

Tuulimari Laitinen
Antti Sallinen

Aikuisen psykiatrisen potilaan hoitopolku

Katsaus kirjallisuuteen

Metropolia Ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitaja (AMK)
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
10.4.2013

Tekijä(t)	Tuulimari Laitinen Antti Sallinen
Otsikko	Aikuisen psykiatrisen potilaan hoitopolku Ammattilaisten näkökulma
Sivumäärä Aika	21 sivua + 2 liitettä 10.4.2013
Tutkinto	Sairaanhoitaja (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyö
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaaja	Yliopettaja Leena Rekola
<p>Hoitopolkujen käyttö ja hoidon standardointi on psykiatriassa harvinaisempaa kuin muilla hoitoaloilla. Työn tarkoituksena oli luoda katsaus mielenterveyspotilaan hoitopolkuihin liittyvää kirjallisuutta ja kuinka hoitopolkuja toteutetaan Suomessa ja muualla maailmassa.</p> <p>Työhön valittiin 16 artikkelia, joiden sisältöä analysoitiin tutkimuskysymysten mukaisesti. Tutkimukset valikoitiin poissulkukriteerein siten, että ne koskivat aikuista psykiatrista potilasta ja tutkimukset oli tehty viimeisten kymmenen vuoden aikana.</p> <p>Artikkeleista kävi ilmi, että hoitopolkua ja standardointia on tutkittu ja pantu käytäntöön hyvin vähän ja lisätutkimusta kaivataan. Hoitopolku on kompleksinen prosessi. Sen käyttöönotto on tuonut hoitoon paremmin suunnattuja interventioita, kustannustehokkuutta ja asiakaslähtöisyyttä sekä parantanut moniammatillista työskentelyä. Hoitopolkujen esittely ja käyttöönotto enenevässä määrin voisi palvella sekä mielenterveysalan ammattilaisia että asiakkaita tuoden hoitoon yhdenmukaisia toimintatapoja ja parantaa hoidon saataavuutta ja sen tehokkuutta.</p>	
Avainsanat	psykiatrisen hoito, mielenterveyshoito, hoitopolku

Author(s)	Tuulimari Laitinen Antti Sallinen
Title	Care Pathway of an Adult Psychiatric Patient A Literature Review
Number of Pages	21 pages + 2 appendices
Date	10 April 2013
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor	Senior Lecturer Leena Rekola
<p>The use of care pathways and standardized care is less common in psychiatry than in other fields of health care. The purpose of the study was to chart studies of care pathways in mental health care and study how the pathways were implemented in Finland and in other countries.</p> <p>16 articles were selected for a literature review and they were analyzed according to our research questions. The studies were selected according to the following exclusion criteria: they would deal with care pathways of adults and they would be less than ten years old.</p> <p>The studies showed that care pathways and standardization had been researched and implemented very little and further study was needed. Care pathway was a complex process. It brought more focused interventions, cost-effectiveness and patient-oriented care and improved multi-professional working. Increasing the introduction and implementation of care pathways could serve both the mental health care professionals and clients by offering uniform approaches and improve the availability and effectiveness of care.</p>	
Keywords	client process, psychiatry, mental health care, care pathway

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Mielenterveyden määritelmiä	2
3	Mielenterveystyön palvelujärjestelmä ja sen muutokset Suomessa	4
4	Työn tarkoitus ja tehtävät	7
5	Työtavat ja menetelmät	8
5.1	Kirjallisuuskatsaus ja aineiston analysointi	8
5.2	Aineiston haku ja valinta	8
6	Tulokset	9
6.1	Kuvauksia hoitopolusta	9
6.2	Hoitopolkua edistäviä tekijöitä	13
6.3	Hoitopolkua estäviä tekijöitä	15
7	Pohdinta	18
7.1	Työn eettisyys ja luotettavuus	18
7.2	Tulosten tarkastelua	18
	Lähteet	20
	Liitteet	
	Liite 1. Hakuhistoria	
	Liite 2. Artikkelien keskeisin sisältö ja tutkimusaineisto	

1 Johdanto

Mielenterveys järkkyy Euroopassa. (YLE-uutiset. Päivitetty 25.5.2012.)

Mielenterveysongelmat Suomessa eivät ole tilastojen mukaan sinänsä lisääntyneet, mutta niiden aiheuttamat vaikutukset ja ongelmat ovat kasvaneet. Sosiaali- ja terveysala on ollut viime vuosien ajan kovien paineiden alla leikkausten ja säästötoimenpiteiden vuoksi sekä Suomessa että muualla maailmassa. Lisäksi palvelujärjestelmä on kokenut uudistuksia viimeisten 15 vuoden aikana. Harjajärven, Pirkolan ja Wahlbeckin (2006) raportin mukaan 2000-luvulle tultaessa psykiatrinen palvelujärjestelmä oli hajautunutta ja sitä leimasi koordinaation puute. Erilaisia mielenterveystyöhön liittyviä hallinnollisia muutoksia kunnissa on raporttien mukaan tehty melko maltillisesti, mutta usein ilman mielenterveystyön kokonaisstrategiaa tai -ohjelmaa.

Velkakriisin vuoksi aloitetut säästötoimet vaikeuttavat useissa maissa mielenterveyspotilaiden elämää. EU:n perusoikeusvirasto vaatii muutosta koulutukseen ja työelämään, jotta mielenterveysongelmista kärsivien tilanne parantuisi. (YLE-uutiset 2012.)

Kansaneläkelaitoksen raportin (2006: 2–3) mukaan mielenterveyden häiriöt aiheuttavat Suomessa suuren osan erityisen kalliista hoidosta. Ei ole kuitenkaan voitu osoittaa, että itse sairastuminen mielenterveyden häiriöihin olisi lisääntynyt. Kuitenkin, vaikka mielenterveyden häiriöt eivät ehkä ole yleistyneet niin niiden, varsinkin masennuksen, aiheuttamat haitat ihmisille, sosiaalivakuutukselle ja kansantaloudelle ovat mukaan selvästi kasvaneet sekä tulleet aikaisempaa selvemmin esille. (Kansaneläkelaitos 2006: 2–3.)

Mielenterveyshäiriöiden lisääntymistä on arvioitu selvittämällä eri palveluiden käyttöä. Esimerkiksi Terveyskirjaston mielenterveystyötä ja psykiatrista sairaanhoitoa koskevan artikkelin mukaan työkyvyttömyyseläkkeiden määrät lisääntyivät vuoden 1995 loppuun saakka, jolloin vertailukelpoinen tilastointi päättyi. Samaan aikaan myös mielenterveyden häiriöiden takia myönnettyjen päiväraha-kausien määrä lisääntyi. Suomen lääketilaston mukaan psyykenlääkkeiden kulutus kasvoi 58 prosenttia ja masennuslääkkeiden käyttö nelinkertaistui vuodesta 1992 vuoteen 2002. Myös kyselyihin perustuvien väestön terveystutkimusten mukaan väestön erilainen psyykinen oireilu näyttää lisääntyneen. (Lehtinen – Taipale 2005.) Laitoshoido on vähentynyt ja avohoido lisääntynyt 2000-luvun aikana. Hoitojakson keskimääräinen kesto on lyhentynyt viidellä päivällä ja

laitushoitajaksot ovat vähentyneet 19 prosenttia. Avohoitokäynnit ovat lisääntyneet 17 prosenttia vuodesta 2006. (Rautiainen – Pelanteri 2012.)

Palveluita suunniteltaessa on tärkeää tunnistaa väestön hoidon tarve ja kohdistaa resurssit oikein. Tämän vuoksi tarvitaan näyttöä siitä, millainen hoitoprosessi vastaa tarpeisiin, palvelee sekä asiakasta että ammattilaisia parhaiten ja on kustannustehokas. Hoitopoluista ja niiden käytöstä psykiatriassa on hyvin vähän tutkimustietoa.

Esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriön Kaste-kyselyn tulokset osoittavat, että kansalaisten mielestä mielenterveyspalveluissa on Suomessa parannettavaa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011). Työn tavoitteena on kerätä tutkittua tietoa ja sen avulla tarkastella hoitopolkua ja sen ongelmakohtia sekä mahdollisesti tuottaa kehitysehdotuksia.

Työssä tarkastellaan hoitopolun toteutumista psykiatrisessa avohoidossa sekä osastohoidossa ammattilaisten näkökulmasta. Ammattilaisten näkökulmasta tehdyt tutkimukset tarjoavat kattavan kuvan hoitopolkujen ja palvelujärjestelmän toiminnasta. He voivat asiakkaiden hoitopolkujen onnistumisen sekä tyytyväisyyden ja hoidon onnistumisen lisäksi arvioida hoitopolkujen vaikutusta omaan työkuvaansa ja työhyvinvointiin sekä kuvailla hallinnollisia vaikutuksia. Määrittelemme aikuisen psykiatrisen potilaan 18 - 65-vuotiaaksi. Sitä nuoremmat kuuluvat nuorisopsykiatrian ja vanhemmat vanhuspsykiatrian piiriin. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin mukaan nuorisopsykiatrian avohoidossa ikäraja on puberteetin alusta (yleensä 13 vuotta) 18 ikävuoteen ja osastohoidossa 17 ikävuoteen. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri.) Juhelan (2006) mukaan vanhuspsykiatria on iäkkäille suunnattua akuuttipsykiatria, jonka tärkeimmät osaamisen lisäalueet ovat aivosairauksien, erityisesti aivojen degeneratiivisten sairauksien hallinta. Hän ei määrittele tarkkaa ikää, jolloin vanhuus alkaa, koska se on yksilöllistä, mutta yleisesti ikärajaksi on määriteltä 65 vuotta. Työssä käytetään termiä asiakas, joka tarkoittaa terveydenhuollon asiakasta tai potilasta.

2 Mielenterveyden määritelmiä

Sosiaali- ja terveysministeriön raportissa Mielenterveystyö Euroopassa (2004) kuvataan mielenterveyttä prosessina, johon kuuluu altistavia, laukaisevia ja tukevia tekijöitä sekä erilaisia seurauksia ja lopputuloksia. Mielenterveys muodostaa ihmisen hyvinvoinnin ja toimintakyvyn perustan. Sitä määrittävät yksilölliset tekijät ja kokemukset,

sosiaalinen tuki ja muu vuorovaikutus, yhteiskunnalliset rakenteet ja resurssit, sekä kulttuuriset arvot. (Mielenterveystyö Euroopassa 2004.)

On sanottu, että kaikilla on oikeus hyvään mielenterveyteen ja että ilman mielenterveyttä ei ole terveyttä. Maailmanterveysjärjestö WHO:n määritelmä terveydestä sanoo sen olevan täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila eikä se tarkoita vain sairauksien tai vammojen puuttumista. Fyysistä terveyttä ja mielenterveyttä ei voi erottaa toisistaan, vaan ne ovat aina vuorovaikutuksessa toisiinsa. Mielenterveys antaa ihmisen elämälle kivijalan, joka tukee ihmistä koko elämänkaaren ajan. Mielenterveys vaikuttaa koko yhteiskuntaan ja on osa kansanterveyttä. Se on positiivista potentiaalia yhteiskunnalle, ja sitä tulisi vahvistaa ja vaalia. Kuhanen – Oittinen – Kanerva – Seuri – Schubert (2012: 17) määrittelevät kirjassaan mielenterveyden positiivisen mielenterveyden näkökulmasta. Usein puhuttaessa mielenterveydestä ajatellaan vain sen huonoja puolia, mielenterveyshäiriöitä. Positiivinen mielenterveyden määritelmä ohjaa ajattelua pois ongelmanäkökulmasta. Positiiviseen mielenterveyteen kuuluu hyvinvoinnin kokemus. Sen avulla voi elää mielekkäästi ja se on voimavara niin yksilölle ja tämän perheelle kuin koko yhteiskunnalle ja kansakunnalle. Positiiviseen mielenterveyteen sisältyvät ongelmanratkaisutaidot ja koherenssin tunne, joka tarkoittaa itsetuntoa ja -luottamusta sekä tyytyväisyyttä omaan itseensä. Mielenterveys ei ole pysyvä tila, vaan se on jatkuvassa vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa. Yksilö liikkuu mielenterveyden jatkumolla elämäntilanteen tai -olosuhteiden muuttuessa, jolloin kokemus mielenterveydestä voi muuttua. Positiiviseen mielenterveyteen vaikuttavat näin ollen myös itsestä riippumattomat tekijät. (Kuhanen ym. 2012: 17.)

