



KYTKE-HANKEKOKONAISUUDEN ARVIOINTIRAPORTTI

TIIVISTELMÄ

KYTKE-hankkeen (1.3.2010–31.10.2012) 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. Hankkeen ideana on ollut luoda mallinnustapa ja pohja asiakaslähtöiseen, koko sosiaali- ja terveydenhuollon integroivaan sekä monikanavaista mallia toteuttavaan palvelujärjestelmään. Kehittämistyötä on tehty terveyshyötymallin viitekehyksessä.

KYTKE-hankekokonaisuutta on koordinoitunut Oulun kaupunki ja 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 nopean diagnostiikan yksikön ”kotoa kotiin”-prosessia ja ylisektorista johtamista. KPSHP on kehittänyt aivohalvauspotilaan kuntoutusprosessia.

KYTKE-hankkeen kehittämistyöhön on kuulunut kiinteänä osana toiminnan systemaattinen arviointi. Hankearvioinnin avulla on pyritty varmistamaan projektin onnistuminen siten, että arviointi on tukenut kehittämistyön etenemistä asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Hankearvioinnin keskiössä on ollut hankekokonaisuudessa saavutettujen tulosten arviointi. Myös itsearviointilla on ollut tärkeä merkitys projektinhallintaa tukevana työkaluna.

Tässä raportissa on tarkasteltu jokaisen osahankkeen toteuttamaa arviointia suhteessa kehitettyihin hoito- ja palveluprosesseihin ja niiden kehittämistyöhön suunnattuihin tavoitteisiin. Luettavuuden helpottamiseksi jokainen osahanke on käsitelty erikseen ja arviointiin on koottu prosesseittain kaikki siihen kuuluva arviointi, mm. asiakkaiden ja ammattilaisten palautteet, kustannushyötyanalyysi ja opinnäytetyöt. Raporttiin on kuvattu myös hankeprosessin arviointia. Yhteenvedona voidaan todeta, että prosessien toimenpidekokonaisuuksien avulla on saavutettu hankekokonaisuudelle asetetut tavoitteet. Prosessien kehittämistyöstä saavutettuja tuloksia suhteessa hankekokonaisuuden tavoitteisiin tarkastellaan yksityiskohtaisemmin KYTKE-hankekokonaisuuden loppuraportissa. Tämän arviointiraportin on koontanut KYTKE-koordinaatiohankkeen projektisuunnittelija Virpi Kanto.



SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

1 KYTKE-HANKEKOKONAISUUDEN ARVIOINTI	1
2 HANKKEESSA SAAVUTETTUIEN TULOSTEN ARVIOINTI	2
3 MIELENTERVEYSASIAKKAAN HOITO- JA KUNTOOUTUSPROSESSI	3
3.1 Oulu Pohjoisen osahankkeen palautteiden yhteenveto	3
3.1.1 Tulosten tarkastelu tavoitteittain	3
3.2 Oulu Eteläisen osahankkeen palautteiden yhteenveto	6
3.2.1 Tulosten tarkastelu tavoitteittain	6
3.3 PPSHP:n osahankkeen palautteiden yhteenveto	8
3.4 Kustannushyötyanalyysi	11
3.5 Johtopäätökset ja jatkosuositukset	13
4 AIVOHALVAUSPOTILAAN KUNTOOUTUSPROSESSI	14
4.1 Oulu Pohjoisen osahankkeen palautteiden yhteenveto	14
4.1.1 Tulosten tarkastelu tavoitteittain	15
4.2 Oulu Eteläisen osahankkeen palautteiden yhteenveto	20
4.2.1 Tulosten tarkastelu tavoitteittain	20
4.2.2 Ensietotilaisuus videoteknologiaa hyödyntäen	22
4.3 KPSHP:n osahankkeen palautteiden yhteenveto	22
4.3.1 Tulosten tarkastelu tavoitteittain	23
4.4 PPSHP:n osahankkeen palautteiden yhteenveto	27
4.5 Kolmannen sektorin kokemukset	28
4.6 Kustannushyötyanalyysi (hajautettu ja keskitetty kuntoutus)	29
4.7 Opinnäytetyöt	31
4.8 Johtopäätökset ja jatkosuositukset	32
5 SYÖPÄPOTILAAN SAATTOHOITOPROSESSI	34
5.1 Oulu Pohjoisen osahankkeen palautteiden yhteenveto	34
5.1.1 Tulosten tarkastelu tavoitteittain	34
5.1.2 Oulu Pohjoisen osahankkeen kokemukset kotisaattohoidosta	38
5.2 Oulu Eteläisen osahankkeen palautteiden yhteenveto	40
5.2.1 Tulosten tarkastelu tavoitteittain	41
5.3 PPSHP:n osahankkeen palautteiden yhteenveto	44
5.4 Kolmannen sektorin kokemukset	45
5.5 Kustannushyötyanalyysi	46
5.6 Opinnäytetyöt	48
5.7 Johtopäätökset ja jatkosuositukset	49

6 OMAHOIDON VAHVISTAMINEN PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA JA ”KOTOA KOTIIN”-PROSESSI	50
6.1 Kainuun osahankkeen palautteiden yhteenveto	50
6.1.1 Tulosten tarkastelu tavoitteittain / Omahoidon vahvistaminen perusterveydenhuollossa	51
6.1.2 Tulosten tarkastelu tavoitteittain / ”Kotoa kotiin” – prosessi	53
6.2 Kustannushyötyanalyysi	56
6.3 Johtopäätökset ja jatkosuositukset	57
7 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON YHTEISTYÖN KEHITTÄMINEN	59
7.1 Tulosten tarkastelu tavoitteittain	60
7.2 Kustannushyötyanalyysi	61
7.3 Johtopäätökset ja jatkosuositukset	61
8 SUOJATUN VIESTINTÄRATKAISUN ARVIOINTI	62
9 HANKEPROSESSIN ARVIOINTI	65
9.1 Itsearviointi	65
9.2 Riskianalyysi	67
9.3 Vertaisarviointi	67
LÄHTEET	68

1 KYTKE-HANKEKOKONAISUUDEN ARVIOINTI

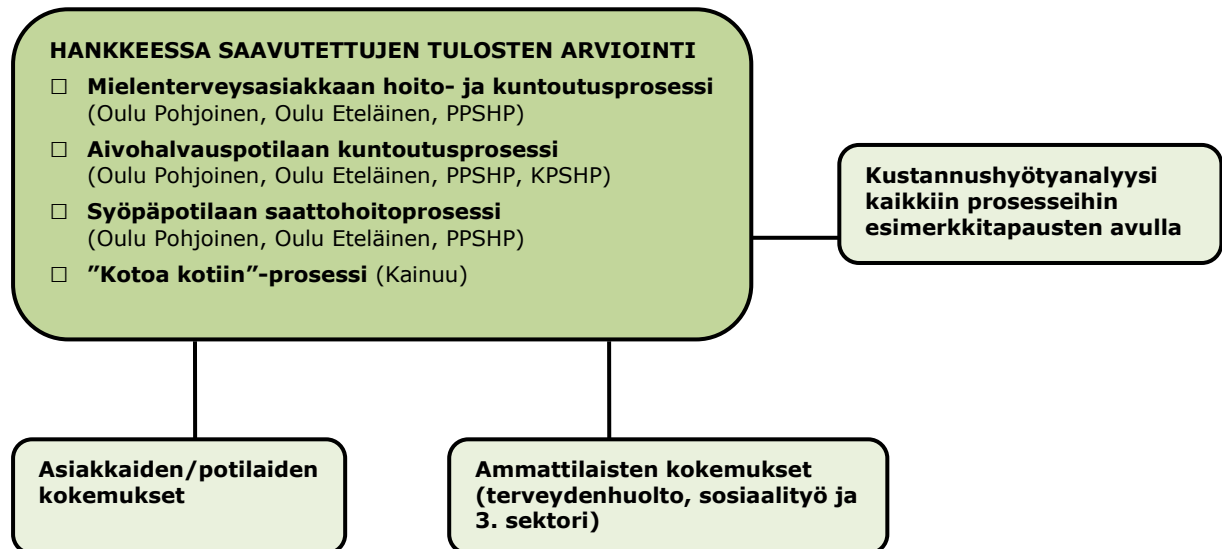
KYTKE-hankkeen arvioinnin avulla on pyritty tekemään näkyväksi hankkeessa kehitettyjä hyviä käytäntöjä ja tukemaan niiden käyttöönottoa. Arvioinnin avulla on myös seurattu systemaattisesti hankkeen etenemistä ja tehty toimintaan tarvittaessa muutoksia. (ks. Komonen 2010.) Hankekoordinaatiossa laadittiin hankkeen alkuvaiheessa arviointisuunnitelma, jota osahankkeet hyödynsivät omaa arviointisuunnitelmaa työstäessään (Kanto 2010). Arviointia suunniteltiin prosessikohtaisissa moniammatillisissa työryhmissä kevään 2011 aikana. Hankkeessa tavoiteltavia tuloksia tarkasteltiin hankearvioinnin yhteenvedon yhteydessä kustannustehokkuuden, laadun (esim. kotona selviytyminen hoidon jälkeen ym.), tiedonkulun toimivuuden ja prosessien toimivuuden näkökulmasta. Arviointia suunniteltiin siten, että tuloksia on mahdollista tarkastella myös terveyshyötymallin elementtien mukaisesti (omahoidon tuki, palveluvalikoima, päätöksenteon tuki, tietojärjestelmät, yhteisölliset voimavarat ja johtaminen).

Arviointikriteerien valinnassa pohdittiin työryhmissä prosessikohtaisesti, mitkä laadulliset ja määrälliset mittarit mittaisivat täsmällisimmin odotettuja tuloksia. 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 sekä ”kotoa kotiin”-prosessissa kehittäjätyöntekijät täydensivät lisäksi pilotteja varten laadittuun sähköiseen taulukkoon sellaisia seurantatietoja, joita ei voinut tallentaa perustietojärjestelmään. Hankkeen alussa pohdittiin THL:n ACIC- ja PACIC-mittareiden käyttöä mutta hankkeen edetessä todettiin, että mittarit eivät soveltuneet KYTKE-hankkeessa kehitettyjen hoito- ja palveluprosessien arviointiin.

KYTKE-hankkeessa ei ollut varattuna rahoitusta ulkoiseen arviointiin vaan arviointi toteutettiin osana hankkeessa työskentelevien henkilöiden muuta työnkuva. Hankkeen kokonaisarviointi toteutettiin sisäisenä arviointina, jonka toteutukseen osallistuivat jokaisen osahankkeen projektivastaavat yhteistyössä projektipäällikön kanssa. Osahankkeet toteuttivat itsenäisesti käyttäjäpalautteiden keruun ja analysoinnin sekä toivat koosteet arviointituloksista tiedoksi hankekoordinaatioon, jolla on ollut arvioinnin kokonaisvastuu. Hankekoordinaatio raportoi rahoittajalle arvioinnin tuloksista sekä yhteistyössä osahankkeiden projektivastaavien ja projektipäälliköiden kanssa kiteytti arvioinnin keskeiset johtopäätökset ja antoi konkreettiset suositukset hankkeen tai toimintaprosessien parantamiseksi. Tässä arviointiraportissa kuvattujen arviointimenetelmien avulla katsottiin saavutettavan se tieto, joka tuki hankkeen etenemistä ja hanketavoitteiden saavuttamista, jolloin myös saavutetut hyvät käytännöt ovat jaettavissa.

2 HANKKEESSA SAAVUTETTUIJEN TULOSTEN ARVIOINTI

KYTKE-hankkeessa tulosten arviointi kattoi 70% kokonaisarvioinnista. Tämä toteutettiin alla olevan kuvio 1 mukaisesti.



Kuvio 1. Kuvaus hankkeen tulosten arvioinnista.

Hankepiloteissa kerättiin arviointitietoa asiakkailta ja pilotointiin osallistuneiden yksiköiden henkilökunnalta 1.9.–30.4.2012 välisenä aikana. Hankkeessa kehitettiin hoito- ja palveluprosesseja, joissa käyttäjäasiakkaat /potilaat ja heidän läheisensä olivat hyvin keskeisessä asemassa kehittämistyön arvioinnin osalta. Asiakkaan/potilaan osalta haluttiin arvioida, millaiseksi hän arvioi hankkeessa kehitetyn hoito- ja palveluprosessin omalta kannaltaan katsottuna. Palveluprosessien kehittämisessä henkilökunnan sitoutuminen on ensiarvoisen tärkeää. Tämän vuoksi kerättiin palautetta palveluprosessin kehittämisestä myös terveyden- ja sosiaalihuollon ammattilaisilta, jolloin he arvioivat palveluprosessia omasta näkökulmastaan ja oman toimintansa kautta.

Tiedonkeruu toteutettiin prosessikohtaisilla kyselylomakkeilla joko sähköisesti tai paperiversiona. Tietoa kerättiin myös puhelinhaastatteluilla. Kolmannen sektorin toimijoille järjestettiin erilliset palautekeskustelut, joissa heillä oli mahdollista antaa palautetta osallistumisestaan hankkeen kehittämistyöhön. Oulu Pohjoisella ja Oulu Eteläisellä osahankkeella tiedonkeruu toteutettiin samoilla kyselylomakkeilla. Tässä raportissa osahankkeiden tuloksia on tarkasteltu erikseen, koska niissä oli havaittavissa eroavaisuuksia. Joissakin prosesseissa pilotointiin osallistuneiden asiakkaiden palautteita oli vähän, joten saatuja tuloksia ei voida yleistää, vaan ne ovat suuntaa-antavia.

Kustannushyötyanalyysi toteutettiin valmiisiin palveluprosesseihin syksyn 2011 ja kevään 2012 aikana. Kustannushyötyanalyysit työstettiin KPMG:n konsultin Juha Sutelaisen johdolla. Analyysia varten työstettiin hankkeessa kehitettäviin prosesseihin kuvitteellisia mutta todenmukaisia potilastapauksia, joiden hoitoon liittyvät kustannukset määriteltiin. Analyysin työstämisessä käytettiin Oulun kaupungissa käytössä olevaa

sähköistä analyysipohjaa. Kustannushyötyanalyysin avulla oli mahdollista osoittaa uusien kehitettyjen toimintamallien kustannustehokkuus.

3 MIELENTERVEYSASIAKKAAN HOITO- JA KUNTOUTUSPROSESSI

3.1 Oulu Pohjoisen osahankkeen palautteiden yhteenvedo

Mielenterveysasiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessissa Oulu Pohjoisen osahankkeessa pilotoitiin kehitettyjä toimintamalleja Oulun kaupungissa keskustan terveysasemalla, Kempeleen mielenterveystoimistossa ja Kuusamon terveyskeskuksessa. Pilotoinnista kerättiin arviointitietoa asiakkailta (n=22), psykoosihoitajilta (n=3), Keskustan terveysaseman hoitohenkilökunnalta (n=4) ja yksityisestä palvelukodista (n=2). Mielenterveysasiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessin kehitettyjä toimintamalleja pilotoi käytännön työssä kaksi sairaanhoitajaa ja yksi mielenterveyshoitaja/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 yhteenvedo mielenterveysasiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessin tavoitteiden mukaisesti.

3.1.1 Tulosten tarkastelu tavoitteittain

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 selviämässä. 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 tarvinneet. Oulu Pohjoisen osahankkeen mielenterveysprosessin pilotoinnissa asiakkaat eivät olleet mukana videokonsultaatiotilanteissa.

Psykoosihoidajien palautteiden mukaan mallinnuksen pohjalta oleva työskentely asiakkaan kanssa koettiin sujuvaksi ja mutkattomaksi. Säännölliset asiakastapaamiset auttoivat voinnin seurannassa. Uusi toimintamalli jäntevoitti 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. Psykoosihoidajat eivät osallistuneet pilotoinnin aikana videovälitteiseen konsultaatioon, myöskään suojattu viestintä ei ollut mielenterveysprosessissa käytössä.

Psykoosihoidajat 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 turvallisena. 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

Psykoosihoidajien 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 psykoosihoidajien 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 psykoosihoidajalta. 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 annettua ohjauksesta tukea sairauden oireiden tunnistamiseen.

Psykoosihoitajien 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 psykoosihoitajat kävivät läpi ennako-oireita 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.

Psykoosihoitajat 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, psykoosihoitaja, lääkäri sekä tarpeen mukaan myös muita toimijoita (esim. läheiset, sosiaalityöntekijä, toimintakeskuksen ohjaaja, palvelukodin työntekijä, toimintaterapeutti ja kotisairaanhoido).

Psykoosihoitajien 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.

Psykoosihoitajat 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 pitkältä ajalta. Diagnoosien selvittäminen oli työlästä. Ammattilaiset näkivät RAI-mittarissa vielä kehittämistarpeita. Haastatellut kuntoutujat kokivat RAI-arvioinnin tekemisen hyvin merkitykselliseksi ja oma-arvon 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.

3.2 Oulu Eteläisen osahankkeen palautteiden yhteenveto

Mielenterveysasiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessissa Oulun Eteläisessä osahankkeessa pilotoitiin kehitettyjä toimintamalleja Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymässä, Oulaisten terveyskeskuksessa ja Terveyspalvelupiiri Helmen alueella Pulkkilan terveysasemalla. Pilotoinnista kerättiin arviointitietoa asiakkailta (n=13), psykoosihoidajilta (n=2) ja Raahen mielenterveystoimiston henkilökunnalta (n=9). Mielenterveysasiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessin kehitettyjä toimintamalleja pilotoi käytännön työssä kaksi sairaanhoitajaa. Pilotoinnin ajan hoitajat käyttivät psykoosihoidaja-nimikettä. Yhdeksi hankaluudeksi mielenterveysasiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessin ideaalimallin toteutuksessa koettiin psykiatrin työpanoksen puuttuminen pilotoinnin aikana. Alkuvaiheessa hankkeessa oli prosessia kehittämässä psykiatri, mutta hankkeen edetessä psykiatrin työpanosta ei ollut hanketyöhön ja pilotointiin. Psykiatrin työpanos on tärkeää, jotta kehitettävään hoito- ja kuntoutusprosessiin saadaan myös lääketieteellinen lähestymistapa ja siinä huomioidaan psykiatrisen sairanhoidon erityispiirteet. Hanketyötä tehneen henkilökunnan arvion mukaan psykiatrin osallistuminen prosessiin pilotoinnin aikana olisi mahdollistanut kehitettyjen prosessin elementtien paremman jalkautumisen käytäntöön. Lääkärin osallistuminen edesauttaisi lääkäri -ammattiryhmän sitouttamista hankkeen tavoitteisiin.

Psykoosihoidajan vastaanoton palautetiedon keräämisen yhdeksi haasteeksi muodostui psykoosisairautta sairastavan potilaan sairauden luonne ja hänen kykynsä arvioida psykoosihoidajan vastaanottokäyntiä. Psykoosihoidajan vastaanotolla käyminen ei ollut aina potilaan tiedossa, eikä psykoosihoidajan vastaanotolla käynti poikennut suuresti sairaanhoitajan vastaanotosta. Psykoosisairaus voi oireena heikentää potilaan sairautentuntoa ja potilas saattaa kokea sairautentunnottomuutta. Psykoosihoidajan vastaanotolla käynti oli kehitetyn toimintamallin kokeilua, jota toteuttivat sairaanhoitajat. Tavanomaisesta mielenterveystoimiston sairaanhoitajan vastaanotosta psykoosihoidajan vastaanotto poikkesi menettelytavoiltaan, joita olivat strukturoitu vastaanottokäytäntö ja psykoosin arviointimenetelmät.

3.2.1 Tulosten tarkastelu tavoitteittain

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

Asiakaspalautteiden mukaan psykoosihoidajan vastaanotoilla käynnit koettiin kokonaisuutena hyvinä. Psykoosihoidajan antama tuki oli asiakkaiden kokemuksen mukaan monipuolista psykoosisairauden hoitoa, erityisesti korostettiin hoitajan ammattitaitoa hänen suhtautumisessaan sairauden oireisiin. Asiakkaat kokivat, että turvalliset hoitajakontaktit vastaanottokäynneillä lisäsivät heidän omaa ymmärrystä sairaudesta. Saatujen asiakaspalautteiden perusteella psykoosihoidajan asiantuntemus näkyi monin eri

tavoin, kuten asiakkaan haluna tulla uudestaan hoitajan vastaanotolle. Asiakas kuvasi tulevansa hoitajan vastaanotolle, koska hoitajan kanssa pystyi keskustelemaan ilman, että hän joutuisi pakosta hoitoon. Asiakkaat kokivat hoitajan suhtautuvan heihin ymmärtäväisesti ja inhimillisesti. Hoitajan vuorovaikutus koettiin asiakkaan terveyttä tukevana tasavertaisena dialogina. Asiakasta kohdeltiin heidän kertomansa mukaan ymmärtäväisesti, vaikka aistimukset saattoivat olla sairauden sävyttämiä. Asiakkaat kokivat tullessa kuulluiksi ja heidän kertomuksiin uskottiin. Psykoosihoidajalla oli aikaa kuunnella ja hoitaja koettiin tarpeelliseksi auttajaksi vaikeassa tilanteessa.

Hoitosuunnitelman tekeminen oli yhtä tavanomaista, mitä ennen psykoosihoidajan toimenkuvan pilotointia. Hoitosuunnitelma tehdään aina hoitajan vastaanotolla. Hoitosuunnitelma sisältää kokonaisuudessaan asiakkaan kokonaistilanteen kartoituksen. Asiakkaiden mielestä hoitosuunnitelman tekemisessä koettiin tärkeänä jatkosuunnitelma ja hoidon suunnitelmallisuus kokonaisuudessaan. Psykoosihoidajan luona käynnit ja tuki sairauden hoidossa koettiin tärkeänä jatkohoidon järjestymisen kannalta.

Psykoosihoidajat kokivat työnsä omaa työtä selkeyttäväksi. Psykoosihoitoon keskittyminen selkeytti hoitajan toimenkuvaa mielenterveystoimistossa. Aiemmin mielenterveystoimistossa työskennellyt hoitaja teki työtä eri psyykkisten sairauksien mielenterveyshäiriöiden hoitajana. Hoitajan tehtävänkuvan selkiytyminen ja työn rajautuminen psykoosisairauksiin edesauttoi hoitajan työn mielekkyyttä. Hoitajat osallistuivat koulutuksiin, joiden viitekehystenä olivat psykoosisairaudet ja niiden hoito. Asiakastyö psykoosihoidajana koettiin mielekkääksi. Psykoosisairauksien hoitaminen ei ole ainoastaan psykoosin hoitamista, vaan monipuolista psyykkisten oireiden ymmärtämistä. Asiakkaiden oireiden ymmärtäminen oli monivivahteista ja sitä lisäsi psykoosihoidajan työssä saatu koulutuksellinen tuki. Psykoosihoidajien mukaan psykoottisten asiakkaiden määrä oli huomattavasti vähäisempää, mitä voisi mielenterveystyötä tekevänä olettaa. Selkeitä psykoositapauksia oli huomattavan vähän.

Suojattua viestintää ei juuri käytetty. Suojattu viestintä oli suunniteltu käytettäväksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisiin potilassiirtoihin, mutta koska hankelääkäriä ei ollut käytettävissä, ei suojattua viestintää toteutettu.

Samassa työyhteisössä työskennelleet hoitajat näkivät psykoosihoidajan työn mielekkäänä toimenkuvana. Psykoosihoidaja mahdollisti osaamisensa kautta konsultaatiotuen muille hoitajille. Hoitajat kokivat psykoosihoidajan edesauttaneen heitä asiakkaiden psykoottisten oireiden tunnistamisessa ja PROD-seulan käytössä. Hoitajapalautteissa psykoosihoidaja toimi huomaamattomasti muun työyhteisön jäsenenä hoitaen psykoosiasiakkaita. Psykoosihoidaja koettiin asiakaspalautteissa toimivaksi hoitajan toimenkuvaksi. Palautteen mukaan psykoosihoidajaa tarvitaan, jotta hoitoprosessit selkiytyisivät.

Psykiatrisen konsultaation tarve koettiin ennen pilotointia huomattavan suurena puutteena, mutta pilotoinnin jälkeen psykiatrin konsultaatio koettiin riittävänä. Vaikka psykiatrin konsultaatiota ei juuri käytetty, silti konsultaatiomahdollisuus koettiin todella tärkeäksi.

Tavoite 2. Psykoosin varhaisoireiden tunnistaminen perusterveydenhuollossa

Hankealueella koulutettiin sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökuntaa psykoosin varhaisoireiden tunnistamiseen. PROD-seula otettiin jokapäiväiseksi menetelmäksi varhaisoireiden tunnistamisessa. PROD-seulan käyttö koettiin kohtalaisen helpoksi ja seulan kysymyksiä oli helppo käyttää asiakastapaamisten yhteydessä.

Tavoite 3. Psykoosiin sairastuneen avohoidon ja kotikuntoutuksen kehittäminen

Hankkeen yhtenä keskeisenä tavoitteena on ollut avohoidon ja kotikuntoutuksen kehittäminen. Tarkoituksena oli kehittää psykoosipotilaan hoitoa entistä enemmän avohoitopainotteiseksi ja vähentää laitoshoidon tarvetta. Yhtenä menetelmänä avohoidon kehittämisessä oli psykoosihoitajan toimenkuvan käyttöönotto. Psykoosin varhainen tunnistaminen avohoidossa on mahdollista toimivien hoitomenetelmien avulla. Psykoosihoitaja on matalankynnyksen palvelua ja vastaanotolle pääseminen on vaivatonta. Varhainen oireiden tunnistaminen mahdollistaa psykoosin hoitamisen avohoidossa. Keskeisenä osana psykoosin avohoidossa on kotikuntoutus, joka mahdollistaa useasti päivässä tapahtuvan hoitajakontaktin. Psykoosin kotiin hoitaminen on asiakasystävällistä ja taloudellisesti tehokasta. Oulaisten ja Helmen alueella psykoosihoitajan toimenkuvaa ei otettu käyttöön, vaan tehtiin uudenlainen käyttöönottosuunnitelma. Käyttöönottosuunnitelman mukaan psykoosihoitajan toimenkuvan elementtejä sovelletaan osittain mielenterveyshoitajan vastaanotolla. Hankaluutena psykoosihoitajan toimintamallin käyttöönottoon on vähäinen asiakasmäärä. Psykoosihoitajan toimenkuvan ideaalimalli toteutuu riittävän väestöpohjan omaavissa kunnissa. Toimintamallia on sovellettu kehittämällä toimintatapaa akuuttihoiton suuntaan. Psykiatrisen akuuttihoiton tavoitteena on jokaisen potilaan varhainen hoitoon pääsy. Käyttöönottosuunnitelmien toteutuksessa keskeistä on konsultaation mahdollistaminen. Oulun Eteläisellä alueella konsultaatio voidaan toteuttaa ympärivuorokautisesti psykiatrian klinikan toimesta.

