
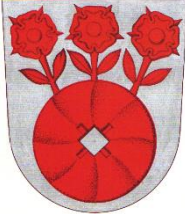






HUS

Itä-Uudenmaan alueellinen kotisairaalaselvitys

LOPPURAPORTTI

 HUS		LAPINJÄRVI  ihmislähtöinen KUNTA
 Loviisa ~ Lovisa	PORVOO  BORGÅ	 SIPOO SIBBO

Sisällysluettelo

JOHDANTO	3
1 Kotisairaaloiminta.....	4
2 Toimeksianto	4
2.1 Selvitystyön aikataulu ja suunnitelma	5
3 Nykytilan kuvaus kunnissa	5
3.1 Lapinjärvi, Loviisa ja Porvoo	6
3.2 Toimenkuva.....	6
3.2.1 Asiakaskunta	7
3.2.2 Toiminnan volyymi	8
3.2.3 Potilasmaksut	9
3.3 Askola ja Sipoo.....	9
4 Kuntien odotukset ja huolenaiheet	9
4.1 Odotukset.....	9
4.2 Huolenaiheet	10
5 Porvoon sairaalan näkökulma.....	10
6 Kotisairaaloiminnan hyödyt	11
6.1 Infektiopotilaan hyöty kotisairaaloiminnasta	11
6.2 Palliatiivisen ja saattohoidon kehittäminen kotisairaaloiminnan avulla	12
6.3 Kotisairaaloiminnan kustannustehokkuus	13
7 Itä-Uudenmaan alueellinen kotisairaala	14
7.1 Tavoitteet	14
7.2 Toimintaperiaatteet.....	15
7.3 Kriteerit ja potilaat.....	15
7.4 Yksikön kuvaus	16
7.4.1 Yhteistyö kuntien kanssa	16
7.5 Resurssit	17
7.5.1 Henkilökunta	17
7.5.1.1 Lääkärit	17
7.5.1.2 Hoitohenkilökunta.....	18
7.5.2 Välineistö ja hankinnat	19
7.5.2.1 Lääkintälaitteet	19
7.5.2.2 Leasingautot.....	20
8 Talous.....	21
8.1 Suoritteet ja potilasmaksut	21
8.2 Kuntalaskutus.....	22
8.2.1 Suoritehinnat.....	22

8.2.2 Käynnistämiskustannukset.....	23
8.2.3 Kannattavuuslaskelma.....	23
8.3 Kustannusvertailu.....	23
8.4 Yhteenveto taloudesta.....	26
9 Riskienhallinta.....	27
9.1 Yksiköiden etääntyminen.....	28
9.2 Potilastietojärjestelmät.....	28
9.3 Viestintä ja toiminnan jalkauttaminen.....	29
9.4 Potilasturvallisuus.....	31
10 Johtopäätökset.....	31
11 Projektisuunnitelma.....	32
12 Lopuksi.....	34
LÄHTEET.....	35
LIITTEET.....	36
LIITE 1: Kunnille ja HUSille esitetyt avoimet kysymykset sekä vastaukset niihin.....	36
LIITE 2: Eri toimipistemallien hyödyt ja huolet.....	38
LIITE 3: Lääkäritoiminnan eri mallien hyödyt ja huolet.....	39

TAULUKOT JA KUVAT

Taulukko 1. Porvoon sairaanhoitoalueen kuntien tunnuslukuja.....	5
Taulukko 2. Kotisairaalaressurit 06/2018.....	6
Taulukko 3. Potilasmaksut.....	9
Taulukko 4. Lääkintälaittehankinnat.....	20
Taulukko 5. Kannattavuuslaskelma.....	23
Taulukko 6. Suoritehinnat.....	24
Taulukko 7. Infektiopotilaan vuodeosastolaskutus 2017.....	25
Taulukko 8. Vuodeosastolaskutus 2017 potilailla, joilla todettu pahanlaatuinen kasvain.....	26
Taulukko 9. Kokonaiskannattavuuden vertailu.....	26
Taulukko 10. Riskienhallinta.....	27
Taulukko 11. Käytössä olevat potilastietojärjestelmät.....	28
Kuva 1. Selvitystyön aikataulu.....	5
Kuva 2. Potilasmäärät 2017.....	8
Kuva 3. Hoitopäivät 2017.....	8
Kuva 4. Infektiopotilaan hyöty kotisairaala.....	12
Kuva 5. Palliatiivisen potilaan hyöty kotisairaala.....	13
Kuva 6. Infektiopotilaan hoidon kustannukset polikliinisessä hoidossa.....	25
Kuva 7. Tiedottamisen aikataulu.....	30
Kuva 8. Päätöksentekovaihe.....	32
Kuva 9. Työstövaiheen projekti aikataulu.....	33
Kuva 10. Käynnistämisen vaiheen projekti aikataulu.....	33

JOHDANTO

Tällä hetkellä Itä-Uudenmaan kaikissa kunnissa ei ole kotisairaaloimintaa, mikä on asettanut alueen asukkaat eriarvoiseen asemaan, asuinkunnasta riippuen. Etenkin palliativisen ja saattohoidon ollessa kyseessä, toteutetaan hoito epäyhdenvertaisesti ja saman tasoista palvelua ei ole saatavilla kaikille alueen asukkaille. Alueen tämän hetkiset kotisairaalaressurssit ovat niukat, toiminta haavoittuvaista eikä nykymallilla saada toiminnalla tavoiteltua kustannushyötyä saavutettua. Kuntien käytänteiden ollessa erilaiset, ei kotisairaaloiminta ole vakiinnuttanut paikkaansa osana palvelujärjestelmää. Tämä on johtanut siihen, että potilaiden hoito järjestetään epätarkoituksenmukaisesti joko terveyskeskusten tai erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla sekä polikliinisesti eri yksiköiden toimesta, vaikka potilaat olisi mahdollista hoitaa kotona. Edellä kuvatut juurisyyt ovat johtaneet tarpeeseen selvittää alueellisen kotisairaaloiminnan käynnistämistä Itä-Uudellamaalla.

Itä-Uudenmaan alueellisen kotisairaalaselvityksen tavoitteena on kuvata alueen nykytila kotisairaaloimintojen osalta sekä valmistella mahdollinen, tuleva alueellinen toimintamalli. Selvitystyöllä tuotetaan tietoa kunnille poliittisen päätöksenteon tueksi. Alueellisen kotisairaaloiminnan kehittämisen ensisijaiset strategiset tavoitteet ovat parantaa potilaslähtöistä hoitoa Itä-Uudellamaalla sekä vahvistaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä. Selvitystyön lähtökohtana on ollut aikuisväestön hoitoon keskittyvä kotisairaaloiminta. Lapset on rajattu tämän selvityksen ulkopuolelle lastentautien ollessa täysin oma erikoisalansa. Lasten sairaanhoitoon liittyvää toimintaa on järkevä kehittää ja järjestää erillisessä, lapsiin erikoistuneessa yksikössä.

Nykytilaa kotisairaaloiminnan osalta sekä kotisairaalaan omaisen toiminnan osalta selvitettiin kuntakäynneillä. Lisäksi selvitettiin Porvoon sairaalan näkökulma nykytilanteesta sekä tulevan toiminnan osalta. Alueellisen toimintamallin valmistelun tueksi on perehdytty muualla Uudellamaalla ja Suomessa toteutettujen alueellisten hankkeiden tuloksiin. Projektitiimi teki tutustumiskäynnin Lohjan sairaanhoitoalueen kotisairaalaan sekä Raaseporin erityislääkepoliklinikan ja kotisairaanhoidon yksikköön. Itä-Uudenmaan alueellisen kotisairaalan esitetty toimintamalli perustuu alueen nykytilaan sekä muualta saatuihin hyviin käytänteisiin.

Selvitystyön väliraportti esiteltiin IU-SoTe ryhmälle 24.8.2018. Kokouksessa esitettiin selvitystyön aikana heränneet vaihtoehtoiset toimintamallit sekä toimintaan liittyvät avoimet kysymykset. Avoimiin kysymyksiin pyydettiin kokouksen jälkeen kuntien ja HUSin kannanottoa. Jatkovalmistelussa edettiin saatujen vastausten mukaisesti. Koonti kysymyksistä sekä saaduista vastauksista on esitetty raportin liitteenä (LIITE 1).

Selvitystyön aikana on hahmoteltu päätöksenteon sekä toiminnan valmistelun aikataulua kuntien esittämien toiveiden sekä toiminnan asettamien reunaehtojen mukaisesti. Raportti valmistui toimeksiannon mukaisesti 30.9.2018, jonka jälkeen se käsiteltiin IU-SoTe ryhmässä marraskuussa 2018. IU-SoTe ryhmän hyväksyttyä tällöin loppuraportin, etenee asia niiden kuntien poliittiseen päätöksentekoon, joissa nykyisin on kotisairaaloimintaa. Niissä kunnissa, joissa ei ole kotisairaaloimintaa, viedään hanke tiedoksi kuntien poliittisille päättäjille. Jos kunnat päättävät käynnistää alueellisen kotisairaaloiminnan, valmistellaan toimintaa HUSin ja kuntien välisenä yhteistyönä vuoden 2019 aikana, tavoitteena käynnistää toiminta vuoden 2020 alusta.

1 Kotisairaalatoiminta

Kotisairaalatoiminta on etenkin viime vuosina yleistynyt Suomessa ja nykypäivänä kotisairaalatoimintaa järjestetään jo useissa kunnissa ja sairaanhoitopiireissä. Kotisairaalatoiminnalle ei ole varsinaista omaa säädöspohjaa. Juridisesti kotisairaalahoito on avohoitoa. Terveydenhuoltolain 25§ mukaisesti kotisairaalahoito on määräaikaista, tehostettua kotisairaanhoidoa. Se voi olla perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon tai niiden yhdessä järjestämää toimintaa.

Kotisairaalatoiminnan järjestämistavat vaihtelevat suuresti Suomessa ja samankaltaisesta toiminnasta käytettäviä nimityksiä on useita, muun muassa kotisairaala, tehostettu kotisairaanhoido ja tehostettu kotihoito. Kotisairaalatoimintaa järjestetään eri toimijoiden toimesta esimerkiksi kuntien tai kuntayhtymien perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido tai eri toimijoiden yhteistyönä esimerkiksi kunnat ja ensihoito. Toiminnaltaan kotisairaalahoito on käsitteistä tai järjestämistavasta riippumatta hyvin samankaltaista, eli kotona tai kodinomaisessa ympäristössä, kuten ikäihmisten palveluasuminen, annettavaa ympärivuorokautista sairaanhoidoa potilaille, joiden hoito muuten vaatisi välitöntä sairaalahoitoa. Kotisairaalatoiminta on lääkärivetoista ja potilaan hoidon kokonaisuudesta vastaa aina lääkäri. (Halonen, 2012) Erona perinteiseen kotisairaanhoidoon on hoitojakson akuutti tarve ja sen määräaikaisuus sekä sairaanhoidollinen vaatavuus.

2 Toimeksianto

Porvoon sairaanhoitoalueen IU-SoTe-ryhmä päätti kokouksessaan 27.4.2018 aloittaa alueellisen kotisairaalatoiminnan selvitystyön. Selvitystyötä tekemään valittiin projektisuunnittelija Lotte-Marie Uutinen sekä osastonhoitaja Karin Jensen. Selvitystyön omistajana toimii ylilääkäri Katariina Borup ja valmentajana kehittämispäällikkö Maarit Bergman.

Selvitystyön ohjausryhmänä toimi IU-SoTe:

Ann-Sofie Silvennoinen, Porvoo, sosiaali- ja terveystoiminnan johtaja (puheenjohtaja)
 Ilona Lehtinen, Askola, perusturvajohtaja
 Karl Lönnberg, Askola, johtava lääkäri
 Hannu Leino, Askola, vanhustyön johtaja
 Piia Hiekkaharju, Askola, sosiaalityön johtaja
 Heidi Räihä, Lapinjärvi, hyvinvointipäällikkö,
 Carita Schröder, Loviisa, perusturvajohtaja
 Tero Taipale, Loviisa, johtava lääkäri
 Lisbeth Forsblom, Loviisa, palvelupäällikkö
 Jaana Iivonen, Loviisa, palvelupäällikkö
 Ari Laakkonen, Mustijoen perusturva, Pornainen, johtava lääkäri
 Kati Liukko, Porvoo, johtava lääkäri
 Maria Andersson, Porvoo, palvelujohtaja
 Lea Laakso, Porvoo, vs. palvelujohtaja
 Mervi Makkonen, Porvoo, vs. kehittämispäällikkö
 Annika Immonen, Porvoo, vs. palvelujohtaja
 Päivi Pitkänen, Pukkila & Myrskylä, hyvinvointipäällikkö
 Leena Kokko, Sipoo, perusturvajohtaja
 Anders Mickos, Sipoo, johtava lääkäri
 Bodil Grön, Sipoo, sosiaalityön päällikkö
 Helena Räsänen, Sipoo, palvelujohtaja
 Leena Koponen, Porvoon sairaala, sairaanhoitoalueen johtaja (varapuheenjohtaja)
 Kimmo Halonen, Porvoon sairaala, johtava lääkäri
 Tuulia Koponen, Porvoon sairaala, johtava ylihoitaja
 Ville Pursiainen, Porvoon sairaala, medisiinisen tulosyksikön johtaja
 Markku Paavola, Porvoon sairaala, psykiatrisen tulosyksikön johtaja

Henrikka Aito, Porvoon sairaala, Hyks/Lasten ja nuorten sairaudet, ylilääkäri
Maarit Bergman, Porvoon sairaala, kehittämispäällikkö (sihteeri)

2.1 Selvitystyön aikataulu ja suunnitelma

Projektitiimi laati 25.5.2018 alustavan suunnitelman aikatauluineen selvitystyön etenemiselle:



Kuva 1. Selvitystyön aikataulu

3 Nykytilan kuvaus kunnissa

Selvitystyöhön ovat osallistuneet Porvoon sairaala sekä Porvoon sairaanhoitoalueen kunnista Askola, Lapinjärvi, Loviisa, Porvoo ja Sipoo. Lisäksi Pornaisten kunta on Porvoon sairaanhoitoalueen jäsenkunta. Pornaisten kunnan peruspalvelut järjestää Keski-Uudenmaan sote-kuntayhtymä, joka myös järjestää alueen kotisairaalapalvelut.

Kuntakoot	Porvoo	Sipoo	Loviisa	Pornaisten	Askola	Lapinjärvi	Yhteensä
Väkiluku (2017)	50 159	20 310	15 085	5 121	4 900	2 706	98 281
Pinta-ala (km ² , maa-alueet, 2017)	654,42	339,6	819,76	146,52	212,42	329,87	2502,61

Taulukko 1. Porvoon sairaanhoitoalueen kuntien tunnuslukuja

Lähteet: Tilastokeskuksen verkkopalvelu (asukasluvut), Maanmittauslaitoksen verkkopalvelu (pinta-ala tiedot)

Selvitystyö aloitettiin suunnitelman mukaisesti kuntatapaamisilla, jotka suoritettiin seuraavasti:

5.6.18 Lapinjärvi ja Loviisa

8.6.18 Porvoo

11.6.18 Sipoo

14.6.18 Askola

Tapaamisiin kutsuttiin kuntien sosiaali- ja terveyssektorin johtoa ja kotisairaaloimintaan linkittyvien yksiköiden vastuuhenkilöitä. Kunnat määrittivät itse ne avainhenkilöt, joiden oli keskeistä osallistua tapaamiseen.

Kuntatapaamisilla oli vakioitu kysymyspohja, joka lähetettiin sähköpostitse osallistujille etukäteen.

- Nykytilanteen kuvaus (kotisairaala tai sen omainen toiminta)
- Nykytoiminnan volyymit (Loviisa, Porvoo)
- Kotisairaalan vuosibudjetti (Loviisa, Porvoo)
- Kuntien odotukset ja tarpeet alueellisen kotisairaaloiminnan suhteen
- Kuntien kokemat huolenaiheet alueellisen kotisairaaloiminnan suhteen
- Henkilöstön siirtymisen mahdollisuus alueelliseen kotisairaalaan
- Aikataulu – onko realistista kuntien näkökulmasta suunnitella toimintaa alkavaksi jo vuonna 2019?

Mikäli tarvetta ilmeni, tarkannettiin tietoja jälkikäteen sähköpostitse.

Kuntatapaamisten aikaan organisoitua kotisairaaloimintaa oli Loviisan ja Porvoon kaupungeissa. Loviisan kotisairaala hoitaa yhteistoiminta-alueen puitteissa myös Lapinjärven kunnan asukkaat.

3.1 Lapinjärvi, Loviisa ja Porvoo

Lapinjärven ja Loviisan kuntatapaamiset pidettiin osittain yhdessä. Lapinjärveltä tapaamiseen osallistui hyvinvointisektorin ja vanhustyön johto ja Loviisasta kotisairaalayksikön toimijat, sekä hoitaja- että lääkäriedustus, ja sote-sektorin johto. Porvoon kuntatapaamisiin osallistuivat kotisairaaloimijat, sekä hoitaja- että lääkäriedustus sekä vammais- ja vanhustyön, lääkäri- ja sote-sektorin johto.

Alla olevassa taulukossa on kuvattu nykyiset kotisairaalaressurit kunnissa, joissa toimii kotisairaala.

Kotisairaalaressurit	Porvoo	Loviisa	Lapinjärvi
Lääkäri	0,5	0,2	kts Loviisa
OH	Jaettu osaston kanssa, ei laskettua osuutta	0,2 (jaettu osaston kanssa)	kts Loviisa
Sairaanhoitaja	5	6	kts Loviisa
Yötyö	on	on	kts Loviisa

Taulukko 2. Kotisairaalaressurit 06/2018

3.2 Toimenkuva

Sekä Loviisan, että Porvoon kotisairaaloissa toimenkuvaan kuuluvat suonensisäiset antibioottihoidot ja muu suonensisäinen lääkitys, suonensisäiset nesteytykset, verensiirrot, palliatiivisten potilaiden hoito sekä saattohoitojen toteuttaminen ja vaativat haavanhoidot. Porvoon kotisairaalassa toteutetaan myös rautatuotteiden antoa kotona. Porvoon kotisairaalassa suonensisäinen lääkkeenanto on rajoitettu enintään 3 kertaan vuorokaudessa, Loviisan kotisairaalassa ei ole kirjattua rajoitusta. Molempien kotisairaaloitten potilaat voivat käydä saamassa lääkkeensä poliklinisesti, tällöin hoito toteutetaan Näsin kuntoutuskeskuksen osastolla osaston henkilökunnan toimesta ja Loviisan sairaalan osastolla Loviisan kotisairaalan henkilökunnan toimesta. Loviisan kotisairaalan hoitajat vastaavat myös virka-ajan ulkopuolisista poliklinisista suonensisäisistä lääkityksistä ja haavanhoidoista, jotka virka-aikaan hoidetaan avovastaanottojen tai kiireellisen vastaanoton toimesta, korvaushoitojen toteuttamisesta viikonloppuisin sekä virka-ajan ulkopuolisista hoitoarviokäynneistä tehostetussa palveluasumisessa ja kotihoidon asiakkailta heidän voinnin äkillisesti muuttuessa.

