

Opinnäytetyö (YAMK)

Mielenterveys- ja päihdetyö

2020

Katariina Hannula

TEHOSTETUN AVOHOIDON KEHITTÄMINEN VSSHP PSYKIATRIAN TOIMIALUEEN PSYKOOSIEN VASTUUALUEELLA

–Toimintamalli akuuttia hoitoa tarvitsevan potilaan
hoidon järjestämiseksi

Katariina Hannula

TEHOSTETUN AVOHOIDON KEHITTÄMINEN VSSHP PSYKIATRIAN TOIMIALUEEN PSYKOOSIEN VASTUUALUEELLA

-Toimintamalli akuuttia hoitoa tarvitsevan potilaan hoidon järjestämiseksi

Psykiatrisen akuuttihoiton tulisi rakentua isojen avohoitoyksiköiden varaan, jossa vaativissakin tilanteissa hoidon tulisi pääosin tapahtua. Hyvä akuuttitoiminta tarvitsee mm. konsultointia, liikkuvia yksiköitä ja kotikäyntejä. Useiden tutkimusten mukaan potilaat suosivat kotiin tuotavaa hoitoa sairaalahoidon sijaan.

Tämän kehittämisprojektin tarkoituksena oli kehittää avohoidon tehostamisen toimintamalli akuuttia hoitoa tarvitsevien potilaiden hoidon järjestämiseksi Tyks Psykiatrian Psykoosien vastuualueen Turun psykoosiryhmien, Psykoosihoidon tehostetun avohoidon yksikön sekä Tyks Akuutin Mielenterveys- ja päihdeyksikön välille. Tavoitteena oli kehittää Tyks Psykoosien vastuualueen avohoidon akuuttitoimintaa.

Tämän kehittämisprojektin tutkimuksellisessa osiossa suoritettiin kaksi ryhmähaastattelua, jossa menetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Haastateltavat olivat henkilökunnan jäseniä (7) ja heidät rekrytoitiin Turun psykoosiryhmistä, Psykoosihoidon tehostetun avohoidon yksiköstä sekä Tyks Akuutin mielenterveys- ja päihdeyksiköstä. Tässä kehittämisprojektissa käytettiin myös benchmarking-menetelmää, jonka avulla selvitettiin, millaisia tehostetun avohoidon malleja muualla Suomessa on.

Tulosten perusteella Psykoosihoidon tehostetun avohoidon yksikön toimintaa ei tunneta tarpeeksi hyvin, jotta sitä osattaisiin hyödyntää tilanteessa, jossa potilas on akuutin hoidon tarpeessa, mutta ei suurella todennäköisyydellä tarvitse sairaalahoitoa. Keinoja avohoidon akuuttitoiminnan lisäämiseksi ovat vakioidut akuuttiajat, iltavastaanotot, kotikäyntien lisääminen, kriisihoitoresurssin käyttö sekä kriisipuhelimen käyttöönotto. Potilaiden hoidon kulun yksiköiden välillä tulee olla saumatonta, potilailla tulee olla ajantasainen hoitosuunnitelma sekä kirjallinen kriisisuunnitelma. Nykyisiä ohjeistuksia ja toimintamalleja tulee selkeyttää sekä tietoa Psykoosihoidon tehostetun avohoidon yksikön tarjoamasta hoidosta lisätä, jotta sitä osataan hyödyntää tehokkaammin vaihtoehtona sairaalahoidolle.

Tämän kehittämisprojektin tuotoksena syntyi toimintamalli, ehdotus akuutin hoidon tarpeessa olevan potilaan hoidon järjestämisestä. Toimintamallin on tarkoitus selkeyttää yksiköiden toimintaa, eri rooleja, parantaa yksiköiden välistä yhteistyötä sekä tulla osaksi uusien työntekijöiden perehdytystä.

ASIASANAT:

psykoosipotilas, hoidon järjestäminen, tehostettu, avohoito, toimintamalli

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Advanced Nursing Practice (Master's degree)

2020 | 66 pages, 23 pages in appendices

Katariina Hannula

DEVELOPING THE INTENSIVE OUTPATIENT PSYCHIATRIC SERVICES FOR PATIENTS WITH PSYCHOTIC DISORDERS IN TURKU UNIVERSITY HOSPITAL, FINLAND.

- Operations model of intensified outpatient care for patients in need for acute psychiatric care

The acute psychiatric care should be supported by large outpatient care units, where the actual, even demanding care should happen. A sufficient acute function needs consulting, mobilizing units and home visits. According to several studies the majority of patients prefer the care that is brought home instead of hospital care.

The purpose of this developmental project was to improve the operations model of intensified outpatient care for patients with psychotic disorders in need for acute psychiatric care in Turku University Hospital (Tyks). The aim was to provide a plan for developing out-patient services of patients with psychotic disorders.

In the research part included in this project, there was two group interviews, using a theme interview as a research method. The interviewees were members of the staff from Tyks psychiatry. In this developmental project the benchmarking-method was also used, to gather more data about what kind of different models of intensive outpatient care there are in Finland.

The results indicate that the means for the development of outpatient acute psychiatric care are standardizes acute hours, receptions for busy times and evenings, more home visits, usage of crisis resources and a crisis phone. The care of patients between different units must be taken care of seamlessly, the patients must have an up to date course of treatment and a written plan of the possible crisis. The current instructions and operating models must be clarified and increase information about the unit of intensive outpatient services, so all the information can be used more efficiently as an option against admission to a hospital.

As a result of this developmental project an operational model was created, of which the target is to suggest how the care should be organized in the future when a patient is in need of an acute care. This model was created to simplify the actions and roles of the units to improve the co-operation with different units and become a part of introduction to new employees.

KEYWORDS:

psychosis, crisis, acute, intensive care, outpatient services, operations model

SISÄLTÖ

KÄYTETYT LYHENTEET	6
1 JOHDANTO	7
2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT	9
2.1 Kehittämiprojektin tarkoitus, tavoite ja tuotos	9
2.2 Kohdeorganisaatio	9
3 PSYKOOSIPOTILAAN AVOHOITO	13
3.1 Psykoosisairaudet	13
3.2 Psykoosipotilaan avohoidon järjestäminen	14
3.3 Päivystyspalvelut	16
4 AKUUTTIA HOITOA TARVITSEVAN POTILAAN TEHOSTETTU AVOHOITO	17
4.1 Akuutin hoidon tarve	17
4.2 Tehostetun avohoidon järjestäminen	18
5 KEHITTÄMISPROJEKTIN MÄÄRITTELY	22
5.1 Kehittämiprojektin eteneminen	22
5.2 Projektiorganisaatio	24
5.3 Kirjallisuushaku	25
6 TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISMENETELMÄT	28
6.1 Benchmarking	28
6.2 Haastattelututkimus	28
6.2.1 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	29
6.2.2 Haastattelumenetelmä, kohderyhmä ja aineistonkeruu	29
6.2.3 Aineiston analysointi	31
6.2.4 Haastattelututkimuksen eettisyys ja luotettavuus	32
7 TULOKSET	35
7.1 Avohoidon tehostamisen toimintamallit Suomessa	35
7.2 Nykyiset toimintamallit ja niiden kehittäminen	40
7.3 Uudet toimintamallit	48
7.4 Yhteistyö	50
7.5 Muut esille nousseet asiat	53

8 POHDINTA	54
8.1 Tulosten tarkastelua	54
8.2 Johtopäätökset	57
8.3 Jatkotutkimusehdotukset	57

9 TOIMINTAMALLI AKUUTTIA HOITOA TARVITSEVAN POTILAAN HOIDON JÄRJESTÄMISEKSI PSYKOOSIEN VASTUUALUEELLA	58
--	-----------

10 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI	60
---	-----------

LÄHTEET	62
----------------	-----------

LIITTEET

Liite 1. Kirjallisuushakukoonti	
Liite 2. Kirjallisuushaun tulos	
Liite 3. Teemahaastattelurunko	
Liite 4. Haastattelun saatekirje	
Liite 5. Haastatteluaineiston ryhmittely	
Liite 6. Nykyisten toimintamallien kehittäminen, uudet toimintamallit sekä niiden jakautuminen yksiköiden välille	
Liite 7. Toimintamalli akuuttia hoitoa tarvitsevan potilaan hoidon järjestämiseksi	

KUVIOT

Kuvio 1. Kehittämisprojektin eteneminen	22
Kuvio 2. Akuuttia hoitoa tarvitsevan potilaan avohoidon tehostamisen malleja Suomessa	39
Kuvio 3. Akuuttia hoitoa tarvitsevan potilaan avohoidon nykyiset toimintamallit haastattelututkimuksen mukaan	48

TAULUKOT

Taulukko 1. Turussa sijaitsevat Psykoosien vastuualueen avohoidon yksiköt	10
Taulukko 2. Iso-Britannian CRT-tiimien toimintatapoja	20
Taulukko 3. Kehittämisprojektin aikataulu	23
Taulukko 4. Hakusanat	26

KÄYTETYT LYHENTEET

Lyhenne	Lyhenteen selitys
CRT	Crisis Resolution Team
IHT	Intensive Home Treatment
IHTT	Intensive Home Treatment Team
PHTA	Psykoosihoidon tehostetun avohoidon yksikkö

1 JOHDANTO

Tämä kehittämisprojekti syntyi tarpeesta kehittää Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSHP) Psykiatrian toimialueen Psykoosien vastuualueen avohoidon akuuttitoimintaa. Avohoidon akuuttitoiminnan kehittämisellä haluttiin vähentää sairaalahoitajaksojen määrää sekä tarjota potilaille joustavampia palveluita Psykoosien vastuualueella. Tämän kehittämisprojektin tarkoituksena oli kehittää avohoidon tehostamisen toimintamalli akuuttia hoitoa tarvitsevien potilaiden hoidon järjestämiseksi Turun yliopistollisen keskussairaalan (Tyks) Psykiatrian Psykoosien vastuualueen Turun psykoosityöryhmien, Psykoosihoidon tehostetun avohoidon yksikön sekä Tyks Akuutin Mielenterveys- ja päihdeyksikön välille.

VSSHP on määritellyt yhdeksi 2019-2020 strategiakseen palvelu- ja hoitoketjujen vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden kehittämisen. Tämä koostuu hoidon tarpeen arvioinnin ja hoitoon pääsyn kehittämisestä eri asiakasryhmissä ja prosesseissa. (VSSHP, 2018.) Turkuun rakennetaan uusi psykiatrinen sairaala, jonka hankesuunnittelua tehdään yhteistyössä henkilökunnan ja potilas- sekä omaisjärjestöjen kanssa. Sairaalan on tarkoitus valmistua vuonna 2024 ja sen on tarkoitus olla avoin ja helposti lähestyttävä, yhteiskunnan palveluihin integroitu sairaala. (VSSHP, 2019.) Uusi sairaala tulee olemaan keskeisellä paikalla sijaitseva dynaaminen rakennus, joka toimii lähellä muiden erikoisalojen palveluita sekä sairaalan yhteispäivystystä. Lisäksi psykiatrian uudisrakennuksen toiminnallisessa suunnitelmassa sen keskeisiksi tavoitteiksi on määritelty sairaanhoidon avohoitopainotteisuus, avo- ja osastohoidon integraatio, potilas- ja työturvallisuus sekä pakon käytön vähentäminen. (Tyks, 2019b, 7.)

Uudessa sairaalassa sairaansijojen määrä vähenee nykyisestä 193 sairaansijasta 154 sairaansijaan ja on arvioitu, että avohoidon palveluja lisäämällä sairaalahoidon tarve hyvin todennäköisesti vähenee. Tämä muutos tehdään asteittain seuraavien vuosien aikana. Avoin ja helposti lähestyttävän palvelujärjestelmän ansiosta potilaat saadaan yhä aikaisemmassa vaiheessa hoitoon, mikä vähentää sairaalahoidon tarvetta. Tällä hetkellä Tyks avohoidon työryhmät, jotka tukevat psykiatrian vuodeosastoja, toimivat erillään ja etäisyydet ovat liian suuret. Hoitoa tulee toteuttaa osastojen ja avohoidon välillä saumattomasti. (Tyks, 2019c, 46-47.)

Osastojen kuormitusaste Psykoosien vastuualueella on ollut hyvin korkea viimeiset puoli vuotta. Liikkuva työ ja etätö tulevat lisääntymään merkittävästi nykyisestä. Kriisien en-

nakoimiseksi ja hoitamiseksi avohoidossa tulee akuutti ja subakuutti intensiivinen avohoito kotiin vietävine palveluineen lisääntymään selvästi. (Tyks, 2019c, 32-33.) Avohoidon palveluja tehostamalla psykiatrisen osastohoidon tarve vähenee. Sujuvien, uusien prosessien kautta potilasta voidaan hoitaa avohoidossa yhä tehokkaammin. Tehostaminen toteutetaan kotiin tehtävän työn lisäämisellä sekä kehittämällä uusia digitalisaatiotratkaisuja. Uuteen sairaalaan tuleva koordinoiva yksikkö toimii keskiössä ja koordinoi potilaan oikean hoidon pariin. Yksikön kautta yhä useampi potilas ohjautuu tehostettuun avohoitoon ja voidaan näin hoitaa kotiin. (Tyks, 2019b, 7.) Uuden sairaalan toimintasuunnitelmassa tehostettu avohoito nähdään liikkuvana, kotiin suuntautuvana palveluna. Se toimii osastohoitoa ehkäisevänä toimintana ja yhteistyö somaattiseen erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuoltoon sekä kolmannen sektorin hoitotahoihin on tiivistä. (Tyks, 2019c, 57.)

Tämän kehittämisprojektin tuotoksena on toimintamalli, joka on ehdotus siitä, miten avohoitoa voidaan järjestää, kun potilas on akuutin hoidon tarpeessa. Toimintamallin on tarkoitus selkeyttää yksiköiden toimintaa, eri rooleja, parantaa yksiköiden välistä yhteistyötä sekä tulla osaksi uusien työntekijöiden perehdytystä.

Tässä kehittämisprojektin loppuraportissa esitellään kehittämisprojektin lähtökohtia, kohdeorganisaatio sekä kehittämisprojektin tarkoitus ja tavoitteet. Loppuraportissa esitellään myös kirjallisuuskatsauksen tuloksia ja kehittämisprojektin etenemistä. Lisäksi tuodaan esille kehittämisprojektissa käytetyt kehittämis- ja tutkimusmenetelmät, tulokset, johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset. Lopuksi esitellään kehittämisprojektin tuotoksena syntynyt toimintamalli.

2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Kehittämiprojektin tarkoitus, tavoite ja tuotos

Tämän kehittämisprojektin *tarkoituksena* oli kehittää avohoidon tehostamisen toimintamalli akuuttia hoitoa tarvitsevien potilaiden hoidon järjestämiseksi Tyks Psykiatrian Psykoosien vastuualueen Turun psykoosityöryhmien, Psykoosihoidon tehostetun avohoidon yksikön sekä Tyks Akuutin Mielenterveys- ja päihdeyksikön välille. *Tavoitteena* oli kehittää Tyks Psykoosien vastuualueen avohoidon akuuttitoimintaa.

Tämän kehittämisprojektin *tuotoksena* on toimintamalli, eli ehdotus siitä, miten akuuttihoiton tarpeessa olevan potilaan hoito voitaisiin järjestää siten, että potilaan ei tarvitsisi turvautua osastohoitoon. Toimintamallin on tarkoitus selkeyttää yksiköiden toimintaa, eri rooleja, parantaa yksiköiden välistä yhteistyötä sekä tulla osaksi uusien työntekijöiden perehdytystä.

2.2 Kohdeorganisaatio

Mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys ja palvelujen tarve on Varsinais-Suomessa maan keskitasoa. Mielenterveysongelmien hoidon painopiste on psykiatrian avohoidossa. Puutteita on havaittu alueen matalankynnyksen mielenterveyspalveluissa. Psykiatrian laitoshoidon käyttö sen sijaan on lähellä maan keskitasoa. Keväällä 2018 psykiatrian laitoshoidon sairaansijat vähenivät osastohoidon päättyessä kokonaan Uudenkaupungin psykiatrisessa sairaalassa. (THL, 2018, 23-24.) Varsinais-Suomen mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmän ohjaava tavoite on palvelujen nopea saatavuus matalalla kynnyksellä asiakkaan tarpeen mukaan. Palvelut tuotetaan soveltuvin osin liikkuvina, asiakkaan omaan ympäristöön suuntautuvina vastaanottomallin lisäksi. Kehitettäessä mielenterveyspalveluja, tullaan erikseen huomioimaan se, miten palveluohjausta voidaan tehostaa, kuinka sähköisiä palveluja voidaan hyödyntää sekä, miten kehittää matalan kynnyksen- ja liikkuvia palveluja. (Turun kaupunki, 2019, 63.)

Varsinais-Suomen psykiatrian erikoissairaanhoidon järjestämisestä vastaa Tyks Psykiatrian toimialue. Turun kaupungin mielenterveys- ja päihdepalvelut fuusioituivat liikkeenluovutuksella psykiatrian tulosalueen kanssa vuonna 2017. (Tyks, 2019c, 7.) Avohoi-

dossa toteutetaan mm. yksilö-, perhe- ja ryhmähoitoja, arvioidaan hoidon tarvetta ja suoritetaan tutkimusjaksoja, kuntouttavaa hoitoa ja lääkehoitoja. Mielenterveysavopalveluja käytti vuonna 2017 Turussa yli 7,5 tuhatta asiakasta ja käyntejä kirjattiin yhteensä yli 66 tuhatta. (Lyly-Falck, 2018, 7-44.) Tyks Psykiatrian toimialueella on kahdeksan vastuu-alueita: akuuttipsykiatria, lastenpsykiatria, nuorisopsykiatria, mielialahäiriöt, neuropsykiatria, psykoosit, riippuvuuspsykiatria ja vanhuspsykiatria. Tyks Psykiatria tuottaa palveluita yhteensä noin puolelle miljoonalle asukkaalle. Koko toimialueella on tällä hetkellä 58 avohoitoyksikköä ja 13 vuodeosastoa, joissa on yhteensä 193 sairaansijaa. Vuodeosastot sijaitsevat Mäntymäen alueella, Halikon sairaalassa ja Tyksin alueella. (Tyks, 2019b, 5-7.) Kotiin vietäviä psykiatrisia erikoissairaanhoidon palveluja on Turussa lisätty. Vuonna 2016 perustettiin tehostetun avohoidon yksiköt vanhuspsykiatrilalle ja psykoosien hoitoon. (Lyly-Falck, 2018, 7-44.)

Tämä kehittämisprojekti toteutetaan Tyks Psykiatrian, Psykoosien vastuualueen avohoidon Turussa sijaitseviin yksiköihin, jotka on listattu taulukossa (Taulukko 1). Kaikki yksiköt sijaitsevat Turussa, Kurjenmäenkadulla, rakennuksessa 38.

Taulukko 1. Turussa sijaitsevat avohoidon yksiköt Psykoosien vastuualueella

Turun kuntoutustyöryhmä (KTR)
Turun psykoosi- ja bipolaariryhmä (PTR & BTR)
Psykoosihoidon tehostetun avohoidon yksikkö (PHTA)

Turun kuntoutustyöryhmä tarjoaa psykiatriseen erikoissairaanhoidon kuuluvia avokuntoutuspalveluja aikuisikäisille turkulaisille. Tavoitteena on auttaa potilasta löytämään omat voimavaransa arjessa sekä ehkäistä psykoosin uusiutuminen avokuntoutuksen keinoin. Kuntoutuksen avulla pyritään tukemaan ja parantamaan potilaan toimintakykyä ja elämänhallintaa. Keskeisiä hoitomenetelmiä ovat omahoitajatyöskentely, lääkehoito, elämänhallintaa ja toimintakykyä parantavat yksilö-, perhe- ja ryhmätoiminnat sekä verkostotapaamiset ja kotikäynnit. (Tyks, 2020a.)

Turun psykoosi- ja bipolaariryhmä hoitaa aikuisikäisiä potilaita, joilla on todettu psykoosioireita tai psykoosisairaus. Työryhmä hyödyntää hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa psykososiaalisia hoitomenetelmiä sekä lääkehoitoa. Muita hoitomenetelmiä ovat omahoitajatyöskentely, lääkehoito, kotikäynnit sekä toimintakyky- ja elämänhallintaa

parantavat yksilö-, perhe- ja ryhmätoiminnot. (Tyks, 2020b.) Tyksin psykoosipotilaan hoidon mallin mukaan omahoitajuus on psykoosipotilaan hoidossa keskeisessä roolissa ja omahoitajalla tulee olla resurssi tavata potilasta hänen vointinsa kulloinkin vaatimalla frekvenssillä. (Tyks, 2017.)

Tyks Psykiatrian Psykoosien vastuualueella toimii psykoosihoidon tehostetun avohoidon yksikkö (PHTA), jonka työnkuvaan kuuluu Turkulaisten potilaiden väliaikainen avohoidon tehostus tarvittaessa. Potilailla on jo hoitosuhde Psykoosien vastuualueen psykoosiryhmissä ja hoidossa tuetaan jo käynnissä olevaa erikoissairaanhoidoa. Tehostettu avohoito osallistuu tarvittaessa potilaan hoitoon erilaisissa siirtymävaiheissa, esimerkiksi osastohoidosta avohoitoon. Tehostetussa avohoidossa hoidetaan myös potilaat, joilla muut avohoidon keinot on todettu riittämättömiksi. Tapaamiset tapahtuvat pääasiassa potilaan kotona. Yksilölliset hoitomenetelmät sovitaan yhdessä potilaan kanssa hoitoneuvotteluissa. Hoitomenetelminä ovat mm. kotikäynnit, toimintakykyä ja elämänhallintaa parantavat yksilö- ja perhetoiminnot ja lääkehoito. (Tyks, 2019a; Tyks, 2020d.)

Tyks Psykiatrian toimialueen Psykoosien vastuualueella on määritelty erikseen ensipsykoosipotilaan hoitopolku sekä toistuneen psykoosin hoidon prosessi. Ensipsykoosipotilas ohjautuu lähetteen käsittelyn jälkeen joko avohoidon vastaanottoajalle tai osastohoitoon. Avohoidon ensikäynnillä moniammatillisen työryhmän kanssa tehdään alustava hoito- ja tutkimussuunnitelma. Omahoitaja ja lääkäri koordinoivat potilaan toiminta- ja työkyvyn arviointijaksoa, johon sisältyy erilaisia tutkimuksia ja esimerkiksi etuuskien ja lääkeytyksen selvittelyä. Vastaava arviointijakso alkaa myös osastohoidon aikana, joka toteutuu joko vapaaehtoisesti tai tahdosta riippumatta. Potilaan hoito toteutuu yhteistyössä avo-, tehostetun avo- ja osastohoidon kesken ja hoitoneuvotteluissa arvioidaan säännöllisesti toimintakykyä ja tarvittaessa päivitetään hoitosuunnitelmaa. (Tyks, 2020c.)

Myös toistuneen psykoosin hoidon prosessissa potilas ohjautuu lähetteen käsittelyn jälkeen avohoidon vastaanotolle tai osastohoitoon. Arviointi ja tutkimusjakso tulevat kyseeseen myös toistuvan psykoosin kohdalla. Potilas saa hoitosuunnitelman mukaista kuntoutusta ja hoitoa, jossa mukana on hoitaja, psykologi, toimintaterapeutti ja tarvittaessa muu moniammatillinen työryhmä. Potilaan hoito voi pitää sisällään esimerkiksi yksilö-, perhe- ja ryhmämuotoisia hoitoja. Hoito on avo-, tehostetun avo- ja osastohoidon yhteistyötä. Avohoito kestää molemmissa hoitoprosesseissa yleensä kuukausista vuosiin ja hoitoneuvottelussa sovitaan hoidon päättämisestä erikoissairaanhoidosta sekä tarvittaessa jatkohoidon ja seurannan järjestämisestä esimerkiksi perusterveydenhuollossa. (Tyks, 2020c.)

Vuonna 2015 perustettiin Turun alueen yhteispäivystyksen yhteyteen mielenterveys- ja päihdeyksikkö. Yksikön perustamisella haluttiin vähentää psykiatrisen osastohoidon tarvetta ja toistuvia päivystyskäyntejä. Lisäksi haluttiin lisätä hoidon vaikuttavuutta ja vähentää potilaiden epätarkoituksenomaista siirtelyä. (Ahola & Vainio, 2016, 68.) Tyksin Akuutti Mielenterveys- ja päihdeyksikkö palvelee potilaita, joilla on psyykkisesti kuormittava tilanne, äkillinen mielenterveyden kriisi tai päihteiden käyttöön liittyvä kriisitilanne. Yksikkö on avoinna ympäri vuorokauden. Yksikössä arvioidaan psykiatrisen avun tarvetta, annetaan ensiapu vaikeisiin psyykkisiin oireisiin sekä tarvittaessa ohjataan jatkohoitoon. Psykiatrian poliklinikoiden ja päihdeyksiköiden muut kuin päivystykselliset asiat hoidetaan omassa hoitopaikassa. (Tyks, 2020e.) Uuden P-sairaalan valmistuttua Psykiatrisen päivystys jatkaa toimintaansa Tyksin päivystyksessä T-sairaalassa. Päivystykseen ohjataan kaikki tarkkailulähetteellä eli M1-lähetteellä saapuvat potilaat ja potilaat, joilla epäillään akuutti psykiatrista hätätilaa (APH). Päivystyksessä kartoitetaan ja toteutetaan erotuksellinen- ja somaattinen primääridiagnostiikka. (Tyks, 2019c, 57.)

Uuden psykiatrian sairaalan toiminnallisen suunnitelman mukaan tulevaisuudessa vastuualuekohtaiset kriisiajat on tarkoitettu jo hoidossa oleville potilaille. Vastuualueilla tulee olla valmius järjestää hoidossa oleville potilaille aika seuraavalle arkipäivälle, jos potilaan tilanne on kriisiytynyt niin, että tarvitaan hoidon tehostamista (Tyks, 2019c, 58.) Psykoosien vastuualue tehosti jo syksystä 2019 alkaen akuuttitilanteiden viiveetöntä hoitoa. Tällä pyritään nopeuttamaan tiedonkulkua tilanteissa, joissa potilas on hakeutunut Tyksin Akuutti mielenterveys- ja päihdeyksikköön päivystykseen. Kun potilas, jolla on hoitosuhde Psykoosien vastuualueen avohoidon yksiköihin, hakeutuu päivystykseen, mutta ei tarvitse sairaalahoitoa, ollaan häneen seuraavana arkipäivänä yhteydessä voimien tarkistamiseksi ja mahdollisesti lisätuen sopimiseksi. Potilaaseen yhteydessä on pääsääntöisesti tuttu omahoitaja. Tieto Mielenterveys- ja päihdeyksiköstä kulkee erillisen, ns. Kriisihoitoressurssin kautta. Toimintaa koordinoi Psykoosihoidon tehostetun avohoidon yksikkö.

