

Opinnäytetyö (YAMK)

Kliininen asiantuntija, mielenterveys- ja päihdetyö

2021

Jaakko Rekola

PSYKIATRISEN KRIISIHOIDON KEHITTÄMINEN VSSHP:N PSYKOOSIEN HOIDON VASTUUALUEELLA

– Yksilöllinen kriisihoitosuunnitelma sekä
osastojen kriisipaikkakäytännöt

Jaakko Rekola

PSYKIATRISEN KRIISIHOIDON KEHITTÄMINEN VSSHP:N PSYKOOSIEN HOIDON VASTUUALUEELLA

- Yksilöllinen kriisihoitosuunnitelma sekä osastojen kriisipaikkakäytännöt

Psykiatrisen avohoidon kehittäminen ja uusien toimintamallien luominen on välttämätöntä, kun sairaalapaikkoja on vuosien saatossa vähennetty ja hoidon painopistettä siirretty avohoitoon. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon potilasmäärät ovat kuitenkin jatkaneet kasvuaan tai parhaimmillaankin pysyneet ennallaan. Yhtenä keinona avohoidon joustavaan, tarpeen mukaiseen tehostamiseen, pidetään sairaalan ja avohoidon välimaastoon sijoituvia palveluita. Tällaisia ovat esimerkiksi liikkuvat, kotiin suunnatut palvelut sekä psykiatristen osastojen matalan kynnyksen kriisihoitokäytännöt.

Tämän kehittämisprojektin tarkoituksena oli kehittää VSSHP:n psykoosien vastuualueen psykiatrista kriisihoitoa luomalla työkaluja potilaslähtöiseen ja joustavaan avohoidon tehostamiseen. Tavoitteena oli kuvata psykoosiosastojen kriisipaikkakäytännöt ja luoda lomakkeet niiden hyödyntämiseksi, sekä luoda kriisihoitosuunnitelmalomake hoidon tehostamisen tarpeen arvioimiseksi. Lisäksi tavoitteena oli luoda ohjeistus lomakkeiden käytöstä sekä esitys niihin liittyvästä työnjaosta sairaalan, avohoidon sekä tehostetun avohoidon välillä.

Olemassa olevia kriisipaikkakäytäntöjä kartoitettiin psykoosien vastuualueen osastojen osastonhoitajien (n=5) puolistrukturoidulla haastattelulla. Lisäksi selvittiin benchmarking-menettelmää soveltaen neljän muun psykiatrisen sairaalan psykoosien hoidon kriisihoitokäytäntöjä. Tulosten perusteella VSSHP:n psykoosiosastojen kriisipaikkakäytäntöjä hyödynnetään vaihtelevasti; siihen vaikuttaa heikentävästi esimerkiksi henkilökunnan vaihtuvuus ja erityisesti vakituisen lääkärin puuttuminen. Yleinen näkemys oli, että kriisipaikkakäytäntöä tulisi tuoda paremmin henkilöstön tietoisuuteen, jotta sitä myös hyödynnettäisiin tehokkaammin. Muissa sairaaloissa, joiden toimintaa tätä kehittämisprojektia varten selvitettiin, ei ollut täysin vastaavaa käytäntöä, mutta kriisiluontoista hoitoa oli pyritty järjestämään muilla keinoin.

Tämän kehittämisprojektin tuotoksena syntyi kriisihoitosuunnitelmalomake liitteineen sekä ohjeistus henkilökunnalle lomakkeen käytöstä. Osastojen kriisipaikkakäytäntöihin liittyen syntyi potilaslomake kriisipaikasta sopimisesta sekä ohjeistus henkilökunnalle. Lisäksi tehtiin esitys potilaan kriisihoitoon osallistuvien VSSHP:n psykoosien hoidon yksiköiden työnjaosta ja yhteistyöstä hoidon tehostamiseen ja koordinointiin liittyen.

ASIASANAT:

Psykiatria, kriisihoitosuunnitelma, kriisipaikka, hoidon koordinointi

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Advanced Nursing Practice (Master's Degree)

2021 | 52 pages, 14 pages in appendices

Jaakko Rekola

DEVELOPING PSYCHIATRIC CRISIS CARE FOR PATIENTS WITH PSYCHOTIC DISORDERS IN TURKU UNIVERSITY HOSPITAL

- Individual crisis care plan and crisis bed policies in wards treating psychosis

The development of psychiatric outpatient care is inevitable as the number of hospital beds in psychiatric hospitals has been significantly reduced over the years but the number of patients in need of psychiatric care has remained the same or even increased. Means for a flexible enhancement of outpatient care are considered to be mobile psychiatric services as well as the low threshold crisis policies of the psychiatric wards.

The purpose of this development project was to clarify and unify the crisis care policies of the psychosis wards in the Turku university hospital (TYKS). The aim was to make the existing crisis care policies more visible for the staff and more understandable for the patient, and by doing so bring them to a more effective use. In addition to this the goal was to create a patient-centered model for a flexible enhancement of outpatient care by creating a form for an individual crisis care plan.

The existing crisis care policies were evaluated by conducting a semi-structured interview of the nursing officers (n=5) of the five hospital wards for psychotic disorders. The crisis care policies of four other psychiatric hospitals in Finland were investigated by adaptive use of benchmarking. According to the results the use of crisis care policies in the psychosis wards of TYKS varies, depending mostly on the working experience and expertise of the staff. The need to make the staff more aware of the crisis care policies in order to use them more effectively was acknowledged. According to the information gathered by benchmarking the crisis care policies in other major psychiatric hospitals differ from the wards in TYKS but nonetheless the need to develop low threshold care for psychiatric outpatients in order to reduce hospitalizations has been widely acknowledged.

As a result of this development project forms for an individual crisis care plan and its attachments were constructed as well as forms for the use of crisis care policies in the psychosis wards. In addition, a model to describe the responsibilities of different units involved in the psychiatric crisis care in TYKS was suggested.

KEYWORDS:

Psychiatry, crisis care plan, crisis bed, care coordination

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT	8
2.1 Kehittämiprojektin tarkoitus, tavoite ja tuotos	9
2.2 Kehittämiprojektin kohdeorganisaatio ja kohderyhmät	10
2.3 Projektiorganisaatio	11
2.4 Kehittämiprojektin eteneminen	12
2.5 Kirjallisuushaku	14
3 PSYKOOSISAIRAUDET JA PSYKOOSIPOTILAAN HOIDON JÄRJESTÄMINEN	17
3.1 Psykoosi sairautena ja psykoosin varomerkit	17
3.2 Psykoosipotilaan hoidon järjestäminen	19
3.2.1 Sairaalahoido ja avohoito	19
3.2.2 Sairaalan ja avohoidon välimaastoon sijoittuvat palvelut	20
3.2.3 Hoidon koordinointi	22
4 PSYKOOSIPOTILAAN KRIISIHOITO	24
4.1 Psykkinen kriisi	24
4.2 Kriisihoitosuunnitelma	25
5 KEHITTÄMISMENETELMÄT	28
5.1 Puolistrukturoitu haastattelu	28
5.1.1 Haastattelun tarkoitus, kohderyhmä ja sisältö	29
5.1.2 Haastatteluiden analyysi	29
5.2 Benchmarking	30
5.3 Kriisihoitoon liittyvien lomakkeiden työstäminen asiantuntijaraatia hyödyntäen	31
5.3.1 Kriisipaikkakäytäntöön liittyvät lomakkeet	32
5.3.2 Kriisihoitosuunnitelmaan liittyvät lomakkeet	32
6 TULOKSET	35
6.1 Kriisipaikkakäytännöt VSSH:n psykoosien hoidon vastualueen osastoilla	35
6.2 Ehdotukset kriisipaikkakäytännön kehittämiseksi	36
6.3 Ehdotukset toimenpiteistä sairaalajaksojen vähentämiseksi tai lyhentämiseksi	37
6.4 Kriisihoitokäytännöt muiden organisaatioiden psykoosien hoidossa	38
6.5 Esitys VSSH:n psykoosien vastualueen kriisihoitotyön malliksi	40

7 POHDINTA	43
7.1 Psykiatrisen kriisihoitotyön kehittäminen VSSHP:n psykoosien hoidossa	43
7.2 Kehittämisprojektin arviointi	44
7.3 Eettisyys ja luotettavuus	45
7.4 Kehittämisprojektin implementointi sekä jatkokehitysehdotukset	46

LÄHTEET	48
----------------	-----------

LIITTEET

Liite 1. Kirjallisuushakukoonti	
Liite 2. Kirjallisuushaun tulokset	
Liite 3. Kriisihoitosuunnitelma	
Liite 4. Varomerkkien vaikeusasteen arviointi	
Liite 5. Ohje kriisihoitosuunnitelman tekemiseen	
Liite 6. Kriisipaikkaoikeus – tiedote osastolle	
Liite 7. Kriisipaikkaoikeus – tiedote avohoitoon	
Liite 8. Kriisipaikkaoikeus – ohje henkilökunnalle	

KUVIOT

Kuvio 1. Projektiorganisaatio	11
Kuvio 2. Kehittämisprojektin vaiheet	13
Kuvio 3. Esitys kriisihoitotyön järjestämisestä VSSHP:n psykoosien hoidossa	42

TAULUKOT

Taulukko 1. Kehittämisprojektin aikataulu	14
Taulukko 2. Kirjallisuushaussa käytetyt hakusanat	16

1 JOHDANTO

Psykiatrian sairaalapaikkoja on vuosien saatossa vähennetty voimakkaasti. Suunniteltaessa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSHP) alueelle uutta psykiatriasta sairaalaa pyrkimyksenä on vähentää potilaspaikkoja entisestään. Jotta potilaille voidaan jatkossakin taata laadukasta ja potilaslähtöistä hoitoa, tulee avohoidon kehittää, ja pohtia myös uudenlaisia palveluja ja hoitomuotoja. Yhtenä keinona asiakaslähtöisen ja tehokkaan hoidon takaamiseksi on psykoosin hoidon vastuualueen johtoryhmässä mietitty sairaalan ja avohoidon välimaastoon sijoituvia palveluja. Tällaisia ovat esimerkiksi psykoosivastuualueen osastojen kriisihoitopaikat sekä intensiivisen avohoidon yksikkö, joka tarjoaa kotiin suunnattua psykiatriasta hoitoa. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2020a.)

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin psykoosivastuualueen osastoilla on kullakin omat kriisihoitokäytäntönsä, mutta niitä ei ole systemaattisesti kuvattu tai arvioitu, eivätkä käytännöt osastojen välillä ole yhtenäisiä. Toisaalta osastojen kuormitusaste on lähes jatkuvasti yli 100% eli potilaita on enemmän kuin virallisia vuodepaikkoja. Psykoosivastuualueen johtoryhmässä on pohdittu keinoja vähentää tai lyhentää sairaalahoitojaksoja, ja yhdeksi keinoksi on nimetty kriisiluontoisen hoidon sekä tehostetun avohoidon yksikön kehittäminen. Potilaan näkökulmasta tämä tarkoittaa mm. yksilöllisen kriisihoitosuunnitelman tekemistä eli ohjeistusta siitä, miten toimia ja keneen ottaa yhteyttä psyykkisen voinnin heikentyessä. Osastojen näkökulmasta tämä tarkoittaa kriisipaikkakäytäntöjen määrittelyä uudelleen sekä niiden tehokasta käyttöönottoa. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2019b; 2020b.)

Potilaan näkökulmasta yksilöllinen kriisihoitosuunnitelma, ja toisaalta osastojen kriisihoitokäytäntöjen selkeyttäminen ja niistä tiedottaminen tarkoittaa parhaimmillaan osastohoidosta kotiutumisen nopeutumista sekä oman sairauden kanssa pärjäämistä. Lisäksi osaston tarjoama kriisiluonteinen hoito tukee potilaan avohoidon ja siten mahdollisesti myös edesauttaa siihen sitoutumista. (Barrett 2013; Farrelly 2015.)

Kriisihoitokäytäntöjen uudistamiseen kytkeytyy olennaisena osana kriisin jälkeisen hoidon koordinointi, jolla pyritään varmistamaan hoidon jatkuvuus ja tarvittaessa sen tehostaminen. Käytännössä tämä tarkoittaa potilaan avohoidon informointia ja mahdollista tehostamista sekä potilaan tilanteen moniammatillista arviointia.

Psykoosien hoidon vastuualueella todetun kriisihoitotyön tehostamisen tarpeen ympärille muodostettiin kehittämisprojekti, jonka tarkoituksena oli yhtenäistää osastojen kriisipaikkakäytäntöjä ja selkeyttää niitä sekä potilaan että henkilöstön näkökulmasta. Kehittämisen tarpeen määrittelyn jälkeen projektin eteneminen jakautui kuuteen vaiheeseen, jotka on kuvattu tarkemmin luvussa 2.4. Ideointivaiheessa projektille asetettiin konkreettinen tavoite, joka vielä projektin edetessä tarkentui. Lopulliseksi tavoitteeksi nimettiin VSSHP:n psykoosien vastuualueen osastojen kriisipaikkakäytäntöjen kuvaaminen ja kriisipaikan käyttöön liittyvän lomakkeiston luominen. Lisäksi tavoitteena oli luoda lomake potilaan yksilöllistä kriisihoitosuunnitelmaa varten sekä tehdä esitys psykiatriseen kriisihoitoon liittyvästä työnjaosta psykoosien vastuualueen eri yksiköiden välillä.

Suunnitelmavaiheessa tehtiin systemaattinen kirjallisuuskatsaus aiheesta tehdyn tutkitun tiedon kartoittamiseksi. Toteutusvaiheessa psykoosiosastojen kriisipaikkakäytännöt kartoitettiin osastonhoitajien puolistrukturoiduilla yksilöhaastatteluilla, ja projektiryhmän ehdotusten pohjalta valikoituneiden sairaaloiden käytäntöjä selvitettiin soveltaen benchmarking-menetelmää. Kehittämisprojektin lopullisena tuotoksena syntyi lomakkeet osastojen kriisipaikkakäytäntöjä sekä potilaan yksilöllistä kriisihoitosuunnitelmaa varten. Lisäksi syntyi esitys psykiatrisen kriisihoitotyön käytännön toteutuksesta VSSHP:n psykoosien vastuualueen eri yksiköissä.

2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin psykoosivastuualueella, ja sitä edeltäneellä Turun kaupungin psykiatrialla on jo pitkään ollut pyrkimyksenä sairaalahoitajaksojen vähentäminen avohoitoa tehostamalla. Psykoosivastuualueen osastoilla on tehty epävirallisia kartoituksia potilaista, joilla on vuoden aikana useita sairaalahoitajaksoja; syyt näiden ns. pyöröovipotilaiden toistuviin sairaalahoitoihin ovat moninaisia, mutta on arvioitu, että suuren osan kohdalla sairaalahoito olisi saatettu välttää kokonaan avohoitoa tehostamalla ja tarjoamalla välitöntä, kriisiluonteista apua. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2019a; 2020a.) Ennen Turun kaupungin psykiatrian ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin yhdistymistä vuonna 2017 perustettiin ratkaisuksi tähän ongelmaan tehostetun avohoidon yksikkö syksyllä 2016. Sen keskeisimpänä tehtävänä on tarjota kotiin suunnattua psykiatrista hoitoa varsinaisen avohoidon tukena tai lisänä. Yksikön perustaminen ei kuitenkaan ole merkittävästi vähentänyt sairaalahoitajaksojen määrää, ja vuonna 2019 psykoosivastuualueen osastoilla tehtiin uusi epävirallinen kartoitus, jossa kahdeksan kuukauden ajanjaksolla todettiin 67 potilaalla useampi kuin yksi sairaalahoitajakso. Yleisimmiksi syiksi toistuviin sairaalahoitoihin nimettiin riittämätön tuki sekä lääkityksen toteutumattomuus. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2019a.)

Tältä pohjalta lähdettiin kehittämään kriisihoitokäytäntöjä, jossa tehostetun avohoidon yksiköllä on keskeinen rooli. Työryhmä tehostetun avohoidon kehittämiseksi asetettiin syksyllä 2019, ja sen aloitteesta käynnistettiin lokakuussa 2019 ns. kriisihoitotyöpilotti yhtenä keinona tehostaa avohoitoa. Käytännössä se tarkoitti psykiatrian päivystyksen tekemää sähköistä ilmoitusta potilastietojärjestelmään potilaan käynnistä päivystyksessä; seuraavana arkipäivänä ilmoitus välitettiin tiedoksi potilaan avohoidon omahoitajalle, joka oli yhteydessä potilaaseen vielä saman päivän aikana. Tämän lisäksi tunnistettiin kuitenkin selkeä tarve kehittää sekä tehostetun avohoidon yksikön toimintaa että psykoosivastuualueen osastojen kriisipaikkakäytäntöjä. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2020a.)

Psykoosivastuualueen viidellä sairaalaosastolla on kullakin omat käytäntönsä tukemaan osastohoidosta kotiutuvia potilaita. Potilaalle voidaan sopia jälkipoliklinisiä käyntiaikoja osastolle esimerkiksi siihen asti, kunnes hänen avohoitonsa käynnistyy. Lisäksi osasto voi myöntää kotiutuvalla potilaalle määräaikaisen kriisipaikkaoikeuden: mikäli potilaan psyykinen vointi heikkenee osastolta kotiutumisen jälkeen, voi hän kyseisen määräajan

puitteissa hakeutua takaisin osastolle hoidon tarpeen arvioon ilman uutta lääkärin lähetettä. Osastot toteuttavat kriisipaikkatoimintaa vaihtelevasti; osalle sairaalahoidosta kotiutettaville potilaille tarjotaan kriisipaikkaa tietyksi ajaksi, yleensä kahdeksi viikoksi, osalle sitä ei tarjota lainkaan. Sitä, kenelle tällaista kriisipaikkamahdollisuutta tarjotaan, ei ole määritelty, eikä myöskään kriisipaikkaoikeuden kesto. Kriisipaikkaoikeudesta sovitaan aina suullisesti, eikä siitä ei ole olemassa mitään kirjallista materiaalia potilaalle annettavaksi tai henkilökunnan päätöksenteon tueksi. Psykoosivastuualueella onkin tunnistettu tarve määritellä kriisipaikkakäytäntö uudelleen ja mahdollisesti myös kehittää sitä sellaiseen suuntaan, jossa se voisi koskea myös sellaisia potilaita, joilla ei ole edeltävää sairaalahoitajaksoa. Pyrkimyksenä on sairaalahoitajaksojen vähentäminen tai lyhentäminen; kriisipaikkaoikeuden turvin potilas olisi mahdollista kotiuttaa osastohoidosta nopeammin, kun hän voi palata osastolle ilman lähetettä, mikäli psyykinen vointi kotiutumisen jälkeen heikkenee.

2.1 Kehittämiprojektin tarkoitus, tavoite ja tuotos

Tämän kehittämisprojektin tarkoituksena oli kehittää VSSHP:n psykoosien vastuualueen psykiatrasta kriisihoitoa luomalla työkaluja potilaslähtöiseen, joustavaan avohoidon tehostamiseen. Tällä pyritään vahvistamaan avohoidon tarjoamia palveluja ja tukemaan potilaan pärjäämistä avohoidon keinoin, sekä toisaalta vähentämään sairaalahoidon tarvetta. Tätä tarkoitusta silmällä pitäen kehittämisprojektin tavoitteena oli kuvata osastojen kriisipaikkakäytännöt ja luoda lomakkeisto kriisipaikkakäytäntöjä varten. Lisäksi tavoitteena oli luoda lomake yksilöllistä kriisihoitosuunnitelmaa varten potilaan pärjäämisen tueksi ja hoidon tehostamisen tarpeen arvion apuvälineeksi. Edelleen tavoitteena oli luoda ohjeistus lomakkeiden käyttämisestä sekä esitys niihin liittyvästä työnjaosta sairaalan, avohoidon sekä tehostetun avohoidon välillä.

Kehittämisprojektin tuotoksena syntyi lomakkeisto koskien osastojen kriisipaikkakäytäntöjä sekä yksilöllistä kriisihoitosuunnitelmaa. Kriisipaikkakäytännöistä tehtiin erilliset lomakkeet osastolta kotiutuville potilaille sekä avohoidon potilaille. Kriisihoitosuunnitelmaan tehtiin liitteeksi lomake varomerkkien vaikeusasteen arvioimiseksi sekä mahdollisten itsehoitomenetelmien kirjaamiseksi. Lisäksi tuotoksena syntyi esitys siitä, miten lomakkeita tulisi eri psykoosien vastuualueen yksiköissä käyttää ja miten psykiatrasta kriisihoitoa kyseisissä yksiköissä tulisi toteuttaa.

2.2 Kehittämiprojektin kohdeorganisaatio ja kohderyhmät

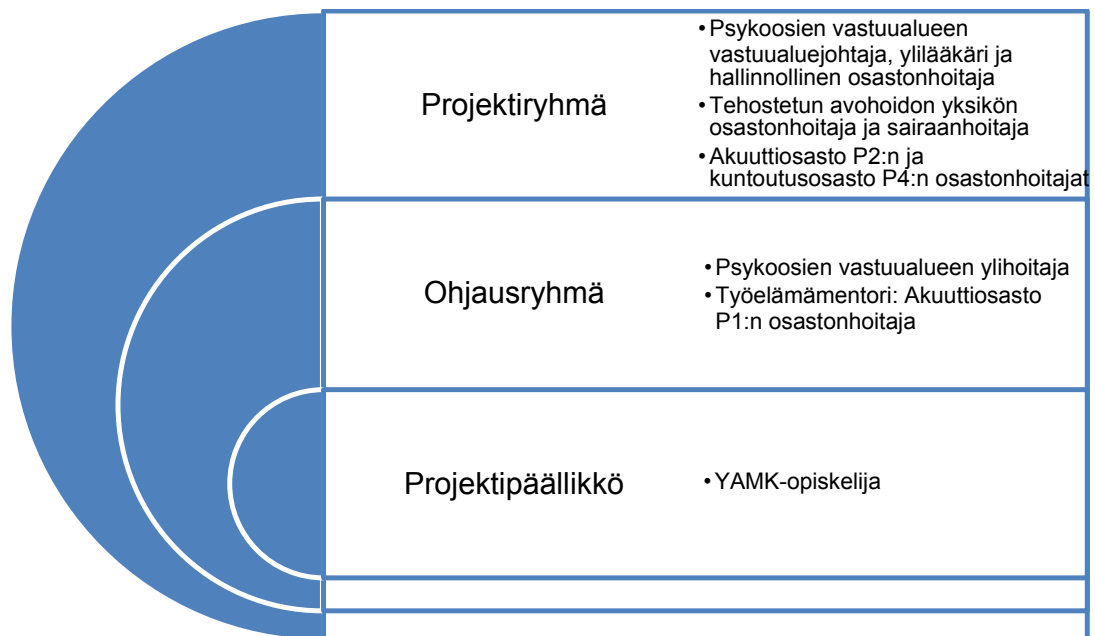
Tämän kehittämiprojektin toimintaympäristönä oli Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alaisuuteen kuuluva Turun yliopistollisen keskussairaalan Psykiatrian tulosalue. Psykiatrian tulosalue on jaettu kahdeksaan vastuualueeseen: akuuttipsykiatria, lastenpsykiatria, mielialahäiriöt, neuropsykiatria, nuorisopsykiatria, psykoosit, riippuvuuspsykiatria sekä vanhuspsykiatria. Tässä kehittämiprojektissa varsinaisena toimintaympäristönä oli psykoosien vastuualueen viisi vuodeosastoa, kahdeksan avohoidon yksikköä sekä tehostetun avohoidon liikkuva yksikkö. Psykoosien vastuualueen osastot sijaitsevat Turussa (osastot P1, P3 ja P4) ja Halikossa (osastot P2 ja P5), avohoidon yksiköt Turussa, Salossa, Kaarinassa, Raisiossa, Uudessakaupungissa, Liedossa ja Loimaalla. Lisäksi kehittämiprojekti nivoutuu yhteen akuuttipsykiatrian vastuualueeseen kuuluvan psykiatrian päivystyksen kanssa, jolla on tärkeä rooli osana psykoosipotilaan hoitopolkua ja hoidon koordinoitua. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2020c.)

