

MIELENTERVEYSPOTILAIEN JATKOHOIDON KEHITTÄMINEN

Osastojakson jälkeinen hoidon jatkuvuus

Tiivistelmä

Tekijä(t) Dahl, Sonja Vilander, Anniina	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK Sivumäärä 39 + 3 liitettä	Valmistumisaika Syksy 2020
Työn nimi Mielenterveyspotilaiden jatkohoidon kehittäminen Osastojakson jälkeinen hoidon jatkuvuus		
Tutkinto Sairaanhoitaja (AMK)		
<p>Mielenterveyspalvelut ovat muuttuneet viime vuosikymmeninä. Samaan aikaan sairaalapaikkoja on vähennetty, mutta avohoitopalveluja ei ole pystytty lisäämään. Mielenterveyspotilaat, jotka tarvitsevat asumispalveluja tai tukea kotona asumiseen, ovat kriittisessä asemassa palvelujen saumattomuuden suhteen. Jatkohoidon järjestäminen jää usein potilaan omalle vastuulle, jolloin on riski, ettei potilas pärjää kotona ja joutuu palaamaan osastolle. Kunta on vastuussa sekä potilaan hoidon järjestämisestä, että jatkohoidon turvaamisesta.</p> <p>Opinnäytetyössä käsiteltiin mielenterveyspotilaiden osastojakson jälkeistä jatkohoitoa ja selvitettiin jatkohoidon kannalta toimivia asioita, epäkohtia sekä kehittämiskohteita. Tarkoituksena oli kehittää psykiatrisen hoidon jatkuvuutta Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymässä. Opinnäytetyön tavoitteena oli löytää kehitysideoita yhdenmukaistamaan ja selkeyttämään mielenterveyspalveluja Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän alueella. Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Aineistoa kerättiin haastattelemalla sekä Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän mielenterveyspalveluja järjestävien yksiköiden, että Attendo Torkon talon sairaanhoitajia. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina ja haastattelumuotona toimi teemahaastattelu.</p> <p>Haastatteluissa ilmeni useita kehittämiskohteita mielenterveyspotilaiden jatkohoidon järjestämisestä. Kehitettäviä kohteita olivat palveluiden selkeyttäminen, tiedonkulun lisääminen eri yksiköiden välillä sekä kattavampien kotiin vietävien palveluiden järjestäminen. Ongelmaksi koettiin myös ammattilaisten ja potilaiden tietämättömyys tarjolla olevista palveluista. Ratkaisukeinoina mainittiin esimerkiksi Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän verkkosivujen päivittäminen ja palveluiden lisääminen kodin ja hoitoyksikön välillä.</p>		
Asiasanat Mielenterveys, mielenterveystyö, mielenterveyspalvelut, hoitopolku, hoidon jatkuvuus		

Abstract

Author(s) Dahl, Sonja Vilander, Anniina	Type of publication Bachelor's thesis Number of pages 39 + 3 attachments	Published Autumn 2020
Title of publication Improvement of continuity of care for mental patients After hospital care		
Name of Degree Bachelor of Health care, Nursing		
<p>Mental health services have changed a lot in past decades. Mental hospital care has been in decline, but outpatient care has not increased. The patients who need housing services or support living home, are in critical place for coherency of mental health services. The patients are mainly in charge of their own care and its continuity. There is a risk of needing hospital care when patients do not manage to live at home without any support. As the commune must arrange mental care, they are also in charge of the care's continuity.</p> <p>The thesis is about the continuity of care for mental patients. The thesis researched functional and inoperative aspects of the subject, which gave ideas to improve the mental care system. The goal was to improve psychiatric nursing in Päijät-Häme. Aim was to find solutions to equalize and clarify the mental care services in Päijät-Häme. The principal focus was Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä. They provide high-class social and health services in Päijät-Häme.</p> <p>The thesis was made as qualitative research. The material was gathered by interviewing four nurses in the psychiatric field in Päijät-Häme. The interviews were carried out by interviewing each nurse individually as theme-based interview using a predetermined form.</p> <p>We discovered that there are numerous subjects in a need of improvement. For example, the services should be more distinct from one another and the information flow between mental health units need to be enhanced. There is also a need for more effective ways to treat the patients at home. In addition, patients and employees' lack of information about mental services is a big problem. Improving the continuity of treatment would reduce the need and load off of special health services.</p>		
Keywords Mental health, mental health work, mental health services, care path, continuity of care		

SISÄLLYS

SISÄLLYS.....	4
1 JOHDANTO.....	1
2 MIELENTERVEYS JA MIELENTERVEYSPALVELUT.....	2
2.1 Mielenterveys osana yksilöä ja yhteisöä.....	2
2.2 Mielenterveystyö ja sen edistäminen.....	3
2.3 Mielenterveyspalvelut Suomessa.....	5
3 HOIDON JATKUVUUS POTILAAN HOITOPOLUSSA.....	6
3.1 Potilaan hoitopolku.....	6
3.2 Mielenterveyspalveluiden kokonaisuus.....	6
3.3 Hoidon jatkuvuus.....	7
3.4 Jatkohoito mielenterveyspalveluissa.....	8
4 TOIMEKSIANTAJA.....	10
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ.....	11
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	12
6.1 Tutkimuksellinen opinnäytetyö.....	12
6.2 Haastattelun toteutus.....	13
6.3 Aineiston analysointi.....	14
7 HAASTATTELUN TULOKSET.....	18
7.1 Hoitopolku ja potilaslähtöisyys.....	18
7.2 Hoidon jatkuvuus ja mielenterveyspalveluiden kokonaisuus.....	19
7.3 Jatkohoidon toteutuminen.....	20
7.4 Kehittämiskohteet jatkohoidossa.....	23
8 POHDINTA.....	25
8.1 Tulosten tarkastelu.....	25
8.2 Eettiset näkökulmat ja luotettavuus.....	27
8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset.....	29
LÄHTEET.....	31
LIITTEET.....	36

1 JOHDANTO

Nykykäsityksen mukaan psykiatrisen sairaalahoidon tulisi olla potilaslähtöistä, potilaiden osallisuutta lisäävää, laadukasta ja näyttöön perustuvaa. Keskeisintä on vahvistaa potilaiden osallisuutta sekä heidän oikeuksiaan. Kunnan tai kuntayhtymän tulisi toteuttaa hoito ensisijaisesti avohoitopalveluina oma-aloitteista sekä itsenäistä hoitoon hakeutumista tukien. Lyhyt ja intensiivinen sairaalahoido voi olla perusteltua potilaan ollessa vaaraksi itselleen tai muille, potilaan lääkityksen arvioinnin tarpeen vuoksi tai akuutin kriisitilanteen rauhoittamiseksi. Sairaalahoitoon päädytään, jos potilasta ei kyetä auttamaan avohoidon keinoin. Tällöin merkityksellistä on se, missä kohtaa potilaan sairaalahoido on alkanut ja se, kuinka sairaalahoidon jälkeinen jatkohoito toteutetaan. (Korhonen, Kuosmanen, Kärkkäinen, Makkonen & Putkonen 2016, 9 & 28)

Psykiatrisen osastolla olevat potilaat, jotka tarvitsevat asumispalvelua tai tukea kotona asumiseen, ovat kriittisessä asemassa palveluketjun saumattomuuden suhteen. Jos oikeanlaista asumisjärjestelyä ei löydetä tai potilas kotiutetaan riittämättömällä tuella kotiin, on todennäköistä, että potilas palaa takaisin osastolle tai osastojakso pitkittyy turhaan. Hajanainen palvelujärjestelmä voi aiheuttaa monia ongelmia, kuten potilaiden ja ammattilaisten tietämättömyyttä tarjolla olevista palveluista. Palveluiden järjestämisvastuun hajautuminen eri palveluntuottajien kesken voi johtaa siihen, että palveluista ei muodostu selkeää kokonaisuutta, jota potilaan olisi helppo ymmärtää. (Leskelä, Lindh, Kajova, Malmström, Niemelä, Rissanen & Salmisaari 2018, 128-129)

Kehityksestä huolimatta mielenterveyspalveluiden saatavuus koetaan riittämättömäksi, koska niiden rakenteessa ja sisällössä on epäkohtia. Mielenterveyslaki ja Päihdehuoltolaki eivät kulje nykyisen palvelujärjestelmän kanssa rinnakkain, sillä ne ovat jo verrattain vanhoja. Osastojaksojen välttäminen on vahvasti yhteydessä siihen, milloin potilas saadaan hoidon piiriin. Mitä myöhemmin hoito aloitetaan, sitä suuremmat ovat riskit sairauksien kroonistumiselle ja osastojaksojen tarpeelle. (STM 2016, 3 & 7)

Edellä esitettyjen päätelmien perusteella selvitimme mielenterveysasiakkaiden osastojakson jälkeisen hoidon jatkuvuutta sekä sen kehittämistä Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän alueella. Opinnäytetyömme aihe käsittelee mielenterveyspotilaiden osastojakson jälkeistä jatkohoitoa. Selvitimme jatkohoidon kannalta toimivia asioita, epäkohtia sekä kehittämiskohteita. Tarkoituksena on kehittää psykiatrisen hoidon jatkuvuutta Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymässä. Opinnäytetyömme tavoitteena on löytää kehitysideoita yhdenmukaistamaan ja selkeyttämään mielenterveyspalveluja Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän alueella. Tutkimustehtävänä on selvittää kehittämisen tarpeita mielenterveyspotilaiden osastojakson jälkeisessä jatkohoidossa.

2 MIELENTERVEYS JA MIELENTERVEYSPALVELUT

2.1 Mielenterveys osana yksilöä ja yhteisöä

Mielenterveys on hyvinvointiin kuuluva tila, jossa yksilö ymmärtää omat mahdollisuudet, selviytyy arkielämään liittyvästä stressistä ja on sekä yhteisölle että yhteiskunnalle hyödyksi (WHO 2001). Mielenterveys kuvataan usein jatkumona, jonka toisessa päässä on hyvä mielenterveys ja toisessa päässä mielen sairaudet. Mielenterveydellä on kohorttivaikeus, sillä mielenterveyden määrittely voi vaihdella ajan ja kulttuurin mukaan. Hyvä mielenterveys ei kuitenkaan viittaa ongelmattomaan elämään, vaan tärkeää on se, kuinka yksilö sopeutuu ja käsittelee näitä ongelmia. (Laine & Vilkkö-Riihelä 2013, 110.)

Mielenterveyden ymmärtämisen kannalta on oleellista tietää, mikä on normaalia, ja mitkä tekijät vaikuttavat muuttuvaan mielenterveyteen. Raja normaalin ja mielenterveydeltään häiriintyneen välillä nähdään suhteellisena diagnooseista huolimatta. On tärkeää poissulkea poikkeava käyttäytyminen, mikä pohjautuu esimerkiksi poliittisiin tai uskonnollisiin perusteisiin. (Lehtonen & Lönnqvist 2011, 22-23.)

Mielenterveydellä ei viitata elämään ilman mielenterveyden häiriöitä, ahdistusta tai alakuloisuutta, koska kaikkien elämässä tulee vastaan sekä hyviksi, että huonoiksi koettuja elämäntilanteita. Jokainen joutuu kohtamaan elämänsä aikana luopumista ja menetyksiä sekä niihin liittyviä surun ja vihan tunteita. Jo erilaisten tunteiden tunnistaminen itsessään ja niiden ilmaiseminen nähdään merkittävänä osana mielenterveyttä. (Nuorten mielenterveystalo 2020.)

Mielenterveyden merkitys nyky-yhteiskunnassa on kasvanut. Yhä useampi suomalainen tekee työtä, jossa stressi ja kognitiivinen kuormitus ovat arkipäiväistä. Kun eletään muuttuvassa ympäristössä, hyvä mielenterveys on yhä tärkeämpi voimavara, sillä se tukee tasapainoista elämää ja luo osaltaan edellytyksiä toimia eri yhteisöjen osajana. Elämässä on tehtävä erilaisia valintoja, jonka vuoksi psyykkinen joustavuus, uuden oppiminen, mukautumiskyky ja kyky tehdä itsenäisiä päätöksiä ovat entistä tarpeellisempia ominaisuuksia. (Kosloff, Larivaara, Rotko & Vormaa 2020, 11.)

Kansanterveydellisestä kokonaiskuvasta katsottuna väestön fyysinen terveys ja elinajanodote ovat parantuneet, mutta psyykkisen terveyden kohdalla vastaavaa kehitystä ei ole tapahtunut. Mielenterveys- ja päihdehäiriöt ovat olennaisia kansanterveydellisiä haasteita, sillä jopa puolella väestöstä on jokin mielenterveyden häiriö jossain vaiheessa elämää. Sen lisäksi lähes puolet työkyvyttömyyseläkkeistä johtuu mielenterveyden häiriöistä, jolloin myös taloudellinen vaikutus on melko suuri. (Kosloff ym. 2020, 11.)

2.2 Mielensterveytyö ja sen edistäminen

Mielensterveytyö on yksilön psyykkisen voimnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielensterveyshäiriöiden ehkäisyä, lievittämistä ja parantamista (Mielensterveyslaki 1116/1990, 1 §.). Mielensterveysongelmien ennaltaehkäisy eli preventio voidaan jakaa primaari-, sekundaari- ja tertiaaripreventioon. Primaariprevention tarkoituksena on vähentää uusien tapausten ilmaantuvuutta yhteisössä, ja se on kohdistettu henkilöille, joilla uskotaan olevan riski jonkin häiriön kehittymiseen. Sekundaariprevention tarkoituksena on vähentää häiriön yleisyyttä lyhentämällä sen kestoa. Se on suunniteltu henkilöille, joilla on jo jonkin häiriön varhaisoireita. Tertiaaripreventiolla tähdätään häiriön lieventämiseen sekä siihen liittyvän toimintakyvyn menetyksen vähentämiseen. (STM 2004, 36-37)

Terveyden edistäminen kattaa kaiken toiminnan, jolla voidaan tukea yksilöitä ja yhteisöjä ylläpitämään terveyttä edistäviä ja ylläpitäviä tekijöitä. Mielensterveyden edistämistä on siis mielensterveyttä vahvistava toiminta tai sitä heikentävien tekijöiden minimointi, mitkä voivat vaikuttaa yksilöön ja yhteisöön joko suoraan tai epäsuorasti. (Lehtonen & Lönnqvist 2011, 26.)

