



TEHOSTETUN AVOHOIDON KEHITTÄMINEN PSYKIATRIAN POLIKLINIKALLA

Kuvaus kehittämisprosessista sekä tehostetun avohoidon
palveluista

Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö
Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutus

Kevät 2025

Kati Surma-aho

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutus	Tiivistelmä
Tekijä Kati Surma-aho	Vuosi 2025
Työn nimi Tehostetun avohoidon kehittäminen psykiatrian poliklinikalla – kuvaus kehittämisprosessista sekä tehostetun avohoidon palveluista	
Ohjaaja Paula Vikberg-Aaltonen	

Mielenterveys- ja päihdehäiriöt ovat vakavia ja suuria kansanterveydellisiä haasteita. Psykiatriset sairaalapaikat ovat vähentyneet vuosien ajan sekä psykiatriset vuodeosastojaksot ovat lyhentyneet. Tehostamalla avohoitoa on tarkoitus vastata tarpeeseen, jota nämä muutokset ovat tuoneet mukanaan. Vuosikymmenten aikana psyykkisten sairauksien hoito on lisääntynyt, mutta hoitoon pääsyn kynnyks on ollut korkea.

Opinnäytetyön tilaajana toimi erään hyvinvointialueen erikoissairaanhoidon yksikkö. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata erään hyvinvointialueen psykiatrian tehostetun avohoidon kehittämisprosessia sekä luoda kehittämisprosessin aineiston avulla tehostetun avohoidon palvelukonsepti. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää erikoissairaanhoidon tehostettua avohoitoa vastaamaan paremmin palveluntarvetta. Opinnäytetyö toteutettiin toimintatutkimuksena ja aineistot analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Opinnäytetyön aineisto koostuivat henkilökunnalle järjestettyjen työpajojen sekä kehittämispäivän tuotoksista. Opinnäytetyön tekijä osallistui ohjausryhmän tapaamisiin, jonka muistiinpanoja hyödynnettiin kehittämisen prosessikuvauksessa sekä palvelukonseptin luomisessa.

Opinnäytetyön tulokset koostuvat tehostetun avohoidon prosessikuvauksesta sekä alustavan palvelukonseptin kuvauksesta. Kehittämisprosessiin kuuluu ohjausryhmän ja alatyöryhmien tapaamiset, henkilöstölle järjestetty Kick Off -tilaisuus ja kehittämispäivä sekä kolme työpajaa. Kehittämisprosessia on havainnollistettu prosessikuvalla. Tehostetun avohoidon kehittämiskohteina nähtiin muun muassa tehostetun avohoidon aukioloajan pidentäminen, jonka myötä vastaanottoaikoja olisi saatavilla myös iltaisin. Lisäksi hoidon saatavuutta tulisi parantaa sekä lisätä perhetyötä, digitaalisia palveluita sekä ryhmätoimintaa. Alustavan palvelukonseptin mukaan tehostettu avohoito koostuu kotitiimistä, akuuttityöryhmästä sekä lääkepoliklinikasta. Uusien toimintojen pilotointi jäi tämän opinnäytetyön ulkopuolelle. Tärkeänä jatkotutkimusaiheena on pilotoinnin tuomien havaintojen ja kokemusten analysointia ja palveluiden jatkokehittäminen niiden avulla.

Avainsanat Avohoito, palvelukonsepti, prosessikuvaus, psykiatria, toimintatutkimus

Sivut 47 sivua ja liitteitä 7 sivua

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Teoreettiset lähtökohdat.....	2
2.1	Kansallinen mielenterveysstrategia vuosille 2020–2030.....	4
2.2	Psykiatrinen hoito.....	6
2.2.1	Hoidon porrastus	7
2.2.2	Digitaaliset palvelut ja teknologia	8
2.3	Psykiatristen avopalveluiden tarve	9
2.4	Mitä on tehostettu avohoito?	10
2.5	Aiemmat tutkimukset aiheesta	11
3	Opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset	13
4	Opinnäytetyön toteutus	14
4.1	Menetelmät	14
4.2	Aineistonhankinta.....	16
4.3	Aineiston analyysi	17
4.4	Kehittämiskohteen kuvaus	18
5	Opinnäytetyön tulokset.....	21
5.1	Tehostetun avohoidon kehittämisen prosessikuvaus	21
5.1.1	Ohjausryhmä ja alatyöryhmät	23
5.1.2	Ensimmäinen työpaja - Hoitopolkujen sujuvoittaminen	26
5.1.3	Toinen työpaja - Uusien toimintojen pilotoinnin suunnittelu	28
5.1.4	Kolmas työpaja - Tehostetun avohoidon toiminnan suunnittelu.....	30
5.1.5	Tehostetun avohoidon kehittämispäivä.....	30
5.2	Tehostetun avohoidon alustava palvelukonsepti	33
5.3	Pilotoinnin valmistelu	36
6	Pohdinta.....	37
6.1	Jatkotutkimusaiheet	40
6.2	Opinnäytetyön luottavuus ja pätevyys	40
6.3	Opinnäytetyön eettisyys ja kestävyys.....	42
	Lähteet	43

Kuvat

Kuva 1 Opinnäytetyöprosessin eteneminen	16
Kuva 2 Tehostetun avohoidon kehittämisprosessi	23
Kuva 3 Työntekijöiden ajatuksia muutoksesta ja kehittämisestä	25
Kuva 4 Kotitiimi	31
Kuva 5 Akuuttityöryhmä	32
Kuva 6 Lääkepoliklinikka.....	33
Kuva 7 Tehostetun avohoidon muutokset kehittämisprosessin tuloksena	34
Kuva 8 Kotitiimin, akuuttityöryhmän ja lääkepoliklinikan työnkuvat.....	36

Taulukot

Taulukko 1. Esimerkki analyysin etenemisestä	18
Taulukko 2 Kehittämiskohteet	27

Liitteet

Liite 1.	Aineistonhallintasuunnitelma
Liite 2.	Työpaja 1 aineistoanalyysi
Liite 3.	Työpaja 2 aineistoanalyysi
Liite 4.	Kehittämispäivän aineistoanalyysi

1 Johdanto

Yhteiskunta ja maailma on muuttunut. Yhä useammalle työ luo kuormitusta ja stressiä. Jatkuvan oppimisen ja koulutuksen merkitys työelämässä on kasvanut. Viime vuosikymmenien aikana myös kokonaiskuva kansanterveydestä on muuttunut. Elinajanodote on kasvanut ja ihmisten fyysinen terveys on parantunut, mutta väestön mielenterveydessä vastaavaa positiivista muutosta ei ole tapahtunut. Mielenterveys- ja päihdehäiriöt ovat vakavia ja suuria kansanterveydellisiä haasteita. Jopa puolella väestöstä on jossakin vaiheessa elämäänsä mielenterveys häiriö ja mielenterveys häiriöistä johtuu jopa puolet työkyvyttömyyseläkkeistä. Mielenterveyden merkitys yhteiskunnassa on kuitenkin kasvanut. Psykkinen joustavuus, mukautumiskyky, uuden oppiminen ja kyky tehdä itsenäisiä päätöksiä nähdään entistä tarpeellisempina ominaisuuksina tässä muuttuvassa ympäristössä. (Vorma ym., 2020, s. 11)

Suomessa psykiatristen sairaalapaikkojen määrä on vähentynyt 1970-luvulta lähtien. Vielä vuonna 2015 sairaalapaikkoja oli 4600 ja vuonna 2021 niitä oli enää noin 2700, sairaalapaikat ovat vähentyneet kuudessa vuodessa 41,3 %. 2700 sairaalapaikkaa sijaitsevat pääosin sairaanhoitopiireissä (2160 sairaalapaikkaa) loput paikat ovat valtion mielisairaaloissa sekä psykiatrisissa vankisairaaloissa. Sairaalapaikkojen vähentämisen yhtenä syynä on ollut potilasmäärän väheneminen, joka on alkanut vuonna 2008. Myös hoitopäivät ovat vähentyneet vuodesta 1996 lähtien. Lisäksi toimintaa on kehitetty avohoitopainotteisemmaksi, jonka yhteydessä on arvioitu sairaalahoitoa vaativien potilaiden väheneminen. Muutokseen liittyy myös muun muassa väestöpohjan muutokset ja väestön sairastavuuden huomiointi sekä avohoidon ja sairaalahoidon välisen kysynnän ja tarjonnan tasapainottaminen, huomioiden myös resurssit. (Linnaranta, 2022a, s.1–3) Vuonna 2022 psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa hoidettiin yhteensä noin 207 000 potilasta. Vuonna 2022 käyntejä avohoidossa oli noin 1,5 miljoonaa ja noin 520 000 muita avohoidon kontakteja. Vuodeosastojen hoitoajoissa on tapahtunut myös muutosta 10 vuoden aikana. Alle viikon kestäneet hoitajaksot ovat lisääntyneet ja vastaavasti yli kuukauden hoitajaksot ovat vähentyneet. (Kyrölä, 2023, ss. 1–2)

Avohoittoa tehostamalla on tarkoitus vastata tarpeeseen, jota sairaalapaikkojen vähentäminen on tuonut mukanaan. Psykiatriset sairaalapaikat ovat vähentyneet, mutta avohoido ei ole kyennyt kehittymään muutoksen mukana tarpeeksi. Palvelut ovat hajanaiset ja yhteistyötä eri hoitotahojen välillä on parannettava. Lisäksi terveydenhoitokustannuksia täytyy saada hillittyä, joka pyritään saavuttamaan muun muassa palveluita tehostamalla. Tehostetun avohoidon tarkoitus on vähentää sairaalahoitajaksot ja lyhentää

sairaalahoitajaksojen kestoja. Tehostettua avohoitoa on kehitetty vuosien saatossa Suomen eri kaupungeissa. Opinnäytetyön tilaajana toimii eräs hyvinvointialue, minne valmistuu vuonna 2026 uusi keskussairaala. Sairalahankkeen suunnittelun periaatteita ovat muun muassa tuottavuuden, tehokkuuden ja vaikuttavuuden parantaminen sekä hoidon laadun ja potilasturvallisuuden parantaminen. Lisäksi periaatteena on myös vahvistaa avohoitoa sekä vähentää sairaansijoja. Hankesuunnitelmassa keskeiset psykiatrian toiminnalliset muutokset ovat tehostetun avohoidon yksikkö sekä pakkokeinojen vähentäminen osastohoidossa. (Sairaalan hankesuunnitelma, henkilökohtainen tiedonanto, 21.2.2024)

Erään erikoissairaanhoidon psykiatrian poliklinikan tehostetun avohoidon kehittämisprosessi alkoi keväällä 2023. Opinnäytetyön tilaajana toimii erikoissairaanhoidon yksikkö, joka toivoo kehittämisprosessista dokumentointia ja kehittämistyön yhteenvetoa. Opinnäytetyöstä toivotaan olevan apua myös jatkokehittämisessä sekä muissa kehittämisprojekteissa. Tehostettua avohoitoa pilotoidaan syksyllä 2024, mutta opinnäytetyö keskittyy ennen pilotointia tapahtuvaan kehittämistyöhön. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää erikoissairaanhoidon tehostettua avohoitoa vastaamaan paremmin palveluntarvetta. Tarkoituksena on tehdä prosessikuvaus kehittämistyöstä sekä palvelukonseptikuvaus tehostetun avohoidon palveluista.

2 Teoreettiset lähtökohdat

Teorian tiedonhakuun on käytetty seuraavia tietokantoja: PudMed, Medic, CINAHL sekä Google Scholar. Lisäksi tietoa haettu kirjoista ja e-kirjoista. Tiedonhaun tulokset ovat tutkimuksia, artikkeleita ja raportteja. Tiedonhaussa hakusanoina käytettiin: avohoito, mielenterveys, psykiatria, tehostettu, sekä intensive, outpatient treatment, psychiatry.

Psykiatrasta avohoitoa on pyritty kehittämään jo 1990-luvulta lähtien, jolloin avohoidon järjestämisvastuu siirtyi kunnille ja kuntayhtymille. Alkuun haasteita toi muun muassa 1990-luvun lama ja myöhemmässä vaiheessa julkisten palvelurakenteiden yleiset muutospaineet. Lisäksi tarvetta palveluiden uudistamiseen ovat tuoneet myös mielenterveyteen liittyvien asenteiden muutos ja sen mukanaan tuomat odotukset. Mielenterveyspalvelut ovat koostuneet erillisistä perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta sekä keskitetystä vaativasta erityistasosta. Tätä palvelumallia kutsutaan portaittaiseksi malliksi. Lisäksi sosiaalipalveluilla on ollut tärkeä rooli palvelukokonaisuudessa. Tärkeäksi osaksi mielenterveyspalveluiden kehittämisessä on nähty potilas, joka otetaan mukaan aktiivitoimijaksi. Tulevaisuudessa mielenterveyspalvelut toteutuvat terveys- ja sosiaalikeskuksien ympärillä perustasoisesti. Erikoissairaanhoidon tukee ja ohjaa perustasoa muun muassa konsultaatioiden ja toimintamallien avulla. Keskiössä on osaamisen laaja

jakautuminen tarpeiden mukaan. Palvelukokonaisuudessa tärkeänä osana ovat myös järjestöt. (Pirkola, 2020, ss.1763–1764)

Sotokuva -tietokannasta (THL, n.d.) käy ilmi, että vuonna 2023 opinnäytetyön kohde maakunnassa yli 18-vuotiaiden perusterveydenhuollon avohoidon mielenterveyskäyntejä ja psykiatrian erikoisalalan avohoitokäyntejä tuhatta ihmistä kohden oli yhteensä 497,5. Koko Suomen keskiarvo vuonna 2023 oli 464,1 käyntiä / 1000 asukasta kohden. Suomessa vuosina 2018–2022 aikana käyntien määrä väheni 596,7 käynnistä 458,5 käyntiin / 1000 asukasta kohden, kunnes vuonna 2023 käyntimäärät lisääntyivät. Mielenterveysperusteista sairauspäivärahaa saajat ovat tarkastellussa maakunnassa sekä koko Suomessa myös lisääntyneet viime vuosina. Vuonna 2022 tarkastellun maakunnan 20–64 vuotiaista psyykkisesti merkittävästi kuormittuneita oli 24 %. Psyykkisesti merkittävästi kuormittuneiden osuus Suomessa on kasvanut vuosittain. Koko maassa psyykkisesti merkittävästi kuormittuneita 20–64-vuotiaita oli vuonna 2018 12,9 % ja vuonna 2022 19,3 %. Myös yksinäisyyden tunne on lisääntynyt väestössä. Vuonna 2018 8,8 % 20–64 vuotiaista tunsivat itsensä yksinäiseksi melko usein tai jatkuvasti. Vuonna 2022 yksinäiseksi tuntevien osuus samassa ikäluokassa oli 13 %. THL tuotti myös Terve Suomi -tutkimuksen vuosina 2022–2023 (Suvisaari, ym., 2023). Tutkimuksessa todetaan, että työikäisten mielenterveyttä on heikentäneet 2020-luvun kriisit. Tutkimuksesta käy ilmi, että merkittävä psyykinen kuormittuneisuus sekä itsemurha-ajatukset ovat yleisimpiä 20–39-vuotiailla. Joka kymmenes mies ja vajaa viidesosa naisista on käyttänyt terveystalvija mielenterveyteen liittyvien ongelmien vuoksi. Itsemurha-ajatuksia kokeneista miehistä vain 40 % ja naisista 56 % oli käyttänyt terveystalvija mielenterveysongelmien vuoksi.

YhdessäMieliin -hanke (Wahlbeck ym., 2018, ss.21, 27, 37–38, 53, 82–83, 94–95, 125) tuotti tutkittua tietoa toimivista mielenterveys- ja päihdetyön malleista. Hankkeen tuloksista käy ilmi, että mielenterveys- ja päihdepalveluiden saatavuus ja palveluihin hakeutuminen tulisi olla helppoa. Lisäksi keskeistä laadukkaiden mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestämiseksi on hoidon integraatio. Mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyy edelleen häpeä, joka saattaa estää aikaisen avun hakemisen. Tästä syystä järjestelmän asiakaslähtöisyyttä tulee parantaa. Ammattilaisten tulee luottaa asiakkaan omaan arvioon avun tarpeesta sekä tarjota tukea helposti lähestyttävissä palveluissa nopeasti. Tämä korostuu erityisesti siinä vaiheessa, kun ongelmat ovat vielä lieviä. Perusterveydenhuollon tulisi järjestää erilaisia ”walk in” -palveluita. Hoidon- ja palveluntarpeen arviointi tulisi toteutua heti hoitosuhteen alkuvaiheessa. Kaikissa vähintäänkin perustason sosiaali- ja terveystalvija sekä kouluissa ihmissuhdetyötä tekevillä tulee olla valmiudet ja osaaminen tunnistaa sekä kohdata yleisempiä mielenterveys- ja päihdeongelmia. Työntekijän tulee myös kyetä tekemään interventio tilanteen korjaamiseksi sekä hallita

palvelunohjaus. Eniten hoidon tarpeessa olevien hoitomotiivaatiota heikentää hoitoketjussa syntyneet katkokset. Kokemusasiantuntijoiden hyödyntäminen tulee olla osa palvelujärjestelmää, sekä yli sektorirajojen tapahtuva yhteistyö voi edistää mielenterveys- ja päihdepalveluita käyttävän asemaa ja kokonaisvaltaista hyvinvointia. Kolmannen sektorin toimijoiden kanssa tehtävä tiivis ja verkostomainen yhteistyö voi vähentää myös heikossa sosioekonomisessa asemassa olevien hoitoon hakeutumisen esteitä. Mielenterveyden häiriöistä aiheutuva kustannustaakka muodostuu enimmäkseen toimintakyvyn heikkenemisestä. Kustannusten pienentämiseksi tulisi muun muassa työikäisten mielenterveyteen panostaa sekä pyrkiä hoitoketjujen jatkuvuuteen. Lisäksi lääkehoitoon sitoutuminen voi ehkäistä sairaalahoitojaksoja. KELA (2024) uutisoi, että suurin syy pitkille sairauspoissaoloille on mielenterveyden häiriöt, erityisesti ahdistuneisuushäiriöt. Vuodesta 2016 lähtien kasvu on ollut voimakasta. Vuonna 2023 mielenterveysyistä sairauspäivärahaa saaneiden määrä nousi 3 % edellisestä vuodesta. Vuonna 2023 yli 100 000 suomalaista oli mielenterveysongelmien takia pitkällä sairauspoissaololla. 2022 vuoteen verrattuna ahdistuneisuushäiriöiden vuoksi sairauspäivärahaa saaneissa kasvua oli vuonna 2023 7 %. Masennushäiriöiden vuoksi sairauspäivärahaa saaneiden määrä ei ole viime vuosina kasvanut.

