



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU  
*Yhdessä enemmän*

# Asiakaslähtöisyyden ja proaktiivisuuden toteutuminen terveyst- ja hoitosuunnitelmassa

Hermens, Taru

2016 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

## Asiakaslähtöisyyden ja proaktiivisuuden toteutuminen terveys- ja hoitosuunnitelmassa

Taru Hermens  
Tulevaisuuden tietojohdaminen sosi-  
aali ja terveysalalla  
Opinnäytetyö  
Marraskuu 2016

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Tulevaisuuden tietojohtaminen sosiaali- ja terveysalalla  
Sairaanhoidaja (YAMK)

Tiivistelmä

Taru Hermens

### Asiakslähtöisyyden ja proaktiivisuuden toteutuminen terveys- ja hoitosuunnitelmassa

Vuosi	2016	Sivumäärä	92
-------	------	-----------	----

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, mitä terveys- ja hoitosuunnitelman asiakslähtöisyydellä ja proaktiivisuudella ymmärretään sekä tunnistaa asiakslähtöisyys ja proaktiivisuus terveysasemien terveys- ja hoitosuunnitelmien kirjauksista. Tavoitteena oli kehittää terveys- ja hoitosuunnitelman asiakslähtöisyyttä ja proaktiivisuutta. Työ oli tehty toimeksiantona Helsingin sosiaali- ja terveysvirastolle osana avosairaanhoidon toiminnanmuutosta.

Työn viitekehyksen muodostivat Terveysyhötymalli, jonka lähtökohtana on asiakslähtöisyys ja proaktiivisuus sekä Triple Aim-malli, jossa pyritään hoidon vaikuttavuuden, saatavuuden ja tuottavuuden yhtäaikaiseen saavuttamiseen. Kehittämistyö tehtiin toimintatutkimuksena, jossa tavoiteltiin käytännön hyötyä terveys- ja hoitosuunnitelman kirjaamiseen.

Kirjallisuuskatsauksella selvitettiin, mitä ymmärretään terveys- ja hoitosuunnitelma asiakslähtöisyydellä ja proaktiivisuudella. Terveys- ja hoitosuunnitelmien asiakslähtöisyyden ja proaktiivisuuden nykytila kartoitettiin analysoimalla terveysasemien terveys- ja hoitosuunnitelmia. Analyysimenetelmänä käytettiin auditointia. Nykytilan kartoituksen tuloksena ilmenneitä kehitysalueita käytettiin teemoina ryhmähaastatteluissa, joissa etsittiin kehitysideoita parempaan asiakslähtöisyyteen ja proaktiivisuuteen terveys- ja hoitosuunnitelmassa.

Kirjallisuuskatsauksen perusteella määriteltiin asiakslähtöiselle ja proaktiiviselle terveys- ja hoitosuunnitelmalle yhdeksän keskeistä piirrettä. Piirteiden pohjalta voidaan todeta, että asiakslähtöinen ja proaktiivinen hoitosuunnitelma on tasavertaisessa kumppanuussuhteessa yhdessä tehty suunnitelma, joka kunnioittaa asiakkaan arvoja ja mieltymyksiä ja auttaa hoidon hallintaa. Sen päämääränä on terveyden edistäminen. Keskeistä on asiakkaan aktiivinen osallistumien terveys- ja hoitosuunnitelman tekemiseen ja sitoutuminen omahoitoon sekä ammattihenkilön toiminnassa asiakkaan todellisen tilanteen kartoittaminen, asiakkaan tukeminen ja koko hoidon koordinointi.

Asiakslähtöinen ja proaktiivinen työskentelytapa oli uusi toimintamalli ja vielä sisäistymässä. Myös kirjaaminen haki vielä muotoaan. Kehitysideoiksi asiakslähtöisyyden ja proaktiivisuuden parantamiseen terveys- ja hoitosuunnitelmassa muodostui omahoidon näkyvyys läpi suunnitelman, kirjaaminen asiakkaan kielellä ja yksiselitteisesti, komponenttien kirjaaminen konkreettisesti ja mitattavasti sekä tukitoimien ja niiden ajankohdan kirjaaminen.

Asiakslähtöisen ja proaktiivisen terveys- ja hoitosuunnitelman tekemistä kehitetään edelleen. Kansallisen potilaskertomusarkiston (Kanta) tiedonhallintapalvelussa käyttöönotettava yhteinen terveys- ja hoitosuunnitelma mahdollistaa entistä paremmin asiakslähtöisyyden ja hoidon koordinoinnin eri palveluorganisaatioiden kesken.