Tavoite 4. Palvelukotiasukkaiden kuntoutuksen tehostaminen

Koko Oulun Eteläiselle hankealueelle otettiin käyttöön hankkeen aikana psykiatrisen RAI-järjestelmä. RAI-järjestelmä pitää sisällään erilaisia toimintakyvyn ja psykoosisairauden mittareita, joiden tarkoituksena on kuvata asiakkaan toimintakykyä. Mittariston avulla on tarkoitus saada yksityiskohtaista tietoa asiakkaan toimintakyvystä. Suunnitelmallinen toimintakyvyn mittaaminen edesauttaa asiakkaan palvelutarpeen arviointia. Säännöllinen palvelukotiasiakkaan toimintakyvyn mittaaminen edesauttaa asiakkaan tarkoituksenmukaisen avohoidon järjestämistä. Pää tavoitteena on suunnitelmallinen ja asteittainen siirtyminen palveluasumisesta omaan asumiseen. RAI-järjestelmän käyttöönotto on ollut hidasta, koska koulutustilaisuuksien järjestäminen suurelle henkilömäärälle on vaatinut aikaa. Näin ollen käyttökokemuksia ei ole vielä saatavilla. Oulun Eteläisen alueen palvelukodeille tehtiin kysely, jossa kartoitettiin käytössä olevia palvelukotiasiakkaan toimintakyvyn arviointimalleja. Kyselyn perusteella havaittiin, että yhdenmukaista menetelmää ei ole ollut käytössä. Palvelukotien käytössä olleet arviointimenetelmät ovat kirjavia ja epä johdonmukaisia. Yhdenmukaiselle arviointimenetelmälle on selkeästi tarvetta, jotta asiakkaiden kuntoutusta voidaan suunnitella ja arvioida yhdenvertaisesti.

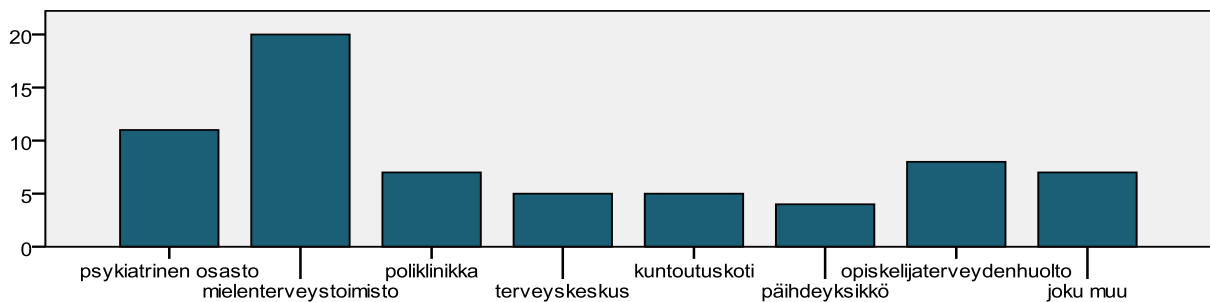
3.3 PPSHP:n osahankkeen palautteiden yhteenveto

PPSHP:n osahanke kehitti mielenterveysasiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessia tiiviissä yhteistyössä Oulu Pohjoisen ja Oulu Eteläisen osahankkeen kanssa. PPSHP:n osahankkeen osalta mielenterveysasiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessissa keskityttiin uudenlaisen videovälitteisen konsultaatiomuodon kokeiluun ja etsittiin keinoja sille, miten tunnistetaan psykoosin varhaisoireita sosiaali- ja terveydenhuollossa. Psykoosin varhaisoireiden tunnistaminen ja tämän asiakasryhmän hoidon haasteet ovat korostuneet kuntakäynneillä ja koulutustilaisuuksissa. PPSHP:n osahanke osallistui myös kartoitukseen, jonka avulla selvitettiin palvelukotien asukkaiden kuntoutumiseen liittyviä asioita.

PPSHP:n osahankkeessa pilotoitiin videovälitteistä konsultaatiota, josta saatiin vain vähän käyttökokemusta. Videovälitteinen konsultaatio on tarkoitettu mielenterveysasiakkaiden päivystystilanteisiin, jolloin ollaan epävarmoja asiakkaan lähettämisestä perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon. Videovälitteistä konsultaatio on tarkoitettu myös hoitohenkilökunnan ja sosiaalityöntekijöiden käyttöön. OYS:n psykiatrian klinikan päivystyksikkö 78:n henkilökunta perehdytettiin videovälitteisen konsultaation käyttöön. Käyttökokemuksen mukaan uudenlainen konsultointimuoto koetaan kunnissa tarpeelliseksi.

Hankkeen tavoitteeseen psykoosin varhaisesta tunnistamisesta on vastattu erilaisilla koulutustilaisuuksilla. 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 kouluttajaa, sekä etäyhteyksien välityksellä yhteensä 42 osallistujaa kuudelta eri paikkakunnalta. Koulutusta arvioitiin osallistujille lähetetyn Webropol-kyselyn avulla. Kyselyyn saatiin 67 vastausta.

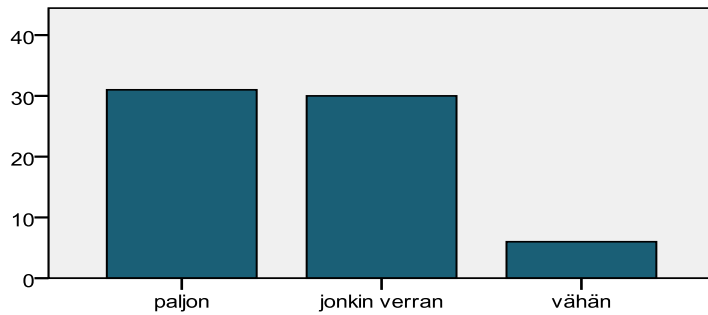
Koulutukseen osallistuneista perusterveydenhuoltoa edusti 45%, erikoissairaanhoidon 49% ja muualta tulleita oli 6%. Koulutukseen osallistujien työpaikat edustivat kattavasti eri toimipisteitä erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa (kuvio 2).



Kuvio 2. Koulutukseen osallistuneiden työpaikat.

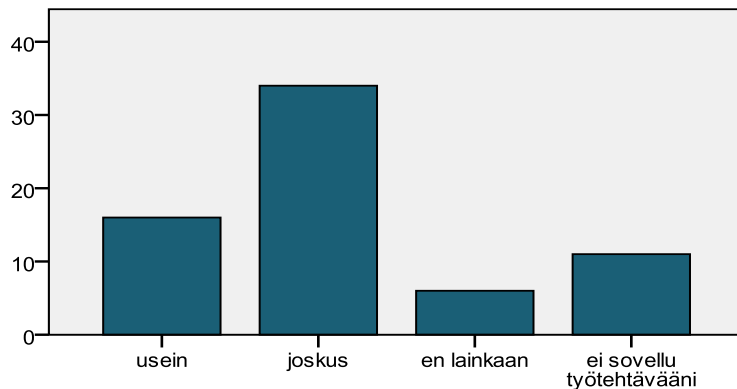
Kyselyyn vastanneista suurin osa oli tyytyväisiä koulutuspäivään ja sen tuomaan antiin. Vastaajien mukaan koulutuksesta saatiin tietoa varsinkin psykoosia ennakoivista oireista ja niiden suhteesta psykoosin kehittymiseen. Tämä tieto lisäsi ymmärtämystä siitä, mihin kannattaa kiinnittää huomiota asiakkaita hoidettaessa.

Koulutus vastasi hyvin hankkeen tavoitteeseen perusterveydenhuollon vahvistamisesta ja psykoosin ennako-oireiden tunnistamisesta. Koulutuksen yhtenä tavoitteena oli lisätä tietoa ja ymmärtämystä psykoosialttiudesta ja psykoosin kaltaisista oireista. Aihe koettiin vastausten perusteella tärkeänä ja koulutus lisäsi asian ymmärtämystä (kuvio 3). Perusterveydenhuollon edustajista (33%) ja erikoissairaanhoidon edustajista (24%) vastasivat että koulutus lisäsi paljon osaamista psykoosin varhaisesta tunnistamisesta ja hoidosta. Koulutus vahvisti käsitystä että psykoosiriskipotilaita voi hoitaa perusterveydenhuollossa.



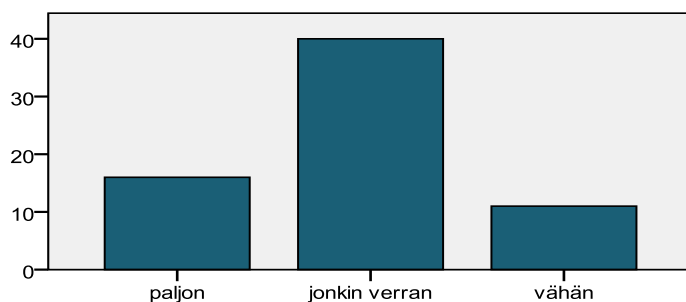
Kuvio 3. Vastaukset kysymykseen: Lisäsikö koulutus ymmärtämystäsi psykoosialttiudesta ja psykoosin kaltaisista oireista?

Koulutuksessa opastettiin psykoosin ennako-oireiden tunnistamisessa käytettävän PROD –seulan käyttöä. Saadun palautteen mukaan koulutus vahvisti käsitystä PROD –seulan käytön hyödyllisyydestä perusterveydenhuollossa ja rohkaisi sen käyttöönottoon (kuvio 4).



Kuvio 4. Vastaukset kysymykseen: PROD -seula on hyödyllinen keino arvioida psykoosin ennako-oireita ja tulen käyttämään sitä jatkossa potilaan arvioinnin tukena.

Vastaajat kokivat saaneensa antoisaa perustietoa ja kannustavia näkökulmia psykoosien hoidosta. Kaikenlainen kertaaminen ja uuden tiedon saaminen auttaa psykoosien arvioinnissa. Vastausten mukaan koulutus vahvisti osaamista ja antoi eväitä käytännön työhön (kuvio 5).



Kuvio 5. Vastaukset kysymykseen: Vahvistiko koulutus osaamistasi psykoosiriskissä olevan potilaan hoidosta?

Koulutuksesta jäätin kaipaamaan erityisesti käytännön läheisyyttä ja enemmän esim. potilasesimerkkejä. Palautteessa toivottiin myös yhteistyön näkökulmaa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välille.

PPSHP:n osahankkeessa työstettiin varhaisoireiden tunnistamiseen opetusvideo PROD-seulan käytöstä. Video on lähetetty sen valmistuttua pilotointipaikkakunnille sekä liitetty PPSHP:n hoitoketjutietoihin, jolloin se on vapaasti käytettävissä ammattilaisilla. Videon voi myös tilata OYS:n TV-studioilta DVD-tallenteena.

PPSHP:n osahankkeessa lähetettiin 13.4.2012 kysely osalle Oulu Pohjoisen ja Oulu Eteläisen alueen sosiaalitoimen työntekijöistä, jotka päättävät maksusitoumuksista palvelukoteihin. Kyselyn tarkoituksena oli kartoittaa kyseisen alueen mielenterveysasiakkaiden palvelukotiasumista, kuntoutumista ja sen edistymistä kunnan palvelukodeissa sekä selvittää, millä tuella ja palveluilla palvelukotiasukas voisi siirtyä omaan kotiin. Kyselyllä kartoitettiin alueella toimivien palvelukotien määrää, laatua sekä kriteerejä palvelukodin toiminnalle, sekä yhteistyötä sosiaalitoimen ja palvelukodin välillä.

Kyselyn vastauksista ilmeni, että palvelukoteja on kuntien alueilla riittävästi, mutta esim. nuorille tai alkoholidentikoille paikkoja ei ole riittävästi, samoin kuntoutumispaikkoja ei ole saatavilla tarpeeksi. Palvelukotien sisältö koettiin joissain kunnissa laadukkaaksi, mutta joissain kunnissa toivottiin palvelukotien toiminnan tarkastelua. Kilpailukriteerien käyttö palvelukoteja valittaessa vaihtelee kunnittain. Pääsääntöisesti kriteerejä ei ole olemassa, vaan palvelukodin valinta tapahtuu asiakkaan tarpeista lähtien. Osassa kuntia kriteerit ovat käytössä, mutta osassa kuntia niitä odotetaan tuleviksi tai palvelukriteerien laadinnasta on saattanut kulua jo aikaa.

Asumispalvelujen tarpeenmäärittäminen tehdään yleensä moniammatillisessa työryhmässä. Tarpeenmäärittämiseen osallistuu eri osaajat terveydenhuollosta ja sosiaalityöstä, johon aloite voi tulla erikoissairaanhoidosta tai perusterveydenhuollosta. Asumispalvelujen tarpeenmäärittämisessä ei käytetä mitään erityisiä kriteerejä, vaan se perustuu yhteistyössä tehtyihin päätöksiin. Vastausten mukaan myös RAI –mittaria on käytetty palvelutarpeen arvioinnissa.

Palveluasumista arvioidaan yleensä 1-2 kertaa vuodessa moniammatillisessa työryhmässä, mutta on myös kuntia jossa arviointia ei tehdä lainkaan. Pääsääntöisesti kunnat järjestävät sosiaalihuoltolain mukaisia tukipalveluja omana toimintanaan tai sopimuksen mukaan ostavat niitä yksityisiltä palvelujen tuottajilta. Kyselyn mukaan asiakas voi siirtyä kokeilun kautta tuettuun asumiseen tai omaan kotiin, mutta tarvitsee tiiviin tuen sekä ulkopuolista toimintaa. Joskus resurssien puute hankaloittaa tukitoimien järjestämistä. Palveluasumisyksikön ja sosiaalitoimen välillä tehdään yhteistyötä asumispalvelujen kehittämiseksi, mutta tiiviimpääkin yhteistyötä toivotaan olevan.

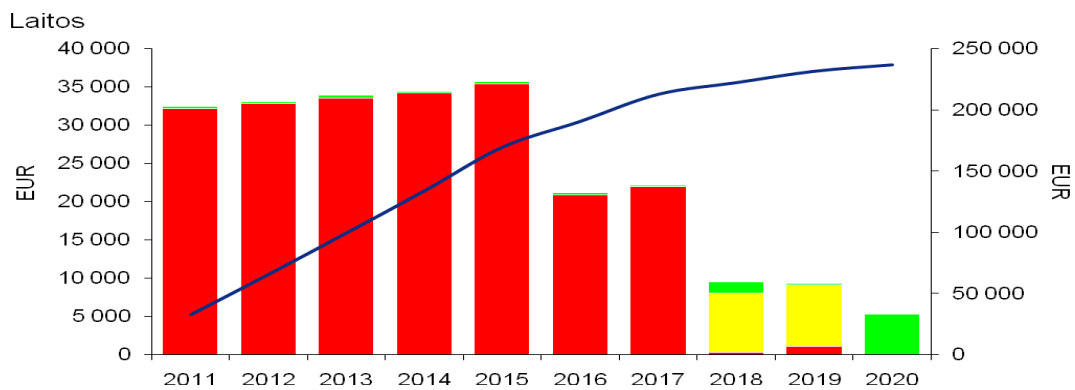
3.4 Kustannushyötyanalyysi

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.

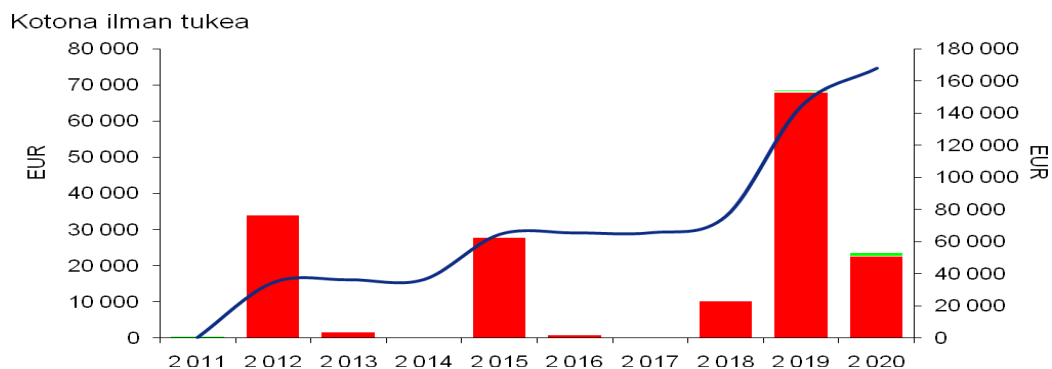
Kustannusvertailu antoi seuraavat kustannuskertymät kymmenen vuoden tarkastelujaksolla:

- Laitoshoitopainotteinen 236 558 euroa (kuvio 6)
- Ei aktiivista hoitokontaktia 167 900 euroa (kuvio 7)
- Suunnitelmallinen avohoitokontakti perusterveydenhuoltoon 61 495 euroa (kuvio 8)

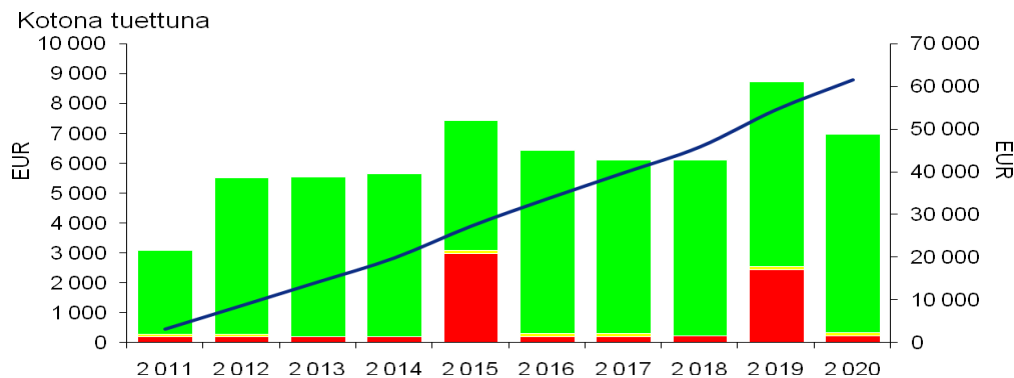
Kustannushyötyanalyysin mukaisesti asiakkaan hoito on edullisinta avohoitopainotteisesti, jossa on tarvittaessa toimiva yhteistyö erikoissairaanhoidon. Analyysi osoittaa selkeästi hankkeessa kehitetyn perusterveydenhuollon toimintamallin edullisimmaksi vaihtoehdoksi. Psykoosihoitajan rooli perusterveydenhuollossa 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 6. Laitoshoitopainotteinen hoito.



Kuvio 7. Ei aktiivista hoitokontaktia.



Kuvio 8. Suunnitelmallinen avohoitokontakti perusterveydenhuoltoon

3.5 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, päällekkäisen työn osuus minimoituu, konsultaatio kynnyks madaltuu ja toiminta koetaan sujuvaksi. Hoidon koordinaattori (”psykoosihoitaja”) toimii keskeisessä asemassa asiakkaan koko hoitoprosessissa. 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 panostaa psykoosi-asiakkaiden 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 ennakko-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. Videovälitteinen konsultaatiomahdollisuus koettiin tarpeelliseksi, mutta sen käyttöönotto vaatii harjoittelua ja perehdyttämistä. Sen juurtuminen uudeksi toimintamalliksi vaatii aikaa.

Jatkosuositukset

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

4 AIVOHALVAUSPOTILAAN KUNTOUTUSPROSESSI

4.1 Oulu Pohjoisen osahankkeen palautteiden yhteenveto

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. Ennakoarviointia pilotoitavista toiminnoista saatiin myös kolmesta asiakkaasta ja yhdestä omaisesta koostuneelta asiantuntijaryhmältä, jota hanketyöntekijät haastattelivat keväällä 2011. Ennakoarvioinnista saatiin tukea uusien toimintojen kokeiluun. Aivohalvauspotilaan kuntoutusprosessissa kerättiin myös hanketyöntekijöiden itsearviointia. 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 kyvykyys 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.

4.1.1 Tulosten tarkastelu tavoitteittain

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 hyötynsä toiminnasta, suurimman osan (n. 80 %) mielestä AVH-vastaavan ohjaus oli tukenut heidän kotona selviytymistä. Kuntoutujat kokivat saaneensa riittävästi tietoa sekä ohjausta. Hoito- ja kuntoutussuunnitelmasta oli kokenut hyötynsä kolme neljäsosaa tähän kysymykseen vastanneista, 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 1)

Taulukko 1. Kuntoutuksen koordinointi ja suunnittelu kuntoutujien näkökulmasta (n=18).

Kysymys	kyllä	ei
1. Onko Teidän kanssanne laadittu terveydenhuollon hoito- ja kuntoutussuunnitelma sairaalassa/vuodeosastolla tapahtuvan hoitajakson 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-kuntoutuksen 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 2)

Taulukko 2. 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 yhteishenkilö, 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 3)

Taulukko 3. Hoito- ja kuntoutusketjun sujuminen ammattilaisten näkökulmasta.

Väittämät	1=täysin eri mieltä	2=hieman eri mieltä	3=lähes samaa mieltä	4=täysin samaa mieltä	keski-arvo
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 4)

Taulukko 4. Kuntoutusosaamisen varmistaminen, yhteistyön ja tiedonkulun tehostaminen kuntoutujien näkökulmasta (n=18).

Kysymys	Kyllä	Ei
7. Onko potilasohjauslomakkeessa huomioitu kuntoutumisenne 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 5)

Taulukko 5. 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	keski-arvo
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 6)

Taulukko 6. 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. Aivoliiton toiminnasta?	13	3
15. Tiedättekö keneen ottaa yhteyttä hoitoonne tai kuntoutumiseen liittyvissä asioissa?	13	5

Hankkeessa mukana olleet kehittäjätyöntekijät kokivat kotikuntoutuksen tärkeäksi kehittämiskohteeksi. 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 työaika, on tärkeää järjestää kontrolli jokaiselle AVH-potilaalle sairauden alkuvaiheessa, joko erikoissairaanhoidossa tai perusterveydenhuollossa. Lääkärin ja hoitajan välistä työjakoa voisi lisäksi kokemusten mukaan vielä tarkentaa.

4.2 Oulu Eteläisen osahankkeen palautteiden yhteenveto

Aivohalvauspotilaan kuntoutusprosessiin kehitettyjä toimintamalleja pilotoitiin Oulu Eteläisessä osahankkeessa Sosiaali- ja terveystieteiden Helmessä, Kalajoen sote-yhteistoiminta-alueella, Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymässä ja peruspalvelukuntayhtymä Selänteessä. Pilotoinnin aikana palautetta kerättiin kuntoutujilta ja AVH-vastaavilta. Palautteet kerättiin AVH-vastaavilta Webropol-kyselynä ja kuntoutujilta kyselylomakkeen avulla. Lomakkeissa oli väittämätason kysymyksiä (1=täysin eri mieltä ja 5=täysin samaa mieltä, kyllä/ei) ja avoimia kysymyksiä. Kuntoutujilta saatiin 12 palautetta, 8 mieheltä ja 4 naiselta. Vastaajien ikäjakauma oli 49–79 vuotta. Kuntoutujapalautteiden saamisen haasteeksi osoittautui sairauden aiheuttama kognitiivisen toimintakyvyn aleneminen, jonka vuoksi kaikilta AVH- kuntoutujilta ei voitu kerätä palautetta. Henkilöstökyselyyn vastasi 7 AVH-vastaavaa, joilla oli työkokemusta 1 vuodesta yli 20 vuoteen.

4.2.1 Tulosten tarkastelu tavoitteittain

Tavoite 1. Kuntoutuksen koordinointi ja suunnittelu

Hoito- ja kuntoutussuunnitelmia oli laadittu 50% vastanneista kuntoutujista. Kuntoutujien mielestä hoito- ja kuntoutussuunnitelmien laatiminen selkeästi paransi hoidon/kuntoutuksen suunnittelua. Kuntoutujat myös kokivat saaneensa sen avulla tietoa omasta tilanteestaan. Kuntoutukseen pääsyä ei tarvinnut itse ”vaatia”. AVH-vastaava-toiminta koettiin erittäin tärkeäksi. AVH-vastaava koettiin kuntoutujan ”luottohenkilöksi”. Häneltä oli ollut helppo kysyä mieltä askarruttavia asioita ja häneltä saatu tuki auttoi kotona selviytymisessä.

AVH-vastaavat kokivat hoito- ja kuntoutussuunnitelman tärkeäksi ja lomakkeen sisällön riittäväksi. Hoito- ja kuntoutussuunnitelma katsottiin soveltuvan AVH-kuntoutukseen (ka 3,57). AVH-vastaavat kokivat, että suunnitelman avulla hoidon ja kuntoutuksen suunnittelu on tavoitteellista, johdonmukaisempaa ja yhteistyö eri ammattiryhmien välillä lisääntyy. Heidän mielestään myös kuntoutujan mielipide tulee paremmin kuulluksi ja hän itse sitoutuu tavoitteiden mukaiseen toimintaan paremmin. Vastaajien mielestä tavoitteiden toteutumisen seuranta motivoi kuntoutujaa.

AVH-vastaavien palautteissa hoito-, kuntoutus- ja sosiaalityön palvelusuunnitelman samanaikainen tekeminen osoittautui haasteelliseksi (ka 2,86). Moniammatillisen työryhmän saaminen kokoon kaikille sopivana ajankohtana oli vaikeaa. Palautteissa erityisen huomion sai sosiaalityön resurssien niukkuus ja tämä koettiin hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmapalaveriin osallistumisessa haasteelliseksi. Kuntoutussuunnitelma koettiin laajaksi sekä liian paljon aikaa vieväksi ja sitä toivottiin työstettävän tiivistetympään muotoon. Kehittämistä vaatii myös kuntoutujan ja omaisen mukaan ottaminen kuntoutussuunnitelman laadintapalaveriin (ka 3,14).

AVH-vastaava toiminta koettiin ammattilaisten näkökulmasta tärkeäksi hoidon koordinoinnissa, ohjauksessa ja neuvonnassa. AVH-kuntoutuksen nähtiin tehostuneen vuodeosastoilla (ka 3,86) ja AVH-vastaavan työnkuva koettiin selkiytyneen (ka 4,0). Osastoilla AVH-vastaavaa pidetään lähimpänä ”linkkinä” hoitohenkilökunnalle, omaisille/läheisille sekä kuntoutujalle. AVH-vastaava toiminnasta nähtiin olevan hyötyä AVH-kuntoutujille (ka 4,0). Kolmannen sektorin mukaan ottamisessa AVH-kuntoutukseen koettiin olevan vielä kehitettävää (ka 2,71).

Tavoite 2. Kuntoutusosaamisen varmistaminen, konsultaatioiden ja tiedonkulun tehostaminen

Potilasohjauslomakkeen oli saanut 10 vastanneista kuntoutujista. Kuntoutajat kokivat, että lomakkeen käyttö auttoi kuntoutumisen kannalta tärkeiden asioiden kattavassa tarkastelussa. Ohjauslomake oli auttanut sekä kuntoutujia että heidän omaisiaan. He olivat hyödyntäneet lomaketta tarkistuslistan tapaan ja kohta kohdalta läpikäyneet asiat ja varmistaneet, että olivat saaneet tarvittavat tiedot. Terveyskeskusten vuodeosastoilla 12 vastaajasta 10 koki saaneensa riittävästi ohjausta.

