

OPPIMATERIAALEJA

PUHEENVUOROJA

RAPORTTEJA 186

TUTKIMUKSIA

Harri Kankare & Kaija Virjonen

SAATTOHOIDON JA PALVELURAKENTEIDEN KEHITTÄMINEN LOIMAAN SEUDULLA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPPIMATERIAALEJA

PUHEENVUOROJA

RAPORTTEJA 186

TUTKIMUKSIA

Harri Kankare & Kaija Virjonen

SAATTOHOIDON JA PALVELURAKENTEIDEN KEHITTÄMINEN LOIMAAN SEUDULLA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Vipuvoimaa
EU:lta
2007–2013



Euroopan unioni
Euroopan aluekehitysrahasto

Pumppu-hanke, TEHU-osahanke: tuotteistetut hyvinvointipalvelut tehokkaan toiminnan edellytys seudullisesti toimivassa tuottaja-tilaajamalleissa. Loimaan osio.

TURUN AMMATTIKORKEAKOULUN
RAPORTTEJA 186

Turun ammattikorkeakoulu
Turku 2014

Julkaisun kuvat: Marko Soini
Videot: Jukka Vuolaspuro

ISBN 978-952-216-461-2 (painettu)
ISSN 1457-7925 (painettu)
Painopaikka: Suomen Yliopistopaino – Juvenes Print Oy, Tampere 2014

ISBN 978-952-216-462-9 (pdf)
ISSN 1459-7764 (elektroninen)
Jakelu: <http://loki.turkuamk.fi>

SISÄLTÖ

ESIPUHE	5
I HANKKEEN KUVAUS	7
1.1 Kehittämishankkeen ominaisuuksia	8
1.2 Tutkitaan, kehitetään ja opitaan	10
1.3 Hankkeen keskeiset kehittämiskohteet	12
1.4 Hankkeen organisaatio	14
2 SAATTOHOIDON KEHITTÄMINEN	16
2.1 Saattohoidon ennakoivan vaiheen kehittäminen	21
2.1.1 Hoitotahto – ihmisen oikeus	21
2.1.2 Edunvalvontavaltuus – varautumista tulevaisuuteen	23
2.1.3 Yksikkökohtaiset saattohoito-ohjeet	24
3 PALVELURAKENTEIDEN KEHITTÄMINEN	26
3.1 Palkittujen palveluyritysten benchmarkkaaminen	27
3.2 Asiakkaiden prosessien kuvaaminen ja arviointi	29
3.3 Yksikköjen välisen yhteistyön arviointi	31
3.4 Tiedon siirtämisen haasteet	33
3.5 Kustannusten tarkastelu kolmen eri hoitovaihtoehdon kautta	35
3.6 Palvelukokonaisuuden tarkastelu johtamisen näkökulmasta	37
4 HANKKEEN TULOSTEN TARKASTELUA	39

HANKKEEN BLOGIKIRJOITUKSET

Blogikirjoitus 1: Edunvalvontavaltuutus – varautumista tulevaan	44
Blogikirjoitus 2: Palvelukulttuuri kehittämisen ja johtamisen kohteena	47
Blogikirjoitus 3: Videokirjeenvaihto organisaatorajat ylittävän kehittämistyön välineenä	50
Blogikirjoitus 4: Hoitoprosessin kustannusten kartoitus	58
Blogikirjoitus 5: Yhteensovittava palvelutoiminta ja johtaminen	67
Blogikirjoitus 6: Palvelukokonaisuuden benchmarkkaaminen	72

LIITTEET

Liite 1. Arviointimittarin väittämät ja kysymykset	82
Liite 2. Saattohoidon arvioinnin avointen kysymysten yhteenveto	86
Liite 3. Hoitotahtolomake	91
Liite 4. Saattohoito-ohjeiden sisältösuositus ympärivuorokautiseen hoitoon	94
Liite 5. Saattohoito-ohjeiden sisältösuositus kotihoitoon	96
Liite 6. Hoitajälähteen esimerkkipohja, sisältöehdotukset ja tiedon siirron tarkistuslista	99

ESIPUHE

Pumppu-hankkeen (Kansalaislähtöiset monituottajamallit hyvinvointipalveluissa) TEHU-osahankkeen tavoitteena oli kehittää Loimaan seudulla saattohoitoa ja sen toteuttamista siten, että sosiaali- ja terveystoimen eri toimijoiden sekä yksityisten palveluntuottajien yhteistyöllä mahdollistetaan yhtenäiset, laadukkaat ja potilaiden itsemääräämisoikeutta kunnioittavat saattohoitokäytänteet. Samalla hanke osallisti mukana olleet saattohoitoa koskevaan laajaan yhteiskunnassamme meneillään olevaan keskusteluun.

Hanke toi esiin sen, että hoitotyön tekijät omaavat vahvan ideologisen ajattelun- ja toimintatavan saattohoidosta ja sen inhimillisestä merkityksestä. Vaikka saattohoidon kehittämisessä on monia haasteita, hankkeesta saadut kokemukset sekä siinä kehitetyt toimintamallit ja ohjeet tarjoavat ratkaisuja, joita voidaan soveltaa. Näin voimme toteuttaa vaikuttavaa ja tehokasta saattohoitoa potilaan ja hänen läheisensä rinnalla kulkien.

Palvelurakenteiden kehittäminen lähti siitä ajatuksesta, että parhaat tulokset saavutetaan laajan yhteistyön avulla. Niinpä hankkeen toimijoiksi valikoitui kunnallisia ja yksityisiä palveluntuottajia sekä hoitotyön ammattilaisia ja esimiehiä, jotka olivat kiinnostuneita palvelurakenteiden kehittämisestä. Hankkeen avulla heille avattiin uudenlainen ”näköalapaikka” yhteistyöhön ja asiakkaiden kokemusmaailmaan.

Tässä hankkeessa luotiin perusta saattohoidon alueellisille linjauksille ja kehitettiin ennakkoluulottomasti erilaisia yhteistyömuotoja, esimerkiksi videokirjeenvaihtoa. Hankkeessa laadittiin myös yhtenäinen hoitotahtolomake ja yksikkökohtaiset saattohoito-ohjeet, pohdittiin edunvalvontavaltuutukseen liittyviä asioita ja kehitettiin yksikköjen välistä lähetekäytäntöä.

Hankkeessa suoritettujen kyselyt, valmennustilaisuudet ja erilaiset työpajat mahdollistivat sen, että hankkeeseen osallistuneet saivat uudenlaisia valmiuksia kohdata saattohoidettava ja hänen läheisensä. Hankkeessa kunnioitettiin osallistujien olemassa olevaa kokemusta ja tietoa. Sitä laajentamalla ja syventämällä syntyi myös uusia työkäytänteitä.

Hankkeen onnistumiseen ovat vaikuttaneet monet henkilöt. Hankkeen vetäjät, Kaija Virjonen ja Harri Kankare, ovat antaneet tukea niin käytännön asioissa kuin hankkeen sisältöjä ja yhteisiä tavoitteita käsittelevissä pohdinoissakin. Hankkeen projekti- ja ohjausryhmän jäsenet ovat sekä kyseenalaistamalla että tukemalla kannustaneet ajattelemaan aina uudelleen ja uudelleen olemassa olevaa ja tulevaisuuden saattohoitoa.

Haluan lämpimästi kiittää jokaista hankkeessa mukana ollutta, sillä juuri Sinun ajatuksillasi, asenteillasi ja teoillasi oli vaikutusta.

”Tie on vasta sitten tie, jos sen löytää itse ja jos sitä kulkee itse”

(C.G. Jung)

Marita Marttila

SHO, THM, MBA, johtava hoitaja
Loimaan sosiaali- ja terveystieteiden keskus

I HANKKEEN KUVAUS

Tässä raportissa kuvataan Loimaan seudulla toteutunutta saattohoidon ja palvelurakenteiden kehittämistä. Kehittämisen kohteena oli kuntalaisten itsemääräämisoikeuden parantaminen hoitotahdon ja edunvalvontavaltuutuksen avulla. Saattohoitoa toteuttavissa yksiköissä laadittiin yksikkökohtaiset saattohoidon toimintaohjeet turvaamaan tasalaatuisen hoidon toteuttamista. Kehittämiskohteena olivat myös asiakkaiden palvelujatkumot ja tiedonsiirron turvaaminen asiakkaan siirtyessä hoidon toteuttajien välillä. Pitkän aikavälin tavoitteena on, että asiakkaita voidaan turvallisesti ja laadukkaasti hoitaa omassa asuinympäristössään myös yleisvoinnin ja terveydentilan heiketessä.

Euroopan aluekehitysrahaston Pumppu-hanke (Kansalaislähtöiset monituottajamallit hyvinvointipalveluissa) jakautui viiteen alueelliseen osahankkeeseen, joista yksi oli TEHU-osahanke (tuotteistetut hyvinvointipalvelut tehokkaan toiminnan edellytys seudullisesti toimivassa tuottaja-tilaajamalleissa). TEHU-osahankkeessa kehitettiin alueellisia hyvinvointipalvelurakenteita kansalaislähtöisestä näkökulmasta. Hanke toteutui ajalla 1.5.2011–31.5.2014. TEHU-osahankkeessa rahoittajina olivat Etelä-Suomen aluekehitysrahasto 70 % ja Turun ammattikorkeakoulu 30 % kokonaisbudjetista. Osahanketta koordinoi Turun ammattikorkeakoulun hyvinvointipalvelujen tutkimus-, kehitys- ja innovaatioyksikkö, joka vuoden 2014 alusta toimii yhdistettynä terveyden ja hyvinvoinnin yksikkönä.

TEHU-hanke muodostui osioista, joiden tavoitteena oli palvelutuotannon kehittäminen tehokkaammaksi uusien tuotteiden tai uusien työnjakomallien kautta. Pää tavoitteena oli saada seudulliset hyvinvointialan resurssit optimaaliseen käyttöön. Osiot olivat seuraavat:

- a) Saattohoidon ja palvelurakenteen kehittäminen Loimaan seudulla -osio
- b) Aivoterveyttä edistäviä menetelmiä ja työkaluja Turun seudun palvelurakennetta täydentämään -osio

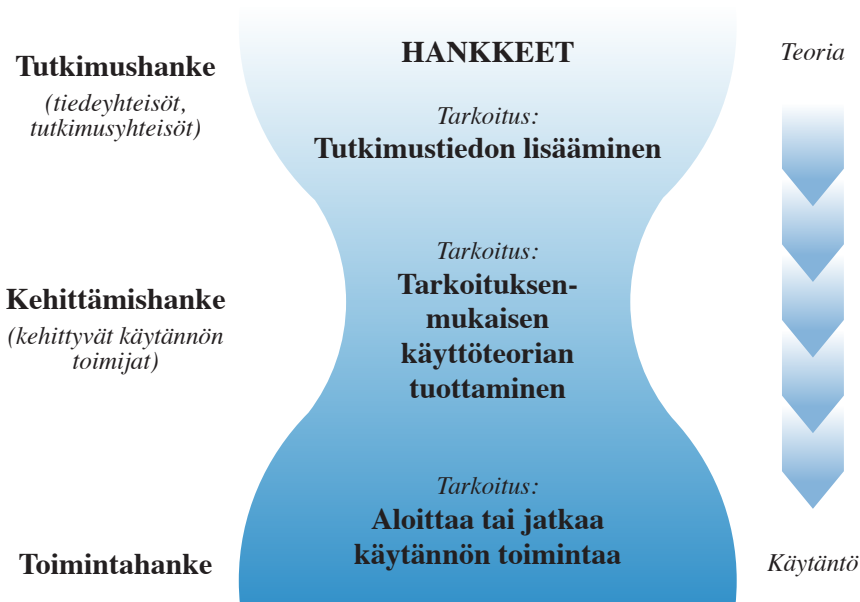
- c) Kotihoito vanhustyön sydämenä ja kotiin vietävät palvelut -osio, joka toteutui Härkätien kunnissa.

Tässä raportissa esitellään Loimaan seudun osiota, josta käytämme yksinkertaisuuden vuoksi nimitystä *TEHU-hanke* tai *hanke*. Loimaan hankkeessa olivat mukana Loimaan sosiaali- ja terveystalokeskus, Pöytyän kunnan sosiaalipalvelut, Pöytyän kansanterveystyön kuntayhtymä, Auran kunnan sosiaalipalvelut, Oripään kunnan sosiaalipalvelut, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin Loimaan osavastuualue, Attendo Mariian Kartano ja Tuulensuun Palvelu Oy.

Loimaan hankkeen tavoitteena oli selkiyttää alueellisesti saattohoidon toteuttamistapaa niin, että organisaatioiden välinen yhteistyö tuottaa taloudellisesti parhaan tuloksen, hoidon laatutaso on korkea ja potilaiden itsemääräämisoikeus toteutuu lainsäädännön mukaisesti. Hankkeen vaikutusten tulee siis näkyä asiakaslähtöisyyden lisääntymisenä, yhteistyön tehostumisena ja hoidon tason nousuna. Tuloksia voidaan hyödyntää koko seutukunnalla ja toimintamallia voidaan soveltaa monistaa myös muihin alueellisesti kehitettäviin prosesseihin.

1.1 KEHITTÄMISHANKKEEN OMINAISUUKSIA

TEHU-osahanke oli luonteeltaan kehittämishanke. Kehittämishankkeen tavoitteena on käyttöteorian tuottaminen, kun taas tutkimushanke pyrkii lisäämään tutkittua tietoa ja toimintahanke pyrkii aloittamaan tai jatkamaan käytännön toimintaa (kuviot 1.)



KUVIO 1. Erilaiset hankkeet.

TEHU-hankkeessa käytettiin hyväksi olemassa olevaa teoreettista tietoa ja olemassa olevia hyviä käytäntöjä. Hyviä käytäntöjä haettiin benchmarking-käyntien avulla. Hankkeessa perehdyttiin sovittuun aihealueeseen yhdessä hankkeeseen osallistuvien työyhteisöjen kanssa ja yhteistyössä kehitettiin käytäntöjä työyhteisöjen tarpeisiin soveltuvalla tavalla. Tulosten juurruttaminen pysyviksi toimintatavoiksi, niiden lujittaminen ja vakauttaminen on hankeorganisaation esimiesryhmien ja syntyneen lähiesimiesverkoston vastuulla. Uusia käytäntöjä tulee seurata, arvioida ja tarpeen mukaan kehittää edelleen. Niiden arviointi valmisteltiin hankkeessa, mutta arvioinnin toteutusvastuu on hankkeeseen osallistuvilla organisaatioilla. Näin varmistettiin jatkuva kehitys hankkeen päättymisen jälkeen.

1.2 TUTKITAAN, KEHITETÄÄN JA OPITAAN

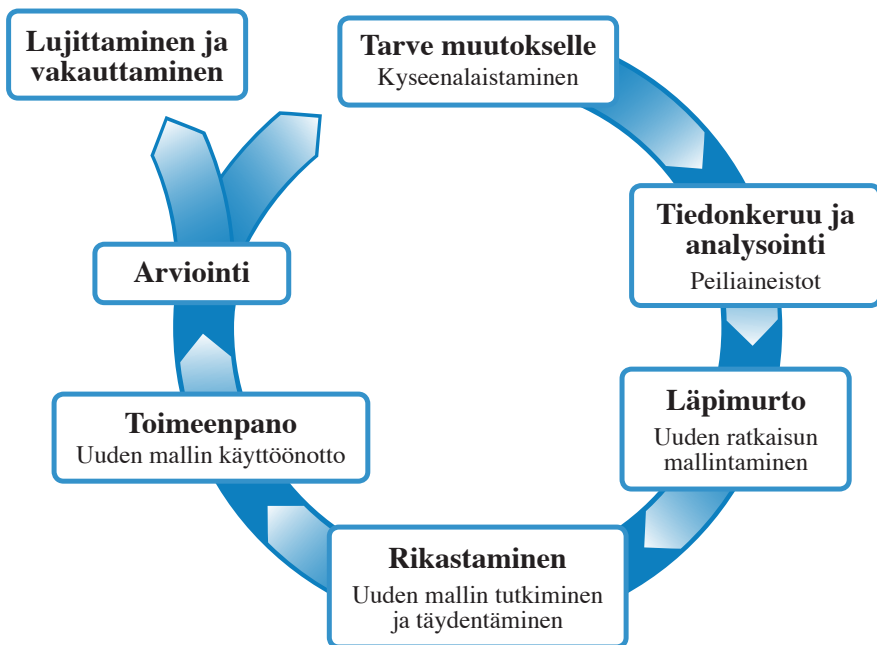
Hankkeen teoreettis-metodologinen lähtökohta oli kehittävässä työntutkimuksessa. Sen suomalaista tutkimusperinnettä edustaa Yrjö Engeströmin (1987, 2004) kehittämä ekspansiivisen oppimisen teoria. Kehittävän työntutkimuksen juuret johtavat kulttuurihistoriallisen toiminnan teorioihin, jonka uranuurtajia ovat olleet mm. Aleksei Leont'ev (1981) ja Lev Vygotski (1978). Kehittävän työntutkimuksen yksi käytännön innovaatioista on ollut muutoslaboratorio- ja nyttemmin muutospajatoimintana tunnettu kehittämisote, jossa kehittämiskohdetta jäsennetään eri näkökulmista ja kehittäminen nähdään moniäänisenä, laajentuvana muutosprosessina (Fred 2008; Launis ym. 201; Engeström & Sannino 2010; Virkkunen & Newnham 2013.)

Impulssi ja tarve kehittämiseen käynnistyy, kun suhteellisen vakiintuneessa toiminnassa ilmenee häiriöitä, jotka kyseenalaistavat nykyisen toimintatavan. Vygotskin (1978) kaksoisärsytyksen periaatteen mukaan tarvitaan jokin ulkoinen väline tai ärsyke, joka auttaa toiminnan ristiriitojen ratkaisuisa ja antaa niille muutoksen kannalta konkreettisen sisällön. Tätä aineistoa voidaan kutsua peiliaineistoksi (Engeström 2004; Engeström & Virkkunen 2007; Virkkunen & Newnham 2013). Tässä hankkeessa tarkasteltiin saattohoidon ja organisaatioiden välisen yhteistyön toimintajärjestelmiä ja toiminnan kohteina saattohoidon ennakoivaa vaihetta ja lähetekäytäntöä. Toimintajärjestelmää tarkasteltiin palvelukokonaisuuden näkökulmasta, jolloin liikutaan eri organisaatioiden välisillä rajavyöhykkeillä. Hankkeessa peiliaineistona toimivat hallintorajat ylittävät työryhmät ja niissä käytetyt puheenvuorot, tilannekartoitukset, prosessien kuvaukset ja benchmarking-tulokset, jotka paljastivat toiminnan nykytilaa. Lisäksi peiliaineistona käytettiin organisaatorajat ylittävää videokirjeenvaihtomenetelmää, jonka avulla analysoitiin palvelukokonaisuuden toimijoiden välisiä suhteita. Näillä menetelmillä kerättyä tietoa analysoimalla kehitettiin ja uudistettiin toimintaa.

Havaitut ristiriidat muodostavat ns. lähikehityksen vyöhykkeen eli mahdollisen muutoksen, joka pitää sisällään vaihtoehtoisia ratkaisuja. Vygotskyn (1978) mukaan lähikehityksen vyöhyke määritellään todellisen (aktuaalisen) ja mahdollisen (potentiaalisen) tieto- ja taitotason väliseksi etäisyydeksi. Yhdessä toimien ja toisilta oppien voidaan saavuttaa ongelmanratkaisussa parempia tuloksia kuin tarkastelemalla asioita esimerkiksi vain yhden toimijan näkökulmasta. Verkostoyhteistyön tarve ja mahdollisuus kartoitetaan potentiaalisen tieto- ja taitotason saavuttamiseksi. (Engeström & Virkkunen 2007.) Tässä hankkees-

sa toimintajärjestelmän kehittämiseen kutsuttiin mukaan moniammatillinen ja eri organisaatioiden edustajista koostuva toimijoiden joukko. Toimijoiden moniäänisyys ja osallisuus nähtiin hankkeen onnistumisen kannalta tärkeänä.

Uuden toimintamallin oppiminen ei etene suoraviivaisesti vaan vaiheittain, jolloin askeleita otetaan välillä eteenpäin, välillä taaksepäin. Oppiminen voi sisältää eri näkökulmien törmäämistä mutta prosessin onnistumista ei mitata yksimielisyydellä, vaan syntyvän uuden toimintamallin elinvoimaisuudella. Oppimisen kehällä edetään tiedostamalla tarve muutokselle usein jonkin häiriötekijän kautta. Sen jälkeen prosessi etenee kyseenalaistamalla ja analysoimalla vallitsevaa käytäntöä, mallintamalla ja tutkimalla uutta toimintamallia ja viemällä uusi toimintamalli osaksi käytäntöä ja arvioimalla sitä. Lopuksi uusi toimintamalli pyritään vakauttamaan osaksi normaalia käytäntöä. (Engeström 2000; Engeström & Sannino 2010.) Oppimisen eri vaiheita voidaan kuvata myös seuraavin käsittein: tarve muutokselle, tiedon keruu ja analysointi, läpimurto, rikastaminen, toimeenpano, arviointi sekä lujittaminen ja vakauttaminen (kuvio 2).

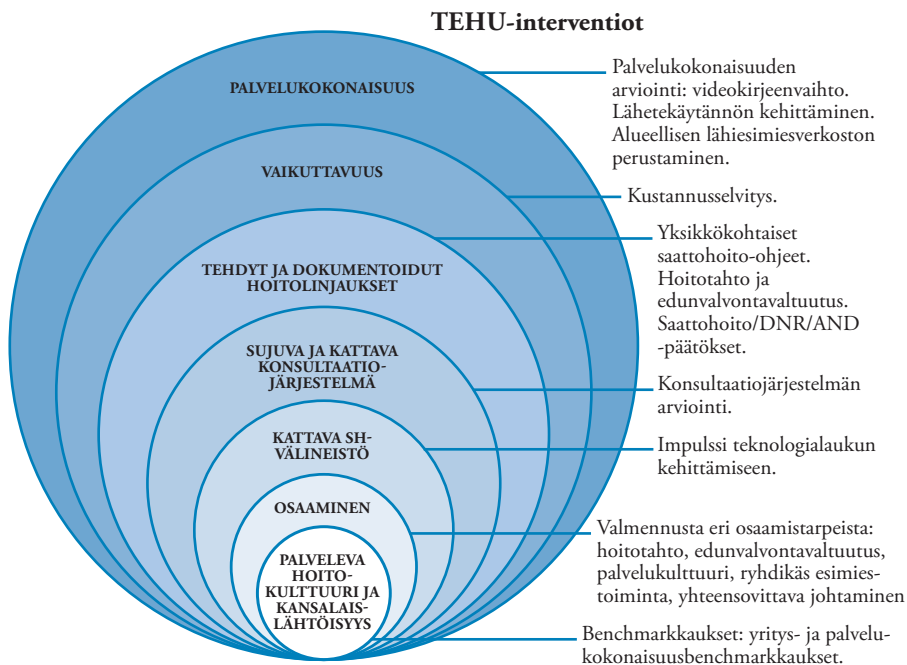


KUVIO 2. *Ekspansiivisen oppimisen eteneminen (Engeströmin & Sanninon 2010 mukaan).*

Toimintajärjestelmien muutos voi olla laadultaan erilaista: supistuvaa, hajoavaa tai ekspansiivista. Ekspansiivisella muutoksella tarkoitetaan toiminnan kohteen laajenemista kokonaan uudenvälisiin toimintakäytäntöihin. Kohteen laajenemista voi tapahtua ajallisesti, paikan ja tilan ulottuvuudella sekä kehityksen, moraalien ja vastuun ulottuvuudella. Hankkeessa saattohoidon ennakoivan vaiheen ja lähetekäytännön kehittämistä on kuvattu ekspansiivisilla kehillä kuvioissa 6 ja 10.

1.3 HANKKEEN KESKEISET KEHITTÄMISKOHEET

Hankkeessa syntyi koontikuvioksi palvelukokonaisuuden simpukkamalli, jossa eri kerrokset kuvaavat erilaisia palvelurakenteen haasteita (kuvio 3). Mallissa on esitetty tiiviisti hankkeen keskeiset kehittämiskoheet ja niiden suhteen tehdyt interventiot.



KUVIO 3. *Tavoitteena toimiva palvelukokonaisuus.*

Simpukan idea on ekspansiivinen, kehittämisen kohdetta laajentava - kehittämisimpulssi saattaa lähteä mistä kohtaa tahansa, mutta sen tulisi saavuttaa sekä asiakkaan taso että palvelukokonaisuuden taso. Lopullisena päämääränä on alueellisesti toimiva palvelukokonaisuus. Alkukartoituksissa havaittiin kehittämistarpeita saattohoidon ennakoivan vaiheen osalta ja organisaatioiden väliset asiakassiirrot todettiin potentiaalisiksi laatuopiksi.

Kansalaislähtöisyys muodostaa mallin sisimmän osan ja keskeisen arvon. Palvelukokonaisuuden tulisi tuottaa kansalaisille laadukkaita, sujuvia ja tarkoituksenmukaisia palveluita. Kokonaisuuksia tulisi siis tarkastella myös siitä näkökulmasta, minkälaisen jatkumon eri palvelut muodostavat asiakkaalle. Asiakslähtöisen ja asiakasläheisen palvelun ja palvelukulttuurin luonne on tärkeää oivaltaa, jotta kulttuuria voidaan tietoisesti ohjata pois organisaatiolähtöisyydestä kohti asiakasläheistä toimintaa. Asiaksläheisyydellä tarkoitetaan asiakslähtöisyyttä syvempää ja henkilökohtaisempaa, mutta samalla monin tavoin vaikuttavampaa palvelunäkökulmaa (ks. Virjonen & Kankare 2013). Käsitystä hyvän asiakaspalvelun luonteesta laajennettiin benchmarkkaamalla palkittuja hyvän asiakaspalvelun yrityksiä. Yhtenä henkilökuntavalmennuksen aiheena oli palvelukulttuuri ja asiakasläheinen palvelu. Kansalaisten itsemääräämisoikeuden vahvistaminen omaa hoitoaan ja omia asioitaan koskevissa kysymyksissä oli yksi hankkeen keskeinen tavoite. Hankkeessa kehitettiin alueella yhtenäisesti käyttöön otettu hoitotahtolomake ja järjestelmä, jossa kansalaisella on mahdollisuus saada tietoa ja opastusta hoitotahtoon liittyen. Hoitotahto – ihmisen oikeus -teemalla lähestyttiin kansalaisia tarjoamalla heille tietoa itsemääräämisoikeudesta, hoitotahdosta ja edunvalvontavaltuutuksesta yhdessä paikallisen vapaata kansansivistystyötä edustavan Loimaan evankelisen opiston kanssa ja alueellisen median kautta.

Ammatillista osaamista vahvistettiin hoitotahto- ja edunvalvontavaltuutusvalmennuksilla sekä esimiestasolla kehittämällä lähi- ja yhteensovittavaa johtamista. Sairaanhoidovälineistön kohdalla prosessien arviointi tuotti näytön osittain puutteellisesta perusvälineistöstä. Esiin nousi myös monipuolisemman vierianalytiikan tarve ja käyttömahdollisuus. Hankkeessa ideoitiin vierianalytiikan toteutustapaa, mutta sen jatkokehittämiseen ei tämän hankkeen puitteissa ryhdytty. Konsultaatiojärjestelmän toimivuutta arvioitiin ja konsultoinnin toimintalinjoja selkeytettiin. Hoitolinjausten ja dokumentoinnin kehittämisen suhteen yksiköt laativat tai päivittivät saattohoito-ohjeistonsa ja lääkäreitä valmennettiin, jotta hoitolinjaukset tehtäisiin näkyviksi (saattohoitopäätökset, DNR eli do not resuscitate / AND eli allow natural death). Taloudellista

vaikuttavuutta arvioitiin vertailemalla eri tavoin toteutettujen hoitoprosessien kustannuksia. Kustannuslaskelma tuotti monitasoista tietoa kustannusten muodostumisesta ja sitä kautta palvelurakenteiden kehittämisen suunnasta.

