

Heidi Korhonen

Toimintamallin tuottaminen terveystalveluiden suurkayttajien hoidon jarjestamiseksi espoolaiselle terveystasemalle

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Terveystenhoitaja YAMK

Sosiaali- ja terveystalan kehittamisen ja johtamisen koulutusohjelma

Opinnäytetyö

18.12.2015

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Heidi Korhonen Toimintamallin tuottaminen terveystalouden suurkäyttäjien hoidon järjestämiseksi espoolaiselle terveystaloudelle 37 sivua + 9 liitettä 18.12.2015
Tutkinto	Terveystaloudenhoitaja YAMK
Koulutusohjelma	Sosiaali- ja terveystalouden ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Suuntautumisvaihtoehto	Sosiaali- ja terveystalouden kehittäminen ja johtaminen
Ohjaaja(t)	Lehtori Leena Hannula
<p>Espoolaisella terveystaloudella palveluiden suurkäyttäjien hoidon on havaittu olevan pirstaleista ja sen hallinnassa puutteita. Tämän kehittämistyön lähtökohtana on soveltaa Sosiaali- ja terveystaloudenministeriön kehittämä asiakasvastaava- toiminta terveystaloudelle. Tarkoituksena on tuottaa toimintamalli terveystalouden suurkäyttäjien hoidon järjestämistä, koordinoitua ja seurantaan varten. Mallin suunnittelun perustana käytettiin suomalaista asiakasvastaava-toiminnan prosessikuvausta ja terveystalouden viitekehystä.</p> <p>Kehittämistyön lähestymistapana oli toimintatutkimus. Teoreettinen viitekehys rakentui erilaisista malleista, joita käytetään terveystalouden suurkäyttäjien, moniongelmaisten ja pitkäaikaissairaiden hoidon järjestämiseen. Yhtenä tiedonkeruumenetelmänä käytettiin haastattelua. Toimintamallin tuotti työryhmän sisällä perustettu kehittämistyöryhmä, joka käytti dialogia ja aivoriihimenetelmää.</p> <p>Kehittämistyön tuloksena syntyi hoitovastaavamalli, jossa kuvataan terveystalouden työntekijöiden roolit terveystalouden suurkäyttäjien hoidon toteuttamisessa, seurannassa ja koordinoinnissa. Mallin avulla terveystalouden suurkäyttäjät voidaan tunnistaa, hoitaa hallitummin ja ohjata tarkoituksenmukaisen hoidon tai palveluiden piiriin. Hoitovastaava-toiminnan tavoitteena on hoidon hallinnan ja jatkuvuuden parantaminen, asiakaskeskeisyyden vahvistaminen sekä toiminnan vaikuttavuuden ja laadun parantaminen.</p>	
Avainsanat	Terveystalouden suurkäyttäjä, toimintamalli, asiakasvastaava- toiminta, asiakasvastaava- toiminnan prosessikuvaus, terveystalouden viitekehys

Author(s) Title Number of Pages Date	Heidi Korhonen Development of operational model for heavy users of health care services at health care centre in Espoo 37 pages + 9 appendices 18 December 2015
Degree	Master of Health Care Services
Degree Programme	Social Services and Health Care Development and Management
Specialisation option	Social Services and Health Care Development and Management
Instructor(s)	Leena Hannula, Senior Lecturer
<p>It has been noticed at Espoo health centre that there are fragmentations and lack of management in the health care services of the heavy users. In this thesis the model made by Ministry of social security and health is used as basis to create a model for health centre. The aim is to develop an operational model for managing, coordinate and follow the health care services of heavy users. The Finnish case management model and chronic care model were used as basis in developing the model.</p> <p>The approach of this thesis was action research. Theoretical framework was based on the models that are used in care management of heavy users of health care services, chronically ill and patients with multiply problems. Interviews were used as one data collection method. The operational model was produced by work units developmental group, which worked by using dialogue and brainstorming methods.</p> <p>As a result of this thesis care manager- model was produced. Care manager- model describes the roles that employers have in managing, observing and coordinating the care of heavy users of health care services. By using this model, heavy users are indentified, provided with care management and guided towards appropriate care and services. The aim of the care manager- model is to improve management and continuity of care, strengthen customer focus and improving the effectiveness and quality of functions.</p>	
Keywords	Heavy user of health care services, operational model, care manager model, care manager process, chronic care model

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Terveyspalveluiden suurkäyttäjien määritelmä, profiili ja ennustekijät	2
3	Terveyspalveluiden suurkäyttäjien, pitkäaikaissairaiden ja moniongelmaisten asiakkaiden hoidon järjestämiseen kehitettyjä toimintamalleja	4
3.1	Evercare -mallin kuvaus	4
3.2	Community matron -mallin kuvaus	5
3.3	Terveyshyötyviitekehyksen kuvaus	6
3.3.1	Asiakasvastaavamallin kuvaus	8
3.3.2	Oulunkaaren palveluohjaajamallin kuvaus	9
3.3.3	Hämeenlinnan hoitovastaavamallin kuvaus	10
4	Kehittämistyön tarkoitus, kehittämistehtävät ja tavoite	12
5	Kehittämistyön toteutus ja menetelmät	12
5.1	Kehittämistyön toimintaympäristö ja lähestymistapa	13
5.2	Kehittämisprosessin kuvaus	13
5.3	Asiakasvastaavien haastattelut	17
5.4	Dialogi ja aivoriihityöskentely kehittämistyöryhmässä	18
6	Haastattelujen tulokset	19
6.1	Toimintamallin sisältö	20
6.2	Toimintamallin kehittämisaiheet	23
7	Kehittämistyöryhmän toiminnan kuvaus	23
7.1	Asiakkaiden seulonta ja ohjautuminen vastaanotolle osana toimintamallia	24
7.2	Työntekijöiden roolit toimintamallissa, hoitosuunnitelma ja toimintamallin jalkauttamisen sekä moniammatillisen yhteistyön toteuttamisen suunnittelu	25
8	Kehittämistyön tulokset	26
9	Pohdinta	29
9.1	Eettiset näkökohdat	32

9.2	Kehittämistyön tulosten luotettavuuden varmistaminen	33
9.3	Kehittämis- ja jatkotutkimusaiheet	35
	Lähteet	38

Liitteet

Liite 1. Kehittämistyön työsuunnitelma

Liite 2. Haastattelukysymykset

Liite 3 Kehittämistyön tiedonantokirje

Liite 4 Suostumuslomake haastatteluun

Liite 5 Prosessikuvaus perusterveydenhuollon asiakasvastaava- toiminnasta eri toimijoiden näkökulmasta

Liite 6 Asiakasvastaava-toiminnan kuvaus organisaation näkökulmasta

Liite 7 Esimerkki sisällönanalysistä: Asiakkaiden ohjautuminen asiakasvastaavan vastaanotolle.

Liite 8 Terveystyöviitekehityksen osa-alueiden toteutuminen terveysasemalla

Liite 9 Hoitovastaavatoimintamalli

1 Johdanto

Terveydenhuoltomenojen kasvaminen edellyttää kustannustehokkuuden lisäämistä sosiaali- ja terveysalalla. Uudistamalla palvelurakenteita ja -prosesseja, henkilöstörakennetta sekä toiminta- ja työtapoja voidaan hillitä kustannuksia. Sosiaali- ja terveysalan yhtenä tulevaisuuden haasteena on palvelurakenteen muutos kohti verkostomaisista rakennetta, joka on kustannustehokkaampi kuin vanha pirstaleinen systeemi (Vestermä, 2011: 9.) Perusterveydenhuollossa paljon palveluja käyttävien asiakkaiden hoito on usein pirstaloitunutta. Yhteistyö eri toimijoiden välillä ontuu, potilaan hoidon koordinaatio ei ole kenenkään vastuulla ja hoidosta puuttuu suunnitelmallisuus sekä ennakointi. Potilaan ongelmiin puuttuminen vasta niiden ilmaannuttua lisää potilaan terveyskeskus, sairaala- ja päivystyspalveluiden käyttöä (Sopanen ym. 2014: 3.)

Tämän kehittämistyön tavoitteena oli laatia toimintamalli terveyspalveluiden suurykäyttäjien hoidon järjestämistä, koordinaatiota ja seuranta varten espoolaiselle terveysasemalle. Toimintamallin suunnittelun perustana käytettiin Suomen Sosiaali- ja terveysministeriössä kehitettyä asiakasvastaava-toimintaa, sen prosessikuvausta sekä terveyshyötyviitekehystä (Kuvio 2: 7, liite 5. ja 6. Muurinen - Mäntyranta, 2010: 17, 46- 49). Asiakasvastaava-toiminnan tarkoituksena on tarjota koordinoitua ja intensiivistä tukea monisairaille, paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttäville ja pitkäaikaissairaille asiakkaille. Toiminnan tavoitteena on ongelmatilanteiden ennakointi ja niiden vaikutusten minimointi asiakkaaseen ja terveyspalveluihin, hoidon koordinaation kehittäminen sekä asiakastyytyväisyyden ja toiminnan kustannusvaikuttavuuden lisääminen (STM, 2011).

Tässä työssä kuvataan toimintamallin kehittämisprosessi, jonka tuloksena laadittiin hoitovastaavamalli espoolaisen terveysaseman käyttöön. Mallissa kuvataan terveysaseman työntekijöiden roolit terveyspalveluiden suurykäyttäjien hoitoprosessissa. Mallin tavoitteena on parantaa terveyspalveluiden suurykäyttäjien hoidon toteutusta, koordinaatiota ja seuranta terveysasemalla.

2 Terveyspalveluiden suurkäyttäjien määritelmä, profiili ja ennustekijät

Tutkimusten mukaan terveyspalveluiden suurkäyttäjää on vaikea määritellä ja sen määritelmät vaihtelevat. Vaikeutena on itse käynnin määritelmä, eli mikä määritellään käynniksi, mikä on käyntimääräraja ("cutting- point of consultations") ja miltä ajalta käynnit lasketaan. Aikaisemmissa tutkimuksissa käyntimääräksi oli laskettu vastaanotokäynnit "kasvotusten" terveyskeskuslääkärin luona ja seuranta- ajaksi oli määritelty yksi vuosi. (Jyväskylä, 2001: 22). Jyväskylän (2001) tutkimuksessa suurkäyttäjiksi luokiteltiin 15 tai yli 15-vuotiaat asiakkaat, jolla oli kahdeksan tai yli kahdeksan käyntiä terveyskeskuslääkärin vastaanotolla vuoden aikana. Käyntimääriin ei laskettu mukaan puhelinkontakteja, kotikäyntejä eikä äitiysneuvolakäyntejä. Myös käynnit muilla kuin terveyskeskuslääkäreillä rajattiin pois. (Jyväskylä, 2001: 49.) Oulunkaaren HUCCO-hankkeessa tutkimus kohdistui asiakkaisiin, joilla oli yli seitsemän käyntiä perusterveydenhuollossa ja yli 4 käyntiä erikoissairaanhoidossa vuoden aikana (Törmänen, 2015).

Stakesin vuonna 2004 julkaistussa raportissa monisairaant vanhuksia todettiin suurimmaksi käyttäjäryhmäksi sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksia tarkasteltaessa. Näiden potilasryhmien kohdalla tulisi kiinnittää huomio yksilöllisen hoidon suunnitteluun, jossa kartoitetaan ja yhdistetään potilaan palvelutarve, psykososiaalinen tilanne ja palvelujärjestelmän resurssit. (HUCCO- hankehakemus, 2008: 18.) Oulun kaupungin teettämän rekisteritutkimuksen mukaan 10 % asukkaista kerryttää 81 % sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksista kunnassa. (Leskelä – Komssi – Sandström – Pikkujämsä – Haverinen – Olli - Ylitalo-Katajisto, 2013.) Terveys- ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimuksen mukaan pääkaupunkiseudun asukkaista alle 10 % käyttää 80 % terveydenhuollon kustannuksista alueella. Tehostamalla näiden potilaiden hoitokäytäntöjä on mahdollista vaikuttaa hoitokustannusten alenemiseen ja tätä kautta säästää terveydenhuollon kustannuksissa ja siirtää voimavaroja muiden potilaiden hoitoon. (Kapiainen – Seppälä – Häkkinen – Lauharanta – Roine - Korppi- Tommola, 2010.)

Koskela (2008) tutki väitöskirjassaan terveyspalveluiden pitkäaikaisen suurkäytön ennustekijöitä. Tulosten mukaan terveyspalveluiden pitkäaikaiselle suurkäytölle altistavat seuraavat tekijät: korkea painoindeksi, aiempi runsas terveyspalveluiden käyttö, ärtyvä paksusuoli -oireyhtymä, raittius, naissukupuoli, kuolemanpelko ja heikko asiakastytyväisyys. (Koskela, 2008: 232.) Aikaisempien suomalaisten tutkimusten perusteella suomalaiset terveyspalveluiden suurkäyttäjät kuuluvat ensisijaisesti alimpaan sosiaali-

luokkaan (Koskela, 2008: 43, Leskelä ym. 2013). Vaikka psykosomaattinen sairastaminen ja psyykkiseen stressiin liittyvät oireet vaikuttavat huomattavasti terveystalouden suuren käyttöön, tulevat suurikäyttäjät vastaanotolle ensisijaisesti somaattisten oireiden vuoksi (Koskela, 2008: 43- 44).

Leskelä ym. (2013) selvittivät tutkimuksessaan paljon palveluja käyttävien asiakkaiden profiilia. Paljon palveluja käyttävät asiakkaat ovat tyypillisesti monisairaita, iäkkäitä ja heillä on heikko sosiaalinen asema. Terveystalouden käytön kasvun yhtenä riskitekijänä ovat pitkäaikaissairaudet. Tutkimuksen mukaan Suomen siiloutunut terveydenhuoltojärjestelmä ei kykene vastaamaan paljon erilaisia palveluja käyttävien asiakkaiden tarpeisiin. Tutkimuksen päätelmänä nousi esiin paljon palveluja käyttävien palvelukokonaisuuksien suunnittelu ja koordinointi, vastuuntahon määrittäminen yhdelle taholle ja esteetön tiedonkulku vastuuntahon ja palvelutuottajien välillä. Sosiaali- ja terveydenhuollossa tulee ehkäistä asiakkaiden joutumista tähän kalleimpaan asiakasryhmään ja keskittyä tämän asiakasryhmän hallintaan. (Leskelä ym. 2013.)

Lauri (2011) kirjoitti Lääkärilehden artikkelissa asiakkaasta, jota oli tutkittu ja hoidettu kattavasti yliopistosairaalassa 120 hoitajakson verran reilun 10 vuoden aikana, ilman merkittäviä löydöksiä. Asiakkaasta oli tehty useita päivystysläheteitä toistuvasti jolloin tutkimus- ja hoitokierre jatkui. Tämä ei ollut asiakkaan edun mukaista toimintaa, ja myös kustannukset nousivat kohtuuttomiksi siihen nähden mitä hoidolla ja tutkimuksilla saavutettiin. Tällä asiakkaalla ei todettu päivystyksellisesti akuuttia vaivaa, ja hänen tutkimukset veivät aikaa muilta kiireellisistä hoitoa vaativilta asiakkailta. Lauri (2011) toteaaakin, että terveyskeskuksissa tulisi olla moniammatillinen ryhmä sekä mahdollisuus pitkäaikaiseen omalääkäri palveluun tällaisen asiakkaan hoidossa (Lauri, 2011: 1856).

Asiakkailla jotka käyttävät usein terveystalouksia usein on keskimäärin kolme pitkäaikaissairautta ja he ovat yleensä ikääntyneitä. Nuoremmilla asiakkailla voi myös olla tarvetta hoidon koordinointiin, jotta he selviytyvät sairautensa kanssa (Kanste - Timonen – Ylitalo - Kyngäs, 2009.) Jyväskylän (2001) tutkimuksessa 84,4 %:la suurikäyttäjistä (n= 257) oli yksi tai useampi krooninen sairaus, joista yleisimmät olivat tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, verenkiertoelinten sairaudet sekä mielenterveyden häiriöt. (Jyväskylä, 2001: 56). Blank ym. (2005) tutkivat paljon päivystyspoliklinikan palveluja käyttäviä asiakkaita. Tutkimus-tulosten mukaan päivystyspoliklinikan suurikäyttäjillä on usein akuutti tai krooninen terveysongelma. Heillä on käyntejä sekä perusterveydenhuollossa että päivystyspoliklinikalla. Nämä asiakkaat kokivat terveydentilansa kohta-

laiseksi tai heikoksi verrattuna asiakkaisiin, joilla oli yksi tai kaksi käyntiä päivystyspoliklinikalla vuoden aikana. (Blank ym. 2005.)

3 Terveyspalveluiden suurkäyttäjien, pitkäaikaissairaiden ja moniongelmaisten asiakkaiden hoidon järjestämiseen kehitettyjä toimintamalleja

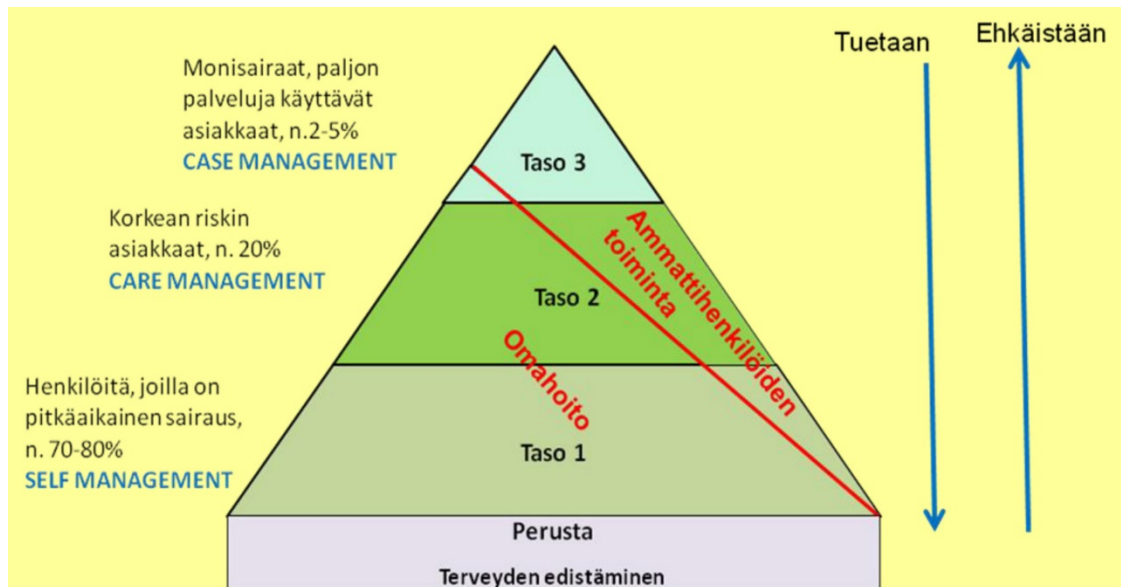
3.1 Evercare -mallin kuvaus

Evercare -malli kehitettiin vuonna 1986 Minnesotassa, Yhdysvalloissa, vastaamaan hoivakotien asukkaiden erityisiä tarpeita. Malli edusti uudenlaista tapaa tuottaa terveyspalveluita hoivakotien asukkaille. Mallin tavoitteena on vähentää sairaalajaksoja tuottamalla kokonaisvaltaisia, asiakkaan tarpeiden mukaan räätälöityjä ja koordinoituja palveluja. (Kane - Keckhafer - Robst, 2002: 1, 14.) Evercare -mallissa yhdistyy elementtejä sairaanhoitaja- vetoisesta toiminnasta sekä intensiivisestä palveluohjauksesta (Hudson - Moore, 2006: 42). Mallin käyttö aloitettiin hoivakotiympäristössä, koska sairaanhoitajat huomasivat, että hoivakotiin siirtyminen vaikeutti asiakkaiden säännöllisten lääkärikäyntien järjestämistä perusterveydenhuollossa. Tämä johti sairaala- ja päivystyskäyntien kasvuun, aiheuttaen asiakkaille ja hänen omaisilleen suurta henkistä ja fyysistä kuormitusta, sekä toisaalta kustannusten kasvua terveydenhuoltojärjestelmälle. (Kappas - Larson, 2007.)

