



SAVONIA

OPINNÄYTETYÖ - YLEMPI AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

MONIAMMATILLISEN YHTEISTYÖN TOIMINTA- MALLI MONIONGELMAISEN POTILAAN HOIDOSSA

TEKIJÄ: Janne Palola

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma/Tutkinto-ohjelma Ensihoidon johtamisen tutkinto-ohjelma	
Työn tekijä Palola Janne	
Työn nimi Moniammatillisen yhteistyön toimintamalli moniongelmaisen potilaan hoidossa	
Päiväys	26.11.2019
Sivumäärä/Liitteet	43/28
Ohjaaja(t) Annala Mirja, Paldanius Kalevi & Tolonen Marko	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Jokilaaksojen pelastuslaitos & Peruspalvelukuntayhtymä Kallio	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää toimintamalli ensihoidon ja peruspalvelukuntayhtymä Kallion välille moniongelmaisen potilaan kohtaamiseen ja hoitoon. Toimintamallin tarve on noussut käytännön työelämästä. Ongelma on kestänyt mahdollisesti vuosikymmeniä, eikä ratkaisua ole ollut olemassa.</p> <p>Tavoitteena oli lisätä moniammatillista yhteistyötä moniongelmaisen potilasryhmän hoidon edistämiseksi. Toimintamallin mukaan ensihoitajat tunnistavat potilaistaan moniongelmaiset potilaat, saavat potilaalta luvan asioiden eteenpäin viemiselle ja raportoivat potilaista moniammatilliselle tiimille. Peruspalvelukuntayhtymässä oli omalta osaltaan vastaavanlainen uusi toimintamalli olemassa jo, Moniasiakkuus puheeksi -toimintamalli. Ensihoitopalveluilta tällainen toimintamalli puuttui. Nyt kehitetty toimintamalli liittyi siis saumattomasti tuoreeseen peruspalvelukuntayhtymän toimintamalliin. Kehittämistyö tehtiin yhteistyössä Jokilaaksojen pelastuslaitoksen ensihoidon tulosalueen ja peruspalvelukuntayhtymä Kallion kanssa Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueella.</p> <p>Moniongelmaisen potilaan toimintamallissa ensihoitajat tunnistavat moniongelmaisen potilaan, jota ei voida auttaa ensihoidon keinoilla. Potilaan luvalla ensihoitajat raportoivat potilaasta muihin sosiaali- ja terveysalan yksiköihin, jolloin potilas saa tarvitsemaansa moniammatillista hoitoa paremmin. Moniongelmaisen potilaan toimintamalli testattiin kahden kuukauden testausjaksolla aidoissa toimintaympäristöissä, aidoissa potilastilanteissa neljän kunnan, viiden ensihoitoyksikön ja noin 60 ensihoitajan toimesta. Testausjaksolta kerättiin yksityiskohtaista tietoa potilaista ja raportoinneista, esimerkiksi potilaiden sukupuoli, paikkakunta, hälytyskoodit, kieltäytymiset raportoinnista ja eri alojen palvelutarpeet. Sekä ensihoidon, että peruspalvelukuntayhtymän ammattilaiset pääsivät antamaan kehittävää palautetta toimintamallista. Saadun monipuolisen palautteen perusteella toimintamalli kehitettiin lopulliseen muotoonsa. Toimintamalli on julkinen ja sitä organisaatiot voivat soveltaa haluamallaan tavalla omissa toimintaympäristöissään ympäri Suomen.</p> <p>Tulevaisuudessa voisi moniongelmaisen potilaan toimintamallia edelleen kehittää esimerkiksi digitaalisiin teknisiin ratkaisuihin. Myös mallin vaikuttavuudesta voisi tehdä jatkotutkimusta. Moniongelmaisten tunnistamiseen ja alkuvaiheen hoidon tarpeen arviointiin ja hoitoon ohjaukseen on nyt tällä työllä puututtu, mutta olisi syytä myös kehittää moniongelmaisen potilaan hoitoa kokonaisvaltaisempaan ja koordinoituun suuntaan.</p>	
Avainsanat Ensihoito, moniongelmaisuus, moniammatillisuus, yhteistyö, sosiaali- ja terveyspalvelut, peruspalvelut	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Master's Degree Programme in Emergency Care Management			
Author Palola Janne			
Title of Thesis Multiprofessional operating model for nursing of patients with multiple problems			
Date	2019-11-26	Pages/Appendices	43/28
Supervisor(s) Annala Mirja, Paldanius Kalevi & Tolonen Marko			
Client Organisation /Partners Jokilaaksojen Rescue Department & Kallio Basic Service Municipal Association			
<p>Abstract</p> <p>The thesis was made in co-operation with the Jokilaaksojen Rescue Department Emergency Care Area and the Kallio Basic Service Municipal Association. The study was carried out as a development work. The purpose was to develop and test a completely new multi-professional approach. The operating model had to identify customers with multiple problems and increase multiprofessional collaboration to handle this patient group. The need for a new operating model has risen from practical working life. The problem has probably lasted for decades, and there has not been a solution to it. The aim was to increase multiprofessional collaboration to promote the treatment of a multi-problem patient group.</p> <p>As a result of the development work, a new operating model for emergency care was created. Emergency care identifies patients with multiple problems and allows the patient to report on the need for treatment to a multidisciplinary team. There was a similar new operating model in the Kallio Basic Service Municipal Association, the Multi-Customer Speech Model operating model. The new operating model of this thesis was seamlessly related to the new operating model of the basic service consortium.</p> <p>The new operating model was tested in a two-month pilot period in a genuine operating environment, in genuine patient situations by several municipalities, several emergency care units, and dozens of professionals. The pilot period was implemented in a planned and controlled manner. Detailed information on patients and reporting was collected during the pilot period. Emergency care workers and professionals in the Basic Service Municipal Association provided developing feedback on the operating model. Based on the versatile feedback received, the operating model was developed into its final form. The operating model is public and can be applied by organizations as they wish in their own operating environments around Finland.</p> <p>In addition to developing the operating model, the intention was also to increase other multidisciplinary co-operation, such as the mutual counseling model for emergency care, social services and health services. This feature could also be applied and developed by new organizations in different organizations to promote multi-professional collaboration.</p> <p>In the future, the operating model could be further developed and facilitated by, for example, digital technical solutions. Further research on the effectiveness of the operating model could also be made. There is already some interference with the identification and guidance of early diagnosis and treatment. But perhaps it would also be worth developing the treatment itself into more holistic, co-ordinated, effective nursing care.</p>			
<p>Keywords emergency care, multiple problems, multi-professionalism, co-operation, social and health services, basic services, frequent users</p>			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	5
2	MONIONGELMAINEN POTILAS ENSIHOIDOSSA.....	7
2.1	Ensihoitopalvelun suurkulutus ja moniongelmaiset potilaat	7
2.2	Hanketausta ja moniasiakkuus puheeksi -malli.....	8
2.3	Ensihoitopalvelu ja moniammatillisuus.....	10
2.4	Mielenterveysongelmat potilailla.....	11
2.5	Päihdeongelmat potilailla	11
2.6	Päihteiden seka- ja monikäyttö sekä monidiagnoosipotilaat	13
2.7	Ikääntyneet potilaat	13
2.8	Tapausesimerkki moniongelmaisesta potilaasta.....	15
2.9	Kehittämistoiminta sosiaali- ja terveysalalla	16
2.10	Ideointi ja suunnittelu ja nykytilanteen kartoitus	18
3	KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN	21
3.1	Kehittämistyön tarkoitus ja tavoitteet	21
3.2	Yhteistyökumppanit ja aikataulu	22
3.3	Työtehtävät, vastuut, luvat ja sopimukset	23
3.4	Toimintamallin kehitys.....	24
3.5	Testausjakson valmistelu ja toteutus kehittämistyön osana.....	25
3.6	Kyselytutkimus testausjaksolta.....	28
4	TESTAUSJAKSON TULOKSET JA JATKOKEHITYS	29
4.1	Moniongelmaisten lukumäärä ja hälytyskoodit	29
4.2	Kuljetukset ja kuljettamatta jättämiset	30
4.3	Moniongelmaisten palveluntarpeet	31
4.4	Kyselytutkimuksen arviointi.....	32
4.5	Toimintamallin arviointi kyselytutkimuksen mukaan.....	33
5	POHDINTA.....	36
6	LÄHTEET	40
7	LIITTEET	44

1 JOHDANTO

Kehittämistehtävän tarkoituksena oli tehdä ensihoidon moniongelmaisten potilaiden tunnistamisesta ja jatkohoitoon ohjaamisesta toimintamalli sairaalan ulkopuolisen ensihoitopalvelun ja muun sosiaali- ja terveydenhuollon välille. Tavoitteena oli pyrkiä lisäämään ensihoitopalvelun ja muun sosiaali- ja terveydenhuollon välistä moniammatillista yhteistyötä yhteisten potilaiden hoitamiseksi ja hoitoon ohjaamiseksi. Toimintamallin avulla ensihoitopalveluita paljon käyttävät potilaat ohjattaisiin heille tarkoituksenmukaisempaan terveydenhuollon palveluysikköön välittömästi. Kyseisellä potilasryhmällä tarkoitetaan moniongelmaisia potilaita, jotka soittavat usein hätäkeskukseen, vaikka eivät sinällään tarvitse akuuttia ensihoitoa. Tällaisia potilasryhmiä ovat esimerkiksi yksinäiset ja sairastumassa olevat iäkkäät kotona asuvat ihmiset, mielenterveysongelmaiset, päihdeasiakkaat ja sosiaaliongelmaiset ihmiset. Usein potilaat ovat moniongelmaisia, eivätkä välttämättä osaa tai halua hakeutua heille tarkoituksenmukaiseen palveluysikköön asiakkaaksi. Heillä ainoa keino on soittaa hätänumeroon ja saada ensihoitoyksikkö kotikäynnille.

Ensihoitopalveluiden käyttö on kallista ja epätarkoituksenmukainen käyttö vie ensihoitoyksiköiltä valmiutta pois kiireellisempien tehtävien suorittamiselta. Tällöin kiireelliset potilaat tavoitetaan hitaammin. Potilaiden todellisiin ongelmiin ei myöskään saada apua ja ratkaisua pelkätään ensihoitopalvelun toimesta. Potilaiden ongelmat ovat kuitenkin todellisia ja vaativat koko sosiaali- ja terveydenhuollon palveluysiköiden palvelutarpeen arviointia, ohjausta, neuvontaa ja hoitoa. Potilaiden kuuluisi saada heille tarpeenmukaiselta taholta hoidon tarpeen arviointi ja riittävä hoito Suomen lain perusteella; *”Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan”* (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785/2 § 3).

Yli 10 vuotta ensihoidossa työskennelleenä edellä mainitut tapaukset saivat minut pohtimaan sitä, miten näihin ongelmakohtiin voisi puuttua. Aiemmin ja nykyään tällaisissa moniongelmaisten potilaiden kohteissa on käyty hätäkeskuksen välittämänä uudelleen ja uudelleen, potilaat on tutkittu ja todettu, etteivät he tarvitse ensihoitoa tai kuljetusta päivystykseen. Tapauksista on tehty asianmukainen kirjaus ensihoitokertomukseen (SV210) ja siitä on jätetty potilaalle kohteeseen paperikopio. Potilaan ongelmista ei kuitenkaan ole raportoitu muualle sosiaali- ja terveydenhuoltoon sen takia, että tällaista toimintamallia ja yhteystietoja ei ole ollut välittömästi käytössä ja saatavilla. Palveluysikkö, jonka potilaaksi kyseinen ihminen kuuluisi, ei välttämättä ole saanut potilaaseen kontaktia koskaan. Muu terveydenhuolto ei välttämättä edes tiedä, kuinka paljon ensihoitoyksiköt ovat käyneet tilanteita arvioimassa potilaan luona. Valitsin aiheen

siksi, että se on ollut pitkäaikainen ongelma sosiaali- ja terveydenhuollossa. Halusin ratkaista kyseistä ongelmaa toimintamallilla, jossa moniammatillista yhteistyötä ja potilaiden hoitoon ohjausta kehitettäisiin. Aihe sopii mielestäni hyvin ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytenä. Työelämässä aiheelle on tilausta sekä talouden, resurssien että potilaan hoidon saannin kannalta.

2 MONIONGELMAINEN POTILAS ENSIHOIDOSSA

2.1 Ensihoitopalvelun suurkulutus ja moniongelmaiset potilaat

Kiireellisten ensihoitopalveluiden suurkäyttäjiä tutkittiin Etelä-Kalifornian yliopiston tutkimuksessa Los Angelesin palokunnan toimialueella. Väestömäärä alueella oli 3,8 miljoonaa ihmistä. Palokunnan ensihoidolla oli 12 kuukauden tutkimusjakson aikana 336 000 tehtävää, joista sairaankuljetukseen johtivat 204 900 tapausta. Suurkäyttäjistä 40 (the top 40 EMS "super user") henkilöä aiheutti näistä tehtävistä 2359 kohtaamista. Näistä kohtaamisista 2209 tapausta johti sairaankuljetukseen. Suurkäyttäjien 40 ihmisen ryhmästä 92,5% vaati sairaankuljetusta useita kertoja. Keskimäärin 37 potilaalla oli vuodesta kuusi päivää, jolloin he tarvitsivat sairaankuljetuksia. Näiden 40 potilaan kokonaiskulut vuoden aikana olivat 2,4 miljoonaa dollaria. Tutkimuksessa todettiin, että pieni ryhmä ensihoitopalveluiden suurkäyttäjiä asettaa kohtuuttoman kysynnän paikalliselle ensihoitojärjestelmälle. Ensihoitojärjestelmän sidosryhmien tulisikin pyrkiä parantamaan ennaltaehkäisevää hoitoa ja antamaan vaihtoehtoja hätänumeroon soittamiselle, jotta potilaat saisivat muualta tarvitsemaansa apua ja ensihoitojärjestelmä vapautuisi nykyisestä taakastaan. (Sanko & Eckstein 2013.)

Yhdysvalloissa on tehty tutkimuksia päivystysten (Emergency department, ED) paljon palveluita käyttävistä asiakkaista (Frequent users). Heillä on tietty toimintamalli paljon palveluita käyttäville, case management, jonka vaikutuksia muun muassa talouteen on tutkittu. Tutkimusten mukaan päivystysten käyttöä ja kustannuksia ovat kasvattaneet merkittävästi paljon palveluita käyttävät potilasryhmät. Heillä käyntimäärät vaihtelevat yli 2 – 20 käyntikertaa vuosittain tutkimusjakson 1997 – 2007 aikana. Monikäyttäjiä kaikista potilaista on n. 4,5 - 8%, jotka kuitenkin käyttävät päivystysten käyntimäärästä 21 – 28%. Tämän monikäyttäjäryhmän päivistyksissä käyntejä pidetään kuitenkin päivystykseen kuulumattomina ja kiireettöminä. Päivystykset ylikuormittuvat, muiden potilaiden hoidon laatu heikkenee ja terveydenhuoltojärjestelmän tehokkuus heikkenee. (Kumar & Klein 2013.)

Ensihoitopalvelun suurkäyttö on määritelty kirjallisuuskatsauksella kansainvälisen tutkimusaineiston perusteella. Suurkäytön määrittelyssä on asetettu raja-arvoja sairaankuljetusten määrään liittyen. Esimerkiksi suurkäyttäjillä yli kolme kuljetusta puolen vuoden aikana tai niin sanotuille super-suurkäyttäjille yli 10 sairaankuljetusta puolen vuoden aikana hätänumeron 911 – alueella 1,7 miljoonan asukkaan metropolissa. Lontoon ensihoitopalvelussa taas potilaat luokiteltiin suurkäyttäjiksi, jos he olivat soittaneet vähintään 10 kertaa kuukaudessa, kolmen kuukauden aikana hätänumeroon tai soittelu muutoin katsottiin merkittäväksi ambulanssipalveluiden resurssien kuluttajaksi. San Franciscossa luokiteltiin vuoden tutkimusjakson aikana yli 30 000 aikuista potilasta neljään luokkaan ensihoitopalvelun käyttökertojen perusteella. Näistä

potilaista niin sanottuja super user –käyttäjiä oli 0,3%, mutta he käyttivät kustannuksista 6 %. Baltimoren ensihoitopalvelussa tutkittiin suurkäyttäjiä myös tapahtumakäyntimäärien perusteella. He saivat suurkäyttäjien määräksi 1,5% (1969 henkilöä) kaikista ensihoitopalvelun käyttäjistä. Tämä suurkäyttäjä ryhmä vastasi 12% kaikista ensihoitopalvelun tapahtumista. (Löfgren ja Okkonen 2017, 28-30.)

Suurkäyttäjien tunnusmerkkejä ovat jatkuva tarve somaattisen sairauden hoitamiselle, akuutit ja krooniset psyykkiset ongelmat, vanhuus ja sosiaalisten kontaktien puute. Ensihoitopalveluun soittamiselle tuntuu olevan useita ja monimutkaisia syitä taustalla. Suurkäyttäjissä korostuivat miessukupuoli ja keski-ikäisyys. Nuorempien ikäryhmien kohdalla löytyi hengitykseen, psyykkiseen ja kohtaukselliseen syyhyn löytyviä tunnusmerkkejä. Suurkäyttäjillä on myös enemmän kroonisia sairauksia, kuten astmaa, diabetesta ja HI-virustartuntoja. Kaikilla suurkäyttäjillä on todettu olevan kaksi tai useampi krooninen sairaus. Suuremmissa kaupungeissa korostuu myös asunnottomuus. (Löfgren & Okkonen 2017, 33-34.)

A-klinikkasäätiön ylilääkäri Kaarlo Simojoen mukaan lääkeneiden sekakäyttö ja moniongelmaisuus haastavat nykyistä päihdepolitiikkaa. Lääkkeiden väärinkäyttö ja sekakäyttö ovat merkittäviä ja kasvavia ongelmia globaalisti ja Suomessa. Helsingin yliopiston oikeuskemian professori Ilkka Ojanperän mukaan tyypillisin lääke- ja huume yliannostusten uhri on noin 30-vuotias mieshenkilö. Simojoen mukaan sekakäyttö ja moniongelmaisuus on lisääntymässä. Moniongelmaisuus tarkoittaa Simojoen mukaan esimerkiksi mielenterveysongelmien samanaikaista esiintymistä syrjäytymisen kanssa. Nämä potilasryhmät tarvitsevat useita yhteiskunnan palveluja ja hoitoja. Tämä on haastanut hoitojärjestelmiä muun muassa hoitoon pääsyn, hoitomenetelmien ja eri toimijoiden yhteistyön näkökulmista. Haasteeseen ei ole voitu vastata, koska edellisvuosien tiukka budjettitilanne on kaventanut varsinkin päihde- ja mielenterveyspotilaiden hoitovaihtoehtoja ja pitkäaikaisten hoitosuhteiden saatavuutta. Tämä potilasryhmä on jäänyt helposti palvelujen ulkopuolelle. (Hurme 2014.)

2.2 Hanketausta ja moniasiakkuus puheeksi -malli

Pohjois-Pohjanmaan liiton PopSTer -hankkeen (Pohjois-Pohjanmaan sosiaali- ja terveydenhuolto osana tulevaisuuden maakuntaa) välittömän avun tarve – loppuraportissa 2017 on kuvattu erityisryhmien, erityiskysymyksien ja poikkeusolojen mietinnässä suurkuluttajat tunnisteiksi kaikilla toimijoilla, joita ovat hätäkeskus, ensihoito, sosiaalipalvelut ja terveyspalvelut. Nykytilan analyysissä eri palvelut kuvataan pirstaleisiksi ja kirjavaksi palveluverkoksi lukuisine rajapintoineen. Myös tiedonkulku ja tietokatkokset ovat keskeinen ongelma. Yhteydenotot ja yhteydensaannit tarpeen vaatiessa kuvataan ongelmalliseksi. Avun tarpeisiin joudutaan vastaamaan liian isoilla resursseilla, kun kevyempiä vaihtoehtoja ei ole. Näitä liian isoja resursseja

ovat muun muassa ensihoito, potilassiirrot, päivystykset, viranomaisilmoitukset ja lasten sijoitukset. Nykytilan ongelmakohtiin ja kehittämistarpeisiin loppuraportissa kuvataan muun muassa konsultoinnin rakenteet ja yhtenäiset toimintamallit sekä joustavat konsultaatiot. Loppuraportti kuvaa palveluiden saatavuuden suhteen muun muassa liikkuviksi palveluiksi nykytason mukaisen ensihoitopalvelun, 24/7 -kotisairaaloiminnan, kotisairaanhoidon/kotipalvelun, sosiaalityön ja sosiaalipalvelun sekä kotikaatumiset ja turvahälytykset sosiaalipäivystykselle. Näillä korvataisiin osa päivystyskäynneistä. Lisäksi vuodeosastoilla tulisi olla kriteerit päivystyspotilaiden hoitamisesta ja akuuttiosastopaikkoja päivystysten ja kiirevastaanottojen yhteydessä. (PoPSTer-hanke 2017, 7, 9, 12, 20.)

Asiakkuuksien hallinta ja ohjaus – osiossa kuvataan, että suurkuluttajia voidaan yrittää hallita yhteistyöllä, nykyistä kevyemmillä yhteistyömalleilla ja varhaisella puuttumisella, kokonaisvastuun ollessa sote-keskuksilla. Digitalisaation ja teknologian hyödyntämisessä loppuraportissa mainitaan perustietojärjestelmien murrosvaihe, joka nähdään mahdollisuutena, koska nykyiset tietojärjestelmät ovat vanhenemassa ja uusimisen kynnyksellä. Järjestelmien yhtenäistäminen mahdollisuuksien mukaan nähdään tarpeelliseksi ja tietojen vaihto, jos yhtenäinen tietojärjestelmä ei ole mahdollista. Myös joustavat ja nopeat konsultaatiot nähdään keskeiseksi tarpeeksi. Henkilöstörakenteessa ja työnjaossa ensihoito, päivystys ja sosiaalipäivystys nähtäisiin yhtenä toiminnallisena kokonaisuutena, ei ”luukkuina”. Osaamisessa ja koulutuksessa ensihoitoon panostettaisiin hoidon tarpeen arviointiin, toimenpiteisiin, geriatriaan, vieritutkimuksiin ja analytiikkaan, sosiaalipäivystystarpeen arviointiin ja mielenterveys- ja päihdeosaamiseen. Innovatio- ja kehittämistoiminnassa kuvataan muun muassa moniammatilliset kehittämistyöpajat potilaan/asiakkaan palveluketjun ongelmien ratkomiseksi. Kokonaisoptimoinnissa vaikutukset resursseihin palvelukokonaisuuksien tai muiden toimijoiden välillä kuvataan suurkuluttajien tunnistaminen ja haltuunotto kaikissa palveluissa keskeiseksi edellytykseksi. Taloudellisissa vaikutuksissa kuvataan ensihoidon niin sanottujen turhien tehtävien osalta säästöt mahdollisiksi, mutta se vaatii tarkkaa analysointia. (PoPSTer-hanke 2017, 30, 36, 37, 38, 40, 45, 47.)

Peruspalvelukuntayhtymä Kalliossa on perustettu työryhmä, joka kehittää Kallion oman toimintana moniasiakkuusprosessia. Tämä prosessi liittyy läheisesti opinnäytetyöni aiheeseen. Toimintamallin nimi on Moniasiakas puheeksi, ja se on jo otettu käyttöön. Toimintamallilla pyritään entistä asiakaslähtöisempään palvelujen järjestämiseen asiakkailta, jotka käyttävät paljon sosiaali- ja terveyspalveluja. Tavoitteena mallissa on vähentää päällekkäistä työtä, parantaa palvelujen kohdentamista, tehostaa toimintaa ja hillitä kustannuksia. Mallissa asiakkaat tunnistetaan ja heidän kanssaan keskustellaan luottamuksellisesti ja yhteistyöhengessä. Palvelujen tarve arvioidaan yhteistyössä ammattilaisten, asiakkaan ja läheisten kanssa. Asiakas saa yhteisen asiakassuunnitelman, jota koordinoi asiakasvastaava. Mallissa taustavaikuttajana on Kalliossa tehty tutkimustyö. Kalliossa koko henkilökunta voi ja pitää toteuttaa uutta toimintamallia. (Peruspalvelukuntayhtymä Kallio 2018.)

2.3 Ensihoitopalvelu ja moniammatillisuus

Ensihoitopalvelu kuuluu terveydenhuollon päivystystoimintaan. Sen perustehtävänä on turvata onnettomuuden uhrin tai äkillisesti sairastuneen tasokas hoito tapahtumapaikalla ja myös kuljetuksen aikana. Terveystoimintalaki määritteli ensihoitopalvelun järjestämisvastuun silloisille sairaanhoitopiireille vuodesta 2013 lähtien. Lain perusteella ensihoitopalvelut tulee suunnitella ja järjestää terveydenhuollon päivystävien tahojen kanssa yhteistyössä, jotta muodostuisi toimiva kokonaisuus. (Kuisma 2013, 14.)

