



**PISARA- PITKÄAIKAISSAIRAUKSIEN UUSI HOITOMALLI  
HANKEKOORDINAATION JA PISARA- OULU HANKKEIDEN LOPPURAPORTIT  
1.4.2009–31.12.2013**

**Maarit Salmi**

## Sisältö

Hanketiivistelmä .....	1
1. Hankkeen tausta .....	3
1.1. Kehittämistyön tausta ja tarve .....	3
2. Pisara - hankekoordinaatio .....	5
2.1. Pisara - hankkeen yhteys Oulun kaupungin strategioihin .....	5
2.2. Hankeorganisaatio .....	6
2.2.1. Johtoryhmä ja projektiryhmä .....	6
2.3. Tavoitteet .....	7
2.4. Hankekoordinaation toteutus tavoitteittain .....	8
2.4.1. Alatyöryhmät .....	11
2.5. Hankekoordinaation tulokset .....	14
2.6. Hankekoordinaation arviointi .....	15
2.6.1. Johtoryhmän ja projektiryhmän itsearviointi .....	16
2.6.2. Monitoimijayhteistyön arviointi .....	17
3. Pisara - Oulu – hanke .....	19
3.1. Pisara - Oulu – hankkeen johtoryhmä ja hankehenkilöstö .....	19
3.2. Tavoitteet .....	23
3.3. Hankkeen toteutus .....	23
3.3.1. Tavoitteet 1 ja 2 .....	23
3.3.1.1. Pilotointi .....	30
3.3.1.2. Henkilöstön koulutus/perehdytys ja valmentaminen hoitomallin käyttöön ja potilaiden motivoimiseen .....	32
3.3.1.3. Hoitomallin jalkauttaminen ja käyttöönotto .....	34
3.3.2. Tavoite 3 Teknologiaterveyskeskus Oulu ja TT Kaakkurin tuotetestauksen, Oulun kaupungin kehittämissyksikön ja tutkimuslaitosten välinen yhteistyö. ....	36
3.3.3. Tavoite 4 Kansalliset tavoitteet sekä kansallinen verkostoyhteistyö .....	37
3.4. Pisara - Oulu - hankkeen tulokset .....	38
3.5. Pisara - Oulu – hankkeen arviointi .....	39
4. Pisara - hankekokonaisuuden ja Pisara – Oulu -hankkeen viestintä .....	42
5. Hankekoordinaation ja Pisara – Oulu -hankkeen kustannukset ja rahoitus .....	44
6. Jatkotoimet .....	46
Taulukot .....	47
Liitteet .....	48

# PISARA

PITKÄAIKAISIA SAIRAUKSIEN UUSI HOITOMALLI



Lähteet ..... 49



## Hanketiivistelmä

**Hankkeen nimi:** Pisara- Pitkäaikaissairauksien uusi hoitomalli

**Projektinnumero:** 2061

**Toteuttava yksikkö:** Oulun kaupunki / Hyvinvointipalvelut

**Vastuullinen johtaja:** Hallintoylilääkäri Eila Erkkilä

**Hanketyyppi:** Oulun kaupungin hanke, jossa mukana muita toimijoita omina osahankkeinaan.

**Yhteistyökumppanit:** Diapolis, Pohjois-Pohjanmaan sosiaali- ja terveysturvayhdistys, Oulun diabetesyhdistys ry., Oulun Yliopisto, Oulun yliopistollisen sairaalan sydänhoitajat

**Toteutusaika:** 1.4.2009–31.12.2013

**Kustannusarvio:** suunniteltu kustannusarvio yhteensä 1 470 000 € ja toteutunut kustannusarvio 853 664 €. Rahoitusosuudet Tekes 50 % ja Oulun kaupunki 50 %.

### Tavoitteet:

#### Pisara-hankekoordinaation tavoitteet:

Kustannustehokkaan, laadukkaan ja vaikuttavan toimintamallin luominen alkuvaiheessa tyypin 2 diabeetikoiden hoitoon monitoimijayhteistyössä

#### Pisara - Oulu - hankkeen tavoitteet hankesuunnitelmasta:

1. Hoitosuunnitelman ja hoidonohjauksen sisältöjen kehittäminen tyypin 2 diabeteksen ja muiden pitkäaikaissairauksien hoitoon ja seurantaan
2. Hoidon kulun selkeyttäminen tyypin 2 diabeteksen ja muiden pitkäaikaissairauksien hoidossa yhteistyössä rakennetussa toimintamallissa
3. Teknologiaterveyskeskus Oulu ja TT Kaakkurin tuotetestauksen, Oulun kaupungin kehittämisyksikön ja tutkimuslaitosten välinen yhteistyö
4. Kansalliset tavoitteet sekä kansallinen verkostoyhteistyö

### Tulokset:

Hankkeen tuloksena on kehitetty Omahoitopalvelua hyödyntävä pitkäaikaissairauksien hoitomalli, joka toimii terveysasemien vastaanotoilla henkilökunnan työvälineenä pitkäaikaissairaiden hoidossa sekä uusien työntekijöiden perehdytyksessä. Hoitomalli sisältää hyvinvointilomakkeen, joka avulla kartoitetaan potilaan hoidon ja tuen tarve. Hyvinvointilomake ohjaa vastaanotolla käytävää keskustelua potilaan lähtökohdista käsin ja on hoitosuunnitelman teon pohjana. Hoidonohjauksen tueksi on kehitetty palveluverkosto, josta henkilöstö löytää nopeasti ja helposti potilaan hoidossa tarvittavien palveluiden yhteystiedot ja potilaiden ohjaaminen tarkoituksenmukaisten palveluiden piiriin helpottuu. Järjestöyhteistyön myötä on hankkeen tuloksena kehitetty monitoimijayhteistyön toimintatapa, jolla terveydenhuollon henkilöstö saa tietoa järjestöjen tarjoamasta toiminnasta ja saavat järjestöedustajan haluamaansa tilaisuuteen kertomaan toiminnastaan. Hankkeen tuloksena terveydenhuollon ammattilaisilla on tietoisuus lisääntynyt järjestöjen toiminnasta ja vertaistuesta sekä yhteistyö on vakiintumassa osaksi perusterveydenhuollon toimintaa. Pitkäaikaissairauksien hoitomallissa hyödynnetään internetissä toimivaa Oulun Omahoitopalvelua, jonka avulla kuntalaiset voivat tehdä ajanvarauksia, lähettää viestejä terveydenhuoltoon, ottaa vastaan laboratoriotuloksia, tallentaa omia terveyteen liittyviä mittaustuloksia ja pitää erilaisia hyvinvointiin liittyviä päiväkirjoja. Omahoitopalvelun kautta terveydenhuollon ammattilaiset voivat antaa palautetta ja hoidonohjausta sekä tukea ja kannustaa kuntalaista oman sairautensa hoidossa. Pitkäaikaissairauksien hoitomalli on käyttöön otettu kaikilla (12) Oulun kaupungin terveysasemilla.

Oulun yliopiston tutkimusraportti valmistuu vuoden 2014 alussa.

Tavoitteet, jotka eivät toteutuneet tai jäivät kesken Pisara-hankekokonaisuudessa

Alueellinen toimintamalli ei toteutunut, koska alun suunnitelluista hanketoimijoista Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri ja Condia Oy eivät hakeneet rahoitusta Tekesiltä ja jäivät kehittämistoiminnasta pois hankkeen alkuvaiheessa. Siten mallin käyttö on jalkautettu vain Oulun kaupungin alueelle.

Pisara-hankekokonaisuuden tavoitteena oli monitoimijayhteistyössä kehitetyn kustannustehokkaan, systemaattisen, alueellisen toimintamallin pilotointi kriteeristöineen Oulun kaupungin, Diapoliksen ja kolmannen sektorin välillä. Tavoitteen mukaan pitkäaikaissairauksien toimintamalliin laaditaan kriteeristö Oulun yliopiston tutkimuksen pohjalta potilaiden ohjaamiseksi hoitoon Diapolikseen. Tavoite ei toteutunut tältä osin, koska Oulun yliopiston tutkimusajan pidentymisen vuoksi kriteereitä ei ehditty laatia eikä pitkäaikaissairauksien hoitomallia tältä osin pilotoida hankkeen aikana.

Alueellisesti kehitettyä tietojärjestelmää ei ole hoitomalliin liitetty. Alueellisen tietojärjestelmän hyödyntämisen taustalla oli ProWellness - hoitojärjestelmän käytön laajentaminen alueelliseksi, joka ei toteutunut ohjelman vähäisen käytön vuoksi. Vähäisen käytön syinä olivat muun muassa tietojen kaksinkertainen kirjaaminen ja tallentaminen sekä toimintojen päällekkäisyys, joka vei vastaanottoaikaa. Tästä johtuen ProWellnessin hoitojärjestelmän käyttäminen jäi vähäiseksi, eikä raportointityökalun käyttöä eikä laajentamista saatu toteutettua.

Teknologiaterveyskeskus Oulu ja TT Kaakkurin tuotetestauksen, Oulun kaupungin kehittämissyksikön ja tutkimuslaitosten välinen yhteistyö – tavoite toteutui osittain. Yhteistoimintamallin kehittämiseen ovat vaikuttaneet Oulun kaupungin päätökset tuotetestaustoiminnan arvioimisesta ja kehittämisestä viivästyttäneen kehittämistyötä, jonka vuoksi yhteistoimintamallia ei hankkeen aikana saatu tehtyä. Yhteistoimintamallin kehittäminen jatkuu Oulun kaupungin omana toimintana hankkeen jälkeen.

Omahoitopalvelun käyttöönoton myötä palvelun tulokset vietiin sovitusti kansallisen terveydenhuollon ydinpalveluiden kehittämistyöhön pitkäaikaissairauksien hoidossa. Työ jäi kesken, koska kansallisesti toteutettu Kanta-katseluyhteyden kehittämistyö viivästyi. Sähköisen asioinnin suostumuksen ja valtuuttamisen kehittämistyö on viivästynyt kansallisella tasolla ja määrittelytyö jatkuu muun muassa SADE- Sote - hankekokonaisuudessa. Oulun kaupunki osallistuu kehittämistyöhön hankkeen jälkeen.

#### **Jatkotoimenpiteet:**

Pitkäaikaissairauksien hoitomalli on käyttöönotettu terveysasemilla ja käytön seurannasta vastaavat terveysasemien palveluesimiehet. Hoitomallin päivittämiseen liittyvät vastuut linjaa Oulun kaupungin avoterveydenhuollon johtoryhmä, jossa yhteyshenkilönä on vs. palvelujohtaja Terttu Turunen. Oulun Omahoitopalvelussa ilmenneet epäselvyydet ja ongelmat viedään tiedoksi terveysasemien Omahoitopalvelusta vastaaville ja pääkäyttäjälle. Kaupungin hallitus on esittänyt purettavaksi tilaaja-tuottajamallin Oulun kaupungissa, mutta jatko on vielä auki tässä vaiheessa.



## 1. Hankkeen tausta

Oulun kaupunki on suomen viidenneksi suurin kaupunki, jossa on asukkaita 192 847 (31.12.2012 tilastokeskus). Oulun kaupunki laajeni 1.1.2013, kun siihen liittyivät kuntaliitoksen myös Haukipudas, Kiiminki, Oulunsalo ja Yli-Ii. Oulun kaupungin asukkaiden ikärakenne on nuori, keski-ikä on 36,6 vuotta. Oulun kaupunki on kansainvälisesti merkittävä huipputeknologian osaamiskeskus lähinnä it- ja hyvinvointiteknologian aloilla. (Tietoa Oulusta 2012.) Hankkeen alkuvaiheessa Oulun kaupungin talousarviossa (2009) tavoitteena oli nykyisen palvelutason turvaaminen ja väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen. Suurten kansansairauksien ehkäisyssä ja hoidossa pyrittiin yhä järjestelmällisempään toimintaan toimintatapoja ja työnjakoa kehittämällä sekä sairaanhoitajien ja lääkäreiden työnjaon kehittämällä. Lisäksi tavoitteena oli Omahoitopalveluiden laajentaminen ja kehittäminen asukkaiden itsenäisen terveydenhallinnan tukemiseksi.

### 1.1. Kehittämistyön tausta ja tarve

Pitkäaikaissairaudet ovat nopeasti kasvava ongelma. Jo yli puolet 30 -vuotiaista suomalaisista sairastaa jotain pitkäaikaissairautta, jotka ovat yleisin työkyvyttömyyden syy ja aiheuttavat runsaasti ennen aikaista kuolleisuutta. Eri arvioiden mukaan 60–90 % terveydenhuollon toiminnasta ja noin 80 % sen kustannuksista aiheutuu kroonisista sairauksista. Väestön ikääntyminen lisää pitkäaikaissairauksien määrää tulevaisuudessa entisestään. (STM 2010.)

Tässä hankkeessa keskityttiin tyypin 2 diabeetikoiden hoidon hallintaan, jota sovellettiin myös muiden pitkäaikaissairaiden hoidossa. Suomessa diabetesta sairastaa yli 0,5 miljoonaa ihmistä, lähes puolet heistä tietämättään. 16 % 45–74 – vuotiaista miehistä ja 11 % vastaavan ikäisistä naisista sairastaa diabetesta ja suunnilleen yhtä monella on havaittu diabeteksen esiaste. Sairastavuus ja kuolleisuus sydän- ja verenkiertoelinsairauksiin on vähentynyt 2000-luvulla. Esimerkiksi 25–74 – vuotiaiden ensimmäisen sepelvaltimokohtauksen ikävakiointi ilmaantuvuus 100 000 asukasta kohti oli vuonna 2003 miehillä 365 ja vuonna 2007 109. Naisilla lukemat olivat vuonna 2003 109 ja vuonna 2007 84. Samansuuntainen muutos oli myös aivohalvauksien ilmaantuvuudessa. Tästä huolimatta verenkiertoelinsairaudet muodostavat edelleen huomattavan osan väestön kokonaiskuolleisuudesta (41 % vuonna 2007). (STM 2010.)

Suurten kansansairauksien ehkäisyssä ja hoidossa pyritään yhä järjestelmällisempään, laaja-alaisempaan yhteistyöhön toimintatapoja, työnjakoa ja eri toimijoiden yhteistyömuotoja kehittämällä sekä yhdistämällä kaikkien toimijoiden voimavarat (STM 2010). Pisara-pitkäaikaissairauksien hoitomalli – hankkeessa yhdistettiin voimavarat perusterveydenhuollon, yksityisen terveystalouden tuottajan ja kolmannen sektorin välillä. Pitkäaikaissairaiden omahoidon tuki edellyttää riittävää tieto- ja vertaistukea, jota kehitetyllä pitkäaikaissairaiden hoitomallilla tuetaan.

Oulun Omahoitopalvelu ([www.oulunomahoito.fi](http://www.oulunomahoito.fi)) on Internetissä toimiva terveydenhuollon sähköinen palvelukokonaisuus. Sen avulla kuntalainen saa terveyteen liittyvää luotettavaa informaatiota, neuvontaa ja ohjausta ajasta ja paikasta riippumatta. Omahoitopalvelun avulla kuntalaiset voivat tehdä ajanvarauksia, lähettää viestejä terveydenhuoltoon, ottaa vastaan



laboratoriotuloksia, tallentaa omia terveyteen liittyviä mittaustuloksia, pitää erilaisia hyvinvointiin liittyviä päiväkirjoja sekä saada hoidon ohjausta terveydenhuollon ammattilaisilta.

Omahoitopalvelua kehitettiin vuosina 2006–2009 aikana yhteistyössä Tekesin, Sosiaali- ja terveysministeriön, Oulun kaupungin ja alueen hyvinvointiryitysten kanssa. Omahoitopalvelu on ollut käytössä toukokuusta 2011 kaikilla Oulun kaupungin terveysasemilla, myös 2013 kuntaliitoksessa mukana tulleissa Haukiputaalla, Kiimingissä, Oulunsalossa ja Yli-lissä. Omahoitopalvelu on keskeinen osa Pisara - hankkeessa kehitettyä pitkäaikaissairaiden hoitomallia, jossa potilaan tukeminen sairautensa hoidossa ja oman elämän tilanteensa hallinnassa on tärkeää.



## 2. Pisara - hankekoordinaatio

Pisara-hanke sai rahoituksen Tekesin Innovaatiot sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä – ohjelmasta vuonna 2009. Ohjelma edistää uudenlaisten asiakaslähtöisten, eri toimijoiden yhteistyöhön perustuvien palvelujen, niiden tuotantotapojen ja konseptien kehittämistä, tuottamista ja käyttöönottoa. Ohjelman tavoitteena ovat vaikuttavat ja asiakaslähtöiset sosiaali- ja terveyspalvelut, lisääntynyt ennalta ehkäisevä toiminta ja monipuolistunut kumppanuus ja yhteistyö.

Pisara-hankkeelle saatu rahoitus oli 3 miljoonaa euroa, josta Oulun kaupungin osahankkeen rahoitusosuus oli 1,47 miljoonaa euroa. Rahoitus koostui Tekesin 50 % ja Oulun kaupungin 50 % rahoitusosuuksista. Pisara-hanketta hallinnoi ja koordinoi Oulun kaupunki. Pisara-hankekoordinaatioon kuuluivat Oulun kaupunki, Diapolis, Pohjois-Pohjanmaan sosiaali- ja terveysturvayhdistys ry (PPSOTU) ja Oulun yliopisto jokainen omina osahankkeinaan ja ProWellness Oy järjestelmän toimittajan roolissa. Hankkeen alkuvaiheessa suunnitellut yhteistyötahot Condia Oy ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri jäivät pois hankekokonaisuudesta, koska he eivät hakeneet hankerahoitusta. Pisara-hankekokonaisuuden osahankkeita ovat Pisara - Oulu, joka on Oulun kaupungin osahanke, Pisara - Diapolis, Pisara - V – hanke, johon liittyy Oulun yliopiston vaikuttavuustutkimus ja Pisara – VVV- projekti, jonka rahoitus Tekesiltä loppui 3/2010 ja yhteistyö on jatkunut Pisara-hankkeessa rahoitusta vastaavien yhteistyöyhtiöiden rahoituksella. Hankekoordinaation yhteyshenkilöt ovat hankkeen vastuullinen johtaja hallintoylilääkäri Eila Erkkilä ja projektipäällikkö Maarit Salmi.

### 2.1. Pisara - hankkeen yhteys Oulun kaupungin strategioihin

Pisara-hankekokonaisuuden kehittämistyön tavoitteet perustuvat kiinteästi Oulun kaupungin Sosiaali- ja terveyslautakunnan ja palvelutuotannon johtokunnan strategiaan heinäkuuhun 2013 saakka. 08/2013 kaupunki strategia uudistettiin. Hankkeen kehitystyö vastaa strategisia linjauksia, jossa painopistealueina ovat kuntalaisten hyvinvointi, henkilöstön osaaminen ja johtaminen sekä kaupunkitalouden kestävyys ja tasapaino. Strategiset painopistealueet ovat pysyneet lähes samana aikaisempaan verrattuna. Hankkeen yhteys strategioihin on kuvattu taulukossa 1.



**Taulukko 1. Pisara-hankekokonaisuuden yhteys Oulun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen strategioihin.**

<p><b>Järjestäjä</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kuntalaisten hyvinvointi lisääntyy, terveydentila paranee, väestöryhmien väliset hyvinvointi- ja terveyserot kapenevat ja syrjäytyminen vähenee</li> </ul> <p><b>Tuottaja</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- palvelut ovat asiakaslähtöisiä, laadukkaita ja oikea-aikaisia, jolloin asiakas saa palvelusuunnitelman ja –sopimusten mukaiset palvelut</li> <li>- Asiakas on aktiivinen ja osallistuva</li> <li>- Sähköisten palveluiden käyttömahdollisuudet ovat lisääntyneet ja käyttäjien osuus kasvaa</li> </ul>	<p><b>Järjestäjä</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Palveluohjaus toimii</li> <li>- Hyvä asiakastyytyväisyyden taso</li> <li>- Toimivat ja vaikuttavat palvelukokonaisuudet ja sujuvat palveluketjut -&gt; palvelujen järjestämisen painopiste siirtyy avohoidon / huolto painoitteemmaksi ja kevyempiin palveluihin</li> </ul> <p><b>Tuottaja</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Palveluprosessit ovat tehokkaita ja toimivia / Pääprosessit toimivat uuden toimintamallin mukaisesti, avohoitopainotteisten ja kevyempien palveluiden osuus koko palvelurakenteesta kasvaa</li> </ul>	<p><b>Järjestäjä</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- aktiivinen verkostoyhteistyö palvelu-, koulutus- ja tutkimusorganisaatioiden sekä kolmannen sektorin kanssa tukee sosiaali- ja terveystoimen strategisia tavoitteita</li> </ul> <p><b>Tuottaja</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Palvelutuotanto on vetovoimainen työnantaja</li> <li>- Suunnitelmallinen henkilöstön osaamisen kehittäminen</li> </ul>
↓	↓	↓
<p><b>Pisara-hankekokonaisuus</b></p> <p>Pitkäaikaissairauksien hoitomalli tukee kuntalaisten omaa vastuuta sairautensa hoidossa ja lisää osallisuutta</p>	<p><b>Pisara-hankekokonaisuus</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pitkäaikaissairauksien hoitomalli selkeyttää ja yhtenäistää hoitokäytäntöjä terveysasemilla</li> <li>- Oulun Omahoitopalvelua hyödyntäen kuntalaiset saavat tukea ja ohjausta sairautensa hoitoon ja tietoa hoitokäytännöstä on saatavilla</li> </ul> <p>Pitkäaikaissairauksien hoitomalli on asiakaslähtöinen ja se on otettu käyttöön kaikilla Oulun kaupungin terveysasemilla</p>	<p><b>Pisara-hankekokonaisuus</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pitkäaikaissairaiden toimintamalli kehitettiin monitoimijayhteistyössä eri hallintokuntien ja kolmannen sektorin kanssa</li> <li>- Terveystoimen ammattilaisten valmiuksien lisäämistä toimintamallin mukaiseen toimintaan tuettiin järjestämällä koulutusta osaamiskartoitusten pohjalta</li> </ul> <p>Hankkeen tulokset ja kokemukset vietiin tiedoksi alueelliseen ja kansalliseen kehittämistyöhön</p>
↓	↓	↓
<p><b>Kuntalaisten osallisuus ja elämänhallinta lisääntyvät</b></p>	<p><b>Tuetaan pitkäaikaissairaiden valmiuksia hoitaa sairauttaan ja ohjataan järjestöjen vertaistuen piiriin</b></p>	<p><b>Sähköisten palveluiden käyttäjämäärä lisääntyy ja järjestöjen osuus potilaiden hoitoketjussa vakiintuu</b></p>

## 2.2. Hankeorganisaatio

### 2.2.1. Johtoryhmä ja projektiryhmä

Vuonna 2009 kaikille rinnakkaishankkeille perustettiin yhteinen johtoryhmä, jonka kokoon kutsumisesta vastasi koordinaattorina toimiva Oulun kaupunki. Hankekoordinaatiolle perustettiin valmistelevia tehtäviä varten projektiryhmä, jonka toimintaa koordinoi Oulun kaupunki. Jokainen osahanke nimesi edustajansa johtoryhmään ja projektiryhmään. Johtoryhmän tehtävänä oli johtaa hankkeen työskentelyä ja päättää hankkeen linjauksista, hyväksyä suunnitelmat, ohjata ja valvoa projektin toiminnallisten tavoitteiden toteutumista ja ehdottaa tarvittaessa muutoksia. Johtoryhmä myös käsitteli ja hyväksyi väliraportit ja loppuraportin tuloksineen. Hankekoordinaation projektiryhmän tehtävänä oli valmistella asiat johtoryhmälle esitettäväksi.

