

Liisa Malmberg
Julia Pasternack

Terveydenhoitajan ja potilaiden kokemuksia palvelukoordinaattoritoiminnan pilotoinnista Kirkkonummen terveysasemalla

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Terveydenhoitaja AMK

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

22.11.2016

<p>Tekijät</p> <p>Otsikko</p> <p>Sivumäärä</p> <p>Aika</p>	<p>Liisa Malmberg Julia Pasternack</p> <p>Terveydenhoitajan ja potilaiden kokemuksia palvelukoordinaattoritoiminnan pilotoinnista Kirkkonummen terveysasemalla.</p> <p>33 sivua + 5 liitettä</p> <p>22.11.2016</p>
<p>Tutkinto</p>	<p>Terveydenhoitaja AMK</p>
<p>Koulutusohjelma</p>	<p>Hoitotyön koulutusohjelma</p>
<p>Suuntautumisvaihtoehto</p>	<p>Terveydenhoitotyö</p>
<p>Ohjaaja</p>	<p>Yliopettaja, TtT Anne Nikula</p>
<p>Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kerätä potilaiden ja palvelukoordinaattorin kokemuksia vuonna 2016 pilotoitavasta palvelukoordinaattoritoiminnasta Kirkkonummen terveysasemalla ja tuottaa näin kokemusperäistä tietoa toiminnasta. Tavoitteena oli, että keräämämme tietoa voidaan hyödyntää palvelukoordinaattoritoiminnan kehittämisessä. Palvelukoordinaattoritoiminta pyrkii vastaamaan terveystalouden suurkäyttäjien tarpeisiin. Palvelukoordinaattorina toimiva terveydenhoitaja valitsi keuhkotautien 2016 aikana potilaat pilottitoimintaan ja pyysi heiltä suullisen suostumuksen yhteystietojen välittämiseen haastattelua varten. Aineistoa kerättiin haastattelemalla potilaita ennen palvelukoordinaattorin tapaamista (n= 2) ja sen jälkeen (n=1) sekä palvelukoordinaattoria (n=1) potilastapaamisten jälkeen. Ensimmäiset kaksi potilasta haastateltiin huhtikuussa 2016 ja yksi potilas sekä palvelukoordinaattori syys-lokakuussa 2016.</p> <p>Hyödynsimme aineiston purkamisessa induktiivisen sisällönanalyysin menetelmiä. Pienestä haastateltavien määrästä johtuen emme pystyneet toteuttamaan sisällönanalyysiä siinä laajuudessa, kuin olimme suunnitelleet. Haastatteluissa saimme kartoitettua suppeasti potilaiden kokemuksia omahoidosta, kunnan terveystaloudesta sekä palvelukoordinaattoritoiminnasta. Haastatteluissa ilmeni selkeitä kehittämissuhteita. Erityisesti päivystyspalveluiden taso oli esillä. Palvelukoordinaattoritoiminta lähti käyntiin suunniteltua pienemmällä mittakaavalla. Pilottivaiheessa toimi yksi palvelukoordinaattori, ja hänen vastaanotollaan kävi yhteensä kolme pilottipotilasta. Kehittämissuhteita nousi erityisesti palvelukoordinaattorin haastattelusta. Näitä olivat toiminnan ja hoitopolkujen selkiyttäminen, asiakasvastaavakoulutuksen tarjoaminen ja useamman hoitajan toimiminen palvelukoordinaattorina, tiedottamisen ja yhteistyön lisääminen sekä potilasvalinnan kriteerien laajentaminen.</p> <p>Opinnäytetyössä saatuja tuloksia voidaan käyttää toiminnan kehittämiseen ja pilotoinnissa esiin nousseita ongelmia voidaan pohtia etukäteen muissa toiminnan käyttöönottoa suunnittelevissa kunnissa. Kun toimintamallin käyttöönotto yleistyy kunnissa, tulee sen vaikuttavuuden tutkiminen koko ajan tärkeämmäksi.</p>	
<p>Avainsanat</p>	<p>perusterveydenhuolto, palvelukoordinaattori, asiakasvastaava, terveyshyötymalli, terveystalouden suurkäyttäjä, työikäinen, omahoito, elämäntilanne</p>

Author(s)	Liisa Malmberg Julia Pasternack
Title	Case manager pilot project at Kirkkonummi Health Station: Experiences by public health nurse and patients.
Number of Pages	33 pages + 5 appendices
Date	22 nd November 2016
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Public Health Nursing
Instructor(s)	Anne Nikula, Principal Lecturer, PhD
<p>The purpose of this study was to gather information about new case manager project from patients and case manager's experiences. The aim was that the gathered information could be used later on when developing case manager model at Kirkkonummi Health Station.</p> <p>Data for this study were collected by interviewing patients before their first meeting with the case manager (n=2) and after the meetings (n=1). We also interviewed the public health nurse (n=1) who works as a case manager at Kirkkonummi Health Station. The patient sample was selected by the case manager and she asked patients consent for participating to this study. First two patient interviews were carried out in April 2016 and one patient interview and one case manager interview in September and October 2016. We used methods from inductive content analysis as we could not carry it out in full because of a small number of interviews.</p> <p>We found out some similarities regarding patients experiences with municipal health care services. Interviewees had improvement ideas especially concerning emergency room services. The amount of patients who were willing to participate to case manager activity was unexpectedly small. Case manager only met three patients during our study. For this most suggestions how to improve case manager model came from the case manager herself. Those suggestions included e.g. clarification of case managers job description, raising knowledge of the model, getting case manager training and increasing collaboration among health care workers.</p> <p>Because the amount of patient interviews was quite small, our thesis emphasizes the case managers experiences and improvement ideas. The conclusions of our thesis can be used in further development of the case manager model and activities in Kirkkonummi.</p>	
Keywords	chronic care model, case manager, care manager, pilot study, public health care, patient interview

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	3
3	Opinnäytetyön työelämäyhteistyökumppani	3
3.1	Kirkkonummen sosiaali- ja terveystyö – Kirkkonummen terveysasema	3
3.2	Asiakasvastaava -toimintamalli	4
4	Opinnäytetyön keskeiset ilmiöt	6
4.1	Terveystyöiden suurkäyttäjät	6
4.2	Sairauksien omahoito ja elämäntoiminta	7
4.2.1	Omahoito	8
4.2.2	Elämäntoiminta	9
5	Opinnäytetyön empiirinen toteuttaminen	10
5.1	Suunnitteluvaihe	10
5.2	Menetelmät	11
5.2.1	Teemahaastattelu	11
5.2.2	Sisällönanalyysi	12
5.3	Aineistonkeruu	13
6	Tulokset	14
6.1	Potilaiden kokemukset Kirkkonummen kunnallisista terveystyöistä	14
6.2	Potilaan kokemukset palvelukoordinaattoritoiminnasta Kirkkonummen terveysasemalla	18
6.3	Palvelukoordinaattorin kokemuksia palvelukoordinaattoritoiminnan pilotoinnista Kirkkonummen kunnan terveysasemalla	21
7	Tulosten pohdintaa	24
7.1	Pohdinta	24
7.2	Opinnäytetyön eettisyys	25
7.3	Opinnäytetyön luotettavuus	27
7.4	Johtopäätökset ja kehittämissuhteet	29
7.5	Prosessin arviointi	30
	Lähteet	32

Liitteet

Liite 1. Haastattelun suostumuslomake

Liite 2. Haastattelupohja, kevät 2016

Liite 3. Kyselylomake, kevät 2016

Liite 4. Haastattelupohja, syksy 2016

Liite 5. Kyselylomake palvelukoordinaattorille

1 Johdanto

Kirkkonummen kunta pyrkii uudistamaan ja kehittämään sosiaali- ja terveyspalveluidensa laatua ja vaikuttavuutta hyödyntämällä uutena menetelmänä terveyskeskuksiinsa Terveyshyötymallin (eng. Chronic Care Model) asiakasvastaavatoimintaa (ASVA). Terveyskeskuksissa on herätty lääkäri- ja hoitajavastaanottojen potilasmateriaalin laatuun ja hajontaan. Käyntitiheyksien perusteella voidaan todeta osan potilaista käyvän moninkertaisesti vastaanotoilla, verrattuna suurempaan osaan potilaita. Prosentuaalisesti tämä pieni, mutta tiheästi vastaanotoilla käyvä osa potilaista käyttää suurimman osan lääkärin ja hoitajien vastaanottoajoista. Hankalan asiakasryhmän muodostavat ne potilaat, jotka suurista käyntimääristään huolimatta eivät parane tai myönteistä kehitystä terveydentilassa ei tapahdu. (Jyväskylä 2005: 410-411.) Haasteellista on myös osalla potilaista toteutuva pirstaleinen hoito eri yksiköissä, jolloin hoitopolusta puuttuu johdonmukaisuus ja kokonaisuuden hallinta. Osa asiakkaista voidaan katsoa palveluja epäasianmukaisesti käyttäviksi ja näiden asiakkaiden palveluntarpeisiin vastaaminen, hoidon yhtenäistäminen ja sujuvoittaminen on kehittämistyön alla. Epäasianmukaisen palveluiden käyttämisen tunnusmerkkejä katsotaan olevan tiheät vastaanottokäynnit ja päivystyskäynnit, useat erikoissairaanhoidon piirissä tapahtuneet hoidot tai tutkimukset, runsaat laboratorio- ym. tutkimukset yhdistettynä epäselvään tai parantumattomaan terveydentilaan. (Jyväskylä 2005: 413.)

ASVA-toiminnassa palveluja epätarkoituksenmukaisesti käyttävän potilaan hoitoa koordinoi lisäkoulutuksen saanut ASVA-hoitaja, joka auttaa potilasta hoidon suunnitelmallisessa yhtenäistämässä ja näin tukee potilasta sairauden hoidossa ja ohjaa omahoidon toteuttamiseen, tehostaa hoidon laatua ja kustannustehokkuutta. Nämä toimet myös lisäävät potilastyytyväisyyttä, mitä voidaan pitää yhtenä hoidon laadun kuvaajana (Aalto, Koskinen, Oksanen, Räsänen, Sauni 2015).

Asiakasvastaavatoiminta on suhteellisen uutta Suomessa eikä sen vaikuttavuutta ole vielä kattavasti tutkittu kotimaassa. Kansainvälisiä tutkimuksia tämän amerikkalaislähtöisen mallin hyödyntämisestä löytyy paljon, mutta niiden hyödyntäminen ja vertailu on vaikeaa mallien suurten toiminnallisten eroavaisuuksien vuoksi. Lisäksi juuri asiakkaiden kokemuksia on kartoitettu vasta vähän. Suomessa on julkaistu tuore tutkimus asiakkaiden odotuksista ja kokemuksista kuudessa kunnassa toteutetusta asiakasvastaavamal-

lista (Eriksson, Korhonen, Lassila 2016). Tutkimuksen mukaan asiakkaat odottivat palveluiden ja hoidon paranevan sekä hoitoon pääsyn helpottuvan. Kokemukset taas liittyivät palveluiden paranemiseen sekä tuen saamiseen. (Eriksson ym. 2016: 38-39.) Tämän tutkimuksen tuloksia voimme peilata oman opinnäytetyömme hypoteesiin.

Kirkkonummen kunnan tavoitteena on kehittää käyttöönsä uudenlainen palvelukoordinaattori -toiminta, joka pohjautuu asiakasvastaava-malliin. Tässä työssä avaamme Sosiaali- ja terveysministeriön oppaan mukaisesti asiakasvastaavamallia, mutta käytämme samasta toiminnasta nimeä palvelukoordinaattoritoiminta Kirkkonummen kunnan linjauksen mukaisesti, kun puhumme Kirkkonummella suunnitellusta ja tapahtuvasta toiminnasta. Samaten käytämme termiä potilas, asiakkaan sijasta, Kirkkonummen linjauksen mukaisesti. Opinnäytetyössä selvitetään palvelukoordinaattoritoiminnan pilottivaiheesta saatuja kokemuksia Kirkkonummella.

Tavoitteena opinnäytetyössä on Kirkkonummen sosiaali- ja terveyspalvelujen palvelukoordinaattoritoiminnan kehittämisprosessissa hyödynnettävän palautteen kerääminen kohdennetulta potilasryhmältä ja palvelukoordinaattorihoitajalta. Käytännössä potilaspalautetta kerättiin ennen ja jälkeen ensimmäisen palvelukoordinaattoritapaamisen osana palvelujen kehittämisprosessia. Asiakaspalautteen kerääminen pilottipotilailta haastattelulla tähtää asiakkaiden toivomien ja kokemien asioiden ja toiminnan kartoittamiseen ja näihin tarpeisiin vastaavien työmenetelmien kehittämiseen. Pilottipotilaat haastateltiin ennen ensimmäistä palvelukoordinaattorin tapaamista sekä kontrolloidusti ensimmäisten tapaamisten jälkeen. Selvitettäviä asioita olivat potilaiden kokemukset omalääkäreistä avoterveydenhuollossa, numeerinen arvio terveyspalveluista, elämänhallinnan kokemukset terveyden edistämisessä ja toivomukset palveluiden sisällössä. Jälkimmäisessä haastattelussa kysyttiin kokemuksia palvelukoordinaattorin vastaanotosta sekä sen vaikuttavuudesta. Lisäksi selvitimme palvelukoordinaattorin kokemuksia pilottipotilaiden kohtaamisesta ja toiminnan aloittamisesta sekä kehittämistarpeista. Aineiston kerääminen toteutettiin teemahaastatteluilla, potilaiden kohdalla kasvokkain ja hoitajan kohdalla sähköisesti.

2 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyömme tavoitteena on kartoittaa palvelukoordinaattoritoiminnan pilottivaiheen kokemuksia Kirkkonummella. Tarkoituksena on kerätä kokemusperäistä tietoa potilailta ja palvelukoordinaattorina toimivalta terveydenhoitajalta sekä tuottaa asiakasläh- töistä tietoa asiakasvastaavatoiminnan/palvelukoordinaattoritoiminnan vastaanotosta ja hyödyllisyydestä sekä koetusta terveystalvelujen toimivuudesta Kirkkonummella.

