



Asiakkaan ja kodin kytkeminen sosiaali- ja
terveydenhuollon saumattomaan hoito- ja palveluketjuun
KYTKE – hanke
Kainuun osahanke

Loppuraportti
3/2010 – 10/2012



Julkaisija:

Kainuun maakunta -kuntayhtymä

PL 400

87070 KAINUU

Puh. 08 615 541

Faksi 08 6155 4260

kirjaamo@kainuu.fi

ISSN 1795-5645

IBBN 978-952-5326-82-6

Kajaani 2012

Asiakkaan ja kodin kytkeminen sosiaali- ja
terveydenhuollon saumattomaan hoito- ja palveluketjuun
(KYTKE)
Kainuun osahanke

Loppuraportti
2012

Laatijat:
Niina Komulainen
Taneli Vääräniemi

TIIVISTELMÄ

KYTKE Kainuun osahankkeen tarkoituksena oli kehittää terveydenhuollon asiakkaiden omahoidon tukea, käyttämällä apuna uusinta informaatioteknologiaa. Terveydenhuollon sähköisten asiointipalveluiden määrä lisääntyy ja niillä pyritään vahvistamaan asiakkaiden oman sairaudenhoitoa terveyskeskuskäyntien välisenä aikana. Omahoitopalvelu on yksi terveydenhuollon sähköinen asiointipalvelu, jolla voidaan tukea asiakkaan omahoitoa.

Kainuun keskussairaalan nopean diagnostiikan -yksikön (NDY) kehittämisen hoidon tarpeen arvioinnin ja kotiuttamisen mallin jatkokehittäminen oli toinen osa KYTKE Kainuu osahanketta. Kotoa kotiin -prosessissa kehittämistyö kohdentui asiakkaan kotona pärjäämiseen, hallittuun siirtymiseen kotoa hoitoyksikköön, kotiutukseen valmentavaan ja kuntouttavaan hoitoon yksikössä sekä turvalliseen kotiutukseen asiakkaan hoidon tarvetta vastaavasti.

KYTKE hankkeen kehittämistyö pohjautui terveyshyötymallin (Chronic care model) mukaiseen toimintaan. Mallin mukaisella toiminnalla on mahdollisuus hillitä kustannusten nousua käyttämällä resurssit entistä tehokkaammin ja tarkoituksenmukaisemmin terveyshyödyn tuottamiseen. Terveyshyötymallin mukainen toiminta on pohjana Kainuun perusterveydenhuollon kehittämisessä.

KYTKE Kainuu osahankkeessa laadittiin kainuulaisille suunnattu Omahoitosivusto, josta löytyy helposti yleinen terveyteen, sairauksiin ja hyvinvointiin liittyvä tieto. Hankkeessa toteutettiin lisäksi omahoitopalvelun pilotointi. Omahoitopalvelua kokeiltiin pitkäaikaissairaiden ja neuvolan asiakkaiden omahoidon tukena. Kotoa kotiin -prosessissa laadittiin asiakkaan kotona asuminen tukeva lomake "Kotona asumisen suunnitelma", kokeiltiin kotihoidon nopeaa lääkärikonsultaatiota ja kehitettiin kotiuttamistoimintaa Keskussairaalan vuodeosastoilla.

Kehittämissyhteistyötä tehtiin Kainuun eri tulosyksiköiden ja Kainuussa käynnissä olleiden kehittämishankkeiden kanssa.

SISÄLLYS

1.	JOHDANTO.....	1
2.	PROJEKTIORGANISAATIO.....	3
3.	HANKKEEN TOIMINNANKUVAUS	4
4.	OMAHOIDON VAHVISTAMINEN	6
4.1.	Kehittämistyön tavoitteet	6
4.2.	Kehittämistyön eteneminen	8
4.2.1.	Omahoitosivuston kehittäminen	8
4.2.2.	Omahoitopalvelu	9
4.3.	Kehitettyjen toimintamallien pilotointi alueilla.....	11
4.3.1.	Omahoitosivuston pilotointi	11
4.3.2.	Omahoitopalvelun pilotointi	12
4.4.	Kehittämistyön tulosten arviointi asiakkaiden ja henkilökunnan näkökulmasta	13
4.4.1.	Koulutusarviointi.....	13
4.4.2.	Henkilöstön kokemukset	13
4.4.3.	Asiakaspalaute	15
4.5.	Tulokset	16
5.	KOTOA KOTIIN PROSESSI JA YLISEKTORINEN JOHTAMINEN	17
5.1.	Kehittämistyön tavoitteet	17
5.2.	Kehittämistyön eteneminen	19
5.2.1.	Kotona asumisen suunnitelma	19
5.2.2.	Kotihoidon nopea lääkärikonsultaatio.....	20
5.2.3.	Kotiutustoiminnan uusi malli	20
5.2.4.	Kotoa kotiin -prosessin mallinnus	21
5.3.	Kehitettyjen toimintamallien pilotointi alueilla.....	21
5.3.1.	Kotona asumisen suunnitelma	21
5.3.2.	Kotihoidon nopea lääkärikonsultaatio.....	22
5.3.3.	Kotiutustoiminnan uusi malli	22
5.4.	Kehittämistyön tulosten arviointi	23
5.4.1.	Kustannushyödyn toteutuminen.....	27
5.5.	Toimintamallien juurruttaminen ja levittäminen.....	29
6.	PROSESSIEN HALLINTA JA OHJAAMINEN.....	30
7.	YHTEENVETO TULOISTA HANKEKOKONAISUUDEN PÄÄTAVOITTEISIIN PEILATEN.....	31
8.	JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTOIMENPITEET	32

1. JOHDANTO

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

KYTKE-hankkeen (1.3.2010–31.10.2012) keskeisimpänä tavoitteena on ollut vahvistaa perusterveydenhuoltoa, kehittää asiakaslähtöisempiä toimintatapoja, selkeyttää peruserikoissairaanhoidon ja erityistason erikoissairaanhoidon järjestämistä, työstää hoitoprosesseja mahdollisimman toimiviksi ja kustannustehokkaiksi sekä käyttöönottaa ja hyödyntää uutta informaatioteknologiaa tiedonkulun parantamiseksi eri toimijoiden välillä. Kehittämistyössä on kiinnitetty erityistä huomiota kotona selviytymisen tukemiseen sekä prosessien saumattomaan kytkeymiseen toisiinsa. Hankkeessa on pyritty myös tiivistämään sosiaali- ja terveydenhuollon sekä kolmannen sektorin välistä yhteistyötä.

Hankkeen ideana on ollut luoda mallinnustapa ja pohja asiakaslähtöiseen, koko sosiaali- ja terveydenhuollon integroivaan sekä monikanavaista mallia toteuttavaan palvelujärjestelmään. Kehittämistyötä on tehty terveyshyötymallin viitekehyksessä. Terveyshyötymallin (Chronic care model) tavoitteena on parantaa hoidon laatua ja tuloksia. Mallin mukaisella toiminnalla on mahdollisuus hillitä kustannusten nousua käyttämällä resurssit entistä tehokkaammin ja taroituksenmukaisemmin terveyshyödyn tuottamiseen. Mallilla halutaan myös siirtyä pitkäaikaissairauksien hoidossa reaktiivisesta, hajautetusta ja sairauskeskeisestä hoidosta kokonaisvaltaiseen, suunnitelmalliseen ja ennakkoivaan hoitoon. (Muurinen 2010.) Terveyshyötymalliin sisältyvä pitkäaikaissairaiden hoitosuunnitelma, omahoidon tuki ja moniammatillinen yhteistyö ovat keinoja puuttua hoitoketjujen pirstaleisuudesta, hoidon jatkuvuuden puutteista ja hoitokäytäntöjen vaihtelusta aiheutuviin ongelmiin (Keskimäki ym. 2011).

KYTKE -hankekokonaisuutta on koordinoanut Oulun kaupunki ja hankkeen kehittämistyössä on ollut mukana viisi osahanketta. Oulu Pohjoinen (maakunnan pohjoisosa), Oulu Eteläinen (maakunnan eteläinen osa) ja PPSHP ovat kehittäneet yhteistyössä mielenterveysasiakkaan hoito- ja kuntoutusprosessia, aivohalvauspotilaan kuntoutusprosessia sekä syöpäpotilaan saat-tohoitoproessia. Kainuun osahankkeessa on kehitetty omahoidon vahvistamisen välineitä sekä "kotoa kotiin"-prosessia ja ylisektorista johtamista. KPSHP on kehittänyt aivohalvauspoti- laan kuntoutusprosessia.

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

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

2. PROJEKTIOORGANISAATIO

Kainuun osahankkeen projektille asetettiin ohjausryhmä, jonka muodosti perusterveydenhuollon kehittämisohjelman johtoryhmä. Siihen kuului tavoitteiden kannalta keskeisiä tulosalueiden johtajia ja aihealueiden asiantuntijoita. Ohjausryhmä kokoontui hankkeen aikana yhdeksän kertaa.

Projektin keskeisinä toimijoina työskentelivät projektipäällikkö, kotiuttamistoiminnan kehittäjä, projektisuunnittelija ja osa-aikainen projektisihteeri. Erikoissairaanhoidon kotiutustoiminnan kehittämistä varten hankkeeseen palkattiin määräajaksi kehittäjätyöntekijä.

