



# Tepa-projektin KONSULTOIVA SAIRAANHOITAJA

*Mitä?*

*Kenelle?*

*Miksi?*



# TEPA-projektin pilotti Mikkelissä 2015: Konsultoivan sairaanhoitajan työmalli

- *Asiakkaat aikuisia kehitysvammaisia henkilöitä. Kaikki asumispalveluiden piirissä.*
- *Palvelukoteja mukana alussa seitsemän. Näistä yhdessä yksi aloitettu-> keskeytynyt asiakkuus, yksi palvelukoti lakkautettiin ja yksi muutti omistajaa (Mikkelin kaupungille)*
- *Mukaan tuli myös yksityinen perhehoito*
- *Uusi palvelumalli TUPA-palvelut*
- *Muutama asiakas siirtyi iäkkäille suunnattuun palveluasumisyksikköön (12/2015)*

# Projektissa asiakkaita yhteensä 26

- Suurin osa keskivaikeasti tai vaikeasti kehitysvammaisia
- Lähes liikuntakyvyttömiä useita, monilla liikunnan apuvälineitä
- Kaikki asumispalveluiden piirissä (yksi asiakas siirtyi perhehoitoon jossa asiakkuus jatkuu)
- Asiakkailla mm. autismia, kommunikaatio puutteellista tai sitä ei ole lainkaan, ravitsemushäiriöitä (ali- ja ylipaino ja imeytymishäiriöt), liitännäissairauksia, haastavaa käyttäytymistä (syy epäselvä)
- Usealla pärjäämättömyyden ongelmia, mielialan laskua, sosiaalisia ongelmia, ”turhaa” terveyspalveluiden käyttöä jne.

- 
- Monelta puuttui kontakti perusterveydenhuoltoon!
  - Monella säännöllisiä käyntejä kehitysvammaopoliiklinikalla muttei terveyskeskuksessa
  - Useilla monilääkitystä: Psykye, ummetus, RR, diabetes, VTI esto, kilpirauhanen...
  - Harvoilla säännöllisiä kipulääkkeitä!

# *Palveluverkko siiloissa*

- Kaikilla sama asiakas muttei yhteistyötä
- Terveysthuolto kahdessa eri organisaatiossa + yksityiset
- Terapiat usein yksityisiltä
- Laitoskuntoutusjaksoja ilman selkeitä tavoitteita ja yhteistyötä kunnan perusterveydenhuollon kanssa
- Monikanavainen rahoitus: Asiakkaalle edullisempaa käyttää erityishuollon palvelua
- Keitä toimii kehitysvammaisen ympärillä?

# Lähtötilanne: oma osaaminen

## **Kehitysvamma-alan tuntemus ja oman roolin tunnettuus**

- Ei kokemusta kehitysvammatyöstä
- Roolia (konsultoiva sairaanhoitaja) ei tunnettu kentällä: oman työn tekeminen tunnetuksi ja asiakaskunnan opettelu
- Teoriatiedon opiskelu kirjallisuudesta

## **Yhteistyöverkoston, sosiaalipuolen osaaminen**

- Perusterveydenhuollon palvelukokonaisuuden hahmottaminen paikallistasolla- yhteistyötahot ja henkilöt tuntemattomia
- Sosiaalietuuksien ja lainsäädännön tuntemuksen puute
- Erytislainsäädännön tms. palvelusuunnitelmien sisällön hahmottamisvaikeudet

*Haastavaa mutta mielenkiintoista!  
-ryhdyin työhön*

# *Tutustuminen*

- Asiakkuuksien käynnistäminen: tilaisuudet omaisille ja asukkaille, käynnit palvelukodeissa henkilöstön palaverissa.
- Tutustuminen palveluohjaajiin ja palveluneuvoon+ kehitysvammaopoliikkaan
- Asiakastapaamiset (Alussa tavoitteena proj. sopimusten perusteella käynnistää kaikki asiakkuudet joita noin 50)

# *Työhön kiinni vauhdilla*

- Asiakastapaamisissa kartoitettiin asiakkaan terveystilanne. Kartoituksessa läsnä omaohjaaja (usein), omaiset ja mahdollisesti päivätoiminnan ohjaaja.
- Tietojen keruuta potilastietojärjestelmästä, omaisilta, DC-asiakastietojärjestelmästä (SAVAS-yksiköt) sekä paperisista epikriiseista tms. arkistoista
- Eri sektoreiden työntekijöiden tapaamisia, kotihoidon perehdytystä helmikuussa