Uloin kehä mallissa kuvaa palvelukokonaisuutta, johon mallin kaikki sisimmät osat sisältyvät. Palvelukokonaisuudella tarkoitetaan asiakkaan hoidon sujuvaa jatkumoa palveluiden tarjoajaorganisaatiosta riippumatta. Hankealueen palvelukokonaisuutta arvioitiin videokirjeenvaihdon avulla. Arvioinnin perusteella merkittävimäksi haasteeksi nousi tiedonsiirto, jota kehitettiin lähetekäytännön tehostamalla ja uudistamalla. Lähetekäytännön ja saattohoidon kehittäminen toteutettiin Engeströmin (1987; 2004) ekspansiivisen oppimissyklin mukaisesti. Hankkeen yhteydessä perustettiin alueellinen lähiesimiesverkosto, jonka tehtävänä on arvioida jatkossa hankkeen toimenpiteiden vaikutuksia ja toimia yhteistyöverkostona tulevaisuuden alueellisia kehittämishaasteita varten.

Hankkeessa syntynyt simpukkamalli kuvaa sekä rakenteellisia että sisällöllisiä valmiuksia, jotka toteutuessaan mahdollistavat hyvän saattohoidon kotona, vanhainkodissa tai palvelutalossa. Mallin interventioita tuki hankkeessa tehty palvelukokonaisuuden benchmarkkaaminen, joka osoitti, että mallin interventiot ovat pitkälti niitä avaintekijöitä, joiden kautta asiakasvirtojen suuntaa hallitaan sekä laadun että kustannusten näkökulmasta.

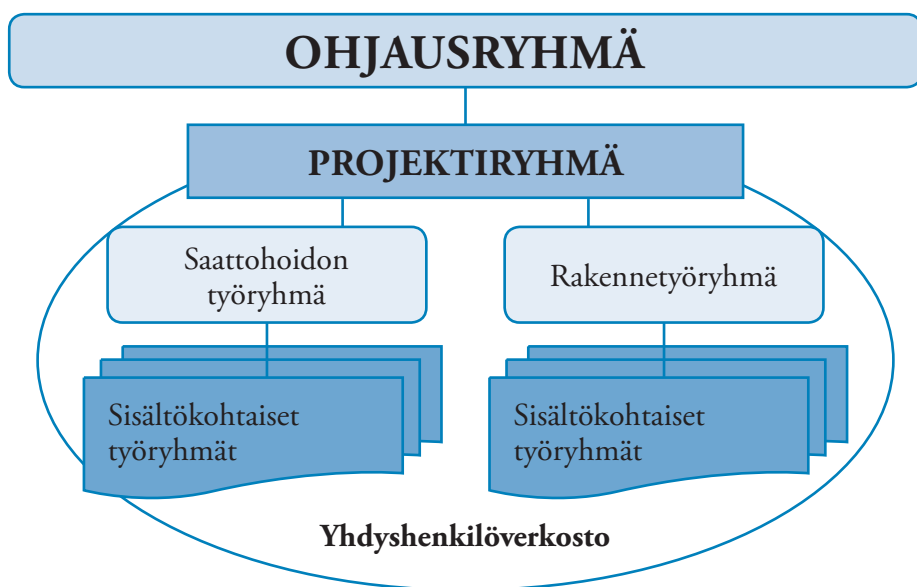
1.4 HANKKEEN ORGANISAATIO

Hankkeen organisaatio on kuvattu kuviossa 4. Ohjausryhmä koostui keskeisistä sosiaali- ja terveystyön johtavista virkamiehistä. Ohjausryhmä ohjeisti hankkeen etenemistä, arvioi tuloksia ja omalla työpanoksellaan vei kehittämisen kohteena olevia asioita eteenpäin.

Projektiryhmä koostui hankkeen aihealueen kannalta keskeisistä esimiehistä ja henkilöstön kehittämistä koordinoivista työntekijöistä. Projektiryhmä yksilöi hankkeessa työstettävät aiheet ja toimenpiteet sekä asetti tarvittavat kehittämisryhmät. Kehittämisryhmien tuotokset käsiteltiin projektiryhmässä. Projektiryhmä raportoi ohjausryhmälle ja vei harkintansa mukaan keskeiset asiat ohjausryhmän päätettäväksi. Projektiryhmä piti hankkeen liikkeessä tavoitteiden suuntaisesti.

Saattohoidon työryhmä ja rakennetyöryhmä koostuivat paikallisista asiantuntijoista, lähiesimiehistä ja kehittämistehtävän kannalta muista keskeisistä henkilöistä. Työryhmissä suunniteltiin kehittämishankkeen käytännön toimenpiteitä. Työryhmät raportoivat projektiryhmälle.

Hankkeessa toimi lisäksi useita aihekohtaisia työryhmiä, joihin osallistui eri työntekijäryhmien edustajia useista työyhteisöistä. Hankkeen kaikissa osallistuvissa yksiköissä oli yhdyshenkilö, joka toimi linkkinä hankkeen ja oman yksikkönsä välillä.



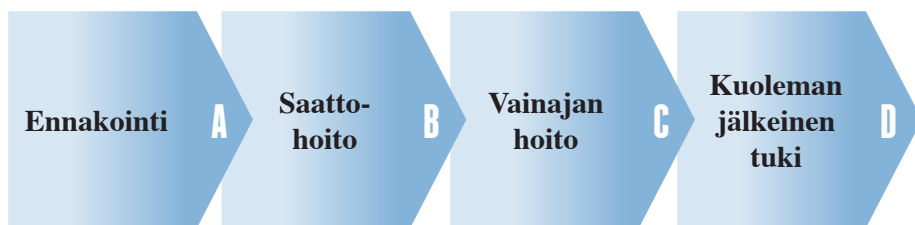
KUVIO 4. *Hankkeen organisaatio.*

Kunnallisten ja yksityisten sosiaali- ja terveystalvituilla tuottavien tahojen lisäksi työryhmissä olivat edustettuina seurakunta, Varsinais-Suomen Muistiyhdistys ry. ja vanhusneuvosto.

2 SAATTOHOIDON KEHITTÄMINEN

Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa ja ajoittuu lähelle kuoleman todennäköistä ajankohtaa. Saattohoidon kesto on viikkoja tai enintään kuukausia. (Käypä hoito -suositus 2012.) Saattohoito tarkoittaa hoitoa ja tukea sairauden viime vaiheissa, ennen kuolemaa ja sen jälkeen. Elämän loppuvaiheen hoitoon kuuluvat oireita lievittävä lääketieteellinen hoito ja hyvä perushoito. Potilaan fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin, hengellisiin ja eksistentiaalisiin tarpeisiin vastataan ja hänen omaisiaan tuetaan. (STM, Hyvä saattohoito Suomessa 2010.)

Hankkeessa tarkasteltiin saattohoitoa prosessina, jossa saattohoito on jaettu neljään eri vaiheeseen (kuvio 5).



KUVIO 5. Saattohoidon prosessi.

Saattohoidon nykytilannetta arvioitiin kaikkien hankkeessa mukana olevien yksiköiden osalta. Nykytilanteen kuvaus tehtiin Webropol-kyselynä yhdyshenkilöverkoston kautta. Webropol-kyselyjen ja yhteenvedojen suorittamisesta vastasi sosionomi Minna Rajala. Kyselyssä yksiköille esitettiin 41 väittämää ja kolme avointa kysymystä. Väittämät kattavat saattohoidon prosessin kaikki vaiheet. Vastaukset pyydettiin yksikkökohtaisesti, ei työntekijäkohtaisesti (liite 1, Arviointimittarin väittämät ja kysymykset). Hankkeessa tehtyjen interventioiden jälkeen kartoitus uusittiin samaa mittaria käyttäen. Yhteenvedot tehtiin koko aineistosta ja toiminnoittain. Toiminnoilla tarkoitetaan aineiston jakamista seuraaviin vastaajaryhmiin:

- kotihoito, kotisairaanhoido ja kotipalvelu
- palveluasuminen
- tehostettu palveluasuminen
- vanhainkoti
- terveyskeskuksen vuodeosasto
- sairaala.

Vuodesta 2013 lähtien yksi vastaajaryhmä on ollut myös kotisairaala.

Avoimien kysymysten vastaukset kerättiin myös toiminnoittain (liite 2, Saattohoidon arvioinnin avoimien kysymysten yhteenveto). Jokainen vastannut yksikkö sai omaan käyttöönsä kokonaistulokset, toimintokohtaiset tulokset ja omat tuloksensa. Yksiköt voivat hyödyntää tuloksia omassa kehittämistyössään.

Taulukossa 2 esitetään yhteenvetona arvioinnin tulokset siten, että vuoden 2013 tulokset on merkitty sinisellä. Tuloksissa on nähtävissä hankkeessa tehtyjen interventioiden vaikutukset.

Saattohoito-osiossa vuosina 2012 ja 2013 käytettiin seuraavanlaista arviointiasteikkoa:

1. Ei toteudu yksikössämme lainkaan.
2. Toteutuu yksikössämme osittain.
3. Toteutuu yksikössämme hyvin.
4. Toteutuu yksikössämme erittäin hyvin.
5. Asia ei koske yksikköämme.

Korkein mahdollinen pistemäärä arviointiasteikon mukaan on siis 4.

TAULUKKO 1. *Vastanneiden yksikköjen lukumäärät toiminnoittain.*

	2013	2012
Kotihoito, kotisairaanhoido ja kotipalvelu	7	9
Palveluasuminen	3	3
Tehostettu palveluasuminen	8	10
Vanhainkoti	2	3
Terveyskeskuksen vuodeosasto	3	3
Sairaala	2	3
Kotisairaala	1	-
Yhteensä	26	31

TAULUKKO 2. *Saattohoidon arvioinnin tulokset vuosina 2012 ja 2013.*

Saattohoidon ennakointi	Keskiarvo 2013	Keskiarvo 2012	Muutos +/-
7. Asiakkaan/potilaan ilmaisema hoitotahto kirjataan selkeästi asiakastiedostoon.	3,38	2,97	+ 0,4
11. Hoitolinjaukset tehdään yhteistyössä asiakkaan/potilaan ja/tai läheisten kanssa.	3,24	3,03	+ 0,2
14. Henkilökunta kokee, että asiakkaan/potilaan ja hänen omaisensa saattohoitoon valmentaminen on osa heidän työtään.	3,24	2,8	+ 0,4
13. Omaiset saavat henkilökunnaltamme tukea ja ohjausta saattohoitoon valmistautumisessa.	3,08	2,79	+ 0,3
9. Tieto olemassa olevasta hoitotahdosta siirtyy asiakkaan/potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen.	3	2,77	+ 0,2
10. Yksikössämme tehdään asiakkaan/potilaan hoitoa ohjaavat hoitolinjaukset.	2,92	2,83	+ 0,1
12. Hoitolinjaukset tarkistetaan asiakkaan/potilaan tilan muuttuessa.	2,88	2,61	+ 0,3
8. Henkilökunta kokee, että hoitotahdosta puhuminen ja sen ilmaisemisessa opastaminen on osa heidän työtään.	2,76	2,42	+ 0,3
15. Henkilökunta on koulutettu saattohoitoon.	2,68	2,3	+ 0,4
6. Yksikössämme on sovittu, kenen tehtävänä on hoitotahtoon liittyvä keskustelu asiakkaiden/potilaiden kanssa ja asiaan liittyvä kirjausvastuu.	2,67	1,81	+ 0,9
5. Asiakkaat/potilaat saavat systemaattista ohjausta kirjallisen tai suullisen hoitotahdon ilmaisemiseen.	2,42	1,84	+ 0,6
Yhteensä	2,93	2,56	+ 0,4

Saattohoitovaihe	Keskiarvo 2013	Keskiarvo 2012	Muutos +/-
23. Saattohoidossa olevan asiakkaan/potilaan yksilöllisiin tarpeisiin vastataan, jos se suinkin on mahdollista.	3,54	3,6	- 0,1
29. Omaisen on mahdollista yöpyä tai viettää pidempiä aikoja saattohoidossa olevan luona.	3,5	3,43	+ 0,1
17. Saattohoitopäätös kirjataan.	3,46	3,3	+ 0,2
33. Saattohoitotyö koetaan yksikössämme erityisen herkäksi hoidon alueeksi.	3,4	3,38	---
30. Omaiset saavat saattohoitovaiheessa tarvitsemansa tuen, ohjauksen ja lohdutuksen.	3,38	3,07	+ 0,3
26. Hoitotyössä toteutuu tehostettu hyvä perushoito saattohoidossa.	3,38	3,59	- 0,2
24. Saattohoitopotilaan kipuja hoidetaan niin, että potilas on kivuton.	3,21	3,3	- 0,1
16. Yksikössämme tehdään saattohoitopäätökset, kun tiedetään, että se on potilaan tahdon mukaista, ja kun potilaan tilanne on arvioitu sellaiseksi, että päätös voidaan tehdä.	3,13	2,96	+ 0,2
35. Saattohoidossa yksikössämme toteutuu asiakkaan (potilaan ja omaisen) rinnalla kulkeminen.	3,16	2,9	+ 0,3
22. Yksikössämme hoitoympäristö on saattohoitoon sopiva.	3,04	2,8	+ 0,2
19. DNR-päätökset tehdään yhteistyössä potilaan ja/tai omaisten kanssa.	3	2,83	+ 0,2
31. Yksikössämme on kirjalliset saattohoito-ohjeet.	2,96	1,7	+ 1,3
34. Henkilökunnallamme on valmiudet kohdata kuolevan potilaan koko tunneskaala.	2,88	2,87	---
28. Hoidossa vastataan asiakkaan/potilaan hengellisiin tarpeisiin.	2,88	2,87	---
27. Henkilökunta kokee, että he voivat toteuttaa hyvää, asiakkaan/potilaan perusoikeuksia kunnioittavaa hoitotyötä.	2,75	3,13	- 0,4
25. Yksikössämme on käytäntönä tehdä ennakoiva hoitosuunnitelma esimerkiksi kivunlievitystä koskien.	2,7	2,03	+ 0,7
18. Yksikössämme tehdään DNR-päätös (do not resuscitate, ei elvytetä) jokaisesta saattohoidossa olevasta potilaasta.	2,63	2	+ 0,6
32. Saattohoito-ohjeiden ajantasaisuus tarkistetaan määräajoin.	2,63	1,45	+ 1,2
21. Tiedonkulun varmistamiseksi saattohoidossa olevalla potilaalla on yhdessä sovittu ja nimetty yhdyshenkilö.	2,22	1,78	+ 0,4
20. Yksikössämme tehdään AND-päätöksiä (allow natural death, sallitaan luonnollinen kuolema).	2	1,43	+ 0,6
Yhteensä	2,99	2,72	+ 0,3

Vainajan hoito	Keskiarvo 2013	Keskiarvo 2012	Muutos +/-
40. Yksikössämme on kirjalliset ohjeet vainajan hoidosta.	3,56	2,93	+ 0,6
39. Omaisilla on mahdollisuus osallistua vainajan hoitoon.	3,39	3,59	- 0,2
38. Yksikössämme on mahdollista järjestää vainajan muistohetki.	3,17	3,54	- 0,4
36. Yksikössämme on vakiintunut tapa, miten kuolemasta tiedotetaan kaikille yksikön työntekijöille.	3	2,9	+ 0,1
42. Henkilökunnan työtapaan kuuluu se, että omaisten tukemiseen varataan tarvittava aika ja paikka.	2,61	2,39	+ 0,2
37. Yksikössämme on vakiintunut tapa, miten kuolemasta tiedotetaan muille asiakkaille/potilaille.	2,47	2,71	- 0,4
41. Omaiset saavat selkeät kirjalliset ohjeet käytännön asioihin liittyen.	2,3	1,69	+ 0,6
Yhteensä	2,9	2,82	+ 0,1

Kuoleman jälkeinen vaihe	Keskiarvo 2013	Keskiarvo 2012	Muutos +/-
45. Tarjoamme omaisille mahdollisuuden ottaa myöhemmin yhteyttä, jos heissä herää kysymyksiä.	3,12	3,35	- 0,2
44. Henkilökunta kokee, että tunnekuorman purkamisesta on merkittävää hyötyä työssä jaksamista ajatellen	2,64	3,07	- 0,4
46. Saattohoitoja arvioidaan niin, että niistä voidaan oppia, sekä kehittää työtä ja käytäntöjä jatkossa.	2,6	2,45	+ 0,2
43. Saattohoidon jälkeen henkilökunnalle mahdollisesti syntynyt tunnekuorma puretaan.	2,52	2,3	+ 0,2
Yhteensä	2,75	2,79	- 0,04

Hankkeessa varsinaiset interventiot kohdistuivat hoitotahto-asiaan ja saattohoito-ohjeiden tekoon tai päivittämiseen, mutta arvioinneista voidaan huomata, että saattohoidon ympärillä käyty keskustelu on yksiköissä edistänyt koko saattohoidon kokonaisuutta ja myös lisännyt kriittisyyttä omaa toimintaa kohtaan. Sisäinen reflektiivisyys ja kriittisyys näkyy esimerkiksi siinä, että jotkut arvioitavat asiat saivat vuonna 2013 matalamman tuloksen kuin vuoden 2012 kyselyssä.

2.1 SAATTOHOIDON ENNAKOIVAN VAIHEEN KEHITTÄMINEN

2.1.1 Hoitotahto – ihmisen oikeus

Elämän loppuvaiheen hoitoa suunniteltaessa on tärkeää, että hoito toteutuu ihmisen omien toiveiden mukaisesti, hänen arvomaailmaansa ja itsemääräämisoikeuttaan kunnioittaen. Hankkeessa haastateltiin Elli Kuusistoa, Loimaan vanhusneuvoston edustajaa, joka totesi:

...oma tahto pitäisi näkyä...mitä minä haluan ...ja niin selkeästi ilmaistuna, että sen toisetkin ymmärtävät. Tavoitteena on, että saisi lähteä arvokkaasti

Haastattelu löytyy kokonaisuudessaan liitteenä olevasta Hoitotahto – ihmisen oikeus -dvd:stä.

Kirjallisesti ilmaistuja hoitotahtoja oli ympärivuorokautisissa asumispalveluissa olevilla ikäihmisillä erittäin vähän ja hyvin monen kohdalla hoitotahdon tekeminen ei ollut enää mahdollista pitkälle edenneen muistisairauden tai huonokuntoisuuden vuoksi. Epäselvää oli, kenen tehtäviin hoitotahdosta informointi ja mahdollinen hoitotahdon kirjaamisen opastus kuuluu palvelujärjestelmässä.

Hoitotahdon miettiminen ja mahdollinen kirjaaminen on useimmilla ihmisillä prosessi, joka vaatii pitkää kypsyttelyä ja keskusteluja. Tasavertaisuuden ja itsemääräämisoikeuden toteutumisen näkökulmasta on tärkeää, että asiasta voi kuulla ja saada ohjausta useampaan kertaan.

Hankealueella päätettiin opastaa asiakkaita hoitotahdon ilmaisemisessa seuraavissa toiminnoissa: kotihoito, kotipalvelu ja kotisairaanhoido, ennalta ehkäisevät kotikäynnit, ikäihmisten terveystarkastukset, muistineuvola ja diabe-

teshoitajan vastaanotto. Hoitotahto otetaan puheeksi myös ympärivuorokautisessa hoidossa niiden asukkaiden/potilaiden kanssa, joiden katsotaan olevan kykeneviä ottamaan kantaa asiaan.

Hoitotahto otettiin puheeksi seuraavien periaatteiden mukaisesti:

- Asiakkaan kanssa keskustellaan hoitotahdon merkityksestä ja niistä asioista, mitkä asiakas nostaa esiin.
- Asiakkaalle annetaan hoitotahtolomake ja käydään se hänen kanssaan kohta kohdalta läpi, mikäli asiakas on siihen halukas.
- Asiakas voi valita, täyttääkö hän lomakkeen ohjaavan henkilön kanssa vai ottaako hän lomakkeen mukaansa myöhempää täyttämistä varten tai onko asia sellainen, että hän ei tällä hetkellä halua keskustella asiasta eikä halua lomaketta.
- Asiakasta neuvotaan toimittamaan täytetty hoitotahtolomake omaan terveyskeskukseen ja halutessaan myös Loimaan aluesairaalaan.
- Kirjallinen hoitotahto on asiakkaan oikeus, ei velvollisuus.

Hankkeessa laadittiin alueellisesti käyttöön otettu hoitotahtolomake (liite 3). Loimaan aluesairaala ja alueen terveyskeskukset laativat kirjalliset ohjeet siitä, miten lomake toimitetaan palvelujärjestelmän tietoon ja miten se tallennetaan potilastietojärjestelmiin.

Hoitotahdosta keskustelu edellyttää erityistä herkkyyttä ja tilannetajua, korrektiutta ja empatiaa. Asiakkaan tuntemus on eduksi ja prosessissa tulisi aina edetä asiakkaan ehdoilla. Herkkien asioiden esille ottaminen edellyttää rohkeutta ja taitoa. Hankkeen aikana henkilöstöä valmennettiin Hoitotahto – ihmisen oikeus -teemalla. Valmennuksiin osallistui yhteensä 135 hoitajaa ja 11 lääkäriä.

Varsinaisesti hoitotahtojen yleistymistä voidaan arvioida vasta muutaman vuoden kuluttua. Ne henkilöt, jotka nyt saavat sosiaali- ja terveystyön toimijoilta informaatiota ja halutessaan ohjausta kirjallisen hoitotahdon tekoon, tulevat todennäköisimmin vasta vuosien kuluttua tilanteeseen, jossa hoitotahto tulee voimaan. Jo säännöllisten palveluiden piirissä olevat henkilöt saavat vuoden 2013 arvioinnin mukaan aikaisempaa paremmin ja systemaattisemmin infor-

maatiota hoitotahdosta, hoitotahto kirjataan potilastietoihin ja tieto mahdollisesta hoitotahdosta siirtyy yksiköiden välillä aikaisempaa paremmin. Toimintakäytännöissä tapahtuneita muutoksia ei tehdyillä arvioinneilla saada läheskään kattavasti näkyviksi. Hankkeen alussa tehtyä lähtötilanteen arviointia ei suunnattu lainkaan ikäihmisten neuvolaan, ennaltaehkäiseviin kotikäynteihin eikä sairauskohtaisiin erityisneuvoloihin. Hankkeen merkittävimmät interventiot kohdistuivat kuitenkin näihin sosiaali- ja terveystyön avopalveluihin, joissa kohdataan suuri joukko tietyn ikäryhmän kuntalaisia. Asiakastapaamiisiin liitettiin hoitotahdon puheeksi ottaminen. Tämä osoittaa hyvin hankkeen ekspansiivisuutta – kehittämisprosessi laajenee elämällä sitä eteenpäin.

2.1.2 Edunvalvontavaltuutus – varautumista tulevaisuuteen

Hankkeen saattohoidon työryhmissä nousi esiin kysymys edunvalvonnasta. Hankkeen sisältöjä suunniteltaessa asiaa ei oltu huomioitu, mutta koska työntekijät ottivat asian esiin tärkeänä ennakoivan vaiheen aihealueena, *edunvalvonta-asiat lisättiin interventioita edellyttäväksi asiakokonaisuudeksi.*

Itsemääräämisoikeuden vahvistamisen välineenä toimii hoitotahdon lisäksi edunvalvontavaltuutus. Edunvalvontavaltuutuksella henkilö voi itse etukäteen järjestää asioidensa hoidon sen varalta, että hän myöhemmin tulee kykenemättömäksi hoitamaan asioitaan heikentyneen terveydentilansa vuoksi.

Edunvalvontavaltuutuksia on laadittu erittäin vähän. Edunvalvontavaltuutus käsitteenä on kansalaisille vieras, mikä haittaa asian yleistymistä. Edunvalvontavaltuutusten vähäinen määrä liittyy myös siihen, että kyseessä on määrämuotoinen asiakirja, jonka laatimisessa on suositeltavaa käyttää asiantuntijaa.

Edunvalvontavaltuutus sanana sekoittuu usein edunvalvontaan, vaikka kyse edunvalvontavaltuutuksessa on rinnakkaisesta vaihtoehdosta edunvalvojan määräämiselle. Edunvalvontavaltuutuksen laatimisen keskeinen vaikutus on, että toimintakyvyttömälle henkilölle ei tarvitse määrätä edunvalvojaa. Tämä tarkoittaa, että edunvalvontavaltuutuksen laatiminen helpottaa läheisen työtaakkaa. Edunvalvontavaltuutuksesta lisätietoa löytyy liiteosion blogikirjoituksessa 1.

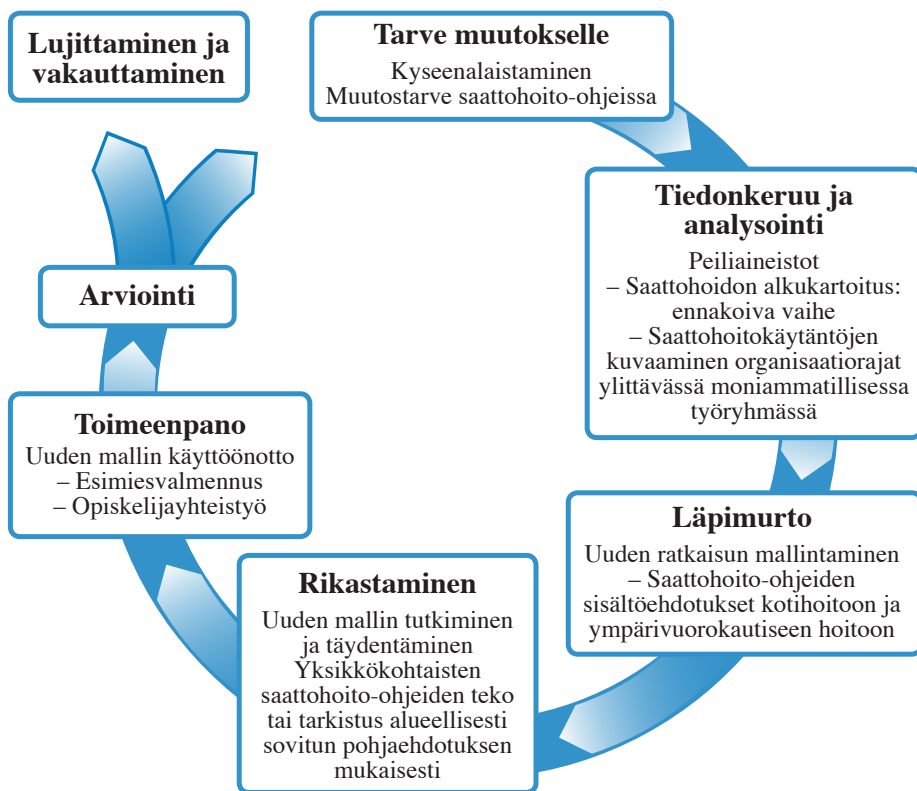
Edunvalvontavaltuutusten tunnettavuuden lisäämiseksi ja määrän nostamiseksi hankkeessa on valmennettu hoitohenkilökuntaa edunvalvontavaltuutuksesta ja itsemääräämisoikeudesta, jotta edunvalvontavaltuutus voidaan nostaa

esille palvelujatkumon eri kohdissa. Edunvalvontavaltuutusten laatiminen on hoitotahtdon tapaan prosessi, joka vaatii keskustelujä, kypsyttelyä ja helposti saatavaa informaatiota.

Hoitotahto ja edunvalvontavaltuus ovat asioita, joiden avulla ihmiset voivat valmentautua tulevaan. Näiden miettiminen tulee aloittaa ajoissa, ja tehdyt päätökset tulee mielellään esittää kirjallisessa muodossa. Kuntalaisille tulisi tarjota useita eri mahdollisuuksia varautua tulevaan ja varmistaa itsemääräämisoikeuttaan. Hankkeessa käynnistettiin edunvalvontaan ja hoitotahtoasiaan liittyvät informaatioillat yhdessä paikallisen vapaata kansansivistystyötä edustavan Loimaan evankelisen opiston kanssa. Vapaan kansansivistystyön tilaisuudet on tarkoitettu kaikenikäisille.

2.1.3 Yksikkökohtaiset saattohoito-ohjeet

Useimmissa yksiköissä saattohoitovaiheessa olevia asiakkaita/potilaita ei ole hoidossa kaiken aikaa, vaan satunnaisesti muutamia vuodessa. Joistakin yksiköistä kirjalliset saattohoito-ohjeet puuttuivat ja useimmissa ohjeet kaipasivat päivittämistä (ks. taulukko 2). Alueellisessa työryhmässä tehtiin saattohoito-ohjeiden sisältösuositus sekä ympärivuorokautiseen hoitoon että kotihoitoon (liitteet 4 ja 5). Suositus noudattelee saattohoidon prosessia. Sisältösuositusten perusteella yksiköt laativat tai päivittivät omaan käyttöönsä soveltuvat ohjeet. Yksikkökohtaisten saattohoito-ohjeiden tekoa tai päivitystä tuettiin sosionomiopiskelijoiden työpanoksella; kymmenen opiskelijaa suoritti projektiopinnojen harjoittelunsa yksiköissä, joissa he toimivat lähiesimiesten apuna ohjeiden kirjoittamisessa ja niistä tiedottamisessa. Yksikkökohtaisten saattohoito-ohjeiden tekoon liittyvät vaiheet kuvataan tiivistäen kuviossa 6. Kehittämisprosessi etenee ekspansiivisen oppimissyklin mukaisesti.