Mielensterveyden edistäminen on toimintaa, joka tukee hyvää mielensterveyttä. Edistämisen tavoitteena on vahvistavien ja suojaavien tekijöiden lisääminen yksilön elämässä. Yksilötasolla mielensterveyttä voidaan edistää muun muassa tukemalla elämänhallintaa ja vahvistamalla itsetuntoon vaikuttavia tekijöitä. Yhteisötasolla voidaan puolestaan lisätä osallisuutta, antaa sosiaalista tukea sekä vaikuttaa lähiympäristön viihtyvyyteen ja turvallisuuteen. (THL 2019.)

Mielensterveyden edistämässä painotetaan yhteisöllisyyden ja osallisuuden lisäämistä sekä ylisukupolisesti siirtyvien ongelmien tunnistamista ja vähentämistä. Sosiaali- ja terveysministeriön asettama Mieli 2009 -työryhmä valmisteli kansallisen mielensterveys- ja päihdesuunnitelman vuosina 2007-2008, jonka pohjalta julkaistiin Mielensterveys- ja päihdesuunnitelma vuosille 2009-2015. Kyseisen toimeenpanon ohjausryhmä teki ehdotukset mielensterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2020 mennessä. Olennaisiksi tekijöiksi muodostuivat muun muassa mielensterveyttä vahvistavan ja ongelmia ehkäisevän työn lisääminen sekä itsemurhien ehkäisyminen. Itsemurhien ehkäisyssä painotettiin päihteiden käytön vähentämistä sekä päihdeavun ja -hoidon tehostamista. (Kansallisen mielensterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon ohjausryhmä 2016, 27.)

Työryhmän ehdotuksissa korostettiin mielenterveystaitojen vahvistamista, koska erilaiset poliittiset ja taloudelliset ilmiöt Suomessa ja muualla maailmassa aiheuttavat epävarmuutta ihmisten keskuudessa. Myös tiedon lisääminen ehkäisevästä mielenterveys- ja päihdetyöstä miellettiin tärkeäksi. Tietoa tulisi olla kattavammin muun muassa päihteiden käytön yleisyydestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä sekä mielenterveysongelmien esiintyvyydestä ja niiden aiheuttamista kustannuksista. (Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon ohjausryhmä 2016, 27.)

Lisäksi ehdotuksissa mainittiin hoitotyön ammattilaisten osaamisen kehittäminen ja ilmeni, ettei mielenterveystyön osaamissuosituksia ole määritelty. Näin ollen ammattikorkeakoulujen sosiaali- ja terveydenhuollon alojen koulutusten sisällöissä on vaihtelua, jonka myötä ammattikorkeakoulujen koulutusten sisältöjä on tarkistettu. Ratkaisuksi ehdotettiin sosiaali- ja terveysministeriön sekä opetusministeriön yhteistä työryhmää, joka määrittelee mielenterveystyön opetuksen sisällön. Käypä hoito –suosituksista mainittiin, ettei niiden todellisesta vaikuttavuudesta ole tarpeeksi tietoa, eikä tiedetä, millä tavoin ne ohjaavat lukijoita. Työryhmän mukaan Terveyden ja hyvinvoinninlaitos voisi koota mielenterveys- ja päihdehoitotyön suositukset yhteen tietokantaan ja huolehtia keskeisimpien suositusten päivittämisestä. Tämän avulla voitaisiin myös seurata suositusten noudattamista käytännön työssä. (Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon ohjausryhmä 2016, 20.)

Mielenterveys- ja päihdepalveluiden käyttö aiheuttaa myös melko suuria kuluja kunnille, kun tarkastellaan kuntien maksamia etuuksia ja palveluita etenkin huonompiosaisille. Noin kolmasosa huonompiosaisille maksettavista etuuksista ja kustannuksista on seurausta perheiden ongelmista. Ehkäisevä mielenterveystyö on siis kohdistettava perheisiin, kun halutaan säästää resursseja palveluiden tuottamisessa. Myös palveluiden integraatio saattaa vähentää kustannuksia, koska tällöin palvelut ja potilaiden hoitopolut sujuvoituvat, eikä potilaita siirrellä yhtä paljon eri yksiköiden välillä. Tämän myötä sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten kasvuun pyritään puuttumaan uudistamalla palveluja sekä rakenteellisesti, että toiminnallisesti. Tästä esimerkkinä vuonna 2019 käynnistynyt Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskusohjelma, jonka tavoitteisiin kuuluu kustannusten nousun hillitseminen siirtämällä perustason sosiaali- ja terveyspalvelujen toimintaa korjaavista palveluista ehkäisevään sekä ennakoiwaan työhön. (Kainulainen, Wiens & Zitting 2020.)

2.3 Mielen terveyspalvelut Suomessa

Immosen (2000) mukaan mielen terveyspalvelut ovat muuttuneet viimeisten vuosikymmenien aikana. 1980-luvulla pyrittiin samanaikaisesti kehittämään avohoitopalveluja ja vähentämään sairaalapaikkoja. Esimerkiksi Helsingissä viimeisen viidentoista vuoden aikana on vähennetty psykiatrisia sairaalapaikkoja liki 70%. Resursseja ei kuitenkaan ole samaan aikaan siirretty avohoitoon, mistä on seurannut huomattavia ongelmia potilaille ja heidän omaisilleen sekä koko hoitojärjestelmälle. Psykiatrisen avohoidon ohella tarvitaan myös parempia asumispalveluja, sillä avohoidossa olevat potilaat ovat entistä huonokuntoisempia. Julkisten palveluiden rinnalle on tullut myös yksityisiä asumispalveluyksiköitä täydentämään psykiatrista avohoitoa.

”Kunnan tai kuntayhtymän on huolehdittava siitä, että mielen terveyspalvelut järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kunnassa tai kuntayhtymän alueella esiintyvä tarve edellyttää” (Mielen terveyslaki 1116/1990, 3 §). Mielen terveyspalvelut ovat toimintoja, jotka pyrkivät ehkäisemään, lievittämään ja hoitamaan mielen terveyden häiriöitä sekä niiden aiheuttamia seurauksia. Näihin toimintoihin kuuluu ohjaus, neuvonta, tutkimukset, hoito, kuntoutus sekä tilanteeseen soveltuva tuki. (THL 2020.)

Kuntien välillä on selkeitä eroja mielen terveyspalvelujen järjestämisen tavoissa sekä palvelujen monimuotoisuudessa. Tähän vaikuttaa vahvasti kuntien väestörakenne, jolloin suurien kaupunkien väkiluku mahdollistaa monipuolisten palveluiden tarjoamisen. Kunnat käyttävät melko paljon ympärivuorokautisen palvelun yksiköitä, jotka ovat kuitenkin pääosin perinteisiä sairaalaosastoja. Tämä ei ole paras vaihtoehto potilaan kannalta, eikä se ole myöskään taloudellisesti kannattavaa. Vain noin puolet kunnista hyödyntää muista hoitollisesti painottuneista ei-akuutteista ympärivuorokautisista palveluista, kuten hoito- ja kuntoutuskoteista. Myös järjestettyä päivätoimintaa on tarjolla vähän, vaikka sitä pidetään yhtenä tärkeimpänä osana mielen terveyskuntoutujien hoitopolkua. (Harjajärvi, Pirkola & Wahlbeck 2006, 7-8)

Mielen terveys- ja päihdepalvelujen järjestäminen avohoitopainotteisesti palvelee ja tukee potilaita paremmin kuin laitoshoitopainotteiset palvelut. Kun tehostetaan varhaisessa vaiheessa tarjottavaa peruspalvelupainotteista hoitoa avohoidossa, voidaan mahdollisesti välttyä sairauksien pitkittymiseltä ja tilanteiden pahenemiselta sekä vähentää laitospaikkojen tarvetta. Mielen terveys- ja päihdesuunnitelman mukaisesti kunnan tulisi järjestää kaikki mielen terveys- ja päihdepalvelut toimivaksi kokonaisuudeksi kattaen julkiset, yksityiset sekä kolmannen sektorin palvelut. Tavoitteeksi on asetettu potilaan aseman edistäminen niin, että palveluihin on helppo päästä matalakynnyksisen yhden oven periaatteella. (STM 2012, 13-14.)

3 HOIDON JATKUVUUS POTILAAN HOITOPOLUSSA

3.1 Potilaan hoitopolku

Potilaan hoidon tarpeen arviointi on ensimmäinen osa hoitopolkua. Hoidon tarpeen arviointi tulee perustua lääketieteellisesti hyväksytyihin kriteereihin ja arvioinnin suorittaa terveydenhuollon ammattihenkilö. Hoidon tarpeen arvion perusteella kunnan tulee järjestää tarpeellinen hoito kohtuullisessa ajassa. Hoitoon pääsyä turvaavien säännösten on sovellettava myös pitkäaikaisesti sairaiden potilaiden lääketieteellisesti perusteltuun seurantaan ja hoitoon sekä hoidon jatkuvuutta varmistaviin hoitosuhteisiin. (Valvira 2017.)

Hoitopolku alkaa terveyskeskuslääkärin vastaanotolta, kun potilaalla on huomiota vaativa mielenterveyden häiriö. Lääkäri voi tehdä lähetteen psykiatriseen erikoissairaanhoidon, jos potilaan tilanteessa on kyse vakavammasta oirehinnasta tai terveyskeskuslääkärin tarjoamasta hoidosta ei ole riittävää apua. Kaikkia mielenterveydenhäiriöitä hoidetaan ensisijaisesti polikliinisesti, ja potilaan vaatima sairaalahoito on aina poikkeustilanne. (STM 2020.)

Palveluiden käyttäjien eli potilaiden osallisuus on keskeinen tavoite mielenterveys- ja päihdetyössä. Potilaan osallisuus pitää sisällään oletuksen siitä, että potilaan toiminnalla on jonkinlainen vaikutus itse palveluprosessiin. Kun puhutaan potilaan osallisuudesta, voi olla kyse enemmänkin mukana olemisesta, esimerkiksi tiedonantajan roolissa. Voidaan ajatella, että osallisuus on autonomiaa ja potilaan persoonallista vaikuttamista omaan hoitoon. Näin ollen potilaslähtöisyys voi käytännössä toteutua vain, jos potilas kokee osallisuutta. (Laitila 2010.)

Mielenterveysongelmiin liittyy vahvasti häpeää, minkä vuoksi avun hankkiminen ei ole helppoa ja tästä syystä palveluihin hakeutuminen on tehtävä mahdollisimman sujuvaksi. Tärkeintä olisi saada apua tarvitsevat hoidon piiriin jo varhaisessa vaiheessa. Potilaan hoitopolun kannalta oleellisessa asemassa ovat terveyskeskusten ohella koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto, työterveyshuolto sekä neuvolat. (Kuosmanen & Wahlbeck 2018.)

3.2 Mielenterveyspalveluiden kokonaisuus

Pirkola (2020) toteaa, että tällä hetkellä Suomen mielenterveyspalvelut ovat kehitetty portaittaisesti perusterveydenhuoltoon, erikoissairaanhoidon ja keskitettyyn vaativaan erityistasoon. Eri hoitotahojen osaamisen koordinoimista ja asiakkaan siirtämistä tarpeen mukaiselle taholle on tavoiteltu, mutta onnistumisten joukossa on myös paljon epäonnistumisia. Erillisten tahojen välillä on ilmaantunut päällekkäistä työtä, ja yhteiskuntamme on kärsinyt mielenterveyspalveluista rahallisesti.

THL:n asiantuntijaryhmän tekemän arvion (2018, 24) mukaan Päijät-Hämeen alueella perusterveydenhuollon mielenterveyden lääkärikäyntien määrä oli hieman Suomen keskiarvoa pienempi. Käyntejä muilla ammattiryhmillä Päijät-Hämeessä oli vastaavasti neljänneksi vähiten koko maassa. Myös aikuisten mielenterveyden avohoitokäyntien määrä Päijät-Hämeessä oli maan neljänneksi pienin ja kuntoutuspsykoterapiaa saaneiden määrät olivat vähäiset. Kuitenkin Päijät-Hämeen alueella mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys ja sen myötä palvelujen tarve oli koko maata jonkin verran suurempi. Lisäksi mielenterveysongelmaisia asukkaita oli palvelu- ja tukiasumisessa hieman maan keskitasoa enemmän. Voidaan siis todeta, että avohoidon mielenterveyspalveluita käytetään vähän tarpeeseen suhteutettuna.

Uuden mielenterveysstrategian tarkoituksena on parantaa mielenterveyspolitiikkaa huomioiden myös ehkäisevä päihdetyö, päihdetyö sekä itsemurhien ehkäisy. Mielenterveysstrategia kattaa viisi osa-aluetta, joita ovat mielenterveysoikeudet, mielenterveys pääomana, lasten ja nuorten mielenterveyden rakentuminen arjessa, hyvä mielenterveysjohtaminen sekä tarpeiden mukaiset ja laaja-alaiset palvelut. Strategian kehittämiskohteita ovat muun muassa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön vahvistaminen sekä ehkäisevien ja hoidollisten psykososiaalisten menetelmien saatavuuden parantaminen perusterveydenhuollossa. (STM 2020.)

