

Psykiatrisen kotisairaaloiminnan taustaa

Kotisairaala
Marja Kuronen
21.3.2018

[Systeemiteoria](#)

[Psykiatrisen kotisairaala: tehostettua, liikkuvaa avohoitoa](#)
[Tulevaisuudennäkymiä](#)

Osassa sairaanhoitopiirejä ja myös kuntien omana toimintana on kehitetty avohoitokeskeistä, osastohoitoa vähentävää ja korvaavaa hoitomallia. Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen Mieli 2009 hankkeen loppuraportti suosittelee avohoidon ajanvarausvastaanottojen rinnalle monipuolisia, kehittyneitä, liikkuvia ja päivystyksellisiä avopalveluja. Historia ulottuu Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä 1980-luvulta käytössä olleeseen ns. Keroputaan malliin. Sen teoreettisena taustana on systeemiteoriaan perustuva ns. avoin dialogi.

Systeemiteoria

Systeemiteoria pohjautuu antropologi George Batesonin työryhmän Yhdysvalloissa tekemiin havaintoihin, jotka auttoivat löytämään perheen ja vuorovaikutussuhteet yksilön käyttäytymisen kontekstina. Systeemiajattelu alkoi sen jälkeen syrjäyttää yksilökeskeistä ja lineaarista ajattelua perheterapiassa. Taustana mallin kehittämiseksi oli myös valtakunnallinen skitsofreniaprojekti, jonka tavoitteena oli kehittää vaikeasti psykoottisten potilaiden hoitoa ja vähentää laitospeskeytystä. Hanke painotti perheen ottamista mukaan hoidon suunnitteluun alusta alkaen.

Tarpeenmukaisen hoidon malli

Turussa kehitettiin ns. tarpeenmukaisen hoidon malli, johon kuuluivat välitön hoidon järjestäminen, hoidon suunnittelu kunkin potilaan ja hänen perheensä erityisten ja muuttuvien tarpeiden mukaisesti, hoitoon liittyvän psykoterapeuttisen asenteen korostaminen sekä hoidon suunnittelu ja toteutus tilanteen prosessiluonne huomioiden.

Avoimen dialogin malli

Avoimen dialogin malliin kuuluvat välitön reagointi avunpyyntöön, työskentely ryhmässä ja verkoston mukaan ottaminen hoidon voimavaraksi. Tärkeitä ovat myös hoidon joustavuus ja liikkuvuus, vastuullisuus, psykologinen jatkuvuus, epävarmuuden sietäminen ja dialogi kaikkien hoitoon osallistuvien kesken. Hoitomallista on tehty kolme väitöskirjaa.

Skitsofreniaprojektin aikana v. 1984 aloitettiin Keroputaan sairaalassa kaikkien osastolle tulleiden potilaiden hoitokokouskäytäntö, jossa potilaan ongelmasta ja hoidon suunnittelusta keskusteltiin potilaan ja omaisten läsnä ollessa, ja tilanteeseen kutsuttiin myös asiaan osallistuneet viranomaiset ja hoitava työryhmä. Perinteiseen hoitomalliin verrattuna sairaalahoidon ja psykoosilääkkeiden

tarve näytti vähenevän ja hoidon tulos paranevan. Hoitajien kokemusta laadusta akuutin psykoosin tehostetussa kotihoidossa on tutkittu Keski-Suomessa.

Tehostetun kotihoidon tavoitteena oli akuutin oireilun lieveneminen tai psykoosin uusimisen ehkäisy niin, että potilas selviää arkipäivän toiminnoistaan ilman sairaalahoitoa. Hoitajien mukaan koti koettiin turvalliseksi hoitoympäristöksi, ja kotiympäristön näkeminen auttoi hoitajia muodostamaan hyvän kokonaiskuvan potilaan tilanteesta. Potilaan ajatukset lääkähoidosta tulevat paremmin esille kotona kuin osastolla.

