

KYTKE-hanke
1.3.2010–31.10.2012

Asiakkaan ja kodin kytkeminen sosiaali- ja terveyden-
huollon saumattomaan hoito- ja palveluketjuun

Loppuraportti
Oulu Pohjoinen osahanke



TIIVISTELMÄ

KYTKE-hanke (Asiakkaan ja kodin kytkeminen sosiaali- ja terveydenhuollon saumattomaan hoito- ja palveluketjuun) on ollut osa KASTE-ohjelman toteutusta ja Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiohjelmaa. Hankkeen koordinoitavastuu on ollut Oulun kaupungilla ja kehittämistyötä osahankkeissa on tehty 1.3.2010–30.9.2012 välisenä aikana. Hankekokonaisuus on toteutettu alueellisten osahankkeiden (Oulu Pohjoinen, Oulu Eteläinen, Kainuu, KPSHP ja PPSHP) ja niitä yhdistävän koordinoitavahankkeen avulla. Hankkeen taustaviitekehityksenä on ollut terveyshyötymalli. Kokonaisbudjetti on ollut 3 720 000 euroa.

KYTKE-hankkeen kokonaistavoitteena on ollut

1. Muuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan painopistettä niin, että asiakkaan ja läheisten osallisuus ja sitoutuminen palveluprosesseissa lisääntyy
2. Hioa keskeisten, paljon resursseja vaativien prosessien toimivuutta terveyshyötymallin viitekehityksessä
3. Ottaa käyttöön informaatioteknologiaa uusien tavoin tiedonkulun ja palveluprosessien sujuvuuden parantamiseksi
4. Vahvistaa perusterveydenhuollon asemaa
5. Luoda malli sosiaali- ja terveydenhuollon palveluprosessien hallinnalle ja ohjaamiselle

Hankekokonaisuus on rakentunut siten, että osahankkeissa kehitettyjen hoito- ja palveluprosessien toimenpidekokonaisuuksien kautta on vastattu sekä prosesseille että hankekokonaisuudelle asetettuihin tavoitteisiin.

Oulu Pohjoisen osahankkeessa on kehitetty mielenterveysasiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessia, aivohalvauspotilaan kuntoutusprosessia ja syöpäpotilaan saattohoitoprosessia yhteistyössä Oulu Eteläisen ja PPSHP:n osahankkeen kanssa. Lisäksi osahankkeessa on kehitetty tavoitteellisesti sosiaali- ja terveydenhuollon välistä yhteistyötä sekä pyritty osoittamaan haasteita prosessien hallintaan ja ohjaamiseen liittyen.

Osahankkeen keskeisimpiä kehittämistyön tuloksia ovat laaja-alaisesti ja moniammatillisesti mallinnetut hoito- ja palveluprosessit, hoidon koordinaattoritoiminta kyseisissä asiakasryhmissä, asiakkaiden parempi kotona selviytyminen perusterveydenhuoltoon kehitettyjen toimintamallien avulla, asiakkaiden ohjauksen sekä hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmien kehittäminen, kotisaattohoidon järjestäminen Oulun kaupungissa, videokonsultaatioiden ja suojatun viestintäpalvelun hyödyn osoittaminen hoito- ja palveluprosessien sujuvuudessa sekä kolmannen sektorin toimijoiden osuuden vahvistuminen kyseisissä hoito- ja palveluprosesseissa. Osahankkeessa saatiin myös luotua moniammatillisia yhteistyöverkostoja erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon sekä kolmannen sektorin toimijoiden välille.

Tässä loppuraportissa on kuvattu kehittämistyötä hoito- ja palveluprosesseittain ja niihin liittyvien osatavoitteiden mukaisesti. Raportin lopussa on käsitelty osahankkeessa saavutettuja tuloksia suhteessa hankekokonaisuuden päätavoitteisiin.

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

1 JOHDANTO	1
2 PROJEKTIOORGANISAATIO	2
2.1 Johtoryhmä	2
2.2 Projektihenkilöstö	3
3 OSAHANKKEEN TOIMINNANKUVAUS	4
3.1 Osahankkeen vaiheistus	4
3.2 Osahankkeen viestintä	6
3.3 Osahankkeen arviointi	7
4 SYÖPÄPOTILAAN SAATTOHOITOPROSESSI	8
4.1 Kehittämistyön tavoitteet	8
4.2 Kehittämistyön eteneminen	9
4.3 Kehitettyjen toimintamallien pilotointi ja tiedottaminen alueilla	10
4.4 Kehittämistyön tulosten arviointi	14
4.4.1 Asiakkaiden ja ammattilaisten kokemukset	15
4.4.2 Kokemukset kotisaattohoidosta	18
4.4.3 Kustannushyötyanalyysin tulokset	20
4.4.4 Järjestötoimijan näkökulma	22
4.5 Toimintamallien juurruttaminen ja levittäminen	23
4.6 Johtopäätökset ja jatkosuositukset	25
5 AIVOHALVAUSPOTILAAN KUNTOUTUSPROSESSI	27
5.1 Kehittämistyön tavoitteet	27
5.2 Kehittämistyön eteneminen	27
5.3 Kehitettyjen toimintamallien pilotointi ja tiedottaminen alueilla	28
5.4 Kehittämistyön tulosten arviointi	32
5.4.1 Asiakkaiden ja ammattilaisten kokemukset	33
5.4.2 Kustannushyötyanalyysin tulokset	37
5.4.3 Järjestötoimijan näkökulma	40
5.5 Toimintamallien juurruttaminen ja levittäminen	41
5.6 Johtopäätökset ja jatkosuositukset	45
6 MIELENTERVEYSASIAKKAAN HOITO- JA KUNTOUTUSPROSESSI	46
6.1 Kehittämistyön tavoitteet	46
6.2 Kehittämistyön eteneminen	47
6.3 Kehitettyjen toimintamallien pilotointi ja tiedottaminen alueilla	48
6.4 Kehittämistyön tulosten arviointi	51
6.4.1 Asiakkaiden ja ammattilaisten kokemukset	52
6.4.2 Kustannushyötyanalyysin tulokset	54
6.5 Toimintamallien juurruttaminen ja levittäminen	56
6.6 Johtopäätökset ja jatkosuositukset	56

7 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON YHTEISTYÖN KEHITTÄMINEN	57
7.1 Kehittämistyön tavoitteet	57
7.2 Kehittämistyön eteneminen	58
7.3 Sosiaalityön osuus pilotoinneissa, toiminnan juurruttamisessa ja levittämisessä	58
7.4 Kehittämistyön tulosten arviointi	61
7.4.1 Tulosten tarkastelu tavoitteittain	61
7.4.2 Kustannushyötyanalyysin tulokset	63
7.5 Johtopäätökset ja jatkosuositukset	63
8 PROSESSIEN HALLINTA JA OHJAAMINEN	63
9 OSAHANKKEEN KUSTANNUKSET JA RAHOITUS	65
10 YHTEENVETO TULOKSISTA SUHTEESSA HANKEKOKONAISUUDEN PÄÄTAVOITTEISIIN	67
10.1 Saavutetut tulokset päätavoitteiden mukaisesti	67
10.2 Tulosten hyödyntäminen hankkeen päättymisen jälkeen	70
LÄHTEET	73

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristössä, lainsäädännössä sekä toiminnan rakenteissa tapahtuu suuria muutoksia lähivuosien aikana. Pitkään jatkunut erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon sekä osittain myös sosiaalihuollon eriytyneisyys tarjoaa integraation avulla paljon mahdollisuuksia toimintojen tehostamiseen organisaatioiden ja prosessien uudistamisen kautta. Tehokas tiedon välitys on kaikkien nykyajan toimintojen lähtökohta. Osaavan henkilöstön rekrytointiongelmat, ikääntyvän väestön lisääntyvät palvelutarpeet ja kuntien talouden nopea heikkeneminen ovat luoneet voimakkaat uudistustarpeet sosiaali- ja terveydenhuoltoon.

KYTKE-hanke on ollut Oulun kaupungin ensimmäinen laaja kansallinen koordinaatiohanke. Hankkeen kehittämistyössä on ollut mukana viisi osahanketta. Oulu Pohjoinen (maakunnan pohjoisosa), Oulu Eteläinen (maakunnan eteläinen osa) ja PPSHP ovat kehittäneet yhteistyössä mielenterveysasiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessia, aivohalvauspotilaan kuntoutusprosessia sekä syöpäpotilaan saattohoitoprosessia. Kainuun osahankkeessa on kehitetty omahoidon vahvistamisen välineitä sekä "kotoa kotiin"-prosessia ja ylisektorista johtamista. KPSHP on kehittänyt aivohalvauspotilaan kuntoutusprosessia. Hankkeen läpileikkaavina teemoina on ollut tiedonkulku ja teknologia ja prosessien hallinta ja ohjaaminen. (kuvio 1)



Kuvio 1. KYTKE-hankekokonaisuus.

KYTKE-hankkeen keskeisimpänä tavoitteena on ollut vahvistaa perusterveydenhuoltoa, kehittää asiakaslähtöisempiä toimintatapoja, selkeyttää peruserikoissairaanhoidon ja erityistason erikoissairaanhoidon järjestämistä, työstää hoitoprosesseja mahdollisimman toimiviksi ja kustannustehokkaiksi sekä käyttöönottaa ja hyödyntää uutta informaatioteknologiaa tiedonkulun parantamiseksi eri toimijoiden välillä. Kehittämistyössä on kiinnitetty erityistä huomiota kotona selviytymisen tukemiseen sekä prosessien saumattomaan kytkemiseen toisiinsa. Hankkeessa

on pyritty myös tiivistämään sosiaali- ja terveydenhuollon sekä kolmannen sektorin välistä yhteistyötä.

KYTKE-hankkeen ideana on ollut luoda mallinnustapa ja pohja asiakaslähtöiseen, koko sosiaali- ja terveydenhuollon integroivaan sekä monikanavaista mallia toteuttavaan palvelujärjestelmään. Kehittämistyötä on tehty terveyshyötymallin viitekehyksessä. Terveyshyötymallin (Chronic Care Model) tavoitteena on parantaa hoidon laatua ja tuloksia. Mallin mukaisella toiminnalla on mahdollisuus hillitä kustannusten nousua käyttämällä resurssit entistä tehokkaammin ja tarkoituksenmukaisemmin terveyshyödyn tuottamiseen. Mallilla halutaan myös siirtyä pitkäaikaissairauksien hoidossa reaktiivisesta, hajautetusta ja sairauskeskeisestä hoidosta kokonaisvaltaiseen, suunnitelmalliseen ja ennakoivaan hoitoon. (Muurinen 2010.) Terveyshyötymalliin sisältyvä pitkäaikaissairaiden hoitosuunnitelma, omahoidon tuki ja moniammatillinen yhteistyö ovat keinoja puuttua hoitoketjujen pirstaleisuudesta, hoidon jatkuvuuden puutteista ja hoitokäytäntöjen vaihtelusta aiheutuviin ongelmiin (Keskimäki ym. 2011). KYTKE-hankkeessa kehittämistyötä ja saavutettuja tuloksia on tarkasteltu myös terveyshyötymalliin liittyvien kuuden elementin mukaisesti, omahoidon tuen, palveluvalikoiman, terveysterveystoiminnan, päätöksenteon tuen, tietojärjestelmien ja yhteisöllisten voimavarojen näkökulmasta.

Tässä loppuraportissa kehittämistyö, sen arviointi ja saadut tulokset on käsitelty prosesseittain. Loppuraportin laatimiseen ovat osallistuneet Minna Rekilä-Similä, Urpo Määttä, Sari Vattjus-Anttila, Tiina Vuononvirta, Airi Mäntylä, Anne-Maria Simojoki ja Virpi Kanto.

2 PROJEKTIORGANISAATIO

2.1 Johtoryhmä

Oulu Pohjoisen osahankkeen johtoryhmän tehtävänä oli johtaa hankkeen työskentelyä ja päättää hankkeen linjauksista, hyväksyä osahankkeen suunnitelmat, ohjata ja valvoa projektin toiminnallisten tavoitteiden toteutumista ja ehdottaa tarvittaessa muutoksia. Johtoryhmä myös käsitteli ja hyväksyi väliraportit ja loppuraportin tuloksineen.

Osahankkeen johtoryhmän kokoonpano koostui Oulun kaupungin edustajista sekä osahankealueen kuntien edustajista (taulukko 1). Johtoryhmän jäsenistöön valittiin moniammatillisesti edustusta sosiaali- ja terveydenhuollon puolelta. Johtoryhmän kokouksissa oli kutsuttuna mukana myös tarpeen mukaan hankehenkilöstöä hankekoordinaatiosta.

Oulu Pohjoisen osahankkeen johtoryhmä kokoontui hankeajalla kuusi kertaa. (18.10.2010., 14.1.2011., 16.5.2011., 11.10.2011., 1.2.2012, 22.8.2012. Lisäksi pidettiin kaksi sähköpostikokousta (28.8.–31.8.2012 ja 26.10.–30.10.2012).

Taulukko 1. Johtoryhmän kokoonpano.

Johtoryhmän jäsenet	Varajäsenet
Keijo Koski, Oulun kaupunki, puheenjohtaja	
Hilkka Huusko, Kiiminki	
Niilo Keränen, Kuusamo	Marjo Jurmu, Kuusamo
Juha Korpelainen, PPSHP	
Ritva Taivalkoski, Taivalkoski	Elsa Nurkkala ja Suoma Ojala, Taivalkoski
Olavi Timonen, Oulunkaari	H.Tapio Hanhela, Oulunkaari
Sirkka-Liisa Olli, Oulun kaupunki	Merja Halonen, Oulun kaupunki
Elina Välikangas, Oulun kaupunki	
Eija Palsinajärvi-Äikäs, Oulun kaupunki	
Juhani Heikka, Oulun kaupunki	
Minna Rekilä-Similä, Oulun kaupunki, esittelijä	
Anne-Maria Simojoki, Oulun kaupunki, sihteeri	

2.2 Projektihenkilöstö

Oulu Pohjoisen osahankkeen projektihenkilöstöön kuului osa-aikainen projektipäällikkö sekä kehitettyjen hoito- ja palveluprosessien projektivastaavat 50–100% työajalla (taulukko 2). Lisäksi osahankkeen jokaisen prosessin kehittämistyössä oli hankealueelta mukana paljon kokeneita kehittäjätyöntekijöitä sosiaali- ja terveydenhuollon sektorilta. Taulukkoon 3 on kuvattu Oulu Pohjoisen osahankkeen projektihenkilöstön tarve henkilötyövuosina. Varsinaisen projektihenkilöstön ja kehittäjätyöntekijöiden lisäksi hanketyössä oli mukana terveydenhuollon ammattilaisia, jotka laskuttivat yksittäisten tuntien mukaan. Kaikki osahankkeeseen osallistuvat pitivät erillistä työajanseurantaa käytetystä työajasta. Tuntiseurantaa käytettiin palkanmaksun perusteena.

Oulu Pohjoisen osahankkeen projektihenkilöstö kokoontui kuukausittain yhteiseen kokoukseen, jossa tarkasteltiin prosessien kehittämistyön etenemistä, hankekoordinaatiosta tulleet asiat ja muita ajankohtaisia hankeasioita.

Hankkeen alussa oli henkilövaihdoksia, jotka viivästyttivät koko hankkeen käynnistymistä ja prosesseista mielenterveysasiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessin kehittämistyön aloittamista. Hankkeen sujuvan aloituksen kannalta olisi tärkeää rekrytoida hankehenkilöstö mahdollisimman aikaisessa vaiheessa. Lisäksi hankkeen etenemisen kannalta tulisi tarkkaan pohtia realistinen henkilöresurssointi hankkeen ajalle. Oulu Pohjoisen osahankkeessa haasteelliseksi koettiin hanketyöhön osallistuminen oman työn ohella. Sen vuoksi olisi tärkeää, että jatkossa hankkeissa, etenkin projektin kehittämistyöstä vastaavilla henkilöillä olisi mahdollisuus osallistua kokoaikaisesti hanketyöhön. Osahankkeessa koettiin tärkeäksi kehittäjätyöntekijöiden tiivis osallistuminen hoito- ja palveluprosessien kehittämistyöhön. Kehittäjätyöntekijät ovat avainasemassa toimintamallien juurruttamisessa pilottikohteissa.

Taulukko 2. Oulu Pohjoisen osahankkeen projektihenkilöstö.

Nimi	Tehtävä hankkeessa	Työssäoloaika	Työaika%
Ulla Hakola	Projektijohtaja	4/2010-7/2010	20%
Minna Rekilä-Similä	Projektijohtaja	9/2010-09/2012	20%
Tiina Vuononvirta	Projektivastaava / AVH-prosessi	9/2010-9/2012	25-50%
Sirkka Kurola	Projektivastaava / MT-prosessi	9/2010-11/2010	50%
Sari Vatjus-Anttila	Projektivastaava / MT-prosessi	1/2011-9/2012	100%
Urpo Määttä	Projektivastaava / Saattohoito-prosessi	9/2010-9/2012	50%-100%
Airi Mäntylä	Projektivastaava / sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön kehittäminen	1/2011-8/2012	50%
Anne-Maria Simojoki	Projektisihteeri	8/2010-9/2012	10%

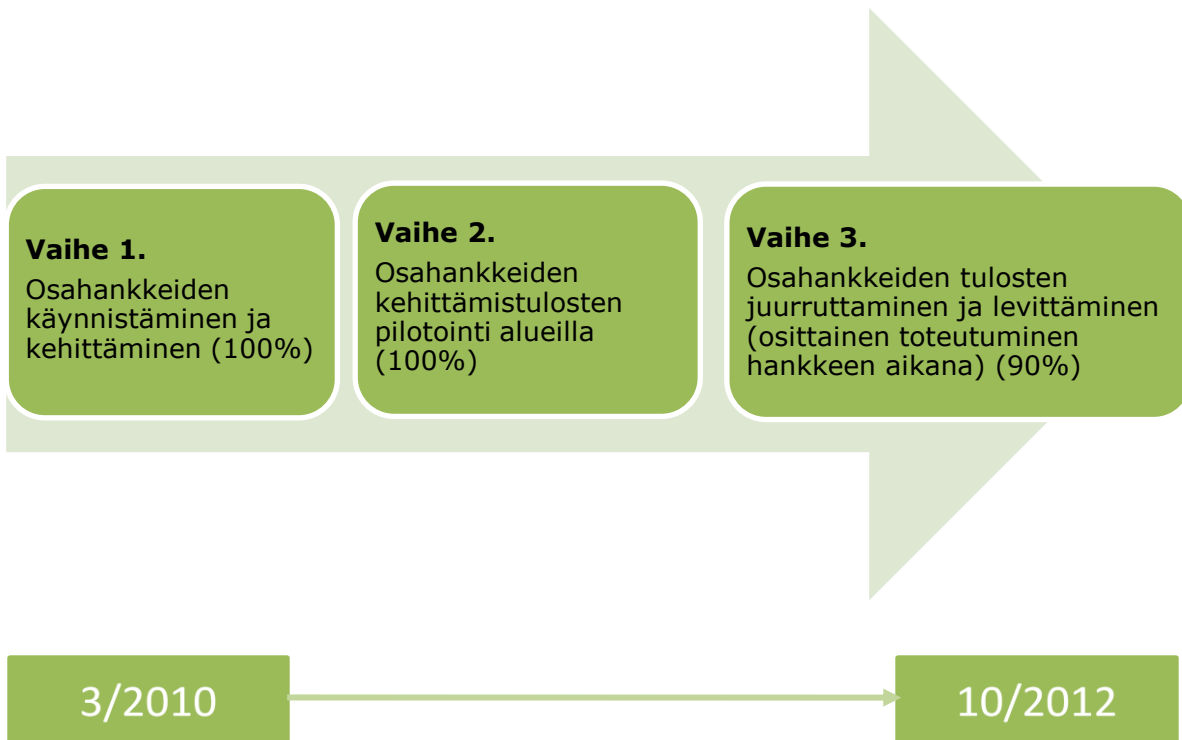
Taulukko 3. Oulu Pohjoisen osahankkeen projektihenkilöstön tarve henkilötyövuosina.

	2010	2011	2012	yhteensä
Projektijohtaja	0,13	0,20	0,16	0,49
Projektisihteeri	0,05	0,10	0,05	0,20
Projektivastaavat	0,46	3,00	2,34	5,80
Projektihenkilöstö:				
- Oulu terv.huolto	0,02	1,10	1,09	2,21
- Oulu sos.työ	0,00	1,00	0,67	1,67
- Oulu mtt	0,00	0,10	0,03	0,13
- muut kunnat	0,12	2,70	0,95	3,77
Muut asiantuntijat		0,13		0,13
yhteensä	0,78	8,33	5,29	14,40

3 OSAHANKKEEN TOIMINNANKUVAUS

3.1 Osahankkeen vaiheistus

Toiminnan selkeyttämiseksi Oulu Pohjoisen osahankkeen kehittämistyö jaettiin kolmeen vaiheeseen (kuvio 2). Hankkeen aikana jokaisen vaiheen kohdalla raportoitiin, miten se on prosentuaalisesti saavutettu. Vaiheistus koettiin tärkeäksi hankkeen etenemisen seurannassa.



Kuvio 2. Oulu Pohjoisen osahankkeen vaiheistus.

Ensimmäisessä vaiheessa käynnistettiin osahanke ja työstettiin toiminta-, viestintä- ja arviointisuunnitelma. Oulu Pohjoisen osahankkeen kehittämistyö aloitettiin tekemällä mielenterveysasiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessiin, aivohalvauspotilaan kuntoutusprosessiin ja syöpäpotilaan saattohoitoprosessiin nykytila-analyysi, jonka avulla kartoitettiin, mitä kehittämistarpeita kyseisiin prosesseihin liittyy. Nykytila-analyysijä käytettiin kehittämistyön pohjana. Ensimmäiseen vaiheeseen kuului myös olennaisena osana kaikkien kehitettyjen hoito- ja palveluprosessien mallintaminen moniammatillisissa työryhmissä. Mallinnuksissa huomioitiin myös sosiaalityön osuus. Mallintaminen toteutettiin siten, että se vastasi prosesseille asetettuja tavoitteita. Ensimmäisessä vaiheessa suunniteltiin toiminnan arviointi prosessikohtaisesti ja laadittiin kyselylomakkeet tulosten arviointia varten.

Toiseen vaiheeseen kuului kehittämistulosten pilotointi alueilla. Oulu Pohjoisen osahankkeessa tämä vaihe aloitettiin työstämällä pilotointisuunnitelma, johon kuvattiin jokaisen kehitettävän prosessin pilotointi. Prosessien pilotoinnin aikana kerättiin aktiivisesti palautetta asiakkailta, ammattilaisilta ja muilta toimijoilta. Palautteista koottiin yhteenvedot, joiden pohjalta laadittiin johtopäätökset ja jatkosuositukset kullekin prosessille. Pilotoinnin loputtua laadittiin käyttöönottosuunnitelmat, joita käytettiin uusien toimintamallien juurruttamisen tukena.

Kolmas vaihe koostui osahankkeiden tulosten juurruttamisesta ja levittämisestä. Jokaisen kehitetyn hoito- ja palveluprosessin osalta toteutettiin kuntaesittelyjä niihin kuntiin, jotka olivat mukana pilotoinnissa ja myös muihin hankealueen kuntiin. Kehitettyjä toimintamalleja käytiin esittelemässä myös muiden osahankkeiden alueilla. Juurruttamisen tukena käytettiin käyttöönottosuunnitelmia, joihin oli kirjattu kunkin hoito- ja palveluprosessin kehittämistyön keskeinen sisältö. Juurruttamisen ja levittämisen tueksi kaikki prosessit mallinnettiin QPR-ohjelmalla ja REA-työkalulla. Mallinnukset ovat nähtävillä JulICT:n prosessipankissa ja Inno-

kylän sivustolla. Oulu Pohjoisen osahankkeen osalta prosessit mallinnettiin myös Oulun kaupungin IMS-järjestelmään.

Hankekokonaisuutta läpileikkaavina teemoina oli prosessien hallinta ja ohjaaminen sekä tieto- ja viestintäteknologian hyödyntäminen. Näiden osalta kehittämistyötä toteutettiin jokaisen hankevaiheen aikana. Jokaiseen vaiheeseen kuului myös aktiivinen sisäinen ja ulkoinen tiedottaminen.

3.2 Osahankkeen viestintä

Osahankkeessa toteutettiin viestintää suunnitelmallisesti koko hankkeen ajan hankekoordinaatiossa laaditun viestintäsuunnitelman mukaisesti. Viestintää toteutettiin sisäisesti ja ulkoisesti. Sisäisen viestinnän avulla luotiin perusta ulkoiselle viestinnälle ja motivoitiin mukaan kehittämistyöhön. Sisäisen viestinnän tavoitteena oli lisätä tietoisuutta hankkeen tavoitteista, etenemisestä ja tuloksista. Sisäisen viestinnän avulla sitoutettiin henkilökuntaa uusien toimintamallien mukaiseen toimintaan ja vähennettiin sitä kautta muutosvastarintaa. Sisäisen viestinnän kohderyhmiä olivat hankkeessa hanketyöntekijät, hankkeen johtoryhmän jäsenet, osahankealueen kuntien sosiaali- ja terveystoimen johtavat viranhaltijat sekä työntekijät ja Oulun kaupungin hyvinvointipalveluiden johtajat, esimiehet sekä henkilökunta. Sisäisen viestinnän vastuuhenkilöinä olivat osahankkeen projektipäällikkö sekä kehitettyjen hoito- ja palveluprosessien projektivastaavat.

Sisäistä viestintää toteutettiin erilaisten kokousten ja työryhmätyöskentelyn avulla. Hankkeen aikana hoito- ja palveluprosessien vastuuhenkilöt osallistuivat tarpeen mukaan muihin Oulun kaupungin johtoryhmiin. Kokousmuistiot ja muu materiaali tallennettiin KYTKE-hankkeen sähköiseen työtilaan, jossa hankkeessa mukana olleet henkilöt pystyivät niitä tarkastelemaan. Työryhmät hyödynsivät työskentelyssään myös aktiivisesti videoneuvotteluyhteyksiä.

Osahankealueen johtavia viranhaltijoita tiedotettiin säännöllisesti hankkeen etenemisestä sähköisen uutiskirjeen muodossa. Lisäksi Oulun kaupungin hyvinvointipalveluiden tiedottajan kautta informoitiin keskeisestä hankkeen toiminnasta Oulun kaupungin intranetissa, Akkunassa.

Osahankkeen ulkoisen viestinnän avulla tehtiin hanketta tunnetuksi, informoitiin suurta yleisöä ja lisättiin tietoa hankkeen kehittämistyöstä. Ulkoisen viestinnän avulla kerrottiin laajemmalle väestölle myös hankkeen etenemistä ja siihen liittyvistä tapahtumista. Ulkoisen viestinnän tavoitteena oli tuoda esiin laajemmalle väestölle hankkeen tavoitteet, niihin liittyvä toiminta ja tulokset, tiedottaa terveyshyötymallin mukaisesta kehittämistoiminnasta, tavoittaa keskeiset kolmannen sektorin ja yksityissektorin toimijat, lisätä asiakkaiden ja heidän läheistensä aktiivisuutta ja tietoisuutta hyvinvointiinsa liittyen, edesauttaa hankkeiden välistä verkostoitumista (mm. yhteistyöpäivät), lisätä toimijoiden välistä yhteistyötä ja jakaa hyviä käytäntöjä hankkeiden välillä, alueittain ja kansallisesti. Ulkoisen viestinnän avulla myös tiedotettiin muita hankkeita päällekkäisen kehittämistyön välttämiseksi, oppilaitoksia opinnäytetyömahdollisuuksista ja Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiohjelmaa hankkeen kehittämistyöstä.

Osahankkeen ulkoisen viestinnän kohderyhmiä olivat pilotoitujen prosessien asiakkaat ja heidän läheisensä, kolmannen sektorin toimijat (järjestöt ja seurakunnat), yksityiset toimijat, paikallinen väestö, muut KASTE-hankkeet ja hyvinvointihankkeet, oppilaitokset, maakunnallinen hyvinvointiohjelma, rahoittaja, poliittiset päättäjät ja media.

Ulkoisen viestinnän tueksi osahankkeen käyttöön hankittiin koordinaatiohankkeen toimesta asiantuntijapalvelua graafikko Malla Melalta liittyen erilaisiin esittelymateriaaleihin. Hankkeeseen hankittiin roll up ja KYTKE-logolla olevat kynät. Hankkeen esitteitä jaettiin seminaareissa, messuilla ja erilaisissa esittelytilaisuuksissa. Ulkoista viestintää toteutettiin myös lehdistötiedotteiden ja lehtiartikkeleiden avulla. Osahanke oli hankeaikana hyvin esillä paikallisissa sanomalehdissä (mm. Kaleva, Forum24). Myös Pohjoinen Kaste-lehti ja Pohjois-Pohjanmaan liitto julkaisi hankkeen tiedotteita ja uutiskirjeitä. Hankkeen kehittämistyötä esiteltiin myös mm. Sairaanhoidaja-lehdessä, Terveys- ja Talous-lehdessä ja NuoriLääkäri-lehdessä. Hankekokonaisuudelle luotiin www-sivut (<http://ouka.fi/kytke/>), johon Oulu Pohjoinen osahanke työsti ja päivitti säännöllisesti oman osuutensa. Www-sivuille tallennettiin myös hankkeen materiaalia.

Osahanke osallistui aktiivisesti hankeaikana erilaisiin seminaareihin ja messuille, jolloin hanke sai laajalti näkyvyyttä. Ulkoisen viestinnän tueksi koordinaatiohanke hankki keväällä 2012 asiantuntijapalveluna jokaisen osahankkeen käyttöön yhteisen viestintäkonsultin, jonka tehtävänä oli työstää mediatiedotteita hankkeen tulosten viestimiseksi. Viestintäkonsultti työsti osahankkeelle kaksi mediatiedotetta hankkeessa saavutetuista tuloksista. Niiden seurauksena osahanke sai näkyvyyttä etenkin lehdistössä. Ulkoiseen viestintään osallistui myös Oulun kaupungin hyvinvointipalveluiden tiedottaja, joka toimitti mediatiedotteet laajalle medialistalle ja Oulun kaupungin terveystalouden etusivulle (www-sivut). Ulkoisen viestinnän vastuuhenkilönä osahankkeessa oli projektipäällikkö yhteistyössä koordinaatiohankkeen projektisuunnittelijan kanssa. Osahankkeen tarkempi sisäinen ja ulkoinen viestintä on kuvattu tässä raportissa jokaisen kehitetyn hoito- ja palveluprosessin käsittelyn yhteydessä. (KYTKE-hankkeen viestintäsuunnitelma 2010.)

3.3 Osahankkeen arviointi

Oulu Pohjoisen osahankkeen kehittämistyöhön kuului kiinteänä osana toiminnan systemaattinen arviointi. Osahankkeen arvioinnin avulla pyrittiin tekemään näkyväksi hankkeessa kehitetyt hyviä käytäntöjä ja tukemaan niiden käyttöönottoa (Kanto 2010a). Arviointia toteutettiin koordinaatiohankkeessa laaditun arviointisuunnitelman mukaisesti (Kanto 2010b) ja sitä suunniteltiin prosessikohtaisissa moniammatillisissa työryhmissä kevään 2011 aikana. Arvioinnin suunnittelu tehtiin siten, että tuloksia on mahdollista tarkastella myös terveyshyötymallin elementtien mukaisesti. Yhteistyössä osahankkeiden kanssa työstettiin arviointimatriisi jokaisen kehitettävän hoito- ja palveluprosessin osalta. Arviointimatriisiin kerättäviä asioita olivat: tavoitteet, toimenpiteet, tulosodotukset, arviointikysymykset, mittarit, aineistot ja menetelmät, vastuu ja aikataulut sekä raportointi. Syöpäpotilaan saattohoitoprosessissa, aivohalvauspotilaan kuntoutusprosessissa, mielenterveysasiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessissa kehittäjätyöntekijät täydensivät lisäksi pilotteja varten laadittuun sähköiseen taulukkoon sellaisia seuranta-tietoja, joita ei voinut tallentaa perustietojärjestelmään.

Hankearvioinnin avulla pyrittiin varmistamaan osahankkeen onnistuminen siten, että arviointi tuki kehittämistyön etenemistä asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Hankearvioinnin keskiössä oli osahankkeessa saavutettujen tulosten arviointi. Tuloksia tarkasteltiin asiakas- ja henkilöstönäkökulmasta sekä kustannustehokkuuden, tiedonkulun toimivuuden ja prosessien toimivuuden näkökulmasta. Osahankkeen tarkempi arviointi on kuvattu tässä raportissa jokaisen kehitetyn hoito- ja palveluprosessin käsittelyn yhteydessä.

Osahankkeessa toteutettiin hankkeen ajan myös itsearviointia vähintään kerran vuodessa. Itsearviointista todettiin olleen hyötyä projektin hallinnassa, esimiestyössä sekä hankkeen sisä-

sen toiminnan kehittämisessä ja ohjaamisessa. Koordinaatiohankkeen toimesta hankittiin asi-
antuntijapalvelua liittyen kehitettyjen hoito- ja palveluprosessien taloudelliseen mallintami-
seen. Oulu Pohjoisen osahankkeessa toteutettiin yhteistyössä KPMG:n konsultin Juha Sutelai-
sen kanssa jokaiseen kehitettyyn hoito- ja palveluprosessiin kustannushyötyanalyysi. Kustan-
nushyötyanalyysit osoittivat kehitetyt hoito- ja palveluprosessit kustannustehokkaiksi. Lisäksi
koordinaatiohanke järjesti palautekeskustelutilaisuudet kolmannen sektorin toimijoille liittyen
aivohalvauspotilaan kuntoutusprosessin ja syöpäpotilaan saattohoitoprosessin kehittämistyö-
hön. Kustannushyötyanalyysit ja kolmannen sektorin palautekeskusteluiden yhteenvedot on
kuvattu tässä loppuraportissa kyseisten prosessien käsittelyn yhteydessä.

KYTKE-hankkeeseen toteutettiin keväällä 2012 laaja käyttäjäkysely koskien sähköistä viestin-
täpalvelua. Kysely lähetettiin kaikille niille työntekijöille, jotka osahankealueilla käyttivät suo-
jattua viestintäpalvelua. Myös videokonsultaatioiden käytöstä kerättiin palautetietoa. Lisäksi
hankkeeseen tehtiin useita opinnäytetöitä hankeaikana. Kaikista näistä on löydettävissä tar-
kempaa tietoa hankekokonaisuuden loppuraportin liitteenä olevasta arviointiraportista.

KYTKE-hankkeessa ei ollut varattuna rahoitusta ulkoiseen arviointiin vaan arviointi toteutettiin
osana osahankkeessa työskentelevien henkilöiden muuta työnkuvaa. Osahankkeen arvioinnin
toteutukseen osallistuivat projektivastaavat yhteistyössä projektipäällikön kanssa. Osahanke
toteutti käyttäjäpalautteiden keruun ja analysoinnin sekä toi koosteet arviointituloksista tie-
doksi koordinaatiohankkeelle, jolla oli arvioinnin kokonaisvastuu. Koordinaatiohanke raportoi
rahoittajalle arvioinnin tuloksista, kiteytti arvioinnin keskeiset johtopäätökset ja antoi konk-
reettiset suositukset hankkeen tai toimintaprosessien parantamiseksi yhteistyössä projekti-
päällikön ja projektivastaavien kanssa.

4 SYÖPÄPOTILAAN SAATTOHOITOPROSESSI

Syöpäpotilaan saattohoitoprosessin kehittäminen aloitettiin vuoden 2010 alkusyksystä toimin-
tasuunnitelman työstämisellä. Tavoitteet selkiytettiin ja tarkennettiin terveyshyötymallin viite-
kehiksen mukaisiksi. Konkreettisiksi tulosodotuksiksi asetettiin syöpäsairaanhoidajan (case
manager-tyyppinen toiminta) vastaanotto toiminnan aloittaminen, yhteinen suunnitelma koski-
en hoitoa rajaavien päätösten ja saattohoitopäätösten, sekä hoitolinjausten selkiyttämiseksi,
saattohoito-ohjeistus/työväline lääkäreille ja hoitohenkilökunnalle, saattohoitopäätöksen poh-
jalta laadittava yksilöllinen syöpäpotilaan saattohoitosuunnitelma, videokonsultaatiojärjestel-
män käyttö, yhteinen toimintatapa terveydenhuollon ja kolmannen sektorin yhteistyölle saat-
tohoitoprosessin osalta sekä yhteinen sähköinen hoito- ja palvelusuunnitelma.