KUVIO 6. Saattohoito-ohjeiden kehittämisen sykli.

Saattohoito-ohjeiden osalta kehitys on ollut myönteistä, mutta edellyttää vielä arviointia ja mahdollisesti tukea. Tavoiteltavaa on, että jokaisessa yksikössä on kirjalliset saattohoito-ohjeet. Yksikkökohtaisten saattohoito-ohjeiden olemassaolo, käyttö ja ohjeiden mukainen toiminta arvioidaan vuoden 2014 aikana. Arviointituloksen mukaisesti lujitetaan alkaneita käytäntöjä ja turvataan jatkuvuus tai tehdään vielä käytäntöjä korjaavia toimenpiteitä. Saattohoidon osaamista voidaan vahvistaa esimerkiksi lähiesimiesverkoston organisoimalla yhteisellä alueellisella koulutuksella.

3 PALVELURAKENTEIDEN KEHITTÄMINEN

Hankkeen koontikuvion (kuvio 3) mukaisesti hankkeen tavoitteena oli palvelurakenteiden kehittäminen – sekä palvelun että rakenteiden. Mikäli yksiköiden toimintakulttuurissa tavoitteena on hyvä palvelu, tulee sen näkyä *sekä* asiakkaiden/potilaiden palvelutapahtumissa *että* yhteistyössä sidosryhmien ja yhteistyökumppaneiden kanssa.

Hankkeessa palvelurakenteita kehitettiin tarkastelemalla palveluprosesseja seuraavasti:

- **3.1.** Palkittujen palveluyritysten prosesseja benchmarkattiin.
- **3.2.** Asiakkaiden prosesseja kuvattiin vuokaavioina.
- **3.2.** Asiakkaiden prosesseja (n = 105) tarkasteltiin kotihoidosta ja ympärivuorokautisista asumispalveluista jatkohoitoon lähettämisen näkökulmasta.
- **3.3.** Asiakkaan prosesseja tarkasteltiin yksikköjen välisen yhteistyön näkökulmasta. Palvelukokonaisuuksien toteutumista arvioitiin videokirjeenvaihdon avulla.
- **3.4.** Asiakkaiden prosesseja tarkasteltiin ja kehitettiin tiedon siirtymisen näkökulmasta asiakkaan siirtyessä palveluntuottajalta toiselle.
- **3.5.** Asiakkaiden prosesseja tarkasteltiin kustannusten näkökulmasta.
- **3.6.** Asiakkaiden palveluprosesseja tarkasteltiin ja kehitettiin johtamisen näkökulmasta. Yksikköjen välinen vuorovaikutus lisääntyi lähiesimiesvalmennuksessa.

3.1 PALKITTUJEN PALVELUYRITYSTEN BENCHMARKKAAMINEN

Hyvän palvelun tunnusmerkkejä selvitettiin hankkeessa benchmarking-menetelmällä. Suomen kielessä ei ole yleistä ja käyttökelpoista käännöstä käsitteelle *benchmarking* – siksi käytämme tätä lainasanaa. Käännöksinä on käytetty mm. termejä *vertaantuminen*, *vertaileva arviointi*, *parhaiden käytäntöjen etsiminen* ja *esikuva-arviointi*. Nämä eivät kuitenkaan luo mielikuvaa, joka samanaikaisesti kertoo vertailusta ja parhaiden käytänteiden etsimisestä, josta benchmarkingissa on viime kädessä kysymys.

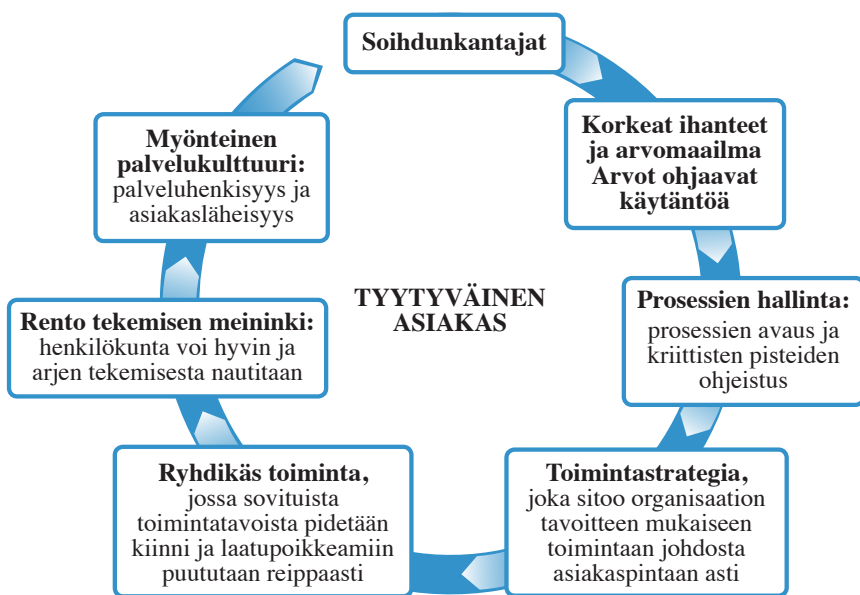
Benchmarking on alun perin kehitetty Japanissa laadun kehitystekniikaksi. Benchmarking on Tuomisen (2011) mukaan jatkuva ja järjestelmällinen prosessi parhaiden menetelmien ja toimintatapojen tunnistamiseksi, ymmärtämiseksi ja soveltamiseksi. Tavoitteena on oman organisaation suorituskyvyn kehittäminen. Se on menetelmä, jolla määritellään toisten organisaatioiden parhaat menettelytavat, jotka voisivat johtaa menestykseen omassa organisaatiossa. Se on toisilta oppimista alueilla, joilla he ovat parempia. Benchmarking-kohteen ei tarvitse olla kilpailija eikä saman alan toimija. Kriteerinä on, että kyseinen prosessi on yrityksen menestystekijänä hyvin hoidettu ja siten esimerkiksi kelpaava. (Tuominen 2011.)

Benchmarking-arviointiprosessin vaiheet esitetään kirjallisuudessa 4–8-vaiheisinä. Prosessi voidaan kiteyttää viiteen eri vaiheeseen:

1. Määritellään oma kehittämistä kaipaava asia tai prosessi.
2. Etsitään vertailukumppani, jossa kyseinen prosessi onnistuu paremmin.
3. Valmentaudutaan vertailuun tekemällä vertailukumppanille täsmennetty pyyntö niistä asioista, joihin haetaan vastauksia tai joihin halutaan tutustua.
4. Toteutetaan vertailu. Se on usein vierailu, jossa vertailukumppani on valmistanut esityksen toivotusta aiheesta ja asioita voidaan tarkentaa keskustelemalla.
5. Opittuja asioita ja hyviä käytäntöjä tarkastellaan kriittisesti ja luovasti, ja ne siirretään soveltuvin osin omaan kontekstiin.

Benchmarking-toiminnan ominaisuutena voidaan pitää myös omaehtoisuutta. Tällä tarkoitetaan sitä, että mikään kontrolloiva taho ei velvoita benchmarkkaamaan, vaan toimija on kiinnostunut muiden onnistumisista ja halukas kehittämään omaa toimintaansa. (Karjalainen ym. 2001.) Menetelmä sopii erinomaisesti innovatiivisille ja jatkuvasta oppimisesta inspiroituville toimijoille. Benchmarking-tulokset toimivat hyvinä peiliaineistona hankkeessa.

Hankkeessa palkittujen palveluyritysten benchmarking-käynnit tehtiin sellaisiin yrityksiin, jotka ovat saaneet julkista tunnustusta hyvästä palvelusta. Yrityskäynnit sovittiin haastateltavien henkilöiden kanssa ja heille lähetettiin toivotun aihealueen keskustelurunko etukäteen sähköpostilla. Kuviossa 7 on esitetty yhteenveto tuloksista.



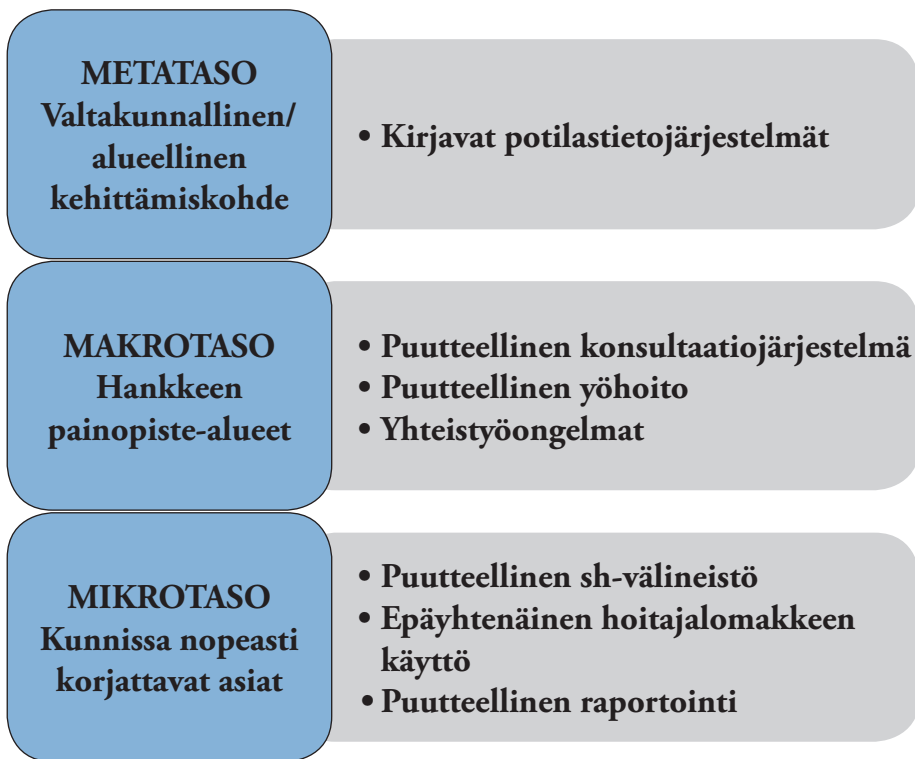
KUVIO 7. Hyvän palvelun kehä.

Soihdunkantajat, korkeat ihanteet ja arvomaailma sekä niiden ohjaama käytäntö, prosessien hallinta, organisaation läpi kulkeva toimintastrategia, ryhdikäs toiminta, rento tekemisen meininki ja myönteinen palvelukulttuuri ovat yhdistäviä tekijöitä palkituissa palvelukulttuureissa. Benchmarkkauksen tuloksia esiteltiin hyvän palvelukulttuurin henkilöstövalmennuksissa, joihin osallistui 79 hoitotyöntekijää. Hyvän palvelukulttuurin ominaisuuksista löytyy lisätietoa liiteosion blogikirjoituksessa 2.

3.2 ASIAKKAIDEN PROSESSIEN KUVAAMINEN JA ARVIOINTI

Palveluprosessilla tarkoitetaan suunniteltua samaan asiakkaaseen kohdistuvaa toimintojen sarjaa asiakkaan ongelman tai ongelmakokonaisuuden hoitamiseksi. Palveluprosessi on horisontaalinen, asiakkaan tarpeita täyttävä ja organisaatorajat ylittävä toimintojen ketju. (Tanttu 2000; Virjonen & Kankare 2013.) Useista asiakkaan elämään samanaikaisesti liittyvistä palveluprosesseista muodostuu asiakkaan palvelukokonaisuus. Prosessien hallinta edellyttää niiden mallintamista: määrittämistä ja kuvaamista. Mallintamisen avulla prosessit tehdään näkyviksi, jotta niitä voidaan tarkastella kriittisesti ja järkeistää.

Hankkeessa kiinnostuksen kohteena olivat asiakkaiden palveluprosessit alueellisen palvelukokonaisuuden sisällä. Asiakkaiden palveluprosesseja kuvattiin vuokaaviona kotihoidossa sekä palvelu- ja vanhainkodeissa (n = 6). Kuvaukset tehtiin tilanteista, joissa asiakkaan tilassa tapahtuneet muutokset edellyttivät välitöntä hoidon tarpeen uudelleen arviointia ja päätöksentekoa. Prosesseja avattaessa arvioitiin tilanteiden hallintaan vaikuttavia tekijöitä, eri toimintavaihtoehtoja ja nykyistä toimintamenettelyä. Prosessien sujuvuutta haastavat tekijät ovat kolmitasoisia (kuvio 8):



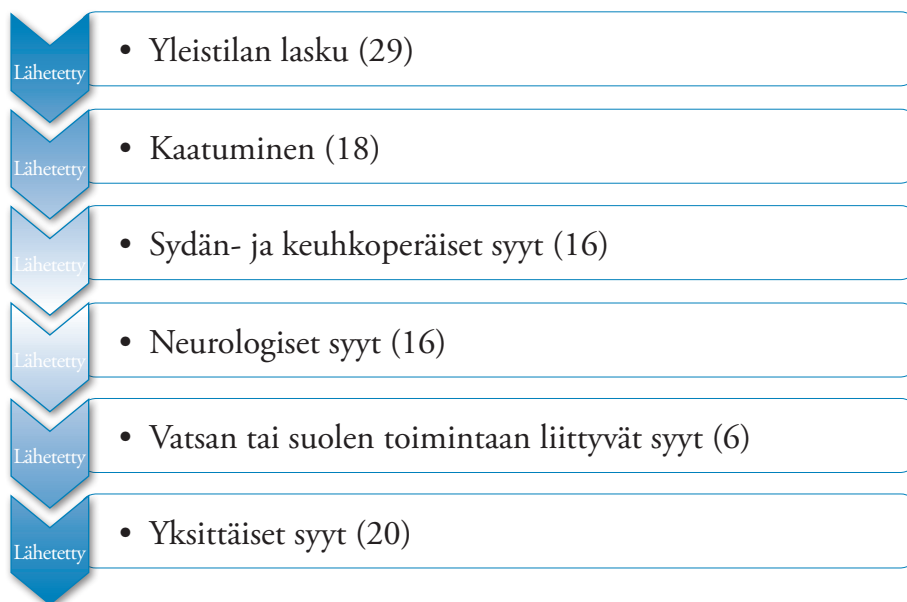
KUVIO 8. Asiakasprosesseja haastavia tekijöitä.

Mikrotason ongelmina nähtiin puutteellinen sairaanhoitovälineistö, epäyhtenäinen hoitajalomakkeen käyttö ja niukka suullinen raportointi sekä työntekijöiden arviointikyvyn aliarvostaminen. Makrotason ongelmia kuvasivat puolestaan vaikeudet saada yhteyttä lääkäreihin tai muihin konsultaatiosoihin ja yksin toimiminen. Metatason suurin ongelma oli se, että eri potilastietojärjestelmät eivät keskustelee keskenään.

Prosessien kuvauksen perusteella hankkeen kehittämiskohteiksi nousivat *konsultaatiojärjestelmän selkiyttäminen, hoitajalähetteen käytön yhtenäistäminen ja yhteistyön parantaminen.*

Prosessien vuokaaviokuvausten lisäksi tehtiin selvitys, jonka tavoitteena oli lisätä sekä määrällistä että laadullista tietoa niistä tilanteista, joissa asiakas lähetetään kotihoidosta tai asumispalveluista jatkohoitoon. Lähettämistilanteiden kuvauksia kerättiin kahden kuukauden ajalta ja niitä kertyi yhteensä 105

kappaletta. Lähettämistilanteet analysoitiin kahden eri henkilöiden toimesta ja tulokset olivat lähes yhdenmukaiset (face-validiteetti). Selvityksen perusteella voidaan sanoa, että jatkohoitoon siirtämisen taustalla on aina monisyinen tilanne. Kuviossa 9 on erittely jatkohoitoon siirtämisen syitä ja asiakasmääriä seuranta-aikana.



KUVIO 9. Kotihoidosta ja asumispalveluista jatkohoitoon lähettämisen syyt ($n = 105$).

Selvityksen perusteella todettiin, että jatkohoitoon lähetettävien asiakkaiden määrä on vuositasolla melko suuri ja toimintatavan kustannusvaikutuksia on aiheellista tarkastella. Hankkeen tehtäväksi tuli selvittää vaihtoehtoisia toimintamalleja sekä asiakasprosessien kustannuksia.

3.3 YKSIKÖJEN VÄLISEN YHTEISTYÖN ARVIOINTI

Palvelukokonaisuuden eri toimijoiden välistä yhteistyötä haluttiin kuvata vielä tehtyjen ”paperiselvitysten” lisäksi siten, että samoja asiakkaita eri tilanteissa hoitavat yksiköt olisivat aidossa vuorovaikutuskontaktissa keskenään. Eri yk-

sikköjen työntekijöitä on kireiden aikataulujen vuoksi hankalaa saada saman pöydän ympärille keskustelemaan, joten päädyttiin resursseja säästävään videokirjeenvaihtoon. Videokirjeenvaihto mahdollisti myös käytyjen vuoropuhelujen tarkastelemisen jälkikäteen. Kertynyt videomateriaali osoittautuikin monikäyttöiseksi oppimista mahdollistavaksi aineistoksi. Videokirjeenvaihdon avulla yksiköt arvioivat toteutuvaa yhteistyötä organisaatioiden välisillä rajapinnoilla. Yksiköt avasivat omaa toimintaansa valitun aiheen suhteen ja osoittivat aitoa halukkuutta reflektoida ja saada yhteistyötahojen näkemyksiä omasta toiminnastaan sekä keskustella, arvioida ja kehittää toimintaansa saadun palautteen perusteella. Palautteen vastaanottokyky osoittaa yksikköjen kehitysmuutoksia ja kypsyttää. Videokirjeenvaihto lisäsi kaiken kaikkiaan yksiköiden välistä läpinäkyvyyttä.

Videokirjeenvaihdosta kehittämismenetelmänä löytyy lisätietoa liiteosion blogikirjoituksesta 3.

Videokirjeenvaihdosta kerättiin osallistuneilta työntekijöiltä (n = 21) palautetta videokirjeenvaihdon vaikutuksista toimintaan ja myös kokemuksia itse menetelmästä. Palautteen mukaan videokirjeenvaihdon jälkeen yksiköissä tiedostettiin paremmin palvelukokonaisuudet ja yksikön oma rooli osana kokonaisuutta. Kirjeenvaihto auttoi ymmärtämään toisen yksikön toimintaa. Omassa toiminnassa tehtiin muutoksia, jotka sujuvoittavat kokonaisuutta ja parantavat palvelua. Videokirjeenvaihtoa myös suositeltiin yksikköjen välisen kehittämistyön menetelmäksi. (Videokirjeenvaihto organisaatorajat ylittävän kehittämistyön välineenä -DVD on raportin liitteenä.)

Hoidon jatkuvuus on palvelun laadun kannalta keskeistä. Jatkuvuutta heikentäviä asioita löytyi videokirjeenvaihdon perusteella useita: epikriisi päivystyksestä tai vuodeosastolta saattaa tulla kotiin tai palveluasumiseen vasta seuraavina päivinä, aloitettu antibioottikuuri katkeaa kun lääkkeiden saanti apteekista viivästyy, aloitettujen lääkkeiden reseptit puuttuvat tai asiakkaalla on useampi toisistaan poikkeava lääkelista.

Hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi nähtiin yhtenä ratkaisuna kirjaamisen ja lähetekäytäntöjen kehittäminen. Pitkissä hoitosuhteissa hyvä käytäntö olisi tiiviiden väliarviointien teko asiakkaista ja selkeä sopimus siitä, mitä väliarviointi sisältää ja mistä väliarviointit löytyvät. Väliarviointit palvelisivat hoidon jatkuvuutta ja helpottaisivat asiakkaan tilan arviointia. Esimerkkinä tilanne, jossa kotihoidon asiakas on yleistilan laskun vuoksi terveyskeskuksen vuodeosastolla ja kotiutusta suunniteltaessa tulisi olla käsitys asiakkaan aikaisemmasta toimintakyvystä.

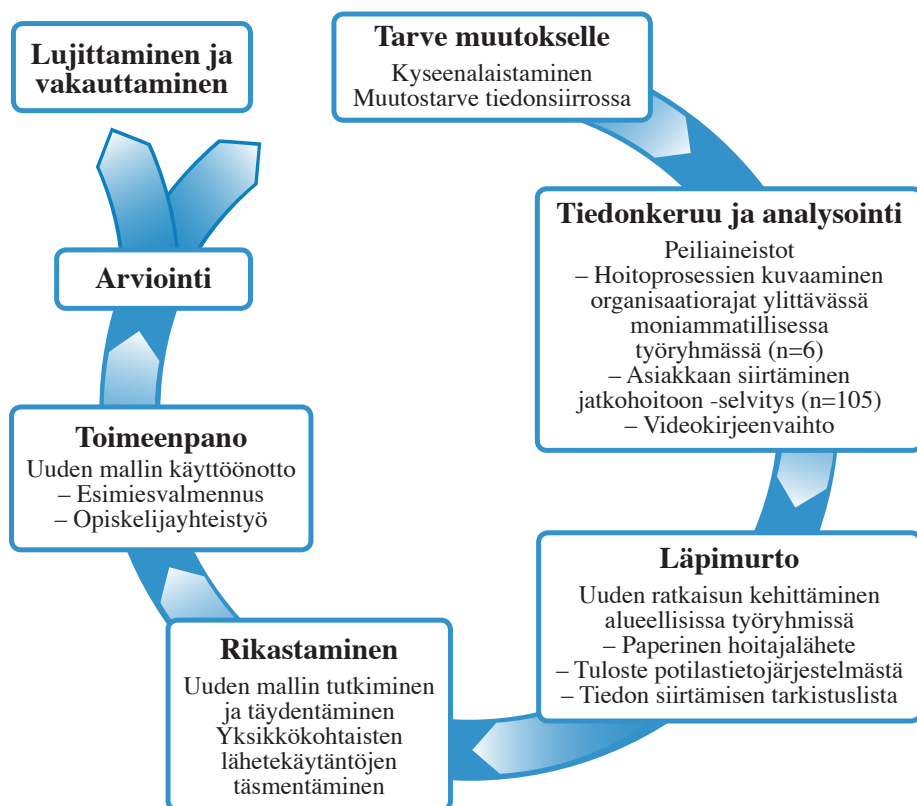
Videokirjeenvaihdon yksi merkittävä tulos oli konsultaatiopalveluiden selkeytyminen. Loimaan aluesairaalan yhteispäivystyksen sairaanhoitaja- ja lääkärikonsultointi on alueen hoitoyksiköiden käytössä. Konsultaatioyhteistyön tiivistyminen edellyttäisi parempaa tiedottamista asiasta. Päivystyksen henkilökunta toivoi yksiköiden käyttävän konsultaatiota rohkeammin esimerkiksi tilanteissa, joissa asiakkaan siirtämistä jatkohoitoon harkittiin. Alueellisesti lääkärikonsultaation saatavuutta kotihoidon asiakkaiden kohdalla voisi kehittää ”kuuman linjan” numerolla, johon lääkärin tulisi mahdollisuuksiensa mukaan vastata heti. Tämä helpottaisi kotisairaanhoidon kotikäynneillä tehtävää päätöksentekoa.

3.4 TIEDON SIIRTÄMISEN HAASTEET

Videokirjeenvaihdossa yhdeksi merkittävimmäksi asiakkaan palvelujatkumon haasteeksi nousi tiedonsiirto. Hoitajälähete koettiin äärimmäisen tärkeäksi, kun asiakas siirtyy palveluiden välillä esimerkiksi kotoa tai palveluasumisesta päivystykseen tai vuodeosastolle tai kotoa intervallijaksolle. Prosessien vuokaaviotarkastelun yhteydessä esille tullut metatason ongelma potilastietojärjestelmien yhteensopimattomuudesta estää tai vaikeuttaa tiedonsiirtoa alueen eri yksiköiden välillä. Paperilähete on siis edelleen tarpeellinen. Hoitajälähete on yksi keskeinen hoidon jatkuvuutta turvaava asia ja vastaanottavat yksiköt lukevat lähetettyä huolella. Kokonaisuuden kannalta on pääsääntöisesti parempi täyttää lähete huolellisesti, vaikka se viivästyttäisi akuuttiakin siirtoa jonkin verran, koska vastaanottava taho joutuu joka tapauksessa selvittämään läheteessä kysytyt tiedot. Poikkeuksena on suoranaisesti henkeä uhkaavat tilanteet, jotka ovat vain pieni osa asiakassiirtoihin päätyneistä tilanteista. Videokirjeenvaihdossa esille tullut motto ”kiirettä ei kannata siirtää” on varsin paikkaansa pitävä.

Alueellisessa työryhmässä tehtiin päätös siitä, että kukin yksikkö muotoilee hoitajälahetteen omien hoidollisten ja kirjaamiskäytäntöjensä mukaisesti kuitenkin niin, että lähete sisältää tietyn yhdessä sovitun perustiedon. Liitteessä 6 on kuvattu hoitajälahetteen esimerkkipohja, sisältöehdotukset ja tiedon siirron tarkistuslista. Osa yksiköistä tulostaa tarvittavat tiedot potilastietojärjestelmänsä, osa käyttää edelleen paperista hoitajälahetettä. Olennaista ei ole lomakkeen muoto vaan tiedonsiirron turvaaminen. Tärkeää on, että hoitajälähete täytetään huolellisesti käsin tai tulosteena ja huolehditaan siitä, että se kulkee asiakkaan/potilaan mukana koko hoitojatkumon ajan. Tavoitteena on se, että asiakas/potilas ei siirry yksiköstä toiseen ilman lähetettä.

Hoitajälähetteen tekoa tuettiin sosionomiopiskelijoiden työpanoksella: kymmenen opiskelijaa suoritti projektiopintojen harjoittelunsa yksiköissä, joissa he toimivat lähiesimiesten apuna hoitajälähetteen jalkauttamisessa. Kuviossa 10 on esitetty hoitajälähetteen kehittämisen sykli.



KUVIO 10. *Hoitajälähetteen kehittämisen sykli.*

Lähetekäytännön toteutumista arvioidaan vuoden 2014 aikana. Arviointi organisoidaan alueellisen lähiesimiesverkoston kautta siten, että yksikköjen esimiehet toteuttavat omissa yksikössään yksikköön tulevien asiakkaiden/potilaiden tulotilanteeseen liittyvän määräaikaisen seurannan:

TAULUKKO 3. *Lähetekäytännön seuranta.*

Mistä asiakas/ potilas tuli eli lähettävän yksikön nimi (kotihoito, vanhainkoti, palvelutalo jne.)	Asiakkaan mukana ei ollut hoitajan lähetettä (rasti ruutuun).	Asiakkaan mukana oli hoitajan lähete (rasti ruutuun).	Lähetteen sisällön arviointi (asiallinen / mitä tietoja olisin vielä toivonut).

Seurannoista tehtävää koostetta tullaan käsittelemään alueellisessa lähiesimiesverkostossa ja joko lujitetaan käytäntöä tai käynnistetään edelleen kehittämisen.

3.5 KUSTANNUSTEN TARKASTELU KOLMEN ERI HOITOVAIHTOEHDON KAUTTA

Hankkeessa asiakkaiden palveluprosesseja kuvattiin vuokaavioina kotihoidossa sekä palvelu- ja vanhainkodeissa (n = 6). Näistä valittiin yksi perusprosessi, josta laadittiin kolme mahdollista toteuttamisvaihtoehtoa. Näiden kolmen toteutusvaihtoehdon kustannukset laskettiin. Ensimmäisessä hoitovaihtoehdossa kotona äkillisesti sairastunut ikääntynyt asiakas hoidettiin päivystyksessä, jonka jälkeen jatkohoito toteutettiin vuodeosastolla. Toisessa hoitovaihtoehdossa asiakas hoidettiin ensin päivystyksessä, jonka jälkeen jatkohoito toteutui kotona. Kolmannessa hoitovaihtoehdossa asiakas hoidettiin lääkärin konsultoinnin perusteella kotona ja hoitoon kuului myöhemmin käynti terveyskeskuksen lääkärivastaanotolla. Kotona hoitaminen edellytti kotihoidon tehostamista.