Terveystoimintalaki ja päivystysasetus säätävät hoidon tarpeen arviointia. Sillä on potilaan hoidossa keskeinen osa. Päivystysyksiköissä hoidon tarpeen arviointia tekevät laillistetut terveydenhuollon ammattihenkilöt. Potilasturvallisuuden takia hoidon tarpeen arvioitsijoilla tulee olla tehtävän vaatima osaaminen ja kokemus. (Valvira 2015.)

Hoidollisen päätöksenteon vaiheisiin kuuluvat hoidon tarpeen määrittely, hoidon suunnittelu ja toteutus sekä arviointi. Potilaasta kerätään tietoa analysoitavaksi, jolloin saadaan hoidon tarve määritettyä. Hoidon tarve on kuvaus potilaan terveydentilan nykyisistä tai tulevista ongelmista, joita voidaan ratkaista hoitotoimintojen kautta. Hoidon tavoiteasettelussa arvioidaan, mitä muutosta potilaan tilassa pitäisi tapahtua ja mitä potilas itse odottaa hoidolta. Samalla on mietittävä, miten tavoitteen toteutumista voidaan myöhemmin arvioida ja mitkä ovat realistiset odotukset. Moniammatillinen tiimi toteuttaa hoitotyössä suunnitellut toiminnot. Potilaan hoitoprosessi etenee loogisesti suunniteltuja tavoitteita kohden. On tiedettävä, kuka tekee, mitä tekee ja milloin. Moniammatillisessa tiimissä jokainen tietää oman ydintehtävänsä ja toimii vastuunsa mukaisesti, mutta myös ymmärtää muiden vastuut ja merkitykset potilaan hoitoprosessissa. Potilaan hoidon koordinointi ja eri alojen tiedot hoitotyön näkökulmasta ovat sairaanhoitajan ydinosaamista. (Ahonen 2007.)

Moniammatillisen (multiprofessional, multidisciplinary) yhteistyön käsitettä on käytetty monenlaisissa eri yhteistyötapojen yhteydessä ja se on tutkimusten perusteella epämääräinen. Käsitettä voidaan käyttää erilaisissa näkökulmissa. Siihen liittyy monenlaisia ilmiöitä. Pohjimmiltaan käsite pitää sisällään monenlaisen yhteistyön. Sitä voidaan käyttää sekä hallinnollisissa asiayhteyksissä, että myös asiakastyössä. Pohjimmiltaan yhteistyö tarkoittaa sitä, että eri ammattilaisilla on yhteinen ongelma ja tavoite, jonka eteen yhdessä työskennellään. Moniammatillinen yhteistyö pitää sisällään eri alojen ammattilaisen eri näkökulmat yhdistettynä yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi. Sosiaali- ja terveysalalla asiakastyössä tämä yhteistyö pyrkii huomioidaan asiakkaan tilanteen kokonaisuutena. Käytännössä moniammatillinen yhteistyö koostuu viidestä tärkeästä osa-alueesta, joita ovat: asiakaslähtöisyys, tiedon ja eri näkökulmien kokoaminen yhteen, vuorovaikutustietoinen yhteistyö, rajojen ylitykset ja verkostojen huomioiminen. (Isoherranen 2005, 13 – 15.)

Päihdepotilaiden ja ikääntyvien moniongelmaisten asiakkaiden hoidon yhteydessä on erittäin tärkeää se, että eri asiantuntijoiden osaaminen koostetaan yhteen yhteistä päätöksentekoa varten. Varsinkin päihdeongelmaisten asiakkaiden ennaltaehkäisyssä ja hoidossa vaaditaan usein moniammatillista osaamista. Heidän ongelmansa voivat olla niin monimutkaisia, että tarvitaan organisaatorajat ylittävää ammatillista toimintaa, jossa ovat mukana useiden eri alojen edustajat. Päihdetyötä on tehtävä eri viranomaisten moniammatillisena yhteistyönä, jos tavoitteena on tukea omatoimisuutta, ennaltaehkäistä ja korjata päihdehaittoja. Asiakkaan etu vaatii moniammatillista yhteistyötä, jotta päästäisiin parhaaseen lopputulokseen. Nämä moniammatilliset yhteistyöt voivat olla joko jatkuvia tai tarpeen tullen käynnistyviä prosesseja. (Isoherranen 2005, 140 – 141.)

2.4 Mielenveysongelmat potilailla

Kansanterveysongelmista haitallisimman on masennus tuottaessaan yhteiskunnalle suuria kustannuksia ja heikentäessään monien potilaan elämänlaatua. Naisilla ja alkoholin liikakäyttäjillä on kaksin- tai kolminkertainen riski sairastua masennukseen miehiin verrattuna maailmanlaajuisesti. Depressio on lisääntymässä entisestään, toteavat kansainväliset tutkimusaineistot. (Kopakkala 2016, 211-212.)

Alkoholin käyttö voi aiheuttaa tai pahentaa masennustila tai ei ole lainkaan vaikutusta (olemassa olevaan) masennustilaan. Voimakas ahdistus voi olla myös normaalia liittyen poikkeuksellisen uhan ja pelon reaktioon. Ahdistus voi myös olla osa mielen tervyyden häiriötä liittyen esimerkiksi psykiatriin ahdistuneisuushäiriöihin. Alkoholi voi helpottaa lyhytkestoisesti ahdistuksen oireita. Alkoholi voi myös aiheuttaa ahdistuneisuushäiriöitä tai pahentaa niitä. (Aalto 2010, 187-188.)

Masennuksesta ja päihdeongelmista samanaikaisesti kärsivät ovat varsin heterogeenistä ryhmää. Kokonaisvaltainen arviointi ja huolellinen diagnostiikka ovat tärkeitä, hoidon tarve arvioidaan aina tapauskohtaisesti. (Niemelä 2011, 272.)

2.5 Päihdeongelmat potilailla

Päihdehuollon päävastuu on ollut pitkään sosiaalihuollolla ja -työllä. Alkoholi-ongelman on katsottu olevan erityinen sosiaalinen ongelma. Sen on katsottu vaativan enemmän sosiaalihuollon ja -työn tarvetta, kuin terveydenhuollon. Lisääntyvä huumeiden käyttö ja huumeongelmallisille kehitettyjen uusien hoitomuotojen yleistyminen ja terveysneuvonnan kasvaminen ovat kuitenkin lisänneet myös terveyspalveluiden kysyntää päihdehuollossa. (Kananoja, Lähteinen ja Marjamäki 2011, 278.)

Väärinkäytettynä alkoholista seuraa monenlaisia haittavaikutuksia: onnettomuuksia, loukkaantumisia, sairastumisia, mielialaongelmia ja ahdistuneisuutta, itsetuhoisuutta kuin myös perhe- ja ihmissuhdeongelmia ja työntekoa haittaavia ongelmia. Päihderiippuvainen käyttää aineita pakonomaisesti. Päihteet ovat elämässä merkittävässä roolissa haitoista välittämättä. Käytön aloittamista tai kestoa ei kyetä hallitsemaan. Psykkinen ja fyysinen riippuvuus ilmenevät vieroitusoireina. Terveystila alkaa heiketä fyysisesti ja psyykkisesti. Kognitiiviset taidot heikenevät. Päihteiden ongelmakäytöstä seuraa runsaasti sosiaalisia ongelmia työssä, parisuhteessa ja perheissä. Päihdehuolto katsoo, että ongelmakäyttö on riippuvuussairaus. (Forss ja Vatula-Pimiä 2014, 141-143.)

Alkoholin käyttö koskettaa jokaista ja on arkipäiväistä. Kun alkoholin kulutus kasvaa, lisääntyvät myös haitat moninkertaisesti. Seurauksina ilmenee erilaisia oireita ja sairauksia, jotka johtavat työ- ja toimintakyvyn heikkenemiseen. (Seppä, Alho ja Kiianmaa 2010, 5.) Alkoholin ongelmakäyttö jaetaan kolmeen luokkaan: riskikäyttöön, haitalliseen käyttöön ja vakavimpaan luokkaan eli alkoholiriippuvuuteen. Suomalaisista miehistä 8 % on riippuvaisia alkoholista ja naisista 2%. Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten tulisi aktiivisesti motivoida ihmisiä tarkastelemaan alkoholin käyttöönsä ja edistämään tarvittavia hoitotoimia. (Seppä 2010, 7.)

Alkoholiriippuvuus on tärkein alkoholin käytöstä aiheutuva mielenterveyden häiriö, johon liittyy muita psykiatrisia sairauksia oireineen. Alkoholiriippuvaisilla on todettu muuta väestöä enemmän persoonallisuushäiriöitä, mielialahäiriöitä, ahdistuneisuutta ja psykoottisia tiloja. Alkoholin käytön lopettamisen jälkeen muutamien viikkojen kuluessa ahdistus ja masennus häviävät. Jos näin ei tapahdu, tulee saada hoitoa sekä alkoholiongelmaan, että psykiatriseen sairauteen. Tällöin kyse on ns. kaksoisdiagnoosista. Kaksoisdiagnoosi ilmenee siten, että potilaalla on alkoholin ongelmakäyttöä tai alkoholiriippuvuus, mutta lisäksi näistä riippumaton psykiatrinen sairaus. (Aalto 2010, 183-184.)

Päihdeongelmia voi olla myös ikääntyneillä. Heidän päihdeongelmansa voivat olla heikosti tunnistettavissa ja diagnosoitavissa. Päihteiden suurkuluttajana tai alkoholiriippuvaisena olevat vanhuksat hakeutuvat heikosti hoitoon päihdeongelmiensa vuoksi. Yleensä hoitoon hakeudutaan muiden syiden vuoksi. (Nykky, Heino, Myllymäki ja Rinne 2010, 17.)

Aggressiiviset päihtyneet potilaat kuuluvat lain mukaisesti poliisin huostaan. Selviämisasema tai muu hoitopaikka kuuluu ensisijaisesti hoitopaikaksi akuutisti päihtyneelle. Potilas aina tutkitaan ja haastatellaan asianmukaisesti. Akuuttihoiton yhteydessä tulee arvioida päihdepotilaasta myös päihdehuollon tarve ja antaa ohjausta päihdehuollon erityispalveluiden piiriin hakeutumisesta. (Saavalainen ja Boyd 2008, 508-509.)

2.6 Päihteiden seka- ja monikäyttö sekä monidiagnoosipotilaat

Sekakäytössä käytetään erilaisia kemiallisia aineita samanaikaisesti ja sattumanvaraisesti, jotta yhteisvaikutuksena saataisiin päihdyttävä olotila. Sekakäyttö on päihteidenkäytössä toiseksi yleisintä heti alkoholin käytön jälkeen. Sekakäyttöön kuuluu hyvin runsaasti erilaisten aineiden yhdistelemistä. Ristitoleranssi kehittyy, kun saavutetaan toleranssi johonkin aineeseen, jonka kautta kehittyy toleranssi yhtä aikaa toiselle aineelle. Monipäihdekäyttö tarkoittaa usein seka-käyttöä. Monipäihdekäyttö voi tarkoittaa myös aineiden käytön jaksottamista tai tilannekohtaisesti vaihtelevaa käyttöä. Monipäihderiippuvainen on riippuvainen kaikista päihdyttävistä aineista, kun taas sekakäyttäjä ei välttämättä ole riippuvainen jokaisesta aineesta. (Partanen, Holmberg, Inkinen, Kurki ja Salo-Chydenius 2015, 95.)

Kaksoisdiagnoosi- eli monidiagnoosipotilaat tarkoittavat potilaita, joilla on vakavan mielenterveydenhäiriön lisäksi päihderiippuvuus (komorbiditeetti). Mielenterveyshäiriöihin tässä tilanteessa luetaan esimerkiksi skitsofreniat, kaksisuuntaiset mielialahäiriöt, vaikeat persoonallisuushäiriöt ja vakavat masennustilat. Mikäli potilailla on edellä mainittujen psykiatristen diagnoosien ja päihderiippuvuuden lisäksi vakava fyysinen sairaus, puhutaan jo kolmoisdiagnoosipotilaista. Somaattinen vakava sairaus voi olla esimerkiksi HIV-infektio, sydäntulehduksen jälkitila tai tuberkuloosi. Joka tapauksessa määritelmät eivät ole kovin yksiselitteisiä. (Lappalainen-Lehto, Romu ja Taskinen 2007, 124.)

Jokaista yksilöä koskettavat jossain elämän vaiheessa terveyteen ja sairauteen liittyvät ilmiöt. Nämä voidaan nähdä myös yhteiskunnallisina ja sosiaalisina ilmiöinä, joilla on institutionaalisia ja kulttuurisia ulottuvuuksia. Lisäksi paikalliset olosuhteet ja historiallinen kehitys osaltaan määrittävät terveyttä ja sairautta. (Karvonen, Kestilä ja Mäki-Opas 2017, 8.)

2.7 Ikääntyneet potilaat

Keskimääräinen elinikä on kasvanut nopeasti ja terveiden elinvuosien määrä on lisääntynyt Suomessa, kuten monessa muussakin maassa. Tähän on vaikuttanut yhteiskunnan kehittyminen ja elintason paraneminen, mutta myös lääketieteen kehittyminen. Kuitenkin ihmisen vanhentuuessa aistitoiminnot, liikuntakyky ja muisti heikkenevät yksilöllistä tahtia. (Topo 2017, 95-95.)

Vanhenemisen yleisiä fysiologisia piirteitä ovat seuraavat ilmiöt: muutokset ovat luonteeltaan palautumattomia, etenevät hitaasti, vähentävät elimistön toiminnan kapasiteettia, eivät ole primääristi ulkoisten tekijöiden aiheuttamia ja ilmenevät kaikissa yksilöissä ennemmin tai myöhemmin. Näitä voi kuvata myös termeillä kroonisuus, palautumattomuus, sisäsyntyisyys ja universaaliuus sekä maksimitoimintakyvyn heikentyminen ja haavoittuvuuden lisääntyminen. Erot

ovat kuitenkin yksilöllisesti katsottuna suuria. Mikäli vanhenemisen muutokset esiintyvät nopeaa vauhtia, voi kyseessä olla sairaus. (Tilvis 2010, 20-21.)

Haurastumisen ja vanhuudenheikkouden väistämätöntä ilmiötä kutsutaan geriatriassa hauraus-raihnaus -oireyhtymäksi (HRO) (engl. frailty). Tähän liittyy terveydentilan heikentymistä, kaatuilua, laitoshoittoa, vajaata toimintakykyä ja kuolemaa. HRO:ta on arvioitu olevan yli 80-vuotiaista jopa 25 - 40%. HRO:ssa vanhuksen elimistö on heikentynyt ja heikkenee monipuolisesti. Stressinsietokyky heikkenee reservien heikentyessä, käytännössä ruokahalu heikkenee, lihakset surkastuvat, osteoporoosi etenee, väsyminen lisääntyy, tulee kaatuilua ja yleisesti terveydentila heikentyy. (Strandberg 2010, 358-359.)

Geriatrian erityishaasteeksi katsotaan se, että vanhukset eivät joutuisi väliaikaisista syistä varhaiseen laitoshoittoon ilman perusteellista harkintaa ja vaihtoehtojen kartoittamista ja kokeilemistä. Huolellisesti on arvioitava sitä, miten monisairaiden elämää parannettaisiin yksinkertaisin toimenpitein. (Tilvis 2010, 70.)

Yksinäisyyteen kuuluu myönteistä (solitude) ja kielteistä (loneliness) yksinäisyyttä karkeasti määritellen. Nämä voivat esiintyä myös yhtä aikaa yksilön elämässä. Myönteinen yksinäisyys on vapaaehtoista, rentouttavaa ja luovuuden edellytys. Kielteinen yksinäisyys on pakottavaa, ahdistavaa ja sitovaa. Ikääntyneiden yksinäisyys on yleensä kielteistä yksinäisyyttä, joka aiheuttaa yksilölle kärsimystä. (Routasalo 2010, 411-415.) Ikääntyneillä yksinäisyys voi aiheuttaa monenlaisia psyykkisiä ja fyysisiä terveysongelmia. Yksinäisyys voi johtaa terveyden heikkenemiseen, laitostumiseen, masennukseen, dementiaan tai kuolemaan. (Lyyra, Pikkarainen ja Tiikkainen 2007, 153.)

Vanhustenhuollossa mielenterveyteen liittyvät kysymykset luovat oman erityisluonteensa. Samanaikaisesti mielenterveysongelmien kanssa voi esiintyä monenlaisia fyysisiä sairauksia ja vaivoja. Vanhuksen fyysiset terveysongelmat voivat johtua psyykkisestä stressistä. Vanhukselle voi olla helpompi puhua somaattisista vaivoista, kuin mielenterveydestä. Fyysinen sairaus taas voi ilmetä myös psyykkisinä oireina tai se voi johtaa psyykkiseen sairastumiseen. Vanhuksella yhtä aikaa ilmenevät fyysiset ja psyykkiset sairaudet ja oireet voivat voimistaa toinen toisiaan. (Saarenheimo 2003, 119-120.)

Vanhuksilla voi ilmetä myös riskikäyttäytymistä, jonka tunnistaminen on tärkeää. Ne vanhukset ja omaiset, jotka tarvitsivat eniten palvelujärjestelmän ohjausta, neuvoa ja tukea, voivat jäädä helposti ulkopuolelle kaikesta. Näillä niin sanotuilla hiljaisilla vanhuksilla ei ole välttämättä voimia, tahtoa ja motivaatiota vaatia itselleen tarvittavia palveluita. (Näslindh-Ylispangar 2012, 132.)

Ensihoidon potilaista vanhuksat muodostavat erittään vaihtelevan potilasryhmän. Osa on hyvin itsenäisesti toimeentulevia, osa vaikeasti dementoituneita tai syövän runtelemlia. Esitietojen kerääminen ja tietojen saaminen vanhukselta voi olla hankalaa ja epäluotettavaa. Tähän voivat vaikuttaa pelko, ahdistus, dementoituminen ja muistamisvaikeudet. Vanhuksat voivat keksiä tarinoita, jotta antaisivat itsestään ja tilanteestaan paremman kuvan. Potilaan kotitilanteen näkeminen ja havainnointi antavat arvokasta tietoa todellisuudesta. (Korpinen 2008, 470.)

Vanhusten turvattomuuden haasteisiin voidaan vaikuttaa sosiaalityöllä huolehtimalla vanhuksen perustarpeista hyvinvoinnin edistämässä. Tällöin vanhuksen fyysinen turvallisuus on hoidettu. Tähän liittyvät elämisen perusedellytykset, kuten taloudellinen toimeentulo, asuminen, yksinäisyyden poistaminen, hoidon järjestäminen ja elämisen mielekkyyden edistäminen. (Niemelä 2007, 178-179.)

2.8 Tapausesimerkki moniongelmaisesta potilaasta

Satakunnan sairaanhoitopiirin ensihoitopalveluiden ylilääkäri, LT Vesa Lund kuvaa Lääkärilehden artikkelissaan varsin kattavasti kyseisen moniongelmaisen potilasryhmän tapauksertomuksen kautta. Tässä esimerkissä kuvattiin 60-vuotias mieshenkilö, joka ilmoitti hätäkeskukseen mitä erinäisempiä vaivoja lähes päivittäin muutaman kuukauden aikana. Syitä hätäkeskukseen soittamiselle olivat rintakipu, hengenahdistus, huimaus ja muut epämääräiset oireet. Hälytyskoodit myös vaihtelivat paljon. Potilaalla oli esitiedoissa todettuna verenpainetauti, korkea kolesterolit, tyypin kaksi sokeritauti ja kohtauksellinen eteisvärinä. Rasitusydänfilmiä oli myös otettu, mutta tämän potilas oli keskeyttänyt. Ensihoitoyksikön tavatessa potilaan, oireet olivat lähes puolessa tapauksista jo poistuneet. Potilas oli lisäksi ollut vaihtelevasti päihtynyt ja sanallisesti aggressiivinen. Joissain tapauksissa potilas oli kieltäytynyt hoidosta, joissain taas suostunut kuljetettavaksi perusterveydenhuollon päivystykseen, josta hän yleensä oli poistunut ennen tutkimuksia ja hoitoa. (Lund 2017.)

Mies ei oma-aloitteisesti juuri käyttänyt terveydenhuollon palveluja. Asumisolosuhteet olivat tässä tapauksessa siistit, tosin epäsiisteys ja päihdeongelmat olivat lisääntymässä. Aggressiivisuuden vuoksi joskus kohteessa vieraili poliisi. Miehellä ei ollut rikosrekisteriä, mielenterveysdiagnoosia, psykoottisuutta, harhaisuutta eikä masentuneisuuden merkkejä tai itsetuhoisuutta. Tarkkailulähetettä ei voinut tehdä lain perusteella, koska kriteerit eivät täyttyneet. Sosiaalihuoltolain perusteella sosiaalihuolto oli arvioinut potilaan tarvitsevan jonkinlaista tukea, josta mies oli aina kieltäytynyt. Maksullisia turvarannekkeita tai -välineitä mies ei koskaan halunnut. (Lund 2017.)

Lundin mukaan ensihoidossa on joskus tällaisia moniongelmaisia potilaita, jotka ovat ajantasaisen lainsäädännön perusteella viranomaisten tavoittamattomissa. Potilailla voi olla sydänsairas,

mielenterveys- ja/tai päihdeongelmaa tai diagnoosia ei ole voitu tehdä luotettavasti. Nämä potilaat kohtaavat usein ensihoidon ja poliisin varsinkin viikonloppuisin ja öisin. Ensihoidon auttamiskeinot ovat vähäiset näissä tapauksissa, mutta kohteessa on aina riskiarvion ja hälyttämiskriteerien perusteella käytävä. Ensihoidon keinoina on viedä potilas päivystykseen tai jättää kotiin. Mikäli sosiaalihuolto- tai vanhuspalvelulain kriteerit täyttyvät, voi ensihoito tehdä asianmukaiset ilmoituksen sosiaalitoimelle. Virka-ajan ulkopuolella moni ilmoitus menee alueen sosiaalihuollon päivystykselle, jotka eivät tunne potilasta ja arvioivat tapausta asiakirjojen perusteella. Akuutti puuttuminen ongelmiin on täten kovin vähäistä. Potilaan kanssa yhteisymmärrykseen päätyminen voi olla usein hankalaa. (Lund 2017.)

Lundin mukaan tällaisessa tapauksessa potilaan käyttäytyminen voi olla vain lievästi häiriökäyttäytymistä. Juridisesti asiaan ei voi puuttua, jos minkään lain kriteerit tahdonvastaiseen hoitoon eivät täyty. Hätäkeskuksen ruuhka-aikaan apu voi viivästyä muilta hätätilapotilailta, jos tällaisen periaatteessa ilkeäsoitteluun vuoksi hätäkeskuksen toiminta hidastuu. Hätäkeskuksen häirintä on rangaistavaa, mutta näissä tapauksissa on vaikea todentaa häirintä tapahtuneeksi. Potilas kuitenkin kertoo kokemustaan oireista ja voi oikeasti sairastaa monenlaista tautia. Ongelmaa ei ole helppo ratkaista Lundin mielestä. Lund ehdottaa, että perusterveydenhuolto, psykiatria, sosiaalitoimi ja tarvittaessa poliisi tekisivät moniammatillista yhteistyötä. Tällöin voitaisiin helpommin arvioida moniammatillisesti, tuleeko lakia rikottua ja potilas voisi esitutkinnan perusteella saada syyttäjän huomion. (Lund 2017.)

Moniongelmaisten potilaiden asioita ei voida ratkaista satunnaisesti ja yöaikaan päivystyksellisillä käynneillä. Tärkeää on ymmärtää potilaan tilanne päivystyksessä ja viedä asiaa eteenpäin sosiaalipäivystykselle. Usein tilanteisiin liittyy yksinäisyyttä, masentuneisuutta, päihdeongelmaa ja joskus persoonallisuushäiriö. Nämä asiat eivät usein tarvitse päivystyksessä huomiota, jolloin kokonaisvaltainen arvio päivystyksen kiireissä jää pois. Potilaan taustasyiden selvittäminen ja puuttuminen on pitkäkestoinen prosessi edellyttäen myös potilaan luottamuksen saavuttamista. Tässä esimerkkitapauksessa potilaan asioita alkoi selvittämään perusterveydenhuollon yksikkö. Lund kuvaa, että on tärkeää yrittää nähdä potilaan käytöksen ja epämääräisten oireiden taustalle myös päivystyksellisesti, vaikka kyseessä olisi myös lääketieteellinen ongelma hoidettavaksi päivystyksessä. Auttamista ei joka kerta voida antaa, mutta Lundin mukaan voi yrittää viedä asioita eteenpäin ja ehkä jollain kertaa saada ehkäistyä terveydenhuollon väärinkäyttöä. (Lund 2017.)

