntynyt, mutta palveluita tarjotaan liiaksi erillään toisistaan. Konkreettista yhdistymistä on jo tapahtunut eri puolilla Suomea. Johtamisen integraatiota on tapahtunut, mutta tarvitaan myös palvelujen integraatiota. (Stenius, Kekki, Kuussaari & Partanen 2012, 167.)

Sen lisäksi, että mielenterveys- ja päihdepalvelut integroituvat, olisi ne myös integroitava osaksi perustason muuta terveydenhuoltoa. Tämä mahdollistaisi kokonaisvaltaisemman lähestymistavan, palvelut olisivat saavutettavampia ja siten vähennettäisiin häpeäleimaa. (Wahlbeck ym. 2018, 125.) Mielenterveys- ja päihdepalvelut yhdistyivät Siun soten aloittaessa toimintansa vuonna 2017. Yhteinen toimintaympäristö on vasta kehittymässä, aiemmin päihdepalvelut oli täysin ulkoistettu Sovatek-säätiölle, joten yhteistä toimintakulttuuria ei ollut päässyt muodostumaan. Toimintaympäristö on kuitenkin integroitu osaksi perusterveydenhuollon palveluita, joskaan tilaresurssien puutteen vuoksi osa palveluista joudutaan toistaiseksi tuottamaan terveysasemista erillään.

Sosiaali- ja terveysministeriön valmisteleva laaja-alainen Mieli 2009 -työryhmä laati raportin kansalliseksi mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaksi heinäkuussa 2009. Se tuo mielenterveys- ja päihdekuntoutajat mukaan kehittämään ja arvioimaan palvelua. Työryhmä toi esiin useita epäkohtia nykyisestä mielenterveys- ja päihdehoitojärjestelmästä. Palvelujärjestelmä on useimmiten hajanainen lukuisine tuottajineen ja erillisine toimijoineen, joiden toimintaideologia ja arvot eivät kohtaa toisiaan. Toiminta on suunniteltu organisaatioiden ja ammattikuntien ehdoilla. (Nevalainen 2010, 95-107.)

Organisaatiot toimivat erillään toisistaan ajaen oman erillisyyden etuja ja ajattelu on kapea-alaista reviirijattelua, jossa toisten toimijoiden kompetenssiin ei luoteta ja toimijoilla on toisistaan erillinen kulttuuri ja kieli. Mielenterveys- ja päihde-työn resurssit ovat väärissä paikoissa, jolloin ehkäisevä työ on minimaalista ja avohoito aliresursoitu. Ehkäisevän työn osuus on suurilta osin laiminlyöty. Toiminnan pääpaino on sairaalatoiminnoissa, vaikka tosiasiallisesti monikaan mielenterveys- ja päihdekuntoutaja ei tarvitse näitä palveluja lainkaan tai niiden tarpeelta välttyttäisiin, mikäli ennaltaehkäisevään työhön olisi panostettu. Lääkäri-resurssi on keskitetty sairaalapalveluihin. Maakuntien alueilla vallitsee epätasa-arvo palveluiden suhteen. Kunnissa nähdään olevan huono tietämys terveystaloudesta ja hoitosuosituksista ja ajattelu on budjettikeskeistä. Kuntien on vaikea sitoutua pitkäjänteiseen vaikutusten seurantaan ja dokumentointiin. Suunnittelu on pääosin talousarvio- ja osavuosikatsauksen mukaista ja perusteista. (Nevalainen 2010, 95-107.)

Sosiaali- ja terveyspalveluiden rakenteet ovat suuressa muutoksessa. Rakenteiden uudistuksessa palvelujen tuottajien ja järjestäjien tulee kiinnittää huomiota laadukkaaseen palvelujen sisällön kehittämiseen, jossa lähtökohtana on asiakaslähtöisyys ja asiakkaan osallistaminen prosessiin. Kehitettäessä sosiaali- ja terveyspalveluja on muistettava, että vaikka tehtäisiin paikallisia ratkaisuja pitää kehitystyön tuloksen olla käyttökelpoinen ja käyttöön otettavissa myös muissa yksiköissä ja organisaatioissa, kehittämisprosessin on oltava järjestelmällistä ja näyttöön perustuva, vasta silloin voimme puhua laadukkaasta työn tai palvelujen kehittämisestä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 10-11; Korhonen ym. 2018,7-9,16.)

Toiminnan vaikuttavuudesta ja vaikutuksen arvioinnissa on tärkeää osoittaa todoksi muutokset. Siitä saadaan myös tietoa päätöksen tekoon terveystaloudessa, jossa maksimoidaan laatu eli pyritään tuottamaan palveluja mahdollisimman tehokkaasti, ammattitaitoisesti, potilasturvallisesti, vaikuttavasti sekä kustannustehokkaasti huomioon ottaen, että ne ovat saatavilla kohtuullisessa ajassa ja helposti. (Korhonen ym. 2018, 35; Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 10-11.)

Palvelujen vaikuttavuus on usein huono tai korkeintaan tyydyttävä, vaikka rahaa ja osaamista käytetäänkin paljon. Henkilöstö on väsynyttä ja se voi vaikuttaa palveluiden laatuun. Erikoissairaanhoidon kustannukset kasvavat suhteessa perusterveydenhuoltoon. Yhtenä syynä tähän on, ettei palveluita saa oikea-aikaisesti eikä palveluihin ole helppo päästä. Potilaan kannalta huolestuttavinta on, että hoitoketjut ovat usein toimimattomia. Merkittävät kansantaudit aiheuttavat isoja kustannuseriä valtion taloudessa. Mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat merkittävällä sijalla tässä kansansairauksien tilastossa. Nykytilanne vaikuttaa huonolta. Pidemmälläkin aikavälillä tilanne näyttää huolestuttavalta. Uusiin tavoitteisiin pääseminen vaatii eri ammattiryhmien yhteistyötä yhdessä kansalaisten kanssa, ylhäältä määrättyinä niihin ei päästä. Tämä asia on tärkeä tiedostaa organisaation ja johtamisen näkökulmasta. Perusterveydenhuollon kehittäminen on tärkeää koko terveydenhuollon kokonaisuutta ajatellen. (Muurinen, Nenonen, Wilskman & Agge 2010, 13-14.) Laadunhallintasuosituksilla pyritään varmistamaan hoitotyön laatua. Laadunhallinta lähtee johtamisesta ja vastuu on johtajilla sekä henkilöstöllä. Laadun kehittäminen on yksi johtamisen merkittävimpiä osa-alueita ja laadun varmistamisen tukemiseksi tarvitaan seuranta ja mittaamista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 10-11.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ja Tampereen yliopiston hankkeessa tehtiin mittava ja monipuolinen tiedonkeruu. Tiedonkeruun aineistoa olivat johdon ja henkilöstön haastattelut, terveyskeskusten asiakkailta, terveysasemaa vaihtaneille asiakkaille tehdyt kyselyt. Tämän tiedonkeruusta saadun raportin perusteella asiakkaat pitivät tärkeänä saada valita heitä hoitava ammattilainen ja esille nousi valinnan vapauden tärkeys. Palvelut olisi saatava yhdenvertaisesti ja sujuvasti. Tärkeiksi asioiksi nousivat myös peruspalveluiden vahvistaminen, yhtenäiset käytännöt ja se, että kustannukset pysyvät kurissa eli palvelut olisivat

kustannustehokkaita. Terveysasemien vaihtaminen oli näiden asioiden jälkeen merkittävin. Palvelujen sijainnilla, kulkuyhteyksillä ja terveysaseman maineella koettiin olevan merkitystä. (Sinervo, Tynkkynen & Vehko 2016, 3-4.)

Toiminnan kehittämisessä terveysasemilla toivottiin jonojen pienenemistä, pitkäaikaissairaiden hoidon kehittämistä tehokkaammaksi ja toimivammaksi. Toivottiin myös puuttumista lääkäripulaan. Integraation vahvistaminen koettiin tärkeänä sekä se, että terveysasemilla olisi mahdollisesti myös moniammatillisempaa osaamista. Tämä toisi monipuolisuutta ja joustavuutta palveluihin ja lisäisi osaamista ja sujuvuutta hoitoon. Tavoitetilana olisi päivittäisen päivystystoiminnan kehittäminen sujuvammaksi. (Sinervo ym. 2016, 3-4.)

Näyttöön perustuvan toiminnan pohjana on riittävä tutkimusnäyttö sekä asiakkaan/potilaan toiveet ja tarpeet. Ammatillisella on sekä tieto ja huomiointi siitä millaiset vaikutukset ovat hoidon olosuhteilla, millaiset resurssit ja ympäristö ovat. Näyttöön perustuvalla toiminnalla on vaikutusta hoidon laatuun ja tasoon. Näyttöön perustuva hoito on potilasturvallista laadukasta ja siinä huomioidaan palvelujen käyttäjän tarpeet ja mieltymykset. Tällöin se on myös vaikuttavaa ja kustannustehokasta. (Korhonen ym. 2018, 10.)

Näyttöön perustuvassa toiminnassa potilaan/asiakkaan tulee saada parasta mahdollista hoitoa ja sen mahdollistajana on, että ammatillisella parasta mahdollista tietoa käytössään. Käytännössä kuitenkin potilaan/asiakkaan kokonaisvaltainen tilanne voi olla sellainen, ettei niin yksilölliseen käyttöön tarkoitettua tutkimusnäyttöä ole saatavilla suunniteltaessa potilaan hoitoa. Näissä tapauksissa on erittäin tärkeää, että potilaan omaa mielipidettä kuullaan ja miten sopivat hoidon vaihtoehdot ja valinnat perustellaan. (Korhonen ym. 2018, 26.)

Näyttöön perustuvassa toiminnassa halutaan varmistaa hoidon ja palvelujen laatu. Laadun takeina ovat hoidon turvallisuus ja vaikuttavuus. Hoidon oikea aikaisuus ja potilas- ja asiakaskeskeisyys sekä tehokkuus ja saatavuus ovat huomioon otettavia asioita. (Korhonen ym. 2018, 31.) Sosiaali- ja terveystieteiden kehittämisessä ei ole kuultu tarpeeksi potilaan/asiakkaan näkökulmaa, mielipidettä ja kehittämisajatuksia. Palveluja kehitettäessä pitää huomioida ke-

nelle palveluja kohdennetaan, kuinka asiakas- tai potilaslähtöisiä ja laadukkaita tuotettavat palvelut ovat, kuinka palvelujen integrointi toteutuu ja kuinka yhdenvertaisia käyttäjät ovat palvelujen suhteen. Näyttöön perustuvassa toiminnassa asiakaslähtöisyys on tärkeässä asemassa. Asiakaslähtöisyys on siis aktiivisuutta päätöksen teossa, tasavertaisuutta ammattilaisen kanssa, itsemääräämisoikeuden huomioimista ja keskinäistä kunnioitusta ammattilaisen ja asiakkaan välillä. (Korhonen ym. 2018, 36-38.)

Näyttöön perustuvan hoitotyön kehittymisen kannalta organisaation johdolla on suuri merkitys. Organisaation strategia ja johdon sitoutuminen ovat toiminnan kehittämisen edellytykset. Strategiassa luodaan kehittämistyön tavoitteet, rakenteet, prosessit sekä organisoidaan mahdollisuudet näyttöön perustuvat toiminnan kehittämiseksi. Johtajien valtuuksien puuttuminen ja organisaatiossa vallitseva hierarkia voivat olla esteenä kehittämiselle. Uuden toiminnan kehittämisen prosessissa on haasteita, esimerkiksi toiminnan käyttöön ottamisessa ja juurruttamisessa. (Holopainen, Junttila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2013, 35.)

Implementoinnilla tarkoitetaan näyttöön perustuvan toiminnan käyttöönottamista, sen tavoitteena on hyödyntää näyttöön perustuvien potilaalle hyödyksi olevia hoitomenetelmiä käytännössä ja päätöksen teossa. Näyttöön perustuvaa toimintaa voidaan kuvata seuraavalla tavalla. Ensin tunnistetaan asia, kysymys tai ongelma mihin vastausta haetaan. Seuraavaksi muodostetaan kysymys, jonka avulla vastausta haetaan erilaisista tutkimuksista, joita sitten etsitään ja saadaan tarvittava tieto. Näistä tutkimuksista ja tiedon lähteistä tehdään tarkka arviointi, kuinka luotettavaa saatu tieto on. Saatu tieto kootaan tiiviiksi tietopaketti vastamaan käytännön kysymykseen. Saatu näyttö otetaan osaksi käytäntöä ja arvioidaan tarvittavat muutokset. (Korhonen ym. 2018, 98.)

Näyttöön perustuvassa toiminnassa tärkeää on, että työntekijöillä on osaamista ja riittävä näyttöön perustuva tietoperusta (Korhonen ym. 2018, 10). Tämän opinnäytetyön yksi tavoite on lisätä mielenterveys- ja päihdepalvelujen hoidon tarpeen arviointia tekevien hoitajien osaamista niin hoitokoordinaattorityössä kuin vastaanotoillakin. Kiireettömän hoidon tarpeen arvioinnin työkalua eli näyttöön perustuvaa kiireellisyysjärjestystä ei ole ollut käytettävissä. Käytössä oleva

kiireellisyysjärjestys on perustunut pitkälti akuutin psykiatrisen hoidon tarpeen arvioinnin kriteereihin. Kiireettömän hoidon tarpeen arvioinnin kiireellisyysjärjestyksen kehittäminen on osa tämän vaativan työn osaamisen kehittämistä ja sitä kautta osa osaamisen johtamista.

5 Osaamisen johtaminen

Osaamisen johtamisen juuret ovat Peter Sengen (1990,13) kehittämässä organisaation oppimisen teoriassa. Yhden organisaation jäsenen oppiminen ei tarkoita koko organisaation oppimista, mutta oppivien jäsentensä kautta organisaatiokin oppii. Tässä ajattelussa on keskeistä, ettei organisaation oppiminen tapahdu virheitä korjaamalla vaan tarkastelemalla toimintaa virheen takana. Tällä on vaikutusta organisaation toimintamalleihin, ja se luo niistä entistä kehittyneempiä. Organisaation osaamisen johtaminen edellyttää aktiivista johtamistotetta. Sen on perustuttava strategiaan ja reagoitava toimintaympäristön muutoksiin. Keskeistä on myös ennakointi ja aktiivisuus. Osaamisen johtamisella pyritään saavuttamaan organisaation visio. Strategia on vision toteutuksen ohjausmalli. Se ohjaa osaamisen kehittämistä. Keskeistä on ydinsaaminen. Strategian on elettävä arjessa ja uudistuttava. Strategia tarkoittaa arvoja, toiminta-ajatusta ja millä ydinsaamisella sitä toteutetaan. (Sumkin & Tuomi 2012, 13-15.)

Osaamisen johtamisen käsite on johdettu Hamelin ja Prahaladin (Hamel & Prahalad 1994, 217-222) määrittelemästä ydinsaamisen johtamisesta. Osaamisen johtaminen liittyy tiedon johtamiseen, mutta on käsitteenä laaja-alaisempi. Se perustuu oppimisen teorioihin, kun taas puolestaan tiedon johtaminen tiedon teorioihin. Osaamisen johtaminen voidaan määritellä kaikkena tarkoituksellisena toimintana, minkä avulla organisaation strategian edellyttämää osaamista pidetään yllä, kehitetään, uudistetaan ja hankintaan. Tämä nähdään yhä keskeisempänä organisaation johtamisessa, koska se mahdollistaa tarjonnan erilaisamisen ja johtaa muutosta sekä varmistaa operatiivista tehokkuutta. Osaamisen johtaminen varmistaa ydintoimintojen laadun ja siten vastaavuuden

asiakastarpeisiin nähden. Osaaminen on aina liitettävä strategiaan. (Virtainlahti 2009, 67-69.) Jotta osaamista voitaisiin johtaa, tulee esimiehen tuntea tiiminsä jäsenet ja sen perustehtävä. Hänen tulee tutustua tiimin jäseniin. Esimies voi tässä hyödyntää esimerkiksi erillisiä tutustumiskeskusteluja. (Kupias, Peltola & Pirinen 2014, 17,31.)

Osaamisen johtaminen liike-elämän tasolla henkilöstöhankinnan, kehittämisen, liikkuvuuden ja promootion välineenä alkoi 40 vuotta sitten. Se on edelleen käytössä tärkeänä työkaluna henkilöstöjohtamisessa. Haasteina osaamisen johtamisen tehokkaalle käytölle kuitenkin ovat osaamisen johtamisen käyttö pelkkänä henkilöstöhallinnon työkaluna ei vain itse liiketoimintaa ohjaavana välineenä. On huomattu, ettei ydinosamisen tunnistaminen ole helppoa. Se edellyttää osaamisen johtamisen kuulumista organisaation strategiaan ja kykyä ennakoita millaisia taitoja ja osaamista organisaatio tulevaisuudessa tarvitsee. Osaamisen yhdistäminen osaksi tulostavoitteita on heikkoa silloin, kun ydinosamisia ja työntekijöiden avainrooleja ei ole organisaatiossa tunnistettu. Lisäksi osaamisen johtamiseen panostaminen on alipriorisoitua. (Loew 2016.)

Osaamismallinnukset ovat usein kliiniseen osaamiseen perustuvia, ja osaamiset ovat vain paperille koottuja luetteloita eivätkä ole aktiivisesti organisaation käytössä. Etuina osaamisen johtamisessa nähdään syvempi ja monipuolisempi ymmärrys toiminnoista ja toimintakyvystä sekä henkilöstön urasuunnittelu ja työssä kehittyminen paranevat. Kehitys- ja liikkuvuusstrategiat optimoituvat ja toimintakyky tehostuu ja työntekijöiden osaamisprosessit integroituvat paremmin. (Loew 2016.) Esimiehen tehtävänä on luoda ilmapiiri, jossa oppiminen on mahdollista. Hänen tulee näyttää työntekijöille suuntaa ja hänellä on vastuu osaamisen rakentamisesta työyhteisössä. Hänen on kyettävä viemään visiota ja tavoitteita eteenpäin, mikä johtaa organisaation kehittymiseen oikeaan suuntaan. Esimiehen itsensä tulee siis toimia osaamisen kehittämisen roolimallina. (Laaksonen & Ollila 2017, 178-179.)

Oppimisen ympäristönä toimii arkityö. Osaaminen kehittyy uusien haasteiden myötä. Keskeisiä ovat aktiivinen kokeilu ja harkitseva tarkkaileminen. Työssä pyritään oppimaan pois vanhoista strategiaa tukemattomista käytännöistä. Pe-

rustehtävän lisäksi työn tulee sisältää kehittämistä eteenpäin vieviä tehtäviä, eli visioon suuntautuvaa tekemistä. Ydinosaaminen syntyy yksilön osaamisen kautta. Ydinosaaminen tulee määrittää, sillä se luo perustan organisaation osaamisen johtamiselle. Ydinosaamisen määrittely tarkoittaa organisaation strategisen osaamisen määrittelyä. (Sumkin & Tuomi 2012, 19-20.) Esimiehen kyky motivoida henkilöstöä on keskeinen, sillä se johtaa parempiin tuloksiin. Tämä vaatii kehittyneitä johtamistyön valmiuksia esimieheltä. (Laaksonen & Ollila 2017, 17, 147.)

Osaamisen sosiaali- ja terveydenhuollossa tulee pohjautua näyttöön perustuvaan toimintaan. Tästä syystä organisaation on linjattava henkilöstön osaamisvaatimukset ja niiden tulee olla linjassa kansainvälisten näkemysten kanssa. Osaamisvaatimukset tulee linjata suhteessa toimintaorganisaatioon eli liikutaanko erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon vaiko kolmannen sektorin toiminta-alueilla. Jotta osaamisvaatimukset tunnistettaisiin, tulisi organisaation määrittellä hoitohenkilöstön rakenne, tehtävät ja vastualueet. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että organisaatiossa osataan tunnistaa ja määrittää näyttöön perustuvan toiminnan osaaminen. On ennakoitava asiakkaiden tarpeet ja työn vaatimukset. Asiantuntijuudet tulee huomioida ja hyödyntää. Olemassa oleva osaaminen tulee kartoittaa ja tässä voidaan apuna käyttää osaamiskarttoja. (Korhonen ym. 2018, 82-85.)