Johtoryhmä on kokoontunut koko hankkeen aikana 1.4.2009–31.12.2013 12 kertaa ja projektiryhmä on kokoontunut 16 kertaa. Pisara-hankkeen johtoryhmän ja projektiryhmän kokoonpano ja kokoontumiset vuosina 2009–2013 on esitetty taulukossa 2.

**Taulukko 2. Pisara-hankekoordinaation johtoryhmän ja projektiryhmän kokoonpanot ja kokoukset vuosina 2009–2013.**

<b>PISARA- hankekoordinaatio</b>		
<b>Koordinoiva johtoryhmä:</b>	<b>PISARA-projektiryhmä:</b>	<b>Johtoryhmän kokoukset:</b>
<p><b>Oulun kaupunki:</b> Koski Keijo terveysjohtaja (pj), vv. 2009–2012, Eila Erkkilä hallintoyliääkäri, (pj) vv. 2012–2013, Tähtinen Tuula palvelujohtaja (vpj), vv. 2009–2012, Turunen Terttu vs. palvelujohtaja, v. 2013, Angeria Minna hankekoordinaattori (esitt.), vv. 2009–2011, Hirvasniemi Riikka projektipäällikkö, (siht., esitt.) vv. 2009–2012, Salmi Maarit projektityöntekijä (siht.) vv. 2009–2012, projektipäällikkö (esit.) vv. 2012–2013, Niittyvuopio Aune (siht.) vv. 2012–2013, Palsinajärvi-Äikäs Eija ohjelmakoordinaattori vv. 2009–2013</p> <p><b>Tekes:</b> Pietarila Asko johtava asiantuntija vv. 2009–2013</p> <p><b>Diapolis Oy:</b> Puolakka Jari toimitusjohtaja vv. 2009–2011, Niemelä Matti toimitusjohtaja v. 2011, Lakovaara Martti yksikön johtaja v. 2012, Koivurova Olli-Pekka palvelujohtaja v. 2012, Oinas Rita palvelujohtaja v. 2013, Repo Petteri projektipäällikkö vv. 2009–2010, Lankila Kai projektipäällikkö v. 2012, Konttavaara Pirjo-Liisa projektipäällikkö v. 2013.</p> <p><b>PPSOTU:</b> Haapsaari Jorma, Mustakangas-Mäkelä Anne vv. 2009–2013</p> <p><b>Oulun yliopisto:</b> Winblad Ilkka professori vv. 2009–2012, Keinänen-Kiukaanniemi Sirkka professori vv. 2009–2013</p>	<p><b>Oulun kaupunki:</b> Hirvasniemi Riikka projektipäällikkö (pj) vv. 2009–2012, Hirso Päivi yllääkäri vv. 2009–2012, Salmi Maarit projektityöntekijä (siht.) vv. 2009–2012, projektipäällikkö vv. 2012–2013 (pj), Niittyvuopio Aune projektityöntekijä (siht.) vv. 2012–2013</p> <p><b>Diapolis:</b> Repo Petteri projektipäällikkö vv. 2009–2010, Puolakka Jari, projektipäällikkö v. 2011, Lankila Kai projektipäällikkö v. 2012, Konttavaara Pirjo-Liisa projektipäällikkö v. 2013</p> <p><b>PPSOTU:</b> Pajunpää Saara projektipäällikkö vv. 2009–2013</p> <p><b>Oulun diabetesyhdistys ry:</b> Kiviharju Martti vv. 2009–2013, Hanhela Petri toiminnanjohtaja vv. 2010–2013</p> <p><b>Oulun yliopisto:</b> Lehtiniemi Heli tutkija vv. 2009–2012, Olavi Kuikka tutkija vv. 2012–2013</p> <p><b>Prowellness Oy:</b> Tiina Lahdenperä kehittämisspäällikkö vv. 2009–2013, Järvinen Mari projektipäällikkö vv. 2009–2013</p>	<p><b>Johtoryhmän kokoukset:</b></p> <p><b>2009:</b> 23.4., 25.5., 2.9., 3.11. <b>2010:</b> 13.4, 9.11 <b>2011:</b> 24.11 <b>2012:</b> 3.4., 4.6., 20.11. <b>2013:</b> 16.5., 10.12</p> <p><b>Projektiryhmän kokoukset:</b></p> <p><b>2009:</b> 3.6., 19.8., 26.8., 27.10., 18.12. <b>2010:</b> 22.3., 26.8., 13.10. <b>2011:</b> 16.2., 31.5., 17.11. <b>2012:</b> 13.3., 28.5., 1.10. <b>2013:</b> 19.3., 9.10.</p>

### 2.3. Tavoitteet

Hankekoordinaation tavoitteena oli luoda kustannustehokas, laadukas ja vaikuttava toimintamalli alkuvaiheessa tyypin 2 diabeteksen hoitoon, seurantaan ja arviointiin monitoimijayhteistyössä.



Hankekoordinaation tavoitteet:

- potilaiden hoitoon sitoutuminen ja hoitotasapainon paraneminen
- vaikuttavan ja kustannustehokkaan toimintamallin kehittäminen
- systemaattinen laadunseurannan ja vaikuttavuuden arvioiminen
- järjestötoimijoiden ja vertaistukihenkilöiden roolin vahvistaminen pitkäaikaissairauksien hoitoketjussa
- henkilökunnan sitoutuminen ja valmiuksien kasvaminen uuden toimintamallin ja sähköisten palveluiden käyttöön
- julkisen ja yksityisen terveystalusten tuottajan välisen sähköisen tiedonvaihdon kehittäminen
- potilaiden mahdollisuuksien parantaminen hyödyntää monipuolisia sähköisiä palveluja

## 2.4. Hankekoordinaation toteutus tavoitteittain

Toimintamallin suunnittelemiseksi ja kehittämiseksi hankkeessa aloitettiin yhteistyö Oulun kaupungin, Diapolis Oy:n, Pohjois-Pohjanmaan sosiaali- ja terveysturvayhdistyksen (PPSOTU), Oulun yliopiston/Terveystieteen laitoksen ja Oulun Diabetesyhdistys ry:n sekä ProWellness Oy:n kanssa. Hankekokonaisuuden osahankkeita olivat Pisara – Oulu, Pisara – Diapolis, Pisara – V Oulun yliopisto ja VVV (Viestintä ja vertaistoiminta verkkoon) – projekti. Pohjois-Pohjanmaan sosiaali- ja terveysturvayhdistyksen Tekes-rahoitus loppui vuonna 2010, jonka jälkeen he jatkoivat yhteistyötä Raha-automaattiyhdistyksen (RAY)-rahoituksella. Toimijoiden yhteisenä tavoitteena oli tuottaa yhteistyössä uusi toimintamalli alkuvaiheessa tyypin 2 diabeteksen hoitoon.

Toimijoiden rooleista ja vastuista Pisara-hankkeessa tehtiin roolikartta, liite 1, toimijoiden sitouttamiseksi toimintamallin kehittämiseen. Yhteistyön aloittaminen koettiin haastavaksi, mutta toimijoiden tavoitteiden tarkentuessa, oppimisprosessi yhteistyöstä koordinaatiota koskien koettiin positiiviseksi. Lisäksi Pisara-hankkeessa tehtiin toimintasuunnitelma, toimintasuunnitelmataulukko, liite 2, johon koottiin kaikkien toimijoiden suunnitelmat yhteen. Yhteinen toimintasuunnitelma laitettiin kaikkien hanketoimijoiden nähtäville yhteiseen työtilaan Otilaan, johon koottiin myös muuta materiaalia (esimerkiksi osahankkeiden projektisuunnitelmat). Otilan käytössä ilmenneiden haasteiden - kuten kirjautumis- ja tallentamisvaikeuksien - vuoksi sen käyttö jäi osalta toimijoista vähäiseksi.

Pisara-hankkeeseen perustettiin laatutyöryhmä, johon kuuluivat Oulun kaupungin, Oulun yliopiston, Diapolis Oy:n, Pohjois-Pohjanmaan sosiaali- ja terveysturvayhdistyksen sekä Oulun Diabetesyhdistys ry:n edustajat. Laatutyöryhmä yhdistettiin arviointityöryhmään vuonna 2010, joka käsitteli kokouksissaan arviointia koskevia asioita. Hoidon laadun ja arvioinnin seuraamiseksi Pisara-hankkeessa työstettiin laadunhallintaraportti, liite 3, sekä arviointisuunnitelma vuonna 2010. Laadunhallinnan kriteerit Pisara-hankkeessa olivat vaikuttavuus, asiakastyytyväisyys, henkilökunnan osaamisen kartoitus sekä talousnäkökulma. Oulun yliopisto tarkasteli tyypin 2 diabeteksen hoidon vaikuttavuutta ja asiakastyytyväisyyttä. Myös Pisara - Oulu ja Pisara – Diapolis -hankkeet toteuttivat omissa osahankkeissaan asiakastyytyväisyyskyselyitä. Pisara - Oulussa toteutettiin henkilökunnan osaamiskartoituksia tyypin 2 diabeteksen hoidon sekä sydän- ja verisuonisairauksien hoidon osalta. Myös Diapolis toteutti hankkeessaan henkilöstön

osaamisen kartoituksen kaksi kertaa. Talousnäkökulma toteutettiin Pisara – Oulu -hankkeessa tyyppin 2 diabeteksen hoitomallin kustannusanalyysillä, liite 4.

Uuden toimintamallin vaikuttavuuden tutkimisesta sovittiin Oulun yliopiston Terveystieteen laitoksen kanssa ja sopimus tutkimuksesta kirjoitettiin Oulun kaupungin, Diapolis Oy:n ja Oulun yliopiston välille helmikuussa 2010. Vaikuttavuuden tutkiminen toteutettiin omalla osahankkeellaan (Pisara – V -hanke), jonka tulokset valmistuvat syksyllä 2013. Vaikuttavuustutkimus toteutettiin tapaus-verrokki-menetelmällä, missä Oulun kaupungin terveysasemilla ja Diapolis Oy:ssä hoidettujen tyyppin 2 diabetespotilaiden tuloksia verrattiin Kajaanissa hoidettujen tyyppin 2 diabetespotilaiden tuloksiin. Tutkimuksen tulokset valmistuvat alkuvuoden 2014 aikana.

Pisara - V -tutkimukseen osallistuvien potilaiden ohjaamisesta Diapolikseen tai Oulun kaupungin terveysasemille tehtiin rekrytointisuunnitelma yhteistyössä Oulun yliopiston kanssa. Tavoitteena oli saada rekrytoitua 250 tutkimuspotilasta Oulun kaupungin terveysasemille ja 250 tutkimuspotilasta Diapolis Oy:lle. Osahankkeiden toimijoiden kanssa työstettiin yhdessä suostumus- ja lähestymiskirjeet sekä sovittiin potilasrekrytointiin liittyvistä asioista. Potilaiden rekrytointi aloitettiin alkuvuodesta 2010 ja potilaiden rekrytointi päättyi alkuvuodesta 2011. Rekrytoinnissa lähetettiin useita halukkuuskyselyitä, koska vastanneiden määrä ei toteutunut suunnitellusti. Tutkimukseen osallistuvien potilaiden määrä jakautui terveysasemien kesken epätasaisesti, jonka vuoksi potilaiden keskittyminen joillekin terveysasemille oli suunniteltua suurempi. Potilaita siirrettiin hoidettavaksi toiselle terveysasemalle tyyppin 2 diabeteksen hoidon osalta potilasmäärien (max 25 potilasta / terveysasema) tasapuolistamiseksi terveysasemien kesken.

Oulun yliopisto toimitti listan tutkimukseen osallistuvista potilaista projektityöntekijöille (2), jotka laittoivat potilaat Effica - potilastietojärjestelmään muodostettuihin asiakasryhmiin (Pisara - Oulu ja Pisara – Diapolis). Myös asiakastietojen päivityslehdelle laitettiin tieto missä potilasta hoidetaan diabeteksen osalta. Tieto tutkimukseen osallistumisesta kirjattiin terveystietomukseen. Pisara-potilaat laitettiin myös ProWellnessin hoitojärjestelmään.

Osa potilaista kieltäytyi osallistumasta tutkimukseen, koska he eivät halunneet vaihtaa terveysasemaa. Pisara- V -tutkimukseen osallistuvat potilaat eivät voineet osallistua yhtä aikaa muihin tutkimuksiin, mistä johtuen osa potilaista jäi pois tutkimuksesta. Rekrytoitujen potilaiden toteutunut määrä oli Oulun kaupungin terveysasemilla 226 potilasta ja Diapoliksessa 234 potilasta. Vuoden 2011 lopussa tehdyn tarkistuksen mukaan osa tutkimuspotilaista oli lopettanut tutkimukseen osallistumisen. Muita lopettamisen syitä olivat esimerkiksi potilaan kunnan huononeminen, kuolema, potilaan kuuluminen työterveydenhuollon piiriin, toiselle paikkakunnalle muuttaminen tai mainitsematon syy. Vuoden 2011 lopussa Pisara-potilaiden määrä oli Oulun kaupungin terveysasemilla 214 ja Diapoliksessa 232.

Potilasrekrytointiin tehtiin suostumuskirjeeseen pyydettiin vuonna 2011 Oulun kaupungin lakimiehen kannanotto, jonka pohjalta suostumuskirjettä jouduttiin tarkentamaan ja pyytämään uusi eettisen toimikunnan lausunto. Tämä hidasti tutkimuksen etenemistä, jonka vuoksi tutkimukseen suunniteltu väliarviointi jäi pois.

Oulun kaupungilla on käytössä Effica -potilastietojärjestelmä, joka on ensisijainen potilastietojen tallennuspaikka. Oulun kaupungilla on myös sopimus ProWellnessin hoitojärjestelmän käytöstä,



joka uusiutui vuonna 2010. ProWellnessin hoitojärjestelmän käyttöön perehdytettiin tiimityöparit yhtä aikaa hoitomallin käyttökoulutuksen yhteydessä. Pilotoinnin aikana Pisara-potilaiden diabeteksen hoitoon liittyviä kirjauksia tehtiin ProWellnessiin hoitojärjestelmään vähän, koska sen käyttö koettiin hankalaksi kirjaamisen päällekkäisyyden vuoksi. Henkilökunta ei nähnyt järjestelmän tuovan lisäarvoa tyyppin 2 diabeetikoiden hoidonohjaukseen ja seurantaan. 08/2012 Oulun kaupunki teki päätöksen ProWellnessin käytön lopettamisesta koko kaupungin tasolla ja järjestelmän käyttö jatkui diabetesvastaanotolla ja terveysasemien diabeteshoitajilla. Myös kuntaliitoksen mukana tulleiden kuntien henkilöstö koulutettiin järjestelmän käyttöön.

Hankekokonaisuudelle työstettiin myös viestintäsuunnitelma hankkeen alkuvaiheessa, ja viestintään perustettiin oma työryhmä. Työryhmän tarkoituksena oli sopia viestintää koskevista asioista ja toteutuksesta eri toimijoiden kesken sekä päivittää ja tarkentaa viestintäsuunnitelmaa. Viestintäsuunnitelman mukaisesti hankkeelle työstettiin yhteistyössä hanketoimijoiden kanssa esitteet sekä esittely- ja lopputekstit, joiden avulla Pisara-hanketta esiteltiin esimerkiksi seminaareissa ja artikkeleissa. Näin varmistettiin viestinnän yhdenmukaisuus.

Pisara-hankekokonaisuuden arvioinnin tarkoitus oli varmistaa kehittämistyön eteneminen asetettujen tavoitteiden suuntaisesti, tukea hankkeen asiantuntijaverkoston yhteistyötä sekä arvioida hankkeen tuloksia. Arviointi toimi muutoksen seurannan ja ohjauksen välineenä. Arvioinnin tarkoituksena oli myös selvittää hankkeessa kehitetyn pitkäaikaissairaiden hoidon toimintamallin soveltuvuutta perusterveydenhuollon toimintaan. Arvioinnin osalta hankekokonaisuudelle työstettiin arviointisuunnitelma ja perustettiin arviointityöryhmä, jonka tarkoituksena oli käsitellä arviointiin liittyviä asioita.

Pisara - Oulu -hankkeelle tehtiin koulutussuunnitelma toukokuussa 2011. Koulutussuunnitelma tehtiin Pisara-hankkeen tiimityöpareille ja avoterveydenhuollon henkilökunnalle liittyen tyyppin 2 diabeteksen hoitoon ja hoidon kulun selkeyttämiseen. Koulutussuunnitelma pohjautui hankkeen aikana tiimityöpareilta kerättyyn palautteeseen ja Oulun kaupungin terveysasemien vastaanoton henkilökunnalle joulukuussa 2010 tehdyn osaamiskartoituksen tuloksiin sekä paljon terveyspalveluita käyttävien potilaiden vastaanoton pilotoinnista saatuihin tuloksiin. Koulutussuunnitelman tarkoituksena oli tukea Pisara - Oulu -hankkeen tiimityöparien osaamisen vahvistamista ja lisäämistä alkuvaiheessa tyyppin 2 diabeteksen ja myöhemmin muiden pitkäaikaissairauksien hoitoon sekä tukea terveysasemien henkilökuntaa paljon terveyspalveluita käyttävien potilaiden tunnistamisessa ja ohjauksessa terveysaseman vastaanotolla.

Hoitomallin jalkauttamisesta tehtiin Pisara - Oulu -hankkeessa käyttöönottosuunnitelma. Suunnitelman tarkoituksena oli selkeyttää hoitomallin käyttöönottoa Oulun kaupungin terveysasemien henkilökunnalle. Käyttöönottosuunnitelma sisälsi tyyppin 2 diabeteksen hoitomallin taustan ja tarkoituksen, käyttöönottoon liittyvän viestinnän ja tiedottamisen sekä kouluttamisen ja perehdyttämisen. Lisäksi suunnitelma sisälsi käyttöönoton seurannan ja arvioinnin.

Oulun kaupunki toimi Pisara-hankekokonaisuuden koordinoijana ja kehittämistyötä koordinoitiin esimerkiksi johtoryhmien ja projektiryhmien kokouksissa. Laadukkaasti kehittämistoiminnan takaamiseksi hankkeeseen perustettiin työryhmiä, joissa keskityttiin erilaisiin teemoihin. Työryhmiä olivat arviointityöryhmä, asiakasvirtatyöryhmä, järjestöyhteistyötyöryhmä, viestintätyöryhmä sekä tietojärjestelmätyöryhmä, ja jokaisesta hanketoimijaorganisaatiosta nimettiin edustajat

työryhmiin. Näin varmistettiin aktiivinen yhteistyö eri toimijoiden kanssa. Työryhmät kokoontuivat hankkeen aikana vaihtelevasti, ja osa työryhmistä (esimerkiksi arviointityöryhmä) yhdistettiin lopulta projektiryhmän kokouksiin.

Pisara - Oulu - hanke on raportoinut väliraporttien muodossa Tekesille hankkeen kulusta, mahdollisista muutoksista ja henkilöstövaihdoksista. Pisara - hankkeeseen tehtiin Tekesin sisäinen tarkastus Tuokko Tilintarkastus Oy:n toimesta kesäkuussa 2010. Tarkastus kattoi 1.4.2009–31.12.2009 välisen ajan. Tarkastuksen tuloksena hankkeen toimintaa tarkennettiin.

Oulun kaupunki teki auditoinnin Pisara – Diapolis -hankkeeseen 14.12.2010 varmistukseksi, että toiminta Diapoliksessa on projektisuunnitelman mukaista. Auditoinnin tavoitteena oli kuvata toimintamallien kehittäminen ja sisällöt oikein tutkimusta varten sekä varmistaa oululaisten tyyppin 2 diabeetikoiden hoito ja taloudellisten resurssien kohdentuminen oikein. Auditointi suoritettiin hankeasiakirjoista, tietojärjestelmästä saatujen tietojen sekä Diapoliksen henkilökunnan haastattelujen pohjalta. Auditoidtavat asiakirjat olivat Pisara - koordinaatiosopimus liitteineen (mm. roolikartta), projektisuunnitelma, tutkimussopimus, koordinaatio työryhmän muistiot, Diapoliksen prosessikuvaus sekä toimitusjohtaja Jari Puolakan diaesitys haastattelussa. Auditoinnin pohjalta toiminnassa oli huomautettavaa ryhmänohjausmallin kehittämisen puuttumisesta, potilastietoja ei kirjattu ProWellnessin hoitojärjestelmään eikä heidän esittämänsä prosessikuvaus vastannut heidän toimintaansa. Auditoinnista annetun palautteen pohjalta Diapolis tarkensi toimintaansa huomautettujen kohtien osalta vastaamaan asiakirjojen mukaista toimintaa.

Hankkeessa luotiin toimintamalli aluksi tyyppin 2 diabeteksen hoitoon ja toimintamallia sovellettiin myös astman, reuman ja sydän- ja verisuonisairauksien hoitoon vuonna 2013. Alueellinen toimintamalli ei toteutunut, koska osa alun suunnitelluista hanketoimijoista Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri ja Condia Oy jäivät kehittämistoiminnasta pois hankkeen alkuvaiheessa. Siten mallin käyttö on jalkautettu vain Oulun kaupungin alueelle. Rahoittajaa tiedotettiin kyseisten hanketoimijoiden poisjäämisestä.

Pisara-hankekokonaisuuden tavoitteena oli monitoimijayhteistyössä kehitetyn kustannustehokkaan, systemaattisen, alueellisen toimintamallin pilotointi kriteeristöineen Oulun kaupungin, Diapoliksen ja kolmannen sektorin välillä. Tavoitteen mukaan pitkäaikaissairauksien toimintamalliin laaditaan kriteeristö Oulun yliopiston tutkimuksen pohjalta, millaisia diabeetikoita ja missä hoitotasapainossa olevia ohjataan hoitoon Diapolikseen. Tavoite ei toteutunut tältä osin, koska Oulun yliopiston tutkimusajan pidentymisen vuoksi kriteereitä ei ehditty laatia eikä pitkäaikaissairauksien hoitomallia pilotoida tältä osin hankkeen aikana.

#### **2.4.1. Alatyöryhmät**

Hanketyön toteuttamiseksi perustettiin viisi alatyöryhmää (asiakasvirta, viestintä, järjestysoyhteistyö, tietojärjestelmä ja arviointi), jotka vievät asiat projektiryhmään. Projektiryhmä valmisteli asiat johtoryhmälle esitettäväksi. Alatyöryhmiin nimettiin jäsenet kustakin osahankkeesta. Työryhmien kokoonpanot ja kokoontumiset on esitetty taulukossa 3.



Asiakasvirtatyöryhmässä käsiteltiin Oulun yliopiston vaikuttavuustutkimukseen liittyvään asiakasrekrytointiin liittyviä asioita. Asiakasvirtatyöryhmässä laadittiin lähestymis- ja suostumuskirjeet tutkimukseen osallistumiseksi sekä sovittiin yhteisistä toimintatavoista. Asiakasvirta työryhmä kokoontui hankkeen aikana kahdeksan kertaa.