Kotisairaalahoitoon tullaan aina lääkärin läheteellä. Porvoon kotisairaалassa lääkäri päättää virka-aikaan potilaaksi ottamisesta, virka-ajan ulkopuolella sairaanhoitaja voi päättää potilaaksi ottamisesta, mikäli potilaalla on selkeä diagnoosi. Loviisan kotisairaalaan potilaaksi ottamisesta päättää lääkäri tai sairaanhoitaja.

Sekä Loviisan että Porvoon kotisairaalat vastaavat alueensa palliatiivisten potilaiden hoidosta. Näiden potilaiden hoito toteutetaan kokonaisvaltaisesti kotisairaalan toimesta ja heistä ylläpidetään erillistä soittolistaa. Palliatiivisten potilaiden hoito määräytyy heidän sen hetkisen tilanteen mukaisesti ja voi vaihdella akuutista hoitajaksosta ja säännöllisistä käynneistä harvemmin tehtäviin seurantasoihtoihin. Palliatiivisten ja saattohoitopotilaiden tukiosastoina toimivat Porvoossa Näsin kuntoutuskeskuksen osasto 3 ja Loviisassa Loviisan sairaalan osasto. Näillä potilailla on oikeus ottaa yhteyttä kotisairaalaan ympärivuorokauden ja päästä suoraan tukiosastolle ympäri vuorokauden ilman erillistä päivystyskäyntiä.

Yksiköiden omat lääkärit toimivat virka-aikaan. Porvoon kotisairaalan sairaanhoitaja voi virka-ajan ulkopuolella, ympärivuorokauden, konsultoida Doctagonin päivystävää lääkäriä. Loviisan kotisairaalan sairaanhoitaja konsultoi virka-ajan ulkopuolella Porvoon sairaalan päivystyksen lääkäriä ja palliatiivisten potilaiden kohdalla HYKS:n palliatiivista konsulttia. Pitkälti toimitaan lääkäreiden tekemien ennakoivien hoitosuunnitelmien pohjalta.

Sekä Porvoossa että Loviisassa kotisairaalayksikkö toimii osastojen yhteydessä. Elämänkaarimallissa Porvoossa kotisairaala sijoittuu vanhusten palveluihin ja Loviisassa yöikäisten palveluihin.

Hoito sekä Loviisan että Porvoon kotisairaaloissa on potilaille vapaaehtoista ja he voivat valita kotisairaalahoidon sijaan myös osastohoidon.

3.2.1 Asiakaskunta

Porvoon kotisairaala:

- 65- ja yli 65-vuotiaat porvoolaiset
- iästä riippumatta säännöllisen kotihoidon asiakkaat ja kotihoidon kriteerit täyttävät potilaat
- yli 18 vuotiaat saattohoitopotilaat
- vanhusten asumispalveluyksiköissä asuvat henkilöt.
- toimintasäde: koko Porvoon potilas- ja resurssitilanne huomioiden.

Porvoon kotisairaala ei hoida alle 65-vuotiaita infektiopotilaita tai vastaavaa akuuttihoitoa tarvitsevia potilaita, jotka eivät ole palliatiivisessa hoidossa. Porvoolaiset, alle 65-vuotiaat, suonensisäistä lääkehoitoa tarvitsevat potilaat hoidetaan joko Näsin kuntoutuskeskuksen osastoilla tai erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla sekä polikliinisesti Porvoon sairaalan päivystyksen, päiväsairaalan ja osastojen toimesta.

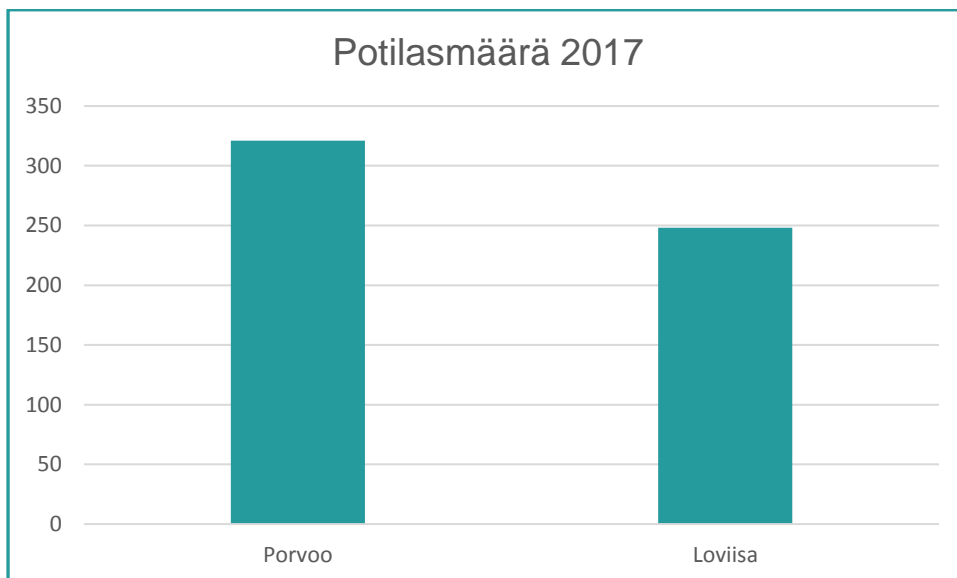
Loviisan kotisairaala:

- Aikuisväestö, turvaten ikäihmisten sairaanhoidon omassa asumispalveluyksikössään tai kotihoidossa
- yli 18 vuotiaat palliatiiviset ja saattohoitopotilaat
- toimintasäde: koko Loviisa ja Lapinjärvi potilas- ja resurssitilanne huomioiden.

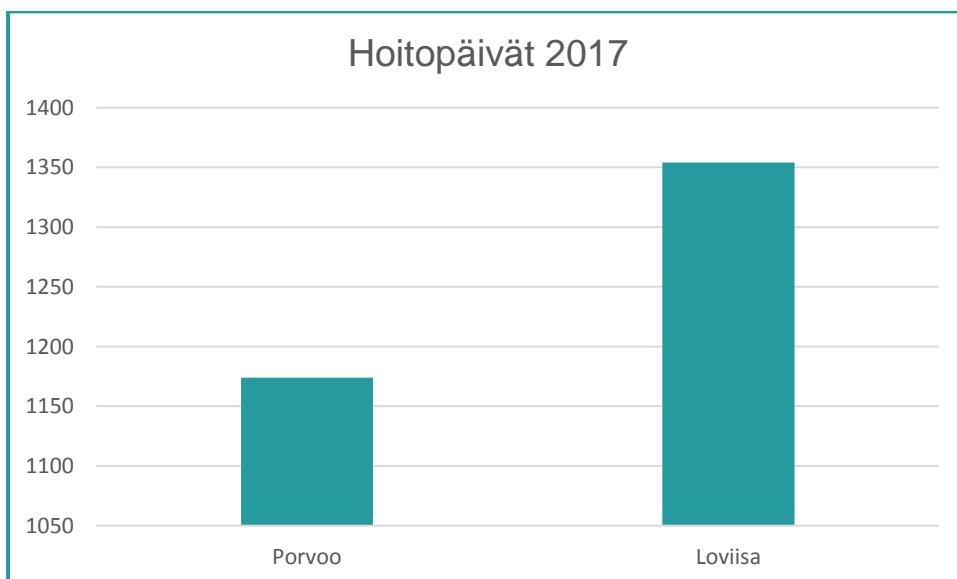
Kummassakaan kotisairaалassa ei hoideta huumeidenkäyttäjiä, alkoholisteja, psykoottisia ja arvaamattomia potilaita tai potilaita, joiden kotona on vaarallisia kotieläimiä.

3.2.2 Toiminnan volyyymi

Laskennallisesti Porvoon kotisairaalassa on 9 sairaansijaa ja Loviisan kotisairaalassa 5.



Kuva 2. Potilasmäärät 2017



Kuva 3. Hoitopäivät 2017

Loviisan kotisairaalan muut tilastot 2017:

- Käynnit (sis. kotikäynnit sekä polikliiniset vastaanottokäynnit): 4513 kpl
- Puhelut: 1836 kpl

Toiminnan volyyymia kuvataan eri mittareilla Loviisassa ja Porvoossa. Porvoon kotisairaalaan on saatavilla hoitopäivien ja potilaiden määrät, kun taas Loviisan kotisairaalan virallisena tunnuslukuna käytetään käyntien ja potilaiden määrää. Tähän selvitykseen on otettu nyt mukaan myös hoitopäivät vertailtavuuden vuoksi. Hoitopäivät eivät kuitenkaan kuvaa kummankaan kotisairaalan todellista volyyymia, sillä Porvoon kotisairaalan osalta hoitopäivätilastoista puuttuvat kokonaan tehostetussa palveluasumisessa asuvat ja molempien kotisairaaloitten osalta hoitopäiviin ei tilastoidu yksittäiset ja ajoittaiset kontaktit esimerkiksi palliativisten potilaiden kanssa.

3.2.3 Potilasmaksut

Kotisairaala-maksut	Kotikäynnit	Polikliiniset käynnit	Kerryttääkö maksukattoa	Muuta
Loviisa	12,00€/käynti kun 1 käynti/vrk 22,50€/vuorokausi kun käyntejä 2 tai useampi	0 €	Ei	Säännöllisen kotisairaanhoidon asiakkaille maksuton
Porvoo	24,70€/hoitovuorokausi	22,20€/hoitovuorokausi	Ei	Tehostetun palveluasumisen asukkaille ja kotihoidon asiakkaille maksuton

Taulukko 3. Potilasmaksut

3.3 Askola ja Sipoo

Askolan kuntatapaamiseen osallistui avosairaanhoidon ja vanhustyön vastuuhenkilöitä, sekä hoitaja-että lääkäriedustus. Sipoon kuntatapaamiseen osallistui edustajia ikäihmisten ja sairaanhoidon eri toimintayksiköistä, sekä hoitaja- että lääkäriedustus. Askolan ja Sipoon kunnissa ei tällä hetkellä ole virallista kotisairaaloimintaa.

Askolalaiset suonensisäistä lääke- tai nestehoitoa tarvitsevat potilaat hoidetaan Näsin kuntoutuskeskuksen osastoilla tai Sipoossa terveyskeskuksen sairaala osastolla 1, erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla tai polikliinisesti virka-aikaan omalla terveysasemalla ja iltaisin Porvoon sairaalan päivystyksessä, joskin polikliinisiä hoitoja toteutetaan kunnassa harvemmin. Saattohoitoja toteutetaan kotona kotihoidon toimesta, tukiosastona toimii asumispalveluyksikkö Mäntyrinne tai Näsin kuntoutuskeskuksen osasto. Tällöin lääkehoidon toteuttamista varten saadaan apua Porvoon kotisairaalaan tai Näsin kuntoutuskeskuksen osastolta.

Sipolaiset suonensisäistä lääke- tai nestehoitoa tarvitsevat potilaat hoidetaan terveyskeskuksen sairaala osasto 1:llä, erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla tai polikliinisesti virka-aikaan avovastaanottojen toimesta ja virka-ajan ulkopuolella osaston henkilökunnan toimesta. Saattohoitoja toteutetaan kotihoidon toimesta kotona, tällöin tukiosastona toimii asumispalveluyksikkö Sateenkaari tai terveyskeskuksen sairaala osasto 1. Haasteena kotona tehtävälle vaativalle sairaanhoitotyölle on rutiinin puute ja osaamisen ylläpitäminen. Organisoituneen toiminnan puuttuessa myös hoidon saatavuus saattaa olla yksilöriippuvaista.

Sekä Askolassa että Sipoossa toimii kotihoito yöaikaan. Saattohoidossa olevat potilaat saavat yhteyden hoitohenkilökuntaan ympäri vuorokauden mutta virka-ajan ulkopuolella on akuuttitilanteissa siirryttävä tukiosastolle tai päivystykseen.

4 Kuntien odotukset ja huolenaiheet

4.1 Odotukset

Kunnissa nähdään alueellinen yhteistyö ja yhdenvertaisuus sekä yhteiset käytänteet ja kotiin vietävien palvelujen parantaminen tärkeänä. Tällä hetkellä kuntien erilaiset käytänteet eivät mahdollista jokaiselle Itä-Uusmaalaiselle yhdenvertaista palvelua. Alueellisen palvelun tulee kattaa koko aikuisväestö.

Vaikka kotisairaaloimintaa tällä hetkellä onkin Porvoossa ja Loviisassa, ei palvelu ole vakiintunut nykyisellään osaksi palvelujärjestelmää. Kotisairaalapalvelu on edelleen tuntematon myös ammattihenkilöille. Alueellisella toimintamallilla voidaan edistää palvelun vakiintumista osaksi palvelujärjestelmää.

Nykyiset alueella toimivat kotisairaalayksiköt ovat pieniä ja haavoittuvaisia. Yksiköiden resurssit ovat pienet, mikä luo haasteita esimerkiksi sairauslomien ja vuosilomien sijaistuksille. Suuremmassa yksikössä sijaistukset on helpompi järjestää. Suuren organisaationa etuna on myös koulutustoiminnan laajuus ja osaamisen varmistamisen mahdollisuudet. Henkilökunnan näkökulmasta alueellinen toimintamalli mahdollistaa uuden oppimisen ja tutustumisen uusiin alueisiin.

Alueellinen kotisairaala mahdollistaa aiempaa paremmin ihmisten hoitamisen oikeassa paikassa ja esimerkiksi potilaat, jotka eivät tarvitse vuodeosastohoitoa voidaan hoitaa entistä laajemmin kotona. Sairaalahoidossa potilaita uhkaavat muut taudit ja etuna kotona tehtävälle hoitotyölle on tehokkaampi kuntoutuminen sekä luonnollinen kuntouttava työote.

4.2 Huolenaiheet

Nykyisellä organisoitua kotisairaaloimintaa on Loviisassa ja Porvoossa. Näiden kuntien huolenaiheena on nykyisten palveluiden heikkeneminen niiden ollessa nyt hyvällä tasolla ja palvelussa kunnan asukkaita hyvin. Nykyisten pienten yksiköiden etuna on toiminnan joustavuus sekä yksikön ketteruus. Kunnat ovatkin huolissaan suuremman organisaation mahdollisesta lisääntyvästä byrokraattisuudesta.

Kotisairaaloitten keskeiset potilasryhmät tällä hetkellä ovat palliatiiviset potilaat ja ikäihmiset. Kunnat pitävät näiden potilaiden hoidon varmistamisen myös jatkossa keskeisenä. Alueellinen toimintamalli ei saa vaarantaa potilaan hoidon kokonaisvaltaisuutta ja inhimillinen aspekti palliatiivisessa hoitotyössä on säilytettävä. Molemmissa kotisairaaloissa toimii palliatiivisen erityispuoleen omaava lääkäri, minkä kunnat näkevät keskeisenä kotisairaaloiminnassa.

Riskinä kunnat näkevät paikallisen tuntemuksen häviämisen ja etäännyttämisen kuntien ikäihmisten palveluista. Paikallinen tuntemus on tärkeää työn sujuvuuden kannalta. Tiedonsiirto organisaatioiden välillä koettiin haasteena ja huolta herätti alueellisen kotisairaalan ja kuntien välinen tiedonjako käytettäessä eri potilastietojärjestelmiä.

5 Porvoon sairaalan näkökulma

Porvoon sairaalan näkökulmaa alueelliseen kotisairaaloimintaan liittyen selvitettiin sairaalan lääkäri- ja hoitajajohdolta.

Porvoon sairaalan näkökulmasta on tarve yhtenäiselle kotisairaaloille, jotta potilaat tulee hoidettua oikeassa paikassa. Toimivan kotisairaalan myötä pystytään vähentämään kuormitusta päivystyksessä ja osastoilla. Porvoon sairaalan päivystyksessä ja osastoilla hoidetaan edelleen palliatiivisia potilaita, vaikka alueella tavoitteena onkin toimivat hoitopolut, jotta palliatiiviset potilaat tulee hoidettua pääsääntöisesti perusterveydenhuollossa ja vältetään raskailta päivystyskäynneiltä.

Porvoon sairaalassa toimii tällä hetkellä päiväsairaala, jossa hoidetaan esimerkiksi suonensisäisiä lääkkeenantoja ja verensiirtoja. Koska päiväsairaala on auki ainoastaan arkena päiväsaikaan, hoidetaan useammin kuin kahdesti lääkettä saavat potilaat iltaisin ja viikonloppuisin päivystyksessä tai osastoilla, mikä kuormittaa näitä yksiköitä turhaan. Sairaalan osastoilla (4,5 ja 6) on toteutettu 1-6/2018 yhteensä 145 hoitokäyntiä. Nämä potilaat soveltuisivat hyvin kotisairaalassa hoidettavaksi.