Negatiivinen mielenterveys taas tarkastelee mielenterveyttä psyykkisten häiriöiden, oireiden ja ongelmien näkökulmasta. Mielenterveyden häiriöt on määritelty käytössä olevissa diagnoosiluokituksissa oireiden mukaan. Tilaa kutsutaan häiriöksi, kun oireet ovat pitkäkestoisia, toimintakykyä haittaavia, yksilön hallitsemattomissa ja suhteettomia mahdollisiin ulkoihin syihin nähden. Psykkisiä oireita ja ongelmia ilmenee myös silloin kun kliinisen häiriön kriteerit eivät täyty. Nämä tilat ovat tavallisesti seurausta jatkuvasta tai tilapäisestä psyykkisestä paineesta. Niitä ei aina tunnisteta mielenterveysongelmiksi eikä niistä kärsiviä henkilöitä hoideta. (Mielenterveystyö Euroopassa 2004.) Keskeisiä mielenterveyden häiriöitä Suomessa ovat depressio, skitsofrenia ja päihderiippuvuus. Myös dementioihin liittyvät mielenterveysongelmat ovat kasvussa. (Lönngqvist 2005.)

Ihmisen mielenterveyttä voidaan kuvata tasapainoilun tilaksi, jossa tasapainottelijoina toimivat altistavat ja laukaisevat tekijät sekä mielenterveyttä suojaavat tekijät. Tässä prosessiajattelussa taustalla vaikuttavia tekijöitä ovat yhteiskunta ja kulttuuri. Hyvää mielenterveyttä voitaisiin kuvata tilaksi, joka saavutetaan, jos edellä olevat tekijät ovat tasapainossa. Jos näin ei ole, voi seurauksena olla psyykinen sairastuminen. Sillä tarkoitetaan mielenterveyshäiriöitä tai -ongelmia. Kuitenkin, vaikka ihminen sairastuisi mielenterveyshäiriöön, on hänellä olemassa olevia voimavaroja. Nämä yksilölliset voimavarat voivat olla ajoittain hyvinkin vähissä, mutten niiden tukeminen voimistaa ja vahvistaa ihmistä. (Kuhanen ym. 2004: 19-20.)

3 Mielenterveystyön palvelujärjestelmä ja sen muutokset Suomessa

Harjajärvi ym. (2006: 19-20) toteavat MERTTU-tutkimuksen raportissaan, että mielenterveyspalveluiksi on perinteisesti ajateltu psykiatrasta erikoissairaanhoidoa, johon sisältyvät sairaanhoitopiirien ja kuntien tuottamat erikoislääkärijohtoiset sairaala- ja avohoitopalvelut. Mielenterveystyö on kuitenkin kokonaisuus, jonka sisällön olennaisia kokonaisuuksia ovat mielenterveyden edistäminen, mielenterveysongelmien ehkäisy, mielenterveystyö peruspalveluissa, mielenterveystyöhön erikoistuneet palvelut, psykiatrisen erikoissairaanhoidon sekä kuntoutus. Hyvösen (2005) mukaan mielenterveystyön tavoitteita perusterveydenhuollossa ovat väestön hyvinvointi ja omatoimisuuden ja turvallisuuden säilyttäminen. Perusterveydenhuollon tehtäviin mielenterveystyössä kuuluvat ennaltaehkäisy, mielenterveysongelmien tunnistaminen ja hoito sekä potilaiden ohjaaminen ja lähettäminen jatkohoitoon. Sosiaali- ja terveysministeriö (2008) kuvaa mielenterveystyötä seuraavasti:

Mielenterveystyön tavoitteena on vahvistaa mielenterveyttä ja vähentää mielenterveyteen kohdistuvia uhkia. Mielenterveystyöhön kuuluvat mielenterveyttä edistävää työtä ja mielenterveyden häiriöiden ehkäisy sekä mielenterveyspalvelut.

Mielenterveyslaki (14.12.1990/1116) määrää, että kunnan tulee vastata mielenterveyspalvelujen järjestämisestä osana kansanterveystyötä siten kuin terveydenhuoltolaissa (30.12.2010/1326) säädetään ja osana sosiaalihuoltoa siten kuin sosiaalihuoltolaissa (710/1982) säädetään. Erikoissairaanhoidolaissa (1.12.1989/1062) todetaan, että ”kunnan, joka on kotikuntalainen (201/1994) mukaan henkilön kotikunta, on huolehdittava siitä, että henkilö saa tarpeellisen erikoissairaanhoidon terveydenhuoltolain mukaisesti.”

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira on kuvannut erikoissairaanhoidon pääsyä verkkosivuillaan. Hoidon tarve arvioidaan yhtenäisten lääketieteellisten

perusteiden mukaisesti. Asiakkaan sairaalahoitoon pääsy edellyttää lähetettä ja sairaalassa hänen hoitonsa tarpeen arviointi tulee aloittaa kolmen viikon kuluttua lähetteen tulosta sairaalaan. Tarvittavat erikoislääkärin arviot sekä laboratorio- ja kuvantamistutkimukset tulee tehdä kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun lähete on tullut sairaalaan. Asiakkaalle tarpeelliseksi todetun hoidon ja neuvonnan on alettava kohtuullisessa ajassa, kuitenkin viimeistään kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on sairaalassa todettu. (Valvira.)

Harjajärvi ym. (2006: 13) ovat esittäneet vuoden 1990 mielenterveyslain teoksessaan:

Mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielenterveystyöhön kuuluu myös väestön elinolosuhteiden kehittäminen siten, että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielenterveyshäiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä ja tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä. Mielenterveystyöhön kuuluvat mielisairauksia ja muita mielenterveydenhäiriöitä poteville henkilöille heidän lääketieteellisin perustein arvioitavan sairautensa tai häiriönsä vuoksi annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut (mielenterveyspalvelut). (Harjajärvi ym. 2006: 13.)

Kuhanen ym. (2012: 35) kertovat kirjassaan, että suomalaiset voivat tällä hetkellä paremmin kuin aikaisemmin ja mielenterveyspalvelut ovat meillä paremmin saatavilla kuin koskaan aikaisemmin Suomen historiassa. Mielenterveystyössä on myös enemmän henkilöstöä kuin koskaan. Kuitenkin, huolimatta tästä kovin valoisasta näkymästä, on mielenterveys- ja päihdetyön kenttä hajalla. Resurssit on kohdennettu väärin ja palveluja on Suomessa tarjolla alueellisesti hyvin epätasaisesti. Nykyisen mielenterveystyön lähtökohdana on toimia laaja-alaisesti ja yhteistyössä kaikilla sosiaali- ja terveysalan sektoreilla. Se koskee monia yhteiskunnan toimialueita. Yhteiskunnan tulee osata kohdata ihmisten psyykkinen kuormittuminen ja heidän hyvinvointinsa sekä pahoinvointinsa. Mielenterveystyössä etsitään uudenlaista tasapainoa. Palveluiden tulee olla yhdenvertaisesti tarjolla koko massa ja niiden piiriin on päästävä tasapuolisesti. Jotta saataisiin vaihtelua vähenemään ja hoidon saatavuus paremmaksi, on ratkaisevaa että terveydenhuollon toiminta perustuu luotettavaan, tieteelliseen tietoon. Tämä parantaa hoidon vaikuttavuutta, oikeaa ajoitusta ja turvallisuutta.

Suomen Akatemian, Stakesin ja Suomen Kuntaliiton yhteishankkeena toteutettu MERTTU-tiedonkeruusta (Harjajärvi ym. 2006: 13-14, 19-20, 24, 73.) tehty raportti kuvaa aikuisten mielenterveyspalveluissa tapahtuneita muutoksia viimeisen 15 vuoden aikana. Raportin mukaan mielenterveyspalveluiden laatusuosituksessa (2001) on jäsennetty keskeiset rakenteelliset ja toiminnalliset seikat, joista laadukas mielenterveys-

työ riippuu. Laatusuosituksessa todetaan, että mielenterveys on hyvinvoinnin, työ- ja toimintakyvyn sekä selviytymisen edellytys ja osatekijä. Mielenterveysongelmien kehittyminen on prosessi, ja mielenterveystyön palveluja tulisi saada prosessin kaikissa vaiheissa. Tällöin resursseja ja osaamista tulisi suunnata voimavarojen vahvistamiseen, psykososiaalisten ongelmien selvittelyyn ja tukemiseen, mielenterveyshäiriöiden varhaiseen tunnistamiseen sekä tehokkaaseen hoitoon ja monipuoliseen kuntoutukseen. Suosituksessa todetaan myös, että mielenterveystyön haasteet koskevat monia elämäntilanteita ja ovat siten terveydenhuollon lisäksi monien muidenkin alojen toimintaa. (Harjajärvi ym. 2006.) Tämän vuoksi olisi tärkeää suunnata lisäkoulutusta muille kuin psykiatriaerikoistuneille ammattilaisille.

Mielenterveyspalvelujen kirjo on hyvin laaja. Vaikeasti sairastuneille on olemassa tiiviitä ja vaativia hoitoja, lievemmistä ongelmista kärsiville on tarjolla muun muassa eri elämäntilanteisiin liittyviä tuki- ja neuvontapalveluja. MERTTU-raportin (Harjajärvi ym. 2006: 14) mukaan keskeisimpiä mielenterveyspalveluja ovat avohoitokäynnit perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa. Psykiatrista sairaalahoitoa tarvitaan, kun avohoidon palvelut eivät ole riittäviä mielenterveyden häiriön aiheuttamien ongelmien hallitsemiseksi. Psykiatrinen sairaalahoito vaihtelee lyhyistä kriisi- ja avohoidon tukihoidoista pitkiin kuntouttaviin hoitajaksoihin. Psykiatrista sairaalahoitoa annetaan muun muassa yliopistollisissa keskussairaaloissa, keskussairaaloissa, aluesairaaloissa sekä psykiatrisissa sairaaloissa ja valtion sairaaloissa. Välimuotoisia palveluja mielenterveyden häiriöistä kärsiville ovat laitoshoidon ja avohoidon välimaastoon kehitetyt palvelut. Niiden tarkoituksena on tukea avohoittoa ja kuntoutumista. Niitä ovat esimerkiksi erilaiset asumispalvelut, työtoiminta, päiväsairaanhoito sekä päivätoimintakeskukset. (Harjajärvi ym. 2006: 14.) Kuhasen ym. (2012: 46) mukaan mielenterveyspalvelut järjestetään ensisijaisesti avohoitona. Tämä tukee asiakkaiden voimavaroja ja palvelee heitä yksilöllisemmin.

