

270422 Eksoten integroitu mielenterveys-ja päihdehoito 2010-2022

Yl juha kemppinen

Ida Kemppinen
2001 (8v)

MY FAMILY



Juha.kemppinen@eksote.fi

040-651 0409

www.juhakemppinen.fi

The Development and Implementation of the
Clinical Decision Support System for Integrated
Mental and Addiction Care

<https://lutpub.lut.fi/handle/10024/161795>

Juha KT Kemppinen, ylilääkäri Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri (EKSOTE), MTPA/MTTP (walk-in avovastaanotto)

- päihdepsykiatri, LL,YTM (pääaine sosiologia), FT (tuotantotalous)
- psykiatrian ja yleislääketieteen erikoislääkäri,
- päihdelääketieteen erityispätevyys
- erityistason ratkaisukeskeinen psykoterapiakoulutus
- hallinnon pätevyys (SPYn mt-johtamisen kurssi)
- lääkäriskouluttaja (5/22 hyväksytty?)
- LSS Black Belt (lopputyö puuttuu)
- Etelä-Karjalan hyvinvointialuevaltuusto ja aluehallitus (kokoomus)



Tuotantotalous tuli avuksi mielenterveys- ja päihdehoitoon

11.12.2020

Suomen Lääkärilehti kirjoitti väitöskirjasta jutun

26.2.2021

yl juha kemppinen

Etelä-Saimaa uutisoi väitöskirjan näyttävästi:

<https://esaimaa.fi/uutiset/lahella/d50e4959-8e03-444a-b6da-041850924aa0>



Valtakunnan uutiskynnys myös

<https://yle.fi/uutiset/3-11646222>

**Hoitajien aika kului aivan muuhun kuin potilaisiin –
ylilääkäri purki hoitojonot teollisuusprosessin avulla:
"Miksi fiksit ihmiset toimivat tyhmästi?"**

270422 Eksoten integroitu mielenterveys- ja päihdehoito 2010-2022

- Agenda:

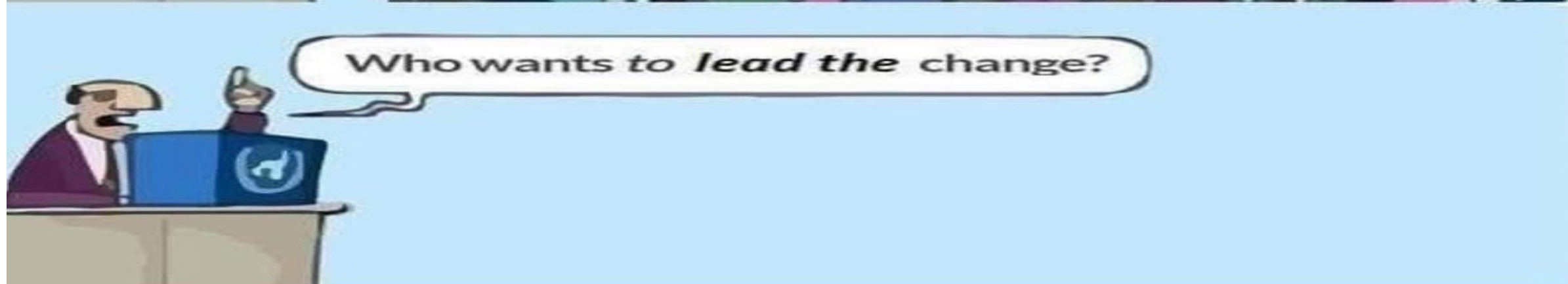
- 1) Lähtökohta oli fragmentoituneet, siiloutuneet ja toisilleen sekä vihamieliset mielenterveys- ja päihdepalvelut: lähetteitä, jonoja...
- 2) Miten mielenterveys- ja päihdepalvelujen integrointi pitäisi suorittaa?
- 3) Minkälaisia tuloksia seurasi?

Kurt Levin: “**The best way to understand something is to try to change it.**”

(Greenwood and Levin, 2007, p. 18). Eriksson H et al 2010

Yl juha kemppinen

1. LÄHTÖKOHTA OLI FRAGMENTOITUNEET, SIILOUTUNEET JA TOISILLEEN VIHAMIELISET SEKÄ ERILLISET MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUT: LÄHTÖTILANTEEN KARTOITUSTA JA SUUNNITTELUA



PÄÄOMA



Organisaatio(n)ajattelun muuttaminen

ORGANISAATIOKESKEINEN AJATTELUTAPA	PROSESSIKESKEINEN AJATTELUTAPA
Ongelma ihmisten asenteissa	Ongelma (työ)prosesseissa
Arvioidaan työntekijöitä	Arvioidaan prosessin sujuvuutta
Löytyy parempia työntekijöitä	Prosessia voi parantaa
Teen omat työni	Hoidetaan työt yhdessä
Osaan oman työni	Ymmärrän osuuteni prosessissa
Korostetaan yksilösuoritusta	Koko tiimillä vastuu työstä
Valvotaan työntekijöitä	Kehitetään osaamista
Kuka teki virheen?	Mikä teki virheen mahdolliseksi?
Korjataan virheitä	Poistetaan virhelähteet
Asiantuntijat määräävät laadun	Asiakas määrää laadun

Ref. Laatuhaaste, VM, Kuntaliitto

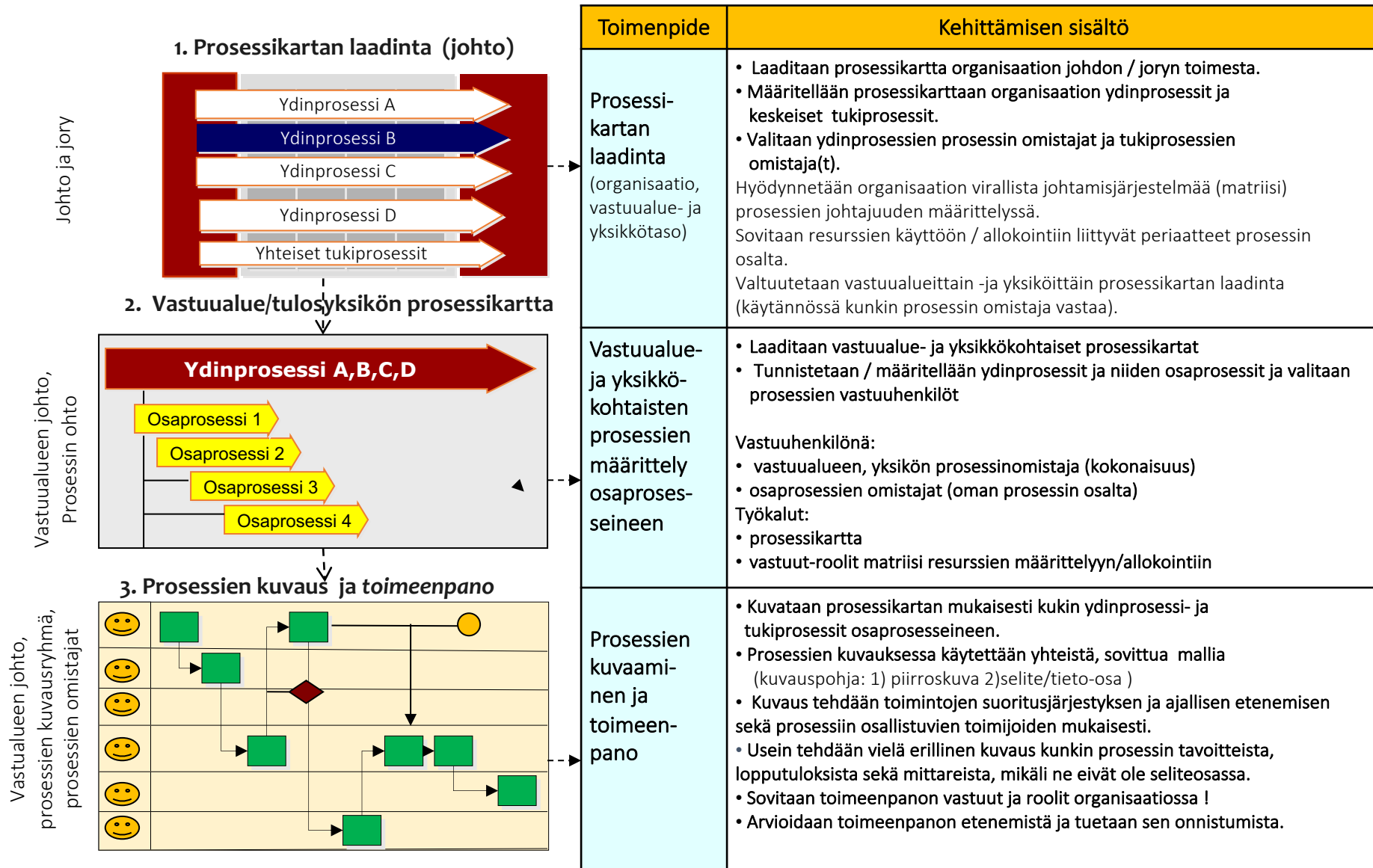


LAATUKESKUS
EXCELLENCE FINLAND
Päätoimisto: Jyväskylä

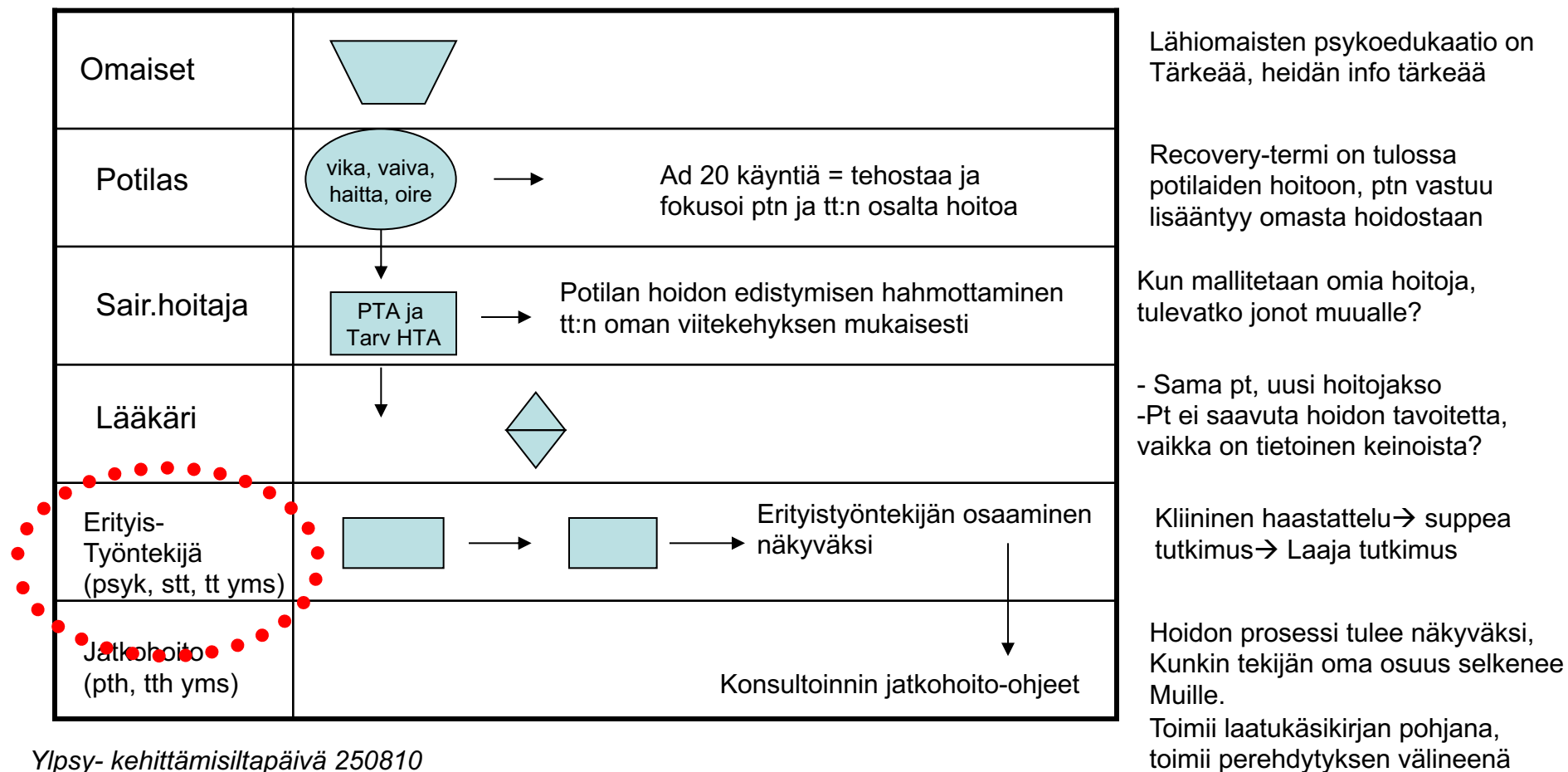
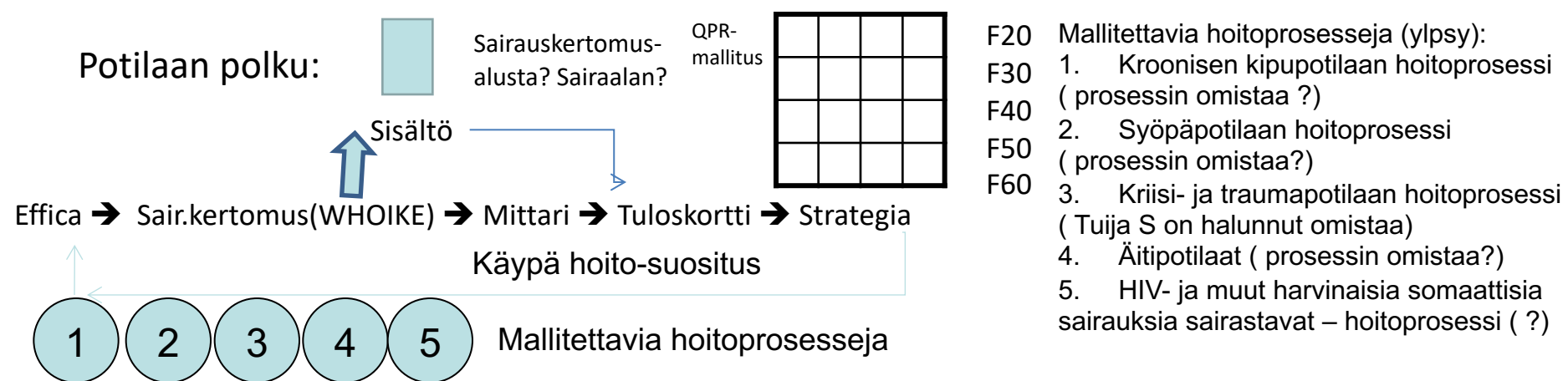
MTPAn kaksi periaatetta:

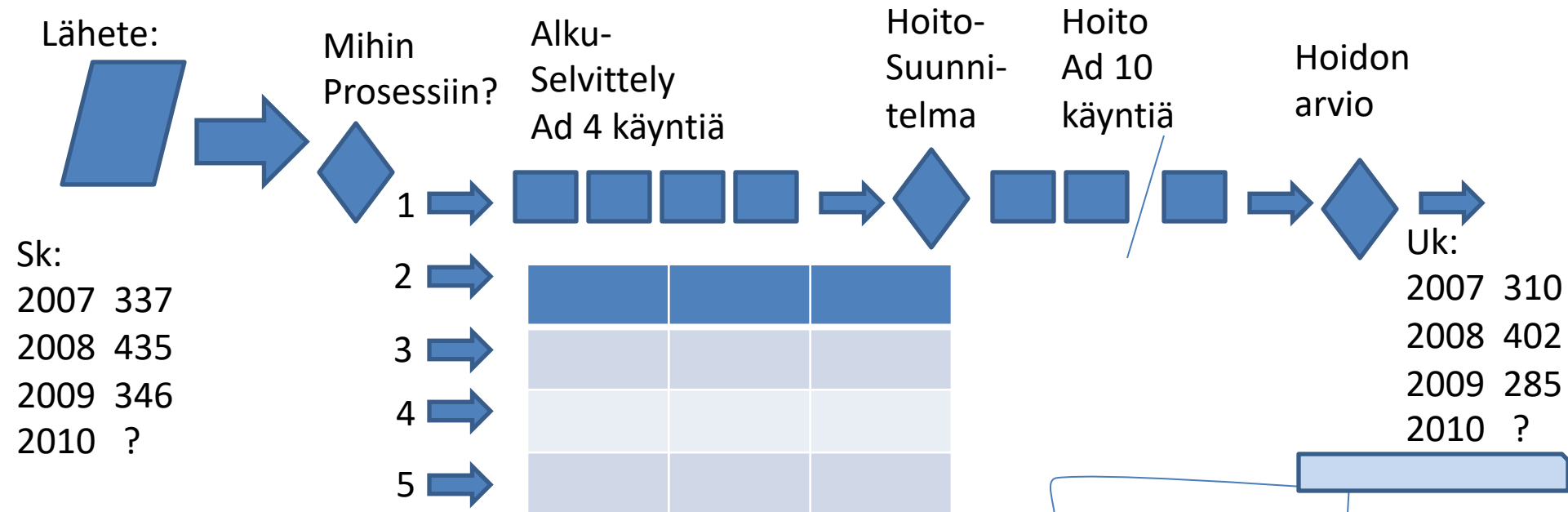
- 1. Miten haluaisit itse tulla hoidetuksi?**
- 2. Toisitko omaisesi meille hoitoon?**
(kukaan meistä ei pitänyt jonottamisesta)

Tiivistelmä: Prosessien määrittelyn ja soveltamisen ”roadmap” organisaatiossa



Lähde: Pro HR Consulting Oy, 2009





Prosessikuvaus

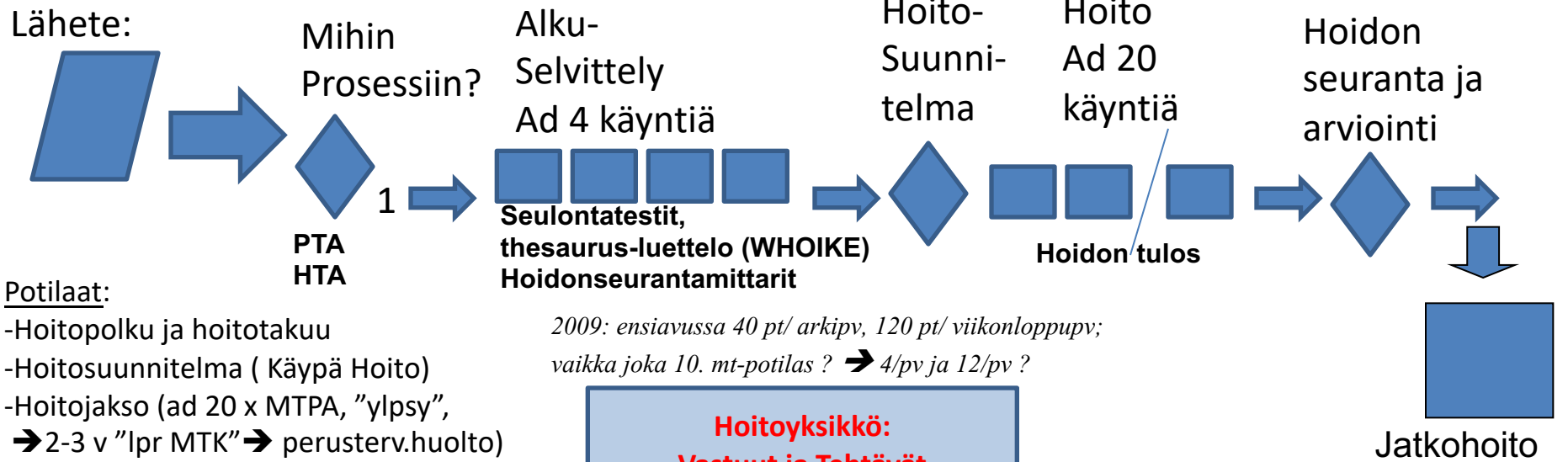
Teoriassa:
4 pt/pv;
20 pt/vko
44 työvko/v
Yht 880 pt/v

Perinteisesti 550-600 pt/vuosi
600-800 käyntiä/ työntekijä/vuosi

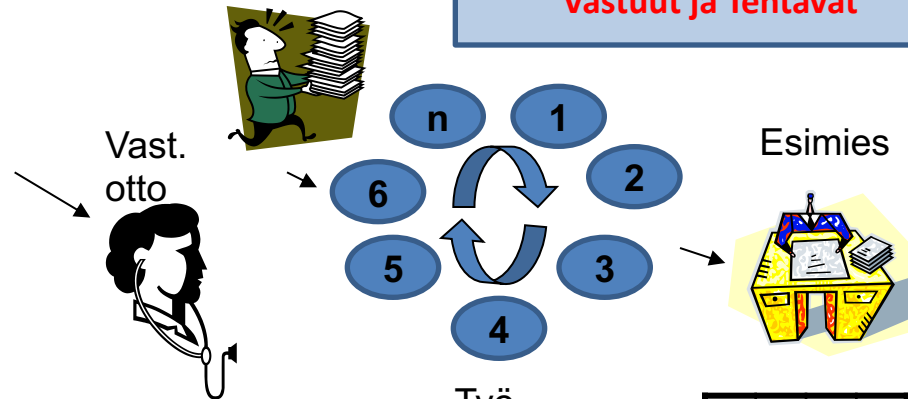
Käytännössä:
4 pt/pv;
20 pt/vko
44 työvko/v
Yht 880 pt/v

Käytännössä 2010:
Sh 2 x 880 pt/v
Ps 3 x 880 pt/v
Stt ½ x 2 880 pt/v
Lääk 528 pt/v (3pv)
Yht 5808 pt/v

Toteuma:
2007 +27 pt
2008 +33 pt
2009 +61 pt
2010 ?



Potilas ja omaiset



Effica → Sair.kertomus(WHOIKE) → Mittari → Tulokortti → Strategia

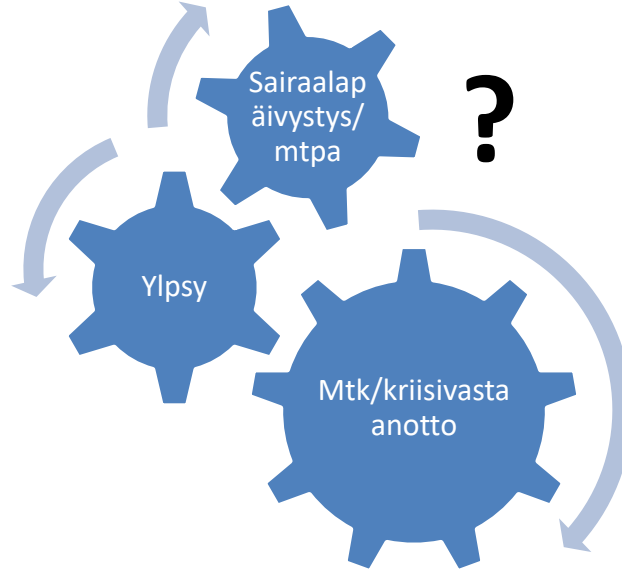
Hoitoprosessien mallitus

omaiset	
potilas	●
Sair.hoit	◆
erityistt	■
tietojärjestelmät	
Asiakirjat/tukiprosessit	

Ei lähetettä,
24/7, yksi piste?

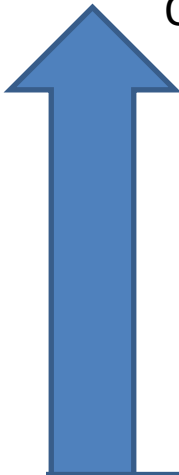


Päivystysprosessi:



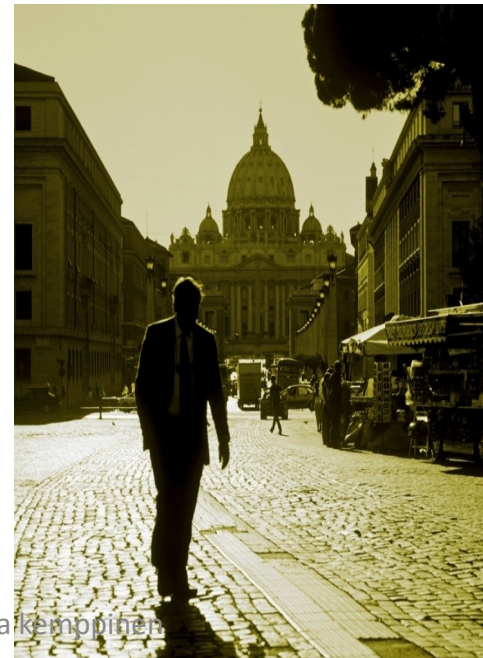
Strategia

OIKEAT ASIAT



ASIAT OIKEIN

Operatiivinen
toiminta



PTA

HTA

Hoitoprosessi
-algoritmit-

Hoidon seuranta





Potilaan hoitoprosessien mallitus

QPR-
mallitus

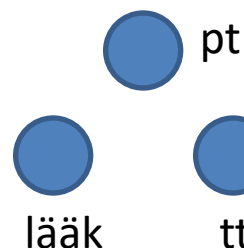
Omaiset
Potilas
Lääkäri
Sair.hoit
Erityis tt.Ps2
tilat**MTPA****Ad 20 käyntiä**

Hoidon porrastus :

Sch, BP,
MDD,
Vaikea PD,
Somato-
Psyk ptOpiaatti-
Korvausth
+ vaikea
2-dg-ptLievä ja
Keskiv MDD
F4x.xxAlkoh ym
Suurkulutus
+ PD ongelmaTk ja
Tth ptAlkoh ym
haitall käyttö

**SOMATOPSYKIATRIAN
PKL (Entinen Ylpsy)**
- **VAIN som 2-dg-pt!**
= **Somatopsykiatria**
(som dg+F-dg)

Kolmikantamalli !



Hoidon managerointi

- 2-3 lääkäriä, ad 12 tt; ps, stt, toim.terapeutti
- Yksi puhelinnumero ja monta vastaajaa
- Ajanvaraus – mahdollista varata ajanvarauskirjalle
- Seuraavalle päivälle : somatopsyk.pkl, vo-pkl, A-klinikka, kuntoutus, päiväosasto, psykiatrinen sairaala
- Työparityöskentely (työpari eri organisaatiostakin)

1. vo-pkl(entinen mtk)

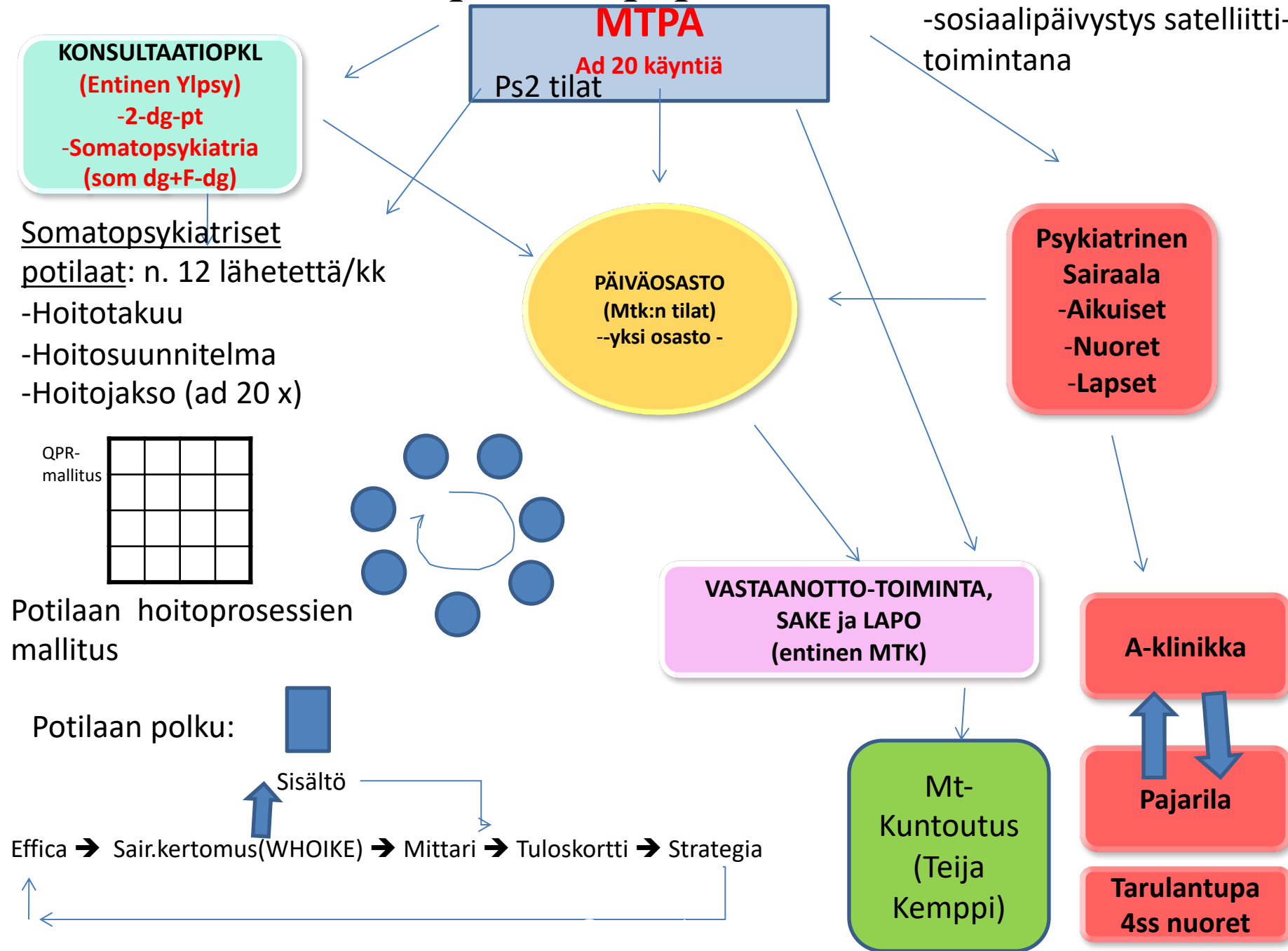
2.Työterveyshuollot

3. Terveyskeskuksen
Psykiatriset sairaanhoitajat

4. Muut yhteistyötahot

2009: 1200 pt : 3,29 pt/pv

1.10.2010 alkaen:
-sosiaalipäivystys satelliitti-
toimintana

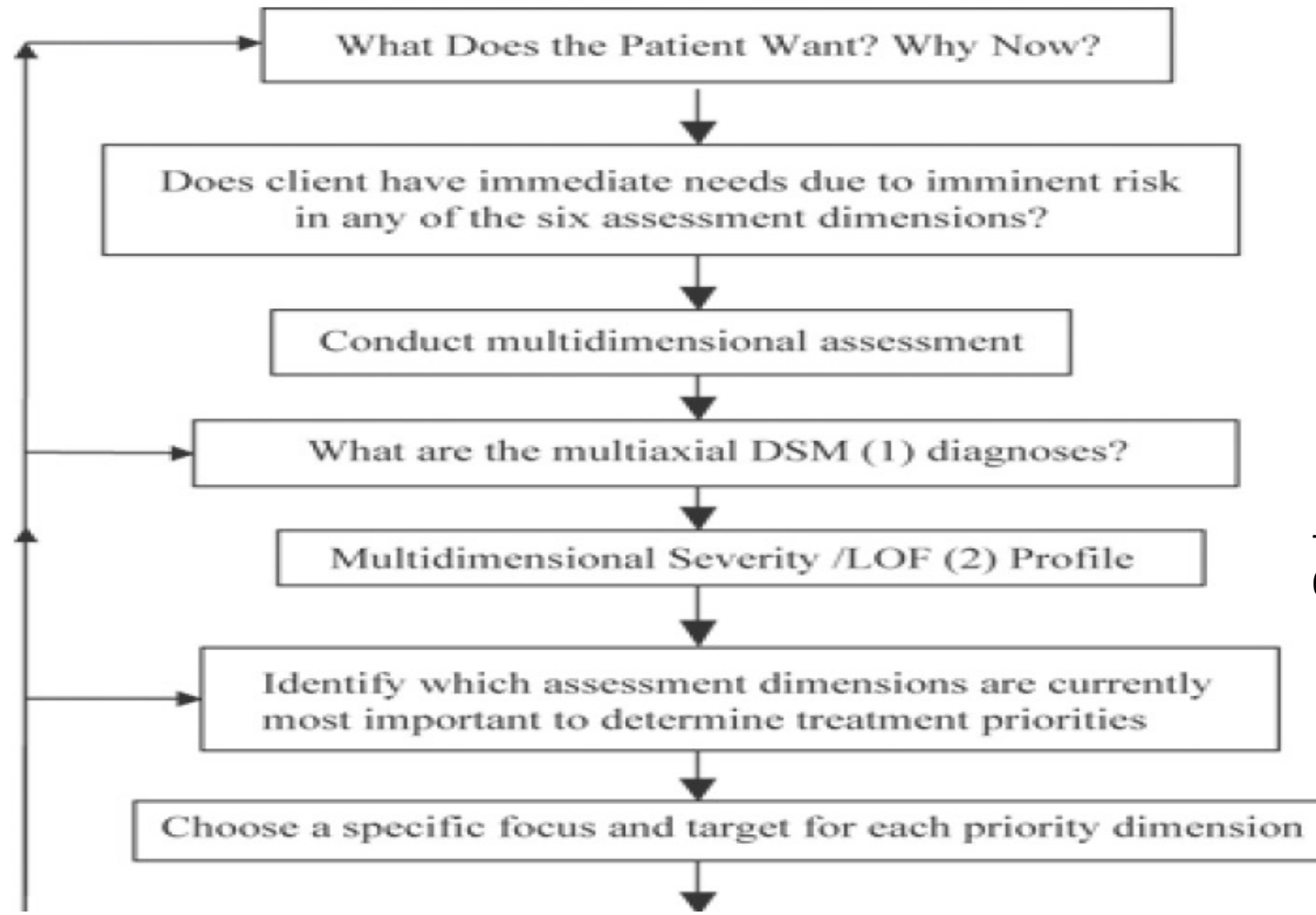


PPC-2R potilaiden sijoittaminen

Patient Placement Criteria-2 revised version
ASAM(American Society of Addiction Medicine)

Attachment C: Decision Tree to Match Assessment and Treatment and Placement Assignment

Päätöspuu
potilaan
hoidontarpeen-
arvioksi ja oikea-
tasoiseen hoitopaikkaan
sijoittamiseksi



- Potilaan tarpeet?