Evercare -mallissa sairaanhoitaja kuvataan luotettavana kumppanina, integroidun hoitotiimin keskiössä olevana moottorina. Yhteistyössä lääkäreiden, perheiden ja potilaiden kanssa sairaanhoitajat tuottavat koordinoitua hoitoa potilaille. Moniammatilliset hoitotiimit hoitavat potilaita kokonaisvaltaisesti, sairauskeskeisyyden sijaan. Mallissa korostuu potilaan hoidon järjestäminen hänen elinympäristössään sekä panostaminen ennaltaehkäisevään hoitoon. (Kappas – Larson, 2007.) Evercare -malli loi perustan hoitajajohtoisten, pitkäaikaissairaille ja iäkkäille suunnattujen hoitomallien kehitykselle (Kappas – Larson, 2007).

Evercare -mallin päätavoite on ehkäistä sairauksia ja ohjata korkean riskin pitkäaikaissairaita niin, että he pysyvät terveenä mahdollisimman pitkään, eivätkä joudu sairaalahoitoon. Evercare -mallia käytetään tason 3. palveluohjauksessa, jonka kohteena ovat paljon palveluja käyttävät, korkean riskin pitkäaikaissairaat ja moniongelmaiset asiakkaat, joita on noin 2- 5 % kaikista pitkäaikaissairaista. (Kuvio 1: 5, Bodenheimer ym.

2002). Näiden asiakkaiden hoidosta vastaa palveluohjaaja tai asiakasvastaava (Hudson & More, 2006: 42- 43).



Kuvio 1. Pitkäaikaissairaiden palvelukokonaisuus Kaiser Permanente Triangle (Bodenheimer ym. 2002), muokannut Honkanen)

Vuonna 2003 julkaistussa tutkimuksessa verrattiin Evercare -mallia käyttäviä hoivakotia mallia käyttämättömiin vanhainkoteihin viidessä eri kaupungissa Yhdysvalloissa. Evercare -mallin potilailla oli lyhemmät sairaalahoitajakset ja vähemmän sairaalakäyntejä kuin vertailuryhmän potilailla. Mallin avulla pystyttiin vähentämään sellaisten terveysongelmien määrää, jotka yleensä johtivat sairaalahoitoon. Tulosten mukaan Evercare vähensi sairaalakuluja. (Kane ym. 2003: 1430–1431.) Evercare -mallin lähestymistapa vähensi potilaiden sairaalahoitoa 45 %: la, päivystyskäyntejä 50 %: la, keskimäärästä sairaalahoitajakson pituutta yhdellä päivällä ja akuuttihoitoa vanhainkoti ympäristössä (Kappas – Larson, 2007). Evercare -mallia käyttävien vanhainkotien potilaat hyötyivät saamastaan hoidosta enemmän kuin vertailuryhmän potilaat. Potilaat ja heidän perheensä arvostivat saamaansa intensiivistä ja koordinoitua hoitoa. (Kane ym. 2002: 724.)

3.2 Community matron -mallin kuvaus

Englannissa noin 60 %:lla aikuisista on krooninen terveysongelma. Osalla heistä on moninaisia pitkäaikaissairauksia ja niistä johtuva monimutkainen terveydenhoidollinen tarve. Tuloksena pieni määrä potilaita vastaa sairaansijojen ja terveydenhuollon suhteettoman suuresta käytöstä. (Hainsworth, 2005.) Vuonna 2004 pilotoitiin otettu, Englannissa kehitetty Community matron -malli on hoitajajohtoinen toimintamalli, jossa pitkäaikaissairauksista ja monimutkaisista terveysongelmista kärsivien asiakkaiden hoidosta vastaavat erityiskoulutetut hoitajat. Malli pohjautuu Yhdysvalloissa kehitettyyn evercare- ohjelmaan. Malli mahdollistaa palveluohjauksen, jonka avulla pyritään tarjoamaan asiakkaalle koordinoituja ja tarkoituksenmukaisia palveluita. (Kanste – Timonen – Ylitalo - Kyngäs, 2009.)

Hoitajan työnkuva mallissa on laaja, käsittäen kliinisen hoidon toteuttamisen ja tehostetun palveluiden koordinoinnin. Hoitajalta edellytetään vahvaa ammattitaitoa, syvällistä sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän tuntemusta ja sujuvaa tiimityöskentelyä. Toimintamallissa keskeisintä on organisaatioiden välinen, moniammatillinen työskentely. Mallin kohderyhmänä ovat ne asiakkaat, joilla on moninaiset ja kompleksiset terveystarpeet. Nämä asiakkaat käyttävät paljon sekä avoterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon palveluja. Hoitajajohtoisesta mallista on todettu vähentävän sairaalahoitojaksojen tarvetta sekä todennäköisesti se vähentää käyntimääriä myös avoterveydenhuollon yleislääkärin vastaanotolla. (Kanste – Timonen – Ylitalo - Kyngäs, 2009.)

3.3 Terveystyöviitekehityksen kuvaus

Suomen sosiaali- ja terveysministeriön toimesta vuonna 2008 käynnistyneen Toimiva terveyskeskus- toimenpideohjelman yksi keskeinen tavoite oli amerikkalaisen Chronic Care Modelin (Kuvio 2. Wagner ym. 1998a.), pitkäaikaissairauksien terveystyöviitekehityksen, kansallinen käyttöönotto. Terveystyöviitekehitystä hyödynnetään eniten hoidontarpeessa olevien asiakkaiden tunnistamisessa, ohjaamisessa ja vahvistamisessa ja se on suunniteltu pitkäaikaissairauksien ehkäisyyn ja hoidon kehittämiseen. Tutkimusten mukaan noin 2- 5 % pitkäaikaisia sairauksia sairastavista on paljon palveluja tarvitsevia, monisairaita ja moniriskisiä asiakkaita. (STM, 2011, POTKU – hanke, 2010, Kuvio 1. Bodenheimer ym. 2002: muokannut Honkanen.)

Malli sisältää kuusi osa-aluetta: omahoidon tuki, palveluvalikoima, tietojärjestelmien tehokas käyttö, päätöksenteon tuki, palvelutuottajan sitoutuminen sekä ympäröivien yhteisöjen tuki. Yksi mahdollisuus palveluvalikoiman täydentämiseen on asiakasvas-

taava -toiminta, jonka avulla voidaan vahvistaa asiakaskeskeisyyttä, hoidon jatkuvuutta, toiminnan vaikuttavuutta sekä laatua. (Muurinen – Mäntyranta, 2010: 6.) Terveys-
hyötymallin keskiössä ovat voimaantuva potilas ja proaktiivinen hoitotiimi (STM, 2011,
Potku -hanke, 2010). Terveyshyötymalli ei ole toimintamalli, vaan viitekehys, jota käytetään
perusterveydenhuollon kehittämistoiminnassa. Viitekehys tulee muokata omaan
organisaation käytännön toimintaan sopivaksi testaamalla ja arvioimalla sen toimivuutta
ja tekemällä tarvittaessa muutoksia. (Oksman – Sisso - Kuronen, 2014: 19.)

Vuonna 2010 Potku -hankkeessa terveyshyötyviitekehystä testattiin Väli- Suomen ter-
veyskeskuksissa käytännön työssä sekä kehitettiin Suomen terveydenhuoltojärjestel-
mään soveltuvaksi. Hankkeen loppuarvioinnin mukaan viitekehys on selkeä ja toimiva
sekä soveltui hyvin kohtaamaan perusterveydenhuollon haasteita. Kansainvälisten
tulosten ja hankkeen arvioinnin mukaan vaikuttamalla useaan terveyshyötymalliin sisäl-
tyvään komponenttiin saadaan parhaat tulokset sekä organisaation toiminnassa että
asiakkaiden hoidossa. (Oksman – Sisso - Kuronen, 2014: 19- 20.)



Kuvio 2. Chronic care model eli Terveyshyötymalli (Edward. G. Wagner, 1998)

Terveyshyötymallia on suunniteltu käytettävän perusterveydenhuollossa, mutta sitä voi
hyödyntää myös muilla toimialoilla, esimerkiksi sosiaalitoimessa tai erikoissairaanhoi-

dossa. Mallin tavoitteena on asiakkaan kokonaisvaltaisen hoidon järjestäminen suunnitelmallisesti tukemalla asiakkaan omahoitoa. (Muurinen - Mäntyranta, 2008, STM, 2011.)

3.3.1 Asiakasvastaavamallin kuvaus

Terveyshyötymallissa asiakkaan omahoidon tukemisesta ja palvelujen järjestämisestä sekä yhteensovittamisesta vastaa asiakasvastaava. Asiakasvastaava on ammattihenkilö, joka on suorittanut ammattikorkeakoulututkinnon (sairaanhoitaja, terveydenhoitaja, ensihoitaja AMK, kätilö), jolla on työkokemukseen ja koulutukseen pohjautuvaa erityisosaamista. Asiakasvastaava toimii pääsääntöisesti perusterveydenhuollossa, terveyskeskuksen vastaanottotoiminnassa, mutta mallia voi soveltaa käytettäväksi eri toimintaympäristöissä, esimerkiksi kotihoidossa tai työterveyshuollossa. (STM, 2011.)

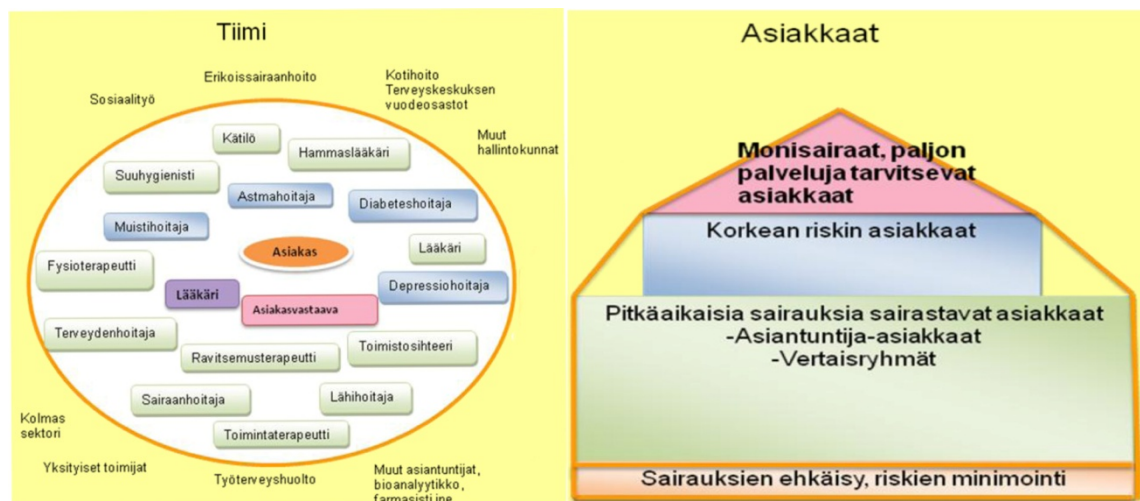
Asiakasvastaava toimii perusterveydenhuollossa pitkäaikaissairaiden, monisairaiden ja paljon palveluja käyttävien asiakkaiden hoidon koordinoinnissa, tuottamisessa ja tukemisessa (Kuvio 4: 9, Muurinen - Mäntyranta, 2010: 16). Asiakasvastaava toimintamallissa monisairailla ja/tai paljon palveluja tarvitsevilla asiakkailla on oma vastuuhoidtaja jolla on laaja toimintavaltuus. Sairauskeskeisyyden sijaan asiakasta lähestytään kokonaisvaltaisesti. Lähtökohtana on moniammatillinen yhteistyö jossa hyödynnetään moniammatillisen tiimin erityisosaamista. (Muurinen - Mäntyranta, 2010: 16.) Tavoitteena on tarjota koordinoitua tukea monisairaille, ennakoida ongelmatilanteita ja minimoida niiden vaikutukset asiakkaaseen ja terveyspalveluihin. Mallin avulla tavoitellaan asiakastyytyväisyyden ja toiminnan kustannusvaikuttavuuden kasvua. (STM, 2011.)

Metropolia ammattikorkeakoulun toteuttaman asiakasvastaava -toiminnan (ASVA) hankkeen kohderyhmänä olivat asiakasvastaava täydennyskoulutuksen opiskelijat, heidän asiakkaansa, asiakkaiden omaiset, sekä asiakasvastaavien organisaatioiden eli kuntien perusterveydenhuollon organisaatiot, johto ja moniammatilliset työryhmät. Hankkeen tutkimuksen tulosten mukaan asiakkaiden saama hoito ja palvelujen saanti oli parantunut sekä asiakkaiden tyytyväisyys oli lisääntynyt asiakasvastaava-toiminnan johdosta. Asiakasvastaava -toiminta oli vähentänyt asiakkaiden ”pompottamista” paikasta toiseen ja se todettiin toimivaksi keinoksi koordinoida paljon palveluja käyttävien sekä pitkäaikaissairaiden asiakkaiden hoitoa sekä kartoittaa asiakkaiden tilannetta ko-

konaisvaltaisesti. Asiakkaat olivat saaneet mahdollisuuden osallistua aktiivisesti omaan hoitoonsa. (Asiakasvastaava -toiminnan kehittäminen projekti, 2015.)

Tulosten perusteella kaikki mukana olleet kunnat haluavat jatkaa asiakasvastaava-toiminnan kehittämistä ja osassa kunnista muutoksia tehdään jo kehitettyyn toimintaan. Toiminnan vieminen käytäntöön organisaatiotasolla on eri vaiheissa. Edistävänä tekijänä toiminnan juurruttamiseen nähtiin johdon sitoutuminen kehittämiseen kun taas estävänä tekijänä tiedottaminen organisaation sisällä. Keskeiseksi teemaksi juurruttamisen kannalta nousi toiminnan vaikuttavuuden mittaaminen. (Asiakasvastaava -toiminnan kehittäminen projekti, 2015.)

Kuvio 4. Lääkäri, asiakasvastaava ja moniammatillinen tiimi monisairaiden ja/tai paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden tukena (Muurinen & Mäntyranta, 2010: 16)



3.3.2 Oulunkaaren palveluohjaajamallin kuvaus

Suomessa Oulunkaarella vuosina 2008- 2011 toteutuneessa HUCCO- hankkeessa (Heavy Users Care Chains in OuluArc) käynnistettiin asiakasvastaava -toiminta Pudasjärven, lin, Vaalan ja Utajärven terveysasemilla. Toiminta keskittyi asiakkaisiin, joilla oli erilaisia vastaanottokäyntejä terveysasemalla enemmän kuin seitsemän kertaa vuodessa ja erikoissairaanhoidossa enemmän kuin neljä kertaa vuodessa. Tutkimuksesta rajattiin pois raskaana olevat, kehitysvammaiset, dementiaa sairastavat, sarjahoidossa

käyvät sekä alaikäiset Asiakkaat saivat tietoa tutkimuksesta ja heille lähetettiin kutsu vastaanotolle. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Tutkimukseen osallistuneille asiakkaille laadittiin yksilöllinen hoitosuunnitelma, jonka laatimiseen asiakkaat osallistuivat sekä nimettiin oma palveluohjaaja. (Törmänen, 2015.)

Hankkeen aikana toimiviksi työmenetelmiksi koettiin moniammatillinen tiimi, vertaistuki, sopivat ryhmät, palveluohjaajan pitkä työkokemus sekä koulutus haastavien asiakkaiden hoidosta. Tärkeänä asiana koettiin luottamuksen rakentaminen, asiakkaiden voimavarojen jatkuva esille nostaminen, positiivisuus sekä hoitajan avoin ja rehellinen kiinnostus asiakkaita kohtaan. Hankkeen haasteena koettiin niiden asiakkaiden saaminen mukaan, jotka käyttivät paljon palveluja, mutta eivät halunneet mukaan toimintaan. Kuitenkin suurin osa näistä asiakkaista saatiin myöhemmin jalkautettua mukaan toimintaan, hyvin tuloksin. Haastavina asiakasryhminä koettiin muun muassa riippuvuus- ja kipuongelmaiset, vaikeasti sairaat, asiakkaat joilla psyykkisiä ongelmia ja fyysinen sairaus sekä ne asiakkaat, jotka hakeutuivat päivystyksen kautta erikoissairaanhoidon. (Törmänen, 2015.)