2000-luvulla psykiatrinen palvelujärjestelmä oli hajautunutta, palvelutarjonta kirjavaa ja koordinointi puutteellista. Palvelujen kysyntä ylitti tarjonnan erityisesti avohoidossa. Vuonna 2004 terveydenhuollon avohoidossa yli kolmannes yli 2 miljoonasta mielenterveyskäynnistä toteutui perusterveydenhuollon psykiatriassa. Vuonna 2003 toteutui 137 käyntiä tuhatta asukasta kohti perusterveydenhuollossa ja vuonna 2002 vastaava luku oli 111 käyntiä tuhatta asukasta kohti. Perusterveydenhuollon käyntimäärien kasvuun on vaikuttanut kysynnän lisäksi myös se, että psykiatriset toiminnot ovat siirtyneet sairaanhoitopiireiltä terveyskeskusten toiminnaksi. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon teh-

täväksi ajateltiin kuntien mielenterveystyön perustehtävän tukemista ja täydentämistä. MERTTU-raportti esittää, että vuosituhaten alun muutosten aikana kokonaiskuva suomalaisten aikuisten mielenterveyspalveluista hämärtyi. Monipuolistumisen ohella palvelujärjestelmä pirstaloitui. Terveystuon tilastot eivät pystyneet välittämään kokonaiskuva tilanteesta. Asiantuntijoiden kesken heräsi huoli mielenterveyspalvelujen asemasta ja alueellisesta eriarvoisuudesta. Kansainvälinen mielenterveyspalvelujärjestelmätutkimus tuotti lisää tietoa uudenlaisista toimintatavoista, joiden sopivuutta, käyttöönottoa tai tutkimusta ei Suomessa voitu tai osattu koordinoita. (Harjajärvi ym. 2006: 20.)

Harjajärven ym. (2006: 24) mukaan palvelurakenteen tulee tukea osaamista ja näyttöön perustuvan toiminnan yksilöllistä soveltamista. Pitkäaikaisten mielenterveyspotilaiden kyky hahmottaa itselle parhaat ja oikeat palvelut saattaa raportin mukaan olla heikentynyt. Myös liian etäisiin erityispalveluihin hakeutumisen kynnyks voi olla korkea. Palvelujärjestelmän tulisikin tarjota matalan kynnyksen lähipalveluja täydennettynä vaativan osaamisen tukipalveluilla. Psykososiaalisten palvelujen kohdalla palvelujen tuotteistaminen ja ulkoistaminen kilpailuttamalla on ongelmallista. Hoidon jatkuvuuteen tulisi kiinnittää erityistä huomiota. Kilpailtaessa resursseista terveydenhuollon sisällä psykiatria on vaarassa menettää voimavaroja muille, konkreettisimmille aloille. Raportin mukaan saattaa olla, että keskitetymin koordinoituid ratkaisut turvaavat psykiatrian tarpeita paremmin kuin hallinnollisesti hajautetut. (Harjajärvi ym. 2006: 24.)

4 Työn tarkoitus ja tehtävät

Työ on kirjallisuuskatsaus, jonka tarkoituksena on kartoittaa aikuisen psykiatrisen potilaan hoitopolkua Suomessa ja muualla maailmassa.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten mielenterveyspotilaan hoitopolkua on kuvattu Suomessa ja muualla maailmassa?
2. Mitkä tekijät edistävät toimivaa hoitopolkua?
3. Mitkä tekijät estävät toimivaa hoitopolkua?

5 Työtavat ja menetelmät

5.1 Kirjallisuuskatsaus ja aineiston analysointi

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tiivistelmä tietyn aihepiirin aiempien tutkimusten olennaisesta sisällöstä. Systemaattisella kirjallisuuskatsauksella kartoitetaan keskustelua ja seulotaan esiin tieteellisten tulosten kannalta mielenkiintoisia ja tärkeitä tutkimuksia. (Salminen 2011: 9.)

Systemaattisella kirjallisuuskatsauksella tarkoitetaan tieteellistä tutkimusmenetelmää, jossa kerätään olemassa olevaa tietoa ja identifioidaan sitä. Tiedon laatua arvioidaan ja tuloksia rajatusta ilmiöstä syntetisoidaan retrospektiivisesti ja kattavasti. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan perustella ja tarkentaa tutkimuskysymystä sekä tehdä luotettavia yleistyksiä. Kääriäinen ja Lahtinen (2006: 39) ovat nimenneet artikkelissaan systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaiheet seuraavasti: tutkimussuunnitelman teko, tutkimuskysymyksen määrittäminen, alkuperäistutkimusten haku, valinta ja laadun arviointi sekä alkuperäistutkimuksen analysointi ja tulosten esittäminen. Kirjallisuuskatsausprosessissa voidaan käyttää sisällönanalyysiä apuna laadittaessa luokittelurunkoa, jonka varassa esitetään tiivistys. Sisällönanalyysillä saadut luokat eivät ole kirjallisuuskatsauksen varsinainen tulos, vaan apukeino tutkitun tiedon tarkastelemiseen.

Sovellamme työssämme systemaattisen kirjallisuuskatsauksen menetelmää. Työtä varten luimme käyttämämme artikkelit läpi tutkimuskysymyksiä ajatellen, kysyimme siis jokaista artikkelia lukiessa, miten hoitopolkua on kuvattu, mitkä ovat sitä edistäviä ja mitkä estäviä tekijöitä. Kokosimme löytämämme seikat luetteloiksi, joiden avulla saimme analysoitua artikkelien tuomaa tietoa tutkimuskysymyksiin liittyen. Tuloksia kokosimme artikkeleita esittelevään taulukkoon (taulukko 2).

5.2 Aineiston haku ja valinta

Työhön valittiin 16 artikkelia. Aineiston valinnassa on keskitytty lähinnä länsimaiseen terveydenhuoltoon, mutta mukana on myös japanilainen ja singaporelainen tutkimus. Analysointiin käytettyjä Suomessa tehtyjä tutkimuksia on seitsemän, Iso-Britanniassa neljä, Saksassa ja Belgiassa yksi.

Opinnäytetyön aiheen rajaamisen jälkeen haimme eri hakusanoilla ja niiden yhdistelmillä sopivia artikkeleita. Haimme aineistoa Medic, Pubmed ja Cinahl - tietokannoista sekä Google Scholar –hakukoneesta. Lisäksi käytimme käsihaulla löydettyä aineistoa Hoitotiede- ja Tutkiva hoitotyö –lehdistä. Hakutuloksia on kuvattu tarkemmin taulukossa 1.

Aineistohaun sisäänottokriteereinä olivat aikuinen psykiatrinen potilas ja hoitoalan ammattilaisen näkökulma. Hakutuloksista rajasimme pois lapset ja vanhukset sekä yli kymmenen vuotta vanhat artikkelit. Hakukriteerinä oli myös, että artikkelista tai tutkimuksesta tulee olla saatavilla tiivistelmä ja koko teksti on luettavissa ilmaiseksi. Jokaisen haun jälkeen tarkastelimme tuloksia ja karsimme niitä ensin otsikon perusteella. Tämän jälkeen luimme artikkelien tiivistelmät, minkä jälkeen karsimme niistä työhön sopivat artikkelit. Tiivistelmien jälkeen luimme koko artikkelit ja teimme lopullisen valinnan siitä, sopiiko artikkeli aineistoksi työhön. Suljimme pois artikkelit, joiden tiivistelmän tai artikkelin sisältö ei vastannut tutkimuskysymyksiin tai artikkelit eivät täyttäneet tieteellisiä kriteerejä.

6 Tulokset

Psykiatrisen potilaan hoitopolkua on toteutettu ja kuvattu ympäri maailmaa. Hoitopolkuja on useanlaisia ja artikkelien perusteella ne voivat poiketa toisistaan paljonkin. Joissain tutkimuksissa verrattiin keskenään erilaisia hoitopolkuja, niiden mallintamista ja toteutumista.

6.1 Kuvauksia hoitopolusta

Hoitopolku psykiatrisessa hoitotyössä on melko tuore ilmiö maailmalla. Sitä on kuvattu standardoinnin, prosessin ja taloudellisuuden näkökulmasta (kuvio 1). Työssä käsiteltävissä artikkeleissa on usein kuvattu, kuinka hoitopolkua on esitelty ja se on otettu käyttöön. Esimerkiksi Evans-Lacko ym. (2008: 4) kertovat raportissaan, kuinka useita hoitopolkumalleja on toteutettu psykiatriassa sekä Englannissa että muualla maailmassa. Raportin mukaan hoitopolkumallien kehittäminen alkoi Yhdysvalloissa 1980-luvulla. A. Jonesin tutkimuksen (2004: 705) mukaan hoitopolkujen kehityksestä on tullut modernin mielenterveyspalvelun tunnusmerkki, mutta sen kehitystä on tutkittu hyvin vähän. Se on systeemi, jonka avulla tarjotaan standardoituja lähestymistapoja hoitoon.

Hoidon standardisoinnista ja sen sovittamisesta hoitopolkurakenteeseen tarvitaan lisää tietoa (ks. kuvio 1).

Jonesin mukaan hoitopolkua kuvataan monin eri tavoin, mutta yleisimmin mainittu käsitys siitä on näyttöön perustuva dokumentti, joka kartoittaa tietyn häiriön tai sairauden ongelmat, interventiot ja tulokset (ks. kuvio 1). Kirjallisuudesta löytyy useita malleja hoitopolulle. Kuitenkin kritiikkiä hoitopoluista ja niiden vaikutuksesta hoidon kestoon mielenterveyshoidossa löytyy vain hyvin rajallisesti. Yvonne Forsell (2006: 114) kuvaa hoitopolkua kompleksiseksi prosessiksi, jossa yksilön tulee ensin tunnistaa avun tarpeensa (ks. kuvio 1). Tähän voivat vaikuttaa psykiatriisiin ongelmiin linkittyvät kielteiset asenteet. Prosessin seuraava askel on päättää, millaista apua yksilö haluaa ja kenen puoleen kääntyä. Kun tiedetään, mitkä hoitopolun ominaisuudet vastaavat tarpeisiin, voidaan päättää millainen interventio on tarpeen. Evans-Lacko ym. (2008: 4) kuvaavat hoitopolkuun liittyvän kaksi erityistä komponenttia: tarjottujen palveluiden tai interventioiden tyyppi (esimerkiksi arviointi, hoitoon ottaminen, terapia) sekä aikajana, jolloin tämä tapahtuu. Raportin mukaan UK National Health Service määrittelee hoitopolun työkaluksi ja konseptiksi, joka sisällyttää suuntaviivat, protokollan ja paikallisesti sovitun, näyttöön perustuvan (ks. kuvio 1), potilaslähtöisen ja parhaan käytännön jokapäiväiseen, yksilölliseen potilaan hoitoon. Desplenter ym. (2009) kuvaavat artikkelissaan hoitopolkua aikaa vieväksi ja kompleksiseksi prosessiksi (ks. kuvio 1). Se on optimaalista lääkäreiden, sairaanhoitajien ja muun henkilökunnan interventioiden ajoittamista, jotta löydetään oikeat diagnoosit ja menetelmät. Se minimoi viivästyksiä ja maksimoi hoidon laadun.

Hoitopolkumalleja on tärkeää esitellä, jotta tavoitetaan kustannustehokasta ("payment by results") hoitoa psykiatriassa (ks. kuvio 1). Esimerkiksi Iso-Britanniassa tehty kvalitatiivinen tutkimus hoitopolkujen kehittämisestä (Khandaker ym. 2012: 2) antaa informaatiota tuleville hoitopolkua tutkiville, helpottaa organisaatioiden oppimista ja auttaa kehittämään palveluiden tehokkuutta. Hoitopolun käyttöönotto on tuonut runsaasti positiivisia muutoksia hoidon toteutumiseen. Tutkimuksen mukaan se johti keskittyneempiin interventioihin ja hoito sai selkeämmät standardit. Toiminta on kustannustehokkaampaa ja mahdollistaa aktiivisen asianhallinnan sekä selkeän klinisen johtamisen (ks. kuvio 1). Malli paransi kommunikaatiota ja aikaansai joustavan sekä asiakaskeskeisen lähestymistavan. Myös tässä artikkelissa tuodaan esille, kuinka hoitopolkumallien käyttö mielenterveysalalla on rajoittunutta verraten sisätauti- ja kirurgiseen hoitotyöhön. Tutkimus tuo esille, että hoitopolkujen käytöstä on dokumentoitu hyötyjä, kuten sairaa-

lajaksojen lyhentyminen, vähentyneet kustannukset ja moniammatillisen tiimin välisen kommunikaation kehittyminen.