2.1 Kansallinen mielenterveysstrategia vuosille 2020–2030

Mielenterveyteen vaikuttavat monet eri tekijät, muun muassa koulutus, ammattiasema ja tulot. Terveystenhuollon ja sosiaalihuollon toimenpiteet ovat vain yksi keino vaikuttaa ihmisen mielenterveyteen. Mielenterveyttä voi edistää esimerkiksi varhaiskasvatuksessa sekä kouluissa, työhyvinvoinnin tukemisena, liikunnan-, virkistys- sekä harrastustoiminnan mahdollisuuksina. Myös kansalaisjärjestöt ja kunnat ovat tärkeitä toimijoita mielenterveyttä edistävässä työssä. Väestön mielenterveys vaikuttaa yhteiskunnan kustannuksiin sekä taloudelliseen vakauteen. Ihmisen mielenterveys vaikuttaa työn tuottavuuteen sekä mielenterveyden ongelmat lisäävät julkisen sektorin kustannuksia. Mielenterveyspalveluissa ja -hoidossa tarvitaan laajaa yhteistyötä julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin sekä eri hallinnonalojen kanssa. (Vorma ym., 2020, ss. 12–13, 18–19)

Vuonna 2020 Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi Kansallisen mielenterveysstrategian vuosille 2020–2030. Mielenterveysstrategiassa on viisi painopistettä: mielenterveys pääomana, lasten ja nuorten mielenterveys, mielenterveysoikeudet, tarpeen mukaiset laaja-alaiset palvelut sekä mielenterveysjohtaminen. Mielenterveys pääomaa lisäämään strategiassa ehdotetaan muun muassa varhaiskasvatukseen, kouluihin, oppilaitoksiin sekä työpaikoille mielenterveysosaamisen lisäämistä sekä parempia keinoja henkilöstön työuupumuksen ja kuormituksen parempaan tunnistamiseen. Lisäksi yksinäisyyttä

vähentämiseksi lisätään yhteisöllisiä toimia, yhdessä oloa ja tekemistä sekä digitalisaation tuomien uhkien ja mahdollisuuksien parempi tunnistaminen ja niihin liittyvien toimien lisääminen. Mielenterveyteen vaikuttaa vahvasti lapsuuden sekä nuoruuden kasvuolosuhteet. Psykkisistä sairauksista suuri osa puhkeaa lapsuuden ja nuoruuden aikana. Esimerkiksi yksinäisyys, kiusaaminen, syrjintä, päihteidenkäyttö sekä opiskeluun liittyvä stressi uhkaavat nuorten mielenterveyttä. Lapsia ja nuoria tulee tukea kehitysvaiheen mukaisesti muun muassa varhaiskasvatuksessa, kouluissa ja neuvoloissa. Työelämää tulisi myös kehittää perheystävällisemmäksi. (Vorma ym., 2020, ss.17, 20–21, 23–24)

Mielenterveysoikeuden pohjan rakentavat yleismaailmalliset ihmisoikeudet sekä perustuslain mukaiset perusoikeudet. Näiden lisäksi mielenterveysoikeuksiin kuuluu mielenterveyttä suojaavien tekijöiden vahvistaminen sekä mielenterveyttä vaarantavien tekijöiden vähentäminen. Mielenterveysongelmista kärsivä kohtaa herkästi muun muassa sosiaalisissa tilanteissa, kouluissa ja työpaikoilla, ennakkoluuloja ja syrjintää. Avun hakeminen voi olla vaikeaa leimatuksi tulemisen pelon takia. Ihmisen perusoikeuksiin kuuluu myös oikeus tahdonvapauteen sekä itsemääräämiseen. Psykiatrissa sairaalahoidossa voidaan käyttää tarkasti määritellyissä tilanteissa tahdosta riippumatonta hoitoa. Toimivilla palveluilla voidaan vähentää tarvetta tahdosta riippumatomaan hoitoon. Mielenterveysoikeuksien vahvistamiseksi kansallisessa mielenterveys strategiassa esitetäänkin itsemääräämisoikeuden toteutumisen parantamista palveluissa. Lisäksi esitetään aloitettavaksi psykiatriin- sekä päihdehäiriöihin liittyvä syrjinnän ja leimautumisen vastainen valtakunnallinen ohjelma sekä jatketaan pakon käytön vähentämisen ohjelmaa. (Vorma ym., 2020, ss.25–28)

Vuosikymmenten aikana psyykkisten sairauksien hoito on lisääntynyt, mutta hoitoon pääsyn kynnys on ollut korkea. Hoitoon pääsyn oikea-aikaisuudessa sekä avohoitopalveluiden saatavuudessa on ollut suuria alueellisia eroja. Psykiatriset- sekä päihdepalvelut ovat olleet hajallaan ja palvelua tarjoavat tahot eivät ole olleet riittävässä yhteistyössä keskenään. Yhteen sovittamalla ja koordinoimalla saa palveluista kehitettyä monipuolisempia sekä tehokkaampia. Palvelun oikea-aikaisuutta sekä oikein kohdennettua palvelua saa lisättyä palveluohjauksen avulla. Palvelujärjestelmän tulee pystyä reagoimaan erilaisiin tarpeisiin. Psykkisissä sairauksissa hoitoon tulisi päästä nopeasti. Myös varhaisen vaiheen ongelmiin sekä moniongelmaisiin tilanteisiin tulee palvelujärjestelmän vastata. Psykkisesti sairaalla on muuta väestöä enemmän avun ja tuen tarvetta sekä muita sairauksia. Psykkinen sairaus myös heikentää ihmisen kykyä huolehtia omasta edustaan sekä hyödyntää palveluita. Tästä syystä palveluiden tulisi olla monimuotoisia, helposti saavutettavissa olevia, asiakaslähtöisiä sekä laadukkaita. Jotta tarpeen mukaiset ja laaja-alaiset palvelut onnistuvat on strategiassa ehdotettu, että perusterveydenhuollossa ja sosiaalihuollossa lisätään henkilöstön

mielenterveysosaamista. Lisäksi kehitetään toimintamallia, joka auttaa erikoissairaanhoidon ohjaamaan ja tukemaan peruspalveluissa tapahtuvaa hoitoa. Kokemusasiantuntijoita sekä asiakkaiden kokemuksia tulisi hyödyntää palveluiden suunnittelussa ja arvioimisessa. Palveluita kehitetään monipuoliseksi ja helposti saavutettaviksi sekä asiakkaiden arkiympäristöön tuotaviksi. (Vorma ym., 2020, ss.29–31, 34)

Mielenterveyden ja hyvinvoinnin tuottaminen sekä inhimillisten arvojen edistäminen on mielenterveysjohtamisen tavoite. Vakaata taloutta ja yhteiskuntaa tukee ihmisten hyvinvointi ja myös vakaa talous tukee ihmisten hyvinvointia. Mielenterveysjohtaminen on tietojohtamista, jossa vaaditaan tiedon yhdistämistä sekä hyödyntämistä. Hyvä johtaja toimeenpanee mielenterveysstrategian ja seuraa sen tuloksia sekä kykenee myös tarkastelemaan päihde- ja riippuvuusilmiöitä laajasti eri näkökulmista. Mielenterveysvaikutuksien arvioimiseksi tulisi sopia käytettävät mittarit ja työkalut. Palvelujärjestelmän kehittämistä ohjaa vaikuttavuuden arviointi. (Vorma ym., 2020, ss.35–37)

2.2 Psykiatrinen hoito

Vuonna 2022 psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa hoidettiin yhteensä noin 207 000 potilasta. 21 000 potilasta hoidettiin vuodeosastolla. Avohoidossa hoidettiin 207 000 potilasta, joista 182 000 hoidettiin julkisella puolella ja 25 000 yksityisellä puolella. Vuodeosaston potilaista suurella osalla oli myös avohoidon kontakteja. Verrattuna vuoteen 2021 vuodeosastolla hoidettujen potilaiden määrä väheni 8,6 %. Vuonna 2022 käyntejä avohoidossa oli noin 1,5 miljoonaa ja noin 520 000 muita avohoidon kontakteja. Verrattuna vuoteen 2021 avohoito potilaiden määrä julkisella puolella väheni noin 7,8 %. Vuodeosastojen hoitoajoissa on tapahtunut myös muutoksia 10 vuoden aikana. Alle viikon kestäneet hoitokaudet ovat lisääntyneet ja vastaavasti yli kuukauden hoitokaudet ovat vähentyneet. Vuonna 2022 potilaiden päädiagnooseja oli eniten muu diagnoosi, mielialahäiriöt, neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt, masennustila sekä tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt. Tarkastellaan seuraavaksi erään hyvinvointialueen tilannetta tarkemmin vuoden 2022 tilastojen mukaan. Avohoitopotilaita per 10 000 asukasta kohdin oli 353 ja avohoitokontakteja oli 9,5 per potilas. Vuodeosastohoidon potilaita per 10 000 asukasta kohdin oli 37 ja vuodeosastojaksoja oli 1,6 per potilas. Vuodeosastohoitoa on 27 yhdessä jaksossa ja tämä tekee 43 vuodeosastohoitoa per potilas. (Kyrölä, 2023, ss.1–2, 4, 9)

Vuonna 2021 sairaalapaikkojen määrä oli noin 2700, jotka jakautuvat sairaanhoitopiirien, valtion mielisairaaloitten sekä psykiatristen vankisairaaloitten kesken. Pitkäaikaishoidossa, eli yli 6 kuukautta sairaalahoitoon olevien potilaiden määrä vuonna 2021 oli noin 900, näistä

noin 705 potilasta oli sairaanhoitopiireissä. (Linnaranta, 2022a, s. 1–2) THL:n laatimassa ”*Toimenpidesuositus riittävän ja laadukkaan psykiatrisen sairaalahoidon turvaamiseksi*” (Linnaranta, 2022b, ss.1–2, 5) todetaan, että pitkäaikaishoidossa ensisijaisena on avohoidon keinot ja vaihtoehtona pitkäaikaiselle sairaalahoidolle on tehostettu avohoito sekä palveluasuminen. Tehostetun avohoidon ja asumispalveluiden hyvällä yhteistyöllä voisi korvata pitkäaikaista sairaalahoidoa, joka olisi myös inhimillisempi vaihtoehto sekä pitkäaikaisvaikuttavuuden kannalta mahdollisesti myös parempi, koska sillä voidaan mahdollisesti ehkäistä sairaalahoitajaksi pitkittymistä tai uusiutumista. Kustannuksiltaan vaihtoehto ei välttämättä ole edullisempi. Akuuttihoitoon tarpeisiin tulee olla riittävästi sairaalapaikkoja ja pitkäaikaispotilaiden avohoitoa kehittämällä turvataan akuuttihoitoon tarpeet. Suosituksessa linjataan, että sairaalapaikkojen määrässä tulee säilyttää vähintäänkin nykyinen valtakunnallinen keskiarvo, joka tarkoittaa, että jokaista 1000 yhteistyöalueen asukas kohden on 0,48 psykiatrista sairaalapaikkaa.

Vuosien saatossa muutoksia on tapahtunut myös mielenterveysongelmaisten palveluasumisen sekä kotipalveluiden määrässä. Psykiatristen ympärivuorokautisten kuntoutuskotien asiakkaiden lukumäärät vuonna 2023 ovat Suomessa keskimäärin 7 asiakasta / 10 000 asukasta. Vuosina 2019–2022 vastaava luku oli 8 ja vuonna 2018 7 asiakasta / 10 000 asukasta. Kuntien kustantamien mielenterveysongelmaisten palvelu- ja tukiasuntojen asukasmäärät ovat laskeneet vuodesta 2020 lähtien. Tilastoihin on laskettu mukaan palveluasuntojen asukkaat, jotka saavat säännöllisiä päivittäisiä kotipalveluita tai huolenpitoa sekä tukiasuntojen asukkaat, jotka tarvitsevat tukihenkilöä. (THL, n.d.)

2.2.1 Hoidon porrastus

THL (2024) linjaa, että mielenterveyspalveluissa sairauden ja sen psykososiaalisten seurausten vaikeutumisriskin vuoksi potilaan arviointi ja hoidon aloitus on toteuduttava oikea-aikaisesti ja nopeasti. Toteutuakseen tämä vaatii perusterveydenhuollon, mukaan lukien työterveyshuolto ja opiskeluterveydenhuolto, ja erikoissairaanhoidon tiivistä yhteistyötä. Sosiaali- ja terveysministeriö (2019, ss.239–240, 243–244) on laatinut yhtenäiset kiireettömän hoidon kriteerit ja hoidon porrastuksen. Hoidon porrastuksella ja yhtenäisillä hoidon perusteilla tavoitellaan potilaan ohjaamista oikea-aikaisesti tarpeiden mukaisesti palveluihin. Perustason tehtäviin kuuluu muun muassa potilaan ja hänen perheenjäsentensä sekä omaistensa mielenterveyden tukeminen, tavallisempien häiriöiden tunnistaminen sekä niiden hoito. Tavallisempina oireina ja häiriöinä pidetään muun muassa ajankohtainen kuormittuminen, johon liittyy psyykkisiä oireita, elämäntilanteisiin liittyvät kriisit, lievät häiriöt, komplisoitumattomat häiriöt sekä vakaassa vaiheessa olevat häiriöt. Erityistason tehtäviin kuuluu tukea perustason toimintaa ja vastata niiden potilaiden hoidosta, joiden oireet ovat

vaikeita, toimintakyky heikentynyt tai potilas on itsetuhoinen. Pitkäaikaisissa psykoottisissa häiriöissä hoitovastuu voi olla perustasolla, jos erityistasolla on tehty asianmukainen hoito- ja kuntoutussuunnitelma ja jos erityistasolle on esteetön konsultointiyhteys. Toistuvat ja pitkäaikaiset psykoottiset häiriöt vaativat usein jossakin vaiheessa erityistason tilannearviota ja usein myös erityistason hoitajaksoja. Lievän tai komplisoitumattoman ahdistuneisuuden tai keskivaikean depression hoito voi toteutua perustasolla erityistason ohjeistamana ja tukemana. Erityistason konsultaatiota tai hoitoa tarvitaan, jos potilaalla on esimerkiksi vaikeasteista ahdistuneisuutta tai masennusta, psykoottista masennusta, epäily kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä tai itsetuhoisuutta.

2.2.2 Digitaaliset palvelut ja teknologia

Mielenterveys- ja päihdetyössä on lisääntymässä teknologia-avusteiset tuki- ja hoitomuodot. Reaaliaikaisessa hoidossa hoidon antaja ja saaja ovat samaan aikaan yhteydessä toisiinsa etäyhteyden avulla. Valmiit oppimisympäristöt taas mahdollistavat ajasta riippumattoman hoidon. Tavanomaiseen terapiaan verrattuna reaaliaikaiset etäterapiat ovat kustannustehokkaampia, kun ottaa huomioon käytetty aika sekä matkakulut. Nettiterapiat ovat terapeutin tukemia strukturoituja ja osin automatisoituja psykoterapeuttisia oppimisympäristöjä, joita on saatavilla moniin eri häiriöryhmiin. Nettiterapiat on todettu olevan toimiva hoito ja se on lisätty esimerkiksi masennuksen Käypä hoito -suositukseen. Näiden lisäksi on olemassa mobiililaitteisiin saatavia erilaisia sovelluksia. Monien sovelluksien haasteena on se, että sen käyttöä ei valvota, jolloin käyttö jää käyttäjän vastuulle. Tästä syystä alkuvaiheen innostuksen laannuttua käyttö jää usein vähäisemmäksi. Sovellusten tulisi myös sopia palveluprosesseihin. Terapiaohjelmat ja sovellukset ovat oikein käytettynä kuitenkin hyviä apuvälineitä psykiatrisessa hoidossa. (Stenberg ym., 2016, ss. 2106, 2111). Linnaranta ja Pelkonen (2023, ss.1, 3, 8) tutkivat mielenterveys- tai päihdeoireiden tai riippuvuuden hoitoon soveltuvia teknologia-avusteisia hoitomenetelmiä. Linnaranta ja Pelkonen rajasivat tutkimukset hoitomenetelmiin, joiden käytöstä tai kehittämisestä on selvitys tai kuvaus Suomesta sekä jotka ovat vertaisarvioituja julkaisuja Suomessa. Tutkimukseen valikoitui rajauksen jälkeen 17 teknologia-avusteista sovellusta. Näistä sovelluksista 71 % oli suunnattu aikuisille. Stressi-, mieliala- tai ahdistuneisuusoireiden hallintaan suunnattuja sovelluksia oli 53 %. Omahaohje ja hoitajaksoa täydentävä tieto korostuivat sovellusten sisällöissä. Tutkimuksen mukaan Suomessa on valtakunnallisesti käytössä sovelluksia, joista ei löydy raportteja vertaisarvioituissa tutkimusjulkaisuissa. Raportoinnin avulla varmistetaan muun muassa toiminnan vaikuttavuutta, kustannusvaikuttavuutta sekä kehittämisen laatua. Raportoinnin merkitystä tuleekin Linnarannan ja Pelkosen mukaan Suomessa lisätä.

Pelkonen ja Linnaranta (2023, ss.3, 16, 18, 22–23, 29, 35, 41) tutkivat myös kansainvälisesti mielenterveyspalveluiden teknologisten ratkaisujen ominaisuuksia. Heidän tarkoituksensa oli kerätä tietoa hyvinvointi- ja terveyssovelluksista sekä teknologia-avusteisista hoidoista ja kerätyn tiedon toivotaan hyödyttävän mielenterveyden edistämisen, ehkäisyn ja hoidon palveluiden kehittämisessä, käyttöönottossa ja arvioinnissa. Sisällöltään teknologiset ratkaisut ovat yleisemmin muun muassa potilasohjausta, oiremittareita ja itsearviointia, oppimistehtäviä, terapeutteja menetelmiä sekä muistutuksia. Sovelluksen käytettävyyteen, saatavuuteen sekä saavutettavuuteen ja kustannuksiin vaikuttaa sovelluksen tekninen toteutustapa. Sovelluksia voi teknisesti toteuttaa eri tavoin. Yleisemmin mielenterveyspalveluissa on käytetty selainpohjaisia ratkaisuja ja mobiilisovelluksia. Lisääntymässä ovat sovellukset, jotka hyödyntävät tietokonetta sekä lisälaitetta, esimerkiksi virtuaalitodellisuutta, lisättyä todellisuutta, robotiikkaa tai tietokonepeliä. Tärkeää on muistaa, että palveluiden digitalisoituminen ei saa olla avun saannin tai toteutuksen esteenä. Ihmisten digitaaliset taidot ovat eritasoisia ja se tulee huomioida sovelluksen soveltuvuutta ja käyttöönottoa arvioitaessa. Osa potilaista ei myöskään halua käyttää digitaalisia palveluja vaan haluaa enemmän tavata hoitavan henkilön. Tietoturvaan liittyvät kysymykset tai epäilyt voivat myös estää digitaalisten palveluiden käyttämisen. Parhaimmillaan sovellusten käyttö voi muun muassa lisätä asiakkaan aktiivisuutta ja osallisuutta sekä motivoida ja innostaa hoitoon. Sovellusten vaikuttavuuteen vaikuttaa hoitokontakti. Suurin osa sovelluksista ei ole vaikuttavia tai vaikutus on hyvin pieni, ilman hoitokontaktia. Hyödyllisiin sovelluksiin liittyy usein ammattilaisen tuki joko reaaliaikaisena tai viiveellä. Hoitovaikutuksen saamiseksi sovellusta tulisi käyttää riittävästi ja siihen vaikuttaa hoitokontaktin laatu ja määrä. Kehittäminen, käyttöönotto ja ylläpitäminen voi olla kalliimpaa mitä monimutkaisempaa ja laitekeskeisempää hoidon toteutus on. Lisäksi sovellusten yhteensovittaminen tietojärjestelmiin maksaa. Hoidon hintaa ei vähennä mielenterveysoireita mittaavat sovellukset sekä digitaalisuus ei korvaa ammattilaisen tekemää kliinistä arviointia. Koska kustannusten väheneminen on epätodennäköistä, ensisijainen tavoite teknologian käytölle ei saa olla kustannusten vähentäminen. Hoidon tarpeen ilmetessä hoitoa tulisi myös tarjota, joten mielenterveyden oireiden mittaaminen mielenterveyspalveluiden ulkopuolella on ongelmallista. Sovellusten käytössä on myös huomioitava se mihin ne eivät sovellu. Esimerkiksi psykoosin tai manian akuuttivaiheessa seulonta itsearviointina ei ole luotettava. Itsemurhariskissä sosiaaliset- ja ympäristötekijät ovat keskeisessä osassa ja niitä on vaikea kartoittaa digitaalisessa arvioinnissa.

2.3 Psykiatristen avopalveluiden tarve

Wahlbeckin ym. (2019, ss.122–124) tutkimuksessa vuonna 2012 psykiatrisesta sairaalahoidosta uloskirjatuista potilasta 40 % palasi uudestaan psykiatriseen sairaalahoitoon

vuoden sisällä. Lähes 51 % oli avohoidonkäynti perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa viikon sisällä kotiuksesta ja lähes 9 % ei ollut lainkaan avohoidonkäyntiä kotiutuksen jälkeen. Suurin riski psykiatriseen sairaalahoitoon palaamiseen oli niillä potilailla, joilla ei ollut avohoitokäyntejä lainkaan tai niitä, joilla oli keskimäärin yli neljä avohoitokäyntiä kuukaudessa. Alueelliset vaihtelut Suomessa olivat suuria. Wahlbeckin ym. mukaan hoidon jatkuvuus kertoo hyvin toimivasta ja laadukkaista mielenterveyspalveluista. Tutkimuksen mukaan on mahdollista, että ensimmäinen avohoitokäynti sairaalahoitajakson jälkeen toteutuu paremmin, jos perusterveydenhuollolla on vahva rooli psykiatristen potilaiden hoidossa. Tulosten mukaan avohoidon saumattomalla, aktiivisella ja etsivällä otteella on suuri merkitys sairaalaan palaavien osuuden pienentämisessä. Sairaalahoitajakson jälkeen ensimmäisten viikkojen aikana toteutunut avohoitokontakti pienentää merkittävästi riskiä sairaalahoidon uusiutumiselle.

Sotekuva -tietokanta (THL, n.d.) antaa tietoa muun muassa siitä kuinka usein vuodeosastojakso uusiutui 30 vuorokauden kuluessa kotiutuksesta. Vuonna 2023 tarkastellussa maakunnassa 22 % skitsofreniapotilaiden vuodeosastojakso uusiutui 30 päivän kuluessa kotiutuksesta. Kaksisuuntaisen mielialahäiriötä sairastavilla uusiutumisosuus oli 19,2 %. Oikea-aikaisilla ja tehokkailla toimilla voi vähentää sairaalajaksojen nopeaa uusiutumista. Mikäli potilas kotiutetaan osastolta, vaikka oireet eivät ole kokonaan poistuneet, voi riski uudelle sairaalahoitajaksolle kasvaa. Osastohoidossa kotiutuksen suunnittelussa muun muassa psykoedukaatio, hoidon tarpeen arvioinnit sekä kommunikaatio eri hoitotahojen välillä varmistavat potilaan hoidon hyvän laadun sekä voivat vähentää riskiä sairaalajakson nopealle uusiutumiselle. Kotiutuksen jälkeen tukipuhelut, oikea-aikaiset seurantatapaamiset, kotikäynnit ja vertaistuki sekä yhteistyö eri palvelujentarjoajien kanssa edistävät kotona pärjäämistä. (Vigod ym., 2013)

2.4 Mitä on tehostettu avohoito?

1970-luvulla kehitettiin näyttöön perustuva Assertive Community Treatment (ACT) -malli. Malli on käytössä myös länsimaissa. ACT-malli on kehitetty vakavaa ja pitkäaikaista psyykkistä sairautta sairastavien hoitomalliksi. ACT-kehitettiin asiakkaille, joilla on merkittäviä vaikeuksia itsenäisessä elämässä, monia palveluntarpeita, vaikeuksia sitoutua hoitoon sekä toistuvia psykiatrisia sairaalajaksoja. Mallin keskeisiä periaatteita on muun muassa monialainen henkilöstö, palveluiden integrointi, lääkityksen hallinta, nopea saavutettavuus, yksilölliset palvelut sekä ajallisesti rajattomat palvelut. ACT-mallissa työskentelee moniammatillinen tiimi, joka koostuu psykiatreista, sairaanhoitajista, sosiaalityöntekijöistä ja kuntoutusneuvojista sekä päihdetyöntekijöistä. ACT-tiimi tarjoaa intensiivistä tukea asiakkaalle sekä moniammatillisen osaamisen ansiosta moniammatillisia palveluita. Koko

ACT-tiimi on vastuussa potilaan hoidosta, joka edistää hoidon jatkuvuutta sekä vähentää työntekijöiden työuupumusta. Keskeistä mallissa on liikkuva moniammatillinen tiimi ja suurin osa ACT-tiimin kontakteissa tapahtuukin muualla kuin poliklinikalla tai toimistossa, esimerkiksi kotikäyneillä tai yhteisöissä. ACT-tiimin ensisijainen tavoite on varmistaa lääkkeiden oikeanmukainen ja tehokas käyttö. ACT-tiimi myös avustavat arkisissa toiminnoissa, työskentelevät perheiden kanssa sekä pyrkivät ennakoimaan asiakkaan ongelmia ja kriisejä. Yhdysvalloissa on tutkittu ACT-mallin tehokkuutta. Tutkimuksissa on havaittu, että hoitomalli ei kokoaikaa vähentänyt oireita ja parantanut elämän laatua, mutta oli kuitenkin tehokas hoitomalli muun muassa sairaalahoidon vähentämisessä sekä vaikeasti tavoitettavien asiakkaiden tavoittamisessa. Myös muissa maissa tehdyt tutkimukset osoittavat, että ACT-malli parantaa tehokkaasti palveluihin sitoutumista sekä hoitotytyväisyyttä. Joissakin maissa ACT-mallin on korvannut joustava ACT (FACT). FACT-hoitomallissa hoitoa tarjotaan laajemmalle asiakasryhmälle, joilla on vakava psykiatrinen sairaus. FACT yhdistää ACT:n sekä vähemmän intensiivisen palvelun periaatteet. FACT-hoitomallissa saman hoitotiimin on mahdollista muuttaa hoidon intensiteettiä. FACT-mallissa asiakas määrät ovat suurempia, joka voi vaikuttaa hoidon tehoon. (Bond ym., 2001, ss.141–144; Morrissey ym., 2013, ss. 303–311; Munch Nielsen ym., 2023, ss.695–701)

Alankomaissa on käytössä psykiatrisille potilaille intensiivinen kotihoito (IHT). IHT-mallissa pyritään minimoimaan sairaalahoidon. IHT-mallissa hoitoa tarjotaan kahdella tavalla. Hoitoa voi tarjota potilaan kotona, kunnes kriisi on ratkaistu tai IHT tarjoaa tukea sairaalasta kotiutumiseen. IHT hoito jatkuu keskimäärin kuusi viikkoa tai kunnes kriisi on ohitse. (Barakat ym., 2024) Barakat ym. (2024) selvittivät tutkimuksessa psykiatrisen kriisin jälkeen intensiivisen kotihoidon tehokkuutta verrattuna tavanomaiseen hoitoon. Tavanomaiseen hoitoon sisältyy yleensä pääsy psykiatriseen sairaalaan, jonka jälkeen matalan intensiteetin avohoito. Tutkimus toteutettiin Alankomaissa 18–65-vuotiaille, jotka kärsivät akuutista psykiatrisesta kriisistä. Tutkimukseen osallistui 198 henkilöä ja seuranta-aika oli 12 kuukautta. Tulosten perusteella yhteiskunnallisesta näkökulmasta erot kustannuksissa ja vaikutuksissa on pieniä, mutta IHT on todennäköisesti kustannustehokkaampi.

