



**PaKaste**  
Pohjoisen alueen Kaste

## **Perusterveydenhuollon kehittäminen Kainuussa**

**Raporttikooste 2010**



**Seija Tuura  
Katja Holappa  
Marketta Huttunen  
Terho Pekkala**

**Julkaisija:**

Kainuun maakunta -kuntayhtymä

PL 400

87070 Kainuu

Puh. 08 615 541

Faksi 08 6155 4260

**ISSN 1795-5661**

**Kajaani 2011**

**PaKaste - Pohjois-Suomen monialaiset sosiaali- ja  
terveyspalvelut - kehittämisrakenne ja toimintamalli -  
Kainuun osahanke**

**Perusterveydenhuollon kehittäminen Kainuussa  
- raporttikooste**

**Raportin laatijat:  
Seija Tuura  
Katja Holappa  
Marketta Huttunen  
Terho Pekkala**

**Kainuun maakunta -kuntayhtymä 2011**

**D:42**



## Sisällys

<b>1. Johdanto</b> .....	<b>1</b>
1.1 Terveysshyötymallin tausta .....	1
1.2 Terveysshyötymallin kehittäminen Kainuussa.....	4
<b>2. Nykytoiminnan kuvaus pitkäaikaissairauksien hoidon järjestämisestä Ristijärven ja Vuolijoen terveysasemilla</b> .....	<b>5</b>
2.1 Yleistä .....	5
2.2 Vastaanotto toiminnan järjestelyt.....	5
2.3 Hoidon kriittiset elementit .....	7
2.4 Yhteenveto .....	10
<b>3. Pitkäaikaissairaiden hoitomallin kehittäminen tutkimuspotilaiden avulla</b> .....	<b>12</b>
3.1 Tutkimuspotilaiden elämäntilanne- ja hoitokartoitus .....	12
3.1.1 Tutkimuspotilaiden valinta ja haastattelut.....	12
3.1.2 Hoitajan tutkimusvastaanotto ja käytetyt mittarit .....	13
3.1.3 Tutkimuslääkärin vastaanotto ja hoitosuunnitelma .....	14
3.2 Potilasaineiston analysointi .....	15
3.3 Kehittäjähoitajien itsereflektio: mitä olisi voinut tehdä toisin? .....	15
3.4 Pitkäaikaissairaiden toimintamalli Kainuussa - suunnitelmallisen työn tehostaminen.....	17
3.4.1 Ajanvarauskäytännöt ja potilaan valmistautuminen vastaanotolle.....	17
3.4.2 Kansanterveyshoitajan vastaanotto ja alustava hoitosuunnitelma .....	17
3.4.3 Lääkärin konsultaatio .....	18
3.4.4 Käytännön kokemuksia .....	18
3.5. Kehitysideoita .....	19
<b>4. Terveysthuollon sosiaalityö</b> .....	<b>21</b>
4.1 Johdanto .....	21
4.2 Perusterveydenhuollon ja sosiaalityön yhteisen työskentelyn elementit.....	22
4.2.1 Asiakaslähtöisyys .....	22
4.2.2 Sosiaalinen tuki .....	22
4.2.3 Sairauteen liittyvä sosiaaliturva .....	23
4.3 Toimintakyvyn kolme ulottuvuutta .....	24
4.4 Asiakkaan tukeminen terveysshyötymallin palvelukokonaisuudessa .....	25
4.4.1 Omahoidon korostuminen .....	26
4.4.2 Varhainen puuttuminen .....	26
4.5 Kehitettävää .....	29
<b>5. Yhteenveto – luonnos kainuulaisesta terveysshyötymallista</b> .....	<b>31</b>



## ESIPUHE

Kainuun maakunta -kuntayhtymän sosiaali- ja terveystoimialan kehittämisen yhtenä painopisteinä on vuoden 2010 aikana ollut perusterveydenhuollon kehittäminen. Valittuna viitekehiksenä on ollut ns Terveysyötymalli (Chronic Care Model). Tämän mallin soveltamiseksi on käynnistetty useita kehittämishankkeita (PaKaste, KYTKE, RAMPE) sekä niitä tukeva tutkimushanke (KAMUT).

Hankkeet muodostavat Kainuun perusterveydenhuollon kehittämissuunnitelman, jossa panostetaan henkilöstön osaamisen ja työnjaon, asiakkaan itsehoidon vahvistamisen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisen asiakastyön kehittämiseen.

Tässä raportissa esitetään PaKaste – Kainuun perusterveydenhuollon kehittämistyön toiminta ja keskeiset tulokset. Hankkeen lähtökohtana on ollut perusterveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden yhteisen työskentelyn kehittäminen, jonka kehyksenä on sovellettu Terveysyötymallia.

Raportissa on johdanto-osan Terveysyötymallin yleisen esittelyn jälkeen hankkeen kehittäjähoitajien Seija Tuuran ja Karja Holapan laatima nykytilakuvaus pitkäaikaissairaiden hoitokäytännöistä pienten kainuulaisten terveysasemien näkökulmasta. Toisessa osassa kehittäjähoitajien raportissa esitellään pitkäaikaissairaiden hoidon kehittämistyötä KAMUT-tutkimushankkeen aineiston perusteella.

Kolmanneksi kokonaisuuteen liitetään sosiaalityön näkökulma. Kehittäjäsosiaalihoitaja Marikka Huttunen on koontanut katsauksen terveydenhuollon sosiaalityöstä sekä yhteisestä asiakastyöstä nousevista kehittämissuunnitelmista.

Näistä osista kootaan luonnos ”kainuulaiseksi terveysyötymalliksi”, joka esitetään viimeisessä luvussa. Tarkoituksena on luoda pohja perusterveydenhuollon kehittämissuunnitelman jatkotyölle. Tätä varten mallin kehittämiseen ovat osallistuneet myös suunnitelman muut toimijat eli KYTKE- ja RAMPE-hankkeiden Kainuun osaprojektit.

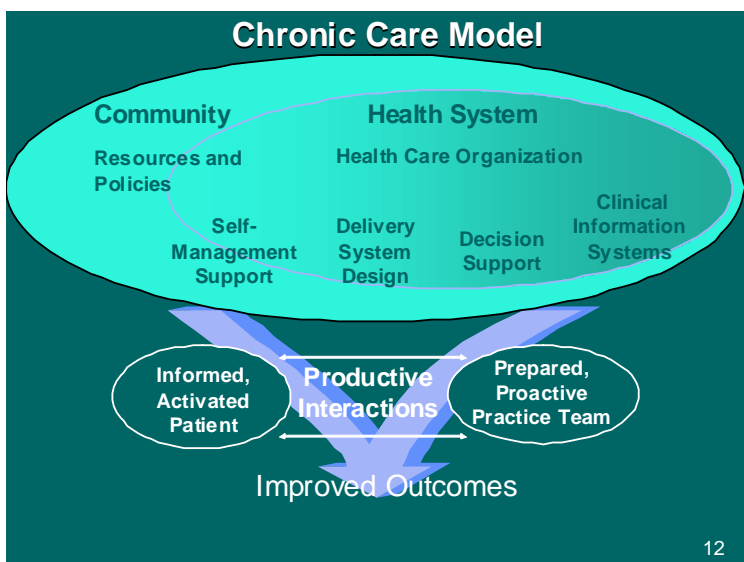


# 1. JOHDANTO

## 1.1 Terveystyömallin tausta

Terveystyömallilla tarkoitetaan suomalaista sovellusta Edward H. Wagnerin lanseeraamasta pohjoisamerikkalaisesta pitkäaikaissairaiden hoidon mallista, joka tunnetaan alun perin nimellä Chronic Care Model (CCM). Sen kehittämisen taustalla olivat ongelmat pitkäaikaissairauksien tehokkaassa hoidossa. Suurimmat puutteet havaittiin hoitosuositusten käyttöönotossa, hoidon koordinoinnin ja seurannan toteutumisessa ja potilaiden omahoidon tukemisessa.<sup>1</sup>

CCM koostuu neljästä keskeisestä elementistä: omahoidon tuki, palveluvalikoima, päätöksentuki ja kliiniset tietojärjestelmät. Näiden lisäksi on huomioitava palvelutuottajan johdon sitoutuminen ja muiden yhteisöjen linjaukset ja voimavarat. Kun mallin vaikuttavuutta tutkittiin, huomattiin, että vaikuttavuus on parempi, mitä useampaan CCM:n komponenttiin interventio yhtäaikaaisesti kohdistui.<sup>2</sup>



Wagnerin Chronic Care Modelin elementit (MacColl Institute)

## Tilanne Suomessa

Myös Suomessa pitkäaikaissairaiden ja erityisesti monisairaiden määrä kasvaa nopeasti. Hoitojärjestelmän kannalta ongelma on, että pitkäaikaissairauksia hoidetaan akuutin hoitomallin mukaisesti. Toiminta on lähinnä sairauskeskeistä ja lääkärijohtoista eikä tavoitteellisuus, suunnitelmallisuus ja potilaan oma rooli korostu riittävästi. Potilaan näkökulmasta yksittäisten terveysongelmien hoitaminen kokonaisuuden sijasta johtaa sirpaleisuuteen ja päällekkäisten terveysriskien kasautumiseen. Tilanne johtaa usein toistuviin vastaanottokäynteihin, jotka lisäävät hoitojärjestelmän ylikuormittumista.

<sup>1</sup> [www.potkuhanke.fi/fi/terveyshyotymalli](http://www.potkuhanke.fi/fi/terveyshyotymalli)

<sup>2</sup> [www.improvingchroniccare.org](http://www.improvingchroniccare.org)

Chronic Care Modelin suomalainen vastine on nimetty Terveysyhtymämalliksi, koska toiminnalla halutaan korostaa haluttujen terveysyhtymien tuottamista ja hoidon muuttamista ongelmiin vastaamisesta ennakoivaksi ja väestölähtöiseksi. Terveysyhtymämalli ei ole perinteinen jalkautettava hoitomalli vaan viitekehys ja kehittämisen ajattelumalli, joka tarjoaa puitteet hoidon hallitulle järjestämiselle ja vaikuttavuuden parantumiselle<sup>3</sup>. Kyseessä on laajemman ja näyttöön perustuvan näkökulman tuomisesta perusterveydenhuollon kehittämiseen.

Kyse on perusterveydenhuollon holistisesta pitkäaikaissairauksien hoitomallista, joten se voidaan nähdä myös eräänlaisena vastakehityksenä pitkälle erikoistuneelle ja sektoridulle tautikohtaiselle järjestelmälle. Asiakkaan tarpeiden huomioiminen kokonaisuutena on Terveysyhtymämallin keskeisiä seikkoja.

Terveysyhtymämallissa keskeistä on, että asiakkaan hoito on hyvin suunniteltua ja oikein kohdennettua. Lisäksi korostetaan uusien palvelumuotojen ja tietojärjestelmien tehokasta hyödyntämistä. Asiakkaiden odotetaan osallistuvan aktiivisesti omaan hoitoonsa, ja heidän yhteisönsä voimavarat pyritään hyödyntämään. Päätöksenteon tukijärjestelmä ja muu sähköinen viestintä tukevat jokapäiväistä työtä.<sup>4</sup>

Omahoidon tuki	Palveluvalikoima	Päätöksentuki	Tiedon tehokäyttö
Hoitosuunnitelma <b>Asiakas päättää</b>	Asiakasvastaava		Tunnistetaan avainasiakkaat
	Kutsujärjestelmä, suunnitellut seurantakäynnit		
Omahoidon välineet	Ryhmävastaanotto, ryhmätoiminta	Systemaattinen kehittäminen	Kirjataan strategisesti ja strukturoidusti
Tietojärjestelmän avaaminen asiakkaille	Potilaiden ryhmitely tarpeen mukaan	EBMeDS, Terveysportti	Hyödynnetään dataa (tulos)
<b>Ympäristöjen yhteisöjen linjaukset ja resurssit</b>			
<b>Palvelutuottajan johdon sitoutuminen</b>			

Suomalaisen terveysyhtymämallin elementit ja keskeiset sisällöt (STM)

## Toiminta ja tavoitteet

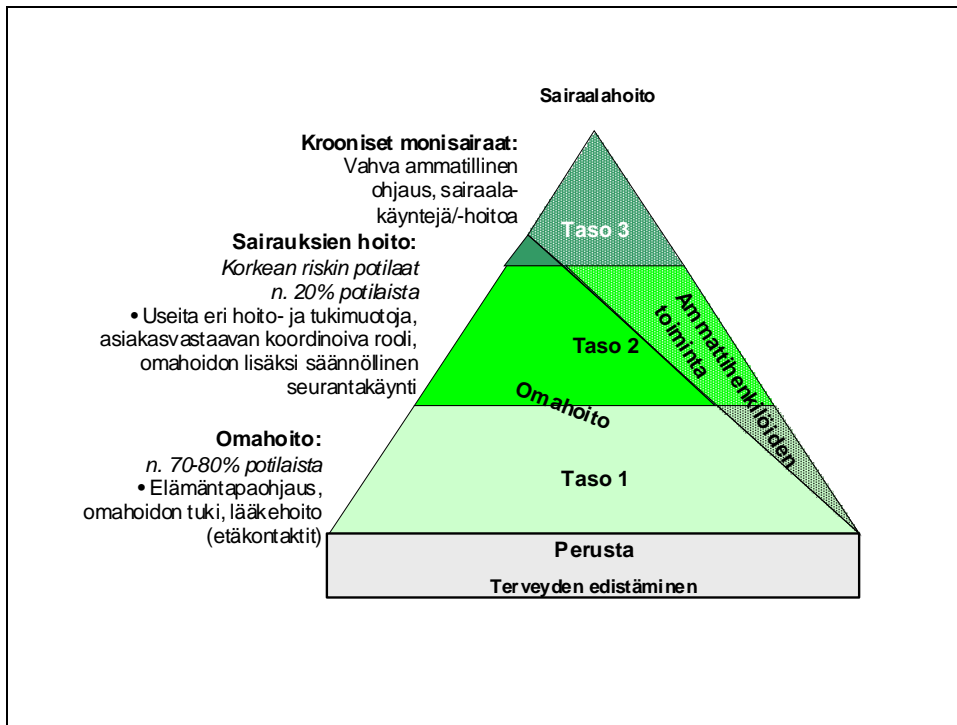
Lisääntyneestä lääketieteellisestä tiedosta huolimatta pitkäaikais- ja monisairaiden hoito ei ole tehostunut, eikä nykyinen lääkärivetoinen vastaanottomalli ole kyennyt vastaamaan potilaiden tarpeita. Terveysyhtymämallilla pyritään parantamaan myös pitkäaikaissairauksien ehkäisyn tuloksellisuutta. Ennakoivalla järjestelmällä yritetään vaikuttaa asiakkaiden elämäntapavalintoihin, riskitekijöihin ja tasapainottamaan hyväksi. On tärkeää löytää mahdollisimman varhain ne asiakkaat, joilla on useita terveysongelmia ja jotka tarvitsevat paljon palveluja.<sup>5</sup>

<sup>3</sup> www.potkuhanke.fi/fi/terveysyhtymämalli

<sup>4</sup> Muurinen ja Mäntyranta: Sairaanhoitajalehti 1 / 2011

<sup>5</sup> Muurinen ja Mäntyranta: Sairaanhoitajalehti 1 / 2011

Samalla hoidon resurssien tehokkaammalla käytöllä voidaan vaikuttaa kustannusten kasvuun. Tässä keskeistä on eri ammattiryhmien tarkoituksenmukainen käyttäminen sekä asiakkaiden omahoidon tehokas tukeminen. Mitä vahvemmin potilas sitoutuu oman elämäntilanteensa ja hoitonsa edellyttämään suunnitelmaan, sen tuloksellisemmaksi kokonaisuuden hallinta muodostuu.



*Potilasryhmittely Kaiser-kolmiota mukailien*

Mikäli asiakkaan tilanne edellyttää omahoidon lisäksi hoidon ja tuen koordinoitua, hänelle voidaan nimetä tueksi ns. asiakasvastaava. Menettely muistuttaa mm. sosiaalipalveluista tuttua case manager -toimintaa. Terveystyömallissa asiakasvastaava on itsenäisesti vastuussa monisairaiden ja muiden paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden hoidon toteutuksesta hoitosuunnitelman mukaan. Asiakasvastaava voi konsultoida erikoistuneita hoitajia tai muita asiantuntijoita tarpeen mukaan, tai asiakas voi tavata näitä henkilöitä oman asiakasvastaavansa läheteellä.<sup>6</sup> Hänen vastuullaan ovat omahoidon tukeminen ja kokonaisuuden koordinointi.<sup>7</sup>

Terveystyömalliin kuuluu myös teknologian hyödyntäminen sekä omahoidon tueksi että ammattilaisten käyttämien järjestelmien osalta. Erilaisten kutsu- ja muistutusjärjestelmien sekä hoidon hallintaan liittyvien päätöksenteon tuen apuvälineiden lisäksi henkilökunnan ja potilaan välisen yhteydenpidon kehittäminen on tärkeää.

### **Yhteistyön kehittäminen**

Vastaanotto toimintojen uudistaminen tiimimalliseksi tuo nykyiseen verrattuna uusia asioita sekä potilaalle että henkilökunnalle. Kokonaisvaltainen hoitotyö edellyttää useita erilaisia ammattirooleja, jolloin tiedon tulee olla kaikkien käytettävissä ja toiminnan selkeästi suunniteltua ja vastuutettua. Ammattiryhmien yhteistyön vuoksi Terveystyömallin soveltamisessa on keskeistä huomioida myös yleinen tehtävärakennemuutos ja työnjaon käsitteen muuttuminen yhä enemmän yhteistyömallin suuntaan.

<sup>6</sup> Muurinen ja Mäntyranta: Sairaanhoidon ajatus 1 / 2011

<sup>7</sup> Ks. Myös Hoitotyön vuosikirja 2010: Kanste ym:

Asiakkaan kannalta tämä merkitsee sitä, että hänelle nimetään hoidon toteutuksesta ja seurannasta vastaava yhteyshenkilö. Yhä useammin tämä henkilö on sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja, eikä lääkäri.

## **1.2 Terveysyötymallin kehittäminen Kainuussa**

Perusterveydenhuollon kehittäminen Kainuussa on koottu eri hankkeiden yhteiseksi kehittämisohjelmaksi. Sosiaali- ja terveysministeriön valtionavustuksella rahoitettua työtä kohdennetaan erityisesti terveysasemien vastaanottojen ja sitä tukevan muun hoitotoiminnan kehittämiseen. Terveysyötymalli on valittu Kainuun perusterveydenhuollon kehittämisohjelman keskeiseksi viitekehikseksi.