Avohoidon tehostamisen tarpeen taustalla ovat myös voimakkaat palvelurakenteen muutokset ja taloudelliset näkökohdat. Sairaalakeskeisestä hoitomallista on pyritty siirtymään avohoitokeskeiseen ajatteluun ja toimintaan. Muutosta on tehty osin suunnitelmallisesti, mutta 1990-luvun laman jälkeen sattumanvaraisuus ja eritahtisuus avohoidon kehittämisen kanssa tuottivat ongelmia. Psykiatriset sairaansijat vähentyivät noin 20 000 sairaansijasta 3 400 sairaansijaan vuodesta 1980 vuoteen 2013. Muutoksen suunta on kansainvälinen.

Isossa-Britanniassa psyykkisten kriisien avohoitokeskeinen hoitomalli yleistyi 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen aikana valtion toimien tukemana. Mielenterveyden ongelmat aiheuttavat maailmanlaajuisesti viidenneksen kaikista vajaakuntoisena eletyistä elinvuosista. Sen sijaan hoidon kustannuksiin käytetään Suomessa vain noin viisi prosenttia kaikista terveydenhuollon menoista, vaikka esim. vuosittain mielenterveyssyistä eläkkeelle joutuvien eläkemenot kasvavat 670 miljoonaan euroon. Psykiatrisen avun tarpeessa olevista vain viidesosan on arvioitu olevan riittävässä ja laadultaan hyvässä hoidossa, ja yli puolet on vailla mitään hoitoa. Oikea-aikaiset, vaikuttavat ja helposti saavutettavat hoidot ovat siten tulevaisuuden kansanterveyden kannalta keskeisiä ja edellytyksenä oikeudenmukaiselle hoitojärjestelmälle.

Psykiatrinen kotisairaala: tehostettua, liikkuvaa avohoitoa

Yhtenäinen tehostetun avohoidon terminologia puuttuu edelleen. Englanninkielisessä kirjallisuudessa nimityksiä on toistakymmentä; mobile crisis home treatment (MCHT) on niistä tunnetuimpia. Liikkuva kriisin kotihoito on määritelty vaihtoehtoiseksi palveluksi vakavasta mielenterveyden häiriöstä kärsiville henkilöille, jotka muutoin tarvitsisivat sairaalahoitoa. Terminologian puutteiden vuoksi on tärkeä kuvata, mitä palvelu sisältää, missä ja milloin se tehdään, kuinka pitkään ja kenelle palvelu on tarkoitettu.

Psykiatrinen kotisairaala ei ole terminä vakiintunut. Sitä on käytetty psykiatrista osastohoitoa korvaavasta, kotiin vietävästä hoidosta esim. Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirissä vuosina 2010–2014. Tuolloin psykiatrisen sairaalan kaksi avo-osastoa lakkautettiin ja toisen osaston henkilökunta siirtyi tekemään kotiin vietävää työtä kotisairaalassa. Sitä vastaava termi tehostettu avohoito on laajalti käytössä, mutta sen sisällöt kuitenkin vaihtelevat eri toimintayksiköissä. Lähes kaikissa Suomen sairaanhoitopiireissä on nykyisin jonkinlaista tehostetun avohoidon toimintaa.

Tehostetun avohoidon työryhmät (TAT)

Varsinaiset tehostetun avohoidon työryhmät (TAT) tarjoavat lyhytaikaista, poliklinikka- ja kotikäynnein annettavaa hoitoa, jossa hoitohenkilökunta on tavoitettavissa jokaisena viikonpäivänä ympäri vuorokauden. Tämän mukaista toimintaa on nykyään mm. TAT

Joensuussa ja Siilinjärvellä (taulukko 1). Ne tarjoavat potilaan tarpeista lähtevää perhe- ja verkostokeskeistä, hoidon jatkuvuuden turvaavaa työtä. Potilaan ja lähiverkoston selviytymistä kotona myös iltaisin ja viikonloppuisin tuetaan, ja hoidossa oleville potilaille annetaan myös puhelintukea. Joillakin paikkakunnilla TAT toteuttaa myös konsultaatiopalveluja kuntiin ja suorittaa lääkeinjektioita. Myös lasten- ja nuorisopsykiatriassa on kotisairaaloimintaa.