Mielenterveyspalvelut nähdään tulevaisuudessa toteutuvan terveys- ja sosiaalikeskuksen ympäristössä, jossa erikoissairaanhoidon tehtäviin kuuluu myös perusterveydenhuollon ohjaaminen muun muassa toimintamallien ja konsultaatioiden välityksellä. Lisäksi psykoterapioiden ja psykososiaalisten hoitojen aloittamiseen riittäisi, että hoidot ovat erikoissairaanhoidon linjaamia ja tukemia, jolloin ne voitaisiin aloittaa jo terveys- ja sosiaalikeskuksissa. Myös kolmannen sektorin mielenterveyspalvelut huomioitaisiin paremmin, sillä niiden toiminta on nähty oleelliseksi ja tärkeäksi tekijäksi. (Pirkola 2020.)

3.3 Hoidon jatkuvuus

Hoidon jatkuvuus parantaa potilaan sitoutumista hoitoon sekä hoitotuloksia. Hoidon jatkuvuuden myötä potilas voi kokea turvallisuutta, luottamusta ja tyytyväisyyttä omaan hoitoon. Tämä saattaa lisätä myös potilaan halukkuutta ennaltaehkäisevään ja pitkäaikaiseen hoitoon. Hoidon jatkuvuudella on merkittävä vaikutus terveydenhuollon laatuun, tehokkuuteen, kustannuksiin sekä koko väestön terveyteen. Vaikutukset voivat näkyä esimerkiksi lääkemääräysten vähentämisenä sekä ensihoidon, diagnostisten testien ja sairaalajaksojen kustannuksissa. Hoidon jatkuvuus nähdään myös parantavana tekijänä terveydenhuollon ammattilaisten vuorovaikutustaidoissa, empatiakyvyssä sekä vastuuntunnossa potilaiden hoitoon liittyen. (Raivio 2016, 7-8 & 15)

Raivion (2016, 7-8) mukaan hoidon jatkuvuus laskee selvästi lääkärin ja hoitajan vastaanotolla muun muassa Päijät-Hämeessä vuosina 1998-2013. Kun arvioidaan jatkuvuutta, yksi yleisimmistä tutkimuskohteista on suunnitellun jatkohoidon toteutumisen aikataulun pitävyys. Potilaan kannalta hyvän hoidon jatkuvuuden edellytyksiä ovat riittävä hoidon saatavuus, sujuva tiedonkulku hoitavien tahojen välillä, hoitavan henkilön vuorovaikutustaidot ja hoidon yhteensovittaminen (Freeman, Haggerty & Reid 2003). Raivion (2016, 8) mukaan hoidon jatkuvuuden arviointi osana keskeistä laadun mittaria tulisi ottaa kansalliseksi tavoitteeksi ja sosiaali- ja terveystaloudellisia enemmän tarvitseville tulisi mahdollistaa oma lääkäri. Näillä toiminnoilla voitaisiin varmistaa hoidon jatkuvuus potilaiden hoitopöytäluissa.

Potilaan päätyminen palvelujärjestelmän ulkopuolelle voi johtua esimerkiksi sairaudentunnottomuudesta, epäluottamuksesta järjestelmää kohtaan tai järjestelmän epäselvyydestä. Heikosti hoitoon sitoutuvien potilaiden kohdalla on käytetty ACT-menetelmää (Assertive Community Treatment), jonka avulla rakennetaan luottamuksellinen, ja potilaan omaan ympäristöön soveltuva tuki- ja hoitomuoto. (Kuosmanen & Wahlbeck 2018.)

3.4 Jatkohoito mielenterveyspalveluissa

Kuten Terveystaloudelaki (1326/2010, 24 §) määrittää, kunnan on järjestettävä asukkaiden sairaanhoitopalvelut. Näitä palveluita ovat muun muassa sairauksien hoitaminen, niiden ehkäiseminen, kärsimyksen lievittäminen, potilaan ohjaus sekä jatkohoidon järjestäminen sitä tarvitseville. Potilaan jatkohoito on toteutettava niin, että potilas ohjataan häntä aiemmin hoitaneen lääkärin hoitoon aina kun se on mahdollista. Potilaalle laaditaan tarvittaessa jatkohoitosuunnitelma, joka tehdään aina yhteistyössä potilaan kanssa. Kuitenkin Järviskosken (2013, 42) mukaan jatkohoidon ja kuntoutuksen ongelmat vähentävät hoitoketjujen vaikuttavuutta, koska kuntoutukseen on usein vaikea päästä, jolloin jatkohoidon järjestäminen jää potilaan vastuulle.

Jatkohoitopaikan löytyminen voi olla ongelmallista, jolloin mielenterveyspotilaita voidaan kutsua väliinpuotoajiksi. Sairaalahakojen lyhentymisen saattaa johtaa siihen, etteivät potilaat ole sellaisessa kunnossa, että kykenisivät avohoidon kuntoutuspalvelujen vaatimiin tavoitteisiin. Usein kunnille on tärkeämpää tehdä taloudellisia ratkaisuja, jolloin potilaiden kannalta parhaimmat ratkaisut jäävät toissijaisiksi. Potilaiden sairaudentunnottomuuden vuoksi sairaalasta järjestetty jatkohoito jää usein kuitenkin toteutumatta, minkä vuoksi jatkohoidon toteutumisen varmistamiseksi on ehdotettu palvelukokonaisuudesta huolta pitävän tahon rakentamista. (Oja-Heiniemi 2006, 70 & 90)

Esimerkiksi Tampereen seudulla potilaita lähetetään perusterveydenhuollosta aikuispsykiatrian poliklinikalle psykologi/depressiohoitaja –työparien toimesta arviolta vain 10-15% psykiatrista hoitoa tarvitsevista potilaista. Kun puhutaan perustason mielenterveyskuntoutuksesta, Tampereen seudulla jatkohoitoa ei ole kyseiselle kohderyhmälle järjestetty. Kuitenkin vuonna 2009 aloittanut päivystyspiste Ensiapu Acuta ohjaa mielenterveys- ja päihdepotilaat viipymättä jatkohoitopaikkaan. Acutassa yleissairaalapsykiatrian päivystäjä hoitaa psykiatriset konsultaatiot, sillä heillä ei ole psykiatrista päivystystä erikoissairaanhoidon puolella. (Ekqvist, Jäntti, Mantere, Nevalainen, Saarni, Stengård, Tuori, Wahlbeck & Wiili-Peltola 2009, 4, 22 & 36-37.)

Julkaisussa (Ekqvist ym. 2009, 53-54) ehdotettiin kehitettäväksi muun muassa riittävällä resurssoinnilla katettu jatkohoitomahdollisuus pitkäaikaisesti oireileville potilaille. Jatko-hoito olisi esimerkiksi terveyskeskuksissa järjestettävää ryhmätoimintaa. Lisäksi mainittiin palveluiden saatavuuden parantaminen huomioimalla akuuttipalvelujen ja jatkohoidon välisen saumakohdan kehittämistarpeet nimenomaan päivystyspotilaan hoitoprosessia ajatellen.

4 TOIMEKSIANTAJA

Opinnäytetyömme toimeksiantajana toimi Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä. Haastateltavat yksiköt olivat Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän tarjoamia päihde- ja mielen-terveyspalveluita. Hyvinvointikuntayhtymän lisäksi haastattelimme yksityistä palveluntarjoajaa.

Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä tarjoaa laajasti sekä perusterveydenhuollon, että erikoissairaanhoidon palveluja (Tietoja yhtymästä 2020). Yhtymän jäsenkuntia ovat Asikkala, Hartola, Heinola, Hollola, Iitti, Kärkölä, Lahti, Myrskylä, Orimattila, Padasjoki, Pukila sekä Sysmä, ja kotipaikkana toimii Lahden kaupunki (Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän perussopimus 2019). Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä on laatinut Strategia 2022 -toimintamallin, jonka keskiössä on uuden palvelumallin käyttöönotto aikavälillä 2017-2022. Palvelumallin tavoitteena on muun muassa asiakaskokemusten parantaminen, verorasitteen kohtuullistaminen ja laadukkaiden palveluiden järjestäminen kohtuulliseen hintaan. (Strategia 2022, 2017.)

Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän psykiatrian poliklinikat jakautuvat mielialahäiriö-, syömishäiriö-, ja päiväpoliklinikkaan. Näiden lisäksi on psykoosiryhmä ja varhaiskuntoutuspoliklinikka. (PHHYKY 2020a.) Vuonna 2016 psykiatrian suljettu kuntoutusosasto muutettiin tehostetuksi psykoosipoliklinikaksi eli Tepoliksi. Poliklinikan työskentely on osittain liikkuvaa, esimerkiksi potilaiden kotiin kohdistuvaa työtä. Tepolin tavoitteena on ehkäistä sairaalahoidon tarvetta ja vähentää osastopäivien määrää eli toimia osastojen ja perinteisen avohoidon välillä. Tepolissa voidaan hoitaa 16 potilaan sijaan 60:tä potilasta. Myös yhteistyö kolmannen sektorin palvelun tuottajien kanssa on lisääntynyt. (KunTeko 2020, 2018.) Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän alueella on neljä psykiatrian osastoa. Osasto 5 ja osasto 7 ovat vastaanotto-osastoja ja niissä hoidetaan pääsääntöisesti akuutisti sairastuneita psykoottisia potilaita. Osasto 6 on kuntoutusosasto, jossa potilaina ovat psykoottisista oireista kärsivät ja kuntoutusta tarvitsevat potilaat. (PHHYKY 2020b).

Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän alueella mielenterveyspalveluihin hakeudutaan ensisijaisesti oman terveysaseman kautta, mutta päivystysaikoina hoidon tarpeen arviointi tapahtuu Keskussairaalan Akuutti24:ssä. Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä tarjoaa lasten ja nuorten mielenterveyspalveluita perheneuvolan kautta ja erikoissairaanhoidon psykiatrian poliklinikoilla. Palvelut kattavat myös kotiin vietäviä palveluja, asumispalvelua ja psykoterapiaa. (PHHYKY 2020c.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Opinnäytetyömme käsittelee mielenterveyspotilaiden osastojakson jälkeistä jatkohoitoa. Selvitimme jatkohoidon kannalta toimivia asioita, epäkohtia sekä kehittämiskohteita. Tarkoituksena on kehittää psykiatrisen hoidon jatkuvuutta Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymässä. Opinnäytetyömme tavoitteena on löytää kehitysideoita yhdenmukaistamaan ja selkeyttämään mielenterveyspalveluja Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän alueella. Tutkimustehtävänämmme on selvittää kehittämisen tarpeita mielenterveyspotilaiden osastojakson jälkeisessä jatkohoidossa.

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

6.1 Tutkimuksellinen opinnäytetyö

Opinnäytetyömme toteutettiin tutkimuksellisenä opinnäytetyönä, jonka tutkimusmenetelmä oli kvalitatiivinen eli laadullinen. Koska tutkimusmenetelmämme oli kvalitatiivinen ja toteutimme haastattelut teemahaastatteluina, käytimme vastausten analysoimiseen teemoittelua. Salonen (2013, 5-6) toteaa, että tutkimuksellisen opinnäytetyön tuloksena saadaan uutta tietoa, mikä on yleensä tutkimusraportin muodossa. Työskentelytapana on pääasiassa yksisuuntainen tietojen keruu ja vaihtaminen. Tällöin opinnäytetyön keskeisinä toimijoina ovat opiskelijat itse ja muut henkilöt ovat mukana vain tiedonhankinnan yhteydessä, kuten haastatteluaineistoa kerätessä.

Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on parantaa, kehittää tai mahdollisesti uudistaa tutkittavaa kohdetta. Siinä tutkimuksen analyysi ei ole työn lopussa, vaan analyysi sisältyy alusta saakka tehtyyn kirjoittamisen prosessiin, joka toimii myös tutkimusmetodinä. Laadullisen tutkimuksen tehtävänä on lisätä ymmärrystä tutkittavasta aiheesta, mahdollistaa erilaisia tulkintoja aiheesta sekä antaa asioille merkityksiä. Laadullinen tutkimus on persoonallista ja kasvokkain tapahtuvaa tutkimusta, jossa tutkijat ovat osa tutkittavaa prosessia. (Pitkäranta 2014, 2 & 7.)

Laadullisen tutkimuksen aineisto koostuu usein teksteistä, joita voivat olla muun muassa valmiit aineistot. Haastatteleamalla saadun aineiston tarkoituksena on syventää ymmärrystä aiheesta. Laadullisen tutkimuksen avulla on myös mahdollista nostaa esiin jokapäiväiseksi muodostuneita ”arkisia” asioita ja saada niihin uudenlainen näkökulma. Tutkittavat tapaukset ovat ainutkertaisia, kuten uudenslaisia toimintaratkaisuja, joiden ymmärtäminen on erittäin tärkeää kehityksen ohjaamiselle. Laadullisen tutkimuksen tavoite on aina ilmiön ymmärtäminen, selittäminen ja tulkinta sekä usein myös mallintaminen ja soveltaminen. Tutkimusprosessin painopiste sijaitsee sekä teorian, käsitteistön, että aineiston vuorovaikutuksessa, minkä vuoksi teoria kehittyy melko myöhäisessä vaiheessa. (Pitkäranta 2014, 26.)

Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan etukäteen laatimien kysymysten asemasta tutkittavat henkilöt saavat melko vapaamuotoisesti kertoa aiheeseen liittyvistä kokemuksistaan, näkemyksistään sekä mielipiteistään (Tilastokeskus 2020). Laadullisen aineiston analysointi alkaa jo aineiston keruun yhteydessä, kun koko aineisto on luettu ja siitä voi muodostaa jonkinlaisen kokonaiskuvan. Sen myötä aineistoon perehtyminen ja luokittelun kehittyminen tapahtuvat syklisesti. (Seitamaa-Hakkarainen 2020.)