Toiminnan avulla tunnistettiin jatkuvasti uusia asiakkaita ja heidät ohjattiin kokeneelle hoitajalle. Näin resurssit saatiin suunnattua niitä todella tarvitseville ja pystyttiin hillitsemään kustannusten kasvua terveydenhuollossa. Hankkeen avulla hoito- ja palveluketjuja saatiin tehostettua ja todellinen palveluiden tarve realisoitui. (Törmänen, 2015.) Hankkeen tuloksien mukaan asiakasvastaava -toiminnalla oli myönteinen vaikutus paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden käyntimäärien vähenemisessä. Lääkärikäynnit vähenivät noin kahdella kolmasosalla asiakkaista ja kahden vuoden seurannan aikana todettiin seitsemän lääkärikäynnin vähenemä. Käyntimäärät vähenivät erityisesti heikosta elämänhallinnasta ja masennuksesta kärsivien potilaiden kohdalla. Kokemusten mukaan päällekkäiset käynnit terveysaseman ja yliopistosairaalan välillä sekä terveysaseman sisällä vähenivät. Hoidon painopistettä saatiin siirrettyä perusterveydenhuollon piiriin. (Muurinen – Mäntyranta, 2010: 16, HUCCO- hankehakemus, 2015.)

3.3.3 Hämeenlinnan hoitovastaavamallin kuvaus

Osana Väli- Suomen Potku2 -hanketta Hämeenlinnassa toteutettiin terveyshyötymallin mukaista asiakasvastaavatoimintaa. Hankkeen tavoitteena oli jalkauttaa terveyshyötymallin mukaisesti kehitettyjä toimintoja terveyskeskustyöhön. (Oksman – Sisso - Kuro-

nen, 2014: 50.) Hämeenlinnassa asiakasvastaavasta käytetään nimitystä hoitovastaava. Hoitovastaavan tehtäviin kuuluu asiakkaan tilanteen kartoittaminen, terveys- ja hoitosuunnitelman laatiminen, ohjaaminen perustuen asetettuihin tavoitteisiin sekä hoidon koordinointi. Moniammatillinen tiimi on hoitovastaavan tukena. Myös psykiatriset ja päihde sairaanhoitajat työskentelevät hoitovastaavina. Hoitovastaava -toiminnasta asiakkailta saatu palaute oli positiivista. Asiakkaat kokivat että heitä arvostettiin ja kannustettiin, ja heistä välitettiin ja huolehdittiin. (Oksman ym. 2014: 41.) Lääkärien ja hoitajien tiimityöskentely ja työparimalli oli kehittämisen kohteena ja keskeisenä tekijänä jokaisessa Potku 2:sen osahankkeessa. Työparimalli, joka oli kyselyn mukaan käytössä 73 %:lla terveysasemista, nähtiin edellytyksenä pitkäaikaissairaana terveys- ja hoitosuunnitelman sekä suunnitelmallisen hoidon toteutumisessa. (Oksman ym. 2014: 45.)

Hämeenlinnan terveystalot ovat määritelleet terveyshyötypalveluihin kaksi asiakasryhmää perustuen riskiprofiiliin tai palvelujen käyttöön. Ryhmien potilaat saavat nimeytyn hoitovastaavan, hoitosuunnitelman ja koordinoitua hoidon. Toisen ryhmän tunnistamiseen on kehitetty työkalu ja toinen ryhmä tunnistetaan käyntien yhteydessä. Koska paljon palveluja käyttävillä asiakkailla on usein kompleksisia ja monimuotoisia tarpeita ja ongelmia, joihin terveysasema ei välttämättä pysty vastaamaan, on kattava yhteistyö sosiaali- ja terveydenhuollon välillä tarpeen. Kun ollaan tietoisia tarjolla olevista palveluista ja niitä osataan hyödyntää, vältetään asiakkaiden ja ammattilaisten turhautumista. (Oksman ym. 2014: 59.)

Haasteena on edelleen potilaiden tunnistaminen ja systemaattinen, prosessin mukainen ohjaaminen eri interventioihin. Henkilökunnan aktiivisuus ryhmiin ohjaamisessa on kuitenkin lisääntynyt useissa paikoissa ja ryhmätoiminnot ovat jalkautuneet jo osaksi normaalitoimintaa. Potkuhanke muutti yleistä ajattelutapaa potilaslähtöiseen suuntaan ja nyt potilas nähdään aktiivisena toimijana, jonka kanssa toteutetaan kokonaisvaltaista yhteistyötä. (Oksman ym. 2014: 44, 52.) Potku- hankkeen ykkös- ja kakkosvaiheen tuloksien vertailussa ilmeni, että hoitosuunnitelmia oli opittu tekemään ja paljon palveluja käyttävillä asiakkailla käynnit päivystävän lääkärin vastaanotolla vähentyivät 50 %. Käyntimäärien vähenemiseen vaikutti luonnollisesti terveys- ja hoitosuunnitelmat, jotka tehtiin potilaslähtöisesti, potilaiden tarpeet huomioiden. Hoitosuunnitelmien käyttöön oton haasteet liittyivät moniammatilliseen työhön sekä työaikajärjestelyihin, vaikka hoitosuunnitelmien hyöty oli tiedossa. Resurssipula ja kiire sekä lääkärin sitoutumatto-

muus hoitosuunnitelmien laatimiseen yhdessä hoitajien kanssa mainittiin suurimpina haasteina.

"Hoitosuunnitelmien tekemiseen ei ole aikaa muun työn aiheuttaman kiireen takia".

(Oksman ym. 2014: 35, 40.)

4 Kehittämistyön tarkoitus, kehittämistehtävät ja tavoite

Kehittämistyön tarkoituksena oli laatia toimintamalli terveystalouden suurkäyttäjien hoidon toteutusta, seuranta ja koordinoitua varten espoolaiselle terveysasemalle. Tavoitteena oli asiakasvastaavatoiminnan soveltaminen terveysaseman toimintaan sopivaksi. Mallin tavoitteena on parantaa terveystalouden suurkäyttäjien hoidon toteutusta, seuranta ja koordinoitua terveysasemalla. Toimintamallin mukaisen toiminnan pitkän aikavälin tavoitteena on terveystalouden suurkäyttäjien käyntimäärien vähentäminen.

Kehittämistyön yksilöidyt kehittämistehtävät olivat:

1. Kuvata asiakasvastaavien käyttämiä toimintamalleja
2. Kuvata toimintamallin suunnittelua kehittämistyöryhmässä
 - a) Kuvata asiakkaiden seulonta ja ohjautuminen vastaanotolle
 - b) Kuvata työntekijöiden roolit toimintamallissa
 - c) Kuvata hoitosuunnitelman sisällön suunnittelu
3. Kuvata moniammatillisen yhteistyön ja toimintamallin jalkauttamisen suunnittelu
4. Kuvata terveyshyötyviitekehityksen osa-alueiden määrittely kehittämistyöryhmässä

5 Kehittämistyön toteutus ja menetelmät

5.1 Kehittämistyön toimintaympäristö ja lähestymistapa

Kehittämistyö toteutettiin Espoossa sijaitsevalla terveysasemalla, jonka asiakkaita on noin 14800. Terveysasemalla toimii lääkärin ja hoitajien ajanvarausvastaanotot sekä päiväaikainen päivystys. Ilta- ja viikonloppupäivystys sijaitsee Jorvin sairaalassa ja laboratorio- sekä röntgenpalvelut Samarian terveysasemalla. Terveysasemalla työskentelee kuusi lääkäriä ja seitsemän hoitajaa, joista osalla on terveydenhoitajan ja osalla sairaanhoitajan koulutus. Terveydenhoitajat vastaavat pitkäaikaissairaiden esimerkiksi diabeetikoiden hoidosta. Sairaanhoitajat työskentelevät päivystys- ja ajanvarausvastaanotolla. Kaikille hoitajille kuuluu lisäksi asiakkaiden hoidontarpeenarviointi puhelimitse.

Terveysasemalla ei ole selkeää toimintamallia terveyspalveluiden suurkäyttäjien hoidon järjestämistä varten. Aikaisemmin tälle asiakasryhmälle suunnattu omahoitajamalli koettiin toimimattomaksi malliksi, sillä asiakkaat hakeutuivat omahoitajasta huolimatta terveysaseman päivystykseen. Terveysasemalla ei työskentele asiakasvastaava koulutuksen käynnyttä hoitajaa, jolle nämä asiakkaat voitaisiin ohjata. Hoitohenkilökunnan mukaan paljon palveluja käyttävät asiakkaat kuormittavat etenkin terveysaseman päivystystä, mutta myös puhelinneuvontaa sekä avovastaanottoja.

Kehittämistyön lähestymistapana oli toimintatutkimus. Toimintatutkimus on käytännönläheistä, ongelmakeskeistä ja osallistavaa tutkimusta, jonka tavoitteena on saada aikaan muutosta toiminnoissa ja käytänteissä. Täten toimintatutkimus soveltuu hyvin työmenetelmien ja käytänteiden kehittämiseen. (Ojasalo – Moilanen - Ritalahti, 2014: 58.) Toimintatutkimus valikoitui kehittämistyön lähestymistavaksi, sillä tarkoituksena oli uuden työkäytännön kehittäminen osallistamalla terveysaseman työntekijöitä kehittämisprosessiin. Terveysasemalla perustettiin kehittämistyöryhmä, jonka tehtävänä oli suunnitella ja tuottaa toimintamalli terveyspalveluiden suurkäyttäjien hoidon toteuttamista, seuranta ja koordinoimista varten. Ryhmään kuului yksi lääkäri ja kolme terveydenhoitajaa. Kehittämistyön tekijä toimi ryhmän vetäjänä vastaten työsuunnitelman, sisällön ja aikataulun laatimisesta (Liite 1.). Työryhmälle suunniteltiin neljä tapaamista, joista kaksi toteutui. Ryhmä kokoontui 10.9. ja 16.9.2015.

5.2 Kehittämisprosessin kuvaus

Toimintatutkimuksen kehittämisprosessiin kuuluu suunnittelu, -havainnointi - ja arviointivaiheet, jotka vuorottelevat prosessin aikana (Ojasalo – Moilanen - Ritalahti 2014: 60). Kehittämisprosessi on yleensä pitkäkestoinen, sillä tavoitteena on viedä muutos käytäntöön ja myös arvioida sitä (Ojasalo ym. 2014: 58). Vaikka kehittämistyö tähtääkin uusien ratkaisujen saavuttamiseen ja käytännön parannuksiin, sisältyy kehittämistyöhön myös tieteellisen tutkimuksen piirteitä esimerkiksi järjestelmällisyys, analyyttisyys ja kriittisyys sekä tiedon hankkiminen ja uuden tiedon jakaminen. (Ojasalo, 2014: 19, 22.) Tässä opinnäytetyössä järjestelmällisyydestä pyrittiin huolehtimaan laatimalla aikataulu kehittämisprosessille ja työryhmän toiminnalle sekä tiedottamalla kehittämistyön etenemisestä säännöllisesti yksikön esimiehelle ja kehittämistyöryhmän jäsenille. Prosessin aikana hankittiin tietoa Suomessa toteutetuista hankkeista ja projekteista sekä käytössä olevista toimintamalleista liittyen terveystalouden suurkäyttäjiiin.

Kehittämisprosessin suunnitteluvaiheessa syksyllä 2014 kehittämistyön aiheesta keskusteltiin yksikön esimiehen kanssa. Suoritettujen suurkäyttäjä- raportointien mukaan pienellä osalla asiakkaista (~0,4 % / ~60 asiakasta) oli vuoden 2013 aikana yli 20 erilaista vastaanottokäyntiä terveysasemalla (Efficca suurkäyttäjä- raportointi 1.11.2014). Tämän tiedon ja käytännön työn perusteella yksikön esimies ehdotti kehittämistyön aiheeksi paljon palveluja käyttävien asiakkaiden haltuunottoa. Kehittämisprosessin ideapaperi laadittiin syksyllä 2014, jolloin asetettiin kehittämistyön tarkoitus, tavoitteet ja alustavat kehittämistehtävät. Lopullinen kehittämistyön aihe muodostettiin ja rajattiin tutkimustiedon, kirjallisuuden sekä muiden lähteiden perusteella. Lähestymistavan ja käytettävien menetelmien valintaan vaikuttivat opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja kehittämistehtävät.

Kehittämisprosessin teoreettisen viitekehyksen kokoaminen aloitettiin tiedonhaualla eri tietokannoista. Tietoa haettiin kehittämistyön avainsanoilla, joista keskeisimmät olivat terveystalouden suurkäyttäjät, asiakasvastaava, asiakasvastaavatoiminta ja terveys-työviitekehys. Englanninkielisinä hakusanoina käytettiin heavy use of health care services, Community matron -model, Evercare -model, case manager. Lisäksi tietoa haettiin Internetistä Suomen sosiaali- ja terveysministeriön, ASVA, -HUCCO- sekä POTKU- hankkeiden sivuilta. Tiedonhakuprosessissa hyödynnettiin myös eri julkaisujen lähdeluetteloita. Teoreettista viitekehystä työstettiin syksyllä 2014 ja keväällä 2015, ja sitä täydennettiin syksyn 2015 aikana.

Asiakasvastaava koulutukseen liittyvästä projektista hankittiin tietoa ottamalla yhteyttä projektista vastaavaan henkilöön sähköpostitse. Kehittämistyön tekijä osallistui Metropolia ammattikorkeakoulun järjestämään ASVA- hankkeen (asiakasvastaava toiminnan) loppuseminaariin joulukuussa 2014. Aikaisempien tutkimusten, käytössä olevien toimintamallien ja asiakasvastaava -toimintaan perehtymisen jälkeen kehittämistyön aiheeksi muodostui toimintamallin tuottaminen terveystalveluiden suurkäyttäjien hoidon järjestämiseksi. Perustettavan kehittämistyöryhmän jäsenten rekrytointi aloitettiin syksyllä 2014. Työyksikön hoitohenkilökuntaa informoitiin kehittämistyöstä hoitajien kokouksissa syyskuussa 2014 ja lisäksi hoitajille lähetettiin tiedotteita kehittämistyöstä sähköpostin välityksellä. Lääkäreille kehittämistyöstä tiedotettiin sähköpostitse keväällä 2015. Työryhmään ilmoittautui kolme terveydenhoitajaa ja yksi lääkäri.

Ennen kehittämistyöryhmätoiminnan aloittamista suoritettiin suurkäyttäjäraportointi effica potilastietojärjestelmästä. Järjestelmästä voidaan ajaa suurkäyttäjäraportointi perustuen asiakkaiden käyntimääriin terveysasemalla. Raportoinnin kautta selvitettiin, kuinka monella asiakkaalla oli vuoden aikana yli kahdeksan tai yli kaksikymmentä käyntiä vastaanotoilla. Nämä käyntimääräluvut valikoituivat raportoinnin kriteereiksi yksikössä aikaisemmin tehtyjen suurkäyttäjäraportointien sekä tutkimustiedon perusteella. Raportoinnin tulosten mukaan 6,5 %: la asiakkaista oli yli kahdeksan käyntiä ja 0,5 %: la asiakkaista oli yli kaksikymmentä käyntiä terveysaseman vastaanotoilla vuoden aikana. (Effic - potilastietojärjestelmän suurkäyttäjäraportointi, 2015.) Raportoinnista saatua tietoa hyödynnettiin toimintamalliin sisältyvien seulontakriteerien ja seulonta aikataulun määrittämisessä.

Tutkimuksellisen kehittämisen prosessi ei yleensä käytännössä etene näin selkeästi vaiheittain kuin Ojasalo ym. (2014) määrittelee, vaan vaiheiden välillä mennään edestakaisin. Prosessin vaiheiden välistä eroa voi olla myös vaikea nähdä. (Ojasalo ym. 2014: 24, kuvio 5: 16.) Tässä kehittämistyössä edettiin Ojasalon (2014) esittämän prosessin mukaan, joskin liikkumista eri vaiheiden välillä tapahtui. Kehittämisprosessin aikana palattiin kehittämiskohteen teoriaan, muokattiin ja tarkennettiin kehittämistehtäviä, sekä tarkennettiin kehittämistyön menetelmiä ja aikataulua.



Kuvio 5. Tutkimuksellisen kehittämisen prosessi (Ojasalo ym. 2014: 24).

Kehittämistyössä tutkimusmateriaalia voi kerätä esimerkiksi havainnoimalla, kyselyllä tai haastattelulla. Toimintatutkimus on osallistavaa tutkimusta, joten käytettävien menetelmien tulee olla myös osallistavia. Osallistavien menetelmien kautta tutkija tulee tietoiseksi kehittämiseen osallistuvien työntekijöiden ammattitaidosta, hiljaisesta tiedosta sekä kokemuksista. Näin kehittämistyön näkökulma laajenee pelkästään teoriatietoon perustuvasta (Ojasalo ym. 2014: 61).

Asiakasvastaavien haastattelut ja kehittämistyöryhmän työskentely aivoriihimenetelmää ja dialogia käyttäen muodostuivat kehittämistyön aineistonkeruumenetelmiksi. Työryhmään osallistuneiden työntekijöiden monipuolinen työkokemus pitkäaikaissairaiden, moniongelmaisten sekä päivystysasiakkaiden hoidosta toi erilaisia näkökulmia toimintamallin suunnitteluun. Kehittämisprosessissa vuorottelivat suunnittelu-, havainnointi- sekä arviointivaiheet ja yksilöidyt kehittämistehtävät tarkentuivat prosessin aikana.

Haastattelut kuunneltiin läpi useita kertoja. Sen jälkeen aineisto litteroitiin eli kirjoitettiin auki sana sanalta. Työn lopullisista suorista lainauksista jätettiin pois tota ja niinku sanat, koska niiden ei katsottu vaikuttavan alkuperäisen ilmaisun sisältöön tutkimuksen kannalta merkittävästi. Tämän jälkeen aineisto luettiin useaan kertaan läpi ja tekstistä alleviivattiin pelkistettyjä ilmauksia ja ne kirjoitettiin ylös sivun reunaan listaksi. Näistä ilmauksista etsittiin erilaisuuksia ja samankaltaisuuksia. Tämän jälkeen muodostettiin pelkistetyistä ilmauksista alaluokkia ja niistä yläluokkia. Lopuksi yläluokista johdettiin pääluokka ja kaikki kokoava yhdistävä luokka. (Liite 7.)

