

Tehostetun avohoidon kehittäminen ACT- mallia
hyödyntämällä Lapin sairaanhoitopiirin psykiatrian klinikalla

Kaisu Mäkelä

Opinnäytetyö
Sosiaali, terveys- ja liikunta-ala
Työelämän kehittäminen ja esimiestyö
Sairaanhoitaja (ylempi AMK)

2020

Sosiaali, terveys- ja liikunta-ala
Työelämän kehittäminen ja esimiestyö
Sairaanhoitaja (ylempi AMK)

Tekijä	Kaisu Mäkelä	Vuosi	2020
Ohjaaja	Sirkka Saranki-Rantakokko		
Toimeksiantaja	Lapin sairaanhoitopiiri psykiatrisen hoidon tulosalue		
Työn nimi	Tehostetun avohoidon kehittäminen ACT- mallia hyödyntämällä Lapin sairaanhoitopiirin psykiatrian klinikalla		
Sivu- ja liitemäärä	45 + 4		

Tässä opinnäytetyössä toteutetun kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää ja selkiyttää tehostetun avohoidon prosessikuvausta psykiatrian klinikan vaativan hoidon ja kuntoutuksen osastolla. Tehostetussa avohoidossa sovelletaan ACT-mallia, avohoitoon kuuluu palveluohjausta ja yhtenä hoitomenetelmänä käytetään psykoedukaatiota. Kehittämistyön tavoitteena oli parantaa tehostetun avohoidon laatua luomalla yhteinen toimintatapa tehostettuun avohoitoon ja laatia tehostettuun avohoitoon selkeä asiakkaan hoitopolku.

Kehittämistyö toteutettiin vaativan hoidon ja kuntoutuksen osaston henkilökunnan, psykiatrian klinikan erityistyöntekijöiden ja tehostetun avohoidon yhteistyökumppaneiden kanssa. Kehittämismenetelmänä oli toimintatutkimus. Kehittämistyö tehtiin osallistavalla otteella, johon toimintatutkimus sopii hyvin. Ensimmäiseksi tehostetun avohoidon vastaavat hoitajat pohtivat aivoriihessä ongelmat valmiiksi työpajoihin. Aineiston keruu menetelmänä käytettiin learning cafe -menetelmää. Learning cafe-työpajoja järjestettiin kaksi kappaletta saman sisältöisesti. Aineisto kerättiin learning cafe työpajoissa pöytäliinoin ja se analysoitiin sisällön analyysillä.

Tuloksissa esitellään tehostetun avohoidon perusosat. Tehostetun avohoidon perusosina olivat tehostetun avohoidon toiminta-ajatus, hoitajan tehtävän kuva, asiakkuuden määrittely ja tehostetun avohoidon hoitotoimenpiteet. Perusosien pohjalta luotiin tehostetun avohoidon prosessikuvaus. Prosessikuvauksessa ilmenee asiakkaan hoitopolku tehostetussa avohoidossa. Jatkokehittämishaasteena on tehostetun avohoidon kehittäminen vastamaan suurempaa asiakasjoukkoa. Tämä kehittämistyö antaa tähän hyvän pohjan.

Asiasanat mielen terveyspalvelut, assertive community treatment (ACT) -malli, palveluohjaus, psykoedukaatio, toimintatutkimus

School of Social Services, Health and Sports
Master's Degree Programme in
Development of Working Life and Leadership

Author	Kaisu Mäkelä	Year	2020
Supervisor	Sirkka Saranki-Rantakokko		
Commissioned by	Lapland Hospital District Psychiatric Care		
Subject of thesis	Development of Enhanced Outpatient Care Using the ACT Model at the Lapland Hospital District Psychiatric Clinic		
Number of pages	45 + 4		

The aim of this master's thesis was to develop and clarify the process description of enhanced outpatient care in the treatment and rehabilitation department in the psychiatric clinic of the Lapland Hospital District. The study can be described as a development research. The ACT model is used in enhanced out-patient care including case management and psychoeducation. The aim of this research was to improve the quality of intensified outpatient care by creating a common approach to intensive outpatient care and by establishing a clear patient care path for enhanced outpatient care.

This research was carried out among the staff of the demanding care and rehabilitation department, the special needs staff of the psychiatric clinic, and the partners in the enhanced outpatient care. The method used was action research. The research was conducted by using participatory methods, suitable for an action research. A group of enhanced outpatient responsible caregivers met for brainstorming. During the brainstorm sessions the problems were identified and they were discussed in a workshop. In the workshop the Learning Café method was used. Two similar learning cafés were organized for the workshops to have more participants. The notes from each table in the Learning Café were collected and analyzed by content analysis.

The results revealed basic elements of enhanced outpatient care. The basic elements are the operational idea of intensified outpatient care, description of the caregiver's task, the definition of the patient, and the care measures for enhanced outpatient care. Based on the basic elements, a process description of enhanced outpatient care was created. The process description shows the patient's care path in enhanced outpatient care. A potential further development challenge would be to develop enhanced outpatient care to reach a larger number of patients. This development research may provide good foundations for that.

Keywords: mental health services, assertive community treatment, case management, psychoeducation, action research

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TARKOITUS JA TAVOITE	3
3	MIELENTERVEYSAVOPALVELUT	4
3.1	Mielenterveyspalvelujen kuvaus	4
3.2	Psykoedukaatio	7
3.3	Palveluohjaus mielenterveys asiakkaan tueksi	8
3.4	ACT-malli	9
4	KEHITTÄMISTYÖN KEHITTÄMISOTE JA MENETELMÄT	12
4.1	Toimintatutkimus	12
4.2	Aineiston keruu	16
4.3	Aineiston analyysi	18
5	AINEISTON POHJALTA LUODUT YLÄKATEGORIAT	20
5.1	Toiminta-ajatus	20
5.2	Tehostetun avohoidon hoitajan tehtäväkuvaus	21
5.3	Asiakkuuden määrittely	23
5.4	Hoitotyön toimenpiteet	24
6	KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET	27
6.1	Tehostetun avohoidon palvelukuvaus	27
6.2	Ehdotus tehostetun avohoidon prosessikuvaukseksi	31
7	POHDINTA	34
7.1	Kehittämistyön luotettavuus ja eettisyys	34
7.2	Kehittämistyön merkitys ja jatkotutkimushaasteet	36
	LÄHTEET	39
	LIITTEET	46

1 JOHDANTO

Tämän ylemmän ammattikorkeakoulun Työelämän kehittäminen ja esimiestyökoulutukseen kuuluvan kehittämistehtävän aiheena on tehostetun avohoidon kehittäminen Lapin sairaanhoitopiirin psykiatrian klinikan vaativan hoidon ja kuntoutuksen osastolle. Kehittämistehtävän toimeksiantaja on Lapin sairaanhoitopiirin psykiatrian klinikka (LIITE 1). Tutkimusluvan kehittämistyölleni sain Lapin sairaanhoitopiirin hallintoylihoitaja Maarit Palomaalta huhtikuussa 2018 (LIITE 2).

Kuntoutuksen osastolla avohoitoa on tehty vuodesta 2013 lähtien. Olen työskennellyt vuodesta 2015 lähtien tehostetun avohoidon vastuuhoidtajana. Tehostetun avohoidon tarkoituksena on mahdollistaa psyykkisesti vakavasti sairaiden, heikon komplianssin eli heikon hoitomyöntyvyyden ja alentuneen arjenhallintakyvyn omaavien henkilöiden kykyä selviytyä omassa elinympäristössään sairaalan ulkopuolella. Tehostetussa avohoidossa käytetään mukaillen ACT-mallia (assertive community treatment), psykoedukaatiota ja case managementia eli palveluohjausta. Tehostettu avohoito on tarkoitettu niille potilaille, jotka eivät ole sitoutuneet avohoitoon tai se ei ole ollut riittävää; potilaille, joilla on toistuvia sairaalajaksoja ja niille, jotka ovat olleet sairaalassa pitkään. (Tehostetun avohoidon prosessikuvaus 2013.)

Tehostettu avohoito on pääasiassa asiakkaan kotiin tehtävä työtä, jonkin verran asiakkaita tavataan poliklinikalla, mielenterveystoimistoilla, palvelukodissa. Asiakasta voidaan tavata myös kaupungilla ostosten merkeissä tai käydä kahvilla asiakkaan kanssa. Tehostetun avohoidon tärkeä elementti on, että avohoitajat ovat samat kuin osastolla, jolloin tutut hoitajat jatkavat hoitoa myös avohoidossa. Tehostetussa avohoidossa jokaisen asiakkaan kanssa tehdään yksilöllinen suunnitelma kuntoutumisen etenemiseksi. Tarpeet kartoitetaan osastolla ollessa ja kotiutumisen jälkeen kotona.

Tehostetun avohoidon prosessikuvaus on vuodelta 2013 Lapin sairaanhoitopiirin psykiatrian klinikan kuntoutuksen osastolla. Prosessikuvaus on ollut suppea eikä siinä ole määritelty selkeästi asiakasta tai eikä tehostettuun avohoitoon ohjautumista. Tämä on aiheuttanut sen, että tehostettuun avohoitoon on ohjautunut jonkin verran asiakkaita, jotka eivät sinne kuulu. Alkuperäiseen prosessikuvauksen

jälkeen tehostetun avohoidon resurssit ovat pienentyneet ja asiakasmäärät ovat kasvaneet. Tämän kehittämistehtävän lähtökohtana oli prosessikuvauksen päivittäminen vastaamaan tämän päivän tarpeita, resursseja ja toimintaa. Tästä syystä opinnäytetyön kehittämistehtävä oli ajankohtainen.

Tehostettua avohoitoa kuntouksen osastolla tehdään ACT-mallia mukaillen. ACT-malli on yksi case managementin malli (Pratt, Gill, Barrett & Roberts 2006, 199). ACT-malli on näyttöön perustava hoitomalli, joka on suunniteltu potilaille, joilla on useita sairaalajaksoja, ja niille potilaille, jotka eivät ole motivoituneita hoitoon ja/tai ovat moniongelmaisia. Se on kehitetty 1970-luvulla Yhdysvalloissa. Sen tavoitteena on vähentää sairaalahoitoa, säilyttää kontakti potilaisiin sekä parantaa psykososiaalisia tuloksia. ACT-mallia harkitessa on tarkkaan arvioitava, ketkä potilaat hyötyvät mallista. (Van Vugt, Kroon Delespaul & Mulder 2016, 93; Kortrijk, Mulder, Roosenschoon & Wiersma 2010, 330.) ACT-malli ja case management on nimetty hoitomuodoiksi skitsofrenian Käypä hoito -suosituksessa. (Skitsofrenia, Käypä hoito -suositus 2015).

Mallia käytetään laajasti maailmalla muun muassa Yhdysvalloissa, Australiassa ja Ruotsissa (Rubin, Spinger & Trawver 2011, 189). ACT-mallia on tutkittu laajasti ulkomailla. Malliin liittyviä kotimaisia tutkimuksia on vähän saatavilla, sen sijaan malliin perustuvia avohoidon esitteitä on saatavilla muun muassa HUS:n (Helsingin-Uudenmaan sairaanhoitopiiri) ja PKSSK:n (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä) sivuilta. Auroran sairaalassa toimii malliin perustuva Auroran liikkuva avohoito. HUS:n ja Auroran sairaalan ACT-malliin pohjautuvissa avohoidossa, hoito on tarkoitettu niille, joille ei tavanomainen poliklinikka muotoinen avohoito on ollut riittämätöntä. (HUS s.a; Auroran liikkuva avohoito s.a). Lapin sairaanhoitopiirissä käytössä oleva tehostettu avohoito järjestetään osasto 3:n kautta, niille potilaille, jotka ei ole kyennyt sitoutumaan avohoitoon tai se on riittämätöntä. Kehittämistyö on ainutlaatuinen, sillä Lapin sairaanhoitopiirissä avohoito järjestetään osaston kautta, toisin kuin muualla ACT-malliin perustuva hoito järjestetään poliklinikan kautta.

2 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TARKOITUS JA TAVOITE

Kehittämistehtävän tarkoituksena on laatia ACT-malliin pohjautuva tehostetun avohoidon prosessikuvaus Lapin sairaanhoitopiirin psykiatrian klinikan vaativan hoidon ja kuntoutuksen osastolle.

Kehittämistehtävän tavoitteena on parantaa tehostetun avohoidon laatua luomalla yhteinen toimintatapa tehostettuun avohoitoon. Näin asiakkaalle saadaan tehostettuun avohoitoon selkeä hoitopolku. Hoitopolku parantaa hoidon jatkuvuutta.

Kehittämistehtävässä vastataan kysymykseen: Millainen on nykytarpeisiin vastaava ACT-mallia hyödyntävä tehostetun avohoidon prosessikuvaus Lapin sairaanhoitopiirissä psykiatrian klinikan vaativan hoidon ja kuntoutuksen osastolla?

3 MIELENTERVEYSAVOPALVELUT

3.1 Mielenterveyspalvelujen kuvaus

Mielenterveystyön tavoitteena on vahvistaa mielenterveyttä ja ehkäistä siihen kohdistuvia uhkia. Mielenterveyspalveluilla tarkoitetaan niitä toimia, joilla pyritään ehkäisemään, lievittämään ja hoitamaan mielenterveydenhäiriöitä. Palveluihin kuuluvat: ohjaus, neuvonta, psykososiaalinen tuki, hoito ja kuntoutus. Lisäksi palveluihin katsotaan kuuluvan mielenterveyden edistäminen ja mielenterveyden häiriöiden tutkimus. Sosiaali- ja terveysministeriön vastuulla on mielenterveyspalveluja koskeva lainsäädäntö, määräykset, viranomaisohjeistukset ja suunnittelu. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tehtävä on tutkia ja kehittää mielenterveystyötä ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston (Valvira) ja aluehallintovirastojen tehtävänä on valvoa mielenterveyspalveluiden toteuttamista. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020; Sosiaali- ja terveysministeriö s.a.)

Mielenterveyslaissa määrätään, että mielenterveyspalvelut on ensisijaisesti järjestettävä avopalveluina. Kunnan on järjestettävä laissa määritetyt avopalvelut, ja ne on yhteensovittettava yhdessä sairaanhoitopiirin kanssa toimivaksi kokonaisuudeksi. Avopalvelut on järjestettävä siten, että omatoimista hoitoon hakeutumisista tuetaan. (Mielenterveyslaki 1116/1990 1:3–5§.) Suurin osa hoitoa mielenterveyden häiriöiden vuoksi hoitoa saavista asiakkaista hoidetaan avohoidossa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020). Mielenterveyspalveluun hakeutuminen tulee tehdä asiakkaalle helpoksi, koska mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyä edelleen vahvasti häpeäleima (Kuosmanen & Wahlbeck 2018, 1).

Avohoitoa järjestetään eri tavoilla, niin että kaikki hoitoa tarvitsevat saavat tarvitsemaansa hoitoa. Avohoitoa on esimerkiksi mielenterveystoimistoissa annettava keskusteluterapia, erilaiset päiväosastot, ryhmähoidot, kotiin tehtävä työ ja kuntoutuskodissa annettava hoito. Avohoito valitaan yksilöllisesti jokaisen asiakkaan kohdalla. (Punkanen 2001, 24–27.) Asiakkaalla on oltava käytössä monimuotoisia avohoitoa tukevia palveluita. Näitä palveluita tuottavat julkisen sektorin lisäksi kolmas sektori ja yksityinen sektori. Kolmannen sektorin tuottamissa palveluissa tarjotaan erilaista vertaistukea. Näitä palveluita ovat muun muassa mielenterveysyhdistysten tarjoama toiminta ja klubitalotoiminta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 46.)

Käypä hoito -suosituksen mukaan potilaan tarpeet huomioiva kuntoutus estää toiminnan vajavuuksien syntymistä ja tukee toimintakykyä. Tätä kuntoutusta järjestetään muun muassa päivätoimintakeskuksissa, kerhotaloissa ja tuetussa asumisessa. Muun muassa skitsofrenian, kaksisuuntaisen mielialahäiriön ja masennuksen käypähoitosuosituksissa psykoedukaatio on keskeinen hoitomuoto. (Skitsofrenia, Käypä hoito -suositus 2015; Kaksisuuntainen mielialahäiriö Käypä hoito -suositus 2013; Depressio Käypä hoito -suositus. 2020.) Sairaalakeskeinen hoitokäytäntö on siirtynyt avohoitopainotteiseksi. Tämä on merkinnyt asiakkaan ja omaisen roolin muuttumista. Nykyisin omaiset otetaan mukaan hoitoon aktiivisesti ja heidät nähdään voimavarana. Pitkäaikaisista mielenterveysongelmista kärsivät asiakkaat tarvitsevat monimuotoisia palveluita. (Saarelainen, Stengård & Vuori-Kemilä 2000, 27–28.)