3 PSYKOOSIPOTILAAN AVOHOITO

Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) mielenterveysstrategioista yhdeksi on määritelty ihmisten tarpeiden mukaiset, laaja-alaiset palvelut. Sen mukaan palvelujärjestelmän tulisi olla laadukas, muuntautumiskykyinen ja asiakaslähtöinen. Palveluiden tulisi olla jokaisen saatavilla, riittävän varhain ja nopeasti. Palvelut vastaavat ihmisten tarpeita parhaiten myös silloin, kuin palveluissa ihminen huomioidaan kokonaisuutena, ja myös fyysinen terveys otetaan huomioon mielenterveyden lisäksi. (STM, 2020, 29.) Laadukkaat mielenterveys- ja päihdepalvelut käyttävät laadukkaita työmenetelmiä, ovat saavutettavissa, kunnioittavat asiakkaan oikeuksia, lisäävät osallisuutta, vähentävät eriarvoisuutta sekä tukevat kuntoutumista tukevia mahdollisuuksia. (Wahlbeck ym. 2018, 12.)

3.1 Psykoosisairaudet

Psykoosisairaudet ovat vakava kansanterveydellinen ongelma. Kaikkien psykoosien esiintyvyys on 3,5 %, josta yleisimmän psykoosisairauden, skitsofrenian, esiintyvyys on n. 1,0 %. Psykoosit ovat mielenterveyden häiriöitä, joihin liittyy todellisuuden tajun ajoittainen, vakava häiriintyminen sekä toimintakyvyn tilapäinen tai pysyvä heikkeneminen. Psykoosit on jaettu skitsofreniaryhmän ja mielialaoireisiin psykooseihin. Skitsofreniaryhmän psykooseihin kuuluvat skitsofrenian lisäksi skitsoaffektiivinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriö. Toiseen ryhmään kuuluu vakava masennus ja kaksisuuntainen mielialahäiriö silloin, kun niihin liittyy harhaluuloja tai aistiharhoja. (Suvisaari ym. 2012, 677-683.)

Psykoosisairauksien hoidossa huono pitkäaikaiseen hoitoon sitoutuminen on yleinen ongelma, joka johtuu monesta eri syystä. Potilaan hoidon onnistumisen ja toipumisen kannalta on hoitoon sitoutumisella ratkaiseva merkitys. (Leijala ym. 2019, 2028.) Tärkeää on alkuvaiheen intensiivinen tutkimus ja mahdollisimman varhaisessa vaiheessa aloitettu hoito, mukaan lukien vahva panostus hoidon akuuttivaiheisiin (Moring ym. 2011, 178).

3.2 Psykoosipotilaan avohoidon järjestäminen

Skitsofreniapotilaan avohoito toteutetaan yleensä erikoissairaanhoidon alaisella psykiatrian poliklinikalla tai mielenterveystoimistossa. Avohoito voidaan toteuttaa myös perusterveydenhuollon psykoosipotilaiden hoitoon perehtyneessä mielenterveysyksikössä. (Käypähoito-suositus, 2020.) Hoidon tavoitteena on poistaa tai lievittää oireita, ehkäistä uusia psykoosijaksoja sekä parantaa psykososiaalista toimintakykyä ja elämänlaatua. Pitkäaikaishoidossa on tärkeää sitouttaa potilasta aktiivisesti hoitoon sekä taata joustavat palvelut kriisitilanteissa. (Tuominen & Salokangas, 2017, 173-176.) Jokaiselle potilaalle tulee valita hoitoa koordinoiva henkilö sekä hänen varahenkilönsä, jotka työskentelevät psykiatrisessa avohoidossa. Hoitokoordinaattorin tehtävä on ohjata hoitoon ja tutkimukseen pääsyä ja on tarvittaessa yhteydessä eri osapuoliin ja verkostoihin. Ajan tasalla oleva hoitosuunnitelma tulee olla aina hoitokoordinaattorin käytössä. (Poutanen ym. 2013, 6.)

Sosiaali- ja terveysministeriön kansallisen mielenterveysstrategian mukaan palveluiden tulisi olla jatkuvuutta tukevia, yhteen sovitettavia ja joustavia (STM, 2020, 29). Psykiatrisesta sairaalahoidosta kotiutuksen jälkeen hoidon jatkuvuus kertoo hyvin toimivista ja laadukkaista mielenterveyspalveluista (Wahlbeck ym. 2019, 123). Avohoidon kehittämisessä tulisi kiinnittää huomiota sekä potilaskohtaiseen jatkuvuuteen että eri organisaatioiden ja palveluiden keskinäiseen jatkuvuuteen. Nykyinen palvelujärjestelmä on hajainen ja se on merkittävä riskitekijä jatkuvuuden kannalta. (Korkeila. 2009, 2338.)

Wahlbeckin ym. (2019, 122) tutkimuksesta selviää, että psykiatrisesta sairaalahoidosta kotiutetuista potilaista 40 % palasi vuoden kuluessa takaisin sairaalahoitoon. Kaikista tarkastelussa olleista potilaista 50,7 % oli avohoitokäynti perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa viikon kuluessa psykiatrisesta sairaalasta uloskirjoituksen jälkeen. Chandran ym. (2018, 26) mukaan sairaalasta uloskirjoituksen jälkeen avohoidon vastaanottoajan tulisi olla viikon sisällä kotiuttamisesta. Jos potilaan katsotaan olevan erityisessä riskissä, tulisi avohoidon aika järjestää 48 tunnin sisällä uloskirjoituksesta. Tällaisissa tilanteissa apuna voidaan hyödyntää myös liikkuvia kriisi/kotihoitoryhmiä. Wahlbeck ym. (2019, 124) mukaan Terveysterveystoiminnan avopalveluiden ulkopuolelle jääneillä potilailla on kaksinkertainen riski palata sairaalaan muihin potilasryhmiin verrattuna. Merkittävin riski sairaalaan paluuseen on ensimmäisinä viikkoina. Saumaton avohoidon kulku alkaa heti uloskirjoituksen jälkeen. Tarvittaessa avohoidon otteen tulee olla

aktiivinen ja etsivä. Tämä on tärkein toimenpide sairaalan palaavien osuuden pienentämiseksi.

Honkalammen ym. (2012, 610) mukaan jopa seitsemäsosa psykiatrisen avohoidon vastaanottoajoista jää käyttämättä. Osa potilaista, varsinkin nuorista aikuisista, ei herää virka-aikaan vastaanotolle. Myös taloudelliset ongelmat hankaloittavat kulkemista kodin ja vastaanoton välillä. Nämä potilaat saattaisivat tutkimuksen mukaan hyötyä uudentyyppisistä palveluista, jotka eivät ole vastaanottoaikaan sidottuja.

Psykoosien hoidossa hoidon oikea-aikaisuuden ja jatkuvuuden turvaamiseksi hoitosysteemissä tulee olla riittävä määrä avohoidon ja sairaalahoidon välimaastossa toimivia yksiköitä, esimerkiksi päiväosastoja, päiväsairaloita sekä rajapintapoliklinikoita ja jalkautuvia työntekijöitä. Näiden tarve korostuu erityisesti siirtymävaiheissa, esimerkiksi sairaalahoidosta avohoitoon. (Poutanen ym. 2013, 14.) Myös kansallisen mielenterveysstrategian mukaan jatkossa tulisi kehittää helposti saavutettavissa olevia monipuolisia palveluja, jotka tuodaan asiakkaiden arkiympäristöihin (STM, 2020, 34). Resurssit tulisi kohdistaa nykyistä voimakkaammin avohoitoon. Tarvitaan lisää, liikkuvia, päivystäviä, monipuolisia ja ihmisten arkeen integroitua avopalveluja sekä esimerkiksi välimuotoista päivätoimintaa. (Kontio, 2013, 500.)

Liikkuvat ja kotiin tarjottavat palvelut ovat yksi menetelmä apua tarvitsevien tavoittamiseen. ACT (Assertive Community Treatment) -tiimit ovat erityisesti psykoosisairaille toimivia. ACT-tiimit kohtaavat potilaita heidän omissa ympäristöissään, kuten kotona ja julkisilla paikoilla, kuten puistoissa ja kahviloissa. Asiakkaiden luontaisiin ympäristöihin jalkautuminen lisää tässä asiakasryhmässä luottamusta ja tavoitettavuutta. Tämän asiakasryhmän tavoittaminen on perusteltua niin taloudellisesti kuin kansanterveydellisestikin. (Wahlbeck ym. 2018, 25-26.) Verrattuna tavanomaiseen avohoitoon, saattaa tällainen työryhmäpohjainen tehostettu avohoito vähentää skitsofreniapotilaiden sairaalahoitokasojen määrää sekä niiden kestoa. Hoito voi myös lisätä potilaiden sosiaalista toimintakykyä, vähentää oireita ja auttaa pysymään hoidon piirissä. Työryhmäpohjainen tehostettu avohoito voi myös lisätä potilaiden tyytyväisyyttä hoitoon sekä vähentää perheen kuormitusta. (Käypähoito-suositus, 2020.) ACT-tiimien asiakkaille tulisi lisäksi tarjota mahdollisuus palata esimerkiksi osastohoitoon ilman monimutkaisia ja aikaa vieviä läheteprosesseja. Näin voidaan välttää voinnin romahtaminen ja tilanteiden kriisiytyminen sekä siitä seuraavat pitkät laitoshoidot. (Wahlbeck ym. 2018, 25-26.)

Informaatioteknologian merkitys kasvaa jatkuvasti, joten omahoito ja sähköiset palvelut ovat tärkeä palvelukokonaisuuden osa (Turun kaupunki, 2019, 63). Palveluiden saavutettavuus voi erityisesti pitkien välimatkojen alueilla toteutua myös digitaalisesti (STM, 2020, 31). Erilaisia tietoturvallisia ja tavallisiin mobiililaitteisiin sopivia, helppokäyttöisiä ohjelmistoja on käytössä yhä enemmän. Niiden avulla on helpompi järjestää erilaisia etäkokouksia ja etävastaanottoja. Sosiaali- ja terveysministeriö on linjannut vuonna 2015, että etäpalvelut ovat verrannollisia perinteisiin vastaanottokäynteihin. (Stenberg ym. 2016, 2110.)

3.3 Päivystyspalvelut

Psykiatriseen päivystykseen lähettämistä edeltää usein elämäntilanteen kriisiytyminen. Päivystystilanteeseen liittyy usein myös jo olemassa olevan hoidon ja hoitosuhteen ongelmat. (Lönngqvist. 2013, 853.) Päivystyspalveluiden epätarkoituksenmukainen käyttö kasvaa, jos runsaasti palveluita käyttävät mielenterveyspotilaat eivät saa kiireellisiä palveluita perustasolta. Perustason tulisi tarjota kiireellisiä palveluja myös arki-iltaisina ja viikonloppuisina. (Wahlbeck ym. 2018, 114.) Avohoidon palvelujen tulisi olla niin hyvät, että niitä voitaisiin käyttää yhä enemmän myös tahdosta riippumattoman hoidon sijaan. Päivystyspalveluissa työskentelevien tulisi olla selvillä paikallisen avohoidon mahdollisuuksista. (Ojanen & Mantere. 2013, 855.)

4 AKUUTTIA HOITOA TARVITSEVAN POTILAAN TEHOS TETTU AVOHOITO

4.1 Akuutin hoidon tarve

Riski psykoosin uusiutumiseen suurenee, jos potilaalla ilmenee muutoksia sosiaalisissa suhteissa, somaattisessa terveydentilassa tai muussa elämäntilanteessa (Käypähoito-suositus, 2020). Pitkät hoitosuhteet edesauttavat havainnoimaan muutokset potilaan käyttäytymisessä. Näin myös psykoosin ennakko-oireisiin pystytään reagoimaan mahdollisimman nopeasti. (Saari ym. 2015, 869.)

Varomerkit ovat psyykkisen häiriön ensi oireita, joilla tarkoitetaan vakavan psyykkisen häiriötilan puhkeamista ilmeneviä ajattelun, tunnetilan tai käyttäytymisen muutoksia. Varomerkit varoittavat sairauden alkavasta uusiutumisesta ja ne ovat hyvin yksilöllisiä. Yleisiä varomerkkejä ovat nukkumisvaikeudet, ärtyneisyys, syömisongelmat, sosiaalinen jännittyneisyys, keskittymisvaikeudet ja masentuneisuus. (Poutanen ym. 2013, 13-14.) Psykoosin relapsivaiheessa tulee myös skitsofreniapotilaan somaattinen terveys ottaa huomioon, sillä joskus somaattiset oireet voivat kuvastua psykoottisina oireina (Saari ym. 2015, 869). Klevan ym. (2017, 92-93) tutkimuksesta käy ilmi, että potilaat itse kuvaavat kriisien vaikuttavan psyykkiseen vointiin ja kykyyn selviytyä päivittäisistä toimista, kuten raha-asioiden hoitamisesta, kotitöistä ja ihmissuhteista. Kriisi osoittautui tutkimuksessa myös hyvin subjektiiviseksi käsitykseksi.

On tärkeää, että potilas ja hänen lähipiirinsä opettelevat tunnistamaan psykoosin puhkeamista ennakoivat varhaiset varomerkit. Varomerkkien ilmaantumisen varalle heidän kanssaan tulee luoda käytännönläheinen toimintamalli, kriisisuunnitelma, menettelytavoista. Kriisisuunnitelma pitää sisällään varhaisten varomerkkien lisäksi selkeät ohjeet hoitoon hakeutumisesta. (Poutanen ym. 2013, 13.) Potilaan kanssa onkin hyvä etukäteen sopia, kuinka kriisitilanteissa menetellään ja mistä apua saa mahdollisimman nopeasti (Käypähoito-suositus, 2020). Myös kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavan potilaan kanssa tulee laatia varhaisoireiden varalle toimintasuunnitelma (Suominen & Valtonen, 2013, 2450).

Sairaalahoitoon lähettäminen on aiheellista, jos potilaan käyttäytymistä voimakkaasti ohjaavat aistiharhat tai harhaluulot, potilas on väkivaltainen tai itsetuhoinen tai jos potilaan hoito ei onnistu avohoidon resurssein. (Käypähoito-suositus, 2020.)

4.2 Tehostetun avohoidon järjestäminen

Psykiatrisen akuuttihoiton tulisi rakentua isojen avohoitoyksiköiden varaan, jossa vaativissakin tilanteissa hoito pääosin tapahtuisi. Hyvä akuuttitoiminta tarvitsee mm. konsultointia, liikkuvia yksiköitä ja kotikäyntejä. (Lönnqvistin 2013, 854.) Laajentunut tehostettu avohoito on tuonut lisää mahdollisuuksia jalkautuvan avohoidon sekä akuutin psykiatrisen avun antamiseen (Laaksonen-Balk, 2020, 388-389).

Psykoosisairautta sairastavista potilaista suurin osa suosii enemmän kotiin tuotavaa hoitoa sairaalahoidon sijaan psykoosin uusiutuessa tai voinnin kriisiytyessä (Farrelly, 2014, 1609). Kotona tapahtuva kriisihoito on sairaalahoidolle hyvä vaihtoehto ja vähentää sairaalaan sisäänkirjoituksia noin puolella (Käypähoito-suositus, 2020). Sekä potilaalle että hänen omaiselleen on tärkeää, että kokemus luottamuksellisesta ja turvallisesta hoidosta saadaan mahdollisimman lähellä kotia (Laaksonen-Balkin, 2020, 388-389). Kotona tapahtuvassa kriisihoidossa tärkeää on työntekijöiden 24/7 saavutettavuus, joka lisää potilaiden kokemaa turvallisuuden tunnetta ja on vain tällöin varteenotettava vaihtoehto sairaalahoidolle. (Klevan ym. 2017, 105, 98-99)

Satakunnan Sairaanhoidopiiri muutti vuodeosaston tehostettua avohoitoa tarjoavaksi yksiköksi ja tutki sen vaikutuksia potilaiden hoitoon ja palvelujärjestelmän toimintaan. Satakunnan sairaanhoidopiirissa tehostetun avohoidon yksikön toiminta on osoittanut, että avohoidon käynnistäminen on kriisitilanteissa onnistunut välittömästi. Avohoidon ensisijaisuutta onnistuttiin painottamaan heti tulovaiheessa. Tärkeää on myös tehostetun avohoitoyksikön hoitomuotojen monipuolinen valikoima ja hoitosuunnitelmien joustavuus sekä potilaiden voinnin riittävän usein toistuva, järjestelmällinen arviointi. Kolmen kuukauden seurantajaksolla potilaiden tilanne oli elämänlaatumittarin mukaan kohentunut merkittävästi. (Saxen ym. 2014, 403-404.)

Alankomaissa intensiivinen psykiatrinen kotihoito, IHT (Intensive Home Treatment) on erikoistunut tarjoamaan lyhytaikaista hoitoa avohoidossa kriisiytyville potilaille. IHT auttaa vähentämään sairaalahoitopäiviä sekä tarjoaa hoitoa kotona, ympäristössä, jossa normaali elämä häiriintyy mahdollisimman vähän. IHT käy potilaan luona tarvittaessa jopa kolme kertaa päivässä ja on tavoitettavissa 14 tuntia vuorokaudesta. IHT on tarvittaessa potilaan tukena myös siirtymävaiheessa esimerkiksi sairaalahoidosta tavalliseen avohoitoon. IHT:n todettiin vähentäneen potilaiden sairaalahoitopäiviä 33 % verrattuna tavanomaiseen hoitoon. Myös potilaat ja omaiset olivat hoitoon tyytyväisempiä. (Cornelis ym. 2018.)

Alankomaissa selvitettiin myös potilaiden kokemuksia liikkuvasta kriisityöryhmästä (Mobile Crisis Team). Kriisityöryhmä tapasi potilaita ja heidän läheisiään mm. heidän kodeissaan, poliisiasemalla, mielenterveysyksiköissä sekä ensiapuasemalla. Läheiset olivat tilanteessa usein ylikuormittuneita ja he kokivat kriisityöryhmän paikalle saapumisen helpottavana. Läheiset myös kokivat tulleen kuulluiksi kriisityöryhmän työntekijöiden toimesta. Etukäteen laaditun kriisisuunnitelman käyttäminen koettiin hyväksi. (Daggenvoorde ym. 2017, 467.)

Ruotsissa, Tukholmassa, on vuodesta 2015 alkaen ollut toiminnassa PAM (psykiatrisk akut mobilitet, psychiatric emergency response team) -hanke. PAM:n tarkoitus on vastata vakavista mielenterveyden häiriöistä kärsivien henkilöiden hätäpueluihin. PAM-ajoneuvossa työskentelee kaksi psykiatrisen sairaanhoitajan ja ensihoitajan. Ensimmäisen toimintavuoden aikana tämän ”mielenterveys-ambulanssin” kohtaamista potilaista vain neljäsosa päätyi osastohoitoon. (Hedley, 2018.)

Norjassa Hasselberg ym. (2011) kartoittivat tutkimuksessaan maan liikkuvien CRT-tiimien (Crisis Resolution Teams) luonnetta ja niiden eroavaisuuksia, sekä millaisia potilaita heille ohjautuu. Tutkimus osoitti, että Norjan CRT-tiimit eivät tällaisenaan pysty tarjoamaan sairaalahoidolle vaihtoehtoa, elleivät ne ole toiminnassa myös ilta-, yö ja viikonloppuaikana. Tutkimuksessa osoitettiin, että ne CRT-tiimit, jotka toimivat pidennetyllä aukioloajalla, hoidettiin enemmän vakavista mielenterveydenhäiriöistä kärsiviä potilaita. Akuuttien potilaiden määrää vähensi myös se, että aikaisemmin hoidossa olleet potilaat tai heidän läheisensä eivät saaneet suoraan ottaa työryhmään yhteyttä. Tutkimuksen mukaan CRT-tiimit ovat kuitenkin todennäköisesti pystyneet ennalta ehkäisemään potilaiden voinnin huonontumista, sillä ne ovat osallistuneet myös ei-akuuttien potilaiden hoitoon yhdessä alueen psykoosityöryhmien kanssa. Klevan ym. (2017, 97) tutkimuksessa selvitettiin potilaiden kokemuksia Norjan CRT-tiimien tarjoamasta avusta kriisitilanteessa. Esiin nousi se, että potilaat toivoivat keskustelun ja kohtaamisen lisäksi käytännön apua päivittäisissä asioissa sekä turvallisuuden tunteen tukemista ja itsetunnon voimistamista.

Iso-Britanniassa toimii liikkuvia, akuuttia hoitoa tarjoavia työryhmiä. Näistä käytetään yleisimmin nimitystä Crisis Resolution-Teams (CRT) tai Intensive Home Treatment-Teams (IHTT). CRT-tiimit arvioivat potilaita, jotka ovat akuutin psykiatrisen hoidon tarpeessa ja vaarassa päätyä osastohoitoon. CRT-tiimi aloittaa kotihoito-ohjelman, joka sisältää säännöllisiä, yleensä päivittäisiä kotikäyntejä. Kotikäyntejä jatketaan niin kauan,

kunnes kriisi on ohitettu, jonka jälkeen potilaan hoito mahdollisesti jatkuu muissa palveluissa. CRT-tiimit toimivat myös toisinpäin, eli osasto voi tarvittaessa kotiuttaa potilaita aikaisemmin intensiivisen avohoidon turvin (kts Taulukko 2). (Johnson, 2013, 115.) CRT-tiimit voivat Iso-Britanniassa tehdyn laajan kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan vähentää sairaalahoitoja ja kustannuksia samanlaisilla hoitotuloksilla sekä potilastyytyvyydellä kuin sairaalahoito. Näyttöä ei kuitenkaan ole siitä, että CRT olisi tähän ainut vaihtoehto. (Hubbeling & Bertram. 2012, 285.)

Taulukko 2. Iso-Britannian CRT-tiimien toimintatapoja:

Akuutit interventiot potilaan kotona.
Nopea reagointi, jopa tunnin sisällä.
Tavoitettavissa 24/7. Hoitajat voivat päivystää kotoa käsin.
Tiivis yhteistyö olemassa potilaan olemassa olevan hoitokontaktin kanssa.
Psykiatristen sairaaloiden akuuttiosastojen paikkatilanteen valvonta ”portinvartijana”.
Lääkehoidon tehostus, tarvittaessa lääkkeenoton valvonta.
Käytännön asioissa auttaminen, esim. kodinhoito ja ruuan hankinta.
Keskusteluapu ja psykoedukaatio.
Käydään läpi kriisin laukaisseita tekijöitä ja laaditaan kriisisuunnitelma vastaisuuden varalle.
Jatkohoidon suunnittelu.

(Johnson, 2013, 118-119.)

Leedsissä, Iso-Britanniassa, seurattiin sairaalan sisäänkirjoituksia kahden vuoden ajan ennen CRT-tiimien perustamista sekä vuosi niiden perustamisen jälkeen. Tutkimuksessa todettiin, että CRT-tiimi tarjoaa vaihtoehdon sairaalahoidolle ja niiden jatkuva käyttö johtaa sisäänkirjoitusprosenttien laskuun. Leedsissä CRT-tiimi on toiminnassa ympäri vuorokauden ja toimii ”portinvartijana” sairaalapaikkoihin. (Jethwa ym. 2007, 170-172.) Myös Huang ym. (2018, 338-241) tutkimuksesta selviää, että kolmella potilaalla neljästä vointi koheni IHTT:n hoidon jälkeen ja heidän hoitonsa onnistui turvallisesti kotona. 24 % potilaista jouduttiin ohjaamaan sairaalahoitoon. Potilaat, jotka eivät käyttäneet säännöllistä lääkitystä, päätyivät useammin sairaalaan kuin he, jotka käyttivät lääkitystä.

Espanjassa, Barcelonan alueella, Had Marin sairaalasta käsin toimii psykiatrinen kotisairaanhoidon, jonka tarjoaman hoidon tuloksia Pale ym. (2019, 207-221) tutkimuksessaan selvittivät. Tämä liikkuva kriisityöryhmä tarjoaa nopean ja tehokkaan hoidon avohoidossa kriisiytyville potilaille sekä sairaalasta kotiutuville potilaille, jotka tarvitsevat vielä seuranta-aikaa kotona. Kriisityöryhmä on toiminnassa arkisin virka-aikaan ja iltaisin ja viikonloppuisin päivystää psykiatri, jonka saa kiinni puhelimitse. Hoitoon pääsee aina 48 tunnin sisällä. Yleensä hoito pitää sisällään tiiviin, kolmen vuorokauden seuranta-ajan. Lähettävän yksikön kanssa tehdään tiivistä yhteistyötä ja ennen uloskirjoitusta varmistetaan aina, että potilas käy avohoidon vastaanotolla seurantakäynnillä. Kriisityöryhmästä uloskirjoituksen jälkeen sairaalahoitoa tarvitsi vielä 31 % potilaista, näistä 64 % päätyi sairaalaan vuorokauden sisällä. Tutkimus osoitti, että kriisityöryhmät voivat tarjota vaihtoehdon perinteiselle sairaalahoidolle. Potilaiden oireet lievittyivät ja toimintakyky parani seurannan aikana.