5.4 Dialogi ja aivoriihityöskentely kehittämistyöryhmässä

Toimintamallia suunnitteli kehittämistyöryhmä, johon kuului kehittämistyön tekijä, lääkäri ja kolme terveydenhoitajaa. Kehittämistyön tekijä toimi ryhmän vastuuhenkilönä ja vetäjänä. Ojasalon (2009) mukaan ryhmätoiminnan tulee olla kurinalaista ja tavoitteellista. (Ojasalo ym. 2009: 159). Työryhmän tapaamiset oli suunniteltu huolellisesti ja toiminnalle oli asetettu selkeät tavoitteet (Liite: 1). Menetelminä käytettiin aivoriihityöskentelyä ja dialogia. Ensimmäisessä työryhmän tapaamisessa 10.9.2015 toimintamallia suunniteltiin aivoriihen sijasta dialogin muodossa. Dialogi tarkoittaa suoraa ja avointa keskustelua, jonka tavoitteena on päästä yhteisymmärrykseen jostain asiasta (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, 2015). Dialogissa on osallisena kaksi tai useampia henkilöitä. Dialogi ei ole tavallista keskustelua, jossa voidaan sanoa olevan sekä voittajia että häviäjiä. Dialogissa voidaan sanoa olevan vain voittajia, sillä dialogiin osallistuvat kokevat osallisuutta ja pääsevät aitoon ymmärrykseen toistensa näkemyksistä sekä kehittävät yhdessä uusia näkemyksiä. Tämä erottaa dialogin tavanomaisesta keskustelusta. (Hamk multimediapaja, 2014, Tevere, 2015.)

Kehittämistyöryhmän dialogissa korostui omien kokemusten ja tiedon jakaminen sekä muilta oppiminen. Dialogissa korostui avoimuus, toisten kunnioittaminen ja yhdessä tekeminen asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Työryhmän jäsenten monipuolinen työkokemus edesauttoi osaamisen jakamista. Ajoittain aiheessa pysyminen oli työryhmälle haastavaa ja ryhmän vetäjän tehtäväksi jäi dialogin ohjaaminen takaisin käsiteltävän aiheen pariin. Dialogissa syntyi osallisuuden kokemus ja tunne siitä, että on tuonut jotain omaa keskusteluun ja samalla oppinut muilta (Hamk multimediapaja, 2014).

Ihmisten erilaiset näkemykset ja se että kenenkään näkemys ei ole koko totuus hyväksytään dialogissa. Kun dialogin osapuolet tulevat kuulluksi ja heidän erilaisille näkemyksille annetaan tilaa, syntyvät parhaimmat ja luovimmat ratkaisut eri aiheisiin. (Terveystieteiden- ja hyvinvoinnin laitos, 2015.) Aito dialogisuus tarkoittaa luovaa yhteistyötä ja vuorovaikutusta, johon osallistuvat kuuntelevat toisiaan, jakavat osaamistaan ja ajattelevat yhdessä. Dialogin pohjalta syntynyt uusi näkemys on osallistujien yhdessä luoma tuotos, joka ei ole kenenkään dialogiin osallistuvan itse kehittämä. (Tevere, 2015.)

Toisessa työryhmän tapaamisessa 16.9.2015 työskenneltiin aivoriihimenetelmää käyttäen. Aivoriihen avulla pyritään tuottamaan uusia lähestymistapoja tai keksimään ratkaisuja johonkin ongelmaan (Ojasalo ym. 2014: 160). Aivoriihi on luovan ongelmanratkaisun menetelmä, jonka kohdalla voidaan todeta, että määrä takaa laadun. Runsas ideoiden määrä tuottaa todennäköisemmin myös hyviä, käyttökelpoisia ja toteutettavissa olevia ideoita. Aivoriihen vahvuutena on ideoiden runsaus ja uusien lähestymistapojen oppiminen. Uusia ideoita voi syntyä myös toisten ideoinnin pohjalta. Tavoitteena on tuottaa luovia ideoita turvallisessa ympäristössä niin että kaikki voivat osallistua. Aivoriihen haasteena on käytännön kehittämisessä hyödynnettävien, sopivien ja käyttökelpoisten ideoiden löytäminen. (Innokylä, 2012.)

Työryhmälle esitettiin ideoinnin kohteena oleva aihe ja aivoriihi- menetelmän perussäännöt (Innokylä, 2012). Aivoriihiyöskentely koostuu esilämmittely- ideointivaiheesta sekä valintavaiheesta. Esivaiheessa määritettiin aivoriihen kohteena oleva ongelma ja rajattiin se. Lämmittelyvaiheessa esitettiin ryhmän toimintaperiaatteet ja tavoitteet. Lämmittelyvaiheen aikana pyrittiin siihen, että ryhmän osallistujat vapautuivat ennakkoluuloista ja muista ideointia rajoittavista tekijöistä. (Ojasalo ym. 2014: 160- 161.) Toimintamallin sisältöä ideointiin etukäteen määriteltyjen, asiakasvastaava toiminnan prosessikuvaukseen perustuvien osa-alueiden mukaan (Liite 9.). Aivoriihessä on tärkeää, että kaikki syntyneet ideat kirjataan osallistujien näkyville, sillä jokainen syntynyt idea on arvokas (Lavonen- Meisalo ym.). Ryhmän vetäjä kannusti työryhmäläisiä luovaan ideointiin ja yhdistelemään syntyneitä ideoita, niitä kuitenkin arvostelematta (Innokylä, 2012).

6 Haastattelujen tulokset

Haastatteluissa kartoitettiin asiakasvastaavien (n=4) käytössä olevia toimintamalleja ja niiden mahdollisia kehittämisalueita.

6.1 Toimintamallin sisältö

Erään terveysaseman toimintamalli perustui selkeästi terveyshyöty- viitekehukseen. Asiakkaat olivat tason kolme asiakkaita (Kuvio 1: 5). Toimintamallin mukaisen asiakkuuden kestoksi oli määritelty yksi vuosi ja kolme kuukautta. Tässä ajassa tavoitteena oli saatella asiakkaat tasolle kaksi tukemalla asiakkaiden omahoitoa.

”Et ne ei ois enää niin paljon palveluja vaativia, ne osais käyttää terveyspalveluja silleen hallitummin. Ja ois tuettu omahoidossa et ne pärjäis paremmin...”

Toisella terveysasemalla asiakasvastaava ei tuonut terveyshyöty- viitekehystä esiin osana toimintamallia. Toimintamalli sisälsi kriteerit ja tavat joiden mukaan asiakkaat ohjautuivat asiakasvastaavan vastaanotolle. Toimintamallissa korostui asiakkaan ohjautuminen asiakasvastaavan vastaanotolle kollegan tai yhteistyötahon toimesta. Asiakkaan ensikäynnille oli varattu aikaa kaksi tuntia. Hoitosuhteen kestoa ei ollut ennalta määritelty, vaan kesto määräytyi asiakkaan tarpeiden mukaan.

”...Ja sitten sillä on myös päätös tällä hoidolla eli sitten kun asiakas itse pystyy hoitamaan omia asioita, pärjää itsekseen, niin sit se hoitosuhde päättyy, mut sitä koska se päättyy ni ei pysty sanomaan koska ihmiset on niin hirveen erilaisia.”

Haastatteluissa selvitettiin, miten asiakkaat ohjautuivat asiakasvastaan luo, eli miten asiakkaat löydetään tai tunnistetaan ja millä kriteereillä he ohjautuvat vastaanotolle. Asiakasvastaavien mukaan kahdella terveysasemalla ei ole käytössä käyntimääriin perustuvia kriteerejä, vaan asiakkaat ohjautuvat vastaanotolle kollegan tai yhteistyötahojen, esimerkiksi fysioterapeutin tai kotisairaanhoidajan ohjaamina. Tällöin kollega ilmoittaa asiakasvastaavalle asiakkaan tiedot, ja hän perehtyy tarkemmin asiakkaan tilanteeseen. Näillä kahdella terveysasemalla asiakasvastaavien asiakaskuntaan kuuluivat muun muassa monisairaat, pitkäaikaissairaat ja paljon palveluja käyttävät asiakkaat.

”Ei oo mitään semmosia tiukkoja kriteerejä, eli periaatteessahan me autetaan monisairaita, paljon palveluja käyttäviä, joilla on elämänhallinnassa tai omahoidossa tuen tarvetta”

"Ne tulee kollegoilta ja lääkäreiltä ja me pongataan niitä potilaita, ei oo tehty mitään semmosia hakuja"

Eräs asiakasvastaava mainitsi ne asiakkaat, joilla on tarvetta tukeen elämänhallinnassa ja omahoidossa. Toisella terveysasemalla asiakkaat ohjautuivat vastaanotolle jos hoitajalla itsellään tai kollegalla herää huoli asiakkaan tilanteesta tai jos tilastot näyttävät asiakkaan käyttävän paljon palveluja. Yksi hoitajista toi esiin asiakkaat, jotka kokevat jäävänsä ilman apua käytyään tavallisella vastaanotolla. Heidät ohjataan asiakasvastaavan vastaanotolle.

"...ja sellaset ihmiset jotka ei oikeen saa tavalliselta vastaanotolta sitä apua mitä ne odottavat saavansa ja jota tarvitsisivat".

"Joko itsellä, toisella työntekijällä tai näkyy tilastoissa."

Eräällä terveysasemalla asiakasvastaavan asiakkaat ohjautuivat vastaanotolle kahden eri kriteerin mukaan; käyntimäärien sekä kollegan huolen perusteella. Tällä terveysasemalla potilastietojärjestelmää hyödynnettiin asiakkaiden seulonnassa. Terveysaseman effica- potilastietojärjestelmässä olevan raportoinnin kautta pystyttiin tunnistamaan paljon palveluja käyttävät asiakkaat ja seuraamaan tilannetta.

"Raportoinnin ja jatkuvan tilanteen seuraamisen myötä"

"Lisäksi effican raportointiin on luotu osio asiakkaiden tunnistamiseen ja ajo tehdään neljä kertaa vuodessa."

"Ehdotetaan kontrolleja ja oma- asiakkuutta kun huoli herää"

Hoitajan ja lääkärin välisessä työnjaossa korostui hoitajan rooli asiakkaan hoidon järjestämisessä. Lääkäriltä saatiin tukea lääketieteellisissä asioissa liittyen asiakkaan terveydentilaan.

"No se työnjako nyt on oikeastaan ihan sellanen että asvahoitaja järjestää sen tai tekee sen työnjaon, eli hän selvittää mitä eri tahoja mahdollisesti asiakas mitä eri tahojen apuja tarvitsee, järjestää yhteisvastaanottoja ja informoi lääkäriä asiakkaasta ja neuvottelee ja keskustelee lääketieteellisistä asioista, hoitaja on se joka tässä ottaa vastuun työstä.. miten se nyt sanotaan, hoitaja ottaa vastuun."

Toisella terveysasemalla asiakkaan hoitoprosessin aloittaminen oli myös hoitajan vastuulla. Asiakasvastaava laati hoitosuunnitelman yhdessä asiakkaan kanssa, ja sen jälkeen varattiin aika lääkärille. Jos asiakas oli lääkärille ennestään tuttu, saatettiin vastaanotto pitää yhdessä. Eräällä terveysasemalla asiakkaalla oli nimetty omahoitaja ja lääkäri. Hoitajan rooli asiakkaan hoidossa korostui.

”Hoitajilla käydään useammin kuin lääkärissä.”

Asiakkaan rooli hoitosuunnitelman laatimisessa yhdessä asiakasvastaavan kanssa korostui. Hoitosuunnitelma laaditaan asiakkaan tarpeista lähtien asiakkaan ollessa aktiivinen osallistuja. Asiakkaan voimavarat vaikuttivat hänen kykynsä osallistua omaan hoitoonsa.

”...asiakas miettii et mihin ongelmiin me lähetään pureutumaan, eli tehdään se terveys ja hoitosuunnitelma, ja sitten hän itse määrittää ne hoidon tavoitteet tai ja ne hoidon tarpeen mihinkä sitten yhdessä suunnitellaan sitä eteenpäin sitä suunnitelmaa.”

”Asiakas osallistuu omaan hoitoonsa itse mahdollisuuksien mukaan niin paljon kun hänen resurssit riittää siihen.”

Varsinaista hoitosuunnitelmaa asiakasvastaavien asiakkaita varten ei ollut kehitetty millään terveysasemalla. Yhdellä terveysasemalla noudatettiin rakenteista kirjaamista ja suunnitelma kirjattiin yle- lehdelle. Toisella terveysasemalla hoitosuunnitelmaa varten oli olemassa tietty runko ja suunnitelma kirjattiin blankolle lehdelle käyttäen väliotsikoita. Hoitosuunnitelma nousi haastattelujen perusteella yhdeksi kehittämiskohteeksi.

”No siinähan ei ole mitään muuta kuin kehitettävää koska sitä hoitosuunnitelmaa ei tällä hetkellä oo semmosta kunnollista, mä oon yrittänyt tai kokeillu vähän kaikkee eri vaihtoehtoja..mut se hoitosuunnitelma on lähinnä tällänen koneelle kirjoitettu, potilastietoihin kirjoitettu suunnitelma.”

”Rakenteiseen kertomukseen yle lehdelle kirjattu. Toiveessa on saada jatkuva lomake tähän.”

"Me kirjataan ihan blankolle. Hoidon tarve, hoidon tavoite, hoidon toteutuskeinot, sitten, suunnitelman toteutumisen tuki seuranta ja arviointi, sitten tää oikeestaan on se se runko jonka mukaan tehdään..."

6.2 Toimintamallin kehittämisaiheet

Eräällä terveysasemalla kehittämisideaksi nousi esiin asiakasvastaava- toiminnan markkinointi. Asiakasvastaava epäili että asiakasvastaava- toimintaa ei vielä tunneta ja etenkin henkilökunnan vaihtuvuus tuo haasteita toiminnan markkinointiin.

"Sanotaan että ehkä markkinointia jos haluaa kehittää et meitä tunnetais paremmin. Voi olla et meitä ei niin kauhean hyvin tunneta ja tiedetä.. meillä vaihtuu henkilökunta paljon et aina pitäis tuoda itsensä uudestaan julki .."

"Niin et tiedetään et tämmönenkin henkilö on täällä talossa."

Kahdella terveysasemalla kehittämisaiheeksi nousi oman hoitosuunnitelman laatiminen paljon palveluja käyttäviä asiakkaita varten.

"No siinä ei ole mitään muuta kuin kehitettävää koska sitä hoitosuunnitelmaa ei tällä hetkellä oo semmosta kunnollista..."

Eräs asiakasvastaava koki, että työssä pitää jatkuvasti kehittää itseään opiskelemalla. Työssä korostui jatkuva asioiden selvittäminen ja itsensä ajan tasalla pitäminen muun muassa kelan määräyksistä sekä vammaispalvelu- ja sosiaalipalvelu laeista.

"...Oma tietämys ja rajallisuus on mikä joskus vähän häiritsee mut siihen on ihan hyvä apu koska mä kokoajan selvitän lisää ja opiskelen lisää..."

"...Et mä pyrin koko ajan pitämään itseni ajan tasalla näistä ja esimerkiksi kelan määräyksistä ja tämmösistä koska se että ihmiset kysyy koko ajan monista asioista..."

7 Kehittämistyöryhmän toiminnan kuvaus

Kehittämistyöryhmä kokoontui 10.9 ja 16.9.2015. Työryhmälle oli suunniteltu neljä tapaamista, joista yksikön resurssitilanteesta johtuen toteutui kaksi. Kehittämistyöryhmän

toiminnan toteutumista ja seurantaan varten oli laadittu työsuunnitelma (Liite 1.) Ennen ryhmätoiminnan käynnistymistä työryhmän jäsenille lähetettiin materiaalipaketti, joka sisälsi terveyshyötyviitekehityksen- ja asiakasvastaava -toiminnan kuvauksen sekä asiakasvastaava -toiminnan prosessikuvauksen. (Liitteet 4: 45- 47, liite 5: 48, Muurinen & Mäntyranta, 2010: 17, 22- 24.)

Kehittämistyöryhmässä työstettävät toimintamallin osa-alueet oli määritelty etukäteen ja ne perustuivat asiakasvastaavien haastatteluista saatuihin tietoihin, asiakasvastaava -toimintaan ja prosessikuvaukseen sekä terveyshyötyviitekehitykseen. Työryhmän tavoitteena oli soveltaa asiakasvastaavatoiminta kyseiseen työyksikköön sopivaksi. Toimintamallin työstettävät osa-alueet olivat seulontakriteerit, seulonta- aikataulu, asiakkaiden ohjautuminen vastaanotolle, hoitajan ja lääkärin roolit, hoitosuunnitelman sisältö sekä terveyshyöty- viitekehityksen osa-alueiden toteutuminen työyksikössä. Vaikka asiakasnäkökulmaa ei kehittämistyössä kartoitettu, korostuu asiakkaan rooli toimintamallissa asiakasvastaavatoiminnan, asiakasvastaavien haastatteluista saatujen tietojen ja terveyshyötyviitekehityksen mukaisesti. Lisäksi työryhmän tavoitteena oli suunnitella toimintamallin jalkauttamista sekä moniammatillisen yhteistyön toteuttamista.

7.1 Asiakkaiden seulonta ja ohjautuminen vastaanotolle osana toimintamallia

Ensimmäiseen kehittämistyöryhmän kokoukseen osallistui kolme terveydenhoitajaa. Ryhmänvetäjänä toimi kehittämistyön tekijä. Työryhmälle esitettiin PowerPoint- esitys, joka sisälsi kehittämistyön tarkoituksen ja tavoitteet, toimintamallin työstettävät osa-alueet sekä asiakasvastaavien haastatteluista saadut tiedot. Etukäteen lähetetty materiaalipaketti oli työryhmän käytössä vasta aivoriihityöskentelyn jälkeen, jotta se ei ohjaisi liikaa ideointia. Materiaalipakettia hyödynnettiin asiakasvastaava- toiminnan soveltamisessa toimintamalliin.

Ohjeistuksesta huolimatta aivoriihityöskentely ei ensimmäisessä työryhmän kokouksessa toteutunut, sillä työryhmän jäsenet kokivat menetelmän vieraaksi. Kehittämistyöryhmä aloitti toimintamallin suunnittelun dialogin muodossa. Ryhmäläisillä oli paljon ideoita ja keskustelu kävi vilkkaana. Ajoittain dialogi lähti ”rönsyilemään” aiheen ulkopuolelle. Tällöin dialogi ohjattiin takaisin aiheen pariin ryhmänvetäjän toimesta. Avoimen dialogin havainnoitiin vievän paljon aikaa, ja puhe siirtyi helposti muihin työntekijöitä askarruttaviin työhön liittyviin aiheisiin. Dialogin tuloksena syntyi ideoita toimintamallin ensimmäiseen vaiheeseen, seulontaan, seulonnan kriteereihin ja aikatauluun

sekä asiakkaiden tunnistamiseen ja ohjautumiseen vastaanotolle. Dialogin pohjalta syntyneet ideat kirjattiin ryhmänvetäjän toimesta ylös ja niistä valittiin yhdessä käyttökelpoisimmat toimintamallia varten. Ryhmässä vallitsi avoin ja luottavainen ilmapiiri ja kaikki ryhmän jäsenet toivat esiin mielipiteitään ja ideoitaan.