Kuntoutajat kokivat kotilomalomakkeen käytön tärkeäksi. Lomake auttoi kartoittamaan kotona selviytymiseen liittyviä asioita ja huomioimaan ne ennen kotiutumista. Tiedon siirrossa hoitopaikasta toiseen nähtiin vielä parannettavaa. Alle puolet vastaajista oli sitä mieltä, että tiedon siirtyminen on sujuvaa. Oulu Eteläisessä osahankkeessa videoteknologian hyödyntämistä konsultaatiossa ei käytetty. Yksi kotiutuspalaveri järjestettiin videoteknologiaa hyödyntäen kuntoutujan siirtyessä vaativan kuntoutuksen osastolta kotiin. Kotiutuspalaveri koettiin hyväksi ja tarpeelliseksi.

AVH-vastaavien mielestä kuntouttavan työotteen koulutukset ovat edistäneet kuntouttavan työotteen käyttöä vuodeosastolla (ka 4,0). Kuntouttavan työotetta käytettiin enemmän vuodeosastoilla (ka 3,43). Kuntouttava työote näkyy käytännössä siten, että kuntoutuja nähdään aktiivisena toimijana kaikissa päivittäisissä toiminnoissa sekä itseään koskevien päätösten/asioiden tekemisessä. Terapeuttien alueellisen yhteistyön koettiin tiivistyneen (ka 3,57). Videokonsultaatioiden käyttöä kuntoutuksessa ei Oulu Eteläisellä kokeiltu, mutta AVH-vastaava palaverit järjestettiin videoteknologiaa hyväksikäyttäen. Suojattu viestintä koettiin helppokäyttöiseksi (ka 4,0) sekä sen koettiin tukevan hyvin kuntoutujan kuntoutumisen edistämistä (ka 3,29). Suojatun viestintäpalvelun käyttö nopeutti tiedon siirtymistä hoitopaikasta toiseen (ka 3,43). Sen avulla voitiin siirtää epikriisitietoja, joka koettiin erittäin hyväksi ominaisuudeksi. Henkilöstö, jolla on ollut suojatun viestin käyttömahdollisuus, ovat toivoneet sen jäävän jokapäiväiseen käyttöön.

Kotilomalomake koettiin toimivaksi (ka 4,29). Sen sijaan potilasohjauslomakkeessa (ka 3,43) ja kuntoutujan opaskartassa (ka 3,71) koettiin olevan vielä kehittämistarpeita.

Tavoite 3. Kotikuntoutuksen kehittäminen

Kuntoutujan siirtyessä kotiin, kuudelle vastanneista oli tehty hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Kuntoutussuunnitelman saaminen paperisena versiona on kuntoutujista tuntunut tärkeältä sillä kuntoutajat ovat kokeneet, että sen lukeminen selkeyttää oman tilanteen hahmottamista. Palautteissa tärkeiksi asioiksi suunnitelman osalta nousivat erityisesti omaisen/ läheisen osallistuminen ja kuuleminen, sosiaalityöntekijän/- ohjaajan osallistuminen, terapioiden jatkuminen ja niiden jatkuminen viivytyksettä kotiin siirtyessä, kuntoutujan omien toiveiden ja tavoitteiden sekä jaksamisen huomiointi. Yksi vastaajista ei ollut pyynnöstään huolimatta päässyt mukaan hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelmapalaveriin. Järjestötoiminnasta tiedottaminen koettiin tärkeäksi.

AVH-vastaavat kokivat hoito- ja kuntoutussuunnitelman (ka 3,57) sekä sosiaalityön palvelusuunnitelman (ka 3,5) tukevan kuntoutujan kotiin siirtymisvaihetta. Sosiaalityön palvelusuunnitelman osalta palautteista ilmeni, ettei suunnitelmaa tehdä tai se on puutteellinen. AVH-vastaavan 1 kk kontrollikäynti koettiin tärkeäksi. Kotikäynneillä tuli esille tärkeitä asioita joita ei kotiutuksessa ollut osattu huomioida. Kotikäynti auttoi kuntoutujaa miettimään tavoitteitaan kuntoutumisessa kotona. Suoraan kotiutuvien kuntoutujien osalta AVH-vastaavat arvioivat, että yhteydenotto kuntoutujaan on erittäin merkityksellinen. Kuntoutujat ovat pääsääntöisesti toivoneet, että AVH-vastaava tekee kotikäynnin, jotta arjessa selviämiseen liittyvät vaikeudet tulevat esille ja mahdollisesti AVH-tapahtumasta jääneet oireet huomioidaan ja ne saadaan hallintaan ajoissa.

4.2.2 Ensietotilaisuus videoteknologiaa hyödyntäen

Oulu Eteläisessä osahankkeessa kokeiltiin ensietotilaisuuden järjestämistä videovälitteisesti. Ensietotilaisuuden asiantuntijat luennoivat Oulun yliopistollisesta sairaalasta käsin ja Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymä, Kalajoen sote-yhteistoiminta-alue sekä peruspalvelukuntayhtymä Selänne osallistuivat tilaisuuteen videovälitteisesti. Tilaisuuteen osallistui omaisia, kuntoutujia, vertaistukihenkilöitä ja henkilökuntaa. Luennoitsijoina toimivat neurologi Kaisa Kytökorpi sekä Aivoliiton järjestösuunnittelija Risto Lappalainen. Esityksen jälkeen kuulijoilla oli mahdollisuus esittää kysymyksiä. Luento-osuuden jälkeen osallistujapaikkakunnat jatkoivat omatoimisesti mm. vertaistukihenkilöiden kanssa keskustellen.

Tilaisuuden jälkeen kuntoutujilla sekä heidän omaisillaan oli mahdollisuus antaa palautetta. Palautekysely toteutettiin kyselylomakkeen avulla. Palautteita saatiin 26 kpl. Videoteknologian käyttö ensietotilaisuuden toteuttamisessa koettiin pääsääntöisesti hyväksi. Haasteiksi koettiin riittävä kuuluvuus sekä esitetyn materiaalin reaaliaikainen näkyminen osallistujapaikkakunnilla. Yhdellä osallistujapaikkakunnalla yhteys katkesi kaksi kertaa ja osallistujilla jäi osa luento-osuudesta kuulematta. Asiantuntijaluentojen sisältö koettiin erittäin tärkeäksi. Asiantuntijaosuudessa toivottiin luennoitsijoiden käsiteltävän sairauteen liittyviä asioita. Myös vertaistukihenkilöiden kertomukset omasta sairastumisesta koettiin tärkeäksi ja uusien sosiaalisten kontaktien saaminen hyväksi. Ensietotilaisuuksia toivottiin jatkossakin toteutettavan videoteknologiaa hyödyntäen.

4.3 KPSHP:n osahankkeen palautteiden yhteenveto

KPSHP-osahankkeen pilotointi toteutettiin 1.10.2011–31.3.2012. Pilotoinnin aikana aivohalvauskuntoutus keskitettiin Kokkolan terveyskeskuksen kuntoutusosastolle. Kuntoutusosaston resursseja vahvistettiin pilotoinnin ajaksi toimintaterapeutin 52% työpanoksella, erikoissairaanhoidosta siirtyvän fysioterapeutin ja sairaanhoitajan 100% työpanoksella, puheterapian ostopalveluilla (8t/vko) sekä neurologin kaksi kertaa kuukaudessa tekemällä lääkärikerrolla. Kiertopäivien yhteyteen järjestettiin moniammatillinen kuntoutuspalaveri, johon osallistuivat myös kuntoutusohjaaja ja sosiaalityöntekijä.

Keskitetyn kuntoutusmallin lisäksi pilotointi sisälsi videovälitteisen teknologian testaamista ammattilaisten välisessä viestinnässä, alueellisen kuntoutussuunnitelmalomakkeen rakentamisen ja sen hyödyntämisen yksilöllisten kuntoutustavoitteiden määrittelyssä, FIM-toimintakyvyn ja avuntarpeen arviointijärjestelmän käyttöönoton, AVH-yhdyshenkilötoiminnan käynnistämisen, kuntoutujan ja läheisen ohjauslomakkeen sekä

kotilomalomakkeen testauksen. Pilotointiin osallistuivat Kokkolan, Kruunupyyn, Vetelin, Perhon, Toholammin ja Kannuksen kunnat.

Pilotoinnista kerättiin arviointitietoa asiakkailta (n=13), ammattilaisilta (n=16), AVH-yhdyshenkilöiltä (n=4) ja laitospalautuspaikoista (n=2). Asiakaspalautetta kerättiin kaksivaiheisesti siten, että keskitetyn kuntoutusmallin mukaisesti kuntoutettava henkilö sai Kokkolan terveyskeskuksen kuntoutusosastolla täytettäväkseen palautelomakkeen, jonka kysymyksillä arvioitiin hoitoketjun toimintaa akuuttivaiheesta subakuuttiin vaiheeseen. Noin kuukausi kotiutumisen jälkeen kuntoutuja sai toisen palautelomakkeen täytettäväkseen AVH-yhdyshenkilön tekemän kotikäynnin yhteydessä. Toimintamallilla pyrittiin varmistamaan palautteen saaminen myös suoraan erikoissairaanhoidosta kotiutuneilta. Ensivaiheen kyselyyn vastasi kuusi henkilöä ja toisen vaiheen kyselystä vastasi seitsemän henkilöä. Vastanneiden asiakkaiden keski-ikä oli 58 vuotta (29–82 vuotta). Vastanneista naisia oli viisi ja miehiä kahdeksan.

Hoitoon ja kuntoutukseen osallistuneelta henkilöstöltä palaute pyydettiin sähköisenä Webropol-kyselynä. Linkki palautekyselyyn lähetettiin hankkeeseen ja pilotointiin osallistuneille avainhenkilöille sekä osastonhoitajille, joiden kautta linkki meni eri organisaatioiden henkilöstölle. Ammattiryhmiltään vastanneet olivat sairaanhoitajia (47%), fysioterapeutteja (26%), perus-/lähihoitajia (13%), lääkäreitä (7%) ja apulaisosastonhoitajia (7%). Vastanneista 53% työskenteli Kokkolan terveyskeskuksessa, 33% erikoissairaanhoidossa, 7% JYTA:n vuodeosastolla ja 7% avohoidossa. 57% vastanneista työkokemusta oli yli 11 vuotta. Tässä tiedonkeruussa AVH-yhdyshenkilöiltä vastauksia tuli vain kahdelta henkilöltä, jonka vuoksi heille tehtiin vielä oma kyselylomake. Näitä palautui neljä kappaletta. Jatkokuntoutusta tarjoavilta laitoksilta pyydettiin Webropol-kyselynä palautetta kuntoutusarvioiden onnistumisesta, palautteita saatiin kaksi kappaletta. Lisäksi sosiaalityöntekijöiltä saatiin palautetta keskustelujen yhteydessä.

4.3.1 Tulosten tarkastelu tavoitteittain

Tavoite 1. Kuntoutuksen koordinointi ja suunnittelu

Osa-alueella tavoitteena oli eri tahojen yhteisen hoito- ja kuntoutussuunnitelman myötä alueellisten toimintakäytäntöjen yhtenäistäminen sekä perustasolle soveltuvien systemaattisten ja strukturoitujen työkalujen ja kriteerien kehittäminen aivohalvauspotilaan kuntoutustarpeen ja hyödyn arviointiin. Oleellimmat kehittämiskohteet valittiin tehdyn nykytilan kartoituksen pohjalta. Hankkeen myötä sovittiin alueellisista toimintakäytännöistä sekä mallinnettiin hoito- ja kuntoutusprosessi, joka on julkaistu QPR-palvelimella. Hankkeen myöhästyneen aloituksen ja sitä kautta tiukan aikataulun vuoksi mallintamisessa ei hyödynnetty kehittäjäasiakkaita. Hoitoketjuun/mallinnukseen liittyen laadittiin suositus lääkinnälliseen kuntoutukseen lähettämistä, määriteltiin kuntoutuslähetteen ydintiedot sekä rakennettiin potilastietojärjestelmään yhtenäiset kuntoutussuunnitelmafraasit.

Keskitetty kuntoutusmalli nähtiin alueella parhaana tapana toteuttaa aivohalvauspotilaiden kuntoutus ja Kokkolan terveyskeskuksen kuntoutusosasto soveltui pilotoinnin toteutukseen hyvän sijaintinsa ja jo aikaisemmin tapahtuneen kuntoutukseen profiloitumisensa vuoksi. Kuntoutuksen keskittäminen koski KPSHP jäsenkuntien asukkaita.

Ammattilaisten antamien palautteiden mukaan aivohalvauspotilaan hoitoketju ja työnjako ovat selkiintyneet, hoito ja kuntoutus ovat yhdenmukaistuneet ja tehostuneet. Keskitetyn kuntoutusmallin on koettu takaavan potilaiden tasa-arvoisuuden. Kuntoutujien mielestä hoito ja kuntoutus järjestäytyivät

nopeasti, saumattomasti ja oikea-aikaisesti. Hoitava henkilökunta on kokenut kuntoutumisen seuraamisen palkitsevana ja työtyytyväisyyttä lisäävänä asiana. Moniammatillinen yhteistyö on lisääntynyt ja tätä kautta hoidon päällekkäisyys on vähentynyt. Kuntoutusosaston valmiudet AVH-potilaiden hoitoon ja kuntoutukseen ovat vahvistuneet. Resurssien käyttö on tehostunut ja laitospotilaiden kuntoutukseen pääsy on helpottunut. Potilaat ovat kuntoutuneet hyvin kotikuntoisiksi ja omaiset on otettu mukaan kuntoutumisprosessiin. Kuntoutumisen seuranta on tehostettu AVH-yhdyshenkilötoiminnan avulla.

Kuntoutussuunnitelman laatimiseen oli ammattilaisista osallistunut 73 %. Ammatilliset kokivat alkuperäisen kuntoutussuunnitelman fraasit liian laajana ja sen vuoksi työläänä täyttää. Moniammatillisesti tehtävään suunnitelmaan oli myös vaikea löytää yhteistä aikaa. Pilotoinnin aikana suunnitelmaa yksinkertaistettiin siten, että sen ehtii täyttämään kuntoutuspalaverin yhteydessä. Lisäksi suunnitelman täyttäminen valtuutettiin omahoitajalle. Suunnitelmaa laadittaessa suurin osa ammattilaisista kertoi keskustelewansa kuntoutujan kanssa kokonaisvaltaisesti hänen tilanteestaan, tavoitteistaan ja mahdollisuuksistaan. Olosuhteiden mukaan kuntoutujan näkemykset pyritään ottamaan huomioon ja sopimaan yhdessä suunnitelman sisällöstä. Omaisten kanssa keskustellaan lähinnä silloin, kun kuntoutuja ei kykene vastaamaan itseään koskevista asioista. Ammattilaisten mielestä suunnitelma tukee oleellisesti arjessa selviytymistä, selkiyttää ja yhtenäistää ammattilaisten ja potilaan käsityksiä sekä toimii muistin apuvälineenä/herätteenä kuntoutuspalaverissa. Lisäksi suunnitelman nähtiin olevan kuntoutuksen edellytys, joka motivoi potilasta omaehtoiseen harjoitteluun. Suunnitelmassa sovitut mm. laitospotilaiden kuntoutusjaksot tai säännölliset tapaamiset fysioterapeutin kanssa antavat sekä fyysistä että henkistä tukea arjessa selviytymiseen. Kuntoutuja hahmottaa paremmin kuntoutusprosessinsa ja yhdessä sovitut tavoitteet innostavat sitoutumiseen ja sitä kautta arjessa pärjäämiseen. Kuntoutujista 69% ilmoitti että hänelle on suunnitelma tehty, henkilökohtaisesti suunnitelman laatimiseen oli osallistunut 43% kotiutuneista potilaista.

Laitospotilaiden kuntoutuspaikoista tulleiden palautteiden mukaan etukäteistiedot asiakkaista ovat olleet parempia ja jatkohoitotiedotteet selkeämpiä, jolloin kuntoutusta on ollut helpompi jatkaa. Lähetteessä kuntoutuksen tarve on selvitetty hyvin, kuntoutuksen tavoitteen määrittely on ollut tyydyttävää. Kuntoutussuunnitelmat ovat toteutuneet joko kokonaan tai käynnistyneet. Kuntoutujat ovat olleet kuntoutuksessa sopivaan aikaan ja hyötäneet jaksosta paljon. Hoitoketjujen koettiin kokonaisuudessaan olevan erittäin onnistuneita ja hyvin järjestettyjä eikä katkoksia ollut. Kehittämisehdotuksena toivottiin, että laadittu kuntoutussuunnitelma seuraisi kuntoutuslähetteen liitteenä, jolloin kaikki hoitavat tahot olisivat tietoisia suunnitellusta.

Tavoite 2. Kuntoutusosaamisen varmistaminen, konsultaation ja tiedonkulun tehostaminen

Osa-alueella tavoitteena oli kuntoutumista edistävän työotteen kehittäminen vuodeosastoilla, selkeä yhteistyön ja neuvottelun malli, tietojärjestelmien kehittäminen päätöksenteon, kuntoutuksen ja seurannan tueksi sekä potilaan ja omaisen huomiointi kuntoutuksessa.

Ennen pilotoinnin alkua AVH-potilaiden kuntoutukseen liittyvää osaamista pyrittiin vahvistamaan monipuolisesti useilla niin luento- kuin demonstraatiokoulutuksilla, joiden sisältöön henkilöstöllä oli mahdollisuus vaikuttaa. Järjestetyissä koulutuksissa oli runsaasti osallistujia. Koulutuspalautteet olivat pääosin myönteisiä / vaihtelevia riippuen osallistujan henkilökohtaisista tavoitteista.

Yhteistyötä ja asiantuntemuksen saavutettavuutta on pyritty helpottamaan mm. perusterveydenhuollon kuntoutusosastolle kaksi kertaa kuukaudessa tehtävällä neurologin kierrolla sekä videovälitteisen

teknologian avulla, joka saatiin käyttöön 12 työpisteelle vuoden vaihteessa. Videovälitteistä teknologiaa ammattilaisten välisessä viestinnässä oli hyödyntänyt 29% vastanneista ammattilaisista. Teknologian käytössä hyödyllisimpänä osa-alueena pidetään säännöllisesti kerran viikossa järjestettyä videovälitteistä, moniammatillista palaveria.

Ammattilaisten palautteiden mukaan potilaan voimavarojen huomiointi on parantunut ja hoitohenkilökunta on herännyt huomaamaan ajanantamisen merkityksen potilaan kuntoutumiselle. Kokonaisuksien hahmottaminen on vahvempaa ja näkökulmien avartumisen myötä yhteistyöverkoston oppiminen on parantunut. Kokemusperäisen tiedon välittyminen erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon siirtyneiden ammattihenkilöiden välityksellä on auttanut selkeyttämään jo olevassa olevia näkemystä AVH-potilaan hoidosta ja tuottanut uusia toimintatapoja. Myös omaehtoinen asioiden selvittäminen ja niiden kertaaminen tuotiin palautteissa esiin hyödyllisenä, osaamista vahvistavana asiana. Keskinäisen tuntemuksen lisääntymisen, tietämyksen laajenemisen sekä toimintatapojen oppimisen kautta moniammatillinen yhteistyön koettiin selkeästi lisääntyneen ja yhteydenottokynnys eri organisaatioiden ja eri ammattiryhmien välillä on alentunut.

Moniammatillisia kuntoutuspalavereita ei alueen kaikissa yksiköissä pidetä. Niissä yksiköissä, joissa toimintatapa on käytössä, palavereiden kuvataan selkiyttävän hoitolinjoja ja hoidon tavoitteita sekä tehostavan hoitosuunnitelmaa. Pääsääntöisesti palavereita pidetään 2-4x/kk. Palautteiden mukaan kuntoutuspalavereihin tulisi varata enemmän aikaa, palaverin kulkua tulisi selkiinnyttää ja palaverissa läpikäytävät asiat tulisi listata, jotta ne tulisi varmasti huomioitua. Efficalla oleva kuntoutussuunnitelma toimii osaltaan palaverin muistilistana.

Pilotoinnin alussa käyttöön otettua toimintakyvyn ja avuntarpeen mittaria (FIM) oli käyttänyt 93% vastanneista. Mittarin koettiin palvelevan hyvin (93%) kuntoutuksen suunnittelussa ja vaikuttavuuden arvioinnissa sekä kuvaavan kuntoutujan toimintakykyä riittävän laaja-alaisesti (85%). Kotiutumisen jälkeen toimintakyvyn seuranta-arviointeja on tehty niille kuntoutujille, joilla lääkinnällinen kuntoutus jatkuu avohoidossa. Kaikkiaan arviointeja on 9 kuukauden aikana tehty 97 kpl. Nettipohjaisen tietopankin rakentamisesta hankkeesta luovuttiin useiden vapaassa käytössä olevin tietopankkien ja Aivoliiton tuottaman hyvän ohjausmateriaalin vuoksi.

Tavoite 3. Kotikuntoutuksen kehittäminen

Osa-alueen tavoitteena oli turvallinen, tuettu ja tehokas kotikuntoutus. Tulosodotuksena kotiutuksen aikaistuminen, kuntoutuksen saumaton jatkuminen avopuolella sekä kotikuntoutuksen moniammatillinen tuki.

Toimintasuunnitelman mukaisesti hankkeessa on pyritty tukemaan avokuntoutusta asiakkaan ja läheisen suunnitelmallisella ohjauksella ja motivoinnilla sekä systemaattisesti toteutettavalla kuntoutumista edistävällä hoitotyöllä. Asiakkaan osallisuutta on vahvistettu korostamalla hänen aktiivista roolia palvelujen järjestämisessä sekä perheen, läheisten ja omaisten huomioimisella. Ennakoivan työotteen, asiakkaan tiedon lisäämisen sekä osallistumisen kautta on pyritty motivoimaan asiakkaita omatoimisuuteen ja kotona selviytymiseen sekä lisäämään elämän laatua. Ammattilaisten perustason kuntoutukseen liittyviä osa-alueiden hallintaa/osaamista on pyritty vahvistamaan Oulu eteläisen, Oulu pohjoisen ja PPSHP-osahankkeissa työstettyjen ohjeistusten avulla.

Pilotoinnin aikana kuntoutusosastolla testattiin kuntoutujan ja läheisen ohjauslomakkeen sekä kotilomalomakkeen soveltuvuutta apuvälineeksi. Lisäksi käytettävä ohjausmateriaali yhtenäistettiin. Kuntoutujan ja läheisen ohjauslomaketta oli vastanneista ammattilaisista hyödyntänyt 57%, joista 82% oli sitä mieltä, että se yhtenäisti annettua ohjausta. Kuntoutujista 42% oli saanut lomakkeen ja heidän kaikkien mielestä lomake sisälsi kuntoutuksen kannalta oleellisia asioita. Omaiset on pyritty ohjaamaan kuntoutumista tukeviin ja kotona pärjäämistä edistäviin toimintatapoihin ja kaikki kuntoutujat kertoivat hoidon ja ohjauksen edistäneen hyvin omatoimisuutta ja kotona selviytymistä. Kotilomalomaketta oli ammattilaisista testannut vähän yli puolet ja he kaikki kokivat saaneensa lomakkeen avulla täsmällisempää tietoa loman sujumisesta ja kotona pärjäämisestä. Kaikki lomakkeen saaneet kuntoutujat kokivat lomakkeen arvioivan keskeisiä asioita kotona selviytymisen näkökulmasta.

Asiakaspalautteiden perusteella erikoissairaanhoidosta oli saatu liian vähän tietoa sosiaalipalveluista, kotihoidon palveluista, Kelan etuuksista sekä järjestötoiminnasta. Sairauden vuoksi on mahdollista, että potilaat eivät muista akuuttivaiheessa saamaansa ohjausta tai he eivät ole kyenneet ohjausta vielä vastaanottamaan. Akuuttivaiheessa ei voida vielä luotettavasti arvioida, minkälaisia tukia ja palveluita potilas tulee tarvitsemaan kuntoutumisen edetessä. Kuntoutusosastolle jatkokuntoutukseen menneistä 31 potilaasta tai heidän omaisistaan 83% on tavannut esh:n sosiaalityöntekijän joko henkilökohtaisesti (64%) tai puhelimen välityksellä (36%). Tapaamisessa on ollut mukana asiakas itse (60%), läheinen (32%), terapiahenkilö (4%) tai jokin muu henkilö (24%). Kaikilla asiakkailta on ollut hoito- ja kuntoutussuunnitelma joko tehtynä tai tekeillä. Palvelusuunnitelma on tehty 8%:lle asiakkaista. Tapaamiseen liittyen sosiaalityöntekijä on konsultoinut lääkäriä (40%), hoitajaa (28%), terapeuttia (20%) ja toista sosiaalityöntekijää (28%). Ensimmäisen kontaktin jälkeen myöhäisempiä puhelinkontakteja on ollut lähes jokaisen asiakkaan kanssa (64%) 1-6 kertaa/asiakas. Henkilökohtaisiin kontakteihin näiden 25 asiakkaan kanssa sosiaalityöntekijä on pilotoinnin aikana (6kk) käyttänyt työaika yhteensä 26 tuntia. Luku ei sisällä kirjaamiseen, selvitystyöhön ja kuntoutuspalaveriin käytettyä aikaa.

Suoraan erikoissairaanhoidosta kotiutuneita tai kotikunnan terveyskeskukseen jatkohoitoon menneistä potilaista 30 on tavannut esh:n sosiaalityöntekijän. Tässä ryhmässä yhtä lukuun ottamatta kaikilla on ollut hoito- ja kuntoutussuunnitelma joko tehtynä tai tekeillä. Palvelusuunnitelma on tässä ryhmässä tehty 23% asiakkaalle. Tehdyt konsultaatiot vastaavat pilottipotilaiden konsultaatioita, lisäksi tämän ryhmän kohdalla on konsultoitu vammaispalveluita (13%). Sosiaalityöntekijöiden keskinäisiä kontakteja on puolestaan ollut vähemmän (3%). Työaika tämän ryhmän asioiden hoitoon on mennyt 28 tuntia. Luku ei sisällä kirjaamiseen, selvitystyöhön ja kuntoutuspalaveriin käytettyä aikaa.