Organisaatiolla on hyvä olla suunnitelma osaamisen kehittämisestä ja toteuttaa koulutus- ja kehittämissuunnitelmaa. Osaamista tulee arvioida suhteessa näyttöön perustuvaan toimintaan. Osaamisen kehittämisessä hyödynnetään tutkimustietoa. Tutkimustietoa tarkastellaan kolmen eri osa-alueen avulla, joita ovat hoitotyöntekijöiden itsenäinen ammattitaidon ylläpitäminen, potilaan hoito ja hoitotyön kehittäminen. Osaamisen kehittyminen on oppimisprosessin tulos. Virheelliset ja vanhentuneet toimintamallit tulee tunnistaa ja niistä on opittava pois. Keskeistä on, että menetelmät ovat yhtenäiset ja ne ovat vaikuttavia hoitokäytäntöjä ja menetelmiä. (Korhonen ym. 2018, 82-85.) Osaamisen johtamisen työkaluna tulisi käyttää henkilöstön kehityskeskusteluja. Näissä keskusteluissa esimies saa tietoa tiiminsä jäsenten tehtävistä ja työtehtävien jakautumisesta

heidän kesken. Tämä luo pohjan tulevaisuuden ja koulutustarpeiden suunnittelulle. (Kupias ym. 2014, 31.)

Siun soten toiminta- ja taloussuunnitelmassa 2019-2021, jonka pohjalta mielen-terveys- ja päihdepalveluiden toimintasuunnitelma on laadittu, keskiöön nostetaan hoidon ja palvelun vaikuttavuus, laadukkuus ja turvallisuus sekä ammattilaisten osaaminen ja organisaation johtaminen. Strategian mukaisesti päätösten tulee olla sidoksissa ihmisiin, joiden elämää ne koskettavat. (Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymä 2019.) Erillisessä Siun soten henkilöstöstrategiassa painotetaan osaavaa henkilöstöä sekä osaavaa johtamista. Ennakointi, osaamisen kehittäminen ja vahvistaminen ovat osa Siun soten strategista henkilöstöjohtamista. (Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymä 2017b.)

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden toimintasuunnitelmassa yhtenä painopisteenä on henkilöstön osaamisen vahvistaminen. Tätä toteutetaan henkilöstöä kouluttamalla. Koulutusstrategian ohjaava ajatus on turvata ammatillinen osaaminen ja huolehtia henkilöstön osaamisesta. (Mielenterveys- ja päihdepalveluiden toimintasuunnitelma 2017- 2018; Mielenterveys- ja päihdepalveluiden toimintasuunnitelma 2019-2021.) Tässä opinnäytetyössä osaamisen johtamisen viitekehys on keskeinen, koska hoitokoordinaattoripalvelu on ensilinjan palvelua, minkä sujuvuudella ja palvelua tuottavan henkilökunnan osaamisella on keskeinen rooli asiakkaan onnistuneessa palveluprosessissa.

6 Opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja tehtävä

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää Siun soten mielen-terveys- ja päihdepalveluiden kiireettömän hoidon tarpeen arviointia. Tavoitteena oli laatia kiireettömän hoidon kiireellisyysjärjestys yhtenäiseksi työvälineeksi hoidon tarpeen arviointiin hoitokoordinaattoreille ja muille hoidon tarpeen arvioita tekeville hoitotyöntekijöille Siun soten mielen-terveys- ja päihdepalveluissa. Opinnäytetyön tehtävänä oli kehittää konkreettinen työkalu asiakkaan hoidon tarpeen kii-

reellisyyden arviointiin, mutta samanaikaisesti kehittää hoitokoordinaattorityön laatua ja siten tukea organisaation strategisia tavoitteita. Tämä opinnäytetyö toimii osana organisaatiomme strategiaa ja pääpainoalueena on osaamisen vahvistaminen sekä toiminnan kehittäminen.

7 Opinnäytetyön menetelmälliset valinnat

Toimeksiantaja Siun soten mielenterveys- ja päihdepalvelut, toivoi kehitettävän hoitokoordinaattoripalvelua. Opinnäytetyössä hyödynnettiin palvelumuotoilun metodeja, jolloin käyttäjänäkökulma saataisiin prosessiin mukaan. Ylihoitaja tuki yhteisessä keskustelussa valitsemaan tarkasti rajatun tehtävän. Kehittämistehäväksi rajattiin kiireellisyysjärjestyksen päivittäminen ja tarkempi avaaminen. Asiakasnäkökulman huomioiminen osaltaan ohjasi metodivalintoihin, joita opinnäytetyössä käytettiin. Haluttiin käyttää metodeja, jotka ovat ajassa kiinni kehitettäessä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja.

7.1 Tutkimuksellinen kehittämistoiminta

Tutkimuksellinen kehittämistoiminta pohjautuu toimintatutkimukseen, jossa kehitetään ja muutetaan käytäntöä tutkitun tiedon avulla, mutta tuotetaan samanaikaisesti tietoa käytännön elämästä. Tässä prosessissa on kaksi osapuolta, joiden molempien tulee hyötyä siitä. Kehittäjät saavat käytännön tietoa tutkimustiedon tueksi ja käytännön toimija saa apua ongelmanratkaisuun tai tuotekehitykseen. Näin tuotettu tieto on käyttökelpoista testattaessa teoreettista tietoa tai sen kehittämiseksi eteenpäin. Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa tulee toimintatutkimusta mukailleen olla läsnä käytäntö ja tutkimuksellisuus. Tämä metodi soveltuu monipuolisesti ympäristöihin, joissa on suorittajia ja suoritteiden tarvitsijoita, esimerkiksi henkilökunta ja asiakkaat. (Tiainen, Aittoniemi, Haukijärvi & Yli-Karhu 2015, 2-12; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015 17-20.)

Kehittäjän rooli on kolmivaiheinen. Ensin kehittäjän tulee päästä sisälle työyhteisöön tai yritykseen. Tämä on helppoa, jos kehittäjänä toimii organisaation työntekijä. Seuraavaksi on toimintaorganisaatiossa vaihe, jossa molemminpuolinen luottamus on tärkeää. Kehittäjälle luo oman haasteensa saada kerättyä riittävän kattavaa tutkimuksellista tietoa. Kehittämisprosessi ei perustu pelkkään arkitietoon. Kehittäjän rooli on olla ohjaamassa kehittämisprosessiin osallistuvia kohteena olevan ongelman ratkaisemiseen ja tiedostamiseen. Kolmas vaihe on poistumisen vaihe, mikä ei ole organisaation sisäiselle kehittäjälle mahdollinen. On kuitenkin tärkeää ottaa etäisyyttä itse kehittämiskohteeseen, koska vaikka varsinainen kehittämistehtävä on jo yhdessä tehty, kehittäjän tulee suhtautua kriittisesti kerättyyn aineistoon. Kehittäjä auki kirjoittaa prosessin. (Tiainen ym. 2015, 2-12.)

Kehittämisprosessi etenee vaiheittain. Vaiheet ovat ongelman määrittely, toiminnan suunnittelu, toiminnan toteutus, arviointi ja opitun tunnistaminen. Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan raportoinnin on oltava mahdollisimman avointa. Toiminnan prosessin ja tulosten avoin raportointi on edellytys uskottavuudelle. Kehittämistoiminta on jatkuvaa ja sen teoreettisena taustana voidaan pitää organisaation jatkuvan kehittämisen ja oppimisen Plan, Do, Study, Act –sykliä, jonka kehitti William E. Deming. (Andersson & Tikka 1997,53). Organisaatioiden kehittämisen kannalta merkityksellisinä voidaan pitää kehittämisen jatkuvuutta, kehittämisen tieto- ja faktapohjaisuutta ja että kehittäminen perustuu tunnistettuihin ja organisaation kannalta oleellisiin kehittämistarpeisiin ja luotettavaan tietoon. Kehittämisessä tulee hyödyntää valideja, vankkoja metodeja ja kehityksen toteutumista tulee seurata. Lisäksi on arvioitava kehityksen vaikuttavuutta mitaten sitä suhteessa asetettuihin tavoitteisiin. Jatkokehityksessä tulee hyödyntää jo kerättyä ja analysoitua tietoa. (Tiainen ym. 2015, 16-18.)

7.2 Palvelumuotoilu

Siun sote on hyödyntänyt kehittämistyössään palvelumuotoilun menetelmiä. Palvelumuotoilu on yhteisöllinen ja osallistava palvelujen kehittämisen keino. Palvelumuotoiluprosessista ja sen toteuttamisesta hyötyy jokainen prosessiin

osallistuva: asiakas, palvelun tarjoaja ja palvelun tuottaja. (Ahonen 2017, 72-104.) Asiakkaalla/potilaalla tässä opinnäytetyössä tarkoitetaan henkilöä, joka ottaa yhteyttä mielenterveys- ja päihdepalveluiden hoitokoordinaattoriin tai web-ajanvarauksella tai puhelinajalla soittamalla terveysaseman psykiatriseen hoitajaan, jotka tässä opinnäytetyössä ovat yhtä kuin palvelun tarjoaja. Palvelun tuottajalla tarkoitetaan Siun soten mielenterveys- ja päihdepalveluita.

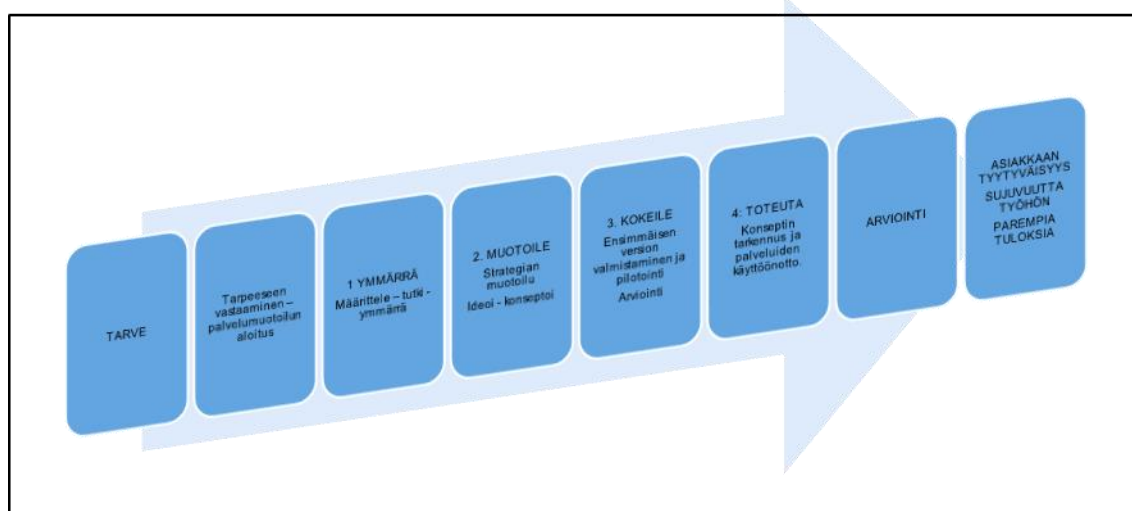
Asiakas osallistuu kehittämiseen kertomalla, millaisia palveluja hän tarvitsee, missä, miten ja miksi palveluita tulisi tuottaa. Palvelujen tarjoajan näkökulma on tyytyväiset asiakkaat ja työyhteisö sekä toimiva työn prosessi. Hyvinvointi säästää rahaa. Stressi vähenee, kun työ on sujuvaa. Palvelun tuottajan kannalta hyvin tuotetuissa palveluissa viihtyvät asiakkaiden lisäksi myös työntekijät. Työ ei sisällä turhaa hukkaa. Tämä tuo lisää aikaa asiakastyöhön, on arvoa tuottavaa sekä asiakkaan että yrityksen kannalta. (Ahonen 2017, 72.)

Tässä opinnäytetyössä kehitettiin palvelua asiakkaille, joten heidän näkemyksensä suunnittelun eri vaiheissa on keskeistä. Haasteellista on hahmottaa palvelun toimijoiden verkosto, mutta käyttäjän näkökulma on kuitenkin keskeisin. Palvelukokemus on sekä materiaalista että immateriaalista, joiden ulottuvuuksien mallintaminen suunnitteluvaihteessa on tärkeää. (Miettinen 2011, 79.) Lähettiin muokkaamaan ja kehittämään varsin nuorta, mutta olemassa olevaa palvelua. Etenkin kiireellisyysjärjestyksen laatimisessa kiireettömään hoitoon on tärkeää, että osallistuva suunnittelutiimi on monialainen ja moniääninen.

Palvelumuotoiluprosessi sotessa jakautuu käytännössä viiteen osaan. Kehittäminen etenee ymmärryksestä arviointivaiheeseen. Prosessin aikana voidaan palata takaisin kohtaan, johon tarvitaan korjausta tai lisää kehittämistä. Palvelumuotoiluprosessi viehdään kohti lopullista muutosta. Palvelumuotoilun (kuvio 1) pääkohdat ovat

1. Ymmärretään mitä asiakas tarvitsee, toivoo, tavoittelee, unelmoi ja mitkä ovat hänen tiedostamattomat tarpeensa. Mitä palvelun tuottaja ja palvelun tarjoaja tarvitsevat, tavoittelevat, mitkä ovat rajoitteet ja visiot kehittämisprojektille.

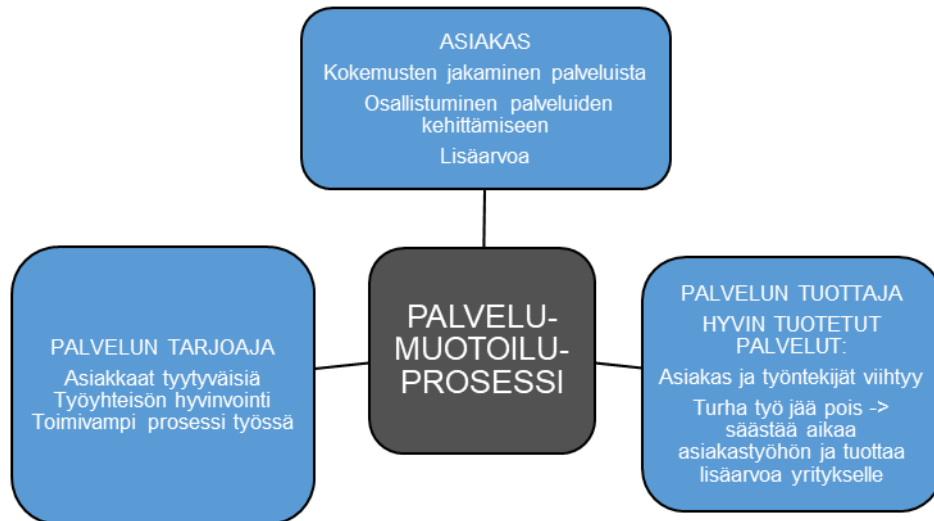
2. Muotoillaan tavoitteiden ja visioiden mukaisesti. Luodaan projektille visio, tarkoitus, tavoitteet. konsepti eli toimintamalli. Avataan syntynyt tieto ja näkemys käytännön tasolle.
3. Kokeillaan ensimmäistä versioita. Testataan ja kokeillaan palvelua oikeassa ympäristössä oikeille asiakkaille. Kokemusten perusteella palvelua kehitetään edelleen.
4. Toteuttamisessa tarkennetaan ja tarvittaessa uusitaan toimintamallia. Otetaan palvelu käyttöön ja sen olisi tässä vaiheessa hyvä olla mahdollisimman valmis.
5. Arviointi onko tavoitteisiin päästy. Tämä tapahtuu mittareiden avulla, jotka ovat valittu siihen tarkoitukseen soveltuviksi. Arvioinnin perusteella päätetään, jatketaanko palvelujen kehittämistä tai liitetäänkö palvelu osaksi palveluverkostoa eli juurrutetaan palveluja asiakkaiden saataville. (Ahonen 2017, 72-104.)



Kuvio 1. Sosiaali- ja terveysalalle hyvin soveltuva palvelumuotoiluprosessi. Muokattu alkuperäisestä kaaviosta (Ahonen 2017, 72-74).

Palveluprosessi on yhteisöllinen ja osallistava palvelujen kehittämisen keino. Palvelumuotoiluprosessista ja sen toteuttamisesta hyötyy jokainen prosessiin osallistuva: asiakas, palvelun tarjoaja ja palvelun tuottaja (kuvio 2). Asiakkaan mielipide on tärkein, koska hänelle ja hänen elämäänsä palveluilla tuotetaan lisäarvoa. Asiakas voi jakaa kokemuksiaan palveluista, pääsee mukaan palvelujen kehittämiseen. Asiakas osallistuu kehittämiseen kertomalla, millaisia palve-

luja hän tarvitsee, missä, miten ja miksi palveluita tulisi tuottaa. Palvelujen tarjoajan näkökulma ovat tyytyväiset asiakkaat ja työyhteisö sekä toimiva työn prosessi. Palvelun tuottajan kannalta hyvin tuotetuissa palveluissa viihtyvät asiakkaiden lisäksi myös työntekijät. Työ ei sisällä turhaa hukkaa. Tämä tuo lisää aikaa asiakastyöhön, on arvoa tuottavaa sekä asiakkaan että yrityksen kannalta. (Ahonen 2017, 72.)



Kuvio 2. Palveluprosessin hyöty siihen osallistujille tiivistetty kaavioksi tekstin perusteella (Ahonen 2017, 72).

Asiakaskokemuksen huomioiminen palvelujen kehittämisessä on arvokasta. Se voi avata uusia näkökulmia palveluiden kehittämiseen. Asiakaskokemus sisältää monia ulottuvuuksia ja on tapahtuma, jossa on läsnä eri osatekijöitä: emotionaalisia, kognitiivisia, tunteisiin ja käyttäytymiseen liittyviä ja sosiaalisia osia-alueita ja niiden monimuotoisia yhdistelmiä. Asiakasnäkökulmaa tai -mielipidettä tarkasteltaessa on selvitettävä millaisia ajatuksia, toimintoja, tunteita ja aistimuksia asiakkaalla palveluihin liittyy. (Lemon & Verhoef 2016, 70-71.)

Asiakaskokemusta voidaan ajatella asiakasmatkaksi. Tämä asiakasmatka syntyy palvelujen käyttämisestä tulleista kokemuksista. Tämä matka saa alkunsa jo ennen varsinaista palveluihin hakeutumista. Ennakkovaiheeseen kuuluu tarve hakeutua palveluihin, palveluiden kartoittamisen ja selvittämiseen siitä, mistä palvelua saa sekä harkintavaiheen tarvitseeko tarjottua palvelua. Sen jälkeen asiakas tekee päätöksen palvelujen käyttämisestä. Tämä vaihe kattaa koko

palvelujen käyttämisen ajan, mutta voi vaikuttaa tietyllä tasolla asiakkaan lopuelämään. (Lemon & Verhoef 2016, 74.)

Sosiaali- ja terveystalvelujen uudistamisessa yksi tärkeä tavoite on parantaa palvelujen saatavuutta ja yhdenvertaisuutta. Integraation kautta pyritään yhdistämään palvelut kokonaisuuksiksi, joiden keskeinen lähtökohta on asiakas. Palvelujen kehittämisessä on merkittävää huomioida palvelujen integroiminen eli yhdistäminen järkeviksi kokonaisuuksiksi. Palvelujen integraatio vähentää ongelmia tiedonkulussa. Se myös vähentää potilaan siirtelyä paikasta toiseen tarpeettomasti eli selkeyttää potilaan hoidon jatkuvuutta. Lisäksi se vähentää viivästyksiä potilaan/asiakkaan hoidossa sekä jopa estää potilaan putoamista pois hoidon piiristä. (Korhonen ym. 2018, 42.)

Tämä opinnäytetyö hyödynsi palvelumuotoilun menetelmiä, kun käytettiin yhteissuunnittelua, jolla on monta tulkintaa ja määritelmää. Osallistuvassa suunnittelussa korostetaan käyttäjien osallistumisen tärkeyttä, käyttäjien luovuutta ja voimaantumista. Palveluiden ideoinnin yhteydessä yhteissuunnittelulla tarkoitetaan kuitenkin toimintaa, jossa nykyisten ja tulevien käyttäjien lisäksi eri alojen asiantuntijoita ja toimijoita otetaan mukaan suunnittelun eri vaiheisiin. (Miettinen 2011, 77.)

