



# **Psykiatrisen sairaalan ja avo- hoidon yhteistyön kehittäminen psykoosipotilaan hoidossa**

Salla Simpura-Päivö

Jaakko Syrjäpalo

OPINNÄYTETYÖ

Lokakuu 2022

Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Kliinisen asiantuntijan koulutus

Johtamisen koulutus

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysalan ylempi korkeakoulututkinto  
Kliinisen asiantuntijan tutkinto  
Johtamisen tutkinto

SIMPURA-PÄIVÖ, SALLA & SYRJÄPALO, JAAKKO:

Psykiatrisen sairaalan ja avohoidon yhteistyön kehittäminen psykoosipotilaan hoidossa

Opinnäytetyö 84 sivua, joista liitteitä 11 sivua  
Lokakuu 2022

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää psykiatrisen sairaalan ja avohoidon välistä yhteistyötä psykoosipotilaan hoidossa. Lisäksi tarkoituksena oli yhdenmukaistaa jo käytössä olevia toimintamalleja ja löytää uusia yhteistyötapoja psykiatrisen sairaalan ja avohoidon välisen yhteistyön kehittämiseksi psykoosipotilaan hoidossa. Opinnäytetyön tavoitteena oli luoda yhteistyömalli, jonka avulla voidaan turvata psykoosipotilaan hoidon jatkuvuutta. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa.

Opinnäytetyön lähestymistapa oli osallistava toimintatutkimus. Suunnitteluvaiheessa selvitettiin kokemuksia psykiatrisen sairaalan ja avohoidon välisen yhteistyön haasteista sekä kehittämiskohteista. Aineistonkeruu toteutettiin ryhmähaastatteluna, jonka aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Haasteina yhteistyössä osallistujat kokivat hoidon jatkuvuuden haasteet ja tiedonkulun haasteet. Haastattelun tulosten perusteella osallistujat valitsivat kaksi kehittämiskohdetta, joita alettiin kehittää yksiköissä toimintavaiheessa. Toimintavaiheen ajan kerättiin kokemuksia toiminnan kehittämisestä ja esiin nousseisiin haasteisiin tutkijat reagoivat tarkennetuilla ohjeilla. Havainnointivaiheessa toimintavaiheen keskellä järjestettiin tapaaminen, jossa toiminnan kehittämistä havainnoitiin. Reflektiovaiheessa järjestettiin toinen ryhmähaastattelu, jossa kartoitettiin osallistujien kokemuksia valituista kehityskohteista toimintavaiheen aikana. Osallistujat kokivat yhteistyön ja tiedottamisen lisääntyneen. Viitteellisen muistutteen hyödyntäminen yhteydenotoissa vaati vielä harjoittelua yksiköissä. Osallistavan toimintatutkimuksen sykli toteutui kerran.

Haastattelujen tulosten ja toiminnasta esiin nousseiden huomioiden perusteella viimeisteltiin yhteistyömalli psykoosipotilaan hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Yhteistyömallia voidaan tulevaisuudessa hyödyntää psykoosipotilaan hoidossa sekä osana työntekijöiden perehdytystä. Jatkotutkimusehdotukseksi ehdotetaan yhteistyömallin jatkuvaa seurantaa ja jatkokehittämistä. Yhteistyömallin pohjalta voitaisiin selvittää potilaiden ja heidän omaisten kokemuksia hoidon jatkuvuudesta.

---

Asiasanat: psykoosipotilaan hoito, psykiatrisen avohoidon ja sairaalan yhteistyö, hoidon jatkuvuus

## ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Master's Degree Programme in Clinical Expertise and Development  
Master's Degree in Management of Health Care and Social Services

SIMPURA-PÄIVÖ, SALLA & SYRJÄPALO, JAAKKO:  
Development of Cooperation between Psychiatric Hospital and Outpatient Care  
in the Treatment of Psychotic Patients

Master's thesis 84 pages, appendices 11 pages  
October 2022

---

The aim was to develop the cooperation between the psychiatric hospital and the care in the treatment of the psychotic patient in Pirkanmaa hospital district and standardize already used operational models and find new ways of cooperation. The purpose was to create an operating model that can be used to ensure the continuity of treatment for a psychotic patient.

Participatory action research was used. In the planning phase the experiences of the challenges of external cooperation between the psychiatric hospital and outpatient care, as well as areas for development of the cooperation were explored using a group interview. The data were analyzed by using qualitative content analysis. The participants experienced two main challenges: continuity of care and information flow.

Based on the results participants chose two development targets which they started to develop during the operational phase. The second group interview was organised in reflection phase in which the participants' experiences regarding the appropriate implementation of the development targets were clarified.

Cooperation and information had increased but communication methods still require practice. After this the cooperation model was finished to secure the continuity of the treatment of the psychotic patient. The cooperation model must be further developed and evaluated in the future.

---

Key words: treatment of a psychotic patient, cooperation between psychiatric outpatient care and hospital, continuity of care

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	6
2	TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS .....	8
	2.1 Tampereen yliopistollinen sairaala .....	8
	2.2 Psykoosien hoito-ohjelma .....	11
	2.3 Mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraatio .....	12
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	15
	3.1 Psykoosipotilaan hoito .....	18
	3.2 Sairaalan ja avohoidon yhteistyö.....	19
	3.3 Psykoosipotilaan hoidon jatkuvuus .....	20
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE.....	22
5	OSALLISTAVAN TOIMINTATUTKIMUKSEN TOTEUTUS .....	23
	5.1 Osallistava toimintatutkimus.....	23
	5.2 Suunnitteluvaihe.....	25
	5.2.1 Ryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä.....	26
	5.2.2 Haastatteluaineiston analyysi ja kehittämiskohteiden valinta .....	28
	5.2.3 Yhteistyön haasteet psykoosipotilaan hoidossa .....	32
	5.2.4 Hoidon jatkuvuuden haasteet .....	33
	5.2.5 Tiedonkulkuun liittyvät haasteet .....	35
	5.2.6 Sairaalan ja avohoidon välisen yhteistyön kehittäminen psykoosipotilaan hoidossa .....	37
	5.2.7 Viestinnän kehittäminen .....	38
	5.2.8 Yhteistyötapojen kehittäminen.....	40
	5.2.9 Hoitoneuvottelumuotojen kehittäminen.....	43
	5.3 Toimintavaihe.....	45
	5.3.1 Toimintavaiheen keskeiset tulokset.....	45
	5.4 Havainnointivaihe.....	47
	5.4.1 Kokemuksia valituista kehittämiskohteista.....	47
	5.5 Reflektiovaihe.....	48
	5.5.1 Kehittämistoiminnan tarkastelu.....	48
	5.5.2 Kokemuksia kehittämiskohteista.....	49
	5.5.3 Yhteydenottojen ja tiedottamisen lisääntyminen.....	50
	5.5.4 Viitteellisen muistutteen hyödyntäminen.....	51
	5.5.5 Reflektiovaiheen keskeiset tulokset.....	53
6	YHTEISTYÖMALLIN KEHITTÄMINEN .....	55
7	POHDINTA .....	59

7.1 Eettisyys.....	59
7.2 Luotettavuus .....	61
7.3 Tulosten tarkastelu.....	65
7.3.1 Yhteistyömallin tarkastelu.....	65
7.4 Jatkotutkimus- ja kehittämis ehdotukset.....	67
LÄHTEET.....	68
LIITTEET .....	74
Liite 1. Opinnäytetyössä käytetyt tieteelliset artikkelit .....	74
Liite 2. Kutsu osallistua tutkimukseen .....	78
Liite 3. Suostumuslomake tutkimukseen osallistumiseksi .....	79
Liite 4. Ryhmähaastatteluiden haastattelurungot .....	80
Liite 5. Psykiatrisen sairaalan ja avohoidon yhteistyön haasteet ja kehittämiskohteet .....	81
Liite 6. Valittujen kehittämiskohteiden toimivuus käytännön työssä ....	82
Liite 7. Psykoosipotilaan hoidon jatkuvuutta edistävät toimintatavat ...	83
Liite 8. Psykoosipotilaan hoidon jatkuvuuden viestinnän yhteistyömalli	

## 1 JOHDANTO

Psykoosisairauksista etenkin skitsofrenialla on merkittäviä, elinikäisiä seurauksia sairastuneelle ja hänen läheisilleen (Keskinen 2015, 23). Erityiskorvattaviin lääkkeisiin oli psykoosin vuoksi oikeutettuja 1,7 % väestöstä vuonna 2021 (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022a).

Mielenterveyden häiriöistä aiheutuu merkittävät terveydenhuollon kulut. Erikoissairaanhoidossa psykiatrisen hoidon kustannukset olivat 890 milj. euroa ja perusterveydenhuollossa mielenterveyshoidon kustannukset vastaavasti yli 200 milj. euroa vuonna 2019 (Matveinen 2021, 11). Psykoosisairauksiin liittyvät kustannukset ovat moninaiset ja voivat ulottua sosiaali- ja terveydenhuollosta oikeusjärjestelmään, työkyvyttömyyden kustannuksiin sekä psykoosipotilaiden heikentyneeseen elämänlaatuun. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden hyvä integrointi ja palveluketjun katkeamattomuus tulee olemaan keskeistä haettaessa säästöjä kustannuksiin. (Wahlbeck ym. 2018, 84, 87.)

Mielenterveyslaissa (1116/1990) säädetään, että mielenterveyspalvelut on järjestettävä ensisijaisesti avohoidossa, tukien potilaan oma-aloitteista hoitoon haakeutumista ja itsenäistä suoriutumista. Sairaalapaikkoja on vähennetty ja paine avohoidossa kasvanut. 2000-luvun alkupuolelta psykiatriset sairaalahoitojaksot ovat lyhentyneet ja vuodesta 2005 vuoteen 2018 keskimääräinen hoitoaika on lyhentynyt yli 10 vuorokautta (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022b). Kuitenkin tahdostaan riippumatta hoitoon tulevien potilaiden osuus on Suomessa poikkeuksellisen suuri verrattuna muihin eurooppalaisiin maihin. Tämä viittaa ongelmiin avohoidon saatavuudessa ja riittävydessä. (Wahlbeck ym. 2018, 15.) Koska potilaita kotiutetaan psykiatrisesta sairaalasta lyhyempien hoitajaksojen jälkeen, usein myös psyykkinen vointi kotiutushetkellä on huonompi ja avohoidon tarve on suurempi. Tällöin yhteistyön merkitys sairaalan ja avohoidon välillä korostuu. Cervello ym. (2018) toteaaakin, että ammattilaisten välinen koordinointi ja tuki ovat keskeisessä asemassa psykiatrisen potilaan hoidossa ja yhteistyön vahvistamisessa (Cervello ym. 2018, 97). Hoidon siirtyminen hoitopaikasta toiseen on kriittinen vaihe psykoosipotilaan hoidossa, ja tällöin hoidon jatkuvuus voi vaarantua yksiköiden välisen puutteellisen tai epäselvän tiedonsiirron vuoksi. Tällöin myös

potilaalla on usein puutteellinen ymmärrys omasta hoidon tarpeestaan. (Batcha ym. 2011, 331.) Myös Macdonald ym. (2021) toteavat tutkimuksessaan, että etenkin skitsofreniapotilaiden kohdalla hoidon jatkuvuus on koko hoidon ydin. Hoidon jatkuvuuden heikkeneminen voi vaikuttaa negatiivisesti optimaalisen hoidon saavuttamiseen ja psykososiaalisten interventioiden toteutumiseen. (Macdonald ym. 2021, 1–5.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää psykiatrisen sairaalan ja avohoidon välistä yhteistyötä psykoosipotilaan hoidossa. Lisäksi tarkoituksena oli yhdenmukaistaa jo käytössä olevia toimintamalleja ja löytää uusia toimintamalleja psykiatrisen sairaalan ja avohoidon välisen yhteistyön kehittämiseksi psykoosipotilaan hoidossa. Opinnäytetyön tavoitteena oli luoda yhteiseen käyttöön yhteistyömalli psykoosipotilaan hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi.

Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa ja aihe valikoitui työelämän tarpeista, sekä opinnäytetyön tekijöiden oman kiinnostuksen pohjalta. Käytännön kokemus on osoittanut, että psykiatrisen sairaalan ja avohoidon välisessä yhteistyössä on haasteita. Aihe on erityisen ajankohtainen, koska Tampereen yliopistollisen sairaalan psykiatrian toimialueen ja Tampereen kaupungin mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraatio on tapahtunut hiljattain. Yhteistyön merkitys korostuu myös voimaan tulevan sote-uudistuksen ja Pirkanmaan hyvinvointialueen myötä.

## 2 TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS

### 2.1 Tampereen yliopistollinen sairaala

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidolliset palvelut tuottaa Tampereen yliopistollinen sairaala (TAYS). Suurintaa osaa psykiatrisista potilaista hoidetaan avohoidossa. Psykiatrisia aikuispotilaita hoidetaan Tays Keskussairaalan yksiköissä sekä Nokialla sijaitsevassa Pitkäniemen sairaalassa, missä toimii myös psykiatrian päivystys. (Tampereen yliopistollinen sairaala 2022a.) Vakavia mielenterveys- ja päihdehäiriöitä hoidetaan Tays:n poliklinisissä mielenterveys- ja päihdepalveluissa tai päiväsaaralayksiköissä. Palveluihin tarvitaan yleensä lähete. Läheteen perusteella arvioidaan hoidon tarve ja hoitotaho. Sairaalahoidon jälkeen potilaiden jatkohoito tapahtuu yleensä poliklinikoilla. (Tampereen yliopistollinen sairaala 2022b.)

Tays psykiatrian avohoidon yksiköt, jotka osallistuvat erityisesti psykoosipotilaan hoitoon ovat Psykoosisairauksien poliklinikka, Tehostetun psykoosihoidon poliklinikka ja Päiväsairaala 3. Hoidon aloitusta varten tarvitaan aina lähete. Kyseiset yksiköt siirtyivät Tampereen kaupungilta Pirkanmaan sairaanhoitopiirille integraatiossa 1.1.2021. Tampereen yliopistollisessa sairaalassa toimii myös psykiatrian kotiutustiimi sekä Rajapinta-työryhmä. (Tampereen yliopistollinen sairaala 2022a.)

Psykoosisairauksien poliklinikka tarjoaa määräaikaista hoitojaksoja aikuisikäisille psykoosipotilaille. Hoitojaksolla tehdään hoito- ja kuntoutussuunnitelma, jota toteutetaan keskustelutapaamisin hoitajan ja lääkärin kanssa sekä hoidollisissa ryhmissä. Hoidon ja kuntoutuksen yhteistyötahoja ovat tuetun asumisen palvelut, päivätoiminta ja 3. sektorin palvelut. Psykoosisairauksien poliklinikalla työskentelee 5 sairaanhoitajaa, 4 lääkärinä, osastonsihtööri, psykologi, toimintaterapeutti ja sosiaalityöntekijä. Poliklinikalla hoidetaan noin 1300 potilasta vuodessa. (Tampereen yliopistollinen sairaala 2022c.)



Tehostetun psykoosihoidon poliklinikan tarkoituksena on tarjota potilaalle hoitoa ja apua silloin, kun potilas ei kykene itsenäisesti saapumaan poliklinikan vastaanotolle, vaikka hänen psyykkinen vointinsa sitä vaatisi. Työryhmän ensisijaisena tavoitteena on turvata psykiatrisen hoidon jatkuvuus ja sosiaalinen selviytyminen psyykkisen sairauden pahentuessa tai turvata potilaan sairaalahoidosta kotiutumisesta ja kuntoutumisen aloitusta. Kotikäyntityötä toteutetaan työparityöskentelyinä. Työryhmässä työskentelee 13 sairaanhoitajaa, osastonhoitaja, kolme lääkäriä, osastonsihtööri, toimintaterapeutti, osa-aikainen psykologi ja sosiaalityöntekijä. Tapaamistiheys ja hoitajakson kesto määrittyvät potilaan tarpeiden mukaan. Poliklinikalla hoidetaan noin 800 potilasta vuodessa. (Tampereen yliopistollinen sairaala 2022d.)

Päiväsairaala 3 tarjoaa tehostettua psykiatrista avohoitoa 18–29-vuotiaille nuorille aikuisille, joilla on vakava mielenterveyden häiriö. Päiväsairaala 3:n erityisenä kohderyhmänä ovat ensipsykoosipotilaat. Päiväsairaalan hoitoyksikkö painottuu yhteisö- ja ryhmähoitoon. Hoitoaika on keskimäärin noin kuusi viikkoa. Päiväsairaalassa työskentelee 4 sairaanhoitajaa, lääkäri, toimintaterapeutti, psykologi, osastonsihtööri ja sosiaalityöntekijä. Poliklinikalla hoidetaan keskimäärin 200 potilasta vuodessa. (Tampereen yliopistollinen sairaala 2022e.)

Tampereen yliopistollisessa sairaalassa toimii psykiatrian kotiutustiimi, johon kuuluu kaksi sairaanhoitajaa. Kotiutustiimi koordinoi avohoitoa ja pyrkii sujuvoittamaan TAYS Pitkäniemen ja Sastamalan yksiköistä kotiutuvien psykoosipotilaiden kotiutumista. Kotiutustiimin hoitajat osallistuvat hoitoneuvotteluihin ja moniammatillisiin hoidon suunnittelun palavereihin. Poliklinikalla hoidetaan noin 700 potilasta vuodessa. Kotiutustiimi tarjoaa myös vastaanottokäyntejä ja kotikäyntejä, kunnes avohoito vastaanottavalla poliklinikalla käynnistyy. (Tampereen yliopistollinen sairaala 2022f.) Kotiutustiimin toiminta alkoi toukokuussa 2015, ja sen tarkoituksena on tehostaa potilaiden kotiutumiseen liittyvää prosessia (Alanen 2016, 30).

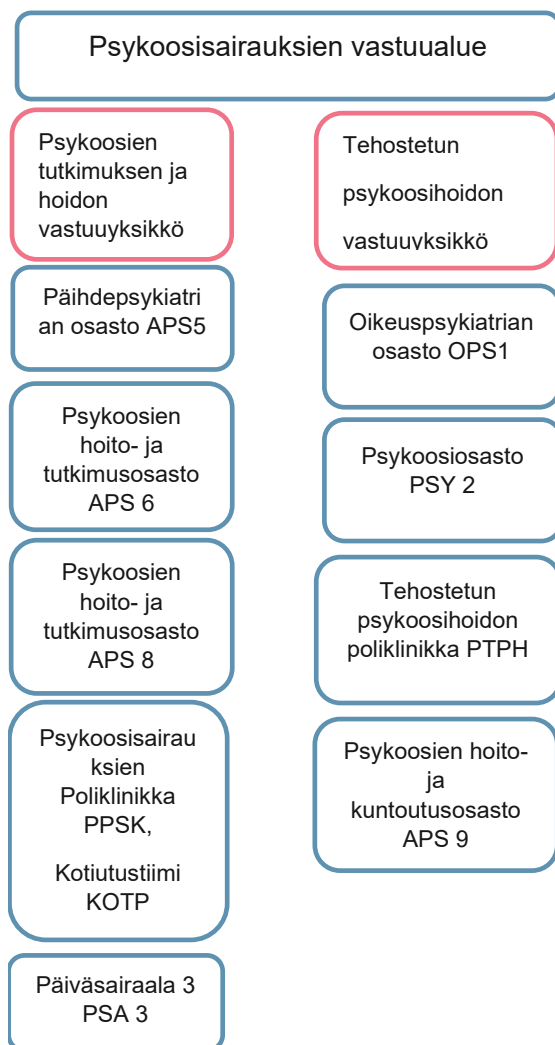
Rajapintatoiminnalla tarkoitetaan sairaalahoidon ja avohoidon välisellä alueella tapahtuvaa intensiivistä työskentelyä. Tampereen yliopistollisessa sairaalassa käynnistettiin vuonna 2015 projekti, jonka tavoitteena oli kokeilla tarjota potilaille

osastohoidon sijasta vaihtoehtoinen, polikliininen avohoito ja tällä tavoin vähentää sairaalan kuormitusta sekä kehittää uutta toimintamallia potilaan ja hänen perheensä hoitamiseksi sairaala- ja avohoidon rajapinnassa. Toiminta vakiintui vuonna 2008. (Tammentie ym. 2008.) Rajapinta-työryhmässä toimii tällä hetkellä kaksi sairaanhoitajaa ja erikoislääkäri.

Hoito- ja tutkimusosasto 6 on suljettu osasto, jolla hoidetaan aikuisikäisiä potilaita. Osastolla on 18 potilaspaikkaa, hoitajakson keskimääräinen pituus on 19 vuorokautta ja hoitajaksoja on vuosittain noin 340. Osastolla hoidetaan myös psykiatrista hoitoa tarvitsevia turvapaikanhakijoita. Henkilökuntaan kuuluu kaksi lääkäriä, osastonhoitaja, 13 sairaanhoitajaa, 11 mielenterveyshoitajaa, kolme sairaalahuoltajaa sekä osastonsihtööri, psykologi ja sosiaalityöntekijä. Potilaan hoito jatkuu useimmiten psykiatrisessa avohoidossa. (Tampereen yliopistollinen sairaala 2022g.)

Hoito- ja tutkimusosasto 8 on suljettu osasto, jolla hoidetaan aikuisikäisiä potilaita, jotka tarvitsevat hoitoa pääasiassa psykoosista selviytymiseen. Osastolla on 12 potilaspaikkaa. Osasto perustettiin tammikuussa 2020 määräajaksi. Osaston henkilökuntaan kuuluu lääkäri, osastonhoitaja, 11 sairaanhoitajaa, seitsemän mielenterveyshoitajaa, kolme sairaalahuoltajaa sekä osastonsihtööri, psykologi ja sosiaalityöntekijä. Hoidon suunnittelu aloitetaan heti osastolle tulotilanteessa, yhteistyössä potilaan kanssa määritellään hoidon tavoitteet ja sisältö. Potilaan perheen ja muiden läheisten toivotaan osallistuvan hoitoon. Potilaiden hoito jatkuu useimmiten psykiatrisessa avohoidossa. (Tampereen yliopistollinen sairaala 2022h.)

Hoito- ja kuntoutusosasto 9 on suljettu osasto, jolla hoidetaan aikuisikäisiä potilaita, joilla on vakava psykoosisairaus tai muu vakava mielenterveyden häiriö. Osastolla on 18 potilaspaikkaa. Hoito osastolla perustuu erityiskuntouttavaan toimintatapaan ja hoitoon kuuluu myös erilaisia ryhmiä. Osastolla toteutetaan myös sovitusti intervallijaksoja potilaan voinnin tukemiseksi. Keskeinen osa hoitoa on yhteistyö perheen, lähiverkoston ja avohoidon työntekijöiden kanssa. Henkilökuntaan kuuluu lääkäri, osastonhoitaja, sairaanhoitajia, mielenterveyshoitajia, sairaalahuoltajia, osastonsihtööri, psykologi ja sosiaalityöntekijä. (Tampereen yliopistollinen sairaala 2022i.)



KUVIO 1. PSHP:n psykiatrian toimialue 5:n vastuualuekaavio (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2022, muokattu)

## 2.2 Psykoosien hoito-ohjelma

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri on laatinut hoitoalan ammattilaisille tarkoitettuja ohjeita, joilla pyritään luomaan yhtenäisiä hoitokäytäntöjä koko sairaanhoitopiirin alueella. Hoito-ohjelmissa on määritelty sairauksien etiologia, diagnostiikka sekä hoidon keskeiset periaatteet. (Tampereen yliopistollinen sairaala 2022j.) Psykoosien alueellisessa hoito-ohjelmassa (2013) todetaan, että hoidon jatkuvuuden varmistaminen on tärkeää potilaan ja hänen läheistensä kannalta. Haasteita hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi asettavat esimerkiksi organisaatorajat, tietojärjestelmiin liittyvät ongelmat ja rahoituskysymykset. Hoidon jatkuvuuden varmistamiseksi tulee kiinnittää huomiota siirtymävaiheisiin, jolloin siirrot suunnitellaan

huolellisesti, "saattaen vaihtaan" ja turvataan hoidollista kiinnittymistä. Siirtymävaiheissa läheisten kuuleminen ja hoidon suunnittelun mukaan ottaminen tärkeää. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2013). Psykoosien hoito-ohjelmassa hoidon keskeisiksi periaatteiksi mainitaan varhainen tunnistaminen ja hoito, toimintakyvyn ylläpito ja vahvistaminen, perhekeskeisyyden lisääminen, jatkuvuuden ja hoidon kokonaisuuden varmistaminen. Hoito-ohjelman jalkautuminen käytännön työhön ei ole onnistunut kuin osittain. Jatkossa tarvitaan henkilöstön menetelmäosaamisen lisäämistä sekä yhteistyön lisäämistä läheisten, perusterveydenhuollon, sairaalan ja kolmannen sektorin kanssa. (Alanen 2016, 22.)