Suomessa avohoito on järjestetty hyvin eri tavoin eri puolella maata. Osasy tähän on kuntien vahva itsehallinto perusterveydenhuollossa. Pirstaleinen järjestelmä on aiheuttanut vaihtelua avohoidon palveluiden saatavuudessa, laajuudessa ja kehittämisessä maan eri osissa. Sote-uudistuksessa olisi tarkoitus tehdä yhteistä linjausta päihde- ja mielenterveystyöhän, etenkin palveluiden saatavuuden ja laadun näkökulmasta. Kuitenkaan yksi toimintamalli tai järjestelmä tuskin toimii kaikkialla. Myös mielenterveyslaki kaipaa päivitystä uudistuksen myötä. (Partanen ym. 2012, 173, 181, 361; Sosiaali- ja terveysministeriö 2016b, 41, 55.) Osa psykoosipotilaista on kadonnut palvelujärjestelmän ulkopuolelle. Näitä potilaita varten olisi oltava erilaisia etsiviä ja kotiin vietäviä palveluita. (Wahlbeck ym. 2018, 22.)

Asiakkaalla, jolla on vaikea mielenterveysongelma, joka laskee hänen toimintakykyään, tarvitsee paljon tukea päivittäisissä toiminnoissa. Sairaalassa näissä asioissa auttaa hoitohenkilöstö ja apu tulee yhdeltä toimijalta. Kotiutuessa ongelmaksi muodostuu se, että sama apu tulee usealta eri toimijalta ja potilaan pitäisi pystyä tunnistamaan ja toimimaan toimijoiden kanssa. Tätä ongelmaa ratkaisemaan on luotu case management ja siihen liittyvä ACT-malli. (Pratt ym. 2006, 193–194.) Suomessa osa psykoosipotilaista on päätenyt palvelujärjestelmän ulkopuolelle. Syitä palvelujärjestelmän ulkopuolelle jättäytymiseen ovat esimerkiksi huonot kokemukset aiemmasta hoidosta, sairaudentunnottomuus tai ettei

potilas kykene hahmottamaan palvelujärjestelmää. ACT-malli vastaa edellä mainittuihin ongelmiin yhdessä muiden etsivien palveluiden kanssa. (Kuosmanen & Wahlbeck 2018, 1.)

Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa (2016) oli asetettu kärkihankkeeksi asiakkaan aseman vahvistaminen. Työryhmä esitti painopisteeksi että, avohoitoa ja avohoidon ja laitoshoidon väliin sijoituvia palveluita kehitetään monimuotoisemmiksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016a, 27.) Kärkihankkeen seurauksena sairaalahoitajaksot lyhenivät, mutta hoitajaksojen määrä kasvoi. Myös avohoitopotilaiden määrä kasvoi vuonna 2018 avohoitopotilaiden määrä kasvoi 0,3 prosenttia edellisvuodesta. Erikoisairaanhoidon psykiatrisessa avohoidossa oli vuonna 2018 2.2 miljoonaa avokäyntiä, vuonna 2015 käyntejä oli 2 miljoonaa. Kymmenessä vuodessa avohoitopotilaiden määrä on kasvanut miltei 50 000 asiakkaalla, kun taas osastohoidon potilaiden määrä on vähentynyt yli 5000 potilaalla. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2019; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2017.) Tämä kertoo, että psykiatrinen hoito on koko ajan siirtymässä avohoitopainotteisemmaksi. Wahlbeckin, Cresswell-Smithin & Haaramon (2019) tutkimuksessa havaittiin että, mikäli potilaalla ei ole sairaanhoidon jälkeen avohoitoa, palaa hän todennäköisemmin sairaalahoitoon. Avohoidon tulisi alkaa saumattomasti viikon kuluessa sairaalasta uloskirjoittamisen jälkeen. Kalsethin, Lassemon, Wahlbeckin, Haaramon & Mangnussenin (2016, 6) tutkimuksessa tuli esille, että aktiivinen- ja yhteisöllinen avohoito vähentää sairaalahoidon tarvetta.

Psykiatrasta sairaalahoitoa voidaan vähentää kehittämällä monimuotoisia avohoitopalveluita. Satakunnan sairaanhoitopiiriin perustettiin vuonna 2010 tehostetun avohoidon yksikkö, jonka tarkoituksena on vähentää sairaalahoidon tarvetta turvaamalla kriisipotilaille päivystyksellinen psykiatrinen avohoito ja sairaalapotilaille pääsy riittävän intensiiviseen avohoitoon heti, kun ympärivuorokautinen osastohoito ei ole enää välttämätöntä. Uudistusta arvioitiin ja tuloksissa todettiin, että hoitoaika osastolla lyheni ja osastojen kuormitus väheni. (Saxén ym. 2014.) Tampereella vuonna 2005 kehitettiin rajapintatyöskentelyä tarkoituksena vähentää sairaalan kuormitusta. Rajapintatyöskentelyssä työtä tehdään sairaalan ja avohoidon välisellä alueella. Rajapinta työskentelyn alettua sairaalan kuormitus vähentyi ja hoitoaika lyhenyi. (Tammentie 2008, 7, 16, 15.)

3.2 Psykoedukaatio

Psykoedukaatio on näyttöön perustuva malli, joka on tutkimuksissa todettu tehokkaaksi kuntoutumisessa (ks. esim Shimazu ym. 2011, Reinares ym. 2008, Chien ym. 2017.) Psykoedukaatio korostaa terveyttä, yhteistyötä, selviytymistä ja ympäristöä. Se pohjautuu vahvuuksiin ja nykyhetkeen. Sitä voidaan antaa potilaalle ja hänen omaisilleen. Psykoedukaation tarkoituksena on, että potilas ja hänen omaisensa ymmärtävät sairautta ja sen vaikutusta potilaan elämään, antamalla tietoa sairaudesta ja oireista. Sitä voidaan antaa yksilöllisesti ja ryhmässä. (Roberts & Yeager 2006, 291–292.)

Psykoedukaation tavoitteena on auttaa asiakasta, omaista ja hoitajaa tunnistamaan ennakko-oireet ja stressitekijät, jotka voivat altistaa psykoosin uusiutumiseen. Lisäksi sen tavoitteena on vähentää asiakkaan ja omaisten kokemaa stigmaa eli häpeää ja syrjintää psykoosisairaudesta. Psykoedukaatio lisää myös työntekijöiden ymmärrystä asiakkaan tilanteesta Tämä tukee yhteistyösuhdetta ja hoidon tavoitteiden asettamista. Psykoedukaatio on yksi hoitomenetelmä psykososiaalisten toimintojen parantamiseksi. (Hiekkala-Tiusanen ym. 2019.) Psykoedukaatiossa rakennetaan asiakkaan kertomus sairaushistoriasta ja oireista yhdessä asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa. Yhdessä rakennetulla kertomuksella pyritään saamaan asiakkaalle, omaisille ja hoitavalle taholle käsitys sairaudesta, sen oireista ja hoidosta. (Leijala, Hietala & Kampman 2019.)

Psykoedukaation avulla asiakkaan voi olla helpompi sitoutua lääkitykseen ja hoitoon, kun hän ymmärtää sairautensa ja oireensa (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2013, 199–200). Psykoedukaation tulisi kuulua aina psykoosien hoitoon ja kuntoutukseen, erityisen tärkeää se on ensipsykoosiin sairastaneilla. Psykoedukaation on todettu vähentävän psykoosin uusiutumista ja lisäävän lääkemyöntyvyyttä. Osa pitkään sairastaneista psykoosiasiakkaista oireilee lääkityksestä ja hoidosta huolimatta, tällöin psykoedukaation avulla selvitetään asiakkaan pysyväisoireet ja pohditaan keinoja, miten niiden kanssa on mahdollista elää. (Suvisaari ym. 2019.)

Shimazun ym. (2011, 385.) tutkimuksessa todettiin, että psykoedukaatio estää masennuksen uusiutumista tehokkaasti. Ne potilaat, jotka saivat psykoedukaa-

tiota yhdeksän kuukauden seuranta ajalla masennus uusiutui 8 prosentilla potilaista, kun kontrolliryhmällä uusiutumisosuus oli 50 prosenttia. Chien, Bresingtonin ja Karatziaseksen (2017, 2019.) tutkimuksessa todettiin psykoedukatiota saavien skitsofrenia potilaiden kahden vuoden seuranta ajalla uusia sairaalahoitojaksoja oli merkittävästi vähemmän kuin kontrolliryhmällä. Kun psykoedukatioon yhdistettiin mindfulnessiin (tietoisuustaitoon) saatiin vielä parempia tuloksia.

3.3 Palveluohjaus mielenterveys asiakkaan tueksi

Palveluohjauksen historia juontaa 1860-luvulle saakka, jolloin köyhiä ja maahanmuuttajia ohjattiin terveydenhuollon piiriin Yhdysvalloissa. Kuitenkin itse termi case management eli palveluohjaus tuli käyttöön 1960-luvulla vastauksena monimutkaiseen palvelujärjestelmään. (Kersbergen 1996, 196.) Palveluohjauksessa asiakkaalle nimetään vastaava henkilö, joka on säännöllisesti häneen yhteydessä. Tämä henkilö voi olla hoitaja tai sosiaalityöntekijä. Vastaavan henkilön tehtävänä on arvioida potilaan kuntoutustarpeita, suunnitella ja koordinoida palvelujen käyttöä ja pitää yhteyttä omaisiin ja muihin hoito tahoihin. Hän toimii potilaan asioiden hoitajana.

Tärkeää palveluohjauksessa on luottamuksen syntyminen potilaan ja työntekijän välille. Luottamuksen syntyminen edellyttää, että työntekijän on hyvä sitoutua pitkäaikaiseen työskentelyyn potilaan kanssa. (Skitsofrenia, Käypä hoito -suositus 2015; Dawson, Lawn, Simpson & Muir-Cochrane 2016, 2, 12.) Palveluohjauksella voidaan vähentää eriarvoisuutta palveluiden käytössä (Wahlbeck ym. 2018, 13). Skitsofrenian tyypillisiin oireisiin kuuluu hajanainen puhe, joka voi vaikeuttaa asiakkaan ymmärtämistä hoito ja palvelutilanteissa (Hella 2016). Tällöin palveluohjaajan läsnäolo esimerkiksi lääkärin vastaanotolla voi olla hyödyllistä, että asiakas tulee ymmärretyksi (Suvisaari, Eskelinen, Keinänen & Sailas 2019).

Palveluohjaus on tarkoitettu niille asiakkaille, jotka eivät sitoudu mihinkään muuhun hoitoon tai palveluihin. Mallia kutsutaan liimaksi, joka tuo yhteen kaikki potilaan tarvitsemat palvelut, joita hän tarvitsee pärjätäkseen avohoidossa. Palveluohjaus on yksilöllistä hoitoa, potilasta tavataan hänen haluamassa paikassa,

kuten kotona, hoitajan vastaanotolla tai kaupungilla. Alussa työntekijän tehtävä on ymmärtää potilaan tarpeet ja rajoitteet. Yhdessä he tekevät kattavan suunnitelman hoidosta ja tuesta. Suunnitelman tulee perustua potilaan vahvuuksiin ja heikkouksiin. Siitä tulee löytyä myös tavoitteita. Tämän jälkeen työntekijä auttaa potilasta linkittymään muihin hänen tarvitsemiin palveluihin. Työntekijä arvioi myös potilaan kuntoutumista. Kun alkuperäiset tavoitteet on saavutettu, se ei tarkoita yhteistyön loppumista, vaan tällöin asetetaan uudet tavoitteet. (Pratt ym. 2006, 197–199.)

Palveluohjauksesta on useita eri malleja. ACT-malli on yksi palveluohjauksen malleista, siinä potilaalle annettava tuki on laajin kaikista palveluohjauksen malleista. Siitä käytetään nimeä täyden tuen malli. Muita palveluohjauksen malleja ovat laajennettu välittäjämalli (expand broker model), kuntouttava malli (rehabilitation model) ja vahvuusmalli (strengths model). (Pratt ym. 2006, 199.)

3.4 ACT-malli

ACT-mallille eli Assertive Community Treatment mallille ei ole suoraa suomenosta. ACT-malli on näyttöön perustuva hoitomalli. Näyttöön perustavalla tarkoitetaan, että hoitomallista tai menetelmästä on saatavissa luotettavaa ja ajantasaista tutkimustietoa tai asiantuntijoiden yhteisymmärrystä siitä. (Hoitotyön tutkimussäätiö s.a.). ACT-malli kehitettiin 1970-luvulla sairaalassa. Mallin kehittäneet Stein ja Test huomasivat, että potilaat kotiutettiin hyväkuntoisina, mutta he palasivat pian sairaalaan huonossa kunnossa. He alkoivat pohtimaan, miten tämä pyöräoviongelma saataisiin ratkaistua, eli miten ehkäistään toistuvaa sairaalahoittoa palaamista ja edesautetaan asiakkaan pärjäämistä avohoidossa. (Pratt ym. 2006, 199–200, 205; Rubin, Spinger & Trawver 2011, 189.)

Skitsofreniapotilaiden lääkehoidolla on negatiivisiin ja kognitiivisiin oireisiin vaatimaton vaste. Nämä negatiiviset ja kognitiiviset oireet ovat eri elämän alueisiin vaikuttavia toimintoja, niitä kutsutaan myös psykososiaalisiksi toiminnoiksi. Psykososiaalisia toimintoja ovat esimerkiksi sosiaalisentoiminta kyvyn parantuminen, sosiaalisten suhteiden ylläpito ja elämän laadun parantuminen. (Hiekkala-Tiusanen, Halunen, Mehtälä & Kiesepä 2019; Mielenterveystalo s.a.) Kortrijk ja kumppanit totesivat tutkimuksessaan, että ACT-mallilla psykososiaalisen toimintojen

paraneminen oli nopeinta ensimmäisten hoitokuukausien ajan. Toimintojen taso vakiintui ACT-mallin mukaisessa hoidossa. Suurin hyöty mallista on ollut siinä, että asiakkaat pysyvät kontaktissa hoitavaan tahoon. (Kortrijk ym. 2010, 334.) ACT-malli lisää hoidossa pysymistä ja vähentää sairaalahoitoa (Wahlbeck ym. 2018, 13).

Käytännössä ACT-mallissa kootaan asiakkaan ympärille moniammatillinen ryhmä, joka yhdessä toimii asiakkaan hoidossa. Ryhmään kuuluu psykiatri, psykiatrinen hoitaja, sosiaalityöntekijä ja muita henkilöitä, jotka arvioidaan potilaan tarpeiden mukaan. Asiakkaalle luodaan henkilökohtainen suunnitelma; työntekijät menevät asiakkaan luo ja auttavat niissä asioissa, missä hän tarvitsee apua, kuten päivittäisessä toiminnoissa, asioinnissa, lääkityksessä ja pyykkisten oireiden lievittämisessä. Mallia kutsutaan myös sairaalaksi ilman seiniä. Työtä tehdään asiakkaan omassa ympäristössä, jolloin voidaan tukea niitä toimintoja, joita hän tarvitsee pärjätäkseen avohoidossa. (Pratt ym. 2006, 200–201, 205.) Päihde- ja mielenterveysongelmaisten yhdenvertaisuutta hoitoon ja palveluiden pääsemiseksi tulisi kehittää. ACT-mallissa potilasta autetaan ja ohjataan näiden palveluiden piiriin. (Sosiaali – ja terveysministeriö 2012, 19.) Meyerin ym. (2017) tutkimuksessa todettiin, että ACT-tiimi voi tukea, ohjata ja opettaa asiakasta liikkumaan terveydenhuollon palveluverkostossa. Yhteistyö AC-tiimin ja terveydenhuollon palvelun tarjoajien kanssa auttaa asiakasta somaattisen sairauden toipumisprosessissa. (Meyer-Kalos, Lee, Studer, Line & Fisher 2017, 312.)

Mallia on tutkittu ulkomailla paljon ja erilaisille asiakasryhmille (ks esim. Norden ym. 2012, Marguant ym. 2018, Weimand ym. 2018). Kotimaista tutkimusta ACT-mallista ei ole juurikaan tehty, koska asiakasryhmät eivät ole suuria ja lääketieteellinen tutkimus perustuu laajoihin asiakasryhmiin. Malliin pohjautuvaa avohoittoa on käytössä muun muassa Joensuussa ja Helsingin kaupungin psykiatriassa hoidossa. Wahlbeckiin (2018) viitanneet Mannila ym. (2017) toteavat HUS:ssa tehdyn tutkimuksen alustavissa tuloksissa, että 35 prosenttia on tarvinnut sairaalajaksoa ja sairaalahoidon käyttö on vähentynyt asiakasryhmällä 80 prosenttia (Wahlbeck ym. 2018, 22, Mannilan ym. 2017 mukaan). Auroran liikkuvassa avohoidossa on tehty sisäistä arviota hoidon vaikuttavuudesta. He ovat todenneet, että liikkuvan avohoidon asiakkaiden sairaalaan paluu on vähentynyt

merkittävästi. Noin 10 prosenttia liikkuvan avohoidon asiakkaista on palannut sairaalaan. Arvion mukaan ilman liikkuvaa avohoitoa jopa 80 prosenttia asiakkaista olisi palannut sairaalahoitoon. (Kivimäki 2019.)