Syksyllä 2010 toteutettiin myös nykytila-analyysi syöpäpotilaan saattohoitoprosessista osa-
hankealueen kuntiin. Nykytilasta saatiin kuvaukset Oulun kaupungista (Oulun Kaupunginsai-
raala, Oulun kaupungin kotihoito ja avoterveydenhuolto, Oulun kaupungin tehostetun kotiutuk-
sen tiimi), hankealueen kunnista, keskeisiltä kolmannen sektorin toimijoilta, sekä yksityiseltä
sektorilta (Oulun seudun kuntoutussairaala, Terveystalon kotisairaala) haastatteleamalla keskei-
siä toimijoita. Nykytila-analyysin kuvaukset toimivat pohjana tehdylle kehittämistyölle.

4.1 Kehittämistyön tavoitteet

Syöpäpotilaan saattohoitoprosessin kehittämistyön tavoitteena on ollut koordinoita ja kehittää
syöpää sairastavien asiakkaiden elämän loppuvaiheen hoitoprosessia, hyödyntäen eri toimijoi-

den tarjoamia palveluita ja nykyteknologiaa sekä varmistamalla asiakkaiden laadukas saattohoito. (KYTKE-hankkeen hankesuunnitelma 2010.) Konkreettisina osatavoitteina kehittämissä työssä ovat olleet:

- 1) Mallin tuottaminen syöpäpotilaan palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon siirtymisestä
- 2) Yhteisen hoito- ja palvelusuunnitelman luominen kaikkien hoitoon osallistuvien kesken
- 3) Konsultaatiomahdollisuuksien parantaminen
- 4) Saattohoidon koordinoinnin selkeyttäminen

4.2 Kehittämistyön eteneminen

Syöpäpotilaan saattohoitoprosessissa kehitettiin syöpäsairaanhoitajan/hoidon koordinaattorin vastaanotto – toimintaa. Hoitoprosessin työryhmätyöskentely aloitettiin syksyllä 2010. Työryhmän vetäjänä toimi projektivastaava Urpo Määttä. Mukana työryhmissä olivat Oulu Eteläisen projektivastaava Tiia Saarela, Anitta Koivisto Oulun kaupungista ja ympäristökunnista Ulla Peltola Kempeleestä, Irene Törmälä Kuusamosta, Elsa Nurkkala Taivalkoskelta, Sinikka Partti-maa Selänteeltä sekä Paula Arvola Kalliosta. PPSHP:n osahankkeesta mukana työryhmässä oli onkologi Eeva Rahko.

Oulu Pohjoisen, Oulu Eteläisen ja PPSHP:n osahankkeiden projektivastaavat tapasivat säännöllisin väliajoin Oulu Pohjoisen alueella 4-6 kertaa kuukaudessa mm. suojatun viestintäalustan käyttäjien kokoamisessa, pilottiesitteiden suunnittelussa, toiminnot taulukoiden ja mallinnuksen viimeistelyissä, palliatiivisen hoitosuunnitelma - ja saattohoitosuunnitelma – fraasien suunnitteluissa sekä arviointikysymysten suunnittelujen merkeissä.

Oulun kaupungin kotisaattohoidon pilottityöryhmäpalavereissa oli mukana Oulun kaupunginsairaalan osasto A2 Palveluesimies Sirkka Viitanen, Tehko-tiimin Palveluesimies Maija-Liisa Sepänen, Tehko:n sairaanhoitaja/KYTKE-hankkeen projektityöntekijä Anitta Koivisto ja KYTKE-hankkeen projektivastaava Urpo Määttä. Ohjeistusta kotisaattohoidon toteutuksen suunnittelusta saatiin myös Oulun Kaupunginsairaalan palvelupäällikkö Leena-Marja Karjalaiselta. Konsultaatioapua kotisaattohoitopilotin suunnittelussa saatiin osasto A2:n lääkäreiltä Kristiina Pussiselta sekä Eija-Anitta Kynsilehdolta.

Syöpäpotilaan saattohoitoprosessin tavoitetilan mallinnus aloitettiin tammikuussa 2011. Mallinnus aikataulutettiin tapahtuvaksi kerran kuukaudessa. Mallinnuksiin osallistui toimijoita Kuusamosta, Taivalkoskelta, Kempeleestä, Oulusta, Raahen hyvinvointiseutukuntayhtymästä, Selänteestä, Kalliosta, sekä Kytken sosiaalityön hankevastaava, Oulun Kaupunginsairaala os A2:n lääkäri, Pohjois-Suomen Syöpäyhdistys, Oulun evankelisluterilaisen seurakunnan sairaalapastori sekä hautaus toimiston edustaja. Kunkin prosessin osan tarkentavaan mallinnukseen konsultoitui kunkin osa-alueen asiantuntijoita. Prosessimallinnus toteutettiin yhteensä 12 kokouksena tammikuun 2011 ja toukokuun 2011 välisenä aikana. Osa kokouksista toteutettiin etäyhteyksin eri paikkakunnilta. Mallinnukset työstettiin pilotointia varten toukokuussa 2011. Hankekokonaisuuden mallinnusten yhteinen esittelypäivä pidettiin 23.5.2011. Valmiista mallinnuksesta tehtiin toimintotaulukot, joita viimeisteltiin kevään 2012 aikana.

4.3 Kehitettyjen toimintamallien pilotointi ja tiedottaminen alueilla

Syöpäpotilaan saattohoitoprosessin pilotointisuunnitelma valmistui elokuussa 2011. Pilotoinneissa Oulu Pohjoisen alueella oli mukana Kuusamon terveyskeskus, Taivalkosken terveyskeskus, Oulun kaupunginsairaala osasto A2, Tehostetun kotiutuksen tiimi (Tehko), Limingan terveyskeskus sekä Lumijoen terveyskeskus. Aikaisemmin mukaan ilmoittautunut Kempeleen terveyskeskus jäi pois pilotoinnista, mutta siellä testattiin hankeen aikana suunniteltua saattohoitosuunnitelmaa. Pilotointisuunnitelmaan kuvattiin myös Oulu Eteläisen ja PPSHP:n osahankkeen toiminta.

Saattohoitoprosessissa pilotoitiin syöpäsairaanhoitajan/hoidon koordinaattorin vastaanottoa, palliatiivisen hoidon hoitosuunnitelmaa ja palvelusuunnitelmaa, kotisaattohoitoa, suojattua viestintäpalvelua ja videokonsultaatioita.

Syöpäsairaanhoitajan / Hoidon koordinaattorin vastaanotto

Saattohoitoprosessissa pilotoitiin syöpäsairaanhoitajan/hoidon koordinaattorin vastaanottotoimintaa. Pilotointi oli tarkoitettu potilaille joiden palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon siirtyminen erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon, tapahtui ilman hoitosuhteen jatkumista oman kunnan terveyskeskukseen/jatkohoitoaikaan. Syöpäsairaanhoitajan/hoidon koordinaattorin vastaanoton osalta pilotointi käynnistyi Oulu pohjoisen alueella 1.9. ja toukokuussa 2012.

Pilottikunnat Oulu Pohjoisen alueella olivat Kuusamo, Taivalkoski, Liminka ja Oulu. Kuusamosa, Taivalkoskella ja Limingassa ei neljän ensimmäisen kuukauden aikana ollut tullut yhtään "uutta" palliatiiviseen hoitoon siirtynyttä/kotiutunutta syöpäpotilasta. Tämän vuoksi pilottiaikaa jatkettiin kesäkuuhun 2012 saakka. Pidentetyn pilottijakson aikana Kuusamosassa oli syöpäsairaanhoitajan vastaanotolla käynyt 5 "uutta" palliatiiviseen hoitoon siirtynyttä potilasta.

Oulussa erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon oli Oulun Kaupunginsairaalan palliatiivisen hoidon A2 osaston syöpäsairaanhoitajan/hoidon koordinaattorin vastaanoton kautta tullut koko pilottijakson aikana 24 palliatiiviseen hoitoon siirtynyttä syöpäpotilasta. Näistä 19 kävi osastolla tutustumiskäynnillä. Kahden potilaan kohdalla tutustumiskäynnillä oli vain omaiset. Tutustumiskäynnillä syöpäsairaanhoitaja esitteli potilaalle ja tai omaiselle osastoa. Tutustumiskäynnit olivat olleet poikkeuksetta hyviä kohtaamisia ja siinä oli pystytty pohtimaan ja näkemään hoitotyön ja sosiaalityön tarpeita ja vastaamaan niihin välittömästi.

Oulun kaupunginsairaalan osasto A2:n syöpäsairaanhoitaja/hoidon koordinaattori oli tehnyt joitakin kotikäyntejä "uusille" palliatiiviseen hoitoon siirtyneille syöpäpotilaille yhdessä pilottiin osallistuvan sosiaalityöntekijän kanssa. Erikoissairaanhoidon palliatiivisen hoidon vastaanotolla (Palho) hoidon koordinaattori oli ollut kahdesti mukana syöpäpotilaan ja hänen läheisensä kanssa onkologin vastaanotolla. Näihin vastaanottotilanteisiin oli hoidon koordinaattori saanut luvan osallistumisesta potilaalta. Kokemus vastaanottoon osallistujilla oli ollut erittäin myönteinen ja selkiyttävä.

Syöpäsairaanhoitajan/hoidon koordinaattorin vastaanoton jälkeisinä jatkotoimenpiteinä oli mm. yhteydenotot sosiaalityöntekijään potilaiden asioiden vuoksi. Yhteydenottoja sosiaalityöntekijöille oli paljon. Näiden yhteydenottojen aikana selvisi, että useasti potilaiden sosiaalityön asioiden hoitaminen on ollut kesken. Muita hoidettavia asioita olivat olleet Pohjois-Suomen Syöpäyhdistyksen tukihenkilöpyynnöt, sairaalapastoriyhteydenottoja, reseptiasioiden selvittä-

misiä, apuvälineasioiden selvittelyä, soittoja apuväline/hengitysapuväline lainaamoon / Tehkon fysioterapeuttiin.

Palliativisen hoidon hoitosuunnitelma ja sosiaalihuollon palvelusuunnitelma

Hankkeessa suunniteltuja palliativisen hoidon hoitosuunnitelmia testattiin palliativiseen hoitoon siirtyneille syöpäpotilaille syöpäsairaanhoitajan/hoidon koordinaattorin vastaanotolla, ja suunnitelman runko toimi samalla vastaanottotilanteen "tsekkaus" -listana. Hoidon koordinaattori oli aloittanut hoitosuunnitelman laatimisen jo siinä vaiheessa kun hän oli saanut lähete tiedot erikoissairaanhoidosta. Koordinaattori jatkoi jo aloittamaansa palliativista hoitosuunnitelmaa vastaanottotilanteessa yhdessä potilaan ja hänen läheisensä kanssa joko osastolla tai kotikäynnin yhteydessä.

Samassa yhteydessä potilaalle laadittiin (tarvittaessa) sosiaalihuollon palvelusuunnitelma, jonka laati sosiaalityöntekijä yhdessä potilaan/läheisten kanssa. Yhteisiä tapaamisia potilaan ja sosiaalityöntekijän kanssa Oulussa toteutui kaksi kertaa, joissa mukana oli myös Tehko:n sairaanhoitaja (kotisaattohoitopilotin hoitaja). Toinen yhteinen tapaaminen toteutettiin potilaan kotona ja toinen Kaupunginsairaalan osastolla A2. Yksi vastaanottotilanne potilaalle tapahtui puhelimitse ja tämä riitti riittävän informaation saamiseksi.

Oulun Kaupunginsairaalan osasto A2 syöpäsairaanhoitajan/hoidon koordinaattorin vastaanotopilottiin osallistuneet sairaanhoitajat kokivat palliativisen hoitosuunnitelman liian raskaaksi täyttää yhdessä potilaan kanssa. Hoitosuunnitelman rungossa koettiin olevan liikaa otsikoita sekä samojen asioiden toistoa. Hoitosuunnitelman fraaseja/otsikoita käytettiin vaihtelevasti sen mukaan, miten syöpäsairaanhoitaja katsoi tarpeelliseksi selvittää asioita potilaan kanssa. Hoidon koordinaattori täytti hoitosuunnitelmaa vastaanoton jälkeen potilaan ja tai omaisen kanssa käydyn keskustelun pohjalta. Hoitosuunnitelman laatija oli potilaan ja tai omaisen niin halutessaan lähettänyt suunnitelman postitse kotiosoitteeseen. Hoitosuunnitelman pilotoinnin yhteydessä kokeiltiin asiakkaille suunnatun visuaalisen opaskartan käyttöä, mutta sen käyttö ei vastannut täysin odotuksia. Sen vuoksi opaskartan käyttö jäi pois jo melko varhaisessa vaiheessa pilotin alkuvaiheessa.

Kotisaattohoito

Kotisaattohoidon pilotti toteutettiin Oulun kaupungin alueella Tehostetun kotiutuksen eli Tehko - tiimin ja Oulun kaupunginsairaalan palliativisen hoidon osasto A2 välisenä yhteistyönä. Pilotti alkoi 3.10.2011 ja sen kesto oli 6 kuukautta. Kotisaattohoidon pilottiasiakkaat olivat palliativisessa hoidossa/saattohoidossa olevia oululaisia syöpää sairastavia, joilla oli lupapaikka Oulun kaupunginsairaalan palliativisen hoidon osastolle. Lupapaikka tarkoitti sairaalapaikkaa silloin jos kotisaattohoitoa ei jostain syystä voitu turvallisesti toteuttaa. Kokemukset niin omaisten kuin kotisaattohoidon pilottiin osallistujilta olivat positiivisia ja onnistumisia koettiin puolin ja toisin ja tukiosaston lupapaikkaa ei kotisaattohoidettaville tarvittu.

Pilotoinnin aikana kotisaattohoidettiin kaksi potilasta. Muita kotisaattohoidon pilottiasiakkaita oli useampia, joille toteutettiin kotiin vaativaa kotisairaanhoitoa. Pilottihoitajien kotikäynnit sisälsivät kipupumpun kasettien - ja kanyyliin vaihtamisia, erilaisia suonensisäisiä infuusioita, vascuporttien hoitoa, laboratorionäytteiden ottamisia ja vointikontrolleja. Pilottihoitajat olivat tarvittaessa yhteydessä kotisaattohoidon lääkäriin tai ohjaaviin sairaanhoitajiin, jos he tarvitsivat konsultaatioapua tai ohjeistusta. Lisäksi "puhelinpäivystyksen" päässä oli tavoitettavissa kotisaattohoitoon erityisesti perehtyneet sairaanhoitajat.

Ennen kotisaattohoitoon siirtymistä testattiin hankkeen aikana suunniteltua saattohoitosuunnitelmaa, jonka laatiminen toteutettiin yhdessä potilaan ja tai omaisten/läheisten kanssa. Suunnitellun saattohoitosuunnitelman laatiminen jäi vähemmälle sillä palliatiivisen hoitosuunnitelman päivittäminen hoitosuunnitelmaksi koettiin mielekkäämmäksi käyttää. Omaiset olivat sitoutuneita läheisensä saattohoitoon ja saivat tukea ja ohjausta kotisaattohoidon pilottihoitajilta.

Pilotin aikana testattiin videovälitteistä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä palliatiivisen hoidon (Palho) vastaanottoa. Kotisaattohoidettavan kotona oli asiakkaan ja omaisen lisäksi kotisaattohoidon pilottihoitaja sekä fysioterapeutti, jotka olivat yhteydessä "siirrettävällä" videoyhteydellä Oulun Yliopistollisen sairaalan onkologiaan. Videoyhteys toimi samalla erikoissairaanhoidollisena konsultaationa. Tämä toimintamuoto koettiin kaikkien videovälitteiseen hoitoneuvotteluun osallistuvien kanssa tehokkaana ja hyvin toimivana.

Suojattu viestintäpalvelu

Suojatun viestintäpalvelun pilotointi ja käyttöönotto alkoi loka-marraskuun 2011 vaihteessa. Suojatussa viestintäringissä oli mukana laajalti eri ammattiryhmien edustajia (syöpäsairaanhoitajia/hoidon koordinaattoreita, lääkäreitä, sosiaalityöntekijöitä, fysioterapeutti, kotisairaanhoitajia, PSSY:n järjestösihteeri, sairaalapastori). Suojatun viestinnän perehdytykset toteutettiin marraskuun alkupuolen aikana. Perehdytykseen osallistuivat syöpäsairaanhoitajat/hoidon koordinaattorit, kotisaattohoidon pilottiin osallistuneet hoitajat, OYS:n syöpätautien kolme onkologia, syöpäyhdistyksen järjestösihteeri, Oulu Eteläisen kotihoidon palvelun tarpeen arvioija ja sairaalapastori. Aktiivisinta suojatun viestintäpalvelun käyttö oli erikoissairaanhoidon onkologin ja Oulun Kaupunginsairaalan (OKS) A2:n syöpäsairaanhoitajan/hoidon koordinaattorin välillä ja OKS A2:n hoidon koordinaattorin ja KYTKE-hankkeen sosiaalityöntekijöiden välillä. Aktiivisuus johtui useiden Oulun kaupungin alueella olevien pilottiasiakkaiden sekä heidän omaisten asioiden hoitamisiin liittyen. Ympäristökunnissa joissa syöpäsairaanhoitajan/hoidon koordinaattorin vastaanottopilottia toteutettiin, ei viestintää juuri ollut koska erikoissairaanhoidosta palliatiiviseen hoitoon/saattohoitoon siirtyneitä syöpäpotilaita ei ollut.

Suojattu viestintäpalvelu koettiin toimivana ammattilaisten välisenä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon tiedotuskanavana, uusien palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon siirtyneiden/kotiutuneiden potilaiden tavoittamiseksi. Syöpäsairaanhoitajat käyttivät suojattua viestintää myös sosiaalihuollon sosiaalityöntekijöiden kanssa. Tiedot siirtyivät erikoissairaanhoidosta suhteellisen hyvin. Palholta (palliatiivisen hoidon vastaanotto) saapuneet lähetteet tulivat nopeasti suoraan Oulun Kaupunginsairaalan osastolle A2, kun taas muilta esh:n osastoilta lähetteet hukkuivat "läheteviidaksoon" ja omaisten tai potilaiden itse tiedustellessa lupapaikkaa ja tutustumiskäyntiä osastolle on lähete löytynyt "ESAPAL" (erikoissairaanhoidon palautelehti) - lehdeltä. Näissä tapauksissa ei saatu tietoa uudesta palliatiiviseen hoitoon siirtyneestä potilaasta suojatun viestintäpalvelun kautta.

Videokonsultaatio

Videokonsultaatio erikoissairaanhoidon PALHO vastaanoton ja perusterveydenhuollon terveyskeskuksien välillä oli tarkoitus alkaa tammikuussa 2012. Hankkeesta riippumattomista syistä pilotointi pääsi alkamaan vasta maaliskuussa. Pilottikuntia ovat Kuusamo, Taivalkoski, Ylivieska, Liminka, Muhos, Kalajoki, Pudasjärvi, Haapajärvi, Raahe. Testausaika jatkuu hankkeen loppuun saakka.

Kuusamon Terveyskeskuslääkäri Tarja Konttila keräsi PPSHP:n osalta lääkäreiden palautteet liittyen saattohoitoprosessissa 13.3.2012 alkaneeseen videokonsultaatiotoimintaan. Videovas-

taanottoja on ollut OYS:n syöpätautien poliklinikalla tiistaina aamupäivisin ja osittain myös torstai-iltapäivänä (kesäkuu ja elokuu 2012). Videokonsultaatio valittiin tavallisen konsultaation (puhelinkonsultaatio/ sähköinen lähete/potilassiirto) asemasta pääsääntöisesti potilaan huonon yleistilan vuoksi, jolloin matka Ouluun olisi ollut kohtuuton rasite. Palliatiivisen hoidon potilaalla videokonsultaatiota pidettiin hyvin hyödyllisenä. Videokonsultaatioilla oli vaikutusta potilaan hoitolinjauksiin.

Vastaajien mielestä kaikissa konsultaatioissa saatiin vastaukset esitettyihin kysymyksiin ja kaikki käyttäisivät jatkossa videokonsultaatiota vastaavassa tilanteessa. Potilaan ja omaisen läsnäoloa, heidän näkemystään ja informaation saantia videokonsultaatiotilanteessa pidettiin tärkeänä. Videokonsultaatioiden tekniset ongelmat olivat vähäisiä. Vapaamuotoinen palaute oli hyvää ja toiminnan vakiinnuttamisen kannalta kannustavaa. Konsultaatiomuoto on uusi ja melko tuntematon, mutta toimii hyvin kaikkien osallistujien näkökulmasta sekä lisää luottamusta perusterveydenhuollon toimintaan.

Tiedottaminen alueilla

Syöpäpotilaan saattohoitoprosessin pilotointiin liittyviä perehdyttämistilaisuudet on kuvattu taulukkoon 4. Prosessin muuhun viestintään liittyvät tilaisuudet on koottu taulukkoon 5.

Taulukko 4. Syöpäpotilaan saattohoitoprosessin pilotointiin liittyvät perehdyttämistilaisuudet.

Pvm	Paikka
10.5.2011	Taivalkosken terveyskeskus
24.5.2011	Kempeleen terveyskeskus
30.5.2011	Haukiputaan terveyskeskus
22.8.2011, 5.9.2011	Kotisaattohoidon pilottiesittely Oulun Kaupunginsairaалassa (OKS) os. A2, Kotisaattohoito pilotin info Oulun kotihoidon henkilöstölle
25.8.2011	Pilotti-info Oulun Kaupunginsairaalan sosiaalityöntekijälle
31.8.2011	Kotisaattohoidon koulutuspäivä pilottiin osallistujille, Oulun Kaupunginsairaala
12.9.2012	Syöpäsairaanhoitajan/hoidon koordinaattorin pilottiin osallistujien koulutus, Oulu10
15.9.2011	Pilottiesittelyt Oulun Kaupunginsairaalan henkilöstölle
28.9.2011	Limingan terveyskeskuksen syöpäsairaanhoitajan perehdytys
30.9.2011	Syöpäsairaanhoitajan/hoidon koordinaattorin pilotti-info OYS:n henkilöstölle

Taulukko 5. Syöpäpotilaan saattohoitoprosessiin liittyvä yleinen viestintä.

Pvm	Paikka
27.9.2011	"Hyvinvointiyhteiskunta muuttuu – asiaa pintaa syvemmältä" koulutuspäivä -> Esittely, syöpäsairaanhoitaja/hoidon koordinaattori toiminta perusterveydenhuollossa, Lasaretti/Oulu
13.-14.10.2011	Vanhustyön Vastuunkantajat, Marina Kongress Center/Helsinki
13.12.2011	Toimintamalliesittelyt, Potilasasiamiesten verkostokokous, OYS/Oulu
22.-23.3.2012	Sairaanhoitajapäivät, Helsinki/Messukeskus
16.2.2012	Syöpäsairaanhoitajan vastaanotto-toimintamallin esittely, OYS
13.3.2012	Vanhustyön vastuunkantajat konferenssi, Oulun Kaupunginteatteri/Oulu
31.3.2012	Esittely, ympäristökuntien sairaanhoitajat - palliatiivisen hoidon erikoistumisopintojen opiskelijoille, Kuusamo, etänä Kainuu
31.5.2012	Hankkeen hyvien käytäntöjen levittäminen/juurruttaminen, Kirkkotori/Oulu
4.-5.6.2012	Pohjois-Suomen Kaste-hankkeiden seminaari, Eden/Oulu
13.6.2012	RAMPE, KYTKE, POTKU yhteistyötapaaminen, THL/Helsinki
23.-24.8.2012	Terveys ja Talous-päivät, Oulun Kaupunginteatteri/Oulu
5.9.2012	KYTKE-hankkeen loppuseminaari, Lasaretti/Oulu
7.9.2012	Syöpäpotilaan saattohoitoprosessin koulutuspäivä, OYS/Oulu
14.9.2012	Esittely Tehyn hallinnon jaostolle, Oulun Kaupunginsairaala/Oulu
18.9.2012	Hoitoringin toiminnan esittelytilaisuus, Terveystalo/Kotisairaala/Oulu
24.9.2012	Esittelyt, ESH:n Perusterveydenhuollon yksikölle, Kirkkokatu 18/Oulu

4.4 Kehittämistyön tulosten arviointi

Syöpäpotilaan saattohoitoprosessin pilotoinnin aikana kerättiin palautetietoa asiakkailta/omaisilta ja terveydenhuollon ammattilaisilta sekä myös kolmannen sektorin toimijalta. Palautteen keruu toteutettiin paperilomakkeella tai haastatteluilla kyselylomakkeen mukaisesti. Asiakaspalautetiedon keruu oli haasteellista inhimillisistä syistä. Palliatiiviseen hoitoon siirtyneen syöpää sairastavan voimavarat eivät välttämättä riittäneet palautteen antamiseen. Pilotista saatiin kolme asiakaspalautetta, joista yksi oli puhelinhaastattelu. Syöpäsairaanhoitajan / hoidon koordinaattorin toimintaa pilotoitiin Oulu Pohjoisen osahankkeen alueella Oulun kaupungissa, Limingassa, Kuusamossa ja Taivalkoskella. Toimintamallia arvioi viisi sairaanhoitajaa, jotka käyttivät pilotoinnin ajan syöpäsairaanhoitaja-nimekettä. Syöpäsairaanhoitajien ikäjakauma oli 30–56 vuotta ja heillä oli työkokemusta 2 vuodesta 36 vuoteen. Oulun kaupungin-sairaalan osasto A2:n hoitohenkilöstöltä kysyttiin palautetta palliatiivisen hoitosuunnitelman hyödynnettävyydestä ja toimivuudesta sekä syöpäsairaanhoitajan vastaanotto-toiminnan näkymisestä käytännön työssä. Kyselyyn vastasi 4 osaston työntekijää. Saaduista palautteista on koottu yhteenvedot syöpäpotilaan saattohoitoprosessissa asetettujen tavoitteiden mukaisesti.

4.4.1 Asiakkaiden ja ammattilaisten kokemukset

Tavoite 1. Malli palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon siirtymisestä

Asiakkaiden palautteiden mukaan hoidon siirtyminen erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon koettiin myönteiseksi ja turvalliseksi, koska siirron jälkeen oli varattu aika syöpäsairaanhoitajalle. Potilaat olivat saaneet riittävästi ohjausta siitä, kehen ottaa yhteyttä perusterveydenhuollossa. Syöpäsairaanhoitajan vastaanottoajan järjestäminen erikoissairaanhoidosta siirryttäessä tuntui hyvältä huomioiden niukat voimavarat elämän kriisitilanteen vuoksi.

Syöpäsairaanhoitajilla oli myönteisiä kokemuksia uuden syöpäpotilaan tietojen siirtymisestä ja niiden vastaanottamisesta. Syöpätautien poliklinikalta tieto on siirtynyt hyvin ja nopeasti suojatun viestinnän kautta. Kolmen vastaajan mielestä siirtoepikriisitiedot eivät siirry reaaliajassa eli sairaskertomustiedot eivät ole olleet saatavilla sen jälkeen kun on vastaanottanut suojatun viestintäpalvelun kautta tiedot uudesta syöpäpotilaasta. Potilastietojen tuleminen suoraan syöpäsairaanhoitajalle nopeuttaa ja selkeyttää tiedonsiirtoa. Muiden OYS:n osastojen kanssa oli jonkin verran ongelmia tiedonsiirtoon liittyen. Potilas tai omainen oli joissain tapauksissa ottanut itse yhteyttä syöpäsairaanhoitajaan.

Syöpäsairaanhoitajat kokivat siirtoepikriisitietojen sisällön hyväksi jatkohoidon suunnittelun kannalta. Syöpätautien PALHO-poliklinikan epikriisit koettiin selkeiksi, ne antoivat riittävästi tietoa ja niiden sisältö oli kattava. Epikriisit helpottivat ja selkeyttivät jatkohoidon koordinoitua Oulun Kaupunginsairaalan (OKS) puolella. Jatkohoidon suunnittelun koettiin parantuneen saattohoitoprojektin edetessä. Muilta OYS:n osastoilta tulevat siirtoepikriisit nähtiin suppeampina ja ne vaikeuttivat kokonaisvaltaisen selvityksen tekemistä. Niissä pitäisi olla maininta, että hoidossa on siirrytty palliatiiviseen hoitoon ja potilas hyötyisi OKS:n tai kotisaattohoidon palveluista.

Syöpäsairaanhoitajille jäi vastaanoton jälkeen hoidon suunnittelutehtäviä kuten esim. verikoekiden lähetepyyntöjen tekemistä, lääkitykseen liittyvien asioiden suunnittelua ja hoitamista, lupapaikan (LP) sopiminen osasto A2:n lääkärin kanssa sekä yhteydenottoja omaisiin, kotihoitoon, tehostettuun kotiutukseen (TEHKO), Terveystalon kotisairaalaan, sosiaalityöntekijään, sairaalapastoriin ja tukihenkilöihin. Vastaanoton jälkeen sairaanhoitajat myös kirjasivat, tarkistivat ja tilastoivat tietoja (mm. hoitosuunnitelman tekeminen, KELA:n kaavakkeiden täyttämisen ohjeistus).

Syöpäsairaanhoitajilla oli hyviä kokemuksia vastaanottotilanteista. Vastaanotto koettiin tarpeelliseksi ja hoitajien mielestä potilaat kokivat turvallisuutta siitä, että heidät huomioitiin ja heidän jatkohoito suunniteltiin yhdessä. Vastaanottotilanteet koettiin rauhallisina ja keskusteluille ja suunnitelman laatimiselle oli varattu riittävästi aikaa. Yhdellä syöpäsairaanhoitajalla oli myönteinen kokemus kotona tapahtuneesta vastaanottokäynnistä yhteistyössä Tehkon tiimiläisten kanssa.

Oulun kaupunginsairaalan osasto A2 hoitohenkilöstölle syöpäsairaanhoitajan vastaanottotoiminta näkyy valmiina esitietoina / hoitosuunnitelmina hoitopalaverilehdellä (HOPAOU) potilaiden käytyä osastolla tutustumiskäynnillä. Raporttia lukiessa hyödynnettiin syöpäsairaanhoitajan merkintöjä potilaspapereissa ja potilaille kerrottiin mahdollisuudesta käydä syöpäsairaanhoitajan vastaanotolla. Kokemuksen mukaan potilaat ja omaiset eivät ole enää niin pelokkaita tulemaan osastolle, kun ovat saaneet tietoa osaston toiminnasta.

Tavoite 2. Yhteinen hoitosuunnitelma ja palvelusuunnitelma kaikkien hoitoon osallistuvien kesken

Asiakkaiden mielestä heidän toiveensa oli huomioitu jatkohoidon suunnittelussa ja hoito pyrittiin järjestämään toiveiden mukaisesti. Syöpäsairaanhoitajan vastaanottokäynnit koettiin myönteisiksi ja tärkeiksi tilaisuuksiksi. Asiakkaiden/potilaiden vapaan palautteen mukaan syöpäsairaanhoitajan vastaanotto toiminta koettiin tärkeäksi tilanteessa, jossa ihmisen voimavarat kuluvat kriisistä selviytymiseen vakavan sairauden ja saattohoitovaiheen aikana. Syöpäsairaanhoitajat koettiin ammattitaitoisina, empaattisina ja aidosti välittävinä ihmisinä.

Asiakkaat kokivat tulostetun hoitosuunnitelman yhteystietoineen tärkeäksi. Kaikki potilaat olivat saaneet tietoa oman kunnan tarjoamista sosiaalipalveluista. Osa potilaista oli saanut tietoa syöpäsairaanhoitajalta ja sosiaalityöntekijältä kotikäynnin yhteydessä. Kahdelle potilaalle oli tehty saman pöydän ääressä syöpäsairaanhoitajan laatima hoitosuunnitelma ja sosiaalityöntekijän laatima palvelusuunnitelma. Kokemus yhteisestä suunnittelusta koettiin hyväksi. Kirjallinen hoitosuunnitelma ja palvelusuunnitelma koettiin luotettavaksi ja tärkeäksi väärinkäsitysten ja unohtamisen ehkäisemiseksi.

Syöpäsairaanhoitajien mielestä siirtoepikriisitietojen siirtäminen palliatiiviseen hoitosuunnitelmaan oli helppoa ja hoitosuunnitelman tekeminen mielekästä. Hoitosuunnitelman laatimisessa on käytetty apuna valmista pohjaa / kysymyksiä (hankkeessa suunniteltu palliatiivinen hoitosuunnitelman fraasit). Syöpäsairaanhoitajien mielestä hoitosuunnitelmat helpottavat potilaan hoitoa, ohjaavat turvalliseen hoitosuhteeseen, antavat toivoa eteenpäin ja auttavat myös pääsemään hoidossa nopeasti alkuun potilaan tullessa osastolle. Hoitosuunnitelmasta ilmenee myös potilaan omat toiveet.

Uusi palliatiivinen hoitosuunnitelma koettiin toimivaksi ja hyväksi ja sen avulla oli helppo ottaa esille hoidon kannalta keskeisiä asioita. Suunnitelma nähtiin myös laajaksi ja koettiin, että siitä oli tarkoituksenmukaista karsia jotain aina yksilöllisesti. Vastajien mielestä suunnitelmassa oli liian paljon otsikoita ja otsikoissa oli hiukan toistoa. Myös toimintakykyosio nähtiin tarpeelliseksi tiivistää. Fraasien koettiin olevan hyvänä pohjana suunnitelmaa tehdessä. Hoitosuunnitelmaa laadittaessa on hyvä huomioida potilaan / omaisten tilanne, psyykkiset voimavarat, perheen sisäisten suhteiden laatu ja avoimuus sekä surutyön vaiheet. Palliatiivinen hoitosuunnitelma nähtiin prosessina, joka elää potilaan voimien ja vaiheiden myötä.

Syöpäsairaanhoitajilla oli myönteisiä kokemuksia potilaiden ja omaisten osallistumisesta palliatiivisen hoitosuunnitelman laatimiseen. Potilaat ja omaiset kokivat hyväksi, että heidän toiveensa kirjataan ylös ja keskustellaan jatkohoidosta. Hoitosuunnitelma tehdään potilasta varten ja niistä lähtökohdista, jota kulloinkin on. Potilaan omaisten mukanaolon hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa nähtiin tukevan yhteistyön merkitystä ja potilas ja omaiset ilmaisivat toiveensa ja avuntarpeensa useimmiten selvästi. Yhdessä laaditun hoitosuunnitelman koettiin tuovan turvaa ja luottamusta ja sen todettiin olevan hyvän hoitosuhteen lähtökohhta. Kahdella syöpäsairaanhoitajalla ei ollut kokemusta palliatiivisen hoitosuunnitelman tekemisestä.

Oulun kaupunginsairaalan osasto A2:lla hoitohenkilöstö (n=4) oli tutustunut myös palliatiiviseen hoitosuunnitelmaan. Suunnitelman fraasit nähtiin monipuolisina ja ne huomioivat monella tavalla potilaan tarpeet. Uuden palliatiivisen hoidon potilaan tultua osastohoitoon, suunnitelmasta on saanut nopeasti kokonaiskuvan potilaan sairauden tilasta, omaisten roolista ja sosiaalipalvelujen suunnittelusta. Suunnitelmaa oli myös käytetty supistetusti eli siitä oli poimittu vain potilaalle olennaisia kohtia.

Osastolla palliatiivisen hoitosuunnitelman nähtiin toimivan hyvin, mikäli on aikaa haastatella potilasta/omaista. Annetuissa palautteissa korostui, että hoidon tarve on potilaslähtöistä ja hoitosuunnitelman laatimiselle asettaa haasteita nykyiset resurssit/mitoitus, koska suunnitelman tekeminen vaatii aikaa. Suunnitelma koettiin vielä hieman kankeaksi, pitkäksi ja sekavaksi. Suunnitelmaa on muokattu käyttäjiensä näköiseksi, sitä on lyhennetty ja selkeytetty. Pääasiat pyritään tuomaan esille selkeästi ja suunnitelmaa päivitetään vähintään 2 viikon välein / kun potilaan vointi muuttuu.

Syöpäsairaanhoitajat kokivat sosiaalitoimen kanssa tehdyn yhteistyön pääasiassa toimivaksi. Pilotointiajalla tehtiin 3 saman pöydän ääressä laadittua hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Yhteys sosiaalitoimeen oli helppo saada, koska toimijoita oli vähän. Asioiden vireille pano sujui jouhevasti. Asiakkaan tuet ym. saatiin kiireellisesti hoidettua. Yhteistyöstä sosiaalitoimen kanssa on suuri hyöty asiakkaalle. Sairaahan ihmisen ei tarvitse koettaa selvittää monimutkaisia tukiasioita, vaan sosiaalityöntekijä voi auttaa nähtyään hoidon kokonaisuuden sairaanhoidon hoitosuunnitelmasta ja keskusteltuaan hoitohenkilöstön kanssa. Toisaalta yhteistyö koettiin irralliseksi yksittäisten asioiden hoitamiseksi. Yhteisestä neuvottelutilanteesta oli myönteinen kokemus, asiat hoituivat siinä joustavasti. Muuten yhteistyötä tehtiin puhelimen välityksellä. Monien potilaiden kohdalla sosiaalisten tukien selvittäminen oli jo lähtenyt eteenpäin PALHO-vastaanotolta.