- Välitön tarve
kuudella eri
akselilla?

- Tee moniulotteinen
arvio

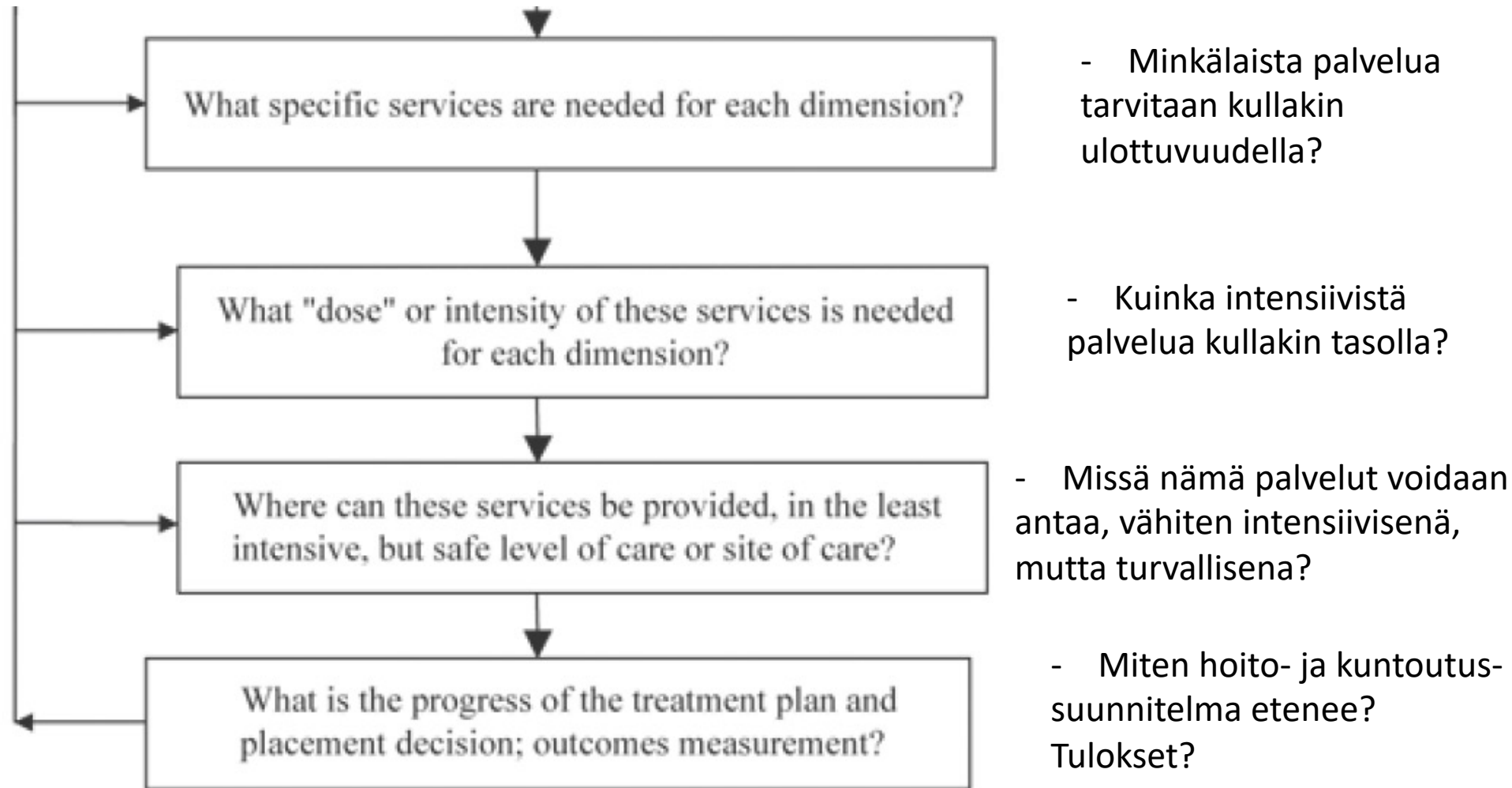
- Diagnoosit?

- Vaikeusaste
6 ulottuvuudella?

- Mikä ulottuvuuksista
tällä hetkellä tärkein?

- Valitse mihin
keskityt nyt?

**Päätöspuu
potilaan
hoidontarpeen-
arvioksi ja oikea-
tasoiseen hoitopaikkaan
sijoittamiseksi**



(1) = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association

(2) = Level of Function

Attachment D: ASAM Criteria Assessment Dimensions

Assessment Dimension	Assessment and Treatment planning focus
1. Acute intoxication and/or withdrawal potential	Päihtymys ja/tai vieroitus Assessment for intoxication or withdrawal management. Detoxification in a variety of levels of care and preparation for continued addiction services.
2. Biomedical conditions and complications	Fyysinen tilanne Assess and treat co-occurring physical health conditions or complications. Treatment provided within the level of care or through coordination of physical health services.
3. Emotional, behavioral, or cognitive conditions and complications	Diagnoosit Assess and treat co-occurring diagnostic or sub-diagnostic mental health conditions or complications. Treatment provided within the level of care or through coordination of mental health services.

Muutosvalmius

4. Readiness to change

Assess stage of readiness to change. If not ready to commit to full recovery, engage into treatment using motivational enhancement strategies. If ready for recovery, consolidate and expand action for change.

5. Relapse, continued use, or continued problem potential

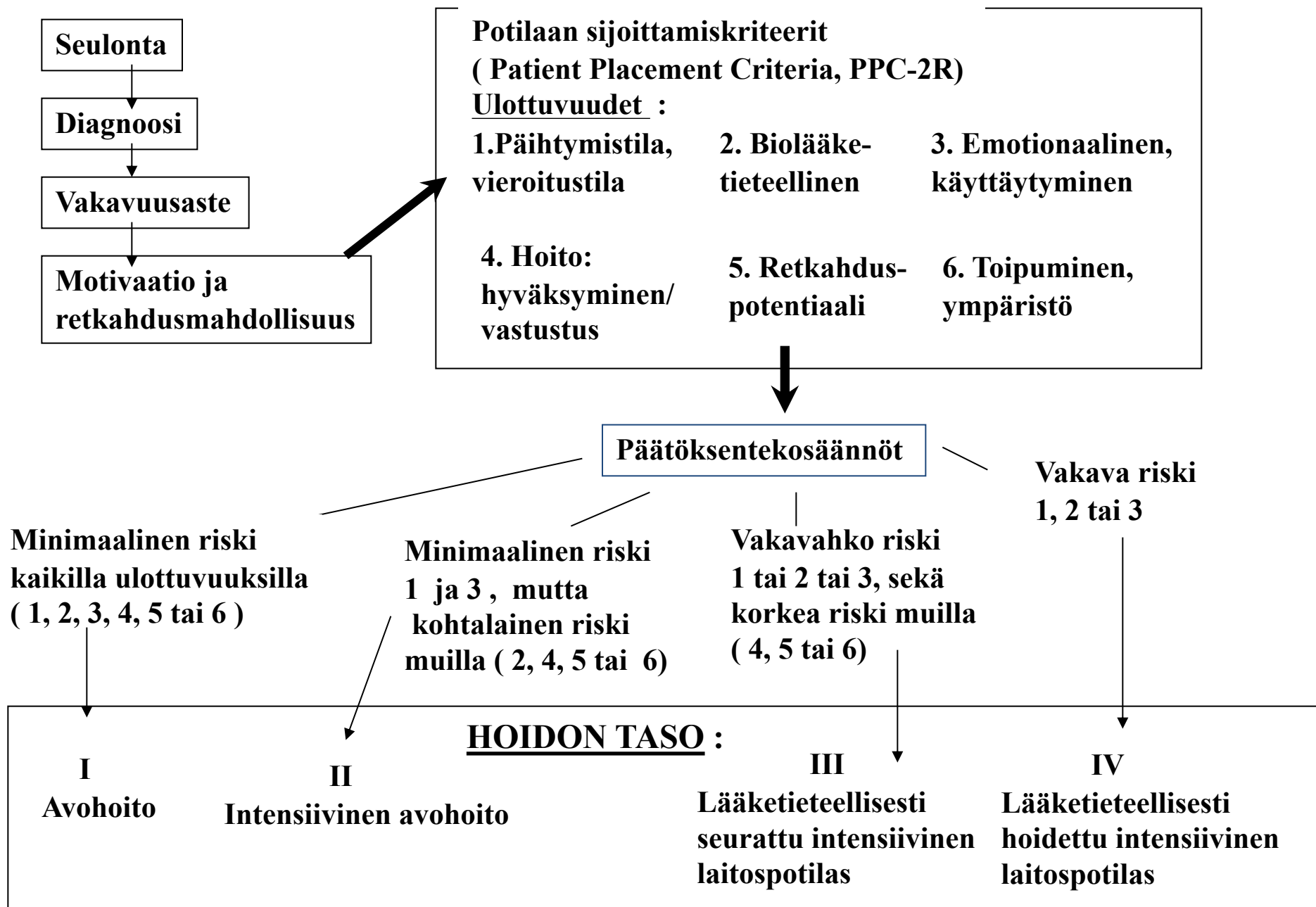
Retkahduksen esto ja jatkohoito sekä muutosvaihespesifi hoito

Assess readiness for relapse prevention use, or continued services and teach where problem potential appropriate. Identify previous periods of sobriety or wellness and what worked to achieve this. If still at early stages of change, focus on raising consciousness of consequences of continued use or continued problems as part of motivational enhancement strategies.

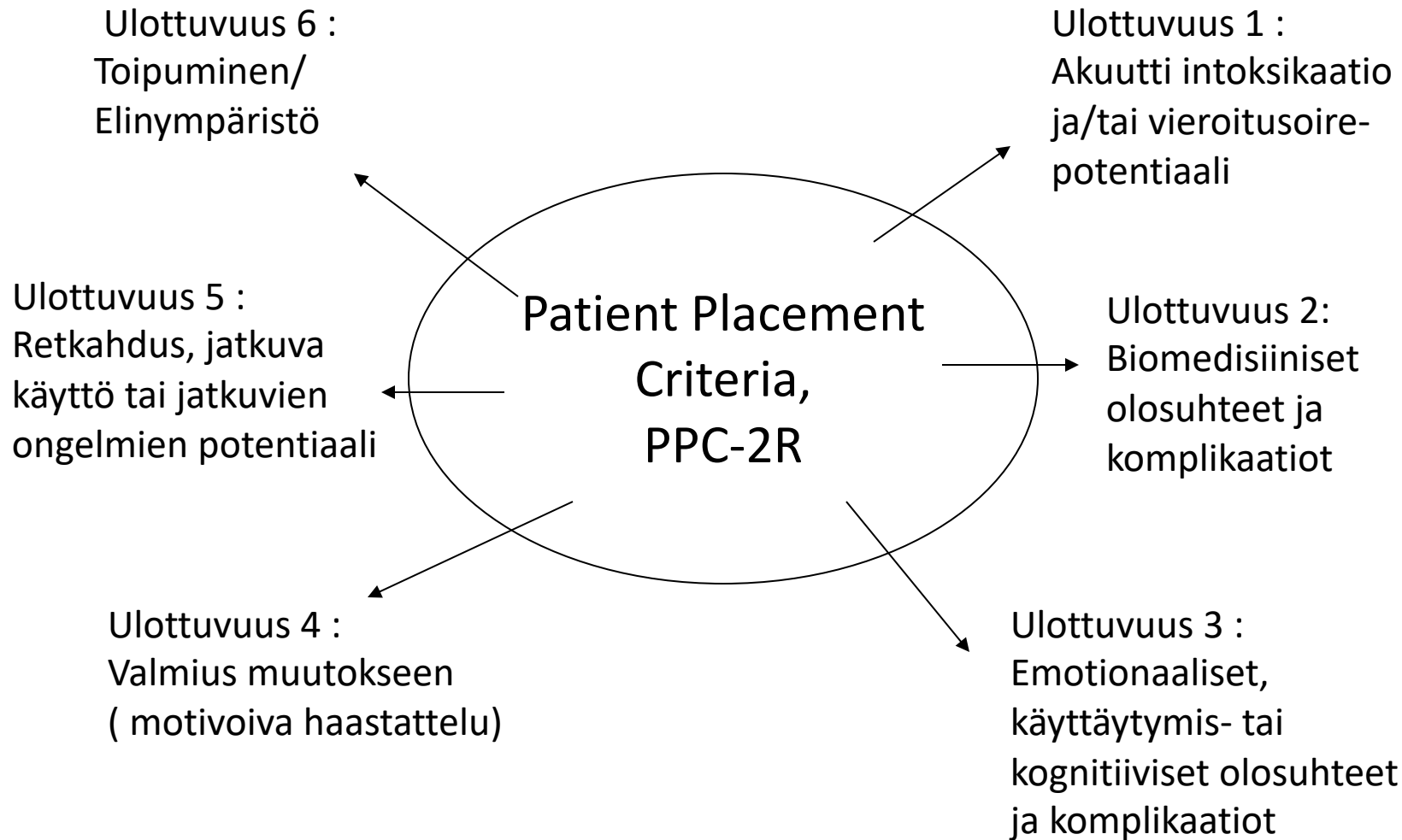
6. Recovery environment

Toipumisympäristö

Assess need for specific individualized family or significant other, housing, financial, vocational, educational, legal, transportation, childcare services. Identify any supports and assets in any or all of the areas.



ASAM (American Society of Addiction Medicine) PPC-2R



Ulottuvuus 6 :Toipuminen/Elinympäristö

- Onko uhkaa perheenjäsenistä, tärkeistä henkilöistä, elämäntilanteesta, koulusta/työstä potilaan turvallisuudelle tai sitoutumiselle hoitoon ?
- Onko tukea-antavia ystäviä, rahaa, koulutus- ja vapaa-ajan resursseja, jotka lisäävät onnistuneen hoidon todennäköisyyttä ?
- Onko laillisuus-, vapaa-ajan, sosiaalitoimen tai kriminaalipuolen palveluita, jotka voisivat lisätä potilaan sitoutumista hoitoon ?
- Liikkumis-, lastenhoito-, asunto- ja työongelmia ?

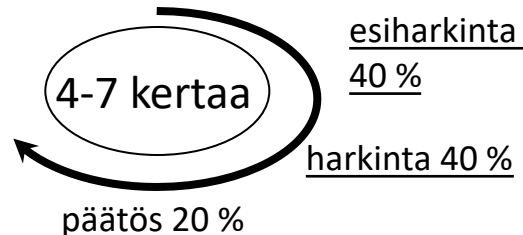
Ulottuvuus 5 :Ong. jatkuvat ?

- Onko pt välittömässä vaarassa päihde- ja/tai mielenterveysongelmien jatkumisen suhteen ?
- Onko ptlla oivallusta, ymmärrystä ja/tai selviytymistaitoja em:n suhteen ?
- Retkahdus? Ong.jatkuminen ? Itse-murha-aikeita tai suunnitelmia ?
- Kuinka vaikeina ongelmat jatkuvat , jos ei tule hoidetuksi tällä kerralla ?
- Retkahdusyllikkeet ? päihdehimo ?
- Kykeneekö kontrolloimaan impulssejaan itseään ja muita kohtaan ?

Ulottuvuus 4 : motivoiva haastattelu

ylläpito

toiminta
? %



Ulottuvuus 1 : AWS yms ?

- Minkälainen riski nykyisellä päihtymisasteella ?
- Onko merkittävä riski vakavaan vieroitus-oireyhtymään, potilaan aik. AWS-historian mukaan ? Päihteen käytön määrä, frekvenssi, kroonisuus tai äskettäinen lopettaminen tai merkittävä vähentäminen ?
- Onko olemassa merkkejä vieroitusoireista ?
- Jos tehdään avovieroitus, tukihenkilöitä ?

Ulottuvuus 2: Biomedisiiniset olosuhteet ja komplikaatiot

- Onko o akuutteja tai kroonisia fyysisiä sairauksia (ei WS), jotka voivat vaarantaa tai komplisoida hoitoa ?

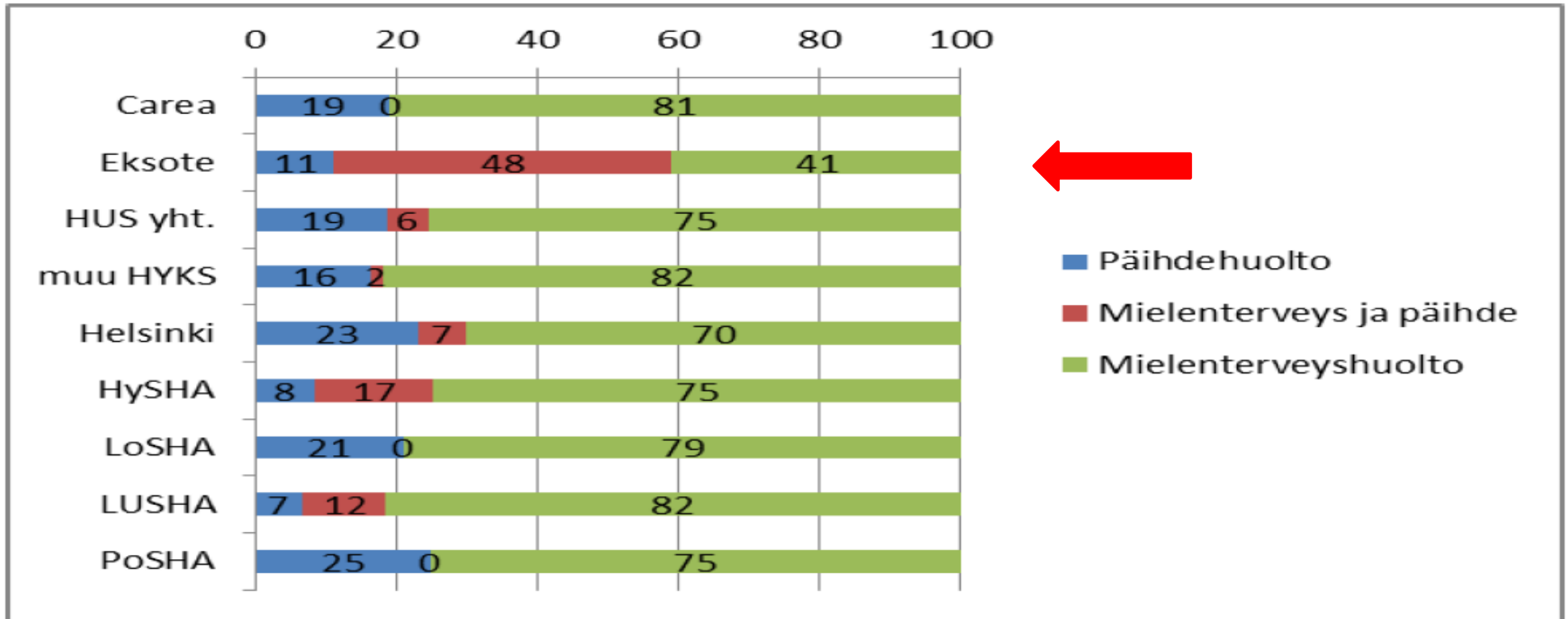
Ulottuvuus 3 : Emotionaaliset, käyttäytymis- tai kognitiiviset olosuhteet ja komplikaatiot

- Onko akuutteja tai kroonisia psykiatrisia sairauksia ? Psykologisia, emotionaalisia ja/tai kognitiivisia ongelmia, jotka vaativat huomiota, koska ne voivat vaarantaa tai komplisoida hoitoa ?
- Onko emotionaalinen, käyttäytymis- ja/tai kognitiivinen ongelma odotettavana osana addiktiosyndromaa vai ovatko ongelmat itsenäisiä ?
- Addiktiosyndroomaan liittyvät ongelmat , ovatko ne niin vakavia että vaativat mielenterveyspalveluja ?
- ADL-toiminnot ? Selviytyykö emot-,käytt- ja/tai mt-ongelmistaan ?

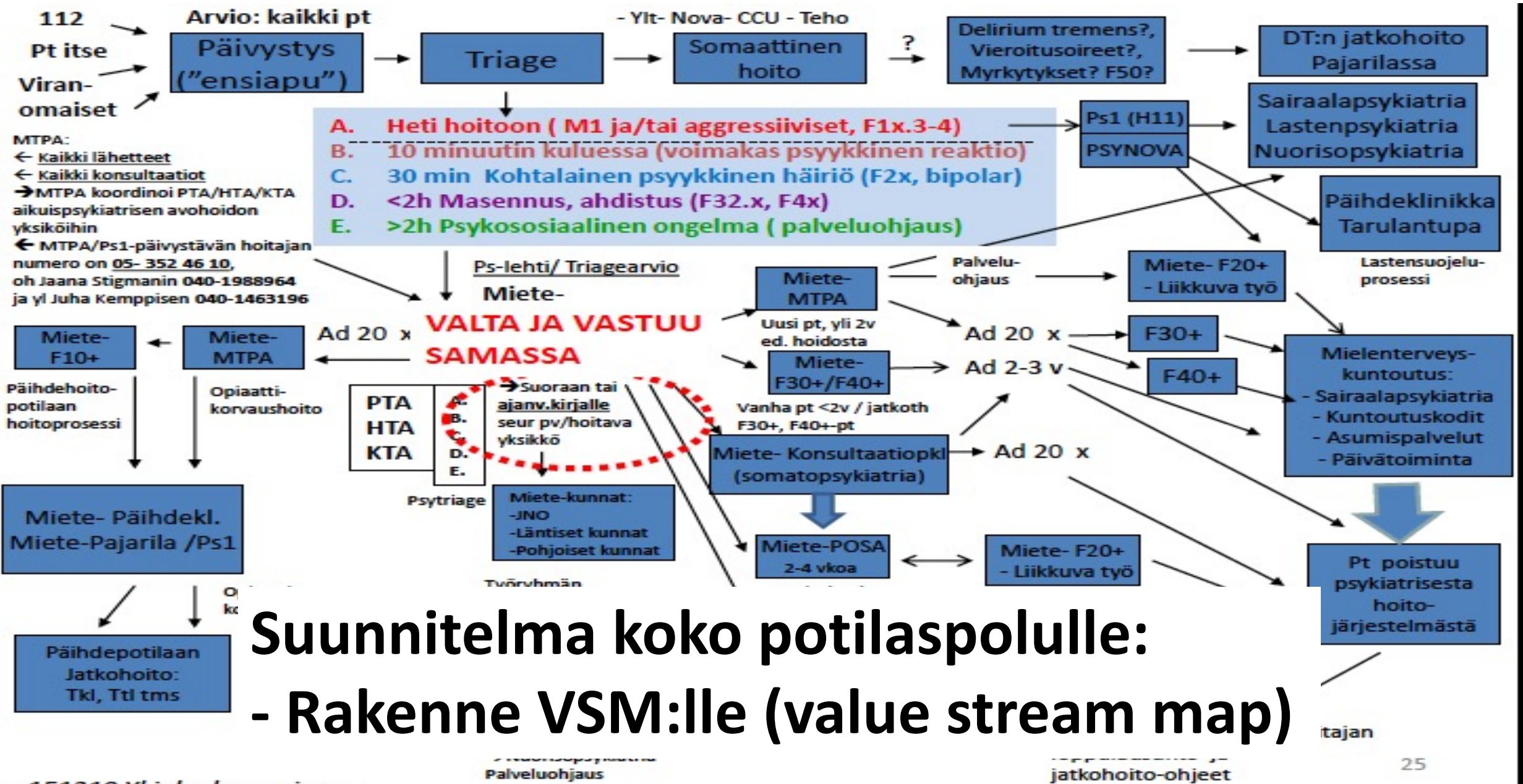
Juha Kemppinen, 8.5.2001

Kuvio 3. Avohoidon henkilöstön jakautuminen mielenterveys- ja päihdepalveluihin Hyksin erva-alueella vuoden 2012 alussa*, %

Kansallinen Mieli-suunnitelma suosittaa psykiatrisen avohoidon yksiköiden ja päihdehuollon erityispalveluiden avoyksiköiden yhdistämistä.



*HYKS Psykiatriakeskuksen toiminnot jyvitetty HUS:n sairaanhoitoalueille.