6 Kotisairaaloiminnan hyödyt

Kotimaista tutkimusta kotisairaaloimintaan liittyen on edelleen olemassa vähän. Kansainvälisesti tuloksia kotisairaaloiminnan hyödyistä löytyy enemmän. Vertailututkimusten mukaan kotisairaalan potilaat sekä omaiset olivat tyytyväisempiä kotisairaalan kotona toteuttamaan hoitoon, kun heidän vertailuryhmänsä sairaalassa. Potilaat kokivat elämänlaadun paranevan sekä kuntoutumisen edistyvän paremmin hoidettaessa kotona. (Halonen 2012)

Kotisairaalahoido on potilaille aina vapaaehtoista ja mahdollisuus itse päättää hoitava taho lisää potilaiden itsemääräämisoikeutta ja yksilöllisyyttä. Kotona potilailla on mahdollista suorittaa päivittäisiä askareita ja tehdä vointinsa sallimissa rajoissa itselleen tärkeitä asioita. Kotona potilaat kokevat säilyttävänsä paremmin kontrollin ja valvonnan omaan elämäänsä sekä hoitoon liittyen, kuin hoidettaessa vuodeosastolla. (Halonen 2012)

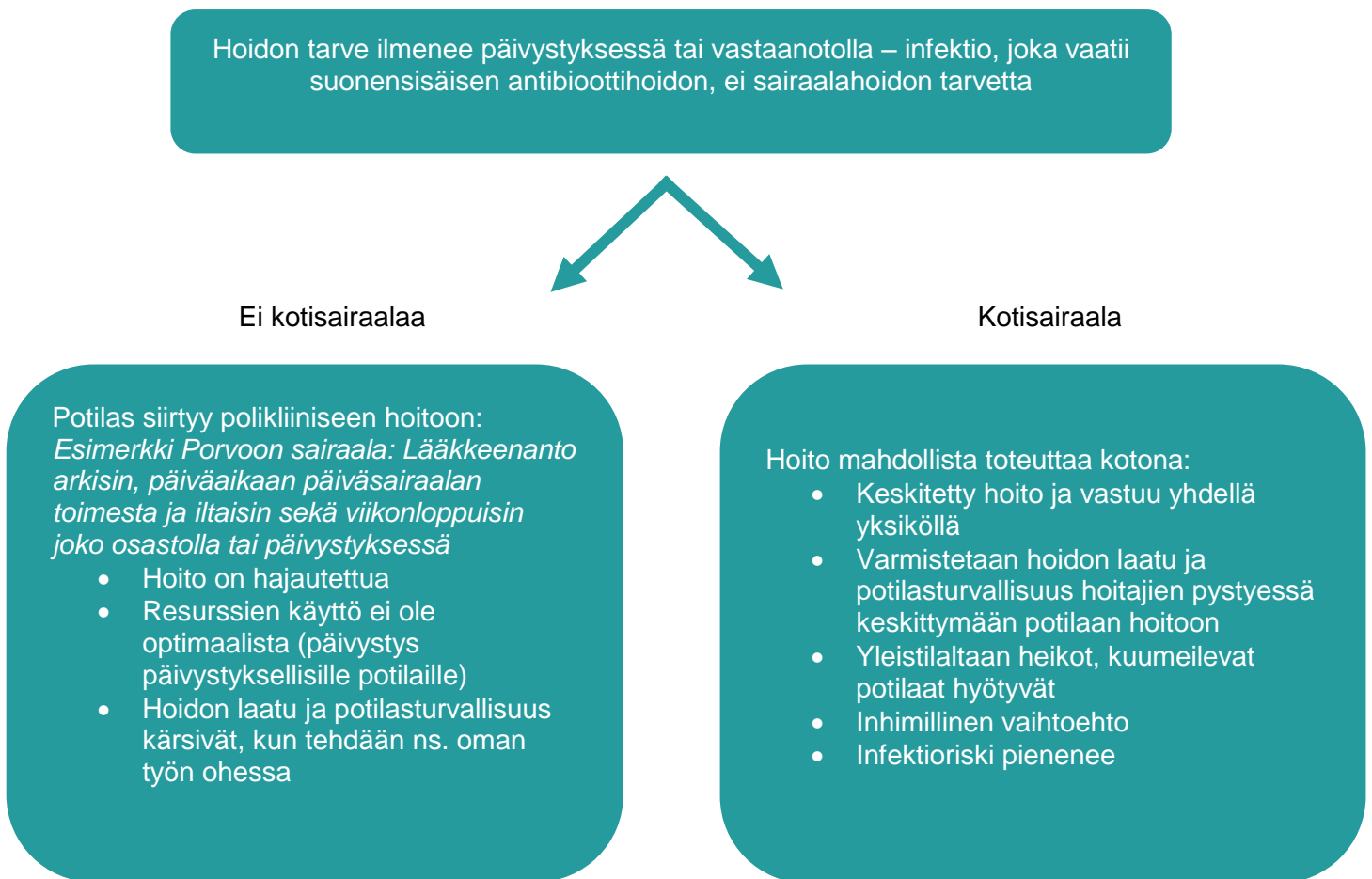
Kotisairaaloiminnasta hyötyvät etenkin ympärivuorokautisessa hoivassa asuvat ikäihmiset, jotka pystytään hoitamaan heidän omassa asumisyksikössään. Valtaosa ympärivuorokautisessa hoivassa asuvista ihmisistä kärsii jonkin asteisesta muistisairaudesta, jolloin siirrot asumisyksikön, päivystyksen ja osastojen välillä sekä tuntematon hoitopaikka aiheuttavat heille ylimääräisiä rasitteita ja vähentävät elämänlaatua. Tämä voidaan ehkäistä välttämällä turhia sairaalasiirtoja ja järjestämällä ikäihmisen luokse liikkuvia palveluita sen sijaan, että ikäihmistä liikutetaan palveluiden luo.

Kotisairaalahoido on asiakaslähtöistä ja se tukee potilaiden itsemääräämisoikeutta, elämänlaatua sekä toimintakyvyn ylläpitämistä. Alueella toimivista kotisairaaloista asiakastyytyväisyyttä on selvitetty asiakastyytyväisyyskyselyn avulla Loviisassa. Kyselyn tulokset osoittavat kotisairaalan potilaiden olleen erittäin tyytyväisiä kotisairaalassa saamaansa hoitoon.

6.1 Infektiopotilaan hyöty kotisairaaloiminnasta

Selvitystyön aikana on käynyt ilmi, että vuosittain useita infektipotilaita hoidetaan Porvoon sairaalassa polikliinisesti. Pääasiallisesti polikliiniset lääkkeenannot suoritetaan päiväsairalan toimesta ja iltaisin sekä viikonloppuisin, päiväsairalan ollessa kiinni, joko sairaalan vuodeosastoilla tai päivystyksessä. Tämä järjestely on hyvin epätarkoituksenmukainen niin potilaan, kun organisaation näkökulmasta. Koordinoitu, yhden yksikön vastuulla oleva hoito sekä mahdollisuus tulla hoidetuksi kotona ovat potilaan eduksi ja hänelle inhimillinen vaihtoehto. Organisaatio hyötyisi siitä, että resurssit käytetään optimaalisemmin, päivystyksen voidessa keskittyä päivystykselliseen hoidon tarpeeseen. Selvityksen aikana selvisi, että potilaita käy polikliinisessä hoidossa myös niistä kunnista, joissa on kotisairaala. Tämä osoittaa sen, että kotisairaala ei ole vakiintunut osa palvelujärjestelmäämme, eikä potilaiden hoito alueella toteudu tarkoituksenmukaisesti.

Infektiopotilaan hyöty kotisairaalaista



Kuva 4. Infektiopotilaan hyöty kotisairaalaista

6.2 Palliatiivisen ja saattohoidon kehittäminen kotisairaaloiminnan avulla

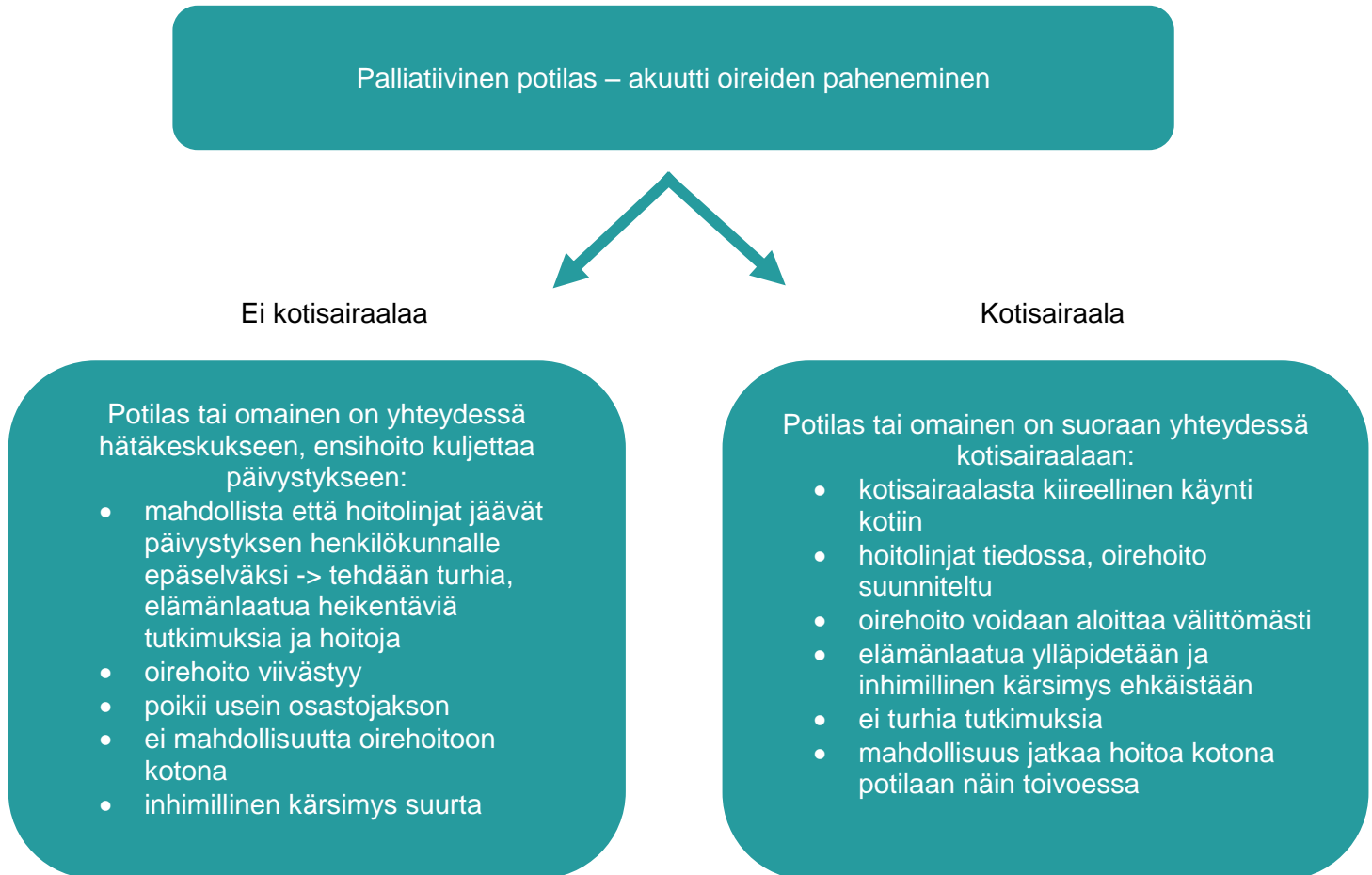
Palliatiivisella eli oireita lievittäväällä hoidolla tarkoitetaan parantumattomasti sairaan potilaan ja hänen läheistensä aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa silloin, kun kuolemaan johtava tai henkeä uhkaava sairaus aiheuttaa potilaalle ja hänen läheisilleen monenlaista kärsimystä ja heikentää heidän elämänlaatuaan. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon päämääränä on lievittää kipua ja muuta fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja henkistä kärsimystä sekä tarjota mahdollisimman hyvä elämänlaatu potilaalle ja hänen läheisilleen. Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa, joka ajoittuu viimeisille elinviikoille tai päiville. Silloin potilaan toimintakyky on yleensä merkittävästi heikentynyt. (STM 2017:7)

Valtaosa ihmisistä haluaa olla tutussa ympäristössä mahdollisimman pitkään sairastuttuaan parantumattomasti ja monet haluavat myös kuolla kotona. Euroopan neuvoston palliatiivisen hoidon suosituksessa suositellaan, että palliatiivinen hoito tulisi pääsääntöisesti järjestää kotona ja mikäli potilas kuolee laitoksessa, tulee hoitajakson olla lyhyt. (Council of Europe 2003) Kansallisissa palliatiivisen ja saattohoidon suosituksissa korostetaan potilaan mahdollisuutta valita hoitoympäristö, joko koti- tai sairaalahoito. Ympäri vuorokautisissa asumispalveluyksiköissä olevien kohdalla tavoitteena on, että he saavat asua samassa paikassa kuolemaan asti ilman aiheuttomia siirtoja päivystykseen tai sairaalaan. (STM 2017:44)

Palliatiivinen ja saattohoito on keskeinen osa kotisairaaloiminnan toimenkuvaa ja muodostaa arviolta noin puolet kotisairaaloiminnan potilaista. Usein kotisairaaloiminnan sijoittuvat kolmiportaisessa saattohoidon mallissa erityistasolle, mikä tarkoittaa sitä, että palliatiivinen ja saattohoito ovat yksikön pääasiallista toimintaa ja henkilöstö on siihen koulutettua. Suositusten mukaisesti erityistason yksikön väestöpohjan tulisi

olla yli 50 000, jotta varmistetaan yksikön osaaminen vaativassa palliatiivisessa ja saattohoidossa. Itä-Uudenmaan kunnista ainoastaan Porvoon kaupungissa täyttyy tämä väestöpohjavaatimus. Kotisairaaloiminta mahdollistaa aidosti ihmisten mahdollisuuden valita turvallinen ja hyvä, myös vaativan tason, saattohoito vuodeosaston sijaan kotona.

Palliatiivisen potilaan hyöty kotisairaalaista



Kuva 5. Palliatiivisen potilaan hyöty kotisairaalaista

6.3 Kotisairaaloiminnan kustannustehokkuus

Kotisairaaloiminnan hyötyä perustellaan usein myös halvemmilla kustannuksilla verrattuna osastohoitoon. Kustannuksiin liittyvä kansainvälinen tieto on osittain ristiriitaista, mikä oletettavasti johtuu maiden eri tavoista järjestää toimintaa. Tähän raporttiin on tästä syystä kuvattu kustannustietoja ainoastaan Suomesta. On olemassa useita esimerkkejä siitä, että kotisairaaloiminta on osastohoitoa edullisempää. Alla esiteltynä kaksi esimerkkiä, joista toisessa yksikkökustannuksena käytetään hoitopäivähintaa ja toisessa käyntihintaa.

Esimerkki 1. Kuusikko-työryhmä (Suomen 6 suurinta kaupunkia: Helsinki, Espoo, Vantaa, Turku, Tampere ja Oulu) tekevät vuosittaisia kustannusvertailuja keskenään. Vuoden 2017 tiedoista ilmenee, että näiden kaupunkien keskimääräinen hoitopäivähinta omana toimintana järjestettävässä terveyskeskussairaalaissa oli 316,50€ kun kotisairaalan hoitopäivähinta oli 225,50€. (Kuusikko-työryhmä 3/2018)

Esimerkki 2. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä toteutettiin vuosina 2013-2014 EnTer-hanke, jossa tavoitteena oli ensihoidon integroiminen osaksi terveydenhuollon palvelutuottojärjestelmää. Hankkeessa pilotoitiin yhteistyönä järjestettävää kotisairaaloimintaa ja arvioitiin sen

kustannustehokkuutta. Pilotin aikaisen kotisairaalan yksikkökustannukseksi muodostui noin 76€/käynti. Tätä vertailtiin perusterveydenhuollon osastohoidon keskiverto hoitopäivähintaan 240/vrk ja todettiin, että 15 pilotin aikana hoidetun potilaan hoitaminen kotisairaalassa oli noin 10 000€ halvempaa kun vuodeosastohoito. (Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri/Ensihoitokeskus 2015)

Kaikki esimerkkeinä käytetyt kaupungit ovat väestöpohjaltaan merkittävästi Itä-Uusmaalaisia kuntia suurempia ja tiiviimmin asutettuja kaupunkiympäristöjä. Koska kustannuksiin vaikuttavat väestöpohja ja alueen koko, on mahdollista, että aivan yhtä alhaisiin yksikkökustannuksiin ei Itä-Uudellamaalla päästä. Kuitenkin voi olettaa, että suuremman kotisairaalayksikön toteuttaman hoidon kustannukset Itä-Uudellamaalla ovat nykyisiä kustannuksia edullisemmat.

Järjestämällä palliatiivinen ja saattohoito suunnitelmallisesti koko Itä-Uudellamaalla on mahdollista saavuttaa merkittäviä säästöjä, sillä viimeisen elinvuoden hoidon on arvioitu kattavan jopa 25% kaikista terveydenhuollon menoista. Useat tutkimukset osoittavat suunnitelmallisen palliatiivisen ja saattohoidon vähentävän erikoissairaanhoidon päivystyskäyntejä, akuutteja vuodeosasto- ja tehohoitojaksoja sekä turhia laboratorio- kuvantamis- ja lääkekustannuksia.

7 Itä-Uudenmaan alueellinen kotisairaala

Toiminnan tavoitteet perustuvat alueen toimijoiden tahtotilaan. Toimintaperiaatteet ja kriteerit perustuvat alueen nykyisten kotisairaaloiden toimintaan. Alueellista toimintaa muotoiltaessa, on lähdetty siitä, että nykyinen palvelutaso ei uudistuksen myötä laske missään kunnassa. Käytännössä se tarkoittaa sitä, että palvelutaso määräytyy laajimman nykyisen palvelutason mukaisesti. Selvitystyön aikana on keskusteltu myös vaiheittain aloitettavasta toiminnasta esimerkiksi niin, että ainoastaan palliatiivinen ja saattohoitotyö siirtyisivät alueelliselle yksikölle. Asiaan pyydettiin kuntien ja HUSin kannanottoa. Alueen toimijoiden tahtotila on aloittaa toiminta täysimääräisenä. Täysimääräisenä aloitettava toiminta on järkevää, vaikka vaiheittain aloitettava toiminta mahdollistaisi aloituksen pienemmällä henkilöresurssilla. Se tarkoittaa kuitenkin sitä, että myöhemmässä vaiheessa, toiminnan laajentuessa on joka tapauksessa alueellinen kotisairaala resursoitava uudelleen. Palliatiivisten ja saattohoitopotilaiden lisäksi hoidettavat muut potilaat, kuten infektiopotilaat, muodostavat arviolta noin puolet kotisairaaloiden potilasaineksesta, eli merkittävän osuuden. Rajatussa toimintamallissa nämä potilaat hoidettaisiin edelleen jatkossa avohoitoa kalliimmassa osastohoidossa, epätarkoituksenmukaisessa polikliinisessä hoidossa tai kuntien järjestämässä rinnakkaisjärjestelmässä mikä lisäisi merkittävästi alueen sairaanhoidon kustannuksia. Mikäli toiminta koostuisi pelkästään palliatiivisesta ja saattohoidosta vaikuttaisi tämä merkittävästi kotisairaaloiminnan kustannustehokkuuteen negatiivisesti.

7.1 Tavoitteet

- Alueellisesti yhdenvertainen kotisairaalapalvelu aikuisväestölle Itä-Uudellamaalla
- Potilaslähtöinen hoito, oikeaan aikaan oikeassa paikassa
- Ikäihmisten vaativan sairaanhoidon toteutuminen omassa asuinpaikassa, jotta vältetään kahden hoitopaikan tarpeelta ja esimerkiksi muistisairaiden epäinhimillisiltä siirroilta yksiköiden välillä
- Palliatiivisten potilaiden kokonaisvaltainen hoito kotisairaalan toimesta raskaiden päivystyskäyntien välttämiseksi ja oirehoidon oikea-aikaisuuden toteutumiseksi
- Tiivis yhteistyö ja järkevä työnjako Porvoon sairaalan ja kuntien välillä sekä päällekkäisen työn välttäminen

7.2 Toimintaperiaatteet

<ul style="list-style-type: none"> • Kotisairaala toimii ympärivuorokauden • Toimintasäde: Porvoon sairaanhoitoalue, potilas- ja resurssitilanne huomioiden • Kotisairaalassa hoidetaan alueen aikuisväestöä, alaikäraja on pääsääntöisesti 16 vuotta. • Hoidot toteutetaan potilaan kotona tai polikliinisesti toimipisteissä. • Kotisairaalahoido on potilaille vapaaehtoista ja he voivat aina halutessaan valita osastohoidon kotisairaalahoidon sijaan • Kotisairaalan potilasmaksuun sisältyy lääkärin määräämä hoito, sen toteuttaminen ja sen toteuttamiseen tarvittavat hoitovälineet, lääkkeet, nesteet ja ravintoliuokset sekä näytteenotto ja kuvantamistutkimukset. Pysyvän lääkityksen kustannuksista potilas huolehtii itse. • Kotisairaala vastaa hoitojakson aikana potilaan kokonaisvaltaisesta sairaanhoidosta ja seurannasta • Kotisairaalahoidossa olevat potilaat voidaan tarvittaessa siirtää hoitojakson aikana osastohoitoon. Mikäli potilaan tila heikkenee niin, että lääketieteellisesti on perusteltua, siirretään potilas erikoissairaanhoidon osastohoitoon. Mikäli osastohoito perustuu tiivistyneeseen seurantatarpeeseen, kotona pärjäämättömyyteen tai muihin sosiaalisiin syihin, siirretään potilas oman kotikunnan terveyskeskustasoiseen osastohoitoon. Palliatiivisten potilaiden tukiosastot ovat kuntien terveyskeskuksissa tai muissa sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä, lähellä kotia. • Alueen kotona toteutettavaa palliatiivista ja saattohoitotyötä koordinoidaan kotisairaalan toimesta. Kotisairaala vastaanottaa alueen palliatiivisten potilaiden lähetteet ja ylläpitää näistä potilaista soittolistaa. Kotisairaala toimii palliatiivisen ja saattohoidon erityistason yksikkönä ja tarjoaa muille alueen sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköille konsultaatioapua palliatiiviseen ja saattohoitoon liittyen.
--

7.3 Kriteerit ja potilaat

KRITEERIT	POTILAAT
<ul style="list-style-type: none"> • lääkärin lähete • diagnoosi/työdiagnoosi ja seuraavaan arkipäivään ulottuva hoitosuunnitelma lähettävän lääkärin toimesta • potilas voidaan turvallisesti hoitaa kotona • potilas selviytyy päivittäisistä toimista pääsääntöisesti itse, läheisten tai tukipalvelujen avulla • potilaan oma tahtotila • hoitoon liittyy akuutti tarve ja hoito on väliaikaista • soitto kotisairaalaan potilaasta, potilasta ei saa kotiuttaa ennen kuin on varmistettu paikka kotisairaalasta 	<ul style="list-style-type: none"> • sairaalatasoista hoitoa vaativat potilaat • suonensisäistä antibioottihoitoa tarvitsevat potilaat • muuta suonensisäistä lääkahoitoa tarvitsevat potilaat • suonensisäistä nesteytystä tai ravitsemusta tarvitsevat potilaat • verensiirrot, rautavalmisteiden anto • alueen palliatiiviset potilaat sekä saattohoito kotona, koordinaatiovastuu • vaativat haavanhoitoa • kotisairaala ei hoida huumeidenkäyttäjiä, alkoholisteja, psykoottisia ja arvaamattomia potilaita eikä potilaita, jotka eivät pysty sitoutumaan hoitoon

7.4 Yksikön kuvaus

Alueellisen toiminnan ollessa kyseessä on luonnollista, että yksikkö sijoittuu Porvoon sairaalan alaisuuteen. Porvoon sairaalan organisaatiossa yksikkö on osa medisiinistä tulosyksikköä.