Syyskuussa 2022 Pirkanmaan sairaanhoitopiiri on julkaissut Psykoosipotilaan hoitoketjun, joka pohjautuu Psykoosien hoito-ohjelmaan. Hoitoketjun tavoitteena on muun muassa saada aikaan yhteinen, organisaatorajat ylittävä hoitosuunnitelma, parantaa terveydenhuollon toimijoiden välistä yhteistyötä ja tiedonkulkua sekä parantaa hoidon jatkuvuutta, kiinnittäen erityistä huomiota hoitovastuun määrittelyyn, rajapintoihin, hoitojen siirtovaiheisiin ja useisiin samanaikaisiin muutoksiin. Hoitoketjun arvioinnin ja juurrutuksen tueksi on laadittu tarkistuslista. Tarkistuslistassa yhtenä kohtana on nostettu esille yhteydenotto avohoitoon ensimmäisenä arkipäivänä sairaalaan tulon jälkeen. (Psykoosipotilaan hoitoketju 2022.)

### **2.3 Mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraatio**

Tampereen kaupungin tilaajaryhmä ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos auditoivat mielenterveyspalveluita vuonna 2009. Yhteishankkeen kohteena olivat Tampereen väestön nuorisopsykiatrian, aikuispsykiatrian ja psykogeriatrian palvelut. Auditoinnin tavoitteena oli hoitoketjujen hoitoprosessien toimivuuden selvittäminen, erityisesti erikoissairaanhoidon ja perustason palveluiden nivelvaihe, Tampereen kaupungin oman ja sairaanhoitopiirin toiminnan työnjako ja yhteensovittaminen sekä mielenterveys- ja päihdepalvelujen yhteensovittaminen. Hankkeen lopputuloksina on esitetty hoidon laadun kehittämiseksi muun muassa avopalveluiden turvaaminen ennen sairaalahoitopalvelujen vähentämistä ja todettu, että sekä perus- että erikoistason avopalveluja kehittämällä sairaalahoidon tarve vä-

hitellen vähenee noin 25–30 %. Hankkeen lopputuloksissa on esitetty myös kaikkien Tampereen yliopistollisen sairaalan psykiatrian toimintojen sijoittumista Tays Keskussairaalan yhteyteen. (Wahlbeck ym. 2009.) Hankkeen ehdotusten mukaisesti, Pitkäniemen sairaalan psykiatrian sairaalapalvelut siirtyvät Keskussairaalan alueelle Psykiatrian uudisrakennukseen vuonna 2023–2024 (Tampereen yliopistollinen sairaala 2022k).

Tampereen yliopistollisen sairaalan psykiatrian toimialueen ja Tampereen kaupungin mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraatiota alettiin valmistella vuonna 2019. Integraatio toteutui 1.1.2021. Yhdistymishankkeen visiona on mielenterveys- ja päihdepalveluiden saatavuuden, laadun ja resurssien turvaaminen myös tulevaisuudessa, edeten samalla kohden maakunnallista mielenterveys- ja päihdepalveluiden kokonaisuutta. Yhdistymishankkeen tavoitteina on muun muassa helpottaa avohoitopainotteisten ja asiakaslähtöisten palveluketjujen rakentamista yhdistämällä avo- ja sairaalahoito samaan organisaatioon. (Tampereen yliopistollinen sairaala 2020.) Vuoden 2023 alusta Pirkanmaan hyvinvointialueen vastuulle tulee myös mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestäminen (Tampereen yliopistollinen sairaala 2022l).

Sairaalan ja avohoidon välisen työnjaon selkeyttäminen on ollut myös yksi Pirkanmaan aikuispsykiatrisen palvelujärjestelmän muutos -projektin tavoitteista. Projektissa on ydinmäärittelyinä mainittu, että avohoidon vastuulla on potilaan hoitokokonaisuus ja psykiatrinen sairaalahoito on avohoidon tuki. (Alanen 2016, 14.) Avohoidon saumaton aloitus on ensisijainen toimenpide sairaalaan palaavien potilaiden osuuden pienentämiseksi (Pirkanmaan mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraatio-projekti/Pirkanmaan sairaanhoitopiirin valtuusto 2020).

Integraatiossa Tampereen kaupungin mielenterveys- ja päihdepalvelujen yksiköistä Tampereen yliopistollisen sairaalan psykiatrian toimialueeseen yhdistyivät psykiatria- ja päihdekeskus sekä Ensiohjaus Ensio, Sarviksen psykiatrian yksikkö, psykiatrian poliklinikka maahanmuuttajille, syömishäiriöyksikkö, persoonallisuushäiriöyksikkö, Tipotien psykiatrian yksikkö mukaan lukien psykoosityöryhmä ja nuorten aikuisten työryhmä, liikkuva psykiatrinen työryhmä ja psykiatrinen intensiiviyksikkö, päiväsairaalat 1 ja 3 sekä psykogeriatrian poliklinikka ja

psykogeriatrinen kotikuntoutus. (Tampereen yliopistollinen sairaala 2019.) Integraatioissa potilastietojärjestelmä yhtenäistyi Uranus-potilastietojärjestelmään.

### 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä olivat psykoosipotilaan hoito, psykiatrisen avohoidon ja sairaalan yhteistyö sekä hoidon jatkuvuus, joiden perusteella tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat muodostuivat. Aiheeseen liittyvän aiemman tutkimustiedon haussa käytetyt hakusanat, tietokannat ja hakujen tulokset on esitetty taulukossa 1, sekä tutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit on esitetty taulukossa 2. Tiedonhaun prosessin eteneminen ja lopullisten artikkeleiden valinta on kuvattu kuviossa 2. Teoreettisissa lähtökohdissa käytetyt artikkelit ovat liitteenä (Liite 1). Tiedonhakua täydennettiin manuaalisesti valitsemalla valittujen artikkeleiden lähdeluetteloista tutkimuskysymykseen vastaavia artikkeleita sekä käyttämällä muita sopivia lähteitä, kuten esimerkiksi Käypä hoito -suosituksia. Valituille tutkimuksille tehtiin laadunarviointi käyttämällä JBI:n arviointikriteereitä (Hotus 2022). Tutkimusten laadunarvioinnit löytyvät liitteestä 1.

TAULUKKO 1. Tietokantahaut.

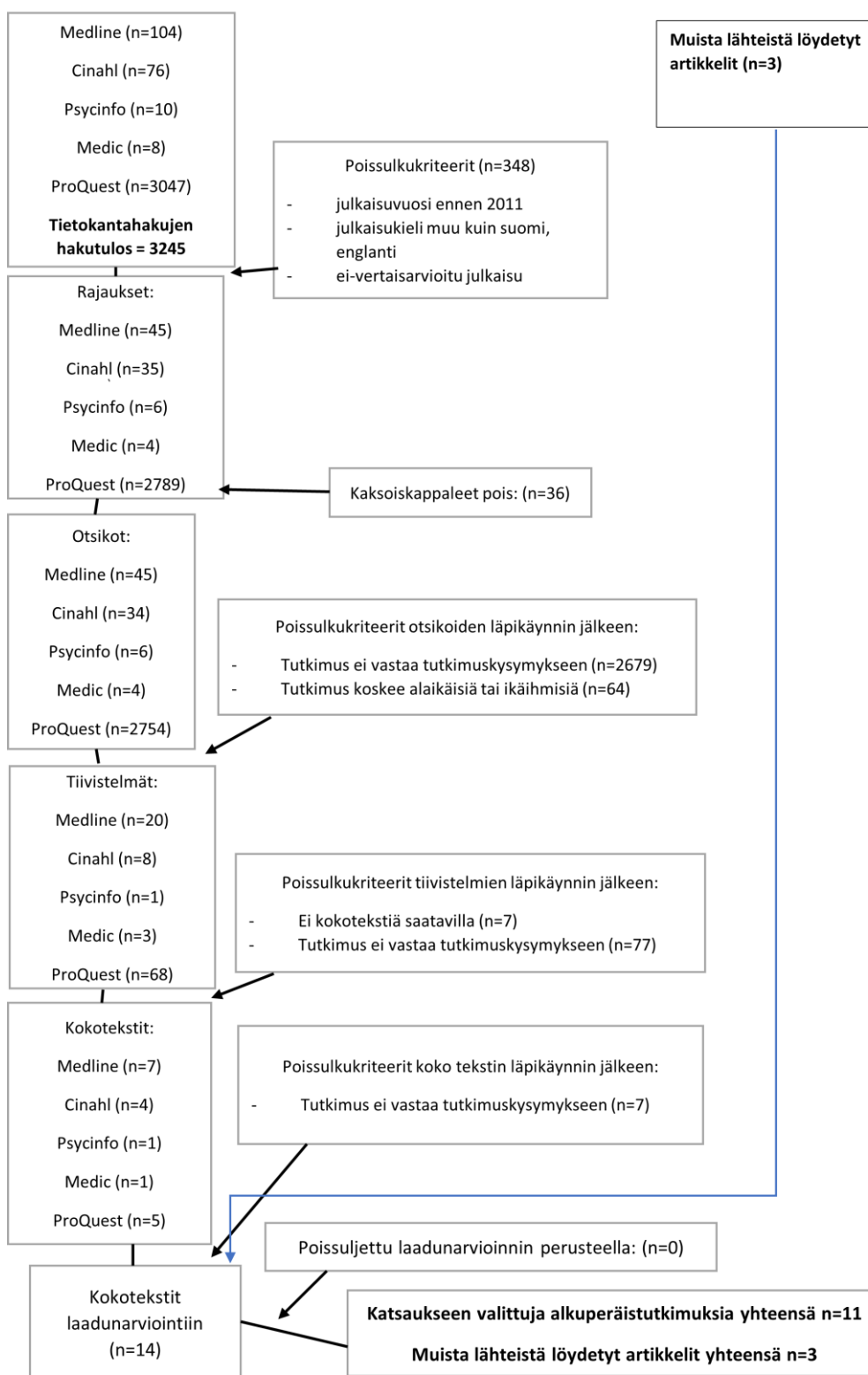
Hakusanat	Tietokanta	Tuloksien määrä
cooperation or collaboration or teamwork AND psychotic AND continuity of care OR cooperation OR community health care	Cinahl	51 (valittu 1)
psychosis or *psychotic disorder* or schizophrenia AND *inpatient psychiatric unit* or ward or hospital AND *outpatient clinic* or *ambulatory care* or *outpatient services* or *outpatient care* or *community mental health care* AND communication or cooperation or collaboration or teamwork	Cinahl	18 (valittu 0)
psychosis or *psychotic disorder* or schizophrenia AND *inpatient psychiatric unit* or ward or hospital AND *outpatient clinic* or *ambulatory care* or *outpatient services* or *outpatient care* or *community mental health care* AND continuity of care	Cinahl	7 (valittu 1)
Psykoo* AND avohoi* AND sairaal* AND yhteistyö* AND "hoidon jatkuvuu**"	Medic	8 (valittu 1)
psychosis or *psychotic disorder* or schizophrenia AND *inpatient psychiatric unit* or ward or hospital AND *outpatient clinics* or *ambulatory care* or *outpatient services* or *outpatient care* or *community mental health care* AND communication or cooperation or collaboration or teamwork	Medline	56 (valittu 2)
psychosis or *psychotic disorder* or schizophrenia AND *inpatient psychiatric unit* or ward or hospital AND *outpatient clinic* or *ambulatory care* or *outpatient services* or *outpatient care* or *community mental health care* AND continuity of care	Medline	48 (valittu 3)

psychosis and continuity of care	ProQuest	3047 (valittu 2)
psychosis and continuity of care*	Psycinfo	10 (valittu 1)

## TAULUKKO 2. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

<b>Sisäänottokriteerit</b>	<b>Poissulkukriteerit</b>
Aineisto vastaa tutkimuskysymykseen	Aineisto ei vastaa tutkimuskysymykseen
Aineisto koskee aikuisikäisiä psykoosipotilaita	Aineisto koskee muita, kuin aikuisikäisiä psykoosipotilaita
Aineisto on julkaistu vuosina 2011-2021	Aineisto on julkaistu ennen vuotta 2011
Aineiston julkaisukieli on suomi tai englanti	Aineiston julkaisukieli ei ole suomi tai englanti
Aineisto on saatavilla ilmaisena ja kokotekstinä	Aineisto on maksullinen tai ei saatavissa kokotekstiä
Aineisto on vertaisarvioitu tieteellinen artikkeli tai väitöskirja	Aineisto on opinnäytetyö, kirjallisuuskat-saus tai ammattilehden artikkeli





KUVIO 2. Prisma-kuvio tiedonhaun prosessista (Page ym. 2020, muokattu).

### 3.1 Psykoosipotilaan hoito

Psykoosilla tarkoitetaan ihmisen mielen tilaa, jossa ihmisen on vaikea erottaa mikä on todellista ja mikä ei. Näitä kutsutaan psykoottisiksi jaksoiksi. Jakson aikana voi ilmaantua harha-ajatuksia, vainoamiskokemuksia, ääniharhoja sekä positiivisia ja negatiivisia oireita. Useat psyykkiset sairaudet voi sisältää psykoottista oireilua, kuten psykoottinen mania, psykoottinen masennus, päihdepsykoosi tai skitsofrenia. Oireet näissä ovat hyvin yksilöllisiä ja diagnosointi voi olla vaikeaa. Siksi aluksi täytyy keskittyä oireiden hyvään hoitoon. Psykoosijaksosta voi kuntoutua, eikä se välttämättä uusiudu potilaalla koskaan. Mitä aiemmin hoito alkaa, sitä parempi ennuste kuntoutumiselle on. (Bromley, Choi & Faruqi 2015, 1–5;12–14.)

Psykoottisuus ilmenee usein ajatusten ja puheen hajanaisuutena. Potilaan psykoosioireet voivat vaihdella runsaasti. Psykoosia kuvataan tilana, jossa ihmisen todellisuudentaju on heikentynyt. Psykoosi voi olla seurausta ruumiillisesta sairaudesta tai päihteiden käytöstä. Psykoosien ja psykoosiriskissä olevien potilaiden kohdalla varhainen ja aktiivinen hoidon aloitus parantaa toipumisennustetta ja on tärkeässä osassa psykoosien ehkäisyssä. (Lönngqvist & Suvisaari 2011, 134.)

Psykoosipotilaan hoidossa psykoosin tunnistaminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa on ensiarvoisen tärkeää. Tarkempi diagnostiikka ja hoidon suunnittelu tehdään erikoissairaanhoidossa. Psykoosin akuuttivaiheessa hoidon tavoitteena on oireiden vähentäminen ja toimintakyvyn ylläpitäminen oikealla lääkityksellä, vuorovaikutuksella ja turvallisella ympäristöllä. Akuuttivaiheessa potilasta hoidetaan avohoidon keinoin psykoosihoitoon suuntautuneessa avohoidon yksikössä tai sairaalahoidossa. Psykoosipotilaan hoidon suurimpia haasteita ovat huono sitoutuminen hoitoon, sekä lääkehoidon käyttämättä jättäminen, joka altistaa psykoosijakson uusiutumiseksi. Psykoosivaiheiden uusiutumista voidaan ehkäistä tukemalla potilaan hoitomyöntyvyyttä ja varmistamalla hoidon jatkuvuus. (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus, 2020.)

Omaisten mukaanotolla on tärkeä rooli psykoosipotilaan hoidossa. Tutkimuksen mukaan omaiset arvostavat avoimuutta, tiedon jakoa ja hoidon jatkuvuuden

suunnittelua yhdessä heidän kanssaan hoidon aikana. Tärkeää on kunnioittaa potilaan luottamuksellisuutta. Omaisten aktiivisen osallistumisen voidaan todeta kehittävän hoidon laatua. (Ewertson, Andershed, Svensson & Lützén 2011, 147;155–156.)

### **3.2 Sairaalan ja avohoidon yhteistyö**

Mielenterveyslaissa (1116/1990) säädetään, että mielenterveyspalvelut on järjestettävä ensisijaisesti avohoidossa, tukien potilaan oma-aloitteista hoitoon ha- keutumista ja itsenäistä suoriutumista. Sairaalan ja avohoidon yhteistyötä on ke- hitettävä ja tietoisuutta avohoidon ratkaisevasta merkityksestä potilaan hoidossa on lisättävä, jotta avohoidon hoitotulokset paranisivat. (Wahlbeck, Creswell- Smith & Haaramo 2019, 124.) Skitsofreniapotilaan hoidossa on keskeistä eri hoito- ja kuntoutusmuotojen yhdistäminen siten, että ne muodostavat yhtenäisen, potilaan elämäntilanteeseen sopivan ja yksilöllisiin tarpeisiin vastaavan toipu- mista edistävän kokonaisuuden. Tällöin yhteistyön merkitys eri terveydenhuollon yksiköiden välillä korostuu. Skitsofreniapotilaan sairaalahoidon tarvetta voivat vä- hentää erityistyöryhmät, esimerkiksi psykoosityöryhmät tai kotihoitotyöryhmät, jotka toimivat muiden avohoitopalveluiden ja sairaalaosaston kanssa yhteis- työssä. (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus, 2020.) Ammattilaisten välinen koor- dinointi ja tuki ovat keskeisessä asemassa psykiatrisen potilaan hoidossa ja yh- teistyön vahvistamisessa (Cervello ym. 2018, 97; Martin & Hirdes 2014, 6). In- tegroidut palvelut psykiatrisen sairaalan ja avohoidon välillä edistävät hoidon tu- loksellisuutta (Martin & Hirdes 2014, 1).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2022) julkaisema Toimenpidesuositus riittä- vän ja laadukkaan psykiatrisen sairaalahoidon turvaamiseksi suosittelee, että hoidon ja kuntoutuksen jatkuvuus on erityisen tärkeää vaikeasti psyykkisesti sai- raiden sekä kaksoisdiagnoosipotilaiden kohdalla. Toimenpidesuosituksessa to- detaan, että hoidon jatkuvuuden varmistaminen hoitovastuun siirtyessä tukee kuntoutumista ja paluuta arkeen sairaalahoitajakson jälkeen. Lisäksi on koros- tettu ammattilaisten välistä yhteistyötä sekä osin yhteisesti toteutettua hoitoa, siir- toneuvotteluiden sekä tutustumisjaksojen merkitystä. Uuden hoitajakson alka- essa osaston henkilöstön tulisi saada tukea myös avohoidon henkilökunnalta,

koska he tuntevat potilaan ajalta ennen akuuttia sairaalahoidon tarvetta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022c, 4.)

### 3.3 Psykoosipotilaan hoidon jatkuvuus

Hoidon jatkuvuus voidaan määritellä kokonaisvaltaiseksi ja johdonmukaiseksi prosessiksi, ja sitä voidaankin pitää nykyaikaisen terveydenhuollon kulmakivenä (Puntis, Rugkåsa & Burns 2016, 1633). Hoidon jatkuvuus on ratkaiseva tekijä psykiatrisessa sairaalahoidossa olevien potilaiden hoidon tuloksissa. Hoidon jatkumattomuuden ongelmat lisäävät riskiä psykoosirelapsiin, kodittomuuteen, itsemurhaan ja rikosten tekemiseen. (Smith ym. 2020, 75.)

Psykiatrisen sairaalan henkilökunnan viestintä avohoidon henkilökunnan kanssa on hoidon jatkuvuutta edistävä käytäntö (Smith ym. 2020, 2). Myös Noseworthy ym. (2014) toteavat tutkimuksessaan, että tiedonkulku ja viestintä psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä ovat merkittävämpiä potilaan kotiutukseen ja hoidon siirtoon liittyviä tekijöitä (Noseworthy ym. 2014, 269). Psykoosipotilaan sitoutumista avohoitoon lisää sairaalassaoloaikana hoitavan lääkärin yhteydenotto avohoidon lääkäriin kotiutussuunnitelmaa tehdessä (Lee ym. 2015, 430). Hoidon jatkumattomuus lisää potilaiden tyytymättömyyttä ja sitoutumattomuutta hoitoon (Puntis ym. 2016, 1633).

Toimivat ja laadukkaat mielenterveyspalvelut mahdollistavat hoidon jatkuvuuden potilaan uloskirjauksen jälkeen. Riski itsemurhaan tai uuden sairaalahoitajakson alkamiseen on suurimmillaan ensimmäisinä viikkoina sairaalasta uloskirjauksen jälkeen. (Wahlbeck ym. 2019, 123.) Skitsofreniadiagnoosin omaavilla potilailla on kohonnut itsemurhariski sairaalasta kotiutumisen jälkeen, mikäli potilas ei ole sitoutunut hoitoon (Olfson ym. 2016, 9).

Psykoosipotilaiden kanssa keskustelu ja hoidon jatkosta tiedottaminen kotiutusvaiheessa lisää potilaan sairaudentuntoa ja luottamusta hoitotahoa kohtaan. Psykiatrisen hoidon yksiköiden on tärkeä luoda yhdessä hoidon jatkuvuuden malleja, joilla voidaan reagoida sairauden oireiden vaihteluihin, säännöllisten tapaamisten

lisäksi. (Puntis ym. 2016, 1641–1642.) Sairaalasta kotiutumisen jälkeen toteutumatta jääneet avohoidon seurantakäynnit ovat mittava ongelma, ja lisäävät riskiä hoidosta pois putoamiselle ja uudelle sairaalahoidolle. Jopa yksi toteutunut avohoidon seurantakäynti pienentää uuden sairaalahoidon riskiä. Olisi tärkeää huomioida ja pienentää siirtymävaiheen riskejä esimerkiksi lyhyillä interventioilla sairaalasta kotiutuessa, ennen avohoidon ensimmäistä aikaa. (Batscha ym. 2011, 330.)

Siirtyminen sairaalahoidosta avohoitoon on edelleen vähän tutkittu vaihe potilaan hoidossa. Sairaalaan paluuta voidaan vähentää parantamalla siirtymiä esimerkiksi potilaskoordinaattoreiden avulla, etenkin vaikeasti psyykkisesti sairaiden potilaiden kohdalla. Vaikeista psyykkisistä sairauksista kärsivien potilaiden hoidon koordinoinnissa on ensiarvoisen tärkeää sujuvan hoitopolun tarjoaminen, koska näiden potilaiden kliiniset ja sosiaaliset tarpeet ovat usein monitahoisia. Näin voidaan edistää toipumista ja parantaa potilaan elämänlaatua. (Maples ym. 2012, 559.) Myös Beadles ym. (2015) toteaa, että usein vakaviin mielenterveyden häiriöihin liittyy somaattisten liitännäissairauksien vuoksi suurempi kuolleisuuden riski. Nämä potilaat tarvitsevat enemmän sairaalahoitoa ja terveydenhuollon kustannukset ovat täten myös suuremmat. Asianmukaisesti kotiutumisen jälkeen ajoitetut avohoidon seurantakäynnit ovat elintärkeitä sekä psyykkisen, että muiden sairauksien seurannan vuoksi ja sairaalaan paluun estämiseksi. Varhaiset psykiatrisen avohoidon seurantakäynnit voivat yhdistää sairaalan ja avohoidon välisiä hoitosuunnitelmia, edesauttaa lääkitykseen sitoutumista, vähentää sairaalaan paluuta ja huomioida yksilölliset palveluiden tarpeet hoidon järjestämiseksi. (Beadles ym. 2015, 364.)

#### 4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää psykiatrisen sairaalan ja avohoidon välistä yhteistyötä psykoosipotilaan hoidossa. Lisäksi tarkoituksena oli yhdenmukaistaa jo käytössä olevia toimintamalleja ja löytää uusia yhteistyötapoja psykiatrisen sairaalan ja avohoidon välisen yhteistyön kehittämiseksi psykoosipotilaan hoidossa.

Tutkimuskysymykset:

1. Minkälaisia haasteita on psykiatrisen sairaalan ja avohoidon välisessä yhteistyössä psykoosipotilaan hoidossa?
2. Miten psykiatrisen sairaalan ja avohoidon välistä yhteistyötä voisi kehittää psykoosipotilaan hoidossa?

Tavoitteena oli luoda yhteistyömalli, jonka avulla voidaan turvata psykoosipotilaan hoidon jatkuvuutta.

## 5 OSALLISTAVAN TOIMINTATUTKIMUKSEN TOTEUTUS

### 5.1 Osallistava toimintatutkimus

Osallistava toimintatutkimus tutkii erityisesti ihmisten vuorovaikutukseen pohjautuvaa toimintaa. Tutkimusympäristöstä nousseiden tietojen ja havaintojen avulla pyritään löytämään uusia, toimintaa parantavia työtapoja. Koko osallistavan toimintatutkimuksen ajan tarkkaillaan prosessin etenemistä, tuloksia, vaikutuksia ja seurauksia. Toimintamallia testataan käytännön prosessissa, havainnoidaan sekä raportoidaan tuloksia ja näiden tietojen perusteella päivitetään mallia uudelleen. Toimintamallia pyritään kehittämään ja arvioimaan koko tutkimuksen ajan ja kehitetään siitä mahdollisimman toimiva. (McTaggart, Nixon & Kemmis 2017, 21–22.)