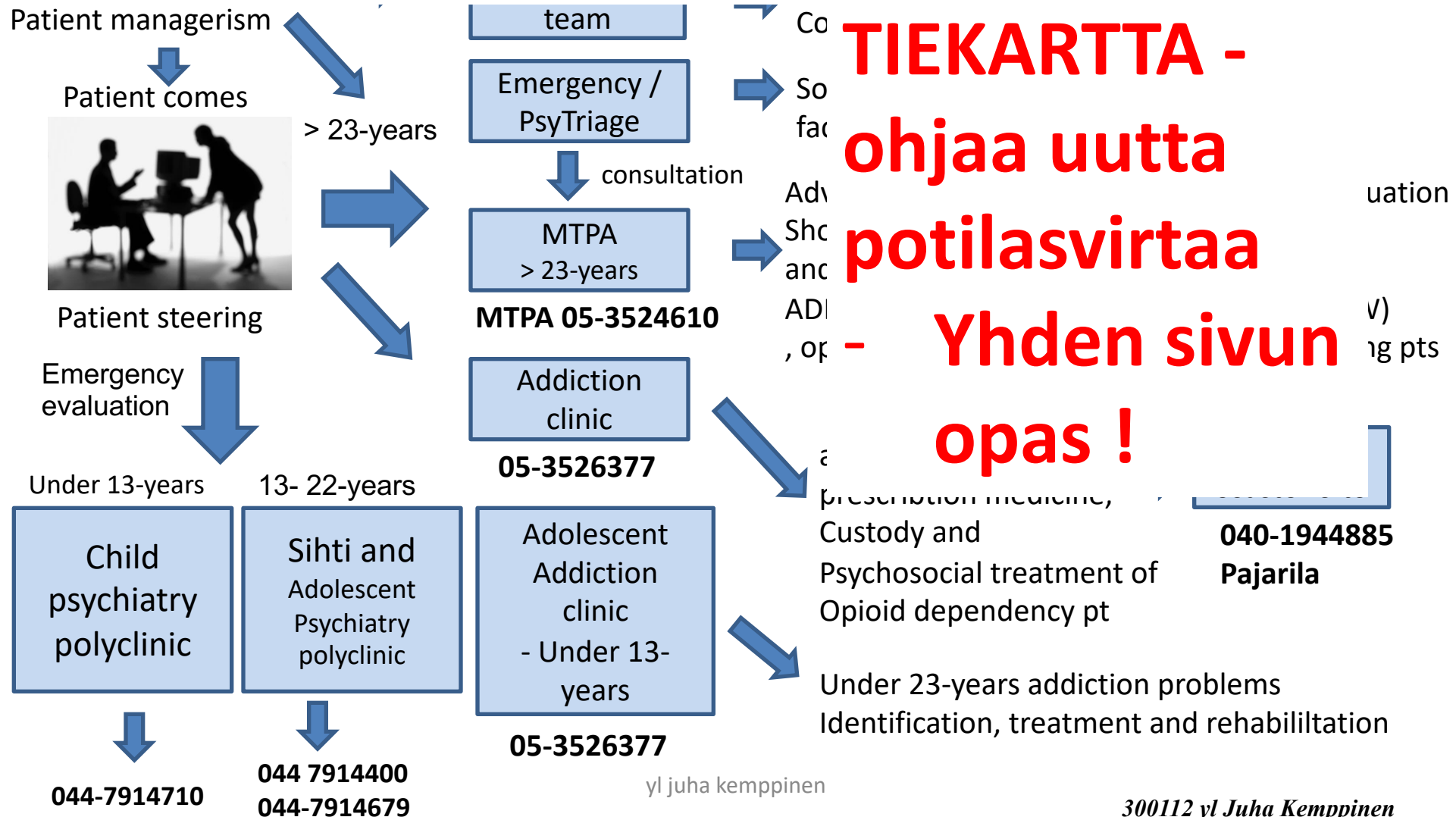


**Suunnitelma koko potilaspolulle:
- Rakenne VSM:lle (value stream map)**

Miete work
Other time:
Callcente



**HYVIS: sähköinen esitietolomake,
eHealth-palvelu ("servicedesk problems")
vs. 2-3 käyntiä anamneesin ottoon
→ Liikennevalot työntekijöille (punainen = psykoottiset oireet)**



SCID I yhteenveto :

Vakava
masennustila

Mania

Hypomania

Dystymia

A. Mielialajaksot (1-6)

MDI

A1-A15

MDQ

16

ei

HCL-32

ei

A45

ei

ei mieliala
jaksoja

B. Psykoo-
oireet (1-

C. Psykoo-
erotus-
diagnoos
(1-39):

**Tietokanta CDSSlle (kliininen
päättöksentukijärjestelmä):
Hoidon käsitteellistäminen – Käytännöllinen visio
DSM-IV-tr: lle (DSM-5:lle):
SCID I ja II (kunnollinen diagnostiikka!)**

D. Mieliala-
häiriöt
(1-14):

E. Alkoholin
päihteiden
(1-32) :

F. Ahdistus-
häiriöt ja n
(1-79):

26.2.2021

Ihmisen oppiminen:

10 % lukemastaan

20 % kuulemastaan

30 % näkemästään

50 % näkemästä ja kuulemasta

60 % kirjoittamastaan

70 % keskustelemastaan

80 % kokemastaan

Ref. Gordon Uno (1999): Handbook on teaching undergraduate sciences courses

ttisia

loisuus-

C26

ei

Psychosis
NOS

ei

→

C27- C31

ei

C32- C34

→

C35- C38

ei

C39

Depressio
NAS

D17-D19

en

ei päihde-
käyttö-
häiriötä

nato-

-90

-25

AN,BN
ei

6

ei

27

Suorituskyvyn seuranta:

4 suoraa pt-käyntiä/ työntekijä/pv

(tuottavuustavoite)

• Invented dashboard metrics (colorcodes)

	päivä	vko	Kk	Vuosi
Parannettavaa	1-3	1-18	1-75	1-800
Tavoitearvo	4	19-22	76-85	801-950
Hyvä suoritus	> 4	> 22	> 85	> 950

Dashboard invented by Arif Samaletdin
As Acuo Solution Oy

19.1.2021

yl juha kemppinen

26.2.2021

Budjetointi ja vastaanottokäynnit

- 70 e/käynti, hoitaja, 120 e/käynti, lääkäri
- 1.5-2 x/käynti (käyntikulut firmalle)
- 3 x oma palkka, jotta kannattaa palkata tt
- 2500 e/5000 e → 7500/ 15000 e
- Montako lisäkäyntiä "tuottamattomien" elättämiseksi (os.siht, oh, yl, kehitystt)?

• Raporttien tavoitetasot

(värikoodit) Tehokkuus: suorite /hinta

	päivä	vko	Kk	vuosi
Parannettavaa	1-3	1-18	1-75	1-800
Tavoite	4	19-22	76-85	801-950
Erinomainen	Yli 4	Yli 22	Yli 85	Yli 950

56 000 e
verorahoja

Montako
potilasta
hoitajan
ottaa /pv

Montako
potilasta
lääkärin
ottaa /pv

4	4
5-6	5-6
Yli 6	Yli 6

Yksityinen: Sairaanhoidaja 7 pot/pv ,
(21 työpäivä/kk)
niin hän toisi firmaan
350 euroa päivässä,
joka olisi 7350 euroa kuukaudessa → yksityinen toiminta kannattavaa

Käyntihinta alas
kuntabudjetoinnissa?

**Budjetoinnin
koomisuus:
Ei perustu
todellisille
kustannuksille**

yl juha kemppinen

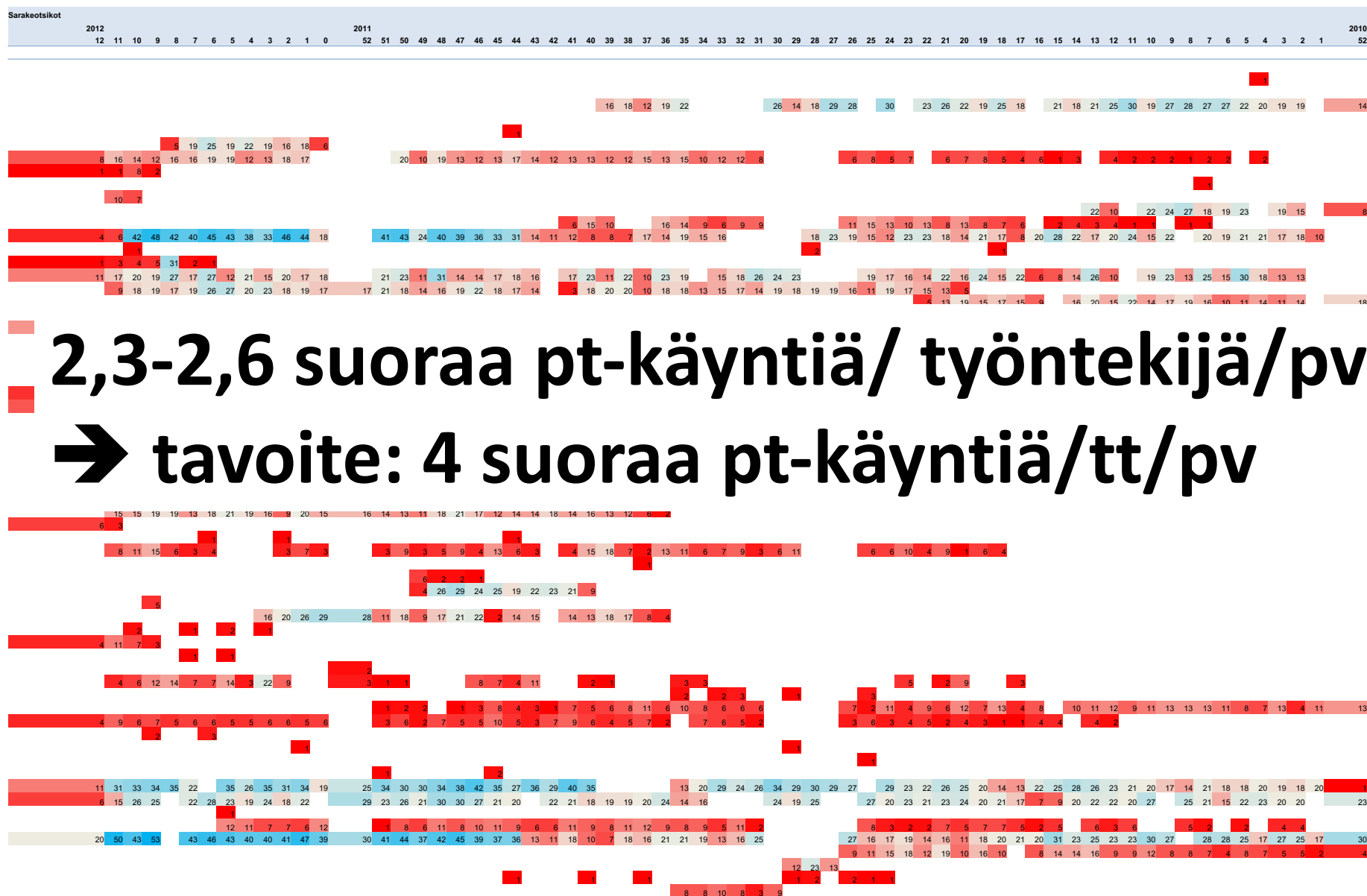
28

MTPA 2011-2012: Uusi klinikka– toiminnan seurantaluvut?

	päivä	vko	Kk	Vuosi
Parannettavaa	1-3	1-18	1-75	1-800
Tavoitearvo	4	19-22	76-85	801-950
Hyvä suoritus	> 4	> 22	> 85	> 950



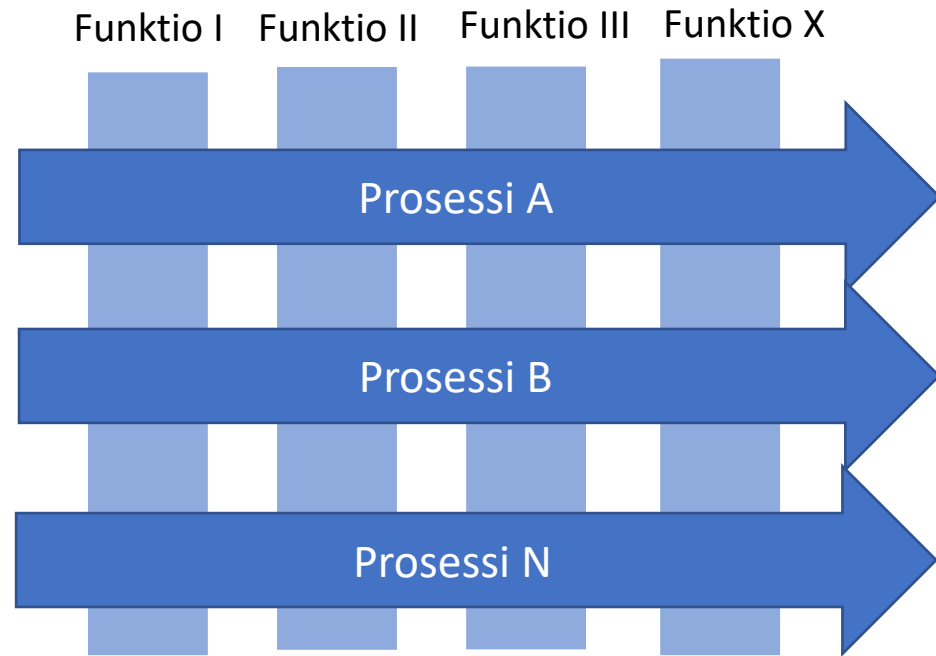
Tarvitaan lisää resursseja, ei mahdu kenellekään hoitajalle
- Ihan täyttä on !



Ilman kunnon tilastoja

- affektijohtamisesta tiedolla johtamiseen

Mitä ei voi mitata, sitä ei voi hallita,
mitä ei voi hallita, sitä ei voi johtaa!



Asiantuntija: Meillä ei
ole riittävästi
resursseja ! Lisää, kiitos!



Olemmeko
tehneet
jotain väärin,
kun meidän
pitää nyt tehdä
eri tavalla?

Mitä ei voi mitata, sitä ei voi hallita, mitä ei voi hallita, sitä ei voi johtaa!

2010 Eriksson H et al; Silvester et al 2004:

Terveydenhuollon tavallisia väärinkäsityksiä:

1) Kysyntä on suurempi kapasiteetti
("potilaita tulee ovista ja ikkunoista")

- 1) Jos näin olisi, jono kasvaisi äärettömäksi
- 2) Jonot ovat melko stabiileja, eivät kasva äärettömäksi

2) Jonojen myötä kalliit resurssit tulevat hyvin käytetyiksi
("oikeasti tuottavaa")

- 1) Useita vaiheita sisältävään hoitotapahtumaan syntyy pullonkauloja, jotka hidastavat läpimenoa = lisäävät jonoja, tehotonta, kallista...

3) Jonojen myötä vain tositarvitsijat käyttävät palveluja,
("jono suojaa liialta työltä")

- 1) Triage (kriteerit) määrittelee ketä hoidetaan, ketä ei
- 2) Prosessissa oleva vaihtelu on jonojen syy

Look professor,
We do not processes,
We help sick people
Lillrank: The logics of Healthcare (2018)



Where **variation** occurs in congested systems, **queues** are likely to form. If the system is operating very close to capacity or if the degree of variation is high, these queues are likely to get out of control, resulting in **reduced service efficiency and service quality**.
(Walley P et al, 2006)



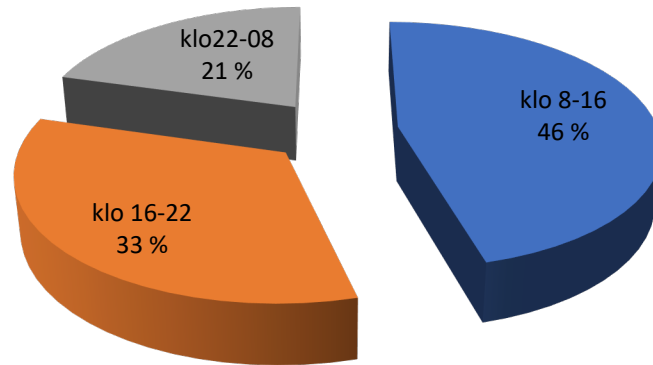
....adding more resources
**will not improve accessibility
and decrease
queuing** (Kenis, 2006).



2007-2009 hoitoontuloaika ennen palvelujen uudelleenjärjestelyjä - pyrkimys sairaalahoittoon!

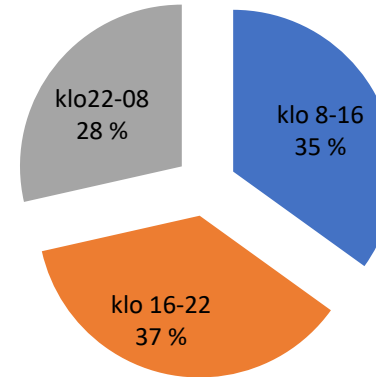
54 % virka-ajan
ulkopuolella

2007



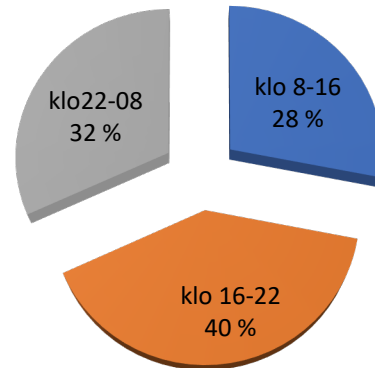
65 % virka-ajan
ulkopuolella

2008

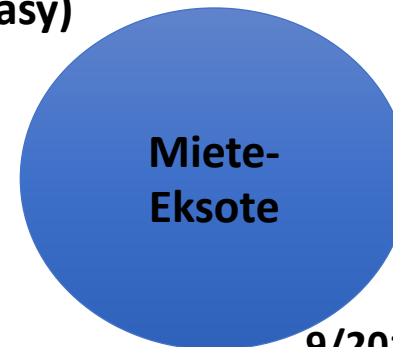


2009

72 % virka-ajan
ulkopuolella

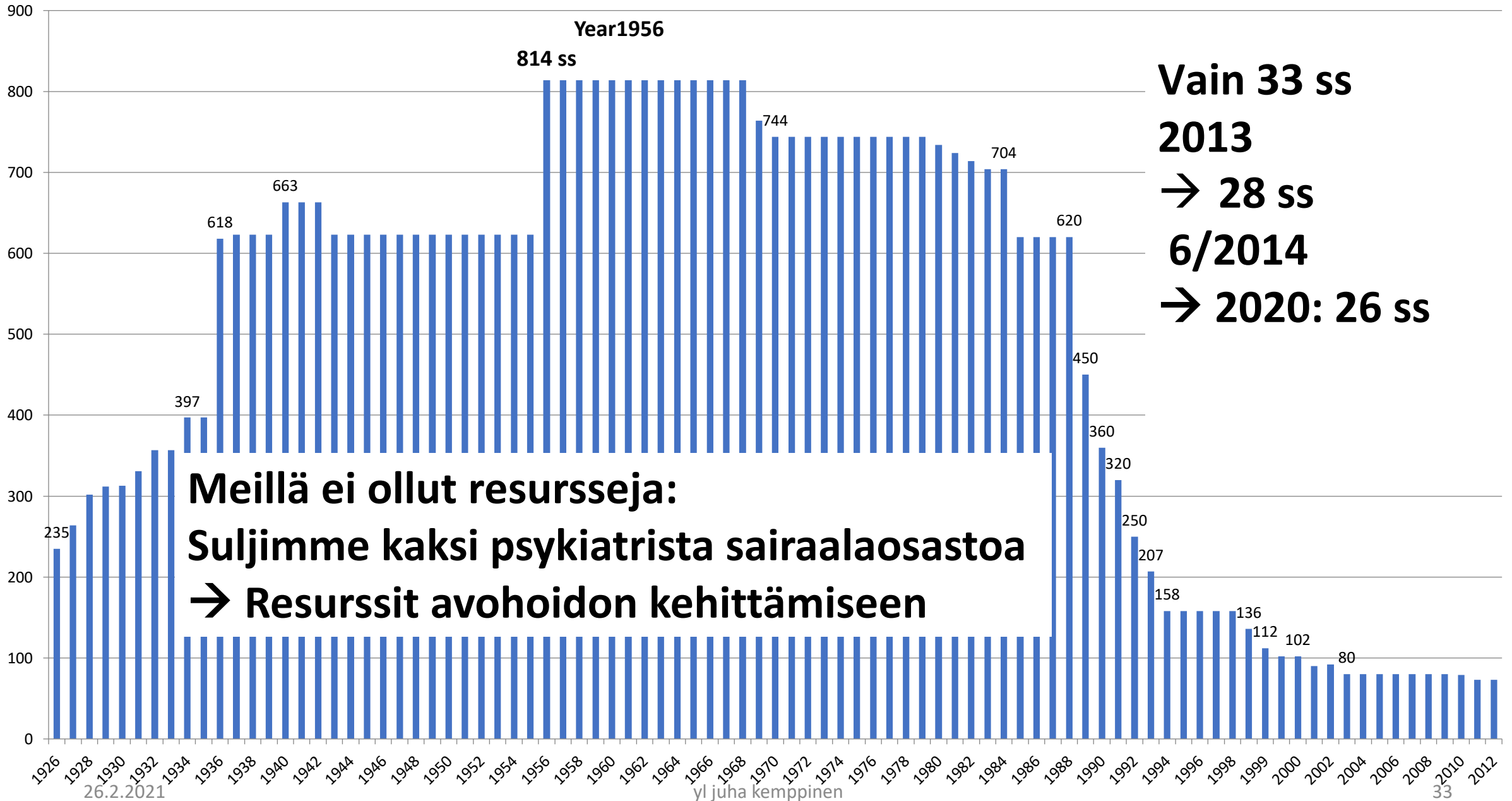


MTO: 9/2010 → 11/2010
→ MTPA (24/7/365
pääsy)



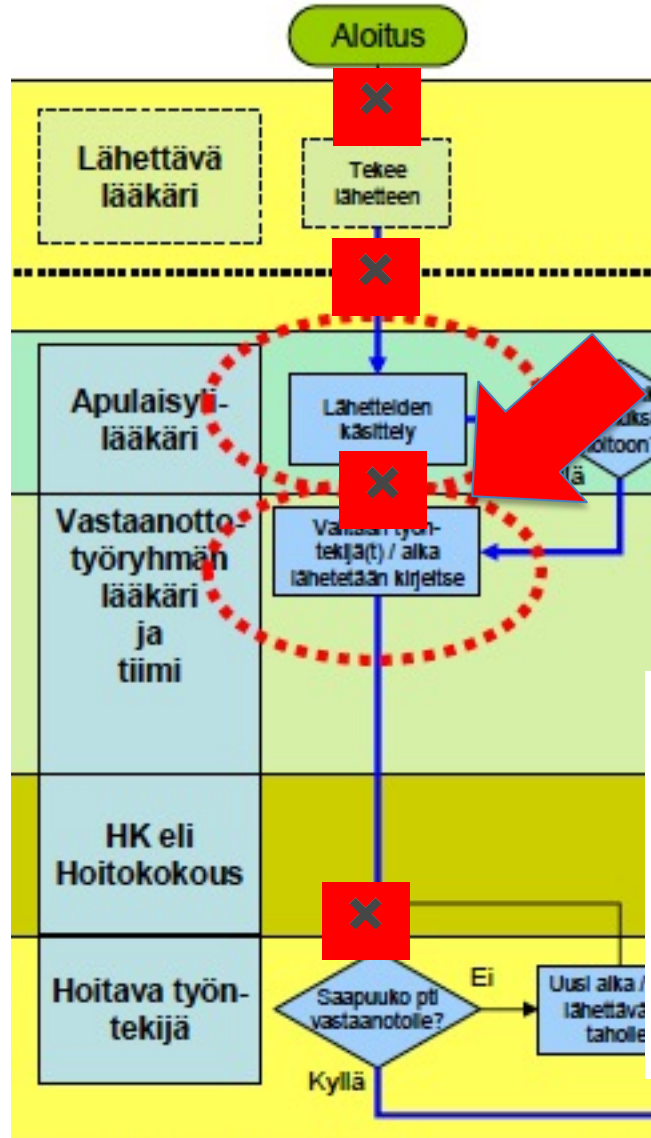
**2009 noin
6000/ 45 000 (13,3 %)
somaattisen ensiavun
käyntiä oli triage E**

Etelä-Karjalan psykiatriset sairaansijat 1926-2013



Yl juha kemppinen

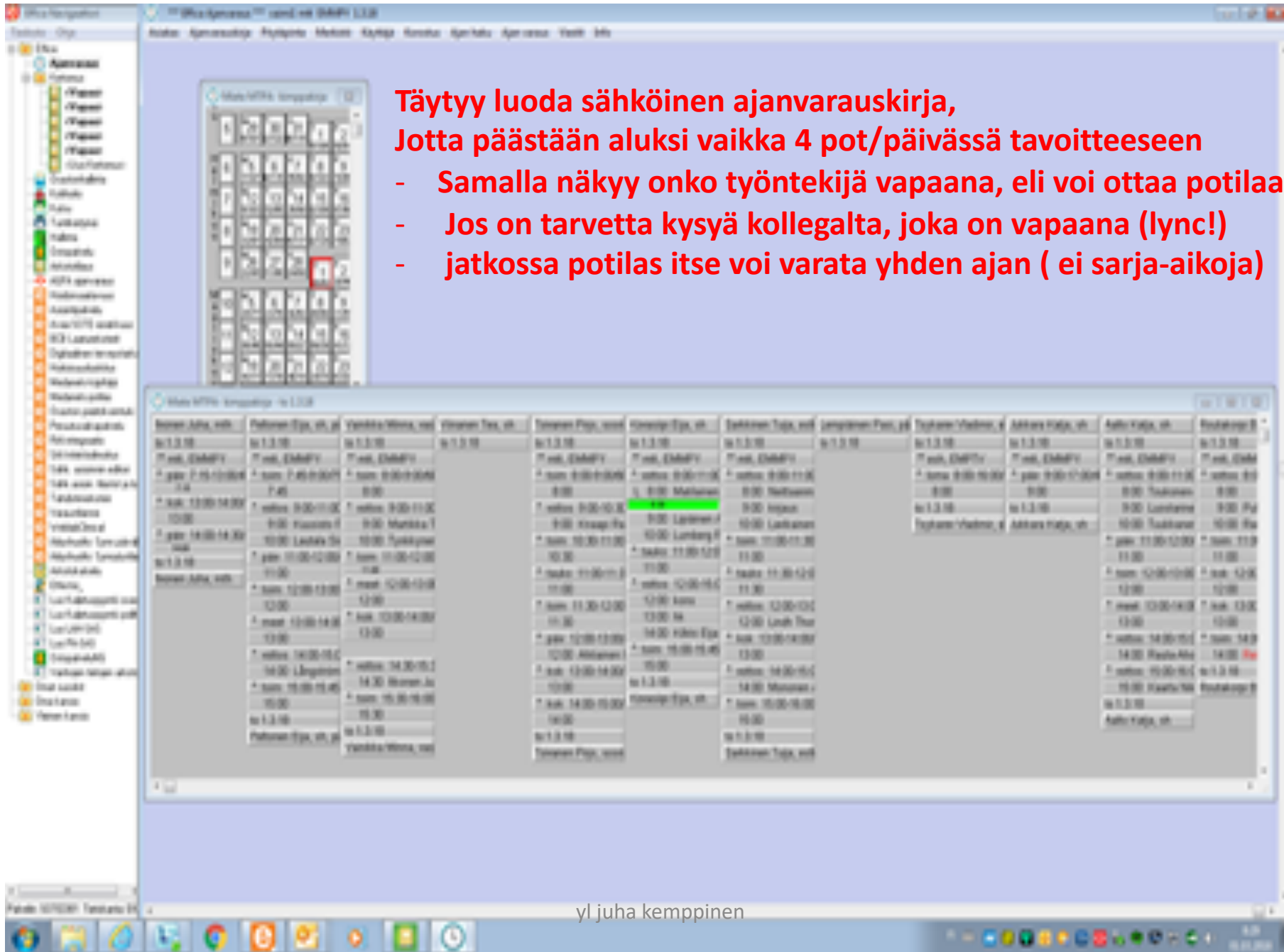
2. MITEN MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUJEN INTEGROINTI PITÄISI SUORITTAA?



