
**HELSINGIN KAUPUNGINSAIRAALAN ERIKOISSAI-
RAANHOIDOSTA PERUSTERVEYDENHUOLTOON
SUUNTAUTUVA POTILASOHJAUS**

Toimintatutkimus



Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtaminen

Visamäki, kevät 2016

Katri Göös

Katri Göös

VISAMÄKI

Sosiaali- ja terveystalouden kehittäminen ja johtaminen

Tekijä

Katri Göös

Vuosi 2016

Työn nimi

Helsingin kaupunginsairaalan erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon suuntautuva potilasohjaus

TIIVISTELMÄ

Tutkimuksen lähtökohtana on Helsingin sosiaali- ja terveystaloudessa vuonna 2013 aloitettu potilasohjauksen uudistaminen. Potilasohjausta alettiin muuttaa entisen alueittaisen potilasohjausmallin sijaan potilasprofiilien mukaiseen potilasohjaukseen. Lisäksi uudistuksen kohteena oli myös potilasohjauksen tietojärjestelmä Navitas-siirtoportaali. Helsingin sosiaali- ja terveystalouden strategiassa yhtenä tavoitteena on HUS-siirtoviivemaksujen välttäminen kokonaan vuosina 2014–2016. Potilasohjauksen kehittämiseen liittyy myös kaikkien osapuolien sitouttaminen strategiaan tavoitteisiin.

Tämän toimintatutkimuksen ensimmäisenä tavoitteena on yhtenäistää ja kehittää Helsingin kaupungin Sairaala, kuntoutus, hoiva-osaston sairaaloiden potilasohjausta HUS:n erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon tehokkaammaksi ja yhdenmukaisemmaksi. Toisena tavoitteena on hyvien käytänteiden tuottaminen hoitoonohjauksen tueksi ja sujuvoittamiseksi strategisten tavoitteiden suuntaisesti yhdessä hoitoketjun eri toimijoiden kanssa. Tutkimus rajataan koskemaan ainoastaan erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon koskevaa potilasohjausta ja siihen liittyvää potilaiden jatkohoidon järjestämistä HUS:n erikoissairaanhoidosta siirtoilmoitetuille potilaille.

Kaupunginsairaalan potilasohjaukseen osallistuville lähetettiin kyselylomake 14 ammattihenkilölle 10/2014. Kohderyhmänä olivat kaupunginsairaaloiden (Laakso, Malmi, Herttoniemi ja Suursuo) sisäänotosta vastaavat lääkärit (ylilääkärit, apulaisylilääkärit) ja jonohoitajat. Vastauksia saatiin 11 kpl. Vastausprosentti oli 78,57 %. Lisäksi käytiin tutustumassa kaupunginsairaalan jonohoitajien työhön. Tämän ohella toimintatutkimuksen aikana pidettiin seitsemän yhteistyökokousta, jolloin käsiteltiin suunnitelmallisesti potilasohjaukseen liittyviä asioita. Aineisto käsiteltiin sisällönanalyysin avulla.

Tämän toimintatutkimuksen tulokset osoittivat, että Helsingin kaupunginsairaaloiden erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon suuntautuva potilasohjausta on mahdollista kehittää ja yhtenäistää säännöllisten yhteistyötapaamisten kautta. Siirtoviiveitä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon voidaan lyhentää säännöllisten tapaamisten ja yhteistyössä tapahtuvan toiminnan suunnittelun avulla. Strategiaan tavoitteisiin sitoutta-

mista on mahdollista edistää verkostotapaamisissa ja tätä kautta estää siirtoivemaksujen syntymistä. Tutkimuksessa kävi myös ilmi se, että potilasohjauksen kehittäminen tulee olla jatkuva prosessi johtuen hoitoketjuissa ja koko toimintaympäristössä tapahtuvista muutoksista.

Avainsanat Potilasohjaus, hoitoketjut, prosessit, jatkohoidon järjestäminen

Sivut 97 s. + liitteet 5 s.

VISAMÄKI

Social and health care development and management

Author

Katri Göös **Year** 2016

Subject of Master's thesis

Care coordination from specialized health care to primary health care in Helsinki City Hospital

ABSTRACT

The starting point of the study is in 2013 when the health reform off care coordination in Helsinki social services and health care started. Patient's care coordination began to change of the former care coordination model rather than per region, according to the patient profile departments. In addition, the reform was also the subject of care coordination information system Navitas-transfer portal. One of the aims of Helsinki Department of Social Services and health care strategy is to avoid HUS-transfer delay payments altogether in 2014-2016. The development of care coordination is also associated with all-party commitment to strategic objectives.

As a first action research aims to harmonize and develop the Helsinki City hospital care coordination from specialized medical care to primary health care more efficient and more consistent. The second objective is to produce good practice to support and streamline the patient care coordination, together with the different actors of the treatment chain, parallel to the nursing department's strategic objectives. The study shall be limited to care coordination on basic health care from specialized health care and related to patient follow-up care organization of HUS-patients.

Questionnaire was sent to 14 professionals who were participating in the City hospital care coordination in October 2014. The target group was the city's hospitals (Laakso, Malmi, Herttoniemi and Suursuo) responsible physicians (senior physician, assistant physician) and queue managers. Responses were received from 11 pcs. The response rate was 78.57%. In addition, the researcher went to the city hospital exploring the queue manager's work. In addition, the study took place during the seven co-operation meeting, when discussed in a planned issues related to patient counseling. The data was processed using content analysis.

The results of this action research showed that the care coordination of City of Helsinki hospitals, from specialized medical care to primary health care, is possible to develop and consolidate the co-operation through regular meetings. Transfer delays from specialized medical care to primary health care can be shortened by regular meetings and collaborative action planning. The results of the study shows that it is possible to promote the engagement to the strategic objectives through cooperation meetings, and in this way to prevent the emergence of transfer delay payments. The study

also showed that the development of care coordination should be a continuous process, due the changes of care chains and the whole operating environment.

Keywords Care coordination, care chains, processes, organization of follow-up care

Pages 97 p. + appendices 5 p.

SAATTEEKSI

Vuoden 2013 alussa alkanut opinnäytetyöprosessi on takana. Minulle tämä opinnäytetyöprosessi on ollut avartava ja mielenkiintoinen kokemus.

Olen tyytyväinen, jos lukija saa tästä opinnäytetyöstä uusia ajatuksia potilasohjauksen kehittämiseen.

Kiitokset kaikille tahoille, jotka auttoivat opinnäytetyöni valmistumisessa.

Kiitokset esimiehelleni Helsingin Sosaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen johtajalle Tuulikki Siltarille, kaupunginsairaalan johtajalääkäri Kristina Backlundille, johtavalle ylihoitajalle Tiina Pakastolle, suunnittelija Stina Paldaniukselle sekä opinnäytetyöni työelämäohjaajana toimineelle hoitoketjulääkäri Merja Iso-Aholle, jotka tukivat työskentelyäni opinnäytetyön parissa.

Kiitokset kaikille kyselyyn vastanneille kaupunginsairaaloiden sisänotosta vastaaville lääkäreille ja jonohoitajille.

Kiitos yhteistyökokouksiin osallistuneille ylilääkäreille, hoitoketjulääkäreille, jonohoitajille ja hoitokoordinaattorikollegoilleni.

Kiitos jonohoitajille, joiden työskentelyä sain käydä seuraamassa paikan päällä.

Kiitokset läheisilleni, jotka tukivat opintojeni etenemistä.

Kiitos Hämeen ammattikorkeakoulun opettaja Ulla Peltoselle, jonka ohjauksessa opinnäytetyöni valmistui.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	TUTKIMUKSEN TAUSTA.....	2
2.1.	Sosiaali- ja terveysviraston visio, missio ja arvot	2
2.2.	Helsingin sosiaali- ja terveysviraston strategiset tavoitteet vuosille 2014–2016	2
2.2.1.	Palvelukulttuuri uudistuu.....	3
2.2.2.	Väestön terveys- ja hyvinvointierot kaventuvat	4
2.2.3.	Integroidut palvelut ja hoito	4
2.2.4.	Palvelurakenne kevenee	4
2.2.5.	Palvelujen saatavuus ja tuottavuus paranevat.....	5
2.2.6.	Vetovoimaiset työyhteisöt	5
2.3.	Helsingin sosiaali- ja terveysvirasto.....	6
2.4.	Sairaala, kuntoutus ja hoivapalvelut Helsingin sosiaali- ja terveysvirastossa	7
2.5.	Potilasohjaus kaupunginsairaaloissa	10
2.6.	Hoitokoordinaattoritoiminta ja potilasohjaus.....	15
3	TUTKIMUKSEN TAVOITTEET, TARKOITUS JA RAJAUS	20
4	POTILASOHJAUKSEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT.....	20
4.1.	Potilaan hoidon järjestämistä koskeva lainsäädäntö	20
4.2.	Prosessimainen toiminnan organisointi ja johtaminen sairaalaorganisaatiossa	23
4.2.1.	Prosessinäkökulma sairaalaorganisaatiossa.....	23
4.2.2.	Prosessien johtaminen ja organisointi	24
4.2.3.	Prosessien johtamisen kehittäminen Helsingin hoitoketjuissa	25
5	HOITOKETJUT JA POTILASOHJAUS.....	27
5.1.	Hoitoketjut.....	27
5.2.	Potilasohjaus ja jatkohoidon järjestäminen	32
5.3.	Tietojärjestelmä potilasohjauksen työvälineenä.....	35
5.3.1.	Navitas-siirtoportaali	35
5.3.2.	Navitaksen ennakko- ja siirtoilmoitukset	35
5.3.3.	Potilaan siirtekelpoisuus somaattisilla erikoisaloilla.....	36
5.3.4.	Siirtoviiveet, karenssiaika ja laskutettava siirtoviivehoitopäivä	36
6	TIEDONHANKINTAMENETELMÄT.....	37
7	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	39
7.1.	Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus.....	39
7.2.	Toimintatutkimus	40
7.3.	Tutkimusmenetelmät.....	40
7.3.1.	Havainnointi ja avoin haastattelu	40
7.3.2.	Lomakehaastattelu	42
7.4.	Sisällönanalyysi.....	43
7.5.	Tutkimuksen luotettavuus	44
7.6.	Tutkimusprosessi.....	44

8	AINEISTON ANALYYSI	46
8.1.	Jonohoitajien työnkuvaan tutustuminen.....	46
8.1.1.	Jonohoitajan rooli kaupungin sairaaloissa.....	46
8.1.2.	Jonohoitajien potilasohjaukseen liittyvä tilastointi	51
8.2.	Jonohoitaja-hoitokoordinaattorikokoukset.....	53
8.3.	Lomakehaastattelu.....	57
8.3.1.	Kokemukset potilasohjauksen uudistamisesta	57
8.3.2.	Yhteistyön kehittäminen sairaaloiden välillä	59
8.3.3.	Potilasohjaukseen osallistuvien lääkäreiden ja jonohoitajien yhteistyö	63
8.3.4.	Jonohoitajan työn kehittäminen.....	64
8.3.5.	Jonohoitajien ja hoitokoordinaattorien välinen yhteistyö.....	66
8.3.6.	Yhteistyö hoitoketjulääkärin kanssa.....	71
8.3.7.	Moniammatilliset potilasohjausfoorumit.....	72
8.3.8.	Kokemukset Navitas-siirtoportaalin uudistuksesta	73
9	TULOKSET	76
9.1.	Kyselyn tulokset.....	76
9.2.	Havainnointikäyntien tulokset.....	79
9.3.	Jonohoitaja- / hoitokoordinaattorikokoukset.....	81
10	JOHTOPÄÄTÖKSET	83
11	POHDINTA.....	87
	LÄHTEET	91

Liite 1	Suostumus tutkimukseen
Liite 2	Päätös tutkimuslupahakemukseen
Liite 3	Kyselylomake

1 JOHDANTO

Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden Sairaala, kuntoutus ja hoivaosaston hallinnollinen rakenne vaikuttaa siihen, miten päätökset muun muassa kaupungin sairaaloiden potilasohjauksen suhteen tehdään. Helsingissä oli tutkimuksen tekoaikana neljä kaupunginsairaala, joiden potilasohjaus oli muovautunut pitkällä aikavälillä jokaisessa omanlaisekseen. Joulukuussa 2013 Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden sairaalassa aloitettiin ensimmäinen vaihe kaupunginsairaalan potilasohjauksen uudistamisessa. Muutoksen ensimmäisessä vaiheessa sovittiin erikoissairaanhoidosta kaupungin sairaaloihin suuntautuvan lähetevirran ohjauksen muutoksesta siten, että muun muassa kaikki ortopedis-traumatologiset läheteet HUS:sta ja traumapäivystyksestä ohjataan Laakson sairaalan trauma-osastoille. Tämän jälkeen potilasohjaukseen alettiin muuttaa vaiheittain edelleen profiiliosastojen suuntaisesti.

Tähän muutosvaiheeseen yhdistyy lähes samanaikaisesti potilasohjauksen tietojärjestelmän uudistaminen. Uudistettu potilasohjauksen tietojärjestelmä (Navitas, versio II) otettiin käyttöön kesäkuussa 2014. Potilasohjaukseen kohdistuvat muutokset vaikuttivat entisiin potilasohjaukseen käytänteisiin, joten muutoksilla oli laajat vaikutukset monien kaupungin sairaaloiden toimijoiden päivittäiseen työhön (mm. ylilääkärit, jonohoitajat, hoitokoordinaattorit). Tämän toimintatutkimuksen ensimmäisenä tavoitteena on yhtenäistää ja kehittää Helsingin kaupunginsairaalan potilasohjaukseen erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon tehokkaammaksi ja yhdenmukaisemmaksi siten, että siirtoviiveet potilaan perusterveydenhuollon puolelle jatkohoitoon siirtymisessä saadaan lyhenemään.

Toimintatutkimuksen toisena tavoitteena on hyvien käytänteiden tuottaminen potilasohjauksen tueksi ja sujuvoittamiseksi Helsingin Sosiaali- ja terveystieteiden Sairaala, kuntoutus ja hoivaosaston strategisten tavoitteiden suuntaisesti yhdessä hoitoketjun eri toimijoiden kanssa. Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden sairaalan strategiassa yhtenä tavoitteena oli erikoissairaanhoidon HUS-siirtoviivemaksujen välttäminen kokonaan vuonna 2014. Potilasohjauksen tietojärjestelmän muuttamiseen liittyi myös vahvasti kaikkien hoitoketjun osapuolien sitouttaminen tähän strategiseen tavoitteeseen. Kaikkien osapuolien tasapuolinen vastuu on huolehtia siitä, ettei siirtoviivemaksuja pääse syntymään ja että siirtoviiveet erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon jäävät mahdollisimman lyhyeksi. Tavoitteisiin sitouttamiseen tarvitaan pitkäjänteistä työskentelyä yhteisten tavoitteiden suuntaan, siten että toimintatapoja ja -malleja tarkastellaan kriittisesti. Hyvät käytänteet on tarkoituksenmukaista tuoda kaikkien osapuolien käyttöön.

Tutkimuksen tarkoituksena on Helsingin hoitoketjujen toiminnallinen kehittäminen erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon suuntautuvan potilasohjauksen näkökulmasta. Tutkimuksessa tarkoituksena on myös selvittää, miten Helsingin Sosiaali- ja terveystieteiden sairaalan hallinnollinen rakenne vaikuttaa siihen, miten hoitoonohjaukseen liittyviä päätöksiä tehdään ar-

jessa. Tutkimuksen tarkoitus on myös selvittää Helsingin kaupungin strategioiden ja taloudellisuusvaatimuksen vaikutuksia kaupunginsairaaloiden hoitoonohjaukseen.

Tämän opinnäytetyön lähestymistapana on käytännöllinen toimintatutkimus. Toimintatutkimus on osallistavaa tutkimusta, jonka kautta tavoitteena on yhdessä ratkaista käytännön ongelmia ja samalla saada aikaan muutoksia. Toimintatutkimuksessa ollaan kiinnostuneita siitä miten asioiden pitäisi olla, eikä siitä miten ne ovat. Tavoitteena on muuttaa nykyistä todellisuutta ja kehittää yhteisön toimintaa. (Huovinen ym. 2006; Ojasalo ym. 2009.) Tässä opinnäytetyössä potilasohjauksella tarkoitetaan potilaiden jatkohoitoon ohjaamista erikoissairaanhoidon yksiköistä Helsingin kaupunginsairaaloihin, kuntoutusyksikköön tai kotiin tarvittavien palvelujen turvin.

2 TUTKIMUKSEN TAUSTA

2.1. Sosiaali- ja terveysviraston visio, missio ja arvot

Helsingin sosiaali- ja terveysviraston perustehtävänä (missio) on tuottaa hyvinvointia, terveyttä ja sosiaalista turvallisuutta helsinkiläisille. Tavoitetilana (visio) on Helsingin sosiaali- ja terveysviraston saattaminen Suomen johtavaksi sosiaali- ja terveydenhuollon toimijaksi ja uudistajaksi. Kaupunkilaisia kannustetaan ottamaan vastuuta omasta ja läheistensä hyvinvoinnista ja terveydestä sekä turvaamme aukottoman avun tarvittaessa. (Sote 2014.)

Sosiaali- ja terveysviraston henkilöstö noudattaa Helsingin kaupungin palveluksessa ollessaan Helsingin kaupungin arvoja sekä kaupungin eettisiä periaatteita. Arvot ja eettiset periaatteet ovat osa organisaatiokulttuuria, joka tulee näkyväksi henkilöstön toiminnassa ja käyttäytymisessä. Helsingin kaupungin arvot ovat:

- Asukaslähtöisyys
- Ekologisuus
- Oikeudenmukaisuus ja yhdenvertaisuus
- Taloudellisuus
- Turvallisuus
- Osallisuus ja osallistuminen
- Yrittäjämielisyys. (Sote 2014.)

2.2. Helsingin sosiaali- ja terveysviraston strategiset tavoitteet vuosille 2014–2016

Helsingin sosiaali- ja terveysvirasto aloitti toimintansa 1.1.2013. Sosiaali- ja terveyskeskuksen yhdistyessä muodostui kaupungin suurin virasto, jonka henkilöstömäärä on noin 15 000 ja talousarvio 2,1 miljardia euroa. Virasto tarjoaa Suomen monipuolisimmat sosiaali- ja terveyspalvelut runsaalle 600 000 helsinkiläiselle. Toimintaa on noin 400 osoitteessa eri

puolilla Helsinkiä ja lähikuntia. Helsingin sosiaali- ja terveysviraston strategiasuunnitelma on ensimmäinen uuden sosiaali- ja terveysviraston strategia, johon on täsmennetty vuosien 2014 – 2016 keskeiset toiminnan tavoitteet, toimenpiteet niiden saavuttamiseksi ja seurantamittarit. Uuden sosiaali- ja terveysviraston perustehtävä, tavoitetila, arvot ja eettiset ohjeet on kirjattu toimintaa ohjaaviksi periaatteiksi. (Sote 2014.)

Helsingin kaupunginvaltuusto on 24.4.2013 hyväksynyt kaupungin strategiaohjelman vuosille 2013 – 2016. Ohjelmassa on määritelty kaupungin toiminnan strategiset tavoitteet ja painopisteet. Sosiaali- ja terveysvirasto määrittelee omassa strategiasuunnitelmassaan kaupungin strategiaohjelmasta johdetut oman toimialansa tavoitteet lähivuosille. (Sote 2014.) Alla olevassa kaaviossa on kuvattuna Helsingin kaupungin strategiset tavoitteet vuosille 2013–2014. Strategian painopistealueina ovat: Hyvinvoiva helsinkiläinen, elinvoimainen ja toimiva Helsinki sekä tasapainoinen talous ja hyvä johtaminen. Strategisena tavoitteena on myös se, että demokratia ja osallisuus vahvistuvat.



Kuva 1. Helsingin kaupungin strategiset tavoitteet 2013 – 2016

2.2.1. Palvelukulttuuri uudistuu

Arvot määrittävät suunnan toiminnan uudistamiselle. Uusi sosiaali- ja terveysvirasto nojaa Helsingin kaupungin arvoihin. Asukaslähtöisyyteen sisältyy asiakkaan aseman vahvistaminen. Palvelun on tarkoitus käynnistyä jo

ensimmäisessä kohtaamispaikassa. Toimintaperiaatteena on "Tulit juuri oikeaan paikkaan, miten voin auttaa?" Tämän ohella hoidon jatkuvuus pyritään turvaamaan työtapoja uudistamalla. (Sote 2014.)

2.2.2. Väestön terveys- ja hyvinvointierot kaventuvat

Talouden laskusuhdanne ja terveystalouden epätasainen jakautuminen ja käyttö luovat pohjaa terveyseroille. Erojen kaventaminen on tärkeää mm. sairaskulujen vähentämiseksi ja työurien pidentämiseksi. Terveystaloudelaki velvoittaa kuntia ottamaan huomioon sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan vaikutukset ja kunnan kaikkien hallinnonalojen päätösten vaikutukset väestön sosiaaliseen hyvinvointiin ja terveyteen. Tavoitteena on huomioida se, että terveysvaikutusten arviointi tulee vaikuttaa kaupungin päätöksentekoon. Lisäksi tavoitteena on se, että tupakoinnin ja päihdeiden käytön tulisi vähentyä ja ylipainoisten helsinkiläisten määrä vähenee. Huonopiisaiset ovat hyvinvoinnin ja terveyden suhteen avainasiakkaita. Tavoitteena on myös se, että koulutuksen ja työelämän ulkopuolelle jäävien nuorten määrä vähenee. (Sote 2014.)

2.2.3. Integroidut palvelut ja hoito

Uuden sosiaali- ja terveysviraston rakenne mahdollistaa asioiden tekemisen asiakas- ja potilaskeskeisesti sosiaali- ja terveystaloudellisesti integroiden. Suuret ydintoiminnan osastot kattavat keskeisten hoitoketjujen kokonaisuuksia. Sekä avo- ja laitospalvelut että ehkäisevät ja hoitavat toiminnot ovat samassa osastossa. Näkemys eri-ikäisten kuntalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista on mahdollista muodostaa entistä kokonaisvaltaisemmin. Tavoitteena on parantaa monisairaiden ja ikääntyneiden palveluketjun sujuvuutta. Lisäksi tavoitteena on että päihde- ja mielenterveyspalveluja asiakas saa hoidon tarpeen arvion, hoitosuunnitelman, hoidon ja kuntoutuksen sekä palvelut viiveettä oikeassa paikassa. Tavoitteena on myös taata turvattu asumispolku lastensuojelun laitoshuollossa oleville nuorille. Lisäksi tavoitteena on integroitujen tukipalvelujen toimiminen auttavana tekijänä palvelutuotannon parantamisessa, toiminnan kehittämisessä ja tiedolla johtamisessa. (Sote 2014.)

2.2.4. Palvelurakenne kevenee

Uudessa virastossa on mahdollista huomioida paremmin ennaltaehkäisy ja terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä siirtää painopiste raskaammista palveluista kevyempiin. Muun muassa ikääntyneiden ja toimintakyvyltään alentuneiden sekä päihde- ja mielenterveysasiakkaiden hoito on mahdollista tuottaa aikaisempaa asiakaskeskeisemmin ja kustannusvaikuttavimmin. Tavoitteena on että lapsi tai nuori tulee autetuksi omassa ympäristössään, psykiatrian ja päihdehuollon sairaala- ja laitosjaksot lyhenevät ja toistuvat sairaalajaksot vähenevät. Yhtenä vaikuttavuudeltaan suurena tavoitteena on

se, että iäkkäiden ja alle 65-vuotiaiden toimintakyvyltään alentuneiden kotiin annettavat ja kotona asumista tukevat palvelut lisääntyvät ja laitoshoido vähenee. (Sote 2014.)

2.2.5. Palvelujen saatavuus ja tuottavuus paranevat

Kaikille kuntalaisille avoimien ja hyvin toimivien palveluiden saatavuus on lähtökohta oikeudenmukaiseen terveydenhuoltoon. Kustannustehokkaat palvelut varmistetaan joustavilla palvelukokonaisuuksilla ja monituottajamallilla. Palvelurakennetta kevennetään laitoshuollosta avuhoitoon, sekä sähköisten kanavien kautta toteutettavaan omahoitoon ja itsehoitoon. Yhteistyötä kolmannen sektorin toimijoiden kanssa vahvistetaan. Palveluverkkoa kehitetään monipuolisten palvelukampusten suuntaan. Palvelujen saatavuutta turvataan kotiin jalkautuvien palvelujen saatavuudella ja aktivoimalla asiakkaita / potilaita. Välittömän työajan osuutta lisäämällä parannetaan tuottavuutta. Samalla huomioidaan valtakunnalliset henkilöstö ja asiakastyön mitoitukset. Tavoitteena on palvelujen saatavuuden paraneminen mm. määrittelemällä palvelulupaus terveydenhuoltoon. Samanaikaisesti varmistetaan lakisääteisten määräaikaisten toteutuminen. Tavoitteena on myös vahvistaa mm. kuntalaisten palveluneuvontaa ja palveluohjausta sekä omaishoitoa. Toiminnan tuottavuutta parannetaan asiakkaiden määrää ja välitöntä asiakastyötä lisäämällä. (Sote 2014.)

2.2.6. Vetovoimaiset työyhteisöt

Työyhteisön toimivuus vaikuttaa olennaisesti henkilöstön työkykyyn ja työhyvinvointiin. Toimivat työyhteisöt ovat vetovoimaisia. Tällöin työlle on asetettu mitattavat tavoitteet ja työnjako on selkeä. Myös tutkimuksissa on todettu, että mitä paremmin työ organisoidaan ja mitä suurempi mahdollisuus henkilöstöllä on vaikuttaa työhönsä ja työaikoihinsa, sitä vahvemmin työntekijät uskovat jaksavansa työskennellä ammatissaan vanhuuseläkeikään saakka. Selkeä työnjako ja oikea henkilöstörakenne mahdollistavat tyytyväiset asiakkaat ja laadukkaan työn. Henkilöstösuunnittelun ennakointi ja osaamisen kehittäminen perustuvat palveluita koskeviin strategiisiin valintoihin. (Sote 2014.)

Toimivan työyhteisön perusta on sitoutuminen ja luottamus sekä hyvät jatko- ja täydennyskoulutusmahdollisuudet. Työyhteisön toimivuuden merkki on kyky ristiriitojen käsittelyyn ja ratkomiseen. Esimiesten sitoutumista henkilöstön työkyvyn seurantaan ja ristiriitojen käsittelyyn tulee vahvistaa esimieskoulutuksella ja valmennuksella. Johtamiseen ja hyvään esimiestyöhön kuuluu henkilöstöä koskevien tunnuslukujen, muun muassa sairauspoissaolojen seuranta. Jokaisen työyhteisön jäsenen vastuuta työyhteisön toimivuudesta ja hyvinvoinnista on korostettava. Kehityskeskustelujen kautta esimiehet kirkastavat kunkin työntekijän roolia työyhteisön kokonaisuudessa. Henkilöstöä motivoidaan ja sitoutetaan kannustamalla ja palkitsemalla hyvistä työsuorituksista. (Sote 2014.)

2.3. Helsingin sosiaali- ja terveysvirasto

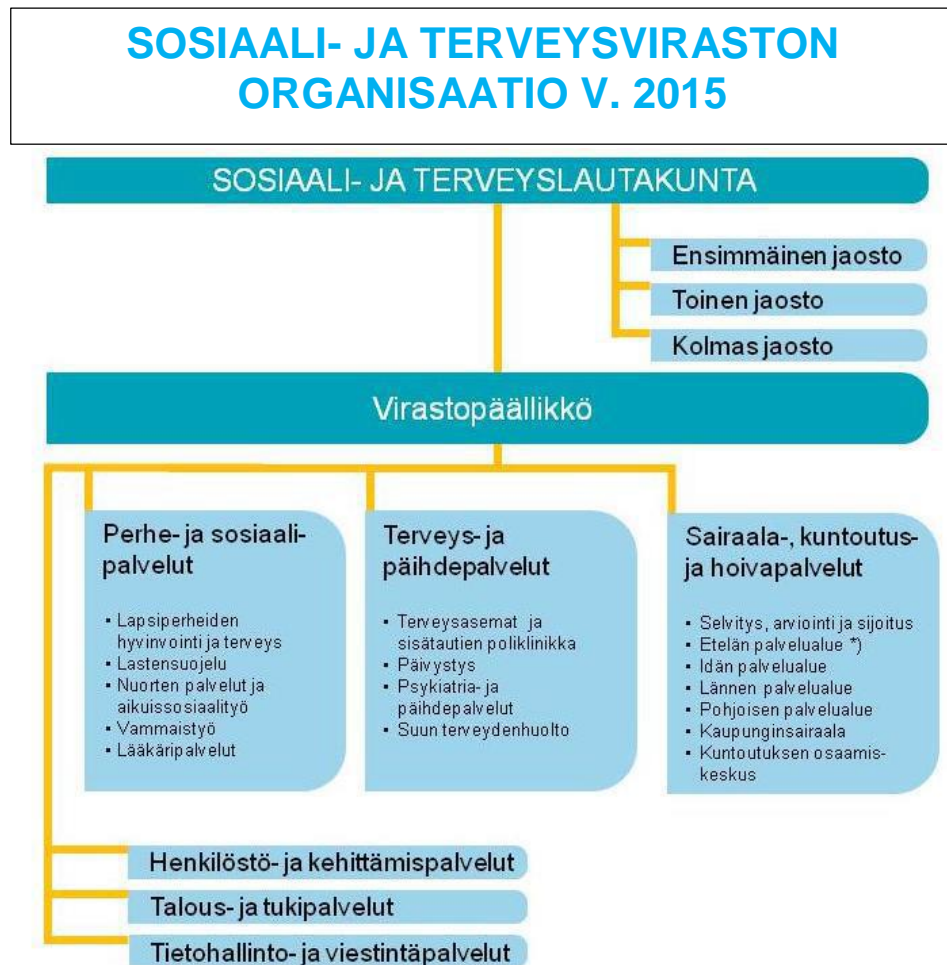
Helsingin sosiaali- ja terveysviraston tehtävänä on tuottaa hyvinvointia, sosiaalista turvallisuutta ja terveyttä helsinkiläisille. Helsingin kaupungin asukkaita kannustetaan vastuunottoon omasta ja läheistensä terveydestä ja hyvinvoinnista. Tarvittaessa kaupunkilaisille tarjotaan aukottomat palvelut ja apu. Helsinkiläisiä palvelee sosiaali- ja terveydenhuollon eri palvelupisteissä 15000 alan ammattihenkilöä. Helsinki käyttää sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämiseen vuositasolla 2.1 miljardia euroa. Sosiaali- ja terveysviraston toimintaa ohjaa ja valvoo sosiaali- ja terveyslautakunta, jonka alaisuudessa toimii puolestaan sosiaali- ja terveysviraston virastopäällikkö. (Helsingin kaupunki 2015.)

Sosiaali- ja terveysvirastossa on kuusi osastoa:

- perhe- ja sosiaalipalvelut
- terveys- ja päihdepalvelut
- sairaala, kuntoutus ja hoivapalvelut
- henkilöstö- ja kehittämisspalvelut
- talous- ja tukipalvelut
- tietohallinto- ja viestintäpalvelut. (Helsingin kaupunki 2015.)

Helsingin sosiaali- ja terveysviraston organisaatiomallissa päivystystoiminta (Haartmanin ja Malmin päivystykset), terveysasemat ja sisätautien poliklinikkatoiminta kuuluvat siis terveys- ja päihdepalveluihin. Päivystyshoito tarkoittaa kaupunkilaisen äkillisen sairastumisen, vamman tai kroonisen sairauden vaikeutumisen edellyttämää välitöntä arviointia ja hoitoa. Haartmanin ja Malmin päivystysyksiköt käsittävät terveyskeskuspäivystyspisteet, pientraumapäivystykset, sairaalapäivystykset ja päivystystoimintaa tukevat vuodeosastot. Haartmanin päivystys käsittää myös lasten terveyskeskuspäivystyksen. (Sosiaali- ja terveysvirasto 2015.) Kaupunginsairaala kuuluu puolestaan Sairaala, kuntoutus ja hoivapalveluihin.

Alla olevassa kaaviossa on kuvattuna sosiaali- ja terveysviraston organisaatio.



Kuva 2. Helsingin sosiaali- ja terveysviraston organisaatio (Jolkkonen, J. 2015).

2.4. Sairaala, kuntoutus ja hoivapalvelut Helsingin sosiaali- ja terveysvirastossa

Helsingin sosiaali- ja terveysvirastoon kuuluva osasto Sairaala, kuntoutus ja hoivayksikköön (SKH) kuuluu seitsemän toimistoa: Selvitys, arviointi ja sijoitus, etelän, idän, lännen ja pohjoisen palvelualueet kaupunginsairaala ja kuntoutuksen osaamiskeskus. Palvelualueiden alle kuuluvat mm. kotihoito ja monipuoliset vanhustenkeskukset. Kaupunginsairaala-toimisto piti sisälleen tutkimuksen tekovaiheessa neljä sairaalaa: Laakson, Malmin, Herttoniemen ja Suursuon sairaalat. Herttoniemen sairaalatoiminta lopetettiin lokakuussa 2015. Lisäksi sairaalaosaston alaisuuteen kuului tutkimuksen aikana Helsingin viisi kotisairaala sekä palvelualueiden lääkäripalvelut. Tutkimuksen päättymisvaiheessa kotisairaaloita on neljä. Alla olevassa kaaviossa on kuvattu Sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalveluiden organisaatiomalli.



Kuva 3. Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden Sairaala, kuntoutus ja hoivaosaston organisaatio

Helsingin Sosiaali- ja terveystieteiden Sairaala, kuntoutus ja hoiva-osaston keskeisenä toiminnallisena tavoitteena on palvelurakenteen keventäminen edelleen. Kotona asumista tukevat palvelut ovat aina ensisijaisia. Ikääntyneelle väestölle suunnatun palveluneuvonnan ja -ohjauksen toimintamalli kuvataan osana sosiaali- ja terveystieteiden neuvonnan kehittämistä. Palvelutarpeen arviointia keskitetään soveltuvin osin. Palvelurakenteen keventäminen toteutetaan hallitusti turvaten samalla palveluketjujen sujuvuus. (Käyttösuunnitelma 2015, 18.)

Kaikkeaa kaupungin järjestämää somaattista sairaalatoimintaa ja muuta lyhytaikaista ympärivuorokautista palvelua tarkastellaan yhtenä kokonaisuutena. Sairaalatoiminnan painopistettä siirretään geriatrisen akuuttihoidon ja kuntoutuksen suuntaan. Hoitajakset lyhenevät ja niiden määrä kasvaa ja kotiutumistaso nousee. Sairaalaosastoilla ympärivuorokautista hoitopaikkaa odottavien potilaiden odotusajat lyhentyvät edelleen. Kaupunginsairaalan ja kuntoutuksen osaamiskeskuksen osastoja organisoidaan uudelleen sujuvan toiminnan tukemiseksi. Kuntoutuksen osaamiskeskuksesta siirtyy kolme traumakuntoutusosastoa ja yksi neurologinen kuntoutusosasto kaupunginsairaalaan. Fysiatrian poliklinikkatoiminta siirretään Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS). Lääkinnällisen kuntoutuksen lääkäriyön järjestämisvastuu jää sosiaali- ja terveystieteiden vastuulle. Tässä yhteydessä selvitetään kuntoutuksen osaamiskeskuksen ja kaupunginsairaalan toimistojen yhdistäminen tavoitteena vahvistaa kuntoutuksen hoito- ja palveluketjuja sekä keventää hallintoa. Erityistason saattohoidon järjestämisvastuu keskitetään HUS:iin osastohoidon osalta. (Käyttösuunnitelma 2015, 19.)

Haartmanin ja Malmin sairaaloissa toimivat geriatriset akuuttiosastot ovat myös osa kaupunginsairaalan toimintaa. Osastoilla on sellaista geriatrista erityisosaamista, jota päivystysten vuodeosastoilla ei samassa määrin ole

saatavilla. Potilaat ohjautuvat geriatrisille akuuttiosastoille ensisijaisesti Haartmanin ja Malmin päivystysalueilta. Osastoille otetaan sellaisia geriatrisia potilaita, joiden akuutti sairaus uhkaa toimintakykyä ja kotona selviytymistä. Tyypillisiä potilaita ovat muun muassa potilaat joilla on ilmennyt äkillinen yleistilan lasku, kaatuilu tai sekavuus. Geriatriset akuuttiosastot toimivat tiiviissä yhteistyössä päivystysten ja päivystysten vuodeosastojen kanssa. Päivystyssairaalassa olevat tutkimus- ja konsultaatiomahdollisuudet ovat käytettävissä geriatrisilla akuuttiosastoilla. (Sote 2014b.)

Helsingin kaupungin sairaalaosastotoiminta loppuu Herttoniemen sairaalan kiinteistössä asteittain vuoden 2015 aikana. Herttoniemen sairaalan osasto 5 suljetaan 1.4.2015 alkaen ja loput kolme osastoa oli tarkoitus sulkea 1.10.2015 alkaen. Osa sairaansijoista korvataan sairaansijoilla muissa sairaaloissa ja kotisairaalassa. Lisäksi Oulunkylän kuntoutussairaalan ostopalvelua lisätään asteittain 5-15 sairaansijaa (keskimäärin 10 sairaansijaa) vuoden 2015 aikana. Nettovähennys on noin 48 sairaansijaa. (Käyttösuunnitelma 2015, 20.) Herttoniemen sairaalan toiminnan lopettamisaikataulu päivitettiin 21.8.2015. Uudeksi tavoitteeksi asetettiin sairaalan sulkeminen 25.9.2015 mennessä, eli tämän jälkeen Herttoniemen sairaalan tiloissa ei ole enää kaupungin sairaalan osastotoimintaa. (Sote tiedote 21.8.2015.) Alla olevassa kaaviossa on kuvattuna vuoden 2015 aikana tapahtuvat muutokset sairaalapaikkojen määrässä.

MUUTOKSET SAIRAALAPAikkojen Määrissä V.2015 HELSINGIN SOSIAALI- JA TERVEYSVIRASTOSSA		
	1.1.2015	31.12.2015
LAAKSO	304	304
MALMI	100	100
SUURSUO	177	200
HERTTONIEMI	100	0
GERAGOS YHT.	48	48
SAIR. YHT.	729	652
KOTISAIR.	93	100
KAUSA YHT.	822	752
KUNTO	54	54
SKH YHT.	876	806

Taulukko 1. Muutokset sairaalapaikkojen määrässä v.2015 Helsingin Sosiaali- ja terveysvirastossa (Paldanius & Backlund 2015).

Tämän lisäksi Helsingin kaupunki ostaa sairaalapaikkoja ostopalveluna Oulunkylän kuntoutussairaalaan. Vuonna 2015 kaupungin ostama sairaalapaikkojen määrä Oulunkylän kuntoutussairaalaan oli 55 sairaansijaa. Vuoden 2016 aikana näiden sairaansijojen määrä nousee 65 sairaansijaan. Potilasohjaus Oulunkylän kuntoutussairaalaan tapahtuu hoitokoordinaattoritien kautta. Oulunkylän kuntoutussairaalan sote-paikoille ohjataan potilaita

ensisijaisesti erikoissairaanhoidon HUS-siirtolistan kautta (siirtoviiveilmoitetut potilaat). Tämän lisäksi potilaita ohjataan Oulunkylän kuntoutussairaalaan myös Haartmanin ja Malmin päivystyksistä, sekä päivystysten vuodeosastoilta lähinnä hoitoketjun ruuhkatilanteissa.

