

HALLINNOLLINEN LOPPURAPORTTI

SAUMATON HOITO- JA KUNTOUTUSPOLKU TYÖIKÄISELLE (KESKI-SUOMI)

Projekti: Polut hoitoon ja kuntoutukseen OTE7
Kokeilu: SAUMATON HOITOKETJU JA KUNTOUTUSPOLKU
TYÖIKÄISELLE

**Työterveyshuollon toiminnallinen integrointi Keski-
Suomessa**

Ilkka Vohlonen, professori (ilkka.vohlonen@uef.fi)

Kirsi Piitulainen, projektikoordinaattori
(kirsi.piitulainen@ksshp.fi)

Kaj Husman, professori (kajhusman16@gmail.com)

Vesa Nyman, projektipäällikkö (vesa.nyman@fcg.fi)

31.10.2018

Yhteenveto

Lähtökohdat

Työterveyshuollon päätehtävä on työkyvyn tukeminen. Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä aloitettiin toimeenpaneva kokeilu työterveyshuollon toiminnallisesta integraatiosta muuhun SOTEen: "Saumaton hoito- ja kuntoutuspolku työikäisille"-hanke. K-S shp on hallinnoinut sosiaali- ja terveysministeriön Keski-Suomen kokeilua lähes 1,5 v. ajan. Hankkeessa on selvitetty, voidaanko työkykyä tukea mallilla, jossa työterveyshuolto integroidaan toiminnallisesti kuntoutusprosessiin ja kuntoutuksesta otetaan kokonaisvastuu (case manager – toiminta) osaoptimoinnin sijaan. Kohderyhmänä on ollut selkäpotilaat (välilevytyräleikatut ja konservatiivisesti hoidettavat), työssä käyvät ja työttömät.

Menetelmät

Uuteen toimintamalliin liittyen sairaalasta välitettiin tieto potilaasta työterveyshuoltoon ennen välilevytyräleikkausta tai ensikäynnillä fysiatrian poliklinikalla. Potilas sai sairaalasta 2 viikkoa sairauslomaa ja kutsun työterveyshuoltoon työkyvyn arvioon ennen sairausloman loppumista, case manager koordinoi tarvittavat työkyvyn tuen toimet. Työttömät saivat työterveyshuollon palvelut julkisessa työterveyshuollossa, joka toimi tiiviissä yhteistyössä TE-toimiston työkyvykoordinaattorin kanssa.

Ortopedi kirjoitti leikatulle iskiaspotilaalle 2 viikkoa sairauslomaa, jonka aikana työterveyshuolto arvioi työkyvyn, teki työhön paluusuunnitelman. Työterveyshuollon case manager (yleensä työterveyshoitaja) koordinoi tarvittavia hoito-, kuntoutus- ja työpaikan toimia ja tuki potilaan kuntoutumista työkykyisenä töihin. Kokeilun vaikutuksia mitattiin leikkauksen jälkeisellä sairausloma-ajalla sekä sairaalan, terveyskeskuksen, kuntoutuksen ja työterveyshuollon yhteistyön toimivuudella.

Tulokset

Verrattuna kolmen muun sairaanhoitopiirin sairauslomiin vuosilta 1998 ja 2013 oli Keski-Suomen kokeilu: Saumaton hoito- ja kuntoutuspolku työikäiselle Kokeilun tuloksena työterveyshuollon toiminnallisen integroinnin edellytyksinä tunnistettiin 1. yhteistyö eri toimijoiden välillä, 2. työkyvyn tukeminen nähdään yhteisenä prosessina, 3. case management (vastuullinen asiakasohjaus) ja 4. katkeamaton tiedonkulku. Lisäksi työikäisten työkyky palautui aiempaa nopeammin ja sairauspoissaolot lyhenivät kansainväliselle tasolle: työhön paluu oli nopeutunut 82:sta noin 40 päivään. Keski-Suomessa on nyt tässä suhteessa saavutettu kansainvälinen taso. Yhteistyö saatiin toimimaan, tiedonkulussa on ongelmia edelleen. Kelan päiväraha-kustannuksista säästy keskimäärin 2280 €/potilas, joka vastaa melkein DRG-vakioitua Keski-Suomen sairaanhoitopiirin välilevytyräleikkauksen yksikkökustannusta.

Päätelmät

Sairaalan, terveyskeskuksen, kuntoutuksen yhteistyöllä ja työterveyshuollon toimiessa case managerina, voitiin merkittävästi nopeuttaa leikattujen iskiaspotilaiden työkykyisinä työhön paluuta. Tiedonkulku on edelleen terveydenhuollon suurimpia haasteita. Kokeilussa kehitettyä uutta toimintamallia juurrutetaan 2019 aikana koko Keski-Suomen alueella seuraavaksi masennuspotilaisiin ja sitten muihin potilasryhmiin.

Sisällysluettelo

1	Tulokset, aikaansaatu muutos ja vaikuttavuus	5
1.1	Tausta	5
1.2	Tavoitteet ja tulokset, muutos ja aikaansaadut mallit/toimintamallit	6
1.2.1	Tietojärjestelmätoteutukseen liittyvät toimintamallit ja tietosisällöt	10
1.2.2	Työttömien työkyvyn arvioinnin tuloksia	15
1.3	Hyödyt ja vaikuttavuus	18
2	Toteutus	20
2.1	Yleiskuva	20
2.2	Aikataulun toteutuminen	21
2.3	Toteutuneet kustannukset ja resurssit	23
2.3.1	Työmäärät ja tehtävien tekijät	23
2.3.2	Budjetti ja kustannukset	25
2.4	Riskit	26
2.5	Viestintä	26
3	Osaprojektit	27
3.1	Yleistä	27
3.2	Osaprojekti 1 Masennuspotilaat	27
3.3	Osaprojekti 2 Olkapääpotilaat	31
3.4	Osaprojekti 3 Sydänpotilaat	31
4	Dokumentointi	32
5	Opit ja palautteet	33
6	Jälkihoito	36
6.1	Siirtyminen pysyvään toimintaan	36
6.2	Arviointi, jälkiarviointi ja avoimet tehtävät	36
6.2.1	Asiakasnäkökulma	36
6.2.2	Järjestelmänäkökulma	38
6.2.3	Toimijanäkökulma	39
6.3	Ideoita jatkokehitykselle	40

1 Tulokset, aikaansaatu muutos ja vaikuttavuus

1.1 Tausta

Suomessa päätyy vuosittain noin 18 000 työntekijää työkyvyttömyyseläkkeelle. Useimmiten syynä ovat joko tuki- ja liikuntaelinten sairaudet tai mielenterveysongelmat (useimmiten masennus). Erikoissairaanhoidon jälkeiset toipilasajat suurimmassa osassa eri potilasryhmiä, laskettuna Kelan korvaamien sairauspoissaolojen pituuksilla, ovat potilasryhmästä riippuen 2 – 3 kertaa pidempiä kuin muissa vastaavissa hyvinvointivaltioissa (Ruotsi ja Kanada). Esimerkiksi, kun Suomessa vuonna 2013 selkäleikattujen (M51.1) potilaiden leikkauksen jälkeisten sairauspoissaolojen pituuksien keskiarvo oli 82 päivää, niin kansainvälisen Optimal Recovery Guidelines (ORG) mukaan työkäisen tulisi palata töihin 54 päivässä. Kelan tuore tutkimus osoitti, että kun työttömyyden kesto ylittää noin 6 kuukautta, todennäköisyys päätyä ennenaikaiselle työkyvyttömyyseläkkeelle lisääntyy merkittävästi (Jenny Blomgren et al 2016, esitelmä Kuntoutuskomitealle).

Samanlaisia tuloksia on saatu muistakin maista. Esimerkiksi Turner ym. (2008) tutkimuksen mukaan seuraavan yhden vuoden sairauspoissaoloja 1885 Washingtonin osavaltion työntekijöiden keskuudessa ennusti parhaiten selkäkipujen määrä. Sen jälkeen, kun monen muunkin riskitekijän merkitys oli vakioitu, muun muassa psyykeoireiden määrä, oli selkäkipuisilla 5 – 7 suurempi todennäköisyys päätyä sairauslomalle kuin muilla. Sairauden hoidon ja kuntoutusprosessin optimointi, työkyvyttömyyden ja sairauspoissaolojen tarpeettoman pitkittymisen estäminen on työntekijän, työnantajan ja eläkevakuutusyhtiön etu. Työurien pidentäminen kaikenikäisillä ja tätä kautta työllisyysasteen nostaminen on merkittävää myös maamme kestävyysvajeen selättämisen kannalta.

Työterveyshuollon päätehtävä on työkyvyn tukeminen, sillä on keskeinen rooli työkyvyttömyyden ehkäisyssä ja työurien pidentämisessä. Työterveyshuolto voi integroida sosiaali- ja terveyspalvelut, monet etuudet ja kuntoutuksen työelämään ja työpaikkoihin. Muilla sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoilla ei ole tätä työkyvyn tukemisen kannalta tuiki tarpeellista yhteyttä työpaikkaan. Eritoten OECD-raporteissa on korostettu vuodesta 2005 alkaen, että ikääntyvän työvoiman työkyvyn tukemiseksi työterveyshuoltoa on Suomessa entisestään tehostettava ja terveyskeskusten toiminta nostettava samalle palvelutasolle kuin työterveyshuolto, jolloin terveyspalvelujen saatavuudessa saavutetaan kaivattu yhdenvertaisuus eri väestöryhmien välille. Työterveyslaitoksen tutkimuksessa ”Hahmotus” (Tarvainen ym. 2015) tutkittiin työkyvyn tukemisen prosessia perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, kuntoutuksen, työpaikkojen ja työterveyshuollon yhteistyönä. Tutkimus tehtiin viiden sairaanhoitopiirin alueella. Keskeisenä tuloksena oli, että yhteistyö toimii huonosti, tiedonkulku ei toteudu kuten pitäisi ja lähete-palautte-käytäntö on puutteellista. Hoitoprosessi katkeaa rajapinnoilla ja lisäksi eri toimijat tekevät päällekkäistä työtä. Työterveyshuollon toimijat eivät ole mukana terveydenhuollon alueellisissa verkostoissa, muussa terveydenhuollossa ei tunneta työterveyshuollon erityisosaamista ja yhteyttä työpaikkoihin, eikä sitä osattu hyödyntää.

Työkyvyn tukeminen on toiminnan painopistealue ja olennainen osa työterveyshuoltoa. Läheinen yhteys sairaanhoitoon ja kuntoutukseen sekä yhtä aikaa työntekijän työpaikkaan on välttämätöntä työkyvyn tukemiselle ja työkyvyttömyyden ehkäisylle.

Työterveyshuollon toiminnallinen integrointi muihin sosiaali- ja terveyspalveluihin ja etuuksien entistä tarkoituksenmukaisempaan suuntaamiseen tuo myötäjäisinään työelämän tarpeiden osaamisen ja rahoituksen, jota ei muutoin olisi sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisen ohjaamisessa, hallinnoimisessa ja potilaiden käytössä. Työterveyshuollolla on välittömät yhteydet työpaikkoihin. Työterveyshuollon rahoittaa työnantaja. Työnantajille maksettavat Kela-korvaukset rahoitetaan tuloavustuksesta, jota kerätään korvamerkittynä työnantajilta, työntekijöiltä ja yrittäjiltä. Sen rahoitus pohja ei tule verorahoista vaan työnantajilta ja palkansaajilta. On kaikkien etu, että työikäisen sairastuessa hänet saadaan hoidettua ja kuntoutettua nykyistä nopeammin työkykyiseksi - olipa hän osatyökykyinen tai ei, työllistetty tai ei. Työterveyshuolto on kuitenkin ollut ja on edelleen sekä rakenteellisesti, rahoituksellisesti että toiminnallisesti erillään muusta SOTE-järjestelmästä.

Vuonna 2015 työterveyshuolto tuotti noin 3,4 miljoonaa lääkärissä- ja noin 1,1 miljoonaa työterveyshoitajakäyntiä. Samana vuonna tehtiin koko maassa terveyskeskusten lääkärissäkäyntejä sairauden vuoksi noin 7 miljoonaa. Tästäkin näkökulmasta on tuskin mitään järkevää syytä, miksi työterveyshuoltoa ei toiminnallisesti integroitaisi muuhun terveydenhuoltoon.

1.2 Tavoitteet ja tulokset, muutos ja aikaansaadut mallit/toimintamallit

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin aloitteesta vuoden 2017 keväällä aloitettiin toimeenpaneva kokeilu työterveyshuollon toiminnalliseksi integroimiseksi (ns. case manager/vastuullinen asiakasohjaus) SOTEen. Sosiaali- ja terveysministeriö päätti tukea aloitetta hallituksen kärkihankeen "Osatyökykyisille tie työelämään – OTE-projekti 7" rahoituksella. Eräänä yleistettävänä kansallisena perusteena oli tällöin ns. kansallisen kestävyysvajeen pienentäminen rahoittamalla osatyökykyisten työkyvyn tukemista heille suunnatun ja Sosiaali- ja terveysministeriön ohjaaman kärkihankkeen ja -kokeilun avulla.

Kokeiluun päätettiin ottaa sosiaali- ja terveysministeriön aloitteesta myös työttömät osatyökykyiset. Kokeilu on yksi sosiaali- ja terveysministeriön rahoittamasta kuudesta hankkeesta, joiden tavoitteena on luoda geneerinen malli siitä, kuinka saumattoman hoito- ja kuntoutusketjun avulla voidaan entistä paremmin tukea osatyökykyisten työkykyä, sairastamisen jälkeistä työhön paluuta ja vähentää ennenaikaisia työkyvyttömyyseläköitymisiä. Tämän osahankkeen tavoitteena oli luoda geneerinen malli sille, kuinka erikoissairaanhoidon jälkeen voidaan osatyökykyiset työssä olevat työterveyshuollon tukemina (case manager-toiminnalla) entistä nopeammin kuntouttaa työkykyisinä töihin ja työttömät työkykyisinä töitä hakemaan.

Kokeilulle asetettiin siis sekä kvalitatiivisia että kvantitatiivisia tavoitteita, joiden saavuttamista arvioitiin Logical Framework Approach (LFA) viitekehyksellä. Tästä viitekehyksestä oli sovellettavana sen suomalainen versio, SUUNTA-arviointi.