2.5 Aiemmat tutkimukset aiheesta

Psykiatrista avohoitoa on tehostettu Suomessa ja tehostetusta avohoidosta ja sen kehittämisestä on tehty ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä. Hannulan (2020, s. 2) opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin psykiatrian toimialueelle toimintamalli akuuttia hoitoa tarvitsevan potilaan hoidon järjestämiseksi. Toimintamalli kehitettiin psykoosien vastuualueelle. Hannula on työssään benchmarking -menetelmän avulla selvittänyt Suomessa käytössä olevia tehostetun avohoidon malleja.

Opinnäytetyön tuloksista käy ilmi, että tehostetun avohoidon toimintaa ei tunneta hyvin. Keinoiksi akuuttitoiminnan lisäämiseksi Hannula on löytänyt iltavastaanotot, vakioidut akuuttiajat, kotikäyntien lisääminen, kriisihoitoressin käyttö sekä kriisipuhelimen käyttöönotto. Näiden lisäksi ohjeistuksia ja toimintamalleja pitää selkeyttää sekä lisätä tietoisuutta tehostetun avohoidon tarjoamasta hoidosta.

Sulonen (2016) kehitti ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyössään akuutin sairastumisen ja sairauksien pahenemisvaiheiden sekä vaikeisiin elämäntilannekriiseihin toimintamallin Forssan aikuispsykiatrian avohoitoon. Opinnäytetyö kohdistui akuuttityöryhmään sekä tehostettuun avohoidon yksikköön. Sulonen havaitsi kehittämiskohteina muun muassa hoidon jatkuvuuden turvaamisen, yhteistyön lisäämisen sekä ennakoivan tuen tarjoamisen.

Satakunnassa kehitettiin psykiatrista avohoitoa (Saxén ym., 2014), jonka tavoitteena oli avohoidon kehittämisen lisäksi myös uudistaa toimintamalleja sekä vähentää laitospaikkoja. Kehittämisen myötä yksi Harjavallan akuuttiosasto muutettiin tehostettua avohoitoa tarjoavaksi poliklinikaksi. Tehostetun avohoidon toiminta-ajatuksena oli tarjota päivystyksellistä psykiatrista avohoitoa virka-ajan ulkopuolella sekä tarjota riittävän intensiivistä avohoitoa, kun osastohoito ei ole enää välttämätöntä. Näillä keinoilla pyrittiin vähentämään sairaalahoidon tarvetta. Tehostetun avohoidon palveluita ovat muun muassa yksilökäynnit, pari- ja perhetapaamiset, verkostotapaamiset sekä erilaiset ryhmät. Tehostetun avohoidon yksikkö on auki arkisin klo 8–20 ja viikonloppuisin klo 9–18. Virka-ajan ulkopuolella saapuvan potilaan vastaanottaa päivystävä lääkäri sekä tehostetun avohoidon sairaanhoitaja. Tulotilanteessa tehdään alustava hoitosuunnitelma, jota tarkennetaan seuraavana arkipäivänä moniammatillisessa työryhmässä. Tehostetun avohoito yksikön ensimmäisen vuoden toimintaa tarkasteltiin. Tarkastelussa selvisi, että potilaiden hoitoajat lyhenivät ja vaihtuvuus osastoilla lisääntyi, vaikka psykiatristen osastojen kuormitus pysyi kohtuullisena. Tehostetun avohoidon kanssa tiiviissä yhteistyössä toimivaan psykiatriseen avohoito-osastoon kohdistui muutoksessa suurin paine. Tavoitteet uudessa toimintamallissa oli toteutuneet hyvin. Tärkeässä osassa oli ollut päivystyspotilaiden arviointi tehostetun avohoidon yksikössä sekä tulotilanteessa avohoidon ensisijaisuuden painottaminen. Tehostetun avohoidon potilaiden päädiagnoosi oli masennustila. Ongelmana seurantatutkimuksessa oli pieni potilasmäärä sekä lyhyt seuranta-aika.

Psykiatrista hoitoa tulisi miettiä kokonaisuutena ja ymmärtää, että yhteen toimintoon vaikuttamalla voi aiheuttaa muutospainetta myös muilla hoidon osa-alueilla. Osastojaksojen lyhentymisen luo myös painetta ja tarvetta kehittää osastojaksojen sisältöä ja rakennetta. Satakunnassa esiintyi myös haasteita uuden toimintamallin käyttöönotossa. Uuden

toimintamallin käyttöönotto toi esille jännitteitä organisaatiossa. Valmistumisaikaa ei henkilökunnalla ollut, koska suunnittelu ja toteutus tapahtui melko nopeasti. Kehittämissuunnitelmana on tulevaisuudessa muun muassa lisätä kotikäyntejä. (Saxén ym., 2014)

Korkeila (2009) tutki artikkelissaan mikä on hyvä tapa järjestää psykiatrista avohoitoa. Tulosten tieteellinen arviointi, seurantajärjestelmien kehittäminen sekä rutiinimainen seuranta hoidon tuloksellisuudelle ovat edellytyksiä hyvän hoidon toteuttamiselle. Psykiatrisissa häiriöissä koordinoinnin tarpeet ovat erilaisia eri häiriöissä. Esimerkiksi masennustilojen hoidossa yhteistyötä tulisi kehittää perusterveydenhuollon kanssa, koska suurin osa potilaiden ensikohtaamisista tapahtuu perusterveydenhuollossa tai työterveyshuollossa. Psykoosien ja vaikeiden persoonallisuushäiriöiden onnistunut avohoito edellyttää hyvää yhteistyötä sairaalan kanssa. Palveluiden hajanaisuus on suuri riskitekijä hoidon jatkuvuuden kannalta. Palveluvalikoimassa tulee muistaa muun muassa oikeudenmukaisuus, häiriöiden vaikeusaste sekä hoitojen vaikuttavuuden arviointi. Onnistunut avohoito edellyttää potilaan leimaantumista vähentävää työtä, joka kohdistuu koko väestöön sekä terveydenhuollon ja julkisten sektorin toimintojen ja palveluiden integroimista.

3 Opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön aihe ehdotus tuli erään hyvinvointialueen kehittämispäälliköltä.

Opinnäytetyössä dokumentoidaan erään erikoissairaanhoidon psykiatrian poliklinikan tehostetun avohoidon kehittämisprosessia sekä luodaan alustava palvelukonseptin kuvaus tehostetun avohoidon palveluista. Opinnäytetyön tilaajana toimii hyvinvointialueen erikoissairaanhoidon yksikkö. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää erikoissairaanhoidon tehostettua avohoitoa vastaamaan paremmin palveluntarvetta. Tarkoituksena oli tehdä prosessikuvaus kehittämistyöstä sekä alustava palvelukonseptikuvaus psykiatrisen erikoissairaanhoidon tehostetun avohoidon palveluista.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset:

1. Mitä vaiheita psykiatrisen tehostetun avohoidon kehittämisprosessiin sisältyi?
2. Millainen on kehittämistyön tuloksena syntyneen psykiatrisen tehostetun avohoidon palvelukonsepti?

4 Opinnäytetyön toteutus

Hyvinvointialueen palvelustrategian (Hyvinvointialue X, n.d., ss.8, 16, 20, 28–29, 31, 34) mukaan tavoitteena on tuottaa lain edellyttämät palvelut laadukkaasti ja vaikuttavasti sekä parantaa palveluiden saatavuutta. Hyvinvointialueella hoito- ja palveluvaje näkyy erityisesti mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Hyvinvointialue kärsii myös henkilöstövajeesta, minkä vuoksi olemassa olevia resursseja on kohdennettava vaikuttavammin sekä toiminta- ja palvelumalleja on uudistettava. Hyvinvointialueen strategiassa tavoitteena on muun muassa monin eri tavoin lähelle saavutettavat palvelut, joissa huomioidaan sähköisten ja liikkuvien palveluiden sekä teknologian tuomat mahdollisuudet. Tavoitteena on myös palveluiden saumaton yhteistyö. Lisäksi vahvistetaan ennaltaehkäisyä ja matalan kynnyksen palveluita ja kehitetään sähköisiä mielenterveys- ja päihdepalveluita. Tärkeänä kehittämiskohteena on mielenterveys- ja päihdepotilaiden ennaltaehkäisevän työn kehittäminen. Lisäksi tärkeänä nähdään myös peruspalveluiden ja avohoidon ja -palveluiden vahvistaminen.

Tehostetun avohoidon kehittämisessä yhdistetään nykyinen intensiiviyöryhmän ja akuuttiryhmän toiminta. Tehostetun avohoidon toiminta on erikoissairaanhoidon sisäistä matalankynnyksen toimintaa, jonka toimintatapana on joustavuus, sujuvuus ja hoidon oikea-aikaisuus. Tehostetun avohoidon on tarkoitus tehostaa hoitoa sekä tukea asiakkaan arjen toimintakykyä. Tavoitteena on tarjota potilaalle oikea-aikaista hoitoa, reagoida nopeasti potilaan voimien heikentymiseen, tiivistämään avohoitoa sekä saada potilas nopeasti avun piiriin. Tehostetun avohoidon turvin potilas voi välttyä sairaalahoidolta tai potilaan sairaalahoitoaika voi mahdollisesti lyhentyä, kun potilas voi kotiutua tehostetun avohoidon tuella aiemmin. (Kokousmuistio, henkilökohtainen tiedonanto, 13.11.2023)

4.1 Menetelmät

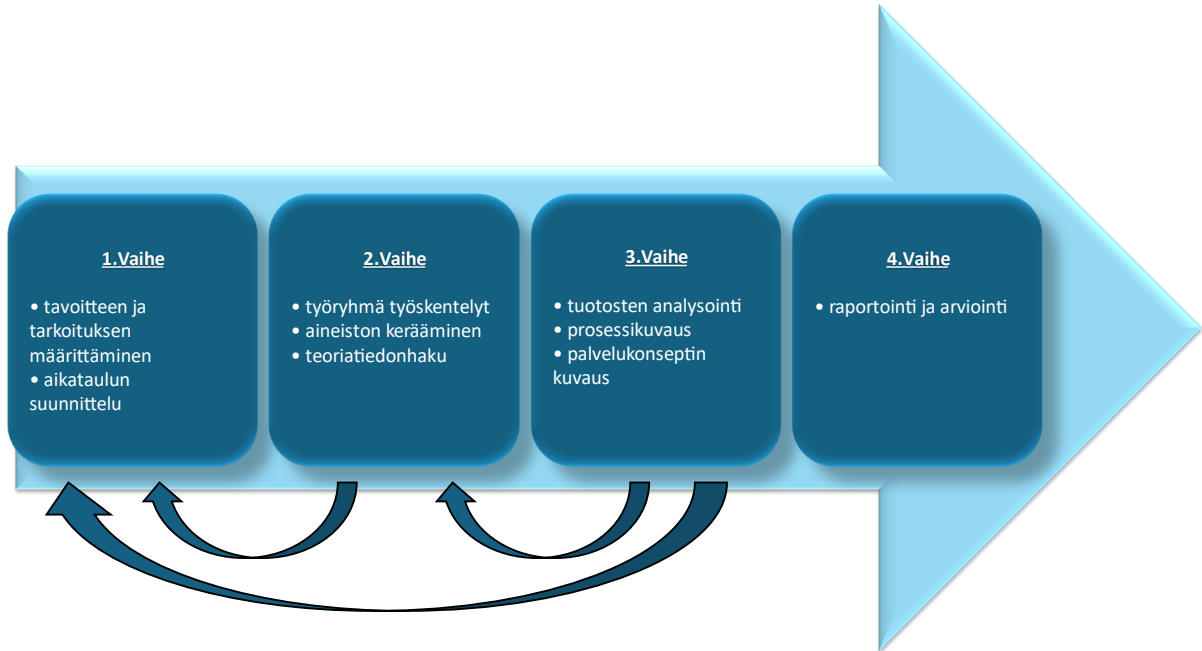
Opinnäytetyö on toimintatutkimuksellinen. Toimintatutkimuksessa tarkoituksena on tutkia todellisuutta ja pyrkiä sitä muuttamaan. Toimintatutkimuksen aineistot voivat olla monenlaisia ja aineistoa voi kerätä määrällisesti tai laadullisesti. (Jyrkämä, 2021) Toimintatutkimuksessa etsitään ratkaisuja ongelmiin ja se suuntautuu tyypillisesti käytäntöön. Usein tutkija toimii muutosprosessissa myös aktiivisena toimijana. (Kuula, 2006) Toimintatutkimuksen tavoite on tehdä muutos parempaan. Toimintatutkimuksen tuloksena syntyneitä malleja tai käytäntöä ei voi jatkaa ikuisesti, vaan malli on aina tilapäinen, kunnes kehitetään uusi parempi toimintamalli. Toimintatutkimuksen yksi tärkeä tuotos onkin myös luoda uudenlainen käytäntö, jossa entisiin toimintatapoihin suhtaudutaan kriittisesti ja reflektiivisesti. Tärkeää toimintatutkimuksessa on pyrkiä reflektiiviseen ajatteluun ja parantaa toimintaa sen avulla. (Heikkinen ym., 2023, s.24, 30) Toimintatutkimus etenee prosessinomaisesti ja keskeisessä

osassa on ihmisten osallistuminen ja osallistaminen (Jyrkämä, 2021). Toimintatutkimuksen prosessin etenemistä kuvataan usein spiraalina, jossa toiminta ja ajattelu liittyvät toisiinsa peräkkäisinä vaiheina. Nämä vaiheet sisältävät suunnittelua, toimintaa, havainnointia, reflektointia ja uudelleensuunnittelua. (Heikkinen ym., 2023, s.26) Toimintatutkimus alkaa ongelman tunnistamisesta ja havaitsemisesta, jonka jälkeen tehdään tutkimus- sekä muutossuunnitelma. Toteutus tehdään reflektoiden, havainnoiden ja arvioiden. Näiden pohjalta suunnitelmaa muutetaan ja tarkennetaan, jonka jälkeen jälleen toteutetaan, seurataan ja arvioidaan uudelleen. Prosessi jatkuu, kunnes tavoiteltu muutos on saavutettu tai todetaan, että tavoiteltavaa muutosta ei ole mahdollista saavuttaa. (Jyrkämä, 2021) Toteutus perustuu interventioon eli muutospyrkimykseen. Interventiolla tarkoitetaan, että jokin asia tehdään eri tavalla kuin aiemmin sekä se auttaa näkemään asiat toisin. Toimintatutkimuksessa muutosinterventiolla on kaksi tehtävää, muuttaa käytäntöjä sekä tuottaa uutta tietoa käytäntöjen muuttamisen avulla. Tutkimusaineiston analysoinnin ja tulkintojen muodostumisen perustana toimii reflektiovaihe. Hyvä olisi, jos analysointiin osallistuisi kaikki tutkimukseen osallistuneet, koska silloin toiminnan kehittämiseen liittyisi vahvasti demokraattinen prosessi. Reflektiovaiheessa pitää tutkia myös kuinka käytetyt tutkimusmenetelmät auttavat vastaamaan tutkimuskysymyksiin sekä tarkastella tutkimuksen myötä kehittyntä toimintaa. Toimintatutkimus prosessi on kokonaisuus, vaikka se esitetäänkin syklisesti etenevien vaiheiden avulla. Vaiheita ei kuitenkaan aina voi selkeästi erottaa toisistaan, eikä vaiheet aina etene kuvatussa järjestyksessä. Tutkija voi joutua myös peruuttamaan syklisen sisällä tai välissä. Toimintatutkimukseen kuuluu myös itsekriittisyys sekä itseäänkorjaavuus, joten toimintatutkimus ei ole koskaan lopullisesti valmis. (Heikkinen ym., 2023, ss. 28–29, 124, 128, 130–131, 133–134)

Opinnäytetyön tekeminen alkoi yhteydenotolla organisaatioon, josta ehdotettiin opinnäytetyön aihetta. Opinnäytetyön eteneminen on havainnollistettu kuvalla 1. Opinnäytetyön tekijä osallistui ohjausryhmän tapaamiseen, jonka jälkeen opinnäytetyön aihe sekä aikataulu tarkentui. Opinnäytetyön tekeminen jatkui aineiston keräämisellä ja teorian tiedon hakemisella. Opinnäytetyön tekijä osallistui ohjausryhmän tapaamisiin sekä työpajoihin, kick off -tilaisuuteen sekä kehittämispäivään. Opinnäytetyön aihe ja aiheen rajaus sekä opinnäytetyön tarkoitus tarkentui prosessin etenemisen myötä. Kolmannessa vaiheessa analysoitiin kehittämisprosessissa kerättyä aineistoa. Kehittämisprosessi kuvattu ja analysoidun aineiston sekä teorian tiedon perusteella kuvattu tulevaisuuden mahdollista tehostetun avohoidon palvelukonseptia. Palvelukonseptin kuvauksessa hyödynnettiin ohjausryhmää, jolta pyydettiin palautetta kuvauksesta, jonka jälkeen kuvausta muutettiin palautteen perusteella. Neljännessä vaiheessa viimeistelty kirjallinen raportti sekä arvioitu valmis opinnäytetyö. Jokaisessa vaiheessa toimintaa arvioitiin ja reflektointia, joiden pohjalta toiminnan jatkumista tarkennettiin ja tarvittaessa muutettiin. Toimintatutkimuksen mukaisesti

kehittämisen etenemisessä palattiin tarvittaessa myös vaiheissa taaksepäin, muun muassa aikataulutuksen ja toiminnan tavoitteen uudelleen arvioimiseksi.

Kuva 1 Opinnäytetyöprosessin eteneminen



4.2 Aineistonhankinta

Toimintatutkimuksessa sovelletaan sekä laadullisen että määrällisen tutkimuksen tiedonhankintamuotoja. Laadullisia ja määrällisiä aineistoja joko yhdistetään tai käytetään rinnakkain, jolloin puhutaan monimenetelmällisestä lähestymistavasta (mixed methods). Toimintatutkimus ei ole perinteinen tutkimusmenetelmä, vaan sillä on laajempi lähestymistapa. Toimintatutkimus on tutkimusstrategia, jossa korostuu käytännöllisyyden ja tieteellisyyden yhdistäminen. (Heikkinen ym., 2023, ss.35–36)

Erään hyvinvointialueen tehostetun avohoidon kehittämisprosessi koostui ohjausryhmän tapaamisista, alatyöryhmien tapaamisista sekä henkilökunnan työpajoista, joissa sovellettiin Learning cafe -menetelmää. Lisäksi tehostetun avohoidon työntekijöille järjestettiin Kick Off -tilaisuus sekä kehittämispäivä. Learning cafe -menetelmä koostuu keskustelusta ja tiedon jakamisesta ja luomisesta. Menetelmän tarkoituksena on ideoida ja oppia. Menetelmän tärkein osa on keskustelu. Tavoitteena on löytää yhteisymmärrys sekä selittää omia näkemyksiä. Lähtökohtana on jokin teema tai kysymys, johon ryhmässä etsitään ratkaisua. Learning cafe -menetelmässä osallistujat jaetaan pieniin ryhmiin. Tilassa on pöytiä, joissa on eri kysymyksiä tai teemoja, joihin halutaan vastauksia tai näkökulmia ja ideoita. Kysymykset

ja teemat voi miettiä etukäteen valmiiksi. Jokaisessa pöydässä on oma puheenjohtaja. Jokainen pienryhmä käy vuorotellen jokaisessa pöydässä. Puheenjohtaja kertoo lyhyesti aiemman pienryhmän ajatukset ja tämän jälkeen keskustelu pöydässä jatkuu noin 15–30 minuuttia. Lopuksi puheenjohtajat kertovat kaikille osallistujille teeman tai kysymyksen lopputulokset. (Innokylä, n.d.) Tehostetun avohoidon kehittämissprosessissa sovellettiin Learning cafe -menetelmää siltä osin, että tapaamisessa keskeisenä asiana oli keskustelu ja ajatustenvaihto sekä yhteisen näkemyksen löytäminen. Työpajoja järjestettiin kolme ja aiheet suunniteltiin etukäteen ohjausryhmässä. Learning cafe -työpajat järjestettiin keväällä ja syksyllä 2024. Työpajoihin osallistuivat nykyisen tehostetun avohoidon eli akuuttityöryhmän sekä intensiivityöryhmän työntekijät sekä lisäksi ohjausryhmään kuuluvat henkilöt. Lisäksi keväällä 2024 järjestettiin tehostetun avohoidon kehittämispäivä.