Tavoite 3. Konsultaatiomahdollisuuksien parantaminen

Oulu Pohjoisen osahankkeessa Oulun kaupungin alueella ei käyty hoitoneuvotteluita videon välityksellä. Pilotointiajalla osallistuneiden ympäristökuntien osalta palliatiiviseen hoitoon siirtyneitä potilaita ei ole ollut palautteen keruuajana, joten potilaiden kokemuksia videovälitteisestä hoitoneuvottelusta ei saatu.

Syöpäsairaanhoitajilla oli myös vähän kokemuksia videokonsultaatioista. Videokonsultaatiomahdollisuutta oli kokeiltu pääasiassa koulutusasioissa. Pilotointiajalla oli yksi varsinainen videokonsultaatio, jossa oli mukana OYS:n erikoislääkäri, potilas, omainen, terveyskeskuslääkäri ja syöpäsairaanhoitaja. Potilas ja omainen olivat olleet tyytyväisiä videoneuvottelutilanteeseen. Lähes kaikki syöpäsairaanhoitajat kokivat videokonsultaatiot tarpeellisiksi. Yhden vastaajan mukaan kotikäynti on inhimillisempi tapa toimia. Vaikka videokonsultaatioista ei ollut juurikaan kokemusta, niiden nähtiin helpottavan potilaan hoitamista ja niillä vältetään turhaa matkustamista OYS:aan. Videokonsultaatio on vastaajien mielestä vaivatonta ja helppoa ja sen kautta on saatavilla asiantuntija-apua. Uuden teknologian käyttäminen onnistui hyvin kun laitteet saatiin toimimaan.

Syöpäsairaanhoitajat olivat käyttäneet suojattua viestintäpalvelua viestien vastaanottamiseen ja niiden kuittaamiseen, koulutukseen ja sosiaalityöntekijän yhteydenottoon. Myös Palho-vastaanoton lääkärille oli lähetetty tietoja syöpäsairaanhoitoon vastaantulon suojatun viestintäpalvelun kautta. Lähes kaikki syöpäsairaanhoitajat kokivat tiedon välittämisen suojatun viestintän kautta tarpeelliseksi. Syöpäsairaanhoitajat joutuivat konsultoimaan perusterveydenhuollon lääkärinä mm. lääkiasioissa, LP-paikan myöntämisessä ja silloin kun potilaan tilanne vaati lääkärin kannanottoa. Yhteistyö koettiin saumattomaksi.

Tavoite 4. Selkeä saattohoidon koordinointi

Asiakkaille jäi syöpäsairaanhoitajan vastaanotosta asiallinen, lämmin, empaattinen ja turvallinen tunne. Osaston lupapaikka koettiin hyväksi ja turvalliseksi asiaksi ja lupaus paikasta piti kun sitä tarvittiin. Tutustumiskäynti lupapaikka osastolle koettiin hyväksi ja tärkeäksi. Tutustumiskäynti poisti pelkoja, joita olisi tullut ilman tutustumiskäyntiä. Potilailla ei ollut kokemusta syöpäpotilaan visuaalisesta opaskartasta. Yhdellä potilaista oli Syöpäyhdistyksen tukihenkilö. Osa koki, ettei tukihenkilölle ollut tarvetta. Syöpäsairaanhoitajan vastaanottotoiminta tuki potilaiden ja omaisten mielestä kotona selviytymistä ja jaksamista. Tieto siitä, että syöpäsairaanhoitajalle / lupapaikkaosastolle voi soittaa ja että osastolle pääsee aina silloin kun kotona ei enää selviä, auttoi jaksamaan ja uskaltamaan olla kotona erilaisista oireista huolimatta.

Kolmen syöpäsairaanhoitajan mielestä vastaanottotoiminta tukee riittävästi potilaiden /läheisten kotona selviytymistä ja jaksamista, vaikkakin rajoitteita potilaan asioiden järjestämiseksi on vielä. Esim. ei voida tilata labrakokeita, lääkäriaikoja ym. Yhdellä syöpäsairaanhoitajalla oli kokemusta potilaan visuaalisen opaskartan käytöstä.

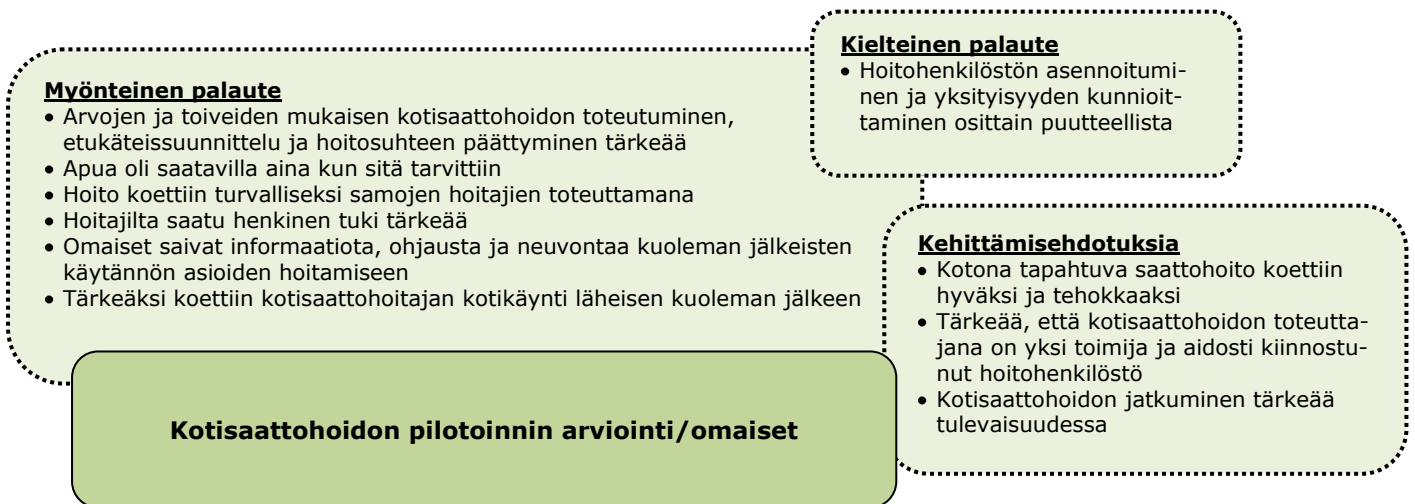
Pohjois-Suomen Syöpäyhdistys ry. (PSSY) oli ollut jonkin verran mukana syöpäsairaanhoitajien vastaanottotoiminnassa. Syöpäsairaanhoitajat tekivät yhteistyötä oman alueen PSSY:n tukihenkilöiden kanssa mm. keskustelemalla käytännöistä, ottamalla yhteyttä osastolla toimiviin tukihenkilöihin potilaiden tarpeiden mukaan ja osallistumalla tukihenkilöiden tilaisuuksien järjestelyihin osastolla ja välittämällä potilaiden toiveista tukihenkilöille. Yhdessä palautteessa oli kokemusta yhteisestä palaverista syöpäjärjestön edustajien ja tukihenkilöiden kanssa liittyen tukihenkilötoiminnan jalkauttamisesta saattohoitoon ja toimintamallin kokeilun käynnistämiseen. Yhteydenpitoon ei käytetty suojattua viestintää, vaan yhteydenotot tapahtuivat puhelimen ja sähköpostin välityksellä. Syöpäsairaanhoitajien vastausten perusteella PSSY:n tukihenkilöiden tarve ei lisääntynyt pilotoinnin aikana. Pilotoinnin ajan oman paikkakunnan seurakunta osallistui tarpeen mukaan hoidon koordinointiin. Sairaalapastorit olivat tehneet osasto- ja kotikäyntejä.

4.4.2 Kokemukset kotisaattohoidosta

Kotisaattohoidon pilottia toteutettiin Oulun kaupungin tehostetun kotiutuksen yksikössä 10/2011–03/2012 välisenä aikana. Palautetta saatiin kotisaattohoitopilotissa mukana olleilta omaisilta sekä pilottia toteuttaneilta sairaanhoitajilta, lähihoitajilta, fysioterapeutilta sekä Oulun kaupungin sosiaalityöntekijältä. Omaisten antama palaute kerättiin palautekeskustelujen muodossa, johon osallistui omaisen lisäksi saattohoitoprosessin projektivastaava ja kehittäjätyöntekijä. Hoitohenkilöstöltä palaute kerättiin paperilomakkeella.

Omaiset kokivat tärkeäksi heidän toiveidensa ja arvojensa mukaisen kotisaattohoidon toteutumisen, sen etukäteissuunnittelun ja hoitosuhteen päättymisen. Sovittujen kotikäyntien lisäksi kotiin tarjottua läheisen saattohoitoon liittyvää apua saatiin aina silloin kun sitä tarvittiin. Kotiin annettu hoito koettiin turvalliseksi, koska samat hoitajat yhdestä hoitotiimistä toteuttivat hoitoa koko kotisaattohoidon keston ajan. Omaiset kokivat saaneensa kotisaattohoitajilta henkistä tukea, tulleensa kuulluiksi ja huomioituiksi. Läheiset saivat kotisaattohoitajilta informaatiota, ohjausta ja neuvontaa kuoleman jälkeisistä käytännön asioiden hoitamisesta. Erityisen tärkeäksi koettiin kotisaattohoitajan kotikäynti läheisen kuoleman jälkeen.

Omaiset kokivat hoitohenkilöstön asennoitumisen ja yksityisyyden kunnioittamisen osittain puutteellisena. Kotona tapahtuva saattohoito nähtiin hyvänä ja tehokkaana. Äärimmäisen arvokkaana omaiset kokivat läheisensä mahdollisuuden kuolla kotona perheen ympäröimänä ja kokeneen hoitohenkilöstön tukemana. Yhden kotisaattohoidon toimijan ja kuolevan potilaan hoidosta aidosti kiinnostuneen hoitohenkilöstön toteuttama hoito nähtiin tärkeäksi. Omaisten toive oli, että kotona tapahtuva saattohoito jatkuisi tulevaisuudessakin. (ks. kuvio 3)

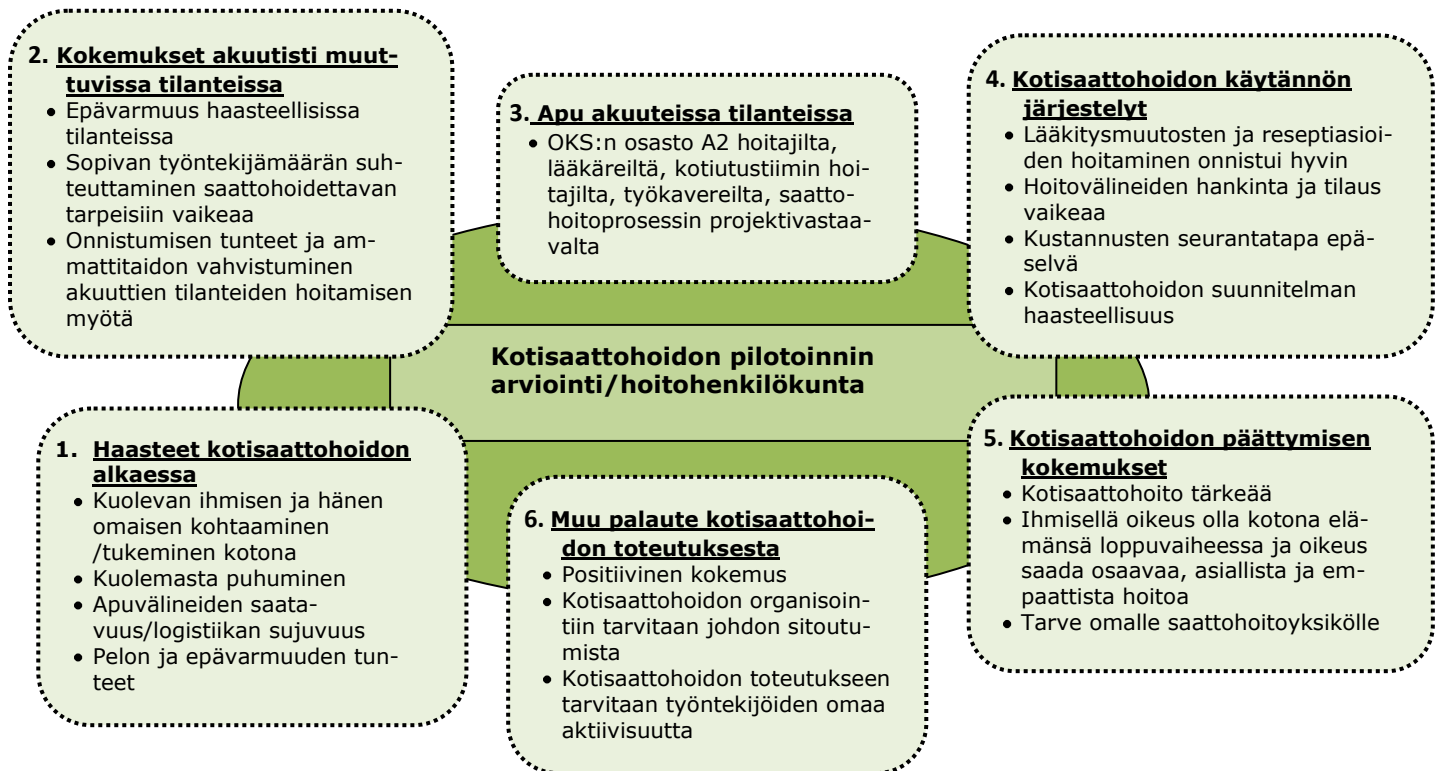


Kuvio 3. Kotisaattohoidon pilotoinnin arviointi omaisten kuvaamana.

Kotisaattohoidossa toimiva hoitohenkilöstö (n=8) koki haasteellisiksi kuolevan ihmisen ja hänen omaisten kohtaamisen kotona, kuolemasta puhumisen, omaisten huomioimisen ja jaksamisen tukemisen sekä luottamuksen rakentamisen hoitosuhteeseen. Kotisaattohoidon alussa koettiin pelkoja ja epävarmuutta. Haasteellisena koettiin myös apuvälineiden saatavuus ja logistiikan sujuvuus. Akuutisti muuttuvissa ja uusissa tilanteissa koettiin epävarmuutta ja haasteellisuutta asiakkaan voimien heikentyessä. Asiakkaan avuntarpeen kasvaessa äkillisesti, koettiin haasteena suhteuttaa työntekijämäärä kotisaattohoidettavan tarpeisiin. Asiakkaan voimien muuttuvissa tilanteissa ja niiden hoitamisessa koettiin myös onnistumisia liittyen asiakkaan ja hänen läheisensä tukemiseen. Akuutisti muuttuvien tilanteiden myötä ammattitaidon koettiin vahvistuneen. Akuuteissa tilanteissa kotisaattohoidon henkilöstö sai tukea, ohjausta ja apua Oulun kaupunginsairaalan palliatiivisen hoidon osaston A2 hoitajilta ja lääkäreiltä, kotiutustien hoitajilta, työkavereilta sekä saattohoitoprosessin projektivastaavalta.

Kotisaattohoitoon liittyvien käytännön järjestelyiden osalta asiakkaan lääkitysmuutokset ja reseptien hoitamisesta onnistuivat hyvin. Hoitovälineiden hankinta ja tilaus koettiin hankalana. Kotisaattohoidon kustannusten seurattavassa koettiin epäselvyyttä. Kotisaattohoidon pilotointi ei hoitohenkilöstön mielestä täysin vastannut alkuperäistä suunnitelmaa mutta se kuitenkin antoi rungon toiminnan soveltamiseen. Hoitohenkilöstö koki kotisaattohoidon tärkeäksi. Hoitohenkilöstön mukaan ihmisellä on oikeus olla kotona elämänsä loppuvaiheessa ja hänellä on oikeus päättää siitä, missä hän haluaa kuolla. Ihmisellä on oikeus myös saada osaavaa, asiallista ja empaattista hoitoa. Pilottiin osallistuneen hoitohenkilöstön mukaan kotisaattohoitoon tarvittaisiin oma saattohoitoyksikkö. Pilottiin osallistuneen hoitohenkilöstön mielestä ko-

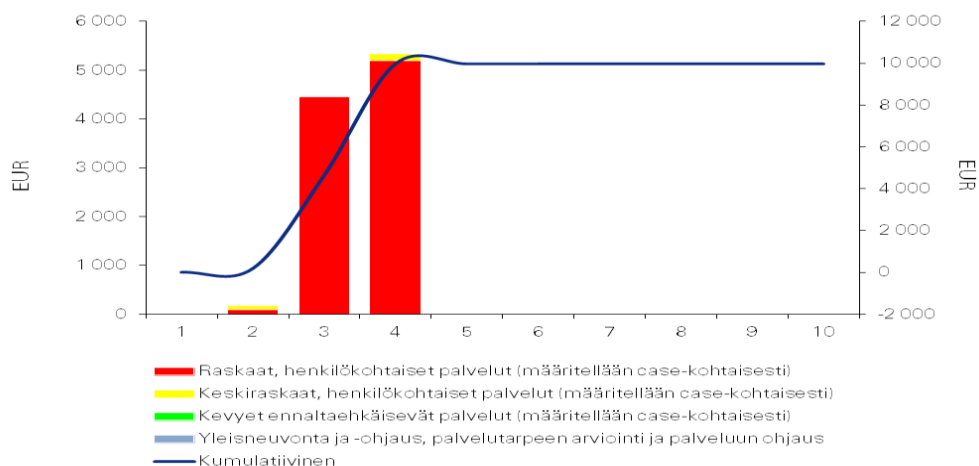
tisaattohoidon toteutuminen koettiin positiivisena kokemuksena mutta kotisaattohoidon organisointiin kaivattiin johdon sitoutumista ja kotisaattohoidon toteutukseen työntekijöiden omaa aktiivisuutta. (ks.kuvio 4)



Kuvio 4. Kotisaattohoidon pilotoinnin arviointi hoitohenkilökunnan kuvaamana.

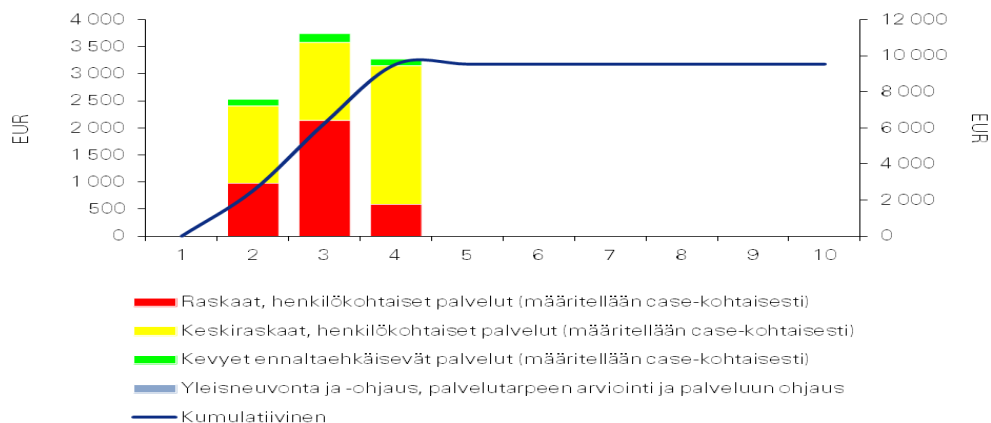
4.4.3 Kustannushyötyanalyysin tulokset

Kustannushyötyanalyysissä kuvattiin syöpäpotilaan saattohoidon hoitoprosessissa kaksi hoitopolkua erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuollon kautta kotiutuminen saattohoitoon; Ei ennakoiva ja ennakoiva. Potilastapaus on fiktiivinen, mutta todellinen. Ei ennakoivassa hoitopolussa (kuvio 5) kustannukset laskettiin entisellä toimintamallilla, niin että jatkohoitoa esh:n kotiutumisen jälkeen ei ole suunniteltu ja muuttuvissa elämäntilanteissa ei pystytty vastaamaan sairauden tuomiin oireisiin oman kunnan terveydenhuollossa.



Kuvio 5. Ei ennakoiva hoitopolku.

Ennakoivassa hoitopolussa (kuvio 6) eivät kustannukset juurikaan muuttuneet edullisemmiksi, mutta uusien toimintamallien vuoksi painopiste oli selkeästi perusterveydenhuollon puolella ennaltaehkäisevästi raskaita esh:n sairaalahoitoja vähentävänä tekijänä.

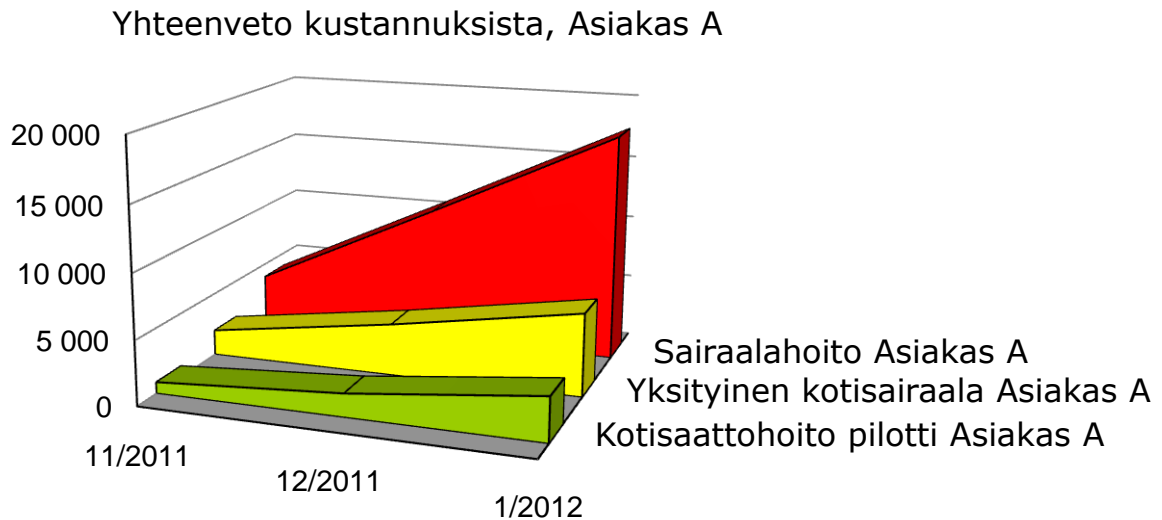


Kuvio 6. Ennakoiva hoitopolku.

Kotisaattohoidon kustannushyötyanalyysi

Oulu Pohjoisen osahankkeessa määriteltiin kustannushyötyanalyysi kahdesta kotisaattohoidon asiakastapauksesta, joista ensimmäisessä tapauksessa asiakas oli runsasta hoitoa tarvitseva ja toisessa (asiakas A) omatoiminen päivittäisissä toiminnoissaan, mutta tarvitsi vaativaa lääkehoitoa, josta kuva alla. Molemmassa asiakastapauksissa oli omaishoitajina puoliso. Tarkasteluväli oli kolme kuukautta ja kustannukset määriteltiin laitoshoidon kustannuksista (n.18 000e), yksityisen kotisairaalan kustannuksista (n. 4000e) ja kolmantena

pilotista syntyvistä kustannuksista (n.2500e). Kustannushyötyanalyysin perusteella selkeästi edullisimmaksi osoittautui hankkeessa pilotoitu kotisaattohoito ja kalleimmaksi laitoshoido. (kuvio 7)



Kuvio 7. Kotisaattohoidon kustannushyötyanalyysi.

4.4.4 Järjestötoimijan näkökulma

Hankekoordinaatio järjesti 23.2.2012 palautekeskustelun Pohjois-Suomen Syöpäyhdistys ry:n (PSSY) Oulun toimiston järjestösihteerin/neuvontahoitajan kanssa liittyen hankkeessa tehtyyn kehittämissyhteistyöhön. Keskustelun pohjalta koostettiin kirjallinen yhteenveto.

Järjestösihteerin mielestä kokemus verkostomaisesta ja moniammatillisesta yhteistyöstä oli pääasiassa myönteinen. Ajankäyttö oli haasteellista mutta kehittämistyö saatiin yhdistettyä yhdistyksen perustyöhön. Saattohoitoprosessin mallintaminen onnistui järjestösihteerin mielestä hyvin, tosin toiminta eriytyy jonkin verran alueittain. KYTKE-hankkeen kehittämistyön myötä yhdistys on saanut enemmän näkyvyyttä ja osaa vastata hankkeen myötä paremmin potilaiden tarpeisiin. PSSY on päässyt paremmin sisälle terveydenhuollon julkiselle puolelle, joka näkyy erityisesti hoitopolun selkeytymisenä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Järjestösihteerin kautta on tiedotettu muita paikallisosastoja ja saattohoidon tukihenkilöt ovat käyneet kertomassa toiminnastaan esim. paikallistoimijoiden kerhoissa. KYTKE-hankkeen katsottiin lisänneen saattohoitoon liittyvää tietoa ja hankkeeseen liittyviä kysymyksiä on lähetetty järjestösihteerille. Järjestösihteerin mielestä nykyisin pitäisi olla enemmän tällaista yhteistyötä eri sektorien kanssa: asiat ja kehittämisalueet saavat uusia asiakkaita ja potilasryhmiä hyödyttäviä näkökulmia.

PSSY:n järjestösihteerin näkemyksen mukaan tukihenkilötoiminta on lisääntynyt hankkeen myötä. Pilotoinnin aikana järjestösihteerin kautta välitettiin 2 tukihenkilöä ja muut syöpäsairaanhoitajien kautta. Saattohoidon tukihenkilöitä koulutettiin hankkeen aikana enemmän ja siihen on ollut halukkuutta. Tukihenkilötoimintaan nähtiin olevan työnohjauksen tarvetta.

Järjestösihteerin mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon ja Pohjois-Suomen Syöpäyhdistyksen väliselle yhteistyölle asettaa haasteita rahallisen tuen rajallisuus liittyen tukihenkilötoimintaan. Nykyisin tasapuolinen keskusteluyhteys on olemassa ja jatkossa on tärkeää, että yhdistys otetaan mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaan ja pyydetään esittäytymään erilaisissa tilanteissa. Kokemuksen mukaan maakunnissa on vähemmän kynnystä yhteistyöhön. On tärkeää myös lisätä tietoisuutta PSSY:n roolista sosiaali- ja terveydenhuollon sektorilla ja huomioida, että PSSY on järjestötoimija eikä voi osallistua esim. neuvontaan.

PSSY:llä on kokemusta muutamien suojattujen viestien lähettämisestä. Järjestösihteerin mukaan tämän kokemuksen perusteella on vaikea arvioida suojatun viestinnän hyödyllisyyttä ja tarpeellisuutta. Pilottiyksiköt ovat käyttäneet edelleen sähköpostia ja puhelinta asioiden selvittelyyn. Hankkeen uudet toimintamallit vahvistavat yhteisöllisyyttä PSSY:n mielestä siten, että uusien toimintamallien myötä terveystieteiden hoitohenkilökunta ja vapaaehtoiset henkilöt haluavat tietoa KYTKE-hankkeesta ja tukihenkilötoiminnasta. Palautteen mukaan tämäläiselle kehittämis-yhteistyölle on tarvetta jatkossa. Olisi hyvä, jos järjestö kuuluisi aina yhtenä toimijana kehittämistyöhön ja se huomioitaisiin toiminnassa. Julkisella puolella olisi hyvä olla mukana aina kun syöpäpotilaiden hoitoa kehitetään.

4.5 Toimintamallien juurruttaminen ja levittäminen

Yleinen kuvaus toimintamalleista

Kehittämistyön myötä potilaan sairauskertomustiedot, hoitotiedot ja jatkohoitosuunnitelmat siirtyvät erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon sähköisten potilasjärjestelmien välillä. Sähköisen tiedon siirtymisessä on huomattavia eroja. Oulussa tieto siirtyy nopeasti sairaaloiden välillä, kuten Oulun Yliopistollisesta sairaalasta lähetetty erikoissairaanhoidon palaute saapuu Effican potilastietojärjestelmään (Oulun Kaupunginsairaalaan) viimeistään potilaan sairaalasiirron jälkeisenä päivänä. Kuusamon Terveystieteiden keskuksessa on koettu tiedon siirtyvän huonosti ja sairaanhoitajat ovat tehneet tiedusteluja puhelimitse erikoissairaanhoidosta potilaan sairauskertomuksista. Hoitoketju tulisi olla turvattu niin että sähköinen tieto siirtyy katkeamattomana sekä jatkohoitosuunnitelmia pitäisi pystyä hyödyntämään sairauden aiheuttamissa muuttuvissa elämäntilanteissa kotona, oman lääkärin vastaanotolla ja sairaalassa/vuodeosastolla mahdollisimman nopeasti.

Hoitolinjaukset ovat selkiytyneet ohjeistavien epikriisien/hoitopalautteiden myötä. Selkeät jatkohoidon ohjeet ja hoitolinjaukset ovat tuoneet tullessaan potilasturvallisuutta, osaamisen vahvistumista perusterveydenhuollossa sekä kustannustehokkuutta.

Yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon välillä on tehty tiiviisti syöpäsairaanhoitajan / hoidon koordinaattori pilotin aikana. Syöpäsairaanhoitajat ja pilottiin osallistuneet sosiaalityöntekijät ovat tehneet mm. yhteisiä kotikäyntejä asiakkaan luona. Sosiaalityöntekijä on tehnyt asiakkaan kotona sosiaalityön palveluntarpeen arvioinnin sekä palvelusuunnitelman. Syöpäsairaanhoitaja on vastaavasti tehnyt hoitotyön arvioinnin ja laatinut potilaalle palliatiivisen hoitosuunnitelman. Hoitosuunnitelman ja palvelusuunnitelmien taustalla on ollut erikoissairaanhoidosta tullut siirtoepikriisi. Epikriisin tiedot ovat osittain peräisin esh:n palliatiivisen hoidon esitetolomakkeesta, jonka potilas on täyttänyt kotona ennen palho vastaanotolle tuloa.

Yhteistä hoito- ja palvelusuunnitelmaa ei hankkeen puitteissa voitu toteuttaa. Palliatiivinen hoitosuunnitelma on toteutettu hankekoordinaatiosta annettujen ohjeiden mukaisesti ja siihen on sisällytetty tärkeimmät otsikot sosiaalityön osuudesta, jotka terveydenhuollon henkilöstön on tärkeä tunnistaa. Näin ollen tavoite yhteisestä hoito- ja palvelusuunnitelmasta kaikkien hoitoon osallistuvien kesken ei näiltä osin toteutunut. Sote - yhteistyö lisääntyi ja hoidon koordinointi oli suunnitelmallista ja organisoitua. Palliatiivinen hoitosuunnitelma on laadittu yhdessä potilaan ja läheisensä kanssa. Hoitosuunnitelma toimii yhteisenä työvälineenä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstölle, mikä edesauttaa potilaan sairauden ja elämäntilanteessa tapahtuvien muutosten ennakoimista ja niihin vastaamista.

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon suunnitelmissa on ennakoitu yksilöllisesti potilaan hoidontarve ja potilas tulee paremmin tietoiseksi hoitoonsa osallistuvista tahoista. Potilaan palliatiivisen hoidon ja saattohoidon hoitoketju jatkuu saumattomana, eikä potilas jää "väliinpuotoajaksi" parantavien syöpähoitojen ja erikoissairaanhoidollisten hoitojen päätyttyä. Eri toimijoiden välinen tehtäväjako on selkeä jolloin vältetään epätarkoituksenmukaisilta potilassiirroilta ja hoitoratkaisuilta. Hoito on kustannustehokasta.

Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon konsultaatioissa käytetään apuna videoyhteyksillä toteutettavia hoitoneuvotteluja. Konsultaatiomahdollisuudet tuovat mukanaan kustannustehokkuutta ja saattohoidon osaaminen vahvistuu perusterveydenhuollossa. Vältetään turhilta ja potilasta rasittaviltakin käynneiltä erikoissairaanhoidossa sekä vältetään tarpeettomilta sairaalasiirroilta oirehoidon ja/tai hoitolinjaristiriitojen yhteydessä. Hoidon porrastus tapahtuu oikealla tavalla. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon järjestäminen on perusterveydenhuollon tehtävä, mutta erikoissairaanhoidon tulee tarjota vaativan erityistason hoito ja konsultaatiotuki.

Syöpäsairaanhoitaja / hoidon koordinaattori toimii palliatiiviseen hoitoon siirtyneen syöpää sairastavan potilaan hoidon koordinaattorina ja linkkinä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Koordinaattori kytkee ja turvaa hoitoketjun jatkumisen katkeamattomana sekä toimii potilaan ja omaisen tukena sairauden edetessä. Syöpäsairaanhoitajan osallistuminen videovälitteisesti erikoissairaanhoidon palliatiivisen hoidon (palho) vastaanotolle mahdollistaa palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon siirtyvän syöpää sairastavan potilaan hoidon vastaanottamiseen välittömästi. Palliatiivisen hoitosuunnitelman aloittaminen ja jatkohoidon koordinointi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämiseksi vahvistaa perusterveydenhuollon osuutta potilaan hoitoketjussa.

Potilaan arjessa ja kotona selviytyminen paranee. Hoitoketjussa hyödynnetään kaikkia hoitoon osallistuvia tahoja ja palveluita. Hoitoketjun vahvistamiseksi on luotu verkosto 3.sektorin ja yhdistystoiminnan kanssa. Syöpäyhdistyksen tukihenkilötoiminta ja sielunhoito tukevat potilaan ja omaisten jaksamista. Potilaan itsemääräämisoikeus vahvistuu ja hän että omaiset tulevat kuulluiksi ja he ovat tietoisia heille kuuluvista palveluista ja etuisuuksista. Kotona selviytymisen edellytykset ovat kehittyneet uuden toimintamallin myötä. Oulun kaupungissa on luotu edellytykset kotisaattohoidon toteuttamiseen.

Toimintamallien juurruttaminen käytännön tasolla

Syöpäpotilaan saattohoitoprosessin hankkeen tuloksia ja uuden palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon siirtymisen toimintamallia esiteltiin Oulu Pohjoisen alueen kuntakerroksilla (taulukko 6). Esittelyjen tarkoituksena oli saada toimintamalli kuntiin arjen käytännöksi se-

kä muutosten aikaansaamiseksi ihmisten ajattelussa sekä toiminnassa. Toimintamalli esitteilyihin kutsuttiin sosiaali- ja terveydenhuollon johtajia, palveluesimiehiä sekä työntekijöitä.

Taulukko 6. Syöpöpotilaan saattohoitoprosessin juurruttamiskäynnit kunnissa.

Juurruttaminen - kuntakierrokset	
Pvm	Kunta/organisaatio
14.3.2012	Kuusamon terveyskeskus
14.3.2012	Taivalkosken terveyskeskus
14.3.2012	Muhoksen terveyskeskus
21.3.2012	Avoterveydenhuollon johtoryhmä
16.4.2012	Kiimingin terveyskeskus
24.4.2012	Oulunkaaren Kuntayhtymä (Vaala, Utajärvi, Simo, Ii, Pudasjärvi)
05/2012	Kempeleen terveyskeskus
15.5.2012	Lumijoen terveyskeskus
30.5.2012	Liminka, Tyrnävä, Hailuoto
21.5.2012	Kainuun maakunta- kuntayhtymä
22.5.2012	Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri - Kokkola

Käyttöönottoon siirtymisessä käytettiin kahta yhteistyötavoitemallia. Käyttöönottosuunnitelmiin kirjattiin toimintamallin sisällön kuvaus, kustannushyötyanalyysien keskeiset tulokset, toimintamallin käyttöönotto kunnissa, sopimuksen mukaan yhteistyötavoite 1 tai 2, hankkeen antama tuki käyttöönotolle 30.9.2012 saakka, toimintamallin käyttöönoton vastuuhenkilö organisaatiossa, käyttöönoton seuranta sekä käyttöönottosuunnitelman laatimiseen osallistuneet tahot. Käyttöönottosuunnitelmat lähetettiin kuntiin tarkistettavaksi ja täydennettäväksi.

Palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon siirtymisen toimintamallista on tehty QPR-mallinnus sekä Oulun kaupungin IMS-mallinnus. Juurruttamisen ja levittämisen tueksi toimintamalli on kuvattu myös REA-työkaluun ja se on siirretty sähköiseen innovaatioympäristöön Innokylään. Juurruttamisessa ympäristökuntiin käytetään toimintamallin levittämiseen tarkoitettua "mallinnuskansiota" DVD-levyn muodossa. Ympäristökuntiin on jaettu sähköinen kansio eli DVD-levy, joka sisältää toimintamallin, hoitosuunnitelmat, ym. palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon liittyvää materiaalia. DVD sisällytettiin kansioon johon liitettiin myös ohjeistus levyn sisällöstä ja sen käytöstä.

4.6 Johtopäätökset ja jatkosuositukset

Hankeaikana palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon siirtynyt asiakas ja koti on kytketty sosiaali- ja terveydenhuollon saumattomaan hoito- ja palvelujärjestelmään tiivistämällä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä. Asiakas ja hänen läheisensä otetaan mukaan hoidon suunnitteluun. Asiakas tulee paremmin kuulluksi ja hänen toiveensa huomioidaan hoidon suunnitelmassa

ja toteutuksessa. Asiakkaalle annetaan mukaan yhteistyössä laadittu palliatiivinen hoitosuunnitelma ja hänen arjessa ja kotona selviytyminen on parantunut. Asiakas ja läheiset tulevat kuulluiksi ja he ovat tietoisia heille kuuluvista palveluista ja etuisuuksista. Tukihenkilötoiminta ja sielunhoito tukevat asiakkaan ja hänen läheisensä jaksamista. Hankkeessa kehitetty toimintamalli on koettu asiakkaiden keskuudessa turvalliseksi. Syöpää sairastavan palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon siirtymisen hoitoketju on turvattu perusterveydenhuollossa erikoissairaanhoidollisten parantavien syöpähoitojen jälkeen. Hoidon suunnitelmat on koettu selkeyttäviksi ja syöpäsairaanhoitajan vastaanotto toiminta hoidon koordinoinnissa tärkeäksi. Eri toimijoiden välinen tehtäväjako on selkeä, jolloin vältetään epätarkoituksenmukaisilta potilassiirroilta ja hoitoratkaisuilta. Hoitoketjussa hyödynnetään kaikkia hoitoon osallistuvia tahoja ja palveluita. Sosiaalitoimi on ollut hankkeen aikana tiiviisti mukana hoidon koordinoinnissa. Tällaiselle tiiviille yhteistyölle nähdään suuri tarve myös tulevaisuudessa. Kotisaattohoidon edellytykset ovat mahdollistuneet ja parantuneet hankkeen myötä. Kehitetty toimintamalli on osoittautunut kustannushyötyanalyysin mukaan kustannustehokkaaksi.

Suojatun viestintäpalvelun kautta tieto on siirtynyt reaaliaikaisesti kohdennetusti oikeille tahoille ja se on mahdollistanut katkeamattoman hoitoketjun. Suojatun viestinnän tapaiselle palvelulle nähdään olevan tarvetta tulevaisuudessa. Hankkeen aikana toteutetuista videokonsultaatioista saatiin myönteisiä kokemuksia. Saattohoidon osaaminen vahvistui ja välttyttiin turhilta ja potilasta rasittavilta käynneiltä erikoissairaanhoidossa. Videokonsultaatioiden avulla on pystytty vastaamaan nopeasti sairauden tuomiin muuttuviin tilanteisiin oirehoidossa ja hoitolinjaristiriidoissa. Potilasturvallisuus on parantunut. Hankkeen aikana erikoissairaanhoito on tarjonnut vaativan erityistason hoitoa ja konsultaatiotukea hankkeen alussa käynnistetyllä palliatiivisen hoidon poliklinikavastaanotolla. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon painopistettä on näillä potilailla voitu siirtää perusterveydenhuoltoon ja parantaa kotisaattohoidon edellytyksiä.

Hankkeen aikana on koottu syöpäsairaanhoitajia ja syöpäpotilaan hoidossa mukana olevia hoitotyön ammattilaisia mukaan koko OYS:n erityisvastuualueelle ulottuvaan verkostoon, joka järjestää kaksi kertaa vuodessa aihepiiriin liittyvää täydennyskoulutusta ja tarjoaa myös ammattilaisille vertaistukea. Yhtenäistyvät hoitokäytänteet, hoitoketjujen tuntemus sekä verkostoituminen edistävät saattohoidonkin laatua ja ammattilaisten työtyytyväisyyttä.

Perusterveydenhuollon konsultaatiotuen parantamiseksi on erikoissairaanhoidossa suunniteltu vaikean syöpäkivun hoidon uudelleen koordinointi yhteistyössä kipupoliklinikan ja syöpätautien yksikön kanssa. Syöpätautien vuodeosaston yhteydessä toimivassa vaativan erityistason yksikössä turvattaisiin potilaalle nopeasti ja moniammatillisesti kivunhoidon ohjelma, jota perusterveydenhuolto voi jatkaa. Kyseisen palliatiivisen yksikön toiminnalla voitaisiin ennaltaehkäistä potilaiden hakeutumista päivystykseen, tukea perusterveydenhuollon toimintaa ja edistää siten hoidonporrastuksen oikeaa toteutumista.

Uusi palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toimintamalli vaatii toteutuakseen ja jatkuakseen

- Johdon sitoutumista
- Henkilöresurssien kohdentamista omaksi työnkuvaksi sekä aitoa kiinnostusta asiaa kohtaan
- Tiiviin yhteistyön jatkamista erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä
- Tiiviin yhteistyön jatkamista sosiaali- ja terveydenhuollon välillä
- Verkostojen ylläpitämistä kolmannen sektorin kanssa

- Kotisaattohoidon järjestämistä siten, että kotiin annettava hoito tapahtuu yhden hoitoringin toteuttamana
- Kehitetyn toimintamallin mukaisen toiminnan jatkamista ja suunnitelmallista perehdyttämistä
- Henkilöstön jaksamisesta huolehtimista työnohjauksen, koulutusten ja verkostoitumisten avulla
- Lääketieteen perusopetuksen ja erikoislääkärikoulutuksen muokkausta siten, että saattohoitopotilaan hoito tulee huomioiduksi aiempaa paremmin
- KYTKE-hankkeen toimintamallien kirjaamista perusterveydenhuollon järjestämissuunnitelmaan
- Hoitoketjujen jatkokehittämistyötä PPSHP:n perusterveydenhuollon yksikössä ja niiden tunnetuksi tekemistä sekä OYS:ssa että kunnissa
- Saattohoidon yhteyshenkilöiden nimeämistä jokaiseen kuntaan
- Videojärjestelmien vastuuhenkilöiden nimeämistä kunnissa ja työpisteissä siten, että etäkonsultaatiotoiminta tulisi tunnetuksi ja voisi laajeta
- Palliativisen yksikön toiminnan aloittamista erikoissairaanhoidossa

5 AIVOHALVAUSPOTILAAN KUNTOUTUSPROSESSI

Aivohalvausprosessissa kehittämistyö on laajennettu hankkeen aikana koskemaan aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoitoa ja kuntoutusta. Aivoverenkiertohäiriö -potilaan kuntoutusprosessin kehittäminen aloitettiin syksyllä 2010 toimintasuunnitelman laatimisella. Tavoitteet selkiytettiin ja tarkennettiin terveyshyötymallin viitekehyksen mukaisiksi. Konkreettisiksi tulosodotuksiksi muodostuivat mm. hoito- ja kuntoutusketjun mallintaminen, hoito- ja kuntoutussuunnitelman kehittäminen ja samanaikainen laatiminen, kuntoutuksen tehostuminen ja hoitajaksojen lyhentymisen vuodeosastoilla, kotiutusten aikaistuminen ja pitkäaikaishoitoon siirtymisten väheneminen, toimintakyvyn (erityisesti psyykkisen ja sosiaalisen) paraneminen. Syksyllä 2010 toteutettiin myös nykytila-analyysi. Analyysissa tuotiin esiin prosessiin liittyvät keskeisimmät haasteet Oulu Pohjoisen osahankkeen alueella. Haasteet otettiin huomioon kuntoutusprosessin kehittämistyössä.

5.1 Kehittämistyön tavoitteet

Aivoverenkiertohäiriö -potilaan kuntoutusprosessin tavoitteena on ollut mallintaa ja systematisoida aivoverenkiertohäiriö -potilaan kuntoutus ja jalkauttaa käytännön työtapoja, jotta kuntoutukseen käytettävissä olevat resurssit tulevat kohdennetuksi tarkoituksenmukaisesti ja vaikuttavasti sekä mahdollisimman monipuolisesti koko sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmässä. (Hankesuunnitelma 2010) Konkreettisina osatavoitteina kehittämistyössä ovat olleet:

- 1) Kuntoutuksen koordinointi ja suunnittelu*
- 2) Kuntoutusosaamisen varmistaminen, konsultaatioiden ja tiedonkulun tehostaminen*
- 3) Kotikuntoutuksen kehittäminen*

5.2 Kehittämistyön eteneminen

Aivoverenkiertohäiriö -potilaan kuntoutusprosessin kehittämistyöhön perustettiin vuonna 2010 AVH-tiimi, joka kokoontui säännöllisin väliajoin koko hankkeen ajan. Tiimissä jaettiin tehtävät

osavastuualueittain. Työryhmän vetäjänä toimi projektivastaava Tiina Vuononvirta, ja siihen kuuluivat fysioterapeutti Elina Lahdenperä ja sairaanhoitaja Suvi Penttilä-Sirkka Oulun kaupungista, fysioterapeutti Anne Meskus Lumijoelta, sekä fysioterapeutti Katja Vähäkuopus Kempeleestä ja fysioterapeutti Marjo Salomaa Haukiputaalta. Keväällä 2011 Marjo Salomaan tilalle tuli puheterapeutti Sinikka Takkula Haukiputaalta. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriä edusti neurologi Kaisa Kytökorpi, sekä syksystä 2011 lähtien fysioterapeutti Soili Lukkarila. Työryhmää vahvistettiin 1.1.2011 alkaen Oulun kaupungin sosiaalityöntekijällä Airi Mäntylällä. Työryhmätyöskentely oli aktiivista ja siihen osallistui terveydenhuollon edustajien lisäksi edustajia kolmannelta sektorilta, yksityiseltä sektorilta ja sosiaalitoimesta. Kehittäjäasiakkaita saatiin mukaan järjestötoiminnan kautta. AVH-tiimi tutustui alueen AVH-kuntoutustoimintaan, erilaisiin toimintakykymittareihin ja kokosi huomattavan laajan materiaalipaketin AVH-vastaavien toiminnan tueksi sekä vuodeosastojen kuntoutumista edistävän työotteen toiminnan tueksi. Oulu Pohjoisen ja Oulu Eteläisen AVH-tiimit tekivät kehittämistyötä tiiviisti yhteistyössä vaihtaen ajatuksia sähköpostitse, puhelimitse ja tapaamisten yhteydessä. Yhteinen materiaali kerättiin hankkeen sähköiseen työtilaan, jossa se oli kaikkien hankkeeseen osallistuvien luettavissa.

AVH-potilaan hoito- ja kuntoutusketjun mallintamisen suunnittelu aloitettiin joulukuussa 2010. Mallinnukset tehtiin yhdessä PPSHP:n ja Oulu Eteläisen osahankkeen kanssa. Mallintamista tehtiin usealla eri tavalla. Mallinnuksen päälinjoista sovittiin ja tehtyä mallinnusta tarkasteltiin suuressa moniammatillisissa työryhmässä, johon osallistui Oulu Eteläisen ja Oulu Pohjoisen AVH-tiimit, Kuusamon Katrin kodin työntekijöitä, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin työntekijöitä, Aivoliiton edustaja sekä sosiaalityöntekijöitä ja muita hankkeen työntekijöitä (yht. n 20 henkilöä/kokous). Suuren työryhmä kokoontumisia oli 4, joista kaksi videoyhteyden kautta. Lisäksi mallinnusta tehtiin AVH-tiimipalaverissa, joita oli kevään 2011 aikana 10, sekä vielä pienemmissä ryhmissä siten, että 1-2 työntekijää kirjasi mallinnukseen hoitoketjua yhdessä mallintajan kanssa. Sosiaalityön mallinnuksen osalta pidettiin myös oma palaveri. Mallinnus saatiin valmiiksi toukokuussa 2011. Kesän 2011 aikana mallinnuksesta tehtiin toimintotaulukot yhdessä Oulu Eteläisen osahankkeen kanssa. Toimintotaulukkoja tehtäessä huomattiin muutamia korjattavia asioita ja nämä korjaukset tehtiin QPR-ohjelmaan yhdessä mallintajan kanssa syyskuussa 2011.

Mallinnuksen tuloksena syntyi yhteinen toimintamalli AVH-potilaan hoitoon ja kuntoutukseen koko Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueelle. Mallinnuksessa hyödynnettiin kaikkien osallistujien vankkaa ammattitaitoa AVH-potilaan hoidosta ja kuntoutuksesta sekä parhaimpia kokeiltuja toimintamalleja esim. Oulun kaupungin kuntoutussairaala. Lisäksi mallinnuksen aikana kehitettiin uudet toimintamallit niihin kohtiin hoito- ja kuntoutusketjua, jotka alkutilanteen kartoituksessa todettiin erityisen haasteellisiksi.

5.3 Kehitettyjen toimintamallien pilotointi ja tiedottaminen alueilla

Aivoverenkiertohäiriö -potilaan kuntoutusprosessin pilotointisuunnitelma valmistui elokuussa 2011. Pilotointiin osallistuivat PPSHP:n alueella pilotoinnin aikana sairastuneet AVH – kuntoutajat, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon moniammatillinen henkilökunta, kuntoutujien omaiset/ läheiset seuraavista kunnista: Oulu, Kempele, Lumijoki, Tyrnävä, Liminka, Haukipudas sekä Ii, Pudasjärvi, Utajärvi ja Vaala Oulunkaarelta. Osallistuminen pilotointiin perustui aina asiakkaan antamaan lupaan. Pilotointiin liittyen osahankkeiden AVH-tiimit suunnittelivat useita eri lomakkeita. Lomakkeita jaettiin erikoissairaanhoidosta ja ne kulkivat kuntoutujan mukana perusterveydenhuoltoon.

Kaikki pilotointiin osallistuvien kuntien AVH-vastaavat (yhteensä 12 Oulu Pohjoisella osahankkeella) perehdytettiin syksyllä 2011. Terveyskeskusten lääkäreitä ja vastaanottojen sairaanhoitajia perehdyttiin myös kontrollivastaanoton pitämiseen. Aivoliitto toimitti mittavat tietopaketit AVH-vastaavien ja muiden pilotointiin osallistuvien käyttöön pilotointia varten. Vuodeosastoja perehdytettiin uuden toimintamallin käyttöönottoon liittyen Lumijoella, Kempeleessä ja Oulunkaaren vuodeosastoilla. Pilotointiaika oli syyskuusta 2011 huhtikuun 2012 loppuun saakka.

Mallinnuksen ja muun kehittämistoiminnan tuloksena päädyttiin pilotoimaan seuraavia asioita:

- AVH-vastaavan toimintaa, jonka tarkoituksena on koordinoita kuntoutujan kuntoutusta ja toimia yhdyshenkilönä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja muiden keskeisten hoitoon ja kuntoutukseen osallistuvien toimijoiden välillä
- Hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa sekä yhteistyössä sosiaalitoimen kanssa laadittua palvelusuunnitelmaa
- Potilaan ja omaisen ohjausta hoito- ja kuntoutusprosessin eri vaiheissa mm. tähän suunniteltua ohjauslomaketta hyödyntäen
- Perusterveydenhuollon vastaanotolla tehtävää AVH-kontrollia (sairaanhoitaja ja lääkäri)
- Vuodeosastojen hoitohenkilökunnan kuntoutumista edistävää toimintaa
- Yhtenäisiä toimintakykymittareita perusterveydenhuollossa
- Videoneuvotteluvälitteistä ja sähköisellä suojatulla viestintäalustalla toimivaa moniammatillista konsultaatiotoimintaa mm. erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä
- FIM -toimintakykymittarin kokeilu oli myös suunnitelmassa, mutta tämä peruuntui. Hankintaa suunniteltaessa tuli vastaan monia haasteita, jotka liittyivät tietoturvallisuuteen ja hajautettuun kuntoutusmalliin. AVH-tiimi on kerännyt ns, mittari-paketin AVH-kuntoutuksessa yleisesti käytettävistä ja luotettavista toimintakykymittareista.

AVH-vastaava toiminta

AVH-vastaava-toimintamallin pilotointi alkoi 1.9.2011 Oulussa, Kempeleessä, Limingassa, Tyrnävällä, Lumijoella, Haukiputaalla ja Oulunkaaren kunnissa (Ii, Pudasjärvi, Utajärvi, Vaala). AVH-vastaavilla oli pilotin aikana ollut yhteensä noin 100 asiakasta. Työaikaa/asiakas Käytettiin 20 minuuttia -30 tuntia. Keskimäärin työaikaa käytettiin 5,5 – 8,5 tuntia/asiakas. Kuntoutujien ikä on vaihdellut huomattavasti, suurin osa on ollut eläkeiässä, mutta myös huomattavasti nuorempia on ollut lukuisia.

AVH- vastaavan työ sisälsi mm. kuntoutussuunnitelmien tekemistä, kuntoutujan ja omaisten ohjaamista ja tukemista, 3 kuukauden lääkäri/hoitaja -kontrolliin ohjausta, kuntoutujien elämäntapaohjausta, verkostopalavereiden järjestämistä, tietoiltaan osallistumista yhdessä asiakkaan kanssa, palveluasunnon henkilökunnan ohjausta. AVH-vastaava teki yhteistyötä mm. sosiaalityöntekijöiden, terveyskeskuksen vastaanottojen, toimintaterapeuttien, Apuvälinekeskukseen, kuntoutussuunnittelijan, Kelan, OYS:n ja OKS:n osastojen, palveluasuntojen sekä Aivoliiton järjestösihteerin kanssa. Uuden toimintamallin pilotointi jatkui 30.4. asti, mutta sen jälkeenkin AVH-vastaava -toimintaa on jatkettu. AVH-vastaavat kokoontuivat kerran kuukaudessa arvioimaan toimintaa yhteisessä palaverissa. Näistä palavereista kolme pidettiin videoneuvotteluna ja kaksi lähipalaverina.

Pilotoinnin etenemisessä oli aluksi hankaluuksia tiedonkulun katkosten vuoksi: tiedon välityksessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon oli puutteita. Tieto aivoverenkiertohäi-

riö -potilaista tuli AVH-vastaavalle oman terveysaseman vastaanoton tai vuodeosaston kautta. Loppusyksystä 2011 tiedonkulku parani selvästi.

Muiden uusien toimintamallien pilotointi

Perusterveydenhuollon **lääkäri/hoitaja -kontrolleja** (3 kk) kokeiltiin Rajakylän, Kempeleen, Iin ja Haukiputaan terveysasemilla. Sisällön kontrollikäynneille laati hankkeessa mukana ollut neurologi. Kontrolliaikojen saaminen muilta kuin Rajakylän terveysasemalta oli haastavaa, koska vastaanottoaikojen saatavuus kunnissa on yleensäkin huono. Kontrolliajat vaativat lääkäreiltä ja etenkin hoitajilta melko pitkät vastaanottoajat, asioiden selvittämiseen saattoi mennä kaksikin pitkää (45 min) aikaa yhdellä kertaa. Kuitenkin kontrolleja pidettiin erittäin tärkeinä hyvän hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi.

Pilotissa kokeiltiin **uutta kuntoutussuunnitelmaa**, joka suunniteltiin erityisesti AVH-potilaan kuntoutuksen tueksi. Tarkoitus oli, että sama suunnitelma olisi käytössä hoitoketjun kaikissa vaiheissa. Suunnitelmalomake koettiin liian pitkäksi ja siihen tehtiin korjauksia pilotin lopussa. Suunnitelman pääotsikointi tehtiin mahdollisimman yhteensopivaksi kansallisten otsikoiden kanssa.

Potilasohjauksen kehittäminen pilotissa jäi lähes kokonaan AVH-vastaavan työnkuvaan kuuluvaksi, vuodeosastoilla ohjaamiseen ei saatu selvää parannusta. Potilasohjauslomakkeita jaettiin ja käytettiin melko vähän. Aivoliitto järjesti kaikkien AVH-vastaavien käyttöön laajan pakeitin potilaille jaettavasta materiaalista, jota pilotoinnissa hyödynnettiin.

Suojattu viestintäpalvelu otettiin käyttöön kaikissa niissä kunnissa, joissa oli AVH-vastaavan toimintaa. Suojatun viestintäpalvelun piirissä olivat kaikki erikoissairaanhoidossa AVH-kuntoutukseen osallistuneet fysio-, puhe-, ja toimintaterapeutit, sosiaalityöntekijät, osastosihteerit sekä perusterveydenhuollosta terapeutit, sosiaalityöntekijät, osastojen sairaanhoitajat ja AVH-vastaavat. Tarkoitus oli käyttää suojattua viestintää aina potilaan siirtyessä organisaation väillä, sähköisen lähete/palautte -järjestelmän lisänä. Viestitystä tapahtui AVH-prosessissa jonkin verran, mutta ei läheskään kaikkien siirtyvien potilaiden kohdalla.

Videoneuvotteluja kokeiltiin Oulu pohjoisen osalta lähinnä AVH-tiimin palavereissa. Ammattilaisten välisiin palavereihin tämä toimintatapa osoittautuikin erittäin hyväksi.

Yhdistetty hoito- ja kuntoutussuunnitelma sekä samanaikaisesti sosiaalitoimen kanssa tehtävän palvelusuunnitelman kokeilu jäi pilotoinnin aikana vähäiseksi. Oulussa jokin yksittäinen AVH-vastaavan ja sosiaalityöntekijän sekä potilaan yhteinen tapaaminen suunnitelman merkeissä järjestettiin.

Kuntoutumista edistävää toimintaa vuodeosastoilla kehitettiin useilla osastoilla tapahtuneen perehdytyksen ja osittain koulutuksenkin kautta. Uudet toimintamallit esiteltiin kaikilla pilotointikuntien osastoilla ja esim. kuntoutussuunnitelmien tekemiseen monitoimijaisesti yhdessä potilaan ja omaisen kanssa kannustettiin voimakkaasti. Hanketyöntekijöiden pitämät perehdytys- ja koulutustilaisuudet otettiin myönteisesti vastaan osastoilla, mutta näin lyhyessä ajassa vaikutusten seuraaminen oli haasteellista.

Pilotin aikana oli myös tavoitteena saada **yhtenäiset toimintakykymittarit** koko AVH-hoitoketjuun. AVH-tiimi valitsi yhdessä TOIMIA -tietokannasta sopivimmat mittarit ja keräsi ne yhteiseksi mittarikansioksi. Muutamia lisämittareita, jotka ovat osoittautuneet käytännössä

hyödyllisiksi, lisättiin pakettiin. Toimintakykymittari -paketti saatiin painetuksi vasta pilotin jälkeen, joten sen levittäminen jäi kesken.

Tiedottaminen alueilla

Oulu pohjoisen hankevastaava on ollut mukana seuraavissa esittelyissä v.2010 -2012 (taulukko 7). Lisäksi jokaisen kunnan hanketyöntekijä on esitellyt hanketta oman kuntansa sisällä.

Taulukko 7. Aivohalvauspotilaan kuntoutusprosessin esittelytilaisuudet.

Pvm	Paikka
5.10.2010	KYTKE-hankkeen tiedotustilaisuus Oulussa, kutsuttu laajasti kuntien johtoa, järjestöjä, yksityisiä yrityksiä
15.10.2010	KYTKE-hankkeen esittely Kuusamossa ja Taivalkoskella
19.10.2010	KYTKE-hankkeen esittely Pudasjärvellä ja Utajärvellä
22.10.2010	KYTKE-hankkeen esittely (AVH) Pohjois-Pohjanmaan avh-yhdyshenkilöiden kokouksessa
5.11.2010	KYTKE-hankkeen esittely (AVH) Aivoliiton syyspäivillä
16.11.2010	KYTKE-hankkeen esittely Yli-Iissä
1.12.2010	KYTKE-hankkeen esittely Oulun ammattikorkeakoulun opettajille
10.2.2011	KYTKE-hankkeen esittely (AVH) Pohjois-Pohjanmaan AVH-yhdyshenkilöiden kokouksessa
15.2. ja 21.2.2011	KYTKE-hankkeen esittely (AVH) Oulun ammattikorkeakoulun ylemmän tutkinnon opiskelijoille ja opettajille
10.5.2011	AVH-prosessin uuden toimintamallin ja pilotoinnin esittely Kuusamossa ja Taivalkoskella
18.5.2011	AVH-prosessin uuden toimintamallin ja pilotoinnin esittely lääkärimeetingissä, Oulun kaupungissa
2011 ja 2012	Hankkeella ständi Terve Sos -messuilla
24.5.2011	AVH-prosessin uuden toimintamallin ja pilotoinnin esittely Kempeleen kunnassa
30.5.2011	AVH-prosessin uuden toimintamallin ja pilotoinnin esittely Haukiputaan kunnassa
17.6.2011	AVH-prosessin uuden toimintamallin ja pilotoinnin esittely Oulunkaaren terveyspalveluiden esimiehille
20.6.2011	AVH-prosessin uuden toimintamallin ja pilotoinnin esittely Limingassa
8.8.2011	AVH-prosessin uuden toimintamallin ja pilotoinnin esittely Oulunkaaren terveyspalveluiden esimiehille 2
22.8.2011	AVH-prosessin uuden toimintamallin ja 3 kuukauden kontrollin esittely Rajakylän terveysasemalla
31.8.2011	AVH-prosessin uuden toimintamallin ja pilotoinnin esittely Utajärvellä
7.9.2011	AVH-prosessin uuden toimintamallin ja pilotoinnin esittely Iissä ja Utajärvellä
16.9.2011	AVH-prosessin uuden toimintamallin ja pilotoinnin esittely Iissä
21.9.2011	AVH-prosessin uuden toimintamallin ja pilotoinnin esittely Vaalassa
3.10.2011	AVH-prosessin uuden toimintamallin ja pilotoinnin esittely ODL:ssa
12.10.2011	AVH-prosessin uuden toimintamallin ja pilotoinnin esittely Pudasjärvellä
17.10.2011	AVH-prosessin uuden toimintamallin ja pilotoinnin esittely Oulun seudun kuntoutussairaalassa
19.10.2011	AVH-prosessin uuden toimintamallin ja pilotoinnin esittely Pudasjärvellä
2.3.2012	AVH-prosessin uuden toimintamallin ja juurruttamisen esittely Oulunkaarella terveyspalveluesimiehille
22.-	Sairaanhoitajapäivät Helsingissä, hankkeella ständi

23.3.2012	
21.3.2012	AVH-prosessin uuden toimintamallin ja juurruttamisen esittely Oulun kaupungin terveystalouden johtoryhmälle
24.5.2012	AVH-prosessin uuden toimintamallin ja pilotoinnin esittely Länsi-Pohjanmaan keskussairaalan avh-yhdyshenkilöille
29.5.2012	AVH-prosessin uuden toimintamallin ja pilotoinnin esittely Muhoksella
30.5.2012	AVH-prosessin uuden toimintamallin ja juurruttamisen esittely Limingassa
31.5.2012	AVH-prosessin uuden toimintamallin ja pilotoinnin esittely Taivalkoskella
23. – 24.8.2012	KYTKE-hankkeen esittely Terveys- ja taluspäivillä Oulussa
5.9.2012	KYTKE-hankkeen loppuseminaari
13.9.2012	AVH-prosessin alueellinen koulutuspäivä OYS:ssa

5.4 Kehittämistyön tulosten arviointi

Oulu Pohjoisen osahankkeeseen tehtiin IVA-arvioinnit (etukäteisarvioinnit kehittämistoimista) keväällä 2011 liittyen AVH-vastaavan toimintaan (Korteniemi ym. 2011) ja AVH-kuntoutujien kuntoutussuunnitelmaan (Huttunen ym. 2011). IVA-arvioinnit toteutettiin kirjallisuuslähtöisesti ja niitä käytettiin mallintamisen ja kehittämisen tukena. Ennakkoarviointia pilotoitavista toiminnista saatiin myös kolmesta asiakkaasta ja yhdestä omaisesta koostuneelta asiantuntijaryhmältä, jota hanketyöntekijät haastattelivat keväällä 2011. Ennakkoarvioinnista saatiin tukea uusien toimintojen kokeiluun. Aivoverenkierohäiriö -potilaan kuntoutusprosessissa kerättiin myös hanketyöntekijöiden itsearviointia ryhmäkeskusteluna ja pilottikuntien työntekijöiden arviointia sähköisten lomakkeiden kautta. Kyselylomakkeet sisälsivät avoimia ja monivalintakysymyksiä.

Asiakaskyselyt toteutettiin kevään 2012 aikana. AVH-vastaavina toimivat terveydenhuollon ammattilaiset antoivat kyselylomakkeita täytettäväksi omille asiakkailleen useilla eri paikkakunnilla. Koska AVH-kuntoutujien toimintakyky ja etenkin kognitiivinen kyvykkyys vaihtelevat suuresti, vastauksia kirjalliseen kyselyyn pystyi antamaan vain n. 20 % kaikista kuntoutujista. Vastaajia oli yhteensä 18, joista 8 oli miehiä, 10 naisia. Vastaajien keski-ikä oli 68 vuotta, vaihdellen välillä 49–85. Vastaukset ovat lähinnä suuntaa antavia, koska usealla vastaajalla oli selvästi vaikeuksia ymmärtää kysymyksiä. Toisaalta kaikki eivät olleet osallistuneet hankkeen eri toimintoihin, mikä näkyi vastausten puuttumisena useista eri kysymyksistä.

Henkilökuntakysely toteutettiin toukokuun alussa 2012 sähköisenä kyselynä. Kysely lähetettiin Oulun, Oulunkaaren, Kempeleen, Tyrnävän, Limingan ja Lumijoen sote-henkilökunnalle hanketyöntekijöiden ja kuntien palveluesimiesten kautta. Kysely oli osoitettu hankkeen pilotointiin osallistuneille terveyskeskusten vuodeosastojen ja vastaanottojen hoitajille ja lääkäreille, kuntoutustyöntekijöille, AVH-vastaaville sekä sosiaalityöntekijöille. Kyselyyn vastasi yhteensä 33 työntekijää, joista suurin osa oli fysioterapeutteja (13) ja sairaanhoitajia (12). Lisäksi vastasi kaksi AVH-vastaavaa ja toimintaterapeuttia sekä yksi lähihoitaja, lääkäri, puheterapeutti ja muu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilainen. Lähes kaikki vastaajat olivat pitkän työkokemuksen omaavia (yli 11 v), kahdella oli työkokemusta korkeintaan vuosi ja kahdella 6-10 vuotta. Osastolla työskenteli 22 työntekijää, avohuollossa 19, näistä osa työskenteli molemmissa. Vastaajista 16 työskenteli Oulunkaarella, 9 Lakeuden alueella ja 8 uuden Oulun alueella. Vastaajat olivat kuntouttaneet keskimäärin 9 asiakasta pilotin aikana, 12 vastaajaa oli kuntouttanut yli 10:tä. Vaihteluväli oli 0-45. 5 vastaajaa ei ollut kuntouttanut yhtään AVH-

asiakasta. Saaduista palautteista on koottu asiakkaiden ja ammattilaisten yhteenvedot aivo-
halvauspotilaan kuntoutusprosessissa asetettujen tavoitteiden mukaisesti.

5.4.1 Asiakkaiden ja ammattilaisten kokemukset

Tavoite 1. Kuntoutuksen koordinointi ja suunnittelu

Vastausten perusteella voidaan olettaa, että AVH-kuntoutujat olivat kokeneet etenkin AVH-
vastaava – toiminnan selvästi myönteisenä. Vastaajista 73 % oli kokenut hyötynensä toi-
minnasta, suurimman osan (n. 80 %) mielestä AVH-vastaavan ohjaus oli tukenut heidän koto-
na selviytymistä. Kuntoutujat kokivat saaneensa riittävästi tietoa sekä ohjausta. Hoito- ja kun-
toutussuunnitelmasta oli kokenut hyötynsä kolme neljäsosaa tähän kysymykseen vastan-
neista, mutta luultavasti osalle kysymys oli epäselvä tai heille ei oltu tehty ko. suunnitelmaa
(esim. lieväoireiset AVH-kuntoutujat, jotka eivät tarvitse varsinaista kuntoutusta). Suurin
osa kuntoutujista suurin osa koki hyötynsä heille suunnatusta oppaasta. (ks. taulukko 8)

Taulukko 8. Kuntoutuksen koordinointi ja suunnittelu kuntoutujien näkökulmasta (n=18).

Kysymys	kyllä	ei
1. Onko Teidän kanssanne laadittu terveydenhuollon hoito- ja kuntoutussuunnitelma sairaalassa/vuodeosastolla tapahtuvan hoitojakson aikana?	7	9
2. Onko Teille ollut hyötyä hoito- ja kuntoutussuunnitelmista?	9	3
3. Oletteko saaneet riittävästi tietoa ja ohjeistusta AVH-vastaavalta kuntoutukseenne liittyen?	14	3
4. Onko Teille ollut hyötyä AVH-vastaavan toiminnasta?	11	4
5. Onko AVH-vastaavan antama ohjaus on tukenut kotona selviytymistänne?	12	3
6. Onko Teille ollut hyötyä asiakkaan oppaasta?	6	4

Ammattilaiset pitivät hoito- ja kuntoutussuunnitelman tekemistä asiakkaan kuntoutumisen kannalta tärkeänä, mutta hankkeessa kehitetyn suunnitelmalomakkeen sisältöön ilmeni tyytymättömyyttä. Työntekijät kokivat pitkän suunnitelman liian laajaksi ja sekavaksi. Eräs toive oli, että vuodeosastolla olisi käytössä lyhyempi suunnitelma ja kotiin sitten laadittaisiin laajempi versio.

Ammattilaisille suunnatun avoimen kysymyksen vastausten mukaan hoito- ja kuntoutussuunnitelma tehostaa AVH-kuntoutujan arjessa selviytymistä ja selkeyttää kuntoutusta mm. yhteisten ja näkyvien tavoitteiden avulla, joihin kuntoutuja, omaiset, hoitajat, terapeutit ja kotiapu sitoutuvat. Yhteisen suunnitelman kautta kuntoutuksesta tulee yhdenmukaisempaa, tehokkaampaa ja koordinoitumpaa. Kirjallista suunnitelmaa, joka on myös asiakkaalla, pidettiin tärkeänä tukena myös omaisille ja läheisille.

Avoimien vastausten mukaan hankkeen pilotoinnin aikana pidetyt kuntoutussuunnitelmapalaverit toteutuivat erittäin vaihtelevasti. Osittain ne toteutuivat hyvin ja moniammatillisesti yhdessä asiakkaan ja omaisen kanssa, mutta aina niitä ei ehtinyt pitämään resurssipulan vuoksi.

Hoitohenkilöstöllä oli melko vähän kokemusta yhteisistä hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelmien tekemisistä, joten sen arviointikin oli vaikeaa. Tämä näkyi vastausten vähäisyytenä. Muutama oli vastannut avoimeen kysymykseen ja lähes kaikki heistä pitivät tärkeänä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä potilaan kuntoutuksessa. Yhteistä hoitolinjaa, palveluiden oikean kohdentumisen ja verkostopalavereiden tärkeyttä korostettiin myös vastauksissa. Myöskään erillisestä sosiaalityön palvelusuunnitelmasta ei näillä hoitoalan vastaajilla ollut juuri käsitystä. Palvelusuunnitelman merkitystä jotkut vastaajista nostivat esille mm. asiakkaan mielenrauhan, tiedon lisääntymisen ja palveluiden järjestymisen kannalta. Esteenä yhteisille suunnitelmien tekemisille pidettiin ajan puutetta, lainsäädäntöä, vastuukysymyksiä ja erilaista kulttuuria. (ks. taulukko 9)

Taulukko 9. Hoito- ja kuntoutussuunnitelman sekä sosiaalityön palvelusuunnitelman laatiminen ja kehittäminen ammattilaisten näkökulmasta.