ACT-mallista on olemassa useita malleja, esimerkiksi Resource Group Assertive Community Treatment (RACT), jossa ACT-tiimi ei koostu vain työntekijöistä vaan mukana on aktiivisesti myös asiakkaan omaa lähiverkostoa. Hoito perustuu RACT-mallissa asiakkaan toiveisiin ja tarpeisiin. Tällä lähestymistavalla on saatu hyviä tuloksia hoidon etenemisessä. (Norden, Malm & Norlander 2012, 144, 150.) Belgiassa tehdyssä tutkimuksessa mukautettua ACT-mallia käytettiin vankilasta vapautuville vangeille. Mukautetulla ACT-mallilla on saatu hyviä tuloksia vankien vankilan jälkeisen yhteisöhoidon toimivuudesta. Tämä kuvaa sitä, kuinka hyvin ACT-malli taipuu erilaisten asiakasryhmien tarpeisiin. (Marquant, Sabbe, Verelst & Goethals 2018, 58, 64.)

Malonen ym. (2007) mukaan moniammatillisen työryhmien antamassa hoidossa vaikeasti psyykkisesti sairaat asiakkaat ovat tyytyväisempiä ja joutuvat vähemmän sairaalahoitoon kuin tavanomaisessa psykiatrisessa hoidossa. Myös Lofthusin ym. (2016, 896) Norjassa tehdyssä tutkimuksessa on saatu samansuuntaisia tuloksia, jossa tuli ilmi, että ACT-hoidossa olevat asiakkaat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Aagartin, Tuszewskin & Kølbækin (2017, 641, 645) Tanskassa tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että ACT-malli voi lisätä konsultatioiden määrää, mutta vähentää sairaalahoitajaksojen tarvetta. Sen on myös todettu vähentävän päivystyskäyntejä. Tässä kehittämistyössä kehittämistoiminta kohdentaa ACT-mallin mallintamiseen tehostetussa avohoidossa.

4 KEHITTÄMISTYÖN KEHITTÄMISOTE JA MENETELMÄT

4.1 Toimintatutkimus

Tämä kehittämistyö tehtiin mukaillen toimintatutkimuksen teoriaa ja otetta. Toimintatutkimuksessa kehitetään toimintaa ja samanaikaisesti seurataan toiminnan muutosta. Toimintatutkimuksen tavoitteena on parantaa käytäntöjä ja käytännöllisen tiedon tuottaminen. (Toikko & Rantanen 2009, 30.) Toimintatutkimus sopii hyvin sellaiseen tutkimukseen, jossa käytännöt muodostuvat ihmisten välisessä sosiaalisessa kanssa käymisessä. Näiden käytäntöjen kehittäminen on sosiaalinen prosessi. Mitä sitoutuneempia osallistajat ovat kehittämiseen, sitä varmemmin saadaan toimivia ratkaisuja. (Kemmis & Wilkinson 1998, 22.)

Tämä kehittämistyö tehtiin osallistavalla otteella. Osallistavalla otteella saadaan eri tahojen ja intressien mahdollisimman hyvä huomioiminen. Yhteistyökumppaneiden osallistamisen kautta saadaan sitoutumista toiminnan kehittämiseen. Kehittämiseen otettiin mukaan osastolla työskentelevät hoitajat, osastonlääkäri, sosiaalityöntekijä, toiminnallisen hoidon työntekijät, fysioterapiayksikön työntekijät ja toimintaterapeutti. Lisäksi työnantajan toiveesta kehittämistyöhöni osallistui yhteistyökumppaneita sairaalan ulkopuolelta. Kutsuttavat yhteistyökumppanit valittiin sen perusteella, kenen kanssa tehostettu avohoito on tehnyt yhteistyötä. Tässä työssä nähdään, että kehittäminen on sosiaalinen prosessi, joka edellyttää ihmisten aktiivista osallistumista ja vuorovaikutusta.

Toimintatutkimuksessa arvioidaan toimintaa ja kehitetään sitä suunnitelmallisesti hankitun tiedon perusteella. Toimintatutkimuksessa on työntekijät kehittämisen keskiössä ja usein tutkija kuuluu työntekijöihin. Ensimmäiseksi siinä yhdessä arvioidaan ongelma, jonka jälkeen yhdessä kehitetään siihen ratkaisu. (McNiff & Whitehead 2013, 24.) Pääpaino on kehittämisessä, mutta tuloksen saavuttamisessa hyödynnetään tutkimuksellista otetta. Siinä pyritään konkreettiseen muutokseen toimintaympäristössä ja samalla perustellun tiedon tuottamiseen. (Toikko & Rantanen 2009, 19, 22–26.)

Toimintatutkimuksessa kuitenkin tutkija asettaa varsinaiset tutkimusongelmat ja määrittää menetelmät, joilla ongelmiin etsitään ratkaisut. Tutkija myös määrittää

suhteensa tutkimuskohteeseen ja tarkastelee ja tiedostaa oman roolinsa ja asemansa tutkimuksen luotettavuuden valossa. (Toikko & Rantanen 2009, 31.) Kehittämistyötäni ohjasivat käytännön ongelmat ja kysymykset. Ensisijainen tavoite oli kehittää toimintaprosessia, jossa tietoa hankittiin tutkimuksellisella otteella. Tässä kehittämistyössä tieto tuotettiin käytännön ympäristössä.

Toimintatutkimus etenee syklien spiraalina. Sykliin kuuluu konstruoiva eli eteenpäin vievä vaihe ja rekonstruoiva eli uudelleen rakentamisen vaihe. Konstruovassa vaiheessa toiminta on tulevaisuuteen suuntaavaa ja uutta rakentavaa. Rekonstruovassa vaiheessa taas havainnoidaan toteutunutta toimintaa ja arvioidaan sitä. (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2010, 78–79.) Spiraalin yhden syklin osat ovat muutoksen suunnittelu, toiminta, havainnointi ja reflektointi (kuvio 1). Muutoksen suunnittelussa kartoitetaan ongelmat. Toiminnassa suunniteltu muutos otetaan käyttöön. Havainnoinnissa tarkastellaan muutosta käytännössä. Reflektoinnissa uutta toimintaa peilataan aikaisempaan toimintatapaan. Yksi sykli on, kun käydään kaikki spiraalin vaiheet läpi. Tämä spiraali voi alkaa aina uudelleen, kunnes huomataan, ettei aiheeseen liity ongelmia, joita kehittää. Jokaisella spiraalilla on oma tavoite. (Kemmis & Wilkinson 1998, 21.) Tässä kehittämistyössä toteutui kaksi sykliä. Niistä ensimmäinen sykli oli aivoriihi. Toinen sykli käsitteetti Learning cafe-työpajat.



Kuvio 1. Toimintatutkimuksen sykli. (Kemmis & Wilkinson 1998, 21.)

Toimintatutkimuksen syklit eivät ole selkeitä, vaan niiden on todettu olevan päällekkäisiä, limittäisiä tai syntyneen viiveellä. Myös alkuperäiset suunnitelmat voivat muuttua, kun tutkimuksen aikana opitaan uutta tutkittavasta aiheesta. Tärkeänä asiana onnistumisen kannalta pidetään sitä, että osallistujat kokevat päässeensä kehittämään työtään. (Kemmis & Wilkinson 1998, 21.) Tässä työssä toimintatutkimukseen kuuluvien interventioiden tehtävänä oli tuottaa yhteistä näkemystä erilaisissa asiakastilanteissa toimimiseen. Perättäisten syklien määrä ei kerro tutkimuksen laadusta, vaan toimintatutkimukselle ominainen jatkuvuus ja kehittäminen voi sisältyä yhteen sykliin. Jo yksi sykli voi tuottaa uutta ja merkittävää tietoa, jota voidaan hyödyntää kehittäessä käytänteitä. (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2010, 82.) Tässä kehittämistyössä saattoi tunnistaa kolme erilaista vaihetta, joita olivat ongelmien tunnistaminen, yhteisten ratkaisuesitysten käsittely ja uuden toimintatavan käyttöönotto, joka osittain jatkuu tämän kehittämistyön valmistumisen jälkeen.

Toimintatutkimuksessa on syklien spiraalien lisäksi kuusi huomioon otettavaa perusasiaa. Perusasioihin kuuluvat sosiaalisuus, osallistuvuus, käytännönläheisyys, vapauttavuus, kriittisyys sekä reflektiivisyys. Osallistavassa prosessissa

osallistujat tekevät kehittämistä itselleen ja sosiaaliselle ympäristölle, jossa toimivat. Toimintatutkimus on käytännön läheistä, ongelmat pohditaan yhdessä osallistujien kanssa ja ne tulevat todellisesta toimintaympäristöstä. Se on vapauttava prosessi, siinä osallistujat voivat kehittämällä päästä irti huonosti toimivista käytännöistä. Toimintatutkimus on kriittinen prosessi, jossa osallistujat yhdessä pohjivat kriittisesti kehitettävän aiheen ympärillä olevia teemoja. Se on reflektiivistä, siinä opitaan tekemällä yhdessä muiden kanssa. (Kemmis & Wilkinson 1998, 23–24.) Kemmisin & Wilkinsonin (1998) kuvaamat perusasiat otettiin huomioon ja toteutettiin myös nyt käsiteltävässä kehittämistyössä.

Vilkan (2015) mukaan työelämälähtöisessä tutkimuksessa on eniten hyötyä sellaisista tutkimuksista, jotka kuvaavat uuden tiedon käyttöä käytännössä. Työelämää tutkittaessa tutkimus liittyy usein omaan toimialaan. Tutkimuksen tarpeita säätelevät käytännöllisyys, työelämälähtöisyys ja ajankohtaisuus. Tällöin tavoitteena on teorian, kokemuksen ja käytännön toiminnan yhdistäminen. (Vilka 2015, 33.) Kehittämistyössäni on tarkoitus yhdistää työntekijöiden kokemus ja ACT-mallia koskeva tutkittu tieto yhteiseksi kokonaisuudeksi.

Tehtäväni oli kuvata arjessa toimiva hoitotyön prosessi. Prosessin kehittämiseen ja jäsentämiseen sain tukea ja apua osaston työntekijöiden ajatuksista ja näkemyksistä. Kun osaston työntekijät otetaan mukaan kehittämiseen, voidaan saada arjessa toimivia prosesseja. Toikko ja Rantanen (2009, 89–90, 95–96) toteavat kehittäminen tulee tapahtua siellä, missä toiminta on ja missä käytännön haasteet ja ongelmat ovat. Tehtäväni oli kuvata arjessa toimiva hoitotyön prosessi. Prosessin kehittämiseen ja jäsentämiseen sain tukea ja apua osaston työntekijöiden ajatuksista ja näkemyksistä. Kun kehittäjä ja työntekijät ovat kehittämisprosessissa samanarvoisia, etenee kehittäminen yhteisen vuorovaikutuksen varassa. Olennaista on kuulla erilaisia mielipiteitä kehitettävästä aiheesta. Tässä mallissa kehittäminen on avoin prosessi, jossa ei tavoitteita ja tuloksia voi tietää etukäteen. (Toikko & Rantanen 2009, 97.)

4.2 Aineiston keruu

Tässä kehittämistyössä aineiston keruu tapahtui toimintatutkimuksen sykleissä. Ensimmäinen sykli oli aivoriihi, jossa tietoa kerättiin käytännön ongelmista. Toinen sykli oli Learning cafe -työpajat, joissa aineisto muodostui osallistujien tuottamista ratkaisuvaihtoehtoista aivoriihessä tunnistettuihin ongelmiin. Kolmannen vaiheen aineisto syntyi toimintamallin käyttöönottoon liittyvistä havainnoista.

Tässä tutkimuksessa pidettiin yksi keskusteleva aivoriihi ongelmien asettamiseksi työpajaa varten. Sen tarkoituksena oli löytää keskeiset kysymykset työpajaa varten. Aivoriihi pidettiin huhtikuussa 2018. Tehostetun avohoidon vastaavat hoitajat kutsuttiin aivoriiehen. Aivoriiehen osallistui kolme neljästä tehostetun avohoidon vastaavasta hoitajasta. Aivoriiehen tarkoituksena oli tunnistaa ongelmat, joita käsiteltiin learning cafe -työpajoissa. Ongelmat selvitettiin tiimin kanssa yhdessä valmiiksi, koska learning cafe -työpajaan osallistui henkilöitä, jotka eivät työskentele säännöllisesti tehostetussa avohoidossa. Nämä henkilöt, jotka eivät työskentele säännöllisesti tehostetussa avohoidossa, olivat kutsuttuja yhteistyökumppaneita ja sairaalaan erityistyöntekijöitä. Aivoriiehen osallistuneilla oli selkeä kuva tämän hetken tilanteesta ja ongelmista tehostetussa avohoidossa. Aivoriihessä ongelmiksi saatiin: Tehostetun avohoidon, yhteistyökumppaneiden, ja sairaalan erityistyöntekijöiden yhteistyön kehittämisen keinot, Asiakkaan tehostettuun avohoitoon ohjautumisen tavat ja Tehostetun avohoidon käytännön kuntoutuskeinot.

Toisena aineistonkeruumenetelmänä käytettiin learning cafe -työpajoja. Learning cafe eli oppimiskahvila on menetelmä, jossa joukko ihmisiä saatetaan yhteen keskustelemaan ennalta sovitusta aiheesta. Menetelmää kutsutaan myös luonnolliseksi ajatustenvaihdoksi tai keskusteluympyräksi. (Järvensivu, Nykänen & Rajala 2010, 68; Tasa-arvosta lisäarvoa alueiden hyvinvointiin 2004, 63, 69.) Learning cafe menetelmä perustuu siihen, että työpajaan osallistujilla on hiljaista tietoa ja kokemusta ratkaistavasta ongelmasta. Tämä tieto ja kokemus saadaan esille, kun heille annetaan oikea asiayhteys, oikea sosiaalinen verkosto ja mahdollisuus keskittyä ongelman ratkaisemiseen. (Machado & Davim 2014, 299–300.) Learning cafe menetelmä voi auttaa ryhmää ymmärtämään aihetta ja näin syntyy ymmärrys asiasta ryhmän sisällä. Learning cafeen voi kutsua osallistujia

eri ammattiryhmistä, jotka toimivat saman ongelman tai asiakkaan kanssa. (Jääskeläinen, Kautto & Similä 2013, 12.)

Tässä kehittämistyössä Learning Cafet pidettiin touko- ja kesäkuussa 2018 Muurolan sairaalassa. Niihin kutsuttiin vaativan hoidon ja kuntoutuksen työntekijöiden lisäksi osastonlääkärit, psykiatrian klinikan ylilääkäri, sosiaalityöntekijä, toimintaterapeutti, fysioterapian yksikön ja toiminnallisen hoidon henkilökunta ja yhteistyökumppaneita Posion ja Pellon mielenterveystoimistosta ja muutamasta palvelukodista Rovaniemen alueelta ja Sallasta. Yhteensä pajoihin kutsuttiin noin 35–40 henkilöä. Työskentely tapahtui ensimmäisessä pajassa 6–7 hengen ryhmissä ja toisessa 4 hengen ryhmissä. Ryhmiä oli kolme kappaletta tehostetun avohoidon asettamien ongelmien pohjalta. Yhteensä pajoihin osallistui 31 henkilöä. Yhden työpajan kesto oli yksi iltapäivä. Learning cafe työpajoissa pohdittiin aivoriihessä tunnistettuihin ongelmiin ratkaisuja niiden korjaamiseksi. Työpajat aloitettiin kertomalla tutkimuksen tarkoitus ja tavoite ja avaamalla osallistujille ACT-mallia ja tehostettua avohoitoa. Ensimmäisessä pajassa osallistujat olivat yhteistyökumppaneita, ylilääkärit ja osastonlääkärit, osastonhoitaja, sosiaalityöntekijä ja osasto 3:sen henkilökuntaa. Toisessa työpajassa osallistujina olit toiminnallisen hoidon henkilökuntaa ja osasto 3:sen henkilökuntaa. Työpajoja järjestettiin kaksi, että mahdollisimman moni pystyi osallistumaan.

Aikaisemman tiedon perusteella kehittäjä voi olla ns. räätäli-konsultti, jonka toiminta perustuu asiantuntemukseen. Kehittäjä voi myös olla ns. kehittäjä-työntekijä, joka kerää tietoa ja työskentelee yhdessä muiden toimijoiden kanssa. Kehittäjä voi toimia fasilitaattorina, joka kannustaa työryhmää kehittämisprosessissa. (Toikko & Rantanen 2009, 91.) Oma rooliini tässä kehittämistyössäni oli toimia fasilitaattorina ja asiantuntijana. Aivoriihessä pohdin yhdessä muiden kanssa tehostetun avohoidon työntekijöiden kanssa ongelmia. Learning cafe työpajan alussa alustin aiheeseen. Pyysin osallistujia ohjautumaan ryhmiin niin, että ryhmässä olisi mahdollisimman paljon henkilöitä eri yksiköistä, organisaatiosta ja ammattiryhmistä. Learning cafe työskentelyn aikana kiersin tilassa ja olin tarpeen mukaan käytettävissä lisäkysymyksiä varten. Lisäksi kannustin osallistujia tuomaan esille kaiken mahdollisen tiedon aiheeseen liittyen. Kannustin työntekijöitä tuomaan esille hiljaisen tiedon avohoitoon siirtymisestä ja tehostetusta avohoidosta.