**Prosessien mallittaminen:
LÄHETTEET OVAT PULLONKAULA**
- Monta tehotonta vaihetta
- Tarvitsemmeko lähetteitä?
Emme !

75 % pt tarvitsee alle 20 käyntiä (noin 5-8 käyntiä), jos pääsee heti hoitoon.
Vain 25% tarvitsee enemmän kuin 20 käyntiä
(ref. The Heart and Soul of Change - What Works in Therapy Mark A. Hubble / Barry L. Duncan / Scott D. Miller, 2003)

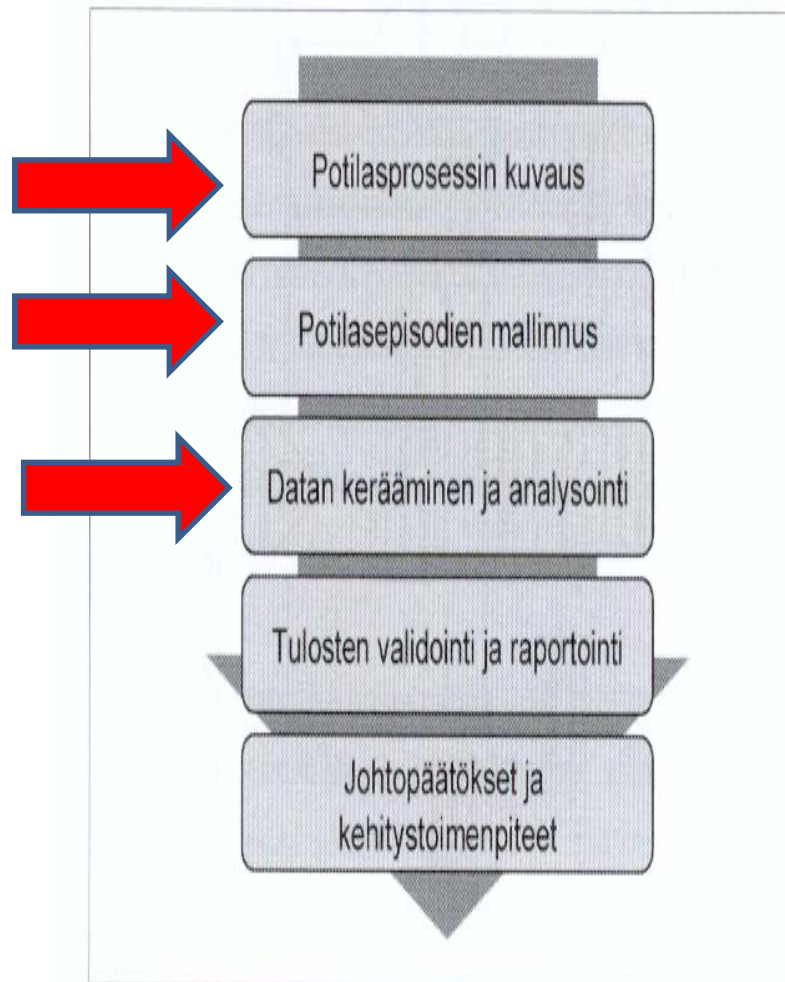
Sähköinen ajanvarauskirja ym. hyvät käytännöt a la Eksote:



Täytyy luoda sähköinen ajanvarauskirja,
Jotta päästään aluksi vaikka 4 pot/päivässä tavoitteeseen

- Samalla näkyy onko työntekijä vapaana, eli voi ottaa potilaan
- Jos on tarvetta kysyä kollegalta, joka on vapaana (lync!)
- jatkossa potilas itse voi varata yhden ajan (ei sarja-aikoja)

Keskeneräinen tuotanto (Lillrank P ym Keskeneräinen potilas, 2004)



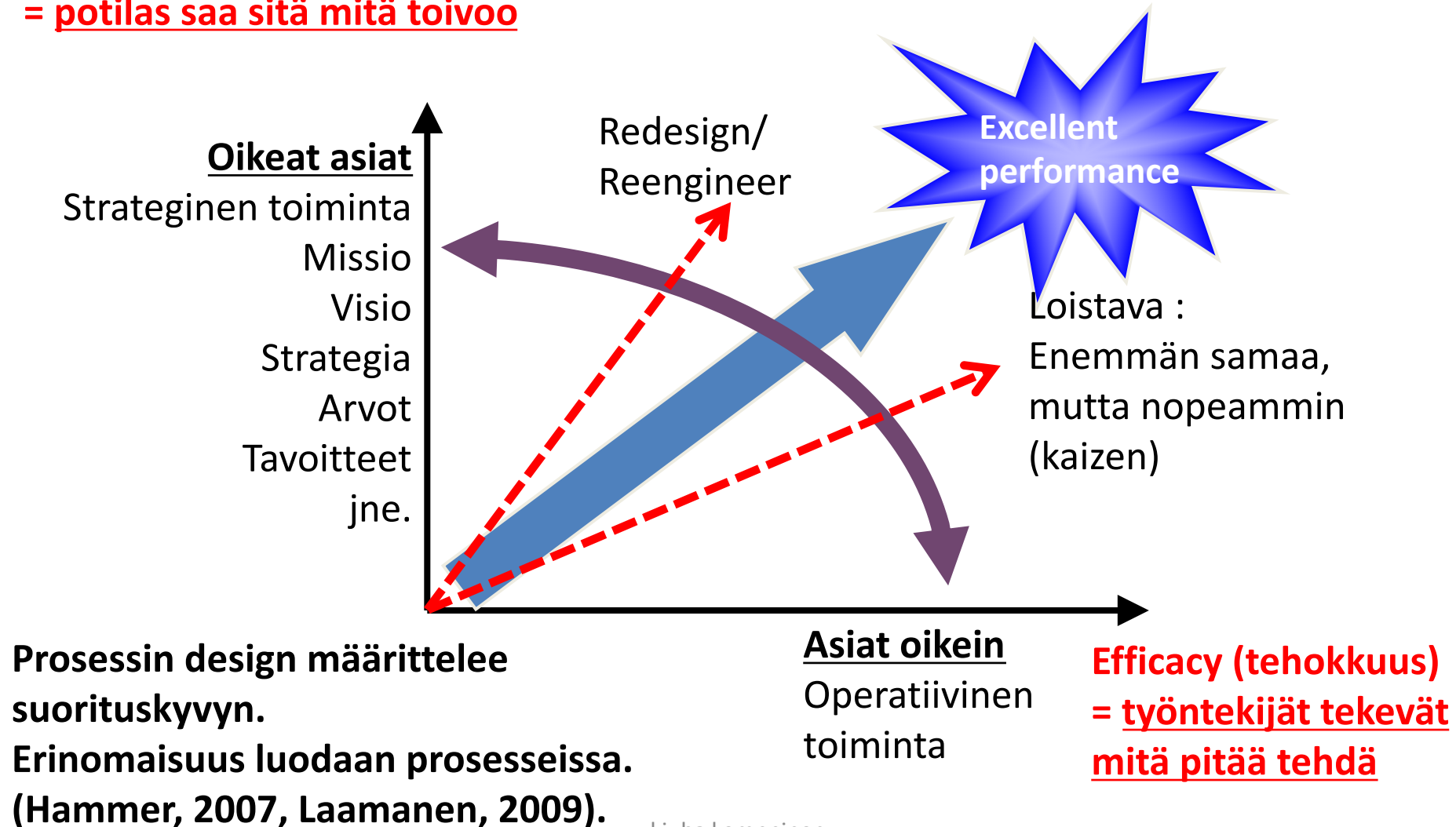
Kuvio 3.19. KEP-analyysin vaiheet

KET tuotantoprosessissa	KEP terveydenhuollon prosesseissa	Kustannuksista vastaavat sidosryhmät
Suorat varastointikulut (esim. tila)	Sairaalapaikkojen käyttö (esim. sairaansija)	Sairaala, kotikunta, potilas
Arvoa tuottamattomiin toimintoihin kulutetut resurssit (esim. varaston hallinta)	Jonon hallintaan, odottavien potilaiden majoittamiseen ja ylimääräisiin lääketieteellisiin toimenpiteisiin käytetyt resurssit (esim. uudet laboratoriotutkimukset)	Sairaala, kotikunta, potilas
	Arvoa tuottamattomiin toimintoihin kulutetut resurssit sairaalan ulkopuolella (esim. sosiaalipalvelujen tarjoajat)	
Varaston vanhentuminen	Potilaan tilan heikkeneminen, johtaa ylimääräisiin hoitokustannuksiin ja heikentää hoidon lopputuloksen laatua	Potilas, kotikunta, työnantaja
Käyttöpääoman kustannus	Sairaalassa oleva keskeneräinen potilas sitoo kallista käyttöpääomaa	Sairaala
Heikentynyt tuotantokapasiteetti	Potilaat täyttävät kapasiteetin, pullonkaularesurssien tehon käyttö, ylimääräiset vuoteet käytävillä, vähentynyt läpimeno nostaa episodikohtaisia kiinteitä kustannuksia	Sairaala, kotikunta, potilas
Heikentynyt tuotantoprosessin kontrolli	Yliötöitä, työntekijöiden ja potilaiden tyytymättömyyttä	Sairaala, kotikunta, potilas
Epätyytyttävä palvelun ajallinen täsmällisyys, joustavuus ja toimitusaika	Heikentynyt terveyspalveluiden saatavuus aiheuttaa kustannuksia potilaalle (menetetty tulo, kärsimys jne., vakuutusyhtiölle (hoitokustannukset), työnantajalle (menetetty työn tulos) ja/tai potilaan perheelle	Potilas, työnantaja Kela

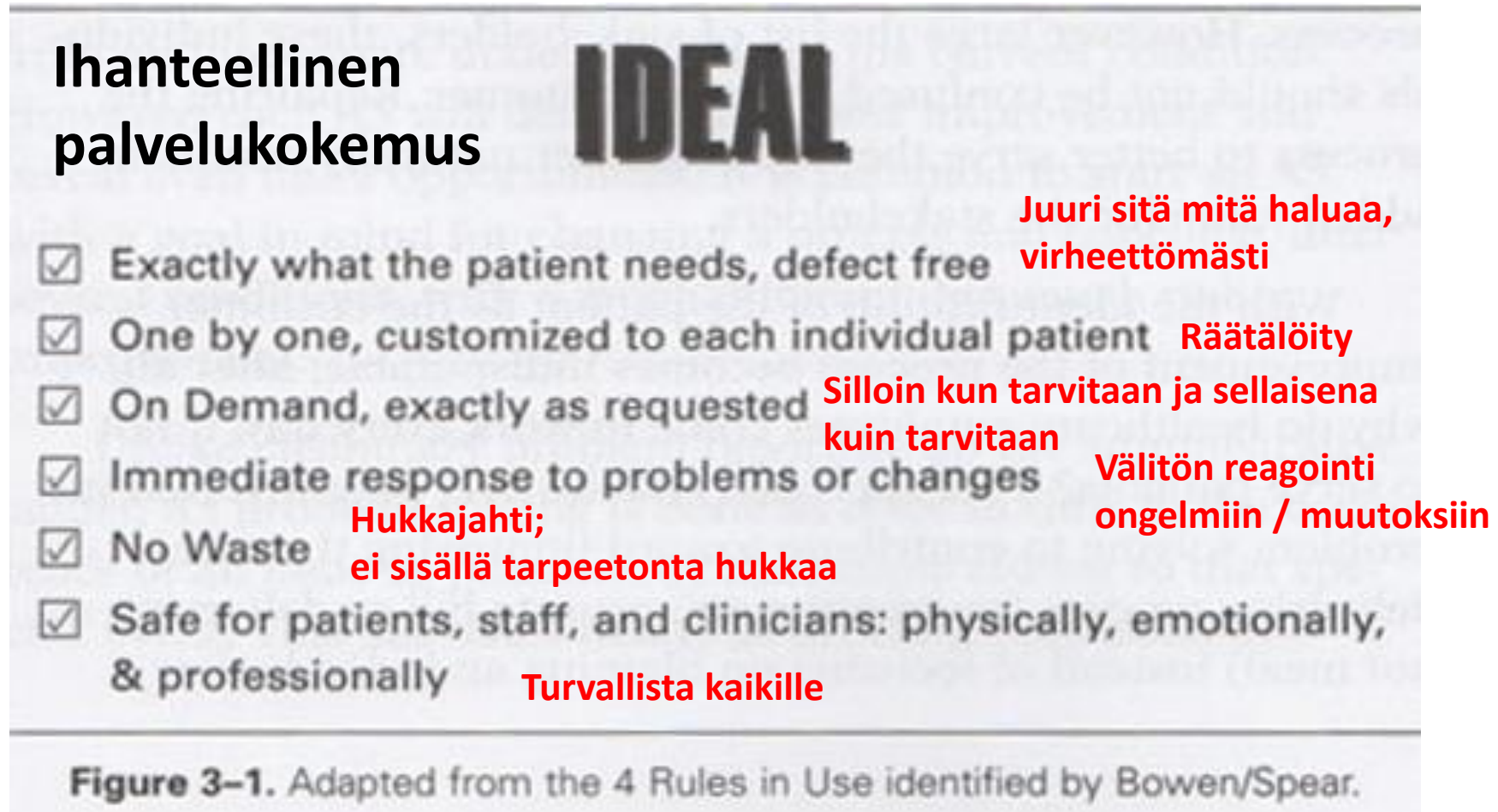
Kuvio 3.16. Keskeneräistä tuotantoa vastaavat keskeneräisen potilaan kustannukset ja niiden kohdistuminen eri osapuolille

Organisaation suorituskyky

Effectiveness (vaikuttavuus)
= potilas saa sitä mitä toivoo



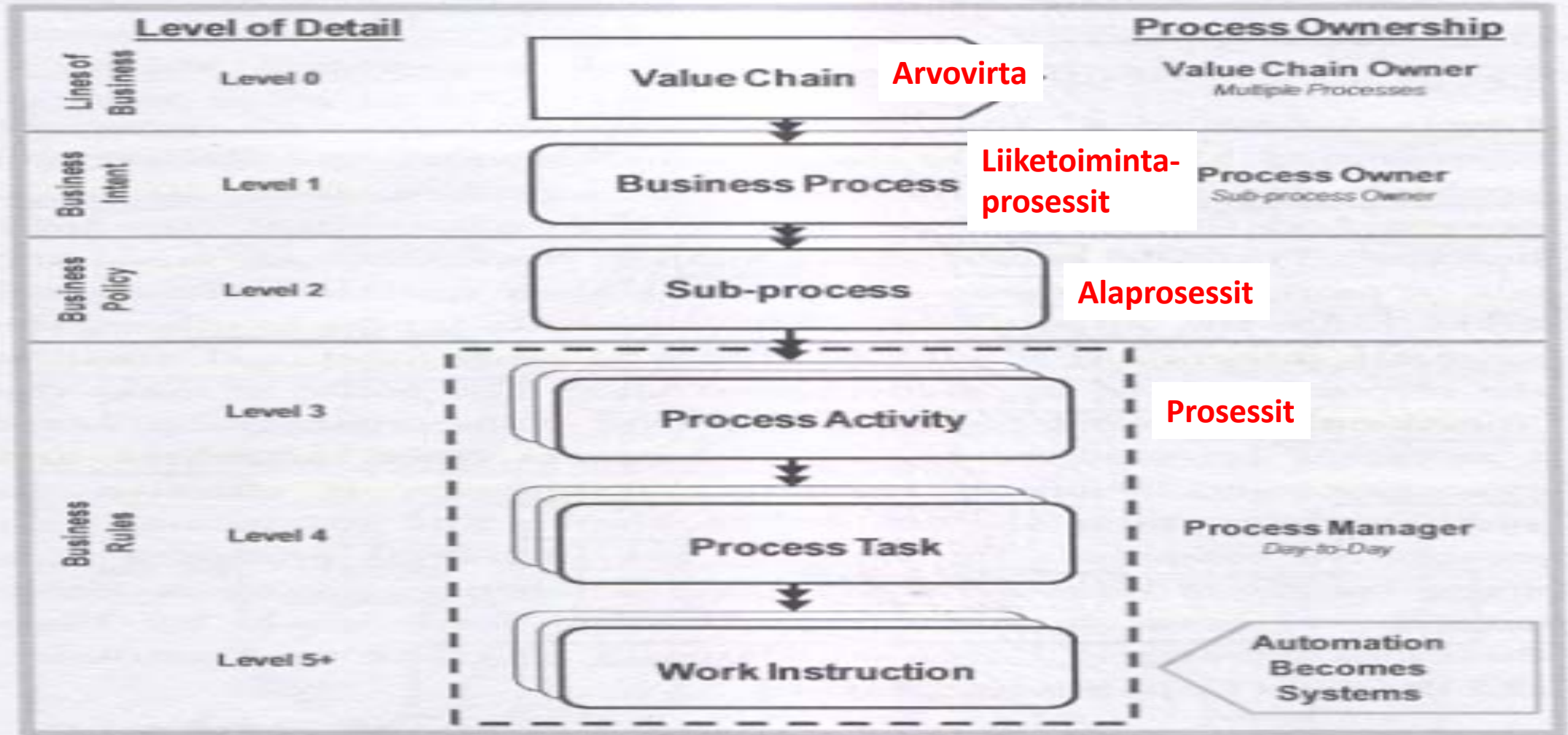
Ihanteellinen palvelukokemus



Cindy Jimmerson, Value Stream Mapping for Healthcare Made Easy, 2010

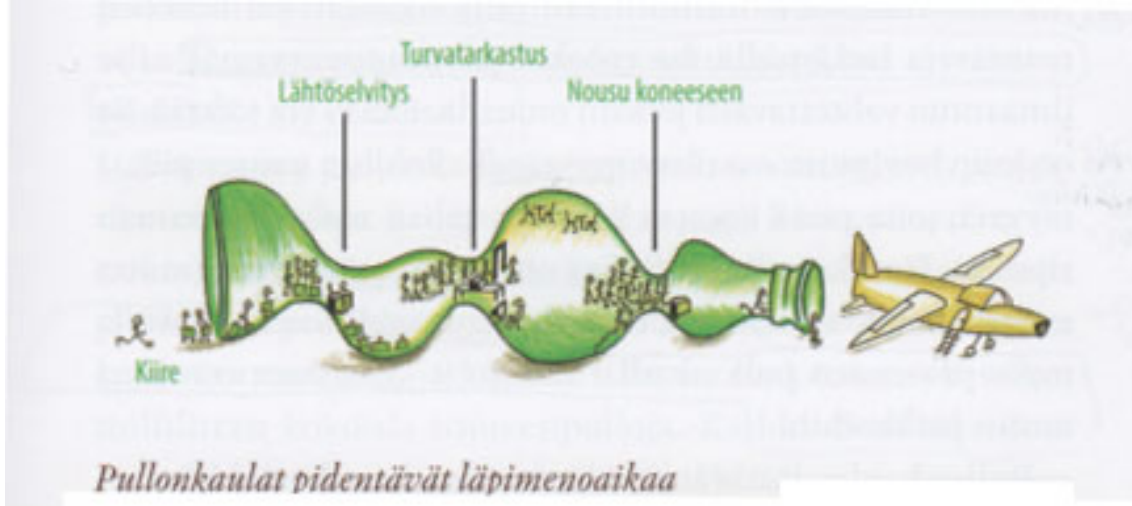
Prosessien mallitus ja niiden tasot (L0-L5+)

Figure 2.2 Process Hierarchy Guide



Artie Mahal, How Work Gets Done, 2010

Mitä ovat prosessit ja mitä ovat terveydenhuollon prosessit? Lean



Theory of constraints, TOC;
(E M Goldratt & J Cox, 1986)

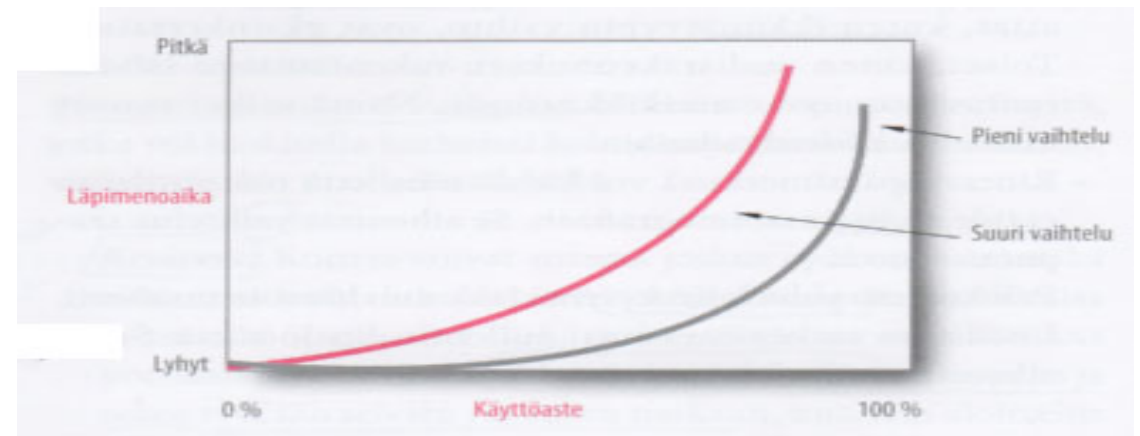
Kanban-lasku
 $N = DT + S/C$



4 % terveydenhoidosta aiheuttaa 50 % viivettä, virhettä ja poikkeamaa
(J Arthur, Lean Six Sigma for Hospitals, 2011)



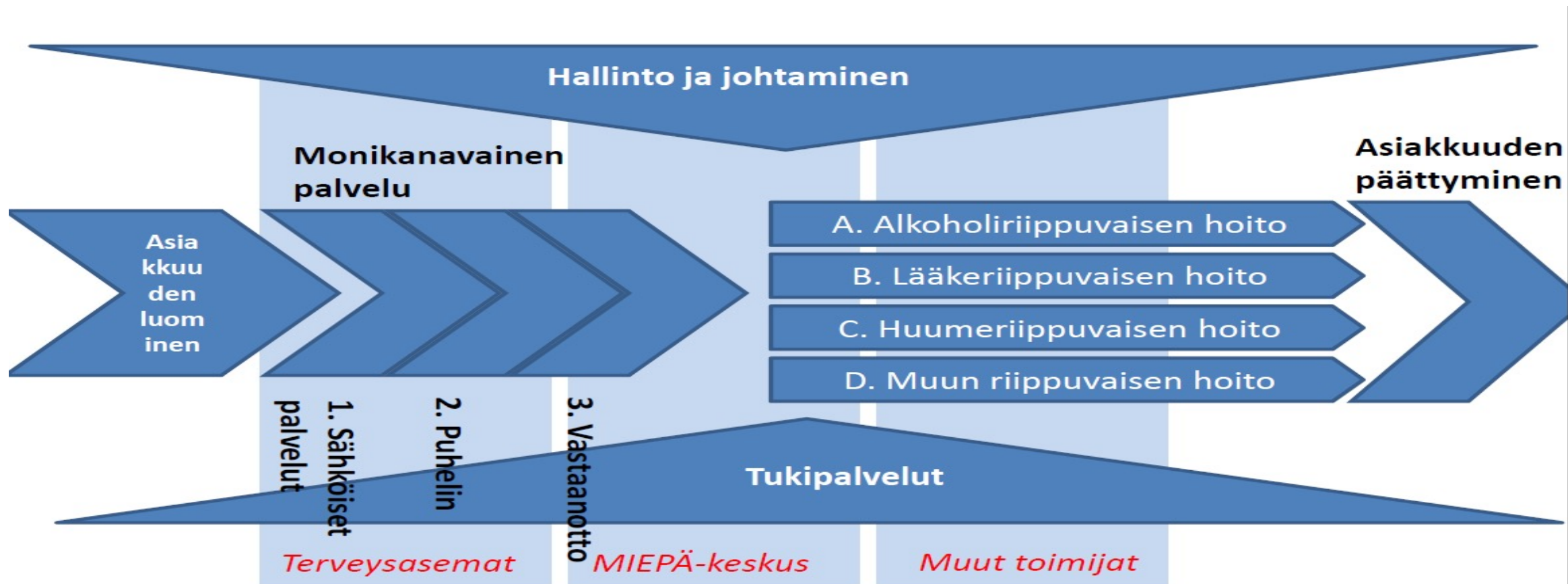
Jos ensisijainen tarve ei täyty, niin syntyy toissijaisia tarpeita, joita sitten täytetään



JFC Kingmanin kaava, 1966: käyttöaste /LT

Mogid N ym, Tätä on Lean, 2013

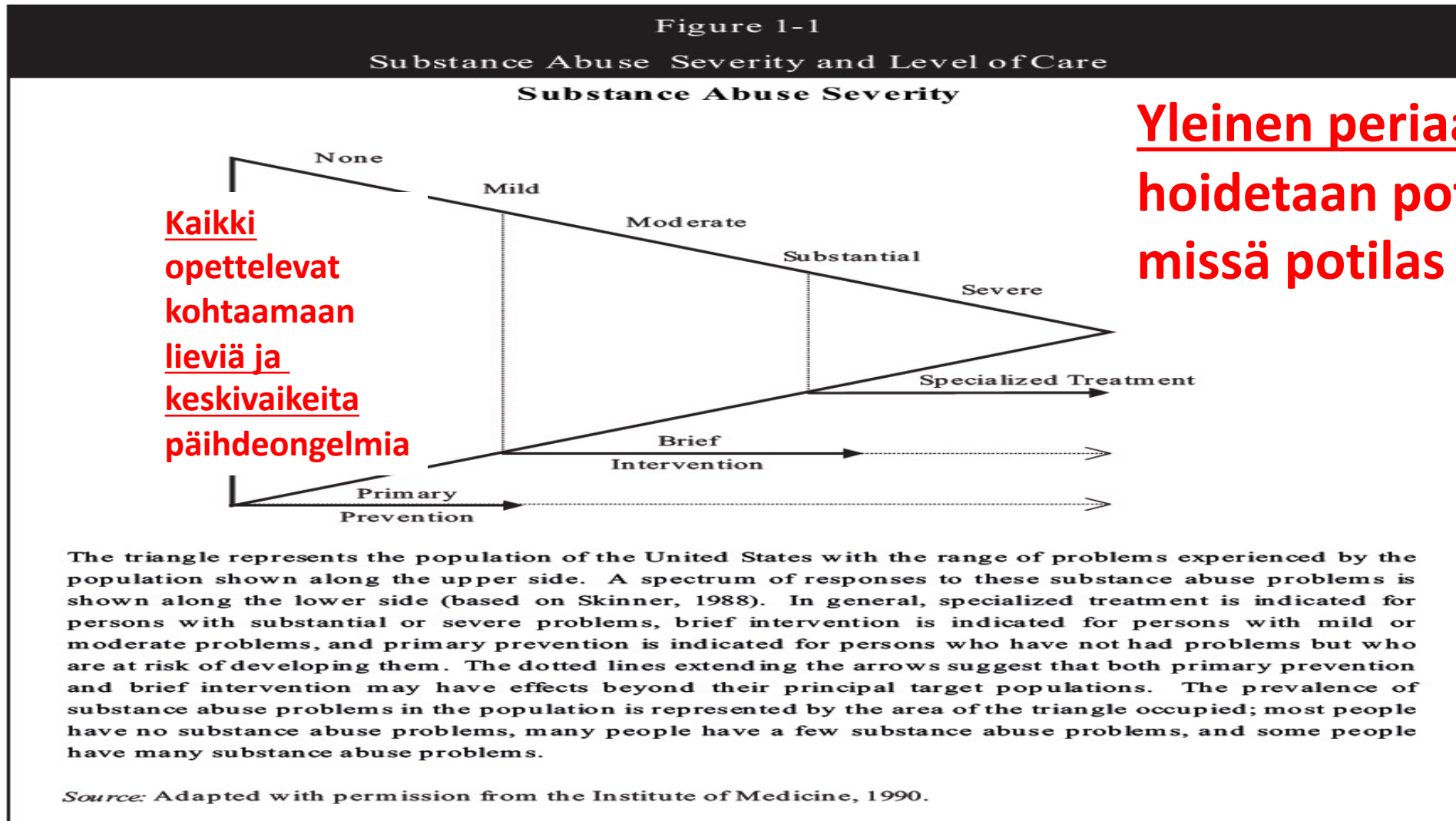
040216 MIEPÄ-Päihdehoidon ydinprosessit (Kotka)



Kuvio 1: MIEPÄ-strategian päihdehoidon prosessikartta

Päihdeongelman vakavuus ja hoidon porrastus

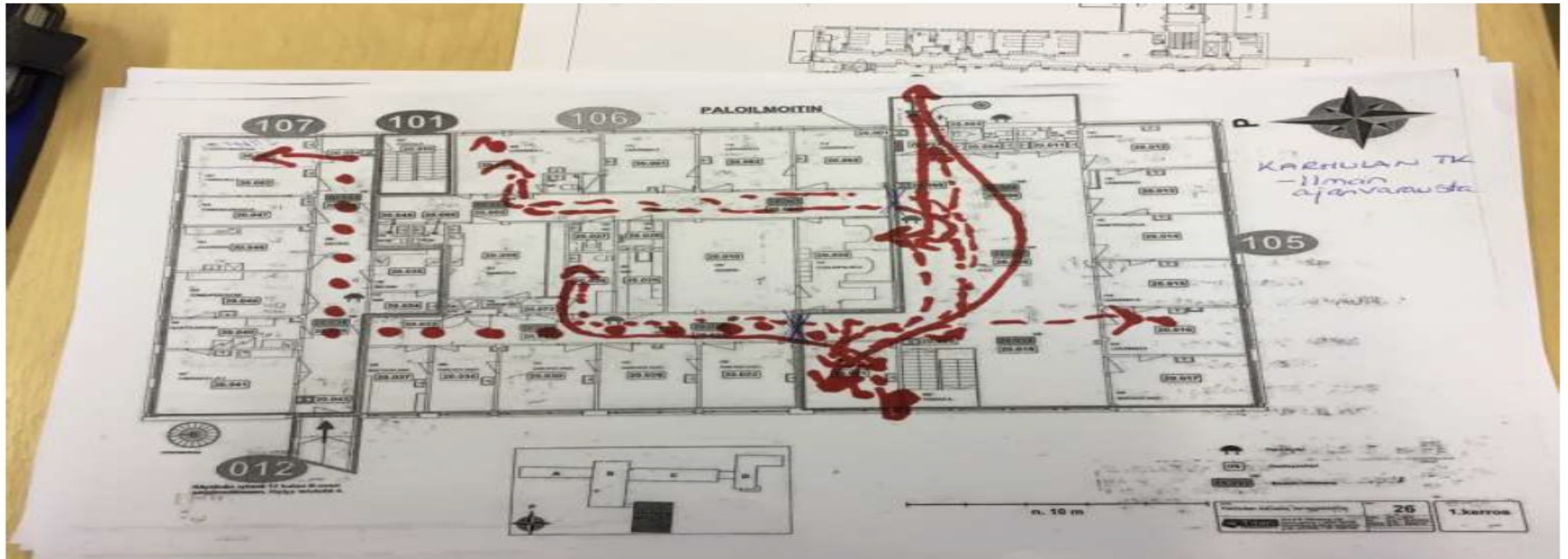
- alkoholi ja tupakka selittävät väestön terveyseroista 2/3



WHO 1991

040216 MIEPÄ-Päihdehoidon ydinprosessit- havainnollistava spagettikuvio

030116 MIEPÄ-kehittämispäivä psykiatrian pkl, Lokki



Ryhmä 1: Karhulan terveysaseman nykyinen tapa toimia

040216 MIEPÄ-Päihdehoidon ydinprosessit- yksinkertaisia ohjeita työntekijöille, kun päihdehoito siirtyi Kotkan kaupungille

Ydinprosessit:

A. Alkoholiriippuvaisen hoito

B. Lääkeriippuvaisen hoito

C. Huumeriippuvaisen hoito

D. Muun riippuvaisen hoito

B. Puhelinasiointi



C. Vastaanotolle tuleminen



A. Sähköinen asiointi
(ei vielä käytössä)



6. Ohjaus ja neuvonta netissä (www...)

6. Esitietokysely (täyttöohjeet yms)

7. Ohjaava algoritmi (mistä kysymys, mitä tehdä...)

8. Yhteys aluehoitajaan/MIEPÄ-hoitajaan

Päihdehoidon palvelukonseptin alku:

1. **Anna asiakkaan / potilaan puhua**
vapaasti noin 2 minuuttia (90% kertoo, mistä on kysymys)

2.