7.3 Osallistavat menetelmät

Opinnäytetyön toiminnallisen osion toteutukseen valittiin ensiksi learning cafe-menetelmä, joka on yksi työpajatyöskentelyn metodi. Tämä metodi mahdollistaa suuren osallistujaryhmän välisen yhteisen keskustelun. Se vaatii hyvin alustetut teemakokonaisuudet, jolloin on mahdollista lyhyessä ajassa koota yhteen eri toimijoiden näkemykset. Tilaisuus alustetaan hyvin ja tehdään yhteinen päämäärä selkeäksi kaikille osallistujille. Menetelmässä pyritään myös lisäämään osallistujien yhteistä ymmärrystä. (Jääskeläinen, Kautto & Similä 2013, 12.) Käytännössä toteutuksen kannalta havaittiin, ettei learning cafe-menetelmä ollut paras vaihtoehto kehittämisiltapäivään Learning cafe on käytännössä sitä, että kehittämistehtävässä olevat osallistajat liikkuvat pisteeltä toiselle, kun taas kii-

reellisyysjärjestyksen kehittäminen vaati enemmän ryhmissä tapahtuvaa työpajatyöskentelyä.

Työpajatyöskentelyssä, jossa on tulevaisuusverstaan elementtejä, on aina mukana myös menneisyys. Menneisyyden suhde nykyhetkeen selvitetään ennen siirtymistä tulevaisuuteen. Osallistujille määritellään ongelmavaiheessa ne ongelmat, joista halutaan päästä eroon ja sitten siirrytään mielikuvitusvaiheeseen siirtyen lopuksi todellistamisvaiheeseen. Raportointivaihe päättää työskentelyn ja osallistujille toimitetaan raportointivaiheen tulokset. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 53.) Osallistavana menetelmänä valitut menetelmät olivat perusteltuja, koska opinnäytetyön toteutustapa oli osallistava ja toiminnallinen. Nämä työskentelytavat soveltuvat hyvin kansalaisryhmille, kuten tässä valitut osallistujaryhmät, asiakaskäyttäjät, työntekijät ja mielenterveys- ja päihdepalvelujen johtoryhmä.

7.4 Kysely ja alkukartoitus

Tiedonhakemiseksi ja Siun soten mielenterveys- ja päihdepalvelujen toimintaperiaatteiden ja suunnitelmien kokonaisuuden hahmottamiseksi tehtiin alussa kysely (liite 5) vastaanotto- ja hoitokoordinaattorityötä tekeville hoitajille. Tarkoituksena oli kartoittaa hoidon tarpeen arvioinnin käytössä olevia menetelmiä, erityispiirteitä ja osaamistarpeita. Vastausprosentti kyselyyn oli hyvä, kysely lähetettiin kuudelle hoitotyöntekijälle, joista viisi vastasi kyselyyn. Kyselyn vastaukset ovat esitettynä tämän opinnäytetyön tuloksissa.

Alkukartoituksessa ja tiedon keräämiseksi haastateltiin Siun soten mielenterveys- ja päihdepalveluiden ylihoitaja Kirsti Sainola-Rodriguezia. Ylihoitajalle esitettiin avoin kysymys mielenterveys- ja päihdepalveluiden hoitokoordinaattoritoiminnan perustamisesta ja kehityksestä. Haastattelutietoa hyödynnettiin lähdemateriaalina. Alkukysely ja haastattelu tehtiin sähköpostitse.

8 Opinnäytetyön toteutus ja prosessi

8.1 Opinnäytetyön eteneminen

Siun soten mielenterveys- ja päihdepalveluissa on tarve hoitokoordinaattorityön kehittämiseen. Opinnäytetyön toimeksianto saatiin mielenterveys- ja päihdepalvelujen ylihoitajalta syksyllä 2017. Tavoitteena on hoitokoordinaattorityön kehittäminen valitusta näkökulmasta. Suunnitteluvaiheessa tutkimustiedon kerääminen, menetelmien valinta ja toteuttamisen suunnitseminen vaativat paljon aikaa. Tutkimustiedon löytäminen aiheesta oli varsin haasteellista. Kiireettömän hoidon tarpeen arvioinnin kiireellisyysluokituksesta ei löytynyt yhtään tutkimusta tai olemassa olevaa tietoa. Tutkimussuunnitelman kirjoittaminen eteni suunnitellusti ja lopullinen tutkimuslupahakemus tehtiin Siun sotelle marraskuussa 2018. Tutkimuslupa hyväksyttiin joulukuussa 2018.

Seuraava vaihe oli kiireellisyysjärjestyksen kehittämistyön menetelmien valinta ja toteutuksen suunnittelu. Tammikuussa 2019 kiireellisyysjärjestyksen kehittämisiltapäivään oli varattu paikka ja ajankohta sovittu. Tilaisuuden suunnittelu ja kaksi suunnittelutapaamista järjestettiin opinnäytetyön tekijöiden kesken. Kutsut lähetettiin (liite 4) 81 henkilölle kiireellisyysjärjestyksen kehittämisiltapäivään sähköpostin välityksellä. Tilaisuuteen materiaaliksi tehtiin kiireellisyysjärjestykseen asiakas- ja potilastapausten esimerkit sekä pohjatyt ryhmätehtävää varten. Ennen lopullista tilaisuutta lähetettiin vielä kutsu uudelleen niille kutsutuille, jotka eivät ole ilmoittaneet tulostaan tai tilaisuuteen pääsemisen esteestä.

Maaliskuussa 2019 esiteltiin kahden ryhmän kiireettömän hoidon kiireellisyysjärjestyksestä mielenterveys- ja päihdepalvelujen johtoryhmälle. Johtoryhmä valitsi lopullisen kiireellisyysjärjestyksen sekä ehdotti siihen tehtävät pienet muutokset. Opinnäytetyö jatkui teoriaosuuden ja opinnäytetyön prosessin kirjoittamisella raporttimuotoon. Prosessin ja tuotoksen analysointi sekä pohdinnan osuus kirjoitettiin tarkasti. Tämän jälkeen raportin viimeistely ja varsinainen opinnäytetyö on valmiina syksyllä 2019. Työnantajalta on saatu lupa käyttää työaika opinnäytetyön

näytetyön tekemiseen varsinkin kehittämistyön osalta. Opinnäytetyön eteneminen ja aikataulu on esitetty kuviona liitteessä 3.

8.2 Tiedonhankinta

Opinnäytetyöhön etsittiin tietoa kirjallisuudesta ja sähköisistä lähteistä. Käytimme tiedon hakemiseen lukuisia eri tietokantoja. Tutkittua tietoa löydettiin kotimaisista ja ulkomaisista lähteistä. Ylihoitaja Kirsti Sainola-Rodriguezia haastattelu toteutettiin syksyllä 2018. Tavoitteena oli saada hoitotyön johdolta lisätietoa mielenterveys- ja päihdepalveluiden hoitokoordinaattoritoiminnan lähtökohdista, haasteista ja tämän hetkisestä tilanteesta.

Huhtikuussa tehtiin vapaamuotoisen viisi kysymystä sisältävä kysely hoidon tarpeen arviointityötä tekeville Siun soten mielenterveys- ja päihdepalveluissa (liite 5). Otanta oli kuusi hoitotyöntekijää, kaksi hoitokoordinaattorityöntekijää, kaksi terveysasemien psykiatrissa vastaanottotyötä tekevää hoitajaa sekä kaksi päihdetyön vastaanottotyötä tekevää hoitajaa, joista viisi työntekijää vastasi kyselyyn. Kysely tehtiin sähköpostitse. Tätä kyselystä saatua tietoa käytimme pohjatietona teoriaosuuden kirjoittamisessa. Ylihoitaja Kirsti Sainola-Rodriguezia haastattelu toteutettiin syksyllä 2018. Tavoitteena oli saada hoitotyön johdolta lisätietoa mielenterveys- ja päihdepalveluiden hoitokoordinaattoritoiminnan lähtökohdista, haasteista ja tämän hetkisestä tilanteesta.

8.3 Kehittämispäivä

Tilaisuuteen kutsuttiin sähköpostitse (liite 4) tammikuussa 2019 eri ammattiryhmiä mielenterveys- ja päihdepalveluista sekä erikoissairaanhoidon psykiatrian klinikalta (taulukko 5). Kutsuttuina olivat johtoryhmien edustajia, lääkäriedustajia, esimiehiä, hoitokoordinaattoreita, vastaanottojen hoitotyöntekijöitä, psykologeja ja sosiaalityön edustajia. Palvelujenkäyttäjä ja asiakasnäkökulmaa edustavista kutsun sai sähköpostitse Siun soten kokemusasiantuntijat ja asiakasraadin jäsenet. Kaiken kaikkiaan kutsuja lähetettiin sähköpostitse 81 henkilölle.

Kokemusasiantuntija Siun sotessa on henkilö, joka on käynyt kokemusasiantuntiakoulutuksen ja jolla on omakohtainen kokemus sairastumisesta tai vammautumisesta ja sitä kautta kokemusta, miten se elämään vaikuttaa. Kokemusasiantuntija voi olla myös omainen, jonka läheisellä on ollut vastaavia kokemuksia. (Bjerregård-Madsen 2017.)

Asiakasraati on käynnistetty Siun sotessa toukokuussa 2017 AVOT-hankkeen kautta. Tässä valtakunnallisessa hallituksen kärkihankkeessa kehitetään ikäihmisten kotona tapahtuvaa hoitoa ja sen lisäksi tavoitteena on vahvistaa kaikenikäisten ihmisten perhe- ja omaishoitoa. Asiakasraatien jäsenet edustavat omaisten näkökulmaa esimerkiksi palvelujen tarpeesta ja toimivuudesta. Tätä tietoa tarvitaan Siun soten toiminnan suunnittelussa, kehittämisessä sekä arvioinnissa. (Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä 2017c.)

Taulukko 5. Kehittämisiltapäivän 27.2.2019 kutsut kohderyhmittäin.

Kutsutut kohderyhmittäin	Kutsutut	Osalistuneet
Johtoryhmän edustajat	7	3
Kokemusasiantuntijat	12	4
Lääkärit	7	1
Esimiehet	8	2
Siun soten mielenterveys- ja päihdepalvelut =miepä vastaanottotyöntekijät:sh tai lh	26	6
Asiakasraadien edustajat	4	1
Hoitokoordinaattorit miepä	3	2
Hoitokoordinaattorit tehoavo	5	0
Psykologit	6	0
Sosiaalialan työntekijöitä	5	1

Kiireellisyysjärjestyksen kehittämisiltapäivä järjestettiin päihdepalvelukeskuksella, joka sijaitsee Joensuun Noljakassa. Päihdepalvelukeskus on mielenterveys- ja päihdepalvelujen keskisen alueen toimintayksikkö.

Taulukko 6. Kehittämisiltapäivään lähetetyt kutsut, osallistuneiden määrä ja osallistumisprosentti.

Kutsutut	osallistuneet	Osallistuminen%
81	18	14,58%

Huomioitavaa on, että eri edustusryhmien jäsenet voivat olla taulukossa 5 edustuksena eri ryhmissä (sama henkilö edustaa kahta kohderyhmää yhtäaikaaisesti). Taulukossa 6 näkyy todellinen kutsuttujen ja osallistuneiden määrä sekä osallistumisprosentti.

Potilasesimerkit valittiin hoitokoordinaattoreille puhelimesta tulevista potilas-/asiakastapauksista, joille tehdään hoidon tarpeen arvio. Heille järjestettävän hoidon kiireellisyys määräytyy oireiden tai hoidon tarpeen perusteella. Opinnäytetyön kehittämisiltapäivässä näistä esimerkeistä puhuttiin case-esimerkkeinä. Osaksi nämä potilas- eli case-esimerkit olivat jo olemassa olevia aikaisemman kiireellisyysluokituksen esimerkkejä. Uudet esimerkit valittiin hoitokoordinaattoreiden vastaamista asiakaspuheluista, jotka edustivat mahdollisimman monipuolisesti keskeisimpien yhteydenottojen aiheita. Esimerkeistä esiteltiin vain yhteydenoton ydinsyyt, millä perusteella hoitokoordinaattorin on luokiteltava jatkohoidon tai toimenpiteiden kiireellisyys. Esimerkkejä valittiin 55 kappaletta työstettäväksi. Olemassa oleva kiireellisyysjärjestys oli laitettu osaksi case-esimerkkejä.

Kehittämisprosessin toiminnallinen osuus järjestettiin päihdepalvelukeskuksella. Tilaisuutta varten aikaa oli varattu iltapäivälle neljä tuntia. Osallistujia varten oli varattuna kaksi erillistä ryhmätyötilaa. Tilaisuus avattiin yhdessä esitellen iltapäivän teema ja tehtävän asettelu. Tilaisuudessa esittäydettiin toiminnallisella menetelmällä, jossa jokainen osallistuja valitsi esille asetetusta kuvamateriaalista omaa iltapäivän tunnelmaa ja odotuksia kuvaavan kuvan. Tilaisuus jatkui kertomalla kehittämisiltpäivän ja opinnäytetyön tavoitteista. Ryhmille annetut tehtävät käytiin läpi lyhyesti ja hoidon kiireellisyysjärjestyksessä käytettävien kirjainten merkitys.

Kehittämisiltapäivän lopuksi kerättiin palautetta kolmella eri kysymyksellä. Ensimmäinen kysymys oli, kuinka osallistujat kokivat tilaisuuden käytännön toteutuksen ja järjestelyt. Toisena kysymyksenä kysyttiin, miten he kokivat tilaisuuden ja mitä he tilaisuudesta saivat. Kolmantena kysymyksenä tiedusteltiin yleistä palautetta tilaisuudesta.

Opinnäytetyöntekijät osallistuivat tilaisuuteen tarkkailijoina, datan kerääjinä, analysoijina sekä implementoijina eli kehittämisprosessin tuotoksen tuojina käytännön hoitotyöhön. Opinnäytetyön tavoitteena on vahvistaa hoidon tarpeen arvioinnin osaamista ja siten parantaa hoidon tarpeen arvioinnin prosessin laatua. Mielenterveys- ja päihdepalveluissa on löydettävä myös yhteinen kieli, käyttökelpoiset työmenetelmät ja näkemys mielenterveys- ja päihdepalveluiden henkilöstön ja käyttäjä edustuksen kanssa hoidon tarpeen kiireellisyydestä.

9 Tulokset

9.1 Alkukysely ja haastattelu

Sähköisesti toteutetussa alkukyselyssä hoidon tarpeen arviointia tekeville hoitajille (liite 5) ja ylihoitaja Kirsti Sainola-Rodriguezin haastattelussa esille tuli hoidon tarpeen arvioinnin erityispiirteitä. Kyselyssä selkeytyi Siun soten mielenterveys- ja päihdepalveluissa tehtävän hoidon tarpeen arvioinnin vaatimukset.

Kysymykseen mitkä ovat hoitajan työtehtävät, vastaajat kertoivat työtehtävinä olevan hoidon tarpeen arviointi, ohjauksen antaminen ja priorisointi. Hoitotilanteet, joissa arviointityötä tehdään, ovat ajoittain haastaviakin. Hoitokoordinaattorit tekevät hoidon tarpeen arviointia puhelimitse selvittäen potilaan kokonaistilanteen. Kiireellisyysjärjestys antaa suuntaviivoja hoidon kiireellisyydestä ja hoitotahon suunnittelusta. Päivystykselliset yhteydenotot ohjataan erikoissairaanhoidon palveluihin. Myös terveysasemilla hoitajat tekevät osan hoidon tarpeen arviointityöstä puhelimitse. Hoidon tarpeen arviointiin on käytössä potilaan itsensä varattavissa olevia WEB-aikoja, joiden kesto on 20 minuuttia. Käytössä

on myös PP-aikoja eli puhelinsoittoaikoja, jolloin hoitaja soittaa potilaalle. Näiden aikojen kesto on vain 10 minuuttia, joten niiden aikana on tarkoitus varata vain vastaanottoaika. Tällöin on tärkeää, että ajan varannut hoitokoordinaattori on jo tehnyt hoidon tarpeen arvion potilaasta tai asiakkaasta. Terveysasemilla hoitajat tekevät hoidon tarpeen arviota myös tavatessaan potilaan ensimmäistä kertaa kuin koko hoitosuhteen ajan. Tiimeissä hoitajat tekevät hoidon tarpeen arviointia esitietojen perusteella.

Kysymykseen, miten hoitajat arvioivat hoidon tarpeen kiireellisyyttä, vastaajat kertoivat, että hoidon tarpeen arvioinnissa keskeistä on onnistunut vuorovaikutussuhde. Arviointia tehdään selvittämällä potilaan kokonaistilanne keskustelemalla hänen kanssaan. Tarkentavat kysymykset ohjaavat arviointiprosessin etenemistä. Osin arviointia tehtäessä on käytettävissä vain esitiedot, jolloin kuvattu tilanne ja keskeisin huolen aihe luovat perustaa arvioinnille. Kysymykseen, millaisia työkaluja hoitajat käyttävät tehdessään hoidon tarpeen arviointityötä, he kertoivat käyttävänsä erilaisia strukturoituja lomakkeita, kuten depressiomittaria, mielialaoiremittaria ja klassista ”kipumittaria” jolloin potilas arvioi tilanteensa kuormittavuutta asteikolla 1-10. Toimintakykyä kartoittavat mittarit ovat käytössä terveysasemien hoitotyöntekijöillä ja päihdetyötä tekevät hoitajat käyttävät erilaisia päihdetyöhön suunniteltuja mittareita.

Kyselyn perusteella voidaan todeta, että hoitokoordinaattorit hyödyntävät työssään kiireellisyysjärjestystä. Sen käyttö vastaanottotyössä on vielä ollut vakiintumatonta ja vähäistä. Puhelimitse tehtävässä hoidon tarpeen arvioinnissa ei mittareiden käytölle ole riittävää aikaresurssia, mutta hyödynnettävissä on hoidon tarpeen arvioinnin toimintaohjeistus triagen lisäksi. Oma ammattitaito ja kokemus nähtiin lähtökohtaisesti tärkeimpänä työvälineenä. Kysyttäessä tehtävien arviointien määriä vastauksia kysymykseen saatiin vähän. Yksi vastanneista hoitokoordinaattoreista arvioi työpäivän aikana tekevänsä arviolta 5-10 hoidon tarpeen arviota. Kysyttäessä osaamisen tarpeita hoidon tarpeen arvioinnissa nostivat vastaajat esiin ammattitaidon ja osaamisen, asiantuntemuksen ja työkokemuksen. He totesivat, että alueellinen rakenne, resurssit ja mahdollisuudet on tiedettävä, jotta potilaille voidaan tarjota asianmukaista palvelua. Yhdistettä-

essä nämä tekijät hoitajat katsoivat voivansa välttää yli- ja aliresurssointia hoidon tarpeen arviointityössä.

Kyselyssä tuli esille, että osaaminen mahdollistaa potilaan ohjaamisen muille hoitoa tarjoaville tahoille silloin, kun arvioidaan, että muu taho vastaa paremmin potilaan avuntarpeeseen. Vastauksissa nostettiin myös esiin, ettei kaikkea elämään kuuluvaa mielialaoireilua tule medikaloida eli tarpeettomasti tai liikaa lääkityä, elämän kriisit kuuluvat ihmisyyteen ja ovat siten myös ohimeneviäkin ajan kuluessa. Vastajat nostivat tärkeänä seikkana esiin hoitajan asenteen potilasta kohtaan, kyvyn empatiaan, asiakaslähtöisyyteen ja potilasta kunnioittavaan käyttäytymiseen. Lisäkoulutusta taitojen ja tietojen ylläpitämiseen pidettiin myös tärkeänä

9.2 Kehittämisiltapäivä

Kehittämisiltapäivän aikana kahdessa ryhmässä osallistujat loivat kaksi erillistä toisistaan riippumatonta ehdotusta Siun sotien mielenterveys- ja päihdepalveluiden hoidon kiireellisyysjärjestykseksi hoidon tarpeen arviointia varten (liite 6). Valmiista ehdotuksista löytyi paljon samankaltaisuuksia ja eroja, kuten hoitoon pääsyn aikataulutuksessa. Yhteisessä keskustelussa kuitenkin todettiin, että henkilöstöresurssit huomioiden oli ryhmän kaksi esitys (taulukko 7) aikataulusta realistisempi ja vastasi paremmin kiireettömän hoidon tarpeen kriteereitä. Käyttöön ryhmät olivat ottaneet luokituksen kirjaimen ”E”, eli ei-toimenpiteitä vaativat yhteydenotot. Tämän luokituksen käytössä oli kuitenkin eroja.