Kehittämiprojektin ensisijaisena kohderyhmänä ovat kaikki potilaat, joiden psykiatrinen avohoito toteutuu Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin psykoosivastuualueella. Pääsääntöisesti kaikilla on joko jokin psykoosisairauden diagnoosi tai kaksisuuntainen mielialahäiriö, ja he ovat iältään 18-69 -vuotiaita. Tavoitteena on, että kaikille avohoidon potilaille tullaan jatkossa tekemään yksilöllinen kriisihoitosuunnitelma, joka pidetään ajan tasaisena potilaan hoidon eri vaiheissa, mahdollisuuksien mukaan vielä silloinkin, kun hoitoa ollaan lopettamassa. Lisäksi kohderyhmänä on psykoosivastuualueen osastoilla hoidossa olevat potilaat, joiden arvioidaan hyötyvän sairaalahoidosta kotiutumisen yhteydessä sovittavasta kriisipaikkaoikeudesta. Näitä ovat esimerkiksi ensipsykoosipotilaat sekä huonosti avohoitoon tai lääkehoitoon sitoutuvat potilaat.

Toissijaisena kohderyhmänä ovat psykoosivastuualueen yksiköissä työskentelevät lääkärit ja hoitajat sekä sairaaloissa virka-ajan ulkopuolella päivystävät lääkärit, joiden panos kriisihoitosuunnitelman käyttöönotossa sekä osastojen kriisipaikkakäytäntöjen toteuttamisessa on keskeinen. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2020a.)

2.3 Projektioorganisaatio

Projektin johtamisessa verkostoituminen on tärkeää. Projektipäällikkö kokoaa tuekseen projektiryhmän, jonka kanssa sovitaan työnjaosta, mutta viime kädessä projektipäällikkö vastaa hankkeen ohjauksesta ja organisoinnista sekä aineiston koonnista ja tiedottamisesta. Haasteena projektijohtamisessa on kokonaisuuden kasassa pitäminen ja ihmisten motivaation ylläpitäminen. (Hallikainen 2017.) YAMK-tutkintoon liittyvä opinnäytetyö tehdään ns. kolmikantamallin mukaisesti työelämälähtöisenä projektina, jossa projektipäällikkönä toimiva YAMK-opiskelija toimii yhteistyössä ohjausryhmän ja projektiryhmän kanssa ja saa tukea työelämämentorilta sekä tutoropettajalta (Tanskanen ym. 2013, 36). Tässä kehittämisprojektissa projektiryhmä muodostui tehostetun avohoidon kehittämisen työryhmästä, joka kokoontui n. kahden kuukauden välein. Ohjausryhmä kokoontui projektiryhmän tapaamisten lisäksi tarvittaessa, ja sen lisäksi projektipäällikkö kävi säännöllisiä keskusteluja työelämämentorin kanssa. Lisäksi projektipäällikkön tukena oli tutoropettaja, Turun ammattikorkeakoulun yliopettaja. Projektioorganisaatio on kuvattu tarkemmin kuviossa 1.



Kuvio 1: Projektioorganisaatio

2.4 Kehittämiprojektin eteneminen

Kehittämistoiminnassa tavoitteena on olemassa olevan toiminnan tai toimintatavan muuttaminen, kehittäminen tai jalostaminen. Se on suunnitelmallista ja vaiheistettua toimintaa, joka tapahtuu tietyssä ympäristössä, ja jota voidaan toteuttaa monin eri keinoin, esimerkiksi aikaisempia tutkimuksia hyödyntäen. (Salonen ym. 2017, 35-37.) Tämä kehittämistyö toteutettiin projektina. Projekti on aikaan ja paikkaan sidottua käytännön uudistamista tai parantamista, jolle on määritelty selkeä tavoite. Se on siis työkokonaisuus, joka tehdään ennalta määritellyn kertaluonteisen tuloksen saamiseksi, ja johon liittyy tietynlainen, projektia varten perustettu johtamisjärjestelmä: projektipäällikkö koordinoimassa toimintaa sekä projektiryhmä. Projektille ominaista on myös joustavuus; muutoksia voidaan tehdä projektin edetessä, kunhan niistä sovitaan rahoittajatahon ja projektin asettajan kanssa. (Pelin 2011, 23-24; Kuikka ym. 2012, 9; Salonen ym. 2017, 36.)

Tämä kehittämisprojekti käynnistyi syksyllä 2019, jolloin Turun yliopistollisen keskussairaalan psykoosivastuualueella perustettiin työryhmä miettimään keinoja vähentää potilaiden toistuvia sairaalahoitajaksoja tehostamalla avohoidon olemassa olevia palveluja ja kehittämällä niiden rinnalle uusia. Kehittämisen tarpeen määrittelyn jälkeen kehittämisprojektin eteneminen voidaan jakaa kuuteen vaiheeseen, jotka jossain määrin lomituivat keskenään. Ideointivaiheessa projektille asetettiin konkreettinen tavoite, joka projektin alussa oli psykoosien vastuualueen osastojen kriisipaikkakäytäntöjen kuvaaminen sekä erillisen lomakkeiston luominen kriisipaikkakäytäntöjä varten. Tavoitteita silmällä pitäen kehittämismenetelmiksi valittiin psykoosiosastojen osastonhoitajien (n=5) puolistrukturoitu haastattelu sekä benchmarking muiden sairaaloiden käytäntöjen kartoittamiseksi.

Suunnitelmavaiheessa, keväällä 2020, tehtiin systemaattinen kirjallisuuskatsaus aiheeseen liittyvän tutkitun tiedon kartoittamiseksi. Lisäksi suunniteltiin käytännön toimet haastattelujen sekä benchmarkingin toteuttamiseksi. Haastattelut päätettiin toteuttaa yksilöhaastatteluina puolistrukturoidun haastattelun periaatteita noudattaen. Benchmarking-kohteiksi valikoituneet sairaalat (n=4) sovittiin projektiryhmän kokouksissa. Nämä kehittämismenetelmät on kuvattu tarkemmin luvussa 5.

Toteutusvaiheessa, osastojen kriisipaikkakäytäntöjen selvittämiseksi, haastateltiin kunkin psykoosiosaston osastonhoitajaa sekä hankittiin tietoa muiden sairaaloiden käytännöistä benchmarking-menetelmää soveltaen. Projektin edetessä sen tavoitteita

tarkennettiin. Potilaan pärjäämisen tueksi ja hoidon tehostamisen tarpeen arvion apuvälineeksi tavoitteeksi lisättiin yksilöllisen kriisihoitosuunnitelmalomakkeen luominen sekä ohjeistukset lomakkeiden käytöstä. Lisäksi tavoitteeksi asetettiin esitys psykiatriseen kriisihoitoon liittyvästä työnjaosta sairaalan, avohoidon sekä tehostetun avohoidon välillä. Kriisihoitosuunnitelman tekeminen potilaalle on lähtökohtaisesti avohoidossa tapahtuvaa toimintaa, siksi lomakkeiden työstämiseen haluttiin myös psykoosien vastuualueen avohoidon näkemys. Sen saamiseksi lisättiin kehittämismenetelmäksi asiantuntijaraadin hyödyntäminen. Asiantuntijaraati muodostui psykoosien vastuualueen osastojen ja avohoidon yksiköiden osastonhoitajista sekä ylihoitajasta ja hallinnollisesta osastonhoitajasta.

Tulos- ja arviointivaiheet toteutuivat käytännössä samanaikaisesti keväällä 2021. Haastatteluiden pohjalta saadut tulokset on esitelty luvuissa 6.1, 6.2 ja 6.3. Benchmarkingin kautta saadut tulokset on esitelty luvussa 6.4. Kehittämiprojektin tuotoksena syntyi esitys kriisihoitotyön käytännön toteuttamisesta sekä lomakkeistot osastojen kriisipaikka-käytäntöjä ja potilaan yksilöllistä kriisihoitosuunnitelmaa varten.

Projektin implementointivaihe, psykoosien vastuualueen hoitohenkilöstön perehdyttäminen psykiatriseen kriisihoitotyöhön ja siihen liittyvien lomakkeiden käyttöön, on tarkoitus toteuttaa syksyllä 2021. Kehittämiprojektin vaiheet on kuvattu kuviossa 2 ja projektin aikataulu taulukossa 1.



Kuvio 2. Kehittämiprojektin vaiheet

JOULUKUU 2019	<ul style="list-style-type: none"> • Kehittämiprojektin idea
MAALISKUU 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Kehittämiprojektin suunnitelma
HUHTI-SYYSKUU 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Kirjallisuuskatsaus • Vertailukehittäminen (benchmarking) • Osastonhoitajien haastattelut
LOKAKUU 2020	<ul style="list-style-type: none"> • Kehittämistyön väliraportti
KEVÄT 2021	<ul style="list-style-type: none"> • Kirjallisuushaku kriisihoitosuunnitelmaan liittyen • Kriisihoitosuunnitelman luominen • Kehittämistyön loppuraportin palautus
SYKSY 2021	<ul style="list-style-type: none"> • Koulutukset kriisihoitosuunnitelman käyttöönotosta sekä kriisipaikkakäytännöistä • Uusien käytäntöjen jalkauttaminen yksiköihin

Taulukko 1. Kehittämiprojektin aikataulu

2.5 Kirjallisuushaku

Ensimmäinen kirjallisuushaku tehtiin keväällä 2020; sen tavoitteena oli tuottaa tietoa psykiatrisesta kriisihoidosta sekä kriisin jälkeisestä hoidon koordinoinnista, jolla turvataan hoidon jatkuvuus. Psykiatriseen kriisiin reagointiin liittyen haettiin lisäksi tietoa ns. matalan kynnyksen palveluista. Psykiatrisella kriisillä tarkoitetaan tässä yhteydessä psyykkisen sairauden aktivoitumista tai uusiutumista, ja kriisihoidolla tuohon muuttuneeseen tilanteeseen reagointia hoitojärjestelmän mahdollistamin keinoin. Matalan kynnyksen hoidolla tarkoitetaan tässä yhteydessä nopeaa ja joustavaa pääsyä psykiatristen palvelujen piiriin joko ilman erillistä lähetettä tai siten, että lähetteen saaminen ja pääsy hoidon tarpeen arvioon on tehty mahdollisimman sujuvaksi.

Kirjallisuuskatsauksen perustaksi suoritettiin systemaattinen kirjallisuushaku pyrkimyksenä kartoittaa aihetta käsittelevät tutkimukset. Sitä ohjasivat käsitteet ”matalan kynnyksen hoito / palvelut” (low threshold care / services), ”psykiatrinen kriisi” (psychiatric crisis), ”hoidon koordinointi” (care coordination) sekä ”hoidon jatkuvuus” (continuity of care).

Kirjallisuushakua ohjaamaan muodostettiin seuraavat tutkimuskysymykset:

1. Miten psykoosipotilaan psyykkisen voinnin heikkenemiseen reagoidaan potilaslähtöisesti ja joustavasti?
2. Miten sairaalan ja avohoidon välimaastoon sijoittuvilla palveluilla sekä hoidon koordinoinnilla voidaan paremmin tukea psykoosipotilaiden pärjäämistä ja hoidon jatkuvuutta?

Toinen varsinainen kirjallisuushaku tehtiin kriisihoitosuunnitelmaan liittyen maaliskuussa 2021. Hakua ohjasivat käsitteet ”psykiatrinen kriisihoito” sekä ”kriisisuunnitelma / kriisihoitosuunnitelma”. Hakua ohjaamaan muodostettiin tutkimuskysymys:

3. Miten yksilöllisellä kriisisuunnitelmalla voidaan tukea ja auttaa psykoosipotilasta?

Molemmat kirjallisuushaut tehtiin käyttäen hakukoneita Pubmed, Cinahl Complete ja Medic. Ensimmäisessä haussa etsittiin sellaisia aihetta käsitteleviä tutkimuksia, väitöskirjoja ja systemaattisia kirjallisuuskatsauksia, jotka oli julkaistu 2010-luvulla ja joista oli saatavilla koko teksti. Toisessa haussa, kriisihoitosuunnitelmaan liittyen, aikamäärettä laajennettiin käsittämään 2000-luvulla julkaistut tutkimukset kattavamman hakutuloksen saamiseksi. Näillä laajennetuilla aikakriteereillä kirjallisuuskatsaukseen päätyi kolme tutkimusta; ne päätettiin ottaa mukaan iästään huolimatta, sillä ne liittyivät spesifisti aiheeseen. Käytetyt hakusanat löytyvät taulukosta 2. Niistä tehtiin erilaisia yhdistelmiä sekä suomeksi että englanniksi kattavan hakutuloksen saamiseksi. Lisäksi aiheeseen liittyvää tutkimustietoa on haettu varsinaisten kirjallisuushakujen välillä kehittämissuunnitelman loppuraportin valmistumiseen asti.

Ulosjättökriteerit olivat seuraavat:

- tutkimus ei koskenut psykiatrista hoitotyötä
- julkaisu oli muu kuin tieteellinen artikkeli

Hakutuloksista luettiin otsikot ja poistettiin päällekkäiset sekä aiheen kannalta epäoleelliset tutkimukset. Niistä, joiden otsikon perusteella oletettiin vastaavan

tutkimuskysymyksiin, luettiin tiivistelmät. Mukaan otettiin tutkimuksia tai tieteellisiä artikkeleja, jotka käsittelivät psykiatrisen kriisin hoitoa tai keinoja vähentää tai lyhentää psykiatrista sairaalahoitoa tukemalla potilaiden pärjäämistä käyttäen tietyn tyyppisiä matalan kynnyksen palveluja ja / tai hoitoa koordinoimalla. Tavoitteena oli löytää tutkimuksia, jotka koskivat tutkimuskysymysten mukaisesti psykoosipotilaita, mutta kattavien hakutulojen saamiseksi hakua laajennettiin koskemaan potilaita, joilla oli todettu vakava mielenterveyden häiriö. Lopulliseen tarkasteluun ja tähän kirjallisuuskatsaukseen päätyneet tieteelliset tutkimukset tai artikkelit on kuvattu liitteissä 1 ja 2.

psykiatria	psychiatry
psykiatrinen	psychiatric
mielenterveys	mental health
psykoosi	psychosis
skitsofrenia	schizophrenia
matala kynnyk	low threshold
hoito	care, treatment
avohoito	outpatient care
kriisi	crisis
hoidon koordinointi	care coordination
hoidon jatkuvuus	continuity of care
kriisihoito	crisis care
kriisisuunnitelma	crisis plan

Taulukko 2. Kirjallisuushaussa käytetyt hakusanat

3 PSYKOOSISAIRAUDET JA PSYKOOSIPOTILAAN HOIDON JÄRJESTÄMINEN

3.1 Psykoosi sairautena ja psykoosin varomerkit

Psykoosilla tarkoitetaan todellisuudentajun vakavaa häiriintymistä. Tavallisimmin se ilmenee aistiharhoina tai harhaluuloina, ns. psykoosin positiivisina oireina eli normaaliin psyykkiseen toimintaan verrattuna ylimääräisinä oireina. Usein psykoosiin liittyy myös ns. puutosoireita eli negatiivisia oireita kuten tunteiden latistumista, eristäytymistä ja kyvyttömyyttä tuntea mielihyvää. Lisäksi psykoosisairauksiin liittyy usein mm. tarkkaavaisuuteen, muistiin tai toiminnan suunnitteluun liittyviä vaikeuksia, jotka voivat hankaloittaa arjessa pärjäämistä. Psykoosisairauksista yleisin on skitsofrenia, jota sairastaa n. prosentti suomalaisista. Muita psykoosisairauksia ovat mm. skitsoaffektiivinen häiriö, harhaluuloisuushäiriö, lyhykestoinen psykoottinen häiriö sekä päihteiden käytöstä johtuvat psykoosit. Lisäksi psykooseiksi katsotaan sellaiset vakavan masennuksen ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön jaksot, joihin liittyy aistiharhoja tai harhaluuloja; näissä psykooseissa mielialaoireet ovat keskeisinä ja psykoottiset oireet yleensä lyhykestoisia. (Suvisaari ym. 2012; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019; Mielenterveystalo 2020a.)

Psykoosin puhkeamiseen vaikuttavat monet eri tekijät. Perimän vaikutus psykoosialttiuteen on huomattava, sillä esimerkiksi skitsofrenian periytyvyys on 65-85 %. Perimän lisäksi mm. yksilön varhaisen kasvuympäristön epästabilius sekä lapsuus- ja nuoruusiän kielteiset sosiaaliset kokemukset, kuten kiusatuksi joutuminen, lisäävät riskiä sairastua psykoosiin. Vastaavasti turvallinen ja lämmin kasvuympäristö voi suojata geneettisesti altista lasta psykoosilta. (Hietala ym. 2015.)

Psykoosin uusiutumisen ehkäisyssä keskeistä on sitoutuminen lääkehoitoon, jonka toteutumisen kannalta olennaista on ymmärrys omasta sairaudesta sekä läheisten ihmisten tuki (Chan ym. 2015; Pothimas ym. 2020). Potilaan läheisille annettujen koulutuksellisten terapian eli psykoedukaation on todettu vähentävän psykoosirelapseja ja niiden aiheuttamia sairaalahoitajaksoja merkittävästi (McFarlane 2016). Sairauden uusiutumisen ehkäisy on tärkeää, sillä toistuvat relapsit ovat haitallisia sekä potilaalle että hänen läheisilleen, ja yhteiskunnallisella tasolla ne myös nostavat terveydenhuollon kustannuksia. Potilaan näkökulmasta psykoosin uusiutuminen lisää todennäköisyyttä uudesta relapsista ja toisaalta riskiä siitä, ettei psykoosista toivu niin hyvin kuin aiemmin. Osaltaan

tämä johtuu siitä, että toistuvat relapsit saattavat heikentää antipsykoottisen lääkityksen tehoa: aiemmin tehonnut lääkehoito ei psykoosin uusiutuessa enää toimikaan niin hyvin kuin ennen. (Hewitt & Birchwood 2002.) Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa todettiin skitsofreniapotilailla sairauden uusiutumisesta aiheutuvan jopa n. viisinkertaiset kustannukset verrattuna niihin potilaisiin, joihin sairaus pysyy remissiossa (Ascher-Svanum 2010).

Skitsofrenian Käypä hoito -suosituksen (2020) mukaan psykoosin uusiutumisen ehkäisyssä keskeistä on varmistaa hoidon jatkuvuus ja säännöllisen lääkehoidon toteutuminen sekä auttaa potilasta ja hänen läheisiään tunnistamaan psykoosia ennakoivia oireita sekä tarjota joustavia palveluja kriisitilanteissa. Potilaalle on saattanut jäädä myös ns. pitkäaikaisoireita, joita ilmenee lähes jatkuvasti, vaikka hän toteuttaisikin hoitoaan sovitusti; potilasta tulee tukea hallitsemaan näitä oireita, ja myös auttaa häntä erottamaan ne varomerkeistä, sillä ne eivät sinällään merkitse psykoosin uusiutumista (Mielenterveystalo 2020b).

Ymmärrystä omasta sairaudesta, siihen liittyvien oireiden tunnistamista ja siihen sopeutumista voidaan lisätä esimerkiksi käymällä läpi psykoosin varomerkkejä. Niillä tarkoitetaan potilaan käyttäytymiseen, mielialaan tai ajatteluun vaikuttavia oireita, jotka ovat edeltäneet varsinaisen psykoosin puhkeamista. (Mielenterveystalo 2020b.) Potilasta ja hänen läheisiään on tärkeää informoida psykoosin varomerkeistä sekä pohtia heidän kanssaan keinoja, miten vähentää stressitekijöitä ja miten saada tarvittaessa apua. Hoitoon ja toipumiseen liittyviä asioita on tärkeää käydä läpi toistuvasti, sillä psykoosipotilaan kognitiivinen suoriutuminen saattaa olla heikentynyt. Ohjeiden tai sovittujen asioiden antaminen kirjallisessa muodossa on todettu hyödylliseksi apuvälineeksi. (Oksanen 2015, 1441.) Tärkeää on myös aktiivinen tukeminen hoitoon sitoutumiseen. Psykoosipotilaiden hoidossa yhteistyösuhteen luominen voi olla haasteellista potilaan huonon psyykkisen voinnin takia. Osastolla potilaan itsemääräämisoikeutta on saatettu joutua rajoittamaan, mikä tekee hoitosuhteen rakentamisesta hankalaa. Hoitohenkilökunnan on tärkeää tunnistaa mahdolliset vuorovaikutuksessa olevat, potilaan voinnista johtuvat rajoitteet, ja osoittaa potilaalle empatiaa hänen ajankohtaisen tilanteensa takia. (Leijala ym. 2019.)

3.2 Psykoosipotilaan hoidon järjestäminen

Mielenterveyslaissa (1990/1116) määritellään, että mielenterveyspalvelut on järjestettävä ensisijaisesti avopalveluina siten, että ne tukevat palvelujen käyttäjän itsenäistä selviytymistä sekä oma-aloitteista hoitoon hakeutumista. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) määritellään itsemääräämisoikeus sosiaali- ja terveydenhuollon johtavaksi periaatteeksi. Palveluiden tulisi olla helposti saatavilla, ja niitä tulisi suunnitella yhteistyössä niiden käyttäjien kanssa. Lisäksi niitä tulisi tarvittaessa voida muokata asiakkaan tarpeiden mukaan. (Groot ym. 2019.)