2.9 Kehittämistoiminta sosiaali- ja terveysalalla

Kehittämistoiminnasta on tullut strategisesti merkittävä yhteiskunnallisen vaikuttamisen väline. Kehittämisen menetelmistä ei kuitenkaan ole yhtä kattavasti tietoa olemassa verrattuna tutki-

muksen menetelmiin. Kuitenkin kehittämistyö on ollut aktiivista sosiaali- ja terveysalalla vakiinnuttaen paikkansa. Kehittämisessä ei välttämättä käytetä varsinaisia menetelmiä, vaan kehittämistä ohjaa pyrkimys ja suunta haluttuun suuntaan. Kehittämistoiminta voidaan nähdä useiden erilaisten toimijoiden sosiaalisena vuorovaikutuksena. (Seppänen-Järvelä & Karjalainen 2007, 17 – 18.)

Kehittämistoiminnasta on tullut muuttuneelta merkitykseltään ja rooliltaan merkittävä strateginen vaikuttamisen väline yhteiskunnallisella tasolla. Kehittämisen menetelmiä ei ole kuitenkaan ollut merkittävästi saatavilla muihin tieteellisiin menetelmiin nähden. Kehittämistoiminnan laillisuuden ja läpinäkyvyyden vuoksi tällaisia vahvoja tutkimustyöhön verrattavia menetelmiä on haluttu ja vaadittu. Eri muodoissaan kehittäminen on ollut aktiivista varsinkin sosiaali- ja terveydenhuollon alalla. (Seppänen-Järvelä & Karjalainen 2007, 17-18.)

Suunnittelu ja kehittämistyö on aiemmin nähty vain johtajien ja esimiesten sekä muiden asiantuntijoiden tehtäväksi. Silloin työn johtamista, suunnittelua ja toteuttamista on pidetty toisistaan erillisinä osa-alueina. Tarkat työnkuvat eri rooleissa ovat säännelleet kehittämisen aloitteellisuutta ja estäneet kokonaisvaltaista koko työyhteisön kehittämistä. Kehittäminen on siis ollut joko ylhäältä alas tai alhaalta ylös tapahtuvaa toimintaa. (Seppänen-Järvelä & Karjalainen 2007, 29.)

Työn kehittäminen on nykyään koko työyhteisön asia. Tähän liittyvät monet muutkin työelämässä muuttuneet asiat. Johtajista on tullut valmentajia tai mentoreita ja puhutaan uudesta ammatillisuudesta, jolloin työntekijä tutkii, arvioi ja uudistaa omaa työtään. (Seppänen-Järvelä & Karjalainen 2007, 29.)

Sosiaali- ja terveyspalveluissa kehittämisessä on myös haasteita ja ongelmia. Kehittämistoimintaa on tehty paljon, mutta se on muodostunut usein hallitsemattomaksi henkilöstön ja johdon kannalta. Toimintaa on kehitetty usein kehittämisen vuoksi, eikä tuloksia käytäntöön ole juuri ilmennyt. Vaikuttavuuden ja tehokkuuden uudelleenarviointia pitäisi toteuttaa, innovatiivisuutta unohtamatta. Kehittämisen on katsottu turhauttavan johdon, poliittisen päätöksentekijät, kehitettävät ja kehittäjät itse. Kehittämisessä on tehty myös vääriä ratkaisuja ja epäonnistuneista yrityksistä ei ole kerrottu riittävästi. Kehittäminen on kallista ja epäonnistuminen tulee vielä kalliimmaksi. Ongelmallista on, että kehittämisideoita tulee runsaasti joka suunnalta, poliittisista lähtökohdista, johtajilta ja työntekijöiltä. Lainsäädäntö ja linjaukset muuttuvat ja vaativat uutta kehittämistä. Projektien rahoitusmahdollisuudet luovat painetta lisääntyvälle kehittämiselle entisestään. Tulevaisuudessa vähempi kehittäminen voisi tuottaa enemmän käytännön tuloksia. (Stenvall ja Virtanen 2012, 16.)

2.10 Ideointi ja suunnittelu ja nykytilanteen kartoitus

Kehittämistyön toteuttamiseen pohdittiin sopivaa toimintamallia. Ideoimiseen käytettiin runsaasti aikaa pitkällä aikavälillä. Ohjauksen perusteella kartoitettiin ensin nykytilanne ja hoitopolut. Miten on toimittu ennen uutta toimintamallia ja miten se on vaikuttanut. Näistä tilanteista tehtiin prosessikaavio. Sitten kehitettiin pääidean perusteella hoitopolut ja toimintamallit. Kehittämistyössä saatiin pyynnöstä palautetta ja ohjausta sekä ohjaavilta opettajilta, että työelämän ohjaajalta ja edustajilta. Yhteistyöllä toimintamalli kehittyi oikeaan suuntaan.

Aluksi kartoitettiin sairaalan ulkopuolisen ensihoitopalvelun ympärille ne kaikki sosiaali- ja terveyspalveluiden toimintayksiköt, jotka liittyvät moniongelmaisten yhteisten potilaiden hoitoon. Toimintayksiköistä tehtiin kuvio nimellä moniammatillinen yhteisö. Siinä kuvataan kaikki ne toimintayksiköt, jotka tässä projektissa voivat osallistua moniammatilliseen yhteistyöhön. Näitä ovat ensihoitopalvelun lisäksi päivystys, lääkärin vastaanotto, kotihoito, a-klinikka, mielenterveys-toimisto, aikuissosiaalipalvelut ja vuodeosastot. (Kuvio 1.)



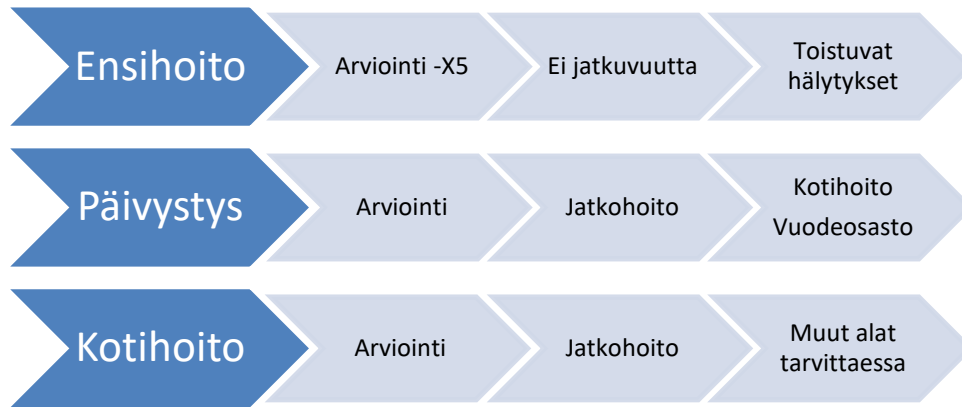
KUVIO 1. Moniammatillinen yhteisö

Päihdeongelmaisten syrjäytyneiden potilaiden nykytilaa kuvaava hoitopolku sisältää ensihoidon, päivystyksen, a-klinikan, mielenterveystoimiston (mt-tsto) ja sosiaalipalvelut. Sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä potilaiden arviointi ja jatkohoito etenevät paremmin, koska esimerkiksi PPKY Kalliossa kaikki kuuluvat samaan kuntayhtymään. Ensihoitopalveluissa ei käytännössä ole juurikaan jatkuvuutta moniongelmaisten potilaiden kohdalla. Kuviossa oleva ensihoidon kuljettamatta jättämiskoodi X-5 tarkoittaa sitä, että terveydentila on määritelty, ei tarvetta kuljettaa päivystykseen / hoitaa (ensihoidon kriteereillä). (Kuvio 2.)



KUVIO 2. Hoitopolku nykytila; päihdeongelmainen syrjäytynyt

Ikääntyneisiin liittyvä hoitopolku sisältää ensihoidon lisäksi päivystyksen ja kotihoidon. Ikääntyneiden kohdalla hoitopolut toimivat saman kuntayhtymän sisällä päivystyksessä ja kotihoidossa, niistä potilaat suoriutuvat paremmin jatkohoitopaikkoihin. Ensihoidossa taas ei nykyisin ole ohjeita ja aikaa laajempaan arvioon kiireettömissä tilanteissa. Näin ollen nykytila oli selvillä ja tästä oli hyvin pääteltävissä se, että ensihoidon kontakteilla ei ollut järkevästi jatkuvuutta. (Kuvio 3.)



KUVIO 3. Hoitopolku nykytila, ikääntyneet

3 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN

3.1 Kehittämistyön tarkoitus ja tavoitteet

Kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää käyttökelpoinen toimintamalli moniongelmaisten kohtaamiseen ja hoitoon ensihoidon ja peruspalvelukuntayhtymän välille. Toimintamallia käyttävät ensihoitajat ja raportti potilaista saapuu muille sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille eri aloille peruspalvelukuntayhtymässä. Mallin tavoitteena oli lisätä moniammatillista yhteistyötä ja hoitoon ohjausta. Moniongelmainen ensihoitopotilas saa siten tarvitsemaansa hoitoa oikeassa paikassa, tiedonkulku paranee moniammatillisessa yhteistyössä ja potilaan ongelmiin puututaan ajoissa ennen kroonistumista.

Yhteistyön ja hoitoon ohjauksen tuloksena potilaat ohjautuvat niihin sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköihin, joihin heidän ongelmansa liittyvät ja joissa heitä voidaan auttaa. Toimintamalli myös säästää kalliita ensihoitoresursseja epätarkoituksenmukaisesta käytöstä ja varata ensihoitoyksiköt niille tarkoituksenmukaiseen käyttöön.

Toimintamallissa ensihoitaja tekee kokonaisvaltaisen hoidontarpeen arvioinnin ja potilaan luvalla raportoi potilaan tilanteesta suoraan tarkoituksenmukaiseen yksikköön. Potilaan hoitoonohjaus tapahtuu näin ollen hoitoalan ammattilaisen toimesta oikeaan paikkaan. Toimintamalli yrittää vaikuttaa sekä nykyisiin ensihoitopalveluiden kiireettömiin paljon palveluita käyttäviin potilaisiin, kuin myös profylaktisesti tuleviin tapauksiin. Potilaat saataisiin toimintamallin avulla ajoissa oikeanlaiseen heille kuuluvaan hoitoon, eivätkä ongelmat pääsisi ajan kuluessa pitkittymään ja pahenemaan.

Kun potilas siirtyy ammattihenkilöltä toiselle, laaditaan jatkohoitosuunnitelma, jonka myötä myös vastuu siirtyy muualle. Hoitotyön lähete pitää sisällään lähetteen tarkoituksen, hoitotyön keskeiset ongelmat ja potilaan terveydentilassa tavoiteltavat muutokset. Lähetteenä voi toimia strukturoitu kaavake tai kirjoitelma vapaamuotoisesti. (Iivanainen ja Syväoja 2011, 532.)

Tässä toimintamallissa toteutuu strukturoitu kaavake ja kaikkien tiedossa oleva toimintamalli ja kaavakkeen tarkoitus. Kaavakkeen saapuessa esimerkiksi peruspalvelukuntayhtymän yksiköihin, on moniongelmaisuus siten saatettu jo tiedoksi moniammatillisen yhteisön ammattilaisille.

Toimintamallille asetettiin Pelastuslaitoksen kanssa yhteistyössä vaatimuksia, joiden mukaan toimintamallin tuli olla toimiva, helppokäyttöinen ja käyttökelpoinen. Toimivuus tarkoittaa sitä, että toimintamalli on kehitetty loppuun saakka ja se saavuttaa toimintamallille asetetut tavoit-

teet ja ratkaisee moniongelmaisiiin liittyvää perusproblematiikkaa. Helppokäyttöisyyden vaatimus on tarpeellinen, koska mallin tulee olla nopeasti omaksuttava kiireellisessä ensihoitopalvelussa, muistiin jäävä toimintamalli ja ei saa viedä liikaa aikaa nopeasti muuttuvan työvuoron aikana. Käyttökelpoisuudella haetaan yleisesti sujuvaa toimintaa, esimerkiksi toimintamallin kaavio on mukana ensihoitoyksikön työväliseissä, vaikka sähköisenä versiona. Ilmoitus moniongelmaisesta lähtee nopeasti täytettynä ja sujuvasti sähköisenä versiona muihin sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköihin heti tehtävän jälkeen. Toimintamallin vaatimusten toteutumista arvioitiin testausjakson päätyttyä webropol-kyselytutkimuksen avulla. Kehittämistyön konkreettinen tuotostavoite on käytännössä laminoitu toimintaohje, joka on helppokäyttöinen, toimiva, käyttökelpoinen ja helposti omaksuttavissa. Toimintaohjetta sovelletaan alueellisesti ja raportointi tapahtuu digitaalisesti.

3.2 Yhteistyökumppanit ja aikataulu

Kehittämisprojekteja voidaan toteuttaa yhdessä tai useammassa organisaatioissa. Projektiin tarvittava henkilöstö voi pitää sisällään erilaisia asiantuntijoita, tutkijoita, konsultteja tai kouluttajia. Kehittämisprojekteilla saadaan ensimmäisen asteen ja toisen asteen tuloksia. Ensimmäisen asteen tuloksia ovat tuottavuuden, laadun, asiakaspalvelun johtamisen ja tiedonsaannin sekä vaikuttavuuden tulokset, jotka eivät yksinään riitä oikeuttamaan kehittämisprojektia. Toisen asteen tulokset tuottavat välillisesti hyötyä sidosryhmille ja muillekin organisaatioille. Tulokset voivat olla kehittyntä osaamista, uudentyyppisiä vuorovaikutussuhteita tai laajemmin sovellettavissa olevia menetelmiä, välineitä ja käytäntöjä. Kehittämistoimintaan voidaan liittää tiiviisti myös tutkimustoimintaa. Työelämän muutosprosesseissa voidaan kehittämisyyöhön integroida tutkimusta välineenä, jolloin puhutaan tutkimusavusteisesta kehittämisestä. (Seppänen-Järvelä & Karjalainen 2007, 42.)

Toimintamalli liittyi ensihoitopalvelun ja muun, varsinkin perusterveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden väliseen yhteistyöhön. Yhteistyökumppaneina kehittämisprojektissa olivat (PPSHP, ensihoitokeskus, eteläinen kenttäjohtoalue / Ylivieska) lisäksi toiminta-alueen ensihoitopalveluiden tuottaja, eli Jokilaaksojen pelastuslaitoksen ensihoidon tulosalue ja Peruspalvelukuntayhtymä Kallion aiheeseen liittyvät palveluyksiköt. Toimintamalli kehitettiin testausjaksolla Jokilaaksojen pelastuslaitoksen ensihoitoyksiköissä Peruspalvelukuntayhtymä Kallion toimialueella (Ylivieska, Alavieska, Sievi, Nivala). Kehittämisprojekti vaati tiivistä yhteistyötä Peruspalvelukuntayhtymä Kallion yksiköiden ja Jokilaaksojen pelastuslaitoksen kanssa.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin (PPSHP) kuntayhtymä muodostuu 29 jäsenkunnastaan. Väestömäärä on noin 400 000 henkilöä. Tärkeimmät sairaalat ovat Oulun yliopistollinen sairaala ja Oulaskankaan sairaala. PPSHP kuuluu OYS-ERVA -erityisvastuualueeseen Suomen pohjoisim-pana ERVA-alueena. Pinta-ala ERVA:ssa on yli puolet Suomesta. (PPSHP 2019.)

Peruspalvelukuntayhtymä Kallio tuottaa terveys- ja hyvinvointipalvelut Ylivieskan ja Nivalan kaupungeissa, sekä Sievin ja Alavieskan kunnissa. Väestöpohja on noin 33 700 asukasta. Kuntayhtymän kuuluu hoitaa lakisääteiset sosiaali- ja terveydenhuollon sekä ympäristöterveydenhuollon palvelut alueellaan. (Nivalan kaupunki 2019.)

Jokilaaksojen pelastuslaitos toimii Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin eteläisellä alueella tuottaen yhteistoimintasopimuksella lakisääteiset ensihoitopalvelut 17 kunnan alueella noin 124 000 asukkaalleen. Paloasemia on 25 kpl, joista osa on ensihoitopaloasemia. Alueella toimii 20 hoitotasolle varusteltua ensihoitoyksikköä, joista 13 on hoitotasolla välittömässä lähtövalmiudessa 24/7. Seitsemän perustason yksikköä toimii osittain hoitotasolla vuorokohtaisesti, ollessaan välittömässä lähtövalmiudessa osavuorokautisesti. Terveystenhuollon ammattilaisia työskentelee noin 160 kpl:ta. (Jokilaaksojen pelastuslaitos 2019.)

Ajankäytöllisesti opinnäytetyöprojekti kesti alkuvuodesta 2016 vuoden 2019 loppuun, aikajana vaiheineen on kuvattu taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Ajankäyttö opinnäytetyöprojektissa

Vaihe	Aikajana
Ideointivaihe	Helmikuu 2016 – helmikuu 2017
Työsuunnitelman teko	Maaliskuu 2017 – syyskuu 2018
Toimintamallin testausjakson valmistelu	Syyskuu 2018 – lokakuu 2018
Testausjakson toteutus	Marraskuu 2018 – joulukuu 2018
Kyselytutkimuksen toteutus	Tammikuu 2019 – helmikuu 2019
Kyselytutkimuksen analysointi	Maaliskuu 2019 - huhtikuu 2019
Toimintamallin valmistuminen	Huhtikuu 2019 – toukokuu 2019
Loppuraportin kirjoittaminen	Toukokuu 2019 – marraskuu 2019

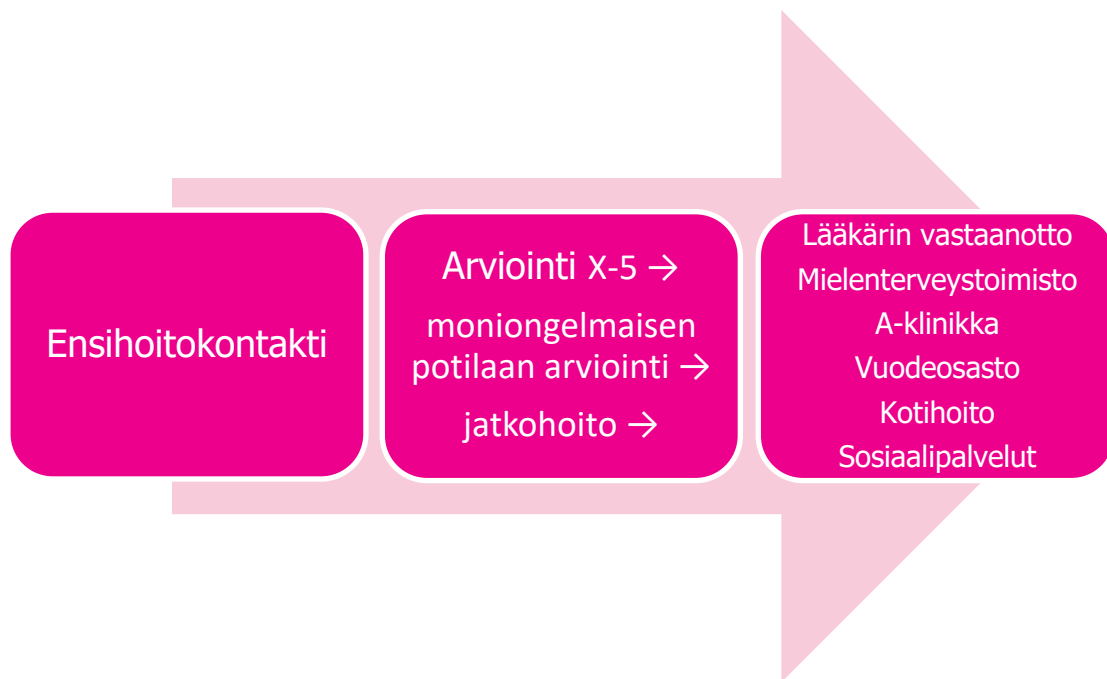
3.3 Työtehtävät, vastuut, luvat ja sopimukset

Opinnäytetyön tekijä vastasi toimintamallin suunnittelusta, kehittämisestä, testaamisesta ja kirjallisesta raportoinnista. Opinnäytetyön ohjaajat antoivat roolinsa mukaan joko metodi- tai sisällön ohjausta opinnäytetyöprosessin eri vaiheissa opinnäytetyöntekijän pyynnöstä. Peruspalvelukuntayhtymä Kallion hoitotyönjohtaja ja hyvinvointipalvelujen johtaja sekä Jokilaaksojen pelastuslaitoksen ensihoitopäällikkö antoivat tutkimusluvut (liite nro 1) ja osallistuivat neuvonantoon ja sovittaviin yhteistyöasioihin. Kallion eri yksiköiden johtajat/asiiantuntijat saivat halutessaan seurata opinnäytetyön etenemistä ja antaa mielipiteitään uuteen toimintamalliin.

Yhteistyösopimukset tehtiin aihekuvauksen ja toimintasuunnitelman hyväksymisen jälkeen Joki-laaksojen pelastuslaitoksen ensihoitopalveluiden ja Peruspalvelukuntayhtymä Kallion kanssa. Aluksi hieman haastattelin asiantuntijoita (ensihoitopäällikkö ja hoitotyönjohtaja), millainen uudesta toimintamallista pitäisi tulla. Valmis toimintamalli otettiin sitten suunnitellusti koekäyttöön sovitulla alueella. Ennen koekäyttöä oli tarkoitus kerätä aineistoa nykytilanteesta kyseisten tapauksen suhteen käytettävissä olevien mahdollisuuksien mukaan. Koekäytön jälkeen oli tarkoitus kerätä aineisto uudelleen ja analysoidaan toimintamallin hyöty ja tulokset. Tämä ei kuitenkaan toteutunut, koska sen hetkessä ensihoidon tietojärjestelmässä ei ollut mahdollisuutta tällaisen analyysin tuottamiseen

3.4 Toimintamallin kehitys

Nykytilanteen hoitopolkuihin lisättiin moniogelmaisen potilaan tunnistamista ja uudenlaista hoitoonohjaamista laajemmin. Ensihoitajien tuli pohtia, mitä palveluita kyseinen potilas tarvitsee ja mitkä eri yksiköt kykenevät potilasta paremmin hoitamaan. Potilaalta tuli saada lupa, jotta voidaan ilmoittaa eri yksiihin potilaan hoidontarpeesta. Ilmoitusmenettelyssä (paperikaavake pilottijaksolla) ensihoitajat identifioivat potilaan nimen, henkilötunnuksen ja paikkakunnan, sekä rastittivat kaikki ne yksiköt, joiden apua potilas tarvitsee. Kuviossa 4 on kuvattu toimintamallin hoitoprosessi yleisesti. Lisäksi haluttiin edistää niin sanottua moniammatillista konsultaatiomallia. Tässä toimintamallissa tullaan tutuksi koko moniammatillisen yhteistön kesken ja tiedostetaan toisten olemassa olo. Tätä tilannetta voidaan lisäksi hyödyntää siten, että esimerkiksi kotihoitaja voi soittaa ensihoitajalle ja kysellä jotain ensihoitoon liittyvää ongelmaa. Tarkoitus on, että minkä tahansa yksikön ammattilainen voi ottaa helposti yhteyttä minkä tahansa yksikön ammattilaiseen ja keskustella mieltä askarruttavista aiheista, käytännöistä ja ongelmista.



KUVIO 4. Moniongelmaisen potilaan hoitopolku

3.5 Testausjakson valmistelu ja toteutus kehittämistyön osana

Testausjakson valmistelu vaati paljon työtä. Hoitolinjat nykytilanteessa tuli määritellä kaavioksi, kuin myös uuden toimintamallin mukaiset kaaviot. Itse toimintamalli tuli kirjoittaa loogiseksi kaavioksi. Lisäksi testausjakso tarvitsi erilaiset seurantakaavakkeet informaation tuottamiseksi sekä ohjeistukset kirjallisena perehdytysmateriaalina ja informaationa työntekijöille.

Testausjaksoa varten tehtiin testaussuunnitelma. Strateginen suunnitelma testausjaksolle sisälsi taustan, nykytilan, ongelman kuvauksen ja aihe-suunnitelman, tilanteen selvittämisen ja kartoituksen, tulevaisuuden hahmottelun, tavoitteiden asettamisen ja strategiset linjaukset, toteuttamisen suunnittelun ja valmistelun sekä strategian operationalisoinnin, toteuttamisen ja toimeenpanon/strategian toimeenpanon, seurannan ja valvonnan sekä tulokortit ja mittaamisen, tarkistukset, vastuuhenkilöt, mission, vision, arvot ja eettiset periaatteet, kriittiset menestystekijät ja strategiset päätavoitteet mittaristoineen ja tulokortteineen, arvioinnit: seuranta, tarkastus, normiperusteinen, tavoiteperusteinen, tehokkuusperusteinen ja vaikuttavuuden arviointimalli.