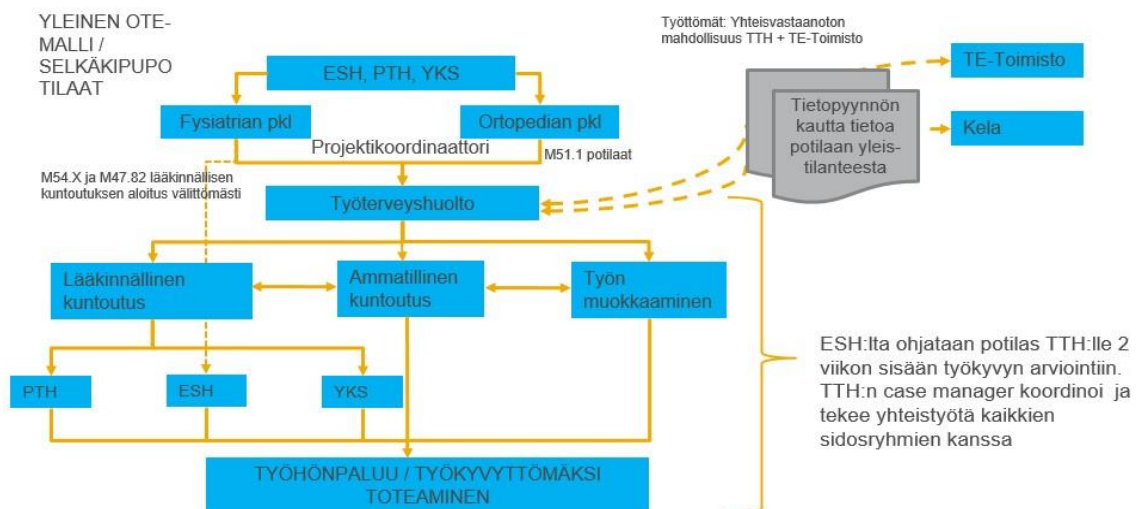
Taulukko 1: Tavoitteet ja niiden toteutuminen

Asetettu tavoite	Saavutettiinko tavoite ja miten se näkyy käytännössä: Mikä oli keino?	Kohdejoukon suuruus eli henkilömäärä, jota tavoite koskee
TAVOITE 1: Luoda geneerinen malli työterveyshuollon toiminnallisesta integroinnista perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon työikäisten työkyvyn tukemiseksi, joka toimisi jatkossa SOTemaailmassa	KEINO 1: Kehitetään saumaton työkyvyn tukemisen hoito- ja kuntoutusmalli työikäisille (työssä käyvät ja työttömät) ensiksi selkäpotilaille (välilevytyräleikatut ja konservatiivisesti hoidetut) ja myöhemmin polvi- ja olkapääpotilaille sekä järjestetään kokeilu mallin toimivuudesta ja vaikuttavuudesta julkisen työterveyshuollon (Työterveys Aalto), viiden yksityisen työterveyshuollon (Mehiläinen, Terveystalo, Työterveys ry, Valmet, Pihlajalinna) sekä ESH-TK-kuntoutuksen kanssa.	Kaikki työikäiset Keski-Suomen JyTe-alueella (N= 6000) Kokotyöllinen työvoima K-S:ssa
TAVOITE 2: Järjestää osatyökykyisille työssä oleville työkyvyn tuki riittävän varhaisessa vaiheessa ja oikea-aikainen hoito ja kuntoutus työkyvyttömyyden ehkäisemiseksi.	KEINO 2: Käynnistetään/toimeenpannaan työterveyshuollon case manager – toiminta ja kokeillaan sitä työssä oleville selkäpotilaille ja myöhemmin polvi-, olkapää- ja masennuspotilaille.	Kaikki osatyökykyiset työikäiset Keski-Suomen JyTe-alueella (N= 1500)
TAVOITE 3: Järjestää työttömille työkyvyn tuki riittävän varhaisessa vaiheessa ja oikea-aikainen hoito ja kuntoutus työkykyiseksi työnhakijaksi.	KEINO 3: Kokeillaan työterveyshuollon case manager – toimintaa työkyvyn arvioimiseksi ja tukemiseksi 30 työttömälle selkäpotilaalle järjestämällä työttömien palvelut julkisessa työterveyshuollossa (Työterveys Aalto).	Keski-Suomen JyTe alueen työttömistä selkäpotilaista 30 työtöntä

<p>TAVOITE 4: Luoda yhteistyön käytännöt eri osa-alueilla kaikkien tarpeellisten työkyvyn tuen toimijoiden (palvelut ja muu sosiaaliturva) kesken ja juurruttaa ne normaaliksi käytännöksi.</p>	<p>KEINO 4: Identifioida yhteistyön eri muotojen potentiaaliset hyödyt ja toimeenpanna tarvittavat yhteistyön muodot potilas-/asiakaskohtaisten hoito- ja kuntoutusketjujen rajapinnoissa, ja tunnistaa tarvittavista muutoksista päättävät tahot, luoda yhteistyöverkostot muihin paikallisiin ja valtakunnallisiin hankkeisiin (mm. TYÖKE), ja viestiä uudesta geneerisestä toimintamallista.</p>	<p>Kaikki työikäiset Keski-Suomen JyTe-alueella (N= 6000)</p>
---	---	--

Alla esitetyn kuvan mukaisesti uuden toimintamallin keskeiseksi muutokseksi aikaisempaan verrattuna osoittautui se, että selkäpotilaan hoidon jälkeen, joko leikkauksen tai konservatiivisen hoidon, työikäiselle potilaalle oli tehty työkyvyn arviointi ja työhön paluun suunnitelma kaksi viikkoa leikkauksen tai poliklinikkakäynnin jälkeen. Case managerina toimivat työterveyshoitajat koordinoivat työterveyshuollon muiden toimijoiden ja työpaikan kanssa, että työhön paluusuunnitelman toimet tehtiin. Lisäksi case manager huolehti seurannasta työhön paluuseen ja siitä 3 kk tässä hankkeessa.

Aikaisemmin näille potilaille oli määrätty eri paikoista koordinoimatta sairauslomaa 2 – 3 kuukautta eikä työterveyshuollossa aina edes tiedetty, että potilas oli ollut sairaalan konsultaatiossa tai selkäleikkauksessa. Näin tapahtui, vaikka potilas oli lähetetty sairaalakonsultaatioon työterveyshuollosta.



Kuva 1: Työterveyshuollon toiminnallisen integroinnin pääkohdat

Jotta tämä prosessi ja sen jälkeinen työhön paluun suunnitelman mukaiset toimenpiteet (lääkinnällinen kuntoutus, ammatillinen kuntoutus, työterveysneuvottelu ja työn muokkaaminen) saatiin saumattomaksi, erikoissairaanhoidon poliklinikalta tiedotettiin etukäteen potilaan työterveyshuollon yhteyshenkilölle jo ennen konsultaatiota tai leikkausta (Kuva 1). Sen jälkeen työterveyshuollon case manager varasi potilaalle ajan työterveyshuoltoon työkyvyn arviointia ja työhön paluusuunnitelman tekemistä varten.

Alla ne toimintamallin muutokset, jotka kokeilussa on saatu aikaan.

PROSESSI 1: YHTEISTYÖ

1. Kokonaisvaltaisempien hoito- ja kuntoutusmallien kehittäminen
2. Yksiköiden muiden työntekijöiden informointi (työterveyshuollon palvelupisteet, esh:n ylilääkärit ja ylihoitajat, pth:n henkilöstö, jne.)
3. Nimetyt yhteyshenkilöt kaikilla yhteistyötahoilla ja verkostomaisen yhteydenpidon muodoista sopiminen
4. Yhteinen alusta Keski-Suomen sairaanhoitopiirin intranet Arkki

PROSESSI 2: CASE-MANAGER

1. Paikallinen työkykykoordinaattorien koulutus
2. Eri työterveyshuoltojen säännölliset yhteiset koulutukset/kokoukset
3. Yhteisen, nopean tiedonkulun väylän kehittäminen (salainen linkki)
4. Säännölliset yhteistyöryhmän kokoukset (noin 2 kertaa 3 viikossa)
5. Työterveyshuoltojen omat sisäiset säännölliset koulutukset ja kokoukset

PROSESSI 3: PROSESSI

1. Sovittiin, että työkyvyn tukeminen on yhteinen prosessi eri toimijoiden välillä
2. Toimintamallin sopiminen ja vastuuhenkilöiden nimeäminen TE-toimistossa ja Työterveys Aallossa työttömien osalta
3. Potilaiden rekrytointi sekä odotettujen ja todentuneiden määrien seuranta
4. Säännöllinen yhteistyö Kelan, TE-toimiston ja TYP:n kanssa
5. Lisätty aktiviteetti potilasrekrytoinnissa TE-toimiston rekistereistä
6. Potilaan suostumuslomakkeiden uusiminen
7. Mahdolliset lainsäädännölliset muutokset
8. Potilasrekrytointi Kelan ja TE-toimiston rekistereiden avulla; Kelan ja TE-toimiston työntekijöiden yhteistapaaminen asiakkaan kanssa
9. Huomioidaan, että työttömille kirjoitetaan sairauspoissaolo ja tarvittavat lausunnot silloin, kun he eivät ole työkykyisiä.

PROSESSI 4: TIEDONKULKU

1. Säännölliset yhteistyöneuvottelut (TTH, PTH, ESH, TE, KELA) potilaiden/asiakkaiden työkyvyn edistämiseksi
2. Mallin laajentaminen muihin potilasryhmiin, mm. olka-, polvi- ja masennuspotilaisiin
3. Viestintä paikallisesti ja valtakunnallisesti.
4. Neuvottelut ja sopiminen tarvittavista toimista mallin juurruttamiseksi eri tahojen kanssa.
5. Yhteistyö valtakunnallisiin ns. SOTE-muutosjohtajiin.

6. Potilas-/asiakaskohtaisen tiedon sisällöstä ja sen siirrosta vastaavien identifiointi
7. Tiedon siirron hyödyllisyyden arviointi yhteisesti ja sopiminen tarvittavista muutoksista.
8. Potilas-/asiakaskohtaisten kokemusten identifiointi ja palaute

1.2.1 Tietojärjestelmätoteutukseen liittyvät toimintamallit ja tietosisällöt

Tausta tietojärjestelmätoteutukselle hankkeessa:

FCG Prodacapo Finland Oy on toteuttanut tietojärjestelmiä koskevan osuuden projektissa.

Tietojärjestelmien soveltamisen kautta pyrittiin mm. hakemaan ratkaisua asiakaskohtaisten tulosten ja asiakkaiden tilanteen jatkuvaluonteiseen seurantaan (Prosessi 4, kohta 5). Asiakaskohtaisia tuloksia aggregoitiin myös case manager-toiminnan sekä OTE-hankkeen aikaisen yhteistyön onnistumista sekä prosessin toimivuutta kuvaaviksi mittareiksi.

Tietojärjestelmätoteutus (Prodacapo Region):

Hankkeessa kerätyt rakenteiset julkisen terveydenhuollon ja työterveyshuoltojen hoitotiedot sekä manuaaliset erillistiedonkeruut case managereilta vietiin rakenteisessa muodossa Prodacapo Region – ratkaisuun mittaritietojen laskentaa ja aineistojen helppoa käsittelyä sekä joustavan graafisen esitysmuodon valmistelua varten (kts. graafinen esitys myöhemmässä luvussa).

Lähtötiedot kattoivat ajallisesti ja sisällöllisesti hoitotapahtumat Keski-Suomen sairaanhoitopiirin, Jyväskylä-alueen (Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus) perusterveydenhuollon sekä hankkeeseen osallistuneiden työterveyshuollon organisaatioiden (Terveystalo, Työterveys Aalto, Mehiläinen, Pihlajalinna ja Jyväskylän Työterveys Oy) osalta. Lähtötietoina Regioniin syötettiin jokainen käynti työterveyshuollossa yksittäisenä tapahtumana eli aineistorivinä taustatietoineen. Samoin julkisen terveydenhuollon osalta jokainen käynti- tai hoitajakso käsiteltiin yksittäisenä aineistorivinä. Case managereilta kerätyt asiakaskohtaiset erillistiedot lisättiin myös omana rivitietonaan.

Valmiiden käsiteltyjen rakenteisten tietojen rivitaso sisälsi minimissään tiedot asiakkaan henkilöllisyydestä (kryptattuna tunnuksena), annetuista diagnooseista, käynnin tai hoitotajon ajankohdasta, hoitopaikasta, ja lisäksi muutamista muista keskeisistä seikoista. Case managereilta kerättiin erikseen tiedot annetusta kuntoutusmuodosta, kuntoutuksen aloitus- ja päätöspäivästä, ensimmäisen selkäongelmaan liittyneen ESH-hoitotajon viimeisestä päivästä, hoidon lopputilanteesta/tuloksesta, hoitomuodosta (leikkaus/konservatiivinen) sekä töihin paluun päivästä, jos töihin paluu oli tapahtunut.

Asiakkaat identifiointiin ja Region-aineisto rajattiin ensin tarkasteltujen diagnoosien perusteella (M51.1 ja M54), jonka jälkeen edelleen rajaus toteutettiin vain hankkeen piirissä olleisiin asiakkaisiin case managereilta saatujen henkilötunnuslistojen perusteella.

Prodacapo Region sisälsi tiedonkeruun jälkeen siten rakenteistettua tietoa case manager -toiminnan piirissä olleista asiakkaista – sekä hoitoilmoituksista ja rutiininomaisesta rekisteritiedonkeruusta kerätyistä datapohjista että laajennetusti manuaalisella erillistiedonkeruulla kerätyistä lisätiedoista. Tästä datapohjasta pyrittiin muodostamaan sekä taulukkomuotoista tulostamattomia että joustavampia graafisia ja interaktiivisia raportointipohjia.

Tavoitellut ja toteutetut mittarit

Keskeisiä tavoitemittareita tässä OTE-osahankkeessa olivat mm. sairauspoissaolojen väheneminen tai lyheneminen sekä asiakkaan työkykyiseksi palaaminen mahdollisimman pikaisesti. Pääasiallisiksi seurattaviksi tulostamattomiksi tietojärjestelmien kannalta valittiin siten sairasloman pituus. Mittarista käytettiin myös nimitystä läpimenoaika, joka viittaa case managerin ohjaaman asiakkaan työkykyiseksi paluun prosessin pituuteen.

Sairasloman pituus (läpimenoaika) laskettiin potilaskohtaisesti päivinä ensimmäisestä kyseessä olevaan terveysongelmaan (tässä selkäsairaus) liittyvän erikoissairaanhoidon hoitajakson viimeisestä päivästä töihin paluun ensimmäiseen päivään. Tarkat päivämäärätiedot kerättiin suoraan asiakasta hoitavilta case managereilta noin kahden kuukauden väliajoin, sillä esimerkiksi työhön paluun tarkkaa päivää ei ollut mahdollista identifioida täydellä varmuudella pelkästä työterveyshuoltojen käyntiaineistosta. Käyntiaineistosta löytyi myönnetty sairaslomat, mutta varmuutta ei vain tähän seikkaan nähden ollut siitä, oliko aineistossa mainittu sairasloman viimeinen päivä aidosti työhön paluuta edeltävä päivä. Vaihtoehtoisesti kyseeseen on voinut tulla mahdollisesti myöhemmin myönnetty toinen loma, tai kysymys siitä, palasiko asiakas töihin jo ennen loman päätöstä.

Ensimmäisen tarkasteltavaan terveysongelmaan liittyvä sairaalahoitajakson päättymispäivämäärä olisi ollut todennäköisesti mahdollista identifioida systemaattisesti sairaaloiden datapohjasta, mutta tämäkin tieto varmistettiin case managereilta erillisellä manuaalisella Excel-pohjaisella tiedonkeruulla.