6.2 Haastattelun toteutus

Opinnäytetyössämme aineisto kerättiin teemahaastattelulla. Puusniekka & Saarainen-Kauppinen (2006a) toteaa, että teemahaastattelussa haastattelu ei etene valmiiksi suunniteltujen ja yksityiskohtaisten kysymysten kautta, vaan teemoittain. Teemahaastattelu on enemmän keskustelunomainen tilanne, jossa käydään läpi ennalta suunniteltuja teemoja. Haastattelussa pyritään ottamaan huomioon ihmisten eri tulkinnat, jonka vuoksi vapaalle puheelle annetaan tilaa, vaikka ennalta päätetyt teemat on tarkoitus käydä läpi kaikkien haastateltavien kanssa. Sen vuoksi haastateltavat on tarkoin valittu, sillä heillä arvellaan olevan juuri käsiteltävästä aiheesta parhaiten tietoa.

Mitä vapaampi tutkimusasetelma on laadittu, sitä luontevampaa on käyttää esimerkiksi keskustelua aineiston hankinnan menetelmänä. Haastattelun etuna on nimenomaan joustavuus, sillä tällöin haastattelija voi tarvittaessa toistaa kysymyksen, selventää eri ilmausten sanamuotoja sekä käydä keskustelua haastateltavan kanssa. Haastateltavalla on mahdollisuus esittää haastattelukysymyksiä juuri siinä järjestyksessä, mikä haastattelun kannalta on aiheellista ja luontevaa. Haastateltaville kerrotaan tutkimuksen teemat etukäteen ja sovitaan haastattelujen aikataulut niin, että haastateltavat voivat valmistautua haastatteluun ja näin ollen haastateltavista saadaan mahdollisimman paljon tietoja. Haastattelua pidetään työllistävänä aineistonkeruumenetelmänä, sillä se vie melko paljon aikaa tutkimusprosessissa. (Sarajärvi & Tuomi 2018, 83 & 85-86.)

Teemahaastattelussa edetään ennalta valittujen teemojen sekä niihin liittyvien tarkentavien kysymysten mukaan. Teemahaastattelussa korostuu siis ihmisten tulkinnat tutkittavasta asiasta sekä heidän asioille antamansa merkitykset. (Hirsjärvi & Hurme 2007.) Teemahaastattelussa ei kuitenkaan voida kysyä mitä tahansa, vaan tarkoituksena on pyrkiä löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtävään pohjaten. Etukäteen valitut teemat perustuvat tietyllä tapaa tutkittavasta ilmiöstä jo tiedettyyn tietoon eli tutkimuksen viitekehukseen. (Sarajärvi & Tuomi 2018, 88.)

Haastateltavat yksiköt ovat akuuttipsykiatrian työryhmä, psykiatrian päiväpoliklinikka, psykiatrian osasto 6 sekä Attendo Torkon talo. Kaikki haastateltavat ovat ammatiltaan sairaanhoitajia ja työskennelleet psykiatrisen hoitotyön kentällä 14-39 vuotta. Valitsimme juuri kyseiset haastateltavat, koska heillä arveltiin olevan parhaiten tietoa käsiteltävästä aiheesta. Jokainen haastateltava edustaa yhtä psykiatrista yksikköä Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän alueella. Haastattelut olivat yksilöhaastatteluja ja toteutimme ne niin, että toinen meistä toimi haastattelijana ja toinen havainnoitsijana. Haastattelut äänitettiin ja äänitteet litteroitiin. Analysoitavaa tekstiä tuli noin 38 sivua fontilla Arial ja fonttikoolla 11.

Haastattelimme tutkimuksessamme neljää alan asiantuntijaa, jotka kuuluivat kahteen eri organisaatioon. Sen vuoksi allekirjoitimme molempien organisaatioiden kanssa tutkimusluvut (LIITTEET 1 ja 2). Aineistonkeruun kohderyhmänä olivat siis edellä mainituista yksiköistä valitut asiantuntijat. Haastattelu toteutettiin puolistrukturoituna eli teemahaastatteluna (LIITE 3). Kuten Kamk (2020) määrittää, teemahaastattelua on hyvä käyttää silloin, jos tutkittavaa asiaa ei tunneta hyvin ja tutkimusasetelmaa ei ole tarkasti määritelty, vaan sitä täsmennetään hankkeen edetessä.

6.3 Aineiston analysointi

Analyysitavaksi valitsimme teemoittelun, koska se on yleisesti hyödynnetty tapa analysoida tutkimustuloksia, kun tutkimus on laadullinen. Teemat ovat koodauksen tulosta. (Javadi & Zarea 2016.) Aihekohtainen analyysi on prosessi, jolla tunnistetaan tärkeät tai tutkijalle mielenkiintoiset teemat laadullisesta tiedosta. Kyse ei ole vain tietojen yhteenvedosta, sillä hyvä temaattinen analyysi tulkitsee ja tekee tiedosta ymmärrettävää. Teemoittelu ei ole sidottu mihinkään tiettyyn teoreettiseen näkökulmaan, mikä tekee siitä erittäin joustavan menetelmän analysoida aineistoa. (Delahunt & Maguire 2017.)

Monesti laadullisen aineiston analysointi jätetään niin sanotuksi sitaattikokoelmaksi, joka on muodostettu tematisoimalla. Pelkästään sitaateilla ei voida osoittaa kovin pitkälle ulottuvaa analyysia eikä johtopäätöksiä, sillä teemoittelu tarvitsee teorian ja empirian vuorovaikutusta, jotta aineiston analyysi onnistuu. Tutkimuksen tulisi kertoa enemmän tutkittavasta ilmiöstä, eikä tutkijasta itsestään. Sitaatit siis tarvitsevat tutkijan analyysia ja tulkin-taa, sillä haastateltavien puheet eivät pelkästään ole tutkimuksen tuloksia. Kun aineisto on kasattu, aloitetaan raakamateriaalin muokkaus. (Eskola & Suoranta 1998, 556-557, 573 & 575-576.)

Teemoittelu etenee osissa ja alkuun on tärkeä tutustua saatavilla olevaan aineistoon, tässä tapauksessa aiheeseen liittyvään teoriaan sekä toteutettuihin haastatteluihin. Seuraavaksi tiedot järjestellään mielekkäällä ja järjestelmällisellä tavalla eli koodataan. Tutkimuskysymykset ja tutkijan näkökulma määrittelevät sen, kuinka aineisto koodataan. (Javadi & Zarea 2016.) Haastatteluista muodostuneet teemat löytyvät yleensä jokaisesta haastattelusta vaikkakin niistä saatetaan puhua vaihtelevin määrin ja hieman eri tavoilla. Sen vuoksi aineisto on mahdollista järjestää teemoittain heti litteroinnin jälkeen. Teemat saattavat muistuttaa teemahaastattelurunkoa, jota on käytetty aineistonkeruussa. Näin ei kuitenkaan aina välttämättä ole, sillä saadusta aineistosta saattaa löytyä uusia teemoja.

Sen vuoksi litteroitua tekstiä tulee arvioida ennakkoluulottomasti. (Puusniekka & Saaranen-Kauppinen 2006b.)

Koodasimme kaikki tekstisegmentit, joiden katsoimme olevan merkityksellisiä tutkimuskysymystemme kannalta. Anaalisista muodostui neljä pääteemaa ja yhteen pääteemaan kaksi alateemaa. Pääteemojamme ovat potilaslähtöisyys ja hoitopolku, jatkohoidon toteutuminen, mielenterveyspalveluiden kokonaisuus sekä kehittämiskohteet. Pääteeman ”jatkohoidon toteutuminen” alateemoiksi muodostui jatkohoidon hyvät ominaisuudet ja jatkohoidon epäkohdat. Teemoihin liittyvät sanat ja ilmaisut kerättiin jokaisen teeman alle, jotta kaikki haastatteluissa esiin noussut tieto tulisi hyödynnettyä opinnäytetyössä. Jos jotkut ilmaukset kuuluivat kahteen eri teemaan, ilmaukset kopioitiin molempiin teemoihin, jotta kaikki tieto saatiin tallennettua. Teemoja ja alateemoja tarkasteltiin vielä jälkikäteen, jotta ne olisivat johdonmukaisia ja tarpeeksi erillisiä toisistaan. Taulukossa 1 ja 2 on kuvattu kahden eri teeman muodostuminen.

TAULUKKO 1. Esimerkki teeman muodostumisesta

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Teema
<p>”siinä mielessä, et on potilaslähtöstä että ei me sano et ”hei tääl on sulle seuraava aika tässä näin, pääsetkö tulemaan” vaan meil on sitä sellasta et ”hei mites sä pääset, pääset sä tuolla päivänä tiistaina vai sopiiks sulle keskiviikko iltapäivä paremmin” ”</p> <p>”se jotenki muovautuu sen ihmisen itsensä mukaan et mitä asioita tai et mikä</p>	<p>Kuunnellaan potilasta ja potilaan mielipidettä, annetaan potilaan vaikuttaa omaan hoitopolkuunsa.</p> <p>Potilaan hoidon tarve huomioidaan hoitopolkua suunniteltaessa</p>	<p>Hoitopolku ja potilaslähtöisyys</p>

<p>ryhmä ehkä nyt täs hetkessä tuntuu, että palvelis eniten”</p> <p>”Ihmisiä, ketkä tänne muuttaa asumaan on oikeus ja vara valita missä asuu. Et myöski on oikeus ja vara valita kuinka kauan täällä haluaa asua.”</p>	<p>Potilaan huomioiminen hoidon ja hoitopolun suunnittelussa.</p>	
---	---	--

TAULUKKO 2. Esimerkki teeman muodostumisesta

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Teema
<p>”Et kun enää ei pysty soittamaan suoraan psykiatriselle sairaanhoitajalle, että pääsis silleen nopeesti vaan se menee...sairaanhoitajan arvion kautta mennään psykiatriselle sairaanhoitajalle. Mä näkisin et se ei oo selkee”</p> <p>” Joskus mä luulen, että se voi olla myös niin kun hoitohenkilökunnan tietämättömyyttä. Et mikä se palvelurakenne tai mikä se...rakenne on. Ja esimerkiks et minkä takia mennään johonkin paikkaan. Nii sillohan sitä on myös vaikee</p>	<p>Ei ole suoraa kontaktia psykiatriselle sairaanhoitajalle, vaan ensin sairaanhoitaja arvioi tilanteen, mikä luo epäselvyyttä.</p> <p>Asiantuntijoiden tietämättömyys palveluiden kokonaisuudesta luo sekavuutta.</p>	<p>Mielenterveyspalveluiden kokonaisuus</p>

<p>selittää potilaalle, et mikä se on.”</p> <p>”Mut käsittääkseni nyt ne on aika hyvin niin ku koottu tonne kaupungin sairaalan tiloihin sinne uusii tiloihin mitä on.”</p> <p>”Eri palvelun tuottajat, käsitys eri palvelun tuottajista, niitten toiminnoista niin kyllä ehkä on vähän hajallaan. Et enemmän sais olla näkyvyyttä, enemmän sais olla esissä minkä tyyppistä palvelua milleki kohderyhmälle olis tarjolla.”</p>	<p>Palvelut ovat keskitetty yhteen paikkaan.</p> <p>Kaivataan enemmän näkyvyyttä tarjolla olevista palveluista.</p>	
---	---	--

7 HAASTATTELUN TULOKSET

7.1 Hoitopolku ja potilaslähtöisyys

Akuuttipsykiatrian työryhmä vastaa akuuttiin psykiatriseen tarpeeseen ja yksikön tarkoituksena on estää osastohoitoja. Työryhmän hoito ei lähtökohtaisesti ole jatkohoitoa. Akuuttipsykiatrian työryhmään tullaan läheteellä, ja potilaat voivat tulla muun muassa Akuutti24:stä, opiskeluterveydenhuollosta, työterveyshuollosta, puolustusvoimista sekä yksityisestä että julkisesta terveydenhuollosta. Lähete voi tulla myös psykiatrian osastoilta, jos potilas on ollut osastolla alle seitsemän päivää. Akuuttipsykiatrian työryhmässä on toimi kuudelle hoitajalle, ja jokaisella hoitajalla on noin 20 potilasta.

Potilaat tulee läheteillä ja meillä lähetteen käsittelevä lääkäri arvioi sen, että tuleeko hän (potilas) tähän työryhmään, akuuttipsykiatrian työryhmään, vai meneekö hän (potilas) mielialahäiriöpoliklinikalle. Et siinä on jo sellanen yks jako. Aina läheteellä, ei soiteta ja sanota, että mä tarvitsisin apua. Ei.

Psykiatrian päiväpolilinikka mielletään lisäpalveluksi, koska potilailla, joilla on hoitokontakti heille, on aina myös jokin muu hoitokontakti olemassa. Päiväpolilinikalle tullaan läheteellä yleensä mielialatyöryhmästä, Akuutti24:stä, akuuttipsykiatrian työryhmästä, kotoa tai palveluasumisen puolelta. Päiväpolilinikalla sairaanhoitaja on kahdeksan ja potilaita 30-50.

Psykiatrian osasto 6 on kuntoutusosasto potilaille, jotka tarvitsevat pidempää osastohoitoa. Yksikössä on virallisesti 16 potilaspaikkaa, mutta todellisuudessa potilaita voi olla jopa 20. Suurin osa potilaista tulee yksikköön vastaanotto-osastoilta, mutta potilaita voi tulla myös psykiatrian poliklinikan lähettämänä tai suoraan avohoidosta, jos kyseessä on ennestään tuttu potilas. Osasto 6 kuuluu psykoosilinjaan, mutta osastolla on myös mielialahäiriöpotilaita johtuen siitä, että mielialalinjalla ei ole omaa kuntouttavaa jatkohoitopaikkaa.