Halvimmiksi hoitovaihtoehtoiksi osoittautuivat toinen ja kolmas hoitovaihtoehto. Ero halvimmän ja kalleimman hoitovaihtoehtojen välillä oli yli 900 €. Kotona hoitaminen oli kustannuksiltaan ehdottomasti halvin vaihtoehto. Kotona hoitamisen mahdollisti lääkärikonsultaatio, henkilökunnan hyvä osaami-

nen, hoitotekniset ratkaisut ja tehostetut kotihoidon toipilaskäynnit. Kaikkien hoitovaihtoehtojen osalta merkittäväksi kulueräksi nousi asiakkaiden kuljetuskustannukset, jotka saattoivat viedä jopa puolet hoidon kokonaiskustannuksista. Eri hoitovaihtoehtojen kustannusten vertailusta löytyy lisätietoa liiteosion blogikirjoituksesta⁴.

Verrattaessa kuljetuskustannuksia esimerkiksi vuodeosastohoidon päivähintaan, voi todeta, että mikäli asiakkaan lähettäminen kotoa, vanhainkodista tai palveluasumisesta jatkohoitoon on tarkoituksenmukaista, tulisi häntä hoitaa vuodeosastolla riittävän pitkään, aina siihen asti kunnes hän toimintakykynsä puolesta selviää omassa asuinympäristössään. Toipumisen varmistaminen on sekä hyvää hoitoa että halvempaa kuin mahdollinen ”pyöröovi-ilmiö”, jossa potilas palaa uudelleen vuodeosastolle.

Kotona, vanhainkodissa tai palvelutalossa hoitaminen on taloudellisesti järkevää, mikäli hoitoprosessi lääketieteellisesti arvioituna ja hoitoteknisesti toteutettuna on mahdollinen. Asuinyksiköissä hoitamista puoltavat myös asiakkaalle tärkeät asiat: tuttu hoitohenkilökunta ja ympäristö, jossa asiakkaan mahdollinen hoitotahto- ja toiveet ovat parhaiten tiedossa. Kotihoidon käyntikattoa eli sitä, mihin asti kotikäyntien lisääminen kustannusten näkökulmasta on järkevää, on syytä arvioida hankealueella tulevaisuudessa.

Hankkeen alussa palvelukokonaisuutta tarkasteltiin näkökulmasta, jossa palveluvalikkoon lisättäisiin kotisairaaloiminta laajempuna palveluna. Tehdyn valtakunnallisen vertailun perusteella päädyttiin kuitenkin siihen, että toimivin vaihtoehto on nykyisten peruspalveluiden vahvistaminen ja olemassa olevan pienimuotoisen kotisairaaloiminnan hyödyntäminen. Palvelurakenteen keveys ja toimivuuden parantaminen oli hankkeen keskeinen tavoite.

Alueellisena palvelukokonaisuuden tehostamisen tavoitteena tunnistettiin se, että asiakassiirtoja kotihoidosta, vanhainkodeista ja palveluasumisesta harkitaisiin tarkemmin, konsultaatiota käytettäisiin hyväksi enemmän ja asiakkaan luona tapahtuvan hoidon edellytyksiä parannettaisiin. Tulosten tulisi näkyä siinä, paljonko ja mistä syistä asiakassiirtoja tehdään (ks. kuvio 9). Tämän asian suhteen arviointi tehdään vuonna 2014 alueellisen lähiesimiesverkoston kautta. Kotihoidossa, vanhainkodeissa ja palveluasumisen yksiköissä toteutuneet asiakassiirrot kartoitetaan samalla menetelmällä kuin vuonna 2012 ja sekä aineiston analyysi että raportointi tehdään kuten 2012. Tapahtuneesta kehityksestä saadaan näin varsin tarkka käsitys. Arviointitulosten perusteella saataneen esiin seuraavat kehittämiskohteet.

3.6 PALVELUKOKONAISUUDEN TARKASTELU JOHTAMISEN NÄKÖKULMASTA

Palvelujen yhteensovittaminen, integraatio, tarkoittaa yhteistoimintaa, jossa eri palveluiden tuottajat edistävät toiminnallaan palvelukokonaisuuden syntymistä ja sujuvuutta. Kysymys on enemmästä kuin pelkästä eri toimijoiden välisestä tiedonvaihdesta tai yhteistyöstä. Yhteensovittavan palvelutoiminnan päämääränä on asiakkaan näkökulmasta joustava palvelukokonaisuus, jossa keskeistä on yli toimialojen asetetut yhteiset tavoitteet, joiden toteutumista arvioidaan säännöllisesti. (Nykänen 2010; Perälä ym. 2012.) Yhteensovittavasta palvelutoiminnasta löytyy lisätietoa liiteosion blogikirjoituksessa 5.

Hankkeessa asiakkaiden prosesseja tarkasteltiin palvelukokonaisuuden sekä lähi- ja yhteensovittavan johtamisen näkökulmasta. Prosessien avaaminen (n = 6), asiakkasirtojen kuvaus (n = 105) ja videokirjeenvaihto osoittivat, että eri organisaatioiden rajavyöhykkeiltä löytyi monia haasteita, joihin johtamisella voitaisiin vaikuttaa. Organisaatioiden välinen tila edusti jotakin, mitä ei vielä ollut olemassakaan (Engeström 1987, 2004) ja joka on johtamisen näkökulmasta katvealuetta.

Esimiesvalmennuksen yhtenä tavoitteena oli lisätä lähiesimiesten johtamisvalmiuksia. Valmennuksen sisältöjä olivat ryhdikäs esimiestoiminta, itsetuntemuksen kehittäminen ja jaettu johtajuus. Valmennus tarjosi lähiesimiehille myös areenan vertaistuelle. Erityisesti yhteiset ryhmäkeskustelut koettiin hyvinä ja vertaistukea antavina. Esimiesvalmennuksen etätyönä työstettiin yksikkökohtaiset saattohoito-ohjeet ja yksikön toimintaan sopiva lähetekäytäntö sekä asiakkaiden hoitotahdon ilmaisemisen muoto ja käytäntö (kuviot 6 ja 10). Valmennuksen toisena tavoitteena oli laajentaa johtamisen teoreettista perustaa lähijohtamisesta yhteensovittavaan johtamiseen ja -palvelutoimintaan. Hankkeessa nousikin esille käsite *organisaatioläheisyys*, jolla tarkoitetaan sitä, että asioita pyritään katsomaan asiakkaan palvelukokonaisuuden näkökulmasta, ei yksin oman yksikön tai organisaation näkökulmasta. Organisaatioläheisyys merkitsee yhteistyöorganisaation näkemistä ja kohtelua asiakkaana, jota palvellaan samoin eettisin periaattein kuin varsinaista palveluiden käyttäjäasiakasta. Videokirjeenvaihto ja organisaatioiden välinen työkierto (Salunen ym. 2012) ovat hyviä keinoja lisätä organisaatioläheisyyttä.

Esimiesvalmennuksen aikana nousi esille tarve pysyväälle alueelliselle lähiesimiesverkostolle ja -yhteistyölle. Lähiesimiesverkoston perustaminen nähtiin hankkeen ohjausryhmässä tärkeänä, ja sille laadittiin toimintasuunnitelma ja verkosto-organisaatio. Alueellisen esimiesverkoston yhtenä tehtävänä on nykyisen hankkeen toimenpiteiden jatkoarviointi. Verkoston kautta voidaan yhtenäistää alueellista toimintaa, kehittää yksikköjen yhteistyötä ja tehostaa alueellisen strategian jalkautumista aina ajankohtaisten aihealueiden tiimoilta.

Esimiesvalmennus toteutui prosessina, johon kuului kolme erillistä kokoontumiskertaa; kaksi iltapäivää ja yksi koko päivä. Prosessiin osallistui 30 lähiesimiestä alueen eri yksiköistä. Esimiesvalmennus sisälsi käytännön työelämän ja Turun ammattikorkeakoulun välistä opiskelijayhteistyötä. Sosionomiopiskelijat toimivat esimiesten työpareina saattohoito-ohjeiden ja hoitajalähetteen jalkauttamisessa osaksi yksikön käytännön toimintaa. Valmennuksen lopussa he antoivat yhdessä palautteen kehittämisen tuloksista. Lisäksi opiskelijat pohivat muutosjohtamista projektiraportissaan.

4 HANKKEEN TULOSTEN TARKASTELUA

Hankkeessa syntynyt palvelukokonaisuuden simpukka -malli (kuvio 3) kuvaa palveluiden sekä rakenteellisia että sisällöllisiä valmiuksia, jotka toteutuessaan mahdollistavat hyvän saattohoidon kotona, vanhainkodissa tai palvelutalossa. Mallin lopullinen muoto kehittyi oppimismatkan varrella kartoitusten ja kehittämistoimenpiteiden kautta. Mallin idea on ekspansiivinen, jolloin kehittämisen kohteet, saattohoidon ennakoiva vaihe ja lähetekäytännön kehittäminen, laajenevat eri ulottuvuuksilla. Engeströmin (1987, 2004) mukaan kohde laajenee neljällä eri ulottuvuudella: aikaulottuvuudella, paikan ja tilan ulottuvuudella, kehityksen ulottuvuudella sekä vastuun ja moraalien ulottuvuudella. Hankkeen kehittämiskohteiden tuloksia arvioidaan yhteisesti näiden neljän ulottuvuuden kautta.

Aikaulottuvuudella kohteen laajeneminen tarkoittaa asiakkaan palvelukokonaisuuden haltuunottoa ja asiakkaan palvelemista silloinkin, kun siitä saatava hyöty ei suoranaisesti tai välittömästi kohdistu oman organisaation toimintaan. Aikaulottuvuudella toimiminen on katsomista nyt-hetken sijaan tulevaisuuteen tai sitä ennakoivaan vaiheeseen. Hoitahtojen laatiminen ei välittömästi hyödytä esimerkiksi diabetesneuvolan työntekijöitä, mutta on edellytys sille, että myöhemmin hoidon aikajatkumolla asiakkaan itsemääräämisoikeus voidaan turvata esimerkiksi palvelutalossa muistisairauden edetessä. Hoitotahdon laatimisprosessiin käytetty aika on kustannustehokkaampaa ja inhimillisempää kuin se, että saattohoidossa oleva asiakas esimerkiksi hoitotahdon puuttuessa lähetetään hoitokodista vastoin omaa toivettaan jatkohoitoon sairaalaan. Hankkeen yksi tulos onkin hoitotahdon teosta informoinnin laajeneminen ja ohjeistaminen siitä, miten kirjalliset hoitotahdot liitetään potilastietojärjestelmiin.

Kustannusvertailu puolestaan tuotti näytön siitä, mistä todelliset kustannukset muodostuvat. Aikaulottuvuudella tarkasteltuna kustannuksia säästetään ennakoimalla tulevaa. Hankkeen yhteydessä tehtiin ns. palvelukokonaisuuden benchmarkkaaminen sellaisiin terveydenhuollon yksiköihin, jotka olivat ansi-

oituneet palvelurakenteiden kehittämässä ja löytäneet uusia kustannustehokkaita ja laadukkaita ratkaisuja palvelurakenteiden kehittämiseksi. Toimenpiteiden painopiste aikaulottuvuudella oli ennakkoinnissa. Palvelukokonaisuuden hallintaa voidaan parantaa monilla asioilla. Asiakasvirtojen määrää ja laatua voidaan seurata tehostamalla tilastointia. Palvelujatkumon ”porttikohтия” voidaan huomioida tarkemmin korostamalla portinvartijoiden roolia. SAS-ryhmän rooli voisi olla enemmän ennakoiva ja palvelutuotannon kehitystä suuntaava. Yhden muuton periaate olisi hyvä tavoite: sekä uudis- että korjausrakentamisen tulisi huomioida esteettömyys ja palvelujärjestelmän tulisi taata palveluiden tuottaminen sinne, missä ihmiset asuvat. Prosessien laihduttaminen ja keventäminen moniammatillista yhteistyötä ja johtamista kehittämällä ovat hyviä ja kustannustehokkaita toimenpiteitä palvelukokonaisuuden halltuun ottamisessa. Benchmarkingilla löydettyt hyvät käytännöt ja hankkeessa tehdyt kehittämistoimet ovat samansuuntaisia. Palvelurakenteiden kehittämiseksi hankealueella niin kuin koko Suomessa on vielä paljon tehtävää. Kehittämiskohteita on edelleen laajennettava. Palvelurakenteiden kehittämisestä löytyy lisätietoa TEM:n artikkelista (nro 1013, 31.10.2013) sekä blogikirjoituksesta 6.

Paikan ja tilan ulottuvuudella kohteen laajeneminen tarkoittaa eri organisaatioiden kykyä keskustella toistensa kanssa asiakkaan parhaaksi. Hankkeessa tämä toteutui useiden eri moniammatillisten ja heterarkisten työryhmien työskentelyn kautta – keskustelu ja ajatusten vaihto piti kehittämisen kohteita pinnalla, tuotti sosiokulttuurista yhdessä oppimista ja vei asioita käytännön tasolla eteenpäin. Hankkeen yhtenä tuloksena oli alueellisen esimiesverkoston syntyminen. Verkosto laajentaa pysyvästi lähellä asiakasta ja palveluiden toteutustasoa käytävää alueellista yhteistä keskustelua ja kehittämistoimintaa. Lisäksi hankkeessa toteutui koulutuksen ja työelämän välistä yhteistyötä, joka on monin tavoin arvokasta.

Kehityksen ulottuvuudella kohteen laajeneminen tarkoittaa sitä, että asiakkaiden hoitoon osallistuvat vaikuttavat jokapäiväisillä ratkaisuillaan uuden toimintamallin kehittämiseen. Hankkeen tuloksena on kehitetty tiedonsiirtoa ja lähetekäytäntöjä sekä laadittu tai päivitetty yksikkökohtaiset saattohoito-ohjeistot. Molempien kehittämiskohteiden toteutumista tulee arvioida jatkossa, mutta yhtä tärkeää on se, että jokainen alueen työntekijä kantaa oman henkilökohtaisen vastuunsa niiden käytännön toteutumisesta. Videokirjeenvaihto organisaatorajat ylittävänä kehittämismenetelmänä -DVD on raportin liitteenä.

Moraalin ja vastuun ulottuvuudella laajeneminen tarkoittaa sitä, että selvittäksemme tulevaisuuden haasteista on jokaisen työntekijän aidosti haluttava kantaa vastuuta omasta ja yhteisestä toiminnasta yli omien organisaatorajojen. Lisäksi jokaisen työntekijän tulee huolehtia oman osaamisensa kehittymisestä. Lähiesimiehiltä edellytetään ryhdikkyyttä johtaa tavoitteellisesti ja rohkeutta astua organisaatioiden rajavyöhykkeille ottamaan haltuun asiakkaiden tai potilaiden palvelujatkumoa yhdessä muiden toimijoiden kanssa. Ylemmällä johdolla tulee puolestaan olla rohkeutta luopua vanhoista käytännöistä ja kokeilla uusia rakenteellisia ratkaisuja. Kansalaisen, joka on kehittämisen ytimessä, on oltava tietoinen omista oikeuksistaan ja käytettävä vaikuttamismahdollisuuksiaan.

Hankkeen tavoitteena oli asiakas/potilaslähtöisyyden lisääntyminen, yhteistyön tehostuminen ja hoidon tason nousu. Hanketta arvioidessa voidaan todeta, että hankkeen tavoitteet on saavutettu. Kiitos siitä kuuluu erityisesti hankkeeseen osallistuneille ja kehitysmyönteisille työntekijöille.

LÄHTEET

Engeström, Y. 1987. Learning by expanding: An activity-theoretical approach to developmental research. Helsinki: Orienta-Konsultit.

Engeström, Y. 2004. Ekspansiivinen oppiminen ja yhteiskehittely työssä. Tampere: Vastapaino.

Engeström, Y. & Sannino, A. 2010. Studies of expansive learning: Foundations, findings and future challenges. Educational Research Review, doi:10.1016/j.edurev.2009.12.002 .

Engeström, Y. & Virkkunen, J. 2007. Muutoslaboratorio. Kehittävän työntutkimuksen uusi vaihe. Alasointi, T. & Ramstad, E. (toim.) Työelämän tutkimusavusteinen kehittäminen Suomessa. Lähestymistapoja, menetelmiä, kokemuksia, tulevaisuuden haasteita. Helsinki.

Fred, M. 2008. Kehittäjä-interventionistien peiliaineistokäytännöt muutoslaboratoriorohkeissa. Narratiivit tiedon välittäjänä. Pro gradu-tutkielma. Kasvatustieteen laitos. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Karjalainen, A.; Kuortti, .& Niinikoski, S. 2001. Luova koulutusohjelmavertailu. Opetuksen kehittämisyksikön julkaisuja. Oulu: Oulun yliopisto.

Launis, K., Schaupp, M.; Koli, A. & Rauas-Huuhtanen, S. 2010. Muutospajaohjaajan opas. Tykes. Raportteja 71. Helsinki.

Leont'ev, A. N. 1978. Activity, consciousness, and personality. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Nykänen, S. 2010. Ohjauksen palvelujärjestelyjen toimijoiden käsitykset johtamisesta ohjausverkostossa. Matkalla verkostojohdantamiseen. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Koulutuksen tutkimuslaitos. Tutkimuksia 25.

Käypä hoito suositus. Palliatiivinen hoito ja saattohoito. 2012. Suomen lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Palliatiivisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä.

Perälä, M.-L.; Halme, N.; Tela, H. & Nykänen, S. 2012. Hajanaisia palveluja vai toimiva kokonaisuus? Lasten ja perheiden palvelut toimialajohtajien näkökulmasta. THL:n raportti 29/2011. Helsinki: Unigrafia.

Salunen, R; Holmberg-Marttila, D. & Mattila, K. 2012. Toisen työstä oppiminen. Ketjulähettilätoiminnan arviointi terveydenhuollossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. Vol 49, Nro 4.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6.

Tanttu, K. 2007. Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveyshallintotiede. No 176. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Tuominen, K. 2011. Benchmarking käytännössä. Turku: Oy Benchmarking Ltd

Virjonen, K. & Kankare, H. 2013. Palveluita muistipolulle. Virjonen, K. (toim.) Muistin ongelmat. Toimiva kokonaisuus ehkäisystä hoitoon. Helsinki:PS-kustannus.

Virkkunen, J. & Newnham, D. S. 2013. The Change Laboratory A Tool for Collaborative Development of Work and Education. Rotterdam/Boston/Taipei: Sense Publishers.

Vygotsky, L. S. 1978. Mind in society: The development of higher psychological processes. Cambridge: Harvard University Press.

HANKKEEN BLOGI-KIRJOITUKSET:

Alkuperäiset kirjoitukset on julkaistu Pumppu-hankkeen blogissa <http://pumppu-hanke.blogspot.fi/>

Blogikirjoitus 1: Edunvalvontavaltuutus – varautumista tulevaan

Blogikirjoitus 2: Palvelukulttuuri kehittämisen ja johtamisen haasteena

Blogikirjoitus 3: Videokirjeenvaihto organisaatorajat ylittävänä kehittämismenetelmänä

Blogikirjoitus 4: Hoitoprosessien kustannusten kartoitus

Blogikirjoitus 5: Yhteensovittava johtaminen

Blogikirjoitus 6: Palvelukokonaisuuden benchmarkkaaminen

BLOGIKIRJOITUS I: EDUNVALVONTAVALTUUTUS – VARAUTUMISTA TULEVAAN

Pumppu-hankkeen TEHU-osahankkeen Loimaan osiossa kehitetään saattohoitoa ja palvelurakenteita Loimaan seudulla. Kansalaisten itsemääräämisoikeuden vahvistaminen omaa hoitoaan ja omia asioitaan koskevissa kysymyksissä on yksi Loimaan osion keskeinen tavoite.

Itsemääräämisoikeuden vahvistamisen välineenä omia asioitaan koskevissa kysymyksissä toimii hoitotahton lisäksi edunvalvontavaltuutus. Edunvalvontavaltuutus lienee tällä hetkellä samassa asemassa kuin hoitotahto 1980-luvulla. Ennen Mauno Koivistolle vuonna 1989 laadittua hoitotestamenttia ei hoitotahto ollut noussut kansalaisten huulille. Edunvalvontavaltuutusta koskeviin valmennuksiin osallistuneista noin 60:stä hoitohenkilökunnan edustajasta ainoastaan muutama on kohdannut työssään edunvalvontavaltuutuksia. Tämä on vahvistanut olettamusta edunvalvontavaltuutusten heikosta tunnettuudesta ja näin ollen myös edunvalvontavaltuutusten vähäisestä määrästä.

Edunvalvontavaltuutus varautumisen välineenä

Edunvalvontavaltuutuksella henkilö voi itse etukäteen järjestää asioidensa hoidon sen varalta, että hän myöhemmin tulee kykenemättömäksi hoitamaan asioitaan esimerkiksi sairauden tai heikentyneen terveydentilansa vuoksi. Laki edunvalvontavaltuutuksesta on tullut voimaan marraskuussa 2007. Ennen edunvalvontavaltuutuslakia ei ollut riittäviä keinoja siihen, että ihmiset olisivat itse ennakoineet mahdollista tulevaa toimintakyvyttömyyttään ja antaneet määräyksiä sen varalta.

Edunvalvontavaltuutus on kirjallinen asiakirja, joka vahvistaa itsemääräämisoikeutta ja antaa samalla läheisille mahdollisuuden hoitaa toimintakyvyttömän henkilön asioita kevyesti ja joustavasti. Itsemääräämisoikeutta tukee edunvalvontavaltuutuksen laatijan oikeus päättää, kuka toimii edunvalvontavaltuutettuna, mitä asioita edunvalvontavaltuutettu hoitaa ja miten asioita hoidetaan. Läheinen voi hoitaa edunvalvontavaltuutuksen avulla toimintakyvyttömän henkilön asioita tämän yhden ainoan asiakirjan avulla.

Asioiden hoitaminen vahvistetulla edunvalvontavaltuutuksella

Edunvalvontavaltuutus on siten ehdollinen, että määräys tulee voimaan vain, jos valtuuttaja tulee kykenemättömäksi huolehtimaan asioistaan. Edunvalvontavaltuutuksen voimaansaattaminen edellyttää maistraatin vahvistusta. Maistraatti voi vahvistaa valtuutuksen, jos edunvalvontavaltuutuksen laatinut henkilö on lääkärintodistuksen mukaan kyvyttöön hoitamaan omia asioitaan ja edunvalvontavaltuutus on tehty laissa säädetyssä määrämuodossa. Määrämuotoisuusvaatimukset ovat samankaltaisia testamentin kanssa, eli edunvalvontavaltuutuksessa on oltava mm. valtuuttajan allekirjoitus ja esteettömien todistajien allekirjoitukset.

Vasta maistraatin vahvistuksen jälkeen toimintakyvyttömän henkilön asioita voidaan hoitaa edunvalvontavaltuutuksen avulla. Edunvalvontavaltuutuksen avulla voidaan hoitaa sekä taloudellisia asioita, kuten pankkiasioita, Kelan etuuksia ja omaisuuden myyntiasioita, että henkilöä koskevia asioita, kuten terveyden- ja sairaanhoitoon liittyviä asioita.

Edunvalvontavaltuutus vaihtoehtona edunvalvojan määräämiselle

Edunvalvontavaltuutuksessa on kysymys edunvalvontaan nähden vaihtoehtoisesta ja kevyemmästä tavasta järjestää asioiden hoito. Ilman edunvalvontavaltuutusta toimintakyvyttömän henkilön asioiden järjestämiseksi määrätään tarvittaessa edunvalvoja. Edunvalvojana toimii joko läheinen, muu luotettu henkilö tai yleinen edunvalvoja. Lähtökohtaisesti edunvalvojana toimii toimintakyvyttömän henkilön läheinen.

Toimiessaan edunvalvojan tehtävässä läheiselle tulee uusia velvoitteita, kuten vuositilin laatiminen ja tarkastaminen maistraatissa. Lisäksi muutoksen tuo se, että läheisen toimet siirtyvät maistraatin valvonnan alaisuuteen, josta syntyy myös ylimääräisiä kustannuksia.

Edunvalvontavaltuutuksen keskeinen vaikutus läheiselle on, että edunvalvontavaltuutuksen laatimisen johdosta toimintakyvyttömälle henkilölle ei tarvitse määrätä edunvalvojaa. Näin ollen edunvalvontavaltuutuksen laatiminen lisää laatijan itsemääräämisoikeutta ja helpottaa läheisen työtaakkaa. Edunvalvontavaltuutus on silti luotettava tapa varautua toimintakyvyttömyyteen, koska maistraatti voi puuttua myös edunvalvontavaltuutettuun kohdistuviin väärinkäytöspäilyihin.

Edunvalvontavaltuutuksen laatiminen

Edunvalvontavaltuutus on suositeltavaa laatia mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, koska valtakirjan edunvalvontavaltuutusta varten voi tehdä kahdeksantoista vuotta täyttänyt henkilö, joka kykenee ymmärtämään valtakirjan merkityksen. Mikäli kyky ymmärtää valtakirjan merkitys on menetetty, ei henkilö voi enää tehdä pätevää edunvalvontavaltuutusta.

Edunvalvontavaltuutuksen merkitys tulee kasvamaan tulevaisuudessa. Sekä edunvalvontavaltuutuksen että edunvalvonnan kysyntä kasvaa erityisesti ikääntyvän väestörakenteen vuoksi. Lisää haasteita tuo myös ihmisten varallisuuden kasvu, koska varallisuuden määrä lisää usein väärinkäytösriskiä. Tähän ongelmaan vastaa edunvalvontavaltuutus, joka toimii luotettavana tapana varautua omaan tulevaisuuteen.

Edunvalvontavaltuutus on väline itsemääräämisoikeuden vahvistamiseen ja lisäksi vaihtoehto holhoustoimilain mukaiselle edunvalvojalle. Edunvalvontavaltuutus on järkevää varautumista tulevaan.

Kirjoittaja

Vesa Anttila, OTM, hanketyöntekijä, vesa.anttila@turkuamk.fi
Turun AMK

Lisätietoa:

Laki edunvalvontavaltuutuksesta:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070648>

Oikeusministeriö:

<http://oikeusministerio.fi/fi/index/julkaisut/esitteet/edunvalvontavaltuutus.html>

Maistraatti:

<http://www.maistraatti.fi/fi/palvelut/holhoustoimi/edunvalvontavaltuutus/>

BLOGIKIRJOITUS 2: PALVELUKULTTUURI KEHITTÄMISEN JA JOHTAMISEN KOHTEENA

Pumppu-hankkeen TEHU-osahankkeessa on Loimaan seudulla tutkittu sosiaali- ja terveystyön palvelurakenteita ja palvelukokonaisuuksien toimintaa. Asiakokonaisuus on laaja ja näkökulmia on useita. Yksi esiin noussut näkökulma on palvelukulttuuri. Tässä kirjoituksessa tarkastellaan palvelukulttuuria hankkeessa tehdyn neljän asiakaslähtöisestä palvelusta tunnetun yrityksen benchmarkkauksen perusteella (taulukko 1).

TAULUKKO 1. *Hyvän palvelun yritykset.*

YRITYS Haastattelut	PALKINTO
Rautanet JPS Koskela Oy Osastopäällikkö Satu Koskela	Vuoden 2012 Nuori yrittäjä -palkinto
Alko Oy Aluepäällikkö Juha Korhonen, Pirkanmaa	Tunnetaan hyvän palvelun yrityksenä.
Tampereen Kaukolämpö Oy Myyntipäällikkö Pasi Muurinen	Reilu kaukolämpöyritys -palkinto 2012
Ikea, Ikea Raisio Henkilöstöpäällikkö Johanna Teräs Palvelupäällikkö Jaana Kostet-Kurki	Suomen paras työpaikka 2012 -palkinto
Benchmarking 2013, n = 4	

Benchmarkkauksen yhteenvedon perusteella jokaisessa yrityksessä näyttää olevan ”soihdunkantaja” eli henkilö, joka on sekä visionääri että muutosagentti. Tämä henkilö saattaa tulla yrityksen ylimmästä johdosta, keskijohdosta tai suorittavalta tasolta. Soihdunkantaja näkee hyvän palvelun yhtenä yrityksen menestystekijänä ja hänellä on visio hyvän palvelun olemuksesta ja ominaisuuksista. Hyvän palvelun yrityksillä visio oli kunnianhimoinen, tuore ja ominaisuuksiltaan sellainen, jolla ei vain reagoida asiakkaiden tämänhetkisiin odotuksiin vaan luodaan tulevaisuutta ja tarjotaan jotakin, mitä asiakas ei välttämättä osaa edes odottaa.