Ammattilaiset kokivat AVH-yhdyshenkilöiden roolin selkeänä ja toimivana. Toimintamalli tukee hyvin kuntoutujien ja läheisten kotona selviytymistä. Pilotoinnin aikana yhdyshenkilön tekemiä kotikäyntejä oli 23 kpl. Käynteihin oli varattu aikaa n. 1 tunti ja sisällöltään ne ovat pääpiirteissään olleet toimenkuvassa määritellyn sabluunan mukaisia, kuitenkin siten että käynti toteutuu aina kuntoutujan tarpeista käsin. Pääsääntöisesti yhdyshenkilöt ovat saaneet riittävästi työaika tehtävän toteuttamiseen. Esim. Kokkolan yhdyshenkilöllä on pilotoinnin aikana ollut 19 kotikäyntiä, 4 kotikäynnin korvaavaa puhelua sekä 18 muuta yhdyshenkilötoimintaan liittyvää puhelua. Lisäksi yhdyshenkilö on osallistunut yhdeksään kuntoutuspalaveriin. Työaika yhdyshenkilötoiminnan toteuttamiseen on pilotoinnin aikana kulunut n. 37 tuntia sekä lisäksi matkoihin ja kirjaamiseen käytetty aika. Kuntoutujista 71% oli saanut kotiutusvaiheessa tietoa yhdyshenkilötoiminnasta. Yhdyshenkilön tekemä kotikäynti koettiin erinomaisena ja monia epäselviä

asioita selkiinnyttävänä. Pilotoinnin aikana haasteeksi muodostui tiedon kulku erikoissairaanhoidosta AVH-yhdyshenkilöille.

Aivoliitto on ollut mukana käynnistämässä alueella niin yhdyshenkilö- kuin vertaistukitoimintaa. Vertaistukihenkilöt vierailevat kuntoutusosastolla sovittuna ajankohtana kerran kuukaudessa. Alueella on käytössä Aivoliiton potilasohjausmateriaali sekä yhdyshenkilöiden järjestöohjauskansiot. Kuntoutujista 28% oli nimetty vertaistukihenkilö. Tietoa Aivoliiton toiminnasta kuntoutujat olivat saaneet AVH-yhdyshenkilöltä ja Internetistä.

4.4 PPSHP:n osahankkeen palautteiden yhteenveto

PPSHP:n osahanke kehitti aivohalvauspotilaan kuntoutusprosessia tiiviissä yhteistyössä Oulu Pohjoisen ja Oulu Eteläisen osahankkeen kanssa. Palautteita kerättiin suojattua viestintäpalvelua ja videovälitteistä konsultaatiota sekä uusia toimintamalleja kokeilleilta terveydenhuollon ammattilaisilta OYS:ssa. Asiakkaan ja ammattilaisten kokemuksia siirtymävaiheesta erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon kuvataan Oulu Pohjoisen ja Oulu Eteläisen osahankkeen arviointikoosteissa.

Ammattilaisten palautteiden mukaan suojatun viestinnän käyttö jonkin verran lisääntyi hankkeen edetessä. Terapeutit kokivat tärkeäksi käyttöönotetut ”kuntien terapeuttien/kuntoutus”-jonot. Palautteiden mukaan suojatun viestinnän avulla on siirtynyt tietoa AVH-vastaaville ja kuntien terapeuteille potilaan kotiutumisen ja jatkohoitoon liittyvistä asioista. Suojatun viestinnän kautta on myös lähetetty terapiapalautteita. Suojatun viestinnän kautta on lähetetty PPSHP:n osahankkeessa mukana olleelle neurologille jatkohoitoon, kuntoutukseen ja lääkehoitoon liittyviä kysymyksiä. Kuntoutusosastolla on käytetty suojattua viestintää yhteistyöpalaverin järjestämiseen ja yleiseen AVH-vastaavien tiedottamiseen. Pääsääntöisesti suojattu viestintä koettiin hyväksi, mutta siinä koettiin olevan jonkin verran teknisiä puutteita. Terapeuttien kokemusten mukaan suojatun viestinnän avulla voidaan varmistua kunnan AVH-vastaavan tiedonsaannista potilaan siirtyessä kotiin tai kotipaikkakunnan terveyskeskukseen. Suojatun viestinnän käyttö säästää kokemusten mukaan työaika, koska ei tarvitse etsiä yhteystietoja muualta. Ammattilaiset toivoivat myös, että suojattua viestintää voitaisiin laajentaa pilotoinnin ulkopuolisiin kuntiin ja eri potilasryhmiin.

PPSHP:n osahankkeessa otettiin koekäyttöön videoneuvottelulaitteet muutamilla OYS:n osastoilla tammikuussa 2012. Neurologisen osaston henkilökunnan kokivat, etteivät videoneuvottelulaitteet palvele akuutissa vaiheessa. Kuntoutusosastolla järjestettiin kertaalleen videovälitteinen yhteistyöpalaveri erääseen kuntaan. Mukana palaverissa olivat OYS:n kuntoutusosastolla potilaan lisäksi potilaan hoitotiimi ja terapeutit, sosiaalityöntekijä ja neurologi. Kunnassa mukana olivat potilaan puoliso, sosiaalityöntekijä ja muu kotiutumiseen osallistuva tiimi. Saadun kokemuksen perusteella palaveri koettiin toimivaksi ja aikaa säästäväksi ja kotiutumiseen liittyvien asioiden järjestely saatiin käynnistettyä välittömästi.

Videoneuvottelulaitteita on myös hyödynnetty AVH-vastaavien palavereissa, projektityöntekijöiden välisissä keskusteluissa ja terapeuttien välisissä konsultaatioissa mm. apuvälineisiin ja kuntoutukseen liittyvissä asioissa.

OYS:n terapeuteille ja sihteereille tehtiin kertaalleen kysely, jossa pyydettiin heitä arvioimaan kehitettyä toimintamallia. Uusi toimintamalli koettiin tarpeelliseksi ja toimivaksi. Sen nähtiin tukevan potilaan jatkohoitoon tai kotiin siirtymistä. Ammattilaisten palautteiden mukaan toimintamallia olisi tarpeellista laajentaa myös hankkeen ulkopuolella oleviin kuntiin. Osastosihteerit ovat lähettäneet kaikista potilaista epikriisit e-kirjeenä potilaan kotipaikkakunnan AVH-vastaavalle. Sihteerit toivoivat palautetta / tietoa AVH-vastaavalta epikriisin perille menemisestä.

4.5 Kolmannen sektorin kokemukset

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 mallinnuksiin osallistumisen tärkeäksi. Myös konkreettisia tuloksia ja työkaluja AVH-vastaaville saatiin aikaan, esim. järjestöohjaukset 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.

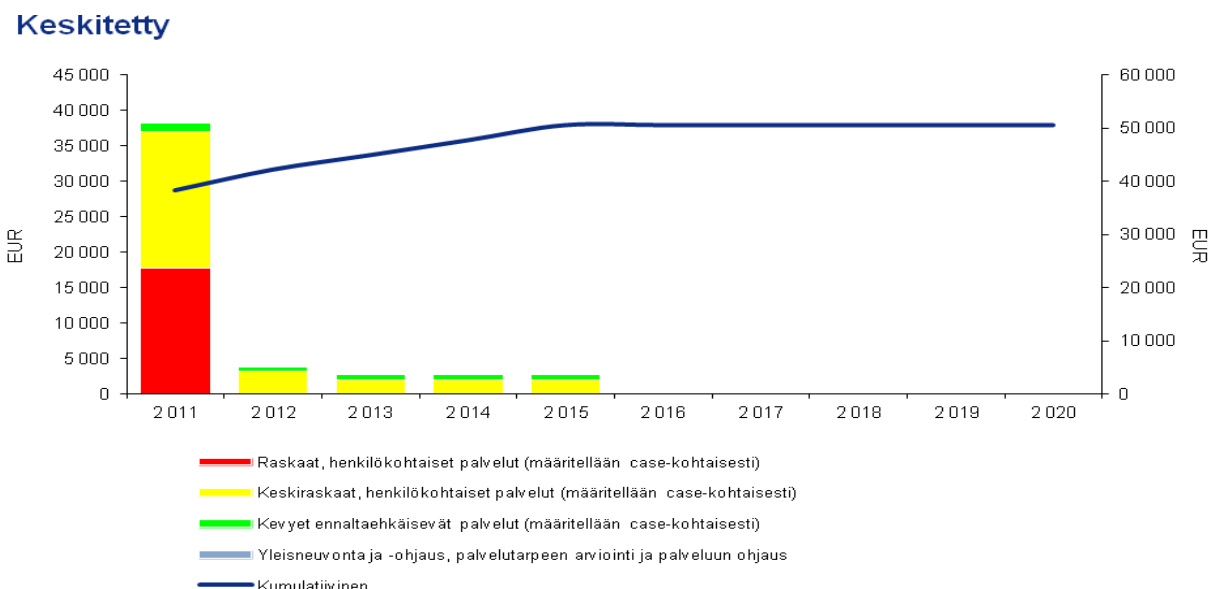
Hankkeen myötä on herännyt tietoisuus vertaistukihenkilötoimintaan ja sen tärkeyteen. Vertaistukihenkilökoulutuksia järjestetään nyt yhteistyössä julkisen hoitoketjun kanssa, mutta tukihenkilöiden rekrytointi ja heidän pysyminen toiminnassa mukana on yhä haasteellista. Haasteellista on myös kattavan 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 ensitietoilloja 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.

4.6 Kustannushyötyanalyysi (hajautettu ja keskitetty kuntoutus)

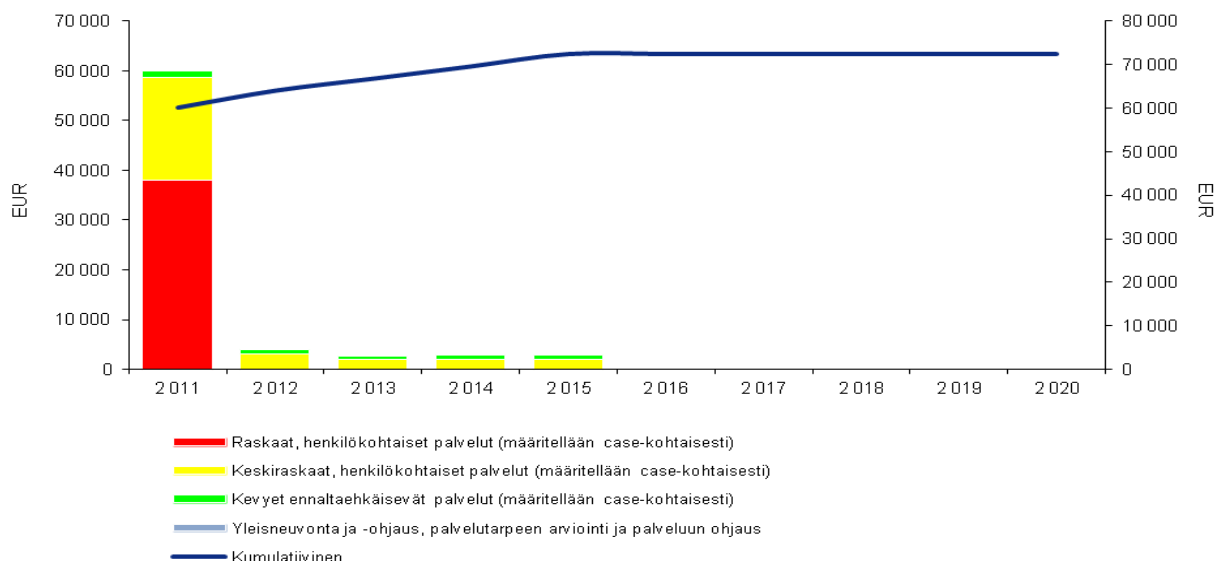
AVH-prosessin kustannushyötyanalyysissa esimerkkitapaukseksi valittiin normaalisti ikääntynyt 75-vuotias mies, joka sairastuu aivoverenkiertohäiriöön. Tarkasteltava ajanjakso on 5 vuotta. Sairastumisen alussa miehellä on oireena oikean puolen lähes täydellinen halvaus, afasia ja halvaantuneen puolen 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 (kuviot 9), 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 9. Keskitetty kuntoutusmalli.

Toisessa esimerkissä AVH-kuntoutuja siirtyy KYTKE-mallin hajautettuun kuntoutusprosessiin (kuvio 10). 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.

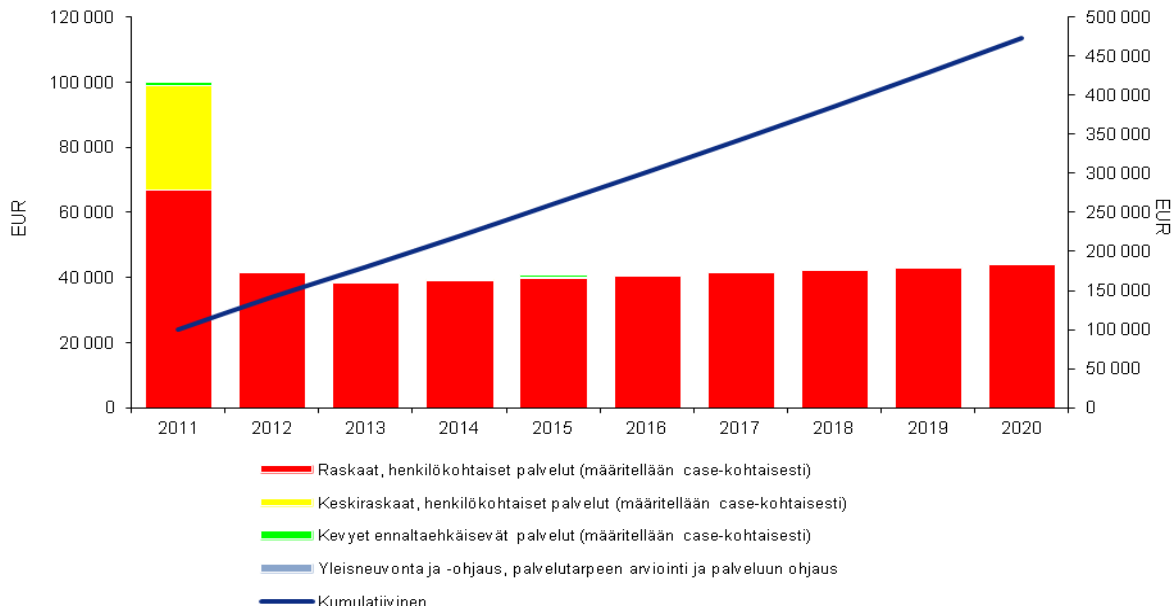
Hajautettu



Kuvio 10. Hajautettu kuntoutusmalli.

Kolmannessa esimerkissä AVH-kuntoutuja siirtyy neurologiselta osastolta terveyskeskuksen vuodeosastolle, jossa saatavilla on lähinnä fysioterapiapalveluja eikä kuntouttava hoitotyö toteudu tehokkaasti (kuvio 11). AVH-kuntoutuja makaa paljon sängyssä lukuun ottamatta arkipäivisin kerran päivässä tapahtuvaa fysioterapiaa. Neljän kuukauden kuluttua hän on kuntoutunut sen verran, että kotiutusta lähetään 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.

Laitos



Kuvio 11. Laitospainotteinen kuntoutus.

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.

4.7 Opinnäytetyöt

Aivohalvauspotilaan kuntoutusprosessin kehittämiseen liittyen tehtiin kaksi YAMK-opinnäytetyötä. Katja Vähäkuopuksen (2012) tutkimuksen aiheena oli Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden kokemuksia kuntoutuksesta ja sen kehittämisestä Kempeleessä. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millaisia kokemuksia kempeleläisillä aivoverenkiertohäiriöön sairastuneilla kuntoutujilla on Kempeleen terveyskeskussairaalan, vastaanoton ja kuntoutuksen hoidosta ja kuntoutuksesta. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää kuntoutujien kehittämis ehdotuksia kuntoutukselle ja hoidolle. Tutkimusta voidaan hyödyntää aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden hoidon ja kuntoutuksen kehittämisessä.

Tulosten mukaan kuntoutujat toivoivat, että kuntoutukseen panostettaisiin enemmän ja sitä kehitettäisiin edelleen. Hoidossa ja kuntoutuksessa ilmeni useita hyviä tekijöitä. Tuloksissa ilmeni myös ristiriitaisuutta, sillä kuntoutujat kokivat samoja asioita sekä kuntoutumista edistäviksi että hidastaviksi tekijöiksi. Tutkimuksen perusteella voidaan tehdä johtopäätös, että Kempeleen terveyskeskussairaalassa olisi hyvä

kehittää kuntoutujien ja omaisten ohjausta, kuntoutuksen mahdollistamista, ympäristön viihtyvyyttä ja virikkeellisuutta, yhteistyötä, kuntoutuksen ja hoidon tasavertaisuutta sekä vähentää henkilökunnan kiirettä. Vastaanotossa ja kuntoutuksessa olisi hyvä kehittää paremmin kuntoutuneiden huomioimista, kuntoutujien ja heidän läheisten tukemista, lääkärin ja hoitajan kontrolleja, terapioiden, hoidon ja kuntoutuksen tasavertaisuutta sekä kolmannen sektorin mukaanottoa. KYTKE –hankkeen avulla voidaan vastata tässä tutkimuksessa esille nousseisiin haasteisiin. Opinnäytetyö on nähtävillä ammattikorkeakoulujen julkaisuarkistossa, Theseuksessa.

Asta Kovalainen ja Pia Käsäkoski (2012) Oulun seudun ammattikorkeakoulusta tekivät kehittämistehtävän liittyen AVH-vastaavien toimintamallin arviointiin ja kehittämiseen Oulun Pohjoisella ja Eteläisellä alueella. Tulosten mukaan AVH-vastaavan toimenkuva nähtiin tärkeäksi ja hoitoprosessi aivoverenkiertohäiriön sairastuneen kohdalla on sujuvampaa AVH- vastaavan toiminnan avulla. Tulosten mukaan aikaa ja resursseja tulisi olla käytettävissä enemmän, jotta toimintamallin käyttö olisi mahdollisimman tehokasta ja merkityksellistä. Aivoverenkiertohäiriön sairastuneen kotona selviytyminen on erityisen tärkeää ja siihen tarvitaan AVH- vastaavan asiantuntijuutta. Puhkeaminen koettiin tärkeäksi AVH-vastaavan työssä. Tulosten perusteella AVH-vastaavan toimintaan liittyvät kokemukset poikkesivat hieman alueittain. Opinnäytetyö tulee nähtäville loppuvuodesta 2012 ammattikorkeakoulujen julkaisuarkistoon, Theseukseen.

4.8 Johtopäätökset ja jatkosuositukset

Hajautettu kuntoutus / Oulu Pohjoinen, Oulu Eteläinen ja PPSHP-osahanke

KYTKE-hanke on ollut erittäin laaja hanke sekä tavoitteiden että toimintojen osalta. AVH-prosessin kehittämisessä pyrittiin vastaamaan kaikkiin tavoitteisiin, mikä näin jälkikäteen arvioituna 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 työskentelyä. 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 edistämässä. 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.

Jatkosuositukset:

Uusi aivohalvauspotilaan kuntoutusprosessin toimintamalli vaatii toteutuakseen ja jatkuakseen

- AVH-vastaava –toiminnan jatkamista / vakiinnuttamista tai aloittamista kaikissa sairaanhoitopiirin alueen kunnissa
- AVH-vastaavien nimeämistä ja tietojen päivytystä 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 terveysasemalle sekä TIA-potilaiden kontrolleja
- Suojatun viestintäkanavan rakentamista tulevissa hankkeissa 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

Keskitetty kuntoutus/ KPSHP-osahanke

Pilotoinnista saatujen tulosten perusteella voidaan todeta, että keskitetty malli tulee juurruttaa pysyväksi malliksi. Keskitäminen tukee tasa-arvoista, oikea-aikaista ja moniammatillista kuntoutusta. Lisäksi toimintatapa edistää osaamisen ylläpitämistä, toiminnan edelleen kehittämistä sekä turvaa terapiahenkilöstön saatavuutta. Kuntoutusosaston vielä selkeämpi profiloituminen ja siitä tiedottaminen on tärkeää. Kuntoutusosastolla aivohalvauskuntoutajat kannattaa sijoittaa yhteen moduliin, jotta hoitava henkilökunnan resurssit riittävät kuntoutumista tukevien toimintatapojen käyttöön sekä riittävään ohjaukseen. Vähäisien henkilöresurssien vuoksi työnjakoa ja työn tekemisen käytänteitä tulee edelleen kehittää siten, että työaika voidaan kohdentaa ensisijaisesti hoidollisiin tehtäviin.

Keskitetyn kuntoutusmallin myötä jo aikaisemminkin todettu tarve alueelliselle apuvälinekeskukselle nousi uudelleen esiin. Pienistä terveyskeskuksista ei tarvittavia apuvälineitä aina löydy, sovituspöytäkirjat ovat työläitä, apuvälineen saamisen ajankohta on epävarmaa ja apuvälineet ovat usein myös heikkolaatuisia. Logistiikan kannalta apuvälinekeskuksen tulisi sijaita kuntoutusosaston läheisyydessä, jolloin apuvälineiden tilaus ja sovitus olisi helppo toteuttaa kuntoutusjakson aikana ja välineet olisivat valmiina kuntoutujan kotiutuksessa.

Sosiaalityöntekijän rooli ja vastuu kaipaa perusterveydenhuollon puolella selkiinnyttämistä mm. kodin muutostöihin ja erilaisiin etuuksiin liittyen. Organisaatioiden välistä yhteistyötä tulee tehostaa terveys- ja vammaispalveluiden välillä sekä Kokkolan terveyskeskuksen ja Jyväskylän alueen välillä.

Jatkosuositukset

- KPSHP alueella jatkokehittämistä jää odottamaan vielä tehokkaamman jatkoseurannan järjestäminen niin kuntoutuksen kuin sekundaaripreventionkin osalta. Säännönmukainen

ohjelmoitu 3 kk:n kontrolli perusterveydenhuoltoon joko sairaanhoitajan tai lääkärin vastaanotolle olisi tärkeä järjestää. Tällä hetkellä kontrollin varaaminen jää kuntoutujan vastuulle.

- Videovälitteisen teknologian hyödyntämistä uusilla osa-alueilla voisi kokeilla, esim. perusterveydenhuollon seurantavastaanoton yhteydessä.
- Ennen hanketta toiminut alueellinen kehittämisyöryhmä on syytä aktivoida uudestaan hankkeen päättyessä, jotta seuranta ja kehittämissyö jatkuvat edelleen. Kehittämissyöryhmän tulee osaltaan vastata riittävästä alueellisesta osaamisesta.
- Hankkeessa kehitettyjen toimintakäytäntöjen ja seurannan kannalta noin vuoden kuluttua tehtävä seurantatutkimus esim. opinnäytetyön muodossa olisi hyvä.

5 SYÖPÄPOTILAAN SAATTOHOITOPROSESSI

5.1 Oulu Pohjoisen osahankkeen palautteiden yhteenveto

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 riitä 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 kaupunginsairaalan osasto A2:n hoitohenkilöstöltä kysyttiin palautetta palliatiivisen hoitosuunnitelman hyödynnettävyydestä ja toimivuudesta sekä syöpäsairaanhoitajan vastaanottotoiminnan näkymisestä käytännön työssä. Kyselyyn vastasi 4 osaston työntekijää. Saaduista palautteista on koottu yhteenvedot syöpäpotilaan saattohoitoprosessissa asetettujen tavoitteiden mukaisesti.

5.1.1 Tulosten tarkastelu tavoitteittain

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 OKS:n 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. verikokeiden lähetepyyntöjen tekemistä, lääkitykseen liittyvien asioiden suunnittelua ja hoitamista, LP-paikan sopiminen osasto A2:n lääkärin kanssa sekä yhteydenottoja omaisiin, kotihoitoon, Tehkoon, ODL:n 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 Tehkotiimiläisten 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 vastaanottotoiminta 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. Syöpäsairaanhoitajien mielestä hoitosuunnitelma helpottaa potilaan hoitoa, ohjaa turvalliseen hoitosuhteeseen, antaa toivoa eteenpäin ja auttaa myös pääsemään hoidossa nopeasti alkuun potilaan tullessa osastolle. Hoitosuunnitelmasta ilmenee myös potilaan omat toiveet.

Uusi palliatiivinen hoitosuunnitelma koettiin toimivaksi ja hyväksi ja sen avulla on helppo ottaa esille hoidon kannalta keskeisiä asioita. Suunnitelma nähtiin myös laajaksi ja koettiin, että siitä on tarkoituksenmukaista karsia jotain aina yksilöllisesti. Vastaajien mielestä suunnitelmassa on liian paljon otsikoita ja otsikoissa on 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 lähtökohta. 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. Sairaana ihmisen ei tarvitse koettaa selvittää monimutkaisia tukiasioita, vaan sosiaalityöntekijä voi auttaa nähtyään hoidon kokonaisuuden sairanhoidon 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. Pilotointiosallistuneiden ympäristökuntien osalta palliatiiviseen hoitoon siirtyneitä potilaita ei ole ollut palautteen keruuaikana, 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 kuitaamiseen, koulutukseen ja sosiaalityöntekijän yhteydenottoon. Myös Palho-vastaanoton lääkärielle oli lähetetty tietoja syöpäsairaanhoitoon vastaantulon suojatun viestintäpalvelun kautta. Lähes kaikki syöpäsairaanhoitajat kokivat tiedon välittämisen suojatun viestinnän kautta tarpeelliseksi. Syöpäsairaanhoitajat joutuivat konsultoimaan perusterveydenhuollon lääkäriä mm. lääkeseisioissa, LP-paikan myöntämisessä ja silloin kun potilaan tilanne vaatii 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 turvallisesti asiaksi ja lupaus paikasta piti kun sitä tarvittiin. Tutustumiskäynti lupapaikka osastolle koettiin hyväksi ja tärkeäksi. Tutustumiskäynti poisti pelkoja, joita olisi tullut ilman tutustumiskäyntejä. Potilailla ei ollut kokemusta syöpäpotilaan visuaalisesta opaskartasta. Yhdellä potilaista oli Syöpäyhdistyksen tukihenkilö. Osa koki, ettei tukihenkilölle ollut tarvetta. Syöpäsairaanhoitajan vastaanotto toiminta 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 vastaanotto toiminta 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 vastaanotto toiminnassa. 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

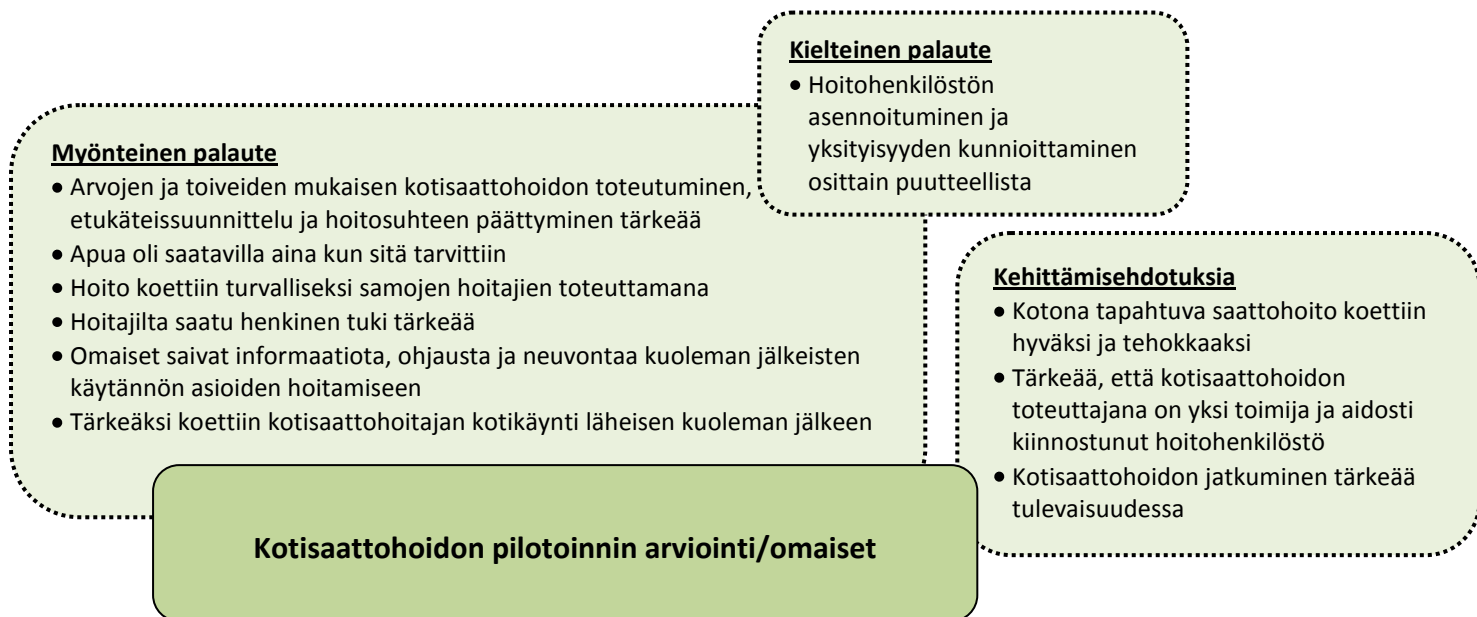
saattohoitoon ja toimintamallin kokeilun käynnistämiseen. Yhteydenpitoon ei käytetty suojattua viestintää, vaan yhteydenotot tapahtuivat puhelimen ja sähköpostin välityksellä. Syöpäsairaanhoitajien vastausten perusteella PSSY:n tukihenkilöiden tarve ei lisääntynyt pilotoinnin aikana. Pilotoinnin ajan oman paikkakunnan seurakunta osallistui tarpeen mukaan hoidon koordinointiin. Sairaalapastorit olivat tehneet osasto- ja kotikäyntejä.