Strateginen suunnitelma sisälsi myös paljon tulokortteja ja mittaristoja, joita ei voitu teknisesti nyt toteuttaa parin kuukauden kestäväällä testausjaksolla. Tulokortit, mittaristot ja arvioinnit voidaan ottaa sovellettuna käyttöön siinä vaiheessa, kun täysin kehittynyt malli otetaan pitkäaikaiseen käyttöön osana perustoimintaa. Niiden avulla voidaan toimintamallin tuloksia hyödyn-

tää tilastollisesti ja arvioida toimintamallin tehokkuutta ja vaikuttavuutta pitkäaikaisessa käytössä. Myös jatkotutkimusten aiheena asetetut mittaristot tuottavat aineistoa seuraaville opinäytetöille/tutkimuksille.

Konkreettisena tuotoksena piti kehittää toimintamalli kaavioksi, laminoidulle A4-paperille, jonka toiselle puolelle kirjoitettiin mukana prosessissa olevat toimintayksiköt yhteystietoineen. Yhteystiedot muistuttivat ensihoitajia siitä, mitä toimintayksiköitä perusterveydenhuollossa sosiaali- ja terveyspalveluissa omalla alueella on ja ketä voisi hyödyntää moniongelmaisen potilaan hoidossa. Tällä testausjaksolla päädyttiin käyttämään paperista ilmoituskaavaketta (liite nro 7). Ilmoituskaavakkeen (toinen A4) tietoja pohdittiin useasti, mitä siinä pitää olla, missä muodossa ja mitä ei ole tarpeen ilmoittaa. Toisella puolella ilmoituskaavaketta oli tiedote (liite nro 8) ammattilaisille uuden toimintamallin testaamisesta pilottijaksolla.

Toimintamalli suunniteltiin testattavaksi kuukauden ajalta (marraskuu 2018). Testausjakson ajalta kerättiin materiaalia Webropol-kyselynä toimintamallin kehittämiseksi käyttökokemusten perusteella. Mikäli tapauksia ei kuukauden aikana olisi ilmennyt riittävästi kehittämisprojektin luotettavuuden kannalta, voitiin pilottijaksoa erikseen jatkaa joulukuun puolelle harkinnan mukaan. Näin myös tuli tapahtumaan, koska ensimmäisen kuukauden aikana tapauksia ei tullut riittävä määrä.

Tutkimuslupia varten kirjoitettiin auki koko ydinprosessi (liite nro 2), mitä toimintamalli tarkoittaa ja käsittää, millaista muutosta on tulossa nykykäytäntöihin ja mitä lupia testausjakso vaatii. Salassapitovelvollisuuden kanssa ei tullut ongelmia tai erityisvaatimuksia, koska opinäytetyön tekijä ei saa eikä käsittele yhtään potilastietoa nimeltä tai henkilötunnukselta. Ensihoitajat saivat aina potilaalta luvan periaatteessa normaalin jatkohoidon ohjauksen perusteella. Ilmoitusmenettely, testausjakson tapauksessa eteni paperisena kaavakkeena suojatusti Peruspalvelukuntayhtymä Kallion ammattilaisille. Kaavaketta kohdeltiin salassapitovelvollisuuden alaisena virallisena osana hoidon dokumentaatiota, koska se sisälsi potilaan koko nimen ja henkilötunnuksen.

Kaaviossa 6 on kuvattu itse pääasia, uusi toimintamalli prosessikaaviona. Toisella puolella oli em. yhteystiedot (liite nro 6) ja toimintayksiköt. Liite 4 muotoiltiin A4-kokoon, kaksipuoleiseksi ja laminoiduksi, jotta sen voi ottaa helposti mukaan ensihoitoyksikköön käytettäväksi ja ohjenuoraksi. Prosessi kuvailtiin kuusivaiheiseksi, mahdollisimman selkeäksi ja yksinkertaiseksi. Prosessin koulutukseen ei kuitenkaan varattu aikaa paljoa, joten tarkoitus oli, että prosessikaavion ja tiedotteen perusteella ensihoitajat ja muut ammatilliset kykenevät omaksumaan toimintamallin ja ottamaan sen käyttöön testausjaksolla aidoissa hoitotilanteissa. Lisäksi pilottijakson ohjeistus sisälsi sähköpostilla kaikille saatekirjeen lisäohjeineen. Prosessin jokainen vaihe numeroitiin ja selitettiin kaaviossa, mitä se tarkoittaa.

Moniongelmaisen potilaan moniammatillisen hoitamisen prosessi toimintamallina ensihoitopalvelussa:

Vaihe 1: Potilas tutkitaan ja todetaan mahdollisesti moniongelmaiseksi ja ensihoitopalvelun suurkuluttajaksi. Potilasta ei voida ensihoidon keinoin auttaa, tehtävästä seuraa usein koodi X-5 (terveydentila määritelty, ei tarvetta ensihoitoon tai sairaankuljetukseen) tai koodi X-6 (potilas kieltäytyy hoidosta/kuljetuksesta). Käynnit potilaan luona ovat yleensä toistuvia.

Vaihe 2: Potilaalle kerrotaan, että ensihoito ei voi häntä auttaa akuuttihoidon keinoin. Potilaalle kerrotaan muista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista, joista useisiin ongelmiin olisi paremmin apua.

Vaihe 3: Potilaalta pyydetään lupa, että ensihoito voi ottaa yhteyttä muihin palveluihin ja sopia jatkohoidosta. Potilaasta raportoidaan potilaan luvalla niihin sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköihin, joiden palveluita potilas tarvitsee. Raportointi voi toistua joka ensihoitokäynnillä tarpeen mukaan.

Vaihe 4: Raportti saapuu sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköihin kirjallisesti, sähköisesti tai puhelimitse.

Vaihe 5: Potilaan ongelmiin tutustutaan ja hoidon tarve määritellään. Potilaaseen otetaan yhteyttä ja muodostetaan hoitosuhde tai jatketaan hoitosuhdetta.

Vaihe 6: Potilaalle tehdään alakohtaisesti hoitosuunnitelma. Potilaan hoitoa annetaan eri yksiköissä tarpeen mukaan ja hoitoa arvioidaan.

KAAVIO 1. Moniongelmaisen potilaan hoitoprosessi toimintamallina

Muun materiaalin lisäksi kehittämissuunnitelman ja testausjakson arviointia ja luotettavuutta varten tuli tietää, kuinka paljon ilmoituksia tulee jakson aikana. Tarkoituksena oli kiertää sovitut paloasemat ensimmäisen pilottikuukauden aikana ja tarkistaa kertyneiden tapausten määrä. Tätä varten kehitettiin tilastointitaulukko paperisena A4:na, oma taulukko paloasemille, oma Kallioon. Toiminta-alueeksi oli sovittu Nivalan, Ylivieskan, Sievin ja Alavieskan paloasemien toimialueet ensihoitajineen.

Jokilaaksojen pelastuslaitoksen ensihoitajat ja Kallion eri yksiköiden työntekijät toteuttivat toimintamallia oikeassa potilastyössä testausjakson aikana ja antoivat toimintamallin loppukehittämiseen palautteensa kyselytutkimuksen avulla. Perehdytys toimintamallin käyttämiseen tapahtui sähköpostilla jaetulla tiedotteella. Tiedotteen sisältö oli tarkoin harkittu, lyhyt ja yksinkertainen mahdollistaen nopean omaksumisen. Lisäksi kaikilla paloasemilla käytiin työvuoron aloituksissa kertomassa suullisesti toimintamallin testauksen käyttöönotosta.

Ensihoitajat täyttivät tilastointikaavaketta Ylivieskan (sisältäen sieviläiset ja alavieskalaiset) ja Nivalan paloasemilla. Tilasto sisälsi seuraavat tiedot jokaiselta tapaukselta: Järjestysnumero, hälytyskoodi, kuljetuskoodi/X-koodi, sukupuoli, paikkakunta, kieltäytyminen toimintamallin ilmoitusmenettelystä jatkohoidon suhteen, ensihoitajan arvioimat Kallion yksiköt, joiden hoitoa potilas tarvitsee eli lääkärin vastaanotto, mielenterveystyö, päihdetyö, sosiaalityö, päivystävä sh, kohtihoito, tk vuodeosasto. Tilastolla kerättävät tiedot päätettiin yhdessä ensihoitopäällikön

kanssa myös sillä perusteella, millaista tietoa pelastuslaitos halusi tunnistetuista moniongelmaisista potilaista.

Peruspalvelukuntayhtymä Kallion kanssa sovittiin, että testausjakson aikana joka viikon jälkeen kertyneet ilmoituskaavakkeet lähetetään ensihoitajan toimesta kirjekuoressa maanantaisin Kallion Ylivieskan terveyskeskuksen avosairaanhoidon osastonhoitajalle, joka puolestaan jakaa ilmoitukset kopioituna kuhunkin toimintayksikköön. Toimintayksiköt saivat tiedon ja käynnistivät oman alansa hoidon tarpeen suunnittelun ja arvioinnin ottamalla jollain tapaa potilaaseen kontaktia. Osastonhoitajalle toimitettiin suppeampi tilastointikaavake lähinnä sen takia, että nähdään, kuinka paljon ilmoituksia saapui varmasti perille Kallioon.

3.6 Kyselytutkimus testausjaksolta

Tässä kehittämisprosessissa päädyttiin testausjakson aikana ilmenneet palautteet keräämään Webpropol -kyselytutkimuksella. Ammatillaiset olivat käyttäneet toimintamallia kahden kuukauden ajan. Ammatillaiset ensihoidossa ja Kalliossa olivat avainasemassa kertomaan uuden toimintamallin tarpeellisuudesta, hyödyllisyydestä ja siitä, millaiseksi lopullinen toimintamalli tulisi kehittää. Kyselytutkimus (liite nro 4) lähetettiin sähköpostilinkkinä testausjakson jälkeen tammikuun alussa 2019 organisaatioiden johtajien kautta. Tammikuun lopulla tulokertymää tarkastaessa huomattiin, että vastauksia oli tullut vain kolme Kalliosta. Kyselytutkimukseen vastaamisesta lähetettiin uudelleen pyyntöä välittää tutkimuksen linkkiä ja kyselyaikaa pidennettiin puolitoista viikkoa eli 10.2.2019 saakka. Uuteen määräaikaan mennessä tuli riittävästi vastauksia molemmista organisaatioista ja kyselytutkimus voitiin arvioida luotettavaksi ja riittäväksi. Seuraava vaihe kehittämisprosessissa oli analysoida kyselytutkimuksen tulokset ja ammattilaisten palautteet.

Sisällönanalyysissä redusointi tarkoittaa aineiston pelkistämistä. Informaatiosta karsitaan epäoleellinen pois tiivistämällä tai pilkkomisella. Tutkimustehtävä ohjaa pelkistämistä, jolloin aineistoa voidaan litteroida tai koodata tutkimustehtävälle olennaiset ilmaisut. Alkuperäisestä aineistosta poimitut kirjaukset saadaan selville esimerkiksi etukäteen päätettyjen haluttujen alleviivauksien perusteella. Sisällönanalyysissä voi etukäteen määritellä analyysiyksikön, joka voisi olla yksittäinen sana tai lause. (Tuomi ja Sarajärvi 2002, 111-112.)

Webpropol-raportista saatu aineisto on sisältöanalysoitu redusointimenetelmällä. Aineistosta on kerätty usein toistuvat mielipiteet ja karsittu pois kaikki ylimääräinen. Laaja aineisto on liitteenä nro 9. Saadun tiedon perusteella toimintamalli päätettiin lopulliseen muotoonsa ja voitiin julkaista vapaasti hyödynnettäväksi mihin organisaatioon tahansa.

4 TESTAUSJAKSON TULOKSET JA JATKOKEHITYS

4.1 Moniongelmaisten lukumäärä ja hälytuskoodit

Ensihoitajat kirjasiivat toimialueellaan kohdanneensa ja tunnistaneensa 39 moniongelmaista tapausta ajalla 1.11.2018 – 31.12.2018. Häätäkeskuksen välittämät hälytystehtävät olivat hyvin moninaisia sisältäen koodeja ja kiireellisyyksiä laidasta laitaan. Hälytystehtävät, hälytuskoodit ja lukumäärät on kuvattu taulukossa 2. A-kiireellisyys on korkeariskinen hälytysajotehtävä, B on keskiuuririskinen hälytystehtävä, C on pieniriskinen normaaliajotehtävä ja D on päivystyksellinen normaaliajotehtävä. Hälytuskoodien perusteella hätäpuhelussa voi käytännössä ilmetä mitä vain tapaturmia tai sairastumisia, joiden perusteella häätäkeskuspäivystäjä tekee hälytyksen ensihoitopalvelussa. Kiireellisyysluokituksiltaan kriittisimpiä A-tehtäviä oli kaksi kpl, keski-suuri/tuntematon riski eli B-tehtäviä oli kuusi kpl, pieniriskisiä C-tehtäviä oli 11 kpl ja kiireettömiä D-luokan tehtäviä oli 18 kpl.

TAULUKKO 2. Hälytystehtävät ja määrät

Hälytystehtävä ja (koodi)	A-kiireellisyyksiä	B-kiireellisyyksiä	C-kiireellisyyksiä	D-kiireellisyyksiä
Hengitysvaikeus (703)			2 kpl	
Rintakipu (704)	1 kpl	4 kpl	2 kpl	
Halvaus/AVH (706)			1 kpl	
Kaatuminen (745)			1 kpl	2 kpl
Myrkytys/yliannostus (752)	1 kpl		2 kpl	
Kouristelu (772)		1 kpl		
Yleistilan lasku (774)			1 kpl	7 kpl
Oksentelu, ripuli, virtsausvaivat (775)				1 kpl
Vatsakipu (781)			1 kpl	
Pääkipu (782)		1kpl		1 kpl
Raaja, vartalo, iho-oire (783)				3 kpl
Mielenterveysongelma (785)			1 kpl	4 kpl

4.2 Kuljetukset ja kuljettamatta jättämiset

Ensihoidon suorittamia sairaankuljetuksia 39 tapauksesta tuli vain neljä kappaletta. Näiden kuljetuskoodit ja varausasteet olivat: 745C pieniriskinen kaatuminen, 752C pieniriskinen intoksi-kaatio/yliannostus, 774D päivystyksellinen yleistilan lasku ja 785D päivystyksellinen mielenterveysongelma. Sairaankuljetusten määrä oli vähäinen moniongelmaisten potilaiden kohdalla.

Kuljettamatta jättämiä, eli X-koodattuja oli yhteensä 33 kappaletta. Koodit olivat: X-5 terveydentila määritelty, ei tarvetta ensihoidolle/kuljetukselle = 23 kpl, X-4 muu kuljetus hoitoon, esim. taksi = viisi kpl, X-6 potilas kieltäytyy ensihoidosta/kuljetuksesta = neljä kpl ja X-7 potilasta ei löydy = yksi kpl. Selkeästi kotiin jättämisissä korostuu koodi X-5. (KUVIO 5)



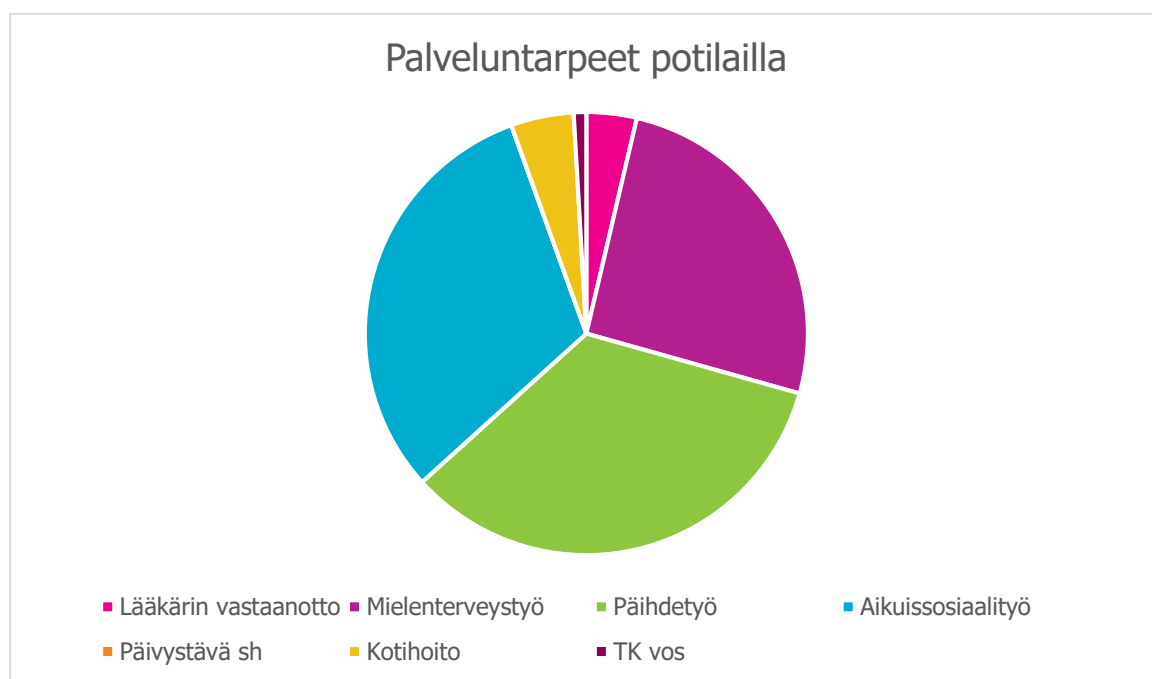
KUVIO 5. X-koodimäärät

Potilaista 33 oli miessukupuolta, naisia oli kuusi tapausta. Eli aiemmin todettu miessukupuolen korostuneisuus moniongelmaisissa potilaissa kävi ilmi myös tässä käytännön tutkimuksessa. Ylivieskassa (populaatio noin 15 000) potilaita kohdattiin 27, eli suurin osa kaikista tapauksista. Nivalassa (populaatio noin 11 000) potilaita tunnistettiin kuusi tapausta. Sievissä (populaatio noin 5 000) oli yksi tapaus. Alavieskassa (populaatio noin 2 500) oli viisi tapausta. Mainittakoon, että Ylivieskan, Alavieskan ja Sievin potilaista suurin osa kohdataan Ylivieskan paloasemalta lähteillä ensihoitoyksiköillä (EPP 521, EPP 522, EPP 533). Lisäksi testausjaksoon osallistuivat Nivalan paloaseman ensihoitoyksiköt (EPP 525, EPP 532). Kohdatuista ja tunnistetuista potilaista 34 tapausta antoi ensihoitajien kysyessä luvan ilmoittaa jatkohoidon tarpeesta Kallioon, osallistuen siten moniongelmaisten uuden toimintamallin toteuttamiseen hyväkseen. Vain viisi

henkilöä kielsivät ilmoittamismenettelyn, vaikka ensihoitajat olivat todenneet eri yksiköiden palvelutarpeen. Nämäkin palvelutarpeet on kuitenkin kirjattu tilastointiin. Kieltäytyneistä ei lähtenyt mitään tietoa Kallioon.

4.3 Moniongelmaisten palvelutarpeet

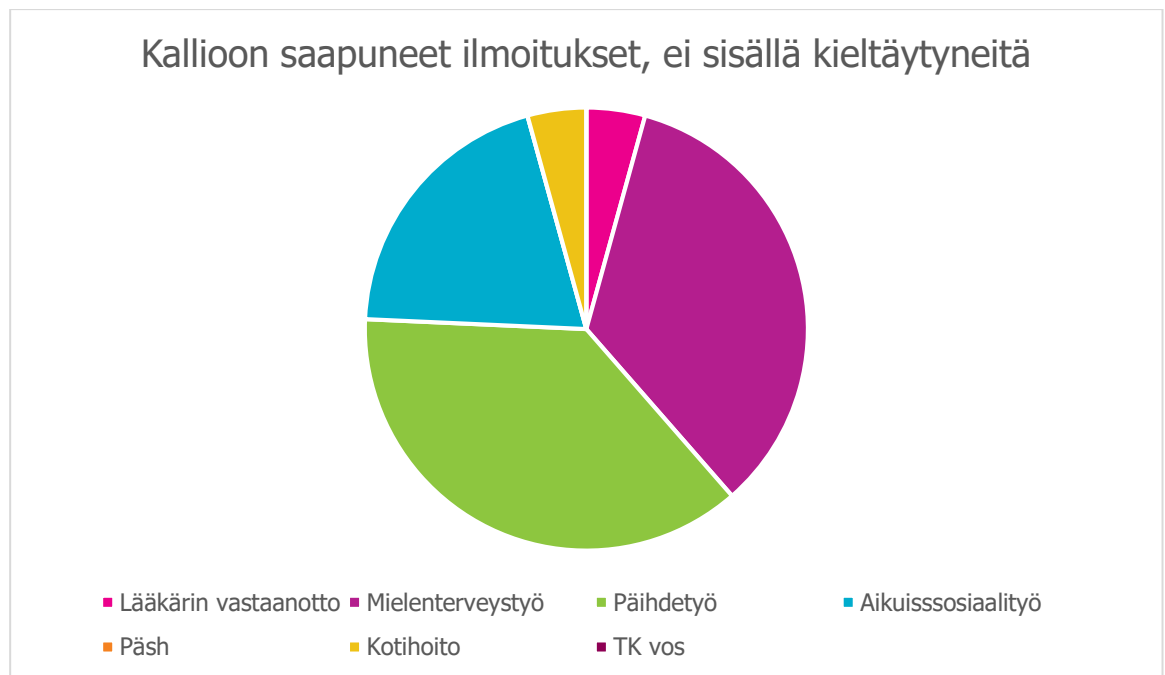
Ensihoitajat totesivat potilailla yhteensä seuraavanlaisia palvelutarpeita: Kallion lääkärin vastaanotto 4 kpl, mielenterveystyö 27 kpl, joista 1 kieltä, päihdetyö 33 kpl, joista 4 kieltä, aikuis-sosiaalityö 30 kpl, joista 4 kieltä, päivystävä sairaanhoitaja ei tarvetta ollenkaan, kotihoito 5 kpl ja terveyskeskus vuodeosastohoito 1 kpl. (KUVIO 6). Aivan selkeästi moniongelmaisilla korostuu yhtä aikaa mielenterveystyön, päihdetyön ja aikuissosiaalityön palvelutarpeet. Lähes kaikilla yksittäisillä potilastapauserroilla oli valittu ainakin nämä kolme tärkeintä palvelutarvetta. Mainittakoon vielä, että 39 kirjattua potilastapausta eivät kaikki ole eri ihmisiä, vaan osa kirjatusta tapauksista ovat samoja henkilöitä, jotka ovat kahden kuukauden aikana aktivoineet ensihoitopalvelun useasti ja tulleet samojen tai eri ensihoitajaparien toimesta tunnistetuksi pilotijakson moniongelmaiseksi potilaaksi. Tätä ei haluttu rekisteröidä tässä tutkimuksessa salassapitovelvollisuuksiin liittyen. Testausjakson aikana kuitenkin ensihoitajien kanssa käytyjen keskustelujen perusteella osa ilmoituksista oli samoilta ihmisiltä toistuvasti tehtyjä.



KUVIO 6. Palveluntarpeet potilailla

Ilmoituksista 34 kpl saapui kirjeitse Peruspalvelukuntayhtymä Kallion osastonhoitajalle testausjaksolle sovitun käytännön mukaisesti. Näistä ilmoituksista puuttuivat kaikki ilmoitusmenetelystä kieltäytyneet tapaukset. Seurantakaavake oli erilainen, mitä ensihoitajien käytössä, ks. liite. Ilmoituksissa oli ensihoidon osalta todettu seuraavanlaisia palvelutarpeita: Kallion lääkärin

vastaanotto 3 kpl, mielenterveystyö 24 kpl, päihdetyö 26 kpl, aikuissosiaalityö 14 kpl, päivystävä sairaanhoitaja ei tarvetta ollenkaan, kotihoito 3 kpl ja terveyskeskus vuodeosastohoito ei yhtään. (KUVIO 7). Näistä tapauksista osastonhoitaja kopioi ilmoitukset kaikkiin niihin yksiköihin, jotka oli valittu kyseisen potilaan palvelutarpeeksi. Useimmista potilaista lähti ilmoitukset sekä mielenterveysyksikköön, että päihdetyön yksikköön. Samoilla henkilöillä oli myös aikuissosiaalityön tarvetta.