Kainuulaista pitkäaikaissairaiden hoitomallia uudistettaessa keskeisimmät tekijät liittyvät asiakkaan oman vastuun korostamiseen sekä ammattihenkilöstön keskinäiseen yhteistyöhön. Tulevaisuudessa myös sähköisten palveluiden kautta voidaan tuoda uusia toimintatapoja niin asiakkaille kuin ammattilaisillekin.

Vuoden 2010 ajan käynnissä olleessa pitkäaikaissairauksien hoitomallitutkimuksessa (KAMUT) on kerätty aineistoa tutkimuspotilaiden hoidon suunnittelun ja moniammatillisen yhteistyön kehittämiseksi. Tavoitteena on, että kainuulaisen Terveysyötymallin kehittämisen tuloksena on

- Tyytyväinen, hoitoonsa sitoutunut potilas, jolla on mahdollisuus vaikuttaa hoidon suunnitelmaan ja toteutukseen.
- Vähemmän kuormittunut terveydenhuoltojärjestelmä, joka
  - toimii oikeaan aikaan, oikealla tavalla suhteessa potilaan tarpeeseen sekä
  - tuottaa tyytyväisyyttä ja onnistumisen kokemuksia tekijöilleen.

Kainuun maakunta ja sen väestö on ainakin kolmesta syystä hyvä kohde tutkimukselle, jossa kehitetään sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistä moniammatillista tiimityötä monisairaiden potilaiden hoidossa. Ensinnäkin maakunnan asukkaat ovat sairaimpia Suomessa. Kainuussa kansantauteja esiintyy selvästi enemmän kuin maassa keskimäärin (kansantauti-indeksi on 2000-luvulla vaihdellut 131,2 ja 128,2 välillä). Myös sairastavuus on Kainuussa korkealla tasolla. Sairastavuusindeksin arvot ovat vaihdelleet 2000-luvulla 121,3 ja 119,7 välillä. (6)

Toiseksi palvelujen tuottamista väestölle on vaikeuttanut vaikea lääkäripula. Noin 20 % perusterveydenhuollon viroista on ollut täyttämättä. Tällä seikalla on oma erityinen merkityksensä ammattiryhmien välistä yhteistyössä, kun pitkäaikaissairaiden hoitomallia ja vastaanottoitoimintoja kehitetään.

Kolmanneksi organisaatorakenteet on jo muutettu kunta- ja toimintorajat ylittäväksi, joilla pyritään uusiin ja tehokkaampiin ratkaisuihin. Kainuun hallintokokeilun perusteella sosiaali- ja terveyspalvelut on ensimmäisenä Suomessa toteutettu perus- ja erikoissairaanhoidon sekä sosiaalipalvelut yhdistävällä kuntayhtymäorganisaatiolla.

*Seija Tuura ja Katja Holappa*

## **2. NYKYTOIMINNAN KUVAUS PITKÄAIKAISSAIRAUKSIEN HOIDON JÄRJESTÄMISESTÄ RISTIJÄRVEN JA VUOLIOJEN TERVEYSASEMILLA**

### **2.1 Yleistä**

Ristijärven terveysaseman vastaanotto kuuluu Kainuun maakunta – kuntayhtymän vastaanotto-toimintaan seutu I alueeseen. Vastaanotolla työskentelevät kansanterveyshoitaja, sairaanhoi-taja sekä kanslisti. Terveysasemalla toimii myös laboratoriopalvelut kerran viikossa, keskiviik-koisin. Vastaanotolla ei järjestetä lääkärin päivystysvastaanottoa, vaan alueen lääkäripäivystys tapahtuu joko Paltamon, Kajaanin, Hyrynsalmen tai Sotkamon terveysasemilla. Kiireetöntä lääkärivastaanottoa terveysasemalla järjestetään lähes viikoittain, kansanterveystyön vastaan-ottoa toteutetaan etälääkärin toimesta videoyhteyksien välityksellä, yleensä kerran viikossa.

Vuolijoella vastaanottotoiminnan perusjärjestelyt ovat pitkälti samankaltaisia kuin Ristijärvellä. Lääkäripalvelut ovat yhtenevät, lisäksi kansanterveyshoitajalla on kerran viikossa lääkärin kon-sultaatiopalaveri.

Yleisimpien pitkäaikaissairauksien hoitoprosessi

Ristijärven vastaanoton kansanterveyshoitaja vastaa yleisimpien pitkäaikaissairaiden koko-naishoidosta. Näitä sairauksia ovat sydän- ja verisuonisairaudet, diabetes, reuma, hengi-tyselinsairaudet ja hypotyreoosi. Vuolijoella kansanterveyshoitajan vastuualueeseen kuuluu edellä mainittujen lisäksi osteoporoosi sekä eturauhassyöpä/liikakasvu.

Tässä kuvauksessa prosessi on jaettu vastaanottotoiminnan järjestelyihin ja hoidon kriittisiin elementteihin.

### **2.2 Vastaanottotoiminnan järjestelyt**

#### **Ensimmäinen yhteydenotto/ajanvaraus**

Suurin osa kansanterveyshoitajan vastaanotolle hakeutuvista potilaista ottaa itse yhteyttä hoi-tajaan aikaa varatessaan. Ensimmäistä kertaa vastaanotolle tulevat ovat yleensä hakeutuneet lähes sattumalta; he ovat mahdollisesti mittauttaneet veriarvojaan yleisötapahtumassa tai seu-ranneet verenpainettaan sukulaisten luona. Kohonneet arvot saavat heidät hakeutumaan ter-veydenhoitajan vastaanotolle. Myös reseptien uusinnan yhteydessä lääkäri seuloo potilaita ja voi ohjata asiakkaan terveydenhoitajan vastaanotolle. Joskus asiakkaat tulevat erikoissairaanhoidon kautta. Silloin heillä on usein tuore sydäntapahtuma, esimerkiksi infarkti, joka on tullut yllättäen. Heidät on tällöin ohjattu erikoissairaanhoidon puolelta omalle terveysasemalle jatko-hoitoon ja -ohjeistukseen.

Paikkakuntien pienuuden takia asiakkaat yleensä tietävät, mihin heidän pitää ottaa yhteyttä. Paikkakuntalaiset tietävät, että säännöllistä lääkärivastaanottoa paikkakunnilla ei ole, joten he osaavat olla yhteydessä paikkakunnan tunnettuun kansanterveyshoitajaan. Ristijärvellä kan-

santerveyshoitajalla on puhelintunti kaksi kertaa päivässä ja lisäksi häneen voi ottaa yhteyttä tulemalla paikan päälle keskustassa sijaitsevalle terveysasemalle.

Kansanterveyshoitajan vastaanotolle hakeudutaan myös ns. vuosikontrolleihin, jolloin potilaalla on jo hoitosuhde kansanterveyshoitajaan. Pitkäaikaissairaat käyvät kansanterveyshoitajan vastaanotolla vähintään vuosittain ja on sovittu, että kontrolli tapahtuu syntymäkuukauden aikoihin.

### **Laboratoriotutkimukset**

Ajanvarauksen yhteydessä saatujen esitietojen perusteella kansanterveyshoitaja tekee asiakkaalle lähetteen laboratorioon, jossa asiakas käy ennen kansanterveyshoitajan vastaanotolle saapumistaan.

Laboratoriotutkimusten sisältö riippuu paljon asiakkaan perussairauksista ja aikaisimmista oireista, mutta pääsääntöisesti tutkitaan

- pieni verenkuv
- nestetasapainoarvot
- munuaisarvot
- maksa-arvot
- kolesteroliarvot
- kilpirauhas-arvot
- virtsatutkimus
- sydänfilmi

Jos potilas tulee erikoissairaanhoidon kautta ja siellä on jo tehty kattavia laboratoriotutkimuksia, uusia tutkimuksia ei tehdä.

Jos asiakas haluaa, hänelle voidaan varata aika laboratorioon joko terveysaseman kautta tai hän voi varata ajan omatoimisesti internetin kautta. Laboratorioon voi tulla myös ilman ajanvarausta jonotusperiaatteen mukaiseen vastaanottoon. Jos asiakkaalle varataan aika laboratorioon, varataan hänelle samalla myös aika kansanterveyshoitajan vastaanotolle. Jos asiakas ei vielä halua ajanvarausta laboratorioon, varaa hän kansanterveyshoitajan vastaanottoajan itsenäisesti laboratoriotutkimuksissa käytyään. Yleensä kansanterveyshoitajan vastaanotolle pääsee noin kahden viikon sisällä nykyhetkestä. Poikkeuksena tähän on alkukesä, jolloin ajanvaraus menee pidemmälle. Syynä tähän on Ristijärven vastaanoton kesäsulku, joka alkaa kesäkuun loppupuolella ja kestää elokuun alkuun. Vuolijoella kansanterveyshoitajan vapaat vastaanottoajat menevät yleensä 1-1,5 kuukauden päähän.

### **Kansanterveyshoitajan vastaanotto**

Asiakkaalle varataan 30 - 60 minuutin kansanterveyshoitajan vastaanottoaika. Vastaanotolla käydään läpi asiakkaan nykytilanne: sairauksien tämänhetkinen tilanne, lääkitykset, omamittauksen tulokset, elämäntilanne, elintavat sekä laboratoriotulokset. Käynnillä myös mitataan verenpaine, verensokeri sekä paino. Terveystietojen syöttäminen ja tiedot potilastietojärjestelmään ja vertaaminen aiempiin. Vastaanotolla arvioidaan potilaan kokonaistilanne ja sen pohjalta terveydenhoitaja suunnittelee jatkohoidon. Jos pitkäaikaissairaus on tasapainossa ja vointi hyvä, kansanterveyshoitaja voi sopia seuraavan kontrollin potilaasta riippuen jopa vuoden päähän, tarvittaessa tiheämmin. Jos on aihetta, kansanterveyshoitaja varaa konsultaatioajan etälääkärille, joka pitää vastaanottoaan kerran viikossa. Tarvittaessa potilas voi käydä etälääkärin vastaanotollakin, jos siihen on aihetta.

## **Etälääkärin konsultaatio/vastaanotto**

Etälääkärin konsultaatiota ja vastaanottoa edeltää aina kansanterveyshoitajan vastaanotto, jossa asiakkaan nykyvointi on selvitetty. Näiden tietojen pohjalta etälääkäri ottaa kantaa esimerkiksi lääkemuutoksiin tai tekee lähetteitä jatkotutkimuksiin. Tarvittaessa hän ohjaa potilaita kontrollitutkimuksiin ja kommentoi kontrollien tuloksia. Etälääkärin päätökset ja konsultaatiovastaukset kansanterveyshoitaja ilmoittaa potilaalle, jos potilas ei itse ole vastaanotolla.

## **2.3 Hoidon kriittiset elementit**

### **Lääkärin ja kansanterveyshoitajan välinen työnjako**

Ristijärven vastaanotto toiminnan erityispiirre pitkäaikaissairaiden kohdalla on, että fyysisesti paikalla olevaa lääkärinä pitkäaikaissairauksien hoitoon ei ole, sillä pitkäaikaissairaiden hoidosta vastaa kansanterveyshoitaja ja etälääkäri.

Etälääkäritoiminta on ollut pitkäaikaissairaiden hoidolle erittäin tärkeää, sillä heitä ei nykyisellä lääkäriresurssilla pystyttäisi Ristijärvellä hoitamaan ilman etälääkärin vastaanottoa. Vastaanotto tapahtuu maanantaina aamupäivisin ja yleensä lääkäri konsultoi noin 15 potilaan asioita. Vastaanottoaikoja on myös muutama. Etälääkärin vastaanotolla on aina hoitaja mukana avustamassa.

Vastaanoton päätyttyä kansanterveyshoitaja ilmoittaa lääkärin konsultaatiovastauksen potilaalle. Vastaus ilmoitetaan pääsääntöisesti puhelimitse, mutta jos ohjeet jäävät epäselviksi tai niitä on paljon, konsultaatiovastaus lähetetään myös kirjeitse kotiin. Näin toimitaan myös silloin, jos potilasta ei puhelimitse tavoiteta.

### **Potilaan ohjeistus omahoitoon**

*Omahoito on potilaan itsensä toteuttamaa, ammattihenkilön kanssa yhdessä suunnittelemaa ja kulloiseenkin tilanteeseen parhaiten sopivaa näyttöön perustuvaa hoitoa. Omahoidossa painotetaan potilaan omaa autonomiaa sekä ongelmanratkaisu- ja päätöksentekokykyä. Omahoito eroaa itsehoidossa siinä, että itsehoidossa potilas hakee vaihtoehtoisia hoitoja ilman ammattihenkilön apua. (Lähde: Omahoidon tukeminen – Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille)*

Terveydenhuollon toiminnan tulee tukea potilaan aktiivisuutta ja omatoimista, arjessa tapahtuvaa terveydestä ja hyvinvoinnista huolehtimista. Potilaan kyky omahoitoon arvioidaan aina tapauskohtaisesti. Osalle potilaista riittää vähempi ohjeistus, toiset taas tarvitsevat ohjeistusta enemmän. Usein potilaiden ongelma epäonnistuneeseen omahoitoon ei ole kiinni tiedon vaan motivaation puuttumisesta, "tietää vaan ei ole tullut tehtyä". Alhaisemman omahoitomotivaation pitkäaikaissairailla tarvitsevat tiheämpiä kontakteja kansanterveyshoitajan vastaanotolla sekä runsaampaa motivointia. Positiivinen palaute pienistäkin onnistumisista on tärkeää. Elintamuutokset ovat mahdollisia vain, jos potilas itse ymmärtää oman toimintansa merkityksen ja vaikutukset sairauksien syntyyn ja niiden pahenemiseen. Voimaantumisen seurauksena potilas kykenee asettamaan ja saavuttamaan päämääriä sekä ottamaan vastuuta elintavoistaan.

Ryhmätoimintaa Ristijärvellä ei tällä hetkellä pitkäaikaissairaiden kesken ole. Lähimmät ryhmät kokoontuvat Kajaanissa. Oma ryhmätoimintaa Ristijärvellä ei ole perustettu, koska asukas-

määrä on suhteellisen pieni eikä potentiaalisia ryhmiin osallistujia ole paljon. Vuolijoella sen sijaan järjestetään diabetesryhmiä syksyisin ja keväisin.

Ryhmätoiminnan ja vertaistuen kannalta olisi tärkeää, että osallistujien taustatilanne olisi suunnilleen sama kuin muillakin ryhmään osallistujilla. Eri-ikäiset pitkäaikaissairaat ja sairauden eri vaiheissa olevat tarvitsevat erilaista ohjausta ja vertaistukea. Ryhmätoiminnan haasteena ovat myös paikkakuntien pienuus ja asiakkaiden tunnistettavuus. Kansanterveyshoitajan mukaan ihmiset eivät ole valmiita puhumaan omista henkilökohtaisista asioistaan ryhmässä, jossa kaikki tuntevat toisensa muutenkin.

Potilaan ohjeistuksen päävastuu on kansanterveyshoitajalla ja hänen vastuullaan on huolehtia, että lääkärinkin ohjeistus tulee potilaan tietoon. Hoito-ohjeet annetaan ensin suullisesti, mutta jos ohjeistus on pitkä, se annetaan myös kirjallisena. Ohjauksen tukena käytetään valmiita potilasohjeita, esimerkiksi lääketehtaiden laatimia. Varsinaisia käypähoito-potilasohjeita ei ”santarkasti” noudateta, mutta kansanterveyshoitaja on ohjeista tietoinen ja käyttää niitä hoidon suunnittelun tukena. Vertaistukiesitteitä tai vastaavia ei jaeta kansanterveyshoitajan vastaanotolla, vaan ne on koottu vastaanoton odotustilaan, missä potilaat voivat niihin tutustua.

### **Hoidon suunnitelmallisuus**

Pitkäaikaissairaiden nykyisessä hoitomallissa ei varsinaista henkilökohtaista hoitosuunnitelmaa ole käytössä. Jokaisen vastaanoton jälkeen, olipa se etälääkärin tai kansanterveyshoitajan käynti, jatkotoimenpiteet suunnitellaan ja kirjataan ylös potilastietoihin. Käytössä on omat kaavakkeensa diabeteksen, verenpaineen sekä jalkojen kunnon seurantaan. Pitkälle aikavälille suunnitelmaa ei tehdä, vaan yleensä sovitaan seuraava kontrolli ja hoidon tavoitteet siihen asti. Asiakkaan kotimittauksille (verenpaine, verensokeri, pef-mittaus) määritellään konkreettiset ja mitattavat tavoitearvot. Tiukkoja aikatavoitteita tavoitearvojen saavuttamiselle ei aseteta, mutta yleensä esimerkiksi elintapamuutosten jälkeen seuraava kontrolli on puolen vuoden kulluttua ja silloin arvioidaan, ollaanko asetettuja tavoitteita näillä keinoilla saavuttamassa.

Kansanterveyshoitajan työssä haasteellista on saada asiakkaat motivoitumaan omaseurantaan ja kirjanpitoon, sillä osa asiakkaista tekee kotimittauksia epäsäännöllisesti eikä kirjaa tuloksia ylös. Kotimittauksen dokumentointi on usein tarpeellista myös siitä syystä, että Kansaneläkelaitos seuraa tuloksia lääkekorvauksia myöntäessään.

Kansanterveyshoitaja ja asiakas määrittelevät tavoitteet yhdessä. Tavoitteet asetellaan tapauskohtaisesti ja asiakkaan näkökulma huomioiden. Mittaustuloksissa käytetään apuna valtakunnallisia suosituksia, mutta ne eivät suoraan siirry asiakkaan tavoitteiksi. Kuitenkin lopullisen päätöksen tavoitteiden hyväksymisestä ja toteuttamisesta tekee asiakas itse, hoitaja toimii tiedonantajana ja asiakkaan tukena.

### **Tiedonjako osapuolten välillä**

Kaikki potilaan hoitoon vaikuttavat tiedot kirjataan potilasjärjestelmään, tällä hetkellä Pegasos-järjestelmä. Varsinaista hoitosuunnitelmalehteä ei järjestelmässä käytetä, vaan tiedot kirjataan potilaskertomukseen sanallisesti. Kirjaamisessa on hyvin paljon kirjaajasta johtuvia eroja, ja se heikentää raportoinnin yhteneväisyyttä. Kainuun alueella on käytössä myös muita potilastietojärjestelmiä ja se aiheuttaa haasteita tiedon siirtymiselle.

Tiedon siirto eri toimijoiden välillä on usein asiakkaan vastuulla. Jos asiakas on kotisairaanhoidon tai kotihoidon asiakas, yhteistyö on tiivistä myös sinne päin. Lääkehoidon oikeellisuuden selvittäminen on yksi kansanterveyshoitajan työn suurimpia kynnyskysymyksiä. Lääkevalmisteet vaihtuvat usein eivätkä potilaat välttämättä tiedä tällä hetkellä käyttämiensä lääkevalmis-

teiden nimiä. Asiakkaita pyydetään usein ottamaan terveydenhoitajan vastaanotolle mukaan kaikki reseptit ja lääkepurkit, joita he säännöllisesti käyttävät.