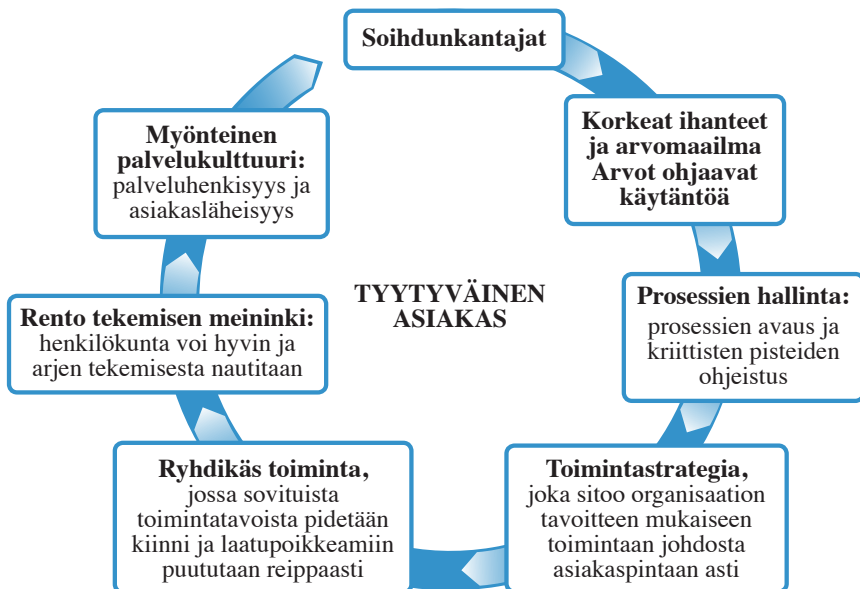
Yrityksissä leimallista on tekemisen meininki, vision luomasta unelmasta ei jäädä haaveilemaan vaan toimitaan. Toiminnan laatua voisi kuvata termillä *ryhdikkäisyys*. Tärkeää on, että kehittämistoiminnalla on ylimmän johdon tuki ja kehittämisstrategia kulkee linjakkaasti läpi koko organisaation asiakaspintaan asti. Strategioiden jalkauttamisessa organisaatiotasojen luonteen ja eriytyvien haasteiden tunnistaminen on tärkeää, jotta onnistutaan. Lähiesimiesten roolia pidettiin erityisen tärkeänä ja myös haasteellisena. Lähiesimiesten tukeminen on siis tärkeää, jotta sovitut asiat voidaan laadukkaasti ja ryhdikkäästi viedä asiakastyöhön asti.

Yrityksissä asiakas oli selvästi palvelukulttuurin vip-henkilö ja henkilökuntaa johdettiin yksiselitteisesti toimimaan sen mukaisesti. Asiakkaan prosessi oli koko toiminnan keskiössä. Asiakasprosessi oli avattu yksityiskohtaisesti, sen solmukohdat tunnistettiin ja prosessia arvioitiin säännöllisesti. Toiminta siis hahmotetaan prosesseina, joita kehitetään, seurataan ja arvioidaan.

Yritykset pitivät asiakaskeskeistä laatua yhtenä kriittisenä menestystekijänä ja sen mahdollistamiseksi tarvitaan oikeat henkilöt. Rekrytointiin, perehdyttämiseen ja asiakastyötä tekevän henkilöstön jatkuvaan kouluttamiseen panostetaan. Yritykset pyrkivät rekrytoimaan palveluhenkisiä ja yrityksen arvomaailmaan sopivia ihmisiä. Vaikka rekrytointiin on panostettu, valinnat eivät aina osoittautu oikeiksi ja koeaika ei välttämättä johda työsuhteen jatkumiseen.

Huomion arvoista on, että hyvän palvelun yrityksissä ollaan tietoisia yrityksen arvoista ja toimintaa ohjaavista keskeisistä periaatteista. Taloudellisen tuloksenteon lisäksi yrityksen luonteeseen ja toimialaan kytkeytyviä arvoja ovat esimerkiksi perhekeskeisyys, ekologisuus tai yhteiskuntavastuu. Yhtenä johtavana periaatteena on siis asiakaslähtöisyys ja sen rinnalla uusi mielenkiintoinen käsite *asiakasläheisyys*.

Palvelukulttuurit eivät syntyneet tyhjästä, itsestään, vaan onnistuminen oli tuloista pitkäkestoisista ja määrätietoisesta työstä. Näyttää siltä, että palvelukulttuurit kehittyvät hitaasti. Kehittämistyötä kuvattiin ”matkantekona”, jossa on eri etappeja, välitavoitteita, joiden kautta palvelukulttuuri muotoutuu ja ihanteet muuttuvat toiminnaksi (kuviot 2). Valmiiksi tuleminen on kuitenkin ansa, jota on varottava. Parasta mahdollista ei ole vielä saavutettu, joten matkanteko jatkuu.



KUVIO 2. Hyvän palvelun kehä.

Samaa ilmiötä – ihmisten tarpeisiin vastaavaa palvelua – voidaan kutsua monilla eri käsitteillä: *asiakaslähtöisyys* ja *asiakasläheisyys*, *potilaslähtöisyys* ja *kansalaislähtöisyys*. Tavoite lienee kuitenkin jokseenkin sama: tuottaa tarvelähtöisiä, korkealaatuisia palveluita niin, että palvelu on helposti saatavilla, palvelu tuottaa lisäarvoa palvelun käyttäjän elämään, hinta-laatusuhde on hyvä ja kokemuksellinen laatu miellyttävä. Hyvästä palvelusta ja palvelukulttuurista voimme oppia paljon astumalla ulos omalta alaltamme ja tutustumalla ”markkinajohtajien” toimintatapoihin.

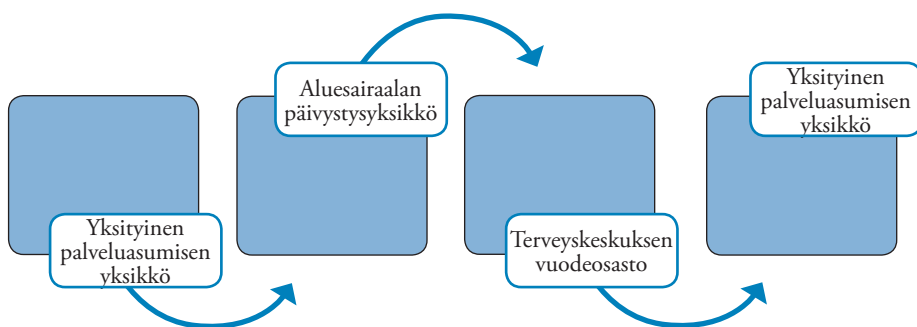
Kaija Virjonen, TtM, projektityöntekijä, Turun AMK,
kaija.virjonen@turkuamk.fi

Harri Kankare, TtM, projektityöntekijä, Turun AMK,
harri.kankare@turkuamk.fi

BLOGIKIRJOITUS 3: VIDEOKIRJEENVAIHTO ORGANISAATORAJAT YLITTÄVÄN KEHITTÄMISTYÖN VÄLINEENÄ

Asiakkaan tarvitsema palvelu saatetaan tuottaa yhden toimintayksikön sisällä, jolloin palvelun kehittäminen tapahtuu pääasiassa kehittämällä yksikön sisäisiä prosesseja. Asiakkaan palvelu on kuitenkin usein verkostomainen kokonaisuus, joka muodostuu eri palveluntuottajien tarjoomasta; kotona asuvan ikäihmisen palvelukokonaisuuteen saattaa samanaikaisesti kuulua esimerkiksi kunnallisen kotihoidon palveluita, yksityisen hyvinvointiyrityksen tuottamia fysioterapia- palveluita, yksityisen yrityksen tuottamia kotisiivous- ja asiointipalveluita ja terveydenhuollon diabeteshoitajan palveluita. Jokaista palvelumuotoa voidaan tarkastella omana prosessinaan, mutta eri palvelumuotoja tulisi tarkastella myös palvelukokonaisuuksina. Kokonaisuuden tarkastelu on erityisen tärkeää silloin, kun samanaikaisesti käytettävien palveluiden tulisi keskustella keskenään. Silloin haasteeksi nousee eri palveluiden rajapinnoilla tapahtuva tietojen vaihto ja yhteisten tavoitteiden määrittely (Koskimies ym. 2012).

Asiakas saattaa siirtyä palvelusta toiseen, jolloin hän ei käytä useamman palveluntuottajan palveluita samanaikaisesti vaan peräkkäisten palveluiden jatkumona. Tällöin onnistunut palveluprosessi edellyttää ”saattaen vaihtamista”, asiakkaan hoidon ja palvelun huolellista siirtämistä seuraavalle vastuutaholle. Esimerkkinä palveluasumisessa ikäihminen, jonka kunto äkillisesti huononee ja hänet lähetetään jatkohoitoon, josta hän palaa ”kotiin” kuntoutumisensa jälkeen:



KUVIO 1. *Palveluiden jatkumo.*

Siirtymävaiheen rajapinnassa on usein laatukuopan vaara. Sosiaali- ja terveys-työn palvelut on rakennettu funktionaalisiksi, itsenäisesti toimiviksi palveluiksi eikä niinkään asiakkaan kokonaisuudesta huolehtivaksi, asiakasläheisiksi prosesseiksi. Ongelmaksi muodostuu se, että kukin yksikkö kantaa huolta vain omasta toiminnastaan ja omasta tuloksestaan, ja kokonaisuuden hallinta saattaa jäädä heikoksi (Tanttu 2007).

Funktioiden välillä on myös johtamisen näkökulmasta tarkasteltuna harmaa alue. Toimintayksikköjen väliin jäävä alue saattaa olla ”ei kenenkään maata”, ja se on johtamisen kannalta hankalaa. Esimiehellä on vaikuttamismahdollisuudet ja kehittämisvastuu omasta yksiköstään, mutta yksikköjen välisen yhteistyön kehittämisvastuu saattaa jäädä katveeseen. Yksikköjen väliseen toimintaan saattaa myös liittyä henkilöstön tiedostamia asioita, jotka tunnustetaan asiakkaan hoitoa ja palvelua heikentäviksi tekijöiksi, mutta koska ne ovat harmaalla alueella, niihin on hankala puuttua. (Engeström 2004.)

Tavoitteena hyvä palvelukokonaisuus

Pumppu-hankkeen TEHU-osahankkeen Loimaan osion alkukartoituksen tehdyissä prosessikuvauksissa esiin nousi mm. seuraavaa:

- Hoitajan lähetettä käytetään satunnaisesti.
- Lääkelistojen oikeellisuuteen ei voi luottaa: Lääkelistat eri lähteistä saatuina eivät ole yhteneviä. Jatkohoitoon siirtyvän asiakkaan mukana saattaa olla kaksi toisistaan poikkeavaa selvitystä asiakkaan käyttämistä lääkkeistä.
- Asiakkaan siirtyessä päivystyksestä tai terveyskeskuksesta takaisin kotiin palveluasumiseen hänellä ei ole mukanaan aloitettujen lääkkeiden reseptejä.
- Asumaan tullessa takaisin päivystyksestä viikonloppuna hänellä ei ole mukanaan aloitettuja lääkkeitä viikonloppun ajaksi (apteekkiin päästään vasta ensimmäisenä arkipäivänä).
- Epikriisi tulee postissa, eli asiakkaan siirtyessä ei ole selvitystä siitä, mitä löydöksiä on tehty ja mitä hoito-ohjeita on annettu.
- Joskus on epäselvää, kenen vastuulla on ilmoittaa omaisille potilas-sirroista ja tilanteiden muutoksista.

- Asiakas saatetaan kotiuttaa huonokuntoisempaan kuin mitä kotiuusilmoituksessa annetaan ymmärtää.
- Hoitajien näkemyksiä ei riittävästi huomioida, vaikka hoitajalla saattaa olla pitkä hoitosuhde asiakkaan kanssa.
- Potilastietojärjestelmät eivät keskustele keskenään. Yhteisen Fiale-järjestelmän käyttö on hidasta.

Käytimme videokirjeenvaihtoa -menetelmä pähkinänkuoressa

Menetelmänä videokirjeenvaihto etenee vaiheittain:

- Valitaan yksiköt, jotka ovat tekemisissä keskenään yhteisten asiakkaiden kautta. Hankealueella yksiköt löytyivät helposti: palveluasumisesta lähetetään asiakkaita aluesairaalan päivystykseen sekä terveyskeskukseen samoin kuin kotihoidosta ja vanhainkodista. Myös kotihoidolla ja intervallihoidolla tarjoavilla yksiköillä on yhteisiä asiakkaita.
- Ennen kirjeenvaihdon aloittamista yksiköt valmennetaan: Valmennuksessa sovitaan kirjeenvaihdon aihe ja työskentelyn tyyli. Kirjeenvaihdossa lähdetään liikkeelle oman toimintatavan avaamisesta ja lähestytään arvostavalla asenteella toista yksikköä kysymällä, miltä oman yksikön toiminta näyttää yhteistyötahon näkökulmasta ja olisi siko parannusehdotuksia. Kirjeenvaihdossa viestitään rakentavasti omat odotukset ja toiveet yhteistyökumppanille pysyen perustehtävässä eli asiakkaan hyvässä palvelussa ja hoidossa.
- Aikataulutetaan kirjeenvaihto.
- Tehdään kuvaukset ja toimitetaan kirjeet perille. Kirjeenvaihtoa jatketaan tarvittava määrä, 2–3 kirjettä.
- Todetaan toimintatapojen muuttamisen muodot ja sovitaan, miten jatkossa tullaan toimimaan.
- Yksikkötasolla toteutetaan muutosten juurruttaminen ja seuranta siitä, että sovitut uudet käytännöt toteutuvat.



Käyttökelpoinen menetelmä

Videokirjeenvaihdosta menetelmänä kerättiin käyttäjien mielipiteitä ja kokemuksia noin puoli vuotta kirjeenvaihtosessioiden jälkeen. Menetelmää pidettiin hyvänä ja sille asetetut keskeiset tavoitteet saavutettiin: mukana olleissa yksiköissä laajeni käsitys palvelukokonaisuudesta ja yksikköjen yhteistyöyksikön toimintaa opittiin ymmärtämään paremmin. Taulukossa esitetään kyselyn yhteenveto.

TAULUKKO 1. Videokirjeenvaihto menetelmänä.

Vastaajien lukumäärä = 21			
Kysymykset	n	Eri mieltä (1–2)	Samaa mieltä (3–4)
Videokirjeenvaihto lisäsi yksikköjen välistä yhteistyötä.	21	28,6 %	71,4 %
Videokirjeenvaihto auttoi ymmärtämään toisen toimintayksikön toimintaa.	21	0 %	100 %
Videokirjeenvaihto laajensi näkemystä palvelukokonaisuudesta.	21	0 %	100 %
Videokirjeenvaihto sai aikaan muutoksen/muutoksia oman yksikön toiminnassa.	21	19,0 %	81,0 %
Osallistumalla videokirjeenvaihtoon opin jotakin uutta itsestäni.	21	47,6 %	52,4 %
Videointi toteutettiin ammattimaisesti.	21	4,8 %	95,2 %
Valmis DVD videokirjeenvaihdosta on hyvin toteutettu.	20	0 %	100 %
Suosittelen videokirjeenvaihtomenetelmää työn kehittämisen työkaluna.	21	23,8 %	76,2 %
Yhteensä	167	15,6 %	84,4 %

Videokirjeenvaihdossa esiin nousseita asioita ja kirjeenvaihdon tuloksia

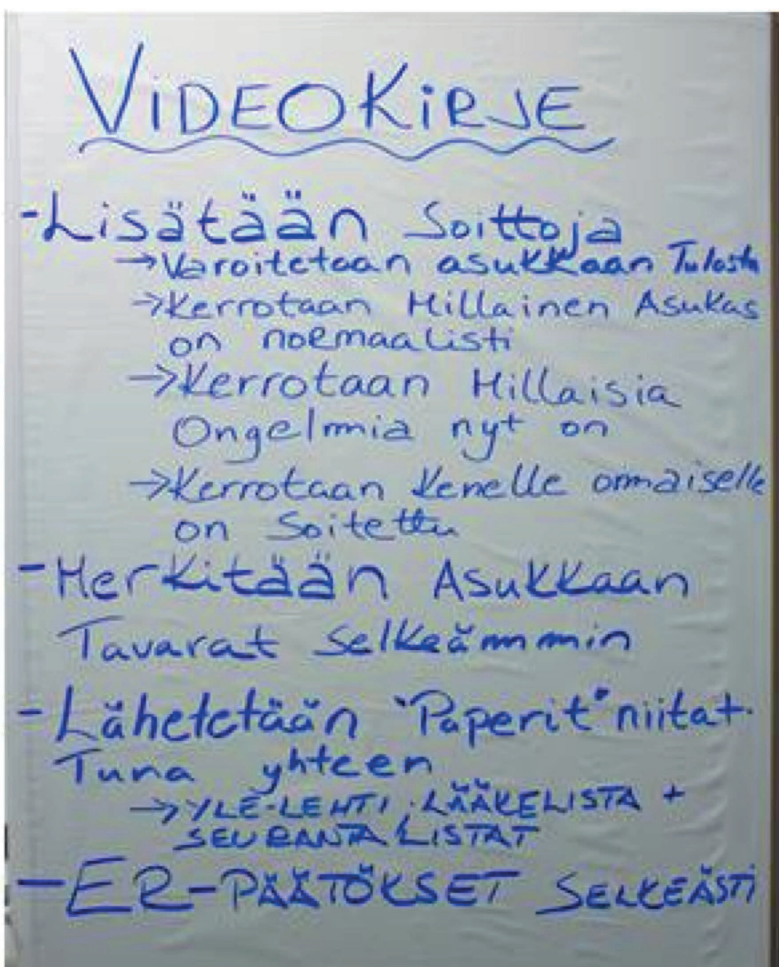
Yksiköt avasivat omaa toimintaansa valitun aiheen suhteen ja osoittivat aitoa halukkuutta reflektoida, saada yhteistyötahojen näkemyksiä omasta toiminnastaan, keskustella, arvioida ja kehittää toimintaansa saadun palautteen perusteella. Kaiken kaikkiaan yksikköjen toiminnan läpinäkyvyys lisääntyi. Videokirjeenvaihdon jälkeen yksiköissä tiedostettiin paremmin palvelukokonaisuudet ja oma rooli osana kokonaisuutta. Tiedostettiin myös se, että oma toiminta vaikuttaa sekä organisaatioiden väliseen toimintaan että asiakkaiden saaman palvelun laatuun. Yhteisenä ilon aiheena on ollut se, että asioihin voidaan vaikuttaa. Omia käytäntöjä muuttamalla voidaan sujuvoittaa kokonaisuutta ja parantaa palvelua.

Videokirjeenvaihto on lähentänyt eri yksiköissä toimivia kollegoita, kun on voitu keskustella miltei kasvokkain. Tarpeettomat uskomukset tai osin virheelliset mielikuvat toisen yksikön toiminnasta ovat hälventyneet. Yhteydenotot ovat jatkossa helpompia, kun ”nimillä on kasvot”. Luottamus ja keskinäinen arvostus lisääntyy tuntemisen kautta. Palautteen vastaanottokyky osoittaa yksikköjen kehitysmuutteisyyttä ja kypsyyttä.

Kirjeenvaihto on tuottanut nopeita muutoksia työkäytännöissä. Pienilläkin muutoksilla voi olla erittäin suuria merkityksiä:

- Kun asiakas kotiutetaan päivystyksestä ja hänelle on määrätty antibioottikuuri, asiakas saa alkuannokset mukaansa.
- Hoitotahto kirjataan selkeästi hoitajan läheteeseen.
- Puhelinkonsultaatiota käytetään enemmän.
- Asiakkaan siirtyessä hoitopaikasta toiseenhenkilökohtaiset tavarat merkitään.
- Hoitajan läheteen merkitys on selkiytynyt jne.

Esimerkkinä voidaan esittää Aurassa sijaitsevan Mikonpolun palveluasuntolan muistilista kirjeenvaihdon jälkeen:



Kaija Virjonen, TtM, projektityöntekijä, Turun AMK,
kaija.virjonen@turkuamk.fi

Harri Kankare, TtM, projektityöntekijä, Turun AMK,
harri.kankare@turkuamk.fi

LÄHTEET

Engeström, Y. 2004. Ekspansiivinen oppiminen ja yhteiskehittely työssä. Tampere: Vastapaino.

Koskimies, M, Pyhäjoki, J. & Arnkil, T. 2012. Hyvien käytäntöjen dialogit. Opas dialogisen kehittämisen ja kulttuurisen muutoksen tueksi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

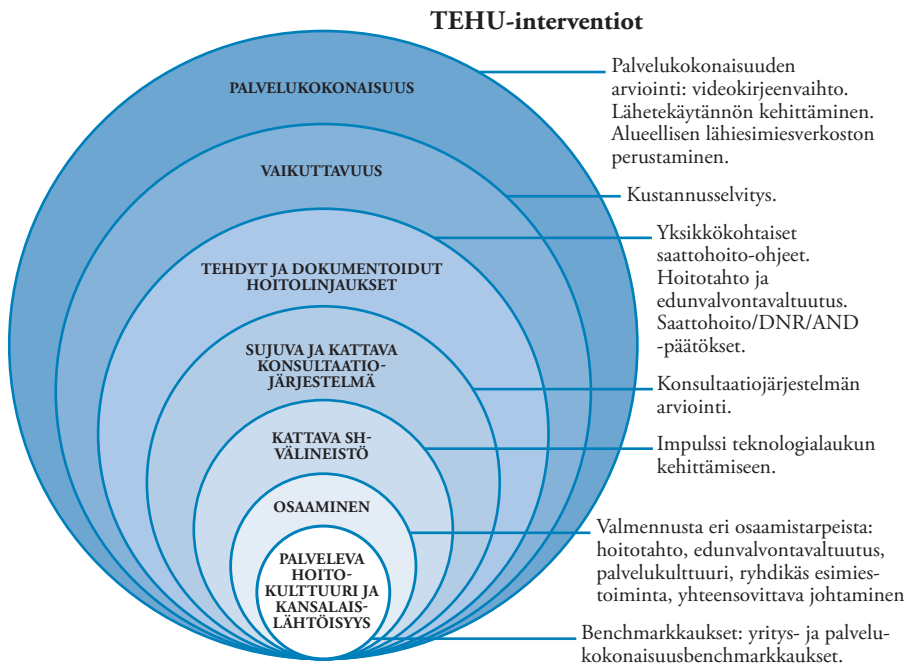
Tanttu, K. 2007. Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveyshallintotiede No 176. Vaasa: Vaasan yliopisto.

BLOGIKIRJOITUS 4: HOITOPROSESSIN KUSTANNUSTEN KARTOITUS

Valtakunnallisen linjauksen mukaisesti tavoitteena on, että asiakkaat hoidetaan mahdollisuuksien mukaan ensisijaisesti kotona, vanhainkodissa tai palvelutalossa, jossa he pysyvästi asuvat (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012). Elämän loppuvaiheen hoidon katsotaan myös onnistuvan inhimillisesti parhaiten siinä ympäristössä, jossa asiakas on elämänsä viimeiset ajat viettänyt (Hyvä saattohoito Suomessa, STM 2010).

Pumppu-hankkeen TEHU-osahankkeessa tehdyn hoitoprosessien kuvausten sekä asiakassiirtoja koskevan kartoituksen (n = 105) perusteella on nähtävissä, että monet eri asiat vaikuttavat siihen, millaiseksi asiakkaan hoitoprosessi muodostuu. Päätöksentekoon vaikuttavia tekijöitä ovat lääketieteelliset syyt, henkilökunnan osaaminen, konsultaatiojärjestelmän toimivuus, henkilökuntaresursointi ja sairaanhoitovälineistön kattavuus. Asiakassiirroissa haasteellista on erityisesti organisaatioiden rajapinnoilla todetut ongelmat, tiedonkulkua vaikeuttavat kirjavat potilastietojärjestelmät, kirjaamiskäytäntöjen puutteet ja epäyhtenäinen hoitajalähetteen käyttö.

Hankkeessa olemme käyttäneet koontikuviona palvelukokonaisuuden simpukkamallia, jossa eri kerrokset kuvaavat erilaisia palvelurakenteen kehii (kuvio 1). Tässä tarkastellaan simpukan Vaikuttavuus-osiota.



KUVIO 1. *Palvelukokonaisuuden simpukkamalli.*

Taloudellisen vaikuttavuuden tarkastelun lähtökohtana oli hypoteesi siitä, että kotona, palvelutalossa tai vanhainkodissa hoitaminen olisi taloudellisesti järkevää, mikäli hoitoprosessi lääketieteellisesti arvioituna ja hoitoteknisesti toteutettuna olisi mahdollinen. Kotona, palvelutalossa tai vanhainkodissa hoitamista puoltavat monet asiakkaalle tärkeät asiat: tuttu hoitohenkilökunta ja ympäristö, jossa asiakkaan mahdollinen hoitotahto- ja toiveet ovat parhaiten tiedossa. Kustannusselvityksen tekoon osallistui Petri Vähäkangas Turun AMK:sta.

Hankkeen aiemmissa osioissa työryhmät ovat kuvanneet erilaisia kotoa tai palvelutaloista jatkohoitoon lähettämisen prosesseja. Näistä valittiin yksi perusprosessi, josta esitetään kolme mahdollista toteuttamisvaihtoehtoa. Laskelmissa ei huomioida hoidettavalle vanhukselle hoitotapahtumasta aiheutuvia kustannuksia. Hinnoittelut ja palkan perusteet esitetään liitteissä 1–5.

Hoitoprosessin kuvaus vaihtoehtoisilla toimintamalleilla

Eri hoitovaihtoehdot on rakennettu seuraavan hoitotilanteen ympärille:

Taustaa: *Auran kunnassa, kirkonkylässä, asuu kotona iäkäs henkilö, joka saa kotipalvelun palveluina käynnin joka toinen ilta ja kotisairaanhoidon palveluna lääkkeiden jaon kaksi kertaa kuukaudessa. Omainen käy aamuisin ja lisäksi huolehtii ns. juoksevat asiat ja tuo kauppatavarat kaksi kertaa viikossa.*

Akuutti tilanne: *Kotipalvelun työntekijä tekee sovittuun kotikäynnin ja löytää asiakkaan lattialta. Asiakas ei kysyttäessä muista, miten on joutunut lattialle ja miten pitkään on siinä ollut. Asiakkaan orientaatio paranee kuitenkin koko ajan. Kotipalvelun työntekijä tutkii asiakkaan. Asiakas ei valita kipuja missään ja hän kykenee avustettuna nousemaan tuolille. Työntekijä soittaa kotisairaanhoidon työntekijälle, joka lupaa tulla kotikäynnille 30 minuutin kuluttua. Asiakas on virtsannut alleen, joten työntekijä avustaa asiakkaan wc:hen ja avustaa häntä peseytymään ja vaihtamaan vaatteet. Kotisairaanhoidajan tullessa paikalle asiakas kertoo voivansa paremmin ja on aikaan ja paikkaan orientoitunut.*

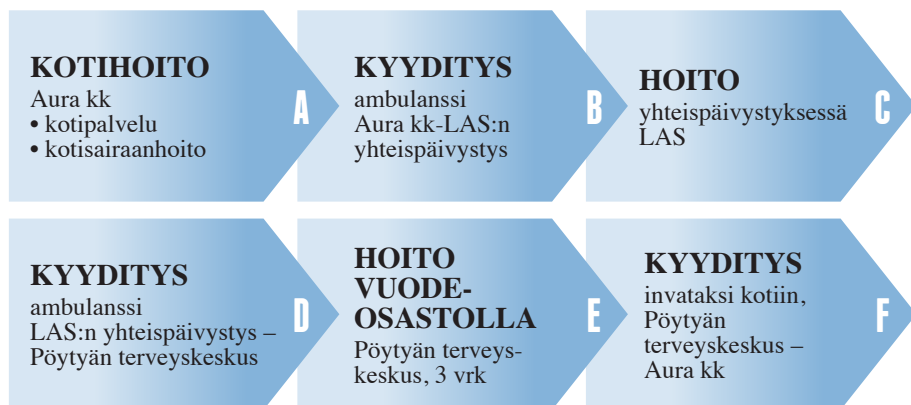
Asiakastilanteen hoitamiseen esitetään kolmea eri hoitovaihtoehtoa. Eri hoitovaihtoehdoissa avataan hinnoiteltavat resurssit ja tarkastellaan kustannuksia.

