

Kehittämisprojektin evaluointi, raportointi ja kypsyysnäyte

Terveysten edistämisen koulutusohjelma

Ylempi Ammattikorkeakoulu

2017

Suvi Lehdonniitty

TERVEYSHYÖTYMALLIN KEHITTÄMINEN PERUSTURVAKUNTAYHTYMÄ AKSELISSA

– Hoitovastaavan toiminnan pilotointi



Suvi Lehdonniitty

TERVEYSHYÖTYMALLIN KEHITTÄMINEN PERUSTURVAKUNTAYHTYMÄ AKSELISSA - Hoitovastaavan toiminnan pilotointi

Pitkäaikaissairaiden ja monisairaiden määrän lisääntyminen pakottaa muuttamaan työtapoja ja palveluvalikoimaa. Painopistettä tulee siirtää pitkäaikaissairauksien ennaltaehkäisyyn ja hoidon suunnitelmallisuuteen. Suomessa väestö lisääntyy nopeasti lähivuosina ja sen vaikutukset ulottuvat koko yhteiskuntaan. Väestön ikärakenteen myötä taloudelliset menot heikkenevät. Työikäisten määrä vähenee ja kansatalouden kasvumahdollisuudet heikkenevät. Työvoiman ikääntyminen edellyttää panostamista työkyvyn ylläpitämiseen ja työssä jaksamiseen. Terveyshyötymalli eli Chronic Care Model, lyhyemmin CCM, on Edward Wagnerin (1998) kehittämä teoreettinen viitekehys ja ajatusmalli pitkäaikaissairauksien hoidon kehittämiseksi, joka erittelee neljä eri osa-alueita. Näitä osa-alueita ovat omahoidon tuki (self-management support), palveluvalikoima (delivery system design), päätöksentuki (decision support) ja kliiniset tietojärjestelmät (clinical information systems). Mallia voidaan soveltaa erilaisiin kroonisiin sairauksiin terveydenhuollon toimintaympäristöissä ja kohderyhmissä. Tätä ajattelumallia soveltamalla huomioidaan kaikki komponentit.

Tavoitteena on pitkäaikaissairauksien hoidon kehittäminen Perusturvakuntayhtymä Akselissa. Tarkoituksena on tunnistaa ja kartoittaa paljon terveyspalveluita käyttävät asiakkaat ja saada kohderyhmä aktivoitumaan omaan hoitoon. Lisäksi tarkoituksena on pilotoida hoitovastaavan toimintaa pienimuotoisesti valitulla potilasryhmällä, sekä testata terveys- ja hoitosuunnitelman käyttöä. Soveltavan osion tavoitteena on tehostaa suunnitelmallisempaa hoitoa paljon terveyspalveluita käyttävien kohdalla. Tarkoituksena on selvittää seuraavia tutkimuskysymykset: 1. Miten käyttöönotto on onnistunut? 2. Miten sitä voidaan mahdollisesti vielä tehostaa? 3. Millaista koulutusta hoitohenkilökunnalle tulee järjestää? 4. Miten/mistä potilaat ohjautuvat hoitovastaavan vastaanotolle?

Tutkimus toteutettiin laadullisella eli kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä. Aineisto kerättiin kyselykaavakkeilla, joka sisältää strukturoituja ja avoimia kysymyksiä. Kysely toteutettiin vuosina 2016-2017 välillä. Tutkimuslomake lähetettiin Terveys - ja hoitosuunnitelmaan osallistuneille henkilöille. Projektiryhmään osallistuneelle henkilökunnalle lähetettiin erillinen kyselylomake. Kyselyyn vastasi 62,5%. Tulokset analysoitiin sisällön analyysillä. Tutkimustuloksista ilmeni, että pitkäaikaissairaana motivointia omahoitoon tulee kehittää potilaslähtöisemmäksi ja saada potilas aktiiviseksi osallistujaksi omahoidossaan. Haasteita ovat kiireiset aikataulut, epäselvyys hoitopoluista ja yhteistyöverkostoista. Hoitohenkilökunta tarvitsee enemmän koulutusta terveys- ja hoitosuunnitelmien sisällöstä, terveydenhuollon palveluista, jatkoseurannasta ja hoitopoluista. Terveys- ja hoitosuunnitelma on hyvä työväline, kun se on hyvin suunniteltu.

Kehittämiprojektin tuotoksena syntyi idea kouluttaa henkilökuntaa enemmän. Kehittämissä on loistava tilaisuus toteuttaa koulutus. Tämän kehittämiprojektin tulokset antavat tukea aikaisemmille tutkimuksille. Tuotoksena laadittiin toimintaohje koulutustilaisuudessa tulosten kirjaamiseen.

ASIASANAT: Terveyshyötymalli, terveyden edistäminen, pitkäaikaissairaat, terveys- ja hoitosuunnitelma

BACHELOR'S / MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health and Well-being / Health promotion

May 2017 | 58+12 appendices (70 pages)

Ritva Laaksonen-Heikkilä

Suvi Lehdonniitty

THE DEVELOPMENT OF CHRONIC CARE MODEL IN THE BASIC SECURITY FEDERATION OF MUNICIPALITIES, AKSELI - Care Management Model Pilot

Finland's population is aging fast in the coming years. The emphasis should be transferred to the prevention of chronic diseases and the systematic planning of the study. In Finland, the population will increase rapidly in the next few years and its effects will extend to society as a whole. With the age structure of the population, financial expenditures are weakening. The number of working-age people is decreasing and the growth potential of the nation's economy is weakening. The Chronic Care Model, abbreviated CCM, has been developed by Edward Wagner (1998) theoretical framework and paradigm for the development of chronic disease treatment, which specifies four different areas. These areas include self-management support, delivery system design, decision support and clinical information systems. The model can be applied to various chronic diseases in health care settings and target groups. By applying this way of thinking all the components will be taken into account.

The aim is to identify and map out the customers using a lot of health care services and make the target group active in their own treatment. In addition, the goal is to pilot the work of the responsible manager with a small group of patients and test the use of health and treatment plan. The target and purpose of the applied study is to boost more systematic treatment for the ones using a lot of health care services. The purpose of the study was to find answers for the following questions: 1. Has the implementation of the model been successful? 2. How could the implementation of the model be improved? 3. What kind of education should be arranged for the health care professionals? 4. How are patients referred to a care manager?

The study was carried out using qualitative research methods. The study material was collected by using a questionnaire including structured and open-ended questions. The survey was conducted in 2016 and 2017. The questionnaire was sent to the target group. (n=8). The staff who participated in the project group was sent a separate questionnaire (n=8). The survey response rate was 62,5%. The material was analyzed with content analysis. The study showed that motivating patients with chronic diseases to self-care should be developed in a more patient-centered manner attempting to make patients more active in self-care.

The challenges are busy schedules, confusion about treatment pathways and cooperation networks. The medical staff need more education in health and treatment plans contents, health care services, follow-up after the treatment and treatment pathways. A health and Treatment plan is good tool when it is well planned.

The outcome of this development project was idea to offer more training to the staff. A development day would be a great opportunity to implement the staff training. The results of this development project provide support the previous studies.

KEYWORDS:

The Chronic care model, a health care, a chronic disease, a health and treatment plan

SISÄLTÖ

KÄSITTEET	6
1 JOHDANTO	7
2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT	8
2.1 Projektiorganisaatio	9
2.2 Kehittämiprojektin tavoitteet ja tarkoitus	10
3 KIRJALLISUUSKATSAUS	12
3.1 Pitkäaikaissairaalan perusterveydenhuollossa	13
3.2 Terveyshyötymalli	14
3.3 Terveystiedon edistäminen	16
3.4 Potilasohjaus ja pitkäaikaissairaalan potilaan motivointi omahoitoon	17
4 KEHITTÄMISPROJEKTI ETENEMINEN	23
5 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUTKIMUKSELLINEN OSA	27
5.1 Tutkimuksellisen osuuden tavoite, tarkoitus ja tutkimusongelmat	27
5.2 Kyselyn toteutuminen	27
5.3 Kohderyhmä	29
5.4 Luotettavuus ja eettiset kysymykset	33
6 TULOKSET	37
6.1 Hoitohenkilöstön taustakysymykset	37
6.2 Hoitohenkilöstön kokemukset ryhmään osallistumisesta	38
6.3 Terveys- ja hoitosuunnitelmien haasteet hoitohenkilöstölle	38
6.4 Potilaiden ohjautuminen hoitovastaavan vastaanotolle	40
6.5 Hoitohenkilöstön koulutustarpeet	41
6.6 Hoitohenkilöstön sitoutuminen projektiin	42
6.7 Asiakkaiden taustakysymykset	43
6.8 Asiakkaiden kokemukset terveys- ja hyötymallin hyödyllisyydestä	44
6.9 Asiakkaiden kokemukset saamastaan potilasohjauksesta	44
6.10 Tulosten tarkastelua ja johtopäätökset	46
7 TULOKSET TUOTOKSEKSI	50
8 KEHITTÄMISPROJEKTIN ETENEMINEN SOVELTAVAN TUTKIMUKSEN OSAN JÄLKEEN	51
8.1 Kehittämiprojektin tuotos	51
9 ARVIOINTI JA POHDINTA	54
LÄHTEET	56

LIITTEET

- Liite 1. Omahoitolomake
- Liite 2. Tutkimustiedote
- Liite 3. Saatekirje
- Liite 4. Kysely tutkittaville
- Liite 5. Kysely hoitohenkilökunnalle

KUVAT

- Kuva 1. Terveystyömalli. (Innokylä 2015.) 15

KUVIOT

- Kuvio 1 Projektiorganisaatio kuviona 10
- Kuvio 2 Kehittämisprojektin vaiheet 24
- Kuvio 3 Miesten käynnit terveydenhuollossa 30
- Kuvio 4 Naisten käynnit terveydenhuollossa 31
- Kuvio 5 Asiakkaiden seuranta-aika 32
- Kuvio 6 Hoitohenkilöstön työkokemus 37
- Kuvio 7 Hoitohenkilöstön kokemat haasteet 40
- Kuvio 8 Potilaiden ohjautuminen vastaanotolle 41
- Kuvio 9 Hoitohenkilöstön koulutustoiveet 42
- Kuvio 10 Hoitohenkilöstön sitoutuminen terveys- ja hoitosuunnitelmien tekoon 43
- Kuvio 11 Asiakkaiden ikä ja sukupuolijakaumat 44
- Kuvio 12 Asiakkaiden kokemukset terveys- ja hoitosuunnitelmien hyödyllisyydestä 45
- Kuvio 13 Asiakkaiden kokemukset saamastaan ohjauksesta 46
- Kuvio 14 Toimintaohjeen kirjaaminen 52

KÄSITTEET

Terveys- ja hoitosuunnitelma on pitkäaikaissairaiden omahoitoa tukeva työväline. Se auttaa hoidon suunnitelmallisuudessa ja jatkuvuudessa. Dokumentti kokoaa potilaan hoitoon liittyvät tärkeimmät tiedot ja helpottaa ammattilaisen työtä. Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011 määrittää, että pitkäaikaissairaalle veloitetaan tekemään terveys – ja hoitosuunnitelma. (Innokylä 2015.)

Hoitovastaava/asiakasvastaava (case/care manager) on palveluohjaaja, joka on sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilö. Hoitovastaava arvioi asiakkaan palvelun tarpeen, kokoaa asiakkaalle kuuluvia palveluja ja etuuksia koskevat tiedot yhteen ja varmistaa kokonaisuuden toimivuuden. Hoitovastaava laatii asiakkaan ja moniammatillisen tiimin kanssa yhdessä terveys- ja hoitosuunnitelman. (Muurinen & Mäntyranta 2010, 6.)

Kehittämisprojekti on hyvin suunniteltua ja organisoitua toimintaa, joka pyrkii saavuttamaan tavoitteensa. Projekti on määräaikainen, rajattu tehtäväkokonaisuus, jolla on erilliset resurssit, vastuut ja valtuudet ja oma ohjausrakenne. Ne soveltuvat työvälineiksi esim. uusien asiakastarpeiden tarkasteluun, uusien toimintatapojen ja -mallien kehittämiseen, kokeilemiseen ja juurruttamiseen, uusien tuotteiden ja palveluiden, tuotanto- ja ohjausjärjestelmien kehittämiseen, käyttöönottoon ja markkinointiin, uusien yhteistyösuhteiden luomiseen, voimavarojen käytön tehostamiseen sekä uusien rahoitusmahdollisuuksien hyödyntämiseen. Projekti on etenevä prosessi, jonka kuluessa käydään läpi tietyt vaiheet; ideavaihe, esiselvitysvaihe, suunnitteluvaihe, toteutusvaihe ja tulosten hyödynnettävyys vaihe. Tulosten hyödyntämisyksikössä kokemukset kootaan, arvioidaan ja raportoidaan. Tuloksia käsitellään asiakasorganisaatiossa ja projektin tuomat ratkaisumallit otetaan käyttöön. Tämän jälkeen projekti päättyy. (Viirkorpi 2000, 7-8, 11.)

1 JOHDANTO

Pitkäaikaissairauksien yleistyminen on merkittävä haaste Suomessa ja muualla maailmassa ja on yksi perusterveydenhuollon keskeisimmistä kehittämiskohteista. (Kauhanen 2013, 1,4; Improving Chronic Illnes Care 2014.). Pitkäaikaissairaille on tyypillistä, että he käyttävät terveydenhuollon palveluita paljon. Suuri osa perus- ja erikoissairaanhoidon resursseista käytetään näin ollen pitkäaikaissairaiden hoitoon. (Kukka 2010, 46; Kauhanen 2013, 1.)

Pitkäaikaissairaiden ja monisairaiden määrän lisääntyminen pakottaa muuttamaan työtapoja ja palveluvalikoimaa (Lyytinen 2010, 33). Painopistettä tulee siirtää pitkäaikaissairauksien ennaltaehkäisyyn ja hoidon suunnitelmallisuuteen. Terveysyhtymässä on keskeistä asiakaslähtöisyys ja moniammatillisuus. (Kauhanen 2013, 10.) Asiakasvastaavan toiminnalla on kansainvälisen kirjallisuuden mukaan mahdollista vaikuttaa asiakkaiden sairauksien hoitotasapainoon. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 19.)

Tämä on työelämälähtöinen kehittämisprojekti Perusturvakuntayhtymä Akselissa, jonka viitekehyksenä käytetään Edward Wagnerin kehittämää (1998) Terveysyhtymällä eli *Chronic Care Model*. (Improving Chronic Illnes Care 2014). Se toteutetaan työelämän yhteistyönä. Kehittämisprojektin tavoitteena on pitkäaikaissairauksien hoidon kehittäminen Perusturvakuntayhtymä Akselissa. Tarkoituksena on tunnistaa ja kartoittaa paljon terveyspalveluita käyttävät asiakkaat ja saada kohderyhmä aktivoitumaan omaan hoitoon. Lisäksi tarkoituksena on pilotoida hoitovastaavan toimintaa pienimuotoisesti valitulla potilasryhmällä, sekä testata terveys- ja hoitosuunnitelman käyttöä.

2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT

Perusturvakuntayhtymä Akseli on Maskun, Mynämäen ja Nousiaisten kuntien kuntayhtymä, joka on perustettu vuonna 2010. Akselin yhteenlaskettu asukasmäärä oli noin 23 000 vuonna 2010. Kuntayhtymä vastaa perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen palveluiden järjestämisestä ja sen toiminta alkoi 1.1.2011. (Perusturvakuntayhtymä Akseli 2015.)

Perusturvakuntayhtymä Akselissa avohoitopalveluja on jo kehitetty terveyshyötymallia hyödyntäen. Uusilla toimintamalleilla pyritään saamaan kuntalaisille parasta mahdollista hyötyä. Jalkauttamistyö on pitkäjänteistä kehittämistyötä, johon vaikuttavat kulloinkin resurssitilanne ja muut muutokset. Vuoden 2014 alusta Perusturvakuntayhtymä Akselin iltapäivystys siirtyi yhteispäivystykseen Turkuun. Pääpaino palveluiden toiminnallisessa kehittämisessä on siirron aiheuttaman lisääntyneen päiväaikaisen palvelukysynnän vastaamisessa sekä kansallisen terveysarkiston KanTa-palveluiden käyttöönotossa. (Perusturvakuntayhtymä Akseli 2013.)

Palveluvalikoimaa on monipuolistettu mallin mukaisesti. ”Lääkärin vastaanottojen osalta aiempien ei-kiireellisten, päivystys- ja puhelinaikojen lisäksi tällä hetkellä käytössä ovat myös kiireelliset vastaanottoajat sekä konsultaatioajat.” Ryhmämuotoista toimintaa on lisätty erityisesti fysioterapiassa. Vuonna 2014 kuntayhtymä liittyi valtakunnallisen aikataulun mukaisesti kansalliseen terveysarkistoon, KanTa-palveluihin. (Perusturvakuntayhtymä Akseli 2013.)

Yksi tärkeä osa-alue terveyshyötymallissa on monisairaiden paljon palveluita käyttävien kuntalaisten hoidon nykyistä parempi suunnitelmallisuus. Terveyshyötymallin mukaan näille potilaille nimetään kokonaistilanteeseen parhaiten sopiva hoitovastaava, joka voi olla esim. sairaanhoitaja, terveydenhoitaja, fysioterapeutti, psykiatrinen sairaanhoitaja, suuhygienisti, lääkäri tai muu vastaava toimija. Hoitovastaava tekee potilaan kanssa terveys- ja hoitosuunnitelman potilaslähtöisesti. Hoitosuunnitelmassa asiakkaalle asetetaan yksilöllisiä tavoitteita ja niiden toteutumista seurataan. Tämän osa-alueen käytännön toteuttaminen vaatii taustalle rakenteisen kirjaamisen. Kuntayhtymä

on mukana aikuishankkeessa ”palvelumuotoilulla parempia palveluita riskiryhmille”. Keskeiset asiakasryhmät ovat päihde- ja mielenterveyspalveluja sekä aikuissosiaalityötä ja sosiaalista kuntoutusta tarvitsevat henkilöt. Hanke on hyvin linjassa terveyshyötymallin kanssa. (Perusturvakuntayhtymä Akseli 2013. ja 2015.)

Toimivat hankkeet ovat yksinkertaisia, selkeitä ja vähän resursseja vaativia. Hankkeilla saadaan myönteisiä muutoksia hoitoihin, hoidon porrastukseen, yksiköiden toimintaan, yhteistyöhön, tiedonsiirtoon, ajanhallintaan ja kustannuksiin. Toimintamallien juurruttamista käytäntöön estää monesti henkilöresurssien puute. Kehittämishankkeiden tarve syntyy useimmiten omassa yksikössä. Kehittämiskohteet vastaavat kuitenkin yleensä valtakunnallisia tavoitteita. Alhaalta ylös etenevät kehittämishankkeet etenevät yleensä parhaiten ja siksi potilaiden, asiakkaiden ja työntekijöiden ääntä on kuunneltava jo suunnitteluvaiheessa. Johdon tuki on kuitenkin välttämätöntä työn onnistumiselle. Parhaat tulokset saadaan suunnitelmallisella yhteistyöllä. (Tuomiranta ym. 2012.)