Ennen selvitystyön alkua oli keskusteltu kotisairaalan järjestämisestä kahden toimipisteen mallilla, jossa päätoimipiste olisi Porvoon sairaalassa ja sivutoimipiste Loviisan terveyskeskuksessa. Selvitystyön aikana alueen toimijoilta nousi vahvasti esiin paikallisen tuntemuksen tärkeys kotisairaalityössä. Tästä syystä pohdittiin vaihtoehtoa, jossa kotisairaalla olisi kolme toimipistettä: läntinen Sipoon terveyskeskuksessa, itäinen Loviisan terveyskeskuksessa ja päätoimipiste Porvoon sairaalassa. Asiaan liittyen pyydettiin kannanottoa kunnilta ja HUSilta. Kannanottojen tueksi pohdittiin eri mallien hyötyjä ja huolenaiheita, nämä on esitetty raportin liitteissä (LIITE 2). Sosiaali- ja terveysjohtajien kanta oli, että kolmen toimipisteen malli on toiminnan kannalta parempi. Kyseisellä toimipisteilla pystytään ohjaamaan tehokkaammin hoitajien työaikaa potilastyöhön ajoaikojen ollessa lyhyemmät verrattuna keskitettyyn toimipistemalliin. Hajautetut toimipisteet ja niiden läheisyys kuntiin edesauttavat ehkäisemään etäännyntä kuntien ikäihmisten palveluista ja terveyskeskusten osastopalveluista, jotka ovat keskeisiä yhteistyökumppaneita kotisairaalle. Porvoon sairaalassa ja Loviisan sekä Sipoon terveyskeskuksissa on tilat kyseiselle toiminnalle joko valmiina tai järjestettävissä. Toimipisteet toimivat hoitajien ”kotipesinä” joista työvuoro aloitetaan. Itse työ ja käynnit suoritetaan joustavasti yli maantieteellisten kuntarajojen potilaiden tarpeiden mukaisesti. Kyseinen toiminta vaatii tarkkaa potilasvirtojen koordinoitua ja joustavaa työnjakoa hoitajien välillä. Päiväaikaan kotisairaalassa tulee olla henkilö, joka koordinoi potilassiirtoja ja jakaa työt hoitajien välillä.

Nykytilaan ja väestöpohjaan perustuen aloitusvaiheessa sopiva määrä virtuaalisairaansijojia on arviolta 20 sairaansijaa. Samanaikaisesti kotisairaalassa hoidettavien määrä määräytyy kuitenkin ennen kaikkea potilaiden hoidontarpeesta eli hoitokäyntien määrästä ja pituudesta sekä potilaiden maantieteellisestä sijainnista. Mikäli potilaiden hoidontarve on vähäinen ja fyysinen etäisyys toisistaan on lyhyt, voidaan samanaikaisesti hoitaa useampiakin potilaita. Kotisairaalan ylläpitämällä, palliatiivisten potilaiden soittolistalla, on väestöpohjaan perustuen arviolta noin 100 potilasta.

7.4.1 Yhteistyö kuntien kanssa

Alueellinen kotisairaala tulee toimimaan usean yksikön rajapinnassa, joten toiminta vaatii onnistuakseen hyvää yhteistyötä kotisairaala- ja kuntatoimijoiden välillä. Yhteistyön onnistumiseksi on huolehdittava toimijoiden välisestä verkostoitumisesta ja jatkuvasta dialogista. Eri toimijoiden on tärkeä toimia yhtenäisenä tiiminä potilaan parhaaksi. Alla on kuvattu keskeisiä yhteistyön muotoja.

- Yhteistyö kotihoidon kanssa: jos potilas on kotihoidon asiakas, suunnittelevat kotisairaalan ja kotisairaanhoidon sairaanhoitajat hoitokäynnit yhdessä. Päällekkäisiä käyntejä on vältettävä, kuitenkin niin että kotisairaalan omien potilaiden hoito toteutuu suunnitellusti. Palliatiivinen ja saattohoito toteutetaan kotisairaalan ja kotihoidon yhteistyönä.
- Yhteistyö asumispalveluyksiköiden kanssa: jos potilas on asumispalveluyksikön asukas, suunnittelevat kotisairaalan ja asumispalveluyksikön sairaanhoitajat keskinäisen työnjakonsa yhdessä. Päällekkäistä työtä on vältettävä.
- Yhteistyö osastojen kanssa: kuntien terveyskeskusten tai muun yksikön osastot toimivat jatkossakin kotisairaalan potilaiden tukiosastoina. Tiivistä yhteistyötä ylläpidetään potilaiden hoidon jatkumon varmistamiseksi. Kotisairaalan sivutoimipisteissä kotisairaalan sairaanhoitajat tulevat tarvitsemaan osastojen sairaanhoitajien apua lääkehoidon turvallisessa toteuttamisessa, esimerkiksi lääkehoidon kaksoistarkastukset.

Tällä hetkellä alueella toimivissa kotisairaaloissa on muita kunnan yksiköitä avustavia tehtäviä, jotka perinteisesti eivät kuulu kotisairaaloitten toimintaan. Näitä ovat esimerkiksi hoitoarviokäynnit ikäihmisten palveluasumisessa ja kotihoidon asiakkaiden luona potilaiden tilan äkillisesti muuttuessa,

sairaanhoidolliset toimenpiteet, kuten virtsatiekatetriin asettaminen, ikäihmisten palveluasumisessa asuville ja kotihoidon asiakkaille sekä kotihoidon yökön avustaminen sekä suunniteluilla että hälytyskäynneillä. Selvitystyön aikana pyydettiin kuntien kannanottoa siihen, tuleeko avustavat toimet kuulua jatkossakin kotisairaalan tehtäviin. Tähän kysymykseen ei saatu kunnilta yksiselitteistä kantaa, sillä siihen liittyvät esimerkiksi kuntien sisäiset resurssit ja työnjaot sekä mahdolliset kustannukset kunnille. Tämä asia tulee ratkaista erikseen kuntien ja HUSin välillä, mikäli päädytään käynnistämään alueellinen kotisairaala. Lähtökohdan tulee olla joustava, potilaan edun mukainen, eri toimintayksiköiden toisiaan avustava toiminta sekä päivityksen kuormituksen lisääntymisen välttäminen.

7.5 Resurssit

7.5.1 Henkilökunta

Toimintaan vaadittavat henkilöresurssit:

- 2 – 2,5 lääkäriä
- osastonhoitaja (työpanos määritellään myöhemmin)
- 15 sairaanhoitajaa (1 näistä apulaisosastonhoitaja)
- osastosihteeri (n. 20% työpanoksella)

Selvitystyössä on kartoitettu nykytoiminnan resursseja, jotka olisivat siirrettävissä uuteen toimintaan:

- HUS: hoitohenkilökunnan esimies- sekä osastosihteerityöpanos, 4 sairaanhoitajavakanssia (nykyisistä sairaalan vakansseista) ja vaadittavat lääkäri- ja sairaanhoitajavakanssit.
- Askola: ei siirrettävissä olevaa resurssia
- Lapinjärvi: ei siirrettävissä olevaa resurssia
- Loviisa: 6 sairaanhoitajavakanssia (nykyiset kotisairaalan vakanssit)
- Porvoo: mahdollisesti 5 sairaanhoitajavakanssia, mikäli ei tarvetta toimille omassa toiminnassa (nykyiset kotisairaalan vakanssit)
- Sipoo: ei siirrettävissä olevaa resurssia

Muita henkilöstöön liittyviä asioita on selvitetty HUSin henkilöstöjohtajan kanssa.

7.5.1.1 Lääkärit

Selvitystyön aikana esitettiin kahta vaihtoehtoista toimintamallia lääkäri- ja sairaanhoitajien organisoimiseksi. Mallissa 1, keskistetty lääkäritoiminta, kotisairaalassa toimii kaksi täysipäiväistä lääkäriä, joista toisella on palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys ja yksikön kehittämismallista ja toinen on erikoistuva lääkäri. Lisäksi todennäköisesti tarvitaan 0,5 sairaalalääkäriä, joka vastaa infektio- ja sisätautihoitajien hoidosta. Mallissa 2, hybridi-malli, HUSin palkkalistoilla toimii osa-aikaisena ylläkäri- ja sairaanhoitajavakanssista ja sen kehittämisestä vastaava lääkäri. Tämä lääkäri toimii myös jossakin alueen kunnassa lääkäri- ja sairaanhoitajavakanssista. Jokaisessa kunnassa toimii kotisairaalanpotilaiden hoidosta vastaava lääkäri. Lisäksi jokaiselle alueelle on määritetty palliatiivisesta ja saattohoidosta vastaava, palliatiivisen lääketieteen erityispätevyden omaava lääkäri, mikäli jossakin kunnassa ei ole tätä erityispätevyttä omaavaa lääkäriä.

Kunnilta ja HUSista pyydettiin kannanottoa siihen, tuleeko lääkäri- ja sairaanhoitajien toimintamalli valita jo selvitysvaiheessa ja kumpaa malleista kunnat kannattavat. Kannanottojen tueksi pohdittiin eri mallien hyötyjä ja huolenaiheita. Mallit sekä niiden hyödyt että huolenaiheet on esitetty raportin liitteissä (LIITE 3). Enemmistö kunnista piti hyvänä valita malli jo selvitysvaiheessa, valinnan selkeyttäessä suunnittelua. Enemmistö kannatti keskistettyä mallia, sen ollessa toiminnan kannalta selkeämpi vaihtoehto. Tärkeänä pidettiin, että kotisairaalassa toimiva lääkäri hallitsee perusterveydenhuollon ympäristön sekä sen vahvistamisen tukemisen ja että toiminnassa taataan ikäihmisten hoidon jatkumo. Tämä asia tulee huomioida lääkärien rekrytoinnissa. Palliatiivisen erityispätevyden omaavan lääkärin on järkevä vastata sekä kotisairaala- että palliatiivisen poliklinikan toiminnasta. Näin mahdollistetaan myös palliatiivisen poliklinikan kehittäminen ja toiminnan laajentaminen.

Kotisairaalan lääkärit toimivat virka-aikaan. Virka-ajan ulkopuolella hoitohenkilökunta konsultoi Porvoon sairaalan päivystäviä lääkäreitä tai päivystysapua ja palliativisten potilaiden kohdalla HYKS palliativista konsulttia.

7.5.1.2 Hoitohenkilökunta

Kunnilta ja HUSista saatujen kannanottojen mukaisesti toiminta suunnitellaan käynnistettävän täysimääräisenä. Täysimääräinen toiminta vaatii viidentoista vakituisen sairaanhoitajan työpanoksen. Täysimääräinen toiminnan aloittaminen edellyttää, että Loviisasta ja Porvoosta siirretään nykyiset kotisairaaloiden sairaanhoitajatoimet (11 toimea) ja että HUS siirtää 4 sairaanhoitajantoimea alueelliseen yksikköön.

Kotisairaalan sairaanhoitajat toimivat pääsääntöisesti työssään yksin, joten yksikössä toimivien sairaanhoitajien tulee olla valmistuneita, iv-luvallisia sairaanhoitajia. Hoitajat työskentelevät kolmessa vuorossa. Aamu- ja iltavuoroissa työskentelee kolme sairaanhoitajaa, jotka aloittavat työvuoronsa kukin yhdessä kolmesta toimipisteestä. Yövuorossa työskentelevät kaksi sairaanhoitajaa, jotka yhdessä huolehtivat koko alueesta ja heidän lähtöpaikkansa on Porvoon sairaala. Jokaisena viikonpäivänä päätoimipisteessä on aamuvuorossa ja arkena iltavuorossa ns. kansliahoitaja, joka koordinoi potilasvirtaa ja käyntejä, hoitaa yksikön puhelinliikennettä, suorittaa varattuja seurantasoittoja sekä tarvittaessa avustaa kentällä. Kansliavuoro on kiertävä.

Hoitajien sijaistukset äkillisissä poissaoloissa ja vuosilomasijaistukset

Hoitohenkilökunnan lyhytaikaiset poissaolot kuten sairaslomat, on järkevin sijaistaa Porvoon sairaalan varahenkilöstöstä. Varahenkilöstö toimii lähtökohtaisesti aamuvuoroissa, jolloin puutteen ollessa muussa kuin aamuvuorossa vaihdetaan vuoroja yksikön sisäisin järjestelyin, jotta puute voidaan paikata varahenkilöstöstä. Sijaistuksien järjestymiseksi 15 sairaanhoitajan yksikössä on varahenkilöstössä oltava kaksi sairaanhoitajaa, jotka osaavat sijaistaa kotisairaalassa. Nämä kaksi sairaanhoitajaa osallistuvat myös kotisairaalan vakituisen henkilökunnan perehdytykseen sekä tarvittaviin koulutuksiin. Varahenkilöstöön uusi toiminta vaatii yhden hoitajan lisäresurssin. Viidentoista hoitajan yksikkö vaatii lisäksi kaksi ympärivuotista vuosiloman sijaista, jonka lisäksi kesälomakautena tarvitaan muutama kesälomasijainen. Nämä rekrytoidaan normaalein sijaisrekrytointimenetelmin.

Hoitotyön johtaminen

Uuden toiminnan käynnistäminen, eri kulttuurien yhdistyminen ja yhteistyön organisointi kuntien ja sairaalan välillä vaativat johtamista ja koordinoitua onnistuakseen. Selvitystyön aikana on kunnista tullut viesti, että hoitotyön johtamiselle on toiminnan alkuvaiheessa varattava riittävästi resursseja ja aikaa, jotta se voidaan toteuttaa laadukkaasti. Tästä syystä kunnat ovat ehdottaneet, että yksiköllä ainakin alkuvaiheessa olisi täysipäiväinen osastonhoitaja. HUSissa yleinen hoitotyön johtamisen malli käsittää osastonhoitajan, joka johtaa laajempia kokonaisuuksia, eli samanaikaisesti useampaa yksikköä, vastaten henkilöstöhallinnollisista asioista sekä apulaisosastonhoitajan, joka vastaa yksikön päivittäisjohtamisesta.

Riittävä aika johtamiselle voidaan varmistaa niin, että yksikössä toimii ainakin käynnistysvaiheessa täysipäiväinen osastonhoitaja, joka johtaa ainoastaan kotisairaala. Toinen vaihtoehto on organisoida hoitotyön johtaminen HUSin johtamisjärjestelmän mukaisesti, jolloin yksi kotisairaalan sairaanhoitajista toimii apulaisosastonhoitajana ja vastaa päivittäisjohtamisesta sekä yhteistyön koordinoinnista kuntien kanssa. Apulaisosastonhoitaja tekee myös kliinistä työtä. Kysyttäessä kunnat pitivät tätä johtamismallia hyväksyttävänä. Jälkimmäinen malli soveltuu kokemusten mukaan hyvin kotisairaaloiminnan johtamisjärjestelmäksi ja tilanteessa, jossa toiminnalle oli vaikea löytää tarvittavia sairaanhoitajatoimia, oli tämä malli luonnollisempi valinta.

Jotta päivittäisjohtamiselle saadaan tarpeeksi aikaa, on tärkeää, että toiminnan aloitusvaiheessa henkilökunta on täysimääräisenä töissä. Tämä tarkoittaa sitä, että kunnista siirtyvien henkilöiden lomista tulee olla pidettyä suurin osa tai kaikki.

Henkilöstön siirtyminen kunnista HUSiin ja rekrytointi

Mikäli uusi toimintamalli päätetään käynnistää, ja kunnista sekä HUSista siirtyy toimintaan vakansseja, on ennen ulkoisia rekrytointeja ensisijaisesti varmistettava nykyisen henkilökunnan työpaikat. Toiminnan siirtyessä kunnista HUSiin kuntien ja HUSin välillä tulee tehdä sopimus työnjaollisista muutoksista. Sopimuksessa todetaan siirrettävät vakanssit, jolloin nykyisen henkilökunnan on mahdollista siirtyä HUSin työntekijöiksi vanhoina työntekijöinä, liikkeenluovutusperiaattein ja olemassa olevilla palvelussuhde-ehdoilla. Henkilökunnan siirtäminen edellyttää ensin kunnissa suoritettavia yhteistoimintaneuvotteluja ja siirtyvän henkilöstön kanssa HUSin käymiä yhteistoimintaneuvotteluja. HUSissa on olemassa valmiit toimintamallit kuvattuna kyseisten toimintojen osalta. Yhteistoimintaneuvottelujen tuloksien perusteella täytetään tyhjät vakanssit normaalilla rekrytointikäytännöllä.

Hoitohenkilökunnan perehdytys

Hoitohenkilökunnan siirtyessä tai aloittaessa uuden työnantajan palveluksessa on tärkeä osa toiminnan aloittamista henkilökunnan perehdytys. Porvoon sairaalan lasten kotisairaalaan perustettaessa oli henkilökunnan perehdytysaika 3 viikkoa, joten perehdytykseen on tämän perusteella hyvä varata aikaa 2-3 viikkoa. Perehdytystä varten tulee tehdä perehdytysuunnitelma sisältäen ainakin HUSin ohjeet ja järjestelmät sekä tutustuminen toimintaympäristöön eli Porvoon sairaalan ja kuntien toimintoihin. Perehdytysajan puitteissa tulisi huolehtia kuntoon myös kaikkien iv luvat, työhöntulotarkastukset, lääkintälaitteajokortit sekä käytännön asiat kuten tunnustekortit, tunnukset tietojärjestelmiin ja avaimet. Mikäli kunnista siirtyy henkilökuntaa uuteen yksikköön, on perehdytys suunniteltava niin, että se mahdollistaa myös nykyisen toiminnan pyörittämisen. Uuden yksikön edun mukaista olisi yhtä jaksoinen 2-3 viikon perehdytysjakso, johon kaikki yksikön työntekijät osallistuisivat. Tällöin jokainen saa perehdytyksen saman sisältöisenä ja näin edistettäisiin yksikön henkilökunnan ryhmäytymistä ja yhteenkuuluvuutta. Kunnille se tarkoittaisi sijaisten hankkimista nykyisiin kotisairaaloihin perehdytyksessä olevien tilalle. Mikäli tämä ei ole mahdollista, tulee perehdytys järjestää porrastetusti.