Näyttöön perustuva hoitosuunnitelma (ACT)

Näyttöön perustuvan hoitosuunnitelman (ACT, assertive community treatment) tarkoituksena on tarjota hoito-, kuntoutus- ja tukipalveluja yksilöille, joilla on vakava mielenterveysongelma ja joiden tarpeisiin perinteiset avohoitotyöryhmät eivät riitä. Assertiivisuus tarkoittaa mm. itseensä luottamista ja tasavertaista kommunikaatiota. Moniammatillinen työryhmä vastaa potilaan hoidosta, ja palveluita on saatavilla ympäri vuorokauden niin kauan kuin niitä tarvitaan ja tarvittaessa potilaan omassa kotiympäristössä.

ACT-työryhmä tarjoaa potilaan ongelmien mukaan räätälöityjä palveluja. Hoidossa on mukana psykiatrian, hoitotyön, psykologian, sosiaalityön, päihdetyön ja ammatillisen kuntoutuksen osaajia, jotka työskentelevät omien osaamisalueidensa pohjalta integroitujen palvelujen tarjoamiseksi. He auttavat tavoitteiden saavuttamisessa ja sovittavat palvelut vastaanottajien muuttuviin tarpeisiin ja tavoitteisiin. Yksi työntekijä vastaa kymmenestä kuntoutujasta.

Skitsofrenian Käypä hoito suositukseen liittyvässä katsauksessa todetaan, että tavanomaiseen avohoitoon verrattuna ACT-toimintamalli saattaa vähentää skitsofreniapotilaiden sairaalahoitajaksojen määrää ja kestoja. TAT- ja ACT-toimintojen kustannustehokkuuden arviointia vaikeuttaa se, että luotettavia ja vertailukelpoisia mittareita on valtakunnallisesti heikosti saatavilla.

Tulevaisuudennäkymiä

Tehostettu avohoito toteuttaa sosiaali- ja terveysministeriön Mieli 2009 suosituksia liikkuvan ja monipuolisen avohoidon kehittämisestä. Suunta on edelleen kohti perinteisten mielisairaaloiden lakkauttamista ja psykiatrisen hoidon siirtämistä yleissairaaloitten yhteyteen. Sähköisten palvelujen käyttö hoidossa ja konsultaatioissa, esimerkiksi virtuaalipsykiatrian keinoin, lisääntyy. Monipuolisen avohoidon on todettu vähentävän itsemurhakuolleisuutta verrattuna perinteisellä tavalla toimivaan ajanvarausvastaanottoon. Osastohoidon tarve voi jopa puolittua, kun käytetään virka-ajasta riippumattomia, työryhmäpohjaisia, myös kotiin vietäviä avohoitopalveluja. Tahdosta riippumattomat sairaalajakso vähenevät, ja painopiste siirtyy vapaaehtoisesti alkaviin hoitajaksoihin. Muutokset ovat tavoiteltavia, sillä on todettu, että laitosolot voivat vaikeuttaa potilaiden ja perheenjäsenten auttamista ja rajoittaa lääkäreiden ajattelun, puhumisen ja toiminnan tapoja.

Taulukko 1. Esimerkkejä suomalaisista aikuispsykiatrian TAT- ja ACT-käytännöistä.