Viestintätyöryhmässä sovittiin viestintää koskevista asioista ja toteutuksesta eri toimijoiden kesken. Viestintätyöryhmässä laadittiin yhteinen viestintäsuunnitelma, jota päivitettiin. Viestintätyöryhmässä työsti yhteistyössä hanketoimijoiden kanssa yhteiset esitteet sekä esittely- ja lopputekstit, joita käytettiin erilaisissa tilaisuuksissa esittelymateriaaleissa ja artikkeleissa. Pisara-hankekoordinaation ja Pisara – Oulu -hankkeen esitteiden ja roll up'in suunnittelu tilattiin graafikko Malla Melalta vuonna 2010 ja 09/2010 Pisara - Oulu – hankkeen esitteen kuvituskuvioiden suunnittelu ja kuvitustyö hankittiin Jukka Nuotiolta. 02/2012 hankittiin graafikko Malla Melalta työpanosta Pisara - hankkeen posterien ja muun viestintämateriaalin suunnitteluun tuntityönä. Viestintätyöryhmä kokoontui hankkeen aikana 17 kertaa. Hankkeen aikana toteutettu viestintä on koottu taulukkoon 9, s. 42.

Järjestöyhteistyötyöryhmässä suunniteltiin miten järjestötietoisuutta lisätään terveydenhuollon ammattilaisilla ja miten järjestöjen roolia vahvistetaan osana pitkäaikaissairaiden hoitoa ja sovittiin toimintatavoista. Järjestöjen toiminnan esittelemiseksi sovittiin yhteinen toimintatapa, jolla järjestöjä voidaan pyytää osallistumaan erilaisiin kokouksiin ja ryhmiin. Pisara-hanke osallistui järjestöjen ja terveydenhuollon yhteistyön kehittämiseksi ja tiivistämiseksi perustetun JäTe-työryhmän toimintaan. Järjestöyhteistyön prosessi mallinnettiin vuonna 2011 ja sitä päivitettiin vuonna 2013, liite 6. Järjestöyhteistyötyöryhmä kokoontui hankkeen aikana 10 kertaa.

Tietojärjestelmätyöryhmässä sovittiin Efficca - potilastietojärjestelmään ja ProWellnessin hoitojärjestelmän käyttöön liittyvistä asioista. Pisara-potilaiden tiedot kirjattiin sekä Efficcaan että ProWellnessin hoitojärjestelmään, johon pääsi Efficcan kautta. Efficca -potilastietojärjestelmä ja ProWellnessin hoitojärjestelmä olivat käytössä Diapoliksessa Oulun yliopiston tutkimukseen osallistuvien potilaiden osalta vuosina 2010–2012. Oulun Omahoitopalvelu oli Diapoliksessa käytössä syksyllä 2012. Tietojärjestelmätyöryhmä kokoontui hankkeen aikana kuusi kertaa.

Arviointityöryhmässä sovittiin arviointiin liittyvistä asioista. Vuonna 2010 perustettu laatutyöryhmä liitettiin arviointityöryhmään. Arviointityöryhmässä laadittiin yhteinen arviointisuunnitelma vuonna 2010, joka sisälsi jokaisen toimijan oman arviointisuunnitelman. Vuonna 2010 laaditun laadunhallintaraportin, liite 3, mukaan yhteisesti sovitut arviointikriteerit olivat asiakastytyväisyys ja henkilöstön osaamisen arviointi. Lisäksi kriteerinä olivat vaikuttavuus, jonka tulokset saatiin Oulun yliopiston vaikuttavuustutkimuksesta ja talousnäkökulma, joka tulee esiin toimijoiden oman kustannusten arvioinnissa ja Oulun yliopiston tutkimuksessa. Arviointityöryhmä kokoontui hankkeen aikana kolme kertaa. Vuonna 2011 lähtien arviointiin liittyvät asiat käsiteltiin projektiryhmän kokouksissa. Alatyöryhmien kokoonpanot ja kokoontumiset on esitetty taulukossa 3.



**Taulukko 3. Alatyöryhmien kokoonpanot ja kokoukset vuosina 2009–2013.**

Työryhmä	2009	2010	2011	2012	2013
<p><b>Asiakasvirta</b> <b>Pisara-Oulu:</b> Angeria Minna, projektinjohtaja, vv. 2009–2011 Hirvasniemi Riikka, projektipäällikkö, vv. 2009–2012 Salmi Maarit, projektityöntekijä, vv. 2009–2012 projektipäällikkö vv. 2012–2013 Hirso Päivi, asiantuntija, ylilääkäri, vv. 2009–2011 Piuva Jussi, asiantuntija, apulaisylilääkäri, v. 2012–2013</p> <p><b>Diapolis:</b> Puolakka Jari, toimitusjohtaja, Diapolis, vv. 2009–2011 Repo Petteri, projektipäällikkö, vv. 2009–2010 Lankila Kai, projektipäällikkö, vv. 2012</p> <p><b>VVV-projekti:</b> Pajunpää Saara, projektipäällikkö, vv. 2009–2013 Kiviharju Martti, diabetesyhdistys, vv. 2009–2013</p> <p><b>Oulun Yliopisto:</b> Winblad Ilkka, professori, tutkija, vv. 2009–2011 Keinänen-Kiukaanniemi Sirkka, professori, tutkija, vv. 2011–2013</p>	22.9, 6.10, 10.11, 17.11.	13.1, 22.2	19.1	26.10	
<p><b>Viestintä</b> <b>Pisara-Oulu:</b> Angeria Minna, projektinjohtaja, vv. 2009–2011 Hirvasniemi Riikka, projektipäällikkö, vv. 2009–2012 Salmi Maarit, projektityöntekijä, vv. 2009–2012, projektipäällikkö vv. 2012–2013 Hirso Päivi, asiantuntija, ylilääkäri, vv. 2009–2011 Niittyvuopio Aune, projektityöntekijä, vv. 2011–2013</p> <p><b>Diapolis:</b> Puolakka Jari, toimitusjohtaja, Diapolis, vv. 2009–2011 Repo Petteri, projektipäällikkö, vv. 2009–2010 Lankila Kai, projektipäällikkö, vv. 2012–2012 Konttavaara Pirjo-Liisa, projektipäällikkö, v. 2013</p> <p><b>VVV-projekti:</b> Pajunpää Saara, projektipäällikkö, vv. 2009–2013 Kiviharju Martti, diabetesyhdistys, vv. 2009–2013</p> <p><b>Oulun Yliopisto:</b> Winblad Ilkka, professori, tutkija, vv. 2009–2011 Keinänen-Kiukaanniemi Sirkka, professori, tutkija, vv. 2011–2013</p>	15.9, 28.9, 12.10, 2.11, 8.12	25.1, 11.2, 16.3, 7.12	19.1, 28.2, 26.5, 19.12	29.2, 4.4, 22.8, 26.11	
<p><b>Järjestöyhteistyö</b> <b>Pisara-Oulu:</b> Angeria Minna, projektinjohtaja, vv. 2009–2011 Hirvasniemi Riikka, projektipäällikkö, vv. 2009–2012 Salmi Maarit, projektityöntekijä, vv. 2009–2012, projektipäällikkö vv. 2012–2013 Niittyvuopio Aune, projektityöntekijä, vv. 2011–2013 Hirso Päivi, asiantuntija, ylilääkäri, vv. 2009–2011</p> <p><b>Diapolis:</b> Puolakka Jari, toimitusjohtaja, Diapolis Repo Petteri, projektipäällikkö, vv. 2009–2010 Lankila Kai, projektipäällikkö, vv. 2012–2013 Konttavaara Pirjo-Liisa, projektipäällikkö, vv. 2012–2013</p> <p><b>VVV-projekti:</b></p>	14.9., 17.11.	18.1., 18.2., 10.6., 14.9.	9.2., 24.5., 20.9.	5.6.	



Pajunpää Saara, projektipäällikkö, vv. 2009–2013 Kiviharju Martti, diabetesyhdistys, vv. 2009–2013					
<b>Tietojärjestelmä</b> <b>Pisara-Oulu:</b> Angeria Minna, projektinjohtaja, vv. 2009–2011 Hirvasniemi Riikka, projektipäällikkö, vv. 2009–2012 Salmi Maarit, projektityöntekijä, vv. 2009–2012, projektipäällikkö vv. 2012–2013 Hirso Päivi, asiantuntija, ylilääkäri, vv. 2009–2011 <b>Diapolis:</b> Puolakka Jari, toimitusjohtaja, Diapolis Repo Petteri, projektipäällikkö, vv. 2009–2010 Lankila Kai, projektipäällikkö, vv. 2012–2013 Konttavaara Pirjo-Liisa, projektipäällikkö, v. 2013 <b>VVV-projekti:</b> Pajunpää Saara, projektipäällikkö, vv. 2009–2013 Kiviharju Martti, diabetesyhdistys, vv. 2009–2013 <b>ProWellness Oy:</b> Lahdenperä Tiina, kehittämisspäällikkö, vv. 2009–2013 Järvinen Mari, projektipäällikkö, vv. 2009–2013	17.9., 27.10., 16.11		4.2., 12.12.	26.11.	
<b>Arviointi</b> <b>Pisara-Oulu:</b> Angeria Minna, projektinjohtaja, vv. 2009–2011 Hirvasniemi Riikka, projektipäällikkö, vv. 2009–2012 Salmi Maarit, projektityöntekijä, vv. 2009–2012, projektipäällikkö vv. 2012–2013 Hirso Päivi, asiantuntija, ylilääkäri, vv. 2009–2011 <b>Diapolis:</b> Puolakka Jari, toimitusjohtaja, Diapolis, vv. 2009–2011 Repo Petteri, projektipäällikkö, vv. 2009–2010 Lankila Kai, projektipäällikkö, vv. 2012–2013 <b>VVV-projekti:</b> Pajunpää Saara, projektipäällikkö, vv. 2009–2013 Kiviharju Martti, diabetesyhdistys, vv. 2009–2013 <b>Oulun Yliopisto:</b> Winblad Ilkka, professori, tutkija, vv. 2009–2011 Keinänen-Kiukaanniemi Sirkka, professori, tutkija, vv. 2011– 2013	18.12.		1.2., 24.9.		

Hankkeen toiminnan koostamiseksi ja yhteiseksi tallennuspaikaksi perustettiin Ottila-työtila, johon kaikille toimijoille ja heidän työntekijöilleen mahdollistettiin pääsy. Ottilaan tallennettiin kaikki asiakirjat ja dokumentit johto-, projekti- ja muiden työryhmien kokouksista. Ottilan käyttö jäi vähäiseksi osalla toimijoista siinä ilmenneiden tallennus ja kirjautumisongelmien vuoksi.

## 2.5. Hankekoordinaation tulokset

Hankkeen tuloksena on kehitetty monitoimijayhteistyön toimintatapa, jossa sekä julkinen terveydenhuolto, Oulun kaupunki, että yksityinen terveystalouden tuottaja, Diapolis, hyödyntävät järjestöjen tarjoamia mahdollisuuksia potilaiden hoidossa. Järjestöjen kehittämän



ihimiset.fi sivuston kautta on terveydenhuollon ammattilaisilla mahdollisuus saada tietoa järjestöjen toiminnasta ja tapahtumista sekä pyytää järjestön edustajia osallistumaan ja kertomaan toiminnastaan erilaisiin tapahtumiin ja kokouksiin.

Järjestöt ovat kehittäneet www-sivut, ihmiset.fi ja toiminta.fi, joiden kautta terveydenhuollon henkilöstön tietoisuus järjestöjen toiminnasta on lisääntynyt ja järjestöjen yhteystiedot ovat helposti saatavilla. Sivuston sisältämien toimintojen kautta potilaiden ohjaaminen järjestöjen toiminnan piiriin on helpottunut merkittävästi. Järjestöjen saaminen yhteistyökumppaniksi terveydenhuollon toiminta on syventynyt ja laajentunut kattamaan vertaistuen mahdollisuuden osana potilaiden hoitoa sekä potilaiden mahdollisuudet saada vertaistukea samassa tilanteessa olevilta tai samaa sairautta sairastavilta on lisääntynyt.

Tavoitteena oli luoda Omahoitopalvelua hyödyntämällä (Oulun kaupunki, Diapolis, kolmas sektori sekä mahdolliset muut toimijat) tyyppin 2 diabeteksen hoidon toimintamalli kriteeristöineen eri toimijoiden välille. Tavoite ei toteutunut Oulun yliopiston tutkimusajan pidentymisen vuoksi, jolloin kriteereiden luomista Oulun yliopiston tutkimuksen pohjalta ei ehditty hankkeen aikana tehdä eikä hoitomallia siltä osin pilotoida.

Oulun Omahoitopalvelu on käytössä Diapoliksessa syksyllä 2012. Omahoitopalvelun käytön kokeilu jäi vähäiseksi johtuen alun teknisistä ongelmista.

## 2.6. Hankekoordinaation arviointi

Pisara - hankekoordinaatiossa toteutetun arvioinnin tarkoitus on ollut varmistaa kehittämistyön eteneminen asetettujen tavoitteiden suuntaisesti, tukea hankkeen asiantuntijaverkoston yhteistyötä sekä arvioida hankkeen tuloksia ja vaikutuksia. Arviointi toimi muutoksen seurannan ja ohjauksen välineenä. Jokainen osahanke teki arviointia oman hankkeen osalta ja toi arvioinnista saadut tulokset tiedoksi Pisara - koordinaatioon. Hankkeessa toteutettiin myös itsearviointia. Arvioinnin tulokset on koottu liitteeseen 7, Pisara-koordinaation ja Pisara - Oulu - hankkeen arviointiraporttiin.

Pisara-hankekokonaisuudessa sovittiin yhdessä osahanketoimijoiden kanssa arviointikriteerit, jotka kuvasivat, mitä potilaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten osalta hankekokonaisuudessa arviointi. Arviointikriteerit tuottivat tyyppin 2 diabeteksen toimintamallin laatu- ja vaikuttavuusnäkökulman. Arviointikriteerit olivat:

### 1) Vaikuttavuus

Oulun yliopisto suoritti vaikuttavuustutkimuksen, jossa selvitettiin tyyppin 2 diabeetikoiden hoidon vaikuttavuutta. Tutkimusraportti on liitteenä 5.

### 2) Asiakastyytyväisyys

Kukin osahanke toteutti yhteisesti sovitun aikataulun mukaisesti asiakastyytyväisyyskyselyt. Kyselyiden avulla selvitettiin tyyppin 2 diabeetikon toimintamallin mukainen asiakastyytyväisyyden taso. Pisara - Oulu -hankkeessa asiakastyytyväisyyskyselyitä toteutettiin tyyppin 2 diabeteksen toimintamallin pilotoinnin aikana yhteensä kolme kertaa.



Ensimmäinen asiakastytyväisyyskysely toteutettiin joulukuussa 2010, toinen marraskuussa 2011 ja kolmas joulukuussa 2012.

### 3) Henkilökunnan osaamisen kartoitus

Kukin osahanke toteutti yhteisesti sovitun aikataulun mukaisesti osaamisen kartoituksen henkilökunnalle, jonka avulla selvitettiin mm. henkilökunnan osaamisen taso ja koulutustarpeita. Pisara - Oulu -hankkeessa henkilökunnan osaamisen tasoa kartoitettiin kaksi kertaa. Ensimmäisessä vaiheessa kartoitettiin osaamisen tasoa tyypin 2 diabeteksen hoidossa ja toisessa vaiheessa sydän- ja verisuonisairauksiin liittyen. Astman ja reuman hoitoon liittyviä osaamiskartoituksia ei toteutettu.

### 4) Talousnäkökulma

Kukin osahanke toteuttaa yhteisesti sovitun aikataulun mukaisesti tyypin 2 diabeetikon toimintamallin kustannusten arvioinnin. Pisara - Oulu -hankkeessa tehtiin kesäkuussa 2012 kustannusanalyysi tyypin 2 diabeteksen hoitomallista. Kustannusanalyysi on liitteenä 4.

Tämän lisäksi hankekokonaisuus toteutti itsearviointia koordinoivan projektiryhmän ja johtoryhmän jäsenille. Näin tuotettiin tietoa muun muassa yhteistyön sujuvuudesta ja toimivuudesta.

## 2.6.1. Johtoryhmän ja projektiryhmän itsearviointit

Pisara - hankekokonaisuuden johtoryhmän itsearviointi toteutettiin kaksi kertaa, vuonna 2011 ja vuonna 2012. Itsearvioinnissa johtoryhmän jäseniä pyydettiin arvioimaan Pisara-hankekokonaisuuden eri osa-alueiden onnistumista asteikolla 1 (Huonosti) – 5 (Hyvin).

Arvioitavia hankekokonaisuuden osa-alueita olivat hankekokonaisuuden eteneminen suunnitelman mukaan, hankekokonaisuuden aikataulun toteutuminen, tiedottaminen hankekokonaisuuden sisällä, tiedottaminen hankekokonaisuudesta ulospäin, sekä hankekokonaisuuteen kuuluvien osahankkeiden ja toimijoiden välisen yhteistyön onnistuminen johtoryhmän näkökulmasta. Molempien itsearviointien tulosten mukaan nämä kaikki osa-alueet arvioitiin onnistuneen hyvin.

Pisara-hankekokonaisuuden projektiryhmän itsearviointi toteutettiin kaksi kertaa, vuonna 2010 ja vuonna 2012. Projektiryhmän jäseniä pyydettiin arvioimaan, kuinka Pisara-hankekokonaisuuden eri osa-alueet olivat onnistuneet asteikolla 1 (Huonosti) – 5 (Hyvin). Arvioitavia osa-alueita olivat hankekokonaisuuden eteneminen suunnitelman mukaan, hankekokonaisuuden aikataulun toteutuminen, hankekokonaisuuden osahankkeiden ja toimijoiden omien resurssien riittävyys yhteistyöhön, tiedottaminen hankekokonaisuuden sisällä, tiedottaminen hankekokonaisuudesta ulospäin, hankekokonaisuuden projektiryhmän toiminnan onnistuminen, sekä hankekokonaisuuteen kuuluvien osahankkeiden ja toimijoiden välisen yhteistyön onnistuminen. Projektiryhmän jäsenet arvioivat onnistuneensa kaikissa osa-alueissa hyvin sekä vuonna 2010 että vuonna 2012.

Vapaissa palautteissa nousi esiin, että Pisara - hankkeelta odotettiin uutta, todistetusti vaikuttavampaa tyypin 2 diabeteksen hoitomallia, yhteiseen tavoitteeseen pääsemistä sekä tuloksia. Hankkeelta odotettiin myös kehitettyjen toimintamallien hyödyntämistä jatkossa,

toimivaa ja hedelmällistä yhteistyötä osahankkeiden kesken. Jatkossa hankkeelta toivottiin myös yhteistä toimintamallia pitkäaikaissairauksien hyväksi, sekä potilaslähtöistä, luotettavaa ja tasalaatuista hoidonohjausta.

Hankekokonaisuuden kehittämistyö oli vastannut pääosin hyvin tai kohtalaisen hyvin projektiryhmän odotuksia ja kehittämistyön koettiin edenneen muutoksista huolimatta. Tosin koordinaation osapuolten sitoutuminen koettiin ajoittain haasteelliseksi. Hankekokonaisuuden onnistumista olivat edesauttaneet eniten kaikkien osapuolten vahva tahto saada tavoitteet toteutumaan ja hyvässä hengessä tapahtunut kehittämistyö, avoin keskustelu kokouksissa sekä koordinaatiotyö. Hankekokonaisuuden onnistumista oli puolestaan eniten vaikeuttanut osaprojektien erilaiset toimintakulttuurit, joiden oppimisen koettiin vievän paljon aikaa. Toimintakulttuureihin perehtymisen nähtiin kuitenkin kannattavan, jotta saadaan aidosti aikaan yhtenäinen toimintatapa. Järjestötoimijat saivat käyttöönsä haettua pienemmät resurssit, minkä koettiin myös vaikeuttaneen hankekokonaisuuden onnistumista. Tietotekniset ongelmat, henkilöstövaihdokset, tiedottaminen, käytännön tuomat haasteet (toimintakäytäntöjen juurruttaminen käytäntöön) sekä muualta tulleet muutosvaatimukset koettiin myös hankekokonaisuuden onnistumista vaikeuttaviksi tekijöiksi. Hankekokonaisuuden tulokset saataisiin juurrutettua projektiryhmän mukaan parhaiten osaksi toimintaa panostamalla viestintään ja tiedottamiseen, ja ehdotettiin myös lisäresurssin käyttämistä perehdytykseen. Kaupungin tasolta tarvitaan heidän mukaansa myös jatkuvaa seuranta- ja valvontaa, koulutusta, tukemista ja vaatimista, jotta malli otetaan käyttöön.

### **2.6.2. Monitoimijayhteistyön arviointi**

Kysely monitoimijayhteistyön toteutumisesta järjestettiin touko-kesäkuussa 2013 Pisara - Oulu - hankkeen toimesta. Kyselyssä hankkeen kehittämistoimintaan osallistuvilta organisaatioilta (Pisara - Oulu, VVV - hanke, Pisara - Diapolis, Oulun Diabetesyhdistys) pyydettiin palautetta monitoimijayhteistyössä tapahtuneesta kehittämistyöstä. Vastaajilta pyydettiin näkemyksiä odotuksista, haasteista, onnistumisista sekä kehittämiskohteista monitoimijayhteistyötä koskien. Vastaajilta pyydettiin myös näkemyksiä siihen, kuinka monitoimijayhteistyö oli tukenut organisaation omien tavoitteiden toteutumista. Tämän lisäksi vastaajilla oli mahdollisuus antaa vapaata palautetta monitoimijayhteistyöstä.

Toimijoiden odotuksena oli, että yhteistyön avulla saataisiin aikaan pysyviä muutoksia terveydenhuollon ammattilaisten toiminta- ja työtapoihin. Yhteistyöltä odotettiin myös pitkän aikavälin kehitystyötä ja sitä, että kehitystyö jatkuisi myös hankkeen jälkeen.

Haasteiksi monitoimijayhteistyön toteutumiselle vastaajat kokivat henkilöstövaihdokset sekä resursoinnit, ja toimijoiden aikataululliset ja toimintatapoihin liittyvät eroavaisuudet. Tiedottamisen koettiin tuottaneen haasteita hankkeen alkuvaiheessa, sillä kaikkien toimijoiden roolit eivät olleet selviä eri toimijoille. Haasteeksi koettiin myös organisaatiotasolla tehtävien päätöksentekoprosessien vaikutukset toiminnan onnistumiseen. Esimerkiksi se, mitä potilaita hoidetaan missäkin, oli aluksi epäselvää. Myös tekniset asiat, kuten sähköisen sairaskertomuksen ja laboratoriovastausten automaattisen siirtymisen toimimattomuus, loivat haasteita yhteistyön onnistumiselle.

Monitoimijayhteistyön avulla tieto eri toimijoista on lisääntynyt, ja erityisesti tieto järjestöjen toiminnasta on lisääntynyt. Toimijoiden mukaan yhteistyönä on onnistuttu luomaan luonteva toimintatapa eri organisaatioiden välille. Yhteistyön onnistumiseen on vaikuttanut avoin keskustelu, yhteinen viestintä, suunnittelu ja toteutus, ja se, että järjestöpuolella on ollut koordinoija yhteistyöhön. Yhteistyön onnistumiseen vaikutti myös se, että toimijat olivat mukana suunnittelemassa toimintaa heti hankkeen alkaessa ja toimijoilla on ollut hyvä asenne yhteistyötä kohtaan. Yhteistyön onnistumiseen on vaikuttanut myös muiden toimijoiden tekemisen huomioiminen, roolien selkiytyminen sekä tehtävien jako.