Aineistoa kerättiin ryhmän koon mukaan yhteen tai kahteen A1-kokoiseen pöytäliinaan, joihin saa vapaasti kirjoittaa ajatuksia (LIITE 3). Samalla kun pöytäliinoja työstettiin learning cafe työpajassa, keskustelu nauhoitettiin. Jokaisessa pöydässä oli oma nauhuri keskustelun tallentamiseksi, tällä varmistettiin, että kaikki oleellinen tieto tulee esille. Pöytäliinoinhin tuli reilusti materiaalia, jota täydennettiin vielä nauhoituksista. Saadusta aineistosta tehtiin sisällönanalyysi. Sisällönanalyysin tulosten perusteella tuotetaan tehostetun avohoidon palvelukuvaus ja prosessikuvausta.

4.3 Aineiston analyysi

Tässä kehittämistyössä aineisto analysointiin käyttäen sisällönanalyysia. Sisällönanalyysillä voidaan analysoida aineistoja systemaattisesti ja objektiivisesti (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4). Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisessa tutkimuksessa. Se sopii hyvin strukturoimattoman aineiston analyysiin, jota muun muassa learning cafe menetelmästä saatava aineisto on. Sisällönanalyysilla on tarkoitus saada aineisto järjestetyksi ja tiivistettyyn muotoon johtopäätösten tekoa varten. Kuitenkin on huolehdittava, ettei tiivistyksessä katoa keskeistä sisältöä, sillä on tarkoitus luoda sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä saadaan vastaus tutkimuskysymykseen käsitteitä yhdistelemällä. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 91–92, 103, 108, 112.)

Ennen analysoinnin aloittamista on tutkijan päätettävä, analysoiko hän sen, mitä on selkeästi ilmaistu dokumentissa vai ottaako hän mukaan piiloviestejä. Piiloviestin mukaan ottaminen voi tutkija käyttää omaa tulkintaa ja näin ollen heikentää analyysin luotettavuutta. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.) Tämän aineiston analyysissa otin huomioon vain selkeät ilmaisut. Analyysista jätin pois ilmaisut, jotka eivät liittyneet tutkittavaan aiheeseen tai olivat liian abstrakteja. Sisällönanalyysin voi tehdä joko induktiivisesti tai deduktiivisesti. Induktiivisessa analyysissä aineisto ohjaa luokitteluun, kun taas deduktiivista analyysiä ohjaa aikaisempaan tietoon perustuva luokittelurunko. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3.) Tässä kehittämistyössä käytin induktiivista analyysiä. Aihe oli ainutkertainen ja sitä ei voinut täysin verrata aikaisempaan tutkimukseen.

Sisällönanalyysissä alussa aineistoa luetaan useaan kertaan, jonka jälkeen pyritään tunnistamaan tutkittavaa ilmiötä kuvaavia tekstinosa aineistosta. Nämä muotoillaan pelkistetyiksi ilmaisuiksi, niin että niiden olennainen sisältö ei muutu. Pelkistetyt ilmaisut ryhmitellään yhdistelemällä samansisältöiset samaan alakategoriaan. (Kylmä ym. 2008, 25.) Analysoinnin alussa luin aineiston useaan kertaan ja kuuntelin työpajoissa tapahtuneista keskusteluista tallennetut nauhoitteet. Kuunnellessani nauhoituksia tein muistiinpanoja. Kirjasin aiheita, jotka erosivat pöytäliinoin kirjoitetuista teksteistä tai täydensivät niitä. Lisäksi täydensin muutamia pöytäliinoin kirjoitettuja asioita nauhoitusten perusteella. Tämän jälkeen litteroin learning cafe työpajoista saamani pöytäliinoin kirjoitetun materiaalin. Tämän litteroidun aineiston luin useaan kertaan läpi, ennen siirtymistä seuraavaan vaiheeseen.

Alakategoriat perustuvat aineistoon. Kun tutkija muodostaa alakategorioita, hän yhdistelee samankaltaisia sisältöjä tai sanomia samaan kategoriaan ja nimeää sen. Tästä alkaa aineiston käsitteellistäminen eli abstrahointi. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 6.) Saman sisältöiset alakategoriat yhdistetään yläkategorioihin. Näistä muodostetaan yleiskuvaus aineistosta. (Kylmä ym. 2008, 25.) Yläkategorioille annetaan sen sisältöä kuvaava nimi. Nimi voi perustua myös johonkin tuttuun aikaisemmin määritellyyn käsitteeseen. Tätä abstrahointia jatketaan niin kauan, että kun sisällön kannalta mielekästä. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 6–7.) Tässä työssä jaottelin aineiston samankaltaisiin ilmaisiin, joista tein pelkistetyt ilmaisut aineiston tarkastelun helpottamiseksi. Tämän jälkeen jaottelin samankaltaiset pelkistetyt ilmaisut alakategorioihin (LIITE 4). Vaikka työpajoissa oli kolme eri kysymystä, käsitelin aineistoa kokonaisuutena, koska kysymyksiin oli tullut vastauksia laajemmin kuin kysymyksessä kysyttiin. Yhdistin alakategoriat yläkategorioihin, niistä muodostuivat aineiston pääkohdat. Nimesin yläkategoriat mielen-terveyspotilaan hoitopolkua käsittelevässä kirjallisuudessa kuvattujen käsitteiden mukaan. Analyysin pohjalta voidaan kuvata tuotoksen sisältö, kuvauksessa apuna käytetään aineiston pelkistettyjä ilmaisuja. Nämä suorat lainaukset näyttävät lukijalle, millaisesta aineistosta tulokset on muodostettu. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10.) Aineistoista sisällönanalyysillä alakategorioiden avulla luotiin neljä yläkategoriaa. Nämä yläkategoriat olivat toiminta-ajatus, tehostetun avohoidon hoitajan tehtävä kuvaus, asiakkuuden määrittely ja hoitotyön toimenpiteet. Seuraavaksi nämä yläkategoriat avataan seuraavaksi tarkemmin.

5 AINEISTON POHJALTA LUODUT YLÄKATEGORIAT

5.1 Toiminta-ajatus

Toiminta-ajatus eli toimintaa ohjaavat arvot nousivat yhtenä hyvin tärkeänä asiana esiin aineistosta. Erityisesti yksilöllisyys nousi vahvasti sillä, jokaiselle asiakkaalle räätälöidään yksilöllisesti kuntoutussuunnitelma. Asiakkaan tarve koettiin tärkeäksi asiaksi hoitoa suunniteltaessa. Vastaajat huomauttivat, että hoidon tulee olla tavoitteellista ja jatkuvuus olisi otettava huomioon hoidon suunnittelussa. Vastaajat ehdottivat, että hoidon suunnittelussa on otettava huomioon kokonaisvaltaisesti, mielenterveys, päihteet ja somatiikka. Vastaajat totesivat, että hoito on joustavaa, esimerkiksi käyntitiheyttä voi tihentää nopealla aikataululla.

Yksilöllinen räätälöiminen

Tavoitteellisuus pienin askelin voimavarat huomioiden

Kokonaisvaltaisuus päihteet, somatiikka

Vastaajat totesivat, että hoidolle luodaan asiakkaan kanssa yhdessä tavoitteet. Aineistoista nousi esille Recovery-ajattelu, jossa suunnataan ajattelua tulevaisuuteen voimavarat huomioon ottaen. Yksinäisyyden torjuminen nähtiin yhtenä tärkeänä asiana.

Recovery ajattelu → voimavaranäkökulma, suunnataan tulevaisuuteen, arjen ja käytännön asioista selviytyminen

Yksinäisyyden torjuminen

Aineistosta nousivat esiin toimintaa ohjaaviksi arvoiksi yksilöllisyys, asiakaslähttäisyys, tavoitteellisuus ja kokonaisvaltaisuus. Hoito tuli räätälöidä yksilöllisesti jokaiselle, ja hoidon suunnittelu olla asiakkaan tarpeesta lähtevää. Vastaajat kokivat, että hoito on tavoitteellista ja siinä on taustalla voimavaranäkökulma. Vastaajat totesivat, että hoidon tulee olla kokonaisvaltaista, jossa otetaan huomioon päihteet, somatiikka ja sosiaalinen kuntoutus. Yksinäisyyden torjuminen nähtiin yhtenä tärkeänä asiana.

5.2 Tehostetun avohoidon hoitajan tehtävänkuvaus

Tehtävänkuvaus-yläkategoriasta muodostui neljästä alakategoriasta. Ne olivat tehtävän määrittely, säännöllinen yhteydenpito, turvallinen tiedonkulku ja kotiuttaminen. Tehtävän määrittelyllä tarkoitettiin case manager/omahoitaja/palveluohjaaja-tehtävänkuvausta, jolla olisi selkeä käsitys asiakkaan hoidosta ja työntekijöistä hänen ympärillään. Tehostetulle avohoidolle kaivattiin selkeää määritelmää, samaten myös omahoitaja/case managerille. Vastajat totesivat, että hoidolle määritellään yhdessä asiakkaan kanssa selkeät tavoitteet ja tavoitteiden tuli olla asiakkaan ja kaikkien työntekijöiden käytössä.

Case management hoidosta vastaava joka kokoaa tiimin potilaan ympärille

Omahoitaja/case management → rooli, sapluuna, selkeyttäminen

Tehostetun avohoidon selkeä määritelmä → tavoitteet (määritellään hoidon tavoite selkeästi, Verkostopalaveri, riittävän laaja osallistujaverkosto (kartoitetaan miksi avohoito ei ole onnistunut aikaisemmin)

Yhteydenpito koettiin tärkeäksi. Tehostetun avohoidon, moniammatillisen ryhmän ja yhteistyökumppaneiden välillä tapahtuvaa säännöllistä yhteydenpitoa pidettiin tärkeänä asiana. Keinoiksi nostettiin säännölliset toimintapalaverit ja kehittämispäivät, joihin osallistuja halusivat, että yhteistyökumppanit ja monitammattillinen ryhmä pyydetään mukaan.

Yhteispalaverit yhteistyökumppaneiden kesken

Yhteisiä tapaamisia/kehittämispäiviä (iltapäivä) mukana yhteistyökumppanit

Tiedonkulkuun toivottiin jatkuvuutta. Keinoiksi ehdotettiin, että samat työntekijät käyvät samojen asiakkaiden luona. Jokaiselle asiakkaalle tehdään selkeä hoitotai kuntoutussuunnitelma. Osallistujien mukaan yhteistyökumppanit tulisi kirjata selkeästi esille ja suunnitelmasta pitäisi käydä ilmi jokaisen asiakkaan kanssa työskentelevän työntekijän työnjako. Kuntoutussuunnitelman esitettiin tehtävän kotiutumisvaiheessa, tämä selkiyttäisi kaikille hoidossa mukana oleville hoidon tavoitteet. Nopea ja selkeä kirjaaminen nähtiin myös turvallista tiedonkulkua li-

sääväksi asiaksi. Turvallista tiedonkulkua kuvattiin myös tavoitettavuudella. Todettiin, että asiakkaan ja yhteistyökumppaneiden tuli tietää, mistä ja milloin työntekijän saa kiinni.

*Yhteinen käytävä jossa tieto kulkee. Tieto ryhmäkodeissa kuka tulee
→ mielellään sama työpari*

*Yhteistyökumppanit kirjattuna esim. lomake, vastuun jakaminen
Kuntoutussuunnitelman voisi tehdä jo kotiutumisvaiheessa.*

Yhteystiedot ja puhelinnumerot ajantasalla (työntekijät)

Vastaajat ehdottivat, että kotiuttaminen on otettava huomioon jo hoitoa suunniteltaessa. Alussa hoito voi olla tiiviimpää ja voidaan voinnin salliessa keventää tukea. Kun hoidon loppuminen alkaa olla ajankohtaista, vastaajat ehdottivat palaverin järjestämistä, jossa asiakkaan vanhat ja uudet työntekijät suunnittelevat kotiutumista yhdessä. Palaveria suunniteltaessa yhteistyökumppaneihin otetaan hyvissä ajoin yhteyttä. Todettiin myös, että hoitoa voi jatkaa jonkin aikaa yhdessä eli siirtyminen tapahtuu saattaen.

*Saatettu siirtyminen → Yhteistyökumppanit (sosiaalityö, somatiikka)
→ Loppupalaveri jossa kaikki uudet ja vanhat työntekijät. Tieto kaikille yhteistyökumppaneille. Hoitovastuun selkeyttäminen*

Alussa tehostetumpi tuki (tarvittaessa) myös palveluasumisessa

Yhteistyötahojen tavoitettavuus → tarpeeksi ajoissa ennen kotiutumista

Vastaajat totesivat, että avohoidolle tehtäisiin selkeä määritelmä. Ehdotettiin, että palvelukuvauksesta olisi selkeät yhteystiedot ja tehostetun avohoidon työntekijät. Tehostetun avohoidossa omahoitaja/case management kokoaa tiimin asiakkaan ympärille, asiakkaan tarpeen mukaan. Osallistujat kaipasivat kuitenkin omahoitajuuden/case managerin roolin selkeyttämistä. Vastaajat ehdottivat yhteistyökumppaneiden, heidän roolinsa ja vastuunsa kirjaamista selkeästi kuntoutussuunnitelmaan. Ehdotettiin, että kuntoutussuunnitelman tehtäisiin kotiutumisvaiheessa. Hoidon jatkuvuus nousi aineistosta esiin ja mielellään sama työpari tapaisi asiakasta. Jokaiselle asiakkaalle määritellään hoidon tavoite selkeästi.

Säännöllinen yhteydenpito yhteistyökumppaneiden ja tehostetun avohoidon vastuhenkilöiden kanssa todettiin tärkeäksi asiaksi. Yhteistyökumppaneiden kanssa toivottiin pidettävän palavereita ja yhteistyökumppanit voisivat osallistua tehostetun avohoidon kehittämispäivään. Vastaajat totesivat, että hoidon loppuminen tulisi ottaa huomioon hyvissä ajoin. Saatettu siirtyminen koettiin tärkeäksi.

5.3 Asiakkuuden määrittely

Asiakuuden määrittelyssä nousi kolme kohtaa: kuvaus asiakasta lähettävistä tahoista, palvelua käyttävän asiakkaan kriteerit ja asiakkuuden tiedostaminen. Osallistujien mukaan asiakkaan kuvaus selkeytti hoitoa ja hoidon aloitusta. Tulevaisuutta varten on myös tärkeää, että hoito kohdistuu juuri niille asiakkaille, jotka sitä tarvitsevat. Kuvaus asiakkaita lähettävistä tahoista kertoi, että asiakkaat siirtyivät tehostettuun avohoitoon Vaativan hoidon ja kuntoutuksen osasto 3:lta. Kommenteissa todettiin, että tarpeen mukaan asiakkaita voisi tulla myös avohoidosta ja asumispalveluista. Tarpeen mukaan asiakas voi palata tehostettuun avohoitoon, mikäli kevyempi avohoito ei riitä. Tehostettua avohoitoa voitaisiin tehdä tunnetuksi sairaalan ulkopuolella, jolloin asiakkaita voi tulla muualtakin kuin osasto 3:sen kautta.

Myös avohoidosta voi tulla ACT:n piiriin → kun muut avohoidon resurssit ei riitä

Tiivis yhteistyö toimijoiden välillä → esim. kuntoutustiimi-ACT → mikäli asiakas on ollut aikaisemmin ACT:ssa ja vointi huononee voisiko palata takaisin ACT:hen → palautusoikeus

Vastaajat kokivat tärkeäksi, että tehostettuun avohoitoon määriteltäisiin selkeät kriteerit, kenelle hoito sopii ja on tarkoitettu. Hoidon tarpeen kartoittamiseen voitaisiin avuksi käyttää sairaalan erityistyöntekijöitä. Vastaajat kokivat myös tärkeäksi, että tehostetun avohoidon resurssit määritellään selkeästi.

Selkeät sabluunat/kehykset → kriteerit tehostettuun avohoitoon → taustatiedot aiemmasta avohoidosta esim. vaikea hoitoisuus

Resurssit ACT hoidolle → Katsotaan joka näkökulmasta. Lääkäri, hoitajat, potilaiden/asiakkaiden lukumäärä

Aineistosta nousi monia keinoja, miten asiakas tiedostaa asiakkuutensa ja näin ollen sitoutuu hoitoon. Tehostetulle avohoidolle ehdotettiin uutta nimeä, VIP=Vaativa Intensiivinen Palvelu. Asiakkaan kanssa tehtävä kirjallinen sopimus hoidon aloittamisesta lisää sitoutumista hoitoon. Hoidon aloituspäätös tehdään yhdessä asiakkaan ja hoitavan tahon kanssa. Ehdotettiin, että tehostetusta avohoidosta laadittaisiin hoito-ohje, jonka voi antaa asiakkaalle. Ajateltiin, että hoito-ohjeella voitiin lisätä asiakkaan ymmärrystä hoidosta ja sen tavoitteista. Vastaajat sopivat, että jokaiselle asiakkaalle laaditaan hoitosuunnitelma, joka on kaikkien asiakasta hoitavien tahojen tiedossa.