2. **Erityiset kysymykset:**

a. **Varmista henkilöllisyys**

a. teitittele/sinuttele

b. **Varmista että ymmärsit:**

a. "käykö, että varmistan, että ymmärsin teidät/sinut oikein..."

c. **kysy läpi** sovittu kysymyssarja päihteistä



3. **Tee päätös jatkosta:**

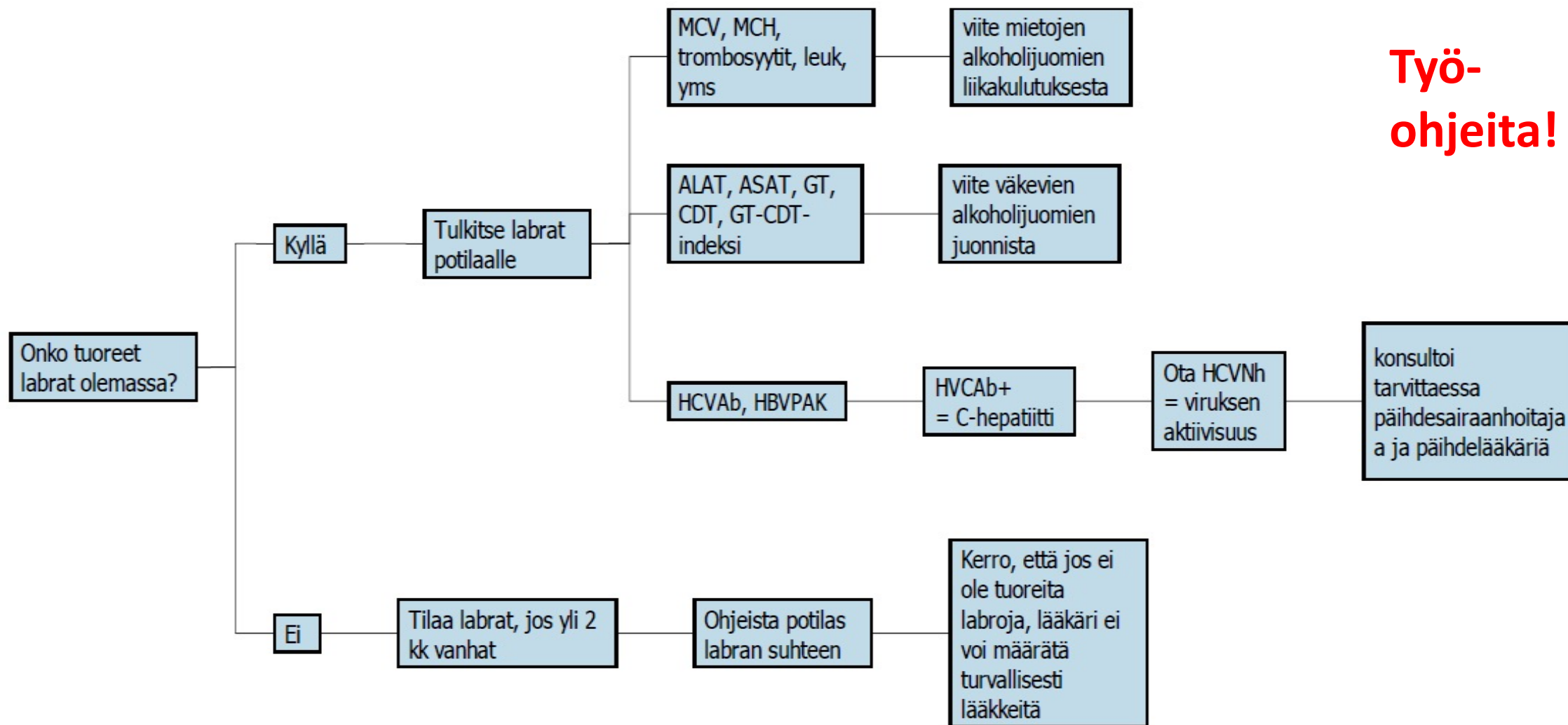
a. ohjaus ja neuvonta

b. ajanvaraus myöhemmin

c. heti vastaanotolle
(tarkistuslistat a-c löytyvät
www.xxxxxx.fi)

040216 MIEPÄ-Päihdehoidon ydinprosessit- yksinkertaisia ohjeita työntekijöille, kun päihdehoito siirtyi Kotkan kaupungille

**Työ-
ohjeita!**



19.2.2016 yl Juha Kemppinen

7

A-klinikalta siirtyviltä potilailta otetaan kerran tällainen perussetti: kts nuolet

TESTI_2 020202A990B
Ohjekirja Ohje
Veriryhmä: Ei tiedossa

Näytteenottoaika 16.02.2016 AAMU

Erikoissalat ja lisälomakkeet

Paketit
Paketteja
Muistilappu

Tutkimukset
Tutkimuksia CDT, HBVPAK, HCVAb

Hematologian tutkimukset

Immunokemian tutkimukset

Mikrobiologian tutkimukset

Kemian tutkimukset

Verensiirtotutkimukset

Ekg

Hyttymistutkimukset

Sydänmerkkiaineet

Virtsatutkimukset

Eriteutkimukset

Rasitustutkimukset

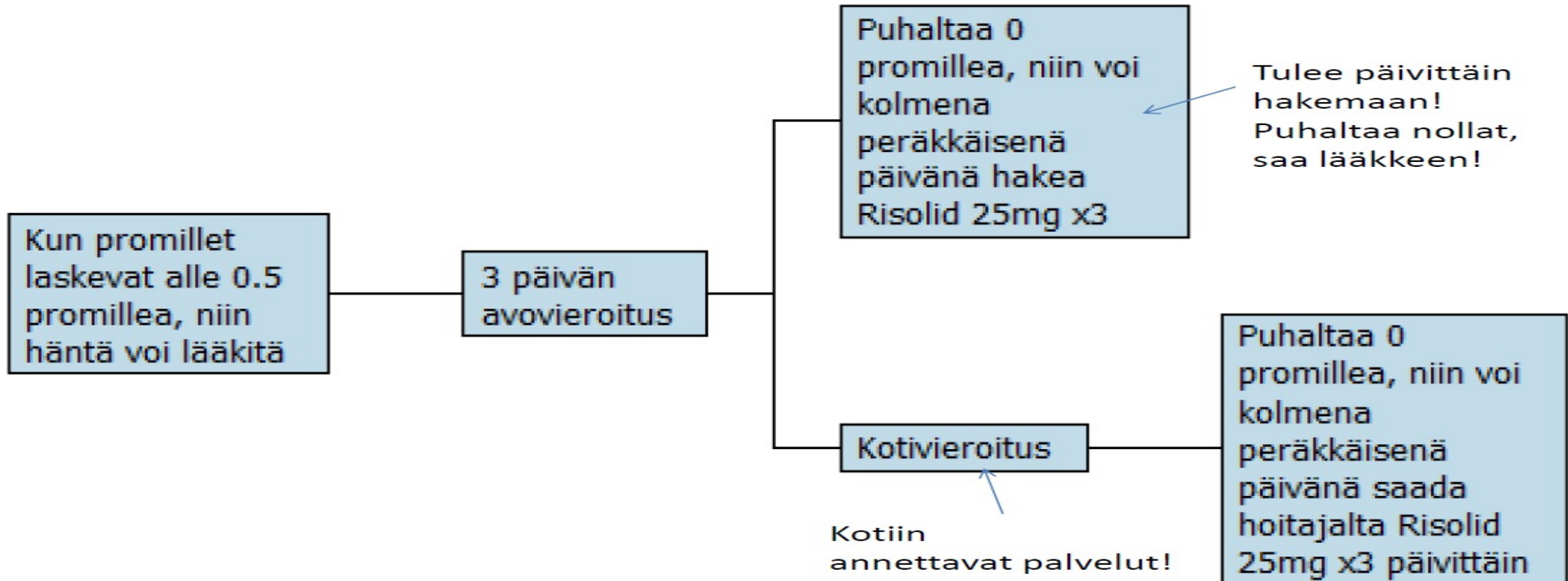
Otetaan CDT, HBVPAK, HCVAb → Jos sitten HCVAb on positiivinen, otetaan vielä HCVNh virusaktiivisuuden selvittämiseksi

hoitaja voi määrätä nämä labrat!

pvk+t, TSH (1x vuosi), Krea, ALAT, GT, CDT (<2kk), U-tutk, U-huume → huumeetestaushje tulossa

040216 MIEPÄ-Päihdehoidon ydinprosessit

**Alkoholiong
avokatkaistu:
Työohje!**

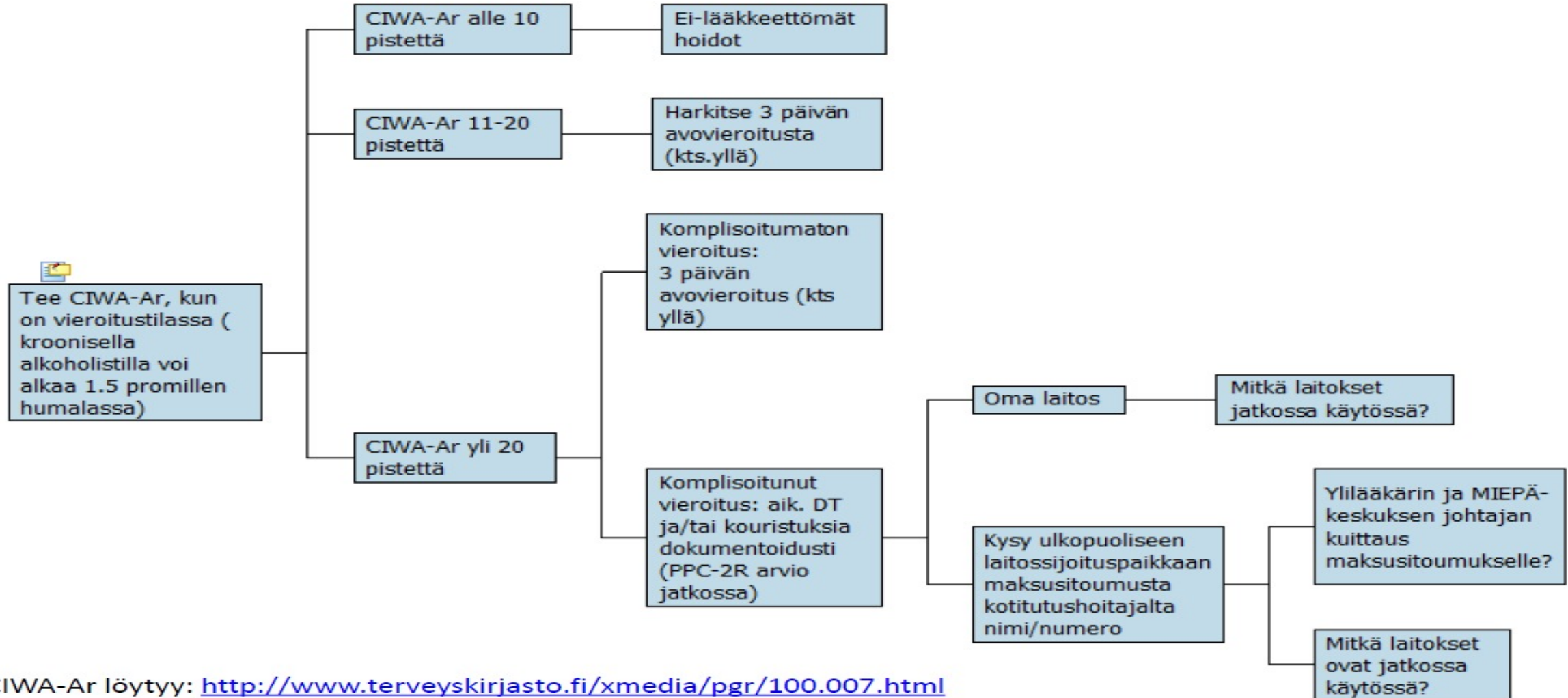


19.2.2016 yl Juha Kemppinen

8

040216 MIEPÄ-Päihdehoidon ydinprosessit

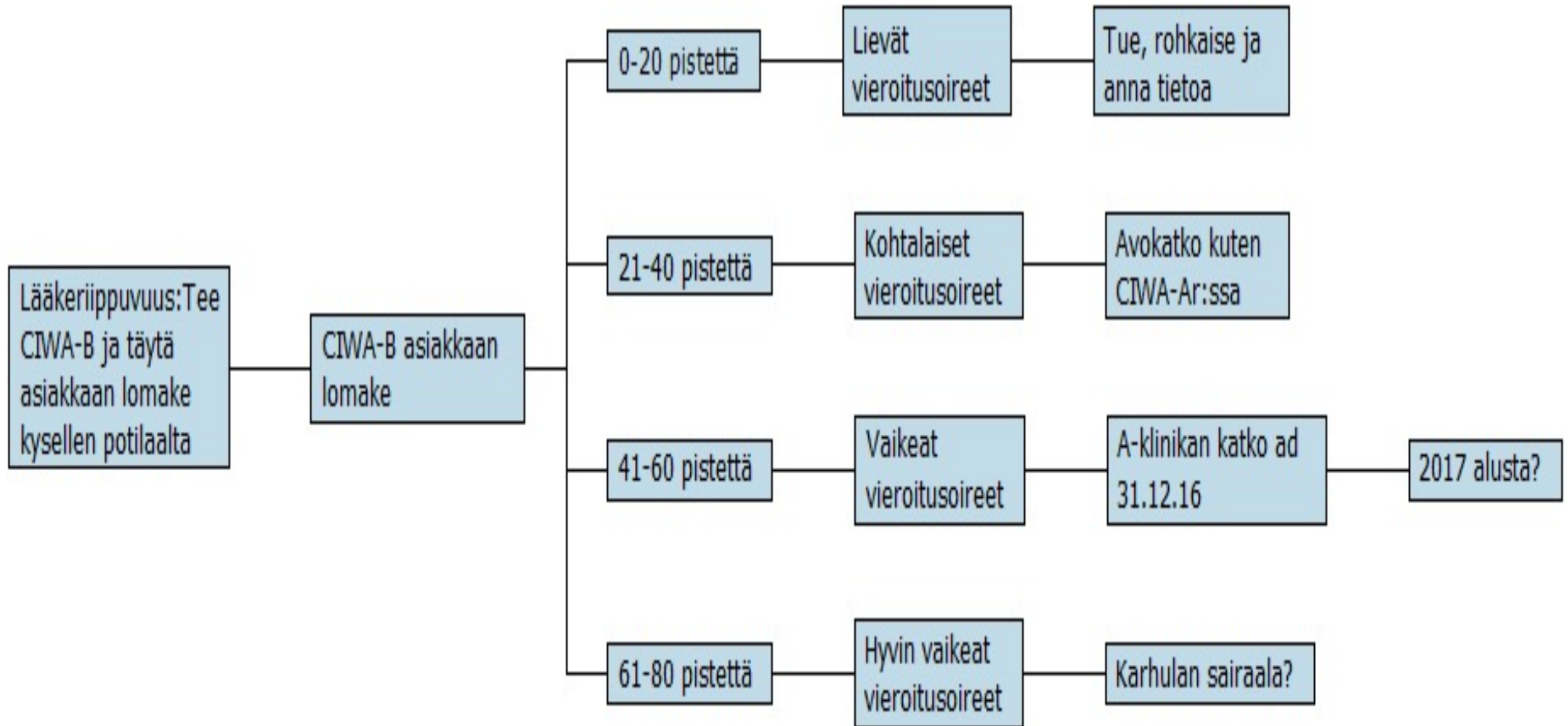
Alkoholivieroitus: Työohje!



CIWA-Ar löytyy: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/pgr/100.007.html>

040216 MIEPÄ-Päihdehoidon ydinprosessit

Bentsovieroitus:
Työohje!



Päihteiden käytön profiili:

(täytetään ensimmäisellä vastaanottokäynnillä)

Mitä päihteitä on käyttänyt:

Lähianamneesi	Päihteet	Käyttömäärä	Käyttötapa 1=iv, 2=polttamalla, 3=nenän kautta, 4=suun kautta
Tänään			
Alkometri: ___/___: Eilen			
Toissapäivänä			

I Huumeseula ___/___:

II Huumeseula ___/___:

Alkometri ___/___:

III Huumeseula ___/___:

Alkometri: ___/___:

Päihteiden käyttö:

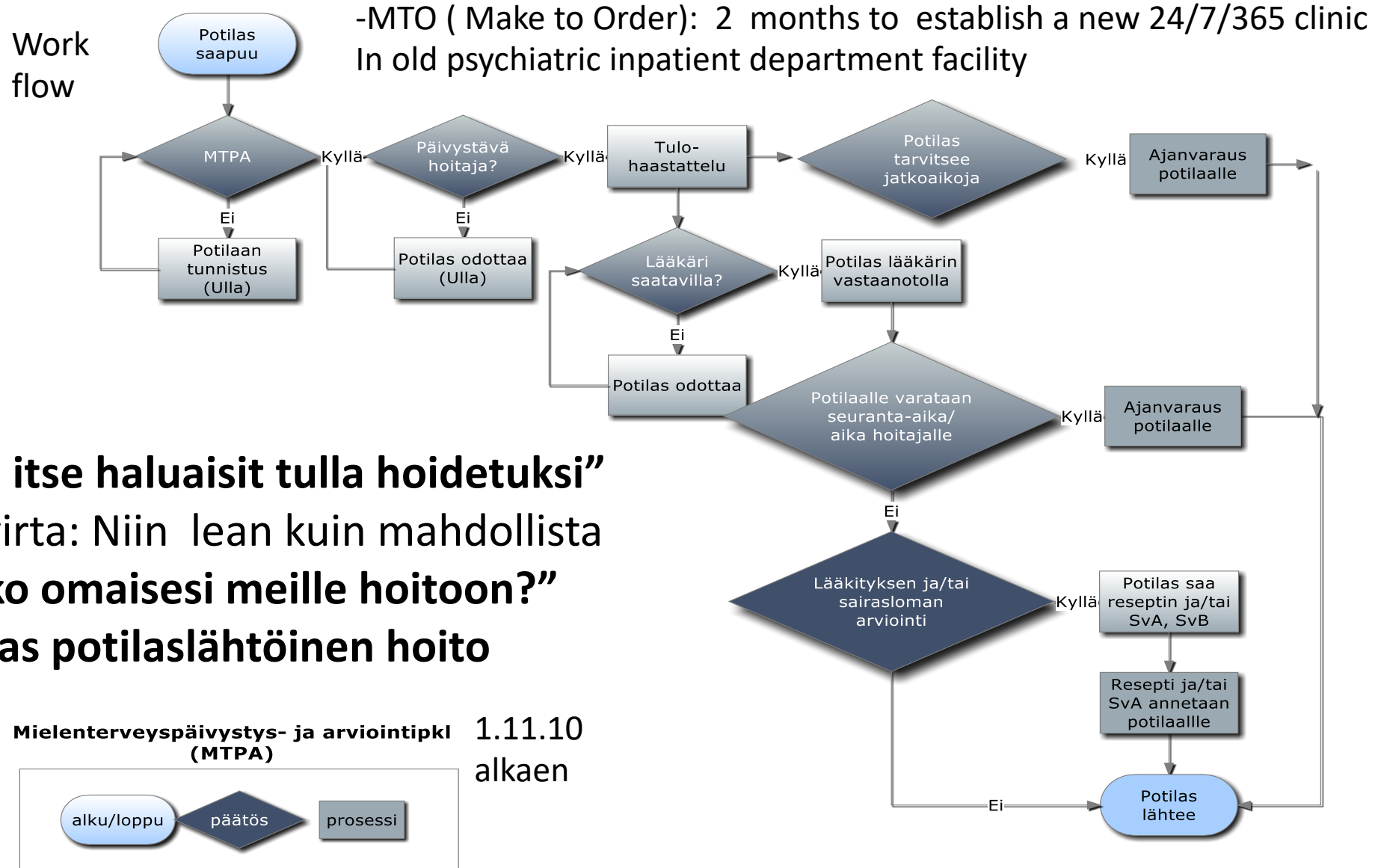
Merkitse tärkeimmät päihteet järjestysnumeroilla	Käyttötapa 1=iv, 2=polttamalla, 3=nenän kautta, 4=suun kautta	Käyttökerrat viimeisimmän kk:n aikana	Missä iässä käytti ensi kerran	Missä iässä käytti muuttui säännölliseksi	Päihteet- tömät kk:t	SDS- pisteet	Säännöllistä käyttöä tällä hetkellä
Tupakka	2						
Alkoholi	4						
Marihuana							
Hasis							
Amfetamiini							
Kokaiini							
Ekstaasi (MDMA)	4						
Heroini							
Unikkotee							
Muu opioidi, mikä *							
LSD							
Bentsodiatsepiini*							
Gammahydroksibutyraatti							
Muu päihde, mikä *							

* muun opioidin, bentsodiatsepiini johdoksen tai muun päihteen nimi tarkemmin (esim. fensyklidiini, tekniset liuottimet, bensiini, butaani ym.)

3. Minkälaisia tuloksia seurasi?

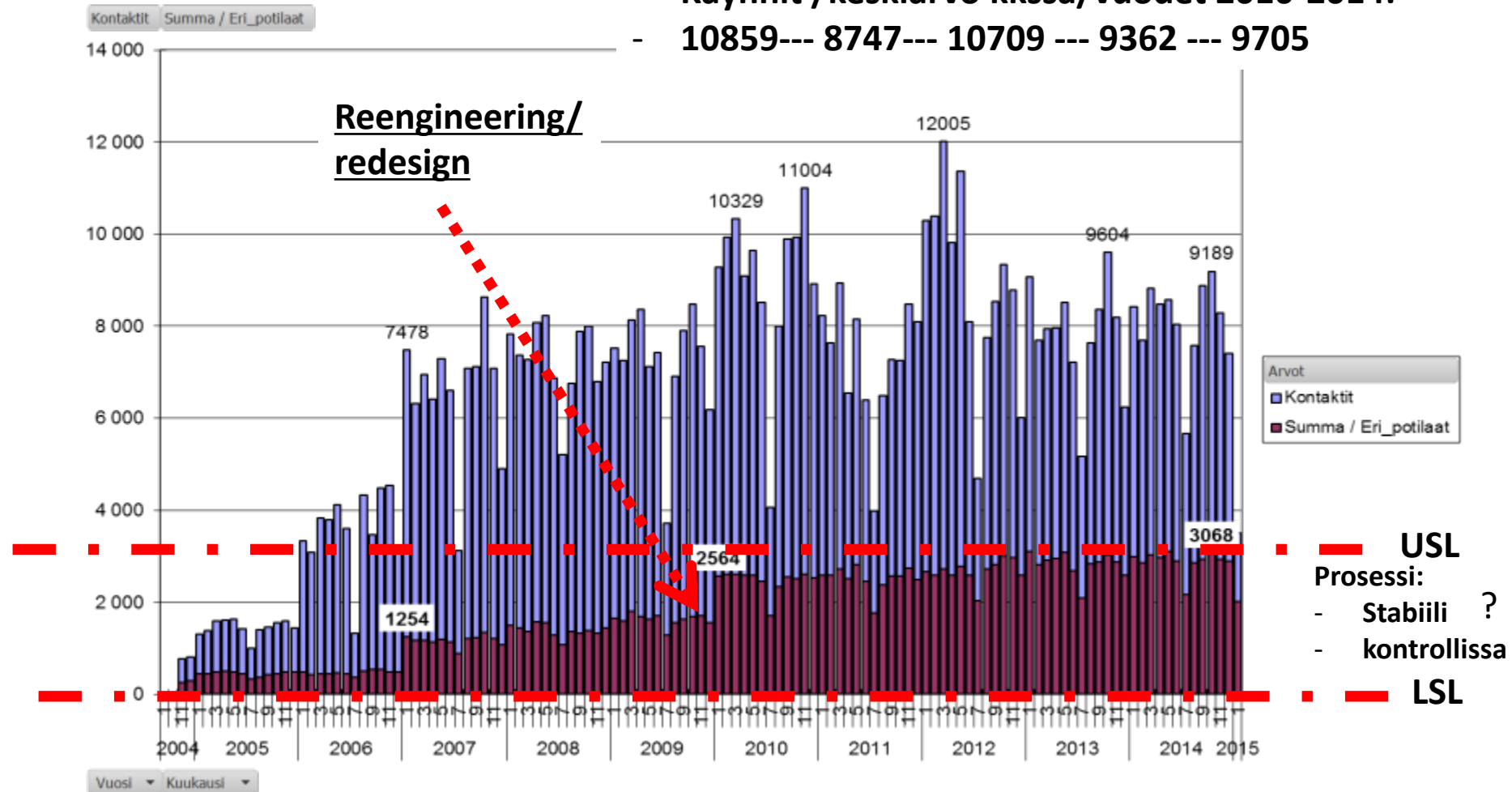
Yl juha kemppinen

Aikuiset (>22 v → >18v), matalan kynnyksen klinikka MTPA (integroitu mt- ja päihde, ei lähetteitä, aina saa palvelu- ja hoidontarpeen arvion



Eksoyte (2011-2015)Meillä ei ole jonoja ollenkaan

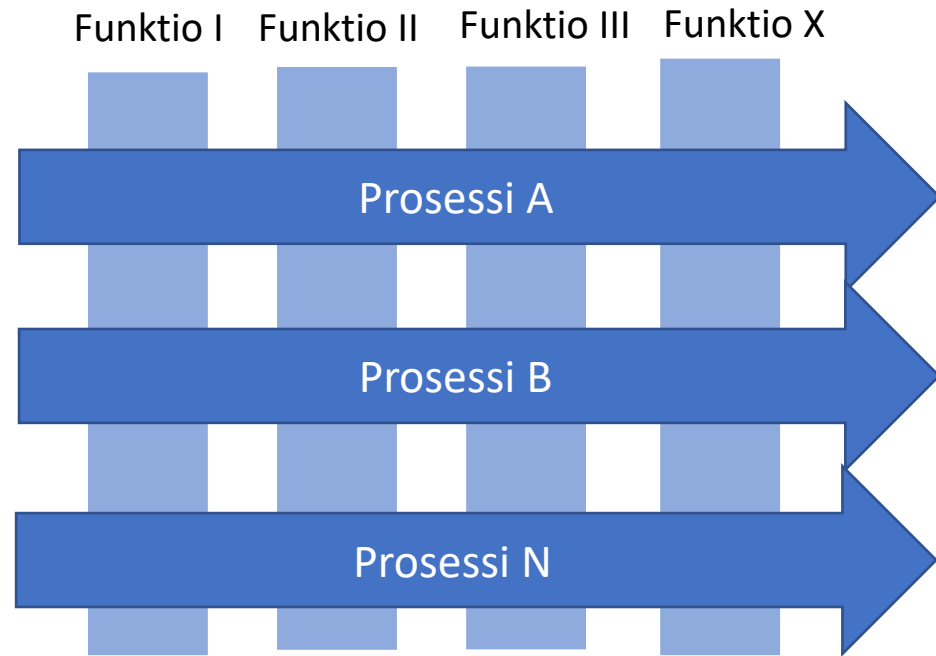
- 33 % potilaslisäys heti alussa, ei paljon lisäänny enää
- Käynnit /keskiarvo kkssa/vuodet 2010-2014:
- 10859--- 8747--- 10709 --- 9362 --- 9705



Ilman kunnon tilastoja

- affektijohtamisesta tiedolla johtamiseen

Mitä ei voi mitata, sitä ei voi hallita,
mitä ei voi hallita, sitä ei voi johtaa!



Asiantuntija: Meillä ei
ole riittävästi
resursseja ! Lisää, kiitos!

Olemmeko
tehneet
jotain väärin,
kun meidän
pitää nyt tehdä
eri tavalla?



Mitä ei voi mitata, sitä ei voi hallita, mitä ei voi hallita, sitä ei voi johtaa!

2010 Eriksson H et al; Silvester et al 2004:

Terveydenhuollon tavallisia väärinkäsityksiä:

1) Kysyntä on suurempi kapasiteetti
("potilaita tulee ovista ja ikkunoista")

- 1) Jos näin olisi, jono kasvaisi äärettömäksi
- 2) Jonot ovat melko stabiileja, eivät kasva äärettömäksi

2) Jonojen myötä kalliit resurssit tulevat hyvin käytetyiksi
("oikeasti tuottavaa")

- 1) Useita vaiheita sisältävään hoitotapahtumaan syntyy pullonkauloja, jotka hidastavat läpimenoa = lisäävät jonoja, tehotonta, kallista...