Yksi haaste pitkäaikaissairauspotilaiden kohdalla on yksityispuolen ja julkisen sektorin tiedonsiirto. Lääkäripulasta johtuen asukkaat hakeutuvat usein yksityispuolen lääkäripalveluihin. Silloin tiedonsiirto jää asiakkaan kertomuksen varaan ja riski tiedonsiirron epäonnistumiselle kasvaa. Lääkehoidon riskit myös kasvavat yhteisten tietojärjestelmien puuttuessa, varsinkin iäkkäiden asiakkaiden kohdalla, sillä kaikki eivät välttämättä muista omia lääkityksiään oikein. Lääkkeiden väärinkäyttö on myös yksityispuolen kautta mahdollista, koska samasta lääkeaineesta voi saada useamman reseptin eri lääkäreiden kautta.

Kansanterveyshoitajien kokemusten mukaan asiakkaat edelleen ajattelevat lääkäreiden yksityisvastaanottokäytien tietojen siirtyvän automaattisesti terveyskeskuksen tietojärjestelmiin. Jos asiakas tuo kansanterveyshoitajan vastaanottokäynnillä esille, että on hakeutumassa jatkokohdintaan yksityispuolelle, pyydetään häntä ottamaan kopio lääkärin ohjeista sekä hoitoon vaikuttavista päätöksistä ja toimittamaan se kansanterveyshoitajalle. Tällöin hän voi suunnitella potilaan hoitoa näiden ohjeiden pohjalta ilman etälääkärin konsultaatiota.

Tiedonsiirtymisessä on ongelmia myös julkisen sektorin sisällä. Pitkäaikaissairas voi joutua hakeutumaan vaivansa takia huonokuntoisena päivystykseen ja tällöin on vaarassa, ettei hänen ajan tasalla olevia hoitotietoja löydetä, koska ne ovat eri potilastietojärjestelmässä. Päivystyksen ja erikoissairaanhoidon päätöksissä voivat olla mukana potilaan vanhentuneet tiedot nykyllä lääkityksestä ja se on aiheuttanut ongelmia useiden asiakkaiden kohdalla. Päivystykseen hakeutuva potilas ei välttämättä ole siinä kunnossa, että osaa antaa oikeat tiedot sairaudestaan ja hoidostaan. Tähän ongelmaan on esitetty ratkaisuksi ns. kotihoidon kansiota, jota ollaan ottamassa käyttöön koko Kainuun maakunta – kuntayhtymän alueella. Siihen kansioon on kerätty tiedot muun muassa potilaan sairauksista, lääkityksistä ja yhteyshenkilöistä ja kansio olisi aina potilaan mukana. Jos kansion tietoihin tulee muutoksia, muutokset tehnyt yksikkö on vastuussa siltä osin myös kansion päivityksestä.

### **Korkean riskin potilaiden tunnistaminen ja poiminta**

Kansanterveyshoitajan vastaanotolle hakeudutaan yleensä siinä vaiheessa, kun oireita pitkäaikaissairaudesta jo on tai verikoetuloksissa viitteitä sairaudesta on löydetty. Osa asiakkaista on saanut akuutin sydäntapahtuman, esimerkiksi infarktin ja tässä vaiheessa hakeutuvat erikoissairaanhoidon ohjeen mukaisesti vastaanotolle. Eli yleensä potilailla on todettu jo pitkäaikaissairaus tai vähintään sairauden merkkejä. Liitännäissairauksien ehkäisyyn kiinnitetään kansanterveyshoitajan vastaanotolla huomiota. Haasteena on potilaiden motivointi sairauksien ehkäisyyn siinä vaiheessa, kun sairaus ei ole vielä puhjennut, mutta viitteitä ja riskitekijöitä jo on. Iäkkäiden ihmisten säännöllisillä vuosikontrolleilla olisi mahdollista korkean riskin potilaita tunnistaa ja näin ollen vaikuttaa sairauksien puhkeamiseen. Korkean riskin potilaiden tunnistaminen on tällä hetkellä hyvin sattumanvaraista, sillä systemaattista järjestelmää heidän tunnistamiseksi ei ole olemassa. Toiminta keskittyy enemmän jo olemassa olevien oireiden hoitoon kuin ennaltaehkäisevään ja tunnistavaan työhön.

### **Viimeisimmän tiedon hyödyntäminen**

Potilaiden hoidossa pyritään hyödyntämään viimeisintä asiaan liittyvää tutkimustietoa. Hoito-ohjeiden ja -päätösten taustalla ovat käypä hoito-ohjeet ja viimeisimmät suositukset. Kokemusten mukaan hoitotyön arkikiire on vaikeuttanut uusimman tiedon aktiivista etsintää, mutta tarvittaessa tiedetään, mistä tieto löytyy.

Ristijärven kansanterveyshoitajan vastaanoton asiakkaista suurin osa on ikäihmisiä ja he ovat suhteellisen passiivisia viimeisimmän tiedon ja uusimpien hoitomuotojen omatoimisessa hyö-

dyntämisessä. Informaatio kulkee yleensä kansanterveyshoitajan kautta vastaanottokäynneillä tai puhelimitse. Lisäksi he saavat etälääkäriin konsultaation kautta tietoa uusimmista suosituksista ja hoitomuodoista.

### **Toimivat yhteydet muiden sote-toimijoiden kanssa**

Moniammatillinen yhteistyö on tavallista pitkäaikaissairaiden kohdalla. Usein hoidossa ovat mukana muun muassa terapeutit sekä asiantuntijahoitajat. Pitkäaikaissairaiden kohdalla käytetään usein myös mahdollisuutta erikoissairaanhoidon konsultaatioon, jos potilaalla on ollut hiltain hoitosuhde erikoissairaanhoidon. Pienen paikkakunnan etuja on toimijoiden tunnettavuus ja usein kansanterveyshoitaja varaakin ajan suoraan tarvittavalle erityisasiantuntijahoitajalle, esimerkiksi diabeetikkojen kohdalla jalkahoitajalle. Sosiaalityöntekijöihin yhteydenottoja on vähemmän, satunnaisia suosituksia tai lausuntoja esimerkiksi lääkehoidon tarpeellisuudesta vähävaraisten kohdalla. Yleensä asiakas ottaa omatoimisesti yhteyttä sosiaalityöntekijään, jos hänellä on sinne tarvetta. Kansanterveyshoitaja voi ohjata asiakasta tähän yhteydenottoon ja aktivoida ihmistä omatoimisuuteen.

## **2.4 Yhteenveto**

Keskeisimmät havainnot pitkäaikaissairauksien hoidon järjestelyistä Ristijärven ja Vuolijoen kansanterveystyön vastaanotoilla voidaan tiivistää seuraavasti:

### **Vastaanottotoiminnan järjestelyt**

- Pienten paikkakuntien eduksi on laskettava, että asiakkaat yleensä tietävät, mihin heidän pitää ottaa yhteyttä ja miten toimia tarvittaessa terveystalvueluita. Asiakkaat tietävät, että säännöllistä lääkäri vastaanottoa paikkakunnilla ei ole, joten he osaavat olla yhteydessä paikkakunnan tunnettuun kansanterveyshoitajaan. Pitkäaikaissairaat käyvät kansanterveyshoitajan vastaanotolla kontrollikäynnillä vähintään vuosittain, mikäli potilaalla on jo hoitosuhde kansanterveyshoitajaan.
- Asiakkaalle varataan 30 - 60 minuutin kansanterveyshoitajan vastaanottoaika. Vastaanotolla käydään läpi asiakkaan nykytilanne: sairauksien tämänhetkinen tilanne, lääkitykset, omamittausten tulokset, elämäntilanne, elintavat sekä laboratoriotulokset. Jos pitkäaikaissairaus on tasapainossa ja vointi hyvä, kansanterveyshoitaja voi sopia seuraavan kontrollin potilaasta riippuen jopa vuoden päähän, tarvittaessa tiheämmin. Jos on aihetta, kansanterveyshoitaja varaa konsultaatioajan etälääkärille, joka pitää vastaanottoaan kerran viikossa.
- Etälääkäriin konsultaatiota ja vastaanottoa edeltää aina edellä selostettu kansanterveyshoitajan vastaanotto, jossa asiakkaan nykyvointi on selvitetty. Näiden tietojen pohjalta etälääkäri ottaa kantaa esimerkiksi lääkemuutoksiin tai tekee lähetteitä jatkotutkimuksiin. Tarvittaessa hän ohjaa potilaita kontrollitutkimuksiin ja kommentoi kontrollien tuloksia. Etälääkäriin päätökset ja konsultaatiovastaukset kansanterveyshoitaja ilmoittaa potilaalle, jos potilas ei itse ole vastaanotolla.

### **Hoidon kriittiset elementit**

- Hoitohenkilökunnan työnjaon toimivuus ja etälääkäritoiminta on ollut pitkäaikaissairaiden hoidolle erittäin tärkeää, sillä heitä ei nykyisellä lääkäriresurssilla pystyittäisi Ristijärvellä hoitamaan ilman etälääkärin vastaanottoa.
- Potilaan ohjeistuksen päävastuu on kansanterveystoimijalla ja hänen vastuullaan on huolehtia, että lääkärinkin ohjeistus tulee potilaan tietoon. Hoito-ohjeet annetaan ensin suullisesti, mutta jos ohjeistus on pitkä, se annetaan myös kirjallisena. Ohjauksen tukena käytetään valmiita potilasohjeita.
- Pitkäaikaissairaiden ohjauksen tai tuen ryhmätoimintaa Ristijärvellä ei tällä hetkellä ole. Vuolijoella järjestetään diabetesryhmiä syksyisin ja keväisin.
- Pitkäaikaissairaiden nykyisessä hoitomallissa ei varsinaista henkilökohtaista hoitosuunnitelmaa ole käytössä. Jokaisen vastaanoton jälkeen, olipa se etälääkärin tai kansanterveystoimijan käynti, jatkotoimenpiteet suunnitellaan ja kirjataan ylös potilastietoihin.
- Pitkälle aikavälille suunnitelmaa ei tehdä, vaan yleensä sovitaan seuraava kontrolli ja hoidon tavoitteet siihen asti. Kansanterveystoimija ja asiakas määrittelevät tavoitteet yhdessä. Tavoitteet asetellaan tapauskohtaisesti ja asiakkaan näkökulma huomioiden.
- Varsinaista hoitosuunnitelmalehteä ei järjestelmässä käytetä, vaan tiedot kirjataan potilaskertomukseen sanallisesti. Kirjaamisessa on hyvin paljon kirjaajasta johtuvia eroja, ja se heikentää raportoinnin yhteneväisyyttä. Kainuun alueella on käytössä myös muita potilastietojärjestelmiä ja se aiheuttaa haasteita tiedon siirtymiselle.
- Korkean riskin potilaiden tunnistaminen on tällä hetkellä sattumanvaraista, sillä systemaattista järjestelmää heidän tunnistamiseksi ei ole olemassa. Toiminta keskittyy enemmän jo olemassa olevien oireiden hoitoon kuin ennaltaehkäisevään ja tunnistavaan työhön.
- Potilaiden hoidossa pyritään hyödyntämään viimeisintä asiaan liittyvää tutkimustietoa. Hoito-ohjeiden ja -päätösten taustalla ovat käypä hoito-ohjeet ja viimeisimmät suositukset, mutta niiden käyttö ei ole systematisoitua.
- Moniammatillinen yhteistyö on tavallista pitkäaikaissairauksista kärsivien asiakkaiden kohdalla. Myös sosiaalihuollon henkilöstöä voidaan hyödyntää tapauskohtaisesti.

*Seija Tuura ja Katja Holappa*

### **3. PITKÄAIKAISSAIRAIDEN HOITOMALLIN KEHITTÄMINEN TUTKIMUSPOTILAIDEN AVULLA**

PaKaste-Kainuun kehittäjähoitajien tehtävään kuuluivat pitkäaikaissairauksien nykyisen toimintamallin kuvaamisen lisäksi vastaanotto toiminnan kehittäminen. Tähän tehtävään liitettiin keuhkolla 2010 käynnistynyt KAMUT-tutkimus Kainuun Monisairaiden Uusi hoitomalli), jotta kehittämistyön tuloksia ja vaikutuksia pystyttäisiin arvioimaan.

KAMUT-tutkimushankkeen päämäärä on sosiaali- ja terveyspalveluiden voimavarojen käytön tehostaminen sekä pitkäaikais- ja monisairaiden hoidon tason parantaminen lisäämättä käytössä olevia resursseja.

Vapaaehtoisille tutkimuspotilaille toteutetaan terveydentilan ja toimintakyvyn perusteellinen kartoitus, jonka perusteella laaditaan yhdessä potilaan kanssa yksilöllinen hoitosuunnitelma. Hoitosuunnitelmat on laadittu kansallisen hoitosuunnitelmaluonnoksen otsikoinnin mukaisesti.

Tavoitteena on tutkia pitkäaikais- ja monisairaiden hoitomallin toimintaa ja vaikuttavuutta. Tutkimushankkeella on pyritty saamaan yksityiskohtaista tietoa siitä, kuinka moniammatillinen työ pitäisi toteuttaa, jotta se mahdollisimman hyvin vastaisi potilaan kokemaan hoidon tarpeeseen.

KAMUT-tutkimus toteutetaan rinnakkain Kainuussa jo meneillään olevien kehittämistoimenpiteiden kanssa sekä terveysasemien perustyön kanssa, jotta potilastutkimuksen tiedot voidaan viedä toimintamallia kehittäviin käytäntöihin.

#### ***3.1 Tutkimuspotilaiden elämäntilanne- ja hoitokartoitus***

##### ***3.1.1 Tutkimuspotilaiden valinta ja haastattelut***

Tutkimukseen valittiin pitkäaikaissairauspotilaita sekä Ristijärveltä että Vuolijoen alueelta. Asiakkaat olivat käyneet aikaisemmin kansanterveyshoitajan vastaanotolla ja heidän hoitonsa oli toteutettu nykyisen käytännön mukaisesti (ks. nykytoiminnan kuvaus). Tutkimusasiakkaat pyydettiin mukaan Vuolijoen kansanterveyshoitajan ja Ristijärvellä päivystävän sairaanhoitajan vastaanottokäyntien yhteydessä.

Tutkimusasiakkaaksi valinnan kriteerit olivat vähintään 60 vuoden ikä, kohonnut riski Finrilaskurin mukaan sekä mielenterveyden häiriö. Finrilaskuriin internetistä löytyvän laskurin avulla ja tutkimusasiakkaan yhteisriskin piti olla joko 15 % tai enemmän. Sairastettu sydäntahtuma huomioitiin myös riskinä nostavana tekijänä, vaikka Finrilaskurille asetettu 15 prosentin raja ei täyttynyt. Mielenterveyshäiriö mitattiin D-seulan avulla. Seula sisältää kaksi kysymystä ja jos potilas vastasi joko toiseen tai molempiin kysymyksiin kyllä, seulan tulos oli positiivinen. Sekä Finrilaskuri että D-seula olivat molemmat ajallisesti nopeita suorittaa vastaanottokäynnin yhteydessä, ikätekijä oli otettu huomioon jo ennen kuin asiakasta pyydettiin tutkimukseen.

Tutkimussuunnitelman mukaisesti tarkoituksena oli saada mukaan 10 tutkimusasiakasta molemmilta paikkakunnilta. Sopivien tutkimusasiakkaiden valinta käynnistyi tutkimusluvan myöntämisen jälkeen, käytännössä elokuussa 2010.

Vuolijoen terveysaseman kansanterveyshoitaja on toiminut työyksikössään jo pitkään ja tätä kautta hänellä oli etukäteen käsitys tutkimukseen sopivista asiakkaista. Hän otti yhteyttä asiakkaisiin joko vuosikontrollin yhteydessä tai soitti heille erikseen puhelimitse. Tutkimukseen pyy-

dettiin mukaan kymmentä asiakasta. Ristijärven tutkimusasiakkaita pyydettiin mukaan päivystävän sairaanhoitajan toimesta. Kolmea asiakasta pyydettiin mukaan tutkimukseen heidän käydessään sairaanhoitajan vastaanotolla akuuttivaivan takia. Ristijärven kansanterveyshoitajan ehdotuksesta tutkimukseen pyydettiin osallistumaan kolmea pitkäaikaissairasta, joiden arveltiin olevan sekä kiinnostuneita että soveliaita tutkimusasiakkaita. Alun perin oli tarkoitus löytää Ristijärveltäkin 10 sopivaa tutkimusasiakasta, mutta tutkimukseen soveltuvia henkilöitä ei löytynyt. Kaiken kaikkiaan tutkimukseen pyydettiin 16 henkilöä ja heistä jokainen oli halukas osallistumaan tutkimukseen, jos valintakriteerit muuten täyttyvät.

Kehittäjähoitajat kävivät asiakkaiden kanssa yhdessä läpi tutkimussuunnitelman sekä suostumuskaavakkeeseen. Samalla käytiin läpi tutkimuksen eri vaiheet ja tutkimuksen merkitys asiakkaan kannalta. Jos asiakas oli halukas osallistumaan tutkimukseen, hän täytti kirjallisen suostumuskaavakkeen. Sen jälkeen hoitaja selvitti asiakkaan potilaspapereista Finriskin laskemiseen tarvittavat tiedot, kuten esimerkiksi verenpainelukemat ja kolesteroliarvot ja syötti tiedot laskuriin. Samalla käynnillä tehtiin kahden kysymyksen D-seula. Valintakriteerien täytyessä hoitaja ja asiakas sopivat vastaanottoajan kehittäjähoitajan vastaanottoa varten. Yksi valituista asiakkaista jäi pois tutkimuksesta ennen vastaanottokäyntiä.

### **3.1.2 Hoitajan tutkimusvastaanotto ja käytetyt mittarit**

Kehittäjähoitajan vastaanottokäynnillä, joka kesti ajallisesti 2,5-4 tuntia, tehtiin asiakkaalle kattavat terveystarkastukset ja mittaukset tutkimukseen valittujen mittareiden avulla. Mittarit täytettiin asiakkaan ilmoittaman tiedon mukaan, osa tiedoista tarkistettiin asiakkaan pyynnöstä potilastietojärjestelmästä.

Tutkimuksen johtaja professori Pekka Honkanen oli valinnut tutkimuksessa käytettävät mittarit. Käytössä olivat toimintakykyä mittaava RAI-kotihoito-kaavake, mielialaa kartoittava MADRS-kaavake, muistitesti MMSE, sosiaalisen toimintakyvyn HYVE-kaavake sekä alkoholin käyttöä arvioiva AUDIT. Lisäksi asiakkaille tehtiin mikrospirometria ja kartoitettiin tupakointianamneesi.