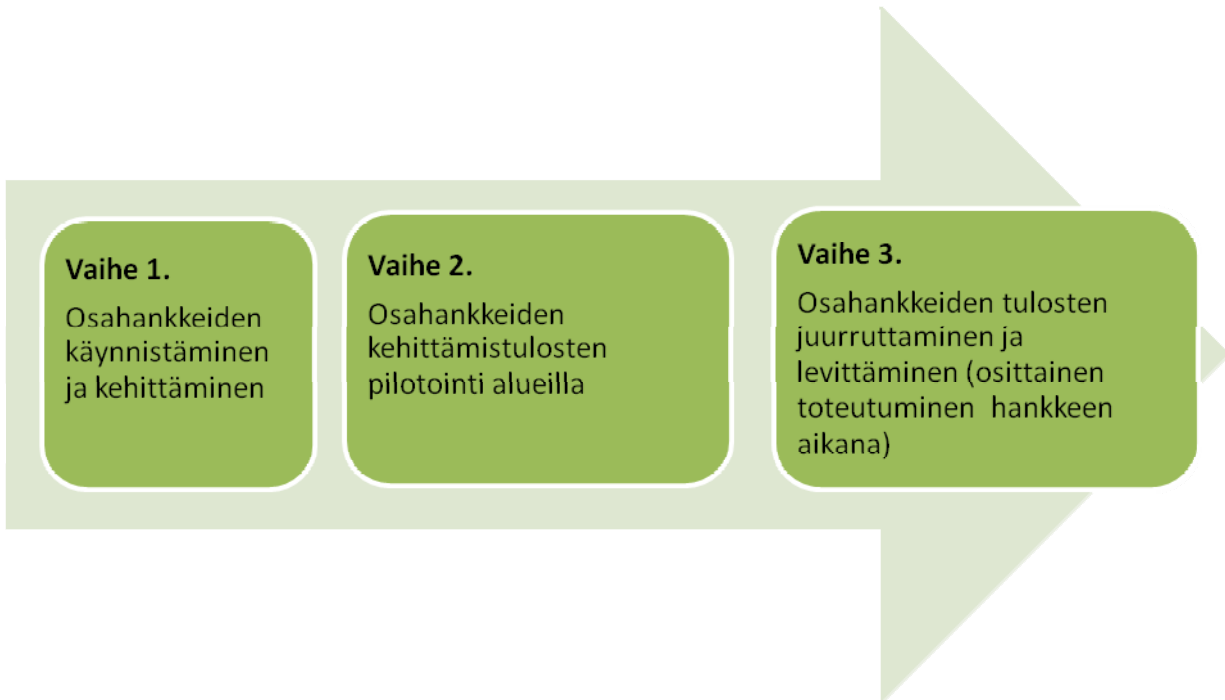
Yleistiedot hankkeesta

<i>Rahoittaja:</i>	Sosiaali- ja terveysministeriö (KASTE-ohjelma)
<i>Rahoitus:</i>	Kainuun osahanke 552 013 €, josta oma rahoitusosuus 133 472 € (25 %) ja koordinaatio-osuus 18 125 €
<i>Henkilöstö:</i>	Projektipäällikkö Raija Honkanen (100 % 16.8.2010–31.8.2011) Projektipäällikkö Niina Komulainen (100 % 5.9.2011–30.9.2012) Projektisuunnittelija Taneli Vääräniemi (100 % 1.9.2010–30.9.2012) Kotiuttamistoiminnan kehittäjä Terttu Karjalainen (100 % 1.9.2010–28.2.2012) Kehittäjätyöntekijä Petra Pitkänen (100 % 1.6.2011–31.3.2012) Projektisihteeri Anna-Mari Karjalainen (25 % 16.8.2010–30.9.2012)
<i>Esimies:</i>	Kehittämisojohtaja Marita Pikkarainen
<i>Osahankkeen Ohjausryhmä:</i>	Mauno Saari, terveysjohtaja, pj Marita Pikkarainen, kehittämisjohtaja Eija Tolonen, vanhuspalvelujohtaja Marjo Huovinen-Tervo, hallintoylihoitaja Terttu Karjalainen, vs. vastuualuepäällikkö Maila Moilanen, vastuualuepäällikkö Marko Korhonen, johtava hammaslääkäri Pekka Honkanen, yleislääketieteen professori Terho Pekkala, erikoissairaanhoidon kehittäminen -hanke
<i>Keskeiset tavoitteet:</i>	1. Omahoidon vahvistaminen perusterveydenhuollossa 2. Kotoa kotiin – toimintaprosessin ja ylisektorisen johtamisen kehittäminen

3. HANKKEEN TOIMINNANKUVAUS

3.1. Hankkeen vaiheistus

Hankkeen toimintaa ohjasi kuvion 1 mukainen kolmevaiheinen suunnitelma. Ensimmäisen vaiheen aikana tehtiin nykytila-analyysit, kehitettiin uudet toimintamallit ja suunniteltiin pilotoinnit. Toisessa vaiheessa toteutettiin pilotoinnit ja kolmannessa vaiheessa arvioitiin, juurrutettiin ja levitettiin kehittämistyön tuloksia. Juurruttaminen ja levittäminen toteutuivat osittain myös pilotoinnin aikana.



Kuvio 1.

3.2. Hankkeen viestintä

Sisäistä viestintää toteutettiin erilaisten kokousten ja työryhmätyöskentelyn avulla. Hankkeen etenemistä käytiin esittelemässä organisaation eri johtoryhmien ja kehittämistyötä koskevissa kokouksissa.

KYTKE-hankeella oli käytössä sähköinen työtila hankkeen sisäistä tiedotusta varten ja työryhmät hyödynsivät työskentelyssään myös aktiivisesti videoneuvotteluyhteyksiä.

Ulkoista viestintää osahanke toteutti mediatiedotteiden, Maakunnan tiedotuslehteen laadittujen artikkelien, yhteistyökumppaneille jaettavien sähköisten uutiskirjeiden ja maakunnan verkkosivujen avulla. Mediatiedote laadittiin viisi kertaa ja ne julkaistiin useissa alueen lehdissä sekä verkkosivuilla. Omahoitopalvelun kokeilusta järjestettiin medialle tiedotustilaisuus, josta ilmestyi artikkelit myös Kainuun ulkopuolella julkaistavissa lehdissä ja julkaistiin haastattelu paikallisradiossa. Jokaiseen talouteen Kainuun alueella jaettavassa Maakunnan tiedotuslehdessä hankkeen kehitystyö oli näkyvillä kaksi kertaa. Sähköinen uutiskirje laadittiin neljä kertaa. Osahanke osallistui aktiivisesti erilaisiin seminaareihin ja messuille.

4. OMAHOIDON VAHVISTAMINEN

4.1. Kehittämistyön tavoitteet

Kytke-hankkeen teknologiaosion tavoitteena ovat tiedonkulun haasteiden tunnistaminen ja viestintäratkaisujen kehittäminen. Hankesuunnitelmassa korkean tason haasteiksi on tunnistettu muun muassa toimijoiden välisen tiedonvaihdon ja viestinnän ongelmat, jotka ovat hidastaneet perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä ja saumattomien, asiakaslähtöisten palveluiden kehittämistä.

Teknologiaosion ensisijainen tavoite on tukea ja etsiä tietoteknisiä ratkaisuja hankkeessa kehitettävien hoitoprosessien tehostamiseksi. Hoitoprosessien kehittämisen viitekehyksenä toimii ns. terveyshyötymalli (Chronic Care Model), jossa pyritään osallistamaan asiakkaita, omaisia ja moniammatillista ammattilaisjoukkoa aktiivisesti ja ennaltaehkäisevästi erilaisiin hoitotoimenpiteisiin.

Teknologiaosion näkökulmasta kehittämistarpeet jäsennettiin kahden pääpainopisteen alle:

- Painopiste 1: Reaaliaikainen potilaskonsultaatio, joka sisältää erilaiset kuvayhteysratkaisut
- Painopiste 2: Sähköiset asiointiratkaisut, jotka sisältävät sähköiset palvelut ja niiden tarvitsemat turvalliset kommunikaatio ja tiedonsiirtoratkaisut.

KYTKE - Kainuun osahankkeessa teknologiatyöskentely kohdistuu painopisteeseen kaksi. Omahoidon vahvistaminen perusterveydenhuollossa on tärkeä kehittämiskohde Kainuussa. Kehittämistyössä keskitytään lähinnä terveydenhuollon sähköisten palvelujen ja asiointin kehittämiseen.

KYTKE - Kainuun korkeantason tavoitteeksi on asetettu

- Kainuun väestön oman vastuun ja osallisuuden vahvistaminen
- Omahoidon mahdollistaminen pitkäaikaissairauksien hoidossa
- Seurannan ja ammatillisen henkilöstön tuen luotettava ja toimiva organisointi asiakkaille

Tulosodotuksina on, että Kainuun soten www-sivut toimivat itsehoitoa tukevana ja asiakkaita ohjaavana tietopankkina, Kainuussa on väestön tarpeisiin soveltuva järjestelmä, jolla voidaan tehokkaasti tukea asiakkaiden omahoitoa ja mahdollistaa asiakastyöhön liittyvä tiedonvaihto eri sektoreiden välillä.

Tärkeäksi kehittämiskohteeksi on tunnistettu omahoidon teknisen tuen sekä seurannan ja ammatillisen henkilöstön tuen mahdollistaminen asiakkaille pitkäaikaissairaiden ja raskausajan diabetesäitien hoidossa. Kainuun osahankkeen omahoitopalvelun pilotoinnin ideana on saada kokemuksia asiakkaille suunnatun terveydenhuollon sähköisen asiointijärjestelmän käytöstä Kainuussa. KYTKE-hankkeen toteuttama pilotointi toimii esiselvityksenä mahdollista ja koko maakuntaa koskevaa SADe - pilotointia varten. Korkean tason tavoitteeseen pyritään neljän vaiheen kautta.

Tavoite 1. Nykytilan kuvaaminen

Kehityskohteiden tunnistamiseksi on tarkoituksena kartoittaa ja kuvata Kainuussa vallitseva nykytila. Nykytilassa selvitetään aikaisemmat teknologiapainotteiset hankkeet, Suomessa jo käytössä olevat omahoitopalvelut ja niiden käyttö. Nykytilan kartoittamisella pyritään tunnistamaan Kainuuseen käyttöönotettavan omahoitopalvelun sisällön tarpeita ja ominaisuuksia. Nykytilan kuvaamisella hankkeelle muodostuu käsitys kehitystyön niveltymisestä Kainuun maakunta -kuntayhtymän toimintaan.

Tavoite 2. Kainuun väestön oman vastuun ja osallisuuden vahvistaminen

Kainuun maakunta -kuntayhtymän verkkosivuille luodaan ympäristö, jolla mahdollistetaan luotettavan terveystiedon helppo saatavuus asiakkaille. Omahoitosivustolla tuetaan asiakkaiden osallisuutta. Omahoidon tuen ympäristöä täydennetään asiakkaille kokeiluun tulevalle omahoitopalvelulle.

Tavoite 3. Omahoidon mahdollistaminen pitkäaikaissairauksien ja raskausajan diabetesäitien hoidossa

Omahoitoa tukevana palvelukonseptina toteutetaan omahoitopalvelun pilotointi. Omahoitopalvelu otetaan terveydenhuollon ammattilaisten arjen työkaluksi asiakastyöhön. Palveluun sähköistetään RAMPE -hankkeen laatima omahoitolomake. Tiedonvaihdon ja viestinnän ongelmaan puuttuminen, jossa raskausajan diabetes -asiakas siirtyy neuvolan asiakkuudesta kansanterveyshoitajan asiakkaaksi raskauden jälkeen.

Tavoite 4. Seurannan ja ammatillisen henkilöstön tuen luotettava ja toimiva organisointi asiakkaalle

Terveystieteiden ammattilaiset käyttävät omahoitopalvelua asiakkaan omahoidon tukena. Tukea on mahdollista antaa salatuilla asiakas - terveydenhuollon ammattilainen -välisellä viestinnällä sekä asiakkaan terveydentilaa kuvaavien kotimittaustulosten toimittamisena ja kommentoimisena. Omahoitopalvelun käyttö tapahtuu muiden palveluiden rinnalla.

4.2. Kehittämistyön eteneminen

Kehittämistyö aloitettiin laatimalla nykytilankuvaus kehittämiskohteiden tunnistamiseksi. Nykytilan kuvauksessa kartoitettiin Kainuun sähköisen asiointin ja alueen tietojärjestelmien nykytila. Kuvauksessa selvitettiin Suomessa laajalti käytössä olevat omahoitopalvelut, joiden perusteella laadittiin pohja Kainuun omahoitopalvelun sisällölle. Nykytilan selvityksessä tutustuttiin Kainuun maakunta -kuntayhtymän organisaatioon. Pian tunnistettiin kehittämisen kannalta oleelliset yhteistyöhenkilöt. Kehittämistyötä tehtiin alusta asti yhteistyössä RAMPE - Kainuun osahankkeen ja KYTKE -teknologiatyöryhmän kanssa.

Hankkeen tavoitteiden ja kehitystyön esittelyissä tavattiin perusterveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon lääkäreitä ja hoitajia, sosiaalitoimen henkilöstöä ja muuta maakunnan henkilöstöä. Esittelyissä saatiin jäseneltyä hyvä pohja omahoitosivuston kehittämiseksi. Ideat omahoitopalvelun pilotointiin pitkäaikaissairaiden ja raskausajan diabetesäitien keskuudessa saatiin esittelyiden ja RAMPE - hankkeen kanssa pidetyissä yhteistyöpalavereissa.