Ohjausryhmälle sekä työpajaan ja kehittämispäivään osallistuville henkilöille kerrottiin suullisesti opinnäytetyön tekemisestä ja sen tavoitteesta ja tarkoituksesta. Opinnäytetyö prosessiin osallistuminen on vapaaehtoista. Opinnäytetyöhön haettiin tutkimuslupaa, joka koski työpajojen sekä kehittämispäivän tuotoksia. Opinnäytetyön aineistot muodostuivat työpajojen sekä kehittämispäivän kirjallisista tuotoksista, joita ryhmät tuottivat. Lisäksi opinnäytetyön tekijä osallistui ohjausryhmän tapaamisiin, jonka muistiinpanoja hyödynnettiin kehittämisen prosessikuvauksessa sekä palvelukonseptin luomisessa.

4.3 Aineiston analyysi

Opinnäytetyön aineisto koostui ohjausryhmän tapaamisista, sovelletun Learning cafe -menetelmän työpajoista sekä Kick Off -tilaisuudesta ja kehittämispäivästä. Aineistot analysoitiin sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysi voi olla aineistolähtöinen, teorialähtöinen tai teoriaohjaava sisällönanalyysi. Opinnäytetyössä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysiä, jossa tavoitteena on luoda teoreettinen kokonaisuus tutkimusaineistosta. (Tuomi & Sarajärvi, 2024, s.108) Sisällönanalyysin eteneminen on havainnollistettu Taulukossa 1.

Sisällönanalyysin menetelmällä voidaan analysoida hyvinkin erilaisia dokumentteja systemaattisesti sekä objektiivisesti. Dokumentti voi olla lähes mikä tahansa kirjallisessa muodossa oleva materiaali. Menetelmällä pyritään saamaan tiivistetty ja yleisessä muodossa oleva sanallinen kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi, 2024, ss.117, 119) Sisällönanalyysin tarkoitus on löytää aineiston olennainen sisältö, samalla ottaen huomioon tutkimuksen tavoitteet. Sisällönanalyysin avulla aineisto tiivistetään ja järjestetään selkeään muotoon. Pelkistämisen avulla aineiston informaatioarvo lisääntyy. Ilman pelkistämistä ja tiivistämistä aineisto on hajanaista. Aineiston analysoinnin jälkeen tulokset tulkitaan ja selitetään. Tuloksista laaditaan synteesejä, jotka kokoavat yhteen pääasiat ja auttavat

vastaamaan asetettuihin tutkimuskysymyksiin. (Juuti & Puusa, 2020, Laadullisen aineiston analysointi -luku)

Taulukko 1. Esimerkki analyysin etenemisestä

<u>Alkuperäinen ilmaus</u>	<u>Pelkistys</u>	<u>Alaluokka</u>	<u>Pääluokka</u>
”Osastolta pitäisi ottaa intensiiviyöryhmä heti potilaan tueksi”	Osastoyhteistyö	Yhteistyön ja tiedonjaon parantaminen, myös potilaan suuntaan	Yhteistyön ja tiedonjaon lisääminen
”Lounge / avoin ”olohuone”, johon voi mennä matalalla kynnyksellä tarvittaessa + mahdollisuus soittaa +chatti”	Matalan kynnyksen palvelut	Tulevaisuuden palveluvalikoima	Tulevaisuuden palvelut
”Perheen näkökulma/perhe mukaan lääkärin tapaamiseen”	Perhetyö	Perheiden huomioiminen	Perhetyön lisääminen
”Kontakti myös mahd. illalla intensiiviyöryhmästä. KASVOT”	Iltakontaktointi	Nopea avun saaminen ja hoidon aloitus	Palveluiden saatavuuden parantaminen

4.4 Kehittämiskohteen kuvaus

Opinnäytetyön tilaajaorganisaatio kuuluu hyvinvointialueeseen, johon kuuluu 11 kuntaa. Hyvinvointialueella on yksi laajan palvelun keskussairaala ja lisäksi neljä erikoistason polikliinisiä palveluita tarjoavaa sairaalaa sekä noin 20 perusterveydenhuollon toimipistettä. Hyvinvointialueen palveluverkkoselvityksen mukaan mielenterveyspalveluiden tarve kasvaa, jonka vuoksi palveluita ja toimintamalleja on kehitettävä vaikuttavaksi ja kustannustehokkaiksi. (Hyvinvointialue X, 2023)

Hyvinvointialueella toimii erikoissairaanhoidon psykiatrian poliklinikan alaisuudessa tehostetun avohoidon yksikkö. Tehostetun avohoidon yksikköön kuuluu akuuttiryhmä sekä

intensiiviyöryhmä. Hyvinvointialueen (Hyvinvointialue X, 2023) palveluverkkoselvityksestä käy ilmi, että vuonna 2022 asiakaskäyntejä akuuttiryhmällä ja intensiiviryhmällä oli yhteensä noin 4000. Akuuttiryhmä koostuu sairaanhoitajista ja lääkäristä. Akuuttiryhmä vastaa päivystys- ja kiireellisellä (1–7 vuorokautta) läheteellä saapuvien hoidon tarpeen arvioinnista ja akuuttihoidosta. Potilaat voivat ohjautua akuuttiryhmän palveluihin päivystyksestä, terveysasemalta, työterveydestä, opiskelijaterveydenhuollosta tai yksityiseltä. Akuuttiryhmässä suunniteltu hoitoaika on noin 3 kuukautta. Akuuttiryhmän palveluita ovat keskusteluavun lisäksi tarvittaessa hoitoneuvottelut ja verkostotapaamiset. Potilaan hoidon päätyttyä akuuttiryhmässä potilaan jatkohoito voi olla esimerkiksi psykiatrian osastohoito, psykiatrian poliklinikka, perusterveydenhuolto tai työterveyshuolto. Akuuttiryhmä toimii arkisin kello 8–16. (Hyvinvointialue X, henkilökohtainen tiedonanto, n.d.)

Intensiiviryhmä koostuu sairaanhoitajista ja lähihoitajista. Omaa lääkäriä tällä hetkellä intensiiviryhmällä ei ole vaan potilaan lääkärivastuu on joko osaston- tai avohoidon lääkärillä. Potilas voi saapua intensiiviryhmän jatkohoitoon osastolta, jos potilas tarvitsee esimerkiksi portaittaista kotiutumista tai tehostettua tukea kotiutumiseen. Potilaat voivat ohjautua intensiiviryhmään myös psykiatrian poliklinikalta, jos potilaan vointi vaatii hoidon tiivistystä avohoidossa. Hoidon tiivistämisellä pyritään ehkäisemään mahdollinen sairaalahoitajakso. Intensiiviryhmän työntekijä tekee sairaalan päivystyspoliklinikalla tarvittaessa psykiatrisia hoidon tarpeen arvioita. Intensiiviryhmän palvelut ovat laaja-alaisia. Palveluihin kuuluvat muun muassa yksilövastaanotot, tukipuhelut, kotikäynnit, ryhmätoiminta ja yhteistyö osastojen sekä poliklinikan kanssa. Intensiiviryhmän työaika on arkisin klo 8–21 ja viikonloppuisin 14–21. (Hyvinvointialue X, henkilökohtainen tiedonanto, n.d.)

Tehostetun avohoidon kehittämisprosessin taustalla on vuonna 2017 valmistunut uuden sairaalan hankesuunnitelma. Uuden sairaalan on tarkoitus palvella asiakkaista entistä paremmin, parantaa toiminnan tuottavuutta sekä vähentää nykyisen keskussairaalan ylläpidosta aiheutuvia kuluja. Uusilla toimintamalleilla mahdollistetaan asiakkaiden saumattomat palveluketjut ja henkilökunnan tiivis yhteistyö perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon sekä sosiaalityön sekä eri erikoisalojen ja palveluntuottajien välillä. (Sairaalan hankesuunnitelma, henkilökohtainen tiedonanto, 21.2.2024)

Uuden sairaalan hankesuunnitelmassa (henkilökohtainen tiedonanto, 21.2.2024) todetaan, että erikoissairaanhoidon avopalveluita on tulevaisuudessa saatavilla laajemmin seudullisesti ja osa palveluista on sähköisiä palveluita. Erikoissairaanhoidon palvelurakennetta kehittäessä tulee palvelurakennetta tarkastella ensisijaisesti asiakasryhmien kautta, jossa on

otettava huomioon hoidon saavutettavuus, saatavuus, hoitotulokset sekä hoitotasapaino ja hoidon aiheuttamat kustannukset. Näiden lisäksi on myös huomioitava hoidon jatkuvuus sekä asiakaslähtöisyys. Tärkeää on myös, että kehittäminen tehdään yhteistyössä perusterveydenhuollon kanssa.

Sairaalahankkeen toiminnallinen suunnittelu käynnistyi vuonna 2016. Vuonna 2018 yhteistyö laajeni erityisvastuualueetasolle, jolloin myös siirryttiin toiminnallisen yhteistyön valmisteluun. Yhteistyö mahdollistaa uudelle sairaalle useita toteuttamismuotoja sekä vahvistaa sairaalan korkeaa käyttöastetta sekä asiakaspohjaa. Uuden sairaalahankkeen suunnittelun periaatteita ovat muun muassa tuottavuuden, tehokkuuden ja vaikuttavuuden parantaminen sekä hoidon laadun ja potilasturvallisuuden parantaminen. Lisäksi periaatteena on myös vahvistaa avohoitoa ja vähentää sairaansijoja sekä resurssien joustava yhteiskäyttö. Sairaalahankkeen tavoitteena on muun muassa tuottavuuden kasvu, jota tavoitellaan uudistamalla toimintaprosesseja sekä parantamalla hoidon vaikuttavuutta. Tähän keinoina on kirjattu muun muassa sähköisen asioinnin ja kotiin vietävien palveluiden lisääminen sekä sähköisten palveluiden hyödyntäminen. (Sairaalan hankesuunnitelma, henkilökohtainen tiedonanto, 21.2.2024)

Sairaalan hankesuunnitelmassa (henkilökohtainen tiedonanto, 21.2.2024) on arvioitu toiminnan kustannustavoitteita. Tavoitteeksi on asetettu, että erikoissairaanhoidon vastaanottokäynneistä noin 40 % korvataan sähköisillä yhteydenottotavoilla ja -kontakteilla. Vertailuvuotena tässä on 2017. Psykiatristen palveluiden osalta tavoitellaan noin enintään 1 miljoonan säästöjä. Psykiatrialla säästöjä tavoitellaan vähentämällä vuodepaikkoja 20 % ja nostamalla käyttöaste 90 %:iin. Lisäksi tavoitellaan hoitopäivien vähenemistä 5 %:lla. Hankesuunnitelma sisältää myös psykiatrian uusien toimintamallien on suunnittelun. Keskeiset psykiatrian toiminnalliset muutokset ovat tehostetun avohoidon yksikkö sekä pakkokeinojen vähentäminen osastohoidossa. Suunnitelman mukaan sähköisen asioinnin lisääntymisen myötä fyysiset vastaanottokäynnit tulevat vähentymään poliklinikoilla. Poliklinikan suunniteltu aukioloaika olisi 10 tuntia arkipäivisin. Potilaiden tarpeisiin vastataan paremmin lisäämällä ryhmämuotoisia hoitoja. Tehostetun avohoidon toimintaa ja aukioloaikaa laajennetaan. Yksikkö toimisi 10–12 tuntia kaikkina viikonpäivinä. Tehostettu avohoito tehostaa ja monipuolistaa avohoitoa ja toimii sairaalan ja avohoidon välissä. Yksikön palveluihin kuuluvat kotiin vietävät palvelut, päiväpoliikkatoiminta, ryhmätoiminta sekä erilaiset sähköiset palvelut. Palveluiden avulla myös potilaiden yhteydenotot päivystykseen vähenevät. Lisäksi tehostetun avohoidon hoitaja tapaa tarvittaessa päivystykseen tulleita psykiatrisia potilaita.

Palveluiden suunnittelussa ja toteutuksessa keskeisessä asemassa on henkilöstöresurssien tarkoituksenmukainen käyttö ja mitoittaminen sekä osaava henkilöstö. Erityistä huomiota on

kiinnitettävä perehdytykseen sekä täydenniskoulutukseen. Laadukas ja tuottava toiminta tarvitsee osaavaa ja sitoutunutta henkilöstöä. Sairaalahankkeen myötä tehostuvat potilaan palveluprosessit, vuodeosastopaikkojen käyttö sekä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyö. (Sairaalan hankesuunnitelma, henkilökohtainen tiedonanto, 21.2.2024)

5 Opinnäytetyön tulokset

Tehostetun avohoidon kehittämisestä oli mainittu jo vuoden 2017 uuden sairaalan hankesuunnitelmassa. Uuden sairaalan arvioitu valmistuminen on vuonna 2026. Tehostetun avohoidon kehittäminen liittyi uuden sairaalan psykiatrian avotoimintojen kehittämisen kokonaisuuteen. Ohjausryhmän määritelmän mukaan tehostetun avohoidon kehittämisprosessin tavoitteena oli kuvata nykytilanne sekä pohtia ja tarkastella toiminnan missiota ja visiota sekä potilassegmenttiä. Toiminnan suunnittelussa oli otettava huomioon uuden sairaalan tilat ja sen tuomat mahdollisuudet, lisäksi oli pohdittava henkilökuntamäärää sekä aukioloaika ja uudelleen arvioitava prosesseja. Tavoitteena oli myös luoda kuvaus uudesta tehostetun avohoidon toimintamallista. (Kokousmuistio, henkilökohtainen tiedonanto, 13.5.2024) Opinnäytetyön tuotoksena syntyi tehostetun avohoidon kehittämistyön prosessikuvaus sekä alustava palvelukonseptikuvaus.

5.1 Tehostetun avohoidon kehittämisen prosessikuvaus

Toikko & Rantasen (2009, ss. 56–62) mukaan kehittäminen vaatii perusteluja, kerrotaan mitä kehitetään ja miksi. Toteutuksen kannalta on hyvä, että tavoite perustellaan mahdollisimman konkreettisesti. Perusteluissa päädytään kysymyksiin, kuinka tavoitteisiin vastataan ja mitä tehdään. Kehittäminen vaatii myös toiminnan organisointia, missä määritellään, kuka tekee mitä ja millä resursseilla sekä suunnitellaan ja valmistellaan toteutusta. Organisoinnissa tavoitteet on hyväksytty ja virallistettu. Kehittämistoiminnalle voidaan muodostaa ohjausryhmä, joka koostuu kehittämisen kannalta olennaisista tahoista. Ohjausryhmässä kehittämistoiminnan erilaiset intressit kohtaavat ja niitä voidaan jäsentää. Kehittäminen edellyttää kehittävää toimintaa eli toteutusta. Toteutus koostuu ideoinnista, priorisoinnista, kokeiluista ja mallintamisesta. Lähtökohtana on, kuinka asetettu tavoite saavutetaan. Kehittämistoiminta on konkreettista tekemistä mutta myös pohtivaa ja analysoivaa. Kehittämisprosessiin kuuluu olennaisesti myös toiminnan arviointi, jonka tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla prosessia voi ohjata. Arvioinnin tehtävä on myös tuottaa tietoa kehitettävästä asiasta.

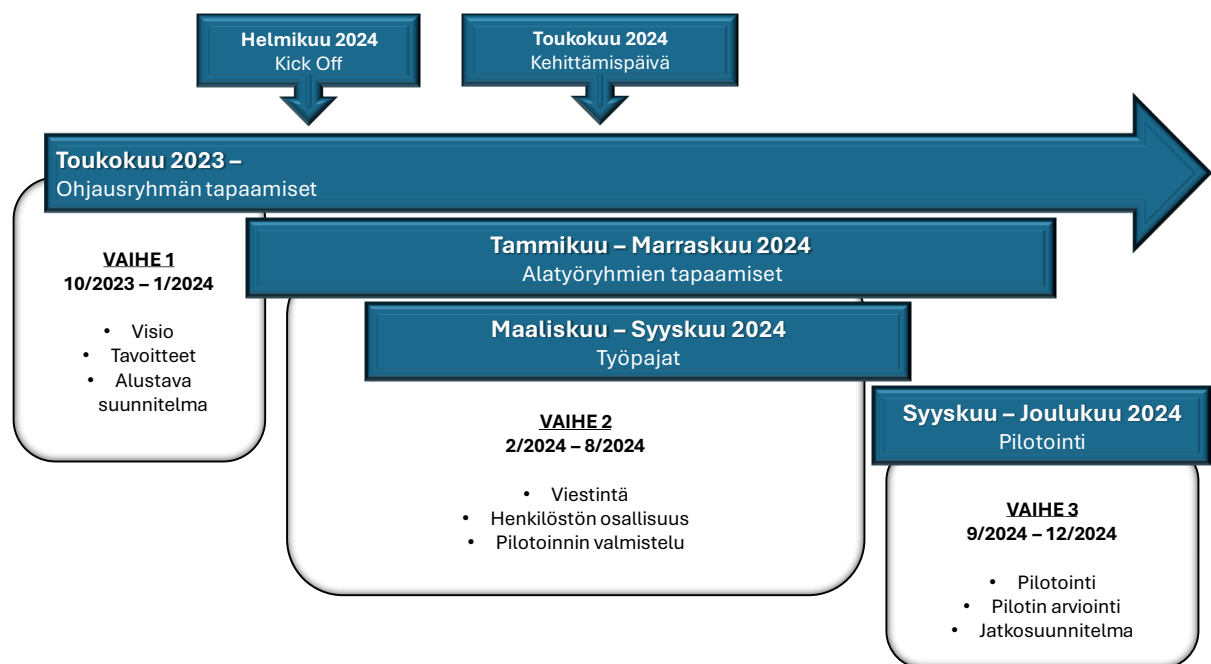
Tehostetun avohoidon kehittämisprosessi käynnistyi toukokuussa 2023 ohjausryhmän tapaamisella. Kehittämisprosessi alkoi ongelman tunnistamisella ja kehittämisprosessin tarkoituksen määrittelyllä. Kehittäminen jaettiin kolmeen vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa määriteltiin ja tarkennettiin kehittämisprosessin tavoitteet ja tarkoitus sekä suunniteltiin kehittämisprosessin kulku ja aikataulu. Ensimmäiseen vaiheeseen osallistuivat ohjausryhmään kuuluvat henkilöt, jotka suunnittelivat kehittämisprosessin toteuttamisen. Toiseen vaiheeseen sisältyi viestintä, henkilöstön osallisuus sekä pilotoinnin valmistelu. Toiseen vaiheeseen kuului myös työntekijöiden innostaminen sekä osallistaminen kehittämisprosessiin. Toisessa vaiheessa kartoitettiin toiminnan nykytila ja siinä olevat haasteet, mahdollisuudet ja kehittämiskohteet. Viimeiseen vaiheeseen kuului pilotointi ja sen arviointi sekä jatkosuunnitelman tekeminen. Pilotointi tuo mahdollisesti hyviä havaintoja ja kerättyä tietoa toiminnasta, joiden pohjalta kehittämisprosessi jatkuu päivitettyllä kehittämissuunnitelmalla.

Tehostetun avohoidon kehittämisprosessi koostui säännöllisistä ohjausryhmän ja alatyöryhmien tapaamisista. Ohjausryhmä ohjasi ja seurasi kehittämistyön etenemistä. Tehostetun avohoidon henkilöstölle järjestettiin kolme työpajaa kevään ja syksyn 2024 aikana. Työpajoissa sovellettiin Learning cafe -menetelmää. Työpajoihin osallistui ohjausryhmä, tehostetun avohoidon työntekijät, psykiatri sekä toimintaterapeutti. Lisäksi kokemusasiantuntija osallistui osaan työpajoista. Työpajaan osallistujat jaettiin kahteen ryhmään, niin että kummassakin ryhmässä on työntekijöitä sekä intensiivi- että akuuttityöryhmästä. Kokemusasiantuntija osallistui molempien ryhmien työskentelyyn. Lisäksi järjestettiin ”Kick Off” -tilaisuus helmikuussa 2024 sekä tehostetun avohoidon kehittämispäivä toukokuussa 2024. Kehittämisprosessin aikana tehostetun avohoidon työntekijät tutustuivat myös muiden kaupunkien tehostettuun avohoitoon, joko paikan päällä käyden tai kaupungin/hyvinvointialueen tehostetun avohoidon työntekijän kertomana. Tehostetun avohoidon esihenkilöt keskustelivat myös psykiatrian osastojen esihenkilöiden kanssa tehostetun avohoidon kehittämisestä, tarpeesta ja suunnitelmasta. Opinnäytetyön tekijä kuului ohjausryhmään, johon osallistui marraskuusta 2023 lähtien sekä opinnäytetyön tekijä osallistui myös työpajoihin sekä kehittämispäivään. Opinnäytetyön ulkopuolelle rajattiin pilotoinnin toteutus, joten opinnäytetyön tekijä ei osallistunut syyskuun 2024 jälkeen kehittämisprosessin tapaamisiin.