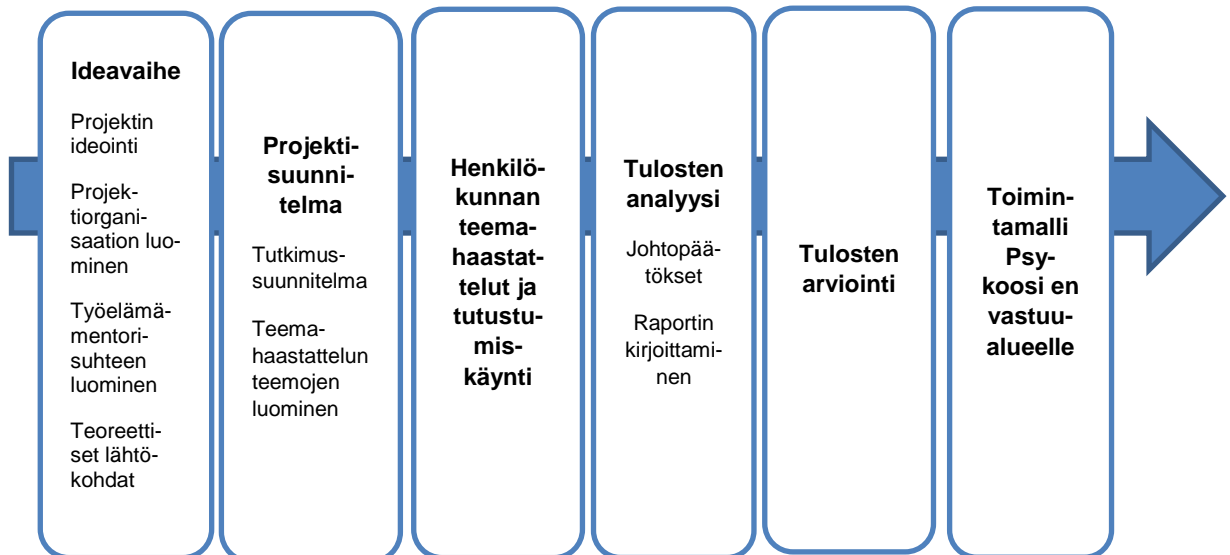
Potilaat ovat kritisoineet CRT-tiimejä erilaisten menetelmien ja keskusteluaikojen puutteesta. Kritiikkiä on saanut myös henkilökunnan suuri määrä, hoitajien suuri vaihtuvuus ja tästä johtuvat tiedonkulun vaikeudet. (Lloyd-Evans & Johnson, 2014, 18.) Useat potilaat korostivat olemassa olevan hoitosuhteen merkitystä mielenterveyspalveluihin myös voimien huonontumisen ja kriisien aikana. Sen sijaan yhteistyö tuntemattomien kriisityöryhmän työntekijöiden kanssa koettiin vaikeaksi ja yhteydenotto stigmatisoivaksi. (Daggenvoorde ym. 2017, 467.) Farrellyn ym. (2014, 1609) tutkimuksesta käy ilmi, että potilaat toivovat pääsevänsä kriisitilanteessa mieluiten tutun lääkärin vastaanotolle. Jethwa ym. (2007, 172) tutkimuksesta selviää myös, että hoidon tarpeen arviota olisi helpottanut se, että henkilökunta olisi tuntenut potilaat ennestään. Farrellyn ym. (2014, 10609) mukaan potilaat vaativat myös täysmääräistä osallistumista hoitopäätöksiin, ja selkeiden hoitosuunnitelmien laatimista. Myös Penttilän ym. (2015, 879) mukaan psykoosin relapsien sekä kriisien hoito tulisi järjestää mahdollisimman potilasta kunnioittavasti ja esimerkiksi potilaan hoitotahto tulee ottaa huomioon.

5 KEHITTÄMISPROJEKTIN MÄÄRITTELY

5.1 Kehittämiprojektin eteneminen

Projektin käynnistämisen taustalla on lähtökohtaisesti aina se, että sen tuotokselle on tietty tarve. Projektin keinoin on mahdollista kehittää organisaatiota kohti strategista tavoitetilaa. Toiminnan kehittämiprojektit keskittyvät esimerkiksi uusien työ- ja toimintatapojen kehittämiseen, henkilöstön osaamisen kehittämiseen sekä organisaation uudistamiseen. (Mäntyneva, 2016, 9-12.) Tämä kehittämiprojekti lähti liikkeelle syksyllä 2019, kun Tyks Psykiatrian Psykoosien vastuualueella koottiin työryhmä suunnittelemaan tehostetun avohoidon akuuttitoiminnan kehittämistä. Kehittämiprojektin aihe tarkentui loppuvuoden 2019 aikana ja tuolloin myös projektiorganisaatio rakentui sekä työelämämentoorointi saivat alkunsa. Kehittämiprojektin etenemistä ja aikataulua on kuvattu kuviossa (kts. Kuvio 1) sekä taulukossa (kts. Taulukko 3).

Kuvio 1. Kehittämiprojektin eteneminen.



Taulukko 3. Kehittämiprojektin aikataulu.

Kirjallisuuskatsaus	Helmi-maaliskuu 2020
Kehittämiprojektinsuunnitelma ja tutkimussuunnitelma	Maalis-huhtikuu 2020
Suunnitelman hyväksyttäminen ohjausryhmässä ja tutkimuslupa	Toukokuu 2020
Benchmarking	Maalis-toukokuu 2020
Väliraportti	Kesäkuu 2020
Teemahaastattelut	Lokakuu 2020
Loppuraportti	Marras-joulukuu 2020
Valmis toimintamalli ja sen implementointi	Talvi-Kevät 2021

Kirjallisuuskatsauksen jälkeen laadittiin kehittämiprojektin suunnitelma sekä tutkimussuunnitelmalle erillinen tutkimussuunnitelma. Mäntynevan (2016, 17) mukaan projekti tulee suunnitella yksityiskohtaisesti. Suunnitteluvaiheessa määritellään projektin laajuus, kattavuus sekä tarkennetaan tavoitteita. Tässä vaiheessa suunnitellaan myös projektin aikataulu, resurssit ja kustannukset. Myös riskienhallin näkökulmasta on tärkeää, että mahdolliset projektiin liittyvät riskit ja ongelmakohdat tunnistetaan ja niihin osataan varautua. Nämä suunnitelmat dokumentoidaan erilliseen projektisuunnitelmaan. Suunnitelmavaiheessa laadittiin SWOT-analyysi, jossa kartoitettiin kehittämiprojektiin liittyviä sisäisiä ja ulkoisia riskejä.

Kirjallisuuskatsauksen aikana ja sen jälkeen selvitettiin benchmarking-menetelmää hyödyntäen laajasti ympäri Suomen käytössä olevia tehostetun avohoidon toimintamalleja. Tutkimuslupa kehittämiprojektin tutkimuksellisen osuuden toteuttamiseksi saatiin VSSHP:ltä kesäkuussa 2020. Kehittämiprojektin tutkimukselliseen osuuteen kuuluvat teemahaastattelut toteutettiin lokakuussa 2020.

Projektin seuranta- ja arviointijärjestelmän avulla seurataan projektin etenemistä, tavoitteiden saavuttamista ja niiden kestävyyttä. Seurannan ja arvioinnin on hyvä olla osallistuvaa, jotta sidosryhmältä ja kohderyhmältä saadaan avoimesti palautetta. Projektin aikana on hyvä tehdä väliarviointi sekä projektin lopussa loppuarviointi. Väliarviointi tuottaa tietoa projektin jatkoon suunnittelulle ja loppuarvioinnissa arvioidaan tavoitteiden toteutu-

mista sekä aikaansaatuja vaikutuksia. (Silfverberg. 2005, 13.) Kehittämiprojektin etenemistä käytiin säännöllisesti läpi tehostetun avohoidon kehittämisen työryhmässä sekä kehittämiprojektin toimintaympäristössä. Tehostetun avohoidon kehittämisen työryhmä toimi samalla ohjausryhmänä ja kokoontui säännöllisesti, noin kerran kuukaudessa koko kehittämiprojektin ajan. Kehittämiprojektin viestinnässä hyödynnettiin Tyksin sisäisiä kanavia, kuten sähköpostia, Skypeä sekä työryhmän kokouksia. Kehittämiprojektin etenemistä esiteltiin lisäksi Psykoosihoidon tehostetun avohoidon yksikön kehittämispäivillä, posteresityksessä 9th European Conference on Mental Health- virtuaalikonferenssissa syys-lokakuussa 2020.

Projektin ja siinä valmistuvien tuotosten ja tulosten juurruttamista ja levittämistä toteutetaan koko projektin ajan, painottuen projektin loppuun. Hyviä tapoja tulosten levittämiseen ovat koulutus- ja tiedotustilaisuudet, seminaarit sekä toimintamallien tuotteistaminen, kentälle jalkautuminen ja kehitettyjen mallien opettaminen uusille toimijoille. Yhtenä keskeisenä projektin tavoitteena tulisi olla vaikutusten ja pidempiaikaisen vaikuttavuuden turvaaminen. (Kuikka ym. 2012, 44-48.) Kehittämiprojektin tuloksia esiteltiin projekti- ja ohjausryhmälle ja Psykoosihoidon tehostetun avohoidon yksikölle heidän kehittämispäivillään marraskuussa 2020 sekä Turun ammattikorkeakoulun TALK seminaarissa joulukuussa 2020. Tulosten raportointi tapahtui marraskuussa 2020. Tämän kehittämiprojektin tuloksia sekä syntynyttä toimintamallia on tarkoitus jakaa tehostetun avohoidon kehittämisen työryhmään, Psykoosien vastuualueen avohoidon yksiköihin sekä Tyks Akuutin Mielenterveys- ja päihdeyksikköön.

5.2 Projektiorganisaatio

Turun ammattikorkeakoulun YAMK-tutkinnoissa kolmikantamalli ja sen roolit ovat keskeiset työelämää kehittäessä. Kolmikantamallilla on myös varmistettu työelämän tiivis kiinnittyminen osaksi koulutusta. Kolmikantamalli muodostuu opiskelijan, opettajatuutorin sekä työelämämentorin yhteistyöstä. Mallin tueksi muodostetaan kehittämiprojektille projektiryhmä ja ohjausryhmä. (Ahonen, 2015, 14.) Projektipäällikkö on projektin keskeisin toimija ja vastuullinen vetäjä. Sen jälkeen, kun ohjausryhmä on hyväksynyt projektisuunnitelman, on projektipäällikön tehtävänä sen toteuttaminen. Toteuttamiseen liittyvät

suunnittelu, organisointi, viestintä, projektin etenemisen seuraaminen ja raportointi. Ohjausryhmä on tärkeä tuki projektipäällikölle. Se osallistuu projektin ohjaukseen seuraamalla ja ohjaamalla sitä korkeammalla tasolla. Projektiryhmä on väliaikainen organisoituminen, jotta saadaan aikaan projektiin liittyvät tuotos. (Mäntyneva, 2016, 19-33.)

Projektipäällikkö: YAMK-opiskelija.

Opettajatuutori: Turun ammattikorkeakoulun yliopettaja.

Työelämämentori: Toimi taustalla urakehityksen ohjaajana sekä henkisenä tukena projektin ajan.

Ohjausryhmä: Psykoosien vastuualueen ylihoitaja, opettajatuutori sekä työelämämentori.

Projektiryhmä: Tyks Psykoosien vastuualueen tehostetun avohoidon kehittämisen työryhmän jäsenet: projektipäällikkö, vastuualueen tulosaluejohtaja, ylilääkäri, vastuualueen ylihoitaja, hallinnollinen ylihoitaja, Psykoosihoidon tehostetun avohoidon yksikön esimies, sekä akuuttiosaston esimies ja työntekijä sekä vastuualueen projektityöntekijä.

5.3 Kirjallisuushaku

Kirjallisuushaku toteutettiin talven 2019-2020 aikana. Kirjallisuushaku alkoi kehittämissuunnitelman ideavaiheen aikana ja jatkui sen jälkeen. Kirjallisuuskatsausta päivitettiin ja täydennettiin jatkuvasti koko kehittämissuunnitelman ajan. Kirjallisuushakua varten laaditut, kirjallisuuskatsausta ohjaavat tutkimuskysymykset ovat:

- 1) Miten psykoosipotilaan avohoitoa ja tehostettua avohoitoa voidaan järjestää?
- 2) Miten psykoosipotilaan avohoitoa voidaan tehostaa, kun potilas tarvitsee akuuttia hoitoa?

Tämän jälkeen on ideoitu hakusanoja (Taulukko 4) suomeksi ja käännetty niitä englannin kielelle käyttäen apuna MOT-Online tietokantaa.

Taulukko 4. Hakusanat.

Suomeksi	Englanniksi
psykoosi	psychosis
skitsofrenia	schizophrenia
psykiatrinen	psychiatric
akuutti	acute
kriisi	crisis
hoito	treatment, care
tehostettu	intensive
avohoito	outpatient

Hakuja tehtiin seuraavista tietokannoista: Medic, PubMed ja CINAHL. Hauissa yhdisteltiin eri hakusanoja (Liite 1).

Elektroninen tiedonhaku eri tietokannoista tuotti yhteensä 338 osumaa. Tiedon haun osumista karsittiin osa pois otsikon perusteella ja tämän jälkeen tarkempaan tarkasteluun päätyneiden, 58 tutkimuksen tiivistelmät käytiin läpi huolellisesti. Osa julkaisuista karsiutui pois tässä vaiheessa. Sen jälkeen vielä 45:n julkaisun koko teksti luettiin läpi, jonka jälkeen 37 tieteellistä julkaisua valikoitui tähän kirjallisuuskatsaukseen. Osa hakutuloksista löytyi useammalla hakusanayhdistelmällä, joten näiden läpikäymisen jälkeen tähän kirjallisuuskatsaukseen valikoitui lopulta tieteellisiä tutkimuksia 13 sekä tieteellisiä artikkeleita 13. Valittuja tieteellisiä tutkimuksia voi tarkastella tämän kirjallisuuskatsauksen liitteessä (Liite 2).

Tämän lisäksi hakuja tehtiin manuaalisesti internetistä mm. Terveystietä (Käypä-hoito suositukset, Duodecim, Suomen lääkärilehti), Valtioneuvoston selvitys – ja tutkimustoiminnan-, sekä THL:n ja STM:n WWW-sivuilta. Manuaalisen haun tuloksena löytyi vielä paljon lähteitä, kuten erilaisia kansallisia hankkeita, selvityksiä, julkaisuja, tilastoja, raportteja, suunnitelmia ja ohjeistuksia.

Sisäänottokriteerit olivat tieteellisissä tutkimuksissa: 1) Tutkimus koskee aikuisikäisiä, vakavista mielenterveyden häiriöistä kärsiviä potilaita. 2) Tutkimus koskee akuutin tehostetun avohoidon toimintaa.

Kirjallisuuskatsauksen tiedonhaussa hakusana ”psykoosipotilas” laajennettiin koskemaan myös muita vakavista mielenterveyden häiriöistä kärsiviä potilaita, jotta saatiin laajempi katsaus erilaista tehostetun avohoidon toimintamuodoista, sillä potilaita ei aina hoideta diagnoosikeskeisesti. Haun edetessä tuli myös vastaan uusia englanninkielisiä yle-

siä, usein toistuvia käsitteitä, joita käytetään, kun tarkoitetaan akuuttia tehostettua avohoitoa. Näitä olivat mm. Crisis Resolution team (CRT), mobile crisis team ja Intensive Home Treatment Team (IHTT). Hakusanoihin lisättiin tämän huomion jälkeen “intensive”, “crisis” ja “crisis resolution”.

Yleisin syy julkaisujen hylkäämiseen oli, etteivät ne täyttäneet tarpeeksi korkeaa tieteellistä tasoa. Näistä esimerkkeinä mainittakoon ammattikorkeakoulutasoiset opinnäytetyöt. Ulkopuolelle jäi myös ACT-tyyppinen kotiin vietävä tehostettu avohoito, joka ei ole luonteeltaan akuuttia. Valintojen ulkopuolelle jäivät myös tutkimukset, joita ei voi soveltaa Suomeen niiden niin erilaisten olosuhteiden vuoksi, esimerkiksi tutkimukset Somaliasta ja Intiasta.

6 TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISMENETELMÄT

6.1 Benchmarking

Tähän kehittämisprojektin kehittämismenetelmänä on käytetty Benchmarking-menetelmää. Benchmarking tarkoittaa oman toiminnan vertaamista toisten toimintaan esimerkiksi organisaatiovierailuilla. Siinä opitaan toisilta sekä kyseenalaistetaan omaa toimintaa. (Salonen ym. 2017, 84.)

Benchmarking-kehittämismenetelmän tarkoituksena oli osana tätä kehittämisprojektia kartoittaa Suomessa käytössä olevia avohoidon tehostamisen malleja hoidettaessa akuuttia hoitoa tarvitsevia potilaita. Tavoitteena oli löytää tietoa ja vertailupohjaa tehostetun avohoidon akuuttitoiminnan kehittämisen tueksi. Covid19-pandemian vuoksi keväälle 2020 sovitut organisaatiovierailut peruuntuivat, mutta toteutuivat osittain etätapaamisina Skypen välityksellä Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin ja Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin kanssa sekä Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin kanssa puhelinkeskusteluna. Näistä kerätty tieto vahvisti eri tietokannoista sekä internetistä eri organisaatioiden sivuilta kerättyä tietoa, jota haettiin erittäin laajasti.

6.2 Haastattelututkimus

Ennen tutkimuksen tekoa toteutettiin kirjallisuuskatsaus, joka perustui kotimaiseen ja kansainväliseen tutkittuun tietoon avohoidon tehostamisen akuuttitoiminnasta. Taustaselvityksen pohjalta laadittiin runko kvalitatiiviselle teemahaastattelulle, jonka tarkoituksena oli selvittää tehostetun avohoidon nykyisiä toimintamalleja ja niiden kehittämiskohteita tilanteissa, jossa potilas tarvitsee akuuttia hoitoa. Teemahaastattelun runko on loppuraportin liitteenä (Liite 3).

6.2.1 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää henkilökunnan näkemyksiä tehostetun avohoidon akuuttitoiminnan nykytilasta, yksiköiden välisestä yhteistyöstä sekä näiden kehittämiskohteista. Tavoitteena oli tuottaa tietoa avohoidon akuutti toiminnan kehittämisen tueksi.

Tutkimuskysymykset:

1. Mitkä ovat nykyiset avohoidon tehostamisen toimintamallit Tyks Psykiatrian Psykoosien vastuualueen Turun psykoosityöryhmissä, Psykoosihoidon tehostetun avohoidon yksikössä sekä Mielenterveys- ja päihdeyksikössä, kun hoidetaan akuuttia hoitoa tarvitsevia potilaita?
2. Miten akuuttia hoitoa tarvitsevien potilaiden avohoitoa tulisi kehittää näissä yksiköissä?
3. Millaista on näiden yksiköiden välinen yhteistyö ja miten sitä voisi kehittää?

6.2.2 Haastattelumenetelmä, kohderyhmä ja aineistonkeruu

Tämän kehittämisprojektin tutkimuksellisen osion tiedonkeruumenetelmäksi valittiin teemahaastattelu. Haastattelu on tiedonkeruumenetelmä, jossa ollaan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavien kanssa. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä, jossa pyritään löytämään merkityksellisiä vastauksia. Haastattelu etenee tiettyjen teemojen varassa. Teema-alueet ovat tiedossa, mutta niiden järjestys sekä kysymysten tarkka muoto puuttuu. Teema-alueet edustavat teoreettisten pääkäsitteiden spesifioituja alakäsitteitä tai alaluokkia ja ne perustuvat tutkimuksen viitekehukseen. (Hirsjärvi ym. 2018, 204-208; Hirsjärvi & Hurme, 2008, 47-58, 66-67; Tuomi & Sarajärvi, 2013, 75.)

Haastattelutilanteessa kysymyksillä tarkennetaan teema-alueita niin pitkälle kuin tutkimusintressit edellyttävät. Haastattelijan tehtävä on keskustelun aikaansaaminen sekä sen helpottaminen. Haastattelijan kuuluu myös ryhmähaastattelussa huolehtia siitä, että keskustelu pysyy sille valituissa teemoissa ja että kaikilla osanottajille annetaan mahdol-

lisuus osallistua keskusteluun. Haastattelija puhuu ryhmähaastattelussa useille haastateltaville yhtä aikaa ja tämän lisäksi suuntaa kysymyksiä väliin myös ryhmän yksittäisille jäsenille. Ryhmähaastattelussa tietoja saadaan samanaikaisesti usealta. (Hirsjärvi & Hurme, 2008, 61-63, 66-67.) Sujuva vuorovaikutus voi vaarantua, jos ryhmän jäsenten aktiivisuus vaihtelee tai jos keskustelu on liian varovaista. Haastattelijan tehtävänä on tukea osallistujien vuorovaikutusta sekä kannustaa heitä erilaisten näkemysten esittämiseen. (Hyvärinen ym. 2017, 128.) Haastattelun etuna on se, että haastatteluun voidaan valita henkilöitä, joilla on tietoa aiheesta tai kokemusta tutkittavasta ilmiöstä (Tuomi & Sarajärvi, 2013, 74).

Tässä tutkimuksessa suoritettiin kaksi ryhmähaastattelua. Haastattelijana toimi projektipäällikkö. Haastateltavat olivat henkilökunnan jäseniä, ja heidät rekrytoitiin Tyksin Turun psykoosiryhmistä, Psykoosihoidon tehostetun avohoidon yksiköstä sekä Tyks Akuutin Mielenterveys- ja päihdeyksiköstä. Molemmissa haastattelussa oli henkilökuntaa kaikista näistä yksiköistä, jotta keskustelusta saatiin mahdollisimman monipuolisesti eri näkökulmia esiin. Henkilökunnan jäsenet olivat tässä tutkimuksessa kokeneita sairaanhoitajia ja mielenterveyshoitajia. Haastateltavia lähestyttiin saatekirjeellä, joka on tämän loppuraportin liitteenä (Liite 4). Haastattelun onnistumisen kannalta on suositeltavaa antaa haastattelukysymykset tai aiheet haastateltaville jo etukäteen tutustuttaviksi (Tuomi & Sarajärvi, 2013, 73). Haastateltavat saivat teemahaastattelun rungon etukäteen sähköpostilla saatekirjeen mukana.

Ryhmähaastattelut toteutuivat lokakuussa 2020 muutaman päivän välein Kurjenmäenkadulla Turun psykoosiryhmien neuvotteluhuoneessa. Haastateltavia oli yhteensä seitsemän. Ensimmäisessä haastattelussa haastateltavia oli neljä ja toisessa haastattelussa kolme. Molempiin haastatteluihin oli varattu aikaa kaksi tuntia. Haastattelutilanteet etenivät niin, että haastattelija kävi haastateltavien kanssa läpi tutkimuksen tarkoituksen ja tavoitteet sekä sen, kuinka haastattelun on tarkoitus edetä. Tässä vaiheessa haastateltavilla oli mahdollisuus kysyä haastattelututkimuksesta sekä kehittämisprojektin etenemisestä. Kaikki haastateltavat palauttivat myös suostumuslomakkeen. Varsinaiset haastattelut nauhoitettiin myöhempää teema-alueiden ryhmittelyä varten. Alustuksen jälkeen haastattelu eteni laaditun teemahaastattelun rungon mukaisesti. Haastateltavien oli myös koko haastatteluun ajan mahdollista palata aiemmin käsiteltyihin teemoihin ja haastattelija kannusti tuomaan mieleen tulevia asioita esille koko haastattelun ajan. Molemmat haastattelut kestivät 1,5 tuntia.

6.2.3 Aineiston analysointi

Tutkimuksen aineisto kuvaa ilmiötä, jota tutkitaan ja analyysin tarkoitus on luoda selkeä, sanallinen kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Sisällönanalyysin avulla aineisto pyritään järjestämään tiiviiseen ja selkeään muotoon. Analyysilla luodaan aineistoon selkeyttä, jotta tutkittavasta ilmiöstä voidaan tehdä selkeitä johtopäätöksiä. (Tuomi & Sarajärvi, 2013, 91-94.)

Laadullisen aineiston analyysi sisältää monta vaihetta. Aineiston analysointi alkaa laadullisessa tutkimuksessa jo haastattelutilanteessa, jossa tutkija tekee havaintoja ilmiöstä esimerkiksi niiden toistuvuuden perusteella. Tutkija voi samalla hahmotella malleja syntyneiden havaintojen pohjalta. (Hirsjärvi & Hurme, 2008, 136-150.) Haastattelija teki jo haastattelun aikana runsaasti muistiinpanoja ja poimi ylös toistuvia teemoja. Tämän lisäksi haastattelu myös nauhoitettiin onnistuneesti. Haastattelut kestivät yhteensä kolme tuntia.

Tässä tutkimuksessa ryhmähaastattelujen aineistoja ei litteroitu sanasta sanaan, vaan haastattelija, joka tunsi aineiston ja sen teema-alueet parhaiten, koodasi teemoja suoraan luokittelua varten. Aineiston tallentamisen jälkeen tutkija voi puhtaaksikirjoituksen eli litteroinnin sijaan koodata teemoja suoraan aineistosta, kuten ääninauhalta (Hirsjärvi & Hurme, 2008, 136-150). Aineiston koodaamisessa käytetyistä koodimerkeistä ei ole olemassa yhtenäistä ohjeistusta. Koodimerkkien avulla jäsennetään sitä, mitä aineistossa tutkijan mielestä käsitellään ja ne toimivat apuvälineinä tekstin kuvailussa ja jäsenyksen testauksessa. (Tuomi & Sarajärvi, 2013, 91-94.)

Nauhoituksia kuunneltiin läpi useampaan kertaan, jotta aineiston luokittelu ja ryhmittely saatiin tehtyä mahdollisimman tarkasti. Jokaisella kuuntelukerralla etsittiin vastauksia tiettyyn tutkimuskysymykseen. Apuna ryhmittelyssä käytettiin värikoodeja, alleviivauksia ja pelkistetty aineisto koottiin taulukon muotoon. Hirsjärven & Hurmeen (2008, 136-150) mukaan aineiston luokittelu on olennainen ja välttämätön osa analyysia. Tutkija yrittää löytää näiden luokkien esiintymisen välille säännönmukaisuuksia, vaihtelua ja poikkeavuuksia ja tekee näin yhdistelyn. Ennen varsinaisten teemojen etsimistä voidaan aineisto myös ryhmitellä (Tuomi & Sarajärvi, 2013, 91-94).

Aineiston teemoittelussa painottuu, mitä kustakin teemasta on sanottu. Siinä kyse on laadullisen aineiston ryhmittelystä erilaisten aihepiirien mukaan. (Tuomi & Sarajärvi,

2013, 91-94.) Teemojen muodostumista ohjasivat tutkimuskysymykset. Analyysin edessä pilkottiin teemat vielä pienempiin osiin helpottamaan aineiston analyysia. Muodostettuja käsitteitä kuvaavat esimerkki-ilmaukset säilytettiin alkuperäisessä pelkistetyssä muodossa taulukossa. Haastatteluaineiston ryhmittelyä on esitetty taulukon muodossa liitteessä (Liite 5).

6.2.4 Haastattelututkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tässä tutkimuksessa noudatettiin koko prosessin ajan hyvän tieteellisen käytännön eettisiä ohjeita. Tämä edellyttää, että tutkimus suunnitellaan, toteutetaan ja raportoidaan tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Kaikissa vaiheissa tulee noudattaa huolellisuutta, rehellisyyttä ja tarkkuutta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012, 6-7.) Tutkimustyön kaikissa vaiheissa tulee välttää epärehellisyyttä (Hirsjärvi ym. 2018, 25-27).