Hoitovaihtoehto I

Ensimmäisessä hoitovaihtoehdossa kotipalvelun työntekijä kutsuu paikalle kotisairaanhoitajan. He arvioivat yhteistyössä asiakkaan orientaatiota. Kotisairaanhoitaja tarkistaa asiakkaan vitaalitoiminnot (RR, Hr, tax ym.) ja tekee vierianalytiikalla mittauksia: tarkistaa verensokerin sekä tekee U-stix- ja CRP-pikatestin (tulehdusarvo). Kotisairaanhoitaja konsultoi puhelimitse lääkäriä, jonka jälkeen asiakkaalle tilataan ambulanssi ja hänet lähetetään Loimaan aluesairaalan yhteispäivystykseen.

Loimaan aluesairaalan päivystyksessä vastuuhoitaja selvittää asiakkaan tilan hoitajan läheteestä, tekee oman arvion ja raportoi asiakkaasta päivystyksen lääkärille. Lääkäri määrää otettavaksi laboratoriokokeet ja röntgentutkimukset. Anamneesin ja kokeiden tulosten perusteella lääkäri tekee päätöksen jatkohoidosta. Asiakas siirretään seuraavana aamuna terveyskeskuksen vuodeosastolle heikentyneen yleistilan vuoksi.

Asiakas siirretään ambulanssilla Pöytyän terveyskeskuksen vuodeosastolle, jossa asiakas viettää kolme vuorokautta. Kolmen vuorokauden jälkeen asiakas siirretään invataksilla kotiin. Ensimmäisen hoitovaihtoehdon eteneminen on esitetty kuviossa 2.



KUVIO 2. *Hoitovaihtoehto 1.*

Hoitovaihtoehto 2

Toisessa hoitovaihtoehdossa asiakkaan palvelukokonaisuus eroaa ensimmäisestä seuraavilta osin: Loimaan aluesairaalan yhteispäivystyksen käynnin yhteydessä asiakas nesteytetään, hänelle annetaan antibiootin ensimmäinen annos suonensisäisesti ja hänet kotiutetaan myöhemmin invataksilla. Tämän jälkeen kotisairaanhoidaja tekee yhden ylimääräisen toipilaskäynnin, jossa kontrolloidaan CRP. Kotihoito tekee puolestaan kolme ylimääräistä toipilaskäyntiä (n. 30 min/käynti). Toisen hoitovaihtoehdon eteneminen on esitetty kuviossa 3.

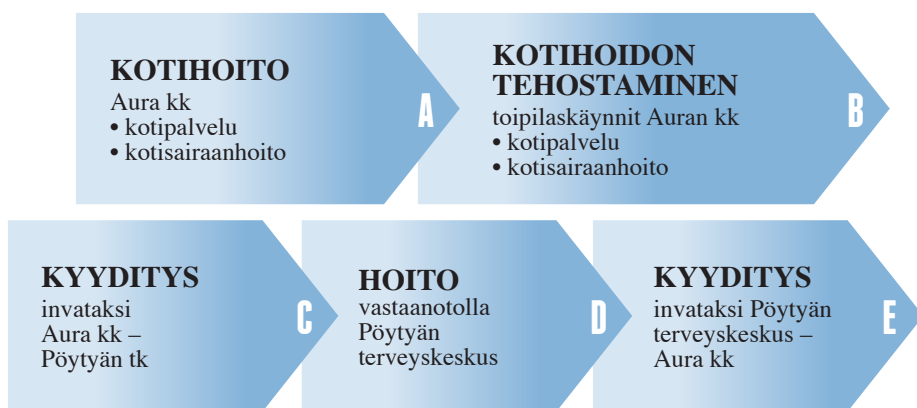


KUVIO 3. *Hoitovaihtoehto 2.*

Hoitovaihtoehto 3

Kolmannessa hoitovaihtoehdossa asiakasta ei lähetetä jatkohoitoon. Kotisairaanhoitajan ja kotipalvelun työntekijän arvioinnin ja lääkärin puhelinkonsultaation perusteella asiakas hoidetaan kotona. Antibioottihoito aloitetaan suun kautta seuraavana aamuna. Kotipalvelun työntekijä tuo tullessaan apteekista lääkkeitä. Kotisairaanhoitaja tekee yhden ylimääräisen toipilaskäynnin, joka sisältää CRP-pikatestin ja kotipalvelu kolme toipilaskäyntiä (n. 30 min/käynti). Omainen yöpyy asiakkaan luona kahtena ensimmäisenä yönä.

Arkipäivänä asiakas käy taksilla Pöytyän terveyskeskuksessa lääkärin vastaanotolla, jossa hänestä otetaan kontrolliverikokeet ja thorax-röntgen. Asiakas kotiutuu hoito-ohjeiden kanssa. Kolmannen hoitovaihtoehdon eteneminen on esitetty kuviossa 4.



KUVIO 4. Hoitovaihtoehto 3.

Kolmen eri hoitovaihtoehdon hinnoiteltavat prosessit on avattu rinnakkain taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Eri hoitovaihtoehtojen hinnoiteltavat prosessit.

1. Hoitovaihto Hinnoiteltavat prosessit	2. Hoitovaihto Hinnoiteltavat prosessit	3. Hoitovaihto Hinnoiteltavat prosessit
<p>a. Kotihoito. Kotipalvelun työntekijän työaika 1 tunti. Kotisairaanhoidajan työaika 1,5 tuntia. Vierianalytiikan käyttö: verensokeri, U-stix ja pikacrp (tulehdusarvo)*. Vierianalytiikan kustannukset ja kilometrikorvaus. (*Pikacrp edellyttää, että näytteen ottava sairaanhoitaja ajaa terveyskeskukseen, tekee testin ja palaa asiakkaan luo, aikaa menee kokonaisuudessaan 30 min).</p> <p>b. Kyyditys. Ambulanssilla välillä Aura kk-Loimaan aluesairaalan yhteispäivystys (LAS), mukana kaksi ensihoidon työntekijää.</p> <p>c. Hoito LAS:n yhteispäivystyksessä. Triagehoitajan työaika 15 min. Vastuuhoitajan työaika yhteensä 2 tuntia. Lääkärin työaika 30 min. Laboratoriohoitajan työaika yhteensä 15 min. Verikokeet: crp, pvk, kn, la, ck, krea, alat, afos. U-seulonta. Röntgenhoitajan työaika yhteensä 15 min. Röntgenlääkärin työaika 15 min.</p> <p>d. Kyyditys. LAS:n yhteispäivystys Pöytyän terveyskeskus, mukana kaksi ensihoidon työntekijää.</p> <p>e. Hoito vuodeosastolla, Pöytyän terveyskeskus. Kustannukset kolmelta vuorokaudelta.</p> <p>f. Kyyditys. Asiakkaan siirtyminen invataksilla kotiin, Pöytyän terveyskeskus-Aura kk.</p>	<p>a. Kotihoito. Kotipalvelun työntekijän työaika 1 tunti. Kotisairaanhoidajan työaika 1,5 tuntia. Vierianalytiikan käyttö: verensokeri, U-stix ja pikacrp (tulehdusarvo)*. Vierianalytiikan kustannukset ja kilometrikorvaus.</p> <p>b. Kyyditys. Ambulanssilla välillä Aura kk-Loimaan aluesairaalan yhteispäivystys (LAS), mukana kaksi ensihoidon työntekijää.</p> <p>c. Hoito LAS:n yhteispäivystyksessä. Triagehoitajan työaika 15 min. Vastuuhoitajan työaika yhteensä 2 tuntia. Lääkärin työaika 30 min. Laboratoriohoitajan työaika yhteensä 15 min. Röntgenhoitajan työaika yhteensä 15 min. Röntgenlääkärin työaika 15 min.</p> <p>d. Kyyditys. Asiakkaan siirtyminen invataksilla kotiin, LAS:n yhteispäivystys-Aura kk.</p> <p>e. Kotihoidon tehostaminen. (toipilaskäynnit) Kotipalvelun työntekijän työaika 1,5 tuntia (30 min x 3 krt). Kotisairaanhoidajan työaika 1 tunti (30 min + 30 min pikacrp*). Vierianalytiikan käyttö: Verensokeri ja pikacrp*. Vierianalytiikan kustannukset ja kilometrikorvaus.</p>	<p>a. Kotihoito. Kotipalvelun työntekijän työaika 1 tunti. Kotisairaanhoidajan työaika 1,5 tuntia. Vierianalytiikan käyttö: verensokeri, U-stix ja pikacrp (tulehdusarvo)*. Vierianalytiikan kustannukset ja kilometrikorvaus.</p> <p>b. Kotihoidon tehostaminen. (toipilaskäynnit) Kotipalvelun työntekijän työaika 1,5 tuntia (30 min x 3 krt). Kotisairaanhoidajan työaika 1 tunti (30 min + 30 min pikacrp*). Vierianalytiikan käyttö: Verensokeri ja pikacrp*. Vierianalytiikan kustannukset ja kilometrikorvaus.</p> <p>c. Kyyditys. Invataksilla välillä Aura kk-Pöytyän terveyskeskus.</p> <p>d. Hoito vastaanotolla, Pöytyän terveyskeskus. Terveyskeskuksen sairaanhoitajan työaika 30 min. Lääkärin työaika 30 min. Laboratoriohoitajan työaika yhteensä 15 min. Hinnoiteltavat verikokeet: crp, pvk, kn, la, ck, krea, alat, afos. U-seulonta. Röntgenhoitajan työaika yhteensä 15 min. Röntgenlääkärin työaika 15 min.</p> <p>e. Kyyditys. Asiakkaan siirtyminen invataksilla kotiin, Pöytyän terveyskeskus-Aura kk.</p>
<p>Yht. 1362,46€ Kuljetukset: 562,96€ (41%)</p>	<p>Yht. 743,88€ Kuljetukset: 384,58€ (52%)</p>	<p>Yht. 450,87€ Kuljetukset: 135,81€ (30%)</p>

Hoitoprosessin kustannusten kartoituksen laskentaperusteet ja menetelmät, kustannuskartoitus ja palkan perusteet saatavissa kirjoittajilta.

Johtopäätökset ja havainnot

Selvityksessä on esitetty kolmen eri hoitovaihtoehdon arvioituja kustannuksia. Jokainen hoitokerta on aina omanlaisensa ja muodostuneisiin kustannuksiin vaikuttavat monet eri tekijät. Tässä selvityksessä ei esimerkiksi otettu huomioon hallinto- ja yleiskustannuksia. Hallinto- ja yleiskustannukset saattavat olla huomattavan suuria suhteessa toiminnan operatiivisiin kustannuksiin.

Tehdyn selvityksen perusteella esitämme seuraavia havaintoja:

- Halvimmiksi hoitovaihtoehdoiksi osoittautuivat toinen ja kolmas hoitovaihtoehto (kalleimman ja halvimman vaihtoehdon välinen ero on yli 900 €). Kolmas hoitovaihtoehto eli kotona hoitaminen on kustannuksiltaan ehdottomasti halvin. Kuvitteellisen kotona hoitamisen mahdollisti lääkärikonsultaatio, henkilökunnan osaaaminen ja tehostetut kotihoidon toipilaskäynnit. Valtiontalouden vanhuspalveluiden tuloksellisuustarkistuskertomusten (2010) mukaan sosiaali- ja terveysministeriöllä tai kunnilla ei ole tarkkaa käsitystä kotihoidon kokonaiskustannuksista. Tästä johtuen on tärkeää pohtia sekä peruskäyntien että toipilaskäyntien ns. käyntikattoa eli sitä, mihin asti kotikäyntien lisääminen on tarkoituksenmukaista ja järkevää.
- Yhteiseen tahtotilaan hoitaa asiakasta kotona, vanhainkodissa tai palvelutaloissa vaikuttavat monet eri asiat. Palvelukokonaisuuden benchmarkkaamisen perusteella lääkäreiden ammatillinen kokemus ja asiakkaiden tunteminen on yksi merkittävimmistä tekijöistä sille, että asiakkaat hoidetaan pääsääntöisesti siellä, missä he asuvat. Sairaanhoidajien osaaminen ja tavoitettavuus 24/7, vierianalytiikan mahdollisuudet, eri henkilöstöryhmien välinen luottamus ja toimenkuvien kehittäminen, ennakoivat hoitosuunnitelmat ja kiireen siirtämisen välttäminen tukevat kotona, vanhainkodissa ja palvelukodissa asumista myös silloin, kun asiakkaiden tila vaihtelee.
- Asiakkaiden kuljetukset vievät helposti ison osan, jopa puolet kokonaiskustannuksista. Eri kuljetusvaihtoehtojen kustannuksista on järkevää informoida hoitohenkilökuntaa, jotta tilattu kuljetusmuoto olisi tarkoituksenmukainen mutta kustannustehokas. Tilattaessa kuljetusta esimerkiksi hätäkeskuksen kautta asiakkaan tilan huolel-

linen raportointi on tärkeää. Kiireessä tehty hätäinen avunpyyntö voi johtaa samanaikaisesti ensivasteen, perustason tai hoitotason ambulanssin lisäksi lääkintähelikopterin paikalle tulemisen, mikä lisää kustannuksiin helposti 1 000–3 000 euroa. Myös vuoropuhelua hätäkeskuksen henkilökunnan kanssa tulee käydä, jotta apu kohdennetaan asiantuntevasti mutta harkitusti.

- Verrattaessa kuljetuskustannuksia esimerkiksi vuodeosastohoidon päivähintaan voidaan todeta, että mikäli asiakkaan lähettäminen kotoa, vanhainkodista tai palveluasumisesta jatkohoitoon on tarkoituksenmukaista, häntä tulisi hoitaa siellä riittävän pitkään, aina siihen asti kunnes hänen toimintakykynsä on sellainen, että hän selviää omassa asuinympäristössään. Yksi tai kaksi toipumista varmistavaa päivää vuodeosastolla tulevat edullisemmaksi kuin nopeat ”bumerangipalaamiset”.

Harri Kankare, TtM, projektityöntekijä, Turun AMK,
harri.kankare@turkuamk.fi

Kaija Virjonen, TtM, projektityöntekijä, Turun AMK,
kaija.virjonen@turkuamk.fi

LÄHTEET

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980. .

Rintala, T.; Jämsä, A. & Soukainen, J. 2010. Vanhuspalvelut. Säännöllinen kotihoito. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 214/2010. Helsinki: Edita Prima Oy.

BLOGIKIRJOITUS 5:YHTEENSOVITTAVA PALVELUTOIMINTA JA JOHTAMINEN

Palvelujen yhteensovittaminen, integraatio, merkitsee yhteistoimintaa, jossa eri palveluiden tuottajat edistävät toiminnallaan palvelukokonaisuuden syntymistä. Kysymys on enemmästä kuin pelkästä eri toimijoiden välisestä tiedonvaihdosta tai yhteistyöstä. Yhteensovittavan palvelutoiminnan päämääränä on asiakkaan näkökulmasta joustava palvelukokonaisuus, jossa keskeistä on yli toimijoiden ja toimialojen kulkevat yhteiset rakenteet, jotka varmistavat saumattoman palvelujatkumon. Palvelukokonaisuuden toimintakäytäntöjä arvioidaan säännöllisesti ja kehitetään myös rajapintojen osalta. Nykäsen (2010; 2013) mukaan kukaan työntekijä, mikään ammattiryhmä tai organisaatio ei pysty yksin vastaamaan asiakkaan palvelutarpeisiin. Vastassa on vaikeita ongelmia, joiden ratkaisemiseen tarvitaan uudenlaista yhteistyötä myös hallintokoneiston ulkopuolisten toimijoiden, esimerkiksi kolmannen sektorin kanssa. Yhteensovittavan palvelutoiminnan ydin löytyy siitä, että toteutuessaan se vahvistaa asiakkaitten osallisuutta ja sitä, että heidän äänensä tulee aidosti palvelujärjestelmässä kuulluksi. (Härkönen & Airaksinen 2012; Perälä ym. 2012; Perälä ym. 2012b.) Tämä edellyttää asiakasläheistä työorientaatioita ja palveluhenkistä toimintakulttuuria kaikilta, niin asiakaspinnassa työskenteleviltä kuin hallinnon rakenteita kehittävilä (Virjonen & Kankare 2013).

Perälä ym. (2012) ovat havainneet, miten myönteinen suhtautuminen yhteistoimintaan ja moniammatillisuus oman organisaation sisällä edistävät myönteistä suhtautumista yhteistoimintaan eri organisaatioiden välillä. Mitä enemmän yhteensovittavia käytäntöjä yli toimialojen löytyy, sitä riittävämpinä palveluita yleisesti pidetään. Yhteensovittavaa palvelutoimintaa heikentäviä tekijöitä ovat ammattikulttuurien jäykkyys ja erilaisuus, henkilökunnan heikko sitoutuminen ja vaihtuvuus, toisen työn heikko tunteminen, yhteisten tavoitteiden puuttuminen, aikapula, puutteellinen tiedonkulku ja yhteensovittavan toiminnan hyödyn näkyväksi tekemisen vaikeus. Haasteita syntyy erityisesti silloin, kun yhteistoimintaa ei nähdä osana johtajien ja organisaatioiden perustehtävää.

Yhteensovittavan johtamisen haaste: rajapinnoilla toimiminen

Yhteensovittavan palvelutoiminnan keskeinen haaste liittyy rajapinnoilla toimimiseen. *Rajapinnalla* tai *-vyöhykkeellä* tarkoitetaan aluetta, jossa tapahtuu tai tarvittaisiin dialogia ja tiedon vaihtoa yhteisen ymmärryksen lisäämiseksi ja yhteistoiminnan virittämiseksi. Kuviossa 1 on kuvattu palveluiden tuottamisessa ilmeneviä rajapintoja.



KUVIO 1. Palveluiden tuottamiseen vaikuttavia rajapintoja.

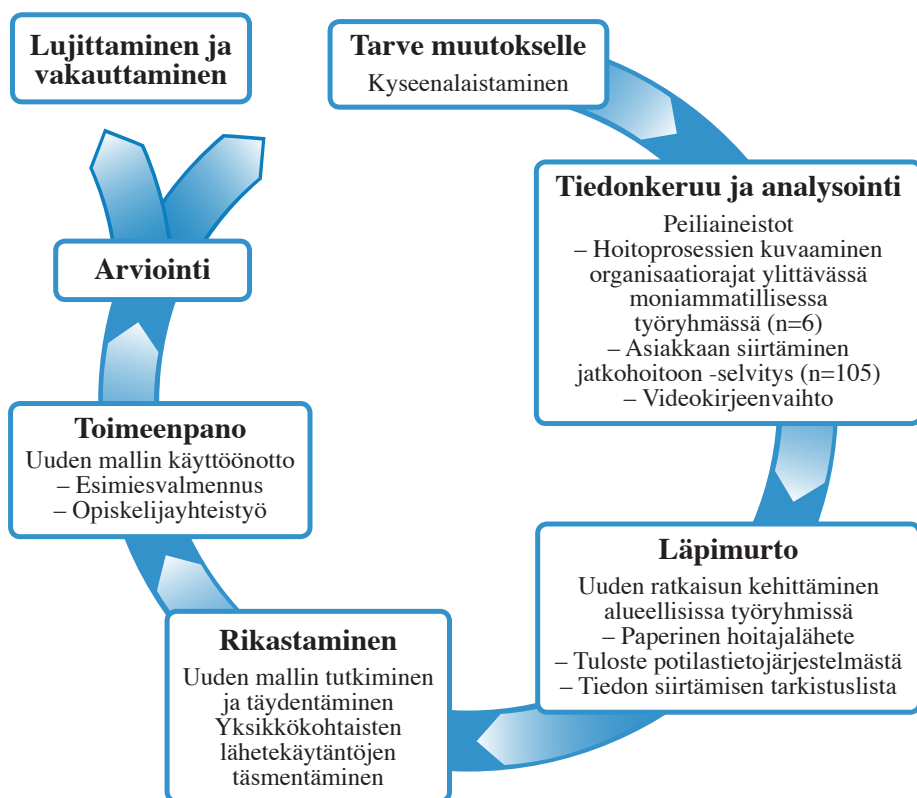
Rajapintojen ylittämässä kyseenalaistetaan ja hylätään perinteisiä ajatelu- ja toimintatapoja sekä pyritään ennakkoluulottomasti kehittämään uusia asiakasläheisiä, palvelukokonaisuutta hyödyttäviä toimintamalleja. Kysymyksessä on sosiokulttuurinen oppimisprosessi, jossa toimijoiden on opittava organisaatioiden välisessä tilassa jotakin, mitä vielä ei ole. Yhteensovittavassa palvelutoiminnassa rajanylitys sisältää aina vastavuoroisuuden vaatimuksen: *kaikkien toimijoiden on tultava rajalle ja osallistuttava rajanylitykseen ja haluttava sitä aidosti*. Rajanylitykseen osallistuvan työryhmän

tulee olla riittävän moniammatillinen, jotta kaikki rajanylityksen kannalta merkittävät yhteistyötahot ovat edustettuna, myös asiakkaat. (Engeström 2004.)

TEHU-osahankkeen kokemuksia rajapinnoilla toimimisesta

TEHU-osahankkeessa tarkasteltiin kotona asuvien kotihoidon asiakkaiden tai ympärivuorokautisissa asumispalveluissa asuvien ikäihmisten hoitojatkumoa sellaisissa tilanteissa, että heitä hoidetaan usean palveluntuottajan toimesta peräkkäisinä hoitajaksoina. Toisena hoitojatkumona tarkasteltiin kotihoidon asiakkaiden ja intervallihoitoa tuottavien palveluiden muodostamaa jatkumoa. Tarkastelussa havaittiin, että palveluiden välisissä siirtymisissä eri palveluiden tuottajat tulivat heikosti rajapinnalle ja rajapinta oli myös johtamisen näkökulmasta katvealuetta. Hankkeessa rajapinta tuotiin näkyväksi videokirjeenvaihdon avulla: eri palveluiden edustajat kommunikoivat videokirjeiden avulla ja pohtivat yhdessä rajapinnalla olevia asioita. Tiedonsiirron ongelmat nousivat esiin ja myös se, että toisen palveluntuottajan toimintaympäristöt ja työn reunaehdot eivät olleet tuttuja. Hankkeessa työstettiin tiedonsiirtoa tehostavaa lähetekäytäntöä.

Alla olevassa kuviossa 2 on kuvattu TEHU-hankkeessa toteutettu ekspansivisen oppimisen kehä koskien hoitajalähetteen kehittämistä. Hoitajalähetteen päivittämiseen päädyttiin kyseenalaistamalla nykyinen käytäntö prosessikuvausten (n = 6), jatkohoitoon lähettämisen kartoituksen (n = 105) sekä videokirjeenvaihdon kautta. Selvitysten pohjalta rakennettiin uusi toimintamalli, jossa päädyttiin kolmeen eri lähetekäytännön toimintavaihtoehtoon. Toimintamallin käytäntöön vieminen toteutui esimiesvalmennuksen ja sosionomiopiskelija-yhteistyön kautta. Toimintamallin arviointi, käytännön vakiinnuttaminen ja seuranta toteutuu hankkeessa perustetun lähiesimiesverkoston kautta. Lähiesimiesverkosto soveltuu hyvin hankkeen nykyisten ja tulevien alueellisten haasteiden haltuunottoon. Verkostoissa yhteistyö perustuu kunkin yksikön autonomiaan, yhteiseen luottamuspääomaan ja yhteisiin kehittämistavoitteisiin – parhaimmillaan verkostoyhteistyö tarjoaa hankkeen tavoitteiden mukaisesti joustavia laatu- ja tehokkuusratkaisuja.



KUVIO 2. *Ekspantiivinen oppimisen kehä: hoitajalähetteen kehittäminen.*

TEHU-osahankkeessa etsittiin lisäksi benchmarkkauksen avulla hyviä käytäntöjä terveysasematoiminnan tuottavista, vaikuttavista ja henkilöstöä motivoivista toimintakäytännöistä. Toinen hyvä esimerkki rajapintojen ylittämistä löytyi työtavoista, joissa professioiden välistä rajapintaa oli pehmenetty ja lääkäri–hoitaja-yhteistyö oli kehitetty sellaiseksi, että hoitajat tekivät itsenäisesti yhdessä määriteltyjä sellaisia tehtäviä, jotka aikaisemmin kuuluivat lääkärin työnkuvaan. Yhteistyö oli saanut uuden muodon, joka oli kaikilla mittareilla arvioituna parempi kuin entinen käytäntö. Tämä edellytti sekä hoitajilta että lääkäreiltä rajalle tuloa ja rajan ylittämistä. Samoin fysioterapeuttien itsenäistä toimintakenttää oli laajennettu ja tulokset olivat hyviä.

TEHU-osahankkeen Loimaan osiossa alueellista sosiaali- ja terveystyön yksiköiden välistä vuoropuhelua ja yhteistyötä vietiin eteenpäin perustamalla alueellinen lähiesimiesverkosto. Lähiesimiesverkosto on pysyvä toimielin, jolla on koordinaattori ja vuosikelloon sidottu vakiintuva toiminta. Verkostossa toimintayksikköjen esimiehet tai heidän lähettämänsä henkilöt tulevat rajalle, jolloin yhteisten asiakkaiden palveluja voidaan kehittää konkreettisella tasolla.

Harri Kankare, TtM, projektityöntekijä, Turun AMK,
harri.kankare@turkuamk.fi

Kaija Virjonen, TtM, projektityöntekijä, Turun AMK,
kaija.virjonen@turkuamk.fi

LÄHTEET

Engeström, Y. 2004. Ekspansiivinen oppiminen ja yhteiskehittely työssä. Tampere: Vastapaino.

Härkönen, J. & Airaksinen, J. 2012. Johtajuuksien rajapinnat sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kuntoutus 1, 5-20.

Nykänen, S. 2010. Ohjauksen palvelujärjestelyjen toimijoiden käsitykset johtamisesta ohjausverkostossa. Matkalla verkostajohtamiseen. Väitöskirja. Tutkimuksia 25. Koulutuksen tutkimuslaitos. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Nykänen, S. 2013. Yhteistoiminnallisen ja monialaisen johtamisen malli. Kuka moninaisuutta johtaa? Yhteistyöstä monialaisen työn johtamiseen. ELLA – Etelä-Pohjanmaan lapsiperhepalvelut -kehittämishanke. Viitattu 15.8.2013 www.seinajoki.fi/material/attachments/seinajokifi/seinajoenkaupunki/kaupunkikehitty/6JWS2mEZ3/Seija_Nykanen_Yhteistoiminnallisen_ja_monialaisen_johtamisen_malli.pdf.

Perälä, M.-L.; Halme, N. & Nykänen, S. 2012. Lasten, nuorten ja perheiden palveluja yhteensovittava johtaminen. THL:n opas 19. Tampere: Juvenes Print – Suomen yliopistopaino Oy.

Perälä, M.-L.; Halme, N.; Tela, H. & Nykänen, S. 2012. Hajanaisia palveluja vai toimiva kokonaisuus? Lasten ja perheiden palvelut toimialajohtajien näkökulmasta. THL:n raportti 29/2011. Helsinki: Unigrafia.

Virjonen, K. & Kankare, H. 2013. Palveluita muistipolulle. Virjonen, K. (toim.) Muistin ongelmat. Toimiva kokonaisuus ehkäisystä hoitoon. Helsinki: PS-kustannus.

BLOGIKIRJOITUS 6: PALVELUKOKONAISUUDEN BENCHMARKKAAMINEN

Palvelukokonaisuuden benchmarkkaamisen tavoitteena oli selvittää haastateltavien tahojen näkemyksiä palvelukokonaisuuksista ja palvelurakenteista, olemassa olevien strategioiden mukaisista toimenpiteistä ja tulevaisuuden visioista (liite 1). Haastatteluissa selvitettiin myös uudenlaisten rakenteellisten ratkaisujen vaikutuksia sekä palveluiden koettuun laatuun että taloudelliseen vaikuttavuuteen. Haastatteluihin osallistuneet henkilöt ja heidän toimipaikkansa esitetään taulukossa 1.