Lisäksi toteutettiin täydentäviä mittaristoja, jotka kuvasivat taustaseikkoja, kuten ikä- ja sukupuolijakaumaa, sekä mittareita esimerkiksi kustannusten ja toimenpide- sekä diagnoosijakaumien näkökulmista. Monipuolinen rakenteinen tietosisältö toteutetussa tietojärjestelmäratkaisussa (Prodacapo Region) mahdollisti useita eri näkökulmien analyysijä. Näistä esimerkkinä ovat potilasvirta-analyysit ja toteutetun käyttöliittymän ”Dashboard” mittarit (kts seuraava luku).

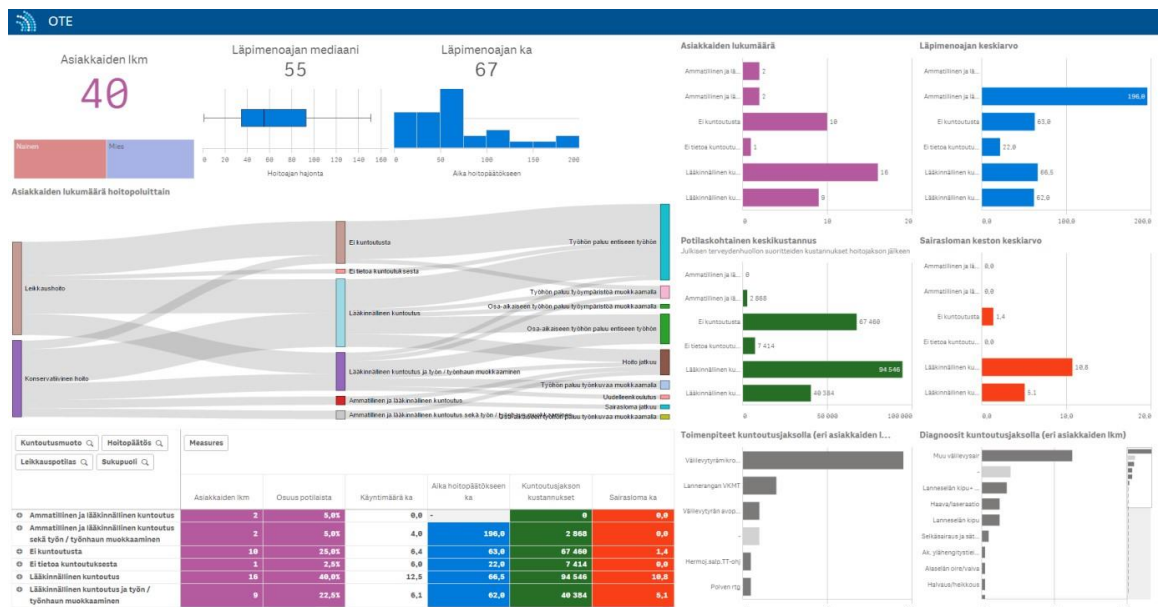
Hankkeen loppuvaiheessa on tarkoitus pilotoida myös työterveyshuollon ja sairaalan välistä Käypä hoito – suosituksen toteutumista kuvaavaa mittaria. Mittarin sisältönä on ilmoittaa, monellako asiakkaalla erikoissairaanhoidon hoitajakson jälkeen on toteutunut työterveyshuollon ensikäynti hoitosuosituksen ilmoittaman kahden viikon aikamäärään sisällä.

Toinen hankkeen loppuvaiheessa pilotoitava mittari ja näkökulma liittyvät hoitoon paluuseen. Tarkoitus on seurata esimerkiksi puolen vuoden tai vuoden aikavälillä työhön paluusta, onko töihin palannut henkilö joutunut samasta syystä uudelle sairaslomalle (tai erikoissairaanhoidon hoitajaksolle). Laskentapa ja malli tältä osin tarkentuvat

myöhemmin, mutta oletettavasti kerättävä rakenteinen Region-tietopohja riittää ainakin hoitajaksille paluun seurantaan.

Tulosten tarkastelu: Graafinen toteutus QlikSense™-pohjaisella käyttöliittymällä

Tässä luvussa on kuvattu hankkeessa tähän asti kehitetyt graafiset esitystavat kerätylle datapohjalle. Graafinen esitys laadittiin QlikSense™-pohjaiselle sovellukselle Prodacapo Region-järjestelmän raportointirajapintaa hyödyntäen. Alla kuvassa on esitetty raportointivälineen pääsivu. Raportointimuodot ja mittarit täydentyvät edelleen hankkeen loppuvaiheen ajan.



Kuva 2: Potilasvirtaa kuvaava Sankey-graafi poimittuna tietojärjestelmätoteutuksen käyttöliittymältä (Dashboard).

Yllä esitetystä potilasvirta-kuvasta on kuvattu potilasmäärinä (palkkien korkeus) vasemmalla alkuperäinen hoitomuoto sairaalassa, keskellä valittu kuntoutusmuoto ja oikealla hoidon lopputulos havaintopäivänä. Sankey-graafi esittää säikeiden paksuutena siirtymät eri lähtötilanteesta kuntoutusmuodon kautta hoidon päätös-tilaan. Hankkeessa kehitetään edelleen erilaisia esitystapoja aineistolle ja testataan eri näkökulmien ideoita jatkuvaluonteisesti kerättävän aineiston havainnollistamiselle.

Tietojärjestelmätoteutuksesta: Jatkuvaluonteisen tietotuotannon toteuttaminen

Hankkeessa toteutettiin iteratiivisesti vähintään kolmeen eri kertaan rakenteisten tietojen keruu työterveyshuolloilta, case managereilta ja julkisesta terveydenhuollosta (KSSHP ja Jyte). Tietojen sisällöt ja rakenteistaminen sekä käsittely tulosmittareiksi on kuvattu yllä. Tiedontuotanto ja –jalostamisprosessin aikana havaittiin useita kehityskohteita, joihin panostamalla olisi mahdollista helpottaa jatkuvaluonteisen seurannan toteutusta, eli

asiakaskohtaisen hoidon- ja CM-toiminnan tulostittareiden aikaan saamista. Nämä kehityskohteet on listattu alla toimenpide-ehdotuksineen.

Manuaalisen tiedonkeruun rakenteistaminen

Keskeisimpänä kehityskohteena puolivuotis-, kvartaali- tai kuukausitason mittaristojen laadinnalle lienee manuaalisen tiedonkeruun osuuden poistaminen tiedontuotantoprosessista. Manuaalisella tiedonkeruulla tarkoitetaan tässä osuutta tiedoista, jotka oli, rakenteisen tiedon puuttuessa, kerättävä case managereille kohdistetulla tiedonkeruulla, eli erikseen täytettävä exceliin hanketta varten. Case manager – tiedonkeruun detaljit ja tietosisällöt on kuvattu yllä, tärkeimpänä esimerkkinä työhön paluun päivä. Lisäksi case managerien käynnit eivät yksiselitteisesti löytäneet kaikkien työterveyshuollon organisaatioiden datasta.

Lupa- ja hallinnolliset kysymykset

Eräs suuri riski aikatauluille hankkeessa olivat lupa- ja hallinnolliset kysymykset, joissa on edelleen suurehkoa monimutkaisuutta. Lupaprosessit eri hankkeeseen osallistuvien tahojen kanssa vievät usein kuukausia. Luvat aineistojen käyttöön on edelleen haettava jokaiselta organisaatiolta erikseen. Lisäksi koko tutkimushankkeella on oltava tutkimuslupa kokonaisuutena. Lupaprosessit ovat näin ollen rinnakkaisia ja päällekkäisiä, ja eri lupahakemuksia verkostohankkeessa muodostui kuusi kappaletta.

Tiedonkeruun kalenteriaikataulu, kustannukset ja viiveet

Suurin osa hankkeeseen osallistuneista tahoista myönsi luvan aineiston käyttöön melko pikaisella aikataululla. Kuitenkin tiedonkeruun prosessit, varsinkin ensimmäisillä kerroilla, vievät kalenteriaikana useimmiten (vähintään) noin kaksi kuukautta. Tiedonkeruun esteet ja hidasteet tietoa luovuttavissa ovat yleensä hallinnollisia tai esim. resurssihin sekä lupaprosesseihin liittyviä avoimia kysymyksiä. Ennen tiedonkeruun aloittamista nämä kysymykset olisi selkeintä selvittää kattavasti siten, ettei keskellä tiedonkeruuprosessia ole enää tarvetta palata esim. lupakysymyksiin.

Poimintojen integrointi ja kohdetietovaraston määrittely

Jatkuvaluonteista seuranta ja erityisesti eri tietolähteiden integrointia varten on perustettava keskitetty tietovarasto tai vastaava yhdistetty tietopohja, joka tässä hankkeessa oli Prodacapo Region. Pelkkä rakenteistamaton tietovarasto (tietoallas) sinänsä ei ratkaise jatkuvaluonteisen seurannan haastetta, johon liittyy myös tietomallin (rakenteen) määrittely rivitasolla sarakeittain eli tietokenttien osalta, datan laadun seuranta ja yhtenäistämistä, ym. seikkoja. Tietojen yhtenäistäminen sovittuun tietomalliin vaatii usein manuaalista tietokantatyötä, mutta helpottuu useiden iteraatiokierrosten myötä. OTE-hankkeessa käytetty tietomalli perustuu Prodacapo Region – malliin sekä kokemuksiin hankkeen ajalta.

Raportointikäytännöt

Hankkeen aikana todettiin, että käytettävissä oleva datapohja mahdollistaisi hyvin monenlaisia erilaisia mittareita esim. resurssikäytöstä (kustannukset) sekä hoitoprosessista (suoritteista) ajan funktiona. Toisaalta hankkeen alkuvaiheessa ei ollut täyttä varmuutta myöskään keskeisimpien mittareiden laskentatavoista, eli keskeisistä päivämääristä ym. mittareiden komponenteista, joita laskeminen vaatii. Tällöin

päädyttiin osin manuaaliseen tiedonkeruuseen, kun havaittiin myöhemmässä vaiheessa, ettei nykyinen rakenteinen tiedonkeruu mahdollista keskeisimpiä mittareita. Ohessa eräitä REGION-analysista esille tulleita tietoja potilaiden kulusta uudessa mallissa.

Taulukko 2. SELKÄPOTILAIDEN (M51.1 ja M54) HOIDON JÄLKEISEN TYÖHÖN PALUUN TUEN SISÄLTÖ TYÖTERVEYSHUOLLON OHJAUKSESSA (N=51) KESKI-SUOMESSA

AMMATILLINEN JA LÄÄKINNÄLLINEN KUNTOUTUS	4.0 %
AMMATILLINEN JA LÄÄKINNÄLLINEN KUNTOUTUS SEKÄ TYÖN MUOKKAAMINEN	6.0 %
LÄÄKINNÄLLINEN KUNTOUTUS	39.0 %
LÄÄKINNÄLLINEN KUNTOUTUS JA TYÖN MUOKKAAMINEN	21.5 %
EI KUNTOUTUSTA	27.5 %
TYÖN MUOKKAAMINEN	2.0 %

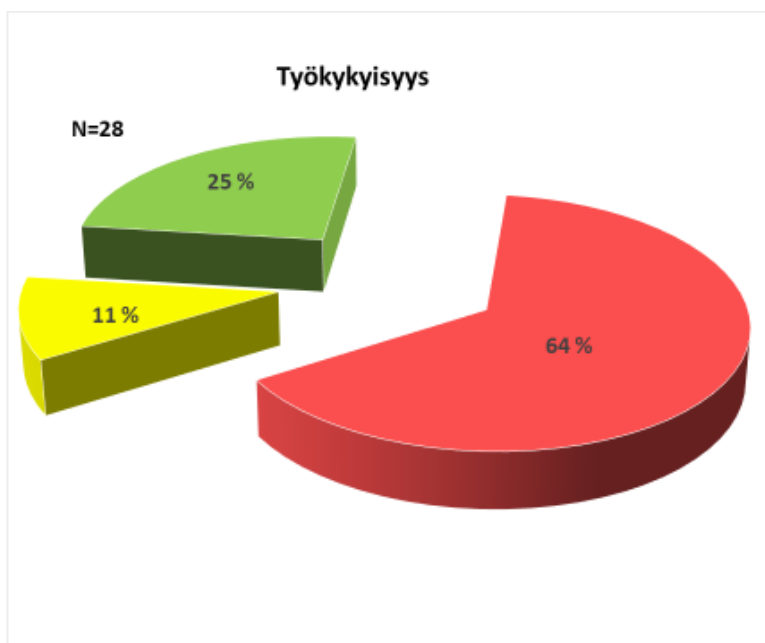
Taulukko 3. SELKÄPOTILAIDEN (M51.1 ja M54) HOIDON JÄLKEISEN TYÖHÖN PALUUN EDELLYTYKSET TYÖTERVEYSHUOLLON OHJAUKSESSA (N=51) KESKI-SUOMESSA

HOITO JATKUU	11.5 %
OSA-AIKAISEEN TYÖHÖN PALUU TYÖNKUVAA MUOKKAAMALLA	6.0 %
OSA-AIKAISEEN TYÖHÖN PALUU ENTISEEN TYÖHÖN	21.5 %
TYÖHÖN PALUU ENTISEEN TYÖHÖN	43.0 %
TYÖHÖN PALUU TYÖYMPÄRISTÖÄ MUOKKAAMALLA	10.0 %

OSA-AIKAISEEN TYÖHÖN PALUU	
TYÖYMPÄRISTÖÄ MUOKKAAMALLA	2.0 %
TYÖHÖN PALUU TYÖNKUVAA MUOKKAAMALLA	6.0 %

1.2.2. Työttömien työkyvyn arvioinnin tuloksia

Hankkeeseen rekrytoitiin fysiatrian poliklinikan ja TE-toimiston kautta 30 työtöntä selkäpotilasta, joista lopulta 28 otettiin mukaan. Työttömien työkyvyn arvioinnin ja työllistymissuunnitelman tukemisen hoiti Työterveys Aalto. TE-toimiston työkyvykoordinaattori teki tiivistä yhteistyötä työterveyshuollon kanssa. Työterveys Aallon asiantuntijoiden mukaan neljännes työttömistä työllistyi tai aloitti opiskelun (kuvassa vihreä joukko), 3 henkilöä (11 %) olisi terveydentilan rajoitusten osalta työllistettävissä (kuvassa keltainen joukko), mutta 2/3:lla (kuvassa punainen joukko) potilaista oli terveydellisiä, psyykkisiä ja/tai sosiaalisia ongelmia, jotka mitätöivät työllistymisen (Kuva 3).



Kuva 3. Työttömien työkykyisyyden arviointi.

Syy siihen, että työtön ei ollut työllistynyt tai asiat eivät edenneet, oli lopulta 78 %:lla muu kuin selkäkipu. Lisäksi työterveyshuollossa arvioitiin, että motivaation puute kuntoutua/työllistyä oli merkittävä työllistymisen este.

Työttömien työkyvyn arvioinnin ja sitä kautta työllistymissuunnitelman tukeminen eivät voi onnistua pelkästään erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon asiantuntemuksen avulla. Sen tekeminen edellyttää moniammatillista

yhteistyötä, mm. TE-toimiston, Kelan ja sosiaalialan ammattilaisten kanssa, ja tämän yhteistyön toimintaa jo huomattavasti varhaisemmassa vaiheessa työttömän sairastamista ja työkyvyttömyyden alkamista. Lisäksi yhteistyön onnistuminen edellyttää sitä, että kaikki tarpeellinen tieto asiakkaasta on saatavilla kaikille yhteistyötahoille. Työterveyshuollon ammattitaidon tuominen työttömien työkyvyn arviointiprosessiin on selkeästi hyödyllistä.