# *”Vastatuulessa”*

Terveydenhuollon niukat resurssit:

- Ei nimettyä yhteistyölääkäriä
- Käytännön työntekijöillä ei halua tai aikaa osallistua kehitystyöhön
- Päätöksentekoportaita monta
- Roolia ei tunnustettu- yhteistyövaikeudet palvelukotien ja muiden tahojen kanssa
- Jähmeitä toimintamalleja
- ”Liian vaikeita asioita”- hoitolinjauksista mm. keskeytyneisiin asiakkuuksiin



Omien tavoitteiden laskeminen

# *Pohdinta ja kehittäminen*

- Selvisi että konsultoivasta sairaanhoitajasta on eniten hyötyä vaikeammin kehitysvammaisille tai henkilöille, joiden hoitopolussa on selkeästi havaittavaa ongelmaa. Myös henkilöt joista raportoidaan selkeitä oireita, hyötyvät työstä (diagnoosin selviäminen)
- Tarve yhteistyön ja osaamisen kehittämislle
- Yhteistyö tavoitteeksi syksyksi 2015

# *Yhteistyö parantuu*

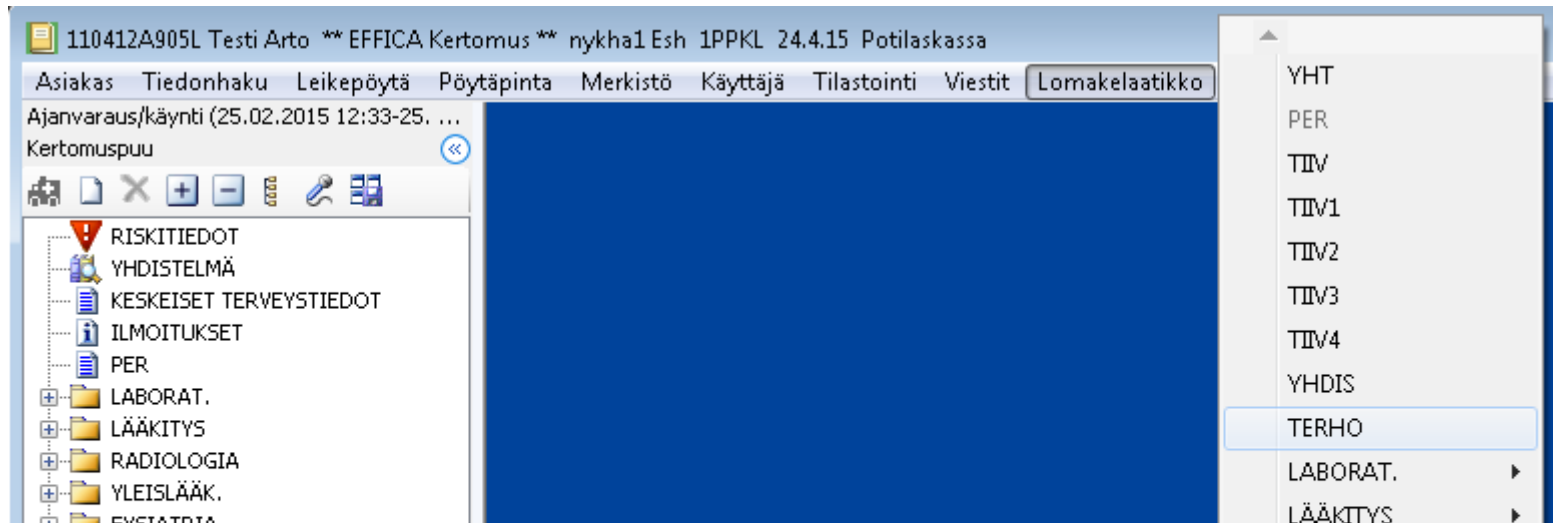
- Palvelukodit osaavat hyödyntää osaamista. Asiantuntijavälitys.
- Asiakkaille saadaan diagnooseja-> mm. leikkausjonoihin ja apuvälineitä
- KOSA ohjaa mm. lääkitysten käyttämisessä (kipu) sekä asiakkaan oireiden kirjaamisessa ja tulkinnessa
- Antaa palautetta unohduksista ja tarkentaa ohjeita
- Yhteistyötahot ymmärtävät konsultoivan sairaanhoitajan roolin ja työmallin mahdollisuudet paremmin
- Syntyy useita kontakteja samaan lääkäriin-> asioiden hoitaminen sujuvoituu potilastiedon syventyessä ja yhteistyön kehittyessä