Ennen vastaanottokäyntien toteuttamista kehittäjähoitajat saivat ohjausta mittarien käyttöön. RAI-mittarin käytöstä opasti Kainuun maakunta –kuntayhtymän RAI-yhdyshenkilö, sairaanhoitaja Marja-Leena Lukkari, jolla on pitkä kokemus mittarin käytöstä potilastyössä. MADRS-mittarin käytöstä kehittäjähoitajat saivat opastusta yleislääketieteen professori, psykiatrian erikoislääkäri Markku Timoselta. Myös psykiatrinen sairaanhoitaja, perheterapeutti Katariina Kehänen opasti mittarin käytössä. Mikrospirometrialaitteen käytössä opasti laitefirman edustaja. Muut mittarit olivat hoitajille tuttuja jo etukäteen eikä koulutus ollut täten tarpeellista.

Tutkimusasiakkaille, joilla edellisistä laboratoriokokeista oli yli 6 kuukautta, tehtiin lähete laboratoriotutkimuksiin verensokeri- ja kolesteroliarvojen mittaukseen. Fysiologisista mittauksista myös verenpaine mitattiin vastaanottokäynnillä ja laskettiin painoindeksi pituus- ja painomittauksen perusteella.

### **Arviot mittareista**

Käytetyistä mittareista Finriski, D-seula, MMSE ja Audit olivat nopeita käyttää, toivat tarvittavan informaation ja tästä syystä niitä voisi käyttää myös kansanterveyshoitajien työkaluina perus-

työssä. Tulokset olivat myös asiakkaan kannalta helposti ymmärrettävissä. Myös mikrospirometrian käyttö perustyon yhteydessä on mahdollista laitteen nopeuden ja helppouden takia. Tutkimuksessa otos oli niin pieni, että ainoastaan yhden asiakkaan kohdalla mikrospirometrian tulos vaikutti potilaan hoitosuunnitelman sisältöön.

Sosiaalisen toimintakyvyn arviointilomake HYVE ei tutkimusasiakkaiden kohdalla tuonut sel-laista tietoa esille, mitä ei muilla mittareilla ollut jo saatu. Tutkimusasiakkaat olivat pääsääntöisesti täysin omatoimisia eikä heillä juurikaan ollut tarvetta toisilta saadun avun lisäämiselle. Mittarin kautta nousi esille sosiaalisen verkoston kattavuus, mikä on hyödyllinen tieto potilaan kokonaistilanteen kartoituksen kannalta. On kuitenkin huomioitava, että mittareiden tehtävä on kysymysten ja vastausten lisäksi toimia keskustelun avaajina ja tätä kautta tuoda esille asioita, jotka muuten voisivat jäädä huomioimatta.

RAI-kaavakkeen käyttö koettiin liian raskaana mittarina laajempaa käyttöä ajatellen. Mittari on kokonaisuudessaan laaja ja monipuolinen, mutta omatoimisten, itsenäisesti asuvien pitkäai-kaissairaiden kohdalla liian yksityiskohtainen. Iso osa kysymyksistä mittasi ympäristöstä ja muilta henkilöiltä tarvittavan avun määrää, jota tutkimusasiakkaat eivät pääsääntöisesti tarvint-neet ollenkaan. Tästä syystä useampi kohta voitiin tutkimusasiakkaiden kohdalla ohittaa täy-sin. Mittarin kysymyksistä kotona selviytymiseen, lääkitykseen, näköön ja kuuloon sekä virt-sanpidätyskykyyn liittyvät kysymykset olivat olennaisia kohtia, joita on jatkossa mahdollista kartoittaa omatoimisten potilaiden kohdalla esimerkiksi esitietolomakkeessa.

Masennusmittari MADRS:n avulla mitattiin tutkimusasiakkaiden masennusta ja sen astetta. Mittarin käyttö vaatii ammattihenkilöltä perehtymistä, koulutautumista ja harjoittelua, jotta mit-tarin avulla saatuja tuloksia voidaan pitää luotettavana. Mittari toimii paremmin pitkäaikaisen masennuksen hoidon työkaluna, mitä yksittäisenä masennuksen seulana. Jotta mittarin avulla saisi parhaan mahdollisen hyödyn, se pitäisi toistaa tietyin väliajoin ja tuloksia verrata keske-nään. Näin saadaan tietää, onko annetulla hoidolla ollut vastetta potilaan kokemaan masen-nukseen. Kansanterveyshoitajan vastaanotolla on oleellista havaita masennuksen oireet ja osata niihin puuttua, itse masennuksen hoito tapahtuu usein psykiatrisen ammattihenkilön toi-mesta. Masennuksen tunnistamiseen on olemassa helpompia mittareita, esimerkiksi D-seula.

### **3.1.3 Tutkimuslääkärin vastaanotto ja hoitosuunnitelma**

Hoitajan vastaanottokäynnin jälkeen asiakkaan mittarit ja esitiedot valmisteltiin tutkimuslääkä-rin vastaanottokäyntiä varten. Vastaanottokäynnillä oli myös kehittäjähoitaja mukana asiak-kaan suostumuksella.

Tutkimuspotilaille laadittiin hoitosuunnitelmat käyttäen kansallisen hoitosuunnitelmaluonnoksen sisältöotsikkoja; *tarve, tavoite, keinot, seuranta/arviointi, yhdyshenkilöt, diagnoosit sekä lääki-tys*. Hoitosuunnitelmassa listatut tarpeet pohjautuvat kehittäjätyöntekijöiden mittauksissa esille tuomiin ongelmiin/haasteisiin sekä asiakkaan itsensä ilmoittamiin seikkoihin

Lääkärin vastaanottokäynnin ja hoitosuunnitelman laatimisen jälkeen kehittäjähoitaja sopi joko asiakkaan tai muiden toimijoiden kanssa jatkohoidosta. Esimerkiksi osalla asiakkaista sovittiin yhteys mielenterveysyksikköön masennusoireiden takia ja tällöin hoitaja otti yhteyttä mielen-terveysyksikön psykiatriseen sairaanhoitajaan ajan varaamiseksi. Asiakkaat kokivat vaikeaksi yhteyden ottamisen ensimmäistä kertaa ja toivoivat tässä hoitajan apua.

### 3.2 Potilasaineiston analysointi

Tutkimushenkilöstö kävi läpi aineiston läpi anonymi-caseina. Kattava keskustelu sisälsi jokaisesta potilaasta seuraavat elementit:

- Perusongelma (potilaan ilmaisemat elämään vaikuttavat ongelmat sekä keskeiset vastaanotolla ilmenneet vaivat)
- Hoitosuunnitelma (vastaanotolla potilaan kanssa sovitut hoitotavoitteet: POTKU-otsikointi)
- Riskiarviointi (arvioidut riskit hoitamattomuuden tai huonon hoitotasapainon seurauksena)
- Lääkitys (muutettu/ei muutettu osana hoitosuunnitelmaa)
- Resurssien käyttö ja työnjako (moniammatillisen työn tai erityiskonsultaation tarve)
- Tiedonkulku (erikseen huomioitavat asiat tiedonkulun varmistamiseksi /kehittämiseksi)
- Omahoito (potilaan oman vastuun ottaminen, hoitotoimet jotka ylläpitävät terveydentilaa / edistävät tavoitteita)
- 3. sektorin mahdollisuudet (yhteisötuki; ryhmät, sosiaaliset kontaktit)

Näiden perusteella potilastapaukset luokiteltiin Kaiser-kolmiota mukaillen kolmeen luokkaan.

Luokka	Potilasmäärä	%-osuus
1= Omahoidolla ja kontrollikäynneillä hoitotasapainossa pysyvät potilaat	7	47 %
2= Kohonneen riskin potilaat (huoliasiakkaat)	6	40 %
3= Erittäin korkean riskin potilaat (akuutin sairastumisen tai vakavan pahenemisen riski)	2	13 %
<b>YHT</b>	<b>15</b>	<b>100 %</b>

Ensimmäisessä ryhmässä olevat asiakkaat ovat kansanterveystyön perusasiakkaita, joita kyetään tukemaan elämäntapaohjauksen, lääkehoidon ja muun tarvittavan perustason tuen keinoin. Heille lääkärin kanssa yhteistyössä laadittu hoitosuunnitelma tuottaa terveyshyötyä potilaan itse määrittelemällä tasolla, ollen kuitenkin riskitasoltaan pieni. Hoitohenkilökunnan panoksen osuus hoidossa on verrattain pieni.

Toisessa ryhmässä selvästi kohonneen sairastumisriskin, taudin etenemisen tai toimintakyvyn heikkenemisen uhkan omaavien potilaiden tasapainoinen hoito edellyttäisi sekä potilaan omaa sitoutumista hoitoon ja elintapamuutoksiin että vahvempaa ammatillista ohjausta, lääkehoitoa tai moniammatillista yhteistyötä.

Kolmannessa eli korkean riskin potilasryhmässä asiakkaan tilanne on tutkimusmittareiden mukaan erittäin hälyttävä. Akuutin sairaustapahtuman riski on suuri, eikä potilaan sitoutuminen hoitoon ole vahvaa. Useat tai yksittäiset vakavat löydökset edellyttäisivät useiden eri ammattiryhmien osallistumista asiakkaan tilanteen parantamiseksi.

### 3.3 Kehittäjähoitajien itsereflektio: mitä olisi voinut tehdä toisin?

Jälkikäteen ajateltuna asiakkaiden parempi valmistelu hoitajan vastaanottokäynnille olisi ollut aiheellista. Heille olisi voitu laatia ns. esitietolomake, johon he olisivat kotona kirjanneet lääkityksensä (resepti/käsikauppa) ja sairautensa. Vaihtoehtona olisimme voineet pyytää heitä tuomaan mukanaan käytössä olevien lääkkeiden reseptit ja KELA-kortin. Kehittäjähoitajan vastaanoton yhteydessä kävi ilmi, että vaihtoehtolääkkeiden myötä asiakkaiden on erittäin vaikea muistaa nykyistä lääkitystään sekä sitä, mihin tautiin mikäkin lääke on menossa. Espoon hoitomallin mukaista omahoitokaavaketta apuna käyttäen olisimme voineet laatia vastaavan kaavakkeen kotona täytettäväksi ennen hoitajan vastaanotolle tuloa. Lisäksi asiakkaita olisi voitu pyytää tuomaan mukanaan omaseurantakortit /-vihkot esimerkiksi verenpainekortin hoitajan vastaanotolle.. Näillä keinoilla olisimme voineet nopeuttaa vastaanottokäyntiä, kun tiedot on käytettävissä jo valmiiksi.

Toinen parannusehdotus prosessiin olisi hoitajan ja tutkimuslääkärin ”paperikonsultaatio” vastaanottokäyntien välissä. Asiakkaat eivät olleet ennestään tuttuja lääkärille, joten taustatiedotkin oli käytävä läpi vastaanottokäynnin yhteydessä. Osa asiakkaista koki, etteivät pelkät mittarit anna kattavaa kokonaiskuvaa terveydentilasta tai elämän tilanteesta. Heille oli mahdollisesti asetettu tavoitteet pitkäaikaissairauden hoidosta jo aikaisemmin toisen lääkärin toimesta ja asiakkaat toivoivat myös näiden tietojen huomioimista. Yksittäisellä, uuden lääkärin vastaanottokäynnillä näiden seikkojen huomioiminen on haasteellista ja täten on riski, etteivät asiakkaat koe professorin vastaanottokäynnillä laadittua hoitosuunnitelmaa mielekkääksi eivätkä sitoudu sen toteuttamiseen. Yhteinen konsultaatio auttaa lääkäriä asiakkaan taustatietojen selvittämisessä ja asiakkaan tilanne tulee kokonaisuudessaan huomioiduksi.

## **Oppeja Espoosta**

Kehittäjähoitajat kävivät lokakuussa 2010 Espoon terveystalossa vierailulla, jonka tarkoituksena oli tutustua sikäläiseen pitkäaikaissairaiden hoitomalliin (ks. lisätietoa hoitomallista ja sen suunnittelusta Hoitotyön vuosikirjasta 2010).

Espoon pitkäaikaissairaiden hoitomallissa on oleellista potilaan roolin korostaminen. Tavoitteena on päästä irti ns. holhoavasta toimintamallista eli potilas vastaa jo vuosikontrollin ajanvarauksesta lähtien omasta hoidostaan. Potilas on tietoinen toimintatavoista, esimerkiksi hoitajan puhelinajoista ja toimii annettujen ohjeiden mukaisesti. Tämä vaatii sekä potilaalta että hoitajalta sitoutumista sovittuihin käytäntöihin. Jos potilaan kohdalla ei jostain syystä ole mahdollista ottaa vastuuta esimerkiksi ajanvarauksesta huolehtimisesta, tällöin hoitaja ja potilas sopivat, miten asia hoidetaan ja sovittu tapa kirjataan ylös potilaan hoitosuunnitelmaan.

Henkilökunnan ajankäytön tehostamiseksi Espoossa oli käytössä viestijärjestelmä ajanvarauksesta joko hoitajalle tai hoitavalle lääkärille. Ammattihenkilö pystyi toimistoajaksi suunnitellulla työajalla tutustumaan asiakkaan potilastietoihin ja suunnittelemaan vastaanottokäyntiä edeltävät laboratoriokokeet ja tekemään niihin tarvittavat lähetteet. Ajanvarauksesta potilas oli jo ohjeistettu käymään laboratoriotutkimuksissa ennen hoitajan vastaanotolle menoa, joten laboratoriokokeiden tulokset olivat vastaanottokäynnillä käytettävissä. Henkilökunta koki positiivisena työkaluna päätöksenteon tukeen liittyvät tekijät, kuten esimerkiksi hoitosuunnitelmaan liitetyt hoito-ohjeet.

Henkilökunnalle terveyshyötymallin mukaista hoitokäytäntöä oli esitelty palaverissa jo pitkään ennen mallin varsinaista käyttöönottoa. Mallista järjestettiin myös sekä sisäistä että ulkoista koulutusta. Sisäisenä kouluttajana on toiminut koko ajan terveysasemakohtainen hoitajalääkärityöpari. Espoossa oli huomattu tärkeäksi mallin käyttöön oton lisäksi sen päivittäminen ja henkilökunnan ajan tasalla oleva tiedottaminen. Tähän oli resursoitu osa-aikaisia työntekijöitä mallin eri osa-alueiden osalta.

Espoon pitkäaikaissairaiden hoitomallissa myös kolmas sektori oli mukana aktiivisena toimijana.

### **3.4 Pitkäaikaissairaiden toimintamalli Kainuussa - suunnitelmallisen työn tehostaminen**

Kehittäjähoitajien työn ja koko kehittämisprosessin päämääränä on esittää tutkimuspotilasaineiston avulla Terveysyötymallin mukainen yleistetty toimintatapa pitkäaikaissairaiden suunnitelmalliselle ja tehokkaalle hoidolle.

Yleistavoitteena tässä on ollut toimintakyvyn edistäminen siten, että asiakkaan sairauden hoito on tasapainossa. Onnistuneen toiminnan tuloksina saadaan

- Tyytyväinen, hoitoonsa sitoutunut potilas, jolla on mahdollisuus vaikuttaa hoidon suunnitelmaan ja toteutukseen.
- Vähemmän kuormittunut terveydenhuoltojärjestelmä, joka toimii oikeaan aikaan, oikealla tavalla suhteessa potilaan tarpeeseen.

Luotaessa kainuulaista pitkäaikaissairaiden hoitomallia on tärkeää ottaa huomioon muutamia oleellisia prosessin osatekijöitä, jotka on kuvattu seuraavassa.

#### **3.4.1 Ajanvarauskäytännöt ja potilaan valmistautuminen vastaanotolle**

Ensimmäinen tärkeä tekijä prosessissa on toimiva ajanvaraus asiakkaan ottaessa yhteyttä terveydenhuollon ammattihenkilöön. Toimivan ajanvarauksen apuna voi käyttää niin sanottua check-listaa, jossa olisi kirjattu ylös kaikki ajanvarauksen yhteydessä huomioitavat asiat. Lista sisältää esimerkiksi eri kansansairauksien ja lääkitysten vaatimat laboratoriotutkimukset. Kun laboratoriotutkimukset ohjelmoidaan tehtäväksi hyvissä ajoin, on ne vuosikontrollikäynnillä jo käytettävissä. Samalla olisi mahdollista yhdistää eri sairauksien vaatimia laboratoriotutkimuksia samaan tutkimuskertaan. Lista sisältää myös ohjeet siitä, kuinka usein laboratoriotutkimukset pitää ottaa ja milloin vuosikontrolliin ei uusia laboratoriotutkimuksia tarvita.

Ajanvarauskäynnin yhteydessä potilas saa vastaanottokäynnin ajankohdan lisäksi mukaansa kotona täytettäväksi esitieto- /omahoitokaavakkeen, jossa hän on arvioinut omaa terveydentilaansa ja listannut ylös senhetkisen käyttämänsä lääkityksen. Täytetty kaavake tuodaan mukaan hoitajan vastaanottokäynnille. Potilasta ohjataan ottamaan vastaanottokäynnille mukaan omaseurantavihkot sairaudestaan riippuen.

#### **3.4.2 Kansanterveyshoitajan vastaanotto ja alustava hoitosuunnitelma**

Kansansairauspotilaan terveydentilan kokonaisarvio tehdään vuosittain, ellei potilaan kohdalla ole toisin sovittu. Potilas tulee ensin kontrolliin liittyvälle kansanterveyshoitajan vastaanottokäynnille. Ennen hoitajan vastaanottoa hän on käynyt laboratoriotutkimuksissa ja tulokset ovat hoitajan käytettävissä. Etukäteen kotona täytetyn kaavakkeen ja omaseurantavihkojen avulla hoitaja saa tiedot lääkityksestä ja omahoidosta helposti käytettäväkseen. Hoitajan vastaanotolla käydään nämä tiedot yhdessä potilaan kanssa läpi ja samalla keskustellaan potilaan terveystottumuksista ja sukuanamneesista. Vastaanottokäynnillä voidaan tehdä myös erilaisia seuloja, esimerkiksi Finriski, DIA-seula tai GFR munuaisten toiminnan arvioimiseksi.

Potilas ja hoitaja tekevät yhdessä arvion potilaan tämänhetkisestä terveydentilasta; saavutetut hoidon tulokset, toteutuneet tavoitteet ja tämänhetkiset hoidon tavoitteet ja tarpeet, jotka hoitaja voi ammattitaidollaan yhdessä potilaan kanssa asettaa sekä keinot tavoitteiden saavuttamiseksi. Tässä vaiheessa hyödynnetään potilastietojärjestelmien EBMeDS:ää, joka antaa erilaisia hoitoehdotuksia tai muistutuksia.