Psykoosien hoidossa moniammatillinen, organisaatorajat ylittävä yhteistyö on keskeistä. Lääkehoidon lisäksi voidaan tarvita kuntoutusta, joka tulisi suunnitella yksilöllisesti, huomioiden potilaan muuttuvat tarpeet. Päävastuu potilaan hoidosta ja kuntoutuksen järjestämisestä on yleensä psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidon yksiköllä, joka toimii yhteistyössä niin perusterveydenhuollon kuin esimerkiksi potilas- ja omaishdistystenkin kanssa. (THL 2019; Skitsofrenian Käypä hoito -suositus 2020.)

3.2.1 Sairaalahoido ja avohoito

Mielenterveyspalvelut ovat olleet murroksessa käytännössä jo vuosikymmenien ajan: voimakkaimmin laitoshoidoa ajettiin alas 1970-1995, mutta edelleen pyrkimyksenä on sairaalapaikkojen vähentäminen ja avohoidon tehostaminen (Ala-Nikkola 2017). Esimerkiksi vuosina 2006-2013 psykiatriset sairaansijat vähenivät 29%, mutta samana ajanjaksona sairaalahoidoa tarvinneiden potilaiden määrä väheni vain 4% (Mikkola ym. 2015, 44-46). Toisaalta esimerkiksi aikavälillä 2009-2018 psykiatrisen erikoissairaanhoidon potilasmäärät kasvoivat 37,5 % (THL 2020).

WHO:n vuonna 2013 julkaisemassa strategiassa määritellään, että mielenterveystyön rahoituksen painopistettä tulisi siirtää psykiatrisista sairaaloista avohoitoon, mielenterveyden edistämiseen sekä mielenterveyden häiriöiden ehkäisyyn (WHO 2013). Suomesakin mielenterveystyön painopistettä ohjattiin tähän suuntaan vuosille 2009-2015 laaditussa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa (Mieli), jossa keskeisiksi tavoitteiksi nimettiin mm. asiakkaan aseman vahvistaminen, mielenterveyttä edistävä ja ongelmia ehkäisevä työ sekä mielenterveys- ja päihdepalvelujen painopisteen siirtäminen avohoitoon ja perusterveydenhuoltoon. Edelleen tavoitteeksi määriteltiin palvelujärjestelmän

kehittäminen siten, että asiakas pääsee hoidon tarpeen arvioon ja hänen tarpeitaan vastaaviin palveluihin matalan kynnyksen periaatteella ja joustavasti. Palvelujen tulisi siis olla helposti saavutettavia ja satavuudeltaan riittäviä, ja niiden suunnittelussa ja toteutuksessa tulisi huomioida palvelujen käyttäjien ja heidän läheistensä toiveet ja näkemykset. (STM 2016.)

Psykoosisairauksien hoito edellyttää yleensä psykiatrisen erikoissairaanhoidon palveluja, niin sairaalahoitoa kuin tehokasta avohoitoa. Näiden palvelujen tulisi olla joustavia, liikkuvia ja lähellä potilasta, ja niiden tulisi tehdä tiivistä yhteistyötä muiden terveydenhuollon erikoisalojen kanssa, sillä esimerkiksi skitsofreniapotilaiden riski sairastua sydän- ja verisuonitauteihin tai aineenvaihduntasairauksiin on muuta väestöä korkeampi (Niemelä & Blanco-Sequeiros, 2015).

Nopea avohoitokontakti sairaalahoidon jälkeen vähentää tutkimuksen mukaan merkittävästi riskiä sairaalahoidon uusiutumisesta. Hoitojärjestelmässä tulisikin kiinnittää avohoittoon enemmän huomiota sairaalahoidon jälkeisinä viikkoina, koska tuolloin sairaalahoidon uusiutumisen riski on suurimmillaan. (Wahlbeck ym. 2019, 120-124.) Erityistä huomiota tulisi kiinnittää potilaiden kotiuttamiseen tahdosta riippumattomasta hoidosta, sillä Haglundin ym. (2019) mukaan kaikilla potilailla on heti tahdosta riippumattoman sairaalahoidon päättymisen jälkeen kohonnut riski itsemurhaan, mutta se on erityisen korkea niillä psykoosipotilailla, joilla oli sairaalahoitoa edeltävästi itsetuhoista käytöstä.

3.2.2 Sairaalan ja avohoidon välimaastoon sijoittuvat palvelut

Sairalahoidon päättyessä olisi hyvä tehdä yksilöllinen, tarpeen arvion mukainen kotiutussuunnitelma, jonka toteuttamisessa hyödynnettäisiin sopivia palveluja, kuten kotikäyntejä sekä tiivistä voinnin seurantaa puhelimitse tai etäyhteydellä (Vigod ym. 2013). Huonosti suunniteltu siirtyminen sairaalasta avohoitoon lisää riskiä potilaan voinnin heikkenemisestä sekä heikentää hoidon jatkuvuutta. Tämä on erityisen tärkeää mielenterveyspotilailla, joiden kohdalla onnistuneella hoidon jatkuvuudella on havaittu yhteys parempaan toimintakykyyn ja potilastyytyväisyyteen sekä alentuneeseen kuolleisuuteen, ja sen on todettu laskevan terveydenhuollon kustannuksia. (Cleverley 2017, 13.)

Psykiatrisen kriisipotilaan hoitopolusta tulisi tehdä selkeä niin palvelun käyttäjän kuin palvelua tarjoavan tahon näkökulmasta. (Groot ym. 2019.) Erityisesti ensipsykoosiin sairastuneiden nuorten kohdalla tulisi palveluiden pystyä vastaamaan nuoren ja tämän

perheen muuttuviin tarpeisiin hoitoon sitoutumisen edistämiseksi (Gearing ym. 2018, 677-685). Käytäntöjä tulisi kehittää mielenterveyden ammattilaisten johdolla, mutta palvelujen käyttäjien näkemyksiä kuullen ja arvostaen (Gomez 2018, 293-306).

Suomessa potilaan psyykkisen voinnin heikkenemiseen vastaavia kriisiluontoisia sairaalahoidon ja perinteisen avohoidon välimaastoon sijoittuvia palveluja on kehitetty useilla paikkakunnilla. Tällaisia ovat esimerkiksi erilaiset sairaalasta kotiuttamiseen liittyvät palvelut, kotiin suunnattu hoito sekä tehostetut ja liikkuvat avohoidon palvelut. Helsingissä, Auroran sairaalassa, näitä palveluja koordinoi erillinen kotiuttamiskoordinaattori, joka pyrkii takaamaan huonosti hoitoon sitoutuvien psykoosipotilaiden hoidon jatkuvuuden etsimällä kotiutuksen tueksi sopivat palvelut ja toimimalla ikään kuin linkkinä sairaalahoidon ja avohoidon välillä (Helsingin kaupunki 2019).

Lempäälässä on luotu malli, jossa terveystieteiden osastolle voidaan ottaa psykiatrisia kriisipotilaita tilanteissa, joissa avohoidon keinoja ei katsota riittäviksi, mutta joissa potilaan vointi ei vielä edellytä osastohoitoa psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. Tällä käytännöllä on vähennetty hoitajaksoja psykiatrisen erikoissairaanhoidon osastoilla, ja vaikka osa hoitajajoista on siirtynyt kyseiselle terveystieteiden osastolle, on hoitopäivien kokonaismäärä laskenut. Potilaat ja heidän omaisensa ovat olleet tyytyväisiä nopeaan hoitoon pääsyyn, sekä siihen, että hoito toteutuu lähellä omaa elinympäristöä ilman mielisairaaloihin liitettävää stigmaa. (Rajakangas ym. 2015, 3210-3215.)

Satakunnassa pystyttiin madaltamaan pääsyä nuorisopsykiatrisen avohoidon piiriin perustamalla jalkautuva akuuttityöryhmä, jonka tehtävänä oli suorittaa hoidon tarpeen arvioita psyykkisesti oireileville nuorille. Uuden työryhmän perustamisen myötä varsinaisen psykiatrisen avohoito pystyttiin käynnistämään nopeammin ja joustavammin. Niistä potilaista, jotka työryhmän perustamisen jälkeen päätyivät suljettuun osastohoitoon, 79%:lla oli jo olemassa oleva psykiatrisen avohoito, kun ennen työryhmän perustamista avohoito oli 51 %:lla. Tämä lisäsi hoidon jatkuvuutta ja paransi mm. hoitoon sitoutumista sairaalahoidon jälkeen. (Karukivi ym. 2013, 2524-2528.)

Matalan kynnyksen palveluilla tarkoitetaan palveluja, joissa asiakkaalta tai potilaalta vaadittavia edellytyksiä palveluun hakeutumisessa on madallettu. Tavoitteena on, että kynnyksen hakeutua palveluiden piiriin olisi mahdollisimman alhainen. Käytännössä tämä tarkoittaa esim. omaehtoista asiointia ilman lähetettä tai ajanvarausta sekä toimintojen soveltamista vastaamaan asiakasryhmän tarpeita. (Leemann, L. & Hämäläinen, R-M. 2015, 1-4.) Erityisesti nuorille tulisi tarjota matalan kynnyksen palveluja, jotta heidän

elämänhallintaansa voitaisiin vahvistaa ja lisätä heidän henkistä hyvinvointiaan (Anttila 2018, 238-239). Kuopiossa toteutetussa tutkimuksessa selvitettiin paikallisen psykiatrian keskuksen käyttämättä jääneiden avohoitokäyntien määrää sekä niiden syitä yhden kuu-kauden ajalta. Tutkimuksessa selvisi, että 14 % potilaista jätti tulematta vastaanotolle, valtaosa näistä alle 35-vuotiaita. Tutkimus herättää kysymyksen: voitaisiinko uudellailla, vastaanottoajoista riippumattomilla, sairaalan ja poliklinikkakäynteihin perustuvan avohoidon välimaastoon sijoittuvilla palveluilla parantaa nuorten palveluihin sitoutumista. (Honkalampi ym. 2012, 607-610.)

3.2.3 Hoidon koordinointi

Psykoosipotilaan avohoidon onnistumisessa hoidon koordinoinnilla on olennainen merkitys. Sillä tarkoitetaan potilaan hoidon suunnittelua, hoidon ja kuntoutuksen tarpeen säännöllistä arviointia, palveluiden käytön suuntaamista sekä tarvittaessa yhteydenpitoa potilaan omaisiin tai eri hoitotahoihin (Suvisaari ym. 2014, 184-185). Moniongelmaisten, useita eri palveluja tarvitsevien asiakkaiden kohdalla on tärkeää, että palvelujen tarjoajat ovat tietoisia toisistaan ja työskentelevät kohti yhteistä päämäärää (Hietala ym. 2018, 27). Skitsofreniapotilaiden kohdalla tutkimustulokset palveluohjauksen vaikutuksista ovat vaihdelleet, mutta erityisesti työryhmäpohjaisella tehostetulla palveluohjauksella näyttäisi olevan positiivista vaikutusta sairaalahoidon tarpeeseen ja hoitoon sitoutumiseen, samoin kuin potilaan toimintakykyyn ja oireenhallintaan (Skitsofrenia: Käypä hoito-suositus 2020).

Fontanellan ym. (2014) mukaan skitsofreniapotilaiden hoidon jatkuvuudessa on runsaasti puutteita, jotka johtuvat ainakin osittain palvelujärjestelmän joustamattomuudesta, ja jotka olisivat ratkaistavissa paremmalla hoidon koordinoinnilla; tavoitteena tulisi olla moniammatillinen, organisaatorajat ylittävä yhteistyö potilaan kokonaisvaltaisen hoidon takaamiseksi. Hoidon jatkuvuuden tärkeyttä korostavat myös Fleury ym. (2010) tutkimuksessaan, jossa selvitettiin vakavaa mielenterveyden häiriötä sairastavien terveyspalvelujen käyttöä: hoidon koordinoinnilla ja organisaatorajat ylittävällä yhteistyöllä pystytään parantamaan potilaiden elämänlaatua. Myös terveydenhuollon kustannusten näkökulmasta hoidon koordinoinnilla on merkitystä, sillä Ghesquieren ym. (2019, 93-105) mukaan hyvällä hoidon koordinoinnilla voidaan vähentää skitsofreniapotilaiden uusia sairaalahoitajaksoja sekä käyntejä päivystyksessä.

Hoidon koordinointiin sen jatkuvuuden turvaajana tulisi kiinnittää erityistä huomiota, kun potilasta hoitavassa työryhmässä tapahtuu henkilömuutoksia; potilaan hoidon kannalta keskeisten työntekijöiden vaihtuminen voi johtaa tilanteeseen, jossa potilas ei ole tietoinen hoitosuunnitelmastaan tai siitä, miten hänen tulisi toimia psykiatrisessa kriisitilanteessa (Sanatia 2016, 318-322).

Oulussa on tutkittu sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden suurkuluttajia; ketkä käyttävät palveluja eniten ja miten heidän palvelujen käyttönsä poikkeaa muusta alueen väestöstä. Tulosten mukaan 10% asukkaista kerryttää 81% kokonaiskustannuksista, ja näistä valtaosa käytti terveystalouden lisäksi vähintään yhtä sosiaalipalvelua. Tutkimuksen pohjalta ehdotetaan, että palvelujärjestelmän tulisi jatkossa keskittyä kyseisen, eniten palveluja käyttävän ryhmän hallintaan ja toisaalta pyrkiä ehkäisemään siihen joutumista. Näille asiakkaille on tärkeää pysyvä hoitosuhde ja hoitavan henkilöstön organisaatorajat ylittävä yhteistyö; nykyisessä, erikoistuneisiin palveluihin perustuvassa sillomaisessa järjestelmässä kenelläkään ei välttämättä ole kokonaiskuvaa tilanteesta. Tällöin esim. ennaltaehkäiseviä keinoja ei osata kohdentaa oikein, ja asiakkaan tilanne saattaa kriisiytyä turhaan, mikä taas johtaa raskaampien palvelumuotojen käyttöön. (Leskelä ym. 2013, 3163-3169.)

4 PSYKOOSIPOTILAAN KRIISIHOITO

4.1 Psykkinen kriisi

Psyykkisestä kriisistä voidaan puhua silloin, kun keinot sopeutua yllättävään tilanteeseen eivät ole riittäviä, ja mielen tasapaino järkkyy. Tällöin mielenterveyden voimavarojen riittämättömyys ja kyvyttömyys sopeutua muuttuneeseen tilanteeseen ilmenee esimerkiksi levottomuutena tai ahdistavana olona, usein myös fyysisinä oireina. Mikäli psyykkisessä kriisissä olevan hallintakeinot ovat jo valmiiksi heikentyneet esimerkiksi psykiatrisen sairauden takia, tai ärsykemäärä on suuri, voi kriisitilanne johtaa jopa psykoottistasoiseen oireiluun. (Henriksson & Lönnqvist 2017.)

Kriisiauttamisella tarkoitetaan yleensä sellaista matalan kynnyksen keskusteluapua, jolla pyritään estämään negatiivisen elämäntapahtuman eskaloituminen sellaiseksi, että sen käsittelyyn tarvittaisiin terveydenhuollon palveluja (Stenberg ym. 2016). Psykoosipotilaan kohdalla kriisitilanteen hoitaminen esimerkiksi kotiin suunnatuilla, tehostetun avohoidon interventioilla voi vähentää sairaalahoidon tarvetta tai lyhentää sairaalahoidon tarpeen kestoa. Tavallisen avohoidon kanssa yhteistyössä toimiva erityistyöryhmä, kuten kotihoitotyöryhmä tai tehostetun avohoidon yksikkö, voi lisätä myös potilaan hoitomyöntyvyyttä ja vähentää potilaan omaisiin kohdistuvaa rasitusta. Perinteisten avohoitokäyntien lisäksi potilaalle voidaan tarvittaessa tarjota tiiviitä kotikäyntejä, joustavaa, kriisiluonteista avohoittoa ja perheinterventioita. (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2020.) Mikäli psykiatristen palveluiden käyttäjille ei ole tarjolla heidän tarpeisiinsa joustavasti vastaavaa kriisihoitoa, on hyvin todennäköistä, että nämä potilaat kuormittavat päivystyspalveluita. Tehokkaalla kriisihoidolla voitaisiin vähentää päivystyskäyntejä; se laskisi päivystyspalveluiden kustannuksia, ja mikä tärkeintä, vähentäisi subjektiivista kärsimystä. (Stefan 2010; Narendorf ym. 2017, 585-596; Zeller 2019, 30-31.)

Tässä kehittämissuunnitelmassa psykiatrisella kriisillä tarkoitetaan psyykkisen sairauden aktivoitumista tai uusiutumista, ja kriisihoidolla tuohon muuttuneeseen tilanteeseen reagointia hoitojärjestelmän mahdollistamin keinoin.

4.2 Kriisihoitosuunnitelma

Mielenterveystyössä kriisihoitosuunnitelmalla voidaan tarkoittaa esimerkiksi itsemurhaa yrittäneen potilaan kanssa tehtyä suunnitelmaa siitä, miten toimia, jos itsetuhoiset ajatukset yltyvät (Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito. Käypä hoito -suositus 2020). Vastaavasti psykoosien hoidossa kyse on yleensä yksinkertaisesta toimintaohjeesta tilanteessa, jossa ns. psykoosin varomerkit lisääntyvät. Varomerkeillä tarkoitetaan yksilöllisiä, psykoosia ennakoivia oireita, jotka tulevat yleensä muutaman päivän tai viikon ennen varsinaista sairauden aktivoitumista. (Mielenterveystalo b 2020.) Tässä kehittämissuunnitelmassa kriisihoitosuunnitelma aiotaan ottaa käyttöön psykoosien hoidon vastualueella, ja aihetta tarkastellaan siitä näkökulmasta. Erityisesti englanninkielisissä tutkimuksissa puhutaan usein kriisisuunnitelmasta, mutta tässä kehittämissuunnitelmassa käytetään nimitystä kriisihoitosuunnitelma, koska se projektiorganisaation arvion mukaan kuvaa paremmin tarpeen arvion mukaista tilapäistä hoidon tiivistämistä.

Skitsofrenian Käypä hoito -suosituksen (2020) mukaan kriisihoitosuunnitelma, jossa potilasta ja hänen läheisiään on tuettu ja autettu psykoosia ennakoivien oireiden tunnistamisessa ja hallinnassa, sekä luotu yksilöllinen, kirjallinen toimintaohje hoidon tarpeen mukaiseksi tehostamiseksi, on yksi keskeinen tekijä psykoosin uusiutumisen estämisessä. Kriisihoitosuunnitelmalla voidaan parhaimmillaan myös parantaa hoitoon sitoutumista: Barrettin ym. (2013) sekä Farrellyn ym. (2015) mukaan potilaat kokivat kriisihoitosuunnitelman tekemisen yhteistyössä avohoidon työntekijän kanssa merkityksellisenä ja hoitoon sitouttavana, koska he kokivat osallistuvansa heidän hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Myös kriisitilanteissa potilaat toivovat voivansa vaikuttaa hoitoaan koskeviin päätöksiin, ja että heidät ohjataan tutuille, heidät parhaiten tunteville työntekijöille (Farrelly ym. 2014a).

Ruchlewska ym. (2016) ovat tutkineet psykiatrisen avohoidon psykoosipotilaiden ja hoitajien kokemuksia hoitosuhteesta ja se vaikutusta kriisisuunnitelman toteuttamiseen. Potilaat, joiden oirekuva oli vaikeampi, kokivat voimakkaammin hoidon tarvetta ja pitivät sitä kautta yhteistyösuhdetta omahoitajan kanssa merkityksellisenä. Toisaalta myös kokemus omasta elämänhallinnasta korreloi positiivisen hoitosuhdekokemuksen kanssa. Hoitajat sen sijaan kokivat ne yhteistyösuhteet toimivimpina, joissa potilaat olivat tietoisempia sairaudestaan. Kriisisuunnitelman käyttöönotossa tulisikin kiinnittää erityistä huomiota hoitosuhteen vahvistamiseen erityisesti niiden potilaiden kohdalla, joiden sairautentunto, ja sen myötä hoitoon sitoutuminen, on puutteellista.

Kriisihoitosuunnitelman tavoitteena on siis auttaa potilasta ymmärtämään ja hoitamaan sairauttaan ja oireitaan, sekä toisaalta hakeutumaan tarvittaessa nopeutetusti takaisin hoidon piiriin, jossa tarvetta hoidon tehostamiseen voidaan miettiä. Ajatuksena siis on, että potilaan psyykkisen voinnin heikkenemiseen kyettäisiin reagoimaan nopeammin ja aikaisemmassa vaiheessa, jolloin esimerkiksi sairaalahoitoa ei välttämättä tarvittaisi lainkaan, tai sairaalahoitajakso jäisi lyhyeksi, kriisiluonteiseksi. Skitsofrenian Käypä hoito -suosituksen (2020) mukaan kotikäynnin toteutettava aktiivinen hoidon tehostaminen vastaa tuloksiltaan tavanomaista sairaalahoitoa, ja potilaat ja heidän läheisensä kokevat kotiin suunnatun hoidon mielekkäämpänä.

Kriisihoitosuunnitelman käyttöönoton onkin useimmissa tutkimuksissa todettu vähentävän psykoosipotilaiden tahdosta riippumattomia sairaalahoitajaksoja (Henderson 2004; Ruchlewska 2014; Molyneaux 2019). Tämä puolestaan laskee jonkin verran terveydenhuollon kustannuksia, kun tahdosta riippumatonta hoitoa tarvitaan vähemmän (Flood 2006). Sen sijaan sairaalahoitajaksojen määrään kriisihoitosuunnitelmalla ei ole todettu olevan merkittävää vähentävää vaikutusta (Barrett 2013). Tämä viittaisi nimenomaan siihen, että kun kriisihoitosuunnitelman myötä psykoosipotilaiden voinnin heikkenemiseen kyetään reagoimaan varhaisemmassa vaiheessa, niin mahdollinen sairaalahoito voi toteutua vapaaehtoiselta pohjalta ja jäädä myös todennäköisesti lyhytkestoisemmaksi.

Toisaalta Thornicroftin ym. (2013) tutkimuksessa kriisisuunnitelmalla ei havaittu merkittävää vaikutusta tahdosta riippumattoman hoidon vähentämisessä kontrolliryhmän, joka sai tavanomaista hoitoa, ja interventioryhmän, jolle tehtiin yksilöllinen kriisisuunnitelma, välillä. Selitykseksi tälle aiempiin tutkimukseen nähden poikkeavalle havainnolle ehdotettiin työntekijöiden heikkoa sitoutumista kriisisuunnitelman huolelliseen tekemiseen; tutkimuksessa pidettiin tärkeänä, että kriisisuunnitelman tekemistä varten varataan erillinen aika, jolloin kriisisuunnitelma tulee käytyä huolellisesti potilaan kanssa läpi.

