

Pilottiryhmän nimi: Pitkäaikaissairaat

Kohderyhmän kuvaus:

Pitkäaikaissairaat tai sairastumisriskissä olevat kansalaiset. Esimerkiksi tyyppin 2 diabetes, raskausdiabetekseen sairastuneen naisen raskauden jälkeinen seuranta, verenpainetauti, Marevan-seuranta.

Ongelma, jota lähdettiin ratkaisemaan ja nykytilan tärkeimmät haasteet:

Aikuisikäisistä suomalaista noin kahdella miljoonalla katsotaan verenpaineen olevan haitallisen korkea. Diabetes on ollut jo pitkään yksi nopeimmin lisääntyvistä sairauksista ja diabetesta sairastaa yli puoli miljoonaa suomalaista. Terveyden Hyvinvoinnin laitoksen tilastoissa vuosina 2015-16 pitkäaikaissairaudet olivat yleisimpiä kirjattuja käyntisyitä suomalaisessa avoterveydenhuollossa.

Pitkäaikaissairauksien seurantaan liittyy paljon säännöllisesti toistuvia laboratoriotarkastusten pyytämisen prosesseja ja varsinkin suoraviivaisia normaalin rajoissa olevien löydösten tulkintoja, joissa terveydenhuollon ammattilaisen yksilöityä erityisosaamista ei tarvittaisi. Pitkäaikaissairauksien hoitoprosesseihin liittyy paljon arvoa tuottamatonta työtä sekä potilaalle että ammattilaiselle.

Sairastumisriskissä elävät asiakkaat, joilla tiedetään olevan kohonnut riski sairastua pitkäaikaissairauteen, ns. esidiabetes ja raskausajan diabetesta sairastaneet, mutta jotka eivät ole vielä sairastuneet; ovat asiakasryhmä, joiden toivotaan seuraavan omaa terveydentilaansa ja hakeutuvan seurantoihin. Samalla, kun seurannan peittävyys nousee, kasvaa myös terveydenhuollon kuormitus ja kustannukset.

Hoidettavien määrän lisääntyessä terveydenhuollon kuormitus ei kasva niin paljon, jos osan pitkäaikaissairaudesta tai sairastumisriskin arvioimisesta, seurannasta ja tilannearvioista hoitaa sähköinen palvelu. Varhaisen diagnosoinnin ja hyvän omahoidon toteuttamisen avulla on mahdollista vaikuttaa tuntuvasti yksilön elämään ja sen laatuun sekä samalla säästää diabeteksestä johtuvista kustannuksista. Suuressa sairastumisriskissä tai huonossa hoitotasapainossa olevat saadaan tunnistettua ja ohjattua hoitoon, jolloin komplikaatoriski elämän aikana vähenee. Vaikuttavat, ennaltaehkäisevät interventiot näkyvät mm. sairastuneiden määrän vähenemisenä, sairastuneiden keski-ikänsä nousuna, hoitotulosten paranemisenä ja liitännäissairauksien vähenemisenä.

Mitä Omaolon palveluja on tarkoitus käyttää ja miten:

Sähköisen hyvinvointitarkastuksen avulla asiakas voi täyttää pitkäaikaissairauteensa tai sen riskiin liittyvän kyselyn tai käyntiin liittyvät esitiedot itsenäisesti ja saada saman tien palautteen hyvinvoinnista sekä tarvittavat omahoito-ohjeet. Hän voi saada palveluohjauksen omahoitoa tukeviin sähköisiin valmennuksiin tai ajanvaraussuositukseen. Järjestelmä auttaa ammattilaista tunnistamaan riskiryhmät ja kohdentamaan palveluja oikea-aikaisesti asiakkaalle. Omaolo-palvelun suunnitelman avulla asiakkaan ja ammattilaisen on mahdollista nähdä asiakkaan täyttämät tiedot, saadut palveluohjaukset ja suositukset sekä näyttää omahoitoon liittyvien mittausten tulokset koostetusti.

Millaisia toiminnallisia muutoksia on toteutettu ja mitä niiden kautta on saatu aikaan, keitä ammattilaisia on tarvittu mukaan. Miten muutokset ovat vaikuttaneet asiakkaisiin:

Jyväskylässä on yhtenäistetty verenpainepotilaan ohjeistusta, hoitoa ja kirjaamista sekä hyödynnetty sähköisiä järjestelmiä ajanvaraukseen, kutsumiseen, tiedon liikkumiseen ja ammattilaisen työtapoihin liittyen. Toiminnallisten muutosten tuloksena verenpaineen kotimittausten laatu on parantunut, mittaaminen ja kirjaaminen on standardisoitunut, mittaustuloksista pystytään laskemaan tilastollista tietoa ja ammattilaisten työtavoissa on tapahtunut muutoksia sähköisten palvelujen käyttöönnoton myötä.