Potilaan oma osuus on tärkeää tavoitteiden asettelussa. Potilas määrittelee omat tarpeensa ja tavoitteensa ja keinot. Hoitaja huomioi yleiset ohjeet ja tavoitteet, joita sovelletaan sitten potilaan tavoitteisiin. Tavoitteet ja keinot pyritään tekemään mahdollisimman konkreettisiksi (esimerkiksi potilas vaihtaa kevytmaidon rasvattomaan maitoon) ja tavoitteet kirjataan ylös tarkasti. Jos tehdään pidemmän aikavälin tavoitteita, on tärkeää määritellä välitavoitteita, joiden saavuttaminen motivoi lopullisen tavoitteen saavuttamisessa. Vastaanottokäynnin päätteeksi hoitaja tekee yhdessä potilaan kanssa luonnoksen hoitosuunnitelmasta niiltä osin kuin se on mahdollista hoitajan ammattitaito ja valtuudet huomioiden. Potilaan sitoutumisen kannalta on ensiarvoisen tärkeää, että hän kokee jokaisessa prosessin vaiheessa tullessa kuulluksi ja päässeensä vaikuttamaan hoitosuunnitelman sisältöön.

### **3.4.3 Lääkärin konsultaatio**

Hoitajan vastaanottokäynnin jälkeen potilaan asioita käsitellään lääkärin konsultaatiopalaverissä. Jos potilaan asiat ovat kunnossa, ei konsultaatiota välttämättä tarvita, vaan asiat hoidetaan hoitajan toimesta seuraavaan kontrolliin saakka. Konsultaatiossa lääkäri ottaa kantaa alustavaan hoitosuunnitelmaan sekä tarkistaa ja laatii lääkehoitosuunnitelman. Jos hoitajan vuosikontrollin yhteydessä on tullut esille lääkärin kannanottoa vaativia seikkoja, myös ne hoidetaan konsultaation yhteydessä. Lääkäri asettaa potilaan diagnoosit.

Konsultaation jälkeen lääkäri ja hoitaja arvioivat yhdessä kutsutaanko potilas lääkärin vastaanotolle. Jos tarvetta vastaanottokäynnille ei ole, hoitaja on yhteydessä potilaaseen joko puhelimitse tai kirjeitse ja antaa hänelle konsultaatiossa sovitut jatkohoito-ohjeet. Potilas saa myös kopion hoitosuunnitelmasta itselleen. Sairauksiin liittyvien tavoitteiden ja keinojen lisäksi hoitosuunnitelmasta käy esille potilaan yhdyshenkilö (terveydenhuollon ammattihenkilö), milloin seuraava kontrolli on, ajanvarauskäytännöt ja hoitosuunnitelman laadintaan osallistuneet henkilöt.

### **3.4.4 Käytännön kokemuksia**

Vuolijoen terveysasemalla kansansairauksien hoidossa on edellä mainitun tyyppistä toimintamallia sovellettu jo useamman vuoden ajan. Vuosikontrolli on ensisijaisesti hoitajan luona käynti, jonka jälkeen tarvittaessa potilaiden asioita hoidetaan lääkärin konsultaation kautta. Vuosikontrollissa käsitellään potilaan kaikkien pitkäaikaissairauksien asiat. Potilaat ovat pääsääntöisesti hyvin sitoutuneita vuosikontrolleihin ja asetettuihin tavoitteisiin. Potilaista useimmat eivät edes odota pääsevänsä lääkärin vastaanotolle kansansairauksiensa kanssa kuin 2-3 vuoden välein, mikäli ne asiat, jotka hoitaja pystyy toteuttamaan ja hoitamaan joko itsenäisesti tai konsultaation kautta, ovat kunnossa.

Vuolijoella potilaat eivät pääse lääkärin tekemään tutkimukseen, kuten sydämen ja keuhkojen kuunteluun tai eturauhasen tutkimiseen vuosittain, mikäli heillä ei hoitajan vastaanotolla ilmene ongelmia. Tällöin on vaarana, että joku oleellinen asia jää huomaamatta ja vakava sairaus pääsee kehittymään, koska hoitaja tekee työtään vain omalla ammattitaidollaan. Oleellisen tärkeää toimivassa hoitaja-lääkärityöparityöskentelyssä on se, että työnjako on selvä, ennalta sovittu ja lääkäri tuntee potilaansa.

### **3.5. Kehitysideoita**

#### **Henkilöstön sitouttaminen**

Jotta kainuulainen hoitomalli pitkäaikais- ja monisairaiden hoitopolku voisi toteutua, on tärkeää lisätä hoitohenkilökunnan koulutusta kokonaisvaltaisen terveyshyötymallin toteuttamiseen ja malliin sitoutumiseen. Sitoutuminen vaatii aikaa eikä muutosta nykyisestä mallista terveyshyötymallin mukaiseen toimintaan voida hetkessä toteuttaa. Ajankohta voisi kuitenkin nyt olla otollinen, sillä kansanterveystoimijain keskuudessakin on lähivuosina tapahtumassa sukupolvien vaihdos suurten ikäluokkien eläköityessä ja nuorempien hoitajien tullessa heidän tilalleen.

Toiminnan tehostamiseksi on tärkeää luoda selkeä työnjako eri ammattiryhmien välille. Työnjaon ansiosta toiminta on sujuvampaa ja toimijoita turhauttava päällekkäinen työnteke saadaan karsittua pois. Työnjaosta pitää sopia kirjallisesti ja sen tulee olla kaikkien ammattiryhmien tiedossa. Osa työnjakosopimuksista voi olla maakunnallisia, osa seudullisia ja osa työyksikkökohtaisia.

On tärkeää myös sopia siitä, kuka vastaa mallin päivittämisestä ja resursoida hänelle tehtävän tarvittava työaika. Työnjako koskee myös potilaan ja ammattihenkilöiden välistä toimintaa, sillä on tärkeää sopia potilaan kanssa selkeästi siitä, kuka vastaa kunkin tavoitteen saavuttamisesta. Joukossa on potilaita, joiden kyky huolehtia asioistaan on jostakin syystä rajallinen, tällöin hoitaja voi ottaa enemmän vastuuta esimerkiksi vuosikontroleista huolehtimisesta.

#### **Asiakkaiden informointi**

Henkilökunnan lisäksi myös asiakkaiden informointi uudesta toimintamallista esimerkiksi lehdistön tai maakuntaradion välityksellä on tärkeää. Osassa Kainuun kunnissa toteutetaan tällä hetkellä toimintamallia, joissa potilaat lähes automaattisesti pyrkivät hakeutumaan kansansairausasioissa suoraan lääkärin vuosikontrolliin. Uuden, hoitajavetoisen toimintamallin levittäminen kainuulaisten tietoisuuteen on tärkeää mallin juurruttamisessa. Oleellista on siirtää painoa hoitajan luona tapahtuviin vuosikontroleihin, joissa potilaan osallisuus ja sitoutuminen korostuu. Pitkäaikaissairaana hoidon suunnittelussa painottuu hoitajan ja potilaan välinen yhteistyö sekä lääkärin työpanoksen kohdistuminen ainoastaan niihin tekijöihin, joissa se on välttämätöntä.

#### **Moniammatillisuuden kehittäminen**

Hoitohenkilökunnan työväliseen tulisi olla helposti saavutettavissa oleva yhteistyöverkosto esimerkiksi sosiaalitoimen, mielenterveyspuolen sekä työvoimatoimistojen kanssa. Asiakkaat ovat usein yhteisiä ja eri toimijoiden päätöksillä voi olla päällekkäisiä vaikutuksia asiakkaan elämään.

Kainuun maakunta – kuntayhtymän toiminnassa on jo tälläkin hetkellä ”Kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmiä”, mutta sen toimintaperiaate on varmaan useammalle rivityöntekijälle vieras, joten sitä ei ehkä osata käyttää. Olisi hyvä pitää yllä säännöllisiä palaverieja tai koulutusta kunkin yhteistyökumppanin kanssa, jotta toimijoiden tehtävät tulisivat kaikille tutuiksi. Yhteistyökumppaneiden täytyy myös olla helposti saavutettavissa. Toimiva yhteistyö takaa parhaan mahdollisen hyödyn asiakkaalle, sillä usean työntekijän yhteisessä palaverissa voidaan asioita hoitaa pidemmälle, mitä jokaisen toimiessa yksinään.

Projektin aikana yhteistyötä tehtiin asiakkaiden hoidossa muun muassa hankkeen sosiaaliohjaajan kanssa. Erään tutkimusasiakkaan vastaanottokäynnillä kävi ilmi, että potilaan asuinolosuhteet olivat epäkäytännölliset suhteessa potilaan tämänhetkiseen terveydentilaan. Potilas on yksin asuva liikuntarajoitteinen ja esimerkiksi asunnon lämmittäminen tuottaa vaikeuksia liikuntaesteiden takia. Kehittäjähoitaja ja sosiaaliohjaaja tekivät yhteisen kotikäynnin potilaan luona ja käynnin yhteydessä he havaitsivat useita asiakkaan terveyttä vaarantavia tekijöitä, joita asiakas itse ei vielä osannut pitää uhkana kotona selviytymiselleen. Käynnin tuloksena sosiaaliohjaaja, kehittäjähoitaja ja asiakas pohtivat yhdessä ratkaisuja asiakkaan asuinympäristön parantamiseksi ja sopivat työnjaosta ratkaisujen toteuttamiseksi.

Perusterveydenhuoltoon tarvitaan edellä kuvatun kaltaista toimintamallia ja sosiaalihuollon ammattilaisia, joilla on tarvittavaa ammattitaitoa terveyteen liittyvästä ennakkoivasta toiminnasta. Jatkossakin vastaavanlaisia, ennakoivia kotikäyntejä voisi tehdä työparina. Ihanteellisin vaihtoehto olisi, jos ennakoiville kotikäynneille osallistuisi heti alkuvaiheessa teknisen toimen edustaja, jonka työnkuvaan on resursoitu ennakoivat kotikäynnit yhteistyössä terveydenhuollon ja sosiaalitoimen työntekijöiden kanssa. Asiakkaan kannalta on tärkeää, että käynnille osallistuu hänelle läheinen työntekijä, esimerkiksi kansanterveyshoitaja, jonka asiakas haluaa päästää kotiinsa. Asiakas voi kokea vieraan ihmisen, varsinkin sosiaalityöntekijän käynnin uhkana tai loukkauksena. Tästä syystä myös hoitohenkilökunnan, esimerkiksi kansanterveyshoitajien jalkautuminen kotikäynneille pitäisi olla mahdollista.

### **Seulatestien lisääminen**

KAMUT -hankkeessa saimme D-seulan kysymyksiin "kyllä" -vastanneiden osalta MADRS-mittarilla useampia korkeahkoja pisteitä. Jo aikaisemmin eri tutkimuksissa on todettu, että somaattiset pitkäaikaissairaudet, kuten sydän- ja verisuonisairaudet, diabetes ja kipuoireet ovat tavallisia perusterveydenhuollon masennuspotilailla. Myös KAMUT -hanke vahvisti sitä, että aina kun ihminen sairastaa pitkäaikaista somaattista sairautta, kannattaisi kysyä mahdollisesta masennuksesta ja tehdä ainakin vuosikontrollin yhteydessä jokin helposti ja nopeasti toteutettava masennusseula.

Toistuvana ongelmana nousi esille tutkimukseen osallistuneiden naisten kohdalla virtsanpidätyskykyyn liittyvät ongelmat, jotka voivat olla suurenakin esteenä sosiaaliselle kanssakäymiselle. Jos ihminen jää kotiin tällaisen vaivan vuoksi, masennuksen riski kasvaa ja sen myötä ainakin pitkäaikaissairauden omahoito uhkaa huonontua. Mikäli jatkossa laaditaan esitietolomake vuosikontrollikäynneille, siihen voisi liittää kysymykset virtsankarkailusta ja miesten osalta eturauhasoireista.

### **Sosiaalisen tuen merkityksen korostuminen**

Esitietolomakkeella voisi kartoittaa myös selviytymistä arjen toiminnoista, asumiseen ja liikkumiseen liittyviä asioita sekä sosiaalista verkostoa. Joidenkin tutkimusasiakkaiden kohdalla tuli erittäin painokkaasti esille kolmannen sektorin osuus heidän hyvinvointinsa ja terveytensä tukemisessa. Jo Kainuun terveyshyötymallia suunniteltaessa voisi kolmas sektori olla mukana aktiivisena toimijana.

*Marketta Huttunen*

## 4. TERVEYDENHUOLLON SOSIAALITYÖ

### 4.1 Johdanto

Suomalaiset elävät terveempinä, toimintakyisempinä ja pidempään kuin koskaan aikaisemmin. Tämän katsotaan liittyvän entistä enemmän parempiin elämäntapoihin ja turvalliseen ympäristöön, parempaan sosioekonomiseen asemaan ja koulutukseen sekä lääketieteelliseen kehittymiseen. Silti on vielä olemassa parantamisen varaa monien eri kansantautien ja niiden riskitekijöiden ehkäisyssä ja hoidossa. ([www.tietokeskus.fi](http://www.tietokeskus.fi), 5)

Sosiaalinen tuki yksi sosiaalisen vuorovaikutuksen tai kanssakäymisen muoto ja siksi välttämätön osa kaiken ikäisten ihmisten elämässä. Sosiaalisella tuella on vaikutusta terveyteen ja ne asiakkaat, joilla on toimiva sosiaalinen verkosto, sanotaan olevan onnellisimpia ja terveempiä kuin yksinäiset tai verkostoa ilman olevat. Sosiaalinen tuki vaikuttaa meidän kaikkien terveyskäyttäytymiseen sekä sairauteen sopeutumiseen ja myös siihen miten hakeudumme terveydenhuollon ja sen sosiaalityön palveluihin.

Terveydenhuollon sosiaalityössä sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen on asiakkaan psyykkisen, sosiaalisen ja aineellisen hyvinvoinnin tukemista ja voimavarojen lisäämistä. Asiakkaalle tarjotaan tietoa, välineitä ja käytännön apua oman elämän suunnitteluun, ratkaisujen ja valintojen tekemiseen sekä arkipäivästä selviytymiseen.

Terveydenhuollon sosiaalityötä tarvitaan silloin, kun esimerkiksi erilaiset onnettomuudet, äkillinen kuolema, vakavat sairaudet, pitkäaikainen sairaus, vammaisuus, päihteiden väärinkäyttö, mielenterveysongelmat, taloudelliset vaikeudet, tuen ja avun tarve, työttömyys, yksinäisyys tai itsemurha aikomukset kohtaavat potilasta. Terveydenhuollossa asiakkaiden/potilaiden kanssa tehtävä työ on tukemista, ohjaamista, palveluiden ja suunnitelmien koordinoitua ja niiden yhteen sovittamista. (Linden 1999, 24; Hänninen 2007, 16.)

*”Terveydenhuollon sosiaalityöllä tarkoitetaan sosiaalityöntekijän toimintaa, joka toteutuu terveydenhuollon organisaatiossa terveys- ja sosiaalipolitiikan tavoitteiden mukaisesti terveyden ja sosiaalisuuden edistämiseksi ja ylläpitämiseksi. Työn lähtökohtana on näkemys kokonaisnäkemys sairauden ja sosiaalisten tekijöiden yhteyksistä. Tavoitteena on vaikuttaa yksilön ja perheen elämäntilanteeseen siten, että sairaudesta huolimatta taloudellinen toimeentulo, sosiaalinen suoriutuminen ja yhteiskunnallinen osallistuminen jatkuisivat mahdollisimman häiriöttömästi”.* (Linden 1999, 55.) Määritelmä on yleinen, ja se on tarkoitettu kattamaan terveyskeskuksissa, sairaaloissa, mielenterveys-toiminnoissa ja kuntoutuslaitoksissa tehtävästä sosiaalityöstä.

Perusterveydenhuollon sosiaalityön asiantuntijuus on ollut hyvin vähäistä ja sen kehittäminen on tullut ajankohtaiseksi. Ongelmina on ollut miten perusterveydenhuollossa toimivien kansanterveyshoitajien asiakkaan/potilaan ongelmien arvioimisessa tunnistaisivat sosiaalityön tarpeen ja kehen he voisivat ottaa yhteyttä ja konsultoida.

Perusterveydenhoidon sosiaalityö on tulevaisuudessakin henkilökohtaista asiakastyötä, jota täydennetään sosiaalityön asiantuntijakonsultaatiolla. Se voi tapahtua puhelimitse, sähköpostitse, videopalveluna tai sovitulla asiakaskäynneillä. Palveluita voidaan tuottaa myös verkkopalveluilla. Terveydenhuollon sosiaalityön palveluprosessi on asiakkaan tarpeista lähtevä kokonaisvaltainen palveluprosessi, jossa kartoitetaan heidän tarpeensa ja oikeutensa palveluihin.

## **4.2 Perusterveydenhuollon ja sosiaalityön yhteisen työskentelyn elementit**

Pitkäaikaissairauksien hoitomalliksi on kehitelty Terveystyömalli, jolla pyritään väestön terveydenhuollon tehokkaampaan ja vaikuttavampaan palveluun. Tavoitteena on kehittää sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistä asiakastyötä sekä siihen liittyvä avoterveydenhuollon ja sosiaalityön yhteisten toimintamallin kehittäminen. Erityisesti siinä pyritään kehittämään pitkäaikaisia ja riskiryhmäasiakkaiden palveluja, joten kohdejoukkona ovat mm. ikääntyvät asiakkaat ja heidän omahoidon vahvistaminen.

Tässä yhteisen työskentelyn kehityksessä voidaan nostaa esiin muutamia keskeisiä elementtejä, joilla tuetaan asiakkaiden elämäntilannetta.

### **4.2.1 Asiakaslähtöisyys**

Asiakaslähtöistä sosiaalityötä tehdään yksilö-, perhe- tai henkilöryhmän tasolla. Ominaisista toiminnalle ovat henkilöasiakkuus, välitön vuorovaikutussuhde asiakkaan kanssa, asiakkaan tarpeisiin sopivien ja yksilöllisten työkäytäntöjen hyödyntäminen sekä työnkulun prosessoinnissa. Asiakaslähtöinen sosiaalityö on suunnitelmallista yhteistyötä asiakkaan, hänen lähiverkostonsa ja muiden ammattilaisten kanssa. (Kärki 2007, 15, 17.) Sosiaalityöntekijän ja sosiaaliohjaajan ydinosaamiseen kuuluu sosiaalisten tilanteiden monipuolinen selvittäminen ja ymmärtäminen sekä näihin perustuva ongelmaratkaisukyky ja tavoitteellinen toiminta.

Paleluohjausta pidetään sosiaalialan työn ytimenä. Palveluohjauksena voidaan pitää sitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon monia eri palveluja, tukia ja sosiaalietuuksia tarvitsevat asiakkaat saavat heille kuuluvat räätälöidyt palvelut ”yhdeksi luukulta”. Palveluohjaus on yhteistyötä asiakkaan/potilaan ja työntekijän välillä. Molemmilla on oma asiantuntijuutensa – asiakas on oman elämänsä asiantuntija ja työntekijä on oman ammattinsa perustella ammatillinen asiantuntijuus. Molemmilla tulee olla mahdollisuus tasapuoliseen puhumiseen ja kuulluksi tulemiseen. (Hänninen 2007, 3,12.)

