

VÄLI-SUOMEN POTKU LOPPURAPORTTI

**MaaliPOTKU osahanke
1.4.2010 – 31.10.2012**

**projektipäällikkö Marita Pitkänen
aluekoordinaattori Heta Leino
aluekoordinaattori Tiina Nurmela**

Sisällysluettelo

1. OSAHANKKEEN ORGANISOITUMINEN	4
2. TAVOITTEIDEN TOTEUTUMINEN FORSSAN SEUDUN TERVEYDENHUOLLON KUNTAYHTYMÄSSÄ	9
2.1 TERVEYSHYÖTYMALLI SISÄLTYY KUNTIEN JA TERVEYSPALVELUORGANISAATIOIDEN STRATEGIOIHIN.	9
2.2 YHTEISTYÖTÄ TEHDÄÄN YLI KUNNAN HALLINTORAJOJEN SEKÄ YKSITYISEN JA KOLMANNEN SEKTORIN KANSSA...	10
2.3 TERVEYSKESKUKSET OVAT SITOUTUNEET TERVEYSHYÖTYMALLIN MUKAISEEN TOIMINTAAN.....	14
2.4 TERVEYSHYÖTYMALLIN TAVOITTEET JA MITTARIT ON SOVITTU JA OTETTU KÄYTTÖÖN JOHTAMISESSA	16
2.5 JOKAISELLA PITKÄAIKAISSAIRAALLA POTILAALLA ON POTILAAN KANSSA YHDESSÄ LAADITTU YKSILÖLLINEN JA STRUKTUROITU HOITOSUUNNITELMA.....	20
2.6 ERILAISIA OMAHOIDON TYÖKALUJA ON OTETTU KÄYTTÖÖN, KUTEN RYHMÄOHJAUS, TERVEYSVALMENNUS JA SÄHKÖISIÄ OMAHOIDON PALVELUJA	24
2.7 JOKAISELLE PITKÄAIKAISPOTILAALLE ON MÄÄRITELTY HOIDON TOTEUTUKSESTA VASTAAVA TYÖNTEKIJÄ, JOKA ON KIRJATTU HOITOSUUNNITELMAAN	29
2.8 PITKÄAIKAISSAIRAAN TERVEYSKESKUSKÄYNTI ON ENNALTA SUUNNITELTU JA VASTUUT ON MÄÄRITELTY	30
2.9 TERVEYSKESKUSTEN PALVELUVALIKOIMA ON RAKENNETTU POTILAIEN PALVELUTARPEEN MUKAISESTI	33
2.10 KEHITTÄMISTYÖSSÄ OTETAAN KÄYTTÖÖN VAIKUTTAVAKSI TODETUT LÄHESTYMISTAVAT JA MENETELMÄT	36
2.11 POTILAAN KANSSA TEHTÄVÄSSÄ PÄÄTÖKSENTEOSSA KÄYTETÄÄN KÄYPÄ HOITO –SUOSITUKSIA JA MUITA NÄYTTÖÖN PERUSTUVIA TIETOLÄHTEITÄ	37
2.12 NOUDATETAAN YHTEISESTI SOVITTUJA KIRJAAMISKÄYTTÄNTÖJÄ.....	40
2.13 AVAINASIAKKAAT MÄÄRITELLÄÄN JA TUNNISTETAAN TIETOJÄRJESTELMÄN AVULLA	42
3. TAVOITTEIDEN TOTEUTUMINEN RIIHIMÄEN TERVEYSKESKUKSEN KY:SSÄ	43
3.1. TERVEYSHYÖTYMALLI SISÄLTYY KUNTIEN JA TERVEYSPALVELUORGANISAATIOIDEN STRATEGIOIHIN.....	43
3.2. YHTEISTYÖTÄ TEHDÄÄN YLI KUNNAN HALLINTORAJOJEN SEKÄ YKSITYISEN JA 3. SEKTORIN KANSSA	47
3.3. TERVEYSKESKUKSET OVAT SITOUTUNEET TERVEYSHYÖTYMALLIN MUKAISEEN TOIMINTAAN.....	50
3.4. TERVEYSHYÖTYMALLIN TAVOITTEET JA MITTARIT ON SOVITTU JA OTETTU KÄYTTÖÖN JOHTAMISESSA	51
3.5. JOKAISELLA PITKÄAIKAISSAIRAALLA POTILAALLA ON POTILAAN KANSSA YHDESSÄ LAADITTU YKSILÖLLINEN JA STRUKTUROITU HOITOSUUNNITELMA.....	53
3.6. ERILAISIA OMAHOIDON TYÖKALUJA ON OTETTU KÄYTTÖÖN, KUTEN RYHMÄOHJAUS, TERVEYSVALMENNUS JA SÄHKÖISIÄ OMAHOIDON PALVELUJA	56
3.7. JOKAISELLE PITKÄAIKAISPOTILAALLE ON MÄÄRITELTY HOIDON TOTEUTUKSESTA VASTAAVA TYÖNTEKIJÄ, JOKA ON KIRJATTU HOITOSUUNNITELMAAN	57
3.8. PITKÄAIKAISSAIRAAN TERVEYSKESKUSKÄYNTI ON ENNALTA SUUNNITELTU JA VASTUUT ON MÄÄRITELTY	58
3.9. TERVEYSKESKUSTEN PALVELUVALIKOIMA ON RAKENNETTU POTILAIEN PALVELUTARPEEN MUKAISESTI	61
3.10. KEHITTÄMISTYÖSSÄ OTETAAN KÄYTTÖÖN VAIKUTTAVAKSI TODETUT LÄHESTYMISTAVAT JA MENETELMÄT	63
3.11. POTILAAN KANSSA TEHTÄVÄSSÄ PÄÄTÖKSENTEOSSA KÄYTETÄÄN KÄYPÄ HOITO – SUOSITUKSI JA MUITA NÄYTTÖÖN PERUSTUVIA TIETOLÄHTEITÄ.....	65
3.12. NOUDATETAAN YHTEISESTI SOVITTUJA KIRJAAMISKÄYTTÄNTÖJÄ.....	66
3.13. AVAINASIAKKAAT MÄÄRITELLÄÄN JA TUNNISTETAAN TIETOJÄRJESTELMÄN AVULLA	69
4. TAVOITTEIDEN TOTEUTUMINEN SASTAMALAN SEUDUN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJEN JA VAMMALAN ALUESAIRAALAN ALUEELLA	70
4.1 TERVEYSHYÖTYMALLI SISÄLTYY KUNTIEN JA TERVEYSPALVELUORGANISAATIOIDEN STRATEGIOIHIN	70
4.2 YHTEISTYÖTÄ TEHDÄÄN YLI KUNNAN HALLINTORAJOJEN SEKÄ YKSITYISEN JA KOLMANNEN SEKTORIN KANSSA...	72
4.3 TERVEYDENHUOLLON ORGANISAATIOT OVAT SITOUTUNEET TERVEYSHYÖTYMALLIN MUKAISEEN TOIMINTAAN....	76
4.4 TERVEYSHYÖTYMALLIN TAVOITTEET JA MITTARIT ON SOVITTU JA OTETTU KÄYTTÖÖN JOHTAMISESSA	79

4.5 JOKAISILLA PITKÄAIKAISSAIRAALLA POTILAALLA ON POTILAAN KANSSA YHDESSÄ LAADITTU YKSILÖLLINEN JA STRUKTUROITU HOITOSUUNNITELMA.....	80
4.6 ERILAISIA OMAHOIDON TYÖKALUJA ON OTETTU KÄYTTÖÖN, KUTEN RYHMÄOHJAUS, TERVEYSVALMENNUS JA SÄHKÖISIÄ OMAHOIDON PALVELUJA.....	81
4.7 JOKAISELLE PITKÄAIKAISPOTILAALLE ON MÄÄRITELTY HOIDON TOTEUTUKSESTA VASTAAVA TYÖNTEKIJÄ, JOKA ON KIRJATTU HOITOSUUNNITELMAAN	85
4.8 PITKÄAIKAISSAIRAAN TERVEYSKESKUSKÄYNTI ON ENNALTA SUUNNITELTU JA VASTUUT ON MÄÄRITELTY	85
4.9 TERVEYSKESKUSTEN PALVELUVALIKOIMA ON RAKENNETTU POTILAIEN PALVELUTARPEEN MUKAISESTI JA PALVELUJA KEHITETÄÄN OMAHOITON, ITSEHOITON JA SYRJÄYTYMISEN EHKÄISYYN. KEHITETÄÄN ESIM. RYHMÄVASTAANOTTOJA, TERVEYSVALMENNUSRYHMIÄ JA ENNALTAEHKÄISEVIÄ PALVELUJA.....	86
4.10. POTILAAN KANSSA TEHTÄVÄSSÄ PÄÄTÖKSENTEOSSA KÄYTETÄÄN KÄYPÄ HOITO –SUOSITUKSIA JA MUITA NÄYTTÖÖN PERUSTUVIA TIETOLÄHTEITÄ	87
4.11 NOUDATETAAN YHTEISESTI SOVITTUJA KIRJAAMISKÄYTÄNTÖJÄ, OTETAAN KÄYTTÖÖN KÄYNTISYIDEN KIRJAAMINEN	88
4.12 AVAINASIAKKAAT MÄÄRITELLÄÄN JA TUNNISTETAAN TIETOJÄRJESTELMÄN AVULLA. HYVINVOINTISTRATEGIAN ARVIOINTIA JA KEHITTÄMISTÄ TUKEVAN AJANTASAISEN TIEDON TUOTTAMINEN, ASIAKASRYHMIEN KARTOITTAMINEN.	89
5. VIESTINTÄ	89
6. VERKOSTOITUMINEN.....	95
5. TALOUS.....	101

1. Osahankkeen organisoituminen

MaaliPotkun osahankkeeseen ovat kuuluneet Sastamalan perusturvakuntayhtymä (vuoden 2012 alusta Sastamalan seudun sosiaali- ja terveysterveystoimet), Vammalan alue-sairaala, Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä ja Riihimäen seudun terveysterveystoiminnan kuntayhtymä.

Sastamalan perusturvakuntayhtymään kuuluivat kunnat Sastamala, Punkalaidun, Lavia ja Kiikoinen, joiden väestöpohja oli yhteensä noin 32 000 asukasta. Vuoden 2012 organisaatiomuutoksen kautta perusturvakuntayhtymä muuttui Sastamalan seudun sosiaali- ja terveysterveystoimiksi ja Lavia jäi tämän alueen ulkopuolelle. Vammalan aluesairaala tuottaa palveluja Sastamalan seudun sosiaali- ja terveysterveystoimien alueen kuntien lisäksi Hämeenkyrön, Ikaalisten, Parkanon, Kihniön, Ylöjärven ja Huittisten kunnille.

Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä (FSTKY) muodostuu Kanta-Hämeen viidestä kunnasta, jotka ovat Forssa, Humppila, Jokioinen, Tammela ja Ypäjä. Alueella asuu noin 36 000 asukasta. Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä vastaa seudullisesta perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta. Forssan seudun väestörakenne painottuu selkeästi ikääntyvään väestöön.

Riihimäen seudun terveydenhuollon kuntayhtymä muodostuu kolmesta kunnasta, jotka ovat Hausjärvi, Loppi ja Riihimäki. Alueella asuu noin 47 000 asukasta. Hausjärven ja Lopen kunnat sekä Riihimäen kaupunki järjestävät perusterveydenhuollon palvelut kuntayhtymän toimesta väestövastuuperiaatetta noudattaen.

Osahankkeelle perustettiin ohjausryhmä, jossa on 2-3 henkilöä jokaisesta osahankkeen organisaatiosta. Ohjausryhmä on kokoontunut yhteensä 8 kertaa vuorotellen Sastamallassa, Forssassa ja Riihimäellä. Lisäksi paikkakunnittain ovat toimineet alueelliset ohjausryhmät, joissa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden edustajien lisäksi on ollut mukana järjestöjen ja kuntien edustajia.

Sastamalan alueellinen ohjausryhmä on kokoontunut 6 kertaa, Forssan ohjausryhmänä toiminut terveydenhuollon kuntayhtymän johtoryhmä käsitteli MaaliPotkun asioita 19 kertaa ja Riihimäen ohjausryhmä 10 kertaa. Lisäksi jokaisessa organisaatiossa on toiminut käytännön kehittämistoimintaan paneutuneita kehittämistiimejä.

Jokaisessa MaaliPotkun organisaatiossa on ollut hankkeen koordinaattori / projektipäällikkö, jolle on varattu työaikaa Potkuhankkeeseen Riihimäellä 100 %, Sastamalassa 50 %, Vammalan aluesairaalassa 40 % ja Forssassa pääasiassa 50 %. Lisäksi hankkeessa on ollut FSTKY: lukuun ottamatta osa-aikaisia hanke- ja projektiyöntekijöitä suunnitellen, pilotoiden ja juurruttaen uusia toimintakäytäntöjä. Sotesissa on ollut viisi hanketyöntekijää, joiden työaika on ollut 20–50 % työajasta. Vammalan aluesairaalassa on ollut kaksi hanketyöntekijää, joiden työaika on ollut 20 % työajasta.

MaaliPOTKULLa on ollut kaksi edustajaa Väli-Suomen Potku-hankkeen ohjausryhmässä. MaaliPOTKUn alueelliset hankkeen koordinaattorit ovat osallistuneet säännöllisesti Potku-hankkeen projektipäälliköiden kokouksiin sekä yhteisiin seminaareihin ja koulutustilaisuuksiin.

1.1. MaaliPOTKUn organisaatioiden yhteistyö

MaaliPOTKUn organisaatiot ovat maantieteellisesti noin sadan kilometrin etäisyydellä toisistaan. Yhdistävänä tekijänä MaaliPOTKUssa on ollut terveystalvelujen rakenteen samankaltaiset haasteet kullakin paikkakunnalla. Riihimäellä Kanta-Hämeen keskussairaalan Riihimäen yksikkö ja Sastamalassa Vammalan aluesairaala ja perusterveydenhuolto toimivat rinnakkain, jolloin yhteistyön edistäminen ja työnjaon selkiyttäminen ovat yhteisiä tavoitteita. Forssassa alueellinen perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido toimivat jo samassa organisaatiossa. Kehittämistarpeiden arvioiminen, kokemusten ja ratkaisujen jakaminen ovat olleet ohjausryhmien kokoontumisissa keskeisellä sijalla. MaaliPOTKUn alueet ovat myös väestöpohjaltaan suunnilleen samankokoisia. Forssan ja Sastamalan alueella väestö on ikärakenteeltaan varsin vanhusvoittoisia.

Osahankkeessa on tehty yhteistyötä mm. järjestämällä kolme yhteistä seminaaria vuorotellen kullakin paikkakunnalla ja niihin on järjestetty kuljetukset muilta paikkakunnilta. Seminaarien teemat ovat liittyneet terveyshyötymallin keskeisiin sisältöihin kuten esim. sähköisiin palveluihin, päätöksenteon tukeen, terveysvalmennukseen ja asiakaslähtöisyyteen. Osahankkeessa on tehty myös yhteisiä hankintoja koulutuksista. Esimerkiksi voimaannuttavasta työotteesta hankittiin sama koulutus kaikille paikkakunnille. MaaliPOTKUn paikallinen projektipäällikkö ja aluekoordinaattorit ovat jakaneet keskenään kokemuksia käytännön toteutukseen liittyvistä asioista. Käytännössä kullakin paikkakunnalla on ollut omat alueelliset tavoitteensa ja painotukset ovat olleet hiukan erilaisia.

Yhteiset seminaarit osallistujia:

Potkun aloitusseminaari 5.9.2010 Forssa	61
Potkua terveydenhoitoon. Terveyshyötymallin käytäntöjä 26.5.2011, Sastamala	55
Oman elämänsä sankariksi 3.11.2011, Riihimäki	20

1.2. MaaliPotkun organisoituminen Forssan alueella

Pitkäaikaissairaiden palveluiden kehittäminen ja erilaisten ongelmien ennaltaehkäisy ovat olleet keskeisiä asioita kuntayhtymän strategiassa. Kuntayhtymässä on systemaattisesti kehitetty terveydenhuollon toimintaa ja luotu hyviä uusia ja toimivia käytäntöjä alueen väestön terveyspalveluiden järjestämiseksi kustannustehokkaalla tavalla.

MaaliPOTKU-hankkeen toiminnasta ja kokonaistoteutuksesta vastaamaan muodostettiin projektiryhmä, joka aloitti toimintansa 9.9.2010. Projektiryhmän tehtävänä oli suunnitella ja toteuttaa hanketta siten, että hankkeelle osoitetut tavoitteet ja tehtävät saavutettiin. Projektiryhmä kokoontui hankkeen aikana 19 kertaa. FSTKY:n hankkeessa toimi yksi palkattu työntekijänä nimikkeellä aluekoordinaattori. Aluekoordinaattorin tehtävänä oli vastata hankkeen koordinoinnista ja dokumentoinnista.

Hanketyöntekijän vaihtuessa hanke oli kaksi kuukautta (1.2.–14.4.2011) ilman hanketyöntekijää ja projektiryhmä vastasi hankkeesta.

Aluekoordinaattorin työpanos vaihteli hankkeen aikana 0-100 %:iin. Suurimman osan ajasta aluekoordinaattori työpanos oli 50 %.

Pilottiryhmissä mukana ollut perusterveydenhuollon henkilöstö kuului projektiryhmään ja osallistui projektiryhmän kokouksiin. Tämän lisäksi pilottiryhmät ja aluekoordinaattori kokoontuivat työpajamuotoisesti suunnitellessaan ja kehittäessään valmistellun vastaanoton toimintaa ja omahoitolomaketta sen työväliseenä. Työpajat, joita oli kuusi kertaa (15.6.2011, 31.8.2011, 19.10.2011, 30.11.2011, 11.1.2012 ja 15.2.2012), pidettiin Tammelan terveysaseman kokoustiloissa. Erikoissairaanhoidon Omahoito-pisteen kehittämistyöpajoja pidettiin Korkeavahan kokoustiloissa hankkeen aikana neljä kertaa (16.1.2012, 13.2.2012, 12.4.2012 ja 7.9.2012).

1.3. MaaliPotkun organisoituminen Riihimäen alueella

Riihimäki MaaliPotkua hallinnoi organisaation ohjausryhmä, joka kokoontui 10 kertaa. Ohjausryhmän tehtävänä oli suunnitella ja toteuttaa hanketta siten, että hankkeelle osoitetut tavoitteet ja tehtävät saavutettiin Potku I hankeaikana. Hankeaikana tavoitteena oli parantaa pitkäaikaissairauksien ennaltaehkäisyä ja hoitoa terveyshyötymallin (*Chronic Care Model*) mukaisesti.

Riihimäen vastaanotolla yhdessä johdon ja henkilökunnan kanssa kehitettiin ja käytöön otettiin sydämen vajaatoimintapotilaan terveyshyötymallinmukaista hoitopolkua, joka hankkeen päätyttyä on sovellettavissa koko kuntayhtymän vastaanotoilla pitkäaikaissairaiden potilaiden terveyshyötymallin mukaiseen hoitoon. Vastaanoton sairaanhoitajista, lääkäreistä ja avustavasta henkilökunnasta koottiin koordinaatioryhmä, joka toimi kehittäjänä ja mallin juurruttajana vastaanottotyön arjessa. Koordinaatioryhmän puheenjohtajana toimi Potku aluekoordinaattori. Koordinaatioryhmä kokoontui hankeaikana yhteensä 11 kertaa. Riihimäki MaaliPOTKU aluekoordinaattori toimi Potku I hankkeessa 100 % työajalla 3.5.2010–31.10.2012.

1.4. MaaliPotkun organisoituminen Sastamalan alueella

Alueellinen ohjausryhmä

Sastamalan perusturvakuntayhtymä (1.1.2012 alkaen Sastamalan seudun sosiaali- ja terveyspalvelut) ja Vammalan aluesairaala ovat tehneet koko Potku-hankkeen ajan tiivistä yhteistyötä alueellisen palveluvalikoiman ja yhtenäisten toimintakäytäntöjen edistämiseksi. Sastamalan MaaliPotkulla on ollut oma ohjausryhmä, joka on kokoontunut yhteensä 6 kertaa. Ohjausryhmään ovat kuuluneet kummankin organisaation, kuntien sekä paikallisen Diabetesyhdistyksen, Sydänyhdistyksen ja Mielenterveysyhdistyksen edustajat. Ohjausryhmä on vahvistanut alueelliset tavoitteet ja valvonut projektin toteutumista.

Toiminnallinen organisoituminen

Sastamalan Potku-hanketta on toteutettu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä. Molempien organisaatioiden johtoryhmät ovat muodostaneet yhdessä hankkeen toiminnallisen johtoryhmän, joka on kokoontunut yhteensä kolme kertaa. Johtoryhmä määritteli hankkeen alueelliset tavoitteet, ja on sen jälkeen seurannut ja arvioinut terveyshyötymallin mukaisen kehittämistoiminnan etenemistä sekä määritellyt yhteiset linjaukset kehittämistyön jatkolle.

Kehittämistiimit

Käytännön kehittämistyötä varten perustettiin aluksi kolme kehittämistiimiä; diabetespotilaan hoidon kehittämistiimi, mielenterveyspotilaan hoidon kehittämistiimi sekä asiakaslähtöisen ryhmätoiminnan kehittämistiimi. Diabetespotilaan ja mielenterveyspotilaan hoidon kehittämistiimissä on ollut sekä Sastamalan perusterveydenhuollon että Vammalan aluesairaalan henkilöstön edustajia siten, että mukana on ollut johdon, lääkäreiden, diabetesneuvolan terveydenhoitajien, vastaanoton sairaanhoitajien, kotihoidon, aluesairaalan sisätautien avo- ja osastohoidon sekä psykiatrian akuuttivastaanoton edustus. Asiakaslähtöisen ryhmätoiminnan tiimissä on ollut neljän alueen terveydenhoitajat, osastonhoitaja ja projektipäällikkö.

Kehittämistiimeissä on aluksi perehdytty kehitettävänä olevaan ilmiöön, suunniteltu ja kehitetty tarvittava materiaali sekä sovittu käytännön toimeenpanosta. Kehittämistiimeille on varattu säännöllinen kokoontumisaika, joka on varattu tiimin jäsenten aikatauluihin. Esimerkiksi diabetespotilaan kehittämistiimille on varattu säännöllinen yhden tunnin kokousaika viikoittain. Tiimin kokouksissa on suunniteltu toimintaa ja käyty läpi käytännön kokemuksia esimerkiksi hoitosuunnitelman laatimisesta tai valmistellusta vastaanotosta. Eri ammattiryhmien edustajat ovat osaltaan vieneet omissa työyhteisöissään eteenpäin sovittuja käytäntöjä.

2. Tavoitteiden toteutuminen Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymässä

Seuraavassa Potku-hankkeen tavoitteiden toteutumista tarkastellaan erikseen kullakin paikkakunnalla: Forssan, Riihimäen sekä Sastamalan alueilla. Tässä luvussa kuvataan Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymän MaaliPOTKU -hankkeen kehittämistoimintaa ja tuloksia POTKU- hankkeen tavoitteiden ja oman osahankkeen tavoitteiden mukaisesti.

2.1. Terveysyötymalli sisältyy kuntien ja terveystalvuluorganisaatioiden strategioihin.

FSTKY: ”Terveysyötymallia viedään eteenpäin organisaation eri tasoilla. Hyödynnetään olemassa olevia rakenteita ja tiivistetään yhteistyötä eri toimijoiden kanssa.”

Terveysyötymallia on viety eteenpäin organisaation eri tasoilla. Terveysyötymallista tiedottamisessa on hyödynnetty olemassa olevia rakenteita ja on pyritty tiivistämään yhteistyötä eri toimijoiden kanssa osallistumalla erilaisiin tilaisuuksiin ja järjestämällä niitä. Terveysyötymalli näkyy seuraavissa kuntayhtymän suunnitelmissa: Terveysten edistämisuunnitelma 2012, FSTKY:n strategia vuoteen 2015, Potilasturvallisuussuunnitelma ja valmisteilla oleva Terveystenhuoltolain mukainen sairaanhoitopiirin alueen terveydenhuollon järjestämisuunnitelma.

FSTKY:n MaaliPOTKU-hankkeen ohjausryhmänä toimi terveydenhuollon kuntayhtymän johtoryhmä, jonka jäsenet johtavat omia vastuualueitaan. MaaliPOTKU-hanketta on esitelty johtoryhmässä ja johtoryhmä on tehnyt hankkeen toimintaan liittyviä päätöksiä. Näin ollen organisaation johto on ollut tietoinen hankkeesta ja sen päämääristä.

Väli-Suomen Potku-hankkeen hankeläkärit tekivät keväällä 2012 kyselyn organisaatioiden johdoille terveyshyötymallin tuntemuksesta ja näkemyksiä hankkeesta. FSTKY:n johdon sitoutumista hankkeeseen voidaan kritisoida kyselyyn osallistumisaktiivisuuden perusteella. Koko MaaliPOTKU-hankkeesta oli vastannut kyselyyn vain kolme ylimmän johdon vastaajaa, joissa ei liene mukana vastaajia FSTKY:stä. Kyselyyn vastaaminen tapahtui Webropol-kyselynä ja olisi vienyt aikaa noin 10 minuuttia. Jatkossa tuleekin arvioida FSTKY:ssä johtoryhmän roolia hankkeiden ohjausryhmänä. Projektin ohjausryhmän tulisi olla työhönsä sitoutunut ja aktiivisesti projektia eteenpäin vievä. Nykyisellä järjestelyllä projektin asiat ”hukkuvat” koko johtoryhmän laajaan asialistaan.

Terveyshyötymalli on saatu näkymään organisaation suunnitelmiin, mutta mallista tiedottamista ja juurruttamista käytännön työhön tulee jatkaa.

2.2. Yhteistyötä tehdään yli kunnan hallintorajojen sekä yksityisen ja kolmannen sektorin kanssa

FSTKY: ”Yhteistyön mallintaminen kolmannen sektorin toimijoiden kanssa sekä eri kuntien eri hallintokuntien, erityisesti liikuntatoimen, kanssa.”

Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä kuuluu Suomen terveyttä edistävät sairaalat ry:een, jonka viidentenä toiminnalle laadittuna standardina on jatkuvuus ja yhteistyö. Standardissa edellytetään, että organisaation toimintasuunnitelmaan sisältyy jatkuva yhteistyö terveydenhuollon ja eri sektoreiden ja muiden yhteistyötahojen kanssa. (Terveyden edistämissuunnitelma 2012.)

Yhteistyötä on tehty jo aiemminkin eri kansalais- ja potilasjärjestöjen kanssa, kuten Mannerheimin lastensuojeluliiton, Sydänyhdistyksen ja Diabetesyhdistyksen kanssa.

Evl-seurakunnan kanssa on tehty yhteistyötä järjestettäessä vertaistukiryhmätoimintaa raskaana oleville ja synnyttäneille nuorille äideille. Forssan kaupungin liikuntatoimen kanssa on tehty yhteistyötä esittelemällä asiakkaille liikunta- ja ryhmätoimintaa liikuntatoimen liikuntakalenterista. MaaliPOTKU-hankkeen aikana on pyritty aktiivisesti monipuolistamaan ja tiivistämään yhteistyötä kolmannen sektorin toimijoiden kanssa.

Kansalais- ja potilasjärjestöt:

Potilasjärjestöjen kanssa tehtävää yhteistyötä on pyritty laajentamaan alueen kaikkiin kansalais- ja potilasjärjestöihin. Hankkeen aikana (21.11.2011) osallistuttiin seudun yhdistysten, julkisen sektorin ja yritysten yhteiseen tapahtumaan, ”Yhdessä mielellämme” -messuille. Päivän tapahtumassa MaaliPOTKU-hankkeella oli oma ständi, jossa Mailis Simola ja Heta-Maija Leino kertoivat hankkeesta ja Terveysshyötymallista.

Syksyllä 2011 FSTKY:n yhtymäjohtaja Markku Puro kutsui kokoon ensimmäisen kerran kuntayhtymän alueella toimivista potilasjärjestöistä koostuvan asiakasraadin (tapaaminen oli 28.9.2011). Seuraava tapaaminen järjestettiin keväällä 2012 (25.4.2012). Kuntayhtymän alueen potilasjärjestöjen yhteystiedoista pidetään ajan tasalla olevaa tiedostoa, jonka perusteella kutsut lähetettiin. Jokaisesta järjestöstä kutsuttiin kaksi edustajaa. Kuntayhtymän yhtymäjohtaja toimii asiakasraadin kokoonkutsujana. Tavoitteena on saada aikaan kehittävää keskustelua terveyteen ja sairauteen liittyvistä ajankohtaisista asioista kaksi kertaa vuodessa kuntayhtymän tiloissa kuntayhtymän edustajien ja potilasjärjestöjen edustajien välillä. Tilaisuuksissa on esitelty muun muassa Terveysshyötymallia ja MaaliPOTKU-hankkeen toimintaa sekä keskusteltu Terveystieteiden tutkimuskeskuksen edellyttämästä hoitosuunnitelmasta.

Asiakasraadin lisäksi kansalais- ja potilasjärjestöt ovat mukana erilaisissa potilasohjaus- ja ryhmätoimintamalleissa. Järjestöjen kehittämistä ryhmäohjausmalleista on käytetty Mannerheimin lastensuojeluliiton kehittämää Siskot-ryhmää ja Diabetesliiton Diabetes Keskustelut -ryhmätyömallia. Potilasjärjestön roolina on ollut myös tarjota ryhmien toiminnalle toimintatiloja, kuten Sydänyhdistyksen antama kuntasalivuoro painonhallintaryhmälle.

Potilaiden ja potilasjärjestöjen edustajat tulevat olemaan mukana muun muassa potilas-turvallisuutta varmistavassa ryhmässä vuodesta 2013 alkaen (Potilasturvallisuus yhteinen asiamme).

Liikuntatoimi

Forssan kaupungin liikuntatoimen kanssa on tehty jo usean vuoden ajan yhteistyötä. Forssan kaupungin liikuntatoimi julkaisee liikuntakalenteria, jossa on tiedot erilaisista liikuntaryhmistä. FSTKY:n henkilökunnan roolina on ollut ohjata asiakkaita liikuntakalenterissa jo olemassa oleviin ryhmiin. MaaliPOTKU-hankkeen aikana on pyritty luomaan uusia toimintatapoja, kuten olla mukana suunnittelemassa ja kokoamassa ryhmää sairauden tai muun tavoitteen mukaan. Forssan kaupungin liikuntatoimessa koetaan hankalaksi tavoittaa ihmiset, herättää heidän kiinnostuksensa liikuntaan ja kohdistaa liikuntapalvelut niitä tarvitseville. Nyt liikkuvat hyväkuntoiset, mutta ongelmana on saada liikumaan ne, jotka siitä todella hyötyisivät. Terveystieteidenhuollossa on mahdollisuus tavoittaa henkilöt, jotka eniten hyötyisivät liikunnasta. Yhteistyö Forssan liikuntatoimen kanssa on koettu joustavaksi ja erityisryhmien perustaminen yhteistyössä helpoksi. Tärkeää on yhteistyön ja ryhmän toiminnan suunnittelun aloittaminen riittävän ajoissa. Syksyn ryhmien toiminta tulee suunnitella valmiiksi edellisessä toukokuussa ja kevään toiminnan suunnittelu tulee olla valmis joulukuussa. Niin sanotut suuret linjaukset tehdään liikuntatoimessa keväisin seuraavaksi vuodeksi.

Uuden ryhmän perustamisen minimikoko tulisi olla 10. Periaatteessa asiakkaat sitoutuvat osallistumaan ryhmän toimintaan koko kaudeksi, mutta tähän voidaan tehdä poikkeuksia. Tällaisia voivat olla esimerkiksi tutustumiskäynnit ryhmiin 1-2 kertaa ja vasta sen jälkeen sitoutuminen ryhmän toimintaan. Terveystieteidenhuoltohenkilöstön tehtävänä on ryhmistä tiedottaminen sopiville asiakasryhmille ja ryhmien kokoaminen. Esimerkkinä Forssan liikuntatoimen kanssa tehdystä yhteistyöstä on miesten painonhallintaryhmä, joka aloitti toimintansa keväällä 2012.