3) Jonojen myötä vain tositarvitsijat käyttävät palveluja,
("jono suojaa liialta työltä")

- 1) Triage (kriteerit) määrittelee ketä hoidetaan, ketä ei
- 2) Prosessissa oleva vaihtelu on jonojen syy

Look professor,
We do not processes,
We help sick people
Lillrank: The logics of Healthcare (2018)



Where **variation** occurs in congested systems, **queues** are likely to form. If the system is operating very close to capacity or if the degree of variation is high, these queues are likely to get out of control, resulting in **reduced service efficiency and service quality**.
(Walley P et al, 2006)

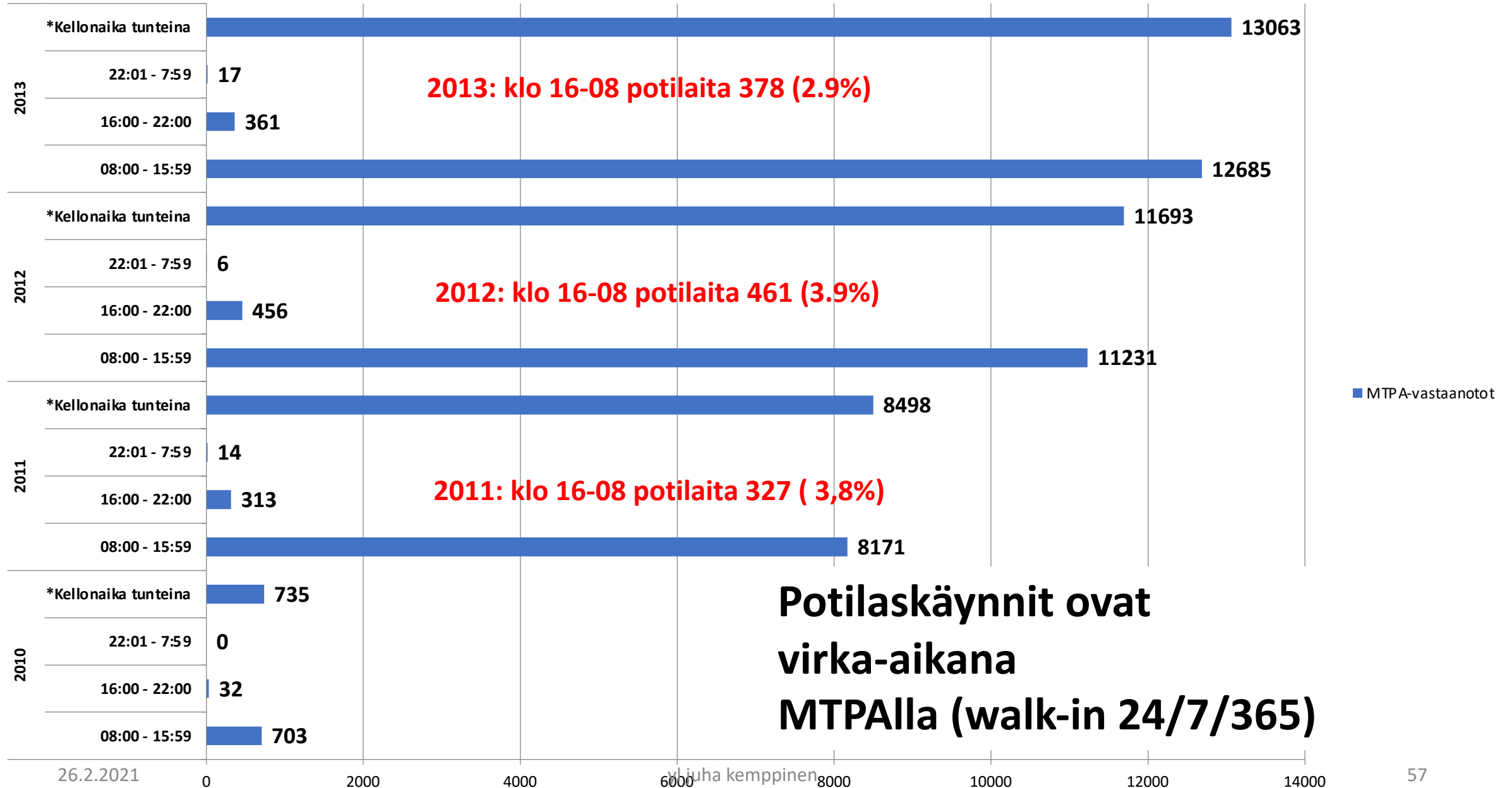


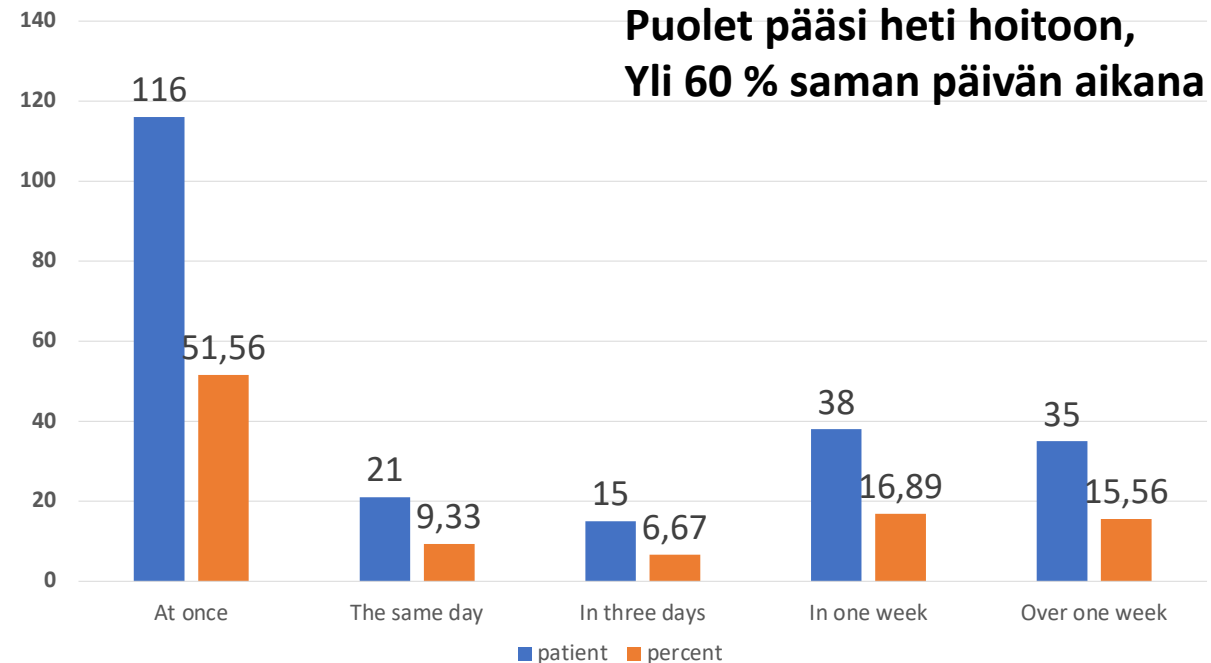
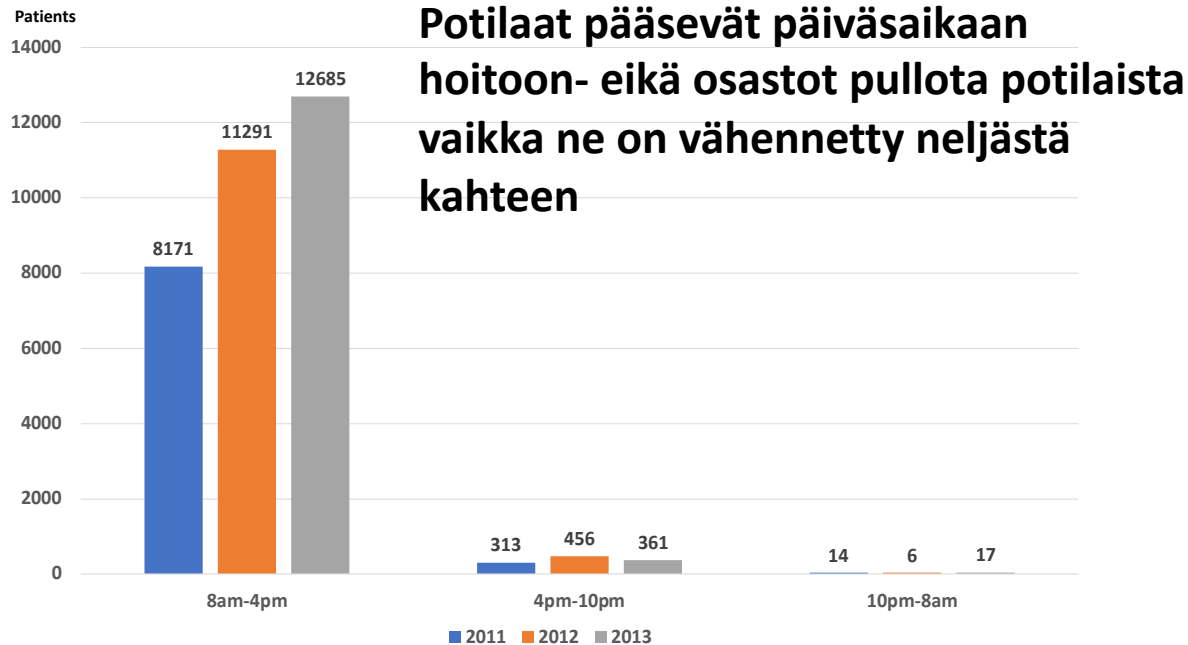
....adding more resources
**will not improve accessibility
and decrease
queuing** (Kenis, 2006).



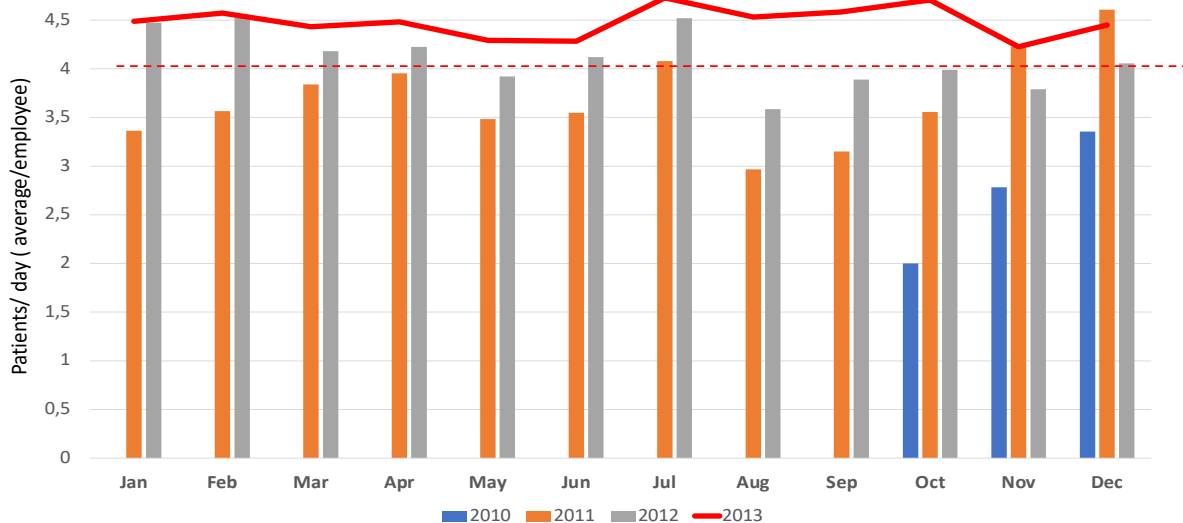
RQ1:

Kunnolla organisoidut potilasvirrat : MTPA-vastaanotot

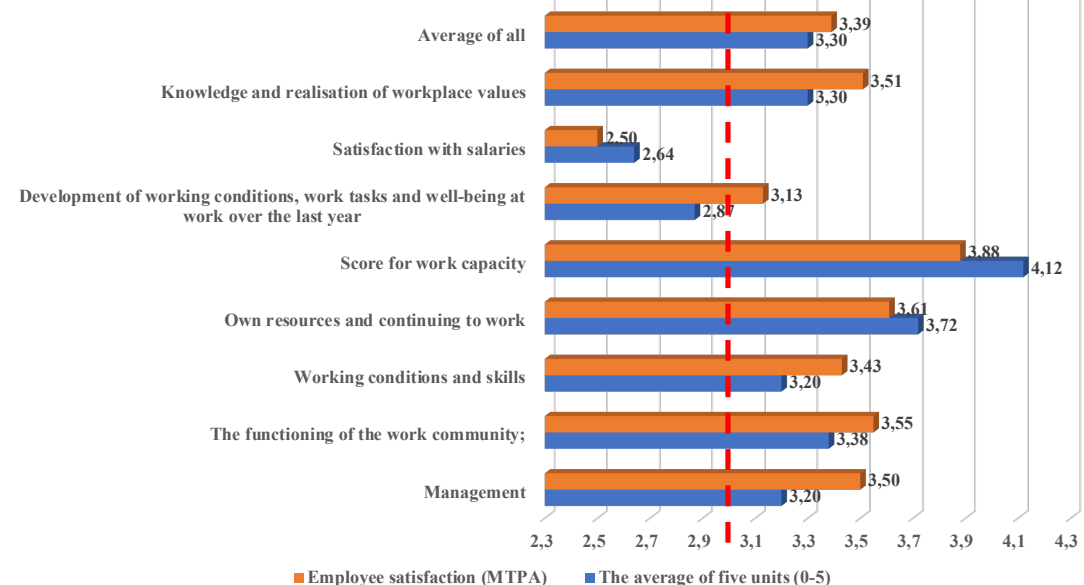




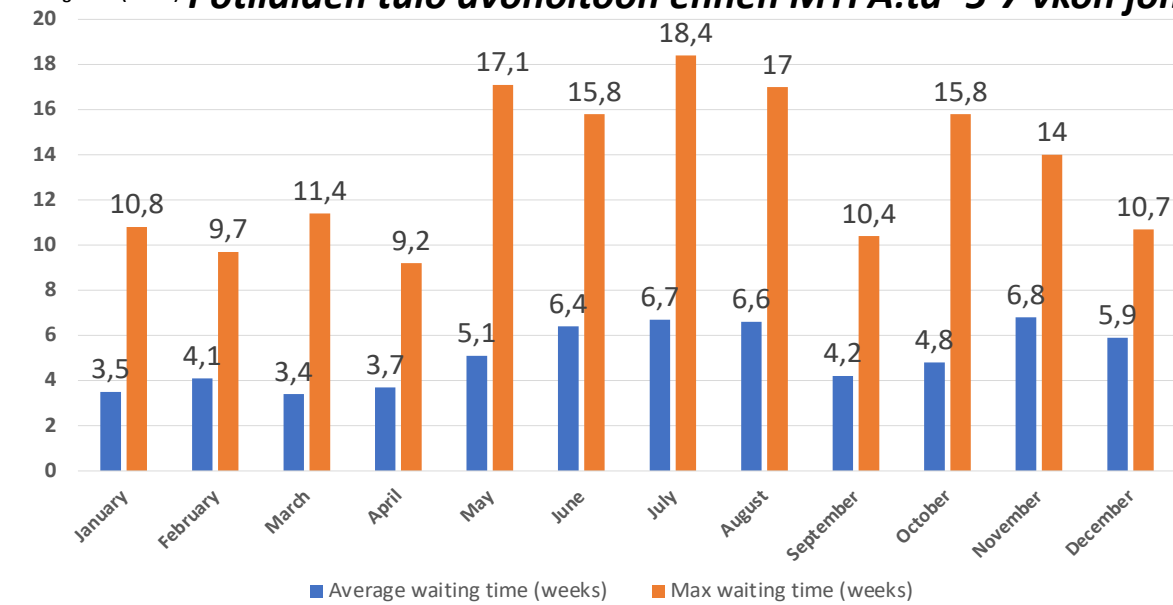
Tuottavuus nousi 62%?: 2.6 käyntiä/pv → 4.2 käyntiä/pv. Säästö?



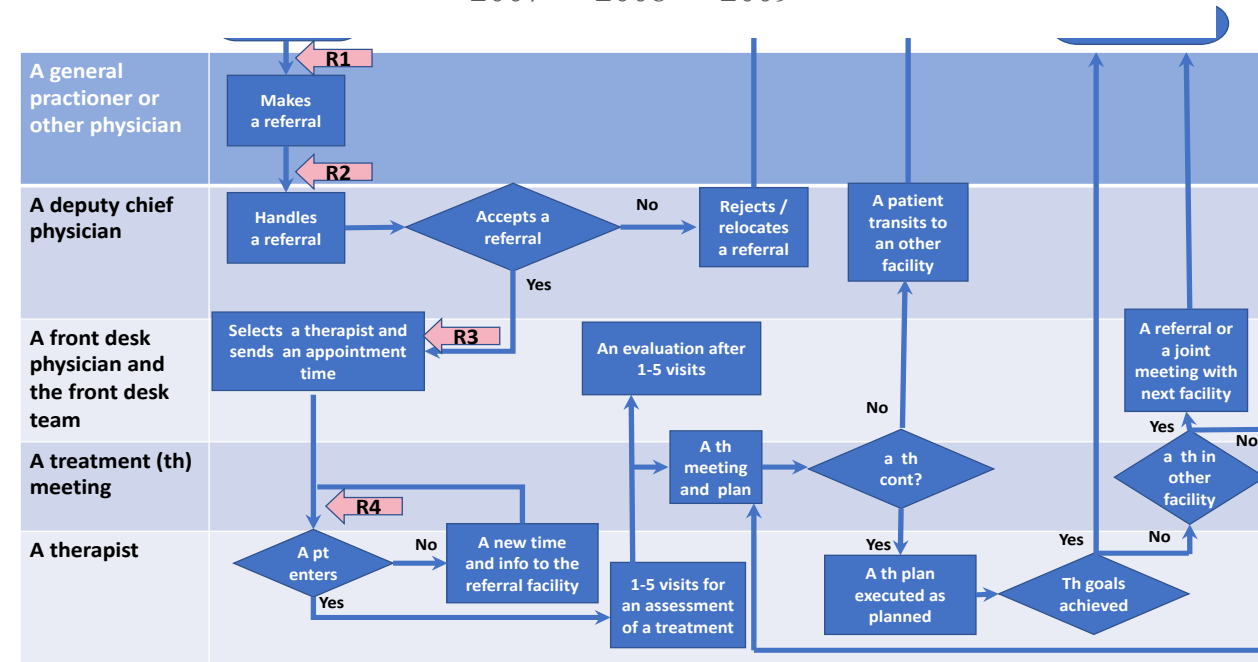
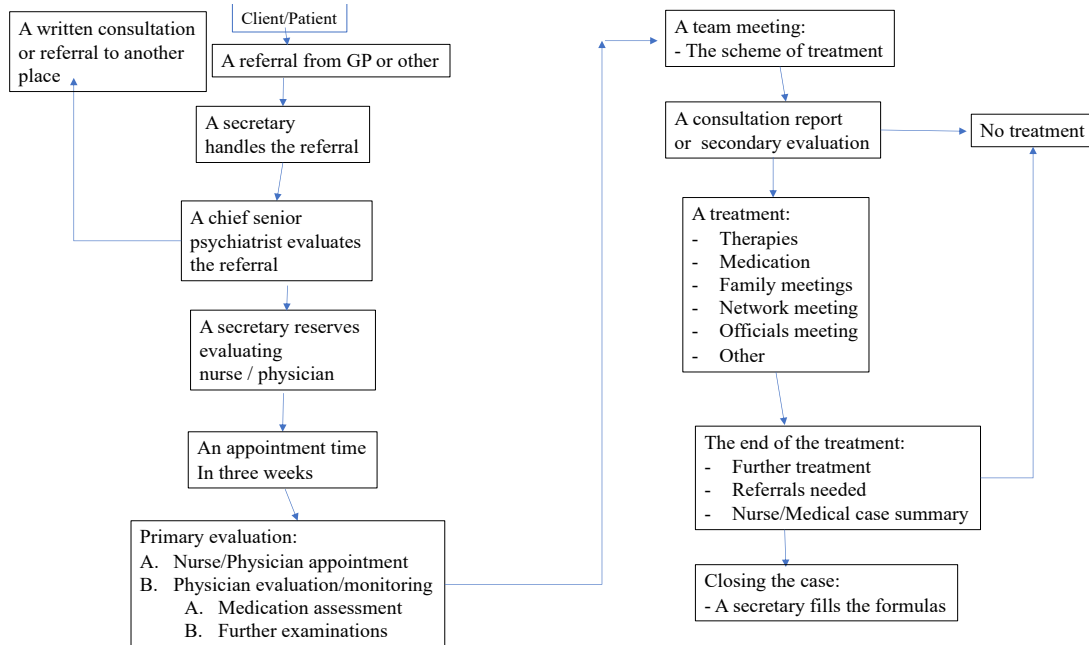
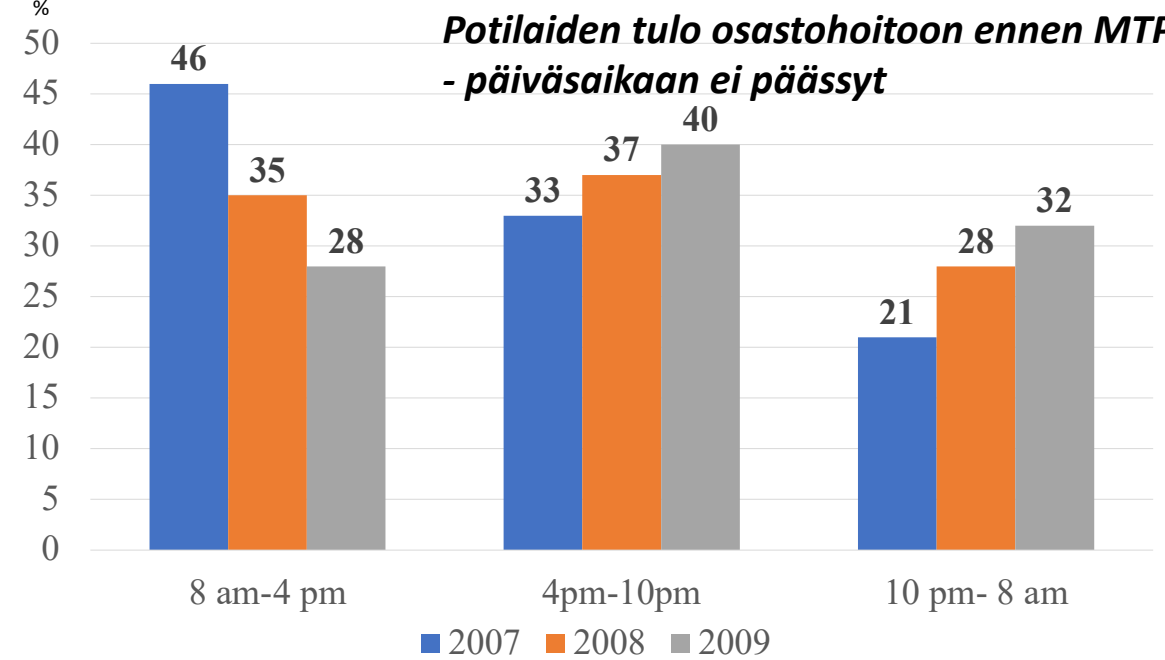
Eksoten strategiset tavoitteet saavutettiin- Vain palkkaan ei oltu tyytyväisiä



Waiting times (weeks) **Potilaiden tulo avohoitoon ennen MTPA:ta- 5-7 vkon jonot**



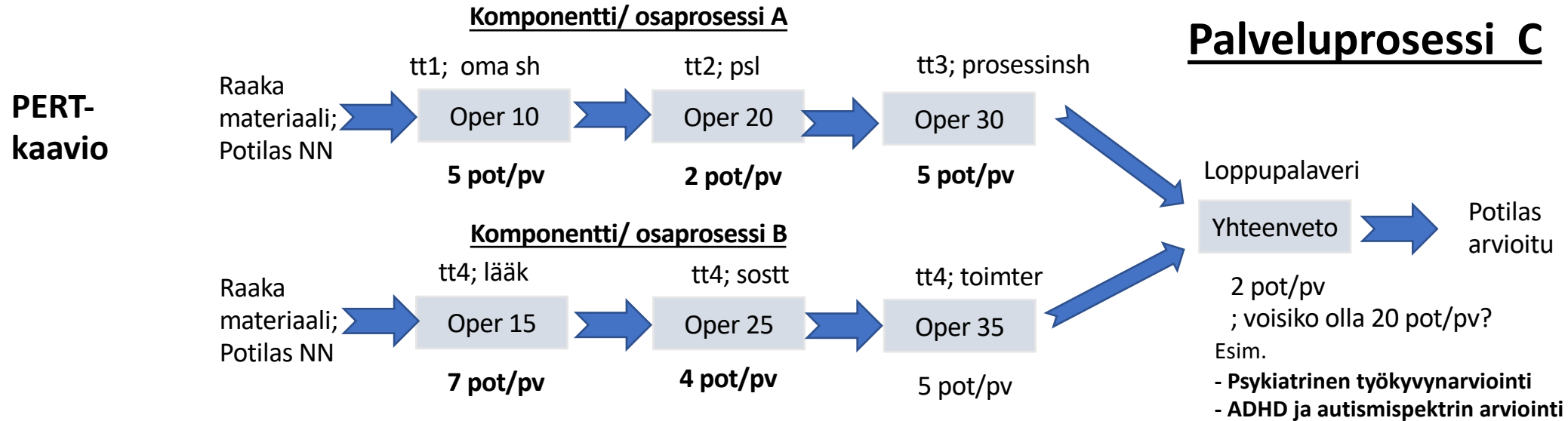
Potilaiden tulo osastohoitoon ennen MTPA:ta - päiväsaikaan ei päässyt



Moniammatillisen työryhmän tehokkuus?

J Kemppinen et al, 2017 , Improving the productivity and efficiency of an integrated mental and addiction care
– an application of the theory of constraints and five-focusing step to evaluation of adult ADHD patients

081015 Palvelutuotantoon liittyviä ongelmia/haasteita



Kysymykset:

**Jos on liikkuvat tuotantovälineet ja paljon tilaa (jonoja niin paljon kuin sielu sietää), niin nämä ongelmat eivät materialisoidu.
Mistä teillä näkyy paljonko on työryhmälle potilaita jonossa?**

5. Mitä tapahtuu jos sen sijaan prosessish (oper 30) on poissa 4 pv? Miksi?

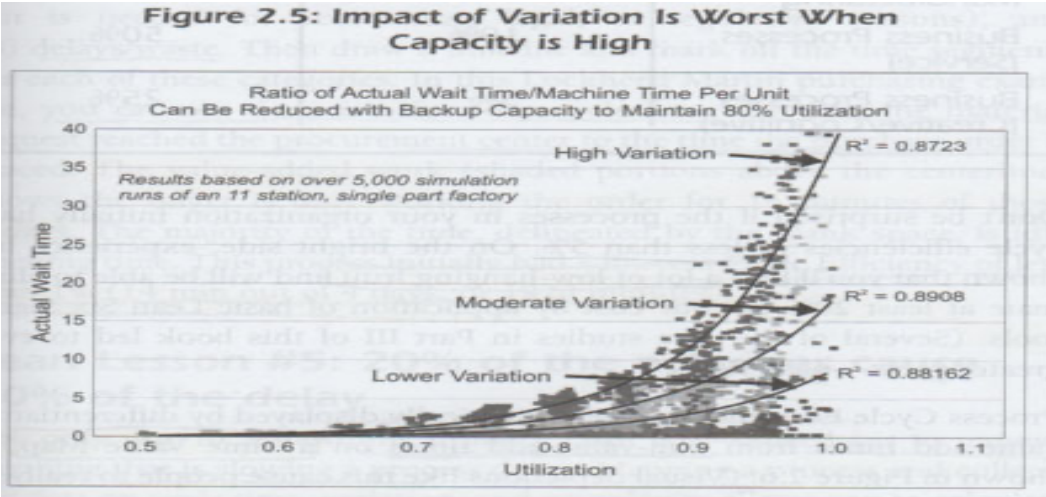
1. Pullonkaula eli 2 potilasta / päivä
2. Ei mitään. Tuhlataan vain resursseja.
3. Ei mitään. Lisää jonoja pullonkaulojen eteen.
4. Hidastuu . Lisää jonoja pullonkaulojen eteen.
5. Hidastuu . Lisää jonoja pullonkaulojen eteen.

en (Efficiency) vuoksi?
per 15)? ; Miksi?

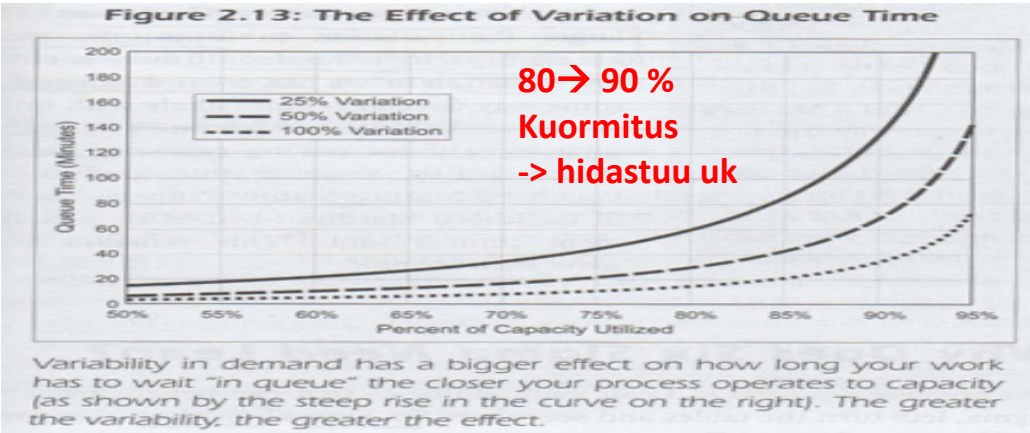
Antaa kaikkien kukkien kukkia – periaate EI OLE hyväksi (vaihtelu eli variaatio EI OLE hyväksi)

3. Mitä ovat sosiaali- ja terveydenhuollon prosessit?
Työntekijän työnteon lisäys, jos vaihtelua on paljon?

3. Mitä ovat sosiaali- ja terveydenhuollon prosessit?
Miten vaihtelu vaikuttaa jonojen muodostumiseen

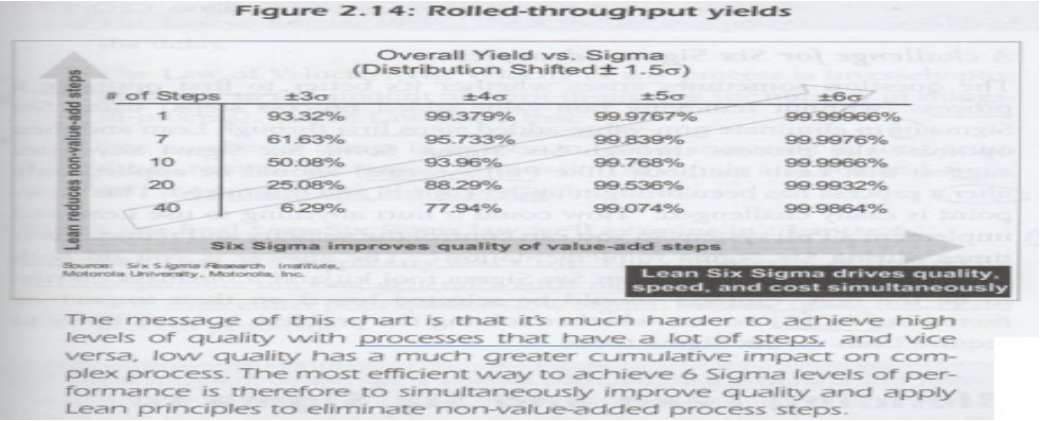


M L George, 2003



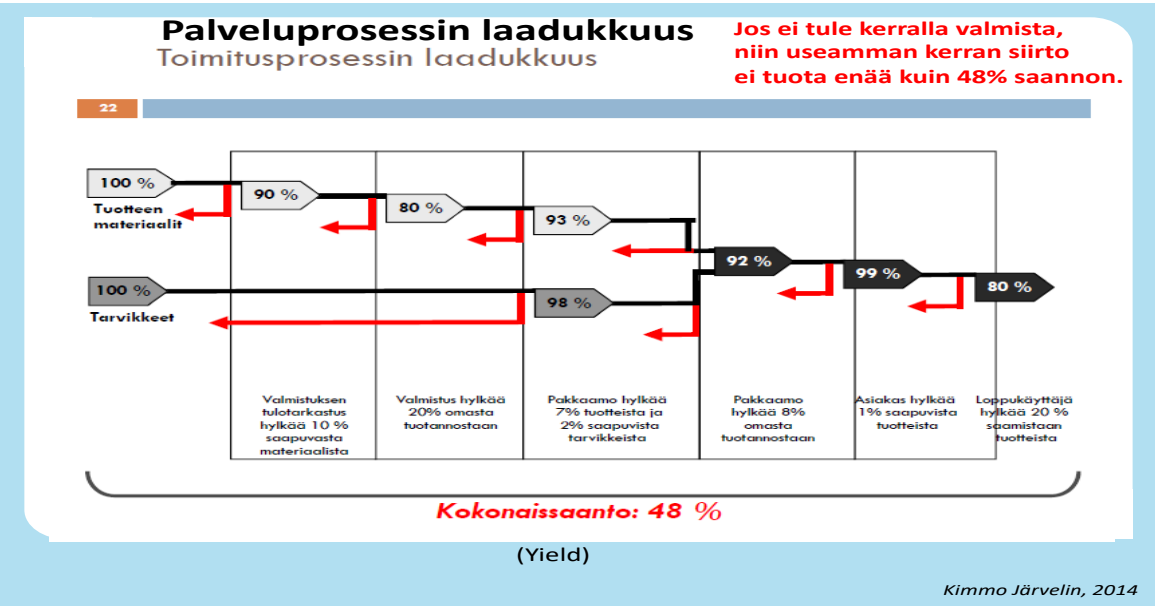
M L George, 2003

3. Mitä ovat sosiaali- ja terveydenhuollon prosessit?
Miten saantoa (= onnistumisen todennäköisyyttä) tulee, kun prosessi monimutkaistuu



Mahdollisimman vähän rajapintoja, jos rajapinta ei ole välttämätön, niin pois!