7.2 Työntekijöiden roolit toimintamallissa, hoitosuunnitelma ja toimintamallin jalkauttamisen sekä moniammatillisen yhteistyön toteuttamisen suunnittelu

Toinen työryhmän tapaaminen järjestettiin 16.9.2015 ja siihen osallistui kaksi terveydenhoitajaa ryhmänvetäjän lisäksi. Työryhmä työskenteli aivoriihimenetelmää käyttäen. Aivoriihi osoittautui toimivaksi menetelmäksi työryhmän pienestä koosta huolimatta. Ryhmässä kerrattiin ensimmäisellä kerralla käsitellyt aiheet ja niistä syntyneet ideat ja tehdyt johtopäätökset. Seuraavaksi suunniteltiin työntekijöiden roolit asiakkaiden hoidon toteutuksessa, koordinoinnissa ja seurannassa sekä suunniteltiin hoitosuunnitelman sisältöä. Ideat kirjattiin tarralapuille ja käytiin läpi ryhmänvetäjän johdolla. Ideoita ei arvosteltu missään vaiheessa ja työryhmän keskustelu oli rakentavaa ja tavoitteellista. Jokainen työryhmän jäsen kirjasi ideansa tarralapulle joista ryhmänvetäjä kirjasi ne edelleen tietokoneelle, jonka näytöltä ne olivat kaikkien nähtävissä. Valintavaiheessa ideat käytiin läpi kaikkien mielipiteitä kuunnellen. Ideoiden arvioimista ei sallittu, eikä ideoita tarvinnut erikseen perustella. Syntyneet ideat arvioitiin vetäjän ohjeiden mukaisesti ja niistä valittiin yhdessä käyttökelpoisimmat toimintamallia varten. (Ojasalo ym. 2014: 160- 161.)

Hoitajan rooliin toimintamallissa syntyi runsaasti ideoita. Työryhmässä syntyneistä ideoista valittiin käyttökelpoisimmat toimintamallia varten. Työryhmässä laadittiin myös terveyshyötyviitekehityksen eri osa-alueiden toteutumista kuvaava kaavio (Liite 7.). Terveysaseman palveluvalikoima täydentyi hoitovastaavan palvelulla. Koska lääkäri ei päässyt osallistumaan työryhmään, ryhmätoiminnan jälkeen järjestettiin ryhmänvetäjän ja työryhmään kuuluvan lääkärin tapaaminen. Tapaamisessa käytiin läpi siihen mennessä laaditun toimintamallin sisältöä, suunniteltiin lääkärin roolia toimintamallissa, keinoja toimintamallin jalkauttamiseen sekä moniammatillisen yhteistyön toteuttamista.

Aikataulullisista syistä työryhmä ei saanut toimintamallia valmiiksi ryhmätoiminnan aikana, joten toimintamallin työstäminen jatkui kehittämistyön tekijän toimesta. Malli lähetettiin sähköpostilla työryhmän arvioitavaksi. Ryhmäläisiltä saadun palautteen perusteella toimintamallia muokattiin ja lähetettiin uudestaan arvioitavaksi työryhmäläisille.

Toimintamallin suunnittelu eteni arvioinnin ja reflektoinnin kautta kohti valmista toimintamallia. Kehittämistyöryhmässä laadittu hoitovastaavatoimintamalli lähetettiin kehittämissä työryhmän jäsenille, kehittämisspäällikölle, yksikön esimiehelle sekä johtavalle hoitajalle sähköpostin välityksellä.

8 Kehittämistyön tulokset

Kehittämistyön tuloksena syntyi hoitovastaavamalli paljon terveyspalveluja käyttävien asiakkaiden hoidon järjestämiseksi espoolaiselle terveysasemalle (Liite 9.) Toimintamalli on hoitajalähtöinen, kuten amerikkalainen Evercare -malli, englantilainen Community matron -malli sekä siitä johdettu suomalainen asiakasvastaava-toiminta. Toimintamallin sisällön ja rakenteen suunnittelussa hyödynnettiin asiakasvastaavien (n=4) haastattelujen tuloksia. Haastattelujen tulokset -kappaleessa kuvattiin asiakasvastaavilla käytössä olevia toimintamalleja, niiden sisältöä sekä kehittämisasihteja. Tuloksien mukaan asiakkaiden seulonnassa ja vastaanotolle ohjautumisessa korostui työntekijän huoli asiakkaan tilanteesta, jonka perusteella asiakkaalle tarjottiin asiakasvastaavan asiakkuutta. Haastatelluista asiakasvastaavista kolmella neljästä ei ollut käytössä käyntimääriin perustuvia seulontakriteerejä. Tärkeimmäksi kehittämisasihteeksi nousi hoitosuunnitelman laatiminen tälle asiakasryhmälle sekä asiakasvastaava-toiminnan markkinoinnin tehostaminen.

Kehittämistyössä kuvattiin toimintamallin suunnittelua kehittämissä työryhmässä. Suunnitteluun sisältyi asiakkaiden seulonnan ja vastaanotolle ohjautumisen, työntekijöiden roolien sekä hoitosuunnitelman suunnittelun kuvaaminen. Toimintamallin suunnittelussa sovellettiin asiakasvastaavatoiminnan kuvausta, asiakasvastaava-toiminnan prosessikuvausta sekä terveyshyötyviitekehystä.

Asiakkaiden seulonnassa päädyttiin siihen, että vuosi on liian pitkä aikaväli seuloa asiakkaita potilastietojärjestelmästä. Työryhmässä päätettiin, että suurkäyttäjäraportointi suoritetaan aluksi kolmen kuukauden välein eli neljä kertaa vuodessa. Suurkäyttäjäraportoinnissa seulotaan ne asiakkaat joilla on viisi tai yli viisi käyntiä kolmen kuukauden aikana. Asiakkaita seulotaan ja tunnistetaan aktiivisesti hoitajien ja lääkärin toimesta vastaanotoilta sekä etäkontaktien perusteella. Seulotuille asiakkaalle tarjotaan hoitovastaavan asiakkuutta jos käyntimääräkriteerit täyttyvät tai kollegalla herää huoli asiakkaan tilanteesta. Jos asiakas toivoo hoitovastaavan asiakkuutta, hänen tiedot kirjataan hoitovastaavan effica- kirjalle. Hoitovastaava ottaa yhteyttä asiakkaaseen

kartoittaakseen asiakkaan tilanteen ja palveluntarpeen tarkemmin ja sopii tarvittaessa vastaanottokäynnin, joka voi olla yksilö- tai moniammatillinen vastaanotto tai kotikäynti. Asiakkaan tilanteen ollessa erityisen haastava, konsultoidaan asiakkaan lääkäriä ja muita yhteistyötahoja.

Kehittämistyössä kuvattiin terveysaseman työntekijöiden roolit terveyspalveluiden suurkäyttäjien hoitoprosessissa (Liite 9.) Hoitovastaavan rooli perustuu asiakasvastaava-toimintaan, ja hän vastaa terveyspalveluiden suurkäyttäjien hoidon toteutuksesta, seurannasta ja koordinoinnista. Hoitovastaavamallissa monipuolisen työkokemuksen omaava sairaanhoitaja, terveydenhoitaja tai kättilö vastaa terveyspalveluiden suurkäyttäjien hoidosta. Hoitaja nimettiin hoitovastaavaksi. Hoitovastaavan työajaksi määriteltiin alustavasti 2- 4 tuntia viikossa. Työparinaan hänellä on asiakkaan omalääkäri tai nimetty vastuulääkäri. Työaika tulee tarkentumaan kun toiminta käynnistetään ja hoitovastaavan asiakasmäärä tarkentuu. Jos asiakkaalla ei ole omalääkäriä, hänen hoidostaan vastaa vastuulääkäri. Lääkärin roolina on toimia hoitovastaavan konsulttilääkärinä ja vastata asiakkaan lääketieteellisestä hoidosta. Hoitovastaavan ja lääkärin roolit asiakkaan hoitoprosessissa ovat esitetty kehittämistyöryhmän laatimassa hoitovastaava -toimintamallissa (Liite 9.).

Kehittämistyöryhmässä suunniteltiin ja kuvattiin terveyspalvelujen suurkäyttäjille suunnatun hoitosuunnitelman sisältöä. Työryhmässä todettiin, että terveysasemalla käytössä oleva hoitosuunnitelma ei palvele asiakkaita eikä heidän omahoitonsa toteutumista. Lomake on myös osoittautunut sisällöltään liian laajaksi. Hoitosuunnitelma on suunniteltu pitkäaikaissairaita varten ja se on muun muassa sydän- ja diabeteshoitajien käytössä. Asiakasvastaava-toiminnan sekä asiakasvastaavien haastattelujen perusteella yhtenäistä hoitosuunnitelmaa terveyspalveluiden suurkäyttäjille ei ole kehitetty. Kehittämistyöryhmässä päätettiin, että hoitovastaavalle ohjautuville asiakkaille laaditaan yksilöllinen hoitosuunnitelma, joka kirjataan TH- lehdelle. Hoitosuunnitelman rakenne ja sisältö määräytyy alkuvaiheessa asiakkaan tilanteen mukaan. Hoitosuunnitelmaan kirjattavat asiat näkyvät toimintamallissa (Liite 9.)

Asiakas on mukana hoitosuunnitelman laatimisessa niin aktiivisesti kuin hän omien voimavarojen mukaisesti kykenee. Potku2- hankkeen mukaisesti asiakas asettuu kuljettajan paikalle; asiakas nähdään aktiivisena, omaan hoitoon osallistuvana. Hoitosuunnitelma laaditaan asiakkaan voimavaroista ja tarpeista lähtien. Hoitosuunnitelman laatimisessa huomioidaan asiakkaan toiveet, hoidolle asettamat tavoitteet sekä asiak-

kaan motivaatio ja kyky toteuttaa omahoitoa. Tavoitteena on luottamuksellisen suhteen rakentaminen ja vastavuoroinen, toimiva kommunikaatio asiakkaan ja hoitovastaavan välillä. Jatkossa tullaan kehittämään oma hoitosuunnitelma-lomake tälle asiakasryhmälle ja kirjaamista varten luodaan hoitovastaava-lehti potilastietojärjestelmään.

Kehittämistyöryhmässä suunniteltiin moniammatillisen yhteistyön toteuttamista. Asiakasvastaavatoiminnan yhtenä tavoitteena on moniammatillinen yhteistyö, yli organisaatio-rajien (STM, 2011). Työyksikössä yli organisaatio-rajien tapahtuva moniammatillinen yhteistyö käynnistyy kun toimintamalli on saatu jalkautettua työyksikköön. Alkuvaiheessa moniammatillisen yhteistyötahojen kartoittamisessa hyödynnetään terveysaseman A-Ö pikaopasta, johon on kirjattu aakkosjärjestyksessä tiedot yhteistyötahoista sekä Espoon kaupungin Internet sivuja. Moniammatillisen yhteistyön toteutumista edesauttavat koulutusiltpäivät, joita järjestetään yksikössä 3-4 kertaa kuukaudessa. Koulutuksissa tiedotetaan muun muassa yhteistyötahojen toiminnasta. Nämä koulutukset tukevat hoitovastaavaa alueen yhteistyötahojen ja heidän palvelutarjonnan kartoittamisessa, asiakkaiden hoidon koordinoinnissa sekä moniammatillisen yhteistyöyhteisverkostojen rakentamisessa. Tulevaisuudessa nämä koulutukset toimivat yhtenä kanavana toimintamallin markkinoinnissa.

Hoitovastaavamallin jalkauttaminen työyksikköön toteutetaan helmikuussa 2016, jolloin toimintamalli esitetään työyksikön henkilökunnan yhteispalaverissa. Toimintamallin jalkauttamisesta vastaavat kehittämispäällikkönä toimiva lääkäri sekä kehittämistyön tekijä. Jalkauttamisen onnistumista seurataan ja arvioidaan säännöllisesti. Työntekijöiltä pyydetään palautetta jalkauttamisen onnistumisesta sekä mallin toimivuudesta. Tarvittaessa palautteen perusteella jalkauttamista tehostetaan ja toimintamallia muokataan. Hoitovastaavamallin jalkauttamista tehostetaan liittämällä se sähköiseen A-Ö pikaoppaaseen, jossa se on kaikkien työyksikön työntekijöiden saatavilla. Pikaopasta hyödynnetään päivittäisessä työssä sekä muun muassa uusien työntekijöiden perehdyttämisessä. Toimintamallin markkinointi yhteistyötahoille, esimerkiksi kotihoitoon, kuntoutukseen ja sosiaalipalveluihin, järjestetään myöhemmin, kun toiminnasta on saatu käytännön kokemuksia. Hoitovastaavamallia arvioidaan ja kehitetään käytännön kokemusten perusteella.

Kehittämistyössä kuvattiin terveyshyötymallin osa-alueiden toteutumista terveysasemalla. Terveyshyötyviitekehystä voidaan hyödyntää eniten hoidontarpeessa olevien asiakkaiden tunnistamisessa, ohjaamisessa ja omahoidon vahvistamisessa. Tutkimus-

ten mukaan noin 2- 5 % pitkäaikaisia sairauksia sairastavista on paljon palveluja tarvitsevia, monisairaita ja moniriskisiä asiakkaita (STM, 2011, POTKU – hanke, 2010). Terveysaseman toiminnassa ja asiakkaan hoidossa korostuvat terveyshyötymallin mukaiset osa-alueet ja asiakaslähtöisyys (Liite 8.) Terveyshyötyviitekehyksen mukainen palveluvalikoima täydentyi hoitovastaava-toiminnalla. Hoitovastaavamallissa proaktiivinen hoitotiimi koostuu hoitovastaavasta, asiakkaan omalääkäristä, vastuulääkäristä sekä moniammatillisesta tiimistä. Mallin keskiössä on asiakas, jonka omahoitoa tuetaan erilaisin tukikeinoin. Hoitovastaava vastaa asiakkaan omahoidon tukemisesta sekä palvelujen järjestämisestä ja yhteensovittamisesta, kuten asiakasvastaava. Tavoitteena on voimaantunut asiakas, jonka elämänlaatu, omahoito ja toimintakyky vahvistuvat ja joka käyttää terveysterveyspalveluja hallitummin.

Terveyshyötyviitekehityksessä sähköinen asiointi voidaan nähdä sekä omahoidontukena että palveluvalikoimaan kuuluvana palveluna. Yksikössä pyritään siihen, että kaikilla terveysterveyspalveluiden suurkäyttäjillä on jatkossa sähköisen asiointin sopimus, sillä se helpottaa asiointia ja vähentää puhelinruuhkaa. Sähköisen asiointin kautta asiakkaalla on mahdollisuus hoitaa kiireettömät asiat. Hoitovastaavamallissa huomioidaan asiakkaan tilanne ja arvioidaan mikä yhteydenoton kanava tukee parhaiten asiakkaan omahoidon toteutumista ja tukemista sekä hoidon järjestämistä, koordinoitua ja seuranta.

Toimintamallin mukainen hoitovastaavatoiminta käynnistetään helmikuussa 2016, jolloin kehittämistyön tekijä palaa takaisin töihin. Tällöin suoritetaan ensimmäiset suurkäyttäjäraportoinnit. Kehittämispäällikkönä toimiva lääkäri osallistuu raportointien suorittamiseen. Suurkäyttäjäraportointi suoritetaan sovitulla aikataululla ja käyntimääräkriteereillä. Kun toimintamallista on saatu riittävästi käytännön kokemuksia, aloitetaan mallin markkinointi sekä esittely yhteistyötahoille ja Espoon kaupungin johtoryhmälle.

9 Pohdinta

Kehittämistyön tavoitteena oli tuottaa toimintamalli terveysterveyspalveluiden suurkäyttäjien hoidon järjestämistä varten. Tavoitteena oli soveltaa asiakasvastaava-toiminta terveysterveysaseman toimintaan sopivaksi ja sitä kautta parantaa terveysterveyspalvelujen suurkäyttäjien hoidon toteuttamista, koordinoitua ja seuranta. Kehittämistyössä saavutettiin asetetut tavoitteet ja vastattiin kehittämistehtäviin. Kehittämisprosessin etenemistä arvioitiin säännöllisesti kirjaamalla ylös prosessin aikana tehtyjä havaintoja ja syntyneitä ideoita. Kehittämistyöryhmälle laadittiin aikataulu ja työsuunnitelma (Liite 1.).

Kehittämistyön lähestymistapana olleen toimintatutkimuksen haasteena ovat muun muassa aikaisempien tutkimustuloksien hyödyntämisen vaikeus, epärealistinen aikataulu sekä kehittämiseen osallistuvien henkilöiden väliset ristiriidat (Ojasalo ym. 2014: 60- 61). Kehittämistyössä hoitovastaavamallin suunnittelussa huomioitiin ja hyödynnettiin aikaisempien tutkimusten tuloksia sekä asiakasvastaavien haastatteluista saatuja tietoja. Kehittämistyöryhmälle laadittu aikataulu ja työsuunnitelma (Liite 1.) oli mielestäni realistinen, vaikka suunnitellun neljän työryhmätapaamisen sijaan tapaamisia oli kaksi. Itse kehittämistyöprosessissa haastattelujen analysointi vei enemmän aikaa kuin oli suunniteltu ja työn viimeistely myöhästyi sovitusta aikataulusta. Kehittämistyön yhtenä haasteena oli saada työryhmäläiset koolle samaan aikaan. Ryhmä ei kokoontunut kertaakaan että kaikki jäsenet olisivat olleet paikalla. Alustavasta suunnitelmasta poiketen, lääkäri ei päässyt osallistumaan työryhmän tapaamisiin. Opinnäytetyön tekijä ja kehittämisspäällikkönä toimiva lääkäri tapasivat kerran kehittämisprosessin aikana ja olivat yhteydessä sähköpostin välityksellä.