Toiminnan nimitys	Paikkakunta, organisaatio	Henkilöstö	Toimintamalli	Potilasryhmät	Hoitoon pääsy
"Keroputaan malli" Keroputaan psykiatrian poliklinikka, Tornion psykiatrian poliklinikka	Tornio, Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri	Keropudas: 1,5 psykiatrian erikoislääkärinä, psykologi, osastonhoitaja, 14 sairaanhoitajaa, kuntoutusohjaaja, 3 toimintaterapeuttia, 0,5 sosiaalityöntekijää, osastonsihteeri Tornio: Psykiatrian erikoislääkärinä, 7 sairaanhoitajaa tai mielenterveyshoitajaa, sosiaalityöntekijä, osastonsihteeri	Avoimen dialogin hoitomalli, yksilö-, perhe- ja verkostokeskustelut, toiminnalliset ryhmät, mielialan hallintaryhmät. Kotona, poliklinikalla	Erityisesti psykoosin ensioireista kärsivät sekä psykoottiset ja masennuspotilaat	Ei lähetettä: hoitoon voi tulla potilaan, läheisen tai viranomaisen yhteydenoton perusteella
Tehostetun avohoidon yksikkö (TAY)	Hyvinkää, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri	Apulaisylilääkärinä, lääkäri, apulaisosastonhoitaja, 16 hoitajaa, kuntoutusohjaaja, sosiaalityöntekijä, osastonsihteeri, osa-aikainen toimintaterapeutti	Puhelinpäivystys ympäri vuorokauden, neuvonta, intensiivihoidon tuki kotona, sairaalahoidon arvio	Kaikki diagnoosiryhmät, psykkiset kriisit, päivystysaikana 13–17-vuotiaat, hoidon arviot	Ei lähetettä, puhelinyhteys työryhmään riittää
Tehostetun avohoidon työryhmä (TAT)	Siilinjärvi, Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri	2 psykiatrian erikoislääkärinä, apulaisosastonhoitaja, psykologi, 4 sairaanhoitajaa, mielenterveys-hoitajaa, sosiaalityöntekijä, toimintaterapeutti	Erikoissairaanhoito nopeaa, joustavaa, perhe- ja verkostokeskeistä hoitoa aikuisille. Myös liikkuva työ	Moniongelmaiset, itsetuhoiset, vaikeasti oireilevat potilaat	Terveystieteiden ammattihenkilön puhelinvälitteinen hoito riittää
	Joensuu, Pohjois-Karjalan sosiaali-	Psykiatrian erikoislääkärinä, osastonhoitaja,	Päivystykselliset palvelut, kiireellinen	Psykkiset ja elämäntilannekriisit,	Ei lähetettä; potilas, läheinen tai

Taulukko 1. Esimerkkejä suomalaisista aikuispsykiatrian TAT- ja ACT-käytännöistä.

Toiminnan nimitys	Paikkakunta, organisaatio	Henkilöstö	Toimintamalli	Potilasryhmät	Hoitoon pääsy
	ja terveyspalvelut (Siun Sote)	apulaisosastonhoitaja, 2 psykologia, 22 sairaanhoitajaa, 3 mielenterveys-hoitajaa, 0,5 toimintaterapeuttia, sosiaalityöntekijä	tehostettu avohoito, kuntouttava hoito. Kotona, TAT:n tiloissa, päivystyksessä	tiivistettyä hoitoa tarvitsevat. Alaikäikäisten päivystysaikaiset arviot	viranomaisen ottaa yhteyttä hoitokoordinaattoriin
ACT-työryhmä ja kotikuntoutus (assertive community treatment)	Espoo, Jorvi, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri	ATC: 0,5 psykiatrian erikoislääkäreitä, 7 sairaanhoitajaa, mielenterveyshoitaja, 0,25 sosiaalityöntekijää, 0,25 osastonsihteerä. Kotikuntoutus: 0,5 lääkäriä, 5 sairaanhoitajaa, 1 mielenterveyshoitaja, 0,5 toimintaterapeuttia, 0,5 sosiaalityöntekijää, 0,25 osastonsihteerä, yhteinen osastonhoitaja.	ACT: luottamuksellisuus, sitoutuminen. Puhelinyhteys ympäri vuorokauden. Kotikuntoutus: potilaiden toimintaa ohjataan ja jaksotetaan.	ACT: toistuvia sairaalahoitoja tarvitsevat skitsofreniapotilaat, joilla vaikeus sitoutua avohoitoon. Kotikuntoutus: skitsofreniapotilaat.	ATC: lähete tarvitaan. Kotikuntoutus: avohoito tai osastot tekevät sisäisen lähetteen