M L George, 2003



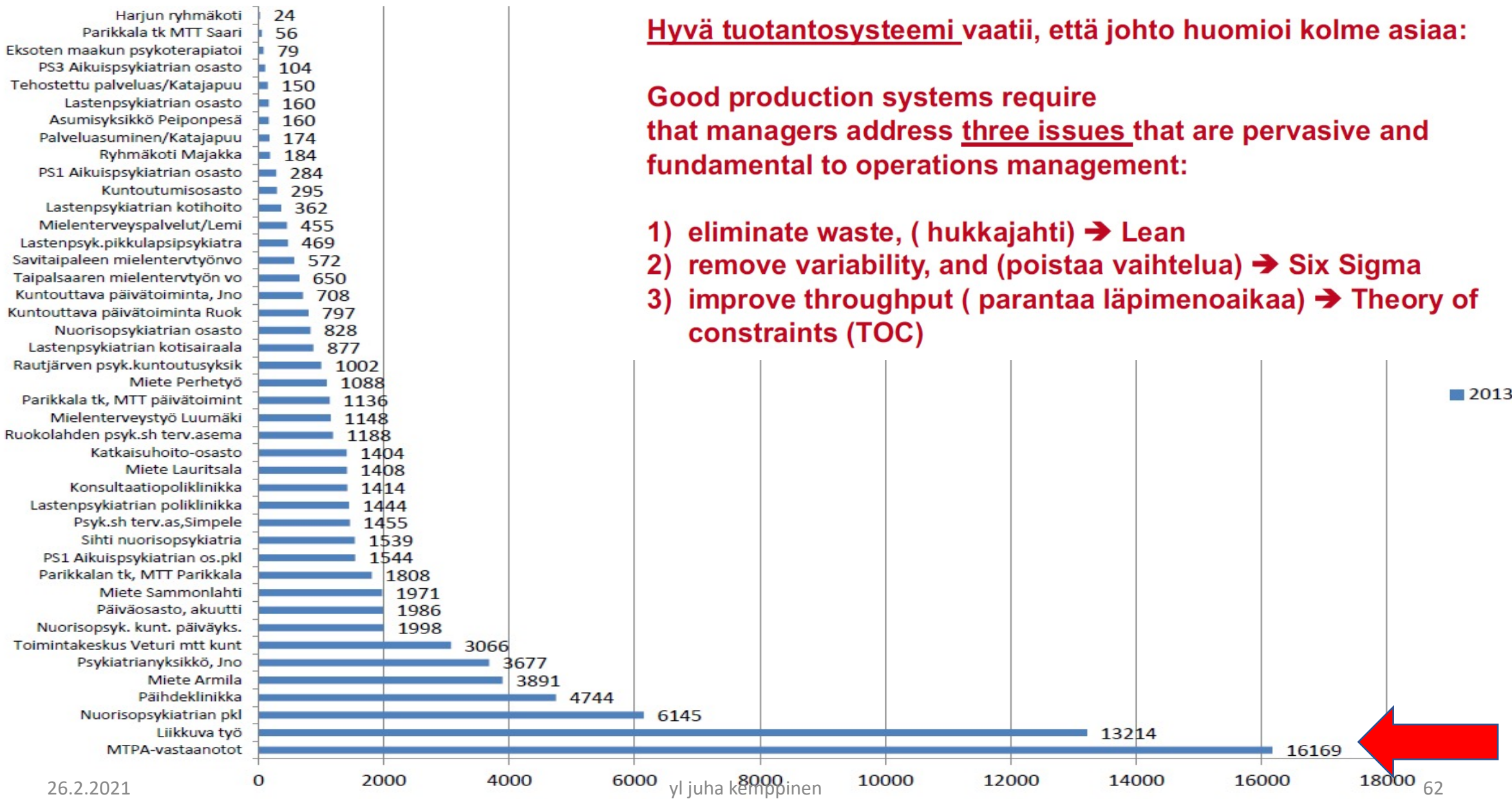
Palveluverkko- järkevä?

2013 potilaskäynnit eri toimipisteissä (31.10.13)

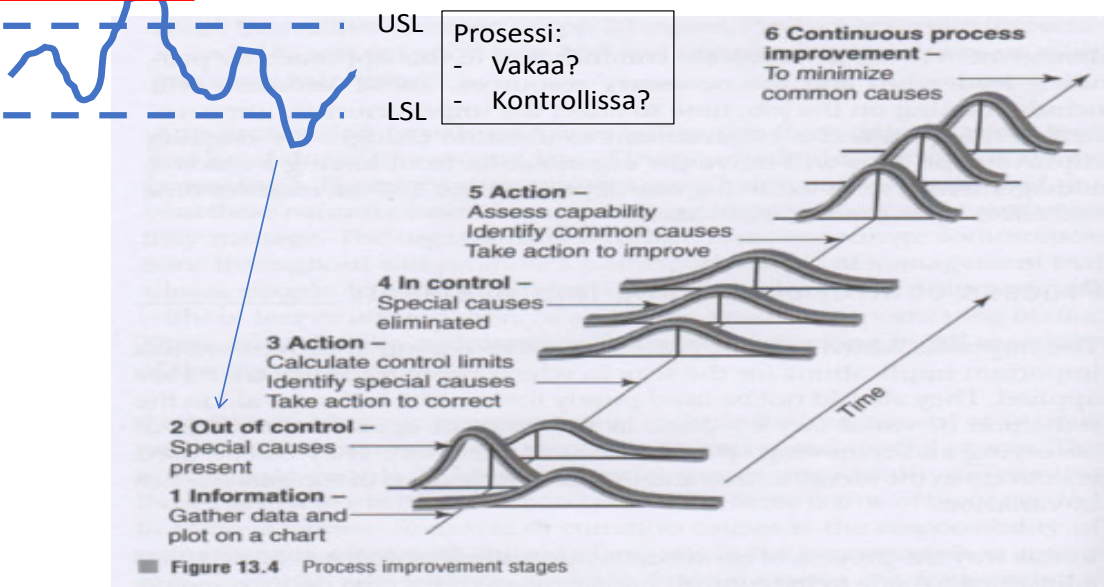
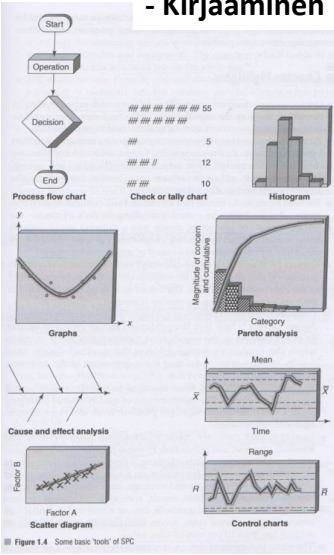
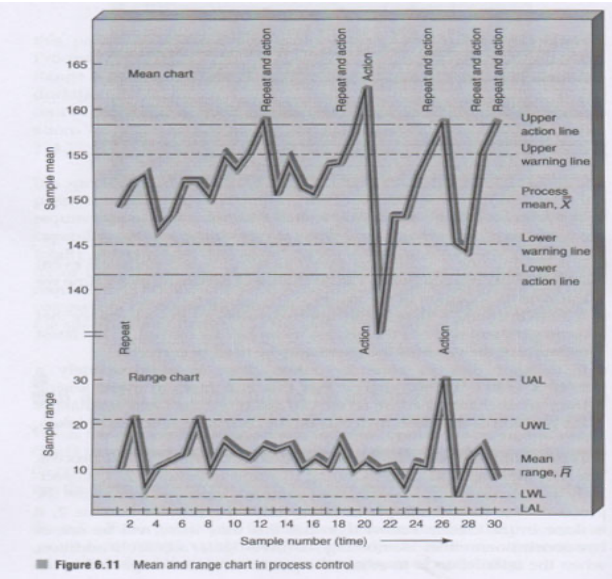
Hyvä tuotantosysteemi vaatii, että johto huomioi kolme asiaa:

Good production systems require that managers address three issues that are pervasive and fundamental to operations management:

- 1) eliminate waste, (hukkajahti) → Lean
- 2) remove variability, and (poistaa vaihtelua) → Six Sigma
- 3) improve throughput (parantaa läpimenoaikaa) → Theory of constraints (TOC)



Data ja SPC (statistical process control) – Prosessien tilatollinen kontrollointi



Data normaalijakautunutta vai ei ➡
onko prosessi vakaa ja kontrollissa, miten lasketaan tunnuslukuja

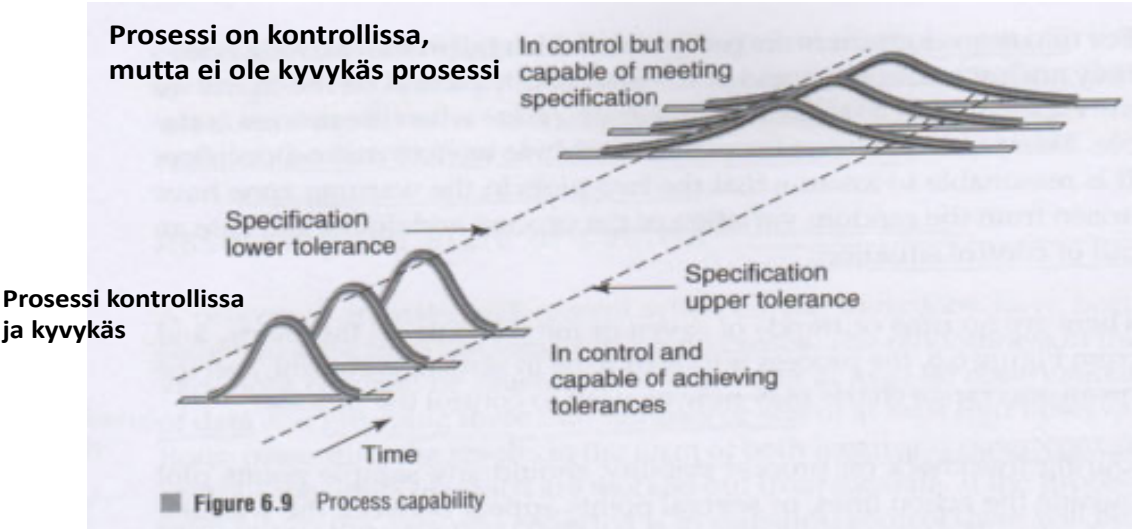
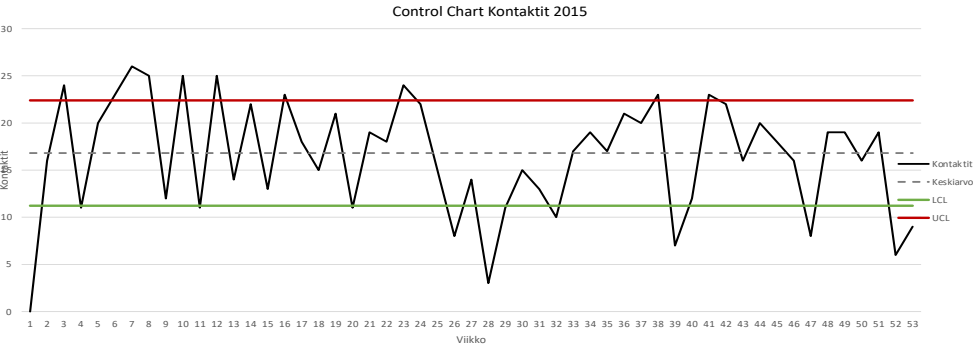
J Oakland, 2011

J Oakland, 2011

Kotka

121016 Miepä-keskuksen lukuja – lääkärit
vastaanotto 2015

Keskimäärin 17 käyntiä/ viikko?



Prosessi kontrollissa
ja kyvykäs

Prosessin kyvykkyys – teemmekö oikeita asioita? Jos jonoa, emme?

J Oakland, 2011

yi juha kemppinen

**Yli 80 % terveydenhoidon
ajankäytöstä on hukkaa ! →
Vau, mikä resurssi!**

**80% or more of the *time*
spent in a healthcare
processes is waste**



Source: University of Iowa Hospitals and Clinics

Less than 20% Value Added

A real medical example - a test-and-treat cycle
Most of the patient time is spent waiting, moving, etc.

Lean : Terveydenhuollon prosesseissa (yleensä palveluprosesseissa)
on hukkaa 30- 80 % (H J Harrington, 1983; M L George, 2003)

– M Alle 20 % toiminnoista
on arvoa tuottavaa

**1/3 hoitajien työajasta
kuluu potilastyössä**

Waste in Healthcare

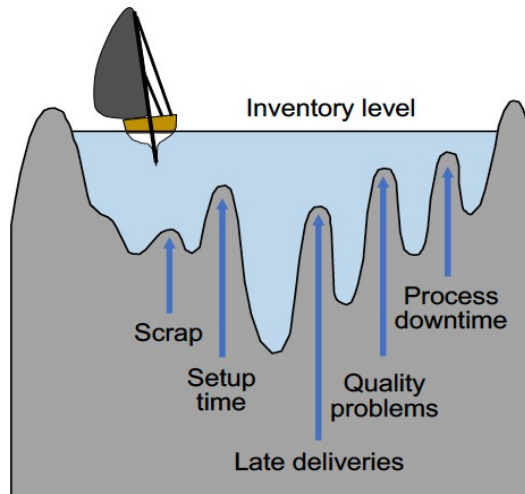
- “20-30% of Healthcare Spending is Waste”*
 - overtreatment of patients
 - failure to coordinate care
 - administrative complexity
 - burdensome rules
 - fraud
- Only 31-34% of nurse time spent with patients**

*Donald Berwick, former administrator of the Centers for Medicare and Medicaid Services, former President, Institute for Healthcare Improvement

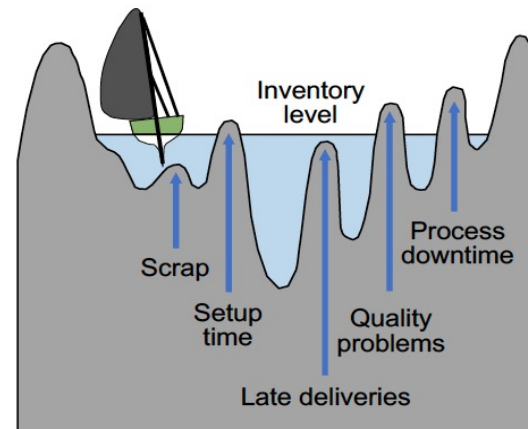
**Data collected from multiple sources by Mark Graban

McManus – Lean Healthcare – March 2012 – © LAI EdNet 15

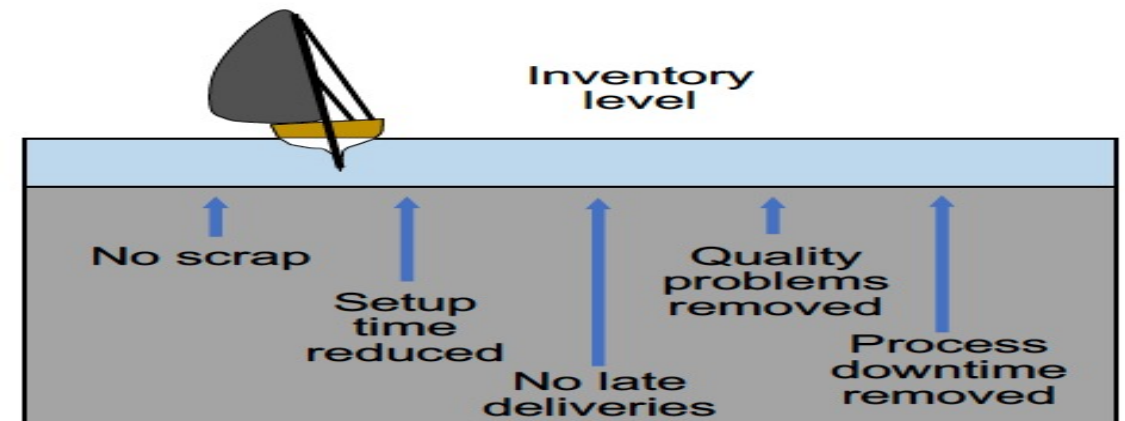
Reduce Variability



**Resurssien vähentäminen
tuo prosessiongelmat esille!**



Reduce Variability



Mitä ovat terveydenhuollon prosessit? Resurssi- ja virtaustehokkuus – Heijunka periaate



Perinteinen tapa:
A= 60 min , tai 30 min
B= 30 min, tai 15min
C= 15min tai 5min

Ap

	800	830	900	930	1000	1030	1100	1130	1230
RM 1	A		A		A		A		?
RM2		A		A		A		A	

Ip

	13		13 30		14		14 30		15		15 30		16		?		?	
R M 1	B		B		B		B		B		B		B		B		B	
R M2		C		C		C		C		C		C		C		C		C

Mitä ovat terveydenhuollon prosessit? Resurssi- ja virtaustehokkuus – Heijunka periaate



Heijunka periaate:
A= 60 min , tai 30 min
B= 30 min, tai 15min
C= 15min tai 5min

Ap

	800	830	900	930	1000	1030	1100	1130	1230
RM 1	A		A		A		A		
RM2		B C		B C		B C		B C	

Ip

	1300	1330	1400	1430	1500	1530	1600	1630	1700
RM 1	A		A		A		A		
RM2		B C		B C		B C		B C	

Hoitopolut ja hoitoprosessit: Miten saada prosessit haltuun? 20 eniten kontakteja omaavan potilaan käyntimäärät 2010-2012

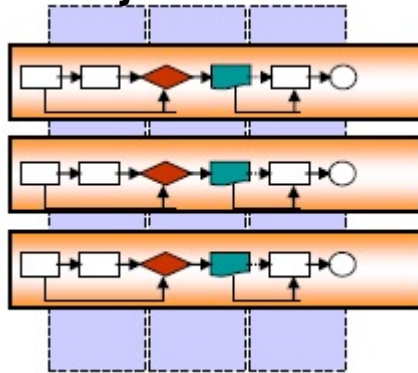
	2012	2011	2010	Kaikki yhteensä
Tavannut 64 eri työntekijää				
Viimeisen kolmen vuoden aikana	225	461	848	1534
	130	132	700	962
	50	144	710	904
	59	127	642	828
Pareto – periaate:	189	36	589	814
20/80 : parhaat asiakkaat	73	99	609	781
tuovat firmaan tuloja	131	305	342	778
	64	113	563	740
20/80 : eniten käyttävät	70	115	471	656
Kuluttavat eniten resursseja	10	118	464	592
	145	262	173	580
		71	504	575
	85	49	409	543
	31	115	396	542
	63	250	228	541
	155	351	32	538

Opioidikorvaushoito on erittäin kallista hoitoa ja kuluttaa ison osan resursseista

Alkoholisti joka käy kahden vuoden aikana 500 kertaa, Onko järkevää, tehokasta tai edes vaikuttavaa?

Raportoinnin heikkoudet: Efficia ➔ Sairauskertomus ➔ Mittari ➔ Tulokortti ➔ Strategia

80 % kustannuksista /virheistä luodaan palvelujen suunnittelu/design-vaiheessa



- Redesign/
Reengineering

- Sähköiset palvelut
Mobile / Vanha
rakennuskanta

Funktionaalisista siiloista prosesseihin.
Prosessin design määrittelee suorituskvyn.
Erinomaisuus luodaan prosesseissa.
(Hammer, 2007, Laamanen, 2009).

Organisaation suorituskvyy

Effectiveness (vaikuttavuus, laatu)

= potilas saa sitä mitä toivoo

(Voice of Customer)

Oikeat asiat
(Strateginen
toiminta)

Missio

Visio

Strategia

Arvot

Tavoitteet

jne.

Palvelukokemus (Ideal)
- JIT = Just in Time, Jidoka
- House of Quality

Excellent
performance

Evidence Based Medicine
Evidence Based Practice

Efficacy (tehokkuus)
= työntekijät tekevät
mitä pitää tehdä

Asiat oikein
(Operatiivinen
Toiminta)

EFQM, European Foundation for Quality Management



IDEAL

→ VSM (Porter 1985)

→ A3; U-solut; PULL

- ☒ Exactly what the patient needs, defect free
- ☒ One by one, customized to each individual patient
- ☒ On Demand, exactly as requested
- ☒ Immediate response to problems or changes
- ☒ No Waste
- ☒ Safe for patients, staff, and clinicians: physically, emotionally, & professionally

Figure 3-1. Adapted from the 4 Rules in Use identified by Bowen/Spear

Cindy Jimmerson, Value Stream Mapping for Healthcare Made Easy, 2010

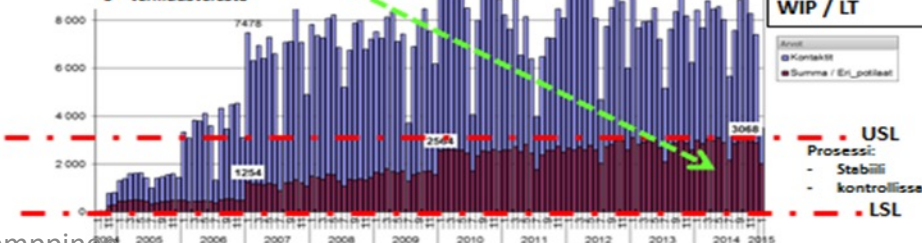
Meillä ei ole jonoja ollenkaan

Kanban

laskukaava:

- 33 % potilaslisäys heti alussa, ei paljon lisääntynyt enää
- Käynnit /keskiarvo kkssa / vuodet 2010-2014:
10859 --- 8747 --- 10797 --- 9362 --- 9705

$N = DT + S / C$
N = leistikoiden määrä
D = tarve työpisteessä
T = läpimenoaika (täydennysaika)
C = leistikön koko
S = varmuusvarasto



Little's laki:
LT = WIP / a CR
Kanban-variantti:
Delivery rate =
WIP / LT

Asiat
Käynnit
Summa / Eri-potilaat

USL
Prosessi:
- Stabiili
- kontrollissa
LSL

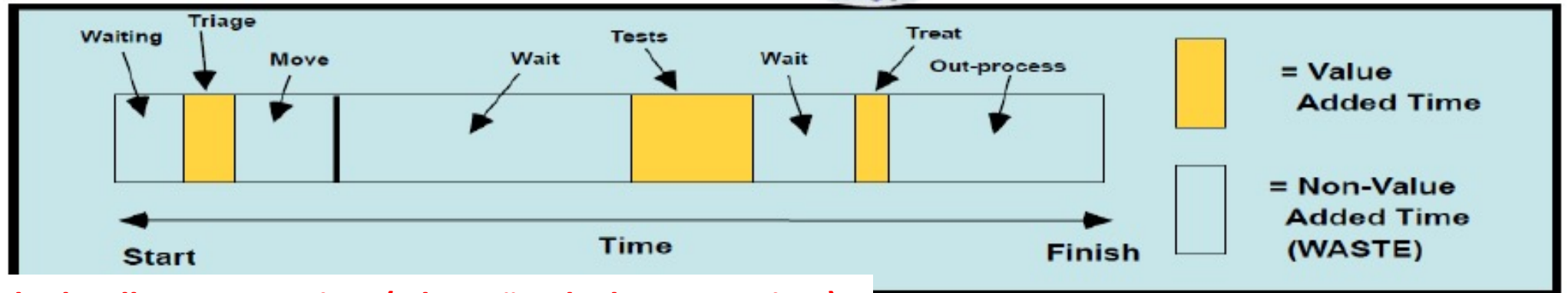
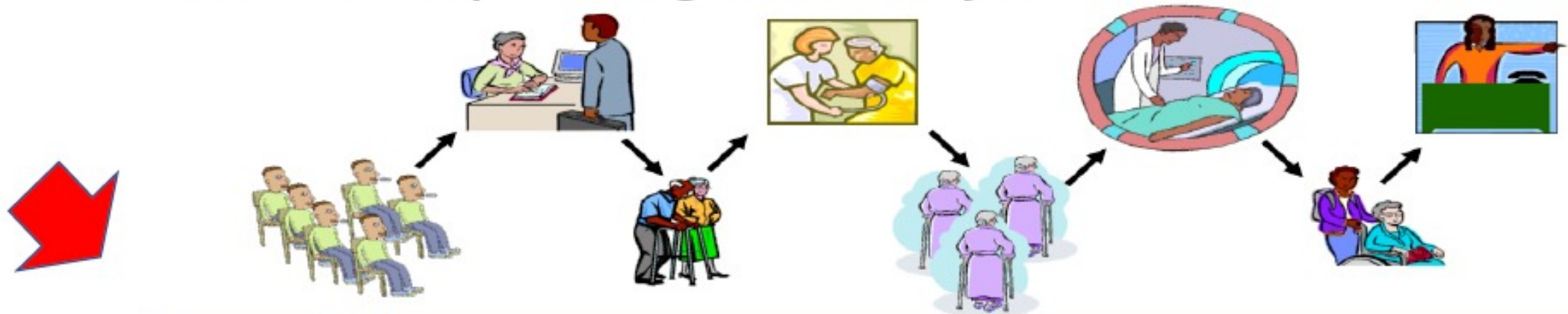
RQ1: We have No waiting lists

Terveydenhuollon jonot ovat sama kuin varastot teollisuudessa

Jos odottaa, niin
prosessi on pielessä?

Much of the **PATIENT'S**
time is spent **WAITING**

Notional example of Triage/test/Treat cycle

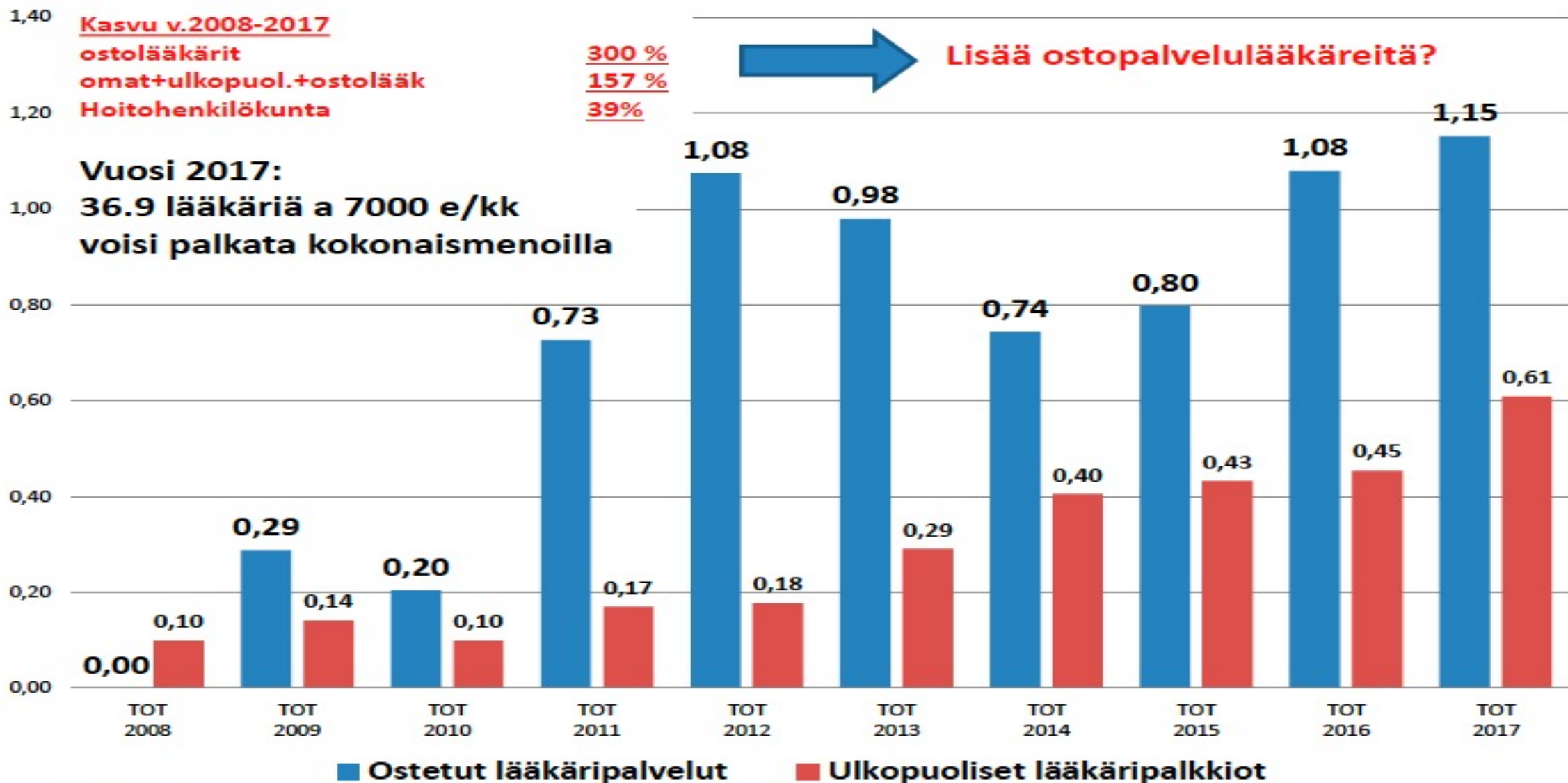


Lean : Terveydenhuollon prosesseissa (yleensä palveluprosesseissa)
on hukkaa 30- 80 % (H J Harrington, 1983; M L George, 2003)

McManus – Lean Healthcare – March 2012 – © LAI EdNet 16

Talous:

VKS psykiatrian ostopalvelulääkärikustannukset 2008-2017 (milj euroa)