Yksilöllisen kriisihoitosuunnitelman tekemiseen kannattaakin käyttää aikaa ja nähdä se mahdollisuutena psykoedukaation antamiseen, sillä pohjimmiltaan siinä on kyse potilaan ymmärryksestä hänen omasta sairaudestaan. Farrellyn ym. (2015) tutkimuksessa hoitajat pitivät ennakkoon kaksi tapaamiskertaa edellyttävää kriisisuunnitelman tekoa työläänä ja pelkäsivät kriisisuunnitelman toteuttamisen lisäävän heidän työmääräänsä, mikä heikensi heidän sitoutumistaan hankkeeseen. Kriisihoitosuunnitelmasta voidaankin saada täysimääräinen hyöty vain, jos molemmat osapuolet sitoutuvat sen käyttöönottoon ja toteuttamiseen. Lisäksi tulee kiinnittää huomiota suunnitelman yksilöllisyyteen rutiiniluontoisen tiedon jakamisen sijaan: Farrellyn ym. (2014b) tutkimuksessa käytiin läpi

424 kriisisuunnitelmaa, ja vain 15 % sisälsi yksilöllistä informaatiota kuten henkilökoh-
taisten varomerkkien nimeämistä tai spesifiä tietoa siitä, keneen olla yhteydessä kriisitilanteessa.

5 KEHITTÄMISMENETELMÄT

Tähän kehittämisprojektiin ei liity varsinaista tutkimusta, mutta se toteutettiin kehittävän työntutkimuksen periaattein. Sen vaiheet ovat tarvetilan määrittäminen, vallitsevan käytännön analyysi, uuden ratkaisun mallintaminen, kokeilu ja käyttöönotto, prosessin arviointi sekä uuden ratkaisun käyttöönotto. Uuden toimintamallin luomisessa apuna käytetään alan tutkittua tietoa sekä toimivia käytäntöjä. (Salonen ym. 2017, 45-46.) Tämä kehittämisprojekti jakautui kuuteen vaiheeseen, jotka on kuvattu tarkemmin kappaleessa 2.4. Ideointivaiheessa projektille määriteltiin tavoitteet, joita myöhemmin tarkennettiin, sekä kehittämismenetelmät tavoitteiden saavuttamiseksi. Kehittämismenetelmiksi valittiin benchmarking muiden sairaaloiden (n=4) toimivien käytäntöjen selvittämiseksi sekä psykoosien vastuualueen osastojen osastonhoitajien (n=5) puolistrukturoitu haastattelu. Projektin edetessä tavoitteeksi lisättiin kriisihoitosuunnitelman luominen. Lähtökohtaisesti potilaan kriisihoitosuunnitelma tehdään avohoidossa, siksi avohoidon näkemys lomakkeen rakenteesta ja sisällöstä katsottiin tärkeäksi. Tätä silmällä pitäen kehittämismenetelmäksi lisättiin asiantuntijaraadin hyödyntäminen. Raati koostui psykoosien vastuualueen osastojen ja avohoidon osastonhoitajista sekä hallinnollisesta osastonhoitajasta ja ylihoitajasta.

5.1 Puolistrukturoitu haastattelu

Puolistrukturoidussa haastattelussa kaikille haastateltaville esitetään samat kysymykset, ja yleensä vielä samassa järjestyksessä. Strukturoidusta lomakehaastattelusta se poikkeaa siinä, että vastausvaihtoehtoja ei ole annettu, vaan haastateltavat vastaavat omin sanoin. (Hyvärinen ym. 2021.) Puolistrukturoituja haastatteluja kutsutaan usein teema-haastatteluiksi; niissä haastattelun aihepiiri on tarkkaan määritelty, mutta kysymysten muotoilu ja niiden järjestys saattaa vaihdella eri haastattelujen välillä, sillä oleellista on käydä teema-alueet läpi (Eskola ym. 2018, 25). Tähän kehittämisprojektiin liittyvän haastattelun kyselynomaisuus ja sen yksiselitteinen rakenne vastaa siis puolistrukturoitua haastattelua, mutta poikkeaa varsinaisesta teemahaastattelusta. Menetelmänä haastattelun käyttämiseen esimerkiksi kyselyn sijaan päädyttiin, koska sen katsottiin soveltuvan paremmin halutun tiedon saamiseen. Kyselyn heikkouksia ovat mm. väärinymmärrysten mahdollisuus tai vastaamattomuus (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2015, 195).

5.1.1 Haastattelun tarkoitus, kohderyhmä ja sisältö

Tutkimuksen tarkoitus ja se, mitä tietoja tarvitaan, määrittelee käytännössä haastateltavien määrän ja sen, ketä haastatellaan (Hirsjärvi & Hurme 2008, 58.) Tässä kehittämissprojektissa haluttiin tietoa psykoosivastuualueen osastojen kriisipaikkakäytännöistä, joten oli luontevaa, että haastatteluun otettiin kyseisten osastojen osastonhoitajat (n=5). Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina puolistrukturoidun haastattelun periaattein kunkin osastonhoitajan työhuoneessa elokuussa 2020.

Haastateltaville lähetettiin kysymykset sähköpostilla ennen varsinaista tapaamista, jotta he saivat etukäteen miettiä vastauksiaan ja toisaalta selvittää omien osastojensa käytäntöjä, mikäli he kokivat sen tarpeelliseksi. Haastateltaville esitettiin seuraavat kysymykset:

1. Onko osastollasi kriisipaikkakäytäntöä?
2. Jos on, millaisten potilaiden kohdalla sitä toteutetaan, ja millä ehdoilla?
3. Miten kriisipaikkakäytäntöä pitäisi mielestäsi kehittää vai oletko tyytyväinen nykytilanteeseen?
4. Millaisia ajatuksia tai ideoita sinulla on toimenpiteistä, joilla voitaisiin vähentää sairaalahoitojaksojen määrää tai lyhentää niiden kestoa?

5.1.2 Haastatteluiden analyysi

Kvalitatiivisen aineiston analyysia voidaan tehdä monella tavalla, ja se aloitetaan yleensä jo haastattelutilanteessa (Hirsjärvi & Hurme 2008). Tähän kehittämissprojektiin liittyneen haastattelun laadullinen analyysi alkoi jo haastattelutilanteessa, jossa haastattelija tiivisti ja tulkitsi haastateltavien antamaa informaatiota ja kertoi tekemistään tulkinnoista haastateltavalle. Lisäksi haastattelujen lopuksi saatu informaatio ja tehdyt tulkinnat käytiin vielä haastateltavan kanssa uudelleen läpi, jotta varmistuttiin siitä, että haastattelija oli tulkinnut haastateltavaa oikein. Haastatteluja ei nauhoitettu, vaan vastaukset kirjattiin suoraan erilliselle vastauslomakkeelle; tähän ratkaisuun päädyttiin siksi, että kysymykset olivat luonteeltaan kartoittavia ja yksiselitteisiä, ja haastattelija arvioi etukäteen, että yksilöhaastattelussa muistiinpanojen tekeminen ja niiden vetäminen yhteen yhdessä haastateltavan kanssa on halutun informaation saamiseksi riittävää. Haastattelun lopuksi tehty yhteenveto, jossa tehdyt tulkinnat haastateltavan antamista vastauksista toistettiin

ja haastateltavalle annettiin mahdollisuus korjata tai muuttaa vastauksiaan, lisäksi saadun informaation luotettavuutta. Lisäksi haastateltavien kanssa sovittiin haastattelun lopuksi, että heihin ollaan uudelleen yhteydessä, mikäli heiltä toivotaan lisätietoja; tätä mahdollisuutta ei kuitenkaan tarvinnut käyttää.

Hirsjärven & Remeksen (2008) mukaan aineiston käsittely on hyvä aloittaa heti sen keräämisen jälkeen, koska tällöin haastattelun sisältö on paremmin muistissa ja mahdollisiin epäselviksi jääneisiin asioihin on helpompi palata haastateltavan kanssa. Tässä kehittämiprojektissa haastattelija kävi saadut vastaukset ja niiden pohjalta tehdyt tulokset läpi heti haastattelun jälkeen ja ryhmitteli ne lopullista yhteenvetoa varten kolmeen kategoriaan:

1. Kriisipaikkakäytäntöjen nykytilanne
2. Ehdotukset kriisipaikkakäytäntöjen kehittämiseksi
3. Ehdotukset toimenpiteistä sairaalahoitajaksojen vähentämiseksi tai lyhentämiseksi

Haastattelujen merkitysanalyysi tehtiin tiivistämällä, joka Hirsjärvi & Remeksen (2008) mukaan tarkoittaa vastausten vetämistä yhteen ja niistä saatujen merkitysten kuvaamista tiivistetyssä muodossa. Merkitysten tiivistäminen on pyritty tekemään niin, että yksittäisen vastaajan anonymiteetti säilyy. Haastattelujen tulokset yllä mainittuihin kategoriaihin jaettuna on esitelty kappaleissa 6.1, 6.2 ja 6.3.

5.2 Benchmarking

Benchmarking eli vertailuanalyysi tarkoittaa oman toiminnan vertaamista toisten vastaavaan toimintaan. Se on siis toisilta oppimista ja toisaalta oman käytännön kyseenalaistamista. (Salonen ym. 2017, 63.) Benchmarking-prosessi aloitetaan määrittämällä kehittämisen kohde sekä ne organisaatiot, joilla on jo olemassa vastaavaa toimintaa kuin mitä omassa organisaatiossa halutaan kehittää. Sen jälkeen pyritään luomaan selkeä käsitys omasta toiminnasta, sen tavoitteista ja reunaehdoista, sekä kartoittamaan kohdeorganisaation vastaava toiminta mahdollisimman tarkkaan. Tämän jälkeen pyritään asettamaan selkeät tavoitteet oman toiminnan kehittämiseksi sekä tekemään suunnitelma prosessista, jolla asetettuihin tavoitteisiin päästään. (Tuominen 2016, 6.)

Tässä kehittämiprojektissa benchmarking-menetelmää käytettiin soveltaen: tarkoituksena oli kartoittaa muiden organisaatioiden toimintaa liittyen psykoosipotilaita hoitavien

osastojen kriisipaikkakäytäntöihin sekä mahdollisiin sairaalan ja avohoidon välimaastoon sijoittuviin palveluihin, mutta benchmarkingin idean mukaista tarkkaa ennakkotietoa siitä, missä organisaatioissa voisi tällaista toimintaa olla, ei ollut käytettävissä. Lisäksi benchmarking oli tarkoitus toteuttaa vierailemalla eri organisaatioiden psykoosien hoidosta vastaavissa yksiköissä, mutta tästä suunnitelmasta jouduttiin luopumaan Covid 19 -pandemiasta johtuneiden rajoitusten takia. Sen sijaan benchmarking toteutettiin sovelletusti etäyhteyksin (Skype) Pirkanmaan sekä Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin psykoosien hoidosta vastaavien yksiköiden kanssa, ja puhelimitse Satakunnan sairaanhoitopiiriin kuuluvan Satasairaalan suljetun akuuttiosaston ja kriisiosaston kanssa sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin kuuluvan Peijaksen sairaalan psykoosiosaston kanssa. Kaikki puhelinkontaktit otettiin kunkin yksikön osastonhoitajaan. Lisäksi pyrittiin selvittämään Jorvin sairaalan psykoosiosaston toimintaa, mutta tästä suunnitelmasta luovuttiin yhteysongelmien vuoksi.

Tämän kehittämisprojektin näkökulmasta kartoitettavia yksiköitä olisi Suomessa lukuisia, mutta aikataulu ja resurssit huomioiden kohteiden lukumäärä päätettiin pitää maltillisena. Yllä mainittujen yksiköiden toiminta valikoitui selvityksen kohteeksi projektiryhmästä nousseiden ehdotusten pohjalta: aiemman yhteistyön pohjalta tiedettiin, että kyseisten sairaaloiden psykoosien hoidossa oli kehitetty tai jo käynnistetty toimenpiteitä avohoidon tehostamiseksi. Benchmarkingin tulokset on esitelty kappaleessa 6.4.

5.3 Kriisihoitoon liittyvien lomakkeiden työstäminen asiantuntijaraatia hyödyntäen

Kehittämisprojektin tuotoksena syntyi lomakkeisto edesauttamaan kriisihoitoon liittyvien toimenpiteiden toteutumista. Projektin alussa suunnitelmassa oli tehdä ohjeistus ja siihen liittyvät lomakkeet kriisipaikkakäytännön selkeyttämiseksi sekä henkilökunnalle että potilaalle, mutta projektin edetessä projektiryhmän tapaamisissa nousi esiin tarve ottaa käyttöön myös erillinen kriisihoitosuunnitelma. Tähän vaikuttivat samalle projektiorganisaatiolle tehty aiempi kehittämisprojekti sekä tähän kehittämisprojektiin liittyvä kirjallisuuskatsaus, jonka mukaan kriisihoitosuunnitelman käyttöönotto on potilaslähtöistä, ja sillä voidaan vähentää tahdosta riippumattoman sairaalahoidon tarvetta. Kriisihoitosuunnitelman luominen otettiin osaksi tätä kehittämisprojektiä alkuvuodesta 2021. Kaikkien tähän kehittämisprojektiin liittyvien lomakkeiden arvioinnissa ja työstämisessä hyödynnettiin asiantuntijaraatia, joka koostui psykoosien vastualueen osastojen ja avohoidon yksiköiden osastonhoitajista sekä ylihoitajasta ja hallinnollisesta osastonhoitajasta.

5.3.1 Kriisipaikkakäytäntöön liittyvät lomakkeet

VSSHP:n psykoosien vastualueen tehostetun avohoidon kehittämistyöryhmässä, joulukuussa 2019, määriteltiin suuntaviivat tälle kehittämisprojektille ja sovittiin, että projektin tuotoksena projektipäällikkö laatii kriisipaikkakäytännön toteuttamista selkeyttävän lomakkeiston (liitteet 6, 7 ja 8). Kirjallisuuskatsauksesta saadun tiedon sekä osastonhoitajien haastatteluissa esiin nousseiden toiveiden ja tarpeiden pohjalta projektipäällikkö laati alustavat luonnokset, jotka käytiin ensin läpi työelämämentorin sekä projektiryhmään kuuluvan osastonhoitajan kanssa helmikuussa 2021. Tuossa tapaamisessa esiin nousseiden huomioiden pohjalta lomakkeiden sanamuotoihin tehtiin pieniä muutoksia. Sen jälkeen lomakkeet esiteltiin asiantuntijaraadille 17.3. 2021, jonka jälkeen raatiin kuulunut hallinnollinen osastonhoitaja lähetti projektipäällikölle koonnin raadin tekemistä havainnoista ja muutosehdotuksista. Noiden ehdotusten pohjalta lomakkeisiin tehtiin hienosäätöä: esimerkiksi avohoitoa koskevassa lomakkeessa päädyttiin käyttämään sanaa ”potilas”, kun projektipäällikkö oli käyttänyt sanaa ”asiakas”. Seuraavaksi lomakkeet käsiteltiin tehostetun avohoidon kehittämistyöryhmän kokouksessa 23.3.2021, mutta muutosehdotuksia kriisipaikkalomakkeistoon ei enää tullut, vaan lomakkeet päätettiin lähettää käsiteltäväksi psykoosivastualueen johtoryhmään. Johtoryhmän kokouksessa 15.4.2021 lomakkeisiin päätettiin vielä lisätä Psykoosien vastualueen tunnus, jotta indikoidaan, että ne ovat vain kyseisen vastualueen käytössä. Sisältömuutoksia ei tehty, ja lomakkeet päätettiin ottaa käyttöön.

5.3.2 Kriisihoitosuunnitelmaan liittyvät lomakkeet

Kriisihoitosuunnitelma ei kuulunut alkuperäiseen projektisuunnitelmaan, mutta projektin edetessä sille todettiin selkeä tarve pohjautuen aiempaan kehittämistyöhön liittyneeseen kirjallisuuskatsaukseen sekä tähän projektiin tehtyyn ensimmäiseen kirjallisuushakuun. Niistä saadun tiedon mukaan kriisihoitosuunnitelman käyttöönotolla voidaan vähentää tahdosta riippumattoman sairaalahoidon tarvetta. Projektipäällikkö otti kriisihoitosuunnitelman osaksi tätä kehittämisprojektia, sillä se nivoutui luontevasti yhteen kriisipaikkakäytäntöjen kehittämisen kanssa. Alustavasti kriisihoitosuunnitelman tekemisestä keskusteltiin tehostetun avohoidon kehittämistyöryhmän kokouksessa joulukuussa 2020, mutta päätös sellaisen kehittämisestä tehtiin ryhmän seuraavassa kokouksessa

helmikuussa 2021 (VSSHP Tehostetun avohoidon kehittämistyöryhmän muistiot 12/20 ja 2/21).

Kriisihoitosuunnitelmaa (liite 3) varten tehtiin erillinen kirjallisuuskatsaus, johon liittyvän haun tulokset on kuvattu liitteessä 1. Varsinaisen kriisihoitosuunnitelman pohjana käytettiin Mielenterveystalo-sivustolta (2020b) löytyvää lomaketta, jota muokattiin VSSHP:n organisaatiolle sopivaksi. Benchmarkingin myötä projektipäälliköllä oli käytössään myös Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä käytössä oleva kriisisuunnitelmalomake sekä Tampereen yliopistollisen sairaalan psykiatrian käyttämä kriisihoitosuunnitelma, mutta näiden vaikutus lopulliseen tuotokseen oli vähäinen. Kirjallisuuskatsauksesta saadun tiedon pohjalta kriisihoitosuunnitelman käytöstä tehtiin ohjeistus henkilökunnalle; siihen koottiin asioita, joita tulisi huomioida lomaketta täyttäessä. Näistä mainittakoon esimerkiksi potilaan omaisten huomiointi sekä tehdyn suunnitelman kertaaminen säännöllisin väliajoin. Kriisihoitosuunnitelman liitteeksi tehtiin lomake varomerkkien vaikeusasteen arvioimiseksi (liite 4). Sitä ei otettu osaksi varsinaista kriisihoitosuunnitelmaa, vaan ajatuksena on käyttää sitä, mikäli potilas kykenee tunnistamaan psykoosisairautta ennakoida varomerkkinsä ja arvioimaan niiden voimakkuutta. Lisäksi tavoitteena oli pitää kriisihoitosuunnitelma mahdollisimman yksinkertaisena ja selkeänä sekä potilaalle että sitä käyttävälle ammattilaiselle, ja toisaalta pitää kynnyks hakea apua voinnin heiketessä mahdollisimman matalana.

Myös kriisihoitosuunnitelmasta tehtiin ensin alustava versio, johon pyydettiin kommentit ja kehitysehdotukset asiantuntijaraadilta. Nämä projektipäällikkö sai 17.3. Kommenttien ja ehdotusten pohjalta projektipäällikkö päätti muuttaa lomakkeen nimen kriisisuunnitelmasta kriisihoitosuunnitelmaksi, koska se tuntui nimenä kuvaavammalta. Kehitysehdotuksena nousi esiin ns. itsehoito-ohjeet eli keinot, joilla potilas pystyisi itse helpottamaan tilannettaan varomerkkien ilmaantuessa. Tila näiden yksilöllisten keinojen kartoittamiseksi lisättiin varomerkkien vaikeusasteen arvion yhteyteen. Lisäksi alkuperäiseen suunnitelmaehdotukseen oli merkitty Turun alueen mielenterveys- ja päihdepäivystys tahoksi, johon olla yhteydessä, mikäli potilas ei tavoita omaa avohoidon työntekijäänsä. Tämä päädyttiin osastonhoitajien ehdotuksesta muuttamaan avoimeksi, yksilöllisesti täytettäväksi kohdaksi, jotta tämä kontaktivaihtoehto voidaan kohdistaa alueellisesti potilasta lähimpänä olevaan päivystyksikköön.

Seuraavaksi kriisihoitosuunnitelmasta ja siihen liittyvistä lomakkeista keskusteltiin tehostetun avohoidon kehittämistyöryhmässä 23.3., mutta merkittäviä muutosehdotuksia ei enää noussut esiin, joten lomakkeet päätettiin viedä käsiteltäväksi

psykoosivastuualueen johtoryhmän kokoukseen 15.4.2021. Myös näihin lomakkeisiin päätettiin lisätä merkintä siitä, että ne ovat vain Psykoosien vastuualueen käytössä, jonka jälkeen lomakkeet päätettiin ottaa käyttöön.

6 TULOKSET

Tässä kehittämisprojektissa kehittämismenetelminä käytettiin puolistrukturoitua haastattelua sekä benchmarkingia. Lisäksi kriisihoitotyöhön liittyvien lomakkeiden suunnittelussa ja arvioinnissa käytettiin apuna asiantuntijaraatia. Psykoosien vastuualueen osastonhoitajien (n=5) haastattelujen tulokset on jaettu aihealueiden pohjalta kolmeen kategoriaan, ja ne kuvattu alaluvuissa 6.1, 6.2 ja 6.3. Muiden sairaaloiden (n=4) käytäntöjä selvitettiin benchmarking-menetelmää soveltaen; tämän kehittämismenetelmän tulokset on kuvattu alaluvussa 6.4. Lisäksi käytettyjen kehittämismenetelmien sekä kirjallisuushaussa saadun tiedon pohjalta on laadittu esitys psykiatrisen kriisihoidon järjestämisestä ja eri yksiköiden välisestä työnjaosta VSSHP:n psykoosien vastuualueella. Se on kuvattu alaluvussa 6.5. Kehittämisprojektin tuotoksena syntyneet lomakkeet löytyvät tämän lopuraportin liitteistä 3-8.

6.1 Kriisipaikkakäytännöt VSSHP:n psykoosien hoidon vastuualueen osastoilla

Viidestä VSSHP:n psykoosien vastuualueen osastosta neljällä on kriisipaikkakäytäntö, jossa osastohoidosta kotiutuvalle potilaalle voidaan myöntää määräajaksi ns. kriisipaikkaoikeus. Tällöin potilaalle kerrotaan suullisesti mahdollisuudesta palata osastolle, mikäli hän ei psyykkisen vointinsa heikkenemisen takia pärjää kotona. Kirjallista potilasohjetta kriisipaikkakäytännöstä ei ole käytössä millään osastolla, ei myöskään ohjeistusta henkilökunnalle. Nämä koettiin puutteeksi. Kriisipaikkaoikeutta tarjotaan potilaille vaihtelevasti: runsaimmillaan sitä käytetään vuosittain n. 20 potilaan kohdalla, vähimmillään vain muutaman. Tämän arveltiin johtuvan ainakin osittain käytännön unohtumisesta lähinnä henkilöstön vaihtumiseen liittyen; kokeneempi hoitohenkilökunta on ainakin jossain määrin pitänyt kriisipaikkaoikeuden tarjoamista osana sairaalahoidosta kotiutumisen prosessia. Kaikilla osastoilla todettiin kriisipaikkaoikeuden käyttämisen vähentyneen selvästi vuosien saatossa.