Työyksikön esimieheltä saadun palautteen perusteella kehittämisprosessin aikainen tiedottaminen kehittämistyöryhmän jäsenille sekä koko työyhteisölle olisi voinut olla aktiivisempaa, etenkin ennen ryhmätoiminnan aloittamista. Kehittämisestä tiedottamiseen olisi pitänyt panostaa aktiivisemmin etenkin kehittämisprosessin alkuvaiheessa. Näin olisi ehkä saatu enemmän osallistujia työryhmään. Kehittämisestä olisi pitänyt informoida yksikön lääkäreitä heidän omissa foorumeissaan, jotta heitä olisi saatu rekrytoitua mukaan kehittämistyöhön. Asiakasvastaavatoiminnan hoitajapainotteisuus saattoi vaikuttaa siihen, että lääkäreiden rekrytointi jäi taka-alalle. Toisaalta työyksikössä samanaikaisesti käynnissä ollut projekti saattoi myös vaikuttaa kehittämistyöryhmän osallistujamäärään.

Kehittämistyöryhmän pieni koko ja kehittämistyön tekijän kokemattomuus ryhmänohjauksessa saattoi vaikuttaa siihen, että avorihityöskentely ei toteutunut ensimmäisessä työryhmän kokouksessa. Työryhmän jäsenet kokivat menetelmän vieraaksi, ja toivoivat vapaamuotoista keskustelua aiheesta. Ennen varsinaisen avorihityöskentelyn aloittamista ryhmänvetäjän olisi pitänyt toteuttaa harjoittelukierros, jonka aikana työryhmän jäsenet olisivat voineet tutustua menetelmään. Tämä olisi saattanut mahdollistaa avorihityöskentelyn onnistumisen. Toisena menetelmä oli dialogi, jonka avulla työryhmä onnistui saavuttamaan ryhmätoiminnalle asetetut tavoitteet. Toisessa työryhmän tapaamisessa avorihityöskentely osoittautui toimivaksi menetelmäksi, vaikka työryhmässä oli vain kaksi osallistujaa ryhmänvetäjän lisäksi. Avorihien osallistujamäärän

suositus on noin 5-12 henkilöä (Innokylä, 2012, Ojasalo, 2014: 106). Osallistujamäärän ollessa vain kaksi, voidaan kysyä oliko aivoriihi sopiva menetelmä tässä kehittämistyössä? Aivoriihessä syntyneiden ideoiden runsaus nähdään vahvuutena. Toisaalta pienen ryhmän etu voi olla siinä että kaikki uskaltavat ja pystyvät tuomaan esiin mielipiteitään ja ideoitaan. Isossa ryhmässä on helpompi vetäytyä syrjään ja jättää osallistumatta. Pienelle osallistujamäärälle voi olla vaikea löytää sopivaa menetelmää.

Yksikön henkilöstövaje sekä sairaus- ja vuosilomat saattoivat vaikuttaa siihen, että kehittämistyöryhmä kokoontui vain kaksi kertaa suunnitellun neljän sijasta. Tämä tarkoitti sitä, että toimintamallin tuottamiseen jäi ainoastaan kolme tuntia aikaa. Myös kehittämistyön tiedottamisen tehottomuudella ja johdon osallistumattomuudella saattoi olla vaikutusta annettujen ryhmätapaamisaikojen määrään. Ojasalon (2009) mukaan ryhmätoimintaa edistää avoimuus ja kiireettömyys, jotka luovat puitteet luovuudelle. Luovuus edistää ryhmän kykyä ratkaista ongelmia. Kielteisyys ja ideoiden arviointi taas tyrehdyttää luovuuden ja vähentää ryhmäläisten kykyä tuottaa uusia ideoita. (Ojasalo ym. 2009: 158- 159). Kehittämistyöryhmän työskentelylle ei ollut varattu riittävästi aikaa ja kiireinen aikataulu vaikutti ryhmän kykyyn ideoida yhdessä, ratkaista ja päästä yhteisymmärrykseen käsiteltävinä olevista aiheista. Toisaalta luottavainen ja avoin ilmapiiiri vaikuttivat osaltaan siihen, että ryhmäläiset toivat esiin omia näkemyksiään käsiteltävistä aiheista. Ryhmätapaamisille varattu aika ei riittänyt toimintamallin valmiiksi saattamiseen, joten toimintamallin ideointia jatkettiin sähköpostin välityksellä. Sähköpostin kautta tapahtuneen ideoinnin haasteena oli ideoiden saaminen kaikilta työryhmän jäseniltä kehittämisprosessin aikataulun puitteissa sekä käyttökelpoisimpien ideoiden valinta lopulliseen toimintamalliin. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että kehittämistyöryhmän toiminta toteutui heikommin kuin alun perin oli suunniteltu, sillä suunnitelluista neljästä tapaamisesta toteutui ainoastaan kaksi.

Kehittämistyön lähestymistapana oli toimintatutkimus. Toimintatutkimus tähtää organisaation toiminnan muuttamiseen ja tämän muutoksen viemiseen käytäntöön. Tästä syystä toimintatutkimus on usein pitkäkestoista. (Ojasalo ym. 2014: 37.) Kehittämistyö ei saavuttanut tätä toimintatutkimukselle ominaista piirrettä, sillä toimintamallia ei ehditty jalkauttamaan käytännön työhön eikä pilotoimaan kehittämisprosessin aikana. Tämä johtui kehittämisryhmän varatun ajan niukkuudesta. Kehittämisryhmän lääkäri ja kehittämisryhmän tekijä suunnittelivat toimintamallin jalkauttamista, joka toteutetaan helmikuussa 2016 sekä suunnittelivat moniammatillisen yhteistyön toteuttamista.

Jotta toimintamallin mukainen hoitovastaava-toiminta voi toteutua, on tärkeää että siihen varataan riittävästi resursseja. Yksikön resurssivaje voidaan nähdä uhkana toimintamallin käyttöönotossa sekä toiminnan toteuttamisessa. Hoitovastaavamallin mukainen toiminta voidaan varmasti käynnistää, mutta kuinka tehokkaasti toimintaa voidaan toteuttaa nykyisillä resursseilla, on vielä avoinna. Terveysaseman työntekijöiden ja organisaation johdon tulee sitoutua hoitovastaava-toimintaan ja olla tietoisia siitä, mitä se resurssien kohdalla vaatii. Johdon sitoutuminen edesauttaa toiminnan käynnistämistä ja riittävien resurssien kohdistamista toimintamallin mukaiseen toimintaan. Toiminnan käynnistämisen jälkeen voidaan tarkemmin arvioida sen vaatimia resursseja.

Toimintamallin toimivuutta käytännön työssä tulee seurata ja arvioida säännöllisin väliajoin ja tarvittavat muutokset tulee tehdä suunnitellusti. Seurannassa tulee arvioida seulonta-aikataulun ja kriteerien toimivuutta, työntekijöiden rooleja, työnjaon toteuttamista, resurssien riittävyyttä, hoitovastaavan työajan riittävyyttä sekä toiminnan jalkauttamisen onnistumista. Kehittämistyön tuloksena tuotettu toimintamalli esitettiin johdon mukaisesti, rehellisesti ja hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen kehittämistyön tilanneelle työyksikölle.

9.1 Eettiset näkökohdat

Tieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet koskevat myös kehittämistoimintaa. Eettisyys tulee huomioida koko kehittämistyöprosessin ajan; aineiston valinnassa, menetelmissä, aineiston käsittelyssä ja keruussa sekä tulosten raportoinnissa (Ojasalo, 2009: 48.) Hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen eli tutkimusetiikka on keskeinen osa tutkimusta. Kun tutkija noudattaa eettisesti kestäviä tutkimus- ja tiedonhankintamenetelmiä, hän toimii hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Tutkijan tulee tehdä tutkimustyötä ja esittää työnsä tulokset tarkasti, huolellisesti ja rehellisesti (Vilkkä, 2007: 30, Ojasalo, 2009: 48 & 49.)

Kehittämishankkeissa, jotka tapahtuvat terveydenhuollossa on noudatettava erityistä huolellisuutta, sillä kyseessä on ihmisiin ja heidän palveluihinsa vaikuttavista asioista (Heikkilä – Jokinen - Nurmela, 2008: 44 & 47.) Kehittämistyön suunnittelussa ja kehittämiskohteen valinnassa on mietittävä, miksi kehittämiseen ryhdytään, kenen ehdoilla aihe valitaan ja kuka valitsee lopullisen kehittämiskohteen. Tärkeää on ottaa huomioon kehittämistyön yhteiskunnallinen merkitys. (Ojasalo, 2009: 49.)

Kehittämistoiminnassa eettisyyden toteutumisen kannalta keskeisiä prosesseja ovat kehittämistä koskevan aineiston analyysi ja luotettavuuden arviointi. Aineiston kaikki osat tulee käydä läpi ja analysoida huolellisesti. Kehittämishankkeen prosessin ja aineiston perusteella tehtävien johtopäätösten tulee olla rehellisiä ja luotettavia (Heikkilä ym., 2008: 45.) Kun tutkimustyö kohdistuu ihmisiin, on erityisen tärkeää noudattaa hyvää tutkimuskäytäntöä kunnioittamalla tutkimuksen kohteena olevien ihmisten ihmisarvoa sekä itsemääräämisoikeutta. Tutkimustietojen käsittelyssä kaksi keskeistä käsitettä ovat luottamuksellisuus ja anonymiteetti (Saaranen - Kauppinen – Puusniekka, 2006.)

Kehittämistyön aikana terveysaseman asiakkaiden mitään henkilötietoja ei paljastettu ulkopuolisille. Suurkäyttäjäraportoinnista muodostuneet asiakastiedostot olivat vain kehittämistyön tekijän käytössä, niitä käsiteltiin luottamuksellisesti ja tiedostot tuhottiin heti kehittämistyön valmistuttua. Asiakasvastaavien haastatteluista saatu materiaali oli vain kehittämistyön tekijän käytössä ja materiaali hävitettiin kehittämistyön valmistuttua. Haastateltuja hoitajia pyydettiin allekirjoittamaan suostumuslomake haastatteluun (Liite 4.) ja kaikki hoitajat allekirjoittivat suostumuslomakkeen. Haastatteluun osallistuminen oli täysin vapaaehtoista ja kaikki tiedot haastatteluista käsiteltiin luottamuksellisesti. Haastateltuja hoitajia kohdeltiin kunnioittavasti ja heidän itsemääräämisoikeuttaan kunnioitettiin. Haastattelu oli mahdollista keskeyttää osallistujan toimesta missä vaiheessa tahansa, ilmoittamatta erikseen syytä keskeyttämiseen. Kehittämisprosessin eettisyyttä arvioitiin säännöllisesti koko kehittämissprosessin aikana.

Ojasalon ym. (2009) mukaan kehittämistyön tekijän on tiedotettava kehittämisen kohteena oleville ihmisille mikä on toiminnan kohde ja tavoitteet sekä mikä on heidän roolinsa kehittämishankkeessa. Tärkeää on myös ottaa huomioon kehittämistyön kohdeorganisaation eettiset periaatteet ja käytänteet (Ojasalo ym. 2009: 48- 49.) Kehittämistyöryhmään osallistuneille työntekijöille lähetettiin ennakkomateriaalia ennen ryhmätoiminnan käynnistymistä. Materiaalin avulla kehittämistyöryhmään osallistuneet työntekijät saivat tiedon kehittämishankkeen tarkoituksesta ja tavoitteesta sekä heidän roolistaan kehittämistyössä. Kehittämistyön suunnitteluvaiheessa keskusteltiin esimiehen kanssa työyksikön käytänteistä kehittämistyön toteuttamiseen liittyen.

9.2 Kehittämistyön tulosten luotettavuuden varmistaminen

Kehittämistoiminnassa käytettävien lähteiden luotettavuus ja eettisyys tulee arvioida huolellisesti. Perusteellinen lähdekritiikki lisää eettistä turvallisuutta (Heikkilä ym. 2008:

44.) Kehittämistoiminnassa eettisyyden toteutumisen kannalta keskeisiä prosesseja ovat kehittämistä koskevan aineiston analyysi ja luotettavuuden arviointi. Aineiston kaikki osat tulee käydä läpi ja analysoida huolellisesti. Kehittämishankkeen prosessin ja aineiston perusteella tehtävien johtopäätösten tulee olla rehellisiä ja luotettavia (Heikkilä ym., 2008: 45.) Kehittämistyössä eri menetelmien avulla kehittämiskohteesta saadun tiedon merkitystä ja vaikuttavuutta arvioidaan. Tiedon arvioinnin kautta muodostuvat kehittämistyön tulokset (Heikkilä ym, 2008: 35.) Kehittämistyössä syntynyt aineisto analysoitiin huolellisesti aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla. Työn teoreettista viitekehystä laadittaessa aineisto joka vaikutti epäluotettavalta tai epäeettiseltä rajattiin pois tutkimuksesta.

Monimenetelmällisyys, eli erilaisten tutkimusotteiden käyttö kehittämistyössä lisää työn tulosten luotettavuutta (Heikkilä ym, 2008: 110). Monimenetelmällisyys kehittämistyössä antaa tutkijalle mahdollisuuden käyttää työn eri vaiheissa tai samanaikaisesti eri menetelmiä; laadullisia, määrällisiä sekä osallistavia. Menetelmien käyttö määräytyy sen mukaan, minkälaista tietoa tullaan tarvitsemaan, jotta asetetut kehittämistyön tavoitteet saavutetaan (Heikkilä ym. 2008: 34- 35.) Kehittämistyön luotettavuutta varmennettiin monimenetelmällisyydellä. Kehittämistyössä käytettiin laadullisia ja osallistavia menetelmiä ja ne valittiin huomioiden tiedon tarve sekä työlle asetetut tavoitteet. Laadullisena menetelmänä käytettiin asiakasvastaavien haastatteluja, sillä tarkoituksena oli kerätä tietoa asiakasvastaavien käyttämistä toimintamalleista ja niiden kehittämisasiheista. Toimintamallin tuottanut kehittämistyöryhmä työskenteli käyttäen aivoriihimenetelmää sekä dialogia, jotka ovat osallistavia menetelmiä.

Toikon & Rantasen (2009) mukaan tieteellisen tiedon keskeinen tunnusmerkki on luotettavuus. Kehittämistyössä luotettavuus muodostuu käyttökelpoisuudesta, eli siitä miten syntynyttä tietoa voidaan hyödyntää. (Toikko ym. 2009: 121.) Kehittämisprosessin aikana syntynyttä tietoa arvioitiin reflektoiden sitä kehittämistehtäviin. Kehittämistehtävien ratkaisua edesauttavaa ja käyttökelpoiseksi arvioitua tietoa hyödynnettiin toimintamallin suunnittelussa. Kehittämistyön tuloksena tuotettua toimintamallia hyödynnetään terveysasemalla terveystalveluiden suurkäyttäjien hoidon toteutuksessa, koordinoinnissa ja seurannassa.

Kehittämistyössä toimijoiden sitoutuminen, kyselylomakkeiden laatiminen, aineiston laajuus sekä sosiaaliset menetelmät, esimerkiksi ryhmätoiminta, tuovat haasteita luotettavuuden toteutumiselle (Toikko ym. 2009: 122). Työryhmätoiminnan sisältö ja aika-

taulu suunniteltiin huolellisesti laatimalla työsuunnitelma (Liite 1). Toiminnalle oli asetettu selkeät tavoitteet. PowerPoint esitystä käytettiin ensimmäisessä työryhmän tapaamisessa. Työryhmän jäsenille ja yksikön esimiehelle lähetettiin materiaalipaketti ja työryhmän aikataulu ennen ryhmätoiminnan käynnistymistä. Työryhmän jäsenet olivat sitoutuneita ryhmätoimintaan, mutta heistä riippumattomista syistä heillä ei ollut mahdollisuutta osallistua ryhmätoimintaan suunnitelman mukaisesti. Työryhmän jäsenet osallistuivat kehittämistyöhön vapaaehtoisesti. Ryhmätoiminnassa vältettiin ideoiden arviointia ja kielteisen ilmapiirin syntymistä, sillä ne vaikuttavat kykyyn tuottaa ideoita ja tyrehdyttävät luovuuden. Ryhmätoiminta toteutui avoimessa ilmapiirissä ja ryhmän jäsenet saivat tuoda esille omia ideoitaan ja mielipiteitään.

9.3 Kehittämisen- ja jatkotutkimusaiheet

Kehittämistyön tuloksena syntyneitä hoitovastaava mallia arvioidaan ja kehitetään käytöstä saatujen kokemusten, vaikuttavuuden arvioinnin sekä työntekijöiltä ja asiakkailta saadun palautteen perusteella. Oulunkaaren HUCCO-projektin tulosten mukaan asiakasvastaava-toiminnan myötä voitiin tunnistaa jatkuvasti uusia asiakkaita jotka ohjattiin kokeneelle hoitajalle. Haasteena oli niiden asiakkaiden saaminen mukaan, jotka käyttivät paljon palveluja mutta eivät halunneet mukaan toimintaan. Asiakkaiden tunnistamista ja rekrytointia edesauttoivat toimivat työmenetelmät, muun muassa moniammatillinen tiimityö, hoitajan pitkä työkokemus ja haastavien asiakkaiden hoitoon valmentava koulutus. (Törmänen, 2015.) Hämeenlinnan hoitovastaava-mallissa haasteena koettiin asiakkaiden tunnistaminen ja systemaattinen, prosessin mukainen ohjaaminen eri interventioihin (Oksman - Sisso – Kuronen, 2014: 44). Hoitovastaava-mallissa arvioinnin kohteena ovat muun muassa seulontakriteerien ja seulonta aikataulun toimivuus ja tehokkuus. Saadaanko seulontakriteerien avulla tunnistettua terveystalveluiden suurkäyttäjät? Mahdollistaako seulonta aikataulu suurkäyttäjien tehokkaan tunnistamisen?

Asiakasvastaavien haastatteluista nousi kehittämisasiheena hoitosuunnitelman kehittäminen sekä asiakasvastaava-toiminnan markkinoinnin tehostaminen. Hoitovastaava-mallista saatujen käytännön kokemusten perusteella terveysasemalla tullaan kehittämään hoitovastaavan ja vastuulääkärin toimesta hoitosuunnitelma terveystalvelujen suurkäyttäjää varten. Myös markkinointisuunnitelma tullaan laatimaan toiminnan käynnistymisen myötä. Nämä haastatteluista nousseet kehittämisasiheet tulisi huomioida myös seuraavaan asiakasvastaava koulutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa. Asia-

kasvastaaviksi opiskelevat voisivat suunnitella yhtenäisen hoitosuunnitelman asiakkaille sekä kehittää markkinointisuunnitelman asiakasvastaava-toiminnan levittämiseksi. Asiakasvastaava-toiminnan tavoitteena on muun muassa palveluiden asiakaskeskeisyyden vahvistaminen (Muurinen - Mäntyranta, 2010: 12). Potkuhanke muutti yleistä ajattelutapaa potilaslähtöiseen suuntaan niin että asiakas nähdään aktiivisena toimijana, jonka kanssa toteutetaan kokonaisvaltaista yhteistyötä. (Oksman – Sisso - Kuronen, 2014, 52.)