*Potilaan/asiakkaan sitouttaminen esim. kirjallinen suostumus "VIP"
Vaativa Intensiivinen Palvelu = VIP
Potilasohje myös laadittava? → parempi ymmärtämys, positiivisuuden kautta avohoitoon.*

Vastaajat ehdottivat asiakkuuden määrittelyn selkiyttämiseksi neljää eri toimea. Ensimmäisenä katsottiin olevan selkeän määritelmän laatiminen siitä, kenelle tehostettu avohoito on tarkoitettu. Luomalla selkeät kriteerit kuka voisi hyötyä hoidosta määritelmän teko onnistuu. Kriteereissä tuli ottaa huomioon tehostetun avohoidon käytössä olevat resurssit. Toiseksi toimeksi asetettiin uusien tehostettuun avohoitoon potilaita lähettävien tahojen tunnistaminen ja hyväksyminen. Kolmanneksi toimeksi nimettiin hyväksyntä, jonka mukaan asiakkaan paluu tehostettuun avohoitoon sallittaisiin, mikäli muu avohoito ei ole riittävää tai asiakas ei sitoudu muuhun avohoitoon. Neljänneksi toimeksi sovittiin, että asiakkaalle luodaan hoitosuunnitelma. Hoitosuunnitelman pohjana toimii taustatiedot aikaisemmasta avohoidosta. Asiakkaan sitouttamiseksi hoitoon nousi esiin monia keinoja, kuten potilasohje tehostetusta avohoidosta sekä kirjallinen suostumus hoitoon yhdessä potilaan, hoitajien ja lääkäreiden kanssa.

5.4 Hoitotyön toimenpiteet

Kolmantena pääkohtana nousi tehostetun avohoidossa asiakkaalle tarjottavat ja hänen kuntoutustansa tukevat käytännön toimenpiteet. Avohoidon ydin muodos-

tui hoidon suunnittelusta, arvioinnista ja palvelussa toteutettavista käytännön toimenpiteistä. Vastaajat totesivat, että jokaiselle asiakkaalle tehdään kuntoutussuunnitelma, johon on kirjattu hoidon tavoite ja tarkoitus. Lisäksi vastaajat totesivat, että kuntoutussuunnitelman lisäksi asiakkaalle tehdään yhdessä hänen kanssaan, hänen voimavaransa ja kiinnostuksen kohteensa huomioiva viikkosuunnitelma. Kuntoutussuunnitelmaa ehdotettiin vielä yhtä osaa: lääkitys ja lääkityksen vaikutusten seuranta.

Viikkosuunnitelma → kirjataan yhdessä ylös, mietitään mielekkäitä asioita ja velvollisuuksia, ei buukata kalenteria täyteen
Kuntoutussuunnitelma

Vastaajat ehdottivat, että hoitoa arvioidaan säännöllisin väliajoin, hoitosuunnitelmaan kirjataan jokaisella asiakkaalla yksilöllinen aikaväli, millä hoitoa arvioidaan. Katsottiin, että hoidon alussa on hyvä pohtia hoidon pituutta, jota voi sitten tarkentaa arviointipalavereissa. Vastaajat huomauttivat, että lääkehoito on yksi osa-alue, joka arvioidaan näissä palavereissa, mutta myös tarpeen mukaan tiheämmin. Arviointia toivottiin myös palveluasumisen yhteisasiakkailta. Kun asiakas on saavuttanut hoitosuunnitelmassa asetettuja tavoitteita, voi asiakasta palkita edistymisestä.

Arvioidaan kehitys
Palkitseminen
Tietyn väliajoin tarkistetaan avohoidon tarve

Aineistossa oli monia kuvauksia käytännön kuntoutuskeinoista. Erilainen ryhmätoiminta mainittiin usein, kuten liikuntaryhmä, oireenhallintaryhmä ja iltapäiväryhmä toiminnallisessa hoidossa. Myös asiakkaan tarpeen mukaista toimintaa tuli esille, kuten psykoedukaatio ja tapahtumiin osallistuminen asiakasta tukien. Verstaistuki nähtiin yhtenä tärkeänä alueena yhdessä kokemusasiantuntijoiden kanssa. Pitkään sairastaneille toivottiin toimintatapatyyppistä toimintaa kaupunkiin. Toimintatuvassa olisi asiakaslähtöistä toimintaa, kuten vetoketjun vaihtoa.

Toimintatupa kaupunkiin → käsityöpiste, kohtaamispaikka, asiakaslähtöinen esim. vetoketjun vaihto, tilaksi riittäisi vesipisteellä varustettu iso ryhmätila

Yhteistä toimintaa avopotilaiden kesken → vertaistuki ja verkostoituminen

Oireiden hallinta esim. ryhmät

3.sektori

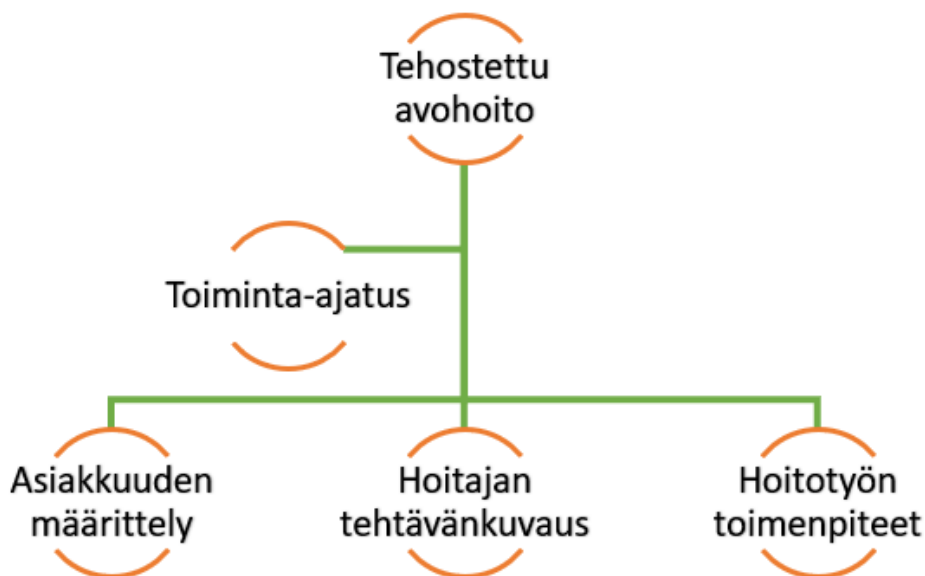
Perhe- ja verkostotyö

Tehostetun avohoidon hoitotoimenpiteistä nousi esiin monia käytännön kuntoutuskeinoja. Jokaiselle asiakkaalle tehdään kuntoutussuunnitelma, josta käy ilmi hoidon tarkoitus, tavoite ja hoidon tarpeen arvioinnin tiheys. Asiakkaalle voidaan tehdä yksilöllinen viikkosuunnitelma hänen tarpeidensa ja toiveittensa mukaan. Käytännön keinoina nousivat monet olemassa olevat palvelut, kuten kolmannen sektorin palvelut ja kokemusasiantuntijat. Lisäksi aineistosta nousi esiin kehitettäviä asioita, kuten matalan kynnyksen toimintatupa kaupunkiin ja yhteistoimintaa tehostetun avohoidon asiakkaiden kesken. Ne antaisivat toiminnan ohella asiakkaille vertaistukea. Perheen ja asiakkaan oman verkoston mukaan ottaminen hoitoon koettiin tärkeäksi asiakkaan näkökulmasta.

6 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET

6.1 Tehostetun avohoidon palvelukuvaus

Tutkimuksen tuloksena syntyneitä tuotosta voidaan kuvata malliksi, käsitteelliseksi tai toisiinsa yhteydessä oleviksi kategorioiksi (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10). Aineiston pohjalta on luotu tehostetun avohoidon palvelukuvaus. Se muodostuu neljästä perusosasta. Yläkategorioiden mukaisesti perusosat ovat tehostettua avohoitoa ohjaava toiminta-ajatus, asiakkuuden määrittely, hoitajan tehtävänkuvaukset ja hoitotyön toimenpiteet. Nämä on esitetty kuviossa 2.



Kuvio 2. Tehostetun avohoidon palvelukuvaus.

Toiminta-ajatus ohjaa tehostettua avohoitoa. Se sisältää mm. tehostetulle avohoidolle asetetut arvot. Tehostettu avohoito suunnitellaan jokaiselle asiakkaalle yksilöllisesti. Hoidon aloitus suunnitellaan yhdessä asiakkaan kanssa hänen itsemääräämisoikeutensa kunnioittaen. Hoitoa suunnitellaan joustavasti yhdessä asiakkaan kanssa ja nopeisiin muutoksiin voidaan reagoida. Asiakasta voidaan tavata missä vain: asiakkaan kotona, kahvilassa tai puistossa. Injektiohoitoa voidaan myös toteuttaa joustavasti muualla kuin terveyskeskuksessa. (Wahlbeck ym. 2018, 25.) Hoidon tulisi olla tavoitteellista ja jatkuvuus tulisi ottaa huomioon jokaisessa hoidon vaiheessa. Tavoitteiden tulisi olla yksilöllisesti suunniteltu jokaiselle asiakkaalle. Välitavoitteet voivat olla hyvin pieniä.

Tehostetussa avohoidossa hoidon tulisi olla kokonaisvaltaista huomioiden mielenterveys- ja päihdehoito sekä somaattinen hoito. Moniammatillisella työryhmällä voidaan toteuttaa kokonaisvaltaista hoitoa. Skitsofreniaa sairastavilla on muuta väestöä suurempi riski sairastua sydän- ja verisuonitauteihin. ACT-mallissa voidaan kokonaisvaltaisella ja terveyskeskeisellä hoidolla pienentää riskiä sairastua muun muassa sydän- ja verisuonitauteihin ja diabetekseen. Tällöin hoitoon on otettava mukaan perusterveydenhuolto. (Cela ym. 2018, 28, 31.) Kokonaisvaltaisessa hoidossa yksi osatekijä on somaattinen hoito. Tämän lisäksi huomioon on otettava psyykkinen hoito, päihdehoito ja sosiaalinen tilanne. Pitkään sairastaneilla asiakkaila on usein epäluottamusta palvelujärjestelmään. Hoitoja kulkee asiakkaan kanssa palvelujärjestelmässä ja näin varmistaa asiakkaan kokonaisvaltaisen hoidon. (Wahlbeck ym. 2018, 25–26.)

Hoidossa on tärkeä ottaa huomioon perhekeskeisyys ja lähiverkoston mukaanotto hoitoon. Yksinäisyyden torjunnan yksi tärkeimpiä toimia on ylläpitää asiakkaan ja omaisten välistä kontaktia. Perhe- ja verkostotyöllä voidaan torjua yksinäisyyttä. Norjassa tehdyssä tutkimuksessa havaittiin, että ACT-malli lisää asiakkaan omaisten tyytyväisyyttä hoidosta. Asiakkaat pysyvät paremmin kontaktissa omaisten kanssa. Omaiset pitivät avoimuutta ja yhteistyötä tärkeänä osana asiakkaan hoitoa. (Weimand, Israel & Ewertzon 2018, 693, 695.)

Hoitajan tehtäväkuvaus toiminnan moniammatillisessa työyhteisössä ja tehtävät asiakassuhteessa kuten säännöllisen yhteydenpidon ja asiakkaan kotiutukseen tai siirtymiseen muuhun avohoitoon liittyvät toimet. Se käsittää myös turvallisen tiedonkulun varmistamisen. Tehostetussa avohoidossa jokaisella asiakkaalla olisi hyvä olla nimetty omahoitaja/palveluohjaaja, jolla on selkeä käsitys asiakkaan hoidosta sekä yhteistyöverkostosta ja sosiaalisesta verkostosta hänen ympärillään. Tehostetussa avohoidossa on tärkeä määritellä omahoitajan/palveluohjaajan tehtäväkuva ja vastuut. Omahoitaja/palveluohjaaja vastaa hoidon tavoitteesta, seurannasta ja arvioinnista yhdessä muiden hoitoon osallistujien kanssa. Laukkalan, Tuiskun, Fransmanin ja Vorman (2015) mukaan mielenterveyskuntoutuksessa on oleellista, että eri kuntoutusmenetelmiä yhdistellään ja käytetään oikea-aikaisesti. Tässä hoidon koordinointi tulee oleelliseksi osaksi asi-

akkaan kuntoutusta. Tämä voi edesauttaa hoidon jatkuvuutta. Omahoitajan/palveluohjaajan on tärkeä luoda luottamuksellinen suhde asiakkaaseen. Usein pitkään skitsofreniaa sairastaneilla on vaikeuksia luottaa palvelujärjestelmään aikaisempien kokemusten vuoksi. (Wahlbeck ym. 2018, 25–26.) Avohoidolle tehty selkeä määritelmä tuo esiin, kenelle hoito on tarkoitettu ja millaista hoitoa tehostettu avohoito on. Määritelmää tehdessä on otettava huomioon käytettävissä olevat resurssit.

Ennen hoidon aloitusta asiakkaan kanssa pidetään arviointipalaveri asiakkaan verkoston kanssa. Palaverissa kartoitetaan, sopiiko tehostettu avohoito kyseiselle asiakkaalle ja samalla kartoitetaan aikaisemman avohoidon ongelmakohdat. Verkostopalaveriin kutsuttaville on annettava tieto mahdollisesta palaverista hyvissä ajoin, jotta kaikki tarvittavat henkilöt voivat osallistua siihen. Arviointipalaverissa pohditaan, onko tehostettu avohoito sopiva hoito asiakkaalle vai toteutetaanko avohoito muualla. Mikäli avohoito aloitetaan tehostetussa avohoidossa asiakkaan kanssa, tehdään hoitosopimus.

Jokaiselle asiakkaalle tehdään kuntoutussuunnitelma heti hoidon alussa. Suunnitelmaan kirjataan selkeästi hoidon tavoitteet, jolloin ne on kaikkien asiakasta hoitavien ja asiakkaan tiedossa. Kuntoutussuunnitelmassa on hyvä tulla esille hoidon arvioinnin tiheys. Kuntoutussuunnitelman on oltava niin selkeä, että asiakas ja kaikki hoidossa mukana olevat ymmärtävät sen. Laukkalan ym. (2015) mukaan kuntouksen tavoitteiden tulee olla selkeästi määriteltyjä ja niitä tulee arvioida säännöllisesti. Hoidon loppumista tulee suunnitella hyvissä ajoin. Aluksi hoitoa voidaan keventää pikkuhiljaa. Jatkohoitoa suunnitellaan yhdessä asiakkaan ja yhteistyöverkoston sekä sosiaalisen verkoston kanssa. Siirtyminen jatkohoitoon on hyvä tapahtua saatetusti, jolloin asiakas tutustuu uusiin hoitajiin.

Hoidon edetessä säännöllinen yhteydenpito asiakkaan yhteistyöverkoston ja sosiaalisen verkoston kanssa on tärkeä. Yhteistyökumppaneiden kanssa luodaan yhteydenpitomalli, jotta kaikki tarpeellinen tieto liikkuisi toimijoiden kesken. Yhteydenpitotavat ja kaikki asiakkaan hoitoon osallistuvat tahot kirjataan heti hoidon alussa tapahtuvassa verkostopalaverissa. Hoidossa olevia tahoja päivitetään koko ajan hoidon aikana. Aineistosta nousi tähän ehdotus eli oma lomake, johon kirjataan kaikki asiakkaan hoitoon osallistuvat henkilöt ja heidän yhteystietonsa.

Lomake jaettaisiin kaikille asiakkaan hoidossa oleville. Yhteistyökumppaneille ja asiakkaille on tärkeä tietää, mistä ja milloin tehostetun avohoitajan saa kiinni.

Tehostetun avohoidon **asiakkuuden määrittely** käsittää rajaukset, joiden mukaan asiakas voidaan nimetä tehostettuun hoitoon ja toimia, joilla saadaan asiakas tunnistamaan ja sitoutumaan asiakkuuteen. Avohoidon asiakkaan kuvaus selkeyttäisi sitä, kenelle avohoito sopii. On tärkeä, että hoito kohdistuu juuri niille asiakkaille, jotka sitä tarvitsevat ja jotka siitä hyötyvät. Verhaeghin, Bongersin, Kroonin ja Garretsenin (2009, 17.) tutkimuksessa on todettu, että ACT-mallista voi hyötyä jo ensimmäisen psykoosin jälkeen. Sen on todettu lisäävän hoitoon sitoutumista ja kuntoutusta. Hoitoon osallistuvilta vaaditaan kuitenkin osaamista, jota tämä asiakasryhmä tarvitsee. Asiakkaan kuvausta tehdessä on otettava huomioon käytössä olevat resurssit, osaaminen ja mahdollinen koulutustarve. Kun on selkeästi kuvattu kriteerit hoitoon ja tehostetulle avohoidolle tehty selkeä määritelmä, voi hoitoon tulla mistä vain, ei ainoastaan osasto 3:sen kautta. Hoidon kartoittamisessa voidaan käyttää erityistyöntekijöitä arvioimaan sopivaa avohoittoa. Se, ketä erityistyöntekijöitä otetaan mukaan, arvioidaan asiakaskohtaisesti.