Työterveyshuollon toimijat ovat huomanneet osaamisessaan kehittämisen tarvetta työttömien tilanteiden arvioinnissa. Vastuunkanto on keskeisin asia työttömien työkyvyn arvioinnissa ja tukemisessa. Palvelun tarve pitää arvioida siellä, missä asiakas asioi ensimmäisen kerran työttömäksi jäätyään, ja saman tien jokin sovittu taho ottaa vastuun prosessin etenemisestä.

Monilla työttömillä on useita työkykyyn vaikuttavia sairauksia täysin hoitamattomana ja tutkimattomana (jos jotenkin pärjäävät kotona, eivät ole aktiivisia hakemaan apua). Työttömäksi jääneillä voi usein olla myös tilanne, että entisessä työssä on opittu sopeutumaan, mutta uuden työn osalta työkykyrajoitteet osoittautuvatkin ongelmaksi.

- työkyvyn arviointi ja työkykyiseksi palautumisen casemanagerointi vievät paljon aikaa ja osaamista, joita ei ole käytettävissä perusterveydenhuollossa riittävästi.
- kokonaisuuden arviointi monisairailta tai moniongelmaisilla vaatii erityisosaamista, jota löytyy vain työterveyshuollosta
- moniammatillisuus toteutuu työterveyshuollossa hyvin ja on tarpeen kokonaistilanteen ymmärtämiseksi
- case managerin rooli on työttömien työkyvyn arvioinnissa ja työkykyisyyden saavuttamisen suunnitelman toteuttamisessa keskeinen. Hankkeen aineistossa 2/3 työttömistä tarvitsi tiivistä tukea työllisiin verrattuna.

Kohderyhmät: mahdollisimman nopea työkykyongelmien tunnistaminen, esimerkiksi jo irtisanotuilla, jolloin ongelmat eivät vielä ole ehtineet laajentua eivätkä työttömät vielä ole välttämättä moniongelmaisiksi. Työkyvyn tukitoimet voidaan aloittaa riittävän varhain, kun henkilö on vasta työttömäksi jäänyt tai työttömyysuhan alainen, kuten esimerkiksi YT-neuvotteluissa olevat ja lyhyissä määräaikaissa työsuhteissa olevat.

Moniammatillisuutta tarvitaan osassa tapauksia enemmän kuin työterveyshuollossa on tarjolla.

Optimaalista on verkostoitua siten, että muodostetaan paikalliset työryhmät, joissa työterveyshuollon edustajan lisäksi on myös TE-toimiston edustaja, osassa tapauksia sosiaaliohjaaja ja päihdehoitaja sekä Kelan työkykyneuvoja. Lisäksi jo kokeilun suppeasta otoksesta opittiin, että on huomioitava erityiskysymykset esim. aistivammallisilla. Kuulo- ja näkövammaisten työllistymistä tukemaan tarvitaan näiden erityisalojen osaamista, joten paikalliseen verkostomaiseen työryhmään tulee saada näiden ongelmien asiantuntijat (kuulo, näkö).

Päihdekuntoutuksen on syytä nivoa työkyvyn arviointi- ja tukiverkostoon samalla tavalla kuin työllisillä (päihdekuntoutus olisi päihdeongelmallisille edellytys tukien jatkumiselle). Toimintamallin tulee olla joustava ja sellainen, että yhteistyö on toteutettavissa työttömän asiakkaan tarpeen mukaisena. Joku tarvitsee kevyen työkyvyn arvioinnin ja ohjauksen, toinen tiiviin ja laajan verkostoyhteistyön.

Ensikontakti: tunnistetaan työkyvyn tukemisen tarve työttömälle ensimmäisessä kontaktissa palvelujärjestelmiin:

- SOTE-keskukset (julkiset tai yksityiset)
- oppilaitokset
- koulu- ja opiskeluterveydenhuolto
- ohjaamot
- kasvupalvelut
- työterveyshuollot ja työpaikat
- maakunnalliset sosiaali- ja terveydenhuollon toimijat
- sosiaalihuolto
- sairaalat

Kaikilla toimijoilla tulee olla yhteinen tavoite: työkykyinen työtön työllistyjä. Kun elämäntilanne muuttuu, palvelutarve arvioidaan nykyistä laajemmin ja eri toimijat yhdistävät tietoja (digijärjestelmät, tekoäly) ja alkavat toimia työttömän työkyvyn tukemiseksi. Laaja asiakasohjausvastuu on jokaisella toimijalla kaikissa organisaatioissa (TE-toimistot, pth, esh, tth, työeläkevakuutus, Kela, oppilaitokset). Sosiaalihuollosta tarvitaan sosiaaliohjaus (tulevaisuudessa: SOTE-keskus). Kun asiakas on ohjattu tuetun työllistymisen palveluihin, esim. TE-palveluissa olettaen jo on, että tarvitaan tiiviimpää ohjausta ja palvelua.

Työttömän (tai työttömyysuhan alaisen) asiakkaan osatyökykyisyys ja tarve palveluiden kokonaiskoordinaatioon tulee tunnistaa huomattavasti nykyistä aikaisemmin. Varhaista tunnistamista ja kokonaiskoordinaatiota tullaan kehittämään osana kasvupalvelupilottia kasvusote yhdyspinnalla. Pilotissa haetaan vastauksia mm. seuraaviin kysymyksiin:

- Miten osatyökykyisen asiakkaan varhaista tunnistamista TE-palveluissa (kasvupalveluissa) ja toimijaverkossa voidaan kehittää?
- Milloin asiakas tulee ohjata henkilökohtaiseen palvelutarvearvioon?
- Milloin osatyökykyinen asiakas tarvitsee kokonaiskoordinaatiota?
- Millaisia palveluita osatyökykyiset asiakkaat tarvitsevat työllistymisen tueksi?
- Pystytäänkö asiakkaiden työllistymistä tehostamaan ja nopeuttamaan palveluiden paremmalla koordinoinnilla ja eri toimijoiden välistä yhteistyötä lisäämällä?
- Mitkä osat asiakkaan prosessista voidaan hankkia ostopalveluna? Esimerkiksi SOTE-keskus voi hankkia työterveyshuollosta asiakas-/palveluseleillä työkyvyn arvioinnin ja työllistymissuunnitelman tekemisen. Kasvupalvelupilottivaiheessa rahoitusmahdollisuuksia selvitetään

Case managerointi ja vastuu? Kasvupalvelut/TE-toimisto vastaavat työttömän kokonaisprosessista työllistymiseen, SOTE vastaa konsultaatiosta: työkyvyn arvioinnista ja työllistymissuunnitelman tekemisestä ja niistä toimista, jotka kuuluvat SOTEn ja kuntoutuksen piiriin.

Tässä toimeenpanevassa kokeilussa oli mahdollisuus Kelan etuustietojen pyytämiseen ja saamiseen. Työttömiltä ja työllisiltä saatiin lupa kaikilta, joilta etuustietoja haluttiin.

Käytännössä ongelmiksi osoittautui, että etuustietoja pyydettiin Kelalta harvoin (uusi asia), eikä osattu puolin eikä toisin määritellä, mitä tietoja ja miltä ajalta tarvitaan. Kokeilun johtopäätös oli, että etuustietojen hankkimista Kelasta niin työttömien kuin työllisten osalta kannattaa pilotoida jatkossa, jotta työkyvyn arvioinnille syntyy nykyistä laajempi perusta.

Kokeilun kokemusten mukaan ryhmämuotoinen fysioterapia toimi hyvin. Ehdotetaan, että ryhmämuotoisia kuntouttavia toimia voisi soveltuvin osin käyttää nykyistä enemmän ainakin selkäkipuisten työttömien ja työllistenkin hoidossa ja kuntoutuksessa (kustannustehokkaampia verrattuna yksilöterapiaan).

1.3 Hyödyt ja vaikuttavuus

Tärkein indikaattori työssäkäyvien kohdalla on se, että on syntynyt kahdensuuntainen yhteistyörutiini sairaalan ja työterveyshuollon välille, terveyskeskus-työterveyshuolto-linjalle, jotta saadaan tieto työkyvyn tuen tarpeesta ja voidaan työkykyarvioon perustuen tehdä työhön paluun suunnitelma. Jos vaikuttavuutta mitattaisiin hoidon jälkeisen työhön paluun nopeutumisella, niin työhön paluun aika puolittui (Taulukko 4).

Työttömien kohdalla tärkeänä indikaattorina oli sairaalan ja työterveyshuollon välinen uudenlainen yhteistyö sekä yhteistyö TE-toimiston ja Kelan kanssa.

Projektin ja kokeilun nimi

Taulukko 4.

Selkäleikkattujen (M51.1) potilaiden hoidon jälkeisten työhön paluun keston (päivät) keskiarvot (ka.) ja 95 % lv:t (min-max) sairaaloittain ennen kokeilua (1998 ja 2013)* ja kokeilussa (2017–2018)**.

	SAIRAALA			
	TAYS	K-S	KYS	KAIKKI
AJANKOHTA				
(ennen kokeilua)				
1998/ABC1	60 (.)	74 (.)	91 (.)	72 (.)
(n)	(249)	(131)	(157)	(3049)
2013/ABC2	80 (67.4–92.2)	78 (64.7–90.6)	92 (82.3–102.9)	82 (79.2 -85.4)
(n)	(129)	(131)	(157)	(2040)
(kokeilussa)				
2017–2018		38 (33.9–42.1)*		
(N)		(28)		

*p<0.001

* Korvattujen sairauspoissaolojen kestojen (päivää) hoidon jälkeen

** Työhön paluun kesto (sairauspoissaolosta riippumatta) hoidon jälkeen

Koska HILMO- ja KELA-rekisterien yhdistäminen ei ollut mahdollista hoidon jälkeisen työhön paluun keston mittaamiseksi, tehtiin se työterveyshuoltojen potilailta saamien tietojen perusteella. Vertailusairaaloiden (KYS ja TAYS) osalta tehtiin erillinen selvitys, jossa ortopedeilta kysyttiin kahta asiaa (Oliko yhteistyö työterveyshuollon kanssa muuttunut ja olivatko sairauspoissaolojen määräämiskäytännöt muuttuneet?) sekä kerättiin muutamista satunnaisesti valituista hoidetuista potilaista tiedot, kuinka pitkiä sairauslomia oli määrätty. Vastausten perusteella ei ole syytä epäillä, etteikö Keski-Suomessa hoidettujen potilaiden työhön paluu olisi nopeutunut kokeilun/uuden toimintamallin ansiosta.

Keskeiseksi onnistumisen kriteeriksi on katsottava yhteistyöverkoston muotoutuminen, jota pidetään erittäin arvokkaana toiminnan muotona sekä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja työterveyspalvelujen tuottajien taholta että myös erilaisia etuuksia tuottavien viranomaisten (TE-keskus ja Kela) taholta.

TOIMINTAMALLIN HYÖDYT ERI TOIMIJOILLE: Win-win-tilanne

1) Mitä potilas saa?

Pääsee työkykyiseksi aikaisemmin, saa ja tietää vastuutahon ja – henkilön, tukea kuntoutumiseen ja työhön paluuseen, työ on parasta kuntoutusta

2) Mitä sairaala hyötyy?

Sairaalan henkilökunta voi keskittyä ydintehtäväänsä; vastuu siirtyy työkyvyn, sairausloman ja työkyvyn arvioinnin, työn muokkauksen, korvaavan työn järjestelyn ym. osalta työterveyshuoltoon.

3) Mitä terveyskeskus saa?

Potilaan työkyvyn tukitoimet case manageroidaan TTH:ssa, työkyvyn arviointi, sairauspäivärahan/sairauspoissaolon tarvearvio, työpaikan toimet, yhteistyön synergiasäästöt, veronmaksaja töihin aikaisemmin, yhdenvertaisuus kuntalaisille.

4) Mitä työterveyshuolto saa?

Riittävän ajoissa aloitetut työkyvyn tuen toimet helpottavat ja selkeyttävät ydintehtävän hoitamista ja työterveyshuollon tuloksellisuus kasvaa.

5) Mitä kunta ja valtio hyötyy?

Työssä käyvä ja veroja maksava työntekijä on parempi kuin mikään muu vaihtoehto

6) Mitä KELA hyötyy?

Kela säästää kun työkyvyn arviointi tehdään osaavasti

Vaikka kokeilun hyötyjä tunnistettiin, niin ei tunnistettu, että kokeilusta olisi ollut haittaa – uuden toimintamallin toimeenpano ei edellyttänyt mitään uusia resursseja, jotka olisivat voineet vaarantaa nykyisten resurssien käyttöä ja määrää.

Hankkeen jälkeen uuden toimintamallin vaikutuksia voidaan rutiininomaisesti seurata erilaisilla rekisterianalyysillä. Esimerkiksi yhdistämällä HILMO- ja Kela-rekisterit voidaan seurata työstä poissaolojen/sairauslomien pituuksien muutoksia ja/tai ennen aikaisten työkyvyttömyyseläkkeiden kehitystä.

2 Toteutus

2.1 Yleiskuva

Kokeilun toteutuksen pääkohdat olivat:

1) Selkäpotilaiden rekrytointi K-Sshp:n fysiatrian poliklinikan ja ortopedian yksikön kautta. Rekrytointi aloitettiin työssä käyvistä selkäleikkauspotilaista ja laajennettiin konservatiivisesti hoidettaviin selkäpotilaisiin. Lisäksi työttömiä selkäpotilaita rekrytoitiin em. lisäksi TE-toimiston ja Kelan rekistereiden avulla.

Poikkeama: Potilasrekrytointi toteutui odotettua hitaammin. Syynä oli hankkeen suunnittelun mukaisten ja toteutumassa olevien potilasmäärien suuri ero. Eron syytä ei ole vielä voitu selvittää.

2) Sujuva yhteistyö eri toimijoiden välillä (esh – tth – Kela - TE-toimisto)

Poikkeama: Työttömien kohdalla uusi toiminta aiheutti hieman epätietoisuutta toimijoilla ja potilailla. Eräs keskeinen syy oli se, että aikaisemman käytännön/kulttuurin mukaisesti työttömät työkäiset ottivat työhön paluusuunnitelman/työkyvyn arvion jälkeen yhteyttä TE-keskukseen, vaikka heitä olikin ohjeistettu ottamaan yhteyttä työterveyshuoltoon (Työterveys Aalto).

- 3) Case managerointi; työkyvyn tuen palvelujen koordinointi ja seuranta
- 4) Prosessin toiminnan varmistaminen
- 5) Projektikoordinaattori hoiti ns. palveluohjaajan tehtäviä, joiden tavoitteiden ja edellytysten identifioinnissa auttoi myös ulkopuolinen työterveyshuollon asiantuntija (FCG Prodacapo)
- 6) Nopean turvallisen tiedonkulun väylien/keinojen kartoitus ja käyttöönotto
- 7) Juurruttaminen selkä-, olka-, masennus- ja sydänpotilaiden osalta

Yhteistyöryhmän jäsenet tekivät toiminnan ehdotukset ja päätökset. Ryhmä kokoontui n. 3 viikon välein. Kokeilun ohjaus ja seuranta toteutui neljä kertaa vuodessa kokoontuvan ohjausryhmän sekä Sosiaali- ja terveysministeriön koordinaation avulla.