Osallistavan toimintatutkimuksen keskiössä on jokin ongelma tai kehittämistä vaativa tehtävä, jonka vuoksi tutkimus tehdään. Tutkimus on osa kehittämisen prosessia yhteisöjen välillä. On myös tyypillistä, ettei kehittämistehtävässä ole kysymys loogisesta ongelmasta vaan ihmisyhteisön toimintatavoista ja yhteistyöstä. (Ronkainen ym. 2011, 69.) Osallistava toimintatutkimus on demokraattinen tutkimustapa, jossa tutkijat ovat yhdenvertaisessa asemassa muiden osallistujien kanssa. Tutkijoiden havaintojen ja käytännön kokemusten perusteella tavoitteena on löytää ratkaisut ongelmiin ja kehittää työyhteisön toimintatapoja. (Stringer 2007, 10–11.) Tämän opinnäytetyön keskiössä oli selkeästi määritelty, kehittämistä vaativa kohde, joten lähestymistavaksi valikoitui osallistava toimintatutkimus.

Osallistava toimintatutkimus kuvataan yksittäisen työntekijän ja yhteisön itse-reflektion ketjuna, joka pohjautuu toiminnan kehittämiseen tutkimuksen avulla (Ronkainen ym. 2011, 69). Stringerin (2007) mukaan osallistavassa toimintatutkimuksessa tutkijat osallistuvat heitä koskevien ongelman ja kehittämiskohteen kehittämiseen. He jakavat tietonsa keskenään nykytilanteesta ja kehittämistarpeista. Samalla he tasa-arvoisina havainnoijina ja tutkijoina ovat aktiivisesti mukana ongelman käsittelyssä ja ratkaisemassa sitä jo prosessin alusta asti. Osallistajat katsovat kehityskohdetta jokainen omasta näkökulmastaan. Tavoitteena

tutkimuksessa on luoda rauhallinen ilmapiiri, jossa osallistujat voivat yhdessä pohtia ja havainnoida keinoja yhteistyön parantamiseksi. Osallistavassa toimintatutkimuksessa vahvuutena nähdään myös se, että ihmiset ovat henkilökohtaisesti tekemisissä keskenään ja kehittämiskohteet nousevat esille heidän havaintojensa kautta, eikä ulkopuolisten toimijoiden havainnoista tai tarpeista. (Stringer 2007, 32–33.)

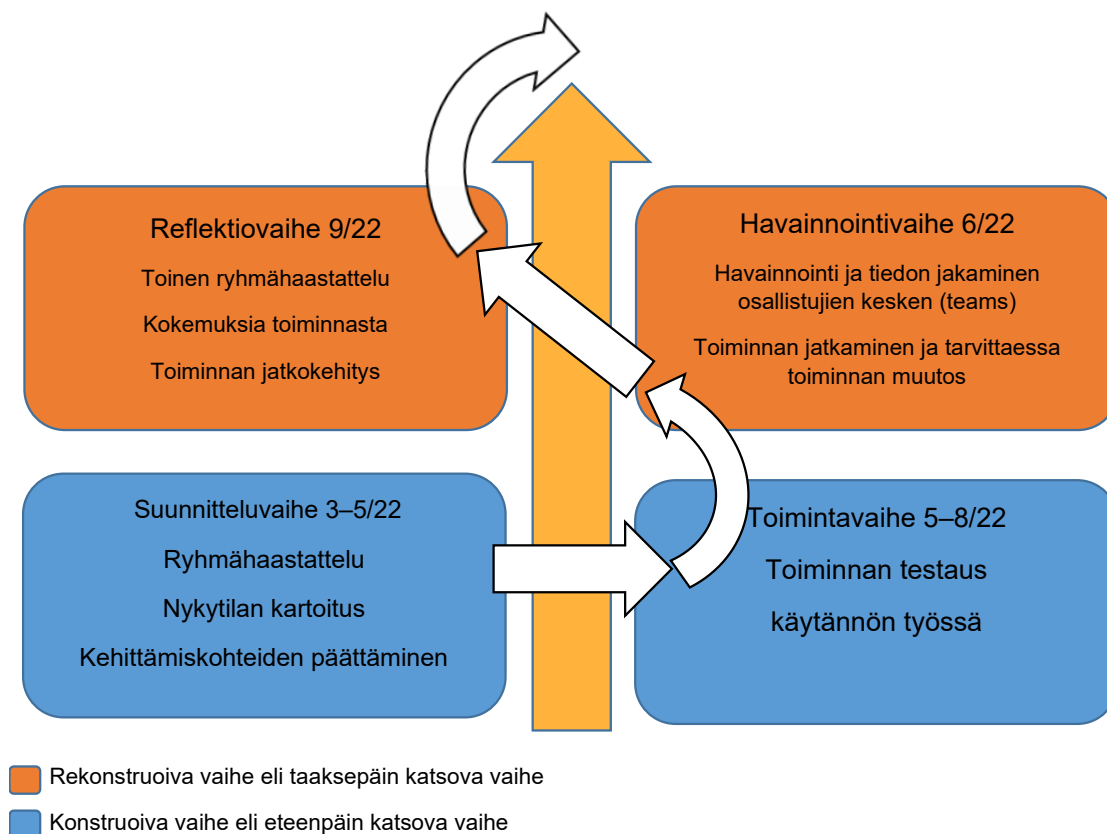
Toiminnan kehittäminen vaatii toimijoiden välillä avointa vuorovaikutusta toimivien käytäntöjen sopimiseksi ja löytämiseksi. Osallistavassa toimintatutkimuksessa osallistujat ovat mukana tutkimuksen suunnittelussa alusta saakka. Havaintoja tekemällä osallistujat keräävät aineistoa, sekä osallistuvat tulkintojen ja päätösten tekoon. (Heikkinen 2006, 16–17, 32–33; de Chesnay 2014, 28) Työntekijöiden mukaan ottaminen ja osallistaminen muutosprosessissa lisää yksittäisen työntekijän motivaatiota muutokseen. Samalla työntekijällä on mahdollisuus vaikuttaa työnkuvaansa. Tämä lisää työn mielekkyyttä ja motivoi kehittämään työtä. (Laaksonen & Salin 2019, 78–79.) Selkeästi yksiköiden käytännön työhön liittyvän tutkimukseen motivoituneiksi osallistujiksi ilmoittautui yksiköiden sairaanhoitajia, joilla on kokemusta psykiatrisen sairaalan ja avohoidon yhteistyön toimivuudesta ennen integraatiota ja sen aikana.

Osallistavassa toimintatutkimuksessa tutkija on fasilitaattori, tutkimusprosessin ohjaaja, joka yhdessä ryhmän kanssa määrittelee tutkittavaa ongelmaa. Tutkimuksen tekijä on tasa-arvoinen yhteistyökumppani, joka pyrkii katalysaattorina, innostajana ja motivoijana, auttamaan osallistujia määrittelemään ongelma ja kehityskohteita heidän toimintaympäristöstään ja löytämään uusia toimivia ratkaisuja. (Stringer 2007, 24–26.)

Osallistavan toimintatutkimuksen prosessi alkaa nykytilan kartoituksella ja muutoksen suunnitteluvaiheella, jonka jälkeen toimintavaiheessa prosessin muutosta testataan käytännön kentällä ja havainnoidaan sen vaikutuksia. Havainnoinnin jälkeen toimintavaihe jatkuu. Tämän jälkeen reflektoidaan prosessin muutoksia ja reagoidaan niihin. Tämän jälkeen suunnitteluvaihe alkaa uudestaan ja sykli toistuu. (McTaggart, Nixon & Kemmis 2017, 21–22.) Tämän opinnäytetyön osallistavan toimintatutkimuksen sykli aikatauluineen on kuvattu alla olevassa kuvi-



ossa 3. Osallistavan toimintatutkimuksen sykli toteutui tutkimuksen aikana ker-  
ran. Sykli alkoi suunnitteluvaiheesta edeten toimintavaiheeseen. Toimintavai-  
heen aikana kesäkuussa järjestettiin havainnointivaiheen tapaaminen osallistu-  
jien kanssa, jossa he yhdessä havainnoivat toimintaa. Sykli päättyi reflektiovai-  
heeseen, jossa yksiköiden kehittämistoimintaa refleктоitiin.



KUVIO 3. Toimintatutkimuksen spiraali (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2007, 78–81) mukailten ja osallistavan toimintatutkimuksen aikataulu

Seuraavaksi käsitellään tutkimuksen toteutusta. Kappaleessa kuvaillaan osallis-  
tavan toimintatutkimuksen vaiheet ja esitellään tarkemmin tutkimuksen toteu-  
tusta.

## 5.2 Suunnitteluvaihe

Suunnitteluvaiheessa osallistajat jakavat yhdessä oman kokemuksensa toimin-  
nan kehittämiskohteesta ryhmähaastattelussa. Kokemusten jako luo ymmärrystä  
osallistujien kesken ja voi tuoda alustavia ratkaisumalleja tilanteen kehittämiseen.

Näistä on tarkoitus saada tarkentavaa ja rikastavaa tietoa nykytilanteesta, osallistujien kokemuksista, toimintatavoista ja kehittämiskohteista. Osallistujilta nousee usein tässä vaiheessa kehityskohteita esille. Koko prosessin ajan on suositeltavaa pitää prosessin aikataulu esillä, josta näkee seuraavat tapaamiset, välietapit ja muut tutkimuksen vaiheet. (Lawson 2015, 10–11; de Chesnay 2014, 29–32.)

### **5.2.1 Ryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä**

Ryhmähaastattelu on hyvä aineistonkeruumenetelmä kehittämishankkeissa, joissa tavoite on yhteisen kielen, käsitteiden ja toimintatapojen luominen ja ymmärtäminen (Vilkkä 2021, 125). Hirsjärvi ja Hurme (2009) kuvaavat ryhmähaastattelua tilanteeksi, johon valitaan yleensä 6–8 henkilöä. Heidät on valittu tieto- ja ammattitaitonsa perusteella. Valintaa tehdessä oletuksena on, että valituilla henkilöiden mielipiteillä on vaikutusta tutkittavana olevaan ilmiöön, kuten toimintatapojen ja asenteiden tarkasteluun, ja he kykenevät saamaan aikaan muutoksen. Ryhmähaastattelun merkitys korostuu silloin, kun halutaan selvittää kuinka osallistujat saavat muodostettua yhteisen ratkaisun ajankohtaiseen kysymykseen. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 61–62.)

Tutkimuksessa haluttiin selvittää, minkälaisia haasteita sairaalan osastoilla ja avohoidossa työskentelevät sairaanhoitajat kokivat psykiatrisen sairaalan ja avohoidon välisessä yhteistyössä psykoosipotilaiden hoidossa ja kuinka yhteistyötä voisi kehittää hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Tutkimuksen osallistujien kartoitus aloitettiin valitsemalla sekä sairaala- että avohoidon yksiköt, jotka osallistuvat erityisesti psykoosipotilaiden hoitoon. Näihin yksiköihin lähetettiin Kutsu osallistua tutkimukseen (Liite 2), joka samalla toimi tutkimuksen tiedotteena. Avohoidosta yksiköiksi valikoitui TAYS Psykoosisairauksien poliklinikka, Tehostetun psykoosihoidon poliklinikka, Päiväsairaala 3 ja Psykiatrinen kotiutustiimi. Sairaalan osastoista valikoitui TAYS Pitkänien sairaalan psykoosien hoito- ja tutkimusosastot 6 ja 8 sekä psykoosien hoito- ja kuntoutusosasto 9. Nämä psykoosisairauksien vastualueen avohoidon yksiköt ja sairaalaosastot hoitavat erityisesti psykoosipotilaita.

Osallistujat valitaan vapaaehtoisesti ja demokraattisesti, mutta osallistujien tietotaito nykytilan ymmärtämisestä on oleellista. Heillä on usein myös ammattitaitoa ratkaista ongelmia ja kehittää toimintaa muiden osallistujien kanssa. Projektin onnistumisen kannalta on tärkeää, että he sitoutuvat ratkaisujen etsimiseen ja tuottamiseen, jotta projekti onnistuu mahdollisimman hyvin. (Lawson 2015, 15.)

Opinnäytetyön osallistujiksi ilmoittautui muutosmotiveituneita yksiköiden sairaanhoitajia, joilla on kokemusta psykiatrisen sairaalan ja avohoidon yhteistyön toivuudesta ennen integraatiota ja sen aikana. Kuten Laaksonen & Salin (2019) ovat todenneet, työntekijöiden mukaan ottaminen ja osallistaminen muutosprosessissa lisää yksittäisen työntekijän motivaatiota muutokseen. Samalla työntekijällä on mahdollisuus vaikuttaa työnkuvaansa. Tämä lisää työn mielekkyyttä ja motivoi kehittämään työtä. (Laaksonen & Salin 2019, 78–79.)

Halukkaiden osallistujien joukosta valittiin kahdeksan osallistujaa, tavoitteena mahdollisimman tasainen edustus jokaisesta yksiköstä. Osallistujille lähetettiin etukäteen suostumuslomake (Liite 3). Osallistujat sitoutuivat tutkimukseen ja olivat motivoituneita kehittämään toimintaa koko tutkimusprosessin ajan suunnitteluvaiheesta reflektiovaiheeseen. Haastatteluajankohdat sovittiin hyvissä ajoin osallistujien ja toimipisteiden toimintojen kannalta parhaimpiin ajankohtiin. Osallistujat sopivat lisäksi tarvittaessa viestivänsä läpi tutkimusprosessin sähköpostin välityksellä. Ennen ryhmähaastattelun alkua käytiin yhdessä läpi Opinnäytetyön tietosuojalomake. Kaikki osallistujat allekirjoittivat suostumuslomakkeen ja toimitivat sen tutkijoille joko paperisena versiona tai sähköpostin liitetiedostona.

Ryhmähaastattelut toteutettiin teemahaastatteluina. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelu, eli lomakehaastattelun ja avoimenhaastattelun välimuoto. Puolistrukturoidussa haastattelumenetelmässä haastattelun teema-aiheet ovat kaikille osallistujille samat. Teemahaastattelussa voidaan muokata hie-man vapaammin kysymysten muotoa ja järjestystä. Haastattelun tarkoituksena on keskittyä viitekehyksen teemoihin, joihin osallistujat syventyvät ja haastattelu etenee keskeisten teemojen mukaisesti. Tällä pyritään saamaan esille tutkittavien ajatukset ja havainnot teemaa koskien. Teemahaastattelussa on myös keskeistä ihmisten tulkinnat ja merkitykset asioissa, jotka syntyvät vuorovaikutuksessa. Teemahaastattelussa keskitytään löytämään tutkimuksen tarkoituksen ja

tehtävän mukaisia merkityksellisiä vastauksia. Teemahaastattelussa sovitaan aikaraja keskustelulle. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 48; Tuomi & Sarajärvi 2013, 75.) Ensimmäisen ryhmähaastattelun teemat muotoutuivat opinnäytetyön tutkimuskysymysten ohjaamina. Toisen ryhmähaastattelun kysymykset muotoutuivat ensimmäisen haastattelun tulosten perusteella. Molempien haastatteluiden haastattelurungot on esitetty liitteessä 4.

Tutkijan tavoite haastattelussa on saada tietoa nykytilanteesta osallistujilta omin sanoin, heidän näkökulmastaan. Konfliktien välttämiseksi kannattaa tutkimusongelmaa lähestyä aluksi yleisen tason kysymyksillä. Avoimet kysymykset herättävät osallistujissa keskustelua. Keskustelun pohjalta voidaan edetä tarkentaviin kysymyksiin ja osallistujat voivat jakaa tietoa, kuinka kokemukset eroavat toisistaan. (Stringer 2007, 69–70.) Haastattelun kysymykset pyritään muotoilemaan avoimesti, jotta kysymyksillä ei rajoiteta osallistujien ajatuksia ja havaintoja. Neutraalit kysymykset lisäävät vastaajien vastaushalukkuutta. (de Chesnay 2014, 34–35.) Tutkijan tavoite prosessissa on kysyä olennaiset kysymykset sekä tutkimusympäristöltä että yhteisöltä. Tämän jälkeen yhteisö miettii keinoja vastausten saamiseksi kysymyksiin. (Heikkinen & Huttunen 2006, 200.)

Ensimmäiseen ryhmähaastatteluun osallistui kahdeksan osallistujaa ja kaksi toimintatutkijaa. Ryhmähaastatteluun varattiin aikaa kaksi tuntia ja haastattelu nauhoitettiin. Pandemiatilanteen vuoksi ensimmäinen haastattelu toteutettiin etäyhteydellä Teamsin välityksellä. Ensimmäinen haastattelu kesti 62 minuuttia. Tutkijat toimivat haastattelijoina molemmissa ryhmähaastatteluissa.

### **5.2.2 Haastatteluaineiston analyysi ja kehittämiskohteiden valinta**

Analyysissa eritellään ja luokitellaan aineistoa. Synteesissä pyritään luomaan kokonaiskuvaa tutkittavasta ilmiöstä uudessa perspektiivissä. Aineiston kokonaisuus jaetaan osiin, jonka jälkeen aineisto luokitellaan. Seuraavaksi luokat yhdistellään takaisin kokonaisuudeksi, jonka avulla pyritään hahmottamaan teoreettisesti ilmiö uudelleen. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 144.)

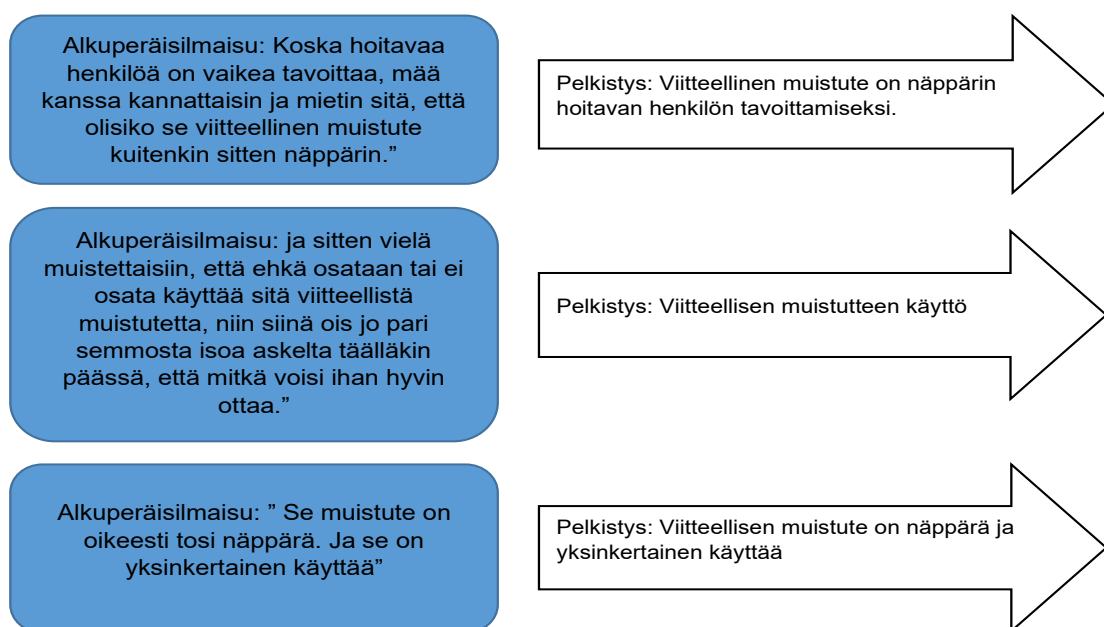
Haastatteluista saatu aineisto analysoidaan aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Tutkijan tavoitteena on tutkimusaineiston ohjaamana löytää toiminnasta logiikka tai tyyppillinen kertomus, tyyppikertomus. Aineistolähtöinen eli induktiivinen sisällönanalyysi on kolmivaiheinen prosessi, jonka ensimmäinen vaihe on tutkimusaineiston pelkistäminen eli redusointi. Ennen pelkistämistä tutkija päättää, mistä toiminnan logiikkaa tai tyyppikertomusta lähdetään etsimään. Redusointivaiheessa karsitaan epäoleellinen informaatio pois. Tämä edellyttää aineiston tiivistämistä ja pilkkomista osiin. Toisessa vaiheessa aineisto ryhmitellään eli klusteroidaan. Ryhmittelyä ohjaa se, mitä tutkimusaineistoista ollaan etsimässä. Analyysiyksikkö voi olla esim. lause tai ajatuskokonaisuus. Ryhmät nimetään yläkäsitteillä. Lopputuloksena saadaan luotua ryhmittelyjä, kuten alaluokka, yläluokka ja pääluokka, joista muodostuu käsitteitä, luokitteluja tai teoreettinen malli. Luokittelun tavoite on saada aineisto tiiviimmäksi, kun yksittäiset tekijät sisällytetään yleisempiin käsitteisiin. Käsitteet jaetaan alaluokkiin, jotka ryhmittyvät sopivaksi katsottujen yläluokkien alle. (Vilka 2021, 163.)

Ryhmittelyllä luodaan pohjaa tutkimuksen perusrakenteelle. Pelkistämisen ja ryhmittelyn vaihe sisältää myös abstrahointia. Kolmas vaihe on käsitteellistäminen eli abstrahointi, jossa tutkimuksen kannalta oleellinen tieto säästetään ja näistä muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Abstrahointi viedään niin pitkälle, kuin se aineiston käsitteellistämisen näkökulmasta on mahdollista. Käsitteitä yhdistelemällä pyritään saamaan vastaus tutkimustehtävään. Abstrahoinnissa tutkija muodostaa yleiskäsitteitä apuna käyttäen kuvauksen tutkimuskohteesta. Tuloksissa tutkija kuvaa sisällöt ja kategoriat, jotka ovat muodostuneet luokittelun pohjalta. Johtopäätöksiä tehdessä tutkija pyrkii ymmärtämään mitä asiat osallistujille merkitsevät ja ymmärtämään osallistujien näkökulman tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. (Vilka 2021, 164; Tuomi & Sarajärvi 2013, 110–113.)

Ryhmähaastattelun jälkeen sisältö analysoidaan mahdollisimman tarkkaan ja neutraalisti. Tämän jälkeen analysoitu sisältö käydään läpi osallistujien kanssa yhteisellä tapaamisella. (Stringer 2007, 98–99.) Osallistujat päättävät yhdessä mihin kohteeseen keskitytään ensimmäisenä. Osallistujat tekevät yhdessä kehittämissuunnitelman, kuinka tulevassa toimintavaiheessa lähdetään kehittämään käytännön työtä. Osallistavassa toimintatutkimuksessa on tärkeää huomioida,

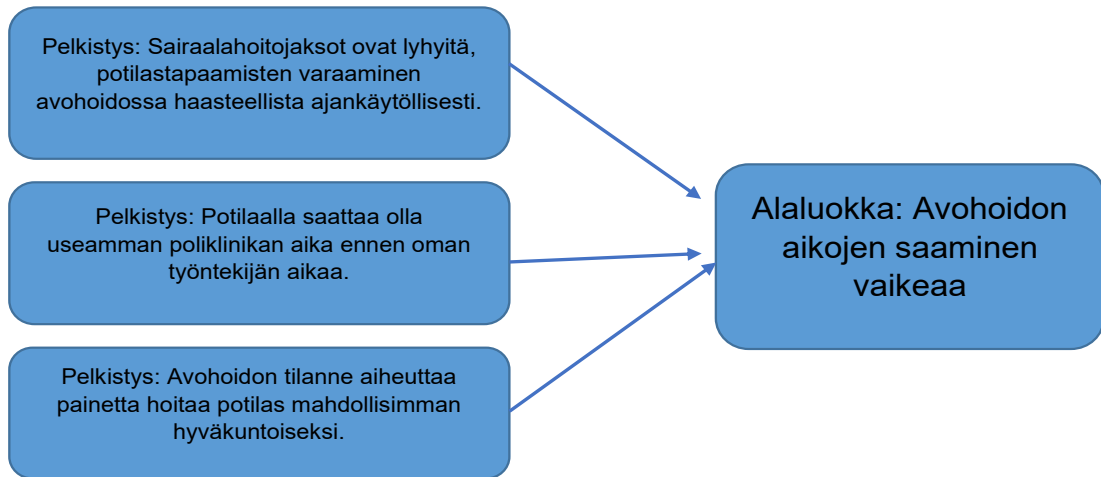
että kehittämiskohde on yhteisön yhteisymmärryksessä tehty päätös. (de Chesnay 2014, 35–36.)

Haastattelujen nauhoitettu aineisto litteroitiin huhtikuussa 2022 sanatarkasti ja analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysilla. Ensimmäisestä ryhmähaastattelusta kertyi litteroitua aineistoa 30 sivua fontilla 12 ja rivivälillä 1,5. Litteroinnin valmistuttua materiaalista etsittiin toimintatutkijoiden toimesta tutkimuskysymyksen vastaavia alkuperäisilmaisuja. Nämä ryhmiteltiin eri väreillä teemoittain. Tämän jälkeen alkuperäisilmaukset pelkistettiin ja samaan teemaan viittaavat pelkistykset ryhmiteltiin. Kuviossa 4 on kuvattu alkuperäisilmauksen pelkistämistä.