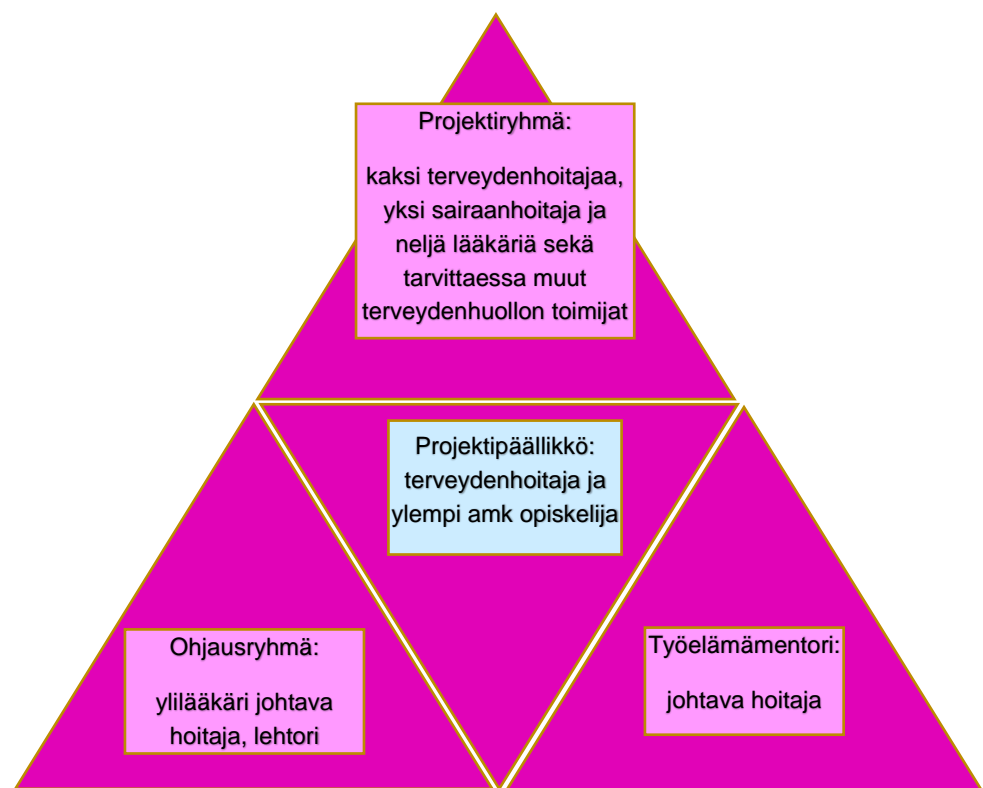
Sairauksien ehkäisy ja hoito maksavat suunnilleen yhtä paljon. Vaikka monet ehkäisevät toimenpiteet ovat halpoja, niitä joudutaan kohdistamaan suurempaan ihmisjoukkoon kuin hoidot, jonka kohteena ovat vain sairastuneet. Ennaltaehkäisevän työn ongelmana on se, että hyödyt toteutuvat vasta tulevaisuudessa, kun taas kustannukset syntyvät heti. (Cohen ym. 2008.)

Muutosprosessit voivat kohdata erilaisia ongelmia. Tällaisia voivat olla esimerkiksi hoitoprosessin yksimielisyys, painopisteiden kilpailuttaminen ja hoitohenkilökunnan vähäinen sitoutuminen. (Hroscikoski ym. 2006, 317.)

2.1 Projektioorganisaatio

Projektion organisaatiolla määritellään projektin avaintoimijat, näiden tehtävät ja vastuu (Viirkorpi 2000, 25.) Projektipäällikkö vastaa kehittämisprojektin käynnistämisestä, projektioorganisaation muodostamisesta ja toiminnasta,

projektisuunnitelman tekemisestä, prosessin etenemisestä, muutosjohtamisesta ja saavutetuista kehittämistuloksista. (Routasalo 2013.) Projektipäällikkönä toimi terveydenhoitaja, jolla erikoistumisopinnot äitiyshuollosta ja yli viiden vuoden työkokemus. Ohjausryhmänä toimivat johtavahoitaja ja ylilääkäri sekä opettajatuutori. Johtavahoitaja toimi myös opiskelijan työelämätuutorina. Projektiryhmänä toimi projektipäällikön (th) lisäksi kaksi terveydenhoitajaa, yksi sairaanhoitaja sekä 4 lääkäriä sekä tarpeen mukaan muut terveydenhuollon toimijat.



Kuvio 1. Projektiorganisaatio kuviona.

2.2 Kehittämisprojektin tavoitteet ja tarkoitus

Tämän kehittämisprojektin tavoitteena oli pitkäaikaissairauksien hoidon kehittäminen Perusturvakuntayhtymä Akselissa. Tarkoituksena oli tunnistaa ja kartoittaa paljon terveyspalveluita käyttävät asiakkaat ja saada kohderyhmä aktivoitumaan omaan hoitoon. Lisäksi tarkoituksena oli pilotoida hoitovastaavan

toimintaa pienimuotoisesti valitulla potilasryhmällä, sekä testata terveys- ja hoitosuunnitelman käyttöä. Kehittämistyön viitekehystenä käytettiin TerveysHyötymallia.

Syksyn 2016 ja kevään 2017 aikana lähetettiin terveys- ja hoitosuunnitelmaan osallistuneille kyselylomake kirjeitse. Kyselyllä kartoitettiin terveysHyötymalliin osallistuneilta asiakkailta kokemuksia terveys- ja hoitosuunnitelmasta ja sen hyödyllisyydestä sekä ohjauksen toteutumisesta ja kehittämistarpeista. Lisäksi projektiin osallistuneelta hoitohenkilöstöltä kartoitettiin koulutustarpeita terveys- ja hoitosuunnitelman käytöstä ja sen haasteista ja kehittämisestä.

3 KIRJALLISUUSKATSAUS

Väestön ikärakenteen myötä taloudelliset menot kasvavat. Työikäisten määrä vähenee ja kansatalouden kasvumahdollisuudet heikkenevät. Työvoiman ikääntyminen edellyttää panostamista työkyvyn ylläpitämiseen ja työssä jaksamiseen. Terveysteen, toimintakykyyn ja sosiaalisten ongelmien ehkäisyyn on panostettava. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, 19, 48; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 5-6.) Terveysyhtymällin osa-alueita ovat omahoidon tuki (*self-management support*), palveluvalikoima (*delivery system design*), päätöksentuki (*decision support*) ja kliiniset tietojärjestelmät (*clinical information systems*). (Barr ym. 2003, 74; Muurinen & Mäntyranta 2010; Kauhanen 2013, 9; Improving Chronic Illness Care 2014.) Systemaattisella Terveysyhtymällin mukaisella lähestymistavalla voidaan pitkällä tähtäimellä vaikuttaa terveysyhtymien syntyyn, parantamalla pitkäaikaissairaiden hoidon tuloksia ja kasvattamalla asiakastyytyvyyttä. (Kukka 2010, 46; Kauhanen 2013, 10.) Tulokset viittaavat siihen, että terveysyhtymällin käyttö on tehostanut kliinisiä ja käyttäytymistuloksia diabeetikoilla. (Piatt ym. 2006, 811.) Todisteet näyttäisivät tukevan terveysyhtymällia. Coleman ym. ovat todenneet, että tämän hoitomallin avulla parannamme potilaiden hoitoa ja saamme parempia terveystuloksia. (Coleman ym. 2009, 75.)

Terveystenhoiton henkilöstö on kiinnostunut työnsä ja palveluidensa kehittämisestä. Jatkuva kehittäminen on olennainen osa tulevaisuuden toimintaa, mutta sen kehittämiseen tulisi varata nykyistä enemmän aikaa. Sairaanhoidajan ja terveydenhoitajan rooli on muuttunut yhä itsenäisemmäksi hoitotyön ammatinharjoittajaksi. Toimintaympäristöjen nopeat muutokset, väestön muuttuvat tarpeet ja oman alan jatkuva tietoperustan kasvu vaativat yhä enemmän hoitotyön asiantuntijuutta. Tähän kuuluvat itsenäinen päätöksenteko, vastuun ottaminen omasta toiminnasta, päätöksenteosta sekä oman toiminnan kriittinen arviointi. (Munnukka & Aalto 2002, 46.) Itsearviointin kriteereitä ja niiden arviointia varten tehdyssä tutkimuksessa (2001) tärkeitä sisältöjä olivat hoitotyön

tehtävä, vastuu, itsenäisyys ja valtuudet sekä valmiudet toimia hoitovastaavana. (Haapala & Hyvönen 2001.)

3.1 Pitkäaikaissairaana perusterveydenhuollossa

Perusterveydenhuollon käytännön kehittämistä kunnissa ohjaa ja tukee Toimiva terveyskeskus-toimenpideohjelma, joka tukee ja ohjaa perusterveydenhuollon kehittämistä. (Koskinen ym. 2005, 14; Lyytinen 2010, 33; Muurinen & Mäntyranta 2010; Muurinen & Mäntyranta 2011.) Yksi Toimiva terveyskeskus -toimenpideohjelman keskeisistä toimenpiteistä on pitkäaikaissairauksienhoidon ja ehkäisyn kehittäminen. (Muurinen ja Mäntyranta 2010, 3.) Uudistus on tarpeen, sillä nykyinen terveydenhuoltojärjestelmä on viritetty hoitamaan yhtä sairautta kerrallaan. Myöskään omalääkärin järjestelmä ei ole ratkaissut pitkäaikaissairaiden hoidon ongelmia. Suomen terveydenhuolto keskittyy akuuttihoitoon, kroonisia sairauksia ei ehditä käsittelemään vastaanotolla. Pitkäaikaishoidossa tavoitteena on systematisoida ja yhdenmukaistaa hoitoa. Kohderyhmään kuuluvat myös korkean riskin potilaat. (Lyytinen 2010, 33-34.)

Suomessa väestö ikääntyy nopeasti lähivuosina ja sen vaikutukset ulottuvat koko yhteiskuntaan. (Koskinen ym. 2005.) Väestön ikärakenteen myötä myös taloudelliset menot kasvavat. Työikäisten määrä vähenee ja kansatalouden kasvumahdollisuudet heikkenevät. Työvoiman ikääntyminen edellyttää panostamista työkyvyn ylläpitämiseen ja työssä jaksamiseen. Terveysten, toimintakykyyn ja sosiaalisten ongelmien ehkäisyyn on panostettava. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, 19, 48; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 5-6.)

Perusterveydenhuoltoa koskevien ongelmien ratkaisu sisältyvät kolmeen tärkeimpään kokonaistavoitteeseen. Terveyskeskusten panos halutaan saada terveyshyödyn tuottamiseen väestölle. Tätä tavoitetta tukevat pitkäaikaissairauksien ehkäisy- ja hoitomallin kansallinen käyttöönotto. Toiseksi tavoitellaan asiakkaiden saamista perusterveydenhuollon keskiöön. Pyrkimyksenä on luoda asiakaskeskeiset palvelukokonaisuudet sekä parantaa palveluiden saatavuutta. Tavoitteen saavuttamiseksi kansalaisten mahdollisuutta

omatoimisuuteen ja osallistumiseen parannetaan. Yhdenvertaisuutta turvataan vahvistamalla palveluiden saatavuutta ja asiakkaan valinnan vapautta. Kolmas tavoite on varmistaa henkilöstön saatavuus ja pysyvyys ammattihenkilöiden työtä ja yhteistyötä kehittäen. Myöskin henkilöstön hyvinvointia pyritään turvaamaan. (Muurinen & Mäntyranta 2011.) Kehittämisprojektin onnistumiseksi tarvitaan Perusturvakuntayhtymän resurssin kohdentamista projektiryhmälle, sekä johdon, ohjausryhmän ja projektiryhmän sitoutumista.

3.2 Terveysyhytymalli

Pitkäaikaissairauksien yleistymisen on merkittävä haaste Suomessa ja muualla maailmassa. (Kauhanen 2013, 1.) Pitkäaikaissairauksilla tarkoitetaan muun muassa astmaa, diabetesta ja sydän- ja verisuonisairauksia. (Koskinen ym. 2005, 9; Haapanen ym. 2011.) Pitkäaikaissairaille on tyypillistä, että he käyttävät terveydenhuollon palveluita paljon. Suuri osa perus- ja erikoissairaanhoidon resursseista käytetään näin ollen pitkäaikaissairaiden hoitoon. (Kukka 2010, 46; Kauhanen 2013, 1.) Pitkäaikaissairauksien hoito ovat yksi perusterveydenhuollon keskeisimmistä kehittämiskohteista Suomessa ja muualla maailmassa. (Kauhanen 2013, 4; Improving Chronic Illness Care 2014.)

Terveysyhytymalli eli *Chronic Care Model*, lyhyemmin CCM, on Edward Wagnerin (1998) kehittämä teoreettinen viitekehys ja ajatusmalli pitkäaikaissairauksien hoidon kehittämiseksi, joka erittelee neljä eri osa-aluetta. Näitä osa-alueita ovat omahoidon tuki (*self-management support*), palveluvalikoima (*delivery system design*), päätöksentuki (*decision support*) ja kliiniset tietojärjestelmät (*clinical information systems*). (Barr ym. 2003, 74; Muurinen & Mäntyrinne 2010; Kauhanen 2013, 9; Improving Chronic Illness Care 2014.) Mallia voidaan soveltaa erilaisiin kroonisiin sairauksiin terveydenhuollon toimintaympäristöissä ja kohderyhmissä. (Improving Chronic Illness Care 2014.) Tätä ajattelumallia soveltamalla huomioidaan kaikki komponentit. (Muurinen & Mäntyrinne 2010, 6.)



Kuva 1. Terveyshyötymalli. (Innokylä 2015.)

Tämän lähestymistavan pohjalta pyritään tunnistamaan tehokkaan pitkäaikaissairaiden hoidon keskeiset tekijät ja luomaan palvelurakenne ja olosuhteet, joissa tehokas ja tulokellinen hoito kukoistaa. Malli perustuu kuuteen elementtiin: omahoidontuki, palveluvalikoima, päätöksenteontuki, tietojärjestelmien tehokas käyttö, palvelutuottajan sitoutuminen sekä ympäröivien yhteisöjen tuki. (Barr ym. 2003, 74; Muurinen & Mäntyranta 2010, 6.) Terveyshyötymallissa on keskeistä asiakaslähtöinen ja moniammatillinen työote, jossa asiakas on kaiken tekemisen aktiivinen osapuoli. Ensisijaisesti malli kohdentuu perusterveydenhuoltoon, mutta se ei poissulje sosiaalitoimen, erikoissairaanhoidon eikä muidenkaan toimialojen yhteyttä. (Muurinen & Mäntyranta 2010, 6.)

Systemaattisella Terveyshyötymallin mukaisella lähestymistavalla voidaan pitkällä tähtäimellä vaikuttaa terveyshyötyjen syntymiseen, parantamalla

pitkäaikaissairaiden hoidon tuloksia ja kasvattamalla asiakastytyvyyttä. (Kukka 2010, 46; Kauhanen 2013, 10.) Diabeteksen ja astman hoidossa toimintatapaa on jo kokeiltu. Näissä sairauksissa omahoidolla on olennainen rooli. Nyt toimintatapaa viedään kaikkiin pitkäaikaissairauksien hoitoon. (Lyytinen 2010, 34; Säynäjäkangas ym. 2011, 664.) Tulokset viittaavat siihen, että terveyshyötymallin käyttö on tehostanut kliinisiä ja käyttäytymistuloksia diabeetikoilla. (Piatt ym. 2006, 811.) Todisteet näyttäisivät tukevan terveyshyötymallia. Coleman ym. ovat todenneet, että tämän hoitomallin avulla parannamme potilaiden hoitoa ja saamme parempia terveystuloksia. (Coleman ym. 2009, 75.)

Terveydenhuoltolaki edellyttää, että potilaalla on hoitosuunnitelma. Terveys – ja hoitosuunnitelma on pitkäaikaissairaiden omahoitoa tukeva työväline. Se auttaa hoidon suunnitelmallisuudessa ja jatkuvuudessa. Dokumentti kokoaa potilaan hoitoon liittyvät tärkeimmät tiedot ja helpottaa ammattilaisen työtä. Hoidon tarve muodostuu yhdestä tai useammasta terveysongelmasta, joita silmällä pitäen hoitosuunnitelma on laadittu yhdessä potilaan kanssa. Hoitosuunnitelma pitää sisällään hoidon tavoitteet, hoidon toteutuksen ja keinot, hoidon tuki, seuranta ja arviointimenetelmät sekä vastuuhenkilön tiedot. Lisätietoihin kirjataan diagnoosit, lääkitykset ja riskitiedot. (Innokylä 2015.)

3.3 Terveiden edistäminen

Terveyden edistämällä tarkoitetaan yksilöön, väestöön, yhteisöihin ja ympäristöön kohdistuvaa toimintaa, jonka tavoitteena on terveyden, työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen. Terveiden edistämistä on myös terveyden taustatekijöihin vaikuttamista, sairauksia, tapaturmien ja muiden terveysongelmien ehkäisemistä, mielenterveyden vahvistamista sekä väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamista. Terveiden edistäminen on suunnitelmallista voimavarojen kohdentamista terveyttä edistävällä tavalla. (Varsinaisen terveesti 2011.)

Terveydenhuollon henkilöstö on kiinnostunut työnsä ja palveluidensa kehittamisestä. Jatkuva kehittäminen on olennainen osa tulevaisuuden toimintaa, mutta sen kehittämiseen tulisi varata nykyistä enemmän aikaa. Lukuisien kehittämishankkeiden avulla on pyritty uudistamaan terveydenhuoltoa viime vuosikymmeninä. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin työntekijöille tehdyssä kyselyssä 95 % oli kiinnostunut kehittämistyöstä, mutta vain puolet vastaajista oli kahden viimeisen vuoden aikana osallistunut kehittämistyöhön. Yli 50 %:n mielestä tutkimus- ja kehityshankkeista oli ollut hyötyä hoitokäytäntöjen uudistamisessa. Tyytyväisimpiä hankkeiden tuloksiin ja potilaiden saamaan hyötyyn olivat lääkärit ja muut esimiesasemassa toimivat. (Tuomiranta ym. 2012,1420.)

3.4 Potilasohjaus ja pitkäaikaissairaana potilaan motivointi omahoitoon

Potilasohjaus on olennainen osa terveydenhuollon ammatillista osaamista ja sen tulisi olla yhtä laadukasta kuin mikä tahansa muun potilaan hoidon osa-alueen. Hoitohenkilöstöllä ja -organisaatiolla ja on vastuu siitä, miten erilaiset resurssit mahdollistavat ohjauksen ja kuinka ohjausta arvostetaan hoitotyön toimintona. Vaikka tutkittua tietoa ohjauksesta on paljon, se on hajanaista eikä tuo esille selkeästi ohjauksen ongelmia ja ohjauksen laatua. Yksi hyvä laadun mittari on potilastyytyväisyys. Potilaat ovat tyytyväisiä pääsääntöisesti silloin, kun he saavat riittävästi tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Tyytymättömyyttä aiheuttaa sisällöltään niukka ohjaus ja puutteet tiedonsaannissa. (Kääriäinen 2007, 19-20, 27, 30.)