Monitoimijayhteistyössä tapahtuvassa kehittämisessä tulee toimijoiden mukaan kiinnittää huomiota kehitetyn toiminnan vakiinnuttamiseen ja toimijoiden sitouttamiseen, sekä toimijoiden kanssakäymisen avoimuuteen. Tiedottamiseen tulee myös kiinnittää erityistä huomiota, sillä toimiva tiedottaminen nähtiin todella tärkeänä monitoimijayhteistyössä. Myös henkilöstövaihdokset tulee huomioida, koska yhteistyön toimivuus riippuu paljon kehittämistä tekevien ihmisten välisestä vuorovaikutuksesta, jolloin henkilöstövaihdoksilla on vaikutusta yhteistyön onnistumiseen. Tämä muodostaa myös riskin hankkeessa kehitetyn yhteistyön jatkumiselle toimijoiden kesken hankkeen päättymisen jälkeen. Kehitysehdotuksina nousivat yhteiset palaverit toimijoiden kesken hankkeen aikana, missä käytäisiin läpi ja esiteltäisiin omaa toimintaa ja jaettaisiin ideoita toimijoiden kesken. Tämä mahdollistaisi hyvien käytäntöjen jakamisen jo hankkeen aikana.

Toimijoiden mukaan monitoimijayhteistyön onnistuminen on ollut keskeisessä roolissa myös toimijoiden omien tavoitteiden saavuttamisessa. Monitoimijayhteistyön avulla toimijat ovat esimerkiksi saaneet luotua yhteisen toimintamallin järjestöyhteistyöhön, potilaat ja hoitohenkilökunta saavat enemmän tietoa verkostoista, verkostoyhteistyöstä ja vertaistukitoiminnasta sekä terveystietoluennoista. Toimijat saivat toisiltaan myös apua teknisten ongelmien ratkaisemiseen, kuten sairaskertomusjärjestelmän käynnistämiseen. Yksittäisten potilaiden hoitoprosesseissa organisaatorajojen ylittäminen on ollut sujuvaa ja joustavaa.

Vapaisissa palautteissa toimijat nostivat esille, että organisaation omassa työssä tulisi ottaa huomioon muiden toimijoiden kumppanuus, jotta kumppanuutta voisi hyödyntää parhaalla mahdollisella tavalla, esimerkiksi ottamalla muita toimijoita mukaan omaan toimintaan, jolloin yhteistyö saataisiin vakiinnutettua käytäntöihin. Toimijoiden toiveena oli yhteistyön jatkuminen toimijoiden välillä ja projektit johtaisivat uusiin käytäntöihin. Järjestöjen ilmoittamista omasta toiminnastaan toivottiin myös jatkossa.

### 3. Pisara - Oulu – hanke

#### 3.1. Pisara - Oulu – hankkeen johtoryhmä ja hankehenkilöstö

Pisara - Oulu – hanke oli itsenäinen osahanke, jonka toiminnan käynnistyminen tapahtui vaiheittain vuoden 2009 aikana. Vuonna 2009 perustettiin johtoryhmä, jonka tehtävänä oli johtaa hankkeen työskentelyä ja päättää hankkeen linjauksista, hyväksyä suunnitelmat, ohjata ja valvoa projektin toiminnallisten tavoitteiden toteutumista ja ehdottaa tarvittaessa muutoksia. Johtoryhmä myös käsitteli ja hyväksyi väliraportit ja loppuraportin tuloksineen, jotka vietiin hankekoordinaation johtoryhmään. Johtoryhmän kokoonpano on esitetty taulukossa 4.

Johtoryhmä on kokoontunut koko hankkeen aikana 1.4.2009–31.12.2013 12 kertaa.

**Taulukko 4. Pisara - Oulu – hankkeen johtoryhmän kokoonpano ja kokoukset vuosina 2009–2013.**

Pisara-Oulu – hanke	
Johtoryhmän jäsenet	Johtoryhmän kokoukset
Koski Keijo, terveysjohtaja, (pj) vv. 2009–2012	2009: 1.9., 5.10.
Erkkilä Eila, hallintoylilääkäri, (pj) vv. 2012–2013	2010: 14.1., 12.4., 16.6., 17.9., 19.11.
Tähtinen Tuula, palvelujohtaja, vv. 2009–2013	2011: 18.11.
Turunen Terttu, vs. palvelujohtaja, v. 2013	2012: 14.5., 12.11.
Tolppi Suvii, kehittämis- ja laatuasiantuntija, vv. 2009–2013	2013: 7.5. (sähköpostikokous), 20.11
Palsinajärvi-Äikäs Eija, ohjelmakoordinaattori, vv. 2009–2011	
Angeria Minna, hankekoordinaattori (esitt.) vv. 2009–2011	
Hirvasniemi Riikka, projektipäällikkö, (siht./esitt.) vv. 2009–2012	
Salmi Maarit, projektityöntekijä (siht.) vv. 2011–2012, projektipäällikkö (esitt.) vv. 2012–2013	
Liedes Raija, ylihoitaja, vv. 2009–2011	
Kääriäinen Kimmo, tuotetestausasiantuntija v. 2010	
Kokko Jaana, tuotetestausasiantuntija, vv. 2010–2013	
Välikangas Elina, laatuopäällikkö, vv. 2009–2013	
Simojoki Anne-Mari, taloussihteeri, vv. 2009–2011	
Västilä Leena, taloussihteeri, vv. 2011–2013	

Pisara - Oulu -hankkeen henkilöstö rekrytoitiin vaiheittain vuosien 2009–2013 aikana. Hankkeessa toimi yksi projektinjohtaja, kaksi projektipäällikköä ja seitsemän terveydenhoitajaa tai sairaanhoitajaa, kaksi terveystieteiden maisteria, yksi harjoittelija ja kaksi tuotetestausasiantuntijaa eripituisina ajanjaksoina. Hankehenkilöstön vaihtuvuuden syinä ovat olleet sairauslomien ja osittaiset opintovapaat ja jaksottaiset työsopimukset. Henkilöstöä palkattiin tarpeen mukaan toteuttamaan pitkäaikaissairauksien hoitomallin kehittämisen eri työvaiheisiin määrättyinä ajaksina. Hankehenkilöstön työpanos on laskettu työaikakirjanpidon mukaan ja se oli yhteensä 13,9 henkilötyövuotta. Hankkeen henkilöstöresurssit olivat projektisuunnitelman mukaan yht. 195,25 henkilötyövuotta eli 16,3 henkilötyövuotta (htv). Toteutuneet henkilöstötyöpanokset ovat 14,1 htv, joka kattaa hankehenkilöstön ja

asiantuntijoiden työpanokset. Henkilöstötyöpanosta jää käyttämättä koko hankkeen ajalta 2.2 htv, joka jakautuu koko hankeajalle useammalle ammattiryhmälle. Taulukkoon 5 on koottu hankehenkilöstön henkilötyövuodet koko hankkeen ajalta.

**Taulukko 5. Pisara – Oulu -hankkeen hankehenkilöstön tarve henkilötyövuosina vuosina 2009–2013.**

Nimi	Toimenkuva	Työpanos	Aika	Henkilötyövuodet
<b>Angeria Minna</b>	Projektinjohtaja	50 %	1.6.2009–31.8.2011	<b>1,1</b>
<b>Hirvasniemi Riikka</b>	Projektipäällikkö	20 %	1.6.–30.11.2009	<b>1,79</b>
		50 %	1.12.2009 – 31.8.2011	
	Hankekokonaisuuden koordinaattori	100 %	1.9.2011–28.2.2012	
		50 %	1.3–15.8.2012	
		20 %	16.8.–31.12.2012	
<b>Salmi Maarit, sairaanhoitaja</b>	Projektityöntekijä	25 %	1.6.2009 – 30.6.2009	<b>4,35</b>
	- tyypin 2 diabeteksen ja pitkäaikais-sairauksien hoitomallin luominen	100 %	1.7.2009–16.1.2011	
		50 %	17.1.–28.2.2011	
		100 %	1.3–30.3.2011	
		50 %	1.4.–15.5.2011	
		100 %	16.5–31.8.2011	
		50 %	1.9.–30.11.2011	
		100 %	1.12.2011–15.8.2012	
Projektipäällikkö	100 %	16.8.2012–31.12.2013		
<b>Tjäder Jaana, terveydenhoitaja</b>	Projektityöntekijä	100 %	1.8.2009- 17.2.2010	<b>0,55</b>
	- paljon palveluita käyttävien hoitomallin kehittäminen ja pilotointi			
<b>Erling Sirpa, terveydenhoitaja</b>	Projektityöntekijä	100 %	1.8.2009–31.1.2010	<b>0,50</b>
	- paljon palveluita käyttävien hoitomallin kehittäminen ja pilotointi		1.2.2010- 31.5.2010 - virkavapaa sopimuksen loppuun asti	
<b>Kivelä Kirsi, sairaanhoitaja</b>	Projektityöntekijä	100 %	16.3.2010–31.12.2010	<b>1,34</b>
	- paljon palveluita käyttävien hoitomallin pilotointi ja arviointi	50 %	1.1–31.12.2011	
<b>Inget Kirsi, sairaanhoitaja</b>	Projektityöntekijä	50 %	10.1–16.8.2011	<b>0,3</b>
	- sydän- ja verisuonisairauksien sisällöt ja pilotointi		17.8–31.12.2011 - opintovapaa sopimuksen loppuun saakka	
<b>Rekilä-Similä Minna, terveystieteiden maisteri</b>	Projektsuunnittelija	100 %	1.6.–30.9.2010	<b>0,33</b>
	- laadunhallinta suunnitelman laadinta tyypin 2 diabeetikoiden hoitoon			
<b>Niittyvuopio Aune, terveydenhoitaja</b>	Projektityöntekijä	100 %	1.10.2011–31.7.2013	<b>1,8</b>
	- viestinnän ja	80 %	1.10.–30.11.2011	

		arviointin toteutus, järjestöyhteistyön suunnittelu ja toteutus		
<b>Kenttä Tiina, sairaanhoitaja</b>	Projektityöntekijä	60 %	30.4.2012–31.5.2013	<b>0,71</b>
	- hoitomallien päivittäminen ja jalkauttaminen	60 %	23.9–9.10.2013 21.10.–22.10.2013 25. ja 29.10.2013 8. ja 11.–12.11.2013	
<b>Honkanen Jori-Matti</b>	Projektityöntekijä	80 %	10.9.2012–30.9.2013	<b>0,85</b>
	- arviointiraportin ja – koosteen tekeminen			
<b>Kanto Virpi, terveystieteiden maisteri</b>	Projektsuunnittelija	50 %	1.12.2009–31.3.2010	<b>0,17</b>
<b>Kääriäinen Kimmo</b>	Tuotetestausasiantuntija, ftk-Kaakkuri	2 kk/ v	1.12.2009–28.2.2010	<b>0,023</b>
<b>Kokko Jaana</b>		2 kk / v	1.3.2010–31.12.2013	<b>0,13</b>
<b>Laskutettava työpanos yhteensä (henkilötyövuosina)</b>				<b>13,9</b>

Asiantuntijatyöpanosta on käytetty hoitomallien kehittämisen eri vaiheissa eripituisina ajanjaksoina. Asiantuntijatyöpanos koostui seuraavista ammattiryhmistä: ylilääkäri (1), apulaisylilääkäri (1), lääkäri (1), palveluesimies (1), kehittämis- ja laatuasiantuntija (1), diabeteshoitaja (1), terveydenhoitaja (1) ja sairaanhoitaja (2). Asiantuntijatyöpanos on koostunut myös eri hoitajaryhmistä, joita ovat sydänhoitajat (13), astmahoitajat (14) ja ryhmäyhdyshenkilöt (11) sekä reumahoitajat (2). Asiantuntijatyöpanos oli yhteensä 0,24 henkilötyövuotta. Asiantuntijatyöpanos on esitetty taulukossa 6.

**Taulukko 6. Asiantuntijatyöpanos Pisara - Oulu – hankkeessa vuosina 2009–2013**

Nimi	Toimenkuva	Työpanos	Aika	Henkilötyö- vuodet
<b>Hirso Päivi</b> , ylilääkäri	Asiantuntija	Tuntikirjanpitoa vastaan	1.8.2009 – 11.3.2012	<b>0,01</b>
<b>Piiva Jussi</b> , apulaisylilääkäri	Asiantuntija	Tuntikirjanpitoa vastaan	1.11.2009– 31.12.2013	<b>0,007</b>
<b>Sipilä Eija</b> , palveluesimies	Asiantuntija	Tuntikirjanpitoa vastaan	1.1–31.12.2011	<b>0,002</b>
<b>Väyrynen Virpi</b> , diabeteshoitaja	Tyypin 2 diabeteksen hoitomallin kehittäminen	Tuntikirjanpitoa vastaan	1.12.2009 - 31.1.2010	<b>0,03</b>
<b>Heikkinen Tero</b> , lääkäri	Sydän- ja verisuonisairauksien sisällön lisääminen hoitomalliin ja osaamiskartoituskyselyn tekeminen	Tuntikirjanpitoa vastaan	28.3.2011– 31.12.2013	<b>0,002</b>
<b>Kallio Jonna</b> , diabeteshoitaja	Ryhmänohjausmallin kehittäminen	Tuntikirjanpitoa vastaan	1.1–31.12.2012	<b>0,02</b>
<b>Sivonen Ilkka</b> , sairaanhoitaja	Sydän- ja verisuonisairauksien hoitoon liittyvien sisältöjen	Tuntikirjanpitoa vastaan	1.11.2011– 14.10.2012	<b>0,005</b>





<b>Rämet-Mäkitalo Tiina,</b> sairaanhoitaja	lisääminen hoitomalliin ja alueellisen yhteistyön aktivoiminen erikoissairaanhoidon kanssa		15.10.2012–31.3.2013	<b>0,004</b>
<b>Tolonen Minna,</b> terveydenhoitaja	Astman hoitoon liittyvien sisältöjen lisääminen hoitomalliin	Tuntikirjanpitoa vastaan	15.3.–31.5.2013	<b>0,01</b>
<b>Sydänhoitajat</b> Broström Eila Hakasalo Pirkko Herukka Anna-Maija Karppinen Anita Keränen Miia Korhonen Marika Laakkonen Ulla Pulkkinen-Annunen Anu Rämet-Mäkitalo Tiina Saarinen Sanna Sivonen Ilkka Tolonen Merja Tuohino Eeva	Sydän- ja verisuonisairauksien hoitoon liittyvien sisältöjen lisääminen	Kokouksiin osallistuminen yht. 82 h	2012–2013	<b>0,03</b>
<b>Astmahoitajat</b> Heikkinen Merja Hyvönen Marja-Liisa Jussila Tarja Karppinen Pirjo Keränen Miia Leinonen Anne Lind Kristiina Makkonen Krista Mustonen Päivi Mäkelä Katriina Möllinen Tiina Möläskä Tuula Näyhä Kati Ovaskainen Sinikka Pirttisalo Sinikka Pyttyinen Tiitta Salmela Marjo Tolonen Minna	Astman hoitomallin sisällyttäminen pitkäaikaissairauksien hoitomalliin	Kokouksiin osallistuminen yht 10 h	2013	<b>0,004</b>
<b>Reumahoitajat</b> Greus Tuula Ruotsalainen Anna-Maija	Reuman hoitomallin sisällyttäminen pitkäaikaissairauksien hoitomalliin	Yhteistyötapaamiset	2013	<b>0,001</b>
<b>Ryhmäyhdyshenkilöt</b> Heikka Tiia Kenttä Tiina Kisner Susanna Korttilalli Päivi Kujala Kaisa Kuparinen Virpi Möllinen Tiina-Riitta Ollila Virpi Paaso Eija Pyy Virve Saarinen Sanna	Ryhmänohjausmallin päivittäminen ja pilotointi	Kokouksiin osallistuminen yht. 70 h	2012	<b>0,03</b>
<b>Tiimityöparit</b>	Hoitomallin sisältöjen arvioiminen ja pilotointi	Teematapaamisiin osallistuminen	2010–2013	<b>0,08</b>
<b>Yhteensä</b>				<b>0,24</b>

Hankkeen aikana raportoitu työaika poikkesi merkittävästi muistioiden mukaisesta toteutuneesta työajasta. Hankkeessa tehdyn työajan ja perustyön työajan seurannat ovat erillisiä järjestelmiä, jonka vuoksi hanketyöajan seuranta koettiin hankalaksi. Todellinen asiantuntijatyöpanos on arvioitu suuremmaksi kuin hanketyöajan seurantaan on merkitty. Hankehenkilöstön työpanoksen vaihtelu oli kahdesta päivästä 100 % työpanokseen, ja



Oulun kaupungin asiantuntijatyöpanos vaihteli muutamasta tunnista viikkoon koko hankkeen aikana. Tehty työpanos ei jakautunut tasaisesti koko hankkeen ajalle, vaan työpanoskertymä syntyi hankkeen kehittämistyöhön osallistumisen mukaan eri pituisina ajanjaksoina. Pitkän hankeajan, lähes 5 vuotta, vuoksi hankkeen suunnitteluvaiheessa henkilöstön tarpeen arviointi on haasteellista. Jatkossa tulisikin hankkeissa arvioida henkilöstön resurssien tarve ja kohdentuminen vuosittain.

### 3.2. Tavoitteet

Hankkeen tavoitteet ovat Pisara - Oulun – hankkeen tarkennetussa projektisuunnitelmassa kuvattu toimenpiteittäin (Angeria ym. 2009). Tavoitteet ovat

1. Hoitosuunnitelman ja hoidonohjauksen sisältöjen kehittäminen tyypin 2 diabeteksen ja muiden pitkäaikaissairauksien hoitoon ja seurantaan
2. Hoidonkulun selkeyttäminen tyypin 2 diabeteksen ja muiden pitkäaikaissairauksien hoidossa yhteistyössä rakennetussa toimintamallissa
3. Teknologiaterveyskeskus Oulu ja TT Kaakkurin tuotetestauksen, Oulun kaupungin kehittämisyksikön ja tutkimuslaitosten välinen yhteistyö
4. Kansalliset tavoitteet sekä kansallinen verkostoyhteistyö

### 3.3. Hankkeen toteutus

Pisara - Oulu – hanke käynnistyi kesällä vuonna 2009 ja projektihenkilöstö rekrytoitiin vaiheittain. Syksyn aikana laadittiin tarkennettu projektisuunnitelma sekä suunnitelmat arviointiin, viestintään, asiakasrekrytointiin, pilotointiin ja jalkauttamiseen. Hankkeen toteutus on kuvattu tavoitteittain.

#### 3.3.1. Tavoitteet 1 ja 2

##### **Tavoite 1. Hoitosuunnitelman ja hoidonohjauksen sisältöjen kehittäminen tyypin 2 diabeteksen ja muiden pitkäaikaissairauksien hoitoon ja seurantaan**

Vuonna 2009 kehitettiin aluksi uusi yksilöhoidonohjausmalli tyypin 2 diabeteksen hoitoon, joka sisältää hoidonohjauksen osa-alueet ja niiden luotettavat tietosisällöt. Hoidonohjauksen osa-alueiden sisällön koostamisessa käytettiin muun muassa Käypä Hoito – suosituksen, Duodecimin terveyskirjaston, terveystieteen sekä sydän- ja diabetesliiton tietosisältöjä sekä kolmannen sektorin ja liikuntatoimen sisältöjä. Hoitomalli perustuu Käypä hoito -suositukseen ja sisältää ohjeistuksen kirjallisen hoitosuunnitelman laatimiseen. Hoitomalli sisälsi sekä hoitajan että lääkärin vastaanottokäyntien sisällöt, jossa lääkäri vastasi lääketieteellisestä osuudesta ja hoitajan vastaanotto painottui hoidonohjaukseen. Hoitomallin työstäminen tapahtui

työryhmissä, joihin osallistui apulaisylilääkäri ja asiantuntijahoitajat. Tyypin 2 diabeteksen hoitomallit (3) vuosilta 2009–2012 on koottu liitteeseen 8.

Hoitosuunnitelman tekeminen yhdessä potilaiden kanssa oli keskeinen osa tavoitetta, jolla pyrittiin sitouttamaan potilaita omaan hoitoonsa ja yhtenäistämään hoitoa. Potilaiden hoitoon sitoutuminen vahvistuu potilaiden saadessa hänen hoitoaan tukevan hoitosuunnitelman mukaansa. Hoitosuunnitelma yhtenäistettiin Oulun kaupungin kanssa ja sen käyttöä painotettiin hoitomallin perehdyttämisen yhteydessä.

Hoitomalliin sisältyy myös Hyvinvointilomake (Liite 9), jonka avulla kartoitetaan potilaan elämäntapoihin, sairauden hoitoon ja omaseurantaan liittyviä asioita. Hyvinvointilomake toimii myös pohjana hoitosuunnitelmalle, joka laaditaan yhdessä potilaan kanssa. Ohjauksen tueksi kehitettiin palveluverkosto (Liite 10), josta henkilökunta löytää nopeasti ja helposti potilaalle tarvittavat yhteystiedot, jolloin potilaat ohjautuvat tarkoituksenmukaisten palveluiden piiriin. Palveluverkosto laitettiin Effica - potilastietojärjestelmän yleiseen kansioon mahdollisimman helposti löydettäväksi. Tämän lisäksi hoitomallissa hyödynnetään Oulun Omahoitopalvelua, [www.ouluomahoito.fi](http://www.ouluomahoito.fi), jonka avulla potilaat voivat ottaa yhteyttä terveysasemien henkilökuntaan, varata aikoja laboratoriotutkimuksiin tai tarkastella niiden tuloksia. Omahoitopalvelun kautta potilaat saavat tukea omaan tilanteeseensa ja sairautensa kanssa elämiseen. Hoitomalli kattaa myös paljon terveyspalveluita käyttävät potilaat, joiden osalta hoitomallia on pilotoitu kaksi kertaa. Pilotoinneista saadut tulokset on liitetty hoitomalliin.

Keskeistä diabeetikon hoidossa on potilaiden omien voimavarojen vahvistaminen ja tukeminen siten, että potilaat voimaantuvat omassa hoidossaan. Hoitomallin kehittämiseksi ostettiin asiantuntija työpanosta dos., PsT Pilvikki Absetzilta, joka koulutti myös henkilökuntaa motivoivien menetelmien käyttöön vastaanottotyössä. Hoitomalliin lisättiin motivoivat kysymykset esimerkiksi kunkin hoidonohjauksen osa-alueen yhteyteen.

Kolmannen sektorin toimijat ovat aktiivisesti kehittäneet mahdollisuuksia lisätä terveydenhuollon henkilöstön tietoisuutta järjestöjen toiminnasta. Järjestöt ovat esittäytyneet terveydenhuollon eri palaverissa ja tapaamisissa sekä osallistuneet terveystietoluentoihin ja ryhmätoimintaan. Siten on saatu luotua toimintatapa terveysasemien ja järjestöjen välille. Terveysasemien henkilökunta voi ohjata potilaan järjestöjen palveluihin ja vertaistukiryhmiin potilaan niin halutessaan. Yhteistyö liikuntatoimen osalta käsitti Pisara-potilaiden ohjaamisen liikuntaneuvontaan sekä Oulun kaupungin terveysasemilta että Diapolis Oy:stä. Liikuntaneuvonnan työntekijöille annettiin perehdytystä diabetespotilaan erityispiirteistä Pisara-hankehenkilöstön toimesta. Perehdytys oli kestoltaan kaksi tuntia ja se järjestettiin kerran. Perehdytykseen osallistuivat liikuntaneuvonnassa toimivat liikunnanohjaajat ja fysioterapeutti.