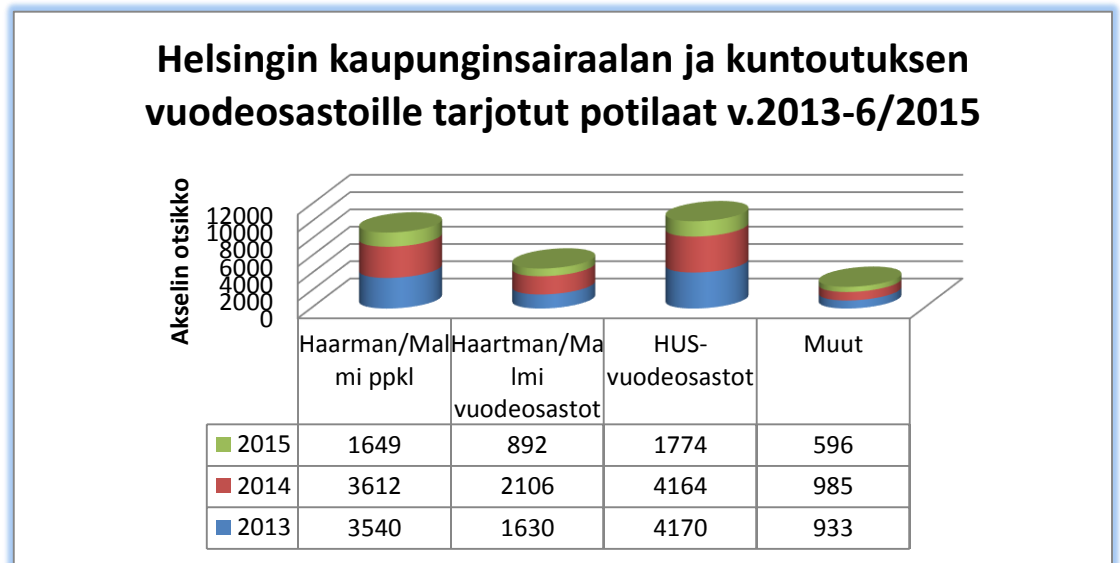
2.5. Potilasohjaus kaupunginsairaaloissa

Organisaatiomuutoksen myötä sairaalatoiminnan alueellisen potilasohjauksen mallia muutettiin edelleen kohti potilasryhmien /-profiilien mukaista potilasohjauksen mallia. Jo ennen organisaatiomuutosta potilasohjausta toteutettiin osittain potilasprofiilien mukaisesti (mm. neurologiset, haavapotilaat, päihdekuntoutuspotilaat), mutta potilasohjaus toteutui tuolloin epätäydellisesti. Vuoden 2013 aikana toteutettiin muutoksessa linjattu työnjako, eli traumakuntoutujat ja neurologiset kuntoutujat ohjattiin Kuntoutuksen osaamiskeskukseen ja samalla myös kaupunginsairaalaan keskitettiin eri potilasryhmien hoitoa. Kaupunginsairaala alkoi keskittyä erityisesti geriatrisen akuuttikuntoutuksen kehittämiseen. Kuntoutuksen osaamiskeskus profiloitui sairaalaosastoillaan neurologisten potilaiden ja traumapotilaiden akuuttiin ja subakuuttiin hoitoon ja kuntoutukseen. Potilasohjauksen muuttuessa ja palveluketjujen toimivuuden varmistamiseksi, sovittiin vuoden 2013 aikana työnjaosta muiden akuuttihoitoa ja kuntoutusta tuottavien toimijoiden kanssa. (Käyttösuunnitelma 2013, 20.)

Helsingin sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiomuutoksen yhteydessä päätettiin, että sairaalatoiminnan alueellinen potilasohjauksen malli muuttuu potilasryhmien mukaisen ohjauksen suuntaan vuoden 2013 aikana. Muutoksen ensimmäisessä vaiheessa helsinkiläisten ortopedian ja traumatologian potilaiden jatkohoito keskitettiin ensisijaisesti 1.11.2013 alkaen Laakson sairaalassa sijaitseville kuntoutuksen osaamiskeskukseen sairaalaosastoille K2, K7 ja K12.

HYKS:n ortopedian ja traumatologian sairaalaosastoja pyydettiin tuolloin lähettämään kaikki helsinkiläisten potilaiden jatkohoitolähteet Laakson sairaalan jonotoimistoon. Paikkatilanteesta riippuen jonotoimisto ohjasi potilaita myös Helsingin kaupungin sairaaloiden muille osastoille. Hoitokoordinaattorit osallistuivat lisäksi potilasohjaukseen tarjoamalla potilaita jatkohoitoon myös Oulunkylän kuntoutussairaalaan sekä Kustaankartanon monipuolisen palvelukeskuksen Kuntokartanoon (kotiinkuntoutusyksikkö).

Helsingin kaupunginsairaalaan ohjautuu potilaita usealta eri taholta. Potilaita tarjotaan jatkohoitoon Haartmanin ja Malmin päivystyspoliklinikoilta, sekä näiden päivystysten vuodeosastoilta, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) sairaaloiden vuodeosastoilta, sekä myös muualta tulevia lähetteitä (mm. muissa kunnissa hoidetut helsinkiläiset, ostopalvelupaikoilta kaupungin sairaalaan tarjottavat). Alla olevassa kaaviossa on kuvattu kaupunginsairaaloiden ja kuntoutuksen vuodeosastoille ohjattuja lähete-määriä välillä 2013-6/2015.



Kuva 4. Helsingin kaupungin sairaalan ja kuntoutuksen vuodeosastoille tarjotut potilaat v. 2013 – 6/2015.

Alla olevassa taulukossa on kuvattu Helsingin kaupunginsairaaloihin tulevaa lähetevirtaa vuosina 2012-6/2015. Taulukossa on eriteltynä päivystyksistä, päivystysten vuodeosastoilta, erikoissairaanhoidosta (HUS) ja muualta tulleet lähetteet. Luvuista käy selvästi ilmi, että lähetemäärät kaupunginsairaaloihin ovat kasvaneet viime vuosina kautta linjan.

HOITOKETJU LÄHETTEET V.2012-6/2015			
	Vuosi	Yht. koko	Kumulat. kesäkuu
Haartm. ja Malmin päivystyspkl	2012	3415	1808
	2013	3540	1780
	2014	3612	1737
	2015	2083	2083
Haartm. ja Malmin sairaal-osastot	2012	1479	699
	2013	1630	755
	2014	2106	928
	2015	1108	1108
HUS-osastot	2012	3682	1828
	2013	4170	1990
	2014	4164	2084
	2015	2115	2115
Muut	2012	631	345
	2013	933	463
	2014	985	460
	2015	746	746
Yhteensä	2012	9207	4680
	2013	10273	4988
	2014	10867	5209
	2015	6052	6052

Taulukko 2. Helsingin hoitoketju lähetteet v. 2012–2015 (Paldanius 2015a).

Seuraavassa taulukossa on puolestaan kuvattu Helsingin kaupunginsairaaloihin otetut potilaat vuosina 2013 – 1-6/2015. HUS-sarakkeet on kaikista HUS-sairaaloista otetut potilaat. SKH ja muut – sarakkeessa on puolestaan kaupunginsairaaloihin otetut mm. yksityissairaaloista, muista kunnista, kotisairaalaista tai kotihoidosta tulleet potilaat. Mukana ovat myös tyhjennykseen saapuneet potilaat. Päivystys-sarakkeessa on Haartmanin ja Malmin päivystyksistä ja näiden vuodeosastoilta tulleet potilaat.

Helsingin kaupunginsairaalan erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon suuntautuva potilasohjaus

KAUSA OTETUT POTILAAT V. 2013 - 1-6/2015				
	HUS	SKH ja muut	Päivystykset	Yht.
Laakso / kausa+kunto+trauma				
2013	824	336	1493	2653
2014	734	249	1203	2186
Tammi-kesä 2015	970	307	867	2144
Malmi / ei ger.agos				
2013	439	64	887	1390
2014	182	34	954	1170
Tammi-kesä 2015	46	96	904	1046
Suursuo				
2013	516	237	752	1505
2014	402	264	797	1463
Tammi-kesä 2015	370	252	554	1176
Herttoniemi				
2013	273	110	868	1251
2014	135	82	668	885
Tammi-kesä 2015	58	10	452	520

Taulukko 3. Kaupunginsairaala otetut potilaat v. 2013 – 1-6/2015 (Paldanius 2015a).

Potilasohjaus Helsingin kaupunginsairaaloissa on kokenut vuoden 2015 aikana viimeisimmät muutokset kohti potilasprofiileittain tapahtuvaa potilasohjausta. 3/2015 tehtiin kaupungin sairaalassa ehdotus uudeksi potilasohjaukseksi HUS-siirtolistapotilaille. Tämän ohjeen mukaisesti potilasohjaus tapahtuu joulukuussa 2015 kaupunginsairaaloissa:

<ul style="list-style-type: none"> • Traumapotilaat → Laakson osastot 2, 7, 12 • Elektiivinen ortopedia ja selkäpotilaat → Oulunkylän Kuntoutussairaala • Neurokirurgia → Laakso ja Oulunkylän Kuntoutussairaala • Neurologia → Laakso ja Oulunkylän Kuntoutussairaala • Medisiiniset → Laakso ja Suursuo • Muut kirurgiset → Suursuo • Psykiatria → Suursuo • Verisuonikirurgia → Laakso (vaikeat haavat) ja Oulunkylän Kuntoutussairaala • Plastiikkakirurgia → Laakso • Syöpätaudit → Laakso ja Suursuo • Palliativiset → Suursuo, (Laakso) <p>Muut potilaat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kotisairaalan potilaat → Suursuo, Laakso, Malmi • Tyhjennyspotilaat → Laakso, Malmi • MRSA-kantajat → Laakso os.13 (ohje päivitetty) • ESBL, ym. kantajat → Laakso os.13; tarvittaessa Malmi ja Suursuo
--

Kuva 5. Potilasohjaus Helsingin kaupunginsairaaloissa v.2015 (Franssila-Kallunki, 2015).

Potilasohjausta päivitettiin 2.10.2015 pidetyssä moniammatillisessa potilasohjauskokouksessa. Tuolloin sovittiin seuraavasta työnjaosta koskien potilaiden sisäänottoa HUS:sta kaupunginsairaaloihin Navitas-siirtoportaalin kautta:

POTILAIDEN SISÄÄNOTTO HUS:STA KAUPUNGINSAIRAALOIHIIN NAVITAS-SIIRTOPORTAALIN KAUTTA	
Yhdessä sovittu työnjako ➡	Yhdessä vastaamme hoitoketjusta!
Prosessinomistaja on kaupunginsairaalan johtajalääkäri	Ongelmatilanteissa eri tahot ovat yhteydessä ensisijaisesti johtajalääkäriin ➡ Viestitys ja vastuut selkiintyvät.
Vastuupäivät on jaettu: - 0-1 päivät hoitokoordinaattorit - 2-päivä kausan ylilääkärit ja jonohoitajat.	Käsitlemme läheteitä, myös reklamoimme, omana vastuupäivänä ➡ Keskitymme omiin päiviimme.
HUS:n potilastietojärjestelmä Mirandan yhteydet hankitaan myös jonohoitajille.	Jonohoitajat hakevat itse tietonsa potilaiden voinnista suoraan Mirandasta. ➡ Tuore tieto haetaan suoraan itse silloin kun sitä tarvitaan.

Kuva 6. Potilaiden sisäänotto HUS:sta kaupunginsairaaloihin Navitas-siirtoportaalin kautta (Sippola-Soininen 2015).

Tässä kokouksessa nostettiin esiin Helsingin kaupunginsairaaloiden prosessinomistajuus. Prosessinomistajana on jatkossa kaupunginsairaalan johtajalääkäri. Vastuu hoitoketjun toimijuudesta on kaikilla prosessin osallistujilla. Viestityksen ja vastuualueiden on tarkoitus selkiintyä. Ongelmatilanteissa ollaan yhteydessä johtajalääkäriin. Vastuupäivät potilasohjauksessa on jaettu: hoitokoordinaattorit vastaavat 0- ja 1-päivästä ja 2-päivästä vastaavat puolestaan kaupunginsairaalan ylilääkärit ja jonohoitajat. Toimijoiden on tarkoitus keskittyä omiin vastuupäiviinsä. (Sippola-Soininen, M. 2015.)

Edellä mainitussa hoitoketjukokouksessa sovittiin myös siitä, että Mirandan (HUS:n potilastietojärjestelmä) käyttöoikeudet hankitaan myös kaupunginsairaalan jonohoitajille. Hoitokoordinaattoreilla nämä Miranda käyttöluvut ovatkin jo.

2.6. Hoitokoordinaattoritoiminta ja potilasohjaus

Helsingin potilasvirtojen sujuvuudessa HYKS:n sairaaloista kaupungin akuuttiyksikköihin todettiin ongelmia vuonna 2006. Tästä seurasi, että HUS-sakkomaksuja syntyi Helsingin kaupungille n. 10 miljoonaa euroa. Vuonna 2007 Helsingin terveystieteiden keskus ja sosiaalivirasto päättivät kehittää toimintaansa siten, että potilasohjaus toimisi paremmin eikä sakkomaksuja syntyisi. Helsingin kaupungin potilasvirtoja erikoissairaanhoidon HUS:n yksiköistä ohjaamaan ja sujuvoittamaan palkattiin projektipäälliköksi ylilääkäri Kristina Backlund ja case managereiksi (nykyisin hoitokoordinaattori) kolme sairaanhoitajaa. (Backlund, Göös, Leppä & Tapaus 2011.) Hoitokoordinaattoritiimin henkilöstö on vaihtunut tutkijaa lukuun ottamatta. Hoitoketjulääkäri vaihtui v. 2013 eli hoitoketjulääkäriksi valittiin Merja Iso-Aho.

Hoitokoordinaattoritiimi kuuluu hallinnollisesti SAS-toimistoon eli Selvitys, arviointi ja sijoitus – toimistoon. SAS-toimisto on toimisto, joka perustettiin vuoden 2013 alussa Helsingin sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen yhteydessä. Toimisto on asiantuntijatoimisto, jonka esimiehenä toimii arviointitoiminnan johtaja Tuulikki Siltari. SAS-toimistossa on tiimirakenne. Tutkijan oma työyhteisö on hoitokoordinaattoritiimi, jossa tutkija toimii vastaavana hoitokoordinaattorina. Lisäksi tiimiin kuuluu kaksi hoitokoordinaattoria. Koulutusohjelmat tiimissä on kaksi terveydenhoitajaa ja yksi sairaanhoitaja. SAS-yksikkö on suurin toimiston tiimeistä. SAS-tiimiin kuuluu arviointipäällikkö, SAS-sijoittajat (6) ja SAS-sosiaaliohjeantajat (4) ja yksi toimistos sihteeri. Myös ostopalvelutiimi kuuluu toimistoon. Ostopalvelutiimissä on ostopalvelupäällikkö, suunnittelija ja toimistos sihteeri. Toimiston neljäs tiimi on hoitotyön asiantuntijat-tiimi. Heitä on viisi kappaletta: RAI-, hygienia- ja kirjaamisasiantuntijat. Kaikkien tiimien toiminnan tukena on hoitoketjulääkäri Merja Iso-Aho. Hoitoketjulääkäriin työ painottuu SAS-toimintaan ja hoitokoordinaattoritiimin työn tukemiseen. Toimiston esimiehellä on oma arviointitoiminnan johtajan sihteeri käytettävissään, joka palvelee myös koko toimistoa tarpeen tullen henkilöstöhallintoon liitetyissä kysymyksissä. Toimistossa on myös yksi toiminnan suunnittelija,

jonka osaamista hyödyntää koko toimisto. Lisäksi kaksi toimistosihteeriiä on myös koko toimiston käytettävissä.

Alla olevassa kaaviossa on kuvattuna SAS-toimiston tiimirakenne.



Kuva 7. SAS-toimiston tiimirakenteen kuvaus

Helsingin kaupungin terveyskeskuksen tavoitteena on potilaiden mahdollisimman joustava jatkohoitoonohjaus HUS:sta (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri) perusterveydenhuoltoon. Hoitokoordinaattorien toiminnan yhtenä tavoitteena on etsiä potilaiden hoidollisia tarpeita mahdollisimman hyvin vastaava jatkohoitopaikka. Hoitokoordinaattorit toiminta alkoi vuonna 2007 Hoitoketjuprojekti-nimikkeen alla jatkuen vuoden ajan. Hoitokoordinaattorit toimivat aluksi työnimellä case manager. Vuoden projektin jälkeen hoitokoordinaattorit toiminta vakinaistettiin, jonka myötä koordinaattorien työnimeksi vahvistui ajan myötä toimintaan paremmin sopeva nimike hoitokoordinaattori. Tiimi on osallistunut potilasvirtojen eteenpäin ohjaamiseen yhteistyössä kaupungin sairaalan kanssa yli kahdeksan vuoden ajan.

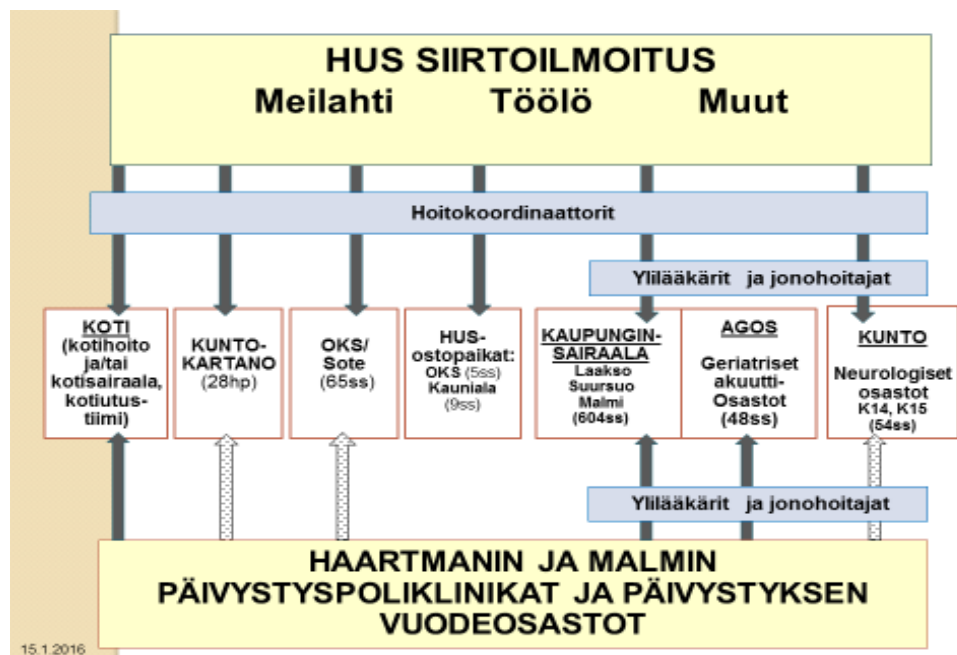
Helsingin terveyskeskuksella ja sosiaalivirastolla on yhteisenä tavoitteena saada potilas- ja asiakasvirrat sujumaan paremmin. Hoitokoordinaattorit osallistuvat näiden potilasvirtojen ohjaamiseen eteenpäin. Toiminta painottuu ensisijaisesti HUS:n klinikoiden parissa toimimiseen. HUS:n vuodeosastoilla käydään tarpeen mukaan tutustumassa potilaisiin, joille on tehty / suunnitteilla jatkohoitolähete Helsingin kaupunginsairaalaan. Potilaan taustatiedot selvitetään Pegasos-teksteihin perehtymällä ja tarvittaessa ollaan yhteydessä omaisiin. Potilaan tämänhetkinen toimintakyky ja avun tarve kartoitetaan yhteistyössä lähettävän tahon ja potilaan kanssa neuvotellen. Hoitokoordinaattorit tuntevat hyvin Helsingin varsin monitasoisen hoito- ja palvelujärjestelmän, joten hoito voidaan kohdentaa mahdollisimman hyvin. Selvitys, arviointi ja sijoitustoimiston hoitoketjuylilääkäri on

hoitokoordinaattorien taustatukena ja vastaa koko hoitoketjun sujuvuudesta.

Hoitokoordinaattorit yrittävät löytää potilaille oikein kohdennetun jatkohoitopaikan. Potilaat voivat siirtyä:

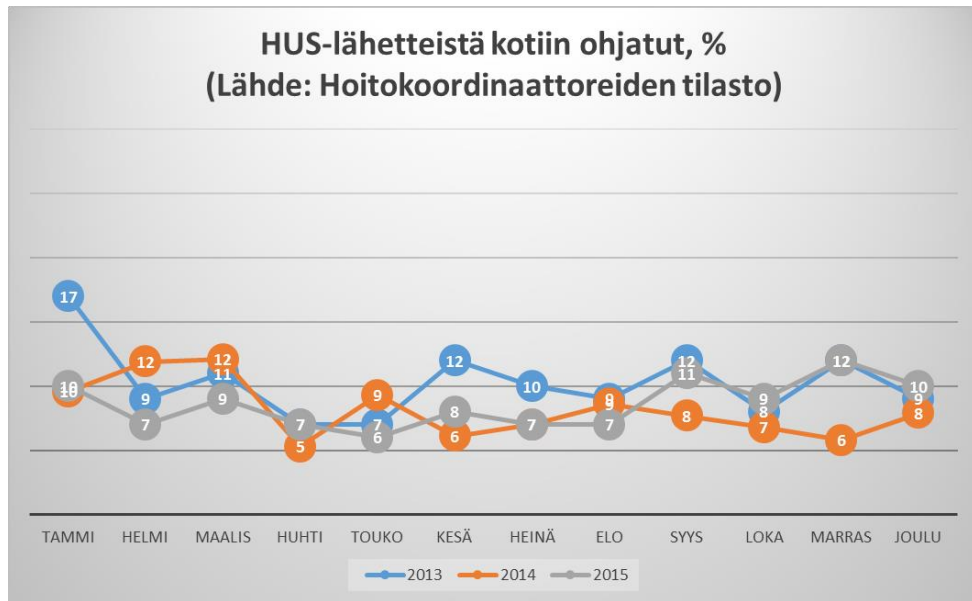
- Takaisin omaan kotiin / tuettuun asumiseen tarvittavien apujen turvin.
- Kotisairaalaan / kotiutustiimin tuella kotiin.
- Kaupungin ostopalvelupaikoille.
- Kaupunginsairaalaan.

Alla olevassa kaaviossa on kuvattuna Helsingin kaupungin potilasvirrat. Erikoissairaanhoidon yksiköistä (HUS) kaupungin sairaaloihin ohjautuu potilasvirta, joka kokonaisuudessaan kulkee hoitokoordinaattorien käsien kautta. Hoitokoordinaattorit arvioivat siis kaikki HUS-siirtoilmoitukset (jatkohoitolähteet). He suunnittelevat / osallistuvat näiden potilaiden jatkohoidon järjestämiseen. Jokaiselle potilaalle pyritään järjestämään hoidon tarvetta mahdollisimman hyvin vastaava hoitopaikka. Hoitokoordinaattorit ovat ns. näköalapaikalla suhteessa koko hoitoketjuun mukaan luettuna muun muassa päivystysyksiköt ja muut yhteistyökumppanit. Hoitokoordinaattorit toimivat hoitoketjua ohjaavina ja tukevinä toimijoina. Tiimin tukena on hoitoketjülääkäri.



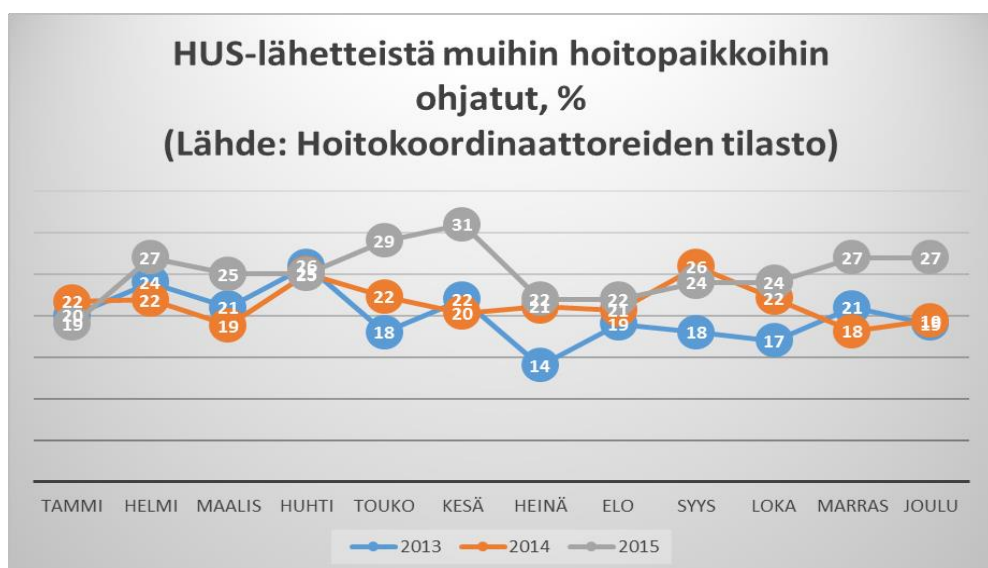
Kuva 8. Helsingin kaupungin sairaaloihin ja muihin jatkohoitopaikkoihin suuntautuva potilas ohjaus

Hoitokoordinaattorit keskittyvät kotiutettavien löytämiseen erikoissairaanhoidon kaupunginsairaalaan kohdistuvasta potilasvirrasta. Alla olevassa kaaviossa on kuvattuna kotiutusten määrä vuosina 2013–2015.



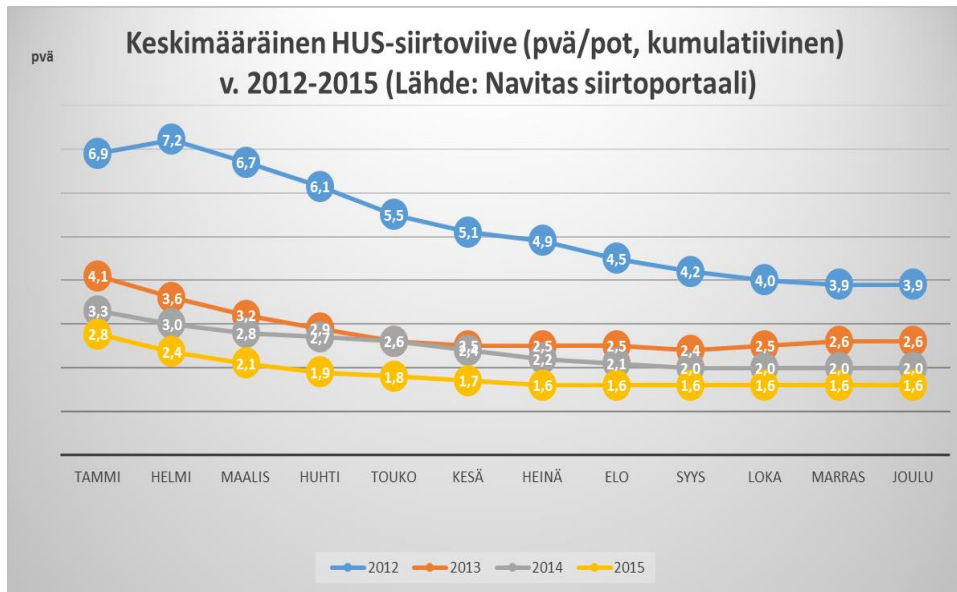
Kuvio 1. Hoitokoordinaattorien HUS-lähetteistä kotiin ohjaamat potilaat % v. 2013–2015 (Paldanius 2015b; Hoitokoordinaattoritulasto 2013–2015).

Hoitokoordinaattorit ohjaavat HUS-virrasta sairaalahoitoa vaativia potilaita myös muualle kuin kaupungin sairaaloihin. Näitä muita jatkohoitopaikkoja ovat Sosiaali- ja terveystieteiden osastopalvelupaikat (Oulunkylän kuntoutussairaala), HUS-ostopalvelupaikat (Kaunialan sairaala ja Oulunkylän kuntoutussairaala) ja Kuntokartano. Uudempana asiana lukuun lasketaan mukaan Helsingin Sosiaali- ja terveystieteiden arviointi- ja kuntoutusosastot, joihin ohjataan yleensä lähinnä HUS-vanhuspsykiatrian puolelta tarjottuja potilaita. Alla olevassa kaaviossa on kuvattu hoitokoordinaattorien HUS-lähetteistä näihin muihin jatkohoitopaikkoihin ohjaamia potilasmääriä %:na vuosina 2013–2015.



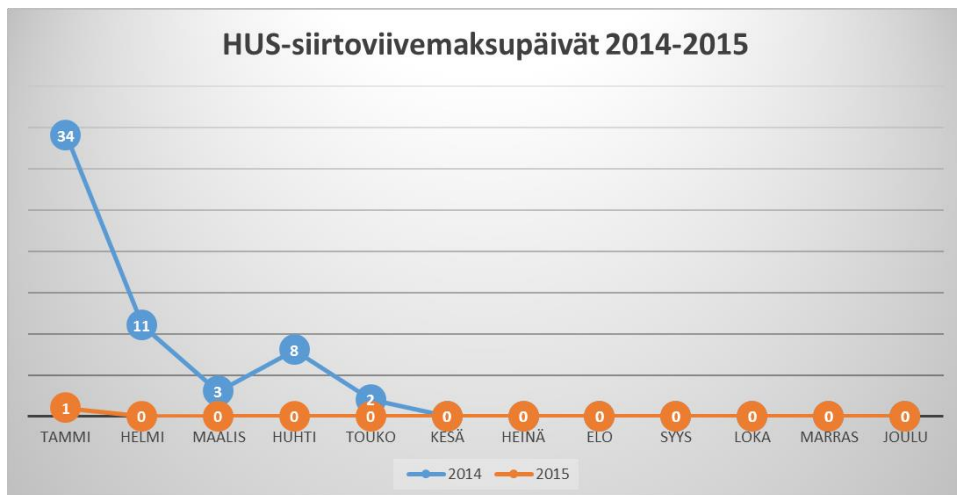
Kuvio 2. Hoitokoordinaattorien HUS-lähetteistä muihin jatkohoitopaikkoihin ohjaamat potilaat vuosina 2013–2015 (Paldanius 2015b; Hoitokoordinaattoritulasto 2013–2015).

Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden strategiansa yhtenä tavoitteena on HUS-siirtoviiveiden lyhentäminen ja potilasohjauksen sujuvoittaminen erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Alla olevassa taulukossa on kuvattu keskimääräinen HUS-siirtoviive vuosina 2012–2015.



Kuvio 3. Keskimääräinen HUS-siirtoviive (pvä/pot./ kumulatiivinen) v.2012-2015 (Paldanius 2015c; Navitas-siirtoportaali 2016).

Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden strategiansa tavoitteena on myös erikoissairaanhoidon (HUS) siirtoviivemaksujen välttäminen kokonaan vuonna 2014. Alla olevassa kuviossa on kuvattuna HUS-siirtoviivemaksupäivät vuosina 2014-2015.



Kuvio 4. HUS-sakkomaksupäivät 2014-2015 (Hoitokoordinaattoritilasto 2014-2015).

3 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET, TARKOITUS JA RAJAUS

Helsingin kaupunginsairaaloilla on jokaisella oma historiansa. Potilasohjaukseen liittyvät käytänteet ovat saaneet vuosien kuluessa kehittyä jokaisessa omanlaisekseen. Tämän toimintatutkimuksen ensimmäisenä tavoitteena on yhtenäistää ja kehittää Helsingin kaupunginsairaaloiden potilasohjausta erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon tehokkaammaksi ja yhdenmukaisemmaksi. Tutkimuksen toisena tavoitteena hyvien käytänteiden tuottaminen hoitoonohjauksen tueksi ja sujuvoittamiseksi SKH:n (Sairaala, kuntoutus, hoiva) strategisten tavoitteiden suuntaisesti yhdessä hoitoketjun eri toimijoiden kanssa. Tutkimuksen tarkoituksena on Helsingin hoitoketjujen toiminnallinen kehittäminen potilasohjauksen näkökulmasta.

Tutkimus rajataan koskemaan ainoastaan erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon koskevaa potilasohjausta ja siihen liittyvää potilaiden jatkohoidon järjestämistä siirtoilmoitetuille potilaille. Toisin sanoen tutkimus rajataan koskemaan erikoissairaanhoidon Navitas-siirtolistalle siirtoilmoitettuja potilaita. Hankkeesta on rajattu pois omista päivystyksistä ja päivystysten vuodeosastoilta, sekä kotisairaaloista tuleva potilasvirta.

Tutkimuskysymykset:

- Miten Helsingin kaupungin potilasohjausta voidaan kehittää siten, että potilasohjaukseen osallistuvat tahojen välinen yhteistyö kehittyy kaupungin strategisten tavoitteiden suuntaisesti?
- Millä tavoin potilasohjaukseen osallistuvien toimijoiden yhteistyötä voidaan kehittää siten, että siirtoviiveet erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon lyhenevät ja ettei erikoissairaanhoidon siirtoviivemaksuja pääse syntymään?

4 POTILASOHJAUKSEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT

4.1. Potilaan hoidon järjestämistä koskeva lainsäädäntö

Potilaalla ja sosiaalihuollon asiakkaalla on oikeus saada asianmukaista ja laadultaan hyvää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelua. Hoidon tai toimenpiteiden vaihtoehtoista on kerrottava avoimesti ja ymmärrettävästi. Potilasta ja sosiaalihuollon asiakasta on kohdeltava loukkaamatta hänen ihmisarvoaan, vakaumustaan tai yksityisyyttään. Apua tarvitsevalla on oikeus saada sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja laissa säädetyn ajan kuluessa. Jos potilas tai sosiaalihuollon asiakas ei ole tyytyväinen saamaansa palveluun, hoitoon tai kohteluun, hän voi tehdä muistutuksen toimintayksikön vastuushenkilölle tai vaihtoehtoisesti tehdä kantelun valvovalle viranomaiselle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Ensiapuun ja kiireelliseen hoitoon on päästävä heti potilaan asuinpaikasta riippumatta. Kiireellistä hoitoa varten terveyskeskuksissa ja sairaaloissa on

päivystysvastaanotot. Kiireetöntä hoitoa tarjotaan kunnan asukkaille terveyskeskuksissa. Hoitoon pääsulle on taattu tietyt määräajat. Jos terveyskeskus tai sairaala ei voi tarjota hoitoa säädetyssä ajassa, niiden on hankittava se muualta. Kiireettömät tapaukset hoidetaan kunnallisissa terveyskeskuksissa. Arkisin terveyskeskuksen aukioloaikana sinne on saatava välittömästi puhelinyhteys tai sinne on voitava mennä käymään. Jos hoidon tarpeen arviointi vaatii terveyskeskuksessa käyntiä, sinne on saatava aika kolmen arkipäivän kuluessa yhteydenotosta. Hoitoon on terveyskeskuksessa päästävä viimeistään kolmessa kuukaudessa. Kiireettömässä hoidossa sairaalan tai terveyskeskuksen toteuttamaan erikoissairaanhoidon pääseminen edellyttää lääkärin lähetettä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013; Terveydenhuoltolaki 1326/2010.)

Potilaan hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmessa viikossa lähetteen saapumisesta. Arvioinnin edellyttämät tutkimukset ja erikoislääkärin arviointi on tehtävä kolmessa kuukaudessa lähetteen saapumisesta. Jos tutkimuksissa todetaan, että potilas tarvitsee sairaalahoitoa, se on aloitettava viimeistään kuudessa kuukaudessa hoidon tarpeen toteutamisesta. Jos tutkimuksissa todetaan, että potilas tarvitsee sairaalahoitoa, se on aloitettava viimeistään kuudessa kuukaudessa hoidon tarpeen arvioinnista. Jos oma terveyskeskus tai sairaala ei pysty hoitamaan potilasta määräajassa, sen on järjestettävä potilaalle mahdollisuus päästä hoitoon muualle, joko toiseen sairaanhoitopiiriin tai yksityissektorille. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.)

Kunnan tai sairaanhoitopiiriin on julkaistava vähintään neljän kuukauden välein internetissä tiedot kiireettömään hoitoon pääsyn odotusajoista. Odotusaikoja koskevia tietoja saa terveyskeskuksista ja sairaaloista. Yleensä tiedot julkaistaan yksiköiden internet-sivuilla. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) kerää terveydenhuollon kentältä tietoa hoitoon pääsystä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.) Kiireettömään hoitoon pääsyä, ns. hoitotakuun toteutumista, valvotaan Valviran ja aluehallintovirastojen yhdessä laatiman valvontaohjelman ”Kiireetön hoitoon pääsy. Valtakunnallinen valvontaohjelma 2012 – 2014” mukaisesti (Valvira 2014).

Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan ja hänen itsemääräämisoikeutta on kunnioitettava. Potilaalla ja hänen laillisella edustajallaan tai muulla läheisellään on oikeus saada kuulemista ja suostumuksen antamista varten tarpeelliset tiedot potilaan terveydentilasta. Potilasasiakirjoista, niiden säilyttämisestä, säilytysajoista, tietojen luovuttamisesta ja muusta hoitoon liittyvästä materiaalista on noudatettava tarkoin laissa annettuja ohjeita. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa on tarvittaessa laadittava tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaava suunnitelma. Suunnitelmasta tulee ilmetä potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa tai läheisensä taikka hänen laillisen edustajansa kanssa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785; 2 luku, 4a§.)

Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Selvitystä ei kuitenkaan tule antaa vastoin potilaan tahtoa tai silloin, kun on ilmeistä, että selvityksen antamisesta aiheutuisi vakavaa vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle. Terveysterveystieteiden ammattihenkilön on annettava selvitys siten, että potilas ymmärtää sen sisällön. Tarpeen vaatiessa on mahdollisuuksien mukaan hankittava tulkki. Potilaan oikeudesta tarkastaa häntä itseään koskevat potilasasiakirjoissa olevat tiedot on voimassa. Potilaan oikeudesta tietojen saantiin on lisäksi voimassa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.) Potilaan laillisella edustajalla, lähiomaisella tai muulla läheisellä on oikeus saada kuulemista ja suostumuksen antamista varten tarpeelliset tiedot potilaan terveydentilasta (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785; 2. luku; 5§ & 9§).

Potilaalle on ilmoitettava hoitoon pääsyn ajankohta. Jos ilmoitettu ajankohta muuttuu, on uusi ajankohta ja muutoksen syy ilmoitettava potilaalle välittömästi. Hoitoon pääsystä ja hoidon järjestämisestä kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon yksiköissä säädetään erikseen terveydenhuolto-laissa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785; 2 luku, 4§.)

Potilasasiakirjoihin sisältyvät tiedot ovat salassa pidettäviä. Terveysterveystieteiden ammattihenkilö tai muu terveydenhuollon toimintayksikössä työskentelevä tai sen tehtäviä suorittava henkilö ei saa ilman potilaan kirjallista suostumusta antaa sivulliselle potilasasiakirjoihin sisältyviä tietoja. Jos potilaalla ei ole edellytyksiä arvioida annettavan suostumuksen merkitystä, tietoja saa antaa hänen laillisen edustajansa kirjallisella suostumuksella. Salassapitovelvollisuus säilyy palvelussuhteen tai tehtävän päättymisen jälkeen. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785; 4. luku; 13§ 30.6.2000/653.)

Viesti, tunnistamistiedot ja paikkatiedot ovat luottamuksellisia, jollei tässä tai muussa laissa toisin säädetä. Viesti ei ole luottamuksellinen, jos se on saatettu yleisesti vastaanotettavaksi. Viestiin liittyvät tunnistamistiedot ovat kuitenkin luottamuksellisia. (Sähköisen viestinnän tietosuojalaki 16.6.2004/516; 2. luku; 4§.) Se, joka on ottanut vastaan tai muutoin saanut tiedon luottamuksellisesta viestistä tai tunnistamistiedosta, jota ei ole hänelle tarkoitettu, ei saa ilman viestinnän osapuolen suostumusta ilmaista tai käyttää hyväksi viestin sisältöä, tunnistamistietoa tai tietoa viestin olemassaolosta, ellei laissa toisin säädetä (Sähköisen viestinnän tietosuojalaki 16.6.2004/516; 2. luku; 5§).

Vanhuspalvelulaki eli laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveysterveystieteiden palveluista tuli voimaan 1.7.2013. Lain tarkoitus on turvata ikääntyneen väestön hyvinvointi, terveys, toimintakyky, itsenäinen suoriutuminen ja ikääntyneiden sosiaali- ja terveysterveystieteiden palvelujen saanti (Finlex 28.12.2012/980 1§). Kunnan eri toimialojen on toimittava yhteistyössä ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja

itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi. Lisäksi kunnan on tehtävä yhteistyötä kunnassa toimivien julkisten tahojen, yritysten sekä ikääntynyttä väestöä edustavien järjestöjen ja muiden yleishyödyllisten yhteisöjen kanssa ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi. (Finlex 28.12.2012/980 4§.) Kunnan on järjestettävä iäkkäälle henkilölle laadukkaita sosiaali- ja terveystalvveluja, jotka ovat hänen tarpeisiinsa nähden oikea-aikaisia ja riittäviä. Palvelut tulee toteuttaa niin, että ne tukevat iäkkään henkilön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä, itsenäistä suoriutumista ja osallisuutta. Muun palvelutarpeen ennalta ehkäisemiseksi on kiinnitettävä huomiota erityisesti kuntoutumista edistäviin ja kotiin annettaviin palveluihin. (Finlex 28.12.2012/980 13§.)