THL ja TTL tukivat osaltaan prosessinohjauksessa kuukausittaisten hankkeiden yhteisten Lync-kokousten ja vertaisoppimispäivien avulla. THL:n ja TTL:n asiantuntijoiden paneutuminen erityisesti arvioinnin (SUUNTA ja LFA) tavoitteiden, sisällön ja tulosten tulkinnan määrittelyissä oli tuki, joka edesauttoi uuden toimintamallin kehittämistä ja juurruttamisen edellytysten havainnointia.

THL:n viestintäsuunnittelijan vierailu hankepaikkakunnalla ohjaamassa tehokkaampaan viestintään oli erittäin tarpeellinen.

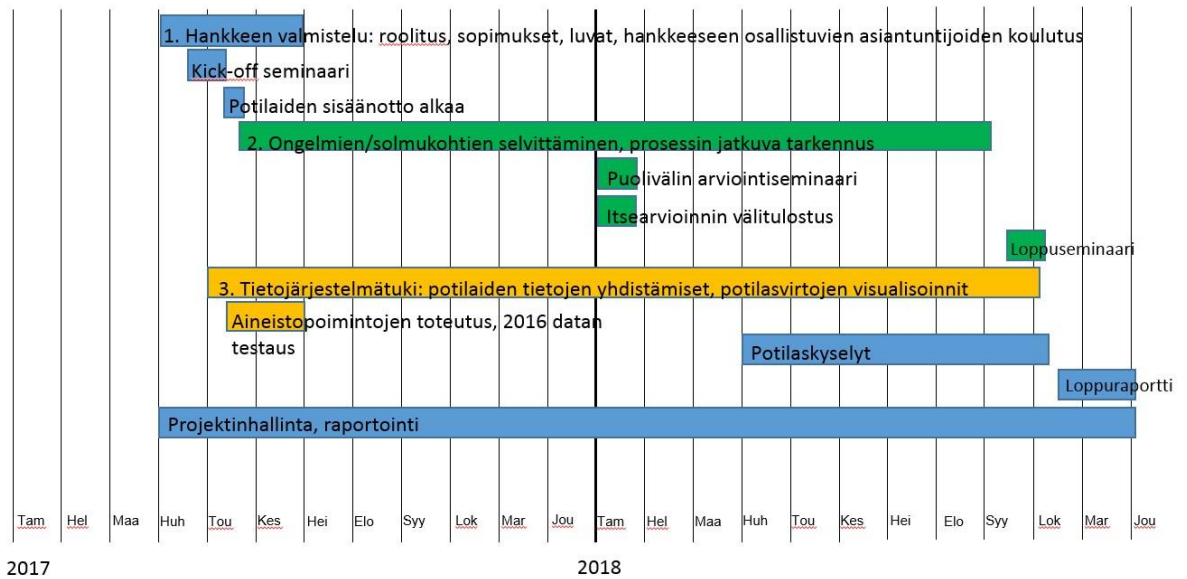
K-Sshp:ssä toimii myös TYÖKE-hanke, jonka kanssa tehtiin tiivistä yhteistyötä, mm. uusien toimintamallien luomisessa esh-tth – akselilla sekä tiedonkulun ongelmien selvittelyssä ja ratkaisemisessa.

Kaksi yhteistyöryhmään kuuluvaa henkilöä suoritti hankkeen aikana STM:n järjestämän työkykykoordinaattorikoulutuksen (10 op).

2.2 Aikataulun toteutuminen

Projektin alkuperäinen aikataulusuunnitelma on esitetty alla olevassa kuvassa.

Projektin ja kokeilun nimi



Kuva 4: Projektin alkuperäinen ylätasoinen suunnitelma

Projekti pysyi suunnitellussa aikataulussa. Projektin aloitusvaihe ja potilaiden sisäänotto viivästyivät noin ½ kuukautta, sillä projektin tavoitteista ja sisällöstä oli projektiryhmässä eriäviä mielipiteitä. Ennen projektin sisällön selkiytymistä ei potilaiden sisäänottoa haluttu aloittaa ja tätä varten pyydettiin tarkentava lausunto ja määritelmä Sosiaali- ja terveysministeriöstä koskien hankkeen tavoitteita ja sisältöä.

Projektissa tehtiin yksi muutospyyntö: Masennus- ja olkapääpotilaiden mukaanotto projektissa kehitetyn generisen toimintamallin mukaisesti. Tämä ei vaikuttanut muun projektin aikatauluun millään tavalla.

Alla olevassa taulukossa on esitetty projektin tarkistuspisteet sekä muutospyyntöt (1 kpl).

Taulukko 5: Projektin aikataulun toteutuminen

Tarkistuspiste (MS)	Suunniteltu pvm	Toteutunut pvm
Hankesuunnitelman hyväksyntä STM:n taholta	30.3.2018	27.3.2017
Projektin kick off + tarkennetun projektisuunnitelman hyväksyntä	5.5.2018	5.5.2017 (käytännössä kuitenkin sisällön lopullinen määrittäminen 19.5.2017 päätöksellä) STM:n
MS1: Lupahakemukset kunnossa	30.4.2018	24.4.2017
Tarkistuspiste (MS)	Suunniteltu pvm	Toteutunut pvm

Projektin ja kokeilun nimi

MS2: Valmistelutoimet tehty, potilaiden sisäänotto voi alkaa	15.5.2018	29.5.2017
MS3: Puolivälin arviointiseminaari	01/2018	13.2.2018
MS4: Loppuseminaari	15.9.2018	15.12.2018 (Projektin hyväksymisen jälkeen)
Muutospyyntö 1: Masennuspotilaiden ottaminen mukaan	(ei suunniteltu alun perin)	7.3.2018
Projektin/kokeilun päättämisen hyväksyminen	30.10.2018	30.10.2018

Aikataulupoikkeamana projektin kehitystoiminnalle haettiin tammikuussa 2018 kahden kuukauden lisäämää potilasmäärien lisäämiseksi sekä juurruttamisen tehostamiseksi. Hakemus hyväksyttiin. Tästä johtuen projektin loppuseminaari päätettiin järjestää vasta joulukuussa.

2.3 Toteutuneet kustannukset ja resurssit

2.3.1 Työmäärät ja tehtävien tekijät

Alla olevissa taulukoissa on esitetty projektin ydinryhmän (Vohlonen, Nyman, Piitulainen, Husman + KSSHP asiantuntijajohto) suunnitellut työmääräarviot tehtävinä ja henkilöinä.

Taulukko 6: Suunnitellut ja toteutuneet henkilötyöpäivät 30.6.2018 mennessä

Projektin/kokeilun tehtävät (tai muut osakokonaisuudet)	Suunnitellut henkilötyövuodet tai -päivät	Toteutuneet henkilötyövuodet tai -päivät
Projektin suunnittelu ennen rahoituspäätöstä (1.1 – 31.3.2018)	16	16
Projektin suunnittelu ja aloittaminen sis. lupahakemukset, potilaskohortin määrittely, poimintojen koordinointi	62	57
Lupahakemukset	2	15
Ongelmien/solmukohtien avaaminen ja prosessin jatkuva parannus	245	450
Muutospyyntö 1: Olkapää- ja masennuspotilaat	100	100

Projektin ja kokeilun nimi

Projektinhallinta ml. raportointi ja maksatushakemukset sekä työ- ja ohjausryhmien muistiot	64	55
Projektin/kokeilun tehtävät (tai muut osakokonaisuudet)	Suunnitellut henkilötyövuodet tai -päivät	Toteutuneet henkilötyövuodet tai -päivät
Yhteensä:	489	693

Taulukko 7: Resurssien todellinen käyttö 30.6.2018 mennessä

Resurssi tai resurssiryhmä (Rooli / vastuu)	Suunnitellut henkilötyöpäivät tai -tunnit	Toteutuneet henkilötyöpäivät tai -tunnit
Projektijohtaja	60 (+ muutospyyntö 32), yhteensä 92 htp	73 htp
Projektipäällikkö	54 (+ muutospyyntö 27), yhteensä 81 htp	63 htp
Projektikoordinaattori	120 htp	484 htp (tiedossa oleva työmäärä koko hankkeelle)
Terveydenhuollon asiantuntija	38 (+ muutospyyntö 32), yhteensä 70 htp	65 htp
KSSHP asiantuntijalääkärit	36 htp	8 htp
Fysioterapeutti	400 htp	50 htp
Palveluohjaaja	400 htp	0
Yhteensä:	1167 htp	693 htp

Resurssisuunnitelmasta poiketen erillistä palveluohjaajaa ei hankittu projektin käyttöön. Sen sijaan projektikoordinaattori toteutti alun perin suunniteltujen palveluohjaajien (esim. Työterveys Aallossa ja K-Sshp:ssä/ortopedia) työhön liittyviä toimia ja näin hänen

Projektin ja kokeilun nimi

työpanoksensa kasvoi merkittävästi. Näihin osallistui myös ulkopuolinen työterveyshuollon asiantuntija (FCG Prodacaposta).

Lisäksi erillistä fysioterapeuttia ei palkattukaan projektille potilasmäärän ollessa oletettua vähäisempi. Fysioterapiapalvelut hankittiinkin kustannuksien säästämiseksi ostopalveluna.

Ydinryhmän (erityisesti projektikoordinaattorin ja terveydenhuollon asiantuntijan) työtä tarvittiin oletettua enemmän prosessin kehitykseen, valvontaan ja prosessista kommunikoimiseen sekä tiedon kulun varmistamiseen kaikkien osapuolien kesken.

KSSH:n ylläkkäreille ja muulle asiantuntijatyövoimalle oli alun perin varattu 36 htp, mutta tästä toteutui alle 10 htp.

Projektipäällikön toteutunut työmäärä pysyi suunnitellussa.

Ostopalveluna hankittua asiantuntijatyötä tarvittiin hieman oletettua enemmän lähinnä muutospynnön ja oletettua hankalamman juurruttamistyön vuoksi.

2.3.2 Budjetti ja kustannukset

Taulukko 8: Todelliset kustannukset ja budjetti

	Budjetti	Toteutunut 30.6.2018 asti
Oman henkilöstön henkilötyöpäivien kustannukset	459 917 EUR	86 301 EUR
Ulkopuoliset henkilötyöpäiväkustannukset (esim. konsulttikustannukset)	140 264 EUR	135 770 EUR
Yhteensä:	600 181 EUR	222 071 EUR

	Budjetti	Toteutunut 30.6.2018 asti + tiedossa olevat sitoumukset
Tietopalvelutuotanto	45 000 EUR	73 500 EUR
Muut menot	5 000 EUR	0 EUR
Yhteensä:	50 000 EUR	73 500 EUR

Oman henkilöstön henkilötyöpäivien kustannukset ovat merkittävästi alhaisemmat kuin kuviteltiin johtuen siitä että

Projektin ja kokeilun nimi

- Projektissa oltiin varauduttu yhden fysioterapeutin palkkaamiseen, mutta potilaiden vähyden vuoksi palkkausta ei tehty, vaan palvelut hankittiin ostopalveluna. Tämä säästi hankkeen varoja merkittävästi.
- Projektissa oltiin varauduttu myös yhden työterveyshuollon palveluohjaajan palkkaamiseen. Palkkausta ei kuitenkaan tehty projektikoordinaattorin tehdessä tämän työn.

Ulkopuoliset konsultointipalvelut tulevat olemaan budjetoitua suuremmat muutospyyntöön (olka- ja masennuspotilaat) vuoksi sekä sen vuoksi, että fysioterapiapalvelut hankittiinkin ostopalveluna.

Tietopalvelutuotanto (potilasvirtakuvaajat ja – analyysit) hankittiin kiinteänä sopimuksena. Ylitys johtui muutospyyntöistä, jolla hankittiin tietopalvelutuotantoa myös olkapää- ja masennuspotilaille.

2.4 Riskit

Seuraavia riskejä tunnistettiin toimintamallin juurruttamisen osalta:

- Sujuva yhteistyö sairaalan, työterveyshuollon ja työpaikkojen, terveyskeskuksen ja kuntoutuksen kanssa ei toteudu.
- Työkyvyn tuen tarve ja sen arviointi ortopedeilla ja fysiatreilla ei onnistu (asennekysymys, muutos entiseen ja osaaminen).
- Työkyvyn arviointi ja työhönpaluusuunnitelman teko työterveyshuolloilla ei onnistu, samoin työpaikkojen kanssa tehtävä yhteistyö voi olla ongelma.
- Työttömien ongelmat liian moninaisia ja outoja/uusia työterveyshuollon kannalta, vaikea löytää kaikkiin ongelmiin työkyvyn tukemisen kannalta toimivia ratkaisuja.
- Potilas ei halua mennä työterveyshuoltoon.
- Yhteistyö TE-toimiston kanssa uutta työterveyshuollolle, samoin Kelan etuuksien pyytäminen ja käyttäminen työkyvyn arvioinnissa niin työttömillä kuin työllisillä.
- Keskeinen ongelma on tiedonkulun ”automatisointi” sairaalan rutiineihin siten, että tieto kulkee ilman projektikoordinaattorin avustusta. Tämän ratkaisemiseksi saatiin kokeilun loppuvaiheessa ”postilaatikko” toimimaan, ns. teknisesti automatisoitua tiedonsiirtoa.

2.5 Viestintä

Yhteistyöryhmässä päätettiin aloittaa kokeilun viestintä sitten, kun kvalitatiivisia ja kvantitatiivisia tuloksia oli saatavilla. Sen vuoksi hankkeen viestintä toteutui vasta vuoden 2018 puolella. Viestintää on kuitenkin toteutettu monipuolisesti ja se aloitettiin Keski-Suomen sairaanhoitopiiristä. Hankkeessa lähes koko yhteistyöryhmä on osallistunut viestintään.

Kokeilun saavutuksista on julkaistu blogeja THL:n Osku-portaalissa, aikakauslehdessä, kuten TTT-lehdessä ja somessa. Lisäksi Sosiaali- ja terveysministeriön työkykykoordinaattorien koulutukseen osallistuneet kokeilussa työskentelevät henkilöt tekivät omat kehittämistehtävänsä kokeilusta sekä videon, joka julkaistaan Sosiaali- ja terveysministeriön:n digitaalisessa oppimishjelmassa syksyllä 2018. Viestinnän

kohderyhmiä ovat olleet niin sote-ammattilaiset, työvoimaviranomaiset kuin tavalliset kansalaiset.

Näiden lisäksi kokeilun kvalitatiivisia ja kvantitatiivisia tuloksia pyritään julkaisemaan myös tieteellisemmällä foorumeilla (esim. Suomen Lääkärilehti ja PREMISSE) juurruttamisen edellytysten voimistamiseksi. Kokeilun lopuksi järjestetään loppuseminaarit kansallisen juurruttamisen tukemiseksi joulukuussa 2018 Jyväskylässä ja Helsingissä. Näihin on tulossa puhumaan toimintamallin ulkomaisia asiantuntijoita sekä Keski-Suomen kokeilun keskeisten elementtien toteuttajia.