Laadukkaalla ohjauksella on ominaista potilaslähtöisyys, jolla tarkoitetaan potilaan taustatekijöiden, tarpeiden ja omaisten huomioimista. Potilaiden tiedontarpeet kohdistuvat sairauteen ja sen hoitoon, näiden vaikutuksiin ja niistä selviytymiseen. Tukea tarvitaan psykososiaalisiin tekijöihin, kuten omien ja omaisten tunteiden käsittelyyn. Potilaiden hoidonohjauksen tarve vaihtelee ja siksi ohjaustarpeiden arvioiminen on vaativaa. Ohjaustarpeeseen vaikuttavat potilaan taustatiedot, kuten terveydentila ja sen muutokset, potilaan ikä,

sukupuoli, koulutus, elinolosuhteet, sekä sairauden laatu ja sen vaikutukset jokapäiväiseen elämään. (Kääriäinen 2007, 33, 35.) Hoidon ohjausta toteutetaan sekä yksilöllisesti että ryhmässä. Yksilöohjaus mahdollistaa paremmin potilaan yksilöllisen tarpeen huomioivan ohjauksen. Ryhmäohjaus sopii tilanteisiin, joissa useilla potilailla on samaan aiheeseen liittyviä ohjaustarpeita. Ryhmäohjaus mahdollistaa myös tukiverkoston luomista ryhmän jäsenten välillä. Ryhmältä saatu tuki on sairauden hyväksymisen ja sopeutumisen kannalta tärkeää. (Kääriäinen 2007, 34-35; Lyytinen 2010, 34.)

Alasen tutkimuksessa (2002.2) on tutkittu potilaiden tiedonsaannin tarpeita ja tiedontarpeita sairaalaloissa. Tiedontarpeissa oli paljon yksilöllisiä eroja. Tärkeimpinä he pitivät tiedonsaantia sairaudesta, tutkimuksista ja toimenpiteistä. Potilaat pitivät tärkeimpänä tiedonlähteenä hoitohenkilökuntaa ja toivoivat saavansa riittävästi aikaa keskusteluihin. (Alanen 2002, 2.) Saksassa on tehty Terveysyhötymalliin sopivaa rakenneuudistusta. Vuodesta 2003 on valtakunnallisesti otettu käyttöön potilaan sairauksien hallintaan tarkoitettuja ohjelmia, joilla potilas saa ohjausta sairautensa hoidossa virtuaalisesti kotona. (Szecsenyt ym. 2008, 1150.)

Laadukas ohjaus vaatii asianmukaisia resursseja, kuten henkilöstömitoitus, aika ja tilat sekä hoitohenkilöstön ohjausvalmiudet. (Kääriäinen 2007, 119.) Laadukas ohjaus toteuttaminen vaatii ohjaajalta vuorovaikutteisuutta ja potilaslähtöisyyttä. Vuorovaikutukseen vaadittavia taitoja ovat ystävällisyys, empaattisuus, kuunteleminen ja positiivisen palautteen antaminen. Vuorovaikutussuhde edellyttää luottamusta ja tiedon välittymistä. Tieto voidaan välittää suullisesti, kirjallisesti ja audiovisuaalisesti, yksilöllisen tarpeen mukaan. Hyvin onnistunut ohjausta on myös saatava riittävästi. (Kääriäinen 2007, 39, 120.)

Asiantuntija-auktoriteetista tulee potilaan valmentaja ja yhteistyökumppani. (Säynäjäkangas ym. 2011, 664.) Horrocks, Anderson & Salisburyn tutkimuksessa (2002) sairaanhoitajien vastaanottotoiminta lievien sairauksien ja vammojen hoidossa oli turvallista ja laadukasta. Asiakkaat olivat jopa

tyytyväisempiä sairaanhoitajien kuin lääkärin vastaanottoihin, koska saatavuus, joustavuus ja jatkuvuus paranivat. Lisäksi sairaanhoitajat tutkivat asiakasta enemmän ja heidän kanssa oli mahdollisuus keskustella pidempään.

Pitkäaikaispotilaiden hoitoon sitoutumista on tutkittu paljon. Tutkimusten mukaan vain noin 50 % pitkäaikaissairaista käyttää lääkkeitään ohjeen mukaisesti, jolloin hoidon tavoite ei tule kokonaan saavutetuksi. Kolmasosa potilaista pystyy sitoutumaan terveelliseen ruokavalioon ja suositusten mukaiseen liikuntaan. Noin 10 % onnistuu pysyvästi painonpudotuksessa. Omahoidon parantamisella on mahdollista edistää ihmisten vastuuntuntoa omasta terveydestään. (Routasalo ym. 2009, 2351.)

Omahoidossa terveys- ja hoitosuunnitelma pohjautuu potilaan toiveisiin ja räätälöidään potilaan arkielämään sopivaksi yhdessä terveydenhuollon ammattilaisen kanssa huomioiden potilaan mieltymykset ja valmiudet. Lähtökohtana on ammattihenkilön asiantuntijuus, mutta potilas on itse aktiivinen hoitoa suunniteltaessa. Tehokas omahoito edellyttää, että ongelmat ovat tunnistettu ja niille on asetettu realistiset tavoitteet. Myös mahdolliset komplikaatiot tulee tiedostaa etukäteen. Sitoutuminen on usein jaksottaista. Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat sisäiset ja ulkoiset tekijät. Sitoutumisesta seuraava askel on hoidosta sopiminen. Potilas on oman elämänsä ja arkensa asiantuntija, joka itse tekee päätökset elämäntapojensa muutoksista ja omahoidosta. (Routasalo ym. 2009, 2352; Von Korff ym. 1997, 1097.) Motivoivaa haastattelua on tutkittu Tanskassa. Kolme neljästä tutkimuksesta motivoiva haastattelu johti muutokseen paremmin kuin tavanomainen ohjaus. (Rubak ym. 2005. 305.)

Kehittämiprojektiin valitulle pilottiryhmälle luotiin terveys- ja hoitosuunnitelma ja heidän kanssa työskenneltiin ennalta sovitun mallin mukaisesti. Hoitosuunnitelmaan kirjattiin tavoitteiden lisäksi toimintasuunnitelma tavoitteiden saavuttamiseksi yhdessä potilaan kanssa, sekä seurantasuunnitelma terveydentilan seuraamiseksi määrävälein. (Von Korff ym. 1997, 1097.) Hoidon

sopimisen lähtökohdaksi ammattihenkilö otti selvää potilaan toiveista ja arkielämästä. Ammattihenkilön tehtävä on antaa potilaan tarvitsemaa tietoa sairaudesta, hoidon tavoitteista ja keinoista sekä ohjata ja neuvotella hoidosta potilaan kanssa ja motivoida potilasta toimimaan oman elämänsä valmentajana. Jotta potilas tuntisi hoidon omakseen, hänen pitää kokea siitä mielihyvää, onnistumista tai muuta hyötyä. (Routasalo ym. 2009, 2352.) Omahoidon tukemisen tavoitteena on pyrkiä potilas saavuttamaan paras mahdollinen elämänlaatu pitkäaikaissairaudesta huolimatta. Ohjauksessa painotetaan asiakkaan ongelmaratkaisutaitoja. Keskeisiä käsitteitä omahoidon tukemisessa ovat potilaan voimaantuminen, (empowerment-ajattelu) sekä hänen autonomia, motivaatio ja pystyvyyden tunteen jakaminen. (Munnukka & Aalto 2002, 148; Routasalo ym. 2009, 2355-2357.)

Voimaantumisella tarkoitetaan potilaan kykyä tunnistaa terveysongelmansa ja voimavaransa ja käyttää voimavaroja ongelman ratkaisemiseksi. Ammattihenkilö tukee asiakasta tässä. Potilaan aktiivinen toiminta omahoidossa on yhteydessä vapaaseen tahtoon ja valintaan eli autonomiaan. Ammattihenkilö kunnioittaa potilaan hoitopäätöstä, vaikka se poikkeaisi asiantuntijan näkemyksestä. Motivaatioympäristö syntyy, kun potilas kokee saavansa tukea, kunnioitusta ja huolenpitoa. Motivoivan keskustelun tavoitteena on lisätä potilaan autonomista motivaatiota muutokseen. Pystyvyyden tunne syntyy omalla aktiivisella toiminnalla saadusta kokemuksesta ja havainnoimalla saadusta kokemuksesta. (Routasalo ym. 2009, 2355-2357.)

Omahoidon onnistumista eivät tue terveysriskeillä pelottelu, vaan ihmisten uskon vahvistaminen siihen, että heillä on voimavaroja ja että he itse pystyvät vaikuttamaan omaan terveyteensä. Terveystuon resurssit tulee myös suunnitella huolellisesti, että motivoivalle keskustelulle on mahdollisuus. Oikein kohdennetulla tuella on pystytty vähentämään pitkäaikaissairaiden kokemia oireita, parantamaan terveydentilaa ja vähentämään terveydenhuollon palveluita. (Routasalo ym. 2009, 2357.) Asiakkaan muutosvalmiutta voidaan arvioida muutosvaihemallilla. (Mustajoki & Kunnamo 2009.) Muutosvaihemallia voidaan

käyttää ohjauksen tukena. Se sisältää viisi vaihetta. Muutos ei välttämättä ei välttämättä toteudu heti jatkuvana, vaan henkilö saattaa kulkea eri vaiheissa edestakaisin. Ohjaajan tulee tunnistaa muutosvaihe ohjattavan kanssa. Eri vaiheissa oleva henkilö hyötyy erilaisesta ohjauksesta. Esiharkinnassa henkilö ei ole tietoinen muutostarpeesta tai ei pidä muutosta mahdollisena. Tässä vaiheessa henkilöä tuetaan prosessissa eteenpäin kiinnittämällä huomiota muutoksen tarpeellisuuteen ja tukemalla pystyvyyttä. Harkintavaiheessa henkilö tunnistaa muutoksen tarpeellisuuden. Harkitsevaa henkilöä tuetaan tunnistamaan muutoksen etuja ja mahdollisia haittoja. Lisäksi autetaan löytämään käytännöllisiä mahdollisuuksia sen toteuttamiseen. Valmistelu/aloitteluvaiheessa henkilö päätyy muutoksen toteuttamiseen. Konkreettinen suunnitelma laaditaan ja toteutus alkaa. Ohjauksessa tuetaan suunnittelua ja ollaan tukena muutoksen muokkaamisessa. Suunnitelmaan tulee sisällyttää seuranta. Positiivisen palautteen antaminen on tärkeää jokaisessa muutosvaiheessa. Ylläpitovaiheessa henkilö on toteuttanut muutoksen ja jatkaa sen jälkeen toteutumista suunnitelman mukaisesti. Ohjauksessa tuetaan henkilöä muutoksen seurannassa. Siirtymiset aikaisempaan vaiheeseen eivät välttämättä ole epäonnistumista vaan voi olla toimivamman toteutumistavan etsimistä. (Marttila, 2010.) Neuvonta ja ohjaus saavat erilaisia painotuksia eri vaiheissa. Ohjaajan ei ole tarkoitus antaa valmiita ehdotuksia vaan tukea asiakasta löytämään ratkaisu ongelmatilanteeseensa. Valmistumisvaiheessa oleva henkilö on valmis vastaanottamaan terveyttä ja hyvinvointia tukevia ohjeita. (THL 2014.)

Sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan rooli on muuttunut yhä itsenäisemmäksi hoitotyön ammatinharjoittajaksi. Toimintaympäristöjen nopeat muutokset, väestön muuttuvat tarpeet ja oman alan jatkuva tietoperustan kasvu vaativat yhä enemmän hoitotyön asiantuntijuutta. Tähän kuuluvat itsenäinen päätöksenteko, vastuun ottaminen omasta toiminnasta, päätöksenteosta sekä oman toiminnan kriittinen arviointi. (Munnukka & Aalto 2002, 46.) Itsearviointin kriteereitä ja niiden arviointia varten tehdyssä tutkimuksessa tärkeitä sisältöjä olivat hoitotyön tehtävä, vastuu, itsenäisyys ja valtuudet sekä valmiudet toimia hoitovastaavana. (Haapala & Hyvönen 2001.2)

Tämän kehittämistyön myötä asiakkaiden omahoidon valmiudet lisääntyivät ja yhteistyö terveydenhuollon ammattilaisen ja asiakkaan välillä tiivistyivät. Potilaiden tyytyväisyyttä lisäsi sovitut käytännön askeleet sekä sovitut yhteydenotot. Omahoidon tukemisen näkökulmaa korostettiin. Terveys- ja hoitosuunnitelma räätälöitiin yhdessä terveydenhuollon ammattilaisen kanssa asiakkaan toiveiden ja tarpeiden mukaisesti. Asiakas edisti aktiivisesti omaa terveyttään.

4 KEHITTÄMISPROJEKTIN ETENEMINEN

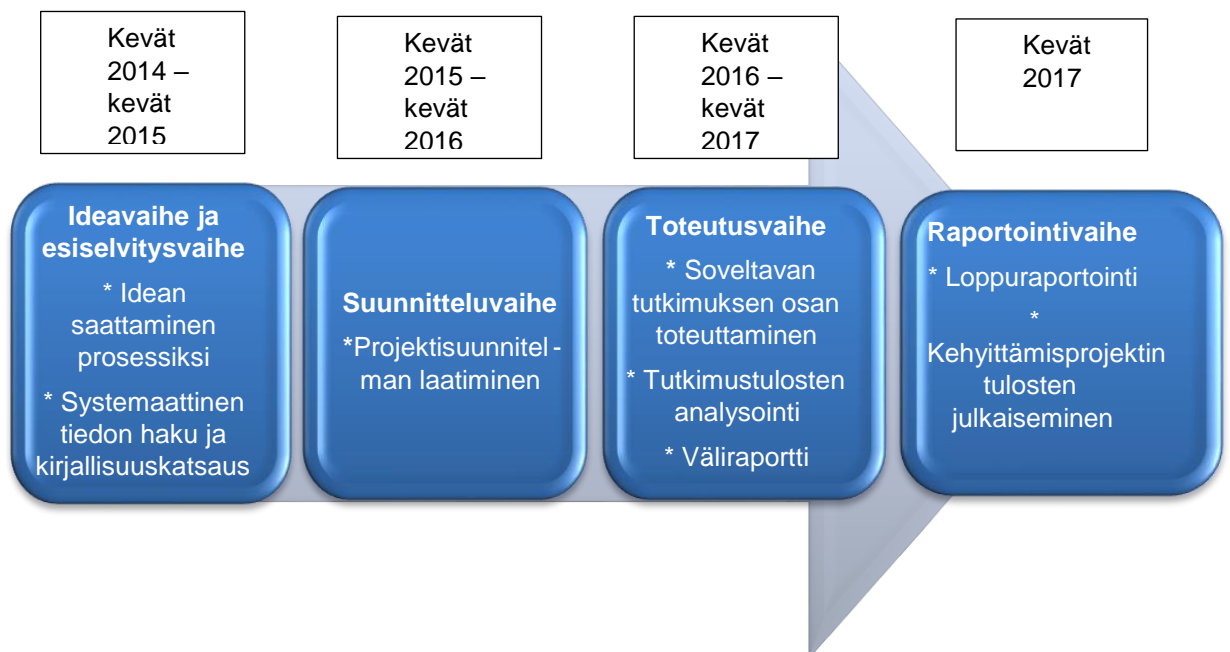
Projekti on hyvin suunniteltua ja organisoitua toimintaa asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Projektit ovat määräaikaista ja sisältävät alun ja lopun. Kehittämiprojektista vastaa projektipäällikkö. Kehittämiprojektin ensimmäiset vaiheet ovat ideavaihe ja suunnitelmavaihe. (Viirakorpi 2000,8.)

Ideavaihe käynnistyi keväällä 2014. Kehittämiprojektin idea oli työelämälähtöinen ja on lähtöisin Perusturvakuntayhtymän ylilääkäriltä, joka kertoi, että organisaatiossa on ollut kehitteillä Terveysyötymalliin perustuva pilotointi. Projektipäällikkö innostui aiheesta, koska se oli ajankohtainen ja mielenkiintoinen. Projektipäällikkö toivoi saada kehittää Perusturvakuntayhtymän hoitomalleja. Terveysyötymalli oli projektipäällikölle tuntematon entuudestaan. Tässä vaiheessa perustetaan varsinainen projekti (Viirakorpi 2000,11.)

Esiselvitysvaihe käynnistyi heti ideavaiheen jälkeen keväällä 2014 ja jatkui kevääseen 2015 saakka. Projektipäällikön pitkät sairauslomamat vaikuttivat projektin aikataulujen hidastumiseen. Esiselvitysvaiheessa työelämämentori vaihtui kolme kertaa. Ensimmäisen työelämämentorin jäätyä eläkkeelle heti kehittämissuunnitelman alkumetreilla 2014, jatkoi hänen tilallaan poliklinikan vastaava sairaanhoitaja. Hänellä ei ollut aikaisempaa kokemusta tämänkaltaisen projektin mentorina toimimisesta. Kolmas mentori astui kuvioihin suunnitteluvaiheen jo olleen pitkällä. Hän oli eläkkeelle jääneen johtavan hoitajan seuraaja. Kahden ensimmäisen mentorin kanssa yhteistyö jäi lyhyeksi. Kolmas mentori sitoutui muita paremmin. Projektipäällikkö koki, että sai tarpeeksi ohjausta työelämämentorilta ja opettajatuutorilta. Ideavaiheessa ja esiselvitysvaiheessa tehtiin tiedonhakua terveystyötymallista ja asiakasvastaavan toiminnasta. Ohjausryhmä muodostui esiselvitysvaiheessa ja siihen kuuluivat projektipäällikön lisäksi ylilääkäri, johtava hoitaja ja opettajatuutori. Projektipäällikkö tutustui ennen projektin aloitusta Terveystyötymalliin ja selvitti aikaisemmin tehtyjä projekteja, missä Terveystyötymallia oli hyödynnetty. Sekä minkälaisia hoitovastaavan toimintaa on jo ollut käytössä muissa yksiköissä tai projekteissa.

Suunnitteluvaihe käynnistyi keväällä 2015. Suunnitteluvaiheessa määritellään projektin sisältö ja tavoitteet. Projektiryhmä varmistui ja ohjausryhmä ja projektiryhmä sitoutuivat työn suunnitteluun ja käytännön toteuttamiseen. Suunnitteluvaiheessa projektipäällikkö kartoitti kehittämisprojektin riskejä SWOT-analyysin avulla. (Silverberg 2005,32-33.) Kehittämisprojektin aihetta pidettiin ajankohtaisena.