Tavoitteena oli, että terveysasemien henkilöstö tulisi tietoiseksi, millaista toimintaa järjestöillä ja liikuntatoimella on tarjolla potilaiden hoidon tukemiseksi. Sosiaali- ja terveysalan järjestötoiminta koottiin yhteen sivustoon ([www.ihimiset.fi](http://www.ihimiset.fi)) Kumppanuuskeskuksen toimesta, mikä helpottaa järjestöjen löytymistä. Järjestöjen järjestämät vertaistukiryhmät (Mukava ja Kepeä) nähtiin luontevana jatkumona terveysasemilla toimiville ryhmille. Liikuntatoimen osalta yhteistyötä luotiin ohjaamalla potilaita liikuntaohjauksiin ja liikuntasuhteeri (fysioterapeutti Tiina Pekkala) piti potilaille terveystietoluentoja liikuntaosuuden.



Vuonna 2009 aloitettiin myös paljon palveluita käyttävien potilaiden hoitomallin luominen. Paljon palveluita käyttävien potilaiden hoidon erityispiirteet sisällytettiin vuoden 2011 aikana tyyppin 2 diabeteksen hoitomalliin ja myöhemmin pitkäaikaissairaiden hoitomalliin. Vuosina 2010–2011 tyyppin 2 diabeteksen hoitomallia päivitettiin edelleen ja hoitomallin sisältöä tarkennettiin vastaamaan henkilöstön toiveita.

Hoitomallin ensimmäinen versio tehtiin PowerPoint -esityksenä ja se laitettiin jokaisen tiimityöparin työaseman työpöydälle kuvakkeena perehdytyksen yhteydessä. Vuonna 2013 pitkäaikaissairauksien hoitomallista tehtiin sähköinen versio, joka luotiin Oulun kaupungin intranettiin, Akkunaan. Akkunassa olevaan hoitomalliin liitettiin linkki Effica - potilastietojärjestelmän yleisestä kansiossa. Pitkäaikaissairauksien hoidosta laitettiin tietoa vuoden 2013 aikana Oulun kaupungin verkkosivuille, <http://www.ouka.fi/oulu/terveyspalvelut/pitkaaikaissairauksien-hoito>, johon myös Oulun Omahoitopalvelun kautta pääsee.

Vuonna 2011 aloitettiin hoitomallin soveltaminen sydän- ja verisuonisairauksien hoitoon. Vuonna 2012 hoidonohjauksen sisältöjä tarkennettiin ja lisättiin vastaamaan henkilöstön toiveita saatujen palautteiden pohjalta. Sydän- ja verisuonisairauksien sisältöjen lisäämisessä hoitomalliin hyödynnettiin sydänhoitajien osaamista. Oulun kaupungin terveysasemilla ongelmana oli, että tieto Oulun yliopistollisessa sairaalassa (OYS) hoidetuista sydänpotilaista ei tullut terveysasemien sydänhoitajille kattavasti, jolloin potilaiden ohjautuminen hoitajien vastaanotolle ei myöskään toteutunut tarkoituksenmukaisesti.

Sydänpotilaiden hoidon kehittämiseksi kutsuttiin Oulun yliopistollisen ja Oulun kaupungin sairaalan (OKS) sydänhoitajat sydänhoitajien tapaamiseen, jonka tavoitteena oli lisätä tietämystä molemmiin puolin sydänpotilaiden hoidosta. Oulun kaupungin sydänhoitajilla on mahdollisuus mennä tutustumaan OYS:n sydänpotilaiden hoitoon osastoille ja poliklinikalle sekä osallistua sydänpotilaille järjestettäviin sydäninfoihin, jolloin Oulun kaupungin hoitajat voivat informoida potilaita hoidon jatkumisesta terveysasemilla ja siten sitouttaa heitä hoitoonsa. Oulun kaupungin sydänhoitajien osallistuminen sairaanhoitopiiriin alueellisten koulutusten järjestämiseen vahvistaa Oulun kaupungin ja OYS:n yhteistyötä sydänpotilaiden hoidon kehittämiseksi. Sydänhoitajien tapaamisessa pohdittiin yhteistä tiedonkulkua ja toimintatapaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Yhteiset tapaamiset OYS:n ja OKS:n hoitajien kanssa on tarkoitus toteuttaa jatkossa vuosittain ja kehittämistyö jatkuu Oulun kaupungin omana toimintana hankkeen jälkeen. Pitkäaikaissairauksien hoitomalliin lisättiin Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin ohjeistus sydänpotilaan hoidonohjauksesta ja seurantakäyntiväleistä.

Vuonna 2013 keväällä liitettiin hoitomalliin Oulun kaupungin oman toiminnan tuloksena kehitetyt astman ja reuman hoitomallit, jotka olivat linjassa pitkäaikaissairauksien hoitomallin kanssa. Tyyppin 2 diabeteksen hoitomallin soveltamisessa muihin pitkäaikaissairauksiin hyödynnettiin sydän- ja verisuonisairauksien, astman ja reuman asiantuntijahoitajia ja -lääkäreitä. Pitkäaikaissairauksien hoitomallia ei pilotoitu sellaisenaan, vaan se otettiin suoraan käyttöön.

Terveysasemien henkilökunnan perehdytys hoitomallin käyttöön toteutettiin sairaanhoitaja Tiina Kentän toimesta 1.4.2012–31.5.2013 välisenä aikana. Jalkauttaminen toteutettiin terveysasemilla järjestetyissä ryhmäinfoissa ja yksilöohjauksissa. Henkilökunta oli pääsääntöisesti

tyytyväinen jalkauttamiskertojen määrään. Yksilöopastukset koettiin luontevana paikkana kysyä epäselväksi jääneitä asioita ja esittely oli syvällisempää kuin ryhmäopastuksissa. Vastaanottojen tiukat aikataulut ja useiden kehittämishankkeiden päällekkäisyys häitäsivät henkilökunnan mukaan uusien toimintatapojen omaksumista. Palvelutuotannon johdolle hoitomallia esiteltiin avoterveydenhuollon johtoryhmän kokouksissa.

Oulun Omahoitopalvelu oli keskeinen osa hoitomallia, jossa painopiste on potilaan omien voimavarojen tukemisessa ja itsehoitoon kannustamisessa sekä yksilö- että ryhmänohjausmallissa. Oulun Omahoito on internetissä toimiva terveydenhuollon sähköinen palvelukokonaisuus. Sen avulla kuntalainen saa terveyteen liittyvää luotettavaa informaatiota, neuvontaa ja ohjausta ajasta ja paikasta riippumatta. Omahoitopalvelun avulla kuntalaiset voivat tehdä ajanvarauksia, lähettää viestejä terveydenhuoltoon, ottaa vastaan laboratoriotuloksia, tallentaa omia terveyteen liittyviä mittaustuloksia, pitää erilaisia hyvinvointiin liittyviä päiväkirjoja sekä saada hoidon ohjausta terveydenhuollon ammattilaiselta. Palveluun kirjaudutaan omilla verkkopankkitunnuksilla.

Omahoitopalvelu kehitettiin vuosien 2006–2009 aikana yhteistyössä Tekesin, Sosiaali- ja terveysministeriön, Oulun kaupungin ja alueen hyvinvointiyritysten kanssa. Omahoitopalvelun käyttöönotto aloitettiin osalla Oulun kaupungin terveysasemista toukokuussa 2011. Vuosina 2012–2013 Omahoitopalvelu jalkautui kaikille terveysasemille ja se on merkittävä osa hoitomallia. 09/2013 loppuun mennessä viestejä Omahoitopalvelun kautta on lähetetty terveydenhuoltoon n. 21 000 kpl ja sosiaalipalveluihin yli 15 500, kotimittauksia on tallennettu 3532 kertaa ja sähköiseen terveystietoihin on tallennettu tietoja 3132. Sähköistä tyyppin 2 diabeteksen riskitestiä on täytetty 2000 kertaa ja terveysaseman valinnan on ilmoittanut Omahoitopalvelun kautta 21055 henkilöä. Kaikista sähköisistä ajanvarauksista laboratorioajanvarauksia oli 4,3 %. Omahoitopalvelun käyttö on esitetty taulukossa 7 syyskuuhun 2013 asti.

### Taulukko 7. Omahoitopalvelun käytön tilanne syyskuu 2013.

Omahoitopalvelun käyttö	Yhteensä
Sähköinen viestintä	
- terveydenhuoltoon	20 910 kpl
- sosiaalipalveluihin	15 503 kpl
Sähköinen jatkotoimeentulotukihakemus	3744 kpl
Verenhennuslääkkeen määrityskortti	466
e-Reseptin uusimispyyntö (09/2013 ->)	403
Kotimittaustulosten tallentaminen	3532
- palveluita katseelleet	16953
- verensokerin tallentaminen	238
- pef-arvojen tallentaminen	58
- painonhallintatietojen tallentaminen	368
- verenpaine-arvojen tallentaminen	812
Sähköinen terveystietoihin, tietojen tallentaminen	3132
Ruokapäiväkirja	269
Liikuntapäiväkirja	362
Sähköinen tyyppin 2 diabeteksen riskitesti	2000
Terveysaseman ilmoittaminen sähköisesti	21055



Vuonna 2011 aloitettiin Oulun kaupungilla olevan ryhmänohjausmallin päivittäminen. Ryhmänohjaus koettiin terveysasemilla vaikeaksi, koska Oulun kaupungin toimintatapa oli, että kaikki hoitajat ohjaavat ryhmiä kahden henkilön työpareina. Hankaluudeksi muodostui se, että ryhmänohjaaminen sattui kohdalle harvoin eikä ohjaamiseen muodostunut rutiinia. Myös ryhmäläisten sitoutumattomuus ryhmiin näkyi ryhmistä poisjäänteinä.

Päivitetyn ryhmänohjausmallin, liite 11, tarkoituksena oli antaa selkeä ohjeistus ja sisällöt ryhmätapaamisten toteuttamiseen, jolloin kynnys ryhmien ohjaamiseen madaltui. Ryhmänohjauksen keskeisenä tekijänä oli myös Oulun Omahoitopalvelun hyödyntäminen ryhmäläisten tukemisessa. Ryhmänohjausmalleja olivat painonhallinta-, ensitietoa diabeteksestä ja ENE (erittäin niukka energinen dieetti) – ryhmät. ENE - ryhmä on uusi ryhmämuoto, joka käynnistettiin vuonna 2012 Oulun yliopistollisen sairaalan (OYS) pyynnöstä, koska heillä ei ole resursseja itse järjestää ryhmiä. ENE - ryhmät ovat ensisijaisesti tarkoitettu sairaalloisen lihaville, joiden määrä kasvaa koko ajan lisäten pitkäaikaissairauksien syntyä. Lihavuusleikkauksiin pääsemiseksi edellytetään konservatiivista hoitoa, jota ryhmät ovat, eikä OYS:llä ole resursseja yksilö- eikä ryhmäohjauksen järjestämiseen.

Vuonna 2012 ryhmänohjauksen tehostamiseksi ja ryhmänohjauksen vaikuttavuuden lisäämiseksi pohdittiin yhdessä Oulun kaupungin avoterveydenhuollon johdon kanssa toimintatavan tehostamista. Terveysasemien hoitajista koottiin ryhmänohjauksesta ja sen kehittämisestä kiinnostuneet hoitajat, ns. ryhmäyhdyshenkilöt, jotka toimivat yhdyshenkilöinä terveysasemien muille hoitajille ja toimivat myös ryhmien ohjaajina.

Yhdessä avoterveydenhuollon johdon kanssa tehtiin suunnitelma ryhmänohjauksen toteuttamiseksi keskitetysti ja käytettävien resurssien sitouttamiseksi ryhmänohjaukseen. Suunnitelman mukaan ryhmiä järjestetään vähintään kolme painonhallinta- ja kolme ensitietoryhmää sekä syksyllä että keväällä, jonka jälkeen Oulun kaupunki arvioi ryhmänohjaukseen käytettävien resurssien riittävyyttä ja toiminnan vaikuttavuutta. Lisäksi käynnistettiin uutena ryhmämuotona ENE - ryhmät (erittäin niukka energinen dieetti sairaalloisen lihaville). Suunnitelma vietiin tiedoksi palveluesimiehille, ryhmäyhdyshenkilöille ja ryhmänohjaajille.

Ryhmäyhdyshenkilöiden tapaamisissa saatiin myös palautetta ryhmänohjausmallista, joka huomioitiin ryhmänohjausmallin päivittämisessä. Ryhmäyhdyshenkilöiden työpanos laskutettiin tapaamisiin (3) osallistumisen mukaan. Ryhmäyhdyshenkilöiden tapaamiset järjestettiin vuonna 2013 Oulun kaupungin omana toimintana.

Ryhmäinfot käynnistettiin tarkoituksena sitouttaa ryhmäläisiä paremmin ryhmätoimintaan. Ryhmäinfoihin kutsuttiin ryhmästä kiinnostuneita potilaita noin kolmen ryhmän verran ajatuksena karsia jo alkuvaiheessa ne, jotka eivät olleet kiinnostuneita ryhmätoiminnasta. Ryhmäinfojen myötä ryhmistä poisjäännit vähenivät.

Hoitomalliin sisältyvän ryhmätoiminnan tavoitteena oli, että jokaisella terveysasemalla järjestettäisiin oma ryhmä tutkimukseen osallistuneille potilaille. Pisara-tutkimukseen osallistuvista potilaista saatiin yksi painonhallintaryhmä, mutta vähäisen osallistujamäärän vuoksi sovittiin, että tutkimukseen osallistuvat potilaat osallistuvat jatkossa Oulun kaupungin ryhmiin.



Liikuntatoimen ja järjestöjen kanssa sovittiin, että he tiedottavat avoterveydenhuollon henkilöstöä heidän toiminnassaan tapahtuvista asioista, jotka huomioidaan ryhmien ohjaamisessa. Tiedotettavia asioita ovat esimerkiksi uudet ryhmät ja toiminnot. Pisara-potilaat ohjattiin hoitomallin mukaisesti liikuntaneuvontaan Oulun Raksilan uimahalliin ja heitä oli tiedotettu järjestöjen järjestämistä vertaistukiryhmistä ja kannustettu potilaita osallistumaan niihin. Vertaistukiryhmissä ohjaajina ovat olleet esimerkiksi järjestöjen aktiiviset, vapaaehtoiset jäsenet. Liikuntatoimen edustajia oli pyydetty tarvittaessa ryhmään ohjaamaan liikuntaryhmätapaamista ryhmänohjausmallin mukaisesti.

## **Tavoite 2. Hoidon kulun selkeyttäminen tyypin 2 diabeteksen ja muiden pitkäaikaissairauksien hoidossa yhteistyössä rakennetussa toimintamallissa**

Tyypin 2 diabeteksen yksilö- ja ryhmäohjaukseen on kehitetty systemaattinen toimintamalli, jonka avulla pyritään tukemaan potilaiden omahoitoa sekä parantamaan potilaiden hyvinvointia. Toimintamallista tehtiin kustannusanalyysi, liite 4, kesällä 2012, jonka mukaan toimintamallin mukainen hoito laskee vuosittaisia keskimääräisiä kustannuksia, verrattuna hoitoon, jossa potilaiden hoitotasapainoissa ei tapahtuisi muutoksia. Oulun yliopisto tutkii myös hoitomallin kustannuksia sekä vaikuttavuutta omalla osahankkeellaan, jonka tulokset valmistuvat syksyllä 2013.

Yksilöhoitohojauksen mukaisessa hoidossa potilas täyttää hyvinvointilomakkeen ennen vastaanotolle tuloa. Hyvinvointilomakkeen avulla kartoitetaan potilaan hoidon tarve ja tehdään hoitosuunnitelma yhdessä potilaan kanssa. Tämän lisäksi potilasta kannustetaan osallistumaan vertaistukiryhmiin ja tiedotetaan kolmannen sektorin järjestämistä palveluista. Hoitomallissa kannustetaan potilaita Oulun Omahoito-palvelun käyttöön, jonka avulla potilaat voivat esimerkiksi varata laboratorioaikoja ja olla yhteydessä hoitohenkilökuntaan. Mallissa on huomioitu tiimityöparimallin toimivuus siten, että potilaat ohjautuvat ensisijaisesti hoitajien vastaanotolle, jolloin lääkäri vastaa omalta osaltaan lääketieteellisestä hoidosta.

Ryhmänohjausmallin mukaan ryhmänohjauksesta kiinnostuneet potilaat kutsuttiin ryhmäinfoon, jossa he vastasivat alkukartoituskyselyyn. Alkukartoituskyselyssä potilaat kirjasivat omat muutostarpeensa (esimerkiksi ruokavalio, liikunta jne.) ja omat odotuksensa ryhmästä. Ryhmätapaamisten pienryhmätehtävien tarkoituksena on aktivoita ryhmäläisiä ja antaa heille lisätietoa terveellisistä elämäntavoista sekä selventää ryhmän tehtäviä. Ryhmien tarkoituksena oli myös se, että ryhmäläiset voivat keskustella esimerkiksi sairauteen liittyvistä asioista vertaistensa kanssa. Seurantakertojen tarkoituksena oli seurata ryhmäläisten kehittymistä ja opastaa ja kannustaa heitä elintapamuutosten tekemisessä ja ylläpitämisessä. Ryhmätapaamisissa annettiin tietoa myös eri järjestöjen toiminnasta, jolloin kannustetaan ryhmäläisiä osallistumaan järjestöjen ohjaamiin ryhmiin.

Ryhmänohjausmalli, liite 11, sisältää mallit ja ohjeistukset painonhallinta-, ensitietoa diabeteksestä ja ENE (erittäin niukka energinen dieetti sairaalloisen lihaville) -ryhmiin. Ryhmätapaamisten sisällöt ja tapaamiskerrat vaihtelivat ryhmänideologian mukaan. Ryhmät kestivät keskimäärin kaksi kuukautta ja niitä ohjaavat kaksi ryhmänohjauksesta kiinnostunutta ja siihen sitoutunutta hoitajaa. Ryhmänohjausmalli löytyy Effic-potilastietojärjestelmän yleisestä kansioista.





Hoitomalli sisälsi myös hyvinvointilomakkeen, liite 9, joka luotiin paljon palveluita käyttävien potilaiden hoitomallin kehittämisen yhteydessä Tuovi Hakulinen-Viitanen (THL) voimavaramittarin pohjalta. Hyvinvointilomaketta sovellettiin myös tyyppin 2 diabeetikoiden ja myöhemmin pitkäaikaissairaiden ohjauksessa, johon se sopi hyvin. Hyvinvointilomakkeen avulla kartoitetaan potilaan hoidon ja tuen tarve. Hyvinvointilomake ohjaa vastaanotolla käytävää keskustelua potilaan lähtökohdista käsin ja on myös hoitosuunnitelman teon pohjana.

Hoidonohjauksen tueksi kehitettiin tukitoimien verkostokartta, josta henkilöstö löytää nopeasti ja helposti potilaan hoidossa tarvittavien palveluiden yhteystiedot ja potilaiden ohjaaminen tarkoituksenmukaisten palveluiden piiriin helpottuu. Verkostokartan nimi muutettiin vuonna 2012 palveluverkostoksi, koska samanniminen dokumentti oli käytössä toisaalla Oulun kaupungissa. Palveluverkosto, liite 10, laitettiin Oulun kaupungilla käytössä olevan Efficca -potilastietojärjestelmän yleiseen kansioon mahdollisimman helposti löydettäväksi.

Hoitomalliin liittyy olennaisesti hoitosuunnitelman tekeminen yhdessä potilaan kanssa potilaslähtöisyyden toteutumiseksi. Potilaan osallistuminen hoitonsa suunnitteluun lisää vastuuta omasta tilanteestaan. Potilaiden saadessa hoitosuunnitelman mukaan vastaanotolta lähtiessään, sitouttaa potilaita omaan hoitoonsa. Vuonna 2012 hoitosuunnitelma työstettiin yhteneväiseksi Oulun kaupungin kanssa ja sen käyttöä painotettiin hoitomallin perehdytysten yhteydessä. Hoitosuunnitelman kirjoittamisen Efficca -potilastietojärjestelmään ja potilaalle tulostamisen lisäksi lisättiin hyvinvointilomakkeen takasivulle jatkosuunnitelma, jonka potilas voi itse kirjoittaa vastaanotolla hoitajan kanssa. Jatkosuunnitelmaan kirjataan sovitut tavoitteet ja keinot niiden saavuttamiseksi, jotka ovat myös Efficcan hoitosuunnitelmassa.

Vuonna 2013 hoitomallin sähköinen versio luotiin Oulun kaupungin intranettiin, Akkunaan, koska Oulun kaupungilla ei ollut käytössä muita tietoturvallisia sähköisiä välineitä tähän tarkoitukseen. Hoitomallin sähköistäminen toi hoitomalliin helppokäyttöisyyttä ja päivittäminen on helpompaa hoitomallin sisällön laajentuessa aikaisempaan PowerPoint -ohjelmalla toteutettuun versioon verrattuna. Hoitomallin linkki laitettiin Efficca -potilastietojärjestelmän yleiseen kansioon mahdollisimman helposti saataville.

Uudesta pitkäaikaissairauksien hoitomallista on tehty IMS - prosessimallinnukset tyyppin 2 diabeteksen, liite 12, ja sydän- ja verisuonisairauksien, liite 13, hoidon osalta. Pitkäaikaissairauksien hoitomalli on mallinnettu myös QPR - ohjelmalla, liite 14. IMS - prosessi on asennettu henkilöstön työasemien työpöydälle. QPR - prosessi löytyy Oulun kaupungin prosessipankista. Prosessikuvauksia on hyödynnetty vuonna 2013 alkaneessa Vakava-hankkeessa (1.1.2013–31.12.2013), joka on valtakunnallinen kokonaisarkkitehtuurin suunnittelun ja kuvaamisen tukiprojekti. Vakava-hankkeessa Kuntaliitto, THL ja STM tukevat ja ohjeistavat alueellisten tiedonhallinnan ja tietojärjestelmäratkaisujen kehittämistä koskevien suunnitelmien laatimista ja kokonaisarkkitehtuurin kehittämissyhteistyön käynnistämistä tukiprojektin avulla. Tavoitteena oli, että jokainen toimija tekee oman kuvauksen hoitoprosessistaan, jonka jälkeen oli tavoitteena koota prosessit yhtenäisiksi kuvaukseksi Oulun kaupungin toimesta. Yhtenäistä kuvausta ei ehditä toteuttaa, koska Oulun yliopiston tutkimustulokset valmistuvat vuoden 2013 lopussa.

Oulun yliopiston tutkimustulosten perusteella oli tavoitteena laatia kriteeristö, jonka mukaan tyyppin 2 diabetespotilaita mahdollisesti ohjataan hoitoon Diapolikseen. Tämä ei kuitenkaan toteutunut Oulun yliopiston tutkimusajan jatkumisen vuoksi, jolloin kriteereitä ei ehditä laatia



eikä pilotoida pitkäaikaissairauksien hoitomallissa hankkeen aikana. Oulun yliopiston tutkimuksen suunniteltu päättymisaika oli 31.12.2012, mutta sitä jatkettiin vuoden 2013 loppuun.