4.2. Prosessimainen toiminnan organisointi ja johtaminen sairaalaorganisaatiossa

4.2.1. Prosessinäkökulma sairaalaorganisaatiossa

Prosessi voidaan määritellä yleisesti joukoksi toisiinsa liittyviä toistuvia toimintoja, sekä niiden toteuttamiseen vaadittavia resursseja, joiden avulla syötteet muutetaan tuotteiksi (Laamanen & Tinnilä 2002, 61). Parvinen, Lillrank, & Ilvonen (2005, 187) mukaan prosessi voidaan myös käsittää koostuvan tapahtumista ja asioista, joita yhdistää tietty etenemisen logiikka. Karlöf & Lövingsson (2007, 35) tuovat tutkimuksessaan esiin sen, että prosessinäkökulmasta tarkasteltuna prosessissa on kyse työnkulusta (work flow), siinä missä organisaation näkökulmasta taas puhutaan työnjaosta. Kaikilla organisaatiolla on prosesseja, jotka määrittävät organisaation toimintaa ainakin jossain määrin. Sairaalaorganisaation ollessa kyseessä työnkulkuun viitataan termillä potilasvirta (patient flow) (McLaughlin & Hays 2008, 316–318). Gemmel, Vandaele & Tambeurin (2007) mukaan prosessit ovat riippumattomia organisaation rakenteesta, mutta organisaatorakenne vaikuttaa kuitenkin olennaisesti siihen, kuinka tehokkaita prosessit ovat käytännössä.

Prosessitarkastelussa tulee erottaa toisistaan sairaalaorganisaation ollessa kyseessä lääketieteellinen näkökulma ja tuotannonohjauksen näkökulma. Tuotannonohjauksen näkökulma tarkastelee prosessien viiveitä, jotka johtuvat ei-lääketieteellisistä seikoista. Potilaan näkökulmasta hoidon tulisi olla vaikuttavaa eikä esim. läpimenoaika ole hoidon ainut kriteeri. (Lillrank, Kujala & Parvinen 2004, 116–117; Tevameri 2010, 225.) Tevameren (2010, 226) mukaan sairaalaorganisaatioiden ollessa kyseessä prosessien ja prosessimaisen toiminnan mallintaminen voi olla haastavaa. Erityisiä haasteita aiheutuu siitä, että tarkkaa rajaa projektin ja prosessin välillä ei voida sairaalaorganisaation tapauksessa tehdä. Jo yksittäisen potilaankin hoito on prosessi, joka puolestaan on yhteydessä muihin työnkulkuihin. Sairaalaorganisaatiossa ilmenee monentasoisia ja monenlaisia työnkulkuja samanaikaisesti. Virtanen & Wennberg (2005, 138) esittävätkin, että organisaation prosesseja ei voida ottaa käyttöön ilman että tarkastellaan myös organisaatorakenteen mielekkyyttä.

4.2.2. Prosessien johtaminen ja organisointi

Prosessiajattelun ja prosessimaisten toimintatapojen käyttöönotto on koettu tärkeäksi asiaksi myös sairaalaorganisaatioiden kehittämisessä. Tavoitteena on, että sairaalaorganisaatioiden prosessimaiset toiminnot olisi kuvattuna ja niille olisi myös nimetty prosessinomistajat, jotka seuraisivat prosessiensa panoksia ja tuloksia, sekä pyrkisivät kehittämään toimintaa tehokkaammaksi ja laadukkaammaksi. (Tevameri 2010, 224; Aaltonen, Fyhr, Käpyaho, Mäkelä, Mäkijärvi & Rautiainen 2008, 70–71.)

Hoitoketjujen kehittämisprosessi ei tapahdu helposti eikä itsestään. Kehittämistyöllä pitää olla vastuutaho, joka koordinoi toimintaa. Kun aletaan kehittää hoitoketjuja, on tehtävä monenlaisia ratkaisuja. Myös uusia päätöksiä tehdään ja muutetaan aikaisempia. (Ketola, Mäntyranta, Mäkinen, Voipio-Pulkki, Kaila, Tulonen-Tapio, Nuutinen, Aalto, Kortekangas, Brander, & Komulainen 2006, 9-11.) Prosessimainen toiminnan suunnittelu ja kehittäminen alkaa prosessien tunnistamisella ja kuvaamisella. Prosessien tunnistaminen tarkoittaa prosessien rajaamista muista prosesseista. (Virtanen & Wennberg 2005, 116.) Hoitoketjun kuvaaminen aloitetaan sellaisen potilasryhmän valinnasta, jonka hoito on keskeistä terveydenhuoltoyksikön toiminnassa ja toisaalta myös edustaa suurta osaa hoidettavien potilaiden joukosta. Prosessien kuvaamiseen valitaan moniammatillinen työryhmä, ts. tulee valita niitä ammattiryhmiä, jotka osallistuvat tämän potilasryhmän tutkimukseen, hoitoon, ohjaukseen ja kuntoutukseen. Hoitoketjuja kuvattaessa huolehditaan työnjaosta, joka perustuu jokaisen kuvaamiseen tarvittavan ryhmän jäsenen ammatillisuuteen. Keskeistä on, että potilas läheisineen on keskeinen toimija omassa hoitoketjussaan. (Ketola ym. 2006, 9-11.)

Ketolan ym. (2006, 10–11) mukaan hoitoketjun toimivuus edellyttää yhteisessä käytössä olevaa sähköistä potilaan hoitokertomusta. Kansallinen yhtenäinen potilaan hoitokertomuksen rakenne ohjaa kirjaamista. Keskeisenä viestimenä hoitoketjussa ovat lähete ja palaute hoidosta. Hoitoketjun rakentaminen ja ylläpitäminen edellyttää että potilaalla on nimetty lääkäri ja hoitaja. He koordinoivat potilaan hoitoa yhteistyössä potilaan kanssa. Monien potilasryhmien hoitoketjujen hallinta edellyttää järjestelmää, jossa esim. erikoissairaanhoidon yleislääketieteen yksikössä on perusterveydenhuolto hyvin tunteva asiantuntijahoitaja. Hän toimii yhdyshenkilönä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Lisäksi hoitajan tehtävänä on mm. järjestää hoitoketjun kuvaamiseen liittyvät tapaamiset ja organisoida hoitoketjuihin liittyviä koulutus- ja informaatiotilaisuuksia.

Hoitoketjuprosessin johtamisessa on myös huomioita se, että hoitoketjuun on sisällytettävä suunnitelma sen toimeenpanosta. Keskeiset osat toimeenpanossa ovat ketjun julkaiseminen, ketjun levittäminen ja aktiivinen toimeenpano. Koulutus on aktiivisen toimeenpanon yleinen menetelmä. Toimeenpanon edistäjät ja esteet on tärkeää tunnistaa. Prosessissa tavoitteen saavuttaminen edellyttää aina, että käyttäjät ovat tietoisia ketjun olemassaolosta, ymmärtävät ketjun merkityksen, hyötyvät ketjun käytöstä ja käyttävät sitä oikeasti. (Ketola ym. 2006, 15.)

Prosessiajattelun pohjalta on syntynyt erilaisia johtamismalleja, joista on usein käytettyjä mm. aikaan perustuva johtaminen ja toimintojohtaminen (Tevameri 2010, 223). Virtasen & Wennbergin (2005, 138) mukaan prosessijohtamisessa on yleisesti määriteltynä kyse prosessien valtuuttamisesta tietyille tahoille tai henkilöille. Tevameren (2010, 223) mukaan prosessijohtamisen yhteydessä viitataan usein myös prosessinomistajuuteen. Prosessinomistajuudella voidaan tarkoittaa erilaisia asioita, muun muassa prosessista vastaavan päätösvaltaan liittyviä seikkoja (vrt. Laamanen & Tinnilä 2002, 66; Tevameri & Kallio 2009; Virtanen & Wennberg 2005, 142).

4.2.3. Prosessien johtamisen kehittäminen Helsingin hoitoketjuissa

Helsingin kaupungin terveystieteiden keskuksessa on vuonna 2008 tarkasteltu prosessinomaisesti lonkkamurtumapotilaan jatkohoidon hoitoprotokollaa akuuttisairaalan vuodeosastolla. Potilaan kaupungin sairaalassa tapahtuvan jatkohoidon toteutusta varten laadittiin moniammatillisin keinoin yksilöidyt hoito- ja kuntoutusohjeet. (ks. Anttinen, Isomeri, Hyvärinen, Excell, Mäki, Ahlroos, Vepsäläinen & Kuula 2008.)

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (HUS) kunnilta lopetettiin ylikäyttömaksujen periminen 1.9.2009. Tämän jälkeen HUS:ssa on mietitty prosessinäkökulmasta keinoja, joilla voitaisiin sujuvoittaa ja tehostaa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyötä edellyttäviä hoitoketjuja. Todettiin että tarvetta olisi työn- ja vastuunjaon täsmentämiselle, hoito- ja kuntoutuskäytäntöjen yhtenäistämiseksi sekä myös hoitotulosten standardoidulle arvioimiselle ja mittaamiselle. Tätä toteuttamaan perustettiin erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen yhteisiä kehittämishankkeita (esim. SUTJAKE eli Sujuvan jatkohoitoon siirtymisen kehittäminen-hanke ja TEHOKAS eli Terveystieteiden hoitoketjut kuntoon alueellisesti). TEHOKAS-hankkeen pilottiryhmiksi valittiin HYKS-sairaanhoidon alueen eniten siirtoviivepäiviä tuottaneet potilasryhmät. Nämä olivat operatiivisen tulosyksikön lonkkamurtumapotilaat ja medisiinisen tulosyksikön aivoverenkiertohäiriöpotilaat. (HYKS 2011, 3.)

HYKS-raportissa (2011, 12) esitetään, että pääkaupunkiseudulla tapahtuvan lonkkamurtumapotilaan hoitoketjujen kehittäminen edellyttää erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon vastuun jakoa. Olisi tärkeää määrittellä, että kuka omistaa ja kantaa kokonaisvastuun hoitoketjun sujuvuudesta ja kehittämisestä. Yhteistyön sujuvoittamiseksi tarvitaan organisaatioiden eri tasoille nimetyt vastinparit. Tehtäviä ei pidä sitoa henkilöön vaan viran tai toimen rooliin. Erikoissairaanhoidon sairaansijojen käyttöä tulee tehostaa. Vuodeosastopaikat tulee kohdentaa ainoastaan erikoissairaanhoidon todella tarvitseville potilaille. Erikoissairaanhoidon yksikkö voi tehostaa jatkohoitoon siirtymistä tekemällä ennakoilmoitukset kattavasti jatkohoitoa tarvitseville potilaille. Yhteistyön kehittämisen merkitys korostuu perusterveydenhuollon koordinoivien toimijoiden kanssa.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS) hankkii ortopedis-traumatologisille potilaille ja aivoverenkiertohäiriöpotilaille jatkokuntoutusta neuvottelumenettelyn kautta. Tavoitteena on järjestää em. potilasryhmille lääketieteellisen tarpeen mukainen intensiivinen jatkokuntoutus nopeasti ja tehokkaasti. Lisäksi tavoitteena on myös mahdollistaa potilaan paluu hoitoa edeltävään asumisympäristöön tai kuntoutusjakson aikana järjestää potilaalle kuntoutuksen jälkeinen elinympäristö. Potilasvalinnassa kuullaan ensisijaisesti virka-aikaan perusterveydenhuollon koordinaattoreita, jotka koordinoivat oman alueensa perusterveydenhuollon kuntoutustoimintaa resurssien mukaisesti. Niille potilaille, joille kuntoutuspaikkaa ei löydy perusterveydenhuollon organisaatiosta silloin kun potilas on siirtokelpoinen, määritellään arvioitu kuntoutusaika ja erikoissairaanhoidon yksikkö järjestää kuljetuksen jatkohoitoon (HUS-ostopalvelupaikka). Siirrettyjen potilaiden tiedot toimitetaan myös koordinaattoreille, jotta kuntoutumiseen liittyvä kotiuttamisprosessi voidaan synkronoida ja valvoa asianmukaisesti perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen kanssa. (HUS-logistiikka 2011, 3-8.)

Kaarlolan (2013, 4-8) seurantaraportissa selvitettiin piloteissa todettujen kehittämistarpeiden toteutumista vuosina 2011–2013. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon työnjaosta sovittiin 5.5.2011 työpajassa. Perusterveydenhuollolla on kokonaisvastuu lonkkamurtumapotilaan palveluketjun toteutumisesta ja päivittämisestä. Erikoissairaanhoidon vastuulla on puolestaan viiveettömästi ja laadukkaasti toteutetun pre-, intra- ja postoperatiivisen hoidon järjestämisestä. Projektipäälliköt vastaavat heille osoitettujen projektisuunnitelmien etenemistä ja ohjausryhmät ohjaavat ja edistävät projektien toteutumista. Palveluketjujen kehittämiseen liittyvien projektien osalta Helsingin lonkkamurtumapotilaiden kohdalla todettiin, etteivät hoitavilla osastoilla tarkistuslistat ole vielä systemaattisessa käytössä. Jatko-ohitojärjestelyjen avainhenkilöiksi mainittiin kaupungin kentän hyvin tuntevat hoitokoordinaattorit, jotka osaavat valita potilaille parhaiten soveltuvan, saatavilla olevan jatkohoitopaikan. Suurin este sujuvan palveluketjun toteutumiselle on Helsingin perusterveydenhuollon tarpeeseen nähden liian vähäiset ja hajallaan olevat kuntoutuspaikat. Lisäksi osaa kuntoutuspaikoista on jouduttu käyttämään epätarkoituksenmukaisesti.

Helsingissä uuden sosiaali- ja terveystalouden rakenne mahdollistaa asioiden tekemisen uudella tavalla asiakas- ja potilaskeskeisesti sosiaali- ja terveyspalveluja integroiden. Isot ydintoiminnan osastot kattavat keskeisten hoitoketjujen kokonaisuuksia. Avo- ja laitospalvelut ovat samassa osastossa samoin kuin ehkäisevät ja hoitavat toiminnot. Näkemys eri-ikäisten kuntalaisten hyvinvoinnista ja terveydestä on mahdollista muodostaa aikaisempaa kokonaisvaltaisemmin. Haasteena ovat osastorajat ylittävien palveluprosessien sujuva turvaaminen. (Helsingin sosiaali- ja terveystalouden 2014.)

5 HOITOKETJUT JA POTILASOHJAUS

5.1. Hoitoketjut

Hoitoketju tarkoittaa hoitokokonaisuutta, joka ylittää terveydenhuollon organisaatorajat. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon tulee muodostaa toimiva hoitoketju. Lähtökohtana alueellisessa yhteistyössä on potilaan aseman, osallisuuden ja oikeuksien parantaminen. Lisäksi tavoitteena on työn sujuvuuden lisääminen sekä päällekkäisen työn vähentäminen. Yhteistoiminnan onnistumiseksi tarvitaan yhteistyötä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Käytännössä tämä tarkoittaa hoidon porrastusta, selvää työnjakoa organisaatioiden kesken ja yhteisten hoitolinjojen sopimista. Verkostoitumisen merkitys korostuu. Organisaatioiden prosessit ja hoitokäytännöt tulee vahvistaa ja tehdä näkyviksi. (Klemola, Saranto, Ensio & Kivekäs 2006, 2519.)

Hoitoketju on aiemmin määritelty lähinnä tietojärjestelmien suunnittelua varten saman asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuvaksi. Samanaikaisesti sillä on tarkoitettu sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatorajat ylittävää suunnitelmallista ja yksilöön kohdistuvaa ja toteutuvaa hoitoprosessin kokonaisuutta. Terveydenhuollon puolella nimitystä hoitoketju käytetään yleensä ainoastaan, kun siihen kuuluu vain terveydenhuollon hoitotoimia. Kuitenkin hoitoketju on työkalu (toimintakeino), jonka avulla kehittämiskohteet, yhteistyö ja työnjako määritellään. Hoitoketjussa toiminta on dynaaminen ja toistuva prosessi, jonka tarkoitus on tuoda toimitukset yhteen. (Nordback, Salo, Holmberg-Marttila, Päivä, Liimatainen, Porkkala & Kaila 2010, 1549–1551.)

Terveydenhuollon toimivuus ja tuottavuus pohjautuvat toimivaan perusterveydenhuoltoon. Hoitoketjussa päävastuussa potilaan hoidosta on perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidolla on puolestaan erityisvastuu. Toimiva yhteistyö hoitotiimin ja organisaation sisällä sekä eri organisaatioiden yhteistyökumppaneiden välillä on erityisen tärkeää. Yhteistyötä tarvitaan hoitoketjun jatkuvaan koordinointiin ja kehittämiseen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Hoitoketjun rajapinnat ovat tärkeitä tehokkaamman hoitoketjun aikaansaamiseksi alkaen lähetteestä keskussairaalaan ja keskussairaalaan mahdolliseen jatkohoitoon ja kuntoutukseen perusterveydenhuollon puolelle. (Palomäki & Piirtola 2012; Klemola ym. 2006, 2522; Villikka 2007, 112; Silvennoinen-Nuora 2010, 307.) Nordback ym. (2010, 1549–1551) mukaan hoitoketju sisältää sosiaali- ja terveydenhuollon eri rajapinnat ylittävät suunnitelmalliset ja yksilölliset hoitoon liittyvät toiminnot. Hoitoketjussa kuvataan prosessia, joka alkaa aina asiakkaan palveluntarpeesta. Hoitoketjuun liittyvät toiminnot päättyvät, kun asiakkaan palvelun tarve päättyy.

Silvennoinen-Nuoran (2005,20) mukaan hoitoketjujen tavoitteena on mm. hoidon jatkuvuuden ja hoidon saatavuuden parantaminen. Lisäksi tavoitteena on myös vastuun ja tehtävien jakaminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toimijoiden kesken. Sairausryhmäkohtaiset, käypä hoito-

suosituksiin ja alueellisiin hoidonporrastuksiin perustuvat erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteiset hoitoketjukäytännöt ovat Suomessa vasta kehitteillä, siitäkin huolimatta että niistä on puhuttu jo 1990-luvulta alkaen. Yhteistyön yhtenä tavoitteena on, että erikoissairaanhoidon tukee konsultoinnin avulla perusterveydenhuollon hoitotiimien toimintaa. Kaikkiällä yhteistyö ei toimi vielä odotetulla tavalla.

Holmberg-Marttila & Valvanne (2011, 2227) tuovat Lääkärilehden pääkirjoituksessaan esille Pirkanmaan uuden määrittelyn hoitoketjulle. Hoitoketjusta voidaan tämän määritelmän mukaan puhua ainoastaan, kun:

- ketju on tehty yhteistyössä asiaan liittyvien organisaatioiden kesken, moniammatillisessa työryhmässä,
- ryhmä on laatinut ketjulle myös juurrutus- ja arviointisuunnitelman ja
- hoitoketju on sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon saavutettavissa.

Tällöin halutaan painottaa hoitoketjua yhteistyön parantamisen ja kehittämisen työkaluna. Olennaista onkin rakentaa hoitoketju asiakkaiden tarpeista lähtien. Painopiste tulisi siirtää potilaan / asiakkaan arjessa selviytymisen prosesseihin ja asiakaslähtöiseen palveluajatteluun. (Holmberg-Marttila & Valvanne 2011, 2227.)

Hoidon tulosta parantaa oikea hoidon kohdentaminen sitä tarvitseville potilaille ja potilaan sijoittuminen tarvetta vastaavaan hoitopaikkaan jokaisessa hoidon vaiheessa. Oikean diagnoosin tekeminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa vaikuttaa kohdentavuuteen. (Palomäki & Piirtola 2012; Villikka 2007, 102, 108–109; Rissanen 2008, 63; Brander & Salinto 2009, 715; Siekinen 2010, 94.) Pessi (2011) tuo puolestaan tutkimuksessaan esiin muistipotilaan hoito- ja palveluketjukäytänteet suomalaisessa palvelujärjestelmässä. Edellä mainitun asiakasryhmän kohdalla hoidossa voi olla suurta alueittaista vaihtelua. Suomessa kuntien tulisi huomioida muistipotilaan palvelut ja hoito laajemmin ikääntymispoliittisissa strategioissaan kattavasti koko Suomen alueella.

Väestön ikääntymisen mukana ilmaantuvat sairaudet tulevat lisäämään tulevana vuosikymmeninä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarvetta. Kustannuksiltaan merkittävin sairausryhmä on dementiaan johtavat muistisairaudet. Muistisairaudet tarvitsevat usein räätälöityjä terveys- ja sosiaalipalveluita. Hoidon onnistumisen edellytys onkin yksilöllinen ja saumaton muistipotilaan hoitoketju. Tämä mahdollistaa suunnitelmallisen seurannan ja toisaalta myös oikea-aikaisten, sairastuneen ja läheisen selviytymistä tukevien toimenpiteiden toteutumisen. (Suhonen, Alhainen, Eloniemi-Sulkava, Juhela, Juva, Löppönen, Makkonen, Mäkelä, Pirtilä, Pitkälä, Remes, Sulkava, Viramo & Erkinjuntti 2008, 9.) Muistipotilaan hoitoketju on sovittu palvelukokonaisuus, jossa potilasta hoidetaan ja tutkitaan sosiaali- ja terveydenhuollon eri tasoilla. Muistipotilaan hoito on moniammatillista tiimityötä. Hoito- ja palveluketjun kehittäminen potilaan tarpeiden mukaisesti vaatii kuntatasolla systemaattista suunnittelua, johtamista ja ohjeistusten säännöllistä päivittämistä. Lisäksi tarvitaan taloudellista panostusta sekä

ketjun laadun ja vaikuttavuuden arviointia. (Suhonen, Rahkonen, Juva, Pitkälä, Voutilainen & Erkinjuntti 2011, 1107 – 1116.)

Kuntoutuksessa voi olla alueellisia eroja, joten hoitoketjuja tulisi kehittää myös valtakunnallisella tasolla. Esim. Aivoverenkiertohäiriön sairastaneiden kuntoutustarve pyritään arvioimaan moniammatillisesti lähes kaikilla akuuttiosastoilla Käypä hoito – suositusten mukaisesti. Tästä huolimatta kuntoutuksen käytännön toteuttaminen on puutteellista. Maan sisällä on alueellisia eroja sairaanhoitopiirien ja terveystieteiden välillä. Kuntoutusosastohoidon tarpeessa on arvioitu olevan 40–50% aivohalvaukseen sairastuneista. Heikoimmilla alueilla moniammatilliseen kuntoutukseen ohjautuu maassamme vain muutamia prosentteja sairastuneista. Yhtenä syynä kuntoutuksen heikolle saatavuudelle saattaa olla ns. kolmen maksajan ongelma. Erikoissairaanhoidon pyrkii mahdollisimman lyhyisiin hoitoaikoihin, terveystieteiden ei aina ole mahdollisuutta moniammatilliseen kuntoutukseen esim. suurien kustannusten vuoksi. Kelan kuntoutus on puolestaan rajattu alle 65-vuotiaisiin. Mikäli moniammatillisen kuntoutuksen tarve todetaan, kaikille iästä ja asuinpaikasta riippumatta turvata pääsy kuntoutukseen sairastumisen jälkeen. (Takala, Peurala, Erilä, Huusko, Viljanen, Ylinen & Sivenius 2010, 399–4059.)

Järjestäytymätön hoito terveydenhuollossa on kallista. Esimerkkinä voidaan käyttää muun muassa kroonisten haavojen hoitoa. Voimavarat kohdennetaan usein komplisoituneiden haavojen hoitoon, sen sijaan että merkittävä osa haavoista voitaisiin ehkäistä ennalta tai hoitaa jo varhaisvaiheissa. Hyvä hoito on kustannusvaikuttavaa. Toimimaton hoitoketju ja viivästynyt hoito vievät sekä rahaa että resursseja. Tarpeelliselle hoidolle tulisi taata edellytykset luomalla yhtenäinen ongelmahaavojen hoitopolku. Tämä vaikuttaisi myös positiivisesti kustannusvaikuttavuuteen. (Lepäntalo, Ahokas, Heinänen, Heiskanen-Kuisma, Hietanen, Iivanainen, Iso-Aho, Juutilainen, Tukiainen, Sane, Valtonen & työryhmä 2009, 457–458.) Korhonen & Lepäntalo (2012, 3119–3121) esittävätkin tutkimuksessaan, että kroonisten haavojen järjestäytymätön hoito on kallista ja todellisia kustannuksia on vaikea laskea. Suurimmat säästöt saavutetaan aikaistamalla haavojen diagnostiikkaa ja hoitoa perusterveydenhuollossa. Tämä mahdollistuu järjestelmällisen haavanhoitoketjun avulla, jolloin terveystieteiden haavavastaanoitoilla on keskeinen merkitys. Helsingissä on tehty vuodesta 2007 aktiivista työtä kroonisten haavojen hoitoketjun kehittämiseksi. Kyseessä on haavanhoidon uudelleenjärjestely, ei pelkkä tehtävien siirto organisaatiosta toiseen. Hoitoketjua uudistetaan HUS:n ja Helsingin terveystieteiden laajalajaisena yhteistyönä. Tavoitteena on kehittää diagnostiikkaa, hoidon aikaistamista ja tehostamista, täydennys- ja erikoistumiskoulutusta sekä alentaa kokonaiskustannuksia. Erityisesti tavoitellaan hyötyjä potilaalla mm. terveyshaittoja vähentämällä ja laitoshoidon ja sairauslomien tarvetta pienentämällä.

Potilaan jatkohoitoon ohjausta tarkasteltaessa on väistämättä kiinnitettävä huomiota potilaan hoidosta aiheutuville kustannuksille läpi hoitoketjun. Hoitoketjun kustannuksia lisääviä tekijöitä olivat pidentynyt hoitoketjun läpimenoaika, hoitojonot, sakkopäivät, hoidon vaikeusasteen lisääntyminen ja hoidon kapasiteetin nousu. (Kaarna 2005, 67–69; Villikka 2007, 108; Rissanen 2008, 63.) Diagnoosikohtainen alueellinen hoitoketju voi myös tuottaa taloudellisia säästöjä. Koivulan (2015, 10) mukaan esimerkiksi AVH:n akuuttihoitoon, kuntoutukseen ja ennaltaehkäisyyn sijoitetut eurot maksavat itsensä takaisin korkoineen. Lisäksi tällainen diagnoosipohjainen hoitoketju lisää kansalaisten yhdenvertaisuutta, vähentää alueellista epätasa-arvoa ja säästää kansallista aivopääomaamme. Toisaalta on todettu, että ketju on yhtä vahva kuin sen heikoin lenkki. Uudet hoitoketjut tulisi voida tutkia ja todeta, ovatko ne tehokkaita, hyödyllisiä ja taloudellisesti kannattavia. Mikäli ne ovat, tulisi ne ottaa käyttöön viipymättä.

Näkökulma hoitoketjuihin ja hoitosuositukseen on erilainen perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Erikoissairaanhoidossa toimitaan erikoisalakohtaisin diagnoosein. Perusterveydenhuollossa taas potilasnäkökulma on kokonaisvaltaisempi ts. erilaisten oireiden vuoksi tutkimuksiin tullut potilas voi olla ilman varmoja diagnooseja. Näin erilaisten näkökulmien yhteen sovittaminen on haasteellista sekä koulutukselle että hoitoketjujen kehittämiseksi. (Nuutinen, Nuutinen & Erhola 2004, 2958.) Nuutisen ym. (2004, 2959–2960) mukaan diagnoosikohtainen alueellinen hoitoketju määrittelee työnjaon erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Alueella toimivat ammattihenkilöt tietävät käytettävissä olevat resurssinsa. Lisäksi heillä on käytettävissä alueellisesti koottua tietoa väestön sairauksista ja terveydentilasta.

Silvennoinen-Nuoran (2005, 20–21) tutkimuksessa jaoteltiin vaikuttavuus hoitoketjun vaikuttavuudeksi, jota tulisi arvioida monitieteellisesti strategisella johtotasolla ja vaikutuksiksi joita pitäisi arvioida moniammatillisesti käytännön lääketieteen ja sairaanhoidon tasolla. Vaikutuksilla tarkoitetaan tässä tapauksessa tutkimuksen hoitoketjun toimijoiden sairaanhoidollisten ja lääketieteellisten hoitojen, toimenpiteiden ja hoitajaksojen tavoiteltua vaikutusta potilaan kokonaistilanteeseen ja terveydentilaan.

Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden strategiasuunnitelmassa ensimmäisenä tavoitteena on parantaa ikääntyneiden ja monisairaiden palveluketjujen sujuvuutta. Toimenpiteenä ovat muun muassa tasapainoinen palveluketjujen kuvaus ja odotusaikojen määrittely. Hoito- ja palveluketjuja on tarkoitus kehittää siten että erikoissairaanhoidon siirtoviivepäivämaksut saadaan poistettua. Tavoitteiden saavuttamista mitataan odotusaikojen pituuksilla ja siirtoviivepäivämaksujen määrän tilastoinnilla. Toisena tavoitteena ovat päihde- ja mielenterveyspalveluja tarvitsevan asiakkaan palveluketjun sujuvoittaminen muun muassa nimeämällä avainasiakkaille vastuutyöntekijä ja varmistamalla matalan kynnyksen palvelut. Mittarina on mm. odotusaikojen pituus. (Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden virasto 2014.)

Hoitoketjut ovat olleet toiminnassa terveydenhuollossa monissa paikoissa jo vuosien ajan, mutta hyvin harvat saattohoitoa tarjoavat paikat hyödyntävät näitä. Kovin useita saattohoitoon kohdentuneita hoitoketjumalleja ei ole saatavilla. Mikäli ammattilaiset näkevät, että kuinka kohdennettu hoitoketju auttaa heitä kehittämään potilaan hoitoa, he ovat vastaanottavaisempia uusille ajatuksille ja toimintamalleille. (Baranowski 2009, 80–81.) Keogh, (2014, 13) tuo puolestaan artikkelissaan esiin yhteisöissä vähemmistönä edustettuna olevat väestön osat, esim. erilaisen etnisen taustan omaavat ihmiset hoitoketjussa saattohoidon näkökulmasta. Hoitoketjusuunnittelun täytyy kohdata myös saattohoidon osalta monimuotoisten yhteisöjen kaikki jäsenet. Järvimäki & Vuorinen (2012, 449) tuovat artikkelissaan esille saattohoidon järjestämisen puutteet hoitoketjuissa valtakunnallisesti. Saattohoidon resursseissa ja osaamisen tasossa on suurta vaihtelua valtakunnallisesti. Saattohoitopolut ovat jäsentymättömiä usein ja yhteistyö on puutteellista terveydenhuollon eri yksiköiden välillä. Saattohoitoa ei ole Suomessa organisoitu viralliseksi osaksi julkista terveydenhuoltoa. Kyse on kuitenkin toiminnan uudelleen järjestämisestä ja resurssien järkevästä käytöstä.

Tärkeää hoitoketjun toimivuuden ja potilaan hoidon kannalta on saumaton informaation kulku organisaatiossa, sekä eri toimijoiden välillä. Sujuvalle tiedonkululle on monenlaisia esteitä: rakenteellisia (sähköinen potilastietojärjestelmä), organisaation toimintakulttuuriin liittyviä ja ihmisten asennoitumiseen liittyviä esteitä. Yhteen sopimattomat tietojärjestelmät voivat myös suorastaan vääristää informaation kulkua hoitoketjuissa. (Palomäki & Piirtola, 2012; Silvennoinen-Nuora 2004, 132; Kaarna 2005, 76–77; Silvennoinen-Nuora 2006, 137; Villikka 2007, 103; Silvennoinen-Nuora 2010, 307.)

Hoito- ja palveluketjuja kehitettäessä olisi valtakunnallisesti tärkeää selvittää myös niihin liittyviä vastuukysymyksiä. Ketjun toiminnallinen vastuu täytyy olla jollakin. Asiakkaan / potilaan jääminen ketjun ulkopuolella voi olla mahdollista. (Silvennoinen-Nuora 2005, 20–21.) Luotuja hoitoketjuja tulee myös säännöllisesti päivittää. Aro (2009, 129) ja Jämsen (2009, 1443) tuovat esille kirjoituksissaan Käypä Hoito – suositusten ja hoitoketjujen päivityksen näkökulmaa lonkkamurtumapotilaiden kohdalla. Tavoitteena olisi lonkkamurtumapotilaiden saaminen kokonaisvaltaisen kaatumis- ja murtumariskin arvioinnin piiriin.

Nuutisen ym. (2004, 2959–2961) mukaan hoitoketjua ei pidä laatia yksin, sillä tulee olla ”omistaja” ja selkeä vastuuhenkilö. Moniammatillinen yhteistyö yli organisaatorajojen takaa parhaan tuloksen. Alueellisessa hoitoketjussa otetaan huomioon paikallisen tason erityispiirteet ja olosuhteet. Näitä ovat mm. nykyiset käytännöt ja tarjolla olevat palvelut, henkilöstön määrä ja osaaminen. Hoitoketjun ja hoitosuosituksen päivitys säännöllisesti on tärkeää aina kun tapahtuu muutoksia työnjaossa tai vastuuhenkilöissä. Hoitoketjun omistajuus sitoo hoitoketjujen ajan tasalla pitämiseen. Sähköiset tietokannat tarjoavat tähän merkittävästi apua arjen tasolla. Tämän ohella alueellinen hoitoketju on toimiva väline Käypä hoito – suositusten

mukaisen hoidon käyttöönoton edistämiseen. Suositus saattaa myös motiivoida alueelliseen hoitoketjun rakentamiseen. Myös alueellisen koulutus- ja yhteistyöverkoston rakentaminen on tärkeää.

5.2. Potilasohjaus ja jatkohoidon järjestäminen

Nuutisen (2004) mukaan hoitoketjujen ohjeistuksessa mainitaan, että jatko-hoitolähetteen (siirtoilmoitus) tulee sisältää keskeiset tiedot. Lähteessä mainitaan lyhyesti jatkohoitoperiaatteet terveystieteiden keskeisessä. Nuutinen (2000) tuo myös esille näkökulman siitä, että hoitoketjun tulee tukea käytännön toimintaa potilaan hoidossa ja että perusterveydenhuolto ns. ”omistaa” potilaan. Mäntyselän (2012, 1524–1525) mukaan perusterveydenhuollolla on hoitovastuu suurimmasta osasta potilaista ja lääkäri koordinoi potilaan hoitoa. Sujuva viestintä ja tiedonkulku ovat potilaan mahdollisimman hyvän hoidon perusta ja hoitoketjujen ”elämänlanka”.

Parker (2009) tuo tutkimuksessaan esille sairaaloiden ja hoitolaitosten tarpeen parantaa kustannustehokkuutta, pienentää kuluja ja toisaalta myös tarpeen parantaa hoidon laatua. Joissakin sairaaloissa onkin päädytty kokeilemaan case manager-toimintaa tavoitteena tuottaa laadukkaampaa hoitoa ja samalla pitää kustannukset paremmin aisoissa. Tutkimuksessa haluttiin selvittää case managerin työn vaikuttavuutta. Johtopäätöksenä oli se, että case manager-toiminnan avulla voidaan pienentää sairaanhoidon kuluja, sekä parantaa hoidon laatua.

Ala-Nikkolan & Sipilän (2015, 1) mukaan case management on prosessi, jonka tarkoituksena on määrittää ihmisten yksilölliset palvelutarpeet ja löytää niiden kanssa parhaiten yhteensopivat palvelut. Keskeistä tässä prosessissa on palvelujen keskitetty ja vastuullinen koordinointi yhdessä palvelun käyttäjän kanssa. Idea on tullut hyvin suosituksi, koska sen on arvioitu vähentävän kustannuksia ja parantavan palvelujen käyttäjien tyytyväisyyttä. Muun muassa Yhdysvalloissa ja Britanniassa case managementista on tullut osa lakisäätelystä palvelujärjestelmää.

Niille helsinkiläisille erikoissairaanhoidossa HUS:n eri yksiköissä oleville potilaille, joiden erikoissairaanhoidon tarve on päättynyt ja jotka eivät vielä pysty kotiutumaan, tehdään jatkohoidon järjestämistä varten siirtoilmoitus. Tämä sähköinen siirtoilmoitus kohdistetaan asukkaan asuin osoitteen mukaiseen kaupungin sairaalaan jatkohoidon suunnittelua varten. Siirtoilmoituksen saapumisen jälkeen Helsingin kaupungin case manager (hoitokoordinaattori) arvioi potilaan tämän hetkisen hoidon tarpeen ja toimintakyvyn. Jatkohoitoon siirtoilmoituksen kautta tarjotuista pyritään poimimaan ne potilaat, jotka voivat kotiutua suoraan omaan kotiin tarvittavan tuen ja avun turvin. (Mara-Lucander 2008.)

Potilaan jatkohoidon järjestämiseksi tehdyn siirtoilmoituksen tekemisen jälkeen perusterveydenhuollon yksiköllä Helsingissä on kolme päivää aikaa järjestää potilaalle jatkohoitopaikka. Tämän jälkeen erikoissairaanhoidon lähettävä yksikkö perii Helsingin kaupungilta siirtoviivemaksuja. Honkasen

(2014, 1122) mukaan siirtoviivemaksu on erikoissairaanhoidon korotettu päivätaksa, jonka sairaanhoitopiiri laskuttaa kunnalta, mikäli potilas jää odottamaan jatkohoitopaikkaa erikoissairaanhoidon osastolle erikoissairaanhoidon tarpeen päätyttyä. Kyse on usein suurista rahasummista. Kuntaliiton mukaan siirtoviivemaksua perii 17 sairaanhoitopiiriä. Useimmiten korotettu taksa alkaa juosta, kun potilas on odottanut jatkohoitopaikkaa 3-4 päivää.

Erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon kohdistuvaan potilasohjaukseen liittyen Haavisto (2014, 1123) tuo artikkelissaan esille sairaanhoitopiirien vastuuta aktiivisena tiedottajana. Myös erikoissairaanhoidon tulee kantaa vastuuta siitä, että terveyskeskukset ja laitokset saavat ajoissa tarpeeksi ja riittävästi informaatiota saapuvasta potilaasta. Siirtoviiveiden määrä onkin viime vuosina vähentynyt merkittävästi. Tällä hetkellä siirtoviiveitä syntyy lähinnä hetkellisten kuormitushuippujen yhteydessä. Siirtoviiveistä tulisi kuitenkin päästä kokonaan eroon. Tämä voisi olla mahdollista hyvällä työnjaolla sekä sote-integraatiolla.

Hoitoketjuylilääkärinä vuosina 2007–2012 toiminut Kristina Backlund tuo esille ikäihmisen näkökulman potilasohjauksessa. Backlundin mukaan moni ikääntynyt haluaisi terveydentilan parantuessa palata entiseen asuinpaikkaansa. Henkilön omaa tahtoa kannattaisi kuunnella potilasohjauksessa herkin korvin. Tämän ohella tulisi tutustua olosuhteisiin, joissa ikääntynyt katsoo tulevansa toimeen. Osa potilasohjaukseen liittyvästä kuormasta jäisi pois, mikäli potilaiden jatkohoittoa järjestettäessä toimittaisiin ihmiskeskeisemmin ja vähemmän byrokraattisesti. (Apajalahti 2007, 6.) Vanttaja, Seinälä & Valvanne (2011, 61–62) tuovat tutkimuksessaan puolestaan esiin elämän loppuvaiheen sairaalasiirtojen ja hoidon suunnittelun näkökulman. Epätarkoituksenmukaisesta sairaalasiirrosta tai hoitotoimenpiteestä aiheutuva haitta voi olla saavutettua hyötyä suurempi ikääntyneen kohdalla (Vanttaja ym. (2011, 61–62).

Suhonen ym. (2011, 1114) tarkastelevat puolestaan muistipotilaan potilasohjausta hoitoketjun toimivuuden näkökulmasta. Hoitoketjun toimivuus testataan usein hoidon rajapinnoissa esim. erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä, yksityisten toimijoiden ja julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon välissä tai kotihoidon ja pitkäaikaishoidon välillä. Rajojen ylittäminen on osoituksena hyvin toimivasta hoidon kokonaisuuden organisoinnista sekä eri toimijoiden välisestä joustavasta yhteistyöstä muistipotilaan ja hänen läheistensä parhaaksi. Työnjaosta tulisi sopia paikallisesti pääpiirteittäin: mitä hoitopaikkoja on ja kuka hoitoketjun toimijoista niitä järjestee ja millä perusteella.