Yhteinen keskustelu toi esiin eroja ryhmien tavassa käsitellä case-esimerkkejä. Ryhmä yksi oli linjannut, ettei case-esimerkissä kuvattu yhteydenotto vaadi toimenpiteitä mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Siksi he luokittelivat ne luokituksen kirjaimen ”E” alle. Ryhmä kaksi oli käsitellyt case-esimerkkejä ajatuksella, että ne vaativat hoitokoordinaattorilta toimenpiteitä, vaikka taho minne asiakas ohjataan, ei kuulu omaan palvelutuotantoon. Tämä johti siihen, että case-esimerkki oli luokiteltu kirjaimen ”A” alle eli välittömiä toimenpiteitä vaativiin tapausesimerkkeihin. Luokituksen korjaintaso ”E” nähtiin kummassakin ryhmässä

kuitenkin yksimielisesti tarpeellisena, sillä esimerkkitapauksista löydettiin yhteydenoton syitä, jotka eivät johda toimenpiteisiin mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Nämäkin tapaukset tosin vaativat hoidon tarpeen arvioinnin tekijältä palveluohjausta ja neuvontaa, sekä laajaa tietoa palvelujärjestelmästä.

Vuonna 2017 laadittu kiireellisyysjärjestys oli toteutettu kolmen hoitotyöntekijän ja palvelupäällikön työryhmässä (Suvanto, Pietarinen, Muranen & Mononen 2017) ja se oli tehty ennen hoitokoordinaattoritoiminnan alkamista. Varsinaiset eroavaisuudet löytyivät etenkin tasojen B ja C välillä. Tasolla B kiireellisyys on 1-14 vuorokautta, kun taas tasolla C 15-30 vuorokautta. Tasosta A siirtyi tasolle C paniikkikohtaus, joka ei helpotu puhelinkeskustelulla, koska paniikkihäiriökohtaus ei kuitenkaan uhkaa vakavasti henkilön terveyttä. Tasolta B tasolle C siirrettiin vaikea unettomuus ja psyykinen tuki elämän kriisitilanteissa, koska nähtiin, että näihin voidaan hoidon järjestämisessä käyttää pidempää aikaviivettä. Tasolta C nostettiin tasolle B toiminnalliset riippuvuudet. Tämä perusteltiin sillä, että toiminnallinen riippuvuus haluttiin nostaa kiireellisyydessä samalle tasolle kuin päihderiippuvuus ja siten lisätä asiakkaiden tasavertaisuutta hoidon järjestämisessä, riippumatta siitä, mikä on riippuvuuden aiheuttaja.

Tasolta D siirtyi uudessa järjestyksessä E pitkäaikaissairauksien seuranta, tarkoittaen somaattisia sairauksia, kuten diabetes. Tämä oli perusteltua, sillä jako terveysasemien ja mielenterveys- ja päihdepalveluiden kesken on sovittu siten, että potilaiden fyysisen puolen kokonaishoidon vastuu on terveysaseman omalääkärillä. Merkittävä muutos kiireellisyysjärjestyksen välillä oli, että uusi järjestys on laajempi kattaen yleisimmät yhteydenoton syyt mielenterveys- ja päihdepalveluihin.

Uudessa kiireellisyysjärjestyksessä on mukana myös palveluiden käyttäjien näkökulma, joten se on aiempaa asiakaslähtöisempi perustuen myös palvelukäyttäjän näkökulmaan. Voidaan kuitenkin todeta, että suuria näkemyseroja ei löytynyt asiakaskäyttäjien ja ammattilaisten väliltä hoidon tarpeen kiireellisyydestä. Reagointinopeutta osin toivottiin käyttäjänäkökulmasta lisää, mutta avatessa perusterveydenhuollon mielenterveys- ja päihdepalveluiden resurssointia, löydettiin asiassa yhteinen näkemys siitä, että perusterveydenhuollon tasolla

avun saaminen tapahtuu resurssit huomioiden suhteellisen nopeallakin aikataululla.

Todettiin myös hoidon tarpeen arvioinnin moniosaamisen tarve ja selkeiden ohjeistusten tärkeys, jolloin hoidon tarpeen arvioinnin tekijä voi perustella omaa päätöksentekoaan. Todettiin yhteisesti hoidon tarpeen arvioinnissa aina olevan läsnä yksilöllisyys ja potilaan tilanteen ainutkertaisuus. Nämä tekijät vaikuttavat hoidon tarpeen arviointi tapahtumaan, sekä päädyttyihin hoidollisiin päätöksiin jatkohoidon osalta.

Ryhmän tuottamat kiireellisyysjärjestykset kirjoitettiin puhtaaksi mielenterveys- ja päihdepalveluiden johtoryhmälle esiteltävään muotoon (liite 6). Molemmat versiot lähetettiin etukäteen johtoryhmän tarkasteltavaksi. Johtoryhmän kanssa sovittiin yhteisestä tapaamisesta maaliskuussa 2019, jolloin esitellyistä järjestyksistä valittiin käyttöön otettava malli (taulukko 7). Käyttöönotto tapahtui toukokuussa 2019 Siun soten mielenterveys- ja päihdepalvelujen seminaarissa Ilomantsissa.

Taulukko 7. Valittu kiireettömän hoidon mielenterveys- ja päihdehoidon kiireellisyysjärjestys.

A = PÄIVYSTYKSELLISEEN HOITOON OHJAUS JA NEUVONTA
<ul style="list-style-type: none"> • alkoholikatkaisuhoidon haluava (vieroitusoireinen) potilas • deliriumoireinen potilas • epäily lapsivuodepsykoosista • henkinen ensiapu kriisitilanteissa • M1-arvio, virka-apupyyntö • perheväkivalta (mikäli tilanne akuutti, lapset osallisina, yhteys poliisiin) • potilaalla on olemassa psykiatrinen diagnoosi ja siihen liittyvä akuutti voinnin huononeminen • potilaalla on välitön itsemurhahauka • potilaalla on välitön itsemurhayritys • potilas on avoimen psykoottinen ja/tai maaninen, motorisesti levoton, arvaamaton käytökseltään, hoitokielteinen • potilas on tai on käynyt laboratoriossa, lähete sinne puuttuu tai on puuttunut. Laboratorio/potilas on yhteydessä hoitokoordinaattoriin. Tilanne harkitaan tapauskohtaisesti, vaatiiko välittömiä toimenpiteitä • psykoosisairas potilas, jolta sairauteen määrätty lääke loppunut • psyykkisestä syystä johtuva muu välitön vaara itselle tai muille • sosiaalihuollon viranomaisen ottaa yhteyttä ja vedoten lastensuojelulakiin pyytää vanhemman tai alaikäisen huumeseu-laa otettavaksi tai otetun seulan vastausta (Huomioi erilliset ohjeet, ohjataan välittömiin toimenpiteisiin alaikäisten suhteen terveysasemalle) • väkivaltaisuus ilman psyykkistä syytä, ohjaus poliisille

B = HOITO ALOITETAAN 1-14 VUOROKAUDEN SISÄLLÄ TAI OHJAUS MUIHIN PALVELUIHIIN

- apteekki soittaa: potilas annosjakelussa, resepti uusimatta ja tarvitsee lääkkeen heti (apteekkisopimus, huomioitava, mikä lääke kyseessä: psykoosilääkityksen triage A)
- injektiomuotoisen lääkehoidon toteuttamista tarvitseva potilas
- kotiin vietäviä palveluja tarvitseva mielenterveys- tai päihdepotilas
- masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö tai ahdistuneisuushäiriöpotilas tai päihdepalvelujen asiakas, jolla sairautteen määrätty lääke loppunut
- mielenterveys- tai päihdepalveluiden potilas, jolla voimassa oleva hoitosuhde miepään. Sairauden hoitoon määrättyä lääkettä jäljellä 1-7 vuorokautta
- perheväkivalta: Henkinen hätä, keskustelutuen tarve
- potilas, jolla on itsetuhoisia ajatuksia
- potilas kärsii huumausaineiden aiheuttamista vieroitusoireista
- potilas on masentunut ja hakee apua ensimmäistä kertaa, ei akuuttia itsemurhauhkaa. (Huomioi masennuksen aste: Keskivaikea ja lievä hoidetaan Pth, vaikea masennus hoidetaan esh.)
- psykoottiset oireet silloin, kun tiedetään, että kyseessä on potilaan kroonistunut harhamaailma, jonka kanssa potilas on oppinut elämään (Huomioitava kuitenkin, onko puheisiin ilmaantunut jokin uusi huolestuttava elementti)
- psykoterapiassa säännöllisesti käyvä potilas, jonka psyykkinen vointi on heikentynyt synnytyksen jälkeinen masennus

C = HOITO ALOITETAAN 15-30 VUOROKAUDEN SISÄLLÄ

- asiakkaalla satunnaisesta elämäntilanteesta johtuvaa ahdistusta ja/ tai unettomuutta (esim. työttömyys, menetys, taloudelliset huolet)
- omaisen sairaudesta, mielenterveysongelmista tai päihdeongelmasta kuormittunut omainen
- paniikkikohtaus, joka ei laukea puhelinkeskustelulla
- pidemmän aikaa jatkunut uupumus
- pitkäaikainen ja vaikea unettomuus kts alempana
- pitkäaikaiset oireet, jotka eivät ole akuutisti pahentuneet, esim. pitkäaikainen masennus, alakulo, ahdistus, jännitys- ja paniikkioireet. Potilas ei ole itsetuhoisen ja on yhteistyökykyinen
- itseä vahingoittava käyttäytyminen
- potilas/asiakas purkaa hätäänsä ja tyyntyy/saa avun olotilaansa/hätänsä puhelun aikana. Oma kontakti-/vastuuhoitaja on poissa pitkään (miepähoitaja)
- psykoterapiassa säännöllisesti käyvä potilas, joka tarvitsee lääkehoidon seurantaa tai muutosta
- psyykkinen tuki elämän kriisitilanteissa (kriisiavun jälkeinen hoito)
- päihderiippuvuus
- ryhmämuotoisen hoidon potilas
- Toiminnalliset riippuvuudet (peli-, seksi-, oniomania eli ostoriippuvuus)
- Vaikea unettomuus pitkäaikainen

D = HOITO ALOITETAAN > 30 VUOROKAUTTA

- ajokorttiseurannat
- erotusdiagnostiset selvittelyt
- erikoislääkärin lausunnot (mm. kuntoutustuki, vaativa lääkinnällinen kuntoutuspsykoterapia)
- neuropsykiatristen häiriöiden selvittely
- opiaattikorvaushoidon aloittaminen
- parisuhdeongelma tai ihmissuhderistiriita
- potilaalla hoitosuhde muuhun psykiatriseen hoitotahoon /yksikköön ja haluaa hoitosuhteen myös mielenterveys- ja päihdepalveluihin. (Jos on mielenterveys- ja päihdepalveluihin kontakti, niin vain hyvin perustellusti ja erikseen sopien.)
- psykiatrin konsultaatiota haluava ilman akuutteja oireita.
- psykologin tutkimuksen tarve
- psykoterapiassa käyvä potilas, joka tarvitsee B-lausunnon kuntoutustukea varten
- somaattisten sairauksien aiheuttama kuormitus (esim. syöpä tai muu pitkäaikais sairaus)

E = EI HOIDON TARVETTA MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUISSA

- läheisestään huolissaan oleva omainen, ei johda huolen kohteena olevan henkilön yhteydenottoon.
- potilas, jolla ei ole hoitosuhdetta mielenterveys- ja päihdepalveluihin, pyytää reseptin uusintaa.
- somaattisten pitkäaikaissairauksien hoito
- sosiaaliset ongelmat (esim. asunnottomuus, varattomuus)
- yksinäisyys

9.3 Kiireellisyysluokituksen valinta ja toimintaohjeen tekeminen

Siun soten mielenterveys- ja päihdepalveluiden johtoryhmän kokouksessa maaliskuussa 2019 esiteltiin työpajassa laaditut ehdotukset kiireellisyysjärjestykseksi. Johtoryhmä oli kokonaisuudessaan tapaamisessa paikalla. Esityksistä käytiin yhteistä keskustelua ja päädyttiin valitsemaan ryhmän kaksi esitys (taulukko 7), koska sen aikamääreet vastasivat olemassa olevia ja todettiin siten toteuttamiskelpoisiksi. Siihen tehtiin vielä muutamia tarkennuksia. Opinnäytetyön tekijät olivat huomanneet luokittelumateriaalista puuttuvan kolme keskeistä hoidon tarpeen ryhmää, mitkä olivat injektiohoidon toteutusta tarvitsevat potilaat, kotiin vietäviä palveluja tarvitsevat mielenterveys- ja päihdepotilaat, sekä ryhmämuotoista hoitoa tarvitsevat potilaat. Johtoryhmä luokitteli injektiohoitoa tarvitsevat luokkaan B, kotiin vietävien palveluiden tarpeen luokkaan B ja ryhmämuotoisen hoidon tarpeen luokkaan C. Sovittiin yhteisesti lisättävän nämä hoidon tarpeet valmiiseen kiireellisyysjärjestykseen.

Keskustelua käytiin siitä, että ajantasaiset toimintaohjeet ovat edellytys kiireellisyysjärjestyksen käytölle. Ohjeistusten ajantasaisuudesta ja lisäohjeista tarpeiden mukaan vastaa mielenterveys- ja päihdepalveluiden palvelupäällikkö. Valmis kiireellisyysjärjestys sovittiin laadittavan työohjeen muotoon (liite 7), minkä päivittäjinä sovittiin toistaiseksi toimivan opinnäytetyön tekijöiden ja valmiin ohjeen hyväksyy palvelupäällikkö. Laadittu työohje lähetettiin hyväksyttäväksi huhtikuussa 2019 mielenterveys- ja päihdepalveluiden palvelupäällikölle ja samalla tarkastettavaksi ylihoitajalle.

Kiireellisyysjärjestys työohjeena (liite 7) sovittiin julkistettavaksi yhteisessä mielenterveys- ja päihdetyön seminaarissa toukokuussa 2019. Työohjeen päivitys-

velvollisuus sovittiin opinnäytetyöntekijöiden vastuualueeksi toistaiseksi, kestäen niin pitkään, kuin he työskentelevät kohdeorganisaation palveluksessa. Huh-tikuun aikana kiireellisyysjärjestys otettiin vielä johtoryhmän uuteen käsittelyyn omaisten huomioimisen osalta, koska päihdepalveluissa on ollut toimintatapana antaa tarvittaessa ajanvarausaikoja omaisille kuormittuneisuuden purkamiseksi ja psyykkisten kriisien ennaltaehkäisemiseksi. Todettiin myös, ettei kolmas sek-tori tarjoa tällaista palvelua päihdeomaisille. Mielenterveystyössä kolmannen sektorin tarjoamaa tukea omaisille on tarjolla, mutta ajoittain mielenterveys-omaisillekin on annettu edellä mainitussa ennaltaehkäisevässä viitekehyksessä tarvittaessa vastaanottoaika hoitotyöntekijälle. Johtoryhmä totesi, että näkökul-ma on hyvä ottaa huomioon ja omaisille tarjottava tuki on tärkeää, joten lopulli-nessa luokituksessa tuki omaisille siirrettiin kiireellisyysjärjestykseen kohtaan C.

9.4 Kehittämispäivän palaute

Kehittämispäivän osallistujilta kerättiin kirjallinen palaute, jossa oli kolme avointa kysymystä. Käytännön järjestelyihin oltiin pääosin tyytyväisiä, kahdessa palautteessa aikataulutusta koettiin tiukaksi: ”Aikataulu oli tiukka, paljon asiaa”, ”Päivä oli suunniteltu hyvin”, ”Hyvin järjestetty, mukava aloitus, rento ilmapiiri.” Esimerkit todellisista asiakaspalvelutilanteista koettiin hyvinä. Toisaalta koettiin, että taustoja olisi ollut hyvä avata enemmän: ”Olisiko hieman vähemmän caseja ja tarkemmat taustatiedot?”, ”Todellisia caseja käsitelty kokemusasiantuntijoi-den ja ammattilaisten kanssa, tuore tapa kehittää!” , ”Tehtävä teki näkyväksi ca-sejen yksilöllisyyden, tarkempien taustatietojen merkitys oli suuri hoidontarpeen ja hoitotahon arvioinnissa.” Esiin siis nousi jokaisen asiakastapauksen yksilöllisyytensä ja hoidon tarpeen arviointityön vaatavuus.

Toisessa kysymyksessä osallistujia pyydettiin arvioimaan kehittämispäivän antia. Osallistujien kokemus palautteen perusteella oli, että tilaisuus antoi paljon ajattelemisen aihetta, avasi näkemyksiä mielenterveys- ja päihdetyöstä ja sen haasteista. Antoisana koettiin eri ammattiryhmien ja kokemusasiantuntijoiden yhteinen dialogi, yksi palautteen antaja koki, että ammattilaisten näkemys jyräsi kokemusasiantuntijan näkemykset: ”Vähän jäi fiilis, että ammattilaiset jyräsi, eli

kokemustietoa ei osattu kuulla ja pohtia asiaa toisesta näkökulmasta”, ”Hienoa keskustelua, hyvä aihe”, ”KAT edustus oli huippu!”

Kolmannessa kysymyksessä pyydettiin muuta palautetta tilaisuudesta. Palautteessa kiitettiin järjestelyjä ja kokonaisuutta, yksi palautteen antaja olisi toivonut päivän kulkuun enemmän selkeyttä: ”Vähän selkeämpi olisi päivän kulku voinut olla.” ”Hyvää keskustelua, tilaa oli keskustella.” ”Jatkopäivä tai lisääika, olisiko hyvä ja tarpeellinen?” ”Tilaisuus yhdisti Mie+Pä toimintaa omalta osaltaan.”

Palautteessa todettiin, että tilaisuus teki näkyväksi asiakastapausten yksilöllisyyden ja hoidon tarpeen arviointia tekevän työntekijän ammattitaidon oikeanlaisten tarkentavien kysymysten tekemiseen. Hyvää yhdessä kehittämisen tunnelmaa kiitettiin ja yksi palautteen antaja toivoi tilaisuudelle jatkoa. Ryhmässä kaksi oli keskustelua, jossa esiin nousi lääkehoidon prosessin kehittämisen tarve mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointiin, seurantaan ja toteutukseen liittyvät asiat hoitotyön osalta vaativat selkeytystä ja ohjeistusta.

10 Pohdinta

10.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tuloksena valittu kiireellisyysjärjestys (Taulukko 7) erosi alkupe-
räisestä vain vähäisessä määrin. Varsinaiset erot löytyivät etenkin tasojen B ja
C välillä. Tasolta A siirtyi tasolle C paniikkikohtaus, joka ei laukea puhelinkes-
kustelulla ja tasolta B tasolle C vaikea unettomuus ja psyykkinen tuki elämän
kriisitilanteissa. Tasolta C nostettiin tasolle B toiminnalliset riippuvuudet. Tasolta
D siirtyi uuteen järjestykseen E pitkäaikaissairauksien seuranta tarkoittaen so-
maattisia sairauksia, kuten diabetesta. Merkittävä muutos kiireellisyysluokitus-
ten välillä oli, että uusi luokitus on laajempi kattaen yleisimmät yhteydenoton
syyt mielenterveys- ja päihdepalveluihin. Aiempi luokitus oli selkeästi suppeam-
pi ja enemmän tulkinnanvarainen kuin konkreettisempi uusi versio. Aiempi ver-

sio ei myöskään tunnistanut yhtä laajasti erilaisia yhteydenoton syitä, mikä on ymmärrettävää, koska se syntyi hoitokoordinaattoripalvelun perustamisvaiheessa ennen kuin käytettävissä oli käyttäjä- tai asiakaskokemusta.