# Vahvistunut oma osaaminen

- Ymmärrys kustannuksista ja oman työn hyödyistä pitkällä aikavälillä- haasteena miten tämä näkyy projektin kustannusvaikuttavuudessa
- TERVEYS- JA HOITOSUUNNITELMA (Effican TERHO-lehti) tavoitteena laatia jokaiselle asiakkaalle. Käytännössä ei hyvin mahdollistunut ilman jatkuvaa lääkärikontaktia. Lomake ei ole tunnettu lääkäreiden keskuudessa. Suunnitelman kirjaaminen on olennaisen tärkeää kustannusten ja hoidon sujuvuuden kannalta. Lomakkeen laatiminen kannattaisi tehdä yhteistyölääkärin kanssa (kirjaajana esim. sh).
- Yhteistyö mahdollistaa asiakkaiden asioissa muiden tahojen osaamisen hyödyntämisen: KOSA saattaa ihmisiä yhteen

TERHO lomakkeelta tallennetaan hoitosuunnitelma Effican rinnakkaisnäkyville YLE. Tätä kautta se tallentuu Kanta-arkistoon. Näin se on potilaan nähtävillä OmaKannan kautta ja muiden organisaatioiden ammattilaiselle Arkistokatselun kautta.

Ohjeet TERHO-kirjaamiseen saa perusterveydenhuollon yksiköstä (tuula.taivalantti@esshp.fi)



Kuvan ja tekstin lähde: ESSHP:n ohje TERHO-lomakkeen käyttöön.

Terveys- ja hoitosuunnitelma - 020202A900E Testi Keskiviikko

Kirjaus Muokkaa Lisää Muotoile Liittymät

Järjestä käyntiajan mukaan

**07.09.2015 10:15 10S11 Sh Liikanen Sari (M)** **TERHO (YLE)**

**Suunnitelma**  
Hoidon tarve (potilaan näkemys)  
Astma, verenpainetaudin lääkitys saatava kohdilleen, polvien nivelrikko kivulias.

Esitiedot  
Allerginen astma, RR-tauti, molempien polvien nivelrikko.

Hoidon tavoite (potilaan näkemys)  
Tärkein terveyden kannalta on painon hallinta. Se on tärkeää sekä verenpaineen, hiukan koholla olevien sokereiden että polvien nivelrikon kannalta.  
Haluan säilyttää terveyteni ja hyvän liikuntakykyäni sekä työkykyäni vielä kymmeniä vuosia.  
Harrastan liikuntaa x3 /viikko. Lisäksi käyn uimassa kerran viikossa.

Hoidon toteutus ja keinot  
Pääsääntöisesti tuo tapahtuu palloilulajien harrastamisessa. Pääasiallisia lajeja ovat sähly ja sulkapallo. Paino on pudonnut vuodesta 2007 10kg:lla pysynyt ennallaan. Nyt tuo uusi paino 74-75kg pysynyt ennallaan. Verenpaineen ja astman sekä polvien nivelrikon vuoksi minulla on vakituinen lääkitys, jota käytän säännöllisesti. Verenpaine on hyvin pysynyt kurissa Enallapril 5mg x1 astma ei juurikaan anna oireita, kun käytän säännöllisesti Seretide evohaler 1x2. Minulla on käytössä myös Aeorimir tarv. Sitä en ole tarvinnut. Polvien nivelrikon oireilu on vähentynyt huomattavasti saatuauni kunnon polvituet ja aloitettuani Glucosamin 400mg x1 ajoittain esiintyvien kipujen hoidossa on Burana 800 x1. Minulla on esiintynyt myös yöllisiä krampeja joihin auttaa Emgesan 250mg 2x1 ja karpmin tullessa yöaikaan Crampiton.

Seuranta ja arviointi  
Käyn tällä hetkellä kaksi kertaa/vuosi diabetes neuvolassa. Paastoverensokerini on painon putoamisen jälkeen alle 7. Verenpaineen osalta teen kotiseurantaa. Astman vuoksi on lääkärin ja astmahoitajan kontrolli kerran vuodessa.

Seuraava kontrolli on astmakontrolli vuoden kuluttua ja diabetesneuvolan kontrolli ensi keväänä. Käyntän Hyviksen Omahoito-osiota itse seurannan kirjaamiseen.