4.2.1. Omahoitosivuston kehittäminen

Omahoitosivuston asiasisällön toiveita selvitettiin yhteisissä palavereissa ja hanke-esittelyissä, joita järjestettiin terveydenhuollon ammattilaisten kanssa loppuvuodesta 2010.

Omahoitosivuston laatimista varten tutustuttiin erilaisiin terveys- ja hyvinvointiportaaleihin, joita oli jo julkaistu. Valtakunnallisen SADe-ohjelman linjaukset toimivat perustana sivustolle. Sivustolla on tulevaisuudessa tarkoitus julkaista SADe -ohjelmassa valtakunnallisesti tuotettua yleistä terveystietoa.

Kainuun omahoitosivustolle ei haluttu uutta portaalia, joka olisi eri osoitteessa kuin kuntayhtymän viralliset sivut. Sivuston rakennetta, sisältöä ja ulkonäköä ideoitiin RAMPE -hankkeen kanssa yhteisissä palavereissa, ja ne tarkastettiin ennen sivuston luomista Kainuun maakunta -kuntayhtymän viestinnän kanssa.

Omahoitosivusto toteutettiin olemassa oleville Kainuun maakunta -kuntayhtymän verkkosivuille. Vuoden 2011 aikana luotiin kaikille avoin omahoitoa tukeva verkkosivusto. Sivusto luotiin Kainuun maakunta -kuntayhtymän verkkosivujen julkaisujärjestelmällä, käyttämällä html:ää. Sivusto on avoin kaikille, mutta suunnattu pääasiassa kainuulaisille. Sivuston yleinen terveystieto koostuu linkeistä valikoituihin luotettavien organisaatioiden artikkeleihin. Sivustolla on ohjausta myös Kainuun terveystietopalveluihin.

Omahoitosivusto julkaistiin 16.8.2011. Sivuston kautta löytyy helposti linkkejä luotettaviin terveyttä ja sairauksia koskeviin artikkeleihin. Terveystietoa ei lähdetty tuottamaan itse, vaan sivuston linkit ohjaavat luotettavien organisaatioiden artikkeleihin. Sivustosta tiedotettiin eri medioissa, Kainuun maakunta -kuntayhtymän verkkosivuilla, Kainuun Facebook -sivuilla ja sähköpostilla yhteistyötahoille. Sivuston osoite painettiin KYTKE - Kainuun esitteisiin.

KYTKE -hankkeella oli hankkeen aikainen vastuu sivuston kehittämisestä ja päivittämisestä. KYTKE vastasi myös asiakaspalautteen käsittelystä. Sivuston linkit päivitettiin julkaisun jälkeen vuodessa kolme kertaa, joka todettiin hyväksi aikaväliksi, koska vanhentuneita linkkejä ei ollut montaa. Asiakaspalautteissa saadut linkkien toimimattomuudet korjattiin välittömästi. Vastuu sivuston päivittämisestä siirtyi hankkeen lopussa Kainuun maakunta -kuntayhtymän vastuuhenkilöille.

Omahoitosivusto toimii kotisivuna Kainuun maakunta -kuntayhtymän terveystietopalveluiden omahoitopisteiden tietokoneissa. Omahoitosivusto julkaistiin Kainuun maakunta -kuntayhtymän omalla julkaisujärjestelmällä.

4.2.2. Omahoitopalvelu

Nykytilan kuvauksen pohjalta aloitettiin myös Kainuun omahoitopalvelun pilotoinnin suunnittelu. Omahoitopalvelun sisältöä ja tarvittavia osioita ideoitiin ja suunniteltiin samoissa palaverissa, joissa ideoitiin myös omahoitosivustoa. Tiettyjen osioiden tarpeellisuus nousi heti esille. Monet käytössä olevat omahoitopalvelut sisältävät pääsääntöisesti viestin välityksen asiakkaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välillä sekä omien terveystietojen ja kotimittausten tallentamisen. Kainuussa tarpeellisimpana osiona palvelussa nähtiin omien terveyttä koskevien mittaustulosten kirjaaminen ja toimittaminen palvelun kautta terveydenhuollon ammattilaiselle. Tärkeäksi nähtiin myös viestin välitys mahdollisuus ja erilaisten päiväkirjojen ylläpitomahdollisuus.

Suunnittelun ja ideoinnin jälkeen Kainuun terveydenhuollon ammattilaisille esiteltiin käyttöön mahdollisesti tulevaa omahoitopalvelua. Esittelyissä kysyttiin ammattilaisten mielipiteitä esimerkiksi laboratoriotuloksien toimittamisesta asiakkaille palvelun välityksellä. Asiaan suhtauduttiin hyvin varauksellisesti, joten sitä ei lähdetty toteuttamaan heti pilotoinnin alussa. Palvelun suunniteltua sisältöä pidettiin hyvänä ja pilotointimahdollisuutta alettiin selvittää.

Omahoitopalvelua päätettiin kokeilla raskausajan diabetesäitien ja pitkäaikaissairaiden hoidossa. Tarkoituksena oli tarttua tiedonkulun ja viestinnän ongelmaan. Omahoitopalvelulla pyrittiin luomaan linkki neuvolan terveydenhoitajien ja kansanterveyshoitajien välille. Tarkoituksena oli ottaa ”koppi” neuvolan asiakkaista, joilla on raskausajan diabetes siten, että he siirtyisivät saumattomasti neuvolan terveydenhoitajalta kansanterveyshoitajalle raskauden päätyttyä. Omahoitopalvelulla uskottiin saatavan lisäarvoa myös pitkäaikaissairaiden hoitoon. Omahoitopalvelun pilotointi pitkäaikaissairaiden keskuudessa pohjautui yhteistyöhön RAMPE – Kainuu - osahankkeen kanssa. RAMPE - Kainuu on kehittänyt Kainuun pitkäaikaissairaiden hoitoprosessia.

Oulun omahoitopalvelun käyttömahdollisuutta selvitettiin yhdessä Oulun kaupungin lakimiehen, KYTKE-hankkeen vastuullisen johtajan, koordinaatiohankkeen projektivastaavan sekä Oulun omahoitopalvelun toimittajan kanssa. Selvityksen lopputulos oli, että Kainuun omahoitopalvelun pilotointia varten on mahdollista hankkia Oulun Omahoitopalvelun puitesopimuksessa mainittuna optiona Kainuun Omahoitopalvelu.

Omahoitopalvelun pilotointiin liittyvät sopimukset allekirjoitettiin syyskuussa 2011. Omahoitopalvelun pilotointia varten Mawell Oy toimitti Kainuun maakunta -kuntayhtymälle määrityksen mukaisesti Mawell S7 sähköisen asiointipalvelun. Toimitus liitettiin osaksi Oulun Omahoitopalvelua ja räätälöitiin Kainuun tarpeiden mukaiseksi. Sopimuksen allekirjoittamisen jälkeen toimittajan kanssa aloitettiin omahoitopalvelun pilotointia koskeva käyttöönottoprojekti.

Mawell Oy toimitti Kainuulle käyttöön Oulun omahoitoa vastaavan kokonaisuuden, lukuun ottamatta laboratoriotulosten välitystä järjestelmään ja Effica - integraatioita. Integraatioita ei lähdetty toteuttamaan lyhyen pilotoinnin, resurssien ja aikataulusyiden takia. Integraatiot ovat kuitenkin jo olemassa ja otettavissa käyttöön myöhemmin. Lisäksi omahoitopalveluun toteutettiin kaksi sähköistä lomaketta, Voimavara- ja omahoito -lomakkeet. Palvelussa otettiin käyttöön asiakkaille tarkoitettu sähköinen terveystietokortti, viestiyhteys terveydenhuoltoon sekä kotimittaus- ja päiväkirjaosiot.

Terveydenhuollon ammattilaisten käyttöliittymään otettiin käyttöön koordinaatiohankkeen toteuttama ammattilaisten välinen suojattu viestintä. Käyttöönoton tavoitteena oli Kytke-hankkeen tiedonkulun ja teknologian kehittämisosion tavoitteiden mukaisesti selvittää suojatun viestintäratkaisun soveltuvuutta sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten väliseen sähköpostityyppiseen tiedonvälitykseen hoitoprosessien toimivuuden, konsultaatiomahdollisuuksien kehittämisen ja aikaisempaa tehokkaamman tiedonvälityksen näkökulmasta. Kainuussa viestintäratkaisua suunniteltiin käytettävän esimerkiksi kansanterveyshoitajan, neuvolan terveydenhoitajan ja ravitsemusterapeuttien välisessä kiireettömässä konsultoinnissa.

Pilottikäytön aikana Kainuun omahoitopalvelua arvioitiin koekäyttöön osallistuneilta asiakkailta ja terveydenhuollon ammattilaisilta saatujen käyttökokemusten sekä palautteiden perusteella. Pilotoinnin loppuessa Kainuulla on tietoa omahoitopalvelun käyttöönottamisesta, henkilöstön tarvitsemasta koulutuksesta, palvelun toimivuudesta ja sen soveltuvuudesta Kainuuseen. Pilotointiin liittyvät tavoitteet kirjattiin pilotointisuunnitelmaan.

Omahoitopalvelun loppukäyttäjäkoulutuksen sisältö, rakenne ja opetusmenetelmät dokumentoitiin koulutussuunnitelmaksi. Suunnitelma toimi pohjana koulutuksille, ja se on hyödynnettävissä tulevaisuudessa. Koulutuksia varten laadittiin tarvittavat materiaalit sekä päätettiin sopivin koulutustapa. Loppukäyttäjien käyttöönottoa pyrittiin kannustamaan koulutusten jälkeisillä "tsemppikäynneillä", jotka tehtiin jokaiselle terveysasemalle.

Kainuun omahoitopalvelu saatiin käyttöön alkuvuodesta 2012. Palvelun pilotointi aloitettiin 16.1.2012, jolloin palvelun kaikki osiot saatiin toimimaan.

4.3. Kehitettyjen toimintamallien pilotointi alueilla

4.3.1. Omahoitosivuston pilotointi

Omahoitosivusto toimi julkaisun jälkeen Kainuun terveysasemien omahoitopisteiden tietokoneiden kotisivuna. Tietokoneiden avulla kainuulaisten on mahdollista käyttää omahoitosivustoa ja hakea omahoitoon liittyvää luotettavaa tietoa.

Sivuston sisältöä arvioitiin ja tarkasteltiin hankkeen aikana yhteistyössä RAMPE -hankkeen ja Kainuun maakunta -kuntayhtymän henkilöstön kanssa. Sivuston sisältöä muokattiin saatujen palautteiden perusteella. Osa sivustolle valikoituneista linkeistä sisälsi vanhentunutta tietoa ja niitä poistettiin heti havaitsemisen jälkeen.

Omahoitosivuston pilotoinnin aikana saatiin hyviä parannus- ja kehitysideoita sivustolle. Nykyinen Kainuun maakunta -kuntayhtymän verkkosivujen julkaisujärjestelmä ei kuitenkaan mahdollista kaikkien kehitysideoita. Omahoitosivustolla nähtäisiin tärkeäksi, että maakunnan palveluhakemistoa voisi käyttää omahoitosivuston kautta saumattomasti. Palveluhakemistoon olisi hyvä integroida karttasovellus, jossa olisi esimerkiksi terveyskeskuksien, apteekkien ja muiden terveydenhuollon toimipaikkojen sijainnit (myös reitti toimipaikkaan). Sivustolla olisi myös hyvä olla sähköisiä lomakkeita, joita voisi lähettää terveydenhuoltoon salatulla yhteydellä.