Uudessa kiireellisyysjärjestyksessä on mukana myös palveluiden käyttäjien näkökulma, joten se on aiempaa asiakaslähtöisempi perustuen myös asiakaskäyttäjän näkökulmaan. Voidaan kuitenkin todeta, että suuria näkemyseroja ei löytynyt asiakaskäyttäjien ja ammattilaisten väliltä hoidon tarpeen kiireellisyydestä. Reagointinopeutta osin toivottiin käyttäjänäkökulmasta lisää, mutta avattaessa perusterveydenhuollon mielenterveys- ja päihdepalveluiden resurssointia, löydettiin asiassa yhteinen näkemys siitä, että perusterveydenhuollon tasolla avunsaaminen tapahtuu resurssit huomioiden suhteellisen nopeallakin aikataululla.

Hoidon tarpeen arviointityön tasalaatuisuuden ja osaamisen kehittämisen näkökulmista yksityiskohtaisempi kiireellisyysjärjestys palvelee paremmin hoidon tarpeen kiireellisyyttä arvioivaa hoitotyöntekijää. Hoidon tarvetta arvioitaessa voidaan nyt paremmin hyödyntää olemassa olevia työhajeita, mitkä ovat jatkossa tarkoitus linkittää kiireellisyysjärjestyksen sähköiseen versioon. Julkistamisen jälkeen kiireellisyysjärjestys on löydettävissä myös mielenterveys- ja päihdepalveluiden intranetistä, jolloin se on helposti hyödynnettävissä käytännön hoitotyössä.

Todettiin myös hoidon tarpeen arvioinnin moniosaamisen tarve ja selkeiden ohjeistusten tärkeys, jolloin hoidon tarpeen arvioinnin tekijä voi perustella omaa päätöksentekoaan. Todettiin yhteisesti myös hoidon tarpeen arvioinnissa aina olevan läsnä yksilöllisyys ja potilaan tai asiakkaan tilanteen ainutkertaisuus. Nämä tekijät vaikuttavat hoidon tarpeen arviointitapahtumaan sekä päädyttyihin hoidollisiin päätöksiin jatkohoidon osassa.

Kansainvälisen tutkimustyön perusteella oli yllättävää havaita, miten vähän kuitenkin laajasti käytössä olevaa kiireellisyysluokitusjärjestelmää on tutkittu siten, että sen eri ulottuvuuksista löytyisi enemmän tieteellistä näyttöä (Lidal ym. 2013, 2; Robertson-Steel 2006, 154-155). Koska väestön elinikä on pidentynyt, on selvää, että myös heidän terveystarpeensa kasvaa. Tämä puoles-

taan vaatii terveystalvelujen tehostamista, jotta kasvavaan tarpeeseen kyettäisiin vastaamaan. (Zachariasse ym. 2017, 1-14.) Varsinkin Suomessa on hyvin vähän tehty tutkimustyötä toimivan kiireellisyysluokitusjärjestelmän löytämiseen tai yhteisistä peruslinjauksista sopimiseen. Tällä olisi kuitenkin resursseja säästävää ja oikeammin kohdentava vaikutus. (Kiura 2011, 2, 4-7.)

Tärkeä havainto oli, että monessa tutkimusaineistoissa psykiatriset potilaat rajataan tutkimuksen ulkopuolelle, vaikka näyttöä löytyy kuitenkin siitä, että kohdistamalla tutkimustyötä tähän asiakasryhmään, hoitotulokset ensiavussa ovat aiempaa parempia ja potilasturvallisuus lisääntyy. (Sands 2016b ym. 11-18; Büyükbyram & Engine 2018, 61-67.) Toisaalta positiivinen löydös oli, että tutkimustyötä tehdään sellaisissakin maissa, joissa tällä hetkellä psykiatrisen potilaan asema on jokseenkin huono yhteiskunnallisesti. Tämä tutkimustyö on merkittävää työtä mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden leimautumisen poistamisessa vallitsevassa yhteiskunnassa. Usein potilaiden kokemusta huonosta hoidosta leimaavat hoitohenkilöstön tietojen puute ja ennakoasenteet. (Büyükbyram & Engine 2018, 61-67.)

Menetelmät, joissa käyttäjät otetaan mukaan yhteiseen kehittämistoimintaan ovat myös osa uudenlaista tapaa toimia (Korhonen ym. 2018, 17.) Käyttäjiltä saatua tietoa hyödynnetään käytäntöön. Uusia toimintatapoja luotaessa löydetään myös ne strategisen osaamisen tarpeet, joita kehittyvät toimintatavat ja toimenkuvat tuovat mukanaan. Osaaminen vaatii johtamista ja koulutusresursien kohdentamista oikein. Hyvä hoito voi olla myös kustannustehokasta. Tämä lisää tyytyväisyyttä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmiä kohtaan. Opinnäytetyön saama positiivinen palaute osallistujilta kertoi osaltaan, että tämä prosessi oli myös osallistujilleen antoisa ja sen on tarkoitus jatkossakin näkyä parempana asiakaspalveluna hoidon tarpeen arviointityössä.

Opinnäytetyötä tehdessä huomattiin, miten vähän kotimaista tutkimustietoa löytyy kiireellisyysluokituksesta. Tiedonhakuja tehtäessä löydettiin kuitenkin runsaasti kansainvälistä tutkimustietoa, jota teoriapohjassa hyödynnettiin ja oppikirjan käytöstä lähteenä luovuttiin. Vaikka tutkimustietoa löytyi runsaasti, tutkimus keskittyy paljolti ensiavussa tehtävään ja kiireellisen hoidon tarpeen arviointiin.

Kuitenkin tietopohja on sovellettavissa myös kiireettömän hoidon tarpeen arviointiin, koska näyttö kiireellisyyssuokituksen käytöstä hoidon laatua ja sujuvuutta parantavana tekijänä on selkeä. Koska hoito opinnäytetyön kohdeorganisaatiossa perustuu näyttöön perustuvaan hoitotyöhön, on myös hoidon tarpeen arvioinnin työvälineitä kehitettävä pyrittäessä tasalaatuiseen palveluun.

Kohdeorganisaatio jakautuu maakunnallisesti usealle alueelle, mutta pääsääntöisesti hoidon tarpeen arviointitoiminta on keskitetty hoitokoordinaattoreille. Tätä toimenkuvaa kutsutaan työn ollessa kehitteillä hoitokoordinaattoritoiminnaksi, yhtä hyvin voitaisiin puhua triagehoitajista. Palveluohjaajaa on nimikkeenä esitetty, mutta on tärkeää erottaa toiminta selkeäksi terveydenhuollon toiminnaksi, jotta se eriytyisi sosiaalihuollon käsitteestä. Hoidon tarpeen arvio sisältää aina palveluohjauksen, mutta se ei ole yksin sitä. Terveystilan arviointi kuuluu terveydenhuollon henkilöstön tehtäviin. Vaikka sosiaali- ja terveystalvija yhdistetään, on kuitenkin tärkeää, että säilytetään ammattikuntien rajat ja jokainen toimii oman osaamisensa rajoissa.

Kohdeorganisaatiota tarkasteltaessa voidaan todeta, että kyseessä on verrattain nuori organisaatio. Palveluiden kehittämistyön tueksi on pyrittävä kehittämään vakiintuneita tapoja toimia, jotta laatua on mahdollista mitata. On ymmärrettävää, että moni asia on vielä rakenteilla, mutta perusrakenteista on hyvä lähteä liikkeelle. On tärkeää, että toimintaan on selkeät ohjeet ja että ohjeet perustuvat näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. Siten on mahdollista luoda standardit, joilla arvioida työn laatua ja vaikuttavuutta. Mittareiksi eivät sovellu vain taloudelliset mittarit. Hoitotyön laatuun tarvitaan omia mittareita. Osaltaan opinnäytetyön kehittämä mittaristo hoidon tarpeen arviointiin jatkossa tuottaa näyttöä siitä, miten palvelu kohtaa asiakkaiden tarpeet mitaten odotusaikaa yhteydenotosta hoitoon pääsyyn, miten luotettava, eli oikeaan osuva tehty arviointi on ja minkä tyyppisissä ongelmissa hoitokontaktiin hakeudutaan. Osaltaan tämä näyttö auttaisi myös resurssien kohdentamisessa eniten ajanvarauksellisesti kuormittuviin yksiköihin.

Tärkeä havainto on, että yhteisiä palveluja kehitettäessä kaikki työntekijät eivät ole valmiita lähtemään yhteiseen kehittämistyöhön. Niistä toimipisteistä joihin

hoitokoordinaattoritoiminta ja sujuva hoidon tarpeen arviointi eniten resurssien osalta kohdentuu, ei saatu mukaan yhteiseen kehittämistyöhön yhtään osallistujaa Joensuun kantakaupungin alueelta. Tämä osaltaan kertonee, ettei hoitokoordinaattorityön merkitystä ole täysin sisäistetty kohdeorganisaatiossa. Yhteiset toimintamallit tuovat sujuvuutta toimintaan, mutta se edellyttää kaikkien osapuolien osallistumista kehittämistyöhön.

Tutkittua tietoa tarvitaan toiminnan kehittämisen tueksi ja kehittämistoiminnan tulee perustua faktatietoon palveluiden käyttäjien tarpeista. Saatu tieto ohjaa myös henkilöstön sijoittumiseen organisaatiossa olemassa olevien kompetenssien perusteella, jolloin esimiehillä on mahdollisuus yhteiseen keskusteluun siitä, mitä osaamista heidän työyksiköissään tarvitaan ja voidaanko osaamista vahvistaa henkilöstösiirroin. Työyksiköiden hajauttaminen eri puolille maakuntaa johtaa siihen, että henkilöstön tavoissa ja osaamisessa tehdä hoidon tarpeen arviointia on eroja.

Esimies on vastuussa johtamiensa työyksiköiden osaamisen tasosta. Siten nyt kehitetty yhtenäinen ohjeistus ja kiireellisyysjärjestys ovat väline ohjata henkilöstöä käyttämään yhteistä työvälinettä ja siten yhtenäistämään maakunnallista hoidon tarpeen arvioinnin prosessia. Uusien työntekijöiden perehdyttämisessä hoidon tarpeen arviointiin on nyt selkeä käytäntö, samoin sen myötä nähdään olemassa olevan osaamisen mahdolliset puutteet. Koulutusta voidaan suunnitella nämä puutteet huomioiden ja sitä kautta vahvistetaan työyksiköiden osaamista.

Osaaminen nousee merkittävään rooliin hoidon tarpeen arvioinnissa. Riittävä työkokemus yhdistettynä kliiniseen osaamiseen tuottaa parhaan lopputuloksen. Kansainvälisesti ja kotimaan ensiavuisissa triagehoitajan toimenkuva on määritelty osaksi sairaanhoitajan työnkuvaan. Tämä on perusteltua, koska sairaanhoitajien koulutukseen olennaisesti liittyy tutkimustiedon hankkimisen ja soveltamisen taidot. Hoidon tarpeen arviointi ja siinä tarvittava osaaminen ei voi yksin perustua kliiniseen osaamiseen tai työkokemukseen. Ruotsissa voidaan tiimi-triagea tehdä siten, että arvioivaan tiimiin kuuluu esim. perushoitaja tai lääkintävahtimestari. Näiden ammattiryhmien tehtävän kuvaan ei voida katsoa kuuluvan

hoitopäätösten tekeminen, joten on vaikea löytää mitään perusteita sille, miksi nämä ammattiryhmät voisivat olla mukana hoidon tarpeen arvioinnissa ja kliinissä päätöksen teossa. (Göransson, Ehrenberg & Ehnfors 2005, 1072-1073.)

Siksi kohdeorganisaatiossakin hoitokoordinaattorin toimenkuvaa tulisi tarkastella uudestaan tässä valossa, työ on sairaanhoitajan työtä. Lisäksi huomiota tulisi kiinnittää riittävään työkokemukseen ja hoitotyön asiantuntijuuteen

Jatkuva itsensä kehittämisen prosessi on välttämätön tehtäessä vaativaa ensilinjan hoidon tarpeen arviointityötä. Valtakunnallisesti ei ole määritelty triagehoitajan työnkuvaa ja ammatillisia vaatimuksia, eikä käytössä ole yhteisesti hyväksyttyä triage-järjestelmää. Näihin epäkohtiin olisi yhteiskunnassa kiinnitettävä yhä enemmän huomiota, jotta laadukas hoito oikea-aikaisesti voitaisiin varmistaa entistä paremmin. Tämä vaatii lisää tutkimustyötä ja kiinnostuksen suuntaamista sitä kohtaan. Toimiakseen tehokkaasti hoidon tarpeen arviointityössä on oltava myös lääkäri konsultoitavissa. Kohdeorganisaatiossa lääkäripalvelut on hajautettu ja lääkärin tavoittaminen hoitokoordinaattoritoiminnassa osoittautuu usein haasteelliseksi. Kehittämissuunnitelmaksi kohdeorganisaation johtoryhmälle ehdotetaan, että konsultointikäytännöstä sovittaisiin selkeästi siitä, ketkä lääkärit vastaavat hoitokoordinaattoreiden konsultaatiotarpeeseen selkein varajärjestelyin. Tällöin hoidon tarpeen arviointityö toimisi tehokkaimmillaan potilaan ja asiakkaan eduksi.

10.2 Pohdintaa kehittämisprosessista

Opinnäytetyön kehittämistehtävä nousi hoitokoordinaattorin uudenlaisen työnkuvan haasteista ja kehittämistarpeista. Hoidon tarpeen arviointia puhelimitse on perusterveydenhuollossa aiemmin tehty terveysasemien puhelinajanvarauksessa, mutta ensimmäistä kertaa palvelu aloitettiin mielenterveys- ja päihdepalveluissa perusterveydenhuollon tasolla kesäkuussa 2017 (Sainola-Rodriguez 2019.) Työn kehittyessä myös työvälineiden on kehitettävä ja siksi tämä opinnäytetyön kehittämistehtävä valittiin. Osaamisen vahvistaminen, toiminnan kehittäminen, toiminnan ja palvelun laadun parantaminen sekä asiakastytyväi-

syyden lisääminen ovat tämän opinnäytetyön keskiössä. Palvelumuotoilu on ajankohtainen kehittämismenetelmä. (Vilkkä 2015, 26-27.)

Tutkitun tiedon löytäminen aiheesta oli varsin vaativaa. Tutkittua tietoa löytyi enemmän ulkomaisista aineistoista kuin suomalaisesta. Opinnäytetyön kiireellisyysjärjestystä koskevat teoriaosuudet koostuvat pitkälti ulkomaisista lähteistä. Tutkitun tiedon rajaaminen ja todentaminen luotettavaksi lähteeksi oli vaativaa. Tietoa kerättiin myös alkukyselyn ja haastattelun menetelmillä. Tämä mahdollisti laajemman näkökulman asioihin ja teoriaosuuteen saatiin paljon kirjoittamattomaa tietoa Siun soten mielenterveys- ja päihdepalveluiden toiminnasta.

Ammattikorkeakoulussa korostuu työelämälähtöinen tutkimustyö, joka johtaa tutkimustyön tekijää kohti ammatillista asiantuntijuutta. Käytetyn tiedon ja menetelmien tulee olla käytännön läheistä ja ajankohtaista. Työelämälähtöinen tutkimustyö yhdistää kokemuksen, teorian ja ammattikäytännön. (Vilkkä 2015, 16-19.) Juuri näihin asioihin tämän opinnäytetyön tekemisessä on kiinnitetty huomiota

Opinnäytetyössä käytettiin suhteellisen uusia kehittämisen menetelmiä. Siksi olikin yllättävää, miten suuri joukko osallistujia kiinnostui aiheesta ja oli valmis lähtemään kehittämistyöhön mukaan. Aikaresurssia tulisi tämän opinnäytetyön valossa suunnata enemmänkin yhteisen dialogin ja suunnittelun hyödyntämiseen. Kun asioista on yhdessä keskusteltu ja sovittu ja laadittu selkeät toimintaohjeet, on yhteisiin käytäntöihin helpompi sitoutua ja muutosvastarinta vähenee. Opinnäytetyö on herättänyt kiinnostusta erikoissairaanhoidossa ja työlle saadaan julkisuutta myös tekeillä olevan merkittävän suomalaisen terveydenhoidon ammattilaisille suunnatun julkaisun artikkelin myötä. Aihe on ajankohtainen, sillä resurssointi ja sen välineet ovat yhä enemmän keskiössä kehitettäessä toimivampia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja.

Aluksi kehittämistyöhön valittiin learning cafe -menetelmä. Suunnitteluvaiheessa tuli ajatus paremmasta kehittämismenetelmän ideasta. Päädyttiin käyttämään työpajatyypistä kehittämismenetelmää, jossa oli myös tulevaisuusverstaan piirteitä. Tämä viime hetken muutos osoittautui hyväksi ja saimme siitä kehuja

myös kehittämistyössä mukana olleilta. Kritiikkiä kutsun nimestä tuli myös eli tilaisuus ei ollutkaan alkuperäisen kutsujen mukaisesti learning cafe-menetelmään perustuva.

Tämä opinnäytetyö kutsui kehittämistyöhön mukaan niin ammattilaiset kuin palvelun käyttäjätkin yhteisen pöydän ääreen. Juuri siitä on kysymys sosiaali- ja terveyspalveluja kehitettäessä: osallisuudesta ja yhdessä tekemisestä. Opinnäytetyöhön valitut menetelmät saivat kiitosta opinnäytetyöprosessin toiminnalliseen osuuteen osallistuneilta asiakaskäyttäjiltä ja ammattilaisilta. Jotta voitaisiin todellisuudessa tietää, mitä asiakas tarvitsee, sitä tulee kysyä asiakkaalta itseltään. Myös asiakkaan on hyvä olla tietoinen toimijaorganisaation resursseista ja toimintaperiaatteista. Siten voidaan löytää yhteinen visio ja ymmärrys asiakkaasta palvelujen käyttäjänä sekä organisaatiosta palvelujen tuottajana. (Ahonen 2017, 72-104; Miettinen 2011, 79.) Kehittämistyö oli hyvä kokemus ja yllättävää, miten tehokasta kehittämistyö voi parhaimmillaan olla. Tämän opinnäytetyön toivotaan rohkaisevan jatkossakin organisaation yhteistoiminnalliseen kehittämiseen ja yhteisten toimintatapojen ja työvälineiden luomiseen.

10.3 Luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyöntekijöillä on eettinen vastuu opinnäytetyöstä. Tutkimustyön eettinen vaatimus on järjestelmällistä, täsmällistä ja kurinalaista. Tutkimusetiikka vaatii tieteellisen käytännön noudattamista. (Vilkkä 2015, 31, 38,41.) Tutkimuksessa tuotava esille tutkimusongelma kysymyksineen sekä määritettävä tavoitteet. Opinnäytetyössä on tultava esille teoreettinen viitekehys, kuinka aineistoa on kerätty, tutkimuksen tarkastelun toteutus sekä tulokset johtopäätöksineen. Raportin kirjoittaminen edellyttää täsmällisyyttä ja edellyttää tieteellisen kirjoittamisen periaatteita. (Vilkkä 2015, 39.) Tutkimuksellinen kehittämistyössä vastataan käytännön ongelmaan, luodaan uutta tietoa tai käytänteitä tiedon, käytännön kokemuksen avulla käyttäen monipuolisia menetelmiä. Tavoitteena prosessissa on aktiivinen vuorovaikutus muiden kehittämiseen osallistuvien kanssa sekä hyvä raportointi, joka osaltaan vie kehittämistyötä eteenpäin. (Ojasalo ym. 2015,17-20.)

Opinnäytetyön tekijät ovat pohtineet, millä tavoin se, että molemmat tekevät myös käytännössä Siun soten organisaatiossa hoidon tarpeen arviointityötä, voisi vaikuttaa objektiivisuuteen. Potilas- eli case-esimerkit kerättiin työn keskeisimmistä hoidon tarpeen arviointi tapahtumista. Kehittämistyöryhmä tuotti omien näkemystensä mukaisesti niistä kiireellisyysjärjestyksen, jolloin opinnäytetyön tekijöiden rooli vaikuttaa itse opinnäytetyön konkreettiseen lopputulokseen oli verrattain vähäinen. Opinnäytetyön tekijöiden rooli oli koostaa saadusta materiaalista valmis kiireellisyysjärjestys.