Työturvallisuus

Työturvallisuuden varmistamiseksi yksikössä noudatetaan HUSin työturvallisuusohjeita koskien kotisairaanhoidon ja -käyntejä: aiheeseen liittyvä johtajaylilääkärin ohje, kotisairaanhoidon ja -käyntien turvallisuusohjeet, kotisairaanhoidon ja -käyntien turvallisuusohjeet, kotisairaanhoidon ja -käyntien tarkistuslista. Potilaskriteereissä rajataan kotisairaalahoidon ulkopuolelle arvaamattomat ja psykoottiset potilaat, alkoholistit ja huumeidenkäyttäjät turvallisuusyistä.

7.5.2 Välineistö ja hankinnat

Hankintoja ohjaavat yleiset säädökset sekä HUSin strategia, arvot, päämäärät ja omat hankintoihin liittyvät ohjeet. Mikäli hankittavasta välineistöstä on voimassa oleva hankintasopimus, suoritetaan hankinta sopimustoimittajilta.

7.5.2.1 Lääkintälaitteet

Selvitystyön aikana selvitettiin Porvoon sairaalan osastonhoitajilta olemassa olevien lääkintälaitteiden tilannetta. Sairaalassa on kaksi sähköimua, jotka voidaan ottaa kotisairaalan käyttöön. Kunnista, joissa toimii tällä hetkellä kotisairaala, tiedusteltiin tarvetta luovuttaa lääkintälaitteita alueellisen yksikön käyttöön ja millä luovutusehdoin kunta laitteensa luovuttaisi. Loviisan kaupunki luovuttaa alueellisen kotisairaalan käyttöön 2 happirikastinta ja 1 PCA-pumpun. Kunnan luovuttaessa lääkintälaitteitaan HUSille, tulee laitteet ennen käyttöönottoa rekisteröidä ja huoltaa HUSin toimesta. Tällöin vastuu laitteista siirtyy kokonaan HUSille. Lääkintälaitteiden suhteen tulee noudattaa

aiheeseen liittyvää lainsäädäntöä. Koska kotisairaalan laitekannassa on laitteita, joita lainataan kotiin, on nämä rekisteröitävä lainalaitteille tarkoitettuun erilliseen tietojärjestelmään, jonka kautta laitteiden lain vaatima jäljitettävyyys varmistetaan.

Laite	Hankinta- menettely	Määrä	Lahjoituksena	Yksikkö- hinta	Yhteensä
Happirikastin	Puitesopimus	6 kpl	2 kpl	510€	2040€
PCA-pumppu	Kilpailutus tai suorahankinta	6 kpl	1 kpl	2250€	11 250€
Infuusioautomaatti	Puitesopimus	3 kpl	-	1069€	3207€
Kompressorisumutin	Kulutustarvike-sopimus	6 kpl	-	64,70€	388,20€
Laboratorion vieritestauslaitteet: INR	Puitesopimus	(2)-3 kpl	-	300€	900€
Laboratorion vieritestauslaitteet: Hemoglobiini	Puitesopimus	(2)-3 kpl	-	199€	597€
Sähköimu	Puitesopimus	2 kpl	2 kpl	0€	0€
Verenpainemittari	Kulutustarvike-sopimus	6 kpl	-	184,50€	1107€
Pulssioksimetri	Kulutustarvike-sopimus	6 kpl	-	167€	1002€
Kuumemittari	Kulutustarvike-sopimus	6 kpl	-	133€	798€
Verensokerimittari	Kulutustarvike-sopimus	6 kpl	-	50€	300€
				Yhteensä	21 589,20€

Taulukko 4. Lääkintälaittehankinnat

PCA-pumpuista ei ole olemassa puitesopimusta, joten nämä on kilpailutettava tai vaihtoehtoisesti tehtävä markkinakartoitus. Mikäli markkinakartoituksen jälkeen löytyy vain yksi toimittaja, voidaan hankinta tehdä suorahankintana. Hankinnan arvo on yhteensä 11250€ joten mikäli se kilpailutetaan, on kyseessä pienhankinta, joka kilpailutetaan vapaamuotoisesti. Tällä hetkellä kaikissa alueen kunnissa on käytössä CADD Legacy PCA-pumppu malli 3600 joten henkilökunnan osaamisen ja potilasturvallisuuden varmistamiseksi olisi tärkeää, että myös alueellisessa kotisairaaloissa olisi kyseinen malli käytössä.

7.5.2.2 Leasingautot

Selvitystyön puitteissa tiedusteltiin kuntien tarvetta siirtää nykyisistä kotisairaaloista leasingautojen sopimuksia alueelliseen yksikköön tämän toteutuessa. Kunnilla ei ole tarvetta siirtää leasingopimuksiaan alueellisen yksikköön. Alueellisen kotisairaalan autotarve on 4 kpl. HUSilla ei ole voimassa olevaa puitesopimusta leasingautoista, vaan ne tulee hankkia kilpailutusmenettelyllä. Oletettavasti hankinnan koko sopimuskauden arvo ylittää pienhankinnan kynnysarvon, joten hankinnassa tulee noudattaa kansallisten hankintojen säädöksiä. Koska kuntien ei ole tarvetta siirtää nykyisiä leasingopimuksiaan, pystyy alueellinen yksikkö kilpailuttamaan koko autokannan samanaikaisesti, mikä saattaa lisätä tarjontaa. Kilpailutuksessa on tarkkaan mietittävä auton kriteerit, jotta se palvelee tarkoitustaan ja on henkilökunnalle turvallinen liikkua eri keleillä, koko laajalla alueella.

8 Talous

Tässä luvussa esitellään kotisairaaloiminnan suoritteet ja niiden selitykset, voimassa olevat potilasmaksut sekä tavoitteet alueellisen kotisairaalan kustannuksiin ja suoritteisiin liittyen. Raportissa esitetyt kustannustiedot perustuvat tällä hetkellä olemassa olevaan tietoon. Mikäli projekti vuonna 2019 etenee, tulevat talousluvut edelleen tarkentumaan. Lähtökohta on ollut, että tämä toiminnallinen muutos ei lisää alueen sairaanhoidon kustannuksia, vaan voidaan toteuttaa kustannusneutraalisti. HUSin kotisairaalan siirtämät 4 sairaanhoitajatoimea saadaan lakkauttamalla sairaalasta 2-4 sairaansijaa.

8.1 Suoritteet ja potilasmaksut

Selvitystyön aikana kävi ilmi, että alueella toimivissa kotisairaaloissa käytetään eri suoritteita. Porvoon kotisairaalan suoritteena käytetään hoitopäiviä, kun taas Loviisan kotisairaalan suoritteena käyntimääriä. Molemmissa kotisairaaloissa todettiin, että hoitopäivät eivät täysin kuvaa toiminnan volyyymiä, sillä kotisairaalat hoitavat myös palliativisia potilaita, joiden hoito saattaa sisältää yksittäisiä käyntejä, mitkä eivät tilastoidu hoitopäiviksi. Vuorokausittaisten käyntimäärien vaihdellessa hoidon tarpeen mukaan, on oikeudenmukaista muun muassa kuntalaskutuksen kannalta, että laskutusperusteena käytetään käyntimäärää. Kotisairaaloiden toimintaan kuuluu myös polikliniset vastaanottokäynnit. Alla on kuvattu kotisairaaloiminnan määritelmiä ja suoritteita HUSin Suoritekäsikirjan (2018) mukaisesti sekä niistä koituvia maksuja potilaille. Maksut määräytyvät HUSissa voimassa olevien potilasmaksujen mukaisesti.

Kotona annettava erikoissairaanhoito

Kotona annettava erikoissairaanhoitopalvelu on avohoitoa. Hoito on verrattavissa sairaalan poliklinikalla annettavaan hoitoon. Sairaalan henkilökunnan potilaalle antama lääkehoito on sairaalan vastuulla niin toiminnallisesti kuin kustannuksiltaan.

Kotikäynti

on ajanvarauskäynti, jonka sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilö tekee asiakkaan kotiin tai siihen verrattavaan asuinpaikkaan, esimerkiksi vanhainkotiin tai asuntolaan.

Kotona annettava erikoissairaanhoito (kotikäynti): 12,00€ (kotikäynti, jonka suorittaa lääkäri, hammaslääkäri tai sairaanhoitaja).

Hoitokäynti

etukäteen ajanvarauksella varattu hoitosuunnitelman mukainen, muun kuin lääkärin suorittama, hoitoa, kuntoutusta, neuvontaa, terapiaa ja tutkimusta sisältävä, itsenäinen käynti. Hoitoa antaa sairaanhoitaja, kätilö tai muu erityistyöntekijä.

Poliklinikkamaksu (hoitaja): 32,70€/käynti

Sarjahoitokäynti

ajanvarauskäynti, jonka aikana potilas saa lääkärin määräämää sarjana annettavaa hoitoa, joista asiakas maksaa normaalia avohoitokäyntiä vähemmän.

Sarjahoito määritellään seuraavasti:

- hoito toteutetaan samankaltaisena tai lähes samankaltaisena vähintään 3 kertaa, joka siis muodostaa sarjan
- hoitojen väliin jäävä aika ei ylitä kahta viikkoa tai jos hoidollisista syistä hoito toistetaan harvemmin kuin kerran kahdessa viikossa.

Sarjahoitomaksu: 11,40€/hoitokerta, peritään enintään 45 hoitokerralta/kalenterivuosi

Hoitopuhelu

ennalta suunniteltu hoidollinen puhelu, jota varten HUSin hoitovastuussa olevalle potilaalle on soitettu tai potilas on soittanut häntä hoitavalle lääkärille, oma hoitajalle tai

erityistyöntekijälle hoitoon/sairauteen liittyvistä asioista ja/tai jatkohoidosta. Hoitopuhelu korvaa poliklinikkakäynnin ja siitä tehdään hoitoa koskeva kirjaus sairauskertomukseen. Hoitopuhelut eivät sisällä pelkästään yleisiä potilasohjeita.

Hoitopuhelu on potilaalle maksuton.

Soitto

Potilaskontaktin seurannan tai satunnaisen tarpeen vuoksi toteutetusta yhteydenotosta voidaan kirjata käyntityyppi soitto. Tämä käyntityyppi ei johda mihinkään tuotteeseen ja siitä ei laskuteta kuntaa eikä potilasta.

Maksukatto

Poliklinikkamaksut sekä sarjahoitomaksut kerryttävät sosiaali- ja terveydenhuollon maksukattoa. Maksukaton täytyttyä, ovat maksukattoon sisältyvät palvelut tämän jälkeen kalenterivuoden loppuun saakka maksuttomia.

8.2 Kuntalaskutus

Alueelliselle kotisairaalalle on HUSin talusasiantuntijoiden kanssa tehty alustavaa talousarviota sekä asetettu tavoitteet suoritemäärien ja –hintojen suhteen kahdelle ensimmäiselle toimintavuodelle. Lisäksi on arvioitu käynnistämiseen liittyviä kustannuksia.

8.2.1 Suoritehinnat

Alustava talousarvio perustuu Lohjan sairaanhoitoalueen arvioituihin ja toteutuneisiin kustannuksiin 2018 sekä Loviisan kotisairaalan toteutuneisiin kustannuksiin vuodelta 2017.

Potilasmaksut	47 500€
TOIMINTATUOTOT	47 500€
Henkilöstökulut	970 900€
Palvelujen ostot	369 600€
Aineet ja tarvikkeet	141 200€
Vuokrat	57 600€
TOIMINTAKULUT	1 539 300€
TOIMINTAKATE	-1 491 800€

Suoritteiden määrällinen tavoite perustuu alueen nykyisten kotisairaaloitten tilastotietoihin, mitkä on suhteutettu alueen väestöpohjaan. Käyntituotteille asetetut suoritehintatavoitteet perustuvat alustavaan talousarvioon ja suoritemäärätavoitteeseen. Hoitopuhelun suoritehinta on arvioitu palliatiivisen poliklinikan suoritehinnan mukaisesti, näiden suoritteiden ollessa sisällöltään hyvin samankaltaiset.

Vuoden 2020 suoritemäärä ja –hinta tavoitteet

SUORITE	SUORITETAVOITE	SUORITEHINTATAVOITE
Kotikäynti	11 875 kpl	110€
Hoitokäynti / sarjahoitokäynti	625 kpl	90€
Hoitopuhelu	540 kpl	155€

Vuoden 2021 suoritemäärä ja –hinta tavoitteet

SUORITE	SUORITETAVOITE	SUORITEHINTATAVOITE
Kotikäynti	15 257 kpl	90€
Hoitokäynti / sarjahoitokäynti	803 kpl	80€
Hoitopuhelu	540 kpl	155€

8.2.2 Käynnistämiskustannukset

Lääkintälaittehankinnat ja käyttöönotto	26 000€
Muut hankinnat	11 200€
Koulutuskustannukset	40 300€
YHTEENSÄ	77 500€

Käynnistämiskustannukset voidaan rahoittaa Porvoon sairaanhoitoalueen perusterveydenhuollon yhteistyö – hankkeisiin varatuista varoista.

8.2.3 Kannattavuuslaskelma

Selvitystyön aikana laadittiin alueelliselle kotisairaallalla kannattavuuslaskelma. Kannattavuuslaskelman mukaan alueellisen kotisairaalan takaisinmaksuaika on 4,7 vuotta ja se on kannattavaa toteuttaa.

	2020	2021	2022	2023	2024
Kuntalaskutus	1 446 200	1 521 070	1 521 070	1 521 070	1 521 070
Potilasmaksut	47 500	61 028	61 028	61 028	61 028
Tuotot yhteensä	1 493 700	1 582 098	1 582 098	1 582 098	1 582 098
Käynnistämiskustannukset	77 500				
Henkilöstökulut	970 900	970 900	970 900	970 900	970 900
Palveluiden ostot	369 600	369 600	369 600	369 600	369 600
Aineet ja tarvikkeet	141 200	136 200	136 200	136 200	136 200
Vuokrat	57 600	57 600	57 600	57 600	57 600
Kustannukset	1 616 800	1 534 300	1 534 300	1 534 300	1 534 300
Tulos	-123 100	47 798	47 798	47 798	47 798

Taulukko 5. Kannattavuuslaskelma

8.3 Kustannusvertailu

Alla olevassa taulukossa on vertailtu alueella toimivien kotisairaaloitten ja terveyskeskusten vuodeosastojen yksikkökustannuksia sekä Porvoon sairaalan suoritehintoja. Kuntien tiedot ovat toteutuneita kustannuksia vuodelta 2017 ja sairaalan suoritehinnat vuodelta 2018.

Suoritehinnat	Loviisa	Porvoo	Sipoo	Porvoon sairaala
Kotisairaala	98,42€ *	328,72€ *	-	TAVOITE 2020: 110€ * TAVOITE 2021: 90€
Vuodeosasto	269,16€	267,84 €	216,00 €	476,00 - 546,00€ **
Hoitokäynti: päivystys	-	-	-	55,00€ (TK) 289,00€ (ESH) ***
Hoitokäynti: päiväsairaala	-	-	-	294,00 €
Hoitokäynti: osasto	-	-	-	85,00 - 169,00€ ****

Taulukko 6. Suoritehinnat

*Porvoon kotisairaalan yksikkökustannuksena käytetään hoitopäivähintaa ja Loviisan kotisairaalan yksikkökustannuksena käyntihintaa. Porvoon sairaalan arvioitu suoritehintaa on käyntiperusteinen.

**Porvoon sairaalan osalta vertailuun on otettu mukaan sekä sisätautien että kirurgian vuodeosastojen suoritehinnat. Sisätautiosastojen hoitopäivähinta on 476,00€ ja kirurgian vuodeosaston 546,00€.

*** Päivystyksessä määritellään, onko potilaan hoito terveyskeskus- vai erikoissairaanhoidotasoista. Pääsääntöisesti potilaat lukeutuvat erikoissairaanhoidon potilaiksi.

**** Vertailussa on mukana kirurgian sekä sisätautien vuodeosastot. Kirurgian vuodeosaston käyntihinta on 85,00€, sisätautien osasto 5:n käyntihinta 169,00€ ja sisätautien osasto 6:n käyntihinta 110,00€.

Porvoon osalta kotisairaaloiminnan yksikkökustannus on oman terveyskeskuksen vuodeosastotoimintaa kalliimpi mutta kuitenkin selvästi erikoissairaanhoidon vuodeosastokustannusta edullisempi.

Loviisan osalta kotisairaalan yksikkökustannuksen suhde verrattuna vuodeosaston kustannukseen on riippuvainen vuorokausittaisten käyntien määrästä. Käytännössä suurimmalla osalla potilaista on 1-3 käyntiä vuorokaudessa. Hoitopäivän sisältäessä 1-3 käyntiä, tulee vuorokauden hintavaihteluksi käyntimäärästä riippuen 98,42-295,26€. Kolme käyntiä sisältävä hoitopäivä on oman terveyskeskuksen vuodeosastohoitoa kalliimpi mutta selvästi erikoissairaanhoidon vuodeosastohoitoa edullisempi.

Nykyisten, alueella toimivien kotisairaaloimien yksikkökustannukset ovat selvästi aiemmin raportissa käytettyjen esimerkki kotisairaaloimien yksikkökustannuksia korkeammat. Loviisan kotisairaalan yksikköhinta käyntimäärän ollessa 1-3 vuorokaudessa on hieman Porvoon kotisairaalan hoitopäivähintaa edullisempi. Alueellisen kotisairaalan käyntiperusteinen suoritehintatavoite vuodelle 2020, 110€/käynti, on nykyisten kotisairaaloimien tuottokustannuksen kaltainen ja kuntien vuodeosastojen hoitopäiväkustannusta kalliimpi, mikäli potilaalla on yli 2 käyntiä vuorokaudessa. Vuoden 2021 suoritehintatavoite, 90€/käynti, on nykyisiä kotisairaaloimien tuottokustannuksia halvempi ja samaa tasoa, kun kuntien vuodeosastojen hoitopäivähinnat, mikäli käyntejä on kolme vuorokaudessa. Suoritehintatavoite on merkittävästi erikoissairaanhoidon vuodeosastoja sekä polikliinistä hoitoa tarjoavien erikoissairaanhoidon yksiköiden suoritehintoja edullisempi.