Tammelan liikuntatoimen kanssa aloitettiin yhteistyöneuvottelut toukokuussa 2012. Tammelassa, samoin kuin Forssassa, on ollut haasteena oikean asiakasryhmän tavoittaminen.

Yhteistyö päätettiin aloittaa ohjaamalla syksyllä alkavaan ryhmään 40-vuotistarkastuksessa käyviä, liikunnasta hyötyviä tammelalaisia miehiä. Terveydenhoitaja antaa ryhmän toiminnasta asiakkaalle tiedotteen ja asiakas itse tekee päätöksen osallistumisesta ja ilmoittautuu ryhmään.

Apteekit

Hankkeen tavoitteena oli kehittää yhteistyötä ja luoda uusia yhteistyömalleja alueen apteekkien kanssa. Tavoitteena oli myös palveluiden asiakaslähtöisyys, joka perustuu perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja kolmannen sektorin yhteistyöhön. Apteekkien kanssa on oltu yhteydessä jossain määrin myös aiempien projektien yhteydessä. Selviä yhteistoimintamuotoja ei kuitenkaan ole aiemmin luotu.

Lokakuussa 2011 MaaliPOTKU-hankkeen aluekoordinaattori lähetti kutsut sekä postitse että sähköpostin välityksellä kuntayhtymän alueella toimivalle seitsemälle apteekille. Ensimmäinen tapaaminen apteekkareiden, apteekkien yhteyshenkilöiden ja MaaliPOTKUn projektiryhmän välillä pidettiin pääterveysaseman kokoustilassa 1.11.2011. Tapaamisessa keskityttiin potilaan itsehoitoon liittyvään lääkitykseen ja siinä ilmenneihin ongelmiin. Ensimmäisestä kokoontumisesta saatujen kokemusten perusteella päätettiin kokoontumisia jatkaa säännöllisesti kaksi kertaa vuodessa. Toisessa tapaamisessa (17.4.2012) koettiin tärkeäksi edelleen laajentaa yhteistyötä ja järjestää apteekkien, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon henkilökunnalle yhteistä koulutusta.

Päädettiin järjestämään kolme, sisällöltään samaa, työpajamuotoista koulutuskertaa syys- ja lokakuussa 2012. Koulutuksen tarpeesta ja sisällöstä keskusteltiin MaaliPOTKU-hankkeen projektiryhmän ja apteekkien yhteistyötapaamisessa. Ensimmäiseen paajaan 25.9.2012 osallistui 10 apteekkien henkilökuntaan kuuluvaa ja 24 terveydenhuollon henkilökuntaan kuuluvaa. Terveydenhuollon henkilökuntaa oli sekä perusterveydenhuollosta että erikoissairaanhoidosta.

Seuraavat työpajat olivat 1.10. ja 9.10.2012. FSTKY on luonut kumppanuussuhteen Terveystalon kanssa. Yhteistyöllä pyritään kehittämään alueellisia terveystalouksia.

Kolmannen sektorin toimijoista ja heidän yhteystiedoistaan on olemassa listat, joita laatu- ja kehittämispäällikkö Raija Vähätalo on pitänyt ajan tasalla. Ne löytyvät sähköpostista/Intranetistä kansioista Yleiset kansiot – Terveyden edistäminen – Yhdistykset. Järjestöt jakavat tietoa eri asiakasryhmien erityistarpeista ja kokonaiselämäntilanteen hoidosta. Tätä tietoa terveydenhoitohenkilöstö käyttää lisätäkseen omaa ammattitaitoaan tavoitteenaan kyetä ymmärtämään entistä paremmin erilaisten asiakkaiden kokemuksia ja näkemyksiä. Kolmannen sektorin kanssa tehtävässä yhteistyössä on tärkeää muistaa terveydenhuollon ammattilaisten asiantuntijuus terveyden- ja sairaudenhoidossa.

Hankaluudet:

Terveydenhuollon ja kolmannen sektorin välinen yhteistyö on pitkälle riippuvaista toimijoiden omasta halusta ja kiinnostuksesta. Yhteistyötä vaikeuttaa taloudellisten resurssien puute, riittämätön toisen osapuolen toiminnan tunteminen ja heikko tiedonkulku. (Laamanen, Ala-Kauhaluoma & Nouko-Juvonen 2002.)

Kehittämisisideat:

Yhteistyötä voidaan lisätä tutustumalla toiseen osapuoleen, motivoimalla yhteistyöhön ja sopimalla yhdessä toimintakäytännöistä. Terveydenhuollossa tulee pyrkiä hyödyntämään kolmannen sektorin kyky tunnistaa julkista palvelujärjestelmää paremmin järjestelmän ulkopuolelle jääneet. Terveydenhuollossa tulee vahvistaa ja tukea järjestöjen yhteisöllisyyteen perustuvaa toimintaa ja osallistujien haluun auttaa toisia. Entistä tärkeämmäksi tämä tulee tulevaisuudessa, kun terveydenhuollon käytettävissä olevat resurssit vähenevät.

2.3. Terveyskeskukset ovat sitoutuneet terveyshyötymallin mukaiseen toimintaan

FSTKY: ”Palveluita tuottavat tiimit ja tahot on valmennettu CCM-mallin mukaiseen toimintaan. Pilottina on monisairaan / pitkäaikaissairaan potilaan hoitotiimin / tiimien valmennus ja arviointi. Potilasryhmäksi on valittu sydämen vajaatoimintapotilaat.”

Terveyshyötymallia tuotiin hankkeen aikana tutuksi erilaisten koulutusten ja työpajojen avulla. Tammikuun 21. päivänä 2011 Matti Rekiaro kertoi Terveyshyötymallista ja Potku-hankkeesta FSTKY:n perusterveydenhuollon henkilökunnalle. Tilaisuuteen osallistui 47 henkilöä. Toukokuussa 2011 järjestettiin Voimavaraistava työote ja Motivoiva haastattelu työskentelyvälineenä – koulutukset (10.5. ja 17.5.2011). Koulutus toteutettiin osittain työpajamuotoisesti ja niissä oli yhteensä 78 osallistujaa. Valittiin avainhenkilöt, jotka aloittivat uuden toiminnan suunnittelun ja kehittämisen.

Avainhenkilöt valittiin Pääterveysaseman ryhmä 3:sta ja Tammelan terveysasemalta. Pilotoinnissa olivat mukana Arto Kannisto (pta), Aura Karjalainen (Tla), Päivi Martinson (Tla), Anitta Mero (Tla, kevät 2012 alkaen) ja Mailis Simola (pta). Pilottiryhmien avainhenkilöt ja aluekoordinaattori kokoontuivat työpajoissa kuusi kertaa (15.6., 31.8., 19.10. ja 30.11.2011 sekä 11.1. ja 15.2.2012). Työpajojen lisäksi pilottiryhmä osallistui projekti-ryhmän kokouksiin.

Onnistumiset:

Pilotoinnissa mukana olleet henkilöt olivat innostuneita ja halukkaita kehittämään uusia toimintamalleja. Luotiin uusi toimintamalli terveyshyötymallia toteuttavaan valmisteltuun vastaanottoon.

Hankaluudet:

Valittu potilasryhmä koettiin haasteelliseksi. Potilaat olivat iäkkäitä ja tottuneet luottamaan ja toteuttamaan terveydenhuoltohenkilöstön ohjeita. Heidän oli vaikea muuttaa ajattelutapaansa.

Ongelmana oli myös resurssien puute. Hoitosuunnitelmavastaanoton kehittäminen ja hoitosuunnitelmien tekeminen uuden mallin mukaisesti vei paljon aikaa ja siihen ei ollut resursoitu lisähenkilökuntaa. Muun työn ohessa tehty valmistellun vastaanoton suunnittelu ja kehittäminen koettiin haasteelliseksi ja rankaksi. Myös muulta terveydenhuoltohenkilökunnalta tuli kritiikkiä uutta toimintatapaa kohtaan, koska sen koettiin työllistävän henkilökuntaa entistä enemmän.

Valmistellun vastaanoton mallia, ja hoitosuunnitelmien tekoa kehitetyn mallin mukaisesti, ei onnistuttu juurruttamaan hankkeen aikana pilottiryhmien ulkopuolelle.

Kehittämisehdotuksia:

Terveysshyötymallin mukaista toimintaa tulee alkaa säännöllisesti toteuttaa kuntayhtymässä. Henkilökunnan motivointiin tulee panostaa ja tiimien tulee varata suunnitellusti resurssia hoitosuunnitelmien teolle. Hoitosuunnitelmille tulee esimerkiksi varata jokaisen tiimin ajanvarauslistaan säännöllisesti aika, jolloin hoitosuunnitelmia tehdään, esimerkiksi yksi hs/tiimi/vko.

Kehitetään perusterveydenhuollon toimintaohjeisiin, kohtaan ”Kansansairaudet, yhteistyömallit”, malli sydämen vajaatoimintapotilaan hoidosta terveystyömallin mukaisesti.

2.4. Terveystyömallin tavoitteet ja mittarit on sovittu ja otettu käyttöön johtamisessa

FSTKY:n MaaliPOTKU-hankeessa otettiin käyttöön SWOT ja ACIC. SWOT-analyysit tehtiin projektiryhmässä 6.5.2011 ja johtoryhmässä 7.9.2011. ACIC-arvioinnit tehtiin keväällä 2011 ja 2012, sekä hankkeen ohjausryhmänä toimineessa johtoryhmässä, että molemmissa pilottiryhmissä. Arvioinnit koottiin yhteen projektiryhmässä ja niistä tehtiin yhteisarviointi.

ACIC-arviointeihin osallistui keväällä 2011 johtoryhmässä, Forssan ja Tammelan pilottiryhmissä ja projektiryhmässä yhteensä 30 henkilöä. Arviointeihin osallistui keväällä 2012 johtoryhmässä 10, Forssassa viisi, Tammelassa neljä ja projektiryhmässä 10 henkilöä eli yhteensä 29 henkilöä.

Yksi PACIC-kysely testattiin asiakkaalla. Lomake osoittautui hänen kohdallaan vaikeasti ymmärrettäväksi ja vastausten perusteella hän koki saavansa hyvää hoitoa jo ennen hoitosuunnitelman tekoakin. Muilta hoitosuunnitelmapotilailta ei PACIC:a FSTKY:stä kerätty. Tähän on syynä se, että hoitosuunnitelmien tekeminen aloitettiin vasta syksyllä 2011, jolloin saatuja tuloksia ei olisi voitu Potku-hankkeessa enää hyödyntää.

MaaliPOTKU-hankkeen puolivälissä tehdyssä SWOT-analyysissä hankkeen vahvuudeksi arvioitiin ministeriön rahoitus, kansallinen suuntaus perusterveydenhuollon vahvistamiseen, asiantuntijatuki, asenteiden muokkaus, laaja-alainen verkostoituminen ja yhteiset koulutukset. Heikkouksiksi arvioitiin maantieteellisesti pitkät välimatkat eri osahankkeiden välillä, passiivinen viestiminen väestölle, paikallistason resurssien puute ja hankkeissa tehtävä päällekkäinen työ. Mahdollisuuksiksi arvioitiin hankkeen hyvä ajankohta, viestinnän laaja verkosto, laaja-alaisen uuden toimintatavan kehittäminen, asenteiden muokkaus, muiden osaamisen hyödyntäminen omaan käyttöön ja resurssien vapautuminen jatkossa tehokkaampaan käyttöön. Uhkana pidettiin hankejohdon väsymistä, rahoituksen riittämättömyyttä, tekniikan ylikorostumisen myötä syrjäytymisen mahdollista lisääntymistä, jatkumattomuutta ja ajan riittämättömyyttä mallin juurruttamiseen.

ACIC-arvioinnista saatujen tulosten perusteella terveyshyötymallin mukainen toiminta on edistynyt FSTKY:ssä hankkeen aikana. Kaikkien kuuden osa-alueen keskiarvo oli ensimmäisessä mittauksessa vuonna 2011 4,3 ja toisessa mittauksessa vuonna 2012 5,6. Alkumittauksen keskiarvo 4,3 kuvaa perustukea pitkäaikaissairauksien hoidolle. Toisessa mittauksessa arvioitiin pitkäaikaissairauksien tuen olevan jo hyvin lähellä varsin kehittyntä tukea (kehittyneen tuen raja-arvo on $6 \leq$).

Heikoimmin toimivaksi osa-alueeksi arvioitiin vuonna 2012 Tiedon tehokäyttö eli mahdollisuudet kliinisten tietojärjestelmien hyödyntämiseen (keskiarvo 2,8). Muiden arvioitavana olleiden osa-alueiden parhaiten toimiviksi osa-alueiksi arvioitiin Kytkenät yhteisöön (keskiarvo 6,7), Omahoidon tuki (keskiarvo 6,5) ja Palveluvalikoima (keskiarvo 6,3). Parhaiten toimiviksi käytännöiksi osa-alueiden sisällä arvioitiin suunnitellut vastaanottokäynnit ja kumppanuudet kuntien ja kolmannen sektorin kanssa (keskiarvo 8). Lähes yhtä toimivina käytäntöinä pidettiin ylimmän johdon osallistumista suunnitelmalliseen hoidon kehittämiseen, omahoidon tukea, potilaiden ja heidän perheidensä huolenaiheiden huomioon ottamista, tehokkaita käyttäytymisen muutokseen tähtääviä interventioita ja vertaistukea sekä hoidon jatkuvuutta.

Heikoimmin toimiviksi käytännöiksi osa-alueiden sisällä arvioitiin erikoissairaanhoidon osallistuminen perusterveydenhuollon kehittämiseen (keskiarvo 4), kannustimien ja ohjeistusten käyttö, omahoidon tarpeiden ja aktiviteettien arviointi ja dokumentointi sekä palveluvalikoiman seuranta (keskiarvo 5).

Onnistumiset:

Parhaiten ACIC-arvioinnin mukaan oli edistytty osa-alueessa ”Kytkenät yhteisöön”. Tässä pyydettiin arvioimaan kytkentöjä terveystalouden tuottajan ja yhteisön resurssien välillä. Arvioinnin keskiarvo oli parantunut kahdella 4,7:stä 6,7:ään. Potilaan hoidon kytkeminen ulkoisiin resursseihin arvioitiin toteutuvan nyt tehtävään osoitetun henkilön tai tehtävän avulla. Samoin arvioitiin, että kumppanuuksia kunnan muiden hallintokuntien ja kolmannen sektorin kanssa oli muodostettu, tarkoituksena kehittää hoitoa tukevia ohjelmia ja käytäntöjä. Alueellisten hyvinvointi- ja terveysuunnitelmien arvioitiin koordinoivan pitkäaikaissairauksien hoito-ohjeita, toimenpiteitä tai resursseja yhden tai kahden kroonisen sairauden hoidossa.

Hankaluudet:

Kliiniset tietojärjestelmät oli edelleen vuonna 2012 heikoiten toimiva osa-alue ja sen keskiarvo oli parantunut muihin osa-alueisiin verrattuna heikoiten ensimmäisestä arvioinnista (0,8 pistettä).

Arvioitiin, että listaa tiettyä tautia sairastavista potilaista ei ole saatavissa samoin kuin ei myöskään ole saatavissa muistutuksia hoitohenkilökunnalle. Arvioitiin, että palautetta annetaan tiimille edelleen harvoin eikä henkilökohtaista palautetta anneta lainkaan.

ACIC-arviointi osoitti, että johtoryhmän tekemä toiminnan arviointi eroaa melko paljon työntekijätason tekemästä arvioinnista. Johtoryhmä arvioi omahoidon tuen toimivan heikommin kuin mitä työntekijätaso arvioi. Palveluvalikoima-osion toimivuuden arvioivat kaikki samalla tavalla. Sen sijaan kaikki muut osa-alueet johtoryhmä arvioi paremmin toimiviksi kuin mitä pilottiryhmät arvioivat.

Johtopäätökset:

Kokonaisarvion mukaan Terveystieteiden tutkimuskeskuksen mukaisessa toiminnassa on tapahtunut kehitystä. FSTKY:n yhteisen sisäisen arvioinnin kaikkien kuuden osa-alueen keskiarvo nousi +1,3 pistettä. Arvio nousi ”perustuesta pitkäaikaissairauksien hoidolle” lähelle tasoa ”varsin kehittyntä tukea pitkäaikaissairauksien hoidolle”.

Kehittämisehdotuksia:

Johtoryhmää tulee aktiivisemmin informoida eri hankkeista ja niihin liittyvistä toiminnan osa-alueista. Eri toimipisteissä toimivan henkilökunnan ja johtoryhmän säännöllisiä tapaamisia tulee toteuttaa aktiivisemmin. Hanketyöntekijän tulisi tehdä aktiivisemmin yhteistyötä myös johtoryhmään päin ja tuoda hanketta ja siihen liittyviä ongelma-alueita esille tapaamisissa. Toisaalta ohjausryhmässä toimivien tulee itsekin omalla aktiivisuudellaan pyrkiä ajantasaistamaan omia tietojaan.

Ongelmat rekistereiden tai muistutteen saatavuudesta eivät aina johdu tietojärjestelmistä vaan järjestelmään kirjatun tiedon rakenteesta ja sisällöstä. Jatkossa tuleekin kiinnittää huomiota rakenteeseen kirjaamiseen ja sen onnistumiseksi tarjota asiantuntijan antamaa säännöllistä ja ajan tasalla olevaa koulutusta.

Pilottiryhmät kokivat, että erikoissairaanhoidon ei osallistu riittävästi perusterveydenhuollon kehittämiseen. Vaikka ACIC-arvioinnin perusteella yhteistyö on lisääntynyt, tähän kannattaneen luoda jatkossa yhä uusia yhteisiä toimintamalleja.

ACIC-arviointia kannattaneen käyttää kuntayhtymässä jatkossakin toiminnan mittarina, mutta aineistoa on tarkasteltava kriittisesti. Mittarin käytössä olevat termit ovat vaikeaselkoisia ja ne saatetaan ymmärtää eri tavoin eri ryhmissä. Mittarin soveltuvuudesta Suomeen ei ole vielä olemassa tutkimusnäyttöä. Myös PACIC:n käyttöä kannattaneen harkita uudelleen.

ACIC-arvioinnissa tuli esille puutteet palautejärjestelmässä. Palautejärjestelmää tulee kehittää ja erityisesti kiinnittää huomiota palautteen säännölliseen, oikea-aikaiseen, kannustavaan, kehittävään ja tavoitteelliseen antamiseen. Tulee muistaa, että erittäin suuri merkitys on sillä, kuka palautteen antaa.

2.5. Jokaisella pitkäaikaissairaalla potilaalla on potilaan kanssa yhdessä laadittu yksilöllinen ja strukturoitu hoitosuunnitelma

FSTKY: ”Jokaisella pitkäaikaissairaalla / monisairaalla on CCM-mallin näkökulmasta laadittu kuntoutus- ja seurantasuunnitelma”

FSTKY:ssä valittiin MaaliPOTKU-hankkeessa pilotoitavaksi potilasryhmäksi sydämen vajaatoimintapotilaat. Tavoitteena oli kerätä kokemuksia tästä potilasryhmästä ja sen jälkeen myöhemmin laajentaa hoitosuunnitelmien tekoa muihinkin potilasryhmiin Terveystieteiden tutkimuskeskuksen edellyttämällä tavalla. Aloitettiin koulutuksella, jonka tavoitteena oli osata tunnistaa sydämen vajaatoimintapotilaan oireita, tietää vajaatoimintaa pahentavia tekijöitä, osata hoitaa vajaatoimintapotilasta ja tunnistaa siihen liittyviä ongelmatilanteita. Koulutus järjestettiin yhteistyössä erikoissairaanhoidon kanssa ja sen pidettiin sisätautien ylilääkäri Hannu Sulonen FSTKY:n koulutustilassa 29.4.2011. Koulutukseen osallistui 34 henkilöä perusterveydenhuollosta. Tilaisuudessa keskusteltiin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisestä työnjaosta ja yhteistyöstä vajaatoimintapotilaan hoidossa.

Hankkeen tavoitteena oli kehittää yksilöllisten hoitosuunnitelmien tekoa FSTKY:ssä. Kehittämistyön aikana FSTKY:n henkilökunta osallistui Potku-hankkeen järjestämiin hoitosuunnitelmapäätösten työpajoihin Tampereella (13.5.2011 kolme henkilöä, 9.6.2011 kaksi henkilöä, 25.10.2011 kaksi henkilöä). Tavoitteen saavuttamiseksi perustettiin kaksi pilottiryhmää, joissa suunniteltiin hoitosuunnitelmien tekoa, tehtiin hoitosuunnitelmia, arvioitiin ja kehitettiin toimintaa. Potilaan omahoitoa tukevien hoitosuunnitelmien kehittäminen aloitettiin omahoitolomakkeen suunnittelusta.

Kesäkuussa 2011 päätettiin muokata Riihimäen omahoitolomaketta yksinkertaisemmaksi ja omiin tarpeisiimme sopivammaksi. Lomaketta muokattiin kesäkuun 2011 aikana pilottiryhmien työpajassa (15.6.2011), jonka lisäksi keskustelua käytiin lomakkeen sisällöstä sähköpostin välityksellä. Omahoitolomake valmistui pilottiryhmien käyttöön 30.6.2011. Ensimmäisille potilaille lomakkeet annettiin/lähetettiin etukäteen ennen vastaanotolle tuloa täytettäväksi elokuussa 2011.

Lokakuussa 19.10.2011 pidetyssä työpajassa lomaketta arvioitiin ja keskusteltiin lomakkeen käyttökokemuksista. Potilaat olivat kokeneet omahoitolomakkeen täyttämisen etukäteen, yksin kotona, vaikeaksi. Potilaat eivät osanneet asettaa omalle hoidolleen tavoitteita, vaikka tavoitteiden sijaan lomakkeessa käytettiin sanoja ”pärjääminen” ja ”toiveet hoidolle”. Tavoitteiden lisäksi lomakkeessa pyydettiin potilasta kirjaamaan kaikki käyttämänsä lääkevalmisteet, myös luontaistuotteet. Potilaan täyttämä todellinen lääkelista kaikkine vitamiineineen ja linimentteineen toikin selkeää hyötyä antaen hoitohenkilökunnalle todellista tietoa potilaan lääkityksen kokonaisuudesta. Vaikka lomakkeen täyttäminen muilta osin osoittautui jonkin verran vaikeaksi, sen kuitenkin arvioitiin auttavan potilasta pohtimaan uudella tavalla omaa terveyttään ja hoitoaan sekä omaa osuutta hoitoonsa. Tämän vuoksi omahoitolomakkeen käyttöä päätettiin jatkaa osana hoitosuunnitelman laatimisprosessia.

Tavoitteena oli aloittaa hoitosuunnitelmien tekeminen kahdessa pilottiryhmässä elokuussa 2011. Tavoite saavutettiin Forssassa. Forssan ensimmäinen hoitosuunnitelma tehtiin 15.8.2011 ja Tammelan 28.9.2011. Tavoitteena oli saada kumpaankin ryhmään 10 potilasta ja heille hoitosuunnitelmat vuoden loppuun mennessä. Syyskuun lopussa oli valmiina kuusi hoitosuunnitelmaa.

Hoitosuunnitelmavastaanotto aloitettiin potilaan ja sairaan- tai terveydenhoitajan tapauksella, jossa käytiin läpi potilaan täyttämää Omahoito-lomaketta. Tämän jälkeen tapaamiseen tuli mukaan lääkäri. Läsnaolon malli todettiin nopeasti huonoksi. Jos hoitaja ja lääkäri olivat molemmat yhtä aikaa samassa tilassa potilaan kanssa, se häiritsi potilasta ja potilas yritti miellyttää kumpaakin vuorotellen. Tämän vuoksi muutettiin toimintatapaa ja potilas oli ensin hoitajan luona ja sen jälkeen yksin lääkärin luona.

Hoitosuunnitelman kirjaaminen osoittautui haasteelliseksi. Elokuussa 2011 päätettiin, ettei käyntisyytä kirjata, vaan odotetaan uutta Effic-päivitystä. Päivityksen tulo viivästyi ja käyntisyyden kirjausta ei tehdä vielä kukaan syyskuussa 2012. Syyskuussa 2011 päätettiin tilata Effican hoitosuunnitelmaa varten oma lomake. Uutta lomaketta ei kuitenkaan hankkeen aikana tullut käyttöön. Lääkärit kirjaavat hoitosuunnitelman toistaiseksi Tiivistelmä-lehdelle kunnes uusi rakenteinen kirjaaminen tulee käyttöön.

Tiivistelmä-lehti on tilaltaan liian pieni hoitosuunnitelmalle, mutta muutakaan vaihtoehtoa ei toistaiseksi ole. Hoitajat kirjaavat joko Yle-lehdelle (sairaanhoitajat) tai Th-lehdelle (terveydenhoitajat).

Hoitosuunnitelmien tekoon varattiin aikaa ensimmäisille potilaille 30 minuuttia, joka todettiin liian lyhyeksi ajaksi. Potilaan kanssa käytävään keskusteluun aika olisi riittänyt, mutta kirjallisen suunnitelman teko vei enemmän aikaa. Hoitosuunnitelman tekemiseen pilottipotilaiden kanssa kului aikaa seuraavasti:

- Potilas oli hoitajan luona 30-60min (Forssa) tai 30min (Tammela) ja lääkärin luona 30min. Kirjaaminen sisältyi Forssassa hoitajan vastaanottoon, mutta Tammelassa kirjaus tapahtui vastaanoton ulkopuolella ja siihen kului aikaa noin aikaa 20min. Lisäksi hoitajalta kului aikaa ajanvaraukseen ja vastaanoton suunnitteluun. Tammelassa hoitaja soitti jokaiselle potilaalle ja kertoi hoitosuunnitelmavastaanoton ajanvarauksesta sekä informoi hoitosuunnitelmavastaanoton sisällöstä.

Ongelmana hoitosuunnitelmien teossa oli pilotointiin valittujen monisairaiden potilaiden korkea ikä ja huono kunto. Potilaiden keski-ikä oli 79 vuotta ja he sairastivat sydämen vajaatoiminnan lisäksi muun muassa diabetesta, verenpainetautia ja sepelvaltimotautia. Niinpä kaikille ryhmään etukäteen valituille potilaille ei voitukaan tehdä hoitosuunnitelmaa. Vaikka uusia potilaita saatiinkin lisää, oli vuoden 2011 lopussa tehty yhteensä 16 Terveystyömallin mukaista hoitosuunnitelmaa. Hankkeen päättyessä Terveystyömallin mukaisesti tehtyjen hoitosuunnitelmien tarkkaa lukumäärää ei ollut saatavissa, koska systemaattista hoitosuunnitelman kirjaamista potilastietojärjestelmään ei ole käytetty.

Terveyshyötymallin mukaisessa toiminnassa on ollut vaikeutena saada asiakkaat ymmärtämään oma vastuunsa omasta terveydestään ja velvollisuus aktiiviseen osallistumiseen omassa hoidossaan.

Kehittämis ehdotuksia:

Hoitosuunnitelmien tekemisen juurruttaminen vaatii jatkuvaa koulutusta. Effican uuden ohjelmapäivityksen ja rakenteisen kirjaamisjärjestelmän tultua käyttöön, tulee muistaa arvioida valmistellun vastaanoton käytäntöjä uudelleen. Tulee myös arvioida ja seurata hoitosuunnitelmien laatua jatkossa. Laadun seurannan keinona tulee harkita esimerkiksi sisäistä auditointia.

Toimintamalleja, joita kehitetään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä, tulee suunnitella ja kehittää. Tulisi tehdä yhteistyötä ja miettiä yhteisiä toimintatapoja, joiden avulla potilaan hoitoa suunnitellaan kokonaisvaltaisemmin ja toteutetaan terveyshyötymallin mukaisesti. Poistamalla päällekkäisiä toimintoja ja tekemällä potilaan hoito näkyväksi hoitosuunnitelmalla saadaan pitkän aikavälin kuluessa kustannussäästöjä.

FSTKY:ssä käytössä oleva yhteinen potilastietojärjestelmä perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa sekä kuntien vanhustenhuollossa helpottaa merkittävästi yhteistyötä.

Tulee harkita erilaisten muistutusten käyttöä. Voisi ottaa käyttöön esimerkiksi muistutukset hoitosuunnitelmien vuosikontrolleista ja ajan varauksesta omahoitajalle. Muistutuksen johdosta potilaille osattaisiin antaa suoraan aika hoitosuunnitelmavastaanotolle. Asiakkaalle lähetettävään muistutukseen liitettäisiin lisäksi ohje, miten vastaanotolle tulee valmistautua.

Sähköiset potilastietojärjestelmät mahdollistavat erilaiset poiminnot tietokannoista, joita tulee jatkossa hyödyntää. Tämä kuitenkin edellyttää rakenteista kirjaamista. Jatkossa tuleekin hyödyntää mahdollisuudet poimintoihin.

2.6. Erilaisia omahoidon työkaluja on otettu käyttöön, kuten ryhmäohjaus, terveysvalmennus ja sähköisiä omahoidon palveluja

FSTKY: ” Ryhmäohjauksen ja -vastaanottojen kehittäminen yhteistyössä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kanssa. Potilaan voimaannuttaminen omaan hoitoonsa yhteistyössä terveydenhuollon ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa.”

Erilaisista omahoidon työkaluista on FSTKY:ssä ollut käytössä muun muassa riskitestit, kirjalliset potilasohjeet, lääkkeiden pakkausselosteet, ohjaus terveystietoa sisältäville Internet-sivuille, omahoitopisteet, yksilöllinen ohjaus puhelimesta ja vastaanotoilla. Vastaanottojen kehittäminen terveyshyötymallin mukaiseksi ja potilaita voimaannuttavaksi on ollut hankkeen yksi päätavoitteista. Työ aloitettiin Omahoito-lomakkeen kehittämistyöllä. Tutustuttiin eri hankkeissa kehitettyihin lomakkeisiin, mutta päädyttiin oman lomakkeen kehittämiseen.

FSTKY:ssä on aktiivisesti kehitetty erilaisia ryhmäohjausmenetelmiä. Yhä enenemässä määrin niissä pyritään tekemään yhteistyötä kolmannen sektorin kanssa. Kolmas sektori on yhteiskumppanina esimerkiksi koulutusten järjestäjänä, fyysisten toimintatilojen tarjoajana tai olemalla mukana ryhmien toiminnan järjestelyissä ja aktiivisena toimijana.

Sähköisten omahoidon palveluiden kehittäminen on käynnissä kuntayhtymässä. Hankkeen aikana on käyty tutustumassa Espoon terveysasemalla käytössä olevaan eOmahoitoon ja Terveyskansioon (4.5.2011 A. Honkala, H.-M. Leino, P. Martinson, J. Ruohonen, K. Ruohonen ja R. Vähätalo). Medixinen kehittämään potilaan omahoitoa tukevaan sähköiseen informaatioteknologiaan on tutustuttu 4.5.2011 (H. Hutka-Ojanen, L. Pelli ja P. Kivistö) ja 15.2.2012 sekä 19.6.2012 (H. Hutka-Ojanen ja H.-M. Leino).

Kuntayhtymän kotisivuilla on jo useamman vuoden ajan ollut suojattu Kysy asiantuntijalta – palvelu, jossa Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymän väestövastuualueen asukkaat ja FSTKY:n työterveyshuoltoyksikön sopimusasiakkaat ovat voineet maksuttomasti tehdä kysymyksiä valitsemastaan aihepiiristä siihen erikoistuneilta terveydenhuollon asiantuntijoilta. Palvelun kautta voidaan vastata lyhyisiin, käynnissä olevaan hoitoon liittyviin kysymyksiin ja antaa tutkimusvastauksia arviointeineen. Palvelun käyttäminen vaatii rekisteröitymisen.