Tutkimusetiikka sisältää yhdessä sovittuja asioita tutkimuskohteisiin ja muihin yhteistyötahoihin (Vilkkä 2015, 41). Kehittämisen iltapäivässä sovittiin luottamuksellisuudesta, kenenkään henkilökohtaiset näkemykset eivät olleet tunnistettavissa lopullisessa opinnäytetyössä. Kerätty materiaali säilytettiin vain opinnäytetyön tekijöiden ulottuvilla, opinnäytetyön valmistuttua, kerätty materiaali tuhottiin tietosuojajätteen tavoin. Hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa sitä, että tiedonhankinta ja tutkimusmenetelmät kestävät tarkastelun. (Vilkkä 2015, 41.)

Hyvän tutkimuksen lähtökohtana on luotettavuus. Luotettavuutta on pyritty varmistamaan riittäväällä perehtymisellä aikaisempaan tutkimustietoon. Tieteellisen tutkimuksen avulla luodaan uutta tietoa. (Vilkkä 2015, 33-34.) Asiantuntijaraadin ja kokemusasiantuntijoiden monialaisuus tuotti laajempaa näkemystä hoidon tarpeen kiireellisyydestä, kuin jos osallistujat olisivat olleet vain ammattilaisia. Kokemusasiantuntijoiden ja asiakasraadin käyttö puolestaan toi näkyväksi puhelinpalvelun käyttäjien näkökulman. Yhteisen dialogin avulla pyrittiin luomaan yhteinen näkemys ammattilaisten ja asiakaskäyttäjien kesken. Tämän tyyppinen toiminta ja ajattelutapa on tärkeää ammatillisen asiantuntijan tutkimustoiminnassa. (Vilkkä 2015, 32.) Kehittämisen tuloksena syntyi mielenterveys- ja päihdepalveluihin kohdennettu kiireettömän hoidon kiireellisyysjärjestys.

10.4 Juurruttaminen ja jatkokehittämisideat

Valittu kiireellisyysjärjestys otettiin yhteisesti käyttöön Siun soten mielenterveys- ja päihdepalveluissa koko Pohjois-Karjalan alueella. Keskeisimpiä käyttäjiä kiireellisyysjärjestykselle ovat hoitokoordinaattorit. Opinnäytetyön prosessi ja valmis luokitus esiteltiin seminaarissa toukokuussa 2019, johon osallistui suurin osa Siun soten alueen mielenterveys- ja päihdepalveluiden työntekijöistä. Tuossa tilaisuudessa otettiin luokitusjärjestelmä virallisesti käyttöön (liite 7). Mielenterveys- ja päihdepalveluiden johtoryhmän hyväksyntä laaditulle luokitukselle tekee siitä virallisen työkalun käytettäväksi hoidon tarpeen arvioinnissa.

Kiireellisyysjärjestys on nyt laadittu päivitetystä ja konkreettisemmasta muodosta työohjeena, mutta sen päivittämisen tarve on olemassa. Aiempiin tutkimuksiin perustuen kiireellisyysjärjestystä tulee aika ajoin päivittää, jotta se kehittyy ja pysyy ajantasaisena. Tähän on vastuuhenkilöiksi toistaiseksi nimetty opinnäytetyön laatijat. On merkityksellistä, että päivitysten vastuuhenkilö tai henkilöt on nimetty. Jos asia jätetään yhteiselle vastuulle, käy useimmiten niin, että vastuuta ei ota kukaan ja tehtävät jäävät tekemättä. Kaikkien työohjeiden osalta mielenterveys- ja päihdepalveluissa on nimetyt vastuuhenkilöt niiden päivittämiseen. Tätä päivitystyötä tehdään jatkuvasti aina silloin, kun tarve päivittämiselle havaitaan.

Kiireellisyysjärjestyksen ydin on ensivaiheen asiakaskontaktissa, joten se soveltuu käytettäväksi työntekijöille, jotka työssään kohtaavat asiakkaan ensimmäistä kertaa ja joutuvat arvioimaan hänen hoidon tarvettaan. Jatkokehittämisideoina opinnäytetyön pohjalta olisi selvittää uuden kiireellisyysjärjestyksen toimivuutta suhteessa aiempaan järjestykseen, eli millaisia käyttäjäkokemuksia hoitotyöntekijöillä sen käytöstä on verraten aiempaan. Voisi selvittää hoitotyöntekijän kehittämiskohteita omassa osaamisessa uuden kiireellisyysjärjestyksen pohjalta ja mitkä ovat osaamisen haasteet nyt ja tulevaisuudessa?

Jatkossa maakunnallista kiireellisyysjärjestystä tulisi kehittää yhdessä erikoissairaanhoidon tehostetun avohoidon ja ensiavun kanssa. Yhteisenä tavoitteena voisi luoda yhteiset kriteerit mielenterveys- ja päihdepotilaiden/asiakkaiden hoi-

don tarpeen arviointiin. Tämä yhteinen kriteeristö tulisi ottaa käyttöön myös terveysasemien päivystystoiminnassa.

Asiakasosallisuuden hyödyntäminen tulevaisuuden kehittämistoiminnassa on tärkeää. Tätä varten voisi selvittää millaisia kokemuksia kehittämistoimintaan osallistuneilla on, näkykö osallistuminen kehittämistoimintaan yhdessä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kanssa parempina ja asiakaslähtöisempinä palveluina? Kehittämisisiltapäivän pienryhmien yhteisessä keskustelussa esiin nousi lääkehoidon prosessin kehittämisen tarve mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Lääkehoidon vaikuttavuuden arviointiin, seurantaan ja toteutukseen liittyvät asiat hoitotyön osalta vaativat selkeytystä ja ohjeistusta. Lääkereseptien uusimiskäytäntöjen katsottiin myös vaativan käytännöistä sopimista siten, että lääkereseptien ajantasaisuus ja lääkityksen riittävyys tarkistettaisiin aina vastaanottokäyntien yhteydessä hoitotyöntekijän toimesta.

Lisäksi keskusteluun nousi, että somaattisen hoidon kokonaisuudessa psyyken huomioiminen on heikolla tasolla, koettiin, että potilasohjaus on vain esitteen käteen saamista. Jatkokehittelyä vaatisi, miten tähän asiaan saataisiin yhteistyössä parannusta. Samoin nähtiin tärkeänä, että hoitoon pääsyn sujuvoittamisen prosessia jatketaan edelleen, kun avun saisi nopeasti, käyntien tarve olisi pienempi ja vältettäisiin potilaan/asiakkaan tilanteen kroonistumista. Ensikertaa hoitoon hakeutuvien hoitoon tulisi voida panostaa aikaresurssia nykyistä enemmän, koska todettiin, että tehokas ensimmäinen hoitojakso mitä todennäköisemmin säästäisi myöhemmältä hoidon tarpeelta ja on siten potilaan/asiakkaan edun mukaista, sekä terveydenhuollon resursseja säästävää.

Työperäisen uupumuksen hoito herätti pohdintaa siitä, pitäisikö työterveyshuollolla olla enemmän resursseja hoitamiseen. Keskustelukäynnit tiheämmin työterveyshoitajan luona voisivat olla riittävä tuki ilman, että asiaa tarvitsisi ulkoistaa mielenterveys- ja päihdepalveluihin. Tätä usein perustellaan työterveyshuollon heikolla lääkäriresurssilla, mutta resurssi mielenterveys- ja päihdepalveluissa on tosiasiasa vielä niukempi. Hoidontarpeenarviointityötä tekevien osaamisen vahvistamista ja varmistamista pidettiin merkityksellisenä, koska yhteydenottajan tilanteen arviointi on pelkän puheen varassa. Tällöin ko-

rostuu hoitotyöntekijän ammattitaito ja osaaminen tehdään tarkentavia kysymyksiä tilannetta arvioidessaan. Tämä edellyttää henkilöstön osaamisen varmistamista ja tukemista esimiehiltä.

Opinnäytetyölle on pyritty tekemään myös kansallista näkyvyyttä julkaisemalla artikkeli merkittävässä suomalaisessa terveydenalan julkaisussa. Artikkelin toivotaan rohkaisevan kehittämään palveluja ja toimintoja moniammatillisesti yhdessä käyttäjien kanssa.

Lähteet

- Ahonen, O., Ikonen, H. & Koivukoski, S. 2014. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty. Näyttöön perustuva hoitotyö. Sairaanhoidajaliitto ry. <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/hyvin-suunniteltu-puoliksi-tehty/>. 16.4.2019
- Ahonen, T. 2017. Palvelumuotoilu sotessa. Palvelumuotoilun käsikirja sosiaali- ja terveystieteiden kehittämisessä. Helsinki: Muutoksen voima.
- Andersson, P. & Tikka, H. 1997. Plan do act study- kehä. Mittaus- ja laatu-tekniikat. Porvoo: Wsoy.
- Asplund, K., Castrén, M., Ehrenberg, A., Farrokhnia, N., Göransson K., Jons-son, H., Lind, L., Marké, L-Å., Norlund, A., Oredsson, S., Syversson, A., Säwe, J., Rognes, J. & Sahlin N-E. 2010. Triage och flödesprocesser på akutmottagningen. https://www.sbu.se/contentassets/79b7a8f6aaad46dcbc988cfffed33339f/triage_fulltext2.pdf. 12.8.2019.
- Bjerregård-Madsen, J. 2017. Kokemusasiantuntija ja kehittäjäasukastoiminta ”Hyvät palvelut tehdään yhdessä”. Toimintaohje 24/2017. Siun sote. http://intra.siunsote.fi/_layouts/15/osssearchresults.aspx?u=http%3A%2F%2Fintra%2Esiunsote%2Efi&k=kokemusasiantuntija. 10.7.2019.
- Broadbent, M., Jarman, H. & Beck, M. 2003 Emergency department mental health triage scales improve outcomes. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 13 (2), 303-309.
- Brown, A. & Clarke D. 2014. Reducing uncertainty in triaging mental health presentations: Examining triage decision making. *International Emergency Nursing* 22 (1), 47-51.
- Büyübyram, A. & Engine E. 2018. Emergency psychiatric care and mental health triage. *Journal of Psychiatric Nursing*.9 (1), 61-67.
- Campbell, K., Massey, D., Broadbent, M. & Clarke, K. 2018. Factors influencing clinical decision making used by mental health nurses to provide provisional diagnosis: A scoping review. *International Journal of Mental Health Nursing* 28/2019, 407-424.
- Downey, L., Zun, L. & Burke, T. 2014. Comparison of Canadian triage acuity scale to Australian Emergency Mental Health Scale triage system for psychiatric patients. *International Emergency Nursing*. 23 (2), 135-143.
- Elisa Oyj 2018. Yritysassiakkaat. Palvelukuvaus. OrangeContact Saas (oc). Elisa Oyj.
- Elisa Oyj 2019. Elisa OrangeContact Saas. <https://yrityksille.elisa.fi/orangecontact-asiakaspalvelujarjestelma>. 8.3.2019
- Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki. Kustannus-osakeyhtiö Tammi.

- Ernesäter, A., Engström, M., Winblad, U., Rahmqvist, M. & Holmström, I. 2015. Telephone nurses' communication and response to caller's concern - a mixed method study. *Applied Nursing Research* 29, 116-121.
- Göransson, K., Ehrenberg, A & Ehnfors, M. 2005. Triage in emergency departments: national survey. *Journal of Clinical Nursing*. Blackwell Publishing Ltd: 14 (9), 1067-1074.
- Halonen, M. 2018. Medinet. Psykiatrisen ensikäynnin esitietolomake. Siun sote.
- Hamel, G. and Prahalad, C.K. 1994. *Competing for the future*. Boston: Harvard Business School Press.
- Haravuori, H., Muinonen, E., Kanste, E. & Marttunen, M. 2017. Mielenterveys- ja päihdetyön menetelmät opiskeluterveydenhuollossa. Opas arviointiin, hoitoon ja käytäntöihin. Helsinki: Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy.
- Harding K., Taylor N. & Leggat S. 2011. Do triage systems in healthcare improve patient flow? A systematic review of the literature. *Australian Health Review* 35/2011, 371-383.
- Heino, E. 2014. Hoitajavetoinen hoidon tarpeen arviointi on liian kirjavaa. *Mediuutiset*. <https://www.medi uutiset.fi/uutiset/hoitajavetoinen-hoidontarpeen-arviointi-on-liian-kirjavaa/1255a43f-07bd-3cc6-b44d-d956a3a8bcba>. Luettu 6.2.2019.
- Hoitotakuuta koskevaa asetus 1019/2004.
- Holopainen, A., Junttila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. 2013. *Johda näyttö käyttöön hoitotyössä*. Porvoo: Bookwell Oy.
- Huibers, L., Keizer, E., Giesen, P., Grol, R. & Wensing, M. 2012. Nurse telephone triage: good quality associated with appropriate decisions. *US National Library of Medicine. National institutes of Health*. 29 (5), 547-552.
- Jääskeläinen, T., Kautto, P. & Similä J. 2013. Menetelmiä ja tietolähteitä politiikkatoimien vaikutusten arviointiin. *Ympäristöministeriön raportteja* 16/2013.
- Kansanterveyslaki 1972. 28.1.1992/66.
- Kantonen, J. 2014. Terveyskeskuspäivystyksen ABCDE-triagen ja kehittämistoimenpiteiden vaikutukset potilasvirtoihin. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/96219/978-951-44-9609-7.pdf?sequence=1>. 17.4.2019.
- Kartano, J. 2016. Sähköinen hoidon tarpeen arviointi on pian välttämättömyys. *Bonnier Business Forum. Hoiva & Terveys sote*. <https://hoivajaterveys.fi/sahkoinen-hoidon-tarpeen-arviointi-on-pian-valttamattomyys/>. 17.4.2019.
- Kettunen A. 2019. Manuaalinen tilasto päihdepalvelukeskuksen hoitokoordinaattoripuheluista vuonna 2018. Siun sote. Päihdepalvelukeskus.
- Kiura, E. 2011. Potilaiden kiireellisyyden luokittelu ja hoitoprosessit päivystyspoliklinikalla. Arviointiseloste 1 /2011. Terveystieteiden tutkimuskeskus. *Finofa*. https://thl.fi/attachments/Meka/julkaisut/ohtanen/AS_2011_1_Potilaiden%20kiireellisyyden%20luokittelu.pdf. 12.8.2019.
- Korhonen, A., Jylhä, V, Korhonen, T & Holopainen, A. 2018. Näyttöön perustuva toiminta tarpeesta tuloksiin. Helsinki: Skhole Oy

- Kortelainen, E. & Tanskanen, J. 2019. Manuaalinen tilasto hoitokoordinaattoreiden VIRVE-puheluiden määrästä mielenterveys- ja päihdepalveluis-
sa. Siun sote. Mielenterveys- ja päihdepalvelut.
- Kupias, P., Peltola, R. & Pirinen, J. 2014. Esimies osaamisen kehittäjänä. Hel-
sinki: Sanoma Pro Oy.
- Laaksonen, H. & Ollila S. 2017. Lähijohtamisen perusteet. Keuruu: Otavan Kir-
japaino Oy.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.
- Lautala, T. 2014. Päivystyksen kiireellisyysluokittelu kaipaa ryhtiä. Potilaan lää-
kärilehti 4/2014. [http://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/paivystysten-
kiireellisyysluokittelu-kaipaa-ryhtia/](http://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/paivystysten-kiireellisyysluokittelu-kaipaa-ryhtia/). 22.8.2019
- Lemon, K. & Verhoef, P. 2016. Understanding Customer Experience Through-
out the Customer Journey. *Journal of Marketing: AMA/MSI* 80 (Spe-
cial issue), 66-96.
- Lidal, I., Holte, H. & Vist, E. 2013. Triage systems for pre-hospital emergency
medical services - a systematic review. *Scandinavian Journal of
Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 28 (21).
[https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=Pellikka,%20M.%20
2017.%20Hoidon%20tarpeen%20arviointi](https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=Pellikka,%20M.%202017.%20Hoidon%20tarpeen%20arviointi.). 23.8.2019.
- Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopisto. Oulu.
Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden laitos. Hoitotiede. *Acta
Univ. D* 1236. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf>.
10.7.2019.
- Loew, L. 2016. Competency Management: Challenges and Benefits. Training:
The source for professional development. [https://trainingmag.com/competency-management-challenges-and-
benefits/](https://trainingmag.com/competency-management-challenges-and-benefits/). 22.8.2019.
- Lönnqvist, J. 2017. Kliininen haastattelu. Potilaan tutkiminen. Duodecim oppi-
portti. 2019 Kustannus Oy Duodecim.
[https://www.oppiportti.fi/op/pkr00202/do?p_haku=hoidon%20tarpeen
%20arviointi](https://www.oppiportti.fi/op/pkr00202/do?p_haku=hoidon%20tarpeen%20arviointi.). 16.4.2019.
- Malmström, R., Kiura, E., Malmström, T., Torkki, P. & Mäkelä, M. 2012. Päivys-
tyspotilaiden kiireellisyysluokitukset erilaiset Suomessa kuin Ruotsis-
sa. *Suomen lääkärilehti* 67 (3), 699-703.
- Mielenterveys- ja päihdepalveluiden toimintasuunnitelma 2017-2018. Siun sote.
Mielenterveys- ja päihdepalvelut.
- Mielenterveys- ja päihdepalveluiden toimintasuunnitelma 2019-2021. Siun sote.
Mielenterveys- ja päihdepalvelut.
- Mielenterveys- ja päihdepalvelut 2017. Hoidon tarpeen arvioinnin ohjeistus.
Siun sote.
- Miettinen, S. 2011. Palvelumuotoilu. Tampere. Tammerprint Oy.
- Mirhaghi, A., Mazlom, R., Heydari, A. & Ebrahimi, M. 2017. The reliability of the
Manchester Triage System (MTS): a meta-analysis. *US National Li-
brary of Medicine. National Institutes of Health. Journal of Evidence-
Based Medicine* 10 (2), 129-135.
- Montandon, D., De Souza-Junior, Valtuir D., Almeida, S., Guimarães, R.,
Marchi-Alves, L., Costa Mendes, De Godoy, S. 2019. How to Per-
form Prehospital Emergency Telephone Triage. *Journal of Trauma
Nursing*. 26 (2), 104-110.

- Moring, J., Berhman, V., Nordling, E., Markkula, J., Partanen, A. & Soikkeli M. 2013. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015 – monipuolista sisällöllistä ja rakenteellista kehittämistä 2012. Tampere: Juvenes Print-Suomen yliopistopaino Oy.
- Muurinen, S., Nenonen, M., Wilskman, K. & Agge, E. 2010. Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010. Sairaanhoidajaliitto Fioca oy. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Myllymäki, K. 2011. Näkökulmia terveydenhuollon järjestämismalliin ja rahoitukseen. Kuntaliiton verkkojulkaisu. Helsinki. Suomen Kuntaliitto. www.shop.kuntaliitto.fi/download.php?filename=uploads/nakokulmi_a_myllymaki.pdf. 14.2.2019.
- Nevalainen, V. 2010. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittäminen palveluiden käyttäjien tarpeita vastaavaksi. Helsinki: Fioca Oy.
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät: Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: WSOY pro.
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2015. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Orava, M., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2012. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä systemaattinen kirjallisuuskatsaus, osa 1. Reaktiivinen puhelinohjaus. *Hoitotiede* 24 (3), 216–231.
- Pellikka, M. 2017. Hoidon tarpeen arviointi. Sairaanhoidajan käsikirja. Terveysportti. Kustannus Oy Duodecim. https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=Pellikka,%20M.%202017.%20Hoidon%20tarpeen%20arviointi. 23.8.2019.
- Peltonen, L-M. 2017. Hoitotyön kirjaaminen. Teho- ja valvontahoitotyön opas. Terveysportti. Kustannus Oy Duodecim. https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=Pellikka,%20M.%202017.%20Hoidon%20tarpeen%20arviointi. 23.8.2019.
- Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä 2018. Medinet Pohjois-Karjala. Tietoa palvelusta. <https://medinet.pohjoiskarjala.net/ohje.html>. 14.05.2019.
- Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalveluiden kuntayhtymä 2017c. Omaishoitajien asiakasraati käynnistyy 19.4.2017. Siun sote <http://www.siunsote.fi/-/omaishoitajien-asiakasraatitoimintakaynnistyy>. 14.2.2019.
- Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalveluiden kuntayhtymä 2017b. Siun soten henkilöstöstrategia 2017-2018. Henkilöstöjaosto. Yhteistyötoimikunta.
- Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalveluiden kuntayhtymä 2019. Siun soten toiminta- ja taloussuunnitelma 2019-2021.
- Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä 2017a. Potilas rekisterin tietosujoaohje.
- Pohjois-Karjalan tietotekniikkakeskus Oy 2019. OC-tilastot Siun soten mielenterveys- ja päihdepalveluista vuodelta 2018.
- Pohjois-Karjalan tietotekniikkakeskus Oy 2019. OC-tilastot Siun soten mielenterveys ja päihdepalveluiden hoitokoordinaattoripuhelut vuonna 2017.
- Pyykönen, A. & Partanen, H. 2016. Kuulethan sie minnuu- kokemuksia Siun soteesta ja osallisuudesta suurten muutosten ytimessä. Helsinki. Kuntaliitto.