Aineiston keruulle haettiin lupa kohdeorganisaatiolta eli Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriltä. Itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan, antamalla ihmisille oikeus päättää siitä, osallistuvatko he tutkimukseen. Tutkimukseen osallistuvilta henkilöiltä edellytetään tähän suostumus. (Hirsjärvi ym. 2018, 25.) Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja sen sai halutessaan keskeyttää. Osallistujat saivat tutkimuksesta tietoa etukäteen kirjallisesti sekä haastattelujen yhteydessä suullisesti. Kaikki haastateltavat allekirjoittivat suostumuslomakkeet. Haastatteluista saatua aineistoa käytettiin ainoastaan tässä opinäytetyössä. Tulokset on esitetty niin, ettei vastaajaa voi tunnistaa. Aineistoa käsiteltiin luottamuksellisesti ja huolellisesti ja se tallennettiin ilman henkilötietoja. Valmiit tulokset raportoitiin totuudenmukaisesti. Tutkimuksen päätyttyä aineisto hävitettiin asianmukaisesti.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta parantaa tutkijan tarkasti tehty selostus tutkimuksen toteuttamisesta. Olosuhteet, jotka aineistoa tuottaessa olivat, tulisi kertoa mahdollisimman totuudenmukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2018, 232.) Projektipäälliköllä ei ollut aiempaa kokemusta haastattelujen tekemisestä, mutta hän perehtyi menetelmäkirjallisuuteen etukäteen. Kokemattomuus kuitenkin näkyi haastattelutilanteessa jonkin verran esimerkiksi vaikeutena ohjata keskustelua teemojen mukaisesti siten, että aika riittäisi kaikkien teemojen huolelliseen läpikäymiseen. Luotettavuutta olisi parantanut esihaastattelujen

pitäminen ja projektipäällikön kokemus haastattelujen toteuttamisesta, jolloin tutkimusaineisto olisi saattanut olla rikkaampi. Myös projektipäällikön kaksoisrooli kollegana ja haastattelijana vaikutti jonkin verran haastattelutilanteissa.

Tutkimuksen kohderyhmäksi valikoitui työntekijöitä kaikista yksiköistä, joita tutkimus koski. Näin saatiin mahdollisimman laaja käsitys tutkimuksen kohteesta. Ryhmähaastattelumuoto osoittautui hyväksi valinnaksi, sillä haastateltavat kykenivät tukemaan toinen toisiaan ja runsas keskustelu toi esiin paljon uusia näkökulmia ja ideoita. Ryhmähaastattelussa teemat synnyttivät paljon keskustelua ja samalla lisäsivät haastateltavien tietoisuutta eri yksiköistä. Tasavertaisuus pyrittiin huomioimaan niin, että haastattelija tarjosi jokaiselle ryhmän jäsenelle erikseen mahdollisuuden ilmaista mielipiteen keskusteltavaan teemaan liittyen. Tutkimuksen luotettavuutta paransi se, että aineisto analysoitiin hyvin pian haastattelujen toteuttamisen jälkeen. Loppuraportissa on nähtävillä esimerkkejä aineiston ryhmittelystä ja tutkimustuloksissa on käytetty suoria lainauksia haastattelusta.

Kylmän & Juvakan (2012, 127) mukaan uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys ovat laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin kriteerit. Perusvaatimus tutkimuksen uskottavuutta ajatellen on se, että tekemiseen on varattu riittävästi aikaa. Tutkimuksen uskottavuutta ja vahvistavuutta parantaa myös se, että tutkija kuvaa raportissaan riittävästi tietoa tutkimuksen tekemisestä. (Kylmä & Juvakka, 2012, 128; Tuomi & Sarajärvi, 2013, 138-139). Projektipäällikkö perehtyi aiheeseen perusteellisesti ennen tutkimusta laatimalla kirjallisuuskatsauksen psykoosia sairastavien potilaiden tehostetun avohoidon järjestämisestä. Suunnitelmavaiheessa tehtiin aikataulutusta, jossa tutkimusprosessin eri vaiheiden ajankäyttö suunniteltiin. Aikataulutusta arvioitiin sekä tarkennettiin tutkimuksen edetessä. Tulosten vahvistavuutta pyrittiin parantamaan siten, että projektipäällikkö on tarkkojen muistiinpanojen sekä tutkimuskirjallisuuden pohjalta pyrkinyt kuvaamaan tutkimuksen etenemisen tarkasti eri vaiheittain. Projektipäällikkö toimi haastattelijana sekä teki sisällönanalyysin. Projektipäällikkö myös kuvasi esimerkinomaisesti taulukossa, miten tulokset syntyivät. Hirsjärven ym. (2018, 232) mukaan tutkijan tulisi kertoa luokittelun syntyminen alkujuuret sekä luokittelun perusteet. Analyysin suoritti vain yksi henkilö, mikä heikensi tulosten vahvistavuutta. Uskottavuutta heikensi tässä tutkimuksessa, se, ettei tuloksista keskusteltu haastatteluun osallistuneiden henkilöiden kanssa. Kylmän ja Juvakan (2012, 128) mukaan tuloksista keskustelu tutkimukseen osallistuneiden kanssa vahvistaa tutkimuksen uskottavuutta.

Reflektiivisyys edellyttää tutkimuksen tekijältä tietoisuutta omista lähtökohdista (Kylmä & Juvakka 2012, 129). Tutkimuksen toimintaympäristö oli projektipäällikölle tuttu ja lisäksi sitä tuki koko tutkimusprosessin ajan perusteellinen taustatietoon perehtyminen sekä kohdeorganisaatiolta saatu tuki. Projektipäällikkö on myös tiedostanut kokemattomuutensa tutkijana prosessien eri vaiheessa ja saanut tukea niin projekti- kuin ohjausryhmälätkin.

Tutkimustulosten toiseen kontekstiin siirrettävyys riippuu siitä, miten samankaltaisia tutkittu ympäristö ja soveltamisympäristö ovat. Tutkimusympäristöä ja tutkimukseen osallistuneita on kuvailtava riittävän tarkasti. (Kylmä & Juvakka, 2012, 129.) Siirrettävyyttä parantaa se, että haastateltavat työskentelivät monipuolisesti eri yksiköissä. Siirrettävyyttä tukevat myös aikaisemmat tutkimukset avohoidon tehostamisen keinoista sekä selvitykset siitä kuinka muualla tehostettua avohoitoa toteutetaan. Tämän tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä arvioidessa on kuitenkin otettava huomioon, että jokainen kohdeorganisaatio ja niiden toimintamallit ovat erilaiset.

7 TULOKSET

Benchmarking-kehittämismenetelmän avulla oli tarkoituksena kartoittaa Suomessa käytössä olevia avohoidon tehostamisen malleja hoidettaessa akuuttia hoitoa tarvitsevia potilaita. Tulokset esitetään tekstin lisäksi kuviona, joka havainnollistaa eri yksiköiden roolia potilaiden hoidossa (Kuvio 2).

Haastattelututkimuksessa tutkimustehtävänä oli selvittää henkilökunnan näkemyksiä avohoidon tehostamisen nykyisistä toimintamalleista ja niiden kehittämiskohteista sekä yksiköiden välisestä yhteistyöstä ja sen kehittamisestä, kun hoidetaan akuuttia hoitoa tarvitsevia potilaita. Tulososassa kuvataan henkilökunnan näkemyksistä analysoinnin kautta syntyneitä käsitteitä. Näkemykset näkyvät alkuperäisimaisuissa, jotka esitetään tekstissä kursivoituna. Tulee kuitenkin muistaa, että tekstissä esiintyvät alkuperäisilmaisut ovat esimerkkejä, joiden tarkoituksena on helpottaa lukijaa analysoinnin seuraamisessa. Tekstissä käytettyjen lihavoitujen tarkoituksena on helpottaa taulukoitujen alakategorioiden erottamista tekstistä. Esimerkit haastatteluaineiston ryhmittelystä on kuvattu liitteessä.

Tulokset esitetään teema-alueittain, jotka muodostettiin tutkimuskysymyksiä apuna käyttäen. Tulososassa olevien taulukoiden ja kuvioiden on tarkoitus toimia lukijalle havainnollistavana apuna. Haastattelututkimuksen tuloksia ja niiden jakautumista yksiköiden välille on esitelty taulukon muodossa myös liitteessä (Liite 6).

7.1 Avohoidon tehostamisen toimintamallit Suomessa

Satakunnan sairaanhoitopiirin Tehostetun avohoidon yksikön toiminta-ajatuksena on turvata kriisipotilaille päivystyksellinen psykiatrinen avohoito myös virka-ajan ulkopuolella ja tätä kautta vähentää sairaalahoidon tarvetta. Tehostetun avohoidon yksikössä toimii kolme työryhmää: Päivystystyöryhmä, Liikkuva työryhmä sekä Vakautustyöryhmä (Saxen ym. 2014, 403-404; Satasairaala.)

Helsingin -ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin varhaispsykoosikeskuksessa on huomioitu akuutti kriisityö osana toimintaa. Potilaan toipumiseen tai elämäntilanteeseen liittyvä tuen tarve saattaa hetkellisesti lisääntyä. Tällöin potilaalla on mahdollisuus tehostettuun tukeen, joita ovat tiheät tapaamiset (1-5krt/vk), seurantahuone varhaispsykoosikeskuksessa, kotipoliklinikka ja TEKO-työryhmä. (HUS varhaispsykoosikeskus, 37.) Helsingin -

ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin kuuluva psykiatrian tehostettu avohoito tarjoaa Porvoon sairaanhoitoalueella psykiatrista hoitoa ja kuntoutusta. Tehostettuun avohoitoon ohjaututaan tilanteissa, joissa muut avohoidon keinot ovat riittämättömiä. Tehostetun avohoidon ”hoida tehostetusti”-linjalla hoidetaan potilaita, joiden sairaus vaatii tavanomaista avohoitoa tehostetumpaa otetta, silloin kun sairauden oireet ovat pahenemisvaiheessa, toimintakyky laskee merkittävästi tai potilas ei sitoudu hoitoon. (HUS, psykiatrian tehostettu avohoito.)

Helsingin kaupungin mielenterveys- ja päihdepalveluiden saatavuutta ja riittävyttä arvioineet Kähkönen & Ritari (2017, 9-11) kuvaavat tilanteen kiireellisen hoidon suhteen olevan Helsingissä hyvä. Vuonna 2014 toteutettiin uudistus, josta alkaen psykiatrinen päivystys ja psykiatrinen neuvontapuhelin ovat olleet toiminnassa 24/7. Psykiatria- ja päihdekeskusten akuuttityöryhmät ottavat potilaat kolmen päivän sisällä vastaan ja hoidossa oleville potilaille toimii akuuttivastaanotto päivittäin. Kaikilla työntekijöillä on akuuttiaikoja jo hoidossa olevia potilaita varten. Lisäksi psykiatria - ja päihdekeskuksessa toimivat kiirevastaanotot, joihin hoidossa oleva potilas voi ilman ajanvarausta mennä. Psykiatrisella päivystyspoliklinikalla toimii myös suora ajanvaraus mahdollisuus poliklinikoille jo hoidossa olevien potilaiden osalta. Helsingin kaupungin liikkuvan avohoidon tiimiin on integroitu myös tehostettu avohoito. Yksikkö on tavoitettavissa ympärivuorokautisesti vuoden jokaisena päivänä.

Sairaalahoidon ja polikliinisen avohoidon välissä voidaan Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä järjestää tehostettua avohoitoa, joka tarjoaa tavoitteellista ja tiivistä hoitoa potilaan kotona parin viikon ajaksi (Poutanen ym. 2013, 14). Tampereen kaupungissa toimii Liikkuva psykiatrinen työryhmä, jonka hoitoa tarvitaan tyypillisimmin silloin, kun potilaalla on skitsofrenian tai muun psykoottisen häiriön pahenemisvaihe tai sairaalajakson jälkeinen toipumisvaihe (Tampereen kaupunki, 2020b). Tampereella tehostettua psykiatrista avohoitoa tarjoaa myös Päiväsairaala 1, jossa hoitoaika on 2-4 viikkoa (Tampereen kaupunki, 2018). Vakavissa mielenterveyden häiriöiden kriisitilanteissa voi potilaan läheinen, ammattihenkilö tai potilas itse ottaa yhteyttä Akuuttipsykiatrian päivystävään sairaanhoitajaan arkisin virka-aikana. Akuuttipsykiatrian tekemän tilannearvion perusteella suunnitellaan hoito tarkoituksenmukaisessa hoitopaikassa. (Tampereen kaupunki, 2020a.)

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä, Seinäjoella toimiva psykiatrian tehostettu avohoito, hoitaa akuutissa kriisissä, vaikeassa elämäntilanteessa tai eri mielenterveyshäiri-

öiden akuuteissa vaiheissa olevia potilaita. Tehostettu avohoito on jaettu päivystystyöryhmään ja kuntoutustyöryhmään. Tapaamisaikoja järjestetään tarvittaessa nopeasti ja tiiviisti. Päivystystyöryhmä päivystää vuorokauden ympäri. (EPSHP.)

Vaasan keskussairaalan sairaalasuunnittelussa tavoitellaan potilaslähtöistä, laadukasta ja oikea-aikaista psykiatrista hoitoa, joka toteutuu ensisijaisesti avohoidossa. Avohoidon tuella on tarkoitus pitää myös osastojaksot lyhyinä. Hoitoon on tarkoitus hakeutua yhteispäivystyksen kautta silloin kun tilanne on akuutti. Yhteispäivystyksessä on mahdollisuus myös lyhyeen seurantaan. Tarkoitus on myös, että akuuttitilanteessa tutkimus ja hoito voidaan aloittaa tarvittaessa potilaan kotona. Avohoitopalveluilla on tarkoitus olla kokonaisvastuu potilaan hoitoprosessista. Uusia hoitomenetelmiä on tarkoitus ottaa käyttöön, sekä laajentaa kotiin vietäviä palveluja. Myös verkon kautta annettavaa potilasohjausta on tarkoitus kehittää. (Vaasan keskussairaala, 2015, 24-25.)

Lahdessa toimii jalkautuva työryhmä, Siltaryhmä, joka toimii avohoidon ja osastojen välillä tarjoten määräaikaista lisätukea olemassa olevan avohoidon rinnalla. Siltaryhmä pyrkii estämään sairaalahoitajaksoja avohoitolähtöisesti silloin kun vointi vaatii hoidon tehostamista. Siltaryhmän tavoitteena on toteuttaa ensimmäinen kontakti 24 tunnin sisällä yhteydenotosta. Lisäksi avohoidon yksiköistä voidaan tarvittaessa ohjata potilas tehostetun avohoidon yksikköön, joka toimii päiväpoliklinikkana arkipäivisin ja tarjoaa potilaille hoitosuhdekeskusteluja, ryhmiä sekä ruokailun. (PHHYKY, 2018.)

Kuopion psykiatrian keskuksessa on kehitetty myös asiakkaisen koteihin ja heidän omiin elinympäristöihinsä vietäviä palveluja avohoidon ja sairaalahoidon rajapinnalle (Honkalampi ym. 2012, 610). Kuopion psykiatrian keskuksen aikuispsykiatrian osastopaikkojen vähenemistä korvaamaan on perustettu tehostettua avohoitoa tarjoavia palveluja. Tehostetun avohoidon työryhmä turvaa tiiviin akuuttivaiheen hoidon sekä nopean hoitoon pääsyn. (Kuopion kaupunki, 2019, 30.)

Pohjois-Karjalan keskussairaalan alueella, Joensuussa, toimii aikuispsykiatrian tehostettu avohoito, joka tarjoaa päivystyksellisiä ja kotiin vietäviä mielenterveyspalveluja. Tehostettu avohoito hoitaa esimerkiksi potilaita, jotka saavat jo hoitoa, mutta se ei riitä, esimerkiksi tilanteessa, jossa sairaus on äkillisesti pahentunut. Tehostettu avohoito pitää sisällään 1-5 tapaamisen selvittelyjakson, johon kuuluu verkostotapaaminen, hoidon suunnittelu ja jatkohoidon järjestäminen. Tapaamiset järjestetään potilaan kotona, yksikön tiloissa tai yhteispäivystyksessä. Yksikkö toimii ympäri vuorokauden ja sinne voi ottaa yhteyttä potilas, läheinen tai viranomainen, eikä lähetettä tarvita. Tarvittaessa potilas voidaan ottaa yksikköön polikliiniseen seurantaan muutamien tuntien ajaksi tai hänet

voidaan ohjata psykiatriselle kriisi-osastolle 1-3 vuorokauden ajaksi. Tehostetun avohoidon henkilöstö antaa myös konsultaatioapua perusterveydenhuollolle sekä arvioi psykiatrisen hoidon tarvetta. Yksikön hoitokoordinaattori arvioi hoidon kiireellisyyttä yhdessä muiden tehostetun avohoidon tiimin työntekijöiden kanssa. Hoitokoordinaattori järjestää tarvittavan hoidon aloituspalaverin ja hoidon toteutuksen tavoista ilmoitetaan potilaalle välittömästi. (Siun Sote, 2020; Aittapelto ym. 2013, 7-11.)

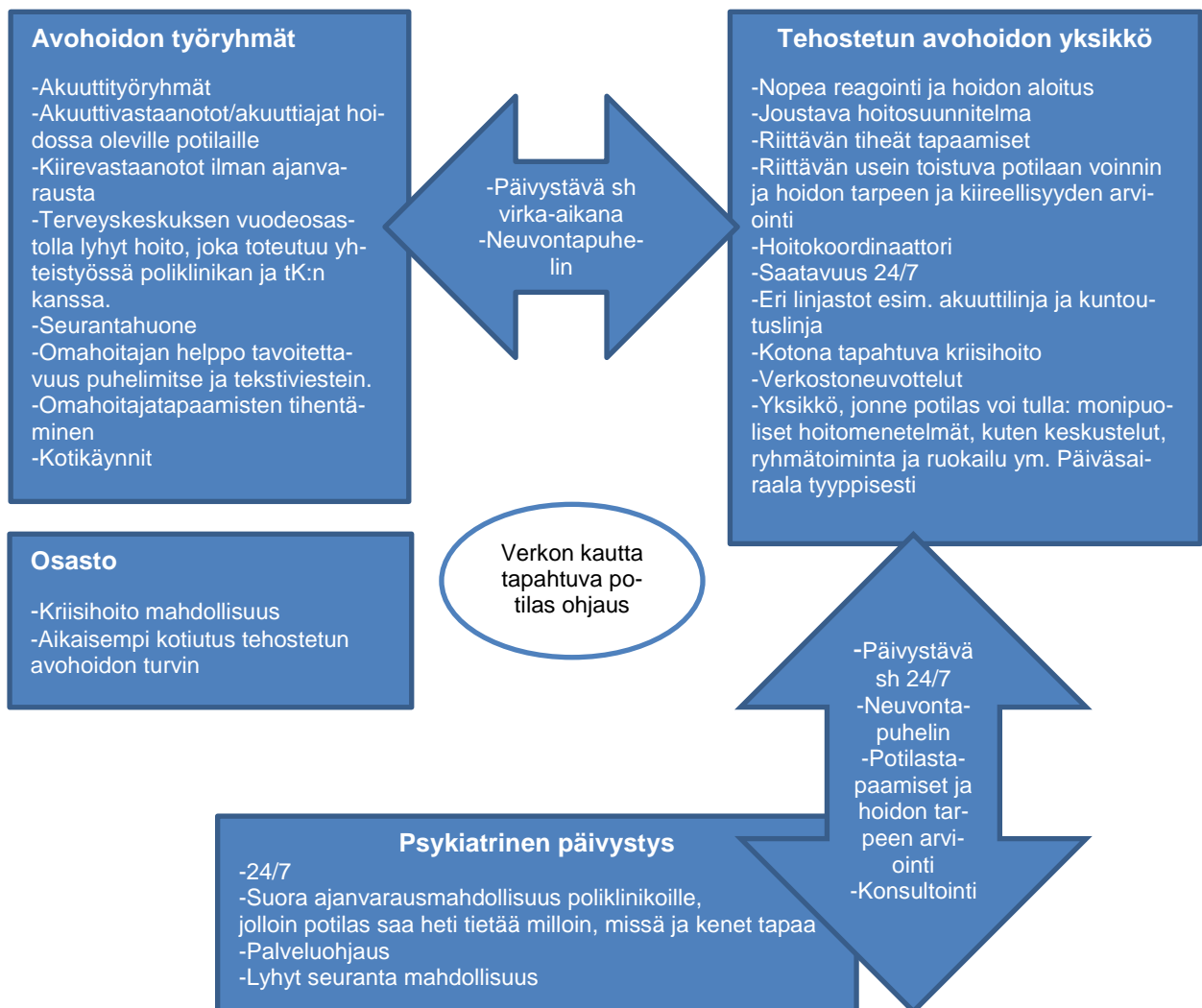
Etelä-Karjalassa mielenterveys- ja päihdepalveluissa on välittömän hoitoon pääsyn mahdollisuus. Eksoten alueella Lappeenrannassa Etelä-Karjalan keskussairaalan yhteydessä sijaitsee Mielenterveys- ja päihdepäivystys sekä arviointipoliklinikka (MTPA), joka palvelee ilman lähetepakkoa matalalla kynnyksellä. (THL, 2013, 20.) Palveluohjauksessa selvitetään päivystykseen tulleen potilaan ongelma ja hänet ohjataan palveluun, joka vastaa tarvetta. 72 % potilaista tuli MTPA-yksikköön klo 16 jälkeen. Kaikkien työntekijöiden ajanvarauskirjat ovat päivystävän sairaanhoitajan nähtävillä ja hän voi sieltä varata vapaasti aikoja sekä tarvittaessa ottaa poliklinikan henkilökuntaan yhteyttä Lync-viestein. Ajanvarauskirjan vapaa täyttö mahdollistaa sen, että potilas saa heti tiedon, milloin ja missä hän tapaa hoitavan tahon. (THL, 2015, 59, 283.)

Lempäälässä on käytössä malli, jossa kriisipotilaat ovat psykiatrisen avohoidon työntekijöiden hoidossa Lempäälän terveyskeskuksen sairaalan tiloissa. Tarkoituksena on turvata potilaille psykiatrisen ympärivuorokautinen turvapaikka, hyödyntäen ennestään tuttujen psykiatrisen avohoidon työntekijöiden intensiivistä hoitoa. (Rajakangas ym. 2015, 3210.)

Lapin-sairaanhoitopiirin Akuuttitiimi tarjoaa erikoistason, kiireellistä psykiatrista avohoidoa. Tiimi tekee pääosin liikkuvaa työtä, johon kuuluu myös hoidon tarpeen arviointia sekä hoitoon ohjaamista. Akuuttitiimiin tullaan potilaaksi pääasiassa päivystyksen kautta ja se tekee tiivistä yhteistyötä somaattisen sairaanhoidon päivystyksen ja psykiatrisen akuuttiosaston kanssa. Yksi akuuttitiimin hoitajista toimii MiePä-triage päivystävänä sairaanhoitajana, joka vastaanottaa puhelut sekä tekee ensiarvion hoidon tarpeesta ja kiireellisyydestä puhelun aikana vuorokauden ympäri. Tarvittaessa soittaja kutsutaan päivystystapaamiseen Lapin keskussairaalan yhteispäivystykseen. (LSHP, 2020.)

Akuuttia hoitoa tarvitsevan potilaan tehostetun avohoidon erilaisista malleista Suomessa on laadittu synteesi, joka kuvattu kuviossa (Kuvio2).

Kuvio 2. Akuuttia hoitoa tarvitsevan potilaan avohoidon tehostamisen malleja Suomessa.



(Aittapelto ym. 2013, 7-11; EPSHP; HUS varhaispsykoosikeskus, 37; HUS, psykiatrian tehostettu avohoito; Kähkönen & Ritari, 2017, 9-11; Kuopion kaupunki, 2019, 30; LSHP, 2020; PHHYKY, 2018; Poutanen ym. 2013, 14; Rajakangas ym. 2015, 3210; Satasairaala; Saxen ym. 2014, 403-404; Siun Sote, 2020; Tampereen kaupunki, 2020b, Tampereen kaupunki, 2020a; Tampereen kaupunki, 2020b; Vaasan keskussairaala, 2015, 24-25; THL, 2013, 20; TYKS, 2017.)

7.2 Nykyiset toimintamallit ja niiden kehittäminen

Haastattelututkimuksen mukaan akuuttia hoitoa tarvitsevia potilaita hoidettaessa psykoosiryhmät pyrkivät **tiivistämään omahoitajatapaamisia** ja soittoja sekä saamaan lääkärille akuuttiajan. Psykoosiryhmissä ei ole hoitajille saatavilla erikseen vakioituja akuuttiaikoja. Psykoosiryhmistä ainoastaan yhdessä on varattu viikossa vakioitu määrä akuuttiaikoja lääkärille.

”Tilanteen mukaan, miten aikataulut antaa myöten, niin tiivistää noita hoitajakäyntejä tai mahdollisesti varata lääkärille akuuttiaikaa”

”Hoitajille varsinaisia luotuja akuuttiaikoja, jossa olisi väljyyttä, ei tällä hetkellä ole”

”siel ei oo välttämättä vapaita aikoja, jos se viikko tungetaan täyteen niitä normaaleja vastaanottoaikoja”

”Puhelinsoittoja, niitä saa helpommin sinne väleihin, jos vastaanottoajat on kauheen ruuhkaset.”

Psykoosiryhmistä tehdään **kotikäyntejä** vain vähän.

”Varmaan ajan puute ja sit jos ajatellaan et potilas on huonossa kunnossa, niin sit sinne ei yksin mennä...”

”Kotikäyntejä tehdään tosi vähän silloin kun potilaan vointi on huono, että silloin usein PHTA menee sinne tai yrittää tuoda potilaan tänne käynnille.”

PHTA voidaan pyytää myös mukaan myös **työpariksi kotikäynnille**. Työparityöskentelyä on kuitenkin melko vähän. Kotikäyntien järjestämisessä voidaan haastateltavien mukaan jatkossa hyödyntää enemmän PHTA:n kolmatta aamuvuoron hoitajaa työparityöskentelyssä.

”Akuutisti tehtävät kotikäynnit, jossa työparin saisi mahdollisesti PHTA:sta.”

”Se nyt ainanki että tulis se kolmas henkilö siitä aamusta parempaan käyttöön omahoitajan työparina... se ois varmaan niinku se mikä on ollut työn alla mutta ei oikein ole toteutunut... sillä saadaan jo aika paljon aikoja kuitenkin.”