Suomalaisesta VARHAIN-tutkimuksesta (Luutonen ym. 2011: 3230) käy ilmi, että suunnitelmallisen ja jäntevän hoito-otteen puuttuminen voi johtaa tehottomaan hoitoon, hoitojen ja sairauslomien pitkittymiseen sekä ennenaikaiseen eläköitymiseen. Suupohjan seutukunnan mielenterveyshanke 2004 - 2006 selvitti, kuinka palveluiden mallintaminen sopii mielenterveyspalveluissa seutukunnan sosiaali- ja terveyspalveluiden henkilökunnan työkaluksi. Puolet kyselyyn vastanneista kokivat mielenterveystyön resurssit riittämättömiksi (ks. kuvio 1). Terveystieteiden tutkimuskeskuksen valmiudet kohdata mielenterveysongelmia olivat kuitenkin viime aikoina lisääntyneet 67 prosentin mielestä. Terveys- ja sosiaalipalvelujen saatavuutta ja toimivuutta koettiin selvästi voitavan parantaa palvelujen mallintamisella, ja myös moniammatillinen yhteistyö lisääntyi (ks. kuvio 1). Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö arvioi, että mallintamisesta oli hyötyä heidän omassa työssään selkiyttämällä työnjakoa. Vastaaajista 86 prosenttia arvioi, että palveluiden mallintaminen auttaa asiakasta löytämään apua aiempaa paremmin. Tulosten perusteella mallintamista siis kannattaa kehittää edelleen erityisesti mielenterveyspalveluissa, sillä sairauden vuoksi asiakas tarvitsee erityistä tukea löytääkseen asianmukaiset palvelut. Mielenterveysongelmat koskevat yksilön lisäksi sekä perhettä että yhteisöä, joten palvelujen suunnittelu vaatii laajaa ja moniammatillista osaamista sekä ajanmukaista ammatillista osaamista. Jokaisen ammattilaisen tulee ymmärtää, miten oma toiminta liittyy palveluiden kokonaisuuteen.

Saamisen ym. (2007: 4237-4241) artikkelissa esitetään, että mielenterveyden häiriöihin ei puututa riittävän ajoissa eikä niiden tutkimus, hoito ja kuntoutus ole kyllin tehokasta. He kuvaavat artikkelissaan Kuopiossa käyttöön otettua ratkaisua näihin ongelmiin. Kaupungissa aloitti toimintansa vuonna 2004 Kuopion kaupungin ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin yhteistyönä perustettu Kuopion psykiatrian keskus, jossa yhdistyvät Kuopion sosiaali- ja terveyskeskuksen aikuisten mielenterveyspalvelut ja Kuopion yliopistollisen keskussairaalan aikuispsykiatrian poliklinikka. Se toimii avohoitoklinikkana. Sillä on kaksi ydinprosessia: kliininen tutkimus, hoito ja kuntoutus sekä koulutus ja tutkimus. Asiakaslähtöisen suunnittelun perustana on, ettei tutkimus-, hoito- ja kuntoutusprosessi saa katketa yksikön eri rajapinnoilla. Potilaiden ja hoitajien kokemukset hoidosta ja kuntoutuksesta ovat myönteisiä; ne on pystytty integroimaan aiempaa paremmin ja myös kolmannen sektorin toimijoihin on tiiviimpi yhteys, mikä on lisännyt tuetun työtoiminnan paikkoja. Terveyskeskukseen suunnattu konsultaatiotoiminta on vähentä-

nyt erikoissairaanhoidon potilaiden määrää, koska suurempi osa mielenterveyspotilaisista saa tutkimuksen ja hoidon jo perustasolla verrattuna aikaisempiin vuosiin.

Riihimäki (2008: 1193-1195) kuvaa artikkelissaan Järvenpäässä käyttöön otettua masennuspotilaiden hoitomallia psykiatrisella päiväosastolla. Siellä hoidetaan pääasiassa akuutisti masentuneita potilaita, joille annetaan ”minimaalinen riittävä hoito”. Kaikella toiminnalla on perusteltu hoidollinen tavoite. Hoito on yksilöllistä ja potilaskeskeistä. Potilas viettää aluksi osastolla kahden viikon arviointijakson, jonka aikana arvioidaan osaston eri hoitomuotojen soveltumista asiakkaalle. Potilas tapaa jakson aikana omahoitajan, lääkärin ja toimintaterapeutin. Nämä kartoittavat yhdessä ja erikseen potilaan tilannetta. Arviointijakson päätteeksi moniammatillinen työryhmä kokoaa ja analysoi kerätyt tiedot hoitosuunnitelman pohjaksi (ks. kuvio 1). Yhdessä potilaan kanssa sovitaan jatkohoidon aloittamisesta, tavoitteista ja sisällöstä tai siirtymisestä toiseen hoitopaikkaan. Potilas saa hoitosuunnitelman kirjallisena ja vastaa itse sen noudattamisesta. Viidessä eri Euroopan maassa tehdyistä tutkimuksista käy ilmi, että päiväosastohoito on yhtä tehokasta kuin sairaalahoito, kun mitattiin oireita, tyytyväisyyttä hoitoon ja elämänlaatua. Päiväosastohoito oli tehokkaampaa, kun mitattiin sosiaalista toimintakykyä. Järvenpään kokemukset ovat samansuuntaiset. Riihimäki painottaa että potilaan kuntoutumisen kannalta on tärkeää hoitoon sitoutuminen ja siihen kannattaa panostaa heti ensikäynnillä, kuten Järvenpäässä tehdään. Hoitomyönteinen potilas sitoutuu yhteistyöhön ja sovitun hoitosuunnitelman noudattamiseen.

Laasonen-Balk ym. (2008: 870-871) kuvaavat artikkelissaan Lappeenrannassa aloitettua kokeilua, jossa kaupungin mielenterveyskeskukseen perustettiin kotiutussairaanhoidajan virka vuonna 2003. Kokeilun taustalla on sosiaali- ja terveysministeriön Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksien (2001), joissa korostetaan palvelujärjestelmän sisäistä yhteistyötä ja työnjakoa avo- ja sairaalahoidon välillä. Kotiutussairaanhoidajan virassa aloittaneen psykiatrisen sairaanhoidajan tehtäviin kuuluu suunnitella yhdessä potilaan, omaisten ja henkilökunnan kanssa potilaan yksilöllinen jatkohoito avohoidossa ja olla yhteydessä avohoidon yksiköihin, kehittää yhteistyötä heidän kanssaan ja tarvittaessa tutustuttaa potilaat yksiköiden tarjoamiin palveluihin. Hoitaja on yhteistyössä sosiaaliviranomaisten kanssa esimerkiksi pitkäaikaispotilaiden kotiuttamisen yhteydessä. Kokeilusta on saatu sairaalassa positiivisia kokemuksia; se on nopeuttanut kotiutusprosessia, helpottanut potilaille yksilöllisesti räätälöityjen hoitopaikkojen löytymistä ja jännevöittänyt hoitopolkua. Avohoidossa hoitajan yhteistoiminta eri yksiköiden kanssa on lisännyt potilaiden sitoutumista jatkohoitoon ja kuntoutumiseen.

Nakanishin ym. (2010: 99-103) tekemä kvantitatiivinen tutkimus korostaa kotiutussuunnitelman tärkeyttä toimivassa hoitopolkumallissa. Malli sisältää kolme vaihetta: arviointi ja tavoitteiden asettaminen; käytetyt hoitomuodot; kotiutussuunnitelma. Hoitopolkumallissa painotetaan Järvenpään kokeilun mukaisesti aktiivista kotiutusprosessia, jossa hoitohenkilöstö suunnittelee kotiutuksen, jatkohoidon, hankkii potilaalle asunnon ja järjestää hänelle hänen tilanteeseensa sopivia aktiviteetteja yhteistyössä paikallisen yhteisön kanssa. Tarvittaessa hoitohenkilökunta on yhteydessä paikallisiin viranomaisiin lisäpalveluiden saamiseksi potilaalle.

6.2 Hoitopolkua edistäviä tekijöitä

Artikkeleista kävi ilmi, että toimivaa hoitopolkua edistävät riittävä tutkiminen ja esittely sekä ammatillisuus (kuvio 1). Ihanteellisinta olisi, että hoidon alkuvaiheessa pystyttäisiin tehokkaasti keskittämään voimavaroja potilaan tilanteen helpottamiseen (Luutonen ym. 2011: 3230). Kähärä ym. (2008: 652) kuvaavat artikkelissaan, että toimiva hoitopolku mielenterveystyössä vaatii ajanmukaista ammatillista osaamista sekä moniammatillisen yhteistyön osaamista (ks. kuvio 1). Mielenterveyspalveluiden toiminnan vaikuttavuuden kehittämisessä jokaisen toimijan on tärkeää ymmärtää, kuinka oma toiminta liittyy palveluiden kokonaisuuteen (ks. kuvio 1). Laasonen-Balk ym. (2008: 871) painottavat artikkelissaan sitä, miten kotiutussuunnitelma ja sen toteutus moniammatillisesti edistävät toimivaa hoitopolkua. Myös Nakanishi ym. (2010: 101) ovat päätyneet tutkimuksessaan siihen, että kotiutussuunnitelma ja sen tehokas toteuttaminen ovat oleellinen osa toimivaa hoitopolkua. Saarinen ym. (2007: 4237-4241) kuvaavat Kuopiossa aloitettua kokeilua, jossa Kuopion kaupunki ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri ovat yhdessä perustaneet Kuopion psykiatrisen keskuksen. Keskuksessa toimitaan moniammatillisessa yhteistyössä ja potilaan siirtyminen perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon pariin on pyritty tekemään mahdollisimman helpoksi. Keskus tekee yhteistyötä myös terveyskeskusten kanssa kouluttaen lääkäreitä tunnistamaan mielen-terveyden häiriöitä, jolloin potilaat voidaan hoitaa jo perustasolla.

Forsellin (2006: 114) tutkimuksen mukaan mielenterveysongelmat ovat alitunnistettuja ja -hoidettuja. Tämän puutteen korjaamiseksi on tärkeää tuntea hoitopolkuun liittyviä ominaisuuksia. Ihmisten hoidontarve on tärkeä tunnistaa. Resursseja on vähän ja tietämystä tarvitaan lisää, jotta resursseja voidaan suunnata tehokkaasti. Kun tiedetään, mitkä hoitopolun ominaisuudet vastaavat tarpeisiin, voidaan päättää millainen interventio on tarpeen. Jotkin tutkimukset tuovat esiin, ettei psykiatrisen sairaus välttämättä

merkitse mielenterveydellisen hoidon tarvetta. Myöskään ammattilaisen näkeminen ei merkitse sitä, että hoidon tarve on kohdattu ja siihen on vastattu. Yksi keino tämän ristiriidan voittamiseksi on käyttää strukturoitua haastattelua hoidon tarpeen arvioimiseksi.