Kriisipaikkaoikeus annetaan kaikilla osastoilla määräajaksi, mutta niiden pituudet vaihtelevat huomattavasti: lyhimmillään kriisipaikkaoikeus annetaan viikoksi, pisimmillään jopa vuodeksi. Yleisimmin kriisipaikka myönnetään kahdeksi viikoksi tai seuraavaan avohoitokaan saakka. Mahdollisuus pitkään kriisipaikkaoikeuteen oli vain yhdellä osastolla ja sen taustalla oli pyrkimys madaltaa hoitoon tulon kynnystä niiden potilaiden kohdalla,

joilla oli taustalla useita sairaalahoitajaksoja, ja jotka yleensä päätyivät osastohoitoon vasta, kun psyykkinen vointi oli jo varsin huono. Joillekin näistä ns. pyöröovipotilaista tarjottiin myös sovittuja intervallijaksoja pari kertaa vuodessa, mutta tällaisia potilaita on vuositasolla vain muutamia.

Potilaiden koettiin käyttävän kriisipaikkaoikeuttaan vaihtelevasti, joissain yksiköissä aktiivisemmin kuin toisissa. Jo pelkän tietoisuuden mahdollisuudesta palata osastolle arveltiin helpottavan kotona pärjäämistä.

Yhdellä viidestä psykoosivastuualueen osastoista, avokuntoutusosasto P4:llä, ei kriisipaikkakäytäntöä enää ole. Siitä luovuttiin kymmenisen vuotta sitten; ennen käytännöstä luopumista kriisipaikkaoikeus annettiin kaikille potilaille, mutta sen koettiin toimivan hyvin vain sellaisten potilaiden kohdalla, jotka tunnistivat psyykkisen vointinsa heikkenemistä ennakoivat varomerkit ja joiden sairaudentunto oli hyvä. Osa potilaista ei osannut tai halunnut käyttää kriisipaikkaoikeuttaan, vaan he hakeutuivat kriisipaikalle vasta sitten, kun vointi oli merkittävästi heikentynyt, jolloin avo-osaston tarjoama hoito ei välttämättä enää ollut riittävää. Kriisipaikkaoikeus koettiin kuitenkin potilaslähtöiseksi toiminnaksi, joka voisi parhaimmillaan edesauttaa hoitoon sitoutumista; siksi sen palauttamista osaksi yksilöllistä jatkohoitosuunnitelmaa ainakin joillekin avokuntoutusosaston potilaille pidettiin harkinnan arvoisena.

6.2 Ehdotukset kriisipaikkakäytännön kehittämiseksi

Kriisipaikkakäytäntöä haluttiin muuttaa systemaattisemmaksi. Selkeimmin tämä tapahtuisi kirjallisten ohjeistusten sekä yleisen tiedottamisen kautta; kirjallinen potilasohje siitä, mitä kriisipaikkaoikeudella tarkoitetaan ja miten kriisipaikalle hakeudutaan, koettiin keskeisimmäksi kehityskohteeksi. Myös koko hoitohenkilöstön informoimista, lääkärinkunta mukaan lukien, pidettiin tärkeänä. Potilaan läheisten huomiointiin ja informointiin tulisi kiinnittää enemmän huomiota kriisipaikkaoikeutta myönnettäessä, sillä he toisaalta saattavat herkemmin huomata sairauden varomerkkien lisääntymisen, toisaalta ovat usein reflektoimassa niitä yhdessä potilaan kanssa ja tukemassa kriisipaikalle hakeutumisessa. Lisäksi ehdotettiin aktiivisempaa hoito-otetta siksi määräajaksi, joksi kriisipaikkaoikeus on myönnetty; esimerkiksi puhelu omahoitajalta voisi toisaalta toimia ammatillisena arviona potilaan pärjäämisestä, mutta samalla myös viestiä potilaalle, että hänen pärjäämistään halutaan tukea. Kriisipaikalle tulleen potilaan hoidon tehostamisen tulisi tapahtua systemaattisesti ja intensiivisesti: potilaan avohoidon työntekijä olisi hyvä

saada mukaan kriisihoitoarvioon viimeistään tulopäivästä seuraavana päivänä, ja kaikki mahdollisuudet avohoidon tehostamiseksi tulisi kartoittaa yhteistyössä potilaan kanssa.

Kaikille potilaille kriisipaikkaoikeuden myöntämistä ei katsottu aiheelliseksi; huolena oli, että jotkut potilaat käyttäisivät kriisipaikkaoikeutta liian herkästi, eivätkä pyrkisi edesauttamaan omaa pärjäämistään esimerkiksi käyttämällä kriisihoitosuunnitelmaan yhdessä mietittyjä varomerkkien hallintakeinoja. Kaikissa haastatteluissa todettiin tällaiseksi potilasryhmäksi tunne-elämältään epävakaa persoonallisuudet. Myös hoitokodissa asuvien kohdalla toivottiin heidän käyttävän ensisijaisesti palveluasumiseen kuuluvia palveluita, mutta toisaalta yhteistyö hoitokotien kanssa koettiin tärkeäksi, ja monen potilaan kohdalla hoitokodin kanssa oli sovittu ns. määräaikaista palautusoikeudesta, jolloin osastolle tuttu potilas voitiin saattaa takaisin osastohoitoon, mikäli hän ei hoitokodin palvelujen turvin pärjännyt. Nämä kuvautuivat lähinnä tapauskohtaisina poikkeusjärjestelyinä, mutta kuvastavat toisaalta niitä käytännönläheisiä keinoja, joita osastoilla on otettu käyttöön pyöröovipotilaiden määrän vähentämiseksi. Sellaisissa hoitokodeissa asuville potilaille, joissa ei ole ympärivuorokautista henkilökuntaa, ehdotettiin ns. virtuaalista kriisipaikkaa; sen puitteissa potilas voi olla osastoon yhteydessä päivystysaikoina, mutta muuten hän turvautuu aina ensin hoitokodin omaan henkilöstöön.

6.3 Ehdotukset toimenpiteistä sairaalajaksojen vähentämiseksi tai lyhentämiseksi

Osastolta kotiin suunnattua hoitoa tulisi lisätä. Omahoitajan kotikäynnit hoidon loppuvaiheeseen ajoittuvan pidemmän kotiloman aikana tai pian kotiutuksen jälkeen, kun kriisipaikkaoikeus on voimassa, voisivat edesauttaa potilaan pärjäämistä kotona ja myös mahdollisesti lyhentää osastohoidon kestoa. Samoin erityisesti kuntoutuspotilaiden kotiin vietävää intensiivistä avohoitoa tulisi kehittää ja lisätä, sillä nykyisen tehostetun avohoidon yksikön toiminnan koettiin kohdentuvan enenevässä määrin akuuttipotilaille, mitä toki pidettiin myös tärkeänä. Kuntoutuspotilaiden avohoidon painotusta haluttiin siis viedä pois yksinomaan poliklinikoiden tiloissa toteutuvasta hoitosuhteesta kohti potilaan kotona toteutuvaa psykiatrista hoitotyötä. Tällaisen painotuksen muutoksen todettiin edellyttävän toisaalta lisäresursseja tai vähintäänkin olemassa olevien resurssien kohdentamista uudelleen, mutta myös henkilöstön toimintatapojen ja asenteiden muutosta.

Lisäksi haastatteluissa ehdotettiin erillistä, yksilöllistä kriisihoitosuunnitelmaa, johon potilaalle on kuvattu selkeä ja yksinkertainen toimintaohje, miten toimia psyykkisen voinnin heiketessä. Kynnystä päästä intensiivisemmän avohoidon piiriin voinnin kriisiytyessä

haluttiin madaltaa; kriisihoitosuunnitelma, jonka avulla potilas saisi helposti yhteyden omaan avohoidon työntekijään, voisi olla tähän yksi vaihtoehto. Toisaalta myös yhteistyötä avohoidon ja sairaalan välillä tulisi lisätä siten, että avohoidossa oireilevan potilaan voisi matalammalla kynnyksellä lähettää kriisiluontoiselle osastohoitojaksolle.

Erityisesti kuntoutusosastoilla varsinaisesta osastohoidosta toivottiin intensiivisempää, ja sen rinnalle haluttiin lisää suunnitelmallisia osastohoitomuotoja kuten lyhyitä intervallijaksoja tai päiväsaaralatoimintaa, jota jonkun verran kahdella osastolla jo toteutetaan. Samoin uuden teknologian hyödyntämisen lisäämistä suositeltiin: hoitokotien ja osaston yhteistyötä voisi tehostaa esimerkiksi Videovisit-laitteilla, jolloin yhteydenpito olisi joustavampaa ja potilaan pärjäämistä hoitokodissa voitaisiin osaston toimesta tukea helpommin ja tehokkaammin. Erityisesti hoitokodeissa asuville ehdotettiin myös ns. virtuaalikriisipaikkoja osastojen yhteyteen; tällöin potilas voisi kriisitilanteessa olla yhteydessä hänelle tuttuun osastoon niinä aikoina, kun hoitokodin henkilökunta ei ole paikalla.

6.4 Kriisihoitokäytännöt muiden organisaatioiden psykoosien hoidossa

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin psykoosin hoidosta vastaavilla osastoilla ei ole käytössä kriisipaikkakäytäntöä sairaalahoidosta kotiutuville potilaille, mutta tarve avohoidon tehostamiseen ja sairaalahoidon ja avohoidon välimaastoon sijoittuvien palveluiden lisäämiseen on tunnistettu. Osastolta kotiutumista pyritään nopeuttamaan kotiin suunnatun, liikuvan yksikön palveluiden turvin. Lisäksi Tampereella on käynnistetty uudelleen ns. rajapintatyöryhmä, joka voi tarjota potilaalle kriisiaikoja ja koordinoita hoidon tehostamista potilaan omassa avohoitopaikassa. Akuuttipsykiatrian suljetulla osastolla potilaalle voidaan järjestää 1-3 vuorokautta kestävä kriisihoitajakso, jonka aikana pyritään tilanteen rauhoittamiseen siten, että potilas pystyy jatkamaan avohoidon palvelujen turvin.

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatriset sairaalapalvelut ja avohoito siirtyivät uusiin tiloihin Sairaala Novan (Jyväskylä) yhteyteen tammikuussa 2021, ja samalla sairaalapaikkoja jonkin verran vähennettiin. Osastoilla ei ole kriisipaikkakäytäntöä, mutta osastohoidosta kotiutuville voidaan antaa ns. avoin lähete, jolla potilas voi palata takaisin osastohoitoon, mikäli hänen vointinsa sitä edellyttää. Avoin lähete annetaan maksimissaan viikoksi, ja se edellyttää joka tapauksessa käyntiä päivystyksessä psykiatrisen akuuttityöryhmän vastaanotolla, jossa avoin lähete todetaan. Potilas ei myöskään välttämättä pääse takaisin sille osastolle, jolta hän kotiutui, mikäli kyseinen osasto on täynnä. Vuodepaikkojen vähentämisen myötä osastot ovat olleet jo pitkään ylipaikoilla,

mikä puolestaan on vähentänyt avoimen lähetteen käyttöä. Sen sijaan päivystykseen saapuva potilas voidaan ottaa ns. polikliiniselle seurantapaikalle joko päivystykseen psykiatrisen akuuttiryhmän tiloihin tai vaihtoehtoisesti jollekin psykiatriselle osastolle. Tällöin potilas jää yleensä vuorokauden mittaiseen kriisiluontoiseen seurantaan ja hoidon tarpeen arvioon ilman, että hänet sisäankirjoitetaan osastohoitoon. Osastolta kotiutumisen sekä avohoidon tueksi Sairaala Novassa on Psykiatrian hoitokeskus, joka on avoinna joka päivä klo 8-20, ja joka yksikkönä sijoittuu sairaalan ja avohoidon välimaastoon. Se tarjoaa psykiatrisen avohoidon potilaille ryhmätoimintoja, kriisiluontoisia tukikäyntejä ja tukipuheluita sekä vastaa pitkäaikaisinjektoiden antamisesta; sillä on siis valmius tarjota myös kotiin suunnattua, kriisiluontoista hoidon tehostamista, vaikka valtaosa potilaskontakteista tapahtuukin yksikön tiloissa.

Satakunnan sairaanhoitopiiriin kuuluvan Satasairaalan (Harjavalta) suljetulla psykoosi-osastolla ei ole käytössä kriisipaikkoja, mutta sairaalahoidot on pystytty pitämään lyhyinä, lähes kriisiluontoisina, tehostetun avohoidon yksikön turvin. Osastolla keskimääräinen hoitoaika on pääsääntöisesti alle 10 vuorokautta. Lyhyet hoitoajat on todettu lähes välttämättömyydeksi, sillä psykoosien hoidon laitospaikkoja on vähennetty viime vuosina reippaasti, ja niitä tullaan edelleen vähentämään, kun uusi psykiatrisen sairaala valmistuu Poriin somaattisen sairaalan yhteyteen syksyllä 2023. Potilaan pärjäämistä avohoidossa tuetaan siis aktiivisesti tehostetun avohoidon yksikön ja varsinaisen avohoitoyksikön yhteistyöllä; kaikille potilaille pyritään tekemään ns. tuki- ja turvasuunnitelma, johon kuvataan potilaan voimavarat, sairauden varomerkit sekä yksinkertaiset toimintaohjeet oireiden lisääntyessä.

Sen sijaan saman sairaalan toisella akuuttiosastolla, jossa hoito toteutuu pääsääntöisesti vapaaehtoiselta pohjalta, on käytössä kolme kriisipaikkaa, johon potilas voidaan ottaa maksimissaan kolmeksi vuorokaudeksi. Kriisipaikalle potilas ohjautuu tehostetun avohoidon yksikön arvion kautta; ennen kriisipaikalle ottamista potilaan kanssa käydään läpi kaikki muut käytettävissä olevat tukitoimet, joiden avulla hän voisi pärjätä kotona. Kun potilas sisäankirjoitetaan kriisipaikalle, hänen kanssaan tehdään vuorokauden kestävä intensiivinen hoitosuunnitelma, jonka sisällön määrittelee lääkäri. Seuraavana päivänä arvioidaan hoitajavetoisesti hoidon onnistumista sekä pohditaan yhdessä potilaan kanssa, pärjäisikö hän kotona esimerkiksi tehostetun avohoidon tarjoamin palveluin. Mikäli hoitoryhmä arvioi potilaan edelleen tarvitsevan kriisipaikkaa, pyydetään lääkäriä määrittelemään uusi, jälleen yhden vuorokauden mittainen hoitosuunnitelma, jonka jälkeen tilannetta jälleen arvioidaan. Näin voidaan jatkaa maksimissaan kolme vuorokautta,

jonka jälkeen potilas sisäänkirjoitetaan osastolle, mikäli se katsotaan tarpeelliseksi. Kriisipaikkakäytäntö otettiin pilotointiin syyskuussa 2020; pilotointiin päädyttiin, koska uuteen psykiatriseen sairaalaan on tulossa 7-paikkainen kriisosasto, jonka toimintaa haluttiin hahmotella etukäteen. Ensimmäisen seitsemän kuukauden aikana kriisihoitojaksoja on ollut yhteensä 59, joista 2/3 kotiutui kriisihoitopaikalta. Valtaosa kriisipaikalle otetuista on ollut masennus- tai ahdistuspotilaita, mutta myös psykoosipotilaita sekä äkillisen elämänkriisin johdosta hoitoon hakeutuvia.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin kuuluvan Peijaksen sairaalan psykoosiosastolla sairaalahoitojaksoja pyritään lyhentämään Tehostetun kotikuntoutuksen (Teko) turvin. Mikäli potilaan pärjäämisestä kotona osastojakson jälkeen herää huoli, voidaan kotiutusprosessiin kutsua mukaan Tekon työntekijä. Osastolla on 20 potilaspaikkaa, kaksi ”ylipaikkaa” sekä ns. ”korvamerkitty kriisipaikka” Tehostetun kotikuntoutuksen asiakkaille; mikäli Tekon käynnillä herää huoli potilaan kotona pärjäämisestä, voidaan hänet saattaa osaston kriisipaikalle ilman erillistä lähetettä. Kriisipaikalla potilas voi olla maksimissaan 24 tuntia eli viimeistään seuraavana päivänä saapumisesta tehdään arvio siitä, sisäänkirjoitetaanko potilas osastohoitoon vai kotiutuuko hän Tehostetun kotikuntoutuksen tuella. Valtaosa kriisipaikalle tulleista kotiutuu seuraavana päivänä. Pyöröovipotilaiden määrää puolestaan pyritään vähentämään lyhyillä intervallijaksoilla: mikäli potilaalla on toistuvia sairaalahoitojaksoja, hänelle voidaan sopia esim. kuukauden välein yhden vuorokauden mittainen intervallihoido. Intervallijaksojen tiheys sovitaan yksilöllisesti, mutta kestoltaan ne ovat aina lyhyitä, 1-2 vrk. Intervallijakson jälkeen potilas lähtökohtaisesti kotiutuu, mutta hänet voidaan myös sisäänkirjoittaa osastohoitoon, mikäli sille havaitaan selkeä tarve. Vuositasolla intervallipotilaita on kymmenkunta. Tällä käytännöllä on saatu selvästi vähennettyä pyöröovipotilaiden varsinaisia sairaalahoitojaksoja.

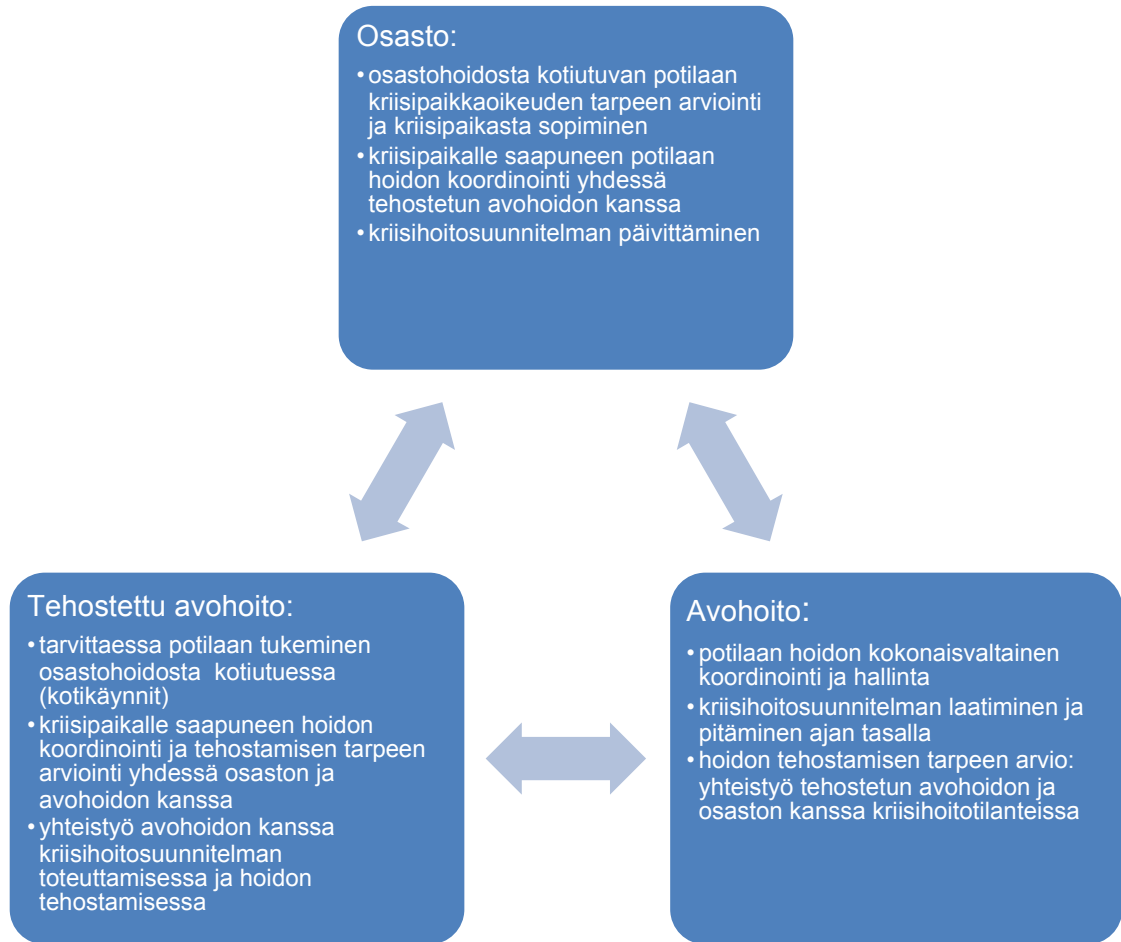
6.5 Esitys VSSHP:n psykoosien vastuualueen kriisihoitotyön malliksi

Osastohoidon päättyessä jokaisen potilaan kohdalla tulisi yksilöllisesti miettiä, hyötyykö hän kriisipaikkaoikeudesta eli määräaikaisesta mahdollisuudesta palata takaisin osastolle ilman lähetettä, mikäli hänen psyykinen vointinsa heikkenee. Mikäli kriisipaikkaoikeus potilaalle myönnetään, täytetään hänen kanssaan yhdessä kriisipaikkaoikeuden vahvistava lomake ja käydään vielä suullisesti läpi lomakkeen sisältö. Mikäli potilaalle on tehty kriisihoitosuunnitelma, myös sen sisältö kerrataan. Mikäli kriisihoitosuunnitelmaa ei ole tehty, sovitaan yhdessä avohoidon omahoitajan kanssa, tehdäänkö suunnitelma

osastolla vai avohoidossa; lähtökohtaisesti kriisihoitosuunnitelman teko soveltuu paremmin avohoitoon, jolloin potilas on saanut etäisyyttä osastohoitoon ja hänen vointinsa on oletettavasti stabiilimpi, mutta suunnitelman voi tehdä myös osastolla ja jatkaa sen työstämistä avohoidossa.