Psykoosiryhmät voivat tarvittaessa **pyytää PHTA:n mukaan** potilaan hoitoon.

”Tai sitten pyydetään tehostettu avohoito, jos olette jo potilaan hoidossa mukana tai jos ette ole niin yritetään saada sopimaan”

”Kyl se nousee mieleen, lääkäreilläkin, et oisko tässä tehostettu...”

Jatkossa PHTA:ta tulisi haastateltavien mukaan pyytää mukaan hoitoon entistä aktiivisemmin ja matalammalla kynnyksellä tilanteissa, jossa potilas tarvitsee akuuttia hoitoa.

”Että tieto laajenisi siitä, miten meitä voi käyttää oman potilaan tilanteen kriisiytyessä...mielummin liikaa oltais meihin yhteydessä kuin liian vähän, kyl me sit sanotaan, jos ei pystytä auttamaan.”

Akuuttia hoitoa tarvitsevia potilaita hoidettaessa voi myös **PHTA tiivistää kotikäyntejä** päivittäin tapahtuviksi. Kotikäynneillä potilaalle tarjotaan mm. keskusteluapua, apua arjenhallintaan, lääkehoidon toteutumisen varmistamiseen sekä esimerkiksi autokyyti lääkärinjalle. Kotikäyntien lisäksi potilaalle voidaan tarjota soittoaikoja tai erillistä soittomahdollisuutta sekä etävastaanottoja.

”Pystytään antaa aika jo samalle päivälle keskimäärin aina, jos potilaan vointi on kriisitynyt.”

”Voidaan saattaa potilasta erillaisiin paikkoihin, on se sit vaikka lääkäri aika, niin me voidaan hakea kotoa ja viedä sinne. Voidaan mennä potilaan kanssa kauppaan... että potilas selviää.. auttaa potilasta ihan perus arjen asioissa, jotka sillä hetkellä voi olla täysin ylivoimaisia sen psyykkisen voinnin takia”

”Voidaan alkaa valvoa potilaan lääkkeenottoa... voidaan saman tien ottaa hänet ”iltakiertoon” ja käydään hänen luonaan päivittäin katsomassa, että ne lääkkeet menee perille”

”Sit voidaan soittaa, potilas voi soittaa, erityisesti ilta-aikana, kun poli ei ole iltaisin auki, niin ollaan tavallaan pidempään käytettävissä”

PHTA voi tarvittaessa olla yhteydessä sairaalan päivystävään lääkäriin. Virka-aikana otetaan yhteys ensisijaisesti omahoitajaan ja/tai potilaan hoitavaan lääkäriin. Potilaiden **kuljettaminen PHTA:n autolla** kotoa psykoosiryhmien vastaanotoille koettiin tärkeäksi.

”Jos olis resursseja niin kускаaminen... jos joku ei vastaanotolle pääse syystä tai toisesta on niin ahdistunut ja käynnit jää toteutumatta.”

”Pystyis hyödyntää sitä, että huonokuntoisia potilaita sais tuotuu niinku polille.”

Tarvittaessa potilas **ohjataan tai saatetaan** avohoidon yksiköiden vastaanotolta päivystykseen Mielenterveys- ja päihdeyksikköön.

”Viime kädessä sitten päivystykseen, jos ei lääkäriaikaa saa järjestettyä, parhaimmillaan potilas sit on saatettu... hoitaja on sit saattanut potilaan sinne päivystykseen, jos on siltä istumalta tarvinnut lähteä.”

Tarvittaessa myös PHTA saattaa suoraan kotikäynniltä **ohjata tai saattaa potilaan Mielenterveys- ja päihdeyksikköön**. Nykyinen toimintatapa, jossa odotusaika voi olla useamman tunnin, koettiin jäykäksi ja sen koettiin vievän kohtuuttomasti niin potilaan kuin hoitajienkin aikaa.

”Päivystykseen meneminen on aina hankalaa... siel kestää aikaa siis ihan pelkkä ilmoittautuminen et se vaatii muun kalenterin järjestämisen.”

”Jos tulee avohoidon yksiköstä, niin tiedetään jo mikä se ongelma on...menee kaksi tuntia vaikka voisi tulla suoraan... aika jäykkää... suoraan pääsee vaan, jos on tosi väkivaltainen.”

Potilaan saattamista päivystykseen Mielenterveys- ja päihdeyksikköön sekä nopeaa hoitoon pääsemistä sujuvoittaisi jonkinlainen **”ohituskaista”**, silloin kun PHTA tai psykoosiryhmistä omahoitaja saattaa potilasta mielenterveys- ja päihdeyksikköön. Näissä tilanteissa potilaan vointi on jo arvioitu omahoitajan vastaanotolla tai kotikäynnillä, jonka pitäisi nopeuttaa kulkua päivystyksessä.

”Jos pystyis olee joku ohituskaista.”

”No se olis hyvä, että potilas voisi tulla suoraan ja toisitte potilaan suoraan meille me otettais vastaan ja sisäänkirjoitettais... jäis se hoidon tarpeen arvio siitä välistä koska se hoidon tarpeen arvio on todennäköisesti sit jo tehty siel kotikäynnillä... et se on periaatteessa ihan turhaa potilaan pomputtamista ja siinä mene turhaa aikaa et se hoito saadaan aloitettua”

Mielenterveys- ja päihdeyksikössä **arvioidaan potilaan vointi sekä hoidon tarve**. Jos potilas ei ole sairaalahoidon tarpeessa, voidaan häntä pitää myös yön yli **seurantapaikalla**.

”Arvioidaan onko potilaan vointi sellainen, että kykenisikö hän avohoitoa tehostamalla pärjäämään arjessa... jos on sellainen, että voidaan välttää osastolle siirtämistä.”

”Päivystys laittaa joko osastolle tai paljon käytetty on se, että yövytetään potilas päivystyksessä.”

Mielenterveys- ja päihdeyksikkö antaa akuuteissa tilanteissa paljon myös **puhelimien kautta tapahtuvaa keskusteluapua, neuvontaa ja palveluohjausta.**

”Meille soittaa tosi paljon potilaat päivystykseen ilman että välttämättä tulee ikinä paikanpäälle.”

”Jos nähdään mahdollisena selvitä tilanteesta yön yli... ohjeistetaan aamulla soittamaan avohoitoon”

Mielenterveys- ja päihdeyksiköstä voidaan tehdä myös ajanvaraus **kriisihoitoresursseille**, jolloin potilas saa tiedon, että hoitaja on häneen yhteydessä seuraavana arkipäivänä voinnin tarkastamiseksi ja mahdollisten tukitoimien järjestämiseksi.

”Psykoosilinjalle tuli sellainen, että voidaan antaa potilaalle kriisiaikoja seuraavalle päivälle, mikä tarkoittaa sitä, että potilas lähtee kotiin ja seuraavana päivänä potilaaseen ollaan yhteydessä.”

Kriisihoitoresurssin käyttö on kuitenkin melko vähäistä ja sen käyttö usein unohtuu, vaikka linjaus on ollut, että kaikista niistä Psykoosien vastuualueen potilaista, jotka käyvät Mielenterveys- ja päihdeyksikössä ja jotka eivät joudu sairaalahoitoon, tehdään ajanvaraus kriisihoitoresurssille. Nykyinen saatavilla oleva tieto ja ohjeistukset kriisihoitoresurssin käytöstä koettiin kuitenkin riittämättömiksi. Lisäksi epäselvyyksiä on aiheuttanut sekava lähetekäytäntö.

”Se on vähän unohtunu.”

”Se ohjeistus on ollut vähän sekava, ei oltu oikeen tietoisia, että kenelle se sit kuuluu.”

”Kokemus että potilaat ovat hyvässä hoidossa...Asia on ollut sellainen, ettei ole välttämättä tarvinnut toimenpiteisiin ryhtyä.”

Haastateltavien mukaan kriisihoitoresurssin käyttö tulisi saada systemaattiseksi ja automaattiseksi toimintatavaksi. Tähän kaivattiin uusia, selkeitä ohjeistuksia.

”Jos potilaalla on ollut niin iso kriisi, että hänen täytyy mennä päivystykseen asti, niin jos ei ohjaudu hoitoon suoraan osastolle...ne kaikki olisikin kriisilistalla ja he saisi psykoosilinjalstolta kontaktin seuraavana päivänä.”

”Ehdottomasti sellainen asia mitä voisi kehittää...helpottaisi varmaan tosi paljon osastojen kuormaa, jos siitä saisi sellaisen oikeasti tehokkaan.”

”Kun sitä vaan muistais käyttää, niin sitä tulis käytetty ja siitä tulis osa työkalupakkia.”

Kriisihoitoresurssin käyttö tulisi haastateltavien mukaan laajentaa koskemaan myös viikonloppua. Tällöin PHTA kannattelisi potilasta viikonlopun yli ja olisi yhteydessä potilaan omahoitajaan seuraavana arkipäivänä.

”Viikonloppuisin voisi olla ainakin soitto, että oot käynyt... ja asiaan on reagoitu.”

Mielenterveys- ja päihdeyksiköstä tarkistetaan ovatko omahoitajakäynnit toteutuneet ja **tarvittaessa ollaan virka-aikana yhteydessä psykoosityöryhmiin potilaan omahoitajaan.**

”Jos tulee virka-aikana niin tietysti ollaan aika usein yhteydessä omahoitajaan, mutta usein potilaat tulee neljän jälkeen.”

”Samalla teen arvion, että koska on seuraava aika tulossa ja myös kysyn, onko toivetta.... ”

Haastateltavien kokemusten mukaan tieto siitä, että potilas on käynyt päivystyksessä Mielenterveys- ja päihdeyksikössä, ei aina tavoita omahoitajaa.

”Hoitovastuu on avohoidon yksikössä koko ajan... sen takia olisi hyvä tietää missä potilas milloinkin menee ja miten hän voi... sen takia tiedonkulku sille, kenellä se vastuu on, olisi tosi toivottavaa”

Psykoosityöryhmien omahoitajille olisi hyvä mennä tieto potilaan päivystyskäynnistä. Tähän nähtiin yhdeksi ratkaisuksi **viitteellisen muistutteen** käyttö potilastietojärjestelmässä.

”Jos sieltä voi jonku viitteellisen muistutteen laittaa, että kävi päivystyksessä.”

”Viitteellinen muistute on väline... niitä kaikki työntekijät seuraa tarkaan... tarkoitettu just sitä varten, että nopeasti saa tiedon välitettyä.”

Toisaalta selkeäksi toimintatavaksi nähtiin, että tieto potilaan Mielenterveys- ja päihdeyksikössä käynnistä tulisi vain kriisihoitoresurssille. Tällöin PHTA kartoittaa potilaan voinnin ja hoidon tilanteen sekä tiedottaa asiasta omahoitajaa seuraavana päivänä. Tätä toimintaa helpottaa potilaan ajantasainen hoitokertomus, jossa tulee haastateltavien mukaan olla nopeasti nähtävillä omahoitajan nimi. Tämän toimintatavan nähtiin vähentävän ja selkeyttävän Mielenterveys- ja päihdeyksikön työtä.

”Päivystyksessä aika on kortilla... PHTA:lla on suhteessa enemmän aikaa etsiä, että kuka se omahoitaja on ja kattoo potilaan papereita.”

”Olisi parasta, että on vain yksi osoite mihin ne viestit laitetaan.”

PHTA:n nähtiin myös voivan matalammalla kynnyksellä ottaa puhelimitse yhteyttä suoraan Mielenterveys- ja päihdeyksikköön ja saada näin **konsultaatio** apua esimerkiksi iltaisin ja viikonloppuisin. Saman ajateltiin voivan toimia toisinkin päin, eli Mielenterveys- ja päihdeyksikkö voisi **kutsua PHTA:n päivystyksen tiloihin** arvioimaan potilaan hoidon tarvetta ja miettimään avohoidon tehostamisen keinoja yhdessä potilaan kanssa. Tämän tyyppistä toimintaa kerrottiin tapahtuneen toistaiseksi hyvin harvoin, mutta sen nähtiin kuitenkin voivan lisääntyä tulevaisuudessa. Toiminnan nähtiin vaativan nykyistä suuremmat resurssit toimiakseen.

”Sit voi vaikka soittaa.. ja käytäis potilas hakemassa sieltä ja vietäis kotiin ja yritettäis sitä kautta luoda kontakti potilaaseen.. Vaikka kaksi kertaa päivässä.. jos se helpottais ja estäis sairaalakierteen.”

”Vaatisi melkein porukan tuplaamisen, että pystyisi tekemään järkevästi.”

”Pari hoitajaa lisää illassa... kalenterissa väljyyttä, että voisivat oikeasti vastata akuutteihin tilanteisiin.”

”Vaatii lisää resursseja ehdottomasti, jos vaikka ajattelee sitä, että voitais käydä heti akuutisti päivystyksestä hakemassa potilas.”

Toiminnan nähtiin voivan tulevaisuudessa koskea myös aivan uusia potilaita, joilla ei ole vielä hoitokontaktia Psykoosien vastualueelle.

”Olis varmaan hyvä, jos vois olla... se on jotenki kiveen hakattu, että jos tulee uusi potilas niin lähete polille ja katotaan sitä kautta sit tai sit osastolle ja siellä hoidetaan avohoidon jutut”

Itsemurhavaarassa olevien potilaiden kohdalla on mielenterveys- ja päihdeyksiköllä käytössä **kriisi/turvasuunnitelman** laatiminen.

”Me on alettu tekee aika useasti, varsinkin oikeasti itsetuhoisten ihmisten kanssa turvasuunnitelmaa.”

Psykoosiryhmissä sekä PHTA:ssa kriisi/turvasuunnitelmaa ei systemaattisesti laadita, mutta suullisesti suunnitelmaa käydään tarvittaessa läpi.

”Kun huomataan merkkejä... pyritään käymään varomerkkiä läpi... kehen ottaa yhteyttä missäkin tilanteessa... kyl näit käydään läpi mut ei varmaan riittävästi kirjallisessa muodossa mutta suullisesti kyllä joka kerta kun joudutaan arvioimaan sitä vointia.”

Kriisi/turvasuunnitelmia tulisi haastateltavien mukaan tehdä systemaattisemmin.

”Voitais tehdä paljon enemmän lähes kaikkien kanssa joku turvasuunnitelma.”

”Jos on epävakautta tai itsetuhoisuutta... niiden kanssa voisi tehdä yksityiskohtaisemman toimintasuunnitelman.”

Digipsykiatrian tarjoamia mahdollisuuksia ei juurikaan hyödynnetä akuuttia hoitoa tarvitsevien potilaiden hoidossa.

”Riippuu potilaan kyvyistä ja taidoista... siinä ihmiset on tosi eri asemassa kuka pystyy hyödyntää.”

”Aika vähän toistaiseksi digitalisoituminen näkyy päivystyksessä.”

”En tiedä kuinka paljon hyödyntäisin kriisiytyneessä tilanteessa kuitenkaan.”

Digipsykiatrian tuomat mahdollisuudet, kuten etävastaanotot, nähtiin yhtenä lisäkeinona avohoidon tehostamisessa ja lisäaikojen järjestämisessä. Ihmiskontakti koettiin kriisiytyneessä tilanteessa kuitenkin ensisijaisena vaihtoehtona.

”Ihmiskontakti parempi niin, että mennään kotiin konkreettisesti ja autetaan niissä arjen asioissa, jotka ihmisillä helposti jää levälleen huonossa psyykkisessä voinnissa.”

Entistä tarkemman **hoidon suunnittelun** haastateltavat kuvasivat kehittämiskohteeksi. Tärkeää on kirjata tarkasti ylös potilaan hoitokertomukseen potilaan hoitoon osallistuvat tahot, hoidon suunnitelma ja kesto. Keskustelu eri hoitavien tahojen välillä nähtiin tärkeäksi ja hoitosuunnitelman laatimisen koettiin hoidon roolien selkiytymisen lisäksi tuovan turvaa myös potilaille. Tässä korostuu omahoitajan rooli Case-Managerina.

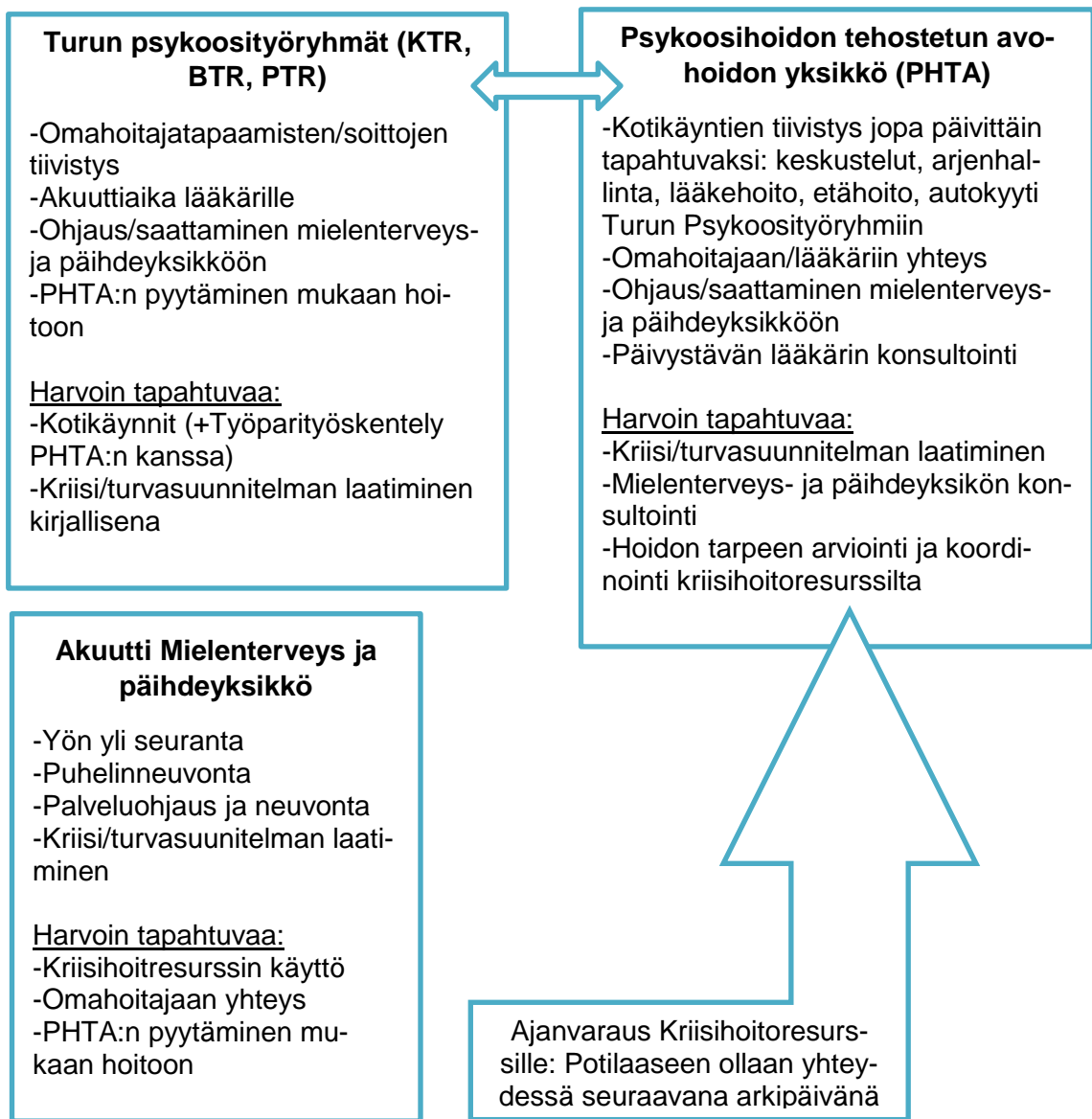
”Aina olisi seuraava arviointi aika sovittuna.”

”Mielellään rajallinen suunnitelma – ei rajaton.”

”Kirjattaisi selkeästi ylös mihin sitä apua tarvitaan ja miten kauan ja koska arvioidaan seuraavan kerran.”

Nykyiset toimintamallit Tyks Psykoosien vastuualueen Turun psykoosiryhmissä, Psykoosihoidon tehostetun avohoidon yksikössä sekä Tyks Akuutin Mielenterveys- ja päihdeyksikössä on havainnollistettu kuviossa (Kuvio 3).

Kuvio 3. Akuuttia hoitoa tarvitsevan potilaan avohoidon tehostamisen nykyiset toimintamallit haastattelututkimuksen mukaan.



7.3 Uudet toimintamallit

Osa haastateltavista näki myös selkeän tarpeen erilliselle **kriisi/päivystyspuhelimelle**, johon potilaat voivat matalla kynnyksellä soittaa kriisitilanteissa.

"Todellakin! Aika usein se riittää, että kuuntelee ja jos se vielä olis sellaista, että voit jutella potilaan kanssa mutta ei tarvi kirjata mitään minnekään..."

tarpeen vaatiessa ohjaat hakeutumaan johonki... tosi ruohonjuuri tason touhuu.”

”Jos on vaikka kriisitilanne niin voi suhteuttaa vaikka, että voidaanko odottaa aamuun ja palata asiaan.”

Akuuttityön nähtiin painottuvan enemmän virka-ajan ulkopuolelle (illat ja viikonloput) kun psykoosiryhmien tarjoama hoito ei ole saatavilla. Psykoosiryhmien **päivystävät sairaanhoitajat sekä vapaat akuuttiaijat** nähtiin selkeiksi kehittämiskohteiksi. Toimivat akuuttiaijat vaatisivat haastateltavien mukaan ajanvarauskalentereihin väljyyttä sekä suoraa ajanvarausmahdollisuutta Mielenterveys- ja päihdeyksiköstä. Potilaiden koettiin haluavan Mielenterveys- ja päihdeyksikössä käydessään jotain konkreettista, kuten juurikin tiedon, milloin hän tapaa seuraavan kerran hoitajan. Myös esimerkiksi joinain päivinä viikossa mahdollisuus antaa psykoosiryhmistä potilaille **iltavastaanotto** aikoja, saattaisi vähentää päivystykseen hakeutumista virka-ajan ulkopuolella.

”Kyllä se ois varmaan ihan ehdottoman hyvä, että tollainen perinteinen poliklinikka työ jäisi historiaan ja muovautuisi enemmän sellainen enemmän iltaan asti menevä...vaikka joinain päivinä viikossa... tai 1-2 päivystävää hoitajaa, jotka olisivat poliklinikalla saatavissa.”

”Akuuttiajan käyttö ympäri vuoden joudutaan miettimään, kun potilas määrä kasvaa. ”

”Väljyyttä aikatauluihin... Jos kaikki ajat täytyy aina olla tehokäytössä mitä on käytössä niin kyllä se tarkoittaa, ettei silloin mihinkään kriisiaikaan voi vastata.”

”Päivystyksestäkin voisi varata jotain kriisiaikoja, että olis tietyillä päivillä varattuna resurssi mikä olis käytettävissä.”

”Sit se olis heti potilaalle osoittaa, että tässä varattu aika, ole hyvä.”

Perusterveydenhuollon tai kolmannen sektorin tarjoamista palveluista ei juuri ole tietoa eikä niitä osata hyödyntää akuuttia hoitoa tarvitsevien potilaiden hoidossa. Esille nousi ajatus siitä, voisiko kolmannen sektorin tai perusterveydenhuollon tarjoamaa hoitoa hyödyntää joissain tilanteissa, jossa potilaan vointi on kriisiytynyt.

”Näil psykoosilinjan potilailla on ehkä joko niukasti kolmannen sektorin paikkoja tai niistä ei olla tietoisia. ”

”Yks mitä voisi käyttää enemmän on ihan perusterveydenhoito...kuinka paljon esimerkiksi kotihoitoa käytetään mutta varmaan vois osiltaan helpottaa erikoissairaanhoidon tarvetta ja potilaiden elämää.”

7.4 Yhteistyö

Haastateltavat kokivat yhteistyön toimivan hyvin psykoosiryhmien sekä PHTA:n välillä. Yhteydenoton PHTA:n koettiin olevan jouhevaa sekä matalalla kynnyksellä tapahtuvaa. Yhteydenotto onnistuu parhaiten puhelimitse, sähköpostilla tai paikanpäälle tulemalla. Haastateltavien kokemus oli, että PHTA:n saa nopeasti yhteyden ja PHTA myös reagoi tilanteisiin nopeasti.

”Aina joku vastaa puhelimeen ja aina siihen asiaan tartutaan ja tosi nopeasti siihen reagoidaan.”

Toivottavaa on, että PHTA tapaa potilaan hoitokokouksessa ennen hoidon aloitusta, mutta tämä nähtiin välillä haastavana.

”Vaatii hoitavalta taholta arviota, että voiko PHTA aloittaa ihan lennossa...Nää tulee yleensä niin nopeasti nää voinnin akutisoitumiset tai se paljastuu yhtäkkiä.”

”Toivotaan kohtaamista etukäteen potilaan kanssa... mutta toisaalta akuutissa tapauksessa siihen on vaan sopeuduttava, että ei tunne.”

PHTA saa tarvittaessa omahoitajat pääsääntöisesti hyvin kiinni, kun taas lääkärin tavoitettavuudessa koettiin olevan välillä haasteita.

”Aina sieltä tulee soitto takaisin tai sähköposti tai viittellinen muistute.... kyl se aina viesti menee perille.”

Yhteistyötä helpottaa PHTA:n ja psykoosiryhmien sijaitseminen samassa rakennuksessa.

”Aika helppoa marssia vaan oven taakse.”

”Kun ollaan samassa talossa, voisi olla mahdollista, että pääsette nopeasti paikalle.”

Tiedon potilaan heikentyneestä voinnista ei läheskään aina koettu tavoittavan PHTA:ta. Tilanteissa, joissa potilas tarvitsee akuuttia hoitoa, osa psykoosiryhmien hoitajista on yhteydessä PHTA:n huomattavasti enemmän kuin osa.

”Varmaan pystyttäis paljon enemmän tukemaan ihmisiä niissä kriisiytymisvaiheissa, mutta se tieto tulee potilaan omanhoitajan tai varsinaisen hoitavan tahon kautta, ni sit jos tietoa ei tule niin ei päästä siihen apuun.”

”Jotkut hoitajat käyttää meitä paljon... on paljon yhteistyötä ja heidän potilaiden kriisiytyessä ovat aina meihin yhteydessä ja sit on hoitajia, joiden kanssa en ole ikinä tehnyt yhteistyötä potilasasioissa...”

PHTA:n myös koettiin jäävän välillä yksin vastuuseen joidenkin potilaiden hoidosta sekä omaavan joskus hyvin erilaiset näkemykset potilaiden hoidon tarpeesta ja hoidon kestosta kuin psykoosiryhmien omahoitaja tai lääkäri.