Vastuu sivuston ylläpidosta ja kehittämisestä siirtyy KYTKE-hankkeen jälkeen Kainuun maakunta -kuntayhtymän vastuuhenkilöille.

4.3.2. Omahoitopalvelun pilotointi

Kainuun omahoitopalvelu koostui tunnistautumista vaativista palveluista. Tunnisteisia palveluja käyttämällä asiakas pystyi hallinnoimaan ja tallentamaan omia henkilökohtaisia terveystietojaan ja mittaustuloksiaan sähköiseen terveystietokantaan sekä lähettämään suojatun viestinnän kautta viestejä hoitajalleen. Lisäksi palvelussa olleet ruoka- ja liikuntapäiväkirjat tukivat omahoitoa ja terveyden edistämistä. Omahoitopalveluun toteutettiin myös neuvolan sähköisiä lomakkeita ja Kainuun omahoitolomake.

Pilotoinnissa terveydenhuollon ammattilaisilla oli mahdollista pitää yhteyttä asiakkaisiinsa uudenlaisen tavalla. Omahoitopalvelun avulla henkilöstö pystyi lähettämään suojattuja viestejä ja vastaamaan asiakkaalta tulleisiin viesteihin. Heillä oli mahdollista tarkastella asiakkaan tallentamia kotimittaustuloksia. Asiakkaalla oli mahdollista täyttää palvelun sähköinen terveyskortti, pitää yhteyttä terveydenhuoltoon salatun viestinnän avulla ja täyttää kotimittaustuloksiaan sekä ravinto- ja liikuntapäiväkirjaa.

Omahoitopalvelun pilotoinnissa kokeiltiin myös terveydenhuollon ammattilaisten välistä suojattua viestintäominaisuutta, jolla mahdollistettiin eri tulosyksiköissä työskentelevien ammattilaisten välinen viestintä yhteisiin asiakkaisiin liittyen. Suojattu viestintä mahdollisti asiakkaaseen liittyvän konsultaation ja ohjeistuksen toteuttamisen ei-kiireellisissä tapauksissa.

Omahoitopalvelun pilotointi toteutui 1.1.2012 - 30.9.2012. Palvelun pilottikäyttöönotto tapahtui kerralla, jolloin kaikki osiot olivat heti käytettävissä. Omahoitopalvelu otettiin käyttöön kaikissa Kainuun neuvoloissa sekä Vuolijoen, Sotkamon ja Suomussalmen terveysasemilla. Pilotointiin osallistuivat kaikki neuvolan terveydenhoitajat sekä kahdeksan kansanterveyshoitajaa. Ammattilaisten välistä viestintää varten pilotoinnin alkuvaiheessa mukana oli myös kaksi ravitsemussuunnittelijaa.

Pilotointiin osallistuva henkilöstö sai koulutuksen Kainuun omahoitopalvelun käyttöön. Koulutuksen jälkeen henkilöstö pystyi käyttämään järjestelmää työssään ja osasi ohjata asiakkaitaan palvelun käytössä. Omahoitopalvelun käyttäjätuki järjestettiin terveydenhuollon ammattilaisille kahden pääkäyttäjän toimesta. Pääkäyttäjät auttoivat loppukäyttäjiä ongelmatilanteissa. Omahoitopalvelun tukipyynnöt ovat liittyneet lähinnä unohtuneiden salasanojen uusimiseen ja peruskäytön opastamiseen. Raportin 8/2012 mukaan omahoitopalveluun oli kirjaututtu 348 kertaa. Terveysasemille rekisteröityneitä asiakkaita oli 76.

Omahoitopalvelun käyttöä on kuvattu tarkemmin asiakkaan ja henkilökunnan arvioinneissa.

4.4. Kehittämistyön tulosten arviointi asiakkaiden ja henkilökunnan näkökulmasta

4.4.1. Koulutusarviointi

Koulutuksia arvioitiin palautteiden avulla. Koulutuksesta saatu palaute oli positiivista. Palautetta antoi 90 % koulutukseen osallistuneista. Koulutukseen osallistujat kokivat koulutuksen vastanneen heidän odotuksia, saaneensa tarvittavan perehdytyksen omahoitopalvelun käyttöön, pitivät käyttöohjeita selkeinä ja käytännöllisinä sekä kokivat harjoitustehtävät tarpeellisiksi. Koulutettavat totesivat ensituntuman jälkeen ammattilaisen käyttöliittymän vaikeammaksi käyttää kuin asiakkaan käyttöliittymän.

Koulutuksen yleisarvosanaksi palautteen perusteella muodostui 8,9 (ka.). Koulutettavat arvioivat oman osallistumisen ja siitä muodostui arvosanaksi 8,1 (ka.). Välittömän palautteen perusteella koulutukset onnistuivat hyvin ja loivat omahoitopalvelun käyttöönotolle hyvät odotukset.

Koulutuksista saatuja kehitysideoita olivat muun muassa:

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

4.4.2. Henkilöstön kokemukset

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

Kyselyyn vastanneista kahdeksan oli käyttänyt Kainuun omahoitopalvelua työssään. Seitsemän terveydenhuollon ammattilaista kertoi käyttävänsä palvelua 1-3 asiakkaan kanssa. Käytetyimmät osiot olivat viestin välitys (4) ja kotimittaukset (5). Tärkeimmiksi osioiksi oman työn kannalta vastaajat (n=34) kokivat viestipalvelut (24) ja kotimittausten seurannan (22). Myös ravinto- ja liikuntapäiväkirjat (13) sekä sähköiset lomakkeet nähtiin hyödyllisinä (8).

Omahoitopalvelun käyttämättömyyden suurimmaksi syyksi osoittautui ajanpuute (14) ja muiden tietojärjestelmien vaatima aika (9). Myös asiakkaiden saaminen palveluiden käyttäjiksi osoittautui vaikeaksi (8).

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

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

Loppuarviointia varten haastateltiin palvelua käyttäneitä kansanterveyshoitajia ja neuvolan terveydenhoitajia. Yhteensä haastateltavia oli neljä. Omahoitopalvelun käyttö on koettu helpoksi henkilöstön keskuudessa. Koulutuksista on saatu tarvittava perehdytys palvelun käytölle. Koulutuksessa jaettu koulutusmateriaali on ollut hyvä apu opitellessa käyttämään palvelua. Alussa intensiivisempää opastusta ja "persuuksille potkimista" olisi kuitenkin tarvittu enemmän. Alussa asiakkaita olisi toivottu olevan enemmän, kuitenkin niin, että hoitajat olisivat hoitaneet rekrytoinnin. Tuolloin palvelun käyttö pilotoinnin alussa olisi onnistunut paremmin. Tulevaisuudessa palvelun käytön aloittamiseen on hyvä varata aikaa ja kehittää toimiva tapa palvelun käyttöönottoon asiakkaiden kanssa.

Käytetyin ominaisuus oli viestintä ja toiseksi aktiivisin oli kotimittautulokset. Neuvolassa käytettiin enemmän viestintäominaisuutta ja kansanterveyshoitajat käyttivät kotimittausominaisuutta. Palvelussa olleet lomakkeet ja päiväkirjat eivät olleet pilotoinnissa aktiivisessa käytössä. Lomakkeissa nähtiin kuitenkin hyvää potentiaalia, kunhan asiakkaat saadaan totutettua käyttämään niitä paperisten versioiden sijasta.

Asiakkaiden rekrytointi omahoitopalvelun käyttöön oli hankalaa. palvelun esittelystä ja esitteiden jakamisesta huolimatta palvelun käyttö asiakkaiden keskuudessa oli vähäistä. Innostusta palvelua kohtaa oli kuitenkin paljon.

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

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

Jos palvelu saataisiin jatkuvaan käyttöön, kansanterveyshoitajien näkemyksen mukaan palvelulla voisi harventaa aktiivisten omahoitoasiakkaiden käyntejä terveysasemalla. He muistuttavat, että omaehtoisuus ei välttämättä lisäännä palvelun avulla ja kohdistu kaikkiin asiakkaisiin. On edelleen asiakkaita, joille kotimittauksen kirjaaminen ruutuvihkoon ja kontrollikäynnit hoitajalla ovat tärkeimmät kannustavat tekijät sairauden hoitoon. Omahoitopalvelu tukisi ja täydentäisi nykyisiä palveluita. Omahoitopalvelulla on mahdollisuus hoidon asteittaiseen parantumiseen ja asiakkaiden motivaation lisäämiseen. Asiakkaiden palaute hoitajien suuntaan on ollut positiivista.

Negatiivisena asiana koettiin vähäinen käyttö ja muutamat tietotekniset ongelmat. Arvostusta annettiin ongelmien korjausnopeudesta ja omahoitopalvelun käyttöön annetuissa ohjeissa. Integroimattomuus potilastietojärjestelmään ei noussut palvelun käyttämisen suhteen kynnykseksi.

Terveystieteiden ammattilaisten ilmoittamia kehittämiskohteita omahoitopalvelussa:

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

4.4.3. Asiakaspalaute

Omahoitopalvelun asiakaspalaute kerättiin sähköisen kyselyn avulla. Kyselyyn vastasi neljä asiakasta.

Käytetyimmät ominaisuudet olivat viestin lähetys / vastaanottaminen ja kotimittausten tallentaminen. Omahoitopalvelu koettiin helppokäyttöiseksi ja asiakkaat kokivat saaneensa hyvin tukea omahoitopalvelun käyttöön liittyvissä ongelmatilanteissa. Palvelun käyttö koettiin hyödyllisenä, koska palvelun kautta hoitajan tavoitti hyvin. Omahoitopalvelu oli asiakaspalautteen perusteella helpottanut yhteydenpitoa terveydenhuollon ammattilaiseen. Asiakkaat ovat halukkaita käyttämään palvelua myös tulevaisuudessa. Viestintäominaisuutta pidettiin hyvänä, koska tuolloin mieleen tulleen kysymyksen pystyi lähettämään vaikka keskellä yötä.

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

Asiakkailla on tarvetta uudentylaiselle vaihtoehtoiselle terveyspalvelulle. Sähköiselle asiointipalvelulle on tarvetta, koska se on ajasta ja paikasta riippumaton. Viestintä ja kotimittaus -osiot koetaan jo riittäväksi ominaisuuksiksi omahoitopalvelussa. Palvelua tulee kuitenkin kehittää, että se palvelee paremmin asiakkaita. Esimerkiksi rajoitetulle ajanvaraukselle, niiden muistutukselle ja laboratoriotulosten näyttämislle on tarvetta asiakaspalautteiden perusteella. Hyödylliseksi koetaan, että mittautustulokset saa lähetettyä hoitajalle ja hän vastaa antaen hoito-ohjeita ja neuvoja tarpeen mukaan. Omahoitopalvelu on lisännyt tunnetta siitä, että ei taistele yksin ongelmien kanssa, vaan on jossain kirjoissa ja kansissa.