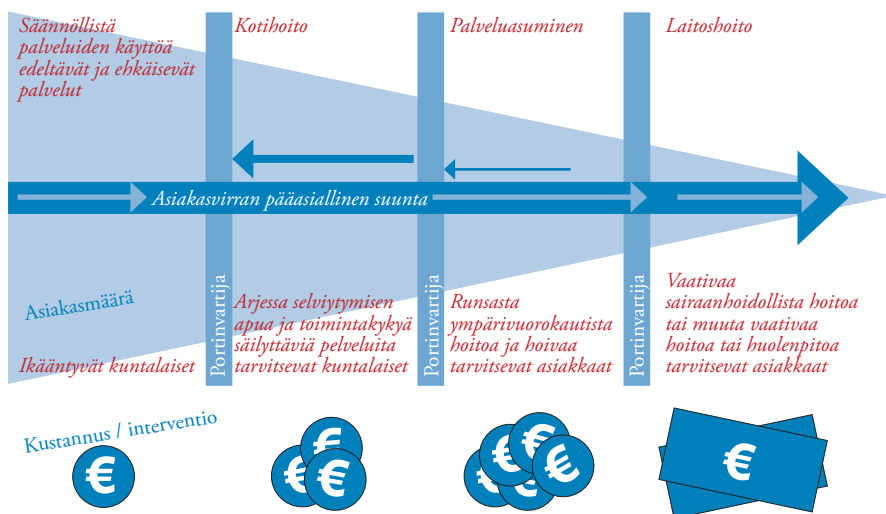
TAULUKKO 1. *Palvelubenchmarkkaukseen osallistuneet.*

Haastateltavat	Toimipaikka	Ajankohta
Teija Jäväjä	Sijoittajasairaanhoitaja. Sas-toiminta. Kokkolan sote.	8.8.2013
Seija Hyytinen	Päivystävä sairaanhoitaja. Vastaanottotoiminta. Kokkolan terveyskeskus.	8.8.2013
Ulrika Hedström	Päivystävä sairaanhoitaja. Vastaanottotoiminta. Kokkolan terveyskeskus.	8.8.2013
Paula Lukkarila	Vastaanottojen osastonhoitaja. Kokkolan terveyskeskus.	8.8.2013
Hannele Tikkakoski-Alvarez	Hoitotyön johtaja. Kokkolan terveyskeskus.	8.8.2013
Reeta Hjälmm	Kotihoidon- ja palveluasumisen palvelujohtaja. Palveluliikelaitos Jyta.	15.8.2013
Kristiina Hellsten	Ympäri vuorokautisen hoidon johtaja. Turun kaupunki.	4.9.2013
Johanna Pekkilä	Kehittäjä sairaanhoitaja. Huhtasuon terveysasema Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus.	10.10.2013
Taina Kukkonen	Osastonhoitaja. Huhtasuon terveysasema. Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus.	10.10.2013
Anu Mutka	Hoitotyön johtaja. Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus.	10.10.2013
Ari Koskinen	Terveyskeskuslääkäri, vastuulääkäri. Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus.	10.10.2013
Pekka Utriainen	Apulaiskaupunginjohtaja. Jyväskylän kaupunki.	10.10.2013
Silja Ässämäki	Kehittämisojohtaja. Jyväskylän kaupunki.	10.10.2013

Palvelukokonaisuuksien hallintaan ja palvelukulttuurien toiminnan laatuun ja taloudelliseen vaikuttavuuteen vaikuttivat asiakasvirtojen hallinta, rakenteelliset uudistukset, prosessien laihduttaminen ja johtamiseen liittyvät muutoshaasteet.

Asiakasvirtojen hallinta

Jotta asiakasvirtojen hallintaa voidaan kehittää, tulee johtavilla viranhaltijoilla olla kokonaisnäkemys kustannuksista, asiakasmääristä ja tulevaisuuden ennusteista. Kuviossa 2 kuvataan pääasiallista asiakasvirtaa ja palveluita.



KUVIO 2. *Asiakasvirrat.*

Asiakasvirroista määrällisesti suurin on ikääntyvien kuntalaisten joukko, joka ei useinkaan ole säännöllisten palveluiden piirissä. Haasteena on näiden kuntalaisten aktivoiminen omaehtoiseen terveydestä ja hyvinvoinnista huolehtimiseen ja ohjattuun, mutta ”omahoitaisuuspainotteiseen” pitkäaikaisairauksien hoitoon. Vanhuuseläkkeellä olevien henkilöiden toimintakyvyn säilymiseen ja parantamiseen tähtäävien interventioiden kehittäminen ja portinvartijana toimivan palveluohjauksen mallintaminen on ajankohtaista.

Porttikohdat asiakasvirrassa

Vuoden 2013 alusta voimaan tulleen lain ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista (2012/980) yhtenä keskeisenä tavoitteena ja laatutekijänä mainitaan toimenpiteet, joilla jokaisessa palvelujatkumon vaiheessa ehkäistään raskaampien palveluiden tarvetta. Kuviossa 3 on koonti palvelujatkumon eri osien keskeisistä työmuodoista ja portinvartioista.

TAULUKKO 1. *Palvelujatkumo.*

	Säännöllistä palveluiden käyttöä edeltävät tai ehkäisevät palvelut	Kotihoito	Palveluasuminen	Laitoshoito
Kustannukset	Interventio-kohtaiset kustannukset alhaiset	Kotihoidon käyntikerran hinta on noin 50 €.	Vuorokausihinta 100–150 €	Vuorokausihinta palveluasumista jkv. korkeampi koska henkilökuntamitoitus suurempi.
Asiakasmäärä	Koko aikuisväestö kansansairauksien osalta, muuten vanhuuseläkkeellä olevat, kokonaismääräsuuri	Asiakasmäärä kasvava	Asiakasmäärä on kokonaisuudessaan väestörakenteen kehityksen vuoksi kasvussa. Omassa kodissa asuminen olisi ensisijaista.	”Jatkumolla” pienin, hoitoajan tulee olla melko lyhyt

<p>Perustehtävän ydinasioita</p>	<p>Tiedon jakaminen kuntalaisille oman hyvinvoinnin hoitamisesta ja palveluista. Etsivä työote ja varhainen puuttuminen. Sektorirajat ylittävä työ: sivistystoimi, liikuntatoimi, kulttuuripalvelut, kolmas sektori.</p>	<p>Toimintakykyä ylläpitävä ja edistävä työote</p> <p>Palvelutarpeen arviointi</p> <p>Asiakkuuksia ei voi ”jäädyttää päälle”.</p>	<p>Henkilöstön osaaaminen, henkilöstörakenne ja -mitoitukset sekä työorientaatio mahdollistavat sen, että palvelut tarjotaan palveluasumisessa.</p> <p>Yhden muuton periaate</p>	<p>Elämän loppuvaiheen hyvä hoito ja hyvä saattohoito</p>
<p>Portinvartija, portinvartijan rooli</p>	<p>Palveluohjaajat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • varhainen ja ”tukeva” puuttuminen • yksilöllisten arjen rakentamisen yhdessä kuntalaisen kanssa 	<p>Portinvartijat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kotihoidon esimiehet • palveluiden tarkoituksenmukaisen käytön jatkuva seuranta • työotteen ja työmenetelmien jatkuva kehittäminen 	<p>Kotiutushoitaja, SAS-ryhmä:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asiakkaan kokonaistilanne tunnetaan niin hyvin, että oikeat asiakkaat sijoitetaan oikeisiin asumispalveluihin. • Sijoitukset tehdään <i>barkiten</i>, arviointiyksiköiden palveluita käytetään päätöksenteon apuna • palveluasumisesta voi myös muuttaa takaisin kotiin, SAS-ryhmä on aktiivinen ja ennakkoiva toimija. 	<p>SAS-ryhmä:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Siirtojen tulee olla tarkoituksenmukaisia; ei viime hetken siirtoja palveluasumisesta. Asiakkaiden tulee olla runsaasti hoitoa ja hoivaa tarvitsevia Asumisaikojen on hyvä seurata: yksikkö pysyy profiilissaan.

SAS-ryhmän rooli asiakasvirtojen hallinnassa

SAS-ryhmän (selvitä – arvioi – sijoita) rooli on tärkeä portinvartijana siirryttäessä kotihoidosta ympärivuorokautisten asumispalveluiden asiakkaaksi. SAS-ryhmällä tulee olla käytössään erilaista tilastotietoa, josta voidaan nähdä niitä trendejä, jotka kuvaavat palvelukokonaisuuden kehitystä: mitkä ovat olemassa olevien paikkojen käyttöasteet, moniko asiakkaista pitää hallussaan kahta paikkaa (esim. palvelutalopaikka + vuodeosastopaikka), miksi ja kuinka paljon palveluasumisesta tehdään asiakassiirtoja tai paljonko eri asumismuotoihin on jonottamassa asiakkaita.

SAS-toiminta nähdään tällä hetkellä melko yksisuuntaisena toimintana. SAS-ryhmältä tilataan jatkohoitoa paikkoja niille henkilöille, joiden kotona selviytyminen ei enää onnistu kotiin tuotetuista palveluista huolimatta. SAS-ryhmän toiminta voisi olla sijoituksia tekevän ”suorittavan” toiminnan lisäksi aktiivista vaikuttamista; tulisi hankkia tietoa siitä, miksi kotona ei selviydytä, millä alueella ei pärjätä ja missä asioissa on puutteita ja solmukohtia. Tietoon perustuvien trendien seuranta ja aktiivinen strategiatyöskentely yhdessä asumispalveluita tuottavien tahojen kanssa pitäisi tilaaja-tuottajasuhdetta ajan vaatimusten mukaisena ja kehitystä voitaisiin vauhdittaa, jotta se vastaisi nopeastikin muuttuvaa palveluiden tarvetta. SAS-ryhmän tavoite ei siis ole toimia tulppana vaan olla aktiivisena toimijana, joka paitsi tekee oikeanlaisia sijoituksia, myös ennakoii ja kehittää palveluja niin että tarjonta vastaisi paremmin ajantasaista kysyntää.

Rakenteiden kehittäminen

Yhden muuton periaate

Yhden muuton periaate asettaa haasteita yhdyskuntasuunnittelulle ja rakentamiselle. Tämä elinkaariasumisen mallilla rakennettu sekä asunto että lähiympäristö ottaisi jo rakentamisvaiheessa huomioon eri ikäisten ja eri kuntoisten ihmisten tarpeet. Esteettömydestä ei ole haittaa kenellekään. Esteettömyys tulisi huomioida kaikessa uudis- ja korjausrakentamisessa: asunnoissa tulisi huomioida mahdollisuus huonejärjestyksen muuttamiseen, oviaukot tulisi rakentaa leveiksi, peseytymistilat väljiksi ja keittiöt helppokäyttöisiksi. Palvelurakenteen tulisi toimia niin, että palvelut tuotetaan omaan kotiin ja esim. palveluasumiseen muuton syyt ja perusteet muuttuisivat nykyisistä. Tämä elinkaariasumisen ajatukseen liittyvä yhden muuton periaate voi olla visio, joka ohjaa sekä yhdyskuntasuunnittelua että palvelujärjestelmän kehittämistä.

Ympäri vuorokautisissa asumispalveluissa yhden muuton periaate on realistinen tavoite, jolloin palvelut tuotetaan asiakkaalle ”kotiin” ja hän saa asua kodissaan elämänsä loppuun asti. Benchmarkkaus-kohteissamme tämä tavoite on saavutettu seuraavin keinoin:

- Ennakoivat hoitosuunnitelmat tehdään omalääkärijohtoisesti.
- Sairaanhoidajapäivystys toimii 24/7 (lähihoitajat eivät siirrä asiakkaita jatkohoitoon konsultoimatta sairaanhoitajaa).
- Perustasolla hoitajien osaamista on vahvistettu ja toimintakäytäntöjä selkiytetty.

Prosessien laihduttaminen

Yhteistyön kehittäminen

Sairaanhoidajien ja lääkäreiden työnjakoa ja toimenkuvia kehittämällä on saavutettu suurimmat säästöt. Vaikka erikoiskoulutetuille hoitajille maksetaan palkanlisää, työpanos on kuitenkin huomattavasti lääkäriä edullisempaa.

Benchmarkkaus-kohteissamme sairaanhoidajien tehtäväkenttää on laajennettu niin, että lisäkoulutettujen hoitajien vastaanotoilla hoidetaan tietyt, yhdessä sovitut potilasryhmät. Tämä on vapauttanut lääkäreiden työpanosta niin, että monisairaiden ja terveyspalveluiden ”suurkuluttajien” hoitoon on voitu keskittyä ja lääkäreiden työpanosta voidaan saada keskeisten kansansairauksien ehkäisyyn ja hoitoon eri tavalla kuin ennen. Asiakastytyväisyys on hyvä, sillä hoitoon pääsy on nopeutunut huomattavasti.

Lääkäri-hoitajayhteistyö on toiminnan kulmakivi ja myös koulutusvaiheessa lääkärit toimivat hoitajien kouluttajina. Kokemukset ovat erittäin hyviä ja toimenkuvien kehittäminen jatkuu niin, että kaikkien ammattitaito saadaan parhaiten tuottavaan muotoon.

Prosessien keventäminen

Prosesseja on voitu tehostaa monin tavoin: turhia työvaiheita on voitu poistaa, kontaktikäyntejä on voitu korvata puhelinyhteydenpidolla ja ohjaus- ja neuvontatoimintaa on yksilöohjauksen sijaan järjestetty pienryhmille. Tarkastelemalla jokaisen työntekijäryhmän työnkuvat ja avaamalla työprosessit löy-

tyy yllättävän paljon päällekkäistä toimintaa ja tarpeettoman monivaiheisesti toteutettuja toimintoja – prosesseja voidaan siis tehostaa suoraviivaistamalla ja laihduttamalla.

Johtaminen

Hallinnon rakenteiden tulisi edistää palvelukokonaisuuksia. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisiä rajoja tulisi ylittää ja nähdä asiakkaiden palvelupolut. Organisaatioiden välisessä yhteistyössä ja rajapintatyöskentelyssä on yhtä lailla haasteita. Erityisesti ylempien esimiesten asenteella on suuri vaikutus: kaikki valuu alaspäin, myös innostusta voidaan kasvattaa ja toivoa valaa esimiesten oman asenteen ja esimerkin avulla. Myös ylempien esimiesten jäämäkkyys ja toimintatavat vaikuttavat kokonaisuuteen: visioita tulee olla, strategioita tulee tehdä, niistä tulee tiedottaa ja sovittujen linjausten mukaisesti tulee edetä.

Alueellisten palveluiden kehittämisessä yhteinen tahtotila on välttämätön edellytys, ja tämän luomisessa johtavat viranhaltijat ja poliittiset päättäjät ovat avainasemassa. Ongelmaksi mainitaan osittainen pitkäjänteisyyden puuttuminen esimerkiksi ennakoivassa palvelurakenteiden kehittämisessä. Kehittämistä tehdään usein reaktiivisesti, kun on jo pakko tehdä jotakin. Kehittämisen draivia tarvitaan!

Kaikki benchmarkkaus-kohteemme painottavat lähiesimiesten tärkeää roolia. Lähiesimiehet toimivat operatiivisina johtajina ja vastaavat asioiden toimeenpanosta. Lähiesimiesten tulee olla tietoisia strategisista linjauksista ja toiminnan tavoitteista sekä palvelukokonaisuuden visioista ja kehityssuunnista. Lähiesimiesten esimiesten vastuulla on, että tiedottaminen yksikötasolle toimii ja että lähiesimiehet saavat tarvitsemaansa tukea.

Palvelukokonaisuuden benchmarkkaaminen, liite I (blogi 6)

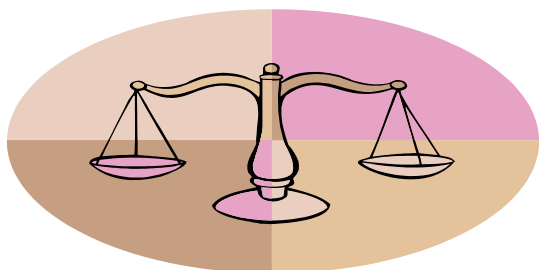


Benchmarking 2013, palvelurakenne

EAKR-rahoitteisen Pumppu-hankkeen TEHU-osahankkeen Loimaan osion aiheena on saattohoidon ja palvelurakenteen kehittäminen Loimaan seudulla.

Vanhuspalveluissa palvelurakenteen kehittäminen (palveluiden tuottamista, palveluita tuottavien yksiköiden toiminta ja yhteistyömuodot palvelukokonaisuuden osien välillä) on yksi keskeisistä kysymyksistä sekä kustannusten näkökulmasta että asiakkaiden saaman hoidon ja palvelun näkökulmasta. Hankkeen alkukartoituksessa ilmeni, että vanhainkodeissa, palveluasumisessa ja kotihoidossa asiakkaan hoitolinjauksia tehdään harvoin ja yleistilan laskeissa asiakas herkästi lähetetään päivystykseen. Osa päivystyskäynneistä on välttämättömiä (esim. kaatumiset ja rintakivut) ja osa on sellaisia, että asiakas palautuu asuinympäristöönsä vuorokauden sisällä hoito-ohjeiden kera. Hanketyöntekijöinä meitä kiinnostaa kysymys, onko tämä ainoa ja paras menettelykäytäntö vai voisiko toimintalinjaa kehittää ja miten?

Mitä siis painotamme? Sitä, että kotona, palveluasumisessa tai vanhainkodissa asuvaa asiakasta pyritään ensisijaisesti hoitamaan siellä missä hän asuu vai sitä, että asiakas siirretään hänen kuntonsa ja avun tarpeensa mukaan aina ”oikeaan” hoitopaikkaan.



Kiinnostuksemme kohteet:

Mitä painotatte, ”vuoteen vierellä” hoitamista vai asiakkaan siirtämistä? Miten se näkyy tavoitteissa ja strategioissa?

Mitä valitsemanne linjaus edellyttää palvelujärjestelmän rakenteelta?

Mitä konkreettisia asioita on tehty valitun linjauksen toteutumiseksi palvelurakenteen tasolla ja toimintakäytäntöjen tasolla?

Mitkä ovat seuraavia konkreettisia asioita, joita tullaan tekemään valitun linjauksen vahvistamiseksi?

Minkälaista osaamista valitsemanne strategia edellyttää, miten osaamista tulisi vahvistaa?

Kiitos ajastanne!

Kaija Virjonen TtM, hanketyöntekijä, Turun ammattikorkeakoulu
kaija.virjonen@turkuamk.fi puh. 044 9074 560

Harri Kankare TtM, hanketyöntekijä, Turun ammattikorkeakoulu
harri.kankare@turkuamk.fi puh. 050 5288 531

LIITTEET

Liite 1. Arviointimittarin väittämät ja kysymykset

Liite 2. Saattohoidon arvioinnin avoimien kysymysten yhteenveto

Liite 3. Hoitotahtolomake

Liite 4. Saattohoito-ohjeiden sisältösuositus ympärivuorokautiseen hoitoon

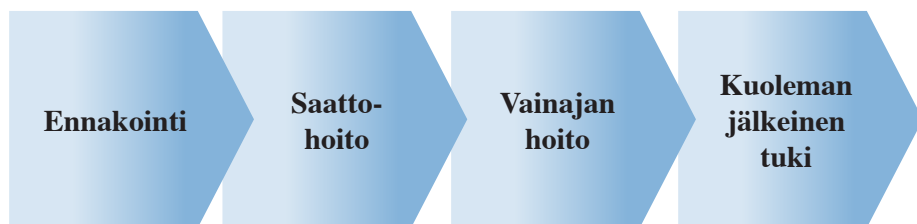
Liite 5. Saattohoito-ohjeiden sisältösuositus kotihoitoon

Liite 6. Hoitajälähteen esimerkkipohja, sisältöehdotukset ja tiedon siirron tarkistuslista

LIITE I. ARVIOINTIMITTARIN VÄITTÄMÄT JA KYSYMYKSET KEVÄT 2012 JA SYKSY 2013

Arviointi tehdään nettikyselynä esittämällä sarja väittämiä.

Saattohoito on jaettu neljään vaiheeseen:



Saattohoidon vaiheita kartoittavat väittämät

Ennakointi

1. Asiakkaat/potilaat saavat systemaattisesti ohjausta kirjallisen tai suullisen hoitotahdon ilmaisemiseen.
2. Yksikössämme on sovittu, kenen tehtävänä on hoitotahtoon liittyvä keskustelu asiakkaiden/potilaiden kanssa ja asiaan liittyvä kirjausvastuu.
3. Asiakkaan/potilaan ilmaisema hoitotahto kirjataan selkeästi asiakastiedostoon.
4. Henkilökunta kokee, että hoitotahdosta puhuminen ja sen ilmaisemisessa opastaminen on osa heidän työtään.
5. Tieto olemassa olevasta hoitotahdosta siirtyy asiakkaan/potilaan siirtyessä yksiköstä toiseen.
6. Yksikössämme tehdään asiakkaan/potilaan hoitoa ohjaavat hoitolinjaukset.
7. Hoitolinjaus tehdään yhteistyössä asiakkaan/potilaan ja/tai läheisten kanssa.

8. Hoitolinjaus tarkistetaan asiakkaan/potilaan tilan muuttuessa.
9. Omaiset saavat henkilökunnaltamme tukea ja ohjausta saattohoitoon valmistautumisessa.
10. Henkilökunta kokee, että asiakkaan/potilaan ja hänen omaisensa saattohoitoon valmentaminen on osa heidän työtään.
11. Henkilökunta on koulutettu saattohoitoon.

Saattohoito

12. Yksikössämme tehdään saattohoitopäätökset, kun tiedetään, että se on potilaan tahdon mukaista ja kun potilaan tilanne on arvioitu sellaiseksi, että päätös voidaan tehdä.
13. Saattohoitopäätös kirjataan.
14. Yksikössämme tehdään DNR-päätös (*do not resuscitate, ei elvytetä*) jokaisesta saattohoidossa olevasta potilaasta.
15. DNR-päätökset tehdään yhteistyössä potilaan ja/tai omaisten kanssa.
16. Yksikössämme tehdään AND-päätöksiä (*allow natural death, sallitaan luonnollinen kuolema*).
17. Tiedonkulun varmistamiseksi saattohoidossa olevalla potilaalla on yhdessä sovittu ja nimetty yhdyshenkilö.
18. Yksikössämme hoitoympäristö on saattohoitoon sopiva.
19. Saattohoidossa olevan asiakkaan/potilaan yksilöllisiin tarpeisiin vastataan, jos se suinkin on mahdollista.
20. Saattohoitopotilaan kipuja hoidetaan niin, että potilas on kivuton.
21. Yksikössämme on käytäntönä tehdä ennakoiva hoitosuunnitelma esimerkiksi kivunlievitystä koskien.
22. Hoitotyössä toteutuu tehostettu hyvä perushoito saattohoidossa.
23. Henkilökunta kokee, että he voivat toteuttaa hyvää, asiakkaan/potilaan perusoikeuksia kunnioittavaa hoitotyötä.

24. Hoidossa vastataan asiakkaan/potilaan hengellisiin tarpeisiin.
25. Omaisen on mahdollista yöpyä tai viettää pidempiä aikoja saattohoidossa olevan luona.
26. Omaiset saavat saattohoitovaiheessa tarvitsemansa tuen, ohjauksen ja lohdutuksen.
27. Yksikössämme on kirjalliset saattohoito-ohjeet.
28. Saattohoito-ohjeiden ajantasaisuus tarkistetaan määräajoin.
29. Saattohoitotyö koetaan yksikössämme erityisen herkäksi hoidon alueeksi.
30. Saattohoidossa yksikössämme toteutuu asiakkaan (potilaan ja omaisen) rinnalla kulkeminen.
31. Henkilökunnallamme on valmiudet kohdata kuolevan potilaan koko tunneskaala.

Vainajan hoito

32. Yksikössämme on vakiintunut tapa, miten kuolemasta tiedotetaan kaikille yksikön työntekijöille.
33. Yksikössämme on vakiintunut tapa, miten kuolemasta tiedotetaan muille asiakkaille/potilaille.
34. Yksikössämme on mahdollista järjestää vainajan muistohetki.
35. Omaisilla on mahdollisuus osallistua vainajan hoitoon.
36. Yksikössämme on kirjalliset ohjeet vainajan hoidosta.
37. Omaiset saavat selkeät kirjalliset ohjeet käytännön asioihin liittyen.
38. Henkilökunnan työtapaan kuuluu se, että omaisten tukemiseen varataan tarvittava aika ja paikka.

Kuoleman jälkeinen vaihe

39. Saattohoidon jälkeen henkilökunnalle mahdollisesti syntynyt tunnekuorma puretaan.
40. Henkilökunta kokee, että tunnekuorman purkamisesta on merkittävää hyötyä työssä jaksamista ajatellen.
41. Tarjoamme omaisille mahdollisuuden ottaa myöhemmin yhteyttä, jos heissä herää kysymyksiä.
42. Saattohoitoja arvioidaan niin, että niistä voidaan oppia, sekä kehittää työtä ja käytäntöjä jatkossa.

Avoimet kysymykset:

43. Mitkä tekijät yksikössämme mahdollistavat asiakkaan/potilaan hyvän saattohoidon?
44. Mitkä tekijät yksikössämme vaikeuttavat tai estävät hyvän saattohoidon toteuttamista?
45. Ja vielä haluamme tuoda esiin seuraavaa:

Minna Rajala, sosionomi (AMK), hanketyöntekijä,
minna.rajala@turkuamk.fi
Turun AMK

Kaija Virjonen, TtM, projektityöntekijä,
kaija.virjonen@turkuamk.fi
Turun AMK

LIITE 2. SAATTOHOIDON ARVIOINNIN AVOINTEN KYSYMYSTEN VASTAUKSET

Esteitä ja mahdollisuuksia hyvälle saattohoidolle, yhteenveto vuosilta 2012 ja 2013

Mitkä tekijät vaikeuttavat tai estävät hyvän saattohoidon toteutumista?

1. Kotihoito/kotisairaanhoido/kotipalvelu

- Henkilökuntamäärä on vähäinen ja aika rajallinen.
- Koti ei aina ole se paras mahdollinen hoitopaikka, joskus asiakkaat pelkäävät yksin jäämistä. Omaiset eivät ole mukana hoidossa. Ennakoivaa kivunlievitystä ei ole saatu tai syystä tai toisesta lääkäriin ei saada yhteyttä.
- Ei ole yöhoitoa vaan hälytykset siirtyvät viiveellä Alastaron Vanhainkodille.
- Vastuukysymykset saattavat olla epäselviä.

2. Palveluasuminen

- Kehitysvammaiset eivät itse välttämättä osaa/ymmärrä ilmaista omia toiveitaan ja haluaan. Sen vuoksi meillä ei esim. ole otettu hoitotahtoa käytäntöön, vaan asiaa sovelletaan asiakkaan ja kulloisenkin tilanteen mukaan. Toki monen yhteisen vuoden jälkeen henkilökunta osaa ”lukea” ja tulkita asiakkaita hyvin ja myös omaisia kuunnellaan.
- Kirjalliset ohjeet eivät ole vielä valmiina ja toimimme tilanteen mukaan. Olemme aloittaneet tiimitoiminnan, jossa jokaisessa tiimissä on sairaanhoitaja ja aika paljon lääkinnällistä vastuuta on hänellä. Jatkuva tiedottaminen voi ajoittain ontua.
- Rakenteelliset tekijät hankaloittavat (kaksi rinnakkaista yksikköä samalla henkilöstöllä). Kunnollisten, tilavien kylpytilojen puuttuminen (remontti?) + ei ole pesuvuodetta. Ei ole ympärivuorokautista hoitoa.

3. Tehostettu palveluasuminen

- Yhdellä osastolla käynti naapurihuoneeseen tapahtuu toisen huoneen kautta eli joka huoneessa (5) ei ole omaa sisäänkäyntiä. Osastoilla on yleistä hälinää, läsnäololle ei ole aina riittävästi aikaa ja tilojen rakenne (esim. pienet oviaukot) saattavat haitata.
- Ajoittainen henkilöstöpula tai oudompien sijaisten käyttö. Joskus lääkäripula.
- Kivunhoito voisi olla vielä paremmin, lääkärin saavutettavuus joskus hankalaa. Kivunhoitokoulutusta enemmän. Lääkehoitoa ei pystytä toteuttamaan riittävän hyvin. Osalla henkilökunnasta ei ole lääkehoitoon oikeuttavaa koulutusta.
- Sijaisten käyttäminen. Saattohoitotilanteita suhteellisen harvoin, joten asiat saattavat unohtua matkan varrella.
- Kattavat kirjalliset ohjeet saattohoidon toteuttamisesta ja siihen liittyvät asiat. (tehdään kehittämistyönä v. 2014).
- Kiire ja tilat.