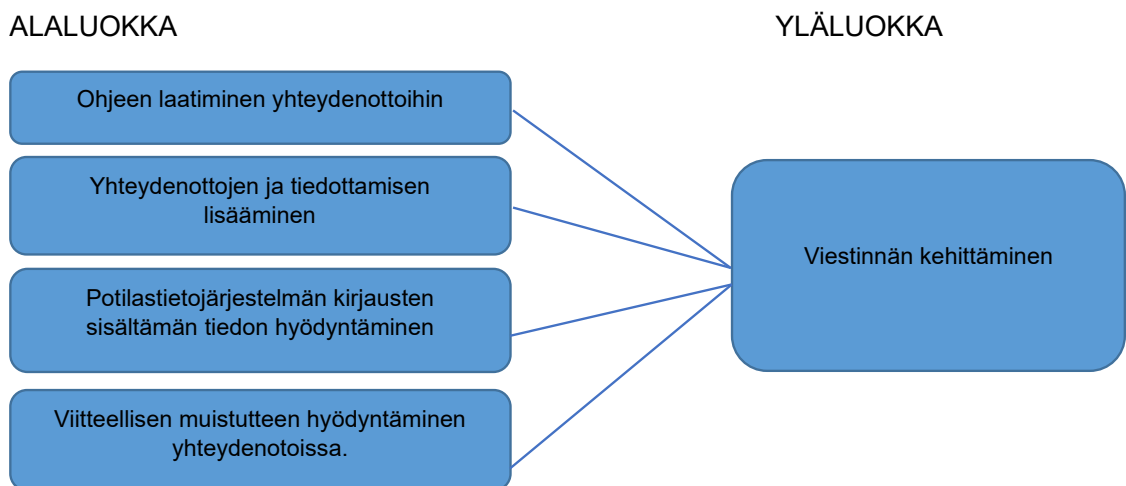
KUVIO 4. Esimerkki alkuperäisilmausten pelkistämisestä

Ryhmittelyn jälkeen nimettiin ryhmittelyä vastaava alaluokka, joka vastasi tutkimuskysymykseen. Toimintatutkijat pitivät tutkimuskysymykset mielessään koko tutkimuksen ajan, jotta ne ohjasivat tutkimusetiikan mukaisesti tutkimuksen kulkua. Kuviossa 5 on havainnollistettu alaluokan muodostuminen.



KUVIO 5. Esimerkki alaluokan muodostumisesta

Alaluokkien muodostumisen jälkeen samaan teemaan viittaavat alaluokat yhdistettiin yläluokaksi. Yläluokka nimettiin siten, että se kuvaa alaluokkien sisältöä mahdollisimman hyvin. Ensimmäinen ryhmähaastattelu sisälsi kaksi kysymystä. Ensimmäisen kysymyksen aineisto jakautui kahteen yläluokkaan ja toisen kysymyksen pohjalta muodostui kolme yläluokkaa. Alla olevassa kuviossa 6 on kuvattu yläluokan muodostuminen.



KUVIO 6. Viestinnän kehittämisen yläluokan muodostuminen

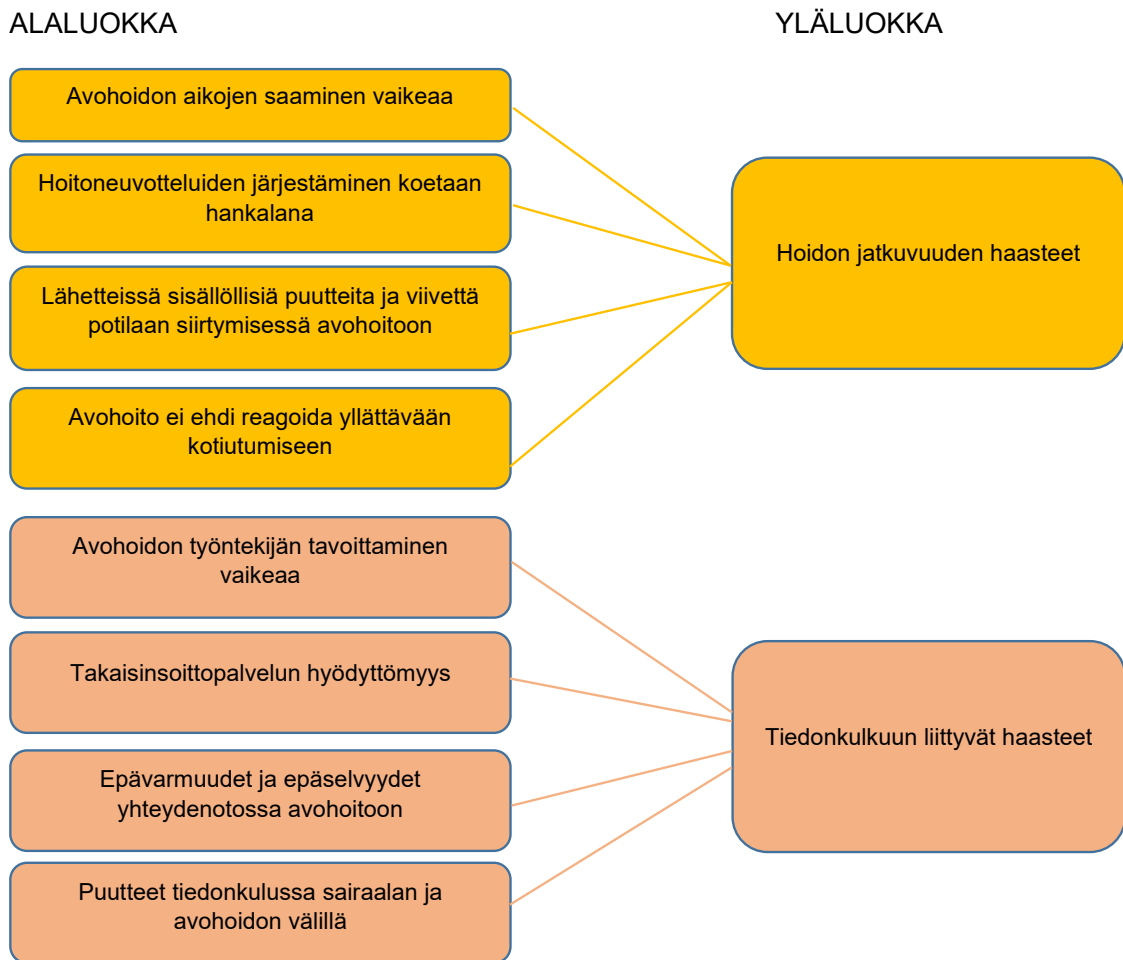
Seuraavaksi käydään läpi suunnitteluvaiheen ryhmähaastattelun tulokset.

### 5.2.3 Yhteistyön haasteet psykoosipotilaan hoidossa

Osallistujat kokivat psykoosipotilaiden hoidon jatkuvuudessa olevan haasteita. Koska avohoidon aikojen saaminen on vaikeaa, voivat potilaat joutua odottamaan pitkäänkin kotiutumisen jälkeen aikaa poliklinikalle. Toisaalta avohoidon puolelta näkemys oli myös se, että usein kotiutumiset tulevat yllättäen eikä avohoito ehdi reagoida niihin riittävän nopeasti. Avohoidon työntekijöiden ajanvarauksalenterit ovat täysiä ja vapaita aikoja on vaikea järjestää. Tämä näkökulma heijastui myös hoitoneuvotteluiden järjestämiseen, joka koettiin hankalana. Avohoidon työntekijät toivat esiin halukkuutensa osallistua sairaalassa järjestettäviin hoitoneuvotteluihin ja toivoivat niihin kutsuttavan. Hoidon jatkuvuuden haasteena nähtiin myös lähetekäytäntöjen haasteet, osallistujat kokivat, että läheteissä on usein puutteita sisällössä ja läheteiden perille meno avohoidon järjestelmään voi kestää kauankin.

Tiedonkulun haasteina osallistujat kokivat vaikeuden tavoittaa avohoidossa oikeaa työntekijää ja yhteydenottotavat olivat puutteellisia. Osallistujat toivat esille epävarmuutta yhteydenotoissa ja heillä ei ollut tiedossa, keneen olla yhteydessä avohoidossa. Näitä haasteita on kuvattu kuviossa 7.





KUVIO 7. Yhteistyössä esiin nousseet haasteet psykoosipotilaan hoidossa

### 5.2.4 Hoidon jatkuvuuden haasteet

#### *Avohoidon aikojen saaminen vaikeaa*

Osallistujien kokemuksen mukaan lyhyen sairaalahoitjakson jälkeen on vaikea reagoida potilaan kotiutumiseen avohoidossa. Lyhyet sairaalajakset toivat avohoidon työntekijöille haasteita löytää nopeasti täydestä kalenterista tilaa tapaamisille. Tästä syystä potilas voi tavata useamman poliklinikan työntekijöitä avohoidossa sairaalasta kotiutumisen jälkeen ennen oman työntekijän tapaamista. Sairaalassa avohoidon aikojen saamisen haaste aiheuttaa painetta hoitaa potilas mahdollisimman hyväkuntoiseksi ennen kotiutumista.

*Nämä kirjat on täynnä sinne kuukauden päähän ja sitten kun ne hoitajaksot on niin lyhyitä niin mihinkä väliin ne (potilastapaamiset) sitten tunkasee niinku ajankäytöllisesti niin siinä onkin varmaan sitten se haaste.*

### *Hoitoneuvotteluiden järjestäminen koetaan hankalana*

Osallistujat kokivat, että sairaalan päässä hoitoneuvottelun järjestäminen on iso, massiivinen tapahtuma hoitoon ja sen jatkuvuuteen liittyvien asioiden suunnittelussa. Avohoidon työntekijöiden osallistaminen hoitoneuvotteluihin koettiin tärkeänä asiana. Osallistujat kertoivat, että sairaalassa on haasteena kutsua avohoito mukaan hoitoneuvotteluihin ajoissa. Hoitoneuvottelukutsun lähettäminen ajoissa helpottaa avohoidon osallistumismahdollisuuksia, jotta he saavat suunniteltua kalenteriinsa tilaa hoitoneuvottelua varten.

*Täällä sairaalan päässä hoitoneuvottelu on sellainen massiivinen definitiivinen juttu, että nyt sitte ku näitä hoitoneuvotteluita tapahtuu tai jotain hoitoneuvotteluita suunnitellaan, niin pidetään se hoitoneuvottelu missä lyödään kaikki lukkoon ja laitetaan potilas kotiin.*

*...kun ollaan kotiuttamassa niin jotenkin, että me saataisiin sitä avohoitoa tänne hoitoneuvotteluihin tai jotenkin siihen keskusteluun...*

### *Lähetteisä sisällöllisiä puutteita ja viivettä siirtymisessä avohoitoon*

Lähetteeseen ei saada kirjattua kaikkia oleellisia tietoja, joka näkyy tiedonkulun haasteina. Osallistujien mielestä nykyinen lähetekäytäntö on hidas, koska lähetteen kirjaamisessa ja käsittelyssä menee kauan aikaa. Tämä hidastaa potilaan hoidon jatkuvuuden edistämistä. Kehittämiskäytäntönä mietittiin, voisiko hoitoa aloittaa jo ennen lähetteen saapumista avohoidon yksikköön.

*Avohoidossa ei voida ottaa koppia siitä, ennen kuin on se lähete, lähete tullu ja sit ku lähete kuitenkin tulee vasta sitten kun, kun se*

*hoito on päättynyt ja siitäkin vielä kun se usein on se epikriisi joka siinä lähetteenä toimii, niin sitten se on vasta niinku useamman päivän jälkeen, kun se potilas on jo kotiutunut.*

*Avohoito ei ehdi reagoida yllättävään kotiutumiseen*

Osallistujat kokivat haasteellisena potilaan yllättävän sairaalasta kotiutumisen. Jos kotiutumiseen ei ole keretty valmistautua avohoidossa, yllättäen tuleva sairaalasta kotiutuminen vaikeuttaa avohoidon kontaktin järjestämistä ja seuraava tapaamisaika menee avohoidossa kuukauden päähän, mikä heikentää potilaan hoidon jatkuvuutta.

*...sitten jos se kotiutuminen tulee silleen lopulta yllättäen, niin sitten meneekin kun ne on ne (avohoidon) kirjat täynnä niin sitten se on se aika kuukauden päästä...*

### **5.2.5 Tiedonkulkuun liittyvät haasteet**

*Avohoidon työntekijän tavoittaminen vaikeaa*

Osallistujat kokivat avohoidon työntekijän tavoittamisen hankalaksi, koska puhelimeen vastaaminen oli vaikeaa työpäivän ja potilasvastaanottojen aikana. Sovitulla puhelinajallakin yhteyden saaminen koettiin hankalaksi. Sairaalan työntekijät kokivat turhauttavana puhelimitse jonottamisen avohoitoon.

*Mietin vaan, että jos yrittää soittaa mullekin niin se varmaan aika heikkoa on että kun on sitten vastaanottoja...*

*On ikävä jonotella puhelinajalla, mihin mahdollisesti potilaatkin jonottelee samaan aikaan ja ei saa siinä puolen tunnin puhelun aikana ketään kiinni.*

### *Takaisinsoittopalvelun hyödyttömyys*

Takaisinsoittopalvelu koettiin toimimattomana käytäntönä, koska sen avulla ei saa suoraan hoitaviin henkilöihin yhteyttä ja asia jää keskeneräiseksi, mikä heikentää hoidon jatkuvuutta.

*Kun meillä tässä poliklinikalla tosiaan on se takaisinsoittopalvelu. Niin sitä kautta ei sitten saa suoraan hoitavaan henkilöön kuitenkaan yhteyttä.*

### *Epävarmuudet ja epäselvyydet yhteydenotossa avohoitoon*

Osallistujille oli epäselvää yhteydenottopolku avohoitoon, etenkin mihin puhelinnumeroihin eri poliklinikoilla otetaan yhteyttä hoidon järjestämiseksi. Myös hoitohenkilöstä, joka on vastuussa potilaan avohoidosta, oli epäselvyyksiä. Tästä syystä epäroitiin ottaa yhteyttä avohoitoon. Sairaalasta koettiin, että on helpompi olla yhteydessä kotiutustiimin hoitajiin, koska sinne yhteydenottopolku on selkeä. Sitä kautta saatiin myös ensimmäinen avohoidon kontakti järjestettyä ja hoidon jatkuvuus ratkaistua, vaikka se ei tuottanut yhteydenottoa oikeaan avohoidon poliklinikkaan.

*(Sairaalan osastolta avohoitoon) soitellaan pää punaisena mihin sattuu ja ihmetellään kun sieltä vastailaan vähän närkästyneenä, kun ollaan soitettu ihan väärään paikkaan.*

*Ihmiset arkailee tosi paljon ottaa yhteyttä avohoidon työntekijöihin...*

### *Puutteet tiedonkulussa sairaalan ja avohoidon välillä*

Osallistujat kokivat, että tiedottamisessa avo- ja sairaalahoidon välillä on parantamisen varaa. Potilaan sairaalaan joutuminen voi jäädä ilmoittamatta avohoitoon. Sairaalassa ei välttämättä tiedetä, että avohoidon tapaamisaika ei säily po-

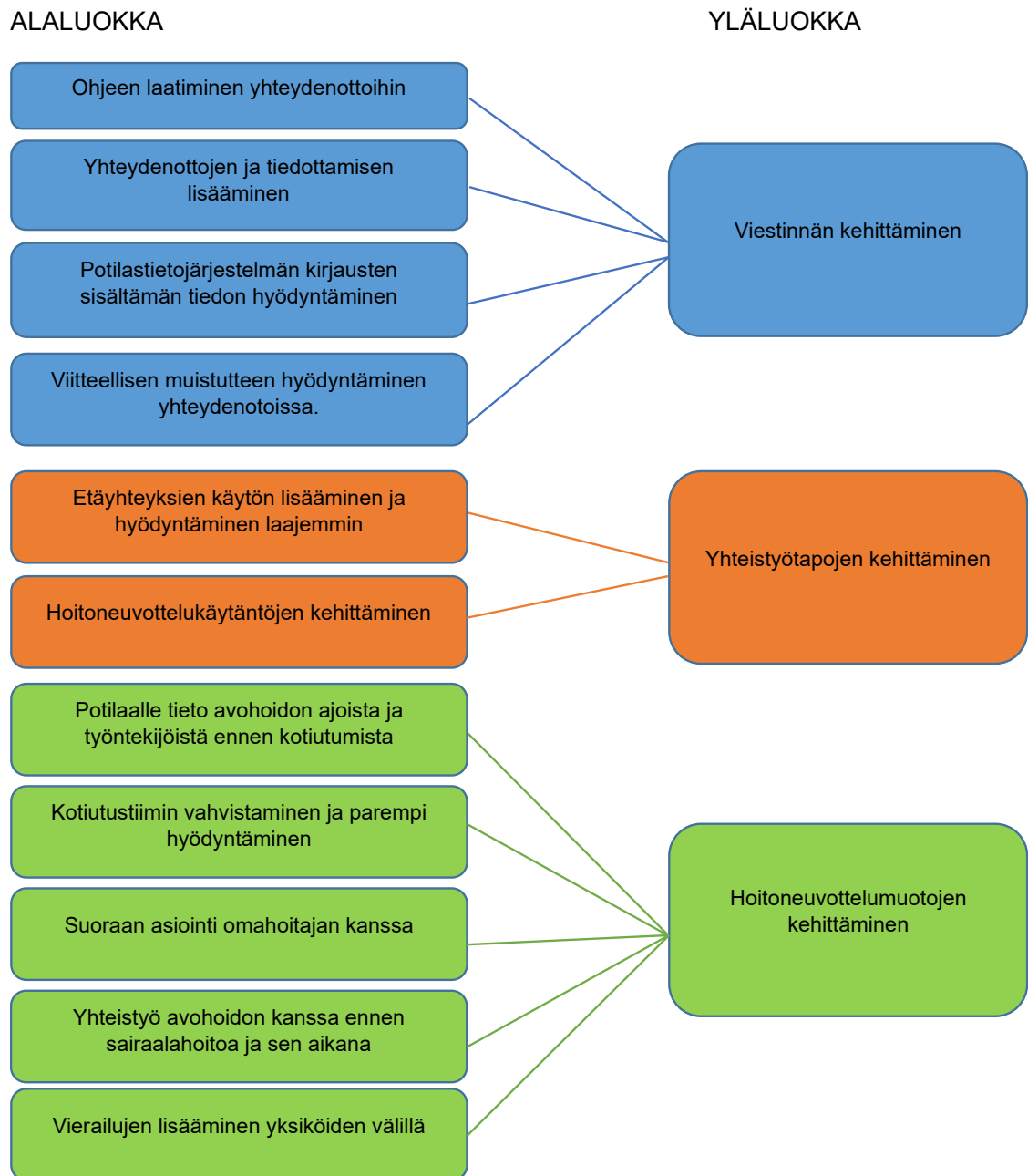
tilaalle automaattisesti, jos potilas on tapaamisten välissä joutunut sairaalahoitoon. Saman organisaation tuomia etuja, kuten potilastietojärjestelmää, ei ole opittu integraation jälkeisenä aikana hyödyntämään. Osallistujien mielestä yhteydenottojen suhteen arkailtiin myös sen vuoksi, koska potilas haluttiin hoitaa sairaalassa mahdollisimman hyväkuntoiseksi. Myös eriävää näkemystä sairaalahoidon tarpeesta nostettiin esille, jota tiedonkululla voitaisiin parantaa.

*...että se on aina eri näkemys meillä täällä sairaalassa, että onko enää sairaalahoidon tarvetta vai ei. Ja pärjääkö avohoidossa vai ei, niin se, että tulisi jotenkin semmoinen yhteinen näkemys siitä potilaan tarpeista ja voinnista ja muusta...*

*Sitten kun joku potilas menee sairaalaan, niin tuota eihän mekään välttämättä aina tiedetä sitä, että joku meidän potilas onkin päätenyt sairaalaan...*

### **5.2.6 Sairaalan ja avohoidon välisen yhteistyön kehittäminen psykoosipotilaan hoidossa**

Osallistujat kokivat yhteistyön kehittämisen tärkeänä. Yhteydenottoja tehtiin jo nykyhetkessä paljon, mutta haasteita oli löytää oikeat yhteystiedot. Lisäksi kaikkia yhteydenottotapoja ei osattu käyttää tai hyödyntää parhaalla mahdollisella tavalla. Osallistujat pitivät myös mahdollisena muokata hoitoneuvottelukäytäntöjä joustavammiksi, jotta se parantaisi yhteistyötä ja hoidon jatkuvuutta. Alla oleva kuvio 8 havainnollistaa kehittämiskäytäntöjen muodostumista alaluokista yläluokkiin.



KUVIO 8. Yhteistyön kehittäminen psykoosipotilaan hoidossa

### 5.2.7 Viestinnän kehittäminen

#### *Ohjeen laatiminen yhteydenottoihin*

Osallistujat kaipasivat yhteydenottojen tueksi kirjallista ja selkeää ohjetta siitä, mihin ottaa yhteyttä. Kirjallisen ohjeen toivottiin tuovan selkeyttä ja sujuvuutta yhteydenottoihin, sekä johdonmukaistavan työskentelyä.

*Me ollaan pyydetty johdolta sitä, että tulisi tällöinen kirjallinen ohjeistus, että missä olisi ihan nimenä, että kuka kehenkä voi ottaa yhteyttä jos potilas kotiutuu... se olisi niin paljon helpompaa kuin olisi mustaa valkoisella missä olis nimet ja puhelinnumerot, niin helpotaisi kyllä tosi paljon.*

#### *Yhteydenottojen ja tiedottamisen lisääminen*

Yhteydenottoja sairaalan ja avohoidon välillä toivottiin lisättävän. Osallistujat pitivät tärkeänä, että sairaalasta otettaisiin avohoitoon yhteyttä heti sairaalahoidon alkaessa, kuten myös hyvissä ajoin ennen potilaan kotiutumista takaisin avohoitoon. Avohoitotahon selvittämistä ja yhteydenottoa toivottiin sairaalahoidon ensimmäisinä päivinä.

*Mutta siis aina sitä samaa mantraa hoetaan, että ottakaa mahdollisimman pian yhteyttä avohoitoon, kun potilas tulee sairaalaan ihan yhtälailla, kun tarkistetaan, että esimerkiksi lähiomaiset, niin sitten heti seuraavaksi siinä, että mikä on avohoitotaho ja yhteys sinne.*

#### *Potilastietojärjestelmän kirjausten sisältämän tiedon hyödyntäminen*

Integraation mukanaan tuoman yhteisen potilasjärjestelmän koettiin helpottavan yhteistyötä. Osallistujien mukaan aika ajoin oli hankalaa muistaa, että avo- ja sairaalahoito ovat samaa organisaatiota ja puolin ja toisin nähdään toisten kirjaukset potilastietojärjestelmään.

*Että jos niin kun hetkenkin aina muistas sen että niinku joo sama organisaatio nähdään kirjaukset...*

### *Viitteellisen muistutteen hyödyntäminen yhteydenotoissa*

Potilastietojärjestelmässä olevan viitteellisen muistutteen koettiin olevan hyvä ja helppo tapa ottaa yhteyttä eri avo- ja sairaalahoidon yksiköiden välillä. Osallistujat toivoivat, että potilastietojärjestelmästä nähtävien kirjausten perusteella pystyttäisiin tunnistamaan potilaan omahoitaja ja kohdentamaan viitteellinen muistute oikealle henkilölle. Viitteellisen muistutteen avulla esimerkiksi puhelimessa jonotus tai takaisinsoittojärjestelmän haasteet voitaisiin välttää.

*Kun näette sitten avohoidon työntekijän tekstit, vaikka mun tekstejä tai kenen vaan meidän hoitajan tekstejä... Voisiko omahoitaja laittaa vaikka viitteellistä muistutetta taikka jotain sitten tulemaan niinku yhteydenottoa vai miten se miten se voisi olla... olisiko se viitteellinen muistutus sellainen simppele.*

### **5.2.8 Yhteistyötapojen kehittäminen**

#### *Potilaalle tieto avohoidon ajoista ja työntekijöistä ennen kotiutumista*

Osallistujat pitivät tärkeänä sitä, että potilas sitoutuisi avohoidon kontaktiin jo sairaalahoidon aikana. Osallistujat pitivät tärkeänä, että sairaalasta kotiutuessa potilas tietäisi avohoitoajan ja omahoitajan sekä tapaamispaikan. Parhaimpana pidettiin tilannetta, jossa potilas olisi jo ennen sairaalasta kotiutumista nähnyt avohoidon työntekijänsä.

*Potilaallekin on tärkeää se, että kun se sairaalasta kotiutuu, niin se tietää, että koska sillä on avohoitoaika, ketä se mahdollisesti tapaa. Ja mihin se silloin menee, tai kuka tulee sen potilaan luo, että sillä potilaallakin ois se tieto siitä avohoidosta.*



### *Kotiutustiimin vahvistaminen ja parempi hyödyntäminen*

Osallistujat totesivat organisaatiossa olevan toimivia käytäntöjä. Kotiutustiimin rooli yhteistyön edistämisessä nähtiin merkittävänä tekijänä. Kotiutustiimin koettiin luovan kosketuspintaa avo- ja sairaalahoidon välille. Osallistujat kokivat kotiutustiimin potilasta kannatteleva roolin hyödyllisenä potilaan odottaessa aikaa hoitavalle poliklinikalle, ajoittain avohoidon ensimmäistä aikaa saa odottaa melko pitkään. Kotiutustiimiltä koettiin saavan ohjausta ja neuvontaa epäselvissä tilanteissa. Osallistujat toivat esiin toiveen siitä, että kotiutustiimin henkilöstöresurssia voitaisiin lisätä.