Hoidon aloituksen jälkeen asiakkaan sitouttaminen hoitoon on tärkeää. Aineistoista nousi monia sitouttamista lisääviä tekijöitä, kuten potilasohje, joka lisää ymmärrystä hoidosta. Tärkeää on myös, että hoitoon ohjautuminen on yhteinen päätös. Killaspyn ym. (2006, 5) huomasivat myös, että ACT-malli lisää hoitoon sitoutumista. Asiakkaan kanssa voitaisiin tehdä yhteinen sopimus hoidosta. Hoitosopimukseen voisi sisältyä, ettei kukaan osapuoli voi yksin irtisanoa sopimusta, vaan hoidon lopetus tulee olla yhteinen päätös asiakkaan ja häntä hoitavien henkilöiden kanssa. ACT-mallia kutsutaankin kärpäspaperimalliksi, jossa asiakkaan hoidosta ei luovuta, vaikka häntä ei saada aina kiinni tai hän ei saavu tapaamisiin. Hoitosopimukseen voi kirjata ylös myös voinnin huonontuessa mahdollisuuden lyhyeen hoitajaksoon sairaalassa joustavasti ilman lähetettä. Tällä voidaan välttyä voinnin romahtamiselta ja pitkiltä sairaalajaksoilta. (Wahlbeck ym. 2018, 26.) ACT-mallissa jo itsessään sitouttaa asiakasta hoitoon. ACT-malliin perustuvassa avohoidossa hoitajakset ovat usein pitempiä kuin muussa avohoidossa, mikä myös kuvaa asiakkaan sitoutumista ACT-hoitoon. (Drukker ym. 2014, 457.)

Hoitotyön toimenpiteitä olivat asiakkaan kuntoutumista edistävät toimet, jotka on suunniteltu ja määritelty kunkin asiakkaan kuntoutussuunnitelmassa. Tehostetun avohoidon sisällössä kuvataan niitä toimia, joita asiakkaan hoidossa käytetään prosessikuvauksen toteutusvaiheessa. Hoitoon sitouttamista jatketaan koko hoidon ajan. Väliarvioinnilla olla tärkeä merkitys hoitoon sitoutumisessa. Väliarvioinnin jälkeen asiakas ja hoidosta vastaavat henkilöt tietävät, missä vaiheessa hoidossa ollaan menossa. Väliarvioinnissa voidaan palkita asiakasta, jos hän on saavuttanut hänelle asetetut tavoitteet. Wahlbeckin ym. (2018, 23) mukaan Noordrave (2017) ym. tutkivat, onko rahallisella palkkiolla vaikutusta hoitoon sitoutumisessa. Tutkimuksessa potilaat saivat 30 euroa kuukaudessa, kun hakivat pitkävaikutteisen injektion. Palkkion todettiin lisäävään sitoutumista hoitoon ja vähentävän sairaalajaksoja. Ennen väliarviointia asiakkaalle on tehty selkeä kuntoutussuunnitelma ja viikkosuunnitelma hänen tarpeidensa ja voimavarojensa mukaan. Viikkosuunnitelmaan kirjataan yhdessä asiakasta kiinnostavia asioita. Kuntoutussuunnitelmasta tulisi käydä ilmi seuraava arviointiaika.

Viikkosuunnitelmaan laitetaan käytännön kuntoutuskeinoja. Näitä ovat muun muassa erilainen ryhmätoiminta joko tehostetun avohoidon järjestämänä tai kolmannen sektorin tarjoamina palveluina. Toiminnallista hoitoa järjestetään työpajatyypillisesti ja sitä tarjoavat myös kolmas ja yksityinen sektori. Arkielämän taitojen harjoittelu on yksi osa mielenterveysasiakkaan kuntoutusta. Taitoja voi harjoitella kotona hoitajan kanssa tai osallistua kolmannen sektorin tarjoamiin palveluihin. (Laukkala ym. 2015.) Kokemusasiantuntijoita voi ottaa hoitoon mukaan monella eri tavalla, kuten kotikäynneille mukaan tai tavata heitä ryhmissä. Vertaistuki muiden tehostetun avohoidon asiakkaiden kanssa nähtiin tärkeänä. Wahlbeckin ym. (2018, 26) haastatteluissa kokemusasiantuntijat kuvasivat arjessa selviytymisessä tukevien päivätoimintojen tärkeyttä. Näitä toimintoja ovat säännöllinen päiväohjelma, kokemusasiantuntijoiden antama vertaistuki ja pienryhmät.

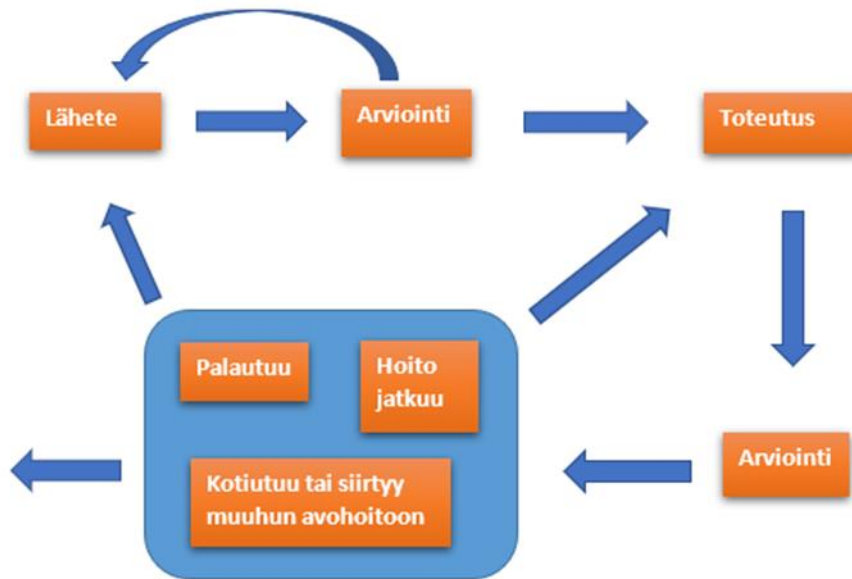
6.2 Ehdotus tehostetun avohoidon prosessikuvaukseksi

Prosessi on tapahtumasarja, jolla on tietty suunta, tarkoitus ja tulos (Luukkonen, Mykkänen, Itälä, Savolainen & Tamminen 2012, 8). Prosessikuvauksella voidaan kytkeä yhteen toimijat ja tekeminen. Prosessikuvausta käyttävät hyväkseen

johto, esimiehet, kehittäjät ja palvelusta vastaavat henkilöt. Johto käyttää prosessikuvausta johtamisen, ohjauksen ja suunnittelun välineenä. Esimiehet voivat hyödyntää prosessikuvausta työnjaossa, vastuiden selkiyttämisessä, resurssin ja ongelmatilanteiden selvittämisessä. Se on myös hyvä työkalu uuden työntekijän perehdyttämisessä. Prosessikuvausta käytetään palvelujen kehittämisessä ja arvioinnissa. (Juhta 2008, 4–5.)

Prosessien kehittämisen pohjana on visiot, strategia ja toimintatarpeet, joiden kehittäminen liittyy organisaation kehittämiseen ja suunnitteluun. Prosessin kehittäminen ei ole kerralla tehtävää työtä, vaan se on jatkuvaa kehittämisestä ja tulosten mittaamista. Prosessin kehittämisen tavoitteita on usein toiminnan laadun parantaminen, kustannusten säästäminen ja ongelmien hallitseminen. (Juhta 2008, 4.) Tässä työssä prosessin kehittämisen lähtökohtana oli tehostetun avohoidon tiimin aivoriihessä asettamat ongelmat.

Aineiston pohjalta voitiin rakentaa ehdotus asiakkaan hoitopolku tehostetun avohoidon jatkokehittämistä varten (kuvio 3). Tätä voidaan kutsua myös tehostetun avohoidon prosessikuvaukseksi. Aineiston mukaan asiakkaasta tulee lähete tai arviointipyyntö tehostetulle avohoidolle. Aineistoissa nousi useasti esiin, että asiakas voisi ohjautua tehostettuun avohoitoon myös muuta kautta kuin vaativan hoidon ja kuntoutuksen osaston kautta. Asiakkaalle järjestetään arviointipalaveri, johon pyydetään mukaan asiakas, nykyisestä avohoidosta vastaava taho, tehostetun avohoidon vastuulääkäri, tehostetun avohoidon vastuuhoitaja/hoitajat, erityistyöntekijöitä ja omaisia. Jokaisen asiakkaan kohdalla tehdään yksilöllinen arvio, ketkä kaikki osallistuvat palaveriin. Palaverissa arvioidaan asiakkaan avohoidon tarve ja soveltuvuus tehostettuun avohoitoon. Pohjana arviointiin toimii tehostetun avohoidon hoitajan tehtävän kuvaus, asiakkuuden määrittely ja ne hoitotoimenpiteet mitä asiakkaan hoitosuunnitelmaan on merkitty. Arvioinnin perusteella asiakas siirtyy avohoitoon, palautuu takaisin aiempaan avohoitoon tai jatkaa hoitoa tehostetussa avohoidossa.



Kuvio 3. Tehostetun avohoidon asiakkaan hoitopolku.

Tehostetun avohoidon asiakkaan hoitopolun kuvauksen mukaan asiakkaalle luodaan yksilöllinen hoitosuunnitelma joko arviointipalaverissa tai mahdollisimman nopeasti sen jälkeen. Hoitosuunnitelma ohjaa kuntoutusta koko kuntoutumisprosessin ajan. Hoitosuunnitelma luodaan palvelukuvauksen osa-alueita apuna käyttäen. Hoitosuunnitelmasta tulee käydä esiin, kuinka usein hoitoa arvioidaan. Hoidon arviointi on tärkeä osa asiakkaan hoitopolkua. Arviointipalaverissa arvioidaan hoitosuunnitelman toteutumista, tavoitteiden saavuttamista ja tarpeen mukaan päivitetään hoitosuunnitelmaa, jotta tavoitteisiin päästään. Arviointipalaverissa voidaan myös päivittää hoidon tavoitteita, mikäli ne on oleellisesti muuttuneet. Arviointipalaverista asiakas jatkaa hoitoa tehostetussa avohoidossa, palaa takaisin lähettävään avohoitoon, siirtyy muuhun avohoitoon tai kotiutuu. Koko prosessin pohjana toimii tehostetun avohoidon toiminta-ajatus.

7 POHDINTA

7.1 Kehittämistyön luotettavuus ja eettisyys

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta ei voida arvioida yksiselitteisen asteikon avulla (Tuomi & Sarajärvi 2009, 136–137). Luotettavuuden perusvaatimus on, ettei tutkimusaineistoa väärennetä eikä plagioida toisten työtä (Mäkinen 2005, 34). Tuomi kertoo, että tutkimuksen uskottavuus ja tutkijan eettiset ratkaisut liittyvät toisiinsa. Tutkimuksen uskottavuus perustuu siihen, että tutkija noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. (Tuomi 2007, 143.) Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu, että tutkija on rehellinen, huolellinen, ja tarkka tutkimustyössä. Tutkija käyttää eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä ja huomio muiden tutkijoiden saavutukset. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132–133.) Laadullisessa tutkimuksessa toteutus ja luotettavuus kulkevat käsi kädessä. Tutkijalla on iso rooli tutkimuksen luotettavuudessa; hänen tekonsa, valintansa ja ratkaisunsa ovat arvioinnin kohteena. Luotettavuutta arvioidaan näiden valintojen perusteella. (Vilka 2015, 196–197.)

Kehittämistyössäni olen esittänyt rehellisesti kehittämistyön etenemisen, haasteet ja tulokset. Kehittämistyötä tehdessäni kunnioitin lähdeaineistoa. Tätä kehittämistyötä varten on etsitty kirjallisuutta kotimaisista ja ulkomaisista tietokannoista. Apuna käytettiin myös kirjaston informaation palveluita. Lähteinä käytetty laajasti tuoreita kotimaisia ja kansainvälisiä tutkimusartikkeleita. Lisäksi lähteinä käytetty kirjallisuutta tutkimuksen perusteista, eettisyydestä ja mielenterveystyön perusteista, ja tämä kirjallisuus on ollut osin vanhempaa. Tämän kehittämistehävän kaikki prosessin vaiheet on kirjoitettu selkeästi auki.

Tein tämän tutkimuksen omassa työyhteisössäni, mikä aiheuttaa haasteita luotettavuudelle. Tästä syystä toimin työpajoissa fasilitaattorina eli kannustin osallistumaan aktiivisesti ja tarpeen mukaan ohjasin osallistujia. Tutkimusaineisto on luotettavampi, mitä laajempaa ammatillista ryhmää käytetään. Tiedonkeruuta on hyvä tehdä moniammatillisen ryhmän kanssa. (Tuomi 2007, 153.) Tämän tutkimuksen luotettavuutta parantaa se, että työpajoihin osallistui eri ammattiryhmien edustajia sairaalasta ja yhteistyökumppaneita sairaalan ulkopuolelta.

Aineistonanalyysimenetelmänä sisällönanalyysi on haastava, sillä tutkija ei voi tarkastella analyysiä objektiivisesti, sillä tulos perustuu tutkijan subjektiiviseen näkemykseen. Sisällönanalyysin haasteena on, miten tutkija pystyy pelkistämään aineiston ja muodostamaan kategoriat niin, että ne kuvaavat aihetta mahdollisimman luotettavasti. Tutkijan on pystyttävä osoittamaan yhteys tuloksen ja aineiston välillä. (Kyngäs & Vanhanen 1991, 10.) Tässä tutkimuksessa luotettavuutta lisää se, että yläkategorioiden muodostamisessa on käytetty deduktiivista päättelyä. Se tarkoittaa, että yläkategoriat on luotu aikaisemman tiedon pohjalta. Tuloksissa on esitetty sitaatteja alkuperäisestä aineistosta. Tutkimuksen luotettavuutta lisää, että analyysiprosessi on kuvattu tarkasti ja tehdyt valinnat on perusteltu hyvin.

Kehittämistyön aiheen valintaan vaikuttaa eettinen pohdinta siitä, miksi tämä aihe on tärkeä ja kenen ehdoilla aihe valittiin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 129). Tämän kehittämistyön aihe lähti omasta mielenkiinnosta kehittää tehostettua avohoitoa. Aihe tähtää hoidon laadun parantumiseen prosessin kehittämisen myötä. Aihe oli myös ajankohtainen vanhentuneen prosessikuvauksen vuoksi.

Tutkittavien on niin halutessaan voitava säilyttää anonymiteetti valmiissa tutkimuksessa, oli kyseessä organisaatio tai yksityishenkilö. Anonymiteetillä on etuja myös tutkijan kannalta, sillä sen turvin tutkimuksessa voidaan käsitellä arkojakin asioita. (Mäkinen 2005, 114.) Tässä tutkimuksessa keräsin materiaalin learning cafe -työpajamenetelmällä, jossa työskennellään pienryhmissä ja aineisto kerätään ryhmien tuotoksista. Osallistujia ohjattiin jakautumaan kolmeen ryhmään ohjeena, että saman ammattiryhmän ja samojen yhteistyökumppanien edustajat jakaantuvat eri ryhmiin. Ryhmistä ei kerätty muuta tietoa kuin, kuin jäsenien lukumäärä. Työpajaan kutsutuille on annettu ennakkotietoa työpajojen tarkoituksesta ja siitä, että osallistuminen pajoihin on vapaaehtoista. Aineiston keruu aiheutti haasteita, koska yhteistyökumppaneista vain muutama kykeni osallistumaan työpajoihin pitkän välimatkan vuoksi.

Kerättävä aineisto on käsiteltävä luottamuksellisesti. Tämä asia on tuotava esille yksityiskohtaisesti tutkittaville. Ennen tutkimukseen osallistumista osallistujille tulee antaa yksityiskohtainen informaatio tutkimuksen yksityiskohdista. (Mäkinen 2005, 115–116.) Kerroin kaikille tutkimukseen osallistuville työpajan alussa tutki-

muksen tarkoituksen ja tavoitteet. Tässä yhteydessä kävin läpi aineiston käsittelyn ja anonymiteettiin liittyvät asiat. Aineistosta ei voi yksilöidä vastaajia. Nauhoitteet tuhoataan tutkimuksen päätyttyä. Tutkimukselle on pyydetty tutkimuslupa Lapin sairaanhoitopiirin hallintoylihoitaja Maarit Palomaalta huhtikuussa 2018 (LIITE 1). Tutkimusta ei ole aloitettu ennen tutkimusluvan saamista.

Terveys- ja sosiaalialalla tehtävään tutkimukseen liittyy erityispiirteitä, jotka on huomioitava tutkimusta tehdessä. Kun tutkimuksessa on mukana asiakkaita tai potilaita, heidän tilanteensa otettava hyvin tarkkaan huomioon tutkimusta tehdessä. (Mäkinen 2006, 111–112.) Tässä tutkimuksessa pohdin asiakkaiden mukaan ottamista kehittämiseen. Päätin, että jätän asiakkaat tutkimuksen ulkopuolelle, koska roolini työssäni asettaa suuria eettisiä kysymyksiä, muun muassa anonymiteetin ja luottamuksellisuuden näkökulmista. Asiakkaiden rajaaminen pois tutkimuksesta vaikutti siihen, etten tarvinnut eettisen toimikunnan lupaa tutkimuksen tekemiseen.