”Me ollaan siin sit enemmän ilman sitä omahoitajaa tavallaan et omahoitaja ei pysty jostain syystä sit siin tiivistämään niit omia aikoja et se vastuu jää tavallaan pelkästään meille.”

”Me ollaan ajateltu, että voitais jo lopettaa, mutta hoitoryhmä toivoo, että jatkettais:”

Haastateltavien mukaan vastaavasti psykoosiryhmien hoitajilla on joskus kokemus, että potilaan hoitoa ei aina suunnitella PHTA:n kanssa tarpeeksi yhdessä ja välillä PHTA vain ”katoaa” potilaan hoidosta ilman, että omahoitaja on saanut siitä tietoa. Näitä tilanteita estäisi hoidon tarkempi suunnittelu kaikkien hoitoon osallistuvien tahojen sekä potilaan kesken, suunnitelmien ylös kirjaaminen sekä seuraavan arviointiajan sopiminen.

”Kirjattaisi selkeästi ylös mihin sitä apua tarvitaan ja miten kauan ja koska arvioidaan seuraavan kerran.”

”Täytyis varmaan selkeästi enemmän keskustella hoitavan tahon kanssa niinku et molempien puolien näkemys tulis esiin, että miksi tehdään mitään”

Yksiköiden välisen yhteistyön parantamisen keinoiksi nähtiin PHTA:n toiminnan säännöllinen esittely, myös uusille työntekijöille osana perehdytystä. Lisäksi esimerkiksi sähköpostitiedotteet, esitteet, hoitajakokouksiin ja lääkäritiimeihin osallistumisen nähtiin voivan lisätä tietoisuutta toiminnasta sekä parantavan yhteistyötä.

”PHTA:n toiminnan avaaminen säännöllisesti, kun tulee uusia hoitajia ja lääkäreitä... esitteet olis nähtävillä ja saatavilla ja ne osattais vaikka perehdytyksessä näyttää.”

”Ei siitä varmaan haittaa ole, että tulisi välillä esittäytymään ja kertomaan.”

Myös esimerkiksi psykoosityöryhmien työntekijöiden keikkatöiden tekeminen PHTA:ssa mainittiin yhtenä keinona lisätä tietoisuutta toiminnasta.

”Kun on muutaman vuoron tehnyt, niin tietää mitä te teette ja ihmiset on tuttuja”

Mielenterveys- ja päihdeyksikön koettiin tuntevan psykoosityöryhmien toiminta yleisesti hyvin, mutta yhteistyön kuvattiin painottuvan silti lähes pelkästään osaston suuntaan. Kynnystä ottaa avohoidon työryhmiin yhteyttä pidettiin korkeana.

”Yhteydenpitoa päivystyksestä avohoitoon ei juuri ole.”

Tällä hetkellä Mielenterveys- ja päihdeyksikössä ei ole PHTA:n toiminnasta tarpeeksi tietoa. Tämän vuoksi PHTA:n tarjoamaa hoitoa ei osata potilaille juurikaan tarjota eikä ottaa hoidon suunnittelussa huomioon.

”Ei oo ihmisten mielessä, kun mietitään potilaan hoitoa... et silleen se ei oo kovin tunnettu.”

”Jos hoitaja ei ole ikinä kuullutkaan niin sit se on vähän vaikee mieltii selaista.”

Tietoisuuden PHTA:n toiminnasta koettiin Mielenterveys- ja päihdeyksikössä voivan lisääntyä esimerkiksi säännöllisen toiminnan esittelyn ja hoitajakokouksissa vierailamisen myötä. Myös uudistettujen, ammattikäyttöön tarkoitettujen ohjeistusten ja toimintamallien laatimisen nähtiin voivan parantaa yhteistyötä.

”Joku teistä tulis sinne semmosena päivänä, kun on suurin osa henkilökunnasta paikalla...tulis näyttäytyä ja kertomaan.”

”Että ihmiset tietäis teidän olemassa olon ja puhelinnumeron.”

”Kun kasvot jää mieleen, muistuu toimintakin helpommin mieleen.”

7.5 Muut esille nousseet asiat

Lisäksi esille nousi tarve erilliselle päiväyksikölle/päiväsairaalalle, jossa potilasta hoidetaan tiiviisti lyhyen jakson ajan.

”Vanha, uus, menetelmä, jonka toiminta on lopetettu ni päiväyksikkö... lyhyt mutta tiivis jakso.”

”Vaikka avohoitoa tehostettaisiinkin ovat ne lyhkäisiä hetkiä ja siihen jää vuorokauden paljon tunteja olla ahdistunut tai harhoissaan.”

”Joku turvallinen paikka mihin pääsee kotoa... sellaisia ei ole.”

”Tekemistä ja paikka minne mennä.”

Osastojen kriisipaikka-mahdollisuutta pidettiin myös yhtenä mahdollisena keinona hoidettaessa akuuttia hoitoa tarvitsevia potilaita. Näihin käytäntöihin toivottiin selkeää, uutta linjausta ja ohjeistusta.

Lisäksi haastateltavat olivat huolissaan avohoidon vajaista lääkäriresursseista sekä sairaalapaikkojen vähentämisestä ja avohoidon kyvystä vastata siihen.

”Jos mennään vajaalla lääkäriresurssilla, niin hommat kasautuu, eikä paljon ole aikoja annettavissa... menehän monen tilanne avohoidossa huonommaksi ihan vaan siksi, ettei sitä perushoitoa pystytä järjestämään.”

”Ajetaan osastoja alas eikä avohoidon aikoja tule samassa suhteessa lisää.”

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelua

Haastattelututkimuksen avulla saatiin työntekijöiden käsitys nykyisistä avohoidon tehostamisen keinoista sekä mitkä ovat keskeisiä kehittämiskohteita hoidettaessa akuuttia hoitoa tarvitsevia potilaita. Tulosten tarkastelussa peilattiin tutkimushaastattelun tuloksia jo olemassa olevaan tutkimustietoon sekä benchmarking-menetelmän avulla saatuihin tuloksiin avohoidon tehostamisen toimintamalleista muualla Suomessa.

Avopalvelujen tulee olla monipuolisia, päivystäviä, ihmisten arkeen integroituja ja niiden otteen tulee olla aktiivinen ja etsivä. Pitkäaikaishoidossa on tärkeää sitouttaa potilasta aktiivisesti hoitoon sekä taata joustavat palvelut kriisitilanteissa. Psykiatrisen akuuttihoiton tulee rakentua isojen avohoitoyksiköiden varaan, jossa vaativissakin tilanteissa hoito pääosin tapahtuisi. Hyvä akuuttitoiminta tarvitsee mm. konsultointia, liikkuvia yksiköitä ja kotikäyntejä. (Honkalampi ym. 2012, 610; Kontio, 2013, 500; Ojanen & Mantere, 2013, 855; Lönnqvist 2013, 854; Tuominen & Salokangas, 2017, 173-176; Wahlbeck ym. 2019, 124.) Turun psykoosiryhmät voivat potilaan voinnin huonontuessa tarvittaessa tiivistää omahoitajatapaamisia sekä pyytää hoitoon mukaan Psykoosihoidon tehostetun avohoidon yksikön (PHTA:n).

Useat potilaat myös korostavat olemassa olevan hoitosuhteen merkitystä mielenterveyspalveluihin myös voinnin huonontumisen ja kriisien aikana (Daggenvoorde ym. 2017, 467; Farrelly ym. 2014, 1609). Potilaan omahoitajalla on tärkeä rooli hoidon koordinoimisissa ja yhteydenpidossa eri verkostoihin. Pitkät hoitosuhteet edesauttavat myös havainnoimaan muutokset potilaan käyttäytymisessä. Näin myös psykoosin ennako-oireisiin pystytään reagoimaan mahdollisimman nopeasti. (Poutanen, 2013, 6; Saari ym. 2015, 869.) Potilaan hoitosuunnitelmasta tulee tämän tutkimuksen, sekä Poutasen ym. (2013, 6) ja Saxenin ym. (2014, 403-404) mukaan olla helposti löydettävissä ajantasainen tieto potilaan hoidosta ja hoidon tarvetta tulee hoitoon osallistuvien tahojen arvioida yhdessä riittävän usein ja säännöllisesti.

Kriisisuunnitelmien laatimisesta tulee tämän tutkimuksen mukaan tehdä systemaattista ja suunnitelma olisi hyvä tehdä myös kirjallisesti. Varomerkkien varalle on potilaan kanssa hyvä etukäteen sopia, kuinka kriisitilanteessa toimintaan ja mistä apua saa mahdollisimman nopeasti. Tutkimusten mukaan potilaat ovat kokeneet etukäteen laaditun

kriisisuunnitelman käyttämisen hyväksi. (Käypähoito-suositus, 2020; Poutanen ym. 2013, 13; Suominen & Valtonen, 2013, 2450; Daggenvoorde ym. 2017, 467.)

Tämän tutkimuksen mukaan akuuttityö painottuu virka-ajan ulkopuolelle, iltoihin ja viikonloppuihin. Wahlbeckin ym. (2018, 114) mukaan päivystyspalveluiden epätarkoituksenmukainen käyttö kasvaa, jos potilaat, jotka tarvitsevat paljon palveluita, eivät saa kiireellisiä palveluita perustasolta. Perustason tulisi tarjota kiireellisiä palveluja myös arki-iltaisain ja viikonloppuisin. Myös tämän tutkimuksen mukaan jatkossa nähdään tarve psykoosiryhmien vakioituille akuuttivastanoitoille ja iltavastanoitoille. Ajanvarauskalentereissa tulee olla väljyyttä, jolloin on mahdollisuus nopeaan reagointiin ja hoidon tehostamiseen. Toimivaksi tavaksi nähdään esimerkiksi vakioidut akuuttiaijat ajanvarauskalentetrissa. Tulevaisuudessa Tyksin tavoitteena on, että vastuualueella tulee olla valmius järjestää hoidossa oleville potilaille aika seuraavalle arkipäivälle. Työryhmien ajanvarauskirjan vapaa käyttö mahdollistaisi sen, että potilas saa heti tiedon, milloin ja missä tapaa hoitavan tahon. (THL, 2015, 59, 283; TYKS, 2019c, 58.) Esimerkiksi Kähkösen & Ritarin (2017, 9-11) selvityksen mukaan Helsingin kaupungilla on tarjota päivittäin akuuttivastanotto hoidossa oleville potilaille. Kaikilla työntekijöillä on akuuttiaikoja jo hoidossa olevia potilaita varten. Lisäksi toimivat kiirevastaanotot, joihin hoidossa oleva potilas voi ilman ajanvarausta mennä. Myös Satakunnan Sairaanhoidopiirissa Tehostetun avohoidon yksikön toiminta-ajatuksena on turvata kriisipotilaille päivystyksellinen psykiatrinen avohoito myös virka-ajan ulkopuolella ja tätä kautta vähentää sairaalahoidon tarvetta. Yksikön toiminta on osoittanut, että avohoidon käynnistäminen on kriisitilanteissa onnistunut välittömästi. (Saxen ym. 2014, 403-404.)

Kotikäynnit nähdään tämän tutkimuksen mukaan tärkeäksi hoitomenetelmäksi potilaan akuuttihoidossa. Kotikäyntejä tehdään psykoosiryhmistä vähän, mutta PHTA:lla se on pääasiallinen toimintamuoto. Useissa tutkimuksissa on osoitettu, että suurin osa psykoosisairautta sairastavista potilaista suosii enemmän kotiin tuotavaa hoitoa sairaalahoidon sijaan. Kotiin viety kriisihoito voi myös vähentää sairaalahoitoja ja kustannuksia samantapaisilla hoitotuloksilla sekä potilastyytyväisyydellä kuin sairaalahoito. (Farrelly ym. 2014, 1609; Hubbeling & Bertram, 2012, 285; Huang ym. 2018, 338-241; Jethwa ym. 2007, 170-172; Pale ym. 2019, 207-221.) Saxenin ym. (2014, 403-404) ja Klevan ym. (2017, 97) mukaan tärkeää on, että tehostetulla avohoitoyksiköllä on monipuolinen valikoima hoitomuotoja. Potilaat pitävät tärkeänä keskustelun ja kohtaamisen lisäksi käytännön apua päivittäisissä asioissa. Tämän tutkimuksen mukaan PHTA pystyy reagoimaan no-

peasti ja järjestämään jopa päivittäisiä kotikäyntejä. Keskeisiä hoitomuotoja ovat keskustelut, lääkehoito, potilaan saattaminen ja kuljettaminen esimerkiksi psykoosiryhmien vastaanotoille, sekä tukeminen arjenhallinnassa. Muiksi keinoiksi avohoidon tehostamiseen tässä tutkimuksessa nousi erillinen kriisi/päivystyspuhelin sekä digipsykiatrian hyödyntäminen. Kasvotusten tapahtuva hoito nähtiin kuitenkin ensisijaisena vaihtoehtona akuutissa vaiheessa. Hasselbergin ym. (2011) ja Klevan ym. (2017, 105, 98-99) mukaan kotona tapahtuvassa kriisihoidossa tärkeää on työntekijöiden 24/7 saavutettavuus, joka lisää potilaiden kokemaa turvallisuuden tunnetta ja on vain tällöin varteenotettava vaihtoehto sairaalahoidolle.

Tämän tutkimuksen mukaan tulee myös kriisihoitoresurssin käyttöä laajentaa nykyisestä. Sen käytön tulisi olla systemaattista kaikkien niiden Psykoosien vastuualueen potilaiden kohdalla, jotka käyvät päivystyksessä, mutta eivät ohjaudu sairaalahoitoon. Tällöin potilas saa tiedon, että häneen ollaan seuraavana päivänä yhteydessä. PHTA arvioi potilaan sen hetkisen tilanteen, hoidon kiireellisyyden sekä koordinoi potilaan hoitoa. Kriisihoitoresurssia käyttämällä tieto potilaan tilanteesta kulkee aina myös omahoitajalle. Tarvittaessa potilaan avohoitoa tehostetaan yhteistyössä psykoosiryhmän omahoitajan ja lääkärin kanssa.

Psykoosiryhmien omahoitajalla sekä PHTA:lla tulee tämän tutkimuksen mukaan olla jatkossa sujuvampi pääsy päivystykseen Mielenterveys- ja päihdeyksikköön potilaan kanssa, jos potilaan vointi on akuutisti kriisiytynyt. Tämän tutkimuksen mukaan PHTA tulee jatkossa myös kutsua matalammalla kynnyksellä suoraan Mielenterveys- ja päihdeyksikköön mukaan potilaan hoitoon. Myös konsultoivaa yhteydenpitoa yksiköiden välillä tulee lisätä. Kansallisen mielenterveysstrategiankin mukaan palveluiden tulisi olla jatkuvuutta tukevia, yhteen sovitettavia ja joustavia (STM. 2020, 29). Ojasen & Mantereen (2013, 855) mukaan päivystyksessä työskentelevien on hyvä olla selvillä paikallisen avohoidon mahdollisuuksista. Mielenterveys- ja päihdeyksikkö ei tämän tutkimuksen mukaan tunne PHTA:n toimintaa tarpeeksi hyvin, jotta sitä osattaisiin tarjota potilaille. Myöskään psykoosiryhmissä ei aina osata hyödyntää PHTA:n tarjoamaa hoitoa tilanteissa, jossa potilas on akuutin hoidon tarpeessa. Tietoisuutta yksiköstä voivat tämän tutkimuksen mukaan lisätä esimerkiksi uudet selkeät ohjeistukset ja toimintamallit, sähköpostitiedotteet, esitteet, sekä yksiköiden väliset vierailut ja toiminnan esittely.

8.2 Johtopäätökset

1. Turun psykoosiryhmien sekä PHTA:n akuuttitoiminnan keinoja tulee lisätä. Keinoja ovat mm. vakioitujen akuuttiaikojen ja iltavastaanottojen sekä kriisi/päivystyspuhelimien käyttöönotto sekä kotikäyntien lisääminen. Kotikäyntien lisäämisessä voidaan hyödyntää työparityöskentelyä. Hoidon tulee olla joustavaa ja potilaan yksilölliset tarpeet huomioivaa.
2. Kriisihoitoresurssia tulee käyttää nykyistä enemmän. Käyttö tulee saada systemaattiseksi. Tämä takaa sen, että potilas saa nopeasti yhteydenoton voimien kriisiytyessä.
3. Kirjallinen kriisisuunnitelma tulee laatia kaikkien potilaiden kanssa. Myös potilaan hoidon tarvetta sekä hoitosuunnitelmaa tulee arvioida riittävän usein potilaan sekä kaikkien hoitoon osallistuvien tahojen kanssa.
4. Potilaiden hoidon kulun yksiköiden välillä tulee olla saumatonta. Tämä edellyttää psykoosiryhmien sekä PHTA:n sujuvaa pääsyä mielenterveys- ja päihdeyksikköön sekä matalankynnyksen yhteydenpitoa ja konsultointia.
5. Nykyisiä ohjeistuksia ja toimintamalleja tulee selkeyttää sekä tietoisuutta PHTA:n toiminnasta lisätä, jotta sen tarjoamaa hoitoa osataan hyödyntää tehokkaammin vaihtoehtona sairaalahoidolle. Uudet toimintamallit edellyttävät toteutuakseen tehokasta implementointia sekä nykyistä suuremmat resurssit.

8.3 Jatkotutkimusehdotukset

Psykoosien vastualueen avohoidon akuuttitoiminnan kehittämistä tulee jatkaa. Jatkossa akuuttitoiminnan kehittäminen tulee laajentaa koskemaan kaikkia Psykoosien vastualueen avohoidon yksiköitä. Kehittämistyötä tulee tehdä yhteistyössä Tyks Akuutin Mielenterveys- ja päihdeyksikön, psykoosiosastojen sekä kokemusasiantuntijoiden kanssa. Jatkossa benchmarking-menetelmää tulee hyödyntää lisää ja laajemman vertaisanalyysin toteuttaminen niin kansallisesti kuin kansainvälisestikin on toivottavaa. Avohoidon akuuttitoiminnan kehittämisessä tulee katse suunnata myös perusterveydenhuollon sekä kolmannen sektorin suuntaan. Avohoidon akuuttitoiminnan laatua tulee jatkuvasti arvioida ja kehittää myös potilaiden kokemusten ja potilastyytyväisyyden kautta.

9 TOIMINTAMALLI AKUUTTIA HOITOA TARVITSEVAN POTILAAN HOIDON JÄRJESTÄMISEKSI PSYKOOSIEN VASTUUALUEELLA

Kehittämiprojektin tuotoksena syntyi toimintamalli, eli ehdotus siitä, miten akuutti-hoidon tarpeessa olevan potilaan hoito voitaisiin järjestää siten, että potilaan ei tarvitsisi turvautua osastohoitoon. Uusi toimintamalli syntyi kehittämiprojektin eri osien summana ja siinä yhdistyy tausta teorian, benchmarking-menetelmän sekä haastattelututkimuksen keskeisimmät tulokset. Toimintamallin suunnittelussa on otettu huomioon sen sopiminen kohdeorganisaatioon. Valmis toimintamalli on tämän loppuraportin liitteenä (Liite 7).

Toimintamalli on tarkoitettu Tyks Akuutin Mielenterveys -ja päihdeyksikön, Psykoosien vastuualueen Turun psykoosiryhmien sekä Psykoosihoidon tehostetun avohoidon yksikön käyttöön. Sen on tarkoitus selkeyttää yksiköiden toimintaa, eri rooleja, parantaa yksiköiden välistä yhteistyötä sekä tulla osaksi uusien työntekijöiden perehdytystä. Toimintamallia on mahdollista soveltaa myös esimerkiksi muiden kaupunkien Psykoosien vastuualueen yksiköihin sekä muihin Tyks Psykiatrian vastuualueisiin, jossa halutaan kehittää tehostettua avohoitoa.

Toimintamallissa kuvataan potilaan hoidon kulkua yksiköiden välillä ja siihen on kuvattu auki ne keinot, joita yksiköillä tulisi olla käytössä avohoidon tehostamiseksi. Toimintamalli tulee olemaan helposti päivitettävä. Toimintamalli tulee todennäköisesti päivitty-mään, kun tämän loppuraportin kirjoittamishetkellä vielä tekeillä oleva kehittämiprojekti koskien psykoosiosastojen kriisipaikkakäytäntöjä ja kriisin jälkeisen hoidon koordinoitua valmistuu keväällä 2021. Toimintamallin on mahdollista päivittyä myös perusterveydenhuollon ja kolmannen sektorin suuntaan. Myös uudet digitaaliset ratkaisut luovat uusia mahdollisuuksia toimintamallin jatkokehittämiseksi. Uuden psykiatrisen sairaalan valmistuessa vuonna 2024 tulee toimintamallia ja sen käyttökelpoisuutta arvioida uudelleen, sillä esimerkiksi perustettavan Koordinoivan yksikön toiminta tulee vaikuttamaan merkittävästi avohoidon järjestämiseen akuuttitilanteissa.

Valmis toimintamalli esitetään tehostetun avohoidon kehittämisen työryhmälle sekä tämän jälkeen mahdollisesti johtoryhmälle. Ennen mahdollista käyttöönottoa toimintamalli tulee vaatimaan muutoksia totuttuihin toimintatapoihin sekä runsaasti suunnittelua, keskustelua ja työnjakoa yksiköiden välille, jotta toiminnasta saadaan järkevä ja saumaton

kokonaisuus. Jotta toimintamalli voidaan ottaa käyttöön ehdotetulla tavalla, vaatii se myös lisäresursseja henkilökuntaan.

10 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI

Tämän kehittämisprojektin tavoitteena oli kehittää Tyks Psykiatrian Psykoosien vastuualueen avohoidon akuuttitoimintaa. Projektin lopputuotoksena syntyi toimintamalli, joka on ehdotus akuutin hoidon tarpeessa olevan potilaan hoidon järjestämisestä. Toimintamalli syntyi tarpeesta kehittää avohoidon akuuttitoimintaa.

Asetettuihin tavoitteisiin nähden voidaan todeta projektin olleen onnistunut. Sen tuotoksena syntynyt toimintamalli noudatti asetettuja tavoitteita. Suunnitteluvaiheessa kehittämisprojektille tehtiin sisäisten ja ulkoisten riskien kartoitus (SWOT-analyysi). Projektipäällikön vahvuuksiksi määriteltiin tuolloin kiinnostus aiheeseen sekä oma työkokemus tehostetun avohoidon parissa. Vahvuuksiksi määriteltiin lisäksi aiheen ajankohtaisuus organisaatiossa ja organisaation tuki koko projektin ajan. Haasteiksi sen sijaan nähtiin projektipäällikön kokemattomuus sekä epävarmuus siitä, tuleeko uusi toimintamalli käyttöön. Myös se, kuinka uusi toimintaehdotus otetaan eri yksiköissä vastaan, kirjattiin myös haasteeksi. Suunnitelmavaiheen SWOT-analyysissä kehittämisprojektin mahdollisuuksina nähtiin uudet, joustavat hoitomuodot potilaille sekä sairaalahoitojen ja päivystyskäyntien väheneminen. Viimeisenä mahdollisuudeksi määriteltiin myös yksiköiden välinen yhteistyön paraneminen. SWOT-analyysi kuvautuu kehittämisprojektin lopussa edelleen melko samanlaisena kuin suunnitteluvaiheessa.

Projektin toteutuksessa ja etenemisessä näkyi projektipäällikön kokemattomuus ja suunniteltuihin aikatauluihin tuli jonkin verran muutoksia projektin edetessä. Osaltaan tähän vaikutti myös covid19-pandemia, joka vaikutti mm. suunniteltujen organisaatiovierailuiden toteutumiseen.

Projektipäällikkö oli vastuussa projektista ja projekti toteutettiin projektiorganisaation kanssa yhdessä. Projektipäällikkö sai kehittämisprojektin aikana tukea projektiryhmältä sekä omalta työyhteisöltään. Projektin edetessä projektipäällikkö pyysi säännöllisesti arviointia sekä kehitysehdotuksia projektiryhmältä. Projektin onnistumisen edellytyksenä oli projektipäällikön kiinnostus aiheeseen ja halu toiminnan kehittämiseen. Projektipäällikkö koki projektityöskentelyn hyvänä oppimiskokemuksena sekä koko prosessin hyvin mielenkiintoisena. Projektiryhmä työskenteli sitoutuneesti yhteisen päämäärän eteen, mikä lisäsi positiivista kokemusta projektityöskentelystä. Kokenut ohjausryhmä sekä työelämämentorit olivat työskentelyn tukena koko projektin ajan. Kehittämisprojektityöskentelyn aikana projektipäällikön projektin hallintataidot lisääntyivät monipuolisesti. Myös

ymmärrys viestinnästä sekä moniammatillisesta asiantuntijayhteistyöstä syvenivät. Myös projektipäällikön tiedot aiheesta syventyivät merkittävästi teoreettiseen tietoon perehtymisen myötä.