No siis...no virallisestihan me ollaan 16 paikkanen yksikkö, mutta käytännössä meilhän on potilaita yleensä aina 20 tai joskus vähän ylikin. Mikä tietysti luo vähän haasteita...

Attendo Torkon talo on mielenterveys- ja päihdeasumispalvelua tuottava yksikkö, jossa asukkaita on 29. Torkon talossa on sekä tuettua että tehostettua asumispalvelua ja suurin osa asukkaista on päihdeongelmaisia ja asunnottomia. Torkon talon pääasiallinen asiakas on Lahden kaupunki ja asukassuhteista päätetään Lahden sosiaalitoimessa pitkäaikaisasunnottomien työryhmässä. Asumispalveluyksikköä voi edeltää psykiatrinen osastojakso

tai asukas voi muuttaa suoraan omasta asunnosta tai jostakin toisesta asumispalveluyksiköstä.

Haastateltavat olivat yhtä mieltä siitä, että oma yksikkö sekä heidän tarjoama hoito ovat potilaslähtöistä. Potilaan mielipide huomioidaan esimerkiksi avohoitokäyntien ja muun hoidon suunnittelussa. Avohoidossa potilaalla on myös mahdollisuus vaihtaa hoitajaa kerran ja asumispalvelun piiriin tullaan aina vapaaehtoisesti. Kaikissa yksiköissä jokaista potilasta kohdellaan yksilönä. Haastatteluissa mainittiin työkaluksi Safewards, jonka kautta pyritään parantamaan potilaslähtöisyyttä.

Ihmisiä, ketkä tänne muuttaa asumaan, on oikeus ja vara valita missä asuu. Et myöski on oikeus ja vara valita kuinka kauan täällä haluaa asua.

No tota...kyl se (potilaslähtöisyys) varmaan toimii ja sitähän pyritään koko ajan niin ku Safewardsin kautta niin ku sit parantamaa niit asioita.

Potilaiden kokemukset hoidosta ja hoitoon pääsystä ovat olleet pääosin positiivisia. Positiivisia kokemuksia on tullut muun muassa tehokkaasta yhteistyöstä yksiköiden välillä sekä potilaan huomioimisesta tarpeen mukaisissa hoidoissa ja palveluissa. Haastateltavat kertoivat kuitenkin, että osalle potilaista palvelurakenne ja tarjolla olevat palvelut olivat olleet melko sekavia.

Ja...mut et kyl myös on tullu semmosta palautetta, että ku tuntuu että ei tiää et mikä nyt oli missäki. Mikä nyt oli kaupunginsairaalassa ja mikä on keskussairaalassa ja mikä on Vapaudenkadulla...

Negatiivisia kokemuksia oli tullut myös palveluiden hajanaisuuteen liittyen, koska ei ole ollut tietoa, missä mikäkin palvelu sijaitsee. On ollut myös potilaita, jotka ovat kyseenalaistaneet jatkohoidon tarpeen ja kokeneet, etteivät hyötyisi siitä. Osa potilaista on puolestaan kokenut, että heidän muiden sairauksien hoitaminen jää toissijaiseksi mielenterveyshäiriön rinnalla.

7.2 Hoidon jatkuvuus ja mielenterveyspalveluiden kokonaisuus

Hoitopolkua kuvattiin sekavana, jos potilaalla ei ollut aiempaa hoitokontaktia mielenterveyspalvelujen puolella. Tarjolla olevien palveluiden hajanaisuus ja hoitopolun sekavuus nostettiin esiin myös sen kautta, etteivät ne olleet edes ammattilaisille aina selkeitä. Infokanavilla ei myöskään ole aina ajantasaista tietoa, mikä osin saattaa selittää hoitopolun sekavuutta sekä ammattilaiselle että potilaalle. Sen lisäksi toivottiin enemmän näkyvyyttä ja sen myötä selkeyttä tarjolla olevista palveluista eri kohderyhmille, mikä saattaisi helpottaa palveluiden löytämistä.

Et enemmän sais olla näkyvyyttä, enemmän sais olla esissä minkä tyyppistä palvelua milleki kohderyhmälle olis tarjolla. Eli kestää aika kauan oppia kattavasti ymmärtämään sen, et jos aatellaan Päijät-Hämeen alueella et minkä tyyppistä palvelua ja keille se on suunnattu, et sen löytää.

Eräs haastateltava toi esiin sen, ettei hoito voi olla jatkuvaa, kun edellisestä hoitopaikasta ei saada potilaan hoitoon liittyviä asiakirjoja ja tietoja, jotta potilaan hoito voitaisiin toteuttaa sujuvasti ja turvallisesti. Lähes kaikissa yksiköissä mainittiin, että heidän potilailla on aina jatkohoitoa järjestävä taho tiedossa ennen kuin potilaiden hoito loppuu heidän yksikössään. Yhdessä haastattelussa kerrottiin, että jatkohoitopaikkaan on myös mahdollisuus käydä ennakkoon tutustumassa potilaan kanssa.

Esimerkiks kun meille tulee potilas sairaalasta, niin ei ole millään tavalla itsestäänselvää että me saadaan epikriisejä, ehkä kertomusta siitä hoidosta, lääkärin kannanottoja saati edes lääkelistaa.

Jatkohoitoa ei aina pystytä järjestämään saumattomasti ilman ylimääräisiä taukoja ja odottelua, kun palvelut ovat ruuhkautuneet. Haastattelujen perusteella palveluiden ruuhkautumista ei voida estää, joten potilaiden on odotettava paikkojen vapautumista. Kun potilas otetaan sisään, hänelle on jo tiedossa mahdollinen jatkohoitopaikka, millä voidaan taata hoidon jatkuvuus. Yksi haastateltavista antoi positiivista palautetta kolmannen sektorin palvelujen selkeydestä.

Haastatteluissa ilmeni, että psykiatrisen hoidon kokonaisuutta tuki palvelujen keskittäminen Lahden kaupunginsairaalan tiloihin, vaikka akuuttipsykiatrian työryhmä, vanhuspsykiatrian poliklinikka ja psykiatrian osastot ovatkin Päijät-Hämeen keskussairaalassa. Epävarmaa on kuitenkin se, ovatko ajankohtaiset tiedot palveluista ja niiden sijainnit Päijät-Hämeen alueella asuville tiedossa.

7.3 Jatkohoidon toteutuminen

Psykiatrisen jatkohoito miellettiin hieman eri tavoin eri yksiköissä, sillä haastateltavat toivat esiin aina oman yksikön potilaiden jatkohoitoa järjestävän tahon. Jatkohoitoa tarjoaviksi yksiköiksi mainittiin muun muassa erikoissairaanhoidon avohoito ja poliklinikat. Haastatteluissa tuli myös esiin se, että avohoidon tarkoituksena on ehkäistä sairaalahoitojaksoja, ja usein avohoidon puolella järjestetään potilaan mahdollinen jatkohoito. Välineiden ja ohjeistusten antaminen, sekä potilaan tukeminen ja seuranta nähtiin osana jatkohoitoa. Lisäksi jatkohoitoa on hoitokontaktista toiseen siirtyminen niin, ettei väliin jää pitkää odotusväliä, jolloin hoito on mahdollisimman jatkuvaa ja saumatonta.

Mut jotenki se...tärkeä on mun mielestä se, että se (jatkohoito) on riittävä...odottaa siellä riittävän nopeesti. On se sitte mikä tahansa yksikkö, että siihen ei jää semmosta kauheen pitkää väliä odotella.

Erään haastateltavan mukaan kaikki potilaat eivät välttämättä hyödy pitkään kestävästä jatkohoidosta, ja esimerkkinä mainittiin mielialahäiriöpuolen potilaat. Jatkoahoito miellettiin kuntouttavaksi hoidoksi, jonka tavoitteena on tukea potilaan itsenäistymistä arjessa ja kehittää sosiaalisia vuorovaikutustaitoja. Jatkoahoito masennuspotilaiden kohdalla voisi olla esimerkiksi positiivisen mielenkehityksen tukemista tukikäyntien ja lääkehoidon seurannan avulla. Myös motivointi lääkehoidon sitoutumiseen ja terapiaa koettiin osaksi jatkohoittoa. Tärkeänä elementtinä mainittiin muun muassa niiden syiden tarkasteleminen miksi ihmisen alun perin sairastui.

Psykiatrian potilaat tarvii jatkohoittoa, etenkin psykoosipotilaat. Mielialahäiriöpuolella taas sitten potilaat ei välttämättä hyödy siitä, että hirveen kauan pidetään.

Jatkoahoito siis pätkinänkuoressa hyvin lyhykäisestään sanottuna olis: Kun terveys on palautettu, niin sen toipumisvaiheen varmistamista ja sen pohtimista, et voidaanko sille sairastumisen...uudelleensairastumisen riskille joutain.

Jatkohoidon hyvät ominaisuudet

Eräs haastateltava mainitsi, että jokainen saa jatkohoittoa, jos sitä itse haluaa. Myös linjaukset hoitopaikoissa nähtiin toimivina ja selkeinä (psykoosilinja, mielialahäiriölinja). Toisen haastateltava oli sitä mieltä, että jatkohoidon järjestäminen ja yhteistyö eri tahojen välillä toimii hyvin. Mikäli potilaalle ei pystytä järjestämään jatkohoittoa riittävän pian osastohoidon jälkeen, on mahdollista järjestää jälkipoliklinikka-aikoja psykiatrian osastolle, jolloin potilaan ei tarvitse jäädä osastolle odottamaan jatkohoidon vapautumista, vaan hän pääsee kotiutumaan ja jatkohoito järjestetään jälkipoliklinikka-aikojen kautta tai vastaavasti tukipuheluilla psykiatriselta osastolta.

Eräs haastateltavista mainitsi myös kohdennetut yksiköt hyväksi jatkohoidon kannalta, millä viitataan esimerkiksi vanhuspsykiatrian poliklinikkaan ja psykoosipoliklinikkaan. Tällöin potilaan hoitopolku ja mahdollinen jatkohoitopaikka ovat helpommin havaittavissa, ja tätä edesauttaa psykiatristen palveluiden keskittäminen Lahden kaupunginsairaallalle. Myös tehostettu psykoosipoliklinikka koettiin hyvänä osana potilaan jatkohoittoa. Haastateluissa mainittiin, että jatkohoittoon suhtaudutaan vakavasti ja erilaisia jatkohoitomuotoja löytyy Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän alueelta runsaasti.

Mut käsittääkseni nyt ne on aika hyvin niin ku koottu tonne kaupunginsairaalan tiloihin sinne uusii tiloihin mitä on.

Yks mikä toimii on se, et jatkohoitoon suhtaudutaan vakavasti. Ja ymmärtääkseni jatkohoitoon...jatkohoitomuotoja on, erityyppisiä on runsaasti olemassa. Se, että onko resurssit riittävät – en tiedä.

Jatkohoidon epäkohdat

Jatkohoitoon liittyviä epäkohtia ilmeni haastatteluissa runsaasti. Epäkohtina mainittiin muun muassa riittämätön tuki, palveluiden ruuhkautuminen ja hoitoon pääsyn odottaminen. Myös resurssipula avohoidon puolella koettiin ongelmallisena, sillä sen myötä jatkohoito koettiin riittämättömäksi, kun resurssien puutteen vuoksi ei ollut tarjota tarpeeksi kattavia palveluja mielenterveyspotilaille. Ajan saaminen jatkohoitoa järjestävään yksikköön saattaa venyä jopa kuukauden päähän, jolloin jatkohoito hidastuu tai pahimmassa tapauksessa ei toteudu lainkaan. Yhteydenotto terveydenhuoltoon nähtiin myös ongelmallisena, kun hakeudutaan hoitoon avuntarpeen ollessa suurin, eikä välttämättä tavoiteta neuvontapuhelimesta ketään.

Mut kun ei se auta, että jos käyt kerran kuukaudessa jonkun kanssa juttelemassa...sä voit jättää silti ne lääkkeet pois.

Päijät-Hämeen tilanne kun tämä on niin...syvältä kun ihmiset sanoo ”Kun mä yritin soittaa sinne, mut kun ei sinne pääse läpi. Päijät-Hämeen alueella ei toimi tää yhteydenotto terveydenhuoltoon.

Haastatteluissa nousi esiin niin sanotut pyöröovipotilaat, jotka toistuvasti hakeutuvat erikoissairaanhoidon piiriin. Tämä ruuhkauttaa palveluita, koska avuntarve on toistuvaa, eikä ”hoitokierrettä” syystä tai toisesta pystytä katkaisemaan. ”Pyöröovi-ilmiö” johtuu haastattelvien mukaan lääkekielteisyydestä, jolloin potilaan hoitotasapainoa ei pystytä ylläpitämään.

Ja kylhän niitä täs vuosien mittaa niin ku aikalaila on ne samat naamat ketkä pyörii, ketkä jättää ne lääkkeet pois ja kylhän me niist puhutaan ihan, ihan niin ku kyllästymiseen asti potilaille niist samoista asioista...