4.5. Tulokset

KYTKE - Kainuu osahankkeessa laadittiin nykytila-analyysi Kainuun sähköisten palveluiden ja kehittämisen tilasta. Hankkeessa toteutettiin Kainuun maakunta -kuntayhtymän verkkosivuille kainuulaisille tarkoitettu *Omahoitosivusto*. Hankkeessa toteutettiin myös *Omahoitopalvelun* konkreettinen pilotti valituissa asiakasryhmissä. Asiakasryhmiksi valikoituivat pitkäaikaissairaat ja raskausajan diabetesäidit. Omahoitopalvelun pilotointiin osallistui yhdeksän kansanterveyshoitajaa ja kaikki neuvoloiden terveydenhoitajat. Laaditut pilotointi- ja koulutus suunnitelma ovat käytettävissä tulevaisuudessa, mikäli Kainuun maakunta -kuntayhtymässä otetaan tuotantokäyttöön omahoitopalvelu.

Omahoitosivusto julkaistiin 16.8.2011. Sivuston kautta löytyy helposti linkkejä luotettaviin terveyttä ja sairauksia koskeviin artikkeleihin. Omahoitopalvelun pilotointi toteutettiin 1.1.2012 - 30.9.2012. Palvelussa olivat käytössä sähköinen terveystkortti, asiakkaan ja ammattilaisen välinen suojattuviestintä, kotimittautustulosten tallennus mahdollisuus sekä ravinto- ja liikuntapäiväkirjat. Omahoitopalvelua käytti asiakkaan hoidon tukena kolme kansanterveyshoitajaa ja kolme neuvolan terveydenhoitajaa.

5. KOTOA KOTIIN PROSESSI JA YLISEKTORINEN JOHTAMINEN

5.1. Kehittämistyön tavoitteet

Kainuussa avattiin helmikuussa v. 2010 Nopean diagnostiikan yksikkö erityisesti ikäihmisten nopeaa hoidontarpeen arviointia ja kotiutusta varten. Yksikön toimintaa suunniteltaessa todettiin, että kotiutusprosessi kaipaava uudistamista ja terävöittämistä. Moniammatillisen työryhmän työskentelyn tuloksena valmistui raportti, jossa oli kartoitettu keskeiset kotiutumisen ongelmat ja etsitty niihin ratkaisut. KYTKE – hankkeen Kotoa kotiin – prosessin kehittäminen pohjautuu edellä mainittuun raporttiin.

Kotoa kotiin -prosessissa on tunnistettu neljä vaihetta: ikäihminen kotona, siirtyminen hoito-yksikköön, hoito yksikössä ja siirtyminen hoitoyksiköstä kotiin (kotiuttaminen). Kotoa kotiin – prosessin kehittämistavoitteet muodostuvat näistä neljästä vaiheesta.

Tavoite 1. Asiakkaan itsenäistä selviytymistä tukeva kotihoito

Kainuun maakunnan vanhuspalveluiden vision mukaan: "Vanhukset asuvat omaisten, muiden verkostojen ja ammattitaitoisten sekä hyvinvoivien työntekijöiden turvin kotona niin kauan kuin se on vanhuksen / omaisten ja palveluntuottajan näkökulmasta inhimillistä ja taloudellisesti järkevää. Tarvittaessa hoitokotipaikka järjestyy ympärivuorokautisesta hoidosta."

Kytke –hankkeessa yhtenä tavoitteena on terveyshyötymallin mukaisesti asiakkaan osallisuuden lisääminen omaan hoitoonsa ja kotona tapahtuvan hoidon osuuden lisääminen. Tavoitteena on myös yhteisöllisyyden lisääntyminen ja kolmannen sektorin vahvempi mukaantulo ikäihmisten palveluissa. Kotona asuvalla ikäihmisellä tulisi olla pärjäämissuunnitelma, joka aktivoituu, kun henkilö ei pärjää omin avuin. Suunnitelmassa kotona asuva kartoittaa oman verkostonsa, joka aktivoituu, kun apua tarvitaan. Vasta silloin, kun ikäihmisen omat ja oman verkoston voimavarat eivät riitä, tulevat mukaan julkiset palvelut. Pärjäämissuunnitelmaan sisältyvät myös terveyttä ja toimintakykyä edistävät toimet. Suunnitelmaan kuuluu myös tieto, mihin ottaa yhteyttä tarvittaessa.

Tavoite 2. Hallittu siirtyminen kotoa hoitoyksikköön

Kotihoidon toiminnassa korostuu ennaltaehkäisy, ennakoiva työtapa ja varhainen puuttuminen. Tehokkaalla palveluohjauksella ohjataan asiakasta hakemaan tarvittaessa apua oikeasta paikasta. Oikea tieto palveluista vähentää turhia käyntejä esim. päivystyksessä.

Kotihoidon asiakkaan kohdalla voinnin ja toimintakyvyn muutoksiin reagoidaan nopeasti, ja ensisijaisesti asiakkaan hoito järjestetään kotona. Hoidon tarpeen arviointi ja tarvittava hoito tulee järjestää nopeasti. Kotihoidolla on ollut ongelmia saada konsultaatioapua lääkäriltä yllättävissä tilanteissa. Tähän lähdettiin hakemaan ratkaisua, jossa hoitajat saisivat nopeasti yhteyden lääkäriin tarvittaessa. Varhainen puuttuminen ongelmiin ehkäisee raskaampien hoitojen tarvetta.

Tavoite 3. Kotiutukseen valmentava hoito yksikössä

Ikäihmisten kohdalla toimintakyvyn ylläpito sairaalahoidon aikana pitäisi olla osa hoitoa. Asiakkaan kanssa pitäisi sopia yhteiset hoitotavoitteet ja keinot niiden saavuttamiseksi. Jo parin viikon sairaalahoidon voi passivoida ikäihmisen niin, että toimintakyky romahtaa. Usein ikäihminen ottaa potilaan roolin ja odottaa, että kaikki toimet tehdään hänen puolestaan. Kuntouttava työote ikäihmisen hoidossa tulee olla rutiinia jokaisessa hoitopaikassa. Aktiivinen yhteys omaisiin ja heidän positiivinen mukana olonsa hoitoprosessissa voi edistää ikäihmisen toipumista ja halua siirtyä takaisin kotihoitoon. Varhain aloitettu kotiutuksen suunnittelu ja asiakkaan (ja läheisen) ottaminen mukaan kotiutuksen suunnitteluun edesauttavat asiakkaan kotona pärjäämistä.

Tavoite 4. Turvallinen kotiutus asiakkaan hoidontarvetta vastaavasti

Yleisimpiä syitä epäonnistuneeseen kotiutumiseen ovat olleet liian varhainen kotiutus, liian myöhään aloitettu kotiutumisen suunnittelu, puutteet tiedonkulussa, yhteistyössä ja tavoitteissa erityisesti sairaalan ja avopalveluiden välillä. Ongelmia on myös ollut määrittämisessä, kelle vastuu läikkään henkilön kotiutumisen kokonaisvaltaisesta suunnittelusta ja koordinoimisesta kuuluu. Epäselvyydet ja erimielisyydet hankaloittavat jatkossa asiakkaan hoidon järjestämistä. Asiakkaan tarpeiden mukaista palveluiden integrointia vaikeuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden tietämättömyys toistensa toiminnasta.

5.2. Kehittämistyön eteneminen

Kehittämistyötä lähdettiin tekemään nykytila-analyysillä, jossa kartoitettiin Kotoa Kotiin -hoitoketjun ongelmakohtia. Samalla alettiin kasata työryhmiä, joiden tehtävänä oli ohjata kehittämistyötä oikeaan suuntaan ja saada kehittämistulokset osaksi yksiköiden toimintaa. Työryhmiä perustettiin kaksi; Kotoa kotiin ja Kotihoitovalmiuksien kehittäminen – työryhmät. Nämä kuitenkin yhdistettiin pian aloittamisen jälkeen yhdeksi Kotoa kotiin -työryhmäksi samankaltaisen asiasisällön ja yhteistyön parantamisen vuoksi. Työryhmässä oli jäseninä kotiutuksen onnistumisen kannalta keskeisiä henkilöitä Kainuun keskussairaalaista, kotihoidosta ja terveyskeskussairaaloista. Työryhmät kokoontuivat hankkeen aikana säännöllisesti yhteensä 26 kertaa.

Nykytila-analyysin pohjalta nousi selkeästi kolme kehittämiskohdetta, joita lähdettiin kehittämään.

- Ikääntyville tarkoitettu pärjäämissuunnitelma, jonka avulla ikääntyvä voi ennakoida kotona pärjäämistä
- Palvelutarpeen arviointi kotihoidossa
- Kotiutustoiminnan kehittäminen Kainuun keskussairaalan vuodeosastoilla

Kehitystyön edetessä kehittämiskohteet tarkentuivat ja lopulta pilotoitavina kehittämiskohteina olivat Kotona asumisen suunnitelma, kotihoidon nopea lääkärikonsultaatio ja kotiutustoiminnan uusi malli.

5.2.1. Kotona asumisen suunnitelma

Kotona asumisen suunnitelman kehittäminen lähti työryhmissä esiin nousseen tarpeen pohjalta. Kotiuttaminen osastohoidosta sujuisi joustavammin, jos ikäihmiset olisivat jo ennalta miettineet, kuinka tulevat pärjäämään kotona mahdollisen toimintakyvyn heiketessä. Tämän pohjalta lähdettiin kehittämään Kotona asumisen suunnitelmaa. Mallia suunnitelman tekemiseen otettiin mm. Pudasjärven kaupungin Ikäihmisten pärjäämishankkeessa 2003–2005 kehitetystä Pärjäämissuunnitelmani - lomakkeesta. Tämä osoittautui liian laajaksi ja raskaaksi täyttää. Kainuuseen haluttiin kehittää suunnitelma, jossa olisi vain olennaiset asiat liittyen kotona pärjäämiseen. Sen tarkoituksena on herätellä ikääntyviä ajattelemaan omaa tulevaisuuttaan ja varautumaan vanhenemiseen. Kotona asumisen suunnitelman työstämisessä on ollut vahvasti mukana Kotoa kotiin -työryhmä.

5.2.2. Kotihoidon nopea lääkärikonsultaatio

Kotihoidon konsultaatiotarve nousi esiin hankkeen alkuaikoina keskusteluissa päivystyksen ja kotihoidon työntekijöiden kanssa. Päivystykseen tuli iäkkäitä kotihoidon asiakkaita, jotka olisi voitu hoitaa kotona. Koska kotihoidolla ei ollut mahdollisuutta konsultoida lääkäriä, joutuivat he ohjaamaan asiakkaita ottamaan tarvittaessa yhteyttä päivystykseen. Monet tällaiset tilanteet olisi voitu hoitaa toimivan konsultoinnin avulla. Lääkärikonsultointi toimi jo pienillä paikkakunnilla, mutta ongelmana nähtiin Kajaanin, Sotkamon ja Suomussalmen konsultointikäytännöt. Kotihoidon nopeaa lääkärikonsultaatiota lähdettiin kehittämään näissä kunnissa.

Konsultointikäytännöistä sovittiin päivystyksen ja kotihoidon kanssa. Kotihoidolle saatiin puhelinnumerot, joista päivystävän lääkärin tavoittaa. Alkuperäinen ajatus oli, että konsultointi tapahtuisi päivystävän sairaanhoitajan kautta. Kajaanissa ja Sotkamossa nousi kuitenkin esiin se, että kotihoidossa arvioinnin on jo tehnyt sairaanhoitaja, ja päivystävä sairaanhoitaja on turha resurssi välissä.