Forsellin (2006: 116-117) tutkimuksen tulokset kertovat selkeästi, kuinka hoidon tarpeeseen vastaaminen Ruotsissa jakautui. Hoidon tarve kohdattiin useammin naisilla, joilla on korkeampi koulutus, hyvä sosiaalinen tuki ja vähemmän häpeän tunteita. Informaatiota hoitoon hakeutumisesta pitäisi lisätä niille, jotka ovat saaneet vähemmän kohtaamista avuntarpeeseensa, kuten miehet, alkoholiongelmaiset ja matalammin koulutetut sekä vähäisen sosiaalisen tuen omaavat. Psykiatriset ongelmat saatettiin myös nähdä osana somaattista sairautta, joten ammattilaisten tulisi saada lisäkoulutusta somaattisiin ja psykiatrisiin sairauksiin liittyen.

Latvalan ym. (2005: 24-29) mukaan yhteistoiminnallinen eli potilaslähtöinen työskentelytapa edistää toimivaa hoitopolkua mielenterveyspotilaan hoitotyössä. Yhteistoiminnallisella työskentelytavalla tarkoitetaan molemminpuolista kunnioitusta, yhdenvertaisuutta ja rehellisyyttä. Hoitajalta edellytetään kykyä arvioida omaa työtapaansa, ammattitaitoaan ja persoonallisuuttaan. Latvalan ym. vuosina 2002 - 2004 tekemän tutkimuksen mukaan hoitajat tiedostivat yhteistoiminnallisen työskentelytavan merkityksen ja tärkeyden mutta silti 70 % tutkimukseen osallistuneista hoitajista työskenteli edelleen asiantuntijälähtöisesti, jossa potilas on passiivinen tiedon vastaanottaja.

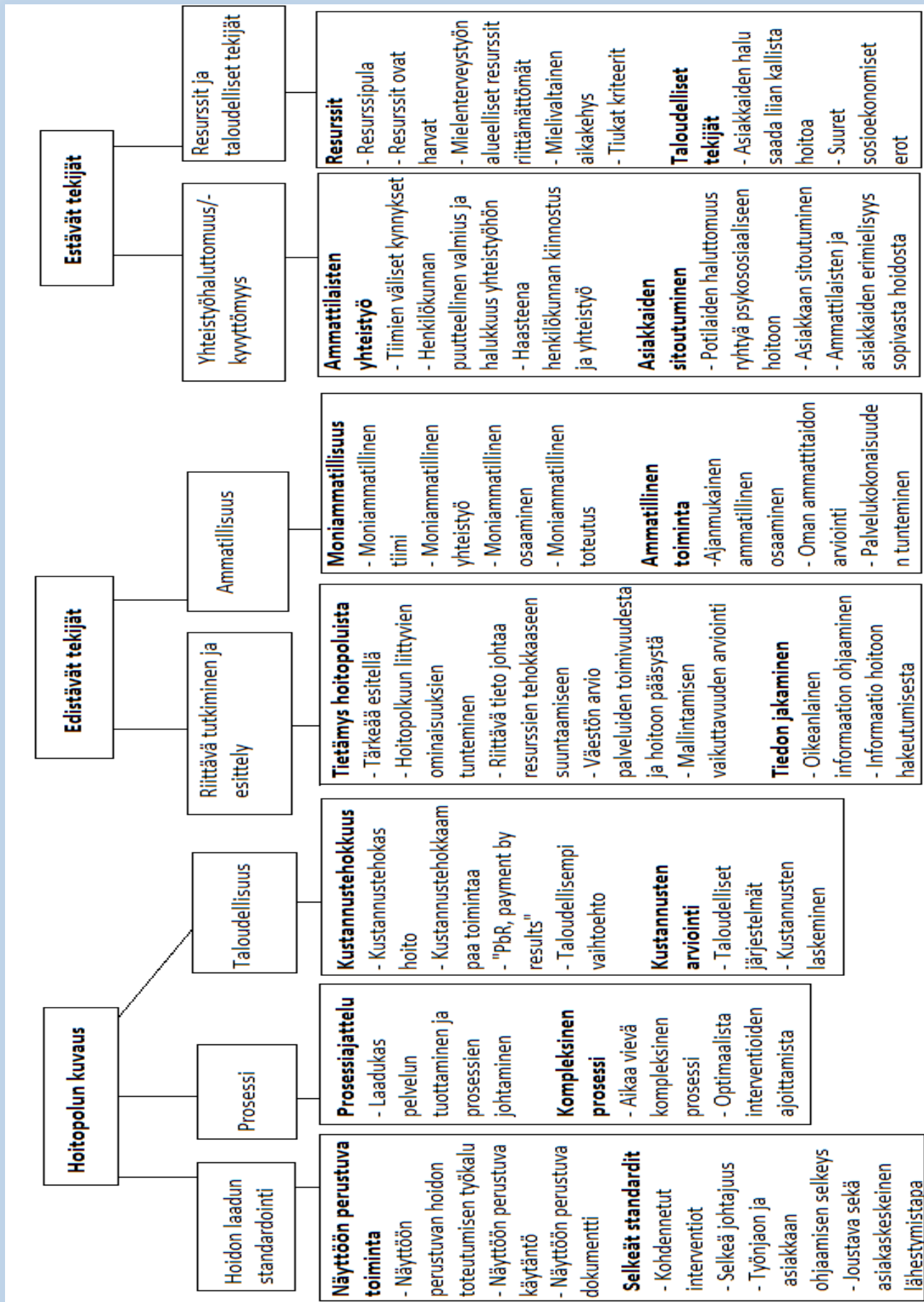
VARHAIN-tutkimus (2011) kuvaa psykiatrisen erikoissairaanhoidon käynnistymistä. Suomessa hoitotakuu asettaa takarajan hoitoon pääsulle ja Käypä hoito -suositukset ohjeistavat hoidon sisältöä. Pelkän hoitosuosituksen julkaiseminen ilman paikallista soveltamisstrategiaa ei kuitenkaan yleensä johda merkittäviin muutoksiin potilaiden voinnissa tai työntekijöiden toiminnassa. Tutkimuksen mukaan keskimääräinen odotusaika vastaanotolle oli 3,7 viikkoa, joten potilaat pääsivät vastaanotolle kohtuullisessa ajassa. Hoitotakuu täyttyi kaikkien aikuispsykiatristen (99 %) potilaiden osalta. Vain kolmannes tapasi lääkärin hoitonsa aikana. Lääkärripulan helpottamiseksi psykiatrian erikoislääkäreiden julkisia virkoja ja työskentelyolosuhteita tulisi kehittää nykyistä houkuttelevammiksi. Lyhytpsykoterapian hyödystä mieliala- ja ahdistuneisuushäiriössä on tieteellistä näyttöä, mutta se ei kuitenkaan ole vielä oleellinen osa masennuksen hoitoa julkisessa terveydenhuollossa. Julkisen sektorin valmiutta järjestää lyhytterapiaa hoidon ensivaiheessa tulisi siis parantaa, jotta hoitopolku saataisiin toimivammaksi.

6.3 Hoitopolkua estäviä tekijöitä

Toimivaa hoitopolkua estäviksi tekijöiksi nousivat yhteistyöhaluttomuus ja –kyvyttömyys sekä resurssit ja taloudelliset tekijät (kuvio 1). Mielivaltainen aikakehys (ks. kuvio 1), tiukat kriteerit ja tiimien väliset kynnykset voivat aiheuttaa ongelmia (Khandaker ym. 2012). Forsellin (2006: 116) tutkimus kertoo, että este hoidon saannille voi olla henkilön halu saada hoitoa, joka on hänelle liian kallista (ks. kuvio 1). Myös ammattilaiset voivat olla hoitoa kaipaavan kanssa eri mieltä sopivan hoidon luonteesta (ks. kuvio 1). Mielen-terveyspotilaista suurimman osan hoidontarvetta ei kohdata. Häpeän tunteet estivät ihmisiä hakemasta apua. Ne, joilla oli alhaisempi sosiaalinen tuki ja somaattinen sairaus, saivat huonommin hoitoa. Psykiatriset ongelmat saatettiin nähdä osana somaattista sairautta. Hendriks ym. (2008) taas esittävät artikkelissaan, että yksi haaste hoitopolun toteuttamiselle on hoito- ja muun henkilökunnan puutteellinen valmius ja halukkuus yhteistyöhön (ks. kuvio 1). Kauemmin (yli 15 vuotta) mielenterveysalalla työskennelleet olivat tutkimuksen mukaan kuitenkin hyväksyvämpiä ja tukevampia hoitopoluille. Myös Jones (2005) kuvaa artikkelissaan henkilökunnan suhtautumista hoitopolkuun. Henkilökunta ei ollut täydessä konsensuksessa hoitopolun toteuttamisesta ja tarkoituksenmukaisuudesta. Osa henkilökunnasta oli standardoitua hoitoa vastaan ja korosti ja puolusti asiakkaan yksilöllisyyttä psykiatrisessa hoidossa. Henkilökunnan yhteistyökyvyttömyys tai -haluttomuus nouseekin tärkeäksi hoitopolun toteuttamista estäväksi tai hidastavaksi tekijäksi.

VARHAIN-tutkimuksen (Luutonen ym. 2011: 3231) tuloksista ilmenee, että kolmasosa aikuisista kertoi, ettei lääkäri ollut osallistunut hoitopolkuun. Hoitavan lääkärin puuttuminen kokonaan tai se, että lääkäri ohjaa hoitoa kauempaa potilasta itse tapaamatta, haittaa diagnostiikkaa, psykofarmakologisen hoidon mahdollisuuksia ja hoitojen jäntevyyttä. Varsinainen psykoterapia ja tiiviit keskusteluhoitokäynnit sekä psykososiaalinen hoito järjestyivät tutkimuksen mukaan vain harvoille potilaille. Selittäviä tekijöitä terapian vähäiseen käyttöön saattoivat olla psykoterapian ja tiiviiden keskustelujen korvaaminen harvajaksoisilla käynneillä, lääkärin puute, vaikeudet saada potilaan tutkimusjaksoa nopeasti läpiviedyksi, resurssipula tai potilaiden haluttomuus ryhtyä psykososiaaliseen hoitoon (ks. kuvio 1). Psykoterapian ja tiiviiden keskustelukäyntien järjestämisessä on selvästi ongelmia. Julkisen sektorin valmiutta järjestää lyhytterapiaa hoidon ensivaiheessa tulisi parantaa ja heidän työpanostaan tulisi suunnata pitkäkestoisista tukihoidoista akuutin vaiheen lyhytinterventioihin.

Pietilä ym. (2013: 37) korostavat artikkelissaan sitä, että terveyden epäoikeudenmukainen jakautuminen on merkittävä eettinen ongelma tämän päivän yhteiskunnassa. Eri väestöryhmien väliset sosioekonomiset terveyserot ovat suuret ja kasvavat edelleen (ks. kuvio 1). Tämä on yksi tekijä joka estää toimivaa hoitopolkua. Terveyseroihin voidaan vaikuttaa yhteiskunta-, terveys- ja koulutuspoliittisin keinoin. Pietilä ym. ottavat esille myös sen, miten lainsäädäntö voi vaikuttaa toimivaa hoitopolkua estävästi. Esimerkiksi laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) antaa potilaalle mahdollisuuden kieltäytyä tietojen antamisesta omaisille ja tästä voi tulla ongelma sellaisissa tapauksissa jolloin omaisilta voisi saada potilaan terveyttä koskevaa tietoa.



Kuvio 1. Hoitopolun kuvaus, edistävät ja estävät tekijät

7 Pohdinta

7.1 Työn eettisyys ja luotettavuus

Emme tarvinneet kirjallisuuskatsausta varten tutkimuslupia, sillä analysoimme jo tehtyjä tutkimuksia ja niiden tuloksia. Eettinen arviointi kohdistuu omaan työskentelyymme ja omaan opinnäytetyöhömme, ei analysoimiimme artikkeleihin. Opinnäytetyön tekijöinä olemme vastuussa nimissämme kirjoittamastamme tekstistä. Vastamme siitä, että tekstissä käytetyt viittaukset ja sitaatit ovat oikein ja siitä, ettei teksti sisällä plagiointia. (Mäkinen 2006: 131.)