Myös tiedonkulun puutteellisuus kaikkien yksiköiden välillä nostettiin esiin. Hoitokontaktin potilaaseen omaava taho ei välttämättä aina tiedä, että potilas on saattanut joutua osastohoitoon, koska tiedonkulkua ei ole yhtenäistä yksiköiden välillä. Tämän myötä erikoissairaanhoidon ja jatkohoitotahon välinen yhteistyö on hyvinkin ontuvaa. Kun potilas kotiutuu osastolta, potilaan hoitotiedot eivät automaattisesti siirry jatkohoitopaikkaan. Potilaalla on myös oikeus päättää itse hoitotietojen siirtymisestä jatkohoitopaikkaan. Nykyinen palvelurakenne ei vaikuta olevan aina edes ammattilaisille selkeä, jolloin herää epäilyksiä siitä, onko

se selkeä potilaillekaan. Asiaan saattaa vaikuttaa se, ettei Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän infokanavilla ole ollut ajankohtaista tietoa saatavilla olevista palveluista, mikä luo paljon epäselvyyttä niin potilaille kuin henkilökunnalle. Asumispalvelusta siirtyminen itsenäiseen asumiseen nähtiin haasteena, koska tarjolla ei käytännössä ole mitään kotiin vietäviä palveluita.

Et varmaan semmonen tiedonkulku puolin ja toisin ois semmonen, mis on aina petrattavaa, vaikka välillä tuntuu et se sujuu hirveen hyvin.

Joskus mä luulen, että se voi olla myös niin kun hoitohenkilökunnan tietämättömyyttä. Et mikä se palvelurakenne tai mikä se...rakenne on.

7.4 Kehittämiskohteet jatkohoidossa

Haastateltavilta saatiin paljon erilaisia ideoita jatkohoidon kehittämiseen. Muutama haastateltavista oli sitä mieltä, että kehitettävää olisi nimenomaan ammattilaisten kesken; toivottiin selkeämpää tiedonkulkua eri yksiköiden välillä, positiivisen palautteen lisäämistä kollegoille sekä tietotaidon jakamista ammattiryhmien kesken. Myös eri ammattilaisten tietotaitojen hyödyntämisessä mainittiin olevan parantamisen varaa.

Toinen haastateltava mainitsi, että pitäisi saada enemmän resursseja liikkuvaan työhön, joka suuntautuu potilaiden kotiympäristöön. Ehdotuksena oli myös pitkävaikutteisten lääkkeiden hyödyntäminen mahdollisen lääkekielteisyyden varalle, jolla voitaisiin ehkäistä lääkeshoidon toteutumattomuutta kotioloissa. Ratkaisuksi ”pyöröovi-ilmiöön” ehdotettiin esimerkiksi edunvalvojaa tai palveluasumista, joiden avulla voitaisiin tukea lääkeshoitoon sitoutumista.

Koska nytki meil saattaa olla semmosii tota noita joissain psykan puolellaki ja nois Tepolissa ja näissä, et niis saattaa olla niin ku...sillee et potilas vois tarvii paljon enemmän niit käyntejä, et mitä ne pystyy niin ku tarjoomaa ja varsinki jos potilas asuu kauempana.

Mehän tälläsille tota...ketkä on niin ku lääkekielteisiä ja jättää ne lääkkeet toistuvasti pois, nii mehän pyritää niin ku heille tarjoomaa niin ku sitä pitkävaikutteist injektio, injektiolääkitystä.

Eräs haastateltava toi kehitysideana esiin muun muassa selkeämmät ja ajantasaiset ohjeistukset Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän infokanaville perusterveydenhuollon puolella, jotta potilaat osaisivat hakea apua ja myös tavoittaisivat oikean avun. Myös Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän alueella tarjottavista palveluista toivottiin parempaa

tiedotusta sekä ammattilaisille, että potilaille. Esiin nousi myös mielenterveystalo, jolta toivottiin aktiivisempaa mainostamista tarjoamistaan palveluista.

Kehitysideoita kartoittaessa toivottiin parempaa keskusteluyhteyttä ja vuoropuhelua hoitavan tahon kanssa, koska erityisesti asumispalvelun ja erikoissairaanhoidon välinen yhteistyö koetaan välillä heikoksi. Kotiin vietäviä palveluja toivottiin lisää mielialahäiriöpotilaille ja päihdeongelmallisille eli käytännössä samankaltaista palvelua, mitä Tepoli tuottaa psykoosipotilaille. Kotiin vietävät palvelut olisivat kustannustehokkaampia erikoissairaanhoidon verrattuna, ja tehokkaampi avohoito ennaltaehkäisisi psykiatrisen osastohoidon tarvetta. Kotiin vietävät palvelut koettiin hyödylliseksi erityisesti päihdeongelman uudelleen kärjistyksen ehkäisyssä, mikä puolestaan ehkäisisi osastohoidon tarvetta.

Ja se ois tämmönen asumismuoto, missä tästä järjestelmästä, tästä organisaatiosta olis tämmönen kotiin vietävä palvelu...mut sitä ei ole. Eikä sitä oikeestaan tällä alueella alueellisestikaan juuri ole semmosta, et niin ku se kuntoutus jatkuisi omassa asunnossa, minkä jälkeen sitte vois olla mahdollisesti kyky pärjätä ilman minkäänlaista tukea.

Eräs haastateltava kannatti ”seuraavan portaan” palvelua, joka tarjoaisi mielenterveys- ja päihdepotilaille yhteisöllistä asumista asumispalveluyksikön ja kodin välillä. Kyseinen palvelu vähentäisi kuntien kustannustaakkaa, kun ei tarvittaisi niin paljoa tehostetun asumispalvelun tarjoamaa hoitoa, vaan potilaille olisi tarjota kevyempää tukea yhteisöllisen asuminen muodossa. Palvelun olisi tarkoitus tukea potilasta arjenhallinnassa sekä omaan hoitoon sitoutumisessa.

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kehittää psykiatrisen hoidon jatkuvuutta Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymässä. Tavoitteena oli löytää kehitysideoita yhdenmukaistamaan ja selkeyttämään mielenterveyspalveluja Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän alueella. Tutkimustehtävänäme oli selvittää kehittämisen tarpeita mielenterveyspotilaiden osastojakson jälkeisessä jatkohoidossa.

Haastatteluissa ilmeni kaksi eri psykiatrisen hoidon linjaa: mielialahäiriölinja ja psykoosilinja. Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän psykiatriset palvelut ovat määritelty näiden linjojen mukaisesti, esimerkiksi Tepoli psykoosipotilaille ja Psykiatrian päiväpoliklinikka mielialahäiriöpotilaille. Näistä on melko suppeasti tietoa Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän verkkosivuilla, ja tarkemmat tiedot selvisivät siis vasta haastatteluissa.

Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän sivuilla on lyhyt kuvaus Akuuttipsykiatrian työryhmän toiminnasta, minkä perusteella valitsimme työryhmän yhdeksi haastateltavaksi.

Haastatteluissa kävi kuitenkin ilmi, että Akuuttipsykiatrian työryhmä ei ole potilaan tukena sairaalasta kotiutuessa, eikä työryhmä toimi ”siltana” psykiatrisen avohoidon ja osastojen välillä, eikä se myöskään kontaktoi potilasta 24 tunnin sisällä. Haastatteluissa siis nousi esiin hyvin ristiriitaista tietoa verrattuna siihen, mitä Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän sivuilla lukee. Haastatteluissa selvisi myös, että Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän verkkosivut ovat olleet päivityksessä jo jonkun aikaa, mistä ajankohtaisten tietojen puuttuminen voi johtua.

Positiivista palautetta annettiin muutamassa haastattelussa psykiatristen avohoitopalveluiden keskittämisestä Lahden kaupunginsairaalan tiloihin. Tämä toi haastateltavien mukaan selkeyttä tarjolla olevista palveluista sekä ammattilaisille, että potilaille. Myös STM:n julkaisun (2012, 22) mukaan mielenterveys- ja päihdepalvelut tulisi järjestää yhden oven periaatteella ensisijaisesti terveyskeskuksen tai muun perusterveydenhuollon yksikön kautta, sillä avohoito palvelee potilaita paremmin sekä tukee heidän voimavarojaan.

Haastateltavien mukaan heidän yksikkönsä on potilaslähtöinen ja -ystävällinen. Väitteen tueksi nostettiin esiin muun muassa potilaan osallisuuden tukeminen hänen hoitoonsa liittyen sekä Safewards-toimintamallin hyödyntäminen, jota käytetään psykiatrisilla osastoilla Päijät-Hämeessä. Safewardsin (2020) tavoitteena on tehdä psykiatrisista osastoista turvallisempia ja mallin tarkoituksena on luoda henkilökunnan kesken ideoita, joilla voitaisiin vähentää rajoitustoimenpiteitä ja konflikteja. Konfliktilla viitataan käyttäytymiseen, joka voi johtaa vahingoittamiseen ja rajoitustoimenpiteillä puolestaan pakottaviin sekä rajoittaviin

toimenpiteisiin. Niin kuin Laitila (2010, 8-9) mainitsee, potilaan osallisuus on olennainen osa mielenterveystyötä, eikä potilaslähtöisyys voi toimia ilman potilaan osallisuutta omaan hoitoonsa.

Haastattelujen perusteella jatkohoitoa on potilaan kotona pärjäämisen tukeminen ja hoidon toteutumisen seuranta. Jatkohoito sai myös eri merkityksiä riippuen siitä, mistä yksiköstä sitä tarkastellaan, koska toisen haastateltavan näkökulmasta jatkohoito toteutui poliklinikoilla ja toisen taas kotiin vietävinä palveluina. Haastateltavat olivat yhtä mieltä siitä, että jatkohoito on oleellinen osa psykiatrista hoitoa. Myös Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (1326/2010, 24 §) määritetään, että jatkohoito on osa sairaanhoitopalveluita.

Haastatteluissa ilmeni useita epäkohtia jatkohoitoon liittyen painottuen tiedonkulun puutteellisuuteen, palveluiden ruuhkautumiseen, kotiin vietävien palvelujen kehittämiseen sekä tarjolla olevista palveluista tiedottamiseen. Myös pyöröovi-ilmiö koettiin haasteellisena ja erikoissairaanhoidon kuormittavana tekijänä, kun potilaan hoitokierrettä ei kyetä katkaisemaan. Niin kuin Pirkola (2020) toteaa, mielenterveyspalvelut nähdään tulevaisuudessa järjestettävän niin, että erikoissairaanhoidon tehtäviin kuuluu myös perusterveydenhuollon ohjaaminen, esimerkiksi konsultaation välityksellä. Tämän myötä meidän tulisi yhä enemmän kiinnittää huomiota tiedonkulkuun eri yksiköiden välillä, jotta tulevaisuuden suunnitelmat toteutuisivat.

Mitä tulee palveluiden ruuhkautumiseen, Järvikoski (2013, 42) toteaa hoitoketjujen vaikuttavuudenkin vähentyvän, kun kuntoutukseen on vaikea päästä ja jatkohoito jää potilaan omille harteille. Periaatteessa potilas ei hyödy yhtä paljon esimerkiksi erikoissairaanhoidon hoitajaksosta, kun jatkohoitoa ei ole järjestetty tai sitä joutuu odottamaan, jolloin vointi kääntyy taas nopeasti huonompaan suuntaan.

Kotiin vietävien palveluiden kehittäminen nousi muutamassakin haastattelussa kehittämisen kohteeksi. Haastateltavat olivat yhtä mieltä siitä, että avohoitoa kehittämällä ja kotiin vietävillä palveluilla voitaisiin vähentää sairaalahoidon tarvetta. Myös STM:n julkaisun (2012, 14) mukaan avohoitopainotteiset palvelut tukevat potilaita paremmin kuin laitoshoitopalvelut, ja jos varhaisessa vaiheessa tarjottavaa hoitoa pystytään tehostamaan avohoidossa, pystytään jopa vähentämään laitoshoitopaikkojen tarvetta. Avohoitopalveluiden painottaminen on myös taloudellinen ratkaisu mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestämisen kannalta.

8.2 Eettiset näkökulmat ja luotettavuus

Opinnäytetyö tulee toteuttaa suunnitelmallisesti hyvää tieteellistä käytäntöä kunnioittaen. Hyvän tieteellisen käytännön keskeisiä lähtökohtia ovat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä. Tarkoituksena on soveltaa avoimesti eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä sekä kunnioittaa muiden tutkijoiden tekemää työtä muun muassa viittaamalla muiden julkaisuihin asianmukaisella tavalla. Tutkimus tulee suunnitella ja toteuttaa tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6)

Opinnäytetyön tekijällä on ensisijainen vastuu hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta ja työnsä eettisyydestä. Vastuulliseen tieteeseen kuuluu tietynlainen tieteen avoimuus, vaikka nykyiset yhteiskunnan odotukset ja uusi teknologia ovat laajentaneet käsitystä tieteen avoimuudesta. Arene ry onkin antanut suosituksia avoimen tieteen ja tutkimuksen toimintamallien soveltamiseksi ammattikorkeakouluissa. Suositukset pyrkivät siihen, että erinäisissä projekteissa käytetyt menetelmät, aineistot ja tuotokset olisivat kaikkien halukkaiden käytettävissä tutkimuseettikan ja juridiikan määrittämässä rajoissa. Sen tavoitteena on parantaa avoimuutta, luotettavuutta ja näkyvyyttä sekä edistää uusien innovaatioiden syntymistä ja erilaisten hankkeiden yhteiskunnallista vaikuttavuutta. (Arene ry 2018, 8 & 10.)

Tarvittavat tutkimusluvut on hankittava hyvissä ajoin. Kaikkien tutkimusten osapuolten kesken sovitaan oikeudet, periaatteet, vastuut ja velvollisuudet ennen tutkimuksen aloittamista ja tarpeen vaatiessa niitä voidaan tarkentaa tutkimuksen edetessä. Jos tutkija on syystä tai toisesta esteellinen, tulee hänen pidättäytyä tutkimuksen arviointi- ja päätöksentekotilanteista. On tärkeää myös pitää huolta tietosuojaa koskevista kysymyksistä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6-7.)

Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö on työelämä- ja käytäntölähtöinen. Opinnäytetyö on itsenäinen tutkimus-, suunnittelu- tai selvitystyö opiskeltavan koulutusalan osa-alueelta. Opinnäytetyön tulee edistää opiskelijan asiantuntijuutta, ammatillista kehittymistä sekä työelämätaitoja eli käytännössä se on eräänlainen oppimisprosessi. Jos opinnäytetyön kohteena on esimerkiksi jokin organisaatio, on hyvän tutkimustavan mukaista pyytää tutkittavalta organisaatiolta tutkimuslupa. Kuitenkin jokainen tutkittava päättää itse antaako suostumuksensa osallistua opinnäytetyöhön. (Arene ry 2018, 16-17 & 21.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta tarkasteltaessa keskitytään siihen, miten totuudenmukaisia tutkimustulokset ovat. Luotettavuutta mitataan esimerkiksi sillä, kuinka pitkään tutkija on ollut tekemisissä tutkittavan asian kanssa, paljonko on keskusteltu tutkimukseen

osallistuvien kesken sekä aineiston triangulaation myötä. Luotettavuutta tutkittaessa voidaan tarkastella myös tutkimuksen refleksiivisyyttä eli sitä, tiedostaako tutkijat omia lähtökohtiaan tutkijana ja kuinka he tutkijoina vaikuttavat aineistoonsa. Tutkimusraportissa tutkijoiden on kerrottava nämä lähtökohdat sekä arviointi. (Kylmä, Lähdevirta & Vehviläinen-Julkunen 2003.)

Luotettavuuden tulkintaan liitetään tulosten siirrettävyys, jolla tarkoitetaan sitä, että tutkija antaa tarpeeksi tietoa tutkimukseen osallistuvista eli kuvailee heitä. Tällä voidaan tarkastella tulosten siirrettävyyttä muihin tilanteisiin. Oleellinen tekijä luotettavuudessa on myös vahvistettavuus eli ”audit trail”, joka mahdollistaa sen, että toinen tutkija voi seurata prosessia pääpiirteittäin, kun tutkimusprosessi on kirjattu. Toinen tutkija ei välttämättä päätyisi samaan tulkintaan, sillä laadullisessa tutkimuksessa perusoletuksena on se, että todellisuuksia on useita, jolloin eri tulkinnat eivät aina tarkoita tutkimuksen luotettavuusongelmaa, vaan ne lisäävät ymmärrystä tutkittavasta kohteesta. (Kylmä, Lähdevirta & Vehviläinen-Julkunen 2003.)

Tutkimusluvat allekirjoitettiin heti opinnäytetyöprosessimme alkuvaiheessa, mikä lisää opinnäytetyön luotettavuutta. Lähetimme opinnäytetyösuunnitelman Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän psykiatrian puolen ylihoitajalle, jonka perusteella hän myönsi meille tutkimusluvan Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän yksiköiden kanssa. Lähetimme opinnäytetyösuunnitelman ja sen lisäksi tutkimuslupalomakkeet myös Attendon yksikön vastaavalle, joka myönsi meille tutkimusluvan Attendon yksikköön. Otimme sähköpostitse ja puhelimitse yhteyttä jokaiseen haastateltavaan yksikköön ja sovimme haastattelut heidän kanssaan. Kun saimme myöntävät vastaukset haastatteluihin liittyen, lähetimme opinnäytetyösuunnitelman jokaiseen yksikköön, jotta luvan myöntäjät ja haastateltavat voisivat perehtyä aiheeseen jo ennakoon. Jokaisella haastateltavalla oli oikeus kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen ja keskeyttää osallistuminen tähän opinnäytetyöprosessiin.

Ennen haastatteluja kävimme haastateltavien kanssa läpi heidän oikeutensa sekä kerroimme meidän vastuamme ja velvollisuutemme opinnäytetyön tekijöinä. Osallistuneiden tietosuojaa ei ole loukattu ja haastattelumateriaalia on hyödynnetty niin, ettei haastateltavia kykene tunnistamaan aineistosta. Opinnäytetyöhön liittyvä materiaali hävitettiin asianmukaisella tavalla opinnäytetyöprosessin päätteeksi.

Opinnäytetyömme luotettavuutta lisää se, että lähetimme haastattelujen tulokset haastateltaville kommentoitavaksi. Neljästä haastateltavasta kaksi kommentoi haastattelujen tuloksia. Olemme käyttäneet aiheeseen liittyviä lähteitä monipuolisesti, ja lähdeviittaukset

on tehty asianmukaisesti. Luotettavuutta tukee lisäksi haastattelujen alkuperäisten ilmausten käyttäminen opinnäytetyössämme. Haastatteluissa saatuja vastauksia arvioitiin kriittisesti myös sen kautta, vastasiko ne todellisuutta.

Opinnäytetyötämme olisi selkeyttänyt se, että olisimme valinneet tarkasteltavaksi joko mielialahäiriöpotilaiden tai psykoosipotilaiden hoitolinjan. Tällöin olisimme voineet haastatella vain toista linjaa hoitavia yksiköitä, jolloin työmme olisi voinut olla järjestelmällisempi ja olisimme voineet perehtyä kyseiseen aiheeseen syvällisemmin. Selkeyttä olisi lisännyt myös tutkimuskysymysten erilainen muotoilu, koska eri tutkimuskysymysten vastauksissa esiintyi jonkin verran päällekkäisyyttä, mikä hankaloitti myös tulosten analysointia.

Opinnäytetyössämme olisimme voineet käyttää enemmän kansainvälisiä, painettuja sekä tutkimuksiin perustuvia lähteitä tiedonhankintana, jolloin tietoperusta olisi ollut kattavampi. Koimme, että saamamme aineisto ei kylläntynyt ja opinnäytetyöhön olisi saanut lisää näkökulmia useamman haastateltavan avulla. Olisimme voineet myös kartoittaa paremmin konkreettisia esimerkkejä jatkohoidon kehittämisen tueksi.

8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tutkimustulosten perusteella mielenterveyspotilaiden jatkohoidossa pitäisi kehittää seuraavia asioita: tiedonkulku eri yksiköiden välillä, tiedon jakaminen eri ammattiryhmien kesken, kotiin vietävät palvelut ja Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän verkkosivut. Vaikka kehittämissuunnitelmia on laadittu, edelleen löytyy kehitettävää hoidon jatkuvuuden ja palveluiden kokonaisuuden suhteen.

Mielenterveyspalveluita on keskitetty Lahden kaupunginsairaalan tiloihin, mutta asiakas-kunta ei ole tästä aina tietoinen. Tiedon lisääminen saatavilla olevista palveluista eri ammattiryhmien kesken turvaisi yhtenäiset palvelut myös potilaille, eikä potilaan hoitopolku välttämättä olisi niin hajanainen. Palvelukokonaisuuden ja hoitopolun selkeys luo turvaa potilaalle, kun hän on tietoinen siitä, missä hoito järjestetään. Näin potilaan osallisuuttakin olisi helpompi tukea. Olisi tärkeää luoda jokin yhtenäinen toimintatapa, jolla varmistettaisiin tiedonkulku eri yksiköiden välillä. Tällä hetkellä ei ole mitään vakiintunutta tapaa tiedon siirtymiselle yksiköstä toiseen, ja se heijastuu ammattilaisten tiedonpuutteena tarjolla olevista palveluista. Tällöin ammattilaiset eivät myöskään pysty jakamaan ajantasaista tietoa potilaille ja muille hoitoon osallistuville.

Nykyään yhä suurempi osa informaatiosta on internetissä, minkä vuoksi Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän verkkosivuja pitäisi päivittää aina tarpeen mukaan. Väärä tai harhaanjohtava tieto luo epävarman ja sekavan kuvan tarjolla olevista palveluista, eikä se

myöskään helpota ammattilaisia havainnoimaan palveluiden kokonaisuutta. Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän verkkosivuhin liittyvä ongelma todennäköisesti ratkeaa, kun sivut saadaan ajantasaisiksi. Ehdottaisimmekin, että palvelukokonaisuuden selkeyttä tarkasteltaisiin myöhemmin, kun hyvinvointikuntayhtymän verkkosivut ovat päivitetty.

Kotiin vietävien palveluiden lisäämisestä ja tehostamisesta mainittiin sekä haastatteluissa, että aiheeseen liittyvissä tutkimuksissa. Kotiin vietävillä palveluilla ja hoidolla voitaisiin vähentää sairaalahoidon tarvetta ja sillä olisi myös kustannuksia vähentävä vaikutus. Mielenterveyspotilaille tarkoitettulle kotiin vietäville palveluille vaikuttaa siis olevan kysyntää. Havaintojen perusteella ehdotamme, että mielenterveyspotilaiden kotiin vietäviä palveluita kartoitettaisiin enemmän, minkä perusteella palveluita voitaisiin jatkossa lisätä ja kehittää.

LÄHTEET

- Arene ry. 2018. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset [viitattu 08.11.2020]. Saatavissa: <http://www.arene.fi/julkaisut/raportit/opinnaytetoiden-eettiset-suositukset/>
- Delahun, B. & Maguire, M. 2017. Doing a Thematic Analysis: A Practical, Step-by-Step Guide for Learning and Teaching Scholars. Dundalk Institute of Technology. Aishe-J Volume 8, Number 3 [viitattu 12.11.2020]. Saatavissa: <http://ojs.aishe.org/index.php/aishe-j/article/view/335/553>
- Ekqvist, M., Jänntti, V., Mantere, O., Nevalainen, V., Saarni, S., Stengård, E., Tuori, T., Wahlbeck, K. & Wiili-Peltola, E. 2009. Tampereen mielenterveyspalveluiden arviointi. Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitos 23/2009 [viitattu 15.11.2020]. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80318/9613b542-43ad-4ce3-9021-6b6e7f660805.pdf?sequence=1>
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino, E-kirja [viitattu 21.11.2020].
- Freeman, G., Haggerty, J. & Reid, R. 2003. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ [viitattu 12.09.2020]. Saatavissa: <https://www.bmj.com/content/327/7425/1219>
- Harjajärvi, M., Pirkola, S. & Wahlbeck, K. 2006. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. Suomen Kuntaliitto [viitattu 07.11.2020]. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/74893/p070112120807%5B.pdf?sequence=1>
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2007. Tutkimushaastattelu - Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino [viitattu: 13.11.2020].
- Immonen, J. 2000. Kokemuksia Helsingin mielenterveyspalveluista. Pro gradu. Yhteiskuntapolitiikan laitos, Valtiotieteellinen tiedekunta [viitattu 07.11.2020]. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/10256>
- Javadi M. & Zarea K. 2016. Understanding Thematic Analysis and its Pitfalls. Journal of Client Care – An International Nursing Journal. (January-March); 34-40 [viitattu 12.11.2020]. Saatavissa: <http://journals.rpp.co.ir/demo/paper/20011>
- Järvikoski, A. 2013. Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 11.10.2020]. Saatavissa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70263/URN_ISBN_978-952-00-3457-3.pdf

Kainulainen, S., Wiens, V. & Zitting, J. 2020. Huono-osaisuus rasittaa kuntien taloutta. Yhteiskuntapolitiikka 85. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 16.11.2020]. Saatavissa:

<https://www.julkari.fi/handle/10024/140094>

KAMK. 2020. Haastattelu [viitattu 18.08.2020]. Saatavissa:

<https://www.kamk.fi/fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Aineiston-keruumenetelmat/Haastattelu>

Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon ohjausryhmä. 2016. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015, Suunnitelman loppuarviointi ja ohjausryhmän ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 09.11.2020]. Saatavissa:

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74820/1004164MIELENTERVEYS_JA_PAIHDESUUNNI1487308985.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Korhonen, J., Kuosmanen, L., Kärkkäinen, J., Makkonen, P. & Putkonen, A. 2016. Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 3.8.2020]. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131697/URN_ISBN_978-952-302-751-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Kosloff, A., Larivaara, M., Rotko, T. & Vormaa, H. 2020. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020-2030. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 15.11.2020]. Saatavissa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162053/STM_2020_6.pdf

KunTeko 2020. 2018. Uudenlaisen psykiatrian tehostetun avotoiminnan käynnistyminen Päijät-Hämeessä [viitattu 24.10.2020]. Saatavissa: <https://www.kunteko.fi/katso/634>

Kuosmanen, L. & Wahlbeck, K. 2018. Miten mielenterveys- ja päihdepalvelut tavoittavat apua tarvitsevat? Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 12.11.2020]. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136832/URN_ISBN_978-952-343-163-8.pdf?sequence=1

Kylmä, J., Lähdevirta, J. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2003. Laadullinen terveystutkimus; mitä, miten ja miksi? Aikakauskirja Duodecim, nro 7 [viitattu 16.11.2020]. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo93495>

Laine, V. & Vilkkonen-Riihelä, A. 2013. Mielen maailma – Persoonallisuus ja mielenterveys. 4.-5.- painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä – Fenomenografinen lähestymistapa. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto, Terveystieteiden tiedekunta [viitattu

09.11.2020]. Saatavissa: http://www.epshp.fi/files/5610/Asiakkaan_osallisuus_mielenterveys- ja_paihdeyossa_Fenomenografinen_lahestymistapa.pdf

Lehtonen, J. & Lönnqvist, J. 2011. Psykiatria ja mielenterveys. Duodecim [viitattu 12.11.2020]. Saatavissa: https://www.duodecim.fi/xmedia/www/esittelyt/6400_esittely.pdf

Leskelä, R-L., Lindh, M., Kajova, M., Malmström, T., Niemelä, P., Rissanen, A. & Salmisaari, T. 2018 Kuntoutusjärjestelmän kokonaisuudistus – tieto muutostyön takana. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 7/2018. Valtioneuvoston kanslia [viitattu 16.08.2020]. Saatavissa: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160569/7-2018-Kuntoutusjarjestelman%20kokonaisuudistus.pdf>