Artikkelin tunnus: kts00061 (020.010)

Psykiatrisen potilaan somaattinen hoito kotisairaalassa ja yhteistyö psykiatrisen avohoidon kanssa

Kotisairaala
Marja Kuronen
21.3.2018

Psykiatristen potilaiden somaattinen hoito kotisairaalassa ei käytännössä eroa muille potilasryhmille annettavasta hoidosta. Somaattinen sairastaminen voi korostaa joitakin oireita, ja esimerkiksi masennuksen paheneminen saattohoitovaiheessa on mahdollista. Psykiatrisen hoitokontakti on saattanut harventua tai jopa loppua saattohoitovaiheessa. Terapia- tai hoitosuhdetta ei kuitenkaan tarvitse keskeyttää, jos elinaikaa arvioidaan olevan vielä jäljellä joitakin kuukausia. Kotisairaala keskittyy tuolloin enemmän fyysisen terveydentilan hoitoon (tapausesimerkki 20.20).

Yleisesti ottaen fyysisen ja psyykkisen terveyden tukemista ei ole tarpeen erottaa kotisairaalan työssä: molemmat ovat työn keskeistä sisältöä. Kotisairaalat pyrkivät tekemään yhteistyötä tarpeen mukaan psykiatristen avohoitoyksikköjen kanssa, mutta yhteistyön organisointi on useilla paikkakunnilla vielä kesken. Osassa sairaanhoitopiirejä on jo selkeästi määritelty, yksinkertainen toimintamalli psykiatrisissa akuuttitilanteissa yhteydenottajasta riippumatta.

Somaattinen huono kunto ja esimerkiksi oksentelu ja kuivuminen voivat vaikuttaa psykiatriseen lääkehoitoon lisäten tai vähentäen psyykenlääkkeiden vaikutuksia. Myös sairauden aiheuttama turvattomuuden tunteen lisääntyminen voi korostaa psyykkisiä oireita. Nämä tilanteet tulee kotisairaalan työntekijöiden tunnistaa ja hoitaa. Jotkin psykiatriset häiriöt voivat estää hoidon kotisairaalassa. Tällaisia tilanteita voivat olla esimerkiksi potilaan aggressiivinen psykoottisuus, aktiivinen huumeriippuvuus ja erittäin vaikea persoonallisuushäiriö.

Tapausesimerkki 20.20 Skitsofreniaa sairastava mies [LINKKI?]

Skitsofreniaa sairastava 46-vuotias mies asuu palveluasunnossa, jossa on henkilökuntaa ympäri vuorokauden. Hänellä on suonensisäistä antibioottihoitoa vaativa bakteeri-infektio alaraajassa. Sairaalan ensiavusta hänet ohjataan diagnoosin ja hoidon määrittämisen jälkeen kotisairaalaan, joka antaa pistoshoidon potilaan palveluasunnossa. Toimenpiteen aikana palvelukodin työntekijä on mukana seuraamassa hoidon antamista ja potilaan tukena. Potilas on hoitokäynnin aikana puheissaan avoimen psykoottinen ja suuruusharhainen, mutta fyysisen sairauden osalta sairaudentuntoinen ja hyvin yhteistyössä kotisairaalan työntekijän kanssa hoitotoimien aikana.