Väittämät	1=täysin eri mieltä	2=hieman eri mieltä	3=lähes samaa mieltä	4=täysin samaa mieltä	keskiarvo
Uusi hoito- ja kuntoutussuunnitelma soveltuu AVH-kuntoutukseen	0	3	10	13	3,4
Hoito-, kuntoutus- ja sosiaalityön palvelusuunnitelman samanaikainen tekeminen onnistuu hyvin	3	2	13	4	2,8
Yhteispalaverissa laaditusta hoito-, kuntoutus- ja sosiaalityön palvelusuunnitelmasta on hyötyä asiakkaan kotona pärjäämisessä	0	0	9	15	3,6
Hoito- ja kuntoutussuunnitelmalomakkeen rakenne on looginen	0	4	13	7	3,1
Hoito- ja kuntoutussuunnitelmalomakkeen sisältö on riittävä	0	1	8	14	3,6
Hoito- ja kuntoutussuunnitelmalomake soveltuu vuodeosastolla/ avoterveydenhuollossa käytettäväksi	0	6	9	9	3,1
Asiakkaalla ja omaisella on mahdollisuus osallistua hoito- ja kuntoutussuunnitelman tekemiseen	0	2	11	13	3,4
Yhteensä	3	18	73	75	3,3

Suurin osa henkilöstökyselyyn vastanneista (67 %) oli sitä mieltä, että AVH-kuntoutus on tehostunut vuodeosastoilla. Tiedon välittymisessä hoitopaikasta toiseen on vielä paljon kehitettävää, kuitenkin hieman yli puolet oli sitä mieltä, että se on parantunut aikaisempaa verrattuna. Joissakin avoimissa vastauksissa kritisoitiin tiedonkulkua erityisesti OYS:sta terveyskeskukseen päin. AVH-vastaavan toimintaa pitivät hyödyllisenä lähes kaikki vastaajat, mutta joidenkin (25 %) vastaajien mielestä toimenkuvaa voisi vielä kehittää. Toisaalta AVH-vastaavan toimenkuvasta ei ollut myöskään riittävästi tietoa muilla työntekijöillä.

Avoimessa kysymyksessä ammattilaisia pyydettiin myös tarkemmin määrittelemään, millainen vaikutus AVH-vastaavan toiminnalla on AVH-potilaan kuntoutumisen tehostumiseen. Vastauksissa esiintyi paljon erilaisia hyötyjä, kuten kuntoutuksen laadun paraneminen ja koordinaation

tehostuminen. Pidettiin tärkeänä, että AVH-kuntoutujalla ja omaisilla on yksi yhteyshenkilö, johon voi aina tarvittaessa ottaa yhteyttä ja häneltä voi saada apua ja tukea kuntoutumiseen. Myös muun henkilökunnan todettiin hyötyvän siitä, että on henkilö, jolta voi kysyä ohjeita ja neuvoa sekä pohtia yhdessä AVH-kuntoutujien asioita. Työnjaon selkiytyminen, lieväoireisten huomiointi, jatkohoitoon ja -kuntoutukseen ohjaaminen, yhteistyöpalavereiden järjestäminen, sosiaalisen verkoston huomiointi ja sairauden uusimisen ehkäisy nähtiin myös merkityksellisinä asioina AVH-vastaavan toiminnassa. Kolmas sektori on edelleen melko vähän mukana AVH-kuntoutujan hoitopolussa tämän kyselyn mukaan. (ks.taulukko 10)

Taulukko 10. Hoito- ja kuntoutusketjun sujuminen ammattilaisten näkökulmasta.

Väittämät	1=täysin eri mieltä	2=hieman eri mieltä	3=lähes samaa mieltä	4=täysin samaa mieltä	keskiarvo
AVH-kuntoutus on tehostunut vuodeosastolla	1	6	12	2	2,7
Tieto potilaasta siirtyy aiempaa nopeammin hoitopaikasta toiseen	5	6	8	5	2,5
AVH-vastaavan toiminnasta on hyötyä AVH-potilaalle	2	1	6	20	3,5
AVH-vastaavan toimenkuva on selkeä ja toimiva	2	6	7	9	3
Kolmas sektori on mukana AVH-kuntoutujan hoitopolussa	1	8	4	2	2,5
Yhteensä	11	27	37	38	2,8

Tavoite 2. Kuntoutusosaamisen varmistaminen, konsultaation ja tiedonkulun tehostaminen

Suurin osa kuntoutujista koki, että potilasohjauslomakkeessa oli huomioitu kuntoutumisen kannalta tärkeät asiat. Selvästi kielteisemmät kokemukset kuntoutujilla oli saamastaan ohjauksesta erikoissairaanhoidossa ja terveyskeskuksen vuodeosastolla, sen sijaan kotiutuksen jälkeen 64 % oli saanut mielestään riittävästi ohjausta. Kotilomalomake ei kuntoutujien mielestä ollut hyödyllinen. Kukaan vastanneista ei ollut osallistunut käynnille, jossa käytettiin videoyhteyttä. Myöskään tiedonkulkuun hoitopaikkojen välillä hieman yli puolet vastaajista eivät olleet tyytyväisiä. (ks. taulukko 11)

Taulukko 11. Kuntoutusosaamisen varmistaminen, yhteistyön ja tiedonkulun tehostaminen kuntoutujien näkökulmasta (n=18).

Kysymys	Kyllä	Ei
7. Onko potilasohjauslomakkeessa huomioitu kuntoutumisen kannalta tärkeät asiat?	6	3
8.a. Oletteko saaneet monipuolista/riittävästi ohjausta hoitajaksoilla erikoissairaanhoidossa?	4	7
8.b. Oletteko saaneet monipuolista/riittävästi ohjausta hoitajaksoilla terveyskeskuksen vuodeosastolla?	3	4

8.c. Oletteko saaneet monipuolista/riittävästi ohjausta hoitajaksoilla kotiutuksen jälkeen?	9	5
9. Jos kävitte hoitajakson aikana kotilomalla, oliko Teille hyötyä kotilomalomakkeesta?	1	7
10. Oletteko osallistuneet käynnille, jossa on käytetty videoyhteyttä?		15
11. Oliko hoitopaikasta toiseen siirtyminen sujuvaa (esim. tiedonkulku)?	5	6

Ammattilaisten mielestä kuntouttavan työotteen koulutus on tämän kyselyn perusteella parantanut kuntoutumista edistävän työotteen käyttämistä vuodeosastoilla (86 % samaa mieltä). Avoimeen kysymykseen, millä tavalla kuntouttava työote näkyy käytännön työssäsi, vastaukset olivat enimmäkseen erittäin suppeita. Yksi vastaajista oli eritellyt tarkemmin tekemäänsä kuntoutustyötä, mm. ohjaamista omatoimiseen suoriutumiseen, aktivoimista sosiaaliseen kanssakäymiseen, pyrkimällä löytämään asiakkaan kanssa yhdessä ratkaisuja selviytymiseen.

Terapeutit tekevät alueellista yhteistyötä useimpien vastaajien mielestä, tosin esimerkiksi hoitajilla voi olla vähän vaikeuksia tietää toisen ammattiryhmän toiminnasta kovin tarkoin. Videokonsultaatioita hankkeessa järjestettiin erittäin vähän, sen vuoksi vain harva vastasi tähän kysymykseen. Videokonsultaatioiden soveltuvuutta AVH-potilaiden kuntoutukseen arvioi kuitenkin 13 vastaajaa vähintään melko hyväksi. Myös suojattua viestintää käytettiin hankkeessa melko vähän ja sen vuoksi vastauksia on vaikea arvioida. Reilusti yli puolet niistä, jotka vastasivat, pitivät sitä kuitenkin mahdollisesti hyödyllisenä (61 %) ja helppokäyttöisenä (67 %). Hankkeessa kehitetyt potilasohjaus- ja kotilomalomakkeet olivat lähes kaikkien mielestä toimivat. Asiakkaan opasta pidettiin myös toimivana, mutta vastaajat sekoittivat tämän lomakkeen ehkä AVH-vastaava -lomakkeeseen, koska asiakkaan opasta käytettiin hankkeen aikana tosi vähän.

Avoimissa vastauksissa kritisoitiin jonkin verran sitä, että uusia toimintamalleja ei käytetä, ei niinkään niiden mahdollista hyödyllisyyttä. Etenkin suojatusta sähköpostista tuli vastauksia, joissa sitä pidettiin kyllä käyttökelpoisena, mutta harmiteltiin viestien vähäistä määrää. (ks. taulukko 12)

Taulukko 12. Kuntoutusosaamisen varmistaminen, konsultaatioiden ja tiedonkulun tehostaminen ammattilaisten näkökulmasta.

Väittämät	1=täysin eri mieltä	2=hieman eri mieltä	3=lähes samaa mieltä	4=täysin samaa mieltä	keskiarvo
Kuntouttavan työotteen koulutus on edistänyt kuntouttavan työotteen käyttöä vuodeosastolla	0	3	13	5	3,1
Kuntoutumista edistävää työotetta käytetään enemmän vuodeosastolla	0	4	13	4	3
Terapeutit tekevät alueellista yhteistyötä	3	4	11	6	2,8
Videokonsultoinnit ovat tukeneet potilaan kuntoutumista	2	3	4	1	2,4

Videokonsultaatiot soveltuvat käytettäväksi osana potilaan kuntoutumista	2	1	9	4	2,9
Suojattu viestintä tukee hyvin potilaan kuntoutuksen edistämistä	2	5	6	5	2,8
Suojattu viestintä on helppokäyttöinen	2	4	6	6	2,9
Potilasohjauslomake on toimiva	0	0	14	6	3,3
Kotilomalomake on toimiva	0	2	8	9	3,4
Asiakkaan opas on toimiva	0	1	9	8	3,4

Tavoite 3. Kotikuntoutuksen kehittäminen

Alle puolet vastanneista kuntoutujista oli ollut mukana tekemässä hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelmaa kotiin siirtymisvaiheessa. Suunnitelmista koettiin myös olevan hyötyä kotiutuksen jälkeen. Suurin osa koki myös saaneensa riittävästi tietoa järjestötoiminnasta ja heillä oli tieto kuntoutusyhteyshenkilöstään. (ks. taulukko 13)

Taulukko 13. Kotikuntoutuksen tehostuminen kuntoutujien näkökulmasta (n=18).

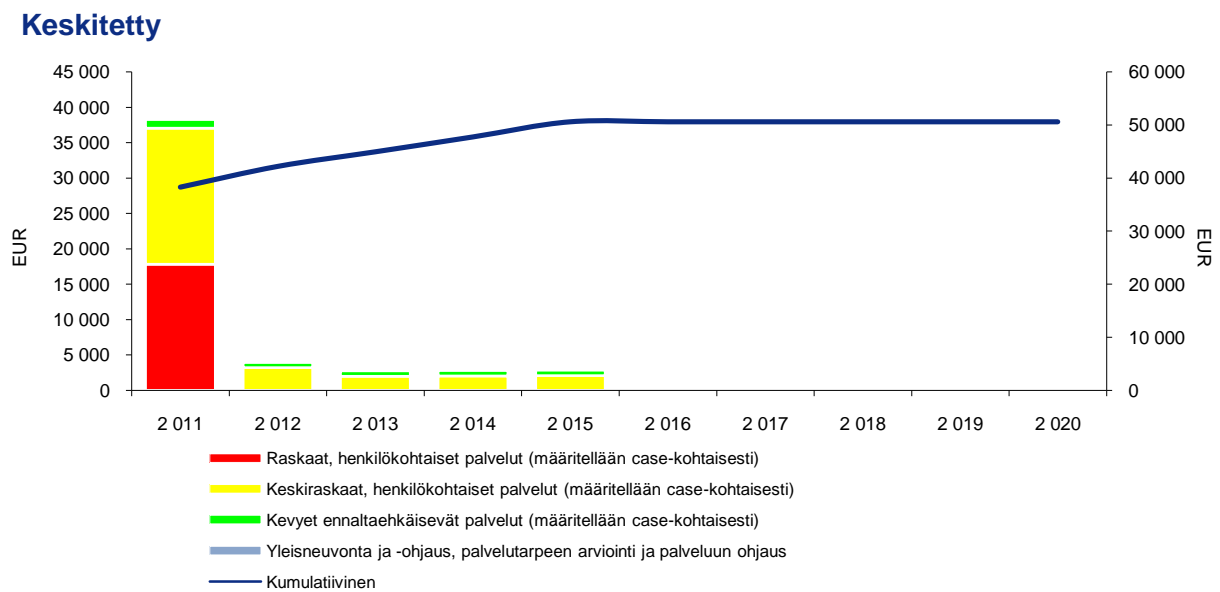
Kysymys	kyllä	ei
12. Oletteko olleet mukana tekemässä hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelmaa kotiin siirtymisvaiheessa?	7	7
13. Oliko suunnitelmista hyötyä kotiuduttuanne?	9	3
14. Oletteko saaneet riittävästi tietoa järjestöjen, esim. Aivo-liiton toiminnasta?	13	3
15. Tiedättekö keneen ottaa yhteyttä hoitoonne tai kuntoutumiseenne liittyvissä asioissa?	13	5

Hankkeessa mukana olleet kehittäjätyöntekijät kokivat kotikuntoutuksen tärkeäksi kehittämis-kohteeksi. Tämän osion toteuttaminen oli erityisen haasteellinen sekä vuodeosastojen että sosiaalityön resurssipulan vuoksi. Oulussa kuitenkin AVH-vastaava ja sosiaalityöntekijät ovat tiivistäneet huomattavasti yhteistyötä hankkeen aikana ja siitä saatiin myönteisiä kokemuksia. AVH-vastaava -toiminnasta on saatu paljon myönteistä palautetta muilta sote-työntekijöiltä ja kuntoutujilta. Toiminnalle on selkeä tarve ja sen avulla voidaan ratkaista useita haasteita AVH-hoito- ja kuntoutusketjussa, johon kuuluvat tiedonkulku, potilaan ja omaisen ohjaaminen ja tukeminen sekä kuntoutuksen edistäminen monipuolisen ja asiantuntevan ohjauksen avulla. Lääkärillä ja hoitajalla olisi hyvä olla paljon tietoa ja kokemusta aivoverenkiertohäiriöstä sairautena ja kontrollien keskittäminen yhdelle lääkäri/hoitaja -työparille on toimintaa tehostava. Vaikka kontrollit vievät runsaasti työaikaa, on tärkeää järjestää kontrolli jokaiselle AVH-potilaalle sairauden alkuvaiheessa, joko erikoissairaanhoidossa tai perusterveydenhuollossa. Lääkärin ja hoitajan välistä työjakoa voisi lisäksi kokemusten mukaan vielä tarkentaa.

5.4.2 Kustannushyötyanalyysin tulokset

AVH-prosessin kustannushyötyanalyysissä esimerkkitapaukseksi valittiin normaalisti ikääntynyt 75-vuotias mies, joka sairastuu aivoverenkiertohäiriöön. Tarkasteltava ajanjakso on 5 vuotta.

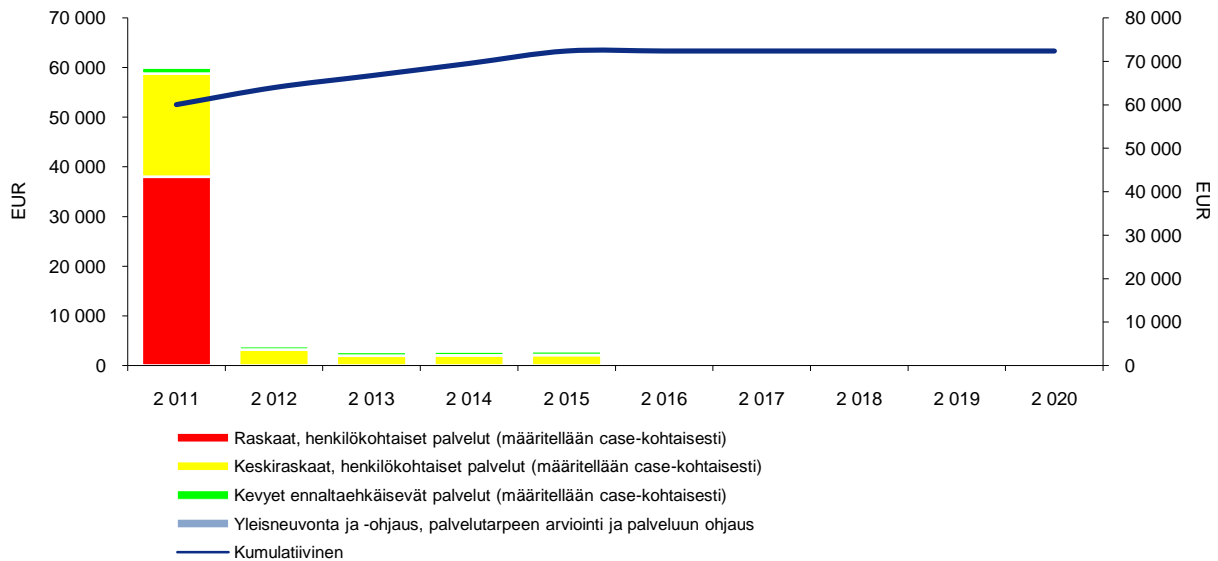
Sairastumisen alussa miehellä on oireena oikean puolen lähes täydellinen halvaus, afasia ja halvaantuneen puolen huomiotta jättö. Jokaisen hoitoprosessivaihtoehdon alku on sama: mies kuljetetaan ambulanssilla keskussairaalaan, jossa häntä hoidetaan päivystyspoliklinikalla, vuorokausi valvontayksikössä ja kolme vuorokautta neurologisella osastolla. Ensimmäisessä hoitoprosessiesimerkissä mallinnettiin KYTKE-hankkeen mukainen keskitetty kuntoutusmalli (kuvio 8), jossa mies on 6 viikkoa terveyskeskuksen tehostetulla, moniammatillisella kuntoutusosastolla ja sen jälkeen siirtyy tuetusti kotiin. Kotiin lähtiessä mies liikkuu sisällä itsenäisesti, mutta tarvitsee apua suihkussa käyntiin, ulkoiluun ja asiointiin. AVH-vastaava /-yhdyshenkilö tukee kotona selviytymistä. Mies kuntoutuu kotona niin, että tarvitsee ensimmäisen vuoden jälkeen lähinnä ryhmäfyysioterapiapalveluita.



Kuvio 8. Keskitetty kuntoutusmalli.

Toisessa esimerkissä AVH-kuntoutuja siirtyy KYTKE-mallin hajautettuun kuntoutusprosessiin (kuvio 9). Hän on 7 viikkoa tavallisella terveyskeskuksen vuodeosastolla sekä 3 viikkoa erikoissairaanhoidon vaativan kuntoutuksen osastolla kuntoutusjaksolla. Kotiin lähtiessä hän liikkuu kävelytelineen avulla, tarvitsee enemmän valvontaa liikkumisessa ja päivittäisissä toimissa sekä suihkutusapua kerran viikossa. AVH-vastaava tukee kotona selviytymistä ja pyrkii edistämään myös sosiaalista kuntoutumista. Fysio-, toiminta- ja puheterapia jatkuu kotona vielä usean kuukauden ajan. Tässäkin mallissa esimerkkikuntoutuja pärjää ensimmäisen vuoden jälkeen kotona lähinnä ryhmäfyysioterapiapalvelun avulla tuettuna.

Hajautettu

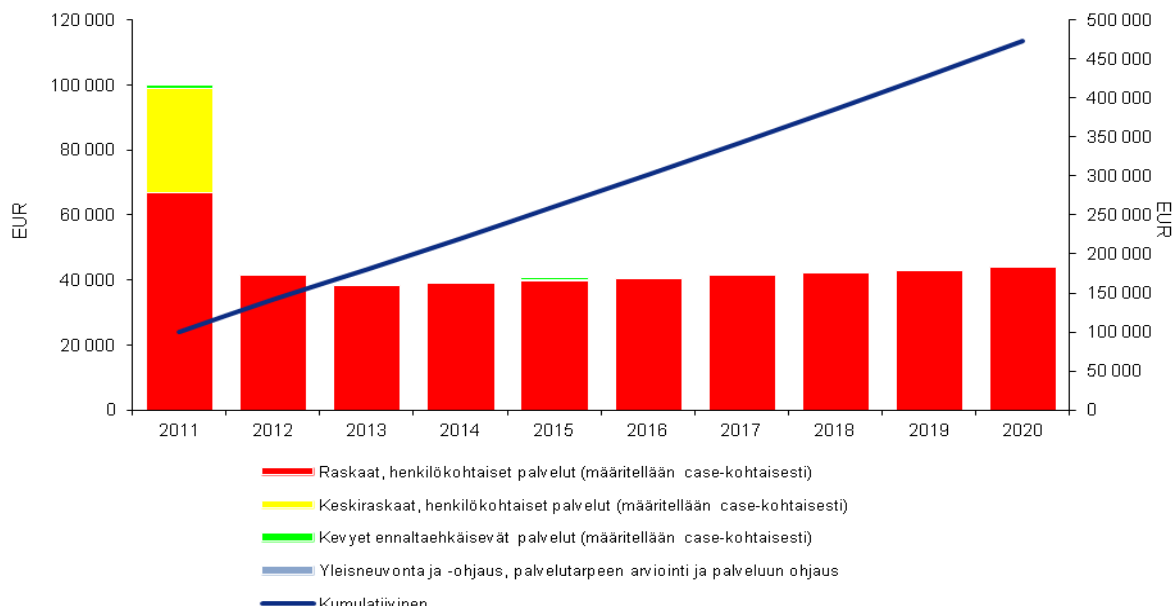


Kuvio 9. Hajautettu kuntoutusmalli.

Kolmannessa esimerkissä AVH-kuntoutuja siirtyy neurologiselta osastolta terveyskeskuksen vuodeosastolle, jossa saatavilla on lähinnä fysioteriapalveluja eikä kuntouttava hoitotyö toteudu tehokkaasti (kuvio 10). AVH-kuntoutuja makaa paljon sängyssä lukuun ottamatta arkipäivisin kerran päivässä tapahtuvaa fysioterapiaa. Neljän kuukauden kuluttua hän on kuntoutunut sen verran, että kotiutusta lähdetään yrittämään. Mies liikkuu muutamia askeleita kävelytelineen turvin ja siirtyy itsenäisesti. Ilman aktiivista tukemista mies kotonakin makaa sängyssä suurimman osan päivää. Fysioterapia jatkuu kotona kotikäynteinä kerran viikossa, mutta tämä ei riitä ylläpitämään tai parantamaan miehen toimintakykyä. Puutteellisen kuntouttavan hoitotyön vuoksi miehen virtsanpidätyskyky ei palautunut vuodeosastojakson aikana ja kotona ollessa hän tarvitsee vaippoja. Kotihoito käy kolmesti päivässä, koska huonokuntoinen vaimo ei jaksaa vaihtaa vaippoja. Oltuaan neljä kuukautta kotona, mies kaatuu, saa lonkkamurtuman ja joutuu erikoissairaanhoidon ja sieltä uudelleen terveyskeskuksen vuodeosastolle. Kolmen kuukauden hoitajakson jälkeen hänet sijoitetaan pysyvästi palveluasuntoon.

Kuvio 10. Laitospainotteinen kuntoutus.

Laitos



Viiden vuoden ajanjaksolla keskitetyn kuntoutusmallin kokonaiskustannukset ovat n. 50 000 euroa, hajautetun mallin n. 72 000 euroa ja palveluasumiseen johtavan mallin n. 260 000 euroa. Keskitetyn kuntoutusmallin edullisuus perustuu siihen, että hyvin toteutetussa, kuntoutukseen erikoistuneessa moniammatillisessa kuntoutuksessa kuntoutuu nopeammin kuin tavallisella sekavuodeosastolla, jossa ei ole riittävästi terapeutteja ja kuntouttavassa hoitotyössä on puutteita. Kustannuksia hajautetussa mallissa lisää myös erikoissairaanhoidon kuntoutusjakso, joka on noin kaksi kertaa kalliimpi kuin perusterveydenhuollon kuntoutusjakso. Tämä taloudellinen mallinnus vaatii vielä tutkimustietoa tueksi, ohessa käytetyt esimerkit ovat vain oletuksia.

5.4.3 Järjestötoimijan näkökulma

Aivoliitto oli KYTKE-hankkeessa aktiivisesti kolmannen sektorin toimijana mukana kehittämässä aivohalvauspotilaan kuntoutusprosessia. Aivoliiton Kajaanin aluetoimiston järjestösuunnittelijan kanssa pidettiin 15.2.2012 kehittämistoimintaan liittyvä palautekeskustelu, jonka perusteella koottiin yhteenveto.

Aivoliitto koki KYTKE-hankkeen verkostomaisen ja moniammatillisen kehittämistyön myönteiseksi ja mallinnukseen osallistumisen tärkeäksi. Myös konkreettisia tuloksia ja työkaluja AVH-vastaaville saatiin aikaan, esim. järjestöohjauskansiot toimitettiin pilottiyksiköille ja järjestettiin erilaisia koulutuksia. AVH-vastaavien työnkuvaan ovat myös vaikuttaneet Aivoliiton AVH-yhdyshenkilöverkoston kokemukset. Vastasairastuneiden ja omaisten tavoittaminen on nyt verkoston kautta erittäin kattavaa. KPSHP:ssa kokeillaan ensitietopuhelinta omaisten tueksi ja AVH-vastaavilta tulee järjestön suuntaan yhteydenottoja. Järjestösuunnittelijan mielestä on tärkeää keskittää moniammatillinen osaaminen AVH-vastaavan työn kautta perusterveydenhuoltoon, jotta erityisosaamista saadaan laajalle alueelle. Yhdistysten yhteistoiminta julkisen sektorin kanssa on käynnistynyt AVH-vastaavien kautta alueella. Aikaisemmin ei ole ollut selkeää verkostoa toimimiseen mutta hankkeen myötä verkosto on luotu ja uudenlaista toimintaa on tärkeää jatkaa. Aivoliiton, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen yhteistyö on hankkeen myötä nykyisin sujuvampaa.

Hankkeessa toteutetun AVH-potilaan kuntoutuksen kehittämisen myötä Aivoliiton näkyvyys on lisääntynyt ja se tavoittaa ihmisiä paremmin. Jäsenmäärä on lisääntynyt ja aktiivisten osallistujien osuus (vertaistukihenkilöt) on kasvanut. Myös nuorten sairastuneiden tavoitettavuus on parantunut. Yhdistykset saavat kokemusta toimia osana verkostoa ja se antaa selkeää identiteettiä ja näkyvyyttä myös yhdistyksille. Aivoliittoa on nyt helpompi lähestyä yhteistyökumppanina.

Hankkeen myötä on herännyt tietoisuus vertaistukihenkilötoimintaan ja sen tärkeyteen. Vertaistukihenkilökoulutuksia järjestetään nyt yhteistyössä julkisen hoitoketjun kanssa, mutta tukihenkilöiden rekrytointi ja heidän pysyminen toiminnassa mukana on yhä haasteellista. Haasteellista on myös kattavan alueellisen tukihenkilöverkoston luominen. AVH-vastaavien kautta on tullut jonkin verran kyselyjä liittyen tukihenkilötoimintaan. Ensitietoillat ovat olleet suosittuja, yksilökäynnit harvinaisempia. Jäsenmäärä on selkeästi noussut Kainuun alueella, jossa toiminta on jo vakiintunut.

Hankkeen uudet toimintamallit vahvistavat yhteisöllisyyttä siten, että Aivoliiton potilasohjausmateriaali on nyt selkeästi enemmän käytössä julkisen sektorin potilasohjauksessa. Aivoliitto

on koonnut kansion, jossa on materiaalia liittyen AVH:n erityisongelmiin. Vertaistukitoiminta on tehostunut ja jatkossa on tarkoitus pitää ensitietoiloja myös videovälitteisesti. Tärkeätä on pohtia sitä, miten saataisiin AVH:n sairastuneita osallistumaan enemmän ensitietoiltoihin.

KYTKE-hankkeessa on luotu selkeä malli AVH-potilaan ja hänen läheisensä kuntoutumisen tukemiseen ja yhteistyöhön eri toimijoiden välille, jota voi nyt myös levittää muualle ja joka on tärkeää saada pysyväksi toiminnaksi. Pohdittavaksi jää, miten vertaistukihenkilöitä jatkossa välitetään. AVH-vastaavat voisivat työssään rekrytoida henkilöitä vertaistukiverkostoon. Jatkossa olisi hyödyllistä kehittää edelleen Aivoliiton psykososiaalista tukea koskien vertaistuen ja liiton/yhdistysten palveluiden kehittämistä. Aivoliitossa ollaan kehittämässä parhaillaan sähköistä viestintäkanavaa järjestön ja AVH-vastaavien välille. Jatkossa olisi hyvä huomioida myös taloudellinen resurssointi järjestön ja hankkeen välisen yhteistyön kehittämisessä. Myös järjestöedustus olisi hyvä olla mukana julkisen hankkeen eri tasoilla, esim. johtoryhmätoiminnassa.

5.5 Toimintamallien juurruttaminen ja levittäminen

Yleinen kuvaus toimintamalleista

Kuntoutujan siirtyminen erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon

Kuntoutujan siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon käytetään apuna tarkistuslistaa. Tarkistuslistaa käytetään puhelinkontaktin yhteydessä ilmoitettaessa kuntoutujan siirrosta. Sillä varmistetaan, että yhdellä puhelinkontaktilla selvitetään kuntoutujan siirtoon liittyvät asiat sekä tarvittavien tietojen siirtyminen, esim. tiedetään siirtopäivänä saadut lääkkeet. Sihteeri lähettää jakelun epikriisistä e-kirjeenä AVH-vastaavalle ja/tai jatkohoidon yhteyshenkilölle. Kuntoutujaa (TIA, infarkti, ICH, SAV) informoidaan tietojen siirtämisestä kotikunnan terveyskeskukseen hoitopalautteen käsittelyä varten. Kuntoutujan suostumusta ei tarvita, mutta jakelua terveyskeskukseen ei laiteta, jos kuntoutuja ei anna lupaa tietojen lähettämiseen terveyskeskukseen. Vuodeosastolle siirtyvälle kuntoutujalle annetaan myös epikriisi mukaan.

Terapeutit huolehtivat Eskon sähköisen palautteen/ lausunnon lähettämisestä kotikunnan terapeutille/ terveyskeskuksen nimeämälle yhteyshenkilölle. Tulevissa hankkeissa pyritään suojatun viestintäkanavan rakentamiseen sähköisen sairauskertomuksen yhteyteen hoitopalautteiden kohdentamista varten.

Mikäli terveyskeskuksessa ei ole AVH-vastaavaa, epikriisit lähetetään terveyskeskuksen hoitopalautteiden käsittelyä varten nimeämälle jatkohoidon yhteyshenkilölle. Lääkäri huolehtii suoraan kotiutuvista ja perusterveydenhuollon vuodeosastolle siirtyvästä kuntoutujasta epikriisijakelun konsultaatiopyynnöksi perusterveydenhuollon AVH-vastaavalle tai terveyskeskuksen nimeämälle jatkohoidon yhteyshenkilölle. Sihteeri huolehtii epikriisijakelun AVH-vastaavalle tai terveyskeskuksen nimeämälle hoitopalautteita käsittelevälle yhteyshenkilölle joko lääkärin saaneleman jakelun perusteella tai tietyillä AVH-diagnoseilla.

Hoito- ja kuntoutussuunnitelman tekeminen on aloitettu erikoissairaanhoidossa ja sen tekemistä jatketaan perusterveydenhuollossa. Hoito- ja kuntoutussuunnitelman tarkoituksena on hahmottaa ne tavoitteet ja toimenpiteet, joiden pohjalta kuntoutusprosessia aletaan toteuttaa. Hoito- ja kuntoutussuunnitelman tekoon osallistuvat lääkäri, tarvittavat erityistyöntekijät, kun-

toutuja hänen omaisensa/läheisensä. Tärkeää on, että kuntoutuja ja omainen/läheinen tulevat kuulluksi. Hoito- ja kuntoutussuunnitelma päivitetään tarpeen mukaan.

Potilaan ja omaisen tehostettu ohjaus

Kuntoutujan ja omaisen tehostettuun ohjaukseen kiinnitetään huomiota. Ohjaus sisältää: kuntoutujan/omaisen tiedontarpeen kartoituksen, muuttuneessa elämäntilanteessa tukemista, sairastumiseen ja kuntoutumiseen liittyvästä prosessista keskustelua, tietoa sairauteen liittyvistä rajoituksista, parisuhteen tukemista, informaatiota kolmannen sektorin toiminnasta, tietoa jatkohoitopaikasta ja kuntoutusmahdollisuuksista, informaation jatkohoitosuunnitelmista ja seuranta-ajankohdasta.

Ohjausta tehostetaan kirjaamalla annettu ohjaus potilasohjauslomakkeelle, joka seuraa kuntoutujan mukana jatkohoitopaikkaan/ kotiin. Ohjauslomakkeessa on omat sarakkeet kuntoutujalle ja läheiselle. Ohjauslomake on auki kirjoitettu henkilökunnalle. Osastolla on käytössä Aivoliiton ensitietokansiot joista kootaan tarvittaessa kuntoutujille sekä omaisille/läheisille sopiva kirjallinen tietopaketti. AVH-vastaavat huolehtivat materiaalin päivittämisestä ja tilauksista.

AVH- kuntoutujille ja heidän läheisilleen järjestetään tietoiltoja. Tietoiltoihin on mahdollista osallistua kunnista videoyhteyksin. Tietoilloissa lääkäri tai sairaanhoitaja kertoo AVH:sta sairautena, hoidosta, ennaltaehkäisystä ja kuntoutumisesta. Sairaalan teologin aiheena ovat kriisin vaiheet ja sairauden vaikutukset kuntoutujan ja läheisten elämään. Aivoliiton edustaja kertoo liiton toiminnasta ja palveluista. Vertaistukihenkilöt kertovat oman tarinansa sairaudesta ja siitä selviämisestä.

Tehokas kuntoutustoiminta perusterveydenhuollon vuodeosastolla

AVH-vastaava, osaston sairaanhoitaja sekä fysioterapeutti ohjaavat henkilökuntaa kuntoutumista edistävän hoitotyön ja moniammatillisen työotteeseen toteuttamiseen. Koulutuksia järjestetään osastolla tarvittaessa. Kuntoutustoiminnan tehostamiseksi vuodeosastolle on koottu materiaalipaketti kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä. Fysioterapeuteille on koottu AVH-kuntoutujille suunnattu mittaripatteristo jota he voivat käyttää apuna toimintakykymittauksissa.

Kuntoutuspalaveri järjestetään osastolla kerran viikossa ja siinä kartoitetaan kuntoutuksen etenemistä moniammatillisesti. Kuntoutusta arvioidaan käytössä olevien mittareiden avulla. Palaverissa päivitetään kuntoutussuunnitelmaa, tehdään jatkosuunnitelmaa, arvioidaan kotiutumisen mahdollisuutta tai jatkohoitopaikkaa.

Tuettu kotiin siirtyminen

Kotiutuksen suunnitteluvaiheessa pidetään kotiutussuunnitelmapalaveri, jossa mietitään kotona pärjäämistä tukevat palvelut (kotihoido, turvapuhelin, asunnon muutostyöt). Palaverissa ovat mukana tarvittavat yhteistyötahot, kuten esim. omaiset, kotihoido, sosiaalityöntekijä. Tarvittaessa tehdään kotikäynti apuvälineiden ja asunnon muutostöiden tarpeen arvioimiseksi. Ennen kotiutusta omaisille/läheisille sekä kotihoidon henkilökunnan kanssa keskustellaan kuntoutujan ohjaamisesta siten, että toimintakyky parane.

Kuntoutujalle annetaan mahdollisuus kotilomiin osastojakson aikana. Kotilomalla selviämistä kartoitetaan kotilomalomakkeen avulla. Lomakkeen täyttävät kotona yhdessä kuntoutuja ja

läheiset. Lomake sisältää kysymyksiä mm. päivittäisistä toiminnoista selviytymisestä ja omaisen/läheisen jaksamisesta. Kuntoutujan palatessa osastolle, lomake läpikäydään ja siitä saatava tarvittava tieto kirjataan potilastietojärjestelmään. Tietoja käytetään apuna kotiutusta sekä kuntoutusta suunniteltaessa. Tärkeää on että, myös omaisen/läheisen mielipide kotona selviämistä tulee kuulluksi. Tällä pyritään takaamaan nopea ja hyvä kotiutuminen. Kotiutukseen kuntoutuja saa mukaansa opaskartan jossa mm. AVH-vastaavan, sosiaalityöntekijän ja aivoliiton yhteystiedot.

Teknologian hyödyntäminen

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisessä yhteistyössä on mahdollista käyttää videoneuvotteluteknologiaa, jota nykyisin löytyy kaikista terveyskeskuksista ja hankkeen myötä myös OYS:n vaativan kuntoutuksen osastolta. Videoneuvottelua voidaan hyödyntää esim. neurologin tai OYS:n terapeuttien konsultoinnissa sekä jatkokuntoutusneuvotteluissa. Hankkeessa kokeiltu suojattu sähköposti olisi myös erittäin käyttökelpoinen väline nopeaan tiedonvälitykseen organisaatioiden välillä, myös terveydenhuollon ja sosiaalityön välillä.