*Kotiutustiimin ollaan kyllä oltu tosi tyytyväisiä, että se on juuri mikä niinku siinä luo sitä kosketuspintaa avohoidon ja osastohoidon välillä.*

*...mutta sekin on niinku kuitenkin aika pieni yksikkö, kun teitä on vaan kotiutustiimissä siel te kaksi, että se sitä ehkä toivoisi niin kuin ehkä et sitä voitais kasvatkaa, että olisi tämmöinen kotiutustiimi, ois isompi tai sitä olisi muillakin vastuualueilla tai jotenkin joku joka ottaisi sen kopin kun sitä aikaa ei todellakaan heti sinne tuota poliklinikoille saa.*

### *Suoraan asiointi omahoitajan kanssa*

Vaikka kotiutustiimiin oltiin tyytyväisiä, pidettiin suoraan omahoitajan kanssa asiointia hyvänä asiana tiedonkulun varmistamiseksi. Kotiutustiimiin tulee paljon puheluita, joissa tiedustellaan potilaan hoitotahoa ja mahdollista omahoitajaa. Kotiutustiimin ohjaus ja neuvonta koettiin hyvänä asiana, mutta turhien välivaiheiden ja hoidon jatkuvuuden kannalta suoraan asiointi omahoitajan kanssa koettiin kaikista parhaimpana vaihtoehtona.

*Meille tulee paljon sellaisia soittoja, että kukas teillä on tän potilaan omahoitaja, niin sitten ohjataan ja neuvotaan että kuka se on, mutta*

*niin kuin ilman muuta kannattaa se suoraan asiointi on aina tietysti parempi.*

*Joo toi suoraan asiointi kuulostas kyllä ihan niinku tosi fiksulta.*

#### *Yhteistyö avohoidon kanssa ennen sairaalahoitoa ja sen aikana*

Tärkeänä pidettiin yhteistyötä avohoidon kanssa ennen potilaan sairaalahoitoa ja sen aikana. Osallistujat kaipasivat tueksi mallia, selkeää suunnitelmaa kuinka avohoitoa voisi osallistaa potilaan hoitoon. Tämän toivottiin tuovan sairaalan ja avohoidon välistä yhteistyötä luontevammaksi ja käytäntöön. Avohoidon toivottiin osallistuvan potilaan hoitoon ja tuovan esiin toiveitaan potilaan hoidon tavoitteiden suhteen. Potilaan lähetteestä ei käy ilmi kaikkia asioita, joita olisi sairaalassa oleellista tietää hoidon kannalta potilaan paremmin tuntevilta työntekijöiltä.

*Ehkä kaipaisikin semmoista jotain rakenteellista suunnitelmaa... että olisi semmoinen selkeä malli mitä kautta niinku osallistaa sitä avohoitoa sairaalassa toteutettavan hoidon aikana potilaan hoitoon. Se voisi tuoda sitä enemmän sitten käytäntöön ja luontevammaksi sitä yhteistyötä.*

*Jo siinä alkuvaiheessa niin myös avohoidosta tulisi sitten sitä tietoa, että mitä nyt toivotaan potilaan voinnissa ja näin et se aina kaikki ei käy ilmi siitä lähetteestä, että se yhteistyö alkaisi jo siinä heti, heti hoidon alkuvaiheessa. Että, miltä se on näyttäytynyt siellä avohoidossa ja mitä tässä nyt toivotaan tapahtuvaksi.*

#### *Vierailujen lisääminen yksiköiden välillä*

Yhteistyön kehittämisen keinona osallistujat nostivat esiin vierailut eri yksiköiden välillä. Osallistujat kokivat, että vierailuiden aikana voisi tuoda esiin yksikön toi-

minnasta asioita, joita ei muuten ole tiedossa. Koronapandemian aikana etäyhteyksien käytön lisääntyminen on vähentänyt vierailuja entisestään, ja näiden toivottiin lisääntyvän ja tulevan takaisin käytäntöön. Esimerkiksi potilaan vierailu avohoidon yksiköissä, esimerkiksi päiväsairaalassa vielä sairaalahoidon aikana koettiin hoidon jatkuvuutta ja yhteistyötä lisäävänä tekijänä.

*Sekin on yks yhteistyön keino, että jalkaudutaan ihan paikan päällekin katsomaan.*

*Me tuodaan semmoisia asioita esille mitä ei välttämättä toisen yksikön toiminnasta niinku tiedetä.*

### **5.2.9 Hoitoneuvottelumuotojen kehittäminen**

*Etäyhteyksien käytön lisääminen ja hyödyntäminen laajemmin*

Yhteisiä hoitoneuvotteluita toivottiin järjestettävän enemmän ja etäyhteyksien koettiin helpottavan järjestämistä sekä olevan ajankäytöllisesti tehokkaampia. Osallistujat pitivät hyvänä asiana etäyhteyksien hyödyntämistä yhteydenotoissa. Etäyhteyksien koettiin olevan ajankäytöllisesti parempia, ja niiden helpottavan hoitoneuvotteluiden järjestämistä ja yhteydenpitoa. Toisaalta osallistujat totesivat, että kasvoitusten tapahtuva hoitoneuvottelu on erilainen, kuin etäyhteyksin järjestetty.

*...ja sitten jos se on kuitenkin ikään kuin Teamsin välityksellä, niin tuota sitten ei kuitenkaan mene niinku mitään matka-aikoja...*

*Koronan takia tämä digiloikka nyt otettiin aika kovasti, niin ois hölmöä olla käyttämättä näitä mahdollisuuksia, kun ollaan opittu käyttämään näitä vehkeitä.*

### *Hoitoneuvottelukäytäntöjen kehittäminen*

Osallistujat pitivät tärkeänä hoitoneuvottelukäytäntöjen kehittämistä yhteistyön kehittämiseksi. Yhteisiä hoitoneuvotteluita pidettiin tärkeänä. Hoitoneuvottelun keston ja osallistujien kokoonpanon määrittelyn tarpeen mukaan todettiin sujuvoittavan tiedonkulkua. Osallistujat totesivat, että hoitoneuvotteluita voidaan järjestää pienemmillä kokoonpanoilla ja se voi olla lyhytkestoinen, sekä hoitoneuvotteluita voitaisiin järjestää useampia sairaalahoidon eri vaiheissa.

*Kun eihän se tarvi se hoitoneuvottelukaan nyt olla mikään tunnin mittainenkaan. Esimerkiksi se voi olla joku, että sovitaan joku puolen tunnin teamssi tai joku tämmöinen taikka että siinä on vaan vaikka sitten esimerkiksi omahoitajat sieltä sairaalan päästä ja täältä päästä yks omahoitaja, että siihen ei välttämättä tarvitse olla lääkärinkään aina paikalla tai sillä tavalla, mutta se että se tieto kuitenkin kulkis ikään kuin niinku jouheemmin.*

Toukokuussa 2022 järjestettiin suunnitteluvaiheen Teams-palaveri kehittämis-kohteiden sopimiseksi. Kuviossa 9 on havainnollistettu suunnitteluvaiheen ryhmähaastattelun tulosten perusteella psykoosipotilaan hoidon jatkuvuutta edistäviä tekijöitä. Osallistujat kokivat kaikki analyysissä esiin nousseet kehittämisen kohteet tärkeäksi. Tuloksista nousi selkeästi esille, että yhteydenottoa ja tiedottamista hankaloittavat huonosti ajan tasalla olevat yhteystiedot ja tietämättömyys keneen olla yhteydessä. Puhelimella yhteydenotto oli aikaa vievää ja yhteyttä ei saatu välttämättä ollenkaan. Tämä hankaloitti asioiden hoitamista ja hoitoneuvottelujen järjestämistä. Tuloksista nousi selkeästi esille yhteystietojen ja yhteydenottojen päivittäminen, jotka alustavassa yhteistyömallissa otettiin huomioon ja psykoosipotilaan hoidon jatkuvuutta pyrittiin edistämään yhteistyön keinoin. Kehittämisen kohteiksi yksiköissä valittiin yhdessä osallistujien kesken yhteydenottojen ja tiedottamisen lisääminen sekä viitteellisen muistutteen hyödyntäminen yhteydenotoissa.



KUVIO 9. Psykoosipotilaan hoidon jatkuvuutta edistävät toimintatavat

### 5.3 Toimintavaihe

Toimintavaiheen alettua on tärkeää varmistaa, että yhteisön jäsenet tietävät, kuinka kehittämistoimia tehdään. Osallistujat havainnoivat toimintaansa tutkimuksen aikana ja keräävät infoa, jota osallistujien kesken jaetaan. Tutkijalla on tässä tärkeä rooli linkkinä tutkimuksen etenemisen tiedottamisesta osallistujien välillä. Tutkija kerää myös eri osapuolilta informaatiota toiminnan etenemisestä. (Stringer 2007, 134:138.)

#### 5.3.1 Toimintavaiheen keskeiset tulokset

Toimintavaihe alkoi heti kehittämiskohteiden päättämisen jälkeen toukokuussa 2022. Toimintavaiheen aluksi osallistujat veivät yksikköihinsä tiedon sovituista kehittämisen kohteista ja kehittämistä lähdettiin toteuttamaan käytännön työssä

alustavan yhteistyömallin mukaisesti. Ensimmäisen haastattelun perusteella voitiin myös todeta, että integraation mukanaan tuomaa yhteistä potilastietojärjestelmää osataan hyödyntää vain osittain. Tämän vuoksi osallistujille jaettiin selkeyttäviä ohjeita viestintätyökalujen käyttöön ja osallistujat muistuttivat kukin omissa yksiköissään yhteydenottojen merkityksellisyydestä hoidon jatkuvuuden toteuttamisessa. Tällä tavoin osallistujat pitivät kehittämiskohteita keskustelussa yllä osaston arjessa. Yhteydenottojen helpottamiseksi päätettiin hyödyntää suunnitteluvaiheen ryhmähaastattelussa esiin nousseita asioita, kuten potilastietojärjestelmää, josta löytyisi tieto hoitavasta henkilöstä saman organisaation sisällä. Hoitavan henkilön voi kutsua mukaan hoitoneuvotteluihin esimerkiksi sähköpostilla, viitteellisellä muistuttelella tai puhelimitse. Tällä tavoiteltiin yhteydenoton ja tiedottamisen lisäämistä, että hoitava työntekijä vastaanottaisi viestin. Viitteellisen muistutteen käytöllä voidaan välttää esimerkiksi puhelinajalla jonottaminen ja yhteydenotto kohdentuisi suoraan omahoitajalle.

Toimintatutkijat kehottivat osallistujia olemaan yhteydessä sähköpostilla matalalla kynnyksellä haasteiden esiin noustessa, jotta osallistujia voidaan informoida yhteisesti sähköpostilla koko lyhyen toimintavaiheen ajan onnistumisista sekä haasteista kehittämiskohteiden toimivuudessa. Sähköpostin välityksellä tapahtuneessa viestinnässä osallistujien välillä nousikin esille kokemuksia toiminnasta. Haastavissa kotiutumistilanteissa osallistujat kysyivät toimintaohjeita, jotta hoidon jatkuvuus paranisi kotiutumisen yhteydessä. Oikean henkilön tavoittaminen nopealla aikataululla tuotti ajoittain hankaluuksia, mutta kehittämisen kohteissa koettiin silti tapahtuneen edistymistä. Näihin haasteisiin pyrittiin vastaamaan mahdollistamalla erilaisia viestintätyökaluja, joista viitteellinen muistute tarvitsi eniten ohjeistusta. Kotiutustiimin toimintaan oltiin erittäin tyytyväisiä, mutta toisaalta suoraan omahoitajan kanssa asioiminen koettiin hyvänä asiana tiedonkulun varmistamiseksi. Etäyhteyksiä toivottiin hyödynnettävän enemmän, laajemmin sekä joustavammin, ja samaa toivottiin myös hoitoneuvottelukäytännöiltä.

Yhteydenottoja ja tiedottamista lisäämällä oli saatu parempaa kontaktia sairaalaja avohoidon välille. Viestintä mahdollisti parempaa hoidon suunnittelua, mutta hoidon jatkuvuuden kokonaisuuden hallinta vaati vielä harjoittelua. Osallistujat kokivat, että toiminta aiheutti yksiköissä jonkin verran muutosvastarintaa, mutta

ohjeiden avulla asiat etenivät. Oleellista kuitenkin oli, että viestintä parani toimintavaiheen aikana, joka mahdollisti paremman tiedottamisen esimerkiksi potilaan kotiutumisesta.

## **5.4 Havainnointivaihe**

Havainnointivaihe suoritetaan toimintavaiheen keskellä. Siinä havainnoidaan prosessin etenemistä ja tarvittaessa päivitetään suunnitelmaa. Tärkeää on, että osallistujat ovat yhdessä mukana suunnitelmaa päivitettäessä. Havainnointivaiheessa nostetaan onnistumiset ja kehityskohdat huomioon. (de Chesnay 2014, 35–36.)

Seuraavassa kappaleessa käydään läpi osallistujien kokemuksia kehittämiskohteista havainnointivaiheessa.

### **5.4.1 Kokemuksia valituista kehittämiskohteista**

Tässä tapaamisessa yhdessä osallistujien kanssa havainnoitiin ja keskusteltiin kehittämiskohteiden toimivuudesta ja mahdollisista haasteista toimintavaiheen aikana käytännön työssä. Osallistujat kokivat kehittämiskohteet tarpeelliseksi ja tiedottaminen ja yhteydenpito oli lisääntynyt. Viitteellisen muistutteen käyttö koettiin hankalaksi käyttää ja sitä käytettiin enemmän yksikön sisäiseen viestintään kuin sairaala- ja avohoidon väliseen yhteydenpitoon. Osallistujat olivat havainnoineet, että tiedottaminen sairaala- ja avohoidon välillä oli parantunut ja oikeat yhteyshenkilöt löytyivät paremmin. Kehittämiskohteita ei lähdetty muuttamaan havainnointivaiheessa, koska kehittämiskohteiden toimivuudesta oli jo lupaavia kokemuksia lyhyessä ajassa. Yhdessä osallistujien kanssa päätettiin jatkaa yhteistyön kehittämistä näillä osa-alueilla. Havainnointivaiheen jälkeen toiminta ja yhteistyömallin kehitys jatkuivat vielä toimintavaiheessa syyskuuhun 2022 saakka.

Kaikki osallistujat eivät päässeet osallistumaan havainnointivaiheen palaveriin. Kaikkia osallistujia informoitiin toimintatutkijoiden toimesta sähköpostilla havainnointivaiheen tapaamisessa esiin tulleista havainnoista ja sisällöstä. Osallistujat

toivat myös ajatuksiaan ja toiveitaan esiin sähköpostitse ja tämän perusteella opinnäytetyön tekijät jakoivat yksiköihin myös konkreettista ohjeistusta viitteellisen muistutteen käytöstä. Havainnointivaiheessa esiin nousseiden haasteiden pohjalta alustavasta yhteistyömallista ja kehittämiskohteista keskusteltiin myös osastotunneilla ja kehittämispäivissä. Tällä tavoin pyrittiin tarjoamaan myös konkreettisia apukeinoja toiminnan kehittämiseen, kun havainnointivaiheessa oli nostettu esille haasteena kehittämiskohteiden eteenpäin vieminen yksikössä.

## **5.5 Reflektiovaihe**

Osallistujat pohtivat reflektiovaiheessa toiminnan onnistumista ja miettivät jo tulevan toiminnan suunnittelua. Osallistujat pyrkivät vastaamaan kehitystarpeeseen, ratkaisemaan ongelmia ja seuraavat, saavatko he aikaiseksi haluttuja tuloksia. Jokainen toimintasykli tuottaa uutta informaatiota, jota parhaan mukaan hyödynnetään toiminnan kehittämisessä. (Lawson 2015, 14–15.)

### **5.5.1 Kehittämistoiminnan tarkastelu**

Reflektiovaiheessa syyskuussa 2022 järjestettiin toinen ryhmähaastattelu Teams-yhteyden välityksellä. Yhdessä osallistujien kanssa reflektointiin yksiköiden kehittämistoimintaa. Haastattelussa tarkasteltiin, kuinka alustavan yhteistyömallin kehittäminen onnistui, mitkä tekijät vaikuttivat kehittämiseen ja mitä jatkokehitysehdotuksia osallistujilla nousi esiin. Tässä ryhmähaastattelussa oli kuusi osallistujaa ja kaksi tutkijaa. Ryhmähaastattelun kysymykset nousivat ensimmäisen haastattelun vastausten tiimoilta. Ryhmähaastattelun analyysi toteutettiin tällä kertaa kehittämiskohteet huomioiden, jolloin kyseessä oli toisessa ryhmähaastattelussa deduktiivinen sisällönanalyysi. Tuomi & Sarajärvi (2009) mukaan sisällönanalyysin muodostaminen on mahdollista teoreettisesti. Tällöin analyysia ohjaa tietty tema tai käsitekartta. Analyysirungon ei välttämättä tarvitse olla tiukka, vaan aineistosta voidaan poimia asiat, jotka kuuluvat analyysirunkoon. Strukturoitu analyysirunko kerää nimenomaan vain niitä asioita, jotka sopivat analyysiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 113.) Toisesta haastattelusta aineistoa ker-



tyi 15 sivua fontilla 12 ja rivivälillä 1,5 ja se oli kestoltaan 56 minuuttia. Ryhmähaastattelu sisälsi kaksi kysymystä (Liite 4). Molemmille kysymyksille muodostui yläluokka, joista toinen sisälsi kaksi ja toinen kolme alaluokkaa.

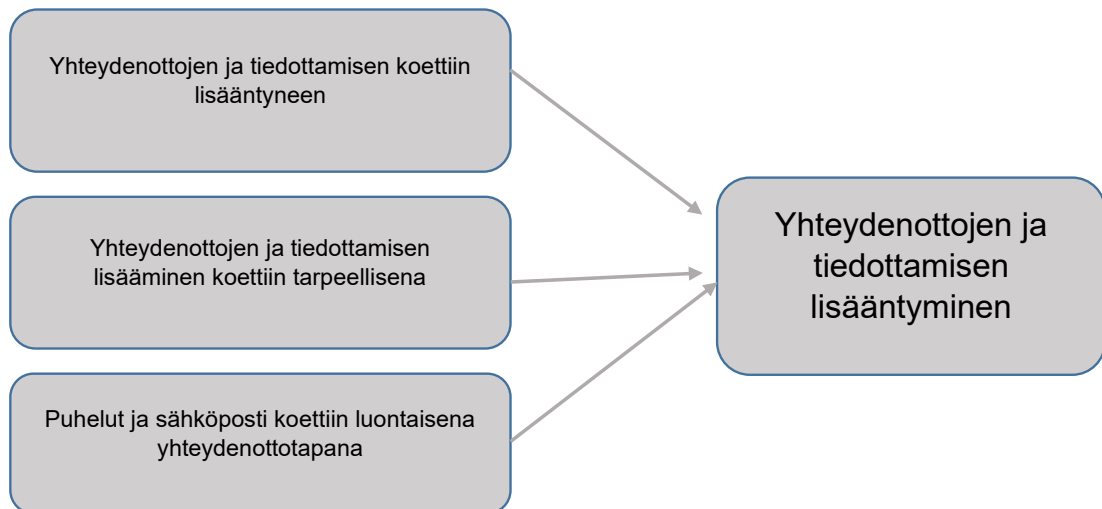
Seuraavaksi esitellään reflektiovaiheen ryhmähaastattelun analyysin tulokset.

### 5.5.2 Kokemuksia kehittämiskohteista

Toisen ryhmähaastattelun analyysin perusteella osallistujat kokivat yhteydenottojen ja tiedottamisen lisääntyneen toimintatutkimuksen aikana. Selkeät ohjeistukset ja asian keskusteluihin ja käytännön työhön esille nostaminen tasaisesti edistivät yhteydenottojen ja tiedottamisen lisääntymistä. Keskusteluissa nousi esille myös kehittämisen tarpeellisuus näissä aiheissa. Yhteydenoton ja tiedottamisen toteuttamiseen luontaisimpia tapoja olivat puhelut ja sähköpostin hyödyntäminen. Kokemuksia kehittämiskohteiden toimivuudesta on kuvattu alla olevassa kuviossa 10.

Alaluokka

Yläluokka



KUVIO 10. Kokemuksia kehittämisestä

### 5.5.3 Yhteydenottojen ja tiedottamisen lisääntyminen

#### *Yhteydenottojen ja tiedottamisen koettiin lisääntyneen*

Toimintavaiheen aikana osallistujat kokivat tiedottamisen ja yhteydenoton parantuneen sairaala- ja avohoidon välillä. Osallistujien mielestä hoitoneuvotteluihin oli saatu osallistumaan potilaan hoitoon kuuluvaa hoitohenkilökuntaa. Tämä näkyi käytännössä onnistuneina hoitoneuvotteluina. Positiivisena huomiona nousi esille myös lähetekäytäntöjen joustavuus, joka helpotti hoitoneuvottelun järjestämistä jo ennen kotiutumista, kun avohoito pääsi mukaan neuvotteluun. Samalla koettiin, että tiedottamisen lisäämisellä oli positiivisia vaikutuksia potilaan jatkohoitoon. Osallistujien positiivisena huomiona olivat myös paremmin ajan tasalla olevat yhteystietolistat, joka helpotti oikean henkilön tavoittamista ja asioiden sopimista.

*Kyllä mä ajattelen, että ehkä jonkun verran on se yhteydenpito kyllä sitten kuitenkin lisääntynyt ja ollaan saatu sovittua hoitoneuvotteluita ja potilaan jatkohoidosta ja semmoisesta.*

*Ei välttämättä tarvitse olla avohoitoon saapunut lähete että voi ottaa yhteyttä ja jos sopia vaikka jonkun hoitoneuvottelun tai jonkun tämänmöisen.*

*Ja tuntuu, että me ollaan nyt ehkä saatu oikeita puhelinnumeroitaki silleen, että tiedetään mihin soitetaan. Mikä on oikein tärkeä asia.*

#### *Yhteydenotto ja tiedottamisen lisääntyminen koettiin tarpeellisena*

Osallistujat kokivat yhteydenottojen ja tiedottamisen lisäämisen olevan erittäin tarpeellista. Kun osallistujat olivat vieneet työpisteisiinsä tietoa kehittämiskoh-teista, olivat heidän kollegansa työpaikalla samaa mieltä kehittämisen tarpeelli-suudesta. Yhteydenotto- ja tiedottamistapojen suhteen koettiin epävarmuutta,

mutta yhteydenottojen lisäämistä helpotti asian esille nostaminen ja siitä muistuttaminen. Osallistujat kokivat myös, että aktiivinen viestintä avohoidosta sairaalaan hoitoon lisäsi viestintää vastavuoroisesti.

*Ainakin meille päin myös yhteydenotot sieltä avohoidosta päin lisääntyivät tuossa alkukesästä ainakin niin sen lisää sitten meidänkin osalta sitä aktiivisuutta, kun tuli myös sieltä toisesta suunnasta, että se oli pinnalla sitten koko ajan.*

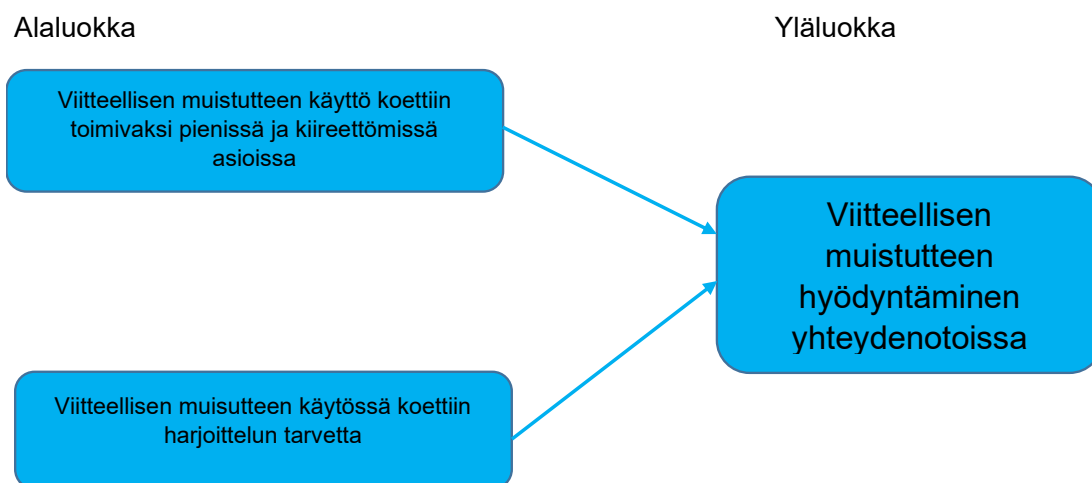
#### *Puhelut ja sähköposti koettiin luontaisena yhteydenottotapana*

Osallistujat kokivat luontaisimpana yhteydenottotapana puhelun ja sähköpostin käytön. Puhelut koettiin helpoimpana tapana yhteydenotolle, koska sen avulla asian sai heti hoidettua nopeasti, kun sai oikean henkilön kiinni, eikä asia jäänyt roikkumaan. Lisäksi puhelun soittaminen koettiin perinteisenä, matalan kynnyksen ja mukavana tapana hoitaa asia, mikä helpotti yhteydenottotavan valintaa. Myös sähköpostin käyttö avohoidosta päin osastolle koettiin jonkin verran lisääntyneen.