Tutkimuskysymyksiämme ovat:

1. ”Millaisena potilaat ovat kokeneet käyttämänsä Kirkkonummen kunnalliset terveystalvelut?”
2. ”Millaiseksi potilaat kokevat palvelukoordinaattoritoiminnan pilotoinnin Kirkkonummen kunnan terveystalveluilla?”
3. ”Millaiseksi palvelukoordinaattori kokee palvelukoordinaattoritoiminnan pilotoinnin Kirkkonummen kunnan terveystalveluilla?”

Toivomme, että keräämäämme tietoa voidaan hyödyntää palvelukoordinaattorimallin kehittämässä ja toiminnan varsinaisessa käyttöönotossa Kirkkonummella.

Opinnäytetyömme hypoteesi on, ”Terveystalvelujen suurkäyttäjät kokevat Kirkkonummen kunnalliset terveystalvelut riittämättöminä. Palvelukoordinaattoritoiminnalla on potilaan voimavaroja ja elämäntalvelua tukevia vaikutuksia jotka näkyvät omahoidossa ja terveystalveluiden käytössä.”

3 Opinnäytetyön työelämäyhteistyökumppani

3.1 Kirkkonummen sosiaali- ja terveystalvelut – Kirkkonummen terveystalvelu

Kirkkonummi on Länsi-Uudellamaalla sijaitseva reilun 38 000 asukkaan kunta. Kirkkonummen sosiaali- ja terveystalveluista vastaavat virka-aikana kolme terveystalvelu; Kirkkonummen keskuksen terveystalvelu, Veikkolan terveystalvelu sekä Masalan terveystalvelu. Keskustan terveystalveluilla toimii yhteispäivystys arkisin klo 16-20. Arkipäivisin klo 20-08, viikonloppuisin, arkipäivinä sekä muina pyhäpäivinä päivystyspotilaiden hoidosta vastaa Jorvin sairaalan terveystalvelukeskuspäivystys Espoossa (HUS). Kirkkonummi on jaettu 23 omalääkärialueeseen joista neljä (4) sijaitsee Veikkolassa, neljä (4) Masalassa ja loput (15) Kirkkonummen keskustan alueella. Nimetyt terveystalvelukeskuslääkärit

vastaavat alueittain kuntalaisten lääkärivastaanotoista, omalääkärijärjestelmän mukaisesti.

Taulukko 1. (Kirkkonummi - Kyrkslätt. Tietoja kunnasta)

Asukasluku (2014)	38 220
Suomenkieliset asukkaat	77,5 %
Ruotsinkieliset asukkaat	17,9 %
Muunkieliset asukkaat (2011)	4,6 %

Opinnäytetyö toteutetaan yhteistyössä terveysaseman lääkäreistä ja hoitajista koostuvan projektiryhmän kanssa. Opinnäytetyössämme haastateltaviksi potilaita ovat valikoituneet Kirkkonummen keskuksen terveysaseman potilaita, terveysaseman henkilökunnan suorittaman valikoinnin perusteella. Haastattelut toteutetaan fyysisesti Kirkkonummen keskuksen terveysaseman tiloissa.

3.2 Asiakasvastaava -toimintamalli

Asiakasvastaava -toimintamalli on osa vuonna 2008 sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemaa Toimiva terveyskeskus -toimenpideohjelmaa. STM:n lisäksi ohjelmaa ovat olleet kehittämässä ja toteuttamassa THL, TTL, Kela, Kuntaliitto sekä eri ammattijärjestöjä. Yksi keskeinen toimenpideohjelman osa-alue on pitkäaikaissairauksien hoidon ja ehkäisyn kehittäminen, minkä toteuttamisessa käytetään Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallia. Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli on suomalainen vastine amerikkalaiselle Chronic Care Modelille. Terveysyötymalliin kuuluu case/care manager -toiminnan (asiakasvastaava) mallintaminen suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmään sopivaksi. Tässä mallintamisessa päävastuu on ollut Suomen sairaanhoitajaliiton edustamalla työryhmällä. (Muurinen, Mäntyranta 2015: 3.)

Asiakasvastaavatoiminnan on tarkoitus kohdentua moniongelmaisiiin ja/tai pitkäaikaissairaisiin terveyspalveluita runsaasti kuluttaviin asiakkaisiin. Viidesosa väestöstä käyttää suurimman osan terveyskeskusten palveluista. Juuri näiden ”avainasiakkaiden” kohdalla tulee kiinnittää huomiota kokonaistilanteeseen ja välttää päällekkäistä työtä. Huolimatta

useista käynneistä terveydenhuollon parissa, hoito ei välttämättä kohdennu asiakkaiden perimmäisiin tarpeisiin. (Pernaa 2014.)

Asiakasvastaava-toiminnalla on moninaisia tavoitteita, joita voidaan tarkastella asiakkaan, henkilöstön ja palvelujärjestelmän näkökulmasta. Asiakkaan näkökulmasta toiminnan tärkeimmät tavoitteet ovat palveluiden asiakaskeskeisyyden vahvistaminen, hyvän hoitotasapainon saavuttaminen ja ylläpitäminen sekä palveluketjun toimivuuden varmistaminen. Henkilöstön kannalta tavoitteena on muun muassa lisätä terveyskeskusten houkuttelevuutta työpaikkana, tarkoituksenmukaisen työnjaon toteutuminen sekä moniammatillisen tiimityön vahvistaminen. Palvelujärjestelmälle asiakasvastaavatoiminnan on tarkoitus tuottaa terveyshyötyä väestölle, parantaa palveluita paljon käyttävien hoidon hallittavuutta perusterveydenhuoltoa painottaen, välttää turhan varhaisia ympärivuorokautiseen hoitoon sijoittamisia sekä parantaa hoidon laatua. (Muurinen, Mäntyranta 2015: 12.)

Asiakasvastaavien työnkuvaan kuuluu avainasiakkaiden poimiminen asiakastietojärjestelmistä, mutta asiakasvastaavatiimille voi tehdä lähetteen myös terveyskeskuksen ulkopuolinen taho, kuten päivystys, poliisi tai sosiaalityöntekijä. Asiakkaaksi valikoituu hyvinkin erilaisia henkilöitä, mutta erilaisia kriteereitä valinnalle ovat huonossa hoitotasapainossa oleva potilaan pitkäaikaissairaus tai -sairaudet, jatkuvat ajanvaraukset terveydenhuollon ammattilaisille, hoito eri paikoissa, muiden ongelmien kerääntyminen ja kyvyttömyys hakeutua avun piiriin. Myös suun huono kunto heijastuu koko hyvinvointiin. (Pernaa 2014.)

Vaikka teoreettinen malli on olemassa, on kuntien muovattava omat käytäntönsä Terveyshyötymallin kautta itsellensä sopivaksi. Lääkärit, hoitajat ja muut sosiaali- ja terveyspuolen ammattilaiset voivat organisaatioittain pohtia, millaisiin paikallisiin haasteisiin mallin tulisi vastata. (Pernaa 2014.) Jatkossa toivottavasti saadaan tutkimustietoa, jonka pohjalta voidaan arvioida eri tavalla toteutettujen mallien tuloksia ja kustannustehokkuutta. Tutkimukset osoittavat, että mallia käyttämällä terveydenhuollon käyntejä saatiin hillittyä ja päällekkäinen työ sekä erikoissairaanhoidon osuus vähenivät (Pernaa 2014.), mutta tutkimuksissa on ollut vaikea osoittaa mitkä yksittäiset toimenpiteet tai yhdistelmät ovat näiden parannusten takana (Bleasel ym. 2015: 8).

Mallin käyttöönotto vaatii koulutettua henkilökuntaa ja tähän tarpeeseen vastaa Metropolia AMK, joka on mukana hankkeessa ja kouluttaa uusia asiakasvastaavia täydennyskoulutuksena (30op). Edellytyksenä on vähintään sairaanhoitajan tutkinto (sairaanhoitaja/terveydenhoitaja/kätilö/ensihoitaja) ja monipuolinen vähintään viisi vuotta kestänyt työura pääosin perusterveydenhuollossa. (Muurinen, Mäntyranta 2015: 18.)

Kirkkonummen kunta on päättänyt käyttää asiakasvastaavista nimitystä palvelukoordinaattori ja asiakasvastaavatoiminnasta nimitystä palvelukoordinaattoritoiminta, lyhennettynä pako-toiminta. Opinnäytetyössämme käytämme termiä palvelukoordinaattori kunnan linjauksen mukaisesti kirjoittaessamme Kirkkonummella tapahtuvasta toiminnasta. Lisäksi opinnäytetyössämme käytämme termiä potilas haastateltavista asiakkaista, Kirkkonummen projektiryhmän kanssa sovitun linjauksen mukaisesti.

4 Opinnäytetyön keskeiset ilmiöt

4.1 Terveyspalveluiden suurkäyttäjät

Terveyspalveluiden suurkäyttäjiksi avosairaanhoidossa tutkimuksissa katsotaan ne potilaat jotka käyttävät terveyskeskuksien lääkäri- ja hoitajavastaanottoja enemmän kuin 5 kertaa vuodessa (Jäppinen, Nyman 2015: 4). Eri tutkimuksissa suurkäytön raja vaihtelee 6-16 käyntiin vuodessa, suomalaisissa tutkimuksissa 8-13 käyntiä vuodessa (Jyväskylän 2005: 410). Prosentuaalisesti nämä käyttäjät muodostavat vähemmistön kuntien täysi-ikäisten palveluiden käyttäjien joukossa mutta he vievät merkittävän osan terveydenhuollon vastaanottoajoista (Jäppinen, Nyman 2015: 4-5).

Palveluiden suurkäyttöön on yhteydessä erilaisia tekijöitä, mm. ikä sekä sukupuoli. Tutkimuksissa on todettu terveyspalveluiden suurkäytön olevan todennäköisempää iäkkäillä sekä naissukupuolisilla, verrattuna nuoriin ja miessukupuoleen. Suurkäyttöön liittyy myös heikompi sosiaalinen asema, yleisemmin ammattikoulutuksen puutetta sekä työkyvyttömyyseläkettä. (Jäppinen, Nyman 2015: 5; Komssi ym. 2015: 2866.) Sekä somaattiset että psyykkiset sairaudet ovat yleisiä suurkäyttäjillä. Suurkäyttäjillä esiintyy sekä kroonisia että akuutteja sairauksia ja useampia sairauksia samanaikaisesti muita palveluiden käyttäjiä yleisemmin. Yleisiä ovat verenpainetauti, sydämen vajaatoiminta ja muut

sydänsairaudet sekä syöpä. Psykiatriset sairaudet ja mielenterveysongelmat, mm. masentuneisuus ja ahdistuneisuus, ovat yhteydessä lääkärivastaanottojen suuriin käyttöönsä ja palveluiden suuriin käyttöönsä. (Jäppinen, Nyman 2015: 6; Komssi ym. 2015: 2866.)

Kun terveyspalveluiden suuriin käyttäjät vievät suurimman osan vastaanottoajoista, lohkaisevat he myös suuren osan kustannuksista. Suomalaisten tutkimusten mukaan noin 10% palveluiden käyttäjistä vie noin 80% kustannuksista (Komssi ym. 2015: 2865). HUS alueella erikoissairaanhoidon palveluiden kustannusten kertymistä käsitelleessä tutkimuksessa 15% potilaista kerrytti 70% laskutuksesta (Komssi ym. 2015: 2868). Sekä kustannustehokkuuden että hoidon johdonmukaisuuden kannalta on tärkeää koordinoita suuriin käyttäjiä oikeiden palveluiden piiriin. Suuriin käyttäjien kohdalla hoidon kohdentaminen ennaltaehkäiseviin toimenpiteisiin ja hoitoon hillitsee kustannusten nousua. (Komssi ym. 2015: 2866.) Huomiota tulee myös kiinnittää sellaisiin toimiin jotka ennaltaehkäisevät suuriin käyttäjien asiakasryhmään joutumista (Haverinen ym. 2013: 3167).

Asiakasvastaavatoiminnan keskeinen käytännön tavoite onkin tunnistaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa nämä terveyspalveluiden suuriin käyttäjät. Toistaiseksi kehiteltyissä malleissa on ollut löyhiä määritelmiä kriteereistä, joilla asiakasvastaavat valitsevat potilaitaan. Tämä johtunee toiminnan uutuudesta. (Eriksson ym. 2016: 40.) Kirkkonummella pilottipotilaiden kriteereinä ovat ikä, lääkärikäyntien määrä vuodessa sekä omalääkärin vaihtuvuus. Pilottipotilaat ovat iältään 30-64 -vuotiaita eli työikäisiä. Tähän rajaukseen on päädytty, koska kunta tarjoaa jo omia palveluita nuorille (<30 vuotta) sekä iäkkäille (>65 vuotta) asukkailleen. Lääkärin vastaanottokäyntejä pilottipotilailla on ollut viimeisen vuoden aikana yli kahdeksan (8). Hoitajan vastaanottokäynnit jätettiin kriteerien ulkopuolelle, koska joidenkin sairauksien kohdalla hoitajan säännölliset ja tiheätkin tapaamiset ovat tarkoituksenmukaisia. Lisäksi terveyspalveluita päivittäin käyttävät korvaushoitopotilaat rajattiin toiminnan ulkopuolelle. Pilottivaiheen potilaat valitaan alueilta, joissa on vaihtuva lääkäri, eli potilaan omalääkäri on vaihtunut vuosittain.

4.2 Sairauksien omahoito ja elämänhallinta

Pitkäaikaissairauksia sairastavien ihmisten toteuttama omahoito on keskeinen osa potilaiden päivittäistä elämää ja Kirkkonummella suunniteltavan palvelukoordinaattoritoiminnan kannalta potilailta kartoitettava asia. Terveys, sairaudet, elämäntavat ja niiden hoitamisen vaikutus elämänhallintaan liittyy läheisesti potilaiden ohjaamiseen terveyden edistämässä ja sairauksien hoitamisessa.