KUVIO 7. Saapuneet ilmoitukset PPKY Kallioon

Tämä opinnäytetyö testausjaksoineen ei tutkinut toimintamallin vaikuttavuutta tai seuraamuksia tästä eteenpäin. Vuodenvaihteessa 2018 - 2019 muutamat yksiköt Ylivieskasta ja Nivalasta pysyivät jo koeluontoisesti verkostopalaveria ilmoitusten pohjalta. Tämä järjestettiin tammi-kuussa 2019 Ylivieskassa muutaman potilaan kohdalla. Ensihoidon edustaja meni paikalle yhdessä muun moniammatillisen tiimin kanssa. Toinen potilaista ei saapunut paikalle. Toinen potilas oli humalassa ja keskittyi arvostelemaan negatiivisesti ensihoidon edustajaa ja koko ensihoitopalvelua. Ensihoidon osalta tämä verkostopalaveri todettiin myöhemmin täysin epäonnistuneeksi. Nivalan a-klinikan pyytäessä samanlaista palaveria, ensihoitopalvelut kieltäytyivät tässä vaiheessa osallistumasta palaveriin, jossa potilas on läsnä. Näiden kokemusten perusteella todettakoon, että uuden toimintamallin käyttöönotossa on liene paras sopia heti pelisäännöistä ja yhteisistä toimintamalleista myös jatkosuunnitelmien suhteen. Verkostopalaverit potilaan läsnä ollessa ovat varmasti hyvä asia, mutta kaiken tulisi tapahtua hyvin ennalta suunnitellusti, sovitusti ja hallitusti.

4.4 Kyselytutkimuksen arviointi

Kyselytutkimukseen vastasi 14 ensihoidon ammattilaista Jokilaaksojen pelastuslaitokselta (Niivala, Ylivieska, Sievi, Alavieska) ja 14 PPKY Kallion sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaista. Vastausten määrä on riittävä, koska moniongelmaisia tapauksia oli tunnistettu ja kohdattu 39 kappaletta. Kyselytutkimuksen ensimmäinen suunniteltu vastausaika (tammikuu 2019) epäonnistui viestinnän vuoksi, mutta lisäajalla vastauksia tuli riittävästi, eli 15 vastaajaa pelastuslaitokselta ja 15 vastaajaa Kalliosta. Tällä kokonaismäärällä tulokset arvioitiin kattavaksi ja luotettavaksi. Kyselytutkimuksen kysymykset asetettiin siten, että niillä haluttiin saada ammattilaisten arviota nykytilasta ja arviota siitä, millaiseksi tilanne muuttuisi uuden toimintamallin myötä. Kysymyksillä haluttiin vastausta myös siihen, täytyvätkö toimintamallille asetetut tavoitteet. Ammattilaisilta haluttiin arvokasta palautetta siitä, toimiiko tämä malli oikeasti ja millainen lopullisen mallin tulisi olla, että sitä voisi oikeasti käyttää työelämässä.

Pilottijaksolta kerättiin tiedot moniongelmaisten lukumääristä, hälytyskoodeista, kuljettamatta jättämiskoodeista, eri alojen palvelutarpeista yms. Näillä tiedoilla haluttiin selvittää, paljonko potilaita on alueella ja millaisia potilastapauksia ja hoidontarpeita ilmenee. Myös hoidosta tootaalisesti kieltäytyneet saatiin rekisteröityä. Heille uusi toimintamalli ei kykene antamaan mitään hyötyä, jos kieltäytymiset jatkuvat. Kyselytutkimuksen tulokset analysoitiin Webpropol-ohjelman työkalulla taulukkomuotoon. Taulukoista koostettiin oleelliset asiat tilastomalleiksi kirjallisine selityksineen. Kvalitatiivisista tuloksista poimittiin ydinasiat asetettuun kysymykseen nähdän ja koostettiin luettelo kehittämis- ja jatkotoimenpiteistä annettujen vastausten perusteella.

4.5 Toimintamallin arviointi kyselytutkimuksen mukaan

Vastaajista 57% koki, että moniongelmainen potilas on saanut melko tai erittäin huonosti tarvitsemaansa moniammatillista hoitoa oikeissa paikoissa ennen uutta toimintamallia. Vastaajista 36% antoi neutraalin vastauksen. Pienen vähemmistön noin 7% mielestä tilanne on ollut hyvä. Näin ollen moniongelmaisen tulisi saada paremmin tarvitsemaansa hoitoa. Uudelle toimintamallille on siis vahvistettu peruste olemassa.

Ammattilaisista 93% arvioi, että uuden toimintamallin hyödyntämisellä moniongelmaiset potilaat voisivat saada tarvitsemaansa hoitoa oikeissa paikoissa. Vastaajista 7% koki tilanteen silti neutraaliksi. Ammattilaisilla on siis erittäin vahva luotto siihen, että nyt kehitetty toimintamalli voisi toimia moniongelmaisten potilaiden hyödyksi. Negatiivisia vastauksia ei tullut yhtään.

Tiedonkulun toimivuutta moniammatillisessa yhteistyössä uuden toimintamallin myötä moniongelmaisten potilaiden kokonaisvaltaisen hoidon yhteydessä on arvioitu siten, että vastaajista yli 47% kokee hyvin toimineeksi ja yli 32% antaa neutraalin arvion. Huonoksi tiedonkulun kokee silti yli 21% vastaajista. Uuden toimintamallin lyhyen testausjakson perusteella tiedonkulussa

olisi edelleen kehittämistä. Nykyinen testausjaksolla käytetty paperikaavake –malli ja kirjepostilähetyt viikon välein lienee vanhanaikainen tapa, mutta kehittämisprosessia varten se oli nyt järkevin vaihtoehto. Jatkossa toiminnan käyttöönotossa ja toiminnan vakiintuessa tiedonkulun tulisi tapahtua digitaalisesti ja mielellään reaaliajassa. Toimintamallin testaus on todennäköisesti lisännyt tiedonkulkua entiseen verrattuna.

Moniongelmaisen toimintamalli saa ammattilaisilta vankan kannatuksen, koska vastaajista lähes 93% kokee uuden toimintamallin olevan hyödyllinen tai tarpeellinen. Vain kaksi vastaajaa kokee toimintamallin tarpeettomaksi tai hyödyttömäksi. Vastauksista käy ilmi, että toimintamalli on tarpeellinen, jotta potilaat saavat nopeammin ja paremmin apua, saadaan selville avun tarvisijat ja paljon palveluita käyttävät ja heidät voidaan ohjata hoitoon sinne, missä heitä voidaan oikeasti auttaa. Vastauksista ilmenee, että myös moniongelmaiset ovat turhautuneita ja kokevat jäävänsä apua vaille. Moniongelmaisia todetaan olevan runsaasti, turhia ensihoitotehtäviä on paljon, ensihoito ei voi auttaa oman toimikuvan ja roolin ulkopuolisissa asioissa. Negatiiviset vastaukset arvioivat, että mikään ei ole muuttunut ja toimintamallin vaikutusta ei ole näkyvillä. Pilottijakso oli toki lyhyt (kaksi kk), joten ehkäpä toiminnan vakiintuessa ja kestäessä pidempään voisi tuloksia vahvemmin näkyä näiden tehtävien kohdalla.

Toimintamallin helppokäyttöisyyttä vastaajat arvioivat siten, että helppokäyttöiseksi arvioi yli 82% vastaajista. Alle 18 % koki pilottijakson perusteella mallin käytön hankalammaksi. Perusteluista selviää, että toimintamalli on: selkeä, helppo, yksinkertainen, nopea täyttää, ei lisää työmäärää, selkeästi ohjeistettu, toimiva, ymmärrettävä, helposti toteutettava, vaatii sitoutumista kaikilta, ei ole liian pitkä, helpottaa yhteydenottoja ja on valmis. Negatiivisten vastausten mukaan ilmeisesti moniongelmaiseksi potilaaksi on ilmoitettu myös joku muuten monisairas potilas, liikaa paperihommia ja jälkikäteisilmoitusta, silti epäselvä käytännössä, tehtävien siirtoa toisille, lomake ei yhteisessä järjestelmässä, vaikea tavoittaa ihmisiä ja sovitella aikatauluja. Selkeästi toimintamalli vaatisi laajempaa pysyvää työryhmää laatimaan pelisäännöt ja sopimaan alueelle sovelletut toimintaohjeet. Organisaatioista tulisi nimetä jotkut ammattilaiset vastuullisiksi näiden asioiden koordinointiin. Implementointiin tulisi käyttää runsaammin aikaa mm. videokoulutusten kautta tai muissa koulutustapahtumissa.

Toimintamallin toimivuutta tai käyttökelpoisuutta on arvioitu vahvasti siten, että positiivisen vastauksen antavat jopa yli 96% vastaajista. Vain alle 4 % kokee mallin toimimattomaksi. Uusien toimintatapojen kehittäminen koetaan hyväksi, rahaa säästyy, asiakas saa tehokkaammin apua, asiat koetaan lähtevän edistymään, toiveikkuutta siis on, että toimintamalli lähtisi vaikuttamaan potilaiden hoidon saantiin. Pientä epävarmuutta on siitä, sitoutuvatko kaikki ammattilaiset työhön asian edistämiseksi, toteutuuko hyvä teoria millä lailla käytännössä, saavatko ensihoitajat palautetta, kuinka potilaiden hoito on edistynyt jatkohoitopaikoissa. Digitalisaation tarve lienee

oleellinen tässäkin ilmoitusmenettelyssä. Pessimistinen palaute on se, että tämäkään toimintamalli ei tule toimimaan. Mahdollisesti ainoa holistinen keino ongelmien ratkaisuksi on ainakin yrittää keksiä uutta, ehkä edes osa potilaista ja koko järjestelmästä tulisi hyötymään toimintamallista.

Kehittämispalautteita toimintamallille kyselytutkimuksen perusteella:

- Ilmoitus tulee saada lähetettyä sähköisesti eri toimijoille
- Terminologia yhdenmukaiseksi ja selkeäksi, moniasiakkuus vs. moniongelmallinen
- Informaation kulku ja tiedotus selkeäksi ja tietoa kaikille uusista toimintamalleista
- Yhteistyön jatkaminen ja kehittäminen myös tulevaisuudessa
- Yhteisesti sovitut hoitolinjat, tiedonkulku paremmaksi molempiin suuntiin
- Eri toimijoiden toistensa tunteminen paremmaksi, yhteistyöpalaverit?
- Toisten työtapojen tunteminen, esittäytymisvideot jakoon kaikista kaikille?
- Ensihoidolle palautetta jatkohoitojen onnistumisista motivaationa
- Vuorovaikutuksen kehittäminen ensihoidon ja peruspalveluiden välillä, yhteinen tilannekuva suunnitelluista hoidoista ja poikkeamista, esim. viikkopalaverit käyttöön?
- Vastuuhoitaja/koordinaattori? Moniammatillinen tiimi kehittämään asioita?
- Hoitosuunnitelmat tarkemmiksi, asiakkaalle/organisaatiolle näkyviksi, selkeät tavoitteet/keinot
- Kuinka potilaalta kysytään lupa toimintamallin toteuttamiseen?
- Toimintamalli rohkeasti käyttöön, kaikkien ammattilaisten sitouttaminen
- Yhteydenotot nopeammiksi
- Yhteiset hoitoneuvottelut/verkostopalaverit
- Kuntayhtymän tiedottaminen kansalaisille tällaisesta mahdollisuudesta

Yleinen palaute kehittämistyöhön:

- Yhteinen koulutustilaisuus ja kokemusten vaihto, kehittäminen
- Toimintamalli voisi onnistuessaan säästää melkoisesti resursseja
- Projekti hyödyllinen, moniongelmaiset väliinpuotoajia, tarvitsivat oman toimintamallin, ansaitsevat myös hyvän hoidon, mietittävä, mikä olisi heidän hyödyksensä
- Ensihoito nyt selvittänyt todellisia määriä moniongelmaista potilaista ja Kallio tullut tietoiseksi näistä ja lukumääristä. Tietoisuutta lisätty eri organisaatioiden olemassa olosta.
- Asennemuutosta koko sote-yhteistyöhön, moniongelmaisten asioita ei saisi unohtaa, vaan kaikkien ammattilaisten tulisi panostaa tähän omalta osaltaan. Terveystoimen palveluiden tulisi tukea myös sosiaalitoimea. Vastuu ei ole yksin sosiaalitoimella.
- Verkostopalaveri käyttöön, yhteiset menetelmät, digitalisaation edistäminen, ilmoitus Efficään.

5 POHDINTA

Koin kehittämistoiminnan hyväksi menetelmäksi tässä ongelmanratkaisussa. Käytännön ihmisenä pääsin nopeasti tekemään konkreettista työtä eli ideoimaan, suunnittelemaan ja mallintamaan tulevaa toimintamallia sekä siihen liittyviä muita asioita. Testausjakso oli antoisa, koska toimintamallia päästiin testaamaan oikeilla potilailla, oikeiden ensihoitajien toimesta ja oikeissa tilanteissa. Lisäksi testausjaksolta saatiin arvokasta palautetta kyselytutkimuksella siitä, millainen toimintamallin tulisi oikeasti olla ja miten sitä pitäisi kehittää edelleen. Näillä työelämän suorilla anonyymeillä palautteilla oli ratkaiseva merkitys toimintamallin lopulliseen muotoon ja käyttötapaan. Testausjakson tapausten perusteella hälytystehtävien koodit eli potilaiden hätäkeskukseen ilmoittavat syyt olivat erittäin vaihtelevia. Kiireellisyyksissä oli korkeariskisistä tehtävistä lähtien, mutta selkeä painotus kiireettömiin CD-tehtäväluokkiin. Sairaankuljetuksia oli vain muutama, suurin osa tapauksista ei johtanut kuljetukseen ja selkeä painotus oli koodiin X-5, terveydentila määritelty, ei tarvetta hoitoon/kuljetukseen. Moniongelmaisen potilaan toimintamallin menettelyn kielsi vain muutama potilas, joten voidaan päätellä, että potilaat itsekkin haluavat paremmin hoitoa. Palveluntarpeissa moniongelmaisilla korostuivat yhtäaikaaisesti mielenterveyspalveluiden, päihdepalveluiden ja aikuissosiaalityön tarpeet.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää moniongelmaisen potilaan kohtaamiseen toimintamalli ensihoidon ja muun sosiaali- ja terveydenhuollon välille. Testausjakson neljään vaatimukseen kyettiin vastaamaan tällä toimintamallilla. Kehittämistyöllä saatiin aikaan moniongelmaisen potilaan toimintamalli ensihoidon ja peruspalvelukuntayhtymä Kallion välille, minkä vaatimuksina oli olla toimiva, helppokäyttöinen ja käyttökelpoinen toimintamalli. Kehittämistyön tulos ja testausjaksolla kehitetty moniongelmaisen potilaan toimintamalli todettiin myös kyselytutkimuksella tavoitteiltaan saavutetuiksi. Kansainvälisistä lähteistä todettiin, että moniongelmaisia on muuallakin maailmalla sekä päivystyksissä, että ensihoidossa. Suomessa ei kuitenkaan asunnottomuutta ole niin paljoa, kuin esimerkiksi USA:n marginaalisessa järjestelmässä. Testausjakson aikana huomattiin, että miessukupuoli, päihde- ja mielenterveysongelmat korostuivat moniongelmaisten kohdalla. Tämä vastasi tuloksia muualta maailmasta. Ikääntyneitä potilaita testausjaksolla oli pienempi määrä verrattuna päihde- ja mielenterveyspotilaiden suhteessa isompaan määrään.

Tässä työssä käsiteltiin nykyisiä hoitopolkuja ja miten moniongelmaisten potilaiden hoito etenee sosiaali- ja terveysalan organisaatioissa. Ongelmana oli se, että ensihoitopalvelusta hoidon jatkuvuus ei etene ollenkaan, koska hoitopolkua ja sovittua hoidon jatkuvuutta ei ole olemassa. Ongelma vaati nykytilanteen kriittistä tarkastelua. Hoitotyön kriittistä ajattelua on tutkittu kirjallisuuskatsauksessa, jonka tärkein päätelmä oli, että sairaanhoidon kriittinen ajattelu on yhä

kiinnostavampaa sekä sen käsitteiden että ulottuvuuksien tutkimisessa sekä koulutusstrategioiden kehittämisessä sen kehittämisen edistämiseksi sekä opiskelijoiden että ammattilaisten keskuudessa (Zuriguél Pérez, Lluch Canut, Falcó Pegueroles, Puig Llobet, Moreno Arroyo ja Roldán Merino 2014). Tämän toimintamallin myötä myös ensihoidosta olisi jatkossa moniongelmaisille oma hoitopolku muualle sosiaali- ja terveyspalveluiden piiriin.

Toimintamallia jokainen organisaatio voi soveltaa ja räätälöidä juuri omalle alueelle ja omaan toimintaan sopivaksi versioksi. Digitalisoitu malli on todettu tärkeäksi ammattilaisten palautteen mukaan. Tämä toki vaatii sähköisten tietojärjestelmien yhteensopivuutta. Kyselyn perusteella moniongelmaisen potilaan toimintamallin tulee jatkossa olla sähköisessä muodossa. Kehittämistyö tuotti perusmuotoisen toimintamallin, joka tulee soveltaa jokaiselle toiminta-alueelle erikseen. Tämä siksi, että alueet ovat erilaisia organisaatorakenteiltaan ja palveluntuottajiltaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt ovat eri lailla rakennettuja ja järjestettyjä eri sairaanhoitopiireissä ja kuntayhtymissä. Myös yhteystietokaaviot tietysti vaihtelevat alueittain.

Kun toimintamallia sovelletaan ja otetaan pitkäaikaiseen käyttöön, olen varma siitä, että jatkossa moniongelmaiset saavat paremmin tarvitsemaansa hoitoa oikeassa paikassa, tiedonkulku edistyy moniammatillisessa yhteistyössä, epätarkoituksenmukaiset ensihoitohälytykset vähenevät, resurssit kohdentuvat oikein, ongelmiin puututaan ajoissa ja ongelmat eivät kumuloidu kroonisiksi moniongelmiksi. Testausjakson vaikutuksia potilaisiin ei tutkittu tässä kehittämisprosessissa, vaan tarkoitus oli nimenomaan saada aikaan toimintamalli, testauksineen ja ammattilaisten arviointineen ja palautteineen. Kehittämistyöllä saatiin mielestäni aikaan monialaisten ammattilaisten ja asiantuntijoiden perustelema ja testattu toimintamalli, joka on käyttökelpoinen ja helposti omaksuttavissa.

Moniongelmaisen potilaan toimintamalli perusteltiin ja testattiin ensihoidon ja peruspalvelukuntayhtymän ammattilaisten toimesta ja arvioilla käytännön työelämässä todellisissa hoitotilanteissa oikeilla potilailla. Ammatillisista yli puolet arvioi siten, että moniongelmaiset eivät ole saaneet riittävä hoitoa aiemmin. Ammatillisista yli 90 % totesi, että moniongelmaisen potilaan toimintamallilla potilaat saivat riittävää hoitoa.

Mielestäni olen pystynyt tekemään sen, mitä oli tehtävissä tässä vaiheessa ja tilanteessa. Olen omalla panoksellani yrittänyt ratkaista näitä ainaisia ongelmakohtia ensihoidossa ja moniongelmaisten potilaiden hoitamatta jättämisistä. Terminologisesti katsoisin, että moniongelmainen – termi on varsin tarkka ja kuvaava termi kertomaan näistä potilasryhmistä. Mielestäni suomenkielestä ei oikein löydy ”kauniimpaa” synonyymia. Toki moniongelmainen on hieman negatiiviselta kuulostava termi. Myös joidenkin käyttämä ”moniasiakkuus” on yksi vaihtoehtoinen nimitys. Pääasia, että henkilöstöryhmät kulloinkin ymmärtävät, mistä on kyse.

Suurimmat ongelmat opinnäytetyöprojektiin liittyivät ajankäytöllisiin asioihin. Ajoittain oli melko haastavaa sovittaa päätoiminen vuorotyö opiskeluun. Tämä opinnäytetyö oli varsin laaja ja monivaiheinen. Työssä piti keksiä moniongelmaisen potilaan toimintamalli, saada se testattua autenttisisissa olosuhteissa testausjaksolla ja sitten tutkia mallin tarpeellisuuteen ja jatkokehittämiseen liittyviä asioita, jotta projektista tulee ehyt ja kattava kokonaisuus. Opinnäytetyö olisi ehkä ollut viisainta tehdä parityönä, mutta näinkin oli mahdollista suoriutua laajan työyhteisön turvin. Opinnäytetyö kiinnosti ammattilaisia, joten paljon tuli keskusteltua vapaamuotoisesti toimintamalliin liittyvistä asioista. Nämä keskustelut aina edistivät kehittämistyötä ja korjasivat virheitä jo tuoreeltaan. Itse moniongelmaisen potilaan toimintamalli vaiheineen ei paljoa muuttanut testausjakson aikana. Lähinnä testausjakso kyselytutkimuksineen antoi vahvistuksen toimintamallille ja sen tarpeellisuudelle. Ammattilaisten arviot olivat erittäin tarpeelliset toimintamallin käyttöön liittyviin asioihin ja yleisesti hoitoprosessin sujuvuuteen.

Alun perin suunnittelimme, että ottaisimme ensihoidon laskutusjärjestelmä Codeasta otoksia vertailuksi. Otokset olisivat koskeneet moniongelmaisten potilaiden tehtävämääriä ennen ja jälkeen uuden toimintamallin. Tämä olisi kuitenkin vaatinut ylimääräistä ohjelmointia, jota tässä tapauksessa ei nyt voitu teknisesti ja muuten toteuttaa. Tämä kuitenkin voi jatkossa olla mahdollista tietojärjestelmien kehittyessä edelleen. Siten toimintamallien vaikuttavuudelle ja tehokkuudelle saataisiin faktatietoa helposti.

Moniongelmaisen potilaan toimintamallin myötä voidaan jatkossa harkita myös niin sanotun moniammatillisen konsultaatiomallin käyttöä, jolloin eri ammattiryhmät voisivat konsultoida toisiaan jo ennalta mieltään askarruttavissa ilmiöissä. Tiedonkulkua vasta harjoiteltiin ja testausjakson aikana tutustuttiin muiden toimintayksiköiden olemassa oloon. Kyselytutkimuksen perusteella ammattilaisista alle puolet arvioi tiedonkulun hyväksi moniongelmaisten potilaiden hoidossa. Tähän testausjaksoon ei varsinaisesti vielä kuulunut moniammatillinen konsultaatiomalli, vaan se on sivutuotteena otettavaksi varsinaiseen käytäntöön myöhemmin työelämässä. Testausjakson kahden kuukauden pituus ja toimintamallin testaus tuottivat tässä vaiheessa informaatiota moniongelmaisista niihin liittyvine ilmiöineen ja toimintamallin kehittämiseen liittyviä tarvittavia kokemuksia ja tietoja. Tässä vaiheessa ei ollut vielä mahdollista saada tietoa ensihoitoyksiköiden hälytysten vähenemisestä ja resurssien kohdentumisesta moniongelmaisten potilaiden kohdalla. Testausvaiheesta ei ole tietoa, miten ensihoidon tuottamat ilmoitukset peruspalvelukuntayhtymään ovat vaikuttaneet potilaiden hoidon saantiin eri yksiköissä. Se rajattiin pois tästä kehittämistyöstä. Ongelmiin puuttuminen ajoissa jää myös pitkäaikaiseksi tavoitteeksi työelämään, kun valmis toimintamalli otetaan vakiintuneeseen käyttöön.

Jatkotutkimusaiheita voisivat olla toimintamallin vaikuttavuuden tutkiminen. Myös toimintamallin kehittäminen niille moniongelmaisille, jotka kieltäytyvät kaikesta avusta, eivät sitoudu moniammatillisen tiimin autettavaksi ja mahdollisesti häiriköivät päihteiden vaikutuksen alla koko

julkista auttavaa järjestelmää. Heille ei välttämättä nykyinen sosiaali- ja terveydenhuolto voi pehmeillä ja inhimillisillä hoitotyön keinoilla ja periaatteilla mitään. Heitäkin mahdollisesti tulee olemaan edelleen. Yhteiskunnan ratkaisuksi jää, pitäisikö päihdelainsäädäntöä edistää ja ottaa tehokkaampia keinoja käyttöön häiriköintitilanteissa, jos sosiaali- ja terveydenhuolto ei onnistu vaikuttavuudessaan heidän kohdallaan.

Valtiontalouden tarkastusvirasto teki vuonna 2017 tuloksellisuustarkastuskertomuksen paljon palveluja tarvitsevista ja käyttävistä asiakkaista perusterveydenhuollossa. Kertomus suosittaa, että STM varmistaa näiden asiakkaiden tunnistamiseen kansalliset yhtenäiset kriteerit terveydenhuollon käyttöön. Asiakkaiden tarpeet olisi keskeistä tunnistaa, palvelujen käyttöä tulisi seurata ja antaa yhdenvertainen kohtelu asiakkaille. Asiakkaisiin liittyviin tietojenvaihtoon, potilas-tietojärjestelmien integroimiseen, tunnistamiseen ja hoitoketjujen suunnitteluun tulisi saada edistystä. Asiakas tulisi osallistaa paremmin oman hoitosuunnitelman tavoitteiden ja keinojen määrittelyyn. Asiakkaille tulisi järjestää yksilöllinen hoito, suunnitelma, toteutus ja seuranta koordinoitusti moniammatillisen tiimin ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunohjaajien toimesta. Terveydenhuollon resursseja tulisi kohdentaa tehokkaasti ja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita tulisi koordinoita tuloksellisesti ja näyttöön perustuvasti. (Männikkö ja Martikka 2017.)