FSTKY:ssä tehtävä ryhmäohjaus ja siihen liittyvä yhteistyö kolmannen sektorin kanssa:

Neuvolat:

- Nuoria, odottavia äitejä ohjataan ns. Siskot-ryhmiin, jonka toiminnasta vastaa pääsääntöisesti evl-seurakunnan päiväkerhonohjaajat. Ryhmän toiminta perustuu Mannerheimin lastensuojeluliiton ja oululaisen neuvolan kehittämään toimintamalliin. Sekä FSTKY:n neuvoloiden terveydenhoitajat että seurakunnan työntekijät ovat saaneet Siskot-ryhmän toimintaan joitakin vuosia sitten koulutuksen. Terveydenhuollon ammattilaisten tehtävänä on ollut lähinnä rekrytoida nuoria äitejä ryhmään ja kertoa ryhmän toiminnasta. Ohjelmassa on 24 tapaamista, jotka alkavat raskauden puolivälin jälkeen jatkuen kunnes lapsi täyttää puoli vuotta. Ryhmässä tuetaan äidin jaksamista, vuorovaikutusta, parisuhdetta ja parhaimmillaan ryhmän osallistujat saavat erittäin hyvää vertaistukea toisiltaan. Ryhmän olemassa oloon ollaan neuvolassa erittäin tyytyväisiä, koska terveydenhuollolla ei ole resursseja näin laajaan, resursseja vaativaan toimintaan.
- Lastenneuvolat osallistuvat päivähoidon hyvinvointiryhmiin. Niissä tehdään yhteistyötä päiväkodin henkilökunnan, terveydenhoitajan, puheterapeutin, lasten vanhempien ja mahdollisesti jonkin muun erityistyöntekijän kanssa.
- Aikuisneuvolan elämäntapamuutosryhmän järjestelyissä olivat mukana terveydenhuollon ammattilaisten lisäksi Forssan liikuntatoimi ja Sydänyhdistys. Sydänyhdistys tarjoaa ryhmälle kuntosalitilat, jossa liikunnanohjaaja ohjaa laitteiden käyttöä. Terveydenhoitajat antavat tietoa suunnitteilla olevasta ryhmästä lääkäreille.
- Esitettä, jossa kerrotaan muun muassa ryhmän vetäjän yhteystiedot, jaetaan ryhmän toiminnasta kiinnostuneille asiakkaille vastaanotoilla. Ryhmän toiminnan sisällön suun-

nittelun, aikataulujen järjestelyn ja ryhmän koolle kutsumisen ovat hoitaneet lääkärin-vastaanottojen terveydenhoitajat.

- Toiminnan sisältö lähtee asiakkaiden tavoitteista. Jokaiselle ryhmälle ja sen jäsenelle asetetaan omat tavoitteensa.
- Ryhmän kooksi on päätetty viisi osallistujaa, jolloin ryhmä mahtuu kokoontumaan terveydenhoitajan huoneeseen. Tällöin on helppo tutustua terveydenhoitajan käytössä olevaan, terveyttä edistävään materiaaliin.
- Ryhmä kokoontuu yhteensä kahdeksan kertaa terveydenhoitajan luona; ensin viikon välein ja sitten harvemmin 1kk, 2kk ja 4kk kuluttua.
- Ensimmäisessä ryhmässä aloitti keväällä 2012 viisi miestä, joiden yhteisenä tavoitteena oli painonhallinta. Ryhmään pääsyn edellytyksenä oli painoindeksi yli 30. Kevään kuluessa miehet olivatkin saaneet pudotettua painoaan yhteensä yli 10kg.
- Ryhmän yhteinen liikunta jatkuu syksyllä 2012. Ryhmä jatkaa toimintaansa niin halutesaan.
- Palautetta ryhmästä ja kehittämissuhteita toiminnalle kerätään viimeisessä tapaamisessa syksyllä 2012.

Sisätautien osasto 2:

- Osasto 2:lla on toiminut vuoden 2011 keväästä alkaen ensisijaisesti tyyppin 2 diabeetikoille ja heidän omaisilleen tarkoitettu Diabetes Keskustelut -ryhmä. Ryhmätyömallin mukaisesti toimiva ryhmä kokoontuu joka kolmas keskiviikko sairaalan toisessa kerroksessa, osastolla 11, psykiatrian taustaryhmähuoneessa. Ryhmä kootaan tarjoamalla osasto 2:lla hoidossa olleille tai oleville diabetespotilaille mahdollisuus osallistua ryhmäohjaukseen. Mallin on kehittänyt Healthy Interactions yhteistyössä kansainvälisen diabetesjärjestön IDF Euroopan kanssa. Diabetesliitto kouluttaa keskustelukarttoja käyttävät ohjaajat ja maksuttoman koulutuksen ja materiaalit tarjoaa Lilly. Ryhmää vetävät vuorotellen kaksi diabeteshoitajaa ja jalkahoitaja.
- Osaston henkilökunta esittelee potilaille ryhmän toimintaa ja kutsuu ryhmään.
- Ryhmän toiminnassa painotetaan potilaan motivoitumista omista tarpeista lähtevään elämäntapamuutokseen.
- Ryhmän koko on vaihdellut eri tapaamiskertoina 1-9 henkilön välillä. Hyvänä ryhmäkokona ohjaajat pitävät 4-6 henkilöä.

- o Ryhmä toimii nonstop-periaatteella. Ryhmään voi liittyä mukaan milloin tahansa ja olla mukana niin kauan kuin haluaa.
- o Ryhmän toiminta ja ohjaus perustuvat kansainvälisiin Diabetes Keskustelukarttoihin ja aiheet käsittelevät muun muassa diabetesta osana elämää, diabeteksen vaikutuksia, terveellistä syömistä ja liikuntaa, insuliinihoidon aloittamista ja jalkojen hoitoa.
- Toisesta ryhmätoimintamuodosta osasto 2 on neuvotellut paikallisen Sydänyhdistyksen tukihenkilöiden kanssa. Osastolla olevilla sydänpotilailla olisi mahdollisuus kokoontua keskustelemaan mieltä askarruttavista asioista tukihenkilön kanssa. Samalla tarjottaisiin halukkaille tukitoimintaa sairaalajakson jälkeen. Toiminta perustuisi tukihenkilöiden aika- tauluihin. Potilaiden osallistumishalukkuus ryhmäkeskusteluun tulee kysyä hoitohenkilökunnan toimesta vaitiolosyiden vuoksi.

Sisätautien osasto 3:

- Sisätautien osasto 3:lla tehdään yhteistyötä Munuais- ja maksaliiton kanssa. Yhteistyö liittyy lähinnä potilaiden kuntoutukseen ja virkistäytymiseen. Vertaistukiasioissa on ollut yhteistyöpalaveri ja hoitajia on osallistunut Hämeenlinnassa pidettyyn liiton järjestämään koulutukseen. Yhteistyö on koettu mielekkääksi ja tarpeelliseksi osaksi dialyysipotilaiden omahoitoa ja hoitohenkilökunnan ammattitaidon ylläpitoa.

Kirurgian poliklinikalla ortopedian vastuusairaanhoitaja ja jonohoitaja järjestävät leikkaukseen tuleville tekonivel- ja olkapääleikkauspotilaille omahoitoa tukevaa leikkaukseen valmistavaa ryhmäohjausta. Leikkauksen jälkeen kirurgian osastolla tuetaan potilaan omia voimavaroja. Potilaan tulee selviytyä leikkauksen jälkeen kotona saamansa ohjauksen turvin ja osata tunnistaa mahdolliset leikkauksen jälkeiset terveysongelmansa. Potilaat saavat tarvittaessa tietoa eri potilasjärjestöjen toiminnasta. Kirurgian osastolla annettavasta potilasohjauksesta, lähestymistapana voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen kartoittaminen, ollaan tekemässä pro gradu -tutkimusta. Tutkimustuloksia on saatavissa keväällä 2013.

Tehokas omahoidon tuki auttaa potilasta ja heidän perheitään selviämään pitkäaikais-sairauden mukanaan tuomista haasteista ja auttaa vähentämään sairauden komplikaatioita ja oireita. ACIC-arvioinnin perusteella omahoidon tuen arvioitiin kehittyneen hankkeen aikana ”perustuesta” ”varsin kehittyneeksi tueksi”. Toiminnassa edellytetään omahoidon tarpeiden ja aktiviteettien arviointia ja dokumentointia. Omahoidon tuen arvioitiin toteutuvan kuhunkin yksikköön nimetyn omahoidon kouluttajan toteuttamana, ja omahoidon kouluttajien tapaavan heille varta vasten lähetettyjä potilaita. Potilaiden ja heidän perheidensä huolenaiheita rohkaistaan huomioimaan ja saatavilla on vertaistukea, ryhmätoimintaa ja mentorointia.

Kehittämissuhteita:

Sähköinen, suojattu asiointi on ollut kuntayhtymässä mahdollista jo useamman vuoden ajan. Siitä ei ole kuitenkaan aktiivisesti informoitu asiakaskuntaa ja sitä ei ole kehitetty. Jatkossa tulisikin hyödyntää enemmän jo olemassa olevaa järjestelmää. Omahoidon työkaluista sähköisten asiointipalvelun käyttö tulee laajenemaan lähivuosina, jota lisäävät erityisesti asiakkaiden tarpeet.

Päädyttyäessä uusiin sähköisiin järjestelmiin tulee henkilökunta motivoida niiden käyttöön aiempaa paremmin ja käyttää resursseja järjestelmän aktiiviseen markkinointiin asiakaskunnalle.

Jatkohankkeen aikana on tärkeä kehittää yhteistyötä hyvinvointiteknologia-asiantuntijan kanssa. Tästä esimerkkinä syksyllä 2012 alkava eMedic-hanke ja mahdollinen mukana olo siinä. EMedic-hankkeessa tulee edistää pth:n ja esh:n laaja-alaista yhteistyötä.

2.7. Jokaiselle pitkäaikaispotilaalle on määritelty hoidon toteutuksesta vastaava työntekijä, joka on kirjattu hoitosuunnitelmaan

FSTKY:ssä perusterveydenhuollon palvelut ovat asiakkaiden saavutettavissa säädetysissä ajassa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2012) mukaan hoitoon pääsy perusterveydenhuollossa maaliskuussa 2012 on toteutunut hyvin. Jonotusaika hoitajan vastaanotolle oli alle kolme päivää ja lääkärin vastaanotolle alle kaksi viikkoa.

Omalääkäri-omahoitaja työpari – toimintaa on kehitetty ja se toteutuu lääkärinvastaanoitoilla ja suun terveydenhuollossa. FSTKY:ssä toteutetaan tiimityöskentelymallia, jossa asiakkaat on jaettu eri tiimeille asuinpaikkansa mukaan. Tässä mallissa potilas pääsee aina oman tiimin hoitoon ja potilaat tietävät oman terveydenhuollon yhteystenkilönsä. Pilottiryhmät tekivät 16 hoitosuunnitelmaa vuoden 2011 loppuun mennessä. Vastaavan henkilön (omahoitaja tai – lääkäri) kirjaamisesta hoitosuunnitelmaan on sovittu.

Hankaluutena on, että hoitosuunnitelma-asiakkaita ei ole koodattu potilastietojärjestelmään. Tämän vuoksi heitä ei pystytä poimimaan järjestelmästä sähköisesti. Hoitosuunnitelmapotilaat tulee hakea tiedossa olevan henkilötunnuksen perusteella.

Ongelmana on ollut saada pilotoinnin ulkopuolelle jääneet, pääterveysasemalla ja muilla terveysasemilla työskentelevät hoitotiimit aloittamaan terveyshyötymallin mukaisten hoitosuunnitelmien tekeminen. Toisaalta monet lääkärit tekevät itsenäisesti jo hyvin pitkälle terveyshyötymallin mukaisia hoitosuunnitelmia, mutta se ei tapahdu valmistellun vastaanoton mallin mukaisesti yhteistyössä sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan kanssa.

Vastaavan henkilön kirjaaminen hoitosuunnitelmaan ei ole toteutunut. Asiakkaat ovat Tammelassa saaneet erillisen lapun, jossa yhteystiedot.

Kehittämis ehdotuksia:

Pelkkä tiedonsaanti hoitosuunnitelmien tekemisen mallista ei ole riittänyt toiminnan juurruttamiseen ja laajentamiseen. Toimintakäytäntöjen yhtenäistämistä tulee käsitellä vielä uudelleen ja sopia käytännöistä kaikkien tiimien kanssa. Jatkossa tulee harkita jonkinlaisen tukiryhmän perustamista, jolta saa helposti apua hoitosuunnitelman teossa tuleviin ongelmiin.

2.8. Pitkäaikaissairaana terveyskeskuskäynti on ennalta suunniteltu ja vastuut on määritelty

Pitkäaikaissairaana terveyskeskuskäyntiä suunniteltiin projektiryhmässä ja kehitettiin pilottiryhmien työpajoissa. Toiminta aloitettiin järjestämällä koulutusta perusterveydenhuollon henkilökunnalle kertomalla terveyshyötymallista ja Potku-hankkeesta Matti Rekiaron vetämänä (21.1.2011). Pilotoitavaksi potilasryhmäksi valittiin sydämen vajaatoimintapotilaat. Vajaatoimintapotilaan hoitoon ja hoitoprosessiin perehdyttiin erikoissairaanhoidon sisätautien ylilääkärin Hannu Sulosen pitämässä koulutuksessa perusterveydenhuollon henkilökunnalle (29.4.2011). Koulutus jatkui kevään aikana TtM Kirsi Hentisen pitämien työpajojen muodossa aiheina voimaannuttava työtapa (10.5.2011) ja motivoiva haastattelu (17.5.2011). Koulutusiltapäivän (17.2.2012) teemoina olivat Maa-liPOTKU-hanke, toiminnan kehittäminen Terveysyötymallin mukaisesti ja pitkäaikaissairaana suunnitellun terveyskeskuskäynnin malli FSTKY:ssä.

Näiden omien koulutusten lisäksi osallistuttiin Potku-hankkeen yhteisiin koulutuksiin, työpajoihin ja seminaareihin.

FSTKY:n pilottiryhmissä suunniteltiin uusia toimintatapoja, toteutettiin niitä ja arvioitiin onnistumista. Arvioinnin perusteella toimintatapoja muokattiin uudelleen. Saatujen kokemusten perusteella muodostui toimintamalli sovitusta käytännöistä hoitosuunnitelma-vastaanotolla.

HOITOSUUNNITELMAVASTAANOTON RAKENNE FSTKY:SSÄ:

Lääkäri ja potilas sopivat hoitosuunnitelman teosta:

Pilottiryhmään mukaan otetut potilaat valitsi lääkäri keskusteltuaan asiasta potilaan kanssa ja saatuaan potilaan suostumuksen. Lääkäri kirjasi Efficaan Yle-lehdelle potilaan olevan mukana hankkeessa. Tämän lisäksi lääkäri kertoi työparina toimivalle terveydenhoitajalle/ sairaanhoitajalle asiasta.

Potilaan kutsuminen vastaanotolle:

Hoitaja soitti potilaalle ja kertoi hoitosuunnitelmapöytäkirjasta, sekä lähetti potilaalle kutsukirjeen, joka sisälsi potilaan esitettäväksi tarkoitettua Omahoito-lomakkeen. Lomakkeessa pyydetään potilasta kirjaamaan kaikki käyttämänsä lääkevalmisteet, myös luontaistuotteet. Potilaan täyttämä todellinen lääkelista onkin tuonut selkeää hyötyä antamalla hoitohenkilökunnalle ajantasaista tietoa potilaan lääkityksestä kokonaisuutena. Lomakkeen täyttäminen muilta osin on osoittautunut potilaalle jonkin verran haasteelliseksi. Se kuitenkin auttaa potilasta pohtimaan omaa terveyttään ja hoitoaan sekä omaa osuutta hoitoonsa uudella tavalla, joten lomakkeen käyttöä kokonaisuudessaan päätettiin jatkaa.

Potilas vastaanotolla:

Hoitosuunnitelma-potilas tuli ensin hoitajan vastaanotolle. Hoitaja tutustui potilaan täyttämään Omahoito-lomakkeeseen ja haastatteli potilasta.

Kirjaaminen tapahtui mahdollisimman nopeasti Yle-lehdelle (sh) tai Th-lehdelle (th). Hoitajavastaanoton jälkeen potilas siirtyi lääkärin luokse. Aluksi potilas siirtyi yhdessä hoitajan kanssa lääkärin vastaanotolle. Hoitajan läsnäolo lääkärin vastaanotolla osoittautui nopeasti huonoksi toimintatavaksi. Näin ollen ko. toimintatavasta luovuttiin ja jatkossa potilas oli kahden lääkärin kanssa, ilman hoitajaa. Lääkäri kertoo vastaanotolla potilaan sairaudet, hoidon, lääkityksen ja hoidon seurannan. Kirjaaminen tapahtuu heti ja potilas saa hoitosuunnitelmansa tulostettuna mukaansa. Lääkäri kirjaa käynnin Efficaan Tiivistelmä-lehdelle.

Ajankäyttö vastaanotoilla:

Tähänastisten kokemusten mukaan potilaan käyntiin hoitajan ja lääkärin vastaanotoilla tulee varata yhteensä yksi tunti. Tunti on koettu riittäväksi ajaksi, kun potilaat ovat olleet ennestään tuttuja. Vieraampien tai uusien potilaiden käyntiin tulee varata enemmän aikaa. Samoin kokemattomammalta työntekijältä hoitosuunnitelmavastaanotto vienee enemmän aikaa. Jatkossa oman ajan käyttöä tuleekin harkita.

Hoitosuunnitelmavastaanotolle tullaan valitsemaan aluksi sellaisia pitkäaikais- ja monisairaita asiakkaita, jotka ovat itse motivoituneet terveyttä edistävään tavoiteasetteluun. Tämän jälkeen hoitosuunnitelmat tullaan tekemään kaikille pitkäaikais- ja monisairaille.

Tulokset

Potilaat eivät ole aina osanneet toimia sovitun suunnitelman mukaan. Esimerkiksi Tammelassa asiakas tuli viikon kuluttua hoitosuunnitelman teosta kysymään, mitä pitäisi tehdä turvonneiden nilkkojen kanssa. Hänen hoitosuunnitelmansa sisälsi ohjeen Furesis-annoksen lisäämisestä tarvittaessa, mutta asiakas ei ymmärtänyt ohjetta tai ei uskaltanut toteuttaa lääkkeen lisäystä itsenäisesti.

Hoitosuunnitelmia tehtiin pilotoinnin aikana 16 kappaletta. Yhteenvetona vuoden ajalta ennen hoitosuunnitelman tekoa ja vuoden ajalta teon jälkeen voitiin tehdä 15 asiakkaasta. Hoitosuunnitelman teon jälkeisenä vuotena käynnit terveydenhuollossa, verrattuna vuoteen ennen hoitosuunnitelmaa, vähenivät osalla potilaista merkittävästi ja osalla käynnit lisääntyivät. Otoksessa olevien potilaiden määrä oli liian pieni, jotta siitä voitaisiin tehdä yleistyksiä. Kuitenkin yhteenvedosta nähtiin, että 15 asiakasta käytti erilaisia terveydenhuollon palveluita (vastaanottokäynnit erikoissairaanhoidossa tai perusterveydenhuollossa lääkärin tai hoitajan vastaanotolla, radiologiset tutkimuskäynnit, laboratoriovastaanottokäynnit sekä konsultaatiot) kuntayhtymässä ennen hoitosuunnitelman tekoa 308 kertaa ja hoitosuunnitelman teon jälkeen 285 kertaa.

Edellä mainituista käynneistä puuttuvat muun muassa puhelimitse tapahtuneet yhteyden otot ja laboratoriokäynnit ilman ajanvarausta. Voidaankin todeta, että keskimäärin lähes joka päivä yksi asiakas noista 15 asiakkaasta käyttää jotain FSTKY:n palvelua. Jo pienikin terveydenhuoltopalveluiden käytön väheneminen olisi merkittävä kokonaisuuden kannalta.

Kehittämissuhteita:

Jatkossa on tavoitteena tehdä kaikille pitkäaikaissairaille oma hoitosuunnitelma (vrt. Terveydenhuoltolaki). Jokaisen tiimityöskentelyparin ajanvarauspäiväkirjaan tulee varata aika esimerkiksi jokaiselle viikolle hoitosuunnitelman tekoon. Nykyiset lyhyet vastaanottoajat eivät riitä hoitosuunnitelmien tekoon. Valmiit hs-ajat myös velvoittaisivat jo kaista työparia tekemään Terveydenhuoltolain edellyttämiä hoitosuunnitelmia. Tiimeillä tulee kuitenkin olla mahdollisuus muokata hoitosuunnitelmavastaanoton pituutta ja käytännön toteutusta itselleen sopivaksi kokonaisuudeksi.

Kirjaamiskäytäntöä tulee arvioida uudelleen viimeistään uuden sähköisen kirjaamisjärjestelmän tullessa. Kirjaamiskäytäntöjen suunnitteluun tulee ottaa mukaan asiantuntija tietohallintopalveluista. Käytännöt tulee mahdollisimman pitkälle yhtenäistää, jolloin vältetään saman asian kirjaamisesta usealle erilaiselle lehdelle.

Esimerkiksi hoitotyöntekijöiden tulisi kirjata hoitosuunnitelmaan liittyvät asiat jatkossa samalle, yhteisesti sovitulle sivulle.

2.9. Terveyskeskusten palveluvalikoima on rakennettu potilaiden palvelutarpeen mukaisesti

FSTKY: ”Palveluvalikoiman kehittäminen Terveystyömallin tavoitteiden mukaiseksi; valmistellut vastaanotot, ryhmävastaanotot ja omahoitopisteet.”

Palveluvalikoimaa on pyritty kehittämään tekemällä säännöllisesti asiakastytyväisyyskyselyjä ja keräämällä asiakkailta jatkuvaa palautetta. Toiminnan tavoitteena on lisätä potilaan mahdollisuutta osallistua hoitoonsa ja hoitoaan koskevaan päätöksentekoon, sekä edistää potilaiden hallinnantunnetta omasta tilanteestaan sairauden eri vaiheissa potilasohjauksen keinoin. Potilaat eivät aina pysty omaksumaan tai hyödyntämään kaikkea vastaanotolla tai sairaalavaiheen aikana annettua tietoa. Palveluvalikoimaa on kehitetty terveyshyötymallin tavoitteiden mukaisesti. Ryhmävastaanotoista ja valmistelluista vastaanotoista sekä niiden toiminnasta on kappaleissa 2.6 ja 2.8. Kolmantena Terveyshyötymallin mukaisena tavoitteena oli kehittää omahoitopisteitä.

FSTKY:n kaikilla terveysasemilla on omahoitopisteitä, joissa on saatavilla omahoitoa tukevaa materiaalia. MaaliPOTKU-hankkeen aikana on edelleen kehitetty pääterveysasemalla ja sairaalassa sijaitsevia Omahoito-pisteitä. Perusterveydenhuollon henkilökunnasta Marja Andtback osallistui PSHP järjestämään ITE-pisteiden sisällön kehittämiskoulutukseen, josta saatiin myös esimerkkiaineisto. Tämän pohjalta pääterveysasemalla, entisessä puhelinkeskuksen tiloissa, toimivaa Omahoito-pistettä kehitettiin. Uudistetun pääterveysaseman Omahoito-pisteen avajaisia pidettiin 23.9.2011. Avajaisissa tarjottiin asiakkaille kahvia, teetä ja mehua sekä leivonnaisia. Aamupäivän aikana Omahoito-pisteen toimintaan tutustui yli 100 asiakasta. Pisteen vastuuhenkilönä toimii th Mailis Simola yhteistyössä muiden tiimien terveydenhoitajien kanssa. Sairaalan Omahoito-pisteen kehittäminen aloitettiin vuoden 2012 alussa.

Erikoissairaanhoidon eri yksiköiden edustajat kokoontuivat yhteensä neljä kertaa (16.1., 13.2., 12.4. ja 7.9.2012). Jatkossa Omahoito-pisteitä kehitetään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä ja vastuuhenkilöt siihen on nimetty (Mailis Simola, pth ja Reija Laakso, esh). Omahoito-pisteiden kehittämisen päävastuu on jatkossa, hankkeen päätyttyä, terveydenedistämisyöryhmällä.

Potilaiden on tärkeää saada monipuolista tietoa hoitoprosessinsa aikana. Omahoitopisteidemme pyrkimyksenä on muun muassa edistää potilas-, vammais- ja kansanterveysjärjestöjen ja -yhdistysten kanssa tehtävää yhteistyötä tarjoamalla asiakkaille kolmannen sektorin tuottamaa tietoa. Yhteistyö tiedonvälittäjinä on monimuotoista.

Omahoito-pisteellä, samoin kuin kolmannen sektorin toiminnalla, edistetään potilaiden selviytymistä ohjauksen avulla. Omahoito-pisteissä on tarjolla esitteitä, oppaita, kirjoja ja lehtiä eri aihealueista. Omahoito-pisteissä on potilaiden käytössä tietokoneet ja potilaspäätteille on kerätty linkkilistat eri potilasjärjestöjen sivuille. Lisäksi on linkkejä muuhun potilaan omahoitoa tukevaan tietoon kuten sosiaalioppaaseen ja hoitosuosituksen potilasversioihin, joista potilaat voivat omatoimisesti tarkistaa hoidon kulkua. Potilaspäätteeltä voi hakea itsenäisesti tietoa myös muualta Internetistä. Tietohallintopalveluiden kanssa tehtävän yhteistyön avulla täydennetään tarvittaessa näytöllä olevia linkkejä.

Asiakkaat ovat löytäneet Omahoito-pisteet. Tietokoneilta on käyty erilaisilla terveyden- ja sairaudenhoitoon liittyvillä sivuilla. Asiakkaat ovat ottaneet mukaansa kirjallista terveydenedistämismateriaalia ja sitä on säännöllisesti lisätty pisteisiin. Lisäksi pisteisiin hankittuja vaakoja ja verenpainemittareita on käytetty säännöllisesti. Sairaalan Omahoito-pisteeseen ostettiin vaaka (kesäkuu 2012), jolla voi myös yli 250kg painava asiakas punnita itsensä. Juuri todella ylipainoisten omatoiminen painonseuranta on koettu erittäin hankalaksi, koska helppokäyttöistä vaakaa ei ole ollut kuntayhtymän alueella tarjolla. Pisteessä oleva vaaka mahdollistaa omatoimisen painon tarkkailun, koska näyttö on sijoitettu helposti luettavalle tasolle.

Haasteet:

Ajoittain on koettu hankalaksi, kun samat asiakkaat käyttävät tietokoneita säännöllisesti lähinnä sosiaaliseen mediaan. Toisaalta sosiaalisen median on todettu tarjoavan monelle lähes ainoan tavan yhteisölliseen kanssakäymiseen ja kommunikointiin, joten sosiaalisen median voidaan ajatella myös tukevan asiakkaan omahoitoa ja arjessa selviytymistä.

Kehittämideoita:

FSTKY:n tiloissa olevien Omahoito-pisteiden käyttöä ja kehittämistä eri toimijoiden kanssa tulee laajentaa. Potilasjärjestöjen kanssa voisi suunnitella teemapäiviä ja erilaisia tietoisuuksia. Toisena kehittämismahdollisuutena on yhteistyö terveydenhuollon koulutusorganisaatioiden kanssa.

Opiskelijoille (lääketieteen ja hoitotyön) tarjotaan mahdollisuus järjestää omahoitoa tukevia ja omahoitoon kannustavia infoja Omahoito-pisteissä. Teemoina voisivat olla esimerkiksi verenpaineen, painoindeksin ja vyötärönympäryksen mittaus, ruokavalio-ohjaus, kansansairauksien ennaltaehkäisy ja lääkehoito.

Sähköiset, ajasta ja paikasta riippumattomat asiointipalvelut, vaativat asiakkailta Internet-yhteyden ja henkilökohtaisen tunnistautumisen. Kaikilla ei ole kuitenkaan mahdollisuuksia ja taitoja oman tietokoneen hankintaan ja käyttöön. Tämän vuoksi sähköisten asiointipalveluiden laajentuessa tulee FSTKY:ssä varmistaa Internet-yhteyksien saataavuus Omahoito-pisteiden avulla sekä laajentamalla terveydenhuollon ja kolmannen sektorin välistä yhteistyötä. Esimerkiksi Oulussa on kehitetty omahoitoa tukevia palveluita asukastupamuotoisena toimintana (Oulun Omahoito 2012).

2.10. Kehittämistyössä otetaan käyttöön vaikuttavaksi todetut lähestymistavat ja menetelmät

Perusterveydenhuollossa on käytössä Toimintaopas hyvän perehdyttämisen ja laadun takaamisen välineenä. Tämän lisäksi MaaliPOTKU-hankkeen rinnalla on toiminut HP-hanke (lääkärinvastaanoton toiminnan kehittämishanke), jonka avulla pyritään edistämään hyvää asiakaspalvelua ja toimivia käytäntöjä.

Ongelmat:

Perusterveydenhuollossa koetaan olleen ja olevan meneillään jatkuvasti erilaisia hankkeita. Henkilökunta kokee ”hankeähkyä”.

Haluttaisiin hankkeiden sijaan keskittyä terveydenhuollon perustehtävään eli potilaan hoitoon. Ei nähdä terveyshyötymallin tuovan konkreettista ja nopeaa apua potilaan hoitoon vaan ajatellaan hoitosuunnitelmien teon kuormittavan henkilökuntaa entistäkin enemmän. Myönnetään pitkän tähtäimen mahdolliset edut, mutta voimavarojen juuri tällä hetkellä koetaan olevan riittämättömät.

Kehittämisideoita:

Kuntayhtymässä tulee luoda uusia toiminta- ja koulutusmalleja, joissa tavoitteena on kouluttaa kaikki hoitotiimit pitkäaikaissairauksien hoitomenetelmiin. Koulutuksessa tulee pyrkiä toteuttamaan monipuolisia opetusmenetelmiä, joiden avulla lisätään myös tiimien yhteisöllistä toimintaa. Moniammatillisuus tulee ymmärtää voimavarana toiminnan kehittämisessä. Hoitosuunnitelmien tekemistä tulee edellyttää jokaiselta lääkäri-terveydenhoitaja-sairaanhoitaja – työparilta ja antaa siihen säännölliset resurssit.

2.11. Potilaan kanssa tehtävässä päätöksenteossa käytetään Käypä hoito – suosituksia ja muita näyttöön perustuvia tietolähteitä

Pitkäaikaissairauksien vaikuttavien hoito-ohjelmien edellytyksenä on, että hoitohenkilöstöllä on käytössään potilaiden hoitoon tarvittava näyttö ja päätöksenteon tuki. Se sisältää näyttöön perustuvat hoitosuositukset, erikoissairaanhoidon osallistumisen perusterveydenhuollon kehittämiseen, henkilöstön koulutuksen ja potilaiden aktivoimisen tiedon hankkimiseen. (ACIC-mittari.)

FSTKY:ssä on päätöksentekotilanteessa asiakkaan kanssa käytössä näyttöön perustuva tieto. Käypä hoito – suositukset ovat jokaisen terveydenhuoltohenkilöstöön kuuluvan saatavilla sähköisesti työasemilla (ACIC-arviointi 2012). Potilaiden hoitoon osallistuvalla henkilökunnalla on käytettävissään Terveysportti – terveydenhuollon portaali.

Seudulliset, alueelliset hoito-ohjelmat on kirjoitettu ja avattu myös kansalaisten nähtäväksi (FSTKY strategia 2004–2010 – päivitys vuoteen 2015). Hoito-ohjelmat löytyvät sähköpostista, Intranetistä ja Internetistä. Kansalaisten nähtäväksi tarkoitetut hoito-ohjelmat löytyvät FSTKY:n kotisivuilta. Hoito-ohjelmat perustuvat näyttöön, valtakunnallisiin hyviin hoitokäytäntöihin ja Käypä hoito – suosituksiin. Toimitaan suosituksien mukaisesti ottaen huomioon potilaiden yksilölliset tarpeet. Kirjataan hoito ja jatkosuunnitelmat, mutta ei erikseen kirjata, jos hoito poikkeaa olemassa olevista suosituksista.