5.2.3. Kotiutustoiminnan uusi malli

Kotiuttamistoiminnan kehittämistä Kainuun keskussairaalan konservatiivisilla ja operatiivisilla vuodeosastoilla lähdettiin tekemään nykytila-analysistä saatujen tulosten pohjalta. Tavoitteena oli uuden kotiutusmallin luominen osastoille. Kotiutustoimintaa kehittämään palkattiin hankkeeseen kehittäjätyöntekijä Kainuun keskussairaalan konservatiiviselta vuodeosastolta ja perustettiin kotiuttamistoiminnan seurantaryhmä, joka kokoontui yhdeksän kertaa. Kehittäjätyöntekijä toimi pilotoinnin aikana neljän osaston yhteisenä kotiutusohitajana. Tarkoituksena oli kokeilla, lisääkö kotiutusohitajan toimenkuva kotiutusten määrää ja helpottaako se osaston sairaanhoitajien työtä kotiutusten järjestelyssä.

Nykytilanteen kartoittamisen pohjalta nousi esille selkeästi eri kehittämisen osa-alueita. Kehittämisen kohteita kotiuttamistoiminnan edistämiseksi olivat potilaan haastattelu kotiolosuhteiden ja toimintakyvyn kartoittamiseksi, kotiutuksen suunnitelmallisuus, lääkehoito, kirjaaminen, yhteydet perusterveydenhuoltoon ja potilaan huomiointi hoidon suunnittelussa. Esille nousi myös yhteistyön tehostaminen ja toimenkuvien esille tuominen eri ammattiryhmien kanssa.

Uudet kotihoidon yhteystiedot toimitettiin jokaiselle keskussairaalan vuodeosastolle ja yhteystietojen käyttöä ohjeistettiin.

Kotiuttamistoiminnan yhtenäistämiseksi pidettiin yhteistyöpalavereja eri kuntien kotiutushoitajien kanssa. Kotiutushoitajat toivat palavereissa esille eri kuntien ja terveyskeskussairaaloiden kotiuttamiskäytäntöjä ja niiden toimivuutta. Kotiutushoitajat toivat esille myös kehittämiskohteita omasta näkökulmastaan. Kotiutushoitajien palavereja pidettiin hankkeen aikana yhdeksän kertaa.

Terveyskeskussairaaloiden käynneillä tarkastettiin prosessikartta ja päivitettiin yhteystiedot. Terveyskeskusten kirjaamiskäytännöt käytiin myös läpi. Terveyskeskussairaaloiden henkilökunnan kanssa keskusteltiin jonotuskäytännöstä erikoissairaanhoidon ja terveyskeskussairaaloiden välillä. Potilaiden ilmoittaminen terveyskeskuksiin koettiin erikoissairaanhoidossa hankalana, ja tavoitteena oli yhtenäistää käytäntö jokaisen terveyskeskussairaalan kanssa.

5.2.4. Kotoa kotiin -prosessin mallinnus

Kainuun maakunta – kuntayhtymän laatu järjestelmään lähdettiin kuvaamaan Kotoa kotiin – prosessia työryhmässä, joka koostui Kotoa kotiin –työryhmän jäsenistä. Mallinnus tehtiin laatu järjestelmän mukaisesti QPR -muotoon ja se sijoitettiin Kainuun maakunta -kuntayhtymän intranetsivuille.

5.3. Kehitettyjen toimintamallien pilotointi alueilla

Pilotoinnit suunniteltiin toteutettavaksi 1.10.2011–31.3.2012 välisenä aikana. Kotona asumisen suunnitelman pilotointiaika oli 1.10.–31.12.2011.

5.3.1. Kotona asumisen suunnitelma

Kotoa kotiin – prosessissa kehitettiin ”Kotona asumisen suunnitelma”, jonka tavoitteena on saada ikääntyvät aktivoitumaan tulevaisuutensa suunnittelussa, varautumaan tuleviin vuosiin ja ennakoimaan muutoksia, joita tarvitaan kotona asuminen onnistumiseksi.

Pilotoinnin tavoitteena oli testata, kokevatko ikäihmiset Kotona asumisen suunnitelmasta olevan hyötyä tulevaisuutensa suunnittelussa, testata suunnitelman toimivuutta ja kehittää sen sisältöä. Pilotoinnin tavoitteena oli myös saada henkilöstön arvio, onko ”Kotona asumisen suunnitelmasta” hyötyä terveys- ja hoitosuunnitelmaa laadittaessa.

Kotona asumisen suunnitelman pilotointi toteutettiin paperiversiona. Pilotoinnin ensivaiheessa tehtiin yhteistyötä Eläkeliiton Kainuun piiriin kuuluvien paikallisyhdistysten kanssa. Yhdistyksistä pyydettiin osallistujia kokeilemaan Kotona asumisen suunnitelmaa ja antamaan palautetta sen käytettävyydestä ja siitä, miten ikäihmiset kokevat suunnitelman auttavan tulevaisuuden suunnittelussa.

Tarkoitus on, että ikääntyvät täyttävät Kotona asumisen suunnitelman itsenäisesti ja päivittävät sitä aika ajoin. Paperisen version lisäksi suunnitelma tallennettiin sähköisenä Kainuun maakunnan omahoitosivustolle, jossa sen voi täyttää ja tulostaa itselleen.

5.3.2. Kotihoidon nopea lääkärikonsultaatio

Pilotoinnissa tavoitteena oli kokeilla kotihoidon konsultaatiokäytäntöä, jossa kotihoidon henkilöstö saa puhelimitse yhteyden vastaanoton päivystävään lääkäriin. Pilotointiin osallistuivat Kajaanin pääterveysaseman ja Teppanan vastaanotot sekä keskustan, Teppanan ja Purola-Puistolan kotihoitoalueet, Sotkamon terveysasema ja kotihoito sekä Suomussalmen terveysasema ja kotihoito. Erilaisista lääkäriresursseista ja aikaisemmista käytännöistä johtuen Sotkamossa ja Kajaanin Lehtikankaalla ei konsultaatioita rajattu tiukasti kiireellisiin asioihin, vaan lääkäriltä voitiin kysyä muitakin asioita asiakkaan puolesta, jolloin välttyttiin tarpeettomilta käynneiltä vastaanotolla.

Tavoitteena oli saada tietoa, edistääkö konsultaatiomahdollisuus ikäihmisten kotona pärjäämistä ja kotona tapahtuvan hoidon osuutta, ja vähentääkö toimintamalli päivystyskäynnejä.

5.3.3. Kotiutustoiminnan uusi malli

Pilotointi uuden kotiutusmallin käyttöön ottamisessa ja kotiutushoitajakokeilusta käynnistyi lokakuussa 2011. Kotiutushoitajana toimi KYTKE -hankkeeseen palkattu kehittäjätyöntekijä.

Pilotoinnin tavoitteena oli saada yhteinen kotiutuskäytäntö toimimaan hoitoyksiköissä, tuleeko asiakkaan hoitoprosessi sujuvammaksi, vähenevätkö viiveet prosessin kulussa, paraneeko yhteistyö eri toimijoiden välillä ja onnistutaanko oikean ajantasaisen asiakastiedon siirtämisessä eri toimijoiden välillä. Tavoitteena oli myös saada tietoa, miten asiakkaat kokevat kotiutumisen onnistuneen.

Kehittäjäyöntekijä katsoi jokaiselta osastolta potilastietojärjestelmästä kaikki yli 75-vuotiaat potilaat, kartoitti esitietoja löytyneiden tietojen perusteella ja kävi haastattelemassa potilaita. Hän selvitti kotiolosuhteita, aikaisempaa toimintakykyä ja kotona tarvittavien palveluiden tarvetta. Hän kirjasi havainnot ja aktivoi jatkohoitokomponentin. Kotiutushoitaja järjesti kotiin lähtevien potilaiden kotiavut valmiiksi, ilmoitti kotihoitoon ja varasi tarvittavat apuvälineet.

Pilotoinnin aikana kotiutushoitaja piti tilastoa eri yksiköiden kotiuttamisista. Hän kirjasi kotiutuvien potilaiden määrät, terveystarkastukset sekä kotiutustapaukset, joissa oli ollut itse mukana. Myös Sotkamon, Kuhmon ja Suomussalmen terveystarkastussairaaloiden kotiutushoitajat pitivät tilastoa kotiuttamisista.

Pilotoinnin aikana sovittiin, että jokaisessa terveystarkastuksessa otetaan erikoissairaanhoidosta ilmoitetut potilaat jonolle. Terveystarkastussairaalan hoitaja soittaa ilmoittaneelle osastolle, kun vuodepaikka terveystarkastukseen vapautuu.

5.4. Kehittämistyön tulosten arviointi

Tavoite 1. Asiakkaan itsenäistä selviytymistä tukeva kotihoito

Asiakkaan itsenäisen selviytymisen tueksi kehitetyn Kotona asumisen suunnitelman toimivuutta ja käytettävyyttä arvioitiin Eläkeliiton Kainuun piirin jäsenille jaetulla kyselyllä. Kotona asumisen suunnitelmia ja arviointilomakkeita jaettiin 66 kappaletta. Arviointilomakkeita palautui 17 kappaletta.

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

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

Alkuperäisen suunnitelman mukaan oli tarkoitus kokeilla, onko Kotona asumisen suunnitelmasta hyötyä hoitohenkilökunnalle asiakkaan palveluiden suunnittelussa. Tämän toteutuminen jäi tekemättä osahankkeessa tapahtuneiden resurssimuutosten vuoksi.

Tavoite 2. Hallittu siirtyminen kotoa hoitoyksikköön

Kotihoidon lääkärikonsultaation kokeilun palaute kerättiin pilotoinnin ajalta seurantalomakkeella, jolla selvitettiin asiakkaan ikä, konsultoinnin aihe, tulos ja saatavuus. Lomakkeita palautui 98 kpl, joista Kajaanista 38 kpl, Sotkamosta 51 kpl ja Suomussalmelta 9 kpl. Lomakkeiden määrä ei vastaa todellista konsultaatioiden määrää, koska kaikkia konsultointeja ei ole kirjattu seurantalomakkeille. Pilotointiaika (6kk) todettiin liian pitkäksi palautteen keräämiseen.

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

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

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

Saadut tulokset on esitelty osahankkeen ohjausryhmässä, jossa on edustettuna vastaanotto-toiminnan ja vanhuspalveluiden johto. Ohjausryhmässä todettiin, että toimintamallista on selvästi hyötyä ja sen käyttöä jatketaan pilotoinnissa mukana olleilla alueilla. Muissa kunnissa konsultaatiokäytäntö on toiminut jo aiemmin.

Tavoite 3. Kotiutukseen valmentava hoito yksikössä

KYTKKE – hankkeessa on seurattu kotiutuksen uuden mallin vaikutuksia pilotoinnin aikana Kainuun keskussairaalan osastoilla 6-9, Nopean diagnostiikan yksikössä sekä terveystieteiden keskus- ja sairaaloissa. Seurannan kohteena on ollut kotiutushoitajan valmistelemien kotiutusten määrä, kotiutuvien ikäjakauma, eri palveluiden piiriin kotiutuvien määrä ja sosiaalityöntekijän asiakkaaksi ohjattavien potilaiden määrä. On myös seurattu, kuinka monta asiakaskontaktia kotiutusten valmistelu vaatii kotiutushoitajalta, jotta saataisiin kuva kotiutusten valmistelun vaatimasta työstä. Tilastointipäiviä pilotoinnin aikana kertyi 94.