Espoossa raskausajan diabeteksen jatkoseurantaan ohjautuvien määrää haluttiin nostaa, hoidon ja kirjaamisen laatua parantaa ja vakioita. Asiakasprosesseja kehitettiin hoidon tarvetta vastaavaksi. Yhdessä äitiysneuvolan terveydenhoitajien kanssa laadittiin uusittu asiakasohje. Äitiysneuvolan lääkärin kirjaamista vakioitiin rakenteiseen suuntaan, diagnoosimerkinnän avulla voidaan tunnistaa kohdejoukon koko ja ennustaa kysyntää. Terveysasemien puhelinpalvelulle kehitettiin työkalu, jonka avulla asiakkaalta kysytään vakioitusti samat sairastumisriskin arvioimiseksi tarvittavat tiedot. Vastausten perusteella tehdään hoidon tarpeen arviointi ja suunnitellaan jatkohoito. Kirjaamisohjeen avulla halutaan tehdä jatkohoitosuunnitelma myös asiakkaalle näkyväksi Kanta-palvelujen kautta. Muutosten avulla on saatu nostettua diagnoosimerkintöjen ja hoitosuunnitelmien määrää.

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirissä (Eksote) kehittänyt diabetesriskissä olevien kansalaisten tunnistamisen ja ohjauksen prosessia. Osana kehittämistä on luotu digitaalinen itsehoitomalli, diabetespotilaan omahoitomalli sekä yhdenmukaistettu hoitoprosessia hyödyntäen sähköistä asiointipalvelua. Ensimmäisenä otettiin käyttöön korkean verensokeriarvon (fP-gluk >6) potilastiedoissa ilmaiseva sisältömerkintä. Elokuun 2018 loppuun mennessä korkean verensokerin laboratoriokokeissa saaneita Etelä-Karjalan alueen asiakkaita oli 1065 henkilöä. Eksoten yksiköissä on pyritty parantamaan diabetesriskissä olevien tunnistamista jo ennakolta. Tässä on hyödynnetty Diabetesliiton riskitestiä. Diabeteshoitajan vastaanotolle meneville kansalaisille on otettu käyttöön omahoitolomake esitettäväksi ennen käyntiä. Asiakkaille on tarjottu yleis- ja täsmennettyä tietoa 2 tyyppin diabeteksestä sekä sen ennaltaehkäistystä. Asiakkaille on tehty ohjausvideoita sekä lehtisiä tiedon lisäämiseksi. Heille on myös aloitettu laboratoriotulosten välittäminen sähköisen asiointikanavan kautta. Muutos on toteutettu yhteistyössä avoterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa toimivien diabeteshoitajien ja lääkäreiden kanssa.

Tampereella sähköistä asiointia on pyritty lisäämään netissä varattavien aikojen sekä sähköisten yhteydenottolomakkeiden avulla. Hoitoprosessia on muokattu niin, että potilas sitoutuu omahoitoonsa sekä turhat käynnit ja kontaktit vähenevät. Tavoitteena on luoda potilaalle suunnitelma omahoidosta, tavoitteista ja sairauden seurannasta. Potilaille on nykyään tarjolla sähköisesti varattavia aikoja enemmän sekä osa kontrolleista ohjautuu paremmin oikealle ammattilaiselle. Tampereella Digihoitaja käsittelee lomakkeita päivittäin, joten lomakkeen ovat ajantasaiset sekä koulutetaan henkilökuntaa sähköisten palveluiden käytöstä. Työnsujuvuutta on pyritty lisäämään seuraamalla työtyytyväisyyttä sekä laitimalla työyhteisöön yhteiset pelisäännöt.

Omaolo

Lisätietoa:

Tyypin 2 diabetesriskissä olevat, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoimisto, Katja Rääpysjärvi, katja.raapysjarvi@eksote.fi

Verenpainepotilaan hoito, Jyväskylän kaupunki, Katrianna Rantanen, katrianna.rantanen@jkl.fi ja Aapo Tahkola aapo.tahkola@jkl.fi

Raskausajan diabeteksen jatkoseuranta: Johanna Lehtisyrjä johanna.lehtisyrja@espoo.fi

Verenpainepotilaan hoitoprosessi Lielahden terveysasemalla, Tampereen kaupunki, Iina Laine iina.laine@tampere.fi

2-tyypin diabetespotilaan hoitoprosessi Linnainmaan terveysasemalla, Tampereen kaupunki, Tuula Urvikko tuula.urvikko@tampere.fi