On tärkeää huomioida, että yksikkökustannukset tai laskennalliset suoritehinnat eivät kerro koko totuutta kotisairaaloiminnan kustannushyödyistä. Näihin ei ole laskettu esimerkiksi säästöjä, joita saadaan aikaan toiminnan vähentäessä palliatiivisten potilaiden päivystyksellisiä käyntejä ja osastojaksoja sekä kahden hoitoyksikön hoitopaikan tarvetta, esimerkiksi ikäihmisten asumispalveluissa asuvien lyhytaikaisessa sairaanhoidon tarpeessa. Lisäksi alueellisessa kotisairaalassa hoidettavat potilaat hoidetaan jo nykyisellään jossakin, joten kustannuksia näiden potilaiden hoidosta syntyy jatkuvasti. Jatkossa nämä kustannukset tulisivat kotisairaaloiminnasta sen sijaan että kustannukset syntyvät erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla, päivystyksessä tai päiväsairaalassa. Alla on kuvattu kolme esimerkkiä tilanteista, joissa kunnille jatkossa syntyy säästöä, mikäli osa potilaista hoidetaan tavoitteen mukaisesti kotisairaalan toimesta.

Esimerkki 1: Infektiopotilaan hoidon kustannukset polikliinisessa hoidossa



Kuva 6. Infektiopotilaan hoidon kustannukset polikliinisessa hoidossa

Esimerkki 2: Infektiopotilaan hoidon kustannukset vuodeosastohoidossa

Alla olevassa taulukossa on kuvattu kolmen kotisairaalaissa yleisesti hoidettavan diagnoosin laskutettuja vuodeosastokustannuksia selvityksessä mukana olevien kuntien osalta vuodelta 2017. Vuodeosastokustannuksia on verrattu arvioituun laskutukseen, mikäli osa näistä potilaista olisi hoidettu kotisairaalaissa. Tarkasteluun on otettu kotisairaaloille tyypilliset diagnoosit: keuhkokuume, ruusu ja munuaisaltaan- / virtsateidentulehdus. Näille diagnooseille muodostetaan sekä komplisoituneen taudin että komplisoitumattoman taudin tuotehinnat. Tarkasteluun on otettu mukaan ainoastaan komplisoitumattomat tuotteet, sillä komplisoituneiden tautien hoito saattaa alkuun vaatia lyhyen osastojakson. Porvoon sairaanhoitoalue on vuonna 2017 laskuttanut selvityskuntia 244 potilaan vuodeosastohoidosta kyseisillä diagnooseilla. Arvion mukaan 70% näistä potilaista on mahdollista hoitaa kotisairaalaissa, olettaen että potilaat valitsevat kotisairaalahoidon vuodeosastohoidon sijaan. Kotisairaalakustannus on laskettu käyttäen ensimmäisen toimintavuoden tavoiteltua suoritehintaa. Oletuksena on, että kaikilla potilailla on kolme kotikäyntiä vuorokaudessa.

Kunta	Vuodeosasto hoitopäivien lukumäärä 2017	Vuodeosasto laskutus 2017	Arvio laskutuksesta, mikäli 70% hoidettaisi kotisairaalan toimesta	Säästö kunnalle
Askola	43	22 625,39 €	16 523,99 €	6 101,4 €
Lapinjärvi	44	18 253,1 €	15 543,12 €	2 709,98 €
Loviisa	137	70 415,26 €	53 805,02 €	16 610,24€
Porvoo	635	344 139,95 €	250 511,64 €	93 628,31€
Sipoo	123	69 405,51 €	49 234,52 €	20 170,99€
			Yhteensä	139 220,92€

Taulukko 7. Infektiopotilaan vuodeosastolaskutus 2017

Kolmen tarkasteluun otetun diagnoosin lisäksi sairaalan vuodeosastoilla hoidetaan potilaita useilla muilla infektidiagnooseilla, joista osa voidaan jatkossa hoitaa kotona. Komplisoitunutta taudinkuvaa sairastavat voidaan jatkossa osittain myös hoitaa kotona, jolloin hoitojaksojen pituus vuodeosastohoidossa lyhenee ja näin mahdollisesti tuottaa säästöä kuntien erikoissairaanhoidon laskutukseen.

Esimerkki 3: Vuodeosastolaskutus 2017 potilailla, joilla todettu pahanlaatuinen kasvain

Kotisairaalan toimintaan kuuluu olennaisena osana palliatiivinen ja saattohoito. Vuodeosastoilla hoidetaan potilaita, joilla on todettu pahanlaatuisia kasvaimia ja näistä oletettavasti osa on potilaita, joilla jo on palliatiivinen hoitolinja. Arviolta 20-50% näistä potilaista voidaan jatkossa hoitaa kotona. Kotona hoidettavien arvioinnissa on käytetty keskiarvoa 37,5%. Oletuksena tässäkin on ollut, että potilaalla on kolme käyntiä vuorokaudessa. Todennäköistä kuitenkin on, mikäli kyseessä on oirehoito, että käyntejä useimmilla on 1-2 vuorokaudessa.

Kunta	Vuodeosasto hoitopäiviä 2017	Vuodeosasto laskutus 2017	Arvio laskutuksesta, mikäli 37,5% hoidettaisi kotisairaalan toimesta	Säästö kunnalle
Askola	32	22 511,25 €	19 973,93	2 537,32 €
Lapinjärvi	-	-	-	-
Loviisa	153	119 471,65 €	93 281,97	26 189,68 €
Porvoo	275	195 870,12 €	156 406,40 €	39 463,72 €
Sipoo	96	73 632,78 €	58 385,23 €	15 247,55 €
			Yhteensä	83 438,27 €

Taulukko 8. Vuodeosastolaskutus 2017 potilailla, joilla todettu pahanlaatuinen kasvain

8.4 Yhteenveto taloudesta

Vaikka nyt on lähdetty siitä, että toiminnan muutos toteutetaan kustannusneutraalisti ovat useat esimerkit muualta Suomesta kuitenkin osoittaneet kotisairaaloiminnan olevan suuremmalla volyymilla vuodeosastotoimintaa edullisempaa. Itä-uudellamaalla on muihin esimerkkeihin perustuen, kaikki edellytykset säästöihin, mitä tulee jatkossa tavoitella. Sekä talousarvio että suoritemäärät ovat tämän hetken tavoitteita ja vasta ensimmäisten toimintavuosien jälkeen on mahdollista arvioida täysin luotettavasti käyntikohtaista kustannusta. Mikäli pystytään järjestämään toiminta järkevästi ja suoritemäärät toteutuvat tavoitteen mukaisesti tai korkeampina on tavoite saavutettavissa. Volyymiltaan pienten kotisairaaloimien henkilöstöresurssi on usein mitoitettu kattamaan ruuhkahuippuja, mikä saattaa muodostaa toiminnasta tehotonta potilasmäärien suuren vaihtelun vuoksi. Suuremmassa yksikössä on helpompi mitoitaa henkilökunta sopivasti volyymin vaihteluiden osalta ja välttää liiallista tyhjäkäyntiä. Kotisairaaloiminnan käynnistytyä on tavoitteena siirtää aiempaa enemmän painopistettä sairaalahoidosta kotona tapahtuvaan avohoitoon, mikä mahdollistaa alueen sairaansijojen vähentämisen. Onnistuminen vaatii kaikkien osapuolten sitoutumista toiminnan muutokseen ja toiminnan jalkauttamisen onnistumista.

Selvitystyön aikana tehtiin toiminnan kokonaiskannattavuuden vertailu. Vertailu on tehty tilanteeseen, jossa kotisairaaloimintaa ei ole järjestetty lainkaan ja olettamuksena noin 70 % kotisairaalassa hoidettavista potilaista hoidettaisiin erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla ja noin 30 % potilaista perusterveydenhuollon vuodeosastoilla.

	2 020	2 021
Kotisairaalan käyntimaksut	1 493 700	1 582 098
Kotisairaalapotilaiden erikoissairaanhoidon hoitopäivämaksut	2 073 969	2 664 635
Kotisairaalapotilaiden perusterveydenhuollon hoitopäivämaksut	447 094	574 426
Kotisairaala vs. vuodeosastohoito	-1 027 363	-1 656 963

Taulukko 9. Kokonaiskannattavuuden vertailu

Vertailun perusteella kotisairaaloiminta tulisi säästämään kuntien terveydenhuoltokuluja jo ensimmäisen toimintavuoden aikana.

9 Riskienhallinta

Toiminnan käynnistämiseen liittyviä sekä toimintaan vaikuttavia riskejä, niiden todennäköisyyksiä ja ratkaisuja niihin on kuvattu alla olevassa taulukossa. Useat näistä riskeistä ovat kuntien esiin tuomia huolenaiheita. Vaikuttavuudeltaan merkittävät riskit ja niiden hallitsemiseen liittyvät suunnitelmat on kuvattu tarkemmin taulukon alla olevissa tekstikappaleissa.

Taulukossa kuvattujen riskien todennäköisyyttä ja seurauksia on arvioitu numeerisesti asteikolla 1-5, jossa 1=pieni ja 5=suuri. Todennäköisyyden ja seurauksen tulo muodostavat riskin vaikuttavuuden.

Riski	Todennäköisyys (1-5)	Seuraukset (1-5)	Vaikuttavuus	Indikaattorit – kuvaus riskin toteutumisesta	Ratkaisu
Rakennemuutos johtaa yksiköiden etääntymiseen yhteistyötahoistaan - alueellinen kotisairaala ja kuntien ikäihmisten palvelut etääntyvät toisistaan	4	4	16	Yhteistyö on ontuvaa ja tehdään päällekkäistä työtä.	<ul style="list-style-type: none"> Yhteistyöstä sopiminen keskenään yhteistyöverkostojen ylläpitäminen säännölliset tapaamiset ja koulutukset kuntien ja sairaalan toimijoiden kesken kolmen toimipisteen malli
Paikallisten olosuhteiden tuntemuksen puute – työ on haastavampaa	2	2	4	Ei tunneta paikallista maantiedettä eikä organisaatiota	<ul style="list-style-type: none"> Kolmen toimipisteen malli työnkiertoa eri toimipisteissä perehdytys yhteistyö eri toimijoiden välillä
HUSissa ja kunnissa on käytössä eri potilastietojärjestelmät – kirjallinen tieto ei tavoita kaikkia	2	5	10	Hoitoon liittyvät vaaratapahtumat tiedonsiirrosta tai sen puutteesta johtuen	<ul style="list-style-type: none"> Vakioidaan kirjaamiskäytäntö HOI-lehdelle varmistetaan Navitaksen ja KanTa-arkiston käytön osaaminen vakioidaan käytäntö palliatiivisten potilaiden riskitietojen kirjaamisen suhteen ylläpidetään tiivistä yhteistyötä eri toimijoiden välillä suullinen raportointi
Palliatiivisten potilaiden ja ikäihmisten hoitoa kotisairaalan toimesta ei pystytä turvaamaan	1	3	3	Potilaat hoidetaan epätarkoituksenmukaisessa paikassa esimerkiksi päivystyksessä, potilaan kärsimys suurta	<ul style="list-style-type: none"> Kirjataan näiden potilasryhmien hoidon turvaaminen toiminnan tavoitteeksi tiedotetaan alueen toimijoille tavoitteesta alueelliset kotiutusohitajat edesauttavat tavoitteen toteutumista koordinoimalla potilaiden jatkohoitoa tavoitteen mukaisesti
Palliatiivisten potilaiden hoidon kokonaisvaltaisuus vaarantuu	1	4	4	Potilasta hoitaa monta eri tahoja ja kyseiset tahot keskittyvät vain oman ydinosaisensa mukaiseen hoitoon	<ul style="list-style-type: none"> Sovitaan työnjaosta: alueellinen kotisairaala vastaanottaa palliatiivisten potilaiden lähetteet ja koordinoi hoitoa potilailla on yksi numero, johon soittaa 24 h tiivis yhteistyö palliatiivisen poliklinikan kanssa (mm. hoitolinjaukset)
Toiminnan jalkauttaminen ja toiminnasta viestiminen epäonnistuvat	4	4	16	Potilas- ja käyntimäärät pienet, potilaat hoidetaan edelleen epätarkoituksenmukaisissa paikoissa, osaoptimoinnin esiintyminen	<ul style="list-style-type: none"> Viestinnän suunnittelu annetaan aikaa viestinnälle kuntien sitoutuminen osaoptimoinnin välttämiseen
Potilasturvallisuus ei toteudu	2	5	10	Vaaratapahtuma- ja läheltä piti tilanneilmoitukset	<ul style="list-style-type: none"> vakioidaan toimintamallit ennen toiminnan aloitusta varmistetaan henkilökunnan osaaminen varmistetaan lähetävien lääkäreiden tiedot kotisairaaloiminnasta henkilökunnan perehdytys

Taulukko 10. Riskienhallinta

9.1 Yksiköiden etäännyminen

Kuntatapaamisilla on korostettu alueellisen kotisairaalan sekä kuntien ikäihmisten palveluiden yhteistyön tärkeyttä. Tällä hetkellä toimivien kotisairaaloiden ja kuntien ikäihmisten palveluiden yksiköiden välinen yhteistyö on lähes päivittäistä. Yhteistyöllä pyritään järjestämään hoito potilaan kannalta tarkoituksenmukaisesti ja välttämään päällekkäistä työtä. Mikäli alueellinen kotisairaala yksikkö sijoittuu HUSin alaisuuteen, kuten on suunniteltu, herättää huolta yhteistyön onnistuminen yli organisaatorajojen. Hallinnolliset raja-aidat eri organisaatioiden välillä muodostavat käytännön toiminnassa ajoittain eri yksiköiden etäännymistä toisistaan. Alueen ikäihmisten vaativan sairaanhoidon järjevän järjestämisen ja päällekkäisen työn välttämisen tulee olla uuden toiminnan tavoitteena. Onnistuminen tässä vaatii jatkuvaa yhteistyötä ja yhteydenpitoa alueellisen kotisairaalan ja kuntien ikäihmisten palveluiden toimijoiden kesken. Yhteistyötä helpottaa usein toimijoiden tunteminen. Tästä syystä tulee sopia säännöllisistä, yhteisistä kokoontumisista ja koulutuksista kuntien ja HUSin toimijoiden välillä, ylläpitää toiminnan vaatimia yhteistyöverkostoja sekä sopia keskinäisestä yhteistyöstä. Valitsemalla toimintamalliksi kolmen toimipisteen malli mahdollistetaan usealla paikkakunnalla fyysinen läheisyys HUSin ja kuntatoimijoiden välillä, mikä luo edellytyksiä onnistuneelle yhteistyölle.

9.2 Potilastietojärjestelmät

Alueella käytössä olevat potilastietojärjestelmät selvitettiin kuntatapaamisilla. Käytännön asioita HUSissa käytössä olevan potilastietojärjestelmän suhteen selvitettiin Porvoon sairaalan tietohallinnon asiantuntijoiden kanssa. Mahdollisen tulevan kotisairaalayksikön sijoituessa Porvoon sairaalan alaisuuteen on luonnollista, että yksikössä on käytössä HUSin potilastietojärjestelmä. Tämä luo haasteita tiedonkululle eri organisaatioiden välillä, sillä alueella on käytössä useita eri potilastietojärjestelmiä. Tiedonkulun tarpeet konkretisoituvat todennäköisesti etenkin kotisairaalan ja kunnan yksikön hoitaessa samanaikaisesti samoja potilaita esimerkiksi tehostetun palveluasumisen asukkaat ja kotihoidon asiakkaat. Toinen olennainen asia tietojen välittymisen kannalta eri yksiköiden välillä on hoidonrajausten ja riskitietojen siirtyminen organisaatiosta toiseen. Tiedon siirtyminen on luonnollisesti varmistettava myös silloin, kun potilas siirtyy saman organisaation sisällä esimerkiksi vuodeosastolta kotisairaalaan tai toisinpäin. Alla olevassa taulukossa on kuvattu kaikki alueella käytössä olevat potilastietojärjestelmät.

Potilastieto- järjestelmät	Askola	Lapinjärvi (senioripalvelut)	Loviisa	Porvoo	Sipoo	Porvoon sairaala
	Effica	Hilkka / Pegasos lukuoikeus	Pegasos	Effica	Mediatri	Oberon / Apotti 10/2019 ->

Taulukko 11. Käytössä olevat potilastietojärjestelmät

HUSin uuden potilastietojärjestelmän, Apotin, käyttöönottoa Porvoon sairaalassa on suunniteltu lokakuulle 2019. Sekä Oberoniin että Apottiin on toteutettavissa kotisairaaloiminnan vaatimat ratkaisut: "osastolistaus" tai muu vastaava sisäänkirjattuja potilaita varten, soittolista/jono palliatiivisille potilaille sekä ajanvaraustoiminnallisuus. Molemmissa järjestelmissä on mahdollista tilastoida tiedot tulevien sovittujen suoritteiden mukaisesti esimerkiksi kotikäynti, hoitokäynti ja hoitopuhelu sekä saada tietoa potilasmäärästä.

Terveystietolain (1326/2010) 9 §:n mukaisesti sairaanhoitopiirin alueen asukkaiden perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon potilasasiakirjat ovat 1.5.2011 alkaen muodostaneet terveydenhuollon yhteisen potilastietorekisterin. Tämä yhteinen potilastietorekisteri käsittää kaikki kunnallisten toimintayksiköiden potilasasiakirjat niiden laatimisajankohdasta ja tallennustavasta riippumatta. (HUS tietosuojaohje) Yhteisrekisteriä, Navitas, tulee hyödyntää tiedonkulun parantamiseksi. Navitaksesta on nähtävissä koko sairaanhoitopiirin alueen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon sairaskertomusmerkinnät, laboratoriokoetulokset sekä kuvantamistutkimusten tulokset. Tietojen näkyminen edellyttää lain mukaista potilaan informointia yhteisrekisteristä. Potilas voi myös kieltää tietojensa luovuttamisen muille toimintayksiköille, kun missä potilasasiakirja on

laadittu. Navitaksen tulevaisuus on toistaiseksi epäselvä KanTa-rekisterin käytön yleistyessä, joten yksiköissä tulee olla osaaminen ja valmius käyttää myös Potilastiedon arkistoa tiedonlähteenä. Potilastiedon arkiston kautta on potilaan suostumuksella mahdollista katsoa potilastietoja kaikista julkisista terveydenhuollon yksiköistä sekä niistä yksityisistä toimintayksiköistä, jotka ovat liittyneet KanTaan.

Suuremman haasteen kun sairaskertomusmerkinnät muodostavat hoitajien käyttämän päivittäiskirjaamisen osion tiedot, eli hoitokertomuksen kirjaukset, jotka eivät siirry Navitakseen eikä Potilastiedon arkistoon. Näiden tietojen siirtyminen yksiköiden välillä, hoidettaessa samoja potilaita, olisi hoidon sujuvuuden kannalta tärkeää. Käytännössä on mahdollista antaa hoitajille lukuoikeudet kuntien potilastietojärjestelmiin tai toisin päin kuntien hoitajille lukuoikeudet HUSin potilastietojärjestelmään. Kuntien hoitajille tämä voisi tuottaa haettua lisäarvoa, kun taas kotisairaalaan hoitajille järjestely muodostuisi kestävämmäksi johtuen siitä, että heillä olisi oikeudet viiteen eri potilastietojärjestelmään. Lisäksi Lapinjärven senioripalveluiden potilastietojärjestelmä sekä useat alueella toimivat yksityiset toimintayksiköt, esimerkiksi ikäihmisten asumispalveluyksiköt, eivät ole mukana HUSin alueen yhteisrekisterissä eikä KanTa-rekisterissä. Heidän potilastietojärjestelmien ja julkisten toimintayksiköiden välillä ei siirry potilastiedot lainkaan. Ajankohtaisen tiedon mukaan myös perusterveydenhuoltoon on mahdollista ottaa käyttöön Apotti potilastietojärjestelmä lähivuosina. Tämä ratkaisisi tiedonkulkuun liittyvät ongelmat.