Kriisihoitosuunnitelman laatimisessa keskeistä on toisaalta sairauden varomerkkien tunnistaminen, toisaalta omien voimavarojen tiedostaminen. Näiden käsittelyyn ja pohdintaan on hyvä käyttää aikaa; ne edellyttävät potilaalta kykyä reflektoida omaa tilannettaan, joten luottamuksellisen hoitosuhteen luominen ja psykoedukatiivisen työskentelyotteen ylläpitäminen on ensiarvoisen tärkeää. Mikäli mahdollista, tulisi kriisihoitosuunnitelmaa ja sairauden varomerkkejä käydä läpi myös potilaan läheisten kanssa, sillä he voivat auttaa varomerkkien tunnistamisessa ja niiden vaikeusasteen arvioinnissa. Lisäksi he voivat olla potilaan tukena hoidon tehostamisen tarpeen arvioon hakeutumisessa.

Tässä kehittämisprojektissa psykiatrisella kriisihoidolla tarkoitetaan joustavaa ja nopeaa reagointia potilaan voinnin heikkenemiseen, ja niitä toimenpiteitä, joita hoidon tehostamiseksi ja sen tarpeen arvioimiseksi tehdään. Kuviossa 3 on kuvattu esitys siitä, mitkä psykiatriseen kriisihoitotyöhön kuuluvat toimenpiteet kuuluvat millekin potilaan hoidossa mukana olevalle taholle. Yksinkertaistettuna kuvion perusajatus on, että päävastuu potilaan psykiatrisesta hoidosta on hänen avohoidon työryhmällään. Poikkeuksena tähän on se aika, jonka potilas on osastohoidossa, mutta tällöinkin avohoidon tulisi olla tietoinen potilaan tilanteesta ja mahdollisuuksien mukaan osallistua potilaan hoidon suunnitteluun yhteistyössä osaston kanssa. Kriisihoitotilanteessa potilaan hoitoa pyritään ensin tehostamaan avohoidon omin toimin esimerkiksi tiivistämällä polikliinisiä käyntejä, mutta yksilöllisesti voidaan jo tässä kohtaa miettiä tehostetun avohoidon tukitoimia eli käytännössä kotiin suunnattua psykiatrista hoitoa. Mikäli potilaan vointi kuitenkin vaatii vielä tiiviimpää selvittelyä, voidaan hänelle matalalla kynnyksellä sopia myös kriisiluontoinen osastohoitajakso. Tällä hetkellä tämä ehdotus kriisihoitotyön työnjaosta on toteutettavissa vain Turussa, jossa tehostetun avohoidon palvelut ovat käytössä, mutta toiminnan laajentaminen kattamaan ainakin Turun ympäryskunnat on selvityksen alla.



Kuvio 3. Esitys kriisihoitotyön järjestämisestä VSSH:n psykoosien vastualueella

7 POHDINTA

7.1 Psykiatrisen kriisihoitotyön kehittäminen VSSHP:n psykoosien hoidossa

Psykiatrisen hoitotyön painopiste on vuosikymmenten saatossa siirtynyt laitoshoidosta avohoitoon, ja sairaalapaikkojen väheneminen tulee jatkumaan myös lähivuosina, kun uusia psykiatrisia sairaaloita valmistuu esimerkiksi Satakunnan ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiireihin. Perinteisen psykiatrisen avohoidon rinnalle on monissa organisaatioissa kehitetty sairaalan ja avohoidon välimaastoon sijoituvia palveluita kuten liikkuvia työryhmiä tai erilaisia keinoja tarjota kriisi-interventioita. Näille on yhteistä pyrkimys varhaiseen puuttumiseen psykiatrisessa kriisitilanteessa siten, että välttyttäisiin sairaalahoidolta kokonaan tai sairaalahoitajakso jäisi lyhyeksi, kriisiluonteiseksi.

VSSHP:n psykoosien hoidon vastuualueella on jo vuosien ajan mietitty keinoja vähentää ns. pyöröovipotilaiden toistuvia sairaalahoitajaksoja tai lyhentää hoitajaksojen kestoja. Osastojen kriisipaikkakäytäntöjä hyödyntämällä on pyritty nopeuttamaan potilaan kotiuttamista, kun hänelle on voitu tarjota mahdollisuus palata takaisin osastolle ilman lähetettä, mikäli vointi kotona heikkenee. Kriisipaikkakäytäntöjä hyödynnetään kuitenkin vaihtelevasti, ja liian usein se on henkilösidonnaista liittyen useimmiten työkokemukseen; osastohoitajien näkemyksen mukaan osastojen kriisipaikkakäytännöt ovat kulkeneet ikään kuin perimätietona, kun niitä ei ole ollut kuvattuna kirjallisessa muodossa, ja henkilöstön vaihtuessa käytäntöjä ei enää tunneta niin hyvin. Tarve kirjallisessa muodossa olevalle ohjeistukselle siis tunnistettiin.

Benchmarkingin ja osastonhoitajien haastattelujen pohjalta saatu tieto vastasi pitkälti niitä suosituksia, joita kirjallisuudessa esiin nostetuissa tutkimuksissa esitettiin: psykiatrista kriisihoitoa tulee kehittää ja potilaan tarpeenmukaista hoidon tehostamista joustavoittaa. Jonkinlainen tapa toteuttaa psykiatrista kriisihoitoa oli kaikissa niissä sairaaloissa, joiden toimintaan tässä kehittämissuunnitelmassa perehdyttiin. Osastonhoitajien haastatteluissa nousi esiin ehdotus potilaan yksilöllisestä kriisihoitosuunnitelmasta, joka haastattelujen jälkeen, aiemmin tehdyistä kirjallisuuskatsauksista saatuun tietoon perustuen, otettiin tämän kehittämissuunnitelman yhdeksi tavoitteeksi. Tutkimusten mukaan kriisihoitosuunnitelman käyttöönotto vähentää tahdosta riippumattoman sairaalahoidon tarvetta, kun potilaan heikentyneeseen psyykkiseen vointiin pystytään puuttumaan varhaisemmassa vaiheessa. Kriisihoitosuunnitelman käyttöönotolla pyritään toisaalta

lisäämään potilaan ymmärrystä omasta sairaudesta ja tukemaan hänen pärjäämistään kotona, toisaalta varmistamaan, että hän hakeutuisi oireiden pahentuessa nopeammin tehostetun hoidon tarpeen arvioon. Tutkimusten mukaan potilaat kokevat kriisihoitosuunnitelman lisäävän mahdollisuutta vaikuttaa omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon, ja siten se voi lisätä hoitoon sitoutumista. Se on siis potilaslähtöistä toimintaa, jolla parhaimmillaan on myös terveydenhuollon kustannuksia alentava vaikutus, kun intensiivisen sairaalahoidon tarve vähenee.

7.2 Kehittämiprojektin arviointi

Tämä kehittämisprojekti sai alkunsa VSSHP:n psykoosien hoidon tehostetun avohoidon kehittämistyöryhmästä, jossa mietittiin keinoja vähentää tai lyhentää sairaalahoitojaksoja erityisesti sellaisten potilaiden kohdalla, joilla sairaalahoitoja on toistuvasti. Yhdeksi tällaiseksi keinoksi nimettiin psykoosien hoidosta vastaavien sairaalaosastojen kriisipaikkakäytännöt, joiden yhtenäistämiseen ja kehittämiseen tällä kehittämisprojektilla pyrittiin. Kehittämisprojekti käynnistyi syksyllä 2019 tarpeen määrittelyllä sekä projektiorganisaation luomisella. Projektipäällikkönä toiminut yamk-opiskelija teki projektille karkean aikataulutuksen, jota jouduttiin projektin edetessä tarkistamaan, sekä SWOT-analyysin, jossa yksinkertaiseen nelikenttämalliin kuvattiin projektin vahvuudet ja heikkoudet sekä uhat ja mahdollisuudet. Selkeimmäksi uhaksi projektipäällikkö nimesi oman kokemattomuutensa projektin vetämisestä; jälkikäteen arvioituna tämä näkyi konkreettisimmin aikataulussa pysymisessä, johon toki vaikutti myös esimerkiksi benchmarking-menettelyn käyttöä hankaloittanut Covid19-pandemia ja siihen liittyneet liikkumis- ja kokoontumisrajoitukset. Projektin onnistumisen kannalta vahvuudeksi arvioitiin projektipäällikön oma kiinnostus ja motivaatio sekä toisaalta projektiorganisaation korostama tarve kehittää potilaslähtöistä, kriisiluontoista hoitoa psykoosivastuualueen potilaille.

Projektipäällikön näkökulmasta projektiorganisaatio toimi hyvin. Projektiryhmä kokoontui säännöllisesti ja piti osaltaan huolta projektin etenemisestä ja fokuksen säilymisestä. Toisaalta projektiryhmän kokouksessa, kehittämisprojektin ollessa jo varsin pitkällä, päätettiin erillisen kriisihoitosuunnitelmalomakkeen käyttöönotosta; sen luominen liitettiin osaksi tätä kehittämisprojektia, mikä vaikutti jonkin verran projektin aikatauluun ja laajensi työn fokusta. Ohjausryhmän ja työelämämentorin tukeen projektipäällikkö turvautui tarvittaessa, liittyen lähinnä käytännön järjestelyihin sekä yksittäisten asioiden, kuten lomakeluonnosten sanamuotojen pohdintaan ja reflektointiin. Lomakeluonnosten

työstämisessä projektipäällikköä auttoi myös projektiryhmään kuulunut hallinnollinen osastonhoitaja, joka kokosi yhteen asiantuntijaraadin antaman palautteen ja kommentoi projektipäällikön tekemiä korjauksia ennen lomakkeiden viemistä koko projektiryhmän arvioitavaksi.

Projektipäällikön oma osaaminen projektinhallintaan liittyen kehittyi projektin edetessä. Konkreettisimmin esiin nousi projektin vaiheistamisen ja aikataulutuksen tärkeys, mutta toisaalta myös projektille ominaisen joustavuuden ja muutosten mahdollisuuden säilyttäminen. Projektin onnistumisen kannalta olennaista on myös toimivan viestintäkanavan määrittäminen sekä aktiivinen viestintä projektiorganisaation sisällä ja tarpeen mukaan myös eri sidosryhmien kanssa.

7.3 Eettisyys ja luotettavuus

Eettisyyden toteutumista kehittämissuorituksissa voidaan arvioida lähinnä toimintatapojen ja tiedonhankinnan kautta. Käytettävien tietolähteiden tulee olla tutkittuun tietoon perustuvia, luotettavia ja mahdollisimman tuoreita. Toimintatavoissa korostuvat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 364-365.) Käytetyt menetelmät tulee kuvata seikkaperäisesti, ja myöntää avoimesti mahdolliset puutteet. Kehittämissuorituksissa käytettyihin lähteisiin tulee suhtautua kriittisesti ja arvioida niiden luotettavuutta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2015, 26.) Tulokset tulee raportoida yksityiskohtaisesti ja huolellisesti (Kuula 2011, 35). Taustamateriaalina käytettyihin julkaisuihin ja tutkimuksiin tulee viitata asianmukaisesti ja kunnioittaa muiden tekemää työtä (Varantola 2012, 6).

Tässä kehittämissuorituksissa on noudatettu rehellisyyttä ja huolellisuutta, ja käytettyihin lähteisiin on viitattu asianmukaisesti. Kehittämissuorituksiin ei liity varsinaista tutkimusta, vaikka kehittävässä työntutkimukseen liittyvä vallitsevan tilanteen kartoittaminen tehtiinkin puolistrukturoidulla haastattelulla. Kehittämissuoritusta varten hankittiin kuitenkin tilaajaorganisaation, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin, tutkimuslupa.

Haastattelun avulla saadun tiedon luotettavuus riippuu sen laadusta: haastattelujen tulisi olla kaikilta osiltaan yhdenmukaisia jokaisen haastateltavan kohdalla (Hirsjärvi & Hurme 2008, 185). Tähän kehittämissuorituksiin liittyvä, haastatteluun toteutettu kriisipaikkakäytäntöjen kartoitus, toteutui saman sisältöisenä jokaisen haastateltavan kohdalla. Toisaalta haastatteluista saadun tiedon luotettavuutta vähentää se, ettei haastatteluja nauhoitettu. Tätä tietoista päätöstä kompensoitiin sillä, että haastattelujen aikana tehdyt

muistiinpanot luettiin haastateltavalle haastattelun lopuksi ja hänelle annettiin mahdollisuus lisäyksiin tai korjauksiin. Tällä käytännöllä pyrittiin varmistamaan, että haastateltavaa oli ymmärretty ja tulkittu oikein. Haastattelujen ja benchmarkingin kautta saatu informaatio on raportoitu avoimuuden ja rehellisyyden periaatteita noudattaen.

7.4 Kehittämiprojektin implementointi sekä jatkokehitysehdotukset

Psykiatrisen kriisihoitotyön lomakkeista ja niihin liittyvästä yksikkökohtaisesta työnjaosta tullaan järjestämään koulutustilaisuuksia koko VSSHP:n psykoosien vastuualueen henkilöstölle syksyn 2021 aikana. Osastojen näkökulmasta koulutuksissa tullaan painottamaan kriisipaikkaoikeuden systemaattisempaa ja strukturoidumpaa käyttöä, avohoidon kohdalla koulutusten painopiste on kriisihoitosuunnitelman käyttöönotossa.

Psykiatrissa kriisihoitoa tulee kuitenkin kehittää jatkossakin. Lomakkeita, niiden sisältöä sekä kokemuksia niiden käytöstä, tulisi arvioida esimerkiksi puolen vuoden tai vuoden jälkeen käyttöönotosta. Tämä voidaan tehdä esimerkiksi lyhyellä webropol-kyselyllä lomakkeita käyttävälle henkilöstölle. Palautteen pohjalta lomakkeisiin on mahdollista tehdä perusteltuja muutoksia. Lisäksi lomakkeiden käyttöä tulisi arvioida kriittisesti ja selvittää niiden vaikuttavuutta esimerkiksi tilastoimalla, kuinka monta yhteydenottoa ja avohoidon tehostamisen tarpeen arviota on tapahtunut kriisihoitosuunnitelman pohjalta. Samoin potilaiden kokemuksia lomakkeiden käytöstä tulisi kartoittaa.

Osastojen kriisipaikkojen käyttöä olisi hyvä tilastoida vuosittain niiden käyttöasteen ja vaikuttavuuden arvioimiseksi: kuinka monelle potilaalle kriisipaikkaoikeus annetaan, ja kuinka moni potilas käyttää kriisipaikkaoikeuttaan. Lisäksi psykiatrisen kriisihoidon vaikuttavuutta voitaisiin arvioida jatkamalla vuosittain pyöröovipotilaiden määrän kartoittamista. Näiden potilaiden toistuvien sairaalahoitajaksojen syitä tulisi jatkossa peilata psykiatriseen kriisihoitoon liittyviin toimenpiteisiin ja selvittää, olisiko jotain voitu tehdä toisin. Toisaalta tilastot pyöröovipotilaista sekä esimerkiksi hoitajaksojen pituuksista voivat toimia myös psykiatrisen kriisihoidon puolestapuhujina, varsinkin, mikäli näissä todetaan myönteistä kehitystä. Näitä tilastoja tulisikin käydä läpi esimerkiksi yksikköjen kehittämispäivillä, jolloin psykiatrisen kriisihoitotyö pysyy aktiivisena henkilöstön mielessä. Lisäksi sen kautta mahdollisesti saatavat hyödyt lisäävät motivaatiota jatkaa psykiatriseen kriisihoitotyöhön kuuluvia toimenpiteitä ja niiden kehittämistä.

Organisaatiotasolla avohoidon tehostamisen keinovalikoimaa on jo aloitettu kehittämään siten, että se kattaisi paremmin koko Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueen, kun tällä hetkellä vain Turussa toimii tehostetun avohoidon yksikkö. Tätä kehittämistä on tärkeää jatkaa. Sen ei tarvitse tarkoittaa esimerkiksi uuden yksikön perustamista, vaan olemassa olevien toimintojen tehostamista ja uudelleen suuntaamista. Kriisihoitosuunnitelman käyttöönoton lisäksi tässä voitaisiin enenevässä määrin hyödyntää nykYTEKNOLOGIAN mahdollistamia ratkaisuja kuten etävastaanottoja sekä osastojen virtuaalikriisiipaikkoja. Potilaan näkökulmasta keskeistä psyykkisen voiminnan heikentyessä on saada helposti yhteys hoitavaan tahoon avun tarpeen arvioimiseksi.

LÄHTEET

Ala-Nikkola, T. 2017. Mielenterveyspalvelujen rakenne ja siihen vaikuttavat tekijät Etelä-Suomen sairaanhoitopiirien alueella. Helsinki: Unigrafia. Viitattu 15.5.2020 <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/216723/Mielente.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Anttila, M., Kurki, M. & Välimäki, M. Public health and ecological approaches: the example of eHealth for adolescent mental health support. 2018. Teoksessa J Santos & J. Cutcliffe (toim.) *European Psychiatric / Mental Health Nursing in the 21st Century: a person-centred evidence-based approach*. Sveitsi. Springer International Publishing.

Ascher-Svanum, H., Zhu, B., Faries, D.E., Salkever, D., Slade, E.P., Peng, X. & Conley, R.R. 2010. The cost of relapse and the predictors of relapse in the treatment of schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 10, 2. Viitattu 22.3.2021 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2817695/>

Barrett, B., Waheed, W., Farrelly, S., Birchwood, M., Dunn, G., Flach, C., Henderson, C., Leese, M., Lester, H., Marshall, M., Rose, D., Sutherby, K., Szmukier, G., Thornicroft, G. & Byford, S. 2013. Randomised controlled trial of joint crisis plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: economic outcomes. *PLoS One*. Vol 8, No 11. Viitattu 8.4.2020: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3839936/>

Chan, K., Wong, M., Hui, C., Lee, E., Chang, W. & Chen, E. 2015. Perceived risk of relapse and role of medication: comparison between patients with psychosis and their caregivers. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*. Vol. 50, no. 2, 307-315.

Cleverley, K. 2017. Continuity of care in mental health services. A critical role for nurses. *Nursing leadership*. Vol. 30, no 3, 12-14.

Eskola, J., Lähti, J. & Vastamäki, J. 2018. Teemahaastattelu: lyhyt selviytymisopas. Teoksessa R. Valli (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1 – Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle*. Jyväskylä: PS-kustannus. 5. uudistettu painos.

Farrelly, S., Brown, G., Rose, D., Doherty, E., Henderson, R., Birchwood, M., Marshall, M., Waheed, W., Szmukier, G. & Thornicroft, G. 2014a. What service users with psychotic disorders want in a mental health crisis or relapse: thematic analysis of joint crisis plans. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Vol. 49, No 10, 1609-1617.

Farrelly, S., Szmukler, G., Henderson, C., Birchwood, M., Marshall, M., Wahhed, W., Finnecy, C. & Thornicroft, G. 2014b. Individualisation in crisis planning for people with psychotic disorders. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. Vol. 23, no. 4, 353-359

Farrelly, S., Lester, H., Rose, D., Birchwood, M., Marshall, M., Waheed, W., Henderson, C., Szmukler, G. & Thornicroft, G. 2015. Barriers to shared decision making in mental health care: qualitative study of the Joint Crisis Plan for psychosis. *Health Expectations*. Vol. 19, no. 2, 448-458.

Fleury, M.J., Grenier, G., Bamvita, J.M. & Caron, J. 2010. Professional service utilization among patients with severe mental disorders. *BMC Health Services Research*. Vol. 10. Viitattu 2.4.2020: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2896947/>

Flood, C., Byford, S., Henderson, C., Leese, M., Thornicroft, G., Sutherby, K., Szmukler, G. 2006. Joint crisis plans for people with psychosis: economic evaluation of a randomised controlled trial. *British Medical Journal*. Vol. 333, no. 7571.

Fontanella, C., Guada, J., Phillips, G., Ranbom, L. & Fortney, J. 2014. Individual and Contextual-Level Factors Associated with Continuity of Care for Adults with Schizophrenia. *Adm Policy Mental Health*. Vol. 4, No 15, 572-587.

Gearing, R., Brewer, K., Mian, I., Moore, K., Fisher, P., Hamilton J. & Mandiberg, J. 2018. First-episode psychosis: Ongoing mental health service utilization during the stable period for adolescents. *Early Intervention in Psychiatry*. Vol. 12, No 4, 677-685.

Groot, B., Vink, M., Huberts, M., Schout, G. & Abma, T. 2019. Pathways for improvement of care in psychiatric crisis: a plea for the co-creation with service users and ethics of care. *Archives of Psychology*. Vol. 3, No 3.

Gomez, J. 2018. Psychiatric/mental health nursing and mental health promotion: an eight steps path. Teoksessa J. Santos & J. Cutcliffe (toim.) *European Psychiatric / Mental Health Nursing in the 21st Century: a person-centred evidence-based approach*. Springer International Publishing Switzerland.

Haglund, A., Lysell, H., Larsson, H., Lichtenstein, P. & Runeson, B. 2019. Suicide immediately after discharge from psychiatric in-patient care. *The Journal of Clinical Psychiatry*. Vol. 80, No 2. Viitattu 1.4.2020: <https://www.psychiatrist.com/JCP/article/Pages/2019/v80/18m12172.aspx>

Hallikainen, M. 2017. Projektijohtaminen sosiaaliala. Youtube-videopalvelu, julkaistu 22.8.2017. Viitattu 24.3.2021 <https://www.youtube.com/watch?v=DW12cgSeuaA&feature=youtu.be>

Helsingin kaupunki. 2019. Kun potilas palaa kotiin psykiatrisesta sairaalasta. Viitattu 21.4.2021 <https://www.hel.fi/sote/fi/esittely/julkaisut/uutiskirjeet/Kun-potilas-palaa-kotiin-psykiatrisesta-sairaalaasta>

Henderson, C., Flood, C., Leese, M., Thornicroft, G., Sutherby, K. & Szmulker, G. 2004. Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. *British Medical Journal*. Vol. 329, no. 7458.

Henriksson, M. & Lönnqvist, J. 2017. Psykkiset kriisit. Teoksessa Lönnqvist, J., Marttunen, M., Henriksson, M., Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. 12., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hewitt, L. & Birchwood, M. 2002. Preventing relapse of psychotic illness – role of self-monitoring of prodromal symptoms. *Disease Management & Health Outcomes*. Vol. 10, no. 7, 395-407.

Hietala, J., Heinimaa, M. & Suvisaari, J. 2015. Tutkimus on muuttanut käsitystämme psykoosista. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. Vol. 131, no. 22, 2117-2124.