Toikko & Rantasen (2009, ss. 64, 66–67) mukaan kehittämisprosessia voi tarkastella neljän erilaisen mallin avulla: lineaarinen malli, spiraalimalli, tasomalli sekä spagettimainen prosessi. Linearisessa mallissa prosessin etenemistä voi kuvata yksinkertaisimmillaan neljän vaiheen avulla: tavoitteen määrittely, suunnittelu, toteutus sekä päättäminen ja arviointi. Toimintatutkimuksessa kehittämisprosessia kuvataan usein spiraalimaisena

prosessina. Spiraalimallissa eteneminen hahmotetaan jatkuvana syklinä ja kehittämistoiminta on jatkuva prosessi. Spiraalimalli sisältää useita peräkkäisiä kehiä. Kehissä suunnitteluvaihetta seuraa toiminta, havainnointi ja reflektointi. Edellä olevassa kuvassa 2 on havainnollistanut tehostetun avohoidon kehittämisprosessia lineaarisen mallin avulla. Tehostetun avohoidon kehittämisprosessissa spiraalimallin kehät ovat ohjausryhmän alkutyöskentely, toisena kehänä henkilöstön osallistaminen työpajojen, kehittämispäivän sekä alatyöryhmien avulla ja kolmantena vaiheena on pilotointi. Pilotoinnin jälkeen kehittämisprosessi vielä jatkuu pilotoinnin arvioinnilla ja sen perusteella uudella jatko- ja kehittämissuunnitelmalla.

Kuva 2 Tehostetun avohoidon kehittämisprosessi



5.1.1 Ohjausryhmä ja alatyöryhmät

Ohjausryhmä koostui psykiatrian poliklinikan esihenkilöistä, psykologista ja psykiatreista sekä hyvinvointialueen kehittämispäälliköstä ja erikoissairaanhoidon psykiatrian erikoisalan johtajista. Lisäksi tapaamisiin osallistui kokemusasiantuntija. Ohjausryhmä kokoontui toukokuun 2023 ja syyskuun 2024 välisellä ajalla noin kuuden viikon välein, yhteensä 10 kertaa. Ohjausryhmän tarkoitus oli muun muassa visioida tehostetun avohoidon tulevaisuutta ja toimintaa sekä asettaa alatyöryhmille tavoitteita, joita käsittelevät määritellyjen teemojen ja kysymysten avulla. Ohjausryhmä suunnitteli ja loi aikataulun kehittämisprosessille.

Esihenkilöt olivat tehneet taustatyötä keräämällä tietoa yksiköiden nykytilanteesta. Lisäksi esihenkilöt olivat benchmarking -menetelmän avulla tarkastelleet neljän kaupungin psykiatrisen tehostetun avohoidon järjestämistä ja toimintaa. Benchmarking paikoiksi valikoituivat sellaiset kaupungit, joissa oli tehty hiljattain samansuuntaisia muutoksia ja joiden organisaatio oli verrattavissa tähän organisaatioon. Ensimmäisissä ohjausryhmän tapaamisissa määriteltiin tehostetun avohoidon tulevaisuutta perustehtävän, tarpeen, laadun ja luotettavuuden osalta. Lisäksi pohdittu kriittisiä menestystekijöitä. Ohjausryhmässä tarkennettu tehostetun avohoidon perustehtävää sekä tarvetta ja kriittisiä menestystekijöitä. Ohjausryhmä asetti tehostetun avohoidon tavoitteeksi hoidon tehostamisen ja arjen toimintakyvyn tukemisen avohoidon keinoin erikoissairaanhoidossa. Toiminta on ennaltaehkäisevää avohoidon tiivistämistä, jotta potilas välttäisi mahdollisen sairaalahoitojakson. Tavoitteena on myös lyhentää sairaalahoitokasjoja, kun potilas voi kotiutua aiemmin vahvalla avohoidon tuella. Tehostetun avohoidon perustehtävä on tarjota laadukasta hoitoa erikoissairaanhoidon potilaille. Hoidon tarpeen arviointi ja hoitoon pääsy on nopeaa, joustavaa ja luotettavaa. Toiminta on erikoissairaanhoidon sisäistä matalan kynnyksen toimintaa, johon on helppo ohjata potilas. Lisäksi tehtävänä on erikoissairaanhoidon konsultointi perusterveydenhuollolle. (Kokousmuistio, henkilökohtainen tiedonanto, 13.5.2024)

Ohjausryhmä määritteli, että tehostetun avohoidon tarve ja tarkoitus on tarjota potilaille helposti ja joustavasti psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidon palveluita tilanteissa, joissa kiireettömät erikoissairaanhoidon palvelut eivät ole riittävät. Tehostetun avohoidon luotettavuus koostuu seuraavista tekijöistä: toistettavissa olevat ja kriteereihin perustuva hoito, Käypä-hoitosuositukset, tutkittuun menetelmiin perustuva hoito sekä jatkuva kehittäminen, tiedolla johtaminen, laatujärjestelmien käyttö, tasa-arvoisuus, potilasturvallisuus ja asiakaskokemus sekä hyvä palveluasenne. Tehostetun avohoidon palveluiden laatuun liittyy seuraavat tekijät: hoidon tarpeen arviointikeinot sekä hoidon tarve määritelty, oikea-aikaisuus, potilaslähtöisyys ja potilaan kunnioittaminen, henkilöstön ammattitaito, tasalaatuisuus, monitasoinen yhteistyö, näyttöön perustuva hoito sekä suunniteltu hoitoprosessi. Kriittiset menestystekijät on jaoteltu neljään kategoriaan: henkilöstö, organisaatio, edellytykset sekä asiakas/prosessit. Henkilöstön kriittisiin menestystekijöihin kuuluu tahto sekä kehittämiskykyisyys ja -myönteisyys, rohkeus ja tahtotila toisenlaiseen työotteeseen ja muutokseen. Organisaation kategoriaan kuuluu johtaminen, rekrytointi, resurssien uudelleen muokkaaminen sekä yhteistyön toimivuus eri tasojen kanssa. Edellytyksiin kuuluu riittävät moniammatilliset resurssit, rahoitus ja arvot käytännössä sekä joustava yhteistyö ja yhteinen visio psykiatrian osastojen ja avohoidon välillä. Asiakas/prosessit kategoriaan on määritelty, että hoitokeinot sekä tarve kohtaavat,

joista tulee suora hyöty potilaalle sekä hoitoprosessi on suunniteltu ja hoidon tavoitteet määriteltä. (Kokousmuistio, henkilökohtainen tiedonanto, 13.5.2024)

Ohjausryhmä seurasi alatyöryhmien etenemistä sekä suunnitteli alatyöryhmien seuraavat aiheet, teemat ja tehtävät. Esihenkilöt toivat ohjausryhmään keskusteltavaksi alatyöryhmien tuotokset, ajatukset ja ideat. Ohjausryhmä suunnitteli tehostetun avohoidon henkilöstölle ”Kick Off” -tilaisuuden, joka järjestettiin helmikuussa 2024. Kick Off -tilaisuuden tarkoituksena oli luoda yhteinen käsitys kehittämisprosessin tavoitteista ja tarkoituksesta sekä sen toteutuksesta. Tilaisuuden tavoitteena oli myös innostaa ja motivoida työntekijöitä mukaan kehittämisprosessiin. Tilaisuuteen osallistui myös psykiatrian osastojen esihenkilöitä sekä kokemusasiantuntija. Vahvana viestinä henkilöstölle annettiin, että heidän osallisuuttansa kehittämisessä ja toiminnan suunnittelussa odotetaan. Tarkoituksena ei ole, että esihenkilöt tai ohjausryhmä antavat valmiit vastaukset kaikkiin kysymyksiin. Tilaisuuden alussa osallistujat saivat paperin, jossa oli kohdat: odotukset, huolet, vahvuudet ja ideat jatkotyöskentelyyn. Tarkoituksena oli, että tilaisuuden aikana työntekijät voivat nimettömästi kirjoittaa mitä ajatuksia muutos ja kehittäminen herättää. Paperit kerättiin tilaisuuden jälkeen pois ja niissä olleita asioita käsiteltiin myöhemmin ohjausryhmässä sekä hyödynnettiin jatkotyöskentelyssä. Kuvassa 3 on koonti työntekijöiden kirjaamista ajatuksista Kick Off päivästä.

Kuva 3 Työntekijöiden ajatuksia muutoksesta ja kehittämisestä



Tilaisuuden jälkeen seuraavaan alatyöryhmien tapaamiseen pohdittavaksi annettiin kysymykset: Mikä on hyvää ja mitä pitäisi säilyttää? Mitä kehittämistarpeita näette ja miten intensiivityöryhmän ja akuuttityöryhmän työtä voisi yhdistää ja hyödyntää osaamista?

Alatyöryhmiin osallistui tehostetun avohoidon työntekijät. Alatyöryhmien toimintaa ohjasi lähiesihenkilöt. Alatyöryhmien työskentely alkoi tammikuussa 2024. Alatyöryhmät kokoontuivat noin kuuden viikon välein, tammikuun ja toukokuun 2024 välisellä ajalla yhteensä 4 kertaa. Alatyöryhmien kokoontuminen jatkui myös pilotoinnin aikana. Alatyöryhmien työskentelyä ohjasi esihenkilöt. Esihenkilöt kertoivat ohjausryhmässä alatyöryhmien tapaamisista sekä siellä esiin nousseista asioista. Alatyöryhmien teemat ja tehtävät määriteltiin ohjausryhmässä. Teemoina ja tehtävinä alatyöryhmillä olivat työvuoroihin liittyvät asiat, kotiin vietävä työ, lääkäriyön panos ja hoitoprosessit. Lisäksi alatyöryhmissä pohdittiin yhteistyötä psykiatrian osastojen ja poliklinikan kanssa. Esihenkilöt toivat alatyöryhmien ajatuksia tiedoksi ohjausryhmään.

5.1.2 Ensimmäinen työpaja - Hoitopolkujen sujuvoittaminen

Ensimmäisessä työpajassa ryhmät saivat käsiteltäväksi neljä kuvitteellista, mutta mahdollista potilastapausta. Potilastapauksien avulla ryhmän piti arvioida ja kertoa millainen on potilaan hoitopolku ja hoito tällä hetkellä sekä miten potilaita voidaan hoitaa yhdessä sujuvammin, jotta välttyään osastojaksolta tai saadaan osastohoitojaksoa lyhyemmäksi. Lisäksi tuli kirjata keskeiset ja tärkeimmät yhdyspinnat. Ryhmien tuotokset käytiin lopuksi yhdessä läpi keskustellen.

Aineistoista nousi esille kymmenen alaluokkaa ja viisi pääluokkaa. Alaluokat olivat: nopea avun saaminen ja hoidon aloitus, pidennetyt aukioloajat, hoitoon lähettämisen helppous, lääkäripalveluiden parantaminen, lääkärin työpanoksen lisääminen, yhteistyön lisääminen tehostetussa avohoidossa sekä osastojen kanssa, yhteistyön ja tiedonjaon parantaminen myös potilaan suuntaan, perheiden huomioiminen, tulevaisuuden palveluvalikoima sekä kotikäyntien lisääminen. Näistä tuli pääluokat palveluiden saatavuuden parantaminen, lääkäripalveluiden saatavuuden parantaminen, yhteistyön ja tiedonjaon lisääminen, perhetyön lisääminen sekä tulevaisuuden palvelut. Nämä viisi kohdetta on esitetty taulukossa 2. *Palveluiden saatavuuden parantamiseen* liittyi tehostetun avohoidon aukioloajan pidentämiseen sekä nopeaan hoidon aloitukseen. Lisäksi palvelun saatavuutta voisi tehostaa muuttamalla lähetekäytäntöjä joustavammaksi ja vähemmän byrokraattiseksi. *Lääkäripalveluiden saatavuuden parantamiseksi* tuotoksissa nousi esille lääkärin konsultoinnin helppous sekä virka-ajan jälkeen lääkärin työpanoksen lisääminen. *Yhteistyön ja tiedonjaon lisäämiseksi* työpajassa ehdotukseksi nousivat muun muassa tehostetun

avohoidon yhteiset viikoittaiset palaverit ja parityöskentely. Potilaan hoitosuunnitelmasta ja -linjauksesta kiinni pitäminen koettiin tärkeäksi osaksi yhteistyötä. Tehostetun avohoidon ja psykiatrian avohoidon yhteistyön parantaminen koettiin myös tärkeäksi kehittämiskohteeksi, jotta potilaiden ohjautuminen tehostettuun avohoitoon tehostuu sekä osastojen tietämys tehostetun avohoidon toiminnasta laajenee. Työpajassa *perhetyön lisääminen* koettiin tärkeäksi kehittämiskohteeksi. *Tulevaisuuden tehostetun avohoidon palveluiksi* työpajoissa visioitiin matalankynnyksen palvelut, jotka koostuvat muun muassa puheluiden lisäämisestä, chat-palvelusta sekä ”olohuone” -tyyppisestä oleskelutilasta. Tulevaisuudessa kotikäyntien lisääminen sekä lääkepoliklinikka toiminta koettiin tarpeelliseksi. Tulevaisuuden palveluiksi pohdittiin myös psykiatrasta ambulanssia. Työpajassa keskeisiksi yhdyspinoiksi potilastapausten perusteella nousi: potilas, päivystävä psykiatri, tehostettu avohoito, perhe ja osasto.

Taulukko 2 Kehittämiskohteet

Kehittämiskohteet:	Ratkaisut:
<p>Palveluiden saatavuuden parantaminen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • palveluiden saatavuuden lisääminen sekä nopean avun saaminen ja nopea hoidon aloitus <ul style="list-style-type: none"> ○ viikonloppu- ja iltakontaktit ○ akuuttityöryhmän kontakti ennen polin kontaktia ○ nopea ensikäynti • pidennetyt aukioloajat <ul style="list-style-type: none"> ○ viikonlopputyö, josta hyvä korvaus ○ 24/7 • hoitoon lähettämisen helppous <ul style="list-style-type: none"> ○ lähetekäytäntöön joustoa ○ vähemmän byrokratiaa
<p>Lääkäripalveluiden saatavuuden parantaminen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • lääkäripalveluiden parantaminen <ul style="list-style-type: none"> ○ lääkärin konsultointi ○ tehostetun avohoidon yhteiset lääkäripalvelut helposti saatavilla • lääkärin työpanoksen lisääminen <ul style="list-style-type: none"> ○ virka-ajan jälkeen lääkärin työpanoksen lisääminen

<p>Yhteistyön ja tiedonjaon lisääminen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • yhteistyön lisääminen tehostetun avohoidon sisällä sekä osastojen kanssa <ul style="list-style-type: none"> ○ yhteistyö sujuvammaksi • yhteistyön ja tiedonjaon parantaminen, myös potilaan suuntaan <ul style="list-style-type: none"> ○ tehostetun avohoidon yhteispalaverit ○ yhteistyön parantaminen ○ enemmän intensiiviyöryhmän tukea käyttöön ○ työparityöskentely tehostetussa avohoidossa ○ osastoiden parempi tietämys tehostetun avohoidon palveluista ○ osastolta nopeasti yhteyttä intensiiviyöryhmään sekä potilaalle puhelinumero mihin voi tarvittaessa soittaa ○ hoitosuunnitelmasta ja -linjauksesta kiinni pitäminen
<p>Perhetyön lisääminen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • perhetyön lisääminen ja perhe mukaan hoitoon
<p>Tulevaisuuden palvelut</p>	<ul style="list-style-type: none"> • tulevaisuuden palvelut <ul style="list-style-type: none"> ○ matalan kynnyksen palvelut: "olohuone", chat, lisää puheluita, lääkepoli, psykiatrisen ambulanssi • kotikäyntien lisääminen <ul style="list-style-type: none"> ○ akuutit kotikäynnit ○ lääkäri mukaan kotikäynnille

5.1.3 Toinen työpaja - Uusien toimintojen pilotoinnin suunnittelu

Toisen työpajan aiheena oli syksyn 2024 tapahtuvan pilotoinnin suunnittelu. Ryhmien tehtävänä oli valita viidestä eri pilotoinnin vaihtoehdosta kaksi, joita lähtisivät pilotoimaan. Lisäksi piti kertoa miten pilotoinnin toteuttaisi ja mitä siinä on otettava huomioon sekä

pohdittava turvallisuus- ja asiakasnäkökulmaa. Pilotoinnin neljä eri vaihtoehtoa olivat nousseet esille aiemmista ohjausryhmän ja alatyöryhmien tapaamisista sekä keskusteluista. Nämä neljä vaihtoehtoa olivat: 1. Pidentetty aukioloaika ma-to klo 18.00 asti akuutissa 2. Kotiutusprosessi osastoilta avohoitoon 3. Monitilaratkaisujen käyttöönotto 4. Tehostetun avohoidon ryhmäkokonaisuus 5. Ilta-aikaisen päivystystoiminnan toiminnallinen muutos ja kehittäminen.

Molemmissa ryhmissä esille nousi päivystystoiminnan toiminnallisen muutoksen pilotointi. Lisäksi ryhmät pilotoisivat kotiutusprosessia, monitilaratkaisuja sekä pidentettyä aukioloaikaa. Toinen ryhmä sai sisällytettyä yhteen pilotointiin monitilaratkaisut, päivystystoiminnan toiminnallisen muutoksen sekä pidentetyn aukioloajan. Haasteina tai epäselvinä asioina ryhmät kokivat pilotoinnin suunnittelussa työntekijä resurssin sekä pilotoinnin ja toiminnan tilat.

Päivystystoiminnan toiminnallinen muutos ja kehittäminen nousi molemmissa ryhmissä pilotoinnin toiseksi kohteeksi. Ryhmät ehdottivat, että päivystyksessä oleva psykiatrinen sairaanhoitaja on perusterveydenhuollon puolelta tuleva hoitaja. Perusterveydenhuollon psykiatrinen sairaanhoitaja olisi päivystyksessä aamu- ja iltavuorossa. Tämä vapauttaisi tehostetun avohoidon työntekijän työaika ja muuttaisi työnkuvaa. Erikoissairanhoidon potilaiden polikliininen hoito tehostuisi ja tehostetun avohoidon työntekijät voisivat sopia tapaamisaikoja viikonlopulle. Työntekijä toimisi päivystävän psykiatrin työparina ja he tekisivät yhdessä osastohoidon arvioita päivystysaikana. Päivystystoiminnasta luopuminen mahdollistaa tehostetun avohoidon työntekijän olemisen fyysisesti lähempänä psykiatrisia osastoja.

Toinen ryhmä pohti kotiutusprosessin pilotointia, jossa palveluina on potilaille tiiviimmät tapaamiset kotiutumisen jälkeen, lääkehoidon varmistus sekä ryhmämuotoinen hoito. Yhteistyö osastojen sekä päivystävän psykiatrin kanssa nousi ehdotuksessa esille.

Toisen ryhmän suunnitelmassa pilotointiin kuuluisi ilta-aikaisen päivystystoiminnan toiminnallisen muutoksen ja kehittämisen lisäksi monitilaratkaisujen käyttöönotto sekä pidentetty aukioloaika ma-to klo 18 asti. Tämän pilotointi mahdollistaisi potilaiden hoidon paremman tiivistämisen, ryhmätoiminnan lisäämisen sekä päiväosastomaisen toiminnan ja hoitosuhteiden lyhenemisen akuuttityöryhmässä. Tehostetussa avohoidossa olisi paikalla aina kaksi työntekijää. Palveluun hakeudutaan edelleen lähetteellä ja jokaisella potilaalla pitää olla määritelty hoidosta vastaava lääkäri.

5.1.4 Kolmas työpaja - Tehostetun avohoidon toiminnan suunnittelu

Kehittämisprosessin aikana yksi aikuispsykiatrian suljetusta akuuttiosastosta muutettiin avo-osastoksi, intensiiviosastoksi. Tämän uuden osaston toimenkuva täytyi myös huomioida tehostetun avohoidon kehittämisessä sekä tulevassa pilotoinnissa. Siitä syystä viimeiseen työpajaan osallistui myös intensiiviosaston osastonhoitaja.

Toiminnan muutoksen myötä akuuttityöryhmän ja intensiivityöryhmän hoitajat tekevät tiiviimpää yhteistyötä. Kolmannessa työpajassa osallistujat jaettiin kahteen ryhmään ja heidän oli tarkoitus pohtia seuraavia asioita: 1. Miten toteutetaan yhteiset aamutiimit? 2. Päivällä lyhyt raportti välivuorolle, luodaan struktuuri välivuoroille 3. Tsekkauspalaveri psykiatrin ja välivuoron sekä iltavuoron hoitajan kanssa, kuinka onnistuisi käytännössä? 4. Aamu-, väli- ja iltavuoron työnkuvat?

Kolmannesta työpajasta ei kertynyt kirjallista materiaalia, vaan pienryhmissä ensin pohdittiin aiheita ja sen jälkeen yhdessä keskusteltiin heränneistä ajatuksista. Asiakasviestinnästä keskusteltiin niiden potilaiden osalta, joilla on jo hoitosuhde erikoissairaanhoidon. Mihin nämä potilaat ottavat yhteyttä, etteivät mene päivystyspoliklinikalle? Tässä esille nousi hoidon jatkuvuus, ohjeistus sekä helppous potilaalle. Eri ammattilaisten rooleista ja vastuista nousi keskustelua. Päivystyspoliklinikan triagehoitajan rooli on keskeisessä osassa asiakkaan hoidon tarpeen arvioissa ja ohjaamisessa. Triagehoitajalla olisi hyvä olla osaamista ja tietämystä myös psykiatrisista sairauksista ja hoidosta. Työnsujuvuuden kannalta eri ammattilaisten on tehtävä yhteistyötä ja palvelut on integroitava. Tärkeää ottaa keskusteluun mukaan myös uusi intensiiviosasto. Keskustelua vaaditaan jatkossakin, jotta palveluiden päällekkäisyydet on mahdollista minimoida. Asiakasnäkökulmasta palveluiden sujuvuus on tärkeässä osassa.