Kuntatapaamisilla Loviisan ja Porvoon kotisairaaloissa selvitettiin kirjallisen raportoinnin periaatteita. Molemmissa kotisairaaloissa on mahdollista etäyhteyden avulla kirjautua potilaan kotona potilastietojärjestelmään ja dokumentoida tiedot potilaan luona. Loviisan kotisairaalassa on lisäksi käytössä mobiili potilastietojärjestelmä, jota käytetään tabletilla. Porvoon kotisairaalan kohdalla kirjallinen raportointi tapahtuu pääsääntöisesti kotisairaalan toimistolla, Loviisan kotisairaalassa taas kirjallinen raportointi tapahtuu usein potilaan kotona tai välittömästi käynnin jälkeen autossa. Sekä Oberonin että Apotin käyttö etäyhteydellä, kannettavalla tietokoneella, potilaan kotona on mahdollista. Kirjalliseen raportointiin potilaan kotona on panostettava ja siihen kannustettava, jolloin lisätään kirjaamisen reaaliaikaisuutta ja sen myötä potilasturvallisuutta, potilaan mahdollisuutta osallistua kirjaamiseen sekä vähennetään hukkatyötä. Jatkossa tulee miettiä mobiiliin potilastietojärjestelmän hankintaa, sillä se Loviisan tietojen perusteella lisää huomattavasti potilaan luona tehtävää kirjallista raportointia ja näin hyödyttää niin organisaatiota, kun potilasta.

Usean toimijan hoitaessa samanaikaisesti potilaita, ilman yhteistä potilastietojärjestelmää, korostuvat organisaatorajat ylittävän tiimityön ja yhteydenpidon merkitys. Ylläpitämällä hyvää yhteistyötä ja avointa keskusteluyhteyttä on mahdollista varmistaa potilaan hoitoon liittyvän olennaisen tiedon siirtyminen yli yksikkörajojen ja näin taata potilaan turvallinen hoito.

9.3 Viestintä ja toiminnan jalkauttaminen

Toiminnan käynnistymisen onnistuminen edellyttää oikea-aikaista ja laajaa tiedottamista. Oikean tiedon on tavoitettava oikeat ihmiset ja kaikkien on tärkeä saada sama tieto. Kuntien ja Porvoon sairaalan tiedottajien välinen yhteistyö on näin ollen keskeistä. Tiedottamisen suuntaviivoja on suunniteltu yhdessä HUSin tiedottajan kanssa. Kuntien tiedotuksesta vastaavilla henkilöillä oli mahdollisuus kommentoida tiedotussuunnitelmaa. Suunnitelmaa muokattiin kuntien kommenttien perusteella.

Tiedottamisen kohderyhmät

- Porvoon sairaanhoitoalueen asukkaat
- Ammatti-ihmiset kunnissa, Porvoon sairaalassa, ensihoidossa ja HYKS-sairaanhoitoalueen sairaaloissa, alueen apteekit sekä yksityiset toimijat alueella kuten yksityiset lääkäriasemat ja yksityiset asumispalveluyksiköt
- Muutosvaiheessa nykyisissä kotisairaaloissa hoidossa olevat potilaat

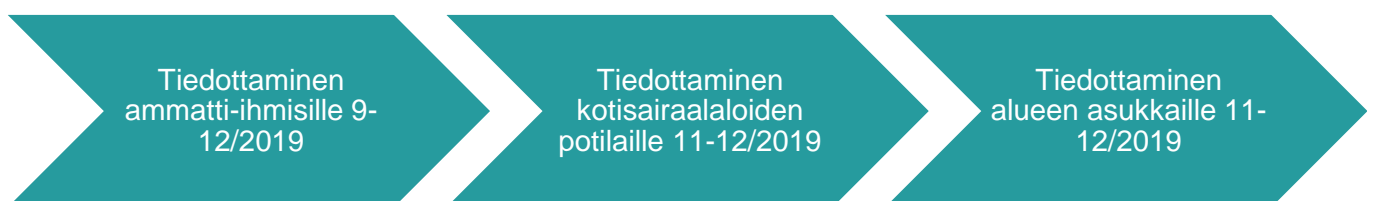
Tiedottamisen periaatteet ja tiedotuskanavat

Tiedottamista varten tulee laatia yleinen tiedote alueen asukkaita varten, ammatti-ihmisille suunnattu laajempi tiedote ja potilastiedote. Tiedottamisen yhdenmukaisuuden varmistamiseksi Porvoon sairaalan ja kuntien tulee pääsääntöisesti käyttää samoja tiedotteita tiedottamisessa. Tiedottamisen tulee tapahtua samanaikaisesti molemmilla kotimaisilla kielillä. Tiedottamisen tarkemman sisällön määrittelevät yhdessä toiminnan tunteva henkilö, projektipäällikkö tai osastonhoitaja, ja Porvoon sairaalan sekä kuntien tiedottajat. Tiedottajat jakavat tietoa eri tiedotuskanaviaan hyödyntäen.

- Asukkaille suunnatussa tiedottamisessa keskitytään yleisiin asioihin uudessa toiminnassa kuten tarjottava hoito, yksikön toimintaperiaatteet ja käytännön organisoituminen. Asukkaille tiedotetaan HUSin ja kuntien verkkosivuilla, sosiaalisen median kanavissa (Facebook, Twitter ja LinkedIn), mahdollisissa yleisissä kuntien tai Porvoon sairaalan julkaisuissa ja tiedotelehtisissä sekä paikallismedian kautta mediatiedotteen ja mediatilaisuuden avulla. Mediatilaisuuteen tulisi osallistua edustajia sekä Porvoon sairaalasta, että kunnista. Toiminnan alkuvaiheessa asukkaiden tietoisuuden lisäämiseksi voidaan järjestää esimerkiksi tehostettu sosiaalisen median kampanja, jossa kotisairaalan henkilökunta tuottaa sosiaaliseen mediaan sopivaa materiaalia, jotka Porvoon sairaala ja kuntien tiedottajat huolehtivat jakoon omien sosiaalisen median viestintäkanaviensa kautta.
- Ammatti-ihmisille suunnattu tiedottaminen sisältää asukkaille suunnatun tiedon lisäksi käytännön tietoa, miten lähettää potilas kotisairaalaan, yhteydenotot sekä laajemmin toiminnan organisointiin liittyvä tietoa. Ammatti-ihmisille tiedotetaan Porvoon sairaalan ja kuntien intranetin, sisäisten tiedotuslehtisten, kuten uutiskirje lähetäville lääkäreille, sähköpostin ja muiden mahdollisesti käytössä olevien kanavien kautta. HYKS-sairaanhoidon sairaaloille tiedotetaan sairaanhoidon tiedottajien kautta. Lisäksi toimintaa esitellään keskeisissä tapaamisissa ja kokouksissa niin kunnissa, kun Porvoon sairaalassa, kuten osastotunnit, osastonhoitajien kokoukset, johtoryhmät ja lääkärimeditingit. Kotisairaalan toimiessa kuntien kanssa useiden yksiköiden rajapinnassa, kuten kotihoito, asumispalvelut ja terveyskeskusten vuodeosastot ovat nämä keskeisiä sidosryhmiä, joille erityisesti tulee kohdentaa tiedotusta toiminnan toimintaperiaatteista ja kehittää yhteistyötä näiden yksiköiden kanssa.
- Potilaille, joita hoidetaan nykyisissä kotisairaaloissa uuden toiminnan aloittaessa, on tiedotettava käytännön asiat muutokseen liittyen. Potilastiedote tulee hoitaa kotisairaaloiden hoitajien toimesta.

Tiedottamisen aikataulu

Tiedottaminen alueellisesta kotisairaalaan on aloitettava hyvissä ajoin ennen toiminnan käynnistämistä tiedottamalla asiasta ammatti-ihmisille. Molemmissa kotisairaaloissa hoidetaan soittolistalla olevia palliatiivisia potilaita, joiden hoitokontaktit eivät ole välttämättä säännöllisiä. Uuden toimintamallin aloittaminen koskee kuitenkin mitä suurimmassa määrin juuri näitä potilaita, joten myös heille tiedottaminen on aloitettava hyvissä ajoin. Alueen asukkaille on tärkeä tiedottaa ennen toiminnan aloittamista.



Kuva 7. Tiedottamisen aikataulu

Vaikka selvitystyössä on suunniteltu ainoastaan tiedottamistoimia ennen toiminnan käynnistämistä, on muistettava, että tiedottaminen ja toiminnan jalkauttaminen jatkuvat edelleen tehokkaana myös toiminnan käynnistyttyä.

9.4 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuustoimintaa ohjaavat kansalliset säädökset ja suositukset sekä organisaatiokohtaiset ohjeistukset. Potilaan turvallisen hoidon toteutuminen on keskeistä kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä. Kotisairaaloiminta on perinteiseen sairaaloimintaan nähden hyvin omanlaisensa toimintamuoto, jossa pääasiallinen hoidon toteutuspaikka on potilaan koti. Tämä luo omat haasteensa potilaiden turvallisen hoidon toteuttamiseksi mutta toisaalta mahdollistaa tietyiltä osin turvallisemman hoidon, kun mitä sairaalaolosuhteissa pystytään toteuttamaan.

Potilasturvallisuuden saralla on kotona tehtävässä vaativassa sairaanhoitotyössä huomioitava etenkin potilaan sairauden vaatima laadukas seuranta ja oikea-aikainen reagointi potilaan tilassa tapahtuviin muutoksiin. Keskeisessä roolissa kotona tehtävässä vaativassa sairaanhoitotyössä ovat lääkehoito sekä eri lääkintälaittein toteutettavat hoidot.

Potilasturvallisuuden vaaratapahtumia seurataan alueella Hai-pro-järjestelmän avulla. Yleisimmät raportoidut läheltä piti- ja vaaratapahtumat koskevat lääkehoitoa sekä tiedonsiirtoa.

Potilasturvallisuuteen liittyvää riskiä voidaan vähentää ja hallita henkilökunnan hyvällä perehdytyksellä ja varmistamalla henkilökunnan laaja-alainen osaaminen etenkin lääkehoidossa, lääkintälaitteiden hallinnassa sekä potilaan kliinisen tilan seurannassa. Ennen kotisairaaloiminnan käynnistämistä on pienryhmätyöskentelyllä vakioitava toimintamallit sekä varmistettava alueen ammatti-ihmisten tietämys kotisairaalassa hoidettavista potilaista ja edellytyksistä heidän hoitamiseksi turvallisesti kotona. Kotisairaalassa noudatetaan HUSin yleisiä ohjeita liittyen Hai-pro-vaaratapahtumailmoitusjärjestelmään. Tiedonsiirtoon liittyviä haasteita ja ratkaisuja niihin on käsitelty kappaleessa 9.2.

10 Johtopäätökset

Yleistä:

- Toiminta on järkevä aloittaa alkuvuodesta 2020, jolloin osallistavalle valmistelulle jää aikaa ja Apotin käyttöönotto on toteutettu
- Nykytoiminta ei ole vakiintunut osa palvelujärjestelmää
- Potilaat eivät nykyisellään ohjaudu tarkoituksenmukaisesti hoitoon oikeaan yksikköön
- Nykyinen kotisairaaloiminta ei ole kustannustehokasta, verrattuna maan useaan muuhun esimerkkiin

Alueellisen kotisairaalan hyödyt: potilas ja kuntalainen

- yhdenvertaiset palvelut Itä-Uusmaalaiselle aikuisväestölle
- parannetaan hoidon laatua
- mahdollistetaan vaativan tason palliatiivinen ja saattohoito kotona kaikille Itä-Uusmaalaisille
- parannetaan potilaiden elämänlaatua
- lisätään potilaiden itsemääräämisoikeutta
- ehkäistään laitostumista ja passiivisuutta
- nopeutetaan ja tuetaan kuntoutumista
- ehkäistään sairaalabakteeri- ja muita tartuntoja

Alueellisen kotisairaalan hyödyt: yksikkötaso

- henkilökunnan mahdollisuudet uuden oppimiseen
- suurempi yksikkö, laajempi kollegio
- laajemmat koulutusmahdollisuudet ja osaamisen ylläpitäminen suuremmissa organisaatioissa
- helpompi järjestää sijaistukset, poissaolot kuormittavat vähemmän vakituista henkilöstöä

Alueellisen kotisairaalan hyödyt: organisaatio, Itä-Uusimaa alueena

- kustannusten hillitseminen
- sairaansijojen riittävyys niitä tarvitseville ja mahdollisesti jopa vähennys
- alueellinen toimintamalli ja yhtenäiset käytänteet edistävät potilaiden ohjautumista tarkoituksenmukaiseen hoitoyksikköön
- mahdollistaa resurssien tarkoituksenmukaisemman käytön
- vahvistetaan koko alueen palliatiivisen ja saattohoitotyöhön osaamista
- vahvempi integraatio ja laajempi yhteistyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä, etenkin ikäihmisten palveluissa

Jatkovisiot:

- Alueellisen kotisairaaloiminnan rinnalla alueelliset sairaansijat luovat toiminnalle positiivisia synergiaetuja. Alueellinen sairaansijaintegraatio toteutetaan rinnakkain kotisairaalahankkeen kanssa.
- Vaativan tason saattohoidon laadun takaamiseksi tulisi jatkossa suunnitella vaativan tason saattohoitoyksikköä Itä-Uusimaalle, joka toimisi läheisessä yhteistyössä kotisairaalan ja palliatiivisen poliklinikan kanssa

11 Projektisuunnitelma

Selvitystyön valmistuttua käsiteltiin raportti IU-sote ryhmässä marraskuussa, jonka jälkeen niissä kunnissa, joissa tällä hetkellä on kotisairaaloimintaa, tehdään päätökset alueellisen kotisairaaloiminnan käynnistämisen suhteen. Jotta valmistelulle jää riittävästi aikaa, tulisi päätökset olla valmiina tammikuussa 2019.

PÄÄTÖKSENTEKOVAIHE 11/2018-1/2019

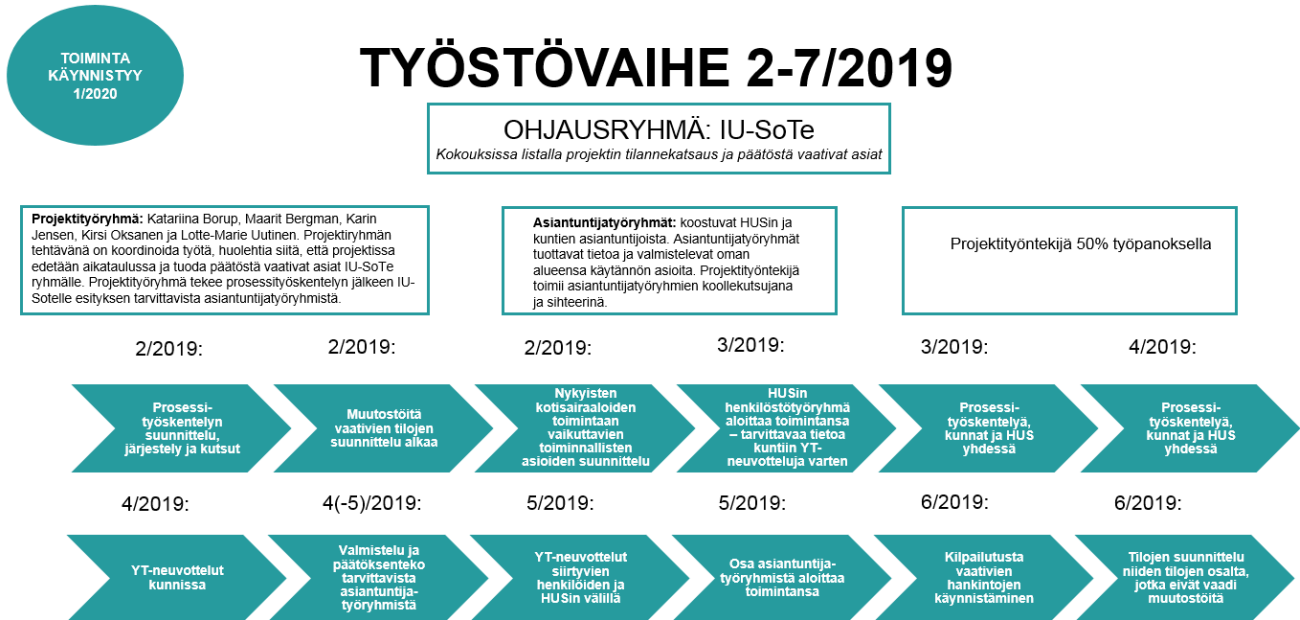
Projektisuunnittelija 20% työpanoksella – esittely kunnissa



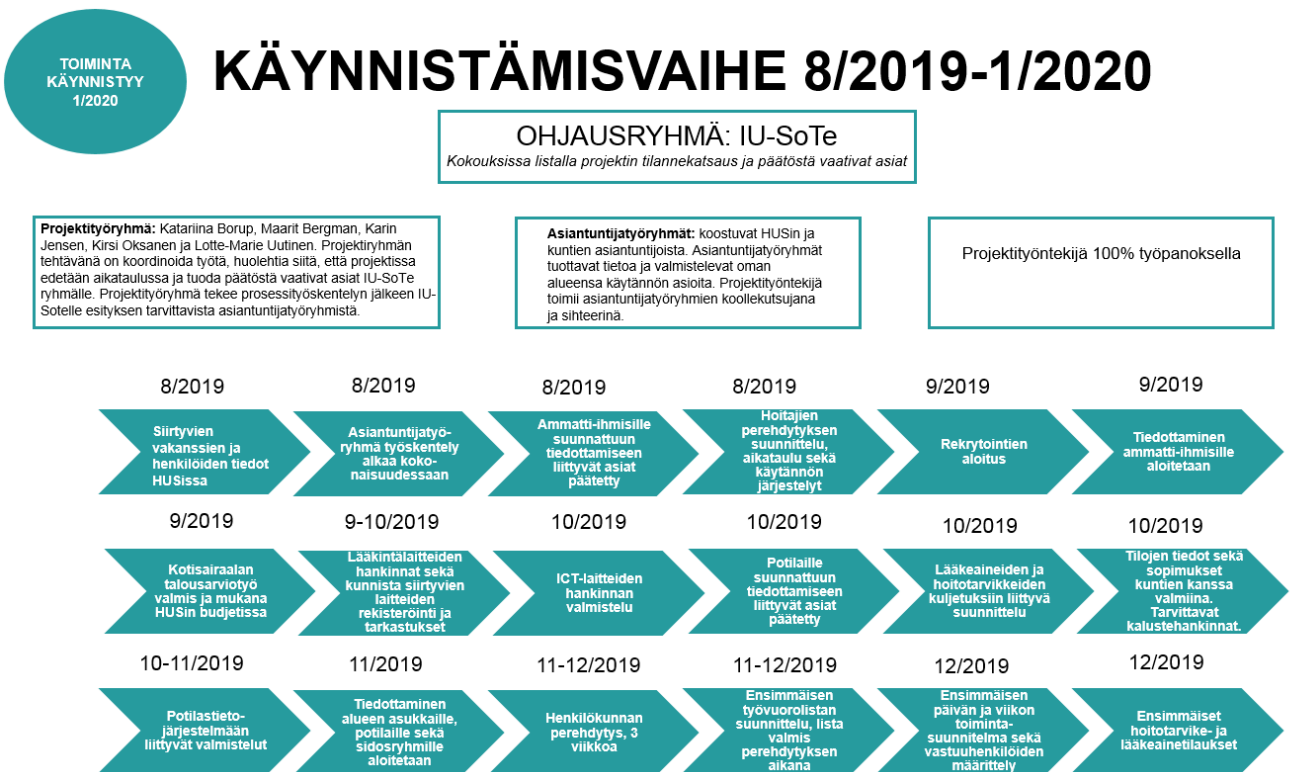
Kuva 8. Päätöksentekovaihe

Mikäli kunnat päättävät käynnistää alueellisen kotisairaaloiminnan on toiminta järkevää aloittaa vuoden 2020 alusta. Tällöin saadaan tarpeeksi aikaa toiminnan valmistelulle ja oletettavasti syksyllä 2019 suunniteltu Apotti – potilastietojärjestelmän käyttöönotto on HUSissa toteutunut. Toiminnan

onnistumisen kannalta on keskeistä, että koko alueen osaaminen saadaan suunnittelutyössä käyttöön. Tästä syystä on ideoitu prosessityöskentelyn toteuttamista kuntien ja sairaalan henkilökunnan kesken. Näin myös osallistetaan ja sitoutetaan alueen toimijat uuteen toimintamalliin ja sen suunnitteluun. Prosessityöskentelyn myötä esille tulevien käytännön asioiden valmistelu toteutetaan asiantuntijatyöryhmätyöskentelynä. Toiminnan työstövaihe vaatii keväällä 2019 osaa- aikaista ja käynnistämistä syksyllä 2019 täysipäiväistä projektityöntekijän työpanosta.