Valikoimme työhömme analysoitavaksi ainoastaan suomen- ja englanninkielisiä julkaisuja. On mahdollista että tällöin kirjallisuuskatsauksen ulkopuolelle jäi muilla kielillä julkaistuja hyvinkin relevantteja artikkeleita, jolloin työssämme esitetyt tulokset voivat mahdollisesti olla vääristyneitä. (Pudas-Tähkä – Axelin 2007: 51.) Lähteen aitouden selvittäminen on olennainen osa lähdekritiikkiä (Mäkinen 2006: 129). Olemme käyttäneet artikkelien etsinnässä luotettaviksi ja tieteelliseksi todettuja tietokantoja, kuten Medic, PubMed ja Cinahl. Etsimme artikkeleita myös Google Scholar -hakupalvelusta mutta emme löytäneet sieltä hakukriteerejämme täyttäviä artikkeleita, jotka eivät olisi löytyneet hoitotieteellisistä tietokannoista. Pyrimme vahvistamaan analyysin luotettavuutta laatimalla kirjallisuuskatsauksen tuloksista taulukon, jossa kuvaamme analysoimiemme tutkimusten tiedot ja keskeiset tulokset.

Olemme tehneet kirjallisuuskatsauksen hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Olemme toimineet rehellisesti sekä olleet huolellisia ja tarkkoja. Olemme ottaneet muiden tutkijoiden työt ja saavutukset huomioon ja kunnioittaneet heidän tekemäänsä työtä viittaamalla heidän julkaisuihinsa asianmukaisella tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

7.2 Tulosten tarkastelua

Tutkimusraportteja tarkastellessa useimmista käy ilmi, että psykiatrisen potilaan hoitopolusta on tehty hyvin vähän tutkimuksia ja laajempaa ja tarkempaa tietoa sekä näyttöä tarvitaan. Monissa tutkimuksissa on kuvattu projekti, jossa hoitopolun mallia on vasta otettu käyttöön, esitelty ammattilaisille ja kyselty kokemuksia sekä mielipiteitä mallin toteutumisesta. Tutkimukset ja niiden tulokset tarjoavat runsaasti sekä positiivisia että

kriittisiä mielipiteitä ja kokemuksia. Eri puolilla maailmaa on esitelty ja otettu käyttöön useita erilaisia hoitopolun malleja, mutta tutkimus on silti kovin nuorta. Laajempi tutkimus ja esittely tarjoaisi ammattilaisille mahdollisuuden perehtyä standardoituun hoitoon ja löytää sopiva malli omaan käyttöönsä.

Mielenterveystyö on moniammatillista ja pitkäjänteistä työtä. Psykiatrinen hoito vaatii lujaa ammattitaitoa ja kykyä toimia moniammatillisessa tiimissä. Psykiatrisen potilaan hoitoprosessi ei ole vain sairaalassa tapahtuvia kliinisiä hoitotoimenpiteitä, vaan keskittyy enenevässä määrin avohoitoon. Mielenterveyden häiriöt eivät ole tilastollisesti lisääntyneet, mutta niiden aiheuttamat ongelmat ovat aina vain suurempia. Hoitoon haikutuminen voi vaikeutua, jos hoitotahoja ja hoitoprosessiin liittyviä vaiheita ei tunneta. Jos hoito ei ole standardoitua, ei asiakkaille välttämättä osata tarjota oikeanlaista hoitoa oikeaan aikaan ja hoitajaksojen pituudet kasvavat. Standardoitu hoitopolku tarjoaa parhaimmillaan ammattilaisille selkeät interventiotyypit ja asettaa hoidolle tietyt aika-rammit sekä parantaa hoidon laatua.

Mielenterveystyössä, kuten muussakin hoitotyössä, on tärkeää ottaa ihminen huomioon yksilönä. Tämän tarpeet tulee tunnistaa ja hoidossa tulee ottaa huomioon hänen voimavaransa. Hoitoa suunnitellaan yhdessä asiakkaan kanssa. Tällöin tiukka, standardoitu ja kaikille asiakkaille samanlainen hoitoprosessi ei ole sopiva, vaan siihen tulee sovittaa asiakkaan tarpeet ja yksilöllisyys. Psykiatrisen asiakkaan hoitoa ei voida suunnitella samoin kuin esimerkiksi päiväkirurgisen ortopedisen asiakkaan hoitoa.

Mielestämme hoitopolkumalleja tulisi suunnitella ja toteuttaa enemmän myös mielen-terveysalalla. Tämä vaatii lisää olemassa olevien hoitopolkumallien tutkimista ja esittelyä. Esimerkiksi Torniossa Keroputaan hoitomalli on todettu toimivaksi ja sitä on esitelty mediassa laajalti. Mallia on esitelty yhdessä opinnäytetyössä ja sivuttu joissain tutkimuksissa. Sen laajempi käyttöönotto vaatii lisätutkimuksia ja esittelyä.

Lähteet

Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989. Annettu Helsingissä 1.12.1989

Harjajärvi, Minna - Pirkola, Sami - Wahlbeck, Kristian 2006. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri. Nuorisopsykiatria. Verkkodokumentti. <www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,548,645,639>. Luettu 17.1.2013.

Hyvönen Senja 2005. Perusterveydenhuollossa tehdään omaleimaista mielenterveys-työtä. Sairaanhoitajalehti 5. Verkkodokumentti.

<www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/5_2005/vaitos/perusterveydenhuollossa_tehdaan/>. Luettu 15.1.2013.

Juhela, Pirjo 2006. Psykiatrisia palveluita ikääntyville. Verkkodokumentti.

<http://www.spgy.org/linkit/Psykiatrisia_palveluita_ikaantyyville.pdf>. Luettu 15.1.2013.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Kansalaiskysely: Terveyskeskus- ja mielenterveyspalveluissa eniten parannettavaa. Verkkodokumentti.

<www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1572052#fi>. Luettu 19.9.2012.

Kansaneläkelaitos 2006. Mielenterveyden häiriöiden aiheuttamat haitat kasvaneet. Kelan teemakatsauksia. Verkkodokumentti.

<[www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/tk150306/\\$File/TK_15_03_06_Mielenterveyden_hairioiden_maaniemi_raitasalo.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/tk150306/$File/TK_15_03_06_Mielenterveyden_hairioiden_maaniemi_raitasalo.pdf?OpenElement)>. Luettu 17.1.2013.

Kuhanen, Carita – Oittinen, Pirkko – Kanerva, Anne – Seuri, Tarja – Schubert, Carla 2012. Mielenterveyshoitotyö. Helsinki: SanomaPro.

Kääriäinen, Maria - Lahtinen, Mari 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede-lehti 18 (1). 37 - 45.

Lehtinen, Ville - Taipale, Vappu 2005. Mielenterveystyö ja psykiatrinen sairaanhoito. Duodecim. Terveyskirjasto. Verkkodokumentti.

<www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00054#s5>. Luettu 1.11.2012.

Mielenterveyslaki 1116/1990. Annettu Helsingissä 14.12.1990.

Mielenterveyspalvelut. Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkkodokumentti.

<www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/mielenterveyspalvelut>. Luettu 19.9.2012.

Mielenterveystyö Euroopassa 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 17. Verkkodokumentti. <pre20090115.stm.fi/pr1097823366926/passthru.pdf>. Luettu 1.11.2012.

Mäkinen, Olli 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

Potilaan keskeisimmät oikeudet. 2012. Valvira. Verkkodokumentti.
<www.valvira.fi/ohjaus_ ja_valvonta/terveydenhuolto/potilaan_oikeudet>. Luettu 1.11.2012.

Pudas-Tähkä, Sanna-Mari - Axelin, Anna 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajausta, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Johansson, Kirsi; Axelin, Anna; Stolt, Minna- Ääri, Riitta-Liisa (toim.). Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. 46–55.

Rautiainen, Hanna - Pelanteri Simo 2012. Psykiatrisen erikoissairaanhoidon tilastoraportti. Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti.
<www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2012/Tr03_12.pdf>. Luettu 1.11.2012.

Salminen, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja 62/4. Vaasa. Verkkodokumentti. <www.uwasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf>. Luettu 25.10.2012.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. Kaste 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 6. Verkkodokumentti. <pre20090115.stm.fi/hl1212563842632/passthru.pdf>. Luettu 1.11.2012.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira. Hoitoon pääsy. Verkkodokumentti.
<www.valvira.fi/ohjaus_ ja_valvonta/terveydenhuolto/organisaatioiden_valvonta/hoitoon_paasy>. Luettu 20.9.2012.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Verkkodokumentti.
<www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio180113.pdf>. Luettu 20.3.2013.

YLE-uutiset 2012. Mielenterveys järkkyy Euroopassa. Verkkodokumentti 25.5.2012.
<yle.fi/uutiset/mielenterveys_jarkkyy_euroopassa/5728359>. Katsottu 14.9.2012.

Hakuhistoria

Taulukko 1 Hakuhistoria

Tietokanta	Hakusanat	Osumat	Valittu otsikon perusteella	Valittu tiivistelmän perusteella	Valittu artikkelin perusteella
Cinahl	care* AND pathway* AND psykiatr*	20	9	7	1
Cinahl	custom* AND process* AND psykiatr*	4	1	0	0
Cinahl	psych* care* pathway*	8	2	2	2
Google Scholar	Mielenterveyspotilaan hoitopolku aikuinen -lapsi -opinnäytetyö	55	19	3	0
Medic	asiak*pros* AND psykiatr* NOT laps*	56	32	12	4
Medic	hoitopol* AND psykiatr* NOT laps*	11	7	5	2
Pubmed	care* AND pathway* AND psykiatr*	111	13	10	6
Pubmed	custom* AND process* AND psykiatr*	3	0	0	0

Lehden nimi	Valittu otsikon perusteella	Valittu tekstin perusteella
Hoitotiede	5	0
Tutkiva Hoitotyö	3	2

Artikkelien keskeisin sisältö ja tutkimusaineisto

Taulukko 2 Artikkelien keskeinen sisältö ja tutkimusaineisto.