LÄHTEET

- Ahola, H. & Vainio, S. 2016. Miten vastaamme paremmin riskiryhmien palvelutarpeeseen? Oikeita palveluita oikeaan aikaan. Palvelumuotoilulla parempia palveluita riskiryhmille-hanke. 2013-2016. Viitattu 6.2.2020: <https://thl.fi/documents/974282/1449788/Oikeita+palveluja+oikeaan+aikaan.pdf/8b462f70-5d5c-435c-ab90-6efcc8af1088>
- Ahonen, P. 2015. Ylemmän ammattikorkeakoulutuksen opettajuus tutkimuksen, kehittämisen ja uudistamisen sillanrakentajana. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 222. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 14.2.2020: <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522165978.pdf>
- Aittapelto, T., Mäki-Kokkila, H., Sainola-Rodriguez, K. & Suvanto, J. 2013. Tehostettu psykiatrisen avohoidon toiminnallinen suunnitelma. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. Psykiatrian Klinikka. Psykiatriatalo/ Tehostettu avohoito.
- Chandra, A., Patterson, E. & Hodge, S. 2018. Standars for early intervention in psychosis servises. Royal College of Psychiatrists 5 Early Intervention in Psychosis Network (EIPN)
- Cornelis, J., Barakat, A., Dekker, J., Schut, T., Berk, S., Nusselder, H., Nikander, R., Zoeteman, J., Van, R., Beekman, A. & Blankers, M. 2018. Intensive home treatment for patients in acute psychiatric crisis situations: a multicentre randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2018; 18: 55.
- Daggenvoorde, T., Goossens, P. & Gijnsman, H. 2017. Emergency care in case of acute psychotic and/or manic symptoms: Lived experiences of patients and their families with the first interventions of a mobile crisis team. *A phenomenological study. Perspect psychiatr care*; 54: 462-468.
- EPSHP. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Psykiatrian tehostettu avohoito. Viitattu 2.3.2020: http://www.epshp.fi/hoitopalvelut/hoidot_ ja_ tutkimukset/psykiatria/aikuisten_ psykiatriset_ avohoitopalvelut/psykiatrian_ tehostettu_ avohoito
- Farrelly, S., Brown, G., Rose, D., Doherty, E., Henderson, C. Birchwood, M., Marshall, M., Waheed, W., Szmukler, G. & Thornicroft, G. 2014. What service users with psychotic disorders want in a mental health crisis or relapse: thematic analysis of joint crisis plans. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 49:1609–1617.
- Hasselberg, N., Gråve, R., Johnson, S. & Ruud, T. 2011. An implementation study of the crisis resolution team model in Norway: Are the crisis resolution teams fulfilling their role? *BMC Health Services Research*. 11/96. Viitattu 7.2.2020: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-11-96>
- Hedley, T. 2018. Sweden has unveiled a dedicated mental health ambulance. *VT News*. 28.2.2018. Viitattu 20.2.2020: <https://vt.co/news/world/sweden-unveiled-amazing-dedicated-mental-health-ambulance>
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2018. Tutki ja kirjoita. 22. painos. Porvoo: Bookwell Oy.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.
- Honkalampi, K., Rajala, K., Pajula, J. & Saarinen, P. 2012. Seitsemäsosa psykiatrisen avohoidon vastaanottoajoista jää käyttämättä. *Suomen lääkärilehti* 8/2012 vsk 67.607-610.
- Huang, H., Taylor, M. & Carmichael, A. 2018. The outcomes of home treatment for schizophrenia. *BJPsych Bulletin*. 42, 238–242.
- Hubbeling, D. & Bertram, R. 2012. Crisis resolution teams in the UK and elsewhere. *Journal of mental health*. 6/2012; 21 (3): 285-295.
- HUS. Varhaispsykoosikeskus- esite.

HUS. Psykiatrian tehostettu avohoito. Viitattu 6.2.2020: <https://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/porvoon-sairaala/osastot-muut-hoitoyksikot/psykiatrian-tehostettu-avohoito/Sivut/default.aspx>

Hyvärinen, M., Nikander, P. & Ruusuvuori, J. 2017. Tutkimushaastattelijan käsikirja. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Vastapaino.

Jethwa, K., Galappathie, N. & Hewson, P. 2007. Effects of a Crisis Resolution and Home Treatment Team on in-patient admissions. *Psychiatric Bulletin* (2007), 31,170-172.

Johnson, S. 2013. Crisis resolution and home treatment teams: an evolving model. *Advances in psychiatric treatment*. Vol. 19, 115-123.

Klevan, T., Karlsson, B. & Ruud, T. 2017. "At the extremities of life" – Service user experiences of helpful help in mental health crises. *American journal of psychiatric rehabilitation*. Vol. 20, No. 2, 87-105.

Kontio, R., Malin, M., Joffe, G., Vastamäki, M. & Wahlbeck, K. 2013. HUS-alueen mielenterveys- ja päihdepalvelut liian laitokeskeisiä. *Suomen lääkärilehti* 7/2013 vsk 68. 496-501.

Korkeila, J. 2009. Mikä on hyvä tapa järjestää psykiatrista avohoitoa? *Duodecim* 2009; 125: 2333-40.

Kuikka, A., Utriainen, J & Virkkunen, A. 2012. Onnistunut projekti. Vanhus- ja lähimmäispalvelun liiton projektikäsikirja. Valli ry. Viitattu 10.3.2020: http://www.valli.fi/fileadmin/user_upload/Julkaisut__pdf/Oppaat__pdf/OnnistunutProjekti_nettti.pdf

Kuopion kaupunki, Perusturvan ja terveydenhuollon palvelualueet. 2019. Käyttötaloussuunnitelma 2019. Perusturvan ja terveydenhuollon palvelualueet sekä isäntäkuntapalvelut. Viitattu 3.3.2020: <https://www.kuopio.fi/documents/7369547/8201623/KS+2019+Perusturvan+ja+terveydenhuollon+palvelualue/897d03ed-8fb2-4d19-83ba-dd0813ec134e>

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. 1.-2. painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Kähkönen, L., Ritari, J. 2017. Aikuisten mielenterveys- ja päihdepalveluiden saatavuus ja riittävyys. Helsingin kaupunki Tarkastusvirasto. Arviointimuistio. Viitattu 2.3.2020: https://www.arviointikertomus.fi/sites/default/files/pdf/article-memo/2017/muistio_aikuisten_mielenterveys-_ja_paihdepalveluiden_saatavuus_ja_riittavyys.pdf

Laaksonen-Balk, T. 2020. Unohtuuko potilas psykiatrisen sairaalahoidon keskittämisessä? *Lääkärilehti* 7/2020 vsk 75. s. 388-389. Viitattu 14.10.2020: <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/keskustelua/unohtuuko-potilas-psykiatrisen-sairalahoidon-keskittamisessa/?pub-lic=a52e54b8a063e913c6dcda18fee6f26c>

LSHP. Lapin sairaanhoitopiiri. 2020. Akuuttitiimi ja päivystys. Viitattu 2.3.2020: http://www.lshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopalvelut/Mielenterveys_ja_paihdepalvelut/Nopeat_palvelut_ja_konsultaatiot/Akuuttitiimi_ja_paivystys

Leijala, J., Hietala, E. & Kampman, O. 2019. Sairaudentunnon ja hoitoon sitoutumisen merkitys skitsofrenian hoidossa. *Duodecim* 2019; 135:2028-34.

Lloyd-Evans, B. & Johnson, F. 2014. Crisis Resolution Teams: how are they performing? Your guide to today's mental health issues. *Mental health today*. 5/6 2014, 18-19.

Lyly-Falck, A. 2018. Kuuden suurimman kaupungin päihde- ja mielenterveyspalvelut ja kustannukset vuonna 2017. Kuusikko-työryhmän julkaisusarja 4/2018. Viitattu 3.3.2020: https://www.hel.fi/static/kanslia/Julkaisut/2018/Paihde_ja_mielenterveyspalvelujen_raportti_2017.pdf

Lönnqvist, J. 2013. Onko psykiatrian päivystäjä hankala kollega? *Duodecim* 129 (8), 853–854.

Moring, J., Martins, A., Partanen, A., Bergman, V., Nordling, E. & Nevalainen, V. 2011. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Juvens

Print: Tampere. Viitattu 20.2.2020: <https://thl.fi/documents/10531/95613/Raportti%202011%206.pdf>

Mäntyneva, M. 2016. Hallittu projekti. Jäntevästä suunnittelusta menestykselliseen toteutukseen. Helsingin seudun kauppakamari. Helsinki.

Ojanen, J. & Mantere, O. 2013. Psykiatrinen lainsäädäntö päivystäjälle. *Duodecim* 129 (8), 855–862.

Pale, L., Caballero, J., Martinez, D., Fresnedo, A., Gonzales, M., Lopez, L. & Sola, V. 2019. Psychiatric Home Hospitalisation Unit of the Hospital del Mar. A crisis resolution and home treatment team in Barcelona. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc)*. 2019;12: 207-212.

Penttilä, M., Juola, P., Seppälä, J., Kaivosoja, M., Raiskila, T., Niemelä, S. & Jääskeläinen, E. 2015. Skitsofrenian ennustetta voidaan parantaa. *Suomen lääkirilehti* 13/2015 VSK 70. 875-880.

PHHYKY. Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä. 2018. Aikuispsykiatrian avohoito. Viitattu 4.3.2020: <https://www.phhyky.fi/terveyspalvelut/keskussairaala/poliklinikat/psykiatria/psykiatrinen-avohoito/>

Poutanen, O., Tammentie-Sarén, T., Bashmakov, L., Mäkelä, M., Lehto, P., Leskinen, T., Mikkilä, J. & Nyrhinen, M. 2013. Psykoosien hoito-ohjelma. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Aikuispsykiatrian vastuualue. Viitattu 2.2.2020: <https://www.tays.fi/download/noname/%7B29730154-648A-4043-BB63-7C15AF5B399E%7D/41293>

Rajakangas, J., Hellsten, T. & Salonen, M. 2015. Psykiatriset kriisipotilaat terveyskeskussairaalan suojassa. *Suomen lääkirilehti* 47/2015 VSK 70. 3210-3212.

Saari, K., Raiskila, T., Moilanen, K., Jääskeläinen, E. & Niemelä, S. 2015. Psykoosien hoito terveyskeskuksessa. *Suomen Lääkirilehti* 13/2015 vsk 70. 867-873.

Salonen, K., Eloranta, S., Hautala, T. & Kinos, S. 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 108. Turun ammattikorkeakoulu. Juvenes Print: Tampere. Viitattu 2.3.2020: <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522166494.pdf>

Satasairaala. Tehostetun avohoidon yksikkö TAY. Viitattu 2.3.2020: <https://www.satasairaala.fi/palvelut/psykiatria/tay-eli-tehostetun-avohoidon-yksikko>

Saxén, U., Lampela, M., Elo, T., Nevalainen, M., Haapasalo-Pesu, K-M., Korkeila, J. 2014. Psykiatrista avohoitoa tehostettu Satakunnassa. *Suomen lääkirilehti* 6/2014, vsk 69. 400-405.

Silfverberg, P. 2005. Ideasta projektiksi. Projektinvetäjän käsikirja. Viitattu 10.3.2020: <http://www.mol.fi/esf/ennakointi/raportit/pvopas.pdf>

Siun Sote. Pohjois-Karjan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä. 2020. Aikuispsykiatrian tehostettu avohoito. Esite. Viitattu 2.3.2020: http://www.pkssk.fi/documents/601237/620434/tehoavo_www01042014.pdf/34bf3cf4-59fc-4865-b991-1e7626002602

Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020. Viitattu 6.6.2020. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

Sosiaali- ja terveysministeriö. STM. 2020. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Viitattu 13.2.2020: <https://www.kaypahoito.fi/hoi35050>

Stenberg, J-H., Blanco Sequieros, S., Holi, M., Kampman, O., Kiesepä, T., Korkeila, J., Mäki, P., Wahlbeck, K., Joffe, G., Häll, P. & Joutsenniemi, K. 2016. Mielenterveyttä etänä? *Suomen lääkirilehti*.

Suominen, K. & Valtonen, H. 2013. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunnistaminen ja hoito. *Suomen Lääkirilehti* 39/2013 vsk 68. 2445-2450.

Suvisaari, J., Perälä, J., Viertiö, S., Saarni, S., Tuulio-Henriksson, A., Partti, K., Saarni, S., Suokas, J. & Lönnqvist, J. 2012. Psykoosien esiintyvyys ja alueellinen vaihtelu Suomessa. Lääkäri-lehti 9/2012 vsk 67, s. 677-683.

Tampereen kaupunki. 2020a. Hoitoon hakeutuminen: Vakavat mielenterveydelliset kriisitilanteet. Viitattu 2.3.2020: <https://www.tampere.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/mielenterveys-ja-paihdepalvelut/mielenterveys/hoitoon.html#vakavatmielenterveydellisetkriisitilanteet>

Tampereen kaupunki. 2020b. Liikkuva psykiatrinen työryhmä. Viitattu 3.3.2020: <https://www.tampere.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/mielenterveys-ja-paihdepalvelut/mielenterveys/aikuiset/liikkuva.html>

Tampereen kaupunki. 2018. Mielenterveys- ja päihdepalvelut/ Päiväsairaala 1. Esite yhteistyötaidoille. Viitattu 3.3.2020: https://www.tampere.fi/tiedostot/p/uPBKPaqfF/Paivasairaala1_esiteyhteistyokumppaneille_8.2018.pdf

THL. 2018. Tiedosta arviointiin, tavoitteena paremmat palvelut. Sosiaali- ja terveyspalvelut, Varsinais-Suomi. Asiantuntija-arvio, syksy 2018. Viitattu 4.3.2020: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137175/URN_ISBN_978-952-343-183-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y

THL. 2015. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Miten tästä eteenpäin? Viitattu 2.3.2020: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129592/URN_ISBN_978-952-302-538-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y

THL. 2013. Etelä-Karjalan aikuisväestön mielenterveys- ja päihdepalvelut vuonna 2012. Raportti. Viitattu 4.3.2020: <https://thl.fi/documents/10531/1449887/Eksote.pdf/abd5a128-2dbc-467a-88e0-772c0d822939>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10. Uudistettu painos. Vantaa: Hansaprint Oy.

Tuominen, L., Salokangas, R. 2017. Skitsofrenia. Ajankohtaista lääkärin käsikirjasta. Duodecim 2017; 133: 173-176.

Turun kaupunki. 2019. Varsinais-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelma. Päivitys vuosille 2019–2020. 2019. Viitattu 4.3.2020: <http://ah.turku.fi/kh/2019/0620017x/Images/1720557.pdf>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa. Viitattu 3.10.2020: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

TYKS. 2020a. Turun kuntoutustyöryhmä. Viitattu 14.10.2020: <https://www.vsshp.fi/fi/toimipaikat/psykiatrian-toimipaikat/Sivut/kuntoutuspoliklinikka.aspx>

TYKS. 2020b. Turun psykoosi- ja bipolaariryhmä. Viitattu 14.10.2020: <https://www.vsshp.fi/fi/toimipaikat/psykiatrian-toimipaikat/Sivut/psykoosi-ja-mielialahai-riotyoryhma.aspx#horisontaali1>

TYKS. 2020c. Toistuneen psykoosin ja ensipsykoosipotilaan hoitopolut. Viitattu 22.7.2020: <https://www.vsshp.fi/fi/toimipaikat/psykiatrian-toimipaikat/Documents/Toistuneen%20psykoosin%20ja%20ensipsykoosipotilaan%20hoitopolut.pdf>

TYKS. 2020d. Psykoosihoidon tehostetun avohoidon yksikkö. Viitattu 14.10.2020: <https://www.vsshp.fi/fi/toimipaikat/psykiatrian-toimipaikat/Sivut/psykoosihoidon-tehostetun-avohoidon-yksikko.aspx#horisontaali1>

TYKS. 2020e. Mielenterveys -ja päihdepäivystys. Viitattu 14.10.2020: <https://www.vsshp.fi/fi/paivystys/paivystyspisteet/Sivut/mielenterveys-ja-paihdepaivystys.aspx>

TYKS. 2019a. Psykoosihoidon tehostetun avohoidon yksikkö (PHTA) – esite yhteistyötaidoille.

TYKS. 2019b. Psykiatrian uudisrakennus: Tarveselvitys. Viitattu 14.8.2020: http://vsshp.ktweb.fi/ktwebbin/dbisa.dll/ktwebscr/pk_asil2.htm

TYKS. 2019c. Psykiatrisen uudisrakennuksen toiminnallinen suunnitelma. Viitattu 14.8.2020: http://vsshp.ktweb.fi/ktwebbin/dbisa.dll/ktwebscr/pk_asil2.htm

TYKS. 2017. Psykoosipotilaan hoidon malli.

Vaasan keskussairaala. 2015. Vaasan keskussairaala 2025, VKS 2025, Konseptisuunnitelma, Versio 4.3. Viitattu 4.3.2020: https://www.vaasankeskussairaala.fi/globalassets/hallinnon-tiedostot/forvaltning_hallinto/hallituksen-poytakirjat/2016/ha10_1011_liite127_2_4_5_6.pdf

VSSHP. 2019. Psykiatrisen sairaalan laajuutta arvioidaan uudelleen. Tiedote. Viitattu 4.3.2020: <http://www.vsshp.fi/fi/sairaanhoitopiiri/media-tiedotteet-viestinta/tiedotteet/Sivut/Psykiatrisen-sairaan-laajuutta-arvioidaan-uudelleen.aspx>

VSSHP. 2018. Strategia vuosille 2019-2020. Viitattu 14.10.2020: https://www.vsshp.fi/fi/sairaanhoitopiiri/johtaminen-ja-organisaatio/Documents/VSSHP_strategia_2019-2020.pdf

Wahbeck, K., Cresswell-Smith, J. & Haaramo, P. 2019. Potilaan paluu psykiatriseen sairaalaan, alueellinen esiintyvyys ja sen yhteys avohoitoon. Suomen lääkäri-lehti. Vol. 74, nro 3, 120-124.

Wahlbeck, K., Hietala, O., Kuosmanen, L., McDaid, D., Mikkonen, J., Parkkonen, J., Reini, K., Salovuori, S. & Tourunen, J. 2018. Toimivat mielenterveys ja päihdepalvelut. Valtioneuvoston selvitys - ja tutkimustoiminta. Viitattu 2.2.2020: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160554/89-2017-YhdessaMielin_valmis.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Liite 1. Kirjallisuushakukoonti

Tietokanta/tietolähde	Hakusanat	Rajaukset	”Osumien” määrä/hyödynnetty
Medic	tehost*, avohoit*, psykoosi	2005-2020 Vain kokotekstit	2/1
Medic	tehost*, avohoit*, psyk*	2005-2020 Vain kokotekstit	7/4
Medic	akuut*, avohoit*, psyk*	2005-2020 Vain kokotekstit	9/5
Medic	järjest*, avohoit*, psyk*	2005-2020 Vain kokotekstit	11/5
Medic	akuutti, avohoit* *psyk	2005-2020 Vain kokotekstit	1/0
Pubmed	psychosis, outpatient care, acute	Publication dates: 10 years Text availability: Free full text	18/1
PubMed	Schizophrenia, acute, outpatient care	Publication dates: 10 years Text availability: Free full text	16/0
PubMed	intensive, outpatient, psychosis	Publication dates: 10 years	17/0

		Text availability: Free full text	
PubMed	psychosis, crisis, outpatient	Publication dates: 10 years Text availability: Free full text	11/1
PubMed	psychosis, crisis, resolution	Publication dates: 10 years Text availability: Free full text	10/2
PubMed	psych*, crisis*, resolution	Publication dates: 10 years Text availability: Free full text	30/3
PubMed	psychosis* crisis* home treatment	Publication dates: 10 years Text availability: Free full text	8/2
CINAHL	psychosis, crisis, outpatient	2005-2020 Full Text	1/0
CINAHL	psychosis, acute care, outpatient	2005-2020 Full Text	1/0
CINAHL	psychosis, intensive, outpatient	2005-2020 Full Text	1/0
CINAHL	psychosis, mobile, crisis	2005-2020 Full Text	1/1

CINAHL	psychosis, crisis, resolution	2005-2020 Full Text	1/1
CINAHL	psyc*, crisis, resolution	2005-2020 Full Text	30/2
CINAHL	psyc*, crisis, team	2005-2020 Full Text	121/5
CINAHL	psyc*, acute service, outpatient	2005-2020 Full Text	9/0
CINAHL	psychosis, crisis	2005-2020 Full Text	33/4
Manuaalisesti haetut julkaisut	Esm. Duodecim, Suomen lääkirilehti, Valtioneuvoston selvitys – ja tutkimustoiminta, Sairaanhoitopiirien, sairaaloiden, kuntien ja kunta-yhtymien www-sivut, THL, Sosiaali- ja terveysministeriö, Käypä-hoito suositukset, Kuusikko työryhmä		Lukuisia

Liite 2. Kirjallisuushaun tulos

Tutkimuksen / kehittämistyön tekijät, tutkimusvuosi ja - paikka	Tarkoitus	Aineisto, aineis- ton keruu	Keskeiset tu- lokset
Cornelis, J., Barakat, A., Dekker, J., Schut, T., Berk, S., Nusselder, H., Nikander, R., Zoeteman, J., Van, R., Beekman, A. & Blankers, M. 2018. Alankomaat.	Verrata Intensive home treatment (IHT) hoitoa tavanomaiseen hoitoon (Care As Usual= CAU), joka pitää sisällään perinteisen, matalan intensiteetin avohoidon sekä tarvittaessa sairaalahoidon.	Potilaat (n=230) jaettiin satunnaisesti voinnin huonontuessa kahteen eri ryhmään: IHT tai CAU ja heidän vointiaan seurattiin haastatteluin sekä EHR-järjestelmän tietojen perusteella 6, 26 ja 52 viikon kuluttua ensimmäisen yhteydenoton jälkeen. Omaisilta saatu tieto kerättiin verkkopohjaisen alustan avulla. Taloudellinen arviointi suoritettiin EQ-5D/QALY menetelmää käyttäen.	IHT vähensi potilaiden sairaalahoitopäiviä 33% verrattuna CAU:n. Sen sijaan turvallisuus ja kliiniset tulokset olivat paremmat CAU:ssa. Potilaiden ja heidän läheisten tyytyväisyys hoitoon oli suurempi IHT:ssa.
Daggenvoorde, T., Goossens, P. & Gijssman, H. 2017. Alankomaat.	Tutkia akuuteista psykoottisista -tai bipolaarihäiriöistä kärsivien potilaiden ja heidän läheistensä kokemuksia ensimmäisestä kontaktista liikkuvan kriisiryhmän kanssa.	Avoimet, henkilökohtaiset haastattelut. Potilaat n=10, läheiset n=10.	Useissa tapauksissa kommunikointi ja yhteistyö osoittautui vaikeaksi. Rauhallista ja ymmärtävää asennetta arvostettiin. Henkilökohtaista kriisisuunnitelmaa ei aina hyödynnetty. Stigmaa koettiin.
Farrelly, S., Brown, G., Rose, D., Doherty, E.,	Selvittää mielen-terveyspalvelujen	Psykoottista häiriötä sairastavien potilaiden (n=221)	Kaksi eri teemaa nousi esiin: Kriisi-

<p>Henderson, C. Birchwood, M., Marshall, M., Waheed, W., Szmukler, G. & Thornicroft, G. 2014. Iso-Britannia.</p>	<p>käyttäjien mieltymyksiä ja prioriteetteja hoidon suhteen voinnin kriisiytyessä tai psykoosin uusiutuessa.</p>	<p>ja heidän hoitavan tahonsa yhdessä tekemien kriisisuunnitelmien (JCP) analysointi osana CRIMSON-tutkimusta. Kaikilla potilailla oli kokemusta kotiin vietävästä hoidosta.</p>	<p>hoidon saamistapa sekä hoitoimenpiteet. Useimmat potilaat vaativat täysmääräistä osallistumista hoitopäätöksiin, selkeitä hoitosuunnitelmia sekä pääsyä tutun lääkärin vastaanotolle. Potilaat halusivat tulla kohdelluksi kunnioittavasti. Jotkut potilaat halusivat sairaalahoitoa, mutta suurin osa suosi enemmän kotiin tuotavaa hoitoa. Hieman alle puolet kieltäytyi hoidosta.</p>
<p>Hasselberg, N., Gråwe, R., Johnson, S. & Torleif, R. 2011. Norja.</p>	<p>Kuvata CRT-tiimien (Crisis resolution teams) ja heidän potilaidensa luonnetta, selvittää eri CRT:n yksiköiden välisiä eroja, sekä toteutuuko CRT Norjassa kansainvälisen CRT-mallin mukaisesti.</p>	<p>Kansallinen tutkimus, jossa kahdeksaan (n=8) eri CRT-työryhmään ohjattiin potilaita (n=680). Mielenterveysongelmia arvioitiin erilaisten asteikkojen avulla (HoNOS, GAF) sekä tilastollisten luokittelujen (ICD-10) avulla. Tiedot kerättiin rekisteröintilomakkeilla, joita henkilökunnan jäsenet täyttivät hoidetuista potilaista. Lisäksi työryhmien esimiehet vastasivat kyselyyn liittyen työryhmien toimintaan.</p>	<p>CRT-toimintaa ei ollut missään saatavissa 24/7-joten sen roolia sairaalahoidon korvaajana ei täysin pystytty arvioimaan. Keskimääräinen odotusaika CRT:n oli 1,6 päivää. N. 40% potilaista odotti yli 24h. Potilaat, joilla oli psykoottisia oireita, odottivat huomattavasti vähemmän aikaa. 60%:lla oli aikaisempi kontakti mielenterveyspalveluihin. Viimeisen vuoden ai-</p>

			kana sairaalahoidossa oli ollut 22%.
Honkalampi, K., Rajala, K., Pajula, J. & Saarinen, P. 2012. Suomi.	Selvittää, minkä verran ja minkä vuoksi psykiatrian avohoidon vastaanottoaikoja jää käyttämättä sekä mitä toimenpiteitä henkilökunta tuolloin suorittaa. Lisäksi selvitettiin käyttämättömien aikojen kustannusvaikutuksia.	Työntekijät Kuopion psykiatrisen keskuksessa keräsivät kuukauden ajalta vastuullaan olevien potilaiden käyttämättä jääneet vastaanottoajat. Vastaanottojärjestelmästä täydennettiin tietoja.	Käyttämättä jäi 372 vastaanottoaikaa, mikä on 14,5% kaikista varatuista ajoista. Noin puolet ilmoitti syyn poisjäämiseen, kaikkein harvemmin nuoret. Yleensä potilaaseen otettiin yhteyttä jatko-toimenpiteenä ja annettiin uusi aika.
Huang, H., Taylor, M. & Carmichael, A. 2018. Iso-Britannia.	Selvittää onko intensiivinen kotihoito (IHTT) hyödyllinen skitsofrenian akuutissa vaiheessa.	Clinical Global Impression (CGI)-asteikkoa käyttäen mitattiin potilaiden (n=245) voinnissa tapahtuvat muutokset vuosina 2011 ja 2015. Tiedot saatiin potilastietojärjestelmästä	3/4 potilaista CGI parani IHTT:n jälkeen ja heidän hoitonsa onnistui turvallisesti kotona. 24% potilaista ohjattiin sairaalahoitoon. Potilaat, jotka eivät käyttäneet säännöllistä lääkitystä, päätyivät useammin sairaalaan kuin he, jotka käyttivät lääkitystä.
Hubbeling, D. & Bertram, R. 2012. Iso-Britannia.	Katsaus CRT:n kansallisen käytönoton jälkeen (v. 2000) kerättyyn kirjallisuuteen.	Systemaattinen narratiivinen kirjallisuuskatsaus hyödyntämällä British Nursing Index, - Cinahl, - Embase, - Medline ja PsycINFO- tietokantoja.	CRT-tiimit voivat vähentää sairaalahoitoja ja kustannuksia samantyyppisillä hoitotuloksilla sekä potilastyytyväisyydellä. Näyttöä ei kuitenkaan ole siitä,