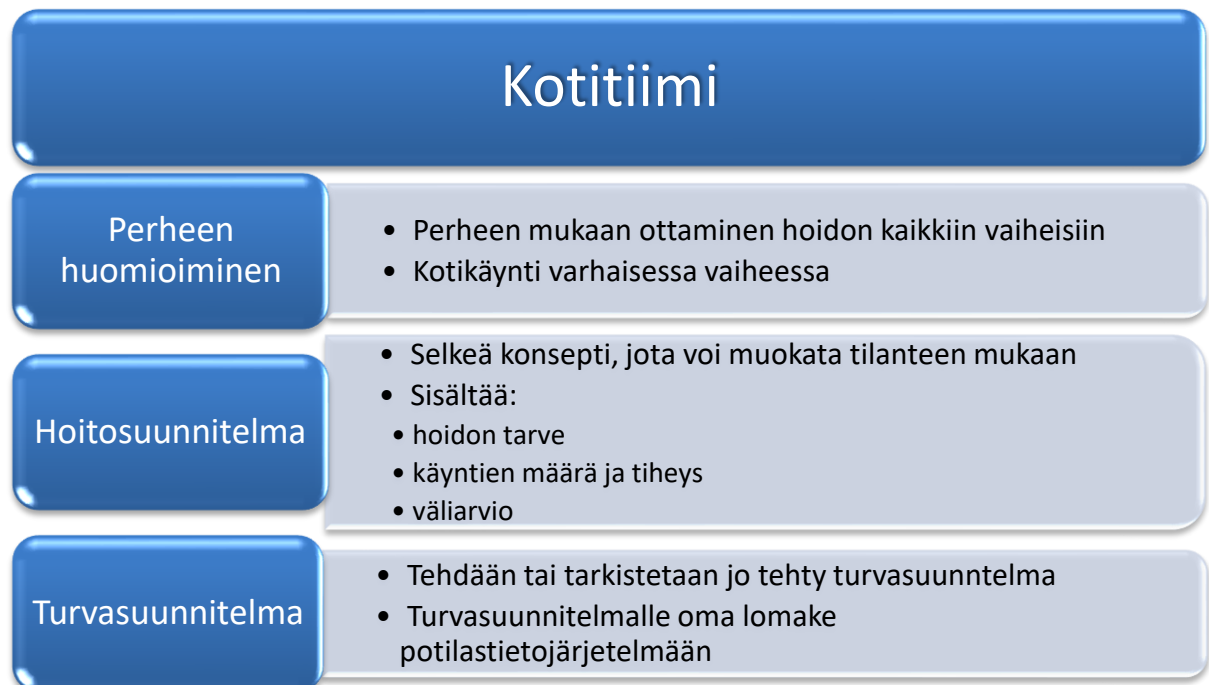
5.1.5 Tehostetun avohoidon kehittämispäivä

Tehostetun avohoidon kehittämispäivä järjestettiin toukokuussa 2024. Kehittämispäivän suunnittelusta vastasi tehostetun avohoidon esihenkilöt. Kehittämispäivään osallistui tehostetun avohoidon hoitajat sekä kaksi psykiatria. Päivä alkoi katsauksella hyvinvointialueen mielenterveys- ja päihdepalveluiden muutoksiin sekä talouden tilanteeseen. Kehittämispäivään sisältyi myös psykologin luento persoonallisuushäiriöistä sekä toisen hyvinvointialueen psykiatrian tehostetun avohoidon osastohoitaja kertoi heidän palveluistaan. Kehittämispäivän pääpaino oli kuitenkin ryhmätöissä. Osallistujat jaettiin kahteen ryhmään ja ryhmien tehtävänä oli pohtia ennalta määriteltyjen tiimien ja työtehtävien sisältöä, palveluun ohjautumista, hoidon aloitusta sekä hoidon jatkumista ja lopetusta.

Ryhmien aiheet olivat kotitiimi ja akuuttityöryhmä sekä molempien ryhmien aiheena oli myös lääkepoliklinikka. Päivän loppuksi ryhmien ajatukset ja tuotokset käytiin yhdessä keskustellen läpi.

Kotitiimiin sisältyi perheen huomioiminen, hoitosuunnitelma sekä turvasuunnitelma. Ryhmän ajatuksia kotitiimistä olen koonnut kuvaan 4. Yhteisesti keskusteltu hoitoon ohjautumisesta ja todettu, että potilaat ohjautuvat kotitiimiin tai intensiivityöryhmään erikoissairaanhoidon psykiatrian osastoilta, poliklinikoilta tai tehostetun avohoidon akuuttityöryhmästä. Palvelu on tarkoitettu osastolta kotiutuville ja psykiatrian poliklinikoilla hoidossa oleville potilaille, joiden hoidossa tarvitaan tiivistystä. Osastohoidossa olevien potilaiden hoitokontakti aloitetaan osastotapaamisella osastohoidon loppuvaiheessa. Psykiatrian poliklinikan potilaiden kohdalla ammattilaiset sopivat yhdessä potilaan kanssa hoidon tiivistämisestä, hoitovastuu säilyy poliklinikalla. Tavoitteena on ”saattaen vaihto”, jolloin hoitoon ei tule katkoksia, vaan hoito siirtyy suunnitellusti ja sujuvasti seuraavalle taholle (osastohoito – tehostettu avohoito – psykiatrian poliklinikka). Kotitiimillä sekä intensiivityöryhmällä olisi myös lääkärit ja sosiaalityöntekijät konsultoitavissa. Hoito kotitiimissä ja intensiivityöryhmässä on määräaikaista ja tarpeeseen perustuvaa. Hoito päättyy, kun avohoito alkaa tai tarve päättyy.

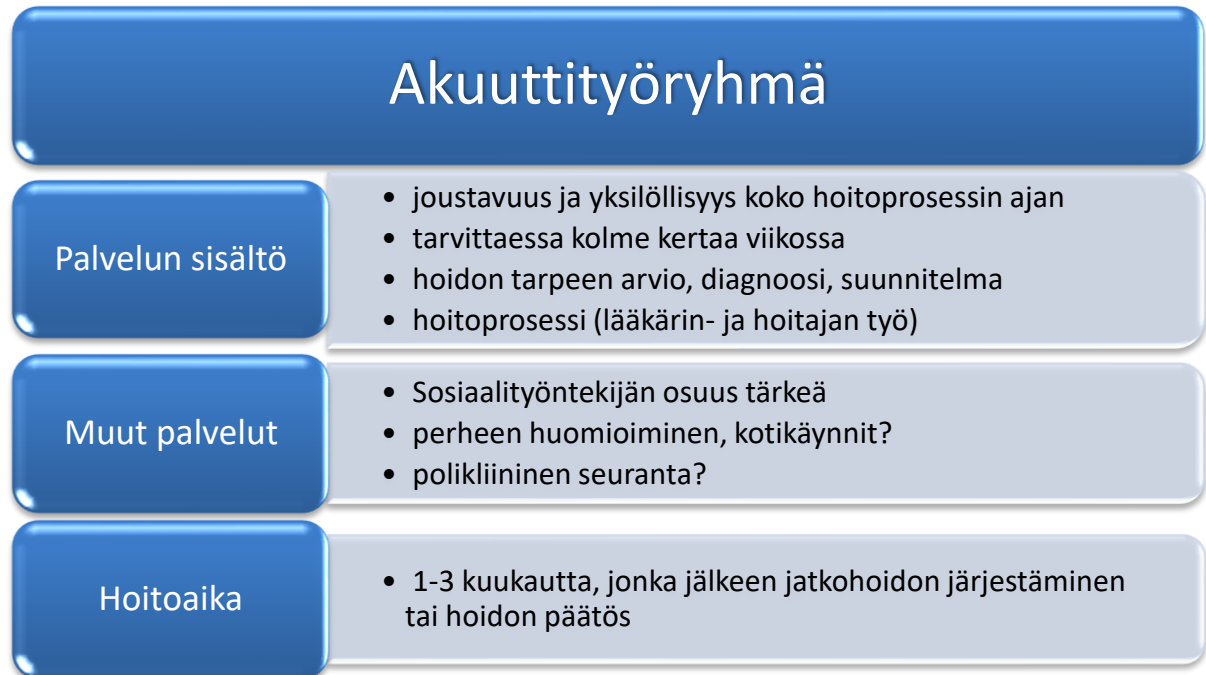
Kuva 4 Kotitiimi



Akuuttityöryhmään ohjaututaan päivystys- ja 1–7 päivän läheteillä, jotka arvioi akuuttityöryhmän lääkäri. Kuvassa 5 olen esitellyt ryhmän ajatuksia akuuttityöryhmän palvelun sisällöstä. Lisäksi yhteisesti keskusteltu, että palvelu on akuuttitilanteessa oleville

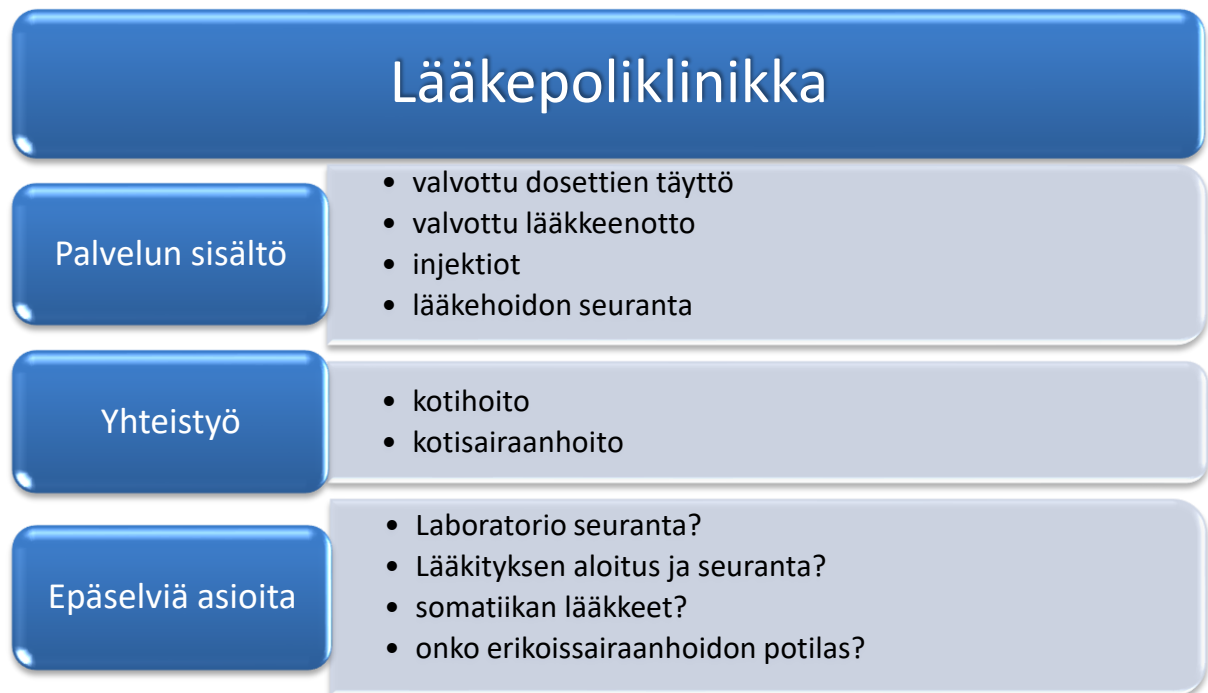
potilaille. Akuuttityöryhmän lääkärillä on keskeinen rooli. Työmuotoina keskeisesti vastaanottokäynnit, kotikäynnit tarvittaessa intensiivityöryhmän kanssa sekä tukipuhelut. Hoitajaksot ovat suunnitelmallisia, tavoitteellisia ja tiiviitä (esimerkiksi arviojakso, tutkimusjakso).

Kuva 5 Akuuttityöryhmä



Lääkepoliklinikan toimintaa pohtivat molemmat ryhmät. Toinen ryhmä ajatteli lääkepoliklinikan sisältyvän kotiitiimin toimintaan. Lääkepoliklinikalle ohjaututaan hoitavan lääkärin läheteellä, joka määrittelee tarpeen erikoissairaanhoidon lääkehoitoon. Hoitoon ohjautuminen tapahtuu THL:n hoidon porrastuksen mukaan. Lääkepoliklinikka olisi auki 12 tuntia päivässä, seitsemänä päivänä viikossa. Hoidon pituus on yksilöllinen, mutta määräaikainen. Kuvassa 6 olen esitellyt lääkepoliklinikan toimintaa ryhmätuotoksien perusteella. Yhteisessä keskustelussa pohdittiin lääkehoidon aloituksia (esimerkiksi Leponex-lääkityksen aloitus) sekä Spravato -hoitoja. Lääkepoliklinikka toteuttaa kirjattua hoitosuunnitelmaa, jonka hoitovastuussa oleva taho on määritellyt. Kysymyksiä herätti seuraavat asiat: kenellä on hoitovastuu, lääkärin työpanos, lääkerobotin toiminta tulevaisuudessa sekä somatiikan lääkkeet. Lääkepoliklinikalla hoito päättyy, kun erikoissairaanhoidon hoidon tarve päättyy.

Kuva 6 Lääkepoliklinikka



5.2 Tehostetun avohoidon alustava palvelukonsepti

Kehittämisosessissa saatujen materiaalien sekä teoritiedon perusteella luotu tulevaisuuden alustava tehostetun avohoidon palvelukonsepti. Kehittämisosessissa pilotoinnin vaihtoehtoiksi nousi pidennetty aukioloaika, kotiutusprosessi osastolta avohoitoon, monitilaratkaisujen käyttöönotto, tehostetun avohoidon ryhmäkokonaisuus sekä ilta-aikaisen päivystystoiminnan muutos. Näistä päädyttiin pilotoimaan ilta-aikaisen päivystystoiminnan muutosta ja pidennetyn aukioloajan vaikuttavuutta. Pilotoinnin sisällöstä kerron lisää kappaleessa 5.3.

Ensimmäisen työpajan tuloksista nousi viisi kehittämiskohdetta, jotka olivat palveluiden saatavuuden parantaminen, lääkäripalveluiden parantaminen, yhteistyön lisääminen ja tiedonjaon parantaminen, perhetyön lisääminen sekä tulevaisuuden palvelut.

Kehittämisosessin mukaan tehostetun avohoidon palveluiden saatavuutta parannettaisiin pidennetyllä aukioloajalla. Palvelut olisivat myös saatavilla seitsemänä päivänä viikossa.

Hoidon jatkuvuuteen kiinnitetään enemmän huomiota. Potilaalle tarjotaan nopeasti ensikäyntiä ja hoitajien vastaanottoaikoja on saatavilla myös illalla sekä etävastaanottoja hyödynnetään entistä paremmin. Lääkärin työpanosta toivottiin lisättävän ja että lääkäri olisi helposti saatavilla myös virka-ajan jälkeen. Tehostetun avohoidon akuuttiryhmän sekä intensiiviryhmän työntekijät tekevät tiiviimpää yhteistyötä ja työparityöskentelyä sekä

osallistuvat yhteisiin tiimeihin. Osastojen tietämystä tehostetun avohoidon palveluista lisätään, jolloin hoitoon ohjautuminen ja yhteistyö osastojen kanssa olisi helpompaa. Potilaalle laadittua hoito- ja turvasuunnitelmaa noudatetaan. Potilaalla tulee olla helppo yhteydenottokanava tehostettuun avohoitoon. Perhe huomioidaan potilaan hoidossa entistä paremmin ja kotikäyntien määrää lisätään. Myös matalan kynnyksen palveluita sekä digitaalisia palveluita tarjotaan enemmän. Uuden sairaalan tiloissa tehostetun avohoidon toimintaan kuuluu myös päiväosasto toiminta. Kuvassa 7 olen havainnollistanut tehostetun avohoidon muutoksia, jotka syntyivät kehittämisprosessin tuotoksena.

Kuva 7 Tehostetun avohoidon muutokset kehittämisprosessin tuloksena



Uuden sairaalan hankesuunnitelmassa (henkilökohtainen tiedonanto, 21.2.2024) suunnitelman periaatteita olivat tuottavuuden, tehokkuuden sekä vaikuttavuuden lisääminen ja hoidon laadun ja potilasturvallisuuden parantaminen. Hankesuunnitelman mukaan tehostetun avohoidon palveluita kehitetään ja tulevaisuudessa tehostettu avohoito on auki viikon jokaisena päivänä 10–12 tuntia vuorokaudessa. Tehostetun avohoidon palveluihin on hankesuunnitelmassa kirjattu kotiin vietävät palvelut, päiväpoliikkatoiminta, ryhmätoiminta sekä sähköiset palvelut.

Tehostetun avohoidon kehittämisprosessin sekä teorian tiedon perusteella tehty tehostetun avohoidon palvelukonsepti. Palvelukonsepti tulee todennäköisesti muuttumaan ja tarkentumaan pilotoinnin ja kehittämisprosessin jatkumisen myötä. Palvelukonseptin tekemisessä hyödynnettiin ohjausryhmää, joilta pyydettiin kommentteja ja palautetta tuotoksesta, jonka jälkeen tuotosta muutettiin palautteen perusteella. Huomionarvoista on, että edellä kuvatun palvelukonseptin toteuttaminen vaatii mahdollisesti nykyistä parempaa henkilöstöresurssia sekä laajempaa keskustelua muiden toimijoiden kanssa.

Tehostettuun avohoitoon potilaat ohjautuvat edelleen päivystyspoliklinikan kautta, avohoidon läheteellä tai psykiatrian osastojen kautta. Tehostetussa avohoidossa työskennellään aamu-, väli- ja iltavuoroissa, seitsemänä päivänä viikossa. Tehostetun avohoidon työntekijöiden välistä yhteistyötä lisätään päivittäin kokoontuvien tiimien sekä parityöskentelyn myötä. Lääkepoliklinikka on auki 12 tuntia päivässä, seitsemänä päivänä viikossa. Päiväosasto on auki arkisin 10 tuntia päivässä ja viikonloppuisin tarpeen mukaan. Puhelinpäivystys on avoinna tehostetun avohoidon aukioloaikojen mukaan. Yöaikaan päivystyspuhelimeen vastaa määritetty psykiatrian osaston henkilökunta. Päivystyspoliklinikalla ei ole enää iltaisin erikoissairaanhoidon psykiatrista hoitajaa. Päivystyspoliklinikalla työskentelee perusterveydenhuollon psykiatrinen sairaanhoitaja, joka voi konsultoida tehostetun avohoidon työntekijää. Päivystysaikaiset osastohoidon arviot tekevät psykiatri sekä tehostetun avohoidon työntekijä yhdessä. Perheet huomioidaan entistä paremmin hoidon joka vaiheessa ja kotikäyntien määrää lisätään. Tehostetun avohoidon tiloissa järjestetään ryhmätoimintaa ja uuden sairaalan valmistumisen myötä tehostetun avohoidon tilat toimivat myös päiväosastona.

Tehostettu avohoito koostuu kotitiimistä, akuuttityöryhmästä sekä lääkepoliklinikasta. Kuvassa 8 olen esitellyt kotitiimin, akuuttityöryhmän sekä lääkepoliklinikan työnkuvat. Kotitiimi sisältää paljon nykyisen intensiiviryhmän työtehtävistä. Kotitiimin työnkuvaan kuuluu suunnitelmalliset vastaanottoajat ja tukipuhelut, yhteistyötä osastojen kanssa, osastolta kotiutuvien ja tehostettuun avohoitoon siirtyvien potilaiden tapaamiset, kotikäynnit, ryhmätoiminta sekä päivystyspuhelimen hallinta.

Akuuttityöryhmän työ sisältää paljon jo aikaisemminkin työnkuvaan kuuluvia tehtäviä. Akuuttityöryhmän työtehtävät ovat päivystys- ja 1–7 vuorokauden kiireellisyydellä tulleiden läheteiden käsittely ja nopean ensikäynnin sopiminen sekä muut akuutit ja suunnitelmalliset vastaanottoajat sekä tukipuhelut. Lisäksi työnkuvaan kuuluu tiivis yhteistyö psykiatrin kanssa, kotikäynnit yhdessä kotitiimin kanssa, polikliinisten seurantapotilaiden tapaamiset sekä yhteistyö osastojen ja poliklinikan kanssa.

Lääkepoliklinikka toimii 12 tuntia vuorokaudessa ja heidän työtehtäviinsä kuuluu valvottu dosettien täyttö yhdessä potilaan kanssa, valvottu lääkkeenotto, injektioiden antaminen sekä lääkehoidon seuranta. Lisäksi lääkepoliklinikan työntekijä toimii tarvittaessa päivystyspoliklinikalla toimivan perusterveydenhuollon psykiatrisen sairaanhoitajan konsultaatioapuna. Lääkepoliklinikan työntekijät osallistuvat mahdollisuuksien mukaan myös ryhmätoiminnan vetämiseen sekä avustavat muissa työtehtävissä.

Kuva 8 Kotitiimin, akuuttityöryhmän ja lääkepoliklinikan työnkuvat



5.3 Pilotoinnin valmistelu

Tehostetun avohoidon kehittämisprosessin yksi osa on pilotointi. Kehittämistyön edetessä päädyttiin pilotoimaan ilta-aikaisen päivystystoiminnan muutosta ja pidennetyn aukioloajan vaikuttavuutta. Pilotoinnille asetettiin kaksi tavoitetta: 1. jo erikoissairaanhoidossa olevien avohoidon aikuispotilaiden matalampi tuen saanti iltaisin ja viikonloppuisin sekä 2. avohoidon keinoin potilaan tarpeeseen vastaaminen, jonka myötä tarve osastohoidolle vähenee. Tehostetun avohoidon kokonaisuuden muodostavat akuuttityöryhmä, intensiivityöryhmä sekä intensiiviosasto. Keskeisinä muutoksina pilotoinnissa on päivystävän psykiatrian hoitajan ja triagehoitajan tiiviimpi yhteistyö sekä intensiiviosaston ja psykiatrian päivystävän hoitajan (intensiivityöryhmä) ja/tai akuuttityöryhmän hoitajan tiiviimpi yhteistyö. Tehostetulla avohoidolla on käytössä intensiiviosaston tiloja. Intensiiviosastolla on päiväpotilaita ja ryhmiä ja sen avulla saadaan tietoa päiväosaston kehittämistarpeista. Pilotoinnin aikana työryhmällä on taulukko seurattavista asioista. Päivystysaikaisen toiminnan lukuja seuraamalla saadaan

selville toiminnan ja kehittämisen tarpeet. Ohjausryhmässä tarkastellaan pilotoinnin aikaisia toiminnan lukuja. Pilotointi kestää 3 kuukautta, alkaen syyskuussa 2024. Pilotoinnista ja sen tuomista muutoksista tiedotettiin psykiatrian osastoja ja poliklinikoita, päivystyspoliklinikkaa sekä varahenkilöstöä.