Artikkeli	Maa, jossa kirjoitettu	Tarkoitus ja tavoite	Aineisto ja tutkimusmenetelmä	Tutkimuksen päätulokset
Becker, Thomas - Kilian, R. 2006. Acta Psychiatrica Scandinavica 113 (Suppl. 429) 9-16: Psychiatric services for people with severe mental illness across western Europe: what can be generalized from current knowledge about differences in provision, costs and outcomes of mental health care?	Saksa	Artikkelin tarkoituksena on raportoida viimeisimpiä löydöksiä säännösten, kustannusten ja tulosten eroja mielenterveystyössä Euroopassa sekä tutkia, kuinka nämä tutkimukset voivat tarjota pohjan mielenterveyspalvelujen kehittämiselle	Tieto on kerätty useista tutkimuksista, jotka kuvaavat mielenterveyspalveluja eri Euroopan maissa.	Läntistä mielenterveystyötä kuvaavat keskittäminen, avohoidon lisääminen sekä yhteisöpalvelujen kehittäminen. Erot palvelujärjestelmissä ovat merkittäviä.
Desplenter, Franciska A. - Laekeman, Gert M - Simoens, Steven R. International Journal of Mental Health Systems. 2009; 3: 23: Pathway for inpatients with depressive episode in Flemish psychiatric hospitals: a qualitative study	Belgia	Tutkimuksen tavoitteena oli tutkia sen hetken masentuneen asiakkaan hoitomuotoja flaamilaisissa psykiatrisissa sairaaloissa. Tarkoituksena oli kuvata sairaalassa olevan asiakkaan hoitopolkua eri sairaaloissa, jotta löydettäisiin samankaltaisuuksia ja eroja niiden hoitomuotojen välillä.	11 flaamilaisen psykiatrisen sairaalan henkilökunnasta haastateltiin 43 eri ammatinedustajaa. Lisäksi sairaaloiden internetsivuilta etsittiin tietoa niiden masennuksen hoitomuodoista.	Sairaaloiden hoitopolkumallien välillä oli laajalti eroja. Sairaalat painottivat potilaan yksilöllistä kohtaamista. Tulokset toivat esiin biopsykososiaalisen lähestymistavan masennusjaksojen hoitamiseen.
Evans-Lacko, Sara E. – Jarrett, Manuela - McCrone, Paul – Thornicroft, Graham 2008. The British Journal of Psychiatry, 193:4-5: Clinical pathways in psychiatry	Iso-Britannia	Julkaisun tarkoituksena on tehdä yhteenveto psykiatriseen hoitopolkuun liittyvästä kirjallisuudesta.	Kyseessä on kirjallisuuskatsaus, joka katsasteli kahdeksaa tutkimusta psykiatrisista hoitopoluista.	Hoitopolkujen käyttö on yleisempää muilla aloilla kuin psykiatriassa. Hoitopolkua on kuvattu. Hoitopolkuja on kuvattu usealla tavalla, mutta useimmat niistä sisältävät kaksi erityistä komponenttia: a) tarjottujen palveluiden tai interventioiden tyyppi (esimerkiksi arviointi, hoitoon ottaminen, terapia) sekä b) aikajana jolloin tämä tapahtuu. Tärkeä näkökohta hoitopolkujen esittelyssä on niiden potentiaalinen käyttö terveydenhuollon taloudellisissa järjestelmissä ja kustannusten laskeutumisessa. On olemassa puutteellisesti tietoa hoitopolkujen tehokkuudesta ja käytöstä taloudellisiin tarkoituksiin.
Forsell, Yvonne.	Ruotsi	Tavoitteena on tunnistaa	10 443 tukholma-	462:lla haastatelluista oli mielenterve-

<p>Psychiatric Services, January 2006, vol. 57, no. 1. s. 114-119: The Pathway to Meeting Need for Mental Health Services in Sweden</p>		<p>hoitopolkuun liittyviä ominaisuuksia sekä mitkä asiat vaikuttivat hoidon saamiseen. Kuntiedetään, mitkä hoitopolun ominaisuudet vastaavat tarpeisiin, voidaan päättää millainen interventio on tarpeen.</p>	<p>laista vastasi laajaan kyselyyn postitse, heistä 1093 tulivat psykiatriseen haastatteluun. Kyseessä on väestöpohjainen pitkäaikainen tutkimus.</p>	<p>ysongelma, johon oli saatavilla psykiatrista hoitoa. Heistä 70 %:lla täyttyi jonkin sairauden DSM-IV -luokittelun diagnostiset kriteerit. 84 % tiedosti hoidon tarpeensa, 37 % oli hakenut hoitoa ja 17 % koki saaneensa tarvitsemaansa hoitoa. Korkeasti koulutetut ja hyvän sosiaalisen tuen omaavat naiset saivat useammin kaipaamaansa apua kuin miehet, joilla vastaavia ominaisuuksia ei ole. Myös häpeän tunteet estivät psykiatriseen hoitoon hakeutumista. Tutkimus osoittaa, että oikeanlainen informaation ohjaaminen niille, jotka eivät kokeneet tarpeitaan kohdaksi, voisi lisätä oikean hoidon saamista.</p>
<p>Hendriks, Margaret Mary - Mahendran, Rathi - Vaingankar, Janhavi 2008. Singapore Nursing Journal. 35(1):26-28: Implementing clinical pathways in psychiatric practice: opinions of mental health practitioners on the usefulness of clinical pathways.</p>	<p>Singapore</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli arvioida Institute of Mental Healthin henkilökunnan mielipiteitä hoitopolun käytöstä ja hyödyllisyydestä sairaalassa.</p>	<p>Tutkimusta varten hoitohenkilökunnalle sekä sairaalan muuta henkilökunnalle annettiin täytettäväksi anonymiteetin säilyttävä kysely. Vastausprosentti oli 78,4.</p>	<p>Yksi haaste hoitopolun toteuttamiselle on hoito- ja muun henkilökunnan valmius yhteistyöhön. Kauemmin (yli 15 vuotta) mielenterveysalalla työskennelleet olivat hyväksyvämpiä ja tukevampia hoitopoluille.</p>
<p>Jones, Adrian 2004. Psychiatric and Mental Health Nursing, 11, 705-713: Perceptions on the standardization of psychiatric work: development of a care pathway</p>	<p>Iso-Britannia</p>	<p>Päätavoitteena oli tutkia, kuinka MDT (multidisciplinary team) kehitti ja pani täytäntöön hoitopolkumallin asiakkaille, joilla on diagnosoitu skitsofrenia. Tutkimuskysymys oli, kuinka osallistujat saivat esitellyä hoitopolkua psykiatrisessa hoidossa.</p>	<p>Kliinikot muodostivat 15 työryhmää joissa kehittivät ja toteuttivat hoitopolkumallin. Data kerättiin yhteistapaamisissa ja strukturoidussa haastattelussa sekä tarkkailemalla työryhmien toimintaa. Kyseessä on laadullinen toimintatutkimus</p>	<p>Osa klinikoista oli sitä mieltä, että skitsofreniaa sairastavalle voidaan toteuttaa ainoastaan yksilöllisessä hoitoyksikössä ja yksilöllisellä hoitotteella, standardoitua hoitopolkua ei siis kannatettu. Osa kuitenkin näki, että osan hoidosta voi standardisoida. Standardoitua hoitoa ei voi toteuttaa kaikille asiakkaille. Yksilöllisyys on tärkeää ottaa huomioon. Hoidon standardointi vaatisi hoitohenkilökunnan laadun standardointia. Kliinikot saattavat olla standardointia vastaan niin paljon, että jopa työskentelevät sitä vastaan.</p>
<p>Jones, Adrian 2005. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 11, 705-713: Perceptions on individualized approaches to mental health care.</p>	<p>Iso-Britannia</p>	<p>Artikkelin tavoitteena on kuvata sitä, kuinka mielenterveystyöntekijät kävivät läpi skitsofreniapotilaille tarkoitettua hoitopolun kehittämisen ja toteuttamisen prosessin sairaalan osastolla. Tarkoituksena oli myös selvittää, millaisena</p>	<p>Tutkimusta varten haastateltiin 11 ihmistä. Haastateltaviin kuului sairaanhoitajia, psykologeja, psykiatreja, sosiaalityöntekijöitä sekä toimintaterapeuteja. Haastatelta-</p>	<p>Prosessin kartoitus ja hoitopolut standardoivat hoitojärjestelmiä. Ammattilaisten kesken oli kuitenkin erimielisyyksiä hoitopoluista. Kliinikot puolustivat psykiatrisen hoidon yksilöllisyyden huomioimista. Hoitopolun toteuttaminen voi syyttää uudestaan psykiatrisen hoidon terapeuttisen tarkoituksen sekä auttaa rakentamaan yksilöllisen lähestymistavan sairaalahoitoon.</p>

		moniammatillinen tiimi näki psykiatrisen hoidon luonteen ja tarkoituksen ja kuinka nämä vaikuttavat hoitopolun kehittämiseen käytännössä.	vat työskentelivät Lontoon District General Hospitalin (yleinen piirisairaala) psykiatrisella osastolla.	
Khandaker, Golum M. - Gandamaneni, Praveen K. - Dibben, Claire R. M. - Cherukuru, Srinivasarao - Cairns, Paul - Kay, Manaan K. 2012. Journal of Evaluation in Clinical Practice: Evaluating care pathways for community psychiatry in England: a qualitative study	Iso-Britannia	Tavoitteena oli arvioida, kuinka National Health Service (NHS) Foundation Trustin Iso-Britannian psykiatrian avohoidolle esittelemä hoitopolkumalli toimii käytännössä sekä sen vaikutuksia hoidon laatuun, mielenterveysammattilaisiin ja perusterveydenhuoltoon.	Tutkimusta varten haastateltiin lääkäreitä, moniammatillista tiimiä sekä NHS Trustin johtajaa (n=19).	Hoitopolun mallin mukaan työskentely nähtiin yleensä positiivisena muutoksena. Se johti keskittyneempiin interventioihin ja hoito sai selkeämmät standardit. Toiminta on kustannustehokkaampaa ja mahdollistaa aktiivisen asianhallinnan sekä selkeän klinisen johtamisen. Mielivaltainen aikakehyys, tiukat kriteerit ja tiimien väliset kynnykset voivat aiheuttaa ongelmia. Malli paransi kommunikaatiota ja aikaansai joustavan sekä asiakaskeskeisen lähestymistavan. Keskeistä oli henkilökunnan valvonta ja lisääntynyt tuki perusterveydenhuoltoon.
Kähärä, Kirsti - Piikkilä, Sari - Mattila, Kari. Suomen Lääkärilehti 7/2008, vsk 63. s. 549-553: Alueellinen verkostotyömalli mielenterveyspalvelujen parantamiseksi. Suupohjan seutukunnan mielenterveyshanke 2004-2006	Suomi	Tavoitteena oli selvittää, sopiiko palveluiden mallintaminen mielenterveyspalveluissa seutukunnan sosiaali- ja terveyspalveluiden henkilöstön työkaluksi.	Tutkimusta varten muodostettiin Suupohjan seutukunnan sosiaali- ja terveyspalveluiden verkostosta yhdenmukainen malli kuntiin. Palveluiden mallintamista sosiaali- ja terveystoimen henkilöstölle (n=398) lähetetyllä kyselylomakkeella. Vastausprosentti oli 50,5.	Tulosten perusteella palveluiden mallintaminen sopii mielenterveystyön työkaluksi. Se selkeyttää työnjakoa ja asiakkaan ohjaamista. 86 % vastaajista arvioi mallintamisen auttavan asiakasta löytämään apua aiempaa paremmin. 66 % koki verkostomallista olleen hyötyä päivittäisessä työssä. Se myös sopi moniammatillisen työn kehittämiseen.
Laasonen-Balk, Teijamari - Tamminen, Riitta - Majoinen Vuokko. Lääkärilehti 9/2008, vsk 63. s. 870-871: Kotiutus-sairaanhoitaja suunnittelee psykiatrisen potilaan jatkohoidon	Suomi	Artikkelin tavoitteena on kuvata kotiutussairaanhoitajan toimintaa ja sen tuloksia Lappeenrannan mielenterveyskeskuksessa.	Sairaanhoitopiiriin aikuispsykiatrian hoitohenkilökunnalle tehtiin kysely loppuvuonna 2003 ja alkuvuonna 2005.	Kotiutussairaanhoitajatoiminta koettiin positiiviseksi ja omaa työtä helpottavaksi toiminnaksi. Se nopeutti kotiutusprosessia, helpotti asiakkaalle yksilöllisesti räätälöidyn hoitopaikan löytymistä ja henkilökunnan työtä. Potilaan hoitopolun koettiin jännevöityneen. Toiminnan toivotaan jatkuvan ja laajenevan. Toiminta lisäsi asiakkaiden sitoutumista jatkohoitoon ja kuntoutumiseen avohoidossa.
Luutonen, Sinikka - Tikka, Maria - Nieminen, Mervi - From, Tiina - Salokangas, Raimo K. R. 2011: Takuulla hoitoon - mutta millaiseen? VAR-	Suomi	Tavoitteena oli tutkia, miten potilaiden hoito käynnistyy psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa sekä odotusajan että hoidon sisällön suhteen.	237 uuden hoitotakujakson Kaarinan, Salon, Porin ja Rauman psykiatrisilla ja nuorisopsykiatrisilla poliklinikoilla aloitetaan asiakasta	Keskimääräinen odotusaika vastaanotolle oli 3,7 viikkoa. Kolmen kuukauden sisällä hoitoon pääsi 99 % aikuispsykiatrisista potilaista. Hoitotakuu siis täyttyi kaikkien osalta. Lääkäri osallistui potilaan tutkimiseen 71 % tapauksista, joten ensivaiheen hoidossa oli selviä puutteita. 6,5 viikon jälkeen seu-