Kehittämisprojektilla on ollut työyhteisön ja johdon tuki. Projektioorganisaatio on projektipäällikölle tuttu, mikä helpotti siinä työskentelyä. Näitä asioita pidettiin vahvuutena. Projektipäällikkö tiedosti oman kokemattomuutensa projektin johtamisessa sekä oman henkilökohtaisen elämänsä kriisin. Näitä asioita pidettiin heikkoutena. Uhka aikataulujen venymisestä toteutui. Uhkana pidettiin myös sitä, ettei tutkimuskysymyksiin saada vastausta. Hoitohenkilöstö sai alkukoulutusta työelämämentorilta ja projektipäälliköltä. Projektipäällikkö antoi ohjausta myös sijaiselle sekä lääkäreille tarpeen mukaan terveyst- ja hoitosuunnitelmien laatimisvaiheessa.



Kuvio 2. Kehittämisprojektin vaiheet

Tutkimusluvan hyväksymisen jälkeen 24.8.15 käynnistyi toteutusvaihe. Toteutusvaiheeseen sisältyy soveltavan tutkimuksen osio, tutkimustulosten analysointi ja väliraportti. Toteutusvaiheessa suunniteltu toiminta käynnistetään ja aloitetaan kehittämisprojektin suunnitelman mukainen toteutus. Projektipäällikkö vastaa lopullisesta tiedottamisesta ja raportoinnista sekä projektin toteutumisesta. Hoitovastaavan työ käynnistyi keväällä 2016. Yksi terveydenhoitaja ja lääkäri aloittivat hoitovastaavan työtä jo kesällä 2015.

Alkuun asiakkaita seulottiin tietojärjestelmästä käyntimäärien perusteella, mutta se ei tuonut tarpeeksi tarkkaa tietoa todellisista käyntientarpeista ja sisällöstä. Tällä menetelmässä valittiin muutama asiakas. Loput asiakkaat valittiin lääkärin tai hoitajan toimesta. Toteutusvaiheessa asiakkaat kutsuttiin hoitovastaavan vastaanotolle ja heidän suostumustaan kysyttiin. Valituille asiakkaille lähetettiin kotiin täytettäväksi omahoitolomake (Liite 1), jonka he ottivat mukaan ensimmäiselle vastaanottokäynnille. Lomake on Potku2-hankkeessa käytetty valmis lomakepohja. Hoitovastaavan lääkärin ja hoitajan vastaanotolla luotiin asiakkaan kanssa yksilöllinen terveys- ja hoitosuunnitelma. Projektiin osallistuneita lääkäreitä oli neljä ja hoitajia oli neljä. Kehittämisprojektin pilotointiin saatiin koottua yhteensä 8 asiakasta, joista 4 naista ja 4 miestä. Alkuperäisen suunnitelman mukaan pyrittiin saamaan kokoon noin 10-15 asiakasta, mutta määrä jäi alhaisemmaksi.

Myös projektiryhmän jäsenet ovat sitoutuneet toivotulla tavalla. Ohjausryhmän yhteinen kokous ei toteutunut projektipäällikön ollessa sairauslomalla. Tavoitteena oli saada ohjausryhmä kokoontumaan syksyn 2016 aikana ja uudelleen kevään 2017 aikana Tämä ei toteutunut mentoreiden aikataulujen vuoksi. Opettajatuutorin ilmoitti helmikuussa 2017, ettei aikataulu resurssien vuoksi saada kokousta järjestettyä. Myös työelämämentorin kanssa yhteistyö on takkuillut tämän vuoden puolella, eikä kaikkiin yhteydenottopyyntöihin ole vastattu. Projektipäällikön jäätyä sairauslomalle syksyllä 2016, sairaanhoitaja sijaiselle annettiin koulutusta jatkamaan pilotointi työtä. Projektipäällikön sairauslomien vuoksi kehittämisprojektia veivät eteenpäin projektiryhmän muu hoitohenkilöstö. Väliraportti esitettiin väliraportointi seminaarissa 3.10.2016.

Raportointivaiheeseen kuuluvat kehittämisprosessin loppuraportointi ja tulosten julkistaminen. Raportointivaiheessa tulokset kootaan ja arvioidaan ja raportoidaan. Projektin tulokset hyödynnetään, jonka jälkeen projekti päätetään. (Viirkorpi 2000,11.) Tulokset analysoitiin sisällön analyysillä huhtikuussa 2017. Turun ammattikorkeakoulun raportointiseminaarissa esitettiin tulokset 24.4.17. Tutkimuksellisen osion tuloksia tullaan esittämään projektiorganisaatiossa myöhemmin.

5 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUTKIMUKSELLINEN OSA

5.1 Tutkimuksellisen osuuden tavoite, tarkoitus ja tutkimusongelmat

Tutkimus liittyy kehittämisprojektiin, jonka tavoitteena oli pitkäaikaissairaiden hoidon kehittäminen Perusturvakuntayhtymä Akselissa. Tarkoituksena oli tunnistaa ja kartoittaa paljon terveyspalveluita käyttävät asiakkaat ja saada kohderyhmä aktivoitumaan omaan hoitoon. Lisäksi oli tarkoitus pilotoida hoitovastaavan toimintaa pienimuotoisesti valitulla potilasryhmällä, sekä testata terveys- ja hoitosuunnitelman käyttöä. Viitekehyksenä käytettiin TerveysHyötymallia.

Tämän kehittämisprojektin soveltavan osion tavoitteena oli tehostaa suunnitelmallisempaa hoitoa paljon terveyspalveluita käyttävien kohdalla. Tarkoituksena oli selvittää seuraavia tutkimuskysymyksiä:

1. Miten käyttöönotto on onnistunut?
2. Miten sitä voidaan mahdollisesti vielä tehostaa?
3. Millaista koulutusta hoitohenkilökunnalle tulee järjestää?
4. Miten/mistä potilaat ohjautuvat hoitovastaavan vastaanotolle?

5.2 Kyselyn toteuttaminen

Kysely toteutettiin kyselytutkimuksena Perusturvakuntayhtymä Akselin hoitovastaavan pilotointiryhmälle (n=8) ja tutkimuksessa mukana olleelle hoitohenkilökunnalle (n=8). Kyselylomakkeen etuna on, että sillä voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto. Se on tehokas ja taloudellinen. (Hirsjärvi ym. 2005; Hirsjärvi ym. 2009, 195; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009,- 86-90.)

Kyselylomakkeet on laadittu kirjallisuuskatsauksen pohjalta. Ensimmäinen kyselylomake on laadittu projektiin osallistuneille asiakkaille. Toinen kyselylomake on laadittu projektissa mukana olleelle hoitohenkilöstölle. Kyselylomakkeet sisälsivät strukturoituja kysymyksiä, vaihtoehtokysymyksiä sekä avoimia kysymyksiä (kyselylomake asiakkaille liite 4, kyselylomake

hoitohenkilökunnalle liite 5). Avoimia kysymyksiä käytetään, jotta asiakkaalla on mahdollisuus tuoda esille olennaisimmat asiat suosituksista, ohjeista ja lainsäädännöstä. (Hirsjärvi ym. 2005, 182-193; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 86-90.)

Tutkimustiedote (liite 2) lähetettiin terveys- ja hoitosuunnitelmaan kaikille osallistuneille kotiin lähetettävän alkukyselyn yhteydessä. Hoitohenkilöstölle tiedote lähetettiin sähköpostilla. Tiedottaminen tiedon keruusta on toteutunut muun muassa kehittämisprojektin aloituskokouksessa. Kyselylomakkeet lähetettiin osallistuneille kehittämisprojektin loppupuolella aikataulun mukaisesti. Projektiryhmään osallistuneille henkilöstölle lähetettiin erillinen oma kyselylomake. Vastausaikaa jäi vastaajille vain viikko. Vastauksia kuitenkin odotettiin vielä viikko määräajan päätyttyä, jotta saataisiin isompi vastausmäärä. Kokonaisvastausmäärä oli 62,5% vastanneista.

Sisällön analyysilla on mahdollisuus kuvata ja analysoida erilaisia aineistoja. Sen tavoitteena on ilmiön laaja mutta tiivis esittäminen ja sen tuloksena syntyvät käsiteluoituksia, malleja ja käsitekarttoja. Sen etuja ovat tutkimusasetelman joustavuus ja soveltuvaisuus.

Ensimmäinen kyselylomake asiakkaille sisälsi 3 taustakysymystä, 5 avointa kysymystä ja kaksi terveys- ja hoitosuunnitelman hyödyllisyydestä ja kokemuksesta neljään vaihtoehtoihin perustuvaa kysymystä. Toinen henkilökunnalle osoitettu kyselylomake sisälsi kolme taustakysymystä, 4 avointa kysymystä, ja yhden monivalintakysymyksen.

Asiakasryhmän kyselylomakkeen taustakysymyksillä kartoitettiin projektiin osallistumista, ikää ja sukupuolta. Avoimilla kysymyksillä selvitettiin kokemusta tutkimukseen osallistumista, ohjaustarpeen ja mahdollisten tukitoimien tarvetta ja kehittämisideoita ohjaukseen. Lisäksi yksi avoin kysymys oli jätetty vapaalle palautteelle. Neljässä vaihtoehtokysymyksessä kysyttiin terveys- ja hoitosuunnitelman hyödyllisyydestä, kokemuksesta ja tukitoimien tarpeesta ja kehittämistarpeista.

Hoitohenkilökunnan kyselylomakkeen taustakysymyksillä kartoitettiin projektiin osallistumista, työkokemusvuosia ja sukupuolta. Avoimilla kysymyksillä selvitettiin kokemuksia projektiin osallistumisesta, ja mielipiteitä miten potilaat ohjautuvat parhaiten hoitovastaavan vastaanotolle. Monivalintakysymyksessä selvitettiin koulutustarpeita. Kysymyksessä oli myös avointa tilaa vastaukselle.

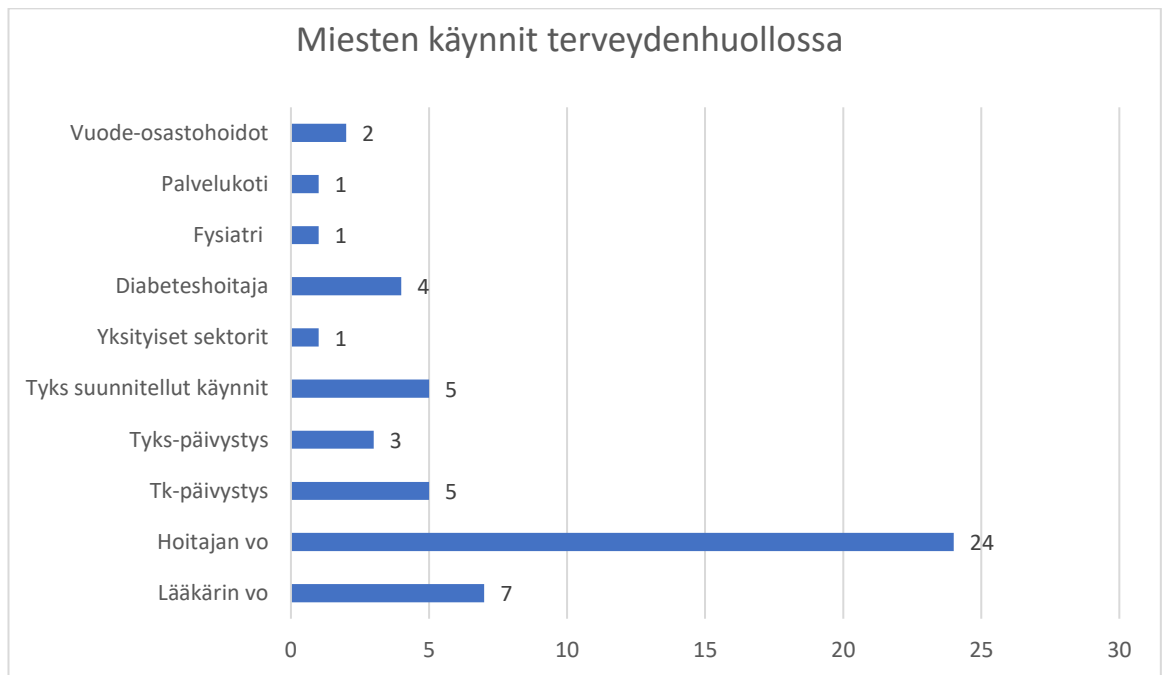
Kyselystä tiedotettiin sähköpostitse projektiryhmälle projektin käynnistyessä. Asiakkaille lähetettiin ennen vastaanotolle tuloa saatekirje (liite 6), omahoitolomake, AUDIT-alkoholikysely ja BDI-masennusseula. Kyselyt jaettiin asiakkaille ja hoitohenkilöstölle 23.3.17. Vastausaikaa oli alle viikko. Vastausaika jäi lyhyeksi, koska projektipäällikkö yllättyi projektin aikataulusta eikä saanut kyselyitä eteenpäin ennen kuin oli keskustellut työelämämentorin kanssa. Kyselyitä palautettiin vastausajassa 6. Projektipäällikkö odotti vielä viikon vastausten saamista. Kokonaistulos oli 10 palautettua kyselyä. Vastausprosentti oli 62,5%. Kysely analysoitiin huhtikuussa sisältöä luokittamalla.

5.3 Kohderyhmä

Pilotoitiryhmään osallistuneista asiakkaista 4 oli naisia ja 4 miehiä. Alle 54-vuotiaita oli 0, 56-65 vuotiaita oli 3, 66-75 vuotiaita oli 2, 76-85 vuotiaita oli 3. Yli 85 vuotiaita ei ollut lainkaan. Suurin osa pilotoitiryhmään osallistuneista asiakkaista olivat motivoituneet terveys- ja hoitosuunnitelmien tekoon.

Miesten iän keskiarvo oli 70 vuotta ja naisten 69 vuotta. Miehillä oli diagnooseja keskimäärin 5,75. Yleisimmät miesten diagnoosit olivat nivelrikko, hyperkolesterolemia, eturauhasen hyvänlaatuinen liikakasvu ja astma. Myös mielialaongelmia esiintyi. Miehistä yksi poltti tupakkaa satunnaisesti, yksi oli lopettanut ja yksi ei tupakoinut lainkaan. Yhdeltä mieheltä ei oltu kysytty tupakoinnista lainkaan. Seulottaessa alkoholinkäytön (AUDIT), miehistä yksi ei käyttänyt lainkaan alkoholia. Yhden miehen alkoholin käyttöä ei kysytty. Kahdella miehistä riskit alkoholinkäytölle ovat suuria. Miesten keskimääräinen verenpaine oli 139/78. Keskimääräinen BMI miehillä oli kehittämissuunnitelman alussa ja lopussa täysin sama 30 eli merkittävä lihavuus. Miehet käyttivät seurata-aikana yhteensä

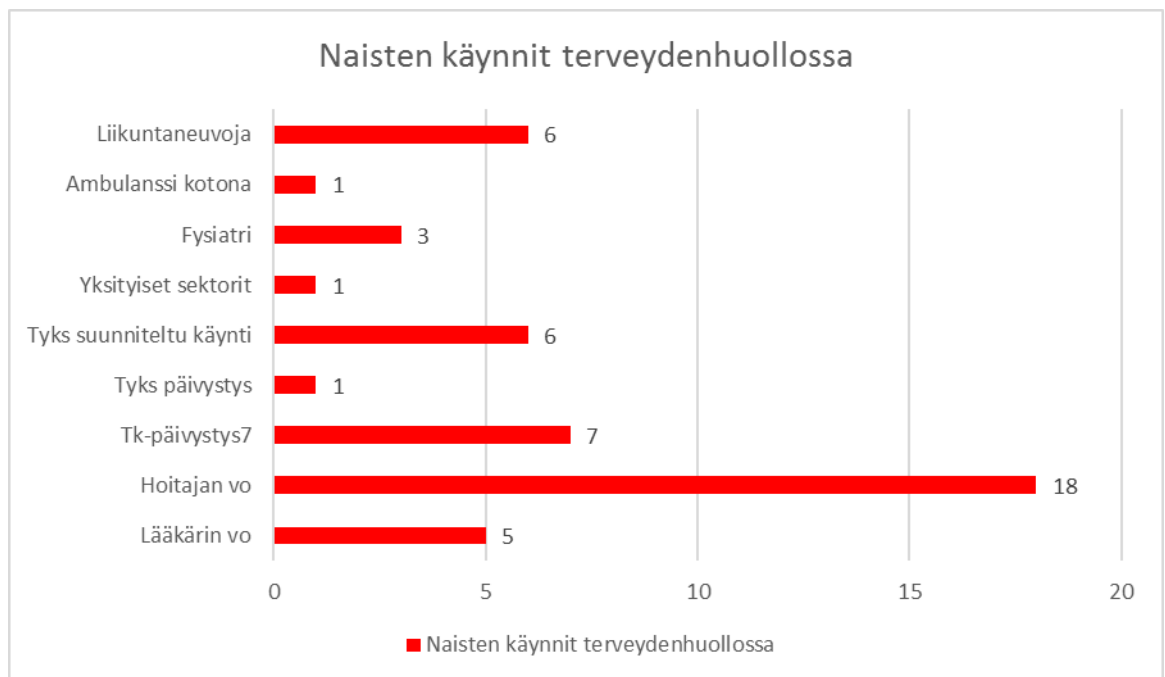
lääkärin vastaanottoaikoja 7 kertaa hoitajan 24 kertaa, terveyskeskuksen päivystystä 5 kertaa, Tyksin yhteispäivystystä kolme kertaa. Suunniteltuja käyntejä Tyksiin oli 5. Yksityisiä sektoreita käytettiin kerran. Diabeteshoitajan vastaanotolla käytiin 4 kertaa ja fysiatriin luona kerran. Yhdellä henkilöllä ei ollut lainkaan päivystyskäyntejä. Kaksi olivat vuodeosastohoidolle. Yksi asiakas siirtyi palvelukotiin. Palveluja käytettiin yhteensä 53 kertaa eli keskimäärin 13,25 kertaa / asiakas.