Kaatumiset ja niiden seurauksena syntyvät vakavat loukkaantumiset, erityisesti lonkkamurtumat, ovat merkittävä laitoshoidon joutumisen riskitekijä muistisairaalla. Muistipotilaat ovat usein monisairaita ikääntyneitä ihmisiä. Kognitiivisen ja yleisen toimintakyvyn turvaamiseksi kokonaisvaltainen, hyvä somaattinen hoito kannattaa, Muistipotilaat hyötyvät lonkkamurtuman jälkeisestä kuntoutuksesta. Kahden – kolmen viikon tehostettu geriatrinen

kuntoutus on tuloksekasta erityisesti keskivaikeaa dementiaa sairastavien kesken. Näin he toipuvat nopeammin, sairaalahoitajaksot ovat lyhyempiä ja pitkäaikaiseen laitoshoitoon joutumista voidaan ehkäistä merkittävästi. Oireiden edetessä joudutaan ottamaan myös kantaa muistisairaahan hoitotoimiin, hoitopaikan valintaan ja mahdolliseen hoidoista kieltäytymiseen. (Suhonen ym. 2008,14–15.) Lonkkamurtumahoitoketjun tehostaminen ja erityisesti postoperatiivisen, moniammatillista geriatriasta kuntoutusta toteuttavan osaston tarjoamat edut toimivat myös koko hoitojärjestelmän tasolla (Hakala, Malmivaara, Eskelinen, Toivonen, Haapala, Valjakka-Heimola, Mikkelsson & Häkkinen 2014, 322).

Lepäntalo ym. (2009, 458–459) mukaan viimeisten kymmenen vuoden aikana tehdyt HYKS:n sairaanhoitoalueen organisaatiomuutokset ovat johtaneet välitason haavanhoidon häviämiseen. Tästä johtuen HYKS:n verisuonikirurgiset ja plastiikkakirurgiset osastot kuormittuvat akuuteista ja kroonisista haavapotilaista. Haavapotilaiden jatkohoitoon pääsy on vaikeaa, mikä puolestaan tukkii vuodeosastot. Toisaalta kotiuttaminen kesken hoidon tai epätarkoituksenmukainen jatkohoitoon siirtyminen voi johtaa huonoon lopputulokseen, paranemisen hidastumiseen tai haavan uusiutumiseen. Tämän potilasryhmän hoitaminen sitoo erikoissairaanhoidon voimavaroja perushoivaan. Hoitoon ja ehkäisyyn tulisikin kehittää selkeät ohjeet ammattilaisille ja potilaille, sekä näiden lisäksi lähetekäytännöt ja hoitoketjut. Tämä edellyttää kokonaisuudessaan hoidon porrastusta. Selkeät ohjeet ovat välttämättömiä, jotta potilas tulee hoidetuksi kustannusvaikuttavimassa paikassa optimaalisesti.

Saarton (2013, 381–382) mukaan hoitopaikka valitaan hoidon tarpeen mukaan. Esimerkiksi perustason saattohoidosta vastaavat kaikki terveydenhuollon yksiköt. HYKS:n sairaanhoitoalueella on laadittukin suunnitelma pääkaupunkiseudun saattohoitoketjusta ja vastuuhenkilöverkostosta. Se perustuu STM:n kolmiportaiseen malliin. Lisäksi hoitoketjun toimivuuden turvaamiseksi on HYKS:n keskeisiin klinikoihin perustettu saattohoitoa koordinoivien sairaanhoitajien verkosto, sekä konsultoivan lääkärin virka. Myös muilla paikkakunnilla hoitoketjun katkeamattomuus olisi varmistettava ja puuttuvat linkit rakennettava, jotta tasokas ja oikea-aikainen saattohoito voitaisiin turvata asuinpaikasta riippumatta.

Potilaan valinnanvapaus on lisääntynyt viime vuosina. Samoin terveystalvelujen tuottajakunta on entistä monipuolisempi Pohjoismaissa. (Häkkinen & Jonsson 2009.; Jonsson & Virtanen 2013.) Suomessa valinnanvapausmahdollisuus perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa on kirjattu vuoden 2012 terveydenhuoltolakiin (Terveydenhuoltolaki 1326/2010). Jonssonin ja Virtasen (2013) mukaan valinnanmahdollisuuden myötä potilaan on tiedettävä, mitkä palvelut tai palvelukokonaisuudet ovat valinnanvapauden piirissä, jotta hän voi tehdä valintoja. Lisäksi rajapintakysymykset on huomioitava tässäkin tilanteessa, jotta hoitoketjut toimisivat saumattomasti. Siirtymisen hoitoyksiköstä toiseen tulee olla mahdollisimman sujuvaa.

5.3. Tietojärjestelmä potilasohjauksen työvälineenä

Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmät ovat jo osittain muodostaneet alueellisia tietojärjestelmiä. Joidenkin sairaanhoitopiirien alueella on käytössä aluetietojärjestelmiä. Nämä aluetietojärjestelmät (esim. Navitas) mahdollistavat potilaan suostumuksella potilastiedon turvallisen jakamisen toiselle organisaatiolle. (Salminen 2011, 11; HUS 2009; ks. myös Luojukoski 2008.)

5.3.1. Navitas-siirtoportaali

Helsingissä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon suuntautuvien potilassiirtojen hallintaan kehitettiin vuonna 2007 Navitas-alueetietojärjestelmä yhteistyössä Helsingin terveystieteiden ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS), sekä lähikuntien kanssa. Kehitetyn siirtoportaali-järjestelmän avulla erikoissairaanhoidon potilasta pystyy ilmoittamaan sähköisesti perusterveydenhuollon potilaasta, joka tarvitsee perusterveydenhuollon jatko- hoitopaikkaa erikoissairaanhoidon tarpeen päätyttyä. Hankkeen taustalla oli tavoite parantaa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä tiedonkulkua, sekä lyhentää ns. siirtoviihevaiheiden hoitojärjestelyihin kuluva aikaa. (Rahkila-Bergström 2014, 4.)

Rahkila-Bergströmin (2014, 4) mukaan järjestelmän käyttö on laajentunut nyt kaikkiin HUS:n jäsenkuntiin ja nykyään kaikki potilassiirrot järjestellään sähköisesti Siirtoportaalin avulla. Vuosien mittaan siirtoportaalia on kehitetty mm. lisäämällä siihen raportointiosio. Tämän osion avulla voidaan raportoida mm. siirtoprosessien kestoa ja erikoissairaanhoidon ylikäyttöpäivien määrää. Vuosien mittaan vaatimukset Siirtoportaalin toiminnallisuuksille lisääntyivät. Lisäksi tuli ilmi, että järjestelmää haluttiin käyttää myös muiden kuin ylikäyttöpotilaiden jatkohoidon järjestämiseen (esim. kiireetöntä perusterveydenhuollon jatkohoidoa tarvitsevat potilaat). Navitas siirtoportaalin päivityksestä päätettiin HUS:ssa 9/2013. Siirtoportaalin päivitysprojektille muodostettiin jatkokehittämisen kehittämissuunnitelma ja ohjausryhmä, joihin tutkija osallistui. Navitas-versionvaihto tapahtui 6/2014. Tutkija osallistuu myös Navitas-siirtoportaalin ylläpitöryhmän toimintaan.

5.3.2. Navitaksen ennako- ja siirtoilmoitukset

Käyttöön otetulla toimintatavalla, Navitaksella (alueellinen tietojärjestelmä) välitettävillä ennako- ja siirtoilmoituksilla parannetaan jatkohoitajärjestelyjen ennakoitavuutta perusterveydenhuollon puolella. Tällöin hoitoa odottavien potilaiden pääsyä erikoissairaanhoidon saadaan nopeutettua, kun potilaiden jatkohoitopaikkoihin siirrossa vältetään viiveitä. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2014, 1.)

Ennako- ja siirtoilmoitukset välitetään HUS:n Oberon tietojärjestelmästä Navitas-aluetietojärjestelmän kautta Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin jäsenkuntiin. Navitas siirtoportaali on kuntien mm. hoitokoordinaattorien, hoidon järjestelijöiden, kotiutustiimien ja jonohoitajien työväline. Sen välityksellä hoidon järjestelijät saavat tiedon erikoissairaanhoidosta jatkohoitoon siirtoa odottavista oman kuntansa potilaista. Jatkohoidon järjestelijät sijoittavat siirtopotilaat heidän hoidon tarpeensa mukaan sopiviin jatkohoitopaikkoihin. Ilmoituksen päivämääräksi kirjataan aina ilmoituksen järjestelmään tallennuspäivä. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2014, 1.)

Ennakoilmoitus eli pre-ilmoitus tehdään potilaasta Navitakseen perusterveydenhuollolle erikoissairaanhoidon hoitavan lääkärin määräyksestä siinä vaiheessa, kun lääkäri arvioi, että potilas tarvitsee jatkohoitoa erikoissairaanhoidon tarpeen päättyessä. Tällöin potilaan arvioidaan tarvitsevan esim. terveyskeskuksen vuodeosastopaikkaa tai muita kuntoutuspalveluja. Ennakoilmoitus helpottaa jatkohoidon järjestelijän työtä. Se on luonteeltaan informatiivinen, tietoa välittävää. Se mahdollistaa potilaan hoidon jatkuvuuden siirtävän ja vastaanottavan hoitopaikan yhteistyömuotona. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2014, 1.)

Potilaasta tehdään siirtoilmoitus potilashallinnon tietojärjestelmään, kun potilas tarvitsee jatkohoitopaikan perusterveydenhuollosta. Tällöin potilaan täytyy olla siirtokelpoinen. Siirtoilmoitus voidaan tehdä kaikkina viikonpäivinä ja se voidaan tehdä myös päivystyspoliklinikoilta. Siirtoilmoitukset välitetään HUS-jäsenkuntiin Navitas-aluetietojärjestelmän kautta. Entisistä fax-lähetteistä on nyt luovuttu. Kuitenkin esim. tietojärjestelmien toimintahäiriöissä on ilmoitusten faksaamiseen oltava valmiudet. Muiden sairaanhoitopiirien, vakuutusyhtiöiden ja puolustusvoimien potilaiden siirtoilmoitukset toimitetaan kuitenkin kirjallisesti faksilla. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2014, 1.)

5.3.3. Potilaan siirtokelpoisuus somaattisilla erikoisaloilla

Potilaan tulee olla siirron ilmoitushetkellä siirtokelpoinen. Hoitava lääkäri arvioi siirtokelpoisuuden. Arvioinnin tueksi on määritelty valmiit kriteerit, mm. potilaalle ei tarvita jo tehtyjen tutkimusten lisäksi erikoistutkimuksia, esim. tietokonetomografiaa. Siirtokelpoisuus puolestaan raukeaa, mikäli potilaan tila muuttuu siirtoilmoituksen tekemisen jälkeen niin, ettei hänen siirtonsa ole tarpeen tai mahdollinen. Syitä tähän voivat olla mm. kotiutus-suunnitelmat tai potilaan kuolema. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2014, 1.)

5.3.4. Siirtoviiveet, karenssiaika ja laskutettava siirtoviivehoitopäivä

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin valtuusto hyväksyy vuosittain hoitopalvelujentuotteistuksen ja hinnoittelun periaatteet. Valtuuston alkuaan 15.6.2011 tekemän päätöksen mukaan sairaanhoitopiirin antama hoito

tilastoidaan ja laskutetaan yleislääketieteen siirtoviivehoitopäivinä 1.7.2011 alkaen, silloin kun potilaan hoitoa joudutaan HUS:ssa jatkamaan erikoissairaanhoidon tarpeen päätyttyä ja vastoin hoidon porrastuksen periaatteita. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2014, 6.)

Siirtoviiveestä johtuvat hoitopäivät laskutetaan siirtoviivehoitopäivätuotteina ja laskutettavan siirtoviivehoitopäivän yksikköhinta on sama siirtoviivepäivien kertymästä riippumatta. Siirtoviivehoitopäivätuotteet hinnoitellaan erikseen somaattisille ja psykiatrisille erikoisalaille. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2014, 6.) Esimerkiksi somaattisen siirtoviivehoitopäivän hinta on tällä hetkellä 600€/vrk.

Potilaan erikoissairaanhoidon hoitojakso katkaistaan potilaan jatkohoitoon siirtoon varatun karenssiajan päättyessä ja potilaalle tehdään erikoisalasiirto yleislääketieteen erikoisalalle potilashallinnon tietojärjestelmään. Siirtoviivehoitopäivien laskutus alkaa ko. ajankohdasta. Karenssiajan pituus on 1.1.2014 alkaen:

- somaattisilla erikoisalalla 2 päivää
- psykiatrisilla erikoisalalla 14 päivää.

Karenssiaika alkaa siirtoilmoituksen tekopäivää seuraavana päivänä. Karenssipäiviksi ei lasketa lauantaita, sunnuntaita tai arkipyhää. Mikäli potilas ei ole saanut jatkohoitopaikkaa 3. päivänä somaattisilla erikoisalalla ja psykiatrisilla erikoisalalla 15. päivänä siirtoilmoituksen antamisesta, päätetään potilaan erikoissairaanhoidon hoitojakso ja aloitetaan yleislääketieteen siirtoviivehoitopäivään perustuva laskutus. Tällöin laskutetaan sekä potilaan erikoissairaanhoidon hoitojakso että kertyvät siirtoviivehoitopäivät. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2014, 6.)

Potilaan erikoissairaanhoidon hoitojaksoa ei katkaista ja siirtoilmoitus peruutetaan, jos potilaan tila yllättäen heikkenee jatkohoitopaikkaa odottaessa karenssiajalla eikä potilas enää olekaan siirtokelpoinen. Mikäli siirtoilmoitus joudutaan peruuttamaan potilaan ollessa jo siirtoviivehoitopäivälaskutettavana, tehdään potilaalle erikoisalasiirto erikoissairaanhoidon erikoisalalle ja käynnistetään uusi erikoissairaanhoidon hoitojakso. Potilaalle muodostuu tällöin uusi laskutettava erikoissairaanhoidon hoitojakso ja hoitojaksojen välissä kertyneet siirtoviivehoitopäivät laskutetaan erikseen. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2014, 6.)

6 TIEDONHANKINTAMENETELMÄT

A. Jonohoitajien potilasohjaukseen liittyvään työnkuvaan tutustuminen

Tässä vaiheessa Helsingissä oli vielä toiminnassa neljä kaupunginsairaala: Laakso, Malmi, Herttoniemi ja Suursuo. Helsingin neljän kaupunginsairaalan jonohoitajien potilasohjaukseen liittyvään työnkuvaan tutustuttiin puolen päivän ajan. Aineisto näiltä käynneiltä kerättiin havainnoinnin, avoimen

haastattelun ja tarkentavien kysymysten kautta. Havainnoista tehdään muistiinpanot.

B. Kyselylomake kaupungin sairaaloiden sisäänotosta vastaaville lääkäreille ja jonohoitajille

Kaupunginsairaaloiden sisäänotosta vastaavat ylilääkärit, apulaisyllilääkärit (4) ja jonohoitajat (7) haastateltiin kyselylomakkeella. Kyselylomake lähetettiin 14 henkilölle. Vastauksia saatiin 11 kpl. Lomakkeissa oli avoimet kysymykset. (Liite 3)

C. Jonohoitaja- hoitokoordinaattorikokoukset

Yhteistyökokoukset jonohoitajien ja hoitokoordinaattorien kanssa toteutettiin kehittämistehtävän aikana säännöllisesti. Tavoitteena oli jonohoitajien informoiminen potilasohjauksessa tapahtuvista muutoksista, sekä Navitas-siirtoportaalin yhteisten käyttötapojen kehittäminen yhteistyössä jonohoitajien ja hoitokoordinaattoritiimin kanssa. Toisena tavoitteena on toiminnan kehittäminen SKH:n strategisten tavoitteiden suuntaisesti ja yhteisistä pelisäännöistä sopiminen toimijoiden kesken. Lisäksi pidettiin yksi yhteistyökokous, jossa oli mukana kaupunginsairaalan sisäänotosta vastaavat lääkärit. Hoitoketjulääkäri oli mukana näissä tapaamisissa mahdollisuuksien mukaan. Kokouksista tehtiin muistiot. Tavoitteena oli, että näistä säännöllisistä yhteistyökokouksista muodostuu vakiintunut käytäntö.

Tutkija osallistui työnsä puolesta Navitas-siirtoportaalin jatkokehittämistyöryhmään loppukäyttäjän roolissa. Helsingin kaupungille räätälöitiin Helsingin tarpeita vastaava tietojärjestelmä. Lisäksi tutkija osallistui Navitas-siirtoportaalin kehittämisen ohjausryhmään. Navitaksen käyttöönoton jälkeen tutkija osallistuu Navitaksen ylläpitoryhmään.

Uudistetun potilasohjauksen tietojärjestelmän käyttöönottoon liittyvät tapaamiset järjestettiin kaupungin sairaaloiden sisäänotosta vastaavien henkilöiden (lääkärit, jonohoitajat) kanssa. Tutkija järjesti säännölliset tapaamiset jonohoitajien ja hoitokoordinaattoritiimin kanssa. Näissä tapaamisissa käsiteltiin muun muassa Navitas-siirtoportaalin uudistuksiin liittyviä asioita sekä potilasohjauksessa tapahtuvia muutoksia. Jonohoitaja- / hoitokoordinaattorikokouksissa käsitellyistä asioista tehtiin muistiot. Tämän rinnalla kulki koko ajan Navitaksen jatkokehittämisen työryhmätyöskentely, jossa tutkija on osallisena.

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

7.1. Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus

Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Tällöin tutkimuksessa pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Aineistoa kootaan luonnollisissa, todellisissa tilanteissa. Objektiivisuuden saavuttaminen voi olla haasteellista, koska tutkija ja se mitä tiedetään, kietoutuvat saumattomasti toisiinsa. Laadullisessa tutkimuksessa on pyrkimyksenä löytää tai paljastaa tosiasioita, kuin todentaa jo olemassa olevia väittämiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007.) Tuomen ja Sarajärven (2009, 28–29) mukaan laadullista tutkimusta voidaan kutsua ymmärtäväksi tutkimukseksi. Tiedon erittely perustuu tällöin tietämisen tapaan: ilmiötä voidaan joko selittää tai ymmärtää. Ymmärtäminen on eräänlaista eläytymistä tutkimuskohteisiin liittyviin ajatuksiin, tuntemuksiin, motiiveihin ja henkiseen ilmapiiriin. Tällöin ymmärtämiseen liittyy eräänlainen psykologinen vivahdus. Toisaalta selittäminen ja ymmärtäminen voidaan erottaa toisesta muullakin tavoin kuin psykologisen sävyn mukaan. Ymmärrämme tällöin jonkin tekijän merkityksen, esim. kouluterveyden huollon tarkoituksen.

Kun tavoitteena on jonkin ilmiön kokonaisvaltainen ymmärtäminen, on laadullinen tutkimusmenetelmä toimiva selvityksen toteuttamisessa. Aineiston keräämisen keinona toimii joko yksilö- tai ryhmähaastattelu. Yksilöhaastattelun suositeltavia aineiston keräämismenetelmiä ovat joka lomake- tai teema- haastattelu. Haastattelutapa tulee valita sen mukaan, miten ja millaista tietoa toiminnallisen opinnäytteen tueksi tarvitaan. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston määrä ei ole ratkaisevalla sijalla, vaan sen laatu. Aineiston tulisi kuvata riittävän kattavasti ongelmaa, jota on ryhdytty ratkaisemaan tutkimuksen kautta. (Vilka & Airaksinen 2003, 63–64.)

Useimmiten induktio (aineistolähtöisyys) rinnastetaan laadulliseen tutkimukseen. Aineistolähtöisesti tutkimusta tehtäessä tutkimuksen pääpaino on aineistossa, mikä puolestaan tarkoittaa sitä, että esimerkiksi analyysiyksiköt eivät ole ennalta määrättyjä ja teoria rakennetaan aineisto lähtökohtana. Tällöin puhutaan induktiivisuudesta, joka tarkoittaa etenemistä yksittäisistä havainnoista yleisimpiin väittämiin. (Eskola & Suoranta 2000, 83; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Deduktio (teorialähtöisyys) puolestaan liitetään määrälliseen tutkimukseen, mutta tämä erottelu ei ole yksiselitteinen. Määrällinen tutkimukseen ei ole aina puhtaasti teorialähtöistä. Laadullinen tutkimus ei ole puhtaasti aineistolähtöistä, vaikka aineistolähtöisyys sitä luonnehtii. Molempia päättelymuotoja kuin tutkimusmuotoja tarvitaan, usein samassakin tutkimuksessa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Hirsjärven ym. (2007, 155) mukaan induktiivisen lähestymistavan lähtökohtana ei ole teorian tai hypoteesien testaaminen, eikä tutkija määrää sitä, mikä on tärkeää.

Hirsjärven ym. (2007) mukaan laadullisessa tutkimuksessa tutkimussuunnitelma muodostuu usein tutkimuksen edetessä. Tutkimusta toteutetaan joustavasti ja suunnitelmia muutetaan tilanteiden mukaisesti. Tapauksia käsitellään ainutlaatuisina ja aineistoa myös tutkitaan sen mukaisesti. Alasue-tarin (2011, 276) mukaan tutkimusprosessi ei koskaan lopu siihen, että tutkimusongelma saadaan selvitettyksi. Vastaukset ovat aina osatotuuksia tai osavastauksia. Tutkimukselle täytyy laittaa jossain vaiheessa piste teke-mällä siitä raportti. Toisaalta tutkimuksen kautta saatavat vastaukset joihin-kin kysymyksiin voivat herättää uusia kysymyksiä ja teoreettisia ongelman-asetteluja. Tutkimuksen loppu voi olla seuraavan alku.

7.2. Toimintatutkimus

Toimintatutkimuksella tarkoitetaan muun muassa käytännön työelämässä toimivien ihmisten oman työn kehittämistä ja tutkimista (Syrjälä, Ahonen, Syrjäläinen & Saari 1994, 17). Kanasen (2014, 11) mukaan toimintatutkimuksessa toteutuvat toiminta ja tutkimus samaan aikaan. Toimintatutkimus ei ole pelkästään tutkijan työtä, vaan siinä on aina myös mukana ihmisiä käytännön työelämästä. Toimintatutkimusta voi toteuttaa jokainen työntekijä johtotehtävätasolta suorittavalle tasolle saakka. Toimintatutkimukseen liittyy sekä ammatillisen oppimisen että kehittymisen prosessit. Käytännön työelämän ongelmien tiedostaminen ja poistaminen liittyvät toimintatutkimukseen. Kuulan (2006) mukaan olennaista on se, että tutkittavat eli käytännöissä toimivat ihmiset otetaan aktiivisiksi osallisiksi tutkimukseen mukaan. Olennaista onkin aktiivinen tekeminen ja yhteistyö tutkimisen ohella.

Toimintatutkimuksen yksi tekijä on muutos, joka on pysyvä. Toimintatutkimus pitää sisällään myös lupauksen paremmasta tilasta tulevaisuuden suhteen. Tällä tutkimusmetodilla pyritään ratkaisemaan käytännön ongelmia erilaisissa yhteisöissä. Nämä voivat olla mm. julkisyhteisöjä tai sairaaloita. Toimintatutkimus on toiminnan jatkuvaa toimintatapojen parantamista. Tällöin toimintatutkimuksesta voi tulla työyhteisön jäsenille läpi uran tapahtuva kasvu- ja oppimisprosessi. (Kananen 2014, 11.) Toimintatutkimuksessa tuotetaan aineistoa ja sen pohjalta uutta tutkimuksellista tietoa, vaikka aiotut käytännön muutokset eivät onnistuisikaan (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006).

7.3. Tutkimusmenetelmät

7.3.1. Havainnointi ja avoin haastattelu

Tuomen ja Sarajärven (2009, 81) mukaan laadullisessa tutkimuksessa havainnointia pidetään yhtenä yleisenä tiedonkeruumenetelmänä. Ainoana aineistonkeruumenetelmänä havainnointi on analyysin kannalta haasteellinen. Sen sijaan haastattelun ja havainnoinnin tai muunlaisten aineistonkeruumenetelmien yhdistäminen on usein hedelmällistä. Tämä keino on kui-

tenkin aina suuritöinen ja aikaa vievä aineistonhankintamenetelmänä. Havainnointi on kuitenkin perusteltu tiedonhankkimismenetelmä silloin, jos tutkittavasta ilmiöstä tiedetään hyvin vähän tai ei ollenkaan. Asiat nähdään havainnoinnin avulla ns. oikeissa yhteyksissään. Havainnoimalla voidaan monipuolistaa tutkittavasta ilmiöstä haluttavaa tietoa, sekä paljastaa erilaisia ristiriitoja. Havainnoinnin muodot tutkimuksessa aineistonkeruussa ovat piilohavainnointi, havainnointi ilman osallistumista, osallistuva havainnointi ja osallistava havainnointi.

Osallistuvassa havainnoinnissa tutkija toimii tutkimuksensa tiedonantajien kanssa aktiivisesti. Sosiaaliset vuorovaikutussuhteet ovat tärkeä osa tiedonhankintaa. Mitä toimintatutkimuksellisempi näkökulma tutkimuksessa on, sitä perusteellisempaa on tutkijan aktiivinen vaikuttaminen. Mm. traditiонаalisessa antropologisessa tutkimuksessa ei kuitenkaan pyritä toiminnan muuttamiseen, vaan ymmärtämiseen. Tällöin tutkijan toimiminen muutosagenttina ei ole järkevää. Osallistavassa havainnoinnissa voidaan puhua myös osallistumisen eriasteista. Tällöin täydellinen osallistuminen ja osallistumattomuus ovat jatkumon ääripäitä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 82). Osallistuvassa havainnoinnissa havaintojen valikointi on tutkimuksen kannalta välttämätöntä. Muuten havaintojen määrä on rajaton ja tällöin tarkoituksenmukaisen aineiston kerääminen on mahdotonta. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Avoimessa haastattelussa keskustelu ei ole sidottu tiukkaan formaattiin. Avoimen haastattelun yhteydessä puhutaan usein syvähaastattelusta, mutta niillä ei tarkoiteta samaa asiaa. Synonyymeja avoimelle haastattelulle ovat keskustelunomainen haastattelu, kliininen haastattelu ja strukturoimaton haastattelu. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 45; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Haastattelijat ja haastateltavat ovat avoimessa haastattelussa kielellisessä vuorovaikutuksessa keskenään. Haastattelijat pyrkii luomaan tilanteesta mahdollisimman avoimen ja luontevan. Avoin haastattelu muistuttaakin paljolti tavallista keskustelua. Keskustelun etenemistä ei ole lyöty lukkoon vaan se etenee tietyn aihepiirin puitteissa vapaasti. Haastattelussa on tarkoitus kuitenkin puhua tutkijan etukäteen valmistelemista teemoista. Kysymyksiin, joita haastattelijat esittää tilanteen mukaan, ei yritetä tarjota valmiita vastauksia. Haastateltavan annetaan puhua asiasta vapaasti. (Hirsjärvi & Hurme 2001; Eskola & Suoranta 2000, 86-88; Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Avoimessa haastattelussa haastattelijat on keskustelukumppani, joka ohjaa tarpeen mukaan keskustelua takaisin varsinaisen aiheen pariin. Tutkija voi myös pyytää tarkennuksia vastauksiin ohjaten keskustelua uuteen suuntaan. Haastattelijalta vaaditaan herkkyyttä kuunnella ja osata tarttua haastateltavan sanomisiin vieden näin keskustelua eteenpäin. Samalla pyritään saamaan mielenkiintoista aiheeseen liittyvää aineistoa. Haastattelu voi lähteä sivuraiteille juuri haastattelijan esittämien tarkentavien kysymysten kautta. Keskustelusta poiketaan muihin aiheisiin, kun joku keskustelun osapuoli sanoo jonkin kiinnostavan seikan. Avoin haastattelu vaatii aitoa kiinnostusta aiheeseen, sekä runsaasti aikaa. Avoimessa haastattelussa korostuu

haastattelijan persoonallisuuden merkityksen ohella vuorovaikutus- ja haastattelutaidot. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

7.3.2. Lomakehaastattelu

Yksi tapa kerätä aineistoa on lomakehaastattelu (kysely). Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2009, 193, 201) mukaan kysely tunnetaan survey-tutkimuksen keskeisenä menetelmänä. Termi ”survey” tarkoittaa senkaltaisia haastattelun, kyselyn ja havainnoinnin muotoja, joissa aineistoa kerätään standardoidusti. Kohdehenkilöt muodostavat otoksen tai näytteen tietystä perusjoukosta. Standardoituus puolestaan tarkoittaa sitä, että kysymykset esitetään kaikille vastaajille täsmälleen samalla tavalla. Avoimet kysymykset puolestaan antavat vastaajalle mahdollisuuden kertoa omin sanoin, mitä hänellä todella on mielessään. Vastauksia ei ehdoteta, koska oletetaan vastaajien tietävän aiheesta. Avoin kysely antaa myös mahdollisuuden tunnistaa motivaatioon liittyviä seikkoja ja vastaajan viitekehyksiä.

Tuomen ja Sarajärven (2009) mukaan lomakehaastattelu tai lomakekysely on useimmiten kvantitatiivisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmä. Useimmiten lomakehaastattelulla ei ole paljonkaan tekemistä laadullisen tutkimuksen kanssa, mutta sitä on mahdollista käyttää myös laadullisessa tutkimuksessa. Tällöin haastatellut tai kyselyyn vastanneet henkilöt voidaan vastaustensa perusteella tyypittää laadullisiin luokkiin. Lomakehaastattelussa kysytään tutkimuksen tarkoituksen ja ongelmanasettelun kannalta merkityksellisiä kysymyksiä. Tutkimuksen viitekehystä täytyy löytyä perustelu jokaiselle kysymykselle, tutkittavasta ilmiöstä jo tiedetystä tiedosta. Hirsjärven, Remeksen & Sajavaaran (2009, 200–201) mukaan kvalitatiivisessa tutkimuksessa avoimet kysymykset ovat olleet tutkijoiden käytössä kymmenien vuosien ajan. On myös paljon tutkimuksia, joissa käytetään molempia kysymysmuotoja.

Alasuutarin (2011) mukaan lomaketutkimuksessa on periaatteena lähes poikkeuksetta, että vastaajalle esitetään mahdollisimman neutraalisti tuotettuja kysymyksiä asioista, jotka koskevat vain häntä itseään. Kyse on ensikäden tiedoista. Koska vastaajalle ei kerrota yksittäisten kysymysten tarkoitusta tai merkitystä, voidaan ajatella että yhdestä lähteestä peräisin olevat lähdetiedot ovat luotettavia. Tämä kuitenkin sillä ehdolla, ettei lähdekritiikki anna aiheita olettaa, ettei annettuihin tietoihin voi luottaa. Silloin, kun vastaajalta kysytään muista, esimerkiksi saman ryhmän jäsenistä, vastauksia täytyy tarkastella ”indikaattorinäkökulmasta”, yksilön käsityksinä tai asenteina.

Tuomen ja Sarajärven (2009) mukaan lomakehaastattelussa ei voida kysyä mitä tahansa sellaista, mikä olisi hyödyllistä tai mukavaa tietää. Tarkoitus on kysyä tutkimuksen tarkoituksen ja ongelmanasettelun kannalta merkityksellisiä kysymyksiä. Tutkimuksen viitekehystä ja tutkittavasta ilmiöstä jo tiedetystä tiedosta täytyy löytyä perustelu jokaiselle kysymykselle.

7.4. Sisällönanalyysi

Laadullisessa analyysissä aineistoa tarkastellaan kokonaisuutena. Edes silloin, kun aineisto koostuu erillisistä tutkimusyksiköistä, esim. yksilöistä yksilöhaastatteluissa, argumentaatiota ei voida rakentaa yksilöiden eroihin suhteessa eri muuttujiin ja näiden erojen tilastollisiin yhteyksiin muihin muuttujiin. Laadullinen analyysi vaatii tilastollisesta tutkimuksesta poikkeavaa absoluuttisuutta. Kaikki luotettavina pidetyt ja selvitettävään kuvaan kuuluvaksi katsotut asiat tulee pystyä selvittämään siten, että ne eivät ole ristiriidassa esitetyn tulkinnan kanssa. (Alasuutari 2011, 38.)

Alasuutarin (2011, 22–27) mukaan laadullisessa eli kvalitatiivisessa tutkimuksessa on kaksi vaihetta: havaintojen pelkistäminen ja arvoituksen ratkaiseminen. Aineistoa tarkastellaan tietystä näkökulmasta, sekä lisäksi karsimalla havaintomäärää havaintojen yhdistämisellä. Arvoituksen ratkaisemisella tarkoitetaan tulosten tulkintaa. Käytettävissä olevien vihjeiden perusteella tehdään merkitystulkinta tutkittavasta ilmiöstä. Tällöin aineistoa tarkastellaan kokonaisuutena. Johtolangoiksi eivät kelpaa tilastolliset todennäköisyydet. Kvalitatiivinen analyysi vaatii tilastollisesta tutkimuksesta poikkeavaa absoluuttisuutta.

Sisällönanalyysi on tekstianalyysyä, jolla pyritään saamaan tiivistetty ja yleinen kuva tutkittavasta ilmiöstä sanallisesti. Sisällönanalyysissä etsitään tekstien merkityksiä. Koska sisällönanalyysillä saadaan kerätty aineisto pelkästään järjestetyksi, vaaditaan tutkijalta kykyä ja taitoa tehdä siitä johtopäätöksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 105–108.) Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2003, 212) mukaan analyysitavat voidaan järjestää mm. kahdella seuraavalla tavalla: ymmärtämiseen tähtäävässä lähestymistavassa käytetään usein kvalitatiivista eli laadullista analyysyä ja päätelmien tekoa. Sen sijaan selittämiseen pyrkivässä lähestymistavassa käytetään usein kvantitatiivista eli tilastollista analyysyä ja päätelmien tekemistä.

Tuomen & Sarajärven (2009) ja Saaranen-Kauppinen & Puusniekan (2006) mukaan laadullisen aineiston sisällönanalyysi voidaan tehdä joko aineistolähtöisesti, teoriaohjaavasti tai teorialähtöisesti. Laadullisen tutkimuksen aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä. Tällöin analyysin tarkoitus on luoda selkeä sanallinen kuvaus kulloinkin tutkittavasta ilmiöstä. Sisällönanalyysin tavoitteena on järjestää aineisto selkeään ja tiiviiseen muotoon. Tärkeää onkin, ettei tutkija analyysivaiheessa kadota aineiston sisällään pitämään informaatiota.

Sisällönanalyysi on aineiston tulkintaa ja päättelyä tulkinnan pohjalta. Johtopäätöksiä ja teoriaa verrataan alkuperäisaineistoon uutta teoriaa muodostettaessa. Tutkittavia pyritään ymmärtämään heidän omasta näkökulmastaan johtopäätöksiä tekemällä. Analyysissä analysoinnin kohteena oleva informaatio kirjoitetaan auki sana sanalta. Aineistoon tutustutaan ja pelkistetään etsimällä olennaiset ilmaukset ja karsimalla tutkimukselle epäolennainen tieto pois. Eroavaisuudet ja samankaltaisuudet yhdistetään ja niistä muodostetaan alaluokkia. Alaluokat yhdistetään ja muodostaan yläluokkia.

Näiden yhdistämisestä muodostetaan kokoava käsite. Kokoava käsite voi olla vastaus tutkimusongelmaan. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 17–115.)

7.5. Tutkimuksen luotettavuus

A. Reliabiliteetin arviointi

Reliabiliteetti ilmaisee sen, miten luotettavasti ja toistettavasti käytetty mittari mittaa haluttua ilmiötä. Reliabiliteettia voidaan arvioida mm. toistomittauksilla. (Tilastokeskus 2015.) Ajallinen reliabiliteetti tarkoittaa havaintojen tai mittausten pysyvyyttä eri aikoina. Ongelmana tässä arvioinnissa on se, että laadullisessa tutkimuksessa harvoin ollaan tekemisissä muuttumattomien objektien kanssa. Johdonmukaisuus tuloksissa, jotka on saatu samaan aikaan eri välineillä, on tärkeää. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

B. Validiteetin arviointi

Validiteetissa on kyse siitä, että onko tutkimus pätevä, onko se perusteellisesti tehty, ovatko saadut tulokset ja tehdyt päätelmät ”oikeita”. Pätevyys laadullisessa tutkimuksessa voidaan ymmärtää uskottavuudeksi ja vakuuttavuudeksi. Ts. kuinka hyvin tutkijat konstruktiot vastaavat tutkittavien tuottamia ja toisaalta että kuinka hyvin tutkija tuottaa nämä konstruktiot ymmärrettävään muotoon myös muille. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

7.6. Tutkimusprosessi

Opinnäytetyöprosessi käynnistyi loppuvuodesta 2013 Helsingin kaupunginsairaalan johtajalääkäri Kristina Backlundin ja hoitoketjulääkäri Merja Iso-Ahon kanssa käytyjen keskustelujen jälkeen. Opinnäytetyön aihe nousi suoraan oman työni ja ammattiroolini kautta nousseista kysymyksistä ja hoitoketjun ja potilasohjauksen haasteista. Helsingin kaupungin sairaaloiden potilasohjaukseen liittyvät toimintamallit ovat muovautuneet erilaisiksi vuosien aikana ja potilasohjaukseen osallistuvien tahojen toimintaa ei ole pyritty yhtenäistämään eikä yhteistyötä kehittämään suunnitelmallisesti. Satunnaisia verkostotapaamisia on oman tiimini kautta järjestetty aiemmin, mutta toiminnan kehittäminen ei ole aiemmin ollut suunnitelmallista ja jatkuva prosessi.

Teoreettisen viitekehyksen kerääminen alkoi vuonna 2013. Alustavan tutkimussuunnitelman työstäminen alkoi samanaikaisesti. Tutkimuksen teoriaosuutta aloin kirjoittamaan vuoden 2014 alussa. I-seminaariesityksen pidin 24.1.2014. Tämän jälkeen pidin työkiireistäni johtuen pidemmän tauon teoriaosuuden kirjoittamisessa. Varsinaisen tutkimusosion (havainnointi, kyselylomake) toteuttaminen tapahtui 9 - 10/2014. Tällöin kävin tutustumassa jonohoitajien työn sisältöalueisiin kaikissa kaupungin sairaaloissa. Lomakehaastattelun lähetin kaupungin sairaaloiden sisäänotosta vastaaville

lääkäreille ja jonohoitajille 10/2014. Jonohoitaja-/ hoitokoordinaattoriyh-teistyökokouksia pidettiin kuusi kappaletta ajalla 17.5.2013 – 22.9.2015.2015. Lisäksi kutsuttiin kokoon moniammatillisen yhteistyöfoorumi 27.5.2014, jossa olivat paikalla hoitoketjulääkäri, ylilääkärit, hoitokoordinaattoritiimi ja jonohoitajat. Tämä kokous oli ensimmäinen laatuaan.

Alla olevassa kuvassa on tutkimusprosessin kulku ajalla 1/2013 – 12/2015.



Kuva 9. Tutkimusprosessin kulku

Aikataulusuunnitelma:

- I-opinnäytetyöseminaari 24.1.2014.
- Havainnointikäynnit / jonohoitajien työnkuvaan tutustuminen 10/2014.
- Kyselylomake sairaaloiden sisäänotosta vastaaville lääkäreille ja jonohoitajille 10/2014.
- Jonohoitaja- / hoitokoordinaattorikokoukset ajalla 17.5.2013 – 22.9.2015.
- II-opinnäytetyöseminaari 27.3.2015.
- III-opinnäytetyön loppuseminaari 9.10.2015 Hyvinkään Laureassa FUAS federation of universities of applied sciencesin kaksipäiväisessä

”Ethical leadership and management symposium”-tapahtumassa. Esi-tyksen lopussa tutkija piti kuulijoille work shop - työskentelytilaisuuden.

- Valmistuminen 2/2016

8 AINEISTON ANALYYSI

8.1. Jonohoitajien työnkuvaan tutustuminen

Tutustumiskäynnit jonohoitajien tehtäviin ja työnkuvaan tehtiin lokakuussa 2014.