13.12.2018

131218 vaj juha kemppinen

13

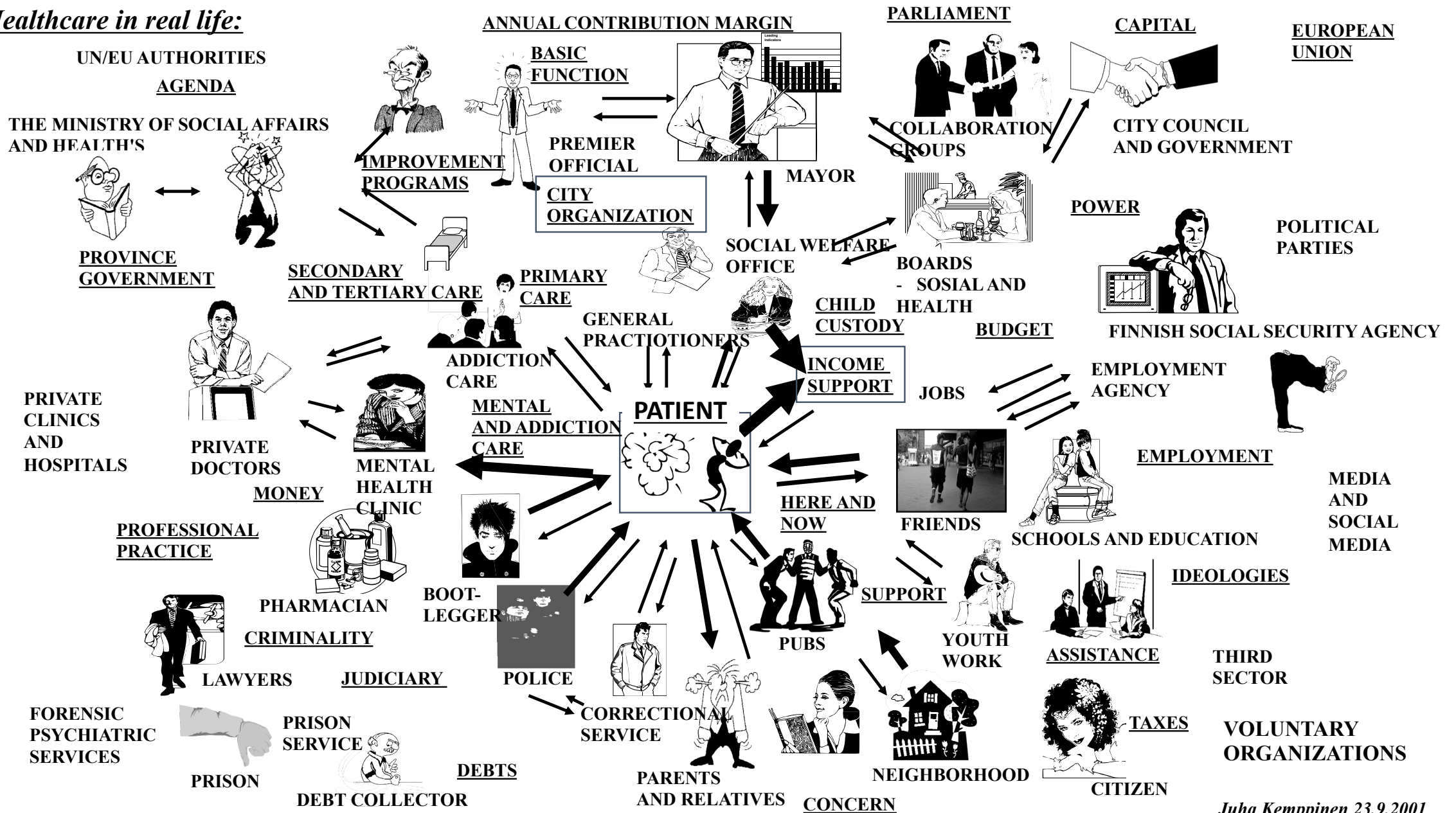
Tilastotiedot courtesy from Lena Nystrand

26.2.2021

yl juha kemppinen

70

Healthcare in real life:

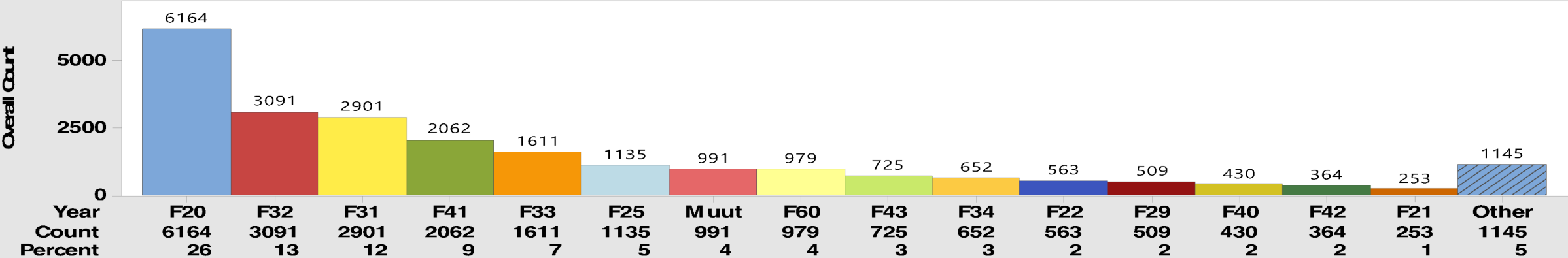


Juha Kempainen 23.9.2001

2011-2016 Lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan diagnoosit

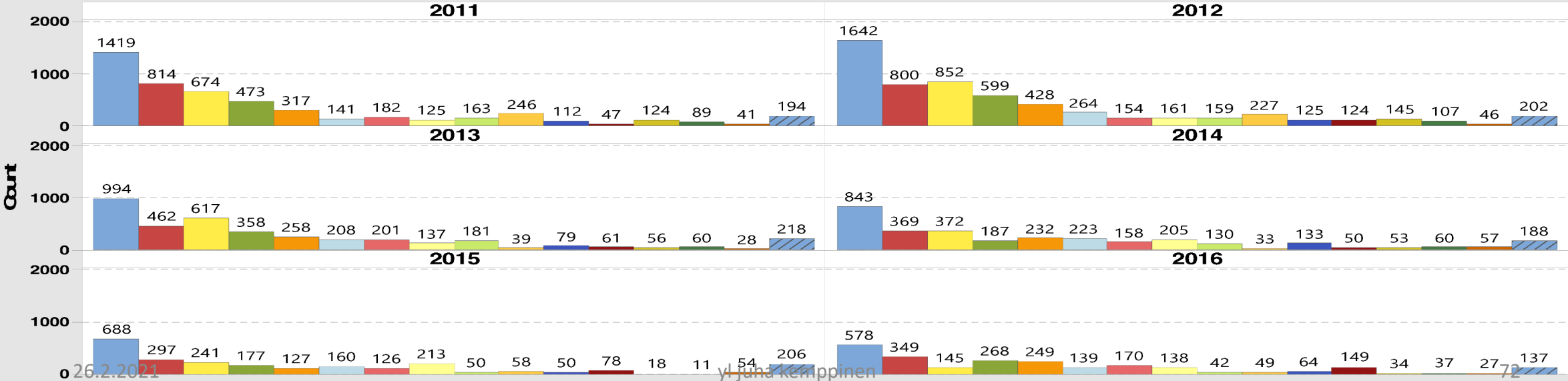
Pareto Chart of Year
Summary Report

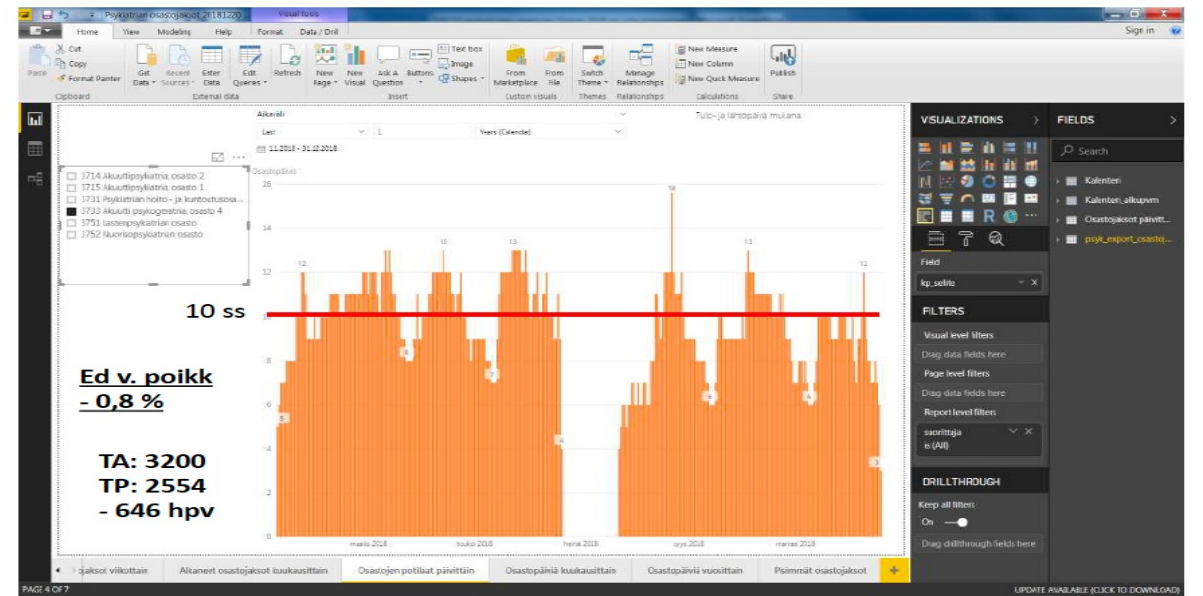
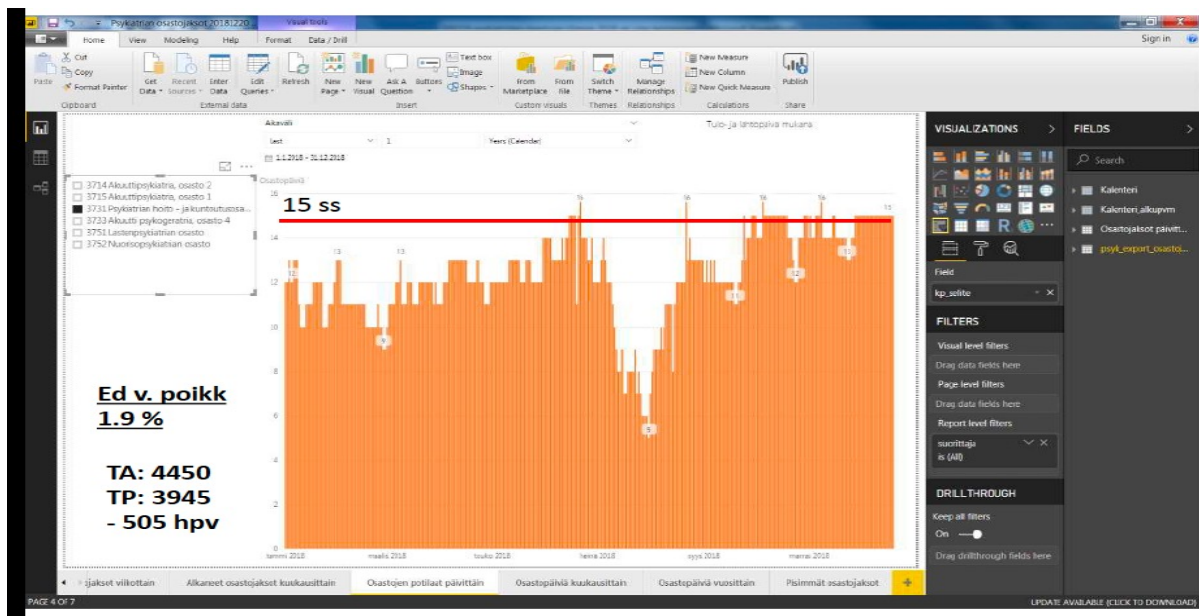
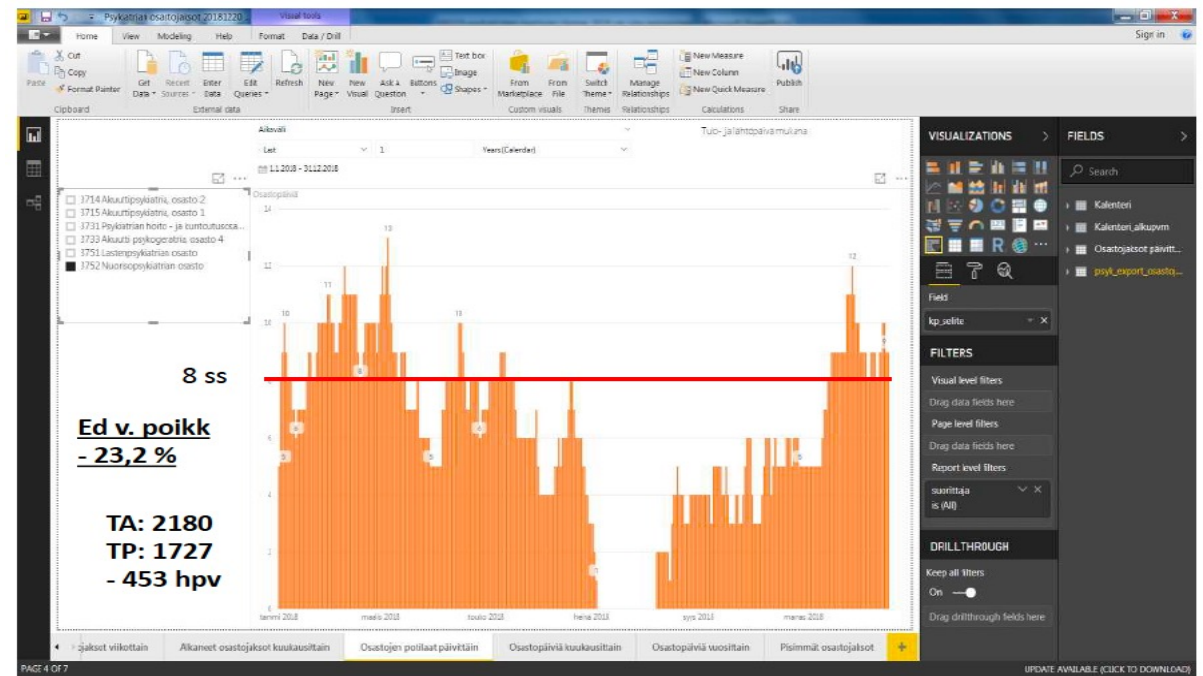
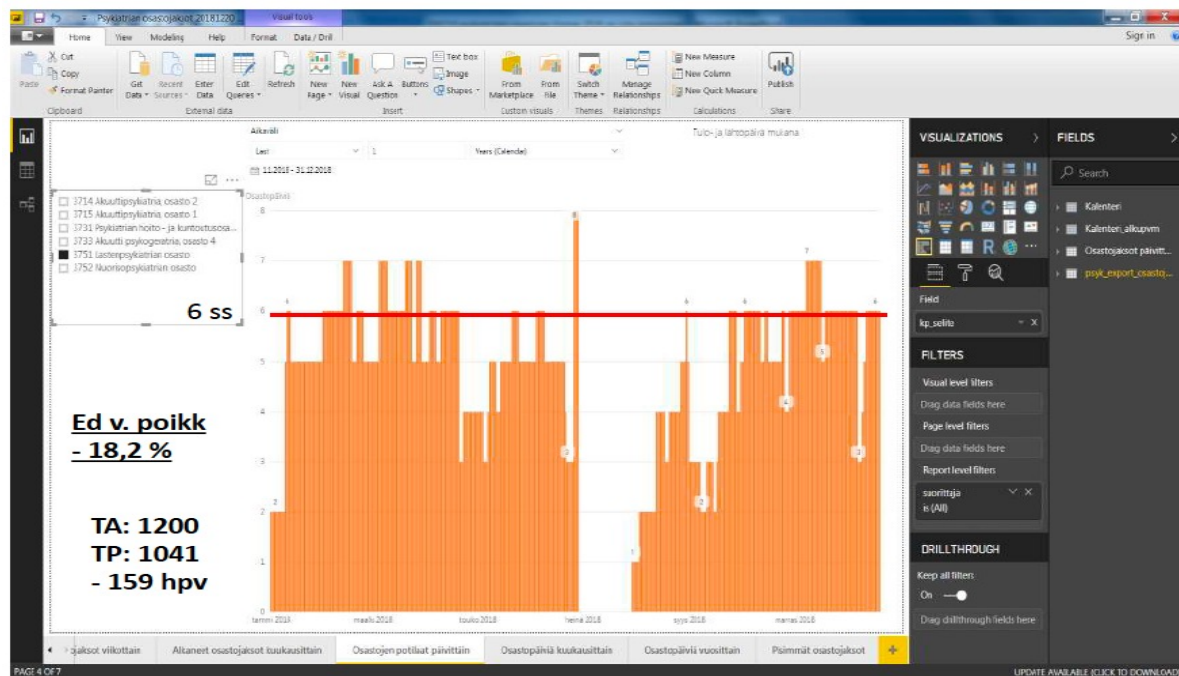
Overall



Broken down by X

Compare the groups with each other and the overall. The order of the bars is determined by the overall count.





**Yli 80 % terveydenhoidon
ajankäytöstä on hukkaa ! →
Vau, mikä resurssi!**

**80% or more of the *time*
spent in a healthcare
processes is waste**



Source: University of Iowa Hospitals and Clinics

Less than 20% Value Added

A real medical example - a test-and-treat cycle
Most of the patient time is spent waiting, moving, etc.

Lean : Terveydenhuollon prosesseissa (yleensä palveluprosesseissa)
on hukkaa 30- 80 % (H J Harrington, 1983; M L George, 2003)

– M Alle 20 % toiminnoista
on arvoa tuottavaa

**1/3 hoitajien työajasta
kuluu potilastyössä**

Waste in Healthcare

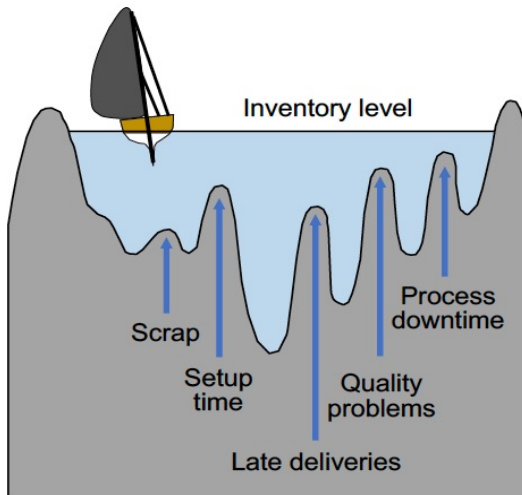
- “20-30% of Healthcare Spending is Waste”*
 - overtreatment of patients
 - failure to coordinate care
 - administrative complexity
 - burdensome rules
 - fraud
- Only 31-34% of nurse time spent with patients**

*Donald Berwick, former administrator of the Centers for Medicare and Medicaid Services, former President, Institute for Healthcare Improvement

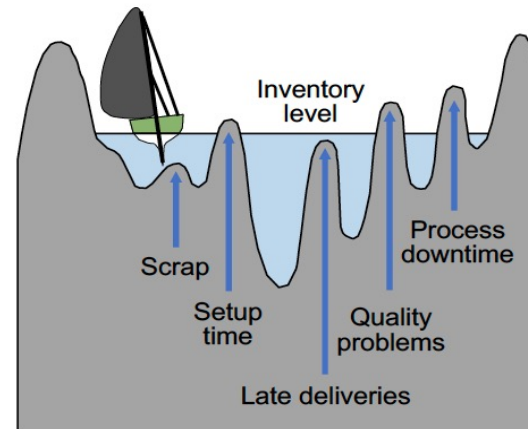
**Data collected from multiple sources by Mark Graban

McManus – Lean Healthcare – March 2012 – © LAI EdNet 15

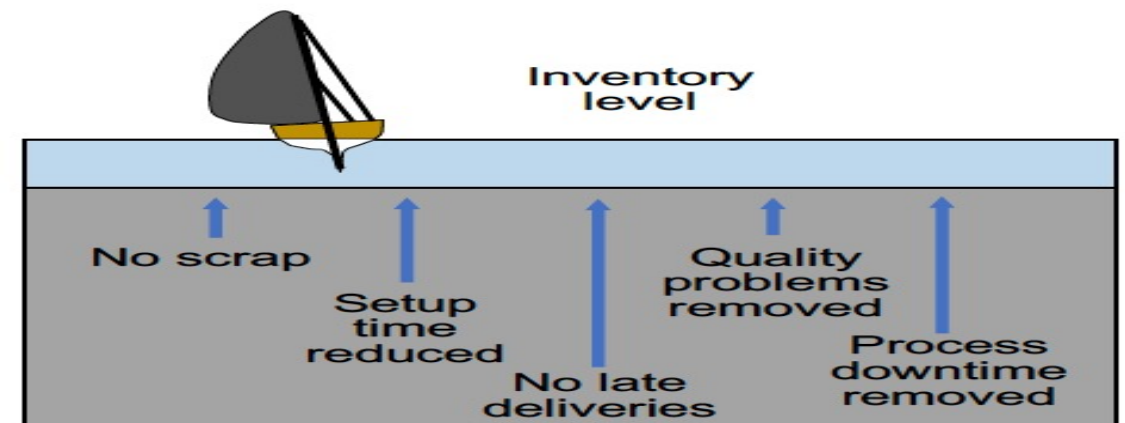
Reduce Variability



**Resurssien vähentäminen
tuo prosessiongelmia esille!**



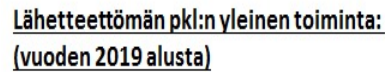
Reduce Variability



VKS psykiatria 2019-2021 Liikeidea:” kevyesti, ketterästi ja kerralla valmista ammattitaidolla”



Cindy Jimmerson, Value Stream Mapping for Healthcare Made Easy, 2010



vej juha kempinen

17



vaj juha kemppinen

30

Palvelumuotoilu



7/5/2018

vaj juha kemppinen

67

A3- kehittämisen välineenä

A3- raportti: miten raportoidaan ja kehitetään prosesseja?



MIKKO UUSITALO: Lean six sigma konsepti, Diplomityö, 66 sivua, Marraskuu 2012

yl juha kemppinen

VSM, LSS (GB,BB),QMS->SHQ
tiedolla johtaminen

Toiminnanohjausjärjestelmässä on lähiesimiehille/-naisille omat "dashboardit", joista näkyy alaisten toiminta, jotta sitä voi ohjata tiedolla eli tiedollajohtaminen: mm. katselmukset



75

Tausta-aineistoa:

Yl juha kemppinen

TCU Treatment Process Model



Table from: Simpson, D. D. (2002, September). Understanding clinical processes to improve treatment. *Research Summary: Focus on Treatment Process and Outcomes*, Fort Worth, Texas: Institute for Behavioral Research at Texas Christian University.



Attachment- Mutual Self-help Groups

For People Who Have a Substance Use Disorder

- Alcoholics Anonymous: <http://www.alcoholics-anonymous.org>
- Chemically Dependent Anonymous: <http://www.cdaweb.org>
- Cocaine Anonymous: <http://www.ca.org>
- Crystal Meth Anonymous: <http://www.crystalmeth.org>
- Heroin Anonymous: <http://www.heroin-anonymous.org>
- LifeRing Secular Recovery: <http://www.unhooked.com>
- Marijuana Anonymous: <http://www.marijuana-anonymous.org>
- Methadone Anonymous: <http://www.methadone-anonymous.org>
- Narcotics Anonymous: <http://www.na.org>
- Secular Organizations for Sobriety/Save Our Selves: <http://www.sossobriety.org>
- SMART Recovery: <http://www.smartrecovery.org>
- Women for Sobriety: <http://www.womenforsobriety.org>

For People With Co-Occurring Disorders

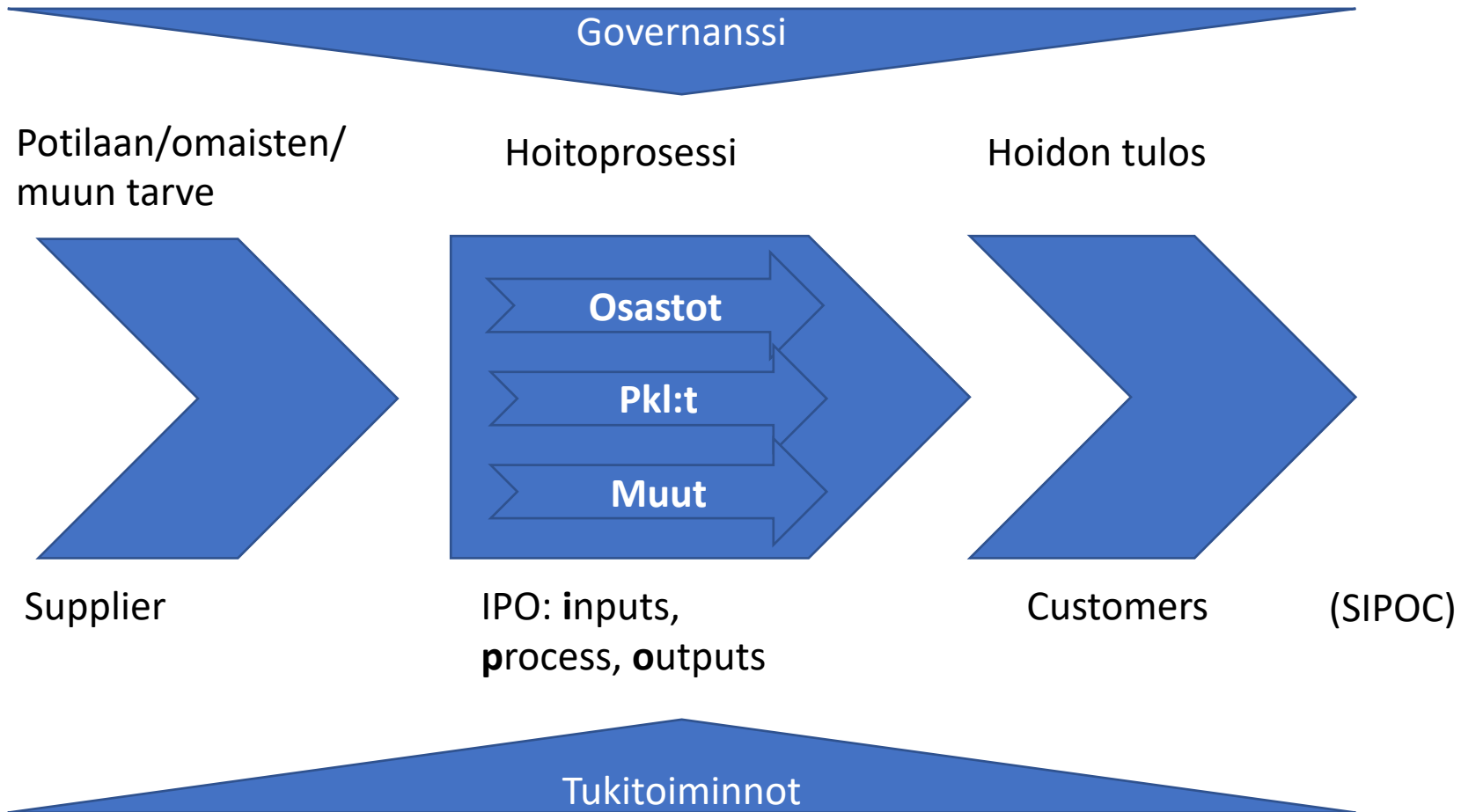
- Double Trouble in Recovery: <http://www.doubletroubleinrecovery.org>
- Dual Recovery Anonymous: <http://www.dualrecovery.org>

For Families, Friends, and Significant Others

- Al-Anon/Alateen: <http://www.al-anon.alateen.org>
- Co-Anon: <http://www.co-anon.org>
- Families Anonymous: <http://www.familiesanonymous.org>
- Nar-Anon: <http://nar-anon.org>

ALUE	KUNTA	MIELENTERVEYSINDEKSI 2008-2010	
		Ikävakioitu	Ikävakioimaton
Suomi		100	100
Etelä-Karjala		100,6	104,7
	Imatra	121,5	128,0
	Lappeenranta	98,0	99,2
	Lemi	75,7	79,6
	Luumäki	82,1	90,2
	Parikkala	87,8	100,2
	Rautjärvi	144,0	171,7
	Ruokolahti	86,5	97,0
	Savitaipale	82,8	90,5
	Taipalsaari	51,9	54,7
Kymenlaakso		107,8	110,8
	Hamina	101,1	103,5
	Kotka	127,5	129,0
	Kouvola	98,7	102,5
	Miehikkälä	154,6	170,3
	Pyhtää	63,6	66,6
	Virolahti	104,4	111,9
HUS-alue		79,2	77,6

Kotkan ja Vaasan psykiatrian ja päihdelääketieteen integrointi



Mike Flanagan: The Challenge of Shared Care

- Drake et al (1993) yhdeksän vakavasti mielenterveys-ongelmaisten päihdeongelmien hoidon periaatetta:
- 1. Vakuuttava peittävyys (outreach)
- 2. Tarkka seuranta
- 3. Integroitu tai yhteinen jaettu hoito
- 4. Kattavuus
- 5. Stabiilit elämän olosuhteet
- 6. Joustavuus
- 7. Vaihe-viisas hoito
- 8. Pitkittäisperspektiivi
- 9. Optimismi

TABLE 4.7. Guiding Principles of the Integrated Treatment Model

1. Treatment is provided by one integrated program designed to address both substance use disorder and severe mental illness.
2. The substance use disorder and the severe mental illness are treated by one team of dually trained clinicians.
3. The treatment for substance use disorder deviates from traditional “detox” and “rehab” practices and is tailored to the needs of those with severe mental illness.
4. Emphasis is placed on reducing anxiety—not breaking through denial about substance abuse.
5. Attempts are made to build trust and engage the patient in treatment—confrontation is avoided.
6. Priority is placed on reducing the harm associated with substance abuse—insistence on immediate abstinence may be counterproductive.
7. Recognition that treatment will probably be long term—rapid detoxification and short-term treatment followed by discharge is not realistic.
8. Counseling is stage based and motivational—not confrontational and time limited.
9. Around-the-clock access to treatment staff—not limited to daytime office hours.
10. Participation in 12-Step programs is available and encouraged—but not mandatory.
11. Use of psychotherapeutic medications is based on the patient’s psychiatric and medical needs—the goals of substance abuse treatment are not seen as comprising reliance on these medications.