Yhtenä jatkotutkimusaiheena näkisin asiakasnäkökulman sekä asiakastyytyväisyyden kartoittamisen. Metropolia ammattikorkeakoulun toteuttaman asiakasvastaava hankkeen tulosten mukaan asiakastyytyväisyys lisääntyi asiakasvastaava-toiminnan myötä. Asiakkaat kokivat saaneensa mahdollisuuden osallistua aktiivisesti omaan hoitoonsa. (ASVA-hanke, 2015.) Lisääntyykö asiakastyytyväisyys hoitovastaavamallin käytön myötä? Miten asiakkaat kokevat uuden mallin mukaisen toiminnan? Mallin toimivuuden ja tehokkuuden arvioimiseksi tulisi kartoittaa mallin vaikuttavuutta sekä kustannustehokkuutta. Onko mallin mukaisella toiminnalla vaikutusta asiakkaiden käyntimääriin perusterveydenhuollossa? Entä erikoissairaanhoidossa? Pystytäänkö suurkäyttäjien käyntimääriä hillitsemään hoitovastaava-toiminnan myötä? Toiminnan vaikuttavuuden mittaaminen on keskeistä toiminnan juurruttamisen kannalta (ASVA- hanke, 2015).

Englantilaisessa Community matron -mallissa erityiskoulutetut hoitajat vastaavat paljon palveluja käyttävien, moniongelmaisten ja pitkäaikaissairaiden hoidosta. Hoitajalta edellytetään vahvaa ammattitaitoa, sujuvia tiimityöskentelytaitoja ja syvällistä palvelujärjestelmän tuntemusta. (Kanste – Timonen – Ylitalo – Kyngäs, 2009.) HUCCO- hankkeessa palveluohjaajana työskentely edellyttää pitkää työkokemusta ja koulutusta haastavien asiakkaiden hoidosta (Törmänen, 2015). Hoitovastaavana työskentelevällä hoitajalla tulisi olla monipuolinen työkokemus, kokemusta pitkäaikaissairaiden ja moniongelmaisten asiakkaiden hoidosta sekä palveluverkoston tuntemusta. Hoitajan mahdollinen lisäkoulutuksen tarve tulee arvioida ja hänelle tulee tarvittaessa järjestää mahdollisuus lisäkoulutukseen.

Tämä kehittämistyö toteutettiin espoolaisella terveysasemalla. Espoon kaupungilla ei nykytiedon mukaan työskentele asiakasvastaavia. Yhdellä terveysasemalla on alustavasti suunniteltu terveyspalvelujen suurkäyttäjien hoidon järjestämistä. Aikaisempien tutkimusten tulosten mukaan hoitajajohtoisten mallien on todettu vähentävän sairaala-hoitajaksojen tarvetta sekä käyntimääriä päivystysvastaanotolla ja avoterveydenhuollon

yleislääkärin vastaanotolla. (HUCCO- hankehakemus, 2015, Kane ym. 2003: 1430–1431, Kanste ym. 2009, Kappas – Larson, 2007, Muurinen – Mäntyranta, 2010: 16, Oksman ym. 2014: 35, 40.).

On siis olemassa näyttöä siitä, että myös hoitovastaava-toiminnalla on mahdollista saada aikaan käyntimäärien vähenemistä, resurssien vapautuista muiden asiakkaiden hoitoon sekä kustannussäästöjä. Näkisin, että Espoon kaupungin tulisi kehittää yhtenäinen toimintamalli terveyspalvelujen suurkäyttäjien hoidon järjestämistä varten. Toteutuakseen kaupungin terveysasemien tulisi käynnistää saumaton yhteistyö ja aloittaa hankkeen suunnittelu. Tämän kehittämistyön tuloksena syntyneitä hoitovastaavamallia voidaan hyödyntää kaupungin yhtenäisen toimintamallin suunnittelussa ja toteutuksessa. Ensi vuoden tammikuussa Metropolia Ammattikorkeakoulussa käynnistyy seuraava asiakasvastaavakoulutus. Tällöin Espoon kaupungilla on oiva tilaisuus vastata tulevaisuuden sote-haasteisiin kouluttamalla kaupungin terveysasemille ensimmäiset asiakasvastaavat.

Lähteet

Asiakasvastaava toiminnan kehittäminen - hanke. Metropolia ammattikorkeakoulu. 2013- 2014. Verkkodokumentti.

<https://wiki.metropolia.fi/display/asiakasvastaava/Hankkeen+tavoitteet>

/ > viitattu 3.10.2015

Blank, Fidela - Haiping, Li - Henneman, Philip – Smithline, Howard – Santoro, John - Provost, Deborah - Maynard, Ann. 2005. A Descriptive Study of Heavy Emergency Department Users at an Academic Emergency Department Reveals Heavy ED Users Have Better Access to Care Than Average Users. Journal of Emergency Nursing. Vol 31. Issue 2. 139- 144.

Bodenheimer T. - Wagner E. - Grumbach K. 2002. Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness. JAMA 288: 1775- 1779.

Edward H. Wagner. 1998a. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? Effective Clinical Practice. 1-4.

Evercare raportti. Verkkodokumentti. <http://www.cms.gov/Medicare/Demonstration-Projects/DemoProjectsEvalRpts/Downloads/Evercare_Final_Report.pdf>viitattu 9.3.15

Hamk multimediapaja. 2014. Verkkodokumentti.

<<https://www.youtube.com/watch?v=e5YO1UO7Hf4/> >

Viitattu 15.12.2015

Heikkilä, Asta - Jokinen, Pirkko - Nurmela. Tiina. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. WSOY oppimateriaalit Oy Helsinki.

Hainsworth, T. 2005. A new model of care for people who have long- term conditions. Nursing times. 101:28.

Hudson, Angela - Jean, More - Lesley, Jean, 2006. A new way of caring older people in the community. Nursing standard. Vol 20, Jan 25. No 46. Pages 41-47.

Innokylä, 2012. Verkkodokumentti. <<https://www.innokyla.fi/web/malli109565/> > viitattu 15.12.2015

Jyväskylä, Simo. 2001. Frequent attenders in primary care. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Kapiainen, Satu - Seppälä, Timo T. - Häkkinen, Unto - Lauharanta, Jorma - Roine, Risto P. - Korppi-Tommola, Marja. 2010. [Pääkaupunkiseudun erittäin kalliit potilaat](#). Avauksia 3/2010. Helsinki. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Kane, R., Keckhafer, G., Robst, J. 2002. Evaluation of the Evercare Demonstration Program.Final Report. Division of Health Service Research and Policy School of Public Health University of Minnesota.

Kane, R., Keckhafer, G., Flood, S., Bershadsky, B., Lum. Y-S. 2002. Nursing home residents covered by Medicare risk contracts: Early findings from the EverCare evaluation project. Journal of American Geriatric Society. 50:724.

Kane, R., Keckhafer, G., Flood, S., Bershadsky, B., Siadaty, M. 2003. The effect of Evercare on Hospital use. *Journal of American Geriatric Society*. 51: 1427- 1434.

Kanste, Outi- Timonen, Olavi- Ylitalo, Kirsti- Kyngäs, Helvi. 2009. Hoitajajohtoinen toimintamalli pitkäaikaissairaiden palveluohjauksessa. Artikkel. Hallinnon tutkimus 2. Verkkodokumentti.

<<http://www.oulunkaari.com/tiedostot/Hucco/Hoitajajohtoinentoimintamalli.pdf/> > viitattu 10.1. 2015

Kappas –Larson, Patricia. 2008. The Evercare story. Reshaping the Health Care Model, Revolutionizing Long-Term Care. *The journal of nurse practitioners*. Volume 4, issue 2: 132- 136.

Koskela, Tuomas. 2008. Terveyspalveluiden pitkäaikaisen suurkäyttäjän ennustekijät. Kuopion yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Kuronen, Risto - Sisso, Marjo - Oksman, Erja. 2014. Terveysyhtymämalli pitkäaikaissairauksien hoidon kehittämisen viitekehystenä. Välisuomen Potku2 hanke. Loppuraportti. Verkkodokumentti. <<http://www.potkuhanke.fi/fi/dokumentit-ja-materiaalit-ii/finish/84-loppuraportti-vali-suomen-potku2/639-potku2-loppuraportti/> > viitattu 3.9.2015

Oulunkaaren Hucco- projekti. 2008- 2011. Verkkodokumentti.

<http://www.oulunkaari.com/sivu/fi/oulunkaari/hankkeet/hucco_suurkayttajien_hoito-ja_palveluketjujen_rakentaminen/ > viitattu 9.1.2015.

Leskelä, Riikka- Leena - Komssi, Vesa - Sandström, Saana - Pikkujämsä, Sirkku - Haverinen, Anna - Olli, Sirkka- Liisa - Ylitalo-Katajisto, Kirsti. 2013. Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asukkaat Oulussa. *Suomen lääkärilehti* 48: 3163- 3169. Artikkel.

Lauri, Timo. 2011. Päivystyspalvelujen suurkuluttaja. *Lääkärilehti*. Vol 66. nr 22. 1156-1857.

Meisalo - Mielonen. Luovan ongelmanratkaisun menetelmät. Verkkodokumentti.

<<http://www.edu.helsinki.fi/malu/kirjasto/lor/main.htm/> > viitattu 15.12.2015

Muurinen, Seija - Mäntyranta, Taina. 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu. Asiakasvastaava toiminta pitkäaikaissairaiden terveyshyötymallissa. Verkkodokumentti.

<http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=41254&name=DLFE-15516.pdf/ > Viitattu 10.1.2015

Murphy, E. 2004. Case management and community matrons for long term conditions. *BMJ* 329: 1251-1252

Ojasalo, Katri - Moilanen, Teemu - Ritalahti, Jarmo. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. WSOYPro Oy. Helsinki.

Ojasalo, Katri - Moilanen, Teemu - Ritalahti, Jarmo. 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. WSOYPro Oy. Helsinki

Rantanen, Teemu - Toikko, Timo. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampereen Yliopistopaino Oy Tampere.

Saaranen-Kauppinen, Anita – Puusniekka, Anna. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkójulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja]. Verkkodokumentti. <<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>> viitattu 14.11.2014 & 21.5.2015

Sopanen, Pertti - Vuori, Toni – Hassinen, Auli – Sköönilä, Sirpa - Kuosmanen, Lauri - Tillström-Sinkko, Aira – Kommonen, Hanna – Virtomaa, Henna - Turkia, Tiina – Tulkki, Eila - Happonen Heidi. Asiakasvastaavamalli Vantaalla 2013- 2014. Projektituotos. Vantaan kaupunki. Sosiaali –ja terveydenhuollon toimiala. Terveyspalvelut. Vastaanototoiminta.

STM. 2014. Verkkodokumentti. <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=41254&name=DLFE-15515.pdf/> viitattu 10.12.2014.

Tahan, H.A. - Downey, W.T. - Huver, D.L. 2006. Case managers' roles and functions. Commission for case manager certification's 2004 research, part 1. Lippincott's Case Management 11:1, 4-22

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Verkkodokumentti. <https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon_tueksi/varhainen-avoin-yhteistoiminta/dialogisuus_ammattilaisen_ja_perheen_valilla/> viitattu 2.10.2015

Tevere, 2015. Verkkodokumentti. <<http://www.tevere.fi/julkaisut-ja-artikkelit/91-tevere/artikkelit/145-aito-vuorovaikutus-ja-dialogisuus/>> viitattu 2.10.2015

Tuomi, Jouni - Sarajärvi, Anneli. 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

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

Törmänen, Leena. 2015. Palveluesimies. lin vastaanotto. Oulunkaari. Sähköpostihaastattelu 18.9.2015.

Vesterinen, Marja- Liisa, 2011. Sosiaali – ja terveysalan tulevaisuuden vision, muutokset ja haasteet. Sote- ennakointi – projekti.

Vilka, Hanna. 2005. Tutki ja kehitä. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Julkaisemattomat lähteet:

Effica - potilastietojärjestelmän suurkäyttäjäraportointi. 10.8.2015. Espoo.

Liite 1. Kehittämistyön työsuunnitelma

Päivämäärä	10.9 Toteutui	16.9 Toteutui	23.9 Ei toteutunut, ideointia jatkettiin sähköpostin välityksellä	25.9 Ei toteutunut, ideointia jatkettiin sähköpostin välityksellä
Sisältö	Kehittämistyön lähtökohdat ja taustatietoa Ryhmätoiminnan tarkoitus ja tavoite Toimintamallin ideoinnin aloittaminen	Toimintamallin ideointia	Toimintamallin ideointia	Toimintamallin ideointia ja valmiin toimintamallin arviointi
Tavoite	Asiakasvastaavatoimintaan ja terveyshyötyviitekehukseen tutustuminen Seulontakriteerien ja seulonta aikataulun määrittely Asiakkaiden tunnistaminen ja ohjautuminen vastaanotolle	Hoitajan roolin määrittely Lääkärin roolin määrittely Hoitaja ja lääkärin yhteistyön kuvaus Hoitosuunnitelman sisällön suunnittelu	Mallin jalkauttamisen suunnittelu Moniammatillisen yhteistyön toteuttamisen suunnittelu	Valmiin toimintamallin arviointi Tarvittavat muutokset toimintamalliin
Menetelmä	Aivoriihiyöskentely ja dialogi	Aivoriihiyöskentely	Aivoriihiyöskentely	Aivoriihiyöskentely
Yhteenveto	Seulonta- aikataulu, asiakkaiden tunnistaminen ja ohjautuminen vastaanotolle valmis, seulontakriteerit kesken	Hoitajan työkuva, hoitosuunnitelma ja yhteistyön kuvaus valmis	Lääkärin ja kehittämistyöntekijän yhteinen palaveri	Toimintamalli työstettiin valmiiksi

Liite 2. Haastattelukysymykset

Asiakasvastaavien haastattelukysymykset ovat:

1. Minkälainen toimintamalli teillä on käytössä terveystalveluiden suurkäyttäjien hoidon järjestämiseksi?

Apukysymykset toimintamalliin liittyen:

Asiakkaiden ohjautuminen vastaanotollesi:

- Miten asiakkaat löydetään?
- Millä kriteereillä asiakkaat ohjautuvat vastaanotollesi?
- Miten potilastietojärjestelmää hyödynnetään asiakkaiden seulonnassa?

Työnjako asiakkaiden hoidossa ja hoidon järjestämisessä:

- Minkälainen työnjako on lääkärin ja hoitajien kesken terveystalveluiden suurkäyttäjien hoidon järjestämisessä?

Asiakkaan rooli toimintamallissa:

- Miten asiakas osallistuu omaan hoitoonsa?

Hoitosuunnitelma:

- Minkälainen hoitosuunnitelma teillä on käytössä terveystalveluiden suurkäyttäjien hoidossa?
- Mitä kehitettävää hoitosuunnitelmassa mielestänne olisi?

2. Miten kehittäisitte käytössänne olevaa toimintamallia?

Apukysymykset:

- Mitkä asiat mallissa toimivat hyvin?
- Mitä asioita mallissa pitäisi kehittää?

Liite 3. Kehittämistyön tiedonantokirje

Kehittämistyön tiedonantokirje

___/___2015

Hei,

Olen vihtiläinen sairaanhoitaja ja opiskelen Metropolia ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen ylempää ammattikorkeakoulututkintoa. Teen opinnäytetyötä terveyspalveluiden suurkäyttäjistä. Kyseessä on kehittämistyö, jonka tavoitteena on tuottaa toimintamalli terveyspalveluiden suurkäyttäjien hoidon järjestämiseksi espoolaiselle terveysasemalle. Lähestyn teitä, koska toimitte asiakasvastaavana ja olen opinnäytetyön tekijänä ja toimintamallin kehittäjänä kiinnostunut minkälainen toimintamalli teillä on käytössä terveyspalveluiden suurkäyttäjien hoidossa.

Pyydän kohteliaasti lupaa haastatella teitä. Kaikkiin kysymyksiin ei ole pakko vastata, ja te voitte keskeyttää tutkimukseen osallistumisen missä vaiheessa tahansa. Teidän nimeänne tai muita henkilötietojanne ei mainita missään vaiheessa tutkimusta. Kaikki tutkimusmateriaali tullaan hävittämään tutkimuksen valmistuttua. Haastattelua tullaan käyttämään yhtenä kehittämistyön lähteenä.

Asiakasvastaava – toiminta on ajankohtainen aihe ja toivoin teiltä mielenkiintoa auttamaan minua opinnäytetyöni tekemisessä.

Tuhannet kiitokset etukäteen!

Ystävällisin terveisin,

Heidi Korhonen

XXX

Liite 4. Suostumuslomake haastatteluun

Suostumuslomake haastatteluun

___/___2015

Suostun haastatteluun, jossa selvitetään, minkälainen toimintamalli asiakasvastaavana toimivalla hoitajalla on käytössään terveyspalveluiden suurkäyttäjien hoidon järjestämisessä. Olen tietoinen opinnäytetyöstä, sen tarkoituksesta ja tavoitteesta. Minulla on milloin tahansa mahdollisuus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen syytä ilmoittamatta.

Tutkimukseen osallistuvan allekirjoitus ja päiväys

Jos teille tulee jotain kysyttävää koskien opinnäytetyötä, haastattelua, tai niiden toteutusta, vastaan mielelläni.