8.1.1. Jonohoitajan rooli kaupungin sairaaloissa

A-sairaala

A-sairaalassa on kaksi jonohoitajaa, jotka molemmat ovat koulutukseltaan sairaanhoitajia. Yksi heistä tekee 60 %:n työaikaan jononhoitajana (3 päivää viikossa), toinen tekee 40 %:n työaikaan (2 päivää viikossa). Jonohoitaja soittaa aamuisin kaikille sairaalan osastoille ja tarkistaa paikkatilanteen (heti vapaat ja samana päivänä myöhemmin vapautuvat paikat). Vapautuvia paikkoja tulee päivästä riippuen esim. 2-20 paikan välillä. Läheteitä/fakseja tulee päivystyksestä, HUS:sta (siirtoilmoitukset), kotisairaalaista, kotihoi- dosta, muista kunnista tai yksityisistä hoitolaitoksista. Lähetevirta A-saira- laan on kaikkein suurin verrattuna muihin kaupungin sairaaloihin. Toisaalta myös sairaansijojen määrä A-sairaalassa on suurin. Sairaala A:n jonohoitaja kirjasi tapaamisen aikaan kaikki saapuneet lähetteen Pegasos-tietojärjestel- mään. Tähän toimintatapaan tuli myöhemmin muutos.

Jonohoitaja tarkistaa aina, onko potilaalla infektioita, eristyksen tarvetta, missä potilas asuu, aikaisemmat sairaalajaksot tai mistä palvelutalosta tai vanhustenkeskuksesta potilas tulee. HUS-lähteet (siirtoilmoitukset) jono- hoitaja katsoo Navitas-siirtoportaalin kautta ja kaikki lähetetekstit tuloste- taan lääkäriä varten. Myös ne läheteet tulostetaan, jotka ensisijaisesti on tarkoitettu esim. neurologisen kuntoutuksen osastoille. Lisäksi jonohoitaja lukee Navitas-siirtoportaaliin hoitokoordinaattorien merkinnät.

Apulaisylilääkäri arvioi ja hyväksyy (tai hylkää) saapuneet läheteet. Mikäli lähetearviota tavallisesti tekevä lääkäri on estynyt, niin paikalle tulee ns. varalääkäri lähetearviota tekemään. Traumalähteet menevät arvioitavaksi traumaosastojen apulaisylilääkärille. Neurologiset läheteet menevät puo- lestaan arvioitavaksi neurologisen osaston apulaisylilääkärille. Maanantai on kaikkein kiireisin päivä jonohoidon näkökulmasta. Maanantiaamuna katsotaan perjantaina / viikonlopun aikana sisään otetut potilaat. Tarkiste- taan että ovatko potilaat tulleet osastolle sovitusti. Colonoskopiapotilaat otetaan sairaalaan yleensä normaalille vapaalle paikalle, ei ylipaikalle. Tyh- jennyksiä tulee yleensä 2-3 kpl/vrk.

Kirurgiset muut-potilasryhmä katsotaan potilasohjausohjeen mukaisesti kuuluvaksi D-sairaalalle, mutta kaikki edellä mainitun ryhmän potilaat eivät ohjaudu kuitenkaan sinne. A-sairaalassa on haavapotilaiden hoitoon erikoistunut haavaosasto. Sinne tarjotaan haavapotilaita hoitoon myös muilta alueilta. Aina ei ole mahdollista ottaa muiden alueiden potilaita, vaikka potilasohjausohjeen mukaan näin tulisi tapahtua. Yleisesti A-sairaalaan tulevien läheteiden määrä vaihtelee suuresti. Etenkin päivystyksen ja päivystyksen vuodeosastojen lähetemäärän vaihtelu on suurta.

A-sairaalaan kutsuttavan potilaan lähete / siirtoilmoitus faksataan osastolle. Erillistä soittoa saapuvasta potilaasta ei soiteta. Osastolle soitetaan ainoastaan silloin, kun osastolle on tarjolla eri sukupuolta oleva potilas, kuin vapaana oleva paikka on. Silloin kun tarjotaan vuodeosastopaikkaa HUS-potilaalle tai päivystyksessä olevalle potilaalle, soitetaan paikasta edellä olevaan hoitopaikkaan. Tällöin osastolle annetaan sen kohdeosaston puhelinnumero, minne potilaan on tarkoitus siirtyä. Tällöin lähetettävä yksikkö voi olla yhteydessä siihen osastoon, jonne potilas siirtyy ja antaa samalla potilaasta ajankohtaisen suullisen raportin. Sekaosastoja A-sairaalassa ei ole.

Sähköpostiviestiketju aamuisin jonohoitajien ja hoitokoordinaattorien kesken koettiin hyvänä asiana, koska sen kautta saa tietoa muiden sairaaloiden tilanteesta. ”Sakoille” menevät HUS-potilaat yritetään saada aina otetuksi. Lääkäri tekee aina päätöksen sisäänotosta, jonohoitaja ehdottaa. Tilastointi vie myös runsaasti jonohoitajan aikaa.

B-sairaala

Tutkijan vieraillessa B-sairaalassa, jonohoitaja koordinoi tuolloin vielä HUS:sta B-sairaalaan suuntautuvaa potilasvirtaa sekä lisäksi päivystyksestä ja päivystyksen vuodeosastoilta tulevaa potilasvirtaa. Potilasohjauksessa tapahtuneiden muutosten seurauksena B-sairaala keskittyy tällä hetkellä päivystystoiminnan tukemiseen. Toisin sanoen HUS-siirtolistapotilaita ei ohjata enää jatkohoitoon B-sairaalaan.

B-sairaalan potilasohjausta tekee yksi kokopäiväinen jonohoitaja, joka on koulutustaustaltaan terveydenhoitaja. Jonohoitaja tarkistaa aamulla töihin tullessaan mahdolliset yön aikana vapautuneet paikat. Seuraavaksi kartoitetaan päivystyksestä ja päivystyksen vuodeosastoilta tulleet läheteet. Navitas-siirtolistalta tulostetaan ne siirtoilmoitukset/läheteet, jotka on suunniteltu ohjattavaksi B-sairaalaan. Jonohoitaja käy läpi B-sairaalan osastot, jolloin tarkistetaan mitä potilaita on yön aikana tullut päivystyksestä. M1-osaston tilanne tarkistetaan eli onko päivystyspoliklinikalta tullut läheteitä Pegasoksesta sähköisesti. Lisäksi jonohoitaja tarkistaa kotisairaalan tilanteen päivittäin: montako vapaata paikkaa kotisairaalassa on ja onko kotisairaalaan tullut läheteitä potilaista, jotka eivät enää pärjää kotona voinnin aleneman vuoksi.

Päivystyspoliklinikan läheteistä jonohoitaja selvittää kaikki aikaisemmat hoitajaksot sairaaloissa. Jonohoitaja merkitsee läheteeseen kolme viimeisintä sairaalajaksoa. Päivystykseen soitetaan joka aamu ja tarkistetaan jonottajien kappalemäärä, eli tarkistetaan että pitääkö läheteiden määrä paikkaansa. Samalla jonohoitaja tarkistaa päivystyksestä jonottajien todellisen paikan tarpeen ja sen hetkisen kunnon. Lisäksi jonohoitaja selvittää samalla puhelimitse, että voisiko potilas kuitenkin kotiutua suoraan omaan kotiin. Lisäksi potilaan siirtokuntoisuus kaupunginsairaalaan tarkistetaan tässä vaiheessa. Potilasvalinta osastoille tehdään yhdessä lääkärin kanssa. Hoitokoordinaattorien potilaan vointiin liittyvät merkinnät luetaan Navitaksesta ja samalla tarkistetaan viimeisimmät laboratoriovastaukset.

Osastojen päivittäinen paikkatilanne saadaan omasta, itse luodusta sähköisestä taulukosta. B-sairaalan osastot merkitsevät vapautuvat paikat tähän sähköiseen taulukkoon klo 8.30 mennessä. Jonohoitajan ei tarvitse soittaa osastoille aamuisin ja aikaa säästyy. Jos jokin lisäpaikka ilmaantuu klo 8.30 jälkeen vapaaksi, niin vapautuvasta paikasta soitetaan jonohoitajalle erikseen. Jonohoitaja täyttää iltapäivällä klo 14.00 ns. iltapalvelut-taulukon. Tähän taulukkoon kirjataan paikkatilanne osastoilla klo 14.00. Taulukko menee tiedoksi iltahoitajalle sille osastolle, missä päivystyspuhelin on milloinkin. Taulukon mukana siirtyvät myös säännöt mm. jonopuhelimen käyttöä varten esim. päivystyksestä tarjolla olevien potilaiden suhteen. Liitteenä on myös ruuhkanpurkutoimintaohje, kotisairaalaohje ja takuupaikkasääntöohje. Erikoissairaanhoidosta ei oteta potilaita jatkohoitoon päivystysaikana.

Aamun tilanteen alkukartoituksen jälkeen jonohoitaja on puhelimitse yhteydessä D-sairaalan jonohoitajaan. Tämä yhteydenotto tapahtuu sen jälkeen, kun D-sairaala on ilmoittanut päivittäisen viestinsä paikkatilanteesta. B-sairaalan jonohoitaja voi tällöin tarjota oman alueen päivystysläheteitä harkittavaksi / otettavaksi D-sairaalaan. B-sairaalan jonohoitaja on usein puhelimitse yhteydessä D-sairaalan lisäksi C-sairaalan jonohoitoon. Jonohoitajat sopivat yhdessä mitä potilaita ohjataan minnekin. Yhteistyötä A-sairaalan jonohoidon kanssa on vähemmän. Tavoitteena on sakottomuus ja sujuva potilasvirta HUS:sta ja päivystyksistä. B-sairaalassa on sitouduttu ehdottomaan sakottomuuden vaatimukseen. Jonohoitaja tuo esille myös sen, että Sairaala, kuntoutus, hoiva – osaston osastopäällikön viesti sakottomuuden vaatimuksesta muistetaan hyvin. B-sairaala auttaa ensisijaisesti C-sairaalaa sikon uhassa olevien sijoittamisessa. Tämän jälkeen kartoitetaan A-sairaalan avun tarve.

B-sairaalan jonohoitajalla on lähetekansio, jossa kahdentyypisiä läheteitä: HUS-läheteitä ja päivystyksestä tulleita läheteitä. Lisäksi mukana voi olla kotisairaalaan tulleita läheteitä sekä colonoskopiapotilaita. Colonoskopiapotilaat hoidetaan päivystyksen vuodeosastoilla. Lähetemäärät ovat pienempiä verrattuna A-sairaalan lähetemääriin. Uudet HUS-lähteet ja Pegasoksen ulkopuoliset läheteet (esim. Kaunialan sairaalan läheteet) kirjataan Pegasokseen. Silloin kun potilaalle tarjotaan sairaalapaikka B-sairaalaan, jonohoitaja tarkistaa samalla potilaan siirtokuntoisuuden. Kun osastolta vapautuu vuodepaikka uudelle potilaalle, on osaston tehtävä järjestää

potilaalle sopiva paikka sukupuolesta riippumatta. Toisin sanoen, jos osastolla vapautuu esim. naispaikka ja tarjolla onkin miespuolinen potilas, niin osaston täytyy tehdä sisäisiä järjestelyjä siten, että potilaan siirto saadaan onnistumaan. Jonohoitajan mukaan tämä on ehdottoman sakottomuusvaateen mukana tullut käytäntö.

Erityisryhmät pyritään huomioimaan B-sairaalan potilaiden sijoittelussa siten, että esimerkiksi venäjänkieliset potilaat pyritään sijoittamaan osastolle, jossa on edellä mainittua kieltä taitavia hoitajia. Tämä on potilasturvallisuusasia. Jonohoitajalla on osastojen hoitohenkilökunnan kielitaitolista, jonka jonohoitaja on koonnut ja jota hän myös päivittää säännöllisesti.

Hygieniahoitajaan jonohoitaja on yhteydessä lähes päivittäin. Vuoden aikana ilmenneet infektiotapaukset on kerätty kansioon. Infektiopotilaiden pieneen määrään on kiinnitetty huomiota B-sairaalassa. Jonohoitaja toi esille sen, että tätä infektiopotilaiden pientä määrää olisi hyvä käsitellä potilasohjauskokouksessa kaupungin sairaalan profiloitiasioihin liittyen.

B-sairaalassa tilastoidaan vähemmän kuin A-sairaalassa. Jonohoitaja kuvaa suhtautumistaan tilastointiin kriittiseksi siten, että hän on tarkastanut mitkä tilastot ovat tarpeellisia. Ne tilastot, joissa on ollut päällekkäisyyttä, on jätetty pois.

C-sairaala

C-sairaalan potilasohjausta hoiti arviointiaikana yksi jonohoitaja, joka oli koulutustaustaltaan perushoitaja. Jonohoitaja kirjasi saapuneet lähetteet Pegasokseen ja tulosti ne lääkärin hyväksyttäväksi. C-sairaalassa pidettiin aamuisin lähetepalaveri, jossa olivat mukana jonohoitaja, hygieniahoitaja, ylilääkäri / apulaisylilääkäri ja seniorilääkäri. Paikkatilanne kartoitettiin aamuisin soittamalla vuodeosastoille. Jonohoitaja seurasi osastojen kotiutussuunnitelmia, sekä soitti tarvittaessa osastoille kotiutusasioihin liittyen. Jonohoitaja soitti myös aamuisin päivystyksen seniorihoitajalle, joka kertoi päivystyksen sen hetkisestä tilanteesta. Colonoskopiapotilaat tulivat aina ylipaikalle. C-sairaalassa sakottomuusvaateeseen oli vahvasti sitouduttu. Potilaita otettiin usein ylipaikoille, jotta sakkomaksuilta säästyttiin.

Jonohoitajan tapana oli soittaa ennakkotieto tulevasta potilaasta kyseessä olevan osaston vastaavan hoitajan puhelimeen. Lähetettä ei faksattu yleensä paitsi kiiretilanteessa. Jonohoitaja kävi tavallisesti viemässä lähetteen suoraan osastolle ennakkotietopuhelun jälkeen. Perusteena tähän lähetteen osastolle viemiselle oli se, etteivät osastot aina huomioi osastolle faksattua lähetettä tai se saattoi hukkua muiden papereiden joukkoon.

Ruuhkatilanteissa potilaita ohjattiin enemmän B-sairaalan vuodeosastoille. Kuntion (neurologinen kuntoutus) kanssa tehtiin tarvittaessa potilasvaihtoja. Eristyspotilaita oli vähän tarjolla C-sairaalaan. Kantajuuden laatu määräsi, miten potilas sijoitettiin, ei sukupuoli. Puhtailla osastoilla oli sekahuoneet.

Jos ns. ”väärää” sukupuolta oleva potilas oli tarjolla, niin osasto järjesti potilaalle sopivan paikan.

Jonohoitajan mukaan sähköpostiviestiketju jonohoitajien ja hoitokoordinaattorien kesken on ollut toimiva käytäntö. Siitä saa kattavan kuvan vaivattomasti päivän tilanteesta. Viestiketju vähentää myös soittelujen tarvetta.

C-sairaalan jonohoitajalla oli runsaasti perustehtävän ohessa hoidettavia tehtäviä. Näitä olivat muun muassa:

- päivystyslistan ylläpitäminen päivystäville lääkäreille ja osastoille.
- Prevalenssit olivat parhaillaan menossa. Prevalensseissa hygieniahoitaja ja infektio lääkäri yhdessä osaston sairaanhoitajan kanssa kävivät läpi kaikista potilaista jo edeltä täytetyt lomakkeet, joista sitten selvisi sairaalainfektioiden määrä ja minkälaisesta infektiosta oli kyse.
- Jonohoitaja ylläpiti lääke-esittelytaulukkoa, sekä sopi lääke-esittelyt.
- Toimi Pegasos pääkäyttäjänä: antoi Pegasos-oikeudet lääkäreille.
- Toimi Navitas-ylläpitäjänä: antoi oikeudet lääkäreille.
- Huolehti ostopalvelu – lääkärin oikeuksista tietojärjestelmiin.
- Huolehti Web-oikeudet lääkäreille.
- kun sairaalaan tuli uusia lääketieteen kandidaatteja, oikeuksien jakaminen vei runsaasti aikaa.
- Jonohoitajan kansion ylläpito.
- Kostitilaukset hallintoon ja yleisiin tiloihin.
- Tilastot: Saapuneet ja otetut tilasto, hoitopäivätilasto Pegasoksesta, potilasvaihtuvuustilasto, ylipaikat tilasto, päivystyksen siirtoviivetilasto C-sairaalan osalta (B-sairaalan jonohoitaja kokoaa).
- Potilasasiakirjapyyntöjen kirjaaminen, asiakirjan tulostus ja lähettäminen.

D-sairaala

D-sairaalan potilasohjausta tekee yksi kokopäiväinen jonohoitaja, joka on koulutustaustaltaan terveydenhoitaja. Jonohoitaja soittaa aamulla D-sairaalan osastoille ja kysyy paikkatilanteen (8 osastoa). Soittamalla saa paremman kuvan kokonaistilanteesta. Jonohoitaja käy läpi Pegasoksesta päivittäin C-sairaalan, B-sairaalan, päivystysten ja koko kaupunginsairaalan osastojen tilanteen. Tällöin tarkistetaan, että mikä on hoitoketjun kokonaistilanne, onko ruuhkaisuutta/ylipaikkaisuutta/ paikkatilanne yleensä. Osastopaikat täytetään hoitoketjun kokonaistilanteen ja tarpeiden mukaan. Sakottomuuden tavoite tiedostetaan arjessa ja siihen on sitouduttu!

HUS-lähetteet luetaan suoraan Navitaksesta. Näistä Navitas-teksteistä tulostetaan ainoastaan sellaista potilasta koskeva siirtoilmoitus/lähete, joka päätetään ottaa sisään D-sairaalan vuodeosastolle. Lääkäri ei allekirjoita hyväksytyä lähetettä. Infektio-kohorttiosastolla on sekahuoneita tarvittaessa. Hoitopaikkatakuupotilaat otetaan kausan ohjeen mukaan vaikka ylipaikoille. Päivystyspoliklinikoiden ja päivystysten vuodeosastojen lähetteet katsotaan myös läpi. Näistä päivystysten potilaista pyritään ottamaan vuodeosastolle mahdollisimman monta. Tiedonhakuun käytetään Pegasoksen IV-välilehteä.

Sairaalaan kutsuttavien potilaiden kertomuksesta tarkastetaan muun muassa potilaan vointi, kokonaistilanne, laboratoriovastaukset ja käytössä olevat lääkkeet. Ruuhkatilanteissa poimitaan potilaita myös päivystyspoliklinikalta. Etenkin muistisairaat pyritään poimimaan päivystyksestä. Sisään otettavan potilaan lähete faksataan osastolle. Osastolle soitetaan erityisjärjestelyjä vaativien potilaiden kohdalla.

Profilointi asettaa haasteita potilaiden sijoitteluun D-sairaalassa. Kaikki paikat kuitenkin täytetään. Jonohoitaja tulostaa Pegasoksesta ja Navitaksesta otettavien potilaiden lähetteet valmiiksi lääkärille. Potilaat otetaan vanhimmasta päästä. On osaston sisäinen asia on järjestää potilaalle sopiva paikka osastolta aina sukupuolesta riippumatta. Sekahuoneita on infektio-osastolla. Jonohoitajalla on runsaasti puhelintyöskentelyä, mm. sihteerit, lääkärit, hoitajat, sosiaalityöntekijät soittavat paljon. Jonohoitaja vastaa myös lähete tiedusteluihin. Jonohoitajien ja hoitokoordinaattorien sähköpostiviestittely aamuisin on hyvä asia. D-sairaala tekee potilasvalinnat sisäänoton suhteen aikaisemmin aamusta kuin muissa taloissa. Kaikki tilastot ovat tarpeen ja ovat käytössä.

Jonohoitajalla on myös muita tehtäviä, joita hän hoitaa jonohoidon ohella:

- Jonohoitaja toimii D-sairaalan Pegasos-vastuupääkäyttäjänä ja Navitas-pääkäyttäjänä.
- D-sairaalassa ei ole vastuupääkäyttäjäresurssia (50 %) muiden talojen tapaan. Käytännössä jonohoitaja tekee kuitenkin samaa työtä jonohoidon lisäksi.
- Pegasos K-käyttäjä: Tallentaa käyttöoikeudet sosiaalityöntekijöille, lääkäreille ja tarpeen mukaan hoitajille.
- Pegasos-kouluttaja & Pegasos-kehittämistyöryhmässä työskentely.
- D-sairaalan sisäisten Pegasos-ohjeiden laatiminen ja päivittäminen.
- Tallentaa käyttöoikeudet Navitakseen
- Navitaksen jatkokehittäminen.
- Yhteyshenkilö HUSLAB -tietohallintoon. Weblab- käyttöoikeudet myöntäminen.
- Laatuportaali yhteyshenkilö. Suoritepohjaisten seurantatietojen virheolistojen tarkastaminen/korjaaminen
- Kantakoulutukset
- Työvuorotaulukkojen tekeminen.
- D-sairaalan johtoryhmän jäsenenä toimiminen.
- Tekee D-sairaalan kaikki tilastoinnit.

8.1.2. Jonohoitajien potilasohjaukseen liittyvä tilastointi

Jonohoitajien työtä seurattaessa ja heidän kanssaan keskustellessaan kävi ilmi, että kaikki jonohoitajat tilastoivat työnsä ohessa. Tilastojen määrä ja laatu vaihteli taloittain. Ainoa tilasto, jota teki jokainen kaupungin sairaalan jonohoitaja, oli ns. HOIKE-tilasto (hoitoketjutilasto). HOIKE-tilasto kerää

yhteen hoitoketjun tunnusluvut kuukausittain. Jonohoittajat kokoavat em. tilastoon kaupungin sairaaloiden tunnusluvut (mm. sairaalaan sisään otettujen määrät). HOIKE-tilastoon tuottavat lukuja hoitoketjun useat eri toimijat jonohoittajien ohella, mm. SAS-sijoittajat ja hoitokoordinaattoritimi. Tilaston tarkoitus on seurata hoitoketjun toimintaa, toimia päätöksentekoa tukevana tekijänä sekä toiminnan suunnittelun työvälineenä.

Tilastojen tekeminen vaihteli siis suuresti taloittain. Määrällisesti eniten tilastoja tehtiin Laakson sairaalassa. Jonohoittajat kokivat tilastoinnin kuormittava ja runsaasti aikaa vievänä. Kaksi Laakson sairaalassa koottavaa tilastoa oli sellaisia, jotka eivät jonohoittajien mukaan menneet minnekään. Muissa sairaaloissa jonohoittajat tekivät 4-5 eri tilastoa. Alla olevassa taulukossa on kuvattuna jonohoittajien tekemät tilastot taloittain.

KAUSAN KUUKAUSITILASTOINTI / JONOHOITAJAT				
	LAAKSO	MALMI	HERSA	SUURSUO
1. HOIKE-tilasto *	X	X	X	X
2. Otetut tilasto kausa	X			
3. Otetut tilasto kunto	X			
4. Saapuneet lähetteet tilasto		X		
5. Sisäänotetut potilaat-vuositilasto				X
6. Hoitopäivätalasto Pegasoksesta			X	
7. Marian päivystyksen siirtoviivetilasto/KB		X	X	
8. Potilastilastot osastoittain a				X
9. Potilasvaihtuvuustilasto			X	
10. Mistä tulleet, minne menneet tilasto/KB				X
11. Ylipaikat tilasto			X	
12. Haartmanista otetut- tilasto b	X			
13. Las-aku-jonotilasto	X			
14. Osastojen saapuneet lähetteet -tilasto c		X		
15. Laaksoon otetut kk-tilasto d	X			
16. Viikkotilasto e	X			
Yht.	7	4	5	4

Kuvio 5. Kaupungin sairaaloiden jonohoittajien ylläpitämät kuukausitilastot.

*HOIKE-tilasto sisältää Laakson sairaalan kohdalla sekä kaupunginsairaalan että neurologisen kuntoutuksen lähetteet.

a Suursuon oma tilasto.

b Menee Haartmanin sairaalan johtavalle ylihoitajalle.

c Osastosihteerit tuottavat N-asetalle.

d Tilasto ei mene mihinkään.

e Tilasto ei mene mihinkään.

8.2. Jonohoitaja-hoitokoordinaattorikokoukset

YHTEISTYÖKOKOUKSET AJALLA 17.5.2013 – 22.9.2015		
Nro	Päivämäärä	Teemat
1	17.5.2013	<p><u>PÄÄTEEMAT:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • NAVITAS-SIIRTOPORTAALIN KÄYTTÖ • YHTEISTEN TOIMINTAMALLIEN SOPIMINEN POTILASOHJAUKSEEN LIITTYEN. • SÄHKÖPOSTILISTAT KÄYTTÖÖN. <ul style="list-style-type: none"> - Kaupungin sairaaloiden ja hoitokoordinaattoritiimin tilannekatsaus. - Sähköpostilistat on otettu käytäntöön; ne on todettu hyväksi ratkaisuksi. - Sairaaloiden sisäänottokäytänteet; yhteisten toimintamallien sopiminen. - Navitas-siirtoportaalin käyttö ja yhteiset käytänteet. - Navitas-terminologiasta sopiminen; ”yhteinen kieli”. - Kotiinkuntoutusyksikkö Kuntokartanon potilasohjaus. - Ostopalvelupaikoista tiedottaminen; potilasohjauksesta tiedottaminen. - Siirtoviivepäiväseurantatilastosta luopuminen; tilasto saadaan jatkossa Navitas-tilastoportaalista.
2	22.1.2014	<p><u>PÄÄTEEMAT:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • SKH:N STRATEGISET TAVOITTEET • HUS-SIIRTOVIIVEMAKSUJEN VÄLTÄMINEN • MUUTTUNUT POTILASOHJAUS • NAVITAKSEN KÄYTTÖ • YHTEISET TOIMINTAMALLIT. <p>Tässä kokouksessa läpikäytiin mm. 17.1.2014 pidetyn kaupungin sairaaloiden ja kuntoutuksen osaamiskeskuksen potilasohjauksen suunnittelukokouksessa päätetty asioita.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Muuttunut potilasohjaus & Navitas-merkinnät. - Sakottomuus: Yhteinen tavoite! → SKH:n strategisten tavoitteiden kirkastaminen em. asian osalta. - Hoitoketjulääkäri aloittaa päivystysten ruuhkanpurkutyöryhmän 1/2014. - Talojen kuulumiset. - Ehdotettiin strukturoiden aamuraportin käyttöönottoa hoitokoordinaattorien & jonohoitajien välisen viestinnän selkiennyttämiseksi ja yhtenäistämiseksi. - Ehdotettiin laajennettuja Pegasos-lupia jonohoitajille (hoitokoordinaattoreilla nämä jo on).

3	27.5.2014	<p><u>PÄÄTEEMAT:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• HUS-POTILAIEN JATKOHOIDON JÄRJESTÄMINEN VIIMEISTÄÄN 2. KARENSSIPÄIVÄNÄ• NEUROLOGISTEN OSASTOJEN K14 JA K15 SISÄÄNOTOKRITEERIT• NAVITAS VERSIONVAIHTOON LIITTYVÄT KÄYTÄNNÖN ASIAT• EHDOTUS LYNCEIN KÄYTTÖÖNOTOSTA VIESTINTÄVÄLINEENÄ.• HOITOKOORDINAATTORIEN ENNAKOIVAAN TYÖTAPAAN SIIRTYMINEN. <p>Potilasohjauksen yhteistyöfoorumi. Paikalla olivat kaupungin sairaaloiden ja kuntoutuksen osaamiskeskuksen sisäännotosta vastaavat lääkärit, hoitoketjulääkäri, jonohoitajat ja hoitokoordinaattoritmi.</p> <ul style="list-style-type: none">- Hoitoketjulääkäri kertoi ruuhkanpurkutyöryhmän esityksestä: ehdotettiin mm. HUS-potilaiden sisäänottoa viimeistään 2. karensipäivänä.- Ennakoivan työotteen lisääminen siirtolistan suhteen. - Yhteistyö ja muiden informointi.- Navitas-käytänteet.- Hoitokoordinaattorien HUS-vierailut.- Läpikäytiin Oulunkylän kuntoutussairaalan sopimusta ja potilasohjausta sinne.- Navitas-versionvaihtoon liittyvät käytännön asiat.- HUS-kesäsuluista tiedottaminen.- Neurologisten osastojen K14 ja K15 sisäänottokriteerit. (Näistä on sovittu 28.4.2014 pidetyssä kaupungin sairaalan ja kuntoutuksen osaamiskeskuksen potilasohjauskokouksessa.)- Esitys Lyncin käyttöönotosta jonohoitajien ja hoitokoordinaattorien väliseen viestintään.
4	26.9.2014	<p><u>PÄÄTEEMAT:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• YHTEISTYÖ PÄIVYSTYSTEN KOTIUTUSHOITAJIEN JA KOTIINKUNTOUTUSYKSIKÖ KUNTOKARTANON KANSSA• VIESTINTÄ. <ul style="list-style-type: none">- Tapaamisen aikana sovittiin hoitokoordinaattorien, päivystysten kotiutushoitajien ja Kuntokartanon jonohoitajien yhteistyöstä.- Päivystyksen tiukassa tilanteessa kotiutushoitajat voivat kysyä vapaita potilaspaikkoja hoitokoordinaattoreilta

		(Oulunkylän kuntoutussairaalan ostopalvelupaikat) tai Kuntokartanosta.
5	26.9.2014	<p><u>PÄÄTEEMAT:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • NAVITAS-SIIRTOLISTAMERKINNÄT • YHTEISET TOIMINTATAVAT POTILASOHJAUKSESSA • TILASTOINTIIN LIITTYVÄT ASIAT. • HOITOKETJUN RUUHKATILANTEET • LYNC-OIKEUDET KÄYTTÖÖN POTILASOHJAUKSEEN OSALLISTUVILLE. • HUS-TIETOJÄRJESTELMÄ MIRANDAN KÄYTTÖOIKEUDET ON HANKITTU HOITOKOORDINAATTOREILLE. <ul style="list-style-type: none"> - Talojen kuulumiset; kuntoutuksen osaamiskeskuksen uutiset, hoitoketjulääkärin ja hoitokoordinaattoriin kuulumiset. - Ennakoivaa työtapaa kokeillaan hoitokoordinaattoriin; panostetaan myös pre-listan kartoitukseen. - Hoitokoordinaattoreilla on käytävissä HUS:n Miranda-yhteys (potilastietojärjestelmä). - Käsiteltiin syksyn tuloon varautumiseen liittyviä asioita. - Navitas-siirtolistamerkintöjen läpikäyminen yksityiskohtaisesti; yhtenäiset toimintatavat; yhteinen ymmärrys. Kirjaamisen tehostaminen Navitakseen: informatiivisuus, tieto kaikkien käytävissä. - Neurologisten potilaiden potilasohjausasiat. - Yhteisvastuu potilaiden sisäänotosta; toisten auttaminen & yhteistyö. - Kuntokartanon ja Oulunkylän kuntoutussairaalan potilasohjausasiat. - Tilastointi erikoisaloittain; yhteiset käytänteet. - Ruuhkatilanteissa toimiminen. - LYNC-oikeudet käyttöön hoitokoordinaattorien ja jonohoitajien välisen viestinnän tehostamiseksi ja helpottamiseksi: luvat, koulutus, käytänteet.
6	21.1.2015	<p><u>PÄÄTEEMAT:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • NAVITAS-MERKINNÄT • HOITOKETJUJATTELU TUTUKSI • YHTEISVASTUULLISUUS POTILASVALINNOISSA • ENNAKOIVA TYÖSKENTELYTAPA • HOITOKETJUN SUJUVOITTAMINEN • VIESTITTÄMINEN: STRUKTUROITU TAULUKKO VIESTINNÄN TUEKSI.

		<ul style="list-style-type: none"> • ARVIOITIIN YHTEISTYÖN SUJUMISTA POTILASOHJAUKSEEN OSALLISTUVIEN KESKEN: KEHITTÄMISALUEET, OSAAMISEN HYÖDYNTÄMINEN. • HOITOKOORDINAATTORIEN HUS-YHTEISTYÖ. <ul style="list-style-type: none"> - Kaupungin sairaaloiden jonohoitajien kuulumiset ja hoitokoordinaattoriin kuulumiset - Käytiin läpi potilasohjausasioita. - Arvioitiin jonohoitajien ja hoitokoordinaattorien välistä yhteistyötä; kehittämisaluet, työnjako, osaamisen hyödyntäminen. - Hoitoketjuajattelu: strategiset tavoitteet; potilaan hyvä hoitoketjussa, hoitoketjun sujuvoittaminen, yhteisvastuullisuus potilasvalinnoissa, ennakointi, suunnittelu; sakottomuus. - Tarkkuutta tiedonkulkuun: struktutoitu taulukko viestinnän tueksi. - Jonohoitajien keskinäisen yhteistyön merkitys (esim. ruuhkatilanteet). - Viestittäminen: Navitas, Lync, puhelin, ruuhkatilanteet päivystyksissä, HUS:n suuntaan tapahtuva viestittäminen. - Kerrottiin hoitokoordinaattorin HUS-yhteistyöstä. - Navitas-merkinnöistä sopiminen.
7	22.9.2015	<p><u>PÄÄTEEMAT:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • PÄIVYSTYSTEN LÄHETTEIDEN KÄSITTELY HOITOKOORDINAATTORITIIMIN JA JONOHOITAJIEN VÄLILLÄ • NAVITAS-ASIAT, YHTEISET TOIMINTATAVAT POTILASOHJAUKSESSA • ESITETTIIN AJATUS HUS-POTILASTIETOJÄRJESTELMÄ MIRANDAN KÄYTTÖOIKEUKSIEN HANKKIMISESTA MYÖS KAUPUNGIN SAIRAALOIDEN JONOHOITAJILLE. <ul style="list-style-type: none"> - Kaupungin sairaaloiden, jonohoitajien ja hoitokoordinaattoriin kuulumiset. - Tuotiin esille ehdotus, että HUS-potilastietojärjestelmä Mirandan luku-oikeudet hankittaisiin myös kaupungin sairaaloiden jonohoitajille. Hoitokoordinaattoriin näitä oikeuksia jo ovat. Tällä tavoin voitaisiin tehostaa ja helpottaa työskentelyä. Asia aletaan selvittämään. - Päivystysten lähetteitä käsittelee monta toimijaa yhtä aikaa, joten päällekkäisyyttä toiminnassa on havaittu. Päällekkäisen työskentelyn välttämiseksi sovittiin uudet viestintä- ja toimintatavat.

		- Navitas-siirtoportaalin käyttötavat, tarkennukset merkintöihin sovittiin yhdessä.
--	--	---

8.3. Lomakehaastattelu

Kyselylomake lähetettiin 14 ammattihenkilölle lokakuussa 2014. Kohde-ryhmänä olivat kaupunginsairaalan (Laakso, Malmi, Herttoniemi ja Suursuo) sisäänotosta vastaavat lääkärit (ylilääkärit, apulaisyliääkärit) ja jonohoitajat. Vastauksia saatiin 11 kpl. Vastausprosentti oli 78,57 %.

8.3.1. Kokemukset potilasohjauksen uudistamisesta

Vastauksista kävi ilmi, että kirurgiset muut-potilasryhmän potilasohjaus koettiin epäjohdonmukaiseksi. Vastaajille oli epäselvää, että mitkä kirurgiset potilaat kuuluvat Suursuon sairaalan vastuulle jatkohoidon järjestämisen suhteen ja mitkä eivät. Käytännössä koettiin tämän potilasryhmän jatkohoitopaikan määrittely erityisen haastavaksi. Vastaajat kokivat, että kirurgiset muut – potilasryhmän potilaat ohjautuvat melko sattumanvaraisesti jatko- hoitoon.

ALKUPERÄISILMAUKSET	PELKISTYS	ALALUOKKA
<p>Kirurgiset muut-ryhmän potilasohjaus on epäselvää ja johdonmukaisuus puuttuu: Mikä kuuluu Suursuolle, mikä ei?</p> <p>Kirurgiset muut – potilaat ovat melko sattumanvaraisesti oikeisiin paikkoihin odottamassa. Käytännön tasolla sovitut asiat eivät toimi.</p>	<p>Kirurgiset muut-potilasryhmän potilasohjaus on epäselvää ja epäjohdonmukaista.</p>	<p>Potilasohjaus on epäjohdonmukaista.</p>

Neurologisten potilaiden potilasohjaus koettiin myös sekavaksi ja haasteelliseksi. Tässä vaiheessa niiden neurologisten potilaiden joukko, jotka kuuluivat kuntoutuksen osaamiskeskuksen (KUNTO) vastuulle, oli vielä rajaa-matta. Tämä tehtiin myöhemmin ja se selkiinnytti potilasohjausta paljon. KUNTO: on hyväksyttävien potilaiden sisäänottokriteerit määriteltiin myös myöhemmin.

Helsingin kaupunginsairaalan erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon suuntautuva potilasohjaus

ALKUPERÄISILMAUKSET	PELKISTYS	ALALUOKKA
Neurologisten potilaiden potilasohjaus on haastavaa ja sekavuutta aiheuttavaa.	Neurologisten potilaiden potilasohjaus on sekavaa.	Potilasohjaus on sekavaa.

Hyväksi asiaksi koettiin kautta linjan se, että potilaiden jatkohoidon suunnitteluun ja sijoittamiseen osallistuvat tahot ovat saaneet olla mukana potilasohjauksen ohjeistuksen suunnitteluvaiheessa.

ALKUPERÄISILMAUKSET	PELKISTYS	ALALUOKKA
On ollut hyvä asia, että potilasohjauksen suunnitteluvaiheessa on ollut mukana / saanut osallistua kaikki tahot, jotka ovat osallisena potilaiden sijoitteluun.	Potilaiden jatkohoidon järjestelyyn osallistujat ovat saaneet olla osallisena suunnitteluvaiheessa.	Suunnitteluun on saatu osallistua.

Potilasohjaukseen liittyvät muutokset ovat tapahtuneet vastaajien mukaan hitaasti. Kaupunginsairaaloissa on eri toimijat ja toisaalta myös erilaiset toimintakulttuurit. Kuitenkin uusiin toimintatapoihin sopeutumisen koettiin tapahtuneen kohtuullisen sujuvasti. Muutokseen sopeutumista koettiin helpottavan sen, että käytännön tasolla tapahtuviin muutoksiin on saanut vaikuttaa jonohoitajien ja hoitokoordinaattorien välisellä tiiviillä yhteistyöllä.

Vastauksista tuli selkeästi ilmi se, että kaupunginsairaaloissa koettiin yhteistyön yli aluerajojen toimivan kokonaisuudessaan paremmin. Tämän ohella alueraja-ajattelun koettiin murentuneen entisestään. Potilasohjauksen uusi profilointi koettiin onnistuneeksi ratkaisuksi. Toisaalta todettiin potilastarjonnan määrän ja laadun (erikoisala) vaihtelevan ja että joustonvara hoitoketjussa puuttuu. Hoitoketjun rauhallisessa tilanteessa on myös tärkeää pitää osastojen vuodepaikat täynnä. Ruuhkatilanteissa taas usein käy niin, etteivät profiilin mukaisia sairaalapaikkoja ole riittävästi eikä potilasohjaus profiileittain aina toteudu.

ALKUPERÄISILMAUKSET	PELKISTYS	ALALUOKKA
<p>Yhteistyö on tiivistynyt sairaaloiden välillä.</p> <p>Alueraja-ajattelu on murentunut entisestään.</p> <p>Potilasohjaukseen liittyvät suuren linjaohjaukset on tehty päätöksinä lääkäritasolla ja sen mukaan on toimittu. Käytännön tasolla muutokset on tehty case manager (hoitokoordinaattorit) – jonohoitajat – akselilla. Muutoksiin on mennyt paljon aikaa, monista toimijoista ja kulttuureista johtuen. Silti uusille urille on päästy kohtuullisen sujuvasti. Toteutukset / linjat / profilointi ovat ok.</p>	<p>Yhteistyö sujuu paremmin kaupungin sairaaloissa ja aluerajat ovat poistumassa.</p> <p>Muutokset tapahtuvat hitaasti, nyt sujuu jo paremmin.</p> <p>Käytännön tasolla on tehty muutoksia.</p> <p>Profilointi on onnistunut.</p> <p>Yhteistyö sujuu.</p>	<p>Yhteistyö yli aluerajojen toimii paremmin.</p> <p>Profilointi on onnistunut.</p>

8.3.2. Yhteistyön kehittäminen sairaaloiden välillä

Vastauksista kävi ilmi, että vastaajat kokivat potilasohjauksen ja työnjaon kaupungin sairaaloiden kesken kaipaavan edelleen selkiyttämistä. Kunkin päivän erikoissairaanhoidosta ja päivystyksistä sijoitettavien määrä tulisi saada selkeään muotoon kaikkien tiedoksi. Toisaalta myös sairaaloiden päivittäin vapautuva ja käytettävissä oleva paikkamäärä tulisi vastausten mukaan saada kaikkien potilasohjaukseen osallistuvien tietoon. Tieto tulisi vastaajien mukaan tuottaa selkeään, strukturoituun muotoon. Informaation jakaminen potilasohjaukseen osallistujien kesken olisi tärkeää.