*Itse harrastan paljon juuri sitä niinku soittelua, että mun mielestä se on tosiaan osastolle päin lisääntynyt soittaminen ja sähköposti, on mulla ne tuota vanhat tavat, oon ehkä vanhan liiton tyyppi, niinku ne perinteiset keinot.*

#### **5.5.4 Viitteellisen muistutteen hyödyntäminen**

Viitteellisen muistutteen hyödyllisyys nousi esille pienten asioiden hoitamisessa ja sen käytön edut tuli esille etenkin silloin, kun vastausta asialle ei tarvinnut saada heti. Viitteellisen muistutteen käytön koettiin lisääntyneen tutkimuksen aikana, mutta sen käyttö vaatii työntekijöiltä vielä harjoittelua.



KUVIO 11. Viitteellisen muistutteen hyödyntäminen yhteydenotoissa

*Viitteellisen muistutteen käyttö koettiin toimivaksi pienissä ja kiireettömissä asioissa*

Osallistujat kokivat viitteellisen muistutteen käytön hyödylliseksi lyhyessä ja napakassa viestinnässä. Osallistujat kuvasivat sitä täsmätyökaluksi. Se koettiin hyväksi työkaluksi työpaikan sisäisessä viestinnässä, kun vastauksen saamisella ei ole kiire. Työpaikan ulkoiseen viestintään toisille osastoille tai avohoidon poliklinikoille muistutetta ei koettu hyödyllisenä vaan mieluummin käytettiin muita viestimisvälineitä, kuten puhelinta tai sähköpostia.

*Viitteellinen muistute on ehkä lyhyeen ja semmoiseen napakkaan viestintään aika täsmä juttu, et ehkä sitten tämmöiset kokonaisuudet, niin ne onkin sitten kiva puhua puhelimesta tai kirjoittaa sähköpostiin.*

*Viitteellinen muistute, että se toimii niin kuin sitten kuitenkin siellä yksikön sisällä.*

*Viitteellisen muistutteen käytössä koettiin harjoittelun tarvetta*

Osallistujat kokivat epävarmuutta viitteellisen muistutteen käytössä. He kokivat työkalun käyttötavassa paljon harjoittelun tarvetta. Osallistujat kokivat, että työryhmän sisällä viitteellisen muistutteen käytössä oli tapahtunut kehitystä toimintavaiheen aikana. Osallistujat toivat myös esille uusien työkalujen käyttöönoton vievän aikaa ja prosessi kestää kauan, ennen kuin se tulee kaikille arkisempaan käyttöön. Ohjeistukset toimintavaiheen aikana olivat helpottaneet ja lisänneet viitteellisen muistutteen käyttöä.

*Viitteellisessä muistutuksessa on tosiaan ihan todella noviisi, että siinä on paljon vielä sisään ajamista mulla itselläni.*

*Ainakin itse huomaan, että on siinä sen muistutteen käytössä niin kuin työryhmän sisällä tapahtunut kehitystä.*

### **5.5.5 Reflektiovaiheen keskeiset tulokset**

Toisen ryhmähaastattelun perusteella osallistujat kokivat kehittämiskohteiden toimivuuden käytännön työssä parantuneen. Yhteydenotot ja tiedottaminen oli lisääntynyt molemmin puolin. Osapuolten aktivoituminen yhteydenotoissa oli lisääntynyt kummankin osapuolen yhteydenottoja vastavuoroisesti. Viitteellinen muistute koettiin hyödylliseksi työkaluksi osaston sisäisessä viestinnässä. Sen avulla oli helppo viestiä sairaalahoidosta avohoitoon ja toisin päin pienissä asioissa, mutta asioiden hoitaminen puhelimitse tai sähköpostitse koettiin luontevampana tapana toimia, koska näin asian sai nopeammin hoidettua eikä se jäänyt kesken-eräiseksi. Puhelimen käyttöä yhteydenottovälineenä rohkaisi myös ajantasaisten yhteystietojen löytyminen paremmin, jonka osallistujat kokivat tutkimuksen aikana parantuneen. Viitteellisen muistutteen käyttöä rajoitti hieman myös se, että osallistujat kokivat epävarmuutta sen käytössä ja ohjeistuksissa. Osallistujat olivat myös lähtökohtaisesti eri osaamistasolla viitteellisen muistutteen käytössä; sairaalassa yhteinen potilastietojärjestelmä ja viitteellinen muistute on ollut käytössä avohoitoa pidempään, avohoidossa se otettiin käyttöön integraation myötä vuonna 2020. Samaan aikaan kun toiset harjoittelivat viitteellisen muistutteen käyttöä, se oli toisille jo vuosien ajalta tuttu työkalu viestinnän tukena.

Haastattelujen perusteella voidaan todeta, että viitteellisen muistutteen käytössä tapahtui kehitystä yksiköissä. Kehittämiskohteiden toimivuuden arviointia hidasti osallistavan toimintatutkimuksen toimintajakson ajankohta, jonka osallistajat nostivat esiin toisessa ryhmähaastattelussa. Kesällä oli töissä paljon sijaisia ja vakituisessa henkilöstössä oli vaihtuvuutta. Osallistajat arvioivat, että kesällä sairaalasta kotiutuminen oli vähäisempää, mikä hankaloitti osaltaan arviointia kehittämiskohteiden toimivuudesta hoidon jatkuvuuden näkökulmasta.

Toisen haastattelun aikana osallistajat totesivat, että käytännön työssä kehittäminen vie aikaa. Tämän ovat todenneet myös Martin ja Hirdes (2014) tutkiessaan psykiatrisen sairaalan ja avohoidon välistä yhteistyötä ja viestintää hoidon siirtävävaiheissa. Viestinnän esteinä nähtiin luottamuksen puute, näyttöön perustuvien käytäntöjen puute sekä organisaatioon liittyvät tekijät. (Martin & Hirdes 2014, 4.) Tämän opinnäytetyön osallistavan toimintatutkimuksen toimintavaihe oli kestoaltaan noin neljä kuukautta, sijoittuen myös kesäajalle. Kuitenkin toisen haastattelun tulosten perusteella kehitystä valittujen kehittämiskohteiden osalta tapahtui, mitä voidaan pitää lupaavana tuloksena tulevaisuuden kehittämiskohteita ajatellen.

Haastattelujen tulosten perusteella viimeisteltiin yhteistyömalli psykiatrisen avo- ja sairaalahoidon yhteistyön viestinnän kehittämiseksi psykoosipotilaan hoidossa, joka esitellään seuraavassa kappaleessa.

## 6 YHTEISTYÖMALLIN KEHITTÄMINEN

Lopullinen viestinnän yhteistyömalli psykoosipotilaan hoidossa (kuvio 13) rakentui ryhmähaastatteluiden sisältöjen ja yhteisten palaverien pohjalta. Yhteistyömalli koostuu osa-alueista, jotka ovat tärkeitä yhteistyön sujumiseksi.

Tulosten perusteella yhteydenottojen sekä tiedottamisen lisääminen koettiin tarpeelliseksi, mutta hoitoon osallistuvien henkilöiden tavoittaminen koettiin hankalaksi. Hoidon jatkuvuuden kannalta koettiin tärkeänä vastavuoroinen tiedonkulku sairaalan ja avohoidon välillä yksinkertaisesti ja helposti, kun potilaan hoidossa tapahtuu muutoksia. Avohoidon työntekijät kokivat, että tieto potilaan sairaalassaolosta tulee viiveellä tai sitä ei tule välttämättä lainkaan. Yhteistyömallissa ratkaisuna on esitetty potilaan hoidosta vastaavan henkilön, kuten omahoitajan tai vastuuhoidajan tekemää yhteydenottoa sairaalasta avohoitoon ensimmäisenä arkipäivänä sairaalaan saapumisen jälkeen, joka on myös vuonna 2022 julkaistun psykoosipotilaan hoitoketjun mukainen suositus. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2022.) Myös avohoidon työntekijöiden aktiivinen yhteydenpito sairaalaan potilaan asioissa on yhteistyömallissa nostettu esille.

Lopullinen viestinnän yhteistyömalli tarjoaa ratkaisuksi viestintään yhteydenoton puhelimitse, tiedottamisen sähköpostin välityksellä sekä viitteellisen muistutteen hyödyntämisen yhteydenotoissa. Haasteena koettiin, ettei puhelimella saa hoitaviin henkilöihin yhteyttä. Yhteystiedot eivät yksiköissä olleet ajan tasalla. Tähän ratkaisuksi yhteistyömalli tarjoaa yksiköihin nimettyä vastuuhenkilöä, joka huolehtii yhteystietojen ajantasaisuudesta. Puhelimella yhteydenottoa helpottaa myös organisaation sisäinen puhelinluettelo. Työajan säästämiseksi ja viestintää helpottamaan tarjottiin puhelimen lisäksi myös muita vaihtoehtoja.

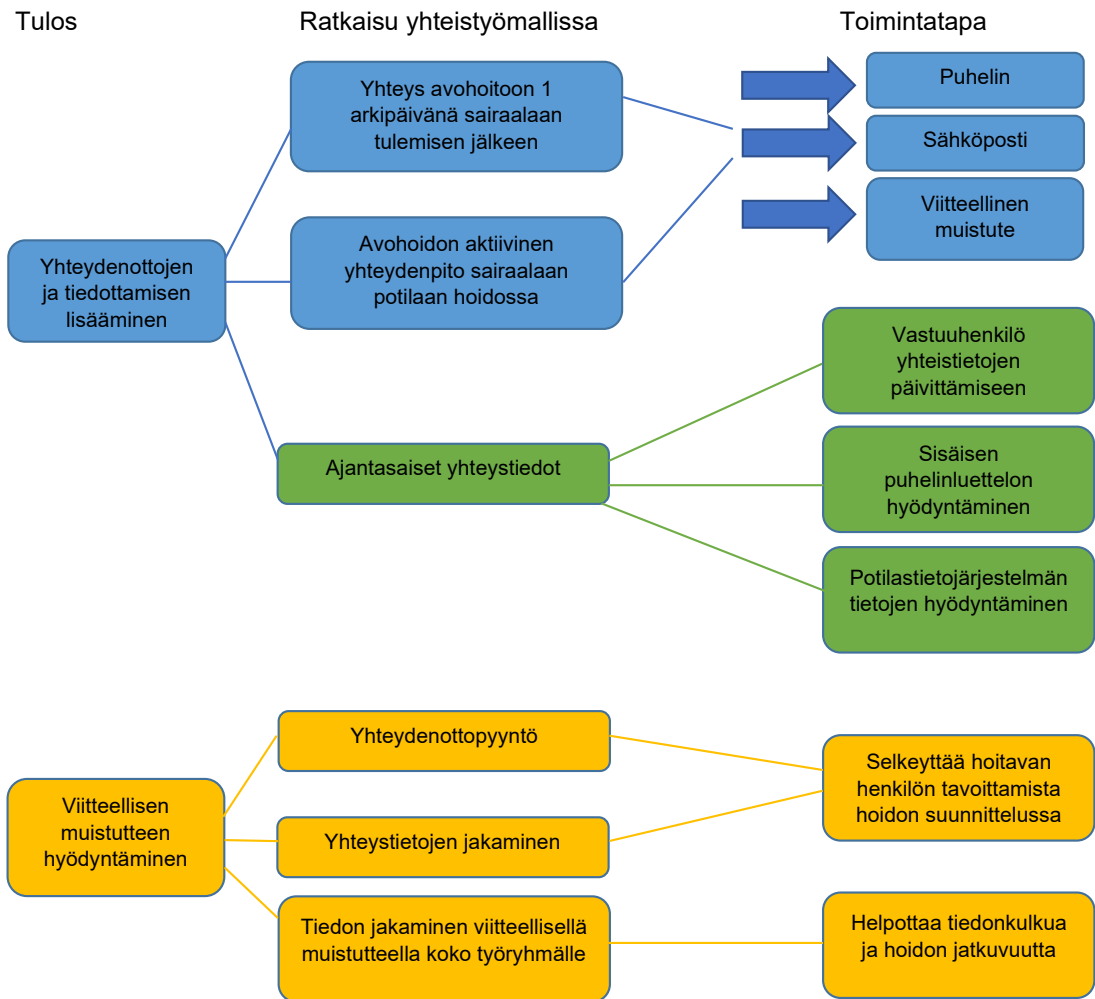
Oikean henkilön tavoittamiseksi on mahdollista hyödyntää potilastietojärjestelmää, koska organisaatio käyttää samaa potilastietojärjestelmää. Hoitavaa henkilöä on mahdollista tavoitella puhelun lisäksi sähköpostilla, jonka avulla voidaan esimerkiksi suunnitella hoitoneuvottelun ajankohtaa tai tiedottaa olevansa poti-

laan hoitoon osallistuva henkilö. Mikäli avohoidon työntekijä huomaa potilaan olevan sairaalassa, voi hän valita useammasta viestinnän työkalusta, kuinka ottaa yhteyttä sairaalan osastolle.

Yhteistyömallia hyödyntämällä mahdollistuu viitteellisen muistutteen käyttö yksikön sisäiseen sekä yksiköiden väliseen viestintään. Yhteistyömallissa muistutetaan viitteellisen muistutteen mahdollisuuksista, koska sen käyttö koettiin tutkimustulosten perusteella hankalimmaksi. Viitteellisen muistutteen mahdollisuuksia ovat sen lähettäminen koko työryhmälle, mikä varmistaa viestin perille menoa, vaikka omahoitaja ei juuri sillä hetkellä olisi töissä. Viitteellisen muistutteen avulla voidaan jättää myös pelkkä yhteydenottopyyntö, mikä helpottaa oikean ihmisen tavoittamista. Viestin vastaanottaja voi itse valita yhteydenottotavan, millä on yhteydessä potilaan hoitoon liittyvissä asioissa.

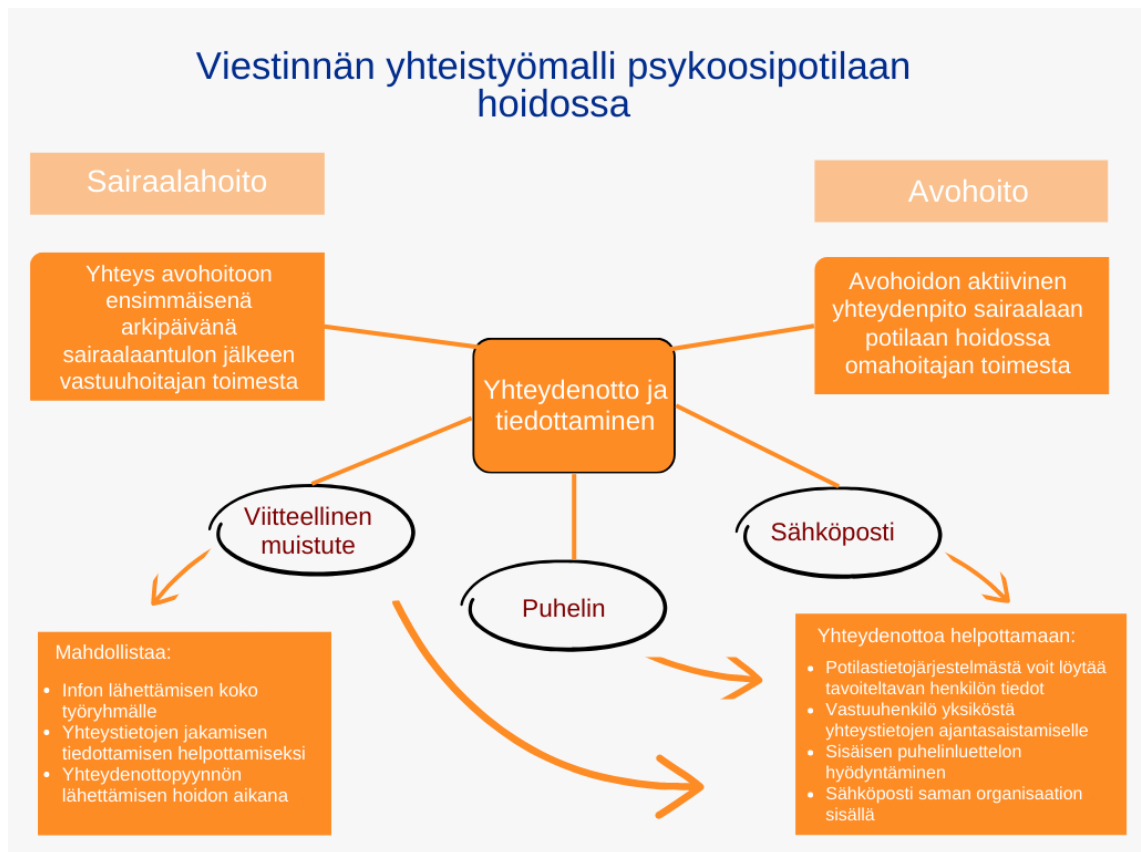
Yhteistyömallia kehitettäessä otettiin huomioon hoidon jatkuvuus ja tiedonkulku, koska nämä nousivat haastatteluiden perusteella esiin haasteina. Yhteistyömallin kehittämisen ajan osallistujat toivat esille myös toimivia käytäntöjä toimintavaiheessa, joka auttoi yhteistyömallin kehittämistä. Onnistunut viestintä sekä tiedottaminen vaatii ajantasaiset yhteystiedot. Lisäksi yhteistyömallia kehitettäessä pyrittiin tuomaan näkyväksi erilaiset viestintävälineet ja niiden vahvuudet, joista joista voi hyödyntää tilanteisiin sopivasti. Tämä yhteistyömalli kehittää psykiatrisen sairaalan ja avohoidon yhteistyötä ja turvaa psykoosipotilaan hoidon jatkuvuutta. Yhteistyömalli tarjoaa yhteydenotolle sekä tiedottamiselle useampia työkaluja ja viestintäväilyä, joiden avulla yhteistyö paranee ja tiedottaminen edistyy. Yhteistyömallin avulla hoitoneuvottelukäytännöt edistyvät, kun ihmiset löytävät helposti hoitoon osallistuvat henkilöt. Alla olevassa kuviossa 12 on havainnollistettu yhdessä osallistujien kanssa valittujen kehittämiskohteiden ratkaisut yhteistyömallissa.





KUVIO 12. Valittujen kehittämiskohteiden ratkaisut yhteistyömallissa

Lopullinen yhteistyömalli (Kuvio 13) laadittiin osallistavan toimintatutkimuksen prosessin aikana osallistujien esiin nostamien kokemusten ja havaintojen pohjalta, jotta yhteistyömalli palvelee psykoosipotilaan hoidossa tapahtuvaa viestintää mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti ja käytännönläheisesti. Yhteistyömallissa on nostettu esille molemminpuolinen yhteydenpito sairaalan ja avohoidon välillä, sekä erilaisia yhteydenottotapoja perustellen näiden hyötyjä ja mahdollisuuksia.



KUVIO 13. Viestinnän yhteistyömalli psykoosipotilaan hoidossa

## 7 POHDINTA

### 7.1 Eettisyys

Tutkimuksen eettisyys lähtee suunnitteluvaiheesta päättyen aina tulosten esittelyyn ja raportointiin (Hirsjärvi & Hurme 2009, 20). Tutkimuslupa opinnäytetyölle myönnettiin helmikuussa 2022. Tässä tutkimuksessa tutkijat ovat noudattaneet hyvää tutkimuseetiikkaa. Tiedonhankinta- sekä tutkimusmenetelmät ja niiden tulokset on raportoitu tieteellisen tiedon raportoinnin kriteerien mukaisesti, jotka ovat rehellisyys, tarkkuus, yleinen huolellisuus tutkimuksen kaikissa vaiheissa sekä eettisesti kestävien tutkimus-, arviointi- ja tiedonhankintamenetelmien käyttö tutkimusta tehdessä. (TENK 2012, 6). Tässä tutkimuksessa opinnäytetyöntekijät ovat olleet rehellisiä sekä huolellisia tutkimussuunnitelman aloittamisesta tulosten esittämiseen saakka. Aineistonanalyysissä on käytetty erityistä tarkkuutta, kuten muissakin tutkimuksen raportoinnin vaiheissa. Tähän tutkimukseen valitut tutkimus-, arviointi- ja tiedonhankintamenetelmät on raportissa perusteltu.

Oikein laadituilla viitemerkinnöillä eritellään omat huomiot ja muiden tutkijoiden tekemät havainnot tutkituista asioista. Hyvä tutkija osoittaa tutkimuksessaan tiedonhankinnan ja tutkimuksen tulosten johdonmukaista hallintaa. Tutkimuksen keskeisiä tarkoituksia on osoittaa tuotettavan uutta tietoa, hyödyntää vanhaa tietoa sen tukena tai tuoda sitä esille uudella tavalla. (Vilkkä 2021, 36–37.) Tässä tutkimuksessa tutkijat noudattivat erityistä tarkkuutta ja huolellisuutta kirjallisen raportin ohjeistuksen mukaisesti viitemerkinnöissään viitatessaan tarkoituksenmukaisesti muiden tutkijoiden teoksiin ja tutkimuksiin, jotta tiedon alkuperä on helppo jäljittää sekä tarkistaa.

Tutkimuksen aikataulu voi elää ja tutkimuksen tulokset voivat olla täysin muuta, mitä suunnitelman mukaisesti on lähdetty tutkimaan. Oleellista onkin muistaa, että tutkimus tuottaa aina uutta tietoa ja tuloksia kohtaan täytyy olla rehellinen ja objektiivinen. (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2007, 85–86.) Yhteistyömallia kehitäessä aikataulun suhteen jouduttiin tekemään muutoksia. Mahdollisimman kattavan haastatteluaineiston saamiseksi toimintatutkijat joutuivat muokkaamaan

ryhmähaastattelun aikatauluja, jotta mahdollisimman moni osallistuja saatiin reflektiovaiheen ryhmähaastatteluun mukaan. Näin saatiin rehellisiä tuloksia osallistujilta yhteistyömallia kehittäessä.

Osallistavassa toimintatutkimuksessa osallistujan pitää olla tietoinen tutkimuksen eri vaiheista ja tarjottava mahdollisuus tutustua tutkimuksen sisältöön ja rakenteeseen. Tutkijat ja osallistajat ratkaisevat tutkimusongelmia yhdessä. Osallistujilla on ratkaiseva rooli käytännön tietotaidollaan viedä tutkimusta eteenpäin ja tämän vuoksi osallistava toimintatutkimus onkin yhteistyötä. Osallistujia voi motiivoida käytännöllinen toiminnan kehittäminen koko tutkimuksen ajan. Tutkimusetiikan mukaisesti osallistujalla on mahdollisuus keskeyttää tutkimus näin halutessaan, mutta tutkimuksen onnistumisen kannalta on erittäin tärkeää, että osallistajat sitoutuvat tutkimukseen ja ongelmien ratkaisujen etsimiseen. (De Chesnay 2014, 10; Lawson 2015, 15.) Tässä tutkimuksessa osallistujat informoitiin tutkimusetiikan mukaisesti ennen tutkimukseen osallistumista kutsulla osallistua tutkimukseen. Kutsussa esiteltiin tutkimuksen lähtökohdat, menetelmät ja tavoitteet. Kutsu lähetettiin sähköpostilla.

Tutkijan on oltava rehellinen, tarkka ja huolellinen tutkimuksen jokaisessa vaiheessa. Tutkijan täytyy kyetä takaamaan vastaajien anonymiteetti ja pyrkiä todentamaan todennettu tieto oikeaksi. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 20.) Opinnäytetyön osallistujia informoitiin tutkimusetiikan mukaisesti opinnäytetyön tietosuojailmoituksen avulla etukäteen tutkimuksen tietosuojan toteutumisesta sekä tietoinen suostumus- lomakkeella opinnäytetyöhön osallistumiseen liittyvistä seikoista. Osallistujille kerrottiin, että osallistuminen oli vapaaehtoista ja opinnäytetyön tutkimuksesta voi vetäytyä missä vaiheessa tahansa, mikäli tutkimukseen osallistumisen haluaa keskeyttää.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin ryhmähaastatteluilla. Aineisto sisälsi tunnistettavia tietoja ja oli pelkästään opinnäytetyön tekijöiden käytössä. Aineistoa käsiteltiin tietosuojan mukaisesti ja aineisto hävitettiin tutkimuksen jälkeen. Paperilla oleva aineisto säilytettiin lukitussa kaapissa vain tutkimuksen ajan, jonka jälkeen aineisto hävitettiin asianmukaisesti. Tarkkuutta ja rehellisyyttä tutkijat osoittivat koko tutkimuksen peilaamalla vastauksia tutkimuskysymyksiin ja katsomalla tut-

kimusta objektiivisesti. Osa osallistujista tunsivat toisensa, kun ryhmähaastatteluja tehtiin ja nauhoitettiin. Tietojen talletus turvallisesti huolehdittiin ohjeistusten mukaisesti salasanoja vaativiin talletuskohteisiin. Raporttia kirjoittaessa anonymitteetista huolehdittiin, että tutkimuksen osallistujien anonymiteetti säilyy ja alkuperäisilmaisusta ei voida tunnistaa osallistujaa.