Artikkelin tunnus: kts00062 (020.020)

Kotisairaala ja psykiatria; kirjallisuutta

Kotisairaala

Marja Kuronen

21.3.2018

Kirjallisuutta

1. Alanen Y. Skitsofrenia: syyt ja tarpeenmukainen hoito. Porvoo: WSOY, 1993.
2. Blinderman CD, Billings JA. Comfort care for patients dying in the hospital. *N Engl J Med* 2015;373:2549–561.
3. Borchers P. "Issues like this have an impact": the need-adapted treatment of psychosis and psychiatrist's inner dialogue. *Jyväskylä studies in education, psychology and social research* 507. Jyväskylä: University of Jyväskylä, 2014.
4. Disease and injury incidence and prevalence collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016;388:1545–602.
5. Haarakangas K. Systeemisyys – dialogisuus – integraatio: kohti kokonaisvaltaista psykoterapiaa. *Perheterapia* 2014;4:19–31.
6. Harjajärvi M, Pirkola S, Wahlbeck K. Mielenterveyspalvelut muutoksessa. Helsinki 2009. <http://www.stakes.fi/pdf/mentalhealth/187merttuverkoon.pdf>.
7. Heath D S. Home treatment for acute mental disorders. An alternative to hospitalization. Routledge: New York, 2005.
8. Johnson S. Crisis resolution and home treatment teams: an evolving model. *Adv Psychiatr Treat* 2013;19:115–23.
9. Joentakanen J. Hoitajien kokemuksia laadusta akuutin psykoosin tehostetussa kotihoidossa. *Opinnäytetyö*. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, 2009. http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/3758/Joentakanen_Janne.pdf;jsessionid=1507CD37077CACC2B0015E9354AA9941?sequence=1.
10. Kuronen, M, Kautiainen H, Hartikainen S ym. Antipsychotic drug use and associations with neuropsychiatric symptoms in persons with impaired cognition: a cross-sectional study. *Nordic J Psychiatry*. Published online June 14th 2016, doi: 10.1080/08039488.2016.1191537.
11. Kuronen M. Tehoavokysely 15.5.2017. Julkaisematon haastatteluaineisto eri sairaanhoitopiirien alueella toimivista tehostetun avohoidon yksiköistä.
12. Kuolevan potilaan oireiden hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2012 (päivitetty 28.11.2012). www.kaypahoito.fi.
13. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. *Mieli 2009* työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. *Selvityksiä* 2009:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2009. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112002/passthru.pdf?sequence=1>

14. Mikkola M, Rintanen H, Nuorteva L ym. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon laitospaikkaselvitys. Raportti 8. Helsinki: THL, 2015. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-472-4>
15. Pirkola, S. Työryhmäpohjaisen tehostetun avohoidon vaikutus skitsofreniapotilaiden sairaalahoitojaksoihin. Näytönastekatsaus. Julkaistu verkossa 23.1.2013. <http://www.kaypahoito.fi>
16. Poukka, P. Kotisairaala. Mitä? Missä? Milloin? 2016.
17. Reini K. Mielenterveyden edistämisen taloudelliset vaikutukset. Nuorten miesten syrjäytymistä ehkäisevän Aikalisätukipalvelun arviointi.. Selvityksiä ja raportteja 208. Vaasa: Vaasan yliopisto, 2016.
18. Suomen Psykiatriyhdistyksen lausunto luonnoksesta laiksi asiakkaan valinnanvapaudesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. 29.3.2017.
19. Seikkula J, Alakare B. Avoin dialogi: vaihtoehtoinen näkökulma psykiatrisessa hoitojärjestelmässä. Duodecim 2004;120:289–96.
20. Skitsofreniaprojekti 1981–1987. Skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämissuhteen loppuraportti. Lääkintöhallituksen opassarja nro 4, Helsinki: Lääkintöhallitus, 1988.
21. Tilvis R, Pitkälä KH, Strandberg T ym., toim. Geriatria. 3., uud. painos. Kustannus Oy Duodecim 2016.

Artikkelin tunnus: kts00064 (020.099)

© 2021 Kustannus Oy Duodecim