Vastaajat toivat myös esille sen, että jokaisen hoitoketjussa toimijan (potilasohjaukseen osallistujan) tulisi hahmottaa päivittäinen hoitoketjutilanne ja suunnitella toimintansa siten, että mm. HUS:n siirtoviivemaksuille menevät potilaat saadaan otettua jatkohoitoon ajoissa. Hoitoketjun kokonaistilanteen hallinnan koettiin vastausten mukaan kuuluvan jokaiselle potilasohjaukseen osallistujalle.

Vastaajien mukaan asioita (potilaiden jatkohoitopaikkoja) tulisi suunnitella ennakoivasti myös seuraavan päivän osalta. Potilassiirtoihin, kotiutuksiin ja vointiin voi tulla muutoksia jatkohoitopaikkaa odottaessa, joten ennakoivaa työskentelyä toivottiin suhteessa seuraavan päivän otettavien potilaiden joukkoon.

ALKUPERÄISILMAUKSET	PELKISTYS	ALALUOKKA
<p>Työnjakoa tulisi selkiyttää, etenkin potilasohjausta.</p> <p>Päivän ”kuorma” tulisi lokeroida. Tuottaisimme tiedon toisillemme selkeään muotoon. Eli pakolliset (sakoille menevät), kiireelliset (ppkl odottajat), 2. siirtoviiheväläiset, muut.</p> <p>Jokaisen hoitoketjussa toimijan täytyy hahmottaa päivittäinen hoitoketjutilanne ja toimia sen mukaan. Huomioida siirtoportaalitilanne, Malmin ja Haartmanin päivystykset, sekä kaikkien kaupunginsairaaloiden tilanne.</p>	<p>Potilasohjauksen ja työnjaon selkiennyttäminen.</p> <p>Tiedon tuottaminen selkeään muotoon.</p> <p>Suunnittelu; informaation jakaminen.</p> <p>Jokaisen hoitoketjun toimijan täytyy hallita hoitoketjuajattelu. Kokonaistilanteen ymmärtäminen on tärkeää.</p>	<p>Potilasohjauksen selkiyttäminen.</p> <p>Strukturoitu viestitys.</p> <p>Toisten informointi; tiedottaminen.</p> <p>Hoitoketjun kokonaistilanteen hallinta kuuluu jokaiselle.</p>

Vastauksista nousi esiin jonohoitajien päällekkäisen työn osuus. Työnjako kaipasi vastaajien mukaan selkiennyttämistä etenkin potilasohjaukseen liittyvissä asioissa. Koettiin, ettei tieto siitä, mitä kukin potilasohjaukseen osallistuva tekee, kulje riittävän hyvin toimijoiden välillä. Yhteistyön tiivistäminen sairaaloiden välillä koettiin asiaksi, jota täytyy kehittää. Kuntoutuksen osaamiskeskuksen potilasohjaus koettiin haasteelliseksi. Haasteeksi koettiin erityisesti neurologisten potilaiden kohdalla KUNTO:n arviointiprosessin hitaus. Tämä päätöksenteon hitaus kohdisti vastaajien mukaan paineita erityisesti kaupungin sairaaloista Laakson sairaalaan. Tämä siksi, että potilasohjauksen suhteen näiden ei KUNTO:on menevien potilaiden jatko-hoitopaikaksi on sovittu ensisijaisesti Laakson sairaala. Osa jonohoitajista nosti esiin suurien lähetemäärien käsittelyn haasteellisuuden. Päivittäinen jononhallinta on työlästä ja sekaannuksiakin sattuu. Lisäksi kaivattiin kaupungin sairaaloiden potilasohjaukseen tasapuolisuutta. Yhteistyön tiivistäminen koettiin tärkeäksi asiaksi.

ALKUPERÄISILMAUKSET	PELKISTYS	ALALUOKKA
<p>Päällekkäisen työn karsimista on hyvä miettiä. Työnjakoa tulisi selkiinnyttää etenkin potilasohjauksen suhteen.</p> <p>Yhteistyötä täytyy tiivistää sairaaloiden välillä.</p> <p>Kaupunginsairaaloiden potilasohjaus ei toimi tasapuolisesti. Keskitetyn kuntoutuksen potilasvalinta on melko hämärää. Jos potilas on menossa sakoille, niin sinä päivänä lähete siirtyy meille potilaaksi. Ei se ole yhteistyötä parhaimmillaan.</p> <p>Jonohoitajilla ja lääkäreillä on valtavasti töitä suuren lähetemäärän kanssa. Pitäisi olla ajan tasalla koko ajan 30–50 potilaasta, joista on lähete. Hoitoketjun nykiminen ja ruuhkatilanteet lisäävät sekaannusta. Meitä autetaan usein.</p>	<p>Päällekkäisen työskentelyn karsiminen ja työnjaon selkiinnyttämisen.</p> <p>Yhteistyön tiivistäminen.</p> <p>Potilasohjaus ei toimi tasapuolisesti kuntoutuksen osaamiskeskuksen ja kaupungin sairaaloiden välillä.</p> <p>Suuret lähetemäärät työllistävät ja aiheuttavat sekaannusta.</p>	<p>Työnjaon selkiinnyttämisen.</p> <p>Yhteistyö.</p> <p>Potilasohjausta ja yhteistyötä täytyy kehittää.</p> <p>Työn suunnittelu.</p>

Profiiliosastojen toiminnan tehostaminen ja toiminnan suunnittelu koettiin tarpeelliseksi. Vastauksista nousi esiin huoli potilaiden tasavertaisesta kohtelusta jatkohoidon järjestelyyn liittyvissä asioissa mm. haavapotilaiden kohdalla. Koettiin, että huolellista suunnittelua tarvittaisiin, jotta potilaiden hoitoon pääsy profiilien mukaisille osastoille toteutuisi tasapuolisemmin.

Helsingin kaupunginsairaalan erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon suuntautuva potilasohjaus

ALKUPERÄISILMAUKSET	PELKISTYS	ALALUOKKA
<p>Profiiliosastoille ohjautuu sinne mahtuva määrä potilaita. Ohjautuvatko sinne ne, jotka siitä eniten hyötyisivät? Voitaisiinko profiiliosastoille tehdä sisäisiä lähetteitä, siis takaisin kausan normaaliosastoille? Voisiko haavaosastolta siirtyä normaaliosastolle esim. haavapotilas, jonka haavahoito on yksinkertaistunut ja esim. konsultoivan plastiikkakirurgin tarvetta ei enää ole? Potilaiden kannalta ei ole tasa-arvoista, että haavapotilaiden ensisijainen haavaosastolle pääsyn peruste on alueellinen (postinumero).</p>	<p>Profiiliosastojen toiminnan suunnittelua ja tehostamista tarvitaan.</p> <p>Potilaiden hoitoon pääsyn tasa-arvoisuus.</p>	<p>Profiiliosastojen toiminta kaippaa suunnittelua ja tehostamista.</p>

Yhtenä keinona yhteistyön kehittämiseksi vastauksissa tuotiin esille yhden yhteisen jonon muodostaminen kaupunginsairaaloihin. Vastaajien arvion mukaan se voisi olla kustannustehokkain vaihtoehto ja lisäksi myös vähiten sekaannusta aiheuttavaa. Toisaalta todetaan, ettei kokemusta tällaisesta yhden jonon mallin mukaisesta potilasohjauksesta Helsingissä ole.

ALKUPERÄISILMAUKSET	PELKISTYS	ALALUOKKA
<p>Yksi yhteinen jono kaupunginsairaalaan olisi kustannustehokkain.</p> <p>Jossain vaiheessa varmaan yksi jono tulee olemaan järkevää ja aluevastuullisuus hävitetään kokonaan. Nyt autetaan toista sairaalaa, jos tämä ei itse pysty sijoittamaan.</p>	<p>Yksi jono kaupunginsairaalaan.</p> <p>Aluevastuullisuudesta luopuminen, yksi jono.</p> <p>Toisten auttaminen.</p>	<p>Yksi jono.</p> <p>Aluevastuullisuudesta luopuminen, yhteistyö.</p>

8.3.3. Potilasohjaukseen osallistuvien lääkäreiden ja jonohoitajien yhteistyö

Jononhoidon näkökulmasta osa jonohoitajista joutui käyttämään runsaasti aikaa odottamiseen. Tämä odottaminen koski sairaalan sisäänottoon liittyvää päätöksentekoa. Päätös siitä, että mitkä potilaat otetaan sairaalaan kunakin päivänä, tapahtuu aina lääkärin päätöksellä. Lääkärit ovat usein sidottuja esimerkiksi osastotyöhön, joten päätöksenteko voi viivästyä tämän vuoksi. Vastausten mukaan jonohoitajan työtä helpottaisi näissä tapauksissa, että lääkäri olisi valinnut valmiiksi ns. 2. vaihtoehtoja sisään otettavaksi, mikäli alkuperäinen suunnitelma ei jostain syystä toteudukaan. Kuitenkin vastauksissa todettiin, että kokonaisuudessaan yhteistyö lääkäreiden ja jonohoitajien välillä toimii hyvin. Vastauksissa tuotiin esille toive ns. varajärjestelmän luomiseksi niihin tilanteisiin, jos ylilääkäri ei ehdi ottamaan kantaa jonohoitajan konsultaatioihin.

ALKUPERÄISILMAUKSET	PELKISTYS	ALALUOKKA
<p>Lääkäreillä on paljon muutakin työtä, joten kannanottoa asioihin joutuu odottamaan heidän paluuseen.</p> <p>Lääkärit ovat paljon poissa (kokouksia, osastoilla kiertämistä ja polin vastaanottoja). Ns. kakkosvaihtoehtopotilaita voisi olla enemmän. Eli jos 1. potilas ei tule niin kuka valitaan sitten.</p> <p>Jonohoitajan pitäisi aina voida saada heti kommentti joltain lääkäriltä, jos tulee muutoksia sisään otettavissa tai muuta.</p> <p>Yhteistyö sujuu hyvin. Ylilääkärin poissa ollessa nimetään joku seniorilääkäreistä vastaamaan jonohoitajan konsultaatioihin.</p>	<p>Lääkäreiden kannanottoja joutuu odottamaan, koska he ovat muissa tehtävissä.</p> <p>Jos 1. vaihtoehtopotilas ei tule, niin pitäisi olla varalle valittuna valmiiksi 2. vaihtoehtopotilas.</p> <p>Jononhoitajan tulisi saada päätöksentekoon lääkärin kannanotto nopeasti.</p> <p>Ylilääkärille sijaisen hankkiminen jonohoitajan työn tueksi.</p>	<p>Prosessien kehittäminen.</p> <p>Jonohoitajan työn ja ammattiroolin kehittäminen.</p> <p>Jononhoitajan työn tuki.</p> <p>Jonohoitajan työn taustatuki eri tilanteissa.</p>

8.3.4. Jonohoitajan työn kehittäminen

Vastauksista nousee esiin jonohoidon haasteet ja jonohoitajan suuri työmäärä. Toisaalta tuodaan esiin ammatillisen kehittymisen tarve suhteessa omaan jonohoitajan työhön ja rooliin. Tiukassa jonotilanteessa on myös osattava pyytää apua toisilta. Toisen avun tarvetta oli osalla vastaajista vaikeutta huomata, vaan toivottiinkin aktiivista avunpyytämistä tarpeen vaatiessa.

ALKUPERÄISILMAUKSET	PELKISTYS	ALALUOKKA
Jonohoitajan työmäärä on lisääntynyt vuoden takaisesta. Omassa työssäni pitää kehittyä siirtolistan potilashallinnassa. Mutta jos muuta sairaalat tarvitsevat apua, tarvitsen suoraa avunpyyntöä. Lähetemäärä on suuri.	Jonohoitajien on työmäärä kasvanut. Jonohoitajan siirtolistan potilashallintaan tarvitaan lisää osaamista. Jos joku sairaala tarvitsee apua, täytyy osata pyytää sitä.	Työmäärä on lisääntynyt. Osaamisen kehittäminen. Työn suunnittelu.

Jonohoitajien toivottiin ottavan selkeämmin vastuuta omasta työstään ja kannustettiin myös itsenäisempään päätöksentekoon ja vastuunoton lisäämiseen. Tämä vaatii jonohoitajan osaamisen kehittämistä yhteistyössä sairaalan sisäisestä vastaavan lääkärin kanssa. Tämä olisi tarpeen huomioida myös esimiestyössä. Tavoitteena olisi tällöin itsenäisempi jonohoitajan rooli.

ALKUPERÄISILMAUKSET	PELKISTYS	ALALUOKKA
Yritän rohkaista jonohoitajia ottamaan päivällä potilaita vapautuville paikoille jos lähetteet on jo hyväksytyt. Selvissä tapauksissa ei enää tarvitse odottaa lääkäreitä.	Jonohoitajan työn kehittäminen. Vastuunoton lisääminen.	Osaamisen kehittäminen. Itsenäisempi jonohoitajan rooli.

Tilastoinnin koettiin vievän runsaasti aikaa jonohoitajan perustyöltä, jonohallinnalta. Manuaalinen tilastointi koettiin työlääksi ja toisaalta koettiin myös, että osa tilastoista on turhaa. Jonohoitajat toivoivat että tieto saataisiin suoraan tietojärjestelmistä.

ALKUPERÄISILMAUKSET	PELKISTYS	ALALUOKKA
<p>Tilastointikuvioista mielellään luopuisi. Olisi hyvä jos asiat tulisivat järjestelmistä suoraan.</p> <p>Turha paperitilastointi toivottavasti vähenee.</p> <p>Manuaalinen tilastointi tuottaa paljon työtä.</p> <p>Tilastoista voisın luopua.</p>	<p>Manuaalinen tilastointi vie runsaasti välitöntä työaika.</p>	<p>Manuaalinen tilastointi on työlästä.</p> <p>Osa tilastoista on tarpeettomia.</p>

Vastauksissa todettiin, että Helsingin kaupunginsairaaloissa jonohoidossa on erilaiset käytänteet ja työskentelytavat. Työnkuvat olivat myös erilaiset. Todettiin myös, että toisen työhön tutustumisen kautta voisi oppia jotain uutta. Työkierto osaamisen kehittämisen muotona tuotiin myös vastauksissa esille.

ALKUPERÄISILMAUKSET	PELKISTYS	ALALUOKKA
<p>Eri taloissa jonohoidossa erilaiset käytänteet.</p> <p>Tutustuminen toisten jonohoitajien työhön voisi olla hyödyllistä. Sivusta seuraaminen voisi antaa vinkkejä esim. Pegasoksen tai tietotekniikan käytöstä.</p> <p>Työkierto? Toisten työhön tutustuminen.</p>	<p>Jonohoitajilla erilaiset työskentelytavat.</p> <p>Toisen työhön tutustumalla voisi oppia uutta.</p> <p>Työkierto.</p>	<p>Erilaiset työskentelytavat.</p> <p>Osaamisen kehittäminen.</p> <p>Työkierto.</p>

Aineistosta nousi esiin ajatus kaupunginsairaalan jonohallintaan liittyvän toiminnan säännönmukaistamisesta. Toivottiin yhteisesti sovittua aikataulua ja ilmoitustapaa potilaspaikeilmoituksista aamuisin. Päivän suunnittelusta viestittäminen jonohallintaan liittyen kaikille toimijoille koettiin myös tärkeäksi asiaksi.

Helsingin kaupunginsairaalan erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon suuntautuva potilasohjaus

ALKUPERÄISILMAUKSET	PELKISTYS	ALALUOKKA
Olisi hyvä, että toiminta eri yksiköissä (sairaaloissa) noudattaisi tiettyä säännönmukaisuutta. Esim. potilaspaikkailmoitukset tulisi saada viimeistään tiettyyn kellonaikaan. Samoin päivän suunnitelmista viestittäminen.	Kaupunginsairaaloiden potilasohjauksen ja viestinnän kehittäminen ja yhtenäistäminen.	Yhteiset toimintamallit kaupungin sairaaloiden potilasohjaukseen.

8.3.5. Jonohoitajien ja hoitokoordinaattorien välinen yhteistyö

Vastauksissa ehdotettiin myös jonohoitajien verkostotuntemuksen ja osaamisen hyödyntämistä kotiutusasioissa. Tämä ehdotus koski nimenomaan niitä HUS-siirtoilmoitettuja potilaita, joiden jatkohoidon suunnittelua hoitokoordinaattorit tekevät samanaikaisesti.

ALKUPERÄISILMAUKSET	PELKISTYS	ALALUOKKA
Jonohoitajalla on hyvä verkostotuntemus ja yhteistyötahot ovat tutut. Häntä voisi hyödyntää ajoittain haasteellisissa kotiutuksissakin.	Jonohoitajien osaamista voisi hyödyntää kotiutuksissa.	Osaamisen hyödyntäminen.

Aineiston keruuajana jonohoitajat kirjasivat saapuneet lähetteet Pegasokseen. Kirjaamistavoissa oli kuitenkin eroa sairaaloiden välillä. Osa sairaaloista kirjasi lähetteet Pegasokseen ja osa ei. Päällekkäisyyttä jonohoitajien ja hoitokoordinaattorien työskentelyssä havaittiin. Samoin eri toimijat tarkistivat samoja asioita päällekkäin.

ALKUPERÄISILMAUKSET	PELKISTYS	ALALUOKKA
Lähteiden kirjaaminen Pegasokseen olisi helpompaa, jos hoitokoordinaattorit kirjaisivat riskitiedot ja millä osastolla potilas on lähiaikoina ollut ja laittaisivat tiedot ”satavarmasti” Navitakseen. Tehän teette sen jo, mutta me tuplatarkistamme. Onko tarpeen?	Jonohoitajat ja hoitokoordinaattorit tekevät kirjaamisen suhteen päällekkäistä työtä.	Yhteistyön kehittäminen. Päällekkäisen työn vähentäminen.

Hoitokoordinaattorit perehtyvät potilaiden vointiin ja hoidon tarpeeseen jo siinä vaiheessa, kun potilaat ilmestyvät Navitas-siirtoportaalin pre-listalle (ennakkoilmoitus). Hoitokoordinaattorien tekemät ennakoivat voinnin selvitykset koettiin helpottavan jonohoitajan työtä siten, että potilaista oli tehty alkuarvio jo ennen kuin potilaat olivat siirtovalmiita kaupungin sairaalaan. Vastauksista kävi ilmi, että hoitokoordinaattorien ennakoiva pre-listatyöskentely ei aina välity jonohoitajille. Ts. tähän liittyy paljon sellaista hoitokoordinaattorien tekemää työtä, joka ei ole välttämättä näkyvää.

Hoitokoordinaattorien rooliin ehdotettiin myös muutoksia. Koettiin, että hoitokoordinaattorit voisivat toimia eräänlaisena ohjaajana ja opastajana HUS-osastojen suuntaan. HUS-yksikköjen voisi olla hyödyllistä saada ohjausta ikäihmisen hoidosta kotiympäristössä. Lisäksi toivottiin hoitokoordinaattorien toimivan eräänlaisina kausan käytänteiden tiedottajina HUS:n suuntaan ja tätä kautta yhteistyön kehittäjinä organisaatioiden välillä.

ALKUPERÄISILMAUKSET	PELKISTYS	ALALUOKKA
<p>Kerroitte, että paneudutte paljon pre-listan potilaisiin. Itse olen tukeutunut paljon teidän teksteihin ja niitä lääkäreille joka aamu lukenut. On kivempi kutsua potilas, jonka kunnan tekni olette selvittäneet.</p>	<p>Hoitokoordinaattorien kirjaamiset pre-listan potilaiden voinnista ovat hyödyllisiä.</p>	<p>Hoitokoordinaattorien kirjaamiset ovat hyödyllisiä.</p>
<p>Etukäteinen, pre-listatyöskentely ei näy juuri meille asti, muutoin kuin pienenevinä lähetemäärinä. Ehkä siihen voisi vieläkin enemmän panostaa, mahdollisesti uusilla keinoilla. Esim. HUS:n hidas opettaminen kotipainotteiseen ikäihmisen hoitoon.</p>	<p>Hoitokoordinaattorien pre-listatyöskentely ei ole näkyvää.</p> <p>Uudet keinot käyttöön pre-listatyöskentelyyn: HUS:n ohjaaminen ikääntyneen potilaan hoitoon kotiympäristössä.</p>	<p>Hoitokoordinaattorin työn näkyvyyttä täytyy lisätä.</p> <p>Ennakoivaan työskentelyyn tarvitaan uusia menetelmiä.</p>
<p>Toivoisin, että voisitte enemmän viestittää HUS:n suuntaan kausan käytänteistä.</p>	<p>HUS:n tiedottaminen kaupungin sairaalan käytänteistä.</p>	<p>Yhteistyön kehittäminen HUS:n kanssa.</p>

Vastauksista nousi selkeästi esille työnjaon selkiyttämisen tarve jonohoidon ja hoitokoordinaattorityön välillä.

ALKUPERÄISILMAUKSET	PELKISTYS	ALALUOKKA
Työnjakoa pitäisi selvittää, kuka missäkin tilanteessa hoitaa Navitas-siirtoportaalin potilaiden asioita; soitot, voinnin tarkistukset, reklamointi ym. asiat.	Työnjaon selkiennyttäminen hoitokoordinaattorien ja jonohoitajien välillä.	Työnjakoa pitää selkiennyttää.

Kommunikointi ja viestittäminen jonohoitajien ja hoitokoordinaattorien välillä on muuttunut vuosien mittaan. Todettiin että asiat ovat kehittyneet hyvään suuntaan.

ALKUPERÄISILMAUKSET	PELKISTYS	ALALUOKKA
Vuosien aikana kommunikointi ja viestintä jonohoitajien ja hoitokoordinaattorien välillä on muuttunut kovin. Siirtoportaalin avulla enemmän ja puhelinta yhä vähemmän. Suunta on ollut hyvä.	Viestintä on muuttunut ajan mittaan, mutta suunta on hyvä.	Viestintä toimii paremmin.

Jonohoitajat kokivat, että hoitokoordinaattorien tavoitettavuus on hyvä. Kannanoton tarvittaviin asioihin saa aina joltakin.

ALKUPERÄISILMAUKSET	PELKISTYS	ALALUOKKA
Managerien (hoitokoordinaattori) tavoitettavuus on hyvä, vaikka aina ei olekaan kaikki paikalla. Kuitenkin aina joku ottaa asioihin kantaa.	Hoitokoordinaattorit ovat helposti tavoitettavissa ja ottavat kantaa asioihin tarvittaessa.	Hoitokoordinaattorit on helppo tavoittaa.

Yhteistyö jonohoitajien ja hoitokoordinaattorien välillä toimii. Toisaalta todettiin, että käytäntöjä voidaan aina kehittää paremmin toimiviksi. Yhteisesti sovitut strukturoidut aamusähköpostiviestit todettiin hyväksi toimintatavaksi.

Helsingin kaupunginsairaalan erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon suuntautuva potilasohjaus

ALKUPERÄISILMAUKSET	PELKISTYS	ALALUOKKA
Yhteistyö toimii, varmaan edelleen käytäntöjä voidaan hioa parempaan. Yhteistyö tuntuu toimivan, aamuiset sähköpostiviestit on hyvä systeemi.	Yhteistyö on toimivaa. Aamun sähköpostiviestiketju on toimiva menetelmä.	Yhteistyö ja viestintä sujuvat.

Päivystysten ruuhkatilanteista tiedottamisen jonohoitajat kokivat tärkeäksi asiaksi. Etenkin hoitokoordinaattoritimin pitäminen päivittäisen muuttuvan tilanteen tasalla koettiin tärkeäksi asiaksi yhteistyön kannalta.

ALKUPERÄISILMAUKSET	PELKISTYS	ALALUOKKA
Jonohoitajat voivat tiedottaa päivistyksen paineista hoitokoordinaattoreita; yhteistyöllä (hoitoketjun) kokonaispaine tulee huomioitua.	Hoitokoordinaattoreita tulisi tiedottaa päivystysten paineista.	Yhteistyön kehittäminen. Tiedon jakaminen.

Vastauksista kävi ilmi, että viestintätaitojen kehittäminen koettiin tärkeäksi asiaksi. Lync- ja muita viestintätaitoja haluttiin kehittää.

ALKUPERÄISILMAUKSET	PELKISTYS	ALALUOKKA
Sähköpostia tulee paljon, joten ei kaikkia koskevien viestien karsiminen on tärkeää. Yleisesti viestinnän kehittäminen: Lync, puhelin, sähköposti.	Viestintätaitojen kehittäminen; työvälineet.	Viestintää täytyy kehittää.

Vastauksissa tuotiin myös esiin koordinoivien hoitajien työskentelyn tarve myös virka-ajan ulkopuolella.

ALKUPERÄISILMAUKSET	PELKISTYS	ALALUOKKA
Tarvetta olisi sekä jonohoidon, hoitokoordinaattoritoiminnan että kotiutushoitajienkin työlle virka-ajan ulkopuolellakin.	Potilasohjauksen avainhenkilöjen olisi tarpeen olla paikalla myös virka-ajan ulkopuolella.	Potilasohjaus tulisi toimia myös virka-ajan ulkopuolella.

Vastaajat olivat sitä mieltä, että hoitokoordinaattorien arviointiprosessi itsessään kaipaisi myös tarkastelua. Yhteydenottoa lähettävään HUS-yksikköön toivottiin tapahtuvaksi mahdollisimman pian siirtoilmoituksen saamisen jälkeen eli saman päivän aikana.

ALKUPERÄISILMAUKSET	PELKISTYS	ALALUOKKA
Hoitokoordinaattorin tulisi ottaa mahdollisimman nopeasti yhteys lähettävään yksikköön, viimeistään potilaan ilmestyessä siirtolistalle. Potilaan vointi on tärkeä tieto kaupungin sairaalan sisäänoton kannalta. Potilaita otetaan sairaaloihin jo siirtoilmoituspäivänä.	Hoitokoordinaattorin tulisi olla yhteydessä HUS-osastolle mahdollisimman nopeasti.	Hoitokoordinaattorien arviointiprosessia tulee tehostaa.

Jonohoitaja-hoitokoordinaattorikokoukset koettiin hyväksi asiaksi yhteistyön kehittämisen näkökulmasta. Työnjaon selkiennyttäminen ja päällekkäisyyksien välttäminen saavutetaan säännöllisillä tapaamisilla. Yhteiset toimintamallit ja käytänteet saadaan sovituksi näissä potilasohjauskokouksissa.

ALKUPERÄISILMAUKSET	PELKISTYS	ALALUOKKA
<p>Yhteiset käytännöt saadaan ajan tasalle. Hyviä kokouksia, mutta jonohoitajan työn ohessa hankala järjestää.</p> <p>Todella tärkeää, koska yhdessä työtä tehdään. Sovitaan uusista yhteisistä asioista ja saa kysellä, miten jotkin asiat on aiemmin sovittu, jos on unohtunut.</p> <p>Selkeyttävät työnjakoa, etenkin potilasohjausta.</p> <p>Kokoukset ovat käytäntöjen hiomiseksi ja tarkistamiseksi tarpeellisia. Ehkä on joskus tasaisempiakin aikoja, jolloin tapaamisiakin on ollut harvemmin.</p> <p>Tärkeitä, jotta kaikilla on samat toimintamallit ja sisäänottokäytänteet.</p>	<p>Yhteisistä sisäänottokäytänteistä ja toimintamalleista sopiminen.</p> <p>Työnjaon selkiennyttäminen.</p> <p>Päällekkäisyyden välttäminen.</p>	Yhteistyön kehittäminen.

8.3.6. Yhteistyö hoitoketjulääkärin kanssa

Hoitoketjulääkäriltä toivottiin yhteistyön ja näkyvyyden lisäämistä päivystysten ja HUS:n suuntaan.

ALKUPERÄISILMAUKSET	PELKISTYS	ALALUOKKA
Hoitoketjulääkärin näkyvyyttä olisi hyvä lisätä päivystysten ja HUS:n suuntaan.	Yhteistyö päivystysten ja HUS:n suuntaan.	Verkostoyhteistyön lisääminen.

Hoitoketjulääkäriltä toivottiin aktiivista puuttumista ja väliintuloa hoitoketjussa tapahtuvissa erilaisissa ristiriitatilanteissa. Hoitoketjulääkärille toivottiin myös enemmän päätäntävaltaa mm. niissä tilanteissa, joissa ei päästä yksimielisyyteen kenen vastuulle jokin potilas kuuluu. Lisäksi toivottiin hoitoketjulääkärin ottavan kantaa potilaan siirtokuntoisuuteen yleensä. Vastauksista kävi myös ilmi tyytyväisyys siihen, kun hoitoketjulääkäri on ottanut kantaa erilaisiin asioihin haasteellisissa tilanteissa.

ALKUPERÄISILMAUKSET	PELKISTYS	ALALUOKKA
Huonoina päivinä ja kiistatapauksissa aktiivinen puuttuminen tilanteisiin. Hoitoketjulääkärille päätäntävalta ns. riidoissa, kenelle potilas kuuluu. Kannanotot potilaan siirtokuntoisuudesta. Hienoa, että on saatu hänen kannanottoa ja mukana oloa kinkkisissä tapauksissa.	Aktiivinen puuttuminen ristiriitatilanteisiin.	Sovittelijan / päätöksentekijän rooli.

Hoitoketjulääkäriltä toivottiin aktiivisen toimijan roolia esim. hoitoketjun ruuhkatilanteissa. Verkoston tunteminen koettiin tärkeäksi asiaksi hoitoketjulääkärin työn näkökulmasta.

ALKUPERÄISILMAUKSET	PELKISTYS	ALALUOKKA
<p>Verkoston tuntemus tärkeää, tulisi olla mahdollisuus koko hoitoketjun aktivoimiseen paineessa ja ylipaikkatilanteessa.</p> <p>En tiedä, että kuinka paljon on yhteyksiä hoitoketjun muihin toimijoihin, kuten laitoshoitoon. Sinne pitäisi myös saada painetta potilassiirroissa ylipaikkatilanteessa.</p>	<p>Verkostotuntemus.</p> <p>Hoitoketjun aktivoiminen ylipaikkatilanteessa.</p> <p>Ammattirooli suhteessa hoitoketjuun.</p>	<p>Hoitoketjuasiantuntijana toimiminen tiukassa tilanteessa.</p>

8.3.7. Moniammatilliset potilasohjausfoorumit

Moniammatilliset potilasohjausfoorumit koettiin tärkeäksi eri kokoonpanoilla. Erityisen tärkeäksi tällaiset yhteiset foruumit koettiin hoitoketjun muutostilanteissa.

ALKUPERÄISILMAUKSET	PELKISTYS	ALALUOKKA
<p>Potilasohjausfoorumeita tarvitaan ehdottomasti, keskustelevia foorumeita eri kokoonpanoilla; välillä mukaan esim. päivystysten kotiutushoitajat ja seniorilääkärit.</p> <p>Perusporukalle foorumi ainakin kerran lukukaudessa.</p> <p>Jos tulee ensi vuonna suuria muutoksia, niin tarve on paljon suurempi.</p>	<p>Moniammatillisia, keskustelevia potilasohjausfoorumeita tarvitaan eri kokoonpanoilla etenkin muutostilanteissa.</p>	<p>Potilasohjausfoorumit ovat tarpeellisia.</p>

Potilasohjausfoorumit koettiin tarpeellisiksi myös ennen muutostilanteita. Informaation saaminen ennen varsinaista muutosta auttaa vastaajien mukaan paremmin sopeutumaan muutoksiin. Yhteinen näkemys myös vahvistuu, kun saa riittävästi tietoa tulevasta muutoksesta.

ALKUPERÄISILMAUKSET	PELKISTYS	ALALUOKKA
<p>Ennen muutosten toteuttamista olisi ehkä hyvä katsoa tilannetta. Riippuen muuttuvien asioiden määrästä toki. Ehkä hieman fiilispohjalta, jos tuntuu, että ”pinnan alla kytee”, voisi olla paikallaan palaveerata.</p> <p>Ennemminkin tarvitaan koko hoitoketjun yhteisiä tapaamisia, jolloin toisten toimintamallit ja tarpeet tulevat tietoon.</p> <p>Muutostilanteissa yhteisten toimintamallien luominen on tärkeää.</p>	<p>Potilasfoorumi olisi hyvä pitää ennen muutosten toteuttamista / tarpeen mukaan.</p>	<p>Potilasohjausfoorumi muutoksen tukena.</p>

Moniammatillisten potilasohjausfoorumeiden toteutusaikatauluksi arvioitiin sopivan 1-2 kertaa vuodessa. Tapaamisten toivottiin muodostuvan säännöllisiksi. Nämä foorumit koettiin olevan tarpeellisia sekä yhteistyön kehittämisen että myös viestinnän kannalta.

ALKUPERÄISILMAUKSET	PELKISTYS	ALALUOKKA
<p>Noin 1-2 kertaa vuodessa? Tarpeen mukaan.</p> <p>Tarvitaan 1-2 kertaa vuodessa. Osallistujina voisi olla jonohoitajat, ylilääkärit, hoitokoordinaattorit ja hoitoketjulääkäri.</p> <p>Kerran vuodessa olisi hyvä kokoontua ja kertoa ajankohtaisista asioista hoitoketjussa.</p>	<p>Potilasohjausfoorumin kokoontuminen 1-2 kertaa vuodessa.</p> <p>Ajankohtaisesta asioiden jakaminen.</p>	<p>Potilasohjausfoorumit säännöllisesti.</p> <p>Viestittäminen.</p>

8.3.8. Kokemukset Navitas-siirtoportaalin uudistuksesta

Navitas-siirtoportaalin version vaihto aiheutti vastaajissa ristiriitaisia tunteuksia. Versionvaihdon jälkeen ilmeni teknisiä ongelmia siirtoportaalin toimivuudessa, jonka vuoksi uudistetun ohjelman sisäänajoaika oli haasteellista ja jopa kuormittavaa loppukäyttäjän näkökulmasta. Kuitenkin koettiin, että uudistettu siirtoportaali oli toimivampi ja informatiivisempi työvälineenä kuin aiempi versio. Todettiin myös, että uudistetun työvälineen tekninen haltuunotto on tärkeää jokaisen loppukäyttäjän sujuvan työskenteelyn kannalta.

ALKUPERÄISILMAUKSET	PELKISTYS	ALALUOKKA
<p>Odotukset olivat suuremmat, pieni pettymys. Huono toimintavarmuus harmittaa todella.</p> <p>Alkuun ajoittuneet HUS:n (tietotekniset) ongelmat eivät antaneet täysin objektiivista kuvaa itse Navitaksen toimivuudesta.</p> <p>Käyttökelpoinen työväline.</p> <p>Yleisesti ottaen Navitaksessa on ollut paljon ongelmia.</p> <p>Uudistettu versio on parempi, nyt näkyy aika selvästi, mihin potilaita on suunniteltu ja kuka on ottamassa.</p> <p>Tuntuu vaikealta käyttää.</p>	<p>Uuden Navitas-siirtoportaalin käyttö on aiheuttanut ristiriitaisia tunteita.</p> <p>Ongelmia on vielä, mutta järjestelmän informatiivisuus työvälineenä on parantunut.</p>	<p>Perehdytyksen merkitys.</p> <p>Työvälineen tekninen haltuunotto on tärkeää.</p>

Navitas-siirtoportaalin version vaihdon jälkeen ohjelman toiminnalliset ongelmat olivat aluksi haasteena loppukäyttäjien arjen työssä. Lisäksi uutta työvälinettä oli aluksi hankala hahmottaa, koska työpöytä kaikkine toiminnallisuuksineen oli täysin muuttunut. Uudistettu ohjelma todettiin kuitenkin informatiivisemmaksi loppukäyttäjän kannalta.

ALKUPERÄISILMAUKSET	PELKISTYS	ALALUOKKA
<p>Alkuvaikeuksien jälkeen tuntuu nyt paremmalta. Etusivua pidän edelleenkin vaikeana hahmottaa. Ne kentät joita tarvitsen, ovat kaukana toisistaan, joten en tahdo pysyä rivillä.</p> <p>Uuden Navitaksen siirtoportaali on visuaalisesti sekava ja levoton.</p> <p>Siirtoportaalin päivittämisen jälkeen potilaiden järjestys on muuttunut epäloogiseksi.</p> <p>Klikkauksia täytyy tehdä paljon.</p> <p>Sisäänkirjaustila vanhenee nopeasti.</p> <p>Kommentti- / potilaan vointikenttää on nyt helppo lukea ja sen mukaan tehdä työtään.</p>	<p>Uuden Navitas-siirtoportaalin hahmottaminen on aluksi vaikeaa.</p> <p>Toiminnallisia ongelmia vielä löytyy.</p> <p>Informatiivisuus on hyvä asia.</p>	<p>Uuden työvälineen hahmottamisongelmat.</p> <p>Toiminnalliset ongelmat haasteena.</p> <p>Informatiivisuus.</p>

Yhteisesti sovitut toimintatavat siirtoportaalin käytön ja etenkin sinne tehtävien merkintöjen suhteen todettiin vähentävän puhelimitse tapahtuvan viestinnän tarvetta. Yhteistyön muiden Navitaksen siirtoportaalia käyttävien toimijoiden kanssa todettiin lisääntyneen ja parantuneen.

ALKUPERÄISILMAUKSET	PELKISTYS	ALALUOKKA
<p>Sovimme mielestäni selkeät säännöt viimeisessä kokouksessa Navitas-merkinnöistä. Tämä vähentää soittelujen tarvetta.</p>	<p>Yhteiset säännöt Navitaksen tehtävistä merkinnöistä lisäävät ja parantavat käytettävyyttä.</p>	<p>Yhteistyö, yhteiset pelisäännöt.</p>

9 TULOKSET

9.1. Kyselyn tulokset

Kyselystä saaduissa vastauksissa todettiin, että potilasohjaus on epäjohtonmukaista ja epäselvää. Kirurgiset muut-potilasryhmän hahmottaminen koettiin hankalaksi asiaksi. Pohdintaa aiheutti etenkin se, mitkä potilasryhmät kuuluivat muut kirurgiset ryhmään. Esimerkiksi kuuluuko plastiikkakirurgiset tähän ryhmään, vaiko ei. Samoin neurologisten potilaiden potilasohjaus kuntoutuksen osaamiskeskukseen koettiin haasteelliseksi. Tässä vaiheessa kun kysely tehtiin, niiden neurologisten potilaiden joukko, jotka kuuluvat kuntoutuksen osaamiskeskukseen vastuulle, oli vielä määrittämättä. Nyt tämä määrittely on tehty. Samoin neurologiseen kuntoutukseen hyväksyttävien potilaiden sisäänottokriteerit määriteltiin myöhemmin.

Hyväksi asiaksi todettiin se, että vastaajat olivat saaneet osallistua potilasohjauksen suunnitteluun. Hyvänä asiana pidettiin päivitetyn Navitas-siirtoportaalin yhteisistä käyttötavoista yhdessä sopiminen yhteistyökokouksissa. Todettiin myös, että kaupunginsairaalassa on eri toimijat, historia ja toimintakulttuurit. Potilasohjaukseen liittyvät muutokset tapahtuivat vastaajien mukaan hitaasti. Sopeutumisen uusiin toimintatapoihin koettiin tapahtuneen kuitenkin kohtuullisen sujuvasti. Muutoksiin sopeutumista koettiin helpottaneen käytännön tasolla sen, että muutoksiin on saatu vaikuttaa jonohoitajien ja hoitokoordinaattorien tiiviillä yhteistyöllä.

Yhteistyön kaupungin sairaaloiden välillä todettiin sujuvan kokonaisuudessaan paremmin kuin aikaisemmin. Alueraja-ajattelun todettiin murentuneen siten, että nyt toimittiin paremmin yli aluerajojen. Potilasohjausprofilointi koettiin onnistuneeksi ratkaisuksi. Toisaalta todettiin potilastarjonnan määrän ja laadun (erikoisala) vaihtelevan. Todettiin myös, että joustonvara hoitoketjussa puuttuu. Ruuhkatilanteissa käy usein niin, ettei profiilin mukaisia sairaalapaikkoja ole riittävästi. Hoitoketjun rauhallisissa tilanteissa on taas tärkeää pitää osastojen vuodepaikat täynnä.