Hietala, O., Kuosmanen, L., McDaid, D., Mikkonen, J., Parkkonen, J., Reini, K., Salovuori., Tourunen, J. & Wahlbeck, K. 2018. Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut. Valtioneuvoston kanslia.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2015. Tutki ja kirjoita. 20. painos. Porvoo: Bookwell Oy.

Honkalampi, K., Rajala, K., Pajula, J. & Saarinen, P. 2012. Seitsemäsosa psykiatrisen avohoidon vastaanottoajoista jää käyttämättä. *Suomen lääkärilehti*. Vol 67, No 8. s. 607-610.

Hyvärinen, M., Suoninen, E. & Vuori, J. Haastattelut. 2021. Teoksessa J. Vuori (toim.) *Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen verkkoarkisto. Viitattu 29.3.2021 <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/laadullisen-tutkimuksen-aineistot/haastattelut/>

Itsemurhien ehkäisy ja itsemurhaa yrittäneen hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, MIELI Suomen Mielenterveys ry:n, Suomen Psykiatriyhdistyksen, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020. Viitattu 18.4.2021 <https://www.kaypa-hoito.fi/hoi50122#K1>

Karukivi, M., Mäkelä, A. & Haapasalo-Pesu, K-M. 2013. Akuuttityöryhmä tehosti nuorisopsykiatrista avohoidoa Satakunnassa. *Suomen Lääkärilehti*. Vol. 68, No 40.

Kuikka, A., Utriainen, J & Virkkunen, A. 2012. Onnistunut projekti. Vanhus- ja lähimmäispalvelun liiton projektikäsikirja. Valli ry.

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka – aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. 2. uudistettu painos. Tampere: Vastapaino

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. Annettu 17.8.1992. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Leemann, L. & Hämäläinen, R-M. 2015. Matalan kynnyksen palvelut. Sosiaalisen edistämisen koordinaatiohanke. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 17.3.2020: https://thl.fi/documents/966696/3775621/Tietopaketti_Matalan_Kynnyksen_Palvelut.pdf/97b1aef8-b8ca-4ec3-ac4c-b80d3e754cec

Leijala, J., Hietala, E. & Kampman, O. 2019. Sairaudentunnon ja hoitoon sitoutumisen merkitys skitsofrenian hoidossa. Duodecim. Vol. 135, no. 20, 2028-2034.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. 5., uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

McCullumsmith, C., Clark, B., Blair, C., Cropsey, K. & Shelton, R. 2015. Rapid follow-up for patients after psychiatric crisis. Community Mental Health Journal. No 51.

McFarlane, W. R. 2016. Family interventions for schizophrenia and the psychoses: a review. Family Process. Vol. 55, no. 3, 460-482.

Mielenterveyslaki 1990/1116. Annettu Helsingissä 14.12.1990. Viitattu 3.3.2020 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Mielenterveystalo. 2020a. Psykoosiopas. Viitattu 9.3.2021 <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-opaat/opaat/psykoosi/Pages/psykoosiopas.aspx>

Mielenterveystalo. 2020b. Psykoedukaatio. Viitattu 9.3.2021 <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-opaat/opaat/psykoosi/Pages/oireenhallinta.aspx>

Mikkola, M., Rintanen, H., Nuorteva, L., Kovasin, M. & Erhola, M. 2015. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon laitospaikkaselvitys. Tampere: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Molyneaux, E., Turner, A., Candy, B., Landau, S., Johnson, S. & Lloyd-Evans, B. 2019. Crisis-planning interventions for people with psychotic illness or bipolar disorder: systematic review and meta-analyses. BJPsych Open. Vol. 5, No 4. Viitattu 1.4.2020: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6582216/>

Narendorf, S., Munson, M., Washburn, M., Fedoravicius, N., Wagner, R., Flores, S. 2017. Symptoms, circumstances and service systems: Pathways to psychiatric crisis service use among uninsured young adults. American Journal of Orthopsychiatry 5/2017, s. 585-596.

Niemelä, S. & Blanco-Sequeros, S. 2015. Psykiatrian merkitys korostuu sosiaali- ja terveystalveluiden yhdistyessä. Duodecim. Vol. 131, no. 6, 565-566.

Oksanen J. 2015. Lääkehoitoon sitoutumisen tukeminen psykiatriassa. Duodecim. Vol. 131, no. 16, 1437-1442.

Pelin, R. 2011. Projektihallinnan käsikirja. 7. uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy

Pothimas, N., Tungpunkom, P., Chanprasit, C. & Kitsumban, V. 2020. A cross-sectional study of factors predicting relapse in people with schizophrenia. Pacific Rim International Journal of Nursing Research. Vol. 24, no. 4, 448-459.

Rajakangas, J., Hellsten, T. & Salonen, M. 2015. Psykiatriset kriisipotilaat terveystieteiden keskuksen sairaalan suojissa. Suomen lääkirilehti. Vol. 70, No 47.

Ruchlewska, A., Wierdsma, A., Kamperman, A.M., vander Gaag, M., Smulders, R., Roosenschoon, B.J. & Mulder, C.L. 2014. Effect of crisis plans on admissions and emergency visits: a randomized controlled trial. PLoS One. Vol. 9, No 4. Viitattu 1.4.2020: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3960137/>

Ruchlewska, A., Kamperman, A., van der Gaag, M., Wierdsma, A., Mulder, N. 2016. Working alliance in patients with severe mental illness who need a crisis intervention plan. Community Mental Health. Vol. 52, 102-108.

Salonen, K., Eloranta, S., Hautala, T. & Kinosaari, S. 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy.

Sanatiana, R., Cowan, V., Barnicot, K., Zalewska, K., Shiers, D., Cooper, S.J., Crawford, M.J. 2016. Loss of relational continuity of care in schizophrenia: associations with patient satisfaction and quality of care. BJPsych Open. Vol. 2, No 5.

Saxén, U., Lampela, M., Elo, T., Nevalainen, M., Haapasalo-Pesu, K., Korkeila, J. 2014. Psykiatrista avohoittoa tehostettu Satakunnassa. Suomen lääkirilehti. Vol 69, No 6. s. 400-405.

Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020. Viitattu 20.4.2021 <https://www.kaypahoito.fi/hoi35050#s18>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2016. Mielenterveys ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Suunnitelman loppuarviointi ja ohjausryhmän ehdotukset. Helsinki. Viitattu: 22.3.2021: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74820/1004164MIELENTERVEYS_JA_P_IHDE-SUUNNI1487308985.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Stenberg, J., Blanco Sequeiros, S., Holi, M., Kampman, O., Kiesepää, T., Korkeila, J., Mäki, P., Wahlbeck, K., Joffe, G., Häll, P., Joutsenniemi, K. 2016. Mielenterveyttä etänä? Suomen Lääkirilehti. Vol. 71, no. 35, 2106-2111.

Suvisaari, J., Perälä, J., Viertiö, S., Saarni, S.I., Tuulio-Henriksson, A., Partti, K., Saarni, S.E., Suokas, J., Lönnqvist, J. 2012. Psykoosien esiintyvyys ja alueellinen vaihtelu Suomessa. Suomen Lääkirilehti. Vol. 67, no. 9, 677-683.

Tanskanen, T., Eerola, O., Helmi, S., Hyypä, V., Jaatinen, M., Kantola, I., Koivisto, E. & Vaskikari, T. 2013. Työelämälähtöistä korkeakoulutusta kolmikantamallilla. Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen (YAMK) koulutusohjelman arviointiraportti. Tampere: Juvenes Print Oy.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019. Psykoosit. Viitattu 10.3.2021 <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/psykoosit>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2020. Psykiatrinen erikoissairaanhoidon 2019 – psykiatristen hoitajaksojen kesto lyhenee yhä. Tilastoraportti 53/2020. Viitattu 20.4.2021 https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140834/TR_53_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Thornicroft, G., Farrelly, S., Szukler, G., Birchwood, M., Waheed, W., Flach, C., Barrett, B., Byford, S., Hnederson, C., Sutherby, K., Lester, H., Rose, D., Dunn, G., Leese, M. & Marshall, M. 2013. Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomised controlled trial. Lancet. Vol. 381, 1634-1641.

Tuominen, K. 2016. Benchmarking process. Oy Benchmarking Limited. Viitattu 8.4.2021: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/turkuamk-ebooks/reader.action?docID=4883140>

- Varantola, K., Launis, V., Helin, M., Spoof, S. & Jäppinen S. 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Viitattu 19.4.2021 https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiri. 2019a. Psykoosivastuualueen johtoryhmän pöytäkirjat 5/2019, 11/2019. Julkaisematon.
- Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiri. 2019b. Psykoosivastuualueen tehostetun avohoidon kehittäminen –työryhmän kokousmuistio 12/2019. Julkaisematon.
- Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiri. 2020a. Psykoosivastuualueen johtoryhmän pöytäkirja 1/2020. Julkaisematon.
- Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiri. 2020b. Psykoosivastuualueen tehostetun avohoidon kehittäminen –työryhmän kokousmuistiot 2/2020, 12/20. Julkaisematon.
- Varsinais-Suomen sairaanhoidopiiri. 2020. Tyksin psykiatrian toimialueen yksiköt. Viitattu 17.3.2021 <http://www.vsshp.fi/fi/toimipaikat/psykiatrian-toimipaikat/Sivut/default.aspx>
- Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiri. 2021. Psykoosivastuualueen tehostetun avohoidon kehittäminen –työryhmän kokousmuistio 2/2021. Julkaisematon.
- Vigod, S., Kurdyak, P., Dennis, C., Leszcz, T., Taylor, V., Blumberger, D. & Seitz, D. 2013. Transitional interventions to reduce early psychiatric readmissions in adults: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*. Vol. 202, no.3, 187-194.
- Wahlbeck, K., Cresswell-Smith, J., Haaramo, P. 2019. Potilaan paluu psykiatriseen sairaalahoitoon: Alueellinen esiintyvyys ja sen yhteys avohoitoon. *Suomen Lääkärilehti*. Vol. 74, No 3. 120-124.
- Wong, HH., Yong, YH., Shahwan, S., Cetty, L., Vaingankar, J., Hon, C., Lee, H., Loh, C., Abdin, E., Subramaniam, M. 2019. Case management in early psychosis intervention programme: Perspectives of clients and caregivers. *Early Intervention Psychiatry*. Vol. 13, No 3, 598-603.
- Zeller, S. 2019. Hospital-level psychiatric emergency department models: addressing the unique challenges of highly acute patients. *Psychiatric Times*. Vol. 36, No 12, 30-31.

Liite 1. Kirjallisuushakukoonti

Tietokanta / tietolähde	Hakusanat	Rajaukset	”Osumien” määrä / hyödynnetty
Pubmed	psychiatric AND crisis AND psychosis	Julkaistu 2010-2020. Koko teksti saatavilla.	68 / 5
PubMed	psychiatric AND crisis AND schizophrenia	Julkaistu 2010-2020. Koko teksti saatavilla.	52 / 1
PubMed	psychiatric AND crisis AND low threshold	Julkaistu 2010-2020. Koko teksti saatavilla.	2 / 0
PubMed	psychiatric AND care coordination AND psychosis	Julkaistu 2010-2020. Koko teksti saatavilla.	15 / 1
PubMed	psychiatric AND care coordination AND schizophrenia	Julkaistu 2010-2020. Koko teksti saatavilla.	22 / 1
PubMed	psychosis AND care* AND crisis	Julkaistu 2010-2020. Koko teksti saatavilla.	62 / 4
Pubmed	psychiatric AND crisis AND psychosis	Julkaistu 2000-2020. Koko teksti saatavilla. Vain tieteelliset tutkimukset tai katsaukset.	29 / 3
Pubmed	crisis plan AND mental health	Julkaistu 2000-2020. Koko teksti saatavilla. Vain tieteelliset tutkimukset tai katsaukset.	22 / 5
Cinahl Complete	psychiatric AND crisis AND psychosis	Julkaistu 2010-2020. Koko teksti saatavilla.	11 / 2
Cinahl Complete	psychiatric AND crisis AND schizophrenia	Julkaistu 2010-2020. Koko teksti saatavilla.	16 / 0
Cinahl Complete	psychiatric AND crisis AND low threshold	Julkaistu 2010-2020. Koko teksti saatavilla.	0 / 0
Cinahl Complete	psychosis AND low threshold	Julkaistu 2010-2020. Koko teksti saatavilla.	2 / 0
Cinahl Complete	psychiatric AND care coordination	Julkaistu 2010-2020. Koko teksti saatavilla.	19 / 0
Cinahl Complete	psychiatric AND crisis AND psychosis or schizophrenia or psychotic disorder	Julkaistu 2000-2020. Koko teksti saatavilla. Vain akateemiset julkaisut	42 / 1

Cinahl Complete	crisis plan AND mental health OR mental illness OR mental disorder OR psychiatric illness	Julkaistu 2000-2020. Koko teksti saatavilla. Vain akateemiset julkaisut.	15 / 3
Medic	psyk* AND kriisi*	Julkaistu 2010-2020. Koko teksti saatavilla.	13 / 1
Medic	psyki* AND matala kynny	Julkaistu 2010-2020. Koko teksti saatavilla.	26 / 1
Medic	psyki* AND hoidon koord*	Julkaistu 2010-2020. Koko teksti saatavilla.	134 / 2
Medic	psyki* AND avohoito	Julkaistu 2010-2020. Koko teksti saatavilla.	29 / 1
Medic	crisis plan AND psych*	Julkaistu 2010-2020. Koko teksti saatavilla.	15 / 0

Liite 2. Kirjallisuushaun tulokset

Tutkimuksen / kehittämissuunnan tekijät, tutkimusvuosi ja tutkimuspaikka	Tarkoitus	Aineisto, aineiston keruu	Keskeiset tulokset
Barrett, B., Waheed, W., Farrelly, S., Birchwood, M., Dunn, G., Flach, C., Henderson, C., Leese, M., Lester, H., Marshall, M., Rose, D., Sutherby, K., Szmukier, G., Thornicroft, G., Byford, S. 2013.	Selvittää, vähentääkö avohoidon yhteydessä tehty erillinen kriisisuunnitelma tahdosta riippumattomia sairaalahoitajaksoja verrattuna tavalliseen avohoitoon.	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus: 540 yli 16-vuotiasta psykoosipotilasta, joilla oli vähintään yksi psykiatrisen sairaalahoito edeltävän vuoden aikana. Potilaat jaettiin kahteen ryhmään, joista toinen sai perinteistä avohoitoa, toinen lisäksi avohoidon kanssa tehdyn erillisen kriisihoitosuunnitelman.	Uusien sairaalahoitajaksojen määrässä ei havaittu merkittävää eroa ryhmien välillä. Kriisihoitosuunnitelman ajateltiin kuitenkin lisäävän potilaiden sitoutumista hoitoon, koska sen tekeminen koettiin mahdollisuudeksi vaihtaa omaa hoitoa koskeviin päätöksiin.
Farrelly, S., Brown, G., Rose, D., Doherty, E., Henderson, R., Birchwood, M., Marshall, M., Waheed, W., Szmukier, G., Thornicroft, G. 2014. Iso-Britannia.	Selvittää psykoottista häiriötä sairastavien toiveita ja näkemyksiä hoidosta psykiatrisen kriisin uusiutuessa.	Aineistoanalyysi: 220 psykoosipotilaan kriisihoitosuunnitelmat	Valtaosa toivoi voitavansa vaikuttaa hoitonsa sisältöön ja että heidät ohjattaisiin tutuille työntekijöille. Useimmat toivoivat vaihtoehtoja sairaalahoitolle.
Farrelly, S., Szmukier, G., Henderson, C., Birchwood, M., Marshall, M., Waheed, W., Finney, C. & Thornicroft, G. 2014. Iso-Britannia.	Selvittää erillisen kriisisuunnitelma-projektin vaikutusta kriisisuunnitelmien laatuun.	Aineistoanalyysi: 424 psykoosipotilaan kriisisuunnitelmat ennen ja jälkeen projektin.	Kriisihoitosuunnitelmien yksilöllisyys ei parantunut merkittävästi projektin myötä. Hoitohenkilöstön tulisi panostaa enemmän siihen, että kriisihoitosuunnitelmia ei tehtäisi rutiiniluonteisesti, vaan yksilöllisesti ja yhdessä potilaan kanssa.
Farrelly, S., Lester, H., Rose, D., Birchwood, M., Marshall,	Selvittää kokemuk- sia kriisihoitosuunnitelmasta; lisääkö	Laadullinen tutkimus: 50 psykoosipotilasta ja 45	Potilaat kokivat kriisihoitosuunnitelman lisäävän

M., Waheed, W., Henderson, C., Szmukler, G. & Thornicroft, G. 2015.	potilaan ja hoitoyksikön yhdessä tekemä kriisihoitosuunnitelma potilaan mahdollisuutta osallistua hänen hoitoaan koskevaan päätöksentekoon.	psykiatrisen avohoidon työntekijää	heidän mahdollisuuttaan osallistua omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon, hoitava taho toi esille erillisen kriisihoitosuunnitelman lisäävän heidän työkuormaansa.
Fleury, MJ., Grenier, G., Bamvita, JM., Caron, J. 2010. Kanada.	Selvittää vakavaa mielenterveyden häiriötä sairastavien terveystalujen käyttöä ja hoidon jatkuvuuden toteutumista.	Haastattelututkimus: 140 potilasta, joilla oli vähintään yksi psykiatrisen sairaalahoitajakso edeltävän vuoden aikana.	Tiedonkulku perusterveydenhuollon kanssa ja hoidon jatkuvuuden takaminen psykiatrisen sairaalahoitajakson jälkeen parantaa potilaiden elämänlaatua.
Flood, C., Byford, S., Henderson, C., Leese, M., Thornicroft, G., Sutherby, K., Szmukler, G. 2006. Iso-Britannia.	Selvittää kriisihoitosuunnitelman käyttöönoton vaikutusta terveydenhuollon kustannuksiin.	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus: 160 psykoosittai kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnoosin saanutta psykiatrisen avohoidon potilasta, joilla oli vähintään yksi sairaalahoitajakso edeltävän kahden vuoden aikana	Kriisihoitosuunnitelman käyttöönotto vähensi tahdosta riippumattoman sairaalahoidon tarvetta, mikä puolestaan vähensi jonkin verran terveydenhuollon kustannuksia.
Fontanella, C., Guada, J., Phillips, G., Ranbom, L., Fortney, J. 2014. Yhdysvallat.	Selvittää, miten skitsofrenia-potilaiden hoidon jatkuvuutta voidaan parantaa ja mitä hyötyä paremmalla hoidon jatkuvuudella saavutetaan.	Aineistoanalyysi: 8621 skitsofreniaa sairastavan potilaan potilasvakuumusjärjestelmän (Medicaid) tiedot	Hoidon jatkuvuuden toteutumisessa todettiin runsaasti puutteita, jotka suu-relta osin johtuivat palvelujärjestelmän jäykkyydestä sekä huonosta hoitoprosessin koordinoimisesta.
Gearing, R., Brewer, K., Mian, I., Moore, K., Fisher, P., Hamilton J., Mandiberg, J. 2017.	Selvittää nuorten ensipsykoosipotilaiden palveluiden käyttöä sairaalahoidon jälkeen.	Aineistoanalyysi: 52 nuorisopsykiatrialla osastohoidossa olleen potilastiedot sekä kyselylomakkeet nuorten perheille.	Erityisesti nuorten kohdalla palveluja tulisi tuottaa potilaslähtöisellä tavalla ja niitä tulisi pystyä muokkaamaan yksilöllisesti muuttuvien elämäntilanteiden myötä hoitoon

			sitoutumisen edistämiseksi.
Ghesquiere, A., Mackniak, M., Valentino, S. 2019. Yhdysvallat.	Selvittää, voidaanko palveluprosessin ja hoidon koordinoinnilla vähentää vakavaa mielenterveyden häiriötä sairastavien pitkäaikaispotilaiden sairaalahoitajaksoja ja ensiapukäyntejä	Aineistoanalyysi: 217 joko skitsofreniaa, skitsoaffektiiivista häiriötä tai kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavaa potilasta, joiden tiedot kerättiin potilastietojärjestelmästä kolme vuotta ennen ja jälkeen hoidon koordinoiti -mallin käyttöönoton.	Sairaalahoitojen ja rikollisuuden merkittävä väheneminen ja ensiapukäyntien määrän lievä väheneminen palvelun käyttöönoton myötä
Groot, B., Vink, M., Huberts, M., Schout, G., Abma, T. 2019. Alankomaat.	Selvittää psykiatristen kriisipalvelujen käyttäjien toiveita ja näkemyksiä suhteessa palveluja tarjoavaan tahoon.	Tutkimushaastattelu: 17 psykiatristen kriisipalvelujen käyttäjää, 18 kriisipalvelujen tarjoamiseen kytkeytyvää ammattilaista (mm. kriisiosaston työntekijöitä)	Palveluja tulisi suunnitella yhteistyössä niiden käyttäjien kanssa. Molemmat tahot toivoivat psykiatristen kriisihoitopolun selkeyttämistä.
Haglund, A., Lysell, H., Larsson, H., Lichtenstein, P., Runeson, B. 2019. Ruotsi.	Selvittää psykiatrisessa sairaalahoitodossa olleiden ja äskettäin itsetuhoisesti käyttäytyneiden potilaiden itsemurhariskiä heti kotiutuksen jälkeen	Kohorttitutkimus: vuosina 1973-2009 psykiatrisessa sairaalahoitodossa Ruotsissa olleiden potilastiedot (yht. melkein 2,9 miljoonaa uloskirjoitusta sairaalahoitodosta)	Psykiatrisen sairaalahoitodossa päätyttyä itsemurhariski oli merkittävä erityisesti niillä, joilla oli aiempaa itsetuhoista käytöstä ja jokin psykoosidiagnoosi. Itsemurhariski oli jonkin verran koholla myös silloin, kun aiempaa itsetuhoista käytöstä ei ollut.
Henderson, C., Flood, C., Leese, M., Thornicroft, G., Sutherby, K. & Szmukler, G. 2004. Iso-Britannia.	Selvittää, onko kriisisuunnitelman käyttöönotolla vaikutusta sairaalahoitajaksojen määrään.	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus: 160 psykoosin tai kaksisuuntaisen mielialahäiriön diagnoosin saanutta psykiatrisen avohoidon potilasta, joilla oli vähintään yksi sairaalahoitajakso edeltävän kahden vuoden aikana	Kriisisuunnitelman tehneillä havaittiin merkittävä vähenys tahdosta riippumattoman hoidon osalta verrattuna ryhmään, jolle kriisisuunnitelmaa ei tehty, mutta sairaalahoitajaksojen määrässä ei ryhmien välillä havaittu merkittävää eroa.