7.2 Kehittämistyön merkitys ja jatkotutkimushaasteet

Tämä kehittämistyö tuo esille, että tehostettu avohoito koetaan tärkeäksi mielen-terveyskuntoutujien avohoitomalliksi. Tehostetun avohoidon sisältöä suunniteltaessa voidaan apuna käyttää vielä laajemmin moniammatillista työryhmää ja sairaalan muita erityistyöntekijöitä kuten toiminnallisen hoidon työntekijöitä. Tämä kehittämistyö toi esille, millä tekijöillä voidaan edesauttaa asiakkaan kuntoutumista. Tämä kehittämistyö nosti heti työpajavaiheessa tehostetun avohoidon haasteita laajan osallistujajoukon tietoisuuteen. Näihin ongelmiin puututtiin heti. Ensimmäisenä ongelmana havaittiin vastuulääkäriin puuttuminen edellisen vastuulääkäriin eläköidyttyä. Heti työpajojen jälkeen pidettiin lääkäreiden kanssa palaveri, jossa sovittiin, kuka on tehostetun avohoidon vastuulääkäri ja sovittiin vastuulääkäriin ja osastonlääkäriin roolit tehostetussa avohoidossa. Toinen esille nousnut ongelma oli kuntoutussuunnitelman selkeä kirjaaminen. Tähän sovittiin yhtenäinen kirjaamiskäytäntö. Muuten palvelu kuvauksen käyttöön jatkuu tämän kehittämistyö prosessin jälkeen.

Tämä kehittämistyö tuo esille, että ACT-malliin pohjautuvaa tehostettua avohoittoa tarvitaan Lapin sairaanhoitopiirin alueella. Tarvetta tämän muotoiselle hoidolle on enemmän kuin tämän hetken resurssit antavat myöten. Jatkokehittämissaasteena on tehostetun avohoidon kehittäminen vastaamaan Lapin sairaanhoitopiirin alueelta tulevaa tarvetta. Alue on laaja ja harvaan asuttu, mikä on Lapin sairaanhoitopiirin erityispiirre. Tämä kehittämistyö antaa hyvän pohjan avohoidon tarpeen arviointiin ja resurssien kehittämiseen.

Jatkotutkimusehdotuksena on tehostetun avohoidon kehittäminen, jossa otetaan huomioon tehostetun avohoidon asiakkaan näkemys. Taloudellinen paine terveydenhuollossa on esillä koko ajan. Kustannuksia pitäisi saada alas. Mielenterveys-työssä on koko ajan paine siirtyä avohoitopainotteisemmaksi hoidoksi ja sairaalahoitoa vähennetään koko ajan. ACT-mallipohjaista avohoidon vaikuttavuutta ei ole tutkittu juurikaan Suomessa. Tutkimuksella saataisiin lisää tietoa tulevaisuuden ACT-mallipohjaisen avohoidon kehittämiseen Suomessa. Tutkimusta voidaan tehdä, vaikka ACT-malliin pohjautuvaa avohoittoa tehdään hieman eri lailla eri paikoissa. Asiakasmäärät ovat riittäviä luotettavaan tutkimukseen, kun otetaan huomioon koko Suomen alueella toimivat ACT-malli pohjaiset avohoitomallit.

Olen työskennellyt tehostetun avohoidon vastuuhoidtajana vuodesta 2015 lähtien. Minulla oli jo opintoihin hakeutuessa tiedossa, että haluan kehittää tehostettua avohoittoa. Tämä työ sopi hyvin koulutusohjelmassa asetettuihin tavoitteisiin kehittämistyön vaatimuksista. Minulla oli suuri tavoite kehittää tehostettua avohoittoa niin, että sitä voidaan tarjota laajemmalle asiakaskunnalle. Tämän hetken resursseilla ja aikataululla tämän tavoitteen saavuttaminen oli mahdotonta. Tätä työtä tehdessä opin paljon lisää ACT-mallista ja siihen pohjautuvasta avohoidosta sekä siitä, kuinka laajasti sitä voidaan käyttää. Ja siitä, ettei kehittäminen missään vaiheessa lopu. Tarpeet ja tavoitteet muuttuvat koko ajan. Etenkin nyky-yhteiskunnassa muutokset tapahtuvat koko ajan nopeammin.

Minulle tämän kehittämistyön tärkein anti oli nähdä kehityskaari työn tekemisessä. Alkuun tutkimus ja siihen liittyvät teoriat aiheuttivat haasteita. Työn edetessä opin hyvin paljon erilaisista tutkimusmenetelmistä. Opin myös paljon tutkimuksen ja kehittämisen yhdistämisestä. Toimintatutkimuksen kaari oli alkuun

haastava ymmärtää ja sovittaa omaan työelämälähtöiseen tutkimukseen, mutta työn edetessä huomasin, kuinka hyvin tämänkaltainen tutkimus sopii terveyden huollonkehittämishankkeisiin. Tavoitteena minulla oli alusta alkaen henkilökunnan osallistaminen kehittämiseen ja toimintatutkimus antaa siihen todella hyvän pohjan. Koinkin, että sainkin hyvin henkilökunnan osallistettua kehittämiseen. Tämä prosessi opetti myös hakemaan uusinta, näyttöön perustuvaa ja tutkittua tietoa luotettavista lähteistä.

Alkuun uskoin, että oma roolini kehittämisessä aiheuttaa minulle haasteita. Huomasin kuitenkin, että pystyn toimimaan fasilitaattorin roolissa ja antamaan työpaikan osallistujille tilan tuoda omia ajatuksia esiin. Tämä rajanveto oli työn luotettavuuden kannalta hyvä. Alkuun ajattelin, että kehittämistehtävä herättää vastustusta, mutta koska kukaan ei ollut kehittämistyössä toisen yläpuolella, ei tätä vastusta tullut. Aikataulun asettaminen aiheutti haasteita. Alussa teinkin liian tiukan aikataulun, jota en kyennyt ylläpitämään. Osittain siihen oli syynä äitiysloma, joka tuli keskelle kehittämistyöprosessia. Tämä oli ensimmäinen kerta, kun olin yksin vastuussa näin isosta prosessista. Siksi loin myös liian tiukan aikataulun työlle. Opin kuitenkin, kuinka paljon aikaa vaatii näin laaja kehittämistyö.

Koen tämän kehittämistyön tekemisen valmentaneen minua toimimaan myös jatkossa erilaisissa kehittämishankkeissa. Olen oppinut kyseenalaistamaan monesti hoitotyössä kuultua lausetta ”*tämä tehdään näin, koska näin on aina tehty*”. Olen oppinut pohtimaan omaa toimintaakin ja arvioimaan, voisinko kehittää sitä vielä eteenpäin.

LÄHTEET

- Aagaard, J., Tuszewski, B. & Kølbæk, P. 2017. Does Assertive Community Treatment Reduce the Use of Compulsory Admissions? *Archives of Psychiatric Nursing* Vol 31 No 6, 641–646. Viitattu 23.4.2020 doi:10.1016/j.apnu.2017.07.008
- Auroran liikkuva avohoito. S.a. Esite. Sosiaali- ja terveystoimiala Helsingin kaupunki: Helsinki
- Cela, L. R., González, M. J. Á., Rubal, J. C. Y., Platas, L. M. D., Herranz, M. I. M. & Valle, J. C. D. D. 2018. Coronary vascular disease event risk and metabolic syndrome prevalence in patients enrolled in an assertive treatment community program. *Comprehensive Psychiatry*, Vol 81, 28–32. Viitattu 22.4.2020 <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.10.010>
- Chien, W.T., Bressington, D. & Karatzias, T. 2017. An international multi-site, randomized controlled trial of a mindfulness-based psychoeducation group programme for people with schizophrenia. *Psychological Medicine* Vol 47 No 12, 2081–2096. Viitattu 22.04.2020 doi:10.1017/S0033291717000526
- Dawson, S., Lawn, S., Simpson, A., Muir-Cochrane., E. 2016. Care planning for consumers on community treatment orders: an integrative literature review. *BMC Psychiatry* Vol 16, Article number 394. Viitattu 23.4.2020 DOI 10.1186/s12888-016-1107-z
- Depressio Käypä hoito -suositus. 2020. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Viitattu 20.03.2020 <https://www.kaypahoito.fi/hoi50023>
- Drukker, M., Laan, W., Dreef, F., Driessen, G., Smeets, H. & Van Os, J. 2014. Can Assertive Community Treatment Remedy Patients Dropping Out of Treatment Due to Fragmented Services? *Community Mental Health Journal*, Vol 50, 454–459. Viitattu 23.4.2020 doi:10.1007/s10597-013-9652-0
- Heikkinen, H. L. T., Rovio, E. & Kiilakoski T. 2010. Toimintatutkimus prosessina. Teoksessa Heikkinen, H. L. T., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon: Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 3. korj. painos. Helsinki Kansanvalistusseura. 77–93
- Hella, P. 2016. Skitsofreniapotilaan hajanainen puhe - tarjoaako kielitiede apua ymmärtämiseen? *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* Vol 132 No 17, 1551–1558
- Hiekkala-Tiusanen, L., Halunen, M., Mehtälä, T. & Kiesepä, T. 2019. Psykososiaaliset menetelmät skitsofrenian hoidossa ja kuntoutuksessa - sivuosasta tähtinäyttelijäksi? *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. Vol 135 No20, 2011–2019
- Hoitotyön tutkimussäätiö. Näyttöön perustuva toiminta. S.a. Viitattu 20.03.2020 <https://www.hotus.fi/nayttoon-perustuva-terveydenhuolto/>

- HUS. Tehostetun avohoidon yksikkö. S.a. Viitattu 20.3.2020
<https://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/kellokosken-sairaala/poliklinikat/tehostetun-avohoidon-yksikko/Sivut/default.aspx>
- JUHTA - Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta. 2008. Prosessien kuvaaminen. Viitattu 22.3.2020 http://www.jhs-suositukset.fi/c/document_library/get_file?folderId=31753&name=DLFE-513.pdf
- Järvensivu, T., Nykänen, K., Rajala, R. 2010. Verkostojohtamisen opas: Verkostotyöskentely sosiaali- ja terveys alalla. Aalto yliopiston kauppakorkeakoulu viitattu 29.12.2017 <http://www.seugolaid.fi/wp-content/uploads/2017/03/Verkostojohtamisen-opas-versio-1-0-30-12-2010.pdf>
- Jääskeläinen, T., Kautto, P. & Similä, J. 2013. Menetelmiä ja tietolähteitä politiikkatoimien vaikutusten arviointiin. Ympäristöministeriö Helsinki. viitattu 29.12.2017 https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/41369/YMr16_2013_Menetelmia_ja_tietolahteita_politiikkatoimien_vaiikutusten_arviointiin_FINAL.pdf?sequence=1
- Kaksisuuntainen mielialahäiriö käypä hoitosuositus. 2013. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 20.03.2020 <https://www.kaypahoito.fi/hoi50076>
- Kalseth, J., Lassemo, E., Wahlbeck, K., Haaramo, P. & Magnussen, J. 2016. Psychiatric readmissions and their association with environmental and health system characteristics: A systematic review of the literature. BMC Psychiatry Vol 16. Viitattu 23.4.2020 DOI10.1186/s12888-016-1099-8
- Kemmis, S. & Wilkinson, M. 1998. Participatory action research and the study of practice Teoksessa Atweh, B., Kemmis, S. & Weeks, P. (toim.) 1998. Action Research In Practice. London: Routledge Falmer, 21–36
- Kersbergen, A. L. 1996. Case management: A rich history of coordinating care to control costs. Nursing Outlook Vol 44 No 4, 169–172. Viitattu 23.4.2020 doi:10.1016/S0029-6554(96)80037-6
- Killaspy, H., Bebbington, P., Blizard, R., Johnson, S., Nolan, F., Pilling, S. & King, M. 2006. The REACT study: Randomised evaluation of assertive community treatment in north London. British medical Journal Vol 332. Viitattu 25.1.2020 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.38773.518322.7C>
- Kivimäki, T. 2019. Liikkuva avohoito vähentää sairaalapäiviä. Viitattu 08.04.2020 <https://www.hel.fi/sote/fi/esittely/julkaisut/uutiskirjeet/liikkuva-avohoito>
- Kortrijk, H.E., Mulder C.L., Roosenschoon B.J. & Wiersma, D 2010. Treatment Outcome in Patients Receiving Assertive Community Treatment. Community Mental Health Journal Vol 46, 330–336. Viitattu 23.4.2020 DOI 10.1007/s10597-009-9257-9

- Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2013. Mielen-terveyshoitotyö. 3. uudistettu painos Helsinki: Sanoma Pro.
- Kuosmanen, L. & Wahlbeck, K. 2018. Miten mielenterveys- ja päihdepalvelut ta-voittavat apua tarvitsevat? Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 10.1.2020. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136832/URN_ISBN_978-952-343-163-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Kylmä, J., Rissanen, ML., Laukkanen, E., Nikkonen, M., Juvakka, T. & Isola, A. 2008. Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä tietoa hoitotyön kehittämiseen. Tutkiva hoitotyö Vol 6 No 2, 23–29.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede Vol 11 No 1, 3–12.
- Laukkala, T., Tuisku, K., Fransman, H. & Vormaa, H. 2015. Työikäisten mielen-terveyskuntoutus. Suomen Lääkärilehti Vol 70 No 21, 1508–1513
- Leijala, J., Hietala, E. & Kampman, O. 2019. Sairaudentunnon ja hoitoon sitou- tumisen merkitys skitsofrenian hoidossa. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim Vol 135 No 20, 2028–2034
- Lofthus, A., Westerlund, H., Bjørgen, D., Lindstrøm, J., Lauveng, A., Clausen, H. & Heiervang, K. 2016. Are Users Satisfied with Assertive Community Treatment In Spite of Personal Restrictions? Community Mental Health Journal Vol 52 No 8, 891–897. Viitattu 23.4.2020 doi:10.1007/s10597-016-9994-5
- Luukkonen, I., Mykkänen, J., Itälä, T., Savolainen, S. & Tamminen M. 2012. Toiminnan ja prosessien mallintaminen: Tasot, näkökulmat ja esimerkit. Itä- Suomen yliopisto ja Aalto-yliopisto. Kuopio. Viitattu 22.03.2020 <https://www.uef.fi/documents/677096/736588/SOLEA-Luukkonen-ym-Pro- sessien-ja-toiminnan-kuvaaminen.pdf/b8e58ae0-2e53-48d0-97ef-512ee74b526e>
- Machado, C. & Davim, P.J. 2014. Transfer and Management of Knowledge. John Wiley & Sons, Incorporated
- Malone, D., Marriot S.V.L., Newton-Howes, G., Simmonds, S., Tyrer, P. & Cochrane Schizophrenia Group 2007. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personal- ity. Cochrane Database of Systematic Reviews Vol 3: Viitattu 18.2.2020. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000270.pub2>
- Mannila, R., Merano, I., Männynsalu, T., Ligi, H., Suhonen, J. & Jansson, P. 2017. We do not give up: Psychiatric outpatient care in the ACT Unit of Hel- sinki. Suullinen esitys. 6th European Conference on Mental Health, Berlin Oct 4-6, 2017.