			että CRT olisi tähän ainut vaihtoehto.
Jethwa, K., Galappathie, N. & Hewson, P. 2007. Iso-Britannia.	Arvioida CRT-tiimien järjestämää, kotona tapahtuvan hoidon vaikutuksia sairaalan sisäänkirjoituksiin.	Sairaalan sisäänkirjoituksia (n=4354) seurattiin kahden vuoden ajan ennen CRT-tiimien käyttöönottoa ja vuoden ajan CRT-tiimien käytön jälkeen.	CRT-tiimi tarjoaa kotihoidon vaihtoehtona sairaalahoidolle ja niiden jatkuva käyttö näyttää johtavan sairaalaan sisäänkirjoitusprosenttien laskuun. CRT-tiimien perustamisen jälkeen sisäänkirjoitukset laskivat kuukausittain 37,5%.
Klevan, T., Karlsson, B. & Ruud, T. 2017. Norja.	Selvittää potilaiden kokemuksia CRT-tiimien tarjoamasta avusta kriisitilanteessa.	Potilaiden (n=14) haastattelut	Eryteisesti apu käytännön asioissa, turvallisuuden tunteen lisääminen sekä itsetunnon voimistaminen koettiin tärkeiksi.
Kontio, R., Malin, M., Joffe, G., Vastamäki, M. & Wahlbeck, K. 2013. Suomi.	Selvittää miten aikuisväestön mielenterveys- ja päihdepalvelut vastaavat kansallisia suosituksia Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) kunnissa.	Tiedot kerättiin HUS alueen 26 kunnan mielenterveys- ja päihdeyksiköistä 2011-2012. Luokittelu tehtiin ESMS-R työkalulla.	HUS-alueella on 539 mielenterveys- ja päihde-toimintoa. Niistä 38% on ympärivuorokautisia sairaala tai asumis-palveluja, jonne on myös sidottu valtaosa henkilöresursseista. Ympäri- vuorokautista avohoittoa on vain sairaaloiden yhteydessä. Sairaalahoidolle vaihtoehtoina toimivia akuutteja päivä-

			osastoja tai liikkuvia päivystyspalveluja ei ole.
Pale, L., Caballero, J., Martinez, D., Fresnedo, A., Gonzales, M., Lopez, L. & Sola, V. 2019. Espanja.	Selvittää Had Marin sairaalasta käsin toimivan, liikkuvan, kriisityöryhmän tarjoaman hoidon tuloksia.	Kahden vuoden ajan mitattiin työryhmässä hoidossa olleiden potilaiden (n=135) oireiden, itsemurhavaara sekä toimintakyvyn muutoksia.	Suurin osa potilaista ohjautui hoitoon päivystyksestä tai akuutti-osastolta. 51%:llä potilaista diagnosoitiin psykoottinen häiriö ja 81%:lla oli takana vähintään yksi sairaalahoitjakso. Potilaiden GEP ja EEAG-pisteet paranivat hoidon aikana, mikä tarkoittaa oireiden lievenemistä sekä toimintakyvyn paranemista.
Saxen, U., Lampela, M., Elo, T., Nevalainen, M., Haapasalo-Pesu, K-M. & Korkeila, J. 2014. Suomi.	Kuvata sairaanhoitopiirin toteuttama uudistus, jossa sairaalan vuodeosasto muutettiin tehostettua avohoitoa tarjoavaksi yksiköksi ja kokemuksia sen vaikutuksista potilaiden hoitoon sekä palvelujärjestelmän toimintaan.	Tiedot aikuispsykiatrian osastoilla hoidettujen potilaiden lukumääristä sekä osastojen keskimääräisistä kuormitusprosentteista ennen muutoksia, kerättiin potilastietojärjestelmästä 1.1.-31.12.2010. Samat tiedot kerättiin uudestaan tehostetun avohoidon yksikön ensimmäisenä toimintavuonna 1.1-31.12.2012. Lisäksi selvitettiin yksikössä hoidettujen	Vaikka potilaiden vaihtuvuus osastoilla lisääntyi, keskimääräinen kuormitus säilyi kohtuullisena. Tehostetun avohoidon yksikössä hoidettujen potilaiden elämänlaatu koheni seurannassa kliinisesti merkittävästi.

		potilaiden elämänlaatua, masennusta ja päihteiden käyttöä erilaisilla mittareilla.	1
Wahlbeck, K., Cresswell-Smith, J. & Haaramo, P. 2019. Suomi.	Selvittää sairaalaa palaamisen esiintyvyyttä ja yhteyttä paluuta edeltävään avohoitoon sairaanhoitopiireittäin.	Rekisteritutkimusaineisto kattaa 16 814 aikuisikäistä potilasta, jotka olivat osastohoidossa v. 2012 psykiatrisista syistä. Näiden potilaiden perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon käyttöä seurattiin 12kk ajan uloskirjoituksesta.	40% potilaista palasi psykiatriseen sairaalahoitoon. Erot sairaanhoitopiirien välillä olivat suuret. Avohoitokäynti viikon kuluttua uloskirjoituksesta oli 51%:lla potilaista. 8%:lla ei ollut avohoitokäyntejä lainkaan ja heillä riski sairaalahoitoon palaamisesta oli suurin.

Liite 3. Teemahaastattelun runko

1. Nykyiset toimintamallit akuuttia hoitoa tarvitsevan potilaan avohoidossa

Millaiset ovat yksikkösi nykyiset avohoidon toimintamallit, kun hoidetaan akuuttia hoitoa tarvitsevia potilaita?

Millaisia keinoja yksikölläsi on käytössä sairaalahoidon välttämiseksi?

Mikä nykyisissä toimintamalleissa on hyvää ja mikä huonoa?

Millaisia käsityksiä sinulla on avohoidon tehostamisesta?

2. Kehittämiskohteet akuuttia hoitoa tarvitsevan potilaan avohoidossa

Miten avohoitoa voitaisiin edelleen tehostaa hoidettaessa akuuttia hoitoa tarvitsevaa potilasta?

Voiko jotain jo olemassa olevaa keinoa kehittää?

Mitä uusia keinoja voisi olla?

Millaisia ajatuksia uskoisit näiden herättävän yksikössäsi?

Miten ajattelet potilaiden suhtautuvan tehostetun avohoidon eri mahdollisuuksiin?

3. Nykyinen yksiköiden välinen yhteistyö ja sen kehittämiskohteet

Millaista on yhteistyö Psykoosien vastuualueen Turun avohoidon yksiköiden välillä, kun hoidetaan akuuttia hoitoa tarvitsevia potilaita? Miten yksiköiden välistä yhteistyötä voidaan edelleen kehittää?

Millaista on yhteistyö Psykoosien vastuualueen Turun avohoidon yksiköiden ja Tyks Akuutti mielenterveys- ja päihdeyksikön välillä, kun hoidetaan akuuttia hoitoa tarvitsevia potilaita? Miten yhteistyötä voidaan edelleen kehittää?

Liite 4. Haastattelun saatekirje

HAASTATTELUN SAATEKIRJE

Opinnäytetyön nimi:

Päiväys: 26.08.2020

Tehostetun avohoidon kehittäminen Psykoosien vastuualueella

-Toimintamalli akuuttia hoitoa tarvitsevan potilaan hoidon järjestämiseksi

Hyvä haastateltava

Kohteliaimmin pyydän sinua osallistumaan ryhmähaastatteluun, joka on osa kehittämisprojektini tutkimusosiota. Tutkimuksen tehtävänä on tuottaa tietoa tehostetun avohoidon akuuttitoiminnan kehittämisen tueksi. Tutkimustuloksia hyödynnetään osana uuden tehostetun avohoidon toimintamallin kehittämisessä. Uusi toimintamalli on tämän kehittämisprojektin tuotos.

Suostumuksesi haastateltavaksi vahvistat allekirjoittamalla alla olevan Tietoinen suostumus haastateltavaksi -osan ja antamalla sen haastattelijalle.

Lupa aineiston keruuseen on saatu ohjausryhmältä 25.05.2020

Sinun osallistumisesi haastatteluun on erittäin tärkeää, koska osallistumalla olet mukana kehittämässä tehostettua avohoitoa ja vaihtoehtoja sairaalahoidolle. Vastaaminen on luonnollisesti vapaaehtoista. Haastattelun tulokset tullaan raportoimaan niin, ettei yksittäinen vastaaja ole tunnistettavissa tuloksista. Sinulla on täysi oikeus keskeyttää haastattelu ja kieltää käyttämästä sinuun liittyvää aineistoa, jos niin haluat.

Tämä kysely liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylempään ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvaan opinnäytteeseen. Opinnäyte-työni ohjaaja on Heikki Ellilä, yliopettaja Turun AMK /Terveys ja hyvinvointi

Osallistumisestasi kiittäen

Katariina Hannula

Sairaanhoitaja/Sosiaali-ja terveysalan yamk-opiskelija

Tietoinen suostumus haastateltavaksi

Olen saanut riittävästi tietoa opinnäytetyöstä, ja siitä tietoisena suostun haastateltavaksi.

Päiväys _____

Allekirjoitus _____

Nimen selvennys _____

Yhteystiedot (tarvittaessa)

Liite 5. Haastatteluaineiston ryhmittely

Tutkimuskysymykset:		
<p>1. Mitkä ovat nykyiset avohoidon tehostamisen toimintamallit Tyks psykiatrian Psykoosien vastuualueen Turun psykoosityöryhmissä, Psykoosihoidon tehostetun avohoidon yksikössä sekä mielenterveys- ja päihdeyksikössä, kun hoidetaan akuuttia hoitoa tarvitsevia potilaita?</p> <p>2. Miten akuuttia hoitoa tarvitsevien potilaiden avohoitoa tulisi kehittää näissä yksiköissä?</p>		
Teema-alueet (Yläkategoriat)	Muodostetut alakategoriat	Esimerkki-ilmaukset
Nykyiset toimintamallit ja niiden kehittäminen	Psykoosityöryhmien omahoitaja tapaamisten/soittojen tiivistys	<i>Tilanteen mukaan, miten aikataulut antaa myöten, niin tiivistää noita hoitajakäyntejä tai mahdollisesti varata lääkärille akuuttiaikaa.</i> <i>Puhelinsoittoja, niitä saa helpommin sinne väleihin jos vastaanottoajat on kauheen ruuhkaset.</i>
	Kotikäynnit	<i>Kotikäyntejä tehdään tosi vähän silloin kun potilaan vointi on huono, että silloin usein PHTA menee sinne tai yrittää tuoda potilaan tänne käynnille.</i> <i>Kotikäyntejä tehdään huomattavasti vähemmän kuin ennen</i>
	Työparityöskentely	<i>Akuutisti tehtävät kotikäynnit, jossa työparin saisi mahdollisesti PHTA:sta.</i> <i>Se nyt ainanki että tulis se kolmas henkilö siitä aamusta parempaan käyttöön omahoitajan työparina... sillä saadaan jo aika paljon aikoja kuitenkin.</i>
	PHTA:n kutsuminen mukaan hoitoon	<i>Tai sitten pyydetään tehostettu avohoito, jos olette jo potilaan hoidossa</i>

		<i>mukana tai jos ette ole niin yritetään saada sopimaan</i>
	PHTA:n Kotikäyntien/soittojen tiivistys	<p><i>Voidaan tiivistää käyntejä vaik päivittäisiksi.</i></p> <p><i>Pystytään antaa aika jo samalle päivälle keskimäärin aina, jos potilaan vointi on kriisitynyt.</i></p> <p><i>Sit voidaan soittaa, potilas voi soittaa, erityisesti ilta-aikana, kun poli ei ole iltaisin auki, niin ollaan tavallaan pidempään käytettävissä.</i></p>
	Hoidon tarpeen arviointi	<i>Arvioidaan onko potilaan vointi sellainen, että kykenisikö hän avohoitoa tehostamalla auttamaan häntä pärjäämään arjessa.. jos on sellainen, että voidaan välttää osastolle siirtämistä</i>
	Yhteys omahoitajaan, viitteellinen muistute	<p><i>Jos tulee virka-aikana niin tietysti ollaan aika usein yhteydessä omahoitajaan, mutta usein potilaat tulee neljän jälkeen.</i></p> <p><i>Hoitovastuu on avohoidon yksikössä koko ajan... sen takia olisi hyvä tietää missä potilas milloinkin menee ja miten hän voi... sen takia tiedonkulku sille, kenellä se vastuu on, olisi tosi toivottavaa.</i></p> <p><i>Jos sieltä voi jonku viitteellisen muistutteen laittaa, että kävi päivystyksessä.</i></p>
	Yön yli seuranta	<i>Päivystys laittaa joko osastolle tai paljon käytetty on se, että yövytetään potilas päivystyksessä.</i>
	Kriisihoitoresurssi	<i>Psykoosilinjalle tuli sellainen, että voidaan antaa potilaalle kriisiaikoja seuraavalle päivälle, mikä tarkoittaa</i>

		<p>sitä, että potilas lähtee kotiin ja seuraavana päivänä potilaaseen ollaan yhteydessä.</p> <p>Jos potilaalla on ollut niin iso kriisi, että hänen täytyy mennä päivystykseen asti, niin jos ei ohjaudu hoitoon suoraan osastolle...ne kaikki olisikin kriisilistalla ja he saisi psykoosilinjalta kontaktin seuraavana päivänä.”</p> <p>Ehdottomasti sellainen asia mitä voisi kehittää...helpottaisi varmaan tosi paljon osastojen kuormaa, jos siitä saisi sellaisen oikeasti tehokkaan.</p>
	Konsultointi PHTA:n ja Mielen-terveys- ja päihdeyksikön välillä	<p>Soitto suoraan vaan.. se on paras tapa ottaa yhteyttä.. aina joku hoitaja vastaa.. aika hyvin saa lääkärinkin kiinni.</p>
	PHTA:n kutsuminen päivystykseen	<p>Vaatii lisää resursseja ehdottomasti, jos vaikka ajattelee sitä, että voitais käydä heti akuutisti päivystyksestä hakemassa potilas.</p> <p>Sit voi vaikka soittaa.. ja käytäis potilas hakemassa sieltä ja vietäis kotiin ja yritettäis sitä kautta luoda kontakti potilaaseen.. Vaikka kaksi kertaa päivässä.. jos se helpottais ja estäis sairaalakierteen.”</p> <p>Vaatisi melkein porukan tuplaamisen, että pystyisi tekemään järkevästi.”</p>
	Puhelinneuvonta, palveluohjaus	<p>Meille soittaa tosi paljon potilaat päivystykseen ilman että välttämättä tulee ikinä paikanpäälle.</p> <p>Jos nähdään mahdollisena selvitä tilanteesta yön yli... ohjeistetaan aamulla soittamaan avohoitoon.</p>

	Kriisi/tuvasuunnitelman laatiminen	<p><i>Me on alettu tekee aika useasti, varsinkin oikeasti itsetuhoisten ihmisten kanssa turvasuunnitelmaa.</i></p> <p><i>Kun huomataan merkkejä... pyritään käymään varomerkit läpi... kehen ottaa yhteyttä missäkin tilanteessa... kyl näit käydään läpi mut ei varmaan riittävästi kirjallisessa muodossa mutta suullisesti kyllä joka kerta kun joudutaan arvioimaan sitä vointia.</i></p>
	Autolla kuljettaminen	<p><i>Jos olis resursseja niin kускаaminen... jos joku ei vastaanotolle pääse syystä tai toisesta on niin ahdistunut ja käynnit jää toteutumatta.</i></p>
	Ohjataan/saatetaan päivystykseen, "Ohituskaista"	<p><i>Viime kädessä sitten päivystykseen, jos ei lääkäriaikaa saa järjestettyä, parhaimmillaan potilas sit on saattettu... hoitaja on sit saattanut potilaan sinne päivystykseen, jos on siltä istumalta tarvinnut lähteä.</i></p> <p><i>Päivystykseen meneminen on aina hankalaa... siel kestää aikaa siis ihan pelkkä ilmoittautuminen et se vaatii muun kalenterin järjestämisen.</i></p> <p><i>Jos pystyis olee joku ohituskaista.</i></p>
	Digipsykiatria	<p><i>Riippuu potilaan kyvyistä ja taidoista... siinä ihmiset on tosi eri asemassa kuka pystyy hyödyntää.</i></p> <p><i>En tiedä kuinka paljon hyödyntäisin kriisiytyneessä tilanteessa kuitenkaan.</i></p>
	Hoidon suunnittelu	<p><i>Aina olisi seuraava arviointi aika soveltuna.</i></p> <p><i>Kirjattaisi selkeästi ylös mihin sitä apua tarvitaan ja miten kauan ja koska arvioidaan seuraavan kerran.</i></p>
	Kriisi/Päivystyspuhelin	<p><i>Todellakin! Aika usein se riittää, että kuuntelee...</i></p>

Uudet toimintamallit		<p><i>tarpeen vaatiessa ohjaat hakeutumaan johonki... tosi ruohonjuuri tason touhuu.</i></p> <p><i>Jos on vaikka kriisitilanne niin voi suhteuttaa vaikka, että voidaanko odottaa aamuun ja palata asiaan.</i></p>
	Päivystävät sairaanhoitajat	<p><i>1-2 päivystävää hoitajaa, jotka olisivat poliklinikalla saatavissa.</i></p>
	Akuuttiajat	<p><i>Akuuttiajan käyttö ympäri vuoden joudutaan miettimään, kun potilasmäärä kasvaa.</i></p> <p><i>Päivystyksestäkin voisi varata jotain kriisiaikoja, että olis tietyillä päivillä varattuna resurssi mikä olis käytettävissä.</i></p> <p><i>Sit se olis heti potilaalle osoittaa, että tässä varattu aika, ole hyvä.</i></p>
	Iltavastaanotot	<p><i>Kyllä se ois varmaan ihan ehdottoman hyvä, että tollainen perinteinen poliklinikka työ jäisi historiaan ja muovautuisi enemmän sellainen enemmän iltaan asti menevä...vaikka joinain päivinä viikossa.”</i></p>
	Yhteistyö perusterveydenhuollon ja kolmannen sektorin kanssa	<p><i>Yks mitä voisi käyttää enemmän on ihan perusterveydenhoito...kuinka paljon esimerkiksi kotihoitoa käytetään mutta varmaan vois osiltaan helpottaa erikoissairaanhoidon tarvetta ja potilaiden elämää</i></p>

Tutkimuskysymys:		
3. Millaista on näiden yksiköiden välinen yhteistyö ja miten sitä voisi kehittää?		
Yläluokka	Alaluokka	Esimerkki-ilmaus
Yhteistyö	Yhteydenoton helppous ja Nopea reagointi	<i>Aina joku vastaa puhelimeen ja aina siihen asiaan tartutaan ja tosi nopeasti siihen reagoidaan.</i> <i>PHTA:n mukaantulo kuvioon onnistunut ilman suurempia ennakkovalmisteluja.</i> <i>Aina sieltä tulee soitto takaisin tai sähköposti tai viittellinen muistute.... kyl se aina viesti menee perille.</i>
	PHTA: ja psykoosiryhmien sijainti samassa rakennuksessa	<i>Aika helppoa marssia vaan oven taakse.</i> <i>Kun ollaan samassa talossa, voisi olla mahdollista, että pääsette nopeasti paikalle.</i>
	Potilaan tapaamista ennen hoidon aloitusta joskus vaikea järjestää	<i>Vaatii hoitavalta taholta arviota, että voiko PHTA aloittaa ihan lennossa...Nää tulee yleensä niin nopeasti nää voinnin akutisoitumiset tai se paljastuu yhtäkkiä.</i> <i>Toivotaan kohtaamista etukäteen potilaan kanssa... mutta toisaalta akuutissa tapauksessa siihen on vaan sopeuduttava, että ei tunne.</i>
	Tiedonpuute	<i>Varmaan pystyttäis paljon enemmän tukemaan ihmisiä niissä kriisiytymisvaiheissa, mutta se tieto tulee potilaan omanhoitajan tai varsinaisen hoitavan tahon kautta, ni sit jos tietoa ei tule niin ei päästä siihen apuun.</i>

		<p><i>Ei oo ihmisten mielessä, kun mietitään potilaan hoitoa... et silleen se ei oo kovin tunnettu.</i></p> <p><i>Jos hoitaja ei ole ikinä kuullutkaan niin sit se on vähän vaikee mieltii selaista.</i></p>
	Suuri kynnyksen yhteydenottoon	<i>Yhteydenpitoa päivystyksestä avohoittoon ei juuri ole.</i>
	Yksin hoitovastuuseen jääminen	<i>Me ollaan siin sit enemmän ilman sitä omahoitajaa tavallaan et omahoitaja ei pysty jostain syystä sit siin tiivistämään niit omia aikoja et se vastuu jää tavallaan pelkästään meille.</i>
	PHTA:n "katoaminen" potilaan hoidosta	<i>Kun ei ole selkeästi sovittu, että koska mikäkin päättyy ja mikä on se tarve niin oli koettu et sit te vaan katoatte tai ootte sopinu keskennään potilaan kanssa, että nyt ei enää käydä ja sit se tieto ei välity tai se on ihan eri mitä hoitoryhmä on ajatellut tai että se on sovittava yhdessä</i>
	Erillaiset näkemykset hoidon tarpeesta ja kestosta	<i>Ollaan ajateltu, että voitais jo lopettaa, mutta hoitoryhmä toivoo, että jatkettais.</i>
	<p>Tietoisuuden lisääminen</p> <ul style="list-style-type: none"> -Toiminnan esittely säännöllisesti -Yksiköiden väliset vierailut -Esitteet -Ohjeistukset -Toimintamallit -kokouksiin osallistuminen -Keikkatyöt -Toiminnan esittely osaksi perehdytystä 	<p><i>PHTA:n toiminnan avaaminen säännöllisesti, kun tulee uusia hoitajia ja lääkäreitä... esitteet olis nähtävillä ja saatavilla ja ne osattais vaikka perehdytyksessä näyttää.</i></p> <p><i>Ei siitä varmaan haittaa ole, että tulisi välillä esittäytymään ja kertomaan.</i></p> <p><i>Joku teistä tulis sinne semmosena päivänä, kun on suurin osa henkilökunnasta paikalla...tulis näyttäytyä ja kertomaan.</i></p> <p><i>Kun kasvot jää mieleen, muistuu toimintakin helpommin mieleen</i></p> <p><i>Toimintamallit olisi hyvä hakata kiiveen</i></p>

	Tiedonkulun parantaminen -Sähköpostitiedotteet -Kokouksiin osallistuminen	<i>Voisiko jossain aikavälillä käydä hoitajakokouksissa... niissä voi tuoda aiheita ja toimintaan liittyviä just.</i>
	Hoidon suunnitelmallisuuden paraneminen	<i>Kirjattaisi selkeästi ylös mihin sitä apua tarvitaan ja miten kauan ja koska arvioidaan seuraavan kerran.</i>

Liite 6. Nykyisten toimintamallien kehittäminen, uudet toimintamallit sekä niiden jakautuminen yksiköiden välille

Kehittämiskohde	Tehtävä	Yksikkö
Kriisihoitoresurssi	Kriisihoitoresurssin systemaattinen käyttö matalalla kynnyksellä (+Viitteellinen muistute omahoitalle)	Mielenterveys- ja päihdeyksikkö
	Kriisihoitoresurssin katsominen ja hoidon koordinointi päivittäin, myös viikonloppuisin	PHTA
	Hoitokertomuksen pitäminen ajan tasalla: omahoitajan nimi löydettävissä helposti	Psykoosityöryhmät
”Ohituskaista” mielen-terveys- ja päihdeyksikköön	Arvioida potilaan voinnin ja hoidon tarpeen kotikäynnillä/vastaanotolla ja saattaa suoraan päivystyksen Mielenterveys- ja päihdeyksikköön	PHTA+ psykoosityöryhmät+ Mielenterveys- ja päihdeyksikkö
Suora puhelinnumero mielen-terveys- ja päihdeyksikön ja PHTA:n välillä.	Konsultointi, neuvonta, hoidon tarpeen arviointi ja suunnittelu	PHTA+ Mielenterveys- ja päihdeyksikkö
PHTA:n kutsuminen mukaan potilaan hoitoon ja PHTA:n nopea reagointi akuutteihin tilanteisiin	Matalalla kynnyksellä yhteys, sujuva, nopea pääsy yksikön tiloihin.	Mielenterveys- ja päihdeyksikkö +PHTA
	Nopea ja helppo yhteydenotto ja reagointi	Psykoosityöryhmät +PHTA
	Nopean reagoinnin mahdollisuus erityisesti ilta-aikana	PHTA

Hoidon tiivistys	Omahoitajatapaamisten tiivistys	Psykoosityöryhmät
	Kotikäyntien tiivistys	PHTA
Kriisi/Turvasuunnitelma	Kriisisuunnitelman/ Turvasuunnitelman laatiminen systemaattisesti kaikkien potilaiden kanssa	Psykoosityöryhmät (+PHTA+ Mielenterveys- ja päihdeyksikkö)
Kotikäynnit	Työparityöskentely	Psykoosityöryhmät+ PHTA
Digipsykiatria	Etävastaanotot, puhelut, hoito-ohjeet lisätyökaluna.	Psykoosityöryhmät+ PHTA+ Mielenterveys- ja päihdeyksikkö
Ilta vastaanotot	Mahdollisuus joinain päivinä	Psykoosityöryhmät
Akuuttiajat hoitajille/ Päivystävät sairaanhoitajat	Vakioidut akuuttiajat varattavissa myös suoraan mielenterveys- ja päihdeyksiköstä	Psykoosityöryhmät
Kriisi/päivystyspuhelin	Matalan kynnyksen neuvontaa, hoidon tarpeen arviointia, keskustelua, palveluohjausta	PHTA (+Mielenterveys- ja päihdeyksikkö?)
PHTA:n aamuvuoron kolmannen hoitajan tehokas hyödyntäminen	Työparityöskentely, hoidon tarpeen arviointi omahoitaja/lääkärityöskentelyssä, kotikäynneillä sekä Mielenterveys- ja päihdeyksikössä	PHTA+ psykoosityöryhmät +Mielenterveys- ja päihdeyksikkö
Yhteistyö perusterveydenhuollon- ja kolmannen sektorin kanssa	Tietoisuus ja yhteistyö	PHTA + psykoosityöryhmät +Mielenterveys- ja päihdeyksikkö
Hoitosuunnitelma	Jatkuva hoidon tarpeen arviointi ja keskustelu hoitavien tahojen kesken, hoitosuunnitelman ajan tasalla pitäminen.	Psykoosityöryhmät+ PHTA

Liite 7.

Toimintamalli akuuttia hoitoa tarvitsevan potilaan hoidon järjestämiseksi