Honkalampi, K., Rajala, K., Pajula, J., Saarinen, P. 2012. Suomi.	Selvittää, kuinka ja paljon ja mistä syystä psykiatrian avohoitoaikoja jää käyttämättä.	Aineistoanalyysi: Kuopion psykiatrian keskuksen käyttämättä jääneet varatut ajat yhden kuukauden ajalta (tammi-kuu 2011).	Seitsemäsosa (14,5 %) varatuista ajoista jää käyttämättä, (kustannusvaikutus yhden kuukauden osalta oli 33 000€).
Karukivi, M., Mäkelä, A., Haapasalo-Pesu, K-M. 2013. Suomi.	Uuden toiminnan arviointi: mitä hyötyjä on saavutettu, kun Satakunnan sairaanhoitopiirin nuorisopsykiatrialle on perustettu jalkautuva akuuttityöryhmä.	Raportti: Toiminnan kuvaus ja sen vaikutusten arviointi.	Nuorten pääsy psykiatrisen hoidon tarpeen arviointiin helppotui. Niiden kohdalla, jotka tarvitsivat suljettua osastohoitoa, oli huomattavasti suuremmalla osalla (79%) jo valmiiksi käynnistetty avohoito kuin ennen akuuttityöryhmän perustamista.
McCullumsmith, C., Clark, B., Blair, C., Cropsey, K., Shelton, R. 2015. Yhdysvallat.	Selvittää, voidaanko psykiatriasta kriisistä johtuvia päivystyskäyntejä vähentää käynnin jälkeisellä psykiatrisen poliklinikan toteuttamalla tiiviillä seurannalla	Aineistoanalyysi: 390 potilaan potilasasiakirjatiedot, jotka oli ohjattu psykiatrian poliklinikalle psykiatrisen kriisin jälkiseurantaan	Nopealla ja tiiviillä jälkiseurannalla pystyttiin vähentämään käyntejä päivystyksessä merkittävästi.
Molyneaux, E., Turner, A., Candy, B., Landau, S., Johnson, S., Lloyd-Evans, B. 2019. Iso-Britannia.	Selvittää psykoosipotilaiden erillisen kriisihoitosuunnitelman vaikuttavuutta tahdonvastaisten sairaalahoitokausien vähentämisessä	Kirjallisuuskatsaus: sisääntokriteerit täytti viisi satunnaistettua kontrollitua tutkimusta	Katsauksen mukaan tahdonvastaisten sairaalahoitokausot vähenivät 25 %:lla niistä potilaista, joille tehtiin erillinen kriisisuunnitelma
Narendorf, S., Munson, M., Washburn, M., Fedoravicius, N., Wagner, R., Flores, S. 2017. Yhdysvallat.	Selvittää syitä nuorten aikuisten puutteelliseen avohoiton sitoutumiseen ja toisaalta runsaaseen päivystyspalveluiden käyttöön.	Semistrukturoitu tutkimushaastattelu: 55 vakavaa mielenterveyden häiriötä sairastavaa 18-25 -vuotiasta.	Nuorille tulisi tarjota joustavampia avohoidon palveluita. Nuorten läheiset tulisi ottaa mukaan osaksi hoitoprosessia hoitoon sitoutumisen edistämiseksi.
Pothimas, N., Tungpunkom, P., Chanprasit, C., Kitsumban, V. 2020. Thaimaa.	Selvittää psykoosi-relapsiin vaikuttavia ja siltä suojaavia tekijöitä.	Poikittaistutkimus: 352 skitsofreniaa sairastavaa 18-60 -vuotiasta, joilla käytössä	Psykoosin uusiutumisen ehkäisyssä keskeistä on sitoutuminen lääkehoitoon, jonka

		antipsykoottinen lääkitys sekä taustalla vähintään kaksi sairaalahoitajaksoa.	toteutumisen kannalta olennaista on ymmärrys omasta sairaudesta sekä läheisten ihmisten tuki.
Rajakangas, J., Hellsten, T., Salonen, M. 2015. Suomi.	Uuden toiminnan arviointi: mitä hyötyjä on saavutettu, kun psykiatristen potilaiden kriisihoitoa on alettu toteuttaa terveyskeskuksen osastolla.	Raportti: toiminnan kuvaus ja sen vaikutusten arviointi.	Osastohoitojaksot psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa ovat vähentyneet. Potilaat saavat nopeaa kriisiapua. Hoidon jatkuvuus ja hoitoon sitoutuminen ovat parantuneet: psykiatrian poliklinikan työntekijä tapaa potilasta jo osastolla ja jatkaa hänen kanssaan avohoidossa.
Ruchlewska, A., Kamperman, A., van der Gaag, M., Wierdsma, A., Mulder, N. 2016. Alankomaat.	Selvittää psykoosipotilaiden ja hoitajien kokemuksia hoitosuhteesta ja sen vaikutuksesta hoitomyöntyvyyteen kriisisuunnitelman toteuttamiseen.	Poikittaistutkimus: 195 joko psykoosisairautta tai kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastava avohoitopotilasta.	Kriisisuunnitelman käyttöön otossa tulisi kiinnittää erityistä huomiota hoitosuhteen vahvistamiseen erityisesti niiden potilaiden kohdalla, joiden sairaudentunto, ja sen myötä hoitoon sitoutuminen, on puutteellista.
Ruchlewska, A., Wierdsma, A., Kamperman, A., van der Gaag, M., Smulders, R., Roosenschoon, B.J., Mulder, N. 2014. Alankomaat.	Selvittää, vähentääkö erillinen kriisihoitosuunnitelma sairaalahoitojaksoja tai käyntejä päivystyksessä, ja onko potilasasiemiehen kanssa tehdyn kriisihoitosuunnitelman vaikuttavuudessa eroa avohoidon työntekijän kanssa tehtyyn.	Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus: yhteensä 212 avohoitopotilasta, joilla oli jokin psykoosisairaus tai kaksisuuntainen mielialahäiriö sekä vähintään yksi psykiatrinen sairaalahoitajakso edeltävän kahden vuoden aikana.	Kontrolliryhmään verrattuna tahdosta riippumattomat sairaalahoitojaksot vähensivät jonkun verran niillä, joilla oli kriisihoitosuunnitelma, ja erityisesti silloin, jos suunnitelma oli tehty yhdessä avohoidon työntekijän kanssa.
Sanatia, R., Cowan, V., Barnicot, K., Zalewska, K., Shiers, D., Cooper, S.J.,	Miten henkilökunnan vaihtuminen vaikuttaa potilastyytyväisyyteen ja	Kyselytutkimus, johon osallistui 3379 joko skitsofrenia- tai skitsoaffektii- sen häiriön	41 %:lla vastanneista oli vaihtunut vähintään yksi keskeinen avohoidon työntekijä

Crawford, M.J. 2016. Iso-Britannia.	koettuun hoidon laatuun.	diagnoosin saanutta yli 18-vuotiaasta avohoitopotilasta. Avohoito oli kestänyt vähintään 12 kk.	edeltävän 12 kk:n aikana. 10,5 % raportoi useista henkilövaihdoksista: he olivat tyytymättömmämpiä hoitoonsa, ja todennäköisyys hoito- ja kriisisuunnitelman puuttumisesta oli suurempi.
Saxén, U., Lampela, M., Elo, T., Nevalainen, M., Haapasalo-Pesu, K., Korkeila, J. 2014.	Uuden toiminnan arviointi: mitä hyötyjä on saavutettu, kun psykiatrisen sairaalan vuodeosasto muutettiin tehostetun avohoidon yksiköksi.	Aineistoanalyysi: Potilastietojärjestelmän tiedot psykiatrisen sairaalan osastojen kuormituksesta (potilaiden ja hoitjaksojen lukumäärät ym.) ennen ja jälkeen tehostetun avohoitoyksikön perustamisen (vuodet 2010 ja 2012).	Osastojen kuormitusasteet pysyivät kohtuullisina huolimatta vuodepaikkojen vähennyksestä. Sairaaloiden hoitajaksot lyhenivät, kun potilaille oli tarjolla intensiivistä avohoitoa.
Wahlbeck, K., Cresswell-Smith, J., Haaramo, P. 2019. Suomi.	Selvittää psykiatrisen sairaalahoidon toistuvuutta sekä sen yhteyttä sairaalaan paluuta edeltäneeseen avohoittoon.	Aineistoanalyysi: Yhteensä 16814 potilaan (18-97 v.) potilastiedot, jotka olivat vuonna 2012 psykiatrisessa sairaalahoidossa.	Sairaalahoidon uusiutumista vähentää aktiivinen ja etesivä avohoito.
Wong, H., Yong, Y., Shahwan, S., Cetty, L., Vaingankar, J., Hon, C., Lee, H., Loh, C., Abdin, E., Subramaniam, M. 2019. Singapore.	Selvittää asiakkaiden ja hoitajien näkemyksiä ja toiveita palveluohjauksesta	Laadullinen tutkimus: fokusryhmähaastattelut psykoosin varhaisen tunnistamisen poliinikoilla. Keskusteluihin osallistui 47 asiakasta ja 19 huoltajaa.	Palveluohjaus koettiin hyvänä ja hoidon kokonaisvaltaisuutta tukevana. Asiakkaat kokivat tärkeänä, että heillä on kriisitilanteissa jokin taho, johon he voivat joustavasti ottaa yhteyttä puhelimitse.

Liite 3. Kriisihoitosuunnitelma

Tyks Psykiatria
Psykoosien vastuualue

4/2021

KRIISIHOITOSUUNNITELMA _____
nimi _____ syntymäaika _____

Minulle on järjestetty psykiatrinen avohoito _____ vuoksi.

Ennen sairastumistani minulla oli seuraavanlaisia oireita eli ns. varhaisia varomerkkejä:

Mikäli minulle jatkossa tulee näitä oireita tai olen muuten huolissani psyykkisestä voinnistani, voin keskustella läheisteni kanssa oireiden vaikeusasteesta ja pohtia heidän kanssaan hoitoon hakeutumisen tarvetta tai vaihtoehtoisesti olla suoraan yhteydessä psykiatriseen avohoitooni.

Avohoitopaikkani on: _____, puh. _____

Omahoitajani on: _____, puh. _____

Lääkäriini on: _____

Mikäli en tavoita avohoidon työntekijääni, enkä voi odottaa hänen yhteydenottoaan, voin olla yhteydessä

Toimipiste ja päiväys: _____

Allekirjoitukset ja nimenselvennykset:

Potilas

Hoitavan tahon edustaja

Tästä kriisihoitosuunnitelmasta otetaan kopio asiakkaalle, ja se kirjataan potilastietojärjestelmään.

Kriisihoitosuunnitelmaa päivitetään AINA sairaalahoitojen yhteydessä sekä kun siihen tulee muutoksia esim. hoitavien henkilöiden osalta.

Liite 4. Varomerkkien vaikeusasteen arviointi

Tyks Psykiatria
Psykoosien vastuualue

4/2021
KRIISIHOTOSUUNNITELMAN LIITE

VAROMERKKIEN VAIKEUSASTEEN ARVIOINTI JA NIIDEN HALLINTA

Arvioi jokaisen tunnistamasi varomerkin vaikeusastetta kuvaamalla, mitä kyseinen varomerkki tarkoittaa lievän tasoisena, kohtalaisena ja vaikeana. Mieti myös, millaisia keinoja sinulla on hallita kyseistä oiretta.

VAROMERKKI 1: _____

LIEVÄ	
KOHTALAINEN	
VAIKEA	

Tämän oireen hallinnassa minua on auttanut _____

VAROMERKKI 2: _____

LIEVÄ	
KOHTALAINEN	
VAIKEA	

Tämän oireen hallinnassa minua on auttanut _____

VAROMERKKI 3: _____

LIEVÄ	
KOHTALAINEN	
VAIKEA	

Tämän oireen hallinnassa minua on auttanut _____

Liite 5. Ohje kriisihoitosuunnitelman tekemiseen

Tyks Psykiatria
Psykoosien vastuualue

4/2021

KRIISIHOITOSUUNNITELMAN TEKEMINEN YHDESSÄ POTILAAN KANSSA

Kriisihoitosuunnitelma on lähtökohtaisesti avohoidossa tehtävä, yksinkertainen toimintaohje potilaalle sairauden uusiutumisen tai pahenemisen ehkäisemiseksi. Tavoitteena on, että potilas itse tunnistaisi oireita, ns. varomerkkejä, jotka ovat edeltäneet hänen sairastumistaan, oppisi mahdollisuuksien mukaan hallitsemaan niitä, ja osaisi itse psyykkisen vointinsa heikentyessä hakeutua hoidon tehostamisen tarpeen arvioon.

Kriisihoitosuunnitelma tulisikin nähdä psykoedukatiivisena työkaluna, ja siksi sen täyttämiseen yhdessä potilaan kanssa on hyvä käyttää aikaa. Potilasta voi auttaa omien varomerkkien tunnistamisessa ja niiden vaikeusasteen arvioinnissa esimerkiksi Mielenterveystalo.fi -sivustolta löytyvällä kyselylomakkeella tai keskustelemalla yleisimmistä varomerkkeistä. Vaikeusasteen arvioinnin helpottamiseksi voi myös täyttää erillisen lomakkeen ja lisätä sen kriisihoitosuunnitelman liitteeksi.

Typillisiä psykoosin varomerkkejä ovat

- unihäiriöt, unettomuus, liiallinen nukkuminen
- muutos ruokahalussa – liiallinen syöminen tai syömisen väheneminen
- mielialan muutos – masentuneisuus tai huippuonnellinen autuas olo
- ahdistuneisuus
- ajatusten tai tunteiden muutos – esimerkiksi epäluuloisuus tai uskonnollisuuden lisääntyminen
- pelottavat tai vieraat ajatukset
- käytöksen muutos – halu vetäytyä muiden seurasta tai tunkeutua muiden seuraan
- riidat tai ristiriidat muiden ihmisten kanssa.

Lisäksi voi esimerkiksi

- pukeutumistyyli muuttua
- meikkaus- tai kampaustyyli muuttua
- rahankäyttö lisääntyä
- alkoholinkäyttö lisääntyä
- sovitut tapaamiset tai asiat jäädä hoitamatta
- mielenkiinto sota- ja väkivaltaelokuviin lisääntyä
- netissä surffailu tai tietokonepelien pelaaminen lisääntyä.

(Lähde: <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Paasa/aireenhallinta.aspx>)

Mikäli mahdollista, tulisi varomerkkejä ja kriisihoitosuunnitelmaa käydä läpi myös potilaan läheisten kanssa, sillä he voivat auttaa varomerkkien tunnistamisessa ja niiden vaikeusasteen arvioimisessa sekä olla tukena hoidon tehostamisen tarpeen arvioon hakeutumisessa. Tällöin kriisihoitosuunnitelmaa varten voi varata kaksi tapaamiskertaa: ensimmäisellä tapaamisella suunnitelman tekeminen yhdessä potilaan kanssa, ja toisella tapaamisella suunnitelman kertaaminen läheisten ollessa läsnä. Lisäksi kriisihoitosuunnitelmasta on luontevaa keskustella esimerkiksi opastavan perhetyön yhteisessä tapaamisessa, mikäli se potilaalle sopii.

Valmis kriisihoitosuunnitelma skannataan potilastietojärjestelmään. Skannattu kriisihoitosuunnitelma näkyy teksteissä PSY-näkyellä (LITE-kansio, näkemys PSHO), ja siitä annetaan kopio potilaalle ja tarvittaessa, potilaan suostumuksella, myös hänen läheiselleen.

Kriisihoitosuunnitelma, ja erityisesti siinä olevat yhteystiedot, on tärkeää pitää ajan tasalla, joten sen tietojen oikeellisuus on hyvä tarkistaa säännöllisin väliajoin. Samoin sairaalahoitajaksojen yhteydessä kriisihoitosuunnitelman ajantasaisuus on hyvä tarkistaa. Lisäksi potilasta ja hänen läheisiään on hyvä muistuttaa kriisihoitosuunnitelmasta aina silloin tällöin.

Liite 6. Kriisipaikkaoikeus – tiedote osastolle

Tyks Psykiatria
Psykoosien vastuualue

4/2021

TIEDOTE KRIISIPAIKKAOIKEUDESTA OSASTOHOIDOSSA OLLELLE POTILAALLE

Olen ollut sairaalahoitossa _____ sairaalan osastolla _____, ja minulle on sovittu kriisipaikkaoikeus samalle osastolle _____ 20 _____ asti.

Kriisipaikkaoikeus tarkoittaa, että mikäli psyykinen vointini heikkenee kyseisenä ajanjaksona ja minusta tai läheisistäni tuntuu, etten pärjää kotona seuraavaan avohoitotapaamiseen asti, voin hakeutua takaisin osastolle ilman lääkärin lähetettä. Toimin tällöin seuraavasti:

Soitan osastolle numeroon _____ ja kerron tilanteestani vuorossa olevalle hoitajalle. Hän keskustelee kanssani siitä, onko minun hyvä palata osastolle hoidon tarpeen arvioon.

Mikäli palaan osastolle kriisipaikalle, tapaan osastolla lääkärin viimeistään seuraavana päivänä saapumisestani, tarvittaessa nopeammin. Kriisipaikalta minut voidaan sisäankirjoittaa osastohoitoon, tai minut voidaan kotiuttaa ja samalla tarvittaessa tehostaa psykiatrista avohoitoani.

Päiväys: _____

Allekirjoitukset ja nimenselvennykset:

Potilas Kriisipaikan myöntäneen osaston edustaja

Mikäli en halua käyttää kriisipaikkaoikeuttani, mutta koen kuitenkin psyykkisen vointini heikentyneen osastohoidon jälkeen, voin olla yhteydessä

Tämä tiedote annetaan potilaalle, ja kriisipaikkaoikeudesta tehdään merkintä potilastietojärjestelmään.

Liite 7. Kriisipaikkaoikeus – tiedote avohoitoon

Tyks Psykiatria
Psykoosien vastuualue

4/2021

TIEDOTE KRIISIPAIKKAOIKEUDESTA AVOHOIDON POTILAALLE

Minulle on sovittu kriisipaikkaoikeus _____ sairaalan osastolle _____
ajalle _____ 20_____.

Kriisipaikkaoikeus tarkoittaa, että mikäli psyykinen vointini heikkenee kyseisenä ajanjaksona ja minusta tai läheisistäni tuntuu, etten pärjää kotona seuraavaan avohoitotapaamiseen asti, voin hakeutua edellä mainitulle osastolle ilman lääkärin lähetettä. Toimin tällöin seuraavasti:

Soitan osastolle numeroon _____ ja kerron tilanteestani vuorossa olevalle hoitajalle. Hän keskustelee kanssani siitä, onko minun hyvä tulla osastolle hoidon tarpeen arvioon.

Tullessani kriisipaikalle tapaan osastolla lääkärin viimeistään seuraavana päivänä saapumisestani, tarvittaessa nopeammin. Kriisipaikalta minut voidaan sisäkirjoittaa osastohoitoon, tai minut voidaan kotiuttaa ja samalla tarvittaessa tehostaa psykiatrista avohoitoani.

Toimipiste ja päiväys: _____

Allekirjoitukset ja nimenselvennykset:

Potilas

Kriisipaikan myöntäneen yksikön edustaja

Tämä tiedote annetaan potilaalle, ja kriisipaikkaoikeudesta tehdään merkintä potilastietojärjestelmään.

Liite 8. Kriisipaikkaoikeus – ohje henkilökunnalle

Tyks Psykiatria
Psykoosien vastuualue

4/2021

OHJEISTUS HENKILÖKUNNALLE POTILAAN KRIISIPAIKKAOIKEUDESTA

1. Osastohoidon päättyessä

Sairaalahoidosta kotiutettaessa voidaan potilaalle myöntää kriisipaikkaoikeus määritellyksi ajaksi sille osastolle, jolla hän on ollut hoidossa. Potilaan näkökulmasta se tarkoittaa mahdollisuutta palata takaisin osastolle ilman lääkärin lähetettä, mikäli hänen psyykinen vointinsa heikkenee kyseisenä ajanjaksona. Kriisipaikkaoikeuden pituus sovitaan yksilöllisesti, mutta lähtökohtaisesti se myönnetään lyhyeksi ajanjaksoksi, esimerkiksi kahdeksi viikoksi tai seuraavaan avohoitoaikaan asti.

Osastolla kriisipaikkaoikeuden myöntää potilaan hoitava lääkäri, joka tekee siitä merkinnän potilastietojärjestelmään kohtaan *Moniammatilliset määräykset ja ohjeet*. Kriisipaikkaoikeutta ei myönnetä automaattisesti kaikille kotiutuville potilaille, vaan vain heille, joiden siitä arvioidaan hoidollisesti hyötyvän ja joiden siirtymistä avohoitoon ja pärjäämistä kotona on tarve tukea.

2. Avohoidossa

Kriisipaikkaoikeus voidaan myöntää myös avohoidossa osana avohoidon tehostamista, kun potilaan vointi sitä hoitavan lääkärin arvion mukaan edellyttää, ja kun tehostetutkaan avohoidon palvelut eivät tunnu riittävilä. Kriisipaikkaoikeus soveltuu kuitenkin lähtökohtaisesti vain sellaisille avohoidon potilaille, jotka ovat joskus olleet osastohoidossa, sillä oleellista on, että potilas voi psyykkisen vointinsa heiketessä palata hänelle tutulle osastolle, jossa on hänelle tuttua henkilökuntaa.

Ennen kriisipaikkaoikeuden myöntämistä avohoidon potilaalle on siitä ensin sovittava sen yksikön osastonlääkärin tai osastonhoitajan kanssa, jolle kriisipaikkaoikeus halutaan. Kun kriisipaikkaoikeuden myöntämisestä on sovittu, on siitä hyvä ilmoittaa puhelimitse kyseisen yksikön hoitajien kansliaan, jotta kaikki tahot ovat varmasti asiasta tietoisia.

Kriisipaikkaoikeudesta tehdään merkintä potilastietojärjestelmään kohtaan *Moniammatilliset määräykset ja ohjeet*.

3. Kriisipaikkaoikeudesta sopiminen

Kun potilaalle myönnetään kriisipaikkaoikeus, hänen kanssaan täytetään siitä kertova tiedote ja käydään toimintaohje läpi myös suullisesti. Potilasta ohjeistetaan aina ensin soittamaan siihen yksikköön, jonka kriisipaikalle hän on hakeutumassa; siksi on tärkeää varmistaa, että tiedotteessa olevat yhteystiedot ovat ajantasaiset. Potilaalle annetaan kriisipaikkatiedote.

4. Potilaan kirjaaminen kriisipaikalle

Tarkat ohjeet potilaan kirjaamisesta kriisipaikalle ja kriisipaikalta osastohoitoon löytyvät osastojen kirjaamisohjeista.