Tiimityöskentelymallissa on koettu keskustelut tärkeäksi tavaksi jakaa tietoa. Keskustelua käydään oman tiimin sisällä, mutta myös muiden tiimien kanssa. Vertaistukea saadaan muiden tiimien jäseniltä muun muassa epävirallisissa kahvipöytäkeskusteluissa. Yhteydenotto erikoissairaanhoidon lääkäriin ja konsultaatioavun saaminen esh:sta koetaan melko helpoksi ja nopeaksi toimintatavaksi. Voi soittaa ja kysyä ilman virallista konsultaatiopyyntöä. Hoitosuunnitelma nähdään hyvänä ohjeena suunnitellusta jatkohoidosta sekä potilaalle itselleen että terveydenhuoltohenkilöstölle.

Ongelmat:

MaaliPOTKU-hankkeen aikana on tullut esille, että Käypä hoito – suositusten käytön aste perusterveydenhuollossa vaihtelee paljon. Käypä hoito – suositusten käyttö vaihtelee sekä ammattiryhmittäin että ammattiryhmien sisällä. Hoitosuosituksiin suhtaudutaan pääsääntöisesti myönteisesti ja niitä pidetään luotettavina työkaluina. Toisaalta suositukset koetaan normatiivisiksi ja rajoittavan liikaa erityisesti lääkärin työtä.

Uutta tutkimustietoa syntyy jatkuvasti enemmän kuin terveydenhuollon ammattilainen pystyy työnsä ohessa omaksumaan. Tällöin olennaisen tiedon omaksuminen kulloisesakin hoitotilanteessa on entistäkin tärkeämpää. Tietojärjestelmien tulee entistä paremmin tukea käytännön työtä.

Käypä hoito – suositusten käyttöön voidaan vaikuttaa ohjeistamalla niiden käyttöä nykyistä konkreettisemmin ja tarjoamalla henkilöstölle koulutusta muun muassa Terveystietokannan käyttöön. (Miettinen & Korhonen 2005.)

Ongelmana on hoito-ohjelmissa olevien tietojen päivityksestä huolehtiminen FSTKY:ssä. Ohjelmat on pääsääntöisesti päivitetty sähköpostiin, muttei Intra- ja Internetiin, joissa on vanhoja päivityksiä. Osa asiakkaiden linkeistä on linkitetty terveydenhuollon asiantuntijoille tarkoitetuille sivuille.

Vaikuttavien hoito-ohjelmien edellytyksenä ovat erikoislääkärien konsultaatiot. ACIC-arvioinnin mukaan erikoissairaanhoidon osallistuminen perusterveydenhuollon kehittämiseen oli lisääntynyt FSTKY:ssä. Arviointi oli noussut tason D yhdestä pisteestä tasolle C neljään pisteeseen (arviointi välillä 0-11 pistettä). Tämä tarkoittaa perusterveydenhuollon kehittämisen toteutuvan nyt erikoislääkäriasiantuntijuutta hyödyntäen, millä tehostetaan hoitojärjestelmän mahdollisuuksia toteuttaa hoito-ohjeistukset.

Kehittämisideoita:

Käypä hoito suositusten käyttöön oton edistämiseksi: (vrt. Lehtomäki 2009)

- Keskeistä toimintakäytäntöjen kehittämisessä on työntekijöiden muutoshalukkuus ja halu perustaa toiminta tutkittuun tietoon. Tulee pyrkiä vaikuttamaan asenteisiin hoitosuosituksia kohtaan, koska myönteinen asenne vaikuttaa suositusten käyttöönottoa lisäävästi ja vaikuttaa toimintakäytäntöjen muuttamiseen. Hoitosuositusten käyttö tulee saada uskottavaksi, helposti käytettäväksi ja houkuttelevaksi.
- Lisätään henkilöstön tietoa suosituksista. Keskeistä käytön lisäämiseksi on suositusten tunnettavuuden lisääminen.
- Jotta suosituksia voi käyttää, tulee suositusten käyttöön olla johdon tuki. Organisaatiossa tulee olla valmius arvioida ja muuttaa toimintaansa. Tärkeää on luoda toimintakulttuuri, jossa eri ammattiryhmät ovat mukana luomassa yhteisiä toimintatapoja ja hoitoprosesseja.
- Tässä tulee erityisesti muistaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen yhteistyö. Hyvin toimivat tiimit helpottavat suositusten käyttöä. Toimivalle tiimille on ominaista hyvä ja turvallinen vuorovaikutus, yhteiset tavoitteet, ideointi ja toiminnan arviointi.
- Pelkkä helppo saatavuus ei riitä, vaan organisaation tulee järjestää säännöllistä koulutusta suositusten eri käyttömahdollisuuksista ja sisällöistä. Koulutuksella voidaan vaikuttaa asenteisiin ja tiedon käyttöönottoon sekä vaikuttaa toimintakäytäntöihin. Sekä koulutuksen määrällä että laadulla on todettu olevan merkitystä hoitosuositusten omaksumiseen.

- Mietitään hoitosuositusten soveltuvuutta omassa työyksikössä ja luodaan omaan yksikköön soveltuva toimintatapa moniammatillisessa ja mieluiten myös pth ja esh yhteistyönä. Otetaan suositusten käyttäjät vahvasti mukaan suositusten laadintaan, jolloin tulee mukaan eri ammattiryhmien työn näkökulmat.
- Arvioidaan ja lisätään henkilöstön tiedonhaun taitoja suosituksista samoin kuin suositusten soveltamisen taitoja.
- Kiinnitetään huomiota jatkuvan palautteen antamiseen; annetaan välitöntä kehittävää palautetta epäasianmukaisista toimintakäytännöistä unohtamatta positiivista ja kannustavaa palautetta.
- Otetaan kansallinen rakenteinen päätöksentuki käyttöön heti, kun se on mahdollista.
- Pitäisikö meillä FSTKY:ssä linkki Käypä hoito – suosituksiin olla helpompi? Nyt sinne tulee osata mennä Terveysportti-ikonin kautta työasemalta ja sen jälkeen löytää sivulta alalinkkinä oleva Käypä hoito. Helpottaisiko suora linkki työasemalla?
- Eriolaisten hoito-ohjelmien tallentamisen ja päivitysten yhtenäistäminen;
 - o Koska hoito-ohjelmia on eri paikoissa, niiden tulisi olla linkitettyinä toisiinsa, jolloin ne myös päivittyvät samanaikaisesti ja samanlaisiksi. Vuoden 2012 aikana Intranettiä ollaan uudistamassa ja yhdistämässä kahdessa eri paikassa olevia tiedostoja.
 - o Inter - ja Intranetissä olevissa hoito-ohjelmissä olevat linkit Käypä hoito – suosituksiin eivät toimi. Niiden toimivuus tulee jatkossa säännöllisesti tarkistaa.
- FSTKY:n www-sivuja tulisi kehittää asiakaslähtöisemmiksi, omahoitoa tukevimmaksi ja asiakkaalle helppokäyttöisemmiksi. Käyttömukavuuden lisäämiseksi tulisi esimerkiksi ”Käypä hoito potilassuositukset” liittää kotisivujen aloitussivulle suoraksi linkiksi.
- Samoin Internet-sivuilla voisi ohjeistaa asiakkaita pitkäaikaissairauksien, tapaturmien tai akuuttien infektioiden omahoitoon. Myös käytössä olevat hoitosuositukset voisi kertoa Internet-sivuilla.

2.12. Noudatetaan yhteisesti sovittuja kirjaamiskäytäntöjä

FSTKY:ssä ovat sekä perusterveydenhuolto että erikoissairaanhoito samassa potilastietojärjestelmässä.

Järjestelmä on ajantasaisesti yhteydessä myös Kanta-Hämeen keskussairaalaan ja Someron terveystieteiden keskuksen, jonka on koettu helpottavan yhteyden pitoa ja lisäävän potilasturvallisuutta.

Käytössä olevia päätöksenteon tukijärjestelmiä ovat muun muassa:

- potilaan sairauskertomukseen kirjatut allergiat ja niistä aloitussivulle tulevat muistutukset
- muistutus lääkeinteraktioista
- poikkeavista laboratoriotuloksista merkintä (arvon voi merkata lääkärin kuitattavaksi)
- sähköinen reseptitietokanta
- koko aikaisempi sairaskertomus ja alueEffic
- hoito-ohjelmat ja Terveysportti

MaaliPOTKU-hankkeen aikana kehitettiin hoitosuunnitelman tallennukseen toimivaa ja yhtenäistä käytäntöä. Onnistuttiin luomaan malli pitkäaikaissairaalan potilaan kirjaamiskäytännöstä. Ongelmana on, että jäätiin odottamaan kansallista strukturoitua hoitosuunnitelmaa, jonka tulo kuitenkin viivästyi. Olisi pitänyt päättää väliaikainen yhtenäinen strukturoitu kirjaamiskäytäntö, jonka mukaan kaikki toimivat.

Hankaluutena on, että potilastietojärjestelmään kirjataan nyt ammattiryhmäkohtaisille sivuille. Jokainen ammattiryhmä käyttää eri sivuja, jolloin potilaan koko hoitoprosessi ei avaudu käyttäjille yhtenäisenä kokonaisuutena. Ratkaisuna olisi potilasnäkökulmasta tapahtuva kirjaaminen, jolloin näkyy hoitoon osallistuvien eri tahojen toiminta potilaan kokonaishoitoprosessissa.

Tuleva Effic-versio tulee perustumaan näkymä-toiminnolle ja jatkuvalla sairauskertomukselle, joka omalta osaltaan saattaa ratkaista edellä mainitut ongelmat.

Jatkossa tulee hoitosuunnitelmien tekoa laajentaa myös muihin potilasryhmiin. Diagnoosien säännöllisestä kirjaamisesta tulee luoda yhteisesti noudatettavat pelisäännöt.

2.13. Avainasiakkaat määritellään ja tunnistetaan tietojärjestelmän avulla

FSTKY: ”Tavoitteena on asiakaslähtöinen ja terveyshyötyä tukeva tiedonkulku hyvinvointiverkostossa. Hoitokäytännöt on sovittu alueellisesti.”

Pilotoinnissa asiakkaat valittiin sattumanvaraisesti. Potilaat olivat tuttuja hoitajille ja lääkäreille. Hoitaja ehdotti potilasta lääkärille tai lääkäri valitsi potilaan vastaanotolta.

Ongelmana oli, että toiminnan arvioinnin, tuloksellisuuden ja vaikuttavuuden arviointiin liittyvä raportointijärjestelmä on puutteellinen tai sitä ei osattu hyödyntää parhaalla mahdollisella tavalla. Asiakkaita oli hankala tunnistaa ja potilaita, joille oli tehty hoitosuunnitelma, ei voitu poimia tiedostoista sähköisesti.

Hoitosuunnitelmapotilaiden käyntitietoihin päästiin, kun henkilötunnukset olivat tiedossa. Käyntitietojen kerääminen tehtiin Efficasta manuaalisesti.

Kehittämissuhteita:

Lisätään rakenteiseen kirjaamiseen liittyvää koulutusta. Avainasiakkaille muodostetaan ”ryhmiä”, jolloin asiakkaiden tunnistaminen raportoinnissa olisi helppoa. Nykyinen potilastietojärjestelmä mahdollistaa asiakkaan kiinnittämisen valittuihin ryhmiin.

Jatkossa käyntisyiden ja diagnoosien kirjaaminen tulee tehdä rakenteisesti, jolloin on mahdollisuus poimia erilaista dataa asiakasryhmistä. Tämä tavoite toteutunee henkilökunnan yhtenäisen kirjaamiskäytännön myötä, joka on tarkoitus alkaa uuden tietojärjestelmäpäivityksen tultua käyttöön.

3. Tavoitteiden toteutuminen Riihimäen terveyskeskuksen ky:ssä

Tässä luvussa kuvataan Riihimäki MaaliPOTKUn kehittämistoiminta ja tulokset POTKU-hankkeen tavoitteiden ja oman osahankkeen tavoitteiden mukaisesti.

3.1. Terveysshyötymalli sisältyy kuntien ja terveysterveyspalveluorganisaatioiden strategioihin

”Strategiaan kirjataan kroonisten pitkäaikaissairauksia sairastavien potilaiden hoidon palveluketjut ja tavoitteet.”

Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymän strategiaan on kirjattu keväällä 2011 Terveysshyötymallin mukaiset kroonisia pitkäaikaissairauksia sairastavien potilaiden hoidon palvelualueet ja laaditut tavoitteet.

”Terveyskeskuksessa palvelujen kehittäminen ja niiden kohdentaminen lähtee sydämen vajaatoiminta-potilaiden hoidon tarpeen kehittämisen näkökulmasta.”

Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymän Laadunhallintasuunnitelmaan on myös kirjattuna terveysshyötymallin mukainen kehittäminen kuntayhtymän laatutyössä (Kukkola yms., 2012).

”Ensisijaiseksi tavoitteeksi asetetaan terveysshyödyn saavuttaminen. Tarkastellaan, mitä vaikutuksia saadaan aikaan potilaan terveydentilassa ja toimintakyvyssä.”

Väli-Suomen Potku-hanke I aikana 1.4.2010–31.10.2012 Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymän on kohdentanut ja kehittänyt ja pilotoinut 2.5.2011–2.5.2012 sydämen vajaatoimintapotilaiden hoidon tarpeesta lähteviä palveluja.

Toiminta

Keväällä 2010 Riihimäen seudun terveyskeskuksen ky:ssä Terveysyötymallia (Chronic Care Model) Potku-hanketta ja sen tavoitteita esiteltiin Taina Mäntyrannan, Suomen terveys – ja sosiaaliministeriö (STM) toimesta koko kuntayhtymän työntekijöille. Potku-hanketta ja Riihimäki MaaliPOTKUn tavoitteita on esitelty kuntapäätäjille ja kuntayhtymän johdolle kuntayhtymän hallituksen kokouksessa syksyllä 2010. Terveysyötymallin, Potku - hankkeen ja sen hankkeen paikallisten tavoitteiden esittelijöinä kyseisessä kokouksessa olivat Taina Mäntyranta, STM ja Riihimäki MaaliPOTKU aluekoordinaattori Tiina Nurmela. Kuntayhtymän hallitus otti Potku-hankkeen myönteisesti, kuntayhtymän kehittämisen viitekehystenä vastaan. Potku- hanke aluekoordinaattori viestitti aktiivisesti Potku-hankkeesta ja sen tavoitteista organisaation eri yksiköissä ja paikallisten yhdistysten ja yhteisöjen tapahtumissa Potku I – hankeaikana. Riihimäen seudun terveyskeskuksen ky:n johto oli hankeaikana vahvasti sitoutunut Terveysyötymallin mukaiseen, pitkäaikaissairauksien sairastavien potilaiden omahoidon tukemista kehittävään työhön ja suunnitelmallisten, tarpeenmukaisten ja terveysyötystä tuottavien palvelujen kehittämiseen pitkäaikaissairaille.

Väli-Suomen Potku-hakkeen hankelääkärit tekivät keväällä 2012 kyselyn organisaatioiden johdoille terveysyötymallin tuntemuksesta ja näkemyksiä hankkeesta. Kysely toteutettiin Webropol-kyselynä. Vastaaaja johdon kyselyyn koko hankkeesta oli 47. MaaliPOTKUsta vastaaaja oli kolme. Kaikki kolme vastaaajaa edustivat ylintä johtoa.

Kysymykseen: Organisaatiossamme on toimiva kehittämisen kulttuuri ja rakenne, jotka mahdollistavat systemaattisen ja suunnitelmallisen toimintojen kehittämisen. Vastajat vastasivat: Organisaatiossa on kehittämismyönteinen suhtautuminen, tahtotila etsiä toimivia käytännön ratkaisuita sekä kykyä toteuttaa niitä yhdessä. Esim. sydänpotilaan hoitoon liittyvien hoitajavastaanottojen kehittäminen on aloitettu.

Palvelukuvaukset on SHQS laadunhallintajärjestelmän ulkoisissa auditoinneissa todettu terveyskeskuksemme vahvuudeksi. Useita isompia ja pienempiä kehittämishankkeita on meneillään esim. vastaanotolla Potku-hankkeen lisäksi sähköinen resepti, takaisinsoitto ja kansalaisen ajanvaraus.

Vastaajilta kysyttäessä Likert – asteikolla olettamukseen: Terveysyötymalli on toimiva konsepti pitkäaikaissairauksien ennaltaehkäisyn ja hoidon kehittämiseen. Yksi vastaaja vastasi olevansa ”aivan samaa mieltä” ja kaksi vastaajaa kolmesta olivat asiasta ”jokseenkin samaa mieltä”. Vastaajat perustelivat kysymyslomakkeen kohdassa 10, miksi Potku-hanke, jonka kehittämisen kehyksenä on Terveysyötymalli seuraavasti: Malli on laaja-alainen, kehittämistyössä on organisaatorajat ylittävä näkökulma. Malli korostaa potilaslähtöisyyttä. Mallissa on käyttöönotettu potilaiden ja heidän läheistensä omien voimavarojen hyödyntämisen idea (vrt. omahoitoon sitoutuminen). Potku – hankkeessa on laaja-alainen yhteistyö Väli-Suomen toimijoiden kanssa, ”yhdessä tekemisen meininki, josta jää jalanjälki”.

Johdolta kysyttäessä millaisia uusia toimintamalleja oli otettu käyttöön sähköisen reseptin (eResepti), takaisinsoiton (TeleQ) ja kansalaisen ajanvarauksen käyttöönoton lisäksi olivat hankekaudella lisäksi otettu käyttöön tai suunnitteilla: sähköinen moniammatillinen hoitosuunnitelma, vrt. moniammatillinen tiimityö, digitaalinen omahoito (eOmahoito) ja valmistellun vastaanoton malli.

Tulokset ja johtopäätökset

”Akuutti-orientoituneesta, reaktiivisesta toiminnasta proaktiiviseen, suunniteltuun, potilaskeskeiseen pitkäaikaiseen hoitoon sekä kroonisten tautien ehkäisyssä ja hoidossa” (Kuronen, 2009).

Terveysyötymalli liittyy koko terveyskeskus kuntayhtymän strategiaan ja erityisesti painottuu terveyden ja hyvinvoinnin tavoitteiden ja rakenteiden kehittämisen viitekehyksenä (YH/SKU, 2010). Terveysyötymalli on käyttöönotettu kuntayhtymässä toimintamallina kehitettäessä suunnitelmallisia, tarpeenmukaisia ja terveysyöty tuottavia palveluja pitkäaikaissairaille. Hankeaikana 2010–2012 Riihimäellä on systemaattisesti ja johdonmukaisesti kehitetty pitkäaikaissairaiden suunnitelmallista hoitoa.

Hankeen alkuvaiheessa ns. pilottijoukoksi valikoitui Riihimäen vastaanoton sydämen vajaatoimintapotilaat. Terveysyötymalli oli hankeen alkaessa koko henkilökunnalle melko vieras. Riihimäki MaaliPOTKU ohjausryhmän päätöksellä Riihimäen vastaanotto lähti perehtymään terveysyötymalliin sydämenvajaatoiminta potilaiden näkökulmasta. Sydämen vajaatoimintapotilaat olivat se kehittämisen ”punainen lanka”, kehittämisen Terveysyötymallin mukaisessa viitekehyksessä.

”Kehys, jonka sisällä yleiset ideat muutetaan spesifisiksi, paikallisiksi toimintamalleiksi”.
(Kuronen, 2009).

Hankkeen tavoitteena on luoda pitkäaikaissairaille potilaille ja heitä ohjaaville ja tukeville terveydenhuollon ammattilaisille toimiva malli arjen kaaokseen.

Riihimäen seudun kuntayhtymän vastaanotoilla on vuodesta 2005 saakka toiminut lääkäri - hoitajatyöparimalli. Tuolloin toimintamallin uudistus tehtiin prosessimallin uudistamisen näkökulmasta (workflow), mutta Potku – hankkeen aikana prosessi uudistus kuntayhtymässä toteutettiin potilaan prosessin näkökulmasta, joka on Terveysyötymallin keskeisin sanoma.

Sydämen vajaatoimintapotilaan terveysyötymallin mukaista hoitopolkua kehitettäessä, yhteistyötä tehtiin johdon ja henkilöstön kanssa. Lähiesimiesten sitoutuminen prosessin kehittämiseen jäi vähäiseksi (vrt. Rambollin tuottama raportti www.potkuhanke.fi).

Potku I - hankkeen aikana Riihimäen vastaanottotyö koki suuren organisatorisen, nopean muutoksen. Vastaanottotyöstä irrotettiin hyvin lyhyellä valmisteluajalla erilleen päivystystoiminta. Akuutti päivystystoiminta siirtyi 9.1.2012 Riihimäen terveyskeskuksen tiloista Kanta-Hämeen keskussairaalan Riihimäen yksikön päivystyksen tiloihin. Nopea muutos ja epävarmuus tulevasta näkyivät myös Potku - hanke tavoitteiden mukaisen toiminnan kehittämisessä. Syksy 2011 ja kevät 2012 vastaanoton henkilökunnan voimavarat keskittyivät organisaatiossa käynnissä olevan muutoksen läpiviemiseen. Mutta terveysyötymallin mukainen kehittämistyö ei menettänyt merkitystään, vaan kehittämistyö jatkui edelleen henkilökunnan ja johdon ollessa sitoutuneita kehittämiseen.

Hankeaikana monitieteistä yhteistyötä tehtiin Hyvinkään Laurea (AMK) kanssa. Yhteistyö oli suunnitelmallista yhteistyötä sairaanhoitaja- ja tradenomiopiskelijoiden kanssa ja heidän lehtoreidensa ja Laurean kehittämispäällikön kanssa. Tämä yhteistyö omalta osaltaan mahdollisti sen että hanketavoitteet saavutettiin organisaatiossa tapahtuneista muutoksista huolimatta.

3.2. Yhteistyötä tehdään yli kunnan hallintorajojen sekä yksityisen ja 3. sektorin kanssa

”Terveysyötymallia viedään eteenpäin kunnan päättäjän- ja yhteisötasolla, sekä organisaation eri tasoilla. Olemassa olevien rakenteiden hyödyntäminen ja yhteistyön tiivistäminen esim. messujen ja yleisötapahtumien järjestämisessä.”

Toiminta

Yhteistyötä Terveysyötymallin juurruttamiseksi on tehty koko kuntayhtymän alueella. Yhteistyötä on tehty monien paikallisten yhdistysten, yritysten ja yhteisön kanssa (Liite 1). Yhdistys yhteistyötä tehdään yhdessä Riihimäen Seudun Sydänyhdistys ry:n kanssa. Tiivistä yhteistyötä tehtiin hankeaikana myös Riihimäen kaupungin vanhustyön kanssa järjestämällä valtakunnallisella vanhusten viikolla v. 2001 ja v. 2012 Ikääntyvien messut.

Merkittävä yhteistyökumppani vastaanottotyön kehittämisessä oli Hyvinkään Laurean sairaanhoitaja ja tradenomiopiskelijoiden, heidän lehtorien ja kehittämispäällikön kanssa.

Tulokset ja johtopäätökset

Keväällä 2011 Riihimäen seudun terveystieteiden keskuksen ky:ssä järjestettiin avoimien ovien tapahtuma. Päivän tapahtumassa oli mukana Yleisradio (YLE), Hämeen Radio.

Päivän punaisena lankana oli pitkäaikaissairauksien moniammatillisen hoitoketjun ja terveyskeskuksen palveluvalikoiman esiin nostaminen väestölle. Radion välityksellä Potku – hanke sai laajaa näkyvyyttä myös yli kuntarajojen.

Keväällä 2011 Riihimäen seudun terveyskeskus ky:n johtoa ja koordinaattori osallistui Riihimäen yrittäjien perinteiseen Äitienpäivälauantain tapahtumaan. Potku – hanke oli tapahtumassa näyttävästi esillä. Johtajat kertoivat toritapahtumassa 1.5.2011 voimaantulleesta Terveystieteidenhuoltolaista ja mitä se käytännössä merkitsee kuntalaiselle.

Hoitotyön johto ja aluekoordinaattori mittasivat tapahtumassa halukkailta verenpaineita ja opastivat ja kannustivat väestöä verenpaineiden omaseurantaan kuntayhtymässä tehtyjen näyttöön perustuvien ohjeiden mukaisesti. Tapahtumassa informoitiin kuntalaisia Terveystieteidenhuoltomallista, sen tavoitteista kehittää pitkäaikaissairaiden potilaiden suunnitelmallista hoitoa vastaanottotyössä. Terveystieteidenhuoltomalli ja Potku – hanke kiinnostivat kuntalaisia.

Tapahtumassa aluekoordinaattori haastoi paikalliset yrittäjät ja yhdistykset osallistumaan yhteistyöhön Riihimäen kaupungin vanhustyön, Riihimäen terveyskeskuksen, Polkka – ja Potku – hankkeiden yhteistyöllä toteuttamaan syksyn 2011 Ikääntyvien messutapahtumaan.

Riihimäen aluekoordinaattori osallistui aktiivisesti kutsuttuna eri paikallisyhdistysten tilaisuuksiin kertomaan Terveystieteidenhuoltomallista, Potku- hankkeesta ja tavoitteista.

Koordinaattori valittiin Riihimäen seudun Sydänyhdistyksen hallituksen jäseneksi v. 2012, kehittämään yhteistyötä eri kunnassa toimivien toimijoiden kuten esim. paikallisyhdistysten välillä sekä yhteisten toiminta tavoitteiden asettamiseksi yhdessä Riihimäen seudun terveyskuntayhtymän kanssa. Riihimäen potilasyhdistykset ovat kuluneen vuoden 2012 aikana yhdistäneet voimiaan järjestämällä esim. yhteisiä tapahtumia, kuten UKK-kävely. Seudullinen Sydänyhdistys ry. haastoi seudullisen REUMA-TULES ry:n kävelytapahtumaan keväällä 2012, johon Riihimäen aluekoordinaattorikin osallistui.

Syksyllä 2012 Sydän yhdistyksen hallitus valitsi ns. asiantuntija – asiakkaan Riihimäen MaaliPOTKU ohjaus – ja koordinaatioryhmään. Asiantuntija-asiakas tullaan erikseen ja tarvittaessa kutsumaan ko. ryhmiin, silloin kun halutaan kehittämistyössä erityisesti varmistaa potilasnäkökulma.

Riihimäen kaupungin koti- ja vanhuspalvelujen, ehkäisevän päihdetyön ja Polkka – hankkeen kanssa yhteistyössä Riihimäen seudun tk. ky ja Potku – hanke järjestivät syksyllä 2011 Riihimäellä ensimmäistä kertaa Ikääntyvien messutapahtuman. Messuilla eri paikallisyhdistykset, yritykset, ikäihmiset ja heidän omaisensa kohtasivat toisiaan. Messujen teemana oli ” Aktiivinen arki”.

Riihimäen terveyskeskuksen vastaanotto esitteli Potku – hanketta ja tuottamia ohjeita mm. Omahoitolomake ja ohje potilaalle verenpaineiden kotiseurantaan (Liitteet 2,3). Messuilla vastaanoton Potku – hankkeen lisäksi olivat terveyskeskuksen fysioterapeuteja ja suunterveydenhuolto. Fysioterapeutit tekivät ikäihmisille tasapainotestejä ja mittasivat puristusvoimaa. Suuhygienisti opasti suun terveyteen.

Messut olivat onnistuneet, messuvieraita messuilla kävi yhteensä 250 ja näytteilleasettajia yhdistyksistä ja yrityksistä oli yhteensä 26. Tapahtuman juontajana toimi Sydänyhdistyksen puheenjohtaja.

Ikäihmisten messut saivat Riihimäellä niin suuren suosion että syksyllä 2012 valtakunnallisella vanhustenviikolla tullaan järjestämään Ikääntyvien messut teemalla ” Yhdessä vahvempia”. Messujärjestäjinä toimivat Riihimäen kaupunki, Riihimäen seudun tk. ky ja Potku-hanke. Riihimäellä tullaan tulevinakin vuosina tekemään tapahtumasta näyttävä ikäihmisten tapahtuma. Riihimäen kaupunki on lähtenyt vuonna 2012 tukemaan rahallisesti messutapahtuman järjestämistä.

Tapahtumien tavoitteena oli ohjata potilaita ottamaan vastuuta omasta terveystyöstä ja ohjata ja opastaa heitä tarvittaessa oikea-aikaisesti hakeutumaan suunnitelmallisten terveyspalvelujen piiriin.

Terveyshyötymallia kehittämisen viitekehyksenä tulisi edelleen tiedottaa kuntalaisia ja kuntapäätäjiä. Sillä Potku – hanke I aikana, tehdyllä yhteistyöllä mm. yhdistysten ja yritysten kanssa on aivan selvää yhteisöllistä, aktivoivaa vaikutusta.

3.3. Terveyskeskukset ovat sitoutuneet terveyshyötymallin mukaiseen toimintaan

”Strategiaan kirjataan kroonisten pitkäaikaissairauksia sairastavien potilaiden hoidon palveluketjut ja tavoitteet.

”Terveyskeskuksessa palvelujen kehittäminen ja niiden kohdentaminen lähtee sydämen vajaatoimintapotilaiden hoidon tarpeen kehittämisen näkökulmasta”.

”Henkilökunnan osaamisen vahvistaminen ja asioiden kertaaminen koulutuksien avulla”.

Toiminta

Riihimäen seudun tk ky:n strategiaan on kirjattu, pitkäaikaissairaiden potilaiden palveluja ja hoitoa kehitetään suunnitelmallisesti, tarpeiden mukaisesti ja terveyshyötyä tuottavasti. Palvelujen kehittäminen ja niiden kohdentaminen on lähtenyt sydämen vajaatoimintapotilaiden näkökulmasta, kuten yllä on kuvattu. Henkilökunnan osaamista on vahvistettu koulutuksin. Osa koulutuksista toteutettiin henkilöstön voimin Rohto-paja – ja työpajamenetelmin ja osa tuotettiin Terveyshyötymalliin ja Potku – hankkeeseen perehtyneillä ulkoisia koulutuspalveluja tuottavilla yrityksillä (kts. liite 1).

Tulokset

Riihimäki MaaliPOTKU ohjausryhmä kokoontui hankeaikana suunnitelmallisesti ja säännönmukaisesti. MaaliPOTKU ohjausryhmän kokouksiin aluekoordinaattorin lisäksi pääsääntöisesti osallistui joko johtavahoitaja tai avoylihoitaja, muun Riihimäki ohjausryhmän ollessa estyneitä. Potku II:n organisoituessa tuleekin johdon pohtia – onko koko laajan johtoryhmän tarvetta osallistua tulevan Häme Potkun ohjausryhmän kokouksiin?

Henkilökunnalle suunnattuihin työpajoihin ja vastaanoton henkilökunnasta ja osastonhoitajasta koostuvaan koordinaatioryhmään johto ei osallistunut, muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta. Henkilökunnan työpajoissa henkilökunnan yhteisesti päättämät asiat aluekoordinaattorin tuli esitellä erikseen ohjausryhmän kokouksissa, jotka kokoontuivat 2-3 kuukauden välein. Henkilökunta joutui odottamaan päätöstä ja arjen käytäntöjä helpottamaan sovitut yhteiset asiat joutuivat odottamaan johdon hyväksyntää ennen käyttöönottoa.

Hoitohenkilökunta oli hyvin vaihtelevasti kiinnostunut osallistumaan aluekoordinaattorin järjestämiin yhteisiin koulutus ja seminaaritalaisuuksiin. Osasyynä tähän oli hoitohenkilökunnan lähiesimiehen sitoutumattomuus Potku – hankkeeseen ja terveyshyötymallin mukaiseen vastaanottoiminnan kehittämiseen. Lähiesimies ei sitouttanut hoitohenkilöstöä osallistumaan koulutuksiin. Potku II – hankkeessa on yhteisesti sovittu että kehittämisen vastuu on lähiesimiehellä ja Potku II:n yhtenä kehittämisen lähtökohtana on että lähiesimies sitouttaa yksikkönsä kehittämisen.