4.2.1 Omahoito

Kirkkonummen kunnan kehittäessä uutta palvelukoordinaattoritoimintaa, keskeisiä huomioon otettavia asioita ovat potilaiden kokemukset sairauksien omahoidosta sekä sairauksien (ja terveydenhuollon palveluiden) vaikutuksesta elämänhallintaan. Omahoidolla tarkoitetaan pitkäaikaissairauksien hoidon potilaslähtöistä toimintatapaa, jossa potilas toimii tasavertaisena hoidon suunnittelijana ja pääsääntöisenä toteuttajana ammatihenkilön tukiessa potilaan terveellisiä elämäntapoja ja sairauden hoitamista, voimaantumista, motivaatiota ja pystyvyyden tunnetta (Airaksinen, Mäntyranta, Pitkälä, Routasalo 2010: 1917). Pitkäaikaissairauksien hoidossa potilaan omat valmiudet, tiedot ja taidot ovat merkittävässä asemassa terveyden ylläpitämisessä ja edistämässä ja potilaslähtöisen omahoidon tukeminen on yhä enemmän pitkäaikaissairauksien hoidon painopisteenä. Sekä elämäntavat että sairauden hoidon sisältävä omahoito ovat tehokas tapa hoitaa pitkäaikaissairauksia, vähentää riskitekijöitä sekä kohdentaa terveydenhuollon resursseja tarkoituksenmukaisesti (Airaksinen ym. 2010: 1917.)

Terveyshyötymallin mukaan terveydenhuollon ammattilainen vahvistaa diagnoosin, ohjaa asiakasta sairauden hoitamisessa ja osoittaa hyödylliset toimintamallit, mutta asiakas on itse pääasiallisessa vastuussa sairautensa hoitamisesta ja tervehtymisestä. Hoitosuunnitelma laaditaan yhdessä asiakkaan kanssa ja painopiste on omahoidon tukemisessa. Mahdollisimman hyvään elämänlaatuun pyritään painottamalla ongelmanratkaisutaitojen hyödyntämistä sairauden hoidossa (Andersén, Keistinen, Lampela, Säynäjäkangas 2011: 664.)

Ongelmanratkaisun kannalta oleellista on että muutoksen tarve ja kohde ovat tiedostettuja ja tavoitteet luodaan niiden pohjalta. Tavoitteiden saavuttamiseen vaikuttavat haasteet on myös tärkeää tiedostaa (Ahola 2013: 16.) Perinteinen potilasohjaus sisältää paljon yksisuuntaista tietojen ja taitojen antamista (Andersén ym. 2011: 664) mutta jotta potilaiden omahoito tuottaisi tuloksia, huomioon tulee ottaa että heillä saattaa olla suuri teoretiedon tarve sairaudestaan ja sen hoidosta (Ahola 2013: 15). Potilaat tuntevat kaipaavan tietoa myös sellaisista sairauteen ja hoitoon liittyvistä asioista jotka saattavat tuntua hoitohenkilöstöltä itsestäänselvyyksiltä tai perusasioilta (Ahola 2013: 15).

Tiedonpuutteen lisäksi omahoidon huonon vaikuttavuuden taustalla voi olla muitakin syitä. Pitkäaikaissairauksien hoito voi vaatia suuriakin elämäntaparemontteja joista koituvat hyödyt ja tulokset eivät näy välittömästi. Tämä voi laskea potilaan motivaatiota omahoidon toteuttamiseen (Ahola 2013: 15.) Potilaan sisäinen motivaatio on tärkeässä roolissa elämäntapamuutosten toteuttamisessa, mutta ulkoiset vihjeet, esim. hoitohenkilöstön antamat neuvot voivat tukea potilaan tekemiä valintoja. Potilaan käyttäytymistä ohjaa myös kokemus siitä, ovatko muutosten aikaansaamat hyödyt suuremmat kuin niistä aiheutuvat haitat sekä muutosten tekemiseen vaadittavan työn määrä (Ahola 2013: 16.) Kokemus siitä että hoito hyödyttää potilasta itseään, auttaa häntä myös räätälöimään hoitoa hänelle itselleen sopivaksi (Airaksinen ym. 2010: 1917). Potilaslähtöisessä hoidon ohjauksessa huomioon otetaan potilaan aikaisemmat tiedot, taidot, kokemukset sekä asenteet ja toiveet ja näiden avulla pyrkimyksenä on potilaan tunnistama ja hyväksymä hoito, jota hän sitoutuu noudattamaan (Airaksinen ym. 2010: 1921).

Laadukkaan omahoidon ohjaamisen toteuttaminen vaatii ammattilaiselta oman asenteen uudelleenarviointia sekä mahdollista muutosta (Airaksinen ym. 2010: 1917). Ammattilainen arvioi uudestaan sekä omansa että potilaan muuttuvan roolin yhteistyösuhteessa (Airaksinen ym. 2010: 1922). Auktoriteettipainotteisesta asiantuntija-potilas suhteesta muovautuukin yhteistyökumppanuus potilaan kanssa, jossa ammattilainen toimii potilaan valmentajana (Andersén ym. 2011: 664). Pitkäaikaissairaiden omahoidon tukemisesta asiakasvastaava-toiminnalla on saatu myönteistä palautetta ja se koettiin kannustavana ja neuvoja antavana tapana hoitaa potilaita (Eriksson ym. 2016: 40).

4.2.2 Elämänhallinta

Tunne elämänhallinnasta on merkittävä osa omahoitoa. Elämänhallinta vaikuttaa siihen, kokeeko yksilö pystyvänsä vaikuttamaan elämäänsä ja ympäröiviin olosuhteisiin vai onko hän passiivinen objekti, jolle asioita vain tapahtuu (Keltikangas-Järvinen 2009: 256.) Kyse on siis moniulotteisesta käsitteestä, yksilön tavasta hahmottaa ja kokea itsensä suhteessa ympäröivään maailmaan. Elämänhallintaan liittyy yksilön kokemus sisäisen ja ulkoisen maailman ymmärrettävyydestä, elämäntilanteiden ja haasteiden hallittavuudesta sekä elämäkokemusten merkityksellisyydestä ja mielekkyydestä. (Pentikäinen 2003: 31.) Jos siis yksilön elämänhallinta on korkea, hän kokee voivansa vaikuttaa terveyteensä ja hoitoonsa omilla päätöksillään ja valinnoillaan. Mikäli elämänhallinta on matala, terveyteen liittyvät tapahtumat ovat pääosin sattumaa eivätkä seurausta yksilön omista toimista. Elämänhallinta voidaan nähdä myös liian korkeana, jolloin yksilö

kokee olevansa aina vastuussa kaikesta ja elämä muuttuu raskaaksi tai masentavaksi. Elämänhallinta voi olla myös tilannesidonnaista, jolloin esimerkiksi työurallaan itseensä luottava ja aktiivinen henkilö kokeekin terveyteen liittyvät asiat sattumanvaraisina ja omien vaikutusmahdollisuuksien ulkopuolella. Elämänhallinnan tunne ei aina selitä yksilön käyttäytymistä. Vahva elämänhallinta ei tarkoita, että yksilö eläisi elämäänsä terveellisesti ja hyvin. Elämänhallintaan voidaan käyttää myös vahingollisia keinoja, kuten päihitteiden käyttöä tai eristäytymistä. (Keltikangas-Järvinen 2009: 256-259.)

Elämänhallinta kehittyi pääosin lapsuudessa ja nuoruudessa. Aikuisiällä työllä on todettu olevan vaikutusta aikuisen elämänhallintaan. On arvioitu, että työikäisillä elämänhallinta on suhteellisen vakaata pitkällä aikavälillä. Hyvät ihmissuhteet tai vaihtoehtoisesti esimerkiksi työttömyys ovat kuitenkin niin merkittäviä tekijöitä työikäisen elämässä, että ne voivat muovata elämänhallinnan tunnetta (Pentikäinen 2003: 32.)

5 Opinnäytetyön empiirinen toteuttaminen

5.1 Suunnitteluvaihe

Opinnäytetyön aihe valikoitui syksyllä 2015 Kirkkonummen kunnan kanssa tehtävistä opinnäytetöistä. Alkuvuodesta 2016 jäsensimme ja hioimme tätä annettua aihetta, ja olimme tiiviisti yhteydessä Kirkkonummelle työelämäyhteistyökumppaneihin heidän ajatuksistaan ja toiveistaan opinnäytetyömme suhteen. Kävimme Kirkkonummella myös osallistumassa projektiryhmän kokoukseen. Kirkkonummen terveyskeskuksen yhteistyökumppaneilla oli valmiina jo ehdotuksia liittyen palvelukoordinaattoritoiminnan aloittamiseen ja kehittämiseen. Asiakaskokemusten kartoittaminen palvelukoordinaattoritoiminnasta haastatteluilla valikoitui lopulliseksi aiheeksi kevään 2016 aiheenjäsennesseminaarissa.

Alkuperäisen aikataulun mukaan ensimmäiset haastattelut toteutettaisiin huhtikuussa 2016, joiden pohjalta syntyneitä ajatuksia me kyselisimme palvelukoordinaattoreilta kesän alussa. Näitä ajatuksia hyväksikäyttäen valmistaisimme kesän aikana toisen haastattelupohjan, jonka avulla on tarkoitus selvittää samojen potilaiden kokemuksia palvelukoordinaattorin tapaamisesta ja sen vaikuttavuudesta. Nämä haastattelut toteutettaisiin

mahdollisesti syyskuun 2016 aikana. Haastatteluaineistot analysoitaisiin induktiivista sisällönanalyysiä käyttäen mahdollisimman pian niiden keräämisen jälkeen. Opinnäytetyö valmistuu aikataulun mukaisesti marraskuussa 2016.

5.2 Menetelmät

5.2.1 Teemahaastattelu

Erilaiset haastattelut ovat merkittävä osa laadullisia tutkimuksia. Haastatteluissa on aina kaksi osapuolta, joista toinen toimii tiedonantajana. Koska haastattelut rakentuvat kielen varaan, vastausten merkitykset eivät ole yksiselitteisiä. Tämä vaatii haastattelijalta paljon. Haastatteluita analysoitaessa olisi tutkijan nähtävä sanojen taakse ja huomioitava myös kielen piilomerkitykset ja non-verbaalinen viestintä.

Teemahaastattelussa tutkija pyrkii ymmärtämään tietynlaisia ilmiötä, johon liittyy ihmisen toiminta. Tätä toimintaa pyritään sanoittamaan erilaisten teemojen avulla. Tällä tavalla saadaan paljon yksityiskohtaista tietoa, josta pyritään rakentamaan teemojen avulla kokonaiskuva ilmiöstä ja siihen vaikuttavista tekijöistä. (Kananen 2014: 71-73.)

Ennen kenttätöitä tutkijan on mietittävä tarkkaan kysymysten muodot ja järjestys, jotta vastaukset palvelevat tutkimuksen tavoitetta. Kysymysten tulisi olla rajatulta kentältä, niin ettei haastateltava eksy puhumaan tutkimuksen kannalta merkityksettömistä aiheista. Dikotomiset kysymykset, joihin on mahdollista antaa pelkästään myöntävä tai kieltävä vastaus tuottavat suppean aineiston, joten jo kysymyksiä pohdittaessa tulisi niistä rakentaa laajentavia kysymyksiä. Strukturoituja eli eksakteja vastausvaihtoehdoilla varustettuja kysymyksiä voi teemahaastattelussakin käyttää taustoittamiseen kysymällä mm. haastateltavan ikää, ammattia tai sukupuolta. Muutoin strukturoidut kysymykset kuuluvat määrällisen tutkimuksen piiriin. (Kananen 2014: 73-75.)

Teemahaastattelulle on leimallista, että tutkija on ennalta miettinyt teemat, joista haastattelussa keskustellaan. Tutkittavalla on siis oltava riittävästi ennakkotietoa ilmiöstä, jotta valitut teemat tuottaisivat tarkoituksenmukaista tietoa. Teemojen alla voi olla valmiiksi mietittyjä kysymyksiä ja haastateltavan antamat vastaukset synnyttävät lisää tar-

kentavia kysymyksiä. Hyviä kysymystyypppejä teemahaastattelussa ovat avoimet kysymykset, jatkokysymykset sekä hypoteettiset kysymykset. Tyypillistä teemahaastattelulle on siis aihepiireittäin keskusteleminen vastaajan ehdoilla. (Kananen 2014: 76-80.)

Opinnäytetyössämme haastattemme teemahaastattelun menetelmin ennalta valikoituja Kirkkonummen terveyskeskuksen asiakasta kahteen kertaan. Strukturoituja kysymyksiä käytämme haastateltavan iän ja sukupuolen selvittämiseen. Numeraalisilla kyselyillä kartoitamme haastateltavien kokemusta terveydentilastaan sekä kunnan terveyspalveluista. Muutoin käytämme puolistrukturoitua haastattelupohjaa ja tarkentavia kysymyksiä selvittääksemme haastateltavien kokemuksia omahoidosta ja terveyspalveluiden käytöstä.

5.2.2 Sisällönanalyysi

Analyysin avulla on tarkoitus sanoittaa ja selkeyttää tutkimuksessa saatua ilmiötä kuvaavaa aineistoa. Sisällönanalyysin tarkoitus on auttaa tiivistämään ja selkeyttämään aineistoa sen sisältämää informaatiota kadottamatta. Työssämme käytämme aineistolähtöistä laadullisen eli induktiivisen aineiston analyysia, joka voidaan nähdä kolmivaiheisena prosessina. Litteroinnin jälkeen ensimmäisenä vaiheena on aineiston redusointi, eli pelkistäminen. Sen jälkeen toisena vaiheena on aineiston klusterointi eli ryhmittely ja kolmantena abstrahointi, eli teoreettisten käsitteiden luominen. (Sarajärvi, Tuomi 2009: 108.)