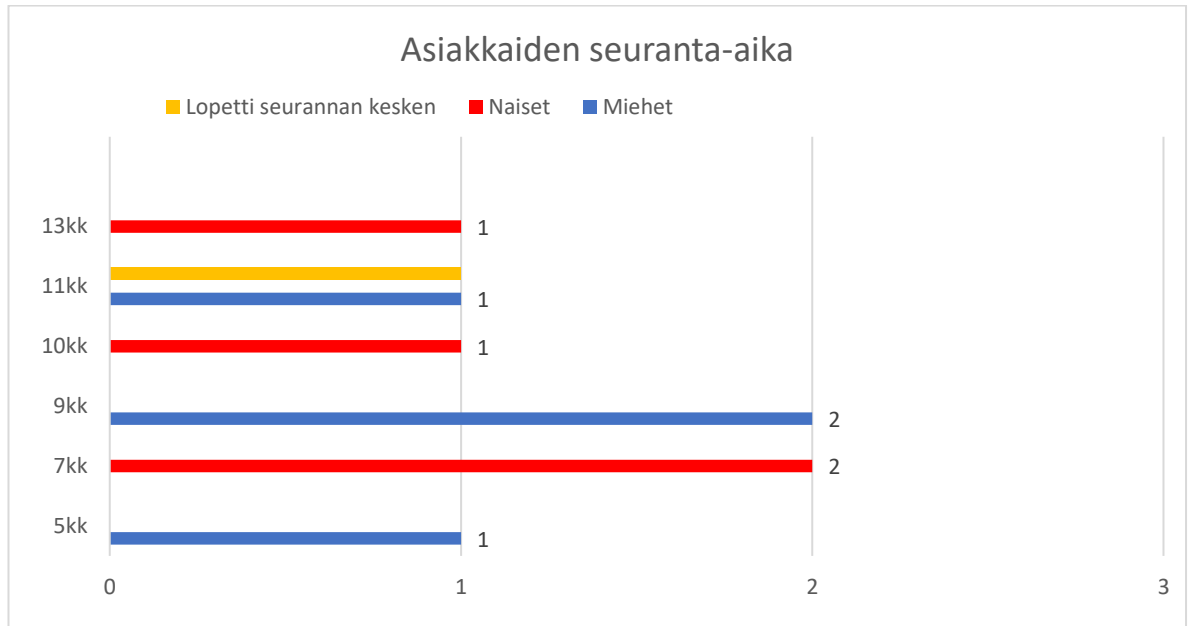
Kuvio 3 Miesten käynnit terveydenhuollossa

Yleisimmät diagnoosit naisilla olivat nivelrikko, hyperkolesterolemia, verenpainetauti, COPD ja fibromyalgia. Myös mieliala ongelmia esiintyi. Naisilla oli diagnooseja keskimäärin 6,75. Naisista yksi poltti tupakkaa, yksi oli lopettanut ja kaksi eivät tupakoineet lainkaan. Tupakoitsija pystyi vähentämään savukkeiden määrää hetken aikaisesti, mutta palasi myöhemmin savukkeiden alkuperäiseen määrään. Seulottaessa alkoholinkäytön (AUDIT), naisista kaksi ei käyttänyt lainkaan alkoholia. Kahdella naisella alkoholin riskit ovat vähäisiä. Naisten keskimääräinen verenpaine oli 158/71. Keskimääräinen BMI naisilla oli kehittämissuorituksen alussa ja lopussa täysin sama 36 eli vaikea lihavuus. Kahdella

BMI oli laskusuunnassa. Naiset käyttivät seurata-aikana yhteensä lääkärin vastaanottoaikoja 5 kertaa hoitajan 18 kertaa, terveyskeskuksen päivystystä 7 kertaa, Tyksin yhteispäivystystä kerran. Suunniteltuja käyntejä Tyksiin oli 6. Yksityisiä sektoreita käytettiin kerran. Fysiatriin käyntejä oli 3 kertaa, liikuntaneuvojan käyntejä 6 kertaa. Ambulanssi kävi asiakkaan kotona kerran. Palveluja käytettiin yhteensä 48 kertaa eli keskimäärin 12,0 kertaa / asiakas.



Kuvio 4 Naisten käynnit terveydenhuollossa



Kuvio 5 Asiakkaiden seuranta-aika

Asiakkaiden seuranta-ajat vaihtelivat 5-13 kuukauden välillä. Keskimäärin seuranta-aika oli noin 8,9 kk. Yksi asiakas keskeytti seurannan. Rokotukset päivitettiin 7:ltä asiakkaalta. Yksi ei halunnut ottaa rokotetta vielä. Vain yhdelle asiakkaalle tehtiin muistitutkimus, yhdelle suositeltiin sitä. Yleisiä tavoitteita olivat nykyisten sairauksien hyvä hoitotasapaino, lisäsairauksien ennaltaehkäisy ja säännölliset laboratorionkäynnit, säännölliset lääkärin ja hoitajan vastaanotot. Lääkehoidon muistamisen tueksi kahdelle asiakkaalle ehdotettiin dosetin käyttöönottoa. Molemmat ottivat sen käyttöön ja se helpotti muistamista. Ohjausta annettiin liikunnasta, ruokavaliosta, omaseurannasta, mielialasta, unenlaadusta, hampaiden hoidosta, lääkehoidosta, päihteiden käytön vähentämisestä, astman hoidosta sekä muusta yksilöllisen tarpeen mukaan. Asiakkaat olivat tyytyväisen oloisia vastaanotolla. Hammashoitoon oli tarvetta vain kahdella asiakkaista. Mielialaongelmiin ja ahdistus- ja pelkotiiloihin tarjottiin tarvittaessa psykiatrisen sairaanhoitajan yhteystietoja.

Tuloksia syntyi ja asiakkaat olivat sitoutuneet hyvin. Tavoiteltua mielialan kohennusta tapahtui kahdella henkilöllä. Unenlaatua saatiin parannettua lääkehoidon muutosten avulla. Liikuntaneuvojalle ohjatut asiakkaat olivat

tyytyväisiä. Liikuntaneuvoja antoi hyviä neuvoja asiakkaille ja liikuntasuunnitelmia otettiin käyttöön. Suosituimmat liikuntamuodot olivat kävely, kuntosali, vesijumppa ja pyöräily. Viisi asiakasta liikkuvat säännöllisesti. Liikuntaneuvoja ohjasi myös ikääntyvien liikuntaryhmiin.

Yllätyksenä projektipäällikölle tulivat asiakkaiden kipu-ongelmat. Niitä oli paljon ja ne vaikuttivat eniten toimintakykyä alentavasti. Monet toivoivatkin apua kivun hoitoon. Nivel ja lihaskipuja oli monella. Asiakkaat käyttivät kipulääkityksen lisäksi hierontaa, voimaharjoittelua, venyttelyä sekä fysiatrin antamia neuvoja. Liikunnalla saatiin vähennettyä liikkumisen avulla.

Ruokavalio muutoksia tehtiin parempaan suuntaan. Ateriarytmiä korjattiin, kasvien ja hedelmien käyttöä sekä vedenjuontia lisättiin. Huomiota kiinnitettiin ravinnon laatuun. Ruokavaliomuutoksen vuoksi yhden asiakkaan diabetes- ja kolesterolilääkitys lopetettiin parantuneiden sokeri- ja rasva-arvojen vuoksi. Asiakas myös toivoi lääkkeen lopettamista sen haittavaikutuksien vuoksi. Alkoholinkäyttöä vähennettiin. Niille, jotka saivat AUDIT-kyselystä korkean riskin pisteet, kokeilivat laimeampia alkoholiannoksia. Absolutismia ei kuitenkaan tavoiteltu. Myöskään antabus-hoitoa eikä päihdehoitajan vastaanottoa oltu valmiita kokeilemaan. Korkean riskin asiakkaille suositeltiin AUDIT-kyselyä jatkossa puolen vuoden välein.

Käynnit yksityisillä sektoreilla ja päivystyksessä vähenivät joidenkin asiakkaiden kohdalla. Hoitovastaavilta toivottiin tsemppaamista terveysasioissa sekä enemmän ohjausta astma-asioissa. Vastaanottokäynnillä voitiin vaikuttaa myös asiakkaiden yksinäisyyteen.

5.4 Luotettavuus ja eettiset kysymykset

Kehittämissuunnitelmassa selvitettiin, miten Terveystyömallin käyttöönotto on onnistunut ja miten sitä voitaisiin edelleen tehostaa sekä millaista koulutusta hoitohenkilökunnalle tulisi järjestää. Kyselyssä noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä, tutkimus suunniteltiin ja toteutettiin käyttämällä eettisesti kestäviä menetelmiä sekä siitä raportoitiin asianmukaisesti.

Tutkimukseen osallistujille selvitettiin saatekirjeessä (liite 3) tutkimuksen tarkoitus, tulosten esittäminen ja tutkimuksen tulosten hyödynnettävyys. Kaikki tutkimukseen osallistuneet toimivat vapaaehtoisesti ja suostumus katsottiin saaduksi, kun vastaaja vastasi kyselyyn. Osallistujien anonymiteetti säilyi koko tutkimuksen ajan. Aineisto hävitettiin asianmukaisella tavalla, kun raportointi oli saatu valmiiksi.

Tutkimuslupa saatiin Perusturvakuntayhtymä Akselista 24.8.2015. Aineiston keruussa noudatettiin oikeudenmukaisuutta eikä se aiheuttanut haittaa osallistujille. Tutkimuksesta saatuja tietoja ei luovutettu ulkopuolisille ja kyselyllä kerätty aineisto säilytettiin sähköisessä muodossa tietokoneella. Kyselylomakkeet purettiin salasanoin suojattuna tietokoneelle välittömästi niiden palauttamispäivänä.

Tutkimuksen uskottavuus edellyttää, että analyysi ja tulokset on kuvattu tarkasti ja tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset on tuotu esiin. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerejä ovat uskottavuus ja siirrettävyys. Uskottavuus edellyttää, että analyysi ja tulokset on kuvattu tarkasti ja selkeästi. Tutkimuksen vahvuuden ja rajoitukset tuodaan esille. Siirrettävyys tarkoittaa, että tutkimuskonteksti on kuvattu huolella ja toinen tutkija voi halutessaan seurata prosessia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159-166.)

Kehittämiprojektin projektipääällikkö kuvasi analyysinsä mahdollisimman tarkasti, mikä on tärkeä luotettavuus kysymys aineiston ja tulosten suhteen. Kehittämiprojektin raportissa esitettiin suoria lainauksia haastattelutekstistä, joka paransi luotettavuutta. Uskottavuutta lisää miten hyvin luokitukset tai kategoriat kattavat aineiston. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.)

Kehittämiprojektissa noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä, tarkoittaen, että tutkimuksen kysymysten asettelu ja tavoitteet sekä aineiston kerääminen ja käsittely, tulosten esittäminen ja aineiston säilytys ei loukannut tutkimuksen kohderyhmää. Tutkittavalla tulee olla riittävästi tietoa, jotta hän voi vapaaehtoisesti tehdä päätöksensä osallistumisesta tutkimukseen. Tutkija on vastuussa tutkimuksessaan tekemistä valinnoista ja niihin liittyvistä perusteluista.

Tutkimuksen tekijän kunnioitti osallistuvien henkilöiden yksityisyyttä. Käytännössä tämä tarkoitti, ettei kyselyyn osallistuvien henkilöiden tietoja pystytä tunnistamaan julkaistavista tuloksista. (Vilkkä 2007, 90-93,95.)

Haastatteluista saadut aineistot hävitettiin silppurissa tulosten analysoinnin jälkeen ja kyselyyn osallistujille tiedotettiin, että aineistoa käyttää projektipäällikkö ja aineiston salassapidosta huolehditaan tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Tutkimukseen valittiin sellainen analyysimenetelmä, joka antaa tietoa siitä, mitä ollaan tutkimassa. Sopiva analyysimenetelmä pyritään aina ennakoimaan, kun suunnitellaan tutkimusta. (Heikkilä 2010, 183.)

Kysely asiakkaille kuvasi valitun asiakasryhmän terveys -ja hoitoryhmään osallistuneiden kokemuksia hoitomallista, ohjaustarpeista, mahdollisista tukitoimista ja kehittämisideoista. Kysely hoitohenkilökunnalle kuvasi terveys- ja hoitomalliin osallistuneiden kokemuksia, terveys-ja hoitosuunnitelmien haasteita, hoitovastaavan vastaanotolle ohjautumista ja koulutustarpeista henkilökunnalle. Aineiston keruussa saatu tieto on riippuvainen siitä, miten tutkija on tavoittanut tutkittavan ilmiön. Aineiston analyysissa korostuvat tutkijan taidot, oivalluskyky ja arvostukset. Tutkija on oma persoona mukana tutkimuksessa, mutta hänen tulee säilyttää neutraaliote tutkimuksellisia löydöksiä kohtaan. Laadullisen tutkimuksen arvioinnissa tarkastellaan totuusarvoa, soveltavuutta, pysyvyyttä ja neutraaliutta. (Janhonen & Nikkonen 2001,23; Hirsjärvi ym. 2005,232.)

Kehittämisprojektissa pyrittiin kuvaamaan jokainen vaihe tarkasti. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisen sisällön analyysin avulla ja lähtökohtana oli vastaajien kuvaamat alkuperäiset ilmaukset. Aineisto pelkistettiin, jolloin haettiin tutkimuskysymyksiin vastausta. Vastaukset kirjattiin aineiston termein. Tämän jälkeen aineisto ryhmiteltiin, etsittiin pelkistettyjen ilmaisujen samanlaisuuksia ja erilaisuuksia. Samanlaisuudet yhdisteltiin yläluokiksi. Analyysin helpottamiseksi käytettiin sanojen taulukointia ja eri värejä luokitteluun.

Luotettavuutta heikensi se, että projektipäällikkö ei ollut työyhteisössä tukena ja hän teki analyysinsä yksin. Projektipäällikkö oli pitkällä sairauslomilla kehittämisprojektin toteutusvaiheessa. Projektipäällikön oma työkokemus ja tuttu työorganisaatio toivat helpotusta vastausten ymmärtämisessä, mutta toisaalta

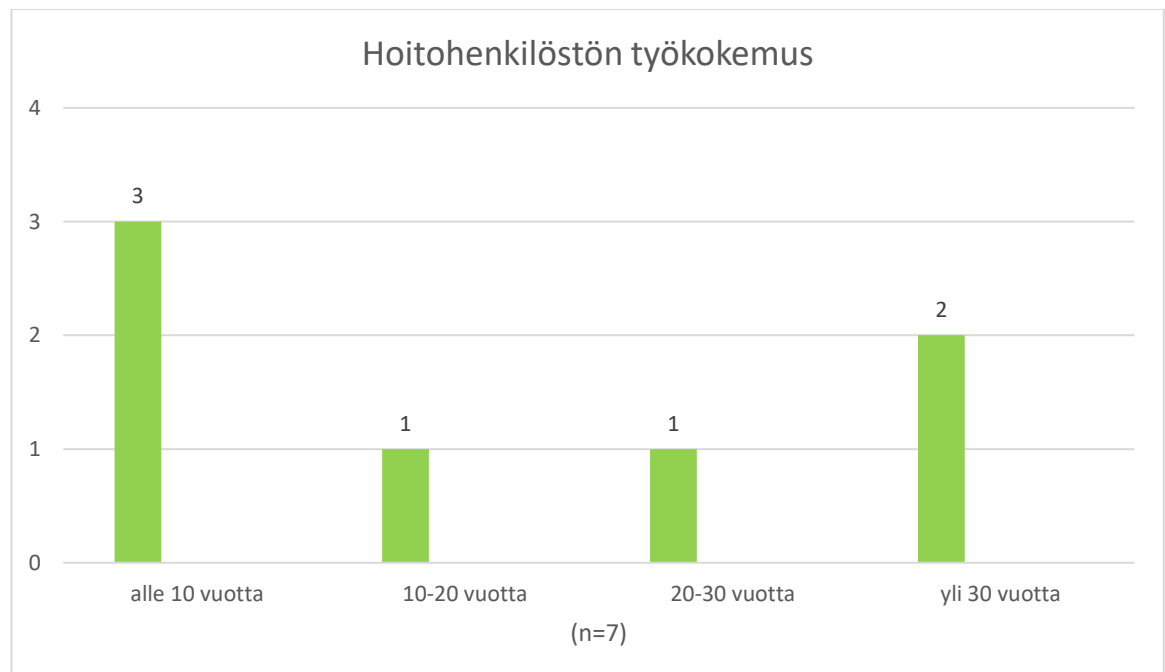
sillä saattoi olla merkitystä tulosten neutraalisuuteen. Tuloksia voidaan hyvin soveltaa kuvaamaan, miten Terveystyömallin käyttöönotto on onnistunut ja miten sitä voitaisiin edelleen tehostaa sekä millaista koulutusta hoitohenkilöstölle tulee tulisi järjestää. Tutkimuksen luotettavuuden edistämiseksi on tärkeää se, että luotettavuuden tarkastelu voidaan liittää luontevasti omaan tutkimukseen ja sen lähestymistapaan (Tuomi ja Sarajärvi 2004.) Pysyvyyttä arvioidessa työyhteisön ja asiakkaiden muutokset saattavat vaikuttaa tutkimustuloksiin.

6 TULOKSET

Kyselyn perusjoukkoina olivat Perusturvakuntayhtymän pilotointiryhmän asiakkaita (n=8) sekä henkilökuntaa (n=8). Kyselyyn vastasi yhteensä 10 henkilöä. Vastauksia saatiin takaisin määräajassa 6. Ja viikko vastausajan päättymisen jälkeen yhteensä 10 vastausta. Vastausprosentti oli yhteensä 62,5%.

6.1 Taustakysymykset hoitohenkilöstölle

Tutkimukseen osallistuneesta hoitohenkilöstöstä 87,5% (n=7) vastasi kyselyyn. Työkokemusta terveydenhuollosta oli alle 10 vuotta vastanneista kolmella, 10-20 vuotta vastanneista yhdellä, 20-30 vuotta oli vastaajista yhdellä ja yli 30 vuotta oli vastaajista kahdella. Kysymys ei sisältänyt tarkempia vaihtoehtoja vastanneiden ammasteista. Kyselyitä lähetettiin hoitohenkilökunnan neljälle lääkärille ja neljälle hoitajalle. Vastaajat olivat kaikki naisia.



Kuvio 6 Hoitohenkilöstön työkokemus

6.2 Hoitohenkilöstön kokemukset ryhmään osallistumisesta

Kaikki hoitohenkilökunnan vastaajista ovat osallistuneet terveys- ja hoitosuunnitelman pilotointi projektiin. Kysyttäessä miten hoitohenkilöstö kokivat ryhmään osallistumisen, kaksi vastaajista koki sen motivoivana ja kolme mielenkiintoisena tai mielekkäänä. Yksi vastaajista piti projektia alkuun sekavalta. Kaksi vastaajista toi esille, että potilaita oli liian vähän lääkäriä kohden tai että kokemus jäi vähäiseksi. Kolme vastaajista oli sitä mieltä, että oikein suunniteltuna terveys- ja hoitosuunnitelma olisi hyödyllinen asiakkaalle ja jatkossa sen käyttö olisi palkitsevaa sekä asiakkaalle että hoitohenkilökunnalle.

”Mielestäni terveys- ja hoitosuunnitelmien laatiminen jatkossa olisi todella palkitsevaa monisairaiden hoidossa.”

”Koin osallistumisen mielekkäänä. Projekti oli mielenkiintoinen ja sain paljon motivaatiota sen alkaessa.”

”Koin pilotointiin osallistumisen sekavalta alkuun, koska potilaita olin vähän lääkäriä kohden.”

”Mielenkiintoinen projekti. Hyödyttää asiakasta ja työyhteisöä varmasti oikein toteutettuna.”