Lääkäreiden osallistuminen koulutuksiin oli hankkeen alkuaikoina hyvinkin vähäistä, lähes olematonta. Kun hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden koulutusten ajankohtaa muutettiin, lääkärit osallistuivat koulutuksiin hankkeen loppuajankana jo paremmin. Vastaanotto-työn kehittäminen ei tavoittanut lääkärikuntaa toivotulla tavalla, koska lääkäreiden osallistuminen koulutuksiin oli vähäistä.

3.4. Terveyshyötymallin tavoitteet ja mittarit on sovittu ja otettu käyttöön johtamisessa

”Arvioinnin välineet ovat sovittuina ja niiden seuranta on systemaattista ja ohjattua. Arviointi organisaatiossa on kaikkien tiedossa ”

Toiminta

Vuonna 2010 hankeen alussa johto nimitti sydämen vajaatoimintapotilaan hoidon seurannan vaikuttavuuden mittareiksi: verenpaine (rr:), painoindeksi (BMI:), vyötärönympäryys (vymp:), audit-kysely(audit:) ja tupakoinnin seuranta (tupak:). Seurannat suoritettiin 1.1.2010–30.6.2010, 1.1.2011–31.12.2011 ja 1.1.2012–30.6.2012 välisinä ajanjaksoina.

Mittarit otettiin vastaanotoilla yleisesti käyttöön keväällä 2010 ja syksyn 2010 aikana. Ennen mittareiden käyttöönottoa vastaanoton henkilökuntaa koulutettiin mittareiden käyttöön ja kerrottiin että mittarit toimivat hankeaikana johdon seurannan välineinä sydämen vajaatoimintapotilaiden hoidon vaikuttavuutta arvioitaessa.

Tulokset ja johtopäätökset

Valitut mittarit verenpaine (rr:), painoindeksi (BMI:), vyötärönympäryys (vymp:), audit-kysely(audit:) ja tupakoinnin seuranta (tupak:) eivät kuvaa pilotoitavaa sydämen vajaatoimintapotilaan joukkoa. Mittareiden seurannalla mm. haluttiin tehostaa ja erityisesti seurata lääkäri – hoitajatyöparien kirjaamista.

Hankeaikana vastaanotolle kehitettiin valmistellun, hoitosuunnitelma vastaanoton malli ja keskeistä valmistelluissa vastaanotoissa ovat yhtenäiset seurannat, kuten edellä mainittujen mittareiden avulla, jos kaikki lääkäri – hoitajatyöparit kirjaavat sovitusti, mittareiden avulla pystytään seuraamaan väestön esim. alueellisia eroja tupakoinnin suhteen. Mittareiden avulla hoitaja-lääkäriyöparit voivat seurata pitkäaikaissairaiden potilaidensa hoidon edistymistä ja sen vaikuttavuutta. Kirjatut mittarit ovat myös informaation välineitä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisissä hoitoketjuissa. Esimerkkinä sydämen vajaatoimintapotilaan painonseurannan tulosten kirjaaminen potilaskertomukseen on erittäin merkittävä tieto potilaan siirtyessä perusterveydenhoidosta erikoissairaanhoidon.

Hankeaikana henkilökuntaa koulutettiin kirjaamaan keskeisiä, yhdessä sovittuja hoidon vaikuttavuuden mittareita.

Koulutuksien myötä mittareiden kirjaamiset lisääntyivät huomattavasti; Potilaiden hoidon seurantamittareiden määrät lisääntyivät mittarien kirjaamiskoulutuksien myötä.

Mittareiden kirjaamiseen tulee jatkossakin panostaa, etenkin uusia hoitajia ja lääkäreitä perehdyttäessä. Kirjattujen mittareiden avulla voidaan osoittaa väestön alueellinen, hoitollinen tasa-arvoisuus ja hoidon laatu.

3.5. Jokaisella pitkäaikaissairaalla potilaalla on potilaan kanssa yhdessä laadittu yksilöllinen ja strukturoitu hoitosuunnitelma

”Hoitosuunnitelma on laadittu sydämen vajaatoimintapotilaalle moniammatillisesti yhteistyössä, yhdessä potilaan kanssa valtakunnallisen hoitosuunnitelman mukaisesti”.

Toiminta

Sydämen vajaatoimintapotilaiden pilotointi hankkeessa alkoi 2.5.2011. Pilottiin osallistui yksi lääkäri -hoitajatyöpari. Yhdessä johdon ja henkilökunnan kesken käytiin keskustelua minne potilaskertomuksessa potilaan hoitosuunnitelmat tullaan kirjaamaan?

Keväällä 2011 vastaanoton henkilöstölle suunnatussa hoitosuunnitelmakoulutuksessa yhdessä päätettiin että hoitosuunnitelmat Yle-lehdelle kirjaa kunkin potilaan lääkäri. Hoitaja valmistelee hoitosuunnitelma vastaanoton ja kirjaa sovitut potilaan seurannat Hoito-lehdille, ennen potilaiden seurantakäyntejä omilla lääkäreillään. Hoitosuunnitelman sisältöihin tutustuttiin yhdessä vastaanoton henkilökunnan kanssa työpajamenetelmin.

Aluekoordinaattori ja Potkuhanketta pilotoiva työparilääkäri osallistuivat Väli-Suomen Potku – hankkeen järjestämiin tilaisuuksiin, joissa kehitettiin tulevaa kansallista hoitosuunnitelmaa.

Hankkeen aikana tehtyjen hoitosuunnitelmien määrä pystyttiin seuraamaan sovituin mittarein. Mittareina käytettiin, ennen 2.5.2011 sydämen vajaatoimintapotilaiden määrä, joka oli – Ei yhtään hoitosuunnitelmaa ja 2.5.2011- 30.6.2012 välisenä aikana ryhmään kirjatut -sydämen vajaatoiminta potilaille tehdyt hoitosuunnitelmat.

Ne sydämen vajaatoimintapotilaat, joille tehtiin hoitosuunnitelma 2.5.2011 jälkeen, potilaat kirjattiin Efficia – potilaskertomuksessa sydämen vajaatoimintapotilasryhmään. Näin saatiin tehtyjen hoitosuunnitelmien määrät.

Tulokset ja johtopäätökset

Tehtyjen hoitosuunnitelmien määrä aikavälillä 2.5.2011–30.6.2012 oli yhteensä 47 hoitosuunnitelmaa. Seuranta-aikana kolme pitkäaikaissairasta sydämen vajaatoimintapotilasryhmään kuulunutta potilasta kuoli.

Potilaiden kokemukset valmistelluista, hoitosuunnitelma vastaanotoista ovat olleet positiivisia. Potilaat kokevat että heitä kuunnellaan ja heille annetaan aikaa. Seuranta-aikana valmistellun vastaanoton hoitaja-ajat ovat olleet pituudeltaan 60–90 minuuttia ja lääkärin vastaanottoaikojen pituudeksi määritettiin vähintään 60 minuuttia.

Näissä aikatavoitteisiin ei jokaisella valmistellulla vastaanotolla ole pystytty vastaamaan. Yhtenä esteenä tähän on ollut lääkäri – hoitajatyöparien vastaanottoaikojen niukka saatavuus. Tulevaisuudessa vastaanotto lähtee kehittämään valmistellun vastaanoton käytäntöön vientiä osallistumalla Kaste – hanke rahoittamaan hankkeeseen - Hyvä vastaanoton Mikrotiimiin. Riihimäen vastaanotto lähtee mahdollisesti kevään 2013 aikana Hyvään vastaanottoon ja sen myötä kehittämään vastaanottoa ajanvarauksen näkökulmasta.

Keväällä 2011 koko Väli-Suomen Potku – hankkeessa toteutettiin asiakasnäkökulmasta arviointia kansainvälisellä PACIC – kyselytutkimuksella pitkäaikaissairaille potilaille, Patient Assessment of Care for Chronic Conditions. Pilotissa alkaen 2.5.2012 mukana oleva lääkäri – hoitajatyöpari sairaanhoitaja jakoi viidelle valmistellulla, hoitosuunnitelma vastaanotolla käyneelle sydämen vajaatoimintapotilaalle PACIC - kyselylomakkeen. Viidestä lomakkeesta kolme lomaketta palautui hanke aluekoordinaattorille. Keväällä 2012 sairaanhoitaja postitti samoille sydän potilaille uudet PACIC - kyselylomakkeet, täytettyjä lomakkeita palautui koordinaattorille viidestä neljä. Kaksi viidestä vastaajasta osallistui kevään 2011 sekä 2012 kyselyyn. Näiden kahden vastanneen potilaan kevään 2011 ja kevään 2012 vastuksissa ei ollut suuria eroja.

Potilailta kysyttäessä lomakkeessa kysymyksessä 9: ” Minulle on annettu hoitosuunnitelma kirjallisena.” Jokaisessa kolmessa palautuneessa lomakkeessa keväällä 2011 vastaajat vastasivat: ” *Ei kertaakaan*”. Keväällä 2012 neljässä palautuneessa PACIC-lomakkeessa kaksi vastaajaa, jotka olivat vastanneet lähetettyyn kyselyyn, vastasivat: ” *Ei kertaakaan*”. Ne kaksi vastaajaa, jotka eivät ole vastanneet kevään 2011 kyselyyn vastasivat kevään 2012 kyselyssä: ”*Harvoin*”. Vastusten perusteella voidaan sanoa että kevään 2011 ja 2012 kahdelle kyselyyn osallistuneelle potilaalle oli tulostettu hoitosuunnitelma, mutta he kokivat saaneensa hoitosuunnitelman ”harvoin”, kun saivat hoitosuunnitelman vuosittaisella lääkäri käynnillä. Tämä kertoo siitä että väestölle tulee jatkossa viestiä hoitosuunnitelman merkityksestä osana potilaan omahoitoa ja viestinnän tulee olla systemaattista ja suunnitelmallista.

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tullessa voimaan 1.5.2012 Riihimäen seudun terveystieteiden tutkimuskeskuksen ky:ssä hoitosuunnitelmia on tehty lääkäreiden toimesta Yle-lehdille niille pitkäaikaissairaille, jotka ovat pyytäneet hoitosuunnitelmaa siirtyessään esimerkiksi kesäajaksi toiselle paikkakunnalle. Tehty hoitosuunnitelma on toiminut myös maksusitoumuksena kotikuntaan. Nämä hoitosuunnitelmat eivät ole tilastoitavissa Effica – potilastietojärjestelmästä – Hoitosuunnitelmia hankkeen pilotoinnissa 2.5–2011- 30.6.2012 on tehty sydämen vajaatoimintapotilaille yhden lääkäri – hoitaja työparin toimesta. Näin hankeaikana tehtyjen hoitosuunnitelmien määrä on jäänyt vähäiseksi (46 tehtyä hoitosuunnitelmaa). Hoitosuunnitelmat on tehty Yle-lehdille, joten hoitosuunnitelman tulostaminen potilaalle on ollut aikaa vievää ja tehdyt hoitosuunnitelmat on vaikea löytää muun tekstin joukosta.

Myös hoitosuunnitelmien tilastointi on ollut hankalaa yhtenäisen hoitosuunnitelmalehden puuttuessa ja hankeaikana pilotiksi valitun potilasryhmän, sydämen vajaatoimintapotilaiden asiakastyhmään vienti on koettu monimutkaiseksi.

3.6. Erilaisia omahoidon työkaluja on otettu käyttöön, kuten ryhmäohjaus, terveysvalmennus ja sähköisiä omahoidon palveluja

”Kehitetään elintapojen muutokseen ja omahoitoon liittyviä ryhmäohjauksen kokonaisuuksia. Potilaan tarvitsemien työkalujen kehittäminen omahoidon tueksi. Potilaan kanssa tehtävässä päätöksenteossa käytetään Käypähoito suosituksia ja muita näyttöön perustuvia tietolähteitä”.

Toiminta

Hankeaikana Riihimäellä on kehitetty sydämen vajaatoimintapotilas- pilottiryhmän avulla pitkäaikaissairaana potilaan valmisteltua, hoitosuunnitelma vastaanottoa.

Osa pitkäaikaissairaana potilaan prosessia ovat potilaalle ja hänen omaisilleen luotu Omahoidon lomake, joka on muokattu Riihimäen käyttöön Lakeuden potkun omahoito-lomakkeesta, näyttöön perustuvat hoito-ohjeet kotiverenpaineseurantaan, sydämen vajaatoimintapotilaan ruokavalio-ohjeet ja nesteenpoistolääkkeiden käyttöohje sekä ohje sydämen vajaatoiminnasta.

Esite sydämen vajaatoiminnasta on luotu yhteistyössä Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirissä ja Riihimäen terveyskeskus sai luvan käyttää ohjetta ja tarvittaessa muokata ohjetta (Liite 4). Ohje verenpaineen kotiseurantaan syntyi työpajassa vastaanoton hoitajille. Koko hankekauden Riihimäen vastaanotto teki tiivistä yhteistyötä Hyvinkään Laurean sairaanhoitaja- ja tradenomiopiskelijoiden kanssa. Ohjeet sydämen vajaatoimintapotilaan ruokavalio, nesteenpoistolääkkeiden käyttö ja ohjeet sairaanhoitajille nesteenpoistolääkkeiden käytöstä syntyivät sairaanhoitajaopiskelijoiden opinnäytteinä Riihimäen terveyskeskuksen pyynnöstä (liitteet 5,6 ja 7).

Keväällä 2012 Laurean sairaanhoitajaopiskelijoiden tekemiin ja valmistuneisiin opinnäytetöihin vastaanoton henkilökunta perehtyy Rohto – työpajoissa.

Ohjeiden käyttö sovitaan arjen potilaan omahoitoa tukevinä työvälineinä yhdessä henkilökunnan ja johdon kanssa.

Keväällä 2012 Riihimäen vastaanotolla alkoi diabetesasiantuntijahoitajan koordinoima Diabetes 2 tyypin potilaiden ensitietoryhmä. Ryhmä on tarkoitettu T2DM – juuri todetuille tai 1-2 vuotta sairastaneille, joilla perustiedot diabeteksestä ovat saamatta / tai potilaalla on halua päivittää tietonsa diabeteksestä. Ryhmätoimintaa, jota järjestetään 2-3 kertaa vuodessa ja ryhmään sisältyy neljä tapaamiskertaa. Ryhmässä on korkeintaan 12 osallistujaa. Jokaiseen tapaamiskertaan sisältyy luento ja liikuntatuokio. Liikuntatietoutta ohjaa fysioterapeutti jokaisen liikuntatuokion lomassa. Liikuntatuokio sisältää esim. kuntosalityöskentelyä, sauvakävelyä, tuolijumppaa, liikuntaa joka on sopivaa meillemme kaikille. Luennot sisältävät tietoa diabeteksestä tautina (lääkäri), ruokavaliosta (sairaanhoitaja), jalkojenhoidosta (jalkaterapeutti), hammashuollosta (suuhygienisti).

Tietoa ensitietoryhmästä potilaalle antaa omahoitaja, omalääkäri sekä ryhmästä on tiedote terveyskeskuksen nettisivuilla. Potilaat ilmoittautuvat suoraan ryhmää vetävälle sairaanhoitajalle. Ryhmä on kokoontunut kevään 2012 aikana 2 kertaa. Osallistujia kahdessa ryhmässä on ollut yhteensä 12.

Tulokset ja johtopäätökset

Henkilöstön keskuudessa Rohto – työpaja ja työpajamenetelmä on koettu mielekkääksi kehittämisen menetelmäksi. Vastaanoton henkilökunnan yhdessä luomat näyttöön perustuvat ohjeet työpajoissa on otettu aktiiviseen käyttöön vastaanotolla. Uusien ohjeiden käyttöönotto edellyttää ohjeisiin perehtymistä ja näin myös järjestetyt työpajat ovat toimineet myös henkilökunnan perehdyttämismenetelmänä. Riihimäen terveyskeskus pyrkii tulevaisuudessa kouluttamaan henkilökuntaansa pajamenetelmiin tarvittaessa mm. Terveystieteen- ja hyvinvointilaitoksen Rohto koulutusten kautta ja Hyvä vastaanotto Mikrosysteemikoulutuksen avulla.

3.7. Jokaiselle pitkäaikaispotilaalle on määritelty hoidon toteutuksesta vastaava työntekijä, joka on kirjattu hoitosuunnitelmaan

”Jokaiselle asiakkaalle/ potilaalle on määritelty hoitajalääkäriyöpari”.

Toiminta

Riihimäen seudun terveystieteiden kuntayhtymässä on ollut vuodesta 2005 saakka lääkäri -hoitajatyöparimalli. Riihimäen kaupunki on jaettuna vastuualueisiin.

Tulokset ja johtopäätökset

Riihimäen terveystieteiden vastaanotolla on 2.5.2012–30.6.2012 tehty yhteensä 46 sydämen vajaatoimintapotilaan valmisteltua, hoitosuunnitelmavastaanottoa. Jokaiselle pitkäaikaissairaalle potilaalle on nimetty lääkäri – hoitaja työpari. Hoitaja ja lääkäri ovat nimetty potilaan lähiosoitteen mukaan. Osoitteiden mukaiset aluejaot ovat nähtävissä Terveystieteiden internet – sivuilla. Lääkärin ja hoitajan yhteystiedot ovat saatavissa myös puhelimitse tai terveystietokeskuskäynnin yhteydessä.

Kuntayhtymässä ajoittaisena ongelmana ovat että lääkäreiden virat ovat täyttämättä tai niihin ei ole sijaisia. Näin ollen lääkäri – hoitaja työparityö on ajoittain ongelmallista. Kyseisessä tilanteessa yleensä alueen väestö, jolla ei ole lääkäreitä jaetaan osiin esimerkiksi aakkosten mukaisesti ja jaetaan useamman lääkärin kesken. Tämä aiheuttaa lääkäreiden työmäärän ajoittaista lisääntymistä ja alueen hoitajille lisääntyvää potilaan hoidon organisointia.

3.8. Pitkäaikaissairaalan terveystietokeskuskäynti on ennalta suunniteltu ja vastuut on määritelty

”Työnjako lääkäri - hoitajatyöparin kanssa on sovittuna.”

Toiminta

Hankeaikana valmistui pitkäaikaissairaalan potilaan valmistellun, hoitosuunnitelmaprosessin mallinnus yhteistyössä Riihimäen vastaanoton, Hyvinkään Laurean sairaanhoitaja – ja tradenomiopiskelijoiden kanssa (Liite 8). Mallinnuksen ohessa valmistui myös potilaille ja heidän omaisilleen sekä terveydenhuollon ammattilaisille näyttöön perustuvia ohjeita potilaiden omahoidon tueksi. Ohjeet syntyivät Riihimäen terveystieteiden tilauksesta sairaanhoitajaopiskelijoiden opinnäytteinä. Osa ohjeista tehtiin Riihimäen vastaanoton moniammatillisissa vastaanoton henkilökunnan Rohto ja työpajoissa.

Pitkäaikaissairaalan potilaan valmistellun, hoitosuunnitelmaprojektin prosessin mallinnus alkoi yhteistyössä Riihimäen vastaanoton ja Hyvinkään Laurean kanssa. Syksyn 2010 ja kevään 2011 aikana Hyvinkään Laurean sairaanhoitaja- ja tradenomiopiskelijat mallinsivat sydämen vajaatoimintapotilaan hoitopolun Riihimäen vastaanotolla teema- haastattelemalla kahta vastaanoton sairaanhoitajaa ja yhtä lääkäriä. Tulokset analysoitiin ja tulosten perusteella luotiin esimerkkipotilas ”Alma Miettinen”. Tradenomiopiskelijat mallinsivat hoitopolun prosessikuvauksen QPR- ohjelmalla visuaaliseen muotoon.

Vuoden 2011 Riihimäen vastaanoton henkilökunta teki tiivistä yhteistyötä Laurean opiskelijoiden kanssa. Henkilökunta perehtyi työpajoissa terveyshyötymallin ideologiaan ja kehitti sydämen vajaatoimintapotilaan hoitopolkua terveyshyötymallin mukaisesti. Syksyllä 2011 ulkoisesti auditoitiin Qualitorin toimesta Terveyshyötymallin (Chronic Care Model, CCM) mukaisen pitkäaikaissairaalan potilaan hoitoprosessi, jonka esimerkkipotilaana oli sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan hoito. Mallissa kuvattiin eri toimijoiden - potilaan, terveyskeskusavustajan, hoitajan ja lääkärin – roolit ja tehtävät. Samalla oli kehitetty ohjeistusta sekä ko. sairausryhmän hoitoon että kirjaamiseen. Ulkoisella auditoinnilla haluttiin varmistaa kehitteillä olevan mallinnuksen potilaslähtöisyys.

”Hankkeen puitteissa on edelleen kehitetty lääkäri- hoitajatyöparityöskentelyä ja pitkäaikaispotilaan moniammatillista seuranta- ja hoitomallia.

Moniammatillisesti on luotuna hyvät ohjeet potilaan omahoidosta ja omahoitajatyöskentelystä. Asiakaspalautekyselylomake (tarkoitetaan PACIC) on erinomainen, ja korostaa potilaslähtöisyyttä ja potilaan osallistumista.

Asiakas-/potilasnäkökulma on erinomaisesti sisäistetty kehitteillä olevassa prosessissa uuden terveydenhuoltolinjauksen mukaisesti”.

(Qualitor, 2011)

Sairaanhoitajaopiskelijat loivat case – potilaan, ”Alma Miettisen” mallinnuksen perusteella ja simuloivat esityksen Hyvinkään Laurean simulaatiokeskuksessa syksyllä 2011. Simulaatiotiota seuraamassa Riihimäeltä oli vastaanoton henkilökuntaa ja johtoa.

Seuraavana iltapäivänä osa vastaanoton henkilökunnasta katsoin työpajassa nauhoitetun simulaatiotilanteen. Samalla he analysoivat ja kirjasivat mallinnuksesta nousseita potilaslähtöisiä kehittämiskohteita. Kevään 2012 aikana Hyvinkään Laurean tradenomiopiskelijoiden tekemän teemahaastattelun jälkeen lääkäri – hoitajatyöparille, valmistui lopullinen prosessi – Pitkäaikaissairaahan potilaan valmisteltu, hoitosuunnitelma vastaanotto.

Tulokset ja johtopäätökset

Suurin muutos vastaanottotyötä kehitettäessä ja sovellettaessa Terveystyömallin mukaista pitkäaikaissairaahan potilaan vastaanottotyön prosessia käytäntöön on hoitokulttuurin muutos.

Asiantuntija-auktoriteetti muuttuu potilaan yhteistyökumppaniksi ja valmentajaksi, jonka kanssa potilas neuvottelee itselleen parhaiten sopivan hoidon. Terveystyömallin ammattilainen vahvistaa omahoitoa tukemalla potilaan voimaantumista, autonomiaa, motivaatiota ja pystyvyyden tunnetta tämän ratkoessa terveysongelmiaan ja tehdessään hoitopäätöksiä. Potilaalta omahoito vaatii tietoisuutta hoidon tavoitteista ja hoitokeinoista sekä valmiutta ottaa vastuu omasta hoidostaan ja elintavoistaan samoin kuin uskoa omaan voimavaroihin ja pystyvyyteen (Routasalo, 2009).

Siirtyminen autoritaarisesta ammattihenkilölähtöisyydestä potilaslähtöisyyteen hoitopäätöksiä tehtäessä vaatii asennemuutosta. Yhdysvaltalaiset Bodenheimer ym. (2002) puhuvat uudesta pitkäaikaissairaahan hoidon paradigmasta, jossa keskeistä on potilaan ja ammattilaisen tasavertaisuus.

Se sisältää yhteistyössä suunnitellun hoidon ja omahoitovalmennuksen. Ongelmanratkaisutaitoja opastavasta ja pystyvyyden tunnetta lisäävästä valmennuksesta omahoidon tukemisessa on näyttöä (Mäntyranta yms., 2009).

Tehtyjen hoitosuunnitelmien seurantavälin ollessa kuusi kuukautta ennen hoitosuunnitelmia ja kuusi kuukautta hoitosuunnitelmakäyntien jälkeen, näin lyhyellä vertailulla on hankalaa tehdä omahoitoon sitoutumisen kannalta tarkkoja johtopäätöksiä.

Ajanjaksona 2.5.2011–30.6.2012 Riihimäen vastaanotolla on tehty 46 hoitosuunnitelma-ikäntä sydämen vajaatoimintapotilaalle. Näinkin lyhyellä seuranta-ajalla ja pienellä otoksella on mahdollista tehdä tarkkoja johtopäätöksiä hoidon vaikuttavuudesta. Jatkossa kuntayhtymässä tuleekin ottaa käyttöön erillinen, yhtenäinen hoitosuunnitelmalomake (HOITOS), jolloin seurannat ja otokset tulevat olemaan suurempia. Myös ns. avainasiakkaiden määrittelyyn tulee organisaatiossa jatkossa kiinnittää huomiota.

Yhtenä vaihtoehtona jatkossa on määrittää monisairaat, terveyspalvelujen suurkuluttajat ja seurata heidän käyntimääriään lääkäri – hoitajatyöparilla, psykiatrisella sairaanhoitajalla, erityistyöntekijöillä, päivystyksessä, sairaalan osastoilla ja kotisairaanhoidossa vuosi ennen hoitosuunnitelman tekoa ja vuosi hoitosuunnitelman teon jälkeen. Sen sijaan että seurataan sairauskohtaisia/ diagnoosikohtaisia tehtyjä hoitosuunnitelmien määriä.

3.9. Terveyskeskusten palveluvalikoima on rakennettu potilaiden palvelutarpeen mukaisesti

”Palveluvalikko näkyvillä/löydettävissä terveyskeskuksen internetsivuilla.”

Toiminta

Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymässä asiantuntijahoitaja on teorian ja käytännön taitaja, joka toimii kouluttajana, kehittäjänä ja tutkijana kuntayhtymän alueella oman työnsä ohella. Hän etsii näyttöön perustuvaa tietoa omalta asiantuntijuus alaltaan ja pitää opetustapahtumia ja kouluttaa henkilökuntaa.

Hän vastaa muun henkilöstön kysymyksiin, arvioi toteutetun hoidon laatua ja kirjaamista ja tekee moniammatillista yhteistyötä ja verkostoituu alueen muiden toimijoiden kanssa. Asiantuntijatehtävään käytetään 20 % työajasta.

Asiantuntijahoitajia ovat haavahoidon asiantuntijasairaanhoitaja, diabeteksen asiantuntijasairaanhoitaja, vanhustyönasiantuntijahoitaja, kotiutuksen asiantuntijasairaanhoitaja.

Hankeaikana uusia asiantuntijahoitajia nimitettiin akuuttihoitoon, sydäntauteihin ja kotiutukseen.

Uutena toimintana hankeaikana on aloitettu diabetes 2 tyyppin potilaiden ensitietoryhmä. Ryhmä on tarkoitettu T2DM – juuri todetuille tai 1-2 vuotta sairastaneille, joilla perustiedot diabeteksestä ovat saamatta / tai potilaalla on halua päivittää tietonsa diabeteksestä. Ryhmän vetäjänä diabetes – asiantuntijahoitajan johdolla on toiminut moniammatillinen ryhmä. Ryhmän toiminnasta on tiedotettu terveyskeskuksen internet-sivuilla sekä hoitajat että lääkärit ovat ohjanneet omia potilaitaan tarvittaessa alkaviin ryhmiin.

Keväällä 2011 Riihimäen pääterveysasemalle avattiin potilaiden omahoidon tueksi Omahoitopiste. Omahoitopisteitä on myös Hausjärven ja Lopen terveysasemilla. Hoitajat kävivät Tampereella ITE-piste koulutuspäivän, jonka jälkeen lähinnä pitkäaikaissairauksia sairastavia palveleva Omahoitopiste syntyi. Avajaistilaisuutta vietettiin valtakunnallisella Sydänviikolla ja avajaisia oli seuraamassa paikallislehdistö.

Tulokset ja johtopäätökset

Valmisteltua, hoitosuunnitelmapuolustusta kehitetään edelleen potilaiden tarpeista lähtevästi. Palveluvalikoimaa kehitetään edelleen terveyshyötymallin mukaisesti mm. puhelinvastaanottoja. Tulevaisuudessa tullaan laajentamaan ja monipuolistamaan edelleen pitkäaikaissairaiden ryhmävastaanottotoimintaa.

Suunnitteilla vuoden 2013 alusta ovat monisairaana potilaan ryhmävastaanotot, joita lähtevät vetämään Suomen Sydänliiton Tulppa – ryhmänvetäjä koulutuksen saaneet kolme sairaanhoitajaa, joista yksi on Riihimäen seudun terveyskeskus ky:n sydänasiantuntijahoitaja sekä diabetes -asiantuntijahoitaja. Suunnitteilla ovat myös ns. non – stop – ohjaukset esimerkiksi insuliinin pistämiseen ja pef:iin puhaltamisen opastukseen.

Potilaiden ja asiakkaiden omahoitoa tukemaan terveyskeskuksen ja -asemien vastaanottoihin/ omahoitopisteisiin tulisi asentaa tietokoneyhteydet. Näin potilaat voisivat halutessaan etsiä näyttöön perustuvaa tietoa suoraan potilasyhdistysten ja/tai eri liittojen internetsivuilta.

Väestön palvelujen tarpeita kartoitetaan mm. jatkuvalla asiakaspalautekyselyllä. Toiminnan laadun kehittämisessä asiakas/potilas on keskeisessä roolissa. Hänen mielipiteensä palvelujen laadusta ja saadun hoidon tuloksellisuudesta ovat ensiarvoisen tärkeitä ja niihin suhtaudutaan kuntayhtymässä myönteisesti. Asiakas/potilas ja hänen omaisensa antavat palautetta ollessaan puhelinyhteydessä terveyskeskukseen tai henkilökohtaisesti käynnin tai hoitojakson yhteydessä. Välittömän palautteen asiakas/potilas kirjaa kuntayhtymän palautelomakkeelle, internetsivuilla olevaan palautekansioon tai muistilapulle. Toiminnassa tapahtuneista läheltä piti -tilanteista tai vahingoista asiakas/potilas laatii johtajaylilääkärille muistutuksen tai viranomaisille osoitetun kantelun. Asiakas/potilaspalautteiden kerääminen kuuluu arkipäivän työhön. Asiakkaalta/potilaalta saatu suora palaute kirjataan muistilapulle tai sähköiseen palautejärjestelmään. Lisäksi kuntayhtymässä tehdään viiden vuoden välein asiakastytyväisyyskyselyjä, ruuhkahuippujen analyysyjä, palvelujen saatavuuden ja peittävyuden selvityksiä (Kukkola yms., 2012).

Palautteen keräämisestä ja käsittelystä on laadittu yleistetty vuokaavio. Palautteen käsittelee yksikön lähiesimies ja vastauksen antamista varten on laadittu vastauskirjelmä. Yksikössä yhdessä sovitaan, miten palautteet yhdessä käsitellään esimerkiksi henkilöstöpalaverissa, johdon katselmuksissa tai yksiköiden kehittämispäivillä. Kuntayhtymän asiakaspalautejärjestelmä on kuvattu.

Sen mukaan asiakaspalautteen kerääminen on osa terveyskeskuksen normaalia toimintaa. Kerran vuodessa yhtymähallitus käsittelee vuoden aikana sähköiseen palautejärjestelmään kirjatut palautteet ja päättää korjaavista toimenpiteistä (Kukkola yms., 2012).

3.10. Kehittämistyössä otetaan käyttöön vaikuttavaksi todetut lähestymistavat ja menetelmät

”Seurataan valtakunnallista asioiden suunnittelua ja edetään organisaatiossa niiden mukaisesti”

Toiminta

Kuntayhtymän laadunhallinnalla on pitkät perinteet. Ensimmäinen silloisen Kings Fund -menetelmän mukainen auditointi toteutettiin vuonna 2001 Stakesin toteuttamana. Nykyinen uudistuneen SHQS-laatuohjelman mukainen laaduntunnustusauditointiin tähtäävä laadun kehittämistyö käynnistyi maaliskuussa 2003 pidetyllä koulutuksella ja toisella itsearviointilla.