AVH-vastaavan toiminta

AVH- vastaavan toimenkuva on suunniteltu terveyshyötymallia hyödyntäen, jossa tavoitellaan entistä suunnitelmallisempaa ja yksilöllisempää hoidon, kuntoutuksen ja palveluiden järjestämistä pitkäaikaissairaille henkilöille. AVH-vastaavan toiminta alkaa varhaiskuntoutuksen loppuvaiheessa ja painottuu kotona tapahtuvaan kuntoutusvaiheeseen (1. vuosi sairastumisesta). AVH- vastaavalle resurssoidaan työaika vähintään 5-6 tuntia/AVH-kuntoutuja/vuosi.

AVH- vastaavan tehtävät:

- Ottaa yhteyttä kuntoutujaan 1-2 viikon kuluttua kotiutumisesta ja sopii vastaanotto- käynnistä tai kotikäynnistä n. 1 kk:n kuluttua
- Järjestää tarvittaessa verkostopalaverin kuntoutujan läheisten kanssa
- Seuraa ja ohjaa kokonaisvaltaista kuntoutumista, toimintakyvyn paranemista ja elämäntilannetta
- Käyttää luotettavia ja yleisesti käytössä olevia mittareita kuntoutujan toimintakyvyn ja senhetkisen tilanteen kartoittamiseksi ja seuraamiseksi
- Ohjaa kuntoutujan sairaanhoitajan ja lääkärin kontrollikäynnille noin 3 kk:n kuluttua kotiutumisesta, tarvittaessa aikaisemmin
- Ohjaa, neuvoo ja tukee kuntoutujaa sekä hänen läheisiään mahdollisimman itsenäiseen selviytymiseen ja mielekkääseen elämään
- Tiedottaa ja ohjaa terveyden edistämiseen liittyvissä asioissa
- Mittaa verenpaineen, kontrolloi ja ohjaa kotimittausta, tarkistaa BMI:n
- Huolehtii erityisesti sosiaalisen kuntoutumisen edistymisestä
- Toimii yhteistyössä kuntoutujan, läheisten, perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen, erikoissairaanhoidon, kolmannen sektorin (esim. potilasjärjestöjen) ja muiden AVH- vastaavien kanssa
- Päivittää yhteistyössä edellä mainittujen toimijoiden kanssa kuntoutujan hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa sekä huolehtii kirjaamisesta
- AVH- vastaavalla on tiedossa kunnan tarjoamat palvelut ja yhteystiedot
- Pitää kirjaa AVH- kuntoutujien määrästä ja kuntoutuspoluista kunnassa/yhteistoiminta-alueella

Kolmen kuukauden kontrolli

Noin kolme kuukautta kotitutumisesta järjestetään kontrolli sairaanhoitajan ja/ tai lääkärin vastaanotolla. AVH-vastaava tai jatkohoidon yhteyshenkilö ohjaa kuntoutujan perusterveydenhuollossa kontrolliin viimeistään 3 kuukauden kuluttua sairastumisesta, mikäli kontrollia erikoissairaanhoidossa ei ole. Kontrolli järjestetään joko sairaanhoitajakäyntinä (painottuen riskitekijöiden kartoitukseen, aivoverenkiertohäiriön uusiutumisen ehkäisyyn, sosiaalisen kuntoutumisen, mielialan, toimintakyvyn ja virtsaamisvaikeuksien kartoitukseen) tai sairaanhoitajalääkärivastaanottona, mikäli kuntoutujalle on aivoverenkiertohäiriöstä jäänyt kognitiivisia oireita, kuntoutustarvetta, muita merkittäviä liitännäissairauksia, ajokyky-arvion tarvetta, sosiaaliin etuuksiin tai eläke-etuuksiin liittyvien lausuntojen tarvetta. Kontrolli turvaa hoitovastuun siirtymisen erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon.

Perusterveydenhuolto voi tarvittaessa konsultoida liitännäissairauksien hoidon ja diagnostiikan osalta OYS:n neurologian poliklinikan neurologia tai kuntoutukseen liittyvissä asioissa OYS:n kuntoutusosastoa. Iäkkäiden kuntoutujien osalta voidaan harkita OYS:n geriatriin arviota puheelin konsultaationa, mieluiten kotipaikkakunnalta. OYS:n Geriatrian poliklinikka on myös käytävissä.

Laitoskuntoutuksen tarpeen arviointi

Keskitetty moniammatillinen neurologinen kuntoutus pienentää kuolleisuutta sekä pysyvään laitoshoidon joutumisen todennäköisyyttä aivoverenkiertohäiriöpotilailla. Myös iäkkäillä AVH-potilailla kuntoutuksen hyöty on osoitettu. Laitoskuntoutustarve arvioidaan erikoissairaanhoidossa tai perusterveydenhuollossa ja tulee kyseeseen, jos intensiivisellä kuntoutuksella päästään tavoiteltuun tulokseen toimintakyvyssä tai elämänlaadussa ja potilas on ennestään oma-toiminen (ei laitoshoidossa ennen aivoverenkiertohäiriöön sairastumista) ja jolla on toipumisedellytyksiä. Arvioinnissa otetaan huomioon, onko intensiivisellä kuntoutuksella on mahdollista kuntoutua kotona selviäväksi tai tuettuun palveluasumiseen. Lisäksi seuraavat asiat vaikuttavat arviointiin:

- useamman terapian päivittäinen tarve
- ammatillinen kuntoutuksen tarve jatkossa
- laaja aivoverenkiertohäiriö
- kognitiivisesti painottuvat oireet
- kehittyvä haittaava spastisuus
- yläraaja-painotteinen oireisto
- aivorungon alueen oireet
- ei aikaisempaa vaikeaa dementiaa eikä ajankohtaista päihdeongelmaa

Toimintamallien juurruttaminen käytännön tasolla

Uuden AVH-toimintamallin juurruttamiseksi käytiin esittelemässä hankkeen toteutunutta toimintaa ja kokemuksia Oulunkaarella, Oulun kaupungissa ja Lakeuden alueella (Kempele, Liminka). Näiden esittelyiden yhteydessä on neuvoteltu toimintamallin pysyvästä käyttöönottoamisesta. Kaikissa pilottikunnissa suhtauduttiin myönteisesti toimintamallin jatkamiseen ja myös AVH-vastaava -toiminnan vakiinnuttamiseen. Käyttöönottosuunnitelma on tehty Oulunkaaren kuntayhtymään, Liminkaan, Lumijoelle ja Kempeleeseen, muista kunnista suunnitelmat vielä puuttuvat.

Uuden AVH-toimintamallin levittämiseksi pilottikuntien ulkopuolelle on käyty esittelemässä hankkeen toteutunutta toimintaa ja kokemuksia Muhoksella ja Taivalkoskella (myös Kuusamo mukana). Näiden esittelyiden yhteydessä neuvoteltiin toimintamallin käyttöönottamisesta. Esittelyt saivat myönteisen vastaanoton. Uutta AVH-toimintamallia on esitelty myös valtakunnallisilla Sairaanhoitaja-päivillä, Terve Sos -messuilla, Kainuun maakunnassa ja Kokkolassa. AVH-vastaava -toiminnan ja muiden toimintamallin parannusten juurruttamiseksi ja levittämiseksi pidettiin alueellinen koulutuspäivä 13.9.2012.

5.6 Johtopäätökset ja jatkosuositukset

KYTKE -hanke on ollut erittäin laaja hanke sekä tavoitteiden että toimintojen osalta. AVH-prosessin kehittämisessä pyrittiin vastaamaan kaikkiin tavoitteisiin, mikä näin jälkikäteen arviotuna oli ehkä liian suuri tehtävä. Parhain tulos hankkeesta oli se, että Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueelle saatiin laajalla kokoonpanolla mallinnettu AVH-hoito- ja kuntoutusketjun ideaalimalli. Sen toimeenpano vaatisi vielä useamman vuoden työskentelyn. Toinen keskeinen tulos oli AVH-vastaava - toiminnan käynnistäminen, josta saatiin erittäin myönteisiä kokemuksia.

Keskeisimmät haasteet AVH-hoito- ja kuntoutusketjussa liittyvät tiedonkulkuun, potilaan ja omaisen ohjaamiseen sekä hajautetusta kuntoutusjärjestelmästä johtuvaan laadunvaihteluun perusterveydenhuollon kuntoutustoiminnassa (kuntoutusta toteutetaan ns. "sekaosastoilla"). Alkuvaiheen akuutti kuntoutus vaatii riittävästi työntekijäresurssia osastolla. Parempi resurssointi takaisi paremmat kuntoutustulokset ja sen myötä jatkohoidon kustannukset pienenisivät. Tiedonkulku erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä sekä terveydenhuollon ja sosiaalityön välillä vaatii vielä kehittämistä, samoin yleensäkin yhteistyö AVH-potilaan hoidossa ja kuntoutuksessa. AVH-vastaava -toiminta on erittäin tarpeellinen ja hyödyllinen. Hankkeen aikana saatiin kehitettyä AVH-vastaavalle selkeä toimenkuva, tehtävät ja tarvittava materiaali. AVH-vastaavan merkitys on keskeinen asiakkaan kotikuntoutumisen edistämisessä. AVH-potilaan jatkohoidon kannalta ja AVH-tapahtuman uusiutumisen ehkäisyssä myös perusterveydenhuollon lääkäri/hoitaja -kontrollilla on tärkeä merkitys.

Teknologiasta, kuten suojatusta viestintäpalvelusta ja videoneuvottelumahdollisuudesta, olisi selvästi hyötyä tiedonkulun ja yhteistyön parantamisessa. Niiden käyttöönotto ja vakiinnuttaminen vaatii paljon enemmän yhteistä tahtoa, aikaa ja resurssia kuin tässä hankkeessa oli käytettävissä.

Uusi aivohalvauspotilaan kuntoutusprosessin toimintamalli vaatii toteutuakseen ja jatkuakseen

- AVH-vastaava -toiminnan jatkamista / vakiinnuttamista tai aloittamista kaikissa sairaanhoitopiirin alueen kunnissa
- AVH-vastaavien nimeämistä ja tietojen päivitystä PPSHP:n kuntatietoihin
- AVH-vastaavien koulutuksia, kokouksia ja verkostoitumista
- Vuodeosastojen henkilökunnan perehdyttämistä
- Erikoissairaanhoidon epikriisien lähettämistä E-kirjeenä AVH-vastaavalle
- 3 kk sairaanhoitaja- ja lääkärikontrollien järjestämistä keskitetysti/ omalla terveystasemalle sekä TIA-potilaiden kontrolleja
- Suojatun viestintäkanavan rakentamista tulevilla hankkeilla sähköisen sairauskertomuksen yhteyteen

- Pohdintaa keskitetystä kuntoutusjärjestelmästä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon johtavien viranhaltijoiden toimesta
- AVH- hoito- ja kuntoutusketjun asiantuntemuksen ylläpidon ja täydennyskoulutuksen vastuutahon nimeämistä Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueelle.
- Vastuutahon toimesta hoito- ja kuntoutusketjun kehittämisen ja yhteensovittamisen jatkamista uuden toimintamallin suuntaiseksi.
- Sosiaalityön ja terveydenhuollon yhteistyötä jatkamista erityisesti yhteisten suunnitelmien osalta

6 MIELENTERVEYSASIAKKAAN HOITO- JA KUNTOUTUSPROSESSI

Mielenterveysasiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessin kehittäminen aloitettiin vuoden 2010 alkusyksystä toimintasuunnitelman työstämisellä. Tavoitteet selkiytettiin ja tarkennettiin terveyshyötymallin viitekehysten mukaisiksi. Psykoosiasiakkaan hoitopolun kehittäminen on oleellinen tekijä avohoidon vahvistamiseksi ja tehostamiseksi ja sitä kautta myös sairaalahoitojen vähentämiseksi. Asiakkaiden tulee saada tarpeitaan vastaavaa hoitoa ja kuntoutusta joustavasti ja integroidusti asuinpaikasta riippumatta. Oulu Pohjoisen osahankkeen toimintasuunnitelman mukaisesti mielenterveysasiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessissa tulosodotuksina oli mm. perusterveydenhuollon psykoosien avohoitokeskeisen hoitamisen osaamisen vahvistaminen, konsultaatiokynnyksen madaltaminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä, psykoosien varhaisoireiden parempi tunnistaminen sekä nopea hoito ja kuntoutus, yhteinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma asiakkaan, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kanssa, verkostoituminen, hoitomyönteisyyden lisääntyminen ja sairaalahoidon vähentyminen, tietoisuuden lisääntyminen sosiaalitoimen ja muiden tahojen tarjoamista palveluista. (Oulu Pohjoisen osahankkeen toimintasuunnitelma 2010.)

Mielenterveysasiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessissa tehtiin nykytilan kartoitukset, jotka toteutettiin syksyllä 2010 samansisältöisinä koko KYTKE – hankkeen alueella yhteistyössä Oulu Eteläisen ja Oulu Pohjoisen ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin osahankkeen kanssa. Analysoitavan materiaalin kerääminen suoritettiin etukäteen suunniteltujen kysymysten ja haastattelujen avulla. Nykytila-analyysin kuvaukset toimivat pohjana tehdyille kehittämistyölle.

6.1 Kehittämistyön tavoitteet

Mielenterveysasiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessin kehittämistyön tavoitteena on ollut varmistaa eri toimijoiden osaaminen ja hioa hoitoprosessi oikea-aikaisesti ja –tasoisesti toimivaksi. Lisäksi on etsitty uusia käytännön toimintatapoja mm. konsultaatiotoiminnan laadun ja saatavuuden sekä teknologian varmistamiseksi koko mielenterveysasiakkaita hoitavan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmässä. (KYTKE-hankkeen hankesuunnitelma 2010)

Mielenterveysasiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessin kehittämisen konkreettisina osatavoitteina ovat olleet:

- 1) Perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen osaamisen varmistaminen sekä konsultaatiotoiminnan ja tiedonkulun tehostaminen*
- 2) Psykoosin varhaisoireiden tunnistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa*
- 3) Psykoosiin sairastuneen avohoidon ja kotikuntoutuksen kehittäminen*

4) Palvelukotien asukkaiden kuntoutuksen tehostaminen

6.2 Kehittämistyön eteneminen

Mielenterveysasiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessin osalta hanketyöskentely oli alusta alkaen tavoitteellisena yhteistyönä tapahtuvaa Oulu Pohjoisen, Oulu Eteläisen sekä PPSHP:n osahankkeen välillä. Projekti eteni yhteistapaamisten sekä itsenäisen osahankkeen puitteissa tehtävän työn muodossa. Vastuuhenkilön vaihtumisen vuoksi mielenterveysasiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessin osalta mallinnus aloitettiin vuoden 2011 alussa. 7.2.2011 järjestettiin pilottityöntekijöiden tapaaminen, jossa oli mukana myös Oulu Eteläisen osahankkeen pilottityöntekijät.

Mielenterveysasiakkaan kuntoutusprosessissa osahankkeiden projektivastaavista koostuva työryhmä kokoontui säännöllisin väliajoin. Kolmannen sektorin tapaamisia toteutettiin alkuvaiheessa 2 kertaa. Tapaamisen tarkoituksena oli esitellä pilotoitavaa prosessia sekä suunnitella yhteistyössä kolmannen sektorin toimintaa mielenterveysasiakkaan hoitopolussa. Mukana suunnittelu- ja kehittämistyössä olivat työntekijät, omaiset sekä kokemusasiantuntijat.

Mallinnus toteutettiin mallintajien kanssa yhteistyössä, kokoontumalla n. 17 kertaa. Oulun Eteläinen osahanke oli mukana mallintamisessa seitsemän kertaa. Osa tapaamisista pidettiin videovälitteisesti. Mukana mallintamisessa oli mm. eri alojen asiantuntijoita, psykiatrian erikoislääkärit sekä terveyskeskuslääkäri. Palvelukotien osalta mallinnettiin Haukiputaan palvelukodissa mielenterveyskuntoutujan kuntoutuminen sekä siirtyminen itsenäiseen asumiseen tuetusti. Mukana mallintamassa olivat palvelukodin henkilökunta, lääkäri, toimintaterapeutti, sosiaalitoimi ja Haukiputaan terveyskeskus.

Mielenterveysasiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessissa tehty toimintamalli kuvaa mielenterveysasiakkaan hoitopolun perusterveydenhuollossa, sieltä erikoissairaanhoidon ja takaisin erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Hankkeessa kehitettiin toimintamalli (mallinnettu) psykoosi- ja psykoosiriskiasiakkaille, jossa kuvattiin hoitoon ohjautuminen, hoidontarpeen arviointi, hoitosuunnitelman laatiminen sekä hoidon toteutus, seuranta ja arviointi. Painopisteenä oli perusterveydenhuollon roolin vahvistaminen asiakkaan hoidossa ja sen saumaton yhteistyö erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon kanssa. Omaisten/läheisten rooli asiakkaan tukena huomioitiin hoitoprosessin jokaisessa vaiheessa. Ideaalitulanteessa hoitoprosessin vastuu oli hoidon koordinaattorilla (avohoidon työntekijällä), joka koordinoi sekä psykoosiriskiasiakkaan että pitkäaikaisasiakkaan hoitoa avohoitopainotteisesti. Mikäli perusterveydenhuollon palvelut ovat riittämättömät, malli sisältää myös joustavan yhteistyön erikoissairaanhoidon kanssa. Sen mukaisesti siirtyminen erikoissairaanhoidosta takaisin perusterveydenhuoltoon tapahtuu saumattomasti ja suunnitellusti. Mallissa kuvattiin myös mielenterveyskuntoutujan kuntoutuminen palvelukodista tuettuun itsenäiseen asumiseen kuntouttavan asumispalvelun ja asumisvalmennuksen kautta.

Mielenterveystalo- www-palvelun mahdollista käyttöönottoa hankealueella selviteltiin loppuvuodesta 2011 ja sitä jatkettiin myös alkuvuodesta 2012 Oulun kaupungin, PPSHP:n, HUS:n ja hankkeen kesken. Käyttöönottoa ja hankintaa portaalista ei kuitenkaan tämän hankkeen aikana käynnistetty mm. kilpailutukseen ja hallinnointiin liittyvien kysymysten vuoksi.

Mielenterveysasiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessissa lähetettiin keväällä 2012 kysely osalle Oulu Pohjoisen ja Oulu Eteläisen alueen sosiaalitoimen työntekijöille, jotka päättävät mak-

susitoumuksista palvelukoteihin. Kyselyn tarkoituksena oli kartoittaa kyseisen alueen mielen-terveysasiakkaiden palvelukotiasumista, kuntoutumista ja sen edistymistä kunnan palveluko-
deissa sekä selvittää, millä tuella ja palveluilla palvelukotiasukas voisi siirtyä omaan kotiin. Kyselyllä kartoitettiin alueella toimivien palvelukotien määrää, laatua ja kriteerejä palvelukodin toiminnalle, sekä yhteistyötä sosiaalitoimen ja palvelukodin välillä. Nyt saatujen vastausten perusteella toimintatavat, kriteerit ja arviointi vaihtelevat kunnittain. Yhteistyötä tuntuu ole-
van, mutta sitä kaivataan lisää.

Mielenterveysasiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessin projektihenkilöstö oli mukana yhteisissä kehittämispalaverissa, joissa työstettiin asiakkaan hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelmaa. Kehittämispalaverissa tarkasteltiin sosiaalityön ja terveydenhuollon eri osaamisalueita asiak-
kaan hoidon ja kuntoutumisen näkökulmasta. Yhteisen hoito- ja palvelusuunnitelman työstä-
minen saatiin päätökseen toukokuussa 2012. Kehittämistyön tuloksena on todettu, että yhtei-
sen hoito- ja palvelusuunnitelma on tarpeellinen ja tärkeä asiakkaille ja ammattilaisille. Lain-
säädäntö asettaa kuitenkin haasteensa sen toteutumiselle. Nyt hankkeessa yhdessä työstetty
luonnos antaa hyvän pohjan asian eteenpäin viemiselle.

6.3 Kehitettyjen toimintamallien pilotointi ja tiedottaminen alueilla

Ennen kehitettyjen toimintamallien pilotointia laadittiin pilotointisuunnitelma yhteistyössä Ou-
lun Eteläisen ja PPSHP:n osahankkeen kanssa toukokuussa 2011. Pilotointiin osallistuville
työntekijöille toteutettiin perehdyttäminen 29.8.2011. Perehdytyksessä käsiteltiin psy-
koosiasiakkaan oireita, hoitoa ja kuntoutusta, sosiaalitoimen ja teknologian osuutta hoitopolus-
sa sekä hankkeen arviointia. Pilotointia esiteltiin Kuusamon, Kempeleen, Pudasjärven ja Oulun
kaupungin työntekijöille touko- ja kesäkuun aikana 2011. Pilotointiaika oli syyskuusta 2011
huhtikuun 2012 loppuun. Videovälitteistä konsultaatiota ei käytetty hankealueella olevissa pilo-
teissa. Suojattua viestintäpalvelua kokeiltiin Haukiputaan palvelukodissa. Sen pilotoinnista
saadut kokemukset on kuvattu arviointi-kohdassa.

Hoidon koordinaattoritoiminta

Hoidon koordinaattoritoimintaa pilotoitiin Oulu Pohjoisen- ja Oulu Eteläisen alueilla. Pilotoinnin
ajan hoidon koordinaattorit käyttivät psykoosihoitaja – nimikettä. Koordinaattoritoimintaa to-
teutettiin Oulun Keskustan terveysasemalla, Kuusamon terveyskeskuksessa sekä Kempeleen
mielenterveysneuvolassa. Pilotointi loppui Oulun keskustan terveysasemalla ja Kuusamon ter-
veyskeskuksessa maaliskuun lopussa 2012, Kempeleen mielenterveysneuvolassa pilotointia
jatkettiin vielä huhtikuun 2012 loppuun asti.

Psykoosihoitajan toimenkuvaan kuului perusterveydenhuollossa psykoosin varhaisoireiden tun-
nistaminen ja pitkäaikaisasiakkaan hoidon suunnittelu ja toteutus. Toimintamalli mahdollistaa
nopean hoidon aloittamisen tai hoidon tiivistämisen, sekä tarvittavien verkostotapaamisten
toteuttamisen. Keskeisenä tavoitteena oli yhteistyön tiivistäminen sosiaali- ja terveydenhuol-
lon välillä. Asiakas, hoidon koordinaattori ja sosiaalityöntekijän tekevät yhteistyössä hoito- ja
palvelusuunnitelmat. Tämä toimintamalli tukee asiakkaan hoidon jatkumista, hoitoon sitoutu-
mista ja kotona selviytymistä. Toimiva hoitosuhde perusterveydenhuoltoon on asiakkaan ko-
konaisvaltaisen hoidon kannalta kattavampaa ja hoitomyönteisyys lisääntyy.

Pilotoinnin aikaisen koordinaattorin työ toteutui seuraavasti. Psykoosiriski- ja psykoosipitkäai-
kaisasiakkaat ohjautuivat pilotointiin terveyskeskuslääkärien läheteillä. Asiakastyöskentely

alkoi arviointikäynneillä (3-5). Ensimmäisten käyntien yhteydessä kartoitettiin asiakkaan nykytilaa, hoitoa ja kuntoutusta sekä tavattiin tarvittaessa läheisiä asiakkaan suostumuksella. Tarvittaessa käytettiin PROD- seula psykoosioireiden kartoittamiseksi uusien psykoosiriski-asiakkaiden kanssa. Käytössä oli myös muita mittareita kuten Audit, BDI sekä BAI. Tilanteen arvioinnissa hyödynnettiin konsultointia psykiatrin sekä hoitohenkilökunnan välillä. Käyntien aikana kartoitettiin asiakkaan kokonaisvaltaista elämäntilannetta, oireiden osallisuutta arjessa sekä tuettiin arjessa selviämässä. Jatkohoidosta sovittiin jokaisen käynnin yhteydessä. Psykoosihoidajat olivat hyödyntäneet asiakkaan visuaalista opaskarttaa nimeämällä siihen läheiset, auttava verkosto ja yhteystiedot.

Hoidon koordinaattori toimi hoito- ja palvelusuunnitelman koolle kutsujana, johon kutsuttiin mukaan myös asiakkaan suostumuksella sosiaalitoimi, läheiset sekä kolmas sektori. Hoitosuunnitelmassa huomioitiin lääkehoito, asuminen, talous, kuntouttava toiminta, työssä käynti, sosiaalinen tilanne sekä hoidon jatkuminen. Toimintamallin mukainen koordinaattoritoiminta oli ollut asiakkaille tärkeää sekä tukenut, auttanut, ohjannut arjessa selviytymistä sekä tuonut turvallisuutta ja rytmiä elämään. Hoidon aikana sairaudesta keskusteleminen antoi erilaista perspektiiviä omiin asioihin, olo oli helpottunut ja oireet lievittyneet. Riittävä sosiaalitoimen ohjaus ja tuki tarvittavista palveluista autoivat talouden hallinnassa. Hoitosuunnitelma tuki arjessa selviytymistä ja sitoutumista sekä loi struktuuria ja ennustettavuutta. Toimivan yhteistyön lähtökohtana oli avoin keskustelu, asiakkaan kuuluksi tuleminen, konkreettinen kohtaaminen sekä kaikkien osapuolten lähtökohtien ja toiveiden kartoitus. Työskentely oli sujuvaa ja mutkatonta. Säännölliset tapaamiset ja voinnin seuranta tukivat asiakkaan pysyvyyttä hoidon piirissä. Konsultaatio toiminta oli sujuvaa ja hoito tapahtui asiakkaan tarpeiden pohjalta. Toimintamalli mahdollistaa nopean hoidon aktivoitumisen/aloittamisen sekä käyntien ja tarvittavien lääkäri/verkotapaamisten ja lääkehoidon toteuttamisen. Koordinaattorin tehtävä on olla yhdyshenkilönä asiakkaan hoidossa sekä tukea asiakkaan terveyttä, hyvää oloa, toimintakykyä ja arjessa selviytymistä. Sairaalan hoitajakoilta vältyttiin tiiviin hoidon avulla.

Hoito- ja palvelusuunnitelmien laatiminen

Oulussa pilotointi eteni suunnitellusti. Sosiaalityöntekijän kanssa tehtiin yhdessä yksi hoito- ja palvelusuunnitelma. Hoitosuunnitelmien osalta terveydenhuollon ammattilainen laati hoitosuunnitelmia asiakkaan kanssa ja laitto suunnitelmat lääkärille hyväksyttäväksi (lääkäreiden kanssa yhteisaikoja oli haasteellista sopia). Opiskelijaterveydenhuollossa testattiin erilaisia mittareita (PROD, BAI, BDI, DAST, AUDIT). Oulussa pilotoinnissa oli mukana 15 pitkäaikaisasiakasta. Riskiasiakkaita ei ollut.

Kuusamossa pilotointi eteni myös suunnitellusti. Hoitosuunnitelmat toteutuivat psykiatrin, asiakkaan ja hoitajan yhteistyönä. Palvelusuunnitelmia sosiaalitoimen kanssa laadittiin yksi. Kuusamossa pilotoinnissa oli mukana 4 pitkäaikaisasiakasta sekä 1 riskiasiakas.

Kempeleessä pilotoinnin osalta hoitosuunnitelmat toteutuivat asiakkaiden tarpeiden mukaisesti. Palvelusuunnitelmia sosiaalitoimen kanssa toteutettiin 3 kpl. Asiakkaat sitoutuivat hoitoon ja yhteistyö eri toimijoiden kanssa oli toimivaa. Kempeleessä pilotoinnissa oli mukana 6 pitkäaikaisasiakasta ja 4 riskiasiakasta.

Psykiatrisen hoidon RAI

Psykiatrisen hoidon RAI – järjestelmän koulutus järjestettiin Oulussa 11.4 ja 20.4 ja 17.9.2012 eri alojen työntekijöille. Psykiatrisen hoidon RAI – järjestelmä on kehitetty tukemaan mielen-

terveysasiakkaan hoidon suunnittelua sekä arvioimaan asiakkaan saamaa hoitoa. Järjestelmällä voidaan arvioida kokonaisvaltaisesti mielenterveysasiakkaan tarpeita ja voimavaroja sekä suoriutumista ja toimintakykyä. RAI – järjestelmän avulla saatuja tietoja voidaan käyttää päätöksenteon tukena eri organisaatiotasolla. Hankkeessa pilotoitiin RAI -järjestelmän käyttöön ottoa erityisesti hankkeen eteläisellä alueella. RAI –järjestelmä on otettu käyttöön Oulu Pohjoisen alueella jo aiemmin ja nyt hankkeen aikana se otettiin käyttöön Haukiputaan palvelukodissa.

Varhaisoireiden tunnistaminen

Varhaisoireiden tunnistamisen osalta keskityttiin tarjoamalla ammattilaisille erilaisia aiheeseen liittyviä koulutustilaisuuksia. Tilaisuuksiin osallistui yli 100 perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa työskentelevää ammattilaista. Psykoosin varhaisoireiden tunnistaminen ja tämän asiakasryhmän hoidon haasteet korostuivat kuntakäynneillä ja koulutustilaisuuksissa. Psykoosin varhainen tunnistaminen ja hoito- koulutus pidettiin Psykiatrian klinikalla 21.3.2012. Koulutuksen sisältö koostui mm. psykoosialttiuden tunnistamisesta, nuoruusajan psykooseista, psykoosiriskissä olevan potilaan hoidosta, ensipsykoosin hoidosta sekä PROD- seulan käytöstä. Kouluttajina toimivat LT. Erika Jääskeläinen, Prof. Juha Veijola, Dos. Pirjo Mäki ja EL. Tuula de Bruijn. Tilaisuudessa oli läsnä 90 koulututtajaa, sekä etäyhteyksien välityksellä yhteensä 42 osallistujaa kuudelta eri paikkakunnalta niin perusterveydenhuollosta kuin erikoissairaanhoidosta. Erika Jääskeläinen koulutti myös psykoosin ennakko-oireiden tunnistamista ja PROD – seulan käyttöä Kempeleessä 11.5.2012, Oulaisissa ja Raahessa 31.5.2012 sekä Oulussa 6.6.2012 (Uuden Oulun lääkäreille). Näihin koulutustilaisuuksiin osallistui noin sata perusterveydenhuollossa työskentelevää ammattilaista.

PROD –seula

Psykoosin varhaisoireiden tunnistaminen erityisesti perusterveydenhuollossa on merkityksellistä asiakkaan voinnin seurannan ja hoidon aloittamisen kannalta. Ennakko-oireiden tunnistamisen yhtenä apuvälineenä voidaan käyttää PROD –seulaa, josta PPSHP:n osahankkeessa tehtiin opetusvideo. Opetusvideon tarkoituksena on antaa tietoa psykoosiriskin tunnistamisesta ja erityisesti PROD –seulan käytöstä. Opetusvideota voidaan käyttää esim. perusterveydenhuollossa, työterveyshuollossa ja opiskelijaterveydenhuollossa. Opetusvideo on liitetty PPSHP:n hoitoketjutietoihin, josta se on vapaasti katsottavissa. Videon voi myös tilata OYS:n TV-studiolta DVD -tallenteena.

Tiedottaminen alueilla

Mielenterveysasiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessissa toteutuneen viestinnän osalta tehtiin työnjakoa PPSHP:n projektivastaavan kanssa. Taulukkoon 14 on kuvattu viestinnän keskeiset tapahtumat, joissa mielenterveysasiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessi oli esillä ja jotka toteutettiin Oulun kaupungin sisällä ja hankealueella keskeisten toimijoiden kesken.

Taulukko 14. Mielen terveysasiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessin keskeiset viestinnälliset tapahtumat.

Pvm	Paikka
23.3.2011	Mielen terveysasiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessin esittely Oulun kaupunginsairaalassa
29.3.2011	Prosessin esittely Projektiparkissa, Oulussa
17.5.2011	Prosessin esittely Hyvän mielen talossa, Oulussa
18.5.2011	Prosessin esittely lääkärimessä, Oulun kaupungissa
23.5.2011	KYTKE-hankkeen mallinnusten esittelypäivä Oulussa
20.9.2011	Opiskelijaterveydenhuollon mielen terveys- ja päihdetyön tapahtuma
1.4.2011	Hyvinvointifoorumi Oulussa, hankkeella ständi
2011 ja 2012	Terve Sos-messut, hankkeella ständi
12.10.2011	KYTKE-hankkeen esittely Espoon Vertaisresepti-hankeväelle
13.12.2011	KYTKE-hankkeen yhteistyöpäivä Raahessa
22.-23.3.2012	Sairaanhoitajapäivät Helsingissä, hankkeella ständi
13.3.2012	Vanhustyön vastuunkantajat- konferenssi Oulun Kaupunginteatterilla, hankkeella ständi
31.5.2012	Hankkeen hyvien käytäntöjen levittäminen/juurruttaminen Kirkkotorin salissa Oulussa
4.-5.6.2012	Pohjois-Suomen KASTE-hankkeiden seminaari Oulussa
13.6.2012	RAMPE-, KYTKE- ja POTKU-hankkeen yhteistyötapaaminen Helsingissä.

6.4 Kehittämistyön tulosten arviointi

Mielen terveysasiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessissa Oulu Pohjoisen osahankkeessa pilotoitiin kehitettyjä toimintamalleja Oulun kaupungissa keskustan terveysasemalla, Kempeleen mielen terveysystöimistössä ja Kuusamon terveyskeskuksessa. Pilotoinnista kerättiin arviointitietoa asiakkailta (n=22), psykoosihoitajilta (n=3), Keskustan terveysaseman hoitohenkilökunnalta (n=4) ja yksityisestä palvelukodista (n=2). Mielen terveysasiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessin kehitettyjä toimintamalleja pilotoi käytännön työssä kaksi sairaanhoitajaa ja yksi mielen terveyshoitaja/sosionomi. Kaikilla hoitajilla oli pitkä työkokemus hoitoalalta (17–36 vuotta). Pilotoinnin ajan hoitajat käyttivät psykoosihoitaja-nimekettä. Palautetietoa kerättiin pääasiassa paperilomakkeella. Psykoosihoitaja toteutti muutamissa tapauksissa palautetiedon keruun haastatteleamalla asiakkaita kyselylomakkeen mukaisesti. Pilotoinnissa oli mukana 22 asiakasta, joiden ikä vaihteli 19 vuodesta 63 vuoteen. Asiakkaista naisia oli 9 ja miehiä 13. Saaduista palautteista koottiin yhteenveto mielen terveysasiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessin tavoitteiden mukaisesti.

6.4.1 Asiakkaiden ja ammattilaisten kokemukset

Tavoite 1. Perusterveydenhuollon ja sosiaalityön yhteistyön vahvistaminen, konsultaatiotoiminnan ja tiedonkulun tehostaminen

Asiakkaiden palautteiden mukaan psykoosihoitajan vastaanottotoiminta koettiin tärkeäksi ja se on tukenut, ohjannut ja auttanut arjessa selviytymistä sekä tuonut rytmiä elämään. Tieto psykoosihoitajasta on luonut turvallisuuden tunnetta ja asiakkaat kokivat tärkeänä kun saivat keskustella omasta sairaudestaan ja siihen liittyvistä asioista, mm. hoidosta, kuntoutuksesta ja etuuksista. Keskusteluiden kautta sai erilaisen perspektiivin omiin asioihin. Asiakkaiden mielestä käynnit helpottivat oloa ja he kokivat elämänsä tasapainoisemmaksi. Asiakkaiden antaman vapaan palautteen mukaan he olivat tyytyväisiä uudenlaisen toimintamallin mukaiseen hoitoon ja he kokivat saaneensa apua arjessa selviytymiseen. Asiakkaat kokivat, että oireet olivat vähentyneet hoidon aikana. Akuuttitilanteessa tiiviit tapaamiset auttoivat tilanteen tasoittumisessa ja psykoosihoitajan yhteydenotot puhelimitse rohkaisivat ja auttoivat kotona selviämisessä. Yksi vastaajista kaipasi mahdollisuutta sähköiseen viestintään hoitajan kanssa.

Lähes jokaisella asiakkaalla oli hoitosuunnitelma ja sen laatimisesta oli hyviä kokemuksia. Asiakkaat kokivat, että heitä kuultiin hoitosuunnitelman teossa. Hoitosuunnitelma nähtiin kattavana ja sen laadinnassa huomioitiin asiakas kokonaisvaltaisesti (lääkitys, asumisen tuki, ryhmätoiminta, työssä käynti, sosiaalinen tilanne). Hoitosuunnitelman katsottiin tukevan sairauden oireiden hallintaa ja selviytymistä kotona. Asiakkaille oli tärkeää, että heillä oli mahdollisuus asettaa itse tavoitteet omalle hoidolle ja he pystyivät vaikuttamaan jatkohoitoon. Hoitosuunnitelma edisti asiakkaiden kuntoutumista ja selkeytti heidän tilannettaan. Suurimmalle osalle asiakkaista ei tehty pilotoinnin aikana palvelusuunnitelmaa. Palvelusuunnitelma oli tehty asiakkaille jo ennen pilotointia tai he eivät sitä tarvineet. Oulu Pohjoisen osahankkeen mielenterveysprosessin pilotoinnissa asiakkaat eivät olleet mukana videokonsultaatiotilanteissa.