”Motivoivaa. Hoitajan perusteellisesti tekemä haastattelu hyvä työkalu myös myöhemmissä kontakteissa”

6.3 Terveys- ja hoitosuunnitelmien haasteet hoitohenkilöstölle

Vastaajilta kysyttäessä millaisia haasteita terveys- ja hoitosuunnitelmien tekoon liittyy ja miten sen hyödyntämistä voitaisiin kasvattaa. Kolmen vastaajan mielestä aikataulut olivat vaikeita sovittaa. Kaksi vastaajista toi esille hoitopolkujen tai yhteistyöverkostojen epäselvyydestä. Nämä tulisi olla paremmin suunniteltuja, ettei potilaan hoito hidastuisi tai keskeytyisi. Tämä tulisi huomioida lääkärien ja hoitajien ajanvarauskirjassa, olisi esimerkiksi valmiiksi suunniteltuja hoitajan ja lääkärin yhteisvastaanottoaikoja. Yksi vastaaja piti haasteellisena potilaskertomusten löytymisen dokumenteista. Yksi vastaaja piti henkilökunnan motivoitumista ja sitoutumista haasteena terveys- ja hoitosuunnitelmien tekoon.

Kolme vastaajista koki haasteeksi potilaiden löytämisen tai että ei tuntenut potilasta. Terveys- ja hyötymalliin käyttöä varten tulee rajata potilaille kriteerit niiden löytymiseksi. Tärkeää on sen hyödyntäminen moniammatillisesti sen varhaisessa vaiheessa potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaan. Yksi vastaaja oli sitä mieltä, että projektinvetäjä puuttui, eikä vastuu henkilöä ollut nimetty. Yksi vastaaja koki terveys- ja hoitosuunnitelmien teon käytännössä vaikealta. Terveystietojen kerääminen oli haaste. Asiakkailla oli itsestään/itsellään terveystietoja vähän. Yksi vastaajista piti haasteena asiakkaan kiintymisen hoitajaan.

”taustatietojen kerääminen oli haaste, asiakkailla oli itsellään/itsestään tietoja painettu mieleen yllättävän vähän. Asiakkaan kiinnittyminen hoitajaan.”

”Aikataulujen sovittaminen. Tehtyjen tekstien tarkistaminen myöhemmissä kontakteissa ja tekstien löytäminen (niillä jotka eivät ole osallistuneet).”

”Haasteita on paljon. Esimerkiksi hoitopolut tulisi olla paremmin suunniteltuja, ettei potilaan hoito keskeytyisi tai hidastuisi. Toinen haaste on hoitohenkilökunnan motivoituminen ja sitoutuminen näiden tekoon. Myös koulutusta tulisi antaa enemmän. Vastaanotto-ajat ovat ainainen ongelma, aikoja on vaikea saada yhdistettyä esim. hoitajan ja lääkärin välillä. Tämä tulisi huomioida lääkäreiden ja hoitajien ajanvarauskirjassa, olisi esim. valmiita ths-vastaanottoaikoja. Näiden lisäksi edelleen ongelmana potilaiden löytyminen, jotka hyötyisivät tämän terveys- ja hoitosuunnitelmista. Jonkinlaisia kriteereitä ths-potilaiden valinnassa tulisi olla.”

”Selvästi sovitut yhteistyöverkostot ja hoitopolut.”



Kuvio 7 Henkilöstön koetut haasteet.

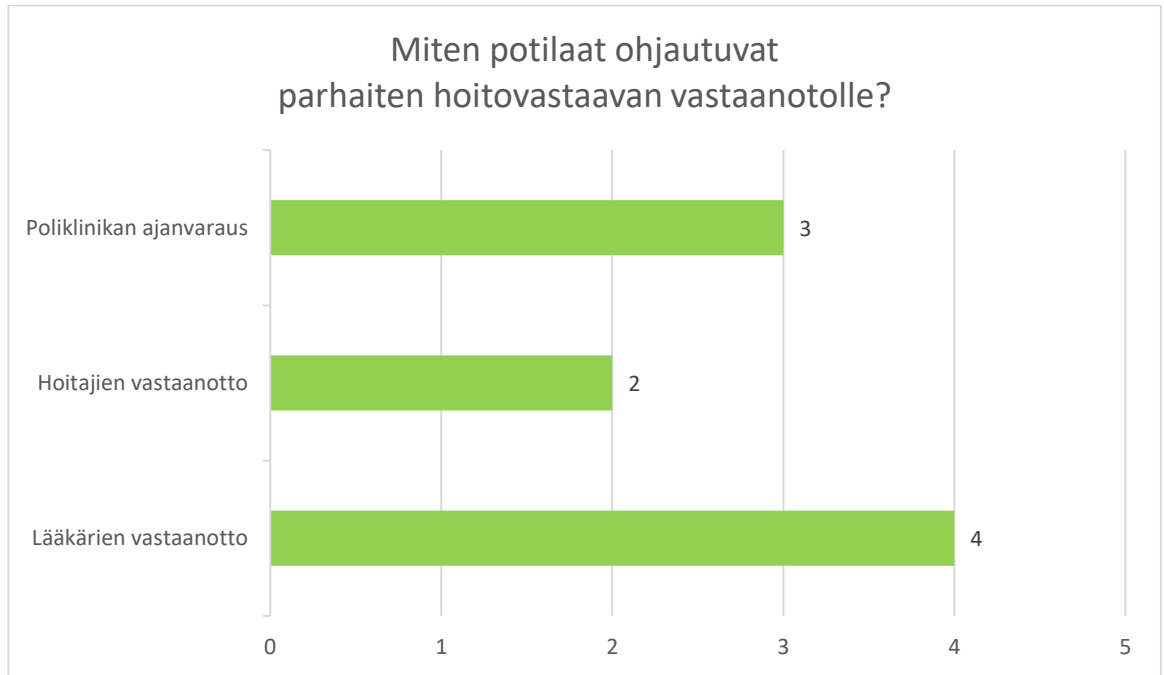
6.4 Potilaiden ohjautuminen hoitovastaavan vastaanotolle

Kysyttäessä miten/mistä potilaat ohjautuvat parhaiten hoitovastaavan vastaanotolle, vastaajista neljä oli sitä mieltä, että lääkärin vastaanottojen kautta ja vastaajista kaksi olivat sitä mieltä, että hoitajien vastaanottojen kautta. Kolme oli sitä mieltä, että potilaat ohjautuvat parhaiten hoitovastaavalle poliklinikan ajanvarauksesta.

”Hoitajan ohjaus ajanvarauksesta, kun huomaavat toistuvat käynnit tms. tarpeen, lääkärin vo.”

”Ajanvarauksesta lääkärin/hoitajan vo:lta.”

”Polin ja lääkäreiden vastaanoton kautta.”



Kuvio 8 Potilaiden ohjautuminen vastaanotolle

6.5 Hoitohenkilöstön koulutustoiveet

Kysyttäessä minkälaista koulutusta he kaipaavat kolme vastaajista olivat sitä mieltä, että kaipasivat koulutusta terveyst- ja hoitosuunnitelman sisällöstä ja kolme vastaajista kaipasi koulutusta terveyshuollon palveluista organisaatiossa. Yksi vastaajista kaipasi koulutusta terveyshyötymallista yleisesti, yksi vastaajista kaipasi koulutusta tapaamisten sisällöstä. Yksi vastaajista ei kokenut koulutuksen tarvetta lainkaan. Muina koulutuksina kaksi vastaajista kaipasi koulutusta jatkoseurantaan tai hoitopolkuihin.



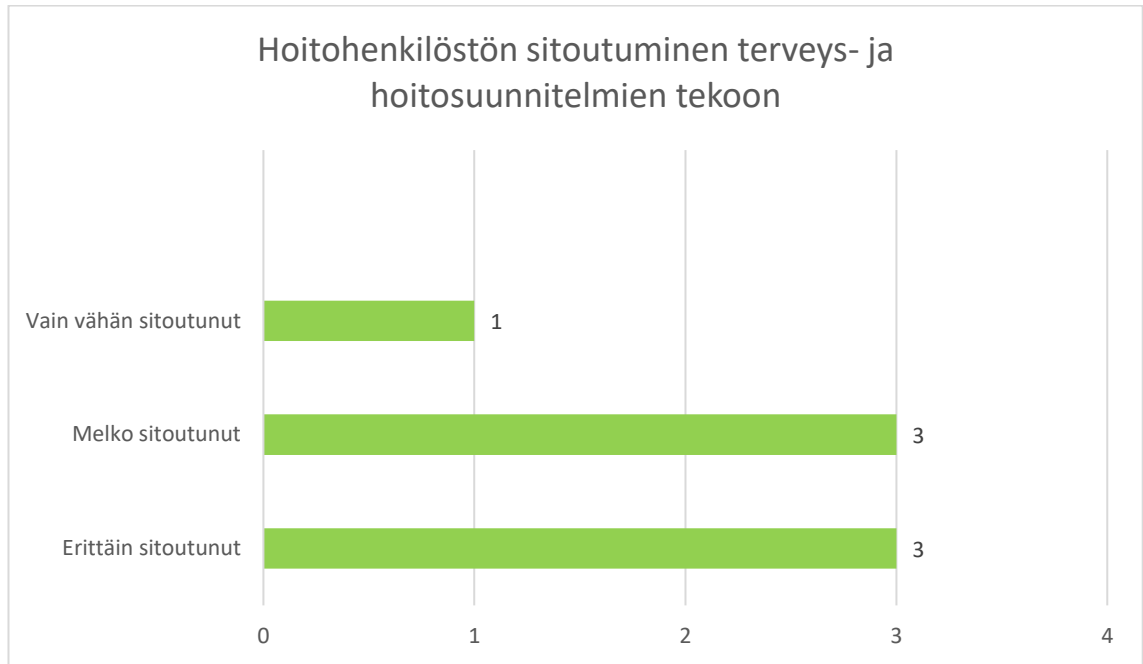
Kuvio 9 Hoitohenkilöstön koulutustoiveet

”Kaipasin eniten erilaisia hoitopolkuja. Lisäksi terveys- ja hoitosuunnitelmien seurantaan olisi hyvä olla valmiit hoitomallit.”

”Jatkoseuranta; milloin ns. lopetetaan mm. jos asiakas itse ei ole motivoitunut”

6.6. Hoitohenkilöstön sitoutuminen projektiin

Kysyttäessä omaa sitoutumista terveys- ja hoitosuunnitelmien tekoon, yksi vastaajista oli vain vähän sitoutunut. Kolme vastaajista olivat melko sitoutuneita ja kolme vastaajista olivat erittäin sitoutuneita.



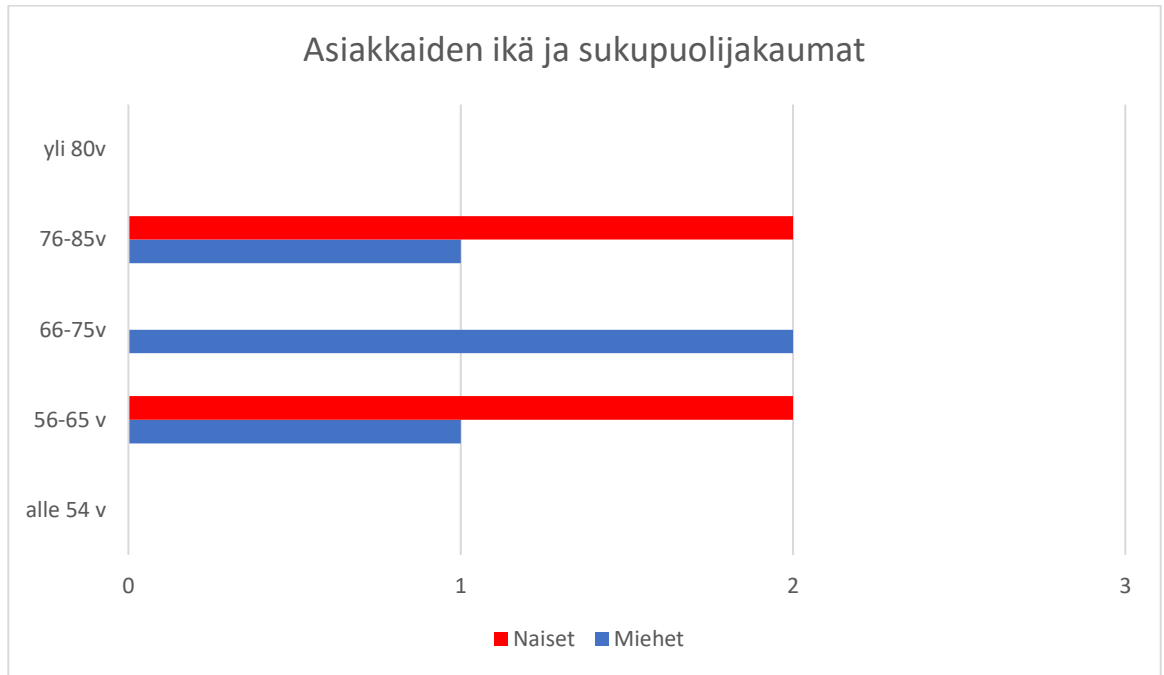
Kuvio 10 Hoitohenkilöstön sitoutuminen terveys- ja hoitosuunnitelmien tekoon.

Muita esille tulevina asioina kerrottiin, että oikein toteutettuna terveys- ja hoitosuunnitelmien teko on hyödyllistä. Projektinvetäjä tarvitaan.

6.7. Asiakkaiden taustakysymykset

Kaikki (n=8) asiakkaat olivat mukana terveys- ja hoitosuunnitelmien pilotoinnissa. Vain kolme asiakasta vastasivat kyselyyn, tämä on 37,5% vastaajista.

Pilotointi ryhmään osallistuneista asiakkaista 4 oli naisia ja 4 miehiä. Alle 54-vuotiaita oli 0, 56-65 vuotiaita oli 3, 66-75 vuotiaita oli 2, 76-85 vuotiaita oli 3. Yli 85 vuotiaita ei ollut lainkaan.



Kuvio 11 Asiakkaiden ikä ja sukupuolijakaumat

Tutkimukseen osallistuneet kaikki asiakkaat olivat monisairaita, joilla oli paljon terveyskeskus tai yhteispäivystyksen käyntejä. Kaksi vastaajista koki terveys- ja hoitosuunnitelmaan osallistumisen hyvänä tai mielekkäänä.

6.8. Asiakkaiden kokemukset terveys- ja hoitosuunnitelman hyödyllisyydestä

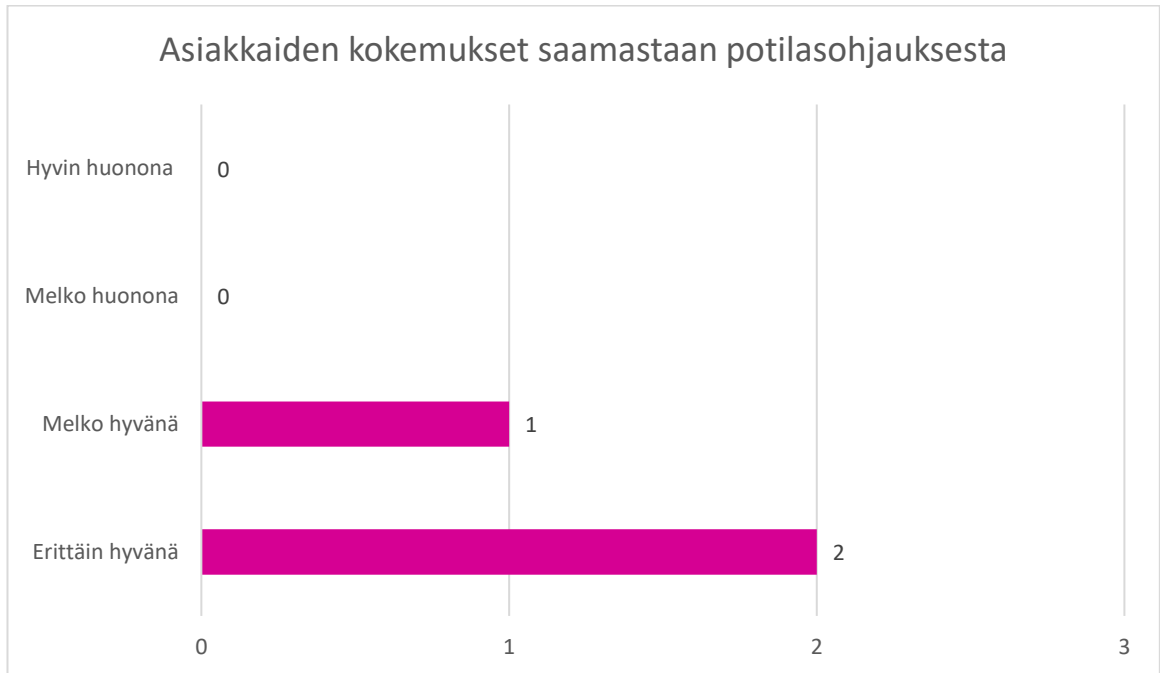
Kysyttäessä kuinka hyödyllinen saamasi terveys- ja hoitosuunnitelma oli ollut. Yhden vastaajan mielestä terveys ja hoitosuunnitelma oli erittäin hyödyllinen, yhden mielestä melko hyödyllinen ja yhden mielestä ei lainkaan hyödyllinen. Kukaan vastanneista ei kokenut sitä vain vähän hyödylliseksi.



Kuvio 12 Asiakkaiden kokemukset terveys- ja hoitosuunnitelmien hyödyllisyydestä

6.9. Asiakkaiden kokemukset saamastaan potilasohjauksesta

Kysyttäessä millaisena asiakkaat kokivat ohjauksen, kaksi vastaajista koki ohjauksen erittäin hyvänä ja yksi melko hyvänä. Kukaan ei vastannut, että koki ohjauksen melko huonona ja hyvin huonona.



Kuvio 13 Asiakkaiden kokemus saamastaan potilasohjauksesta

Kysyttäessä olisivatko asiakkaat kaivanneet enemmän yksilöllistä ohjausta, kaksi vastasi ei ja yksi vastasi kyllä. Lisäkohtaan oli yksi kirjoittanut toivovansa astmaohjausta. Kyselylomakkeen viimeiset kysymykset tukitoimista ja kehittämisideoista ohjaukseen/toimintaa olivat jätetty tyhjäksi.

6.10. Tulosten tarkastelua ja johtopäätökset

Kyselyn vastausprosentiksi saatiin 62,5%. Vastausprosenttia voidaan pitää hoitohenkilöstön puolesta luotettavana, mutta asiakkaiden vähäisten vastausten vuoksi, heidän osuuttaan voidaan pitää vain melko luotettavana. Hoitohenkilöstön vastausprosentti oli 87,5% kun taas asiakkaiden vastausprosentti jäi vain 37,5 prosenttiin. Vastajat eivät kuitenkaan vastanneet kaikkiin kysymyksiin. Syynä saattoivat olla kiire, lyhyt vastausaika, kyselyn ajankohta ja ympäristön häiriötekijät.

Kaikki hoitohenkilökunnan vastaajista ovat osallistuneet terveysterveys- ja hoitosuunnitelman pilotointi projektiin. Työkokemusta terveydenhuollosta oli alle 10 vuotta vastanneista kolmella. Tämä osuus oli kaikista suurin vastanneista.