Suunnitelman vastuhenkilö  
Tytti Omahoitaja

Haettu 4/4

# *Mikä on KOSAn työn ydin?*

- Ymmärrys kehitysvammaisuudesta
- Ymmärrys palvelujärjestelmästä ja sen toimijoista
- Ymmärrys terveydentilasta, oireista ja löydöksistä. Lääketieteen termistön hahmotus.
- Salapoliisityö: Kyky havaita ja yhdistää oireita ja syitä toisiinsa-> etukäteistietoa diagnoosin mahdollistamiseen
- Ohjausta, neuvontaa, yhteistyötä

# *Mikä haasteellista?*

- Tiedottaminen ja yhteistyö- tutuksi tuleminen ja oman ja toisen työn tunteminen
- Kuka olen, mitä teen, kenelle, missä, miksi, kenen kanssa, koska, kuinka usein, millä osaamisella, millä mahdollisuuksilla, miten pitkään, kenen palkkalistoilla, millä järjestelmillä?...
- Uusi rooli vaatii suunnitelmallista viestintää
- Asiaa helpottaa jos alussa on tietty ydinryhmä joka vie mallia eteenpäin



# *Tällä hetkellä Mikkelissä*

- Asiakastyö loppunut projektissa
- Systemissä aukko: kuka koordinoi hoitoa kehitysvammaisella henkilöllä?
- Vastuiden siirtoa palvelukodeille, ravitsemusterapeutille, omaisille, palveluneuvoon, kehitysvammaisten palveluohjaajalle jne.
- Käsikirja kehitysvammaisen terveydentilan kartoittamiseen- työstäminen alkanut

# *Mitä osaamista vaaditaan kehitysvammaisen terveydenhoidossa*

- Ymmärrys palvelujärjestelmästä
- Kyky hahmottaa kokonaisvaltaisesti asiakkaan tilannetta sekä etsiä syitä ja seurauksia
- Perusosaaminen sairauksista ja lääkinnästä
- Tiedonhankintavalmiudet
- Yhteistyötaidot
- Ohjaus ja opetustaidot
- Asiakaslähtöinen ajattelumalli

# *Mitä vaaditaan ympäristöltä?*

- Suositus: nimetty yhteistyölääkäri (helpottaa yhteistyön tekemistä)
- Suositus: resurssi työn tekemiseen.  
Kartoitustyö aikaa vievää mutta tuo säästöjä pitkällä aikavälillä
- Suositus: Yhteiset tietojärjestelmät
- Suositus: Sairaanhoidajan osaamisen tunnistaminen ja osaamisen käytön mahdollistaminen

## *Mahdollisuuksista...*

- Mitä konsultoiva sairaanhoitaja voi tehdä nyt nykyisellä koulutuksella ja lainsäädännön mahdollistamana?
- Ensiarvoisen tärkeää tiedonsiirto potilastietojärjestelmään saataville: Mahdollistaa oikean hoidon ja tiedon siitä, mitä on tutkittu ja mitä pitäisi tutkia
- Lääkitys ajantasaiseksi

*Seuraavassa käytännön asiakasprosessista...*

# *Terveystilan kartoittaminen*

- Haastattelu, havainnointi
  - Tiedonkeruu eri lähteistä
  - Tiedon tiivistäminen, seurantaohjeiden antaminen palvelukotiin
  - Yhteistyö eri ammattilaisten kanssa
- > Mennäänkö lääkärille?

*Tiedon antaminen asiakkaalle hänen ymmärryskyvyllään, hänen kommunikointikeinojaan hyödyntäen yhteistyössä omaohjaajan/läheisen kanssa*

# *Lääkärikäynnillä*

- Etukäteistyö (esim. labrat, seurannat, lääkelistan päivittäminen, tutkimustulokset, ongelmat tällä hetkellä)
- Kirjattu ennakkotieto (terveydentilan selvityksestä tiivistetty tieto potilastietojärjestelmässä) **HELPOTTAA** ja **MAHDOLLISTAA** lääkärin työtä!
- Terveys- ja hoitosuunnitelmakirjaus tavoitteena (ei usein onnistu ensimmäisellä kontaktilla)
- Lääkärin antamien ohjeiden tulkinta palvelukodin henkilökunnalle

# *Käynnin jälkeen*

- Voinnin seuranta, ohjeistus, viestien välittäminen
- Kirjaaminen, palautteet
- Toiminta yhteydenottotahona terveysasioissa
  - > mahdollisuus viestipiikillä tavoittaa vastaanottanut lääkäri-> apu jatkossa ilman lääkärikäyntiä
- Hoidon koordinointi ja laadun varmistaminen
- Yhteistyötahojen organisointi/ viestitys

# *Mitä muuta?*

-Nyt on hetki aikaa kysymyksille-



Kiitos!

Tiia Rautio