6 Pohdinta

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää tehostetun avohoidon palveluita vastaamaan paremmin palveluntarvetta. Tarkoituksena oli luoda prosessikuvaus tehostetun avohoidon kehittämisestä sekä luoda alustava kuvaus tehostetun avohoidon uudesta palvelukonseptista. Opinnäytetyön tuotoksena syntyi prosessikuvaus sekä alustava palvelukonsepti kuvaus. Tehostetun avohoidon kehittäminen tuli tarpeeseen, vaikka osa toiminnoista toimi ennestäänkin jo hyvin. Hyvinvointialueen heikko taloustilanne toi tarpeen tehostaa ja arvioida toimintoja koko organisaatiossa. Kehittämisen edetessä psykiatrian osastotoimintoihin tuli yllättävä ja nopea muutos, joka täytyi myös tehostetun avohoidon kehittämisessä ottaa huomioon. Uuteen sairaalaan tulee yksi psykiatrian osasto vähemmän kuin mitä alun perin oli suunniteltu. Mutta kuten on usein todettu ja tutkimuksissa osoitettukin, että mielenterveysongelmat ovat yleistyneet (Vorma ym., 2020; THL, n.d.; KELA, 2024) ja tämä luo tarpeen tuottaa vaikuttavia palveluita tehokkaasti.

Uuden sairaalan hankesuunnitelmassa (henkilökohtainen tiedonanto, 21.2.2024) oli jo vuonna 2017 pohdittu millainen tehostettu avohoito voisi tulevaisuudessa olla. Hankesuunnitelmaan oli kirjattu sähköisen asioinnin lisääntyminen, 10–12 tunnin aukioloaika sekä ryhmämuotoiset hoidot. Nämä kaikki toteutuvat kuvatussa palvelukonseptissa. Tehostetun avohoidon palveluiden tavoitteeksi (Kokousmuistio, henkilökohtainen tiedonanto, 13.11.2023) oli määritelty oikea-aikaisen avun tarjoaminen, nopea reagointi potilaan tilan heikentyessä, avohoidon tiivistäminen sekä potilaan saaminen nopeasti avun piiriin. Kehitetty palvelukonsepti pyrkii vastaamaan näihin kaikkiin tarpeisiin hoidon saatavuutta parantamalla.

Hoidon oikea-aikaisuus sekä vaikuttavuus ovat tärkeässä osassa vaikuttavien ja tehokkaiden palveluiden tuottamisessa. Huomioon on otettava myös asiakaslähtöisyys sekä hoitoon hakeutumisen helppous. (THL, 2024; Wahlbeck ym., 2018, ss. 21, 27; Vorma ym., 2020, 29–31). Toimivissa ja laadukkaissa mielenterveyspalveluissa hoidon jatkuvuus on huomioitu, koska hoitoketjussa syntyneet katkokset heikentävät hoitomotivaatiota. Hoidon jatkuvuuden suurin riskitekijä on palveluiden hajanaisuus. Oikea-aikaiset ja tehokkaat avohoidon toimet, kuten muun muassa tukipuhelut, seurantatapaamiset sekä kotikäynnit, voivat estää sairaalajakson uusiutumista sekä edistää kotona pärjäämistä. (Vigod ym., 2013; Wahlbeck ym., 2018, s. 37; Wahlbeck ym., 2019, ss.123–124; Korkeila, 2009). Opinnäytetyössä

kuvattuun palvelukonseptiin kuuluvat myös edellä mainitut palvelut sekä hoidon jatkuvuuteen kiinnitetään enemmän jatkossa huomiota.

Psykiatrisen hoitajan toiminta päivystyspoliklinikalla muuttui palvelukonseptissa. Aiemmin psykiatrisen hoitaja oli erikoissairaanhoidon tehostetun avohoidon hoitaja, jatkossa psykiatrisen hoitaja on perusterveydenhuollon hoitaja. Perusterveydenhuollon psykiatrisella hoitajalla on konsultointi mahdollisuus erikoissairaanhoidon. Tämä muutos perustuu tehostetun avohoidon palveluiden saatavuuden turvaamiseen, mutta myös Kansalliseen mielenterveysstrategiaan sekä Sosiaali- ja terveysministeriön laatimaan kiireettömän hoidon kriteereihin ja hoidon porrastukseen. Vuosille 2020–2030 tehdyssä Kansallisessa mielenterveysstrategiassa (Vorma, ym., s.33) sekä Sosiaali- ja terveysministeriön yhtenäisissä kiireettömän hoidon kriteereissä (2019, s.239) on mainittu, että erikoissairaanhoidon ja erityistason tehtäviin kuuluu perustason palveluiden ja toiminnan tukeminen ja ohjaaminen. Nopea hoidon aloitus sekä toteutus toteutuu parhaiten, kun psyykkisten sairauksien arvio ja perustason hoito toteutetaan osana perusterveydenhuoltoa sosiaali- ja terveyskeskuksissa sekä kun erikoissairaanhoidon tuki ja ohjaus on esteettä sekä joustavasti saatavilla (Vorma, ym., s.30).

Muullakin Suomessa on kehitetty tehostettua avohoitoa. Näiden tulokset ja mallit ovat hyvin samansuuntaiset kuin tämänkin opinnäytetyön tulokset. Varsinais-Suomessa (Hannula, 2020, s.2) kehitettiin toimintamalli akuuttia hoitoa tarvitsevan potilaan hoidon järjestämiseksi. Kehitettyyn hoitomalliin kuuluu muun muassa iltavastaanotot, vakioidut akuuttiajat, kotikäynnit sekä kriisipuhelin. Forssassa kehitettiin akuutin sairastumisen ja sairauksien pahenemisvaiheiden sekä vaikeiden elämänsä kriisien toimintamalli. Kehittämiskohteiksi opinnäytetyössä havaittiin hoidon jatkuvuuden turvaaminen, yhteistyön lisääminen sekä ennakoivan tuen tarjoaminen. (Sulonen, 2016) Satakunnassa (Saxén ym., 2014) tehtiin 10 vuotta sitten samansuuntainen muutos palveluihin, kun mitä tämän opinnäytetyön kohde organisaatiossa tehdään nyt. Satakunnassa avohoitoa kehitettiin ja muutettiin yksi akuuttiosasto tehostettua avohoitoa tarjoavaksi yksiköksi. Muutoksen myötä potilaiden hoitoajat lyhenivät ja vaihtuvuus osastolla lisääntyi, vaikka kuormitus psykiatrisilla osastoilla pysyi kohtuullisena. Satakunnan muutoksessa suurin paine kohdistui avohoito-osastoon, joka tekee tiivistä yhteistyötä tehostetun avohoidon kanssa. Tärkeänä nähtiin tehostetussa avohoidon yksikössä tapahtuva päivystyspotilaiden arviointi sekä avohoidon ensisijaisuuden painottaminen tulotilanteessa. Saxén toteaa myös, että psykiatrista hoitoa tulisi miettiä kokonaisuutena ja huomioida, että yhteen toimintaan vaikuttamalla voi aiheuttaa muutospainetta muilla hoidon osa-alueilla.

Tässä opinnäytetyössä tehostetun avohoidon työntekijät olivat kehittämisprosessissa mukana. Järjestetyn Kick Off -tilaisuuden tärkein ja painotettu viesti oli työntekijöille, että heidän panostaan toiminnan kehittämisessä odotetaan ja pidetään tärkeänä. Muutos voi tuntua pelottavalta tai turhalta, jos koetaan toiminnat ja palvelut ennestäänkin jo toimiviksi. Muutosvastarinnalta ei tässäkään kehittämisprosessissa täysin vältytty. Yleisesti voi sanoa, että mitä suurempi, laajempi tai syvällisempi muutos on, sitä haasteellisempaa on sen johtaminen. Muutosjohtamisessa tärkeintä on tiedotus eli muutosviestintä ja henkilöstön osallistuminen sekä vaikuttaminen. Työntekijöille tiedottaminen on tärkeää, koska se mahdollistaa tapahtumien ennakoimisen, lisää hallinnan ja turvallisuuden tunnetta, vähentää muutokseen liittyvää epäselvyyttä ja epävarmuutta sekä lisää luottamusta muutokseen sekä johtajiin ja lisää myös kokemusta oikeudenmukaisuudesta. Tiedotusta on tehtävä mahdollisimman aikaisin sekä sen on jatkettava muutoksen kaikissa vaiheissa. Muutostiedotus on kaksisuuntaista, joka antaa mahdollisuuden työntekijöille kysyä sekä ilmaista huolensa. Työntekijöiden osallistuminen muutokseen tarjoaa mahdollisuuden hyödyntää työntekijöiden ammattitaitoa ja asiantuntemusta muutoksen suunnittelussa ja toteuttamisessa. Lisäksi se tarjoaa henkilöstölle mukanaolon ja vaikuttamisen mahdollisuuden. Kokemukseen muutoksen oikeudenmukaisuudesta vaikuttaa työntekijöiden kokemus tiedon saannista, kuulluksi tulosta ja vaikuttamisesta. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot ovat kooltaan suuria, rakenteiltaan hierarkkisia sekä moniammatillisia, tämä asettaa oikeudenmukaisuuden toteutumisen kannalta erityisiä vaatimuksia muutosjohtamiselle. (Taskinen, 2021, ss.159–161, 165)

Opinnäytetyön valmistuessa tehostettu avohoito on suorittanut pilotoinnin, joka on varmasti tuonut tärkeitä havaintoja jatkokehittämistä varten. Näitä havaintoja ei ole mahdollista hyödyntää vielä tässä opinnäytetyössä. Laadittu palvelukonsepti on ehdotus tehostetun avohoidon tuottamista palveluista. Kehittämisprosessissa pohdittiin myös lähete byrokratian helpottamista, lähetekäytäntöjen selkeyttä sekä lääkäri yhteistyön parantamista, joiden kehittäminen ja eteenpäin vieminen on oma prosessi, joihin saattaa tarvita myös laajempaa ja ylempää päätäntävaltaa. Lisäksi mikäli tehostetun avohoidon aukioloaika laajenee, tulee selvittää myös työajanmuutoksesta johtuvat asiat. Se onko päivystyspoliklinikalla työskentelevä psykiatrinen sairaanhoitaja erikoissairaanhoidon vai perusterveydenhuollon puolelta, vaatii yhteistyötä ja avointa keskustelua. Tärkeää tässä olisi huomioida hoidon porrastus, hoitoon hakeutumisen matala kynnyks, hoidon nopea aloitus ja avun saaminen sekä asiakasnäkökulma.

6.1 Jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyöstä oli rajattu pois pilotointi. Tehostetun avohoidon kehittäminen jatkuu pilotoinnin jälkeen ja pilotoinnissa kerätyt havainnot auttavat viemään kehittämistyötä eteenpäin ja nämä kerätyt havainnot ja tilastot on hyvä jatkotutkimusaihe. Kun tehostetun avohoidon uusi palvelukonsepti on ollut käytössä pidemmän aikaa, olisi mielenkiintoista tutkia miten se on vaikuttanut osastojen potilasmääriin ja hoitoaikoihin tai hoitojakson uusiutumiseen. Kehittämällä tehostettua avohoitoa tavoiteltiin sairaalan hankesuunnitelman (henkilökohtainen tiedonanto, 21.2.2024) mukaan sairaalahoitojakson vähentymistä sekä sairaalahoitojaksojen keston lyhentymistä. Tätä olisi tärkeä tulevaisuudessa tutkia, kun tehostetun avohoidon kehittämisprosessi on päättynyt ja uudet toiminnot ovat olleet käytössä pidemmän aikaa. Organisaatiossa tapahtuneet ja tapahtumassa olevat muutokset psykiatrian osastotoiminnoissa antavat myös uusia jatkotutkimusaiheita. Psykiatrian palveluissa tapahtuneita muutoksia voisi tarkastella myös osastonäkökulmasta. Tämän opinnäytetyön prosessin aikana yksi akuuttipsykiatrian osasto muutettiin intensiiviosastoksi, jossa käy myös päiväpotilaita. Tämän osastomuutoksen kokemuksia ja havaintoja olisi tärkeä kerätä ja analysoida, jotta palveluita onnistutaan kehittämään tarpeenmukaisiksi sekä tarjoamaan vaikuttavia palveluita. Yksi tärkeä tutkimuskohde on myös asiakasnäkökulma, kuinka muutokset ovat onnistuneet asiakkaan näkökulmasta. Digitaaliset palvelut yleistyvät myös psykiatrialla. Jatkossa voisi tutkia millaisia kokemuksia psykiatrisilla hoitajilla ja asiakkailla on digitaalisista- ja etäpalveluista. Laajempi tutkimuskohde voisi olla mielenterveysambulanssin tarpeen selvittäminen hyvinvointialueella.

6.2 Opinnäytetyön luottavuus ja pätevyys

Tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä tulisi kyetä arvioimaan jollakin tavalla. Usein puhutaan käsitteistä reliabelius ja validius. Reliabelius tarkoittaa toistettavuutta ja kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Validius eli pätevyys tarkoittaa kykyä mitata juuri sitä mitä on tarkoituskin mitata. Tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä tulee kuitenkin jollakin tavoin arvioida, vaikka ei edellä mainittuja käsitteitä haluakaan käyttää. (Hirsjärvi ym., 2009, ss.231–232) Kehittämistoiminnassa luotettavuus tarkoittaa käyttökelpoisuutta, kehittämistoiminnassa syntynyt tieto tulee olla hyödyllistä. Luotettavuuteen liittyy kehittämistoiminnassa monimutkaisia ongelmia. Esimerkiksi aineistot jäävät monesti hyvin suppeiksi sekä sosiaalisten prosessien toistettavuus on myös ongelmallista. Myös toimijoiden ja kehittäjien sitoutuminen kehittämisprosessiin vaikuttaa luotettavuuteen. Sitoutumattomuus heikentää luotettavuutta ja onkin tärkeä tietää, missä kehittämisprosessin vaiheessa toimijat eivät osallistuneet kehittämiseen aktiivisesti. Tiedon käyttökelpoisuutta tarkastellessa kehittämisprosessissa sekä toimintatutkimuksessa keskeisessä osassa on se,

kuinka hyvin arviointia ja sen aineistoa on pystytty käyttämään projektin ohjaamisessa, tavoitteiden täsmentämisessä ja uuden syklin suunnittelun lähtökohtana. Tarkastelun kohteena voisi olla tuotetut aineistot ja onko niistä tehdyt tulkinnat olleet prosessinohjauksen kannalta tarkoituksenmukaisia. Kehittämisprosessin tulokset ovat yleensä kontekstisidonnaisia. Jokainen kehittäminenprosessi ja organisaatio on ainutkertainen ja muualla kehitettyä voi olla vaikea sijoittaa toiseen toimintaympäristöön. (Toikko & Rantanen, 2009, ss. 121–126)

Kehittäminenprosessi ei aina täytä kaikkia luotettavan tutkimuksen kriteerejä. Prosessissa joudutaan usein tasapainottelemaan tieteellisyyden vaatimusten ja rajallisten aikaresurssien välillä. Kehittäminenprosessia arvioidessa on hyvä analysoida myös ristiriitoja ja epävarmuustekijöitä. (Toikko & Rantanen, 2009, ss.128–129.) Toimintatutkimus kuvataan spiraalina, jossa kehittäminen jatkuu, kunnes tavoiteltu muutos on saavutettu tai todetaan, ettei tavoitetta ole mahdollista saavuttaa (Jyrkämä, 2021). Tässä opinnäytetyössä koko tehostetun avohoidon kehittäminenprosessia ei kuvattu, vaan kuvaus loppui pilotoinnin aloitukseen. Opinnäytetyössä syntyi käyttökelpoista tietoa sekä prosessikuvaus, joita on mahdollista hyödyntää tulevissa kehittämissuunnitelmissa. Opinnäytetyössä haasteena oli koota kehittäminenprosessin kokonaiskuva, koska muuttuvia tekijöitä oli kehittäminenprosessin aikana useita ja muutokset tapahtuivat nopeasti. Lisäksi kehittämistä tehtiin useammalla kokoonpanolla ja eri organisaation tasoilla, jolloin haasteena oli saada yhdistettyä ja luotua tilanne- sekä kokonaiskuva kehittämisen vaiheista. Opinnäytetyön tekijän oma aktiivisuus kehittäminenprosessissa oli vähäinen. Opinnäytetyön tekijä ei itse työskentele tehostetussa avohoidossa. Opinnäytetyön raporttiin on avattu mahdollisimman tarkasti ja selkeästi aineiston luokittelun tulokset. Opinnäytetyön luotettavuutta lisää opinnäytetyön liitteessä olevat aineistojen analyysit, jotka sisältävät alkuperäisen ilmauksen, pelkistyksen sekä luokittelun.

Toimintatutkimuksessa on tarkoitus tehdä muutos parempaan ja korvaamaan aikaisemmat käytännöt uusilla ja paremmilla. Tässä herää kysymys, että kenen näkökulmasta käytäntöä arvioidaan ja kenen näkökulmasta uusi käytäntö on vanhaa parempi? Näkökulman muuttuessa saattaa mielipide uudesta käytännöstäkin muuttua. Tutkijan tulisi pohtia tarkkaan ja jatkuvasti kenen hyvää tavoitellaan ja millaiseen muutokseen tähdätään.

Muutospyrkimykset on myös pidettävä realistisina. Vaikka osallistujat eivät suuria muutoksia kokisikaan, voi tutkimus olla kuitenkin kelvollinen. (Heikkinen & Huttunen 2023, ss.163, 193)

Heikkinen ja Huttunen (2023, ss.231–260) ovat kehittäneet kuusi toimintatutkimukseen soveltuvaa validointiperiaatetta. Nämä ovat historiallisen jatkuvuuden periaate, reflektiivisyys, dialektisuus, toimivuus, havahduttavuus sekä adekvaattisuus. Tässä opinnäytetyössä on

laajan teorian pohjan lisäksi huomioitu millaisia tutkimuksia aiheesta oli tehty aiemmin. Opinnäytetyön tekijän oma aktiivisuus kehittämissä ja tekijän suhde kohde yksikköön on kerrottu. Opinnäytetyössä on pyritty tuomaan kehittämistyössä ilmenneitä eri näkökulmia esille. Tarkoituksena oli auttaa kehittämään tehostettua avohoitoa vastaamaan paremmin palveluntarvetta ja sitä kautta myös edistämään ihmisten hyvinvointia ja terveyttä. Opinnäytetyössä luotiin uusi palvelukonsepti, jonka tarkoituksena toimia pohjana jatkokehittämisessä. Opinnäytetyön raportti on kirjoitettu ymmärrettävästi ja tekstiä on havainnollistettu kuvilla ja taulukoilla.

6.3 Opinnäytetyön eettisyys ja kestävyys

Opinnäytetyössä noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä. Opinnäytetyössä täytyy kunnioittaa muun muassa muiden tutkijoiden työtä, tutkittavia kohteita sekä yhteiskuntaa. Lisäksi tutkijan on oltava huolellinen, rehellinen ja avoin. Opinnäytetyö tulee toteuttaa ja dokumentoida huolellisesti ja suunnitelmallisesti. (Arene, 2020, ss.8–9; TEKN, 2023, s.13) Tehostetun avohoidon kehittämissä osallistujille kerrottiin opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet. Opinnäytetyöhön osallistuminen oli vapaaehtoista. Aineisto koostuu kirjallisista materiaaleista, jotka ovat nimettömiä ja ryhmätuotoksia. Keskusteluita ei nauhoitettu eikä osallistujien henkilötietoja kerätty. Opinnäytetyösopimuksen mukaisesti organisaation nimi ei tule opinnäytetyössä ilmi. Opinnäytetyö liittyy myös kestävään kehitykseen. Opinnäytetyössä ympäristönäkökulma liittyy teknologian, esimerkiksi digitaalisten palveluiden, lisääntyvään käyttöön ja sitä kautta liikkumisen ja päästöjen vähenemiseen. Ympäristön kuormituksen vähenemisellä on myös taloudellisia sekä sosiaalisia vaikutuksia (HAMK, n.d.). Sosiaalisesta näkökulmasta opinnäytetyö liittyy ihmisten hyvinvointiin ja terveyteen sekä niiden edistämiseen.