Psykoosihoitajien palautteiden mukaan mallinnuksen pohjalta oleva työskentely asiakkaan kanssa koettiin sujuvaksi ja mutkattomaksi. Säännölliset asiakastapaamiset auttoivat voinnin seurannassa. Uusi toimintamalli jäntevöitti työskentelyä, hoidon aloitus oli aktiivista ja mallinnus loi hyvän rungon työskentelylle. Kokemusten mukaan asiakkaat pysyivät hyvin hoidon piirissä. Konsultaatiotoiminta koettiin sujuvaksi ja hoito voitiin rakentaa asiakasta kuullen ja hänen tarpeidensa pohjalta. Sosiaalityö toimi aktiivisesti tarvittaessa mukana hoitoneuvotteluissa sekä sovittujen asioiden eteenpäin viemiseksi. Kaksi kolmesta vastaajasta koki, että konsultaatiotoiminta ei lisääntynyt uuden toimintamallin myötä. Psykoosihoitajat eivät osallistuneet pilotoinnin aikana videovälitteiseen konsultaatioon, myöskään suojattu viestintä ei ollut mielenterveysprosessissa käytössä.

Psykoosihoitajat kokivat, että sosiaalitoimen kanssa tehty yhteistyö oli sujuvaa ja mutkatonta. Asiakkaat antoivat luvan yhteistyöhön ja sillä vältettiin uusien ongelmien syntyminen. Asiakkaiden ensikontakti sosiaalitoimeen saatiin luotua hoitoneuvottelu tilanteessa, ensimmäisellä käynnillä tai yhteiskäynnillä sosiaalitoimeen.

Oulun kaupungin keskustan terveysaseman henkilökunnalta (n=4) kysyttiin kokemuksia uuden toiminnan mukaisista käytännöistä ja miten psykoosiasiakkaiden hoidon keskittäminen näkyy käytännön työssä. Henkilökunnan mielestä asiakkaat ovat kokeneet toimintamallin turvallisenä. Asiakkaat ovat vaativia ja tarvitsevat enemmän aikaa kuin on mahdollista järjestää. Kokemuksen mukaan olisi hyvä jos terveysasemalla olisi psykiatrinen sairaanhoitaja joka päivä

päivystysasioissa ja jolle olisi helppo varata vastaanottoaikoja. Henkilökunnan mukaan toimintamalli vaatii vielä kehittämistä.

Psykoosiasiakkaiden hoidon keskittäminen näkyi terveysasemalla käytännön työssä hoidon jatkuvuuden säilymisenä. Tuttujen asiakkaiden voinnin muutokset huomattiin helpommin. Nykyiset resurssit nähtiin liian vähäisinä ja koettiin parempana jos psykoosiasiakkaat voitaisiin ohjata psykiatrisille sairaanhoitajille. Myös perehdytys ja psykoosikoulutus nähtiin tarpeelliseksi.

Tavoite 2. Psykoosin varhaisoireiden tunnistaminen perusterveydenhuollossa

Psykoosihoitajien kokemusten mukaan PROD-seula käytetään vähän kuntouttavassa toiminnassa pitkäaikaisasiakkaiden kanssa ja enemmän uusien asiakkaiden kohdalla. Seulaa käytetään aina kun herää epäily psykoosiriskistä. PROD-seulalla voidaan neutraalilla tavalla kysyä vaikeistakin oireista. Seula on suuntaa antava, joka alkuarvioinnin aikana tukee esille tulleita asioita. Kaikkien psykoosihoitajien mielestä PROD-seula auttoi tunnistamaan psykoosioireita paremmin mutta sen käyttöön kaivattiin terveysaseman henkilökunnan perehdytystä. Seulan avulla asiakas saa käsityksen hänen kokemistaan oireista ja voinnin muutoksista. Seula on enemmän ”epäpersoonallinen” kuin suoraan kysyminen ja voi helpottaa asiakasta kertomaan vaikeista oireista. Kokemusten mukaan PROD-seula tuottaa hoitohenkilökunnalle tasalaatuista arviointia ja apuvälineen työhön. PROD-seulan käyttöä kokeiltiin myös opiskelijaterveydenhuollossa Oulussa. Opiskelijaterveydenhuollossa seulan käyttö oli vähäistä mutta se koettiin hyväksi mittariksi.

Tavoite 3. Psykoosiin sairastuneen avohoidon ja kotikuntoutuksen kehittäminen

Asiakkaat kertoivat saaneensa monipuolista suullista ohjausta oireiden tunnistamiseen, hallintaan sekä niiden kanssa elämiseen ja toimimiseen. Suullista ohjausta oli annettu lääkkeiden käyttöön ja seurantaan, liikuntaan, ruokavalioon, rahan käyttöön, vuorokausirytmien ylläpitämiseen, ryhmätoimintaan ja kolmannen sektorin toimintaan. Asiakkaita oli rohkaistu ja tuettu arjessa selviämiseen. Lähes kaikki asiakkaat olivat saaneet myös kirjallista ohjausmateriaalia psykoosihoitajalta. Asiakkaille oli annettu potilasohjausmateriaalia, esitteitä kuntouttavasta toiminnasta ja ryhmistä sekä harrastusmahdollisuuksista. Asiakkaat olivat myös itse hakeneet tietoa internetistä. Kolme asiakasta koki saaneensa riittävästi ohjausta ja neuvontaa sosiaalihuollon palveluista sosiaalityöntekijältä palvelusuunnitelman laatimisen yhteydessä. Sosiaalityöntekijä oli yleisen ohjeistuksen lisäksi ohjannut asiakkaita myös toimeentulotukihakemuksen täyttämässä, asumistukihakemuksen laatimisessa ja kuntouttavan työn selvittämisessä.

Asiakkaat olivat saaneet tietoa järjestöjen toiminnasta mielenterveystoimistosta ja KYTKE-hankkeen kautta. Asiakkaita oli tiedotettu mm. Hyvän mielen talon toiminnasta ja ryhmistä, Kipinän erilaisista palveluista ja seurakunnan toiminnasta. Osa asiakkaista oli saanut tietoa järjestöjen toiminnasta internetistä sekä Käsi Kädessä-lehdestä.

Kaikki asiakaspalautteen antaneet tunnistivat hyvin oman sairautensa oireet arjessa. Asiakkaat kuvailivat tarkkaan vastauksissaan sairauden oireita joita olivat mm. ahdistuneisuus, pelkotilat, keskittymiskyvyn heikkeneminen ja harhaisuus. Lähes kaikki asiakkaat (20) kokivat saaneensa psykoosihoitajan vastaanotolla annetusta ohjauksesta tukea sairauden oireiden tunnistamiseen.

Psykoosihoidajien mielestä uusi toimintamalli mahdollistaa asiakkaan hoitopolun mukaisen nopean hoidon aktivoimisen/aloittamisen, sekä käyntien ja tarvittavien lääkäri/verkostotapaamisten ja lääkehoidon toteuttamisen. Säännöllisistä asiakastapaamisista on hyötyä oireiden muuttuessa. Vastaanottotilanteissa psykoosihoidajat kävivät läpi ennakkooireita ja pysyväisoireita. Useimmat asiakkaat olivat saaneet mielenterveystoimistosta hyviä ohjeita sairauden hoitoon. Asiakkaita ohjattiin ja tuettiin käyntien aikana arjessa selviytymisessä ja etsittiin yhdessä asiakkaan kanssa sopivia keinoja arjen tukemiseksi. Ohjeistavaa materiaalia annettiin myös kirjallisesti mm. liikunnasta, painonhallinnasta ja ruokavaliosta.

Psykoosihoidajat olivat hyödyntäneet asiakkaan opaskarttaa nimeämällä siihen läheiset, auttava verkosto ja yhteystiedot. Pilotointiajalla oli tehty yhteensä 37 terveydenhuollon hoitosuunnitelmaa ja 3 sosiaalihuollon palvelusuunnitelmaa. Yhtäaikaisesti laadittuja hoito- ja palvelusuunnitelmia oli tehty pilotoinnin aikana 4. Suunnitelmien laatimisessa oli mukana asiakas, psykoosihoidaja, lääkäri sekä tarpeen mukaan myös muita toimijoita (esim. läheiset, sosiaalityöntekijä, toimintakeskuksen ohjaaja, palvelukodin työntekijä, toimintaterapeutti ja kotisairaanhoito).

Psykoosihoidajien mukaan hoito- ja palvelusuunnitelmaa päivitetään keskimäärin kerran vuodessa asiakkaan tilanteen mukaisesti, akuuttitilanteessa suunnitelmia voidaan päivittää tarvittaessa viikoittain. Suunnitelmia päivittävät yleensä hoitaja ja lääkäri yhdessä asiakkaan kanssa. Hoito- ja palvelusuunnitelmat tukevat asiakkaan arjessa selviytymistä ja sitoutumista sekä luovat struktuuria ja ennustettavuutta. Suunnitelmien myötä asiakkaan hoito täsmentyy ja käynnit terveysasemalla harvenevat.

Psykoosihoidajat eivät pilotoinnin aikana tehneet varsinaista yhteistyötä kolmannen sektorin kanssa vaan kolmas sektori oli mukana kuntouttavassa toiminnassa. Asiakkaat olivat olleet kolmannen sektorin toiminnassa jo ennen pilotointia.

Tavoite 4. Palvelukotiasukkaiden kuntoutuksen tehostaminen

Pilotoinnin aikana RAI-koulutuksen saaneet ammattilaiset tekivät RAI-arviointeja kolmelle kuntoutujalle yksityisessä palvelukodissa. Arvioinnit olivat palvelukodin henkilöstön kokemuksen mukaan odotettua työläämpiä ja yhden arvioinnin tekemiseen meni vähintään yksi työpäivä, vaikka kuntoutuja tunnettiin pitkälti ajalta. Diagnoosien selvittäminen oli työlästä. Ammattilaiset näkivät RAI-mittarissa vielä kehittämistarpeita. Haastatellut kuntoutujat kokivat RAI-arvioinnin tekemisen hyvin merkitykselliseksi ja omanarvon tuntoa nostavaksi. Arviointi lisää kuntoutujan osallisuutta omassa kuntoutuksessa.

Palvelukodin ammattilaiset käyttivät suojattua viestintäpalvelua diabeteshoitajan kanssa. Palautteiden mukaan suojattu viestintä toimi hyvin, se helpotti yhteydenpitoa ja teki siitä joustavampaa. Äkilliset konsultoinnit oli helppo toteuttaa suojatun viestinnän kautta. Kokemusten mukaan suojattu viestintä olisi hyvä työväline myös apteekin, terveyskeskuslääkärin ja psykiatrin välille.

6.4.2 Kustannushyötyanalyysin tulokset

Mielenterveysasiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessiin liittyvä kustannushyötyanalyysi saatiin valmiiksi marraskuussa 2011. Hankkeessa kehitetyn hoito- ja palveluprosessin kustannushyöty on selkeä. Kustannushyötyanalyysissä vertailtiin kymmenen vuoden aikajaksolla asiakasta jolla

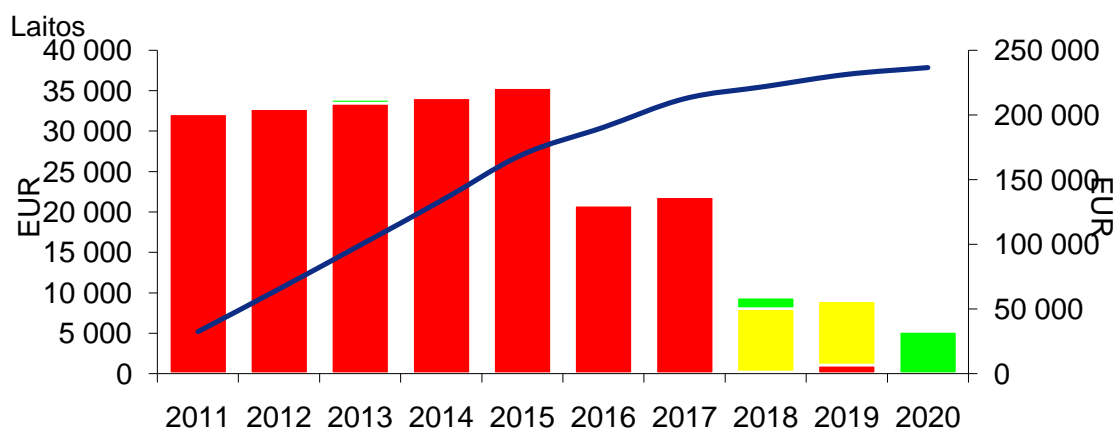
ei ollut olemassa hoitosuhdetta, asiakasta joka selviää tukitoimin kotona perusterveydenhuollon avulla, sekä asiakasta jonka hoito oli laitoshoitopainotteista muutamaa viimeistä vuotta lukuun ottamatta.

Kustannusvertailu antoi seuraavat kustannuskertymät kymmenen vuoden tarkastelujaksolla:

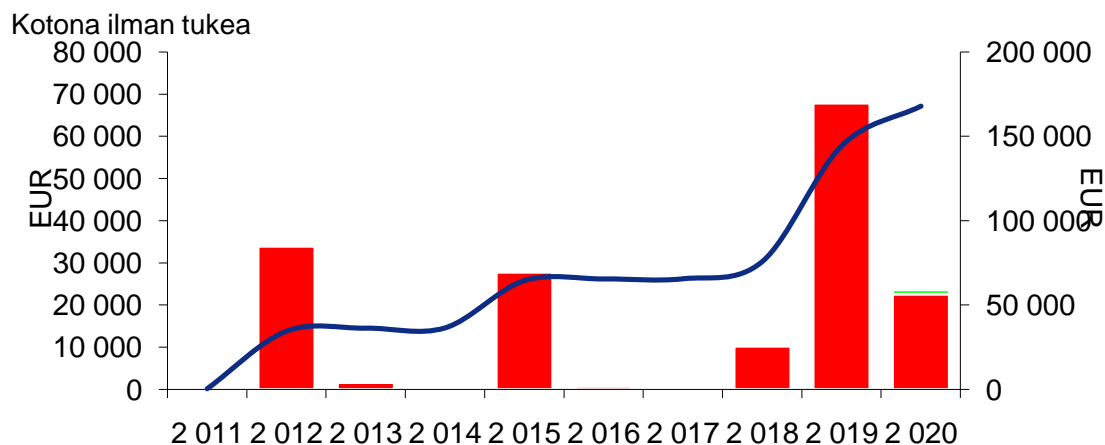
- Laitoshoitopainotteinen 236 558 euroa (kuvio 11)
- Ei aktiivista hoitokontaktia 167 900 euroa (kuvio 12)
- Suunnitelmallinen avohoitokontakti perusterveydenhuoltoon 61 495 euroa (kuvio 13)

Kustannushyötyanalyysin mukaisesti asiakkaan hoito on edullisinta avohoitopainotteisesti, jossa on tarvittaessa toimiva yhteistyö erikoissairaanhoidon kanssa. Analyysi osoittaa selkeästi hankkeessa kehitetyn perusterveydenhuollon toimintamallin edullisimmaksi vaihtoehdoksi. Psykoosihoitajan rooli perusterveydenhuollossa psykoosin ennako-oireiden tunnistamisessa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa on merkittävä asiakkaan hoidon alkamisen ja hoitoon sitoutumisen kannalta. Toimiva hoitosuhde perusterveydenhuoltoon on asiakkaan kokonaisvaltaisen hoidon kannalta merkityksellistä ja sen myötä hoitomyönteisyys lisääntyy.

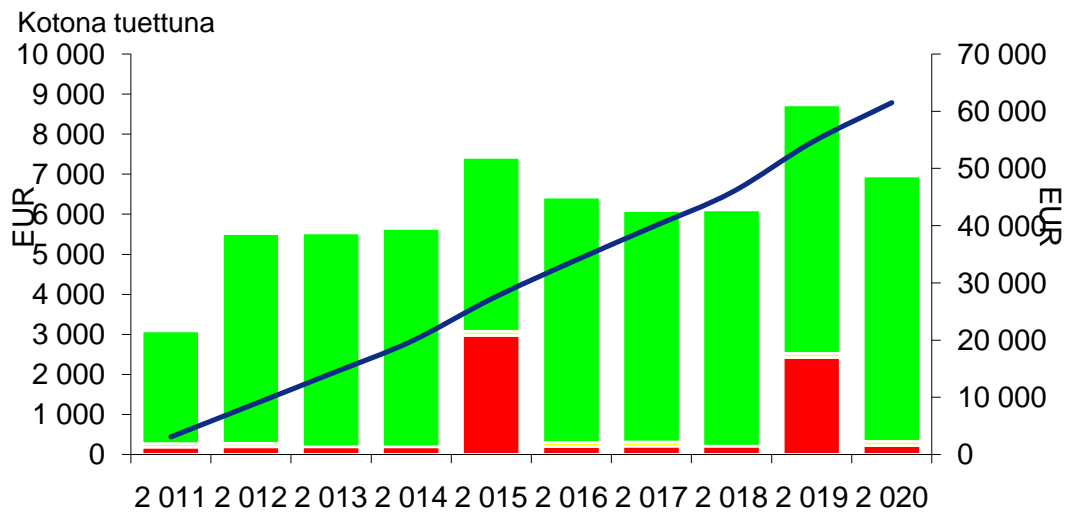
Kuvio 11. Laitoshoitopainotteinen hoito.



Kuvio 12. Ei aktiivista hoitokontaktia.



Kuvio 13. Suunnitelmallinen avohoitokontakti perusterveydenhuoltoon



6.5 Toimintamallien juurruttaminen ja levittäminen

Hankkeen uusia toimintamalleja on juurrutettu kuntakäynneillä, joissa on ollut läsnä sosiaali- ja terveystoimen viranhaltijoita. Kuntakäynnejä on ollut seuraavasti: Kuusamo 14.3.2012, Kii- minki 16.4.2012, Oulunkaari 24.4.2012, Taivalkoski 16.5.2012, Hailuoto 14.6.2012 ja Liminka 19.6.2012, Tyrnävä 7.8.2012 ja Lumijoki 20.8.2012. Kuntakäynneillä toimintamallit herättivät paljon keskustelua ja mielenkiintoa. Mielipiteiden vaihto vahvistaa kokemuksen myötä yhteis- työtä ja toiminnan kehittäminen on hedelmällisempää. Kuntakäynnit olivat kuitenkin enemmän hankkeen esittelytilaisuuksia kuin varsinaisia päätöksentekotilaisuuksia. Kuntakäyntien yhtey- dessä juurruttamisen haasteeksi nousivat uuden toiminnan mukainen resurssointi ja liittymis- vaihe Uuteen Ouluun. Jokainen kunta harkitsee toimintamallin käyttöönottoa omien toiminta- tapojen tarpeen pohjalta. Kuntakäyntien perusteella tehdyt käyttöönottosuunnitelmat kirjattiin hankkeen sähköiseen työtilaan.

Mielenterveysprosessin toimintamalleja esiteltiin myös muilla osahankealueilla, Kainuussa 14.5.2012 ja Kokkolassa 24.5.2012 sekä Psykiatrian klinikan poliklinikan henkilökunnalle 11.9.2012. Juurruttamisen ja levittämisen tueksi on tehty QPR-mallinnus ja Oulun kaupungin IMS-mallinnus. Toimintamalli on kuvattu myös REA-työkaluun ja se on siirretty sähköiseen innovaatioympäristöön Innokylään.

6.6 Johtopäätökset ja jatkosuositukset

Mielenterveysasiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessin toimintamalli mahdollistaa nopean hoidon aktivoimisen/aloittamisen, sekä käyntien ja tarvittavien lääkäri- sekä verkostotapaamisten toteutumisen. Selkeä työnjako/toimintamalli ryhdittää nopean toiminnan toteutumista, pääl- lekkäisen työn osuus minimoituu, konsultaatio kynnyks madaltuu ja toiminta koetaan sujuvaksi. Hoidon koordinaattori ("psykoosihoitaja") toimii keskeisessä asemassa asiakkaan koko hoito- prosessissa. Hoidon koordinaattoritoiminta mahdollistaa perusterveydenhuollon painopisteen vahvistamisen, psykoosin varhaisoireiden tunnistamisen ja pitkäaikaisasiakkaiden hoitamisen. Prosessin kehittämisen myötä hoitoon sitoutuminen sekä hoidon jatkuvuus säilyy tiivistettyjen

kontrollikäyntien avulla. Uuden toimintamallin mukaisesti omaiset ja sosiaalityö saadaan hoitoon nopeasti mukaan ja tämä toimintatapa herättää luottamusta. Toimintamallin toteutus vaatii kuitenkin henkilökunnan resurssointia tai työtehtävien muuttamista, jotta voidaan panna nostaa psykoosiasiakkaiden hoitoon.

Mielenterveysasiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessissa hoitosuunnitelma ja palvelusuunnitelma tukevat hoidon etenemistä sekä vähentävät päällekkäisen työn toteutumista sosiaalitoimen kanssa. Hoito- ja palvelusuunnitelman päivittäminen vähintään kerran vuodessa tai tarpeen mukaan tukee hoidon jatkuvuutta. Suunnitelmat tukevat oireiden hallintaa ja selviytymistä kotona ja niillä on selkeä vaikutus jatkohoidon suunnittelussa. Arjen toiminnoissa ohjeistava materiaali on auttanut asiakasta oireiden hallinnassa. Asiakkaat ovat kokeneet kehitetyn toimintamallin hyväksi. Toimintamallissa asiakkaan ja läheisten ääni tulee kuulluksi, yhteistyö parantuu, hoitoon sitoutuminen lisääntyy ja erikoissairaanhoidon palveluiden tarve vähenee. Myös omaisten jaksaminen paranee arjessa.

Pilotoinnissa kokeiltu PROD-seula osoittautui hyväksi suuntaa antavaksi työvälineeksi arvioida psykoosin ennako-oireita. PROD-seulan avulla voidaan neutraalisti kysyä vaikeistakin oireista ja asiakas saa käsityksen omasta voinnistaan. Kolmannen sektorin kanssa tehty yhteistyö nähtiin kuntouttavassa vaiheessa tärkeäksi ja se on tullut tutuksi asiakkaille. Osa asiakkaista on siirtynyt terveydenhuollon puolelta kolmannen sektorin palveluihin.

Psykiatrisen hoidon RAI -järjestelmän käyttöönotto laajalla alueella mahdollistui hankkeen aikana. RAI -järjestelmän tuomat mahdolliset hyödyt tulevat esiin pidemmällä aikavälillä. Hankkeen pilotointiaika ei antanut mahdollisuutta arvioida järjestelmän tuomia hyötyjä kyseisellä alueella.

Uusi mielenterveysasiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessi vaatii toteutuakseen ja jatkuakseen

- Johdon sitoutumista
- Resurssien lisäämistä/henkilöresurssien kohdentamista omaksi työkuvaksi sekä aitoa kiinnostusta asiaa kohtaan
- Koulutusta/perehdytystä PROD-seulan käyttöön kaikissa perusterveydenhuollon yksiköissä, apuna voi käyttää hankkeessa tuotettua PROD- seulan opetusvideota
- Toimintamallin suunnitelmallista perehdyttämistä koko työyhteisölle
- Erikoissairaanhoidon, kolmannen sektorin ja perusterveydenhuollon yhteistyön madaltamista ja aktiivista yhteistyötä
- Työnohjausta
- Videokonsultaation käyttöä perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa osana normaalia toimintaa
- Perusterveydenhuollon vahvistamista edelleen

7 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON YHTEISTYÖN KEHITTÄMINEN

7.1 Kehittämistyön tavoitteet

KYTKKE-hankkeessa konkreettisenä sosiaalityön kehittämisen tavoitteena oli parantaa sosiaalihuollon ja terveydenhuollon välistä yhteistyötä.

7.2 Kehittämistyön eteneminen

Mielenterveysasiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessiin, aivohalvauspotilaan kuntoutusprosessiin ja syöpäpotilaan saattohoitoprosessiin mallinnettiin kunnallisen sosiaalityön osuus kevään 2011 aikana. Sosiaalityön osalta pilotoinnissa keskityttiin hoito- ja palvelusuunnitelman laatimiseen yhteistyössä terveydenhuollon edustajien kanssa. Sosiaalityössä on eri palvelualueilla ja eri kunnissa/kaupungeissa useita erilaisia palvelusuunnitelmia (esim. aikuissosiaalityön, -vammaispalvelun suunnitelmia, aktivointisuunnitelmia jne).

Sosiaalityön osalta pilotointiin osallistui ajalla 1.9.2011–28.2.2012 kaksi Oulun kaupungin sosiaalityöntekijää 50%:n työpanoksella. Eri prosessien hankevastaavien sekä kahden Oulun kaupungin sosiaalityöntekijän kanssa pidettiin yhteiset pilotoinnin suunnitelmapalaverit, joissa sovittiin käytännön asioista ja työntekijöiden roolista, mm. miten terveydenhuollosta otetaan yhteyttä sosiaalityöntekijään, miten hoitopalaverissa edetään jne. Sovittiin, että hankkeen sosiaalityöntekijät osallistuvat asiakkaan suostumuksella niiden asiakkaiden/potilaiden hoitopalaveriin, joilla oli myös sosiaalityön tarve. Tarkoituksena oli kehittää asiakkaan näkökulmasta saman pöydän ääressä laadittua ”yhtenäistä” suunnitelmaa niin, että sekä terveydenhuolto että sosiaalihuolto saivat omat tarvittavat tiedot omiin suunnitelmiinsa. Saman pöydän ääressä tehtiin asiakkaan hoitoihin/tarpeisiin liittyvät sekä terveyden- että sosiaalihuollon päätökset/hoitolinjaukset, jotka kirjattiin omiin suunnitelmiin ja suunnitelmat tietojärjestelmiin.

Terveydenhuollon työntekijöille tehtiin hankeaikana työväliseksi sosiaaliturvaopas, josta löytyivät Kelan etuudet, sosiaalihuollon palvelut, sairaalan sosiaalityön palvelut, kuntoutuspalvelut ja järjestöjen tuki. Sosiaaliturvaoppaalla on tarkoitus avata sosiaaliturvaa potilaan näkökulmasta ja sitä kautta helpottaa hoidon koordinaattorin työtä.

Yhteistyössä PPSHP:n palliatiivisen hoidon poliklinikan erikoislääkärin kanssa laadittiin syksyllä 2011 esitietolomake, jossa kysytään myös sosiaaliturvaan liittyviä kysymyksiä. Lomakkeella pyritään kartoittamaan potilaan kokonaistilanne ja samalla lomake toimii ohjeellisena runkona vastaanotolla käytäviin keskusteluihin. Lomake lähetetään potilaalle ennen vastaanotolle tuloa. Lomakkeen avulla lääkäri arvioi potilaan kotona selviytymistä myös sosiaalityön näkökulmasta. Nämä tarpeet voidaan ohjeistaa epikriisiin, että syöpäsairaanhoidaja/jatkohoitopaikan seuraava taho voi saumattomasti viedä potilaan asioita eteenpäin. Tarvittaessa tieto voidaan lähettää myös kunnan sosiaalitoimeen.

Hankkeessa tehtiin myös yhteisen sosiaali- ja terveydenhuollon hoito- ja palvelusuunnitelman kehittämistyötä. Työryhmän vetäjänä toimi kehittämispäällikkö Arja Honkakoski Poskesta. Ensimmäinen kehittämispalaveri oli marraskuussa 2011, johon osallistui erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon edustajia myös Oulu Eteläisen osahankkeen alueelta. Moniammatillisia kehittämispalavereja pidettiin ajalla 1.1.–30.6.2012 yhteensä kolme. Kehittämistyössä käytettiin työskentelyn apuna kuvitteellista asiakastapausta, jonka pohjalta lähdettiin pohtimaan yhteisiä sosiaali- ja terveydenhuollon sisältöjä. Kehittämistyön tuotoksena oli esitys yhteisestä hoito- ja palvelusuunnitelman rungosta. Hoito- ja palvelusuunnitelman työpaperi saatiin valmiiksi toukokuussa 2012 ja sen kehittämistyö jatkuu AVAUS-hankkeessa.

7.3 Sosiaalityön osuus pilotoinneissa, toiminnan juurruttamisessa ja levittämisessä

Hoitosuunnitelmia ja palvelusuunnitelmia tehtiin AVH-kuntoutujien, syöpää sairastavien ja mielenterveyskuntoutujien kanssa. Sosiaalityöntekijät olivat mukana 15 asiakastapaamisessa. 10

tapaamista järjestettiin asiakkaan kotona, muut terveyskeskuksissa tai Oulun kaupunginsairaalaissa. Tapaamisissa laadittiin asiakkaalle hoito- ja palvelusuunnitelmat. Pilotoinnin asiakastapaukset kuuluivat pääosin vammaispalvelun puolelle. Kokemusten mukaan yhteiset palaverit koettiin asiakkaan kannalta hyviksi, koska niissä voitiin luontevasti käydä läpi asiakkaan terveydentilaan liittyviä asioita ja myös niihin liittyviä sosiaalihuollon palvelutarpeita. Asiakkaiden tarpeet ja toiveet pystyttiin hyvin toteuttamaan. Sosiaalityöntekijöiden osallistuminen yhteisiin hoito- ja palvelusuunnitelmapalavereihin koettiin oikea-aikaiseksi. Kaikissa asiakastapaamisissa ei tarvinnut tehdä sosiaalihuollon päätöksiä, koska osalla asiakkaista oli jo riittävät sosiaalihuollon palvelut tai asiakas ei ollut oikeutettu mm. vammaispalvelulain mukaisiin palveluihin. Kuitenkin lähes kaikki hoitopalaverit nähtiin asiakasnäkökulmasta tarpeellisiksi neuvonnan ja ohjauksen kannalta.

Sosiaalityöntekijät käyttivät pilotoinnin aikana jonkin verran AVH- ja saattohoidon prosesseissa suojattua viestintäpalvelua, joka helpotti yhteydenottoa terveydenhuoltoon ja terveydenhuollosta sosiaalihuoltoon.

Hankkeessa tehdyn sosiaali- ja terveydenhuollon välisen yhteistyön nähtiin vahvistavan perusterveydenhuollon asemaa sosiaalihuollon asioiden lisääntyneen tietämyksen ja ymmärryksen kautta. Lisäksi yhteistyö on hankkeen myötä parantunut ja tiivistynyt. Sosiaalityöntekijöiden mielestä hoidon koordinaattoritoiminta on tehostanut sosiaalihuollon seurannan merkitystä. KYTKE-hankkeen uusien toimintamallien mukaisesti hoidon koordinaattori tapasi asiakasta sovituin väliajoin, jolloin arvioitiin myös asiakkaan sosiaalisen tuen tarve. Pilotoinnissa ilmeni, että asiakkaiden sosiaalihuollon palvelut eivät olleet aina riittäviä asiakkaan tarpeisiin nähden. Hoidon koordinaattorin rooli nähtiin tärkeäksi linkiksi sosiaalihuoltoon ainakin niiden asiakkaiden kohdalla, joilla ei ollut oma-aloitteisuutta tai eivät ymmärtäneet täysin omaa muuttunutta tilannetta (esim. AVH-kuntoutuja). Sosiaalityön koettiin tukevan hoidon koordinaattorin toimintaa ja toisin päin esim. riskien arvioinnin, tarpeiden ja voimavarojen kartoittamisen, tavoitteiden asettamisen, interventioiden, asioiden ajamisen ja motivoinnin avulla.

Hankkeen loppuvaiheessa tarkasteltiin lainsäädännön esteitä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyölle. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön kannalta lainsäädäntö sekä edellyttää mutta samalla myös hankaloittaa yhteistyötä. Usein asiakkaan erikoissairaanhoidossa alkaneet hoitoketjut jatkuvat sosiaali- ja perusterveydenhuollossa. Asiakkaan potilastiedot pitäisi olla helposti ja nopeasti siirrettävissä toisen sektorin tietojärjestelmiin. Varsinkin vammaispalvelun, mielen-terveys- ja päihdepalveluiden sekä ikäihmisten palveluissa asiakas on usein asiakkaana sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kunnissa nämä palvelut ovat järjestetty hyvin eri tavoin. Kunnissa käytetään erilaisia potilas- ja asiakastietojärjestelmiä eivätkä tiedot eri sektoreiden välillä siirry eri järjestelmien välillä. Tietosuojaan liittyvä lainsäädäntö rajoittaa myös tietojen käyttöä. Käytännön työssä työntekijät eivät usein hallitse edes oman sektorinsa tietosuojasioita. Toisen sektorin tietosuojaa tunnetaan vielä vähemmän. Tulkinanvaraisissa tilanteissa asiakastieto jää jakamatta, vaikka yhteistyön edellytykset ovat olemassa.

Sosiaalityön roolia hankkeessa ja pilotoinnissa sekä juurruttamisessa esiteltiin mm. Oulu Pohjoisen osahankkeen alueella terveydenhuollon ja sosiaalihuollon työntekijöille sekä THL:n ja eri hankkeiden järjestämissä seminaareissa. Taulukkoon 15 on koottu sosiaalityön yhteistyöpalaverit ja hankkeen esittelytilaisuudet.

Taulukko 15. Sosiaalityön yhteistyöpalaverit ja esittelytilaisuudet.

Pvm	Paikka
17.1.2011	OYS (kuntoutusohjaaja + sosiaalityöntekijät)
24.1.2011	Kuusamo, Taivalkoski, Pudasjärvi
16.3.2011	Oulun kaupunginsairaala (saattohoito)
18.3.2011	Poske (kehittämistyöryhmä)
15.4.2011	Poske (kehittämistyöryhmä)
6.5.2011:	Poske (kehittämistyöryhmä)
10.5.2011	Taivalkoski, Kuusamo
16.5.2011	OYS (sosiaalitoimi)
1.6.2011	Haukipudas, Torpankartano
20.6.2011	Liminka
1.7.2011	Oulun kaupunginsairaala (sosiaalitoimi)
24.8.2011	Poske (kehittämistyöryhmä)
24.8.2011	OYS (sosiaalitoimi)
28.8.2011	Mielenterveysprosessi (Oulu Pohjoinen)
30.8.2011	Oulun kaupunginsairaala (saattohoitoprosessi)
5.9.2011	OYS (saattohoitoprosessi/Oulu Pohjoinen)
8.9.2011	KYTKE-hanketyöntekijät
27.9.2011	Ii (sosiaalityöntekijä)
28.9.2011	Poske (kehittämistyöryhmä)
13.10.2011	Oulun kaupunki (sosiaalisen ja taloudellisen tuen johtoryhmä)
1.11.2011	Hoito- ja palvelusuunnitelmapalaveri
10.11.2011	Pilotoinnin esittely Kuusamossa, Pudasjärvellä ja Taivalkoskella
22.11.2011	OYS (sosiaalitoimi)
23.11.2011	Hoito- ja palvelusuunnitelmapalaveri, Oulu
7.12.2011	ESKO-hanke tapaaminen ja hoito- ja palvelusuunnitelmapalaveri
21.12.2011	Hoito- ja palvelusuunnitelmapalaveri, Oulu
25.1.2012	Aikuissosiaalityön päivät, Rovaniemi
9.2.2012	ESKO-hanke
12.4.2012	Avaus-seminaari, Oulu
23.4.2012.	Pohjois-Pohjanmaan liiton hyvinvointifoorumi, Oulu
4.5.2012	Esitelmä "Kuolevan potilaan sosiaaliturva", Kuusamo

7.5.2012	Avaus-seminaari, Oulu
21.5.2012	Avaus-seminaari, Oulu

Lisäksi Oulu Pohjoisen osahankkeen sosiaalityön kehittämisestä vastannut projektivastaava oli mukana muiden kehitettyjen prosessien yhteisissä juurruttamispalavereissa keväällä 2012 seuraavasti: 14.3. Kuusamossa, 15.3. Muhoksella, 29.3. Kempeleessä, 16.4. Kiimingissä, 15.5. Kajaanissa, 17.5. Taivalkoskella, 24.5. Kokkolassa ja 29.5. Muhoksella. Juurruttamispalavereissa esiteltiin kehitettyjen hoito- ja palveluprosessien uusia toimintamalleja huomioiden niihin sisältyvä sosiaalityö.