Hoitohenkilöstö kokivat pääasiassa projektin mielenkiintoisena, mielekkäänä ja oikein suunniteltuna terveys- ja hoitosuunnitelma olisi hyödyllinen asiakkaalle ja jatkossa sen käyttö olisi palkitsevaa sekä asiakkaalle että hoitohenkilöstölle.

Haasteita hoitohenkilöstölle toivat aikatauluongelmat, hoitopolkujen ja yhteistyöverkostojen epäselvyys. Nämä tulee olla paremmin suunniteltuja, ettei potilaan hoito hidastuisi tai keskeytyisi. Haasteellisena pidettiin potilaskertomusten löytymisen dokumenteista, hoitohenkilöstön motivoitumista ja sitoutumista terveys- ja hoitosuunnitelmien tekoon. Muita haasteita olivat pilotointiryhmän asiakkaiden löytäminen ja vieraat potilaat. Projektinvetäjä puuttui, eikä vastuu henkilöä ollut nimetty. Terveys- ja hoitosuunnitelmien teko koettiin myös vaikeana. Terveystietojen kerääminen oli haaste. Asiakkailla oli itsestään/itsellään terveystietoja vähän. Yhtenä haasteena pidettiin asiakkaan kiintymistä hoitajaan.

Terveys- ja hyötymalliin käyttöä varten tulee rajata potilaille kriteerit niiden löytymiseksi. Tärkeää on sen hyödyntäminen moniammatillisesti sen varhaisessa vaiheessa potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaan. Potilaat ohjautuvat parhaiten hoitovastaaville lääkärin vastaanotoilta. Poliklinikan ajanvarausta pidettiin parempana hoitoonohjaus paikkana kuin hoitajan vastaanottoa. Koulutukseen tulee panostaa jatkossa enemmän. Hoitohenkilöstö kaipasi eniten koulutusta terveys- ja hoitosuunnitelman sisällöstä ja terveyshuollon palveluista. Koulutusta kaivattiin vastausvaihtoehtojen lisäksi jatkoseurantaan ja hoitopolkuihin. Eniten vastaajista piti omaa sitoutumistaan erittäin hyvänä.

Kaikki (n=8) asiakkaat olivat mukana terveys- ja hoitosuunnitelmien pilotoinnissa. Vain kolme asiakasta vastasivat kyselyyn. Pilotointi ryhmään osallistuneista asiakkaista 4 oli naisia ja 4 miehiä. Heidän ikävuodet vaihtelivat 56-81-vuotiaiden välillä. Asiakkaan kokivat ohjauksen eniten erittäin hyvänä.

Kysyttäessä olisivatko asiakkaat kaivanneet enemmän yksilöllistä ohjausta, kaksi vastasi ei ja yksi vastasi kyllä. Lisäkohtaan oli asiakas toivonut enemmän astmaohjausta. Kyselylomakkeen viimeiset kysymykset tukitoimista ja kehittämisideoista ohjaukseen/toimintaan olivat jätetty tyhjäksi. Näiden tulosten pohjalta voidaan todeta, että terveys- ja hoitosuunnitelmien jalkauttaminen Perusturvakuntayhtymässä on alkanut, mutta vaatii vielä kehittämistä, jotta se

olisi toimiva kokonaisuus. Nämä tulokset antavat tukea aikaisemmille tutkimuksille, että terveys- ja hoitosuunnitelmien käyttöönotto on hyvä työväline ja se tukee asiakkaan omahoitoa. Sen laatiminen helpottaa oikein käytettynä myös hoitohenkilöstöä asiakkaan hoidossa. Käyttöönottoa tulee vielä kehittää entisestään, jotta työväline saadaan toimivaksi. Projektille tulee valita vastuuhenkilö/vastuuhenkilöitä tämän terveys- ja hoitomallin eteenpäin viemiseksi. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää tähän. Hoitopolut ja yhteistyöverkosto tulee suunnitella tarkemmin. Henkilöstön koulutustarpeisiin tulee vastata paremmin järjestämällä koulutusta terveys- ja hoitosuunnitelman mallista vastuuhenkilön/henkilöiden toimesta. Potilaskriteerit tulee rajata asiakkaiden löytämiseksi. Lääkärin vastaanoton kautta potilaat löytyvät parhaiten.

Suurin osa pilotointiryhmään osallistuneista asiakkaista olivat motivoituneet terveys- ja hoitosuunnitelmien tekoon. Miesten iän keskiarvo oli 70 vuotta ja naisilla 69 vuotta. . Miehillä oli diagnooseja keskimäärin 5,75. Yleisimmät miesten diagnoosit olivat nivelrikko, hyperkolesterolemia, eturauhasen hyvänlaatuinen liikakasvu ja astma. Myös mielialaongelmia esiintyi. Miesten keskimääräinen verenpaine oli 139/78. Keskimääräinen BMI miehillä oli kehittämissuunnitelman alussa ja lopussa täysin sama 30 eli merkittävä lihavuus. Hoitoalan palveluita käytettiin yhteensä 53 kertaa eli 13,25 kertaa /asiakas. Yleisimmät diagnoosit naisilla olivat nivelrikko, hyperkolesterolemia, verenpainetauti, COPD ja fibromyalgia. Myös mieliala ongelmia esiintyi. Naisilla oli diagnooseja keskimäärin 6,75. Naisten keskimääräinen verenpaine oli 158/71. Keskimääräinen BMI naisilla oli kehittämissuunnitelman alussa ja lopussa täysin sama 36 eli vaikea lihavuus. Kahdella BMI oli laskusuunnassa. Naiset käyttivät seurata-aikana yhteensä palveluja yhteensä 48 kertaa eli keskimäärin 12,0 kertaa / asiakas.

Keskimääräinen seuranta-aika oli noin 8,9 kuukautta. Ohjausta annettiin liikunnasta, ruokavaliosta, omaseurannasta, mielialasta, unenlaadusta, hampaiden hoidosta, lääkehoidosta, päihteiden käytön vähentämisestä, astman hoidosta sekä muusta yksilöllisen tarpeen mukaan. Moniammatillisuutta käytettiin. Mukana olivat hoitajat, lääkäreitä, liikuntaneuvoja, diabeteshoitaja, fysiatrit. Lisäksi asiakkaat käyttivät Tyksin palveluita, terveyskeskuksen vuode-

osastoa, yksityisiä sektoreita ja palvelukotia. Hoitoa tarjottiin myös psykiatrilla sairaanhoitajalle sekä päihdehoitajalle.

Tuloksia syntyi ja asiakkaat olivat sitoutuneet hyvin. Apua saatiin mielialaan, unenlaatuun, muistiongelmiin, liikuntatottumuksiin, ruokavaliomuutoksiin, painonhallintaan ja kipuongelmiin. Myös alkoholin käyttöä pystyttiin vähentämään. Käynnit yksityisillä sektoreilla ja päivystyksessä vähenivät joidenkin asiakkaiden kohdalla. Hoitovastaavilta toivottiin tsemppaamista terveysasioissa sekä enemmän ohjausta astma-asioissa. Vastaanottokäynnillä voitiin vaikuttaa myös asiakkaiden yksinäisyyteen.

7. TULOKSET TUOTOKSEKSI

Tässä kehittämisprojektissa tähdättiin pitkäaikaishoidon kehittämiseen ja testattiin terveys- ja hoitosuunnitelman käyttöä. Kehittämisprojektissa hoitovastaava teki potilaalle yhdessä lääkärin kanssa terveys- ja hoitosuunnitelman. Tarkoituksena oli tunnistaa ja kartoittaa paljon terveyspalveluita käyttävät asiakkaat ja saada heidät aktivoitumaan omaan hoitoon. Hoitovastaavan toimintaa pilotoitiin pienimuotoisesti valitulla asiakasryhmällä. Tavoitteena oli tehostaa suunnitelmallisempaa hoitoa paljon terveyspalveluita käyttävien kohdalla.

Haasteet tulee ratkaista ennen toimintamallin käyttöönottoa. Projektin jatkohaasteina ovatkin vastuu henkilön/henkilöiden nimeäminen. Terveys- ja hyötymalliin käyttöä varten tulee rajata potilaille kriteerit niiden löytymiseksi. Tärkeää on sen hyödyntäminen moniammatillisesti sen varhaisessa vaiheessa potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaan. Potilaat ohjautuvat parhaiten hoitovastaaville lääkärin vastaanotoilta. Hoitohenkilöstölle tulee järjestää enemmän koulutusta. Hoitopolut ja yhteistyöverkostot tulee suunnitella tarkemmin. Tulokset antavat tukea aikaisemmille tutkimuksille, että terveys- ja hoitosuunnitelmien käyttöönotto on hyvä työväline ja se tukee asiakkaan omahoitoa. Osallistuneet olivat motivoituneet terveys- ja hoitosuunnitelmien tekoon. Asiakkaat ja henkilöstö olivat sitoutuneet hyvin. Tutkimuskysymyksille saatiin vastaukset.

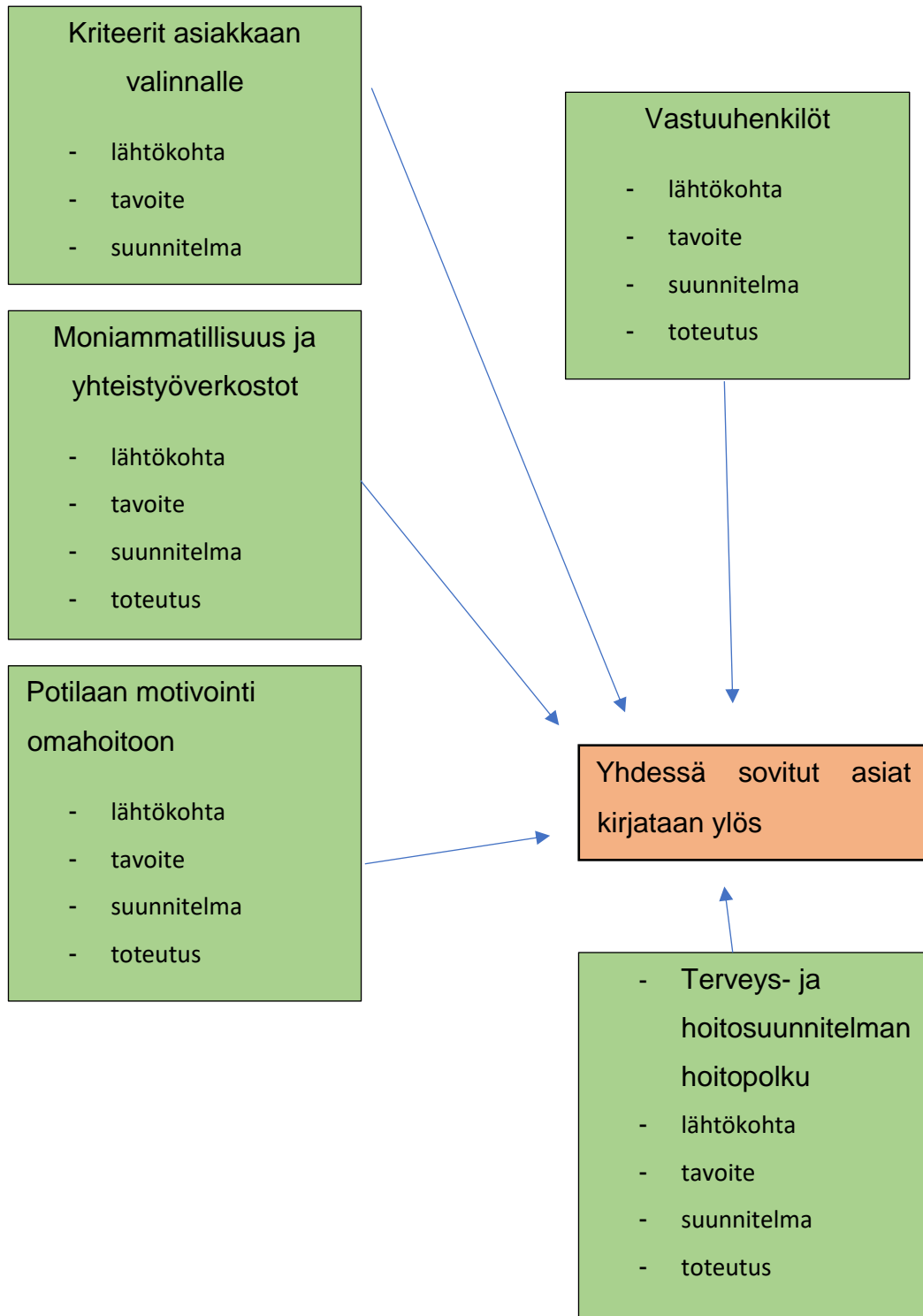
8 KEHITTÄMISPROJEKTIN ETENEMINEN SOVELTAVAN TUTKIMUKSEN OSAN JÄLKEEN

8.1 Kehittämisprojektin tuotos

Kun tulokset oli analysoitu, projektipäällikkö suunnitteli terveydenhuollon henkilöstön koulutusta. Koulutus voidaan järjestää esimerkiksi työorganisaation yhteisillä kehittämispäivillä, johon osallistuvat mahdollisuuksien mukaan kaikki lääkärit ja hoitajat Maskun ja Mynämäen terveysasemilta. Kehittämispäivät ovat tärkeitä työyhteisön ilmapiirissä. Työhyvinvointiin sisältyy myös tasa-arvo. Tasa-arvoisuus työpaikalla tarkoittaa arvostusta kaikkia työyhteisön jäseniä kohtaan. Koulutustilaisuudessa tuloksista keskustellaan ja aloitetaan työstämään sitä, mitä aiheet tarkoittavat yksikössä, miten aiheet toteutuvat yksikössä ja mitä tulee tehdä, että muutosta tapahtuu. Lopuksi kirjataan ylös yhteiset sopimukset ja niiden mukaan toimitaan. Tuotoksena laadittiin toimintaohje koulutustilaisuudessa tulosten kirjaamiseen. Kuviossa 14 on havainnollistettu, miten koulutustilaisuuden tulokset kirjataan.

Koulutustilaisuuden aiheet:

1. Kriteerit asiakkaan valinnalle
2. Vastuuhenkilöt
3. Moniammatillisuus ja yhteistyöverkostot
4. Terveys- ja hoitosuunnitelman hoitopolku
5. Potilaan motivointi omahoitoon



Kuvio 14 Toimintaohjeen kirjaaminen

Työyhteisössä tulee olla mahdollisuus keskustella työhön liittyvistä asioista sekä suunnitella ja arvioida omaa toimintaa säännöllisesti. Yhteisöllisyyttä voidaan

vahvistaa luovuutta ja vuorovaikutusta vahvistamalla. (Masalin 2010, 85.) Learning Cafe -työskentelymalli sopii hyvin tämän kaltaiseen koulutustilaisuuteen. Pienryhmissä keskustellen etsitään ratkaisuja valittuihin teemoihin tai ongelmiin. Lopuksi ryhmät kertovat tuotoksestaan muille. Työyhteisö voi hyödyntää omien työntekijöidensä osaamista ja osallisuus toiminnan kehittämiseen motivoivat työntekijöitä työssään. Toimintaohjeen koulutusehdotus esitellään Perusturvakuntayhtymän johdolle, kun kehittämisprojekti on saatu valmiiksi.

9 ARVIOINTI JA POHDINTA

Kehittämiprojektin tavoitteena oli pitkäaikaissairauksien hoidon kehittäminen Perusturvakuntayhtymä Akselissa. Tarkoituksena oli tunnistaa ja kartoittaa paljon terveystalvaeluita käyttävät asiakkaat ja saada kohderyhmä aktivoitumaan omaan hoitoon. Lisäksi tarkoituksena oli pilotoida hoitovastaavan toimintaa pienimuotoisesti valitulla potilasryhmällä, sekä testata terveys- ja hoitosuunnitelman käyttöä. Tämän kehittämiprojektin soveltavan osion tavoitteena oli tehostaa suunnitelmallisempaa hoitoa paljon terveystalvaeluita käyttävien kohdalla. Tarkoituksena on selvittää seuraavia tutkimuskysymyksiä:

5. Miten käyttöönotto on onnistunut?
6. Miten sitä voidaan mahdollisesti vielä tehostaa?
7. Millaista koulutusta hoitohenkilökunnalle tulee järjestää?
8. Miten/mistä potilaat ohjautuvat hoitovastaavan vastaanotolle?

Toimintaohjeiden laadinta on avointa ja rohkeaa keskustelua yksikössä. Käsitteet ovat laajoja ja niitä on hyvä avata, jotta kaikki ymmärtäisivät ne samalla tavalla. Toimintaohjeen laadinta on työlästä ja sen työstämiseen on hyvä varata runsaasti aikaa. Toimintaohje aiheuttaa yksikössä ongelmia sisäisessä ilmapiirissä ja vuorovaikutuksessa, jos se on huonosti suunniteltu. Työyhteisön hyvinvoinnin kuusi peruspilari ovat työntekoa tukeva organisaatio, työntekoa palveleva johtaminen, selkeät töiden järjestelyt, yhteiset pelisäännöt, avoin vuorovaikutus ja toiminnan jatkuva arviointi. (Surakka, Kiikkala, Lahti, Laitinen & Rantala 2008.)

Kehittämiprojekti on ollut projektipäällikölle haasteellinen oman terveydellisten haasteiden ja kokemattomuuden vuoksi. Toteutusvaiheessa projektipäällikkö koki helpotusta, kun kehittämiprojekti käynnistyi. Riskit analysoitiin SWOT-analyysin avulla suunnitelmavaiheessa. Viivästymisen vuoksi asioiden mieleen palauttaminen oli vaikeaa sekä muiden valmistuttua ryhmän tuki puuttui.

Tämän kehittämisprojektin ajankohtaisuus koskettaa kaikkia työyhteisössä. Työhyvinvoinnilla voidaan vaikuttaa siihen, että työntekijät jaksavat työssään. Kehittämisprojektin laajuus yllätti projektipäällikön sisällön analyysin aikana. Aikataulu oli erittäin tiukka raportointivaiheessa. Projektipäällikkö työskenteli raportointivaiheessa yksinään. Kokemattomuuden vuoksi projektipäällikkö ei osannut rajata työtä tarpeeksi projektin suunnitteluvaiheessa. Projektipäälliköllä ei ollut aikaisempaa kokemusta projektinvetäjänä. Tiedonhakutaidot vaativat kärsivällisyyttä. Englanninkielisten tutkimusten kääntäminen oli iso haaste.

Terveys- ja hoitosuunnitelmien laadinnan suunnittelua ja toteutusta on tarkoitus jatkaa Perusturvakuntayhtymä Akselissa myös tämän kehittämisprojektin päätyttyä. Terveys- ja hoitosuunnitelmat tulevat olemaan tulevaisuutta Perusturvakuntayhtymä Akselissa. Terveystieteiden laki edellyttää, että potilaalla on hoitosuunnitelma. (Innokylä 2015.) Ja todisteet näyttäisivät tukevan terveyshyötymallia. (Coleman ym. 2009,75.) Siirrettävyyden ja sovellettavuuden päättelyssä löydöksiä voidaan soveltaa muihin tutkimuskohteisiin.