Vastaajat kokivat potilasohjauksen ja työnjaon sairaaloiden kesken kaipaavan edelleen selkiyttämistä. Vastauksissa painotettiin, että jokaisen hoitoketjussa toimijan / potilasohjaukseen osallistuvan tulee hahmottaa päivittäinen hoitoketjutilanne siten, ettei esimerkiksi siirtoviivemaksuja pääse syntymään. Hoitoketjun kokonaistilanteen ymmärtämisen ja hallinnan koettiin kuuluvan jokaiselle potilasohjaukseen osallistuvalla. Kyselyssä tuotiinkin esille ajatus strukturoituun muotoon tuotetun informaation tuottamisesta potilasohjauksen parissa työskenteleville toimijoille. Tämä teema nostettiin esille jonohoitaja-hoitokoordinaattorikokouksissa. Yhteistyössä toimijoiden kanssa strukturoitu informaatiotaulukko suunniteltiin toimijoiden tarpeita vastaavaksi informaation jakamisen työvälineeksi.

Vastaajien mukaan työnjako kaipaa selkiyttämistä etenkin jonohoitajien potilasohjaukseen liittyvissä asioissa. Jonohoitajien työssä todettiin olevan päällekkäisyyttä. Todettiin myös, ettei tieto eri toimijoiden välillä kulje riittävän hyvin. Yhteistyön kehittäminen sairaaloiden välillä koettiin tärkeäksi asiaksi. Kuntoutuksen osaamiskeskukseksi kuuluva neurologisten potilaiden läheteiden arviointiprosessin hitaus koettiin yhdeksi kehittämisalueeksi, koska tämä kohdisti paineita erityisesti Laakson sairaalaan. Tämä siksi, että näiden ei neurologiseen kuntoutukseen menevien potilaiden jatkohoitopaikaksi on sovittu ensisijaisesti Laakson sairaala. Laakson sairaalaan kohdentuva suuri lähetemäärä koettiin vastauksissa haasteelliseksi. Osa vastaajista nosti esiin jonohoidon ennakoivan suunnittelun näkökulman. Potilassiirtoihin, kotiutuksiin ja potilaan vointiin voi tulla muutoksia jatkohoitopaikkaa odottaessa, joten ennakoivaa työskentelyä suositeltiin seuraavan päivän otettavien potilaiden sisäänoton suunnittelun suhteen.

Profiiliosastojen toiminnan tehostaminen koettiin tarpeelliseksi. Vastaajilla oli huoli potilaiden tasavertaisesta kohtelusta jatkohoitopaikkojen järjestylyyn liittyen esimerkiksi haavapotilaiden kohdalla. Pohdintaa aiheutti myös se, ohjautuvatko profiiliosastoille ne potilaat, jotka hyötyisivät eniten profiiliosaston osaamisesta ja asiantuntemuksesta. Vastauksissa tuotiin esille huolellisen suunnittelun merkitys, jotta potilaiden hoitoon pääsy toteutuisi tasapuolisemmin. Yhtenä keinona potilasohjauksen ja yhteistyön kehittämiseksi ehdotettiin yhden yhteisen jonon muodostamisen kaupungin sairaaloihin. Vastaajat arvioivat, että tämä yhden jonon menetelmä voisi olla kustannustehokkain vaihtoehto. Lisäksi menetelmän arvioitiin aiheuttavan vähiten sekaannuksia ja vähentävän päällekkäistä työskentelyä. Toisaalta todettiin, että kokemusta yhden jonon mallin mukaisesta potilasohjauksesta ei Helsingissä ole.

Vastauksista kävi ilmi, että yhteistyö lääkärin ja jonohoitajien välillä toimii hyvin. Yhteistyön kehittämisideaksi tuotiin esille ns. varajärjestelmän luominen niihin tilanteisiin, jossa lääkäri ei ehdi ottamaan kantaa jonohoitajan konsultaatioihin. Jonohoitajan työssä käytettiin aikaa odottamiseen koskien etenkin sairaalan sisäänottoon liittyvää päätöksentekoa. Suuret lähetemäärät toivat myös haasteita jonohoitajan työhön. Toisaalta tuotiin esiin jonohoitajan ammatillisen kehittymisen tarve. Jonohoitajan toivottiin ottavan enemmän vastuuta omasta työstään. Lisäksi jonohoitajia kannustettiin itenäisempään päätöksentekoon ja vastuunoton lisäämiseen. Jonohoitajan ammattiroolin kehittäminen vaatii osaamisen kehittämistä yhteistyössä sisäänotosta vastaavan lääkärin kanssa. Mahdolliset työnkuvan muutokset ja itenäisemmän ammattiroolin vahvistamissuunnitelmat tulisi myös huomioida esimiestyössä. Vastauksissa tuotiin myös esiin, että Helsingin kaupungin sairaaloissa jonohoidossa on erilaiset toimintatavat ja käytänteet. Lisäksi jonohoitajien työnkuva poikkesi kaupungin sairaaloissa toisistaan. Työkierto tuotiin esiin yhtenä jonohoitajan ammatillisen osaamisen kehittämisen muotona.

Tilastoinnin koettiin vievän runsaasti aikaa jonohoitajan perustyöltä, jonohallinnalta. Manuaalinen tilastointi koettiin työlääksi ja osan tilastoista todettiin olevan turhia. Kaupungin sairaaloissa tilastointia tehtiinkin eri tavoin ja eri määriä. Ainoa tilasto, jota kaikki tekivät, oli hoitoketjutilasto (HOIKE-tilasto). Tilastointia on tämän toimintatutkimuksen aikana kehitetty ja osa ns. turhista tilastoista on poistettu käytöstä.

Jonohoitajien ja hoitokoordinaattorien työssä havaittiin päällekkäisyyttä. Samoja asioita tarkistivat usein sekä jonohoitajat että hoitokoordinaattorit. Työnjakoa toivottiin selkiytettävän jonohoitajien ja hoitokoordinaattorien välillä. Vastaajat ehdottivat myös jonohoitajien verkostotuntemuksen ja osaamisen hyödyntämistä mm. kotiutusasioissa. Tämä ehdotus koski HUS-siirtoilmoitettuja potilaita, joiden jatkohoidon suunnittelua hoitokoordinaattorit tekivät samanaikaisesti. Hoitokoordinaattorien rooliin ehdotettiin myös muutoksia. Tuotiin esille, että hoitokoordinaattorit voisivat toimia HUS-osastojen suuntaan eräänlaisena ohjaajana ja opastajana. Hoitokoordinaattorien toivottiin toimivan myös kaupungin sairaaloiden käytänteiden tiedottajana erikoissairaanhoidon suuntaan. Tätä kautta yhteistyötä voitaisiin vastaajien mukaan myös kehittää organisaatioiden välillä.

Hoitokoordinaattorien tekemä ennakoiva pre-listapotilaiden voinnin selvittely koettiin helpottavan jonohoitajan työskentelyä. Potilaille oli tehty alkuarvio jo ennen kuin he olivat siirtovalmiita kaupungin sairaalaan. Toisaalta koettiin, ettei hoitokoordinaattorien ennakoiva työskentely aina välity jonohoitajille eli työskentely ei ollut aina näkyvää. Hoitokoordinaattorit saattoivat kotiuttaa potilaita jo pre-listavaiheessa, eikä potilaasta välttämättä koskaan tullut siirtoilmoitusta kaupungin sairaalaan. Vastaajat toivat myös esiin ajatuksen hoitokoordinaattorien arviointiprosessin tarkastelusta. Hoitokoordinaattorien toivottiin ottavan yhteyttä lähettävään HUS-yksikköön mahdollisimman pian siirtoilmoituksen saapumisen jälkeen eli saman päivän aikana.

Jonohoitajien ja hoitokoordinaattorien välisen viestinnän koettiin kehittyneen hyvään suuntaan vuosien mittaan. Jonohoitajat toivat esille sen, että hoitokoordinaattorien tavoitettavuus oli hyvä. Kannanottoa vaativissa asioissa saa aina jonkun hoitokoordinaattorin kiinni. Myös yhteistyön kokonaisuudessaan koettiin toimivan hyvin hoitokoordinaattorien ja jonohoitajien välillä. Erityisesti yhteisesti sovitut strukturoidut aamusähköpostiviestit koettiin hyväksi asiaksi. Päivystysten ruuhkatilanteista tiedon saattamisen kaikille potilasohjaukseen osallistuville koettiin hyväksi asiaksi. Koettiin erityisen tärkeäksi asiaksi yhteistyön kannalta se, että myös hoitokoordinaattorit saavat ajantasaista tietoa päivystysten ja kaupungin sairaaloiden tilanteesta. Viestintätaitoja haluttiin myös kehittää edelleen esim. LYNC:in käytön suhteen. Lisäksi todettiin koordinoivien hoitajien läsnäolotarve myös virka-ajan ulkopuolella.

Jonohoitaja-hoitokoordinaattorikokoukset koettiin hyväksi asiaksi yhteistyön kehittämisen kannalta. Päällekkäisyyksien välttäminen ja työnjaon selkiennyttäminen saavutetaan säännöllisillä tapaamisilla. Yhteiset toimintamallit ja käytänteet saadaan sovittua potilasohjauskokouksissa.

Hoitoketjulääkärin roolin suhteen esitettiin toivomus yhteistyön ja näkyvyyden lisäämisestä HUS-yksiköiden ja päivystysten suuntaan. Hoitoketjulääkäriltä toivottiin myös aktiivisen puuttujan roolia suhteessa hoitoketjun ristiriitatilanteisiin. Hänelle ehdotettiin myös enemmän päätäntävaltaa haasteellisten tilanteiden ratkaisijan roolissa. Erityisen tyytyväisiä oltiin siihen kun hoitoketjulääkäri oli ottanut kantaa haasteellisissa tilanteissa erilaisiin asioihin. Hoitoketjulääkäriltä toivottiin aktiivista koordinoijan roolia hoitoketjun ruuhkatilanteissa. Verkoston tuntemus koettiin myös hoitoketjulääkärin rooliin kuuluvaksi ominaisuudeksi.

Moniammatilliset foorumit koettiin tärkeiksi etenkin hoitoketjun muutostilanteissa. Informaation saaminen ennen varsinaista muutosta auttaa vastaajien mukaan sopeutumaan ja valmistautumaan paremmin muutoksiin. Samalla myös yhteinen näkemys vahvistuu, kun kaikki toimijat saavat saman informaation samanaikaisesti. Yhteisten toimintamallien luominen koettiin myös tärkeäksi asiaksi. Moniammatillisten potilasohjausfoorumeiden toteutumisen toivottiin tapahtuvan säännöllisesti, 1-2 kertaa vuodessa. Foorumien tarpeellisuutta perusteltiin yhteistyön kehittämisen ja ajankohtaisen viestinnän tehostamisen kannalta tärkeänä asiana.

Navitas-siirtoportaalin version vaihto aiheutti vastaajissa ristiriitaisia tunteuksia. Siirtoportaalin toimivuudessa oli version vaihdon jälkeen ongelmia. Siirtymävaihe koettiin myös kuormittavaksi loppukäyttäjän näkökulmasta katsottuna. Kuitenkin lopuksi todettiin, että uudistettu siirtoportaali oli käyttäjäystävällisempi ja toimivampi kuin vanha versio. Vastauksissa painotettiin että uudistetun työvälineen tekninen haltuunotto on tärkeää jokaisen loppukäyttäjän sujuvan työskentelyn kannalta. Alkukahakuuksien jälkeen uudistettu Navitas-siirtoportaali todettiin myös informatiivisemmaksi toimijoiden kannalta. Yhteisesti jonohoitaja-hoitokoordinaattorikokouksissa sovitut toimintatavat Navitas-siirtoportaalin käytön ja sinne tehtävien merkintöjen suhteen todettiin helpottavan työskentelyä sekä vähentävän puhelimitse tapahtuvan viestinnän tarvetta. Kokonaisuudessaan yhteistyön Navitas-siirtoportaalia käyttävien toimijoiden kanssa todettiin lisääntyneen ja parantuneen.

9.2. Havainnointikäyntien tulokset

Potilasohjaus tapahtuu kaupunginsairaaloissa lääkärijohtoisesti siten, että lääkäri hyväksyy kaupunginsairaalaan sisään otettavaksi tarjottujen potilaiden lähetteet. Lääkäri ja jonohoitaja työskentelevät työpareina.

Havainnointikäynneillä kävi selvästi ilmi että jokaisella jonohoitajalla on roolissaan erilainen työnkuva. Itse jonohoitajan perustyö eli kaupungin sai-

raalan sisään ottajana toimiminen lääkärin työparina oli pääpiirteissään samanlainen pieniä eroavaisuuksia lukuun ottamatta. Jonohoitajan työnkuva kuitenkin vaihteli huomattavasti eri sairaaloissa. Jonohoitajan rooli oman tehtävänsä asiantuntijana oli muodostunut kyseisen sairaalan tarpeita vastaavaksi. Jonohoidon ohella suoritettavat erityistehtävät vaihtelivat taloittain. Osalla jonohoitajista oli perustyön ohella hoidettavia erityistehtäviä, kuten esim. Pegasos-pääkäyttöä, käyttöoikeuksien myöntäminen eri tietojärjestelmiin ja Pegasos-kouluttajana toimiminen. Osa näistä erityistehtävistä vei myös merkittävän osan varsinaisesta jonohoidosta koskevasta työstä. Toisaalta kaikilla jonohoitajilla ei kuitenkaan ollut tällaisia perustyön ohessa suoritettavia erityistehtäviä.

Jonohoitajan työn haastavuutta lisäsi suuren käsiteltävän lähetemäärän lisäksi lukuisten tilastojen ylläpitäminen. Laakson sairaalassa jonohoitaja teki lukumääräisesti eniten tilastoja verrattuna muihin kaupungin sairaaloihin. Merkille pantavaa on se, että osa näistä tilastoista ei mennyt eteenpäin minnekään. HOIKE-tilastoa tehtiin jokaisessa kaupungin sairaalassa. Lisäksi tehtiin myös tilastoja, jotka olivat talokohtaisia tai erikseen tehtäväksi sovittuja tilastoja. Tilastointia on kuitenkin yhtenäistetty tämän toimintatutkimuksen aikana.

Laakson sairaalassa jonohoidosta ja potilasohjausta hoitaa kaksi jonohoitajaa. Työskentelyn haasteellisuutta lisäävät Laakson sairaalan suurin käytettävissä oleva sairaansijamäärä ja lähetemäärät. Jonohoitajien vaihtuessa keskellä työviikkoa vapaapäivältä tulleella menee ensimmäisenä työpäivänä aikaa, ennen kuin hän pääsee orientoitumaan kyseisen päivän / työviikon tilanteeseen. Jonohoitajan ollessa poissa ja toisen jonohoitajan ollessa työssä hoitoketjussa ja potilasohjauksessa tapahtuu koko ajan erilaisia asioita, jolloin toisen työn jäljiltä täytyy päästä orientoitumaan päivän tilanteeseen mahdollisimman nopeasti.

Lääkäri hyväksyy / hylkää läheteen ja tekee päätöksen siitä, mitkä potilaat otetaan sairaalan jonoon. Jonohoitaja ehdottaa vaihtoehtoja kullekin päivälle sisään otettavista potilaista. Jonohoitaja ei kuitenkaan aina tee päätöstä kutsua potilas vapautuneelle paikalle, vaikka lähete olisikin jo hyväksytty jonoon. Tässäkin oli vaihtelua taloittain. Joissakin tapauksissa lääkärin tehtyä jo päätöksen sairaalan jonoon ottamisesta, jonohoitaja saattoi myös tehdä itsenäisen päätöksen siitä, kenet hän kutsuu jatkohoitoon vapautuneelle sairaalapaikalle. Toisessa sairaalassa sisäännotosta myös jo hyväksytyjen läheteiden osalta päättää aina lääkäri. Ts. jonohoitajan rooli päätöksentekijänä sairaalaan sisäännoton suhteen eri sairaaloissa oli erilainen.

Päivittäinen sairaalan paikkatilanne kartoitettiin soittamalla aamuisin osastoille. Malmin sairaala poikkesi tässä paikkatilanteen kartoitusmenettelyssä muista kaupungin sairaaloista. Jonohoitaja saa osastojen päivittäisen paikkatilanteen sähköisestä taulukosta. Tähän taulukkoon sairaalan osastot merkitsevät vapautuvat paikat päivittäin klo 8.30 mennessä. Tällöin jonohoitajan ei tarvitse soittaa aamuisin osastoille ja aikaa säästyy. Jonohoitajan tehtäviin kuuluu myös päivystyksen päivittäisen tilanteen kartoittaminen. Osa

Jonohoitajista katsoi ainoastaan oman sairaalansa alueen päivystyksen tilanteen. Osa jonohoitajista puolestaan kävi päivittäin läpi kaikkien kaupungin sairaaloiden osastojen, päivystysten ja erikoissairaanhoidon jonon tilanteen.

Pääsääntöisesti kaikki jonohoitajat kokivat jonohoitajien ja hoitokoordinaattorien välisen arkiamuisin lähetettävän sähköpostiviestiketjun hyvänä asiana. Tällä tavoin saatiin tietoa muiden sairaaloiden ja hoitokoordinaattorien tilanteesta ja avun tarpeesta. Puhelimitse tapahtuvaa viestintää jonohoitajien välillä oli vaihtelevasti. Malmin, Suursuon ja Herttoniemen sairaaloiden välillä oli päivittäistä puhelimitse tapahtuvaa viestintää. Laakson sairaalan ja näiden kolmen välillä ei ollut tällaista päivittäistä puhelinkontaktia, vaan viestintä oli satunnaista ja tarvelähtöistä.

Sairaala, kuntoutus, hoivan strategiaan linjauksiin liittyvä tavoite siirtoviihemaksujen välttämiseksi oli tuttu asia kaikille. Tavoitteeseen pyrittiin sitoutumaan.

Sitoutumista ”sakottomuuteen” kuvattiin eri tavoin:

- ”Sakkoja pyritään välttämään ehdottomasti!”
- ”Sakkoja ei saa tulla!”
- ”Sakottomuuden tavoite tiedostetaan arjessa ja siihen on sitouduttu.”
- ”Sairaala, kuntoutus, hoiva-osaston osastopäällikön viesti sakottomuuden vaatimuksesta muistetaan erittäin hyvin! Olemme sitoutuneet ehdottomaan sakottomuuden vaatimukseen.”
- ”Sakoille menevät potilaat yritetään saada otetuksi, jos mahdollista.”

9.3. Jonohoitaja- / hoitokoordinaattorikokoukset

Jonohoitajakokoukset pidettiin ajalla 17.5.2013 – 22.9.2015 yhteensä kuusi kertaa. Näissä kokouksissa läsnä olivat jonohoitajat, hoitokoordinaattorit ja hoitoketjulääkäri mahdollisuuksien mukaan. Lisäksi kutsuttiin koolle potilasohjauksen yhteistyöfoorumi 27.5.2015. Paikalla olivat tuolloin kaupungin sairaaloiden ja kuntoutuksen osaamiskeskuksen sisäänotosta vastaavat lääkärit, hoitoketjulääkäri, jonohoitajat ja hoitokoordinaattorit.

Jonohoitajakokouksissa käsiteltiin suunnitelmallisesti potilasohjaukseen liittyviä asioita. Rinnalla kulki tutkimuksen alkuvaiheessa Navitas-siirtoportaalin jatkokehittäminen, johon tutkija osallistui. Tutkija koordinoi myös versionvaihtoa edeltävästi Navitas-siirtoportaalin käytön testaukset jonohoitajilla ja hoitokoordinaattoritöissä. Jonohoitajakokouksissa sovittiin yhdessä potilasohjaukseen liittyvistä käytännön asioista pyrkien samalla yhtenäistämään potilasohjaukseen liittyvää kaupunginsairaaloiden toimintaa. Kokouksissa sovittiin Navitas-siirtoportaalin yhteisistä merkintätavoista. Lisäksi sovittiin kaikille toimijoille Navitas-kirjaamisen yhteinen terminologia, jotta informaation tulkinnanvaraisuus saataisiin vähenemään. Navitas-versionvaihdon jälkeen toimijoille järjestettiin Navitas-siirtoportaalin käyttökoulutus järjestelmän kehittäjän kautta.

Jonohoitajakokouksissa käsiteltiin myös Sairaala, kuntoutus ja hoiva-osaston strategisia tavoitteita liittyen potilasohjaukseen. Kokouksissa tuotiin esille HUS-siirtoviivemaksujen välttämisen tärkeys, joka on myös yksi strategisista tavoitteista. Lisäksi keskusteltiin Helsingin hoitoketjujen sujuvoittamiseen liittyvästä erikoissairaanhoidon siirtoviiveiden minimoimisesta. Korostettiin, että on potilaan edun mukaista, että jatkohoidon suunnittelu ja toteutus tapahtuu mahdollisimman lyhyillä siirtoviiveillä. Näissä kokouksissa korostettiin myös yhteistyön merkitystä eri toimijoiden välillä.

Jonohoitajakokouksissa alettiin myös kehittää suunnitelmallisesti toimijoiden keskinäistä viestintää. Päätettiin hankkia potilasohjaukseen osallistuville toimijoille LYNC-oikeudet, joiden avulla viestintä helpottui ja toiminta tehostui. Myös puhelintyöskentelyn tarve vähentyi. LYNC:n käyttöä varten kaupunki järjesti myös koulutuksen. Päivittäistä jonohoitajien ja hoitokoordinaattorien välistä viestintää haluttiin myös tehostaa ja kehittää siten, että jokaiselle toimijalle tulisi tietoa kunkin sairaalan paikkatilanteesta, päivystysten ruuhkista, avun tarpeesta sekä hoitokoordinaattorien käytössä olevasta paikkamäärästä. Viestinnän tehostamisen välineeksi päätettiin kehittää tällaisen strukturoidun aamuraportin välineeksi valmis taulukkopohja, johon jonohoitajat merkitsevät edellä mainitut asiat. Lisäksi hoitokoordinaattorit suunnittelivat ja toteuttivat oman taulukon, jolla ilmoitetaan päivittäinen ostopalvelupaikkatilanne.

Hoitokoordinaattoreilla oli ollut jo aiemmin laajennetut Pegasos-oikeudet, jolloin pystyttiin seuraamaan kaikkien kaupungin sairaaloiden ja päivystysten tilannetta päivittäin. Nyt ehdotettiin ja myös otettiin käyttöön samat laajennetut Pegasos-oikeudet myös jonohoitajille. Tällä tavoin mahdollistettiin yhteistyön kehittäminen ja tehostaminen toimijoiden ja yksiköiden välillä edelleen. Tavoitteena on myös yhteisvastuullisuuden lisääminen kaupunginsairaaloiden toimijoiden kesken pidemmällä tähtäimellä.

Toukokuussa 2014 pidetyssä ensimmäisessä moniammatillisessa potilasohjausfoorumissa ehdotettiin HUS-potilaiden jatkohoidon järjestämistä viimeistään 2. karenssipäivänä. Tällä tavoin pystyttäisiin vähentämään siirtoviivepäiviä ja sujuvoittamaan potilaan jatkohoitoon siirtymistä. Lisäksi todettiin, että tähän 2. karenssipäivän sisäänottokäytäntöeseen siirtymällä saataisiin jatkohoidon järjestämiseen joustonvaraa esimerkiksi hoitoketjun ruuhkatilanteissa. Toisin sanoen tällöin ei tarvitsisi elää ns. ”veitsen terällä” jatkuvassa sakonuhassa (siirtoviivemaksu), koska 3. karenssipäivänä HUS-osasto voi tehdä erikoisalasiirron, jollei kunta pysty tarjoamaan potilaalle jatkohoitopaikkaa. Samassa kokouksessa hoitokoordinaattorit ilmoittivat ottavansa käyttöön ennakoivan työotteen. Tällöin hoitokoordinaattorit alkaisivat selvittää myös pre-listalla olevien HUS-potilaiden vointia ja hoidon tarvetta. Pre-listalla olevista potilaista ei siis ole tehty vielä jatkohoitolaheuttettua kuntapuolelle. Ajatuksena tässä oli poimia näistä ennakoilmoitetuista mahdolliset kotiutuskuntoiset jo etukäteen. Esimerkiksi vanhustenkeskuksissa asuvat ikäihmiset pyritään kotiuttamaan erikoissairaanhoidosta suoraan omaan kotiin, mikäli se suinkin hoidollisesti on mahdollista.

Jonohoitajakokouksissa vahvistettiin myös hoitoketjuajattelua käymällä keskustelun kautta asioita läpi mm. potilaan hoidon jatkuvuuden turvaamisesta yli organisaatorajojen ja hoitoketjun sujuvoittamista yhteistyön keinoin. Yhteisvastuullisuutta potilasohjauksessa ja potilasvalinnoissa pyrittiin tuomaan esille. Lisäksi arvioitiin jonohoitajien ja hoitokoordinaattorien välistä yhteistyötä, sekä pohdittiin kehittämisalueita, työnjakoon liittyviä asioita ja kaikkien toimijoiden osaamisen hyödyntämistä mahdollisimman tehokkaasti.

Viimeisessä hoitokoordinaattorikokouksessa sovittiin päivystysten läheteiden käsittelystä hoitokoordinaattorien ja jonohoitajien kesken etenkin niissä tapauksissa, kun hoitokoordinaattori ohjaa potilaan jatkohoitoon kaupungin sairaalan sijaan ostopalvelupaikalle. Tässä kokouksessa tuotiin myös esille se, että HUS-potilastietojärjestelmä Mirandan lukuoikeudet hankittaisiin myös kaupungin sairaaloiden jonohoitajille. Hoitokoordinaattoreilla nämä oikeudet jo on. Hoitokoordinaattoritimin käytössä on myös yksi HUS:n kannettava tietokone, jossa em. tietojärjestelmä on käytettävissä. Toistaiseksi Miranda-potilastietojärjestelmää ei ole ollut mahdollista käyttää Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden työssä, mutta tämä asia on parhaillaan työn alla.

Navitas-siirtoportaalin käyttöön liittyviä käytön tarkennuksia ja päivityksiä on käyty läpi kaikissa jonohoitaja-hoitokoordinaattorikokouksissa. Näissä kokouksissa on myös joka tapaamisella käyty läpi kaupungin sairaaloiden kuulumisia, hoitoketjun toimintaan liittyviä asioita sekä hoitokoordinaattoritimin kuulumiset mm. HUS / kaupungin sairaalat-rajapintaan liittyen.

10 JOHTOPÄÄTÖKSET

Potilasohjauksessa on tämän toimintatutkimuksen toteutuksen aikana otettu käyttöön uusi toimintamalli, joissa potilaat ohjataan jatkohoitoon ja kuntoutukseen kaupunginsairaalan profiiliosastoille. Selkeät potilasohjauksen ohjeistukset potilasprofiilien mukaisesti on laadittu kaupunginsairaalan toimesta. Näiden muutosten ohella potilasohjausta on viimeksi päivitetty lokakuussa 2015 moniammatillisessa hoitoketjukokouksessa. Tällöin tuotiin esille Helsingin hoitoketjun prosessinomistajuus liittyen HUS:sta kaupunginsairaaloihin liittyvään sisäänottoon. Tähän päätökseen liittyy vahvasti työnjakoon ja vastuualueisiin liittyviä asioita, jotka puolestaan helpottavat ja selkiyttävät potilasohjauksen suunnittelua ja toteutusta toimijoiden kesken.

Helsingin hoitoketjuissa tehdään ajoittain muutoksia, joilla on vaikutusta myös potilasohjaukseen. Tässä tutkimuksessa kävi ilmi, että yhteistyötapaamiset potilasohjaukseen osallistujien kesken ovat tärkeitä yhteisistä pelisäännöistä sopimisen ja toiminnan kehittämisen kannalta. Kokouksissa sovitut asioita on hyvä läpikäydä ja päivittää säännöllisesti. Jos toimintaympäristössä on tapahtunut tai on tapahtumassa muutoksia, yhteistyökokousten järjestäminen on erityisen merkityksellistä. Yleisten hoitoketjuissa ta-

pahtuvien toiminnan muutosten vaikutukset ulottuvat usein potilasohjaukseen ja siihen osallistuvien toimijoiden arjen työhön aiheuttaen paineita myös käytännön toimintatapojen korjaamisen suhteen. Onkin tärkeää sopia tarvittavat korjausliikkeet suoraan toimijoiden kesken mahdollisimman joustavasti ja lyhyellä viiveellä. Hoitoketjukokoukset / potilasfooromit ovatkin kaupunginsairaaloiden potilasohjaukseen osallistuvien tärkeitä verkostotapaamisia, joissa on mahdollista päivittää ja jakaa hoitoketjuihin liittyvää informaatiota ja sopia yhdessä hoitoketjuun ja potilasohjaukseen liittyviä käytänteitä.

Yhteistyökokouksissa säännöllisten tapaamisten myötä strategisiin tavoitteisiin sitoutuminen potilasohjauksen suhteen on parantunut. Säännöllisesti toteutetut jonohoitaja- / hoitokoordinaattorikokoukset ovat myös hedelmällisiä toiminnan kehittämisen kannalta. Merkityksellistä on myös se, että potilasohjaukseen osallistuvat tahot ovat saaneet vaikuttaa käytänteisiin yhteistyökokouksissa. Moniammatilliset fooromit / hoitoketjukokoukset koettiin erityisen merkityksellisiksi hoitoketjun muutostilanteissa. Koettiin että toimijoiden yhteinen näkemys vahvistuu, kun kaikki toimijat saavat saman informaation samaan aikaan ja asioista voidaan käydä yhteistä keskustelua. Yhteistyötapaamiset toimivat myös yhteisiin tavoitteisiin sitouttamisen keinona.

Navitas-siirtoportaalin versionvaihto on edellyttänyt sitoutumista ja hyvää yhteistyötä potilasohjaukseen osallistuvien käytännön toimijoiden taholta. Potilasohjaukseen osallistuvat käytännön toimijat ovat myös saaneet osallistua ja vaikuttaa toimintatutkimuksen aikana Navitas-siirtoportaalin jatkokehittämiseen välillisesti. He ovat myös osallistuneet siirtoportaalin käyttöönottovaiheessa ohjelman testaukseen loppukäyttäjän roolissa. Tämä kaikki on osaltaan vahvistanut toimijoiden roolia oman työnsä asiantuntijana, koska jokaisella toimijalla (jonohoitajat, hoitokoordinaattorit) on ollut mahdollisuus vaikuttaa oman työvälineen, Navitas-siirtoportaalin käyttöominaisuuksiin. Navitas-siirtoportaalin käyttö- ja merkintätavat on tärkeää jatkossakin päivittää säännöllisesti yhteisesti toimijoiden kesken. Toimintatapojen päivitys ja tarkistus olisi tärkeää tehdä säännöllisesti esimerkiksi 2-4 kertaa vuodessa tai aina tarpeen vaatiessa.

Toimiva informaation kulku potilasohjaukseen osallistuvien toimijoiden välillä on tärkeää. Viestinnän ja tiedon tarve potilasohjaukseen osallistuvien kesken on päivittäistä ja usein toistuvaa, joten on tärkeää että viestintä on myös suunniteltu siten, että se on mahdollisimman helppoa ja sujuvaa. Näin saadaan myös työaika säästettyä. Tämän toimintatutkimuksen aikana potilasohjaukseen osallistuvien keskinäiseen päivittäin tapahtuvaan viestintään on kiinnitetty erityistä huomiota. Päivittäinen kaupunginsairaaloiden paikkatilanne on saatu nyt strukturoituun muotoon helposti luettavaan taulukkoon. Samoin hoitokoordinaattoritiimin käytössä oleva paikkatilanne tuotetaan taulukkopohjalle. Päivittäinen paikkatilanne, päivystysten tilanne ym. arjen toiminnan tunnusluvut viedään nyt sovitusti kaikkien potilasohjaukseen osallistujien tietoon sähköpostiviestiketjun välityksellä arkaamui-

sin. Myös yksikön mahdollinen avun tarve kirjataan tähän viestiin. Informaation kulku on nyt tehostunut uusien menetelmien käyttöön otolla entisten rinnalle. Lisäksi viestinnän helpottamiseksi käyttöön otettu LYNC-viestintämahdollisuus vähentää puhelimella tapahtuvan viestinnän tarvetta. Kokonaisuudessaan viestinnän tehostaminen helpottaa toimijoiden mahdollisuutta saada paremmin kokonaiskuva Helsingin hoitoketjun kokonaistilanteesta.

Tutkimuksessa kävi ilmi, että työnjako jonohoitajien kesken kaipasi selkiyttämistä ja kehittämistä. Vaikka viestintää etenkin jonohoitajien ja muidenkin toimijoiden välillä on kehitetty, niin kehittämistarpeita on edelleen etenkin jonohoitajien keskinäisen tiedonkulun ja yhteistyön suhteen. Vaikka potilasohjaus on selkiintynyt senkin vuoksi, että jonohoitoon osallistuvien toimijoiden määrä on vähentynyt, niin kehittämistarpeita on edelleen olemassa. Tutkimuksessa esiin tuota yhden jonon vaihtoehto on myös asia, jota kannattaa varmasti jatkossa selvittää.

Tutkimuksessa nousi esiin myös jonohoitajien esiintuoma suuri työn määrä. Jonohoitajien työn määrää on vaikea vertailla, koska heidän työnkuvansa ja tehtävänsä vaihtelivat suuresti sairaaloittain. Saapuneiden läheteiden määrä ei myöskään anna todenmukaista kuvaa jonohoitajan työn määrästä, koska kaikkia jonossa olevia potilaita ei voida ottaa sairaalaan sisään samana päivänä kun lähete saapuu. Sairaaloissa vapautuu päivittäin vaihteleva määrä sairaansijoja. Toisin sanoen niinä päivinä kun sairaalasta kotiutuu tai muuten poistuu runsaasti potilaita, jonohoitajan työmäärä voi kasvaa nopeasti, kun sairaalaan samana päivänä sisään otettavia potilaita on paljon. Näitä jonohoidon ns. ruuhkahuippuja varten olisi perusteltua kehittää toimintamalleja, jolloin kiireiset tilanteet saataisiin hoidettua mahdollisimman sujuvasti.

Tutkimustuloksissa nousi myös esiin sisäänotosta vastaavien lääkäreiden ja jonohoitajien yhteistyön kehittämisen tarve. Yhteistyö sinällään toimi vastaajien mukaan hyvin, mutta haasteeksi koettiin jonohoitoon liittyvän toiminnallisen kehittämisen osuus. Jonohoitajan työhön saattoi sisältyä runsaasti odottelua. Sairaalan sisäänotosta vastaavaa lääkäriä saatettiin odottaa pitkiäkin aikoja, jotta saatiin potilaan sairaalaan sisäänottoon tarvittava päätöksenteon tuki. Kaikki vastaajat eivät tuoneet tällaista ongelmaa ilmi vastauksissaan. Tähän asiaan liittyi selkeästi jonohoitajan ammatillisen kehittymisen tarve sekä vastuullisemman roolin ottaminen omassa työssään. Tämä ammattiroolin ja osaamisen kehittäminen vaatii esimiehen tukea jatkossa. Lisäksi vastaajien itse esiin nostama toisen työhön tutustuminen ja työkierto voisivat olla yksi keino jonohoitajan ammattiroolin kehittämiseen.

Tutkimuksen tuloksista kävi ilmi, että jonohoitajien ja hoitokoordinaattorien työssä havaittiin olevan päällekkäisyyttä. Näitä päällekkäisyyksiä on pyritty vähentämään yhteistyökokouksissa. Vastaajat ehdottivat myös jonohoitajien verkostotuntemuksen ja osaamisen hyödyntämistä jatkossa. Tämä seikka jää jatkossa yhdeksi kehittämisalueeksi. Samoin tuotiin esille joita-

kin muutoksia hoitokoordinaattorien työhön. Esitettiin että hoitokoordinaattorit voisivat toimia HUS-yksikköjen suuntaan eräänlaisina opastajina ja ohjaajina. Samoin toivottiin, että hoitokoordinaattorit toimisivat kaupungin sairaaloiden käytänteiden tiedottajina erikoissairaanhoidon suuntaan. Tämä toive otetaan huomioon jatkossakin. Toisaalta on todettava, että tämä HUS-tiedottaminen on ollut osa hoitokoordinaattorien perustyötä jo vuosien ajan. HUS-yhteistyön jatkokehittäminen on kuitenkin tärkeää jatkossakin.

Hoitoketjulääkäriltä toivottiin erityisesti näkyvyyttä HUS-yksiköiden ja päivystysten suuntaan. Hoitoketjulääkärin rooli koettiin myös tärkeäksi erityisesti monissa hoitoketjun ristiriita- ja ongelmatilanteissa. Hoitoketjulääkäriltä kaivattiinkin aktiivisen puuttujan roolia ja näkyvyyttä yhteistyössä. Kuitenkin rajanveto siihen, että mitkä asiat kuuluvat hoitoketjulääkärin vastuulle ja mitkä puolestaan kaupunginsairaalan johtajalääkärille, on haastavaa. Verkostojen tuntemus ja verkostotyö koettiin myös tärkeäksi osaksi hoitoketjulääkärin työtä. Hoitoketjujen rajapinnassa toimiminen etenkin HUS-yksiköiden ja kaupunginsairaaloiden välillä hoitoketjulääkärin näkyvyys on tärkeää. Erikoissairaanhoidon puolella suhtaudutaan myönteisesti hoitoketjulääkärin mukanaoloon verkostotyössä ja hänen läsnäoloaan myös odotetaan yhteistyötapaamisissa.

Tämän toimintatutkimuksen tulokset osoittivat, että Helsingin kaupunginsairaaloiden erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon suuntautuva potilasohjausta on mahdollista kehittää ja yhtenäistää säännöllisten yhteistyötapaamisten kautta. Siirtoviiveitä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon voidaan lyhentää säännöllisten tapaamisten ja yhteistyössä tapahtuvan toiminnan suunnittelun avulla. Strategisiin tavoitteisiin sitouttamista on mahdollista edistää verkostotapaamisissa ja tätä kautta estää siirtoviivemaksujen syntymistä. Potilasohjaukseen osallistuvien on tärkeää koontua säännöllisesti tarvittaessa eri kokoonpanoissa hoitoketjun tarpeiden mukaisesti. Tutkimuksessa kävi myös ilmi se, että potilasohjauksen kehittämisen tulee olla jatkuva prosessi johtuen hoitoketjuissa ja koko toimintaympäristössä tapahtuvista muutoksista.

Tämän toimintatutkimuksen jatkokehittämisideaksi nostaisin seuraavia asioita. Helsingin kaupunginsairaaloiden erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon suuntautuva potilasohjausta tulisi kehittää tehostamalla yhteistyötä Laakson ja Suursuon sairaaloiden välillä. Yhteistyötä näiden sairaaloiden sisäänotosta vastaavien lääkäreiden välillä olisi hyvä edistää. Potilasohjaukseen osallistuvien jonohoitajien toimintamalleja tulisi yhtenäistää ja heidän keskinäistä yhteistyötään kehittää. Lisäksi jonohoitajien ja hoitokoordinaattorien välistä yhteistyötä tulee jatkossa myös kehittää siten, että päällekkäisiä työskentelyvaiheita saataisiin edelleen minimoitua. Siinä vaiheessa kun HUS-potilastietojärjestelmän käyttömahdollisuus saadaan jokaisen jonohoitajan ja hoitokoordinaattorin työpisteelle, täytyy yhteiset toimintatavat sopia uudelleen. Jonohoitajille täytyy luonnollisesti järjestää tässä vaiheessa perehdytys ja koulutus tähän HUS:n potilastietojärjestelmään.

11 POHDINTA

Tämän toimintatutkimuksen alkuvaiheessa vuonna 2013 potilasohjaus tapahtui vielä alueittaisen mallin mukaisesti. Potilasohjaukseen osallistuvien sisäänotosta vastaavien lääkäreiden ja jonohoitajien vastualueet eivät olleet kovin selvät ja monenlaisia sekaannuksiakin potilasohjauksessa tapahtui. Jonohoitajan työnkuva, asiantuntijan rooli ja asiantuntijuuden taso olivat jokaisessa kaupungin sairaalassa erilaiset. Yhteiset toimintamallit potilasohjauksen suhteen puuttuivat ja potilasohjauksen prosessit olivat kokonaisuudessaan epäselvät. Organisaation strategiset tavoitteet eivät olleet arjessa näkyviä, joten sitoutuminen niihin oli vaihtelevaa. Käytänteet potilasohjauksen suhteen olivat epäselvät ja paljon sekaannuksia sattui. Myös osaamisen kehittäminen oli vaihtelevaa ja arjen työn tuki puuttui. Jonohoitajien keskinäinen yhteistyö oli vähäisempää ja joidenkin välillä sitä ei ollut kuin satunnaisesti. Yhteistyö kaupungin sairaaloiden lääkäreiden välillä oli lähinnä tarvelähtöistä. Suunnitelmallisuus potilasohjauksessa ei ollut näkyvää ja ennalta sovittujen linjojen mukaista. Viestintä ja tiedon kulku toimijoiden välillä oli kokonaisuudessaan puutteellista, sekavaa ja satunnaista. Navitas-siirtoportaalien käyttö oli epäjohdonmukaista, eikä yhteisiä käytänteitä ollut sovittuna toimijoiden välillä.