- Robertson-Steel, I. 2006. Evolution of triage systems. *Emergency Medicine Journal* 23(2), 154–155.
- Saarni, S. 2010. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Vaikuttavuuden huomiointi terveydenhuollon päätöksenteossa, Eettinen analyysi. Yliopistopaino. Helsinki.
- Sainola-Rodriguez, K. 2019. Ylihoitaja. Hoitokoordinaattoriyö Siun soten mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Siun sote.
- Sainola-Rodriguez, K., Tanskanen, J., Tauriainen, E. & Rautavuori, M. 2018. Hoitokoordinaattorin työohje ajanvarausta varten. Pohjois-karjalan sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymä Siun sote. Mielenterveys- ja päihdepalvelut.
- Sands, N., Elsom, S., Colgate, R., Haylor. & Prematunga 2016a. Mental Health Triage Scale. 2016 *International Journal of Mental Health Nursing* 25 (4), 330-336.
- Sands, N., Elsom, S., Keppich-A, Henderson, K. & Thomas, P. 2016b. Perceptions of crisis care in populations who self-referred to a telephone-based mental health triage service. *International Journal of Mental Health Nursing* 25 (2), 136-142.
- Sands, N., Elsom, S., Berk, M., Hosking, J., Prematunga, R. & Gerdtz, M. 2014. Investigating the predictive validity of an emergency department mental health triage tool. *Nursing and health sciences* 16 (1), 11-18.
- Saxen, H. 2016. Terveydenhuollon priorisointi pohjaa keskusteluun oikeudenmukaisuudesta. Analyysi. Vihreä Tuuma. Ajatuspaja vision verkkolehti. <https://www.vihreatuuma.fi/terveydenhuollon-priorisointi-pohjaa-keskusteluun-oikeudenmukaisuudesta/>. 14.2.2019.
- Saxen, H. & Saxen, S. 2016. Terveydenhuollon priorisointi nousee pintaan. Näkökulma. SIC! Lääketietoa Fimeasta verkkojulkaisu. http://sic.fimea.fi/arkisto/2016/4_2016/vain-verkossa/terveydenhuollon-priorisointi-nousee-pintaan. 14.2.2019.
- Senge, P. 1990. *The fifth discipline. The art and Practice of the learning organization*. USA. Bantam Doubleday Dell Publishing Group. Inc.
- Sinervo, T., Tynkkynen, L.-K. & Vehko, T. 2016. Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä. Helsinki. Suomen yliopistopaino Oy.
- Soontorn, T., Sitthimongkol, Y., Thosingha, O. & Viwatwongkasem, C. 2018. Factors Influencing the Accuracy of Triage by Registered Nurses in Trauma Patients. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research.*, 22 (2), 120-130.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2014. Laatu ja potilasturvallisuus ensihoidossa ja päivystyksessä suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2014:7. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70313/URN_ISBN_978-952-00-3489-4.pdf?sequence=1. 15.4.2019.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2015. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus 2015-2019. https://stm.fi/documents/1271139/1332838/Sote-uudistuksen+tietolehtinen+9_2015/a6f19294-ea52-4c47-b13f-ba15c571e843. 5.8.2019.
- Stenius, K., Kekki, T., Kuussaari, K. & Partanen, A. 2012. Päihde ja mielenterveyspalveluiden integraatio – Kirjava käytäntö Suomessa. Yhteiskuntapolitiikka.

- <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/102952/stenius.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. 14.2.2019.
- Stone, E. & Hill, C. 2019. Clinical Decision Support Systems in the Emergency Department: Opportunities to Improve Triage Accuracy. *Journal of Emergency Nursing* 45 (2), 220-222.
- Sumkin, T & Tuomi, L. 2012 Osaamisen ja työn johtaminen. Helsinki. Sanoma Pro.
- Suvanto, J. & Lindroos, J. 2018. Ohjeistusta hoitokoordinaattoreille ja työntekijöille mielenterveys- ja päihdepalveluiden ja tehostetun avohoidon psykiatripalveluiden osalta. Pohjois-karjalan sosiaali- ja terveysterveysten kuntayhtymä.
- Suvanto, J., Pietarinen, H., Muranen, K. & Mononen, R. 2017. Siun sote mielenterveys ja päihdepalveluiden triage-luokitus hoitokoordinaattorin tekemää palvelutarpeen arvioita varten. Siun sote. Mielenterveys- ja päihdepalvelut.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011. Potilasturvallisuusopas. Potilasturvallisuuslainsäädännön ja strategian toimeenpanon lisäksi. <https://thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf>. 23.4.2019.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016. Mitä väestö ajattelee sosiaali- ja terveysterveysten uudistamisesta? Tutkimuksesta tiiviisti 4. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130233/TUTI2016_4_Mit%C3%A4%20v%C3%A4est%C3%B6%20ajattelee_WEB.pdf?sequence=1. 5.7.2019.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010.
- Tiainen, T., Aittoniemi, J., Haukijärvi, I. & Yli-Karhu, T. 2015. Toimintatutkimus tietojenkäsittelytieteen tutkimuksessa. Tampereen yliopisto, informaatiotieteiden yksikkö, Informaatiotieteiden yksikön raportteja 38/2015. http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/97044/toimintatutkimus_tietojenkäsittely_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y. 17.4.2019.
- Turner, J., Coster, J., Chambers, D., Cantrell, A., Phung, V-H., Knowles, E., Bradbury, D. & Goyder, E. 2015. What evidence is there on the effectiveness of different models of delivering urgent care? A rapid review. *Health Services and Delivery Research*, No. 3.43. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK327599/>. 27.8.2019.
- Valley, A., Warren, F., Richards, S., Calitri, R., Chaplin, K., Fletcher, E., Holt, T., Lattimer, V., Murdoch, J., Richards, D. & Campbell, J. 2016. The effect of nurses' preparedness and nurse practitioner status on triage call management in primary care: A secondary analysis of cross-sectional data from the ESTEEM trial. *International journal of Nursing* 58,12-20.
- Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteutumisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 1019/2004.
- Valvira 2014. Hoidon tarpeen arvio. https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattinharjoittaminen/hoidon_tarpeen_arviointi. 30.1.2019
- Vierula, H. 2009. Terveydenhuollon portinvartijat. *Lääkärilehti* 20.11.2009. 64(47), 4014 - 4016.
- Vilkkä, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä. PS-kustannus.
- Virtainlahti, S. 2009. Hiljaisen tietämyksen johtaminen. Helsinki. Talentum. 2008.

- Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki. Edita.
- Wahlbeck, K., Hietala, O., Kuosmanen, L., McDaid, D., Mikkonen, J., Parkkonen, J., Reini, K., Salovuori, S. & Tourunen J. 2018. Toimivat mielen-terveys- ja päihdepalvelut. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkintoiminnan julkaisusarja 89/2017. Valtioneuvoston kanslia.
- Weber, J. & Kelley J. 2010. Health assessment in nursing. Wolters Kluwer Health. Williams & Wilkins. Lippincott.
- Zachariasse, J., Seiger, N., Rood P., Alves, C., Freitas, P., Smit, F., Roukema, G. & Moll, H. 2017 Validity of the Manchester Triage System in emergency care: A prospective observational study. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0170811>. 22.8.2019.

Siun soten mielenterveys- ja päihdepalveluiden hoidon tarpeen arviointi

Hoidon tarpeen arviointi mielenterveys- ja päihdepalveluissa
Potilaalta/asiakkaalta kysyttävät asiat (lisäksi tarkentavia kysymyksiä).

Potilaan nimi

Henkilöturvatonuus

Perustietojen tarkistus mediatriesta

- puhelin numeron, osoiteen ja ammatin tarkistus ym.

Aikaisemmat psykiatriset tai päihdehoidot /kontaktit

Hoidon tarve

- oireet ja niiden kesto
- lääkitys
- itsemurhariskin arviointi, itsetuhoisen käyttäytyminen
- aikaisemmat itsemurhayritykset
- nukkuminen
- kyky huolehtia itsestä ja asioista

Potilaan sairaudentunto -> potilaan käsitys terveydentilasta

Tämän hetkinen elämäntilanne: mitä kuormittavia tekijöitä?

Verkostot, läheiset, ystävät

Perussairaudet

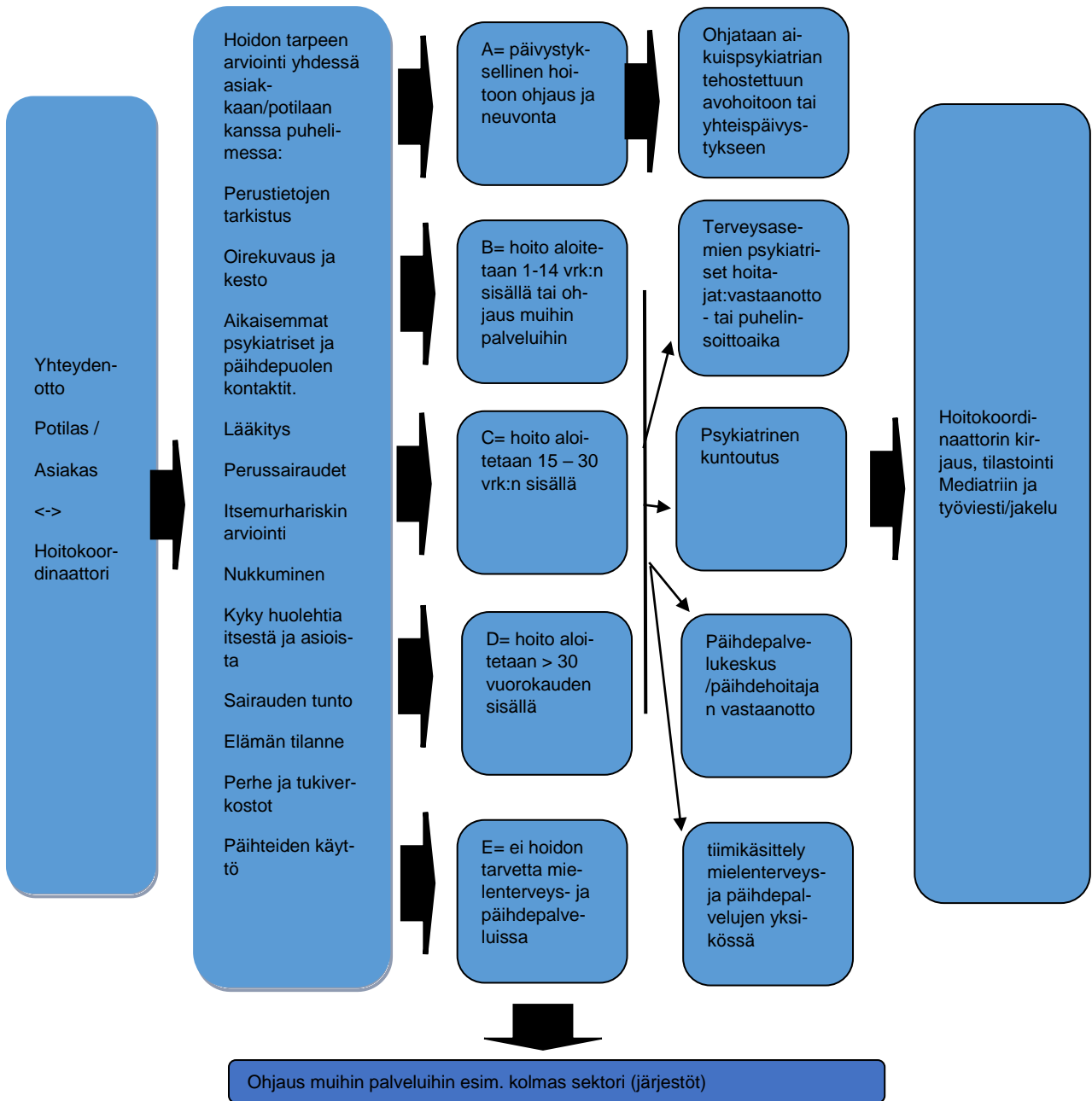
Päihteiden käyttö sekä riippuvuudet

- milloin viimeksi
- kuinka usein miten paljon
- mitä käyttänyt (huumeet, lääkkeet?)

Ohjaus ja jatkohoito

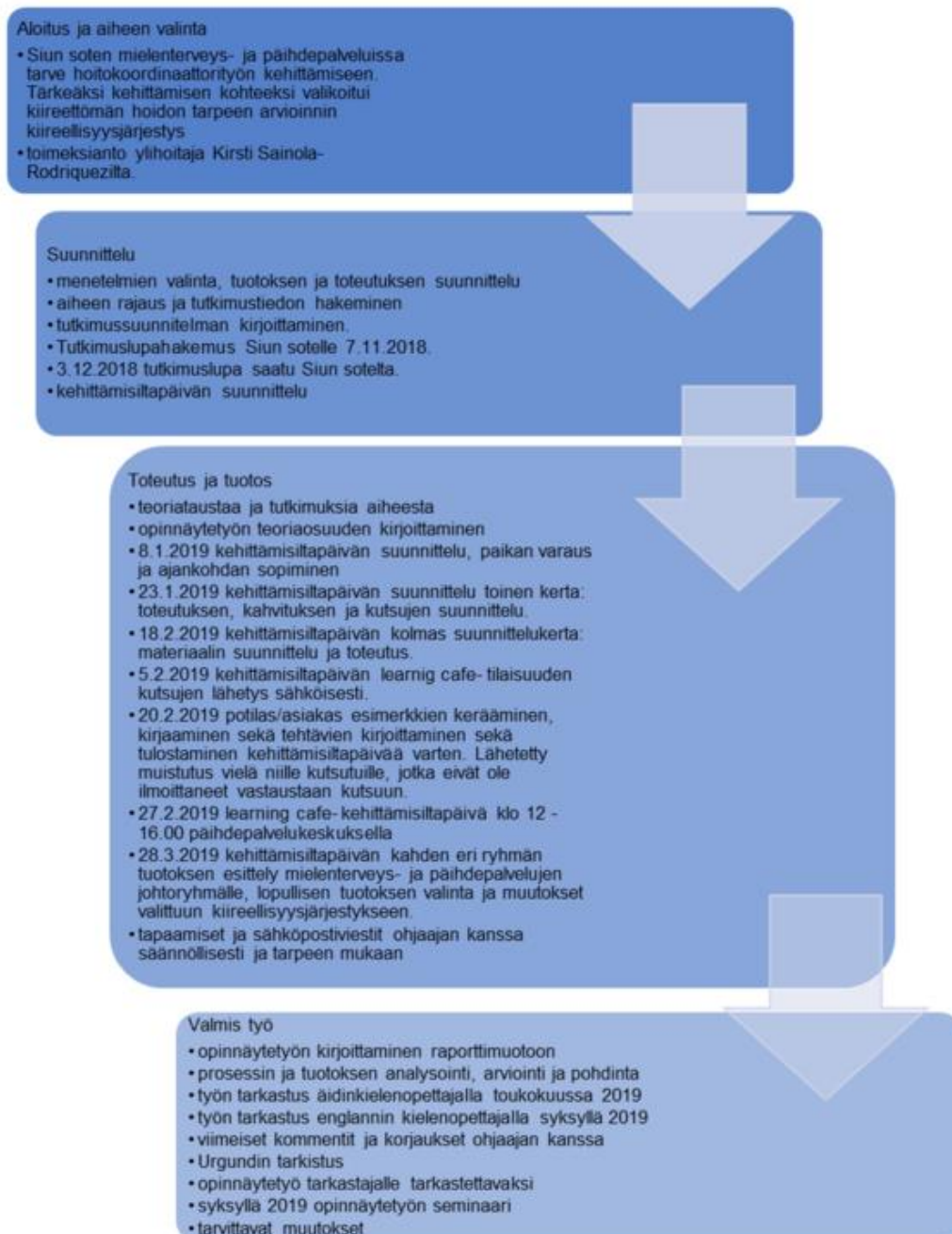
Hoitokoordinaattoriprosessi Siun soten mielenterveys- ja päihdepalveluissa

Hoitokoordinaattoriprosessi



Opinnäytetyön eteneminen ja aikataulu

Opinnäytetyön aikataulu



Kutsu kehittämisiltapäivään

KUTSU

LEARNING CAFE TILAISUUTEEN

27.02.2019
KLO 12:00-16:00

SIJAINTI

PÄIHDEPALVELUKESKUS, NOLJAKANTIE 17 B

80130 JOENSUU

meillä on ilo kutsua teidät YAMK- opinnäytetyöhömme liittyvään kehittämistyöhön. Tarkoituksena on kehittää mielenterveys- ja päihdepalvelujen kiireettömän hoidon tarpeen arviointia laatimalla yhdessä moniammatillisesti sekä osallistamalla kokemusasiantuntijoita ja asiakasraadin edustajia learning cafe tilaisuuteen.

Tavoitteena on, että tämä kiireellisyysjärjestys tulisi yhtenäiseksi työ/-apuvälineeksi kiireettömässä hoidon tarpeen arviossa. Tämä työkalu tulee tukemaan hoitokoordinaattorityötä sekä muiden kiirettöntä hoidon tarpeen arviointia tekevien hoitajien työtä. Ilmoitathan osallistumisestasi ja mahdollisesta erit. ruokavaliostasi erja.a.kortelainen@siunsote.fi.

ERJA KORTELAINEEN JA MARKUS RAUTAVUORI

Alkukysely hoitajille

Hoidon tarpeen arviointia koskevat kysymykset lähetetty sähköisesti hoitokoordinaattoreille ja hoidon tarpeen arviointia tekeville vastaanottotyöntekijöille Siun soten mielenterveys- ja päihdepalveluissa keväällä 2019.

Hei hoidon tarpeen arviointia tekevä mielenterveys- ja päihdepalveluiden ammattilainen!

**Teemme YAMK- opinnäytetyötä hoidon tarpeen arvioinnista.
Tarvitsisimme vastauksia seuraaviin kysymyksiin:**

Miten hoidon tarpeen arviointi vastaanottotyössäsi tapahtuu?

Kuinka arvioit hoidon tarpeen kiireellisyyttä?

Käytätkö jotain työkaluja apuna hoidon tarpeen arvioinnissa (mm. mittarit, lomakkeet)?

Miten paljon teet hoidon tarpeen arviointeja puhelimesta ja minkä verran vastaanotolla (arviointi)?

Minkälaista osaamista hoidon tarpeen arvioinnin tekeminen mielestäsi vaatii?