Ystävällisin terveisin,

Heidi Korhonen

XXX

Liite 5. Prosessikuvaus perusterveydenhuollon asiakasvastaava-toiminnasta eri toimijoiden näkökulmasta (Muurinen & Mäntyranta, 2010: 22–24)

Asiakas	Asiakasvastaava (sairaanhoitaja/terveydenhoitaja/kätilö)	Lääkäri
Asiakkaiden aktiivinen etsiminen		
	Seuloo asiakastietojärjestelmästä potentiaaliset monisairaajat ja/tai paljon palveluja käyttävät asiakkaat, kokoaa tiedon muiden asiantuntijoiden lähettämistä potentiaalisista asiakkaista	Asettaa seulonnan kriteerit, seuloo vastaanottokäynnillä asiakkaita asiakasvastaavalle
	Esittelee seulomansa asiakkaat lääkärille	Päättää kutsuttavat asiakkaat
Saa kutsun lääkärin vastaanotolle kirjeitse (2x)	Lähetää asiakkaille kirjeet ja kutsuu heidät vastaanotolle (2 x)	
Saa uusintakutsun lääkärin vastaanotolle puhelimitse	Soittaa asiakkaille, joilta ei ole saanut vastausta	
Lääkärin (tai lääkärin ja asiakasvastaavan yhteisvastaanoton) vastaanottokäynnin valmistelu - palvelun tarpeen ja riskien sekä voimavarojen arviointi		
Sopii ajan lääkärin vastaanotolle ja sitä ennen asiakasvastaavalle	Sopii asiakkaan kanssa ajan lääkärin vastaanotolle ja sitä ennen selvittelykäynnin asiakasvastaavan vastaanotolle	
Saapuu vastaanotolle, arvioi omaa hoidon tarvettaan	Vastaanottaa asiakkaan ja tekee hoidon tarpeen arvioinnin: haastattelee, kerää tiedon sairauksista, elintavoista, kartoittaa riskit, suorittaa tai järjestää tarvittavat mittaukset	
	Tekee tarvittaessa kotikäynnin	
Osallistuu aktiivisesti hoitosuunnitelman laatimiseen, asettaa omat tavoitteensa hoidolle, sopii vastaanottokäynnin paikan ja sille osallistuvat henkilöt	Aloittaa hoitosuunnitelman laatimisen, ehdottaa ja sopii asiakkaan ja lääkärin kanssa vastaanottokäynnin paikan ja sille osallistuvat henkilöt/tahot	Sopii vastaanottokäynnin paikan ja sille osallistuvat henkilöt/tahot

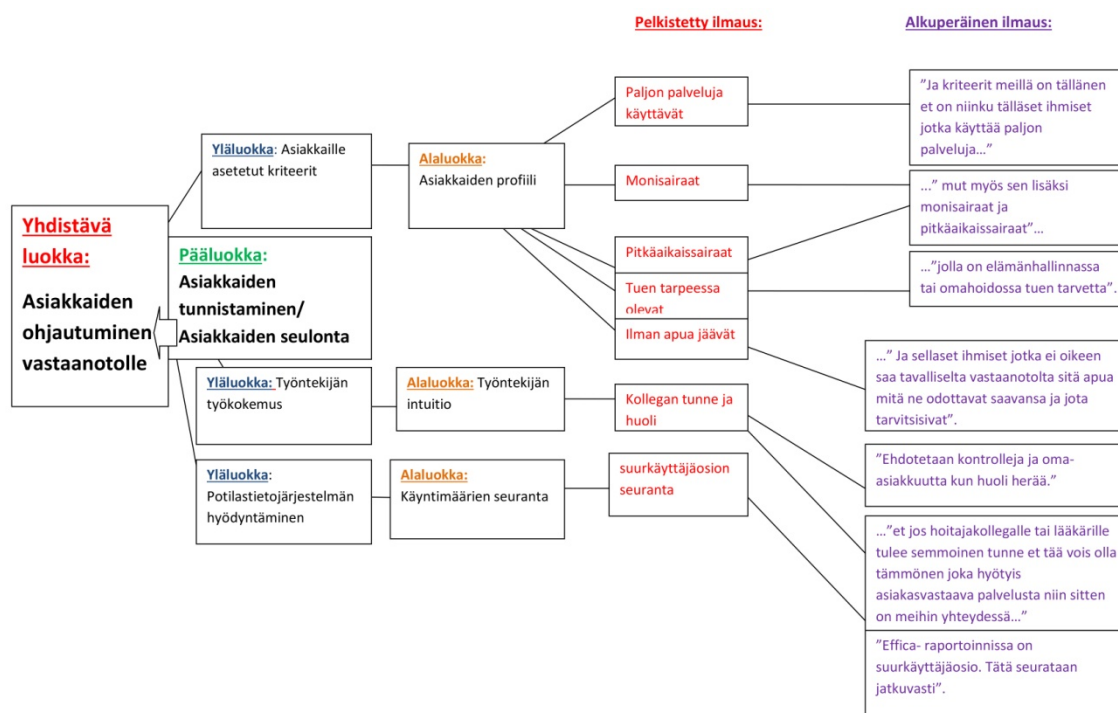
Lääkäriin (tai lääkäriin ja asiakasvastaavan yhteisvastaanoton) vastaanottokäynti		
Saapuu vastaanotolle, osallistuu päätöksentekoon	Osallistuu yhteiseen päätöksentekoon, josta lääketieteellisen vastuun kantaa lääkäri	Vastaanottaa asiakkaan joko yksin tai yhdessä asiakasvastaavan kanssa: hoitaa lääketieteellisen tutkimuksen, taudinmäärityksen ja päättää asiakkaan kanssa hoidosta, määrää lääkkeitä, tarvittavat tutkimukset ja mittaukset
Osallistuu yhteiseen päätöksentekoon	Osallistuu yhteiseen päätöksentekoon	Päättää yhdessä asiakkaan ja asiakasvastaavan kanssa jatkoseurannan useudesta ja vastuutahosta (lääkäri / asiakasvastaava)
Esittää omat hoidon tavoitteensa, osallistuu aktiivisesti hoitosuunnitelman laatimiseen		Kirjaa omat havaintonsa asiakkaan tilasta ja asiakkaan kanssa sovitusta asioista hoitosuunnitelmaan
Hyväksyy sovitun järjestelyn seurantakäynneistä	Sopii lääkärin kanssa vastuun rajoista, mikäli vastaa jatkossa asiakkaan seurantakäynneistä	Sopii asiakasvastaavan kanssa vastuun rajoista seurantakäynnillä ja kirjaa ne hoitosuunnitelmaan
Jatkohoidon suunnittelu		
Osallistuu aktiivisena toimijana jatkohoidon suunnitteluun	Suunnittelee jatkohoidon yhdessä asiakkaan kanssa: jakaa tietoa sairauksista, neuvoo omahoidossa ja järjestää tarvittavat välineet, tarvittavat tutkimukset ja mittaukset, erityistyöntekijöiden konsultaatiot, ryhmätoiminnan sekä sopii seuraavan vastaanottokäynnin ajan	
Seurantakäynnin valmistelu		
Toteuttaa omahoitoa sopimuksen mukaan. Kirjaa omahoidon seurannan, käy sovitussa tutkimuksissa ja mittauksissa ja/tai erikoistyöntekijöiden konsultaatioissa ja/tai ryhmätoiminnassa	Tarvittaessa konsultoi muita asiantuntijoita	

Seurantakäynti		
Saapuu vastaanotolle, osallistuu aktiivisena toimijana tilanteen arviointiin	Vastaanottaa asiakkaan: arvioi asiakkaan kanssa asiakkaan voinnin sekä hoidon sopivuuden, tarkistaa mittaustulokset ja omahoidon seurannan, ohjaa ja motivoi sekä varmistaa asiakkaan omahoitoa, ohjaa elintapamuutoksissa ja riskien minimoinnissa, tarkistaa lääkityksen ja uusii reseptit tai pyytää lääkäriä uusimaan, konsultoi tarvittaessa lääkäriä	Tarvittaessa antaa konsultaatio-apua asiakasvastaavalle, uusii tarvittaessa asiakkaan reseptit
Osallistuu aktiivisesti hoitosuunnitelman laatimiseen	Kirjaa omat havaintonsa ja asiakkaan kanssa sovitut asiat hoitosuunnitelmaan	Kirjaa oman osuutensa hoitosuunnitelmaan
Seuraavan seurantakäynnin suunnittelu		
Sopii seuraavan seurantakäynnin ajankohdan ja sitä ennen tehtävät toimenpiteet sekä omahoidon ja sen seurannan sisällön	Sopii seuraavan seurantakäynnin ajankohdan asiakkaan kanssa ja sitä ennen tehtävät toimenpiteet sekä asiakkaan omahoidon ja omahoidon seurannan sisällön	

**Liite 6. Asiakasvastaava-toiminnan kuvaus organisaation näkökulmasta (Muuri-
nen - Mäntyranta, 2010: 17)**

Asiakas	Toiminta
Monisairas ja/tai paljon palveluja tarvitseva tai käytävä asiakas	<ul style="list-style-type: none">• Asiakas tai joku muu taho ottaa yhteyttä tai asiakkaat seulotaan ja kutsutaan asiakasvastaavan vastaanotolle.• Asiakasvastaava arvioi yhdessä asiakkaan kanssa palvelun tarpeen, voimavarat ja riskit (mittaukset, haastattelu ym.), valmistelee vastaanottoikäynnin (omahoito, laboratorio- ym. mittaukset) ja laatii hoitosuunnitelman pohjan yhdessä asiakkaan kanssa sekä auttaa asiakasta asettamaan hoidolle tavoitteita.• Asiakasvastaava järjestää ensimmäisen lääkärikäynnin asiakkaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärittämisestä ja siihen liittyvästä hoidosta päättämiseksi.• Silloin kun asiakkaan tilanne on erityisen haastava, asiakasvastaava järjestää lääkärin ja asiakasvastaavan sekä mahdollisen muun toimijan moniammatillisen yhteisvastaanoton.• Vastaanottokäynnin jälkeen asiakasvastaava suunnittelee, varmistaa ja tukee asiakkaan omahoitoa. Hän myös koordinoi hoidon kokonaisuutta, mm. erityistyöntekijöiden konsultointeja (sosiaalityö, diabeteshoitaja, masennushoitaja), ryhmätoimintoja ym.• Hoitosuunnitelman mukaan (lääkärin, asiakkaan ja asiakasvastaavan sopimus) asiakasvastaava voi vastata jatkossa asiakkaan hoidon toteutuksesta. Hän arvioi tilanteen ja asiakkaan omahoidon, huolehtii mittauksista ja sovitusta lääkityksestä, konsultoi tarvittaessa lääkäriä ja/tai muita tahoja sekä ohjaa asiakasta jatkohoidossa ja sopii jatkoseurannasta.

Liite 7. Esimerkki sisällönanalyysistä. Asiakkaiden ohjautuminen asiakasvastaavan vastaanotolle.



Liite 8. Terveystyötyviitekehäksen osa-alueiden toteutuminen espoolaisella terveysasemalla



Liite 9. Hoitovastaavatoimintamalli

Liite 9. Hoitovastaava- malli. Terveyspalveluiden suurkäyttäjien hoidon järjestäminen terveysasemalla

Hoitovastaava: Vastaa terveyspalveluiden suurkäyttäjien hoidosta, työaika 2-4 h/viikko, työskentelee päivystyksessä tai vastaanotolla	Sairaanhoitaja/ terveydenhoitaja: Työskentelee päivystyksessä tai vastaanotolla	Vastuulääkäri: Hoitovastaavan ”konsulttilääkäri” Hoitovastaavan työpari jos asiakkaalla ei ole omalääkärinä
Asiakkaiden aktiivinen seulonta		
Seuloo asiakkaita suorittamalla suurkäyttäjäraportoinnin 3 kk välein	Seuloo vastaanotolta ja etäkontaktin perusteella asiakkaita hoitovastaavalle	Seuloo vastaanotolta ja etäkontaktin perusteella asiakkaita hoitovastaavalle
Seulontakriteerinä: Asiakkaat joilla 5 tai yli 5 käyntiä 3 kk aikana (pois lukien alle 15 vuotiaat ja sarjahoidossa käyvät esimerkiksi haavahoidot, injektiot)	Seulontakriteereinä: Useat käynnit ja/ tai yhteydenotot Hoitajan huoli asiakkaasta	Seulontakriteereinä: Useat käynnit ja/ tai yhteydenotot Lääkärin huoli asiakkaasta
Seuloo itselleen asiakkaita avo- ja päivystysvastaanotoilta sekä etäkontaktin perusteella	Kertoo asiakkaalle hoitovastaavan asiakkuudesta(kokonaisvaltainen hoito), ohjaa odottamaan hoitovastaavan yhteydenottoa	Kertoo asiakkaalle hoitovastaavan asiakkuudesta (kokonaisvaltainen hoito), ohjaa odottamaan hoitovastaavan yhteydenottoa
Ennen vastaanottoa		
Otaa yhteyttä muiden hoitajien ja lääkärin seulomiin asiakkaisiin puhelimitse -> varaa tarvittaessa vastaanottoajan	Kirjaa asiakkaan tiedot hoitovastaavan kirjalle toimistoajalle	Kirjaa asiakkaan tiedot hoitovastaavan kirjalle toimistoajalle
Selvittää onko asiakas halukas tekemään sähköisen asioinnin sopimuksen, ohjaa sopimuksen tekemisessä	Selvittää onko asiakas halukas tekemään sähköisen asioinnin sopimuksen, ohjaa sopimuksen tekemisessä	Selvittää onko asiakas halukas tekemään sähköisen asioinnin sopimuksen, ohjaa sopimuksen tekemisessä
Jos tarvetta kanta tai sähköisen asioinnin opetukseen, ohjaus e-valmentajalle	Jos tarvetta kanta tai sähköisen asioinnin opetukseen, ohjaus e-valmentajalle	Jos tarvetta kanta tai sähköisen asioinnin opetukseen, ohjaus e-valmentajalle Avustaa tarvittaessa hoitovastaavaa suurkäyttäjäraportoinnissa

		Muuttaa tarvittaessa seulontakriteerejä ja seulonta aikataulua yhdessä hoitovastaavan kanssa
Esittelee suurkäyttäjä-raportoinnin kautta seulomansa asiakkaat vastuulääkärille	Antaa tarvittaessa lisätietoa lääkärille ja hoitovastaavalle seulomistaan asiakaista	Päätää hoitovastaavan kanssa suurkäyttäjä-raportoinnin kautta seulotut asiakkaat joihin otetaan yhteyttä ja tarjotaan hoitovastaavan asiakkuutta
Soittaa suurkäyttäjä-raportoinnista seulotuille asiakkaille, tarjoaa asiakkuutta ja varaa tarvittaessa vastaanottoajan	Varmistaa että seulomillaan asiakkailla on yhteystiedot ajan tasalla PER-lehdellä	Varmistaa että seulomillaan asiakkailla on yhteystiedot ajan tasalla PER-lehdellä
Jos asiakkaalla tulkin tarve toimittaa tulkitilauspyynnön toimistoon		
Soittaa uudestaan raportoinnin kautta seulotuille asiakkaille joita ei ole tavoittanut		Asiakkaan omalääkärillä hoitovastuu Jos asiakkaalla ei ole omalääkärää, vastuulääkäri vastaa asiakkaan hoidosta
Suunnittelee vastaanottoa, hyödyntää suunnittelussa		Asiakkaan tilanteen vaatiessa osallistuu vastaanoton suunnitteluun hoitovastaavan kanssa
palveluvalikoimaa, päätöksenteon tukea, klinisiä tietojärjestelmiä		
Järjestää vastaanoton Ensimmäisen vastaanottokäynnin pituus 60 min		
Vastaanotolla		
Kirjaus TH – lehdelle		Kirjaus YLE lehdelle Lääketieteellinen vastuu
Laatii asiakkaalle yksilöllisen hoitosuunnitelman yhdessä asiakkaan kanssa		Tilaa tarvittavat tutkimukset Ilmoittaa poikkeavat tutkimustulokset asiakkaalle puhelimitse tai sähköisen asioinnin kautta
Hoitosuunnitelmaan kirjataan asiakkaan tilanteen pääasialliset haasteet, millaiseen muutokseen asiakas itse on valmis ja millä keinoilla asiakasta voidaan auttaa		Uusi tarvittaessa reseptit Osallistuu tarvittaessa vastaanotolle tai tapaa asiakkaan erikseen
Kartoittaa asiakkaan palveluntarpeen		

On yhteydessä asiakkaan omalääkäriin tai vastuulääkäriin lääketieteellisissä asioissa		
Huomioi asiakkaan voimavarat, tukee asiakkaan omahoitoa Suunnittelee jatkohoidon ja asettaa tavoitteet hoidolle yhdessä asiakkaan kanssa		Päättää yhdessä vastuuhoitajan ja asiakkaan kanssa jatkohoidosta ja seurannan tiheydestä
Sopii yhdessä asiakkaan kanssa seuraavalle vastaanotolle tarvittaessa kutsuttavat yhteistyötahot		Sopii yhdessä asiakkaan ja hoitovastaavan kanssa vastaanotolle kutsuttavat yhteistyötahot
Järjestää tarvittaessa moniammatillisen yhteisvastaanoton		Uusii tarvittaessa reseptit Tekee kirjaukset hoitosuunnitelmaan
Vastaanoton jälkeen		
On aktiivisesti yhteydessä asiakkaaseen Voimaannuttava puhelu		
Hoitovastaavalla käytössä oma kännykkä (soittopyyntö teleq:n kautta hoitovastaavalle jos oma kännykkä ei järjesty)		
Ilmoittaa viitearvoissa olevat tutkimustulokset asiakkaalle (laboratorio, röntgen)		Ilmoittaa poikkeavat tutkimustulokset asiakkaalle
Koordinoi asiakkaan hoitoa Aktiivinen yhteistyö yhteistyötahojen kanssa		Konsultaatioapu hoitovastaavalle
Ehdottaa tarvittaessa asiakkaalle omahoidon tukemiseen ryhmätoimintaa		
Seurantakäynnin järjestäminen		

Asiakkaan tilanteen mukaan seurantakäynti on: <ul style="list-style-type: none">- Käynti vastaanotolla- Soitto asiakkaalle- Kotikäynti		Osallistuu tarvittaessa seurantakäynnin tarpeen arviointiin asiakkaan ja hoitovastaavan kanssa
Seurantakäynti		
Seurantakäynnillä arvioi asiakkaan tilanteen, omahoidon toteutumisen, tukee asiakkaan omahoitoa, tarvittaessa konsultoi asiakkaan omalääkärinä tai vastuulääkärinä		Osallistuu tarvittaessa asiakkaan seurantakäynnille
Jatkohoidon suunnittelu		
Arvioi jatkohoidon yhdessä asiakkaan kanssa Sopii tarvittaessa seuraavan vastaanottokäynnin		Osallistuu tarvittaessa jatkohoidon suunnitteluun yhdessä asiakkaan ja hoitovastaavan kanssa Osallistuu tarvittaessa seuraavalle vastaanottokäynnillä
Hoitovastaava- mallin tavoitteena on voimaantunut asiakas, joka saatellaan kohti normaalia terveysasemapalveluiden käyttöä tukemalla asiakkaan omahoitoa ja elämänhallintaa erilaisin tukikeinoin		