Alueellisesti kehitettyä tietojärjestelmää ei ole hoitomalliin liitetty. Alueellisen tietojärjestelmän hyödyntämisen taustalla oli ProWellness - ohjelman käytön laajentaminen alueelliseksi, joka ei toteutunut ohjelman vähäisen käytön vuoksi. Vähäisen käytön syinä olivat muun muassa tietojen kaksinkertainen kirjaaminen ja tallentaminen sekä toimintojen päällekkäisyys, joka vei vastaanottoaika.

Hankkeen tavoitteena oli tuotteistaa toimintamalli ja sen uusien käytintyyppien synnyttämät tuotteet, mutta hoitomallin tuotteistamisesta on luovuttu Oulun kaupungilla. Hoitomallin prosessi on kuvattu, hoitohenkilökuntaa on perehdytetty hoitomallin käyttöön ja käytöstä on luotu ohjeistuksia, mutta varsinaista tuotteistusta ei hoitomallista ole tehty.

### 3.3.1.1. Pilotointi

Hoitomallia pilotointiin jokaisella Oulun kaupungin terveysasemalla valittujen tiimityöparien toimesta vuosina 2010–2012. Oulun kaupungin terveysasemilta rekrytoitiin 10 lääkärihoitajatyöparia (tiimityöpari) kahdeksalta terveysasemalta, joita olivat Höyhtyä (1), Kaakkuri (1), Kaijonharju (1), Keskusta (1), Kontinkangas (1), Myllyoja (1), Rajakylä (1) ja Tuira (3). Tiimityöpareissa oli vaihtuvuutta hankkeen aikana, jolla oli puolestaan vaikutusta hoitomallin käyttöön pilotoinnin aikana. Tiimityöparit on esitetty taulukossa 8. Pisara-potilaita oli pilotoinnin alkaessa 226.

**Taulukko 8. Tiimityöparit terveysasemittain vuosina 2009–2012.**

Terveysasema	Tiimityöparit
<b>Höyhtyä</b>	Lääk. Valkonen Päivi, vv. 2009–2010 Lääk. Isotalo Anne, vv. 2009–2010 Lääk. Rautiola Tanja, v. 2012 Sh Horsma Riitta, vv. 2009–2011 Sh Pekkala Sanna, vv. 2009–2010 Sh Keisu Ella, vv. 2011–2012 Sh Pikkarainen Jaana, vv. 2011–2012
<b>Kaakkuri</b>	Lääk. Pikkarainen Mari, vv. 2009–2012 Sh Kivelä Kirsi, vv. 2009–2010 Sh Inget Kirsi, v. 2011 Sh Suvilampi Elisa, v. 2011 Sh Paaso Saara, v. 2012
<b>Kaijonharju</b>	Lääk. Mikkonen Mari, vv. 2009–2010 Lääk. Murtola Tatjana, vv. 2010–2012 Sh Kenttä Tiina, vv. 2009–2011 Sh Pulkkinen-Annunen, v. 2012
<b>Keskusta</b>	Lääk. Liisanantti Outi, vv. 2009–2010 Lääk. Linna Hanna-Mari, v. 2011 Lääk. Kytökorpi Riikka, v. 2012 Sh Lind Kristiina, vv. 2009–2010, 2012 Sh Väänänen Maija-Liisa, vv. 2009–2010 Sh Oikarinen Sari, v. 2011
<b>Kontinkangas</b>	Lääk. Aspfors Harri, vv. 2009–2011 Th Heikka Tiia, vv. 2009–2010, 2012 Sh Hankonen Heidi, v. 2011

<b>Myllyyoja</b>	Lääk. Ahava Marja, vv. 2009–2011 Sh Sarhaluoma Sirpa, vv. 2009–2012
<b>Rajakylä</b>	Lääk. Leskelä Piia, vv. 2009–2012 Lääk. Wahlberg Ann-Marie, vv. 2011–2012 Sh Ollila Virpi, vv. 2009–2012
<b>Tuira</b>	Lääk. Jaakkola Päivi, vv. 2009–2011 Lääk. Viheriävaara Susanna, vv. 2009–2010 Lääk. Lähdesmäki Mikko, vv. 2009–2012 Lääk. Piuva Jussi, vv. 2011–2012 Sh Nivala Krista, vv. 2009–2012 Sh Kainulainen Riikka, vv. 2009–2010 Sh Vesala Jaana, v. 2011 Sh Myllylä Jenni, v. 2012 Sh Pietilä Niina, vv. 2009–2010 Sh Korhonen Marika, vv. 2011–2012

Tiimityöparien työpanosta ei ole erikseen laskettu, koska siitä ei pidetty erillistä työajanseurantaa. Tutkimukseen osallistuneet potilaat kuuluivat terveysasemien normaaliin asiakasvirtaan eivätkä he olleet lisänä potilasmäärissä terveysasemilla.

Tiimityöpareille järjestettiin teematapaamisia, joiden tarkoituksena oli tukea ja kannustaa heitä työssään. Tiimityöpareihin tuettiin myös puhelimitse ja sähköpostilla. Teematapaamisilla käytiin pilotointiin liittyviä asioita läpi ja kerättiin palautetta hoitomalleista. Tiimityöparien teematapaamisiin (6) käytetty aika laskutettiin hankkeelta osallistumisen mukaan.

Pilotoinnin käynnistymisen viivästymisen syinä olivat tutkimukseen osallistuvien potilaiden rekrytoinnin viivästyminen, henkilöstömuutokset hankkeessa, tiimityöpareissa ja terveydenhuollon henkilöstöpula. Hoitomallin aktiivinen käyttö pilotoinnin aikana vaihteli terveysasemittain henkilöstöresursseissa tapahtuvista muutoksista johtuen.

Ryhmänohjausmallin pilotointi käynnistyi vuonna 2011 yhden ryhmän toimesta. Seuraavat Pisara-potilaiden ryhmät yhdistettiin Oulun kaupungin ryhmien kanssa ryhmäläisten vähyyden vuoksi. Ryhmänohjausmallia tarkennettiin, koska ryhmänohjaaminen koettiin hankalaksi eikä kokemusta ryhmien ohjaamiseen ollut kaikilla hoitajilla. Myös ryhmäläisten sitoutuminen ryhmän loppuun saakka vaihteli ja poisjääntejä oli runsaasti. Vuonna 2012 ryhmäläisten sitouttamiseksi aloitettiin ryhmäinfot, joihin kutsuttiin kolmen ryhmän verran, noin 30, ryhmänohjauksesta kiinnostunutta potilasta. Ryhmäinfon tarkoituksena oli karsia pois ne, jotka eivät olisi ryhmästä kiinnostuneita. Ryhmäinfojen myötä keskeytykset vähenivät ryhmistä.

Ryhmiä kokoontui vuonna 2011 kolme, vuonna 2012 yhdeksän ryhmää + ENE-ryhmä ja vuonna 2013 keväällä neljä ryhmää + ENE-ryhmä. Ryhmiin osallistui 8-10 henkilöä. Syksyllä 2013 ei järjestetty uusia ryhmiä Oulun kaupungin vaikean taloudellisen tilanteen vuoksi, jolloin toimintaa keskitettiin ja resurssointia tarkennettiin. Käynnissä olevat ryhmät vietiin loppuun.

Paljon terveystalviteita käyttävien asiakkaiden hoidon toimintamalli valmistui alkuvuodesta 2010 ja sitä pilotoitiin Tuira ja Höyhtyän terveysasemilla 2.6.2010–5.11.2010 välisenä aikana. Pilotointiin osallistui yhteensä 20 potilasta, 15 naista ja 5 miestä. Paljon terveystalviteita käyttävien potilaiden vastaanoton kulkua kehitettiin edelleen ja jatkokehittämistä pilotoitiin vuonna 2011. Vastaanoton jatkokehittämisen pilotointiin osallistui 15 potilasta ja pilotointi



tapahtui Tuiran terveysasemalla 28.4.2011–23.8.2011 välisenä aikana. Paljon terveyspalveluita käyttävien potilaiden palvelumuodon loppuraportti, liite 15.

Pisara-potilaiden määrä väheni pilotoinnin aikana. Pilotoinnin alkuvaiheessa vuonna 2010 226 ja vuonna 2012 lopussa 189 potilasta. 06/2011 tehtiin prosessin tarkistus Pisara-hoitajien toimesta, koska potilastietojärjestelmästä otetussa tilastossa vastaanottokäyntien ja tehtyjen hoitosuunnitelmien määrät olivat erittäin vähäiset. Prosessin tarkistamisen tuloksena oli, että käyntejä oli hoitajalla 310 ja lääkärillä 146 sekä hoitosuunnitelmia oli tehty 159. Syy tilastojen ja prosessin kirjaamisen tulosten eroon johtui kirjaamisen vaihtelevuudesta, johon prosessin tarkistamisen jälkeen kiinnitettiin huomiota perehdytysten yhteydessä.

Asiasta tiedotettiin myös avoterveydenhuollon johtoa sekä tiimityöpareja. Pisara-potilaiden tutkimuksesta poisjäännin syitä olivat osallistuminen toiseen tutkimukseen, potilaan kunnan huononeminen, ei halunnut kulkea eri terveysasemalla, kuuluu työterveydenhuollon piiriin, on kuollut, muuttanut toiselle paikkakunnalle tai ei halunnut kertoa syytä.

Koko pitkäaikaissairauksien hoitomallia ei pilotoitu erikseen, vaan otettiin käyttöön suoraan.

### **3.3.1.2. Henkilöstön koulutus/perehdytys ja valmentaminen hoitomallin käyttöön ja potilaiden motivoimiseen**

03/2010 tiimityöpareille järjestettiin perehdytystä tyypin 2 diabeteksen hoitomallin, ProWellnessin hoitojärjestelmän ja Omahoitopalvelun käyttöön sekä Efficatilastointiin ja hoitosuunnitelman tekemiseen. Kaikki osallistuneet vastasivat palautekyselyyn. Palautetta pyydettiin tyypin 2 diabeteksen hoidon toimintamallista, ProWellnessin hoitojärjestelmästä, Efficatilastoinnista ja hoitosuunnitelmasta sekä Omahoito-palvelusta. Näistä osa-alueista pyydettiin arvioimaan perehdytyksen sisältöä, työskentelytapoja, materiaalia, tilaisuuden kestoa, kouluttajia sekä perehdytyksen onnistumista asteikolla 1 (tyytymätön) – 5 (tyytyväinen). Vastaajat olivat pääosin tyytyväisiä kaikkiin osa-alueisiin.

6.5.2010 järjestettiin tiimityöpareille koulutusta tyypin 2 diabeetikoiden hoidon ja ohjauksen kehittämisestä (palautetta antoi 18/21). Osallistujilta pyydettiin palautetta asteikolla 1 (tyytymätön) – 5 (tyytyväinen) yleisistä asioista (käytännön järjestelyt, tilaisuuden kesto, koulutusmateriaali, työskentelytavat), sekä koulutuksen sisällöstä (tyypin 2 diabeetikon kokonaisvaltainen hoito, diabeetikon hoitoprosessi, omahoito ja hoitoon sitoutumisen kehittäminen, sisällön vastaavuus käytännön työhön, sisällön vastaavuus omiin odotuksiin). Osallistujat olivat tyytyväisiä yleisiin asioihin ja erityisesti käytännön järjestelyt saivat kiitosta. Vapaiden palautteiden perusteella tilaisuuteen osallistujat olivat erittäin tyytyväisiä kouluttajien ammattitaitoon sekä konkreettisiin esimerkkeihin. Koko koulutusta pidettiin kattavana ja tyypin 2 diabeetikon hoito käytiin vastaajien mukaan hyvin läpi. Kehitysehdotuksina toivottiin, että case-esimerkkien ja ryhmätöiden avulla hoitoprosessia olisi käyty vielä tarkemmin läpi ja että asioita olisi käsitelty syvällisemmin, koska suurin osa asioista oli samoja, joita osallistujat käyttävät päivittäin työssään.

11/2011 Pisara-tiimityöpareille järjestettiin koulutusta aiheesta "Motivoiva haastattelu". Koulutuksen tarve kyseisestä aiheesta nousi esiin vuonna 2011 järjestetystä osaamiskartoituksesta. Koulutukset oli jaettu kahteen samansisältöiseen kertaan, ensimmäinen

tilaisuus järjestettiin 17.5.2011 (palautetta antoi 12 henkilöä) ja toinen 9.6.2011 (palautetta antoi 9 henkilöä). Tilaisuuksiin osallistuneilta pyydettiin palautetta yleisistä asioista sekä koulutuksen sisällöstä. Vastaajia pyydettiin arvioimaan osa-alueita asteikolla 1 (tyytymätön) – 5 (tyytyväinen). Vastaajat olivat tyytyväisiä sekä yleisiin asioihin (käytännön järjestelyt, tilaisuuden kesto, koulutusmateriaali, työskentelytavat) että sisältöön (motivoivan ja voimaannuttavan ohjauksen periaatteet, ohjaustavan soveltaminen hoitosuunnitelman tekemisessä, sisällön soveltuvuus käytännön työhön, sekä sisällön vastaavuus omiin odotuksiin). Vapaiden palautteiden perusteella parasta oli osallistujien mukaan hyvä kouluttaja, ajatusten vaihto muiden ryhmäläisten kanssa sekä innostava ja tärkeä aihe, joka oli ymmärrettävästi esitetty. Palautteissa nousi myös esille, että motivoivan haastattelun käyttöönotto vaatii harjoittelua, mutta sen myös katsottiin kannattavan, ja osallistujat jäivät pohtimaan, kuinka motivoivat menetelmät osaisi ottaa käyttöön omassa toiminnassaan. Palautteissa toivottiin myös, että johto huomioisi sen, että motivoiva haastattelu vie aikaa.

09/2011 Sari Hokkanen ja Risto Kuronen Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymästä esittelivät Ikihyvä-hankkeen ryhmänohjausmallia Oulun kaupungin ryhmänohjauksesta kiinnostuneille hoitajille 15.9.2011. Ryhmänohjauksen esittelytilaisuus kesti neljä tuntia ja sen tavoitteena oli antaa ideoita ja ohjeita ryhmien ohjaamiseen. Tilaisuuteen osallistui kuusi henkilöä, joista viisi antoi palautetta. Palautteessa osallistuneita henkilöitä pyydettiin arvioimaan asteikolla 1 (tyytymätön) – 5 (tyytyväinen) yleisiä asioita (käytännön järjestelyt, tilaisuuden kesto, materiaali, työskentelytavat) sekä perehdytyksen sisältöjä (sisällön soveltuvuus käytännön työhön, sisällön vastaus omiin odotuksiin) ja antamaan vapaata palautetta esittelystä. Osallistujat olivat tilaisuuden yleisiin asioihin ja sisältöön pääosin tyytyväisiä. Vapaiden palautteiden mukaan parasta olivat hyvät luennoitsijat, esitellyt projektit sekä asiat, jotka vaikuttavat ryhmän onnistumiseen. Palautteista nousi myös esiin, että perehdytystä haluttiin lisää ja sisältöön olisi kaivattu enemmän konkreettisia ja käytännönläheisiä työkaluja ryhmänohjaukseen sekä esimerkkejä ohjauksesta.

02/2012 Henkilökunnan palautteiden ja toiveiden pohjalta terveysasemien hoitajille järjestettiin koulutusta ryhmänohjaukseen. Kouluttajana toimi Riikka Turku, joka on psykologi, terveydenhuollon kouluttaja / työnohjaaja. Hän kartoitti osallistujilta ryhmänohjaukseen liittyviä tarpeita, joita koulutuksessa käytiin läpi. Koulutus kesti yhden päivän ja sama perehdytys pidettiin kahdelle eri ryhmälle. Ensimmäinen tilaisuus järjestettiin 14.2.2012 (palautetta antoi 16 henkilöä) ja toinen tilaisuus järjestettiin 23.2.2012 (palautetta antoi 14 henkilöä). Osallistujia pyydettiin antamaan palautetta tilaisuuden yleisistä asioista (käytännön järjestelyt, perehdytyksen kesto, materiaali, työskentelytavat) sekä sisällöstä (uudistettujen ryhmämallien esittely, ryhmän vuorovaikutuksen säätely, ryhmäläisten muutosvalmennus, sisällön vastaavuus käytännön työhön, sisällön vastaavuus omiin odotuksiin). Osallistujat olivat tyytyväisiä sekä käytännön järjestelyihin että sisältöön.

Vapaissa palautteissa nousi esille, että osallistujat pitivät kouluttajaa hyvänä ja asiantuntevana, ja he pitivät keskusteleavasta ja kannustavasta ilmapiiristä sekä käytännönläheisistä esimerkeistä ja ohjeista, joita kouluttajalta sai ryhmien ohjaamiseen. Osallistujat myös pitivät saatuja materiaaleja selkeinä ja kokivat saaneensa ohjeita, joiden avulla ryhmien ohjaamisesta voi selvitä, vaikka aikaisempaa kokemusta ei olisikaan. Vapaissa palautteissa nousi myös esille, että koulutus voisi olla kahden päivän mittainen. Palautteissa myös ehdotettiin, että ryhmien ohjaaminen keskitettäisiin niille, jotka siitä ovat todellakin kiinnostuneita. Sisältömateriaalia voisi osallistujien mukaan olla enemmän tarjolla. Vapaissa palautteissa nousi esiin huoli siitä, että

ryhmän ohjaamiseen ja suunnitteluun kuluu paljon aikaa, joten kuinka voidaan tuottaa laadukasta ryhmänohjausta niukoilla resursseilla.

09/2012 järjestettiin koko avoterveydenhuollon henkilökunnalle kaksi neljän tunnin tilaisuutta, joiden aiheena oli ratkaisukeskeinen lähestymistapa vastaanottotyössä. Erikoislääkäri, VET - psykoterapeutti, työnohjaaja Hilikka Keistinen Abri Oy:stä oli kouluttajana Oulun kaupungin avoterveydenhuollon henkilökunnalle järjestetyissä tilaisuuksissa. Tilaisuuksien aiheena oli ratkaisukeskeinen lähestymistapa vastaanottotyössä ja perehdytyksiä järjestettiin 4.9.2012 sekä 11.9.2012. Perehdytykset olivat kestoltaan neljän tunnin mittaisia. Tilaisuuksiin osallistui 192 henkilöä ja palautetta antoi yhteensä 151 henkilöä (vastausprosentti noin 80 %).

Osallistujilta pyydettiin palautetta käytännön järjestelyistä sekä luennon kestosta, joihin kumpaankin osallistujat olivat pääosin tyytyväisiä. Osallistujat pitivät myös aiheita kiinnostavina ja kokivat saaneensa hyödyllistä tietoa. Luennot myös vastasivat pääosin osallistujien odotuksia. Parasta osallistujien mukaan luennoissa oli luennoitsijan esille tuomat käytännönläheiset esimerkit, hyvä ja innostava luennoitsija, sekä ajankohtainen aihe. Osa osallistujista nosti esille, että luennot herättivät heidät huomaamaan kehityskohtia myös omassa käyttäytymisessään. Osallistujat olisivat kaivanneet enemmän käytännön esimerkkejä ja esitettäviä kysymyksiä, sekä haasteellisempien potilasesimerkkien läpikäymistä (esimerkiksi huumeiden käyttäjät tai lääkkeiden väärinkäyttäjät). Myös tieteellistä taustaa sekä syvällisempää paneutumista ratkaisukeskeiseen toimintaan toivottiin. Lisätietoja olisi toivottu myös hyvinvointilomakkeen käytöstä käytännössä, potilaiden vastausten luotettavuudesta sekä vastausten luotettavuuden arvioinnista. Vinkkejä toivottiin myös siihen, kuinka vastaanottoajan saisi riittämään kirjaamiseen, suunnitelmien tekoon sekä niiden päivittämiseen.

Edellä mainittujen tilaisuuksien lisäksi terveysasemilla järjestettiin kahden tunnin mittaisia perehdytyksiä (kaksi / terveysasema) 20.9.2012–28.2.2013 välisenä aikana. Näihin tilaisuuksiin osallistui yhteensä 220 henkilöä, joista 97 antoi palautetta (44,1 %). Osallistujat olivat tyytyväisiä käytännön järjestelyihin sekä työskentelytapoihin. Osallistujat myös kokivat saaneensa ideoita omaan työhönsä ja hyödynsivät potilaskeskeistä lähestymistapaa omassa työssään. Osallistujien mukaan hyvinvointilomakkeesta koettiin olevan hyötyä hoitosuunnitelman laatimisessa ja hyvinvointilomakkeen koettiin pääasiassa selkeyttävän potilaan tarpeista lähtevää ohjausta.

Vapaiden palautteiden perusteella pienessä ryhmässä toteutettu lähiopetus oli hyvää, kouluttaja oli myös hyvä ja kannustava, ja koulutuksessa esiin tulleet esimerkit olivat käytännönläheisiä ja niiden avulla asian sisäisti paremmin. Palautteista nousi myös esille, että ratkaisukeskeinen lähestymistapa on hyvä ja moni aikoi ottaa sen käyttöön omaan työhön. Moni kuitenkin myös pohti, riittääkö aika ja energia uuden toimintamallin opetteluun. Osalle tilaisuuteen osallistuneista ei tullut mitään uutta aikaisempaan osaamiseen verrattuna. Osaan mukaan oli kuitenkin mukava kerrata ja palauttaa lähestymistapaa mieleen, vaikka uutta asiaa ei tullutkaan. Koulutuspalautteet on esitetty arviointiraportissa, liitteessä 7.

### **3.3.1.3. Hoitomallin jalkauttaminen ja käyttöönotto**

Tyypin 2 diabeteksen hoitomallin jalkauttaminen aloitettiin Oulun kaupungin terveysasemilla maaliskuussa 2012 sairaanhoitaja Tiina Kentän toimesta. Jalkauttaminen tapahtui esittelemällä



hoitomallia terveysaseman henkilökunnalle ryhmissä tai henkilökohtaisesti vieriovetuksena. Ryhmäohjausajat sovittiin palveluesimiesten kanssa ja yksilöohjausajat sovittiin suoraan ohjattavan kanssa.

Tiina Kentän mukaan hoitomalli koettiin terveysasemilla pääsääntöisesti hyväksi, tarpeelliseksi ja hyödylliseksi, vaikka ohjaus- ja esittelyaikoja terveysasemille oli haasteellista saada. Positiivista palautetta annettiin siitä, että hoitomallista löytyy kaikki oleellinen. Negatiivista palaute koski hoitomallissa olevien linkkien toimimattomuutta ja siitä, että hoitomalli oli jouduttu tallentamaan työpöydälle. Kentän omien kokemusten mukaan hoitomallin opastus, käyttö ja hoitomallin löytyminen sekä tekniset asiat tulivat paremmin esiteltyä yksilöopastuksessa, kuin yleisissä koulutustilaisuuksissa. Hoitomallin jalkauttamisen haasteena Kenttä koki useiden yhtäaikaisten muutosten päällekkäisyyden terveysasemilla. Terveysasemilla oli samanaikaisesti esimerkiksi Hyvä vastaanotto- ja E-reseptikoulutusta, sekä Oulun kuntaliitoksessa mukana tulleissa kunnissa Omahoitopalvelun käytön kouluttamista. Myös sairauspoissaolot, lomat ja muut koulutukset vaikuttivat esittelyaikojen saamiseen terveysasemille.