Hännisen mukaan (2007, 33–34) palveluohjauksen tehtävänä on ratkaista palvelujärjestelmän yhteistyöongelmia ruohonjuuritasolla yksittäisen asiakkaan elämäntilanteen ja hänen tarvitsemistaan palveluista lähtien. Sosiaalityöntekijä arvioi asiakkaan sen hetkiset voimavarat, palveluiden tarpeen ja ohjaa hänet mahdollisimman lähellä oleviin palveluksiin. Sosiaalityöntekijä seuraa asiakkaan/potilaan tilanteen kehittymistä yhdessä hänen kanssaan.

### **4.2.2 Sosiaalinen tuki**

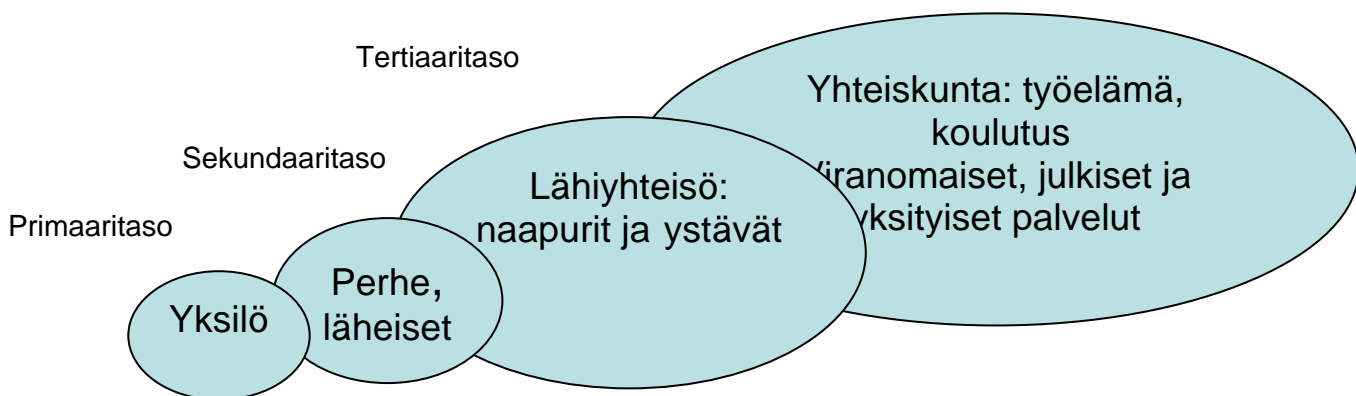
Sosiaalinen tuki on toiminnallinen käsite. Se viittaa niihin käytäntöihin, joiden kautta ihminen itse, hänen lähiyhteisönsä sekä yksityiset tai julkiset toimijat pyrkivät turvaamaan yksilön hyvinvoinnin. Sosiaalisen tuen toteutumisessa on kyse vuorovaikutteisesta tapahtumasta, jossa tuki saa muotonsa edellä mainittujen toteuttajien toiminnassa. Eli kuten Petri Kinnunen toteaa: ”*Sosiaalisella tuella tarkoitetaan niitä vuorovaikutteisia toimintakäytäntöjä, joilla erilasiin hyvinvoinnin toteutumiin päädytään* (Kinnunen 1999, 103).

Sosiaalinen tuki voidaan jakaa Kumpusalon (1991,14) mielestä esimerkiksi seuraavasti:

- Aineelliseen tukeen, kuten raha, tavara, apukeino tai lääke
- Toiminnalliseen tukeen, kuten palvelut, kuljetus tai kuntoutus
- Tiedolliseen tukeen, kuten neuvo, opastus, opetus tai harjoitus
- Emotionaaliseen tukeen, kuten empatia, rakkaus tai kannustus

- Hengelliseen tukeen, kuten yhteinen aate, usko tai filosofia.

Sosiaalinen tuki liitetään potilaan elämänmuutoksiin, stressiin, kriiseihin, terveyteen ja sairaudesta toipumiseen. Sosiaalista tukea tarvitaan läpi elämän, sen tarve ei liity ainoastaan kriisitilanteisiin. Ihmiset tarvitsevat tukea eri tavalla ja se voi tulla useasta eri lähteestä.



KUVIO 1. Sosiaalisen tuen tasot Kumpusalon mukaan.

Sosiaalinen tuki voi olla maallikon tai ammatti-ihmisen antamaa tukea. Primaari- ja sekundaaritason tuki muodostuu pääosin maallikkoavusta, mutta tertiaaritason tuen antajat ovat tavallisesti saaneet sosiaalialan, terveydenhuollon tai muun erityiskoulutuksen. (Kumpusalo 1991, 15–16.)

Sosiaalinen tuki ja sosiaaliset taidot eivät ole sama asia eivätkä aina riippuvaisia toisistaan. Sosiaaliset taidot omaava asiakas osaa käyttää sosiaalista tukea omien tavoitteiden saamiseksi tai jättää sen käyttämättä, kun se ei palvele hänen etujaan.

Sosiaaliset voimavarat ovat ihmissuhteissa koettua konkreettisesta tukea. Konkreettinen apu voi olla naapurien, ystävien, läheisten apua kotitöissä, asiointissa, liikkumisessa ja itsehoidossa. Emotionaalinen tuki on lohduttamista, kannustamista, ohjeita, viiheitä ja tiedon saantia arkeen liittyvissä asioissa. Tärkeää asiakkaalle on turvallisuuden ja yhteenkuuluvuuden tunne sekä kokemus siitä, ettei ole yksin (Suvikas 2006, 112).

#### 4.2.3 Sairauteen liittyvä sosiaaliturva

Terveydenhuollon sosiaalityö perustuu sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöön, josta yksi tärkeä osa on sosiaaliturva. Sosiaaliturvalla tarkoitetaan kansalaisten toimeentuloa ja terveyden turvaamista julkisen vallan toimesta. Siihen luetaan kuuluvaksi sosiaalivakuutus, sosiaalivakuutus, sosiaalihuolto ja sosiaali- ja terveystalot. (Rantala & Pentikäinen 2009, 75).

**Sosiaalivakuutus** on lainsäädäntöön perustuvaa ja lailla ohjattua. Sen piiriin kuuluvat vakituisesti Suomessa asuvat henkilöt. Siihen kuuluvat mm. työ- ja kansaneläkkeet, sairausvakuutus ja työttömyysturvan ansiosidonnainen osa. Sosiaalivakuutus määritellään julkisen vallan toimenpitein sosiaalisten riskien varalta järjestetyksi vakuutukseksi. Sosiaalisilla riskeillä tarkoitetaan vanhuutta, sairautta, työkyvyttömyyttä, työttömyyttä ja kuolemaa. Sosiaalivakuutuksen tavoitteena on kansalaisten toimeentulon turvaaminen silloin kun edellä mainitut riskit toteutuvat, samoin kuin sairauksista aiheutuneiden kulujen korvaaminen.

**Sairausvakuutus** on osa sosiaaliturvaa ja se koskee lakisääteisesti koko väestöä. Sairausvakuutuksen tehtävänä on korvata sairaudesta ja synnytyksestä aiheutuvaa toimeentulon menetystä sekä sairaanhoidosta aiheutuneita kuluja. Sairausvakuutus tukee myös työkyvyn palautumiseen, tukemiseen ja edistämiseen tähtääviä toimia kuten kuntoutusta. (Rantala & Pentikäinen 2009, 70–72, 75.)

**Sosiaaliavustuksille** on ominaista, että suoritukset maksetaan tiettyjen ennakolta annettujen ehtojen ja määrien mukaan. Sosiaaliavustuksia ovat mm. Kelan, sairaskassojen etuudet, lakisääteiset ja vapaaehtoiset vakuutukset sekä työttömyysturvan peruspäiväraha.

**Kunnan sosiaalihuollon** tehtävänä on sosiaalisten ongelmien ehkäisy, sosiaalisen turvallisuuden ylläpitäminen sekä omatoimisuuden tukeminen. Sosiaalihuololle on ominaista yksilökohtainen tarveharkinta. Toimeentulon edellytyksenä on muun muassa se, ettei hakijalla itsellään tai perheellä ole varoja välttämättömiin elatuskuluihin. (Rantala & Pentikäinen 2009, 75–76.)

**Sosiaalipalveluihin** kuuluvat sosiaalityö, edunvalvonta, sosiaalipäivystys, kotipalvelut, omaishoidontuki, asumispalvelut, laitoshoido, perhehoito, kuntoutus, lasten ja perheiden palvelut, ikäihmisten palvelut, vammaispalvelut ja päihdetyö.

### **4.3 Toimintakyvyn kolme ulottuvuutta**

Terveyshyötymallin kehittämisen yleistavoitteeksi on Kainuussa asetettu asiakkaan toimintakyvyn edistäminen siten, että sairauden hoito on tasapainossa. Toimintakyvyllä on pitkään tarkoitettu lähinnä fyysistä toimintakykyä, mutta käsite on tässä selkeästi laajempi. Toimintakyky jaetaan kolmeen eri osa-alueeseen: fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn.

#### **Fyysinen toimintakyky**

Fyysinen toimintakyky tarkoittaa elimistön toiminallista kykyä selviytyä erityisesti fyysistä ponnistelua vaativista tehtävistä. Se ilmenee ihmisen kykynä tehdä työtä, harrastaa ja huolehtia itsestään ja selviytymisessä päivittäisistä toiminnoista. Sen aleneminen aiheuttaa konkreettista avuntarvetta arkipäivästä selviytymisessä. (Suvikas 2006, 81.)

#### **Psyykinen toimintakyky**

Psyykinen toimintakyky on ihmisen kykyä suoriutua älyllistä ja henkistä työskentelyä vaativista tehtävistä. Tämä tarkoittaa kykyä vastaanottaa ja käsitellä tietoa, kykyä tuntea ja kokea sekä muodostaa käsityksiä ympäristöstä maailmasta.

Psyykkisen toimintakyvyn osa-alueita ovat havaitseminen, muisti, ajattelu, oppiminen ja kommunikaatio. Siihen kuuluvat todellisuudentaju, elämän hallinnan kokeminen, optimismi, tyytyväisyys elämään, sosiaalinen toimintakykyisyys, itseluottamus ja toiminnallisuus. Kun henkilöllä on hyvä psyykinen toimintakyky, hän voi toimia tehokkaasti ja järkevästi. Hän tuntee olonsa hyväksi, arvostaa itseään ja muita sekä suhtautuu optimistisesti tulevaisuuteen. (Suvikas 2006, 84–85.)

#### **Sosiaalinen toimintakyky**

Sosiaaliseen toimintakykyyn kuuluvat luonnollinen vuorovaikutus, läheisyys, osallisuus yhteisölliseen elämään, kykyyn huolehtia itsestään ja tietoisuus hänelle kuuluvista oikeuksista.

Sosiaalisella toimintakyvyllä viitataan ihmisten osallisuuteen ja yhteisöllisyyteen, yhteyteen muiden kanssa sekä yhteisölliseen ja yhteiskunnalliseen rooliin. Usein siihen liitetään myös tekniset, kulttuuriset ja taloudelliset tekijät. Ihmisellä on kaksi sosiaalista tukiverkkoa: epävirallinen ja virallinen. Epäviralliseen kuuluvat perhe, läheiset ja ystävät. Virallista tukiverkkoa edustaa yhteiskunnan palvelujärjestelmä. (Suvikas 2006, 88.)

Sosiaalista toimintakykyä voidaan arvioida parhaiten ja luonnollisesti vuorovaikutuksen ja dialogin avulla. Vapaamuotoinen keskustelu on luontevin tapa käsitellä sosiaalista elämää ja asiakkaan tärkeitä ihmissuhteita. Keskustelu raha-asioista tai elämäntilanteesta voi olla kiusallista, jolloin voidaan ottaa käyttöön myös erilaisia mittareita ja työkaluja. (Suvikas 2006, 108.)

Sosiaalisen toimintakyvyn yksi tärkeä ulottuvuus on aineelliset resurssit. Onko asiakkaalla riittävästi rahaa käytössään? Esimerkiksi kansaneläkkeellä elävät ovat eräs heikoimmin toimeentuleva ryhmä, jos mittarina on käytössä köyhyysrajan alittava tulotaso. Iäkkäälle voi palvelutietojen ja tukien hakeminen olla monimutkaista ja se koetaan usein vaikeaksi. Iäkkäiden haluttomuus hakea tukea tai palveluita voidaan nähdä siten, että usein ihmiset kovat oman tilanteen riittävän hyväksi ja ovat näin elämäänsä tyytyväisiä. Toisaalta taustalla voivat olla myös vanhoja asenteita, jolloin avun vastaanottamien tai avun tarvitsijaksi joutuminen saatetaan kokea häpeälliseksi. (Suvikas 2006, 332.)

Sosiaalista toimintakykyä voidaan edistää tukemalla asiakkaan ihmissuhteita esimerkiksi yhteydenotoilla, tapaamisilla, omaisten ja läheisten kanssa tehtävällä yhteistyöllä. Vertaistuki on yksi sosiaalista toimintakykyä edistävä tekijä, joten joillekin asiakkaille voi sopia ohjata heidät osallistumaan eri järjestöjen toimintaan. Yhteisöllisyyden avulla voi löytää apua ja mielekkyyttä omaan elämäntilanteeseen.

Sosiaalisen toimintakyvyn arviointiin on kehitetty erilaisia mittareita:

- ADCS-ADL (Galasko ym.1997)
- Arjessa selviytymisen profiili (Helsingin kaupunki: Sosiaalivirasto & terveysvirasto)
- CDR (Clinical Dementia Rating) -mittari (Hughes ym.1982, Berg 1984)
- EASYcare- Vanhusten tilanteen arviointimenetelmä (ks. <http://www.bbr-online.com/easycae> )
- FIM- järjestelmä (ks. <http://www.qualisan.fi/FIM.htm>)
- Joensuun-luokitus (Mäkinen 1991)
- RAI- järjestelmä (Ks. [www.stakes.fi/finrai](http://www.stakes.fi/finrai), Noro ym.2005)

#### **4.4 Asiakkaan tukeminen terveyshyötymallin palvelukokonaisuudessa**

#### **4.4.1 Omahoidon korostuminen**

Viime vuosina on saatu uutta tieteellistä näyttöä siitä, että potilaiden omahoidolla on ollut vaikutusta sairauksien hoidossa ja niiden ehkäisyssä sekä elämäntapojen kohentumisessa. Varhaisessa vaiheessa hoidon vaikuttavuuteen ovat vaikuttaneet potilaan valmentaminen omahoitoon ja hänen elämänhallinnan tukeminen.

- omahoito on potilaan itsensä toteuttamaa, yhdessä hoitohenkilökunnan suunnittelemaa hoitoa.
- omahoidossa painottuu potilaan itsemääräämisoikeus sekä ongelmaratkaisukyky ja päätöksenteko
- omahoidon tukijana toimi sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstö, jolloin suunnitellaan potilaalle juuri hänelle ja hänen elämäntilanteeseen sopiva kokonaisuus
- potilas on vastuussa omista ratkaisuistaan
- omahoidolla on todettu olevan myönteisiä vaikutuksia potilaan sairastamiseen ja elämänlaatuun sekä vähentävän terveydenhuollon palveluntarvetta ja sairaalahoitoja.

Kokonaisuutena omahoito merkitsee sitä, että asiakas on aktiivinen osallistuja omahoidon ja elämäntapamuutoksen suunnitteluun ja sen toteuttamiseen. Siinä korostuvat eri asiantuntijuidet, räätälöidyt hoitoratkaisut ja potilaan omien päätöksiensä hyväksyminen. Omahoidolla pyritään tukemaan potilaan elämänlaatua pitkäaikaissairaudesta huolimatta. ([www.laaketietokeskus.fi](http://www.laaketietokeskus.fi), 6.)

Sosiaalinen tilanne näkyy omahoidossa potilaan sosiaalisena ympäristönä. Kysymyksiä nousee esiin miten perhe, ystävät ja työelämä vaikuttavat potilaan elämään? Toisaalta käsiteltäväksi voi tulla miten hänen omat halunsa ja kykynsä ottaa vastuuta omasta hoidosta muuttaa suhdetta lähiympäristöön. Perinteisen terveydenhuollon (medikaalisen) näkökulman laajentaminen asiakkaan toimintaedellytyksiin ja hoitoon sitoutumisen mahdollisuuksiin vaatii henkilöstöltä myös sosiaalisten aspektien huomioimista. Tämä ei suinkaan aina tarkoita asian ulkoistamista sosiaalihuollon ammattihenkilöille, vaan lähinnä kokonaisvaltaisemman ajattelun omaksumista.

Kohonneen riskin omaavilla asiakkailla omahoidon edellytyksiä ja sosiaalisen tuen tasoa on tarkasteltava tehostetusti. Ammattihenkilöiden toiminnalla voidaan mahdollisesti ehkäistä tulevia ja puuttua olemassa oleviin ongelmiin. Tässä vaiheessa voidaan suunnitella tarpeelliset asunnon muutostyöt, asunnon hankkiminen, toimeentulotuki esim. lääkkeisiin, kotipalvelun tarve, ikäihmisten hyväksikäyttöön puuttuminen yms. Tavoitteena on, ettei ongelmien kasaantumista tapahtuisi hoidon tarpeen kasvettua. Toisaalta ilmenneisiin tai orastaviin ongelmiin voitaisiin puuttua jo mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.

#### **4.4.2 Varhainen puuttuminen**

Ongelmien kasaantuminen asiakkaalle voidaan ymmärtää mukaan joko ongelmien yhdenaikaisuutena tietynä ajankohtana tai ajan myötä tapahtuvana ongelmien ketjuuntumisena tai niiden laajentumisena (Rönkä 1999). Ongelmien kasaantuminen tai ongelmaketjun voi käynnistää monet tapahtumat, eikä kyse ole niinkään ikään liittyvästä prosessista. Varhainen puuttuminen tulisikin ymmärtää interventiona pulmien ilmaantumiseen, eikä henkilön ikään (Stengård 2008,16.).

Omien voimavarojen käyttöönotto ja elämänhallintataidot ovat tärkeitä kaikenikäisille riippumatta siitä onko olemassa ongelmia vai ei. Asiakkaan selviytymiskyky käsittää kykyä käyttää hyväkseen erilaisten järjestelmien tarjoamia voimavaroja elämäntehtävien ratkaisemiseksi, joka

voi heiketä erilaisten henkilökohtaiseen elämään liittyvien ongelmien takia. Selviytymiskyvyn vahvistamiseksi sosiaalityön kannalta edellytetään,

*”että sosiaalityöntekijä tarjoaa ymmärrystä, tukea ja rohkaisua vaikeassa tilanteessa olevalle ihmiselle, antaa mahdollisuuden keskustella vaikeuksistaan, auttaa ihmisiä selvittämään vaihtoehtoisia tapoja ratkaista ongelmiaan ja tarjota päätöksentekoon helpottavaa informaatiota, antaa muutokseen motivoivaa informaatiota heidän tosiasiallisesta elämäntilanteestaan sekä opettaa taitoja, joita asiakkaat/potilaat tarvitsevat pyrkimysten ja elämäntehtävien toteuttamiseksi.”* (Stengård 2008, 33.)

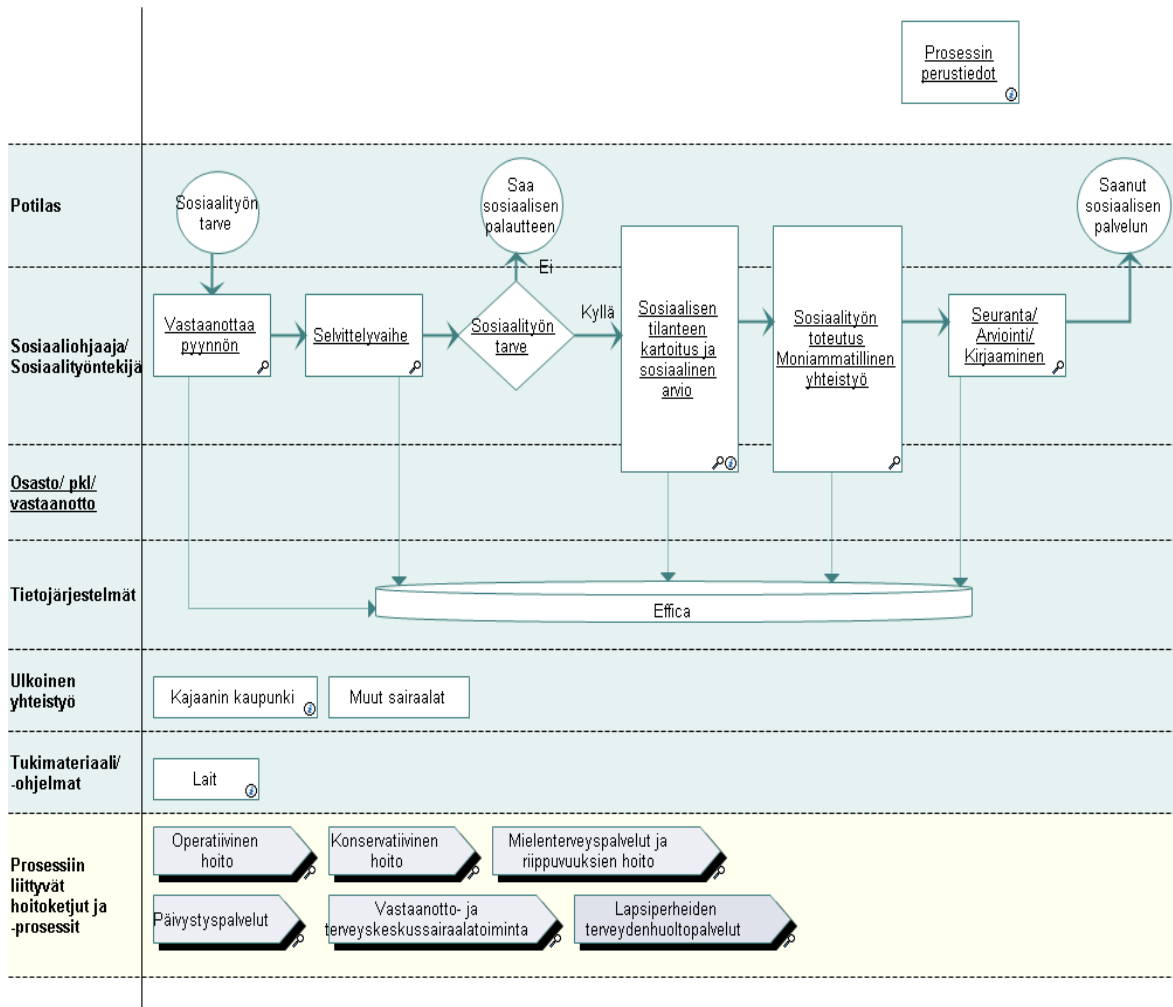
Hyvä interventio rakentuu hyvän kontaktin, paneutuvan selvittelyn, asiakas- ja tilannelähtöisesti, tavoitteellisen toiminnan ja rohkaisevan otteen varaan. Henkilökohtainen ohjaus, selvittely ja tuki ovat intervention ydin. Vasta toisena voidaan pitää asiakkaan ohjausta muihin tukitoimiin.(Stengård 2008, 104, 106.)

Selvittely kattaa elämäntilanteen eri osiltaan: elämänolot, ongelmat, vaikeudet ja voimavarat. Kokonaisuus voidaan jakaa eri teemoihin:

- terveystieteellinen näkökulma: somaattinen/fyysinen terveydentila
- psykologinen näkökulma: ajatukset, tulkinnat, tunteet, mieliala
- sosiaalinen näkökulma: suhteet omaan perheeseen, ystäviin, kumppaniin luottamussuhteet, kuulumien johonkin
- taloudellinen näkökulma: työ, eläke, toimeentulo
- toiminnallinen näkökulma: harrastukset, elämän käytännölliset järjestelyt, suunnitelmat.

Terveystieteellisen sosiaalityön palveluprosessista on Kainuussa laadittu prosessikuvaus, joka jakautuu viiteen vaiheeseen:

1. Sosiaalityön tarve, asiakkaaksi tuleminen
2. Sosiaalityön tarpeen selvittelyvaihe
3. Arvio sosiaalisesta tilanteesta
4. Sosiaalityön toteutus ja moniammatillinen yhteistyö
5. Seuranta ja arviointi sekä asiakas/potilassuhteen päättäminen



KUVIO 3. Terveydenhuollon sosiaalityön palveluprosessi Kainuussa

Käytännössä terveydenhuollon sosiaalityön palveluprosessi etenee asiakkaan kanssa siten, että samankaltaiset toiminnot voivat toistua useasti ja siksi työvaiheita on joskus vaikea erottaa toisistaan. Sosiaalityön palveluprosessi käynnistyy erilaisilla yhteydenotoilla. Selvittelyvaihe voi johtaa välittömään sosiaalityön tarpeeseen (varhaiseen puuttumiseen) tai selvittelyvaihe voi johtaa asiakkuuden päättymiseen, mikäli sosiaalityön tarvetta ei ole.

Joissain asiakastilanteisissa ns. suppea sosiaalityön tilannearvio ei tuota riittävästi tietoa, vaan saatetaan tarvita laajempaa kartoitusta. Laajassa sosiaalisen tilanteen kartoituksessa kartoitetaan kokonaiskuvaa asiakkaan sen hetkistä elämäntilannetta sekä tarpeita, tunteita, vaikeuksia, voimavaroja ja tavoitteita. Tällöin kiinnitetään huomiota asiakkaan tai perheen ihmissuhteisiin, asumiseen, työelämään, taloudelliseen toimeentuloon, mahdollisiin riskitekijöihin sekä selviytymiskykyyn. Lisäksi siinä kartoitetaan asiakkaan lähiverkostoa ja yhteyksiä muihin auttaja-, asiantuntija-, tai palvelutahoihin sekä asiakkaan lakisääteisten oikeuksien toteutumiseen. Laaja sosiaalisen tilanteenkartoitus voi vaatia useita tapaamiskertoja sekä moniammatillista yhteistyötä.

## 4.5 Kehitettävää

### 1. *Terveydenhuollon sosiaalityön näkyvyyden ja yhteistyön lisääminen perusterveydenhuollossa.*

Terveydenhuollon sosiaalityön näkyvyyttä, toimintaa sekä asiakkaiden ymmärrystä tulee muuttaa siihen suuntaan, että sosiaalityö ei ole asiakkaan holhoamista vaan asiakkaiden omatoimisuuden ja kotona selviytymisen tukemista. Sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöille sosiaalityön asiantuntijuus- ja osaamisalue tulee näkyväksi sosiaalityön palveluprosessin ja aktiivisten yhteyksien kautta. Kehittämisen tavoitteena on hyödyntää sosiaalityön asiantuntijuutta yhteisissä asiakastilanteissa.

Perusterveydenhuollossa sosiaalityön huomioiminen potilastyössä tulee olla lääkäreiden koulutukseen liittyvä osa-alue, jotta he osaavat ohjata potilasta tämän tarpeen mukaisesti. Sosiaalityön tarpeen havaitseminen ei saa olla vain hoitajien vastuulla, vaan se on nähtävä yhteiseksi toimintatavaksi.

### 2. *Resurssien saatavuuden uudelleenorganisointi*

Sosiaalisen tuen neuvontaa on tehostettava luomalla toimintatavat esim. neuvontakeskukselle, jossa mm. puhelinneuvonnalla on sosiaalityön ammattihenkilö tavoitavissa. Yhteydenotto myös suojatun sähköpostin välityksellä on mahdollistettava niin perusterveydenhuollon toimijoille kuin asiakkaallekin.

Toimintamallin tavoitteena on vahvistaa palveluohjauksen toimintaa ja varmistaa, että asiantuntijakonsultaatio on saatavissa ilman merkittävää viivettä.

Lisäksi saatavuuden tehostamiseksi mahdollistetaan työparipyynnöt, mikäli asiakkaalla ilmenee sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnissa tarvetta lisäselvityksiin tai tehostettuun tukeen. Perusterveydenhuollon työntekijät voivat konsultoida sosiaalityöntekijää tai ohjata asiakkaan vapaana olevan työntekijän luokse. Työparityön pyyntöjen ja toimintakäytäntöjen kehittäminen muuttaisi saatavuustilannetta myös seudullisessa työssä.

Kaikkien näiden tarkoituksena on kehittää tiimityötä, joka koostuu toisiaan täydentävistä ryhmistä ja se tapahtuu eri ammattiryhmien yhteistyönä. Tiimityön etuna on myös se, että sillä voidaan ohjata myös omaa toimintaa kun hoitaa tiettyä työkokonaisuutta. Tiimityöhön osallistuvien tarkoituksena on pyrkimys yhteiseen päämääriin eli siihen miten varhainen puuttuminen asiakkaan asioihin voidaan tehdä. Toiminta tapahtuu sovittujen pelisääntöjen puitteissa.

### 3. *Terveydenhuollon sosiaalityön prosessin vastuuttaminen*

Ylisektorisen terveydenhuollon sosiaalityön toiminnallinen johtaminen kokonaisuutena on haasteellinen tehtävä. Nykyinen osasto- ja erityisaluekohtainen jako ei tulevaisuudessa ole todennäköinen erikoissairaanhoidon organisoitumismuoto. Osastorajoihin nojautumaton palveluiden tuottaminen palvelisi myös yhteistoimintaa perusterveydenhuollon suuntaan, jolloin olennaiseksi nousee terveydenhuoltoon erikoistunut sosiaalityön osaaminen.

Tämän osaamisalueen ja prosessin jatkuvan kehittämisen vastuuttaminen voidaan tehdä ns. asiantuntijatehtävänä, eikä esimiestehtäviin sidottuna henkilöstöjohtamisena. Prosessin vastuuhenkilö toimii kouluttajana ja toiminnan kehittäjänä yhteistyössä eri toimijoiden kanssa. Työn kehittämisen vastuuhenkilöksi ja tiimivastaavaksi tarvitaan asiantuntija terveydenhuollon sosiaalityöstä.

## LÄHTEET

Hänninen, K. 2007. Palveluohjaus. Asiakslähtöistä täsmäpalvelua vauvasta vaariin. Helsinki. Stakes raportteja 20/2007. Valopaino Oy.

[http://www.laaketietokeskus.fi/tiedostot/omahoidon\\_tukem\\_opas\\_12\\_09.pdf](http://www.laaketietokeskus.fi/tiedostot/omahoidon_tukem_opas_12_09.pdf)

Kinnunen, P. 1999. Sosiaalinen tuki ja kolmas sektori. Pohdintoja tutkimuksen ja toiminnan moninaisuudesta. Teoksessa Hokkanen, L, Kinnunen, P. & Siisiäinen, M. (toim). Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kumpusalo, E.1991. Sosiaalinen tuki, huolenpito ja terveys. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Kärki, J.2007. Asiakaskohtainen sosiaalityön luokitukset. Stakes. Ohjeita ja luokituksia 2007:2.

Linden, M. 1999. Terveysthuollon sosiaalityö moniammatillisessa toimintaympäristössä. Stakes. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 234. Gummerus Kirjapaino Oy.

Rantala, J. Pentikäinen, T. 2009. Vakuutusoppi. Sastamala. Vammalan Kirjapaino Oy.

Stengård, E. & Appelqvist – Schmidlechner, K. & Upanne, M. & Haarakangas, T. & Parkkola, K. & Henriksson, M. 2008. Time Out! Aikalisä! Elämä raiteilleen. Nuorten miesten psykososiaalisen tukiohjelman vaikuttavuus ja hyöty. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Suvikas, A. & Laurell, L. & Nordman, P. 2006. Kuntouttava lähihoito. Edita.

## 5. YHTEENVETO – LUONNOS KAINUULAISESTA TERVEYS- HYÖTYMALLISTA

Kainuun maakunta -kuntayhtymän sosiaali- ja terveystoimialan kehittämisen yhtenä painopisteenä on vuoden 2010 aikana ollut perusterveydenhuollon kehittäminen. Valittuna viitekehiksenä on ollut ns. Terveyshyötymalli (Chronic Care Model). Tämän mallin soveltamiseksi on käynnistetty useita kehittämishankkeita (PaKaste, KYTKE, RAMPE) sekä niitä tukeva tutkimushanke (KAMUT).

Hankkeet muodostavat Kainuun perusterveydenhuollon kehittämisohjelman, jossa panostetaan henkilöstön osaamisen ja työnjaon, asiakkaan itsehoidon vahvistamisen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisen asiakastyön kehittämiseen.

Pitkäaikais- ja monisairauksien holistisena hoitomallina Terveyshyötymalli pyrkii muuttamaan asiakastyön organisointia ja käytäntöjä. Keskeistä on asiakkaan omahoidon, ammatillisen henkilöstön työnjaon ja kokonaisvaltaisen hoidon ohjauksen kehittäminen.

Edellä kuvattujen raporttien myötä keväällä 2011 voidaan esittää yhteenvetoluonnos kainuulaisesta terveyshyötymallista.

### **Tavoitteet ja tulosodotukset**

Tutkimus- ja kehittämistyön päämääränä on ollut sosiaali- ja terveystalouden voimavarojen käytön tehostaminen sekä pitkäaikais- ja monisairaiden hoidon tason parantaminen lisäämättä käytössä olevia resursseja.

Terveyshyötymallin kehittämisen tuloksena on

- Tyytyväinen, hoitoonsa sitoutunut potilas, jolla on mahdollisuus vaikuttaa hoidon suunnitelmaan ja toteutukseen.
- Vähemmän kuormittunut terveydenhuoltojärjestelmä, joka
  - toimii oikeaan aikaan, oikealla tavalla suhteessa potilaan tarpeeseen sekä
  - tuottaa tyytyväisyyttä ja onnistumisen kokemuksia tekijöilleen

KAMUT-tutkimuspotilasaineiston ja toimintamalleja kehittävien KASTE-hankkeiden avulla esitetään Terveyshyötymallin mukainen yleistetty toimintatapa pitkäaikaissairaiden suunnitelmalliselle ja tehokkaalle hoidolle.

### **Avainasiakasmääritelmä**

Kainuun kehittämistyön avainasiakasmääritelmä on preventiolähtöinen. Huomioiden Kainuun väestön korkean sairastavuuden (sydän ja verisuonitaudit, astma diabetes, reuma ja psykoosit maan keskiarvoja korkeammat) avainasiakkaiksi määrittyvät ei-akuutit, kohonneen sairastavuusriskin omaavat ikääntyvät potilaat, joiden hoitotasapaino edellyttää suunnitelmallista ja moniammatillista resurssien käyttöä.

Tällä pyritään kohdistamaan potilaan kokonaistarpeen kannalta hallitut ja suunnitelmalliset toimenpiteet, jotka ehkäisevät komplisoituvia riskejä. Samalla korostetaan potilaan omaa vastuuta terveydentilan ylläpidossa sekä suunnataan ammatillisen henkilöstön työpanosta tarkoituksenmukaisesti. Potilaan hoidon suunnitelmallisuudessa korostuvat myös sosiaalisen tuen vahvistaminen ja arjessa selviytymisen tukeminen.

Tutkimuspotilaiden terveyden ja toimintakyvyn kartoitusten perusteella voidaan todeta, että valitussa kohderyhmässä varsinaiset lääketieteellistä hoitoa vaativat tarpeet ovat hoidettavissa suhteellisen yksinkertaisesti, vaikkakin säännöllistä seuranta edellyttävillä menettelyillä. Tässä mielessä kehitettävän hoitomallin ei voi katsoa sisältävän merkittävästi uudistuksia.

### **Hoitomallin keskeiset elementit**

Hoitomallin elementit sisältävät uudistettavia ja tehostettavia kohtia. Keskeistä näissä on huomioida seuraavat periaatteet.:

- Proaktiivinen ja suunnitelmallinen toiminta
- Moniammatillisuus, jolla taataan oikea osaaminen
- Keskeisinä resursseina
  - a. potilas itse, (jonka vastuulla terveydentilan seuranta ja ylläpito) sekä
  - b. hoitohenkilöstö (joka suunnitelmallista omahoitoa vahvistamalla pystyy enemmän keskittymään sairaimpaan, hoito tarvitsevaan väestöön) ja
  - c. yhteisöllinen tuki (esim. 3.sektori, joka tuottaa vertaistuen, hoivan ja avun palveluita)

Tähänastisen kehitystyön ja aineiston esimerkkien valossa keskeisiksi nousevat hoidon eitäutispesifinen lähestyminen, säännöllinen seuranta, motivoivan työotteen korostuminen potilaan sitouttamiseksi, sosiaalisen tuen varmistaminen sekä lääkäri-hoitaja-potilas -yhteistyönä laadittu hoitosuunnitelma.

### **Hoidon suunnitelmallisuus**

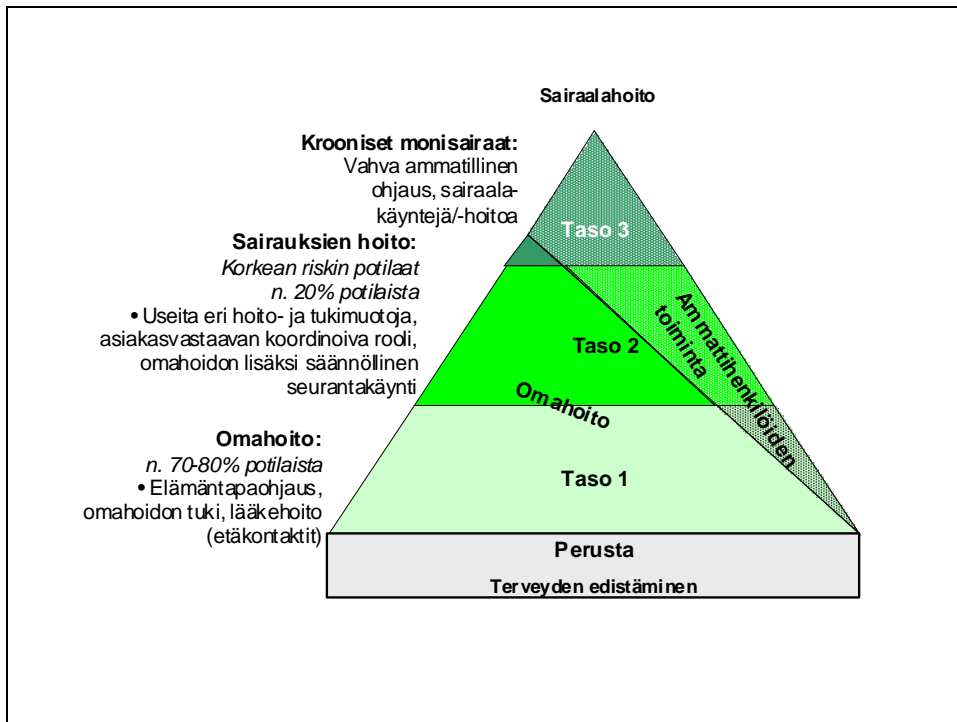
Terveyshyötyä tuottavan hoitosuunnitelman laatiminen aloitetaan kokoamalla havainnot kliinistä tekijöistä. Tähän yhdistetään arvio asiakkaan kyvyistä ja mahdollisuuksista motivoitua, sitoutua ja toimia oman terveydentilansa ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi. Näiden summana voidaan arvioida potilaan tilanteen uhkakuvat (riskit) ja tarvittavat (proaktiiviset) toimet. Perustietolähteenä ja työkaluna on potilaan täyttämä Omaha-kaavake. Tietoja täydennetään (KAMUT-tutkimuksen tapaan) tarvittavilla mittareilla ja tutkimuksilla.

KAMUT-aineiston perusteella voidaan päätellä, että terveyshyötyä tuottavan hoitosuunnitelmaan laatimiseen tarvittava kliininen potilasinformaatio eli keskeiset ammattihenkilöstön päätöksiä ohjaavat muuttajat koostuvat

- 1) Toimintakyvystä ja elämänlaadusta
- 2) Elämäntavoista ja sosiaalisesta tuesta (ympäristöstä)
- 3) Lääketieteellisen hoidon toteutumisesta
- 4) Potilaan tilanteen uhkakuvista (riskitekijöistä)

Kliinistä informaatiota on kuitenkin täydennettävä arviolla asiakkaan voimaantumispotentiaalista (yksilön motivaatio ja resurssit ottaa vastuuta omasta tilanteestaan ja auttaa itseään.)

Kliinisten tekijöiden ja voimaantumispotentiaalain yhteisarvioina saadaan karkea potilassegmentointi eli jako hoitoryhmiin. Potilaat jaetaan hoidon tarpeen mukaan Kaiser-kolmiota mukaillen kolmeen ryhmään, joissa kussakin on tietty perusvalikoima hoidon palveluita ja keinoja.



## Toimintatavat

1. Kainuulaisen Terveysshyötymallin sisällöksi voidaan tässä vaiheessa tiivistää
  - a) Ei-lääkärivetoinen eli käytännössä kansanterveyshoitaja-vastuutettu seurantamalli (ei-tautispesifi seuranta)
  - b) Kt-hoitaja-potilas-lääkäri –kolmiossa laadittava hoitosuunnitelma
  - c) Motivoivan työotteen merkitys korostuu sitouttamisen välineenä
  - d) Yhteisöllinen tuki (vertaistuki, päivätoiminta, 3 sektorin ryhmät) korostuu sosiaalisten kontaktien ja hoivan tuottamisessa.

## Jatkotyö

Terveysshyötymalli säilyy Kainuussa perusterveydenhuollon kehittämisen keskeisenä viitekehystenä ja sen edellyttämien toiminnallisten muutosten tukeminen ja käyttöönotto ovat jatkotyön tärkein päämäärä.

Kainuussa kehittäminen jatkuu Omahoito-sivuston käyttöönotolla sekä henkilökohtaisen terveyspalvelun testaamisella. Näiden verkkopalveluiden avulla terveyttä edistävä informaatio, hoitoa tukevat ohjeet ja palvelutiedot sekä mm. tutkimustulokset sekä pitkäaikaissairaiden kotona tapahtuvan hoitoseuranta ovat käytettävissä aiempaa tehokkaammin.

Terveysshyötymallin sisältämä asiakasvastaavan rooli on Kainuussa sisällytetty lähinnä nykyisten kansanterveyshoitajien tehtävään. Toimintamallin vahvistaminen suunnitelmallisen työn, terveysvalmennuksen ja ammatillisen yhteistyön osalta jatkuu edelleen. Jatkossa asiakkaiden voimaantumisen ja väestön osallisuuden tavoitteisiin panostetaan myös vahvemmin.

**KAINUUN MAAKUNTA  
–KUNTAYHTYMÄ  
JULKAISULUETTELO**

Sähköisten asiointipalveluiden  
kehittäminen sosiaali- ja  
terveydenhuollossa  
Selvitysraportti 2007 (2007)

Sarja A: virallisesti hyväksytyt julkaisut  
Sarja B: selvitykset ja tutkimukset  
Sarja C: hallinnolliset asiakirjat  
Sarja D: monistesarja

=====  
**Sarja A**

- |      |  |      |   |
|------|--|------|---|
| A:1  | Uusiutuva Kainuu<br>Kainuun maakuntasuunnitelma 2025<br>(2005)                       | B:3  | Sosiaalihuollon teknologian<br>kehittäminen Kainuussa -hanke<br>1.4.2005 – 31.3.2007<br>Mielipidekysely sähköisten asiointi-<br>palveluiden kehittämisestä sosiaali- ja<br>terveydenhuollossa.<br>Tulosraportti 2006 (2007) |
| A:2  | Kainuun maakuntaohjelman toteuttamis-<br>suunnitelma eli TOTSU 2006 – 2007<br>(2005) | B:4  | Ikäihmisten palveluohjaus Kainuussa<br>– hanke 1.8.2004 – 31.12.2006<br>Palveluohjaus<br>– Tienviitta kainuulaiselle ikäihmiselle<br>Loppuraportti (2006)   |
| A:3  | Kainuun maakuntaohjelma 2006 – 2010<br>(2006)  | B:5  | Kainuun tietoyhteiskuntastrategia<br>2007 – 2012 (2007)   |
| A:4  | Kainuun maakuntakaava 2020<br>Kaavaselostus 2006<br>(2006)                           | B:6  | Kainuun maakunnallisesti merkittävät<br>muinaisjäänneks (2007)  |
| A:5  | Kainuun viestintäsuunnitelma 2006–<br>2008<br>(2006)                                 | B:7  | Luontomatkailun kehittäminen<br>maakuntakaavoituksessa (2007)   |
| A:6  | Kainuun kansalaisvaikuttamisen<br>ohjelma 2006 – 2012 (2007)                         | B:8  | Barents Link Corridor<br>(2007)   |
| A:7  | Kainuun maakuntaohjelman toteuttamis-<br>suunnitelma eli TOTSU 2008 - 2009<br>(2007) | B:9  | Pohjoinen liikennekäytävä - северный<br>транспортный коридор<br>(2007)  |
| A:8  | Kainuun maakuntaohjelman<br>toteuttamissuunnitelma eli TOTSU<br>2009 - 2010 (2008)   | B:10 | Kainuun luontomatkailun teemaohjelma<br>(2007)  |
| A:9  | Kainuun maakuntaohjelman<br>toteuttamissuunnitelma eli TOTSU<br>2010–2011 (2009)     | B:11 | Kenen kyydissä?<br>Selvitys Kainuun sosiaali- ja<br>terveystoimen henkilökuljetuksista<br>(2006)  |
| A:10 | Kainuun maakuntakaava 2020<br>(2009)   | B:12 | Jouni Ponnikas, Verna Mustonen, Sirpa<br>Korhonen, Andra Aldea-Partanen &<br>Nikolai Veresov:<br>Maahanmuuttajat osana kainuulaista<br>yhteiskuntaa – Ulkomaalaisväestön<br>työelämävalmiudet ja koulutustarpeet<br>(2007)  |
| A:11 | Kainuun maakuntaohjelma 2009-2014<br>(2010)  | B:13 | Vartiuksen kansainvälisen raja-aseman<br>kehittämissuunnitelma (2008)   |
| A:12 | Kainuun maakuntaohjelman<br>toteuttamissuunnitelma eli TOTSU<br>2011 - 2012 (2010)   | B:14 | Kainuun väestöennuste v. 2025 (2008)  |

**Sarja B**

- |     |   |
|-----|---|
| B:1 | Kainuun Venäjä-liiketoiminnan<br>Strategia 2005–2012 (2006)                           |
| B:2 | Sosiaalihuollon teknologian<br>kehittäminen Kainuussa – hanke<br>1.4.2005 – 31.3.2007 |

- |      |   |      |  |
|------|---|------|--|
| B:15 | Barents Link<br>Kansainvälisen raideliikenteen<br>markkinointi- ja kehittämiskonsepti<br>Vartius-Kotshkoma 2009 (2009)  | C:1  | Talousarvio 2006 ja taloussuunnitelma<br>2006 – 2009 (2005)                        |
| B:15 | Баренц-Линк<br>Концепция маркетинга и развития<br>международного железнодорожного<br>сообщения<br>ВАРТИУС – КОЧКОМА 2009 (2009)   | C:2  | Vuosikertomus 2005<br>(2006)   |
| B:16 | Kainuun runkoliikennesuunnitelma<br>2009–2012 (2009)  | C:3  | Kainuun maakuntaohjelman toteuttamis-<br>suunnitelma eli TOTSU 2007–2008<br>(2006) |
| B:17 | Kainuun 1.vaihemaakuntakaava<br>Valmisteluvaiheen eri vaihtoehtojen<br>vaikutusten arviointi (2009)   | C:4  | Talousarvio 2007 ja taloussuunnitelma<br>2007 – 2010 (2006)                        |
| B:18 | Kansalaispalautetta sosiaali- ja<br>terveyspalveluiden toimivuudesta<br>Kainuussa vuonna 2009   | C:5  | Vuosikertomus 2006<br>(2007)   |
| B:19 | Kainuun 1.vaihemaakuntakaava<br>Lähtökohdat ja tavoitteet (2009)  | C:6  | Vuosikertomus 2007 (2008)  |
| B:20 | Vienan reitti<br>Esiselvityshanke 2007–2008<br>(2009)   | C:7  | Talousarvio 2008 ja taloussuunnitelma<br>2008–2011 (2008)                          |
| B:20 | Беломорский маршрут<br>Предварительный<br>исследовательский проект 2007–2008<br>гг.<br>Федерация муниципалитетов региона<br>Кайнуу<br>(2009)  | C:8  | Talousarvio 2009 ja taloussuunnitelma<br>2009–2012 (2008)                          |
| B:21 | Osaamista ja innovaatioita yritysten ja<br>julkisen sektorin yhteistyöllä<br>Tutkimus Kainuun innovaatiotoiminnan<br>alueellisesta vaikuttavuudesta<br>seurantajaksolla 1995–2007<br>(2010) | C:9  | Vuosikertomus 2008 (2009)  |
| B:22 | Sisäinen arviointi rahoitetuista<br>hankkeista EAKR:llä, ESR:llä, Kainuun<br>kehittämisrahalla tai kuntayhtymän<br>budjettivaroilla rahoitetut vuonna 2009<br>käynnissä olleet hankkeet     | C:10 | Talousarvio 2010 ja taloussuunnitelma<br>2010–2013 (2009)                          |
| B:23 | Kainuun viestintästrategia  | C:11 | Vuosikertomus 2009   |
| B:24 | Mielellään Kainuussa kaiken ikää<br>Kainuun mielenterveys- ja<br>päihdestrategia 2011–2016  | C:12 | Talousarvio 2011 ja taloussuunnitelma<br>2011–2014 (2010)                          |
| B:25 | Kainuun 1. vaihemaakuntakaava<br>Vuosangan harjoitusalueen<br>arkeologinen inventointi (Kainuun<br>museo 2010)  | C:13 | Vuosikertomus 2010   |
| B:26 | Kainuun ilmastostrategia 2020   |      |  |

#### Sarja C

#### Sarja D

- |     |  |
|-----|--|
| D:1 | ”Uusiutuva Kainuu”<br>Kainuun tulevaisuudenkuvat v. 2025<br>(2006)   |
| D:2 | Tietotekniikan osaamiskartoituskyselyn<br>tulosraportti 1. Kainuun vanhus- ja<br>perhepalveluhenkilöstö (2007) |
| D:3 | Prosessien mallinnus Kainuun sosiaali-<br>huollossa 2005 – 2006 (2007)   |
| D:4 | Sosiaalihuollon teknologian<br>kehittäminen Kainuussa – hanke.<br>Loppuraportti 2007. (2007)                   |
| D:5 | Lähiruokaa Kainuusta 2007.<br>Kainuulaisten elintarvikeyritysten<br>tuoteluettelo, 3 painos. (2007)            |
| D:6 | Kainuussa asuvien maahanmuuttajien<br>koulutus ja työllistyminen (2007)  |
| D:7 | Hoitotyö Kainuussa (2007)  |
| D:8 | Hoitotyön arvokirja (2007)   |
| D:9 | Esiselvityshanke Kainuun rakenteel-  |

	lisen työttömyyden vähentämiseksi Loppuraportti (2007)		Loppuraportti
D:10	Teknologialla muutosta kotihoidon toimintaprosesseihin. TeKo-hankkeen loppuraportti 1.1.2006 – 31.12.2007. (2007)	D:23	Haavahoidon kehittäminen Kainuussa -hanke Loppuraportti (2008)
D:11	TeKo-hanke Toimintaympäristön ja tiedonkulun kuvaus 1.12.2005 – 10.5.2006 Sotkamon kotihoidossa. Kartoitus ennen mobiililaitteen käyttöönottoa (2007).	D:24	Sosiaalityön henkilöstön tehtävärakenteen ja työolojen kehittäminen Kainuussa 2006–2008 -hanke Loppuraportti (2008)
D:12	Kainuulainen työkuunto -projekti Loppuraportti (2008)	D:25	Perhekeskukset Kainuuseen -hanke Loppuraportti (2008)
D:13	Hoitotyön ydintiedot sähköisessä potilaskertomusjärjestelmässä -kehittämisprojekti Kainuussa vuosina 2006-2007 Loppuraportti (2008)	D:26	Kainuun päihdetyön koordinointi -hanke Loppuraportti (2009)
D:14	Hoitotyön osaamisen johtaminen Kainuussa -projekti Loppuraportti (2008)	D:27	Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa -hanke vuosina 2006–2008 Loppuraportti (2009)
D:15	VARTU – varhain tukemalla turvallinen lapsuus, toimintamalli perhetyöhön hankkeen loppuraportti	D:28	Sosiaalialan kehittämissyksikkö Kainuuseen hanke Loppuraportti (2009)
D:15	Omaishoidontuen kehittäminen Kainuussa -hanke Loppuraportti 2008	D:29	Tartuntatautien torjuntatyön ja pandemiaan varautumisen tehostaminen Kainuun maakunta -kuntayhtymässä Jatkohanke 11/2008 – 12/2009 Loppuraportti
D:16	Mielenterveyspalveluiden ja riippuvuuksien hoitopalveluiden maakunnallinen malli -hanke Loppuraportti 2008	D:30	Laadukas perhehoito Kainuussa -hanke Loppuraportti (2010)
D:17	Lasten ja nuorten hyvinvoinnin ja terveyden itäsuomalainen polku -hanke Loppuraportti (2008)	D:31	Perhehoidon toimintaohje (2010)
D:18	Mielenterveystyöntekijöiden osaamisen kehittyminen ja työrasituksen lieventyminen -hanke Loppuraportti (2008)	D:32	Hyvien työyhteisöjen Kainuu -hankkeen arviointiraportti (2010)
D:19	Luonto on Kainuun vahvuus Kainuun maakuntakuvatutkimus 2008 (2008)	D:33	Hyvien työyhteisöjen Kainuu – Työyhteisöjen kehittämis- ja muutostuki Kainuun hallintokokeilussa ja Kainuun kunnissa 2005–2009 TYKES – hankkeen loppuraportti (2010)
D:20	eAsiointi Kainuussa - hanke Loppuraportti (2008)	D:34	PÄRE -päihdehoitopalvelua nuorille -hankkeen loppuraportti
D:21	Yhteenvetoraportti Kysely vammaispalvelulain mukaisten kuljetuspalvelujen asiakkaille vuonna 2007 (2008)	D:35	Turvallisuussuunnitelma 2010–2012 Kainuun ja kainuulaisten turvallisuuden edistämiseksi. Kainuun maakunta -kuntayhtymä ja Kainuun kunnat (2010)
D:22	Vammaispalvelujen saatavuuden ja erityisosaamisen parantaminen Kainuussa 2006–2008 (2008)	D:36	Kainuun lasten ja nuorten hyvinvointisuunnitelma 2009–2013 (2010)
		D:37	Kainuulainen asunnottomuus keväällä 2010

- D:38 Lasten painonhallinta, liikunta ja ravitsemus -hanke 1.1.–31.12.2010.  
Hankkeen loppuraportti
- D:39 Pakaste – Pohjois-Suomen monialaiset sosiaali- ja terveyspalvelut – kehittämisrakenne ja toimintamalli - Kainuun osahankkeen loppuraportti
- D:40 Aikuissosiaalityön kehittäminen Kainuussa 2010
- D:41 Yhteistyömallin kehittäminen suun terveydenhuollossa ja ikäihmisten suun terveyden edistäminen Kainuussa
- D:42 Perusterveydenhuollon kehittäminen Kainuussa – Raporttikooste 2010
- D:43 Terveystyömalli sosiaalityön viitekehyksessä
- D:44 Tervein mielin Pohjois-Suomessa 2009–2011 Kainuun osahanke (TMK). Loppuraportti 2011
- D:45 Kainuun hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimenpidekokonaisuus. Terveempi Pohjois-Suomi – Kainuun osahanke. Loppuraportti 2011