- Marquant, T., Sabbe, B., Verelst, R. & Goethals, K. 2018. Forensic Assertive Community Treatment in a Continuum of Care for Male Internees in Belgium: Results After 33 Months. *Community Mental Health Journal*, Vol 54 No 1, 58–65. Viitattu 23.4.2020 doi:10.1007/s10597-017-0153-4
- McNiff, J. & Whitehead, J. 2013. *Action Research*. Routledge.
- Meyer-Kalos, P., Lee, M., Studer, L., Line, T. & Fisher, C. 2017. Opportunities for Integrating Physical Health Within Assertive Community Treatment Teams: Results from Practitioner Focus Groups. *Community Mental Health Journal*, Vol 53 No 3, 306–315. Viitattu 23.4.2020 doi:10.1007/s10597-016-0043-1
- Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116
- Mielenterveystalo. S.a. Psykososiaaliset hoidot. Viitattu 21.02.2020. <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Hoitomuotoja/Pages/Psykososiaalisethoidot.aspx>
- Mäkinen, O. 2005. *Tieteellisen kirjoittamisen ABC*. Helsinki: Tammi.
- Noordraven, E. L., Wierdsma, A. I., Blanken, P., Bloemendaal, A. F. T., Staring, A. B. P. & Mulder, C. L. 2017. Financial incentives for improving adherence to maintenance treatment in patients with psychotic disorders (Money for Medication): A multicentre, open-label, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry* Vol 4 No 3, 199–207. Viitattu 23.4.2020 doi:10.1016/S2215-0366(17)30045-7
- Norden, T., Malm, U. & Norlander, T. 2012. Resource Group Assertive Community Treatment (RACT) as a Tool of Empowerment for Clients with Severe Mental Illness: A Meta-Analysis. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health* Vol 8, 144–151. Viitattu 23.4.2020 doi:10.2174/1745017901208010144
- Partanen, A., Moring, J., Bergman, V., Karjalainen, J., Kesänen, M., Markkula, J., Marttunen, M., Mustalampi, S., Nordling, E., Partonen, T., Santalahti, P., Solin, P., Tuulos, T. & Wuorio, S. 2015. *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015 Miten tästä eteenpäin? Terveiden ja hyvinvoinnin laitos*. Tampere. Juventus Print.
- Pratt, C., Gill, K., Barrett, N. & Roberts, M. 2006. *Psychiatric Rehabilitation*. Elsevier Science
- Punkanen, T. 2001. *Mielenterveystyö ammattina*. Helsinki: Tammi.
- Reinares, M., Colom, F., Sanchez-Moreno, J., Torrent, C., Martinez-Aran, A., Comes, M., Goikolea, J., Benabarre, A., Salamero, M. & Vieta, E. 2008. Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: a randomized controlled trial. *Bipolar Disorders* Vol 10 No 4, 511–519. Viitattu 22.4.2020 <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2008.00588.x>

- Roberts, A. & Yeager, K 2006. Foundations of Evidence-Based Social Work Practice. Oxford University Press
- Rubin, A., Spinger, D., Trawver, K. 2011. Psychosocial Treatment of Schizophrenia. John Wiley & Sons, Incorporated
- Saarelainen, R., Stengård, E. & Vuori-Kemilä, A. 2000. Mielenterveys- ja päihdetyö. Porvoo; Helsinki: WSOY.
- Saxén, U., Lampela, M., Elo, T., Nevalainen, M., Haapasalo-Pesu, K. & Korkeila, J. 2014. Psykiatrasta avohoitoa tehostettu Satakunnassa. Suomen lääkäri-lehti Vol 69 No 6, 400–405. viitattu 18.2.2020 <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/sll40676?search=psykiatrinen%20avohoito>
- Shimazu K, Shimodera S, Mino Y ym. 2011. Family psychoeducation for major depression: randomised controlled trial. Br J Psychiatry. Vol 198 No 5, 385–90. Viitattu 22.4.2020 doi: 10.1192/bjp.bp.110.078626.
- Skitsofrenia, Käypä hoito-suositus 2015. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä Viitattu 02.01.2017 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi35050>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma: Ehdotukset mielenterveys ja päihdetyön kehittämiseksi Vuoteen 2015. Viitattu 24.1.2020. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69912/978-952-00-3382-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016a. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015: Suunnitelman loppuarviointi ja ohjausryhmän ehdotukset. Viitattu 18.2.2020. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74820/1004164MIELENTERVEYS_JA_P_IHDE-SUUNNI1487308985.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016b. Arviomuistio: mielenterveyslain ja päihdehuoltolain palvelut. Viitattu 22.02.2020. <https://stm.fi/documents/1271139/1977545/Arviomuistio+mielenterveyslain+ja+p%C3%A4ihdehuoltolain+palvelut.pdf/22c2f719-e424-4c80-81fa-6caf7c9e2d7e>
- Sosiaali- ja terveysministeriö s.a. Mielenterveyspalvelut. Viitattu 15.5.2020 <https://stm.fi/mielenterveyspalvelut>
- Suvisaari, J., Eskelinen, S., Keinänen, J. & Sailas, E. 2019. Miten parantaa skitsofreniaa sairastavien vakavien somaattisten sairauksien hoitotuloksia? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2019 Vol 135 No 20, 1993–1994
- Suvisaari, J., Isohanni, M., Kiesepä, T., Koponen, H., Hietala, J. & Lönnqvist, J. 2019. Skitsofreniapotilaan kuntoutus. Teoksessa Lönnqvist, J., Marttunen, M., Henriksson, M., Partonen, T., Aalberg, V. & Seppälä, O. 2019. Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

- Tammentie, T., Kiviniemi, P., Hasa, M., Kaikkonen, R., Koivunen, A., Merimaa, P., Niemi, H., Pöyhtäri, J. & Tuominen, K. 2008. Rajapintatyö psykiatriassa. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu 10/2008. Tampere. Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Tasa-arvosta lisäarvoa alueiden hyvinvointiin 2004. Viitattu 29.12.2017 <https://www.yumpu.com/fi/document/view/15324242/tasa-arvosta-lisaarvoa-alueiden-hyvinvointiin-tyokirja-2-poliisi>
- Tehostetun avohoidon prosessikuvaus 2013. Psykiatrianklinikka osasto 3.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2017. Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2015. Tilastoraportti 21/2017. Viitattu 20.02.2020 <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201706097091>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2019. Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2018. Tilastoraportti 42/ 2019. Viitattu 20.02.2020 <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019112243879>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2020. Mielenterveyspalvelut. Viitattu 14.05.2020 <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut>
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta: Näkökulmia kehittämissprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: Tampere University Press: Taju
- Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue: Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki: Tammi.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Van Vugt, M., Kroon, H., Delespaul, P., Mulder, C 2016. Assertive community treatment and associations with delinquency. International Journal of Law and Psychiatry Vol 49, 93–97. Viitattu 23.4.2020 <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.08.001>
- Verhaegh, M., Bongers, I., Kroon, H. & Garretsen, H. 2009. Model Fidelity of Assertive Community Treatment for Clients With First-Episode Psychosis: A Target Group-Specific Application. Community Mental Health Journal Vol 45, 12–18. Viitattu 23.4.2020 doi:10.1007/s10597-008-9168-1
- Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.
- 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. Viitattu 24.1.2020 https://tietokayttoon.fi/documents/10616/3866814/89-2017-YhdessaMielin_valmis.pdf/e60e6d56-43cb-40e8-8f49-54e6dfdac5bb?version=1.0

- Wahlbeck, K., Cresswell-Smith, J. & Haaramo, P. 2019. Potilaan paluu psykiatriseen sairaalahoitoon. Suomen lääkirilehti 2019 Vol 74 No 3, 120–124
- Weimand, B., Israel, P. & Ewertzon, M. 2018. Families in Assertive Community Treatment (ACT) Teams in Norway: A Cross-Sectional Study on Relatives' Experiences of Involvement and Alienation. *Community Mental Health Journal* Vol 54 No 5, 686–697. Viitattu 23.4.2020 doi:10.1007/s10597-017-0207-7

LIITTEET

Liite 1. Toimeksianto sopimus

Liite 2. Tutkimuslupa

Liite 3. Esimerkki sisällönanalyysistä

Liite I (1/2) Opinto- ja työtoimien toimeksiantositoumus

I Opinto- ja työtoimien toimeksiantositoumus

Nimi/Työpaikka	
Yritys/Työpaikka: <i>Lapin sairaalan hoitopiiri / Psykiatrian klinikka</i>	
Nimi/Alkuperä	Yhteystieto
Nimi: <i>Johanna Erholtz</i>	Yhteystieto: <i>Yhteystieto</i>
Osoite	Posti
Osoite: <i>Valkokatu 11 20131</i>	
Sähköposti	
Sähköposti: <i>johanna.erholtz@lshp.fi</i>	
Opinto- ja työtoimien tarkoituksen esittely	
Opinto- ja työtoimien nimi	
<i>Tehostetun avohoidon kehittäminen ACT-menetelmä hyödyntäen</i>	
Opinto- ja työtoimien suorittamisaika tai loppuajankohdat	Alku: <i>huhti- / 2019</i>
Opinto- ja työtoimien toteuttamiseksi tarvittavat resurssit, kuka antaa ne?	
Toimeksiantajan esittely	
<input type="checkbox"/> osittain opinto- ja työtoimien toteuttamiseen <input type="checkbox"/> osittain opinto- ja työtoimien toteuttamiseen <input type="checkbox"/> osittain opinto- ja työtoimien toteuttamiseen <input type="checkbox"/> osittain opinto- ja työtoimien toteuttamiseen <input type="checkbox"/> osittain opinto- ja työtoimien toteuttamiseen <input type="checkbox"/> osittain opinto- ja työtoimien toteuttamiseen	
Alkuperäinen <i>Johanna Erholtz</i>	

II Opinto- ja työtoimien opinto- ja työtoimien

Opettaja	
Opinto- ja työtoimien nimi	Opinto- ja työtoimien nimi
Opinto- ja työtoimien nimi: <i>Kaisa Mäkelä</i>	Opinto- ja työtoimien nimi: <i>#1701763</i>
Osoite	Posti
Osoite:	
Sähköposti	
Koulutus- ja tutkimuskeskukset: <i>Terveystieteiden tutkimuskeskus ja Esiintymistieteiden tutkimuskeskus</i>	
Opinto- ja työtoimien esittely	
<input type="checkbox"/> osittain opinto- ja työtoimien toteuttamiseen <input type="checkbox"/> osittain opinto- ja työtoimien toteuttamiseen <input type="checkbox"/> osittain opinto- ja työtoimien toteuttamiseen <input type="checkbox"/> osittain opinto- ja työtoimien toteuttamiseen <input type="checkbox"/> osittain opinto- ja työtoimien toteuttamiseen	
Alkuperäinen <i>Kaisa Mäkelä</i>	

Liite 1 (2/2) Opienyhteyden toimeksiantosuostumus

Opienyhteyden ohjeet

Opienyhteyden ohjeet	
Opienyhteyden nimi	TTT Marika Kurranen
Koulutuspaikka	TTT, Lapin AMK
Sähköposti	marika.kurranen@lapinamk.fi
Koulutuksen johtaja	
Koulutuksen johtajan nimi	Outi Törmänen
Puhelin	Sähköposti: outi.tormanen@lapinamk.fi
Nimikirje	Outi Törmänen

Opienyhteyden tiedot julkaisussa. Jos näitä tietoja toimeksiantajan kanssa luovutetaan, silloin sähköpostin julkaisunsa on käytettäväksi. Tätä sähköpostia käytetään toimeksiantoon.



LAPIN SAIRAANHOITOPIIRI
LAPPI BHOHCCEDIKSUNBIRE

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS
TUTKIMUSOAVARNUMERO

2 (2)

TUT 21, 2018

LUVAN HAKIJAN TIEDOT JA ALLEKIRJOITUS	
Nimi: <i>Kaisu Ankele</i>	
Osoite: _____	
Puhelin: _____	Sähköposti: _____
Päiväys ja luvanhakijan/vastuhenkilön allekirjoitus: <i>9.4.2018</i> _____	
Allekirjoituksellani sitoudun omasta ja tutkimusryhmän puolesta noudattamaan LSH:n ohjeistusta sekä hyvää tutkimustapaa ja eettistä käytäntöä. Olen informoinut asianosaiset ja esimiehet ja sopinut resurssien käytöstä.	
LIITTEET	
<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimussuunnitelma <input type="checkbox"/> Tiedote ja suostumus tutkittavalle <input type="checkbox"/> Rekisteriseloste <input type="checkbox"/> Kustannuserittely <input type="checkbox"/> Tutkimussopimus ja/tai rahoituspäätös <input type="checkbox"/> Muu, mikä: _____	Viranomaisluvat/lausunnot: <input type="checkbox"/> Eettisen toimikunnan puoltava lausunto <input type="checkbox"/> Finnean käsittelylupaus <input type="checkbox"/> Valviran lupa <input type="checkbox"/> THL:n lupa <input type="checkbox"/> Muu viranomainen, mikä: _____
TOIMINTAYKSIKÖN KANNANOTTO (yksi tai useampia kukin yksikötään, jossa tutkimus toteutetaan)	
<input checked="" type="checkbox"/> Puollan hakemusta	
<input type="checkbox"/> En puola hakemusta (hakemus esitetään siitä huolimatta päätöksille)	
Päivämäärä <i>9.4.2018</i>	Allekirjoitus <i>[Signature]</i> <i>ARI ANKELE</i>
PÄÄTÖS (yksi seuraavista: Johtajayliääkäri, hallintoylihoitaja, tulosalueen johtaja, tulosalueen yllähoitaja)	
<input checked="" type="checkbox"/> Lupa myönnetään hakemuksen mukaisesti	
<input type="checkbox"/> Lupa myönnetään seuraavin korjauksinehdoin	
<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään, miksi: _____	
Päivämäärä <i>16/4-18</i>	Allekirjoitus <i>[Signature]</i> <i>HARRI PALONEN</i>
OHJEET	
Tutkimusluvan myöntäjät löytyy Lshp intrasta: http://intra.lshp.fi/download.aspx?ID=3308&GUID={AD9E8D4A-0403-42CE-A36C-ACF26F1F4804}	
Tutkimusdiarini tutkimuksen kirjaa johtajayliääkärin ahteen.	
Valmis tutkimustyö/opinnäytetyö lähetetään Lshp:lle sähköpostilla: pavi.posio@lshp.fi	

HOITOSUUNNITELMA
 lääke/avohoidon/avohoidon ja/potilas
 TUETUN KÄSITTELYN TARVE + muut yksilölliset kriteerit
 (Yksilöllinen)

SELEÄT SAHLUMAT/KETKES
 • kriteerit tehostettuun avohoittoon
 • tunteelliset kriteerit avohoidosta
 • esim. vaikeahoitteisuus

KOESUUNNITELMA
 ALUSSA TETTUUTUNPI TUKI
 (tärkeässä)
 MYÖS AVOHOIDOSTA VOI TULLA
 ACT-HOIDON PIIRIIN
 AVOHOIDON TUKI MYÖS USKALLA ASIAKKAALLE

- resurssit ACT-hoidolle
 → katsanto joka näkökulmasta
 • lääkäri
 • hoitajat
 • potilaiden/asialkaiden lukumäärä

- Tarkempaa määrittämään -tehostetulle avohoidolle -
 ⇒ EHDOTUS: Vaativaa avohoito

Asunspalvelu- yksiköistä

Muusta avohoidosta
 esim. kotihoidosta
 Osa-ohjasta
 Ohjautuminen potilaan ja hoitohenkilökunnan yhteinen päätös. Esim. lääkärin, potilaan, hoitajan tai kotikunnan aloitteesta

Uudessa sairaalassa mahdollisesti filiat ACT-hoitoa varten

- potilaan/asialkkaan sitoutuminen
 esim. kirjallinen suostumus "VIP"
 Vaativa intensiivinen palvelu = VIP

- Potilasohje myös laadittava?
 * parempi ymmärtämys, positiivisuuden kautta avohoitoon

- potilasaine näin vaativaa, että ovat useita kertoja olleet sairaalahoitoissa. Sairaalasta käsin VIP:in

Esimerkki sisällön analyysistä

LIITE 4

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria
<ul style="list-style-type: none"> -Tiivis yhteistyö toimijoiden välillä → esim. kuntoutustiimi-ACT → mikäli asiakas on ollut aikaisemmin ACT:ssa ja vointi huononee voisiko palata takaisin ACT:hen → palautusoikeus - Myös avohoidosta voi tulla ACT:n piiriin → kun muut avohoidon resurssit ei riitä - Muusta avohoidosta esim. kuntoutustiimin kautta → voi palata ACT hoitoon ja tarpeen mukaan uusi potilas - Asumispalveluista - Potilasaines niin vaativa, että ovat useita kertoja olleet sairaalahoidossa. Sairaalaasta käsin VIP:n - Osastolta kotiutuessa - ACT-hoitoa voisi käydä esittelemässä yhteistyökumppaneille 	<ul style="list-style-type: none"> Kuntoutus tiimistä takaisin ACT hoitoon Avohoidosta ACT:n piiriin Muusta avohoidosta uusi potilas Asumispalveluista Sairaalaasta käsin Osastolta kotiutuessa Avohoidon esittely 	Kuvaus lähettävästä tahosta	ASIAKKUUDEN MÄÄRITTELY
<ul style="list-style-type: none"> -Selkeät sabluunat/kehukset → kriteerit tehostettuun avohoitoon → taustatiedot aiemmasta avohoidosta esim. vaikea hoitoisuus - Tarkempi määritelmä tehostetulle avohoidolle → ehdotus Vaativa avohoito - Resurssit ACT hoidolle → Katsotaan joka näkökulmasta. Lääkäri, hoitajat, potilaiden/asiakkaiden lukumäärä - Sairaalan erityistyöntekijät mukaan osaston raportille → helpompi kartoittaa potilaan <u>hoidotarve</u> 	<ul style="list-style-type: none"> Kriteerit tehostettuun avohoitoon Tarkempi määritelmä tehostetulle avohoidolle Resurssit Tarpeen kartoitus 	Palvelua käyttävän asiakkaan kriteerit	
<ul style="list-style-type: none"> -Potilaan/asiakkaan sitouttaminen esim. kirjallinen suostumus "VIP" Vaativa Intensiivinen Palvelu = VIP - Ohjautuminen potilaan ja hoitohenkilökunnan yhteinen päätös. Esim. lääkärin, potilaan, hoitajien tai kotikunnan aloitteesta. - Avohoito tutuksi myös uusille asiakkaille - Asiakkaille tiedottaminen ACT-hoidosta - Potilasohje myös laadittava? → parempi ymmärtämys, positiivisuuden kautta avohoitoon. - Hoitosuunnitelma → lääkäri, omahoitaja, avotyöntekijä, potilas 	<ul style="list-style-type: none"> Potilaan/asiakkaan sitouttaminen Ohjautuminen yhteinen päätös Avohoito tutuksi Asiakkaille tiedottaminen ACT:stä Potilasohje Hoitosuunnitelma 	Asiakkuuteen tiedostaminen	