5.1.2 Oulu Pohjoisen osahankkeen kokemukset kotisaattohoidosta

Kotisaattohoidon pilottia toteutettiin Oulun kaupungin tehostetun kotiutuksen yksikössä 10/2011–03/2012 välisenä aikana. Palautetta saatiin kotisaattohoitopilottissa 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, tulleen kuulluiksi ja huomioiduiksi. Läheiset saivat kotisaattohoitajilta informaatiota, ohjausta ja neuvontaa kuoleman jälkeisistä käytännön asioiden hoitamisesta. Erityisen tärkeäksi koettiin kotisaattohoitajan kotikäynti läheisen kuoleman jälkeen.

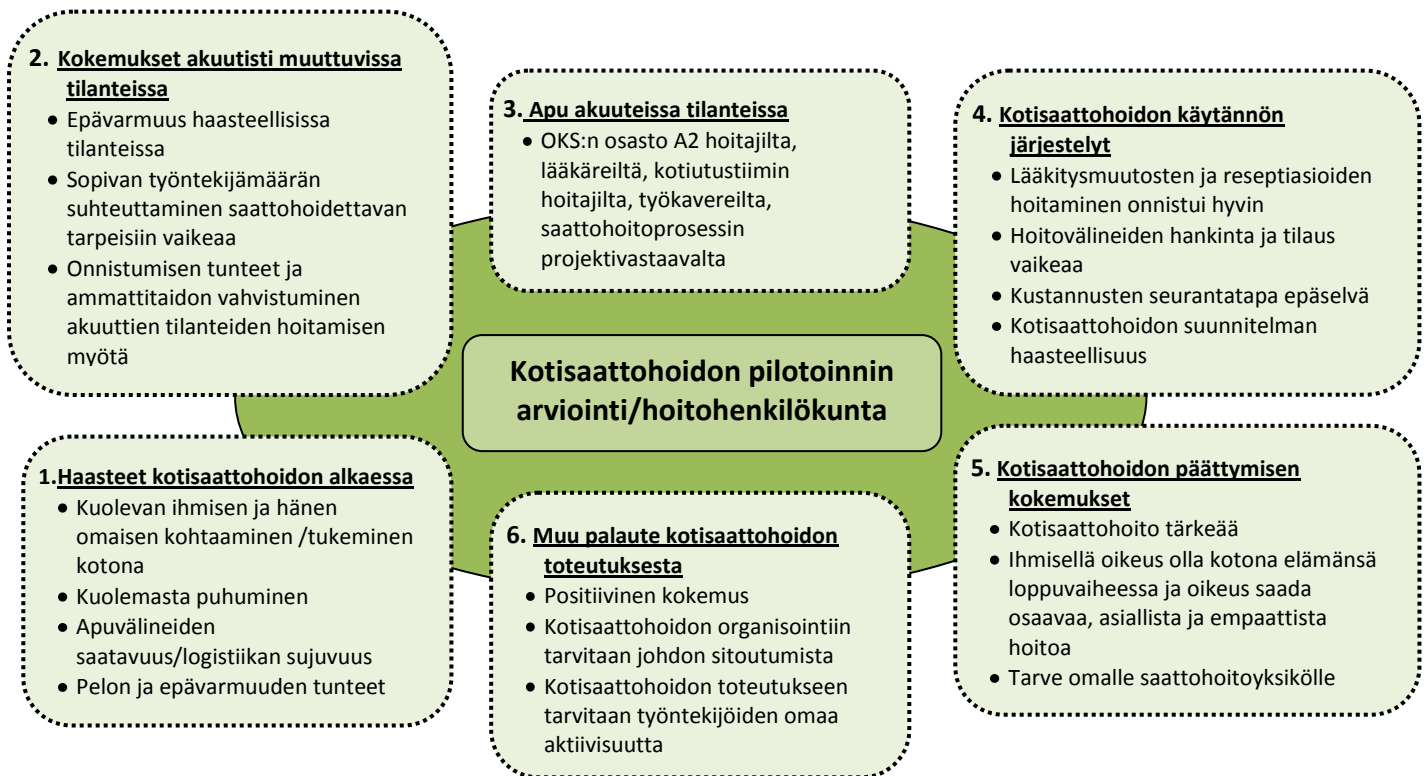
Omaiset kokivat hoitohenkilöstön asennoitumisen ja yksityisyyden kunnioittamisen osittain puutteellisena. Kotona tapahtuva saattohoito nähtiin hyvänä ja tehokkaana. Äärimmäisen arvokkaana omaiset kokivat läheisensä mahdollisuuden kuolla kotona perheen ympäröimänä ja kokeneen hoitohenkilöstön tukemana. 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 12)



Kuvio 12. 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 voinnin heikentyessä. Asiakkaan avuntarpeen kasvaessa äkillisesti, koettiin haasteena suhteuttaa työntekijämäärä kotisaattohoidettavan tarpeisiin. Asiakkaan voinnin 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, kotiutustiimin hoitajilta, työkavereilta sekä saattohoitoprosessin projektivastaavalta.

Kotisaattohoitoon liittyvien käytännön järjestelyiden osalta asiakkaan lääkitysmuutokset ja reseptien hoitamiset onnistuivat hyvin. Hoitovälineiden hankinta ja tilaus koettiin hankalana. Kotisaattohoidon kustannusten seurantatavassa 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 kotisaattohoidon toteutuminen koettiin positiivisena kokemuksena mutta kotisaattohoidon organisointiin kaivattiin johdon sitoutumista ja kotisaattohoidon toteutukseen työntekijöiden omaa aktiivisuutta. (ks.kuvio 13)



Kuvio 13. Kotisaattohoidon pilotoinnin arviointi hoitohenkilökunnan kuvaamana.

5.2 Oulu Eteläisen osahankkeen palautteiden yhteenveto

Arviointipalautetta Oulu eteläisellä alueella kerättiin Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymästä ja Kallion peruspalvelukuntayhtymästä. Pilotointi ajanjakso oli 1.9.2012 – 30.6.2012. Raportointimateriaali koostuu 15.6.2012 mennessä saaduista arviointimateriaaleista ja saaduista palautteista. Selänteen peruspalvelukuntayhtymästä palautetta ei saatu, koska pilotointi ei siellä toteutunut alkuperäisen suunnitelman mukaan henkilöstöressurssien vuoksi.

Oulu eteläisellä alueella pilotointiaikana oli yhteensä 36 asiakasta. Kotikäyntejä syöpäsairaanhoitajat tekivät heidän luonaan yhteensä 38 kpl, vastaanottokäyntejä oli 8kpl. Asiakkaista 26 kpl tuli erikoissairaanhoitosta (pääsääntöisin Oysista). Palliatiivisia hoitosuunnitelmia pilotoinnin aikana tehtiin yhteensä 20 kpl ja saattohoitosuunnitelmia 1 kpl. Videokonsultaatioita palliatiivisen hoidon vastaanotolle oli yhteensä 4 kpl. Asiakkailta saatiin yhteensä viisi palautetta, joista yksi toteutettiin puhelinhaastatteluna. Loput neljä palautetta asiakkaat täyttivät kotonaan yhdessä läheistensä kanssa. Syöpäsairaanhoitajilta saatiin kaksi arviointipalautetta. Vastanneet syöpäsairaanhoitajat olivat iältään 38 ja 51 vuotta. Heidän työkokemuksensa alalta oli 9 ja 18 vuotta.

5.2.1 Tulosten tarkastelu tavoitteittain

Tavoite 1. Malli palliatiiviseen hoitoon ja saattohoitoon siirtymisestä

Suurin osa asiakkaista koki hoitonsa siirtymisen erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon raskaana. He tunsivat olonsa epätietoisiksi ja tunsivat jäävänsä tyhjän päälle, koska eivät saaneet tarpeeksi tietoa jatkohoidosta. He toivoivat, että hoidot olisivat jatkuneet erikoissairaanhoidossa ja tieto hoitojen lopettamisesta tuli yllättäen. Vastanneista osa oli kuitenkin tyytyväisiä siihen hoitoon jota olivat saaneet etenkin syöpäsairaanhoitajan kotikäynnin jälkeen.

Noin puolet asiakkaista koki etteivät he saaneet riittävästi tietoa jatkosta tai ohjausta siihen keneen ottaa yhteyttä perusterveydenhuollossa. Osa koki koko tilanteen erikoissairaanhoidossa epäselväksi ja sekavaksi. He kokivat, ettei erikoissairaanhoidossa annettu informaatio mennyt perille. Tämä johti tunteeseen siitä, että tietoa ei oltu saatu, joka vaikutti mielialaan negatiivisesti. He toivoivat säännöllisiä kontrollikäyntejä vähintäänkin hoitajan kanssa tai yhteyshenkilöä joka on perillä asioista ja ottaa vastaan hoidon siirtyessä perusterveydenhuoltoon.

Syöpäsairaanhoitajilta saatujen kokemusten myötä tietojen siirtyminen ja niiden vastaanottaminen koettiin sekä positiivisesti että negatiivisesti. Negatiivisena koettiin, että mikäli syöpäsairaanhoitajaa ei heti tavoitettu esimerkiksi puhelimella, ei yritetty myöhemmin uudelleen, jolloin tieto uudesta asiakkaasta ei siirtynyt. Kokemuksena oli myös, että vieläkin on olemassa paljon potilaita joista tieto ei siirry ollenkaan. Erikoissairaanhoidosta tulee vieläkin potilaita jotka ovat selvästi saattohoitovaiheessa mutta hoitolinjauksia ei ole tehty.

Uusi toimintamalli (suojattu viestintä/syöpäsairaanhoitaja) koettiin positiivisena asiana. Uudella toimintamallilla saatiin palliatiivisessa vaiheessa olevasta potilaasta hyvät tiedot ja nopeasti. Koettiin, että tieto siirtyy paremmin ja tavoittaa oikean ihmisen. Nämä myönteiset kokemukset tulivat etenkin palliatiivisen hoidon vastaanoton ja syöpäpoliklinikan kautta tulleista potilaista. Palliatiivisen hoidon vastaanotolla kirjoitettujen siirtoepikriisien sisällön toimivuuden koettiin parantuneen, jolloin jatkohoidon suunnittelu oli helpompaa. Molemmat vastanneista olivat sitä mieltä, että siirtoepikriisien siirtyminen tapahtuu reaaliajassa, muutaman päivän viiveellä tiedon saamisesta.

Vastaanoton jälkeen syöpäsairaanhoitajille jäi koordinoitavaksi seuraavia asioita; tuki- ja etuisuusasiat, jatkohoito, lääkärin vastaanotolle ajanvaraukset, lupapaikka, kotihoidon järjestämiset, apuvälineet, lääkitysasioita ja hoitosuunnitelman kirjoitusta. Syöpäsairaanhoitajien kokemusten mukaan vastaanottotilanteet olivat olleet myönteiset ja ne olivat onnistuneet hyvin. Pääsääntöisesti tapaamiset olivat olleet kotikäyntejä jotka koettiin informatiivisemmiksi kuin vastaanottokäynnit. Tapaamisille oli tärkeää varata aikaa, koska tapaamisissa keskusteltiin paljon. Usein asiakas oli enemmän äänessä kuin syöpäsairaanhoitaja. Vastaanottotilanteessa koettiin tärkeäksi, että syöpäsairaanhoitajalla on käytössään asianmukainen, rauhallinen työhuone.

Tavoite 2. Yhteinen sähköinen hoitosuunnitelma ja palvelusuunnitelma kaikkien hoitoon osallistuvien kesken

Pääsääntöisesti kaikki vastanneet asiakkaat kokivat, että heidän toiveensa oli huomioitu hoidon suunnittelussa siinä vaiheessa kun hoito oli siirtynyt perusterveydenhuoltoon ja syöpäsairaanhoitaja oli yhdessä heidän kanssaan tehnyt hoitosuunnitelmaa. Kaikki vastanneet pitivät jatkohoidon suunnittelua

syöpäsairaanhoitajan toimesta positiivisena. Vastanneet olivat kokeneet, että hoidot jatkuvat perusterveydenhuollossa vaikka ne erikoissairaanhoidossa päättyivätkin. Syöpäsairaanhoitajaa pidettiin ystävällisenä, laajasti tietoa antavana, yhteistyökykyisenä työntekijänä joka perehtyy asiaan. Hänen koettiin olleen saatavilla tarvittaessa ja haluavan auttaa. Lisäksi hän tarvittaessa ottaa selvää asioista ja tiedottaa omaisia.

Suurin osa vastanneista asiakkaista koki saaneensa tietoa oman kuntansa tarjoamista sosiaalityön palveluista. Osa oli saanut tietoa Oulu yliopistollisen sairaalan syöpäpoliklinikalta, syöpäsairaanhoitajalta ja myös omaisilla itsellään oli ollut tietoa jonkin verran. He kokivat saaneensa perustietoa eri palveluista esimerkiksi kotihoidon palveluista ja eläkkeen saajan hoitotuesta mutta jäivät osittain kaipaamaan yksityiskohtaisempaa tietoa.

Vastanneista asiakkaista suurimmalle osalle ei oltu tehty saman pöydän ääressä laadittua hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Osa vastanneista oli vastannut kyllä mutta oli tarkentanut, että palvelusuunnitelmaa ei oltu tehty. He olivat tässä yhteydessä tarkoittaneet syöpäsairaanhoitajan tekemää palliatiivista hoitosuunnitelmaa. Tämä suunnitelma koettiin hyväksi ja pidettiin tärkeänä, että hoitosuunnitelma on olemassa tällaisen sairauden yhteydessä. Kirjallinen hoitosuunnitelma koettiin tärkeäksi, koska siitä voi tarkistaa asioita. Se koettiin tärkeäksi myös jatkohoitoja ajatellen. Vastanneet kokivat myös, että he pystyivät itse vaikuttamaan asioihin ja että he ovat tulleet kuulluiksi.

Syöpäsairaanhoitajat kokivat siirtoepikriisissä olevien tietojen siirtämisen palliatiiviseen hoitosuunnitelmaan helpoksi. Palliatiivisen hoitosuunnitelman tekeminen koettiin mielekkääksi, koska siinä tulevat hyvin esille asiakkaan hoidossa tärkeät asiat ja sen käyttö selkeyttää asiakkaan hoitoketjun jatkumista omassa organisaatiossa. Miinuksena tuotiin esille hoitosuunnitelmien huono päivitettävyyttä ja tuotiin esille kysymys siitä, kuinka paljon niitä loppujen lopuksi katsotaan/hyödynnetään asiakkaan hoidossa.

Palliatiivisen hoitosuunnitelman rakennetta ja sisältöä pidettiin hyvänä. Sisältö koettiin riittävän kattavaksi jolloin esimerkiksi C-lausuntojen tekeminen oli helppoa. Hoitosuunnitelman toimivuuteen käytännössä vaikuttaa se, minkä verran sitä muu hoitohenkilöstö käyttää työssään. Negatiivisena koettiin se, että aluksi hoitosuunnitelma (fraasit) oli liian pitkä ja se toisti samoja asioita. Uusi päivitetty versio koettiin toimivammaksi.

Syöpäsairaanhoitajien mukaan asiakkaat ja läheiset osallistuivat tiiviisti hoitosuunnitelman laatimiseen. Hoitosuunnitelman rakenne/fraasit toimivat runkona suunnitelmalle. Tapaamisessa hoitosuunnitelmassa olevia asioita kysellään ja kartoitetaan. Kuitenkaan kotikäynnillä tai vastaanottotilanteessa ei hoitosuunnitelmaa kirjoitettu heti paikan päällä, koska koettiin, ettei sovi tilanteen luonteeseen. Valmis hoitosuunnitelma laitettiin kuitenkin aina paperiversiona asiakkaalle tarkastettavaksi/kommentoitavaksi.

Vastanneet syöpäsairaanhoitajat kokivat, ettei yhteistyötä sosiaalitoimen kanssa juurikaan ollut, mutta toisaalta todettiin ettei siihen oikein ole ollut tarvettakaan. Tarvittaessa kuitenkin sosiaalityöntekijää oli konsultoitu ja vastauksia kysymyksiin oli saanut. Yhtään saman pöydän ääressä laadittua hoito- ja palvelusuunnitelmaa ei tehty pilotointiajalla.

Tavoite 3. Konsultaatiomahdollisuuksien parantaminen

Kukaan vastanneista asiakkaista ei ollut osallistunut etäkäyntiin tai videovälitteiseen konsultaatiotilanteeseen.

Syöpäsairaanhoitajat olivat hyödyntäneet videokonsultaatiomahdollisuuksia hoitoneuvottelutilanteessa palliatiivisen hoidon vastaanotolle. Myös osaston lääkäri oli käyttänyt videokonsultaatiomahdollisuutta osaston potilaan hoidossa. Videokonsultaatiot koettiin tarpeellisiksi potilaan/asiakkaan hoidossa.

Suojattua viestintää oli pilotoinnin aikana käytetty konsultaatioissa palliatiivisen hoidon vastaanotolle tai sosiaalipuolelle. Palliatiivisen hoidon vastaanotolle suunnatuissa konsultaatioissa oli kyse lähinnä ravitsemus-, kivunhoito- ja sedaatioasioista ja sosiaalipuolelle erinäisistä etuisuusksymyksistä. Tiedon välittäminen suojatun viestinnän kautta todettiin tarpeelliseksi ja toimivaksi. Videokonsultaatioista palliatiivisen hoidon potilaan saattohoitoon siirtymisessä koettiin olevan hyötyä siinä, että huonokuntoista potilasta ei tarvinnut siirtää Oulun yliopistolliseen sairaalaan. Samalla kuitenkin potilas ja hänen läheisensä saivat tarvitsemansa/haluamansa kontaktin erikoissairaanhoidon. Videokonsultaatioiden koettiin myös lisäävän moniammatillisuutta ja perusterveydenhuollon ammatillinen rohkeus lisääntyi niiden käytön myötä. Teknologian käytössä ja yhteyksissä ei ole ollut ongelmia. Aluksi käyttöä hidasti se, että kaikki käyttäjät eivät olleet saaneet tietoa käyttöohjeista.

Syöpäsairaanhoitajat ovat joutuneet konsultoimaan työssään perusterveydenhuollon lääkäriä asiakkaan oirehoitoon liittyvissä kysymyksissä. Konsultaatioapua on tarvittu myös kivunhoidollisissa, ravitsemus- ja nestehoidollisissa sekä loppuvaiheen hoitoon liittyvissä kysymyksissä.

Tavoite 4. Selkeä saattohoidon koordinointi

Syöpäsairaanhoitajan vastaanotosta jäi kaikille vastanneille asiakkaille myönteinen kokemus. He kokivat syöpäsairaanhoitajan lämpimäksi, positiiviseksi ja asialliseksi. Heille jäi kuva, että heitä kuultiin ja vastauksia annettiin. Heille jäi myös tunne siitä, että on olemassa henkilö joka auttaa ja tukee tarvittaessa. Osa vastanneista asiakkaista koki lupapaikka-asian osastolle jääneen keskeneräiseksi ja epäselväksi mutta että syöpäsairaanhoitaja oli edesauttanut asiaa vireille. Osalle vastanneista ei asiasta ollut kokemusta. Kukaan vastanneista ei ollut käynyt etukäteen tutustumassa lupapaikkaosastoon. Joko he eivät olleet vielä kokeneet siihen tarvetta tai he olivat joutuneet käyttämään lupapaikkaosastoa ennen tutustumiskäyntiä voinnissa tapahtuneiden muutosten vuoksi.

Visuaalinen opaskartta oli vain yhdellä vastanneella asiakkaalla käytössä ja siitä oli koettu olleen hyötyä. Opaskartta oli todettu selkeäksi. Muilla vastanneilla ei opaskartan käytöstä ollut kokemuksia. Kenelläkään vastanneista ei vastaushetkellä ollut vielä kokemusta syöpäyhdistyksen tai muun järjestön tukihenkilötoiminnasta. Osa kuitenkin arvioi jossain vaiheessa hyötyvänsä tukihenkilöstä.

Vastanneet asiakkaat olivat kokeneet, että syöpäsairaanhoitajan vastaanottotoiminta on tukenut heidän kotona selviytymistään ja jaksamistaan. Kokemuksena oli, että on löytynyt asiaan tarttuva ja asioita eteenpäin vievä henkilö. He kokivat helpotuksena sen, että ei tarvitse yksin tietää ja päättää asioita. Vastanneet pitivät hyvänä, että on olemassa henkilö joka voi heidän puolestaan pitää yhteyttä muihin hoitoon liittyviin tahoihin ja organisoida hoitoa. Yksi vastanneista koki negatiivisena asiana sen, että syöpäsairaanhoitajan käynti ja käydyt keskustelut olivat tuoneet sairauden tilan uudestaan lähemmäs. Vastanneet pitivät hyvänä, että on tarjolla syöpäsairaanhoitajatoimintaa. Syöpäsairaanhoitajan käynnit

koettiin ensiarvoisen tärkeiksi. Asiakkaat ja heidän läheisensä toivoivat, että heidän toiveitaan kuunneltaisiin ja toiveet toteutettaisiin. Lopuksi he toivoivat mahdollisimman hyvää ja turvallista hoitoa.

Syöpäsairaanhoitajat kokivat vastaanottotoiminnan tukevan potilaan/asiakkaan ja hänen läheisensä kotona selviytymistä ja jaksamista mutta pohdintaa aiheutti kuitenkin se, tukeeko se sitä riittävästi.

Visuaalisen opaskartan käyttö pilotoinnin aikana on ollut vähäistä. Osassa pilotointikuntia on käytössä organisaation oma opas joka on siellä jaettu jokaisen kotitalouteen. Tämä opas koettiin riittäväksi ja sen myötä visuaalisen opaskartan käyttö turhaksi.

Pohjois-Suomen Syöpäyhdistys (PSSY) on ollut mukana syöpäsairaanhoitajan vastaanottotoiminnassa siten, että sen kautta on ainakin yksi asiakas ohjautunut syöpäsairaanhoitajan vastaanotolle. PSSY:n kouluttama tukihenkilö on ollut pilotoinnin aikana mukana asiakkaan hoidossa. Suojatussa viestinnässä PSSY ei kuitenkaan ole ollut mukana. Puolet syöpäsairaanhoitajista koki, että syöpäyhdistyksen tukihenkilöiden tarve on lisääntynyt pilotoinnin aikana, koska saattohoidon tukihenkilöitä on alueella koulutettu lisää. Kuitenkin osa asiakkaista ei ollut vielä kokenut tarvitsevansa tukihenkilöä. Yhteistyötä PSSY:n tukihenkilöiden kanssa syöpäsairaanhoitajat ovat pilotoinnin aikana tehneet siten, että tukihenkilöille on esitelty uutta toimintamallia ja käytännön asioista on sovittu, miten toimitaan jos asiakkaalle tulee tukihenkilön tarve. Kotihoidon puolella tukihenkilö on ollut mukana asiakkaan hoidossa ja tästä toiminnasta on saatu hyvää palautetta. Seurakunnat ovat osallistuneet palliatiivisen ja saattohoitopotilaan hoitoon tarvittaessa siten, että seurakunnan pappi, sairaalapastori tai seurakunnan diakoni käy kotona tai osastolla.

5.3 PPSHP:n osahankkeen palautteiden yhteenveto

PPSHP:n osahanke kehitti syöpäpotilaan saattohoitoprosessia tiiviissä yhteistyössä Oulu Pohjoisen ja Oulu Eteläisen osahankkeen kanssa. Palautteita kerättiin OYS:sta suojattua viestintäpalvelua ja videovälitteistä konsultaatiota kokeilleilta ammattilaisilta sekä palliatiivisen hoidon vastaanoton hoitajalta. Asiakkaan ja ammattilaisten kokemuksia siirtymävaiheesta erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon kuvataan Oulu Pohjoisen ja Oulu Eteläisen osahankkeen arviointikoosteissa.

Suojatun viestinnän käyttö on palautteen mukaan koettu hyväksi työvälineeksi uuden potilaan tietojen ohjaamisessa kunnan syöpäsairaanhoitajalle. Viestiä käyttämällä voi varmistua siitä, että potilas tulee vastaanotetuksi omaan kuntaan. Viestin käyttö säästää työaikaa, puhelimitse ei välttämättä tavoita kunnan syöpäsairaanhoitajaa. Menetelmä vaatii kehitystyötä siten, että se voitaisiin rakentaa sairauskertomuksen osaksi.