Koska haastatteluissa syntyy valtava määrä informaatiota, tulee sitä ensin käsitellä yhteismitallistamalla eli litteroimalla. Koska pelkästään kuuntelu ei riitä, litteroimalla äänitteet saatetaan kirjalliseen muotoon, jota voidaan käsitellä manuaalisesti. Litterointi on hidasta ja tutkijan tulee etukäteen miettiä, mitä kaikkea litteroi. Yleensä voidaan käyttää karkeaa tasoa, jolloin haastateltavan ilmaisut kirjoitetaan tiiviissä ja ytimekkäässä muodossa. Tarvittaessa äänitallenteeseen voidaan palata ja kirjoittaa sanatarkkoja lainauksia. Usein on tarkoituksenmukaista käyttää myös yleiskielistä litterointia, jolloin haastateltavan puheesta karsitaan murre sanat ja puhekieliset ilmaukset. Litterointi tehdään sähköisesti tekstinkäsittelyohjelmalla, jolloin sen muokkaaminen on helppoa. (Kananen 2014: 101-103.)

Auki kirjoittamisen jälkeen aineistoa täytyy pelkistää eli redusoida. Pelkistämällä tarkoitetaan tutkimukselle epäolennaisen aineiston pois karsimista tiivistämällä tai pilkkomalla informaatiota osiin. Aineistosta etsitään tutkimuskysymykseen liittyviä ilmauksia, joita

voidaan kategorisoida. Analyysia varten aineistosta pelkistetään analyysiyksiköksi yksittäinen sana tai ilmaisu. Aineiston ryhmittelyssä eli klusteroinnissa alkuperäisiä ilmauksia käydään läpi etsien samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Edellä pelkistetyistä ilmauksista muodostetaan alaluokkia, joiden alle kerätään samaa tarkoittavia ilmaisuja. Nämä alaluokkakäsitteet antavat alustavaa kuvaa tutkittavasta ilmiöstä. Lopuksi tehdään aineiston abstrahointi eli käsitteellistäminen, jossa poimitaan tutkimuskysymyksiin vastaava oleellinen tieto, jonka perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Abstrahoinnissa alaluokille etsitään yhdistäviä yläluokkia ja vielä mahdollisesti yläluokkia yhdistäviä pääluokkia. Näin alkuperäisestä materiaalista saadaan nostettua teoreettisia yläkäsitteitä, joiden avulla vastataan tutkimuskysymyksiin. (Sarajärvi, Tuomi 2009, 109-112.)

5.3 Aineistonkeruu

Suunnitellun aikataulun mukaisesti, opinnäytetyön käytännön toteutus alkoi keväällä 2016. Huhtikuussa kävimme Kirkkonummella keräämässä ensimmäiset aineistot haastatteleamalla sopiviksi valikoituja potilaita. Kirkkonummella toimiva projektityöryhmä oli ajanut valmiiksi läpi potilasaineistoa ja valikoinut siitä kriteereihin sopivia henkilöitä koe-ryhmäksi aloitettavaan palvelukoordinaattoritoimintaan.

Projektityöryhmä kävi potilastietokannat läpi ja poimi sieltä 30-64 -vuotiaat potilaat, joilla on yli kahdeksan lääkärikäyntiä vuodessa ja alueilta joilla ei ole pysyvää omalääkäreä. Tällä otoksella saatiin 658 henkilöä. Tästä joukosta poistettiin vielä huumausaineiden korvaushoidossa olevat potilaat. Loput oli tarkoitus käydä läpi tarkemmin ja valita noin 30-50 potilaan joukko, joita lähestyttäisiin kirjein ja puhelimitse. Pilottivaiheeseen otettaisiin aluksi mukaan 10-12 motivoitunutta potilasta, ja heistä 5-6 haastateltaisiin opinnäytetyön tiimoilta sekä ennen että jälkeen palvelukoordinaattorin tapaamisen. Projektityöryhmä oli kysellyt valikoiduilta henkilöiltä halukkuutta osallistua Metropolia AMK:n opinnäytetyöhön ja henkilöiden suullisella luvalla kerännyt ja välittänyt meille muutamien henkilöiden yhteystiedot.

Saimme yhteensä viiden (5) henkilön yhteystiedot. Näistä henkilöistä neljä (4) vastasi yhteydenottoomme ja kaikki suostuivat ensimmäisen vaiheen haastatteluun. Neljästä sovitusta haastattelusta käytännössä toteutui kaksi (2). Haastattelut toteutettiin Kirkkonummen keskuksen terveysaseman tiloissa ja niiden kesto oli noin 20-30 minuuttia. Haastateltavien määrä jäi melko pieneksi. Opinnäytetyömme tutkimuskysymysten ja hypoteesin

kannalta tärkeämpi haastattelu olisi palvelukoordinaattoritoiminnan aloittamisen jälkeinen haastattelu.

Ensimmäisissä haastatteluissa pääkysymyksiä olivat ”Miten potilas kokee omat vaikutusmahdollisuutensa oman terveytensä hoidossa?” sekä ”Onko potilas kokenut terveyspalveluiden ja ammattilaisten toiminnan hyödyllisenä?”. Tarkoituksena oli kartoittaa potilaiden ajatuksia omasta roolistaan ja omahoidosta sairauksien hoitamisessa ja terveydenhuollossa. Kyselimme myös ajatuksia ja kehittämisehdotuksia terveyspalveluiden toimivuuteen liittyen. Haastattelun jälkeen potilaat kävivät ensimmäistä kertaa palvelukoordinaattorin vastaanotolla.

Tarkoituksenamme oli haastatella keväällä haastatellut potilaat uudestaan syksyllä. Kuitenkin vain toinen keväällä haastatelluista potilaista oli käynyt palvelukoordinaattorin luona vastaanotolla. Muut vastaanotolla käyneet potilaat eivät olleet halukkaita osallistumaan haastatteluun. Saimme yhden (1) potilaan yhteystiedot ja kävimme haastattelemassa häntä syyskuun lopulla. Haastattelu toteutettiin jälleen Kirkkonummen keskuksen terveysaseman tiloissa ja sen kesto oli noin 25 minuuttia. Tällä kertaa haastattelun kysymykset painottuivat palvelukoordinaattoritoimintaan liittyviin kokemuksiin, vaikka haastattelun teemat sinänsä pysyivät samoina. Lokakuussa haastattelimme sähköisesti myös Kirkkonummen terveysaseman palvelukoordinaattoria, saadaksemme lisää aineistoa työhömmme. Koska aineistomme jäi pieneksi, alun perin suunniteltua sisällönanalyysiä ei voitu toteuttaa. Näin ollen purimme haastattelut litteroinnin jälkeen vapaan pohdinnan kautta.

6 Tulokset

6.1 Potilaiden kokemukset Kirkkonummen kunnallisista terveyspalveluista

Keväällä 2016 haastattelimme kaksi (2) potilasta. Haastatteluissa selvitimme potilaiden käsityksiä omasta terveydentilasta ja omista vaikutusmahdollisuuksista sen suhteen, kokemuksia terveydenhuollon palveluista ja ammattihenkilöistä sekä kokemuksia palveluiden vaikuttavuudesta.

Molemmat haastateltavat olivat työikäisiä naisia ja molemmat kokivat terveydentilansa hyväksi. Kysyttäessä omahoidosta, esille nousivat molemmilla terveellinen ruokavalio ja liikunta. Lisäksi mainittiin hampaiden hoito, hygieniasta huolehtiminen sekä PEF-seuranta. Molemmat kokivat terveyden itsehoidon näillä keinoilla merkityksellisenä terveydentilan kannalta.

Haastateltavat kokivat olevansa aktiivisia toimijoita käyttäessään terveydenhuollon palveluita. Tämä ilmeni siten, että haastateltavat itse hakeutuivat hoitoon ja sanoittivat, minkälaista apua tarvitsivat. Koettiin, että usein hoitoon joutuu hakeutumaan päivystyksen kautta ja joskus toistuvastikin saadakseen haluamansa hoidon. Tämä korostuu erityisesti, kun potilaalla on pitkäaikaissairaus, jonka vuoksi joutuu toistuvasti hakeutumaan hoitoon. Tällöin potilas tietää, minkälaista hoitoa haluaa ja tarvitsee.

Haastateltavilla oli vaihtelevia kokemuksia siitä, miten heitä oli kuunneltu ja huomioitu vastaanotoilla. Molemmat olivat käyttäneet lähinnä päivystyksen palveluita. Negatiivisten kokemusten koetaan jäävän päällimmäisiksi kokemuksiksi ja molemmat haastateltavat kokivat, että usein lääkäri ei ollut kuunnellut potilasta. Oli saatu lääkitystä eri vaivaan, kuin mihin apua kyseisellä kerralla oli haettu tai tutkimustuloksia oli tulkittu toisin kuin miten erikoislääkärit olivat niitä aiemmin tulkinneet.

”Eli jos minulla särkee päätä, niin kyllä minä tiedän, että se on päänsärky, mitä tulinkin hoitamaan!”

Päivystyksessä käyminen koettiin arpapelinä, koska etukäteen ei voinut tietää, millaisen lääkärin saa. Vaikeana koettiin käyminen lääkärillä, jota ei ole aiemmin tavannut, ja joka ei tunne potilaan sairaushistoriaa. Tämä oli merkityksellistä erityisesti pitkäaikaissairausten hoidossa ja seurannassa. Molemmat kokivat, että yhden ja saman lääkärin kanssa asioiminen olisi ideaalia. Vastaanottoaikojen lyhyttä kritisoitiin.

”Mutta olisihan se hyvä, kun olisi edes silloin tällöin sama lääkäri”

Molemmat haastateltavat kokivat kuitenkin lääkärin ja hoitajan vastaanotot pääasiassa hyödyllisinä, terveysasemalta on saatu useimmiten sitä mitä on tultu hakemaan. Mainittiin kuitenkin, että sairauslomatodistusta haettaessa ei kyse ole hyödyntä terveydelle, vaan työnantajan vaatimuksen täyttämisestä. Kokemus päivystyksessä asioimisesta sairaiden lapsien kanssa pelkän sairauslomatodistuksen takia oli negatiivinen. Esiin nous-

seita kokemuksia olivat pitkä odotusaika, ristiriitaiset ja epäjohdonmukaiset ohjeet hoitajilta, turha odottelu lääkärin vastaanoton jälkeen sekä hoitajien asiaton käytös. Positiivisiakin kokemuksia oli, haastateltavat muistuttivat myös hyvienkin hoitajien olemassaolosta ja siitä, että toisinaan on saatu haluttua palvelua odottamatta.

”Siis vaikka me käytäisi kuinka usein, niin en minä silti idiootti ole!”

”Toisella kertaa hoitaja kirjoitti meille sairausloman jo luukulla, kun näki, että lapsi voi pahoin. Silloin saatiin just sitä mitä tultiin hakemaan oikeaan aikaan”

Kun haastateltavilta kysyttiin, kuinka kehittää terveystalvueluita toimivampaan suuntaan, nousi esiin erilaisia toiveita. Esitettiin toive siitä että terveysasemalla toimisi ympärivuorokautinen tarkkailuosasto jonka yhteydessä myös laboratoriokokeet ja röntgenkuvat voisi ottaa. Toisaalta nousi esiin toive henkilökunnan viihtyvyydestä töissä. Koettiin, että hoitajien työvihtyvyyt näkyy asiakaspalvelussa ja heijastuu potilaiden kokemukseen erityisesti päivystyksessä. Lääkäreiden vuorovaikutustaidot ja asenne eivät vaikuta yhtä paljon, koska heitä tavataan vain muutama minuutti.

”Sitten kun niiden [hoitajien] on kiva tulla töihin, sitten niiden on helppo olla kivoja tuossa luukullakin”

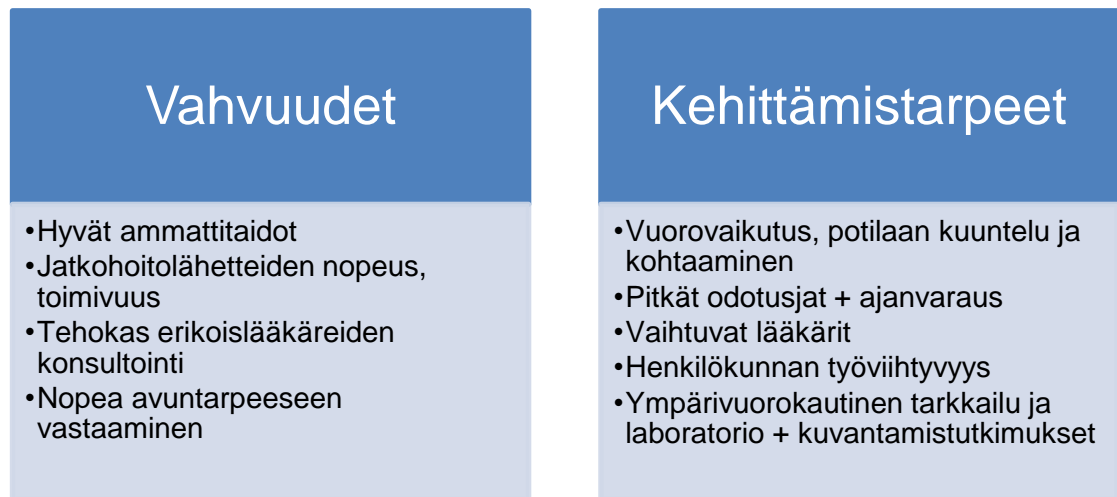
”Vaikka lääkärit ovat [terveysasemalla] isommassa asemassa, hoitajien toiminnalla on ehkä suurempi vaikutus”

Ajanvaraus ja pitkät odotukset saivat kritiikkiä. Puhelinajat koettiin niin ruuhkautuneina, ettei niitä kannattanut edes yrittää. Lääkäri- ja hammaslääkäriaikoja joutui odottamaan kovin pitkään ja lääkärin vastaanottoajat ovat niin lyhyitä, että niitä pitäisi olla useampi jotta potilaan asiat saataisiin kunnolla hoidettua.

Lopuksi haastateltavilta pyydettiin vielä vapaamuotoista palautetta terveysaseman toiminnasta. Lääkäreiden koettiin tekevän työnsä niin hyvin kuin pystyvät, ja konsultaatio-toimintaa ja jatkohoitoon lähettämistä kiiteltiin. Toisaalta asiakkaiden kohtaamista ja huomioimista, myös päivystyksessä, korostettiin.