Viestintään kohdistetut resurssit koskevat seminaarien järjestämistä ja artikkeleiden valmistelua (yhteensä noin 45 000 euroa).

3 Osaprojektit

3.1 Yleistä

Koska alkuperäisten suunnitelmien mukainen kokeilu (työterveyshuollon toiminnallisen integroinnin suuntaaminen selkäpotilaisiin) onnistui ja hankkeelle osoitettuja määrärahoja voitiin suunnata juurruttamiseen muihin potilasryhmiin, aloitettiin laaditun generisen mallin soveltaminen masennus- ja olkapääpotilaisiin Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin aloitteista Sosiaali- ja terveysministeriön hyväksynnällä.

3.2 Osaprojekti 1 Masennuspotilaat

Tulokset, aikaansaatu muutos ja vaikuttavuus:
Tavoitteena on työssä käyvien masennuspotilaiden viiveetön ja saumaton hoito yhteistyössä sairaalan, perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon kanssa.
Toteutus: Tähän mennessä on luotu alueellinen masennuspotilaan hoitoketju, jossa työterveyshuollon osuus potilaan hoidossa on keskeisessä roolissa. Hoito- ja kuntoutusketjun kokeilu on aloitettu lokakuussa 2018.
Vastuuhenkilö ja organisaatio:
Projektipäällikkö Mika Keinänen, FCG, Projektiryhmä: psykiatrian ylilääkäri Tarja Seuri, psykologi Leena-Kaisa Härkönen, psykiatrian poliklinikan osastonhoitaja Ulla Parviainen, depressiohoitaja Jaana Kortelahti, professori Ilkka Vohlonen, Itä-Suomen yliopisto, professori Kaj Husman, FCG, ja projektikoordinaattori Kirsi Piitulainen, K-Sshp, liikelaitosjohtaja Irja Korhonen Työterveys Aalto. Muu organisaatio: 5 yksityistä työterveyshuoltoa ja terveyskeskuslääkärit (Jyte)
Kustannukset: Osaprojektin toteutuneet kustannukset katettiin ohjausryhmän päätöksellä alkuperäisen suunnitelman mukaisen toteutuksen ylijäämällä.

Seuraavalla sivulla on esitetty graafisesti yEd-työkalulla laadittu malli/ehdotus yhteisistä toimintatavoista työterveyshuollon organisaatioiden ja julkisen terveydenhuollon välisesti.

Yleisperiaatteena nuolet kuvassa kuvaavat informaatiovirtoja: esimerkiksi kommunikaatiota, informointia puolin ja toisin asiakkaan tilanteesta sekä palveluiden käytöstä, konsultaatiomahdollisuuksia, ym. Lisäksi nuolet voivat tarkoittaa asiakkaan hoitoketjun etenemistä: esimerkiksi lähetettä tai suositusta asiakkaalle siirtyä nuolen kuvaamien palveluiden piiriin.

Kuvan sarakkeet kuvaavat vastuutahoja ja palveluntuottajia. Sarakkeiden yläosassa on työterveyshuollon ja perustason osalta lisäksi kuvattu asiakkaan hoidon kokonaisuudesta vastuussa oleva taho: työterveyslääkäri tai yleislääkäri. Keskeinen vastuutaho on lisäksi uudessa ehdotetussa toimintamallissa työterveyshuollon sarakkeessa Case Manager, joka koordinoi asiakkaan palveluiden kokonaisuutta ja tukee työhön paluuta sekä toimintakykyä.

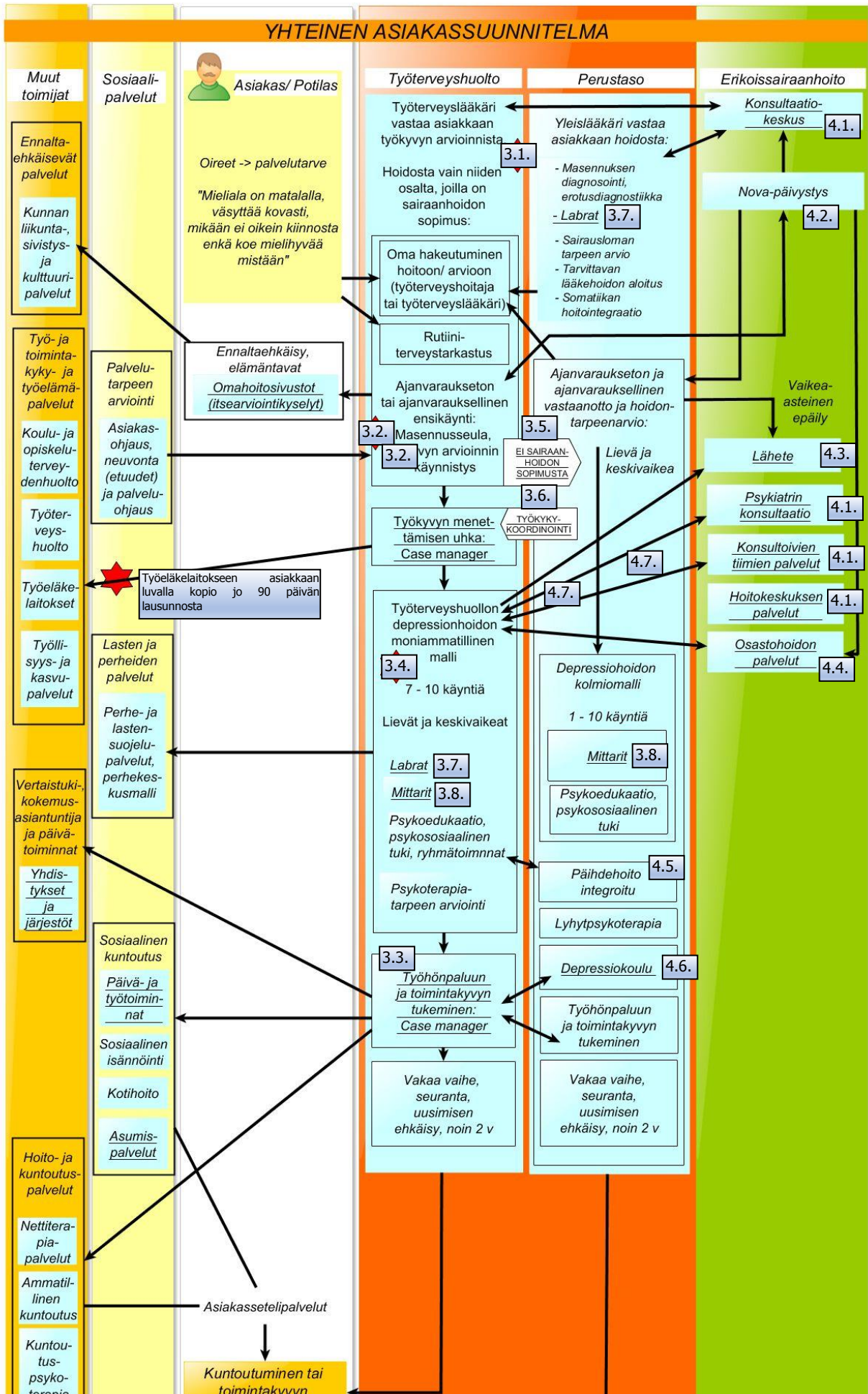
Kuvattu asiakkaan hoitoketju/-prosessi voi saada erilaisia muotoja riippuen esimerkiksi potilaan masennuksen vaikeusasteesta tai siitä, kuuluuko potilaan työterveyshuoltoon sairaanhoidon sopimus vai ei. Eniten esitetyistä prosesseista poikennee työttömän tai työttömäksi jääneen masennuspotilaan hoitoketju – esimerkkinä työttömäksi jääneen asiakkaan oikeus työterveyshuoltoon voi katketa kesken hoitoprosessin.

Kuvaaja on siten yleisluontoinen ja kattaa suurimman osan lievien ja keskivaikeiden masennuspotilaiden hoitoketjun/prosessin tapauksia, yhteisistä käytännöistä sopimisen pohjaksi.

Kuvaajaan on lisäksi numeroitu eräitä yhteistyön toimivuuden kannalta keskeisiä taustoja ja uusia toimintamalleja. Kuvassa esitetyt numerot viittaavat masennuspotilaan hoitoketjun ohjeistusdokumentin kappaleisiin: esim. numeroitu kohta 3.1. kuvaajassa viittaa vastaavasti ohjeistusdokumentin lukuun 3.1., jossa on esitetty yleisellä tasolla työterveyshuollon toimintatapoja ja rooli masennuspotilaan hoidossa. Ohjeistusdokumentin luvussa 4 on puolestaan esitetty toimintatapoja, sisältöjä ja kriteeristöjä koskien K-Sshp:n tarjoamia palveluita.

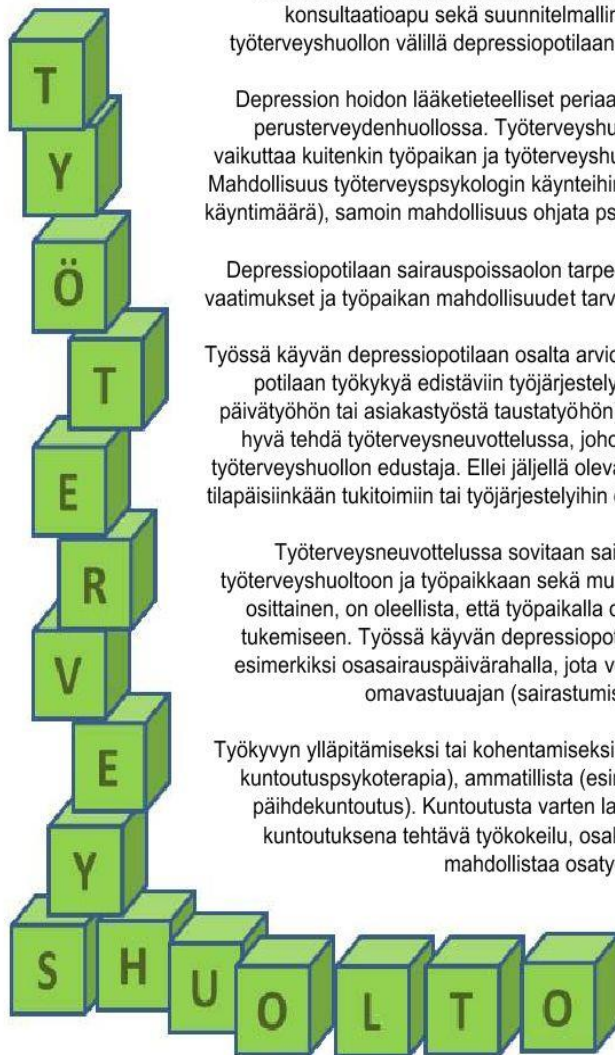
Projektin ja kokeilun nimi

Depression hoitoketju, lievä ja keskivaikea masennus, työterveyshuolto osana perustason tutkimista ja hoitoa



Työterveyshuollon ja julkisen terveydenhuollon yhteistyön välisesti keskeisimpiä yhteisesti sovittavia asioita ovat yhteiset kriteeristöt ja toimintatavat, kuten Käypä hoito –suositusten käytäntöjen noudattaminen (linkki alla). Alla on kuvattu työterveyshuollon roolia masennuspotilaan hoidossa yleisellä tasolla.

Työterveyshuolto



Työterveyshuoltoa varten on kehitetty toimintamalleja masennuksen ehkäisyä ja hoitoa varten. Malleissa keskeisiä ovat moniammatillinen yhteistyö ja selkeä vastuunjako työterveyshuollon toimijoiden kesken (työterveyslääkäri, -hoitaja ja -psykologi), oikea-aikainen psykiatriin konsultaatioapu sekä suunnitelmallinen ja tavoitteellinen yhteistyö työpaikan ja työterveyshuollon välillä depressiopotilaan työssä jatkamisen ja työhön paluun tukemiseksi.

Depression hoidon lääketieteelliset periaatteet ovat työterveyshuollossa samanlaiset kuin perusterveydenhuollossa. Työterveyshuollossa toteutettavan sairaanhoidon sisältöön vaikuttaa kuitenkin työpaikan ja työterveyshuollon välisen työterveyshuoltosopimuksen sisältö. Mahdollisuus työterveyspsykologin käynteihin sisältyy lakisääteiseen työterveyshuoltoon (rajattu käyntimäärä), samoin mahdollisuus ohjata psykiatrian erikoislääkärille kuntoutustarpeen arvioon.

Depressiopotilaan sairauspoissaolon tarpeeseen ja pituuteen vaikuttavat toimintakyky, työn vaatimukset ja työpaikan mahdollisuudet tarvittaviin työhön liittyviin tukitoimiin tai työjärjestelyihin

Työssä käyvän depressiopotilaan osalta arvioidaan, onko työpaikalla tarvetta ja mahdollisuuksia potilaan työkykyä edistäviin työjärjestelyihin (esim. siirtyminen tilapäisesti vuorotyöstä päivätyöhön tai asiakastyöstä taustatyöhön) tai muihin työhön liittyviin tukitoimiin. Arviointi on hyvä tehdä työterveysneuvottelussa, johon osallistuvat työntekijä, hänen esimiehensä ja työterveyshuollon edustaja. Ellei jäljellä oleva toimintakyky yllä nykyisen työn vaatimuksiin eikä tilapäisiinkään tukitoimiin tai työjärjestelyihin ole mahdollisuutta, sairauspoissaolo on aiheellinen.

Työterveysneuvottelussa sovitaan sairauspoissaolon aikaisesta yhteydenpidosta työterveyshuoltoon ja työpaikkaan sekä muista työhön paluun tukitoimista. Jos hoitovaste on osittainen, on oleellista, että työpaikalla on mahdollisuus osatyökykyisen työhön paluun tukemiseen. Työssä käyvän depressiopotilaan asteittaista työhön paluuta voidaan tukea esimerkiksi osasairauspäivärahalla, jota voi hakea Kelasta, jos työkyvyttömyys pitkittyy yli omavastuuajan (sairastumispäivä ja 9 seuraavaa arkipäivää).

Työkykyyn ylläpitämiseksi tai kohentamiseksi voidaan hoidon lisäksi tarvita lääkinnällistä (esim. kuntoutuspsykoterapia), ammatillista (esim. työkokeilu) tai sosiaalista kuntoutusta (esim. päihdekuntoutus). Kuntoutusta varten laaditaan kuntoutussuunnitelma. Ammatillisena kuntoutuksena tehtävä työkokeilu, osakuntoutustuki tai osatyökyvyttömyyseläke voi mahdollistaa osatyökykyisen työhön paluun.