Seurannan ajan KAKS:n osastojen 6-9 potilaiden ikäjakauma on ollut 71 % alle 75 – vuotiaita ja 29 % yli 75 – vuotiaita. Terveystieteiden keskus- ja sairaaloissa yli 75-vuotiaiden potilaiden osuus oli 65 % ja ND-yksikössä 52,8 %. KAKS:n osastoilta 15 % potilaista siirtyi jatkohoitoon terveystieteiden keskus- ja sairaaloihin, NDY:stä 18 %.

Kotiutushoitajan valmistelemien kotiutusten määrä vaihteli yksiköittäin. Suurinta se oli Kuhmon TK-sairaalassa, jossa kotiutushoitaja valmisti 55 % kotiutuvista potilaista ja vähäisintä KAKS:lla 5,1 %. Suuren eron selittää hoidettavien ikäjakauma ja kotiutettujen määrä suhteessa kotiutushoitajien määrään. Myös TK -sairaaloiden välillä oli eroja, mitä selittää toimipaikkakohtaiset kotiutushoitajan työnkuvat.

Koko seurantajakson aikana KAKS:n kehittäjätyöntekijä osallistui 123 potilaan kotiuttamiseen, joista n. 80 % oli yli 75-vuotiaita. Kotiutusten valmisteluun tarvittiin yhteensä 895 asiakaskontaktia eli 7,3 kontaktia/kotiutus. Asiakaskontaktit muodostuivat potilaiden taustatietojen keräämisestä, keskusteluista hoitajien ja lääkäreiden kanssa, yhteydenotoista omaisiin ja jatko- ja hoitajien järjestäjiin sekä apuvälineiden järjestämisestä. Ensimmäisen seurantakuukauden aikana (24 tilastointipäivää) kaikki potilaat (25), joiden kotiutukseen kehittäjätyöntekijä osallistui, olisivat siirtyneet ilman hänen aktiivisuuttaan terveystieteiden keskus- ja sairaalaan vain kotiutusta varten. Tällä on merkittävä vaikutus niin potilaspaikkojen kannalta kuin taloudellisesti. Tulosta voidaan osoittaa luotettavasti vain ensimmäisen kuukauden seurantajaksoilta, koska sen aikana toimintatavan muutosta muissa työntekijöissä ei vielä ollut tapahtunut. Myöhemmin tilastoiduissa luvuissa on mukana myös kotiutuksia, jotka osaston sairaanhoitajat ovat toteuttaneet uuden mallin mukaisesti, mutta kehittäjätyöntekijä on ollut mukana kotiutuksen valmistelussa.

Hoidon sujuvuuden ja kustannusten kannalta merkittävä tieto on terveyskeskussairaalassa jatkohoitopaikkaa jonottavien määrä. Kolmessa terveyskeskussairaalassa jonotti keskimäärin 22 potilasta jatkohoitopaikkaan pääsyä vuorokaudessa. Suurin määrä jonottajia oli Sotkamossa, jossa paikkaa jonotti keskimäärin 9,4 potilasta/vrk. Vähäisin jonottajien määrä oli Suomussalmella (4,4 potilasta/vrk).

Asiakkaiden kokemukset

Asiakaspalautetta varten haastateltiin kahta potilasta n. kahden viikon kuluttua kotiutumisesta. Heidän keski-ikänsä oli 86 vuotta. Potilaat eivät kokeneet saaneensa osallistua hoitonsa suunnitteluun, vaan lääkäri määräsi, hoitajat toteuttivat hoidon. Molemmat kokivat kuitenkin saaneensa tarvittavan hoidon. Ohjausta liikkumiseen/toimintakyvyn ylläpitämiseen ei osastoilla annettu.

Henkilöstön kokemukset

Osastopalaute kotiuttamistoiminnan kehittämisestä järjestettiin KAKS:n osastojen 6-9 henkilökunnalle pilotoinnin jälkeen. Vastauksia saatiin 44 kpl. Hajonnat olivat suuria osastojen välillä.

Yhtä osastoa lukuun ottamatta henkilöstö koki, että asiakas ja/tai omainen otetaan mukaan kotiutuksen/jatkohoidon suunnitteluun. He myös kokivat, että kotiuttamisia ennakoidaan ja suunnitellaan. Kuntouttavan työotteen käyttöä toteutetaan kaikilla osastoilla henkilöstön mukaan hyvin. Yhteinen hoitosuunnitelma osastojen välillä toteutuu osittain. Kolmella osastolla neljästä kirjataan hoitosuunnitelmat WHOIKE - näkymään, avataan jatkohoitokomponentti sitä tarvitseville potilaille, ja päivitetään potilaan lääkelehti ennen jatkohoitoon siirtymistä. Kolmella osastolla henkilöstö myös koki, että kotiutukset valmistellaan hyvin.

Selvitimme myös, kuinka henkilöstö on kokenut kotiutustoiminnan kehittämisen osastoilla. Kolmen osaston henkilöstö koki, että kotiutustoiminnan kehittäminen on saanut aikaan toimintatavan muutoksen osastoilla. Kaikkien osastojen henkilöstö koki, että moniammatillinen yhteistyö on lisääntynyt ja kotiutushoitaja on helpottanut heidän työtään kotiutuvien potilaiden jatkohoidon järjestelyssä.

Avoimessa palautteessa kotiutustoiminnan kehittämisestä nousi esiin seuraavanlaista palautetta.

- Kiireen takia optimaalinen toiminta ei onnistu
- Lääkäreiden toiminta vaikeuttaa ja hidastaa kotiutusten tekemistä (siirtopäätös, hoitosuunnitelman puuttuminen, iltaan venyvät kotiutukset)

- Kotisairaanhoidon resurssit vähäiset ja hoitotoimenpiteet hyvin rajalliset
- Erillinen kotiutushoitaja hyvä
- Kotiutushoitajalla hyvät tiedot / taidot järjestää kotiutukset
- Vähentää turhia tk-siirtoja
- Kotiutushoitaja helpottaa ja vähentää osaston sh:n työtä
- Kotiutushoitaja tukena monimutkaisissa kotiutuksissa
- Kotiutuksen järjestely usein paljon aikaa vievää

Tavoite 4. Turvallinen kotiutus asiakkaan hoidontarvetta vastaavasti

Asiakkaiden kokemukset

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

Henkilöstön kokemukset

Henkilöstö koki, että jatkohoitoon pääsyn viivästyessä potilaan jatkohoidon tarve arvioitiin uudestaan ennen siirtoa hoitoa jatkavaan yksikköön. Yhteystiedot hoitoa jatkavaan yksikköön voisi olla helpommin löydettävissä.

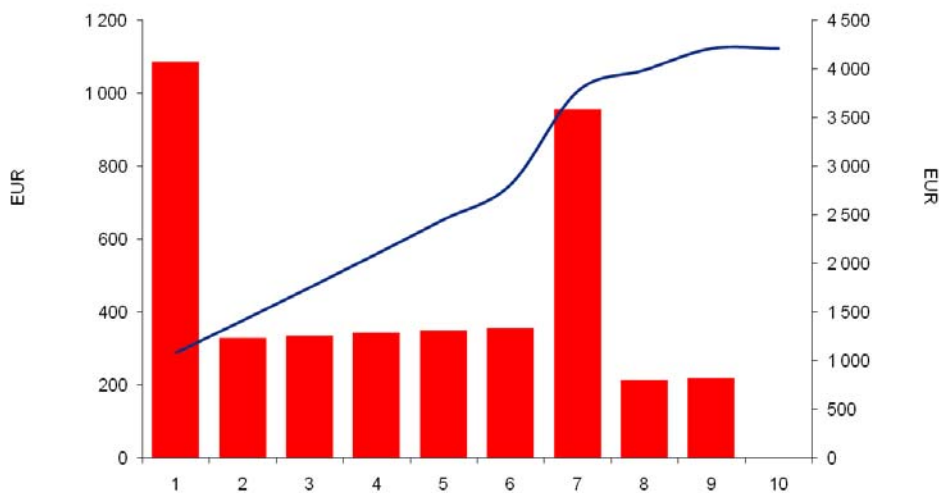
Pilotoinnin aikana selvisi, että tiedonkulku erikoissairaanhoidon ja kotihoidon välillä ei toimi toivotulla tavalla yhteisestä Effica -tietojärjestelmästä huolimatta. Erikoissairaanhoidolla on ollut rajattu katseluoikeus, mikä on estänyt henkilöstöä näkemästä kotihoidon kirjauksia. Tämän vuoksi erikoissairaanhoidossa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

5.4.1. Kustannushyödyn toteutuminen

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

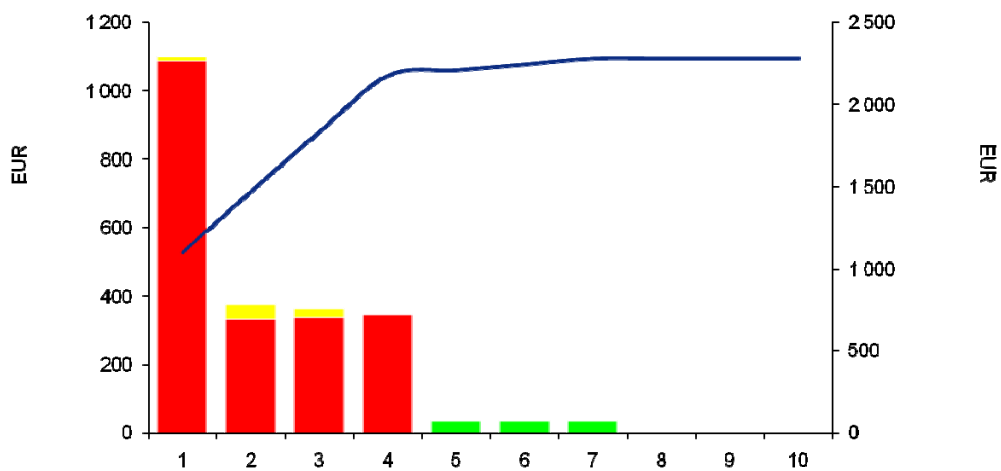
Tapauksesta tehtiin kolme mallia, joista kahdessa ensimmäisessä potilas siirretään päivystyskäynnin jälkeen erikoissairaanhoidon vuodeosastolle. Sairaalapainotteisessa mallissa (kuvio 2) potilas siirretään terveyskeskussairaalaan vain kotiutumista varten. Ennen siirtoa hän joutuu jonottamaan paikkaa erikoissairaanhoidossa viikonlopun yli. Kotiutus tapahtuu toisena hoitopäivänä siirrosta terveyskeskussairaalaan.

Kuvio 2. Sairaalapainotteinen hoito.



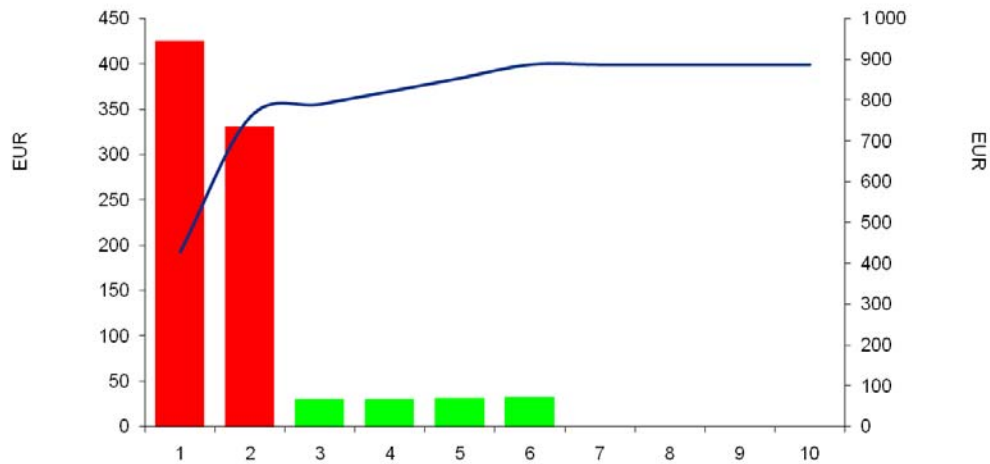
Kotihoitopainotteisessa mallissa (kuvio 3) potilas kotiutuu hyvin suunnitellun kotiutuksen vuoksi tilapäisen kotihoidon turvin suoraan erikoissairaanhoidosta. Sairaalapainotteisen ja kotihoitopainotteisen mallin välillä kustannussäästö on 46 %.