”On se varmasti rasittavaa, kun joka päivä kaikki vaan valittaa eikä kenellekään kelpaa mikään ja kaikkia sattuu joka paikkaan --, mutta niille [hoitohenkilökunnalle] pitäisi [järjestää] jotain, että ne jaksaisi kuunnella sitä valitusta hyvillä mielin”

Kuviossa 1 on koottuna potilashaastatteluisia esiin nousseita näkökulmia kunnallisista terveystalvueluista.



Kuvio 1. Potilaiden näkemyksiä kunnallisten terveystalusten vahvuuksista ja kehittämistarpeista

Pyysimme haastateltavia täyttämään lomakkeen (liite 3), jossa he arvioivat omaa terveydentilaansa ja kunnan terveydenhuollon palveluita kouluarvosanoin (4-10). Parhaat arvosanat sai lääkärin vastaanotto terveysasemalla (virka-aikaan). Kummallakaan haastateltavista ei ollut kokemuksia hoitajan vastaanotosta virka-aikaan, joten he jättivät tämän arvioimatta. Hoitajan vastaanotto päivystyksessä sai heikommät arvosanat kuin lääkärin vastaanotto päivystyksessä. Myös palveluiden ajanvaraus sai heikot arvosanat. Kokonaisuutena kokemukset kunnallisista terveystaluksista olivat melko ristiriitaisia. Numeeriset arviot palveluista vaihtelivat välttävän ja hyvän välillä, mutta palvelut saivat paljon kritiikkiä toimivuudestaan ja laadustaan suullisessa palautteessa.

Taulukko 2. Haastateltujen potilaiden vastaukset terveystilomakkeeseen (liite 3), kevät 2016.

	Haastateltava 1	Haastateltava 2
Yleinen terveydentila	10	8
Lääkärin vastaanotto terveysasemalla	8	8
Hoitajan vastaanotto terveysasemalla	-	-
Lääkärin vastaanotto päivystyksessä	7	8
Hoitajan vastaanotto päivystyksessä	5	7
Ajanvaraus	4+	7
Sähköinen asiointi	-	7

6.2 Potilaan kokemukset palvelukoordinaattoritoiminnasta Kirkkonummen terveysasemalla

Syksyllä 2016 haastattelimme yhden (1) potilaan. Haastattelussa halusimme selvittää potilaan kokemuksia palvelukoordinaattorin vastaanotosta. Haastattelulomakkeessa (liite 4) toistuivat samat teemat kuin kevään haastatteluissa, mutta nyt painotimme palvelukoordinaattoritoimintaa kysymyksissämme. Oman terveyden hoitoa käsittelevät kysymykset kartoittivat palvelukoordinaattoritoiminnan vaikutusta potilaan omahoitoon ja elämänhallintaan. Ammattilaisten roolia käsittelevässä teemassa keskityttiin palvelukoordinaattoriin ammattilaisena ja terveystilomakkeita kartoittavan teeman painopisteenä oli palvelukoordinaattori terveydenhuollon palveluna. Haastattelimme yhtä palvelukoordinaattorin vastaanotolla kahdesti käynnyttä potilasta.

Haastattelemamme potilaan toteutuneilla palvelukoordinaattorivastaanotoilla oli käsitelty paljon elämäntapoihin ja perussairauteen liittyviä asioita. Erityisesti nousi esiin elämäntapoihin liittyvä ohjaus. Liikunta ja terveellinen ravitsemus painoutuivat vastaanottojen käsiteltyjen asioiden sisällöstä. Potilas oli käynyt palvelukoordinaattorin kanssa keskustelua, miten edistää omaa terveyttään muuttamalla liikunta- ja ruokailutottumuksiaan. Perussairauteen liittyvä PEF-seuranta oli myös ollut puheena vastaanotolla ja potilas oli saanut siihen ohjausta. Sisällöltään palvelukoordinaattoritapaamiset olivat ohjauspainotteisia, mutta potilas oli myös saanut kahdet rokotukset käyntien yhteydessä. Vastaanotolla oli myös käyty potilaan lääkelistaa läpi, mutta muutoksia lääkehoitoon ei tehty.

Potilas koki olevansa vastaanotolla aktiivinen oman terveytensä edistäjä ja että hänen mielipiteitään sekä tarpeitaan kuunneltiin vastaanotolla. Asioita oli käsitelty vastaanotolla sekä potilaan että palvelukoordinaattorin aloitteesta. Palvelukoordinaattorin tapaamiset potilas koki luottamuksellisiksi sen johdosta että sai tavata ja käsitellä asioitaan saman henkilön kanssa enemmän kuin kerran. Tälle potilaalle oli tärkeää että terveydenhuollon ammattihenkilö oli tietoinen potilaan taustoista ja perussairauksista.

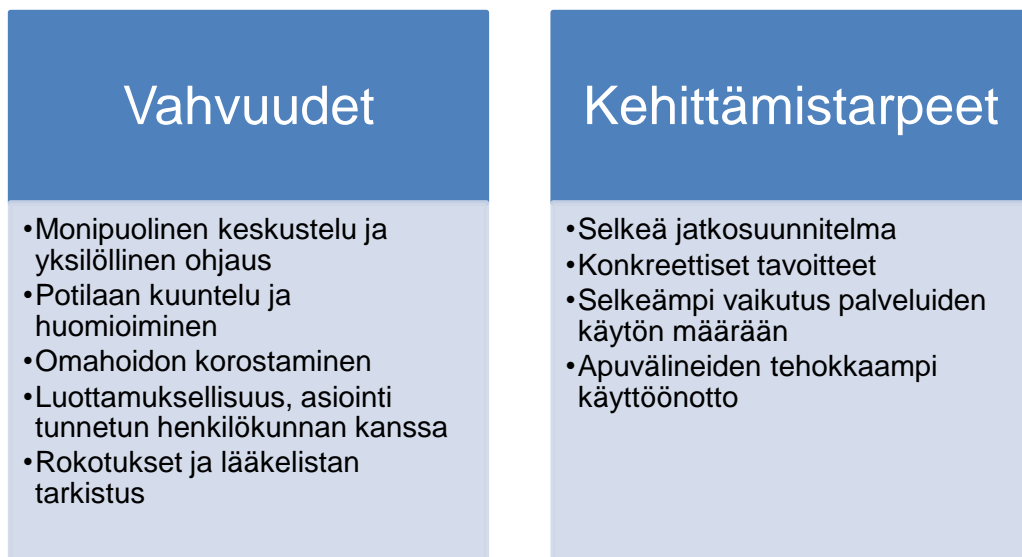
Potilas kertoi, ettei vastaanotoilla oltu käytetty apuvälineitä, esimerkiksi terveydentilan kartoittamiseen käytettäviä lomakkeita. Viimeisimmän vastaanoton jälkeen seuraavaa tapaamista palvelukoordinaattorin kanssa ei ollut sovittu, muttei myöskään muuta yhteydenottoa. Vastaanotolla ohjatun PEF-seurannan tulokset eivät ohjautu takaisin terveydenhuollon ammattilaiselle. Vastaanotolla ei ollut asetettu konkreettisia tavoitteita jotka pyrittäisiin saavuttamaan vastaanotolla keskusteltujen elämäntapamuutosten avulla. Keskustelua oli käyty kuitenkin siitä, ettei potilaan kannata ”haukata liian suurta palaa” elämäntapamuutosten kanssa, vaan toteuttaa niitä rauhallisesti omaan tahtiinsa. Puhetta oli myös muutosten tuomien tulosten näkyvyydestä, silminnähtäviä muutoksia ei välttämättä saavuteta lyhyessä ajassa vaan tulokset näkyvät ja tuntuvat eri tavoin.

Terveyspalvelujen käyttöön kokonaisuutena palvelukoordinaattorin luona käyminen ei ollut vaikuttanut haastatellun potilaan kohdalla, joten hypoteesimme palvelukoordinaattoritoiminnan vaikutuksesta terveyspalveluiden kulutukseen ei toteutunut. Haasteelliset ja huonossa tasapainossa olevat perussairaudet edellyttivät potilaalta edelleen runsasta päivystyksen käyttöä. Kysyttäessä, olisiko palvelukoordinaattorilääkäristä apua terveyspalveluiden käytön vähentämisessä, potilas ei uskonut asialla olevan kovinkaan suurta vaikutusta. On tietenkin totta että sairaskohtaukset tulevat vuorokaudenaikoja katso-matta ja vain virka-aikaan tavattavasta lääkäristä ei päivystysaikana ole välitöntä hyötyä.

Perussairauden hoitotasapainoon saattamisessa virka-aikaan tavattava, potilaan asioihin perehtynyt lääkäri voisi kuitenkin olla hyödyllinen. Koska kysymyksessä on vain yksi potilas, ei voida poissulkea mahdollisuutta palvelukoordinaattoritoiminnan vaikutuksesta muiden potilaiden terveyspalveluiden käyttöön.

Kokonaisuutena potilas koki palvelukoordinaattorin tapaamisen positiivisena ja hyödyllisenä kokemuksena. Vastaanotolla hän oli saanut tärkeää tietoa ja ohjausta ja pystynyt vaikuttamaan annetulla tiedolla oman terveytensä edistämiseen elintavoillaan. Näin ollen palvelukoordinaattoritoiminnalla on elämänhallintaa ja voimavaroja tukevia vaikutuksia. Palvelukoordinaattorin tapaamiseen ei liittynyt sen suurempia ennako-odotuksia tai ajatuksia, vaan potilas suhtautui siihen samalla tavalla kuten kouluterveydenhoitajan kanssa asioidessaan. Potilas osasi odottaa, että vastaanotolla keskustellaan mm. lääkkeistä ja elämäntavoista. Kehittämisehdotuksia palvelukoordinaattoritoimintaan liittyen ei potilaalta tullut, mutta muiden terveysaseman palveluiden kohdalla olisi potilaan mukaan vielä kehitettävää. Erityisesti päivystyspalveluissa ja lääkärien perehtymisessä esitietoihin oli paranneltavaa potilaan mielestä.

Kuviossa 2 on koottuna potilashaastattelussa esiin nousseita palvelukoordinaattoritoiminnan vahvuuksia ja kehittämistarpeita.



Kuvio 2. Potilashaastattelussa esiin nousseita palvelukoordinaattoritoiminnan vahvuuksia ja haasteita.

6.3 Palvelukoordinaattorin kokemuksia palvelukoordinaattoritoiminnan pilotoinnista Kirkkonummen kunnan terveysasemalla

Aluksi työmme oli tarkoitus tarkastella ainoastaan asiakkaiden kokemuksia palvelukoordinaattoritoiminnasta. Haastateltavien vähäisestä määrästä johtuen sisällytimme myös ammattilaisen kokemuksen pilotoinnista työhömmme. Tiukkojen aikataulujen vuoksi haastattelimme Kirkkonummen terveysasemalla toimivaa palvelukoordinaattoria sähköpostitse (liite 5) lokakuussa 2016. Seuraavaksi avaamme palvelukoordinaattorina toimivan terveydenhoitajan vastauksia.

Palvelukoordinaattorin mukaan pilottivaiheeseen oli tarkoitus valita 10-12 motivoitunutta potilasta. Lopulta kuitenkin vain seitsemälle (7) potilaalle ehdotettiin palvelukoordinaattorin tapaamista puhelimitse. Heistä palvelukoordinaattorin vastaanotolla on tähän mennessä käynyt kolme (3) potilasta.

Palvelukoordinaattorin kokemuksen perusteella vähäiseen potilasmäärään vaikuttaa useampi tekijä. Palvelukoordinaattoritoiminnalle ei ole varattu tiettyjä päiviä tai aikaa, vaan toiminnan tulee tapahtua terveydenhoitajan muiden töiden ohessa. Käytännössä tämä on tarkoittanut, että varsinaiselle palvelukoordinaattoritoiminnalle on jäänyt vain vähän aikaa. Tällä hetkellä Kirkkonummella on toiminut ainoastaan yksi hoitaja palvelukoordinaattorina, joten työtaakka on jäänyt yhden ihmisen hartioille. Potilaiden valinnasta vastasi yksin palvelukoordinaattori. Toimintaan on nimetty myös lääkäri, mutta toistaiseksi hän ei ole tavannut asiakkaita, vaan palvelukoordinaattori tai potilaan vaihtuva omalääkäri on voinut konsultoida häntä.

Palvelukoordinaattori toi myös esiin kuinka suuri vaikutus on ollut potilaiden huonolla tavoitettavuudella. Moni ei ensimmäisen yhteydenoton jälkeen vastannut enää puhelimeen, vaikka potilaat olivat ensimmäisen puhelun aikana ilmaisseet kiinnostuksensa toimintaan. Usealla potilaalla oli työ- ja harraste-esteitä, jotka vaikeuttivat suuresti yhteisen ajan sopimista. Lisäksi palvelukoordinaattori oli havainnut potilaissa tietynlaista haluttomuutta lähteä mukaan tällaiseen hankkeeseen. Toisten kohdalla se johtui omista heikoista fyysisistä tai psyykkisistä voimavaroista, toiset eivät kokeneet potilaana hyötyvänsä hankkeesta.

Toteutuneet ensimmäiset palvelukoordinaattorin vastaanotot olivat kestoltaan kaksi tuntia. Jatkokäynnit olivat tunnista puoleentoista tuntiin potilaan tarpeista riippuen. Vastaanotoilla käytiin kokonaisvaltaisesti ja yksilöllisesti läpi potilaan esille nostamia asioita. Tukena käytettiin omahoitolomaketta, jossa kysytään omaa arviota yleisestä voinnista. Vastaanotolla potilaan tuli arvioida arjessa pärjäämistä, unta ja lepoa, liikkumista, harrastuksia, syömistä, suun terveyttä, terveyden ja sairauksien omaseurantaa, lääkkeiden sekä päihteiden käyttöä. Vastaanotolla täytettiin ajankohtaiset lääkelistat ja päivitettiin allergiatiedot. Palvelukoordinaattori esitti kysymyksiä myös perheestä, läheisistä, seksuaalisuudesta sekä mielen hyvinvoinnista. Keskeistä vastaanotoilla on, että potilas on itse miettinyt omahoitoaan tukevia keinoja.