Kuva 9. Työstövaiheen projekti aikataulu



Kuva 10. Käynnistämisen vaiheen projekti aikataulu

12 Lopuksi

Muuttunut väestörakenne ja ikääntyneen väestön määrän kasvu sekä työikäisten osuuden supistuminen ovat vaikuttaneet julkisen talouden tasapainoon ja tilanne aiheuttaa menopaineita muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollolle. Kansalliseksi trendiksi on kustannusten hillitsemiseksi ja ikäihmisten hoidon parantamiseksi muodostunut kotiin vietävien palveluiden kehittäminen ja vahvistaminen. Myös sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus tähtää kustannuskehityksen hillitsemiseen sen lisäksi että uudistuksella tavoitellaan yhdenvertaisia ja saavutettavia palveluja. HUSin taloussuunnitelman 2019-2020 suunnittelun teemoina ovat integraation parantaminen perusterveydenhuollon kanssa sekä kilpailukyvyyn parantaminen riippumatta siitä, milloin sosiaali- ja terveydenhuollonuudistus tulee.

Kotisairaala on toimintamallina yleisesti tunnistettu kustannustehokkaaksi sekä inhimilliseksi vaihtoehdoksi järjestää akuutti sairaanhoito. Alueellisella kotisairaaloiminnalla voidaan edistää kansallisten sekä HUSin tavoitteiden toteutumista. Alueellinen kotisairaala vaatii organisaation joustavuutta ja järkevyyttä sekä verkostomaista toimintaa ja edistää näin luonnostaan entistä laajemmin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon integraatiota. Onnistuakseen niin toiminnallisesti kuin tavoitteellisesti vaatii kotisairaaloiminnan käynnistysvaihe sitoutumista yhteiseen tavoitteeseen kaikilta alueen toimijoilta. Tavoitteiden saavuttaminen vaatii myös toimijoilta täysin uudenlaista ajattelua ja yhteistoimintaa yli perinteisten hallinnollisten raja-aitojen.

Itä-Uudenmaan asukkaat ovat tällä hetkellä eriarvoisessa asemassa keskenään riippuen asuinkunnasta, kuntien järjestäessä akuutin sairaanhoitonsa eri tavoin. Tätä ei tule alueella hyväksyä, vaan pyrkiä järjestämään palvelut niin, että jokaiselle Itä-Uusmaalaiselle voidaan tarjota samat palvelut asuinkunnasta riippumatta. Eriarvoisuus korostuu etenkin palliatiivisten ja saattohoitopotilaiden kohdalla. Valtaosa ihmisistä haluaa sairastuttuaan vakavasti olla kotona mahdollisimman pitkään ja kuollakin kotona. Harvan toive kuitenkin toteutuu. Alueen palliatiivinen ja saattohoito tulee järjestää niin, että kaikilla alueen ihmisillä on mahdollisuus kuolla kotona, niin halutessaan. Tarpeeksi laajalla väestöpohjalla toimivalla kotisairaallalla voidaan varmistaa palliatiivisen ja saattohoidon osaaminen niin, että kaikille potilaille on tarjolla asianmukainen hoito ja tuki elämän loppuvaiheessa. Tämä on paitsi kustannustehokkuuden kannalta keskeistä, ennen kaikkea eettisesti ja inhimillisesti oikein.

LÄHTEET

Council of Europe. 2003. Recommendation Rec. 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care.

Finlex. Terveysihuoltolaki. 1326/2010. Haettu 11.9.2018. Saatavilla:

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuoltolaki>

Halonen Marita. 2012. Kotisairaalityyppinen hoito – asiakkaan kokemuksia tehostetusta kotisairaanhoidosta. Itä-Suomen yliopisto, hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2017. Talousarvio 2018. Taloussuunnitelma 2019 ja 2020. Haettu 25.9.2018. Saatavilla: <http://www.hus.fi/hus-tietoa/talous/Documents/Talousarvio%202018%20ja%20taloussuunnitelma%202018%20-%202020.pdf>

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2018. Potilasrekisterin tietosujoaohje. (HUS Intranet)

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2018. Suoritekäsikirja. (HUS Intranet)

Kuusikko-työryhmän julkaisusarja. 3/2018. Kuuden suurimman kaupungin vanhusten sosiaali- ja terveyspalvelujen ja kustannusten vertailu vuonna 2017. Haettu 27.7.2018. Saatavilla: https://www.hel.fi/hel2/tietokeskus/julkaisut/pdf/18_06_19_Vanhuspalvelujen_raportti_2017.pdf

Maanmittauslaitos. 2017. Suomen pinta-ala kunnittain 1.1.2017. Haettu: 27.7.2018. Saatavilla: https://www.maanmittauslaitos.fi/sites/maanmittauslaitos.fi/files/attachments/2017/02/alat17_su_nimet.pdf

Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri/Ensihoitokeskus. 2015. Ensihoidon integraatio osaksi terveydenhuollon palveluntuottojärjestelmää: Kotisairaalanhanke ja sen kustannustehokkuuden arviointi. "EnTer-hanke".

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2017. Palliativisen ja saattohoidon järjestäminen. Työryhmän suositus osaamis- ja laatuksiteereistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Saatavilla: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/160392/Palliativisen%20hoidon%20ja%20saattohoidon%20j%c3%a4rjest%c3%a4minen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Tilastokeskus. Kuntien avainluvut. Haettu 27.7.2018. Saatavilla:

<http://www.stat.fi/tup/alue/kuntienavainluvut.html#?year=2017&active1=SSS>

LIITTEET

LIITE 1: Kunnille ja HUSille esitetyt avoimet kysymykset sekä vastaukset niihin

Avoimet kysymykset	Askola	Lapinjärvi	Loviisa	Porvoo	Sipoo	Porvoon sairaala ja sosiaali- ja terveysjohtajat
<p>Vaiheistus: selvitystyön edetessä on keskusteltu siitä, tulisiko toiminta aloittaa vaiheistaen vai täysimittaisena. Vaiheistusta on esimerkiksi esitetty niin, että toiminta alkuun koskisi palliatiivisia ja saattohoitopotilaita.</p> <p>Kunnilta ja HUSilta kysyttiin: Tuleeko toiminta aloittaa täysimittaisena vai vaiheistaen?</p>	-	-	Täysimittaisena	Täysimittaisena	-	Täysimittaisena
<p>Lääkärimalli: selvitystyön aikana on esitetty kahta vaihtoehtoista lääkärimallia.</p> <p><i>Keskitettyssä mallissa</i> HUSin alaisuudessa, toimii kaksi lääkäriä, joista toisella on palliatiivinen erityispätevyys ja yksikön kehittämisvastuu ja toinen on erikoistuva lääkäri. Lisäksi todennäköisesti tarvitaan 0,5 sairaalalääkäriä, joka vastaa infektiopotilaiden hoidosta.</p> <p><i>Hybridimallissa</i> HUSin palkkalistoilla toimii osa-aikaisena, niin sanotussa ylilääkärivirassa, toiminnasta ja sen kehittämisestä vastaava lääkäri. Tämä lääkäri toimii myös jossakin alueen kunnassa lääkärinvirassa. Jokaisessa kunnassa, kunnan palkkalistoilla, toimii kotisairaalanpotilaiden hoidosta vastaava lääkäri. Lisäksi jokaiselle alueelle on määritetty palliatiivisen erityispätevyyden omaava lääkäri, joka vastaa palliatiivisesta ja saattohoidosta, mikäli kaikissa kunnissa ei ole erityispätevyttä omaavaa lääkäriä.</p> <p>Kunnilta ja HUSilta kysyttiin: Tuleeko jo selvitysvaiheessa valita malleista toinen? Mikäli kyllä, kumpi malli tulee valita?</p>	Keskitetty	-	Jatkosuunnittelun helpottamiseksi on hyvä valita malli ajoissa. Toiminnan kannalta parempi keskitetty malli, Loviisan kannalta parempi olisi hybridimalli, joka mahdollistaa paremman paikallistuntemuksen.	Keskitetty. Toiminnan tavoitteiden saavuttamiseksi vaaditaan lääkäri, joka hallitsee perusterveydenhuollon ympäristön ja sen vahvistamisen tukemisen ja että ikäihmisten hoidon jatkumo taataan. Onnistuakseen tämä vaatii etenkin erikoissairaanhoidolta täysin uutta ajattelutapaa.	-	Keskitetty malli
<p>Hoitajaresurssit: mikäli toiminta halutaan aloittaa täysimittaisena, on arvioitu hoitajatarve 15 sairaanhoitajaa. Selvitystyön aikana on käynyt ilmi, että kunnista siirrettäviä vakansseja on enintään 11.</p> <p>Kunnilta ja HUSilta kysyttiin: Pystytäänkö vähentämällä alueen sairaansijoja siirtämään alueelliseen kotisairaalan sen vaatima hoitajaresurssi?</p>	-	-	Loviisan kaupungilla ei ole mahdollista luovuttaa enempää resursseja, kun mitä jo luvattu.	Palvelurakennemuutos ja sairaalapaikkaselvitys toteutettava ensin.	-	-
<p>Hoitotyön johtaminen: selvitystyöaikana on saatu kunnilta viestiä, että toiminnan aloitusvaiheessa yksiköllä tulee olla täysipäiväinen osastonhoitaja. HUSissa yleinen johtamisjärjestelmä käsittää osastonhoitajan osa-aikaisuudella sekä apulaisosastonhoitajan. Osastonhoitaja johtaa useampaa yksikköä vastaten esimerkiksi henkilöstöhallinnollisista tehtävistä. Apulaisosastonhoitaja vastaa yksikön päivittäisjohtamisesta ja tekee kliinistä työtä.</p> <p>Kunnilta ja HUSilta kysyttiin: Onko osastonhoitaja – apulaisosastonhoitajamalli hyväksyttävä johtamismalli?</p>	-	-	Ehdotettu malli on toimiva ja hyväksyttävä.	Kyllä	-	-

<p>Toimipisteet: Ennen selvitystyötä ja selvitystyön aikana on pohdittu erilaisia toimipisteratkaisuja. Vaihtoehtoina ovat olleet kahden ja kolmen toimipisteenmallit.</p> <p><i>Kahden toimipisteen mallissa</i> päätoimipiste sijaitsisi Porvoon sairaalassa ja sivutoimipiste Loviisan terveyskeskuksessa.</p> <p><i>Kolmen toimipisteen mallissa</i> päätoimipiste sijaitsisi Porvoon sairaalassa ja sivutoimipisteet Loviisan ja Sipoon terveyskeskuksissa.</p> <p>Kummassakaan mallissa ei noudateta maantieteellisiä kuntarajoja vaan työt jaetaan eri hoitajien kesken joustavasti yli maantieteellisten kuntarajojen.</p> <p>Kunnilta ja HUSilta kysyttiin: Millä toimipistemallilla tulisi edetä?</p>	<p>Kolmen toimipisteen malli</p>	<p>-</p>	<p>Kolmen toimipisteen malli</p>	<p>Kahden toimipisteen malli</p>	<p>-</p>	<p>Kolmen toimipisteen malli, jossa keskitetty johtaminen</p>
<p>Toiminnalliset kysymykset: alueen kotisairaaloiden toimintaan kuuluu tiettyjä oman kunnan muita yksiköitä avustavia tehtäviä. Näitä ovat esimerkiksi kotihoidon yökön avustaminen sekä suunnitelluilla hälytyskäynneillä, sairaanhoidolliset pientoimenpiteet, kuten virtsatiekatetrin tai cystofixien asettaminen, sekä hoidon tarpeen arviot kotihoidon asiakkaille ja hoivayksiköiden asukkailla heidän tilansa äkisti muuttuessa virka-ajan ulkopuolella.</p> <p>Kunnilta ja HUSilta kysyttiin: Tuleeko alueellisen kotisairaalan tehtäviin kuulua kuntien ikäihmisten yksiköiden avustaminen: yöaikaan kotihoidon yökön avustaminen esimerkiksi kaatuneiden potilaiden kohdalla, avustaminen sairaanhoidollisissa pientoimenpiteissä ja/tai hoidon tarpeen arvioinnissa?</p>	<p>Ei kotihoidon yökön avustamista</p>	<p>-</p>	<p>Loviisan toiveena on kunnan yksiköiden avustaminen. Mikäli tähän liittyy käyntimaksu, on asia mietittävä uudelleen.</p>	<p>Osa vastaajista koki, että kuuluu ja osa koki, että ei kuulu. Toivottiin kirjausta, että mikäli välittömän asiakastyön aika on alhainen, henkilöstö tukee kotihoitoa ja kotona asuvien asiakkaiden hoitoa.</p>	<p>-</p>	<p>-</p>

LIITE 2: Eri toimipistemallien hyödyt ja huolet

Kahden toimipisteenmalli - Askola, Porvoo ja Sipoo muodostaisivat yhden maantieteellisen alueen, jossa toimipiste olisi Porvoon sairaalassa. Tämä toimipiste olisi myös yksikön päätoimipiste. Tässä toimipisteessä toimisi aamu- ja iltavuoroissa kaksi hoitajaa. Lapinjärvi ja Loviisa muodostaisivat toisen maantieteellisen alueen, jonka toimipiste olisi Loviisan terveyskeskuksessa. Tässä toimipisteessä toimisi aamu- ja iltavuoroissa yksi hoitaja. Yövuorossa olisi kaksi sairaanhoitajaa hoitaen koko aluetta, heidän lähtöpisteensä olisi Porvoon sairaala.

Hyödyt	Huolet
<ul style="list-style-type: none"> Joustavampi toiminta yli kuntarajojen 	<ul style="list-style-type: none"> Suurempi riski eriytyä kuntien palveluista Paikallisten olosuhteiden tuntemuksen ylläpitäminen haastavampaa Ajomatkat pidemmät

Kolmen toimipisteenmalli - Päätoimipiste sijaitisi Porvoon sairaalassa ja sivutoimipisteet Loviisan ja Sipoon terveyskeskuksissa. Tässä mallissa aamu- ja iltavuoroissa työskentelisi kolme sairaanhoitajaa, jotka jokainen aloittavat työnsä eri toimipisteistä. Yövuorossa olisi kaksi sairaanhoitajaa hoitaen koko aluetta, heidän lähtöpisteensä olisi Porvoon sairaala.

Hyödyt	Huolet
<ul style="list-style-type: none"> Läheisyys kuntien toimijoihin – estetään eriytymistä kuntien ikäihmisten palveluista Paikallisten olosuhteiden tuntemuksen ylläpitäminen helpompaa Sairaanhoitajien työajan käyttö optimaalisempaa, kun ajomatkat lyhyemmät 	<ul style="list-style-type: none"> Mahdollisesti eriyttää ”tiimit” toisistaan

Molemmissa malleissa päätoimipisteessä toimii lisäksi kansliahoitaja, joka vastaa puhelinliikenteestä ja potilaiden hoidon koordinoinnista. Kummassakaan mallissa ei noudateta maantieteellisiä kuntarajoja vaan työt jaetaan eri hoitajien kesken joustavasti yli maantieteellisten kuntarajojen.

LIITE 3: Lääkäritoiminnan eri mallien hyödyt ja huolet

Keskitetty malli - kotisairaalassa toimii kaksi täysipäiväistä lääkäriä, joista toisella on palliatiivisen lääketieteen erityispätevyys ja yksikön kehittämisvastuu ja toinen on erikoistuva lääkäri. Lisäksi todennäköisesti tarvitaan 0,5 sairaalalääkäriä, joka vastaa infektiopotilaiden hoidosta.

Hyödyt:	Huolet:
<ul style="list-style-type: none"> • hallinnollisesti ja toiminnan kannalta selkeämpi • lääketieteellinen toiminta samankaltaista alueella • sama potilastietojärjestelmä lääkäreillä ja hoitajilla • paremmat mahdollisuudet saada palliatiivisen erityispätevyyden koulutusoikeudet, tämä myös taloudellinen hyöty • koulutusoikeus mahdollistaa vahvan profiloitumisen palliatiivisessa ja saattohoitotyössä 	<ul style="list-style-type: none"> • päällekkäinen työ kunnissa toimivien lääkäreiden kanssa • ikäihmisten hoidon linjaukset ja hoidon jatkumo • lääkäreiden pitkät matkat kotikäynneille

Hybridi malli - HUSin palkkalistoilla toimii osa-aikaisena yllilääkärivirassa toiminnasta ja sen kehittämisestä vastaava lääkäri. Tämä lääkäri toimii myös jossakin alueen kunnassa lääkärinvirassa. Jokaisessa kunnassa toimii kotisairaalapotilaiden hoidosta vastaava lääkäri. Lisäksi jokaiselle alueelle on määritelty palliatiivisesta ja saattohoidosta vastaava, palliatiivisen lääketieteen erityispätevyyden omaava lääkäri, mikäli jossakin kunnassa ei ole tätä erityispätevyyttä omaavaa lääkäriä.

Hyödyt:	Huolet:
<ul style="list-style-type: none"> • kuntien lääkärit tuntevat potilaskunnan pitkälti • ikäihmisten hoidon jatkumo paremmin taattu • lääkäreiden kotikäyntimatkat lyhyempiä 	<ul style="list-style-type: none"> • epäselvä toimintamalli • vaikeampi hallinnoida • hoitajat ja lääkärit eivät voi toimia eri potilastietojärjestelmien kanssa • heikommat mahdollisuudet palliatiivisen erityispätevyyden koulutusoikeuden saamiseen • profiloituminen palliatiivisessa ja saattohoitotyössä ontuu