6 LÄHTEET

- AALTO, M.** 2010. Mielenterveys ja alkoholi. Teoksessa: **SEPPÄ, K., ALHO, H. ja KIIAN-MAA, K.** 2010. (toim.). Alkoholiriippuvuus. Kustannus OY Duodecim. Kariston Kirjapaino Oy, Hämeenlinna, 183-184, 187-188.
- AHONEN, O., IKONEN, H. & KOIVUKOSKI, S.** 2007. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty. Näyttöön perustuva hoitotyö. Sairaanhoidaja-lehti. 10/2007. Artikkel. Luettu 3.6.2017. Saatavilla: <https://sairaanhoidajat.fi/artikkeli/hyvin-suunniteltu-puoliksi-tehty/>
- FORSS, P. ja VATULA-PIMIÄ, M-L.** 2012. Sosiaalinen turva ja hyvinvointi. Edita Publishing Oy. Bookwell Oy, Porvoo, 141-143.
- HURME, H.** 2014. Lääkkeiden sekakäyttö ja moniongelmaisuus haastavat päihdepolitiikan. Kansanuutiset. 8.1.2014 16.16. (Viitattu 2019-10-22). Saatavilla: <https://www.kansanuutiset.fi/artikkeli/3101371-laakkeiden-sekakaytto-ja-moniongelmaisuus-haastavat-paihdepolitii-kan>
- ISOHERRANEN, K.** 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Vantaa. WSOY. Dark Oy. 13-15, 140-141
- IIVANAINEN, A. ja SYVÄOJA, P.** 2011. Hoida ja kirjaa. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Kariston Kirjapaino Oy. Hämeenlinna, 532.
- JOKILAAKSOJEN PELASTUSLAITOS.** 2019. Ensihoito. Internetsivu. Luettu 2.9.2019. Saatavilla: <https://www.jokipelastus.fi/ensihoito>
- KANANOJA, A., LÄHTEINEN, M. ja MARJAMÄKI, P.** (toim.) 2011. Sosiaalityön käsikirja. Tietosanoma Oy. Tallinna Raamatutrükikoda, Tallinna, 278.
- KARVONEN, S., KESTILÄ, L., ja MÄKI-OPAS, T.** (toim.) 2017. Terveys sosiologian linjoja. Gaudeamus Helsinki University Press. Printon Trükikoda. Tallinna. 8.
- KOPAKKALA, A.** 2016. Masennus suuri serotoniinihujaus. Viisas elämä Oy Helsinki. Tallinna Raamatutrükikoda OU, 211-212.

KORPINEN, A. 2008. Vanhus ensihoitopotilaana. Teoksessa: **KUISMA, M., HOLMSTRÖM, P., NURMI, J., PORTHAN, K. & TASKINEN, T.** 2008. Ensihoito. Helsinki. Sanoma Pro Oy. 470.

KUISMA, M., HOLMSTRÖM, P., NURMI, J., PORTHAN, K. & TASKINEN, T. 2013. Ensihoito. Helsinki. Sanoma Pro Oy. 14

KUMAR, G. S. ja KLEIN, R. 2013. Effectiveness of Case Management Strategies in Reducing Emergency Department Visits in Frequent User Patient Populations: A Systematic Review. The Journal of Emergency Medicine. (Viitattu 2019-09-15). Saatavilla: <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.savonia.fi/science/article/pii/S0736467912011201?via%3Dihub>

LAKI POTILAAAN ASEMASTA JA OIKEUKSISTA. 17.8.1992/785. Annettu Helsingissä 1.3.1993. Saatavilla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

LAPPALAINEN-LEHTO, R., ROMU, M-L. ja TASKINEN, M. 2007. Haasteena päihteet. WSOY oppimateriaalit OY. Helsinki, 124.

LUND, V. 2017. Moniongelmainen potilas ensihoidossa. Lehtiartikkeli. Lääkärilehti. 23/2017, vsk 72, 1513-1514. (Viitattu 2019-10-07). Saatavilla: <https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.savonia.fi/tyossa/ilman-ajanvarausta/moniongelmainen-potilas-ensihoidossa/>

LYYRA, T-M., PIKKARAINEN, A. ja TIIKKAINEN, P. (toim.). 2007. Vanheneminen ja terveys. Edita Publishing. Tammer-Paino Oy. Tampere, 153.

LÖFGREN, J. & OKKONEN, J. 2017. Ensihoitopalvelun suurkanäyttö – Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyö. Oulu. OAMK, 28-30, 33-34. Saatavilla: http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/124688/Lofgren_Janne%20ja%20Okkonen_Jarkko.pdf?sequence=1

MÄNNIKÖ, M., & MARTIKKO, N. 2017. Paljon palveluja tarvitsevat ja käyttävät asiakkaat perusterveydenhuollossa. Tuloksellisuustarkastuskertomus. Valtiontalouden tarkastusvirasto. Tarkastuskertomukset 11/2017. Saatavilla: <https://www.vtv.fi/app/uploads/2018/05/22105012/paljon-palveluja-tarvitsevat.pdf>

NIEMELÄ, P. 2007. Vanhuus ja turvattomuus. Teoksessa: **SEPPÄNEN, M., KARISTO, A. ja KRÖGER, T.** (toim.) 2007. Vanhuus ja sosiaalityö – Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. PS-kustannus. WS Bookwell Oy, Juva, 178-179.

NIEMELÄ, S. 2011. Masennuksen ja päihdeongelman toteaminen ja hoidon tarpeen arviointi. Teoksessa: **HEISKANEN, T., HUTTUNEN, M.O. ja TUULARI, J.** (toim.) 2011. Masennus. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki. 272.

NIVALAN KAUPUNKI. 2019. Terveys ja hyvinvointi. Internetsivu. Luettu 2.9.2019. Saatavilla: <https://www.nivala.fi/terveys-ja-hyvinvointi>

NYKKY, T., HEINO, T., MYLLYMÄKI, E. ja RINNE, T. 2010. Ikääntyminen ja päihteet. Kehittämiskeskus Tyynelä ja Kustannus-Osakeyhtiö Kotimaa. Kirjapaja, Helsinki, 17.

NÄSLINDH-YLISPANGAR, A. 2012. Vanhuksen terveyden, hyvinvoinnin ja hyvän elämän edistäminen. Edita Publishing Oy. Helsinki. Bookwell Oy, Porvoo, 132.

PARTANEN, A., HOLMBERG, J., INKINEN, M., KURKI, M. ja SALO-CHYDENIUS, S. 2015. Päihdehoitotyö. Sanoma Pro Oy. Helsinki, 95.

POPSTER-HANKE. 28.02.2017. Välitön avun tarve –työryhmän loppuraportti. Pohjois-Pohjanmaan liitto. Luettu 3.6.2017. Saatavilla: http://www.pohjois-pohjanmaa.fi/index.php?1948&event_id=1145

PERUSPALVELUKUNTAYHTYMÄ KALLIO. 2018. Moniasiakas puheeksi –toimintamalli käyttöön. Internetsivu. Ajankohtaista. Luettu 15.10.2018. Saatavilla: http://www.kalliopp.fi/asiakkaaksi_ajankohtaista/101/0/moniasiakas_puheeksi_toimintamalli_kayttoon

POHJOIS-POHJANMAAN SAIRAANHOITOPIIRIN KUNTAYHTYMÄ. 2019. Esittely. Internetsivu. Luettu 2.9.2019. Saatavilla: <https://www.ppshep.fi/Sairaanhoitopiiri/Pages/default.aspx>

ROUTASALO, P. 2010. Yksinäisyys ja eristäytyminen. Teoksessa: **TILVIS, R., PITKÄLÄ, K., STRANDBERG, T., SULKAVA, R. ja VIITANEN, M.** (toim.). Geriatria. Kustannus Oy Duodecim Helsinki. WS Bookwell Oy. Porvoo, 411-415.

SAARENHEIMO, M. 2003. Vanhuus ja mielenterveys. WSOY. Dark Oy, Vantaa, 119-120.

SAVALAINEN, J. ja BOYD, J. 2008. Päihteiden ja huumeaineiden väärinkäyttö. Teoksessa: **KUISMA, M., HOLMSTRÖM, P., NURMI, J., PORTHAN, K. & TASKINEN, T.** 2008. Ensihoito. Helsinki. Sanoma Pro Oy, 508-509.

SANKO, S.G. ja ECKSTEIN, M. 2013. Emergency Medical Service Frequent User Resource Utilization: The Los Angeles Experience. Tiivistelmä. (Viitattu 2019-9-14). Saatavilla: <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.savonia.fi/science/article/pii/S0196064413009074?via%3Dihub>

SEPPÄ, K., ALHO, H. ja KIIANMAA, K. 2010. (toim.). Alkoholiriippuvuus. Kustannus OY Duodecim. Kariston Kirjapaino Oy, Hämeenlinna, 5-7.

SEPPÄNEN-JÄRVELÄ, R. & KARJALAINEN, V. 2007. Kehittämistyön risteyskiä. STAKES. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy, 17 – 18, 29, 43.

STENVALL, J. ja VIRTANEN, P. 2012. Sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistaminen, Kehittämisen mallit, toimintatavat ja periaatteet. Tietosanoma Oy. AS Pakett, Tallinna, 16.

STRANDBERG, T. 2010. Hauraus-raihnausoireyhtymä (HRO). Teoksessa: **TILVIS, R., PITKÄLÄ, K., STRANDBERG, T., SULKAVA, R. ja VIITANEN, M.** (toim.). Geriatria. Kustannus Oy Duodecim Helsinki. WS Bookwell Oy. Porvoo, 358-359.

TILVIS, R. 2010. Vanhenemismuutokset. Teoksessa: **TILVIS, R., PITKÄLÄ, K., STRANDBERG, T., SULKAVA, R. ja VIITANEN, M.** (toim.). Geriatria. Kustannus Oy Duodecim Helsinki. WS Bookwell Oy. Porvoo, 21-21, 70.

TOPO, P. 2017. Ikääntyminen ja medikalisaatio. Teoksessa: **KARVONEN, S., KESTILÄ, L., ja MÄKI-OPAS, T.** (toim.) 2017. Terveys sosiologian linjoja. Gaudeamus Helsinki University Press. Printon Trükikoda Tallinna, 95-96.

TUOMI, J. ja SARAJÄRVI, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosa- keyhtiö Tammi. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä, 111-112.

VALVIRA. 2015. Hoidon tarpeen arviointi. Internet-artikkeli. Luettu 2.6.2017. Saatavilla: http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/hoidon_tarpeen_arviointi

ZURIGUEL PÈREZ, E., LLUCH CANUT, M.T., FALCÒ PEGUEROLES, A., PUIG LLOBET, M., MORENO ARROYO, C. ja ROLDÀN MERINO, J. 2014. Critical thinking in nursing: Scoping review of the literature. International Journal of Nursing Practice. (Viitattu 2019-11-12). Saatavilla: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ijn.12347>

7 LIITTEET

LIITE 1. TUTKIMUSLUVAT 3 KPL



Peruspalvelukuntayhtymä
Kallio
Hyvinvointipalvelut

VIRANHALTIJAPÄÄTÖS

Viranhaltija:
Hyvinvointipalvelujohtaja

Päivämäärä Pykälä
15.1.2018 38

Asia:	Tutkimusluvan myöntäminen/ Janne Palola
Perustelut:	<p>Janne Palola opiskelee Savonia AMK:n ensihoidon johtamisen tutkinto-ohjelmaa (YAMK) ja anoo tutkimuslupaa opinnäytetyön (30 op) tekemiseen yhteistyössä Kallion ja Jokilaaksojen pelastuslaitoksen kanssa. Opinnäytetyön aiheena on Moniammatillisen yhteistyön toimintamalli moniongelmaisen potilann hoidossa.</p> <p>Opinnäytetyön toteutus ja testausjakso sisältää yhteistyötä hoitoketjussa usean eri toimintayksikön kanssa. Ajankohta on syyskuusta 2018 joulukuun loppuun 2018.</p> <p>Tutkimusalueena on Nivala, Sievi, Ylivieska ja Alavieska.</p> <p>Liitteenä työsuunnitelma liitteineen.</p> <p>Kalliosta yhdyshenkilönä toimii hoitotyönjohtaja Margit Yli-Kotila.</p>
Päätös:	Peruspalvelukuntayhtymä Kallion hyvinvointipalvelut antaa tutkimusluvan aikuissosiaalityön ja kotihoidon osalta Savonia AMK:n ensihoidon johtamisen tutkinto-ohjelmaa (YAMK) suorittavalle opiskelija Janne Palolalle (xxxxxx-xxxx) opinnäytetyön tekemiseen yhteistyössä Kallion ja Jokilaaksojen pelastuslaitoksen kanssa.
Allekirjoitus:	Hyvinvointipalvelujohtaja Pirjo Matikainen
Pöytäkirjan nähtävänäpito	Viranhaltijapäätökset ovat yleisesti nähtävänä päätöksentekijän virkahuoneessa kutakin päätöskuukautta seuraavan kuukauden ensimmäisen täyden viikon perjantaina klo 9 -14.
Oikaisuvaatimus	Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa tai kunnan jäsen.
Oikaisuvaatimusviranomainen	Viranomainen, jolle oikaisuvaatimus tehdään, osoite ja postiosoite Yhtymähallitus Vierimaantie 5 84100 YLIVIESKA
Oikaisuvaatimusaika, sisältö ja toimittaminen	Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäväksi. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana. Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteineen ja se on tekijän allekirjoitettava.

	Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle ennen oikaisuvaatimusajan päättymistä.	
Tiedoksianto	Kenelle:	Pvm: 15.10.2018
	<input type="checkbox"/> Lähetetty postitse saantitodistusta vastaan	<input type="checkbox"/> Luovutettu:
	<input type="checkbox"/> Lähetetty postitse tavallisena kirjeenä
	<input type="checkbox"/> Muulla tavoin sähköpostilla	Vastaanottajan allekirjoitus
Täytäntöönpanoa varten tiedoksi	Pvm: 15.10.2018	Sähköpostiosoite:
	Nimi: Leena Iisakkila, Reetta Hjelm	
	Virpi Kamunen, Johanna Nissinen	
	Kaija Jämbäck	
	Margit Yli-Kotila	



**Peruspalvelukuntayhtymä
Kallio
Terveyspalvelut**

VIRANHALTIJAPÄÄTÖS

Viranhaltija:
Hoitotyön johtaja

Päivämäärä Pykälä
15.10. 46
2018

Asia:	Tutkimuslupa / Palola Janne
Perustelut:	<p>Janne Palola opiskelee Savonia AMK:n ensihoidon johtamisen tutkinto-ohjelmaa (YAMK) ja anoo tutkimuslupaa opinnäytetyön (30 op) tekemiseen yhteistyössä Peruspalvelukuntayhtymä Kallion ja Jokilaaksojen pelastuslaitoksen kanssa. Opinnäytetyön aiheena on Moniammatillisen yhteistyön toimintamalli moniongelmaisen potilaan hoidossa.</p> <p>Opinnäytetyön toteutus ja testausjakso sisältää yhteistyötä hoitoketjussa usean eri toimintayksikön kanssa. Ajankohta on syyskuusta 2018 joulukuun loppuun 2018. Tutkimusalueena on Nivala, Sievi, Ylivieska ja Alavieska.</p> <p>Tutkimuksen tekijälle ei makseta korvausta tehdystä työstä eikä tekijänoikeuksien luovuttamisesta.</p> <p>Liitteenä työsuunnitelma liitteineen.</p> <p>Tutkimuslupaa edeltävästi keskusteltu myös Terapiakeskuksen psykiatri-ylilääkäri Tuija Päivärinnan kanssa. Kalliosta yhdyshenkilönä toimii allekirjoittanut.</p>
Päätös:	Peruspalvelukuntayhtymä Kallion terveyspalvelut myöntää tutkimusluvan vastaanottopalveluiden (päivystyspalvelut Nivala ja Ylivieska) sekä Terapiakeskuksen mielenterveys- ja päihdepalvelujen osalta Savonia AMK:n ensihoidon johtamisen tutkinto-ohjelmaa YAMK-tutkintoa suorittavalle opiskelija Janne Palolalle (xxxxxx-xxxx) opinnäytetyön tekemiseen yhteistyössä Kallion ja Jokilaaksojen pelastuslaitoksen kanssa..
Allekirjoitus:	Hoitotyön johtaja Margit Yli-Kotila
Pöytäkirjan nähtävänäpito	Viranhaltijapäätökset ovat yleisesti nähtävänä päätöksentekijän virkahuoneessa kutakin päätöskuukautta seuraavan kuukauden ensimmäisen täyden viikon perjantaina klo 9 -14.

Oikaisuvaatimus	Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa tai kunnan jäsen.	
Oikaisuvaatimusviranomainen	Viranomainen, jolle oikaisuvaatimus tehdään, osoite ja postiosoite Yhtymähallitus Vierimaantie 5 84100 YLIVIESKA	
Oikaisuvaatimusaika, sisältö ja toimittaminen	Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäväksi. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana. Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteineen ja se on tekijän allekirjoitettava. Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle ennen oikaisuvaatimusajan päättymistä.	
Tiedoksianto	Kenelle: J.Palola <input type="checkbox"/> Lähetetty postitse saantitodistusta vastaan <input type="checkbox"/> Lähetetty postitse tavallisena kirjeenä + sähköposti <input type="checkbox"/> Muulla tavoin	Pvm: 15.10.2018 <input type="checkbox"/> Luovutettu: Vastaanottajan allekirjoitus
Täytäntöönpanoa varten tiedoksi	Pvm: 15.10.2018 Nimi: Tuija Päivärinta, Terhi Manni, Arja Rättyä, Anne-Kaisa Kallio Pirjo Matikainen	Sähköpostiosoite: etunimi.sukunimi@kalliopp.fi

Tutkimuslupa opinnäytetyön tekemiseen

Jokilaaksojen pelastuslaitoksen ensihoitopalvelut antaa omalta osaltaan tutkimusluvan Savonia AMK:n ensihoidon johtamisen tutkinto-ohjelmaa (YAMK) suorittavalle opiskelija Janne Palolalle (xxxxxx-xxx) opinnäytetyön (30 op) tekemiseen yhteistyössä PPKY Kallion ja Jokilaaksojen pelastuslaitoksen kanssa. Opinnäytetyön aihe on Moniammatillisen yhteistyön toimintamalli moniongelmaisen potilaan hoidossa.

Opinnäytetyön toteutus ja testausjakso sisältää yhteistyötä hoitoketjussa usean eri toimintayksikön kanssa. Ajankohta on syyskuusta 2018 joulukuun loppuun 2018.

Tutkimusalueena on Nivala, Sievi, Ylivieska ja Alavieska.

Opiskelijan tiedot:

Janne Kalevi Palola

Puh. xxxxxxxxxxx

janne.palola@edu.savonia.fi

Savonia AMK/ TYE16KY

Allekirjoitus

Ylivieskassa 15.10.2018

Ensihoitopäällikkö Mirja Annala

LIITE 2. YDINPROSESSI

Ydinprosessi, muutokset, luvat ja konkreettinen tuotos

Ensihoitajat saavat tehtävän, jolloin kohtaavat potilaan. Potilas todetaan mahdollisesti moniongelmaiseksi ja joka ei tarvitse ensihoitoa. Vanhan käytännön mukaisesti ensihoitajat poistuvat kohteesta. Ensihoidon tehtäviä tulee 24/7, milloin tahansa.

Uudessa käytännössä ensihoitajat miettivät potilaan luona, ketkä eri yksiköt perusterveydenhuollosta voivat parhaiten vastata potilaan hoidontarpeeseen kiireettömästi. Ensihoitajat pyytävät potilaalta luvan ottaa yhteyttä perusterveydenhuollon (pth) yksikköön tai yksiköihin, ketkä voivat potilasta parhaiten auttaa.

Potilaan suostuessa, ensihoitajat raportoivat ennalta sovitun protokollan mukaan esim. kirjallisesti/sähköisesti/puhelimitse niihin pth-yksiköihin, joiden kiireetöntä apua potilas tarvitsee.

Raportti hoidon tarpeesta saapuu pth-yksiköiden haltuun, jolloin kyseiset ammattilaiset (esim. kotihoito, päihdetyöntekijä, mielenterveystoimisto jne.) voivat ottaa yhteyttä potilaaseen, tehdä kotikäynnin tai varata ajan. Tällöin potilas saa oikeasti sen erikoisalan hoitoa, mitä hänen useat eri ongelmat vaativat.

Vaadittavat prosessimuutokset uuden toimintamallin testaamiseen:

Ensihoitajat saavat yhteystietokaavakkeen ja toimintamallikaavakkeen, minkä mukaan toimia tunnistaessaan moniongelmaisen potilaan. Käytännössä X-5 –potilaiden jatkohoidon prosessi hoidon ohjaamiseen muualle sosiaali- ja terveydenhuoltoon muuttuu ja tehostuu.

Kaikki alueen perusterveydenhuollon eri yksiköt saavat sovitusti samanlaisen toimintamallikaavakkeen. On sovittava pth-johtajien ja ensihoidon johtajien kanssa, mitä viestintämuotoa käytetään, kuka ottaa vastaan ensihoidon raportit ja missä muodossa.

Asianomaiset ammattilaiset ensihoidossa ja perusterveydenhuollossa perehdytetään uuteen toimintamalliin kirjallisessa muodossa.

Luvat ja konkretia:

Malli vaatii lupia, ne pyydetään perusterveydenhuollon johtajilta ja ensihoitopäälliköltä.

Varsinainen toiminta ensihoitajien toimesta vaatii potilaalta luvan joka kerta.

Uusi toimintamalli on käytännössä potilaan saamista moniammatillisen tiimin hoidettavaksi, oikeaan paikkaan, oikeaan aikaan. Malliin sisältyy tiedon välittyminen ensihoidon ja pth-yksiköiden välillä, potilaan luvalla, ennalta sovitut toimintamallin mukaan, ennalta sovitulla yhdenmukaisella tavalla.

Uusi toimintamalli käsittää mallin kirjallisena kaaviona, yhteystiedot (liite nro 6) eri yksiköihin ja eri yksiköiden välillä valmiiksi sovitut käytännön asiat: missä muodossa viestitään, kenelle vastuhenkilölle raportoidaan potilaasta ja mihin aikaan.