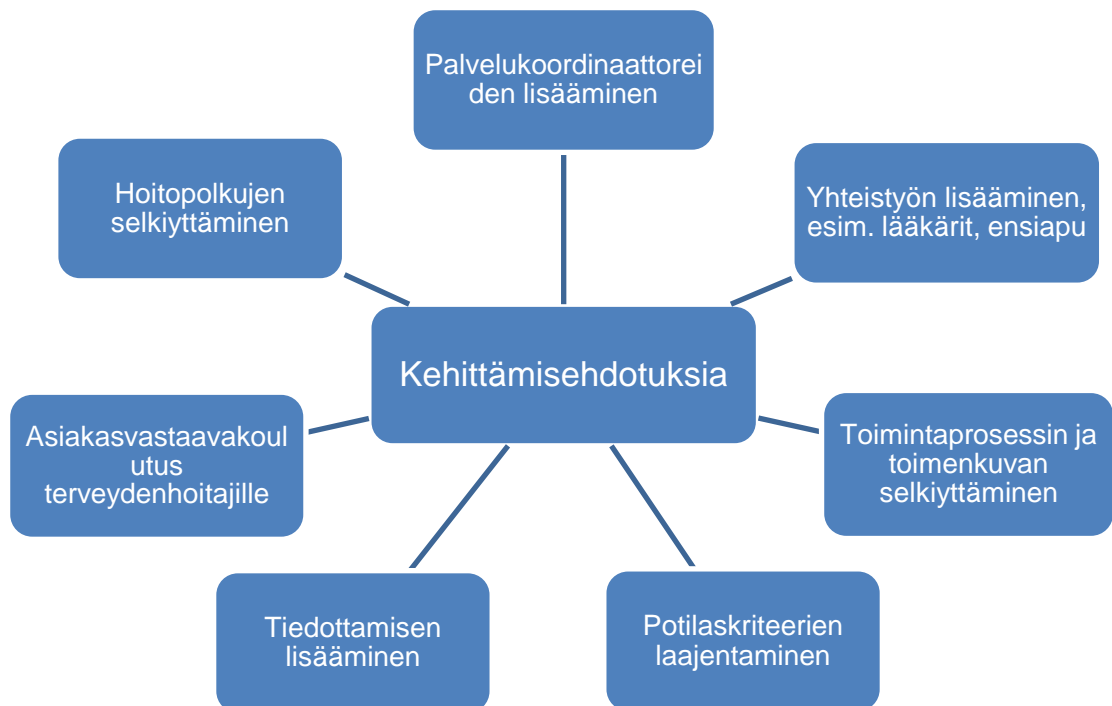
Kolmesta potilaasta yhden kohdalla ohjaus on sujunut mallikkaasti ja potilas on kokenut hoitosuhteen luottamuksellisena. Tämän potilaan kohdalla toiminta on ollut hyvin vaikuttavaa; lääkärikäynnit ovat vähentyneet huomasti ja potilas on kuntoutunut työkokeiluun. Toinen potilas on kokenut käynnit hyödyllisinä ja pyrkii omatoimisesti muuttamaan elämänsä suuntaa. Kolmannen potilaan kohdalla ei ole kehittynyt luottamuksellista suhdetta; hän oli epäileväinen tapaamisen suhteen heti alkuun ja antoi kriittistä palautetta tapaamisesta. Hän ihmetteli, miksi juuri hänet oli valittu toimintaan ja, eikö hän saisi käyttää niin paljon terveystalvueluita kuin tarvitsee. Hän ei myöskään nähnyt hyötyvänsä toiminnasta. Kokemukset ovat näin ollen siis hyvin yksilöllisiä ja erilaisia. Osalle potilaista palvelukoordinaattoritoiminta on kuitenkin ollut elämänhallintaa ja voimavaroja tukevaa toimintaa, mikä vastaa työmme hypoteesiin palvelukoordinaattoritoiminnasta.

Ammattilaisen näkökulmasta keskeistä toiminnan kehittämisen kannalta on palvelukoordinaattorin toimenkuvan selkiyttäminen ja prosessin selkiyttäminen sekä kouluttautuminen asiakasvastaava-hoitajaksi. Myös yhteistyön lisäämistä erityisesti lääkäreiden ja ensiavun kanssa toivottiin. Yhteistyö muiden samanlaista toimintaa toteuttavien kuntien kanssa nähtäisiin hyödyllisenä. Tiedottamisen lisääminen ja selkeiden hoitopolkujen luominen helpottaisi itsenäisesti työskentelevän hoitajan työtä. Esiin nousi myös pohdintaa siitä, tulisiko potilaskriteereitä muuttaa; esimerkiksi ikähaitarin laajentaminen. Näin voisi olla helpompaa tavoittaa motivoituneita terveystalvueluiden suurkuluttajia palvelukoordinaattorin potilaiksi. Jos potilaita saataisiin enemmän toimintaan mukaan, olisi tuki perusteltua, että myös palvelukoordinaattoreita olisi useampi. Useamman palvelukoordinaattorin kokemusten ja vertaistuen jakamisesta olisi varmasti myös hyötyä toiminnan kehittämisesssä.

Seuraavassa projektiryhmän kokouksessa hyödynnetään palvelukoordinaattorin tekemää loppuraporttia sekä tätä opinnäytetyötä ja mietitään, miten toimintaa toteutetaan ja kehitetään jatkossa. Alla on listattuna asioita jotka palvelukoordinaattorina toimineen terveydenhoitajan mielestä vaikuttivat pilottihankkeen pieneen potilasmäärään:

- Potilaiden huono tavoitettavuus puhelimitse
- Vaikeus sopia vastaanottoaikoja potilaiden kanssa, mm. aikataulujen yhteensovittaminen, potilaiden haluttomuus lähteä mukaan toimintaan ja heikoista psyykkisistä tai fyysisistä voimavaroista johtuvat haasteet
- Toiminta piti toteuttaa muiden töiden ohessa, erillistä varattua aikaa ei ollut
- Toiminnasta vastasi vain yksi terveydenhoitaja

Kuviossa 3 on esitettyä palvelukoordinaattoritoiminnan kehittämiskohteita/ideoita terveydenhoitajan näkökulmasta.



Kuvio 3. Kehittämisehdotuksia palvelukoordinaattoritoiminnalle Kirkkonummen terveysasemalla

7 Tulosten pohdintaa

7.1 Pohdinta

Haastatteluista löytyy yhtäläisyyksiä kokemuksista kunnan terveydenhuollon palveluista. Haastateltavia yhdistää kokemus omasta terveydestään hyvänä sekä kokemus itsestään aktiivisena toimijana oman terveyden edistämisessä, niin arjessa kuin terveysaseman vastaanotolla. Tämä tuntuu olevan ristiriidassa sen mielikuvan kanssa, millaiseksi terveyspalveluiden suurkuluttaja mielletään. Haastatteluista ilmeni myös, että potilaat haaveilevat hyvin erilaisten syiden vuoksi käyttämään terveyspalveluita, haastateltavien kohdalla lähinnä terveysaseman päivystystä. Esimerkiksi, jos merkittävin syy käydä päivystyksessä on sairauslomatodistusten hakeminen lasten sairastaessa, kehitettävää on enemmänkin työpaikalla esimiehen vaatimuksissa kuin potilaan omahoidossa.

Kritiikkiä nousee esiin juuri päivystyspalveluita arvioidessa; odottaminen, aina vaihtuvat lääkärit, hoitajien käytös ja potilaan mielipiteen huomiotta jättäminen koetaan päivystyksessä esiintyvinä ilmiöinä. Haastateltavat nostavat esiin myös hoitokäytäntöjen epäjohdonmukaisuuden ja epätasa-arvon. Päivystys koetaan arpapelinä, kun potilas ei voi etukäteen tietää kenen lääkärin tai hoitajan vastaanotolle päätyy ja minkälaista hoitoa tulee saamaan. Haastateltavat muistuttavat kuitenkin kohdanneensa myös hyviä terveydenhuollon ammattilaisia, vaikka negatiiviset kokemukset jäävät kuitenkin helposti päällimmäisiksi. Hoitajien ja lääkärin ammattitaitoon kohdistuvaa epäilyä nousee esiin hyvin vähän. Kehittämisehdotuksina esiin nousevat monipuolisemmat paikalliset palvelut, sekä hoitohenkilökunnan virkistystoiminta tai muu asiakaspalvelua kehittävä toiminta.

Prosessin varrella pohdimme paljon sitä, miksi pilotoitavaan toimintaan osallistui niin vähän potilaita ja miksi saimme niin vähän haastatteluja. Koska kyseessä oli paljon terveyspalveluita käyttävä potilasryhmä, alun perin olettamuksemme oli, että moni lähtisi mielellään mukaan toimintaan, jossa tavataan säännöllisesti hoitajaa. Näin ei tuntunut kuitenkaan käyvän, vaan palvelukoordinaattorilla oli haasteita motivoida potilaita tulemaan vastaanotolleen tai saada heihin yhteyttä.

Pienemmässä mittakaavassa törmäsimme tähän itse kevään haastatteluiden kohdalla, kun saimme useamman haastatteluun suostuneen henkilön yhteystiedot, mutta varsina-

sen haastattelun saaminen osoittautui monen kohdalla haasteelliseksi. Asiakkaiden tavoittaminen puhelimitse oli meillekin vaikeaa. Palvelukoordinaattori yrittää tavoittaa asiakkaita virka-ajan puitteissa, mikä on osoittautunut monen potilaan kohdalla vaikeaksi. Kyseessä ovat työikäiset ihmiset, joista moni ei varmasti pysty työssään vastaamaan puhelimeen tai ole halukas keskustelemaan terveydenhuoltoon tai terveyteensä liittyvistä asioista töissä ollessaan.

7.2 Opinnäytetyön eettisyys

Etiikka on moraalifilosofiaa, joka pyrkii selvittämään, mitä moraalilla on sekä kuinka ratkaista ja lähestyä erilaisia moraalisia ongelmia. Etiikka jaetaan metaetiikkaan, moraaliteoriaan ja soveltavaan eli praktiseen etiikkaan riippuen siitä millaisia moraalikysymyksiä kulloinkin käsitellään. Metaetiikka on abstraktia eikä vastaa arjen kysymyksiin, vaan pohdii, mistä moraalissa on pohjimmiltaan kyse. Metaetiikka ei ole normatiivista, vaan se on kiinnostunut moraalista väitteistä ja kysymyksistä ikään kuin ulkopuolelta. Moraaliteoria on lähempänä elävää elämää. Se tarkoittaa yleisiä teorioita siitä, mikä on oikein ja mikä väärin. Eri teoriat voivat olla hyvinkin erilaisia ja johtaa erilaisiin käytännön toimenpiteisiin eettisten ongelmien edessä. Näin ollen moraaliteoriat ovat normatiivisia. Teorioiden soveltaminen on kuitenkin usein vaikeaa arjessa, koska tilanteet ovat usein monimutkaisia ja häilyviä. Soveltava etiikka on käytännönläheisin etiikan muoto. Se tarkastelee jotain tiettyä elämän tai toiminnan osa-aluetta ja pyrkii vastaamaan konkreettisiin eettisiin ongelmiin. Esimerkkinä soveltavan eli praktisen etiikan alueista ovat hoitotyön etiikka tai tutkimusetiikka. (Leino-Kilpi, Välimäki 2014: 37-38.)

Tieteellistä tutkimusta tehdessä eettisyys on kaiken pohja (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2013: 211). Tietoa erilaisista eettisistä ohjelinjauksista löytyy paljon. Eräs hyvä lista tutkijan kriteereistä on Pietarisen (2012) kahdeksan vaatimusta eettisesti toimivalle tutkijalle; älyllisen kiinnostuksen vaatimus, tunnollisuuden ja rehellisyyden vaatimus, vaaran eliminoiminen ja ihmisarvon kunnioittaminen, sosiaalisen vastuun vaatimus, ammatinharjoituksen edistäminen ja kollegiaalinen arvostus (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2013: 211-212 mukaan.) Nämä vaatimukset ovat ohjanneet työtämme mm. aineistonkeruumenetelmien valinnassa, haastateltavien yksityisyyden suojaamisessa ja valmiin työmme tulevassa esittelyssä. Lisäksi olemme pyrkineet noudattamaan tutkimuseettisen neuvottelukunnan hyvän tieteellisen käytännön ohjeistusta koko opinnäytetyöprosessin ajan (Hyvä tieteellinen käytäntö 2012).

Tutkimusetiikkaa suuntaa myös lainsäädäntö, keskeisimpinä mm. henkilötietolaki, laki potilaan asemasta ja oikeuksista sekä laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2013: 214). Tämä näkyy työssämme mm. tutkimusluvan hakemisen ja saamisen sekä henkilötietojen salassapidon kautta.

Tutkimukseen osallistumiseen tulee antaa tietoinen suostumus ja osallistumisen tulee olla aidosti vapaaehtoista. Tämä tarkoittaa, että tutkittavan on tiedettävä, mikä on tutkimuksen luonne ja hänellä tulee olla mahdollisuus kieltäytyä antamasta tietoja tai keskeyttää tutkimus. Erityisen tärkeää tämä on hoitotieteellisessä tutkimuksessa, jolloin tutkittavat voivat kokea osallistumisen velvollisuudekseen hoitosuhdetta vastaan. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2013: 219.) Haastateltaville pilottipotilaille on kerrottu suullisesti ja kirjallisesti, mistä tekemässämme opinnäytetyössä on kyse, miksi pyydämme saada haastatella heitä ja käyttää keräämäämme aineistoa opinnäytetyössä. Potilaille on kerrottu suullisesti ja kirjallisesti osallistumisen olevan täysin vapaaehtoista ja oikeudesta kieltäytyä osallistumisesta missä tahansa opinnäytetyön vaiheessa. Haastateltavat ovat allekirjoittaneet kirjallisen suostumuslomakkeen (liite 1) jossa vakuuttavat olevansa tietoisia ja osallistuvansa omasta tahdostaan opinnäytetyön tekemiseen. Opinnäytetyöhön osallistuminen ei tule vaikuttamaan potilaiden saamaan hoitoon ja kohteluun terveydenhuollon palveluissa eikä saata heitä millään tavalla eriarvoiseen asemaan opinnäytetyöhön osallistumattomien potilaiden kanssa.