Projektipäällikkö on ollut sinnikäs ja on halunnut viedä kehittämisprojektin loppuun aikataulujen muutoksista huolimatta. Projektipäällikkö on kehittynyt asiantuntijuudessaan projektin aikana. Hän osaa tarkastella ja arvioida tutkittua tietoa kriittisesti.

LÄHTEET

- Alanen, S. 2002. Potilaiden tiedontarpeet ja tiedonsaanti Hyvinkään sairaalan sisätautien-, kirurgian- ja päiväkirurgian osastoilla. Pro Gradu. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.
- Barr, V., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D. & Salivaras, S. 2003. The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly*. 2003, Vol 7. No 1, 73-82.
- Cohen, JT., Neumann, PJ. & Weinstein MC. 2008. Does preventive care save money. *The New England Journal of Medicine*. 2008, (358), 661-663.
- Coleman, K., Austin, B., Brach, C. & Wagner, E. 2009. Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium. *Health Affairs*. 2009, Vol 28, No 1, 75-85.
- Haapala, P. & Hyvönen, K. 2001. Omahoitajan toiminnan itsearviointikriteerien laatiminen ja niiden arviointi. Pro Gradu. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, Hoitotiede. Kuopio.
- Haapanen, V., Kallio, K. & Nuutinen, T. 2011. Pitkäaikaissairaana motivointi omahoitoon. Terveystyöohjaajien kokemuksia. Opinnäytetyö AMK. Lahden ammattikorkeakoulu.
- Heikkilä T. 2010, 184. Tilastollinen tutkimus 7-8.painos. Helsinki: Edita Prisma Oy.
- Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2005 ja 2009. Tutki ja kirjoita. Porvoo.
- Horrocks, S., Anderson, E. & Salisbury, C. 2002. Systemic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *British Medical Journal* 2002, (324), 819-823.
- Hroskikoski, M., Solberg, L., Sperl-Hillen, J., Harper, P., McGrail, M. & Grabtree, B. 2006. Challenges of Change: A Qualitative Study of Chronic Care Model Implementation. *Annals of Family Medicine*. 2006, Vol 4, No 4, 317-326.
- Innokylä. 2015. Viitattu 3.1.2015 <https://www.innokyla.fi>.
- Improving chronic illness care. 2014. The Chronic Care Model. Viitattu 24.4.14 http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2.
- Janhonen, S. Nikkonen, M. 2001 ja 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kauhanen L. 2013. Pitkäaikaissairauksien itsearviointi kehittämistyön kontekstissa. ACICKysely Ylä-Savon terveysasemilla 2010 ja 2012. Pro Gradu, Tampereen Yliopisto, Terveystieteiden yksikkö.
- Koskinen, S., Aromaa, A., Huttunen, J. & Teperi, J. (editors) 2005. Health in Finland. National Public Health Institute (KTL), National Research and Development Centre for Welfare (THL) and Health (STAKES), Ministry of Social Affairs and Health (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö).
- Kukka. A. 2010. Tavoitteena terveyshyöty – muutosten kautta mahdollisuuksiin. *Fysioterapia* 2010, (7), 46-48.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja. Oulun yliopisto.
- Lyytinen, M. 2010. Pitkäaikaissairaiden terveyshyötymalli. Osa perusterveydenhuollon pelastamisohjelmaa. *Diabetes ja lääkäri*, 2010, 33-35.

- Marttila, J. 2010. Muutosvalmius. Käypähoito. Viitattu 27.5.14 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus>.
- Masalin L. 2010. Strategiaan sitoudutaan osallistumalla. Teoksessa Valpola, A., Kvist H, Heimonen J., Niutanen K, Lillkäll L., Masalin L. ja Kalin R. 2010.Strategia toimeksi: muutosvoimana ihmiset. Espoo. 83-104.
- Munnukka, T. & Aalto, P. (toim.). 2002. Minun hoitajani. Näkökulmia omahoitajuuteen. Tammi: Helsinki.
- Mustajoki, P. & Kunnamo, I. 2009. Motivoiva potilashaastattelu. Vaikuttava terveysneuvonta. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 27.5.14 <http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk>.
- Muurinen, S. & Mäntyranta T. 2010. Asiakasvastaava toiminta pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallissa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Toimiva terveyskeskus. Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli.
- Muurinen, S. & Mäntyranta, T. 2011. Kokeneesta sairaanhoitajasta asiakasvastaava. Sairaanhoitajalehti. 7.2.2011.
- Perusturvakuntayhtymä Akseli. 2015. Viitattu 14.1. 2015 <http://www.soteakseli.fi>.
- Perusturvakuntayhtymä Akseli. 2013. Terveysyötymallin jalkauttamissuunnitelma. Esitetty yhtiöhallituksen kokouksessa 21.11.2013.
- Piatt, G., Orchard, T., Emerson, S., Simmons, D., Brooks, M., Korytkowski, M., Siminerio, L., Ahmad, U. & Zgibor, J. 2006. Translating the Chronic Care Model Into the Community. 2006. Diabetes Care 2006, Vol 29, No 4, 811-817.
- Routasalo, P., 2013. Työelämää kehittävä opinnäytetyö ylemmässä AMK-tutkinnossa = kehittämiprojekti. Luentomateriaali.
- Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2009. Potilaan oman hoidon tukeminen. Duodecim 2009, 1(25), 2351-2359.
- Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T. & Christensen, B. 2005. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. The British Journal of General Practise 2005, 55(513), 305– 312.
- Silverberg, P. Ideasta projektiksi. Projektivetäjän käsikirja. Konsulttitoimisto Planpoint OY.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2003:18. Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintasuunnitelma 2004-2007.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Surakka, T. Kiihkala, I. Lahti, T. Laitinen, H. & Rantala T 2008. Osastonjohtaja ja johtaminen. Tammi. Jyväskylä.
- Szecsényi, J., Rosemann, T., Joos, S., Peters-Klimm, F. & Miksch, A. 2008. German Diabetes Disease Management Programs Are Appropriate for Restructuring Care According to the Chronic Care Model. Diabetes Care 2008, vol31, no 6, 1150-1154.
- Säynäjäkangas, O., Andersén, H., Lampela, P. & Keistinen T. 2011. Terveysyötymalli sopii hyvin astmapotilaan pitkäaikaishoitoon. Suomen Lääkärilehti 2011, (8), 664-665.
- THL. 2014. Tavoitteellinen ja motivoiva neuvonta. Viitattu 15.1.15. www.thl.fi.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Tuomiranta, M., Svahn, K. & Vesiluoma, S. 2012. Sairaaloiden kehittämishankkeissa on parantamisen varaa. Suomen Lääkärilehti 2012, 67(18), 1420-1424.

Varsinaisen terveesti. 2011. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin terveydenedistämisen suunnitelma. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri.

Viirkorpi, P. 2000. Onnistunut projekti. Opas kunta-alan projektityöskentelyyn. Helsinki: Suomen Kuntaliitto. 8,25,32-37

Vilkka, H. 2007. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusyhtiö Tammi.

Von Korff, M. Gruman, J. Schaefer, J. Curry S., & Wagner E. 1997. Collaborative Management of Chronic Illness. *Annals of Internal Medicine*. 1997, 127(12), 1097-1102.

Omahoitolomake

MAHOITOLOMAKE

Hoitosi peruspilari on terveys- ja hoitosuunnitelma, jonka teet yhdessä hoitajan ja lääkärin kanssa. Omahoitolomake auttaa sinua ja terveydenhuollon ammattilaista hoitosi suunnittelussa. Täyttämällä tämän lomakkeen voit valmistua vastaanottokäyntiin ja terveys- ja hoitosuunnitelmasi tekoon. Ota vastaanotolle mukaan myös merkintäsi tai kirjanpitosi omaseurannan toteuttamisesta (esimerkiksi verensokerin- ja verenpaineen omaseuranta, PEF-seuranta)

Omahoitokuvioni
Kuvioon on koottu hyvinvointiin vaikuttavia asioita - mitkä niistä ovat sinulle tärkeitä?

Lähd e: o m a h o i t o k u v i o n i: C o l l a b o r a t i v e C a r e S y s t e m s F i

Nimi Syntymäaika

Täyttöpäivämäärä Lomakkeen täytössä avusti

POTILAS KULJETTAJAN PAIKALLE
potku2
PATIENTEN VID RÖDRET

1. Kuinka voin? Oma arvio voinnistani

2. Mitä sairastan?

3. Oma arvioni omahoitoon kuuluvien asioiden tilasta tällä hetkellä

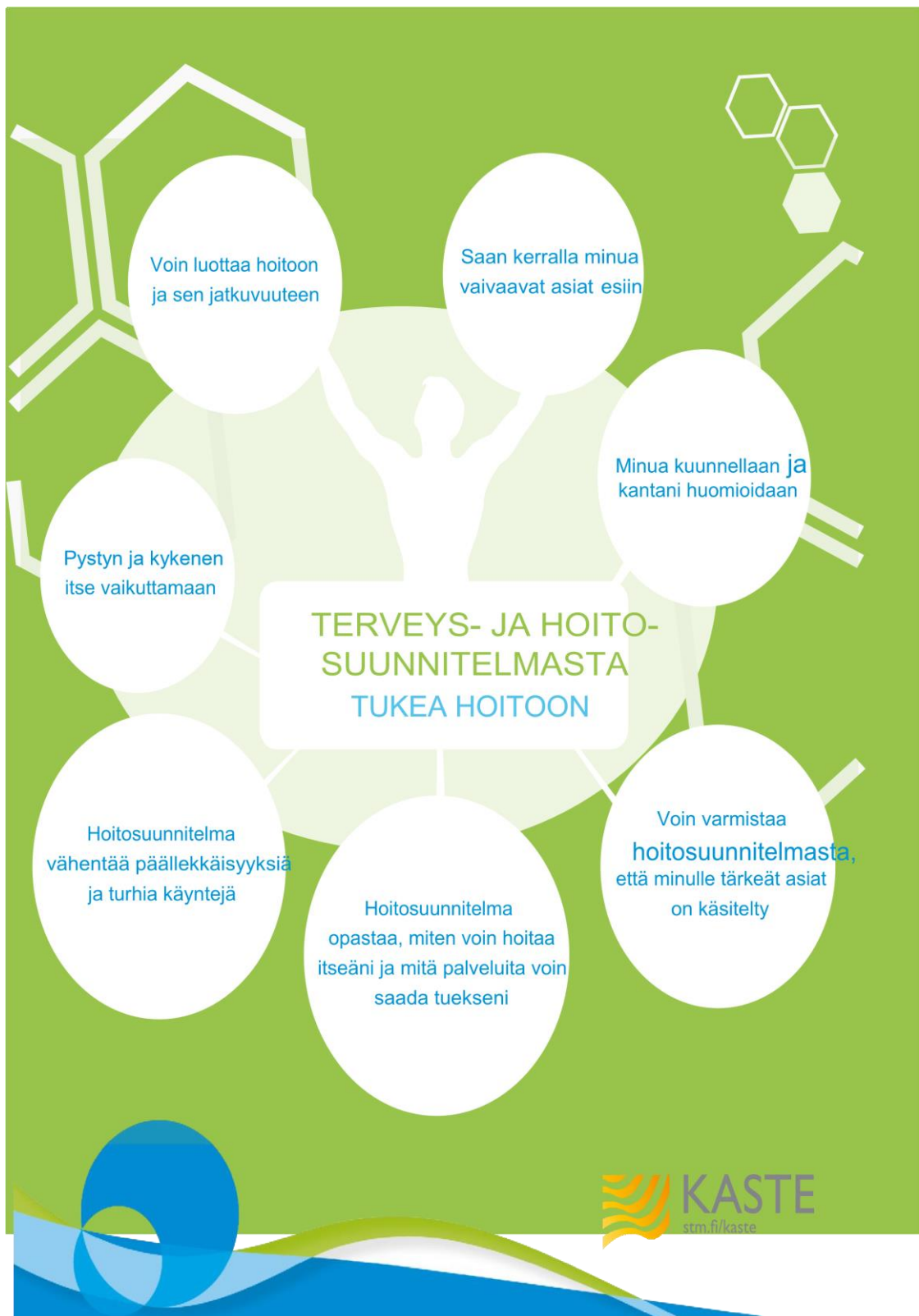
	tähän olen tyytyväinen	tähän toivon muutosta	tätä jään vielä pohtimaan
Arjessa pärjääminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uni ja lepo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liikkuminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Harrastukset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Syöminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suun terveys	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terveyden ja sairauden omaseuranta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkkeiden käyttö	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Päihteet, alkoholi ja tupakka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perhe, läheiset, ystävät	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seksuaalisuus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mielen hyvinvointi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Asioita, joita voin itse tehdä omahoitoni tueksi:

5. Millaista tukea toivon ja keneltä tai mistä?

6. Asiat, joista haluan keskustella vastaanotolla:

7. Allergiat (lääkeaine, ruoka-aine ym.):



Tutkimustiedote

3.4.16

Terveyshyötymallin kehittäminen Perusturvakuntayhtymä Akselissa – Hoitovastaavan toiminnan pilotointiin liittyvä tutkimus on osa Turun ammattikorkeakoulun ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyötä. Tarkoituksena on tunnistaa ja kartoittaa paljon terveyspalveluita käyttävät asiakkaat ja saada kohderyhmä aktivoitumaan omaan hoitoon. Lisäksi on tarkoitus pilotoida hoitovastaavan toimintaa pienimuotoisesti valitulla potilasryhmällä, sekä testata terveys- ja hoitosuunnitelman käyttöä. Viitekehyksenä käytetään Terveyshyötymallia.

Tämän kehittämisprojektin soveltavan osion tavoitteena on tehostaa suunnitelmallisempaa hoitoa paljon terveyspalveluita käyttävien kohdalla. Saadun tiedon pohjalta arvioidaan hoito- ja terveystuunnitelmien tehokkuutta ja tuloksia. Lisäksi selvitetään henkilökunnan koulutustarpeita.

Tutkimusaineisto kerätään kyselyinä pilotointiryhmään osallistuneilta sekä hoitohenkilökunnalta. Aineistoa hyödynnetään opinnäytetyössä hoitovastaava toiminnan kehittämiseksi. Tutkimukselle on saatu lupa Perusturvakuntayhtymä Akselista 5/2016.

Tutkimuksesta saa lisätietoa

Suvi Lehdonniitty

Terveydenhoitaja, YAMK-opiskelija

Terveyden edistämisen koulutusohjelma

suvi.lehdonniitty@edu.turkuamk.fi

Saatekirje

3.4.16

Opinnäytetyön nimi: Terveysshyötymallin kehittäminen Perusturvakuntayhtymä Akselissa. – Hoitovastaavan toiminnan pilotointi

Hyvä vastaanottaja,

Kohteliaimmin pyydän teitä osallistumaan kyselyyn, jonka tavoitteena on tehostaa suunnitelmallisempaa hoitoa. Tarkoituksena on tunnistaa ja kartoittaa paljon terveyspalveluita käyttävät asiakkaat ja saada kohderyhmä aktivoitumaan omaan hoitoon. Lisäksi on tarkoitus pilotoida hoitovastaavan toimintaa pienimuotoisesti valitulla potilasryhmällä, sekä testata terveys- ja hoitosuunnitelman käyttöä. Viitekehyksenä käytetään Terveysshyötymallia.

Tämän kehittämisprojektin soveltavan osion tavoitteena on tehostaa suunnitelmallisempaa hoitoa paljon terveyspalveluita käyttävien kohdalla. Saadun tiedon pohjalta arvioidaan hoito- ja terveystsuunnitelmien tehokkuutta ja tuloksia. Lisäksi selvitetään henkilökunnan koulutustarpeita.

Tämän aineiston keruu liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylempään ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvaan opinnäytteeseen. Opinnäytetyö ohjaajani on lehtori Ritva Laaksonen-Heikkilä, Turun amk/terveysala.

Vastuksesi on arvokasta tietoa. Vastaaminen on luonnollisesti vapaaehtoista. Kyselyn tulokset tullaan raportoimaan niin, ettei yksittäinen vastaaja ole tunnistettavissa tuloksista. Tutkimuksen valmistuttua kyselylomaketiedot tuhotaan. Ole ystävällinen ja vastaa _____ mennessä.

Vastauksistanne kiittäen

Suvi Lehdonniitty (Terveystenhoitaja, Terveysten edistämisen koulutusohjelma yamk-opiskelija) yhteystiedot: suvi.lehdonniitty@edu.turkuamk.fi



Kyselylomake asiakkaille

- **Oletteko osallistunut terveysterveys- ja hoitosuunnitelman ohjaukseen?**
 - **Kyllä**
 - **En**
- **Ikäsi**
 - 20-35v
 - 36-45v
 - 46-55v ○ 56-65v
 - 66-75v
 - 76-85v
 - 85-96v
- **Sukupuolesi**
 - nainen
 - mies
- **Miten hyödyllinen saamasi terveysterveys- ja hoitosuunnitelma on ollut?**
 - erittäin hyödyllinen
 - melko hyödyllinen
 - vain vähän hyödyllinen
 - ei lainkaan hyödyllinen □

- **Millaisena koit saamasi ohjauksen?**

- erittäin hyvänä
- melko hyvänä
- melko huonona
- hyvin huonona

- **Miten koit terveysterveys- ja hoitosuunnitelmaan osallistumisen?**

- **Olisitteko kaivannut enemmän yksilöllistä ohjausta?**

- Kyllä** _____
- En** _____

- **jos kyllä, niin millaista?**

- **Mitä tukitoimia olisitte kaivanneet?**

- **Miten kehittäisitte terveys- ja hoitosuunnitelman ohjausta/toimintaa?**

- **Mitä muuta haluat kertoa?**



Kyselylomake hoitohenkilökunnalle

Oletko osallistunut terveys- ja hoitosuunnitelmien pilotointi ryhmän tekemiseen?

Kyllä

En

• **Työkokemus terveydenhuollossa**

_____ vuotta

• **Sukupuolesi**

• nainen

• mies

• **Miten koit pilotointi ryhmään osallistumisen?**

- **Millaisia haasteita terveys- ja hoitosuunnitelmien tekoon liittyy? Ja miten sen hyödyntämistä voitaisiin kasvattaa?**

- **Miten/mistä mielestäsi potilaat ohjautuvat parhaiten hoitovastaavan vastaanotolle?**

- **Minkälaista koulutusta kaipaat?**
 - **Terveyshyötymallista yleisesti**
 - **Terveys- ja hoitosuunnitelmien sisällöstä**
 - **tapaamisten sisällöstä**
 - **terveydenhuollon palveluista**
 - **muusta, Mistä?**

- **Minkälaisena arvioita oman sitoutumisesi terveys- ja hoitosuunnitelmien tekoon?**
 - erittäin sitoutunut
 - melko sitoutunut
 - vain vähän sitoutunut

- **Mitä muuta haluat kertoa?**