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Suomen laki [viitattu 12.09.2020]. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Nuorten mielenterveystalo. 2020. Mielenterveyden vahvistaminen [viitattu 13.11.2020]. Saatavissa: https://www.mielenterveystalo.fi/nuoret/tietoa_mielenterveydesta/mielenterveyden_vahvistaminen/Pages/mielenterveys.aspx

Oja-Heiniemi, L. 2006. Mielenterveyspotilaiden väliinpuotoamistarinoita psykiatrisessa palvelujärjestelmässä. Pro gradu -tutkielma, Tampereen yliopisto [viitattu 16.11.2020]. Saatavissa: <https://trepo.tuni.fi/handle/10024/93369>

PHHYKY. 2020a. Aikuispsykiatrian avohoito [viitattu 10.10.2020]. Saatavissa: <https://www.phhyky.fi/fi/terveyspalvelut/keskussairaala/poliklinikat/psykiatria/psykiatrinen-avohoito/>

PHHYKY. 2020b. Sairaalapsykiatrian vuodeosastot [viitattu 09.10.2020]. Saatavissa: <https://www.phhyky.fi/fi/terveyspalvelut/keskussairaala/vuodeosastot/psykiatrian-osastot/1971-2/>

PHHYKY. 2020c. Mielenterveyspalvelut [viitattu 10.10.2020]. Saatavissa: <https://www.phhyky.fi/fi/perhe-ja-sosiaalipalvelut/apua-ja-tukea-mielenterveyden-ja-paihteiden-kayton-ongelmiin/mielenterveyspalvelut/>

Pirkola, S. 2020. Tulevaisuuden mielenterveyspalvelut. Aikakauskirja Duodecim. Nro 16/2020 [viitattu 04.11.2020]. Saatavissa: <https://www.duodecimlehti.fi/duo15737>

Pitkäranta, A. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. E-Oppi Oy [viitattu: 23.08.2020]. Saatavissa: https://www.academia.edu/40057699/LAADULLINEN_TUTKIMUS_OPINN%C3%84YTETY%C3%96N%C3%84_TY%C3%96KIRJA_AMMATTIKORKEAKOULUUN

Puusniekka, A. & Saaranen-Kauppinen, A. 2006a. KvaliMOTV – menetelmäopetuksen tietovaranto, Laadullisen tutkimuksen elementit [viitattu 01.09.2020]. Saatavissa:

https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L1_2_2.html

Puusniekka, A. & Saaranen-Kauppinen, A. 2006b. KvaliMOTV – menetelmäopetuksen tietovaranto, Teemoittelu. [viitattu 19.11.2020]. Saatavissa: [https://www.fsd.tuni.fi/menetel-](https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_4.html)

[maopetus/kvali/L7_3_4.html](https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_4.html)

Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän perussopimus. 2019. Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä [viitattu 31.10.2020]. Saatavissa: <https://www.phhyky.fi/fi/yhtyma/hallinto/perussopimus/>

Raivio, R. 2016. Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa - Tutkimus Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen ja Oulun kaupungin terveyskeskuksissa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto [viitattu 18.09.2020]. Saatavissa:

<https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/99564/978-952-03-0178-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Safewards. 2020. Yleistä [viitattu 01.11.2020]. Saatavissa: <http://www.safewards.net/fi/malli/yleistae>

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön – Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Suomen yliopistopainos – Juvenes Print Oy [viitattu 22.11.2020]. Saatavissa: <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi [viitattu 06.11.2020].

Seitamaa-Hakkarainen, P. 2020. Kvalitatiivinen sisällönanalyysi. Metodix – metoditietämystä kaikille [viitattu 01.09.2020]. Saatavissa: <https://metodix.fi/2014/05/19/seitamaa-hakkarainen-kvalitatiivinen-sisallon-analyysi/>

STM. 2004. Mielenterveystyö Euroopassa [viitattu 14.09.2020]. Saatavissa: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74011/Selv200417.pdf?se>

STM. 2012. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma – Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:24 [viitattu 16.11.2020]. Saatavissa: <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/69912>

STM. 2016. Arviomuistio: mielenterveyslain ja päihdehuoltolain palvelut [viitattu 22.08.2020]. Saatavissa: <https://stm.fi/documents/1271139/1977545/Arviomuistio+mielenterveyslain+ja+p%C3%A4ihdehuoltolain+palvelut.pdf/22c2f719-e424-4c80-81fa-6caf7c9e2d7e>

STM. 2020. Uusi mielenterveysstrategia ryhdistää tulevaisuuden mielenterveyspolitiikkaa [viitattu 10.10.2020]. Saatavissa: <https://stm.fi/-/uusi-mielenterveysstrategia-ryhdistaa-tulevaisuuden-mielenterveyspolitiikka>

Strategia 2022. 2017. Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä [viitattu 30.10.2020]. Saatavissa: <https://www.phhyky.fi/fi/yhtyma/tietoja-yhtymasta/strategia/>

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Suomen laki [viitattu 14.11.2020]. Saatavissa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

THL. 2020. Mielenterveyspalvelut [viitattu 07.09.2020]. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyspalvelut>

THL. 2019. Mielenterveyden edistäminen [viitattu 13.08.2020]. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen>

THL:n asiantuntijaryhmä. 2018. Tiedosta arviointiin – tavoitteena paremmat palvelut. Sosiaali- ja terveyspalvelut Päijät-Häme [viitattu 20.09.2020]. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137128/URN_ISBN_978-952-343-180-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Tietoja yhtymästä. 2020. Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymä [viitattu 08.10.2020]. Saatavissa: <https://www.phhyky.fi/fi/yhtyma/tietoja-yhtymasta/>

Tilastokeskus. 2020. Kvalitatiivinen tutkimus [viitattu 03.08.2020]. Saatavissa: https://www.stat.fi/meta/kas/kvalit_tutkimus.html

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa [viitattu 22.10.2020]. Saatavissa: https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Valvira. 2017. Hoidon tarpeen arviointi [viitattu 13.10.2020]. Saatavissa: https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammattiharjoittaminen/hoidon_tarpeen_arviointi

WHO. 2001. Key terms and definitions in mental health [viitattu 15.10.2020]. Saatavissa: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-resources/key-terms-and-definitions-in-mental-health#health>

LIITTEET

LIITE 1. Tutkimuslupa PHHYKY



PÄIJÄT-HÄMEEN
hyvinvointikuntayhtymä
Psykososiaaliset palvelut
Ylihoitaja

VIRANHALTIJAPÄÄTÖS

04.09.2020/4 §

Asianumero	D/1849/13.00.00.01/2020
Päätöslaji	Opinnäytetyö
Otsikko	Tutkimusluvan myöntäminen opinnäytetyö - Vilander Anniina ja Dahl Sonja, Mielenterveysasiakkaiden osastojakson jälkeisen hoidon jatkuvuuden turvaaminen, Lab Amk
Päätösperustelut	LAMK päättötyö sairaanhoitaja koulutusohjelma, erillisen tutkimussuunnitelman mukaan
Päätös	<p>Myönnän yllämainitun tutkimusluvan</p> <p>Tutkimuksessa ei käsitellä henkilötietoja – aineisto ei sisällä mitään tunnistusaineistoa</p> <p>Luvan saanut on velvollinen toimittamaan valmiin lopputyön sähköisen version Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän tutkimuskoordinaattorille.</p> <p>Tämän luvan myöntämiseen liittyvät tutkimuslupahakemusasiakirjat on tallennettu asianhallintajärjestelmä Twebiin.</p>
Lisätietojen antaja	Kimmo Mustonen, 044 719 5127
Toimivallan peruste	Hallintosääntö
Nähtävänäoloaika	07.09.2020
Nähtävänäolopaikka	Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä, kirjaamo, Keskussairaalankatu 7, 15850 Lahti
Muutoksenhaku	Oikaisuvaatimus
Saaja	Vilander Anniina ja Dahl Sonja
Tiedoksi	Marjo Soini
Liitteet	Ei liitteitä
Allekirjoitus	Kimmo Mustonen Ylihoitaja

ALLEKIRJOITETTU KONEELLISESTI
Mustonen Kimmo, 04.09.2020 10:15

OIKAISUVAATIMUSOHJEET

Liitetään viranhaltijan päätökseen

**Päijät-Hämeen
hyvinvointikuntayhtymä**

Kunnallisasiat

Viranomainen:
YlihoitajaPäivämäärä:
04.09.2020Pykälä:
4**Oikaisuvaatimusoikeus**

Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen.

Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä kunnan jäsen.

Muutoksenhakukielto

Oikaisuvaatimusta ei saa tehdä päätöksistä, jotka koskevat virka- tai työehtosopimuksen tulkintaa tai soveltamista (KvesL 26 §).

Oikaisuvaatimusviranomainen

Viranomainen, jolle oikaisuvaatimus tehdään ja sen yhteystiedot:

Toimielin: Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän hallitus
Postiosoite: Keskussairaalankatu 7, 15850 Lahti
Käyntiosoite: Keskussairaalankatu 7
Puh.: (03) 819 11
Faksi: (03) 819 2308
Sähköpostiosoite: kirjaamo@phsotey.fi
Aukioloaika: 9-15

Oikaisuvaatimusaika ja sen alkaminen

Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista ennen viraston aukioloajan päättymistä. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäväksi. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, sähköistä tiedoksiantoa käytettäessä kolmantena päivänä viestin lähettämisestä ja muussa tapauksessa seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana. Oikaisuvaatimusaika taloudellisin ja tuotannollisin perustein tehdystä irtisanomisesta koskevasta päätöksestä alkaa kulua vasta irtisanomisajan päättymisestä.

Pöytäkirjan nähtäväksi asettaminen

Pvm: 07.09.2020

Kuntalain 95 §:n 1 momentin mukainen erityistiedoksianto asianosaiselle

Asianosainen: Vilander Anniina ja Dahl Sonja

 Annettu tiedoksi sähköisesti, pvm: Lähetetty tiedoksi kirjeellä, joka on annettu postin kuljettavaksi, pvm:
(kuntalaki 95 §) Tiedoksiantaja: Luovutettu asianosaiselle
Paikka ja pvm: Muulla tavoin, miten tweb_____
Vastaanottajan allekirjoitus**Oikaisuvaatimuksen sisältö**

Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteluineen sekä sen tekijä ja yhteystiedot.

Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle oikaisuvaatimusajan kuluessa ennen sen viimeisen päivän virka-ajan päättymistä riippumatta tavasta, jolla se toimitetaan. Jos oikaisuvaatimusajan viimeinen päivä on pyhäpäivä, itsenäisyyspäivä, vapunpäivä, joului- tai juhannusaatto tai arkilauantai, saa oikaisuvaatimuksen toimittaa ensimmäisenä sen jälkeisenä arkipäivänä.

3 (3)

Omalla vastuulla oikaisuvaatimuksen voi lähettää postitse tai lähetin välityksellä. Postiin oikaisuvaatimus on jätettävä niin ajoissa, että se ehtii perille oikaisuvaatimusajan viimeisenä päivänä ennen viraston aukioloajan päättymistä.

LIITE 2. Tutkimuslupa, Attendo Torkon talo

TUTKIMUSLUPA OPINNÄYTETYÖN HAASTATELUA VARTEN

Tiedot opinnäytetyöstä

Opinnäytetyön nimi:

Oppilaitos: LAB-ammattikorkeakoulu

Opiskelijoiden nimet: Sonja Dahl ja Anniina Vilander

Opinnäytetyön tavoitteet ja tarkoitus: Tarkoituksena on selvittää, mitä epäkohtia ja mitä hyvää, sekä mitä kehitettävää on mielenterveyspalveluiden jatkohoitoon liittyen Päijät-Hämeen hyvinvointikuntayhtymän alueella.

Lyhyt kuvaus toteuttamisesta ja menetelmästä: Aiomme haastatella neljää alan asiantuntijaa (psykiatrian osasto 6, psykiatrian päiväpoliklinikka, akuuttipsykiatrian työryhmä ja Attendo Torkon talo). Haastattelut toteutetaan puolistrukturoituna eli teemahaastatteluna.

Opinnäytetyön aikataulu

Suunniteltu aloitusaika: 15.05.2020

Suunniteltu valmistumisaika: 15.11.2020

Opinnäytetyön tekijät

Nimi: Sonja Dahl

Koulutusohjelma: sairaanhoitajakoulutus

Osoite: Myrttikatu 2B 05, 15320 Lahti

Puhelin: 044 2841802

Sähköposti: sonja.dahl@student.lab.fi

Nimi: Anniina Vilander

Koulutusohjelma: sairaanhoitajakoulutus

Osoite: Lamminalhontie 60, 07820 Lapinjärvi

Puhelin: 040 7553997

Sähköposti: anniina.vilander@student.lab.fi

Opiskelijoiden allekirjoitukset

Päiväys: 27.09.2020

Allekirjoitus: 

Nimen selvennys: Sonja Dahl

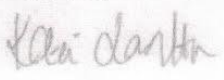
Päiväys: 27. 9. 2020

Allekirjoitus: 

Nimen selvennys: Annina Vilander

Ohjaavan opettajan allekirjoitus

Päiväys: 26. 09. 2020


Allekirjoitus: 

Nimen selvennys: KATI LANTTA

Atendo Tortontalo

30. 9. 2020

Mia Ruso, puolesta Kati Nousiainen


KATI NOUSIAINEN

LIITE 3. Haastattelun teemat

HAASTATTELUN TEEMAT

1. POTILASLÄHTÖISYYS JA HOITOPOLKU
2. MIELENTERVEYSPALVELUIDEN KOKONAISUUS JA HOIDON JATKUVUUS
3. JATKOHOIDON TOTEUTUMINEN
 - Jatkohoidon hyvät ominaisuudet
 - Jatkohoidon epäkohdat
4. KEHITTÄMISKOHTEET JATKOHOIDOSSA