Tutkimukseen valittavien tietolähteiden, meidän työssämme erityisesti haastateltavien, valinta tulee olla eettisesti kestävä. Valinta tulee tehdä niin, että otanta on monipuolinen eikä ohjaa tai vinouta tutkimustuloksia (Leino-Kilpi, Välimäki 2014: 367.) On myös tärkeää huomioida oikeudenmukaisuus, joka tutkimustyössä tarkoittaa sitä, että tutkittavat ovat tasa-arvoisia ja kaikkien panos tutkimukseen yhtäläinen (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2013: 221). Meidän opinnäytetyössämme tutkittavien valinta tapahtui terveyskeskuksen projektiryhmän toimesta ja pohdimme valintaa lisää myöhemmin.

Tarkistutamme opinnäytetyön säännöllisin väliajoin Turnit-järjestelmässä plagiointimahdollisuuksien poissulkemiseksi. Myös lopullinen työ tarkistutetaan Turnit-järjestelmässä.

Keskeinen osa työmme eettistä kestävyttä on anonymiteetti, joka tarkoittaa, ettei tutkimusaineistoa luovuteta ulkopuolisille eikä tuloksista voi identifioida haastattelujen vastaajia (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2013, 221). Tämä on erityisen tärkeää, kun

kyse on näin pienestä otannasta. Hyvän ammattietiikan ja potilaiden yksityisyyden suojan ja oikeuksien mukaisesti haastateltavien potilaiden henkilöllisyys ei tule julki opinnäytetyössä tai liitteinä julkaistavissa dokumenteissa. Mitään tietoja, joiden pohjalta haastateltavien henkilöllisyys olisi selvitettävissä, ei tuoda opinnäytetyössä tai liitteinä olevissa dokumenteissa julki. Haastattelumateriaalit säilytetään asianmukaisella tavalla opinnäytetyön aikana ja tuhotaan asianmukaisella tavalla opinnäytetyöprosessin päättymisen jälkeen. Haastattelumateriaalit ovat vain opinnäytetyötä tekevien opiskelijoiden sekä ohjaavan opettajan nähtävissä ja käsiteltävissä.

Kun tutkimus on valmis, tulee tulokset saattaa tiedeyhteisön arvioitavaksi julkaisemalla ne. Samalla se on tieteen kehittymisen edellytys, johon koko tutkimus nojaa. (Leino-Kilpi, Välimäki 2014: 370.) Kun opinnäytetyömme on valmis, tulemme esittelemään sen Kirkkonummen terveyskeskuksessa työryhmälle ja se julkaistaan kaikkien luettavaksi Thesaurus-tietokannassa. Tutkijoina otamme vastuun työmme luotettavuudesta. Ymmärrämme, että tutkija on ihminen ja on tärkeää pyrkiä eroon ennakoasenteista ja odotuksista, jotka voivat vääristää tutkimuksen tulosta erityisesti näin suppean aineiston ollessa kyseessä.

7.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Hyvän tutkimuksen ominaisuuksiin kuuluu luotettavuuden arvioiminen. Tutkimuksen luotettavuutta on syytä arvioida läpi koko tutkimusprosessin. Jo tutkimuksen alkuvaiheessa on syytä arvioida, onko tutkittava ilmiö selkeästi nimetty ja onko tutkimukselle perusteltu tarve ja merkitys. Lisäksi on syytä miettiä, onko laadullisen tutkimuksen toteuttaminen perusteltua ja onko tutkimuksen aihe eettisesti oikeutettu (Kylmä, Juvakka 2007: 130.)

Näitä kysymyksiä pohdimme tehdessämme aiheesta tiedonhakuja ja käydessämme vuoropuhelua Kirkkonummen terveysaseman projektiryhmän kanssa. Ryhmällä oli selkeä visio siitä, mitä he toivoivat meidän opinnäytetyömme tutkivan, minkä pohjalta laadullinen tutkimus oli selkeä valinta. Tiedonhaun myötä kävi myös selväksi, että tutkimamme palvelu on Suomessa uutta ja vähän tutkittua, mikä on vahva peruste tutkimuksen tarpeelle.

Opinnäytetyömme eri vaiheissa olemme pohtineet myös, onko tutkimuksemme tavoite ja tutkimuskysymykset selkeät ja laadulliseen tutkimukseen sopivat. Olemme tutkimus-

prosessin aikana tarkentaneet tutkimuksemme tavoitetta ja tutkimuskysymyksiä vähäisten haastatteluiden seurauksena. Erityisesti olemme joutuneet pohtimaan työn luotettavuutta aineiston keruun ja analysoinnin kohdalla. Olemme pyrkineet kuvaamaan tarkasti aineiston keruuprosessin ja sitä kautta pohtimaan aineiston vähäisyyttä ja työmme uskottavuutta. Olemme myös työssämme edenneet aineiston ehdoilla kuvaten samalla aineiston analyysin vaikeutta työmme kohdalla. Työn valmistuttua tulemme vielä varmistamaan tutkimustulosten raportoinnin luotettavuutta huomioiden muun muassa kuinka selkeä ja luettava opinnäytetyömme on ja pohtimalla valmiin työn hyödyllisyyttä (Kylmä, Juvakka 2007: 131-133.)

Opinnäytetyömme tavoitteena on tulosten tuottaminen laadullisen tutkimuksen keinoin, joten luotettavuutta arvioidessa tulee ottaa huomioon kvalitatiivisen tutkimuksen arviointiin liittyviä seikkoja ja erikoispiirteitä. Kvalitatiiviset tutkimukset tarjoavat laajan skaalan erilaisia tutkimuksia ja menetelmiä, joten myös luotettavuuden arviointi vaihtelee (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2013: 197.) Yleisesti kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta tulee tarkastella kriittisellä silmällä sillä tutkijoiden on todettu tekevän virheellisiä päätelmiä omien tutkimustensa oikeellisuudesta tutkimusprosessin edetessä ja olevan vakuuttuneita kuvattujen mallien todenmukaisuudesta. Tätä kutsutaan holistiseksi harhaluuloksi tai virhepäätelmäksi (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2013: 197.) Johtuen opinnäytetyömme suppeasta haastatteluaineistosta, emme tee aineistosta sisällönanalyysiä vaan puramme haastattelut vapaamuotoisesti tekstimuotoon ja pohdimme tuloksia ja johtopäätöksiä sen perusteella. Analyysin puuttuminen luonnollisesti vaikuttaa opinnäytetyömme tulosten luotettavuuteen ja uskottavuuteen. Jotta tutkimus olisi uskottava, tulosten tulisi olla kuvattuna niin selkeästi että lukija ymmärtäisi, miten analyysi oikein on tehty sekä tutkimukseen kohdistuneet vahvuudet ja rajoitukset. Analyysin tarkka ja selkeä kuvaus auttaa lukijaa ymmärtämään aineiston ja tulosten välisen yhteyden (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2013: 198.)

Tutkimuksen siirrettävyyttä voidaan hyödyntää luotettavuutta arvioidessa. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tulosten siirtämistä toiseen tutkimusympäristöön mikä taas vaatii tarkkaa kuvausta tutkimuskontekstista, osallistujien valinnasta ja taustoista, aineiston keruusta sekä analyysistä. Näin myös toiset tutkijat voivat tarkasti seurata tutkimuksen prosessia (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2013: 198.) Meidän työmme kohdalla siirrettävyys ei toteudu sinällään, koska aineistomme oli niin pieni. Kuitenkin työmme voi tarjota aineistoa asiakasvastaavamalliin siirtyville kunnille tai sitä tutkiville terveydenhuollon am-

mattilaisille. Hyödyllistä aineistoa ovat haastateltavien asiakaskokemukset, pohdinta potilaiden vähäisyydestä toiminnassa sekä ammattilaisen näkökulma pilotoitavasta palvelukoordinaattoritoiminnasta Kirkkonummella.

Työmme suurin haaste sekä toteutuksen että luotettavuuden ja uskottavuuden kannalta oli haastateltavien pieni määrä ja sitä kautta pieneksi jäänyt otanta. Sen seurauksena olemme joutuneet muuttamaan prosessin varrella tutkimuskysymyksiämme, emmekä ole saaneet aikaan luotettavasti analysoitua vertailevaa tutkimusta, jota lähdimme prosessin alussa toteuttamaan. Työmme ei täytä kaikkia laadullisen tutkimuksen kriteereitä. Olemme kuitenkin prosessin aikana tutustuneet kattavasti luotettavan laadullisen tutkimuksen tekemiseen ja kirjanneet tarkasti prosessin. Tätä kautta olemme kasvaneet tutkijoina, vaikka opinnäytetyömme tuleekin antamaan vähemmän hyödyllistä tietoa, kuin mitä alun perin toivoimme.

7.4 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Haastatteluiden perusteella paljon terveystalvueluita käyttävillä potilailla on vaihtelevia syitä palveluiden käyttöön. Akuutit hoitoon hakeutumiset korostuvat ja kokemukset ovatkin pääasiassa terveystalveman päivystystalvastaanotosta. Potilaiden kokemukset ovat niin ikään vaihtelevia, kuitenkin huomioitavaa on, että negatiiviset kokemukset jäävät päällimmäisenä mieleen. Tärkeänä nähdään hoitohenkilökunnan vuorovaikutustaidot, henkilökunnan ammattitaitoa taas ei epäillä. Palvelukoordinaattoritoiminnasta saimme haastattelemaltaamme potilaalta pääasiassa positiivista palautetta.

Haastattelut vastaavat hypoteesiimme, vaikka kyse on vain kahden potilaan mielipiteistä. Terveystalvueluita runsaasti käyttävät potilaat eivät ole täysin tyytyväisiä saamiinsa terveydenhuollon palveluihin. Yhden haastattelun pohjalta voi myös sanoa, että palvelukoordinaattoritoiminnalla on mahdollista vaikuttaa voimaannuttavasti potilaan omahoitoon ja elämönhallintaan, vaikka vaikutusta terveystalvueluiden käyttöön ei tällä kyseisellä potilaalla ollutkaan. Tätä tuki myös palvelukoordinaattorin haastattelu.

Haastatteluissa nousi esiin monipuolisesti erilaisia kehittämisehdotuksia koskien sekä kunnan terveystalvueluita että palvelukoordinaattoritoimintaa. Palvelukoordinaattoritoiminnan kehittämisen kannalta saatiin arvokasta kokemustietoa sekä yhdeltä potilaalta että palvelukoordinaattorilta itseltään. Koska toimintamalli on Suomen kunnissa vielä

uusi ja sen toteutuksessa on selviä haasteita, vaatii aihe selvästi lisää laajamittaista tutkimista. Ulkomaisia tutkimuksia asiakasvastaavamallin toteuttamisesta löytyy, mutta niiden hyödynnettävyys suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä on kyseenalaista. Lisäksi tutkimuksissa esiintyvät mallit ovat moninaisesti muunneltuja, joten yksittäisten toimintatapojen vaikuttavuudesta mallissa ei juuri ole näyttöä. Kuntien välinen yhteistyö ja kokemusten vaihtaminen edistäisi varmasti mallin käyttöönottoa Suomessa. Kirkkonummella toteutunut pilottivaihe antaa viitteitä siitä, että hyvin organisoituna malli voi olla hyvinkin vaikuttava sekä potilaiden että terveydenhuollon palveluiden kannalta.

7.5 Prosessin arviointi

Opinnäytetyö oli meille molemmille ensimmäinen tutkimustyö. Saimme toivomamme aiheen, mikä motivoi hyvin työn aloittamista. Opinnäytetyön yhteistyökumppani, Kirkkonummen terveysasema, palvelukoordinaattoryöryhmän muodossa oli aktiivisesti mukana työmme aloituksessa ja saimme paljon tukea ja ehdotuksia ryhmältä. Toive haastattelututkimuksesta tuli juurikin työryhmältä. Aloitimme työmme tiedonhaulla, minkä kriteereitä pitikin palautella mieleen muun muassa työpajassa. Haimme tietoa myös haastatteluiden tekemisestä, kumpikaan kun ei ollut aikaisemmin haastatellut ketään. Valmiisiin, erityisesti laadullisiin menetelmiin tehtyihin, opinnäytetöihin tutustuminen auttoi hahmottamaan edessä olevaa projektia.

Opinnäytetyöparina omaamme samankaltaiset työskentelytavat ja yksilölliset vahvuutemme tukivat hyvin yhteistä projektia. Meillä on yhtenevät ajatukset ja tavoitteet opinnäytetyön toteutuksen sekä ajoituksen suhteen. Aikataulujen järjestäminen sujui pääasiassa ongelmitta. Oli tärkeää, että työn haastavissa vaiheissa toisesta on tukea ja yhdessä löysimme aina motivaation työn jatkamiseen.

Opinnäytetyömme tavoite ja siitä seuraavat tutkimuskysymykset muokkautuivat projektin varrella useaan otteeseen. Yksi keskeinen tavoite on alusta asti ollut asiakaskokemustiedon tuottaminen Kirkkonummen terveysaseman toiminnan kehittämiseksi. Aluksi tarkoitus oli nimenomaan tuottaa tietoa pilotoitavan palvelukoordinaattoritoiminnan asiakaskokemuksista, mutta työn edetessä kävi selväksi, että vähäiset haastattelumme vastaavat enemmän asiakaskokemuksiin kunnan terveydenhuollon palveluista yleisellä tasolla, sisältäen toki myös palvelukoordinaattoritoiminnan. Suurin haaste työssämme oli haastatteluiden toteutuksen vaikeus ja se, millaiseksi muokkaamme työmme vähäisen

aineiston vuoksi. Seuraavassa kuvaamme, kuinka työmme keskeinen tutkimustapa mietittiin uudestaan pilottitoiminnan edetessä.