LIITE 3 SWOT-ANALYYSI TESTAUSJAKSOLLE

Taulukko 1. SWOT-analyysi uudesta toimintamallista:

<p>Vahvuudet:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ensihoitopalveluiden käyttö on järkevää ja taloudellista -Ensihoitopalveluita ei käytetä turhaan -Ensihoidon valmius kiireellisten tehtävien suhteen ei vaarannu -Potilas osataan ohjata oikeaan yksikköön -Potilaasta tehdään laajempi, kokonaisvaltaisempi hoidon tarpeen arviointi -Moniongelmainen potilas saa juuri niiden alojen hoitoa, joita hän kipeimmin tarvitsee (mt, päihde, sos, kh, tk) 	<p>Heikkoudet:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Muutosvastarinta uudelle mallille -Malli lisää hieman primaaria työtaakkaa ensihoitajilla ja muiden pth-yksiköiden henkilöstön osalta -Mallin jalkauttaminen vaatii aikaa ja rahaa -Kaikki potilaat eivät suostu tilanteensa raportointiin muihin yksiköihin -Mallia ei jakseta/viitsitä käyttää -Moniongelmaiset potilaat lisäävät alkuvaiheessa käyntejä eri yksiköissä ja muodostavat lisäkustannuksia
<p>Miten vahvuuksia vahvistetaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mallista tiedottaminen henkilöstölle tehokkaasti, selkeästi ja yksinkertaisesti -Implementointi helpoksi ja tavoitteelliseksi -Mallin toteutumista seurataan, kehitetään ja arvioidaan määräajoin -Kaikki henkilöstöt motivoidaan, innostetaan ja osallistetaan mallin mukaiseen toimintaan -Mallin hyviä vaikutuksia pohditaan henkilöstön kesken 	<p>Miten heikkouksista päästään eroon/käännetään vahvuudeksi:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pienin ja yksinkertaisin askelin eteneminen -Tiedonvaihto ja raportointi mahdollisimman helpoksi ja selkeäksi -Hoidontarpeenarviointi työllistää alussa, mutta estää jatkossa tarpeettomia ensihoitokäyntejä -Jalkautus ja koulutus digitaalisena ja vapaasti omalla työajalla opiskeltavana yksinkertaisena pakettina -Potilaita motivoidaan suostumaan luvan antamiseen siirtää hoito tarpeenmukaiseen yksikköön
<p>Mahdollisuudet:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Moniongelmaiset potilaat saavat primaaristi kaikkea sitä hoitoa, mitä heidän erilaiset ongelmat vaativat -Moniammatillinen yhteistyö alkaa vihdoin toimia ja sitä harjoitetaan potilaiden hyväksi rutiininomaisesti 	<p>Uhat:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Henkilöstö ei sitoudu mallin mukaiseen toimintaan ajan ja resurssien puutteen vuoksi -Potilaat eivät ymmärrä silti hoitoketju –ajattelua ja eivät suostu ohjautumaan muualle -Toimintamalli ei rutinoitu pitkäaikaiseksi toiminnaksi, vaan unohtuu

<p>-Moniammatillinen yhteistyö tuo mukanaan sivuilmioita, eri alojen henkilöstöt oppivat tuntemaan toisensa ja yhteistyö tiivistyy</p> <p>-Potilaan ohjautuvat sujuvasti kerralla oikeisiin yksiköihin saamaan hoitoa</p> <p>-Ensihoitopalveluiden käyttö toimii järkevästi, eikä resursseja kuluteta turhiin käyn-teihin</p> <p>-Ensihoitajille jää enemmän aikaa keskittyä todellisiin ensihoidon potilaisiin</p>	<p>-Toimintamallin käyttö voidaan kokea haital-liseksi, koska alussa lisää käyntejä eri yksiköi-hin</p> <p>-Palataan vanhaan yksinkertaiseen malliin, jolloin moniongelmaiset potilaat säilyvät ensi-hoitopalveluiden suurkuluttajina. Tehtävän päätyvät lähes aina X-5 –koodiin (terveyden-tila määritelty, ei tarvetta ensihoidolle)</p>
<p>Miten hyödynnetään mahdollisuudet vahvuuksien avulla:</p> <p>-Seurataan kokemuksia ja tilastotietoa toi-mintamallin vaikuttavuudesta</p> <p>-Ensihoitajien subjektiiviset kokemukset mit-taavat paljon toiminnan tuloksia tuttujen "heavy user" potilaiden kohdalla</p> <p>-Moniammatillista toimintaa arvioidaan ja kehitetään jatkuvasti. Huonoihin kokemuk-siin puututaan heti.</p> <p>-Ei ajatella siten, että siirretään vaikeiden potilaiden taakka muille vaan toimitaan yh-teisen hyvän eteen yhdessä</p> <p>-Hyvillä tuloksilla saadaan henkilöstö moti-voitua jatkamaan toimintaa edelleen</p>	<p>Miten uhat torjutaan/käännetään mah-dollisuuksiksi:</p> <p>-Henkilöstö sitoutuu toimintaan tiedostettu-aan, että turhauttavat ensihoitokäynnit vähe-nevät merkittävästi</p> <p>-Potilaita täytyy motivoida taidolla, jotta he ymmärtävät parhaansa ja mistä he erilaista apua ongelmiinsa saavat</p> <p>-Rutiiniloinen toimintamallin käyttö toimii myös profylaktisesti uusien potilaiden suhteen</p> <p>-Hoitotyön periaatteiden mukaan ja potilasta koskevan lainsäädännön mukaan potilaan on saatava tarpeenmukaista hoitoa</p> <p>-Toimintamallia, tehokkuutta, vaikuttavuutta ja moniammatillista yhteistyötä arvioidaan ja kehitetään pitkäjänteisesti</p>

LIITE 4 MITTARISTOT JA TULOSKORTIT

TAULUKKO 2. Tasapainotettu mittaristo – BSC – Balanced Score Card

<p>Moniongelmaiset asiakkaat</p> <p>Asiakasmäärä vanhat lkm/kunta Asiakasmäärä uudet lkm/kunta Ongelmien määrä lkm/eri alat Jatkohoidon toteutuminen %/kokonaismäärästä Potilastyytyväisyys tyytyväisten %osuus X-5/X-6 koodien väheneminen lkm/verrokki Ensihoitokäyntien määrä per/hlö/aika</p>	<p>Talous ja resurssit</p> <p>Nykyiset kustannukset arvio/€/potilas/käynnit Jatkokustannukset €/asiakas/vuosi Henkilöstökustannukset € Kustannus/ensihoitaja € Kustannus/yksikkö soster € Yksiköiden kuormitusprosentit % Ensihoidon kuormitusprosentit %</p>
<p>Prosessit, rakenteet ja vaikuttavuus</p> <p>Ensihoidon käyntimäärät krt Käynnit muissa yksiköissä lkm jaotteluna Odotusaika yksiköihin pvä Jatkohoidosta kieltäytymiset lkm/% Hoidon vaikuttavuus indeksi Lähetteiden määrä per potilas lkm</p>	<p>Henkilöstö ja osaaminen</p> <p>Koulutuksen määrä ka pvä/hlö Työn kuormittavuus % Työnohjausmäärä % Vertaistuenmäärä % Moniammatilliset palaverit lkm Hoitoneuvottelut lkm</p>

Visio ja strategia laaditaan neljälle eri näkökulmalle (BSC), joiden suhteita analysoidaan strategiakartan avulla:

Moniongelmaiset asiakkaat: (Moniongelmaisen potilaan oikeaa hoitoa, oikeassa paikassa, oikeaan aikaan ja riittävästi)

Potilaat näkevät eri ammattilaiset siten, että he kokevat saavansa oikeassa järjestyksessä (prioriteetit) oikeanlaisen ja riittävän hoidon oikealta ammattilaiselta. Hoito jatkuu seuraavan ammattilaisen luona tarpeen mukaan. Hoidon jatkuvuus on taattu ja se on sujuvaa.

Talous ja resurssit: Kuntayhtymän näkökulmasta nykyinen yksipuolinen hoito, resurssien turha käyttö ja moniongelmaisten hoitamattomuus vähenevät. Ensihoitopalvelu ja muu moniammatillinen yhteisö kykenevät nopeasti ja tehokkaasti hoitamaan moniongelmaisten eritasoiset ongelmat hyvällä yhteistyöllä. Tällöin resurssien käyttö on järkevää. Potilaiden ongelmat eivät pääse kroonistumaan ja siten kallistumaan kustannuksiltaan. Moniammatillinen yhteisö toimii taloudellisesti, ratkaisuhakuisesti ja tehokkaasti.

Prosessit, rakenteet ja vaikuttavuus: Saavuttaaksemme potilaiden tyytyväisyyden, ensihoidon prosessit tulee olla asiantuntevia, nopeita ja tehokkaita sisältäen jatkohoitoon ohjaamisen. Ensihoitokäynnit vähenevät turhien käyntien osalta. Moniammatillisten yksiköiden tulee ottaa potilas vastaan kohtuullisessa ajassa ja ohjata potilas sujuvasti seuraavan alan ammattilaiselle. Hoitoketjun jatkuvuus tulee taata. Potilaalle tarjotaan kuntouttavaa ja ylläpitävää hoitoa tarvittaessa myös pitkäjänteisesti.

Henkilöstö ja osaaminen: Henkilöstön tulee osata kokonaisvaltainen hoidon tarpeen arviointi, suunnitella jatkohoito ja tiedostaa moniammatillisten yksiköiden käytettävyys ja mahdollisuudet moniongelmaisen potilaan hoidossa. Potilasta tulee osata ohjata sujuvasti toimintayksiköstä toiseen ja taata kokonaisuutena hoidon yleinen jatkuvuus. Moniammatillisen tiimityöskentelyn tulee kehittyä jatkuvasti ja uudet henkilöt tulee perehdyttää toimintaan. Henkilöstön tulisi saada työnohjausta ja vertaistukea haastavien potilaskontaktien kuormittaessa

Tuloskortit

TAULUKKO 3. Asiakasnäkökulman tuloskortti

TULOSKORTTI ASIAKASNÄKÖKULMA					
Missio:					
Moniammatillista yhteistyötä moniongelmaisen hyväksi					
Visio ja arvot:					
Moniongelmaisen potilaan oikeaa hoitoa, oikeassa paikassa, oikeaan aikaan ja riittävästi - Ammatillisesti, turvallisesti, tehokkaasti ja inhimillisesti –					
STRATEGIA:					
Moniongelmaisen potilaan hoidon saanti ja ongelmien hoito eri alojen moniammatillisessa yhteisössä.					
Tavoitteet	Mittarit	Tavoitetaso	Keinot	Ajoitus/vastuu	Toteuma/Arviointi
Hoidetaan tehokkaasti heti uudet asiakkaat	Asiakasmäärä uudet	Uudet asiakkaat eivät kroonistu	Nopea ohjaus hoitoihin	Ensihoitaja Viikon aikana	Moniko kroonistuu/hoituu tehokkaasti
Hoito riittävän monessa yksikössä vanhoille asiakkailla	Asiakasmäärä vanhat	Hoidot onnistuvat, kroonistuminen vähenee	Käynti useissa eri yksiköissä	Moniammatilliset yksiköt, koordinaattori kuukauden sisään	Jatkohoidon toteutuminen, kroonistumisen vähentyminen

Eri ongelmien väheneminen	Ongelmamäärät	Ongelmat vähenevät max kahteen vuodessa	Tehokas yksilöllinen hoito eri yksiköissä	Moniammatilliset yksiköt peräkkäin	Ongelmien määrä puolittuu
Potilas menee eri yksiköihin hoitoihin	Jatkohoito	Potilas käy ainakin kahdessa eri yksikössä	Motivointi eri yksiköiden välillä	Koordinaattori kk sisällä	Jatkohoidon toteutuminen useassa yksikössä
Turhat ensihoidokäynnit vähenevät	Ensihoitokäynnit	Max 1 käynti/kk	Hyvä ohjaus jatkohoitoon	Ensihoitaja	Tilasto-ohjelmasta arvioidaan toteutus

TAULUKKO 4. Talouden ja resurssien tulokortti

TULOKORTTI TALOUS JA RESURSSIT					
Missio: Moniammatillista yhteistyötä moniongelmaisen hyväksi Visio ja arvot: Moniongelmaisen potilaan oikeaa hoitoa, oikeassa paikassa, oikeaan aikaan ja riittävästi - Ammatillisesti, turvallisesti, tehokkaasti ja inhimillisesti – STRATEGIA: Kustannusten ja resurssien tarkoituksenmukainen ja tehokas käyttö					
Tavoitteet	Mittarit	Tavoitetaso	Keinot	Ajoitus/vastuu	Toteuma/Arviointi
Nykykustannukset vähenevät	Nykyiset kustannukset arvio/€/potilas/käynnit	50%/vuosi	Ohjaus jatkohoitoon	Ensihoitaja	Vuosittain tilastoarviointi
Eri yksiköiden kustannukset pysyvät hallinnassa	Jatkokustannukset €/asiakas/vuosi	Potilaan kohdalla kustannus vähenee vuosittain 20%	Tehokas moniammatillinen hoito, definitiivinen	Moniammatilliset yksiköt	Vuosiarvioinnit potilaskohtaisesti + 5v. välein
Yhteiskustannukset vähenevät	Henkilöstökustannukset €	-5% vuosi	Tehokas hoito, vaikuttavuus	Kaikki	Vuosiarviointi henkilöstötilinpäätös
Kustannukset vähenevät	Kustannus/ensihoidaja €	-5% vuosi	Onnistunut ohjaus jatkohoitoon	Ensihoitaja	Vuosiarviointi
Kustannukset pysyvät hallinnassa	Kustannus/yksikkö soster €	-5% vuosi	Tehokas hoito eri yksiköissä	Moniammatilliset yksiköt	Vuosiarviointi
Henkilöstö ei kuormitu liikaa	Yksiköiden kuormitusprosentit %	Kokonais% max 95	Resurssit ovat riittävät	Esimiehet	Kuukausiarvioinnit
Henkilöstön kuormitus laskee/hallinnassa	Ensihoidon kuormitusprosentit %	24h vuoroissa max 45%	Ohjaus jatkohoitoon onnistuu	Ensihoitaja	Kuukausiarvioinnit

TAULUKKO 5. Prosessien, rakenteiden ja vaikuttavuuden tulokortti

TULOSKORTTI PROSESSIT, RAKENTEET JA VAIKUTTAUVUUS					
Missio: Moniammatillista yhteistyötä moniongelmaisen hyväksi Visio ja arvot: Moniongelmaisen potilaan oikeaa hoitoa, oikeassa paikassa, oikeaan aikaan ja riittävästi - Ammatillisesti, turvallisesti, tehokkaasti ja inhimillisesti – STRATEGIA: Uuden toimintamallin kehitys, toteutuminen ja implementoituminen pysyväksi toimintamalliksi					
Tavoitteet	Mittarit	Tavoitetaso	Keinot	Ajoitus/vastuu	Toteuma/Arviointi
Ensihoidon käynnit laskevat	Ensihoidon käyntimäärät krt	-10%/vuosi	Hyvä ohjaus jatkohoitoon	Ensihoitaja	Arvio 3 kk välein
Käynnit muualla ajanmyötä tasoittuvat	Käynnit muissa yksiköissä lkm ja-otteluna	Vanhojen potilaiden kohdalla -20% vuosi	Tehokas hoito eri yksiköissä	Moniammatilliset yksiköt	Arvio 6 kk välein
Odotusaika uusilla max vko, vanhoilla kk	Odotusaika yksiköihin pv	Uudet 7 pv, vanhat 30 pv	Riittävästi ajanvarauksia/resursseja	Esimiehet/asiantutijat	Seuranta kk välein
Kaikki suostuu jatkohoitoon	Jatkohoidosta kieltäytymiset lkm/%	Kieltäytyminen max 10%	Hyvä motiivointi hoitoon	Ensihoitaja	Seuranta kk välein
Hoito on tehokasta ja tarve vähenee jatkossa	Hoidon vaikuttavuus indeksi		Hoito onnistuu eri yksiköissä	Moniammatilliset tiimit	Arvio puolivuositain
Lähettemäärä laskee ajanmyötä	Lähettemäärä per potilas lkm	Uudet 3-4kpl Vanhat 1-2 kpl	Alussa riittävästi käyntejä	Moniammatilliset yksiköt	Arvio puolivuositain

TAULUKKO 6. Henkilöstön ja osaamisen tulokortti

TULOSKORTTI HENKILÖSTÖ JA OSAAMINEN					
Missio: Moniammatillista yhteistyötä moniongelmaisen hyväksi Visio ja arvot: Moniongelmaisen potilaan oikeaa hoitoa, oikeassa paikassa, oikeaan aikaan ja riittävästi - Ammatillisesti, turvallisesti, tehokkaasti ja inhimillisesti – STRATEGIA: Moniammatillisen yhteistyön kehittyminen, jalostuminen ja tuleminen perusnormiksi moniongelmaisen potilaan hoidon hyväksi					
Tavoitteet	Mittarit	Tavoitetaso	Keinot	Ajoitus/vastuu	Toteuma/Arviointi
Hlöstö saa koulutusta haastaviin tilanteisiin	Koulutuksen määrä ka pvä/hlö	1pv/hlö/vuosi	Koulutusresurssien suunnittelu ja tehokas jako	Esimiehet	Vuosittain jokaisella väh. 1 pv

Kuormittavuus ei nouse liikaa	Työn kuormittavuus %	Eho max 45%	Tehtävien väheneminen, riittävä hlö-määrä	Esimiehet	Arviointi 3 kk välein
Työnohjausta annetaan tarv.	Työnohjaus-määrä %	20%/hlöstöstä vuosittain	Painopiste priorisointi, tarpeen mukaan	Esimiehet	Arviointi 3 kk välein
Vertaistukikeskustelun tarjoaminen	Vertais-tuenmäärä %	50%/hlöstö saa vuosittain	Lyhyet defusing-tuokiot vuorossa	Esimiehet	Arviointi 1kk välein
Yhteistyöpala-vereita tarjotaan	Moniammatilliset palaverit lkm	80% hlöistä vuosittain	1h/kk, osastokokous	Esimiehet	Arviointi 6kk välein
Haastavimmille järjestetään hoitoneuvottelu	Hoitoneuvottelut lkm	Max 10 plas/vuosi	Hoidon priorisointi	Esimiehet	Arviointi 3kk välein
Alan yleinen koulutustarjonta	Koulutuksen määrä yht. ka pvä/hlö	3pv/hlö/vuosi	Hlöstösuunnittelussa huomioidaan	Esimiehet	Arviointi 6kk välein

LIITE 5 KYSELYTUTKIMUS



Olet osallistunut moniammatillinen yhteistyö moniongelmaisen potilaan hoidossa -kehittämistyöhön ja sen testausjaksoon marras-, joulukuussa 2018. Kehittämistyö on toteutettu yhteistyössä Jokilaaksojen pelastuslaitoksen ensihoidon tulosalueen ja Peruspalvelukuntayhtymä Kallion kanssa. Tämän kyselyn vastauksilla selvitetään mm. opinnäytetyön hyödyllisyyttä/tarpeellisuutta, millaiseksi uusi toimintamalli tulisi loppukehittää ja yleistä palautetta toimintamallista.

1. Työnantajani on: *

- Jokilaaksojen pelastuslaitos
- Peruspalvelukuntayhtymä Kallio

2. Mielestäni moniongelmainen potilas sai ennen uutta toimintamallia tarvitsemaansa moniammatillista hoitoa oikeissa paikoissa: *

- 1. erittäin hyvin
- 2. melko hyvin
- 3. ei hyvin eikä huonosti
- 4. melko huonosti
- 5. erittäin huonosti

3. Mielestäni moniongelmainen potilas voisi saada uutta toimintamallia hyödyntäen tarvitsemaansa moniammatillista hoitoa oikeissa paikoissa: *

- 1. erittäin hyvin
- 2. melko hyvin
- 3. ei hyvin eikä huonosti
- 4. melko huonosti
- 5. erittäin huonosti

4. Miten hyvin mielestäsi tiedonkulku toimii moniammatillisessa yhteistyössä uuden toimintamallin myötä moniongelmaisten potilaiden kokonaisvaltaisen hoidon yhteydessä? *

- 1. erittäin hyvin
- 2. melko hyvin
- 3. ei hyvin eikä huonosti
- 4. melko huonosti
- 5. erittäin huonosti

5. Koetko uuden toimintamallin olevan hyödyllinen/tarpeellinen? *

Kyllä, perustele vapaasti

Ei, perustele vapaasti

6. Onko uutta toimintamallia helppo käyttää?

Kyllä, perustele vapaasti

Ei, perustele miksi ei:

7. Onko uusi toimintamalli toimiva/käyttökelpoinen?

Kyllä, perustele vapaasti

Ei, perustele miksi ei

8. Miten jatkokehittäisit nyt testattua toimintamallia kohti lopullista muotoa?

9. Muu palaute kehittämistyöhön/vapaa sana?

[Keskeytä]

Vahvista vastausten lähetys

LIITE 6 OHJAUSKESKUSTELUT

Ohjauskeskustelut:

30.5.2016 Kallio, Margit Ylikotila ja Janne Palola

Ensimmäinen keskustelu opinnäytetyöstä. Esittäytyminen, aiheen esittely ja alustavat suullisesti sopimiset tulevasta yhteistyöstä.

Myös Jokilaaksojen pelastuslaitoksen ensihoitopäällikkö Mirja Annalan kanssa on suullisesti sovittu yhteistyöstä opinnäyteprojektin suhteen.

23.6.2016 PPSHP EHP Iiro Anttila

Informoitu opinnäytetyöstä sairaanhoitopiiriin ensihoitopäällikköä, joka hyväksynyt ja kannattanut aihetta.

20.9.2018 klo 12 Zoom etäyhteys, ryhmä

Esittelin opinnäytetyön nykyisen vaiheen. Kansainvälisiä lähteitä tulee olla ja kehittämisprosessin teoriasta lähteitä, myös terveyspalveluiden suurkulutuksesta.

Isoja otsikoita voi muuttaa ja kohdentaa aiheeseen sopiviksi.

12.10.2018 Kallio, Margit Ylikotila ja Janne Palola

Käytiin läpi tilannekuva opinnäytetyöprojektissa, toiminnan suuntaaminen kohti pilottijaksoa, yhteystiedot pilottijaksoa varten ja tutkimusluvut.

Tämän jälkeen soitin Mirja Annalalle, jolloin käytiin läpi tilannekuva tästä hetkestä.

30.10.2018 Ylivieskan paloasema, Mirja Annala ja Janne Palola

Pilottijaksoa varten keskusteltiin varasuunnitelmasta, jos tapauksia ei kerry riittävästi marraskuun aikana. Päädyttiin siihen, että jo ennalta varaudutaan yhteen lisäkuukauteen optiona, joka tiedotetaan jo alkuvaiheessa pilottijaksoon osallistuville.

Keskusteltiin, mitä kaikkea tulee lisätä tai muuttaa yhteenvetotaulukkoon pilottijaksolle.

Käytiin läpi tutkimuskysymykset ja miten ne vastaavat tavoitteisiin.

15.11.2018 Zoom etäyhteys Kalevi Paldanius, Marko Tolonen ja Janne Palola

Keskusteltiin pilottijaksosta ja opinnäytetyöprojektin vaiheesta. Pilottijakson jälkeistä kyselytutkimusta pohdittiin. Päädyttiin siihen, että Webpropol-kyselyyn tulee lisätä muutama kysymys lisää, jotta saadaan enemmän yksityiskohtaista faktaa uudesta toimintamallista.

31.5.2019 Zoom etäyhteys Kalevi Paldanius, Marko Tolonen ja Janne Palola
Keskusteltiin opinnäytetyöprojektin loppuvaiheesta, loppuraportin työstämisestä.

01.10.2019 Zoom etäyhteys Kalevi Paldanius, Marko Tolonen, Marja Silen-Lipponen ja Janne Palola
Keskusteltiin loppuraportin työstämisestä ja viimeistelystä.

07.11.2019 Puhelinkeskustelu Mirja Annala ja Janne Palola
Loppuraportin työelämäohjaajan kommentteja ja ohjausta.

08.11.2019 Zoom etäyhteys Kalevi Paldanius, Marko Tolonen ja Janne Palola
Loppuraportin viimeistelyn ja muokkaamisen ohjaus.

Lisäksi osallistuttu etäyhteydellä Savonia AMK:n ryhmäkeskusteluihin Zoom-yhteydellä, jolloin on käyty kunkin opinnäytetyön vaiheita läpi ja keskusteltu.

LIITE 7 YHTEYSTIEDOT JA SOSTER-YKSIKÖT PILOTTIJAKSOLLA

Yhteystiedot ja sos-ter-yksiköt pilottijaksolla

Yksikkö	Viestintämalli	Yhteystieto
Jokilaaksojen pelastuslaitos/ensihoitopalvelut	Kirjallinen	Ensihoitopäällikkö mirja.annala@jokipelastus.fi Puh. 044 429 6017 Päivystävä ensihoidon esimies puh. xxx xxxx xxx ehem@jokipelastus.fi
PPKY Kallio Lääkäripäivystys Nivala 8-16	Kirjallinen	Nivalan ja Sievin päivystyksen ja vastaanoton osastonhoitaja anne-kaisa.kallio@kalliopp.fi Puh. 044 419 5022
PPKY Kallio Lääkäripäivystys Ylivieska 8-16	Kirjallinen	Ylivieskan päivystys ja vastaanotto, osastonhoitaja arja.rattya@kalliopp.fi Puh. 044 419 5148
PPKY Kallio Terapiakeskus Ylivieska, Nivala Mielenterveys- ja päihdepalvelut	Kirjallinen	terhi.manni@kalliopp.fi
PPKY Kallio Aikuissosiaalityö Nivala, Sievi, Ylivieska	Kirjallinen	kaija.jamback@kalliopp.fi Puh. xxx xxxx xxx
PPKY Kallio Kotihoidon palveluneuvonta	Kirjallinen	Esimies johanna.nissinen@kalliopp.fi Puh. 044 419 5418

Käytännön toimintaohje pilottijakson aikana:

Nivalan ja Ylivieskan ensihoitajat kirjaavat ilmoituskaavakkeet ja tilastointikaavakkeen jokaisesta tapauksesta. Samasta potilaasta täytetään ilmoituskaavake joka kerta tarpeen ilmaantuessa. Jos potilas kuljetetaan, silti voidaan tarpeen mukaan täyttää ja lähettää ilmoituskaavake.

Molemmilta paloasemilta vuorovastaava ensihoitaja lähettää maanantaisin pilottijakson aikana täytetyt kaavakkeet kirjekuoreen oh Arja Rättyälle Kallioon, jolloin Arja jakaa kaavakkeet Kallion yksiköihin.

Kallion yksiköt saavat tiedon potilaasta ja toimivat omien ohjeidensa ja moniasiakkuus puheeksi –toimintamallin mukaisesti. Tilastointikaavaketta ei lähetetä Kallioon.