Kuvio 3. Kotihoitopainotteinen hoito.



Kolmas malli (kuvio 4) on tehty oletuksena, että hoito olisi voitu toteuttaa terveyskeskussairaalassa erikoissairaanhoidon lääkärin konsultaation turvin. Tällöin kustannuksia olisi säästynyt sairaalapainotteiseen malliin verrattuna 82 %. Kustannuksiin on laskettu kuljetuskustannukset, hoitopäivähinnat, kotihoidon käyntimaksut ym. ns. kiinteät kustannukset. Kustannuksissa ei ole huomioitu mm. tutkimuksista aiheutuneita kustannuksia.

Kuvio 4. Terveyskeskuspainotteinen hoito.



5.5. Toimintamallien juurruttaminen ja levittäminen

Toimintamallien juurruttamista on tehty jo pilotoinnin aikana ja siinä on osin onnistuttu. Kotihoidon nopea lääkärikonsultaatio jää käytäntöön ja kotiuttamisen uuden toimintamallin sisäistäminen osastoilla lähti käyntiin. Vastuu uuden toimintamallin juurruttamisesta ja ylläpitämisestä siirtyi osastonhoitajille. Varsinaiseen juurruttamis- ja levittämistyöhön hankkeen aika ei riittänyt.

Kainuun osahankkeen kehittämistyön tuloksia on käyty esittelemässä Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä.

6. PROSESSIEN HALLINTA JA OHJAAMINEN

Omahoitopalvelun sitouttaminen terveydenhuollon prosesseihin on terveystalouden johdon ja esimiesten vastuulla. Omahoitopalvelun sovittaminen ja käyttäminen hyvin toimivassa hoitoprosessissa tekee hallinnasta ja ohjauksesta vähemmän haastavaa. Lähtökohtana tulee olla hoitoprosessi, jossa omahoitopalvelun käytöllä nähdään mahdollisuus asiakkaan hoidon tukemiseen ja josta on mahdollista saada organisaatiolle resurssi- tai kustannussäästöjä tulevaisuudessa. Pitkäaikaissairaiden ja raskausajan diabetesäitien hoitoprosesseissa omahoitopalvelun käytöllä voi olla hyvin merkitykselliset positiiviset vaikutukset niin asiakkaan kuin organisaation näkökulmasta

Kotoa kotiin – prosessi kulkee yli useiden sektorirajojen ja koskee niin erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuoltoa kuin sosiaalihuoltoa. Prosessin hallinnan ja ohjauksen haaste on sektorirajat ylittävä johtaminen. Tämä vaikuttaa muun muassa potilaiden sijoittumiseen heidän hoidon tarvettaan vastaaville paikoille. Säästöt yhdessä paikassa johtavat kustannusten nousuun toisessa ja Kotoa kotiin – prosessin näkökulmasta katsottuna kustannukset kasaantuvat laitoshoidon. Lähtökohtana tulee olla hoitoprosessit asiakkaan kotoa asiakkaan kotiin saakka, koska resurssit vaikuttavat myös yksiköiden yli. Ylisektorisen johtamisen kehittäminen jäi hankkeessa vähäiseksi, mutta kotoa kotiin – prosessin kehittämisen myötä ylisektorisen johtamisen merkitys niin asiakkaan kuin organisaation näkökulmasta voidaan osoittaa hyvin merkitykselliseksi.

7. YHTEENVETO TULOKSISTA SUHTEESSA HANKEKOKONAISUUDEN PÄÄTAVOITTEISIIN

Hankekokonaisuuden päätavoitteet ovat:

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

Hankekokonaisuus rakentuu siten, että osahankkeissa kehitettävien prosessien kautta vastataan hankekokonaisuuden tavoitteisiin. Prosessien toimenpidekokonaisuuksien avulla saavutetaan hankkeen yhteiset tavoitteet.

Kainuun osahankkeen kehittämistyössä päästiin hyvin hankkeen päätavoitteisiin. Omahoidon vahvistamisen ja Kotoa kotiin – prosessin kehitystyön tulokset vastaavat hankkeen useampaankin tavoitteeseen.

8. JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTOIMENPITEET

Omahoitosivusto osoittautui hyväksi käytännöksi ja se jää pysyväksi osioksi Kainuun maakunta -kuntayhtymän verkkosivuille. Hyvinvointiin, terveyteen ja sairauksiin liittyvä tieto on keskitetyksi kainuulaisten saatavilla tulevaisuudessa. Omahoitosivuston ylläpito on siirtynyt Kainuun maakunta -kuntayhtymän vastuuhenkilöille, jotka jatkossa vastaavat sivuston ylläpidosta ja kehittämisestä.

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

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

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

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

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

Kotona asumisen suunnitelma saatiin hankkeessa kehitettyä ja kokeiltua sitä kohderyhmän kanssa. Tulokset osoittautuivat hyväksi ja suunnitelma herätti laajaa kiinnostusta messuilla ja seminaareissa. Suunnitelmasta saatu palaute kuntatoimijoilta oli positiivista. Hankkeen aikana suunnitelmaa ei ehditty kokeilla ammattilaisen työkaluna hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisessa. Myös suunnitelman käyttöönotto ja markkinointi jäivät hankkeen osalta vähäiseksi.

Kotihoidon nopea lääkärikonsultaatio osoittautui hyväksi käytännöksi ja se jää pysyväksi toimintamalliksi koko Kainuuseen. Lääkärikonsultaation ongelmaksi nousi hoidon tarpeen kiireellisyyden arviointi ja sitä kautta oikean konsultointitavan käyttö. Puhelinkonsultaation myötä päivystävältä lääkäriltä kysyttiin myös kiireettömiä asioita, jotka olisi voinut hoitaa viestipiikin kautta tai lääkäritunnin aikana. Kotihoidon henkilöstö tarvitsee selkeät ohjeet tilanteista, milloin konsultointi on järkevintä hoitaa puhelimitse, viestipiikillä ja lääkärintunnilla.

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

Jatkosuositukset

- Kotona asumisen suunnitelman aktiivinen käyttöönotto ja markkinointi
 - henkilöstön tiedottaminen

- hyvinvointia tukevat kotikäynnit
- aikuis- ja muistineuvolat
- kansanterveyshoitajat
- terveysasemien omahoitopisteet
- kirjastot
- kotihoitoon ohjeet tilanteista, milloin konsultointi on järkevintä hoitaa puhelimitse, viestipiikillä ja lääkärintunnilla.
- kotihoitoon ohjeet hoidon kiireellisyyden arvioimiseksi (opinnäytetyö tulossa)
- selvitys, kuinka ensihoitoa voi hyödyntää kotihoidon työtehtävissä tai konsultaatioissa
- kotiutuskoordinaattorin tehtävän perustaminen yhteiseksi erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon rajapintaan
- kiertävä kotiuttamisvuoro osastoille, jolloin kotiuttaminen tulee tutuksi
- sektorijohtajien yhteistyön tiivistäminen ylisektoristen päätösten tekemiseksi

Yksityisten ja kolmannen sektorin palveluiden käytön lisäämistä olisi hyvä edistää mahdollisimalla asiakkaan vapaus valita palvelunsa. AKI-aktiiviasiakas -hanke vie osaltaan tätä asiaa eteenpäin, mutta asiantuntemusta palveluista tarvitaan myös sairaaloissa.

9. OSAHANKKEEN KUSTANNUKSET JA RAHOITUS

Kainuun osahankkeen kokonaisbudjetti oli 552 013 €, josta oma rahoitusosuus oli 133 472 € (25 %) ja koordinaatio-osuus 18 125 €. Taulukossa 1 on kuvattu Kainuun osahankkeen toteuma hankeajalta. Osahankkeessa käytettiin määrärahoja 429.384,96 €. Osahankkeen investointimenoihin oli varattu Kainuun omahoitopalvelun laboratoriointegraatiolle määräraha, mutta pilotoinnin alkaessa integraation toteuttaminen ei ollut teknisesti mahdollista. Integraation teknisen toteutuksen mahdollistuessa keväällä 2012 sen toteuttaminen ei ollut mahdollista aikataulu- ja henkilöstöressurssien vähyyden vuoksi. Määrärahojen jäämiseen vaikutti myös kotiuttamistoiminnan kehittäjän paikan täyttämättä jättäminen sopivan hakijan puuttuessa.

KAINUU	Budjetti 2010	Toteuma 31.12.2010
Henkilöstömenot, joista	95 325	48 377
Projektiin palkattava henkilöstö	95 325	48 377
Työpanoksen siirto kunnalta	0	
Palvelujen ostot yhteensä, josta	48 625	8 196
Toimisto-, pankki- ja asiantuntijapalvelut	13 950	136
Painatukset ja ilmoitukset	2 000	1 204
Majoitus- ja ravitsemuspalvelut	2 000	550
Matkustus- ja kuljetuspalvelut	4 000	3 632
Koulutus- ja kulttuuripalvelut	4 000	200
Muut palvelujen ostot	1 500	456
Koordinaation omarahitusosuus+koord.korjaus	6 175	2 018
Aineet, tarvikkeet ja tavarat	4 000	6 332
Vuokrat	6 000	3 783
Investointimenot yhteensä, josta	0	0
Aineettomat hyödykkeet	0	
Koneet ja kalusto	0	0
Muut investointimenot	0	
Muut menot	0	0
Menot yhteensä = Kokonaiskustannukset	153 950	66 688

Budjetti 2011	Toteuma 1-12/2011	Budjetti 2012	Toteuma 15.10.2012	Käytettävissä
142 100	160 779	112 950	93 923	47 296
142 100	160 779	112 950	93 923	47 296
0	0	0	0	0
61 900	45 239	46 113	40 542	62 661
18 000	20640	14 000	26445	-1 271
1 000	340	2 000	617	2 840
4 000	2234	2 500	2261	3 455
4 000	6504	5 000	5760	-2 896
4 000	1937	5 000	1523	9 340
2 000	5555	2 063	3936	-4 385
6 400	8029	5 550	0	8 078
				0
6 000	641	1 000	109	3 918
				0
11 000	12 763	12 000	8 509	3 945
				0
0	0	5 000	0	5 000
0	0	0	0	0
0	0	5 000	0	5 000
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	192	-192
				0
221 000	219 422	177 063	143 274	122 628

Taulukko 1. Kainuun osahankkeen toteuma

Kainuun maakunta -kuntayhtymä
PL 400, 87070 Kainuu
Puh. 08 615 541
Fax. 08 6155 4260
Sähköposti: kirjaamo@kainuu.fi
<http://maakunta.kainuu.fi>