Pilottivaiheeseen ei saatu riittävästi halukkaita potilaita ja vielä harvempi antoi suostuksensa yhteystietojen välittämiseen meille opiskelijoille haastattelua varten. Saimme keväällä viiden (5) haastatteluun suostuneen henkilön yhteystiedot, joista lopulta saimme haastateltua kaksi (2) henkilöä ennen palvelukoordinaattorikäyntejä. Muiden haastattelut peruuntuivat erilaisista syistä; ei saatu yhteyttä, haastateltavan terveydentila esti haastattelun ja yksi haastateltava ei saapunut sovittuun haastatteluun.

Tässä vaiheessa oli tarkoitus, että teemme vertailevaa haastattelua, niin että selvitämme palvelukoordinaattorikäyntien vaikuttavuutta asiakkaiden näkökulmasta. Kesän 2016 aikana selvisi, että palvelukoordinaattorin vastaanotolla oli käynyt vain kolme (3) potilasta, joista yhden (1) olimme haastatelleet keväällä. Luovuimme suunnitelmasta toteuttaa vertaileva tutkimus. Päätimme kuitenkin haastatella vielä keväällä haastattelemamme potilaan uudestaan ja lisäksi sähköisesti palvelukoordinaattorina toimivaa terveydenhoitajaa saadaksemme lisää materiaalia palvelukoordinaattoritoiminnasta Kirkkonummen terveysasemalla. Opinnäytetyömme otsikkoa ja tutkimuskysymyksiä olemme muokanneet vaihtuvien tilanteiden mukaisesti.

Alkusyksystä pohdimme kuinka purkaa ja hyödyntää haastatteluista saatu materiaali. Olimme suunnitteluvaiheessa valmistautuneet induktiiviseen sisällönanalyysiin, mutta sitä emme pystyneet toteuttamaan saadulla materiaalilla. Hyödynsimme sisällönanalyysin menetelmiä haastattelujen purkamisessa siinä määrin kuin se oli mahdollista. Työtämme ohjaavan opettajan tuella ja neuvoilla olemme sovittaneet työtämme muuttuvissa tilanteissa. Aikatauluissa pysymisen olemme kokeneet tärkeäksi ja työmme valmistuu alkuperäisen aikataulun mukaisesti.

Lähteet

Aalto, Anna-Mari - Koskinen, Aki – Oksanen, Katri – Räsänen, Kimmo – Sauni, Riitta. 2015 Tyytyväisyys ja hyöty. Työikäisten arviot avohoidon lääkärikäynneistä. Suomen Lääkärilehti 70 (42). 2777 – 2784. Verkkodokumentti. <<http://www.laakari-lehti.fi.ezproxy.metropolia.fi/tieteessa/terveydenhuoltoartikkelit/tyytyvaisuus-ja-hyoty-tyoikaisten-arviot-avohoidon-laakarissakaynneista/>> Luettu 21.2.2016

Ahola, Aila 2013. Diabeetikon omahoidon esteitä. Diabetes ja lääkäri (4). 15-19

Airaksinen, Marja – Mäntyranta, Taina – Pitkälä, Kaisu – Routasalo, Pirkko 2010. Pitkäaikaissairaalan omahoidon opastus. Suomen Lääkärilehti 65 (21). 1917-1923

Andersén, Heidi – Keistinen, Timo – Lampela, Pekka – Säynäjäkangas Olli 2011. Terveysyötymalli sopii hyvin astmapotilaan pitkäaikaishoitoon. Suomen Lääkärilehti 66 (8). 664-665

Bleasel, Jonathan - Brown, Alex - Davy, Carol - Hueiming, Liu - Ponniah, Sharon - Tchan, Maria 2015. Effectiveness of chronic care models: opportunities for improving healthcare practice and health outcomes: a systematic review. BMC Health Services Research 15 (194). 1-11.

Eriksson, Elina - Korhonen, Teija - Lassila, Asta 2016. Asiakasvastaavatoiminta perusterveydenhuollossa -asiakkaiden odotuksia ja kokemuksia. Tutkiva Hoitotyö 14 (1). 33-43.

Haverinen, Anna - Komssi, Vesa - Leskelä, Riikka-Leena - Olli, Sirkka-Liisa - Pikkujämsä, Sirkku - Sandström, Saana - Ylitälo-Katajisto, Kirsti 2013. Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asiakkaat Oulussa. Suomen Lääkärilehti 68 (48). 3163-3169

Hyvä tieteellinen käytäntö, HTK-ohje 2012. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Verkkodokumentti. <<http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta> > Luettu 26.8.2016

Jyväskylä, Simo 2005. Terveyspalveluita usein käyttävät ja monisairaant potilaat. Moniongelmaiset potilaat. Teoksessa Ahto, Merja - Eskola, Kari - Keinänen-Kiukaanniemi Sirkka - Kosunen, Elise - Kumpusalo, Esko - Kunnamo, Ilkka - Lohi, Jouni (toim.): Yleislääketiede. Kustannusyhtiö Duodecim. Hämeenlinna: Karisto Oy. 410-421

Jäppinen, Paula - Nyman Juha 2015. Terveysasemien avosairaanhoidon suurkäyttäjät. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti - Journal of Social Medicine. (52) 4-19.

Kananen, Jorma 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä -Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Teoksessa Makkonen, Teemu (toim.): Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja -sarja. Suomen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print 2014. 71-80

Kankkunen, Päivi - Vehviläinen-Julkunen Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 197- 198, 211-221.

Keltikangas-Järvinen, Liisa 2009. Temperamentti, stressi ja elämäntilanne. Toinen painos. Helsinki: WSOY. 256-259

Kirkkonummi – Kyrkslätt. Tietoja kunnasta. Internet-sivut. <<http://www.kirkkonummi.fi/tietoja>> Luettu 4.4.2016

Komssi, Vesa - Koukkula, Lari - Lehtonen, Lasse - Leskelä, Riikka-Leena - Silander, Katariina - Soppela, Jyri 2015. Paljon erikoissairaanhoidon palveluja käyttävät potilaat. Suomen Lääkärilehti 70 (43). 2865-2872

Kylmä, Jari - Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1. painos. Edita. 130-134.

Leino-Kilpi, Helena - Välimäki, Maritta 2014. Etiikka hoitotyössä. 8., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 367-370.

Muurinen, Seija - Mäntyranta, Taina 2015. Asiakasvastaava-toiminta pitkäaikaissairauksien terveyshyötytyömallissa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Verkkodokumentti. <http://stm.fi/documents/1271139/1427058/get_file.pdf/2a2a9f1a-8751-42b6-a0f5-ad92ff87e6a2> Luettu 20.2.2016.

Pentikäinen, Arja 2003. Työikäisten terveyskuva ja elämäntilanne. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto. 31-32

Pernaa, Minna 2014. Asiakasvastaava huolehtii kokonaisuudesta. Sosiaali- ja terveyspoliittinen aikakauslehti Tesso. Verkkodokumentti. <<http://tesso.fi/artikkeli/asiakasvastaava-huolehtii-kokonaisuudesta>> Luettu 20.2.2016

Sarajärvi, Anneli - Tuomi, Jouni 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi



Metropolia AMK
Tukholmankatu 10
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystenhoitotyö
Liisa Malmberg
Julia Pasternack

Opinnäytetyö: Terveyspalveluiden käyttäjien kokemuksia palvelukoordinaattoritoiminnasta Kirkkonummella

Suostumuslomake haastatteluun

Olen tietoinen tutkimuksen aiheesta sekä sen tekemisessä käytettävistä menetelmistä.

Suostun vapaaehtoisesti nauhoitettavaan haastatteluun, jossa kerron kokemuksiani ja mielipiteitäni rajatuista teemoista haastattelijoiden kysymysten avustamana.

Suostun siihen, että antamiani tietoja käytetään opinnäytetyön tekemiseen ja sen tulosten julkistamiseen eri foorumeilla. Tiedän, että tutkimuksessa ei näy henkilötietojani ja haastatteluaineisto tuhoetaan opinnäytetyön valmistuttua. Tietoja käsitellään luottamuksellisesti ja salassapitovelvollisuutta noudattaen.

Tiedän, että minuun tullaan olemaan yhteydessä alkusyksystä 2016 toisen haastattelun tiimoilta.

Halutessani voin keskeyttää osallistumiseni tutkimukseen missä vaiheessa tahansa eikä se vaikuta yhteistyöhöni terveyskeskuksen kanssa.

Aika & paikka

Haastateltavan allekirjoitus ja nimenselvennys



Ensimmäinen haastattelu, kevät 2016

Potilaiden mielipiteitä omahoidosta ja kokemuksia kunnan terveystalvluista

- **Omahoito ja potilaan vaikutusmahdollisuudet oman terveyden hoidossa**
 - Millaisia asioita teette itse terveytenne ylläpitämiseksi ja edistämiseksi?
 - Miten merkityksellisenä näette sen, että teette itse asioita terveytenne hyväksi?
 - Käyttäessänne terveydenhuollon palveluita koetteko olevanne enemmän aktiivinen toimija vai passiivinen toiminnan kohde? Miten se ilmenee?
 - Koetteko, että teillä on riittävästi vaikutusmahdollisuuksia terveytenne hoidossa ja, että mielipiteenne kuullaan? Miten se ilmenee?
- **Ammattilaisen rooli potilaan terveydenhuollossa**
 - Miten omalääkärin vaihtuminen on vaikuttanut terveytenne seurantaan ja hoitoon?
 - Oletteko kokenut lääkäri- ja hoitajakäynnit hyödyllisinä?
 - Millaisia odotuksia teillä on mennessänne lääkärin tai hoitajan vastaanotolle?
- **Terveydenhuollon palveluiden vaikuttavuus**
 - Millaisia toimivien terveystalvluiden tulisi mielestänne olla?
 - Mitkä palvelut/toimet olette kokeneet hyödyllisinä? Miksi?
 - Oletteko kokeneet jotkin palvelut hyödyttöminä? Miksi?

Mitä muuta haluaisitte sanoa?

- **HUOM! Lisäksi erillinen kyselykaavake**



Sukupuoli: nainen mies ikä

1. Arvioikaa yleistä terveydentilaanne kouluarvosanoin 4-10

2. Arvioikaa käyttämiänne kunnan terveystilapalveluita kouluarvosanoin 4-10

a. lääkärin vastaanotto terveysasemalla

b. hoitajan vastaanotto terveysasemalla

c. lääkärin vastaanotto päivystyksessä

d. hoitajan vastaanotto päivystyksessä

e. ajanvaraus

f. sähköinen asiointi



Toinen haastattelu, syksy 2016

Potilaiden mielipiteitä ja kokemuksia palvelukoordinaattorin tapaamisesta ja vaikutuksesta oman terveyden hoitoon ja elämänhallintaan.

• Omahoito ja potilaan vaikutusmahdollisuudet oman terveyden hoidossa

- Montako kertaa olette käyneet palvelukoordinaattori-hoitajan vastaanotolla?
- Millaisia asioita palvelukoordinaattorin vastaanotolla käsittelette?
- Käydessänne palvelukoordinaattorin vastaanotolla koetteko olevanne enemmän aktiivinen toimija vai passiivinen toiminnan kohde? Miten se ilmenee?
- Miten palvelukoordinaattorin vastaanotolla otettiin omat mielipiteenne ja toiveenne huomioon?

• Ammattilaisen rooli potilaan terveydenhuollossa

- Millaisena olette kokeneet asioinnin yhden ja saman terveydenhuollon ammattilaisen kanssa?
- Onko palvelukoordinaattori lähettänyt/ohjannut teidät muiden palveluiden pariin tarvittaessa?
- Millaisia odotuksia teillä oli mennessänne palvelukoordinaattorin vastaanotolle?

• Terveydenhuollon palveluiden vaikuttavuus

- Oletteko toteuttaneet palvelukoordinaattorin vastaanotolla esiinnousseita asioita?
- Oletteko kokeneet palvelukoordinaattorin ohjeet/ ehdotukset hyödyllisinä terveyttenne kannalta?
- Käytyänne palvelukoordinaattorilla oletteko huomanneet muutosta terveysterveysten palveluiden käytösänne?

Mitä muuta haluaisitte sanoa?



Opinnäytetyö
Liisa Malmberg
Julia Pasternack
Metropolia AMK

Kysymyksiä Kirkkonummen terveysaseman palvelukoordinaattorille

Palvelukoordinaattoritoiminnan aloittaminen

1. Miten potilaiden valinta palvelukoordinaattoritoiminnan pilotointiin tapahtui?
2. Kuinka monelle potilaalle olette ehdottaneet palvelukoordinaattoritapaamista?
3. Kuinka monta potilasta olet tavannut palvelukoordinaattorin roolissa vuonna 2016?
4. Mitkä tekijät ovat vaikuttaneet potilasmäärään?

Palvelukoordinaattorin vastaanotolla

5. Kuinka pitkiä palvelukoordinaattorin vastaanotot keskimäärin ovat olleet?
6. Millaisia asioita käsittelit potilaiden kanssa palvelukoordinaattorivastaanotoilla?
7. Miten potilaat ovat ottaneet ohjauksen vastaan?
8. Onko toimintaan nimetty "palvelukoordinaattorilääkäri"? Millainen hänen toimenkuvansa on ollut pilotointivaiheessa?

Kokemuksia palvelukoordinaattoritoiminnasta

9. Oletko saanut potilailta palautetta toiminnasta? Miten ja millaista?
10. Oletko ammattilaisena kokenut toiminnan hyödyllisenä/vaikuttavana? Miksi, miksi ei?

Toiminnan tulevaisuus

11. Mitkä ovat toiminnan vaikuttavuuden kannalta tärkeimpiä kehittämistarpeita?
12. Miten toimintaa lähdetään kehittämään jatkossa?

Muuta kommentoitavaa palvelukoordinaattoritoimintaan liittyen?