Käypähoitosuositukset depression hoidosta perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa

Linkki Käypä hoito –suositukseen, kohta ”Depression hoito perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa: [http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50023#s15]

Viite: Depressio. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016 (viitattu 27.7.2018). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi

3.3 Osaprojekti 2 Olkapääpotilaat

<p>Tulokset, aikaansaatu muutos ja vaikuttavuus:</p> <p>Tavoitteena on viiveetön tarpeenmukainen ja oikea-aikainen kiertäjäkalvosinongelmasta kärsivien olkapääpotilaiden hoito ja kuntoutus yhteistyössä sairaalan, terveyskeskuksen ja työterveyshuollon sekä kuntoutuksen toimijoiden kanssa.</p>
<p>Toteutus:</p> <p>Olkapääpotilaiden mukaanotto on juurruttamisen osa: selkäpotilaiden geneerien toimintamalli sovelletaan kiertäjäkalvosinpotilaisiin. Tehty kiertäjäkalvosinpotilaiden hoitoketjuun toimintamallin edellyttämät muutokset, joissa tiedonkululla ja työterveyshuollon case manageroinnilla on keskeinen rooli.</p>
<p>Vastuhenkilö ja organisaatio:</p> <p>Professori Kaj Husman, FCG. Projektiryhmä: Professori Juha Paloneva, professori Mauri Kallinen, KSSH, liikelaitosjohtaja Irja Korhonen, Työterveys Aalto, projektikoordinaattori Kirsi Piitulainen, KSSH.</p>
<p>Kustannukset: Osaprojektin toteutuneet kustannukset katettiin ohjausryhmän päätöksellä alkuperäisen suunnitelman ylijäämällä.</p>

3.4 Osaprojekti 3 Sydänpotilaat

Kokeilun aikana sydänpotilaita hoitava taho otti yhteyttä kokeilun johtoon ja ilmaisi halukkuutensa muuttaa sydänpotilaiden hoito- ja kuntoutusketjua kokeilun mallin mukaisesti. KSSH on päättänyt, että myös tämän potilasryhmän hoitoketju ja kuntoutuspolku muutetaan mallin mukaiseksi vuoden 2019 aikana erillisillä määrärahoilla.

4 Dokumentointi

Taulukko 9: Julkaisut, dokumentit jne.

Julkaissun, dokumentin jne. nimi	Missä julkaistu, mistä löydetävissä	Julkaissu päivämäärä
TYÖIKÄISTEN TYÖKYVYN UUDENLAINEN TUKI: Työterveyshuollon toiminnallisen integrointikokeilun alustavia tuloksia Keski-Suomesta	Tarjotaan julkaistavaksi Suomen Lääkärilehteen syksyllä 2018 kvalitatiivisia ja kvantitatiivisia tuloksia mallista ja sen vaikutuksista Tarjotaan julkaistavaksi Premissi-lehteen syksyllä 2018 tuloksia potilasvirtaanalyysistä (REGION) Keskustellaan keskeisten tulosten raportoinnista Kela:n SOSIAALIVAKUUTUS – lehdessä talvella 2019	Ei ole vielä julkaistu, on arvioitavana Käsikirjoitusta valmistellaan arvioitavaksi lähetettäväksi
Yhteistyöryhmän pöytäkirjat	Yhteistyöryhmän hallinnassa	v. 2017–2018
Ohjaussryhmän pöytäkirjat	Google Drive	30.8.2017, 13.2.2018, 29.5.2018 4.9.2018 30.10.2018
Auvo Mäkinen: Työterveys koordinoi työttömien hoitoketjua Keski-Suomessa	Blogi Oskuportaalissa	22.8.2018
Kaj Husman: Saumaton hoitoketju ja kuntoutuspolku työikäisille Keski-Suomessa	Blogi Oskuportaalissa	12.7.2018
Kaj Husman: Työterveyshuolto tuo lisäarvoa soteen	Blogi keskustan liikuntapoliittisen seuran fb-seinällä	19.2.2018

Projektin ja kokeilun nimi

Julkaisun, dokumentin jne. nimi	Missä julkaistu, mistä löydettävissä	Julkaisu päivämäärä
Iita Kettunen: Keski-Suomi testaa: Työterveyspalveluja myös työttömille	https://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/selkapotilaastatyokykyiseksi	29.3.2018
Iita Kettunen: Selkävaivat hallintaan oikea-aikaisella kuntoutuksella	TTT-lehti	4/2018
Sairaat halutaan nopeammin takaisin töihin Keski-Suomessa – Kokeilu laajenee selkäpotilaiden lisäksi masennuspotilaisiin	Artikkeli Keski-suomalaisessa	25.3.2018
Kirsi Piitulainen: Viiveetön hoito- ja kuntoutuspolku työelämään selkäleikkauksen jälkeen	Video ja kirjallinen työ Työkykykoordinaatto rikoulutus Vaasassa/STM, Kuntoutussäätiö	17.6.2018
Teija Hietala ym.: Yhteistyö ja tiedonkulku osatyökykyisen työttömän palvelupolulla kohti työelämää	Työkykykoordinaatto rikoulutus Jyväskylässä/STM, Kuntoutussäätiö	19.12.2017

5 Opit ja palautteet

Kokeilu osoitti, että uudenlaisen toimintamallin edellytyksiä on neljä:

YHTEISTYÖ

- Yhteisen tavoitteen määrittely, kokonaisvaltaisempien hoito- ja kuntoutusmallien kehittäminen.
- Nimetyt yhteyshenkilöt kaikilla yhteistyötahoilla ja verkostomaisen yhteydenpidon muodoista sopiminen.
- Säännölliset yhteistyöryhmän kokoukset

PROSESSI

- Työkyvyn tukeminen nähdään yhteisenä prosessina eri toimijoiden välillä
- Toimintamallin sopiminen ja vastuuhenkilöiden nimeäminen TE-toimistossa ja työterveyshuolloissa
- Potilaiden rekrytointi sekä odotettujen ja todentuneiden määrien seuranta
- Säännöllinen yhteistyö Kelan, TE-toimiston ja TYP:n kanssa
- Kelan ja TE-toimiston työntekijöiden yhteistapaaminen asiakkaan kanssa

- Huomioidaan, että työttömille kirjoitetaan sairauspoissaolo ja tarvittavat lausunnot silloin, kun he eivät ole työkykyisiä.

CASE-MANAGER

- Vastuullinen asiakasohjaus
- Työterveyshuollolla ydinosaamista työkyvyn arviointiin
Työterveyshuollolla ydinosaamista työhönpaluusuunnitelman teosta ja

TIEDONKULKU

- Säännölliset yhteistyöneuvottelut (TTH, PTH, ESH, TE, KELA) potilaiden/asiakkaiden työkyvyn edistämiseksi
- Yhteisten, nopeiden tiedonkulun väylien kehittäminen
- Potilas-/asiakaskohtaisen tiedon sisällöstä ja sen siirrosta vastaavien identifiointi
- Tiedon siirron hyödyllisyyden arviointi yhteisesti ja sopiminen tarvittavista muutoksista.

Alkuvaiheessa ohjeistuksen olisi pitänyt olla selkeämpi potilaille ja eri toimijoille. Toisaalta nyt voitiin havainnoida, miten asiat lähtevät sujumaan.

Tiedonkulun ongelmallisuus eri terveydenhuollon tahojen välillä, mm. erilaisista asiakas/potilastietojärjestelmistä johtuen, hidasti yhteistyön suunnittelua ja toimeenpanoa jokaisessa prosessissa. Tiedonkulkuun liittyvät ongelmat ovat sekä teknisiä että toimintakulttuuriin liittyviä.

1. Kehitysehdotus: SOTEn toimijoilla pitäisi olla yhteinen tavoite työlleen: *toimintakykyinen ihminen*. Tämä tavoite sopii kaikenikäisille. Työkäisillä tavoite on *työkykyinen ihminen* (työlliset ja työttömät).

2. Kehitysehdotus: Työterveyshuollon ammattilaisille järjestetään koulutusta siitä, kuinka potilaiden Kelassa olevaa tietoa voidaan ja tulisi hyödyntää työhön paluun ja/tai työllistymisen suunnittelussa ja toimeenpanossa.

Hankkeessa ei ratkaistu tiedonkulkuun liittyviä teknisiä haasteita. Hankkeessa pyrittiin vaikuttamaan toimintakulttuuriin liittyviin haasteisiin, mutta niitä ei saatu ratkaistua riittävästi, jotta tiedonkulku onnistuisi ilman hanketta vuodesta 2019 lähtien.

3. Kehitysehdotus: Sairaalan työkyvyn tukiprosessia varten sairaalaan tarvitaan päätoiminen työkyvykoordinaattori.

4. Kehitysehdotus: Case managereilta kerättävien tietorakenteiden kirjaus olisi mahdollistettava potilastietojärjestelmiin rakenteisessa muodossa siten, että ne voitaisiin poimia järjestelmistä normaalin tiedonkeruun yhteydessä. Tämä vaatisi muutaman tietokentän lisäämisen kunkin työterveyshuollon käyttämän potilastietojärjestelmän datamalliin sekä kirjauslomakkeisiin. Lisäksi case manager – käynneille olisi hyvä perustaa oma käyntikoodi tai vastaava, joilla erityisesti CM-käynnit voidaan identifioida aineistosta.

5. Kehitysehdotus: Lupakäytännöt tulisi rakenteistaa samalla tavoin kuin datamallit. Kansallisella tasolla terveydenhuollon datojen toisiokäyttölain mahdollinen voimaantulo

helpottanee lupakäytänteiden monimutkaisuutta sekä nopeuttanee aikatauluja, joilla tarvittavat luvat potilasaineistojen käyttöön saadaan.

6. Kehitysehdotus: Tietoa luovuttavien organisaatioiden kustannukset, sekä poimintaan kuluvat resurssit, sekä tiedon toimitukseen liittyvät henkilöt on selvitettävä sekä varmistettava resurssien sitoutuminen hankkeeseen mahdollisimman nopealla aikataululla. Sitouttamista edistävät alustavat arviot sitoutuvista resursseista, sekä ylöskirjoitetut suunnitelmat ja informaatio hankkeesta sekä mm. edellä mainituista lupakäytännöistä. Projektiryhmän tulisi valmistella jokaiselle osallistuvalla tiedonluovuttajataholla selkeästi kirjoitettu informaatiopaketti yleisimmin esille tulevista kysymyksistä tiedon keruun suhteen.

7. Kehitysehdotus: Kokonaisten hoitoketjujen seurannan sekä asiakaskohtaisen hoidon ja sen tulosten seurannan tarpeisiin on tarve perustaa tai hankkia osapuolten yhteinen tietovarasto (yksikanavainen tieto/SIGMA) tai tietoa, jolle on lisäksi määriteltävä yhteinen tietomalli ja -rakenne sekä raportointitavat. Raportointi, tietomalli ja -rakenne taas vaativat etukäteismäärittelyä (tai iteraatiokierroksia) liittyen mittareihin, joita tietopohjasta halutaan toteuttaa.

8. Kehitysehdotus: Aineistosta toteutettavissa olevat mittarit tulisi yrittää hahmotella mahdollisimman aikaisessa vaiheessa hanketta tai myöhempää jatkuvaluonteista seurantaa, jolloin myös datamallit ja rakenteet olisivat nopeammassa aikataulussa järjestelmällistettävissä. Mittareiden laskentatapa ja tietolähteet sekä näiden vaatimat tiedon rakenteet olisivat, jos mahdollista, kuvattava mahdollisimman tarkasti.

Eräksi aivan keskeiseksi opiksi tuli se, että uudenlaisen toiminnallisen integroinnin edellytyksenä on nykyistä paljon sujuvamman tiedonsiirron ja -vaihdon toteutuminen. Yleisesti ottaen, tähän ei ollut teknisiä tai tietosuojaesteitä, vaan tiedonvaihdon ja siirron uudenlaisen käytännön käyttöönotto voitiin tehdä pelkästään jo vallitsevien käytäntöjen muuttamisella.

9. Kehitysehdotus: Asiakkaiden/potilaiden tiedon toissijaisen käytön mahdollistavat lainsäädännölliset muutokset tulisi tunnistaa sekä muuttaa se lainsäädännöllinen seikka, joka estää sairaanhoitopiirin, terveyskeskuksen ja työterveyshuollon aikaansaamien Kansaneläkelaitoksen kustannussäästöjen palkitsevaan ohjaamiseen.

Työttömien kohdalla työterveyshuollossa ei oltu varauduttu selkäpotilaiden moninaiisiin, työ- ja toimintakykyyn vaikuttaviin ongelmiin. Monella työttömällä työkykyisyyden arviointi oli haasteellista, mm. sen vuoksi, ettei osa alkujaankaan halunnut palata työelämään pitkän työuran jälkeen.

10. Kehitysehdotus: Työttömien työkyvyn arvioimiseksi työllistymissuunnitelman toimeenpanoa varten tulisi laajentaa nykyistä moniammatillista otetta ja tehdä tämänlainen työkyvyn arviointi jo nykyistä varhemmin työttömyyden alkuvaiheessa. Vastuu työkyvyn arvioinnin tarpeesta tulee olla ensikontaktipaikassa (luku 1.2.2).

Kroonisten selkäkipupotilaiden (M54) osalta kehitettiin yhteistyössä TYÖKE-hankkeen kanssa ja kokeiltiin onnistuneesti Keski-Suomessa ns. "Postilaatikkoa", eli sähköistä tiedon siirtoa erikoissairaanhoidon ja työterveyshuollon välillä potilaskohtaisten hoito- ja sujuvien kuntoutusprosessien varmistamiseksi.

11. Kehitysehdotus: Sähköinen tiedonsiirto ilman potilaan vastuuttamista otetaan välittömästi käyttöön eri potilasryhmissä.

12. Kehitysehdotus: Erilaisten ammatillisten kuntoutusten keinot tulisi case managereilla olla tiedossa ja näitä tulisi hyödyntää riittävästi ja oikea-aikaisesti sairauden uhatessa työkykyä.

6 Jälkihoito

6.1 Siirtyminen pysyvään toimintaan

Hanke on tehty suunnitteluvaiheesta alkaen niiden toimijoiden kanssa, jotka toimivat toimintamallin mukaisesti hankkeen loputtua. Yhdessä on löydetty kokeiltavat toimintatavat, joita on yhdessä viritetty kokeilun aikana tarpeen mukaisesti. Juurruttamiseen liittyen selkäpotilaiden geneeristä toimintamallia on sovellettu olkapääpotilaisiin ja masennuspotilaisiin ja laajennettu toiminta koskemaan potilasprosessia alkaen sairausprosessia ennen sairaalaan lähettämisen vaihetta (masennus) sekä koskemaan myös potilaita, jotka eivät ole olleet lainkaan sairauslomalla ennen todettua työkyvyn tuen tarvetta.

Ilmeistä on, että suuren laivan, sairaalan sisäiset prosessit ja niiden saaminen toimimaan kaikilta osin toimintamallin mukaisesti edellyttää eritoten tiedonkulun ongelmien vuoksi sitä, että projektikoordinaattori/työkykykoordinaattori jatkaa vuoden 2019 ajan. Samalla toimintamallia voidaan soveltaa muille erikoisaloille; sydänpotilaista vastaava taho on jo pyytänyt päästä mukaan mallia soveltamaan. Myös nämä edellyttävät paitsi projektikoordinaattorin mukanaoloa myös nykyisen hankeryhmän panosta.