Terveyskeskuslääkäri Tarja Konttila keräsi PPSHP:n osalta lääkäreiden palautteet liittyen saattohoitoprosessissa 13.3.2012 alkaneeseen videokonsultaatiotoimintaan. Videovastaanottoja on ollut OYS:n syöpätautien poliklinikalla tiistaina aamupäivisin ja osittain myös torstai-iltapäivänä (kesäkuu ja elokuu 2012). Kesällä 2012 toiminnassa oli sulku 16.7–12.8 välisenä aikana. Videokonsultaatiopilottiin ilmoittautuneet paikkakunnat olivat Kuusamo, Taivalkoski, Ylivieska, Liminka, Muhos, Kalajoki, Pudasjärvi, Haapajärvi ja Raahen. Kesäkuun loppuun mennessä videokonsultaatiossa oli ollut mukana seitsemän potilasta. Potilaita on ollut Kuusamosta, Ylivieskasta ja Raahesta sekä yksi potilas Oulun kaupungista

kotisaattohoidon pilotista. Terveyskeskuslääkärit (n=6) arvioivat jokaisen videokonsultaation vastaten kahdeksaan kysymykseen sekä antamalla vapaamuotoista palautetta.

Videokonsultaatio valittiin tavallisen konsultaation (puhelinkonsultaatio/ sähköinen lähete/potilassiirto) asemasta pääsääntöisesti potilaan huonon yleistilan vuoksi, jolloin matka Ouluun olisi ollut kohtuuton rasite. Konsultaatiohetkellä kolme potilasta oli terveystakeskuksen vuodeosastolla, kaksi saapui konsultaatioon kotoaan ja yksi konsultaatio tehtiin potilaan kotona. Palliatiivisen hoidon potilaalla videokonsultaatiota pidettiin hyvin hyödyllisenä. Videokonsultaatioilla oli vaikutusta potilaan hoitolinjauksiin. Yhdessä konsultaatiossa tehtiin saattohoitopäätös ja neljässä luovuttiin onkologisista hoidoista ja kontrollit OYS:ssa lopetettiin. Yhdessä konsultaatiossa tehtiin yhdessä jatkohoitolinjaukset. Sairaalsiirtoa erikoissairaanhoidon videokonsultaation vaihtoehtona vastaajat eivät pitäneet kovinkaan todennäköisenä näillä potilailla.

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. Kolmessa konsultaatiossa oli alussa pieniä ongelmia äänen ja kuvan osalta.

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.

Palliatiivisen hoidon vastaanotolta kerättiin hankeaikana säännöllisesti hoitajan antamaa arviointia toiminnasta. Yhteenvetona voidaan todeta, että potilaat ja omaiset olivat tyytyväisiä vastaanottoon ja kokivat sen tarpeelliseksi. Potilas ei jää tyhjän päälle syöpähoitojen loputtua ja palliatiivisen hoidon vastaanotto muodostaa tärkeän linkin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille. Vastaanoton avulla hoidon jatkuvuus turvataan. Vastaanotolla pystytään vastaamaan hyvin potilaan oireisiin mm. kivunhoito on ensisijaista ja se järjestyy hyvin ja myös tarvittavat tutkimukset ja hoitotoimenpiteet saadaan kiireellisinä. Vastaanotolla myös jatkohoidon palvelut järjestyvät joustavasti.

5.4 Kolmannen sektorin kokemukset

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 yhteenvedo.

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.

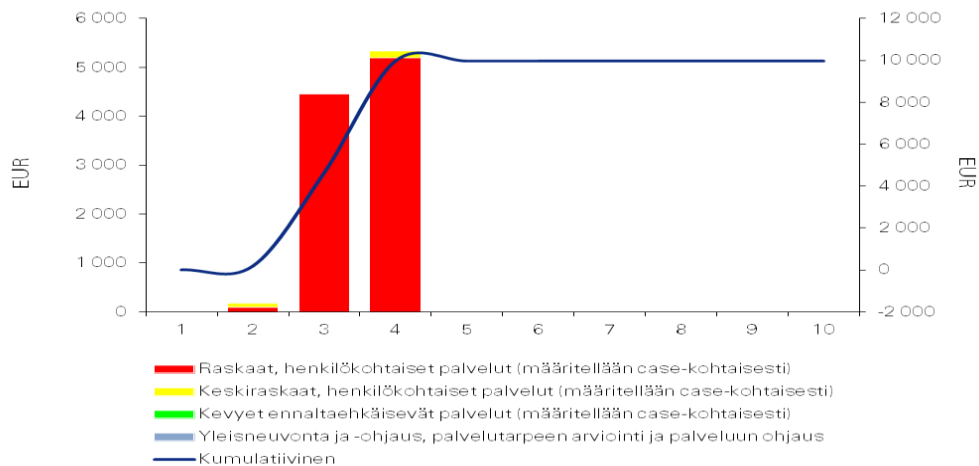
PSSY:n järjestösihteerin näkemyksen mukaan tukihenkilötoiminta on lisääntynyt hankkeen myötä. Pilotoinnin aikana järjestösihteerin kautta välitettiin 2 tukihenkilöä ja muut syöpäsairaanhoitajien kautta. Saattohoidon tukihenkilöitä koulutettiin hankkeen aikana enemmän ja siihen on ollut halukkuutta. Tukihenkilötoimintaan 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. Pilotteyksiköt ovat käyttäneet edelleen sähköpostia ja puhelinta asioiden selvittelyyn. Hankkeen uudet toimintamallit vahvistavat yhteisöllisyyttä PSSY:n mielestä siten, että uusien toimintamallien myötä terveyskeskusten hoitohenkilökunta ja vapaaehtoiset henkilöt haluavat tietoa KYTKE-hankkeesta ja tukihenkilötoiminnasta. Palautteen mukaan tämäläpäiselle kehittämisyhteistyölle 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.

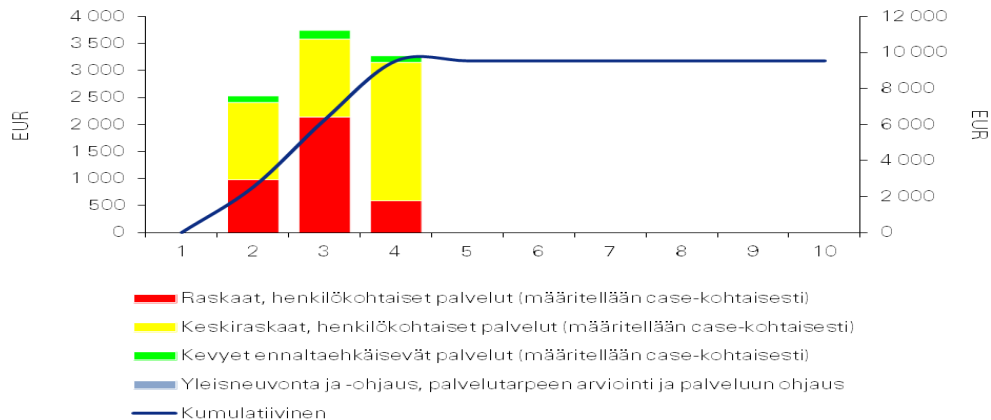
5.5 Kustannushyötyanalyysi

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 14) 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.



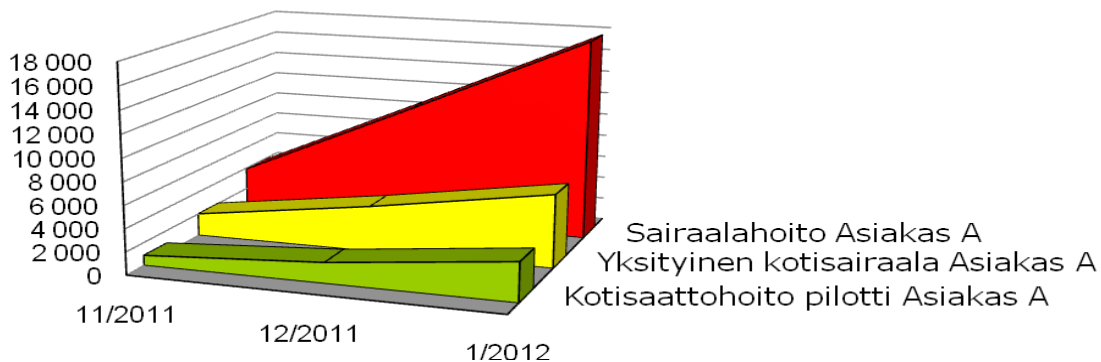
Kuvio 14. Ei ennakoiva hoitopolku.

Ennakoivassa hoitopolussa (kuvio 15) eivät kustannukset juurikaan muuttuneet edullisemmiksi, mutta uusien toimintamallien vuoksi painopiste oli selkeästi perusterveydenhuollon puolella ennaltaehkäisevästi raskaita esh:n sairaalahoitoja vähentävänä tekijänä.



Kuvio 15. Ennakoiva hoitopolku.

Alla olevassa kuviossa 16 on kuvattu kustannushyötyanalyysi kahdesta kotisaattohoidon asiakastapauksesta, joista ensimmäisessä analyysissä asiakas oli runsasta hoitoa tarvitseva asiakas ja toisessa (asiakas A) omatoiminen päivittäisissä toiminnoissaan, mutta tarvitsi vaativaa lääkehoitoa, josta kuva alla. Molemmista asiakastapauksissa oli omaishoitajina puoliso. Tarkasteluväli oli kolme kuukautta ja kustannukset laskettiin laitoshoidon kustannukset (n.18 000e), yksityisen kotisairaalan kustannukset (n. 4000e) ja kolmantena pilotista syntyvät kustannukset (n.2500e). Kustannushyötyanalyysin perusteella selkeästi edullisimmaksi osoittautui hankkeessa pilotoitu kotisaattohoito ja kalleimmaksi laitoshoido.



Kuvio 16. Kustannushyötyanalyysi Oulun kaupungissa toteutetun kotisaattohoidon osalta

5.6 Opinnäytetyöt

Syöpäpotilaan saattohoitoprosessin kehittämiseen liittyen tehtiin kolme opinnäytetyötä, joista yksi tehtiin PPSHP:n osahankkeessa, yksi yhteistyössä PPSHP:n ja Oulu Pohjoisen osahankkeen kanssa ja yksi yhteistyössä Oulu Eteläisen osahankkeen kanssa.

LK Erika Tapojärvi (2011) teki syventävän opinnäytetyön aiheesta Hoitosuhteen syntyminen ja toteutuminen perusterveydenhuollossa palliatiiviseen hoitoon siirtyvillä syöpäpotilailla. Opinnäytetyön yhteenvedon mukaan palliatiivisen hoidon laatu vaihtelee paljon hoitopaikoittain. Saattohoitokodit ovat palliatiivisen hoidon edelläkävijöitä, mutta niiden palvelut eivät saavuta kaikkia kansalaisia. Palliatiivista hoitoa tarvitsevien määrä tulee tulevaisuudessa edelleen kasvamaan ja perusterveydenhuollon merkitys palliatiivisen hoidon toteuttajana kasvaa entisestään. Yksittäiselle lääkärille kertyy kokemusta palliatiivisesta hoidosta kuitenkin vain vähän, minkä vuoksi esim. palliatiiviseen hoitoon erikoistuneiden tiimien tulisi taata konsultaatiomahdollisuudet ja laadukasta palliatiivista hoitoa myös pienemmille paikkakunnille. Etukäteen sovitut säännöt ja selkeä organisaatio luovat pohjan laadukkaaseen palliatiivisen hoidon onnistumiselle. Sairaanhoidopiirit ovatkin kehittämässä omia saattohoitosuosituksiaan Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeiden mukaisesti. Laadukas palliatiivinen hoito kuuluu jokaiselle ihmiselle ja sen avulla voidaan saada lisää elinaikaa, säästyä turhilta päivystyskäynneiltä, tutkimuksilta ja toimenpiteiltä sekä saada kustannussäästöjä. Kotisaattohoitojen määrä on vähäinen. Tutkimusten mukaan kotisaattohoidolla saataisiin kustannussäästöjä verrattuna hoitolaitoksessa tapahtuvaan hoitoon. Kotona tapahtuva saattohoito on usein potilaalle ja omaisille mielekkäämpi tapa elää potilaan viimeiset päivät. Sosiaalitoimen, seurakuntien ja kolmannen sektorin panosta palliatiiviseen hoitoon pitäisi myös voida hyödyntää enemmän.

Tarja Majava, YAMK:n opiskelija Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelmasta Oulun seudun ammattikorkeakoulusta, teki opinnäytetyönä PCA-kipupumpun ohjausvideon terveydenhuollon ammattilaisille. Ohjausvideon tarkoituksena on ohjeistaa terveydenhuollon henkilöstöä PCA-kipupumpun ohjelmoinnissa, käyttöön otossa sekä yleisimmissä ongelmatilanteissa. Ohjausvideota voidaan käyttää oman työn tukena sekä esim. henkilökunnan koulutuksessa ja perehdytyksessä. Tuote on tehty moniammatillisena yhteistyönä Oulun yliopistollisen sairaalan, Oulun seudun ammattikorkeakoulun ja

KYTKE-hankkeen syöpäpotilaan saattohoitoprosessin toimijoiden kanssa. Ohjausvideo on hyödynnettävissä Terveysportissa lokakuusta 2012 alkaen ja kirjallinen raportti on nähtävillä marraskuussa 2012 ammattikorkeakoulujen julkaisuarkistossa, Theseuksessa.

Oulun seudun ammattikorkeakoulun opiskelijat Tarja Mikkonen, Kaisu Pulli ja Tuija Somero hoitotyön koulutusohjelmasta tekivät opinnäytetyönsä liittyen syöpäsairaanhoitajien kokemuksiin antamastaan ohjauksesta ja tuesta palliatiivisessa hoidossa. Tutkimustulokset osoittavat, että kaikilla tiedonantajilla oli paljon samankaltaisia kokemuksia ja haasteita palliatiivisen hoidon asiakkaiden ohjauksesta ja tukemisesta. Tulosten mukaan ohjauksen ja tuen painopisteet vaihtelevat ja tähän vaikutti se, työskenteleekö tiedonantaja kotihoidossa vai osastotyössä. Tuloksissa korostui lääkehoidon merkitys ja hoitajien ohjaus kivunhoidossa. Vuorovaikutustaidot, kuunteleminen, vastavuoroisuus ja puhumisen taito koettiin tärkeäksi. Tulosten mukaan luottamuksen luominen, ihmisten kanssa mukana eläminen ja välittäminen kuuluvat syöpäsairaanhoitajan työhön. Opinnäytetyö tulee nähtäville loppuvuodesta 2012 ammattikorkeakoulujen julkaisuarkistoon, Theseukseen.

5.7 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 suunnitelmissa 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 erikoissairaanhoitollisten parantavien syöpähoitojen jälkeen. Hoidon suunnitelmat on koettu selkeyttäväiksi ja syöpäsairaanhoitajan vastaanotto toiminta hoidon koordinoinnissa tärkeäksi. Eri toimijoiden välinen tehtäväjako on selkeä, jolloin vältytään 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 vältyttiin 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.

Jatkosuositukset

Uusi palliatiivisen hoidon ja saattohoidon toimintamalli vaatii toteutuakseen ja jatkuakseen

- Johdon sitoutumista
- Henkilöressurssien 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
- Palliatiivisen yksikön toiminnan aloittamista erikoissairaanhoidossa

6 OMAHOIDON VAHVISTAMINEN PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA JA ”KOTOA KOTIIN”-PROSESSI

6.1 Kainuun osahankkeen palautteiden yhteenveto

Kainuun osahankkeen tavoitteena on omahoidon vahvistaminen perusterveydenhuollossa sekä Kotoa kotiin -toimintaprosessin ja ylisektorisen johtamisen kehittäminen yhteistyössä muiden osahankkeiden sekä teknologiatyöryhmän kanssa. Omahoitopalvelun käytöstä ja Kotoa kotiin”-prosessista kerättiin palautetta asiakkailta ja ammattilaisilta.

6.1.1 Tulosten tarkastelu tavoitteittain / Omahoidon vahvistaminen perusterveydenhuollossa

Tavoite 1. Omahoidon tuen teknisen sovelluksen kehittäminen

Koulutusarviointi

Omahoitopalveluun liittyviä koulutuksia arvioitiin palautteiden avulla. Koulutuksesta saatu palaute oli positiivista ja sitä antoi 90% koulutukseen osallistuneista. Koulutukseen osallistujat kokivat koulutuksen vastanneen heidän odotuksiaan ja saaneensa tarvittavan perehdytyksen omahoitopalvelun käyttöön, pitivät käyttöohjeita selkeinä ja käytännöllisinä sekä kokivat harjoitustehtävät tarpeellisiksi. Koulutettavat totesivat ensituntuman jälkeen ammattilaisen käyttöliittymän vaikeammaksi käyttää, kuin asiakkaan käyttöliittymän. Koulutuksen yleisarvosanaksi palautteen perusteella muodostui 8,9 (ka.). Koulutettavat arvioivat oman osallistumisen ja siitä muodostui arvosanaksi 8,1 (ka.). Välittömän palautteen perusteella koulutukset onnistuivat hyvin ja loivat omahoitopalvelun käyttöönotolle hyvät odotukset.

Koulutuksista saatuja kehitysideoita olivat muun muassa:

- varata enemmän aikaa harjoitusten tekemiseen
- tuoda käytännön tilanteita koulutuksen sisältöön
- koulutuksen jälkeisen ”flown” sopiminen koulutustilanteessa
- koulutettavat voisivat tutustua itse ensin omahoitopalveluun

Henkilöstön kokemukset

Omahoitopalvelun käytön osalta suoritettiin väliarviointi, joka toteutettiin kyselylomakkeella. Väliarvioinnilla selvitettiin, kuinka hyvin Kainuun omahoitopalvelu on otettu käyttöön ja mitä osioita terveydenhuollon ammattilaiset ovat palvelussa käyttäneet. Väliarvioinnilla selvitettiin myös käyttöönottoon liittyneitä asioita. Väliarviointiin vastasi 42 terveydenhuollon ammattilaista.

Kyselyyn vastanneista kahdeksan oli käyttänyt Kainuun omahoitopalvelua työssään. Seitsemän terveydenhuollon ammattilaista kertoi käyttävänsä palvelua 1-3 asiakkaan kanssa. Käytetyimmät osiot olivat viestin välitys (4) ja kotimittaukset (5). Tärkeimmiksi osioiksi oman työn kannalta vastaajat (n=34) kokivat viestipalvelut (24) ja kotimittausten seurannan (22). Myös ravinto- ja liikuntapäiväkirjat (13) sekä sähköiset lomakkeet nähtiin hyödyllisinä (8). Omahoitopalvelun käyttämättömyyden suurimmaksi syyksi osoittautui ajanpuute (14) ja muiden tietojärjestelmien vaatima aika (9). Myös asiakkaiden saaminen palveluiden käyttäjiksi osoittautui vaikeaksi (8).

Ammattilaisten välistä suojattua viestintää ei pilotoinnin aikana käytetty konsultointiin. Kainuussa terveydenhuollon ammattilaiset käyttävät mieluiten Effican viestipiikkiä tai puhelinta. Konsultoitavan ammattiryhmän puuttuminen pilotoinnista oli yhtenä syynä suojatun viestinnän käyttämättömyyteen. Omahoitopalvelussa olevan ammattilaisten välinen viestintä koettiin tärkeäksi ominaisuudeksi.

Kansanterveyshoitajalta saadun palautteen mukaan omahoitopalvelu soveltuu pienen opettelun jälkeen asiakastyöhön. Asiakastyössä on hyvä pystyä lähettämään viestejä asiakkaalle, vastata asiakkaalta saapuneisiin viesteihin ja tarkastella asiakkaan kotimittauksia sähköisesti. Kansanterveyshoitajan työhön soveltuvat omahoitopalvelun viestintä, asiakkaan kotimittaukset ja päiväkirja -osiot. Omahoitopalvelun käyttöönotto vaatii kuitenkin aikaa eikä uutta työtapaa omaksuta hetkessä. Omahoitopalvelu tekee asiakasviestinnästä helpompaa ja nopeampaa.

Loppuarviointia varten haastateltiin palvelua käyttäneitä kansanterveyshoitajia ja neuvolan terveydenhoitajia (n=4). Omahoitopalvelun käyttö on koettu helpoksi henkilöstön keskuudessa. Koulutuksista on saatu tarvittava perehdytys palvelun käytölle. Koulutuksessa jaettu koulutuskansio materiaaleineen on ollut hyvä apu opetellessa käyttämään palvelua. Alussa intensiivisempää opastusta olisi kuitenkin tarvittu enemmän. Alussa asiakkaita olisi toivottu olevan enemmän, kuitenkin niin että hoitajat olisivat hoitaneet rekrytoinnin. Tuolloin palvelun käyttö pilotoinnin alussa olisi onnistunut paremmin. Tulevaisuudessa palvelun käytön aloittamiseen on hyvä varata aikaa ja kehittää toimiva tapa palvelun käyttöönottoon asiakkaiden kanssa.

Käytetyin ominaisuus oli viestintä ja toiseksi aktiivisin oli kotimittaustulokset. Neuvolassa käytettiin enemmän viestintäominaisuutta ja kansanterveyshoitajat käyttivät kotimittausominaisuutta. Palvelussa olleet lomakkeet ja päiväkirjat eivät olleet pilotoinnissa aktiivisessa käytössä. Lomakkeissa nähtiin kuitenkin hyvää potentiaalia, kunhan asiakkaat saadaan totutettua käyttämään niitä paperisten versioiden sijasta. Asiakkaiden rekrytointi omahoitopalvelun käyttöön oli hankalaa. Palvelun esittelystä ja esitteiden jakamisesta huolimatta palvelun käyttö asiakkaiden keskuudessa oli vähäistä. Innostusta palvelua kohtaa oli kuitenkin paljon.

Omahoitopalvelun käytöllä ei ollut lisäävää vaikutusta hoitajien työmäärään. Yksi haastateltavista kuitenkin koki palvelun käytön taakaksi pilotoinnin alussa. Työskentelyn sisäistyksen jälkeen palvelu tuntui kuitenkin oivalta vaihtoehdoiselta työtavalta hoitaa työtehtäviä.

Sekä neuvolan- että kansanterveyshoitajien mielestä asiakasviestintä on sujuvaa omahoitopalvelun avulla. Asiakasmäärän kasvaessa saapuvien viestien määrään ei uskota kasvavan liian suureksi. Viestinnässä nähtiin positiivisena, että sillä voi pitää kiinni omista asiakkaista. Kansanterveyshoitajien mielestä palvelu korvaa aktiivisten asiakkaiden kohdalla käytössä olevan paperisen kotimittausvihkon. He myös kokevat palvelua käyttävien asiakkaiden täyttävän tunnollisemmin kotimittaustuloksia.

Jos palvelu saataisiin jatkuvaan käyttöön, kansanterveyshoitajien näkemyksen mukaan palvelulla voisi harventaa aktiivisten omahoitoasiakkaiden käyntejä terveysasemalla. He muistuttavat, että omaehtoisuus ei välttämättä lisäännä palvelun avulla ja kohdistu kaikkiin asiakkaisiin. On edelleen asiakkaita, joille kotimittausten kirjaaminen ruutuvihkoon ja kontrollikäynnit hoitajalla ovat tärkeimmät kannustavat tekijät sairauden hoitoon. Omahoitopalvelu tukisi ja täydentäisi nykyisiä palveluita.

Omahoitopalvelulla on mahdollisuus hoidon asteittaiseen parantumiseen ja asiakkaiden motivaation lisäämiseen. Asiakkaiden palaute hoitajien suuntaan on ollut positiivista. Negatiivisena asiana koettiin vähäinen käyttö ja muutamat tietotekniset ongelmat. Arvostusta annettiin ongelmien korjausnopeudesta ja omahoitopalvelun käyttöön annetuista ohjeista. Integroimattomuus potilastietojärjestelmään ei noussut palvelun käyttämisen suhteen kynnykseksi.

Terveydenhuollon ammattilaisten ilmoittamia kehittämiskohteita omahoitopalvelussa ovat:

- integraatio Efficään - esimerkiksi Marevan antigo -lomakkeen tuonti omahoitopalveluun
- mahdollisia (vertaistuki)ryhmiä palveluun - esimerkiksi imetys, painonhallinta
- ajanvaraus neuvolassa

Asiakkaiden kokemukset

Omahoitopalvelun asiakaspalaute kerättiin sähköisen kyselyn avulla (n=4). Kyselyyn vastasi neljä asiakasta. Käytetyimmät ominaisuudet olivat viestin lähetys / vastaanottaminen ja kotimittausten tallentaminen. Omahoitopalvelu koettiin helppokäyttöiseksi ja asiakkaat kokivat saaneensa hyvin tukea omahoitopalvelun käyttöön liittyvissä ongelmatilanteissa. Palvelun käyttö koettiin hyödyllisenä, koska palvelun kautta hoitajan tavoitti hyvin. Omahoitopalvelu oli asiakaspalautteen perusteella helpottanut yhteydenpitoa terveydenhuollon ammattilaiseen. Asiakkaat ovat halukkaita käyttämään palvelua myös tulevaisuudessa. Viestintäominaisuutta pidettiin hyvänä, koska tuolloin mieleen tulleen kysymyksen pystyi lähettämään mihin aikaan tahansa.

Asiakkaiden mielestä omahoitopalvelua tulisi kehittää. Palveluun toivottiin mahdollisuutta varata aika terveydenhuollon palveluihin ja tarkistaa voimassa olevat ajanvaraukset. Palvelua tulisi kehittää siten, että laboratoriotutkimuksien ja niiden tuloksien tarkastelu olisi mahdollista. Asiakkaiden henkilöstölle antama palaute oli positiivista.

6.1.2 Tulosten tarkastelu tavoitteittain / ”Kotoa kotiin” – prosessi

Tavoite 1. Asiakkaan itsenäistä selviytymistä tukeva kotihoito

Kotona asumisen suunnitelman toimivuutta ja käytettävyyttä arvioitiin Eläkeliiton Kainuun piirin jäsenille jaetulla kyselyllä. Kotona asumisen suunnitelmia ja arviointilomakkeita jaettiin 66 kappaletta. Arviointilomakkeita palautui 17 kappaletta. Kyselyyn vastanneet kokivat Kotona asumisen suunnitelman tarpeelliseksi ja hyödylliseksi tulevaisuutensa suunnittelussa. Kotona asumisen suunnitelma täytetään mieluiten vielä paperiversiona. Sitä aiottiin hyödyntää toimintakyvyn alentuessa kertomalla siitä läheisille tai hoitavalle henkilölle. Tietoja aiotaan pitää ajan tasalla. Ehdotettiin myös tilaa sairauksien ja lääkityksen tarkemmalle kuvaamiselle. Suunnitelman sisältöön ehdotettiin lisättäväksi yhteystiedot keneen voi ottaa yhteyttä ongelmatilanteessa, tietoa henkilön vammaisuudesta, tietoa edunvalvonnan asiakkuudesta, hoitotestamenttia ja tietoa yleensä elämän päättymiseen liittyvistä toiveista. Kritiikkiä esitettiin kysymysten ymmärrettävyydestä ja tulkinnasta sekä suunnitelman hyödynnettävyydestä toimintakyvyn äkillisesti heikentyessä. Suunnitelma aiotaan säilyttää tärkeiden papereiden joukossa.