HAIN-tutkimus psykiatrisen erikoissairaanhoidon käynnistymisestä			osallistui tutkimukseen.	rantahaastatteluissa ilmeni, että 64 % kävi lääkärin vastaanotolla, 2 % psykoterapiassa tai keskusteluissa joka toinen viikko ja 87 % heitä harvemmin. Tiivis psykososiaalinen hoito järjestyi siis vain harvoille. 46 % käytti jotain psyykenlääkettä.
Nakanishi, Mikaru – Sawamura, Kanae – Sato, Sayaka – Setoya, Yutaro – Anzai, Nobuo. Psychiatry and Clinical Neurosciences 2010; 64; 99-103: Development of a clinical pathway for long-term inpatients with schizophrenia	Japani	Tavoitteena oli kehittää hoitopolku pitkäaikaisosastolla oleville asiakkaille, joilla on diagnosoitu skitsofrenia.	Tutkimusta varten tutkittiin 17 Japanilaisen psykiatrisen sairaalan kuntoutusosastolla olevan asiakkaan tietoja ja potilaspapereita. Heidän tietojensa ja hoitojen pohjalta muodostettiin hoitopolkumalli, joka esiteltiin ja josta keskusteltiin henkilökunnan kanssa.	Kehitetyn hoitopolun sisältämä kotiutamis suunnitelma oli tärkeä osa hoitoa. Se piti sisällään arvioinnin ja tavoitteen asettelun, valmistelun sekä kotiuttamisen. Hoidon pitkittymiseen vaikuttivat asiakkaan levottomuus sekä vaihtuvat lääkärit ja yksiköt.
Pietilä, Anna-Maija - Halkoaho, Arja - Matveinen, Mari - Länsimies-Antikainen, Helena - Häggman-Laitila, Arja - Kangasniemi, Mari. Tutkiva hoitotyö 1/2013: Terveyden tasa-arvo ohjaavana periaatteena: arvotyökentelystä toimintojen suuntaamiseen terveyden edistämässä	Suomi	Artikkelin tavoitteena on eritellä terveyden edistämistä ohjaavia arvoja ja määritellä niiden suhdetta terveyden tasa-arvoon. Artikkelisi esittelee terveydenhuollon ammattilaisen tehtävää terveyden tasa-arvin edistämässä ja tuo esille keinoja, joiden on nähty olevan tärkeitä entistä tasa-arvoisemman terveyden saavuttamisessa.	Tarkastelu perustuu terveyden edistämisen etiikkaa käsittelevään kansalliseen ja kansainväliseen kirjallisuuteen.	Yksilön suojele, hyvän tekeminen ja pahan välttäminen, vakaus, pysyvyys ja osallisuus kuvastavat terveyden tasa-arvon toiminnan laajaa arvopohjaa. Jotta voidaan edetä kohti tasa-arvoisempaa terveyttä, tarvitaan ymmärrystä terveyden sosiaalisista taustatekijöistä.
Riihimäki, Kirsi. Suomen Lääkäri-lehti 12-13/2008, vsk 63. s. 1193-1195: Psykiatrisen päiväosasto: masennuspotilaiden hoitomalli	Suomi	Tavoitteena oli tutkia Järvenpäässä kehitettyä uutta potilaslähtöistä ryhmä- ja yksilöhoidon yhdistävää hoitomallia. Järvenpään psykiatrisen päiväosaston hoitomallin tavoitteena on tuottaa räätälöityä tehohoitoa masentuneille heidän omassa elinympäristössään.	Tutkimusta varten kerättiin tiedot Järvenpään päiväosastolla 1.1.-30.6.2007 hoitonsa päättäneistä 24 potilaasta. Näiltä he olivat keskimäärin 22-59 -vuotiaita.	Selkeät puitteet sekä ennakoitavuus auttavat asiakkaita ja henkilökuntaa keskittymään hoidon sisältöön sekä mahdollistaa joustavuuden. Moniammatillinen osaaminen ja yhteistyö korostuvat monisairaiden asiakkaiden hoidossa. Ilman päiväosastoa suuri osa potilaista olisi joutunut sairaalahoittoon. Tärkeimmäksi hyvää hoitotulosta selittäväksi tekijäksi nousi asiakkaan sitoutuminen yhteistyöhön. Päiväosasto hoito tukee potilaan autonomiaa ja normaalielämää sekä on taloudellisempi vaihtoehto. Hoitoyksikön on kyettävä mukautumaan asiakkaiden tarpeisiin valmiiden formaattien sijaan, sillä hoidamme yksilöitä.
Saarinen, Pirjo –	Suomi	Artikkelissa kuvataan	Tutkimusta varten	Prosessiorganisaatio auttaa laaduk-

<p>Viinamäki, Heimo – Helminen, Anneli – Kaitokari, Paavo – Pajula, Jarmo – Penttinen, Jorma – Savolainen, Kalevi – Lehtonen, Johannes. Suomen Lääkärilehti 45/2007 vsk 62. s. 4237-4241: Parantaako prosessoriorganisaatio mielen-terveyspalveluja? Kuopion kokemukset ovat myönteisiä</p>		<p>Kuopion psykiatrian keskuksen ensimmäisen toimintavuoden kokemuksia psykiatrisesta hoidosta, jossa otetaan huomioon prosessinäkökulma.</p>	<p>seurattiin tutkimus- ja hoitajaksojen aikana saavutettuja hoitovastauksia, jotka oli arvioitu kliinisillä laatumittareilla asiakkaiden päädiagnoosien mukaan. Kliinistä vaikuttavuutta seurataan keskuksessa standardoiduilla mittareilla systemaattisesti ja potilaskohtaisesti. Potilaat täyttävät ja vastaavat erilaisiin toimintakykyä mittaaviin kyselyihin ja arvioivat itse esimerkiksi masentuneisuuttaan BDI-pisteasteikolla sekä elämäntyytyväisyyttään LS-asteikolla.</p>	<p>kaan palvelun tuottamista, kehittämis- ja yhteistyötä sekä prosessien johtamista. Ulkopuolisen asiantuntijan käyttö helpottaa prosessin suunnittelua ja alkuun pääsyä. Hoitoa ja kuntoutusta on pystytty integroimaan aiempaa paremmin. Yhteistyö kolmannen sektorin toimijoihin on tiivistynyt. Terveyskeskukseen suunnattu konsultaatio-toiminta on vähentänyt asiakkaiden määrää, ja suurempi osa heistä saa tutkimuksen ja hoidon jo perustasolla verrattuna aikaisempiin vuosiin. Perusterveyden huollon asiakkaat eivät usein kerro psyykkisistä ongelmista yleislääkäreille. Konsultaatiotoiminta ja täydennyskoulutus voivat parantaa yleislääkärien asenneilmapiitiä mielen-terveyspotilaita kohtaan. Psykiatriassa tulee entistä enemmän pyrkiä tuloksellisuuden mittaaseen osana kliinistä potilastyötä.</p>
--	--	---	---	--

Tutkimusaineisto

Becker, T. – Kilian, R. 2005. Psychiatric services for people with severe mental illness across western Europe: what can be generalized from current knowledge about differences in provision, costs and outcomes of mental health care? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 113. 9-16.

Desplenter, Francisca A. – Laekeman, Gert M. – Simoens Steven R. 2009. Pathway for inpatients with depressive episode in Flemish psychiatric hospitals: a qualitative study. *International Journal of Mental Health Systems*. 3: 23. Verkkodokumentti. <www.ijmhs.com/content/3/1/23>. Luettu 19.1.2013.

Evans-Lacko, Sara E. – Jarrett, Manuela - McCrone, Paul – Thornicroft, Graham 2008. Clinical pathways in psychiatry. *The British Journal of Psychiatry*, 193. 4-5.

Forsell, Yvonne 2006. The Pathway to Meeting Need for Mental Health Services in Sweden. *Psychiatric Services*, vol. 57, no. 1. 114-119.

Hendriks, Margaret Mary - Mahendran Rathi - Vaingankar, Janhavi 2008. Implementing clinical pathways in psychiatric practice: opinions of mental health practitioners on the usefulness of clinical pathways. *Singapore Nursing Journal*. 35(1). 26-28.

Jones, Adrian 2005. Perceptions on individualized approaches to mental health care. *Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12. 396-404.

Jones, Adrian 2004. Perceptions on the standardization of psychiatric work: development of a care pathway. *Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11. 705-713.

Khandaker, Golam M. - Gandamaneni, Praveen K. - Dibben, Claire R. M. – Cherukuru, Srinivasarao – Cairns, Paul – Kay, Manaan K. 2012. Evaluating care pathways for community psychiatry in England: a qualitative study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 1-6.

Kähärä, Kirsti – Piikkilä, Sari – Mattila, Kari 2008. Alueellinen verkostotyömalli mielenterveyspalvelujen parantamiseksi. Suupohjan seutukunnan mielenterveyshanke 2004-2006. *Suomen Lääkärilehti* 7, vsk 63. 549-553.

Laasonen-Balk, Teijamari – Tamminen, Riitta – Majoinen, Vuokko 2008. Kotiutussairaanhoidon suunnittelu psykiatrisen potilaan jatkohoidon. *Suomen Lääkärilehti* 9, vsk 63. 870-871.

Latvala, Eila – Saranto, Kaija – Pekkala, Eila 2005. Yhteistoiminnallisen hoitotyön kehittäminen mielenterveystyössä. Tuloksia kehittämishankkeesta. *Tutkiva hoitotyö*, vol. 3 (2). 24-29.

Luutonen, Sinikka - Tikka, Maria - Nieminen, Mervi – From, Tiina – Salokangas, Raimo K. R. 2011. Takuulla hoitoon - mutta millaiseen? VARHAIN-tutkimus psykiatrisen erikoissairaanhoidon käynnistymisestä. *Suomen Lääkärilehti* 43, vsk 66. 3227-3231.

Nakanishi, Mikaru – Sawamura, Kanae – Sato, Sayaka – Setoya, Yutaro – Anzai, Nobuo 2010. Development of a clinical pathway for long-term inpatients with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2010; 64. 99-103.

Pietilä, Anna-Maija - Halkoaho, Arja - Matveinen, Mari - Länsimies-Antikainen, Helena - Häggman-Laitila, Arja – Kangasniemi, Mari 2013. Terveiden tasa-arvo ohjaavana periaatteena: arvotyöskentelystä toimintojen suuntaamiseen terveyden edistämiseksi. *Tutkiva hoitotyö* 1. 35-44.

Riihimäki, Kirsi 2008. Psykiatrinen päiväosasto: masennuspotilaiden hoitomalli. *Suomen Lääkärilehti* 12-13, vsk 63. 1193-1195.

Saarinen, Pirjo – Viinamäki, Heimo – Helminen, Anneli – Kaitokari, Paavo – Pajula, Jarmo – Penttinen, Jorma – Savolainen, Kalevi – Lehtonen, Johannes. 2007. Parantaako prosessiorganisaatio mielenterveyspalveluja? Kuopion kokemukset ovat myönteisiä. *Suomen Lääkärilehti* 45, vsk 62. 4237-4241.