6.2 Arviointi, jälkiarviointi ja avoimet tehtävät

6.2.1. Asiakasnäkökulma

Asiakastyytyväisyyskysely toteutettiin anonyyminä Webropol-kyselynä, johon vastasi 48 selkäpotilasta.

Vastaajat olivat tyytyväisimpiä (n. 80 % erittäin tai melko tyytyväinen) sairaalan fysiatrian ja ortopedian poliklinikoiden osalta tutkimusten perusteellisuuteen ja riittävyyteen liittyen selän hoitoon. Työterveyshuollon lääkärin palveluiden osalta vastaajat olivat tyytyväisimpiä (n. 70 %) tiedon saantiin sairaudesta. Sen sijaan vähiten tyytyväisiä (n. 50 %) oltiin omiin mahdollisuuksiin vaikuttaa hoitoon kaikilla em. terveydenhuollon tahoilla.

Kuntoutuksen onnistumiseen liittyen 94 % vastaajista arvioi oman motivaationsa kuntoutukseen erittäin tai melko hyväksi. Sairaalan ja työterveyshuollon yhteistyössä vastaajat olivat tyytyväisimpiä jatkohoitoon ja kuntoutukseen pääsyn sujuvuuden osalta (65 %). Puolet vastaajista oli tyytyväinen työhön paluunsa tarpeeksi nopeasti, sen sijaan 36 % vastaajista oli melko tyytyväinen terveydentilaansa työhön palatessa ja yhtä moni arvioi terveydentilansa "ei hyvä eikä huono" (Taulukko 10).

Taulukko 10. Asiakastyytyväisyyskyselyn vastaukset liittyen selän hoitoon ja kuntoutukseen

4. MITEN TYYTYVÄINEN OLETTE LÄÄKÄRIN PALVELUIHIN FYSIATRIAN POLIKLINIKALLA?							
	Erittäin hyvä	Melko hyvä	Ei hyvä eikä huono	Melko huono	Erittäin huono	N	Keskiarvo
Tutkimusten perusteellisuus ja riittävyys	40 %	40 %	8 %	10 %	3 %	40	4,05
Jatkohoitoon pääsyn sujuvuus	27 %	39 %	17 %	12 %	5 %	41	3,71
Tiedon saanti sairaudestanne	17 %	51 %	17 %	7 %	7 %	41	3,63
Tiedon saanti hoitovaihtoehdoista	21 %	44 %	15 %	18 %	3 %	39	3,62
Mahdollisuutenne vaikuttaa hoitoon	25 %	30 %	33 %	8 %	5 %	40	3,63
5. MITEN TYYTYVÄINEN OLETTE KESKI-SUOMEN KESKUSSAIRAALAN ORTOPEDIAN LÄÄKÄRIN PALVELUIHIN LIITTYEN SELKÄNNE HOITOON/LEIKKAUKSEEN?							
	Erittäin hyvä	Melko hyvä	Ei hyvä eikä huono	Melko huono	Erittäin huono	N	Keskiarvo
Tutkimusten perusteellisuus ja riittävyys	44 %	37 %	9 %	5 %	5 %	43	4,12
Jatkohoitoon pääsyn sujuvuus	39 %	39 %	7 %	10 %	5 %	41	3,98
Tiedon saanti sairaudestanne	29 %	45 %	17 %	5 %	5 %	42	3,88
Tiedon saanti hoitovaihtoehdoista	25 %	45 %	20 %	8 %	3 %	40	3,83
Mahdollisuutenne vaikuttaa hoitoon	22 %	34 %	32 %	7 %	5 %	41	3,61
6. MITEN TYYTYVÄINEN OLETTE LÄÄKÄRIN PALVELUIHIN TYÖTERVEYSHUOLLOSSA LIITTYEN SELKÄNNE HOITOON?							
	Erittäin hyvä	Melko hyvä	Ei hyvä eikä huono	Melko huono	Erittäin huono	N	Keskiarvo
Tutkimusten perusteellisuus ja riittävyys	32 %	27 %	24 %	7 %	10 %	41	3,63
Jatkohoitoon pääsyn sujuvuus	33 %	29 %	14 %	10 %	14 %	42	3,57
Tiedon saanti sairaudestanne	33 %	35 %	15 %	13 %	5 %	40	3,78
Tiedon saanti hoitovaihtoehdoista	25 %	33 %	20 %	18 %	5 %	40	3,55
Mahdollisuutenne vaikuttaa hoitoon	17 %	37 %	27 %	12 %	7 %	41	3,44
7. MITEN KUNTOUTUKSENNE ONNISTUI?							
	Erittäin hyvin	Melko hyvin	Ei hyvin eikä huonosti	Melko huonosti	Erittäin huonosti	N	Keskiarvo

Projektin ja kokeilun nimi

Oma motivaationne kuntoutukseen	48 %	46 %	2 %	4 %	0 %	48	4,38
Oma kykynne noudattaa kuntoutussuunnitelmaa	23 %	55 %	15 %	6 %	0 %	47	3,96
Työskentelytavat	19 %	43 %	21 %	13 %	4 %	47	3,60
8. MITEN TYYTYVÄINEN OLETTE SAIRAALAN JA TYÖTERVEYSHUOLLON YHTEISTYÖHÖN NIIDEN TUKIESSA TYÖHÖN PALUUTANNE?							
	Erittäin hyvin	Melko hyvin	Ei hyvin eikä huonosti	Melko huonosti	Erittäin huonosti	N	Keskiarvo
Jatkohoitoon ja kuntoutukseen pääsyn sujuvuus	17 %	48 %	17 %	10 %	10 %	42	3,52
Tietojenne kulku ja ajantasaisuus eri toimijoilla	23 %	28 %	28 %	14 %	7 %	43	3,47
Mahdollisuutenne vaikuttaa hoitoon ja kuntoutukseen	10 %	34 %	41 %	10 %	5 %	41	3,34
Työhön paluunne tarpeeksi nopeasti	13 %	41 %	31 %	13 %	3 %	39	3,49
Terveystilanne työhön palatessa	5 %	36 %	36 %	23 %	0 %	39	3,23

6.2.2. Järjestelmänäkökulma

Hankkeen juurruttamisen toimivuutta ja vaikuttavuutta voidaan vuonna 2020 arvioida sillä, onko kehitetty geneerinen toimintamalli käytössä maakunnallisesti Keski-Suomessa useilla eri erikoisaloilla. Tätä voidaan arvioida neljällä keskeisellä osa-alueella:

- Yhteistyö: toimiiko yhteistyö eri toimijoiden välillä saumattomasti?
- Prosessi: toteutuko yhteinen prosessi oireista hoitoon ja kuntoutukseen?
- Case managerointi: toimiiko työterveyshuolto prosessin case managerina?
- Tiedonkulku: onko tiedonkulkuun toimivat käytännöt eri toimijoiden kesken?

Nyt toteutetun selkäpotilaita koskevan työterveyshuollon toiminnallisen integroinnin vaikutuksia voidaan seurata myöhemmin (2019 ja/tai 2020) myös yhdistämällä HILMO- ja Kelarekisterit ja tätä kautta analysoida aikaisempien (1999 ja 2013) periaatteiden mukaan mallin vaikuttavuutta. Erillisellä tutkimuksella voidaan myös (esim. Itä-Suomen yliopiston professori Janne Martikainen) selvittää uuden mallin kustannusvaikutuksia, mukaan lukien työnantajien tuotannonmenetysten mahdollinen vähentyminen.

Työterveyshuollon toiminnallisen integroinnin mallia sovelletaan 1.9.2018 alkaen olkapääpotilaisiin ja 1.10.2018 alkaen masennuspotilaisiin. Kardiologit ovat myös lähestyneet projektiryhmää, hakien mahdollisuutta ottaa mukaan sydänpotilaita. Geneerisen toimintamallin edelleen juurruttaminen sekä masennus-, olkapää- ja mahdollisesti sydänpotilaidenkin osalta toiminnallisen mallin kehittämisen edellytysten toteutuessa, voitaisiin näitä koskevia toimenpiteitä tehdä Keski-Suomessa 2019 – 2020.

Edellä mainittujen mahdollisten jatkotoimenpiteiden toteutumisen osalta on olennaista saada ulkopuolista tutkimus- ja kehittämisrahoitusta. Näistä on tehty KEVAan ja Sosiaali- ja terveysministeriölle kesällä 2018 ja hakemus Kelaan syksyllä 2018. KEVA:n myöntämän ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirin määrärahojen turvin aloitetaan

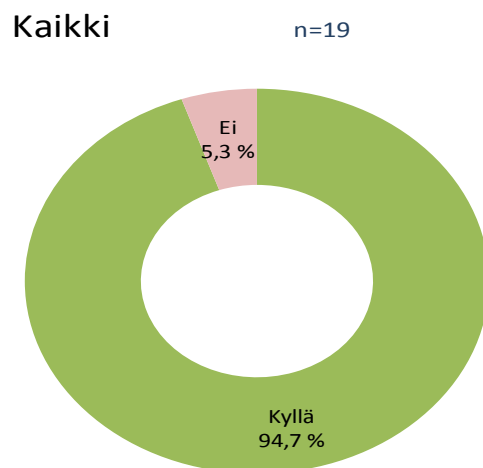
juurruttaminen masennuspotilaiden keskuudessa ja laajennetaan muihin potilasryhmiin ja koko Keski-Suomen alueella.

6.2.3. Toimijanäkökulma

Kysely hanketoimijoille toteutettiin anonyyminä Webropol-kyselynä, ja siihen vastasi 19 ammattilaista, jotka työskentelivät sairaalassa, julkisessa tai yksityisessä työterveyshuollossa, terveystieteiden keskuksessa, Kelassa tai TE-toimistossa.

Lähes kaikki toimijat pitivät toimintatavan muuttumista tarpeellisena työkyvyn tukea tarvitsevien potilaiden hoidossa (Kuva 7). Toimijat arvioivat tuntevansa eri työkyvyn tukemisen palvelumuodoista parhaiten ammatillisen kuntoutuksen, Kelan kuntoutusmahdollisuudet sekä työpaikan mahdollisuudet. Sen sijaan sosiaaliturva ja TE-toimiston palvelut tunnettiin edellisiä heikommin.

3. Näettekö toimintatavan muuttumisen tarpeelliseksi työkyvyn tukea tarvitsevien potilaiden hoidossa?



Kuva 7. Toimijakyselyn vastaukset kysymykseen toimintatavan muuttumisen tarpeellisuudesta

Toimijoista 2/3 arvioi, että yhteistyö eri toimijoiden välillä sekä työkyvyn tukemisen prosessi ovat parantuneet viimeisen 1,5 vuoden aikana. Puolet vastaajista arvioi, että vastuullinen asiakasohjaus on parantunut jonkin verran, ja 1/3 arvioi tiedonkulun saumattomuuden parantuneen. Lisäksi 2/3 arvioi, että uudella yhteistyön mallilla on edistetty osatyökykyisten työkyvyn tukea (Taulukko 11).

Taulukko 11. Hanketoimijoille tehdyn kyselyn vastaukset liittyen OTE-Keski-Suomen toimintamalliin

4. Tunneteko riittävän hyvin case manager -toimintaa ajatellen työkyvyn tukemista eri palvelumuodoin:					
	Erittäin hyvin	Melko hyvin	Jonkin verran	En lainkaan	
Lääkinnällinen kuntoutus	32 %	37 %	32 %	0 %	
Ammatillinen kuntoutus	47 %	32 %	21 %	0 %	
Sosiaaliturvan mahdollisuudet	16 %	37 %	42 %	5 %	
Kelan kuntoutusmahdollisuudet	32 %	42 %	21 %	5 %	
TE-toimiston palvelut	11 %	37 %	42 %	11 %	
Eläkevakuutusjärjestelmän mahdollisuudet	32 %	32 %	32 %	5 %	
Työpaikan mahdollisuudet	47 %	26 %	21 %	5 %	
8. Onko vuosien 2017 – 2018 aikana seuraavissa neljässä toiminnan ominaisuudessa tapahtunut muutosta?					
	Huonontunut paljon	Huonontunut vähän	Pysynyt ennallaan	Parantunut jonkin verran	Parantunut paljon
Yhteistyö eri toimijoiden välillä	0 %	0 %	37 %	58 %	5 %
Työkyvyn tukemisen prosessi	0 %	0 %	32 %	63 %	5 %
Vastuullinen asiakasohjaus	0 %	0 %	47 %	53 %	0 %
Tiedonkulun saumattomuus	0 %	0 %	63 %	37 %	0 %
9. Onko uudella yhteistyön mallilla edistetty osatyökykyisten työikäisten työkyvyn tukea?					
	Ei yhtään	Vähän	Ennallaan	Jonkin verran	Paljon
Onko uudella yhteistyön mallilla edistetty osatyökykyisten työikäisten työkyvyn tukea?	0 %	21 %	16 %	47 %	16 %

6.3 Ideoita jatkokehitykselle

Hanke on osoittanut, että työterveyshuollon toiminnallisella integroinnilla voi tulevaisuudessa myös 2019 jälkeen (2020 alkaen) olla edellytykset toimia nyt toteutetun kokeilun ja siinä kehitteillä olevien mallien mukaisesti.

Alueellinen jatkokehitys

KSshp on perustamassa pysyvää työkykykoordinaattorin toimea, joka vastaa kokeilussa sovelletun hankekoordinaattorin tehtävistä vastaamista.

JYTE on perustamassa uudenlaisen toimintamallin tueksi fysioterapeutin tointa.

Kokeilussa sovellettu monitoimija-alaisen yhteistyöryhmän rooli jatkuu 2019 ja pyritään vakinaistamaan.

Tiedonkulkua erikoissairaanhoidosta työterveyshuoltoon on onnistuttu teknistämään "postilaatikon" toimivuudella ilman että tukeudutaan henkilökunnan ja/tai potilaan tekemään viestimiseen/tiedonsiirtoon.

Kelassa rekisteröityjen potilaiden taustatietojen siirto työterveyshuoltoon mahdollistettiin työllistymissuunnitelman suunnittelemiseksi. Tätä tietojen siirtoa kehitetään edelleen.

Nyt kokeilussa JYTE:n alueella toteutettu uudenlainen toimintamalli juurrutetaan 2019 koko Keski-Suomen alueelle.

Jo kokeilun loppuaikana kehitetty ja alkuun toteutettu uusi toimintamalli masennuspotilaiden osalta juurrutetaan.

Keski-Suomen maakunnan järjestämissuunnitelmaan tulee sisällyttää työterveyshuollon toiminnallinen integrointi työkyvyn tukiprosessin aikaansaamiseksi työssä käyville ja työttömille.

Ideoita valtakunnallinen jatkokehitykseen

Uuden toimintamallin valtakunnallista juurruttamista varten tulisi luoda edellytykset, muutoksen läpimenon resursointi ja organisointi. Valtakunnallisen juurruttaminen tulee tukeutua johonkin olevaan instituution, työterveyshuollon ollessa integroinnin osapuolena se voi olla Työterveyslaitos. Lisäksi valtakunnallisen juurruttamisen edellytysten luomiseksi olisi tärkeää edistää työterveyshuollon potilastietojen rakenteellistamista yksikanavaiseen tietoon pohjautuvan seurannan aikaansaamiseksi.