Kotona asumisen suunnitelmaa on kehitetty pilotoinnista saadun palautteen mukaisesti. Suunnitelmaan on lisätty mm. hoitotestamentti ja yhteystiedot erikseen sekä terveydentilan heikentymiseen että kotona pärjäämiseen liittyvissä asioissa.

Tavoite 2. Hallittu siirtyminen kotoa hoitoyksikköön

Kotihoidon lääkärikonsultaatiota kokeiltiin Kajaanin keskustan, Teppanan, Purola-Puistolan ja Lehtikankaan alueiden, Sotkamon ja Suomussalmen kotihoidossa. Kajaanissa ja Sotkamossa konsultointi tapahtui suoraan lääkärille, Suomussalmella päivystävän sairaanhoitajan kautta. Erilaisista lääkäriresursseista ja aikaisemmista käytännöistä johtuen Sotkamossa ja Kajaanin Lehtikankaalla ei konsultaatioita rajattu tiukasti kiireellisiin asioihin, vaan lääkäriltä voitiin kysyä muitakin asioita asiakkaan puolesta, jolloin välttyttiin tarpeettomilta käynneiltä vastaanotolla.

Palaute kerättiin pilotoinnin ajalta seurantalomakkeella, jolla selvitettiin asiakkaan ikä, konsultoinnin aihe, tulos ja saatavuus. Lomakkeita palautui 98 kpl, joista Kajaanista 38 kpl, Sotkamosta 51 kpl ja

Suomussalmelta 9 kpl. Lomakkeiden määrä ei vastaa todellista konsultaatioiden määrää, koska kaikkia konsultointeja ei ole kirjattu seurantalomakkeille.

Konsultoinnin tarpeessa olleista asiakkaista 80 % oli yli 75-vuotiaita, mikä vastaa kotihoidon asiakasrakennetta. Joihinkin seurantalomakkeisiin oli merkitty useampi konsultaation aihe, jotka on otettu myös tuloksissa huomioon. Yleisimmiksi (26 %) konsultaation aiheiksi nousi lääkitys ja laboratoriotulokset. Muita konsultaation aiheita olivat mm. sydän- ja verisuonisairaudet (11%), virtsatieinfektiot (7%) ja muistisairaudet (7%), josta konsultointiin ainoastaan Sotkamossa.

Sotkamossa ja Suomussalmella asiakas sai tarvitsemansa avun kaikissa konsultaatiotapauksissa, Kajaanissa 89 %:ssa. 70%:ssa konsultaatioista asiakas vältti tarpeettoman päivystys-/ajanvarauskäynnin. Sotkamossa on huomioitu myös tarpeeton ajanvarauskäynti, Kajaanissa ja Suomussalmella vain päivystyskäynti. Kotihoito vältti tarpeettoman uusintakäynnin 56%:ssa konsultaatioista. Kotihoidon uusintakäynti johtui usein siitä, että kotihoito haki apteekista lääkärin määräämät lääkkeet ja toimitti ne asiakkaalle.

94 % vastaajista koki, että konsultaatio oli helposti saatavilla. Kolme vastaajista oli kirjannut lomakkeeseen, että Suomussalmella konsultointi päivystävän sh:n kautta kesti suhteettoman kauan (pisimmillään 2,5h), jolloin kotisairaanhoidaja ei enää ollut asiakkaan luona. Suomussalmella toivottiin myös suoraa lääkärikonsultaatiomahdollisuutta. Kajaanissa kahdessa tapauksessa oli konsultoitu KAKS:n päivystävää lääkäriä. 88% vastaajista koki, että konsultaatio oli sujunut sovitun käytännön mukaan.

Tavoite 3. Kotiutukseen valmentava hoito yksikössä

KYTKE –hankkeessa on seurattu kotiutuksen uuden mallin vaikutuksia 18.10.2011 – 28.3.2012 välisenä aikana Kainuun keskussairaalan osastoilla 6-9. Seurannan kohteena on ollut kehittäjätyöntekijän valmistelemien kotiutusten määrä, kotiutuvien ikäjakauma, eri palveluiden piiriin kotiutuvien määrä ja sosiaalityöntekijän asiakkaaksi ohjattavien potilaiden määrä. On seurattu myös montako asiakaskontaktia kotiutusten valmistelu vaatii kehittäjätyöntekijältä, jotta saataisiin kuva kotiutusten valmistelun vaatimasta työstä. Tilastointipäiviä pilotoinnin aikana kertyi 94.

Seurannan ajan potilaiden ikäjakauma on ollut 71 % (1687) alle 75 –vuotiaita ja 29 % (695) yli 75 –vuotiaita. 15 % (356) potilasta on siirtynyt jatkohoitoon terveyskeskussairaaloihin. Koko seurantajakson aikana kehittäjätyöntekijä osallistui 123 potilaan kotiuttamiseen, joista n. 80 % oli yli 75-vuotiaita. Kotiutusten valmisteluun on tarvittu yhteensä 895 asiakaskontaktia eli 7,3 kontaktia/kotiutus. Asiakaskontaktit ovat muodostuneet potilaiden taustatietojen kartoittamisesta, keskusteluista hoitajien ja lääkäreiden kanssa, yhteydenotoista omaisiin ja jatkohoidon järjestäjiin sekä apuvälineiden järjestämisestä. Ensimmäisen seurantakuukauden aikana (24 tilastointipäivää) kaikki potilaat (25), joiden kotiutukseen kehittäjätyöntekijä osallistui, olisivat siirtyneet ilman hänen aktiivisuuttaan terveyskeskussairaalaan vain kotiutusta varten. Tällä on merkittävä vaikutus niin potilaspaiikkojen kannalta kuin taloudellisesti. Tulos voidaan osoittaa luotettavasti vain ensimmäisen kuukauden seurantajaksoilta, koska sen aikana toimintatavan muutosta muissa työntekijöissä ei vielä ollut tapahtunut. Myöhemmin tilastoiduissa luvuissa on mukana myös kotiutuksia, jotka osaston sairaanhoitajat ovat toteuttaneet uuden mallin mukaisesti, mutta kehittäjätyöntekijä on ollut mukana kotiutuksen valmistelussa.

Asiakaspalautetta varten haastateltiin kahta potilasta n. kahden viikon kuluttua kotiutumisesta. Heidän keski-ikä oli 86 vuotta. Potilaat eivät kokeneet saaneensa osallistua hoitonsa suunnitteluun vaan lääkäri

määräsi, hoitajat toteuttivat hoidon. Molemmat kokivat kuitenkin saaneensa tarvittavan hoidon. Ohjausta liikkumiseen/toimintakyvyn ylläpitämiseen ei osastoilla annettu.

Osastopalaute kotiuttamistoiminnan kehittämisestä järjestettiin KAKS:n osastojen 6-9 henkilökunnalle pilotoinnin jälkeen. Vastauksia saatiin 44 kpl. Hajonnat olivat suuria osastojen välillä. Monivalintaväittämien vastausvaihtoehdot olivat liukumalla 1 =erimieltä – 5=samaa mieltä.

Yhtä osastoa lukuun ottamatta henkilöstö koki, että asiakas ja/tai omainen otetaan mukaan kotiutuksen/jatkohoidon suunnitteluun. Keskiarvo (ka) 3,4; keskihajonta (kh) osastojen välillä 0,6. He myös kokivat, että kotiuttamisia ennakoidaan ja suunnitellaan (ka 3,7, kh 0,6). Kuntouttavan työotteen käyttöä toteutetaan kaikilla osastoilla henkilöstön mukaan hyvin (ka 4,1; kh 0,2). Yhteinen hoitosuunnitelma osastojen välillä ei toteudu. Kolmella osastolla kirjataan hoitosuunnitelmat WHOIKE-näkymään (ka 4,0; kh 0,9), avataan jatkohoitokomponentti sitä tarvitseville potilaille (ka 3,6; kh 0,8), ja päivitetään potilaan lääkelehti ennen jatkohoitoon siirtymistä (ka 3,3; kh 0,6). Kolmella osastolla henkilöstö myös koki, että kotiutukset valmistellaan hyvin (ka 3,4; kh 0,8).

Osahankkeessa selvitettiin myös, miten henkilöstö on kokenut kotiutustoiminnan kehittämisen osastoilla. Kolmen osaston henkilöstö koki, että kotiutustoiminnan kehittäminen on saanut aikaan toimintatavan muutoksen osastoilla (ka 3,2; kh 0,3). Kaikkien osastojen henkilöstö koki, että moniammatillinen yhteistyö on lisääntynyt (ka 3,5; kh 0,2) ja kotiutushoitaja on helpottanut heidän työtään kotiutuvien potilaiden jatkohoidon järjestelyssä (ka 3,9; kh 0,5).

Avoimessa palautteessa kotiutustoiminnan kehittämisestä nousi esiin seuraavanlaista palautetta:

- Kiireen takia optimaalinen toiminta ei onnistu
- Lääkäreiden toiminta vaikeuttaa ja hidastaa kotiutusten tekemistä (siirtopäätös, hoitosuunnitelman puuttuminen, iltaan venyvät kotiutukset)
- Kotisairaanhoidon resurssit vähäiset ja hoitotoimenpiteet hyvin rajalliset
- Erillinen kotiutushoitaja hyvä
- Kotiutushoitajalla hyvät tiedot / taidot järjestää kotiutukset
- Vähentää turhia tk-siirtoja
- Kotiutushoitaja helpottaa ja vähentää osaston sh:n työtä
- Kotiutushoitaja tukena monimutkaisissa kotiutuksissa
- Kotiutuksen järjestely usein paljon aikaa vievää

Tavoite 4. Turvallinen kotiutus asiakkaan hoidontarvetta vastaavasti

Kotiutushoitaja oli järjestämässä haastateltujen asiakkaiden kotiutusta. Asiakkaat kokivat hyvänä asiana kotiasioiden selvittämisen ja sen, että kotiutusasiat otettiin hyvissä ajoin esille. Molemmat olivat saaneet tarvittavat avut kotona pärjäämiseen ja olivat pärjänneet hyvin, vaikka sairaalassa ollessa kotiutuminen oli pelottanut.

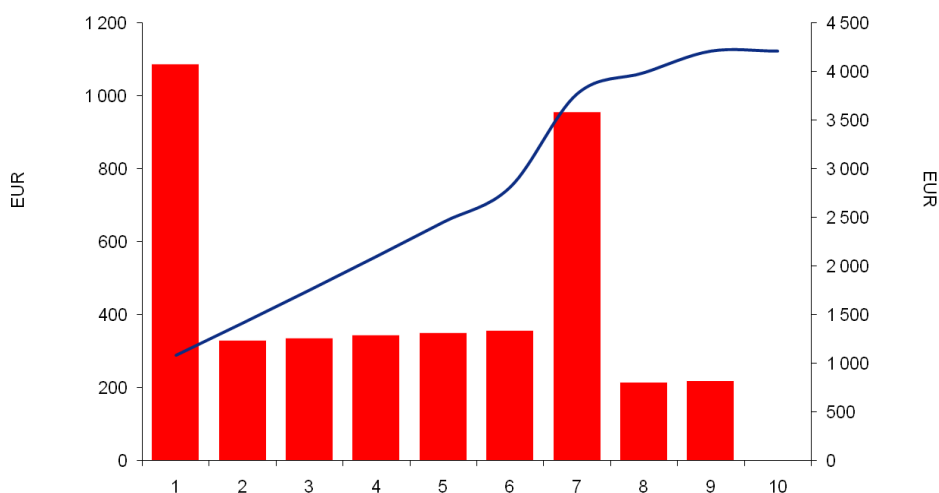
Henkilöstö koki, että jatkohoitoon pääsyn viivästyessä potilaan jatkohoidon tarve arvioitiin uudestaan ennen siirtoa hoitoa jatkamaan yksikköön (ka 3,7; kh 0,7). Yhteystiedot hoitoa jatkamaan yksikköön voisi olla helpommin löydettävissä (ka 3,3; kh 0,5).

Pilotoinnin aikana selvisi, että tiedonkulku erikoissairaanhoidon ja kotihoidon välillä ei toimi toivotulla tavalla yhteisestä Effica-tietojärjestelmästä huolimatta. Erikoissairaanhoidolla on ollut rajattu katseluoikeus, mikä on estänyt henkilöstöä näkemästä kotihoidon kirjauksia. Tämän vuoksi esh:ssa ei ole aina ollut saatavilla tietoa edes potilaan asiakkuudesta kotihoitoon, mikä on vaikeuttanut jatkohoidon järjestelyä. Myös tieto potilaan toimintakyvystä ennen sairaalahoitoa on tärkeä tieto potilaan hoidon ja kuntouttamisen kannalta. Katseluoikeuksien laajentaminen on annettu vanhuspalvelupäällikölle ja potilastietojärjestelmästä vastaavalle hoidettavaksi.

6.2 Kustannushyötyanalyysi

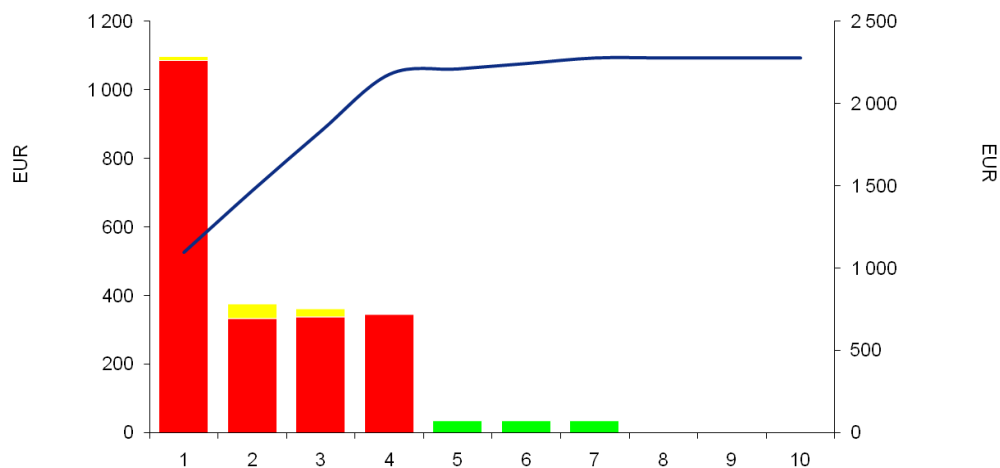
Kotoa kotiin – prosessiin liittyvän kotiuttamistoiminnan taloudellisia vaikutuksia arvioitiin kustannushyötyanalyysillä. Yhden potilaan kotiutuksesta tehtiin case – analyysi, jossa tarkastelujakso on 10 päivää. Esimerkkitapauksessa on 80-vuotias vuodepotilas, jota puoliso hoitaa kotona omaishoitajana. Hän asuu kunnan taajama-alueella n. 100 km erikoissairaanhoidosta. Potilas valittaa rintakipua, hänellä on ollut sydänoireita aikaisemminkin. Puoliso soittaa hätäkeskukseen, josta tilataan ensihoitopalvelu paikalle. Kustannusten lasku on aloitettu ensihoitopalvelun saapumisesta kotiin.

Tapauksesta tehtiin kolme mallia, joista kahdessa ensimmäisessä potilas siirretään päivystyskäynnin jälkeen erikoissairaanhoidon vuodeosastolle. Sairaalapainotteisessa mallissa (kuvio 17) potilas siirretään terveyskeskussairaalaan vain kotiutumista varten. Ennen siirtoa hän joutuu jonottamaan paikkaa erikoissairaanhoidossa viikonlopun yli. Kotiutus tapahtuu toisena hoitopäivänä siirrosta.



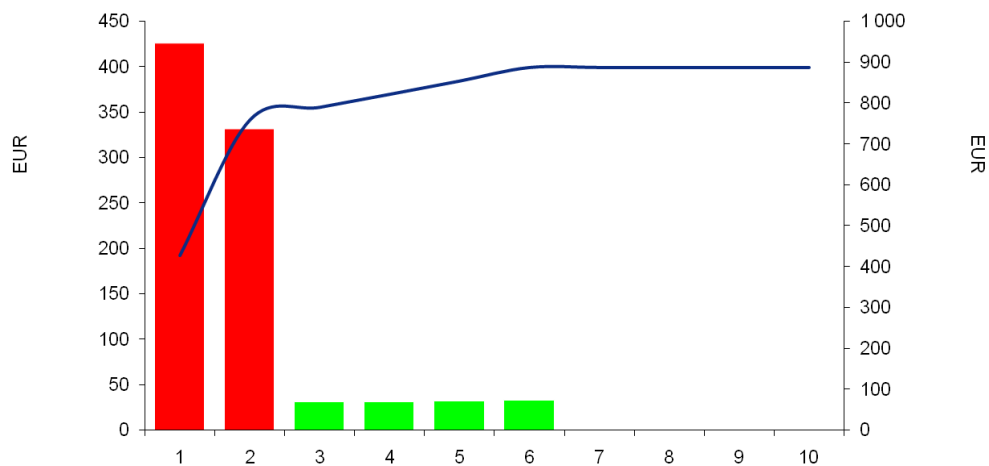
Kuvio 17. Sairaalapainotteinen hoito.

Kotihoitopainotteisessa mallissa (kuvio 18) potilas kotiutuu hyvin suunnitellun kotiutuksen vuoksi tilapäisen kotihoidon turvin suoraan erikoissairaanhoidosta. Sairaalapainotteisen ja kotihoitopainotteisen mallin välillä kustannussäästö on 46 %.



Kuvio 18. Kotihoitopainotteinen hoito.

Kolmas malli (kuvio 19) on tehty oletuksena, että hoito olisi voitu toteuttaa terveyskeskussairaalassa erikoissairaanhoidon lääkärin konsultaation turvin. Tällöin kustannuksia olisi säästynyt sairaalapainotteiseen malliin verrattuna 82 %. Kustannuksiin on laskettu kuljetuskustannukset, hoitopäivähinnat, kotihoidon käyntimaksut ym. ns. kiinteät kustannukset. Kustannuksissa ei ole huomioitu mm. tutkimuksista aiheutuneita kustannuksia.



Kuvio 19. Terveyskeskuspainotteinen hoito.

6.3 Johtopäätökset ja jatkosuositukset

Omahoidon vahvistaminen perusterveydenhuollossa

Omahoitosivusto osoittautui hyväksi käytännöksi ja se jää pysyväksi osioksi Kainuun maakunta - kuntayhtymän verkkosivuille. Hyvinvointiin, terveyteen ja sairauksiin liittyvä tieto on keskitetysti

kainuulaisten saatavilla tulevaisuudessa. Omahoitosivuston ylläpito on siirtynyt Kainuun maakunta -kuntayhtymän vastuuhenkilöille, jotka jatkossa vastaavat sivuston ylläpidosta ja kehittämisestä.

Omahoitopalvelun toimintatapojen ja -mallin työstäminen henkilöstön keskuudessa vaatii vielä aikaa ja kehittämistä. Yhteistyö kehittämishankkeiden ja organisaation kanssa on avainasemassa, kun omahoitopalvelu päätetään ottaa käyttöön Kainuun maakunta -kuntayhtymässä. Toimintatavan muutoksesta ja käyttöönotettavasta palvelusta tulee tiedottaa varhaisessa vaiheessa niin henkilöstöä kuin myös asiakkaita. Toimintakulttuurin muutos tapahtuu hitaasti ja pienin askelin. Käyttöönotto vaihe edellyttää riittävää henkilö- ja talousresursointia. Kainuun omahoitopalvelun pilotoinnilla annettiin alku toimintakulttuurin muutokselle. Omahoitopalvelun pilotointi onnistui ja kokemukset palvelun käytöstä olivat positiivisia. Negatiivisena asiana koettiin pilotoinnin lyhyt kesto ja epävarmuus palvelun jatkumisesta.

Omahoitopalvelun koulutukset eivät yksin riitä palvelun käytön sisäistämiseen ja käyttöönottoon. Palvelua tulee markkinoida terveydenhuollon ammattilaisille ja asiakkaille. Lisäksi toimintatapojen ja -kulttuurin muokkaamiseen on hyvä käyttää motivoivan koulutuksen työpajoja. Ammattilaisten koulutusten jälkeinen ”tsemppaaminen” on tärkeässä roolissa käyttöönoton kannalta. Asiakkaille tulisi järjestää kuntalaiskoulutusta. Kuntalaiskouluttajista on saatu hyviä kokemuksia Oulussa ja niitä olisi hyvä hyödyntää mahdollisuuksien mukaan Kainuussa.

Osa henkilöstöstä lähti ennakkoluulottomasti käyttämään omahoitopalvelua. Positiivista oli, että he käyttivät palvelua 1-3 asiakkaan kanssa. Ajanpuutteeseen olisi pitänyt puuttua siten, että esimiehet olisivat määritelleet ajanvarauskirjoihin tietyn ajan, jolloin henkilöstö olisi palvelua käyttänyt. Hoitajien pyynnöstä asiakkaiden rekrytointi jäi heidän itsensä vastuulle, koska pelkona oli että palvelun asiakasmassa olisi suuri ja se aiheuttaisi viestitulvan palveluun. Omahoitopalvelua olisi kuitenkin ollut hyvä markkinoida näkyvämmiin ja järjestää terveysasemille teemapäivät, jolloin omahoitopalvelua olisi esitelty kansanterveyshoitajien ja neuvolan asiakkaille.

Markkinointisuunnitelma puuttui omahoitopalvelun pilotoinnissa. Pilotoinnin suunnitteluvaiheessa pilotointiin osallistuvan henkilöstön kanssa päätettiin, että hoitajat saisivat itse rekrytoida asiakkaansa palvelun käyttäjiksi. Pilotoinnin alussa hoitajat mainostivat palvelua paljon ja asiakkaat olivat innostuneita asiasta. He jakoivat asiakkaille omahoitopalvelun esitteitä, joissa esiteltiin palvelun sisältö ja kehoitettiin tutustumaan palveluun itsenäisesti. Innostuksesta huolimatta omahoitopalvelun käyttö asiakkaiden keskuudessa jäi vähäiseksi. Erillinen markkinointisuunnitelma ja markkinoinnin toteuttaminen on tärkeää palvelun käyttämisen käynnistymisen kannalta, jos ja kun omahoitopalvelu otetaan tuotantokäyttöön Kainuussa. Henkilöstön motivointi uuden toimintakulttuurin vastaanottoon on tärkeässä roolissa. Markkinoimalla omahoitopalvelua tavoitetaan kaikki sen piiriin haluavat asiakkaat.

Organisaation tarkempi koordinointi ja sitoutuminen tekisivät kehittämistyöstä ja omahoitopalvelun käyttöönotosta hallitumpaa. Ne myös helpottaisivat realististen ja konkreettisten tavoitteiden asettamista omahoitopalvelulle.

”Kotoa kotiin”- prosessi

Kotona asumisen suunnitelma saatiin hankkeessa kehitettyä ja kokeiltua sitä kohderyhmän kanssa. Tulokset osoittautuivat hyviksi ja suunnitelma herätti laajaa kiinnostusta messuilla ja seminaareissa. Suunnitelmasta saatu palaute kuntatoimijoilta oli positiivista. Hankkeen aikana suunnitelmaa ei ehditty kokeilla

ammattilaisen työkaluna hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisessa. Myös suunnitelman käyttöönotto ja markkinointi jäävät hankkeen osalta vähäiseksi.

Kotihoidon nopea lääkärikonsultaatio osoittautui hyväksi käytännöksi ja se jää pysyväksi toimintamalliksi koko Kainuuseen. Lääkärikonsultaation ongelmaksi nousi hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointi ja sitä kautta oikean konsultointitavan käyttö. Puhelinkonsultaation myötä päivystävältä lääkäriltä kysyttiin myös kiireettömiä asioita, jotka olisi voinut hoitaa viestipiikin kautta tai lääkäritunnin aikana.

Kotiuttamistoiminnan kehittämisen tuloksena syntynyt kotiuttamisen uusi malli on koottu käytännön kotiuttamistyötä tekeville Kotiuttamistoiminnan käsikirjaksi. Kotiutushoitajakokeilun tulosten perusteella todettiin, että kotiutushoitajaa parempi vaihtoehto on kotiutuskoordinaattori, joka toimii kotiutushoitajaa enemmän erikoissairaanhoidon, terveyskeskussairaalan ja kotihoidon välisenä koordinoijana. Näin potilaat saadaan sijoitettua paremmin heidän hoidon tarvetta vastaaville paikoille.

Hankkeen aikana tehdyt tilastoinnit osoittavat, että merkittävä pullonkaula hoitoketjun sujuvuuden kannalta on terveyskeskussairaaloista jatkohoitoon pääsy. Koska terveyskeskussairaaloissa jonottaa jatkohoitoon pääsyä yhden hoito-osaston verran potilaita, tämä vaikuttaa merkittävästi jatkohoitoon pääsyyn erikoissairaanhoidosta. Jos potilaita ei saada siirrettyä jatkohoitoon erikoissairaanhoidosta, vaikuttaa se osastojen toimintaan ja sitä kautta myös sairaalan muuhun toimintaan, kuten toimenpiteiden tekemiseen.

Jatkosuositukset:

Uusi kotiutuksen malli vaatii toteutuakseen ja jatkuakseen

- Kotona asumisen suunnitelman aktiivista käyttöönottoa ja markkinointia
- Kotihoidon ohjeistamista niistä tilanteista, milloin konsultointi on järkevintä hoitaa puhelimitse, viestipiikillä ja lääkärintunnilla.
- Ensihoidon hyödyntämistä kotihoidon työtehtävissä tai konsultaatioissa
- Kotiutuskoordinaattorin tehtävän perustamista yhteiseksi erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon rajapintaan
- Kiertävää kotiuttamisvuoroa osastoille, jolloin kotiuttaminen tulee tutuksi

7 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON YHTEISTYÖN KEHITTÄMINEN

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. Sosiaalityöntekijät olivat mukana 15 hoitopalaverissa. Sosiaalityöntekijöiltä kerättiin arviointitietoa paperilomakkeella. Palautteessa he arvioivat pilotointia kokonaisuudessaan sosiaalityön näkökulmasta. Palautetta analysoitiin hankekokonaisuuden päätavoitteiden mukaisesti.

7.1. 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 viitekehityksessä

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.

Tavoite 3. Ottaa käyttöön informaatioteknologiaa uusin 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 työkäytäntöinä 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 syöpäsairaanhoitaja/jatkohoitopaikan seuraava taho voi saumattomasti viedä potilaan asioita eteenpäin. Tarvittaessa tieto voidaan lähettää myös kunnan sosiaalitoimeen.

7.2 Kustannushyötyanalyysi

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.

7.3 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 mutkatonta.

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 kehittämässä. KYTKE-hankkeessa suunniteltu sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen hoito -ja palvelusuunnitelmaluonnos ja sen jatkokehittäminen antaa erinomaisen työväliseen yhteistyön parantamiseen. Yhteisenä visiona sekä terveyden – että sosiaalihuollossa pitäisi olla asiakkaan kotona pärjääminen.