Maaliskuussa 2013 tyypin 2 diabeteksen hoitomallin jalkauttamisesta toteutettiin kysely terveysasemien henkilökunnalle. Vastaajien lukumäärä vaihteli kysymyksittäin 24–29 henkilön välillä. Vastaajista 18 oli sairaanhoitaja/terveydenhoitaja, kahdeksan lääkäreitä ja kolme palveluesimiestä. Lähes kaikki vastaajista olivat kuulleet pitkäaikaissairaiden hoitomallista. Suurin osa vastaajista koki ryhmäinfojen olleen tarpeellisia hoitomallin käyttöönoton kannalta. Yksilöohjausta hoitomallin käyttöön oli saanut puolet vastaajista ja heistä suurin osa koki yksilöopastukset tarpeellisiksi. Yksilöohjausten tarpeellisuutta perusteltiin sillä, että kaikki eivät opi ryhmätilaisuuksissa. Osa vastaajista piti yksilöohjauksia puolestaan tarpeettomina, koska koettiin, että asia oli yksinkertainen eikä yksilöohjauksissa tullut mitään uutta. Perehdyttämiskertojen määrään vastaajat olivat myös pääsääntöisesti tyytyväisiä. Mielenkiintoista oli se, että kukaan vastanneista ei ollut käyttänyt kaikkia hoitomallin osia (hyvinvointilomake, hoitosuunnitelma, verkostokartta, tietosisällöt).

Palautteista nousi esille, että terveysasemilla vallitsevan kiireen vuoksi uusien tapojen omaksuminen jää heikoksi, koska on helpompaa tehdä asiat vanhalla tyyllillä. Samoin ratkaisukeskeisen vastaanottotoiminnan ja siihen liittyvän asioiden syvällisemmän pohtimisen epäiltiin toteutuvan huonosti vastaanottojen tiukan aikataulun vuoksi. Vastaajat myös nostivat esille, että käynnissä on liian monta kehittämishanketta ja henkilökunnalla on liian paljon muistettavaa, ettei kehittämishankkeiden tuottamien välineiden yhtäaikainen hyötykäyttö ole mahdollista, tai vie paljon aikaa, ennen kuin uudet tavat opitaan ottamaan rutiininomaiseen käyttöön. Yksilöopastuksia pidettiin luontevana paikkana tarkentaa epäselväksi jääneitä asioita.

Vastaajilta pyydettiin palautteissa myös kehitysehdotuksia hoitomallin perehdyttämiseen. Kehitysehdotuksena nousi säännöllinen asioiden kertaus ja hoitomallin perehdytys esimerkkipotilaan avulla, jolloin tulisi samalla kertausta myös Effican Yle-lehdelle kirjaamisesta. Uusille työntekijöille toivottiin aina perehdytystä, jotta henkilökunta tietää, mistä eri hoitopolut löytyvät ja osaavat toteuttaa niitä. Myös koordinaatiota samankaltaisten hankkeiden välille toivottiin. Kehitysehdotuksissa nousi myös esille, että terveysasemilla tulee olla aikaa perehdyttää koko henkilökunta kunnolla, mutta ajan varaaminen nähtiin terveysaseman omaksi tehtäväksi hoitaa.





05/2013 sovittiin, että Oulun kaupungin avoterveydenhuollon johtoryhmä linjaa hankkeen jälkeisen hoitomallin päivittämistä ja käytön seurannan. Hoitomalli on käytössä Oulun kaupungin terveysasemilla ja sen käyttöä seuraavat palveluesimiehet. Jalkauttamiseen liittyvät palautteet on esitetty Pisara-hankekoordinaation ja Pisara - Oulu – hankkeen arviointiraportissa, liite 7.

### **3.3.2. Tavoite 3 Teknologiaterveyskeskus Oulu ja TT Kaakkurin tuotetestauksen, Oulun kaupungin kehittämissyksikön ja tutkimuslaitosten välinen yhteistyö.**

Teknologiaterveyskeskuksen toiminta- ja tuotetestaustoimintamallin jatkokehittäminen aloitettiin vuonna 2009 tuotetestausasiantuntijan johdolla. Alkuvaiheessa toteutettiin toimenpidesuunnitelman toiminta- ja tuotetestausmallin jatkokehittäminen. Suunnitelman mukaisesti toteutettiin yritysten, tutkimuslaitosten, Oulun kaupungin keskeisten johtajien ja TTK:n henkilökunnan haastattelut rooleistaan tuotetestauksen yhteistoimintamallissa.

Yhteistyötä aloitettiin Kohti tulevaisuuden palveluyhteiskunta – hankkeen kanssa, jossa kehitettiin testauspankkia (TUCo, josta lanseerattiin palvelu patio.fi) ja OulLabs toimintaa. Kartoituksen pohjalta luotiin yhteistoimintamalleja (5 kpl) yhteistyössä Oulu Wellness Instituutin kanssa. Yhteistoimintamalleja olivat 1) tutkimuslaitos TTKaakkurin asiakkaana (kehitetyn tuotteen testaaminen) ja 2) TTKaakkuri tutkimuslaitoksen asiakkaana (erityisosaamista vaativan testauksen ostaminen), 3) tutkimuslaitos arvioijana ja 4) opiskelijayhteistyö sekä 5) markkinointiyhteistyökumppani.

Tuotetestaustoiminnan arviointi oli kaupungin hallituksen käsittelyssä joulukuussa 2011. Kaupunginhallituksen päätöksen (13.12.2011, § 650) mukaisesti tuotetestaustoimintaa jatkettiin ja kehitettiin edelleen. Haasteena toiminnan eteenpäin viemisessä tunnistettiin tuotetestausasiantuntijan tehtävässä (tuotetestausasiantuntija vaihtui vuonna 2010) ja TTK Oulun henkilökunnassa tapahtuneet henkilöstövaihdokset. Suurimpia haasteita olivat markkinointiresurssin puute sekä talouden taantuma, jolla oli vaikutusta yritysten kyvykkyyteen maksaa testauksesta.

Tuotetestausasiantuntijan työpanos, joka oli osoitettu myös Pisara – hankkeelle kaksi kuukautta vuodessa, ei toteutunut suunnitellusti. Asiantuntijan työpanos meni perustyon lisäksi myös kaupunginhallituksen päätösten mukaiseen kehitystyöhön.

Markkinointiresurssit lisääntyivät vuonna 2012 lopussa, kun Avaus-, Mainio ja OuluHealth – hankkeet panostivat innovaatioympäristön kehittämiseen ja markkinointiin. Laaja markkinointi lisäsi konseptin tunnettavuutta. Tuotetestaustoiminta nähtiin osana laajempaa innovaatioympäristöä, jossa Mainio – hankkeessa viedään OulLabs toimintaa eteenpäin.

Kaupunginhallituksen päätöksen mukaan hyvinvointipalveluiden tuotetestauspalvelun kehittämissuunnitelma viedään kaupunginhallitukseen syksyllä 2013, jolloin ratkeaa tuotetestaustoiminnan jatko. Kehittämissuunnitelmassa kuvataan yhteistyö ja roolit muiden innovaatioympäristön toimijoiden kanssa ja suunnitelma tuotetestaustoiminnan laajentamiseksi



muualle hyvinvointipalveluihin. Kaupunginhallituksen päätös voi vaikuttaa tuotetestaustoiminnan jatkumiseen.

Teknologiaterveyskeskus Oulu ja TT Kaakkurin tuotetestauksen, Oulun kaupungin kehittämissyksikön ja tutkimuslaitosten välinen yhteistyö - tavoite ei toteutunut kaikilta osin suunnitellusti. Tuotetestauksen yhteistoimintamallin kehittämiseen ovat vaikuttaneet Oulun kaupungin päätökset tuotetestaustoiminnan arvioimisesta ja kehittämisestä, jonka vuoksi yhteistoimintamallin kehittäminen on viivästynyt eikä sitä hankkeen aikana saatu tehtyä.

### 3.3.3. Tavoite 4 Kansalliset tavoitteet sekä kansallinen verkostoyhteistyö

Oulun kaupungin edustajia (Keijo Koski, Minna Angeria) osallistui Valtiovarainministeriön Sähköisen asioinnin ja demokratian vauhdittamisohjelmaan (SADE-ohjelma). He veivät Pisara-hankkeessa syntyneitä kokemuksia sähköisestä asioinnista ja sen kehittämisestä kansalliseen kehittämistyöhön.

Sähköisen asioinnin suostumuksen ja valtuuttamisen kehittämistyö on viivästynyt kansallisella tasolla ja määrittelytyö jatkuu muun muassa SADE-Sote -hankkeen toimesta. Oulun kaupunki on linjannut, että työn jatkumiseksi määritellyt on tehtävä kansallisella tasolla. Sähköisen asioinnin suostumuksen- ja valtuuttamisen kehittämistyötä jatketaan Oulun kaupungissa Avaus-hankkeessa.

Pisara - Oulu -hanke osallistui vuonna 2009 Sosiaali- ja terveysministeriön ja Kelan yhteiseen kokoukseen, jossa käsiteltiin KANTA - palveluiden kehittämistä. Pisara-hanke lupautui antamaan asiantuntijapanosta KANTA - palveluiden kehittämiseen. Katseluyhteyden pilotointia ei kuitenkaan toteutettu Pisara-hankkeessa katseluyhteyden kehittämistyön viivästymisen vuoksi.

Pisara - Oulu -hankkeen yksilöhoidonohjauksen tietosisällöt perustuvat Käypä hoito -suositukseen ja Duodecim-terveyskirjastoon, ja näistä lähteistä on linkitetty malliin erilaisia hoito-ohjeita (esimerkiksi diabeetikon jalkatutkimuksen ohje). Samalla tavalla myös muiden pitkäaikaissairauksien hoitomallien tietosisällöt perustuvat Käypähoito-suositukseen ja Duodecim -terveyskirjaston sisältöön. Oulun Omahoitopalvelussa olevassa terveystietokortissa on ohjeistuksia ja viittauksia Käypä hoidon ja Duodecim -terveyskirjaston sisältöihin. Ohjeistuksilla pyritään kiinnittämään huomiota potilaan omaan tilanteeseen ja antamaan tietoa terveellisistä elämäntavoista ja tietosisältöä esimerkiksi elämäntapojen muuttamiseen. Tarkoituksena on kannustaa elämäntapojen muuttamiseen ja sitoutumaan terveelliseen elämäntapaan.

Oulun Omahoitopalvelun käyttö sisällytettiin tyyppin 2 diabeetikoiden hoitomalliin heti alusta alkaen. Hankkeen alkuvaiheessa Omahoitopalvelun käyttö oli kuitenkin vähäistä, koska se ei ollut vielä käytössä kaikilla terveysasemilla. Omahoitopalvelu saatiin Diapolis Oy:ssä käyttöön vasta syksyllä 2012. Käytön aloittaminen viivästyi teknisten ongelmien vuoksi. Omahoitopalvelun käyttö oli Diapoliksessa vähäistä, koska potilaat kokivat, että he saavat yhteyden hoitajaan helposti myös puhelimen välityksellä.





### 3.4. Pisara - Oulu - hankkeen tulokset

Pitkäaikaissairauksien hoitomallin kehittämisessä lähtökohtana olivat potilaslähtöisyys, toiminnan sujuvuus ja selkeys sekä hoitajien ja lääkäreiden työnjaon tukeminen. Hoitomalli, joka sisälsi sekä yksilöohjauksen että ryhmäohjauksen, yhtenäisti ja selkeytti terveydenhuollon ammattilaisten työtä terveysasemilla. Hoitomallin mukaisesti potilaat ohjautuivat ensin hoitajan vastaanotolle, jossa hoitaja arvioi potilaan tilanteen ja ohjasi tarvittaessa lääkärin vastaanotolle. Potilaat laativat yhdessä hoitajan tai lääkärin kanssa hoitosuunnitelman, joka annettiin potilaalle mukaan vastaanotolta lähtiessä. Hoitosuunnitelmaa päivitettiin seuraavilla seurantakäynneillä. Hoitomallissa on mm. selkeä ohjeistus laboratoriotutkimusten tilaamiseen ja seurantakäyntien tiheyteen. Myös Oulun Omahoitopalvelun käyttö oli olennainen osa hoitomallia. Pitkäaikaissairauksien hoitomalli on käytössä kaikilla Oulun kaupungin terveysasemilla.

Pisara - Oulu -hankkeessa on kehitetty Omahoitopalvelua hyödyntävä pitkäaikaissairauksien hoitomalli, joka sisältää hyvinvointilomakkeen ja palveluverkoston. Pitkäaikaissairaiden sähköinen hoitomalli on löydettävissä Oulun kaupungilla käytössä olevan Effic - potilastietojärjestelmän yleisestä kansioista, josta on linkki Oulun kaupungin intranettiin, Akkunaan, luotuun sähköiseen hoitomalliin. Pitkäaikaissairaiden hoitomalli on apuväline hoitajille ja lääkäreille terveysasemien vastaanottotyössä. Hoitomalli sisältää luotettavaa tietoa, joka löytyy helposti potilastietojärjestelmästä. Hoitomalli toimii myös perehdyttämisen välineenä uusille työntekijöille. Hoitomalli yhtenäistää ja selkeyttää pitkäaikaissairaiden hoitoa terveysasemien vastaanotoilla.

Hoitomalli sisältää hyvinvointilomakkeen, liite 9, jonka avulla potilaiden avun ja tuen tarpeen kartoittaminen helpottuu. Hyvinvointilomake ohjaa vastaanotolla käytävää keskustelua potilaan lähtökohdista käsin. Hyvinvointilomake on myös hoitosuunnitelman teon pohjana. Hyvinvointilomake yhtenäistää ja selkeyttää hoitokäytäntöjen toteutumista potilaiden tarpeista lähtien. Hyvinvointilomake auttaa potilaita huomaamaan muutostarpeita omissa elintavoissaan ja motivoi osallistumaan hoitonsa suunnitteluun. Hyvinvointilomakkeesta on myös tehty Oulun kaupungin www-sivuille sähköinen versio, jonka voi täyttää netissä ja tulostaa itselleen tai tallentaa omiin tiedostoihin. Tallennetun hyvinvointilomakkeen lähettäminen Oulun Omahoitopalvelun viestin liitteenä terveysasemalle on mahdollista.

Hoidonohjauksen tueksi kehitettiin tukitoimien palveluverkosto, liite 10, joka on osa hoitomallia. Palveluverkosto auttaa henkilöstöä löytämään nopeasti ja helposti potilaan hoidossa tarvittavien palveluiden yhteystiedot ja potilaiden ohjaaminen tarkoituksenmukaisten palveluiden piiriin helpottuu. Palveluverkosto sisältää linkkejä Oulun kaupungin palveluihin, jolloin niiden päivittämisestä vastaavat palveluiden tuottajat.

Vuonna 2013 tietoa pitkäaikaissairauksien hoidosta Oulun kaupungin www-sivuille <http://www.ouka.fi/oulu/terveyspalvelut/pitkaaikaissairauksien-hoito>, jossa on myös sähköinen hyvinvointilomake. Myös Omahoitopalvelusta on linkki Oulun kaupungin www-sivuille pitkäaikaissairauksien kohtaan.

Hoitomallin ja hyvinvointilomakkeen sähköistäminen helpottaa niiden päivittämistä ja lisää käytettävyyttä. Vuonna 2012 Oulun kaupungissa käynnistyneessä Avaus - hankkeessa määritellään alueellista sähköisen asiointin kokonaisuutta, jossa hoitomallin ja hyvinvointilomakkeen sähköistäminen jatkossa toteutuu.



ProWellnessin laaturaportointityökalun käyttöä oli tarkoitus laajentaa alueelliseksi toimintatavaksi. Henkilökunta koki hoitojärjestelmän käyttämisen haasteelliseksi päällekkäisen kirjaamisen vuoksi. Tästä johtuen ProWellnessin hoitojärjestelmän käyttäminen jäi vähäiseksi, eikä raportointityökalun käyttöä eikä laajentamista saatu toteutettua.

Teknologiaterveyskeskus Oulu ja TT Kaakkurin tuotetestauksen, Oulun kaupungin kehittämissyksikön ja tutkimuslaitosten välinen yhteistyö – tavoite toteutui osittain. Yhteistoimintamallin kehittämiseen ovat vaikuttaneet Oulun kaupungin päätökset tuotetestaustoiminnan arvioimisesta ja kehittämisestä viivästyttäen kehittämistyötä, jonka vuoksi yhteistoimintamallia ei hankkeen aikana saatu tehtyä. Yhteistoimintamallin kehittäminen jatkuu Oulun kaupungin omana toimintana hankkeen jälkeen.

Omahoitopalvelun käyttöönoton myötä palvelun tulokset vietiin sovitusti kansallisen terveydenhuollon ydinpalveluiden kehittämistyöhön pitkäaikaissairauksien hoidossa. Työ jäi kesken, koska kansallisesti toteutettu Kanta-katseluyhteyden kehittämistyö viivästyi. Sähköisen asioinnin suostumuksen ja valtuuttamisen kehittämistyö on viivästynyt kansallisella tasolla ja määrittelytyö jatkuu muun muassa SADE- Sote - hankekokonaisuudessa.

### 3.5. Pisara - Oulu – hankkeen arviointi

Pisara - Oulu -hankkeessa tehtyjen arviointien tarkoituksena on ollut selvittää, ovatko asiakkaat olleet tyytyväisiä hankkeessa kehitettyyn hoitomalliin, mitä mieltä terveydenhuollon ammattilaiset ovat uudesta hoitomallista ja tarvitsevatko he osaamisen täydentämistä pitkäaikaissairauksien hoidon osalta. Tämän lisäksi arviointia on toteutettu järjestettyjen perehdytysten osalta sekä uuden hoitomallin jalkautumisen osalta. Pisara - hankkeessa keskeisessä roolissa on ollut yhteistyö järjestöjen ja yksityisen sektorin kanssa, joten myös toimijoiden yhteistyötä on arvioitu hankkeen aikana. Kehittämisen arvioimiseksi Pisara - Oulu -hankkeessa on tehty itsearviointia johtoryhmän toimesta. Pisara-hankkeessa on hyödynnetty myös paikallisen oppilaitoksen (OAMK) tuottamaa opinnäytetyötä.

Pisara - Oulu -hankkeessa arviointia toteutettiin tekemällä asiakastyytyväisyyskysely Pisara-potilaille, osaamiskartoituskysely koko Oulun kaupungin terveysasemien henkilökunnalle, arvioinnit hoitomallista ja ryhmänohjausmallista sekä ryhmänohjaajille että ryhmäläisille. Arviointia tehtiin myös koulutuspalautteiden keräämisen lisäksi viestinnän toteutumisesta sekä Pisara – Oulu -hankkeen johtoryhmälle tehdyllä itsearvioinnilla.

Arvioinnit on esitetty Pisara - hankekoordinaation ja Pisara – Oulu -hankkeen arviointiraportissa, liite 7.

#### **Arvioinnin tulokset lyhyesti:**

Asiakastyytyväisyyskyselyitä toteutettiin hankkeen aikana kolme kertaa aikavälillä 2010–2012. Asiakastyytyväisyyden taso laski hieman hankkeen kuluessa, mutta se pysyi silti hyvällä tasolla ja asiakkaat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä samaansa hoitoon. Asiakkaat olivat tyytymättömiä muun muassa terveysasemilla vällinneeeseen kiireeseen ja henkilökunnan

suureen vaihtuvuuteen. Asiakkaat olivat puolestaan tyytyväisiä saamaansa palveluun, jonka he kokivat asiallisiksi, kuuntelevaksi ja ystävälliseksi.

Osaamiskartoituskyselyitä tehtiin hankkeen aikana kaksi kertaa. Ensimmäinen osaamiskartoituskysely koski tyypin 2 diabeteksen hoitoa (sähköinen kysely) ja toinen sydän- ja verisuonisairauksien hoitoa (paperikysely). Paperiversion käyttämiseen päädyttiin ensimmäisen osaamiskartoituskyselyn huonon vastausprosentin vuoksi. Molemmissa osaamiskartoituskyselyissä yli 50 % henkilökunnasta koki tarvitsevansa osaamisen vahvistamista hoidonohjauksen osa-alueissa.

Paljon terveystalvueluita käyttävien asiakkaiden vastaanottoa kehitettiin vuonna 2010 ja jatkokehitettiin vuonna 2011. Pilotointien tuloksena syntyi palveluverkosto, joka helpottaa vastaanoton sairaanhoitajaa löytämään sopivan tukitoimen/palvelun, sekä hyvinvointilomake, jonka avulla potilaan tilanteen kartoittaminen helpottuu. Hyvinvointilomake on koettu hyväksi ja toimivaksi apuvälineeksi potilaan avun ja tuen tarpeen selvittämisessä. Hyvinvointilomakkeen koettiin yhtenäistävän ja selkeyttävän hoitokäytäntöjen toteutumista potilaiden tarpeista lähtien. Potilaat kokivat, että hyvinvointilomake auttaa heitä huomaamaan muutostarpeita omilla elintavoissaan, heitä kuunnellaan ja heidän asioistaan ollaan kiinnostuneita. Hyvinvointilomake myös motivoi potilaita osallistumaan hoitonsa suunnitteluun. Pilotoinneista saatujen tulosten mukaan potilaiden hoitoon sitoutuminen parantui, kun heille tehtiin kirjallinen hoitosuunnitelma.

Tiimityöparien (hoitaja - lääkäri työpari) tapaamisia järjestettiin tyypin 2 diabeteksen hoitomallin osalta kuusi kertaa, joissa tiedusteltiin palautetta hoitomallista suullisesti ja ryhmätöiden muodossa. Tiimityöparien mukaan tyypin 2 diabeteksen hoitomalli on selkeyttänyt ja

yhdenmukaistanut tyypin 2 diabeetikoiden hoitoa ja hoidon tavoitteita. Hoitomalli koettiin myös hyväksi tueksi työnteossa erityisesti uusien työntekijöiden tai vähän diabetestyötä tekevien parissa. Tukitoimien palveluiden löytämisestä helpottaa hoitomallista löytyvä palveluverkosto.

Hyvinvointilomakkeen koettiin nopeuttavan hoitajan vastaanottoa, jos se on etukäteen täytetty. Omahoitopalvelun koettiin olevan tärkeä väline asiakkaan ja hoitohenkilökunnan väliseen vuorovaikutukseen sekä hoidon kulun ja hoitoon sitoutumisen seurantaan. Hoitosuunnitelman tekeminen helpottaa seuraavia käyntejä ja hoidon jatkuvuus pysyy hyvänä.

Ryhmäläiset kokivat ryhmän toiminnasta järjestetyn alkuinfon selventävän ryhmään liittyviä asioita. Ryhmältä toivottiin ohjeita ruokavalioon ja liikuntaan, ja muilta ryhmäläisiltä toivottiin vertaistukea. Ryhmäläiset kokivat ilmapiiriin tapaamisissa kannustaviksi ja tapaamisissa annetut tehtävät selvensivät heidän mielestään käsiteltävää asiaa. Ryhmäläiset kokivat myös saaneensa tarpeellista tietoa järjestöistä. Erityisen hyvänä ryhmäläiset pitivät keskusteluita muiden ryhmäläisten kanssa, mistä he kokivat saaneensa vinkkejä, tukea ja kannustusta. Ryhmäläiset olisivat toivoneet useampia tapaamiskertoja. Ryhmänohjaajien mukaan he olivat onnistuneet mielestään hyvin ryhmien ohjaamisessa. Haasteellista oli heidän mukaansa se, että ryhmänohjausten suunnittelu vei paljon aikaa, eikä heillä ollut aikaisempaa kokemusta ryhmien ohjaamisesta. Ryhmänohjaajat toivoivat useampia liikuntakertoja, fysioterapeuttia toiseksi ryhmänohjaajaksi, sekä kannustinpalkkiota ryhmien ohjaamiseen.