Ammatillista toimintaa tutkiessa tavoitteena on tuoda uutta hyötyä toimintatapoihin. Kyseenalaistamalla nykyisiä toimintatapoja, tutkimustietoa ja ajattelumalleja voidaan tuoda uusia ideoita ja näkökulmia. Siksi tutkijan onkin eettisesti tärkeää huomioida, ettei tutkimustuloksia esitetä siten, että siitä olisi tutkimukseen osallistuville haitallisia vaikutuksia, vaan pyritään nostamaan hyötynäkökulmia ja käytäntöön merkityksellisiä kehittämiskohteita. (Vilka 2021, 39–40.) Tavoitteena oli luoda yhteistyömalli psykoosipotilaan hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Malli on toimiessaan hoidon jatkuvuutta edistävä ja se selkeyttää työntekijöiden työnkuva. Tutkimustulokset ovat merkityksellisiä ja hyödyllisiä kehittämisen kannalta.

## 7.2 Luotettavuus

Toimintatutkimus on toimintatapojen muuttamiseen suuntautunutta toimintaa, jonka tavoite on ihmisten ja yhteisöjen kehittäminen. Toimintatutkimuksessa pyritään tuottamaan hyödyllistä käytännön tietoa, jonka avulla pyritään kehittämään työyhteisön käytäntöjä ja toimintatapoja. (Suoranta & Ryyänen 2014, 195–196.) Toimintatutkimuksessa onkin arvioinnin mittarina hyödyllisempää käyttää validointia. (Heikkinen & Syrjälä 2007, 148–149.)

Validoinnilla tarkoitetaan prosessia, jossa ymmärrys toimintaympäristöstä ja tavoista tapahtuu vähitellen. Prosessissa asioiden tulkinta ja havainnot tehdään juuri siinä hetkessä. Tutkijat voivat myöhemmässä vaiheessa tulkita toimintamallit ja havainnot uudelleen. Toimintatutkimuksessa totuutta ei koskaan lopullisesti löydetä. Totuuden tai ratkaisun etsiminen on jatkuvaa havainnointia, keskustelua ja dialogia. Toimintatutkimusta arvioidaan viiden periaatteen mukaisesti: Historiallinen jatkuvuus, reflektiivisyys, dialektisuus, toimivuus ja havahduttavuus. His-

toriallisella jatkuvuudella terminä tarkoittaa aiempien toimintamallien sisäistämistä. Uutta tehdessä ja kehittäessä on oleellista tietää, miten ennen on toimittu ja mistä toimintatavat ovat lähtöisin. (Heikkinen & Syrjälä 2007, 148–149.)

Historiallisen jatkuvuuden periaate tarkoittaa, että ilmiötä aletaan tutkia jostain, eikä se pääty koskaan. Historiallisen jatkuvuuden periaatetta voidaan tarkastella huomioiden työpaikan toimintahistoria tai yhteiskunnallisuuden kautta. Toiminnan juonellistaminen helpottaa raportin lukijan syy-seuraus suhteiden ymmärtämistä. (Heikkinen & Syrjälä 2007, 149–150.) Historiallinen jatkuvuuden periaate oli tässä työssä vahvasti läsnä. Toimintatutkijat halusivat tarkastella kehittämistoimintaa työpaikan toimintahistorian näkökulmasta. Tässä opinnäytetyössä huomioitiin aiempien toimintatapojen kehityskohteet ja toimivat yksityiskohdat eri yksiköiden ammattilaisten tietotaidon ja huomioiden avulla. Näin pyrittiin ymmärtämään, miten toimintatapoihin on päädytty ja niitä lähdettiin sen jälkeen kehittämään kohti toimivampia ratkaisumalleja yhteistyön ja hoidon jatkuvuuden kehittämiseen.

Reflektiivisyydessä tutkijan täytyy kyetä suhtautumaan tutkimuskohteeseen ilman ennakkooajatuksia ja neutraalisti, jotta hän on avoin havainnoille sekä huomioille. Hyvän tutkijan tavoitteena on kyetä katsomaan kehitysprosessia ulkopuolelta objektiivisesti ja rehellisesti. (Heikkinen & Syrjälä 2007, 152–153.) Osallistujien täytyy varoa lukittautumasta liiaksi ennalta ajateltuihin malleihin ja ratkaisuihin. Havainnointia täytyy tehdä avoimesti ja tutkittavan yhteisön jäsenten negatiivisetkin havainnot hyväksytään. Myös tutkijoiden täytyy arvioida itsereflektiotaan jatkuvasti, jotta objektiivisuus säilyy koko tutkimusprosessin ajan. (Suoranta & Rynänen 2014, 206–207.) Tässä opinnäytetyössä molemmat toimintatutkijat työskentelivät avohoidon yksikössä tutkimuksen alkaessa. Tutkijoina he suhtautuivat tutkittavaan kohteeseen neutraalisti ja ilman ennakkooajatuksia ollen samalla avoimia havainnoille. Toimintatutkijat hyväksyivät myös negatiiviset huomiot avoimesti ja reflektoivat omaa toimintaansa läpi toimintatutkimuksen syklin. Vaikka osallistujat tutkimuksessa toivat esille sitä, että toimintavaiheen aikana koettiin vanhojen toimintatapojen, kuten puhelimella soittaminen yhteydenotossa, olleen osalle helpoin tapa hoitaa asioita, toivat osallistujat silti havaintoja muista toimintatavoista.

Dialektisuudella tarkoitetaan totuuden rakentumista teesien ja antiteesien välille. On tärkeää saada havaintoja useammasta näkökulmasta, jotka lopulta yhdessä nivoutuvat uudeksi toimintatavaksi ja muodostavat synteessin. Ihmiset kokevat ja havainnoivat asioita yksilöllisesti. Synteessin syntymiseksi havainnot on kirjattava yksityiskohtaisesti ylös. Eri näkökulmien välinen vuoropuhelu täytyy pitää koko tutkimusprosessin ajan rikkaana. (Heikkinen & Syrjälä 2007, 154.) Yhteistyömallia kehitettäessä jokainen näkemys oli arvokas ja keskustelun sisällöstä havainnoitiin oleelliset huomiot, joiden avulla uusi yhteistyömalli kehittyi. Toimintatutkijoina opinnäytetyön tekijät nostivat keskusteluun osallistujien mielipiteitä kipupisteistä ja toimivista käytännöistä, jotta yhteistyömallista saatiin psykoosipotilaan hoidon jatkuvuutta palveleva.

Toimivuuden näkökulmasta toimintatutkimusta usein arvioidaan hyödyn ja osallistujien tyytyväisyyden näkökulmasta. Oleellista on huomioida, että kriittinen suhtautuminen tutkimukseen on erityisen tärkeää. Täytyy uskaltaa olla rehellisen kriittinen, mikäli ongelmia on noussut esille. Kriittikön tutkimus ei tuota välttämättä lisäarvoa. (Heikkinen & Syrjälä 2007, 156.) Osallistujat pitivät tärkeinä kaikkia suunnitteluvaiheen ryhmähaastattelussa esiin nousseita kehittämiskohteita. Osallistujat toivat esiin läpi toimintatutkimuksen prosessin, että aihe on tärkeä ja ajankohtainen. Osallistujat motivoituivat kehittämään toimintaa yksiköissä.

Kriittinen pohdinta tutkimusta kohtaan koko tutkimuksen ajan on aina tärkeää, jotta jatkotutkimuksen suhteen ongelmat vältetään ja luodaan toimivia tutkimuksia tulevaisuudessa. (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2007, 85–86.) Toimintavaiheen keskellä pidetyssä havainnointivaiheen tapaamisessa pohdittiin osallistujien kanssa, ovatko kehittämiskohteet valittu oikein ja saadaanko näistä lisäarvoa yhteistyömallin kehittämiseksi. Myös toisen, reflektiovaiheessa toteutuneen ryhmähaastattelun osalta käytiin kriittistä pohdintaa. Toista ryhmähaastattelua jouduttiin siirtämään kertaalleen, koska aluksi ryhmähaastattelun osallistujamäärä oli liian pieni luotettavia tuloksia tuovan ryhmähaastattelun järjestämiseksi reflektiovaiheessa. Toisen ryhmähaastattelujen tulosten perusteella todettiin, että toinen valituista kehittämiskohteista, viitteellinen muistute, soveltuu parhaiten yksikön sisäiseen viestintään. Tämän kehittämiskohteen käyttöä on aloitettu harjoitteluun yksiköissä ja niiden sisällä, tulevaisuudessa sitä voidaan mahdollisesti

hyödyntää enemmän myös yksiköiden väliseen ja etenkin sairaalan ja avohoidon väliseen viestintään.

Tutkimuksen havahduttavuudella pyritään herättämään lukijassa mielenkiintoa tutkimusta kohtaan ja ajattelemaan tutkimuksessa käsitellyjä asioita uudella tavalla. (Heikkinen & Syrjälä 2007, 159–160.) Yhteistyö psykiatrisen sairaalan ja avohoidon välillä on aina ajankohtainen aihe. Aihe ei ole uusi, mutta osallistavan toimintatutkimuksen lähestymistavan avulla toimintatutkijat halusivat tuoda aiheeseen uutta näkökulmaa ja kehittämistoimia konkreettisemmaksi yksiköiden käytännön työhön, sekä herättää lukijan mielenkiinto aiheeseen hieman erilaisesta näkökulmasta. Opinnäytetyön raportissa huomioidaan lukija raportoimalla tutkimuksen eteneminen ja tulokset osallistavan toimintatutkimuksen vaiheiden mukaisesti. Raporttia havainnollistettiin kaavioilla ja taulukoilla, kuten aineiston analyysia kuvaavilla taulukoilla sekä kuvioilla yhteistyömallin laatimisesta. Lisäksi tutkimusraporttiin lisättiin haastatteluista alkuperäisilmaisuja lukijan mielenkiinnon heräämiseksi ja luotettavuuden lisäämiseksi.

Toimintatutkimuksen spiraalia on arvosteltu siitä, että se voi kahlita tutkijan. Tutkimuksen sijaan tutkija miettii, toimiiko hän tutkimuksen prosessissa oikein ja tutkijalla on hankala erotella tutkimuksen eri vaiheita toisistaan. Toimintatutkimuksen ainoa kriteeri laadukkaalle tutkimukselle ei ole spiraalissa tapahtuvien kierrosten lukumäärä, vaan yhdellä kierroksellakin voidaan saada laadukkaita havaintoja tutkimuksesta, jos tutkimuskohde on uusi ja havaintoja herättävä. Oleellista on myös osallistujien tutkiva työote tutkimusta kohtaan. (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2007, 82.) Tämän tutkimuksen kohdalla tutkimuskohde ei ole varsinaisesti uusi, mutta erityisen ajankohtainen tapahtuneen integraation vuoksi. Rajallisen ajan vuoksi toimintatutkimuksen spiraali jäi yhteen kierrokseen, mutta tämän nähtiin olevan riittävä aika kehittämistyön alulle saamiseksi. Tutkimuksen ensimmäinen ryhmähaastattelu ehdittiin toteuttamaan juuri ennen hoitajien työtaistelutoimia keväällä 2022. Työtaistelun vaikutuksia tutkimuksen prosessiin ei haastatteluissa noussut esiin. Osallistajat nostivat esiin haastatteluissa kehittämiskohteiden haasteeksi ajankohdan, jota pidettiin haasteellisena esimerkiksi kesälomien ja kesäaikana tapahtuvien henkilökunnan muutosten vuoksi.



Tutkimuksessa on myös tärkeää muistaa, että vaikka tutkimuksen tulokset eivät aina saavuttaisi haluttua muutosta, saavutetaan kuitenkin aina jotain. Tutkimuksessa voi ilmetä uusia tutkimuskohteita, joita nykyinen tutkimus nostaa seuraaville tutkittavaksi. (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2007, 85–86.) Osallistujat huomioivat molemmissa ryhmähaastatteluissa, että muutoksiin sopeutuminen ja uudet toimintatavat vievät aikaa. Siksi olisikin erityisen tärkeää, että kehitetty yhteistyömalli saataisiin integroitua käytännön työhön ja keskustelu aiheen tärkeydestä sekä kehitystyö jatkuisi tutkimuksen päättymisen jälkeenkin.

### **7.3 Tulosten tarkastelu**

#### **7.3.1 Yhteistyömallin tarkastelu**

Hyvin suunniteltu viestintä on toimivan organisaation perusta. Viestintä on ihmisten välistä kommunikaatiota ja vuorovaikutusta, jonka avulla välitetään tietoja, ajatuksia, tunteita sekä asenteita toisille. Organisaatiossa ja työyhteisöissä käytystä viestinnästä voidaan käyttää nimitystä yhteisöviestintä, jonka ydinasioita ovat avoimuus, tasavertaisuus sekä yhteiset sopimukset. (Niemi ym. 2006, 237–238.) Osallistavan toimintatutkimuksen osallistujat toivat esille toiveen selkeästi toimintatavasta, jolla viestiä yksiköiden välillä. Yhteistyömallissa on huomioitu osallistujien toive myös yhteystiedoista ja niiden pitämisestä ajan tasalla. Tasavertaisuus toteutuu yhteistyömallissa painottamalla molemminpuolista yhteydenottoa potilaan asioissa sen sijaan, että esimerkiksi avohoidossa odotetaan yhteydenottoa sairaalasta.

Sairaalan yhteydenotto avohoitoon on suositeltu tapahtuvan ensimmäisenä arkipäivänä sairaalaan tulon jälkeen ja tämä on myös Pirkanmaan sairaanhoitopiirin psykoosipotilaan hoitoketjun mukainen suositus (Psykoosipotilaan hoitoketju 2022). Yhteistyömallissa on nimetty vastuuhenkilö; omahoitaja tai vastuuhoitaja yhteydenoton tekemiselle.

Laaditun yhteistyömallin keskiössä on psykoosipotilaan hoidon jatkuvuus, johon vaikuttaa olennaisesti henkilökunnan välinen yhteistyö, viestintätavat ja hoitoneuvottelukäytännöt. Lopullisesta mallista luotiin mahdollisimman yksinkertainen ja selkeä, jotta se vastaisi avo- ja sairaalahoidon välisen viestinnän kehittämisen tarpeeseen käytännönläheisesti. Yhteistyömallissa on perusteltu valittujen viestintämenetelmien etuja sekä esitetty joitakin ratkaisumalleja helpottamaan yhteydenottoja.

Aiempaa tutkimustietoa psykiatrisen sairaalan ja avohoidon välisen viestinnän yhteistyömalleista löytyi melko vähän. Suurin osa tutkimustiedosta koskee potilaiden hoitomalleja, ei varsinaisesti henkilökunnan välistä viestintää, johon tämän opinnäytetyön tuloksena laadittu yhteistyömalli keskittyy. Hyvinvointialan viestinnästä yleisellä tasolla löytyy enemmän tutkimustietoa.

Sietsma ym. (2021) tutkivat psykiatrisen sairaalahoidon ja avohoidon palveluntuottajien välistä kommunikaatiota sähköisen muistutuksen ja yhteydenottoihin laaditun standardoidun kirjaamisohjeen käyttöönoton jälkeen. Yhteydenotoissa tapahtui merkittäviä parannuksia intervention käyttöönoton jälkeen. Yhteydenottoja oli enemmän, ne kohdentuivat suoraan omahoitajille sekä tapahtuivat aiempaa nopeammin. Myös hoitohenkilökunnan yleinen tyytyväisyys lisääntyi. (Sietsma ym. 2021, 244.) Tämän opinnäytetyön osallistavan toimintatutkimuksen alustavan yhteistyömallin perusteella yhteydenotot lisääntyivät, joka on lupaavaa ajatellen yhteistyömallin käyttöä tulevaisuudessa.

Yhteistyömallia ei voi sellaisenaan soveltaa yksiköihin, joissa ei ole käytössä yhteistä potilastietojärjestelmää. Viitteellisen muistutteen tai muun vastaavan potilastietojärjestelmän sisäisen viestintävälineen käyttö edellyttää yhteistä potilastietojärjestelmää.

Psykiatrisen sairaalan ja avohoidon välisen yhteistyön mallia voidaan käyttää myös uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdytyksessä. Yhteistyömallista tiedottaminen on erittäin tärkeässä roolissa sen käyttöönottovaiheessa, jotta mallista tulisi osa psykoosipotilaan hoitoon osallistuvien ammattilaisten arkea. Yhteistyömalli esitellään opinnäytetyön yhteistyötaholle loppuvuodesta 2022 osana

opinnäytetyön esitystä. Lisäksi toimintatutkimuksen osallistajat jalkauttavat yhteistyömallia kukin omissa yksiköissään.

#### **7.4 Jatkotutkimus- ja kehittämissuositukset**

Tämän opinnäytetyön tuloksena kehitetyn yhteistyömallin käyttöä tulee jatkossa seurata ja kuulla työntekijöiden kokemuksia sen toimivuudesta käytännön työssä. Mahdollisia yhteistyömallin käytön haasteita tulee seurata yksiköissä ja tarvittaessa reagoida niihin. Aihetta on syytä pitää esillä psykoosipotilaan hoitoon osallistuvissa yksiköissä osastotunneilla, kehittämispäivissä ja osana perehdytystä. Myös koulutusta ja avoimia keskustelutilaisuuksia avo- ja sairaalahoidon välisestä yhteistyöstä tulee järjestää.

Yhteistyömallin pohjalta psykiatrisen sairaalan ja avohoidon välistä yhteistyötä tulee jatkossa arvioida ja kehittää edelleen. Tutkijoista toinen työskentelee opinnäytetyön jälkeen yhteistyömallin käyttöä jatkavassa yksikössä ja voi näin seurata yhteistyömallin sujuvuutta ja tarvittaessa esittää, sekä toteuttaa kehittämissuosituksia. Yhteistyömallin voisi ottaa käyttöön myös muissa, kuin psykoosipotilaan hoitoon osallistuvissa yksiköissä.



Hotus 2022. Tutkimusten arviointikriteeristöt (JBI). Luettu 13.10.2022. hotus.fi/jbin-kriittisen-arvioinnin-tarkistuslistat/

Keskinen, E. 2015. Parental psychosis, risk factors and protective factors for schizophrenia and other psychosis. Väitöskirja. Oulun Yliopisto.

Laaksonen, H., & Salin, S. 2019. Iloa ja intoa johtamiseen. Oppian.

Lawson, H. 2015. Introducing Participatory Action Research. Teoksessa Participatory Action Research. Lawson, H., Caringi, J., Pyles, L., Jurkowski, J., Bozlak, C. Oxford University Press. 1-34. Luettu 16.12.2021. Vaatii käyttöoikeuden. [Participatory Action Research: EBSCOhost \(tuni.fi\)](#)

Lee, S., Kim, K., Kim, T., Kim, S., Kim, J-W, Han, C., Song, J., Paik, J-W. 2015. Outpatient Follow-Up Visit after Hospital Discharge Lowers Risk of Rehospitalization in Patients with Schizophrenia: A Nationwide Population-Based Study. *Psychiatry Investigation* 12 (4), 425-433.

Lönnqvist, J., & Suvisaari, J. 2014. Muut psykoosit. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M., Partonen, T. *Psykiatria. Duodecim*. 9., uudistettu painos s. 135-153.

Macdonald, A., Adamis, D., Broadbent, M., Craig, T., Stewart, R., Murray, RM. 2021. Continuity of care and mortality in people with schizophrenia. *BJPsych Open* 7 (4), 1-6.

Maples, N., Copeland, L., Zeber, J., Li, X., Moore, T., Dassori, A., Velligan, D., Miller, A. 2012. Can Medication Management Coordinators Help Improve Continuity of Care After Psychiatric Hospitalization? *Psychiatric Services* 63 (6), 554–560.

Martin, L. & Hirdes, J.P. 2014. Exploring the impact of common assessment instrumentation on communication and collaboration in inpatient and community-based mental health settings: a focus group study. *BMC Health Services Research* 14 (1), 457.

Matveinen, P. 2021. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti 2021. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti 15/2021. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021052131001>. Luettu 11.12.2021.

McTaggart, R., Nixon, R., Kemmis, S. 2014. Critical Participatory Action Research. Teoksessa Rowell, L., Bruce, C., Shosh, J., Riel, M. 2017. *The Palgrave international Handbook of Action Research*. New York: Palgrave Handbooks, s. 21-37.

Mielenterveyslaki. 1990/1116.

Noseworthy, AM., Sevigny, E., Laizner, A., Houle, C., La Riccia, P. 2014. Mental Health Care Professionals' Experiences with the Discharge Planning Process

and Transitioning Patients Attending Outpatient Clinics into Community Care. *Archives of Psychiatric Nursing* 28, 263–271.

Niemi, T., Nietosvuori, L., Virikko, H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. Helsinki:Edita.

Olfson, M., Wall, M., Wang, S., Crystal, S., Liu, S., Gerhard, T., Blanco, C. 2016. Short-term suicide risk after psychiatric hospital discharge. *Jama Psychiatry* 73 (11), 1119-1126.

Penttilä, M., Juola, P., Seppälä, J., Kaivosoja, M., Raiskila, T., Niemelä, S., Jääskeläinen, E. 2015. Skitsofrenian ennustetta voidaan parantaa. *Katsausartikkeli. Suomen Lääkärilehti* 70 (13), 875–880.

Perälä, J., Suvisaari, J., Saarni, S. et al. 2007. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Archives of General Psychiatry* 64 (1), 19–28.

Pirkanmaan mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraatio -projekti. 2020. Yleisesittely hankkeesta. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin valtuusto.

Poutanen, O., Tammentie-Saren, T., Bashmakov, L., Mäkelä, M., Lehto, P., Leskinen, T., Mikkilä, J., Nyrhinen, M., Järventausta, K., Lehtinen, K., Leinonen, E., Merimaa, P., Romu, J. & Syrjämäki, M. 2013. Psykoosien alueellinen hoito-ohjelma. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Aikuispsykiatrian vastuualue.

Psykoosipotilaan hoitoketju. 2022. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 7.9.2022. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/shp01136>

Puntis, R., Rugkåsa, J., Burns, T. 2016. The association between continuity of care and readmission to hospital in patients with severe psychosis. *Social Psychiatry Epidemiology Springer*. 51 (12), 1633–1643.

Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Ylänne, S., Paavilainen, E. 2011. Tutkimuksen voimasanat. *WSOYPRO*. 1. painos.

Sietsma, A., Brennan-Cook, J., Malak, L., Lauzon, V. 2021. Improving Communication Between Hospital and Outpatient Psychiatric Providers. *Advanced Emergency Nursing Journal*. 43 (3), 237–246.

Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020. Luettu 26.09.2021. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

Stringer, E. 2007. Action Research. Third Edition. Sage Publications inc.

Suoranta, J., Rynänen S. 2014. Taisteleva tutkimus. Into kustannus.

Smith, T., Haselden, M., Corpeil M. Tang, F., Radigan, M., Essock, S., Wall, M., Dixon, LB., Wang, R., Frimpong, E., Lamberti, S., Schneider, M., Olfson, M. Relationship between continuity of care and discharge planning after hospital psychiatric admission. 2020. *Psychiatric Services* 2020; 71:75–78.

Tammentie, T., Kiviniemi, P., Hasa, M., Kaikkonen, R., Koivuniemi, A., Merimaa, P., Niemi, H., Pöyhtäri, J. & Tuominen, K. 2008. Rajapintatyö psykiatriassa. Kehittämishankkeen loppuraportti. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 10/2008, Tampere.