Postitusosoite kirjekuoreen:

Ylivieskan terveyskeskus

Oh Arja Rättyä

Kirkkotie 4

84100 Ylivieska

Testausjaksosta täytyi kirjoittaa tiedote (liite nro 8), jonka tulisi mahtua yhdelle A4:lle, minkä pitäisi sisältää kaiken tiedon toimintamallista ammattilaisille ja joka samalla kouluttaa ja perehdyttää ammattilaiset toimintamallin käyttöön. Lisäksi ilmoituskaavake (liite nro 7) kehitettiin, tässä testausjaksossa valittiin paperinen A4 järkevimmäksi muodoksi. Kaavakkeita tulostettiin riittävästi kaksipuoleisena. Toisella puolella oli jokaisessa kaavakessa tämä tiedote. Myös vastaanottava yksikkö peruspalvelukuntayhtymässä kykeni helposti tarkistamaan asiat saapuneiden ilmoitusten takapuolelta. Ilmoituskaavake ja tiedote ohessa liitteenä 7 ja 8.

LIITE 8. ILMOITUSKAAVAKE

Moniongelmaisen potilaan ilmoituskaavake

Potilas on antanut suostumuksen hoidon tarpeen määrittelyyn perusterveydenhuollon yksiköissä!

Jos potilas kieltäytyy, täytä vain tilastointikaavake.

Potilaan koko nimi _____

Potilaan henkilötunnus _____

Potilaan asuinkunta _____

Potilas on voinut ollut toistuvasti ensihoidon asiakkaana/potilaana hätänumeron kautta.

Potilasta ei välttämättä voida ensihoidon keinoin hoitaa.

Potilas ei välttämättä tarvitse ensihoidon suorittamaa akuuttihoitoa.

Ensihoito arvioi, että potilas hyötyy moniammatillisesta hoidosta perusterveydenhuollossa.

Valitaan ruksilla tarvittavat palvelut:

- Lääkärin tai päsh:n vastaanottotarve (kiireetön)
- Mielensterveystyön palveluntarve
- Päihdetyön palveluntarve
- Aikuissosiaalityön palveluntarve
- Kotihoidon palveluntarve

Ilmoittajan tiedot:

Aika ja Pvm Yksikkötunnus Ensihoitajan nimi

LIITE 9. TIEDOTE TOIMINTAMALLIN TESTAAMISESTA

Tiedote toimintayksiköille moniongelmaisen ensihoitopalveluiden suurkäyttäjän moniammatillisen hoidon tarpeen arvioinnin, suunnittelun ja toteutuksen uuden toimintamallin testaamisesta.

Peruspalvelukuntayhtymä Kallion ja Jokilaaksojen pelastuslaitoksen ensihoitopalveluiden Ylivieskan, Alavieskan, Nivalan ja Sievin alueella toteutetaan uuden toimintamallin mukainen testausjakso ajalla 1.11-30.11.2018. (Testausta voidaan harkitusti jatkaa joulukuulle saakka).

Ensihoitajat kohtaavat potilaita, joilla on jo moniongelmainen tilanne tai ovat vaarassa ajautua sellaiseen tilanteeseen. Potilaan voivat olla alkoholisoituneita ja mielenterveysongelmaisia, sekä syrjäytyneitä tai kotona asuvia ikääntyneitä, jotka eivät enää sairauksien vuoksi pärjää kotona. Yhteistä näille potilasryhmille on se, että he aktivoivat ensihoitopalvelun usein soittamalla hätänumeroon ja voivat saada ensihoitoyksikön kohteeseen. Potilaiden terveydentila määritellään ensihoidon protokollan mukaan ja toistuvasti todetaan, että terveydentila ei vaadi ensihoitoa ja päivystyksellistä hoitoa. Tehtävä päättyy usein X-5 koodiin (terveydentila määritelty/ei tarvetta ensihoidolle/ambulanssikuljetukselle) tai X-6 koodiin (potilas kieltäytyy ensihoidon tarjoamasta kiireettömästä hoidosta). Nykytilanteessa ensihoidon käyntejä voi olla useita kymmeniä vuodessa, mutta tilanne ei johda mihinkään.

Uudessa toimintamallissa potilaasta pyritään potilaan luvalla ilmoittamaan niihin PPKY Kallion sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköihin, jotka voivat parhaiten potilasta kiirettömästi auttaa. Ilmoituksia voi tulla samasta potilaasta useita ja toistuvasti, mutta silloin eri yksiköissä on ainakin tieto potilaasta ja hänen toistuvista ongelmatilanteistaan.

Sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköt voivat ottaa potilaaseen yhteyttä puhelimitse tai kotikäynnillä ja kutsua potilaan vastaanottoon. Potilaasta tehdään normaali hoidon tarpeen arviointi, hoitosuunnitelma, hoidon toteutus ja hoidon arviointi. Hoitosuhdetta pyritään jatkamaan pitkäjänteisesti tarpeen mukaan.

Uusi toimintamalli on kehitetty yhteistyössä Savonia AMK:n, PPKY Kallion ja Jokilaaksojen pelastuslaitoksen kanssa. Toimintamalli on ensihoidon johtamisen YAMK –opinnäytetyö.

Testausjakson jälkeen toimintamallia arvioidaan käyttäjien toimesta Webropol-kyselyllä. Tulosten perusteella toimintamallia kehitetään lopulliseen muotoon. Toimintamalli on tarkoitus levittää käyttöönottettavaksi ja sovellettavaksi valtakunnallisella tasolla.

Toimintamallista tehdään myöhemmin pohja, johon jokainen ensihoitopalveluiden tuottaja ja perusterveydenhuollon toimialue voi lisätä omat yksikkönsä ja yhteystietonsa ja soveltaa mallia omalle alueelleen räätälöitynä.

Yht. tiedot: Janne Palola (puh. xxx xxxxxx, janne.palola@edu.savonia.fi)

LIITE 10 KYSELYTUTKIMUSAINEISTO

Vastaajien kokonaismäärä: 28

Kyselyn nimi: Uusi toimintamalli moniammatillinen yhteistyö

Raportin nimi: Perusraportti

Raportin otsikko: Olet osallistunut moniammatillinen yhteistyö moniongelmaisen potilaan hoidossa -kehittämistyöhön ja sen testausjaksoon marras-, joulukuussa 2018. Kehittämistyö on toteutettu yhteistyössä Jokilaaksojen pelastuslaitoksen ensihoidon tulosalueen ja Peruspalvelukuntayhtymä Kallion kanssa.

Tämän kyselyn vastauksilla selvitetään mm. opinnäytetyön hyödyllisyyttä/tarpeellisuutta, millaiseksi uusi toimintamalli tulisi viimeistellä ja yleistä palautetta toimintamallista.

1. Työnantajani on:

Vastaajien määrä: 28

	n	Prosentti
Jokilaaksojen pelastuslaitos	14	50%
Peruspalvelukuntayhtymä Kallio	14	50%

2. Mielestäni moniongelmainen potilas sai ennen uutta toimintamallia tarvitsemaansa moniammatillista hoitoa oikeissa paikoissa:

Vastaajien määrä: 28

	n	Prosentti
1. erittäin hyvin	0	0%
2. melko hyvin	2	7,14%
3. ei hyvin eikä huonosti	10	35,71%
4. melko huonosti	12	42,86%
5. erittäin huonosti	4	14,29%

3. Mielestäni moniongelmainen potilas voisi saada uutta toimintamallia hyödyntäen tarvitsemaansa moniammatillista hoitoa oikeissa paikoissa:

Vastaajien määrä: 28

	n	Prosentti
1. erittäin hyvin	5	17,86%
2. melko hyvin	21	75%
3. ei hyvin eikä huonosti	2	7,14%
4. melko huonosti	0	0%
5. erittäin huonosti	0	0%

4. Miten hyvin mielestäsi tiedonkulku toimii moniammatillisessa yhteistyössä uuden toimintamallin myötä moniongelmaisten potilaiden kokonaisvaltaisen hoidon yhteydessä?

Vastaajien määrä: 28

	n	Prosentti
1. erittäin hyvin	1	3,57%
2. melko hyvin	12	42,86%
3. ei hyvin eikä huonosti	9	32,14%
4. melko huonosti	5	17,86%
5. erittäin huonosti	1	3,57%

5. Koetko uuden toimintamallin olevan hyödyllinen/tarpeellinen?

Vastaajien määrä: 28

	n	Prosentti
Kyllä, perustele vapaasti	26	92,86%
Ei, perustele vapaasti	2	7,14%

Avoimeen tekstikenttään annetut vastaukset

Vastausvaihtoehdot	Teksti
Kyllä, perustele vapaasti	saadaan asiakkaalle paremmin ja nopeammin apua
	Saadaan selville ja avun piiriin paljon palveluita käyttävät
	Moniongelmallisia on hyvin runsaasti. Tämä varmasti helpottaa asioihin puuttumista ja auttamista.
	tutkitusti nämä moniongelmaiset potilaat kuormittavat järjestelmää . Myös he itse turhautuvat usein tilanteeseensa, kun kokevat etteivät saa tarvitsemaansa apua.
	Moniongelmaisen potilaan hoitoonohjaus on ollut hankalaa tähän saakka! paljon soittoja hätäkeskukseen, lopulta Ensihoito paikalle ja yleensä potilaat äksätään tai joskus kuljetus päivystykseen, josta potilas on laitettu pois samantien kartoittamatta että minkälaista apua potilas tarvitsisi. Toisin sanoen kukaan ei ole "ottanut koppia" tästä asiakasryhmästä aikaisemmin.
	selkeyttää toimintaa
	Kyllä, koska moniongelmaisia potilaita on runsaasti ja käyttävät erveyspalveluja ehkä turhaakin
	Yhteistyö on erityisen tarpeellista näiden potilaiden kohdalla, sekä potilaan edun, että kustannusten vuoksi. Ensihoito ei ole ratkaisu heidän kohdallaan pitkällä aikavälillä.
	Turhien ensihoitotehtävien poistaminen ja potilaan oikeaan hoitopaikkaan delegoiminen
	Ois hyvä, että potilaat sais jotkai muuta apua, ku eipä me ambulanssissa oikeen voija kroonisille ongelmille mitään.
	Oikea tuki ja hoito kullekin potilaalle varmistuu.
	Hoitosuunnitelman kirjaamisessa kaikissa yksiköissä ja toiminnoissa on vielä korjaamista. Pysähtyminen jokaisen asiakkuuden äärelle on tärkeä ihan jokaisessa kohdassa. Kitkee sähläämistä jatkossa.

	Ohjaa potilaat paremmin oikeaan paikkaan
	Selkeä linja nyt käyttöön
	Paljon asiakkaita joiden avun tarve on muu kuin ensihoito.
	Koska meillä on paljon ensihoitoa kuormittavia potilaita, jotka eivät saa oikeaa apua.
	Asiakkaan ongelmat saavat helpommin ratkaisun kun niitä pohditaan moniammatillisessa verkostopalaverissa.
	päällekkäinen työ poistuisi, asiakas saisi kokonaisvaltaisempaa palvelua, ammattilaiset "joutuisivat pakolla" työskentelemään yhdessä saman asian eteen
	Päällekkäisen työn väheneminen, asiakkaan taustan jakamianen
	yhteisen tavoitteen eteen työskentely tehokkaampaa, vähentää päällekkäistä työskentelyä, asiakkaan suostumus tiedon jakamiseen helpompi saada
	tieto saavuttaa eri tahot
	Selkeyttää yhteistyötä, yhteinen lomake =yhteinen näkemys
	on yhtenäinen malli kaikille verkostoille
	Yhden toimipisteen asiakkuus ei vastaa moniasiakkaan tarpeisiin. Asiakas tarvitsee palveluohjausta ja joskus myös käytännön tukea ymmärtääkseen, kuinka uusi palvelumalli toimii. Uusi toimintamalli vaatii toimijoiden välistä keskustelua ja ymmärrystä, jotta sitä voidaan toteuttaa tarkoituksenmukaisesti.
	Koen uuden toimintamallin toimiessaan tuovan työkaluja moniongelmaisten moniammatillisessa hoidossa
Ei, perustele vapaasti	Haltuunotto/interventio ei mielestäni ole onnistunut, jos asiakkaan soitot eivät vähene ja hänellä säännöllisesti soiton syy on "ei tarvetta ensihoidolle" esim. kuukausia kestänyt raajakipu, optiaattien tarve kun niitä on rajattu ppkyn toimesta asiakalta ym.
	Ei ole muuttanut mitään

6. Onko uutta toimintamallia helppo käyttää?

Vastaajien määrä: 28

	n	Prosentti
Kyllä, perustele vapaasti	23	82,14%
Ei, perustele miksi ei:	5	17,86%

Avoimeen tekstikenttään annetut vastaukset

Vastausvaihtoehdot	Teksti
Kyllä, perustele vapaasti	se on selkeä
	Kaavake helppo ja yksinkertainen. Nopea täyttää
	Mielestäni kaavakkeen täyttö ei juurikaan lisännyt työmäärää
	Ensihoidon näkökulmasta on, ilmoitus potilaalle, kaavakkeen täyttö, kirjekuoreen ja toimitus eteenpäin
	Pääsääntöisesti selkeä
	Tointamalliin en ole vielä aivan täysin perehtynyt.

	Yksinkertainen ja selkeästi ohjeistettu.
	Mielestäni tämä menetelmä on näin äkkiseltään toimivaa.
	Ainaki lapun täyttäminen oli hyvin yksinkertasta.
	Vie hetken aikaa
	Ohjeet selkeät
	Yksinkertainen lomake
	Kyllä oli.
	Nopea ja helppo
	Toimintamalli on ymmärrettävä ja helposti toteutettava. Haasteita tuo asiakkaiden yksilöllisyys ja yksilölliset tarpeet ja ne pitää muistaa koko prosessin ajan jotta varmasti vastataan asiakkaan tarpeeseen eikä organisaation näkemykseen tarpeesta.
	on kyllä, mutta vaatisi sitoutumista kaikilta
	lomake selkeä ja tärkeimmät osa-alueet tulevat hyvin esille. Lomake ei ole liian pitkä täyttää eikä se vie aikaa
	lomakkeella on tieto kenelle ilmoitus on lähetetty. Helpottaa yhteydenottoja
	Selkeä lomake
	valmis yhtenäinen malli
	Eriyisen tuen työskentelyssä moniammatillinen työskentely on tavallista.
	helppotäyttöinen ja selkeä toimintamalli
Ei, perustele miksi ei:	Asiakas, kenen kohdalla törmäsin tähän oli monisairas, mutta palvelujen käyttö hänellä hyvin vähäistä. Ihmettelin ensin, miksi kaavake oli täytetty. Oli toki moniongelmainen(sairas), mutta kuitenkin asiat hyvin. Ei palvelujen piirissä jatkossakaan. Kaavaketta piti lukea useaan kertaan, että pääsi siihen sisälle ja ymmärsi, mitä sillä tämän ihmisen kohdalla haettiin.
	Liikaa paperihommaa ja jälkikäteisilmoituksia. Pitäisi pystyä tekemään ilmoitus ja tilastointi esim puhelimella/sähköisen kirjaamisen koneella heti kohteesta ilman isompia järjestelyitä.
	Toimintamalli on koulutuksesta huolimatta vähän epäselvä miten käytännössä. Tuntuu että omasta mielestä se selkein osaja siirtää helposti tehtävää toiselle. Vastuunkantajien nimeäminen vielä selkeämmäksi ja mitä tarkoittaa kokonaisvaltainen hoito, silloinkin kun oma osamien ei ole ihan ydinosaamista kaikissa asiakkaan vaivoissa.
	Yhteinen lomake ei vielä järjestelmässämme
	Vaikea tavoittaa ihmisiä ja saada sovittua yhteistä aikaa

7. Onko uusi toimintamalli toimiva/käyttökelpoinen?

Vastaajien määrä: 27

	n	Prosentti
Kyllä, perustele vapaasti	26	96,3%
Ei, perustele miksi ei	1	3,7%

Avoimeen tekstikenttään annetut vastaukset

Vastausvaihtoehdot	Teksti

Kyllä, perustelee vaipaasti	hyvä että moniasiakasmallissa kehitellään uusia toimintatapoja yhteisten asiakkaiden kohdalla. Säästyy rahaa, aikaa ja asiakas saa apua tehokkaammin.
	helppo ja selkeä
	Toki meille ensihoitajille ei tule tietoa siitä, miten prosessi on edennyt ja mitä neuvotteluissa on sovittu. Myös yhteisen tietojärjestelmän puute hankaloittaa tiedonkulkua.
	Kyllä mielestäni, jos asiat lähtevät rullaamaan eteenpäin.
	KYLLÄ ON
	ehdottomasti, saadaan näille potilaille heidän oikea hoito tai tuki, ehkä välttyään tuhilta käynneiltä.
	Yksinkertainen ja selkeä. Täysin käyttökelpoinen.
	Luo mahdollisuuden ensihoidolle saada potilas oikean hoidon piiriin (toivottavasti).
	Toivottavasti tällä saisi kohdennettua hoitoa oikeaan paikkaan.
	On siinä mielessä, että se aktivoi eri toimijat yhteistyöhön. Pitäisi olla vain helpompi toteuttaa.
	Tämä on hyvä alku, työtä on jatkettava
	Vielä tarvitaan selkeyttä tehtävien johtamiseen ja vastuunkantoon hoitosuunnitelman noudattamisessa.
	Vaikuttaisi siltä
	Saadaan oikeanlasita apua asiakkaalle
	kyllä
	Helppo ja nopea
	Käytännössä on toiminut hyvin. Testattu on.
	selkeä, ei mahdotonta ottaa käyttöön
	Kyllä on kun kaikki siihen sitoutuvat
	Työn-/vastuunjako helppo määrittää, asiakkaan osallistuminen ja asiakkaan oman äänen kuulluksi tuominen
	asiakkaan todellista hoidontarvetta on helpompi arvioida
	On toimiva
	kokemus näyttää, toimiiko se käytännössä, mutta teoriassa ainakin kuulostaa toimivalta
	Moniasiakkaat tulevat autetuiksi kokonaisvaltaisemmin. Syrjäytymisriskissä olevien asiakkaiden osallistaminen mahdollistuu, jos voidaan luoda palveluverkostoa, jossa moniasiakkaat voivat tuntea tulleensa autetuiksi ja että palveluista on ollut heille hyvinvoinnin kannalta todellista hyötyä; että asiat tulevat riittävästi hoidetuiksi.
	mielestäni tämän toimintamallin mukaisesti informaatio liikkuu paremmin toimijoiden välillä
Ei, perustelee miksi ei	Se ei vaan toimi

8. Miten jatkokehittäisit nyt testattua toimintamallia kohti lopullista muotoa?

Vastaajien määrä: 17

Vastaukset
Olisiko ilmoituksen mahdollista saada sähköisesti lähetettyä eri toimijoille?

Välillä tuntuu, että termit sekoittuu vrt moniasiakkuus ja moniongelmallinen. Tästä olisi hyvä, jos olisi ollut ennakkotietoa kyseisestä kaavakkeesta.
Yhteistyötä tulisi jatkaa ja kehittää myös tulevaisuudessa. Mielestäni on tärkeää, että meillä kaikilla olisi myös yhteiset sovitut hoitolinjat näiden potilaiden kohdalla ja tarvittaessa kykenisimme tiedon kulun parantamiseen molempiin suuntiin monialaisesti. Mielestäni olisi myös hyvä jos tuntisimme paremmin yhteistyökumppaneidemme työtapoja. Näin ymmärtäisimme paremmin toisiamme ja osaisimme ohjata myös paremmin asiakkaita.
Ensihoidolle voisi välittyä tehtyjä toimenpiteitä. Tämä kannustaisi myös jatkossa ilmoittamaan moniongelmaisista potilaista, mikäli tiedossa olisi jokin aiempi hyöty taikka toimenpide potilaalle. Ei jäisi kuvaa että "ei sillä ole mitään vaikutusta".
Ei lisättävää
Vuorovaikutuksen pitäisi edelleen parantua. Molempien osapuolten (eh ja ppsy) tilannetitoisuus moniongelmaisen suunnitellusta hoidosta ja poikkeamista siinä tulisi parantua esim. viikkopalaverin tai jatkuvan, nimetyin vastuuhoidajan vuorovaikutuksen avulla.
- Ehkä nimeäisin moniammatillisen asiakkaan hoitajista tiimin jossa vertaistukea ja kehittämistyötä voisi edelleen jatkaa. - Vastaanoton, kansantautihoitajien kanssa vielä tarkentaisin hoitosuunnitelman laatimista niin että työ on näkyvää asiakkaalle, tavoitteet, päämäärät ja keinot ja samalla ne näkyisivät koko organisaation toimijoille.
.
-
Nimi hankala selvittää potilaalle lupaa pyytäessä mistä on kyse.
Asiakkaiden kohdentaminen oikeisiin toimintayksiköihin tärkeää, joten enemmän ammattilaisten kanssa käytävää keskustelua asiakkaan tarpeista ja mikä toimintayksikkö/taho tarpeseen voisi vastata parhaiten. Moniongelmaisten potilaiden kodalla otettava huomion mielenterveydenongelmat. Miten parhaiten voidaan auttaa asiakasta, joka ei Terapiakeskuksen palveluista saa hyötyä, mutta mielenterveystyö ja sairauden huomioinen hoidossa olisi ensiarvoisen tärkeää?
Toimintamallia pitäisi ottaa rohkeammin käyttöön. Organisaatiossa tulisi muistuttaa siitä, että se kuuluu kaikille ja siihen on jokaisen sitouduttava.
Ehdottomasti sen pitäisi olla sähköisessä muodossa
Asiakkuuksien ilmettyä yhteiset linjaukset tulisi olla selkeämpiä. Yhteydenottoja kaikissa moniasiakkuuksissa ei tule riittävän ajoissa, vaikka asiakas antaisi luvan. Moniasiakkuus toimintamallia tulisi ottaa enemmän käyttöön.
Lomake efficaan verkoston näkösalille
Toimipisteiden välisellä keskustelulla yhteisen ymmärryksen synnyttämiseksi, jotta yhteistyö asiakkaan asiassa mahdollistuu. "Siltojen rakentaminen", jotta toimijat tottuvat uudenlaiseen toimintakulttuuriin jossa suunnitelmia ja päätöksiä tehdään yhdessä laajemmalla näkökulmalla, luotetaan toisiin ja jaetaan vastuuta. Totuttaisiin tekemään töitä yhdessä, moniammatillisesti eri näkökulmista käsin yhteiseen tavoitteeseen suunnaten.
Potilaille/asiakkaille voisi olla yleistä tietoa toimintamallista esimerkiksi kuntayhtymän nettisivuilla tms.

9. Muu palaute kehittämistyöhön/vapaa sana?

Vastaajien määrä: 11

Vastaukset
Yhteinen koulutustilaisuus voisi olla hyvä. Siellä olisi mahdollisuus myös vaihtaa ajatuksia ja kehittää näiden meidän yhteisten asiakkaiden palveluita.
Jos tämän prosessin myötä aletaan saamaan "vakioasiakkaita" oikean hoidon piiriin jouhevammin kuin tähän asti, niin uskon että säästetään melkoisesti terveydenhuoltoalan resursseja pitkässä juoksussa
Todella hyödyllinen projekti. Moniongelmaiset potilaat ovat välinpatoajaryhmä, joille pitäisi olla oma toimintamalli. He ansaitsevat myös hyvän hoidon, mutta tulisi miettiä mikä heidän kohdallaan olisi parasta ja tehokkainta.
Ensihoidon näkökulmasta oli hienoa, että tämän avulla saatiin todellisia määriä ensihoidon käynneistä välitettyä kallon suuntaan. Tämä lisää tietoisuutta toistemme toiminnasta, vielä kun sitä tulisi myös meille.

Hyvä!! Loistavaa jos tämä tulisi käytännöksi ja potilas TODELLA SAISI tarvitsemansa avun. Toivottavasti pahdeyksikkö ei vähättele potilaan turhaa 112 soittelua!!!!!!!
Kehittämistyö on tärkeää. Vielä jos tässä vaiheessa viimeistään "tiputaan" tänne ruohonjuuritasolle ja näiden arjen konkreettisten työvälineiden kehittämisen tasolle niin hieno homma.
.
-
Asiakkaan muuttuvaan tilanteeseen vastattava nopeasti uusien verkostopalaverien avulla.
Asennemuutosta peräänkuuluttaisin kuitenkin- tuntuu, että tämäkin asia jää, kuten moni muukin, muutamille harteille. Missä on sote-yhteistyö? Me emme ole kaksi erillistä toimialaa- me olemme yksi yhteinen organisaatio. Välillä tuntuu, että sosiaalitoimen odotetaan ottavan vastuuta kaikesta mahdollisesta, eikä terveystalolta oikeasti tule tukea yhteisiin asioihin.
Mahdollisia yhteisiä käytettävissä olevia menetelmiä voisi liittää verkostopalaverin yhteyteen. Sähköisen lomakkeen kehittäminen ja sen liittäminen efficaan asiakkaan tietoihin. Tällä hetkellä lomaketta säilytetään asiakas aktissa.
välillä jäi huomioimatta ensihoidossa tämä projekti, joten joitain tähän soveltuvia moniongelmaisia asiakkaita jäi ilmoittamatta unohdusten vuoksi