Kehittämistyötä ylläpidetään säännönmukaisilla, vuosittaisilla organisaation sisäisillä ja ulkoisilla auditoinneilla. Kuntayhtymän laaturyhmä valitsee ns. sisäisten auditointien ehdottamista auditoitavista prosesseista yhden tai useamman. Tänä vuonna esimerkiksi kaikilla yksiköillä oli sama sisäisesti auditoiva prosessi – Turvallisuus – ja riskien hallinta. Sisäisten auditointien yhteydessä yksiköt nostavat omia kehittämisen kohteita. Sisäiset auditointit seuraavat yksiköiden kehittämiskohteiden etenemistä ja ovat tarvittaessa yksiköiden tukena kehittämistyössä. Ulkoisten auditointit tehdään vuosittain Qulitorin toimesta laaturyhmässä päätettyyn prosessiin tai prosesseihin.

Tulokset ja johtopäätökset

Ensimmäinen laaduntunnustusauditointi suoritettiin 24. – 27.1.2005 ja laaduntunnustus myönnettiin 17.6.2005 kahdeksi vuodeksi. Ensimmäinen laaduntunnustuksen uusinta-auditointi tehtiin 22. – 23.1.2007 ja toinen uusinta-auditointi 21. – 22.4.2010. Nykyinen laaduntunnustus on voimassa 27.6.2013. Kehittämistyö laatutyössä on ollut järjesteltyä ja systemaattista. Ongelmallista on koko kuntayhtymän alueen tämän hetkinen sisäisten auditointien vähäinen määrä.

Laadunhallinta ja parantaminen ovat tapahtuneet pääosin yhteistyössä muiden SHQS -laatuohjelmaa hyödyntävien terveyskeskusten ja järjestelmän asiantuntijoiden ja kehittäjien kanssa. Lisäksi tehdään vuosittain vertaiskäyntejä (benchmarking) saman alan toimintayksiköihin. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiriin tai seudun kuntien kanssa yhteistyötä ei ole ollut. Tulevaisuudessa olisi tarkoituksenmukaista sopia terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa yhteisistä laatumittareista, laadunhallinnan koulutuksesta ja asiantuntija-avusta. (Kukkola yms., Laadun hallintasuunnitelma, 2012).

3.11. Potilaan kanssa tehtävässä päätöksenteossa käytetään

Käypä hoito – suosituksi ja muita näyttöön perustuvia tietolähteitä

”Potilaan kanssa tehtävässä päätöksenteossa käytetään Käypähoito - suosituksia ja muita näyttöön perustuvia suosituksia”.

Toiminta

Terveystieteiden lainsäädäntö edellyttää, että toiminta on näyttöön ja hyviin hoito- ja kuntoutuskäytäntöihin perustuvaa, laadukasta ja turvallista. Riihimäen kuntayhtymässä terveydenhuollon ammattilaisilla Käypä hoito – suositukset ovat saatavilla sähköisesti työasemilla. Potilaiden hoitoon osallistuvalla henkilökunnalla on käytettävissään Terveysportti – terveydenhuollon porttaali. Hankeajana kuntayhtymään hankittiin päätöksen teon pilotti Effic – potilastietojärjestelmään. Terveyskirjaston ja Duodecimin tuottamat näyttöön perustuvat tietokannat on avattu Riihimäen seudun terveyskeskuksen ky:n sivuilla myös väestön käyttöön.

Seudulliset hoito-ohjelmat löytyvät sekä henkilökunnalle että väestölle terveyskeskuksen internetsivuilta linkitettyinä. Hoitohenkilökunnalle seudulliset ja alueelliset hoito-ohjeet löytyvät sekä Effic – potilastietojärjestelmään linkitettyinä että sisäisestä Intranetistä.

Tulokset ja johtopäätökset

Hankeajana vastaanoton hoitohenkilökunta tutustui sekä näyttöön perustuviin hoito-ohjeisiin että teki alueellisia hoito-ohjeita moniammatillisesti tiimityönä.

3.12. Noudatetaan yhteisesti sovittuja kirjaamiskäytäntöjä

Toiminta

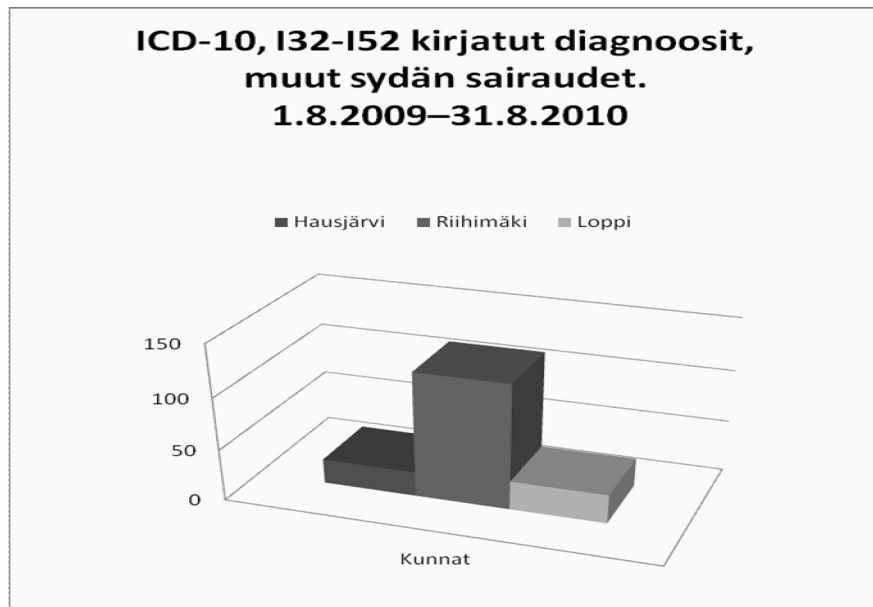
Hankeaikana seurattiin sydämen vajaatoimintapotilaiden ICD-10 tautilukuja diagnoosi välillä I00-I99 verenkiertoelinten sairaudet ja tautiryhmien I32-I52 diagnoosien kirjaamista muut sydän sairaudet. Tällä vertailulla pilotoitavan ryhmän avulla haluttiin hankeaikana osoittaa, lisääntyvätkö sairausryhmän diagnoosien kirjaukset kun asiaan kiinnitetään huomiota mm. koulutuksien ja muistuttelun avulla.

Riihimäen kuntayhtymässä laatutyö edellyttää tilastointi- ja seurantajärjestelmää, jossa on yhteisesti sovitut mittarit. Tavoitteena on, että yhteenvetotiedot tuotetaan osana atk-pohjaista tilastointi- ja sairauskertomusjärjestelmää.

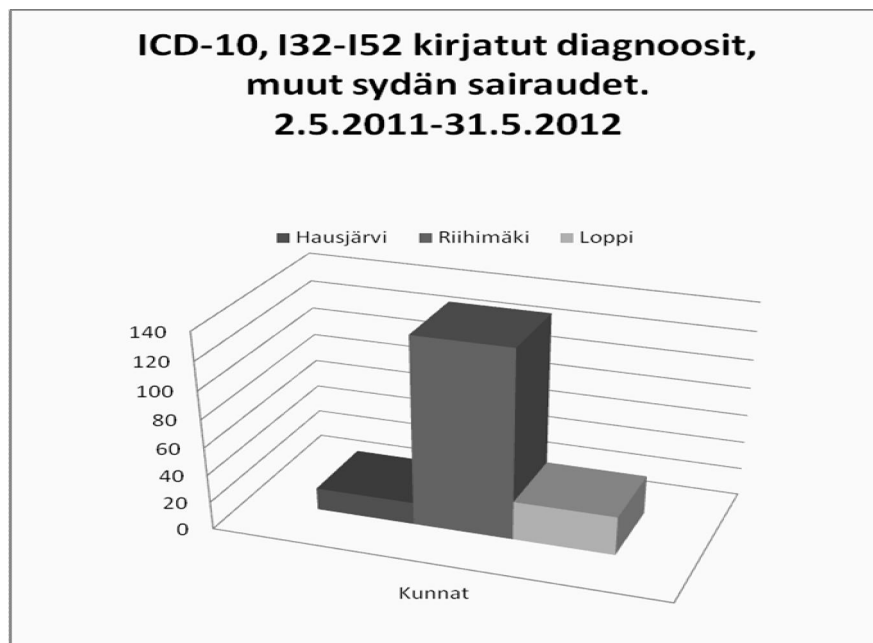
Tulokset ja johtopäätökset

Seuraavissa taulukoissa kuvataan kirjattujen diagnoosien määrät kunnittain 1.8.2009–31.8.2010 ja 2.5.2011–31.5.2012 välisinä aikoina. Kuvioissa 1-2 voidaan huomata, Hausjärven ja Lopen kirjattujen diagnoosien määrät ICD-10 välillä I32-I52, muut sydän sairaudet ovat pysyneet seurantavälejä vertailemalla melko lailla samoina. Mutta Riihimäellä hankkeen aikana on kiinnitetty huomiota myös diagnoosien kirjaamiseen ja diagnoosien kirjaukset, I32-I52, muut sydän sairaudet ovat lisääntyneet 2.5.2011–31.5.2012 välisenä aikana.

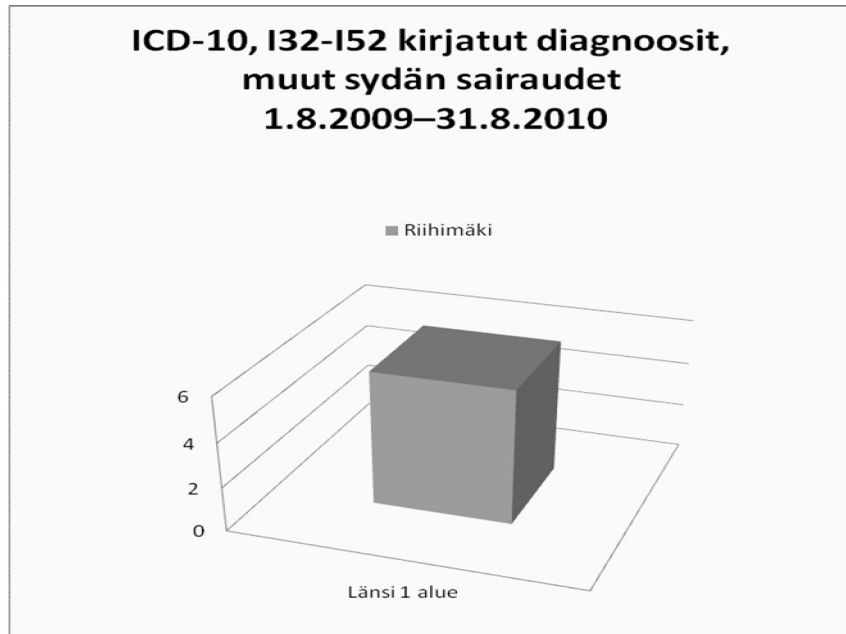
Kuvioissa 3-4, Riihimäen Länsi 1 alueen kirjattujen diagnoosien määrässä 2.5.2011–31.5.2012 on selvä nousu verrattuna 1.8.2009–31.8.2010 väliseen aikaan. Ajanjaksona 2.5.2011–31.5.2012 Riihimäen Länsi 1 alueen lääkäri – hoitajatyöpari pilotoi valmisteltua, hoitosuunnitelma vastaanottoa. Tuona aikana voidaan todeta että myös diagnoosien kirjaamisen laatu parani.



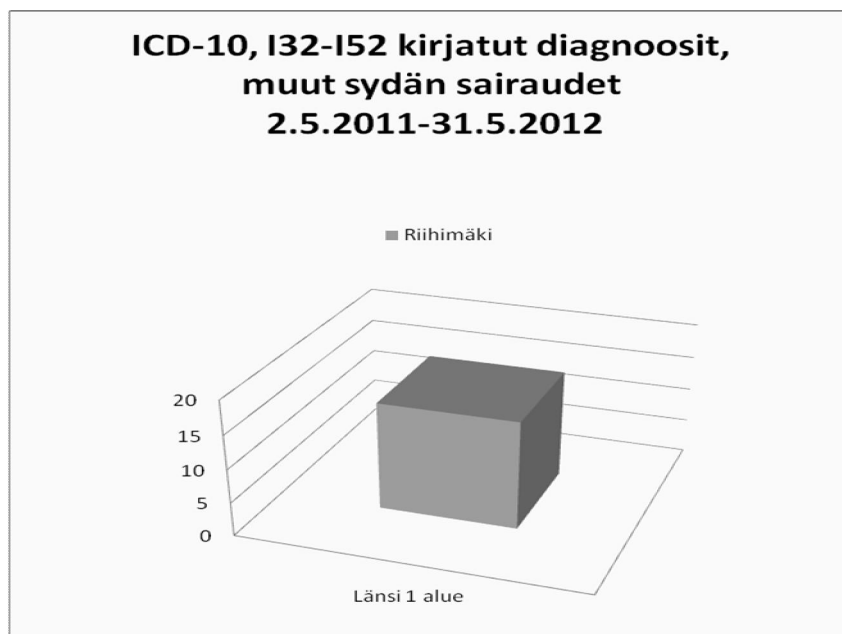
Kuvio 1. ICD-10, I32-I52 kirjatut diagnoosit, muut sydänsairaudet 1.8.2009-31.8.2010 Hausjärvellä, Riihimäellä ja Lopella.



Kuvio 2. ICD-10, I32-I52 kirjatut diagnoosit, muut sydänsairaana 2.5.2011-31.5.2012 Hausjärvellä, Riihimäellä ja Lopella



Kuvio 3. ICD-10, I32-I52 kirjatut diagnoosit Riihimäellä,
Länsi 1 alueella 1.8.2009–31.8.2010



Kuvio 4. ICD-10, I32-I52 kirjatut diagnoosit Riihimäellä,
Länsi 1 alueella 2.5.2010–31.5.2012

3.13. Avainasiakkaat määritellään ja tunnistetaan tietojärjestelmän avulla

”Hankkeen aikana valitut asiakasryhmät ovat tunnistettavissa tietojärjestelmien avulla”

Toiminta

Avainasiakkaiksi määriteltiin ICD-10 tautiryhmien I00-I99 tautiryhmien I30-I52 Muut sydän sairaudet diagnoosiryhmät. Potilaat varasivat joko vastaanoton toimistossa, puhelimesta tai hoitajakäynnillä itselleen lääkärin kontrolliaikaa, jolloin pilotoitvan alueen, länsi 1- alueen diagnoosiryhmän I30-I52 diagnosoidut potilaat ohjattiin alueen hoitajan valmistellulle vastaanotolle ja hänelle varattiin potilaan yleisen tilan perusteella 60–90 minuutin vastaanottoaika. Hoitajakäynnillä hoitaja tarkasti pysyvistä diagnooseista diagnoosin sekä kirjasi potilaan sydämen vajaatoimintapotilasryhmään.

Tulokset ja johtopäätökset

Pilotiksi valitun potilasjoukon, sydämen vajaatoimintapotilaiden tunnistaminen avainasiakkaaksi oli monimutkaista ja hankalaa. Johtopäätöksenä voidaankin todeta että yhdessä sovittu menetelmä toimi ja valmistellun vastaanoton malli levisi Potku – hanke I aikana myös muille vastaanoton alueille. Seuranta-aikana hoitosuunnitelmia sydämen vajaatoimintapotilaille tehtiin yhteensä 46 ja länsi 1 alueella oli tuona aikana kirjattuja I30-I52 diagnooseja 16 ja asiakkaita 11.

Seuranta-aikana kirjattuja diagnooseja koko Riihimäen vastaanotoilla oli yhteensä 135 ja tehtyjä hoitosuunnitelmia yhteensä 46, joten seuranta-aikana hoitosuunnitelmia tehtiin 34 % Riihimäen lääkäreiden ja hoitajien yleisvastaanotolla seuranta-aikana käyneistä sydämen vajaatoimintapotilaista. Diagnosoiduista sydämen vajaatoimintapotilasta, joille on tehty hoitosuunnitelma, 1/3 Riihimäen vastaanoton diagnosoiduista sydämen vajaatoimintapotilaista on varsin vaikuttava tulos näinkin lyhyellä seurantajaksolla. Validiteetin kannalta jatkossa tulee edelleenkin kiinnittää huomiota diagnoosien säännönmukaiseen kirjaamiseen, jotta tiettyjä pitkäaikaissairauksien ryhmien tehtyjen hoitosuunnitelmien määriä voidaan luottavasti arvioida.

Pilotointi aikana keskustelua käytiin ja käydään edelleen, miten avainasiakkaat tulisi tunnistaa. Potku II – hankkeessa Riihimäen on tarkoitus laajentaa pitkäaikaissairaiden potilaiden valmisteltua vastaanoton mallia myös muiden pitkäaikaissairauksien hoitoon. Tulevaisuudessa tuleekin miettiä, määritetäänkö jatkossa avainasiakkaiksi kaikki ne potilaat, joilla on jokin diagnosoitu pitkäaikaissairaus tai monia diagnosoituja sairauksia? Toinen vaihtoehto on että pitkäaikaissairaille, huolimatta diagnoosien määrästä tehdään potilaan omahoitosuunnitelma (HOITOS) ja monisairaant, ns. moniongelmaiset potilaat määritetään toisin esim. vastaanotto, suurkuluttajakäyntien mukaan.

Vastaanotolla on valmistellun, hoitosuunnitelma vastaanoton luotua mallia on sovellettu sydämen vajaatoimintapotilaiden lisäksi diabetes – potilaiden vastaanoton hoitopolkuun. Tätä mallia tulee kehittää kohti moniammatillisempaa vastaanottoa, kuin lääkäri - hoitajatyöparityö.

4. Tavoitteiden toteutuminen Sastamalan seudun sosiaali- ja terveystalvelujen ja Vammalan aluesairaalan alueella

4.1. Terveystyötymalli sisältyy kuntien ja terveystalveluorganisaatioiden strategioihin

MaaliPotkun tavoitteena Sastamalan alueella oli alueellisten hyvinvointitalvelujen tuottajien tunnistaminen ja yhteisen hyvinvointistrategian laatiminen sekä yhteiset linjaukset ja keskeisten asiakasryhmien tunnistaminen

Toimenpiteet

Terveystyötymalli sisältyy alueelliseen kuntien yhdessä laatimaan Terveysten ja hyvinvoinnin suunnitelmaan vuoteen 2013. Sastamalan kaupungin strategiaan on sisällytetty terveystyötymallin mukaiset arvot, asiakaslähtöisyys sekä sektorirajat ylittävä alueellinen yhteistyö.

Terveyshyötymalli sisältyy alueellisen erikoissairaanhoidon tulevaisuusohjelmassa, PSHP:n strategiaan 2012–2016, VAS:n käyttösuunnitelmaan ja ydinprosessien suunnitelmaan. Alueellinen hyvinvointiohjelma laaditaan syksyllä 2012. Terveyshyötymalli sisältyy valmisteilla olevaan Pirkanmaan terveydenhuollon järjestämissuunnitelmaan

Sastamalan seudun sosiaali- ja terveystalvelujen ja kuntien palvelusopimuksessa tulostittareiksi on määritelty terveyshyötymallin mukaisia tavoitteita, kuten esim. vuonna 2012 tavoitteena on laatia 300 hoitosuunnitelmaa vuodessa pitkäaikaissairaille asiakkaille.

Terveystalvelujen alueelliseen järjestämiseen on haettu yhteistä näkemystä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon johtoryhmien yhteisten kokousten (3 kpl) kautta sekä järjestämällä yhteisiä alueellisen palveluvalikoiman moniammatillisia työpajoja (3 kpl), joissa on ollut osallistujia aluesairaalaista, avoterveydenhuollosta, vuodeosastoilta, kotihoidosta ja fysioterapiasta.

Potku-hanketta ja terveyshyötymallia on esitelty Sastamalan alueella perusterveydenhuollon ja VAS:n hallitusten kokouksissa, luottamushenkilöiden yhteistyöryhmissä sekä alueellisessa Vanhus- ja terveystalvelujen yhteistyöryhmässä, jossa ovat olleet edustettuina kuntien johtavat viranhaltijat ja luottamushenkilöt. Alueella on järjestetty Potku-hankkeen aikana neljä laajaa seminaaria, joihin on kutsuttu sekä terveydenhuollon ammattilaiset, päättävät viranhaltijat, luottamushenkilöt että potilasjärjestöjen edustajat.

Keskeisten asiakasryhmien tunnistamiseksi on tutustuttu asiakassegmentointiin ja yhteisen palveluvalikoiman suunnittelussa on lähtökohdaksi otettu erilaisten asiakkaiden erilaiset tarpeet.

Tulokset ja johtopäätökset

Terveyshyötymalli sisältyy hyvinvointisuunnitelmaan, järjestämissuunnitelmaan sekä alueellisessa erikoissairaanhoidon tulevaisuussuunnitelmassa. Asiakaslähtöisyys sekä sektorirajan ylittävä alueellinen yhteistyö sisältyvät Sastamalan kaupungin strategiaan. Alueellista hyvinvointisuunnitelmaa laaditaan parhaillaan ja terveyshyötymalli tulee si-

sältymään siihen. Sastamalan seudun sosiaali- ja terveyspalvelujen liittyttyä vuoden 2012 alussa osaksi Sastamalan kaupunkia, kaupungin strategia käsittää myös sosiaali- ja terveyspalvelut. Strategia tullaan päivittämään uuden valtuustokauden alkaessa.

4.2. Yhteistyötä tehdään yli kunnan hallintorajojen sekä yksityisen ja kolmannen sektorin kanssa

Toiminta

Yhteistyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä

Hanketta on toteutettu Vammalan aluesairaalan ja perusterveydenhuollon välisenä yhteistyönä. Tavoitteena on ollut mm. yhtenäisistä toimintakäytännöistä sopiminen ja alueellisen palveluvalikoiman kehittäminen. Yhteistyötä on tehty hankkeen kehittämistie-
meissä, jotka ovat kokoontuneet viikoittain sekä yhteisissä, moniammatillisissa työpa-
joissa.

Potku-viikot

Sastamalan alueella on toteutettu hankkeen aikana kaksi Potku-viikkoa, joiden toiminta-
taan on haastettu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon eri yksiköiden lisäksi
kuntien muita hallintokuntia, kuten liikuntapalvelut, kulttuuri- ja sivistyspalvelut ja koulut.
Mukaan on haastettu paikallisia potilasjärjestöjä, eläkeläisjärjestöjä sekä yksityisiä yri-
tyksiä kuten apteekit ja hoiva-alan yritykset. Myös ruokakaupat ovat osallistuneet Potku-
viikon toteuttamiseen. Vuonna 2011 Potku-viikon teemana oli omahoito ja vuonna 2012
lääkehoitoon liittyvät teemat kuten lääkekaapit kuntoon, lääkejätteen palautus sekä
matkailijan terveys. Lisäksi paikalliset tiedotusvälineet on haastettu mukaan tekemään
ennakkojuttuja terveysteemoista sekä juttuja viikon tapahtumista. Paikallisradio toteutti
radiolääkärin tunteja.

Potku-viikolla terveys ja omahoito ovat olleet esillä eri toimijoiden tapahtumissa ja eri
näkökulmista. Hallintokunnat ovat järjestäneet viikon aikana Potku-teemaan liittyviä ta-
pahtumia ja tiedotusta.

Kirjastoissa on ollut esillä omahoitoon ja lääkkeisiin liittyvää kirjallisuutta, liikuntapalvelut ovat järjestäneet koko perheen liikuntatapahtumia ja kouluissa on otettu esiin liikuntaan liittyviä teemoja. Lisäksi viikolla on järjestetty yleisötapahtumia, näyttelyjä ja ammattilaisille suunnattuja koulutuksia ja seminaareja.

Potku-viikko 31.1.–4.2.2011

<u>Toimija</u>	<u>Sisältö</u>	<u>Osallistujia</u>
Apteekit	Omahoidon opastusta (Saspen terveydenhoitajat)	Apteekkien asiakkaat viikon aikana
Liikuntapalvelut	Avoimet ovet Vinkissä ja uimahallissa, hiihtokoulu	20–40
Kirjastot	Esillä terveysaiheista kirjallisuutta	Kirjastojen asiakkaat
Ruokakaupat	Esimerkkipöytä, tuotteiden sisältämä energia	Kauppojen asiakkaat
Fysioterapiayksikkö	Avoimet ovet	Noin 70 kävijää
Elintarvikelaboratorio	Avoimet ovet	Noin 30 kävijää
Potku-hanke	Ammattilaisten täydennyskoulutus Yleisöseminaari	Noin 80 osallistujaa Noin 180 osallistujaa
Tiedotusvälineet	Lehtijuttuja aluelehdissä teemasta Radiolääkäri	8 2 ohjelmaa
Potilasjärjestöt	Järjestöt ja terveyspalvelut esittäytyivät	15 järjestöä, noin 180 osallistujaa

Potku-viikko 12.–16.3.2012

<u>Toimija</u>	<u>Sisältö</u>	<u>Osallistujia</u>
Apteekit	Teemapäivä: lääkejätteen palautus, apteekkeissa esillä kotilääkekaappi. Apteekkien edustajat kertoivat ikäpisteissä (5 kpl) teemana "Lääkekaapit kuntoon"	Apteekkien asiakkaat viikon aikana. Ikäpisteiden kävijät yht. noin 90 henkilöä
Liikuntapalvelut	Avoimet ovet Liikuntakeskuksessa ja uimahallissa.	20–40
Kirjastot	Esillä terveysaiheista kirjallisuutta	Kirjastojen asiakkaat
Fysioterapiayksikkö	Avoimet ovet	Noin 40 kävijää
Potku-hanke	Ammattilaisten täydennyskoulutus	Noin 80 osallistujaa
Tiedotusvälineet	Lehtijuttuja aluelehdissä teemasta	8
Yleisötilaisuudet	Järjestöt ja terveyspalvelut ja yksityiset yritykset näyttelypisteet. Potkua kevääseen Mouhijärvellä Maalismarkkinat Vammalassa: Teemana terveenä matkalle Miesseminaari	80 osallistujaa 40 osallistujaa 300 osallistujaa

Yhteistyö apteekkien kanssa

Alueen apteekit on kutsuttu yhteisiin kokouksiin ja koulutuksiin, joissa aiheina on ollut lääkehoidon järjestäminen. Apteekit ovat myös olleet aktiivisesti mukana Potku-viikon tapahtumissa, niin että apteekkeissa on ollut teemaan liittyviä esittelypöytiä ja infopisteitä ja apteekkien henkilökunta on käynyt viikon aikana puhumassa teemasta "lääkekaapit kuntoon" alueen viidessä ikäpisteessä. 18.1.2011 järjestettiin yhteinen työpaja apteekkien ja terveydenhuollon organisaatioiden kanssa "Yhteistyö apteekkien kanssa monisairaana potilaan hoitoketjussa". Työpajaan osallistuivat kaikkien alueen apteekkien edustajat.

Yhteistyö järjestöjen kanssa

Potilasjärjestöjen edustajia on kutsuttu yhteisiin suunnittelukokouksiin kaksi kertaa. Tilaisuuksissa on esitelty terveyshyötymallin mukaista toimintaa ja keskusteltu kehittämisideoista.

Keväällä 2012 järjestetyn tilaisuuden tuotoksena päätettiin erään alueen yhdistysten kanssa aloittaa Vähähaara-nimisellä kotiseututalolla terveystoritapahtumat kaksi kertaa syksyllä ja kaksi kertaa keväällä. Aloitte terveystorin perustamisesta tuli paikallisilta yhdistyksiltä. Terveystori käynnistyy lokakuussa 2012.

Karkun alueella on alueen asukkaiden, Koti-hankkeen, Voimarinteen yksityisten yrittäjien, Sastamalan koulutuskuntayhtymä sekä seurakunnan kanssa yhteistyössä suunniteltu ikä- ja itsehoitopistettä, jonka avajaiset olivat 13.9.2012.

Omahoitopisteen ja terveyteen, hyvinvointiin ja palveluihin liittyvän ohjauksen ja neuvonnan lisäksi asiakkailta on mahdollisuus käyttää Voimarinteen yhteydessä olevien yksityisten yrittäjien hyvinvointipalveluja. Koulutuskuntayhtymän toisen asteen opiskelijat osallistuvat omahoidon ohjaukseen, ohjaavat liikuntaryhmiä, järjestävät hyvinvointipalveluja ja ruokapalveluja opiskelijatyönä.

Paikallisen sydänyhdistyksen ja diabetesyhdistyksen kanssa on suunniteltu järjestöjen yhteisen ohjaus- ja neuvontapisteen ja tapaamispaikan perustamista. Yhdistykset hakivat hankkeeseen rahoitusta Raha-automaattiyhdistykseltä, mutta hakemukselle ei myönnetty rahoitusta.

Muut yleisötilaisuudet:

Iloa ikääntymiseen liikkumalla Mouhijärvellä	5.10.2011	noin 80 osallistujaa
KevätPotku Punkalaitumella	21.5.2012	noin 30 osallistujaa
Potkua syksyyn Mouhijärveltä	26.9.2012	noin 40 osallistujaa

Tulokset ja johtopäätökset

Potku-hankkeen kautta yhteistyö apteekkien ja terveyspalvelujen välillä on tiivistynyt ja apteekit ovat ensimmäisen kokoontumisen jälkeen verkostoituneet myös keskenään. Apteekit ovat osallistuneet terveydenhuollon organisaatioiden kanssa lääkehoitoa koskeviin linjauksiin ja yhdessä on sovittu mm. lääkelistojen käytöstä.

Potku-viikot ovat tiivistäneet yhteistyötä eri hallintokuntien välillä ja esim. liikuntapalvelujen kanssa on järjestetty useita liikuntatapahtumia:

Tilaisuuksista on tiedotettu väestölle maksetuilla ilmoituksilla paikallislehdissä, lehtijutuilla sekä järjestöille ja yhteistyökumppaneille lähetetyillä tiedotteilla. Potku-viikoilla ja muissa yleisötapahtumissa on onnistuttu välittämään laajalle joukolle tietoa esim. omahoidosta ja terveyden edistämisestä. Tiedottamisen ja tapahtumien kautta voidaan lisätä väestön ymmärrystä omahoidon merkityksestä ja vaikuttaa asenteisiin. Potkuvuikot ovat onnistuneet tuomaan esiin eri tahojen yhteistä toimintaa väestön terveyden edistämiseksi.

ACIC-kyselyssä kytkennät yhteisöön oli arvioitu keskimäärin pisteillä 3,9.

4.3. Terveydenhuollon organisaatiot ovat sitoutuneet terveyshyötymallin mukaiseen toimintaan

Tavoite Sastamalan alueella: johto on sitoutunut ja tiimit on valmennettu terveyshyötömallin mukaiseen toimintatapaan.

Johto on sitoutunut

Sastamalan seudun sosiaalipalvelujen ja Vammalan aluesairaalan johtoryhmät ovat koontuneet hankkeen aikana kolme kertaa Potku-hankkeen toimintaan keskittyviin yhteisiin kokouksiin, joissa on sovittu alueelliset tavoitteet sekä arvioitu niiden toteutumista sekä laadittu yhteiset suuntaviivat jatkotyöskentelylle. Johdon edustajat ovat myös sekä alueellisessa että koko MaaliPotkun ohjausryhmässä. Johtoryhmien jäsenet ovat pereh-

tyneet terveyshyötymalliin ja ovat edistäneet sen mukaista toimintaa omissa organisaatioissaan. Kehittämistyössä on kiinnitetty huomiota esimiestason työntekijöiden motivoimiseen ja mukaan ottamiseen kehittämistyöhön.

Keväällä 2012 esimiehiä kutsuttiin mukaan työpajaan, jonka aiheena oli palveluvalikoiman alueellinen kehittäminen käypähoitosuosituksen mukaisesti.

Tulokset

Johtoryhmän jäsenet ovat osallistuneet ohjausryhmiin sekä Potkun yhteisiin kokouksiin. Organisaatiomuutokset ja uuden toimintamallin rakentaminen ovat heijastuneet vuoden 2012 aikana niin, että hanketta käsitteleviin kokouksiin on ollut vähemmän aikaa. Johdon sitoutuminen on kuitenkin näkynyt terveyshyötymallin mukaisen toimintamallin edistämässä ja tukena käytännön toiminnalle.

Valmennus terveyshyötymallin mukaiseen toimintaan

Hyvinvointipalveluja tuottavat tiimit ja tahot on valmennettu Terveyshyötymallin mukaiseen toimintaan. Hankkeen alussa ja sen kuluessa projektihenkilöstö on käynyt kertomassa hankkeesta ja terveyshyötymallista eri henkilöstöryhmien kokouksissa ja yksikkokokouksissa (Saspe/Sotesi 22 kpl, VAS).

Potkun hanketyöntekijät ovat osallistuneet Potkun hankehallinnon järjestämiin terveyshyötymallin teemoja käsitteleviin koulutuksiin ja seminaareihin:

Koulutus ja toteuttaja	ajankohta	Osallistuneet Saspe/Sotesi	Osallistuneet VAS
Muutoksen toteuttaminen, Sininen kolmio	28.9., 7.10., 12.10.	5	1
Potku-seminaari	6.10.2012	3	1
Voimaannuttava työote, Sininen kolmio		3	1
Hoitosuunnitelmatyöpaja	9.6.2011	4	2
Väli-Suomen kastehel- mimarkkinat	1.9.2011	4	6
Potku tuuletuspäivä, Sininen kolmio	11.10.2011	5	2
Hoitosuunnitelmatyöpaja	25.10.2011	3	4
Potku-seminaari	8.11.2011	7	5
Potkun satoa ja uusia yhteistyön ituja, Pirkka-	29.8.2012	5	3

Potku			
Potku-hankkeen päätösseminaari	6.9.2012	7	

Sastamalan MaaliPotkussa on järjestetty terveyshyötymallin mukaista valmennusta henkilöstölle.

Koulutus ja toteuttaja	ajankohta	osallistuneet Saspe/Sotesi	osallistuneet VAS
Työpajan vetämisen menetelmäkoulutus, Liisa Länsipuro	11.1.2011	10	5
Monisairaalan hoitoketju terveyshyötymallin näkökulmasta	11.1.2011	10	6
Terveyshyötymalli aikuisen psykiatrisen potilaan prosessissa, Anne Marjamäki	12.4.2011		22
Potkua terveydenhuoltoon, terveyshyötymallin käytäntöjä	26.5.2011		
Potku-hankkeen kehittämistiimien arviointi-ilta, Ulla Mattelmäki	31.5.2011	6	3
Monisairaalan potilaan hoitoketju	30.8.2011		2
Terveyshyötymalli ja monisairaalan hoitoketju/VAS:n sisätautien vastuuryhmän koulutus	29.9.2011		20

Kehittämistiimit ovat kokoontuneet säännöllisesti, esimerkiksi diabeteksen ja mielen-terveystyön pääsääntöisesti kerran viikossa koko hankkeen ajan. Tiimikokouksissa on perehdytty terveyshyötymalliin ja sen paikalliseen soveltamiseen sekä suunniteltu käytännön toimenpiteet.

Tulokset

Kehittämistiimien jäsenet ovat omaksuneet terveyshyötymallin mukaisen toimintatavan osana tiimien toimintaa. Hanketyöntekijät ovat osallistuneet Potku-hankkeen järjestämiin koulutuksiin ja seminaareihin ja perehtyneet niiden kautta terveyshyötymallin periaatteisiin ja vieneet kokemuksia eteenpäin omiin yksiköihinsä. Henkilöstölle on järjestetty tiedotusta ja koulutusta terveyshyötymallista ja monisairaalan hoitoketjusta, jotta uusi toimintatapa tulisi henkilöstön keskuudessa mahdollisimman laajasti tunnetuksi.

Laadittu prosessikuvaus potilaan omahoitoa tukevasta hoidosta ja ohjauksesta sisältää terveyshyötymallin mukaiset keskeiset kohteet ja niihin liittyvät toimintakäytännöt, ohjeet ja palveluvalikoiman tämän vaiheen määrittelyn. Prosessikuvaus ja siihen liittyvä käytännön koulutus laadittiin ensimmäiseksi diabetespotilaiden hoidon ja ohjauksen kokonaisuudesta. Vastaava toimintamalli on laadittu myös sydämen vajaatoimintapotilaiden hoidon ja ohjauksen kokonaisuudesta.

ACIC – kyselyn mukaan terveyspalvelun tuottajan organisaatio sai pistemääräksi 4,5/6.

4.4. Terveyshyötymallin tavoitteet ja mittarit on sovittu ja otettu käyttöön johtamisessa

Hankkeen aikana on otettu käyttöön sekä ACIC- että PACIC-kyselyt ja molemmat on toteutettu kaksi kertaa. Erityisesti ACIC-kyselylomake on koettu vaikeaselkoiseksi. SWOT-kysely toteutettiin sekä johtoryhmän että kahden kehittämistiimin kanssa.

Tulokset ja johtopäätökset

Kysymykset soveltuvat osin huonosti suomalaiseen järjestelmään ja niiden sisältöä on vaikea ymmärtää. ACIC:n täyttämisenä on suuri riski siihen, että kyselyllä saadut tulokset eivät vastaa kysymyksiin, koska vastaajat eivät ole ymmärtäneet kysymyksiä tai ovat ymmärtäneet ne väärin. ACICien täyttämistä saatu palaute oli pääosin kielteistä.

PACIC-kysely on todettu käyttökelpoiseksi asiakkaiden kokemuksen esille saattamisessa. ACIC-kyselyn käyttö on koettu työlääksi.

Hoitosuunnitelmien vaikuttavuutta vastaanottokäynteihin seurattiin pienen otoksen osalta kesällä 2012. Vaikuttavuuden arviointia tulee jatkaa ja kehittää edelleen.

4.5. Jokaisella pitkäaikaissairaalla potilaalla on potilaan kanssa yhdessä laadittu yksilöllinen ja strukturoitu hoitosuunnitelma

Toiminta

Sastamalan perusterveydenhuollon kuntayhtymän potilastietojärjestelmässä oli valmiina kuntoutus- ja seurantasuunnitelma, jota päätettiin käyttää hoitosuunnitelman laatimiseen siihen asti, kunnes valtakunnallinen hoitosuunnitelmalomake on käytössä. Hoitosuunnitelmaan kirjataan diagnoosit, lääkehoito, sovitaan hoidon tavoitteet ja toteutus sekä seurantakäynnit. Hoitosuunnitelman laatimista esiteltiin vuoden 2011 alussa sekä lääkärien että hoitajien kuukausikokouksissa ja siitä on järjestetty yhteensä kolme moniammatillista työpajaa. Kahdessa työpajassa (3.5.2011 ja 10.5.2011) kouluttajana toimivat PirkkaPotkun hankelääkäri ja –hoitaja. Osallistujia näissä pajoissa oli Sapesta ja VAS:sta yhteensä 36. Terveystenhoitajille järjestettiin oma hoitosuunnitelmatyöpajaa 18.5.2011 ja siihen osallistui 8 terveystenhoitajaa. Lisäksi hanketyöntekijät osallistuivat hankehallinnon järjestämiin hoitosuunnitelmatyöpajoihin

Vuoden 2011 alusta lähtien kaikille perusterveydenhuollon lääkäreille on varattu viikoittain yksi pitkä vastaanottoaika hoitosuunnitelman laatimista varten. Aluksi hoitosuunnitelman laativat pääsääntöisesti lääkärit. Syksyllä 2011 yksi terveystenhoitaja yksi sairaanhoitaja aloittivat valmisteltujen vastaanottojen pilotoinnin. Hoitosuunnitelmia on laadittu 1.10.2012 mennessä yhteensä noin 430 kpl. Pegasostietojärjestelmästä ei suoraan saa laadittujen hoitosuunnitelmien lukumäärää

Hoitosuunnitelmia on laadittu alkuvaiheessa diabetesta sairastaville ja niiden tekeminen on vähitellen leviämässä myös muihin sairausryhmiin. Hoitosuunnitelmapuolustusta tarjotaan sairaanhoitajan tai terveystenhoitajan tai ajanvarauksen kautta diabetesta sai-

rastaville, usein monisairaille potilaille, joilla on runsaasti asiakaskäyntejä. Hoitosuunnitelmapäivästä ohjataan myös vähän palveluja käyttäviä, joiden arvioidaan tarvitsevan ohjausta ja neuvontaa sairautensa omahoidossa.

Tulokset ja johtopäätökset

Hoitosuunnitelmia on laadittu yhteensä noin 430 kpl. Lääkärien ja hoitajien kokemukset hoitosuunnitelmien laatimisesta ovat olleet pääsääntöisesti hyvin positiivisia. Asiakkaan asioille on ollut enemmän aikaa ja kokonaistilannetta on ollut mahdollista pohtia asiakkaan ja ammattilaisen yhteistyönä. Hoitosuunnitelmapäivästä on ohjelmoitu seuraavat laboratoriokokeet ja seurantakäynnit.

Sotesissa toteutettiin hoitosuunnitelmapäivän auditointi 10.1.2012 (Borgman 2012). Auditointiin osallistui 5 Sotesin ja yksi VAS:n työntekijä. Auditoinnin avulla hoitosuunnitelmapäivän toteutusta on voitu kehittää entisestään. Auditoinnista on tehty amk-tutkinnon loppu-työ (Borgman 2012).

Hoitosuunnitelmien vaikuttavuudesta tehtiin kesällä 2012 pieni seurantapilotti, jonka mukaan päivystys- ja lääkäri vastaanotot olivat hoitosuunnitelman laatimisen jälkeen vähentyneet ja hoitajan puhelinvastaanotokerrat lisääntyneet.

4.6. Erilaisia omahoidon työkaluja on otettu käyttöön, kuten ryhmäohjaus, terveystieteiden valmennus ja sähköisiä omahoidon palveluja

Omahoito

Henkilöstölle on järjestetty koulutusta omahoidon tukemisesta, voimaannuttavasta työotteesta sekä motivoivasta työotteesta. Omahoidon edistämiseen liittyen on järjestetty työpajoja esimerkiksi omahoitolomakkeen käyttöönottamisesta.

Koulutus, toteuttaja	ajankohta	osallistuneet Saspe/Sotesi	osallistuneet VAS
Potilasopetuksesta omahoidon valmennukseen, Pirkko Routasalo	3.2.2011	yht 83	
Voimavarakeskeisyys ja voimaannuttava työote, Kirsi Hentinen Hamk	8.3.2011	29	5

Omahoidon tukeminen, välineenä motivoiva haastattelu, Kirsi Hentinen, Hamk	5.4.2011	29	5
Omahoitolomakkeen käyttö ja PCIC-kysely terveydenhoitajille, Marita Pitkänen ja Jaana Kangas	6.5.2011	10	
Lääkekorttikoulutus lääkäreille, Nelli Valkama	6.9.2011	15	
Motivoiva työote asiakkaan /potilaan muutoksen tukemisessa, Jouni Sipiläinen Riihenaika Oy	31.1.2012	42	4
Muutosta tukevan ryhmätoiminnan malli, Arja Koivuranta	14.2.2012	15	
Työpaja: Omahoidon tukemisen yhtenäiset käytännöt ja potilasohjeet, Anne Marjamäki	8.3.2012	40	7
Diabetespotilaan omahoito kotihoidossa, Katja Rovaharju, Marita Pitkänen, Jaana Kangas	10.5.2012 ja 15.5.2012	62	
Ionisairaalan potilaan omahoitoa tukeva ohjaus ja ohjeistus VAS; sisätautien vastuuryhmän koulutus, Tuula Suurkoivu, Marketta Telilä, Anne Marjamäki m.	22.5.2012		20
Sydämen vajaatoimintapotilaan omahoitoa tukeva ohjaus ja hoito, Kimmo Verho, Marja-Leena Tiensuu, Marja Pihlajamäki	19.9.2012	20	16
Potilaan omahoidon tukeminen, Psykiatrian osasto A, Marketta Telilä, Kai Harjula	23.8.2012		7
Potilaan omahoidon tukeminen, Psykiatrian osasto B, Marketta Telilä, Kai Harjula	20.9.2012		12
Tulppa-ohjaajakoulutus, Sydänliitto	10.9.–11.9.2012	2	1

Omahoitolomake

Sastamalan Potku-hankkeessa on otettu käyttöön PirkkaPotkussa kehitetty omahoitolomake, jota täydennettiin mielenterveyteen liittyvillä kysymyksillä. Omahoitolomake annetaan potilaalle / asiakkaalle ennen hoitosuunnitelmavastaanottoa. Terveydenhoitajan tai sairaanhoitajan valmistellulla vastaanotolla käydään läpi omahoitolomake ja lääkelista. Potilas määrittelee tavoitteensa omalle terveydenhoidolleen ennen lääkärin hoitosuunnitelmavastaanotolle menoa. Hoitosuunnitelma laaditaan ja allekirjoitetaan lääkärin vastaanotolla ja potilas saa siitä oman kappaleen mukaansa.

Omahoitolomake kotihoidossa

Hankkeessa omahoitolomaketta muokattiin kotihoitoon soveltuvaksi tavoitteena tukea erityisesti kotihoidon asiakkaina olevien diabetespotilaiden omahoitoa. Terveydenhoitaja Katja Rovaharju teki omahoitolomakkeen käytöstä kotihoidossa ylempään amk-tutkinnon opinnäytetyön. Kotihoidon henkilöstölle järjestettiin koulutusta omahoidosta ja henkilö-

kunnan kanssa testattiin omahoitolomaketta kotihoidon asiakkaiden kanssa sekä tehtiin siihen tarvittavat muutokset. Tavoitteena on tukea asiakkaiden omien voimavarojen käyttöä mahdollisimman pitkään myös kotihoidossa.

Lääkelistojen päivittäminen

Potku-hankkeen yhdeksi alueelliseksi teemaksi valittiin syksyllä 2011 lääkelistojen saataminen ajan tasalle. Sairaanhoidajille ja terveydenhoitajille järjestettiin koulutusta lääkelistojen päivittämisestä sekä sovittiin käytännöistä, miten lääkärin lisäksi hoitajat voivat tehdä lääkelistaan tarvittavat korjaukset. Tavoitteeksi asetettiin, että jokaisella pitkäaikaissairaalla on ajantasainen lääkelista.

Riskitestit

Työpajoissa on määritelty, koulutettu ja sovittu toimintatavat keskeisistä riskitesteistä ja miten niiden avulla ohjataan potilasta arvioimaan tilannettaan liittyen sekä hoidon suunnitteluun että omahoidon toteutukseen ja arviointiin.

Omahoitopisteet

Terveysasemien itsehoitopisteitä on täydennetty Pirkanmaan sairaanhoitopiirin esitelineellä ja materiaalilla. Uusia itsehoitopisteitä on perustettu mm. aluesairaalaan, fysioterapiaan sekä kahteen yhdistysten ja / tai yritysten kanssa yhteistyössä toteutettuun pisteeseen. ITE-pisteiden käyttöä on opastettu mm. ikäpisteissä ja Potku-viikon tapahtumien yhteydessä.

Asiakaslähtöiset voimaannuttavat elintapamuutosryhmät

Terveydenhoitajat kehittivät, seurasivat ja arvioivat omissa työpajoissaan (6 kpl) uuden ryhmänohjausmallin, jonka lähtökohtana on osallistujien oma muutostarve ja siinä tukeminen. Mallissa terveydenhoitajan rooli muuttui valmentajan ja kannustajan rooliksi osallistujien määriteltäessä itse tavoitteensa ja arvioidessa niiden toteutumista.

Arja Koivuranta teki ryhmätoiminnasta ylemmän amk-tutkinnon opinnäytetyön, jossa hän arvioi prosessin etenemistä ja ryhmätoimintaan osallistumisen vaikutuksia.

Ryhmään osallistuvat saivat elämäntapamuutoksen käynnistymään ryhmätoiminnan aikana ja se jatkui omaehtoisesti 6 kuukautta ryhmän päättymisen jälkeen. Terveystoimittajat kokivat toiminnan mielekkääksi ja he kehittivät terveysneuvojasta terveysvalmentajaksi.

Diabetesta sairastavien liikuntaryhmät

Diabeteshoitaja ja fysioterapeutti kutsuivat ylipainoisia, diabetesta sairastavia miehiä liikuntaryhmään, jossa lähtökohtana olivat osallistujien omat tavoitteet liikunnalle. Kymmenen ohjatun kerran jälkeen miesten ryhmä on jatkanut itseohjautuvana kuntosaliryhmänä kaksi kertaa viikossa. Naisille ohjattiin vastaava ryhmä ja heille on varattu kuntosalille oma aikansa.

Tulppa-koulutukset

Hanketyöntekijöitä on osallistunut Sydänliiton Tulppakoulutukseen syksyllä 2012, tavoitteena on aloittaa Tulpparyhmät.

Tulokset ja johtopäätökset

Omahoitolomake on käytössä ja lääkelistoja päivitetään vastaanotoilla. ITE-pisteitä kehitetään edelleen, viimeisimpänä yhdessä asukkaiden ja yhteisön muiden toimijoiden kanssa kehitteillä oleva itsehoitopiste. Voimaannuttavat elämäntaparyhmät ovat osa palveluvalikoimaa ja niiden ohjaamisessa opastetaan uusien ryhmien ohjaamisesta kiinnostuneita. Pitkäaikaissairaille tarkoitettujen liikuntaryhmät ovat osin jatkaneet itseohjautuvina ryhminä.

Omahoidon tuki arvioitiin ACIC-kyselyssä varsin hyväksi, keskiarvo oli 4,7.

4.7. Jokaiselle pitkäaikaispotilaalle on määritelty hoidon toteutuksesta vastaava työntekijä, joka on kirjattu hoitosuunnitelmaan

Toiminta

Kotihoidossa ja asumispalveluissa toimii vastuuhoidajamalli. Avoterveydenhuollossa siirrytään syksyllä 2012 lääkärien, terveydenhoitajien ja sairaanhoitajien vastaanotoilla työparityöskentelyyn, jonka jälkeen käytössä on listautumismalli. Pitkäaikaissairaat käyvät tämän jälkeen aina saman työparin vastaanotoilla ja ajanvaraus lääkärille tapahtuu hoitajan kautta.

Tulokset

Lokakuun alkuun mennessä 2012 listautuminen on toteutettu noin 40 pitkäaikaissairaanhoidon kohdalla.

4.8. Pitkäaikaissairaanhoidon terveyskeskuskäynti on ennalta suunniteltu ja vastuut on määritelty

Toiminta

Valmistellut vastaanotot osana palveluvalikoimaa on pilotoitu sekä terveydenhoitajien että sairaanhoitajien vastaanotolla. Syksyllä 2012 siirrytään lääkäri-hoitaja työparityöskentelyyn ja listautumismalliin. Ajanvaraus ja yhteydenotto tulevat aina hoitajan kautta. Työparityöskentelyyn siirtymistä ennen osa henkilökunnasta tutusti Pirkkalan terveyskeskuksen toimintaan. Avoterveydenhuollon henkilöstölle järjestettiin yhteinen koulutuspäivä aiheesta 5.9.2012.

Tulokset ja johtopäätökset

Siirryttyä valmisteltuun vastaanottoon sekä lääkäri-hoitajatyöparityöskentelyyn. Hoitosuunnitelmia laaditaan säännöllisesti ja tavoitteena on tehdä listautumismallin myötä kaikille pitkäaikaissairas hoitosuunnitelma. Listautumismallin käyttöön oton myötä pitkäaikaissairaiden terveyskeskuskäynnit ovat ennalta suunniteltuja ja vastuut on määritelty hoitajan ja lääkärin välillä.

4.9. Terveyskeskusten palveluvalikoima on rakennettu potilaiden palvelutarpeen mukaisesti ja palveluja kehitetään omahoitoon, itsehoitoon ja syrjäytymisen ehkäisyyn. Kehitetään esim. ryhmävastaanottoja, terveysvalmennusryhmiä ja ennaltaehkäiseviä palveluja.

Palveluvalikoimaa on kehitetty alueellisesti yhtenäiseksi kokonaisuudeksi. Asiakaslähtöisen palveluvalikoiman prosessikuvausta on työstetty kolmessa moniammatillisessa työpajassa, jossa oli sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon henkilöstön edustus. Palveluvalikoima tulee näkyviin yhteiseen ekstranettiin. Ensimmäisessä vaiheessa palveluvalikoima toimii ammattilaisten työkaluna ja seuraavassa vaiheessa siitä kehitetään väestölle näkyvä sovellus.

Palveluvalikoiman kehittämiseen liittyvä koulutus

Koulutus, toteuttaja	ajankohta	osallistuja Saspe/Sotesi	osallistujat VAS
Asiakaslähtöisen elämäntaparyhmän työpajat, Arja Koivuranta ja Marita Pitkänen	kevät 2011	8	
Valmentava ote esimiestyössä. Monisairaalan potilaan hoitoa tukeva palvelutuotanto, Anne Marjamäki.	1.2.2012	20	10
Työpaja: Palveluvalikoiman kartoittaminen Diabeteksen hoitoketjussa, Ulla Mattelmäki, Anne Marjamäki	9.2.2012	40	7
Palveluvalikoiman soveltaminen omassa työssä (diabetesasiakkaat). Esimerkit ammattilaisten työkalut, tsekinglistat ym, Anne Marjamäki	21.2.2012	40	7
E-resepti, sähköinen asiointi, palveluvalikoiman avaaminen. Tiina Karttunen, Petri Pommelin, Anne Marjamäki	15.3.2012	45	15
Alueellisen palveluvalikoiman kehittäminen ja juurruttaminen käytäntöön. Työpaja johtoryhmille, Anne Marjamäki ja Marita Pitkänen	30.5.2012	8	7
Palvelut tutuiksi, Tarja Honkanen, Lyyli Heikkinen, Anu Aalto	18.9.2012		3
Terveystieteiden uusien suuntien, Kauko Koivuniemi, Leila Lehtomäki, Ulla Mattelmäki	25.9.2012	32	8

Hoitajavastaanotto osana palveluvalikoimaa, Tuula Suurkoivu, Anne Marjamäki, Marketta Telilä ja Kai Harjula	17.10.2012		13
---	------------	--	----

Ryhmävastaanottoa ei ole toistaiseksi otettu käyttöön sen sijaan on aloitettu asiakaslähettöiset voimaannuttavat elämäntapamuutosryhmät, jotka ovat vakiintuneet osaksi palvelujärjestelmää. Diabetesta sairastaville aloitettiin diabeteshoitajan ja fysioterapeutin yhteistyönä isojen miesten liikuntaryhmä, joka on jatkanut 10 kerran ohjatun jakson jälkeen omatoimisena ryhmänä sekä naisten ryhmä, joka myös on jatkanut harjoittelua yhdessä omatoimisesti. Mielenterveysohjaaja on pitänyt voimaannuttavia ryhmiä mielenterveysasiakkaille. Itsehoito- ja ikäpisteitä on kehitetty ylläpitämään terveyttä ja hyvinvointia.

ACIC-kyselyssä palveluvalikoima sai keskiarvoksi 1,9. Palveluvalikoiman rakenteen kehittämiseen on paneuduttu Potku II:n aikana, mutta kovin monia uusia palvelumuotoja ei olla saatu käytäntöön. Esimerkiksi sähköisten palvelujen osalta odotetaan valtakunnallisia ohjelmia, joita voitaisiin soveltaa paikallisesti.

4.10. Potilaan kanssa tehtävässä päätöksenteossa käytetään Käypä hoito – suosituksia ja muita näyttöön perustuvia tietolähteitä

Toiminta

Henkilöstön kanssa on käyty läpi koulutuksissa ja työpajoissa pitkäaikaissairaahan hoitoketjua sekä muita alueellisia hoitoketjuja.

Koulutus, toteuttaja	ajankohta	osallistuneet Saspe/Sotesi	osallistuneet VAS
Päivätoiminnan työn ja kirjaamisen kehittäminen, Marita Pitkänen ja Erja Mäkelä	2.9.2011	10	
Monisairaahan hoitoketju terveyshyötymallin näkökulmasta	11.1.2011	10	6
Työpaja; hoitoketjujen jalkauttaminen käytäntöön, Anne Marjamäki, Marita Pitkänen	23.8.2012	5	5
Monisairaahan potilaan hoitoketju	30.8.2011		2
Terveyshyötymalli ja monisairaahan hoi-	29.9.2011		20

toimet / VAS sisätautien vastuuryh- män koulutus			
---	--	--	--

Diabetespotilaan hoitoprosessi on mallinnettu aluesairaalan ja Sotesin yhteisissä työpa-joissa ja hoitoprosessia on maastoutettu sekä avoterveydenhuollon, vuodeosastojen, kotihoidon että aluesairaalan toimintaan. Prosessi perustuu käypähoitosuositukseen ja PSHP:n laatimaan hoitoketjuun. Perusterveydenhuollon ja aluesairaalan kesken on jär-jestetty yhteinen työpaja hoitoketjujen käytäntöön jalkauttamisesta ja sovittu työnjaosta.

Tulokset ja johtopäätökset

Käypähoitosuositukset ja hoitoketjut ovat olleet terveyshyötymallin mukaisen palveluva-likoiman kehittämisen lähtökohtana. Työpajojen ja koulutusten kautta hoitoketjujen tun-temus eri henkilöstöryhmissä on parantunut.

4.11. Noudatetaan yhteisesti sovittuja kirjaamiskäytäntöjä, otetaan käyttöön käyntisyi-den kirjaaminen

Kirjaamisessa on sovittu yhteisistä käytännöistä ja otettu käyttöön käyntisyiden kirjaa-minen. Henkilöstöä on koulutettu käyntisyiden kirjaamiseen ja lääkehoidon kirjaami-seen.

Koulutus, toteuttaja	ajankohta	osallistujat Saspe/ So- tesi	osallistujat VAS
Päivätoiminnan kirjaamisen kehittäminen	2.9.2011	10	
Lääkekorttikoulutus henkilökunnalle, Nelli Val-kama	kolme koulu- tusta 6.9.2011	15	

4.12. Avainasiakkaat määritellään ja tunnistetaan tietojärjestelmän avulla. Hyvinvointi-strategian arviointia ja kehittämistä tukevan ajantasaisen tiedon tuottaminen, asiakasryhmien kartoittaminen.

Toiminta

Hoitosuunnitelmavastaanotolle ohjattavien asiakkaiden valinta on perustunut terveydenhuollon ammattilaisten arviointiin siitä, miten asiakas hyötyy hoitosuunnitelman laadimisesta. Asiakasryhmien kartoittamisesta on keskusteltu työpajoissa, mutta on päädytty siihen, että ei ole laadittu tiukkoja kriteerejä.

5. Viestintä

5.1. Viestintä Forssan seudun terveydenhuollon ky:n Potkuhankkeessa

Sisäinen viestintä

Potku-hankkeen ja MaaliPOTKU-osahankkeiden välinen sisäinen viestintä tapahtui sähköpostin ja puhelimen välityksellä sekä keskinäisissä tapaamisissa. Kokouskutsut ja muun tiedottaminen tapahtui sähköpostin välityksellä. Eri projektien työntekijät välittivät toisilleen laatimansa ohjeistukset sekä materiaalipaketit. Projektityöntekijät/ aluekoordinaattorit toimivat tiedon välittäjinä omissa organisaatioissaan.

Viestintä FSTKY:n projektiryhmän, johtoryhmän, yhtymäjohtajan ja aluekoordinaattorin välillä tapahtui pääsääntöisesti sähköpostin välityksellä. Sen lisäksi järjestettiin kokouksia ja muita yhteistyötapaamisia eri toimijoiden kesken. Aluekoordinaattori informoi etenkin hankkeen alussa henkilökuntaa hankkeeseen liittyvistä asioista. Projektiryhmän kokouksissa käsiteltiin hankkeeseen liittyviä ajankohtaisia asioita, joista projektiryhmän jäsenet tiedottivat omissa työpisteissään.

FSTKY:n sähköpostin välityksellä jaettavaa viikkotiedotetta käytettiin tiedotettaessa ajankohtaisista asioista.

Lisäksi kerrottiin FSTKY:n henkilöstölehti FSTimantissa 3/2010 hankkeesta ja Terveys-hyötymallista sekä julkaisussa 5/2011 pääterveysaseman Omahoito-pisteen avajaisista. Sairaalan Omahoito-pisteen kehittämiskokouksissa tiedotettiin hankkeesta ja siihen liit-tyvistä kehittämistarpeista erikoissairaanhoidossa työskenteleville.

Kokouspöytäkirjat, koulutus- ja muu materiaali on tallennettu FSTKY:n h-levyasemalle, Intranettiin, josta se on henkilökunnan saatavilla. Osa materiaalista on myös sähköpos-tissa; Yleiset kansiot; Kehittämistoiminta; POTKU-hanke. Vuoden 2012 kuluessa nämä kaksi erillistä tallennuspaikkaa yhdistetään, jonka jälkeen kaikki materiaali on samassa paikassa.

FSTKY:n MaaliPOTKU-hankkeen loppuseminaari pidettiin 21.9.2012 Forssan ammatti-instituutin auditoriossa. Seminaarissa esitettiin kuulijoille yhteenvetoa hankkeesta. Sen lisäksi Ilkka Kunnamo Duodecimista esitteli Päätöksentukea ja Jari Numminen Hämeen-linnan Terveyspalveluista Terveys- ja hoitosuunnitelmaa. Iltapäivän tilaisuuteen osallis-tui kuntayhtymästä 49 henkilöä.

Ulkoisen viestintä

Tiedottaminen on keskeisessä roolissa potilaiden omahoidon tukemisessa. Hankkeen aikana pyrittiin luomaan entistäkin toimivammat viestintäsuhteet alueen tiedotusvälinei-siin. Esimerkiksi alueen tiedotusvälineiden edustajat (paikallis- ja alueelliset sanoma-lehdet sekä alueradio) kutsuttiin sähköpostiviestillä tiedotustilaisuuteen, joka pidettiin 16.9.2011 pääterveysasemalla. Tilaisuuteen saapuivat Forssan lehden ja Hämeen alue-radion edustajat. Mukana olivat projektiryhmästä neljä henkilöä. Tilaisuuden tavoitteena oli tiedotusvälineiden avulla edistää alueen väestön tietoa terveyshyötymallista, Maali-POTKU-hankkeesta ja uudistetusta pääterveysaseman Omahoito-pisteestä. MaaliPOT-KU-hanke ja Omahoito-pisteen avajaiset saivat runsaasti palstatilaa Forssan lehdessä, samoin hankkeesta tiedotettiin ja haastateltiin Arto Honkalaa (ylilääkäri) ja Sirpa Jaak-kolaa (osastonhoitaja) Hämeen radion lähetyksissä ja Internet-sivuilla.

Tärkeänä tavoitteena oli kehittää viestintää organisaation ulkopuolelle ja parantaa yh-teistyötä alueen potilasjärjestöjen kanssa.

Tavoitteen saavuttamiseksi perustettiin asiakasraati. Ensimmäisen kerran asiakasraati kutsuttiin koolle syksyllä 2011 ja toisen kerran keväällä 2012. Tilaisuuksissa kerrottiin kuntayhtymän alueen potilasjärjestöjen edustajille MaaliPOTKU-hankkeesta, omahoidosta ja omahoitosuunnitelmasta osana omahoitoa.

Osallistuminen muihin tapahtumiin, joissa edistettiin ulkoista viestintää:

- Yhdessä mielellämme – tapahtuma 21.11.2011. MaaliPOTKU-hanketta olivat esittelemässä Mailis Simola ja Heta-Maija Leino.
- Kaste-ohjelman aluekierros 2012 – Väli-Suomen tilaisuus 12.3.2012 Tampere-talossa. Heta-Maija Leino osallistui.
- TERVE-SOS – messutapahtuma 8.-9.5.2012. Mukana Heta-Maija Leino.

Omahoito-pisteissä on tarjolla hankkeeseen liittyviä tiedotteita ja omahoitoa tukevaa materiaalia.

Potku-hankkeen www-sivuja käytettiin jonkin verran tiedottamiseen.