7.4 Kehittämistyön tulosten arviointi

KYTKE-hankkeessa sosiaalityön kehittämisen tavoitteena oli parantaa sosiaalihuollon ja terveydenhuollon välistä yhteistyötä. Sosiaalityön pilotoinnissa oli mukana Oulun kaupungista yksi sosiaalityöntekijä vammaispalvelusta ja yksi aikuissosiaalityöstä 50 % työajalla 1.9.2011–28.2.2012 välisenä aikana. Sosiaalityöntekijät olivat mukana 15 hoitopalaverissa. Sosiaalityöntekijöiltä kerättiin arviointitietoa paperilomakkeella. Palautteessa he arvioivat pilotointia kokonaisuudessaan sosiaalityön näkökulmasta. Palautetta analysoitiin hankekokonaisuuden päätavoitteiden mukaisesti.

7.4.1 Tulosten tarkastelu tavoitteittain

Tavoite 1. Muuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan painopistettä niin, että asiakkaan ja läheisten osallisuus ja sitoutuminen palveluprosesseissa lisääntyy

Sosiaalityöntekijöiden palautteiden mukaan KYTKE-hankkeessa kehitetyt palveluprosessit (esim. hoidon koordinaattoritoiminta) parantavat asiakkaan ja läheisten sitoutumista yhteisesti sovittuihin tavoitteisiin. Paremman hoidon koordinoiminen myötä asiakkaan ja omaisten tarpeet huomioidaan paremmin sekä terveydenhuollossa että sosiaalihuollossa ja hoidon koordinaattori toimii samalla ns. asiakkaan äänenä. Vertaistuen ja tukihenkilötoiminnan nähtiin lisäävän asiakkaan sitoutumista.

Tavoite 2. Hioa keskeisten, paljon resursseja vaativien prosessien toimivuutta terveyshyötymallin viitekehyksessä

Sosiaalityöntekijöiden mielestä hoidon koordinaattoritoiminta on tehostanut sosiaalihuollon seurannan merkitystä. KYTKE-hankkeen uusien toimintamallien mukaisesti hoidon koordinaattori tapasi asiakasta sovituin väliajoin, jolloin arvioitiin myös asiakkaan sosiaalisen tuen tarve. Pilotoinnissa ilmeni, että asiakkaiden sosiaalihuollon palvelut eivät olleet aina riittäviä asiakkaan tarpeisiin nähden. Hoidon koordinaattorin rooli nähtiin tärkeäksi linkiksi sosiaalihuoltoon ainakin niiden asiakkaiden kohdalla, joilla ei ollut oma-aloitteisuutta tai eivät ymmärtäneet täysin omaa muuttunutta tilannetta (esim. AVH-kuntoutuja). Sosiaalityön koettiin tukevan hoidon koordinaattorin toimintaa ja toisin päin esim. riskien arvioinnin, tarpeiden ja voimavarojen kartoittamisen, tavoitteiden asettamisen, interventoiden, asioiden ajamisen ja motivoinnin avulla.

Tavoite 3. Ottaa käyttöön informaatioteknologiaa uusien tavoin tiedonkulun ja palveluprosessien sujuvuuden parantamiseksi

Sosiaalityöntekijät käyttivät pilotoinnin aikana jonkin verran suojattua viestintäpalvelua ja se koettiin tarpeelliseksi. Yhteydenotot sosiaali- ja terveydenhuollon välillä tapahtuivat pääasiassa puhelimen ja sähköpostin välityksellä. Sosiaalihuollosta oltiin yhteydessä terveydenhuoltoon yhteisiin asiakastapaamisiin, terveydenhuollon lausuntoihin ja palveluihin liittyvissä asioissa. Suojattua viestintää käytettiin lähinnä yhteydenottoihin uusien asiakkaiden kohdalla silloin, kun asiakkaasta tarvittiin terveydenhuollon tietoja.

Terveydenhuollosta oltiin yhteydessä sosiaalihuoltoon yhteisiin asiakastapaamisiin ja asiakkaan sosiaalihuollon palveluihin liittyen. Suojattua viestintää käytettiin lähinnä tiedottamiseen sosiaalihuollon tarpeessa olevasta asiakkaasta. Terveydenhuollon puolelta tiedusteltiin suojatun viestinnän kautta myös tietoa siitä, saavatko asiakkaat sosiaalihuollon palveluita.

Tavoite 4. Vahvistaa perusterveydenhuollon asemaa

Hankkeessa tehdyn sosiaali- ja terveydenhuollon välisen yhteistyön nähtiin vahvistavan perusterveydenhuollon asemaa sosiaalihuollon asioiden lisääntyneen tietämyksen ja ymmärryksen kautta. Lisäksi yhteistyö on hankkeen myötä parantunut ja tiivistynyt.

Tavoite 5. Luoda malli sosiaali- ja terveydenhuollon palveluprosessien hallinnalle ja ohjaamiselle

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen hoitopalaveri

Sosiaalityöntekijät olivat mukana 15 asiakastapaamisessa. 10 tapaamista järjestettiin asiakkaan kotona. Tapaamisissa laadittiin asiakkaalle hoito- ja palvelusuunnitelmat. Kokemusten mukaan yhteiset palaverit koettiin asiakkaan kannalta hyväksi, koska niissä voitiin luontevasti käydä läpi asiakkaan terveydentilaan liittyviä asioita ja myös niihin liittyviä sosiaalihuollon palvelutarpeita. Asiakkaiden tarpeet ja toiveet pystyttiin hyvin toteuttamaan. Sosiaalityöntekijöiden osallistuminen yhteisiin hoito- ja palvelusuunnitelmapalaveriin koettiin oikea-aikaiseksi. Kaikissa asiakastapaamisissa ei tarvinnut tehdä sosiaalihuollon päätöksiä, koska osalla asiakkaista oli jo riittävät sosiaaliturva/sosiaalihuollon palvelut tai asiakas ei ollut oikeutettu mm. vammaispalvelulain mukaisiin palveluihin. Kuitenkin lähes kaikki hoitopalaverit nähtiin asiakasnäkökulmasta tarpeellisiksi neuvonnan ja ohjauksen kannalta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon välinen yhteistyö

Pilotoinnin kokemusten mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyössä yhteydenotto on helpottunut ja kynnys yhteydenottoon madaltunut, kun pilotoinnissa oli mukana rajallinen määrä yhteistyötahoja. Pilotointi herätti myös uusia ideoita, joita tullaan työikäntöinä kokeilemaan käytännössä. Sosiaali- ja terveydenhuollon välisen yhteistyön esteenä nähtiin eri sektoreiden väliset tietojärjestelmät ja tietosuojat.

Yhteistyössä PPSHP:n palliatiivisen hoidon poliklinikan erikoislääkärin kanssa laadittiin esitietolomake, jossa kysytään myös sosiaaliturvaan liittyviä kysymyksiä. Lomakkeella pyritään kartoittamaan potilaan kokonaistilanne ja samalla lomake toimii ohjeellisena runkona vastaanotolla käytäviin keskusteluihin. Lomake lähetetään potilaalle ennen vastaanotolle tuloa. Lomakkeen avulla lääkäri arvioi potilaan kotona selviytymistä myös sosiaalityön näkökulmasta. Nämä tarpeet voidaan ohjeistaa epikriisiin, että syöpäsairaanhoidon/jatkohoitopaikan seuraava taho

voi saumattomasti viedä potilaan asioita eteenpäin. Tarvittaessa tieto voidaan lähettää myös kunnan sosiaalitoimeen.

7.4.2 Kustannushyötyanalyysin tulokset

Kustannushyötyanalyysin arvio sosiaalipalveluiden ja sosiaaliturvan osalta eivät ole yksiselitteisiä asioita. Kustannushyötyanalyysissä erikoissairaanhoidon osuus kokonaiskustannuksista oli suurin, sosiaalipalveluiden ja sosiaaliturvan osuus taas pienin. Kustannushyötyanalyysissä korostui terveydenhuollon kustannukset, sosiaalipalveluiden ja sosiaaliturvan kustannuksiin ei ollut mahdollista perehtyä tarkemmin. Jatkokehittämisessä kustannushyötyanalyysissä pitäisi ottaa huomioon myös sosiaaliturvaan ja sosiaalipalveluihin liittyvät kustannukset, jolloin saataisiin todelliset kokonaiskustannukset esille.

7.5 Johtopäätökset ja jatkosuositukset

KYTKE-hankkeen yhtenä tärkeänä tavoitteena oli sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön kehittäminen niin, että asiakkaalla sekä tarvittaessa omaisilla/kolmannella sektorilla on mahdollisuus osallistua asiakkaan hoidon ja palveluiden suunnitteluun. Pilotoinnin aikana käytännön ongelmat tulivat hyvin esille ja joihin hankkeessa osaltaan pystyttiin vastaamaan. Asiakas ei joutunut sosiaali- tai terveydenhuollon palvelukatveeseen ja hän sai tarpeelliset sosiaaliturvan ja sosiaalihuollon palvelut sekä hoidon koordinaattoritoiminnan turvaamana riittävän hoidon, jotka mahdollistivat paremmin kotona pärjäämisen perusterveyden- ja/tai sosiaalihuollon turvin. Teknologia helpotti yhteydenottoa eri sektoreiden välillä, jolloin asiakastiedon siirtäminen toiselle sektorille oli sujuvaa.

Jotta sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä jatkossa voidaan kehittää, pitää tietosuojaan liittyvän lainsäädännön muuttua. Nämä ovat edellytyksiä pysyville rakenteellisille muutoksille ja tiedon liikkumiselle eri toimijoille välillä. Myös erilaiset toimintakulttuurit tuovat omat haasteensa yhteistyön kehittämisessä. KYTKE-hankkeessa suunniteltu sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen hoito -ja palvelusuunnitelmaluonnos ja sen jatkokehittäminen antaa erinomaisen työvälineen yhteistyön parantamiseen. Yhteisenä visiona sekä terveyden – että sosiaalihuollossa pitäisi olla asiakkaan kotona pärjääminen.

8 PROSESSIEN HALLINTA JA OHJAAMINEN

Prosessien hallintaan ja ohjaamiseen liittyvä selvitystyö

Oulu Pohjoisen alueen sosiaali- ja terveydenhuollon hoito- ja palveluprosessien ohjaamisen ja hallinnan kehittämiseksi käynnistettiin huhtikuussa 2011 selvitystyö osana KYTKE-hankkeen johtamisen osiota ja teemaa. Selvityshenkilöksi kutsuttiin professori, emeritusjohtajaylilääkäri Lauri Nuutinen. THL osallistui selvitystyöhön kehittämispäällikkö Simo Kokon työpanoksella. Selvitystyön ohjausryhmä koostui alueen kuntien/yhteistoiminta-alueen johtavista lääkäreistä (Keijo Koski; uusi Oulu, Jouko Koskela; Lakeus, Olavi Timonen; Oulunkaari, Niilo Keränen; Kuusamo-Taivalkoski, Sirkku Pikkujämsä, sihteeri/koordinaattori). Selvitystyö piti sisällään asiakasvirtojen, tilastojen ja kirjallisen materiaalin analysointia, vierailuja eri toimintayksiköihin ja yksilö- ja ryhmähaastatteluja.

Keskeisiksi kehittämiskohteiksi nousivat:

- 1) Kuntien/terveyskeskusten järjestämät somaattisen erikoissairaanhoidon palvelut – konsultaatiot, erikoistutkimukset ja erityisvastaanotot.
- 2) Kuntien/terveyskeskusten järjestämän lyhytaikaisen sairaalahoidon perustehtävien ja voilyymien arviointi sekä mahdollinen erityisosaaminen.
- 3) OYS:n yhteispäivystyksen ja siihen liittyvien hoitoprosessien ja -ketjujen toimivuus (mukaan lukien mielenterveys- ja sosiaalipäivystys)
- 4) Alueen mielenterveystyön rakenteellinen kokonaisuus sekä vaihtoehtoiset tavat järjestää palvelut

Selvitys eteni koko loppusyksyn 2011 ja joulukuussa 2011 läpikäytiin alustavat tulokset. Työryhmä kokoontui raportointikaudella kaksi kertaa (3.10.2011 ja 20.12.2011). Työryhmytyökentelyn ohessa Lauri Nuutinen ja Simo Kokko kävivät kierroksella Kuusamossa, Taivalkoskella, ja Pudasjärvellä 19.9.2011, Oulun kaupunginsairaалassa ja ODL/Terveystalolla 20.9.2011, PPSHP:n psykiatrian klinikalla 13.10.2011 ja Oulun kaupungin mielenterveyspalveluissa 14.10.2011.

Selvitystyö valmistui helmikuussa 2012. Selvitystyössä esiin nousseet kehittämiskohteet sekä suositukset tullaan sisällyttämään alueen kuntien tekemään terveydenhuollon järjestämisuunnitelmaan ja se palvelee jatkossa myös päätöksenteon tukena muuttuvassa toimintaympäristössä.

Prosessien hallinnan ja ohjaamisen haasteita hankkeen näkökulmasta

Uusien kehitettyjen toimintamallien juurruttaminen ja käyttöönotto asettaa haasteita prosessien ohjaamiselle ja johtamiselle. Uusien toimintamallien käyttöönotto edellyttää laaja-alaista ja tiivistä eri organisaatioiden välistä yhteistyötä, jotta palvelujärjestelmä toimii perusterveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon välillä saumattomasti ja toimintamallit juurtuvat koko sairaanhoitopiirin alueelle. Juurtumista edesauttaa osaltaan myös perusterveydenhuollon organisaatioiden välinen yhteistyö. Asiakasprosessien toimivuus rajapinnoissa organisaatioiden välillä ja sisällä on yksi merkittävä tarkastelukohde. Jotta asiakasprosessit ovat toimivia ja saadaan juurtumaan, on prosesseille nimettävä omistaja ja vastuuhenkilöt. Asiakasprosessien toimivuutta on tärkeää arvioida säännöllisin väliajoin ja tarvittaessa tehdä muutoksia toimintaan. Toimintamallien juurtumisessa merkittävää on johdon sitoutuminen uusien toimintamallien käyttöön. Myös henkilökunta tarvitsee tukea ja motivointia muutoksessa.

Perusterveydenhuollon ja sosiaalityön yhteistyön näkökulmasta palveluprosesseihin tarvitaan terveydenhuoltoon perehtynyttä sosiaalityön osaajaa, mikä tarkoittaa substanssikoulutuksen lisäämistä. Toimivan terveydenhuollon ja sosiaalityön yhteistyön turvaamiseksi tarvitaan resurssien uudelleen organisoimista eli laaja-alaista ylisektorista ajattelutapaa arjen asiakastilanteissa. Uuden toimintamallin käyttöönotto korostaa kotona asumisen tukemisen merkitystä. Tiedonkulku tulee turvata terveydenhuollon ja sosiaalityön välillä muun muassa kehittämällä sähköisiä tiedonsiirtoratkaisuja ja muuttamalla lainsäädäntöä, jolloin vältetään myös päällekkäiseltä työltä. On haasteellista kehittää valtakunnallisesti toimiva yhteinen hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelma. Uusi moniammatillinen toimintatapa sosiaali- ja terveydenhuollossa tarvitsee yhteistä koulutusta ja keskustelua, jotta yhteistyö asiakkaan hyväksi juurtuu.

Asiakasnäkökulmasta tarkasteltuna ohjaamista tulee suunnata niin, että asiakkaan ja läheisten osallisuus lisääntyy. Ohjaamisessa tulee korostaa asiakkaalle annettavan tiedon oikeellisuutta,

oikea-aikaisuutta ja tarpeellisuutta, jotta asiakas ja hänen läheisensä tulevat tietoisiksi hoitoon liittyvistä asioista ja palveluista.

Saumaton tiedonkulku on haasteellista erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Toimintamallien kehittämistyön aikana on muodostunut eri ammattilaisten välille tiiviitä verkostoja. Verkostojen toimiva yhteistyö takaa osaltaan saumatonta tiedon kulkua organisaatioiden välillä.

Järjestötoimijan näkökulmasta tarkasteltuna palveluprosesseissa tulisi näkyä järjestötoimijan aktiivinen rooli ja tehtävät. Järjestöt toimivat prosesseissa aktiivisena tiedonjakajana asiakkaalle ja heidän läheisilleen erilaisissa tilaisuuksissa tarjoamalla vertaistukipalveluita ja informaatiota. Järjestötoimijoiden mukana olo prosesseissa tulisi olla automaattisesti osa hoito- ja palveluketjua.

Prosessien ohjaamisen ja hallinnan kannalta voidaan todeta, että hankkeessa kehitetyt toimintamallit ovat monistettavissa muihinkin kroonisia sairauksia sairastavien asiakkaiden hoito- ja palveluprosesseihin.

KYTKE-hankkeen ohjausryhmän asiantuntijoiden mukaan prosessien ohjaamisen ja hallinnan näkökulmasta erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaali- ja terveysministeriön palveluketjuja tulisi tarkastella toiminnallisesti ja taloudellisesti kokonaisuutena. Yhdessä toimiminen ja kehittäminen suurella joukolla tekijöitä ja organisaatioita on projektin aikana haastavaa. Projektin päättymisen jälkeen on haasteellista ylläpitää muodostuneita verkostoja ja muita yhteistyön muotoja. Lainsäädäntö tukee vielä huonosti verkostomaista ohjausta vaikkakin terveydenhuollon laki velvoittaa mm. terveydenhuollon järjestämissopimuksen laatimiseen. Hoitoketjut ovat tulevaisuudessa tärkeitä työkaluja.

9 OSAHANKKEEN KUSTANNUKSET JA RAHOITUS

Hankkeen kokonaisbudjetti oli 3 720 000 euroa, josta Oulu Pohjoisen osahankkeen osuus oli 784 875 euroa. Sosiaali- ja terveysministeriön rahoitusosuus oli 75% ja osahankkeen omarahoitusosuus oli 25%. Rahoitusta jäi käyttämättä, koska henkilöstökustannukset eivät toteutuneet suunnitelman mukaisesti. Henkilöstötyöpanoksen saaminen kunnista koettiin haasteelliseksi. Oulu Pohjoisen osahankkeen toteutuneet kustannukset ja rahoitus perustuvat 31.10.2012 jätettyyn maksatushakemukseen. Oulu Pohjoisen osahankkeen toteutuneet kustannukset on kuvattu taulukkoon 16. Kuntien omarahoitusosuudet Oulu Pohjoisen osahankkeen toteutuneista kustannuksista on taulukossa 17.

Taulukko 16. Oulu Pohjoisen osahankkeen toteutuneet kustannukset.

Kululaji:	Budjetti	Toteuma				Toteuma%
		2010	2011	2012	yht.	
Henkilöstömenot	733 320	35 701	279 106	190 559	505 366	
Palvelujen ostot:	36 255	1 953	35 066	7 234	44 253	
Toimisto-, pankki- ja asiantuntijapalvelut	16 755	0	9 524	10	9 534	
Painatukset ja ilmoitukset	0	0	169	0	169	
Majoitus- ja ravitsemuspalvelut	3 400	132	3 085	524	3 741	
Matkustus- ja kuljetuspalvelut	14 000	1 587	19 329	5 880	26 796	
Koulutus- ja kulttuuripalvelut	2 100	0	851	60	911	
Muut palvelujen ostot	0	234	2 108	760	3 102	
Aineet, tarvikkeet ja tavarat	0	0	247	389	636	
Vuokrat	15 300	1 184	12 180	9 816	23 180	
Investointimenot yhteensä, josta	0	398	0	0	398	
Aineettomat hyödykkeet	0	0	0	0	0	
Koneet ja kalusto	0	398	0	0	398	
Muut investointimenot	0	0	0	0	0	
Muut menot	0	30	84	0	114	
Menot yhteensä = Kokonaiskustannukset	784 875	39 266	326 683	207 998	573 947	73,13 %

Taulukko 17. Kuntien omarahoitusosuudet Oulu Pohjoisen osahankkeen toteutuneista kustannuksista.

Kunta	omarahoitusosuus	
	%	€
Liminka	3,30 %	4 736,12
Lumijoki	0,74 %	1 062,93
Muhos	3,31 %	4 752,19
Tyrnävä	2,36 %	3 386,23
Haukipudas	6,95 %	9 972,72
Kiiminki	4,85 %	6 953,82
Yli-Ii	0,81 %	1 168,53
Hailuoto	0,38 %	544,09
Kempele	5,84 %	8 381,77
Oulunsalo	3,58 %	5 130,99
Kuusamo	6,24 %	8 953,41
Taivalkoski	1,68 %	2 417,42
Oulu	51,99 %	74 597,98
Utajärvi	1,13 %	1 625,39
Ii	3,48 %	4 990,95
Pudasjärvi	3,35 %	4 811,88
	100,00 %	143 486,43

10 YHTEENVETO TULOXSISTA SUHTEESSA HANKEKOKONAISUUDEN PÄÄTA-VOITTEISIIN

10.1 Saavutetut tulokset päätavoitteiden mukaisesti

Oulu Pohjoisen osahankkeessa kehitettyjen toimintamallien avulla on saatu muutettua sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan painopistettä kehitettyjen prosessien osalta siten, että asiakkaiden ja läheisten osallisuus sekä sitoutuminen palveluprosesseissa on lisääntynyt ja kotona selviytyminen parantunut. Asiakas on aktiivisesti mukana hoidon suunnittelussa, jolloin hänen tietoisuutensa hoidosta, palveluista ja etuuksista lisääntyy. Asiakas ja hänen läheisensä saavat perusterveydenhuollossa toimivalta hoidon koordinaattorilta hoitoon ja kuntoutukseen liittyvää motivoivaa ja monipuolista ohjausta sekä tukea. Säännölliset seurantakäynnit mahdollistavat nopean reagoinnin asiakkaan muuttuneeseen tilanteeseen. Kolmannen sektorin toiminnan avulla asiakas on tietoinen järjestöjen palveluista ja voi halutessaan osallistua vertaistukitoimintaan.

Osahankkeen kehittämistyötä on tehty terveyshyötymallin viitekehyksessä sitä soveltaen. On todettu, että terveyshyötymallin useaan komponenttiin kohdistuvilla kehittämistoimenpiteillä saavutetaan merkittäviä muutoksia pitkäaikaissairaiden hoitotuloksissa ja palveluprosessien toimivuudessa. KYTKE-hankkeen kehittämistyössä huomioitiin kaikki terveyshyötymallin elementit ja kehitystyön kohteeksi valittiin perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa paljon resursseja vaativat ja volyymiltään suuret asiakasryhmät (KYTKE-hankkeen hankesuunnitelma 2010.)

Osahankkeessa kokeiltiin uusia teknologisia ratkaisuja ja pilotoinnista saatiin arvokkaita käyttäjäpalautteita, joita voidaan hyödyntää uusien hankkeiden suunnittelussa. Videokonsultaatiomahdollisuus jäi hankkeen jälkeen käyttöön muutamissa yksiköissä hankealueella. Suojatun viestintäpalvelun käyttö loppui hankkeen päättymiseen ja sen kehittämistä jatketaan muussa yhteydessä. Uusien teknologisten ratkaisujen käyttöönotto vaatii toimintakulttuurin muutosta, pitkäjänteistä henkilöstön sitouttamista muutokseen ja riittävästi aikaa, jotta ne saadaan juurtumaan organisaatioihin. Teknologiaosuuden tarkempi raportti on hankekokonaisuuden loppuraportin liitteenä.

Oulu Pohjoisen alueen sosiaali- ja terveydenhuollon hoito- ja palveluprosessien ohjaamisen ja hallinnan kehittämiseksi toteutettiin hankkeen aikana selvitystyö asiantuntijatyönä. Selvitystyö koostui asiakasvirtojen, tilastojen ja kirjallisen materiaalin analysointia, vierailuja eri toimintayksiköihin sekä yksilö- ja ryhmähaastatteluja. Selvitystyön pohjalta keskeisiksi kehittämis-kohteiksi nousivat: 1) Kuntien/terveyskeskusten järjestämät somaattisen erikoissairaanhoidon palvelut – konsultaatiot, erikoistutkimukset ja erityisvastaanotot, 2) Kuntien/terveyskeskusten järjestämän lyhytaikaisen sairaalahoidon perustehtävien ja volyymien arviointi sekä mahdollinen erityisosaaminen, 3) OYS:n yhteispäivystyksen ja siihen liittyvien hoitoprosessien ja –ketjujen toimivuus (mukaan lukien mielenterveys- ja sosiaalipäivystys) ja 4) Alueen mielenterveyden rakenteellinen kokonaisuus sekä vaihtoehtoiset tavat järjestää palvelut. Selvitystyössä esiin nousseet kehittämiskohteet sekä suositukset tullaan sisällyttämään alueen kuntien tekemään terveydenhuollon järjestämissuunnitelmaan ja se palvelee jatkossa myös päätöksenteon tukena muuttuvassa toimintaympäristössä.

Osahankkeessa toteutetun selvitystyön lisäksi pohdittiin prosesseittain niitä haasteita, joita uusien toimintamallien käyttöönotto ja juurruttaminen aiheuttaa prosessien ohjaamiselle ja hallinnalle eri tasoilla. Kehitettyjen toimintamallien käyttöönotto edellyttää laaja-alaista ja ti-

vistä eri organisaatioiden välistä yhteistyötä, jotta palvelujärjestelmä toimii perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä saumattomasti ja toimintamallit juurtuvat koko sairaanhoitopiirin alueelle. Juurtumista edellyttää myös perusterveydenhuollon organisaatioiden välistä aktiivista yhteistyötä. Asiakasprosessien toimivuuden ja juurtumisen tueksi on tärkeää nimetä prosesseille omistaja ja vastuuhenkilöt. Johdon sitoutuminen ja ammattilaisten tukeminen ja motivointi on tärkeää toimintakulttuurin muutoksessa.

Hankekokonaisuuden kehittämistyön myötä, myös Oulu Pohjoisen osahankkeen alueella saatiin vahvistettua perusterveydenhuollon asemaa uusien kehitettyjen toimintamallien avulla. Hoito- ja palveluprosessien moniammatillisen mallintamisen myötä asiakkaiden hoito- ja kuntoutus on yhteneväistä, asiakaslähtöistä, oikea-aikaista sekä kustannustehokasta hankealueella. Mallinnetut hoito- ja palveluprosessit takaavat saumattoman hoito- ja palveluketjun asiakkaan arjessa. Hankkeessa muodostettujen moniammatillisten verkostojen avulla voidaan sujuvasti konsultoida eri alojen asiantuntijoita. Hankkeen päättyessä näyttää siltä, että uusien toimintamallien mukainen toiminta jatkuu useimmilla pilotointiin osallistuneilla alueilla.

KYTKE-hankekokonaisuuden tavoitteet ja Oulu Pohjoisen osahankkeen tulokset terveyshyötymallin viitekehyksessä on kuvattu kuvioon 14.

Muutetaan sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan painopistettä niin, että asiakkaan ja läheisten osallisuus ja sitoutuminen palveluprosesseissa lisääntyy

Hiotaan keskeisten, paljon resursseja vaativien prosessien toimivuutta terveyshyötymallin viitekehyksessä

Otetaan käyttöön informaatioteknologiaa uusin tavoin tiedonkulun ja palveluprosessien sujuvuuden parantamiseksi

Luodaan malli sosiaali- ja terveydenhuollon palveluprosessien hallinnalle ja ohjaamiselle

Vahvistetaan perusterveydenhuollon asemaa



Kuvio 14. KYTKE-hankkeen tavoitteet ja Oulu Pohjoisen osahankkeen tulokset terveyshyötymallin viitekehyksessä.

10.2 Tulosten hyödyntäminen hankkeen päättymisen jälkeen

Uuden terveydenhuoltolain painotuksia ovat asiakaskeskeisyys, terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, perusterveydenhuollon vahvistaminen, eri toimijoiden yhteistyön lisääminen sekä kustannusten kasvun hillitseminen. Lain mukaan samaan sairaanhoitopiiriin kuuluvien kuntien on laadittava yhteinen terveydenhuollon järjestämissuunnitelma. Suunnitelma laaditaan valtuustokausittain ja sen toteutumista seurataan ja sitä päivitetään tarvittaessa vuosittain. (Koivuranta ym. 2011.)

Järjestämissuunnitelman tavoitteena on edistää alueellista yhteistoimintaa terveystalouden järjestämisessä ja tuottamisessa sekä palvelujen yhteensovittamisessa. Yhteisen nelivuotisen suunnitelman avulla voidaan purkaa päällekkäisyyksiä ja porrastaa palvelutoimintaa alueellisesti tarkoituksenmukaisella tavalla. Järjestämissuunnitelma koskettaa terveydenhuollon lisäksi sosiaalihuoltoa ja muitakin kunnallishallinnon toimialoja. Laki edellyttää kunnilta ja niiden yhteistoimintaorganisaatioilta laaja-alaista yhteistyötä väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi. (Koivuranta ym. 2011.)

Johtavat viranhaltijat ja luottamushenkilöjohto huolehtivat järjestämissuunnitelmissa erityisesti siitä, että kunnan asukkaiden terveys- ja sairaanhoitopalvelujen saatavuus turvataan myös tulevaisuudessa ja että palveluja saadaan myös vastedes kohtuullisten matkojen päästä tai liikkuvina palveluina – väestölle ja kunnalle kohtuullisin kustannuksin. Yhteistyön kehittäminen erityisesti organisaatioiden rajapinnoilla on tärkeää. Työnjaoista sopiminen terveystalouden ja sairaaloiden kesken samoin kuin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä tehostaa toimintaa ja tukee resurssien tarkoituksenmukaista käyttöä. Uuden terveydenhuoltolain 35 §:n mukaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä on oltava perusterveydenhuollon yksikkö, jonka tehtävänä on osaltaan valmistella ja työstää terveydenhuollon järjestämissuunnitelmaa. Yksikön tehtäväksi on määriteltävä mm. asiantuntemuksen antaminen sekä kehittämisen ja hoito- ja kuntoutusketjujen laatimisen yhteensovittaminen. (Koivuranta ym. 2011.)

Alueellisten hoitoketjujen kehittämisellä voidaan parantaa tiedon kulkua ja sopia hoitokokonaisuuden saumattomasta toteuttamisesta hoidon eri portailla. Samalla tuetaan Käypä hoito -suositusten toteutumista ja yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden noudattamista. Hoitoketjujen kehittäminen edistää parhaimmillaan myös terveydenhuoltolain asiakaskeskeisyystavoitteen toteutumista, parantaa toiminnan laatua ja potilasturvallisuutta sekä vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta. (Koivuranta ym. 2011.)

KYTKE-hankkeessa kehitetty vuosien 2010–2012 ajan paljon resursseja vaativien, volyymiltaan suurien asiakasryhmien hoito- ja palveluprosesseja. Valitut prosessit ovat monimutkaisia ja koskettavat laajaa joukkoa eri toimijoita koko sosiaali- ja terveydenhuollon sektorilla. Yksi keskeisimmistä tuloksista kehittämistyöstä on perusterveydenhuollossa toteutettava hoidon koordinaattoritoiminta, jonka myötä asiakkaat saavat tukea omahoitoon ja arjessa selviytymiseen. Toiminnalla tehostetaan hoidon ja palvelujen koordinaatiota. Hoidon koordinaattorit ovat toimineet perusterveydenhuollossa syöpäsairaanhoitaja, psykoosihoitaja ja AVH-vastaavanimikkeillä.

KYTKE-hankkeen yhtenä tärkeänä tavoitteena oli myös sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön kehittäminen niin, että asiakkaalla sekä tarvittaessa omaisilla/kolmannella sektorilla on mahdollisuus osallistua asiakkaan hoidon ja palveluiden suunnitteluun. Hankkeessa kehitettyjen hoito- ja palveluprosessien avulla on vahvistettu perusterveydenhuollon asemaa ja muutettu sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan painopistettä niin, että asiakkaan ja läheisten osalli-

suus ja sitoutuminen palveluprosesseissa on lisääntynyt. Kehittämistyön myötä on vahvistettu ja selkeytetty sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä sekä vahvistettu kolmannen sektorin toimijoiden osuutta kyseisissä asiakasprosesseissa. Keskeistä hankkeessa on ollut myös laaja ja moniammatillinen hoitoketjujen kehittäminen ja niiden käyttö päätöksenteon tukena.

Seuraavat hankkeen tuloksena tuotetut toimintamallit on viety tiedoksi Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikköön, jossa niitä voidaan hyödyntää järjestämissuunnitelman laatimisessa.

Hoidon koordinaattori

- Koordinoi hoito- ja kuntoutusprosessin kokonaisuutta
- Tukee asiakkaan kotona pärjäämistä, arjessa selviytymistä
- Vähentää osastohoidon tarvetta
- Antaa tukea ja tietoa asiakkaille ja hänen läheisilleen hoito- ja kuntoutusprosessissa
- Toteuttaa verkostoyhteistyötä eri toimijoiden kanssa
- Edistää hoidon ja kuntoutuksen oikea-aikaisuutta
- Laatii hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelman
- Ennaltaehkäisee sairastumista tai ongelmatilanteiden uusiutumista
- On linkkinä asiakkaan, perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, sosiaalipalveluiden, kolmannen sektorin ja muiden toimijoiden välillä
- Huolehtii sosiaalisen kuntoutumisen edistymisestä

Sosiaali- ja terveydenhuollon moniammatillinen yhteistyö

- Sosiaalityöntekijät osallistuvat enemmän ja varhaisemmassa vaiheessa kotiutuksen suunnitteluun
- Sosiaali- ja terveydenhuollon konkreettinen yhteistyö parantaa asiakkaiden asioiden hoitamista, vähentää päällekkäistä työtä ja sen myötä saadaan kokonaisvaltainen tilannearvio asiakkaan tilanteesta
- Sosiaalityöntekijä voi käydä tekemässä sosiaalisen palvelutarpeen arvion kotikäynnillä yhdessä hoidon koordinaattorin kanssa
- Hoidon koordinaattorilla, esim. AVH-vastaavalla on mahdollisuus osallistua tarvittaessa sosiaalityön tiimiin
- Erikoissairaanhoidossa palliatiivisen hoidon vastaanotolla on käytössä esitietolomake, jossa alustavasti kartoitetaan potilaan sosiaalisten palveluiden tarve
- KYTKE-hankkeessa suunniteltu sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen hoito- ja palvelusuunnitelmaluonnos ja sen jatkokehittäminen antaa työvälineen yhteistyön parantamiseen
- Yhteisen hoito- ja palvelusuunnitelman toteutuminen vaatii tietosuojaan liittyvän lainsäädännön muuttamista ja tietojärjestelmien yhtenäistämistä kansallisella tasolla

Hoitoketjujen kehittäminen ja käyttö päätöksenteon tukena

- Mallinnetut hoito- ja palveluprosessit takaavat saumattoman hoito- ja palveluketjun erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä
- Mallinnusten mukaisten hoito- ja palveluketjujen toimeenpano takaa oikea-aikaisen hoidon ja kuntoutuksen
- Mielenterveysasiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessin, aivohalvauspotilaan kuntoutusprosessin ja syöpäpotilaan saattohoitoprosessin hoitoketjut on päivitetty ja niihin on lisätty hankkeessa tuotettuja materiaaleja, toimintoja ja yhteystietoja
- Jatkossa hoitoketjutiedot päivitetään perusterveydenhuollon yksikön ja erikoisalakohtaisten ja kuntien vastuuhenkilöiden toimesta

Kolmannen sektorin osuuden vahvistaminen

- Kolmannen sektorin toiminta on mallinnettu kehitettyihin hoito- ja palveluprosesseihin
- Kolmannen sektorin toimijat kokivat tärkeäksi osallistumisen hankkeen kehittämistyöhön
- Järjestön ydinosaminen koettiin olevan oikeassa kohdassa asiakkaan hoitoprosessissa
- Järjestöjen mukaan ottaminen olisi hyvä tapahtua mahdollisimman varhaisessa vaiheessa hankkeessa, koska resurssien ohjaus ja suuntaaminen vaatii etukäteissuunnitelua järjestön toiminnassa
- Vertaistuen tarjoaminen oikea-aikaisesti on tärkeää ja tämä on huomioitu kehitetyissä prosesseissa

LÄHTEET

Kanto, V. 2010a. Oulu Pohjoisen osahankkeen arviointisuunnitelma.

Kanto, V.2010b. KYTKE-hankekokonaisuuden arviointisuunnitelma.

Keskimäki, I., Larivaara, M. & Manderbacka K. 2011. Terveyspalvelujen olisi kavennettava terveyseroja. Tesso nro 9/2011.

Koivuranta-Vaara, P., Punnonen, H. & Paavilainen, M. 2011. Terveystoimintatilan mukainen järjestämissuunnitelma. Yleiskirje 21/80/2011.

KYTKE-hankkeen viestintäsuunnitelma 2010.

KYTKE-hankkeen hankesuunnitelma 2010.

Muurinen, S. 2010. Monisairaille oma vastuutyöntekijä terveyskeskuksiin. Tesso nro 8/2010.

Oulu Pohjoisen osahankkeen toimintasuunnitelma 2010.