8 SUOJATUN VIESTINTÄRATKAISUN ARVIOINTI

KYTKE hankkeen suojatun viestintäratkaisun käyttäjäkysely toteutettiin Oulu pohjoisen, Oulu eteläisen ja PPSHP:n osahankkeiden toiminta-alueen käyttäjille 1.3.–15.4.2012 Zef-kyselynä. Suojatun viestinnän käyttäjäkyselyn tarkoituksena oli selvittää hankkeessa pilotoidun sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten välisen viestintäratkaisun sekä sen käyttöön liittyvän toimintamallin käyttökelpoisuutta potilaan asioihin liittyvässä viestinnässä. Kyselyn päättymishetkellä (15.4.) viestintäratkaisu oli ollut käytössä hankkeen piloteissa noin 5 kuukautta.

Suojatun viestinnän kyselyn osallistumiskutsu lähetettiin kaikkiaan 213:lle käyttäjälle, jotka kyselyn alkamishetkellä olivat tai olivat olleet pilotoitavan viestintäratkaisun käyttäjinä käyttäjätietokannassa. Vastaajia pyydettiin kyselyn avulla kertomaan kokemuksiaan sekä omia näkemyksiään pilotoidun ratkaisun ja toimintamallin vahvuuksista ja kehittämisehdotuksia omaan työhönsä peilaten. Kyselyn kokonaisvastausprosentti oli 33,8 (72/213). Vastaajista 76,1 % oli vastaushetkellä käyttänyt pilotoitavaa viestintäratkaisua. Vastausaktiivisuus jakaantuminen osahankkeittain on kuvattu taulukkoon 7.

Taulukko 7. Vastausaktiivisuuden jakautuminen.

Osahanke	Vastausaktiivisuus (%)	Vastaajat/osahankkeille lähetetyt kyselyt
Oulu Pohjoinen	30,80 %	33/107
Oulu Eteläinen	32,20 %	19/59
PPSHP	42,60 %	20/47

Vastaajat jakaantuivat ammattiryhmittäin laaja-alaisesti (taulukko 8).

Taulukko 8. Vastaajat ammattiryhmittäin tarkasteltuna.

Ammattiryhmä	Osuus vastaajista (%)
Lääkärit	2,8 %
Sairaanhoidajat	40,3 %
Terapeutit	34,7 %
Lähi/perushoitajat	4,2 %
Osastonsihteerit	2,8 %
Sosiaalityöntekijät	5,6 %
Muut	9,7 %

Tulosten vastauksissa ei pääosin ollut osahankkeittain merkittäviä eroavaisuuksia, joten vastaukset käsiteltiin yhtenä ryhmänä. Merkittävät poikkeamat on esitetty tulosten yhteydessä. Kyselyn vastausten tulosten yhteydessä ilmoitettu prosenttiluku kertoo, kuinka monta prosenttia kysymykseen vastanneista oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa, ellei toisin sanota.

1. Käyttötarkoitus, perehdytys ja käytön tuki

Valtaosa kyselyyn vastanneista (91,4 %) ilmoitti tietävänsä, mihin suojattua viestintäratkaisua voi käyttää. Suojattua viestintää oli käytetty pääasiallisesti potilaiden siirtymisiin liittyvässä tiedottamisessa, ohjeistamisessa eri hoitoon osallistuvien toimijoiden välillä, jatkohoito-ohjeiden ja lausuntojen välittämisessä, erilaisissa konsultaatioissa (esim. kivunhoito, terapia- ja apuvälineasiat) sekä tiedotteiden jakamisessa. Kaikista kyselyyn vastanneista suurin osa koki saaneensa riittävästi perehdytystä viestintäratkaisun käyttöön (95,7 %) sekä riittävästi käytön tukea ongelmatilanteissa (84,8 %). Ongelmatilanteiden tuen osalta vastauksissa näkyi kuitenkin tilastollisesti merkittäviä eroja osaprojekteittain siten, että PPSHP:n osaprojektin vastaajista 100 % koki saamansa tuen täysin tai jokseenkin riittäväksi, kun Oulu Eteläisen osaprojektin osalta vastaava tulos oli 70,9 % ja Oulu Pohjoisen osalta 83,3 %.

2. Vaikutukset työskentelyyn ja työmäärään

Hieman yli puolet kyselyyn vastanneista (60,3 %) koki, että suojatun viestinvälityksen hyödyntäminen on helpottanut heidän työskentelyään. Kaikista vastanneista 20 % koki, että ratkaisun käytöllä on ollut jonkin verran työmäärää lisäävää vaikutusta. Vastausten jakaantumisessa oli tältä osin eroavaisuuksia siten, että Oulu Eteläisen osaprojektista 12,5 %, Oulu Pohjoisen osaprojektista 17,2 % ja PPSHP:n osaprojektin vastaajista 30 % koki työmäärän jollakin tavalla lisääntyneen.

3. Koettu hyöty

Suojattu viestinvälitys koettiin tarpeelliseksi tiedonvälittämistavaksi (88,4 %) ja tiedon vaihdon koettiin onnistuneen ratkaisun avulla (68,3 %). Toimintamallin koettiin soveltuvan hyvin potilaan hoitoon liittyvään tiedonvaihtoon eri toimijoiden välillä (92,4 %). Soveltuvuuden osalta oli kuitenkin huomattavissa eroja erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon toimijoiden vastauksissa siten, että PPSHP:n osahankkeen vastaajista 100 % oli väittämän kanssa täysin tai jokseenkin samaa mieltä, kun taas Oulu Eteläisen osahankkeen vastaajilla vastaava näkemys oli 83,3 %:lla vastaajista (Oulu Pohjoinen 93,1 %).

Tiedon on koettu siirtyvän potilaan hoitoon osallistuvien toimijoiden välillä aiempaa nopeammin (80,4 %) käytössä olleen tiedonvälityskanavan kautta verrattuna perinteiseen puhelimitse tai läheteiden/palautteiden mukana kulkevien tietojen kautta. Avoimissa vastauksissa nousi esiin, että potilastietojen käsittelyn ja potilaan asioiden hoitamisen on koettu nopeutuneen, kun potilaasta on saatu henkilötunnuksen lisäksi kaikki tarvittavat tiedot ja dokumentit välitettyä oikealle taholle. Koska ratkaisu on käytössä ympäri vuorokauden, se tukee myös vuorotyöläisten tiedonvälitystarvetta verrattuna puhelimeen, jonka käyttöä rajoittavat mm. puhelinajat ja oikeiden ihmisten tavoittamisen hankaluus. Ratkaisu mahdollistaa myös luotettavan ja avoimen kanavan keskustella potilaan hoitoon liittyvistä asioista. Viestintäjärjestelmän kautta saatu tieto on tukenut käytännön työtä ja tietämys potilaan hoitoon liittyvissä asioissa on lisääntynyt, kun järjestelmän kautta on voinut tarvittaessa helposti tehdä lisäkysymyksiä.

Ratkaisun käytöllä nähdään olevan myös ammatillista hyötyä. *Kynnys yhteydenotolle ja kysymysten*

esittämiselle madaltuu kun käytössä on erilaisia tapoja kommunikoida ja välittää tietoa. Keskinäinen viestittely helpottuu ja muuttuu avoimemmaksi kuin sähköpostilla tapahtuvassa yhteydenpidossa, jossa tietosuojaan liittyvät säädökset rajoittavat potilaan tunnistetietojen käsittelyä asian yhteydessä. Samalla *moniammatillinen yhteistyö tiivistyy* eivätkä hoitoon osallistuvat henkilöt tee päällekkäistä työtä. Lisäksi muutamat vastaajat kokivat, että suojatussa viestintäjärjestelmässä voi olla varmempi siitä, että saa vastauksen asiantuntijalta. Tietoa voidaan myös välittää joko yksittäiselle henkilölle tai määritellylle ryhmälle, jolloin viesti tavoittaa juuri ne henkilöt, joille sen on tarkoitettu kohdistuvan ja toisaalta tärkeä tieto ei ole enää yhden henkilön varassa. Sen, että lähettäjä näkee vastaanottajan saaneen viestin, koettiin lisäävän ratkaisun luotettavuutta.

4. Haasteet ja kehittämistarpeet

Toimintamallista ja pilotoidusta ratkaisusta löytyi myös kehitettävää. Yhtenä merkittävimmin esille nousseista heikkouksista kyselyssä korostui se, *kaikki käyttäjät eivät ole olleet motivoituneita* tai aktiivisia viestintäratkaisun käyttöön. Tämä on näkynyt esimerkiksi siten, että *lähetettyihin viesteihin ei ole saatu vastauksia* tai lähettäjälle on jäänyt epäselväksi onko lähetetty viesti tavoittanut vastaanottajan. Käyttäjä on jouduttu jopa muistuttamaan erillisillä sähköpostiviesteillä saapuneiden viestien käsittelemisestä. Lisäksi esimerkiksi jatkohoitoon siirtyvistä potilaista ei ole aina laitettu viestiä lähettävästä hoitopaikasta, vaikka suojatun viestinnän käyttömahdollisuus olisi ollutkin. Jatkossa vastaajien näkemyksen mukaan *tulisi panostaa enemmän käytön opettamiseen ja markkinointiin* käyttäjien aktivoimiseksi.

Käyttäjäkunta suojatun viestinnän pilotissa koettiin liian suppeaksi. Joillakin käyttäjällä järjestelmän käyttökokemus oli jäänyt vähäiseksi, koska käyttäjistä ei ollut löytynyt niitä tahoja, joille viestejä olisi voinut laittaa. Käyttäjäkunnan laajentumisen kattamaan eri kuntia ja ammattiryhmiä katsotaan lisäävän aktiivisuutta ja mahdollistavan entistä sujuvamman tiedonvaihdon eri toimijoiden välillä. Erityisesti erikoissairaanhoidon ja sosiaalitoimen osallisuuden merkitys korostui kyselyn avoimissa vastauksissa. Toisaalta joissakin vastauksissa kerrottiin, että suojatun viestinnän käyttäjien osalta olisi syytä määrittää, ketkä henkilöt organisaatiossa ja missä asioissa voivat konsultoida ja ketä. Viestien lähettäjällä tulisi myös olla tarkat yhteystiedot, joihin viestejä osoitetaan kussakin tilanteessa, jotta aikaa säästyisi.

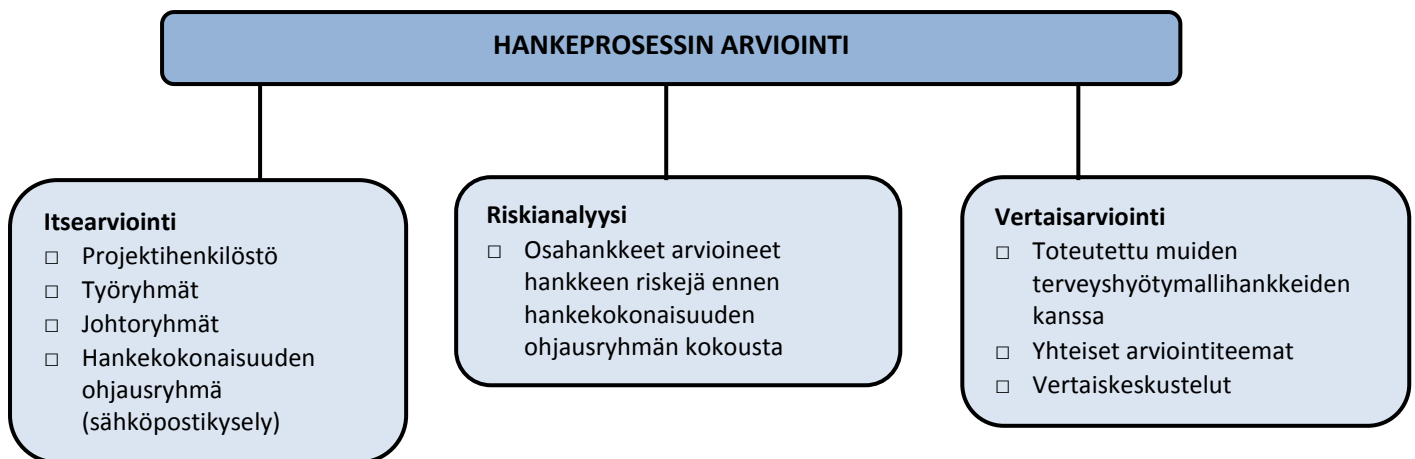
Myös pilotoidun ratkaisun toiminnallisuuksista löydettiin kehitettävää. Suurimpana heikkoutena toiminnallisuuden osalta koettiin, että *viestejä pystyi lähettämään vain määritellyille käyttäjäryhmille* yksittäisten käyttäjien sijaan. Vastauksissa toivottiinkin viestinnän kehittyvän sähköpostimaisempaan suuntaan, jolloin viestin voisi lähettää joko yksittäiselle henkilölle tai isommalle vastaanottajaryhmälle tarpeen mukaan. Vastaavasti, kun viestit kohdentuisivat suoraan halutulle vastaanottajalle, ei käyttäjien tarvitsisi katsoa viestejä, jotka eivät kuuluukaan itselle vastattavaksi. Myös viestijonoista tulisi selkeämmin olla näkyvissä, *keille viestit jonossa kohdistuvat.* Muutamat vastaajat kokivat vaikeaksi myös jo vastattujen viestiketjujen, itselle osoitettujen viestien sekä omien viestien löytämisen. Kun jonoon kuuluva käyttäjä vastaa saapuneeseen viestiin, viesti poistuu oletusjonosta, jolloin viestiketju katkeaa – jää epäselväksi, onko tieto tavoittanut kaikki, joille se oli tarkoitettu. Tähän liittyen toivottiin selkeämpää esitystapaa siihen, ketkä kaikki ovat viestin lukeneet tai käsitelleet sekä mahdollisuutta jättää viesti ”avoimeksi” vastaamattomien viestien näkymään.

Viestintäratkaisuun toivottiin myös viestin *jatkolähtämisominaisuutta.* Useassa vastauksessa korostui tarve lähettää viesti edelleen toiselle ammattihenkilölle tai kokonaan toiseen hoitopaikkaan. Viidessä

vastauksessa toivottiin suojatun viestintäratkaisun olevan *osa potilastietojärjestelmää*, jolloin käydystä tiedon siirtämisestä ja keskusteluista jäisi merkintä potilaan tietoihin.

9 HANKEPROSESSIN ARVIOINTI

KYTKE-hankekokonaisuudessa hankeprosessin arviointi kattoi 30% kokonaisarviointista. Hankeprosessin arviointi koostui itsearviointista, riskianalyysistä ja vertaisarviointista. (kuvio 20)



Kuvio 20. Hankeprosessin arviointi.

9.1. Itsearviointi

Itsearviointilla tarkoitetaan KYTKE-hankeessa projektin kehittämistyöhön osallistuneelta henkilöstöltä kerättyä aineistoa. Itsearviointiin päädyttiin, sillä se antaa nopeasti ajantasaista tietoa hankkeen etenemisestä. Yleisesti itsearviointin tavoitteena on parantaa hankkeen toteutettavuutta, kasvattaa asiantuntemusta ja myös tunnistaa hyviä käytäntöjä (Mäkinen & Uusikylä 2003).

Osahankkeiden projektipäälliköt keräsivät sähköisillä lomakkeilla itsearviointia osahankkeidensa projektivastaavilta, johtoryhmiltä ja erilaisilta työryhmiltä 1-2 kertaa vuodessa. Arvioinnin työkaluna käytettiin TERO-Terveempi Oulu hankkeessa testattua itsearviointilomaketta, jota osahankkeet sovelsivat omaan käyttöönsä sopivaksi. Lomakkeessa arvioidaan mm. hankkeen etenemistä tavoitteiden mukaisesti, aikataulun, budjetin ja toimenpiteiden toteutumista sekä mahdollisia kehittämissideoita. Itsearviointia toteutettiin koko hankkeen ajan ja projektipäälliköiden palautteiden mukaan arvioinnista oli käytännön hyötyä projektin hallinnassa, esimiestyössä sekä hankkeen sisäisen toiminnan kehittämisessä ja ohjaamisessa. Osahankkeet tiedottivat tuloksista mm. projektiryhmän kokouksissa. Hankkeen koordinaatioryhmässä todettiin, että käytännön kehittämistyössä olevien on helpompi arvioida toimintaa itsearviointilomakkeen avulla kuin esim. johtoryhmien tai ohjausryhmän.

Koordinaatiohankkeen toimesta toteutettiin ohjausryhmälle sähköpostikysely syyskuussa 2012. Kyselyyn vastaajiksi valittiin yksi asiantuntija jokaisesta osahankkeesta (n=5). Vastauksia saatiin kahdelta asiantuntijalta. Kyselyn tavoitteena oli selvittää hankkeen tavoitteiden toteutumista ja hankehallinnon onnistumista laajan asiantuntijuuden näkökulmasta.

Sähköpostikyselyn vastausten perusteella hankkeen tuloksiin oltiin pääasiassa tyytyväisiä. Omaisten, järjestöjen roolin tuominen näkyväksi ja vastuulliseksi/vastuutettavaksi tahoksi, toimiminen terveyshyötymallin viitekehyksessä ja moniammatillinen työskentely nähtiin tärkeäksi. Palveluprosessien mallinnusten ja teoreettisten kustannushyötyanalyysien todettiin olevan hyvä pohja siihen, miten mm. hallinnollisessa kehittämistyössä ja päätösten perustelussa päästään eteenpäin. Vastaajien mielestä teknologiaosuus ei toteutunut suunnitellulla tavalla, joten uudet teknologiat eivät vielä jääneet pysyvään käyttöön.

Prosessien hallinnan ja ohjaamisen näkökulmasta erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palveluketjuja tulisi katsoa toiminnallisesti ja taloudellisesti kokonaisuutena ainakin näissä asiakasprosesseissa, jotka ovat kaikille yhteisiä. Yhdessä toimiminen ja kehittäminen laajalla joukolla tekijöitä ja organisaatioita todettiin projektin aikana haasteelliseksi. Myös projektin jälkeisten verkostojen ja muiden yhteistyömuotojen ylläpitäminen on haastavaa. Lainsäädäntö tukee vielä huonosti verkostomaista ohjausta, vaikkakin terveydenhuoltolaki velvoittaa mm. terveydenhuollon järjestämissopimuksen laatimiseen. Tämä asiakirja sekä sen taustalla olevat hoitoketjut ovat tulevaisuudessa tärkeitä työkaluja.

Juurruttamisen näkökulmasta teknologian juurruttamisen edellytykseksi nähtiin sen toimivuus ja toimijoiden luottamus. Tietojen siirtoon toimijoilta toiselle saadaan toivottavasti lähivuosina sekä lainsäädännöllisiä että tietoteknisiä ratkaisuja. Toimintamallien juurruttaminen hallinnon ja talouden näkökulmasta nähtiin haasteelliseksi tiukan talouden aikana. Palveluketjujen kokonaiskustannusten arvioinnin mallinnus todellisesta datasta kerättynä nähtiin tulevissa kehityshankkeissa hyväksi painopisteeksi. Verkostojen ylläpito vaatii vastanneiden mukaan sitkeyttä ja selkeää sopimista prosessien ja hoitoketjujen omistajuudesta ja vastuista. Perusterveydenhuollon yksiköllä nähtiin tässä asiassa olevan suuri rooli.

Sähköpostikyselyyn vastanneiden mielestä ohjausryhmä on ollut aktiivinen keskustelemaan ja ohjaamaan hanketta tarkasti. Hankkeen käynnistämisessä oli vaikeuksia ja silloin ohjausryhmää olisi tarvittu vieläkin enemmän tai vahvemmin. Sitoutumisen varmistamiseksi on hyvä jatkossa miettiä mm. videoneuvotteluosallistumista yhä enemmän, samoin jäsenten päivittämistä, mikäli osallistuminen jää jollakin vähäiseksi.

Vastanneiden mukaan KYTKE-hankkeen tärkeimpiä saavutuksia ovat ymmärryksen lisääntyminen eri osapuolten työn arvosta ja voimavaroista monimutkaisissa prosesseissa, uusien verkostojen synty hoitoketjujen ympärille, asiakkuuden huomioiminen, kokemusten kerääminen informaatioteknologian hankintoja varten sekä sosiaali- ja terveydenhuollon eri toimijoiden välisen yhteistyön kehittäminen. Erityisesti koordinaattori/ asiakasvastaava -tyyppinen toiminta on herättänyt mielenkiintoa monissa muissakin prosesseissa. Tämä asiakkaan näkökulmasta edistää koordinaatiota ja organisaatioiden / järjestelmän näkökulmasta vähentää osaoptimointia.

9.2 Riskianalyysi

Riskianalyysin tavoitteena oli seurata hankkeen riskitekijöitä Oulun kaupungissa kehitetyn sähköisen lomakepohjan avulla ja arvioida toimintaa, mikäli riskit kävivät liian suuriksi. Jokaisen osahankkeen projektipäällikkö täytti ennen oman hankealueen johtoryhmän kokoontumista omalta osaltaan riskinhallintalomakkeen, jota käsiteltiin johtoryhmän kokouksessa. Näistä jokaisen osahankkeen riskien hallinnan arvioinneista projektijohtaja teki yhteenvedon aina ennen jokaisen ohjausryhmän kokousta.

9.3 Vertaisarviointi

KYTKE-hankkeessa toteutettiin vertaisarviointia kehittämistyön arvioimisen ja suuntaamisen apuna muiden terveyshyötymallihankkeiden kuten POTKU- ja RAMPE-hankkeen kanssa. Vertaisarviointi haastaa arvioinnin kohteen positiivisella tavalla oman työn tarkasteluun sekä tuottaa samalla rakentavia kommentteja työn sisältöä tuntevalta asiantuntijalta. Vertaisarviointi sitouttaa toimijat laajasti mukaan sekä kehittämis- että arviointityöhön, toimii oppimisprosessina ja tekee näkyväksi tehtyä kehittämistyötä ja saavutettuja tavoitteita. (Kivipelto ym. 2010.)

KYTKE-hankkeessa vertaisarvioinnilla tarkoitettiin osallistumista mm. THL:n järjestämiin yhteisiin tilaisuuksiin, koordinaatiovastuussa olevien henkilöiden tapaamisiin sekä hankkeiden välisiin puhelinpalaveriin. Tavoitteena oli jakaa hyviä käytäntöjä ja kokemuksia hankkeiden kesken. Yhteistyöstä raportoitiin väli- ja loppuraportissa. Hankekoordinaatiosta osallistuttiin erityisesti hankkeen alkuvaiheessa THL:n tarjoamiin hankearvioinnin kehittämispäiviin, joissa mm. käsiteltiin terveyshyötymallihankkeiden arviointisuunnitelmia. Seuraavaan taulukkoon 9 on koottu vertaisarviointiin liittyvät tapahtumat hankkeen ajalta.

Taulukko 9. Hankeaikana vertaisarviointiin liittyneet tapahtumat.

Päivämäärä	Vertaisarviointiin liittyvä tapahtuma
25.1.2011	Terveyshyötymalliin liittyvä tutkimus- ja yhteistyöpalaveri (THL) Helsingissä KYTKE-, POTKU- ja RAMPE-hankkeelle
4.4.2011	KASTE-hankkeiden yhteistyöpäivä Helsingissä (KYTKE-, POTKU-, RAMPE-, KANERVA- ja Hyvä vastaanotto-hanke)
21.4.2011	KYTKE- ja RAMPE-hankkeen arviointisuunnitelmien vertaisarviointi puhelinpalaverissa
25.5.2011	Hankearvioinnin suunnittelupäivä Helsingissä (THL)
18.8.2011	KYTKE-, POTKU- ja RAMPE-hankkeen verkkokokous
23.8.2011	KYTKE-hankearvioinnin esittely THL:n seminaarissa / vertaisarviointi Mielen Avain-hankeeseen
20.12.2011	Verkkokokous RAMPE-hankkeen projektijohtajan kanssa
13.6.2012	Terveydenhuollon KASTE-hankkeiden (KYTKE, POTKU ja RAMPE) yhteistapaaminen Helsingissä. Tavoitteena oli esitellä hankkeiden konkreettisia, potilaalle hyötyä tuottaneita tuotoksia/tuloksia ja mahdollistaa verkostoituminen.

LÄHTEET

- Huttunen, P., Jalosalmi, R., Lappalainen, P., Pitzen, L., Saari, A. & Xiong, E. 2011.** Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi (IVA), Arvioinnin kohteena AVH-kuntoutujien kuntoutussuunnitelma. Oulun seudun ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysalan yksikkö, Ylempi ammattikorkeakoulututkinto / Kuntoutuksen koulutusohjelma.
- Kanto, V.2010.** KYTKE-hankekokonaisuuden arviointisuunnitelma.
- Kivipelto, M., Heinonen, H., Larivaara, M., Jonsson, P., Kotiranta T., Vierros, A., Vuorenmaa, M., Maijanen, S. & Tulonen-Tapio, J. 2010.** Kaste-ohjelman valtionavustushankkeet. Näkökulmia osahankkeiden arviointiin. Saatavilla <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/d5bd85e7-7970-4af6-be7c-df1dd7234c48>
- Komonen, K. 2010.** Projektin arviointi. ABC-hankkeet etenee 6.5.2010. Juvenia-Nuorisolan osaamiskeskittymä. Saatavilla http://www.google.fi/search?sourceid=navclient&hl=fi&ie=UTF-8&rlz=1T4SUNC_fiF1382F1383&q=projektin+arviointi+ABC-hankkeet+etenee+6.5.2010
- Korteniemi, T., Kovalainen, A., Kumpulainen, K., Käsäkoski, P., Laaksonen, S.& Lehtelä, M. 2011.** AVH-asiakasvastaava, IVA-raportti. Oulun seudun ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysalan yksikkö, Ylempi ammattikorkeakoulututkinto / Terveysten edistämisen koulutusohjelma
- Kovalainen, A. & Käsäkoski, P. 2012.** AVH-vastaavien toimintamallin arviointi ja kehittäminen Oulun Pohjoisella ja Eteläisellä alueella. YAMK-opinnäytetyö. Oulun seudun ammattikorkeakoulu.
- Majava, T. 2012.** PCA-kipupumpun ohjausvideo terveydenhuollon ammattilaisille. YAMK-Opinnäytetyö. Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma. Oulun seudun ammattikorkeakoulu.
- Mikkonen, T., Pulli, K. & Somero, T. 2012.** Syöpäsairaanhoitajien kokemukset antamastaan ohjauksesta ja tuesta palliatiivisessa hoidossa. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Oulun seudun ammattikorkeakoulu.
- Mäkinen, A-K & Uusikylä, P. 2003.** Tiedosta-arvioi-paranna: Itsearviointi ESR-projektien kehittämisen välineenä. Työministeriö.
- Tapojärvi, E. 2011.** Hoitosuhteen syntyminen ja toteutuminen perusterveydenhuollossa palliatiiviseen hoitoon siirtyvillä syöpäpotilailla. Syventävät opinnot / opinnäytetyö, Oulun yliopisto, Syöpätautien ja hematologian vastuualue.
- Vähäkuopus, K. 2012.** Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden kokemuksia kuntoutuksesta ja sen kehittämisestä Kempeleessä. YAMK-opinnäytetyö, Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu.