

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän
julkaisu 8/2009

RAJAT_ON -PROJEKTI

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon
yhteistyötä syventävä hanke

Loppuraportti 1.1.2007–31.12.2008

Pirjo Kontio

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä
Projektiyksikkö
Joensuu 2009

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä
Pohjois-Karjalan keskussairaala, Tieteellinen kirjasto
Tikkamäentie 16
80210 JOENSUU

Kannen kuva: Matti Pihlatie

ISBN: 978-952-9793-51-8 (nid.)

ISBN: 978-952-9793-52-5 (pdf)

ISSN: 1796-2714

Sähköinen julkaisu

http://www.pkssk.fi/tieteellinen_kirjasto/julkaisutoiminta_julkaisuluettelo.html

Joensuu 2009

Tekijät Pirjo Kontio		
Julkaisun nimi Rajat_on -projekti - Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä syventävä hanke: loppuraportti 1.1.2007–31.12.2008		
ISSN: 1796–2714	ISBN: 978-952-9793-51-8 (nid.) ISBN: 978-952-9793-52-5 (pdf)	Kokonaissivumäärä: 134
Toimintayksikkö: Projektiyksikkö		
Tiivistelmä: Rajat_on -projektissa kehittämistyötä ovat tehneet Joensuun kaupunki ja terveyskeskus, Joensuun työterveys sekä Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. Projektin tavoite on ollut yhteistyön tiivistäminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä, läpinäkyvyyden lisääminen, toimintaa koskevien tietojen oikea-aikaisuus ja hyödynnettävyys toiminnan ohjaamisessa sekä yhteisten tavoitteiden asettaminen ja niiden seuranta. Tavoitteet ovat olleet kunnianhimoisia ja laajoja. Kehittämistyö on jaettu kahteen eri alueeseen; raportoinnin ja mittariston kehittämiseen sekä selkäpotilaan hoitoketjun kehittämiseen. Projektilla on selvitetty, että eri organisaatioidenkin välillä sama tasapainotetun mittariston käyttö toimii asetettaessa esim. kuntayhtymä-, terveyskeskus- tai kuntakohtaisia tavoitteita palvelujen tuottamiseen ja potilaan hoitoon pääsyyn. Tulosten arviointia ja onnistumisen seuraamista auttavia mittareita on määritelty ja selvitetty niiden automaattista seurantaa. Sähköisessä muodossa olevia uusia raportteja on tuotettu ja luotu vuosittaisten yhteistyöneuvottelujen sisällöllisiä parannusehdotuksia. Selkäsairaan potilaan hoitoprosessia on arvioitu yli organisaatorajojen. Potilasotantoja on tehty sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Jatkohoitoon lähetettyjen selkäpotilaiden terveyskeskusläheteiden (100) sisältöä on arvioitu. Erikoissairaanhoidon vaikuttavuutta toimintakykyyn on arvioitu käyttäen hyväksi Oswestry-mittaria, potilaslukumäärän jäädessä pieneksi. Selkäpotilaan hyvän hoidon mallin käyttöönoton evaluaatio on tehty Joensuussa perusterveydenhuollon potilailla. Automaattiseen seurantaan kehitetyllä kuntatuloskorttijärjestelmällä olisi käyttöä tiivistämään kuntayhtymän ja kuntien yhteistyötä. Projektin jälkeen kyseistä kehittämistyötä samoin kuin raportoinnin kehittämistä uudessa potilastietojärjestelmässä (Mediatri) tulee jatkaa. Jatkuva reaaliaikainen seuranta liikennevalojen avulla - missä mennään tavoitteisiin nähden, antaa tällä hetkellä muutamien mittareiden osalta ja tulevaisuudessa useampien mittareiden osalta johdolle poltetta tehdä tarvittavat päätökset, toiminnan suunnan muutoksista tässä ja nyt. Mahdollisuudet ovat alueellisella tasolla, kuntayhtymätasolla ja yksikötasolla. Potilaskohtaisten prosessien organisaatorajat ylittävällä kehittämistyöllä potilaan hoito tehostuu ja kustannustehokkuus lisääntyy.		
Avainsanat: terveydenhuolto, alueellinen yhteistyö, prosessit, kehittäminen, raportointi, hoitoketju		
Julkaisija Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä Tikkamäentie 16 80210 JOENSUU	Tilausosoite Pohjois-Karjalan keskussairaala Tieteellinen kirjasto Tikkamäentie 16 80210 JOENSUU Puh. 013 171 2045, Faksi. 013 171 2595 S-posti. kirjastopalvelut@pkssk.fi	

JULKAISUN LAJI

Alkuperäisjulkaisu

Selvitykset, raportit ja mietinnöt

Audiovisuaaliset tuotteet

SISÄLLYSLUETTELO

1 PROJEKTIN KUVAUS	6
1.1 Projektin tausta, tarve ja kohderyhmä.....	6
1.2 Päämäärä ja tavoitteet sekä niiden mittaaminen	7
2 PROJEKTIN ORGANISAATIO	9
3 TAVOITTEET JA TULOKSET	13
3.1 Raportoinnin ja mittariston kehittämiseen liittyvät tavoitteet ja niiden toteutuminen	13
3.1.1 Raportoinnin kehittäminen ja tulokset.....	14
3.1.2 Kuntatuloskortin kehittäminen ja tulokset	17
3.2 Potilaan hoitoprosessin kehittäminen ja tulokset	19
3.2.1 Selkäpotilas perusterveydenhuollossa	22
3.2.2 Selkäpotilas erikoissairaanhoidossa.....	26
3.2.3 Selkäpotilaan hoitoketjun analyysi ja johtopäätökset.....	31
4 PROJEKTIN JA SEN TULOSTEN ARVIOINTI.....	35
5 JATKOTOIMENPITEET	39
6 TIEDOTTAMINEN	41
7 YHTEENVETO TALOUDESTA	42
LÄHDELUETTELO.....	43
TAULUKKOLUETTELO	43
KUVIOLUETTELO.....	43

LIITTEET

- Liite 1: Maakunnallisen raporttikirjaston käyttöohje
- Liite 2: Joensuun erikoissairaanhoitoa koskeva kuntatuloskortti
- Liite 3: Selkäpotilaan hyvän hoidon malli
- Liite 4: Selkäpotilaan Mittarit – Oswestry, Kipujana ja Deps
- Liite 5: Selkäpotilaan hoitosuosituksen toteutuminen - Kysymyslomake
- Liite 6: Selkäpotilaan toimintakyvyn arvio ja seuranta erikoissairaanhoidossa
- Liite 7: Selkäpotilaan läheteiden analyysi, potilaiden hoidon arvio ja seuranta erikoissairaanhoidossa
- Liite 8: Selkäpotilaan prosessin kehittämistyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kesken
- Liite 9: Suositus prosessin kehittämiseksi yli organisaatiorajojen
- Liite 10: Rajat_on -projektin toimintasuunnitelma 2007–2008 ja toteuma
- Liite 11: Kohti rajatonta terveydenhuoltoa – arviointiselvitys ”Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän Rajat_on –hanke”
- Liite 12: Infoa Rajat_on -projektista

1 PROJEKTIN KUVAUS

1.1 Projektin tausta, tarve ja kohderyhmä

Maassamme tavoitellaan kansallisesti (vrt. Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi; Vanhasen hallituksen hallitusohjelma, Kunta- ja palvelurakennemuutoksen puitelaki; KASTE –ohjelma; Terveydenhuoltolakityöryhmän muistio) perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen integraation edistämistä, yhteen sovitettuja järjestämissuunnitelmia, kansallista ja alueellista tietohallintoa, kuntien kustannusten parempaa ennakointia, hoitoon pääsyä koskevien tavoitteiden toteuttamista ja hoitoketjujen sujuvuutta sekä kansalaisten valintamahdollisuuksien lisäämistä. (S. Tuomola)

Alueellisesti ja paikallisesti Pohjois-Karjalassa on pidetty tärkeänä mm. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän (PKSSK), perusterveydenhuollon ja kuntien yhteisiä palveluja sen mukaan, mitä niistä erikseen sovitaan (vrt. ns. Pohjois-Karjala –malli, PKSSK:n strategia, järjestämissuunnitelma sekä erikseen toteutetut kehittämishankkeet, mm. ALSTRA). Lisäksi kuntien taholta on toivottu PKSSK:n raportoinnin kehittämistä sekä toiminnan ja talouden luotettavia toteutamisennusteita. (S. Tuomola)

PKSSK:n ohjausjärjestelmässä ja yhteistyössä jäsenkuntien kanssa on painotettu mm. kuntaneuvottelukäytäntöjä, yhteisiä hankkeita sekä PKSSK:n sisäisiä johtamis-, toiminta- ja taloussuunnittelu- ja kehityskeskustelukäytäntöjä. (S. Tuomola)

PKSSK:n hallitus on asettanut kokouksessaan 26.3.2007 § 52 perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä syventävän Rajat_on –projektin. Tällä projektilla vastataan tietyiltä osin edellä mainittuihin kansallisiin, alueellisiin ja kuntayhtymän omistajakuntien asettamiin odotuksiin ja tavoitteisiin.

Aiemmin toteutetun ”Alueellisen strategisen johtamisen Alstra –projektin” lähtökoh-
tana on ollut, että suunnittelu, seuranta ja raportointi perustuvat tasapainotettuun mit-
taristoon. Automaattisesti, oikea-aikaisesti saadut tulokset auttavat suunnittelussa,
tavoitteiden asettamisessa ja kehittämistoiminnan suuntaamisessa.

Rajat_on -projektilla selvitetään, miten eri organisaatioiden välillä sama tasapainote-
tun mittariston käyttö toimii käytännössä asetettaessa esim. kuntayhtymä-, terveys-
keskus- tai kuntakohtaisia tavoitteita palvelujen tuottamiseen ja potilaan hoitoon pää-
syyn. Selvitetään ja haetaan keinoja tavoitteiden arviointiin ja onnistumisen seuraa-
mista auttavia mittareita.

Rajat_on –projektin avulla parannetaan tavoitteiden asettamista, raportointia ja mah-
dollistetaan kuntakohtaisen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteisen,
tulokortin portaittainen käyttöönotto. Projektilla luodaan edellytyksiä yliorganisa-
tiorajojen menevälle potilaan hoitoprosessin kehittämiseksi.

Projektin kohderyhmiä ovat PKSSK:n jäsenkuntana Joensuun kaupunki, kyseinen
terveyskeskus, Joensuun Työterveys sekä muut jäsenkunnat ja terveyskeskukset
sekä selkäsairaat potilaat.

1.2 Päämäärä ja tavoitteet sekä niiden mittaaminen

Rajat_on -projektin kauas kantavana päämääränä on ollut tukea niitä linjauksia, joita
sekä kansallisesti, alueellisesti että paikallisesti pidetään tärkeänä. Kuntien ja palve-
luntuottajien neuvottelu- ja sopimismenettelyssä tarvitaan seurantatietoa, mittareita,
tavoiteasettelua ja prosesseihin liittyvää ohjaustoimintaa sekä kaikkea tätä koskevaa
yhteistä sopimista.

Projektin yleinen tavoite kiteytyy perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon väli-
sen yhteistyön kehittämiseen ja syventämiseen. Projektilla on haluttu uudistaa ja
luoda edellytyksiä kuntien ja kuntayhtymän välisen yhteistyön kehittämiseksi.

Projektille on asetettu tavoite kehittää tasapainotettuun mittaristoon (BSC) pohjautuvaa tulokorttia yhteisenä perusterveydenhuollolle (Joensuu) ja erikoissairaanhoidolle (PKSSK). Hankkeella haetaan konkretiaa kuntayhtymän johdon sekä kunnan ja terveyskeskuksen johdon käymiin yhteistyöneuvotteluihin. Kuntaliiton PARAS -hankkeeseen liittyvän erään tavoitteen mukaan palvelurakenteen muutoksen ja tuottavuuden lisäämisen on oltava osa laajempaa palvelujen uudistamista.

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän valtuusto on hyväksynyt kokouksessaan 5.6.2006 PKSSK:n strategian vuosille 2007 – 2009. Toimintamallien näkökulmassa yhtenä menestystekijänä on ”Palveluketjujen sujuvuus ja tehokkuus” sekä keinona ”Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon muodostavat saumattoman kokonaisuuden”. Tämä on ohjannut kuntayhtymässä prosessien kehittämistyötä kaikissa yksiköissä ja keskeiset potilaan hoitoon liittyvät prosessit on organisaation sisällä kuvattu ja ne ovat sisäisesti auditoitu. Prosessien kehittämisessä painopisteeksi on asetettu prosessien kehittäminen yli organisaatorajojen. Rajatoman hoitoprosessin kehittämiseen keskittyneelle ns. selkäpotilaan pilotoinnille on asetettu kyseiset kehittämistavoitteet.

Yli organisaatorajojen menevä selkäsairaan potilaan prosessin kehittäminen valittiin projektin kohteeksi PKSSK:n laatutyön ohjausryhmässä. Tämän potilasryhmän avulla tavoitteena on ollut päästä kartoittamaan ja analysoimaan ko. potilaan hoitoketjun sujuvuudesta kertovia faktatietoja. Projektilla tähdätään kyseisten eri organisaatioiden (PTH ja ESH) rajapintaongelmien kartoittamiseen ja ratkaisemiseen.

Tulosten mittaaminen tämäntyyppisessä kehittämistyössä on suurelta osin hankalaa, koska projekti on merkinnyt ideointia, kehittämistyötä ja myös sovittujen uudistusten toimeenpanoa. Tuloksiin onkin suhtauduttava terveen kriittisesti ja niiden merkitystä on arvioitava myös projektissa käytettyjen uusien yhteistyömallien pohjalta sekä laajemmin tulevaisuuden suuntaajana.

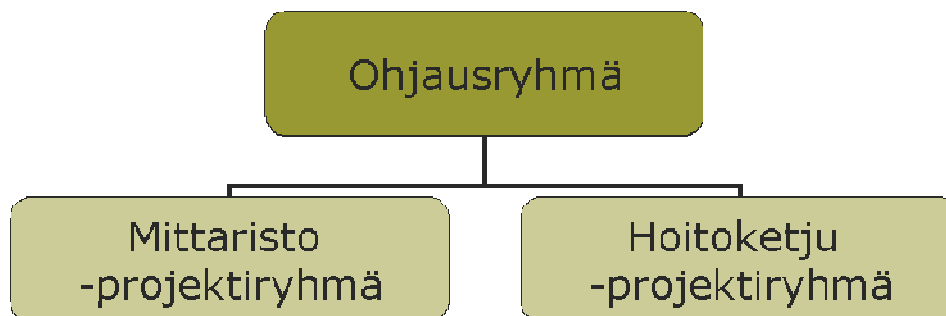
Projektista on teetetty ulkopuolisella arviointiselvitys ”KOHTI RAJATONTA TERVEYDENHUOLTOA - Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän

Rajat_on –hanke” (Seppo Tuomola). Ulkopuolisen näkemystä on haettu projektin varsinaisten tulosten lisäksi myös sisällöllisistä kysymyksistä, jolloin kyse on laajemminkin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyön kehittämisestä.

2 PROJEKTIN ORGANISAATIO

Rajat_on –projektin toteuttamisen tukena on ollut syksyllä 2007 muodostettu organisaatio.

Projektin osa-alueita ovat raportoinnin ja mittariston kehittäminen sekä sairauskoh-
taisten prosessien kehittäminen yli organisaatorajojen. Omat projektiryhmät ovat
vieneet kehittämistyötä eteenpäin. Varsinainen kehittämistyö on tehty suurelta osin
projektiryhmissä.



Kuvio 1. Hankkeen organisaatio.

Ohjausryhmän jäsenet

Anu Niemi, ylilääkäri, pj., PKSSK

Pekka Kuosmanen, sosiaali- ja terveystoiminnan johtaja, Joensuun kaupunki

Raili Mönttinen, johtava lääkäri, Polvijärven terveyskeskus

Riitta-Liisa Peltola, johtava hoitaja, Nurmeksien ja Valtimon kansanterveystyön ky

Timo Renfors, tutkimus- ja kehittämisjohtaja, Pohjois-Karjalan kansanterveyden keskus

Antti Turunen, vs. johtajaylilääkäri, PKSSK

Ilkka Naukkarinen, talousjohtaja, PKSSK

Pirjo Kontio, projektipäällikkö, PKSSK

Kati Pakarinen, projektisihteeri, siht., PKSSK

Helena Kemppinen, lääninlääkäri, Itä-Suomen lääninhallitus; rahoittajan edustaja

→ Ohjausryhmä on kokoontunut neljä kertaa; 31.1.2008, 10.4.2008, 11.9.2008 ja 12.2.2009

Mittaristo –projektiryhmän jäsenet

Pirjo Kontio, projektipäällikkö pj, siht., PKSSK

Satu Huikuri, kehittämis- ja projektisihteeri, Joensuun kaupunki

Marjo Lavikainen, sosiaalipalvelujohtaja, Joensuun kaupunki

Eero Oura, erikoislääkäri, PKSSK

Tomi Tikkanen, atk-suunnittelija, PKSSK

Tuuli Silvennoinen, tilastosihteeri, PKSSK

Markku Savolahti, atk-suunnittelija, PKSSK

Petri Olin, atk-suunnittelija, PKSSK (marras-joulukuu 2007)

Olli Räisänen, atk-suunnittelija, PKSSK (21.1.2008 alkaen)

→ Projektiryhmä on kokoontunut 11 kertaa vuosien 2007 - 2008 aikana.

Kehittämistyöhön on lisäksi osallistunut kaksi alatyöryhmää; Yhteistyöneuvottelut – työryhmä on pitänyt kaksi kokousta ja sosiaalipalvelujen (erityishuolto) raportointiin keskittynyt pienryhmä myös kaksi kokousta.

Yhteistyösopimusneuvotteluja koskevassa työskentelyssä ovat olleet mukana:

Anne Karttunen, johtava lääkäri, Joensuun kaupunki

Marjo Lavikainen, sosiaalipalvelujohtaja, Joensuun kaupunki

Satu Huikuri, kehittämisspäälikkö, Joensuun kaupunki

Ilkka Naukkarinen, talousjohtaja, PKSSK

Antti Turunen, vs. johtajaylilääkäri, PKSSK

Jari Nevanto, sosiaalijohtaja, PKSSK

Tuuli Silvennoinen, tilastosihteeri, PKSSK

Pirjo Kontio, projektipäälikkö, PKSSK

Hoitoketju –projektiryhmän (selkäsairaudet) jäsenet

Leena Timonen, ylilääkäri, Joensuun kaupunki

Pertti Lukkarinen, ylilääkäri, Joensuun työterveys

Raija Hurri, osastonhoitaja, Joensuun kaupunki

Tuula Pitkänen, fysioterapeutti, Joensuun kaupunki (syksystä 2008 alkaen)

Päivi Sutinen, ylilääkäri, PKSSK

Eero Oura, erikoislääkäri, PKSSK

Ritva Mönkkönen, osastonhoitaja, PKSSK

Marja-Terttu Alhainen, selkäneuvoja, Selkäliitto

Pirjo Kontio, projektipäälikkö, PKSSK

Anne Karttunen, johtava lääkäri, Joensuun kaupunki, asiantuntijana

→ Projektiryhmä on kokoontunut 9 kertaa vuosien 2007–2008 (2009) aikana ja sen ohjaama pienryhmä kaksi kertaa.

Projektilla on ollut kiinteä yhteys PKSSK:n laatutyön ohjausryhmän työskentelyyn. Projektipäällikkö ja erikoislääkäri ovat osallistuneet ko. kokouksiin.

Projektipäällikkönä on koko hankkeen ajan toiminut osa-aikaisesti kehittämispäällikkö Pirjo Kontio ja projektisihteerinä Kati Pakarinen. Projektissa ovat työskennelleet lisäksi palkattuina seuraavat henkilöt:

- Projektisuunnittelija Olli Räisänen, PKSSK, 1.4.–30.6.2008 ja 1.10.–7.12.2008 (kokoaikainen)
- Ylilääkäri Päivi Sutinen, PKSSK, 1.11.–31.12.2008 (88 h)
- Fysioterapeutti Tuula Pitkänen, Joensuun kaupunki, 3.-14.11.2008 (29 h ostopalveluna)

Hankkeen työskentelyssä mukana olleet projektiryhmien henkilöt ovat käyttäneet paljon työaikaan kehittämistyöhön. Karkea arvio käytetystä työajasta on noin 70 työpäivää. Nämä ovat Rajat_on –projektin välillisiä kustannuksia.

Johtava konsultti Seppo Tuomolalta on hankittu hankkeen aikana ostopalveluina arviointiselvitys ”KOHTI RAJATONTA TERVEYDENHUOLTOA - Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän Rajat_on –hanke”.

Hankkeeseen liittyvä seuranta- ja vaikuttavuusmittaus on ostettu Coronaria Impact Oy:ltä

Hankkeesta on tuotettu seuraavat väliraportit:

- Väliraportti 1 ajalta 1.1.2007 – 31.12.2007
- Väliraportti 2 ajalta 1.1.2008 – 31.12.2008

3 TAVOITTEET JA TULOKSET

Hankkeen yleisenä tavoitteena on ollut syventää yhteistyötä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Lähtökohtana on ollut se, että sekä Joensuun perusterveydenhuollon että PKSSK:n strategioissa on ollut samansuuntaisia tavoitteita asioille, joissa tulee onnistua. Yhteistä tavoitteen asettelua on haettu ns. kuntatuloskortin sisällä; hoitoon pääsy, hoitoon tulleet potilaat, kustannusten hallittavuus, potilaan hoitoprosessin kehittäminen yli organisaatorajojen.

Projektin yksilöidyt tavoitteet ovat projektisuunnitelman mukaan olleet:

- * Kehittää ja testata yhteisiä raportteja ja mittareita
- * Kehittää teknisesti tietovarastoa ja raportointia
- * Etsiä keskeisiä mittareita ja asettaa niille tavoitteita
- * Kehittää ja testata mittareiden seuranta ja toteutusta maakunnallisella tasolla
- * Laajentaa mallia alueellisesti terveyskeskuksissa
- * Kehittää sairauskohtaista prosessia yli organisaatorajojen
- * Hyödyntää tuloksia toiminnan ohjaamisessa

Hankkeen päämäärät ja tavoitteet kuvattiin toimintasuunnitelmaksi hankkeen perusfilosofian mukaisesti BSC-muottiin (liite 10).

3.1 Raportoinnin ja mittariston kehittämiseen liittyvät tavoitteet ja niiden toteutuminen

Rajat_on -projektin yhtenä lähtökohtana on ollut se, että yhdessä sovittu kuntakohainen tulokortti tulee olemaan keskeinen osa kuntayhtymän ja omistajakuntien yhteisneuvotteluja sekä kehittyntä raportointia. Projektissa kehitetään yhtenäinen, tiivistetty tulokortti. Tällöin keskeiset ja tärkeiksi sovitut mittarit ovat yhdellä näkymällä luettavissa ja arvioitavissa. Järjestelmässä on monipuolinen mahdollisuus porautua

syvemmälle. Jokaisesta tuloksesta on siirtymismahdollisuus yksityiskohtaisempaan analyysiin, yksikkötasolle sekä kiinteisiin raportteihin että kuutioihin. Potilaskohtaisiin tietoihin käyttöoikeudet ovat tarkkaan rajatut.

Tuloskortti vaatii perustakseen tietovarastoinnin. Tämän toimivuus mahdollistaa luotettavan kuntayhtymä-, yksikkö-, omistaja- ja kansalaisraportoinnin. Kuntayhtymässä on rakennettu tietovarasto. Sen kehittäminen on jatkuva prosessi. Tietovaraston sisällön ja rakenteen hionta kuntia ja terveyskeskuksia palvelevaksi vaatii yhä teknistä osaamista ja työtä. Tietovarastoon tulee laatia raportteja, jotta varastoon kerättyä tietoa saadaan terveyskeskusten ja kuntien esimiesten tehokkaaseen ja ajantasaiseen käyttöön.

Mittaristo –projektiryhmän kokouksissa on yhdessä ideoitu ja työstetty raportteja ja tuloskorttia sekä kartoitettu pilottikunta Joensuun tarpeita.

Työskentelytapana on ollut raporttipohjien yhteinen arviointi ja kehittämistoimenpiteistä sopiminen sekä sovittujen muutosten tekeminen kokousten välillä. Kehittämistyössä on käytetty osallistavia työtapoja ja luotu uudenlaista työkalutuuria kuntayhtymän ja kunnan välille.

3.1.1 Raportoinnin kehittäminen ja tulokset

Mittaristo –projektiryhmän työtä ohjanneet tavoitteet ovat olleet:

- 1. Kehittää ja testata yhteisiä raportteja ja mittareita*
- 2. Kehittää teknisesti tietovarastoa ja raportointia*
- 3. Etsiä keskeisiä mittareita ja asettaa niille tavoitteita vrt. kohta 3.1.2*

Mittaristo –projektiryhmä kartoitti työn aluksi, missä mennään raportoinnin suhteen. Tilanne oli se, että tietosisällöt eivät kaikilta osin hyödyttäneet omistajakuntia ja tietojen oikea-aikainen saatavuus ei toiminut. Jäsenkunnille lähetettiin mm. kerran

kuukaudessa kyseisen jakson suorite- ja laskutusraportit. Raportit ohjautuivat näin ollen jakelun mukaisesti ainoastaan tiettyjen viranhaltijoiden käyttöön. Lähtökohdaksi yhteiselle kehittämistyölle otettiin se, että kuunnellaan projektissa mukana olevan kunnan Joensuun toiveita raportoinnin kehittämiseksi. Ideoidaan yhdessä uusia raportteja ja tietojärjestelmää, josta tiedot olisivat hyvin saatavilla ja tarvittaessa yksityiskohtaisempiin tietoihin olisi porautumismahdollisuus.

Hankkeen aikana on kehitetty raportointia ja tulokortin sisältöjä. Tietoja on muokattu muokkaustyökaluilla raportointiin sopivaksi, tulokortin mittareita on etsitty ja uusia raportteja suunnittelu. Kehittämistyö on vaatinut raporttien tekoa, niiden ylläpitoa ja päivitystä.

Jotta raportteja on voitu julkaista kuntiin, on tarvittu julkaisualusta, jonka lisenssi kattaa maakunnallisen käytön. Paremman välineen puuttuessa alustaksi on valittu Microsoft Reporting Services 2005, johon lisenssi oli olemassa. Tietovarastointi on toteutettu edelleen Cognos DecisionStream -ohjelmalla. Hankkeeseen palkattiin määräajaksi raportoinnin tekniseksi ja sisällölliseksi kehittäjäksi projektisuunnittelija.

Tiedonsiirtoa on testattu terveyskeskussairaaloiden hoitopäivillä ja käyttöasteilla. Tietolähteet olivat Excel-taulukoita, joiden siirtämiseen käytettiin sähköpostia. Tavoitteena ollut perusterveydenhuollon tietojen siirto tietovarastoon (testaus muutamalla tiedolla) ei toteutunut. Muita tiedonsiirtotapoja tullaan käytännössä testaamaan käytännössä vasta maakunnallisessa palveluverkossa vuonna 2009.

PKSSK:n tietovaraston sisällön ja rakenteen hionta kuntia ja terveyskeskuksia palvelevaksi vaatii yhä teknistä osaamista ja työtä. Tietovarastoon tulee laatia raportteja, jotta varastoon kerättyä tietoa saadaan terveyskeskusten ja kuntien esimiesten tehokkaaseen ja ajantasaiseen käyttöön.

Tavoitteiden 1 ja 2 osalta on saatu aikaan tuloksia. Prosessin aikana on tehty kuntaa palvelevia uudistuksia raportointiin. Kehittämistyön tekeminen yli organisaatorajojen on koettu mielekkääksi. Hankkeen ajoitus on ollut erittäin hyvä. Tietojen luotettavuus

den kanssa on ollut osittain ongelmia. Tietovarastoon liittyvät virheellisyydet, niiden etsintä ja poistaminen ovat vieneet suhteettomasti aikaa.

Rajat_on -projektissa yhdessä suunniteltu ja toteutettu maakunnallinen raporttikirjasto saatiin rakennettua ja jonkin verran on ehditty saada käyttäjäpalautetta. Jäsenkunnille ja peruskäyttäjälle luotiin extranettiin uusi sähköinen raporttikirjasto käyttöohjeineen. Uudet sähköisessä muodossa olevat raportit on kehitetty pilottikunta - Joensuun tarpeiden pohjalta. Uusia suorite- ja talousraportteja on tehty laajalti. Vuoden 2008 aikana raportteja on laajennettu muihin alueen kuntiin ja terveyskeskuksiin. Kaikille jäsenkunnille on jaettu tunnukset ja järjestetty pääsy perusraportteihin.

PKSSK:n johdon vuosittain käymiin yhteistyöneuvotteluihin liittyvät kuntakohtaiset aineistot on saatu sähköiseen muotoon ja näin olleen paperiaineistoa laajempaan ja monipuolisempaan käyttöön. Tämä helpottaa aineiston jakamista kunnissa sitä tarvitseville henkilöille. Neuvotteluaineiston sisältöön ei ole projektin aikana saatu merkittäviä muutoksia.

Hankkeessa mukana olevien atk-osaajien tuki hankkeelle on käytännössä ollut suunniteltua huomattavasti vähäisempää. Hankkeen kanssa samanaikaisesti toteutettu Mediatriin (uusi maakunnallinen potilastietojärjestelmä) käyttöönotto on vienyt aikaa atk-osaajilta niin paljon, etteivät he ole ehtineet riittävästi olla kehittämistyössä mukana. Ns. oman työn ohella kehittämistyössä mukana olo on käytännössä osoittanut omat ongelmansa ja tulokset eivät ole olleet odotetun taseisia.

Eri valmistajien välineillä toimiminen on hankaloittanut kehitystyötä. Ongelmina on ollut mm. virheiden ja muutosten hankala jäljitettävyyys ja tiedonsiirto välineestä toiseen. Lisäksi tiedonsiirto alustalta toiselle sisäverkosta maakunnalliseen käyttöön on altis virheille ja häiriöille.

Uuden maakunnalliseen käyttöön soveltuvan raportointialustan valintaan liittyvää vaihtoehtoa on testattu. Mittaristo –projektiryhmä on tutustunut uudentyyppiseen (QlikView)–raportointijärjestelmään. Se on rakennettu assosiatiivisen ajattelun

pohjalle. Dynaamisia vahvuuksia olivat helposti löydettävät potilaskohtaiset tiedot, prosessit ja kustannukset sekä näihin porautumismahdollisuus.

Mittaristo –projektiryhmä näkee, että raportointiin ja mittaristoon liittyvää kehittämistyötä on syytä jatkaa. Alueellisen potilasjärjestelmän sisältöihin on päästävä vaikuttamaan oikea-aikaisesti.

Projektiryhmä esittää:

- PKSSK:n tietovarastoa tulee edelleen kehittää ja laajentaa mm. perusterveydenhuollon tiedoilla.
- Mediatriin, maakunnallisen potilastietojärjestelmän käyttöönotto on alkanut ja järjestelmä laajenee kaikkiin Pohjois-Karjalan kuntiin. Kyseisessä kehittämistyössä tulee hyödyntää Rajat_on –hankkeessa luotuja uusia raportointi- ja tulokortti-ideoita sekä projektissa opittua yhdessä työskentelyn –mallia.

Raportoinnin kehittämistyön tuloksista on otettu esimerkiksi tähän loppuraporttiin Maakunnallisen raporttikirjaston käyttöohje (liite 1).

3.1.2 Kuntatulokortin kehittäminen ja tulokset

Mittaristo –projektiryhmän työtä ohjanneet tavoitteet ovat olleet:

3. *Etsiä keskeisiä mittareita ja asettaa niille tavoitteita*
4. *Kehittää ja testata mittareiden seuranta ja toteutusta maakunnallisella tasolla*

Kehittämistyön lähtökohtana on ollut ALSTRA –projektissa ideoitu näkemys, että erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon tulisi integroida yhteinen tulokortti, johon tulee sisällyttää keskeisiä yhteisiä strategisista asioista, joissa edellytetään onnistumista. Näille määritellään yhdessä mittarit ja kyseisille mittareille selkeät tavoitetasot. Oikea-aikaisella seurannalla varmistetaan tietojen hyödyntäminen toiminnan ohjauksessa.

Mittaristo –projektiryhmä on hakenut perusterveydenhuollolle ja erikoissairaanhoidolle yhteisiä asioita ja kyseisiä mittareita tasapainotetun mittariston mukaiseen tuloskorttiin. Projektissa nimettiin kyseinen tuloskortti kuntatuloskortiksi.

Kuntatuloskorttiin on projektissa etsitty ja määritelty Joensuun näkökulmasta keskeisiä mittareita. Määrittelijöinä ovat olleet Joensuun sosiaali- ja terveystoimen henkilöstö. Tekniikkaa, kuntatuloskortin rakentamista tietovaraston päälle, on myös testattu.

Tavoite 3 saavutettiin projektissa ja kuntatuloskorttiin saatiin määriteltyä keskeiset mittarit ja niille tavoitetasot. Tulokorttia projektin laatimassa muodossa ei PKSSK:n ja Joensuun kaupungin johdon yhteistyöneuvottelussa käsitelty, mutta sisällytetyt keskeiset mittarit ja niille asetetut tavoitteet olivat välillisesti esillä.

Joensuun kaupunki sisällytti Rajat_on –hankkeessa määriteltyt keskeiset mittarit tavoitteineen omaan perusterveydenhuollon strategiaan ja käyttösuunnitelmaan. Joensuun kuntatuloskortti on raportin liitteenä 2.

Tavoite 4 jäi suurelta osin saavuttamatta. Kuntatuloskortti sinällään oli kunnianhimoinen tavoite. Sen sisällön määrittely toteutui, tekninen tietovaraston päälle rakennettu automaattinen seuranta onnistui muutaman mittarin osalta. Tietovaraston sisällön suora hyödyntäminen oli ongelmallista. Todelliseen automaattiseen seurantaan ei päästy, koska atk-resursseja ei saatu suunnitellusti projektin käyttöön. Suuri syy atk-henkilöstön resurssipuutteeseen oli Pohjois-Karjalassa samanaikaisesti aloitettu maakunnallisen potilastietojärjestelmän kehittämis- ja käyttöönotto.

Joensuun kaupungin edustajat ovat esittäneet projektin pilotoinnin jatkamista kyseisten tavoitteiden osalta ja odotukset ovat, että kuntatuloskortin tavoitteita seurataan PKSSK:n järjestelmillä vuoden 2009 aikana.

Mittaristo –projektiryhmä näkee, että kuntatuloskorttiin liittyvää kehittämistyötä on syytä jatkaa.

Projektiryhmä esittää kuntien harkittavaksi seuraavia toimenpiteitä:

- Kuntatulokortin kehittämistyötä jatketaan ja samalla pilotoidaan Joensuun v. 2009 tavoitteiden seuranta
- Nimetään alueellinen työryhmä kuntatulokorttia viemään eteenpäin
- Kuntatulokortin automaattisen seurannan testaus on PKSSK:n tehtävä
- Kuntatulokortti tulisi jatkossa ottaa käsittelyyn yhteistyöneuvotteluissa ja samalla vuosittain sopia yhteisistä potilaskohtaisten prosessien kehittämisestä yli organisaatiorajojen (vrt. selkäsairaahan potilaan hoitoketju)
- Yliorganisaatiorajojen menevät yhteiset potilaanhoitoprosessien kehittämiset otetaan mukaan KASTE KanErva -hankkeen kehittämistyöhön (esim. diabetes).
- PKSSK, terveyskeskukset ja kunnat kehittävät raportointia ja tavoitteiden seurantaa Rajat_on -projektissa tehdyn työn suuntaviivojen ja toimintamallien mukaisesti uusien järjestelmien käyttöön otossa esimerkkinä Mediatri -potilastietojärjestelmä

3.2 Potilaan hoitoprosessin kehittäminen ja tulokset

*Hoitoketju –projektiryhmän, **selkäsairauksien** hoitoketju –projektiryhmän, työkentelyä ohjaavat projektin yhteisistä tavoitteista johdetut kehittämisalueet ovat olleet:*

5. Kehittää ja testata mittareiden seuranta ja toteutusta selkäsairaahan potilaan hoitoketjussa

6. Laajentaa mallia alueellisesti terveyskeskuksissa

→Toimintamallin luominen laajemmin käytettäväksi muilla erikoisaloilla

7. Kehittää sairauskohtaista prosessia yli organisaatiorajojen

8. Hyödyntää tuloksia toiminnan ohjaamisessa

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän alueella selkäsairaahan potilaan hoitoa on ohjannut HYVÄN HOIDON MALLI sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa (liite 3). Selkäpotilaan hoitomalli on ollut käytössä Pohjois-Karjalan alueella vuodesta 1992 alkaen. Sitä on uusittu aina, kun käytettävissä on ollut uutta tietoa, viimeksi 2000 -luvulla. Rajat_on -projektin tuloksena hoidon mallia on päivitetty 13.3.2009. Selkäpotilaan kulku –prosessi ei ole yksinkertainen. Perusterveydenhoito on monessa eri roolissa tuossa prosessissa.

Alueellinen hoitoketju on määritelty kehittämistyössä seuraavasti: Se koskee tietyn sairauden potilasryhmän hoitoa ja määrittelee työnjaon perusterveydenhoidon ja erikoissairaanhoidon välillä. Hoitoketju ja porrastus perustuvat paikallisten olojen tuntemukseen; se kertoo, missä ja kuka tekee ne asiat, jotka hoitosuositus määrittää. (Roine 2002)

Hoitoketju on laadittu aina moniammatillisesti. Rajapinnat ja hoitoketjun tavoitteet on tuotu esiin. Ylläpidosta on huolehdittu. Hoitoketjulla pitää olla hyvä saavutettavuus ja julkisuus, ja tekstin täytyy olla myös potilaille selkokielenä. (Roine 2002).

Rajat_on –projektin tavoitteena oli selkäpotilaan hoitoprosessin kehittäminen ja prosessin toimivuuden parantaminen perusterveydenhoidon ja erikoissairaanhoidon kesken ja yhteisten keskeisten tavoitteiden asettaminen. Osatavoitteena oli parantaa toimivuutta niin, että sillä voisi olla vaikutuksia myös kunta- ja kuntayhtymätalouteen. Keskeisin tavoite oli tuottaa todellista tietoa, joka voi ohjata selkäpotilasta hoitavien tahojen toimintaa ja sitä kautta potilaan hoitoa. Tavoitteena oli myös arvioida sitä, miten hyvin selkäsairauksien hyvän hoidon malli toteutuu käytännössä potilaan hoidossa. Pitkällä aikavälillä pyritään säilyttämään osaavan henkilöstön riittävyys.

Kehittämistyötä ohjanneet yhteiset keskeiset tavoitteet kiteytyvät seuraavasti:

- * Tiedon avulla voidaan parantaa toiminnan ohjausta
- * Potilaan hoito paranee ja taloudellisesti tehostuu
- * Kunta- ja kuntayhtymätalous paremmaksi
- * Osaavaa henkilökuntaa riittävästi tulevaisuudessa

Projektisuunnitelmassa on ollut mukana tasapainotetusti neljä eri näkökulmaa (BSC). PKSSK:n ja Joensuun perusterveydenhuollon strategioiden toimintamallien näkökulmaan on sisällynyt prosessien kehittäminen yli organisaatorajojen, jota työtä käytännössä on mahdollisuus ollut tehdä Rajat_on –projektissa. Projektityössä on menty sisään selkäsairaalan potilaan hoitoon, kyseisiin mittareihin ja kehittämistarpeisiin.

Projekti on tehnyt yhteistyötä PKSSK:n laadunohjausryhmän kanssa, josta on tullut aloite selkäpotilaan valitsemiseksi prosessin kehittämisen kohteeksi. Rajat_on –projektilta on odotettu konkreettisia ehdotuksia siitä, miten PKSSK:ssa kannattaisi jatkaa yli organisaatorajojen menevää potilaan sairauskohtaisen hoitoketjun kehittämistyötä tulevana vuosina. Projekti on linkittynyt tältä osin laatutyön ohjauksen toimitasuunnitelmaan.

Hoitoketju -projektiryhmän osalta tavoiteasettelu lähtötilanteessa (vrt. projektisuunnitelman tavoitteet) on ollut yleispiirteinen. Hoitoketjutyö on lähtenyt liikkeelle kaukaa. Lähestymistavan valinta, työn suunnittelu ja perustietojen hankinta ovat ajoittuneet pääosin vuoden 2008 loppupuolelle.

Väliraportin 1.1.–31.12.2008 kirjoittamishetken jälkeen hoitoketju –projektiryhmä jatkoi vielä vuoden vaihteen jälkeen potilaan hoidon analyysityötä sekä arviointia omasta työskentelystään ja suosituksen laatimista muille erikoisaloille yli organisaatorajojen menevästä potilasprosessien kehittämistyöstä. Hoitoketju –projektiryhmän työlle asetut monet osatavoitteet on saavutettu.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansalliseen kehittämisohjelmaan Kasteeseen kuuluva KYS-erva -alueen kansansairauksien ehkäisyn ja varhaisen hoidon -hanke on alkanut vuoden 2009 alussa. Hankkeessa tavoitellaan mm. terveydenhuollon eheää kokonaisuutta ja vaikuttavia toimintamalleja. KASTE KanErva kehittämistyöhön sisältyvät yli organisaatorajojen menevät potilaskohtaiset hoitoprosessien kehittämiset (esim. diabetes). Rajat_on –projektin tulokset linkittyvät tietyiltä osin KanErvaan ja

niiden tulee olla käsittelyssä Pohjois-Karjalan johtavien lääkäreiden syksyn 2009 tapaamisessa.

Rajat_on hoitoketju -työryhmän ”Suositus prosessin kehittämiseksi yli organisaatiorajojen” on loppuraportin liitteenä 9.

3.2.1 Selkäpotilas perusterveydenhuollossa

Hoitoketju –projektiryhmän perusterveydenhuollon työtä ohjanneet tavoitteet ovat olleet:

5. Kehittää ja testata mittareiden seurantaa ja toteutusta selkäsairaalan potilaan hoitoketjussa

7. Kehittää sairauskohtaista prosessia yli organisaatiorajojen

Selkäpotilas terveyskeskuksessa

Pohjois-Karjalan alueella ei ole selvitetty selkäkipupotilaan hoidon ennustetta tai osuuksia perusterveydenhuollon potilasmääristä eikä potilaan hoitopolkua.

Aiheesta on valtakunnallista tutkimustietoa käytettävissä. Kipu on ensisijaisena tai osasyynä perusterveydenhuollon lääkärikäynneissä neljässä tapauksessa kymmenestä (Mäntyselkä 1998). Kipupotilaiden käyntisyistä TULE-oireiden osuus on 42 % (Mäntyselkä 1998). Vajaa puolet TULE-oireista on selkävaivoja ja neljännes nivelrikkoa (Kansaneläkelaitos 2004). Puolella selkäpotilaita ilmenee toistuvia kipujaksoja (Suomen Akatemia 1996). Mini-suomi-terveystutkimuksen (1978–1980) aineistossa pitkäaikainen alaselkäoireyhtymä oli 17 %:lta tutkituista (Kalmo ja Antikainen 1978). Terveys 2000 -tutkimuksessa pitkäaikaisen selkäoireyhtymän esiintyvyys oli miehillä 10 % ja naisilla 11 % (Aromaa ja Koskinen 2002); trendi näytti olevan ”alaspäin”.

Selkä kivun ennaltaehkäisy on mahdollista

Aikaisempien tutkimusten perusteella pitkittyvän selkä kivun ennaltaehkäisy on mahdollista. Ehkäisyssä korostuvat akuutin kivun tehokas hoito, kivun pitkittymiselle altistavien tekijöiden kuten mielialan laskun tunnistaminen ja näiden riskitekijöiden huomioon ottaminen arkityössä (Hagelberg ja Valjakka 2008, Pakkala: Facultas 2008).

Onnistumisen edellytyksenä on toimiva lääkäri-fysioterapeutti -yhteistyö ja yhteistyö muun perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon välillä (Hagelberg ja Valjakka 2008).

Grotle ja hänen työryhmänsä ovat tutkineet akuutin selkävun taudinkulkua ja kiputilanteen pitkittymiseen liittyviä tekijöitä. Potilaitten (n=123) selkäkipu oli kestänyt alle 3 viikkoa ja he olivat sen takia ensikäynnillä. Kolmen kuukauden ajan Grotle et al seurasi kivun voimakkuutta, kivun aiheuttamaa häiriötä ja toipumisprosessia. Akuutista selkävusta kärsivistä potilaista 76 % toipui moitteetta. Tupakointi, neurologiset löydökset, psykososiaaliset tekijät ja ahdistuneisuus lisäsivät kivun pitkittymisen todennäköisyyttä 3-5-kertaiseksi. Kivun kroonistumiseen vaikuttavat mm. psykososiaaliset tekijät, virheelliset uskomukset ja ajatusmallit.

Kuopion terveyskeskuksessa analysoitiin kaikki sairaalaan tehtävät läheteet 2 viikon aikana (Lipponen ja Siltavuori 1995). Potilaista 7,3 %:lle laadittiin lähete. Hoidon porrastuksen näkökulmasta kustannussäästöt saatiin tehokkaan, hyvin organisoidun ja tarkoituksenmukaisen sairaanhoidon ja ennaltaehkäisevän terveydenhuollon toiminnan kautta. Varhainen sairauksien toteaminen ja sairauksien ennaltaehkäisy sekä sairauksien hyvä hoito ovat myös avainasemassa. (Lipponen ja Siltavuori 1995)

Rajat_on –projektin kehittämistavoitteena on ollut arvioida ”Selkäpotilaan hyvä hoito” -suositusten toteutumista käytännössä sekä sopia tarkoituksenmukaisista kehittämiskohteista ja luoda pohjaa laajemminkin yli organisaatiorajojen menevälle kehittämistyölle Pohjois-Karjalassa tulevana vuosina.

Pilottikunta Joensuun odotukset ovat kiteytyneet siihen, että selkäpotilaan prosessin yhteisellä kehittämisellä on haluttu tavoitella ja etsiä yhdessä kuntayhtymän kanssa kustannustehokkaita palvelujen toteuttamismalleja.

Hoitoketju –projektiryhmän tavoitteena on ollut kerätä selkäpotilaan hoidosta todellista tietoa perusterveydenhuollossa, työterveyshuollossa ja erikoissairaanhoidossa.

Rajat_on –projektissa käynnistettiin perusterveydenhuollon potilasotannat keväällä 2008. Kaikki Joensuu terveyskeskusvastaanotot, päivystys ja Joensuun Työterveys ovat olleet mukana toteuttamassa potilasotantaa. Tiedot on kerätty suunnitelman mukaisesti alaselkäoireiden takia vastaanotolle tulevilta potilailta 14.4.–2.5.2008 välisenä aikana. Potilaat on merkitty sosiaaliturvatunnusella prosessin etenemisen seurantaan varten tutkimuslupalomakkeeseen ja potilaita on pyydetty vastaamaan

toimintakyky- ja mielialakyselyihin. Potilas antoi sihteerille takaisin täytetyn lomakkeen ennen perusterveydenhuollon lääkärin vastaanottoa. Toimintakyky- ja mielialakyselyt kerättiin myöhempää erikoislääkärin arviota varten. Kyseiset Oswestry, VAS, DEPS – mittarit ovat liitteenä 4.

Oswestryn indeksi kuvaa kivusta aiheutuvaa toiminnallista häiriötä. Indeksillä luokitellaan 10 osiosta, jotka selvittävät kipulääkkeen tarvetta ja toiminnallista häiriötä päivittäisessä itsestä huolehtimisesta, istuessa, seisoessa, kävellessä, matkustaessa, seksuaalielämässä, sosiaalisissa kontakteissa, nukkuessa ja taakkoja nostaessa. Indeksillä on prosentuaalinen asteikko 0-100, 40–60 % viittaa huomattavaan ja yli 60 % viittaa hyvin voimakkaaseen häiriöön.

VAS (visual analogue scale) on kipujana 0-10 cm, jolla kuvataan kivun voimakkuutta. Janan ääripäät kuvaavat ääri vaihtoehtoja (ei lainkaan kipua ja pahin mahdollinen kipu). Luku 7 tai yli tarkoittaa voimakasta kipua.

DEPS on lyhyt kliininen masennusseula (depressioseula). Siinä kysytään mm. onko potilaalla ollut unihäiriöitä, surumielisyyttä, tarmottomuutta, toivottomuutta, arvottomuuden tai ilottomuuden tunteita. Mikäli pisteitä on 10/30 tai yli, se voi viitata masennukseen.

Syksyllä 2008 sovittiin selkäpotilaan hoitoprosessin arvioinnissa käytettävistä mittareista tarkemmin. Pienryhmä on valmistellut tuolloin lopullisten analyysien mukaan otettavien mittareiden valintaa ja päättänyt asioista, joihin Rajat _on –hankkeessa keskitytään.

Perusterveydenhuollon piirissä päätettiin mitattaviksi asioiksi seuraavat:

- Miten selkäpotilas tutkitaan (laadullinen mittari, läheteisiin tuleva tieto)
- Lääkitys, fysioterapia ja sairausloma
- Selkäpotilaan fysioterapian toteutuminen (%)
- Erikoissairaanhoidon menevien läheteitten määrä
- Läheteitten oikea-aikaisuus

- Kivuliaisuuden ja toimintakyvyn mittaaminen (VAS, Oswestry, DEPS)

Potilasotannassa (14.4.–2.5.2009) mukana olevien selkäpotilaiden kyselyjen ja hoitoketjun arviointiin irrotettiin terveystieteiden keskuksen fysioterapeutin työaikaa työparinaan Selkäliiton selkäneuvoja marras-joulukuussa 2009. Fysiatrian erikoislääkäri suunnitteli etukäteen, miten ko. aineiston luokittelu tehdään. Kyseiset fysioterapeutit ovat potilasotannan perusteella kirjanneet käynnistä esim., miten potilas on tutkittu, paljonko sairauslomaa määrätty ja onko potilas ohjattu fysioterapiaan. Fysioterapian sisältöä ei kartoitettu.

Perusterveydenhoidon piirissä Joensuun alueella selvitetiin:

- 1) Miten selkäpotilas tutkitaan ja miten se näyttäytyy lääkäritextissä (laadullinen mittari)
- 2) Selkäpotilaan hoidon toteutumisesta: minkälainen lääkitys/fysioterapia määrättiin ja mitkä potilaat saivat tai eivät saaneet sairaalalähetettä
- 3) Erikoissairaanhoidon menevien läheteitten määrä ja
- 4) Miten kivuliaisuus ja toimintakyvyn alenema tai psyykkinen kuormittuneisuus / masennus mitattiin ja kirjattiin (VAS, Oswestry, DEPS).

Selkäpotilaan hoitosuosituksen toteutuminen – Kysymyslomake on liitteenä 5.

Potilasotanta

Tavoitteet toteutuivat pääosin. Tulosten pohjalta voi päätellä, miten perusterveydenhoidon potilas päätyy esimerkiksi fysioterapiaan tai erikoissairaanhoidon. Vastaajien (n=57) valtaosa oli keski-ikäisiä, keskiarvo 45,9 vuotta (SD±16,7). Naisia oli 59,4 %. Kipu oli keskimäärin kovaa ensikäynnille tullessa: VAS 7,0 (2,1). Iskiaspotilaita oli ensikävijöistä 43,6 %. Työikäisiä oli 43 potilasta.

Vastaanotolle tulleilta 62 potilaalta on saatu kerättyä kyseiset tiedot. Kahden potilaan henkilötietoja ei pystytty selvittämään. Yhden potilaan kohdalla oli kaksi käyntiä

kyseisenä ajanjaksona. Kaksi potilasta ei ollut selkäpotilaita. Näin ollen kokonaismääräksi jäi 57 potilasta. Toimintakyky on arvioitu Oswestry –kyselyllä ja kivut VAS-janalla. Samassa yhteydessä alkuperäissuunnitelmasta poiketen on käytetty myös DEPS –mittaria.

Kyseiset tiedot on käsitelty tilastollisesti SPSS 13 -järjestelmällä. Coronarian Oswestry –seurantajärjestelmään tehtiin valmiiksi terveystieteiden osastot tulevaisuutta varten. Tilastollinen analyysi on esitetty kappaleessa 3.2.3.

3.2.2 Selkäpotilas erikoissairaanhoidossa

Hoitoketju –projektiryhmän erikoissairaanhoidon työtä ohjanneet tavoitteet ovat olleet:

5. Kehittää ja testata mittareiden seurantaa ja toteutusta selkäsairaalan potilaan hoitoketjussa

6. Laajentaa mallia alueellisesti terveystieteiden osastoissa

→Toimintamallin luominen laajemmin käytettäväksi muilla erikoissairaanhoitoalueilla

7. Kehittää sairauskohtaista prosessia yli organisaatiorajojen

8. Hyödyntää tuloksia toiminnan ohjaamisessa

Rajat_on –projektin hoitoketjuryhmän kehittämistyötä ohjanneet yhteiset keskeiset tavoitteet ovat kiteytyvät seuraavasti:

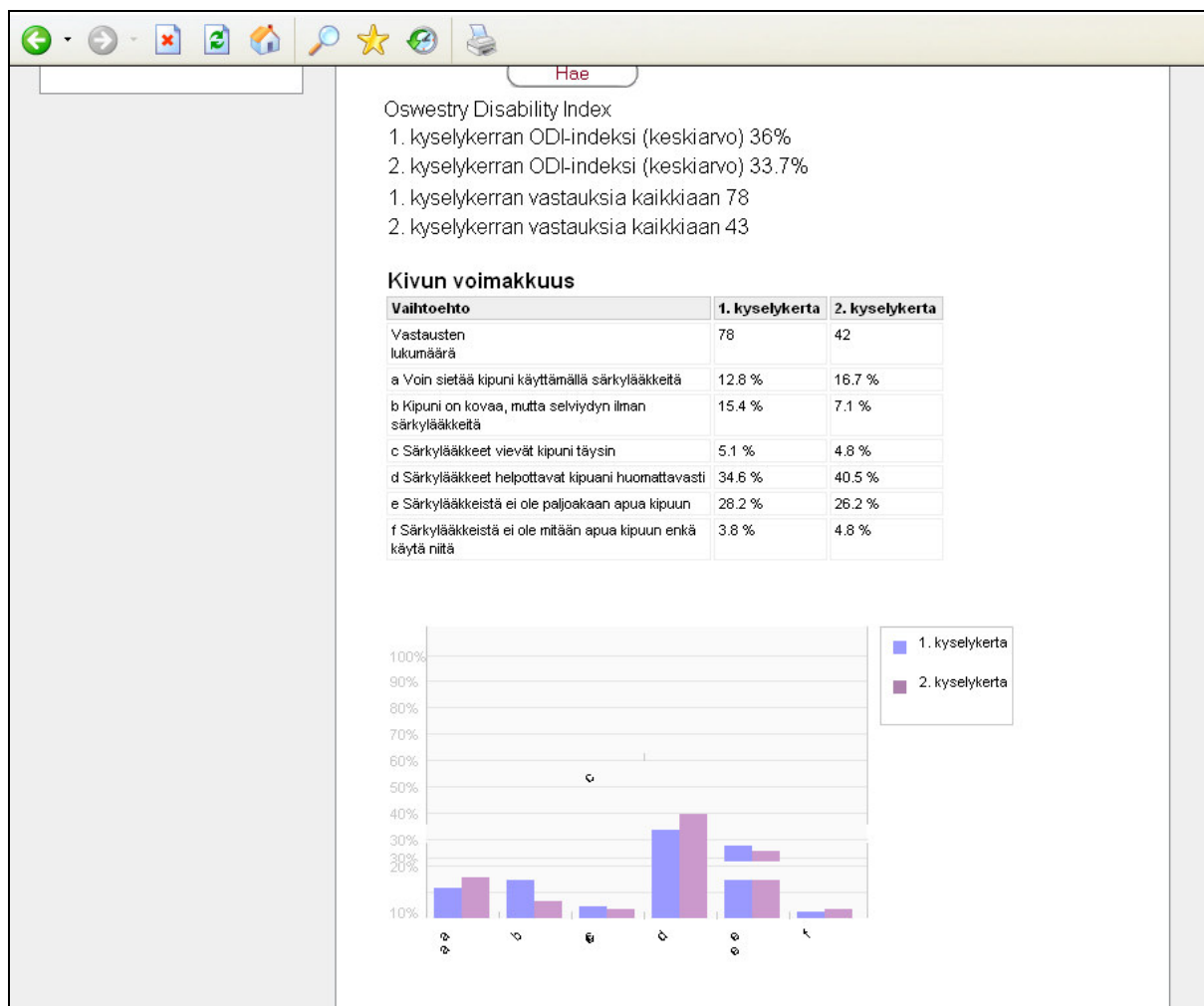
- Tiedon avulla voidaan parantaa toiminnan ohjausta
- Miten selkäpotilas tutkitaan (laadullinen mittari, läheteisiin tuleva tieto)
- Toimintakyvyn mittaaminen (VAS, Oswestry)
- Mittauksen toteutus – löytyykö tekniikkaa, joka helpottaa käytännön työtä?

Oswestry -seuranta ensikäynnillä ja 6 kuukautta sen jälkeen

Rajat_on –projektin kehittämistyö on edennyt niin, että erikoissairaanhoidossa on keskitytty vaikuttavuuden mittaamiseen (Oswestry). Sairaalaan tulevalta 78 potilaalta on kartoitettu touko-kesäkuussa 2008 Oswestry -tiedot. Oswestryllä mitattiin tuloksellisuutta. Mittari sopii selkäsairaalan potilaan hoitoon. Tällä hetkellä Oswestryn ja kipujan lähettäminen etukäteen PKSSK:n fysiatrian poliklinikan ensikäyntipotilaille on rutiinia. Kyselykaavakkeet lähetetään kutsukirjeen mukana jokaiselle. Toimintakyky ja kipuarviota käytetään pohjana esitiedoissa. Oswestrystä kirjataan prosenttiluku. Kipujan lukema merkitään potilaan ensikäyntitietoihin.

Kuuden kuukauden Oswestryn seurantakysely on toteutettu kyseiselle potilasryhmälle marras-joulukuussa 2009 käyttäen ulkopuolista osaajaa. Jälkikysely on ollut mahdollista tehdä joko kirjeellä, sähköpostilla tai puhelimitse. Otantapotilaat ovat valinneet näistä perinteisen paperikyselyn. Vastauksia on saatu 43 eli 55 %:lta potilaita. Suurempi potilasmäärä olisi ollut paremmin hyödynnettävissä. Seurantamittauksen palvelu on hankittu Coronaria Impact Oy:ltä.

Hoitoketju –projektiryhmä on arvioinut kehittämistyön ohella Coronaria- järjestelmän mahdollista hyödynnettävyyttä laajemminkin keskussairaalan erikoisalojen vaikuttavuuden arvioinnissa.



Kuvio 2. Esimerkki selkäpotilaan toimintakyvyn arviosta ja seurannasta erikoissairaanhoidossa v. 2008

Potilaan toimintakyvyn arvio ja seuranta erikoissairaanhoidossa on kokonaisuudessaan esitetty liitteessä 6.

Oswestryn kokonaismäärä laski keskimäärin vähän, 36 %:sta 33,7 %:iin. Kivun voimakkuudesta kysyttäessä niiden potilaiden määrä lisääntyi, joiden kipu pysyi hyvin lääkityksellä kurissa ja niiden, jotka pystyivät selviämään päivittäisistä toiminnoistaan ilman kipua. Potilaat pystyivät kävelemään enemmän kuin puolen kilometrin matkoja, muutoksena verrattuna aiempaan. Kaiken kaikkiaan muussa toimintakyvyssä ei suurta eroa tullut.

Oswestryn lisäksi kipuanalyysia monipuolistavat kipujana (VAS) ja lyhyt kliininen depressioseula, joiden pohjalta voidaan laajemmin arvioida kokonaistoimintakykyä ja kivun määrää (Pakkala: Facultas 2008). Niitä suositellaan uusimmassa Facultaksen toimintakykyarvio-ohjeessa kaikille lääkäreille, jotka hoitavat kipupotilaita.

Erikoissairaanhoidon tulleiden läheteiden sisältö

Läheteiden sisältöjä on luettu tavoitteen mukaisesti sata vuoden 2008 aikana.

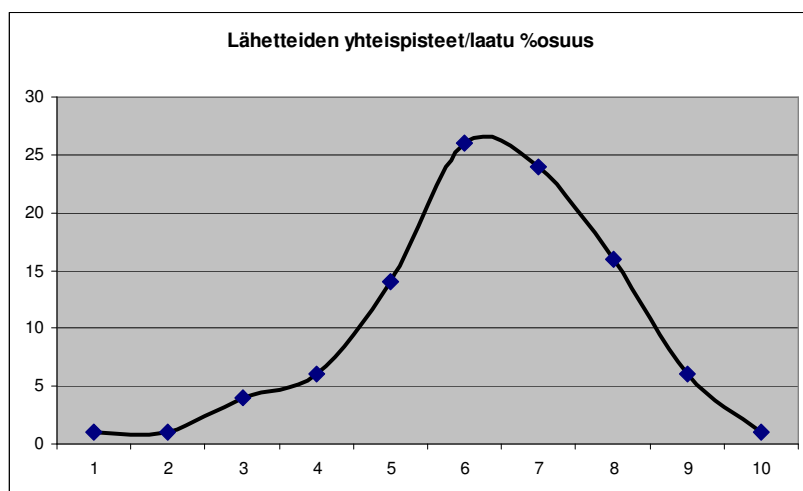
Läheteiden kriteerit ja pisteytykset ovat olleet seuraavat:

1. Aikaisemmat sairaudet & aikaisemmat Tule-sairaudet (Tuki- ja liikuntaelinsairaudet)
2. Oireiden alkuperä & kehitys
3. Oireiden kuvaus (kipu & säteily)
4. Provokaattorit
5. Työn kuvaus & sairasloma (kuvaus & si)
6. Status (kipu & SLR & puutosoireet)
7. Tutkimukset
8. Hoidot (lääke & terapia)
9. Psykososiaaliset tekijät
10. Lähettämisen syy

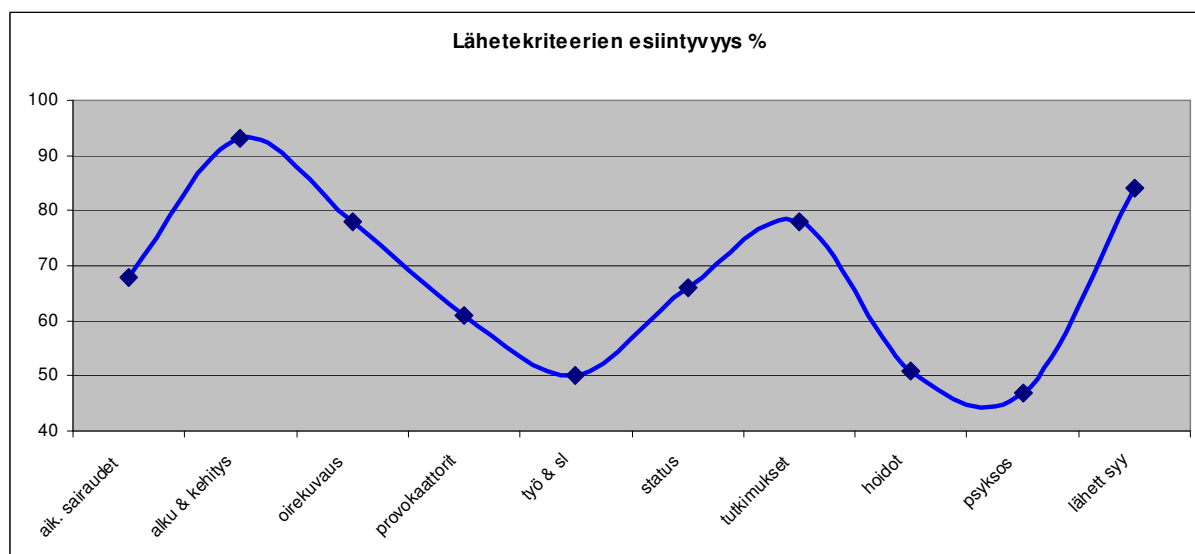
Kyseisen analyysin tulokset on käsitelty 12.2.2009 pidetyssä ohjausryhmän kokouksessa. Vuosina 1993 ja 1995 on katsottu ja arvioitu läheteen samoja asioita.

Läheteiden pisteytys on tehty vuonna 2008 ja 100 lähetettä luettu läpi. Kymmenportaisella arvioinnilla tietosisällön pisteet on saatu vuodelta 1995 ja vuodelta 2008. Läheteet ovat olleet keskimäärin melko hyviä. Puutteita on tullut esille lähinnä työhön liittyvissä asioissa ja psykososiaalisten seikkojen osalta. Projektissa on voitu todeta, että lääkäreiden tulisi kiinnittää nykyistä enemmän huomiota statuksen kirjaamiseen. Tulosprofiili on pysynyt samantapaisena 1990-luvulta lähtien.

Lähetteiden määrä selkädiagnoosilla on voimakkaasti kasvanut vuoden 1995 jälkeen. Konsultaatiokäyntien määrä on saatu järjestelmistä esille. Esimerkiksi kirurgialta tulleet lähetteet ovat nousseet reippaasti, viidestä läheteestä (v. 1995) kahteensataan (v. 2008). Ristikkäiskonsultointi on toiminut ortopedian kanssa. Selkäkeskus toimii sillä periaatteella, että kaikki selkälähetteet, jotka tulevat myös ortopedian puolelle, siirtyvät PKSSK:ssa fysiatrian puolelle, ellei kyse ole ratsupaikkaoireesta/ äkillisestä voimakkaasta peroneushalvausoireesta. Myös ortopedian erikoislääkäri käy kerran viikossa fysiatrian puolella konsultoimassa. Sairaalan sisäisten konsultaatioitten määrä nousi viime vuonna 25 %:lla. Fysiatrian palautteet terveyskeskuksiin ovat lähteneet hyvin ja ajallaan.



Kuvio 3. Erikoissairaanhoidon läheteiden yhteispisteet/laatu % -osuus v. 2008



Kuvio 4. Erikoissairaanhoidon lähetekriteerien esiintyvyys % v. 2008

Selkäpotilaan läheteiden analyysi, potilaiden hoidon arvio ja seuranta erikoissairaanhoidossa on liite 7.

3.2.3 Selkäpotilaan hoitoketjun analyysi ja johtopäätökset

*Hoitoketju –projektiryhmän, **selkäsairauksien** hoitoketju –projektiryhmän, työskentelyä ohjaavat projektin yhteisistä tavoitteista johdetut kehittämisalueet ovat olleet:*

5. Kehittää ja testata mittareiden seurantaa ja toteutusta selkäsairaalan potilaan hoitoketjussa

6. Laajentaa mallia alueellisesti terveyskeskuksissa

→Toimintamallin luominen laajemmin käytettäväksi muilla erikoisaloilla

7. Kehittää sairauskohtaista prosessia yli organisaatiorajojen

8. Hyödyntää tuloksia toiminnan ohjaamisessa

Selkäkipu on työikäisten yleisin pitkäkestoinen kiputila, mutta valtaosa selkäkipua kokevista potilaista toipuu kuukauden kuluessa. Tämän jälkeen toipuminen hidastuu, se jatkuu kuitenkin vielä kolmeen kuukauteen asti. Vuoden kuluttua potilaista 17 - 45 %:lla esiintyy edelleen selkäkipuoireita (Hagelberg 2005). Kyse saattaa olla joko uudesta selkäkipujaksosta tai selkäkipuongelman jatkumisesta.

Selkä kivun pitkittymiseen vaikuttavat monet fysiologiset, psykologiset, toiminnalliset ja sosiaaliset tekijät. Aikaisemmat selkäkipujaksot, tuntohermovaurio sekä mieliala, ajatukset, uskomukset, tunteet ja käyttäytyminen liittyvät pitkittymisprosessiin (Pakka-la: Facultas 2008).

Rajat_on –projektin selkäpotilaiden hoitoprosessien arviointia ja vertailua hoitosuosituksen on ollut tekemässä marras-joulukuussa 2008 fysiatrian ylilääkäri projektiin palkattuna. Työ on jatkunut vielä tammikuussa 2009. Analyysi hoitoprosessien ete-

nemistä, raportin liite 7 ”Selkäpotilaan prosessin kehittämistyö perusterveydenhuollon (PTH) ja erikoissairaanhoidon (ESH) kesken”, on valmistunut ja tulokset on käsitelty Hoitoketju –projektiryhmän tammikuun 2009 kahdessa kokouksessa sekä ohjausryhmän viimeisessä kokouksessa.

Raportin yhteenvetoa

Voimakasta kipua ($VAS \geq 7/10$) koki 63 % potilaista ensikäynnin aikaan. Tällaisia potilaita tulisi aktiivisesti hoitaa. Jopa 34 %:lla ensikäyntipotilaista oli $deps \geq 10$ ja 19%:lla $\geq 15/30$. Tämä voi viitata merkittävään depression, joka vaikuttaa sekä kivulle herkistymiseen että heikentyneeseen kuntoutumiseen: ei ole voimavaroja ottautua esim. fysioterapiaan eikä muuhun, omaehtoiseen liikuntaan.

Näistä 14 potilaasta, jotka lähetettiin fysioterapiaan kaikkien ($n=57$) joukosta, 57 %:lla oli iskiaskipu. Ainoastaan vain neljälle on kirjoitettu neuropaattisen kivun lääkkeitä. Työhön ja mielialaan ja uskomuksiin liittyviä tietoja ei maininnut kukaan lääkäreistä.

Hankalakipuiset potilaat ($n=11$), joilla oli VAS yli 7 ja kivun kesto yli 6 viikon ajan ensikäynnillä, eivät saaneet lähetettä erikoissairaanhoitoon. Vain yksi potilas lähetettiin. Näiden potilaiden jatkolähtämistä pitäisi arvioida jo ensikäynnillä, kivun vuoksi.

Johtopäätökset ja suositukset

Rajat_on –projektin selkäpotilaan hoitoketjun kehittämistyössä ovat kiteytyneet ohjaaviksi seuraavat asiat:

- Hoidot ja hoitotavat yhtenäistyvät
- Alueellinen tasa-arvo toteutuu
- Työnjako selkiytyy

Hoitoketjun haasteina on kehittämistyön kuluessa nähty perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon erilaiset resurssit, liian hidas sitouttaminen, syynä mm. henkilökunnan vaihtuvuus perusterveydenhoidon lääkärikunnassa,

sekä yksityissektorin toiminta (rajattiin projektin alkaessa tästä kehittämistyöstä ulkopuolelle). Työtapoja ei välttämättä tunneta puolin ja toisin.

Projektiin liittyvän tutkimuksen perusteella voidaan tehdä seuraavia johtopäätöksiä:

- PTH:n lääkäreillä ei ole riittävästi aikaa jokaisen selkäpotilaan tutkimiseen. Nuoret lääkärit tarvitsisivat myös kokeneemman kollegan tukea.
- Perusterveydenhuollossakin kannattaisi ottaa käyttöön kipuanalyysiä helpottavat lomakkeet: kipujana ja toimintakykymittari Oswestry sekä lyhyt kliininen masennusseula DEPS (Pakkala: Facultas 2008). Nämä potilas täyttäisi ennen vastaanotolle tuloa itseksensä.
- Lääkäreitä käytännön työhön opastettaessa olisi kiinnitettävä huomiota kipupotilaan toimintakykyarvioon. Lääkäriin tekemässä potilashaastattelussa kannattaisi vastaisuudessa kiinnittää enemmän huomiota potilaan mieliala-, motivaatio- ja työolosuhdeseikkoihin.
- Vakituksille lääkäreille ja fysioterapeuteille kannattaisi järjestää lisäkoulutusta ja opettaa tarvittaessa myös kliinistä tutkimista. Tehtäväsiirtoja lääkäreiltä fysioterapeuteille voitaneen tulevaisuudessa harkita perusterveydenhuollossa. Päävastuu selkäpotilaista säilyy aina perusterveydenhuollossa, ja selkäpotilaan hoidon osaamisesta tulee pitää kiinni. Erikoissairaanhoidon kuuluvat vain vaikeammin hoidettavat potilaat. Konsultaation jälkeen hoitovastuu palautuu perusterveydenhoidolle.

Hoitoketju –projektiryhmä suosittelee seuraavia toimenpiteitä:

- Selkäpotilaan toimintakyky tulee aina arvioida.
- Toimintakykyarvion tukena suositellaan Oswestry-, VAS- ja DEPS -mittareita erityisesti pitkittyvässä selkäkivussa.
- Selkäpotilaan hoidon vaikuttavuutta voitaneen seurata käyttämällä Oswestry-, VAS- ja DEPS -mittareita.
- Mittareiden toteutusta Mediatri –potilastietojärjestelmään sisällytettynä tulee selvittää.

- Yhteisesti on sovittu fysioterapian käytäntö sairaalan poliklinikalla ja terveyskeskuksissa ja sitä suositellaan käytettäväksi sairaanhoitopiirin alueella.
- Selkäpotilaan hyvän hoidon malli (päivitetty 13.3.2009) ohjaa käytännössä potilaan hoitoa.
- Koulutusta tulee järjestää perusterveydenhuollon tarpeiden pohjalta.
- Perusterveydenhuollon johdon tulee sitoutua hoitoketjuun.
- PKSSK, terveyskeskukset ja kunnat, kehittäessään potilaskohtaisia hoitoketjuja yli organisaatiorajojen, voivat hyödyntää Rajat_on -projektissa tehdyn työn suuntaviivoja ja toimintamallia (liite 9).

Hoitoketju -projektiryhmän työstä ei vielä 15.11.2008 mennessä ollut käytettävissä varsinaisia selkäpotilaan hoitoa koskevia selvityksiä ja tuloksia, joita Seppo Tuomola olisi voinut käyttää hyväksi tehdessään arviointiselvitystä projektista ja sen tuloksista.

4 PROJEKTIN JA SEN TULOSTEN ARVIOINTI

Ulkopuolisella teetetyn arviointityön osiot ovat olleet:

- Hankkeen sekä sen tarkoituksen ja tavoitteiden soveltuminen terveydenhuollon kansallisiin, alueellisiin ja paikallisiin linjanvetoihin, odotuksiin ja ongelmiin; **läh-tökohdat**
- Hankkeen tavoiteasettelu, suunnittelu ja käynnistys; **hankesuunnittelu**
- Hankkeen organisointi, organisoinnin toimivuus ja toteutusprosessi; **organi-sointi**
- Hankkeen tulokset, osatulokset ja ehdotukset; **tulokset**
- Tulosten arviointi osatekijöittäin (hoitoketjuosuus sekä mittari- ja raporttiosuus)
- Hankkeen vaikutukset ja käytännön soveltaminen kuntien, terveyskeskusten ja PKSSK:n rajapinnoilla, kuntaneuvotteluissa ja rajat ylittävien palveluketjujen ohjauksessa; **vaikuttavuus**
- Kokonaisarvio hankkeessa onnistumisesta sekä kehittämis ehdotukset; **johto-päätökset**

Rajat_on –projektin projektiryhmien työskentelytapoihin on kuulunut toimintasuunnitelman yhdessä tekeminen ja jatkuva seuranta ja arviointi omien tavoitteiden suhteen. Toimintasuunnitelma, tavoitteet ja toteuma ovat loppuraportin liitteenä 10.

Projektisuunnitelmassa on suunniteltu arvioinnin teettämistä ulkopuolisella taholla. Tämän toteuttaminen on nähty tarkoituksenmukaiseksi ja tärkeäksi ottaen huomioon projektin maakunnalliset laajat tavoitteet ja kehittämistyön mahdollinen jatkaminen. Arviointityön on suorittanut ulkopuolisena arvioitsijana VTM Seppo Tuomola TuomolaS Oy:stä. Arvioinnin kohteena on ollut Rajat_on –projektin toteuttaminen sen taustasta ja käynnistysvaiheista aina hankkeessa 15.11.2008 vallinneeseen tilanteeseen

asti. Projektin tuloksia on tarkasteltu 15.11.2008 mennessä dokumentoitujen tietojen (kokousaineistot, muistiot ja niiden liitteet) pohjalta. Tuolloin mm. hoitoketju – projektiryhmän työ oli kovasti kesken. Arviointiselvitys on liitetty kokonaisuudessaan tähän loppuraporttiin (liite 11).

Arviointiryhmän jäsenet

Anu Niemi, pj.	ylilääkäri, PKSSK
Pekka Kuosmanen	sosiaali- ja terveysjohtaja, Joensuun kaupunki
Antti Turunen	vs. johtajaylilääkäri, PKSSK
Aarre Karvinen	atk-pääsuunnittelija, PKSSK
Pirjo Kontio	projektipäällikkö, PKSSK
Kati Pakarinen	projektisihteeri, PKSSK; siht.

Seppo Tuomola konsultti, TuomolaS Oy asiantuntijana

Arviointijohtopäätöksinä Rajat_on –hankkeesta Seppo Tuomolan selvityksessä on esitetty seuraavaa:

Hankkeen lähtökohdat ovat perustellut. Hanke tukee selvästikin niitä linjauksia, joita sekä kansallisesti että alueellisesti ja paikallisesti pidetään tärkeänä. Kuntien ja palveluntuottajien neuvottelu- ja sopimismenettelyssä tarvitaan seurantatietoa, mittareita, tavoiteasettelua ja prosesseihin liittyvää ohjaustoimintaa sekä kaikkea tätä koskevaa yhteistä sopimista. Tätä on tavoiteltu hankkeella yli kunta- ja sektorirajojen

Hankesuunnitelma sisältää verrattain hyvin määritellyt tavoitteet mittaristotyön osalta. Hoitoketjutyöryhmän osalta tavoiteasettelu jäi kuitenkin kovin yleispiirteiseksi. Kaiken kaikkiaan hankesuunnitelman olisi tullut olla konkreettisempi ja hankkeen työvaiheet ja tehtävät paremmin määrittelevämpi, jotta suunnitelma olisi paremmin ohjannut työtä. Hanke näyttäisi olleen samanaikaisesti sekä ideointi- ja kehityshanke että toimeenpanohanke, mikä on vaikuttanut myös siihen, että hankesuunnitelmassa ei ole selkeästi määritelty tehtäviä eikä työvaiheita

Hankeorganisaatio on asianmukaisesti muodostettu ja asetettujen ryhmien kokoonpanoa voidaan pitää tarkoituksenmukaisena. Hankeorganisaation toiminnassa on ollut kuitenkin kitkatekijöitä, kuten puutteet ajankäytön riittävydessä, hankkeeseen sitoutumisessa ja tarpeeksi keskittyneen työpanoksen kohdentamisessa hankkeelle, kokouksiin osallistumisessa sekä aikatauluissa pysymisessä. Resurssien irrottaminen hankkeeseen ei liene myöskään ollut riittävää.

Tulosten osalta hankkeesta eikä sen osahankkeista ei oltu vielä 15.11.2008 laadittu raporttia, josta olisi arvioitavissa, mitkä hankkeen loppu- tai välitulokset ovat ja miten ne toteuttavat hankkeelle asetettuja tavoitteita. Mittaristotyö, raporttikirjasto ja kuntatuloskortti ovat edenneet, mutta kaikkia johdon tietojärjestelmille asetettavia vaatimuksia eivät tehdyn työn tulokset vielä tässä vaiheessa täytä. Hoitoketjutyö on lähtenyt liikkeelle kauempaa, ja lähestymistavan valinta, työn suunnittelu ja perustietojen hankinta on vienyt pitkän ajan, mistä syystä hankkeen tulokseksi tässä vaiheessa ehditään saamaan lähinnä vain selkäpotilaan perustieto-kartoitusten tulokset.

Vaikuttavuudesta eli tulosten soveltamisesta käytäntöön ei luonnollisestikaan ole tehtävissä tässä vaiheessa johtopäätöksiä, koska hankkeen tuloksia ei ole vielä sovellettu käytäntöön.

Kuvio 5. *Tiivistelmä arviointituloksista*

<i>Arviointikohde</i>	<i>Arviointijohtopäätös</i>	<i>Kehittämisehdotus</i>
Hankkeen lähtökohdat	•Hanke ajankohtainen ja tärkeä •Hanke tukee kansallisia ja alueellisia tavoitteita	•Perusterveydenhuolto mukaan raportointiin •Tuloskorttiohjaus sekä PTH:oon että ERSH:oon
Hankesuunnitelma	•Tavoiteasettelu OK, mutta hoitoketjuosuudessa puutteellinen •Työvaiheiden, tehtävien ja resurssien suunnittelu ylimalkainen	•Mahdollista jatkohanketta varten "oikeaoppinen projektisuunnitelma" •Ideointi- ja toimeenpano-hankkeet erikseen
Hankeorganisaatio	•Asianmukaisesti koottu •Toimivuudessa ongelmia; osallistuminen, aikataulut, resursointi	•Hankkeen jatkaminen perusteltua; erityisesti hoitoketjuhanke vaatii tarkennettua työsuunnitelmaa ja resursointia
Tulokset	•Ei vielä raportteja •Mittaristossa ja kuntatuloskortissa edistytty; käyttö ohjaukseen haasteena •Raporttikirjasto kesken; käytettävyyden haasteena •Hoitoketjuosuus kesken; tarvitaan runsaasti jatkotyötä	•Loppuraportit osahankkeista •Peruskeskustelu Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksesta •Jatkotyötä koskeva konkreettinen projektisuunnitelma
Vaikuttavuus	•Ei vielä varsinaisia toteutuksia	•Jatko liitettävä ohjausjärjestelmä-keskusteluun

Ulkoisen arvioija Seppo Tuomola kartoitti arviointiselvityksessään myös projektissa mukana olleiden kokemuksia ja arvioita. Vastausten perusteella voitiin todeta, että hankeorganisaatioon kuuluvat ovat katsoneet, että

- hankkeen asettaminen on ollut tarpeellista ja hyödyllistä,
- hankkeen tavoitteenasettelu ei ole ollut kiistattomasti selkeää ja työtä ohjaavaa,
- hankeorganisaatiota ei ole pidetty yksiselitteisesti toimivana etenkin hoitoketju-työn osalta,
- suhtautuminen hankkeen tulosten riittävyyteen on ollut enimmäkseen neutraali tai kielteinen,
- odotukset hankkeen vaikuttavuuteen Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon paremman ohjauksen aikaansaamiseksi ovat jossain määrin ristiriitaiset; hoitoketjuhankkeeseen kohdistuvat odotukset ovat olleet mittaristohanketta pessimistisemmät,
- hankkeen jatkamista on pidetty erityisesti mittaristohankkeen osalta perusteltuna.

Annetut vastaukset ovat suuressa määrin samansuuntaisia arvioitsijan johtopäätösten kanssa.

Seppo Tuomola on kiteyttänyt kehittämisnäkemyksiä seuraavasti:

- Ohjausjärjestelmälinjanvedot
- Hoitoketjuhankkeelle ”uusi alku”
- Tulokortin kehittäminen muutosten hallintaan
- PTH -tiedot tietovarastoon, samoin muiden perusjärjestelmien tiedot
- Raporttikirjaston käyttöliittymän, käytettävyyden ja luotettavuuden parantaminen
- Raportoinnin ja ohjauksen integrointi (kuntaneuvottelut > vastuutus > toteumara-portointi)

5 JATKOTOIMENPITEET

Rajat_on –projektin tuloksia tulee hyödyntää laajemmin. Mitkä asiat ovat niitä, joita projektin pohjalta tulisi harkita esim. jatkohankkeiksi, hallinnollisiksi toimiksi tai koulutukseksi?

Raportointiin ja mittaristoon liittyvää kehittämistyötä on syytä jatkaa. Mediatriin, maakunnallisen potilastietojärjestelmän kehittämistyössä voidaan hyödyntää Rajat_on –projektissa luotuja uusia raportointi- ja kuntatuloskortti-ideoita sekä uutta osallistavaa työskentelykulttuuria. Uuden potilastietojärjestelmän sisältöihin on myös päästävä vaikuttamaan oikea-aikaisesti ja näin varmistettava, että prosessin oheistuotteina automaattisesti syntyvät tarvittavat mittaritiedot niin ettei niitä tarvitse erikseen lähteä työstämään.

Uuden maakunnalliseen käyttöön soveltuvan raportointialustan valintaan liittyvää yhtä vaihtoehtoa on testattu joulukuussa ja mittaristo –projektiryhmä voi suositella uuden maakunnallisen raportoinnin lähtökohtina assosiatiivisen ajattelun ideaa, jolloin dynaamisia vahvuuksia ovat tietojen helppo löydettävyyys, potilaskohtaiset tiedot, prosessit ja kustannukset sekä näihin porautumismahdollisuudet.

Analyysi hoitoprosessien etenemistä ”Selkäpotilaan prosessin kehittämistyö perusterveydenhuollon (PTH) ja erikoissairaanhoidon (ESH) kesken”, antaa linjauksia tulevaisuutta varten (liite 8).

PKSSK:n strategisena tavoitteena on ollut potilaan hoidon vaikuttavuuden arvioinnin lisääminen. Rajat_on –hankkeessa on testattu erästä tekniikka mittauksen tekemiseksi.

Oswestry -vaikuttavuusmittaria on käytetty potilasotannoissa sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Mittarin käyttökelpoisuutta projektin saamien

kokemusten pohjalta voidaan suositella laajemminkin käytettäväksi sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Valmis kaupallinen järjestelmä (esimerkiksi Coronaria Impact Oy) on käyttökelpoinen muillakin erikoisaloilla ja terveyskeskuksissa.

Yhteiselle potilaskohtaisten prosessien kehittämistyölle on annettu suositukset.

Olennainen asia tulevaisuutta ajatellen on se, miten ohjausjärjestelmää samoin kuin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatiota viedään eteenpäin ottaen huomioon tuleva terveydenhuoltolaki sekä sosiaali- ja terveydenhuollon maakunnallinen kehittyminen. Hankkeen aihepiirinä on ollut perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen integraation edistäminen, kuntien kustannusten parempi ennakkointi ja alueellinen tietohallinto.

Ulkopuolinen arvioija onkin ehdottanut odotettavaksi, että valmisteilla olevat, terveydenhuoltolakia sekä sosiaali- ja terveydenhuollon hallintolakia koskevat hallituksen esitykset valmistuvat. Tämän jälkeen ehdotetaan PKSSK:n ja kuntien käyvän perusteelliset neuvottelut siitä, miten Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuolto uuden lainsäädännön pohjalta kehitetään. Neuvottelujen pohjana ehdotetaan käytettäväksi paitsi uuden lainsäädännön linjauksia myös 15.1.2008 valmistunutta Pohjois-Karjala –mallin kehittämistoimenpiteitä koskevaa raporttia.

Yhteiseen tulokorttiin (= kuntatulokortti) on etsitty ja määritelty Joensuun näkökulmasta (Joensuun sosiaali- ja terveystoimen henkilöstö) keskeiset mittarit ja niille tavoitteet. Tekniikkaa on testattu. Kuntatulokortissa asetettujen tavoitteiden seuranta tulisi toteuttaa Rajat_on –projektin loputtua vuoden 2009 aikana järkevällä tavalla kokemusten saamiseksi ja myöhemmin mahdollisesti laajennettavaksi muihin kuntiin. Toimiakseen tulokortin toteuttaminen edellyttää selkeää vastuuttamista sen toteuttamisesta huolehtiville toimijoille – myös perusterveydenhuollolle. PKSSK:n toiminnan raportoinnin parantamisen jälkeen tulisi tietovaraston sisältöä laajentaa. Sinne sisältyvien tulokorttitietojen tulisi sisältää myös perusterveydenhuollosta raportoivat tiedot sekä niiden yhdistämisen erikoissairaanhoidon tietojen kanssa.

On todettava, että projektin aikana on samanaikaisesti suunniteltu ja toteutettu kunta- ja palvelurakennemuutostusta. Hankkeessa tehtyä kehittämistyötä voidaan hyödyntää riippumatta tulevaisuudessa tehtävistä palvelujen tuottamisratkaisista. Ulkopuolinen arvioija Seppo Tuomola suosittelee kuntien kanssa toteutettavia yhteisiä neuvotteluja ensimmäisenä laajempaa toimenpiteenä.

6 TIEDOTTAMINEN

Hankkeen etenemisestä kokonaisuutena on tiedotettu kuntayhtymän hallitukselle väliraporttien yhteydessä.

Hankkeen etenemisestä on tiedotettu mukana oleville tahoille projektin toimesta. PKSSK:n extranettiin pystytetyt projektiryhmien omat informaatioalustat on päivitetty. Mittaristo –projektiryhmän raportointiin liittyvä työ on ollut esillä yhteistyöneuvotteluissa. Kunnille on tiedotettu raporttikirjastosta kirjallisena.

Hankkeen tuloksista on tiedotettu valtakunnallisella taholla mm. Selkälehdessä. Tavoitteena on raportoida selkäpotilaan hyvän hoidon implementaation arvioinnista suomalaisissa lääketieteen julkaisuissa esim. Duodecim-lehdessä.

Rajat_on –hankkeesta ja tuloksista on julkaistu artikkeli PKSSK:n henkilöstölehti Suakkunoissa 1/2009 (liite 12). Hankkeen hoitoketju-osion keskeisiä tuloksia on esitelty 13.3.2009 selkäpäivillä fysioterapeuteille ja lääkäreille. Tuloksia esitellään myös terveyskeskusten johtavien lääkäreiden kokouksessa syksyllä 2009, jossa voidaan käytännössä sopia mittareiden käyttöönotosta.

Hankkeen loppuraporttia esitetään PKSSK:n julkaisusarjaan. Raportti löytyy hankkeen kotisivuilta osoitteesta www.pkssk.fi (Projektiyksikkö > RAJAT_ON).

7 YHTEENVETO TALOUDESTA

Itä-Suomen lääninhallitus on myöntänyt päätöksellään 22.2.2007 (ISLH-2006-04430/So-613) Rajat_on –projektin toteuttamiseen valtionavustusta 40 000 euroa, kuitenkin enintään 40 % hankkeen toteutuneista valtionavustukseen oikeuttavista kokonaiskustannuksista. Hankkeen toteuttamisajalle 1.1.2007–31.12.2008 arvioidut, valtionavustukseen oikeuttavat kokonaiskustannukset ovat 100 000 euroa.

Toteutuneet kokonaiskustannukset hankkeen toteuttamisajalla 1.1.2007–31.12.2008 ovat 88 524 euroa, joka on 88,5 % kokonaiskustannusarviosta. Valtionavustuksen osuus hankkeen toteutuneista kokonaiskustannuksista on 35 410 euroa. Projektitoiminnan käynnistymisen viivästymisen takia kustannukset painottuivat vuoteen 2008, hoitoketju työtä jatkettiin vielä vuoden 2009 puolella.

KUSTANNUKSET	Kust. arv. 2007-2008	2007	2008	Yhteensä 2007-2008	Käytetty %
1. Henkilöstömenot yht.	69 800	15 060,86	53 427,42	68 488,28	98,1
- Työsopimuksilla	69 800	21 785,20	55 350,65	77 135,85	
- Työtuntikirjauksilla	0	-6 724,34	-1 923,23	-8 647,57	
2. Palvelujen ostot yht.	23 800	945,75	14 512,15	15 457,90	64,9
- Toimisto-, pankki- ja asiantuntijapalvelut	15 000	-	11 743,07	11 743,07	78,3
- Painatukset ja ilmoitukset	1 000	-	-	-	0,0
- Majoitus- ja ravitsemus	800	232,13	764,63	996,76	124,6
- Matkustus- ja kuljetus	3 000	-	266,86	266,86	8,9
- Koulutus- ja kulttuuri	2 000	608,01	1 128,59	1 736,60	86,8
- Muut palvelujen ostot	2 000	105,61	609,00	714,61	-
3. Aineet, tarvikkeet ja tavarat	2 000	-	726,43	726,43	36,3
4. Vuokrat	4 400	1 175,00	2 676,00	3 851,00	87,5
YHTEENSÄ	100 000	17 181,61	71 342,00	88 523,61	88,5

Taulukko 1. Hankkeen toteutuneet kustannukset verrattuna kokonaiskustannusarvioon.

TAULUKKOLUETTELO

Taulukko 1. Hankkeen toteutuneet kustannukset verrattuna kokonaiskustannusarvioon.

KUVIOLUETTELO

Kuvio 1. Hankkeen organisaatio

Kuvio 2. Esimerkki selkäpotilaan toimintakyvyn arviosta ja seurannasta erikoissairaanhoidossa v. 2008

Kuvio 3. Erikoissairaanhoidon läheteiden yhteispisteet/laatu %-osuus v. 2008

Kuvio 4. Erikoissairaanhoidon lähetekriteerien esiintyvyys % v. 2008

Kuvio 5. Tiivistelmä arviointituloksista, S. Tuomola

LÄHDELUETTELO

Roine R, Kaila M, Nuutinen M, Mäntyranta T, Nuutinen L, Auvinen O ja Mustajoki P. Käypä hoito- suositusten käyttö erikoissairaanhoidossa Helsingin ja Uudenmaan, Pirkanmaan ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiireissä. Duodecim 2003; 119: 399-406.

Turunen Antti

Terveystenhuollon Pohjois-Karjalan malli: Terveystenhuollon Pohjois-Karjalan mallin II vaihe -hanke

Kamensky Mika. Strateginen johtaminen. Talentum 2008

Teemu Malmi, Jukka Peltola, Jouko Toivanen. Balanced Scorecard – Rakenna ja sovelta tehokkaasti. Talentum 2006.

Joseph L. Badaracco, Jr. Pääroolissa johtaja – Kaunokirjallisuuden näkökulmia johtamiseen. Edita Publishing Oy 2007.

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän strategia 2007 – 2009. PKSSK 2006.



MAAKUNNALLISEN RAPORTTIKIRJASTON KÄYTTÖOHJE

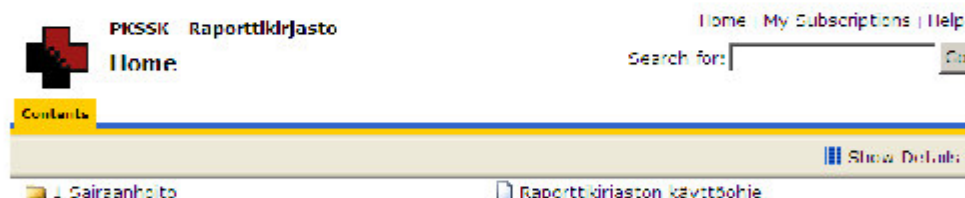
Pikaohje

- Mene osoitteeseen <http://extra.pkssk.fi>, valitse linkki *Raportit ja tilastot* ja sitten linkki *Raporttikirjasto*. Raporttikirjaston suora osoite on <http://extra.pkssk.fi/raporttikirjasto>. Kirjautumisessa **kuntasi nimi toimii sekä käyttäjätunnuksena että salasanan**. Vaihda kuitenkin mahdolliset a- ja ö-kirjaimet a:ksi ja o:ksi ja anna salasana pieninä kirjaimina.
- Etsi haluamasi raportti avaamalla (hiirellä napsauttaen) kansioden kuvakkeita tai nimiä. Voit palata takaisin edelliseen näyttöön selaimen *Takaisin*-painikkeella.
- Avaa raporttisovellus napsauttamalla sen nimeä tai kuvaketta.
- Anna raportille haluamasi aikarajat ja/tai muut määreet. *Report Manager* tekee jokaisesta määreestä tietokantakyselyn, joten joudut ehkä odottamaan näytön päivittymistä valintojen välillä. Päivittymistä nopeuttaa hiiren napsautus valintaruutujen ulkopuolella jokaisen valinnan jälkeen. Valinnat kannattaa tehdä järjestyksessä vasemmalta oikealle ja ylhäältä alas. Määreet annettuasi paina *View Report* (Näytä raportti) -painiketta.
- Kirjaston käytön lopettamisessa ei tarvita erillistä uloskirjautumista.

Käyttöohje

1. Kirjaston käyttöliittymä

Raporttien käyttöalustana toimii *Microsoft SQL Server Reporting Services* -raportointivälineistöön kuuluva selainkäyttöinen *Report Manager*-ohjelma.



2. Kirjastossa liikkuminen

- Raporttikansioden nimet ja kuvakkeet (📁) toimivat linkkeinä, jotka avaavat kansion sisällön. Sama pätee itse raportteihin: kun löydät kansion sisältä tiedoston kuvakkeen 📄, käynnistyy raporttisovellus sitä tai raportin nimeä napsauttamalla.
- Kun haluat mennä toiseen paikkaan raporttikirjastossa, napsauta ikkunan yläreunasta löytyviä linkkejä, jotka muodostavat hakupolun.

PKSSK - Reporttikirjasto

[Home](#) > [1 Sairaanhoito](#) > [1.1 Jonot ja viiveet](#) > [1.1.1 Lähteet](#) >

Voit käyttää myös selaimen *Takaisin*- ja *Eteenpäin* -painikkeita selaamiseen.



3. Raporttien käyttö

- a. Lähes kaikki raportit odottavat käyttäjältä *parametreja*, eli arvoja, joiden perusteella raportti voi tulostaa käyttäjän haluamat tiedot. Parametrit ovat esimerkiksi päivämääriä, vuosilukuja tai kuntien nimiä. Käyttäjä voi yleensä valita parametrit pudotusvalikosta (nuolipainike ) , tai päivämäärät kalenterista (kalenterikuvaketta  napsauttamalla), mutta joissakin tapauksissa käyttäjä voi myös kirjoittaa parametrit, kuten tarkastelujakson alku- ja loppupäivän.

- Jos kirjoitat päivämäärän virheellisessä muodossa, seurauksena on englanninkielinen virheilmoitus. Palaa selaimen *Takaisin*-painikkeella edelliseen näyttöön ja anna päivämäärä uudelleen.

Jokainen parametrin valinta tai syöttökentästä toiseen siirtyminen aiheuttaa tietokantakyselyn, joten *Report Manager* ei välttämättä ole välittömästi valmis ottamaan vastaan seuraavaa parametria. Voit nopeuttaa kyselyn suoritusta napsauttamalla hiirellä valintaruutujen ulkopuolella. Odota kunnes näyttö päivittyy kyselyn suorituksen jälkeen.

- Selaimen tilarivi näyttää kyselyn etenemisen sinisellä kehityspalkilla.



Parametreihin liittyvät tietokantakyselyt ovat usein toisistaan riippuvia, joten ehdot kannattaa syöttää rivi riviltä vasemmalta oikealle. Alla olevassa kuvassa *Erikoisala* on annettava, ennen kuin poliklinikan valinta tulee edes mahdolliseksi.

Alkuvuosi	1.1.2008	Loppuvuosi	22.6.2008
Erikoisalan nimi		Pk	
Jäsen-/Ulkoalue	Jäsenkunta	Kunta	

- Jos pudotusvalikossa on ylimpänä valinta (*Select all*) (Valitse kaikki), voit sen ruksaamalla valita kaikki kyseisen pudotusvalikon kohteet, esimerkiksi jäsenkunnat.

Annettuasi tarpeelliset ehdot paina selainikkunan oikeasta laidasta löytyvää *View Report (Näytä raportti)* -painiketta, jolloin näytölle ilmestyy teksti *Report is being generated*.

- Raportin luonnissa tarvittavien tietokantakyselyjen eteneminen ilmenee yleensä selaimen tilariviltä (selainikkunan alareunassa). Jos kysely osoittautuu liian raskaaksi (esimerkiksi verkon kuormituksesta johtuen), aikakatkaistu voi lopettaa sen. Voit myös pysäyttää kyselyn selaimen Pysäytä-painikkeella (punainen ruksi) tai Esc-näppäimellä ja yrittää myöhemmin uudelleen. Häiritsevän hitaista raporteista kannattaa antaa palautetta.
- b. Pienet -painikkeet raporttien taulukoissa avaavat yksityiskohtaisempia tietoja näkyviin.
- c. Jos raportin taulukosta näyttää puuttuvan yhteenvetorivi lopusta, varmista, ettei kyseessä ole useampisivuinen raportti. Sivujen selauspainikkeet sijaitsevat työkalurivin alkupäässä.





- d. Halutessasi tallentaa raportin valitse tiedostomuoto työkalurivin pudotusvalikosta (*Select a format*) ja paina *Export*.
- e. *Tulostus*: Tulostuspainike on työkalurivillä viimeisenä. Tarkista tulostuksen ulkoasu esikatselussa ennen tulostamista ja vaihda tarvittaessa sivun suuntaa (pysty/vaaka).

4. Virhetilanteet

Jos raportti ei aukeakaan, vaan näytölle tulee jotain englanninkielistä tekstiä, esimerkiksi:

```
An error has occurred during report processing. (rsProcessingAborted)  
The data source 'ReportDW' cannot be found. (rsDataSourceNotFound)
```

(raportti ei ole saanut yhteyttä tietokantaan). Kyseessä voi olla tilapäinen häiriö, joten on suositeltavaa yrittää kerran uudestaan (selaimen *Takaisin*-painikkeella pääset edelliseen näyttöön). Jos virhe toistuu, virheilmoitus kannattaa kopioida ja lähettää palautelomakkeella ATK-tukeen. Mainitse palautteessa raportti (raportin numero), jonka kohdalla virhe ilmeni.

5. Muut toiminnot

- a. *Hakukenttä*: Ikkunan oikean yläkulman hakukentän avulla voit hakea raportteja jollakin hakusanalla. Kirjoitettua hakusanaa tai -sanat paina *Go*-nappia haun käynnistämiseksi (Enterin painallus ei valitettavasti toimi).

[Home](#) | [My Subscriptions](#) | [Help](#)

Search for:

- b. *Raportin tilaaminen*: Raporttinäkymässä voit *New Subscription* -painikkeella tilata raportin sähköpostiisi tai tiedostojakona (edellyttää englannin taitoa). Voit hallita tilauksiasi *Subscriptions*-välilehdellä (raporttinäkymässä).

[View](#) [Properties](#) [History](#) [Subscriptions](#)

- c. *Show Details* (Näytä yksityiskohdat) -painike (oikeassa laidassa) vaihtaa selailunäkymän yksityiskohtaisemmaksi. Samalla painike vaihtuu *Hide Details* (Piilota yksityiskohdat) -painikkeeksi.
- d. *Online-ohje*: Tämä ohje löytyy PDF-muotoisena (ja mahdollisesti päivitettyinä) myös raporttikirjaston aloitussivulta. Ikkunan oikeasta yläkulmasta hakukentän yläpuolelta löytyy lisäksi *Help*-linkki Report Managerin englanninkieliseen ohjeeseen.
- e. *Palautelomake*: linkki raporttikirjaston aloitussivulla.

6. Huomautuksia

- Toimiakseen kunnolla raporttikirjasto edellyttää nykyisellään *Internet Explorer* -selaimen käyttöä.

Joensuun erikoissairaanhoidoa koskeva kuntatuloskortti

Perusterveydenhuolto



Joensuu ja PKSSK

Yhteiset tavoitteet



Erikoissairaanhoido



Kunta: Joensuu			2009 – 2011
Taloudellisuus/omistaja	Menestystekijä	Mittari	Tavoitetaso
	Erikoissairaanhoidon kustannusten ennustettavuus ja kustannuskasvun hillitseminen	Lähetemäärät (lähettäjätahojen seuranta taustaraportissa) Sairaalan sisäiset läheteet - konsultaatiot %-osuus - ensikäyntien %-osuus - uusintakäyntien %-osuus kaikista käynneistä Vuositason talousennuste (Supplomallin hyödyntäminen) - käynnit - hoitopäivät - lisälaskutus Eniten kustannuksia aiheuttavia tuotteita - Psykiatrian vuodeosastohoito; hoitopäivät - polvileikkaus ? - lonkkaleikkaus ? Siirtoviivepäivät (Palveluketjun toimivuus) Pth + esh + vanhustenhuollon kustannusten hallinta	Lähetemäärän kasvu < 3 % < kuin v. 2008 > kuin v. 2008 < kuin v. 2008 Tavoitteena pysyä sopimuksen mukaisessa TA:ssa Tavoitteet määritellään yhteistyöneuvottelussa < kuin v. 2008 Siirtoviivepäivät enintään 750 (2 – 3 päivää sakotonta) Alle maan keskiarvon
	Menestystekijä	Mittari	Tavoitetaso
	Oikea-aikainen hoitoon pääsy	Yli puoli vuotta jonottaneiden lukumäärä ja prosenttiosuus kaikista jonottajista (odotusajan pituus)	Ortopedian hoitoon alle 6 kk:ssa
	Menestystekijä	Mittari	Tavoitetaso
Toimintamalli/prosessi	Psykiatrinen potilaiden (ml. nuorisopsykiatria) avohoidon onnistuminen	M1-lähteiden määrä väestöön suhteutettuna Psykiatrinen hoitopäivien määrä	M1-lähteet/1000 < maan keskiarvo < lukumäärä v. 2008
	Epikriisin saapumisen viive	Epikriisin saapumiseen kuluva aika; erittely laitoshoidon menevät / muut	Laitoshoidon /kotisairaanhoidon menevien epikriisit välittömästi Muut viikon sisällä
Henkilöstö	Menestystekijä	Mittari	Tavoitetaso
		Mittareita ei määritelty	

Report Manager - Microsoft Internet Explorer

Tiedosto Muokkaa Näytä Suosikit Työkalut Ohje

Edellinen Etsi Suosikit

Osoite http://extra.pkssk.fi/Raporttikirjasto/Pages/Report.aspx?ItemPath=%2f1+Sairaanhoito%2f1.4+Kuntatulokortti%2f1.4.1+Kuntatulokortti Suosikit

PKSSK - Raporttikirjasto Home > 1 Sairaanhoito > 1.4 Kuntatulokortti > 1.4.1 Kuntatulokortti

Home | My Subscriptions | Help

Search for: Go

View Properties History Subscriptions

New Subscription

Vuosi 2008 Kuukausi Syyskuu View Report

Kunnan_laatu Jäsenkunta Kunta JOENSUU

1 of 204 100% Find Next Select a format Export

 POHJOIS-KARJALAN SAIRAANHOITO- JA SOSIAALIPALVELUJEN KUNTAYHTYMÄ 1.10.2008 1 / 204

Kuntatulokortti

Kunta: Joensuu Vuosi: 2008 Kuukausi: Syyskuu

Kunnan näkökulma

Lähetemäärä	Tavoite	Toteutunut	Vaihtelu	Trendi	Tila
Yhteensä vuodessa	25009	20823	-4186		
Tuotanto	Tavoite	Toteutunut	Vaihtelu	Trendi	Tila
Käynnit					
Konsultaatioiden osuus käynneistä					
Ensikäyntien osuus käynneistä					
Kontrollikäyntien osuus käynneistä					

Paikallinen intranet

Käynnistä Calendar - Mi... Kysymyksiä ... 2 Microsoft... Tulokortti - ... Report Man... Joensuu_tav... PKSSK_logot[... 14:25

Kuntatulokortin teknistä kehittämistyötä seurantajärjestelmiseen testattiin projektissa.

Selkäpotilaan hyvän hoidon malli

1 (9)

Hoito-ohjelmat

13.3.2009

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä

[Käypä hoito –suositus](#)[Potilasohje](#)

Periaatteet

Potilas odottaa yleensä saavansa vastauksen seuraaviin kysymyksiin:

- Mistä selkäkipu johtuu, ja onko minulla vakava tauti?
- Mikä on taudin luonnollinen kulku?
- Mikä hoito lievittäisi oireita?
- Miten selkäoire vaikuttaa jatkossa, miten jatkan elämäni?

Potilaan perusteellinen informointi kuuluu aina selkä kivun hoitoon.

Hoidon onnistumisessa on tärkeää:

- Riittävä potilaan kuunteleminen ja tutkiminen
- Selkä kivun vakavien ja spesifien syiden varhainen tunnistaminen
- Magneettikuvauksen käyttäminen vain leikkausharkinnan yhteydessä
- Huomioida, että välilevytyrä on yleinen ja usein viaton löydös
- Hoitavan lääkärin seuranta
- Hyvä kivun hoito
- Toimintakyvyn palauttaminen
- Potilaan aktiivinen osallistuminen
- Vuodelevon välttäminen
- Jokapäiväisten toimien jatkaminen kivun sallimissa rajoissa
- Käynnistää laaja-alaiset selvittelyt ja aktiivinen kuntoutus kivun kestäessä yli kuuden viikon
- Pitkittyvässä ja kroonisessa selkä kivussa harjoitella aktiivisesti ja intensiivisesti

Kliininen luokittelu

- Selkä oireet voidaan jakaa esitietojen ja kliinisen tutkimuksen löydösten perusteella kolmeen pääluokkaan
1. Mahdollinen vakava sairaus tai spesifinen selkä sairaus (esimerkiksi selkä rankareuma, kliinisesti oireileva nikamasiirtymä). Syövän etäpesäkkeet voivat olla syynä selkä kipuun, mutta myös sisäelinten syöpä saattaa oireilla selkä kipuna.
 2. Hermojuuren toimintahäiriö. Siihen viittaavat alaraajaoireet (iskiasoire, katkokävely).
 3. Epäspesifit selkä vaivat: pääosin selän alueella ilmenevät oireet, joiden yhteydessä ei todeta viitteitä vakavasta sairaudesta tai hermojuuren toimintahäiriöstä.

Esitiedot

- Anamneesi on tärkein väline potilaan tutkimisessa.
 - Aikaisemmat alaselkävaivat
 - Nykysairaus: alku, oireiden laatu ja eteneminen, kivun intensiteetti (kipujana) ja sijainti (kipupiirros), selkävasta aiheutuva haitta (Oswestryn kyselylomake), tehdyt tutkimukset, hoidot ja niiden teho, psyykkiset oireet, potilaan odotukset ja työstä poissaolot
 - Sairaushistoria (merkittävät yleissairaudet)

Kliininen tutkimus

- Kliinisessä statuksessa on erityisesti kiinnitettävä huomiota toimintakyvyn arviointiin ja mahdollisen juurikompression toteamiseen. Potilaan on riisuuduttava riittävästi.
- Selän inspektio ja palpatio
 - Ryhti: akuutin kivun aiheuttama lordoosin häviäminen tai kipuskolioosi (selän kiertyminen ei-kivuliaaseen asentoon)
 - Istuminen, kävely, tutkimuspöydällä kääntyminen
 - Selkänikamien palpatio
- Lannerangan liikkuvuus
 - Lannerangan liikkuvuuden testaus (modifioitu Schoberin testi) antaa käsitystä toimintakyvystä. Tutkimus on hyödyllinen myös potilaan seurannassa.
 - Eteen- ja taaksetaivutus, sivutaivutukset ja kierrot
- SLR (straight leg raising), Lasegue-testi on herkkä SI- ja L5-tason juurikompression toteamisessa. Testitulokset ovat positiivisia, kun niistä aiheutuu selästä alaraajaan säteilevää kipua dermatomialueelle. Kipusäteily ja muut tuntemukset saman tai vastakkaisen puolen alaraajaan merkitään asteluvuin. Takareiden lihaskireys erotetaan kipusäteilystä ja kirjataan.
- Merkkilihakset
 - Tee kolme toistoa samaa liikettä. Selkeä ja tuore alaraajapareesi potilas (esim. peroneusparesi) lähetetään päivystyksenä kirurgille.
 - Nilkan ja isovarpaan dorsiflexiovoima (L5-juuri)
 - Kantapäillä (L5-juuri) ja varpailla (S1-juuri) kävely
 - Polven ojennus (quadriceps-voima, L3-L4-juuret)
- Ihotunto
 - I varvas (L5-juuri)
 - Lateraalinen jalkaterä (S1-juuri)
 - polven alamediaalipuoli (L4-juuri)
- Jänneheijasteet
 - Patella (L4-juuri)
 - Akilles (S1-juuri)
 - Babinski positiivinen; lähetetään kiireellisenä neurologille
- Alaraajojen verenkierto
- Tuseeraus ja perineumin kosketustunnon tutkiminen ovat aiheellisia ratsupaikkaoireyhtymää epäiltäessä; lähetetään päivystyksenä kirurgille.
- Ota aina huomioon

Vakavat, mutta harvinaiset sairaudet

- ratsupaikkaoireyhtymä
- selkärangan kompressiomurtuma
- pahanlaatuinen kasvain
- bakteerispondyliitti, spondylodiskiitti

Jatkotutkimukset

Laboratoriotutkimukset

- Yleensä selkäkipupotilaalle ei ole tarpeen tehdä laboratoriotutkimuksia. Jos todetaan merkkejä vakavista tai spesifisistä sairauksista, peruslaboratoriotutkimuksina ovat yleensä tarpeen ainakin lasko, CRP, perusverenkuva ja virtsan perustutkimus.

Kuvantamistutkimukset

- Akuutti alaselkäkipu tai muu tilapäinen selkäkipu ei edellytä välittömiä kuvantamistutkimuksia, jos havaittavissa ei ole merkkejä vakavista sairauksista
- uusiutuvan, pitkittyvän tai kroonisen selkäkivun selvittämisessä ovat kuvantamistutkimukset aiheellisia vain
 - leikkaushoitoa harkittaessa
 - vakavaa tai spesifistä selkäsairautta epäiltäessä
- Kuvantamislöydös on aina suhteutettava potilaan oireisiin ja kliinisten löydösten antamiin viitteisiin vaurion paikasta, sillä sekä natiiviröntgen- että magneettikuvissa todetaan degeneratiivisia muutoksia myös oireettomassa aikuisväestössä
- Epäspesifisessä selkäkivussa lannerangan natiiviröntgenkuvaus ei vaikuta hoidon valintaan eikä potilaan terveydentilaan
- Lannerangan natiivikuvaus seisten on perustutkimus ennen muita kuvantamistutkimuksia.
- Jos lannerangas kivun potilaan diagnoosiin tarvitaan erikoistutkimuksia, on magneettikuvaus niistä ensisijainen.
- Lannerangan natiiviröntgenkuvat eivät sulje pois etäpesäkettä, välilevytyrää tai muuta pehmytosavauriota eivätkä ole luotettavia lannerangan ydin- tai juurikanavan ahtauman vaikeusasteen arvioinnissa.
- Magneettitutkimuksella voidaan todeta välilevytyrät, selkäydinkanavan ja juurikanavien ahtaumat, kasvaimet ja tulehdusmuutokset. Selkälihasatrofiaa on myös mahdollista arvioida.
- Magneettitutkimuksessa (samoin kuin tietokonetomografiassa tai myelografiassa) löytyy lähes 30 %:lta oireettomista henkilöistä poikkeavana pidetty välilevytyrää.
- Tietokonetomografia on korvaava tutkimus, jos magneettitutkimusta ei akuutissa tilanteessa ole saatavilla tai se on vasta-aiheinen.
- Myelografia on invasiivinen erityistilanteissa käytettävä menetelmä.
- Isotooppitutkimusten käyttöaiheet erikoissairaanhoidossa ovat tulehdusdiagnostiikka ja syövän etäpesäkkeiden etsintä.

Neurofysiologiset tutkimukset

- Oireiltaan ja löydöksiltään tyypillisessä välilevytyrässä ENMG:stä ei ole hyötyä.

- Kliinisen neurofysiologian menetelmillä voidaan todeta aksonaalinen juurivaurio ja saada tietoa sen vaikeusasteesta ja iästä.
- Elektroneuromyografian (ENMG) varhaisin ajankohta on noin kolme viikkoa oireiden alusta (muutokset paraspinaalilihaksissa) ja optimaalinen ajankohta 1–2 kuukautta oireiden alusta.
- ENMG:stä voi olla hyötyä seuraavissa tilanteissa:
- Juurivaurion osoittamisessa silloin, kun taudinkuvan ja muiden tutkimusten antamat viitteet eivät ole yhdenmukaiset.
- Tutkimus voi olla tarpeen osana kokonaisselvitystä esimerkiksi polyneuropatian poissulkemiseksi

Hoito

- Potilaan perusteellinen informointi kuuluu aina selkäkivun hoitoon, ja siihen on varattava riittävästi aikaa.
- Potilaalle annettava oikea tieto vähentää ahdistuneisuutta ja parantaa tyytyväisyyttä hoitoon.

Epäspesifinen kipu – anna positiivinen viesti

- Ei ole aihetta huoleen. Selkäkipu on erittäin tavallinen.
- Ei ole viitettä vakavasta vammasta tai sairaudesta. Toipuminen vie yleensä päiviä tai enintään viikkoja – aika vaihtelee.
- Uusiutuminen on tavallista, mutta tällöinkin paranemistaipumus on useimmiten hyvä. Fyysinen aktiivisuus on hyödyllistä, liiallinen lepo haitallista. Kohtalainen kipu ei ole merkki haitallisuudesta.

Iskiasoireyhtymä – anna varovaisen positiivinen viesti

- Täydellinen toipuminen on yleensä odotettavissa.
- Ei ole aihetta pelkoon.
- Konservatiivinen hoito riittää useimmiten, mutta paraneminen kestää yleensä kuukaudesta kahteen.
- Osalla potilaista oireet pitkittyvät. Iskiasoireen uusiutuminen on mahdollista.

Mahdollinen vakava tauti

- Lisätutkimuksia tarvitaan diagnoosin tekemiseksi.
- Erikoislääkäri arvioi tutkimusten jälkeen parhaan hoidon.

1. Akuutin alaselkäkivun (alle 6 vko) hoito

- Lyhytaikaiset selkävaivat hoidetaan esitietojen ja kliinisen tutkimuksen perusteella ilman laboratorio- tai kuvantamistutkimuksia, jos esitietojen tai löydösten perusteella ei ole aihetta epäillä vakavaa tai spesifistä hoitoa vaativaa sairautta
- Yli 80 % selkäkipupotilaista palaa työhön kuukauden kuluttua
- Selkäkipupotilaan jokaisella käynnillä arvioidaan myös toimintakykyä.
- Toistuvat, lyhyet selkäkipuepisodit hoidetaan kuten aiemmatkin lyhytaikaiset kipujaksot.
- Juurioire ennustaa pidempikestoista oireilua.

Potilaan informointi ja toimintakyvyn ylläpitäminen

- Potilaalle tähdennetään tilan hyvänlaatuisuutta ja hyvää paranemistaipumusta
- Vuodelepo ei ole vaikuttava hoitomuoto alaselkäkivussa tai iskiaksessa, ja sitä kehoitetaan välttämään
- Potilasta rohkaistaan jatkamaan tavanomaisia päivittäisiä toimintojaan tai palaamaan niihin mahdollisimman pian. Selkää voi käyttää kohtuullisesti kivun sallimissa rajoissa, eikä kevyehkön työn jatkamiselle yleensä ole estettä
- Fyysinen harjoittelu ei nopeuta akuutin alaselkäkivun paranemista. Kevyttä liikuntaa, esimerkiksi kävelyä, kivun sallimissa rajoissa voidaan suositella.
- Lyhytkestoinen sairauspoissaolo riittää
- Lääkehoito
 - Kipulääkkeistä turvallisin on parasetamoli
 - Tulehduskipulääkkeen valinnassa on otettava huomioon ruoansulatuskanavan sivuvaikutusten vaara.
 - Voimakkaassa kivussa lievä/heikko opiaatti voi olla hyödyllinen.
- Liikunta akuutissa selkäkivussa
 - Fyysistä kuntoa ylläpitävää kevyttä liikkumista (esim. kävely) suositellaan, paluu entisiin harrastuksiin mahdollisimman nopeasti.
 - Akuutissa selkäkivussa hieman vaikuttavuutta on manipulaatiolla, lämpöhoidolla, fysioterapialla, harjoittelulla ja selkäkoululla.
 - Hieronnalla tai venytyshoidolla ei ole vaikuttavuusnäyttöä. Tukiliivin kipuja lievittävästä vaikutuksesta ei ole näyttöä (yleensä lyhytaikainen käyttö rasiutilanteessa riittää).

2. Subakuutin selkäkivun (kesto 6-12 vkoa) hoito

- Valtaosa pitkittyvistä tai uusiutuvista selkäoireista on hyvänlaatuisia.
- Hoidetaan perusterveydenhuollossa oireenmukaisesti.
- Tavoitteena on estää kivun kroonistuminen.
- Selkäkivun pitkittyessä harkitaan laboratorio- ja kuvantamistutkimuksia.
 - Toistuvia natiiviröntgentutkimuksia on vältettävä.
 - Jos status ja lisätutkimukset eivät anna aihetta epäillä muuta, pitkittymisen syynä ovat yleensä rangan ikääntymismuutokset sekä mahdollinen krooninen hermoärsytys.
 - perusteellinen toimintakykyarvio: Potilaan sairauskäyttäytymistä ja depressiivisyyttä selvitetään kipupiiroksella ja kyselylomakkein (Oswestry, Deps)
 - Potilaan kokemus kivusta on merkityksellinen.
- Välilevytyräepäilyissä on useimmiten paikallaan kuuden viikon konservatiivinen hoito ennen fysiatrian pkl:lle lähettämistä. Leikkaushoidon tulokset ovat parhaat, kun leikkaus tehdään kolmen kuukauden kuluessa oireiden alkamisesta.

- Jos ei todeta viitteitä leikkaushoitoa vaativasta sairaudesta, voidaan hyödyntää myös perusterveydenhuollon tai työterveyshuollon moniammatillista asiantuntemusta. Tällöin lääkärin ja fysioterapeutin toteuttama potilaan ohjaus ja opetus (mini-interventio) on tärkeässä asemassa.
- Arvioi aina psykososiaaliset riskitekijät.
- Korostuneeseen sairauskäyttäytymiseen viittaavat löydökset eivät sulje pois vakavaa tautia.
- Aktiivinen kuntoutus tulee aloittaa viimeistään kuuden viikon kuluttua kivun alkamisesta, ja sen tulee olla osa hoitoketjua perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon ja työhön palautumiseen asti.
- Jos työkyvyttömyys pitkittyy, hoitotavoitteena on paluu omaan työhön, muutettuun työhön tai osa-aikaiseen. Työn muutokset voivat toimia "terapeuttisena paluuna työhön" tai "työkokeiluna".
- Lääkehoidon tavoitteena on estää kivun kroonistuminen. Kipulääkitys, kuten akuutissa selkäkivussa.
- Subakuutissa selkävaivassa perusteellinen kliininen tutkimus, potilaan tilanteen selvittäminen ja yksityiskohtaiset ohjeet (mini-interventio) vähentävät sairauspoissaoloja ja haittaavien oireiden esiintymistä.
- Perusterveydenhuollon moniammatillinen tiimi koostuu omalääkäristä, fysioterapeutista ja työterveyshoitajasta.
- Nousujohteinen liike- ja liikuntahoito vähentää selkäkivusta aiheutuvaa työstä poissaoloa. Fysioterapeutin ohjaamia lihas- ja yleiskuntaa parantavia harjoituksia suositellaan. Potilaan seuranta on tärkeää.
- Työhön tehtävät muutokset, esimiesten ja työyhteisön hyväsyvä asennoituminen helpottanevat alaselkäpotilaan työhön paluuta sekä edistävät työkyvyn säilymistä. sairausloman jälkeen. Työn epäedullista kuormitusta vähentävillä toimilla pyritään ehkäisemään työkyvyn heikentymistä ja helpottamaan vajaakuntoisen työntekijän selviytymistä työssä. Työn fyysisten ja ergonomisten tekijöiden muutokset edistävät työhön paluuta. Työhön paluussa tulee muistaa osasairauspäivärahan mahdollisuus.

3. Kroonisen eli pitkäkestoisen selkäkivun (kesto yli 12 viikkoa) hoito

- Yli kolme kuukautta kestäneen selkäkivun hoidossa pätevät pääosin samat suositukset kuin subakuutinkin vaiheen. Potilaan aktiiviseen osallistumiseen ja toimintakyvyn parantamiseen tähtäävän kuntoutuksen merkitys on keskeinen. Oireiden vaihtelu on normaalia!
- Kipulääkitystä käytetään jaksoittain kivun intensiteetin ja esiintymisrytmin mukaan.
- Depressiolääkkeet ja epilepsialääkkeet saattavat lievittää kipua.
- Liikunta ja fysioterapia
 - Riittävän intensiivisillä ja pitkäkestoisilla lihasvoimaharjoituksilla sekä yleiskuntaa kohen-
tavilla harjoituksilla voidaan vähentää kroonista selkäkipua ja lisätä toimintakykyä
 - Potilasta tulee motivoida säännölliseen liikuntaan.
- Monista usein käytetyistä hoitomuodoista on vajaa tutkimuksellinen näyttö. Näitä hoitomuotoja ovat injektiot, manipulaatio, vetohoito, TENS ja akupuntio.
- Vaikeissa kipuoireyhtymissä potilas voidaan ohjata myös kipupoliklinikkaan arvioon ja hoitoon.
- Yleissairaalaapkl:n kipuhoidot ovat tarvittaessa mukana kivun kokonaishoidossa. Kognitiivis-
behavioraalisen hoidon avulla potilas voi oppia käyttämään erilaisia hallintakeinoja (esimer-
kiksi rentoutustaitoja) ja sosiaalisia taitoja sekä oppia ymmärtämään paremmin omia toimin-
tatapojaan ja niiden syitä ja seurauksia. Hoito voidaan antaa myös ryhmässä.
- Kuntoutus
 - Tehostettu lääkinnällinen kuntoutus (esim. KELAn laituskuntoutusjakso tai kuntoutustut-
kimuspoliklinikan kautta osastokuntoutusjakso)

- Ammatillisen kuntoutuksen mahdollisuuksia tulee esitellä potilaalle ja lisätietoa on saatavissa mm. työhallinnosta, työeläkeyhtiöistä ja Kelasta
- Mikäli potilas on työkyvyttömyyden uhan alla, kannattaa selvittää työeläkeyhtiöstä, onko hänelle mahdollista myöntää ammatillisen kuntoutuksen lupaus ammatillisen kuntoutussuunnitelman laadinnan pohjaksi.
- Ongelmallisissa tapauksissa voi aina hyödyntää kunnissa toimivia paikallisia kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmiä. Huomio! potilaalla on lakiin perustuva oikeus saada asiansa ryhmässä käsiteltäväksi.

Yleisimmät diagnoosit

Välilevytyrä

- Vuodelepo ei edistä iskiaspotilaan toipumista. Psoasasento helpottaa kuitenkin usein oireita.
 - Potilas voi kivun sallimissa rajoissa jatkaa päivittäisiä toimiaan ja välttää tilanteita, joissa selkä kipeytyy.
 - Lääkitys, katso edellä.
 - Leikkaushoito on ensisijaisesti mikroskoopin avulla tehtävä välilevytyrän poisto.
 - Ehdottomat leikkauksaiheet;
- A Cauda equina -oireyhtymä (virtsa- ja ulosteenpidätyskyvyn häiriö, ratsupaikka-anestesia); päivystyslähete erikoissairaanhoidon.
- B Nilkan ojentaja- tai koukistajalihasten tai reisilihaksen voiman etenevä heikentyminen; päivystyslähete erikoissairaanhoidon.
- C Sietämätön kipu; kiireellinen lähete erikoissairaanhoidon.
- Välilevytyräleikkauksen jälkeen 4-6 viikon kuluessa aloitettava aktiivinen ja intensiivinen harjoittelu vähentää kipua, parantaa leikattujen potilaiden toimintakykyä, nopeuttaa työhönpalautusta eikä lisää uusintaleikkauksriskiä.

Spinaalistennoosi

- Hoitona on käytetty tulehduskipulääkkeitä, kalsitoniinia ja epiduraalipuudutuksia, vartalon lihaksia rentouttavaa ja koukistajalihaksia vahvistavaa fysioterapiaa sekä lanneselän fleksiota lisäävää tukiliiviä
- Konservatiivinen hoito on ensisijainen lievässä ja keskivaikeassa spinaalistennoosissa.
- Keskivaikeassa ja vaikeassa harkitaan ahtauma-alueen dekompressiota ja tarvittaessa luudutusta.

Välilevyrappeuma ja instabiilius

- Kyseessä on useimmiten normaaliin ikääntymiseen liittyvä ilmiö, harvemmin sairaus. Rappeuman luonnollinen kulku on enimmäkseen hyvänlaatuinen, ja oireilu vähenee vuosien kuluessa itsestään.
- Radiologisesti mitatun yliliikkuvuuden ja oireiden korrelaatio on huono. Liikkuvuuden luotettava arviointi on vaikeaa.
- Hoitolinja on pääsääntöisesti konservatiivinen.
- Poikkeustapauksissa harkitaan leikkaushoitoa ja se arvioidaan erikoissairaanhoidossa

Nikamansiirtymä

- Nikamansiirtymä syntyy useimmiten joko nikamankaaren höltymän (spondylolyysi) tai välilevyrappeuman seurauksena.
- Ensisijainen hoito on konservatiivinen.
- Leikkaushoitona luudutusleikkaus ja nikamansiirtymän aiheuttaman stenoosin dekompressio.

Selkärankareuma

- Selkärankareumaa epäiltäessä on potilas ohjattava reumatologin arvioon diagnoosin varmistamiseksi, taudin aktiivisuuden määrittämiseksi ja hoidon suunnittelemiseksi.
- Hoitosuunnitelmaan kuuluvat tulehduskipulääkitys, antireumaattinen lääkitys, mahdolliset paikalliset ruiskehoidot, avofysioterapia sekä säännöllinen voimisteluohjelma, sopeutumisvalmennuskurssi ja laitostuntoutusjaksot.

Työnjako

- Perusterveydenhuollon päivystyskäynniltä potilas ohjataan oman lääkärin hoitoon.
- **Lähte kiireellisesti erikoissairaanhoidon, jos:**
 - Pareettiset alaraajat ja/tai kaudaoire, päivystyslähete kirurgille
 - Babinski positiivinen, kiireellinen lähete neurologille
 - Murtuma- tai tuumoriepäily, kiireellinen lähete kirurgille
 - Hallitsematon ja akuutti kipu, kiireellinen lähete kirurgille.
- Perusterveydenhuollossa hoitava lääkäri toimii kiinteässä yhteistyössä fysioterapeutin ja työterveyshuollon kanssa.
- Erikoissairaanhoidossa kaikki selkäongelmia koskevat ei-päivystykselliset lähetteet ohjautuvat fysiatrian poliklinikalle.
- **Lähte fysiatrian poliklinikalle, jos:**
 - Yli 6 viikon työkyvyttömyys ja oireilu jatkuu hankalana
 - Yli 3 kuukautta kestänyt oireilu fysioterapeutin arvion ja ohjauksen jälkeen
 - Sietämätön kipu
 - Kivun kroonistumiselle altistavia psykososiaalisia tekijöitä
 - Selkärankareuma (SPA) epäilyt reumapkl:lle
- **Ei-kiireellisen selkäpotilaan läheteessä tärkeää:**
 - Lähettämisen syy
 - Oireiden alku ja kehittyminen
 - Oswestry, kipu, VAS (visual analogue scale) -asteikolla 0-10
 - Provokaattorit
 - Yöuni, kävelymatka
 - Status: mm. lanneselän liikkuvuus, Laseque-aste, neurologiset löydökset
 - Tutkimustulokset: rtg, lab
 - Työ ja sairauslomat
 - Lääkitys
 - Hoidot ja niiden vaikuttavuus
 - Psykososiaaliset tekijät

Lähetetietojen perusteella arvioidaan hoitotarve (kiireellisyys).

- **Lähte kuntoutustutkimuspoliklinikalle, jos:**
 - Lääkinnällisen/ammattillisen kuntoutussuunnitelman laadinta ei onnistu työterveyshuollossa.

- Ensisijainen työkykyä arvioiva ja työhön palaamiseen liittyviä kysymyksiä pohtiva taho on työterveyshuolto.
 - Vajaakuntoisen työntekijän työhön palaamiseen liittyvät kysymykset ja työkyvyn arviointi kuuluvat lakisääteisen työterveyshuoltosopimuksen piiriin.
 - Mikäli potilaalla ei ole työterveyshuoltoa tai työterveyshuolto tarvitsee lisätukea toimilleen, lähetetään potilas kuntoutustutkimuspoliklinikalle.
- **Ei lähetettä erikoissairaanhoidon:**
 - Jos hyvän hoitokäytännön mukaista hoitoa ei ole toteutettu
 - Jos potilaan ongelma on paikallisessa kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmässä ratkaistavissa oleva (esim. taloudelliseen toimeentuloon liittyvä ongelma)
 - Päivystykseen vain päivystyskriteereillä
 - Pelkän kuvantamislöydöksen perusteella
 - Pelkkää työkyvyn arviointia varten; työkyvyn arviointi kuuluu työterveyshuollon/perusterveydenhuollon perustehtäviin
 - Lieväoireista spondylolisteesia
 - Lievä- tai keskivaikeaoireinen stenoosia, jos kävelymatka on yli kilometrin
 - Saman ongelman uusiessa esh konsultointi vain vakavaa sairautta epäiltäessä, selkävun uhatessa työkykyä tai pelkän työkyvyn arvioinnissa.
 - Erikoissairaanhoidon siirtää hoitovastuun mahdollisimman nopeasti takaisin perusterveydenhuoltoon / työterveyshuoltoon.

Hoitoketjusta vastaavat

- Päivi Sutinen, ylilääkäri, fysiatria, pkssk
- Anssi Räisänen, ortopedi, kirurgia, pkssk
- Anu Niemi, ylilääkäri, kuntoutus, pkssk
- Eero Oura, fysiatri, pkssk
- Leena Timonen, ylilääkäri, Joensuun terveyskeskus
- Ritva Mönkkönen, osastonhoitaja, fysiatria, pkssk
- Marja-Terttu Alhainen, selkäneuvoja, Suomen Selkäliitto



SELKÄPOTILAAN MITTARIT – OSWESTRY, KIPUJANA JA DEPS

1 OIRE- JA HAITTAKYSELY (OSWESTRYN INDEKSI)

Ohjeita lomakkeen täyttämiseksi: Tämän kyselylomakkeen tarkoituksena on antaa lääkärillenne tietoa siitä, kuinka kipunne on vaikuttanut kykyynne suoriutua jokapäiväisistä toimistanne kuluneen viikon aikana. Yrittäkää vastata jokaiseen kohtaan. Rastita jokaisesta kohdasta yksi vaihtoehto. On ilmeistä, että jossain kohdassa ehkä kaksi väittämää kuvaa oirettanne, mutta yrittäkää rastittaa vain se numero, joka tarkimmin kuvaa ongelmaanne.

Kohta 1 – Kivun voimakkuus

- 0 Voin sietää kipuni käyttämällä särkylääkkeitä
- 1 Kipuni on kovaa, mutta selviydyn ilman särkylääkkeitä
- 2 Särkylääkkeet vievät kipuni täysin
- 3 Särkylääkkeet helpottavat kipuani huomattavasti
- 4 Särkylääkkeistä ei ole paljoakaan apua kipuun
- 5 Särkylääkkeistä ei ole mitään apua kipuun enkä käytä niitä

Kohta 2 – Omatoimisuus (pukeutuminen, peseytyminen jne.)

- 0 Selviydyn näistä toiminnoista normaalisti ilman, että siitä aiheutuu lisää kipua
- 1 Selviydyn näistä toiminnoista normaalisti, mutta siitä aiheutuu lisää kipua
- 2 Näistä toiminnoista selviytyminen aiheuttaa melkoisesti kipua ja vaatii aikaa ja varovaisuutta
- 3 Tarvitsen apua, mutta selviydyn useimmista toiminnoista itsenäisesti
- 4 Tarvitsen apua joka päivä useimmissa omatoimisuuteen liittyvissä toiminnoissa
- 5 En yleensä pukeudu tai peseydy lainkaan, pysyttelen sängyssä

Kohta 3 – Nostaminen

- 0 Voin nostaa raskaita taakkoja jotakuinkin kivuttomasti
- 1 Voin nostaa raskaita taakkoja, mutta se aiheuttaa jonkin verran kipua
- 2 Kipu estää minua nostamasta raskaita taakkoja lattialta, mutta voin nostaa niitä, jos ne on sijoitettu sopivasti, esim. pöydälle
- 3 Kipu estää minua nostamasta raskaita taakkoja, muuta voin nostaa kevyitä taakkoja, jos ne on sijoitettu sopivasti
- 4 Voin nostaa ainoastaan hyvin kevyitä taakkoja
- 5 En voi nostaa tai kantaa mitään

Kohta 4 - Kävely

- 0 Kipu ei estä kävelyäni lainkaan
- 1 Kipu estää minua kävelemästä kahta kilometriä enempää
- 2 Kipu estää minua kävelemästä yhtä kilometriä enempää
- 3 Kipu estää minua kävelemästä puolta kilometriä enempää
- 4 Voin kävellä vain käyttäen keppiä tai kynnärsauvoja
- 5 Olen enimmäkseen vuoteessa ja minun on ryömittävä wc:en



Kohta 5 - Istuminen

- 0 Voin istua millaisessa tuolissa niin pitkään kuin haluan
- 1 Vain määrätynlaisessa tuolissa voin istua miten pitkään tahansa
- 2 Kipu estää minua istumasta tuntia pidempään
- 3 Kipu estää minua istumasta puolta tuntia pidempään
- 4 Kivun takia en voi istua kymmentä minuuttia pidempään
- 5 Kivun takia en voi istua ollenkaan

Kohta 6 – Seisominen

- 0 Voin seisoa miten pitkään tahansa ilman, että se aiheuttaa kipua
- 1 Voin seisoa niin pitkään kuin haluan, mutta se on kivuliasta
- 2 Kivun takia en voi seisoa tuntia pidempään
- 3 Kivun takia en voi seisoa puolta tuntia pidempään
- 4 Kivun takia en voi seisoa 10 minuuttia pidempään
- 5 Kivun takia en voi seisoa ollenkaan

Kohta 7 – Nukkuminen

- 0 Kipu ei vaikuta yöneeni lainkaan
- 1 Kivun takia uneni on katkonaista, mutta en käytä lääkkeitä
- 2 Vaikka käytän lääkkeitä, nukun alle kuusi tuntia
- 3 Vaikka käytän lääkkeitä, nukun alle neljä tuntia
- 4 Vaikka käytän lääkkeitä, nukun alle kaksi tuntia
- 5 Kivun takia en saa ollenkaan nukkuttua

Kohta 8 – Sukupuolielämä

- 0 Sukupuolielämäni on normaalia, eikä siitä aiheudu kipua
- 1 Sukupuolielämäni on normaalia, mutta se aiheuttaa jonkin verran kipua
- 2 Sukupuolielämäni on lähes normaalia, mutta hyvin kivulloista
- 3 Kipu rajoittaa huomattavasti sukupuolielämäni
- 4 Kivun takia sukupuolielämäni on lähes olematonta
- 5 Kipu estää minulta kaiken sukupuolielämän

Kohta 9 – Sosiaalinen elämä

- 0 Sosiaalinen elämäni on normaalia, eikä siitä aiheudu minulle merkittävää kipua
- 1 Sosiaalinen elämäni on normaalia, mutta se lisää kipuani
- 2 Kivulla ei ole merkittävää vaikutusta sosiaaliseen elämäni lukuun ottamatta liikunnallisia harrastuksia kuten hölkkääminen, tanssiminen jne.
- 3 Kipu on rajoittanut sosiaalista elämäni, harrastukseni ovat vähentyneet aiemmasta
- 4 Kivun takia sosiaalinen elämäni on rajoittunut kotipiiriin
- 5 Kivun takia minulla ei ole mitään sosiaalista elämää

Kohta 10 – Matkustaminen

- 0 Voin tehdä miten pitkiä matkoja tahansa ilman merkittävää kipua
- 1 Voin tehdä miten pitkiä matkoja tahansa, mutta siitä aiheutuu kipua
- 2 Selviydyn yli kahden tunnin matkoista, mutta niistä aiheutuva kipu on ikävä
- 3 Kivun takia minun on rajoitettava matkani alle tunnin kestäviksi
- 4 Kivun takia voin tehdä vain alle puoli tuntia kestäviä välttämättömiä matkoja
- 5 Kivun takia en voi matkustaa minnekään muualle kuin lääkärin vastaanotolle tai sairaalaan



2 KIVUN VOIMAKKUUS (VAS)

Kivun voimakkuus (VAS) (tämä kohta täytetään lääkärin ohjeen mukaan hänen läsnä ollessaan)

Selkäkipu: 0 10

Alaraajakipu: 0 10
Kivuton Pahin mahdollinen kipu

3 DEPS – LYHYT KLIININEN MASENNUSSEULA (DEPRESSIOSEULA)

Potilas täyttää

Nimi: _____

DEPS-SEULAN KYSYMYKSET				
Viimeksi kuluneen kuukauden aikana	Ei lainkaan	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
Kärsin unettomuudesta	0	1	2	3
Tunsin itseni surumieliseksi	0	1	2	3
Minusta tuntui, että kaikki vaatii ponnistusta	0	1	2	3
Tunsin itseni tarmottomaksi	0	1	2	3
Tunsin itseni yksinäiseksi	0	1	2	3
Tulevaisuus tuntui toivottomalta	0	1	2	3
En nauttinut elämästäni	0	1	2	3
Tunsin itseni arvottomaksi	0	1	2	3
Tunsin, että kaikki ilo on hävinnyt elämästä	0	1	2	3
Minusta tuntui, ettei alakuloisuuteni hellittänyt edes perheeni tai ystävieni avulla	0	1	2	3

Selkäpotilaan hoitosuosituksen toteutuminen – Kysymyslomake

LT, fysiatrian ylilääkäri Päivi Sutinen

A	nimi		
B	htunn	henk tunnus	
C	osw	Oswestry	0-100
D	vas	VAS	0-10
E	deps	DEPS	0-30
F	kerp	keräyspaikka	
G	sukup	sukupuoli 0=nainen 1=mies	
H	ik	ikä (v)	
I	aiemm	aiemmat käynnit 2 vuoden aikana selkävun takia	0= ei käyntejä tai ei tietoa 1= tk käyntejä 2= myös sairaalakäyntejä
J	aiemtu	aiemmat tutk 1-2 vuoden aikana (lähinnä röntgen) HUOM kohta AA	0= ei aiempia tutk / ei tietoa 1=aiempia tutk tehty (rtg,MRI)
K	aiemfy	aiempi fysioterapia (1-2 v aikana)	0= ei aiempia fys.tai ei tietoa 1=fys ohjaus
L	k1pvm	K1=KÄYNTI1 päivämäärä	esim.16.04.2008
M	ennen	käynyt 1-käynnin ennen 14.4.08 (1-3/08)	0=ei 1=kyllä
N	k1kip	kivun kesto ennen 1.käyntiä	0= ei tietoa 1=alle 6 vk 2=6-12 vk 3=yli 12 vk alle 1v 4= vuosia (jos krooninen)
O	k1tyo	työstä maininta (nyt tai vuoden sisällä)	0=ei mainintaa 1=on mainittu (Työ/opisk) 2=eläkkeellä 3=työtön
P	tyok (jos työstä ed. mainittu)	tämänhetkinen työkyky	0=ei pysty töihin 1=työssä tai opisk
Q	kiputy	kiputyyppi	0=ei-säteilevä 1=säteilevä alar.
R	kipuh ("vaikuttaako esim. uneen,joutuuko ottamaan lääkettä " tai "kipu on lie- vä/voimakas"	kivun haitta tai voi- makkuus ilmoitettu	0=ei 1=on ilmoitettu
S	kipum	jos kivun aih haitta (ed kohta) ilmoitettu (tai ilmenee statuksesta)	0=lievä haitta 1=merkittävä haitta VAS>6-7 MUUTEN jätä tyhjäksi
T	toimk	toimintakyky	0=ei ilmoitettu 1=kuvattu toimintakykyä (esim istuminen, nukk.,kävely)
U	k1st	status: käynti 1	0=puutteellinen

		(vähintään tuntostatus, motoriikka ja Lasegue/SLR)	1=riittävä
V	stpuut	mikä statuksesta puuttuu	0=tuntostatus 1=motoriikka 2=Lasegue/SLR
W	redfl	red flags onko kommentoitu ratsupaikkaa (anam tai status)	0=ei 1=on kommentoitu
X	bluef	onko kommentoitu blue flags (työpaikkaa)	0=ei 1=kommentoitu laajemmin esim. raha-vaikeuksia,työilmapiiriä, raskasta työnkuvaa 2=ei tarvita (työtön tai eläke)
Y	yellf	tai yellow flags (mieli-ala, pelot tms huomioon)	0=ei kommenttia 1=maininta:masentuneisuutta, persoonallisuushäiriötä, alkoholismia/MTT käyntejä
Z	rtglah	K1:onko tehty rtg lähete	0=ei 1=kyllä HUOM vain käynti 1 huomioon
AA	rloyd	RTG löydös aiemmilta kerroilta, jos mainittu (VOI OLLA monta yhtä aikaa)	0=ei löydöksiä tai ei tietoa 1=diskusdegeneraatiota, madaltumaa 2=spondyloosia/fasettiartroosia 3=spondylolyyysi/olisteesi 4=MRI prolapsi/protrusio 5=MRI /CT stenoosi 6=osteoporoosi
AB	K1lab	lähete lab (la,PVK)	0=ei 1=on tehty lähete (käynti 1)
AC	K1laak	lääkitys (K1) joka määrätty (VOI olla useita eril.) jos joku lääke on epäselvä niin jätä kysymysmerkki Päiville	0=ei lääkettä tai ei mainintaa 1=Parasetamoli /Panadol 2=Burana/ Ibumax/Voltaren/Arcoxia tai Sirdalud/Norgesic 3=Panacod/Ardinex/Tramal/Tramadol 4=Lyrica tai Neurontin/Gabapentin 5=Triptyl/Noritren/Cymbalta 6=OxyContin tai OxyNorm tai Durogesic-laastari (vahva opioidi)
AD	K1tarve	Kipulääkitys suhteessa kipuun onko riittävästi (Päivi voi tarkistaa monisairailta)	0=ei 1=on riittävästi (kun ottaa huomioon esim aiemmin annetut lääkkeet) ESIM. akuutissa kivussa ryhmien 1 ja 2 lääkkeet riittävät
AE	K1Fys	Lähete fysioterapiaan	0=ei annettu (K1) 1=annettu lähete yksityiselle 2=lähete tk fysioterapiaan
AF	K1muu	tukiliivi	0=ei tukiliiviä 1=ohjattu tukiliivin hakuun 2=muu esim psykologille tms.
AG	K1sva	sairausloma	0=ei sva 1=alle viikon 2= 1 viikko-4 viikkoa 3=yli kuukauden 3=työkyvytt/vanhuuseläkkeellä tai työtön
AH	K1lah	lähete PKKS fys/kir/EA selän takia	0=ei 1=kyllä (käynti 1:llä)
AI	lahtarve	oliko lähete oikea-	0=ei

		aikainen	1=kyllä Päivi katsoo läpi lähetteet. ottakaa kopio kaikista
AJ	käynn	kaikki lääk käynnit 14.4.08 jälkeen tk:ssa yhteensä (SELÄN ta- kia)	1=yksi 2=kaksi 3=useampia
AK	K2pvm	jos 2.käynti niin sen päivämäärä	esim 25.5.2008
AL	K1K2vali	kulunut aika ensimmäi- sestä käynnistä-K2	esim 20 (päivää)
AM	K2kiphai	K2 kipuhaitta ilmoitettu	0=ei 1=on
AN	K2muu	kivunmuutos aiemmasta	0=pahempi kuin aiemmin 1=pysynyt samana 2=parempi tilanne
AO	K2toimk	Toimintakyky (käynti 2)	0=ei mainittu 1=on mainittu
AP	K2rtg	Käynti 2:onko rtg mää- rätty	0=ei 1=on pyydetty
AQ	K2rtgva	K1 perusteella otettu rtg:onko löydöksiä	0=ei löydöksiä 1=löydöksiä
AR	K2laak	K2 lääkehoito onko mainintaa	0=ei 1=on mainittu
AS	K2Fys	K2 onko annettu lähete fysioterap.	0=ei annettu (esim. jos ft kesken) 1=lähete yksityiselle 2=lähete tk fysioterapiaan
AT	Fystarve	Olisiko potilas pitänyt lähettää aiemmin fy- sioterapiaan	0=ei (eli oikea-aikainen) 1=olisi pitänyt lähettää aiemmin a. (aktiivisuutta lisää) iskiaspoti- las 4 vk kul, b. ei-säteilevä 6 vk kul
AU	K2 sva	Sairausloman jatko (toisella käyntikerralla)	0=ei jatkosva 1=jatkettu sairausloma 2=ei tarvetta (eläke tms)
AV	K2lah	K2:lähete PKKS	0=ei lähetettä 1=tehty lähete (fys, kir, kuntoutustutk tai kipupkl)
AW	K3lah	Lähete ≥ 3 kerralla	0=ei 1=kyllä , PKKS
AX	lahtarve	oliko läh. oikea- aikainen	0=ei 1= oli oikea-aikainen
AY	lapim	läpimenoaika	
AZ	lahPTH	Lähete omalle lääkärille jatkossa	0=ei 1=kyllä
BA	lapie	Läpimenoaika fys pkl 1-käynnille	
BB	vapaa	tekstiä kuvaillen esim tupakointi, muut asiat	

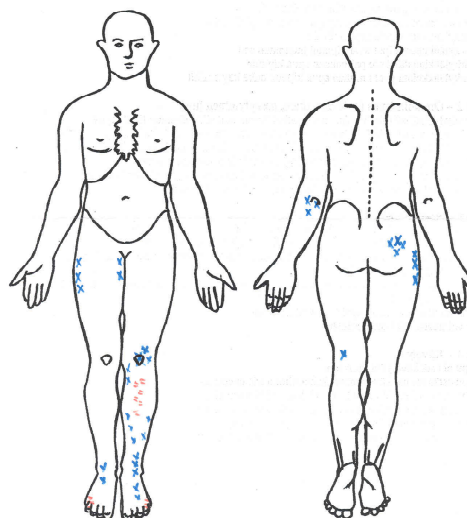
Selkäpotilaan toimintakyvyn arvio ja seuranta erikoissairaanhoidossa Oswestry ulkopuolisena palveluna

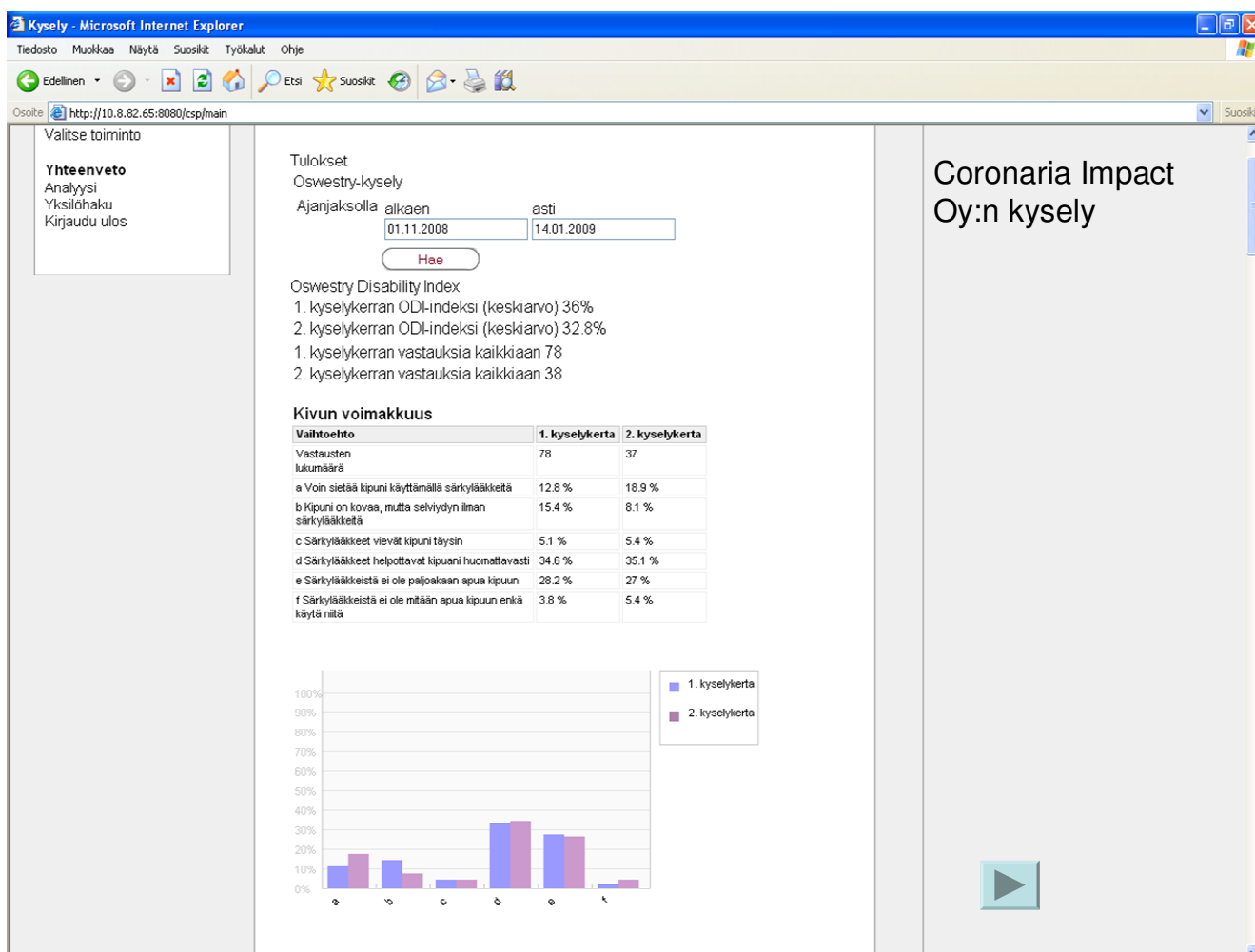
- 5-6.2008 kaikki E/selkäpotilaat
1x
- Lupa jatkokyselystä,
Yhteydenottotapa
- EO syötti 78 kpl
- Jälkikysely kirje/s-posti/
puhelin
- Vastauksia 43=55%
- Analyysi? Sen vaikutus?
- Määräaikainen projekti –
jatko? Kehitettävää?
- Talossa käyttökelpoinen
työkalu & kumppani!

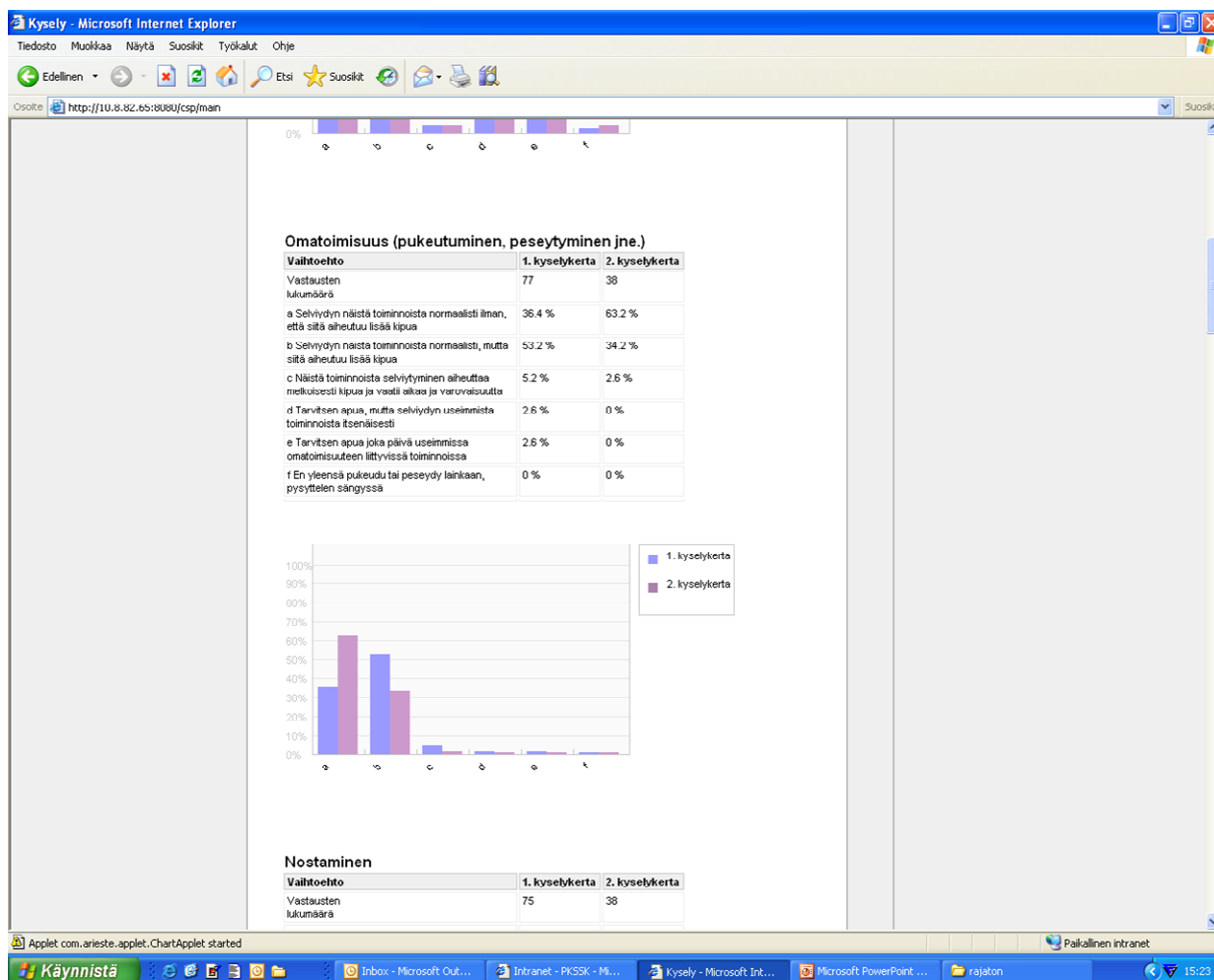
KIPUPHROS
Merkitse tähän pilkukseen viimeisen viikon aikana tuntemasi kivut ja puutuneisuus.
Käytä seuraavaa merkitsemistapaa:

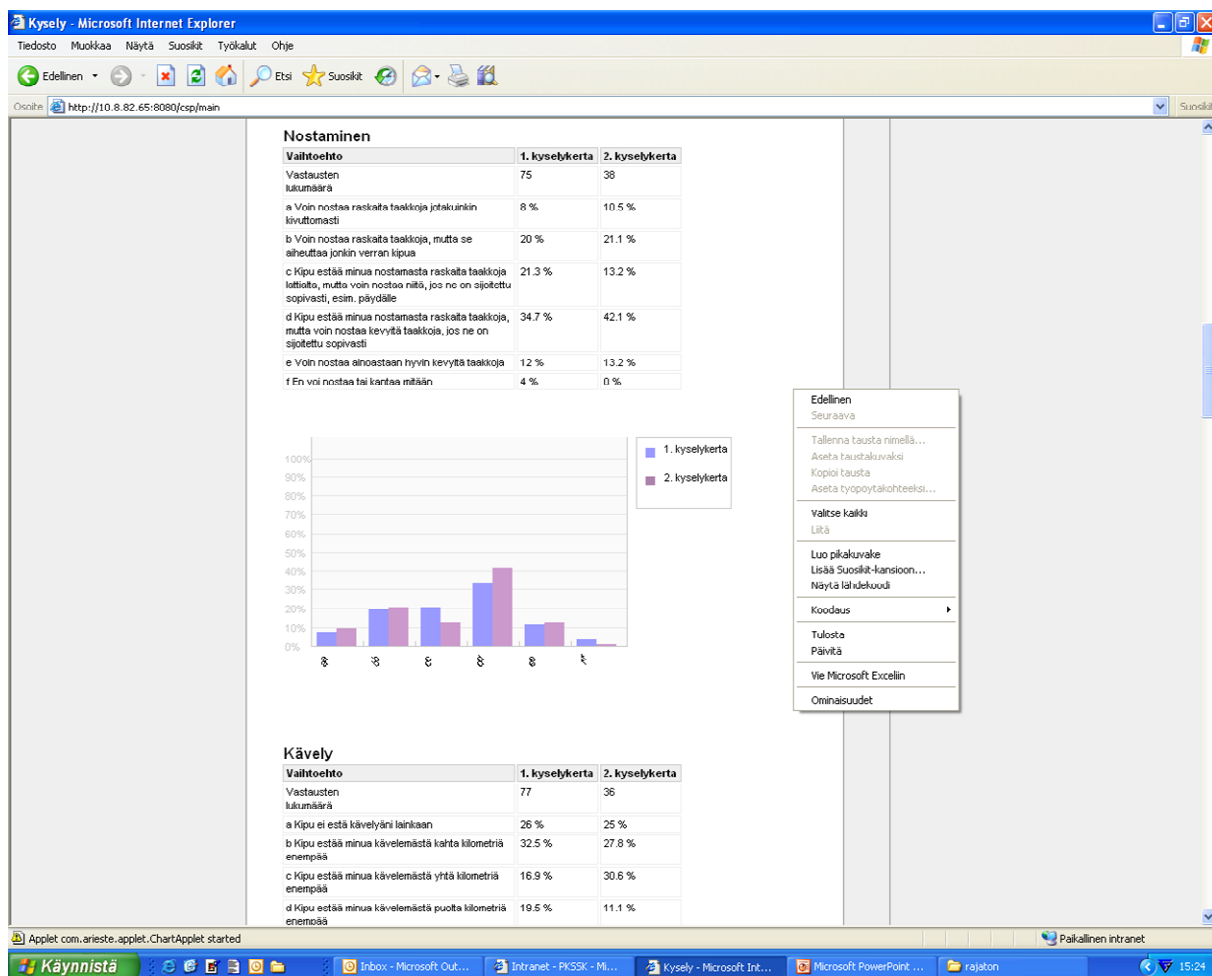
KIPU / SÄRKY X X X X PUUTUNEISUUS / TUNNOTTOMUUS == == ==

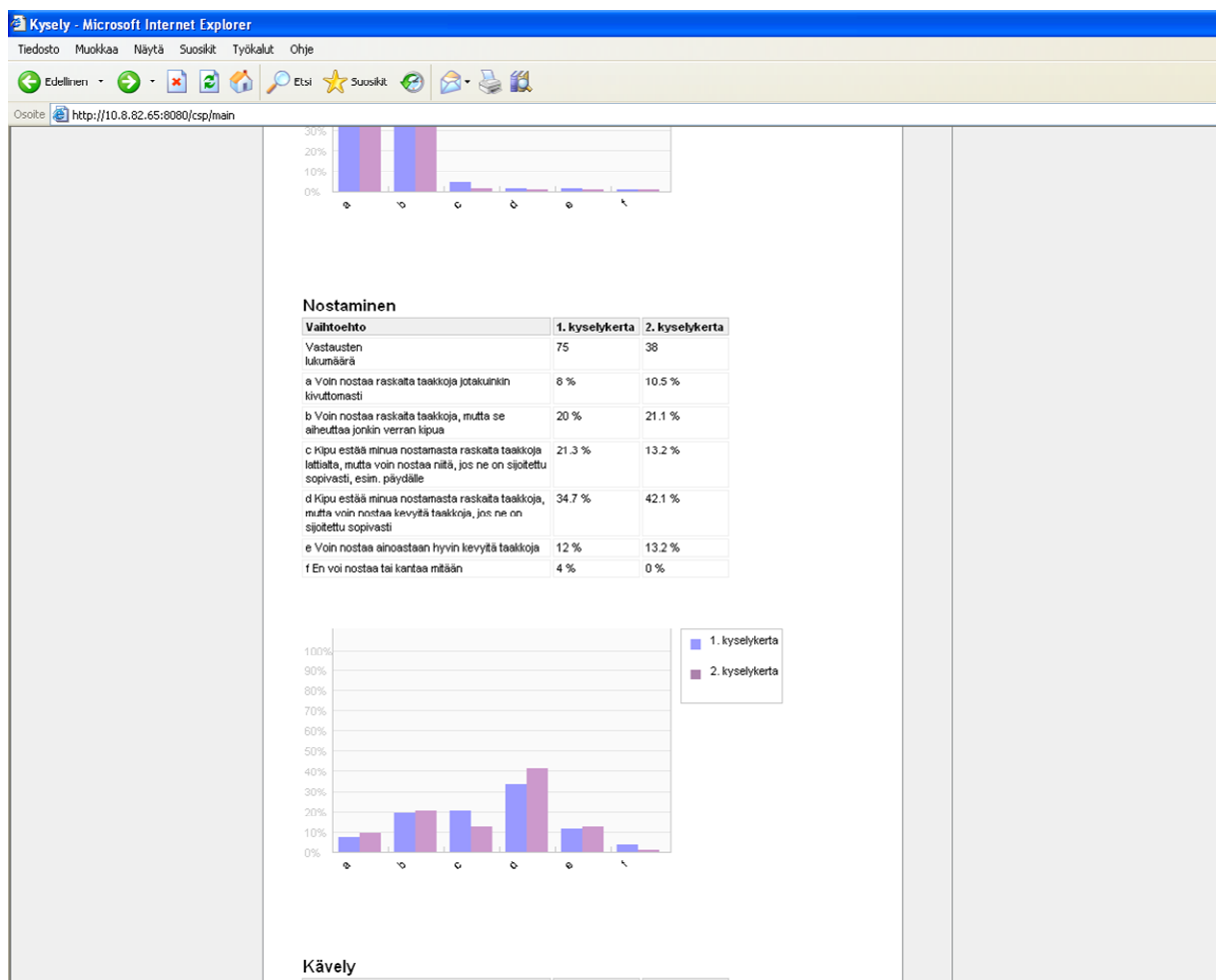
Merkitse myös pituutesi 168 ja painosi _____











Osoite <http://10.8.82.65:8080/csp/main?type=analysisview&act=analysis&mode=>

Valitse toiminto

Yhteenveto
Analyyysi
Yksilöhaku
Kirjaudu ulos

Oswestry-kysely
Hakuehdot

Tulosten esitystapa: ☒ Yhteenveto hakuehtojen tuloksista
☐ Vertailu hakuehtojen tuloksesta kokonaisuteen

Syntymävuosi: alkaen asti

Sukupuoli: ☒ Molemmat
☐ Mies
☐ Nainen

Käyntipaikka ☐ Erikoissairaanhoido
☐ Terveyskeskus

Käyntipaikan tarkennus ☐ Fysioterapia
☐ Ortopedia
☐ Ilomantsi
☐ Joensuu
☐ Juuka
☐ Lipen
☐ Outokumpu
☐ Polvijärvi
☐ Lieksa
☐ Nummes
☐ Keski-Karjala
☐ Kontiolahti
☐ Tohmajärvi-Värtsilä
☐ Heinävesi

Diagnoosi ☐ M43.1
☐ M47.82
☐ M48.0
☐ M51.1
☐ M51.3
☐ M53.2
☐ M54.3
☐ M54.5
☐ G97.8
☐ M99.9

Käyntipäivämäärä: alkaen asti

Oireiden kesto kuukausina: alkaen asti

Valmis

Käynnistä

Inbox - Microsoft Out...

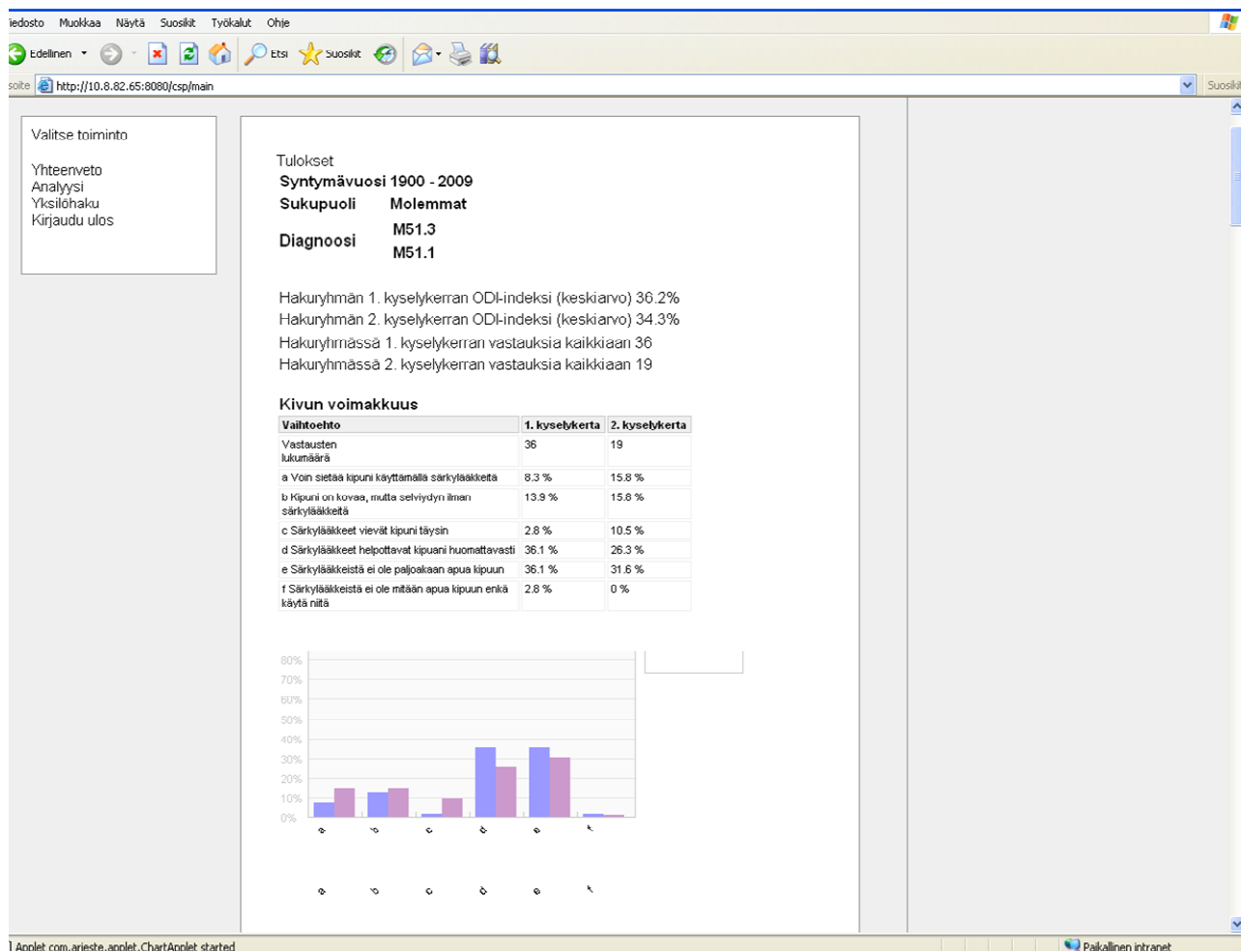
Intranet - PKSK - Mi...

Kysely - Microsoft Int...

Microsoft PowerPoint ...

rajaton

Palkollinen intranet



Selkäpotilaan lopulliset seurantatiedot ajalta 1.11.2008-31.5.2009

Tulokset

Oswestry-kysely

Ajanjaksolla alkaen

asti

01.11.2008

30.05.2009

Hae

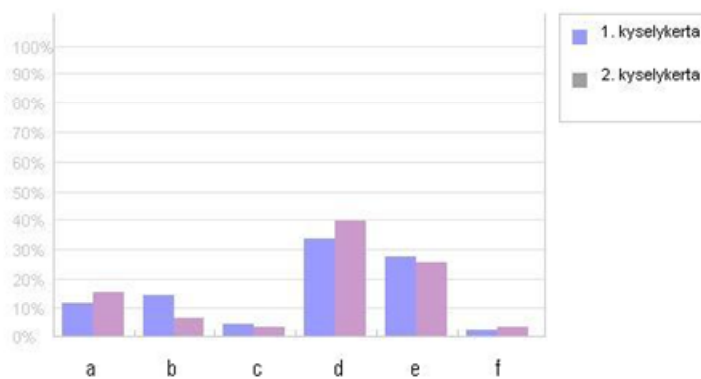
Oswestry Disability Index

- 1. kyselykerran ODI-indeksi (keskiarvo) 36%
- 2. kyselykerran ODI-indeksi (keskiarvo) 33.7%
- 1. kyselykerran vastauksia kaikkiaan 78
- 2. kyselykerran vastauksia kaikkiaan 43

Selkäkyselyn tulokset

Kivun voimakkuus

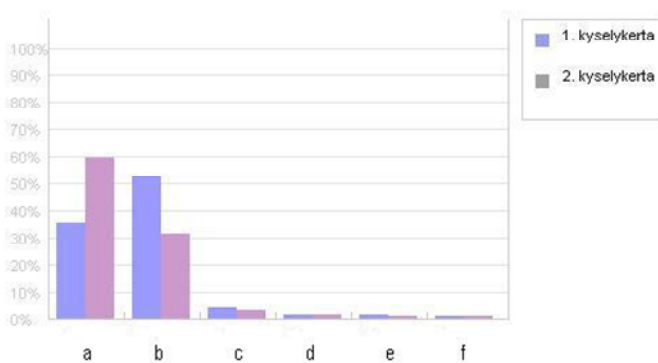
Vaihtoehto	1. kyselykerta	2. kyselykerta
Vastausten lukumäärä	78	42
a Voin sietää kipuni käyttämällä särkylääkkeitä	12.8 %	16.7 %
b Kipuni on kovaa, mutta selviydyn ilman särkylääkkeitä	15.4 %	7.1 %
c Särkylääkkeet vievät kipuni täysin	5.1 %	4.8 %
d Särkylääkkeet helpottavat kipuani huomattavasti	34.6 %	40.5 %
e Särkylääkkeistä ei ole paljoakaan apua kipuun	28.2 %	26.2 %
f Särkylääkkeistä ei ole mitään apua kipuun enkä käytä niitä	3.8 %	4.8 %



Selkäkyselyn tulokset

Omatoimisuus (pukeutuminen, peseytyminen jne.)

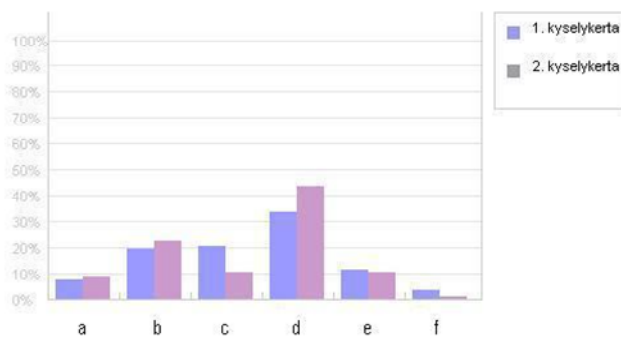
Vaihtoehto	1. kyselykerta	2. kyselykerta
Vastausten lukumäärä	77	43
a Selviydyn näistä toiminnoista normaalisti ilman, että siitä aiheutuu lisää kipua	36.4 %	60.5 %
b Selviydyn näistä toiminnoista normaalisti, mutta siitä aiheutuu lisää kipua	53.2 %	32.6 %
c Näistä toiminnoista selviytyminen aiheuttaa melkoisesti kipua ja vaatii aikaa ja varovaisuutta	5.2 %	4.7 %
d Tarvitsen apua, mutta selviydyn useimmista toiminnoista itsenäisesti	2.6 %	2.3 %
e Tarvitsen apua joka päivä useimmissa omatoimisuuteen liittyvissä toiminnoissa	2.6 %	0 %
f En yleensä pukeudu tai peseydy lainkaan, pysyttelen sängyssä	0 %	0 %



Selkäkyselyn tulokset

Nostaminen

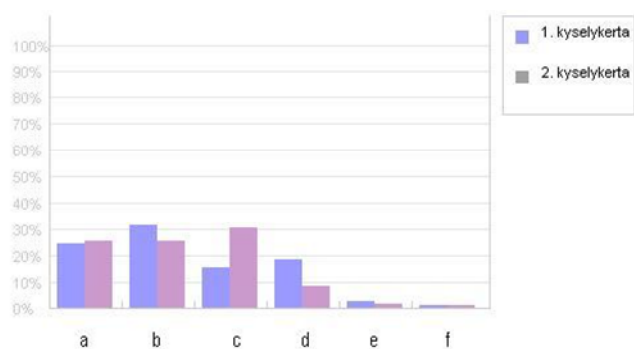
Vaihtoehto	1. kyselykerta	2. kyselykerta
Vastausten lukumäärä	75	43
a Voin nostaa raskaita taakkoja jotakuinkin kivuttomasti	8 %	9.3 %
b Voin nostaa raskaita taakkoja, mutta se aiheuttaa jonkin verran kipua	20 %	23.3 %
c Kipu estää minua nostamasta raskaita taakkoja lattialta, mutta voin nostaa niitä, jos ne on sijoitettu sopivasti, esim. päydälle	21.3 %	11.6 %
d Kipu estää minua nostamasta raskaita taakkoja, mutta voin nostaa kevyitä taakkoja, jos ne on sijoitettu sopivasti	34.7 %	44.2 %
e Voin nostaa ainoastaan hyvin kevyitä taakkoja	12 %	11.6 %
f En voi nostaa tai kantaa mitään	4 %	0 %



Selkäkyselyn tulokset

Kävely

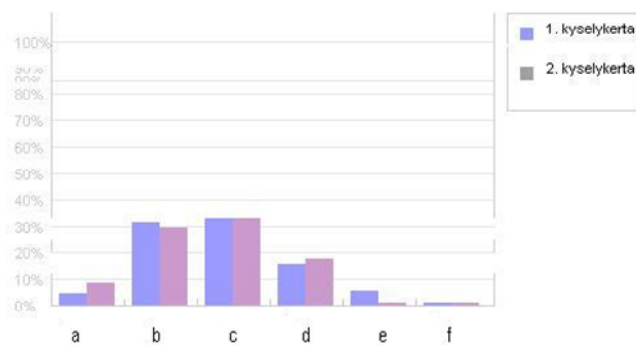
Vaihtoehto	1. kyselykerta	2. kyselykerta
Vastausten lukumäärä	77	41
a Kipu ei estä kävelyäni lainkaan	26 %	26.8 %
b Kipu estää minua kävelemästä kahta kilometriä enempää	32.5 %	26.8 %
c Kipu estää minua kävelemästä yhtä kilometriä enempää	16.9 %	31.7 %
d Kipu estää minua kävelemästä puolta kilometriä enempää	19.5 %	9.8 %
e Voin kävellä vain käyttäen keppiä tai kynärsauvoja	3.9 %	2.4 %
f Olen enimmäkseen vuoteessa ja minun on ryömittävä wc:en	1.3 %	0 %



Selkäkyselyn tulokset

Istuminen

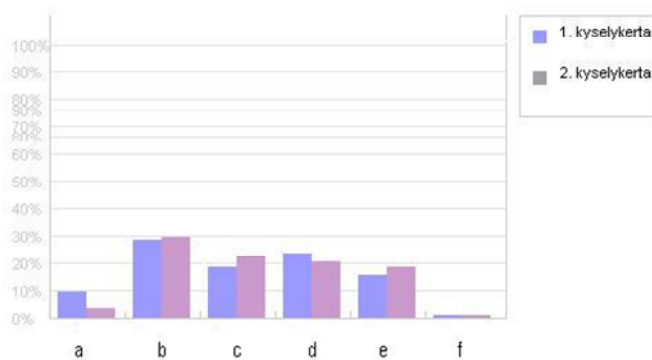
Vaihtoehto	1. kyselykerta	2. kyselykerta
Vastausten lukumäärä	77	43
a Voin istua millaisessa tuolissa niin pitkään kuin haluan	5.2 %	9.3 %
b Vain määrätynlaisessa tuolissa voin istua miten pitkään tahansa	32.5 %	30.2 %
c Kipu estää minua istumasta tuntia pidempään	39 %	37.2 %
d Kipu estää minua istumasta puolta tuntia pidempään	16.9 %	18.6 %
e Kivun takia en voi istua kymmentä minuuttia pidempään	6.5 %	0 %
f Kivun takia en voi istua ollenkaan	0 %	0 %



Selkäkyselyn tulokset

Seisominen

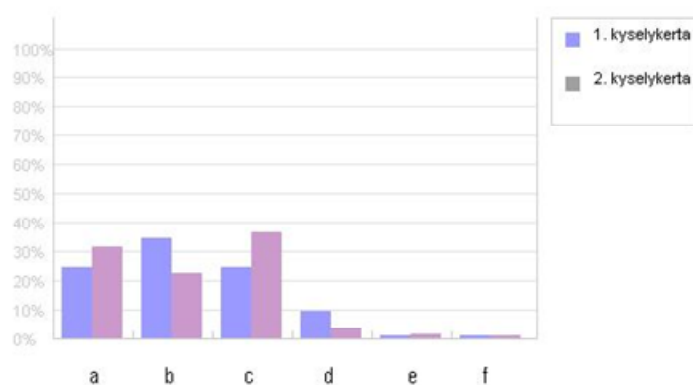
Vaihtoehto	1. kyselykerta	2. kyselykerta
Vastausten lukumäärä	78	42
a Voin seisoa miten pitkään tahansa ilman, että se aiheuttaa kipua	10.3 %	4.8 %
b Voin seisoa niin pitkään kuin haluan, mutta se on kivuliasta	29.5 %	31 %
c Kivun takia en voi seisoa tuntia pidempään	19.2 %	23.8 %
d Kivun takia en voi seisoa puolta tuntia pidempään	24.4 %	21.4 %
e Kivun takia en voi seisoa 10 minuuttia pidempään	16.7 %	19 %
f Kivun takia en voi seisoa ollenkaan	0 %	0 %



Selkäkyselyn tulokset

Nukkuminen

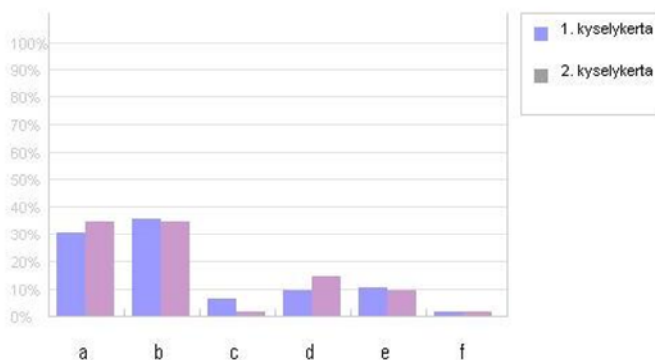
Vaihtoehto	1. kyselykerta	2. kyselykerta
Vastausten lukumäärä	78	43
a Kipu ei vaikuta yöuneeni lainkaan	25.6 %	32.6 %
b Kivun takia uneni on katkonaista, mutta en käytä lääkkeitä	35.9 %	23.3 %
c Vaikka käytän lääkkeitä, nukun alle kuusi tuntia	25.6 %	37.2 %
d Vaikka käytän lääkkeitä, nukun alle neljä tuntia	10.3 %	4.7 %
e Vaikka käytän lääkkeitä, nukun alle kaksi tuntia	1.3 %	2.3 %
f Kivun takia en saa ollenkaan nukkua	1.3 %	0 %



Selkäkyselyn tulokset

Sukupuolielämä

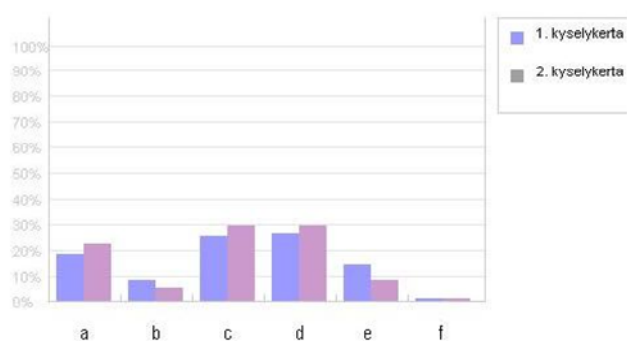
Vaihtoehto	1. kyselykerta	2. kyselykerta
Vastausten lukumäärä	69	40
a Sukupuolielämäni on normaalia, eikä siitä aiheudu kipua	31.9 %	35 %
b Sukupuolielämäni on normaalia, mutta se aiheuttaa jonkin verran kipua	36.2 %	35 %
c Sukupuolielämäni on lähes normaalia, mutta hyvin kivulloista	7.2 %	2.5 %
d Kipu rajoittaa huomattavasti sukupuolielämäni	10.1 %	15 %
e Kivun takia sukupuolielämäni on lähes olematonta	11.6 %	10 %
f Kipu estää minulta kaiken sukupuolielämän	2.9 %	2.5 %



Selkäkyselyn tulokset

Sosiaalinen elämä

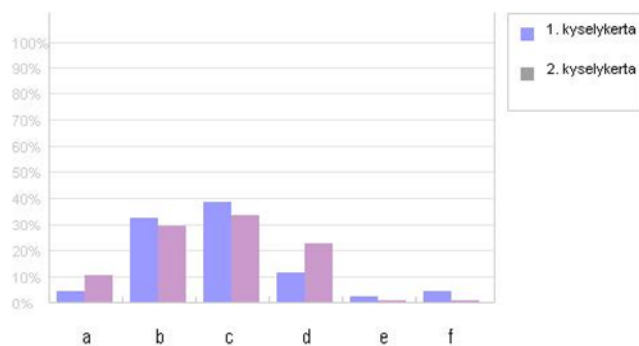
Vaihtoehto	1. kyselykerta	2. kyselykerta
Vastausten lukumäärä	76	43
a Sosiaalinen elämäni on normaalia, eikä siitä aiheudu minulle merkittävää kipua	19.7 %	23.3 %
b Sosiaalinen elämäni on normaalia, mutta se lisää kipuani	9.2 %	7 %
c Kivulla ei ole merkittävää vaikutusta sosiaaliseen elämäni lukuun ottamatta liikunnallisia harrastuksia kuten hääkkäminen, tanssinen jne.	26.3 %	30.2 %
d Kipu on rajoittanut sosiaalista elämäni, harrastukseni ovat vähentyneet aiemmasta	27.6 %	30.2 %
e Kivun takia sosiaalinen elämäni on rajoittunut kotipiiriin	15.8 %	9.3 %
f Kivun takia minulla ei ole mitään sosiaalista elämää	1.3 %	0 %



Selkäkyselyn tulokset

Matkustaminen

Vaihtoehto	1. kyselykerta	2. kyselykerta
Vastausten lukumäärä	78	43
a Voin tehdä miten pitkiä matkoja tahansa ilman merkittävää kipua	5.1 %	11.6 %
b Voin tehdä miten pitkiä matkoja tahansa, mutta siitä aiheutuu kipua	33.3 %	30.2 %
c Selviydyn yli kahden tunnin matkoista, mutta niistä aiheutuva kipu on ikävä	39.7 %	34.9 %
d Kivun takia minun on rajoitettava matkani alle tunnin kestäviksi	12.8 %	23.3 %
e Kivun takia voin tehdä vain alle puoli tuntia kestäviä välttämättä matkoja	3.8 %	0 %
f Kivun takia en voi matkustaa minnekään muualle kuin lääkärin vastaanotolle tai sairaalaan	5.1 %	0 %



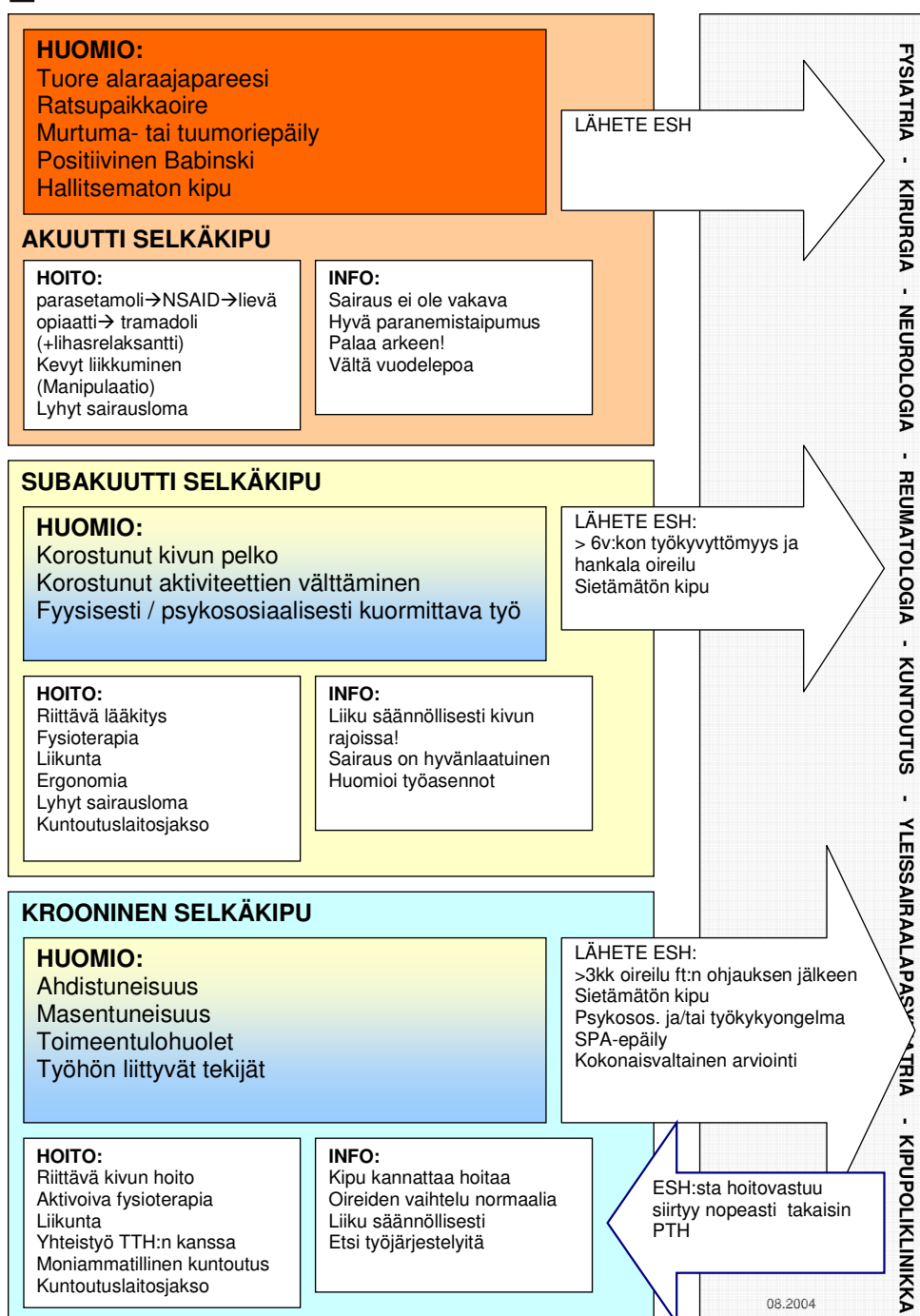
Selkäpotilaan läheteiden analyysi, potilaiden hoidon arvio ja seuranta erikoissairaanhoidossa

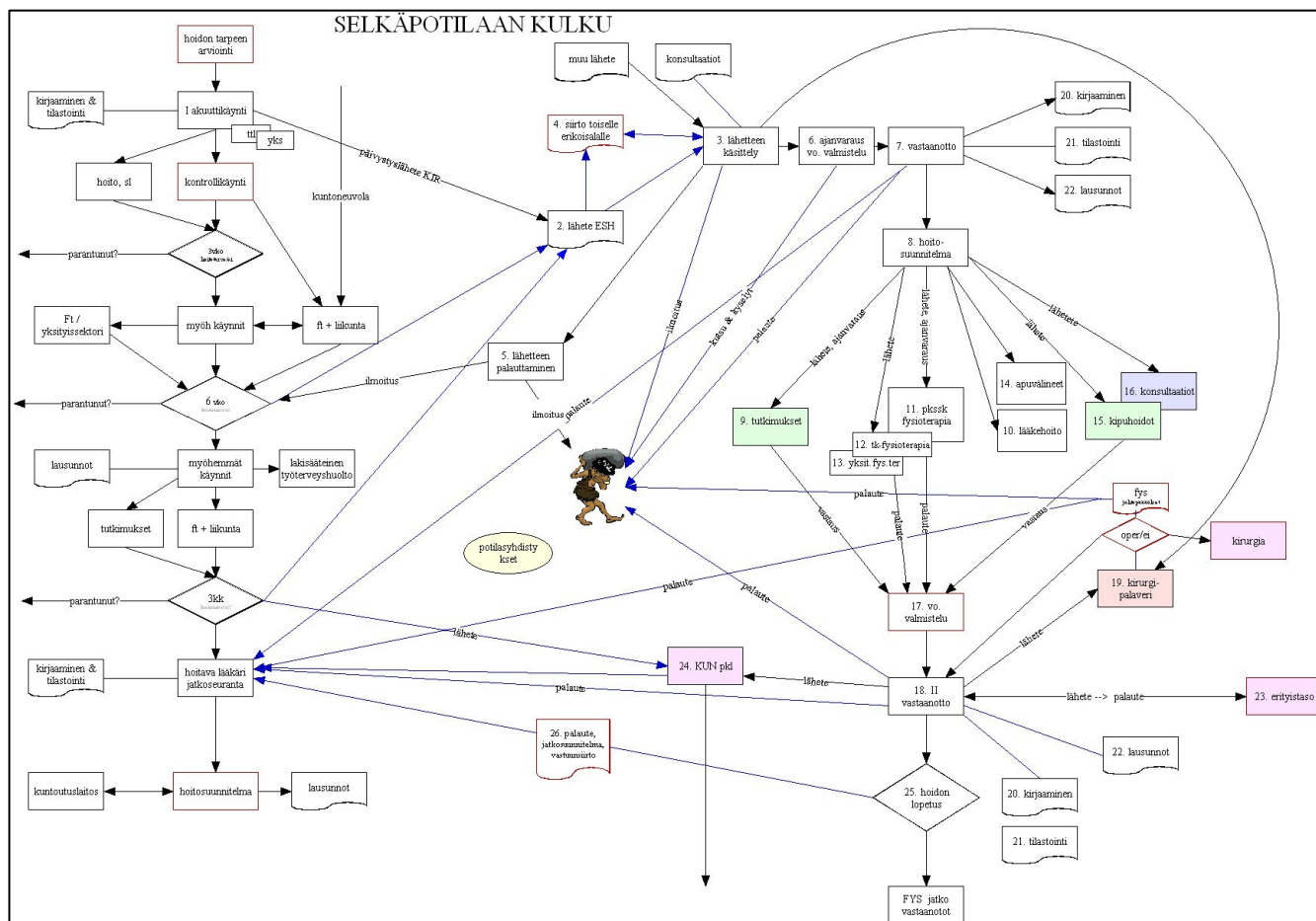
Fysiatrian erikoislääkäri

Eero Oura 15.1.2009

Rajat_on -projekti

SELKÄPOTILAAN HYVÄN HOIDON MALLI





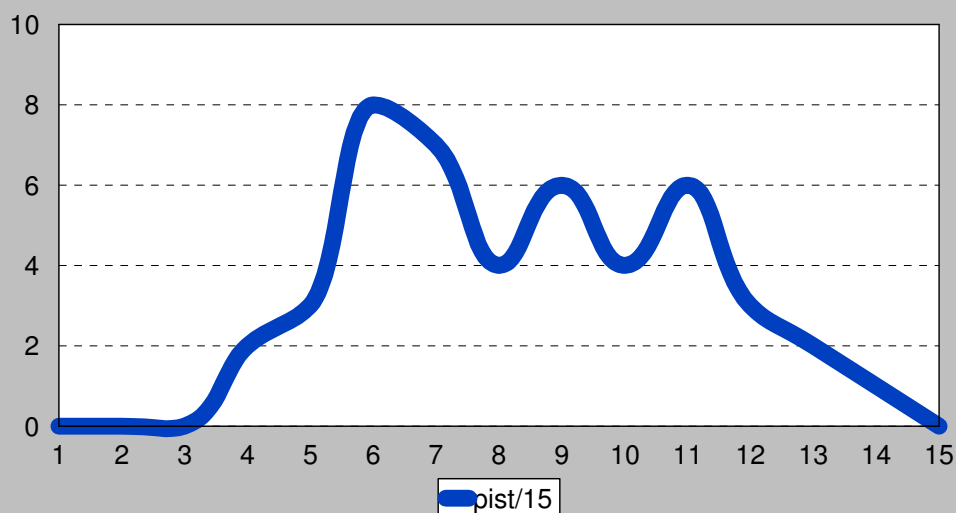
-93-95

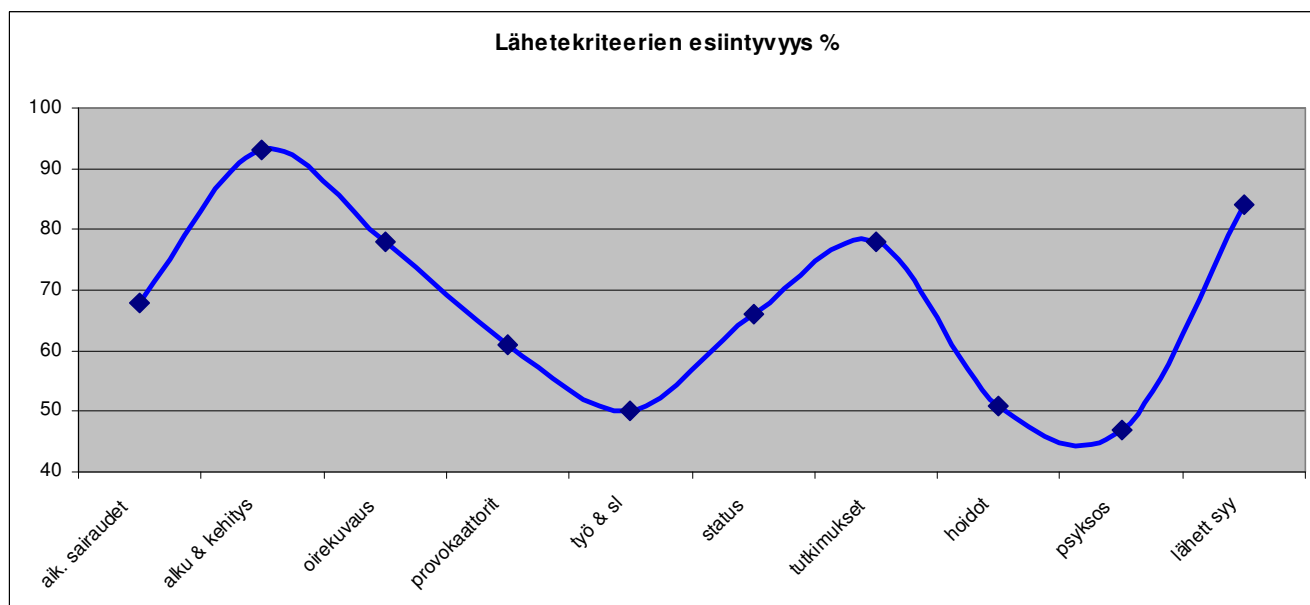
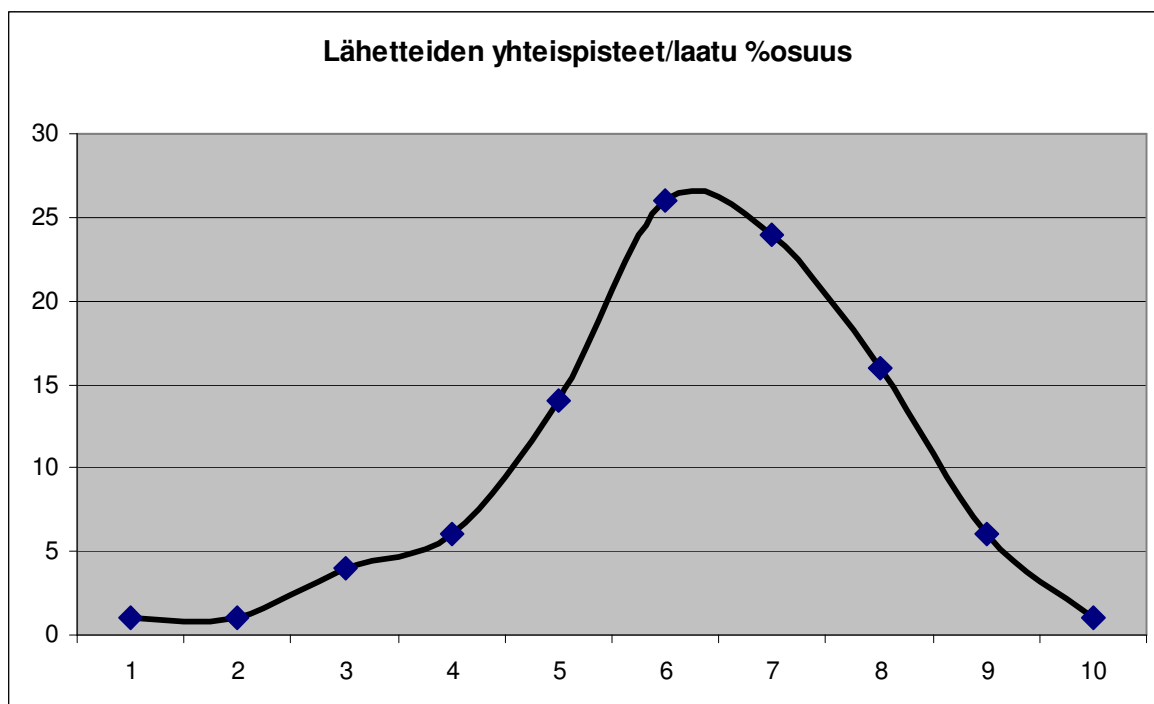
LÄHETTEIDEN PISTEYTYYS 2003&2005

aik.sairaudet	aik. TULE-sairaudet	oireiden alku-sairastamisaika
oireiden kehitys	oireidenkuvaus,sijainti	säteily
provokaattorit	työn kuvaus,vajaakuntoisuus	sairausloma
tutkimus:taivutukset	LS-kipu, sijainti	SLR/puutosoireet
rtg/muut tutkimukset	terapia	ongelma, lähettämisen syy

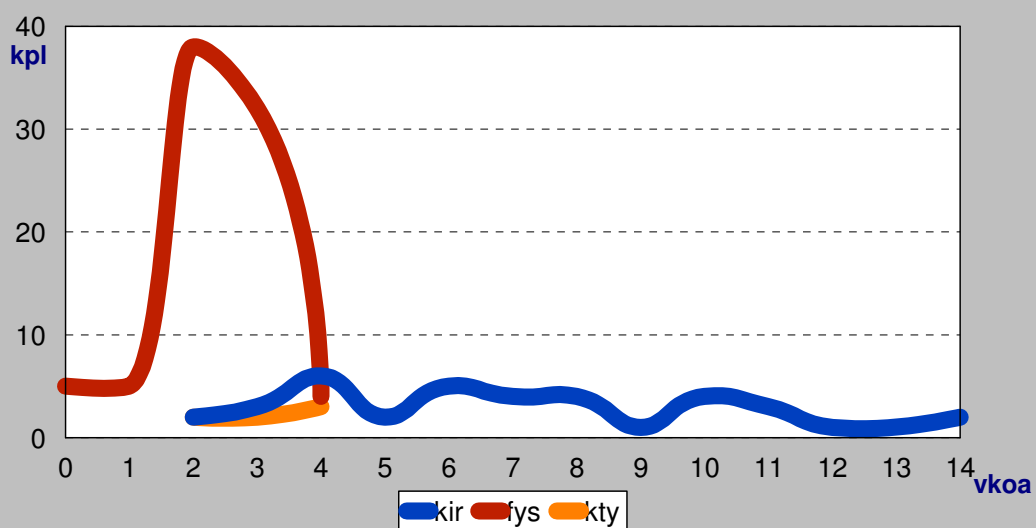
2008: LÄHETTEIDEN PISTEYTYYS

aik. sairaudet & aik Tule-sairaudet	muut & tule
oireiden alku & kehitys	
oireiden kuvaus	kipu & säteily
provokaattorit	
työn kuvaus & sl	kuvaus & sl
status	kipu & SLR & puutosoireet
tutkimukset	
hoidot	lääke & terapia
psykosos tekijät	
lähettämisen syy	

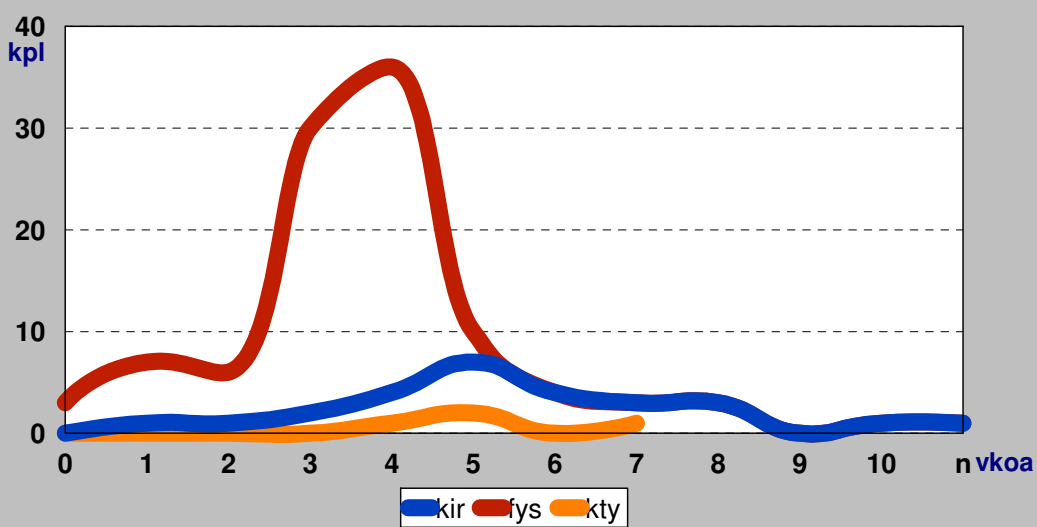
lähetteen tietosisältö



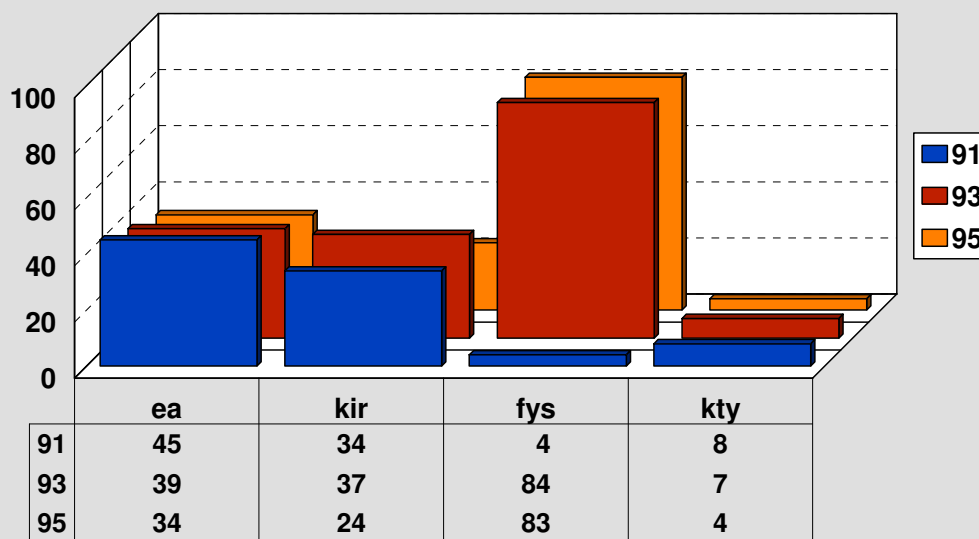
jono -93



selkäpot:n jono -95

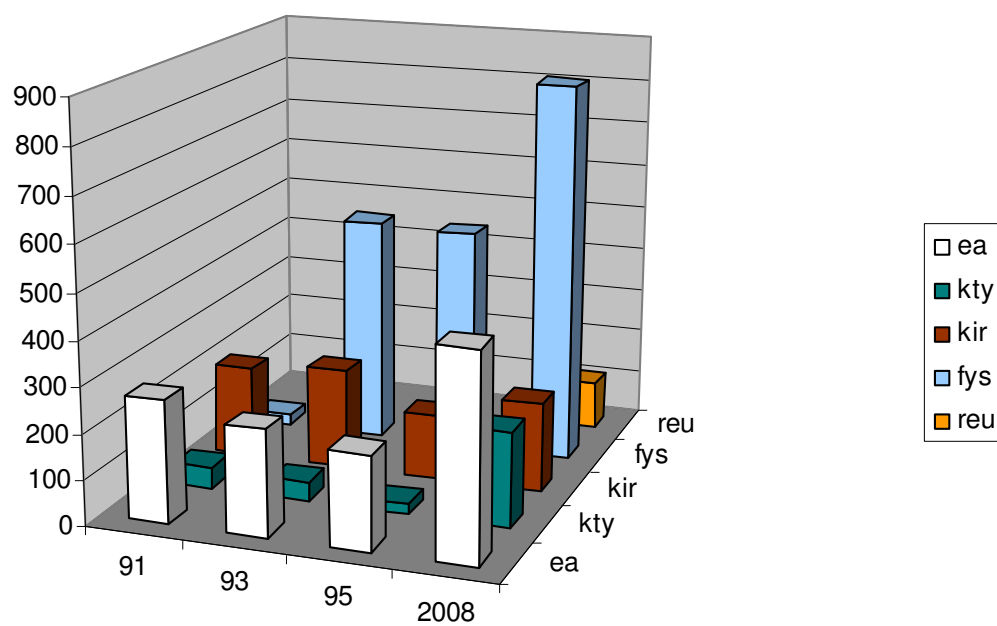


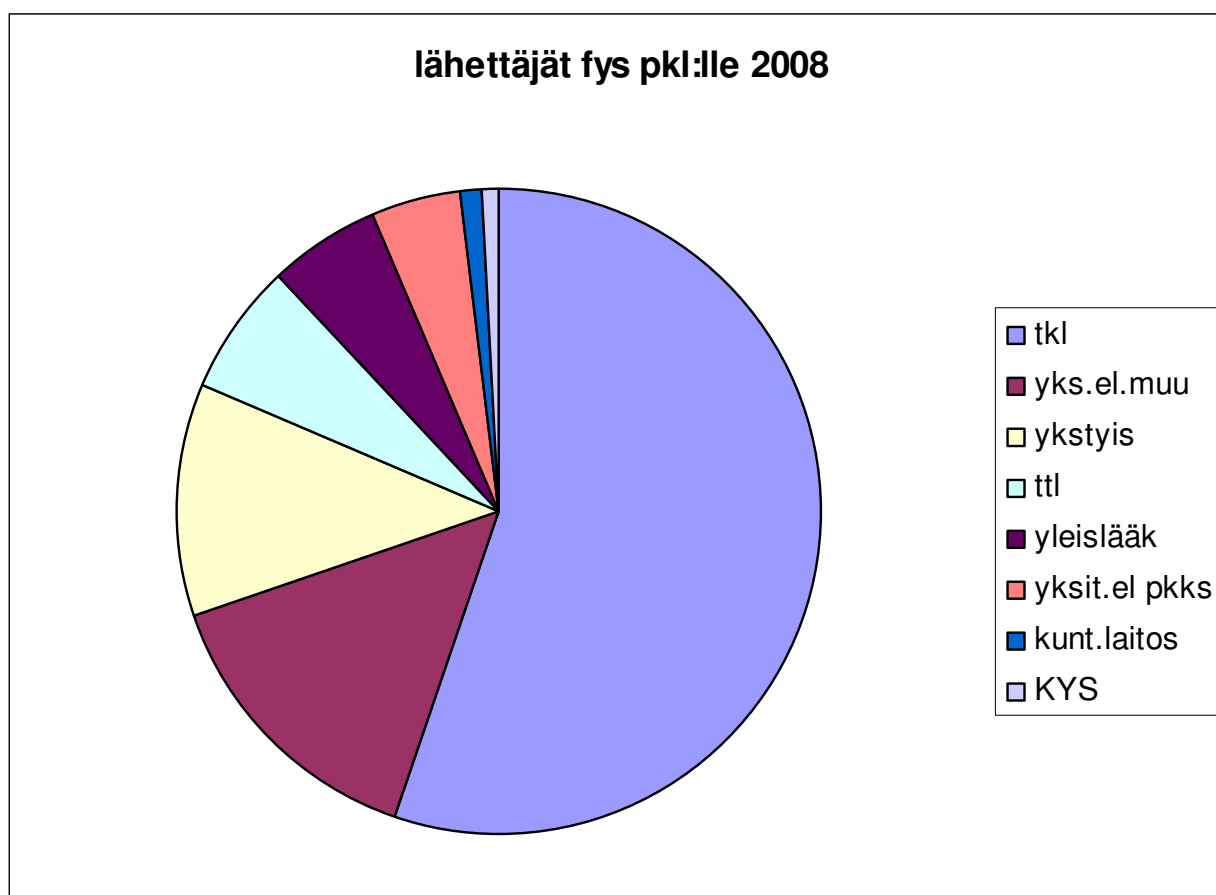
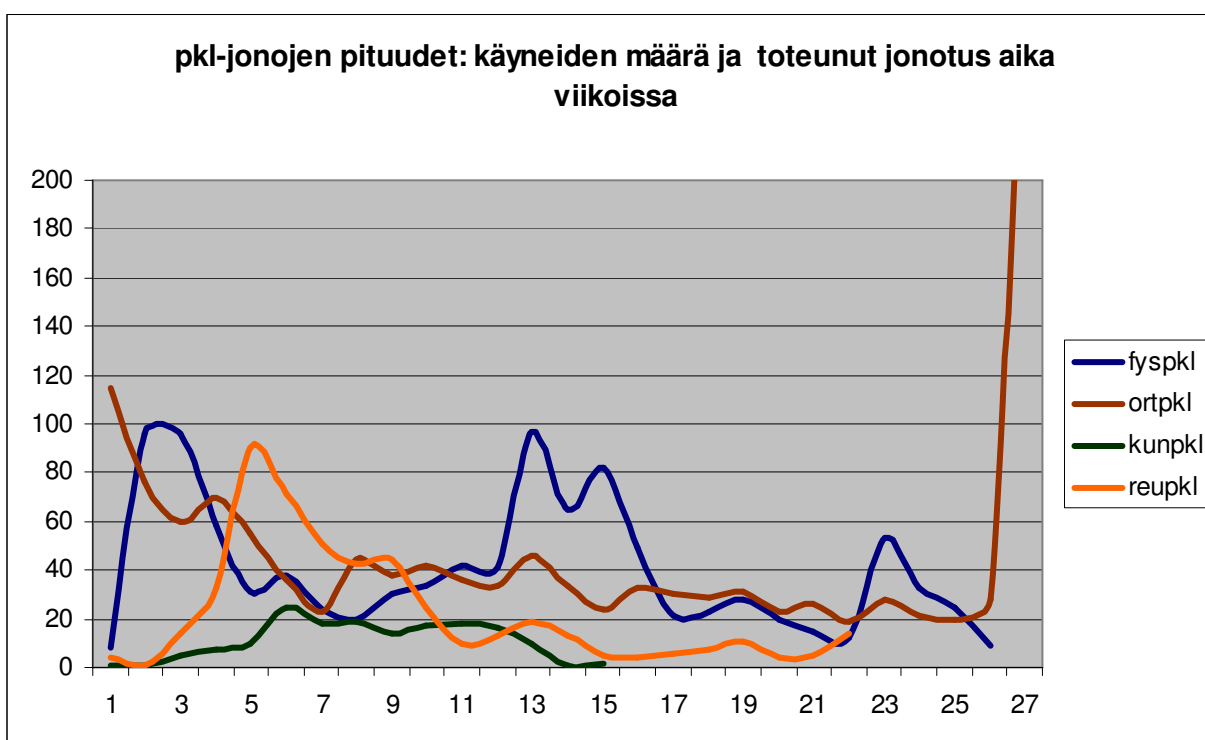
potilaat 91-93-95

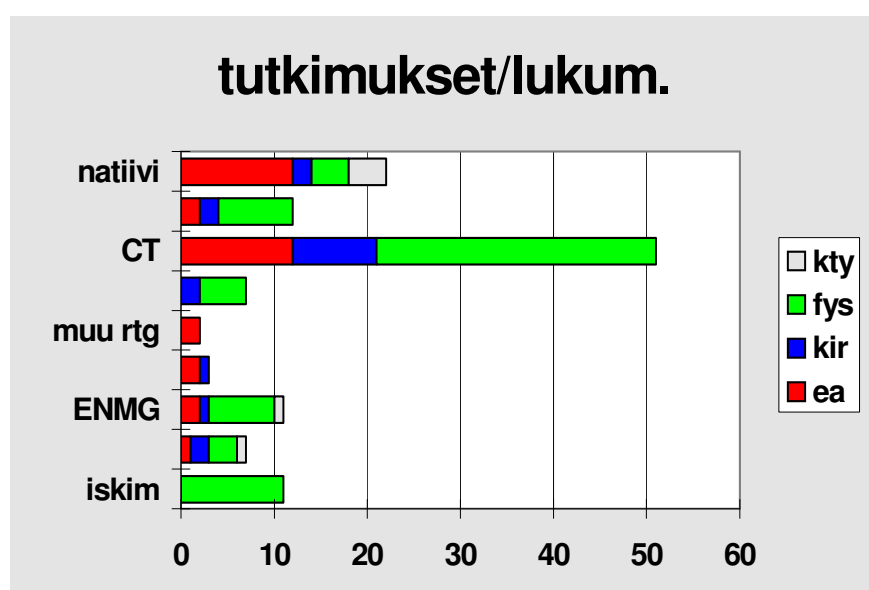
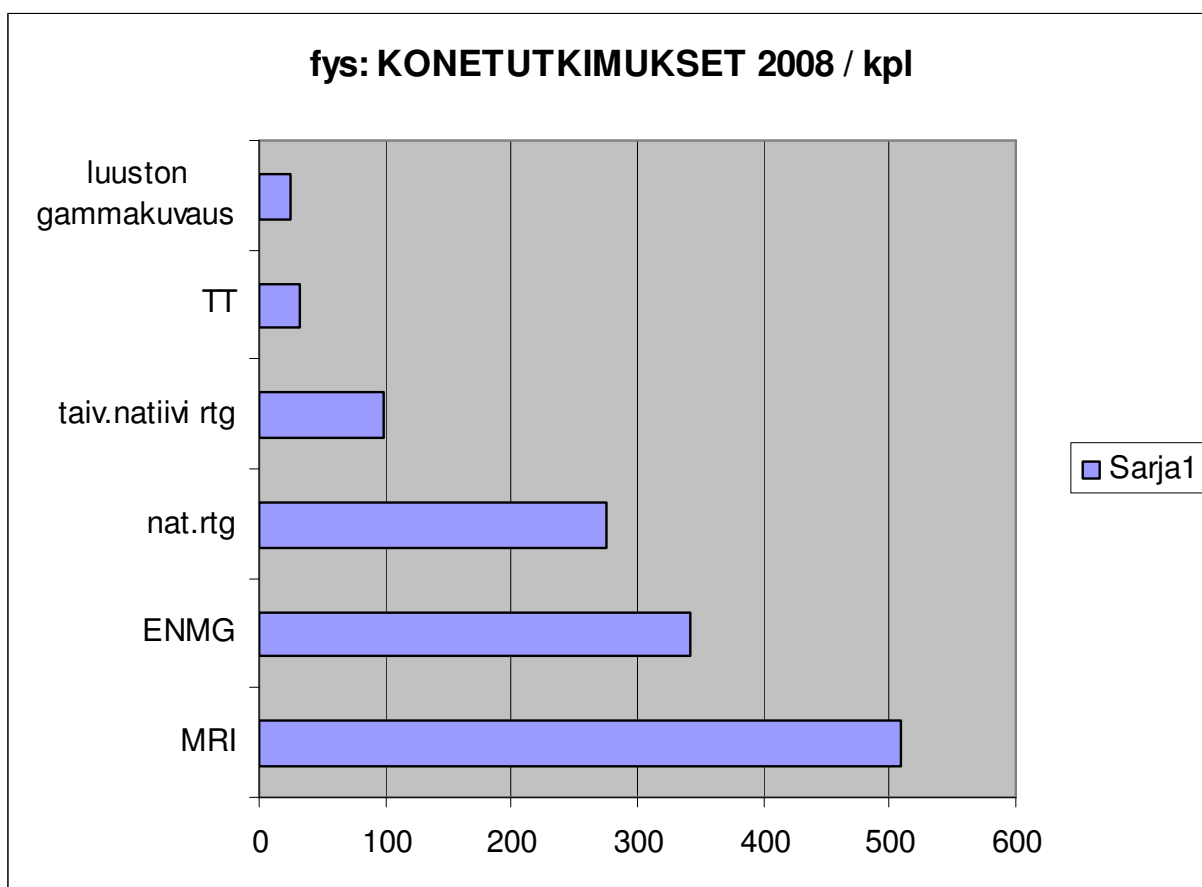


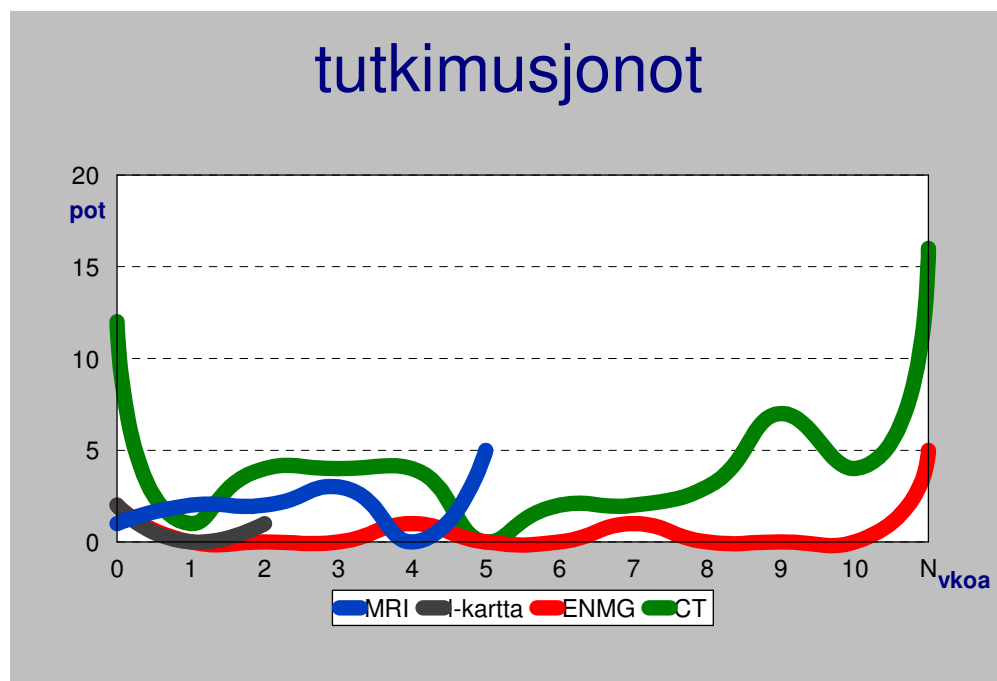
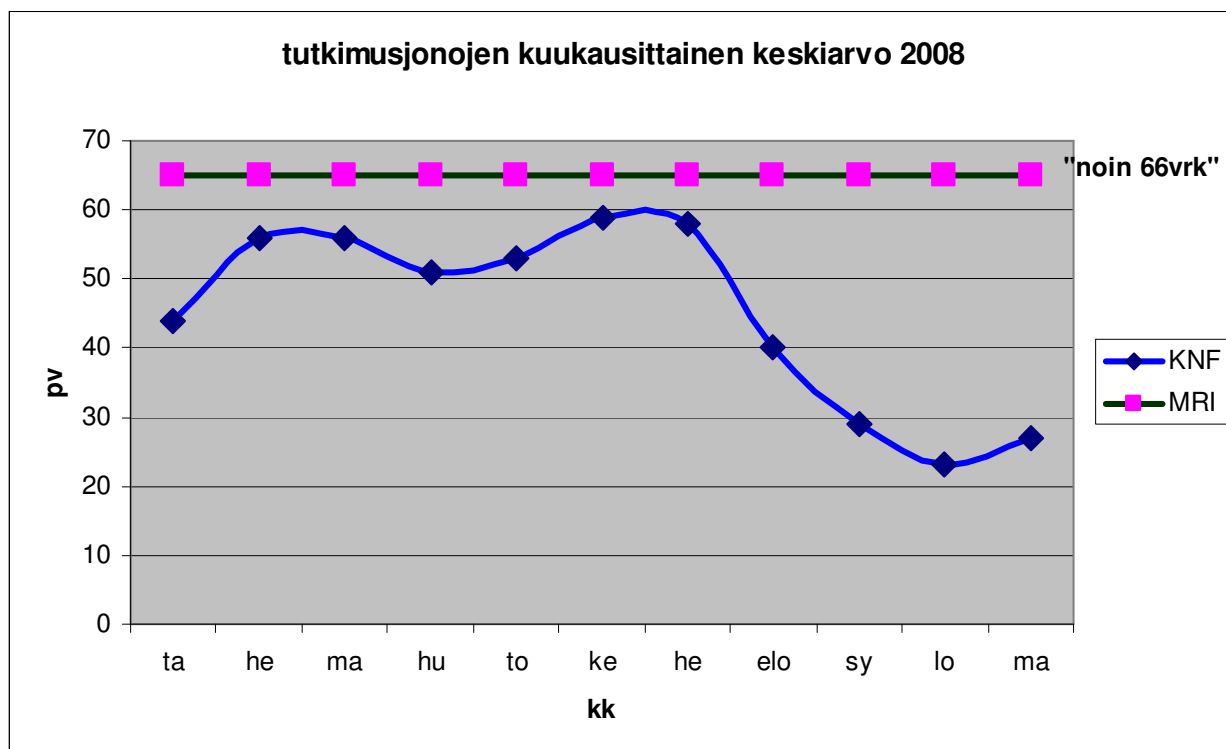
1996

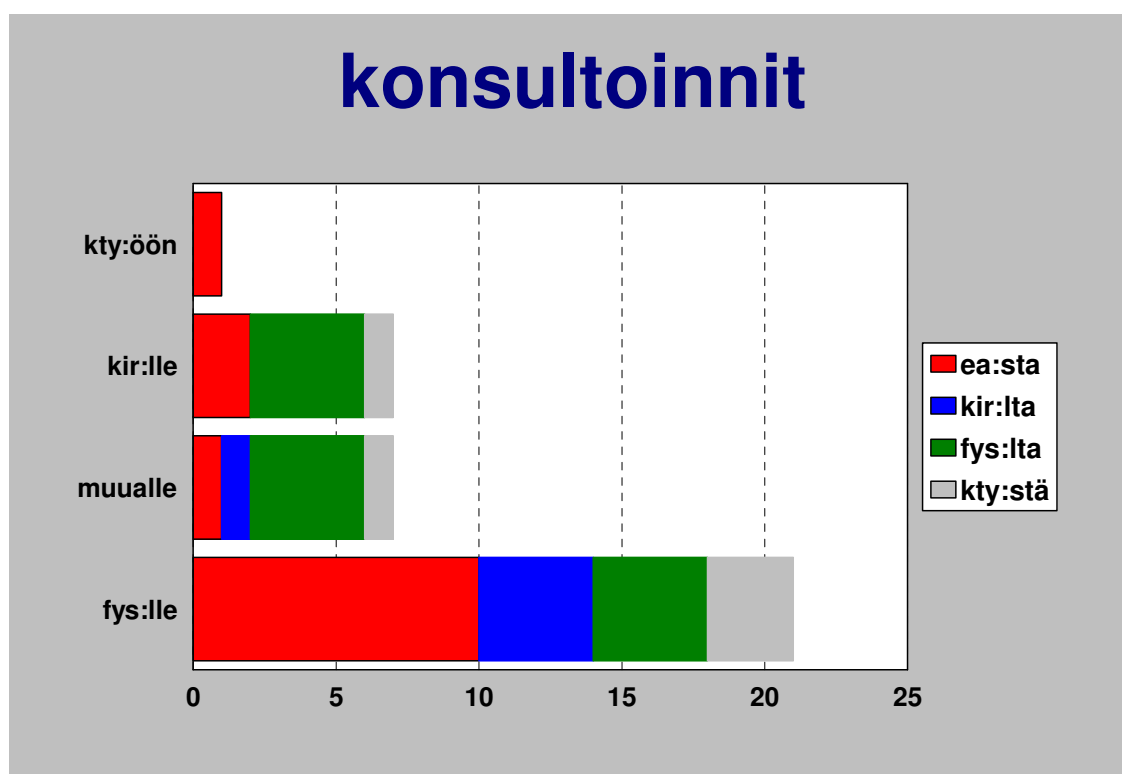
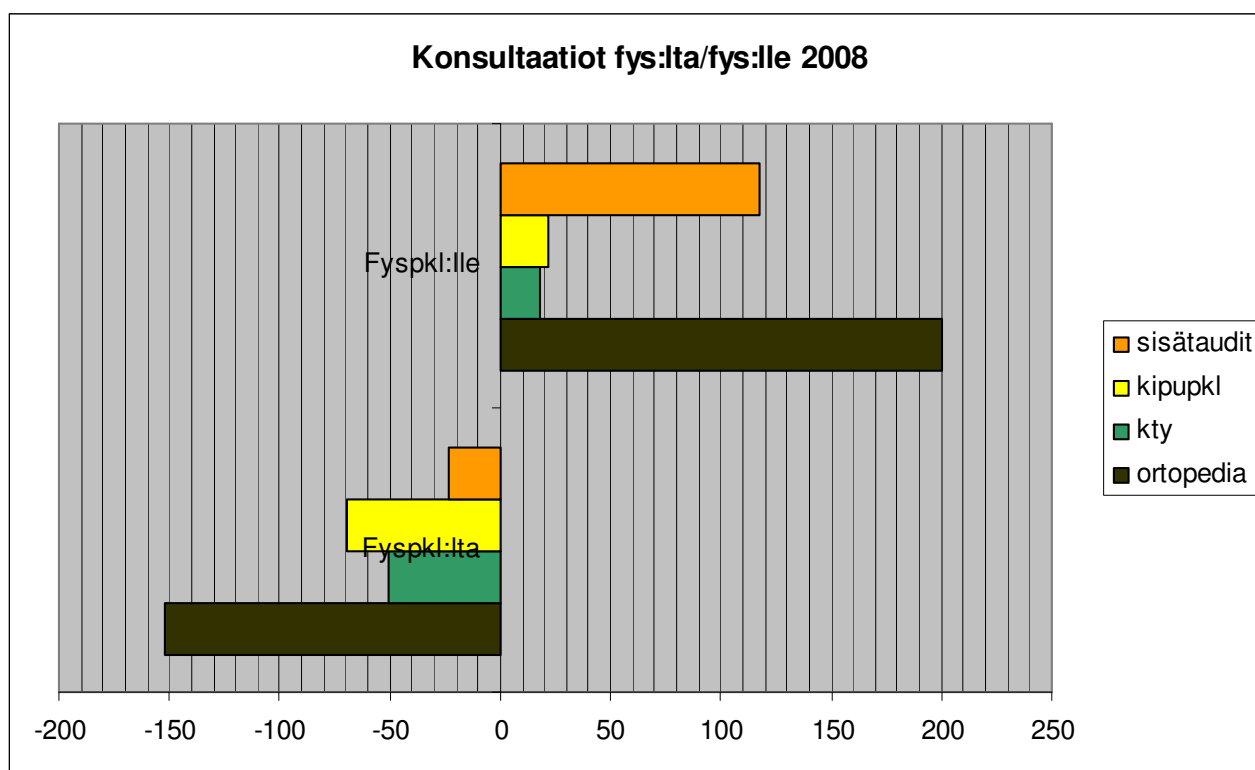
Käyntien lukumäärä/ selkädgn



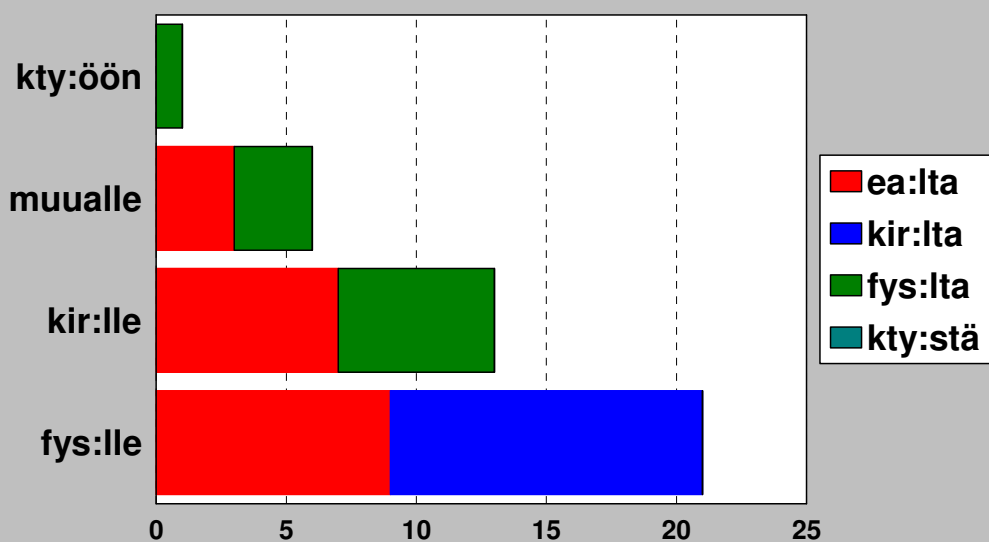




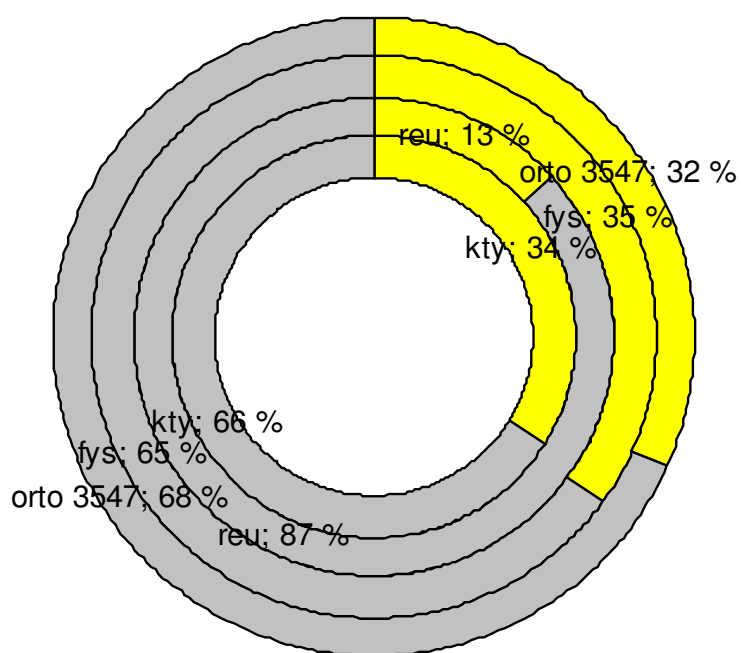


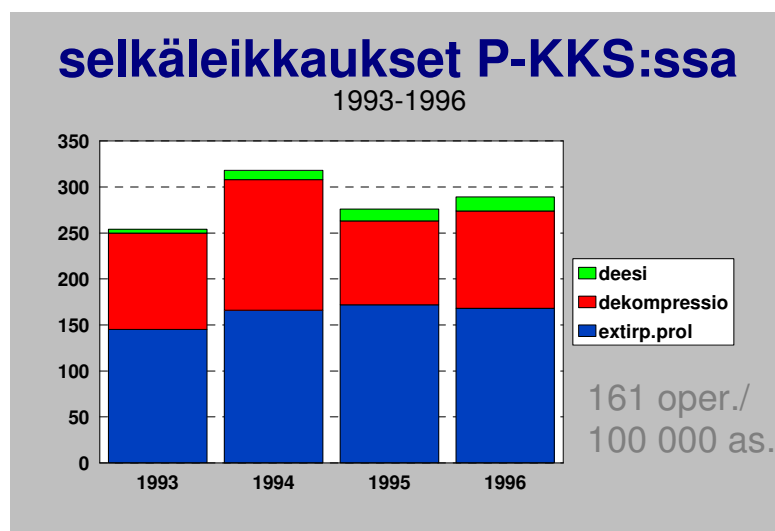
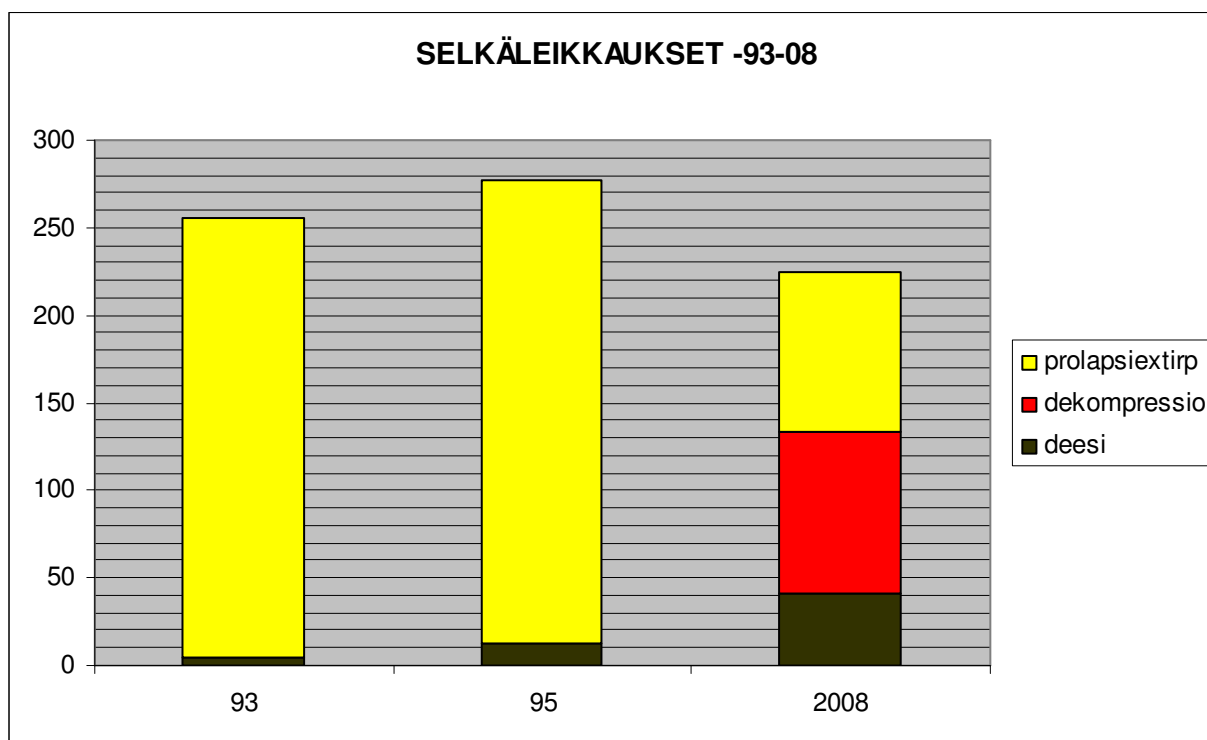


konsultoinnit -93



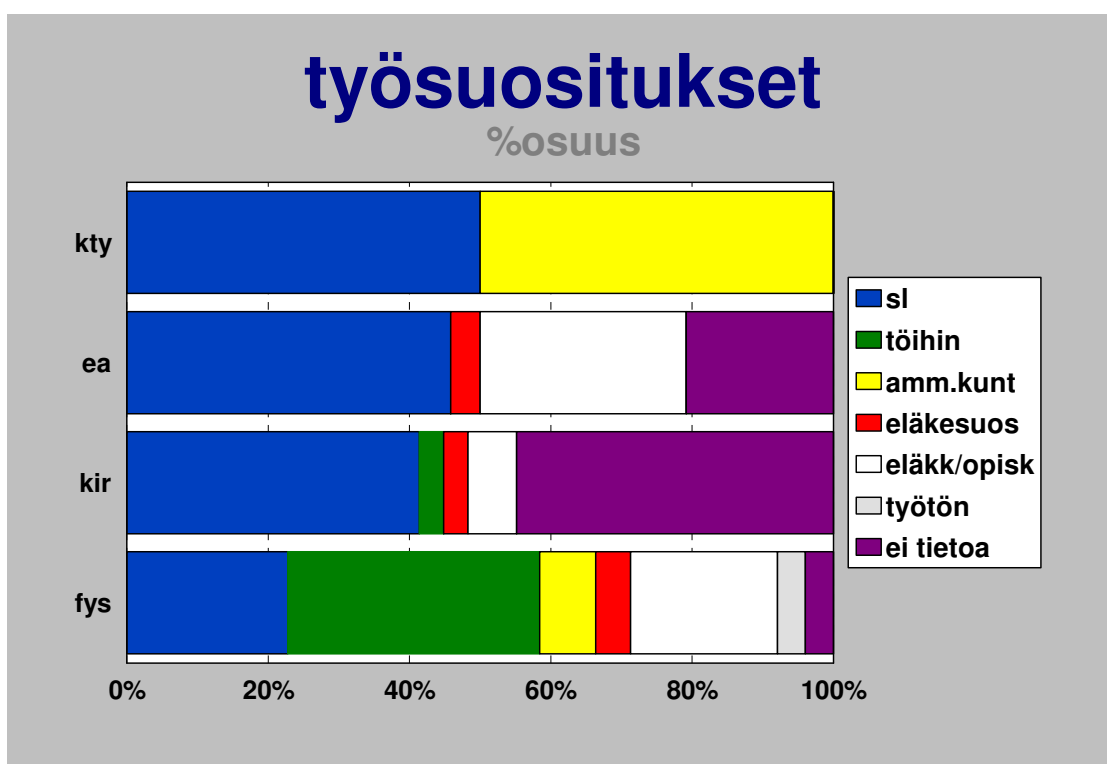
Ensi-/uusintakäynnit



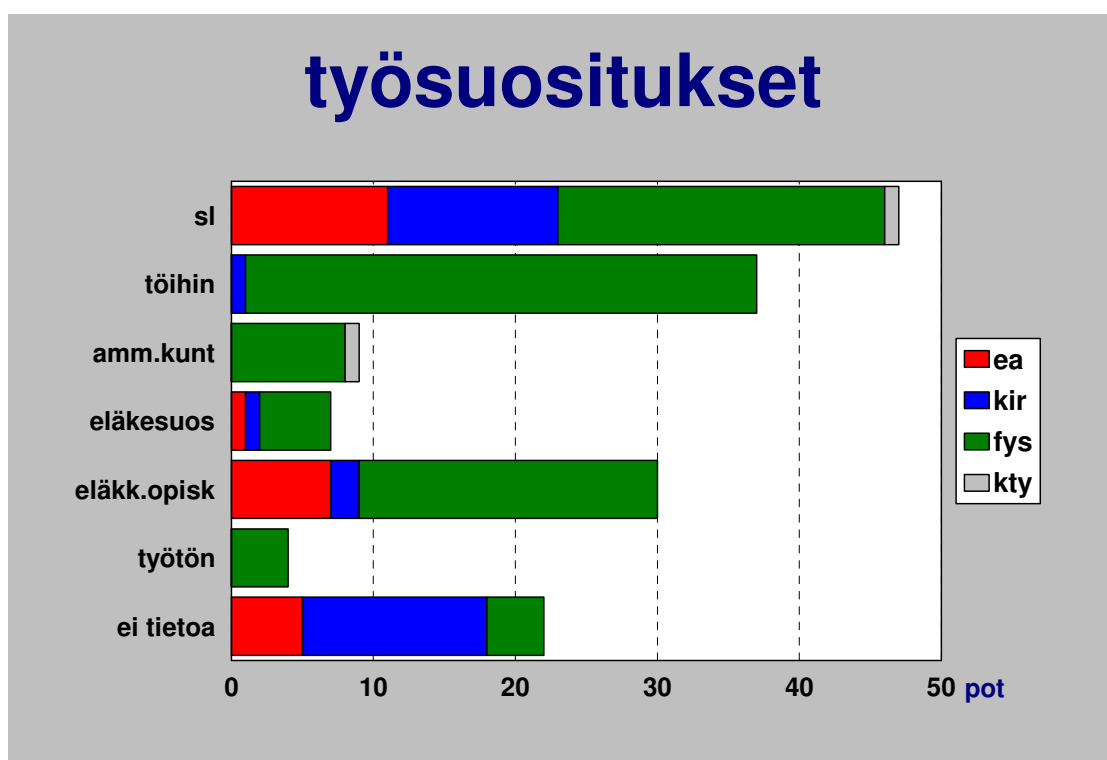


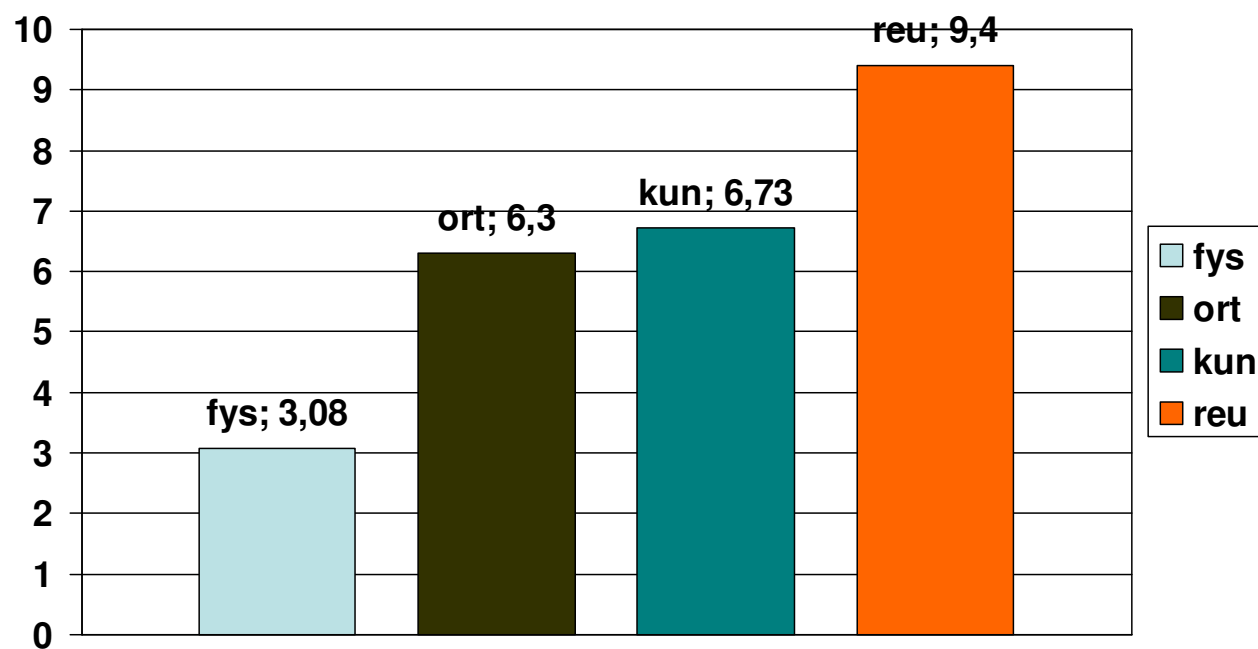
Jonot 2008: prol.extirp 20 pv, dekompr 100 pv, deesit 111 pv

1993–1995



1993–1995



Palautteen lähettämisen viive 2008

Selkäpotilaan prosessin kehittämistyö perusterveydenhuollon (PTH) ja erikoissairaanhoidon (ESH) kesken

LT, fysiatrian ylilääkäri Päivi Sutinen 29.1.2009

Rajat_on -projekti

Selkäkipu perusterveydenhuollon haasteena

TULE- eli tuki-liikuntaelinsairauksista aiheutuu maassamme 684 miljoonan euron vuotuiset työkyvyttömyyseläkemeno, joka vastaa 30 %:a kaikista työkyvyttömyyseläkekustannuksista (Eläketurvakeskus 2005). Kipu on ensisijaisena tai osasyynä perusterveydenhuollon lääkärikäynneissä neljässä tapauksessa kymmenestä (Mäntyselkä 1998). Kipupotilaiden käyntisyistä TULE-oireiden osuus on 42 % (Mäntyselkä 1998). Vajaa puolet TULE-oireista on selkävaivoja ja neljännes nivelrikkoa (Kansaneläkelaitos 2004). ja puolella selkäpotilaita ilmenee toistuvia kipujaksoja (Suomen Akatemia 1996). Mini-Suomiterveydstutkimuksen (1978–1980) aineistossa pitkäaikainen alaselkäoireyhtymä oli 17 %:lla tutkituista (Kalimo ja Antikainen 1978). Terveys 2000 -tutkimuksessa pitkäaikaisen selkäoireyhtymän esiintyvyys oli miehillä 10 % ja naisilla 11 % (Aromaa ja Koskinen 2002); trendi näytti olevan ”alaspäin”. Tämä johtunee osittain työolosuhteitten muutoksista kevyempään työhön. Ihmisten tietoisuus omista sairauksistaan on parantunut, kun mm. yleinen koulutustaso on noussut, ja terveyttä koskevan tiedon saatavuus on lisääntynyt internetin ja potilaille suunnattujen käypä hoito-suositusten kautta.

Muitten kuin selän hoitosuositusten toteutuminen perusterveydenhuollossa

Hämeenlinnalaisilta (n=1500) kysyttiin 2006 heidän sairastuvuuttaan posti- ja haastattelututkimuksella ja tuloksissa näkyi hyvin epidemiologinen jakauma (Vuorma et al 2007): 66 %:lla asukkaista oli todettu pitkäaikaissairaus: astmaa löytyi 9,6 %:lla, sepelvaltimotautia 8,4 %:lla, masennusta 10,8 %:lla ja polven tai lonkan nivelrikkoa 15,9 %:lla. Selkäpotilaita ei tässä tutkimuksessa eritelty, koska yllämainittuja tauteja verrattiin näitten tautien senhetkisiin hoitosuosituksiin. Edeltävän vuoden aikana lääkärin vastaanotolla oli astman takia käynyt 37 % sitä sairastavista, 57 % sepelvaltimotautia sairastavista, 42 % masennusta poteneista ja 47 % henkilöistä, joilla oli joskus todettu polven tai lonkan nivelrikko. Neljatoista prosenttia nivelrikkoisista koki omasta mielestään tarvitsevänsä jatkuvaa lääkärin hoitoa, mutta ei sitä saanut. Suositus kuitenkin yleisesti on, että pitkäaikaissairaista pääsisi lääkäriin jokainen (tarvitseva) kerran vuodessa. Hämeenlinnalaisilla useimpien potilasryhmien hoito vastasi huonosti hoitosuosituksia (Vuorma et al 2007).

Omahoito-ohjaus, mukaan lukien elintapaohjaus kuuluu hoitosuosituksiin, ja on tutkimusnäyttöä siitä, että elintapamuutoksilla ja nivelrikkopotilaiden toimintakykyyn (Messier et al 2004). Siksi myös vaikuttavien ohjausmenetelmien kehittämiseen tulisi kiinnittää huomiota kun pyritään vaikuttamaan potilaiden hoidon tarpeeseen (Vuorma et al 2007).

Päätöksentekoprosessi perusterveydenhuollossa

Käytännön kliinisessä työssä lääkäri käyttää hypoteettis-deduktiivista hypoteesin testaamisen menetelmää. Perusterveydenhuollossa potilaat ovat valikoimattomia ja vaivat sen mukaisesti kirjavat, ja lisäksi vastaanottoaika on lyhyt.

Aluksi potilaasta tehdään diagnoosi hypoteesin (ennakkotodennäköisyyteen perustuvan oletuksen) perusteella. Kun potilas selittää oireitaan, esimerkiksi alaselkäkipua, lääkäri tekee ensimmäisten vihjeitten perusteella lyhyen hypoteesilistan eli mahdollisten diagnoosien listan. Hypoteesit asetetaan tärkeysjärjestykseen epäillyn taudin vakavuuden ja ennakkotodennäköisyyksien mukaisesti. Lääkäri käyttää myös paikallista epidemiologista ja potilaan elinolojen tietämystä.

Deduktiivisella päättelyllä pyritään ”johtamaan yksityinen väite yleisestä totuudesta” ja siten löytämään diagnoosi samalla, kun lääkäri tutkii potilaan. PTH lääkäri joutuu arvioimaan jatkotutkimusten tarpeen, hoitolinjat ja läheteindikaatiot ESH:oon (Mäntyselkä 1998).

Terveyskeskuksen ja työterveyslääkärin toimintaympäristö koostuu useista eri tekijöistä, mutta hoitopäätösstrategian perustekijät ovat kaikilla samat. Toisaalta potilaan tilanne ja tausta (mm. arvot, voimavarat ja autonomia), potilaan mieltymykset ja toisaalta lääkärin osaaminen ja ongelmanratkaisutaidot (kuten arvot, empatia ja voimavarat) ovat diagnoosin taustatekijöitä. Näitten tekijöitten pohjalta tapahtuva potilaan ja lääkärin vuorovaikutus johtaa ”päämäärään”, diagnoosiin, joka perustuu toisaalta hyötynäkökulmiin (ottaen huomioon oikeudenmukaisuuden), myös hoitosuosituksen ja muun kumulatiivisen tiedon. Diagnoosin päätösanalyysiin vaikuttavat aikaisemmat kokemukset ja epävarmuustekijät (Kortteisto 2005).

Kaikkein haasteellisimmassa tilanteessa lääkärit ovat kohdatessaan potilaan kiireisessä päivystystilanteessa, jolloin hoitosuositukseen nojaaminen ei ole aina ajallisesti mahdollista (Vehviläinen et al 2005). Hoitosuhteen onnistumisen edellytys on hoidon jatkuvuus, joka perustuu luottamukselliselle potilas-lääkärisuhteelle (Mäntyselkä 1998). Vastaanotollaan lääkäri paneutuu potilaan asioihin ja on parhaimmillaan empaattinen. Potilaan olisi hyvä tulla kuulluksi. Lääkäri pyrkii rekisteröimään väärät uskomukset, selittämään löydökset ja tukemaan aktiivisuutta ja pystyvyyttä (Pakkala: Facultas 2008). Parhaimmillaan hoitosuositus on kuin yksi työkalu lääkärintakin taskussa kuten stetoskooppi.

Kipupotilas lääkärin vastaanotolla; Potilaan anamneesi ja kliininen tutkimus

Jokaisen kipupotilaan esitiedoissa pitäisi ilmetä (Pakkala: Facultas 2008)

- ☐ nykysairaus (kivun paikka, oireitten alku, kivun ja muitten oireiden laatu ja voimakkuus, kipusäteily alaraajaan, lievittävät tai pahentavat tekijät)
- ☐ koettu toimintakyky (esim. Oswestry)
- ☐ kipujana =VAS 0-10 (kivun voimakkuus ”ei kipua”-tilanteesta alkaen pahimpaan mahdolliseen kipuun asti)
- ☐ tutkimukset, hoidot/teho
- ☐ sairaushistoria (merkittävät yleissairaudet)
- ☐ psykososiaalinen anamneesi (apuna esim. DEPS, BDI)

PTH lääkärin tulisi dokumentoida hyvin anamneesin ja löydökset, jotta niitten muuttumista voisi seurata (myös toinen kolleega), erityisesti myös psyykkiset oireet ja löydökset (Pakkala: Facultas 2008). PTH lääkäri arvioi, milloin tehdään lähete ESH:oon (Kortteisto 2005).

Pitkittynyt selkäkipu voidaan ennaltaehkäistä?

Aikaisempien tutkimusten perusteella pitkittyvän selkäkivun ennaltaehkäisyssä on mahdollista. Ehkäisyssä korostuvat akuutin kivun tehokas hoito, kivun pitkittymiselle altistavien tekijöitten, kuten mielialan laskun tunnistaminen ja näitten riskitekijöitten huomioon ottaminen arkityössä (Hagelberg ja Valjakka 2008, Pakkala: Facultas 2008). Onnistumisen edellytyksenä on toimiva lääkäri-fysioterapeutti- yhteistyö ja yhteistyö muun perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon välillä (Hagelberg ja Valjakka 2008).

Grotle ja hänen työryhmänsä on tutkinut akuutin selkäkivun taudinkulkua ja kiputilanteen pitkittymiseen liittyviä tekijöitä. Potilaitten (n=123) selkäkipu oli kestänyt alle 3 viikkoa ja jotka olivat sen takia ensikäynnillä. Kolmen kuukauden ajan Grotle et al seurasi kivun voimakkuutta, kivun aiheuttamaa haittaa ja toipumisprosessia.

Akuutista selkäkivusta kärsivistä potilaista 76 % toipui moitteetta. Tupakointi, neurologiset löydökset, psykososiaaliset tekijät ja ahdistuneisuus lisäsivät kivun pitkittymisen todennäköisyyttä 3-5-kertaiseksi. Kivun kroonistumiseen vaikuttavat mm. psykososiaaliset tekijät, virheelliset uskomukset ja ajatusmallit.

Psykososiaalisiin riskitekijöihin suunnattua mini-interventiota on tutkittu manuaaliseen fysioterapiahoidon verrattuna (Hay et al.2005). Tutkimuksessa oli mukana 402 akuutti tai subakuutti-kipupotilasta (kipuanamneesi alle 12 viikkoa). Biopsykososiaalista kivunhallintaa veti koulutettu fysioterapeutti ja selkäkivun aiheuttamaa haittaa seurattiin 12 seuraavan kuukauden ajan.

Ryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa, mutta kivunhallintaohjelman läpikäyneet kävivät vähemmän eri hoitokäynneillä ja erikoissairaanhoidon lähetettävien määrä oli pienempi kuin manuaalista fysioterapiaa saaneitten.

Selkäpotilaan lähettäminen ESH:oon

Kuopion terveyskeskuksessa analysoitiin kaikki sairaalaan tehtävät läheteet 2 viikon aikana (Lipponen ja Siltavuori 1995). Potilaista 7,3 %:lle laadittiin lähete. Tuolloin Kuopiossa aluevastuuperiaate toi pitkäaikaisia potilassuhteita ja kaikilla PTH lääkäreillä oli pitkäaikainen kokemus. Hoidon porrastuksen näkökulmasta kustannussäästöt saatiin tehokkaan, hyvin organisoidun ja tarkoituksenmukaisen sairaanhoidon ja ennaltaehkäisevän terveydenhuollon toiminnan kautta. Varhainen sairauksien toteaminen ja sairauksien ennaltaehkäisy sekä sairauksien hyvä hoito ovat myös avainasemassa (Lipponen ja Siltavuori 1995).

Alueellinen hoitoketju tai –ohjelma

Alueellinen hoito-ohjelma (local practice guidelines) on tiettyä sairautta potevien hoitoa ja työnjakoa kuvaava yhteenveto/ ohjeistus useimmiten sairaanhoitopiireissä. Alueelliset ohjeet porrastus- ja työnjako-ohjeet perustuvat paikallisten olojen ja vaatimusten tuntemiseen. Niissä määritetään työnjako perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Ne kertovat, kuka tekee hoitosuosituksessa ehdotetut tietyn taudin taikka oireyhtymän ehkäisyyn, diagnostiikkaan ja hoitoon kuuluvat asiat ja missä.

Hoitoketjun haasteita:

- erilaiset resurssit PTH/ ESH
- sitouttaminen hidasta
- henkilökunnan vaihtuvuus ja yhtenäisten hoitokäytäntöjen puute PTH:ssa
- yksityissektorin mukaan saaminen haastava
- toinen toistensa työtapoja ei tunneta

Selkäkeskus-malli

Pohjois-Karjalan Keskussairaalassa fysiatrian poliklinikalla hoidetaan kaikki ne pohjoiskarjalaiset selkäpotilaat, jotka on lähetetty ESH:oon fysiatrian tai kirurgian klinikkaan, selkäkeskus-mallin mukaisesti: myös ortopedialle tulleet selkälähteet käsitellään ensiksi fysiatrian poliklinikalla. Mikäli kyse on ilmeisestä leikkaushoidosta vaativasta taudista, potilaan asiat käsitellään suoraan fysiatri-ortopedipalaverissa, joka on kerran viikossa.

Meillä on ollut jo 1992 laadittu ensi kerran alueellinen ”selkäpotilaan hoito-ohjelma”, jossa on määritelty tutkimus- ja hoitolinjat paikallisesti selkäsairauksien osalta. Selän hyvä hoito- suositusta on tehty vuosien myötä alueellisesti perustuen valtakunnalliseen käypä hoito- suositukseen. Perusterveydenhuoltoa (PTH) on opastettu lähettämään selkäpotilaat oikea-aikaisesti ja oikeaan paikkaan erikoissairaanhoidon (ESH).

Rajat_on -projekti

Rajat_on –projektin tarkoituksena on selkäsairauksien hoitoketjun/selkäsairauksien hyvän hoidon mallin arviointi. Sen on suunnitellut ja ohjannut yhteistyöryhmä. Ryhmässä on edustajia PKSSK:sta (Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymästä), erityisesti fysiatrian klinikasta (yl Päivi Sutinen, sekä Eero Oura, Ritva Mönkkönen), ja hallintopuolelta kehittämispäällikkö Pirjo Kontio ja sihteeri Kati Pakarinen, sekä lääkäri- ja fysioterapiaeidustus Joensuun terveystieteiden keskukselta (Anne Karttunen, Leena Timonen, Raija Hurri, Tuula Pitkänen) ja Joensuun Työterveydestä (Pertti Lukkarinen). Mukana on ollut myös selkäneuvoja Marja-Terttu Alhainen Selkäliitosta.

Tavoitteena on selkäpotilaan prosessin kehittäminen (ja prosessin toimivuuden parantaminen) PTH:n ja ESH:n kesken, esim. yhteisten keskeisten tavoitteiden asettaminen. Osatavoitteena on parantaa toimivuutta niin, että sillä voisi olla vaikutuksia myös kunta- ja kuntayhtymätalouteen. Keskeisin tavoite on tuottaa tietoa, joka voi ohjata selkäpotilasta hoitavien tahojen toimintaa ja sitä kautta potilaan hoitoa. Tavoitteena on myös arvioida sitä, miten hyvin toteutuu aiemmin 2000 -luvun alussa tehty selkäsairauksien hyvän hoidon malli. Pitkällä aikavälillä pyritään säilyttämään osaavan henkilöstön riittävyys.

Aineiston keruu 2008

Aineiston kerääminen tapahtui keväällä 2008 kaikissa PTH toimipisteissä Joensuussa ja Joensuun työterveydessä. Kaavakkeet jaettiin potilaille ajalla 14.4.–2.5.2008 Joensuun eri toimipisteisiin. Kaavakkeissa oli mukana Oswestry (toimintakykymittari), VAS-jana ja DEPS (depressioseula). Sihteerit jakoivat kaavakkeet selkäpotilaille ennen lääkärille tuloa ja ottivat kaavakkeet myös vastaan. Käytännön järjestelyistä vastasi selkäneuvoja M-T Alhainen.

Ylil Päivi Sutinen suunnitteli kysymykset, minkä pohjalta kerättiin perustiedot kaikista käynneistä potilaspapereitten kautta. Kirjallinen osuus tapahtui marras-joulukuussa 2008.

PTH piirissä tutkittiin

- 1) miten selkäpotilas tutkitaan ja miten se näyttäytyy lääkäritextissä (laadullinen mittari)
- 2) selkäpotilaan hoidon toteumista: minkälainen lääkitys/fysioterapia määrättiin ja mitkä potilaat saivat tai eivät saaneet sairaalalähetettä
- 3) ESH:oon menevien läheteitten määrä
- 4) miten mitattiin ja kirjattiin kivuliaisuus ja toimintakyvyn alenema tai psyykinen kuormittuneisuus/masennus (VAS, Oswestry, DEPS)

ESH piirissä seurattiin:

- 1) läheteitten laatua (100 lähetettä)
- 2) jonoa
- 3) vaikuttavuutta (Oswestry)
- 3) operoitujen potilaitten osuutta selkäpotilaista
- 4) ESH jälkeinen tilannetta. 6 kk kuluttua ensikäynnistä (Oswestry-kysely kaikille)

Rajat-on projektin kerätty keskeinen tilastotieto on listattuna ohessa erikseen.

Tutkimustulokset syksy 2008/ Päivi Sutinen:

	Kaikki	Työikäiset	Vaikea selkäkipu
N	57	43	11
Ikä (keskiarvo $\pm$ SD)	45,9 (16,7)	41,4 (12,8)	39,5 (15,5)
Naiset (%)	59,4	53,5	72,7
Miehet (%)	40,4	46,5	27,3
Oswestry	36,0 (19,6)	37,0 (19,6)	38,9 (13,7)
VAS	7,0 (2,1)	6,8 (2,0)	7,8 (1,03)
DEPS	6,0 (7,1)	7,8 (7,7)	10,2 (9,8)
Iskiaspotilaita (%)	43,6	46,5	54,5

I Kaikki (57):

I kivun kokeminen mitattuna VAS- janalla

Voimakasta kipua ($VAS \geq 7/10$) koki 63% potilaista ensikäynnin aikaan. Kipusanastossa tämänasteinen kivun sensorinen kokemus vastaa kipumittarin sanoja kova; jatkuva (ajallisuus); syvä (sijainti); läpitunkeva, viiltävä (pisto); kouristava/ tukahduttava (kuristus); tulinen (termaalinen); tuskastuttava (jännitys); karmiva (pelko). (Ketovuori ja Pöntinen 1981).

Tällaisia potilaita tulisi aktiivisesti hoitaa ja tarvittaessa ohjata eteenpäin ESH:oon myöhemmin.

Erikoissairaanhoidon	Ensikäynnillä lähetetyt	2.käynnillä lähetetyt	Myöhemmin lähetetyt
N	4/57	2/33	7/24
lähetettyjen määrä	7,0%	6,1%	29,2%
Ikä (ka $\pm$ SD)	39,8 (16,8)	57,5 (2,2)	53,1 (12,3)
Naiset	50%	100%	71,4%
Miehet	50%	0%	28,6%
Oswestry	49,8 (25,8)	46,0 (11,3)	41,4 (18,6)
VAS	6,75 (1,9)	7,50 (2,1)	7,6 (2,2)
DEPS	12,7 (9,7)	3,00	8,0 (10,1)

-masentuneisuus ensikäynnillä (n=57): assosioi korkeaan oswestryyn (heikkoon toimintakykyyn) ja korkeaan kipumäärään (ilmoitettu VAS) merkittävästi.

Jopa 34 %:lla ensikäyntipotilaista oli depts ≥ 10 ja 19%:lla $\geq 15/30$. Tämä voi viitata merkittävään depression, joka vaikuttaa sekä kivulle herkimiseen että heikentyneeseen kuntoutumiseen: ei ole voimavaroja ottautua esim. fysioterapiaan eikä muuhun, omaehtoiseen liikuntaan.

Näitä potilaita olisi seurattava tarkemmin.

Kiputyyppejä eli iskias vaikuttaa miten pitkä sva tulee ensikäynnillä ($p=0.004$)

II Minkälaisia potilaita lähetettiin sairaalaan fysiatrian puolelle?

Kolmannella kerralla lähetetyt ($n=7$): lähes kaikilla oli iskiaskipu, ja selvä kipuhaitta. 4 potilaalla seitsemästä ei oltu mainittu tuntostatusta ollenkaan, ja parilta potilaalta puuttui myös lihasvoimastatus. Sairauslomaa sai 42 %. Lääkkeitä oli kirjoitettu neljälle potilaalle. Viidellä oli VAS yli 7 eli kipu voimakasta, ja kolmella Oswestry oli yli 40.

III ne 14 potilasta, jotka lähetettiin fysioterapiaan kaikkien (n=57) joukosta:

57 %:lla oli iskiaskipu; silti vain neljälle kirjoitettiin neuropaattisen kivun lääkkeitä. Tulehduskipulääkkeitä annettiin lähes kaikille ($n=12$).

Yhdelle kirjoitettiin sairauslomaa yli viikko ensikäynnillä ja yhdelle toisella käynnillä alle 1 viikko; 43 %:lla oli kipu kestänyt yli 6 viikkoa ennen lääkäriin tuloa. Yksi näistä 14:stä lähetettiin ESH:oon toisella käynnillä ja yksi 3. käyntikerralla. -yellow- ja blueflagseja eli työhön ja mielialaan ja uskomuksiin liittyviä tietoja ei maininnut kukaan lääkäreistä! ($n=14$)

Ne fysioterapiaan lähetetyt, joilla Oswestry vähintään 40, oli merkittävästi isommat VAS ja DEPS eli he olivat kipeämpiä ja masentuneempia

II Työikäiset (iskiaskipu yli 6vk ja VAS yli 7)

Ensikäynnin sairaalalähete (k1lah) ja kivun kesto yli 6 vk (K1ki6vk)

		K1ki6vk		Total
		,00	1,00	
k1lah	0	23	16	39
	1	2	2	4
Total		25	18	43

Näiltä potilailta ($n=16$), jotka ovat kipuilleet jo 6 viikkoa, olisi pitänyt kysyä tarkempi kipuanamneesi. Tai olisi voinut käyttää esim. Oswestry-VAS- kaavakkeita, jotta kipuilevista potilaista olisi löytänyt ne hankalimmin oirehtivat.

Työhön liittyviä tekijöitä ei kommentoitu ollenkaan, vaikka olisi ollut tarve:

pitäisi ottaa huomioon työolosuhteet, johtaminen, mahdollisuus kevennettyyn työkuvaan.

III Lähettäminen erikoissairaanhoidon

Ensikäynnin sairaalalähete ja hankalakipuiset potilaat ($n=11$, VAS yli 7) yli 6 vk ajan: ei korrelaatiota!

Näistä potilaista ainakin osa pitäisi lähettää erikoissairaanhoidon arvioon, kivun vuoksi. Vain yksi potilas lähetettiin. Tällä yhdellä lähetetyllä potilaalla oli VAS 8 ja Oswesty 54 (huomattava toimintakykyhaitta).

Niistä kymmenestä potilaasta, joita ei lähetetty, 70 %:lla oli kipua kestänyt yli 3 kuukauden ajan. Vaarana ei-lähettämisessä fysiatrian puolelle eli jäämisessä PTH hoitoon on voimakkaan kivun kroonistuminen ja toimintakyvyn lasku. Tuolloin kuntoutukseen myöhemmin saattaa kulua paljon enemmän aikaa verrattuna siihen, että potilaat olisi lähetetty saman tien /seuraavilla kerroilla erikoissairaanhoidon, esim. prolapsin poissulkuun.

IV Tämän tutkimuksen perusteella seuraavia johtopäätöksiä voidaan tehdä:

Selkäkipu on työikäisten yleisin pitkäkestoinen kiputila mutta valtaosa selkäkipua kokevista toipuu kuukauden kuluessa. Tämän jälkeen toipuminen hidastuu; kuitenkin se jatkuu vielä kolmeen kuukauteen asti. Vuoden kuluttua 17–45 %:lla potilaista esiintyy edelleen selkäkipuoireita (Hagelberg 2005) Kyse saattaa olla joko uudesta selkäkipujaksosta tai selkäkipuongelman jatkumisesta. Selkäkipuvun pitkittymiseen vaikuttavat monet fysiologiset, psykologiset, toiminnalliset ja sosiaaliset tekijät. Aikaisemmat selkäkipujaksot, tuntohermovaurio sekä mielialaan, ajatuksiin, uskomuksiin, tunteisiin ja käyttäytymiseen liittyvät pitkittymisprosessiin (Pakkala: Facultas 2008).

PTH lääkäreillä ei ole riittävästi aikaa jokaisen selkäpotilaan tutkimiseen riittävän paljon. Nuoret kollegat tarvitsisivat kokeneemman kollegan tukea. Ulkoistus johtaa herkästi tilanteeseen, jossa vuokralääkärit eivät tunne paikallisia ”pelisääntöjä”. Perusterveydenhuollossakin kannattaisi ottaa käyttöön kipuanalyysiä helpottavat lomakkeet: kipupiiirros, kipujana ja/tai toimintakykymittari Oswestry sekä lyhyt kliininen masennusseula DEPS (Pakkala: Facultas 2008).

Lääkärikoulutuksessa olisi kiinnitettävä huomiota kipupotilaan toimintakykyarvion opettamiseen, Lääkärin tekemässä potilashaastattelussa kannattaisi vastaisuudessa kiinnittää enemmän huomiota potilaan mieliala-, motivaatio- ja työolosuhdeseikkoihin, jotka kuitenkin vaikuttavat kivun kroonistumiseen. Vakituksille lääkäreille ja fysioterapeuteille kannattaa järjestää lisäkoulutusta ja opettaa myös kliinistä tutkimista erityisesti hands-on – tyyppisesti. Tätä työtä tehdään fysiatrian klinikan kautta. Lisäksi tehtäväsiirrot lääkäriltä lisäkoulutetuille fysioterapeuteille selkäpotilaan osalta voivat ratkaista osan ongelmakentästä. Aika tulee sen näyttämään. ESH on erikoistunut hoitamaan hankalimmat potilaat, konsultaatioluonteisesti. Päävastuu selkäpotilaista säilyy aina perusterveydenhuollossa, ja sen osaamisesta tulee pitää kiinni.

Tulevaisuudessa:

- ☐ selkäpotilaan hoidon vaikuttavuuden seuranta (Oswestry, VAS, DEPS)
- ☐ yhteistyön tiivistäminen terveystieteiden kanssa: palautteet puolin ja toisin
- ☐ yhteisesti sovittu fysioterapian käytäntö sairaalan poliklinikalla ja terveystieteissä
- ☐ koulutus perusterveydenhuollon tarpeita vastaten ja johdon sitoutuminen hoitoketjuun

Viitteet

Alaselkäsairauksien käypä hoito. Duodecim 2008; 124: 2237-9.

Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Helsinki 2002:63

Eläketurvakeskus. Eläkkeensaajat, tilastotiedot. Helsinki 2005

Grotle M, Brox JI, Veierod MB,...Clinical course and prognostic factors in acute low back pain. Patients consulting primary care for the first time. Spine 2005; 30:976-82.

Hay EM, Mullis R, Lewis M. Comparison of physical treatments versus a brief pain-management programme for low back pain in primary care: a randomised clinical trial in physiotherapy practice. Lancet 2005; 365: 2024-30

Kalimo E, Antikainen I. Selkäsairauksien esiintyminen Suomessa. Suom Lääkäril 1978;33:1736-42

Kansaneläkelaitoksen kuntoutustilastot 2005. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja. Kansaneläkelaitos, tilastoryhmä, Helsinki 2006

Ketovuori H, Pöntinen PJ, A pain vocabulary in Finnish- The Finnish Pain Questionnaire. Pain 11:247-253, 1981.

Kortteisto T. Pro gradu. Terveystieteiden tutkimuskeskus, Kuopion yliopisto 2005.

Mäntyselkä P. Kipupotilas terveystieteiden tutkimuskeskuksessa. Kuopio: Kuopion yliopisto, 1998.

Lipponen P, Siltavuori M. Kaupunkiterveyskeskuksen lähetekäytäntö. Suomen lääkäri-lehti 1995; 8: 902-905.

Pakkala I. Facultas- krooninen kipu. Toimintakyvyn arviointi. Duodecim 2008.

Suomen Akatemia. Selkäsairaudet. Konsensuskokous. Suomen Akatemian julkaisuja 6/96. Helsinki: Edita, 1996

Vuorma S, Keskinen S, Koponen P, Lehtonen O-P, Koskinen S, Aromaa A. Kohtaavatko hoitokäytäntö ja suositus? Väestötutkimus pitkäaikaissairauksien hoidosta. SLL 2007; 4125-

Vehviläinen A, Takala J, Keinänen-Kiukaanniemi S, Posti S, Viinikainen H, Kumpusalo E. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen päivystysajan lääkäri-ikäkäsnyit ja lähetet eikoissairaanhitoon. SLL 2005; 60:1821-5

Suositus prosessin kehittämiseksi yli organisaatiorajojen

1. Päätös prosessin kehittämisestä

2. Työryhmän nimeäminen

3. Prosessikuvauksen analysointi

4. Tavoitteen asettaminen

5. Käytettävät menetelmät ja keinot

6. Aineiston keruu ja analysointi

7. Kehittämistarpeet ja johtopäätökset

8. Uuden mallin käyttöönotto

9. Jatkosta sopiminen

1. Päätös prosessin kehittämisestä

- Ml. valmistelu, kytkeytyminen strategiaan ja toimintaperiaatteisiin
 - Sairausryhmäkohtaiset kehittämiset → laaja-alaisuus, sairausryhmä merkittävä
 - Rytmitys kehittämistyölle
- vuositasolla sovitaan keskeiset potilasryhmät yhdessä PTH ja ESH esim. 3 vuoden jaksolle
- Johtajuus – kenellä vastuu kehittämistyöstä, sovittava
 - Prosessin kehittämisessä mukana olevat tahot ja organisaatiot:
- Ky:n ja terveystieteiden johto, prosessin omistajat määrittelevät mukana olevat tahot (vuosittain)

2. Työryhmän nimeäminen

- Ml. Kaikki osallistujaorganisaatiot ja tehtävät
 - Moniammatillisesti ja yhdessä
- työryhmän kokoonpano (prosessin eri vaiheista edustava kokoonpano ei kuitenkaan liian suuri ryhmä, sitoutuminen koko ajanjaksolle)
- Neutraali taho mukana, prosessin kehittämisestä ja arvioinnista kokemusta (ulkopuolinen näkemys prosessiin, ei painolastia, ei tunnesiteitä)
 - Resurssit; otona pääasiallisesti, mutta lisäksi työajan irrottaminen tiettyihin kokonaisuuksiin
 - Asiakkaan tarpeet ja vaatimukset
- Kolmas sektori tai potilasjärjestö mukana tärkeää (esim. Selkäliitto)
- Potilas mukana prosessin kautta

3. Prosessikuvauksen yhteinen analysointi

- Ml. nykytilan analysointiosuus. Tämän jälkeen kehittämistyön jatkaminen ja siirtyminen seuraavaan portaaseen
 - Prosessin läpi käynti ihan oikeasti yhdessä ja kartoittaa kehittävät kohteet/kohdat
 - Prosessin keskeiset vaiheet sekä hoitosuositukset ja tärkeimmät toimintaohjeet
- alueellinen hoitosuositus ja sen päivitys

4. Tavoitteen asettaminen

- Ml. aikataulut, pienryhmien nimeäminen, suositeltavaa nimetä neutraali arviointiryhmä.
 - Yhdessä työstettävä selkeä tavoite (alkutyön pohjalta tai yhdessä työstetään) prosessin kehittämiselle
- auttaa paljon kehittämistyössä
- Aikataulun laadinnassa realistisuus
- tietyille työvaiheille varattava sopivasti aikaa → hyvä rytmitys
- Tavoitteet ja mittaaminen → Mitä asioita halutaan arvioida
 - Projektiryhmän ohessa tehokas pienryhmätyöskentely (rajattu tavoite)
- auttaa paljon kehittämistyössä

5. Käytettävät menetelmät ja keinot

- Ml. työryhmien työskentelyjen koordinointi ja johtaminen
- Yhteiskunnalliset tulokset
- Toiminnan taloudellisuus; on huomioitava jo tavoitteen asettelussa. (Haetaanko esim. kustannussäästöjä laajemmin? Vaikeaa.) Talousasiantuntijan käyttö tarpeen.

6. Aineiston keruu ja analysointi

- Asiakkaat, potilaat
- Coronarian palvelun käyttö vaikuttavuusmittauksissa sovitussa kehittämishankkeissa
- Todellisiin potilastietoihin tutustuminen ja arviointi (esim. todelliset lähetteet)
- Oswestry ja VAS; vaikuttavuusmittarit; testausta, tunnetuksi tekemistä ja jatkosta sopimista ja potilaan hoidon arvioinnin yhtenäistämistä
- Aineiston keruu aika riittävän pitkä

7. Kehittämistarpeet ja johtopäätökset

- Ml. uuden mallin arviointia

8. Uuden mallin käyttöönotto

- Koulutus, toimintakäytäntöjen ohjaus
- Hoitosuosituksien internetistä saatavissa yhdessä sovitusta osoitteesta? Nyt klinikoiden alla
- Henkilöstötulokset
- Koulutuksesta huolehtiminen, mikäli kehittämistyö on tuonut uusia toimintamalleja

9. Jatkosta sopiminen

- Ml. auditoinnit ja päivitykset
- Määriteltävä, kuinka usein prosessia yhdessä arvioidaan (ajantasaisuus). Liite PKSSK:n laatutyön ” Prosessin peruslomake”



1. Prosessin perustiedot

Prosessin nimi	Prosessin omistaja	Tavoiteaikataulu (kuvaus valmiina jne.)
Miksi tämä prosessi on valittu kehitettäväksi ja kuvattavaksi?	Prosessin alku (esim. mistä potilaat tulevat)	Prosessin loppu (esim. minne potilaat menevät)
Prosessin kehittämistyöryhmä	Prosessin kehittämiseen osallistuvat tahot, yksiköt ja organisaatiot	Keskeiset yhteistyökumppanit
Asiakas (Ketkä ovat prosessin asiakkaita?)	Asiakkaan tarpeet ja vaatimukset	

2. Prosessin kulku

Prosessin keskeiset vaiheet 1.	Tärkeimmät ohjeet (ohje, vastuuhenkilö, päivitys)
-----------------------------------	---



3. Tavoitteet ja mittaaminen

Missä tulee onnistua, jotta prosessi toimii hyvin? (=Hyvin toimivan prosessin kriteerit)					
1.					
MITTARIT	Mittari	Tavoitetaso	Miten tietoa kerätään, kuka, millä aikataululla	Tulosten arkistointi, mistä ne löytyvät	Miten tuloksia käsitellään ja hyödynnetään?
Prosessin sujuvuuden mittari					
Vaikutavuuden mittari					
Muut mittarit					
Mitattava asia. Mitä sen mittaamisella pyritään ohjaamaan?	Mittari	Tavoitetaso	Miten tietoa kerätään, kuka, millä aikataululla	Tulosten arkistointi, mistä ne löytyvät	Miten tuloksia käsitellään ja hyödynnetään?

4. Prosessin kehittäminen

Kuinka usein arvioidaan prosessikuvauksen ajantasaisuus, ja miten?	Auditoinnit
--	-------------

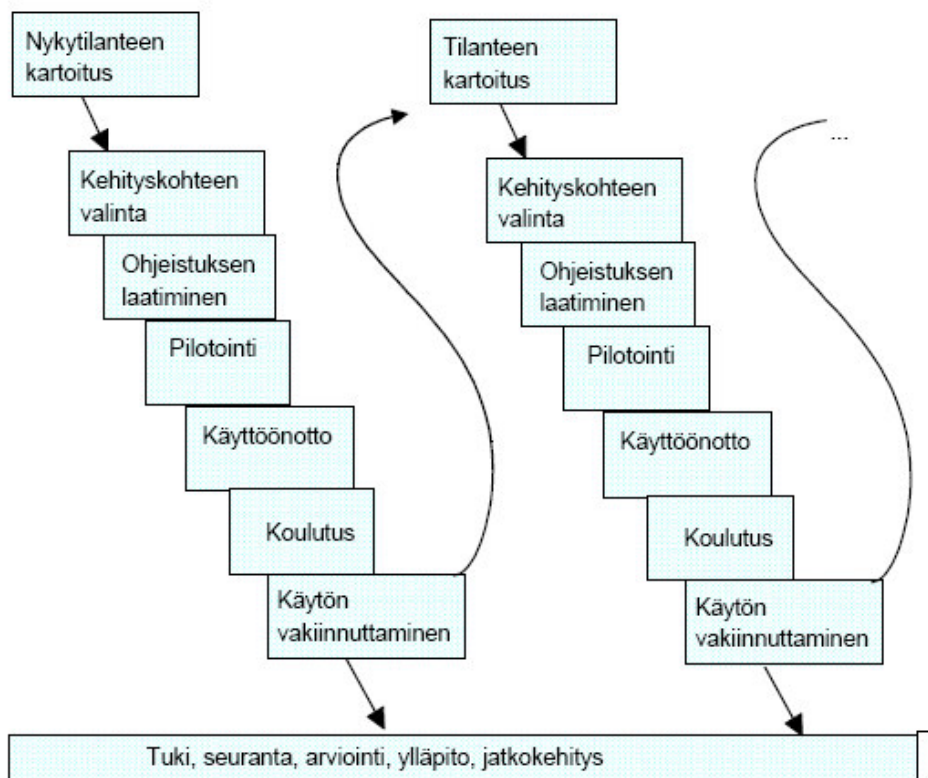
Vahvuudet (Hoitoketju –projektiryhmän kokouksessa 29.1.2009)

- Moniammatillisuus (Organisaatorajat ylittävä)
- PTH-otanta – työpanos
- PTH-otanta – todelliset potilaat ja niiden sairauskertomukset
- Toisten työtapaan tutustuminen
- Aloitettu keskustelu hoidon vaikuttavuuden seurannasta
- Tutkittua tietoa voidaan hyödyntää eri tilanteissa
- Yhtenäistää potilaan hoitoa
- Projekti mahdollistaisi syvemmän yhteistyön fysioterapian osalta
- Joensuu, Joensuun työterveys ja ESH – kaikki mukana
- Voidaan yhdessä kehittää uutta toimintamallia (tehtäväsiirto fys-terapeutille)

Heikkoudet

- Hankkeen tavoitteen asettelu (liian pitkä aika kun päästiin konkretiaan)
- Henkilöiden vaihtuminen projektin välillä
- Sitouttaminen
- PTH:n resurssien puute
- Yksityissektori rajattiin ulkopuolelle
- Ostopalvelulääkärien vaihtuvuus
- Tietojen keräysvaiheessa ja lopussa turha kiire (ohi valuvia)

Prosessin kehittämisen eteneminen



Näkökulma: Omistaja	Tavoitteet 2008 - 2010	Toimenpiteet 2008	Toteuma 2007 - 2008
Päämäärä Kustannustehokkuus, taloudellisuus, luotettavuus ja palvelujen saatavuus	Seuranta hyödyttää kuntia. Kuntaneuvottelujen sisältöä tarkennetaan ja terävöitetään. Tuodaan yhtenäisyyttä, yhteismitallisuutta ja selkeyttä kustannusrakenteeseen. Kunnan vaikuttamis- mahdollisuuksia lisätään. Kustannusten kohdentamisen parantaminen ottamalla käyttöön Drg –luokituksen mukainen tuotteistaminen ja hinnoittelu Erikoissairaanhoidon kustannusten ennustettavuus ja kustannuskasvun hillitseminen PTH:n, ESH:n ja vanhustenhuollon kustannusten hallinta	Seurannan toteuttaminen edellyttää tarkempaa mittareiden määrittämistä ja tavoitteista sopimista. Mittaristo –projektiyryhmä tekee kehittämistyötä. Kehitetään raportteja, niiden sisältöjä ja tietojen saannin oikea-aikaisuutta kuntien tarpeiden pohjalta kohteina mm. hoitoon pääsy, lähetteet (hoitoon tulleet potilaat), epikriisit, talous. Tietovaraston sisältöä ja rakenteita hiotaan kuntia ja terveystieteitä palvelevaksi. Käytössä teknistä osaamista. Toteutetaan reaaliaikainen keskeisten tavoitteiden seuranta. Otetaan käyttöön kuukausittainen ennuste todennäköisimmistä talousarviovuoden kuntalaskutuksen toteumasta ensin Joensuun pilotikunnan kanssa. Laajennetaan muihin kuntiin. Etsitään lähetteiden määrään suhteutettua mittaria (esim. Kustannukset voivat nousta max 3 % edellyttäen, että hoitoon tulleiden potilaiden määrän kasvu max 1 %. Mikäli hoitoon tulleita on enemmän, kustannukset saavat nousta 1%-yksikön verran enemmän kuin kysyntä). Määritellään keskeiset seurattavat toiminnot ja kustannukset. Esim. vanhustenhuolto rajataan selkeästi. Liitetään raportointipohjaan joitakin valtakunnallisia tilastotietoja tavoitteena trendien seuraaminen (palvelutarpeeseen suhteutetut kustannukset per asukas). Otetaan selvää Pohjois-Karjalan kansanterveyden keskuksen ylläpitämistä indikaattoreista ja selvitetään niiden hyödyntämismahdollisuudet.	Mittaristoprojektiyryhmä teki käytännön kehittämistyötä sitoutuen ja prosessinomaisesti. Tietovarastotavoite ei toteutunut, koska ATK-resursseja ei saatu suunnitellusti käyttöön. Tietovarastoon liittyvät virheellisydet, niiden etsintä ja poistaminen veivät suhteettomasti aikaa. Tietovaraston sisällön suora hyödyntäminen oli ongelmallista. Jatkossa PTH:n tiedot tulee saada tietovarastoon. Suuri syy atk-henkilöstön puutteeseen oli P-K:ssa samanaikaisesti aloitettu maakunnallisen potilastietojärj. kehittämis- ja käyttöönottotyö. Sähköisiä raportteja laajennettiin maakuntaan ja kaikille kunnille mahdollistettiin pääsy extranet -raporttikirjastoon. ESH:n kustannusten ennustettavuutta parannettiin. Kunnianhimoisen kuntatuloskortin sisällön määrittely toteutui. Tekninen tietovaraston päälle rakennettu automaattinen seuranta onnistui muutaman mittarin osalta, mutta todelliseen automaattiseen seurantaan ei päästy. Valtakunnallisia tietoja ei integroitu. P-K:n kansanterveyden keskus oli mukana projektissa.

Näkökulma: Asiakas	Tavoitteet 2008 - 2010	Toimenpiteet 2008	
Päämäärät Asiakkaan näkökulma on huomioitu ja näkyv hoitoprosesseissa. Palvelut ovat tasavertaisesti saatavilla asuinpaikasta riippumatta.	Prosessia kehitetään niin, että päästään potilaan näkökulmasta yhtenäiseen hoitoketjuun. Oikea-aikainen hoitoon pääsy. Oikea-aikainen ja vaikuttava hoito.	Selkäsairaalan potilaan hoitoketjun kehittämisyryhmä on nimetty. Mukana on Joensuun terveyskeskuksen ja työterveyshuollon sekä erikoissairaanhoidon edustajat. Arvioidaan nykyistä selkäröntautien hoitoketjua yli organisaatiorajojen (ml perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito). Haetaan seurattavia mittareita; esim. hoitoon pääsy, läpimenoaika jne. Projektissa selvitetään selkäsairaalanpotilaan pilotoinnin avulla hoitoketjun toimivuutta. Potilaan näkökulmaa vahvistetaan esim. ottamalla käyttöön potilasarviota varten lomakepohja. Toisena mahdollisena keinona voisi olla testata seuranta- ja järjestelmän avulla vaikuttavuutta esim. jälkeenpäin tehtävällä kyselyllä (kännykkä, sähköposti jne).	Kehittämistyöryhmä nimettiin syksyllä 2007. Työskentelyssä olivat mukana keskeiset eri tahot, yksityissektori rajattiin ulkopuolelle. Selkäröntautien hoitoketjua arvioitiin yhdessä. Hoidon tarvetta ja mittareita arvioitu analyysien yhteydessä. (ESH ja PTH). 100 lähetettä luettu läpi. 10-portaisella arvioinnilla tietosisällön pisteet saatiin v 1995 ja v 2008. Ko. lähetteet olivat keskimäärin melko hyviä. Erikoissairaanhoidossa mitattiin hoidon vaikuttavuutta 78 sairaalaan tulevalta potilaalta (Oswestry). Kuuden kk:n seuranta tiedot saatiin 43 eli 55 % em. potilaista Coronarian kyselyllä. Oswestryn kokonaismäärä laski keskimäärin vähän, 36 %:sta 33,7 %:iin. Tietoa kerättiin PTH:ssa. Vastaaajien (n=57) valtaosa oli keski-ikäisiä, keskiarvo 45,9 vuotta (SD±16,7). Kipu oli keskimäärin kovaa ensikäynnille tullessa: VAS 7,0 (2,1). Iskiaspotilaita oli ensikävijöistä 43,6 %. Työikäisiä oli 43 potilasta. Oswestry- ja VAS- seurannat suositellaan käyttöönotettavaksi terveyskeskuksissa. Integrointi jatkossa Mediatri – järjestelmään on tavoitteena.

Näkökulma: Toimintamallit	Tavoitteet 2008 - 2010	Toimenpiteet 2008	Toteuma
Päämäärät Perusterveydenhuolto (PTH) ja erikoissairaanhoidon (ESH) muodostavat saumattoman kokonaisuuden. Alueellisen toiminnanohjauksen kehittäminen, yhteisen strategian laatiminen	Kehitetään yli organisaatiorajojen meneviä prosesseja ja hoitoketjuja. Kehittäminen on olennainen osa yhteistyötä ja johtamista. Keskeiset yhteiset prosessit on selvitetty ja kuvattu ja sovittu niihin tarvittaessa muutoksista Yhdessä sovitut hoitomallit. Toimintamalli muiden prosessien kehittämiseen. Auditointiosaaminen kasvaa. Prosessien kehittämisessä ja johtamisessa hyödynnetään palautteita. Toiminnan ohjauksessa tarvittava tieto saatavilla oikea-aikaisesti. Raportit sähköiseen muotoon. Yhteinen tulokortti: Yhdessä	Hoitoketju –projektiryhmässä paneudutaan selkäsairaahan potilaan hoitoketjuun, mittareihin ja kehittämistarpeisiin yli organisaatiorajojen. Selkäpotilaan hoitoketjua kehitetään suunnitelmallisesti. Erityisesti kiinnitetään huomiota prosessien rajapintoihin. Kuvatut prosessit tallennetaan extranettiin. Kehittämistyön aikana etsitään ja käytetään uutta toimintamallia prosessien kehittämiseksi yli organisaatiorajojen. Tehdään yhteistyötä PKSSK:n laatutyön ohjausryhmän kanssa. Selvitetään yhteisten auditointien tarkoituksenmukaisuus ja käyttömahdollisuus muutamien keskeisten potilasryhmäkohtaisten hoitoketjujen arvioinnissa (esim. selkäsairaudet, astma, skitsofrenia, depressio, apuvälinetoiminta, diabetes). Haetaan olennaisia yhteistyökysymyksiä kuntien ja PKSSK:n välisissä yhteistyöneuvotteluissa. Kehitetään nykyistä raportointia tarpeiden pohjalta. Sovitut raportit rakennetaan ekstranettiin. Kehitetään tietovarastoa. Haetaan keskeiset mittarit ja asetetaan niille tavoitteet.	Potilasotanta PTH:ssa huhti-toukokuussa. Vastaajia 62. Nimi ja henkilötunnus, kyselyt oswestry, kipumittari ja depts toteutettiin. Projektissa valmistui analyysi selkäpotilaan hoitoketjun toimivuudesta. Luettu ja taulukoitu 100 lähetettä. Alueellista selkäpotilaan hoitosuositusta päivitettiin 13.3.2009.(vrt. koulutus). Projektin oma suositus yliorganisaatiorajojen menevästä hoitoketjun kehittämisestä valmistui. Projektiryhmä suosittelee; Auditointi kannattaa tehdä koko hoito-ketjusta (ESH jo tehty). Uuden ns. tehtäväsiirto-koulutuksen suunnittelutyötä on jatkossa tehtävä. Peruskeskustelua tarvitaan P-K:n sos.- ja terv.huollon al. ohjauksesta. Projekti vahvisti, että PKSSK:n ja kuntien tulisi käydä perusteelliset neuvottelut siitä, miten P – K:n sos. - ja terv.huoltoa tulevaisuudessa kehitetään. Kuntatulokorttiin saatiin määriteltyä keskeiset mittarit ja niille tavoitetasot.



TUOMOLAS OY

KOHTI RAJATONTA TERVEYDENHUOLTOA

ARVIOINTISELVITYS

***POHJOIS-KARJALAN SAIRAANHOITO- JA SOSIAALIPALVELUJEN
KUNTAYHTYMÄN RAJAT_ON –HANKE***

SEPPO TUOMOLA

SISÄLLYSLUETTELO

1. JOHDANTO	3
2. ARVIOINTIHAVAINNOT	4
2.1. Hankkeen lähtökohdat	4
2.2. Hankesuunnitelma	6
2.3. Hankkeen organisointi	7
2.4. Hankkeen tulokset	9
2.5. Hankkeen vaikuttavuus	11
3. KOKONAISARVIO	13

Liite 1: Yhteenvedo hankeorganisaatioon osallistuneiden hanketta koskevista yleisistä kokemuksista

Liite 2: Arviointiraportin esittelydiat

1. JOHDANTO

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä on päättänyt teettää vuosien 2007-08 kuluessa käynnissä olleesta Rajat_on –hankkeesta ulkopuolisen arvioinnin.

Hanke on jatkoa kuntayhtymän hallituksen vuonna 2004 asettamalle ”Alueellisen strategisen johtamisen malli – hankkeelle” (ALSTRA). Projektisuunnitelman mukaan Rajat_on –hankkeen ”keskeisin tavoite ja peruste on tuottaa sellaista mitattavaa tietoa, joka tuo konkreettista hyötyä sekä toiminnan ohjaamiseen että potilaan hoitoon” perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon rajat ylittäen.

Rajat_on –hankkeessa on toiminut ohjausryhmä ja kaksi työryhmää; hoitoketjuryhmä (pilotina selkäpotilaan hoitoketju) ja mittaristoryhmä (pilottina Joensuun kaupunki). Arviointiselvitys koskee kummankin työryhmän työtä sekä hanketta kokonaisuutenaan sen taustasta ja käynnistysvaiheista aina hankkeessa 15.11.2008 vallinneeseen tilanteeseen asti.

Arviointityö on jäsennetty osioihin, joita ovat:

1. Hankkeen sekä sen tarkoituksen ja tavoitteiden soveltuminen terveydenhuollon kansallisiin, alueellisiin ja paikallisiin linjanvetoihin, odotuksiin ja ongelmiin; *<lähtökohdat>*
2. Hankkeen tavoiteasettelu, suunnittelu ja käynnistys; *<hankesuunnittelu>*
3. Hankkeen organisointi, organisoinnin toimivuus ja toteutusprosessi; *<organisointi>*
4. Hankkeen tulokset, osatulokset ja ehdotukset; *<tulokset>*
Tulosten arviointi osatekijöittäin (hoitoketjuosuus sekä mittari- ja raporttiosuus)
5. Hankkeen vaikutukset ja käytännön soveltaminen kuntien, terveyskeskusten ja PKSSK:n rajapinnoilla, kuntaneuvotteluissa ja rajat ylittävien palveluketjujen ohjauksessa; *<vaikuttavuus>*
6. Kokonaisarvio hankkeessa onnistumisesta sekä kehittämis ehdotukset; *<johtopäätökset>*

Kussakin osiossa kuvataan tiivistetysti (a) hankkeessa tapahtunut ja (b) annetaan po. osiota koskeva verbaalinen arviointi sekä esitetään näkemys mahdollisesta kehittämistarpeesta.

Arviointityö on toteutettu:

- hankkeen asiakirja-aineisto analysoimalla siten, että siitä on luokiteltu käytettävissä olevat havainnot kuhunkin edellä esitettyyn viiteen osioon,
- suorittamalla strukturoitu, tiivis muotoinen kysely hankeorganisaatioon kuuluville.

Arviointityön on suorittanut ulkopuolisenä arvioitsijana VTM Seppo Tuomola.

2. ARVIOINTIHAVAINNOT

Arviointihavainnot esitetään seuraavassa osioittain. Kunkin osion kohdalla kuvataan tiivistetysti (a) hankkeessa tapahtunut (suunnitelma ja toteutus) ja (b) arviointijohtopäätökset ja kehittämis ehdotukset.

2.1. Hankkeen lähtökohdat

Hankkeen lähtökohtien tarkastelulla tässä tarkoitetaan sen arvioimista, miten hankkeen tarkoitus, tavoitteet ja hankesuunnitelma soveltuvat terveydenhuollon kansallisiin, alueellisiin ja paikallisiin linjanvetoihin, odotuksiin ja ongelmiin ja miten hankkeessa on näiltä osin onnistuttu. Em. linjanvetoja voidaan tiivistetysti kuvata seuraavasti:

- Maassamme tavoitellaan kansallisesti (vrt. Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi; Vanhasen hallituksen hallitusohjelma, Kunta- ja palvelurakennemuutoksen puitelaki; KASTE –ohjelma; Terveydenhuoltolakiyöryhmän muistio) Rajat-on – hankkeen aihepiirin osalta perusterveydenhuollon ja erikois-sairaanhoidon välisen integraation edistämistä, yhteen sovitettuja järjestämissuunnitelmia, kansallista ja alueellista tietohallintoa, kuntien kustannusten parempaa ennakointia, hoitoon pääsyä koskevien tavoitteiden toteuttamista ja hoitoketjujen sujuvuutta sekä kansalaisten valintamahdollisuuksien lisäämistä
- Alueellisesti ja paikallisesti Pohjois-Karjalassa on pidetty tärkeänä mm. PKSSK:n, perusterveydenhuollon ja kuntien yhteisiä palveluja sen mukaan, mitä niistä erikseen sovitaan (vrt. ns. Pohjois-Karjala –malli, PKSSK:n strategia, järjestämissuunnitelma sekä erikseen toteutetut kehittämishankkeet, mm. ALSTRA). Lisäksi kuntien taholta on toivottu PKSSK:n raportoinnin kehittämistä sekä toiminnan ja talouden luotettavia toteutumisen nusteita
- PKSSK:n ohjausjärjestelmässä ja yhteistyössä jäsenkuntien kanssa on painotettu mm. kuntaneuvottelukäytäntöjä, yhteisiä hankkeita sekä PKSSK:n sisäisiä johtamis-, toiminta- ja taloussuunnittelu- ja kehityskeskustelukäytäntöjä

Hankkeessa tapahtunut

Hankesuunnitelman lähtökohtana on ollut ALSTRA -projekti, jonka mukaan suunnittelu, seuranta ja raportointi perustuvat tasapainotettuun mittaristoon, jota tavoitellaan rakennettavaksi yhteisenä perusterveydenhuollolle ja erikoissairaanhoidolle.

Tiivistelmänä Rajat-on –projektin hankesuunnitelmassa kuvatuista hankkeen lähtökohtiin liittyvistä näkemyksistä voidaan todeta seuraavaa:

- Projektin keskeisin tavoite ja peruste on tuottaa sellaista mitattavaa tietoa, joka tuo konkreettista hyötyä sekä toiminnan ohjaamiseen että potilaan hoitoon
- Projektin tavoitteena on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön syventäminen ja kehittäminen, yhteisten keskeisten tavoitteiden asettaminen sekä seurantajärjestelmän että mittariston kehittäminen sekä tulosten hyödyntäminen toiminnan ohjaamiseksi. Yhteistyöasiana keskitytään kunta- ja kuntayhtymätalouteen, niiden vaikutuksiin, talouden ennustettavuuteen ja toimivaan hoidon porrastukseen
- Hankkeella tavoitellaan myös seurantajärjestelmän toteutusta maakunnallisella tasolla
- Teknisen työn rinnalla toteutetaan kuntayhteistyön kehittämisprosessi, jossa keskitytään yhteistyön olennaisiin sisältöihin ja asetetaan yhteisiä tavoitteita. Mittarit konkretisoidaan mittarikorkeiksi ennen kuin ne voi teknisesti toteuttaa. Jokaiselle mittarille on päätettävä tavoitearvot ja liikkumavara sekä hälytysarvot

- Seurantajärjestelmää hyödynnetään palaverien yhteydessä, erilaisissa yhteistyötilanteissa ja samalla parannetaan palveluja ostavien vaikuttamismahdollisuuksia
- Erikoissairaanhoidon koskevilla kuntakierroksilla annetaan ajankohtaista informaatiota erikoissairaanhoidon ja erityshuollon palveluista. Näiden yhteistyöneuvottelujen sisältöä voidaan huomattavasti syventää ja ottaa keskeiset asiat, koskien myös tulevaisuutta, määrätietoisemmin esille. Asetettujen tavoitteiden seuraamiselle on saatava käyttöön automaattinen helppokäyttöinen ja helposti hyödynnettävä järjestelmä
- Sekä perusterveydenhuoltoa että erikoissairaanhoidon kiinnostaa prosessien toimivuus, mikä edellyttää mm. prosessien ja mittareiden kehittämistä.

Arviointijohtopäätökset ja kehittämis ehdotukset

Arviointijohtopäätöksiä voidaan todeta, että hankkeen tarkoituksen ja tavoitteiden määrittely on hyvä. Se tukee selvästikin niitä linjauksia, mitä sekä kansallisesti että alueellisesti ja paikallisesti pidetään tärkeänä.

Idea perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteisestä tulokortista on hyvä, joskin kunnianhimoinen. Toimiakseen tulokortin toteuttaminen on myös vastuutettava sen toteuttamisesta huolehtiville toimijoille –myös perusterveyden-huollolle. Pelkkä tulokortti tavoitemäärittelyineen, tietosisältöineen ja raportointeineen ei riitä, vaan kuntaneuvotteluissa on sovittava myös sen toimeenpanovastuut, jotka voivat koskea erikoissairaanhoidon tai perusterveyden-huollon tai yhdessä molempien sektoreiden toimijoita. Parhaiten tätä voitaisiin toteuttaa, mikäli hallinnolliset edellytykset esim. terveyspiirin/sosiaali- ja terveyspiirin muodossa olisi luotu. Kun näitä ei ole, kuntaneuvotteluihin kohdistuu erityisiä haasteita yhteisesti sovittavien tavoitteiden toimeenpanon vastuuttamisesta.

Hankesuunnitelma näyttää keskittyvän enimmäkseen siihen, miten PKSSK voi raportoida kunnille luotettavalla ja ennustettavalla tavalla lähinnä omasta toiminnastaan. Rajat ylittävä sopiminen ja sitä todentava tulokortti edellyttäisi kuitenkin myös sitä, että perusterveydenhuollon tiedot raportoitaisiin saman tietovaraston kautta kaikille toimijoille ja että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tietoja voitaisiin myös sekä tilastollisesti että potilas-kohtaisten hoitoketjujen (tietosuojamääräykset huomioon ottaen) pohjalta yhdistää. Vain tällä tavalla kunnilla olisi mahdollisuus saada terveydenhuollon kokonaisuutta koskevia raportointitietoja.

Hankesuunnitelmassa ja sen lähtökohdissa prosessien eli hoitoketjujen kehittämisosuuksia on käsitelty huomattavan yleisellä tasolla. Silti asian huomioon ottaminen hankkeessa on ollut perusteltu. Ajatus on ilmeisesti ollut, että hoitoketjuisuus tuottaisi myös tietotarpeet prosessitietojen osalta raporttikirjastoon. Hoitoketjuhanke on pilotoitu ottamalla sen piiriin selkäsairauksien hoidon hoitoketjutarkastelu. Valintaa on pidettävä onnistuneena, ja mikäli tässä edistytään siten, että tietosisällöt, hoitoketjun kuvaaminen ja raportointi saadaan määritellyksi, ovat edellytykset rajat ylittävien muidenkin hoitoketjuhankkeiden mallintamiseksi selkeästi parantuneet. Tähän asti hankkeessa ei kuitenkaan vielä ole päästy.

Kaiken kaikkiaan hankesuunnitelma ja hankkeen tavoitteen asettelu vastaa hyvin niitä linjauksia, joita yleisesti pidetään tavoiteltavina.

Kehittämis ehdotuksina hankkeen tai sen mukaisen toiminnan jatkamista varten ehdotetaan, että lähtökohtiin liittyvää tavoitteen asettelua tarkennettaisiin siten, että kyse ei ole vain PKSSK:n toiminnan raportoinnin parantamisesta, vaan tietovaraston ja sinne sisältyvien tulokorttitietojen tulisi sisältää myös perusterveydenhuollosta raportoitavat tiedot sekä niiden yhdistämisen erikoissairaanhoidon tietojen kanssa.

Ohjausjärjestelmän kannalta olennaiseksi muodostuu kysymys siitä, että kuntaneuvotteluissa voitaisiin sopia sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa

suoritettavista toimenpiteistä ja niiden vastuutuksesta tulokorttien pohjalta. Toteumaraportoinnin tulisi siis koskea sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon tavoitteiden toteutumista ja toteumaennusteita, ja tietojen tulisi olla kaikkien osapuolten helposti saatavissa.

Hoitoketju-osuutta käsiteltiin hankesuunnitelmassa varsin yleispiirteisesti verrattuna ALSTRA –hankkeen pohjalta suunniteltuun mittaristo-osuuteen. Tästä syystä varsinaisessa hankkeessa hoitoketjuryhmä on lähtenyt kauempaa liikkeelle.

2.2. Hankesuunnitelma

Hankesuunnitelman arvioinnilla tarkoitetaan tässä sitä, onko hankesuunnitelma ja sen tavoitteenasettelu ollut riittävän konkreettinen ja käytännön työtä ohjaava. Kyse on lähinnä hankesuunnitelman teknisluontoisesta sisällöstä sen varmistamiseksi, että hanke johtaa käytännön tuloksiin.

Hankkeessa tapahtunut

Kuten edellä on todettu, hankkeella on terveystoimittisiin linjanvetoihin perustuva ”tilaus”. Hanke on jatkoa ALSTRA –hankkeelle, jossa idea rajat ylittävistä tulokortista on syntynyt. Tältä pohjalta on suoritettu myös hankkeen tavoiteasettelu.

Hankkeen konkreettiset tavoitteet voidaan hankesuunnitelman perusteella kiteyttää seuraaviin kohtiin:

- Tietovarastoa ja raportointia kehitetään teknisesti, siten, että tiedot ovat luotettavia ja tarvittavat tiedot löytyvät tietovarastosta. Hankkeen piirissä kehitetään käytännössä tavoitteiden asettamista, raportointia mahdollistamaan kuntakohtaisen tulokortin portaittaisen käyttöönoton. Hankesuunnitelman mukaan hanke tuo konkretiaa kuntayhtymän johdon sekä kunnan ja terveyskeskuksen johdon käymiin yhteistyöneuvotteluihin
- Keskeiset ja tärkeiksi sovitut mittarit ovat yhdellä näkymällä luettavissa ja arvioitavissa. Järjestelmässä on monipuolinen mahdollisuus porautua syvemmälle. Jokaisesta tuloksesta on siirtymismahdollisuus yksityiskohtaisempaan analyysiin, yksikkötasolle sekä kiinteisiin raportteihin että kuutioihin. Potilaskohtaisiin tietoihin käyttöoikeudet ovat tarkkaan rajatut
- Tulokortti vaatii perustakseen tietovarastoinnin. Tämän toimivuus mahdollistaa luotettavan kuntayhtymä-, yksikkö-, omistaja- ja kansalaisraportoinnin. Kuntayhtymässä on rakennettu tietovarasto. Sen kehittäminen on jatkuva prosessi. Tietovaraston sisällön ja rakenteen hionta kuntia ja terveyskeskuksia palvelevaksi vaatii yhä teknistä osaamista ja työtä. Tietovarastoon tulee laatia raportteja, jotta varastoon kerättyä tietoa saadaan terveyskeskusten ja kuntien esimiesten tehokkaaseen ja ajantasaiseen käyttöön
- Hankkeella tavoitellaan myös seurantajärjestelmän toteutusta maakunnallisella tasolla. Tietovarastoa ja raportointia kehitetään teknisesti, siten, että tiedot ovat luotettavia ja tarvittavat tiedot löytyvät tietovarastosta.
- Hankkeen aikana kehitetään raportointia ja tulokorttia. Tulokortissa ja raportoinnissa työtä teettävät sekä tietojen muokkaus työkaluilla sekä raportointiin että tulokorttiin sopiviksi, tulokortin mittarien ja raporttien suunnittelu, teko, ylläpito ja päivitys.
- Tulokortissa on omistaja/kunta –näkökulma (kuten talouden ennustettavuus), asiakasnäkökulma (kuten hoitoon pääsy), toimintamallien näkökulma (kuten sairauskohtaisten prosessien kehittäminen yli organisaatorajojen) sekä henkilöstönäkökulma (kuten osaavan henkilöstön riittävyys ja tarkoituksenmukainen henkilöstörakenne)

Lisäksi hankesuunnitelmassa kuvattiin teknisiä tavoitemäärittämiä tulokortti-järjestelmästä, raportointijärjestelmästä, tietoliikenteestä ja käyttöäioikeuksista.

Hankesuunnitelmassa ei määritelty yllä kuvattuihin tavoitteisiin liittyviä tehtäviä yksityiskohdaisesti, tarkoitus oli ilmeisesti perustettavissa työryhmissä sopia työskentelystä lähemmin.

Erityisesti tämä koskee hoitoketju-osuutta, jolle - kuten aiemmin on todettu - hankesuunnitelmassa ei asetettu selkeitä työtä ohjaavia tavoitteita.

Arviointijohtopäätökset ja kehittämis ehdotukset

Arviointijohtopäätöksinä esitetään, että hankesuunnitelma sisältää verrattain hyvin määritelty mittaristotyöryhmän osalta tavoitekuvaukset. Niiden voidaan katsoa olevan riittävän käytännönläheisesti määritellyt, jotta ne voivat ohjata hankkeessa tehtävää työtä. Hoitoketju-työryhmän osalta tavoiteasettelu jäi kovin yleispiirteiseksi.

Hankesuunnitelmassa ei kuitenkaan selkeästi määritelty tehtäviä eikä työvaiheita, vaan nämä on ilmeisesti jätetty perustettujen työryhmien lähemmin suunniteltaviksi. Hankesuunnitelma olisi ollut perusteltua laatia oikeaoppisen projektisuunnitelman muotoon siten, että siinä olisi tehtävät ja työvaiheet tulleet mitoitetuiksi ja aikataulutetuiksi.

Hankesuunnitelman pohjalta näyttäisi siltä, että hankkeen tarkoitus ALSTRA –projektin jälkeen oli toimia konkreettisenä toimeenpanohankkeena, mutta Rajat_on –hankkeeseen jäi vielä varsin paljon periaatteellisia, ideoitavia asioita ennen kuin valmiudet toimeenpanoon ovat olemassa. Tämä lienee ollut myös syy sille, ettei yksityiskohtaista projektisuunnitelmaa ole hankkeelle voitu laatia.

Rajat_on –hanke näyttäisi edellä todetun perusteella olleen samanaikaisesti sekä ideointi- ja kehityshanke että toimeenpanohanke, mikä on vaikuttanut myös siihen, että hankkeen hyvästä tavoiteasettelusta huolimatta hankesuunnitelmasta ei ehkä muodostunut riittävän ohjaavaa.

Kehittämis ehdotuksina esitetään, että mikäli hanketta tai sen mukaista toimintaa jatketaan, suositellaan suunnittelua konkretisoitavan siten, että hankkeen tavoitteita toteuttavat tehtävät ja työvaiheet myös lähemmin määriteltäisiin ja eriteltäisiin jatkotyön suunnitteluvaiheessa.

2.3. Hankkeen organisointi

Hankkeen organisoinnin arvioinnilla tässä tarkoitetaan sen selvittelyä, onko hankeorganisaatio muodostettu siten, että se palvelee onnistuneesti hankkeen tavoitteita ja siinä tehtävää työtä. Samoin organisoinnin arvioinnissa kiinnitetään huomiota hankeorganisaation toimivuuteen.

Hankkeessa tapahtunut

Hankeorganisaatioon kuuluu ohjausryhmä ja kaksi projektiryhmää; mittaristoryhmä ja hoitoketjuryhmä.

Ryhmät on koottu PKSSK:n, Joensuun kaupungin, Polvijärven kunnan ja Nurmes-Valtimo kansanterveystyön kuntayhtymän edustajista. Projektiryhmissä edustus painottuu pilotoinnin mukaisesti.

- Ohjausryhmä on 15.11.2008 mennessä kokoontunut 3 kertaa. Ensimmäinen kokous pidettiin 31.01.2008, jossa esillä oli mm. hankesuunnitelma ja selvitys tähän asti tehdystä työstä, joka oli jo ennen ohjausryhmän kokousta vuoden 2007 puolella käynnistynyt. Toisessa kokouksessa 10.04.2008 käsiteltiin mm. edelleen hankkeen toimintasuunnitelmaa sekä tilannekatsausta

- tehdystä työstä. Kolmannessa kokouksessa 11.09.2008 käsiteltiin mm. mittaristo- ja hoitoketju-ryhmien tilannekatsauksia sekä käytiin keskustelua hankkeen arvioinnista. Ohjausryhmän neljäs eli viimeinen kokous on sovittu pidettäväksi 12.02.2009.
- Mittaristoryhmä on kokoontunut hankkeen aikana 15.11.2008 mennessä yhteensä 12 kertaa toistaiseksi viimeisen kokouksen ollessa 13.11.2008. Mittaristoryhmän työ on kohdistunut työsuunnitelman mukaisesti erityisesti raporttikirjaston muodostamiseen ja kuntatuloskortin määrittelyyn. Raporttikirjaston suhteen on tehty paljon työtä raporttien sisällön ja siihen liittyvän laskennan määrittelemiseksi sekä tietojen luotettavuuden tarkistamiseksi. Työ jatkuu edelleen. Kuntatuloskortin osalta työ on 13.11.08 pidetyn kokousmuistion mukaan edistynyt, ”joskaan kaikkea suunniteltua se ei vuoden loppuun mennessä vielä tule sisältämään. Valmiina – mutta testaamatta – ovat jo läheteisiin ja käynteihin liittyvät mittarit”.
- Hoitoketjuryhmä on kokoontunut hankkeen aikana 15.11.2008 mennessä yhteensä 7 kertaa. Työryhmä on lisäksi asettanut pientyöryhmän sekä sopinut työpanosten irrottamisesta projektiin. Ryhmä on mm. toteuttanut terveyskeskus- ja työterveyshuollon selkäpotilaille kohdistetun kyselyn, jota varten on käytetty erikseen valittuja mittareita. Keskeisenä haasteena on saada aikaan kuvaus siitä, miten potilaan polku kulkee hoitojärjestelmän sisällä. Sitä, millä tiedoilla po. prosessia lopulta kuvataan, ei vielä ole hankkeessa ehditty määritellä, mutta tätä varten on 02.09.2008 pidetyssä kokouksessa sovittu työsuunnitelmasta vastuutuksineen. Myös erikoissairaanhoidon osalta selkäpotilaiden hoitoketjua on ollut tarkoitus selvittää mm. selkälähteiden läpikäynnillä ja vaikuttavuuden seurannalla. Myös tässä työ edelleen jatkuu. Kaiken kaikkiaan hoitoketjuryhmän työssä on edelleen paljon tehtävää työsuunnitelmassa kuvattujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Syyskuussa pidetyn kokouksen muistiossa todetaankin, että ”kokouksessa tuntuivat potilaan hoitoketjuun liittyvät monet asiat olevan vielä hakusessa”.

Todettakoon, että ryhmät kokoontuvat edelleenkin, eikä niiden työstä vielä 15.11.2008 mennessä ole ollut käytettävissä varsinaisia, koko työtä koskevia loppuraportteja.

Arviointijohtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Arviointijohtopäätöksinä esitetään, että hankeorganisaatio on asianmukaisesti muodostettu ja että asetettujen ryhmien kokoonpano on jokseenkin tarkoituksenmukainen. Hankkeen prosessuaalinen toteutus on tapahtunut kunnallisten kehittämishankkeiden tapaan eikä sen suhteen ole osoitettavissa erityisiä kriittisiä huomioita.

Hanke on päätetty kuitenkin toteuttaa pääasiassa virkatyön ohella vain joitakin rajattuja työpanoksia siihen irrottaen. Kyseessä on kunnallishallinnolle varsin tyypillinen järjestely, jonka riskinä on oto-ajankäytön riittävyys ja tarpeeksi keskittyneen työpanoksen kohdentaminen hankkeelle, yhteisten kokousaikojen löytyminen sekä aikatauluissa pysyminen. Nämä riskit ovat tulleet esiin myös tässä hankkeessa; hanke näyttäisi edenneen suunniteltua hitaammin, kokouspoissaoloja näyttää esiintyneen runsaahkosti, resurssien irrottaminen hankkeeseen ei liene ollut riittävää. Osa hankeorganisaation työskentelyyn liittyvistä haasteista johtuu myös siitä, että hankkeessa on erityisesti hoitoketjutyön osalta jouduttu lähettämään jota- kuinkin puhtaalta pöydältä, mikä on osaltaan johtanut siihen, että aikaa on käytetty suhteellisen paljon vielä lähestymistavan ideoimiseen ja perustietojen hankkimiseen.

Kehittämisehdotuksina esitetään, että mikäli hanketta tai sen mukaista toimintaa jatketaan, suositellaan harkittavaksi sitä, että kohdassa 2.2. tarkoitetun konkretisoidun työsuunnitelman pohjalta mitoitetaan työpanos ja tehtävät erityisesti hankkeen hoitoketju –osuutta varten. Po. työ jää pahasti kesken, ja sitä tulisi jatkaa. Työn tehokasta hoitamista varten mitä ilmeisimmin tarvitaan irrotettavaa työpanosta siten, että selkäpotilaan hoitoketju tietosisältöineen tulisi kuvatuksi. Erittäin tärkeäksi muodostuu sen selvittäminen, miten hoitoketjutiedot voidaan tuottaa tietojärjestelmistä ja miten ne yksinkertaisen käyttöliittymän avulla voidaan saattaa prosessitietoja hyödyntävien käyttöön. Kun po. ”proto-tyyppi” on muodostettu, olisi sen arviointiin ja parantamiseen hyvät edellytykset. Muutoin hanke-organisaatio ei edellyttäne muutoksia.

2.4. Hankkeen tulokset

Hankkeen tulosten arvioinnilla tarkoitetaan tässä sitä, mitä tuloksia, osa-tuloksia, ja minkälaisia toimenpide-ehdotuksia hankkeen arvioidaan tuottaneen hankkeelle asetettujen tavoitteiden suhteen.

Tuloksia tarkastellaan tässä 15.11.2008 mennessä dokumentoitujen tietojen (kokousaineistot, muistiot ja niiden liitteet) pohjalta. Kuten edellä on todettu, Rajat_on –hankkeesta ei ole käytettävissä loppuraporttia tai siihen rinnastettavissa olevaa dokumentaatiota, jossa hankkeen tulokset olisivat systemaattisesti käsiteltyinä.

Hankkeessa tapahtunut

Hankkeen mittaristo- ja raportointiosuuden osalta hankkeessa on keskitytty tietovarastopohjaisen raportointijärjestelmän rakentamiseen. Raportit on koottu ns. raporttikirjastoon, joka toimii järjestelmän käyttöliittymänä. Raporttikirjastoon sisältyy myös kuntatulokortti.

Kuten aiemmin on todettu, em. lähtökohta on erittäin hyvä ja innovatiivinen. Kiteytyksenä tässä osuudessa tehdystä työstä ja siihen liittyvistä ehdotuksista voidaan todeta, että:

- tietovarastoratkaisu on teknisesti toteutettu PKSSK:n tietojen osalta, mutta perusterveydenhuollon tiedot siihen eivät sisälly, joskin tavoitteena on mainittu maakunnallisen tietovarastoratkaisun ja siinä toimivan raporttikirjaston aikaansaaminen,
- raporttikirjastoon on viety perusraportteja toiminnasta ja taloudesta, ja ne on avattu myös kuntien käyttöön,
- raporttikirjaston tietosisällön kehittämisen linjana on ollut, että sisältöä täydennetään ja kehitetään pala palalta. Samoin joidenkin raporttien laskentaa tulee edelleen parantaa,
- raporttikirjaston nykyisten tietojen luotettavuuden tarkistamisen on todettu vaativan runsaasti toimia, jotta myös kuntatulokorttien sisältö saadaan luotettavaksi,
- raporttikirjaston rakenteen uudistamista on suunniteltu ajatellen sen laajentamista maakunnalliseksi; samoin kirjaston käytettävyyden kehittämiseen, ylläpitoon ja perustietojärjestelmien vaihtumiseen sekä PTTK:n toiminnan käynnistymisen vaikutuksiin on ehdotettu kiinnitettävän jatkossa erityistä huomiota,
- kuntatulokortin sisältöä on määritelty varsin pitkälle, joskin sen toteutus kokonaisuudessaan ei tapahdu vielä kuluvan vuoden loppuun mennessä. Valmiina – mutta testaamatta – ovat jo lähetettiin ja käynteihin liittyvät mittarit,
- mittaristoryhmässä on laadittu suunnitelma kuntatulokortin kehittämiseksi käyttövalmiuteen. Samalla raporttikirjaston teknisen raportointialustan vaihtamisesta on keskusteltu. Lisäksi käytövarmuuskysymyksiin on kiinnitetty huomiota

Hoitoketjuosuutta koskevassa työssä:

- on toteutettu tietojen keruu alaselkäoireiden takia vastaanotolle tulevilta potilailta 14.4.–2.5.2008 terveysasemilla ja päivystyksessä, työterveyshuollossa. Selkäpotilaan toimintakykyindikaattorit on valittu (Oswestry, VAS, DEPS). Selvityksen tulosten analysointi on edelleen käynnissä,
- erikoissairaanhoidossa on keskitytty vaikuttavuuden (oswestry) mittaamiseen, lähetteen sisällön arviointiin ja koko hoitoketjun kustannusten arviointiin,

- on suunniteltu selvittää hoitoprosessien etenemistä ja verrata niitä koskevia tietoja hoitosuosi-
tuksiin. Asiaa varten suunnitellun pientyöryhmän työ on viivästynyt

Kuten aiemmin todettiin ja kuten hoitoketjutyöryhmä on itsekin todennut, on työryhmän työssä edelleen paljon tehtävää työsuunnitelmassa kuvattujen tavoitteiden saavuttamiseksi.

Arviointijohtopäätökset ja kehittämis ehdotukset

Arviointijohtopäätöksinä todetaan ensinnäkin, ettei hankkeesta eikä sen osahankkeista ole laadittu hankkeen tuloksia käsittelevää raporttia, josta olisi helppo arvioida mitkä hankkeen loppu- tai välitulokset ovat ja miten ne toteuttavat hankkeelle asetettuja tavoitteita. Tällaiset raportit lienevät tulossa hankeajan päättyessä.

Mittaristotyöryhmän työstä voidaan todeta, että se on edennyt jokseenkin hyvin. Viivästystä ja ongelmia työssä on kuitenkin esiintynyt, ja raporttikirjaston tietojen oikeellisuuden tarkistus on aiheuttanut ja edelleen aiheuttaa työtä. Raporttikirjastoon liittyy myös teknisiä ongelmia, jotka on työryhmässä tiedostettu.

Raporttikirjasto edustaa ns. johdon tietojärjestelmiä, joita hyödynnetään päätöksenteossa, toiminnan ja talouden ohjauksessa, johtamisessa ja seurannassa. Johdon tietojärjestelmien kehittämisessä on tärkeitä, että yhdestä ja samasta käyttöliittymästä voidaan käyttäjäystävällisellä tavalla saada eri näkökulmia, eri summa- ja organisaatiotasoja koskevia tietoja havainnollisessa muodossa sellaisille käyttäjille, joilla ei ole mahdollisuutta itse laatia, muokata ja analysoida raportteja. Tällaisilla järjestelmillä on yleisesti porautumismahdollisuudet, aikasarja- ja historiatietojen muodostamismahdollisuudet, grafiikka-ominaisuudet sekä useiden perusjärjestelmien piiristä tulevien tietojen yhdistämismahdollisuudet. Samoin johdon tietojärjestelmien tavoitteeksi usein asetetaan se, että sama järjestelmä voi palvella samanaikaisesti useita tietotarpeita, kuten esim. omistajien, päätöksentekijöiden, konserni-johdon, yksikköjohdon ja myös työnjohdon tietotarpeita. Lisäksi johdon tietojärjestelmien tulisi soveltua useisiin eri käyttötarkoituksiin, kuten esim. talousarvion toteutumisen seurantaan, prosessien arviointiin kuin myös tutkimustarkoituksiin.

Raporttikirjaston tarkoitus onkin ollut toteuttaa em. periaatteita, mutta kaikkiin mainittuihin asioihin ei työ ole vielä tuonut ratkaisuja. Keskeinen kysymys raporttikirjaston edelleen kehittämisen osalta on se, kuinka helppokäyttöiseksi järjestelmä käyttäjälleen osoittautuu. Tässä mielessä asiaa tulisi käyttäjäkokemuksin perusteellisesti arvioida.

Toinen merkittävä kysymys käyttäjän näkökulmasta liittyy tietojen luotettavuuteen, ajankoh-taisuuteen ja havainnollisuuteen. Raporttikirjasto näyttäisi täyttävän em. vaatimukset eten-kin, kun tietojen luotettavuus on varmistettu ja järjestelmän tekninen toimivuus on turvattu.

Kuntatuloskortin osalta määrittelytyössä on edetty. Tulokortin saaminen kokonaisuudes-saan raporttikirjaston osaksi vaatii kuitenkin vielä jatkotyötä. Tulokortin mittarivalinnat on pääosin tehty. Mittareita kertyy runsaahkosti, ja saattaa olla ongelmallista kuntaneuvotte-luissa sopia kaikkien mittareiden piiriin kuuluvista tavoitearvoista puhumattakaan siitä, että talousarviovuoden aikana po. tavoitteiden toteuttaminen voitaisiin vastuuttaa selkeästi eri toimijoille. Eri näkökulmia kuvaavista mittareista voisi valita vuosittain erikseen sovittavalla tavalla keskeisen ydinmittarin, jota koskeva tavoitetaso sitten palvelusopimuksissa määri-tellään. Kysymys palvelusopimuksissa käytettävistä mittareista ja tulokorttinäkökulmien soveltamisesta kytkeytyy kuntien ja PKSSK:n kesken sovellettavaan ohjausjärjestelmään, mihin kysymykseen palataan jäljempänä.

Yhteenvetona mittaristotyöryhmän työn tuloksista raporttikirjaston ja kuntatuloskortin raken-tamisen suhteen voidaan todeta, että valmistelutyön tulokset ovat verrattain hyviä

hankesuunnitelman tavoitteisiin nähden, mutta jäljellä on vielä runsaasti toimeenpanovalmistelua, järjestelmän luotettavuuden ja toimivuuden varmistamiseen sekä järjestelmän käytön kouluttamiseen ja hyödyntämisen edistämiseen liittyviä tehtäviä.

Hoitoketjuryhmän työn tuloksia ei ole raportoitu erikseen, mutta käytettävissä olevista asiakirjoista on vedettävissä johtopäätös, että työryhmä ei vielä tähän mennessä ole ehtinyt kuvaamaan selkäpotilaan koko hoitoketjua eikä määrittelemään sen edellyttämää tietotarvetta. Asiaa varten on suoritettu perusselvityksiä ja tarkoitus on ollut, että näiden pohjalta päästäisiin eteenpäin. Kyse prosessien kuvaamisesta, arvioinnista ja parantamisesta on varsin vaativa tehtävä etenkin, jos niiden kuvauksessa käytetään tosiasiatietoa, joka koskee prosessien kaikkia vaiheita yli perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon rajojen. Tässä mielessä hoitoketjutyöryhmän työn tulosten aikaan saaminen on merkittävässä määrin kesken.

Kehittämisehdotuksina esitetään, että ennen hankkeen jatkamista sekä mittaristo- että hoitoketjuryhmän työstä laaditaan tiivis loppuraportti, jossa esitetään myös hankkeiden mahdollista jatkoa koskevat ehdotukset. Raporttien jälkeen ehdotetaan käytäväksi PKSSK:n johdon ja ohjausryhmän piirissä perusteellinen linjauskeskustelu hankkeen jatkamiseen liittyvistä lähtökohdista. Olennainen asia on se, miten ohjausjärjestelmää samoin kuin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatiota viedään eteenpäin ottaen huomioon tuleva terveydenhuoltolaki sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kehittyminen maakunnallisesti. Kyse on siitä, miten raporttikirjastoa, mittausta ja prosesessien kehittämistä sovelletaan lainsäädännön edellyttämän ja Pohjois-Karjalassa muotoutuvan palvelujärjestelmän ohjaukseen. Asiaa käsitellään lähemmin jäljempänä.

2.5. Hankkeen vaikuttavuus

Hankkeen vaikuttavuudella tarkoitetaan tässä sitä, mikä on hankkeessa aikaansaatu tulosten merkitys ja käytännön soveltamismahdollisuus hankkeen lähtökohtina mainituissa asioissa eli kuntien, terveyskeskusten ja PKSSK:n rajapinnoilla, kuntaneuvotteluissa ja rajat ylittävien palveluketjujen ohjauksessa.

Hankkeessa tapahtunut

Mittaristotyön osalta hankkeen tuloksia ei ole rajallisena pidettävää raporttikirjaston käyttöä lukuun ottamatta sovellettu käytännön toiminnassa. Raporttikirjastoon liittyvien raporttien on todettu olevan myös jossain määrin virheellisiä, mikä on rajoittanut järjestelmän hyödyntämistä.

Hoitoketjuhankkeen osalta selkäpotilaita koskeva tiedonkeruu on suoritettu, ja saadut tiedot voivat parhaimmassa tapauksessa muodostaa osan siitä aineistosta, joka tarvitaan prosessia koskevien johtopäätösten teossa ja hoidon vaikuttavuuden arvioinnissa, mutta hankkeen tuloksina ne eivät vielä ole riittäviä varsinaiseen prosessien kehittämiseen ja niiden tietosisällön määrittämiseen.

Arviointijohtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Arviointijohtopäätöksiä ei luonnollisestikaan ole tehtävissä tässä vaiheessa tulosten vaikuttavuudesta, koska hankkeen tuloksia ei ole vielä sovellettu käytäntöön.

Kehittämisehdotukset liittyvät hanketta koskevaan kokonaisarvioon, jota käsitellään erikseen kohdassa 3.

3. KOKONAISARVIO

Johtopäätöksinä ja yhteenvetona edellä käsitellyistä arviointihavainnoista esitetään seuraavassa kokonaisarvio Rajat_on –hankkeesta. Kokonaisarviona esitetään ensin arviointijohtopäätökset ja sitten kehittämis ehdotukset.

Arviointijohtopäätöksinä Rajat_on –hankkeesta esitetään seuraavaa:

- **Hankkeen lähtökohdat** ovat perustellut. Hanke tukee selvästikin niitä linjauksia, mitä sekä kansallisesti että alueellisesti ja paikallisesti pidetään tärkeänä. Kuntien ja palveluntuottajien neuvottelu- ja sopimismenettelyssä tarvitaan seurantatietoa, mittareita, tavoiteasettelua ja prosesseihin liittyvää ohjaustoimintaa sekä kaikkea tätä koskevaa yhteistä sopimista. Tätä on tavoiteltu hankkeella yli kunta- ja sektorirajojen
- **Hankesuunnitelma** sisältää verrattain hyvin määritellyt tavoitteet mittaristotyön osalta. Hoitoketjutyöryhmän osalta tavoiteasettelu jäi kuitenkin kovin yleispiirteiseksi. Kaiken kaikkiaan hankesuunnitelman olisi tullut olla konkreettisempi ja hankkeen työvaiheet ja tehtävät paremmin määrittelevämpi, jotta suunnitelma olisi paremmin ohjannut työtä. Hanke näyttäisi olleen samanaikaisesti sekä ideointi- ja kehityshanke että toimeenpanohanke, mikä on vaikuttanut myös siihen, että hankesuunnitelmassa ei ole selkeästi määritelty tehtäviä eikä työvaiheita
- **Hankeorganisaatio** on asianmukaisesti muodostettu ja asetettujen ryhmien kokoonpanoa voidaan pitää tarkoituksenmukaisena. Hankeorganisaation toiminnassa on ollut kuitenkin kitkatekijöitä, kuten puutteet oto-ajankäytön riittävyudessa, hankkeeseen sitoutumisessa ja tarpeeksi keskittyneen työpanoksen kohdentamisessa hankkeelle, kokouksiin osallistumisessa sekä aikatauluissa pysymisessä. Resurssien irrottaminen hankkeeseen ei liene myöskään ollut riittävää
- **Tulosten** osalta hankkeesta eikä sen osahankkeista ei vielä ole laadittu raporttia, josta olisi arvioitavissa, mitkä hankkeen loppu- tai välitulokset ovat ja miten ne toteuttavat hankkeelle asetettuja tavoitteita. *Mittaristotyö, raporttikirjasto ja kuntatulostkortti* ovat edenneet, mutta kaikkia johdon tietojärjestelmille asetettavia vaatimuksia eivät tehdyn työn tulokset vielä tässä vaiheessa täytä. *Hoitoketjutyö* on lähtenyt liikkeelle kauempaa, ja lähestymistavan valinta, työn suunnittelu ja perustietojen hankinta on vienyt pitkän ajan, mistä syystä hankkeen tulokseksi tässä vaiheessa ehditään saamaan lähinnä vain selkäpotilaan perustieto-kartoitusten tulokset
- **Vaikuttavuudesta** eli tulosten soveltamisesta käytäntöön ei luonnollisestikaan ole tehtävissä tässä vaiheessa johtopäätöksiä, koska hankkeen tuloksia ei ole vielä sovellettu käytäntöön

Kaiken kaikkiaan hanketta on pidettävä enimmäkseen suunnittelu- ja ensivaiheen mallinusten kehittämishankkeena. Varsinaisena toimeenpanohankkeena se ei vielä toimi. Erityisen tärkeää on jatkossa ottaa huomioon se, mihin suuntaan lainsäädäntö ja kansallinen ohjaus Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistä vie. Tämä vaikuttaa erityisesti raportointijärjestelmän jatkokehittämiseen. Tästä syystä hankkeen jatkamista on arvioitava huolellisesti ottaen huomioon se, mitä maamme lainsäädännössä tapahtuu.

Kokonaisarviota koskevana kiteytyksenä voidaan Rajat_on –hankkeesta todeta, että vaikka hankkeen lähtökohdat ja tavoitteet ovat perustellut ja hankkeessa on edetty po. linjanvetojen suuntaan, ei hankkeen tulosten ja niiden vaikutusten voida katsoa vielä vastaavan yli

vuoden mittaiselle hankkeelle asetettavia odotuksia. Hanke on edelleen kesken ja erityisesti hoitoketju-osion osalta tehtävää on huomattavan paljon jäljellä.

Kehittämisehdotuksina esitetään seuraavaa:

- Hankkeesta tulisi laatia loppuraportti mahdollisimman pian hankkeen päättymisajan kohdan (31.12.2008) jälkeen, mieluiten tammikuun 2009 loppuun mennessä. Loppuraportissa tulisi käsitellä sekä mittaristoryhmän että hoitoketjuryhmän työ eritellen. Kummassakin osaraportissa tulisi muutaman dokumenttisivun puitteissa kuvata hankeryhmissä tehty työ, mutta erityisesti se, mitä ryhmien työn tuloksena on saatu aikaan ja se, mitä ryhmät konkreettisina ehdotuksinaan esittävät hankkeen ehdotusten toimeenpääntemiseksi ja hankkeen jatkamiseksi
- Ennen hankkeen mahdollista jatkamista koskevista toimenpiteistä päättämistä erityisesti raportointijärjestelmän jatkokehittämisen osalta ehdotetaan odotettavaksi, että valmis-teilla olevat, terveydenhuoltolakia sekä sosiaali- ja terveydenhuollon hallintolakia koskevat hallituksen esitykset valmistuvat. Tämän jälkeen ehdotetaan PKSSK:n ja kuntien käyvän perusteelliset neuvottelut siitä, miten Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuolto uuden lainsäädännön pohjalta kehitetään. Neuvottelujen pohjana ehdotetaan käytettäväksi paitsi uuden lainsäädännön linjauksia myös 15.01.2008 valmistunutta Pohjois-Karjala –mallin kehittämistoimenpiteitä koskevaa raporttia (Ehdotus Pohjois-Karjala –mallin kehittämistoimenpiteiksi, 15.1.2008), jossa lähtökohtana on suunnitteluhanke Pohjois-Karjalan alueellisesta sosiaali- ja terveydenhuollon toimintamallista sopimiseksi. Mikäli em. alueellinen hanke käynnistyy, kuuluisivat Rajat_on –hankkeen asiat tämän piiriin. Mikäli tarkoitettua aluejärjestelmän (terveyspiiri/sosiaali- ja terveyspiiri tai muu vastaava järjestely) muodostamista koskevaa suunnittelutyötä ei käynnistettä, on Rajat_on –hankkeen jatkosuunnittelu toteutettava erillisen ja erikseen toteutettavan yhteistyöprojektin puitteissa. Todettakoon, että Pohjois-Karjalan oloissa sosiaali- ja terveyspiirin muodostaminen olisi toiminnallisesti ja taloudellisesti paras perusteltavissa oleva ratkaisu, johon myös Pohjois-Karjala –mallin arviointia koskevassa selvityksessä on päädytty ja joka ratkaisu olennaisella tavalla helpottaisi sekä raportoinnin että prosessin ohjauksen toteuttamista
- Sekä hoitoketjujen määrittelyä että raportoinnin kehittämistä koskeva työ on kaikissa tapauksissa jatkossakin tärkeää. Jatketaan työtä sitten sosiaali- ja terveyspiirin muodostamisen osana tai erikseen, ehdotetaan, että hoitoketjuhanke jatkuisi omana kokonaisuutenaan ja raportointia koskeva hanke omana kokonaisuutenaan
- *Hoitoketjuhankkeen* jatkamisesta tulisi tehdä konkreettinen työsuunnitelma, jossa määriteltäisiin mahdollisimman selkeästi se, mitä hankkeella tulisi saada aikaan. Mitä ilmeisimmin hankkeessa voidaan edetä jo tähän mennessä suunniteltujen linjanvetojen mukaisesti, mutta hankkeen resursointiin ja työn tehokkaaseen läpivientiin tulisi kiinnittää erityistä huomiota
- *Mittaristotyöryhmässä* tehtyä työtä koskeva jatkohanke tulisi toteuttaa suunnittelu- ja raportointijärjestelmähankkeena. Jatkotyössä tulisi kiinnittää erityistä huomiota seuraaviin asioihin:
 - raportoinnin ja sen tietosisällön tulee perustua alueen sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelu-, ohjaus- ja johtamisjärjestelmään. Tulokortin hyödyntäminen tässä on hyvä ratkaisu etenkin siten, että sitä sovelletaan kuntien ja palveluntuottajien kesken sovittavien toiminnallisten muutosten kuvaamiseen. Tällaisten sovittavien ”muutosblokkien” tavoitteet voidaan asettaa ja niiden toteutumista seurata tulokorttinäkökulmista
 - tietovarastoon ja raportointijärjestelmään ehdotetaan vähitellen sisällytettäväksi myös perusterveydenhuoltoa koskevat asiakas- ja potilastiedot samoin kuin

perusterveydenhuollon talous- ja henkilöstö-tiedot. Vastaavat tiedot tulee järjestelmässä luonnollisesti olla erikoissairaanhoidon ja terveydenhuoltoon kiinteästi liittyvän sosiaali-toimen osalta, jolloin tietojen yhdisteleminen yli sektorirajojen tulee mahdolliseksi

- tietojen päivittämiseen ja oikeellisuuteen sekä järjestelmän ylläpitämiseen ja tekniseen toimivuuteen suositellaan kiinnitettäväksi erityistä huomiota
- järjestelmän käyttöliittymää suositellaan selkeytettäväksi siten, että sen käyttö eri käyttäjäryhmien ja käyttötarkoitusten piirissä olisi mahdollisimman yksinkertaista, havainnollista ja helppoa. Tätä voisi edistää esim. raporttikartan luominen käyttöliittymän avaussivuille
- porautumisen ja siirtymisen raportilta toiselle tulisi järjestelmässä olla yksinkertaista ja selkeää
- järjestelmään suositellaan toteutettavaksi aikaa myöten myös itsenäiskäyttöön perustuva mahdollisuus muodostaa analyysoivia raportteja esim. tietoja yhdistelemällä

Edellä esitettyjen arvioitsijan johtopäätösten rinnalle hankittiin hankeorganisaatioon kuuluvien yleispiirteiset näkemykset hankkeesta. Suoritetun kyselyn yhteenveto käy ilmi liitteestä 1. Hankeorganisaatiossa toimineiden näkemykset näyttävät varsin hyvin vastaavan edellä esitettyjä arvioita.

Kehittämis ehdotuksia koskevana kiteytyksenä voidaan todeta, että hankkeen jatkaminen tulisi perustaa täsmälliseen hankesuunnitelmaan, tiiviiseen aikataulutukseen sekä tehokkaaseen, kunnolla resursoituun ja monipuoliseen asiantuntemukseen.

Pohjois-Karjalan sairaanhoito-
ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä

Rajat_on -hanke

LIITE 1

YHTEENVETO
KYSELYYN ANNETUISTA
VASTAUKSISTA

Kysely

Arviointihavaintojen täydentämiseksi suoritettiin hankeorganisaatioon kuuluvilta yleispiirteinen kysely näkemyksistä hankkeeseen suhtautumisessa. Kysely kohdistettiin samoihin asioihin, joita hankkeen arviointi muutenkin koski. Kyselyä ei voida mitenkään pitää tieteellisenä, vaan sen avulla haluttiin selvittää yleispiirteistä kokemusta hankkeesta.

Saadut vastaukset

Vastaajia pyydettiin merkitsemään rasti (X) sopivimmaksi katsottuun ruutuun. Ruuduissa olevat vaihtoehdot tarkoittavat: **+1** = asia on myönteinen, onnistunut; **-1** = asia on kielteinen, epäonnistunut; **0** = asia ei ole kielteinen tai myönteinen eikä onnistunut tai epäonnistunut (näkemys neutraali). Vastaajat voivat vastata joko mittaristotyötä tai hoitoketjutyötä tai kumpaakin koskeviin kohtiin.

Vastauksia saatiin 01.12.2008 mennessä yhteensä 17 vastaajalta. Ne jakautuivat siten, että mittaristotyötä koskevia vastauksia saatiin 13 ja hoitoketjutyötä koskevia vastauksia saatiin yhteensä 12.

Yhteenveto vastauksista (=vastausten lukumäärät kussakin vaihtoehdossa) käy ilmi seuraavasta.

	Mittaristotyö (raporttikirjasto, kuntakortti)	Hoitoketjutyö (selkäpotilaan hoitoketju)
Katsotteko hankkeen asettamisen olleen tarpeellista ja hyödyllistä?	9 4 0 +1 0 -1	9 2 1 +1 0 -1
Oliko hankkeen tavoitteenasettelu selkeä ja työtä ohjaava?	7 4 2 +1 0 -1	5 5 2 +1 0 -1
Onko hankeorganisaatio ollut toimiva?	6 6 1 +1 0 -1	1 8 3 +1 0 -1
Onko hankkeesta saatu riittävästi tuloksia?	4 5 4 +1 0 -1	2 7 3 +1 0 -1
Voivatko hankkeessa saatavat tulokset johtaa Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon nykyistä parempaan ohjaukseen?	8 3 2 +1 0 -1	3 7 2 +1 0 -1
Pitäisikö hanketta jatkaa?	9 3 1 +1 0 -1	5 7 0 +1 0 -1

Johtopäätökset

Vastausten perusteella voidaan todeta, että hankeorganisaatioon kuuluvat ovat katsoneet, että

- hankkeen asettaminen on ollut tarpeellista ja hyödyllistä,
- hankkeen tavoitteenasettelu ei ole ollut kiistattomasti selkeää ja työtä ohjaavaa,
- hankeorganisaatiota ei ole pidetty yksiselitteisesti toimivana etenkin hoitoketjutyön osalta,
- suhtautuminen hankkeen tulosten riittävyyteen on ollut enimmäkseen neutraali tai kielteinen,
- odotukset hankkeen vaikuttavuuteen Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon paremman ohjauksen aikaansaamiseksi ovat jossain määrin ristiriitaiset; hoitoketjuhankkeeseen kohdistuvat odotukset ovat olleet mittaristohanketta pessimistisemmät,
- hankkeen jatkamista on pidetty erityisesti mittaristohankkeen osalta perusteltuna.

Annetut vastaukset ovat suuressa määrin samansuuntaisia arvioitsijan johto-päätösten kanssa.

Teksti: Pirjo Kontio. Kuvat: Marja-Terttu Alhainen ja Pirjo Kontio

Yhteistyötä yli organisaatio- rajojen Rajat_on –projektilla

PKSSK:n hallitus on asettanut perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoitojen yhteistyötä syventävän Rajat_on –projektin vuosille 2007 – 2008.

Rajat_on –projektissa kehittämistyötä ovat tehneet Joensuun kaupunki ja terveyskeskus, Joensuun Työterveys sekä Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. Projektin tavoite on ollut yhteistyön tiivistäminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoitojen välillä, läpinäkyvyyden lisääminen, toimintaa koskevien tietojen oikea-aikaisuus ja hyödynnettävyys toiminnan ohjaamisessa sekä yhteisten tavoitteiden asettaminen ja niiden seuranta. Tavoitteet ovat olleet kunnianhimoisia ja laajoja. Kehittämistyö on jaettu kahteen eri alueeseen; raportoinnin ja mittariston kehittämiseen sekä selkäpotilaan hoitoketjun kehittämiseen.

Projektilla on selvitetty, että eri organisaatioidenkin välillä mittariston käyttö toimii asetettaessa esim. kuntayhtymä-, terveyskeskus- tai kuntakohtaisia tavoitteita palvelujen tuottamiseen ja potilaan hoitoon pääsyyn.

Tavoitteet

Projektin yleinen tavoite on kiteytynyt perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoitojen välisen yhteistyön kehittämiseen ja syventämiseen. Projektilla on haluttu uudistaa ja luoda edellytyksiä kuntien ja kuntayhtymän välisen yhteistyön kehittämiselle.

Tavoitteeksi on asetettu kehittää tasapainotettuun mittaristoon (BSC, Balanced Score Card) pohjautuvaa tuloskorttia yhteisenä perusterveydenhuollolle (Joensuu) ja erikoissairaanhoitolle (PKSSK).

Yli organisaatio- ja alue- ja toimintatavojen menevä selkäsairaan potilaan prosessin kehittäminen valittiin prosessin kohteeksi PKSSK:n laatutyön ohjausryhmässä. Tämän potilasryhmän avulla tavoitteena on ollut päästä kartoittamaan ja analysoimaan ko. potilaan hoitoketjun sujuvuudesta kertovia faktatietoja.

Kustannukset

Toteutuneet kokonaiskustannukset hankkeen toteuttamisajalla ovat olleet noin 88.500 €. Valtion avustuksen osuus toteutuneisiin kokonaiskustannuksiin on reilut 35.000 €.

Projektin osa-alueita ovat olleet raportoinnin ja mittariston kehittäminen sekä sairauskohtaisten prosessien kehittäminen yli organisaatio- ja toimintatavojen. Kyseiset projektiryhmät projektiryhmät ovat vahvasti vienneet kehittämistyötä eteenpäin ja varsinainen kehittämistyö on tapahtunut siellä.

Tulokset ja jatkot

Tulosten arviointia ja onnistumisen seuraamista auttavia mittareita on määritelty ja selvitetty niiden automaattista seuranta. Sähköisessä muodossa olevia uusia raportteja on tuotettu ja luotu vuosittaisen yhteistyöneuvottelujen sisällöllisiä parannusehdotuksia.

Mittaristo-projektiryhmä näkee, että raportointiin ja mittaristoon liittyvää kehittämistyötä on syytä jatkaa. Alueellisen potilasjärjestelmän, Mediatrin, sisältöihin on päästävä vaikuttamaan oikea-aikaisesti. PKSSK:n tietovarastoa tulee edelleen kehittää ja laajentaa mm. perusterveydenhuollon tiedoilla. Mediatrin kehittämistyössä tulee hyödyntää Rajat_on –hankkeessa luotuja uusia raportointi- ja tuloskortti-ideoita sekä projektissa opittua yhdessä työskente-

lyn mallia. PKSSK, terveyskeskukset ja kunnat kehittävät raportointia ja tavoitteiden seuranta Rajat_on –projektissa tehdyn työn suuntaviivojen mukaisesti.

Yhteistä projektissa mainittua kuntatuloskorttia on teknisesti testattu. Ulkopuolinen arvioija ehdottaa, että kuntatuloskortissa asetettujen tavoitteiden seuranta tulisi toteuttaa Rajat_on –projektin loputtua vuoden 2009 aikana järkevällä tavalla kokemusten saamiseksi ja myöhemmin mahdollisesti laajennettavaksi muihin kuntiin. Toimiakseen tuloskortin toteuttaminen edellyttää selkeää vastuuttamista sen toteuttamista huolehtiville toimijoille sekä perusterveydenhuollolle että erikoissairaanhoitolle.

Hoitoketju-projektiryhmä suosittelee selkäpotilaan toimintakyvyn arviointia aina. Tässä arvioinnissa suositellaan Oswestry-, VAS- ja DEPS-mittareiden käyttöä erityisesti pitkittyvässä selkävauriossa. Kyseisten mittareiden toteutusta Mediatrin-potilastietojärjestelmään sisällytettynä tulee selvittää. PKSSK, terveyskeskukset ja kunnat kehittävät potilaskohtaisia hoitoketjuja yli organisaatio- ja toimintatavojen voivat hyödyntää Rajat_on –projektin suosittelemaa toimintamallia.

Ulkopuolinen projektin arvioija on ehdottanut odotettavaksi valmisteilla olevan terveydenhuoltolain ja sosiaali- ja terveydenhuollon hallintoa koskevien hallituksen esitysten valmistumista. Tämän jälkeen ehdotetaan PKSSK:n ja kuntien käynnin perusteelliset neuvottelut siitä, miten Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuolto uuden lainsäädännön pohjalta kehitetään.

Lopuksi

Rajat_on –loppuraportti on valmistumassa ja sitä tullaan esittämään kuntayhtymän julkaisusarjaan. Projektin päätyttyä odotamme ehdotettujen jatkotoimenpiteiden toteutumista. Kuinka rajattomat mahdollisuutemme ovatkaan!



Raja_on -projektin Organisaatio

Ohjausryhmä

Anu Niemi, ylilääkäri,
puheenjohtaja, PKSSK
Pekka Kuosmanen, sosiaali- ja ter-
veysjohtaja, Joensuu
Riitli Mönttinen, johtava lääkäri,
Polvijärven terveyskeskus
Riitta-Liisa Peltola, johtava hoitaja,
Nurmeksien ja Valtimon
kansanterveystyön ky
Timo Renfors, tutkimus- ja kehittä-
misjohtaja, Pohjois-Karjalan
kansanterveyden keskus
Antti Turunen, vs. johtajaylilääkäri,
PKSSK
Ilkka Naukkarinen, talousjohtaja,
PKSSK
Pirjo Kontio, kehittämisspäälikkö,
PKSSK
Kati Pakarinen, projektsihteeri,
sihteeri

Mittaristo-projektiryhmä

Pirjo Kontio, projektipäälikkö,
puheenjohtaja PKSSK
Satu Huikuri, kehittämisspäälikkö,
Joensuun kaupunki
Marjo Lavikainen, sosiaalipalvelu-
johtaja, Joensuun kaupunki
Eero Oura, erikoislääkäri, PKSSK
Tomi Tikkanen, atk-suunnittelija,
PKSSK
Tuuli Silvennoinen, tilastos sihteeri,
PKSSK
Markku Savolahti,
atk-suunnittelija, PKSSK
Olli Räisänen, va atk-suunnittelija,
PKSSK

Hoitoketju -projektiryhmä (selkäsairaudet)

Leena Timonen, ylilääkäri, Joen-
suun kaupunki
Pertti Lukkarinen, ylilääkäri,
Joensuun työterveys
Raija Hurri, osastonhoitaja,
Joensuun kaupunki
Tuula Pitkänen, fysioterapeutti,
Joensuun kaupunki
Päivi Sutinen, ylilääkäri, PKSSK
Eero Oura, erikoislääkäri, PKSSK
Ritva Mönkkönen, osastonhoitaja,
PKSSK
Marja-Terttu Alhainen, selkäneu-
voja, Selkäliitto
Pirjo Kontio, projektipäälikkö,
PKSSK

Anne Karttunen, johtava lääkäri,
Joensuun kaupunki, asiantuntijana

Teksti: Ritva Mönkkönen, TtM, osastonhoitaja, Pohjois-Karjalan Keskussairaala ja Marja-Terttu Alhainen, ft, selkäneuvoja, Suomen Selkälääntö ry



Selkäpotilaan hoitoa rajattomasti

Vuonna 2008 toteutui Pohjois-Karjalan Sairaanhoidon- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän toimesta **Rajat_on** -projekti. Projektin yleinen tavoite kiteytyi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen yhteistyön kehittämiseen ja syventämiseen.

Selkäpotilaiden hoitoketju valittiin kehittämisen kohteeksi ja tarkoituksena oli kartoittaa ja analysoida hoitoketjun sujuvuudesta kerättyjä tietoja sekä kehittää hoitoprosessia yli organisaatioarajojen.

Yhteistyötä syventävän projektin yhtenä osa-alueena oli arvioida, kuinka selkäsairauksien hyvän hoidon malli toteutui alueellamme. Projektiryhmän edustajia oli Pohjois-Karjalan Sairaanhoidon- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymästä, Joensuun terveyskeskuksesta, Joensuun työterveyshuollosta ja Suomen Selkälääntöstä. Työryhmä oli moniammatillinen.

Selkäpotilaan hoitomalli on ollut käytössä Pohjois-Karjalan alueella vuodesta 1992 alkaen. Sitä on uusittu aina, kun käytettävissä on ollut uutta tietoa, viimeisin päivitys tehtiin maaliskuussa 2009. Alueellinen hoitoketju koskee tietyn sairauden potilasryhmän hoitoa ja se määrittelee työnjaon perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Projektin tavoitteena oli myös arvioida sitä, miten hyvin selkäsairauksien hyvän hoidon malli toteutuu käytännössä potilaan hoidossa.

Projektilla haettiin konkreettisia ehdotuksia siihen, miten yli organisaatioarajojen meneviä hoitoketjuja kehitettäisiin tulevina vuosina.

Perusterveydenhuollon puolella haluttiin selvittää

-miten potilas tutkitaan ja miten se näkyy lääkäriteksteissä

-selkäpotilaan hoidon toteutumista, miten lääkitys ja fysioterapia määrättiin ja ketkä potilasta saivat tai eivät saaneet lähetettä erikoissairaanhoidon

-mikä oli erikoissairaanhoidon menevien potilaiden määrä

-miten mitattiin ja kirjattiin kivuliaisuus, toimintakyvyn alenema tai psyykinen kuormittuneisuus / masennus (mittareina VAS-kipujana, Oswestry-toimintakyky mittari ja DEPS-depressioseula)

Siilaisen terveyskeskuksen fysioterapeutti ja Suomen Selkälääntö Selkäneuvoja arvioivat potilasotannassa mukana olleiden selkäpotilaiden hoitoketjun ja kyselyt marras-joulukuussa 2008. Fysiatrian erikoislääkäri Päivi Sutinen suunnitteli etukäteen miten ko. aineiston luokittelu tehdään. Kyseiset fysioterapeutit kirjassivat potilaiden käynneistä esimerkiksi, miten potilas oli tutkittu, paljonko sairauslomaa oli määrätty ja oliko potilas ohjattu fysioterapiaan. Fysioterapian sisältöä ei kartoitettu.

Tuloksia perusterveydenhuollon kyselystä

Tutkimuksessa todettiin, että potilaan toimintakykyä ei oltu aina riittävästi kirjattu esim. kivun voimakkuuden tai kävelykyvyn suhteen. Myöskin työhön ja mielialaan liittyvät potilastiedot olivat usein puutteellisia.

Jari Arokoski, dosentti, KYS ja Päivi Sutinen, ylilääkäri, PKSSK vastaavat koulutukseen osallistujien kysymyksiin.

Voimakasta kipua koki 63 % potilaista ensikäynnin aikaan. Nämä potilaat tarvitsevat aktiivista kivun hoitoa. Lisäksi 19 prosentilla ensikäyntipotilaista oli DEPS-depressioseula suurempi kuin 15/30, mikä voi viitata merkittävään depression.

Erikoissairaanhoidon puolella haluttiin selvittää

-erikoissairaanhoidon tulevien läheteiden sisältöä

-potilaan jonotusaikaa perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon

-erikoissairaanhoidon tulevan henkilön toimintakykyä Oswestryn indeksillä

-kuinka moni selkäpotilas operoidaan

-erikoissairaanhoidossa olleen potilaan tilanetta puoli vuotta myöhemmin

Rajat_on -projektin kehittämistyö eteni niin, että erikoissairaanhoidossa keskityttiin vaikuttavuuden mittaamiseen. Erikoissairaanhoidossa kartoitettiin touko-kesäkuussa 2008 Oswestry -tiedot yhteensä 78 potilaalta. Mittari sopii selkäsairaana potilaan arvioon ja seurantaan.

Tällä hetkellä Oswestryn ja kipujanen lähettäminen etukäteen keskussairaalan fysiatrian poliklinikan ensikäyntipotilaille on ruttiina. Kyselykaavakkeet lähetetään kutsukirjeen mukana jokaiselle. Toimintakyky mittarin tuloksia ja kipuarviota käytetään pohjana esitiedoissa.

Kuuden kuukauden Oswestryn seurantakysely toteutettiin kyseiselle potilasryhmälle marras-joulukuussa 2009 käyttäen ulkopuolista palvelun tuottajaa. Jälkikysely oli mahdollista tehdä joko kirjeellä, sähköpostilla tai puhelimitse. Otantapotilaat valitsivat näistä suurimmaksi osaksi perinteisen paperikyselyn. Seurantamittauksen palvelu hankittiin Coronaria Impact Oy:ltä.

Erikoissairaanhoidon tulleiden alaselkäpotilaiden läheteitä analysoitiin sata kappaletta. Läheteiden kriteeriksi valittiin jatkotutkimusten ja hoidon kiireellisuuden arvioinnin kannalta tärkeitä asioita, esimerkkinä oireiden alkaminen, status ja tehdyt tutkimukset.

Vuosina 1993 ja 1995 erikoissairaanhoidon tulleista läheteistä oli katsottu ja arvioitu samoja asioita. Tuloksia verrattiin keskenään.

Tuloksia erikoissairaanhoidon kyselystä

Oswestryn kokonaismäärä laski keskimäärin vähän, 36 %:sta 32,8 %:iin. Kivun voimakkuudesta kysyttäessä niiden potilaiden määrä lisääntyi, joiden kipu pysyi hyvin lä-

kityksellä kurissa ja niiden, jotka pystyivät selvittämään päivittäisistä toiminnoistaan ilman kipua. Kaiken kaikkiaan toimintakyvyssä ei suurta eroa tullut.

Oswestryn lisäksi kipuanalyysia monipuolistavat kipujana (VAS) ja lyhyt kliininen depressioseula, joiden pohjalta voidaan laajemmin arvioida kokonaistoimintakykyä ja kivun määrää. Niitä suositellaan uusimmassa Facultaksen toimintakykyarvio-ohjeessa kaikille lääkäreille, jotka hoitavat kipupotilaita.

Erikoissairaanhoidon tulleet lähteet ovat olleet keskimäärin melko hyviä. Puutteita on tullut esille lähinnä työhön liittyvissä asioissa ja psykososiaalisten seikkojen osalta. Projektissa on voitu todeta, että lääkäreiden tulisi kiinnittää nykyistä enemmän huomiota statuskirjaamiseen. Tulosprofiili on pysynyt samantapaisena 1990-luvulta lähtien.

Selkädiagnoosilla tulleiden lähteiden määrä on voimakkaasti kasvanut vuoden 1995 jälkeen. Erikoissairaanhoidon sisäinen konsultointi on lisääntynyt voimakkaasti 1990-luvulta lähtien.

Ristikkäiskonsultointi on toiminut ortopedian kanssa. Selkäkeskus toimii sillä periaatteella, että kaikki selkälähteet, jotka tulevat myös ortopedian puolelle, siirtyvät Pohjois-Karjalan keskussairaalassa fysiatrian puolelle, ellei kyse ole päivystyksellisesti hoidettavasta ongelmasta. Ortopedian erikoislääkäri käy kerran viikossa fysiatrian puolella konsultoimassa. Fysiatrian palautteet terveyskeskuksiin ovat lähteneet kattavasti.

Johtopäätöksiä ja jatkotoimenpiteitä

Tavoitteet toteutuivat pääosin. Tulosten pohjalta voi päätellä miten perusterveydenhoidon potilas päätyy esimerkiksi fysioterapiaan

tai erikoissairaanhoidon.

Projektiin liittyvän tutkimuksen perusteella voidaan tehdä mm. seuraavia johtopäätöksiä:

Perusterveydenhuollossakin kannattaisi ottaa käyttöön kipuanalyysia helpottavat lomakkeet: kipujana ja toimintakykymittari Oswestry sekä lyhyt kliininen masennusseula DEPS (Pakkala: Facultas 2008). Lomakkeet potilas voisi täyttää ennen varsinaista lääkärin vastaanottoa.

Vastaanotolla on suositeltavaa kiinnittää huomiota kipupotilaan toimintakykyarvioon. Potilashaastattelussa kannattaisi täsmentää mieliala-, motivaatio-, ja työolosuhteasioita. Säännöllinen lisäkoulutus on tarpeellista eri ammattiryhmille.

Tehtäväsiirtoja lääkäreiltä fysioterapeuteille voitaneen tulevaisuudessa harkita perusterveydenhuollossa.

Käytettyjen mittareiden sisällyttämistä potilastietojärjestelmään tulee selvittää. Yhteisesti on sovittu fysioterapian käytäntö sairaalan poliklinikalla ja terveyskeskuksissa ja sitä suositellaan käytettäväksi sairaanhoitopiirin alueella.

Selkäpotilaan hyvän hoidon malli (päivitetty 13.3.2009) ohjaa käytännössä potilaan hoitoa. Sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuollon johdon tulee sitoutua hoitoketjuun. Rajaton projekti voi näyttää suuntaa viivoja muille hoitoketjuille.

Päävastuu selkäpotilaista säilyy aina perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidon rooli on konsultoiva.

OMT fysioterapeutti Tiina Sormunen ja fysioterapeutti Riitta Mönkkönen ohjaavat fysioterapeutteja käytännössä selän tutkimiseen.



Antti Räsänen, Ortopedi, PKSSK kertoo selkäkirurgian mahdollisuuksista.

Rajat on –projektissa käytetyt mittarit

Oswestryn indeksi kuvaa kivusta aiheutuvaa toiminnallista häiriötä. Indeksillä muodostuu 10 osiosta, jotka selvittävät kipulääkkeen tarvetta ja toiminnallista häiriötä päivittäisessä itsestä huolehtimisesta, istuessa, seisossa, kävellessä, matkustaessa, seksuaalielämässä, sosiaalisissa kontakteissa, nukkua ja taakkoja nostaessa. Indeksillä on prosentuaalinen asteikko 0–100, 40–60 % viittaa huomattavaan ja yli 60 % viittaa hyvin voimakkaaseen häiriöön.

VAS (visual analogue scale) on kipujana 0–10 cm, jolla kuvataan kivun voimakkuutta. Janan ääripäät kuvaavat ääri vaihtoehtoja (ei lainkaan kipua ja pahin mahdollinen kipu). Luku 7 tai yli tarkoittaa voimakasta kipua.

DEPS on lyhyt kliininen masennusseula (depressioseula). Siinä kysytään mm. onko potilaalla ollut unihäiriöitä, surumielisyyttä, tarmottomuutta, toivottomuutta, arvottomuuden tai ilottomuuden tunteita. Mikäli pisteitä on 10/30 tai yli, se voi viitata masennukseen.

Valtakunnallinen alaselän käypähoitosuositus on luettavissa osoitteesta: www.kaypahoito.fi

Pohjois-Karjalan Sairaanhoitopiirin alueellinen selkäpotilaan hyvän hoidon malli on luettavissa osoitteesta: www.pkssk.fi – klinikat – fysiatria – hoitosuosituksukset – selkäpotilaan hyvän hoidon malli.

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän julkaisuja

ISSN 1796-2714

- 2007: 1 Eija Martikainen, Antti Turunen & Outi Äijälä
Puhelinneuvontadokumentaation vaatimustenmukaisuus ja puhelinneuvonnan vaikuttavuus: Case Pohjois-Karjalan Ensineuvo
ISBN: 978-952-9793-38-9 (nid.)
ISBN: 978-952-9793-39-6 (Pdf)
- 2007: 2 Arja Ryhänen
Yksilövastuun hoitotyön toteutuminen Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä: seurantatutkimus
ISBN: 978-952-9793-40-2 (nid.)
ISBN: 978-952-9793-41-9 (pdf)
- 2007: 3 Kirsti Sainola-Rodriguez, Nina Kekkonen ja Timo Pöppönen
Masentuneen potilaan näyttöön perustuvat hoitotyön menetelmät: tutkimus ja kehittämistyö masentunutta auttavista hoitotyön menetelmistä
ISBN 978-952-9793-42-6 (nid.)
ISBN 978-952-9793-43-3 (pdf)
- 2007: 4 Sirkka Liisa Tuovinen
Mielenterveystyön polkuja Pohjois-Karjalassa: Paiholan, Kuurnan ja Koppolan sairaaloiden sekä mielisairaanhuoltopiirin vaiheita
ISBN 978-952-9793-44-0
- 2008: 5 Eija Martikainen
Erikoissairaanhoidon ajanvarausten hallinta ja anto, Avanto – hanke
1.3. – 31.12.2007: loppuraportti
ISBN: 978-952-9793-45-7 (nid.)
ISBN: 978-952-9793-46-4 (pdf)
- 2008: 6 Maarit Hamunen
Työnohjauksen kehittämisselvitys
ISBN: 978-952-9793-47-1 (nid.)
ISBN: 978-952-9793-48-8 (pdf)
- 2008: 7 Antti Turunen
Terveystenhuollon Pohjois-Karjalan malli: terveydenhuollon Pohjois-Karjalan mallin II vaihe -hanke 1.4.2006–31.1.2008: loppuraportti
ISBN: 978-952-9793-49-5 (nid.)
ISBN: 978-952-9793-50-1 (pdf)
- 2009: 8 Pirjo Kontio
Rajat_on -projekti: perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä syventävä hanke: loppuraportti 1.1.2007–31.12.2008
ISBN: 978-952-9793-51-8 (nid.)
ISBN: 978-952-9793-52-5 (pdf)