Lähteet

- Arene. (2020). Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene.
<https://arene.fi/julkaisut/raportit/opinnaytetoiden-eettiset-suositukset/>
- Barakat, A., Cornelis, J., Dekker, J., Lommerse, N., Beekman, A. & Blankers, M. (2024). Economic evaluation of intensive home treatment in comparison to care as usual alongside a randomised controlled trial. *The European Journal of Health Economics*.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10198-024-01675-1> - citeas
- Bond, G., Drake, R., Mueser, K., & Latimer, E. (2001). Assertive community treatment for people with severe mental illness - Critical ingredients and impact on patients. *Disease management & health outcomes*, 9(3), 141–159.
<https://link.springer.com/article/10.2165/00115677-200109030-00003> - citeas
- HAMK. (n.d.). *Ennen opinnäytetyön aloittamista*. Hämeen ammattikorkeakoulu.
<https://www.hamk.fi/opiskelijalle/opintojen-suunnittelu/opinnaytetyo/ennen-opinnaytetyon-aloittamista/>
- Hannula, K. (2020). *Tehostetun avohoidon kehittäminen VSSHP psykiatrian toimialueen psykoosien vastualueella*. [opinnäytetyö, Turun ammattikorkeakoulu].
https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/352980/HANNULA_KATARIINA_OPINNAYTETYO%20PSYKIATRIAN_TOIMIALUEEN_PSYKOOSIEN_VASTUALUEELLA.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Heikkinen, H.L.T. & Huttunen R. (2023). Validointiperiaatteet. Teoksessa H.L.T. Heikkinen & Kaukko. M. (toim.), *Toimintatutkimus* (ss. 217–266). Vastapaino.
- Heikkinen, H.L.T., Kaukko, M. & Salo P. (2023). Mitä toimintatutkimus on ja miten sitä tehdään. Teoksessa H.L.T. Heikkinen & Kaukko. M. (toim.), *Toimintatutkimus* (ss. 17–38). Vastapaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P., & Sinivuori, E. (2009). *Tutki ja kirjoita* (15. uud. p.). Tammi.
- Hyvinvointialue X. (n.d.). *Palvelustrategia*. Hyvinvointialueen verkkosivut.
- Hyvinvointialue X. (2023). *Palveluverkkoselvitys*. Hyvinvointialueen verkkosivut.

Innokylä. (n.d.). Learning cafe eli oppimiskahvila. <https://innokyla.fi/fi/tyokalut/learning-cafe-eli-oppimiskahvila>

Juuti, P. & Puusa, A. (2020). Laadullisen aineiston analysointi. Teoksessa A. Puusa & P. Juuti (toim.), *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät*, Gaudeamus Oy.

Jyrkämä, J. (2021). Toimintatutkimus. Teoksessa J. Vuori (toim.), *Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto
<https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/tutkimusasetelma/toimintatutkimus/>

KELA. (2024). *Mielenterveysongelmat veivät jo yli 100 000 suomalaista pitkälle sairauspoissaololle vuonna 2023*. Haettu 29.8.2024 osoitteesta
<https://tietotarjotin.fi/uutinen/916367/mielenterveysongelmat-veivat-jo-yli-100-000-suomalaista-pitkalle-sairauspoissaololle-vuonna-2023?sfnsn=mo>

Korkeila, J. (2009). Mikä on hyvä tapa järjestää psykiatrista avohoitoa? *Lääketieteellinen Aikakausikirja Duodecim*, 125(21).
https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/duo98399/search/psykiatrian_avohoito

Kuula, A. (2006). Toimintatutkimus. Teoksessa A. Saaranen-Kauppinen & A. Puusniekka, *KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L5_4.html

Kyrölä, A. (2023). *Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2022*. Tilastoraportti 66/2023. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/147842/TR66_2023_psykiatrinen_erikoissairaanhoito_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Linnaranta, O. (2022a). *Selvitys psykiatristen sairaalapaikkojen määrästä*. Tutkimuksesta tiiviisti 6/2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/143920/URN_ISBN_978-952-343-820-0.pdf?sequence=1

Linnaranta, O. (2022b). *Toimenpidesuositus riittävän ja laadukkaan psykiatrisen sairaalahoidon turvaamiseksi*. Päätösten tueksi 6/2022. Terveyden ja hyvinvoinnin

laitos. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144014/URN_ISBN_978-952-343-826-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Linnaranta, O. & Pelkonen, I. (2023). *Teknologia-avusteiset mielenterveyden hoitomenetelmät Suomessa*. Tutkimuksesta tiiviisti 16/2023. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/146339/URN_ISBN_978-952-408-067-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Morrissey, J. P., Domino, M. E., & Cuddeback, G. S. (2013). Assessing the Effectiveness of Recovery-Oriented ACT in Reducing State Psychiatric Hospital Use. *Psychiatric Services*, 64(4), 303–311.
https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ps.201200095?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed
- Munch Nielsen, C., Hjorthøj, C., Arnfred, B. T., & Nordentoft, M. (2023). Patient Outcomes of Flexible Assertive Community Treatment Compared With Assertive Community Treatment. *Psychiatric Services*, 74(7), 695–701.
https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ps.20220235?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed
- Pelkonen, I. & Linnaranta, O. (2023). *Mielenterveyspalveluiden täydentäminen teknologian avulla*. Ohjaus 18/2023. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos.
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/147957/URN_ISBN_978-952-408-233-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pirkola, S. (2020). Tulevaisuuden mielenterveyspalvelut. *Duodecim* 2020(16), 1763–1764.
<https://www.duodecimlehti.fi/duo15737>
- Saxén, U., Lampela, M., Elo, T., Nevalainen, M. Haapasalo-Pesu, K-M & Korkeila, J. (2014). Psykiatrasta avohoitoa tehostettu Satakunnassa. *Suomen Lääkärilehti*, 2014(6), 400–405. https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/sll40676/search/tehostettu_avohoito
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2019). *Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019*.
https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161496/STM_J02_Yhtenaiset_kiireettoman_hoidon_perusteet.pdf?sequence=4&isAllowed=y

- Stenberg, J.-H., Blanco Sequeiros, S., Holli, M., Kampman, O., Kieseppä, T., Korkeila, J., Mäki, P., Wahlbeck, K., Joffe, G., Häll, P. & Joutsenniemi, K. (2016). Mielenterveyttä etänä? *Suomen lääkirilehti*, 71(35), 2106–2111.
<https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/f7180842-a143-461e-a5d3-99212de90835/content>
- Sulonen, A. (2016). *Akuuttien sairastumisten, sairauksien pahenemisvaiheiden ja vaikeiden elämäntilannekriisien avohoito – Toimintamallin kehittäminen FSHKY: n aikuispsykiatrian avohoitoon*. [opinnäytetyö, Tampereen Ammattikorkeakoulu].
https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/118789/Sulonen_Anni.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Suvisaari, J., Solin, P., Viertiö, S. & Partonen, T. (2023). *Mielenterveys ja palveluiden käyttö*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 22.8.2024 osoitteesta
https://www.thl.fi/terveysuomi_verkkoraportit/ilmioraportit_2023/mielenterveys_ja_palveluiden_kaytto.html
- Taskinen, H. (2021). Organisaatiomuutosten johtaminen. Teoksessa S. Rissanen & J. Lammintakanen (toim.), *Sosiaali- ja terveysjohtaminen* (ss.147–166). Sanoma Pro Oy.
- TENK. (2023). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa*. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf
- THL. (2024). *Hoidon porrastus aikuispsykiatriassa*. Haettu 29.5.2024 osoitteesta
<https://thl.fi/aiheet/mielenterveys/mielenterveyspalvelut/hoidon-porrastus-aikuispsykiatriassa>
- THL. (n.d.). *Sotekuva*. Haettu 8.5.2024 osoitteesta <https://sotekuva.fi/fi/-/chart?regionCategory=HYVINVOINTIALUE&freeze=false&sortByYear=false&absValue=false&munSortOrder=0&showMinAndMaxValues=false&showLowAndHighValues=false&showChartValues=true&previousView=chart®ions=658,960,961,966,969,977,957,967,975,974,959,965,972,973,962,964,968,970,958,963,978,971,976>
- Toikko, T., & Rantanen, T. (2009). *Tutkimuksellinen kehittämistoiminta: Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon*. Tampere University Press.

- Tuomi, J., & Sarajärvi, A. (2024). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi* (Uudistettu laitos.). Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- 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. *British Journal of Psychiatry*, 202(3), 187–194.
<https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/transitional-interventions-to-reduce-early-psychiatric-readmissions-in-adults-systematic-review/82F44E78A2213CA118CEE2B51A7A747C>
- Vorma, H., Rotko, T., Larivaara, M., & Kosloff, A. (2020). Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. *Sosiaali- ja terveysministeriö*.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4139-7>
- Wahlbeck, K., Cresswell-Smith, J. & Haaramo, P. (2019). Potilaan paluu psykiatriseen sairaalahoitoon. *Lääkärilehti*, 74(3), 120–126.
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137476/SLL32019-120.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Wahlbeck, K., Hietala, O., Kuosmanen, L., McDaid, D., Mikkonen, J., Parkkonen, J., Reini, K., Salovuori, S. & Tourunen, J. (2018). *Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut*. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 89/2018. Valtioneuvoston kanslia. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160554/89-2017-YhdessaMielin_valmis.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Liite 1. Aineistonhallintasuunnitelma

Opinnäytetyön nimi: Tehostetun avohoidon kehittäminen psykiatrian poliklinikalla – kuvaus kehittämisprosessista sekä tehostetun avohoidon palveluista

Opinnäytetyön tekijä: Kati Surma-aho

AINEISTON HANKINTA MENETELMÄT JA AINEISTON MUOTO

Opinnäytetyössä ei kerätä henkilötietoja. Opinnäytetyön aineisto kerätään ohjausryhmän tapaamisista sekä sovelletun learning cafe -menetelmän työpajoista ja kehittämispäivästä, joihin osallistuvat tehostetun avohoidon työntekijät. Tutkija saa learning cafe -menetelmän sekä kehittämispäivän alkuperäiset tuotetut materiaalit, jotka tutkija analysoi ja kokoaa opinnäytetyöhön. Analysoitava aineisto tulee olemaan tekstinä opinnäytetyössä, jota havainnollistetaan kuvioilla sekä kaavoilla.

AINEISTOJEN SÄILYTYS OPINNÄYTETYÖPROSESSIN AIKANA

Opinnäytetyön tutkimusaineistoa tallennetaan ja säilytetään opinnäytetyöprosessin aikana tutkijan omalla henkilökohtaisella tietokoneella, joka on turvattu salasanalla. Aineistoa pääsee vain tutkija käsittelemään.

AINEISTOJEN KÄSITTELY OPINNÄYTETYÖN VALMISTUTTUA

Opinnäytetyössä kerättyä aineistoa käytetään vain tässä tutkimuksessa. Opinnäytetyön aineistoa säilytetään 1 vuosi opinnäytetyön hyväksymispäivän jälkeen. Tämän ajan opinnäytetyön aineistoa säilytetään tutkimuseettisiä periaatteita noudattaen. Aineisto säilytetään oppilaitoksen tietoturvallisen Wihi-alustan luottamuksellisella alueella, jonne vain tutkijalla sekä opinnäytetyön ohjaajalla ja tarkastajalla on pääsy.

Liite 2. Työpaja 1 aineistoanalyysi

<u>ALKUPERÄINEN ILMAUS</u>	<u>PELKISTYS</u>	<u>ALALUOKKA</u>	<u>PÄÄLUOKKA</u>
<i>Kontakti myös mahd. illalla intensiiviryhmästä. KASVOT.</i>	iltakontakti	Nopea avun saaminen ja hoidon aloitus	PALVELUIDEN SAATAVUUDEN PARANTAMINEN
<i>Tapaaminen / kotikäynti nopeasti</i>	nopea kontaktointi		
<i>Lähete akuuttiryhmään ennen (tapauskohtaisesti) polin kontaktia</i>	nopea hoidon aloitus		
<i>Viikonloppuisin kontaktointi tapaaminen</i>	viikonloppu kontaktointi		
<i>Viikonlopputyö – ruhtinaallinen korvaus</i>	viikonlopputyö	Pidennetyt aukioloajat	
<i>Tehostettu avohoito 24/7</i>	pidennetty aukiolo		
<i>Joustoa lähetteestä tehostettuun avohoitoon</i>	hoitoon lähettäminen	Hoitoon lähettämisen helpous	
<i>Vähemmän byrokratiaa</i>	byrokratian purkaminen		
<i>Päivystävän lääkärin yhteistyö ilta- aikaan sujuvammaksi.</i>	lääkäriyhteistyö	Lääkäripalveluiden parantaminen	LÄÄKÄRIPALVELUIDEN SAATAVUUDEN PARANTAMINEN
<i>Lääkäripalvelut helposti saatavilla (tehostetulle avohoidolle yhteinen lääkäri)</i>	lääkäri saatavilla		
<i>Lääkäriresurssi käytettävissä</i>	lääkäriresurssi		
<i>Lääkäripalvelut</i>	lääkäripalvelu		
<i>Tarv. lääkärin konsultointi</i>	lääkäri yhteistyö		
<i>Lääkäripanos poliklinikalla päivittäin tarv.</i>	lääkäri saatavilla	Lääkärin työpanoksen lisääminen	
<i>Virka-ajan ulkop. lääkärintyöpanos + lupa olla yhteydessä</i>	lääkärin työpanos		

<i>UK-tilanteessa hoitaja mukaan</i>	yhteistyö osastojen kanssa	Yhteistyön lisääminen tehostetun avohoidon sisällä sekä osastojen kanssa	YHTEISTYÖN JA TIEDONJAON LISÄÄMINEN
<i>Intensiiviryhmä -> akuuttitiimiin maamuna. Yhteistap.</i>	tehostetun avohoidon yhteistapaamiset		
<i>Enemmän intensiiviryhmä mukaan tukemaan</i>	intensiiviryhmän tehokkaampi käyttö		
<i>Työparityöskentely polin sisällä</i>	tehostetun avohoidon parityöskentely		
<i>Työpariksi intensiivitr. hoitaja</i>	tehostetun avohoidon parityöskentely		
<i>Intensiivistä enemm. tukea, yhteistyötä</i>	yhteistyö lisääminen		
<i>Yhteistyössä intensiiviryhmä + akuuttiryhmä</i>	yhteistyö lisääminen		
<i>Poli + intensiiviryhmä + lääkäriresurssi tehostetusta avohoidosta ennen polin kontaktia</i>	yhteistyön lisääminen		
<i>Työntekijöiden välinen yhteistyö, lisää tätä</i>	työntekijöiden yhteistyön lisääminen		
<i>Osastolta pitäisi ottaa intensiiviryhmä heti potilaan tueksi!</i>	osastoyhteistyö	Yhteistyön ja tiedonjaon parantaminen myös potilaan suuntaan	
<i>Annetaan potilaalle puhelinnumero mihin voi olla tarv. yhteydessä.</i>	potilaan yhteydenottokanava		
<i>Pidetään kiinni selkeistä suunnitelmista ja hoitolinjauksista</i>	yhteiset linjaukset		
<i>Osastolla ymmärrys miten tehostettu avohoito toimii</i>	yhteinen ymmärrys, tiedonjako		

<i>Perheen näkökulma/perhe mukaan lääkärin tapaamiseen.</i>	perhetyö	Perheiden huomioiminen	PERHETYÖN LISÄÄMINEN
<i>Läheiset enemmän mukaan</i>	läheisten huomioiminen		
<i>Perhe mukaan hoitoon, systemaattisemmin</i>	perhe mukaan hoitoon		
<i>Perhe?</i>	perhetyö		

<i>Psykobussi</i>	tulevaisuuden palvelut	Tulevaisuuden palveluvalikoima	TULEVAISUUDEN PALVELUT
<i>Puheluita lisää</i>	puhelut		
<i>Lääkepoli joka päivälle</i>	lääkepoli		
<i>Lounge/avoin "olohuone", johon voi mennä matalalla kynnyksellä tarvittaessa + mahdollisuus soittaa + chatti</i>	matalan kynnyksen palvelut		
<i>Kotikäynnit? x2</i>	kotikäynti	Kotikäyntien lisääminen	
<i>Kotikäynti</i>	kotikäynti		
<i>Kotikäyntejä lisää</i>	kotikäynti		
<i>Enemm. kotikäyntejä</i>	kotikäynti		
<i>Lääkärikin kotikäynnille tarv.</i>	lääkäri kotikäynnille		
<i>Akuutit kotikäynnit</i>	akuutti kotikäynti		

Liite 3. Työpaja 2 aineistoanalyysi

PILOTOINNIN AIHEET	EHDOTUS PILOTOINNIN TOTEUTUKSEEN; ALKUPERÄINEN ILMAUS
Päivystystoiminnallinen muutos	<ul style="list-style-type: none"> • <i>psyk.sh. päivystyksessä pth:n puolelta A+I</i> • <i>muutos psyk.hoitajan työnkuvaan: esh:n potilaiden polikliininen hoito</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>tapaamisaikoja viikonlopulle</i> ○ <i>osaston läheisyydessä</i> ○ <i>päivystävän psykiatrin työparina</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>osastohoidon arviot päivystysaikaan</i>
Kotiutusprosessi	<ul style="list-style-type: none"> • <i>tiivimmät tapaamiset kotiutuneilla potilailla</i> • <i>ITR / tehostetun avohoidon ??</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>tiivistämispaketti</i> ○ <i>ryhmämuotoinen hoito/lääkehoidon varmistus</i> • <i>yhteistyö osastojen kanssa / HN</i>
Päivystävän psykiatrin kanssa yhteistyö	
Monitilaratkaisujen käyttöönotto, ilta-aikaisen päivystystoiminnan toiminallinen muutos ja pidennetty aukioloaika akuutissa ma-to klo 18 asti.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>tilat? päiväosasto? -kohderyhmä erikoissairaanhoido – tarvittava ryhmä</i> • <i>aina 2 työntekijää</i> • <i>päivystävä psykiatri</i> • <i>ei ole akuuttityöryhmää jos ei riitä resurssi</i> • <i>lähetteellä edelleen</i> • <i>jokaisella potilaalla pitää olla määritelty lääkäri</i> • <i>päivystystoiminta loppuu päivystyksessä</i> • <i>arkisin 8-18</i> • <i>työntekijäresurssi</i> • <i>hoitosuhteiden lyhentymisen, max 1kk</i>
Monitilaratkaisujen käyttöönotto	<ul style="list-style-type: none"> • <i>ilta-aikainen päivystystoiminta %</i> • <i>pidennetty aukiolo -18</i> • <i>2 työntek. paikalla</i> • <i>lähetteellä</i> • <i>määritelty lääkäri vast.hoidosta</i> • <i>8-18.</i> • <i>akuutissa hs lyhentyy max kk</i> • <i>päiväosastomainen toiminta - akuuttipotilaille</i> • <i>hoitoa tiivistetään</i> • <i>ryhmät päiväosastolla</i> • <i>missä resurssoidaan</i> • <i>väki, toimitilat</i>

Liite 4. Kehittämispäivän aineistoanalyysi

ENNALTA MÄÄRITETYT AIHEET	ALKUPERÄINEN ILMAUS	PELKISTYS	ALALUOKKA	PÄÄLUOKKA
Kotitiimi	<i>Perheen huomioiminen / perheet mukaan hoidon kaikkiin vaiheisiin</i>	Perhetyö	Perheiden huomioiminen	KOTITIIMIN PALVELUN SISÄLTÖ
	<i>Kotikäynti varhaisen vaiheeseen + perheen tapaaminen</i>	Kotikäynti		
	<i>Hoitosuunnitelma selkeä konsepti (jota voi muokata tilanteen mukaan)</i> <ul style="list-style-type: none"> • hoidon tarve • käyntien määrä ja tiheys • väliarvio 	Hoitosuunnitelma	Hoitosuunnitelma	
	<i>Turvasuunnitelma tehdään / tarkistetaan ja käydään yhdessä läpi - >Turvasuunnitelma lomakkeeksi LifeCareen</i>	Turvasuunnitelma	Turvasuunnitelma	
	<i>Psykiatri konsultoitavissa</i>	Yhteistyö	Yhteistyö	
	<i>Sosiaalityöntekijä konsultoitavissa</i>			
Akuuttityöryhmä	<i>Palvelun sisältö:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Päivystys- ja 1–7 päivän lähetteet <- ohjautuminen • Arvio, dg, suunnitelma, hoito (eli lääkärin- ja hoitajan työ, "perushoito") 	Ohjautuminen	Palvelun sisältö	AKUUTTITYÖRYHMÄN PALVELUN SISÄLTÖ
		Hoitoprosessi		
	<i>Joustavuus ja yksilöllisyys koko hoitoprosessin ajan. Tarv. 3 x vko...</i>	Joustavuus ja yksilöllisyys		
	<i>Hoito aika 1–3 kk, jonka jatkohoidon järjestäminen tai hoidon päätös</i>	Hoitoaika	Hoitoaika	
	<ul style="list-style-type: none"> • Sos.tt:n palvelut / osuus tärkeä 	Yhteistyö	Muut palvelut	
	<ul style="list-style-type: none"> • Kotikäynnit? • Pkl-seuranta? 	Kotikäynti Polikliininen seuranta	Epäselvät asiat	

Lääkepoli- klinikka	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ohjautuminen: lääkärin läheteellä</i> 	Ohjautuminen	Palvelun sisältö	LÄÄKEPOLI-KLINIKAN PALVELUN SISÄLTÖ
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Palvelun sisältö:</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Dosetti, valvottu lääkkeen otto, injektiot. (Leponex hoito? aloitus, tiivis seuranta)</i> 	Dosetit		
		Lääkkeenotto		
		Lääkehoidon aloitukset?		
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>12 tuntia päivässä, 7 pv viikossa.</i> 	Aukioloaika		
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Hoidon pituus yksilöllinen, määräaikainen</i> 	Yksilöllisyys		
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Yhteistyö muiden tahojen kanssa (kotihoito, kotish.)</i> 	Yhteistyö	Yhteistyötahot	
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Gerbiili</i> 			
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Impulss. lääkkeenottajat</i> 	Turvallisuus	Epäselvät asiat	
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Labrat?</i> 	Lääkehoidon seuranta		
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>esh:n potilas?</i> 	Potilaan hoitokontakti		
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Somatiikan lääkkeet?</i> 	Lääkehoidon erikoistapaukset		
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Lääkerobotti</i> 	Tulevaisuuden palvelut	Tulevaisuuden palvelut		

Lääkepoli- klinikka sisältyy kotitiimiin	<i>Hoitava lääkäri määrittelee tarpeen erikoissairaanhoidon lääkehoitoon (seuranta, lääkkeenjako, injektio)</i>	Tarpeen määrittely	Tarpeen määrittely	PALVELUN SISÄLTÖ
	<i>Ohjautuu THL hoidon porrastuksen mukaan</i>	Ohjautuminen	Ohjautuminen	
	<i>Hoitokodeista matalampi kynnys olla yhteydessä, jos hoito erikoissairaanhoidossa</i>	Yhteistyö	Yhteistyötahot	