4. Vanhainkoti

- Henkilöstön määrä. Emme pysty olemaan saattohoitovaiheessa riittävän paljon asukkaan vieressä, keskittyä vain häneen.
- Mahdolliset tilaongelmat (tarve vaihtaa huonetta /2 hengen huone). Henkilöstömitoitus, varsinkin ilta-aikaan. Yllättävissä muutoksissa ei mahdollisuutta lääkäriin (kipu yms.).

5. Terveyskeskuksen vuodeosasto

- Henkilökunnan määrä riippuu muista potilaista ja heidän hoidon tarpeestaan.
- Aina ei yhden hengen huonetta saada järjestymään potilaalle. Muut vaikeahoitoiset ja haasteelliset potilaat ja omaiset vievät aikaa saattohoitopotilaalta. Aikaa ja hoitajia ei yksinkertaisesti aina ole tarpeeksi. Kiire! Riittämättömyyden tunne.

6. Sairaala

- Kaikille ei tarjota yhden hengen huonetta, akuutti osasto ja jos paljon akuuttia hoitamista saattohoitopotilaille voi olla liian vähän aikaa.
- Kiire, potilaiden nopea vaihtuvuus ja henkilökunnan työskentely monessa eri työpisteessä perättäisinä päivinä --- ei opi tuntemaan potilaita.
- Joskus lääkäreiden kokemattomuus.

7. Kotisairaala

- Riittävän tuen antaminen omaiselle, joka hoitaa rakasta ihmistä. Organisaation asettamat rajoitukset, esim. työajasta (joka ei aina saattohoito tilanteessa pysty olemaan työaikalain säädännön mukaista...) Riittävän avun saaminen kotiin ja riittävän nopeasti.

Mitkä toiminnot mahdollistavat asiakkaan/potilaan hyvän hoidon?

1. Kotihoito/kotisairaanhoido/kotipalvelu

- Ammattitaitoiset hoitajat, työajan joustaminen.
- Oma koti ja tuttu henk.kunta.
- Asiakkaat hoidetaan heille tutussa ympäristössä, eli kotona. Kotiin pyritään saamaan kaikki tarvittava hoitovälineistö, sekä lääkäri saadaan kotikäynneille tarvittaessa. Omaisten on mukavampi viettää aikaa saattohoitopotilaan kanssa heille tutussa paikassa. Omaisten mukana olo hoidossa auttaa myös potilasta. Ennakoiva kivunlievitys auttaa hoidossa, kuten myös kaikki muut ennakoivat toimenpiteet.
- Tuttu henkilökunta, ”matala kynnyks” ottaa yhteyttä.
- Pieni yksikkö ja tunnetaan asiakkaat hyvin sekä myös omaiset.

2. Palveluasuminen

- Työhön sitoutunut ammattitaitoinen henkilökunta, mahd. lisätä tarvittaessa henkilökuntaa,
- Jokaisella asukkaalla on oma huone, pystymme varmistamaan kivunhoidon 24 h/vrk. Päivystävä sairaanhoitaja aamu- ja iltavuoroissa lisäksi yöpartiossa sairaanhoitaja työvuorossa. Asukas hoidetaan koko ajan omassa yksikössä, omien hoitajien ja tutun lääkärin hoitamana, vapaa vierailuaika ja omaisilla mahdollisuus osallistua hoitoon ja yöpyä omaisensa huoneessa. Omaisten tuki koko henkilökunnalta ja omahoitajalta.
- Henkilöstön osaaminen ja tahtotila.

3. Tehostettu palveluasuminen

- Koulutettu henkilökunta, oma lääkäri, kipulääkkeet, yhteistyö seurakunnan kanssa, yhden hengen huoneet.
- Saattohoitoa kokonaisuutena ollaan kehitetty inhimillisempään suuntaan, unohtamatta omaisia tai muita yhteistyötahoja. Asukkailla on omat huoneet ja oma rauha. Omaiset voivat olla vierellä loppuun asti.
- Saattohoitokoulutus koko henkilökunnalla.
- Mahdollisuus lisähenkilökuntaan tarvittaessa.
- Hyvät resurssit ja puitteet. Hoitotyömme on inhimillistä ja asukkaat tunnetaan pitkältä ajalta. Hoitajilla halu toteuttaa hyvää saattohoitoa sekä hyvä ammattitaito.
- Hyvät kirjalliset ohjeet.

4. Vanhainkoti

- Ammattitaitoinen henkilökunta.
- Henkilökunnan asenne+osaaminen. Yhden hengen huoneet (laitos, joten vuokraus ei estä vaihtoja tarvittaessa).

5. Terveyskeskuksen vuodeosasto

- Osastolla on kaksi yhden hengen huonetta osaava ja motivoitunut henkilökunta. Selkeät linjaukset.
- Yhden hengen huoneen järjestyminen mahdollisuuksien mukaan. Samalla myös omainen voi yöpyä, jos haluaa. Pyrkimys kiireettömään läsnäoloon potilaiden ja omaisten kanssa. Hoitajien oikeanlainen asenne, hyvä koulutustaso, kuoleman kunnioittaminen. Lääkäri helposti saatavissa.

6. Sairaala

- Hyvä kivunhoito, yhdenhengen huone ja omaisten mukanaolon mahdollisuus loppuun asti.
- Henkilökunnan koulutustaso on hyvä. Lääkäripalvelut aina saatavilla. Hoitohenkilökunnan motivoituneisuus ja halu antaa hyvää saattohoitoa.

7. Kotisairaala (2013)

- Ammatillisuus kohdata kuoleva potilas, ”syvä” eettisyys, lähimmäisenrakkaus, ihmisen todellinen kohtaaminen, omien elämäkokemusten myötä kasvaminen kuoleman kohtaamiseen, pelottomuus kohdata kuoleva ja hänen omaisensa, uskallus olla ihminen ihmiselle, uskallus antautua todelliseen vuorovaikutukseen, joustavuus, henkilökunnan mielenkiinto ja ammattitaito asiaa kohtaan.

LIITE 3. HOITOTAHTOLOMAKE

Omasta vapaasta tahdostani

Minä _____, henkilötunnukseni: _____,

määrään, että jos minä esimerkiksi vakavan sairauden, onnettomuuden, tajuttomuuden tai vanhuuden heikkouden seurauksena joudun tilaan, jossa en kykene ymmärtämään hoitoani koskevia päätöksiä tai osallistumaan hoitoani koskevaan päätöksentekoon, ei minua hoidettaessa saa käyttää keinotekoisesti elintoimintoja ylläpitäviä hoitomuotoja, ellei tilani korjautumiseen ole selkeitä perusteita.

Vaikeiden oireiden poistamiseksi ja kivun lievittämiseksi tulee tehokkaasti käyttää saatavilla olevia keinoja.

Tehohoitoa voidaan minulle antaa, jos voidaan kohtuudella arvioida, että sen antaminen johtaa parempaan tulokseen kuin pelkästään lyhytaikaiseen elämän pitkittymiseen.

Lisäksi hoitoani koskeva tahtoni on seuraava:

Paikka ja aika

Hoitotahdon laatijan allekirjoitus
Nimen selvennys

Samanaikaisesti saapuvilla olevina todistajina vakuutamme täten, että yllä mainittu henkilö on allekirjoittanut hoitotahtonsa omakätisesti selittäen sen vakaaksi tahdokseen. Hän on ilmaissut hoitotahtonsa täydessä ymmärryksessä, vapaasta tahdostaan ja käsittäen sen merkityksen.

Paikka ja aika _____

Allekirjoitus
Nimen selvennys:
Ammatti:
Kotipaikka:

Allekirjoitus
Nimen selvennys:
Ammatti:
Kotipaikka:

Sinulla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon, tiedonsaantiin ja itsemääräämisoikeuteen.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrittelee näitä oikeuksia seuraavasti:

”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.”

”Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamistaan. ... Terveydenhuollon ammattihenkilön on annettava selvitys siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön.”

”Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla.”

”Potilaalle on annettava hänen henkeään tai terveyttään uhkaavan vaaran torjumiseksi tarpeellinen hoito, vaikka potilaan tahdosta ei tajuttomuuden tai muun syyn vuoksi voi saada selvitystä. Jos potilas on aikaisemmin vakaasti ja pätevästi ilmaissut hoitoa koskevan tahtonsa, potilaalle ei kuitenkaan saa antaa sellaista hoitoa, joka on vastoin hänen tahtoaan.”

Mikä on hoitotahto

Hoitotahto on henkilön tahdon ilmaisu hänen tulevasta hoidostaan siltä varalta, ettei hän itse pysty osallistumaan hoitoratkaisuihin tajuttomuuden, vanhuudenheikkouden tai muun vastaavan syyn vuoksi. Hoitotahtoon tulee nojautua silloin, kun potilas ei itse pysty tekemään omaa hoitoaan koskevia päätöksiä.

Hoitotahdossa voi ilmaista erityistoiveita hoidon suhteen tai siinä voi kieltäytyä tietyistä hoitotoimenpiteistä. Hoitotahto vähentää omaisten epätietoisuutta ja ahdistusta hoitoratkaisuissa ja helpottaa myös lääkäreiden työtä. Toiveet voivat koskea muitakin hoitoon liittyviä asioita kuin vain lääketieteellisiä tai sairaanhoidollisia kysymyksiä.

Laissa ei ole säännöksiä siitä, millä tavoin hoitotahto-asiakirja on laadittava. Jotta se täyttäisi yksiselitteisesti myöhemminkin pätevyyden ja vakaan tahdonilmaisun vaatimukset, on se varmintä tehdä kirjallisesti, päivätä ja allekirjoittaa. Lisäksi kannattaa pyytää kahta ulkopuolista henkilöä todistamaan, että tahdonilmaisun antaja on itse henkilökohtaisesti allekirjoittanut asiakirjan. *Omaiset ja sukulaiset eivät kelpaa todistajiksi.*

Hoitotahdosta on hyvä pitää yksi kopio itsellä, yksi uskotulla henkilöllä ja yksi toimitetaan terveyskeskukseen, jossa se skannataan potilastietoihin. Hoitotahtoa koskee kolme vaatimusta:

1. Tekijällä on oltava kelpoisuus tahtonsa ilmaisemiseen: hän ymmärtää, mistä on kysymys.
2. Vastaavassa terveydentilassa ollessaan tekijä voi milloin tahansa peruuttaa tai muuttaa tahdonilmaisunsa.
3. Toteutuakseen tahdonilmaisun pitää olla löydettävissä toteuttamista varten.

LIITE 4. SAATTOHOITO-OHJEIDEN SISÄLTÖSUOSITUS YMPÄRIVUOROKAUTISEEN HOITOO

Saattohoidon yksikkökohtaiset ohjeet, sisältösuositus

Ohjeet on tarkoitettu hoitohenkilöstölle. Saattohoito ei jokaisen hoitajan kohdalla ole viikoittaista työtä, siksi on hyvä olla kirjalliset ohjeet, joista voi tarkistaa toimintakäytännöt. Ohjetta voi käyttää myös uuden työntekijän perehdytyksessä.

Ehdotuksia ohjeistuksen hallintaan:

- kuka on ohjeistuksen ”prosessinomistaja” eli kuka vastaa siitä, että ohjeistus tarkistetaan ja tarvittaessa päivitetään esim. kahden vuoden välein
- kuka huolehtii siitä, että ohjeistuksen olemassa olo on tiedossa
- kuka huolehtii siitä, että toteutettuja saattohoitoja arvioidaan suhteessa ohjeistukseen

Oheistus voisi olla neliosainen otsikoiltaan:

1. Valmentautuminen elämän loppuvaiheen hoitoon
 - kuka ottaa asiakkaiden kanssa esiin hoitotahdosta keskustelun ja ohjauksen, joka liittyy hoitotahdon ilmaisemiseen
 - mihin hoitotahto kirjataan ja miten
 - miten kirjallinen hoitotahto säilytetään
 - menettelyohjeet, kun hoitaja huomaa asiakkaan tilan heikkenemisen ja asiakkaan väsymisen niin, että asiakkaan kohdalla tulisi avata keskustelu saattohoidosta
 - hoitolinjausten tekemiseksi (saattohoitopäätös, ANDpäätös, DNRpäätös)
 - kenen vastuulla on ennakoivan hoitosuunnitelman tekeminen ja miten se kirjataan (esim. tarvittavat kipulääkkeet, omaisista yhteyshenkilön sopiminen, muut yhteydenotot)

2. Saattohoito

- aattohoitohuoneeseen/ympäristöön liittyvät asiat
- perushoitoon ja kivunhoitoon liittyvät asiat
- hengellinen hoito
- omaiset saattohoidossa
- menettelyohjeet kuoleman merkkien toteamisen jälkeen (hengityksen- ja verenkierron loppuminen)

3. Vainajan hoito

- vainajan fyysinen hoito
- ilmoittamiset ja yhteydenotot
- asiakirjamerkinnot, hallinnolliset työt
- vainajan säilytys ja siirto
- lääkärin osuus kuoleman jälkeen
- kuolemantapauksesta ilmoittaminen hoitoyksikön sisällä (li-putus jne)
- omaisten hoito, omaisille annettavat kirjalliset materiaalit
- saattohoitoprosessin läpi käyminen työyhteisössä ja henkilökunnasta huolehtiminen.

LIITE 5. SAATTOHOITO-OHJEIDEN SISÄLTÖSUOSITUS KOTIHOITOOON

Hoitotahto

Potilaan kanssa keskustellaan hoitotahdosta ja häntä ohjataan hoitotahdon teossa (vastuuhoitaja tarvittaessa hoitavan lääkärin kanssa). Potilaalle suositellaan kirjallista hoitotahdon tekoa esimerkiksi alueellista hoitotahtolomaketta käyttäen. Kirjallinen hoitotahto skannataan potilastietoihin. Mikäli potilas ilmaisee hoitotahdonsa suullisesti, se kirjataan potilastietoihin ja varmistetaan potilaalta, että se vastaa hänen tahtoaan.

Hoitolinjaus

Hoitolinjaus tehdään yhdessä potilaan, hoitoon osallistuvien omaisten/läheisten, hoitavan lääkärin ja hoitajien kanssa. Lääkäri kirjaa lääketieteellisen hoitolinjauksen (saattohoitopäätös, DNR, AND, tilannekohtaiset hoitolinjauksen tarkennukset).

Hoitolinjausten teon ja tarkennuksen yhteydessä varataan aikaa potilaan ja hänen läheistensä kanssa käytävään keskusteluun.

Hoitosuunnitelma

Saattohoidossa korostuu hyvä perushoito. Tehostetun perushoidon suunnitelma tehdään aina tarvittaessa (mm. suolen toiminta, ihonhoito, suun hoito). Hoidon osa-alueet on kuvattu tarkemmin Käypä hoito -suosituksessa. Mahdollisesti hoitoon osallistuvien läheisten ohjaus on osa hoitotyötä.

Vastuuhoitaja huolehtii siitä, että potilaalla on yhdessä lääkärin kanssa tehty ennakoiva kivunhoidon suunnitelma, joka sisältää tarvittaessa annettavat lääkkeet ja lääkityksen siinä tilanteessa, että potilaan kivut lisääntyvät päivystysaikana.

Konsultaatio

Ensisijaisesti konsultoidaan hoitavaa lääkärää, joka tuntee potilaan tilanteen. Toissijaisesti voidaan aina konsultoida Loimaan aluesairaalan yhteispäivystyksen hoitajaa ja lääkärää.

Kuoleman toteaminen

Ihminen voidaan todeta kuolleeksi sydämen lakattua sykkimästä, kun toissijaiset kuolemanmerkit ovat ilmaantuneet tai kun hengitys ja verenkierto ovat pysähtyneet. Toissijaisia kuolemanmerkkejä ovat lautumien ja kuolonkankeuden ilmaantuminen ja ruumiin jäähtyminen. Mikäli olet paikalla kun hengitys ja verenkierto pysähtyy, **merkitse kellonaika potilasasiakirjoihin**. Mikäli hengityksen ja verenkierron pysähtymisen ajankohtaa ei tiedetä, merkitse potilasasiakirjoihin se kellonaika, jolloin olet todennut kuoleman merkit.

Kuolemasta tulee antaa tieto lääkärille **tai** poliisille. Kuolemasta on viipymättä ilmoitettava ensisijaisesti sille lääkärille, jonka hoidossa kuollut henkilö viimeisen sairautensa aikana oli, tai kuolinpaikan terveyskeskuksen lääkärille taikka poliisille.

Arkisin päiväaikaan (klo 8.00–15.00) puh:

Iltaisin (klo):

Muina aikoina Loimaan aluesairaalan yhteispäivystykseen, puh:

Kuoleman toteaa lääkäri mahdollisimman pian, viimeistään seuraavana arkipäivänä. Kuoleman todennut lääkäri huolehtii siitä, että kuoleman synn selvittäminen käynnistyy asianmukaisella tavalla. (Asetus kuoleman toteamisesta 27/2004) Lääkäri ilmoittaa kuolemasta väestötietojärjestelmään. Kuolema rekisteröidään ja tieto kuolemasta siirtyy rekisterinpitäjältä muille viranomaisille.

Vainajan hoito

Vainajan hoidossa ei ole kiirettä. Vainajan hoito voidaan tehdä yhdessä läheisten kanssa tai heidän toivomuksestaan hoitaja tekee sen yksin. Vainaja hoidetaan niin, että vainaja jää puhtaana ja siistinä puhtaissa vaatteissa puhtaalle vuoteelle selinmakuulle. Läheiset valitsevat vaatteet mikäli henkilö ei elinaikanaan ole ilmaissut toivettaan. Huolehdi myös ympäristö siistiksi, tuuleta huone raikkaaksi ja jos mahdollista, sytytä kynttilä.

Sido vainajan nilkat sideharsolla yhteen niin, että jalat pysyvät hyvässä asennossa. Kiinnitä nilkkasidokseen tunnistuslappu, jossa on vainajan nimi, henkilötunnus, kuolinpäivä ja kellonaika.

Vainajan kuljetus

Hautaustoimisto huolehtii vainajan kuljetuksesta. Läheiset valitsevat hautaus-toimiston. Omaisia ja läheisiä ohjeistetaan hautaus-toimiston tarjoamista palveluista.

Omaisten hoito

Omaisille tehdään saattohoidon aikana lista niistä puhelinnumeroista, joita he tulevat mahdollisesti tarvitsemaan: vastuuhuoltaja, kotihoito, terveyskeskus, seurakunta. Saattohoidon aikana myös omainen/omaiset ovat hoitotyön asiakkaita, avun ja tuen tarve on suuri. Väsyminen ja uupuminen tapahtuu vähitellen ja siksi viikoittain ja jopa päivittäin on syytä keskustella omaisen kanssa jaksamisesta, tunteista ja myös kuolemasta. Surun lisäksi omaisella on usein pelkoja, ahdistusta ja hätää.

Älä jätä omaista yksin kun läheinen on kuollut. Pyydä paikalle omaisen ystävä, seurakunnan työntekijä, SPR:n ystävä tai muu omaisen toivoma henkilö.

Kysy suruliputuksesta. Kuolinpäivänä suruliputetaan siinä talossa, jossa kuolema on tapahtunut. Liputus kestää aamusta tai kuolinhetkestä iltaan. Mikäli saat luvan suruliputukseen, nosta lippu ensin ylös ja laske sitten 1/3 salon mittaa alas, lipun alareuna jää tällöin salon puoliväliin.

Anna omaiselle kirjalliset ensiohjeet kuoleman jälkeisestä käytännön asioista (Ensiohjeita hautausta järjestävälle).

Lähteet

Laki kuolemansyyn selvittämisestä (459/73).

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksat.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kuoleman toteamisesta (27/2004).

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Palliativisen Lääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä (2012): Käypähoito -suositus, Kuolevan potilaan oireiden hoito.

LIITE 6. HOITAJALÄHETTEEN ESIMERKKIPOHJA, SISÄLTÖEHDOTUKSET JA TIEDON SIIRRON TARKISTUSLISTA

Asiakkaan siirtolomake.

Siirtopäivä:

Kellonaika:

LÄHETTÄVÄ YKSIKKÖ, OSOITE JA PUHELINNUMERO							
HENKILÖTIEDOT	Nimi:			stu:			
	Ensisijainen yhteyshenkilö:			puh.:			
	Siirrosta ilmoitettu, kenelle:			Ei saatu yhteyttä			
HOITON VAIKUTTAVAT ASIAT	Tietojen luovuttaminen / salassa pito:	Hoitotahto (kyllä) DNR -päätös (kyllä) Saattohoitopäätös (kyllä)	Eristys (kyllä) Tartunta- vaara, mikä: (kyllä)				
NYKYTILANNE/ LÄHETTÄMISEN SYY	Lähtötilanteen kuvaus, klo:						
	Seuranta:						
	Klo	RR	Pulssi/rytmi	Heng.fr	Sa02	tax	Iho/lämpörajat
Tehdyt tutkimukset ja hoitotoimenpiteet, klo:							
Konsultoitu seuraavia tahoja: Klo:							
LÄÄKITYS	Annettu ensihoito/lääkitys, klo:						
	Saanut tänään:						
	Mukana olevat lääkkeet: doseetti marevan lista insuliinit inhaloitavat lääkkeet silmlääkkeet muuta:						
	laastari:		vaihdettu:		vaihtoväli:		
	laastari:		vaihdettu:		vaihtoväli:		

ALLERGIAT	
RAVITSEMUS	Ruokavalio:
	syö itse syötettävä muuta:
ERITYS	Virtsaus: normaali kastelee päivävaippa: yövaippa: kestokatetri nro: vaihdettu: toistokatetroi kystostomiakatetri (esim. Cystofix) vaihdettu:
	Vatsantoiminta: normaali autettava, miten avanne
TOIMINTAKYKY	Näkö: normaali heikko sokea silmälasit Kuulo: normaali alentunut kuuro apuväline Puhe: normaali epäselvä afasia
	Psyykinen tila ja muisti:
	Fyysisen toimintakyvyn kuvaus:
MUKANA OLEVAT HENKILÖ-KOHTAISET TAVARAT	
KOTISAIRAAAN-HOITO	Ilmoitettu siirrosta: (kyllä) Seuraava käynti:
KOTIHOITO	Ilmoitettu siirrosta: (kyllä) Seuraava käynti:
ATERIAPALVELU	
MUUTA HUOMIOITAVAA	(esim. tahdistin, kotiolot)
SIIRROSTA VASTAAVA HOITAJA	Hoitajan nimi: Puhelinnumero:

Mukana olevat liitteet (esim. lääkelista, epikriisi):

Asiakkaan palautuminen omaan yksikköön**Kotiutumispäivä:****Kellonaika:**

LÄHETTÄVÄ YKSIKKÖ, OSOITE JA PUHELINNUMERO		
HENKILÖTIEDOT	Nimi:	stu:
	Ensisijainen yhteyshenkilö:	puh.:
	Kotiutumisesta ilmoitettu, kenelle:	Ei saatu yhteyttä
HOITOTYÖN YHTEENVETO	Diagnoosi: Yhteenveto tehdyistä toimenpiteistä ja niiden vaikutuksista: Tarkkailua vaativat asiat: Jatkohoito ja mahdolliset kontrollit:	
LÄÄKITYS	Mukana uusien lääkkeiden reseptit: Kyllä Mitkä:	E-resepti lähetetty: Kyllä
	Aloitettut uudet lääkkeet: Kyllä Mitkä: Aloitusannokset mukana: Kyllä Mitkä: Lopetetut lääkkeet: Kyllä Mitkä: Yhteenveto päivitetystä lääkelistasta: Kyllä Ei Muuta lääkitykseen liittyvää huomioitavaa:	Lääkemuutoksia tehneen lääkärin nimi:

MUKANA OLEVAT HENKILÖ-KOHTAISET TAVARAT	
KOTISAIRAAAN-HOITO	Ilmoitettu siirrosta (kyllä) Seuraava käynti:
KOTIHOITO	Ilmoitettu siirrosta: (kyllä) Seuraava käynti:
PALAUTUMISESTA VASTAAVA HOITAJA	Hoitajan nimi: Puhelinnumero:
ASIAKKAAN SIIRTYMINEN	Omainen Taxi Invataxi Ambulanssi Saattaja: kyllä Kuka?

Mukana olevat liitteet (esim. lääkelista, epikriisi):

Tarkistuslistat niistä asiakokonaisuuksista, joista tulee välittää informaatio asiakas-/potilassiirron yhteydessä. Informaatio voidaan välittää paperisella hoitajalähteellä sekä tarvittavilla liitteillä tai sähköisesti, mikäli yhteistyötahot käyttävät samaa potilastietojärjestelmää.



KUVIO 1. *Tarkistuslistan sisältöalueet.*

Asiakkaan lähettäminen jatkohoitoon:

1. Asiakkaan perustiedot:

Mistä asiakas tulee:

- lähettävä yksikkö
- yksikön yhteystiedot (hoitajapuhelimen numero)
- lähettämisestä vastaavan henkilön nimi

Asiakkaan henkilötiedot:

- asiakkaan henkilötiedot: nimi ja henkilötunnus
- asiakkaan ensisijainen yhteyshenkilö ja puhelinumerot, joista hänet tavoittaa
- kenelle on siirrosta ilmoitettu? Ei saatu yhteyttä/saatu yhteys

Hoitoon vaikuttavat asiat:

- lääkeallergiat, tartuntariski, eristystarve
- salassapito/ tietoja saa antaa/ei saa antaa . . . ym.
- asiakkaan mahdollinen hoitotahto tiedossa? Kyllä/ei
- saattohoitopäätös, DNR-päätös tehty? Kyllä/ei

Asiakkaan henkilökohtaiset tavarat:

- mukana seuraavat . . .

2. Asiakkaan päivittäistoiminnot:

Ravitsemus: erityisruokavalio, hienonnettu ruoka, syö itse/autettava, NGL-vaihde?

Eritys: normaali, kestopatentti-vaihde, kystosmiakatetri-vaihde, toistokattointi, vaippa, mikä?

Toimintakyky: kuulo, näkö, puhe, henkinen ja fyysisen toimintakyvyn kuvaus

Mahdollinen päihitteiden käyttö

3. Asiakkaan lääkitystiedot:

- Asiakkaan päivitetty lääkityslista, määräaikaisten ja jatkuvat lääkitykset
- Tänään annetut lääkkeet, mitä ja milloin?
- Asiakkaalle annettu ensihoitolääkitys
- Aloitetut ja lopetetut lääkkeet, kenen toimesta?

4. Lähettämisen syy ja tehty anamneesi:

- tilannekuvaus ja kellonajat: mitä, missä ja milloin tapahtui?

Asiakkaan peruselintoiminnot:

- todetut vitaaliarvot (RR, Hr, rytmi, heng.fr, saO₂, tax, iho + lämpörajat)
- asiakkaan tajunta, kiputilanne, käyttäytyminen (aggressiivisuus, orientaatio jne.)Mahdolliset vierianalytiikan tulokset
- pikacrp, b-gluk, u-stix . . .

Asiakkaalle tehdyt toimenpiteet

Konsultaatio

- ketä on konsultoitu (esim. päivystyksen hoitajaa tai lääkäriä)?

Päivystyksen ja vuodeosastojen tarkistuslista

1. Hoito päivystyksessä.

Diagnoosi ja sairaalan oton syy?

Lääkehoito ja sen vaikutus päivystyksessä

Tehdyt toimenpiteet ja niiden vaikutukset päivystyksessä

Liikkumisluvat (vuodepotilas, WC-käynti)

Keskeiset ja erityistä tarkkailua vaativat asiat: esim. b-gluk, vitaaliarvot, tajunta (GCS) käyttäytyminen (aggressiivisuus, harhaisuus jne.)

2. Hoito vuodeosastolla.

Diagnoosi

Lääkehoito ja sen vaikutus vuodeosastolla

Mukana uusien lääkkeiden reseptit

Mukana uusien lääkkeiden aloitusannokset

Aloitettut ja lopetetut lääkkeet, kenen toimesta?

Tehdyt toimenpiteet ja niiden vaikutus vuodeosastolla

Keskeiset ja erityistä tarkkailua vaativat asiat: esim. b-gluk, vitaaliarvot, tajunta (GCS), käyttäytyminen (aggressiivisuus, harhaisuus jne.)

Liikkumisluvat

Mahdollinen jatkohoito- mitä suunniteltu esim. marevan/rtg-kontrolli ym.

Siirrosta ilmoitettu:

– vastaanottavalle yksikölle, kotihoidolle, omaiselle/yhteyshenkilölle