Järjestöt ovat esitelleet runsaasti toimintaansa terveysasemilla ja terveysasemilta on tullut järjestöille paljon yhteydenottoja toiminnan järjestämisestä ja yhteistyön aloittamisesta. Järjestöt ovat tuottaneet esimerkiksi toiminnallisen Mukava-ryhmän ja painonhallintaryhmä Kepeän. Oulun kaupungin ja Diapoliksen Pisara-potilaat on ohjattu liikuntaneuvontaan Oulun uimahallille.

Hoitomallin jalkauttaminen terveysasemille aloitettiin sairaanhoitaja Tiina Kentän toimesta maaliskuussa 2012. Jalkauttaminen tapahtui esittelemällä hoitomallia terveysasemien henkilökunnalle ryhmä- ja yksilöopastuksissa. Henkilökunta oli pääsääntöisesti tyytyväinen jalkauttamiskertojen määrään. Yksilöopastukset koettiin luontevana paikkana kysyä epäselväksi jääneitä asioita ja esittely oli syvällisempää kuin ryhmäopastuksissa. Vastaanottojen tiukat aikataulut ja useiden kehittämishankkeiden päällekkäisyys haittaavat henkilökunnan mukaan uusien toimintatapojen omaksumista.

Pisara - Oulu – hankkeen johtoryhmän itsearviointitoteutettiin vuonna 2011 ja vuonna 2012. Vuonna 2011 itsearviointiin vastaajia ei ollut yhtään, mutta vuoden 2012 itsearvioinnin tulosten mukaan hanke oli onnistunut hyvin kaikissa kehittämistyön osa-alueissa. Hankkeelta odotettiin toimivaa toimintamallia, joka saadaan juurrutetuksi käytäntöön, sekä hyvää yhteistyötä eri toimijoiden kesken. Kehittämistyötä on edesauttanut muun muassa avoin vuorovaikutus toimijoiden kesken sekä yhteistyö hoitohenkilökunnan kanssa. Hankkeen kehittämistyötä ovat eniten vaikeuttaneet muun muassa toimijoiden erilaiset toimintakulttuurit ja resurssien vähäisyys sekä yleinen henkilökunnan hankeväsymys ja työn kiireisyys.

Henkilökunnalle järjestettiin perehdytystä / koulutusta tyyppin 2 diabeteksen hoitomallista (2010), tyyppin 2 diabeetikon hoidon ja ohjauksen kehittämisestä (2010), motivoivasta haastattelusta (2011), ryhmänohjauksesta (2011 ja 2012) sekä ratkaisukeskeisestä vastaanotto toiminnasta (2012–2013). Koulutuksiin osallistuneet olivat pääasiassa tyytyväisiä järjestettyihin tilaisuuksiin ja he kokivat saaneensa niistä apuvälineitä ja ideoita oman työnsä toteuttamiseen.

Kaikki arviointitoteutettiin zef -arviointimenetelmällä, mutta henkilökunta koki sen hankalaksi käyttää. Siten osa palautteista on kerätty paperisilla lomakkeilla ja siirretty tämän jälkeen zef -pohjaan. Tämä on aiheuttanut turhaa työtä, koska vastaukset on täytynyt siirtää paperisilta lomakkeilta käsin zef:iin. Osa kyselyistä on myös toteutettu paperisilla lomakkeilla, koska hankkeessa todettiin, että paperikyselyiden vastausprosentit olivat korkeampia kuin sähköisten kyselyiden (esimerkiksi osaamiskartoituskysely terveysasemien henkilökunnalle sydän- ja verisuonisairauksien osalta).

15D-arviointimittarin käyttöä Pisara-hankkeessa selvitettiin syksyn 2012 aikana ja lopputuloksena 15D-mittarin hinnan todettiin olevan korkea saavutettaviin hyötyihin nähden. Hankkeen tavoitteiden ei katsottu olevan riippuvaisia 15D-mittarin käytöstä, jonka vuoksi sen pilotoinnista luovuttiin Pisara - Oulu -hankkeessa. 15D-mittari on käytössä Oulun yliopiston vaikuttavuustutkimuksessa.

ProWellnessin laaturaportointityökalun käyttöä oli tarkoitus laajentaa alueelliseksi toimintatavaksi. Henkilökunta koki hoitojärjestelmän käyttämisen haasteelliseksi päällekkäisen kirjaamisen vuoksi. Tästä johtuen ProWellnessin hoitojärjestelmän käyttäminen jäi vähäiseksi, eikä raportointityökalun käyttöä eikä laajentamista saatu toteutettua.

#### 4. Pisara - hankekokonaisuuden ja Pisara – Oulu -hankkeen viestintä

Hankkeen alkuvaiheessa perustetussa viestintätyöryhmässä sovittiin viestintää koskevista asioista ja toteutuksesta eri toimijoiden kesken. Viestintäsuunnitelmaa päivitettiin ja tarkennettiin hankkeen aikana. Viestintäsuunnitelman mukaan viestinnän toteutuksessa käytettiin yhdessä sovittuja esittely- ja lopputekstejä. Viestinnän tarkoituksena oli tuoda kehittämistyötä tunnetuksi kansallisesti ja saada ideoita muilta. Jokainen toimija toi Pisara-hanketta esiin omissa tapahtumissaan. Toteutunut viestintä on esitetty taulukossa 9.

**Taulukko 9. Pisara - hankekokonaisuuden ja Pisara – Oulu -hankkeen viestintä vuosina 2009–2013.**

Tapahtumat	Artikkelit	Sähköinen viestintä
<p><b>2010:</b> Sairaanhoitajapäivät Diabeteshoitajapäivät Terve Sos - messut</p> <p><b>2011:</b> Dehko-päivät Pohjois-Suomen järjestöpäivät Kohtaamispaikka – seminaari Diabeteshoitajapäivät Terve-Sos – messut Likkojen Lenkki Oulun päivät Sosiaalista teknologiaa – seminaari Maailman Diabetespäivän tapahtumat Oulussa Terveystalon terveyspäivä ProWellnessin tapahtuma Pohjois-Pohjanmaan sosiaali- ja terveysturvayhdistyksen juhlaseminaari</p> <p><b>2012:</b> Pohjois-Pohjanmaan alueellinen koulutuspäivät Sairaanhoitajapäivät Diabeteshoitajapäivät Sydänviikko Terve Sos – messut Yleisötapahtuma Pisara-potilaille XII Kansallinen hoitotieteellinen konferenssi</p> <p><b>2013:</b> Diabetesliiton järjestöpäivät Sairaanhoitajapäivät Diabeteshoitajapäivät Allergiaviikko Etävastaanoton hoitajien koulutuspäivä Terveystalossa</p>	<p><b>2011:</b> Diabetes ja lääkäri – lehti 3/2011</p> <p><b>2012:</b> Diabetesyhdistyksen jäsenlehti 1/2012 Oulun seudun vammais- ja kansanterveystyön järjestöt ry, Järjestöposti – lehti 1/2012 Terveystaloterveystalolehti 6/2012 Sairaanhoitajalehti 10/2012</p> <p><b>2013:</b> Lueppa, Asukastupa – lehti 10/2013 Diabetes ja lääkäri – lehti 11/2013</p>	<p><b>2011:</b> Akkuna – tiedote soten henkilökunnalle Pisara-hankkeen www-sivut</p> <p><b>2012:</b> www-sivujen päivittäminen ja siirtäminen Uuden Oulun sivustolle</p> <p><b>2013:</b> Järjestöjen verkkopalveluiden ihmiset.fi ja toimeksi.fi sivut Innokylän, <a href="http://www.innokyla.fi">www.innokyla.fi</a>, hanketieto Oulun kaupungin www-sivut</p>



Viestintää toteutettiin osallistumalla erilaisiin tapahtumiin (26), joita olivat mm. diabetes- ja sairaanhoitajapäivät, Dehko -päivät, Terve Sos -messut, sairaanhoitopiirin alueelliset koulutuspäivät, kansallinen hoitotieteen konferenssi. Lisäksi osallistuttiin järjestöjen järjestämiin tapahtumiin, joita olivat mm. sosiaalista teknologiaa – seminaari, Pohjois-Pohjanmaan sosiaali- ja terveysturvayhdistyksen juhlaseminaari, sydänliiton järjestämä Sydänviikko ja allergiaviikko – tapahtumiin. Tapahtumissa oli joko näyttelypiste, postereita ja luentoja.

Artikkeleita on kirjoitettu kahdeksan, vuonna 2011 sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajalehteen, järjestöpostiin ja diabetesyhdistyksen jäsenlehteen. Vuosina 2011 ja 2013 kirjoitettiin artikkelit Diabetes ja lääkäri – lehteen sekä asukastupa Lueppa – lehteen.

Verkkoviestintää toteutettiin luomalla hankkeen alkuvaiheessa Pisara-hankkeen www-sivut, [www.ouka.fi/pisara](http://www.ouka.fi/pisara), joita päivitettiin säännöllisesti hankkeen aikana. Tietoa hankkeesta on kirjoitettu myös järjestöjen ihmiset.fi ja toimeksi.fi sivuille vuonna 2013 VVV - projektin toimesta. Vuonna 2013 kirjoitettiin Innokylän sivulle, [www.innokyla.fi](http://www.innokyla.fi), tietoa hankkeesta muille kansallisen tason toimijoille.

Pisara - Oulu -hankkeen etenemisestä tiedotettiin säännöllisesti avoterveydenhuollon johtoryhmää ja henkilöstöä, johon kuuluivat Pisara-hankkeeseen osallistuneet apulaisylilääkäri Jussi Piuva ja palveluesimies Eija Sipilä. Piuvan ja Sipilän roolina oli tiedottaa hankkeen asioista terveydenhuollon toimijoille. Henkilöstöä tiedotettiin mm. osallistumalla sektori- eli työryhmätapaamisiin. Myös tiimityöpareja tiedotettiin asioista sähköpostitse ja teematapaamisissa. Vuonna 2011 kirjoitettiin tiedote Oulun kaupungin intranettiin, Akkunaan. Vuonna 2013 kirjoitettiin pitkäaikaissairauksien hoidosta Oulun kaupungin www-sivuille.

## 5. Hankekoordinaation ja Pisara – Oulu -hankkeen kustannukset ja rahoitus

Pisara-hankekokonaisuus sai rahoituksen Tekesin Innovaatiot sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksessa – ohjelmasta vuonna 2009. Pisara-hankekokonaisuus käynnistyi 1.4.2009 yhteistyösopimuksen allekirjoittamisella 25.5.2009 Oulun kaupungin, Diapolis Oy:n, Oulun yliopiston, Pohjois-Pohjanmaan sosiaali- ja terveysturva yhdistyksen (PPSOTU) ja ProWellness OYn välille.

Pisara-hankekokonaisuuden budjetti on kolme miljoonaa €, josta Oulun kaupungin osahankkeen kustannusarvio oli 1,47 miljoonaa euroa. Rahoitus koostui 50 % Tekesin ja 50 % Oulun kaupungin rahoitusosuuksista. Vuonna 2010 hankeaikaa lyhennettiin kaksi kuukautta, jotta pystyttiin kattamaan Diapoliksessa diabeteksen osalta hoidettavien, Pisara- V- tutkimukseen osallistuvien potilaiden, hoito. Kustannukset siirrettiin toiselle kulujajalle.

Pisara – Oulu -hankkeen budjetti on ollut ylijäämäinen vuosien 2010–2012 aikana. Suunnitellusta rahoituksesta budjetin toteuma on noin 60 prosenttia. Ylijäämä on koostunut lähinnä rahapalkoista. Pisara - Oulu – hankkeessa henkilöstön vaihtuvuutta oli paljon. Henkilöstöä palkattiin eripituisiin ajanjaksoihin kehittämistyön eri vaiheissa. Kuitenkaan projektisuunnitelman mukaista henkilöstöä ei saatu rekrytoitua nuikkojen terveydenhuollon henkilöstöresurssien (muun muassa vuonna 2010 lääkäripula) ja tiukan taloudellisen tilanteen vuoksi. Hankehenkilöstön ja asiantuntijoiden saatavuuteen ovat vaikuttaneet myös terveydenhuollon monet yhtäaikaiset muutokset, kuten muut isot hankkeet, esimerkiksi Kytke- ja Tukeva – hankkeet, joihin myös tarvittiin terveydenhuollon resursseja. Hankehenkilöstön työpanos koostui muutamasta päivästä 100 % työpanokseen hankkeen aikana. Henkilöstön vaihtuvuudesta huolimatta hankkeelle asetetut tavoitteet on pääosin saavutettu. Tähän ovat vaikuttaneet sekä hankehenkilöstön asiantuntemus ja osaaminen että rekrytoitujen henkilöiden asiantuntijuus ja motivaatio.

Ylijäänyttä rahaa on siirretty seuraavalle vuodelle 2010–2011 aikana. Vuosien 2011–2013 aikana ei ole ylijäänyttä rahaa siirretty seuraaville vuosille, koska budjetit ovat olleet riittäviä kattamaan syntyneet kustannukset.

Vuonna 2013 Pisara - Oulu – hanke kustansi Oulun kaupungilla työsuhteessa olevan hoitajan työpanoksen Oulun yliopistolle. Hoitaja palkattiin tekemään tiedon keruuta Efficia – potilastietojärjestelmästä Oulun yliopiston tutkimukseen, koska Oulun yliopiston omassa budjetissa ei ollut enää rahaa tätä varten. Tietosuoja-asiantuntijoiden mukaan henkilö, joka kerää tietoa potilasasiakirjoista, on oltava Oulun kaupungin työntekijä ja hänellä tulee olla terveydenhuoltoalan koulutus. Oulun yliopiston tutkimusassistentteilla eivät nämä kriteerit täytyneet. Ilman potilaskertomuksesta kerättäviä tietoja, yliopiston tutkimuksen tulokset olisivat jääneet puutteellisiksi.

Taulukossa 10 on esitetty Pisara-hankekokonaisuuden alustava kustannusarvio alkuperäisen rahoituksen mukaisesti.

**Taulukko 10. Pisara-hankekokonaisuuden alustava kustannusarvio alkuperäisen rahoituksen mukaisesti.**

Kustannuslaji	Budjetti	Toteuma
<b>Rahapalkka</b>	<b>877 905</b>	<b>401 946</b>
<b>Henkilösivukustannukset</b>	<b>333 604</b>	<b>152 741</b>
<b>Yleiskustannukset 18 % henkilöstökuluista</b>	<b>145 381</b>	<b>100 954</b>
- puhelin	18 000	
- tietokone ja it-palvelut	43 431	
- vuokrat	60 000	
- siivous	4 150	
- logistiikka	1 800	
- OTT:n asiantuntijapalvelut / palvelmen vuokra	18 000	
<b>Matkat</b>	<b>32 000</b>	<b>18 630</b>
<b>Ostetut palvelut</b>	<b>81 110</b>	<b>179 392</b>
- Oulun yliopisto	13 110	
- Koulutus	12 000	
- Markkinointi ja viestintä	11 000	
- Asiantuntija paljon palveluita käyttävien asiakkaiden hoitoon	15 000	
- Käyttäytymistieteilljän konsultaatio	30 000	
<b>Muut menot</b>		
<b>Kokonaiskustannukset</b>	<b>1 470 000</b>	<b>853 664</b>



## 6. Jatkotoimet

Pitkäaikaissairauksien hoitomalli on otettu käyttöön kaikilla Oulun kaupungin terveysasemilla (12). Hoitomallin käytön seurannasta vastaavat terveysasemien palveluesimiehet. Oulun kaupungin avoterveydenhuollon johtoryhmä linjaa hoitomallin päivittämis- ja käytön seurannan vastuut. Pitkäaikaissairauksien hoitomalli toimii henkilöstön apuvälineenä pitkäaikaissairaiden hoidossa ja uusien työntekijöiden perehdytyksessä.

Pitkäaikaissairauksien käytön ja päivittämisen seuraamiseksi on tärkeää kerätä palautetta henkilöstön kokemuksista ja hoitomallin käyttökelpoisuudesta. Vain arvioimalla voidaan hoitomallia, hyvinvointilomaketta ja palveluverkostoa kehittää ja laajentaa edelleen vastaamaan henkilöstön tarpeita. Lisäksi on tärkeää linjata seurantatapa, josta saadaan tietoa pitkäaikaissairaiden hoitomallia käytöstä, miten käyttö tilastoidaan ja kuka tilastoja seuraa hoitomallin maksimaalisen hyödyn saamiseksi.

Pitkäaikaissairauksien hoitomalliin on mahdollisuus lisätä myös muita pitkäaikaissairauksia, jolloin henkilöstön osaamisen arviointi on tärkeää laadukkaan hoidon toteuttamiseksi. Osaamiskartoitusten saaminen osaksi henkilöstön työhyvinvoinnin arviointia ja työn kehittämistä on tärkeää, jotta voidaan taata pitkäaikaissairauksien hoidossa laadukkuus ja vaadittava osaaminen. Osaamiskartoitusten saaminen osaksi kehityskeskusteluja on merkittävä henkilöstöjohtamisen osa-alue, joka tuottaa hyötyä sekä työntekijälle että organisaatiolle. Osaamiskartoitusten pohjalta voidaan laatia kehittämissuunnitelmat sekä yksittäiselle työntekijälle että työyhteisölle tai koko organisaatiolle. Osaamisen kartoitusten säännöllisestä toteuttamisesta saadaan tietoa henkilöstön valmiudesta hoitaa pitkäaikaissairaita pitkällä aikavälillä, jolloin osaamisen vahvistamiseksi järjestettyjen koulutusten kohdentaminen sitä tarvitseville tarkentuu ja koulutuksiin käytetyt kustannukset vähenevät.

Oulun Omahoitopalvelun ja jatkossa sähköisten palveluiden kehittämisessä myös hoitomallien ja kehitettyjen työvälineiden sähköistäminen on olennaista, jotta voidaan varmistaa niiden luotettavuus ja ajankohtaisuus sekä helppokäyttöisyys. Kehitettyjen työvälineiden sähköistäminen jatkuu Oulun kaupungin omana toimintana hankkeen jälkeen.

Teknologiaterveyskeskus Oulu ja TT Kaakkurin tuotetestauksen, Oulun kaupungin kehittämissyksikön ja tutkimuslaitosten välinen yhteistyö – tavoite toteutui osittain. Yhteistoimintamallin kehittämiseen ovat vaikuttaneet Oulun kaupungin päätökset tuotetestaustoiminnan arvioimisesta ja kehittämisestä viivästyttäen kehittämistyötä, jonka vuoksi yhteistoimintamallia ei hankkeen aikana saatu tehtyä. Yhteistoimintamallin kehittäminen jatkuu Oulun kaupungin omana toimintana hankkeen jälkeen.

Omahoitopalvelun käyttöönoton myötä palvelun tulokset vietiin sovitusti kansallisen terveydenhuollon ydinpalveluiden kehittämistyöhön pitkäaikaissairauksien hoidossa. Työ jäi kesken, koska kansallisesti toteutettu Kanta-katseluyhteyden kehittämistyö viivästyi. Sähköisen asioinnin suostumuksen ja valtuuttamisen kehittämistyö on viivästynyt kansallisella tasolla ja määrittelytyö jatkuu muun muassa SADE- Sote - hankekokonaisuudessa.



## Taulukot

<b>Taulukko 1</b>	Pisara-hankekokonaisuuden yhteys Oulun kaupungin strategioihin
<b>Taulukko 2</b>	Hankekoordinaation johtoryhmän ja projektiryhmän kokoonpanot ja kokoukset vuosina 2009–2013
<b>Taulukko 3</b>	Alatyöryhmien kokoonpanot ja kokoukset vuosina 2009–2013
<b>Taulukko 4</b>	Pisara – Oulu hankkeen johtoryhmän kokoonpano ja kokoukset vuosina 2009–2013
<b>Taulukko 5</b>	Pisara – Oulu hankkeen hankehenkilöstön tarve henkilötövuosina vuosien 2009–2013 aikana
<b>Taulukko 6</b>	Asiantuntijatyöpanos Pisara - Oulu – hankkeessa vuosina 2009–2013
<b>Taulukko 7</b>	Omahoitopalvelun käytön tilanne syyskuu 2013
<b>Taulukko 8</b>	Tiimityöparit terveysasemittain vuosina 2009–2013
<b>Taulukko 9</b>	Pisara- hankekokonaisuuden ja Pisara - Oulu -hankkeen viestintä vuosina 2009–2013
<b>Taulukko 10</b>	Pisara-hankekokonaisuuden alustava kustannusarvio alkuperäisen rahoituksen mukaisesti

# PISARA

PITKÄAIKAISIA SAIRAUKSIA UUSI HOITOMALLI



## Liitteet

- |                 |  |
|-----------------|--|
| <b>Liite 1</b>  | Roolikartta  |
| <b>Liite 2</b>  | Pisara-hankekoordinaation toimintasuunnitelmataulukko vuosina 2009–2013              |
| <b>Liite 3</b>  | Laadunhallintaraportti   |
| <b>Liite 4</b>  | Kustannusanalyysi  |
| <b>Liite 5</b>  | Oulun yliopiston tutkimusraportti  |
| <b>Liite 6</b>  | Järjestöyhteistyön prosessi  |
| <b>Liite 7</b>  | Pisara-hankekoordinaation ja Pisara - Oulu -hankkeen arviointiraportti               |
| <b>Liite 8</b>  | Tyypin 2 diabeteksen hoitomallit vuosilta 2010–2012                                  |
| <b>Liite 9</b>  | Hyvinvointilomake  |
| <b>Liite 10</b> | Palveluverkosto  |
| <b>Liite 11</b> | Ryhmänohjausmalli 2012   |
| <b>Liite 12</b> | Tyypin 2 diabeteksen IMS - prosessi  |
| <b>Liite 13</b> | Sydän- ja verisuonisairauksien IMS - prosessi  |
| <b>Liite 14</b> | Pitkäaikaissairauksien QPR – prosessi  |
| <b>Liite 15</b> | Paljon terveystalvueluita käyttävien potilaiden palvelumuodon kokeilun raportti 2011 |



## Lähteet

Angeria, M., Hirvasniemi, R., Salmi, M. & Kanto, V. Pisara-pitkäaikaissairauksien uusi hoitomalli 1.4.2009–31.12.2013. Tarkennettu projektisuunnitelma 7.6.2010.

Oulun kaupungin talousarvio 2010 ja taloussuunnitelma 2011–2012.  
[http://www.ouka.fi/c/document\\_library/get\\_file?uuid=9708d8b2-1e16-48d0-9ff7-68b78c65fbed&groupId=52058](http://www.ouka.fi/c/document_library/get_file?uuid=9708d8b2-1e16-48d0-9ff7-68b78c65fbed&groupId=52058)

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) 2010. Sosiaali- ja terveystietokertomus 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2010:1.

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=1087414&name=DLFE-11163.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-11163.pdf)

Tietoa Oulusta 2012–2013.

[http://www.ouka.fi/c/document\\_library/get\\_file?uuid=34f130c2-584b-4997-bf29-cb2dce0ce95e&groupId=50085](http://www.ouka.fi/c/document_library/get_file?uuid=34f130c2-584b-4997-bf29-cb2dce0ce95e&groupId=50085)

Tilastokeskus 2013. Suomi lukuina.

[http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk\\_vaesto.html](http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html)