Kokonaisuudessaan prosessit ja potilasohjaus ovat selkiintyneet tämän toimintatutkimuksen aikana samalla kun on siirrytty potilasprofiilien mukaiseen potilasohjauksen malliin. Sekä kaupunginsairaalan jonohoitajien että myös hoitokoordinaattorien työn näkökulmasta potilaan jatkohoitopaikan suunnittelu on helpottunut, silloin kun jatkohoitopaikkana on kaupunginsairaala. Toiminnan ja yhteistyön kehittämisen tulisi olla jatkossakin jatkuva prosessi. Tevameri (2010, 235) toteaa tutkimuksessaan, että prosessimaisen toiminnan organisointi voi aiheuttaa sairaalaorganisaatiossa monia organisatorisia haasteita, jotka tulisi tunnistaa organisaatiosuunnittelun yhteydessä. Toimiva yhteistyö kaupunginsairaaloiden sisäänottajien ja hoitokoordinaattoriin välillä edellyttääkin säännöllisiä ja suunnitelmallisia tapaamisia yhteistyön merkeissä. Toimijoiden roolit ja tehtäväkuvat tulee selkiyttää ja päivittää tarpeen mukaan prosesseissa. Prosessiajattelun kehittäminen HUS- jonottajien sisäänoton suhteen on nyt edennyt pitkän harppauksen. Tämän ohella strategiset tavoitteet tulee olla kaikkien potilasohjaukseen osallistuvien toimijoiden tiedossa. Toimijoiden sitouttaminen strategiaan tavoitteisiin vaatii suunnitelmallista toimintaa, säännöllisiä tapaamisia eri foorumeilla sekä johdon vahvan taustatuen.

Sairaalaorganisaatioissa prosessimaiset toiminnot olisi tärkeää olla kuvattuna ja että niille olisi myös nimetty prosessinomistajat. Prosessinomistajien tehtävänä on seurata osaltaan prosessiensa tuloksia. Tätä kautta toimintaa voidaan myös kehittää laadukkaammaksi ja tehokkaammaksi kautta linjan. (Vrt. Tevameri 2010, 224; Aaltonen ym. 2008, 70–71.) Prosessimaista toimintaa suunniteltaessa kehittämistyö tulisi aloittaa prosessien tunnistamisella ja kuvaamisella. Prosessien tunnistamisvaiheessa on olennaista rajata prosessit muista asiaan kuulumattomista prosesseista. (Vrt. Virtanen &

Wennberg 2005, 116; Tevameri 2010, 224.) Helsingin kaupunginsairaalassa hoitoketjun prosessinomistajuus on nyt määriteltä. Haastetta hoitoketjun prosessimaista toimintaa toteutettaessa sairaalaorganisaatiossa voi liittyä itse työnkulkuun suhteessa potilaaseen / asiakkaaseen. Prosessin kohteena on ihminen, jolla on meneillään oma väliintuloa ja hoitoa vaativa tilanne. Riskinä onkin, että tällainen prosessinomainen hoitopolkuajattelu voi mahdollisesti jopa vaikeuttaa potilaan yksilöllistä hoidon suunnittelua ja toteutusta. (ks. Tevameri 2010, 225.) Asiakslähtöisyyden huomioiminen potilaan hoitopolkua suunniteltaessa olisikin aina otettava huomioon.

Hoitoketjun prosessinomistajuus, sekä sen mukanaan tuomat vastualueet ja työnjako ovat myös osaltaan toimineet potilasohjausta selkiyttävänä ja rauhoittavana tekijänä. Vastuupäivät 0-1 on nyt vastuutettu hoitokoordinaattoreille. Hoitokoordinaattoreille on tällä tavoin taattu työrauha potilaan hoidon tarpeen arvioon ja sopivan jatkohoitopaikan selvittelyyn. 2. karenssipäivästä eteenpäin vastuussa ovat kaupunginsairaalan ylilääkärit ja jonohoitajat. Tässä kirjatussa ohjeessa ei kuitenkaan ole mainittu sitä potilasjoukkoa, joiden kotiutusta hoitokoordinaattorit pyrkivät edistämään ja selvittämään vielä 2-3 karenssipäivän aikana. Olisi ollut hyvä kirjata ylös ns. kotiutusrauha hoitokoordinaattoreille näiden kotiutuskandidaattienkin kohdalla, joiden kotiutusmahdollisuutta suoraan HUS-yksiköstä vielä tässä vaiheessa selvitetään. Olisi potilaan edun mukaista päästä suoraan omaan kotiin erikoissairaanhoidosta, jos se suinkin on vaan hoidollisesti mahdollista. Tämän asian merkitys korostuu etenkin ikääntyneiden muistisairaiden kohdalla.

Jonohoitajien ammattiroolin ja ammatillisen osaamisen kehittäminen nousivat esiin tässä tutkimuksessa. Jonohoitajien rooli kaupunginsairaalassa oli muodostunut kussakin erilaiseksi, kunkin sairaalan tarpeita vastaavaksi. Osalla jonohoitajista tehtävään kuului jonohallinnan ohella erityistehtäviä. Näitä erityistehtäviä ei kaikissa sairaaloissa ollut. Toisaalta myös sisään otettavat potilasmäärät, sekä potilasryhmien luonne (mistä potilas on siirtymässä jatkohoitoon) ja profiilit (erikoisalut) vaihtelevat. Jokaisella jonohoitajalla on varmasti osaamista, jota voisi jakaa toisille. Toisen työhön tutustumalla voisi myös saada uudenlaista lähestymistapaa omaan työhönkin. Työkierron kautta olisi myös mahdollista saada tukea omaan ammattirooliin. Toisen toimijan työhön tutustumisen kautta voisi myös vahvistaa jonohoitajien keskinäistä yhteistyötä. Myös kokonaiskuva Helsingin kaupunginsairaalan toiminnasta selkiintyisi tällä tavoin.

Potilasohjauksen haasteena ovat edelleen hoitoketjujen rajapinnat ja mahdollisten väliinputojien löytäminen. Kaupunginsairaalan potilasohjauksen ja hoitokoordinaattoritoiminnan rajapinnat tulisi avata vielä tarkemmin suhteessa erikoissairaanhoidon, päivystystoimintaan, kotisairaalaan ja kotihoitoon. Olisi tärkeää selvittää ja dokumentoida kuka tekee mitäkin, miten, missä ja milloin. Toimijoiden toimintatavat ja vastualueet olisi tärkeää mallintaa siten, että mahdolliset väliinputajat esim. kotiutustilanteissa jäisivät minimiin. Huoli siitä, että tavoitettavko palvelut kattavasti mm. näissä

kotiutustilanteissa sairaalasta kotiutuvan potilaan kohdalla aina, on aiheellinen. Potilaslähtöisesti tarkastellen katkeamaton hoitoketju potilaan hoitoon saapumisesta kotiutumiseen saakka, sekä hoidon jatkuvuuden turvaaminen kotiutumisen jälkeen ovat kriittisiä hoidon suunnittelun painopiste-alueita tulevaisuudessakin.

Prosessien johtamisen näkökulmasta tulisi ottaa huomioon toistuvat organisaatiomuutokset ja niiden vaikutukset henkilöstöön ja välillisesti myös koko hoitoketjuun ja itse potilaaseen. Toiminnan suunnittelu, muutosten ennakointi ja aikatauluttaminen ovat tärkeä osa potilasohjauksen prosessien johtamista. Toimijoiden varhainen tiedottaminen muutoksesta ja sen sisältö-alueita ja vaikutuksista tulee huomioida prosessien johtamistyössä. Työntekijöiden kouluttaminen muuttuvissa tilanteissa on myös keskeisellä sijalla. Hyvin suunniteltu muutos on kustannustehokasta. Myös aikaa säästyy ja muutos on hallitumpaa hyvän suunnittelun myötä. Henkilöstön sitouttaminen organisaation strategiaan tavoitteisiin etenkin muutostilanteessa on tärkeää. Strategiset tavoitteet tulisi avata toimijoille yksityiskohtaisesti kertomalla ne hyödyt ja edut mitä tämä sitouttaminen mahdollisesti voi parhaimmillaan tuottaa. Myös mahdolliset haasteet tulee avata toimijoille rehellisesti. Strategiaan tavoitteisiin sitouttaminen tulee kohdentua koko organisaatioon esimiestyön avulla läpi koko organisaation.

Tiedon kulun ja viestinnän kehittäminen muuttuvassa ja hektisessä potilasohjaukseen liittyvässä arjessa on tärkeää. Vaikka merkittäviä muutoksia tämän toimintatutkimuksen aikana on tehtykin, niin kehittämisen tarvetta on edelleen. Muun muassa lukuisat tietojärjestelmät tuottavat toimijoille runsaasti informaatiota, mutta tieto on hankalasti koottavissa eikä kaikilla keskeisillä toimijoilla ole esim. käyttöoikeuksia kaikkiin työn kannalta tärkeisiin tietojärjestelmiin. Tulevaisuudessa suuret odotukset kohdistuvatkin Apotti-toiminnanohjausjärjestelmän käyttöönottoon tulevaisuudessa. Tämän tietojärjestelmän voi olettaa helpottavan monen toimijan työstä siten, että aikaa säästyy, prosessien hallinta helpottuu ja työvaiheet kevenevät ja vähenevät.

Tuleva Sote-uudistus tulee aiheuttamaan toteutuessaan muutos- ja kehittämispaineita potilasohjaukseen ja hoidon järjestämiseen muun muassa koko pääkaupunkiseudulla. STM:n (2016/2) tiedotteessa ministeri Rehula esittää, että sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen myötä sote-palvelut jatkossa irrotetaan kuntapohjasta, sosiaali- ja terveysterveystoimet kootaan tiiviiksi kokonaisuudeksi ja tätä kautta rakennetaan toimivia palveluketjuja. Käytettävissä olevat resurssit pitäisi tuolloin pystyä hyödyntämään entistä paremmin. Sosiaali- ja terveydenhuollon integraation merkitys korostuu ja integraation toteutuminen edellyttää puolestaan moniammatillista ajattelua. Tiukka erottelu perus- ja erikoissairaanhoidon välillä tullaan purkamaan. Palveluketjut tulisikin rakentaa siten, että liikkeellä lähdetään aidosti ihmisen eli asiakkaan/potilaan tarpeista. Prosessien johtamisen näkökulmasta käsin tarkasteltaessa tulisi arvioida tarkasti muutosten vaikutusta hoitoket-

juihin nimenomaan potilaslähtöisesti. Potilaan hoidon jatkuvuuden turvaaminen uudessa sote-mallissa tulee olemaan yksi potilasohjauksen tulevaisuuden haasteista.

LÄHTEET

Aaltonen, J., Fyhr, N., Käpyaho, K., Mäkelä, L., Mäkijärvi, M. & Rautiainen, V. 2008. Ihannesairaala, Visioita ja valintoja. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2008. Helsinki: Edita Prima.

Ala-Nikkola, M & Sipilä, J. 2015. Yksilökohtainen palveluohjaus (case management) .- Uusi ratkaisu palvelujen yhteensovittamisen ikuisiin ongelmiin. Viitattu 25.6.2015. http://www.researchgate.net/publication/267969827_YKSILKOHTAINEN_PALVELUOHJATUS_%28_CASE_MANAGEMENT_%29__UUSI_RATKAISU_PALVELUJEN_YHTEENSOVITTAMISEN_IKUISIIN_ONGELMIIN

Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.

Anttinen, H., Isomeri, R., Hyvärinen, M., Excell, S., Mäki, S., Ahlroos, I., Vepsäläinen, M. & Kuula, K. 2008. Lonkkamurtumapotilaan jatkohoito akuuttisairaalan vuodeosastolla. Hoitoprotokolla. Helsingin kaupungin terveyskeskus. Versio 31.3.2008.

Aro H. 2009. Päivitystä lonkkamurtumapotilaiden Käypä Hoito –suositukseen ja hoitoketjuihin. Suomen Lääkärilehti 2009/1-2, 12.

Apajalahti, A. 2007. Helsingin suuri hoitoketjuprojekti. Ylilääkäri Kristina Backlundin haastattelu. Helsingin lääkärilehti. 2/2007.

Backlund, K., Göös, K., Leppä, N. & Tapaus, P. 2011. Hoitoketjuprojekti. Tilastollinen loppuraportti 2007. Versio 21.9.2011.

Baranowski, K. 2009. Clinical pathways help hospices improve care. Hospital Home Health 26 (7). Journal article. Nursing online / USA.

Brander, P. & Salinto, S. 2009. Astman hoitoketju toimii edelleen hyvin. Suomen lääkärilehti 64 (8), 712 -718.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Finlex 28.12.2012/980. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Viitattu 27.5.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Franssila-Kallunki, A. 2015. Kaupunginsairaalat 5.11.2015. Ehdotus uudeksi potilasohjaukseksi HUS:n siirtolistan potilaille. Diaesitys: Potilasohjausohje HUS-siirtolistapotilaille. Helsinki. 4.3.2015. Sosiaali- ja terveysvirasto. Sairaala, kuntoutus, hoiva. Viitattu 8.5.2015.

Gemmel, P. & Vandaele, D. & Tambreur, W. 2007. Hospital process orientation (HBO): The development of a measurement tool. Working paper. Universitet Gent. 2007/480.

Hakala, M., Malmivaara, A., Eskelinen, J., Toivonen, U., Haapala, J., Valjakka-Heimola, M., Mikkelsen, M. & Häkkinen, U. 2014. Kuntoutusosaston perustamisen vaikutus lonkkamurtumapotilaiden hoitotuloksiin. Suomen Lääkärilehti 5/2014, vsk 69. Viitattu 28.8.2014. <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000040636>

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2014. Siirtoviivekäytäntö ja siirtoviiveiden raportointi ja laskutus. Ohje. 18.11.2014.

Helsingin kaupunki 2015. Viraston esittely 5.6.2015. Sosiaali- ja terveystieteiden virasto. Viitattu 9.1.2016. <http://www.hel.fi/www/sote/fi/esittely/>

Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden virasto 2014. Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden viraston strategiasuunnitelma vuosille 2014-2015. Viitattu 2.2.2014. www.hel.fi/static/sote/julkaisut/Sote_strategiasuunnitelma2014_2016.pdf

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Helsinki University Press.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Holmberg-Marttila, D. & Valvanne, J. 2011. Hoitoketjut toimiviksi potilaan ketjuiksi. Suomen Lääkärilehti 32/2011 vsk 66. Pääkirjoitus. Viitattu 28.2.2014. <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000036085>

Honkanen, J-P. 2014. Siirtoviiveet saatiin hallintaan. Suomen lääkäri-lehti 15/2014. VSK 69.

Huovinen T. & Rovio E. 2007. Toimintatutkija kentällä. Teoksessa: Heikkinen H., Rovio E. & Syrjälä L. (toim.) Toiminnasta tietoon: toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 2. tark. p. Helsinki: Kansanvalistus-seura, 94–111.

HUS 2009. HUS:lle merkittävä kansainvälinen tunnustus potilastietojen jakamisesta. Viitattu 12.12.2015. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,46,827,17669,29302>

HUS-logistiikka 2011. Ortopedis-traumatologisten potilaiden ja aivoverenkiertohäiriöpotilaiden jatkokuntoutuksen järjestäminen. Hankekuvaus. HUS-logistiikka. Versio 10.6.2011.

HYKS 2011. Raportti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteisistä lonkkamurtumapotilaiden palveluketjun sujuvoittamiseen liittyvistä piloteista. Ennakkoilmoituten tehostamisen vaikutus hoitoviivepäiviin. Kartoitus erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa marraskuussa 2010 hoidetuista lonkkamurtumapotilaista, heidän hoitopaikoistaan ja – ajoistaan. HYKS-sairaanhoidoalue. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Operatiivinen tulosityksikkö. 17.02.2011.

Häkkinen, U. & Jonsson, PM. 2009. Harnessing diversity of provision. Häkkinen, U. & Jonsson, PM. 2009. Teoksessa: Magnussen J., Vrangbaek, K. & Saltman, RB. 2009. Nordic Health Care Systems. Recent Reforms and Current Policy Challenges, 109-213, European Observatory on Health Systems and Policies Series.

Jolkkonen, J. 2015. Helsingin sosiaali- ja terveysvirasto. Helsingin sosiaali- ja terveysvirasto ja hoitoketjut. Yhteistyöllä potilaan parhaaksi – Helsingin hoitoketjut-koulutuspäivä. Helsinki. 26.11.2015. Helsingin kaupunki & Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Koulutuspäivän diaesitys. Viitattu 9.1.2016. <http://helmi/sote/Sivut/default.aspx>

Jonsson, PM & Virtanen, M. 2013. Miten valinnanvapaus voidaan toteuttaa terveydenhuollossa. Suomen Lääkärilehti 33, 1990-1993.

Jämsen, E. 2009. Kokonaistilanne huomioitava murtumapotilaiden hoidossa. Suomen Lääkärilehti 3/2009, 143.

Järvimäki, V. & Vuorinen, E. 2012. Terveyskeskus, sairaala vai koti – Miten saattohoito tulisi järjestää Suomessa? Finnanest 45 (5) / 2012.

Kaarlola, A. 2013. Seurantaraportti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteisen lonkkamurtumapotilaan palveluketjun kehittämistä vuosina 2011-2013. Piloteissa todettujen kehittämistarpeiden toteutuminen ja jatkotoimenpidetarpeet. Seurantaraportti. HYKS-sairaanhoidoalue. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Operatiivinen tulosityksikkö. 17.04.2013.

Kaarna, T. 2005. Hoitoketjujen kustannusten, ajan ja laadun ohjausmalli. Lappeenranta teknillinen yliopisto. Diplomityö.

Kananen, J. 2014. Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä? Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 185. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino Oy. Juvenes Print.

Karjalainen, Asko (2002). Mitä benchmarking-arviointi on? Oulun Yliopisto. Verkkodokumentti. Viitattu 16.11.2011. www oulu.fi/w5w/benchmarking/bm.RTF

Karlöf, B. ja Lövingsson, F.H. 2007. ReOrganization. Berlin: Springer-Verlag.

Keogh, K. 2014. Care pathway must meet needs of diverse communities. News. Nursing Standard 21/2014. Vol. 28.

Ketola, E., Mäntyranta, T., Mäkinen, R., Voipio-Pulkki, L-M., Kaila, M., Tulonen-Tapio, J., Nuutinen, M., Aalto, P., Kortekangas, P., Brander, P. & Komulainen, J. 2006. Hoitosuosituksista hoitoketjuiksi. Opas hoitoketjujen laadintaan ja toimeenpanoon. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.

Kiireettömään hoitoon pääsy. Valtakunnallinen valvontaohjelma 2012 - 2014. Valvontaohjelmia 8:2012. ISSN 2242-2587 (Verkojulkaisu). Helsinki 2012. Viitattu 27.1.2014. www.valvira.fi/files/tiedostot/h/o/Hoitoonpaasyn_valvontaohjelma.pdf

Klemola, L., Saranto, K., Ensio, A. & Kivekäs, E. 2006. Lonkka- ja sydänpotilaiden hoitoketjun toimivuus ja niiden kehittäminen henkilökunnan näkökulmasta. Suomen lääkärilehti 61 (23), 2519- 2523.

Koivula, Liisa (2015). AVH:n ehjä hoitoketju säästäisi rahaa. AVH - Aivoverenkiertohäiriöiden erikoislehti. Aivoliitto 1/2015.

Korhonen, K. & Lepäntalo, M. 2012. Ongelmahaavojen hoitoketjun kehittäminen tehostaa hoitoa ja tuo säästöjä. Lääkärilehti. 2012(43). Viitattu 28.2.2014.

Saatavissa myös Fimnet-tietokannassa: <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000038368>

Kuula, Arja 2006: Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Käyttösuunnitelma 2013. Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden virasto 12.2.2013. Viitattu 25.6.2015. http://helmi/Sote/osastot/talous_ja_tukipalvelut/johtaminen/Documents/Käyttösuunnitelma_2013_yhteenvedo-12.2.2013_ltk_muutoksilla.docx

Käyttösuunnitelma 2015. Viitattu 22.6.2015. http://www.hel.fi/static/public/hela/Sosiaali_ja_terveyslautakunta/Suomi/Paatos/2014/Sote_2014-12-16_Sotelk_25_Pk/F03DA60A-A758-4FD0-92C4-1901CC4CDBE2/Liite.pdf

Laamanen, K. & Tinnilä, M. 2002. Prosessijohtamisen käsitteet. Terms and concepts in business process management. MET-julkaisuja nro 6/2002. Tampere: Tammerpaino Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Viitattu 27.1.2014. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920785>

Lepäntalo, M., Ahokas, T., Heinänen, T., Heiskanen-Kuisma, K., Hietanen, H., Iivanainen, A., Iso-Aho, M., Juutilainen, V., Tukiainen, E., Sane, T., Valtonen, V. & työryhmä 2009. Haavapotilaan hoitopolku HYKS:n sairaanhoitoalueella. *Duodecim* 2009; 125:457-465.

Lillrank, P., Kujala, J. & Parvinen, P. 2004. Keskeneräinen potilas. *Terveydenhuollon tuotannonohjaus*. Jyväskylä: Talentum Media Oy.

Luojukoski, T. 2008. Satakunnan sairaanhoitopiirin SALPA-hanke. Loppuraportti 2004-2007. Satakunnan sairaanhoitopiiri. Viitattu 4.9.2010. <http://www.salpanet.fi/Public/default.aspx?nodeid=8640&culture=fi-FI&contentlan=1>

Mara-Lucander 2008. Iäkkään potilaan kotiuttamiseen liittyvät uhat ja voimavarat. Case managerin arvioimana. Hämeen ammattikorkeakoulu. Hyvinvointiteknologian koulutusohjelma. Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö. Hämeenlinna.

McLaughlin, D. & Hays, J.M. 2008. *Healthcare operations management*. Chicago: Health Administration Press.

Mäntyselkä, P. 2012. Kollega, palautteesi on tärkeä. Tiedonkulku hoitoketjun elämänlankana. Pääkirjoitus. *Duodecim* 2012; 128.

Navitas-siirtoportaali. Siirtoportaalin raportointi. Navitas Siirtoportaali - Siirtoviiveraportti (kuukausittain) 1.1.2013 - 31.12.2015). HYKS-sairaanhoitoalue, kaikki tulosyksiköt, somaattiset erikoisalajat Helsinki, kaikki jatkohoitoaikkasuositukset. Viitattu 8.2.2016. www2.elisanavitas.com

Niinikoski & Karjalainen 2005. Benchmarking organisaation tehokkaana muutosvoimana - Miksi benchmarking voi olla väline organisaation kehittämiskynnyksen ylittämiseen? Korkeakoulujen arviointineuvostojen julkaisuja. 1:2005. Benchmarking tutkintorakennetyön työkaluna. Soili Niinikoski (toim.). Tammer-Paino Oy. Tampere. Saatavissa korkeakoulujen arviointineuvoston [www-sivuilta](http://www.sivuilla). Verkkodokumentti. Viitattu 16.11.2011. http://www.kka.fi/files/77/KKA_105.pdf.

Nordback, I., Salo, M., Holmberg-Marttila, D., Päivä, H., Liimatainen, T., Porkkala, T. & Kaila, M. 2010. Kehittämistyössä tarvitaan täsmällisiä termejä. *Suomen Lääkärilehti*. 2010(17). Vsk. 65, 1549-1551. *Terveydenhuolto*. Viitattu 28.2.2015. <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000033957>

Nuutinen, L., Nuutinen M. & Erhola M. 2004. Käypä hoito –suositukset alueellisten hoito-ohjelmien ja hoitoketjun pohjana. *Käypä hoito 10 vuotta*. *Duodecim* 2004, 120: 2955-62.

Nuutinen, M. 2000. *Hoitoketju*. *Duodecim* 2000; 116.

Nuutinen, M. 2004. Alueellisen hoito-ohjelman ja hoitoketjun luominen lääkärin tietokantoihin. Hoitoketjut 1.1.2004. Viitattu 22.11.2015. www.terveysportti.fi

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät: uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: WSOYpro.

Paldanius, S. 2015a. Hoitoketjulukuja. Hoikettilasto. Viitattu 11.8.2015. www.hel.fi

Paldanius, S. 2015b. HUS-lähetteisistä muihin hoitopaikkoihin ohjatut %. Hoitokoordinaattoreiden tilasto. Viitattu 21.8.2015. www.hel.fi

Paldanius, S. 2015c. Keskimääräinen HUS-siirtoviive (pvä/pot., kumulatiivinen) v. 2012-2015. Hoitoketju lautakuntaraportti tammi-joulukuu 2015. Hoike-tilasto. Viitattu 14.2.2016. www.hel.fi

Palomäki, G. & Piirtola, H. 2012. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus terveydenhuollon hoitoketjuista ja niiden vaikuttavuudesta. Tampereen ammattikorkeakoulu. Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma. Ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyö. Tampere.

Parker, V.K. 2009. Nurse managers: perceptions of their engaged activities. Väitöskirja. Capella University. USA.

Parvinen, P., Lillrank, P. & Ilvonen, K. 2005. Johtaminen terveydenhuollossa, käytännöt, vastuut ja valvonta. Tampere: Talentum Media Oy.

Pessi, E. 2011. Muistipotilaan hoito- ja palveluketju Suomessa kuntien ikääntymispoliittisten strategioiden kuvaamana. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

Rahkila-Bergström, R. 2014. Navitas-siirtoportaalin päivitys-projekti. Lopuraportti. Versio 1.0 / 19.8.2014. Helsinki: Appelsiini Oy.

Rissanen, M. 2008. Kriittisesti sairaan tai vammautuneen potilaan hoitoketju Pohjois-Suomessa: yhteiskunnallisen vaikuttavuuden arviointia. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Hoitotiede ja terveyshallintotiede. Pro gradu -tutkielma.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A 2006. Avoin haastattelu. Kvali-MOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Verkkojulkaisu. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 27.7.2015. <<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>>

Saarto, T. 2013. Saattohoitoketjut selkiintyvät sairaanhoitopiireissä. Artikkel. Duodecim 2013; 129.

Salminen, J. 2011. Potilastietojärjestelmäkoulutusta verkkoon? HYKS-sairaanhoidon alueen työntekijöiden näkemyksiä. Hämeen ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen. Ylemmän ammattikorkeakoulututkimuksen opinnäytetyö. Saatavissa myös: Hämeen ammattikorkeakoulun e-aineisto. Viitattu 12.12.2015.http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/28211/Salmi-nen_Johannes.pdf?sequence=1

Siekinen, P. 2010. Hoitoketjujen kustannusten ja vaikuttavuuden arviointi reumapoti-laalla. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Silvennoinen-Nuora, L. 2004. Hoitoketjut ja vaikuttavuus: Vaikuttavuuden arviointi reumapotilaan hoitoketjussa. Tampereen yliopisto. Hallintotieteiden keskus. Tampere: Pekan Off-set.

Silvennoinen-Nuora, L. 2005. Hoitoketjut ja vaikuttavuus. Sairaalaviesti – Sjukhusinfo 2005 no.1 (20-22).

Silvennoinen-Nuora, L. 2006. Hoitoketjun vaikuttavuuden arviointi: esimerkkinä reu-mapotilaan hoitoketju. Tampereen yliopisto. Johtamistieteiden laitos. Hallintotiede. Li-sensiaatin tutkimus.

Silvennoinen- Nuora, L. 2010. Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa: mikä mahdollis-taa vaikuttavuuden ja vaikuttavuuden arvioinnin. Tampe-reen yliopisto. Kauppa- ja hal-lintotieteiden tiedekunta. Väitöskirja.

Sippola-Soininen, M. 2015. Yhteenveto: Potilaiden sisäänotto HUS:sta kaupungin sairaaloihin Navitas-siirtoportaalin kautta. SKH:n muistio 2.10.2015. Viitattu 22.11.2015. www.hel.fi

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Potilaan ja sosiaalihuollon asiakkaan asema ja oikeudet. Viitattu 20.1.2014. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/asiakkaanoikeudet

Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Hoitoon pääsy (hoitotakuu). Viitattu 20.1.2014. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/asiakkaanoikeudet/hoitoon_paasy

Sosiaali- ja terveysvirasto 2015. Päivystys. Haartmanin ja Malmin päivystys. Viitattu 9.1.2016. http://helmi/sote/osastot/terveys_ja_paihdepalvelut/paivystys/sivut/default.aspx

Sote 2014. Helsingin sosiaali- ja terveysviraston strategiasuunnitelma vuosille 2014 - 2016. Viitattu 22.6.2015. www.hel.fi/static/sote/julkaisut/Sote_strategiasuunnitelma2014_2016.pdf

Sote 2014b. Geriatriset akuuttiosastot Haartman ja Malmi toimintasuunnitelma. Viitattu 9.1.2016. http://helmi/Sote/osastot/sairaala_kuntoutus_ja

hoivapalvelut/johtaminen/Sakuhokokousasiakirjat/Geragos suunni-
telma.doc

Sote tiedote 21.8.2015. Herttoniemen sairaalan lopettaminen. Helsingin kaupunki. Sosiaali- ja terveystieteiden virasto. Tiedote.

STM 2016/2. Ministeri Rehula: Muutos sosiaali- ja terveydenhuollossa edellyttää yhteistyötä. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 13.1.2016. Viitattu 15.1.2016. http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/ministeri-rehula-muutos-sosiaali-ja-terveydenhuollossa-edellyttaa-yhteistyota

Suhonen, J., Alhainen, K., Eloniemi-Sulkava, U., Juhela, P., Juva, K., Löppönen, M., Makkonen, M., Mäkelä, M., Pirttilä, T., Pitkälä, K., Remes, A., Sulkava, R., Viramo, P. & Erkinjuntti, T. 2008. Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. Lääkärilehti 10/2008. Muisti-sairausliite.

Suhonen, J., Rahkonen, T., Juva, K., Pitkälä, K., Voutilainen, P. & Erkinjuntti, T. 2011. Muistipotilaan hoitoketju. Katsaus. Duodecim 2011; 127: 1107-16.

Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen, E. & Saari, S. 1994. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Helsinki: Kirjayhtymä.
Sähköisen viestinnän tietosuojalaki 16.6.2004/516. Ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 14.8.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20040516>

Takala, T., Peurala, S.H., Erilä, T., Huusko, T., Viljanen, T., Ylinen, A. & Sivenius, J. 2010. Aivoverenkiertohäiriön alkuvaiheen kuntoutuksessa suuria vaihteluja. Selvitys AVH:n sairastaneiden kuntoutuspalveluista Suomessa. Suomen Lääkärilehti 2010(5). Vsk 65. Terveydenhuoltoartikkeli. Viitattu 28.2.2014. <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000033475>

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Viitattu 27.1.2014. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101326>

Tevameri, T. 2010. Prosessimaisen toiminnan organisointi ja johtaminen sairaalaorganisaatiossa. Hallinnon tutkimus-lehti 29 (3), 221–238.

Tevameri, T. & Kallio, T. 2009. Matriisi ja prosessimainen toimintatapa sairaalaorganisaatioiden uudelleenkehittämisessä. Hallinnon tutkimus-lehti, 28(1), 15–32.

Tilastokeskus 2015. Tietoa tilastoista. Käsitteitä ja määritelmiä. Viitattu 28.7.2015. <http://www.stat.fi/meta/kas/reliabiliteetti.html>

Tuomi, J. & Sarajärvi A. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Gummerus Jyväskylä: Kirjapaino Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Valvira 2014. Hoitotakuun valvonta. Sosiaali- ja terveysalan lupa ja valvontavirasto Valviran www-sivut. Viitattu 20.1.2014. http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/hoitoon_paasy/hoitotakuun_valvonta

Vanttaja, K., Seinälä, L. & Valvanne, J. 2011. Elämän loppuvaiheen sairaalasiirrot ja hoidon suunnittelu tehostetussa palveluasumisessa Tampereella 2011. Gerontologia-lehti. 20(2), 2015.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Gummerus kirjapaino. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Villikka, M. 2007. Hoitoketjun kustannukset perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon: Case Lappeenranta ja Imatra. Lappeenrannan teknillinen yliopisto. Diplomityö.

Virtanen, P. & Wennberg, M. 2005. Prosessijohtaminen julkishallinnossa. Helsinki: Edita.

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN

Katri Göös
Hämeen Ammattikorkeakoulu
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen
Master's degree

5.10.2015

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISEEN

Annan suostumukseni osallistua Hämeen ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan ylempään ammattikorkeakouluopiskelijan Katri Göösin toimintatutkimukseen.

Tutkimusaineiston keräämismenetelmät ovat:

- kyselylomake
- havainnointi
- säännölliset johtajajakokoukset

Tutkimuksen aiheena on:

Helsingin kaupunginsairaaloiden erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon suuntautuva potilasohjaus

Helsingissä _____ / _____ 2015

Suostumuksen antaja / tehtävä:

Nimen selvennys

Helsingin kaupunki / Sosiaali- ja terveysvirasto

Yksikkö: _____

PÄÄTÖS TUTKIMUSLUPAHAKEMUKSEEN



Helsingin kaupunki
Sosiaali- ja terveystieteiden virasto
Sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelut
Selvitys, arviointi ja sijoitus
Arviointitoiminnan johtaja

Pöytäkirjanote

3/2015

1 (2)

23.11.2015

Katri Göös

3 §

Päätös tutkimuslupahakemukseen HEL 2015-009661

HEL 2015-009661 T 13 02 01

Päätös

Arviointitoiminnan johtaja päätti myöntää tutkimusluvan Katri Göösin ylempään ammattikorkeakoulututkintoon liittyvälle tutkimukselle "Helsingin kaupunginsairaaloiden erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon suuntautuva potilasohjaus".

Tutkimusaineisto on kerätty työntekijäkyselyllä, havainnoiden sekä yhteistyökokouksissa.

Yhteyshenkilönä sosiaali- ja terveystieteiden virastossa on apulaisylilääkäri Merja Iso-Aho.

Tutkimusluvan ehdot ovat seuraavat:

Tutkimusraportissa ei ole yksilöitävissä tutkimukseen osallistuneita henkilöitä.

Tutkimusaineisto hävitetään hakemuksessa mainitulla tavalla.

Tutkimuksen valmistuttua tutkija esittelee tutkimustulokset yhteyshenkilön kanssa sopimallaan tavalla.

Tutkimuksen valmistuttua tutkimusraportti tai sen sähköinen osoite, josta se on luettavissa, toimitetaan sosiaali- ja terveystieteiden viraston käyttöön (osoite Helsingin kaupunki, Kirjaamo, Sosiaali- ja terveystieteiden virasto, PL 10, 00099 Helsingin kaupunki).

Lisätiedot

Maarit Varis, toiminnasuunnittelija, puhelin: 310 42850
maarit.varis(a)hel.fi

Otteet

Ote
hakija

Otteen liitteet
Oikaisuvaatimusohje, sosiaali- ja terveystieteiden lautakunta

Postiosoite
PL 6000
00099 HELSINGIN KAUPUNKI
sosiaalijaterveys@hel.fi

Käyntiosoite
Töinen Inja 4 A
Helsinki 53
www.hel.fi/sote

Puhelin
+358 9 310 5015
Faksi
+358 9 310 42504

Y-tunnus
0201256-6

Tilinro
FI1880001200052430
Alv.nro
FI02012566

Helsingin kaupunginsairaalan erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon suuntautuva potilasohjaus

Liite 2/2



Helsingin kaupunki
Sosiaali- ja terveystieteiden virasto
Sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelut
Selvitys, arviointi ja sijoitus
Arviointitoiminnan johtaja

Pöytäkirjanote

3/2015

2 (2)

23.11.2015

yhdyseshenkilö

Liite 1

toiminnan suunnittelija

Liite 2

Pöytäkirjanote on lähetetty asianosaiselle 23.11.2015.

Arviointitoiminnan johtaja

Postiosoite
PL 6000
00099 HELSINGIN KAUPUNKI
sosiaalijaterveys@hel.fi

Käyntiosoite
Toinen linja 4 A
Helsinki 53
www.hel.fi/sote

Puhelin
+358 9 310 5015
Faksi
+358 9 310 42504

Y-tunnus
0201256-6

Tilinro
FI1880001200052430
Alv.nro
FI02012566

KYSELYLOMAKE

Helsingin kaupunki
Sosiaali- ja terveysvirasto
Sairaala, kuntoutus, hoiva
Selvitys, arviointi, sijoitus

KYSELY

29.10.2014

Kysely sairaaloiden sisäänotosta vastaaville lääkäreille ja jonohoitajille.

Helsingin SKH-osaston hallinnollinen rakenne vaikuttaa siihen, miten päätökset muun muassa potilasohjauksen suhteen tehdään. Kaupunginsairaalaan erikoissairaanhoidosta suuntautuva potilasohjaus on muovautunut pitkällä aikavälillä jokaisessa sairaalassa omanlaisekseen. Vuonna 2013 Helsingin sosiaali- ja terveysvirastossa aloitettiin potilasohjauksen uudistaminen. Lisäksi uudistuksen kohteena on ollut myös potilasohjauksen tietojärjestelmä Navitas-siirtoportaali. Uudistuneen tietojärjestelmän käyttöönotto tapahtui kesäkuussa 2014. Erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon suuntautuvan potilasohjauksen uudistaminen on muuttanut entisiä hoitoonohjauskäytänteitä Helsingissä. Muutoksella on myös laajat vaikutukset monien kaupungin sairaaloiden toimijoiden päivittäiseen työhön.

Tässä kyselyssä on tarkoitus selvittää kokemuksia Helsingin potilasohjauksessa tapahtuneista muutoksista. Tavoitteena on myös kerätä käytännön toimijoiden ehdotuksia potilasohjauksen ja toiminnan jatkokehittämistä varten. Kysely liittyy allekirjoittaneen YAMK-opintoihin Hämeen ammattikorkeakoulussa.

Pyydämme vastaamaan alla oleviin kysymyksiin keskiviikkoon 29.10.2014 klo 16.00 mennessä.

Vastaukset palautetaan:

- sähköpostilla osoitteeseen katri.goos@hel.fi
- paperilla osoitteeseen: Hoitokoordinaattori Katri Göös, SAS-toimisto, PL 6600.

1. Miten sairaaloiden potilasohjauksessa tehdyt uudistukset on mielestänne toteutettu?
2. Mitä asioita voisimme tehdä yhdessä paremmin ja tehokkaammin?

3. Tapahtuuko kaupungin sairaaloiden potilasohjaus mielestänne tällä hetkellä oikeudenmukaisesti ja tasapuolisesti? Perustele vastauksesi.
4. Millä tavalla yhteistyötä sairaaloiden välillä tulisi kehittää?
5. Onko sisäänotosta vastaavan lääkärin ja jonohoitajan työparityöskentelyssä kehittämisen tarvetta? Jos on, minkälaista?
6. Miten kehittäisit jonohoitajan työtä: Mitä lisää, mistä voisi luopua?
7. Millä tavoin jonohoitajien ja hoitokoordinaattorien välistä yhteistyötä tulisi kehittää?
8. Onko teillä ehdotuksia hoitokoordinaattorin työn kehittämiseen?
9. Onko teillä ehdotuksia hoitoketjülääkärin työn kehittämiseen?
10. Tarvitaanko jatkossa moniammatillisia potilasohjausfoorumeita? Jos tarvitaan, miten ja kuinka usein näitä tapaamisia tulisi toteuttaa?
11. Ovatko jonohoitajille ja hoitokoordinaattoreille suunnatut yhteistyökoukset tarpeen? Perustele vastauksesi.
12. Kertokaa kokemuksistanne uudistetun Navitaksen käytöstä potilasohjauksen työvälineenä.
13. Onko jotain muuta mitä haluat sanoa?

Kiitos vastauksestasi!

Ystävällisin terveisin

Katri Göös / Vastaava hoitokoordinaattori gsm. 040-3342320