Iso kiitos vaivannäöstä. Vastaukset voit lähettää sähköpostitse erja.a.kortelainen@siunsote.fi tai markus.rautavuori@siunsote.fi

Ystävällisin terveisin

Erja Kortelainen ja Markus Rautavuori

Kehittämisiltapäivän ryhmien tulokset

Kehittämisiltapäivän 27.2.2019 työpajatyöskentelyn ryhmien 1 ja 2 tulokset

Ryhmä 1	Ryhmä 2
<p>A = välitön hoitoon ohjaus tai välitön toimenpide</p> <ul style="list-style-type: none"> • alkoholikatkaisuhoidon haluava • apteekki soittaa: potilas x on annosjake-luasiakas, resepti uusimatta, tarvitsee lääkkeet heti • delirium-oireet • epäily lapsivuodepsykoosista • henkinen ensiapu kriisitilanteissa • M1-arvio, virka-apupyynnö • paniikkikohtaus, joka ei laukea puhelin-keskustelulla • potilaalla on välitön itsemurhayritys • potilaalla välitön itsemurhauhka. • potilas avoimen psykoottinen tai maani-nen, motorisesti levoton, arvaamaton käy-tökseltään, hoitokielteinen • potilas kärsii alkoholin aiheuttamista vie-roitusoireista • potilas on tai on käynyt laboratoriossa, lä-hete sinne puuttuu tai on puuttunut. Labo-ratorio/potilas on yhteydessä hoitokoordi-naattoriin. (Jos asiakas on laboratoriossa, tilanne arvioidaan tapauskohtaisesti) • potilas, jolla on itsetuhoisia ajatuksia • potilas, jolla on itseään vahingoittavaa käyttäytymistä • psyykkisestä syystä johtuva muu välitön vaara itselle tai muille 	<p>A = päivystykselliseen hoitoon ohjaus ja neu-vonta</p> <ul style="list-style-type: none"> • alkoholikatkaisuhoidon haluava (vieroi-tusoireinen) • delirium-oireet • epäily lapsivuodepsykoosista • henkinen ensiapu kriisitilanteissa • M1-arvio, virka-avunpyynnö • perheväkivalta (mikäli tilanne akuutti, lap-set osallisia) • potilaalla on jo olemassa psykiatrinen diagnoosi, siihen liittyvä voinnin akuutti huononeminen • potilaalla välitön itsemurhauhka • potilaalla välitön itsemurhayritys • potilas avoimen psykoottinen tai maani-nen, motorisesti levoton, arvaamaton käy-tökseltään, hoitokielteinen • potilas kärsii alkoholin aiheuttamista vie-roitusoireista • potilas on tai on käynyt laboratoriossa, lä-hete sinne puuttuu tai on puuttunut. Labo-ratorio/potilas on yhteydessä hoitokoordi-naattoriin. (Jos asiakas on laboratoriossa, tilanne arvioidaan tapauskohtaisesti) • psyykkisestä syystä johtuva muu välitön vaara itselle tai muille • väkivaltaisuus ilman psyykkistä syytä
<p>B = hoitoon pääseminen 1-7 vuorokautta vuo-rokauden sisällä</p> <ul style="list-style-type: none"> • asiakkaalla satunnainen elämäntilannetta kuormittava huoli (esimerkiksi työttömyys, taloudellinen tilanne huono, parisuhdeon-gelma). Tästä hyvin ahdistunut ja unetto-muutta • masennus-, kaksisuuntainen mielialahäi-riö- tai ahdistuneisuushäiriöpotilas tai päihdepalvelujen asiakas, jolla ko. sairau-teen määrätty lääke loppunut • mielenterveyspuolen potilas tai päihde-palvelujen asiakas, jolla hoitosuhde miepään, ko. sairauteen määrättyä lääket-tä jäljellä m1-7 päivää ja resepti vanhen-tunut • omainen ottaa yhteyttä ja kaipaa keskus-telua läheisen päihteiden käyttöön liittyen • omainen ottaa yhteyttä, kuormittunut omaisen psyykkisestä oireilusta ja kaipaa tukea 	<p>B = hoito aloitetaan 1-14 vuorokauden kulues-sa</p> <ul style="list-style-type: none"> • apteekki soittaa: potilas x annosjake-luasiakas, resepti uusimatta. Tarvitsee lääkkeen heti (apteekkisopimus, riippuu lääkkeestä) • masennus-, kaksisuuntainen mielialahäi-riö- tai ahdistuneisuushäiriöpotilas tai päihdepalvelujen asiakas, jolla ko. sairau-teen määrätty lääke loppunut • mielenterveyspuolen potilas tai päihde-palvelujen asiakas, jolla hoitosuhde miepään, ko. sairauteen määrättyä lääket-tä jäljellä -7 päivää ja resepti vanhentunut • perheväkivalta: henkinen hätä, tu-ki/keskustelu • potilas kärsii huumeiden aiheuttamista vieroitusoireista • potilas on masentunut ja hakee apua en-simmäistä kertaa, ei akuuttia itsemur-hauhkaa

Kehittämisiltapäivän ryhmien tulokset

<ul style="list-style-type: none"> • potilaalla on jo olemassa psykiatrinen diagnoosi, siihen liittyvä voinnin huononeminen • potilas kärsii huumeiden aiheuttamista vieroitusoireista • potilas on masentunut, hakee apua ensimmäistä kertaa, ei akuuttia itsemurhauhkaa • psykiatrinen tuki elämän kriisitilanteissa • psykoosisairas, jolla ko. sairauteen määrätty lääke loppunut. • psykoottiset oireet silloin, kun tiedetään, että kyseessä on potilaan kroonistunut harhamaailma, jonka kanssa potilas on oppinut elämään (tarkistettava kuitenkin onko puheisiin ilmaantunut jokin uusi huolestuttava elementti) • psykoterapiassa säännöllisesti käyvä potilas, jonka psyykinen vointi on huonontunut • synnytyksen jälkeinen masennus • vaikea unettomuus 	<ul style="list-style-type: none"> • potilas, jolla on itsetuhoisia ajatuksia • psykoosisairaspotilas, jolta ko. sairauteen määrätty lääke loppunut. • psykoottiset oireet silloin, kun tiedetään, että kyseessä on potilaan kroonistunut harhamaailma, jonka kanssa potilas on oppinut elämään (tarkistettava kuitenkin onko puheisiin ilmaantunut jokin uusi huolestuttava elementti) • psykoterapiassa säännöllisesti käyvä potilas, jonka psyykinen vointi on huonontunut • synnytyksen jälkeinen masennus • toiminnalliset riippuvuudet
<p>C = hoitoon pääseminen 7 – 15 vuorokauden sisällä</p>	<p>C = hoito aloitetaan 15-30 vuorokauden sisällä</p>
<ul style="list-style-type: none"> • pidemmän aikaa kestänyt uupumus • pitkäaikainen unettomuus • pitkäaikaiset oireet, jotka eivät ole akuuttisesti pahentuneet, esim. pitkäaikainen masennus, alakulo, ahdistus, jännitys- ja paniikkioireet. potilas ei ole itsetuhoinen ja on yhteistyökykyinen • pitkäaikaissairauksien jatkohoito • potilaalla on hoitosuhde muuhun yksikköön ja haluaa mielenterveys- ja päihdepalveluihin kontaktin myös. (jos olemassa psykiatrinen esim. erikoissairaanhoidon tai päihdehoito (esim. yksityinen) ei toimenpiteitä) • psykiatrisen lausunnon tarve • psykoterapiassa käyvä potilas, joka tarvitsee B-lausunnon kuntoutustukea varten • psykoterapiassa säännöllisesti käyvä potilas, joka tarvitsee lääkehoidon seurantaa tai muutosta • somaattiset sairaudet ja kuormitusta niistä • sosiaaliset ongelmat esim. asunnottomuus • toiminnalliset riippuvuudet 	<ul style="list-style-type: none"> • asiakkaalla satunnainen elämäntilannetta kuormittava huoli (esimerkiksi työttömyys, taloudellinen tilanne huono, parisuhdeongelma). Tästä hyvin ahdistunut ja unettomuutta • omainen kuormittunut ja kaipaa keskustelua läheisen päihteiden käyttöön liittyen • paniikkikohtaus, joka ei laukea puhelinkeskustelulla • pidemmän aikaa kestänyt uupumus • pitkäaikainen unettomuus • pitkäaikaiset oireet, jotka eivät ole akuuttisesti pahentuneet, esim. pitkäaikainen masennus, alakulo, ahdistus, jännitys- ja paniikkioireet. potilas ei ole itsetuhoinen ja on yhteistyökykyinen • potilas, jolla on itseään vahingoittavaa käyttäytymistä • potilas/asiakas purkaa hätäänsä ja tyyntyy/saa avun olotilaansa/hätänsä puhelun aikana. Oma kontakti-/vastuuhoitaja on poissa pitkään (miepä- hoitaja) • psykiatrisen lausunnon tarve • psykoterapiassa säännöllisesti käyvä potilas, joka tarvitsee lääkehoidon seurantaa tai muutosta • psyykinen tuki elämän kriisitilanteissa. (Kriisiavun jälkeinen apu) • päihderiippuvuus • sosiaalihuollon viranomaisen ottaa yhteyttä ja vedoten lastensuojelulakiin pyytää vanhemman tai alaikäisen huumeselua

Kehittämisiltapäivän ryhmien tulokset

	<p>otettavaksi tai otetun seulan vastausta</p> <ul style="list-style-type: none"> • vaikea unettomuus
<i>D = hoitoon pääseminen yli 15 vuorokauden sisällä</i>	<i>D = hoito aloitetaan > 30 vuorokautta</i>
<ul style="list-style-type: none"> • ajokorttiseurannat • erotusdiagnostiset selvittelyt • neuropsykiatristen häiriöiden selvittely • opiaattikorvaushoidon aloittaminen • parisuhdeongelma tai ihmissuhderistiriita psykiatrista konsultaatiota haluava ilman akuutteja oireita • psykologin tutkimuksen tarve • päihderiippuvuus 	<ul style="list-style-type: none"> • ajokorttiseurannat • erotusdiagnostiset selvittelyt • neuropsykiatristen häiriöiden selvittely • omainen ottaa yhteyttä, kuormittunut omaisen psyykkisestä oireilusta ja kaipaa tukea • opiaattikorvaushoidon aloittaminen • parisuhdeongelma tai ihmissuhderistiriita • potilaalla hoitosuhde muuhun yksikköön ja haluaa mielenterveys- ja päihdepalveluihin myös (jos on psyk tai päihdepuolella kontakti, niin vain sovitusti, perustellusti) • psykiatrista konsultaatiota haluava ilman akuutteja oireita. • psykologin tutkimuksen tarve • psykoterapiassa käyvä potilas, joka tarvitsee B-lausunnon kuntoutustukea varten • somaattiset sairaudet ja kuormitusta niistä (syöpä tms)
<i>E = ei hoidon tarvetta</i>	<i>E = ei hoidon tarvetta, ohjataan muiden palveluiden piiriin</i>
<ul style="list-style-type: none"> • läheisestään huolissaan oleva omainen. Ei johda kyseisen ihmisen yhteydenottoon • perheväkivalta • potilas/asiakas purkaa hätäänsä ja tyyntyy/saa avun olotilaansa/hätänsä puhelun aikana. Oma kontakti-/vastuuhoitaja on poissa pitkään • potilas/asiakas, jolla ei ole hoitosuhdetta miepään, pyytää reseptin uusintaa • sosiaalihuollon viranomainen ottaa yhteyttä ja vedoten lastensuojelulakiin pyytää vanhemman tai alaikäisen huumeseu- laa otettavaksi tai otetun seulan vastausta • väkivaltaisuus ilman psyykkistä syytä- poliisille ohjaus • yksinäisyys 	<ul style="list-style-type: none"> • läheisestään huolissaan oleva omainen. Ei johda kyseessä olevan asiakkaan yhteydenottoon • pitkäaikaissairauksien jatkohoito (somaattiset) • potilas/asiakas, jolla ei hoitosuhdetta miepään ja pyytää reseptin uusintaa • sosiaaliset ongelmat esimerkiksi asunnottomuus • yksinäisyys

Siun soten mielenterveys- ja päihdepalveluiden kiireellisyysjärjestys työohjeena



Mielenterveys- ja päihdepalvelut

Hoidon tarpeen arviointi
17.5.2019

98 (100)

*Laatijat: Erja Kortelainen, sairaanhoitaja Markus Rautavuori, sairaanhoitaja
Hyväksyjä: Johanna Suvanto, palvelupäällikkö*

Kiireettömän hoidon tarpeen arviointi

Kun potilas ottaa ensimmäistä kertaa yhteyttä hoitokoordinaattoriin tai kun hän muuta reittiä ohjautuu ensimmäistä kertaa hoitotyöntekijän vastaanotolle, suoritetaan hänelle hoidon tarpeen arviointi (HTA) ja suunnitelmaan/ohjataan jatkohoito laaditun kiireellisyysjärjestyksen perusteella. Hoidon tarpeen arviointi suoritetaan hoidon tarpeen arvioinnin prosessin mukaisesti, jossa huomioidaan mielenterveys- ja päihdepalveluiden voimassa olevat toimintaohjeet.

Hoidon tarpeen arvioinnin prosessi

Perustiedot:

- potilaan nimi
- henkilötunnus
- perustietojen tarkistus Mediatrista (muista puhelinnumero, osoite, ammatti yms.)

Hoidon tarve:

- aikaisemmat sairaala- tai avohoitojaksot
- oireet ja niiden kesto
- lääkitys
- itsetuhoisuuden arviointi ja aiemmat mahdolliset itsemurhayritykset, itsetuhoisen käyttäytyminen
- toimintakyky: kyky huolehtia itsestä ja asioista
- mahdolliset unihäiriöt

Potilaan oma sairautentunto: potilaan oma käsitys terveydentilastaan:

- tämän hetkinen elämäntilanne, kuormitustekijät
- perhe ja verkostot

Perussairaudet:

- somaattiset sairaudet ja niiden hoito
- päihteiden käyttö: Mitä päihteitä käyttää, minkä verran ja milloin viimeksi

Ohjaus ja jatkohoidon suunnitelma:

- laadi potilaalle jatkohoidon suunnitelma, tee tarvittaessa ajanvaraus tai varaa puhelinaika hoito työntekijälle
- kertaa suunnitelma ja varmista, että potilas ymmärtää, mitä on yhteisesti sovittu
- tiedota sovittusta jatkohoitotahoa (tiedoksi PTH tai muilla tavoin)

Siun soten mielenterveys- ja päihdepalveluiden kiireellisyysjärjestys työohjeena

Triageluokitus eli hoidon kiireellisyysjärjestys**A = PÄIVYSTYKSELLISEEN HOITOON OHJAUS JA NEUVONTA**

- alkoholikatkaisuhoidon haluava (vieroitusoireinen) potilas
- deliriumoireinen potilas
- epäily lapsivuodepsykoosista
- henkinen ensiapu kriisitilanteissa
- M1-arvio, virka-apupyynnö
- perheväkivalta (mikäli tilanne akuutti, lapset osallisina, yhteys poliisiin)
- potilaalla on olemassa psykiatrinen diagnoosi ja siihen liittyvä akuutti voinnin huononeminen
- potilaalla on välitön itsemurhahauka
- potilaalla on välitön itsemurhayritys
- potilas on avoimen psykoottinen ja/tai maaninen, motorisesti levoton, arvaamaton käytökseltään, hoitokielteinen
- potilas on tai on käynyt laboratoriossa, lähete sinne puuttuu tai on puuttunut. Laboratorio/potilas on yhteydessä hoitokoordinaattoriin. Tilanne harkitaan tapauskohtaisesti, vaatiiko välittömiä toimenpiteitä
- psykoosisairas potilas, jolta sairauteen määrätty lääke loppunut
- psyykkisestä syystä johtuva muu välitön vaara itselle tai muille
- sosiaalihuollon viranomaisen ottaa yhteyttä ja vedoten lastensuojelulakiin pyytää vanhemman tai alaikäisen huumeuseuraa otettavaksi tai otetun seulan vastausta (Huomioi erilliset ohjeet, ohjataan välittömiin toimenpiteisiin alaikäisten suhteen terveysasemalle)
- väkivaltaisuus ilman psyykkistä syytä , ohjaus poliisille

B = HOITO ALOITETAAN 1-14 VUOROKAUDEN SISÄLLÄ TAI OHJAUS MUIHIN PALVELUIHIN

- apteekki soittaa: potilas annosjakelussa, resepti uusimatta ja tarvitsee lääkkeen heti (apteekkisopimus, huomioitava, mikä lääke kyseessä: psykoosilääkityksen triage A)
- injektioimuotoisen lääkehoidon toteuttamista tarvitseva potilas
- kotiin vietäviä palveluja tarvitseva mielenterveys- tai päihdepotilas
- masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö tai ahdistuneisuushäiriöpotilas tai päihdepalvelujen asiakas, jolla sairauteen määrätty lääke loppunut
- mielenterveys- tai päihdepalveluiden potilas, jolla voimassa oleva hoitosuhde Miepään. Sairauden hoitoon määrättyä lääkettä jäljellä 1-7 vuorokautta
- perheväkivalta: Henkinen hätä, keskustelutuen tarve
- potilas jolla on itsetuhoisia ajatuksia
- potilas kärsii huumeusaineiden aiheuttamista vieroitusoireista
- potilas on masentunut ja hakee apua ensimmäistä kertaa, ei akuuttia itsemurhahaukaa. (Huomioi masennuksen aste: Keskivaikea ja lievä hoidetaan Pth, vaikea masennus hoidetaan esh.)
- psykoottiset oireet silloin, kun tiedetään, että kyseessä on potilaan kroonistunut harhamaailma, jonka kanssa potilas on oppinut elämään (Huomioitava kuitenkin, onko puheisiin ilmaantunut jokin uusi huolestuttava elementti)
- psykoterapiassa säännöllisesti käyvä potilas, jonka psyykinen vointi on heikentynyt synnytyksen jälkeinen masennus

C = HOITO ALOITETAAN 15-30 VUOROKAUDEN SISÄLLÄ

- asiakkaalla satunnaisesta elämäntilanteesta johtuvaa ahdistusta ja/ tai unettomuutta (esim. työttömyys, menetys, taloudelliset huolet)
- omaisen sairaudesta, mielenterveysongelmista tai päihdeongelmasta kuormittunut omainen
- paniikkikohtaus, joka ei laukea puhelinkeskustelulla
- pidemmän aikaa jatkunut uupumus

Siun soten mielenterveys- ja päihdepalveluiden kiireellisyysjärjestys työohjeena

- pitkäaikainen ja vaikea unettomuus kts alempana
- pitkäaikaiset oireet, jotka eivät ole akuutisti pahentuneet, esim. pitkäaikainen masennus, alakulo, ahdistus, jännitys- ja paniikkioireet. Potilas ei ole itsetuhoinen ja on yhteistyökykyinen
- itseä vahingoittava käyttäytyminen
- potilas/asiakas purkaa hätäänsä ja tyyntyy/saa avun olotilaansa/hätänsä puhelun aikana. Oma kontakti-/vastuuhoitaja on poissa pitkään (Miepähoitaja)
- psykoterapiassa säännöllisesti käyvä potilas, joka tarvitsee lääkehoidon seurantaa tai muutosta
- psyykinen tuki elämän kriisitilanteissa (kriisiavun jälkeinen hoito)
- päihderiippuvuus
- ryhmämuotoisen hoidon potilas
- Toiminnalliset riippuvuudet (peli-, seksi, oniomania eli ostoriippuvuus)
- Vaikea unettomuus pitkäaikainen

D = HOITO ALOITETAAN > 30 VUOROKAUTTA

- ajokorttiseurannat
- erotusdiagnostiset selvittelyt
- erikoislääkärin lausunnot (mm. kuntoutustuki, vaativa lääkinnällinen kuntoutuspsykoterapia)
- neuropsykiatristen häiriöiden selvittely
- opiaattikorvaushoidon aloittaminen
- parisuhdeongelma tai ihmissuhderistiiriita
- potilaalla hoitosuhde muuhun psykiatriseen hoitotahoon /yksikköön ja haluaa hoitosuhteen myös mielenterveys- ja päihdepalveluihin. (Jos on mielenterveys- ja päihdepalveluihin kontakti, niin vain hyvin perustellusti ja erikseen sopien.)
- psykiatrin konsultaatiota haluava ilman akuutteja oireita.
- psykologin tutkimuksen tarve
- psykoterapiassa käyvä potilas, joka tarvitsee B-lausunnon kuntoutustukea varten.
- somaattisten sairauksien aiheuttama kuormitus (esim. syöpä tai muu pitkäaikaissairaus)

E = EI HOIDON TARVETTA MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUISSA

- läheisestään huolissaan oleva omainen, ei johda huolen kohteena olevan henkilön yhteydenottoon.
- potilas, jolla ei ole hoitosuhdetta mielenterveys- ja päihdepalveluihin, pyytää reseptin uusintaa.
- somaattisten pitkäaikaissairauksien hoito
- sosiaaliset ongelmat (esim. asunnottomuus, varattomuus)
- yksinäisyys

Siun sote
Mielenterveys- ja päihdepalvelut

**Pohjois-Karjalan sosiaali- ja
terveyspalvelujen kuntayhtymä**
p. 013 3300 (vaihe)
www.siunsote.fi