5.2. Viestintä Riihimäen seudun terveystieteiden tutkimuskeskuksen Ky:n Potku-hankkeessa

Potku-hankkeen viestintäsuunnitelmassa tavoitteena oli kuvata miten POTKU - hankkeen sisäinen ja ulkoinen viestintä järjestetään. Viestinnän päätavoitteena oli kertoa hankkeen tavoitteista, konkreettisesta etenemisestä ja tuotoksista siten, että viestintä tavoittaa hankkeen elinkaaren mukaisesti kunakin ajankohtana keskeisimmät toimijat ja kohderyhmät.

Viestintäsuunnitelma on laadittu Potku – hankejohtajan ja hankesuunnittelijan toimesta hankekokonaisuudelle yhteiseksi viestintäsuunnitelmaksi. Hankkeen kokonaisviestinnästä vastasivat hankejohtaja ja hankesuunnittelija sekä osahankkeiden viestinnästä projektipäälliköt. Viestintään liittyvistä linjauksista sovittiin projektipäällikkökokouksissa, jolla oli päätävä voima hankkeessa. Yhteiset linjaukset otettiin huomioon myös osahankkeiden viestinnässä.

Viestinnän toteutuksessa tehtiin yhteistyötä Tampereen kaupungin viestintäpäällikön kanssa, joka on mukana Kaste-hankkeiden viestinnän suunnittelussa ja toteutuksessa. Osahankkeet toimivat yhteistyössä alueidensa viestintähenkilöiden kanssa.

Toteutunut viestintä raportoitiin hankkeeseen kuuluvissa väliraportoinneissa ja osahankkeiden loppuraporteissa.

Väli-Suomen Potku – hankkeen, MaaliPOTKU osahankkeen ja Riihimäki MaaliPOTKU – hankkeen ohjausryhmien kokousten pöytäkirjat ovat nähtävissä Riihimäen kuntayhtymän yhteisellä y:\- asemalla, Väli-Suomen Potku-hanke, Riihimäki MaaliPOTKU, johon koko kuntayhtymän henkilökunnalla on katselu-oikeus. Riihimäki MaaliPOTKU ohjausryhmän ja koordinaatioryhmän kokousten pöytäkirjat ovat myös nähtävissä Potku – hanke Internet – sivuilla dokumentit, joiden katselu ja lataaminen vaativat käyttäjä – salasanan. Väli-Suomen projektipäällikkökokousten pöytäkirjat ovat koko kuntayhtymän henkilökunnan luettavissa yhteisellä y:\- asemalla.

Riihimäen MaaliPOTKUssa tuotetut ohjeet, prosessi ja muu materiaali on luettavissa ja ladattavissa Potku – hanke Internet – sivuilta.

Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymässä hankeaikana sisäisessä ja ulkoisessa tiedottamisessa on noudatettu Sisäisen – ja ulkoisientiedottamisen ohjetta (Ohje 1/2008/TP).

Potku – hankkeesta ja Terveystyömallista on pidetty tarvittaessa tiedotustilaisuuksia kussakin jäsenkunnassa toimivalle terveyskeskuksen henkilökunnalle yhdessä ja erikseen. Riihimäki MaaliPOTKU aluekoordinaattorin toimesta hankkeesta ja hankkeen etenemisestä on viestitetty avoimesti keskustellen kuntayhtymän esimiehille kokouksissa ja työryhmissä.

Aluekoordinaattori on käyttänyt tiimipostia kun asia tai asiat on saatettu nopeasti koko henkilökunnan tai tietyille kohderyhmälle tietoon. Kiireettömissä asioissa on tiedotettu henkilökunnan Intranetissä.

Potku – hanke aikana Riihimäellä on pyritty avoimeen ja aktiiviseen tiedottamiseen. Paikallislehtien kuin myös muun lehdistön toimittajien kyselyihin on vastattu yhteistyöhaluisesti. Ulkoisen tiedottamisen ohjeen mukaisesti vastaajaksi toimittajien kyselyyn hankkeen etenemisestä on vastannut yleensä se henkilö, joka on tuntenut asian parhaiten.

Hyvän periaatteen mukaisesti kirjoitus on pyydetty ennen julkaisua luettavaksi ulkoisen viestinnän ohjeen mukaan silloin, kun juttu on ollut laaja ja käsitellyt hankkeen kannalta tärkeitä ja keskeisiä asioita. Riihimäki MaaliPOTKU viestintäpyyntöihin yleensä on vastannut hankealuekoordinaattori.

5.3. Viestintä Sotesin ja VAS:n alueella

Potku-hankkeesta ja terveyshyötymallista on tiedotettu organisaatioiden johdolle, henkilöstöryhmille, luottamushenkilöille ja väestölle. Lisäksi Potku-hankkeen tapahtumista on ollut paikallislehdissä maksettuja ilmoituksia sekä juttuja. Paikallisradiossa radiolääkäri kertoi omahoidosta Potkuviikolla 2011.

Potku-viikko on toteutettu kaksi kertaa, keväällä 2011 ja 2012. Potku-viikosta on tiedotettu laajasti sekä tiedotusvälineissä, että järjestöjen, yhteisöjen ja yritysten kautta.

Tiedottaminen Sastamalan seudun sosiaali- ja terveystalvet, Vammalan alue-sairaala

1.9.–31.12.2010	
Organisaatioiden taso; johtoryhmät, luottamushenkilöt ym.	7
Työyhteisön taso: henkilöstöryhmät, työyksiköt jne.	21
Toimintaympäristöjen taso: yhdistykset, yhteistyökumppanit jne.	5
Asiakkaat, kuntalaiset	
Lehtijutut	1
1.1.–30.5.2011	

Organisaatioiden taso: johtoryhmä, luottamushenkilöt ym.	Sastamalan perusturvakuntayhtymän hallitus 7.4.2011 Vanhusneuvosto 27.1.2011 VAS:n laajennettu johtoryhmä 8.6. VAS:n johtokunta
Työyhteisön taso, henkilöstöryhmät, työyksiköt jne.	Saspen esimiehet 25.3.2011
Toimintaympäristöjen taso: yhdistykset, yhteistyökumppanit jne.	Diabetesyhdistyksen kokous 19.5.2011
	Posterit Sairaanhoidtajapäivillä 17.18.3.2011: Omahoito mielenterveyspotilaan prosessissa
Asiakkaat ja kuntalaiset	Potku-viikko, Potkulla terveyshyötyä 31.1.–4.2.2011
	Terveyshyötymallia esiteltiin viikon aikana useiden eri kanavien ja yhteistyökumppaneiden kanssa järjestetyissä tilaisuuksissa. Kohderyhminä olivat sekä ammattilaiset, päättäjät, että kuntalaiset (ohjelma liitteenä).
	Potku-viikolla omahoidon ohjausta esim. apteekkeissa, fysioterapiayksikössä, elintarvikelaboratoriossa, ikäpisteessä, kirjastoissa, ruokakaupoissa ja liikuntapalvelujen toiminnassa
	Yleisötilaisuus: Tartun terveyteeni 3.2.2011 Useita alustajia, osallistujia 85
	Järjestöjen ja terveyspalvelujen tuottajat esittelivät toimintaansa Potku-viikon tilaisuudessa 3.2.2011
Lehtijutut	7
Lehti-ilmoitukset	9
Radiojutut: radiolääkäri Potku-viikolla paikallisradiossa	2 ohjelmaa
1.6.–31.12.2011	
Organisaatioiden taso: johtoryhmä, luottamushenkilöt ym.	VAS:n yhteistyöryhmä 7.6.2011 Vammalan aluesairaalan johtokunta 8.6.2011 VAS:n, VALS:n johtokuntien ja PSHP:n johdon yhteisseminaari 20.9.2011
Työyhteisön taso, henkilöstöryhmät	Psykiatrian poliklinikan henkilöstö 2.9.2011
Toimintaympäristöjen taso: yhdistykset, yhteistyökumppanit jne.	HOPE-vaihto-oppilas 15.6.2011
Asiakkaat ja kuntalaiset	Syysvinkki, terveys- ja liikuntatapahtuma 30.9. Ikääntyneille tarkoitettu liikunta- ja terveystapahtuma 5.10.2011 Suun terveydestä ikäpisteissä 9.9. ja 12.9. Ajankohtaista terveyspalveluista ikäpisteessä 29.9. Jalkojen terveys ja omahoito ikäpisteessä 19.10.
Lehtijutut	
Lehti-ilmoitukset	
Muu tiedottaminen	VAS:n intranet/ Potkuvuikko 2012 Saspe www-sivut / Potkuvuikko 2012 Saspe intranet / Potkuvuikko 2012
Toimintaympäristöjen taso: yhdistykset, yhteistyökumppanit jne.	Potku-viikon suunnittelutyöpajat (4) 7.12. ja 8.12.2011
Asiakkaat ja kuntalaiset	Iloa ikääntymiseen liikkumalla, yleisötapahtuma Mouhijärvellä

	5.10.2011, osallistujia noin 80
Lehtijutut	
Lehti-ilmoitukset	2 ilmoitusta / Alueviesti (Potkuviikon tiedotus, Ikäpisteen ilmoitus)
Muu tiedottaminen	VAS:n intranet/ Potkuviikko 2012 Saspe www-sivut / Potkuviikko 2012 Saspe intranet / Potkuviikko 2012
1.1.–31.10.2012	
Sastamalan alueen väestö Yleisötapahtumia	Potku-viikolla: 11.3. Talvirieha 12.3. Miesseminaari 13.3. Perheille Potkua kevääseen 15.3. Maalismarkkinat Ikäpisteet: viidessä ikäpisteessä esillä Potku-viikko 21.5. KevätPotku Punkalaitumella 25.9. Terveystieteiden uusien suuntien Sastamalassa 26.9. Potkua syksyyn Mouhijärveltä
Maksetut lehti-ilmoitukset	9
Lehtijutut	5

6. Verkostoituminen

MaaliPotkun eri toimijat ovat vaihtaneet kokemuksia ohjausryhmässä sekä projektin vetäjien tapaamisissa. Toimintatavoista on otettu mallia ja kehitettyjä aineistoja on jaettu yhteistyökumppaneiden käyttöön. Potku-hankkeen muiden osahankkeiden kanssa on kokoonnuttu yhteisiin seminaareihin ja koulutuksiin, joissa on vaihdettu kokemuksia. Lisäksi projektipäälliköt ovat kokoontuneet säännöllisesti.

6.1. Verkostoituminen FSTKY:n alueella

FSTKY:ssä verkostoituminen ja alueellinen yhteistyö ovat toteutuneet tehokkaasti palveluiden järjestämiseksi. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kanssa on perustettu yhteisiä virkoja ja tuotettu poliklinikkatoimintaa.

Radiologian yhteinen arkisto (RIS/PACS) on yhteinen sairaanhoitopiirin alueella, ja apuvälinekeskuksen perustaminen ja laboratoriotoiminnan alueellinen selvitys ja yhteistyön kehittäminen ovat menossa. Yhteistyötä on tehty myös jäsenkuntien lisäksi ulkopuolis-

ten lähikuntien kanssa. Someron kaupunki ostaa päivystyspalvelut kuntayhtymältä. Erikoissairaanhoidon palveluja ostavat lisäksi mm. Karkkila ja Nummi-Pusula sekä Urjala. Pirkanmaan (yliopistollisen) sairaanhoitopiirin kanssa on solmittu yhteistyösopimus lähipalvelujen tuottamiseksi Forssan sairaalassa. (FSTKY strategia, päivitys vuoteen 2015.)

MaaliPOTKU-hanke mahdollisti Forssan, Riihimäen ja Sastamalan seutujen terveydenhuollon henkilökunnan yhteistyön. Tutustuttiin muiden osahankkeiden henkilökuntaan yhteisissä koulutuksissa, joita oli kolme kertaa (15.9.2010 Forssa, 26.5.2011 Sastamala ja 3.11.2011 Riihimäki). Muiden Potku-osahankkeiden koulutuksiin ei FSTKY:n henkilökuntaa osallistunut. Hankkeen aikana luotiin uusia kumppanuussuhteita. Niissä saatiin tietoa uusista toimintamalleista ja parasteltiin niitä omaan käyttöön. Hankkeessa mukana oleminen helpotti esimerkiksi vertaiskäyntien toteuttamista hankkeen muihin yksiköihin. Tästä esimerkkinä on miesten elämäntapamuutosryhmän toimintamalliin tutustuminen Sastamalassa 13.1.2012 (mukana M. Lilja, L. Mäki-Kerttula ja M. Simola).

KASTE-ohjelman seminaariin Tampereella 1.9.2011 ja KASTE-hankkeiden yhteistaapaamiseen 1.6.2012 osallistui H.-M. Leino. Muiden KASTE-hankkeiden kanssa verkostoituminen työntekijätasolla jäi melko vähäiseksi ja koulutuksista osallistuttiin vain Hyvä vastaanotto – seminaariin 25.5.2012 (K. Järvinen ja H.-M. Leino). Koko Potku-hankkeen koulutuksiin osallistuttiin säännöllisesti ja näissä koulutuksissa tavattiin muissa hankkeissa toimivia: Muutokseen kouluttautuminen 28.9., 7.10. ja 12.10.2010 (M. Andtback, A. Honkala, S. Jaakkola, A. Palin, J. Ruohonen ja M. Simola), 30.11.2010 Voimaannuttava työote – koulutus (FSTKY:stä neljä osallistujaa), Tampere 14.4.2011 (A. Karjalainen ja M. Simola), Tampere 11.10.2011 (A. Karjalainen ja P. Martinson) ja Tampere 8.11.2011 (S. Jaakkola, L. Mäki-Kerttula, J. Ruohonen ja R. Vähätalo).

MaaliPOTKU-hankkeen aikana kehitettiin verkostoitumista kolmannen sektorin kanssa: Yhteistyötä lisättiin Forssan, Humppilan ja Tammelan liikuntatoimien kanssa, alueen apteekkien kanssa ja eri potilasjärjestöjen kanssa. Forssan liikuntatoimen kanssa käytiin yhteistyöneuvotteluita keväällä 2011, jonka pohjalta voidaan erilaisiin ryhmiin saada mukaan liikuntatoimen järjestämää ohjattua liikuntaa eri muodoissa. Humppilan liikun-

tasihteerin kanssa käytiin yhteistyöneuvotteluita talvella 2012. Yhteistyö Tammelan liikuntatoimien kanssa käynnistyi keväällä 2012, jolloin aloitettiin 40+-vuotiaiden miesten liikuntaryhmän suunnittelu syksylle 2012.

Hankkeen aikana kehitettiin kuntayhtymän alueella toimivien apteekkien kanssa tehtävää yhteistyötä. Apteekkien kanssa on oltu yhteydessä jonkin verran aiempien projektien yhteydessä. Yhteydenpitoa on ollut lähinnä lääkäreiden ja apteekkarien tai apteekkiyhteishenkilön välillä. Syksyllä 2011 päätettiin MaaliPOTKU-hankkeen projektiryhmän aloitteesta kutsua koolle alueen apteekit yhteistyöneuvotteluun ja kertoa Terveystyömallista. Alueen seitsemästä apteekista oli paikalla edustaja viidestä apteekista. Paikalla olivat lähinnä apteekkarit. Ensimmäiseen tapaamiseen oltiin tyytyväisiä ja yhteistyön kehittäminen apteekkien ja terveydenhuoltohenkilöstön kanssa koettiin tärkeäksi.

Seuraava tapaaminen oli huhtikuussa 2012, johon osallistui 12 henkilöä. Keskusteltiin asiakkaiden itsehoitolääkityksestä ja siinä käytännön työssä ilmenneistä ongelma-alueista. Ongelma-alueet voidaan jakaa asiakkaiden, terveydenhuoltohenkilöstön ja apteekkien henkilökunnan kohtaamiin ongelmiin. Päätettiin vakiinnuttaa yhteistyö kokoon-tumalla säännöllisiin tapaamisiin apteekkien edustajien, MaaliPOTKU-hankkeen projektiryhmän ja myöhemmin POTKU II:n projektiryhmän kesken. Lisäksi aloitettiin MaaliPOTKU-hankkeen aikana, syksyllä 2012, pajamuotoinen koulutus ja yhteistyönä apteekkien, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon henkilökunnalle. Työpajat koontuivat kolme kertaa (25.9., 1.10. ja 9.10.2012). Työpajojen myöhäisen ajankohdan vuoksi tarkempi raportointi sisällöstä, osallistujista ja arvioinnista siirtyy POTKU II:n raportointiin.

Ensimmäinen tapaaminen kuntayhtymän alueella toimivien potilasjärjestöjen kanssa pidettiin syksyllä 2011 järjestöjen aloitteesta. Keväällä 2012 potilasjärjestöt kutsuttiin toiseen tapaamiseen ja paikalla oli 15 järjestöstä 23 edustajaa. Tilaisuudessa keskusteltiin kuntayhtymän ajankohtaisista asioista, Potku-hankkeesta ja terveyshyötymallin mukaisesta potilaan hoidosta. Jatkossa potilasjärjestöt kutsutaan kahdesti vuodessa yhteistyöpalaveriin. Järjestöistä pidetään luettelo, jotta työntekijät voivat ohjata asiakkaitaan

vertaistuen pariin. Samoin tehdään yhteistyötä eri sidosryhmien ja potilasjärjestöjen kanssa ohjaamalla potilaita erilaisille sopeutumisvalmennus- ja kuntoutuskursseille (vrt. sisätauti osasto 3; Munuais- ja maksaliiton kurssit dialyysipotilaille).

Verkostoitumista tapahtui eri koulutusjärjestelmien kanssa. Aluekoordinaattori osallistui Turun yliopiston ja Metropolian järjestämiin koulutuspäiviin 30.–31.5.2011. Koulutuksen aiheina olivat mm. moniammatillinen yhteistyö, johtaminen osaamisen edistäjänä ja työelämän innovatiiviset oppimisympäristöt. Aluekoordinaattori osallistui 16.9.2011 Hoitotiede 25 vuotta juhlafoorumiin Turussa, jossa oli puhujana mm. sosiaali- ja terveysministeri Paula Risikko. Teemana olivat muun muassa terveydenhuollon tulevaisuuden näkymät; ikääntymisen tuomat haasteet ja kansantaudit.

Kehittämisehdotuksia:

Jatkossa tulee lisätä yhteistyötä eri paikkakuntien terveydenhuoltohenkilöstön kanssa. Koulutuksiin osallistumiseen tulee kuntayhtymässä kannustaa.

Tulee rohkeammin ottaa käyttöön muualla toimivia hyviä käytäntöjä, jolloin uuden toimintatavan kehittämistä ei tarvitse aloittaa alusta omin voimin. Esimerkiksi erilaisissa työpaikan säännöllisissä koulutus- ja kokoustilaisuuksissa voisi ottaa käytännöksi uusiin tutkimustuloksiin perehtymisen ja muualla toimivien käytäntöjen esittelemisen. Henkilökuntaa tulee aktivoida kehittämistoimintaan niin, että se kuuluu jokaisen työntekijän arkeen. Kehittämistoimintaan tulee antaa resursseja ja miettiä mahdollisia kannustimia.

Forssassa toimivat sekä Hämeen ammattikorkeakoulu että Forssan ammatti-instituutti, joissa koulutetaan hoitoalan ammattilaisia. Opiskelijoiden opinnäytetöitä tulee jatkossa hyödyntää paremmin yksiköiden kehittämistyössä. Lisäksi Omahoito-pisteitä voisi hyödyntää opiskelijoiden kanssa tehtävässä yhteistyössä. Terveysyötymallin mukaista potilasohjausta voidaan kehittää ja toteuttaa uudella tavalla Omahoito-pisteissä.

Opiskelijat saavat ohjauskokemusta ja mahdollisuuden aitoihin asiakastilanteisiin, kun samalla asiakkaat tutustuvat terveyshyötymalliin ja pisteiden toimintaan sekä saavat tukea omahoitoonsa.

Apteekkitapaamisia tulee järjestää jatkossa säännöllisesti, sopia ennalta aikataulut ja kokoonkutsuja, joka voi POTKU II-hankkeen aikana olla aluekoordinaattori. Saatujen kokemusten perusteella tulee jatkossa kehittää uusia yhteistyömuotoja.

Syksyllä 2012 terveydenhuollon ja apteekkien henkilöstölle tehtyä kyselyä ja työpajoista saatuja kokemuksia tulee hyödyntää jatkotoiminnan suunnittelussa. Lisäksi jatkossa yhteistyön kehittämiseen tulee ottaa mukaan aktiivisemmin erikoissairaanhoidossa työskentelevä henkilöstö.

6.2. Verkostoituminen Riihimäen seudun terveystieteiden keskuksen ky:n Potku- hankkeessa

Riihimäen seudun terveystieteiden keskuksen kuntayhtymä on ollut monissa hankkeissa mukana ennen Potku – hanketta. Organisaation sisäinen organisoituminen tapahtui jo ennestään tutulla tavalla. Riihimäki MaaliPotkua hallinnoi organisaation ohjausryhmä, jonka tehtävänä oli suunnitella ja toteuttaa hanketta siten, että hankkeelle osoitetut tavoitteet ja tehtävät saavutettiin Potku I hankeajaksi. Ohjausryhmä koostui organisaation ylimmästä johdosta, sekä hankealuekoordinaattorista.

Vastaanoton sairaanhoitajista, lääkäreistä ja avustavasta henkilökunnasta koottiin koordinaatioryhmä, joka toimi kehittäjänä ja mallin juurruttajana vastaanottotyön arjessa. Koordinaatioryhmän puheenjohtajana toimi Potku – hankealuekoordinaattori. MaaliPOTKU osahankkeella oli oma ohjausryhmä, jossa oli 2-3 henkilöä jokaisesta osahankkeen organisaatiosta. Ohjausryhmä on kokoontunut vuorotellen Sastamalassa, Forssassa ja Riihimäellä. MaaliPOTKULLa oli kaksi edustajaa Väli-Suomen Potku-hankkeen ohjausryhmässä. MaaliPOTKUn alueelliset hankkeen koordinaattorit osallistuivat säännöllisesti Potku-hankkeen projektipäälliköiden kokouksiin sekä yhteisiin seminaareihin ja koulutustilaisuuksiin.

Potku – hankkeen yhteisiin koulutuksiin ja seminaareihin Riihimäeltä osallistui myös vastaanoton henkilökuntaa ja johtoa olemassa olevien resurssien mukaisesti.

Potku -hanke aluekoordinaattori osallistui myös muiden Kaste – hankkeiden seminaareihin, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ja Suomen sosiaali- ja terveysministeriön järjestämiin seminaareihin ja tilaisuuksiin.

Organisaation yhteistyö koko hankeajan muiden Potku – hankkeen osahankkeiden kanssa oli sujuvaa. Säännöllinen projektipäällikkö -kokoukset ja Väli-Suomen Potku – hanke ohjausryhmien kokoukset vahvistivat että koko hankeajan pysyttiin yhteisissä, sovituissa tavoitteissa ja kehittämistyö eteni tavoitteiden mukaisesti.

Kuukausittaiset tapaamiset projektipäällikköiden kanssa mahdollistivat organisaatioiden välisen kehittämistyön vertaistuen. Projektipäällikköiden välinen yhteistyö oli avointa ja organisaation kehittämistyötä tukevaa.

Hyvin organisoidun, yhteisten tavoitteiden asettelun ja myönteisen, oikea aikaisen perusterveydenhuollon aseman vahvistamisen myötä koko Väli-Suomen Potku I– hankkeessa oli ”tekemisen meininki” ja ”Hyvä me-henki”.

Tämä ”Hyvä me – henki” näkyi myös mm. organisaation yhteistyössä Hyvinkään Laurean (AMK), Riihimäen kaupungin vanhuspalvelujen, Riihimäen ennaltaehkäisevän päihdetyön ja liikuntatoimen kanssa. Yhteistyötä kuntayhtymän ja potilasjärjestöjen, kuten esimerkiksi Riihimäen Seudun sydänyhdistyksen kanssa lisättiin. Yhdistysyhteistyölle luotiin yhteinen toimintatavoite: asiantuntija-asiakas osallistuu Riihimäen Potku I-II hankkeiden ohjaus – ja koordinaatioryhmiin, silloin kun organisaatio haluaa kehittämistyössään varmistaa erityisesti kehittämistyön potilaslähtöisyyden.

Tulevaisuudessa tuleekin varmistaa että oppilaitosten, kunnan ja ympäristökuntien eri yksiköiden ja potilasjärjestöjen kanssa hyvin alkanut yhteistyö tulee jatkumaan ja uusia yhteistyöverkostoja tullaan solmimaan.

6.3. Verkostoituminen Sastamala

Potku-hanketta on toteutettu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä. Yhteistyö näiden tahojen välillä ja esimerkiksi yhteisistä käytännöistä keskustelu on lisääntynyt.

Sotesin sisällä kotihoidon, lääkärin ja hoitajien vastaanottojen, terveydenhoitajien, fysioterapian sekä vuodeosastojen välinen yhteinen keskustelu palveluvalikoimasta sekä asiakaslähtöisestä toimintatavasta esimerkiksi diabeteksen hoitamisessa on lisääntynyt. Potku II:ssa tavoitteena on edelleen juurruttaa käytäntöön alueellisia toimintakäytäntöjä monisairaanhoidon mukaisesti.

Hankkeen aikana on tehty yhteisötasolla mm. muiden hallintokuntien kuten liikunta- ja kulttuuripalvelujen sekä koulutoimen kanssa. Apteekkien kanssa yhteistyö on tiivistynyt ja vakiintunut vastavuoroiseksi toiminnaksi. Potilasjärjestöjen ja eläkeläisjärjestöjen kanssa on toteutettu väestölle suunnattuja tapahtumia ja kehitetty itsehoito- ja ikäpisteitä. Ammattikorkeakoulut ovat olleet mukana opinnäytetöiden ohjauksen kautta. Sastamalan Potkussa on tehty kaksi ylempää amk-tutkintoa, joiden tuloksia käytetään toimintatapojen kehittämisessä edelleen.

Verkostoitumisen konkreettisina tuloksina näkyvät mm. kaksi yhteistyössä järjestöjen ja muiden toimijoiden kanssa käynnistettyä itsehoitopistettä sekä käytännöksi muodostuneet liikuntatapahtumat, joita järjestetään yhteistyössä liikuntapalvelujen, potilasyhdistysten, oppilaitosten ja eläkeläisjärjestöjen kanssa.

5. Talous

FSTKY:ssä ei tehty hankkeen aikana budjettimuutoksia. FSTKY:ssä käytettiin rahat seuraavasti (arvio tehty 26.9.2012): Palkkamenojen osuus 80,1 %, toimisto- ja pankkipalvelut 3,9 %, majoitus- ja ravitsemuspalvelut 3,5 %, matkustusmenot 6,5 %, koulutusmenot 2,8 %, hankinnat 2,6 % ja muut menot (sis. vuokrat ym.) 0,6 %.



Riihimäen seudun terveyskeskuksen ky:ssä hankkeen aikana ei tehty budjettimuutoksia. Hankkeeseen budjetoitu raha käytettiin Potku I hankkeen aikana suunnitellun budjetin mukaan.

Sotesissa ei tehty hankkeen aikana budjettimuutoksia. Sotesin osalta budjetti toteutuu lähes täysimääräisenä. Palkkamenojen osuus on ollut noin 80 %.

Lähteet:

ACIC-arviointi. Yhteenveto FSTKY:ssä tehdystä arvioinnista 2012. Julkaisematon lähde.

ACIC-mittari. Copyright MacColl Institute for Healthcare Innovation, Group Health Cooperative.

Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K, 2002. Improving primary care for patients with chronic illness. JAMA. 2002 Oct 9; 288(14):1775–9.

Borgman Soile. Diabetespotilaan hoitosuunnitelmapäiväsuunnitelman auditointi. Ammatilliset erikoistumisopinnot TAMK, 2012.

Effica Seurantaraportit, 2009,2010,2011 ja 2012. Riihimäen seudun terveystieteiden tutkimuskeskuksen ky. diagnoosierittelyt ja mittarierittely katkotasolla.

FSTKY:n strategia 2004–2010 –päivitys vuoteen 2015. Saatavissa: FSTKY:n sähköposti; Yleiset kansiot; Toimintatiedot; Esittelymateriaali.

Koivuranta Arja. Terveystä ja toimintakykyä. Ryhmätoiminnan kehittäminen Sastamalan perusturvakuntayhtymässä. Ylempi amk-tutkinto, TAMK 2012.

Kukkola Sirkka, Nurmela Tiina, Nykänen Wirva-Tuuli ja Sovijärvi Riitta, 2012. Riihimäen seudun terveystieteiden tutkimuskeskuksen kuntayhtymän Laadunhallintasuunnitelma. Versio 1.0 / 2.2..2012/.

Kuronen Risto, 2009. Terveystieteiden mallin (Chronic Care Model) esittelyä -diasarja.

Kuronen Risto ja Lämsipuro Liisa, 2012. Hankelääkäreiden kysely Potku – hankkeesta Väli-Suomen Potku – hankkeen organisaatioiden johdolle. Yhteenveto raportti.

Laamanen, E., Ala-Kauhaluoma, M. & Nouko-Juvonen, S. 2002. Kuntien ja kolmannen sektorin projektityhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kokemuksia ja kehittämisajatuksia. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.

Lehtomäki, L. 2009. Valtakunnallisista suosituksista terveystieteiden talon tavoiksi. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print. Acta Electronica Universitatis Tamperensis 856. Saatavissa: <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7758-4.pdf>

Martikainen Olli, 2007. Prosessien uudistaminen – diasarja. ETLA, Reasearch Institute of the Finish economy.

Miettinen, M. & Korhonen, M. 2005. Käypä hoito – suositukset ja päätöksenteon tuki terveydenhuollon prosesseissa. Tapaustutkimus Käypä hoito – suositusten käytöstä ja terveydenhuollon ammattilaisten näkemyksiä päätöksenteon tuesta. Savonia-ammattikorkeakoulun julkaisusarja D 7/2005. Saatavissa: http://www.uku.fi/zipit/julkaisut/KH_raportti_isbn.pdf

Oksman Erja ja Sisso Mari, 2011. Potku, Potilas kuljettajan paikalle viestintäsuunnitelma.

Oulun Omahoito 2012. Saatavissa: <http://www.katoppa.fi/?x103997=142454>

PACIC – kyselytutkimus pitkäaikaissairaille potilaille, Patient Assessment of Care for



Chronic Conditions, 2011. Väli-Suomen Potku 1 – hanke raportti. Ramboll.

Pitkämäki Tero, 2008. Tiedottaminen Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymässä. Ohje 1/2008/TP.

Potilasturvallisuus yhteinen asiamme. Haluamme olla turvallisen, vaikuttavan ja tehokkaan potilashoidon huipulla. Versio 1.0. Hyväksytty yhtymähallituksessa 26.3.2012 43§. Saatavissa: FSTKY:n sähköposti; Yleiset kansiot; Sääntökansio; Potilasturvallisuussuunnitelma.

Qualitor, 2011, TERVEYSHYÖTYMALLIN (CHRONIC CARE MODEL, CCM) MUKAISEN PITKÄ-AIKAISPOTILAAN HOITOPROSESSI, ESIMERKKINÄ SYDÄMEN VAJAATOIMINTAA SAIRASTAVA POTILAS. Ylläpitoraportti. Riihimäen seudun terveyskeskuksen ky.

Routasalo Pirkko, Airaksinen Marja, Mäntyranta Taina ja Pitkälä Kaisu. Potilaan omahoidon tukeminen. katsaus. Duodecim; 125:2351–9.

Rovaharju Katja. Diabetesta sairastavan asiakkaan omahoidon arviointi ja tukeminen kotihoidossa. Ylempi amk-tutkinto 2012.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/ 1326. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. Luettu 14.9.2012

Terveyden edistämissuunnitelma 2012. Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä. Saatavissa: FSTKY:n sähköposti; Yleiset kansiot; Terveyden edistäminen; Terveyden edistämisen suunnitelma.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012. Perusterveydenhuollon hoitopääsyn tietokantaraportit 2012. Perusterveydenhuollon hoitopääsytiedot maaliskuussa 2012. Saatavissa: <https://sampo.thl.fi/select?area=PTHjono>