Tampereen yliopistollinen sairaala 2019. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden suunniteltu integraatio siirtynee vuoden 2021 alkuun. Päivitetty 5.11.2019. Luettu 11.9.2022. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden suunniteltu integraatio siirtynee vuoden 2021 alkuun | Tampereen yliopistollinen sairaala ([tays.fi](http://tays.fi))

Tampereen yliopistollinen sairaala 2020. Pirkanmaan mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraatio. Päivitetty 28.9.2020. Luettu 11.9.2022. [tays.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Alueellinen\\_yhteistyö/Mielenterveys\\_ja\\_paihdepalveluiden\\_integraatio](http://tays.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Alueellinen_yhteistyö/Mielenterveys_ja_paihdepalveluiden_integraatio)

Tampereen yliopistollinen sairaala 2022a. Psykiatria. Päivitetty 2.9.2022. Luettu 9.9.2022. [tays.fi/fi-FI/palvelut/psykiatria](http://tays.fi/fi-FI/palvelut/psykiatria)

Tampereen yliopistollinen sairaala 2022b. Psykiatrian avopalvelut. Päivitetty 4.1.2022. Luettu 11.9.2022 [tays.fi/fi-FI/Palvelut/Psykiatria/Psykiatrian\\_avopalvelut](http://tays.fi/fi-FI/Palvelut/Psykiatria/Psykiatrian_avopalvelut)

Tampereen yliopistollinen sairaala 2022c. Psykoosisairauksien poliklinikka. Päivitetty 23.8.2022. Luettu 11.9.2022. [tays.fi/fi-FI/Toimipaikat/Tays\\_Keskussairaala/Hoitoyksikot/Psykoosisairauksien\\_poliklinikka](http://tays.fi/fi-FI/Toimipaikat/Tays_Keskussairaala/Hoitoyksikot/Psykoosisairauksien_poliklinikka)

Tampereen yliopistollinen sairaala 2022d. Tehostetun psykoosihoidon poliklinikka. Päivitetty 23.8.2022. Luettu 11.9.2022. [tays.fi/fi-FI/Toimipaikat/Tays\\_Keskussairaala/Hoitoyksikot/Tehostetun\\_psykoosihoidon\\_poliklinikka](http://tays.fi/fi-FI/Toimipaikat/Tays_Keskussairaala/Hoitoyksikot/Tehostetun_psykoosihoidon_poliklinikka)

Tampereen yliopistollinen sairaala 2022e. Päiväsairaala 3. Päivitetty 23.8.2022. Luettu 11.9.2022. [tays.fi/fi-FI/Toimipaikat/Tays\\_Keskussairaala/Hoitoyksikot/Paivasairaala\\_3](http://tays.fi/fi-FI/Toimipaikat/Tays_Keskussairaala/Hoitoyksikot/Paivasairaala_3)

Tampereen yliopistollinen sairaala 2022f. Psykiatrian kotiutustiimi. Päivitetty 23.8.2022. Luettu 11.9.2022. [tays.fi/fi-FI/Toimipaikat/Tays\\_Keskussairaala/Hoitoyksikot/Psykiatrian\\_kotiutustiimi](https://tays.fi/fi-FI/Toimipaikat/Tays_Keskussairaala/Hoitoyksikot/Psykiatrian_kotiutustiimi)

Tampereen yliopistollinen sairaala 2022g. Psykoosien hoito- ja tutkimusosasto 6. Päivitetty 23.8.2022. Luettu 11.9.2022. [tays.fi/fi-FI/Toimipaikat/Tays\\_Pitkaniemi/Hoitoyksikot/Psykoosien\\_hoito\\_ja\\_tutkimusosasto\\_APS6](https://tays.fi/fi-FI/Toimipaikat/Tays_Pitkaniemi/Hoitoyksikot/Psykoosien_hoito_ja_tutkimusosasto_APS6)

Tampereen yliopistollinen sairaala 2022h. Psykoosien hoito- ja tutkimusosasto 8. Päivitetty 23.8.2022. Luettu 1.11.2021. [tays.fi/fi-FI/Toimipaikat/Tays\\_Pitkaniemi/Hoitoyksikot/Psykoosien\\_hoito\\_ja\\_tutkimusosasto\\_APS8](https://tays.fi/fi-FI/Toimipaikat/Tays_Pitkaniemi/Hoitoyksikot/Psykoosien_hoito_ja_tutkimusosasto_APS8)

Tampereen yliopistollinen sairaala 2022i. Psykoosien hoito- ja kuntoutusosasto 9. Päivitetty 23.8.2022. Luettu 11.9.2022. [tays.fi/fi-FI/Toimipaikat/Tays\\_Pitkaniemi/Hoitoyksikot/Psykoosien\\_hoito\\_ja\\_kuntoutusosasto\\_APS9](https://tays.fi/fi-FI/Toimipaikat/Tays_Pitkaniemi/Hoitoyksikot/Psykoosien_hoito_ja_kuntoutusosasto_APS9)

Tampereen yliopistollinen sairaala 2022j. Psykiatrian hoito-ohjelmat. Päivitetty 7.9.2022. Luettu 11.9.2022. [tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjeet/Psykiatrian\\_hoitoohjelmat](https://tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Hoitoohjeet/Psykiatrian_hoitoohjelmat)

Tampereen yliopistollinen sairaala 2022k. Psykiatrian uudisrakennus. Päivitetty 31.8.2022. Luettu 9.9.2022. [tays.fi/fi-FI/toimipaikat/Tays\\_Keskussairaala/Taysin\\_uudistaminen/Psykiatria](https://tays.fi/fi-FI/toimipaikat/Tays_Keskussairaala/Taysin_uudistaminen/Psykiatria)

Tampereen yliopistollinen sairaala 2022l. Pirkanmaan hyvinvointialue. Päivitetty 5.8.2022. Luettu 3.10.2022. [tays.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Pirkanmaan\\_hyvinvointialue](https://tays.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Pirkanmaan_hyvinvointialue)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022a. Erityiskorvattaviin lääkkeisiin psykoosin vuoksi oikeutettuja, % väestöstä 2022. Sotkanetin tulostaulukko. Luettu 11.9.2022. <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s070AgA=&region=s07MBAA=&year=sy5zAgA=&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=202109301228>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022b. Psykiatrian laitoshoidon keskimääräinen hoitoaika 2005 ja 2018. Sotkanetin tulostaulukko. Luettu 11.9.2022. <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s87yBgA=&region=s07MBAA=&year=sy6rtNZNAQA=&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=202109301228>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2022c. Toimenpidesuositus riittävän ja laadukkaan psykiatrisen sairaalahoidon turvaamiseksi. Päätösten tueksi 6/2022.

Tuomi, J., & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi. 10., Uudistettu laitos.

Tutkimuseettinen hoitoneuvottelukunta. (TENK) 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. [https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)



Van der Lee, A., de Haan, L., Beekman, A. 2016. Schizophrenia in the Netherlands: Continuity of Care with Better Quality of Care for Less Medical Costs. PLOS ONE 11(6): e0157150.

Vilka, H. 2021. Tutki ja kehitä. PS-kustannus. 5. päivitetty painos.

Wahlbeck, K., Cresswell-Smith J., Haaramo, P. 2019. Potilaan paluu psykiatriseen sairaalahoitoon. Alueellinen esiintyvyys ja sen yhteys sairaalahoitoon. Lääkärilehti 3 (74) 120–126.

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.

Wahlbeck, K., Ekqvist, M., Jäntti, V., Mantere, O., Nevalainen, V., Saarni, S., Stengård, E., Tuori, T., Wiili-Peltola, E. 2009. Tampereen mielenterveyspalveluiden arviointi. Loppuraportti. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Saatavilla: [9613b542-43ad-4ce3-9021-6b6e7f660805.pdf](https://www.julkari.fi/handle/10024/10024) (julkari.fi)

## LIITTEET

## Liite 1. Opinnäytetyössä käytetyt tieteelliset artikkelit

Tutkimuksen tekijät, Vuosi, Julkaisukana, Maa	Tarkoitus	Aineisto ja tutkimusmenetelmät	Keskeiset tulokset	Laadunarviointi (JBI)
Batscha, McDevitt, Weiden, Dancy. 2011. Journal of the American Psychiatric Nurses Association. Yhdysvallat.	Tarkastella sairaalasta avohoitoon siirtymävaiheen toteutettavuutta, tuloksia ja kustannuksia ja näiden yhteyttä ensimmäiselle avohoidon tapaamiselle osallistumiseen.	Pilottitutkimus. Sairaalahoitossa olevien psykoosipotilaiden haastattelut (n=15).	Siirtymävaiheessa haastatelluista potilaista 92 % osallistui ensimmäiselle avohoidon tapaamiselle. Yhteydenotto linkkinä toimivaan työntekijään kriittisessä vaiheessa kotiutumisen ja avohoidon ensimmäisen ajan välillä voi ehkäistä sairaalaan paluuta.	9/10
Beadles, Ellis, Lichstein, Farley, Jackson, Morrissey, Domino. 2015. Psychiatric Services. Yhdysvallat.	Tutkia, parantaako psykiatrisen sairauden varhainen seuranta kotiutumisen jälkeen taudin hallintaa ja opastamaan asianmukaista palvelun käyttöä masennus- ja skitsofreniapotilailla.	Retrospektiivinen kohorttitutkimus. Potilaat, joilla toteutui avohoidon tapaaminen 0–8, 8–30 tai 30 päivää kotiutumisen jälkeen. Medicaid-tilastojen analysointi yleisteillä lineaarisilla malleilla.	Avohoidon seuranta käynti 30 päivän sisällä kotiutumisesta lisäsi lääkitykseen sitoutumista sekä avohoitopalveluiden käyttöä.	8/11
Cervello, Pulcini, Massoubre, Trombert-Paviot, Fakra. 2019. Psychiatric Quarterly. Ranska.	Tarkkailla ja arvioida psykiatrisen liikkuvan yksikön toimintaa ja sen hyötyjä potilaille.	Kvasikokeellinen tutkimus (n=63) ja kyselylomake henkilökunnalle (n=13).	Potilaat hyötyivät liikkuvan yksikön tuesta, sairaalahoidot vähenivät. Erityisen tärkeää on ammattilaisten välinen koordinaatio ja tuki yhteistyön parantamiseksi.	8/9
Ewertzon, Andershed, Svensson Lützn, 2011, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. Ruotsi.	Tutkia perheen osallisuuden merkitystä psykoosipotilaan hoidossa	Laadullinen tutkimus perheen kokemuksista osallisuudesta. Sisäänottokriteeri yli 18-vuotiaan psykoosisairaanaomainen.	Avoimuus ja hoidon jatkuvuus ovat omaisten näkökulmasta tärkeitä arvoja psyykkisesti sairaan potilaan hoidossa. Myös tiedonjako omaisten ja ammattilaisten välillä koettiin tärkeänä ja osittain puutteellisenä.	9/10

		n=70 osallistujaa vastasi FIAQ kyselyyn ja vastaukset analysoitiin määrällisesti ja laadullisesti.		
Macdonald, Adamis, Broadbent, Craig, Stewart, Murray. 2021. BJPsych open. Iso-Britannia.	Tutkia hoidon jatkuvuuden vaikutuksia skitsofreniapotilaiden hoitoon, kuolleisuuteen ja kuolinsyihin.	Pitkään sairastaneiden skitsofreniapotilaiden (n=5551) muutokset hoidon jatkuvuudessa, verrattuna kuolinsyytlästäihin. Data-analyysi.	Ei riippumatonta yhteyttä hoidon jatkuvuuden ja kuolleisuuden välillä. Hoidon jatkumattomuus lisäsi merkittävästi itse aiheutetun kuoleman riskiä.	8/11
Maples, Copeland, Zeber, Li, Moore, Dassori, Velligan, Miller. 2012. Psychiatric services. Yhdysvallat.	Tutkia, lisäävätkö potilaskoordinaattorit hoidon jatkuvuutta laitoshoidosta avohoitoon siirryttäessä.	Psykoosipotilaat, jotka osallistuivat potilaskoordinaattorihjelmaan ennen kotiutumista tai ensimmäisellä avohoidon käynnillä (n=325), vertailuryhmä juuri kotiutuneet potilaat (n=345).	Kotiutuksen jälkeen ohjelmaan osallistuneet potilaat kävivät todennäköisemmin avohoidon tapaamisilla. Kolmasosa potilaista ei koskaan käynyt avohoidon käynnillä.	9/11
Martin & Hirdes. 2014. BMC Health Services Research. Kanada.	Selvittää hoidon siirtovaiheen yhteistyötä ja viestintää erikoissairaanhoidon ja avohoidon välillä sekä tutkia RAI-arviointimenetelmien vaikutuksia näihin.	Laadullinen tutkimus. Kaksi vertailuryhmää, sairaalan työntekijät (n=10) ja avohoidon työntekijät (n=10). Kaksi ryhmähaastattelua, ensimmäinen ennen arviointimenetelmän käyttöönottoa ja toinen vuosi käyttöönoton jälkeen.	Viestintä ja yhteistyö on tärkeää. Yhteinen tietojärjestelmä ja hoitotyön yhteenveto olisi tärkeä hoidon jatkuvuuden kannalta. Sairaalan henkilökunta koki hoidon jatkuvuuden prosessia hyvin ennustettavana ja avohoidon henkilökunta ennakoimattomana. Arviointimenetelmän käyttöönotolla ei ollut vaikutusta viestintään ja yhteistyöhön.	8/10
Lee, Kim, K., Kim, T., Kim, S., Kim, J-W., Han, Song, Paik. 2015. Psychiatry	Selvittää avohoidon jatkuvuutta ja tehokkuutta kotiutuksen jälkeen sekä vaikutusta skitsofreniapotilaiden sairaalahoitoon uusiutumiseen.	Kolmen vuoden seurantatutkimus, data (n=10246).	Seurantahoidon puute voi johtaa psykoottisten oireiden lisääntymiseen ja lisääntyneeseen uu-	7/10

Investigation. Korea.			siutumisen ja uudelleen sairaalahoitoon. Skitsofreniapotilaiden avohoitokäyntien määrä 60 päivän sisällä kotiuttamisesta on tärkeä indikaattori tarkasteltaessa uudelleen sairaalahoitoon joutumista.	
Noseworthy, Sevigny, Laizner, Houle, La Riccia. 2014. Archives of Psychiatric Nursing. Kanada.	Selvittää, kuinka psykiatrisen erikoissairaanhoidon työntekijät kokevat potilaiden kotiutuksen suunnittelun ja hoidon siirron kunnalliseen terveydenhuoltoon.	Puolistrukturoitu haastattelu (N=12). Aineistolähtöinen sisälönanalyysi.	Merkittävimpiä potilaan kotiutukseen ja hoidon siirtoon liittyviä asioita ovat tiedonkulku ja viestintä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä.	8/10
Olfson, Wall, Wang, Crystal, Liu, Gerhard & Blanco. 2016. Jama Psychiatry. Yhdysvallat.	Vakavista psyykkisistä sairauksista (mm. psykoosisairaus) kärsivien potilaiden itsemurhariskin vaihtelu pian kotiutumisen jälkeen.	Kohorttitutkimus	Mm. Skitsofreniapotilalla on 90 päivää kotiutumisen jälkeen suurempi riski itsemurhan tekemiseen.	9/11
Puntis, Rugkåsa, Burns. 2016. Social Psychiatry Epidemiology. Iso-Britannia.	Tutkia hoidon jatkuvuutta mielenterveyspalveluissa sairaalasta kotiutumisen ja sinne palaamisen välillä.	36 kk:n prospektiivinen kohorttitutkimus. n=323. Tietoja kerättiin kahdeksalla toiminnallisen jatkuvuuden mittarilla potilaskertomuksista.	64 % potilaista palasi sairaalaan seuranta-jakson aikana. Potilaita nähtiin avohoidossa keskimäärin 2.9 kertaa kuussa. Psykoosipotilas kuormittaa terveydenhuollon järjestelmää, siksi on oleellista kiinnittää huomiota potilaan hoidon jatkuvuuden suunnitteluun.	8/11
Smith, Haselden, Corpeil, Tang, Radigan, Essock, Wall, Dixon, Wang, Frimpong, Lamberti, Schneider, Olfson. 2020. Psychiatric Services. Yhdysvallat.	Tutkia sitä, onko sairaalahoitoon ja avohoidon välisellä viestinnällä merkitystä avohoidon tappaamisiin osallistumiseen kotiutumisen jälkeen.	Kohorttitutkimus. Potilaat (n=189) kahdesta eri sairaalasta. Kaksi alaryhmää; potilaat joita kontaktoitiin sairaalasta kotiutumisen jälkeen ja potilaan joita ei kontaktoitu.	Sairaalan työntekijät eivät kontaktoi avohoittoa ennen kotiutusta, vaikka sen on todettu lisäävän hoitoon kiinnittymistä sairaalahoitoon jälkeen.	9/11
Van der Lee, de Haan, Beekman. 2016. PLoS One. Alankomaat.	Arvioida, liittyykö elekttiiviseen psykiatrisen hoidon jatkuvuuteen pienemmät kustannukset, jotka ovat seurausta sairaalahoitoon vähentämisestä.	Kohorttitutkimus, kolmen vuoden seuranta-aika. Alle 70-vuotiaat skitsofreniapotilaat (n=7392).	Potilailla, joille tarjottiin elekttiivistä psykiatrista jatkohoitoa sairaalahoitoon jälkeen (73 %), oli vähemmän akuutteja käyntejä ja sairaalahoitojaksoja, enem-	10/11

			män somaattista hoitoa ja vähemmän hoitokustannuksia.	
Wahlbeck, Cresswell-Smith, Haaramo. 2019. Lääkärilehti. Suomi.	Psykiatriseen sairaalaan paluun esiintyvyys sairaanhoitopiireittäin ja alueellinen vaihtelu aikuispotilailla, jotka olivat psykiatrisessa osastohoidossa Suomessa v. 2012.	Rekisteritutkimusaineiston perusteella 12kk:n seuranta, logistinen regressioanalyysi.	Potilaista 40 % palasi psykiatriseen sairaalahoitoon. Sairaanhoitopiirien erot olivat suuret (28–53 %). Terveystuollon avohoitokäynti viikon kuluessa uloskirjauksesta oli 51 %:lla potilaista (34–69 %). 8 %:lla ei ollut avohoitokäyntejä sairaalajakson jälkeen, ja heillä riski palata sairaalahoitoon oli suurin.	8/9

## Liite 2. Kutsu osallistua tutkimukseen

Hyvä vastaanottaja!

21.1.2022

Pyydämme teitä osallistumaan opinnäytetyöhömme, jonka tarkoituksena on kehittää psykiatrisen sairaalan ja avohoidon välistä yhteistyötä psykoosipotilaan hoidossa. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää psykoosipotilaan hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi yhteinen toimintamalli. Opinnäytetyössämme käytämme lähestymistapana osallistavaa toimintatutkimusta.

Opinnäytetyöhön osallistuminen on vapaaehtoista. Voit kieltäytyä tai peruuttaa osallistumisesi ilman syytä missä vaiheessa tahansa. Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa, joka on myöntänyt opinnäytetyön tekemiselle luvan.

Opinnäytetyön aineistonkeruu tapahtuu ryhmähaastatteluina. Haastattelut toteutetaan myöhemmin ilmoitettavassa paikassa, yhden haastattelun kesto on enimmillään 2 tuntia. Haastattelut tallennetaan. Ensimmäinen ryhmähaastattelu toteutuu keväällä 2022.

Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti, siihen saakka aineistoa käyttävät ainoastaan opinnäytetyön tekijät. Aineisto säilytetään salasanalla suojattuina tiedostoina. Opinnäytetyön tulokset ovat luottamuksellisia, ja lopullisessa opinnäytetyössä yksittäistä vastaajaa ei pysty tunnistamaan. Opinnäytetyö julkaistaan sähköisesti Theseus-tietokannassa. Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta.

Mikäli teillä on kysyttävää, tai haluatte lisätietoja opinnäytetyöstämme, vastaamme niihin mielellämme. Ilmoitathan kiinnostuksesi osallistua tutkimukseen sähköpostitse.

Opinnäytetyön tekijät

Salla Simpura-Päivö  
Sairaanhoitaja  
Kliininen asiantuntijaopiskelija (YAMK)

Tampereen ammattikorkeakoulu  
[salla.simpura-paivo@tuni.fi](mailto:salla.simpura-paivo@tuni.fi)

Jaakko Syrjäpalo  
Sairaanhoitaja  
Johtamisen koulutusohjelman  
opiskelija (YAMK)

[jaakko-matti.syrjapalo@tuni.fi](mailto:jaakko-matti.syrjapalo@tuni.fi)

## Liite 3. Suostumuslomake tutkimukseen osallistumiseksi

**SUOSTUMUSLOMAKE**

Psykiatrisen sairaalan ja avohoidon yhteistyön kehittäminen psykoosipotilaan hoidossa

**Suostumus tutkimukseen osallistumiseksi**

Minua on pyydetty osallistumaan yllä mainittuun opinnäytetyöhön ja olen saanut kirjallista tietoa opinnäytetyöstä, ja mahdollisuuden esittää siitä tekijöille kysymyksiä.

Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä sekä peruuttaa suostumus ja keskeyttää osallistuminen väliaikaisesti syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että tiedot käsitellään luottamuksellisina.

Annan suostumukseni osallistua opinnäytetyöhön.

Paikka ja päivämäärä

---

Allekirjoitus

---

Nimenselvennys

## Liite 4. Ryhmähaastatteluiden haastattelurungot

### Haastattelu 1 (maaliskuu 2022)

#### 1. Ajankohtainen tilanne

- Miten kuvailisit tällä hetkellä psykiatrisen sairaalan ja avohoidon välistä yhteistyötä psykoosipotilaan hoidossa?
- Miten psykoosipotilaan hoidon jatkuvuus toteutuu tällä hetkellä?

#### 2. Kehittämiskohteet

- Kuinka kehittäisit psykiatrisen sairaalan ja avohoidon välistä yhteistyötä?

Toisen haastattelun kysymykset muotoutuivat ensimmäisen haastattelun teemojen ja vastausten pohjalta.

### Haastattelu 2 (syyskuu 2022)

#### 1. Yhteydenottojen ja tiedottamisen lisääminen

- Kuinka yhteydenottojen ja tiedottamisen lisääminen on toiminut käytännön työssä?
- Mitä haasteita on ilmennyt käytännön työssä?

#### 2. Viitteellinen muistute

- Kuinka viitteellisen muistutteen käyttö on toiminut käytännön työssä?
- Mitä haasteita sen käytössä on esiintynyt?



Liite 5. Psykiatrisen sairaalan ja avohoidon yhteistyön haasteet ja kehittämiskoh-  
teet

Taulukko 3. Ensimmäisen ryhmähaastattelun sisällönanalyysin vaiheet

Alaluokat	Yläluokat
<b>Avohoidon aikojen saaminen vaikeaa</b>	<b>Hoidon jatkuvuuden haasteet</b>
<b>Hoitoneuvotteluiden järjestäminen koetaan hankalana</b>	
<b>Lähetteisä sisällöllisiä puutteita ja viivettä potilaan siirtymisessä avohoitoon</b>	
<b>Avohoito ei ehdi reagoida yllättävään kotiutumiseen</b>	
<b>Avohoidon työntekijän tavoittaminen vaikeaa</b>	<b>Tiedonkulkuun liittyvät haasteet</b>
<b>Takaisinsoittopalvelun hyödyttömyys</b>	
<b>Epävarmuudet ja epäselvyydet yhteydenotoissa avohoitoon</b>	
<b>Puutteet tiedonkulussa sairaalan ja avohoidon välillä</b>	
Alaluokat	Yläluokat
<b>Ohjeen laatiminen yhteydenottoihin</b>	<b>Viestinnän kehittäminen</b>
<b>Yhteydenottojen ja tiedottamisen lisääminen</b>	
<b>Potilastietojärjestelmän kirjausten sisältämän tiedon hyödyntäminen</b>	
<b>Viitteellisen muistutteen hyödyntäminen yhteydenotoissa</b>	
<b>Etäyhteyksien käytön lisääminen ja hyödyntäminen laajemmin</b>	<b>Hoitoneuvottelumuotojen kehittäminen</b>
<b>Hoitoneuvottelukäytäntöjen kehittäminen</b>	
<b>Potilaalle tieto avohoidon ajoista ja työntekijöistä ennen kotiutumista</b>	<b>Yhteistyötapojen kehittäminen</b>
<b>Kotiutustiimin vahvistaminen ja parempi hyödyntäminen</b>	
<b>Suoraan asiointi omahoitajan kanssa</b>	
<b>Yhteistyö avohoidon kanssa ennen sairaalahoitoa ja sen aikana</b>	
<b>Vierailujen lisääminen yksiköiden välillä</b>	

## Liite 6. Valittujen kehittämiskohteiden toimivuus käytännön työssä

## Taulukko 4. Toisen ryhmähaastattelun sisällönanalyysin vaiheet

## Yhteydenottojen ja tiedottamisen lisääminen käytännön työssä

Alaluokat	Yläluokat
<b>Yhteydenottojen ja tiedottamisen koettiin lisääntyneen</b>	Yhteydenottojen ja tiedottamisen lisääntyminen
<b>Yhteydenottojen ja tiedottamisen lisääminen koettiin tarpeellisina</b>	
<b>Puhelut ja sähköposti koettiin luontaisena yhteydenottotapana</b>	

## Viitteellisen muistutteen hyödyntäminen yhteydenotoissa käytännön työssä

Alaluokat	Yläluokka
<b>Viitteellisen muistutteen käyttö koettiin toimivaksi pienissä ja kiireettömissä asioissa</b>	Viitteellisen muistutteen hyödyntäminen
<b>Viitteellisen muistutteen käytössä koettiin harjoittelun tarvetta</b>	

## Liite 7. Psykoosipotilaan hoidon jatkuvuutta edistävät toimintatavat



## Liite 8. Psykoosipotilaan hoidon jatkuvuuden viestinnän yhteistyömalli