Asiasanat: asiakslähtöisyys, proaktiivisuus, terveys- ja hoitosuunnitelma, asiakas, asiakasvas- taava, vastuuhenkilö

Taru Hermens

**The realization of customer orientation and proactivity in the health and care plan**

Year	2016	Pages	92
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to clarify what is understood by a customer orientated and proactive health and care plan and to recognize the customer orientation and proactivity of recordings of health and care plans at health care centres. The aim was to develop the customer orientation and proactivity of health and care plans. The thesis was done under contract for the Department of Social Services and Health Care in Helsinki as a part of the transformation of primary care.

The frame of this thesis was formed by the Chronic Care Model and the Triple Aim model. The Chronic Care Model is based on customer orientation and proactivity. The Triple Aim is a model that targets three-dimensional aims at once: population health, experience of care and per capita cost. The thesis was conducted as action research aiming to reach practical benefits to the recording of the health and care plan.

The literature review clarified what is understood by a customer orientated and proactive health and care plan. The current state of the customer orientation and proactivity of health care plans was studied by analysing the health care plans of health care centres. The method used was an audit. The results of the audit were used for themes in group interviews to find out ideas to better develop better customer orientation and proactivity of health care plans.

Nine central traits of a customer orientated and proactive health care plan were defined based on the literature review. By those traits a customer orientated and proactive health and care plan is made in an equal partnership between the customer and the healthcare professional. It respects the values and preferences of the customer and helps the care management. The goal is health promotion. The key element for the customer is to participate in the creation of the health and care plan, and engage in self-care. The key elements for the professional are to clarify the real life situation of the customer, supporting the customer and coordinate the whole care.

The customer orientated and proactive way of working is a significant change in making the care plan. The professionals are still adapting to the new methods of recording plans. The ideas for developing the customer orientation and proactivity of health and care plans were to make self-care visible throughout the plan, recording the plan in clear and understandable language for the customer, recording all the components in a concrete and measurable way and recording actions of support and time.

The development of the customer orientated and proactive health and care plan continues still. In future the health and care plan is stored at the National Archive for Health Information (Kanta) and it will be available to be used by different health care organizations. That will make customer orientated approach and coordination of care more fluent.

Keywords: customer orientation, proactivity, health and care plan, customer, case manager



## Sisällys

1	Johdanto .....	7
2	Kehittämistyön tietoperusta .....	9
2.1	Chronic Care Model - Terveystyömalli asiakaslähtöisen ja proaktiivisen hoidon perustana .....	10
2.2	Triple Aim - palvelun tuottavuus, saatavuus ja vaikuttavuus.....	12
2.3	Asiakasvastaavamalli avosairaanhoidossa - hoidon koordinointi ja vaikuttavuus13	
2.4	Terveys- ja hoitosuunnitelma omahoidon ja hoidon koordinoinnin tukena.....	15
2.5	Asiakkuus ja osallistuminen omaan hoitoon .....	16
2.6	Asiakaslähtöisyys hoidon lähtökohtana ja arvona .....	18
2.7	Proaktiivinen toiminta hoitotyössä .....	21
2.8	Hoitotyön kirjaamista koskeva lainsäädäntö .....	22
2.9	Teoreettinen yhteenveto.....	23
3	Kehittämistyön toteutus .....	25
3.1	Kehittämisympäristö .....	25
3.2	Kehittämistyön tehtävät, tavoite ja tarkoitus .....	25
3.3	Kehittämistyössä käytetyt menetelmät .....	26
4	I Iteraatiokierros - Asiakaslähtöisen ja proaktiivisen terveys- ja hoitosuunnitelman määrittely .....	29
4.1	Kirjallisuuskatsauksen aineiston keruu ja valinta.....	29
4.2	Kirjallisuuskatsauksen arviointi.....	32
4.3	Kirjallisuuskatsauksen analyysi .....	33
4.3.1	Asiakaslähtöisyyden tarkastelu ja analyysi.....	35
4.3.2	Proaktiivisuuden piirteiden ilmeneminen kirjallisuuskatsauksessa .....	37
4.3.3	Terveys- ja hoitosuunnitelman analyysi .....	38
4.4	Yhteenveto asiakaslähtöisen ja proaktiivisen terveys- ja hoitosuunnitelman piirteistä .....	40
5	II Iteraatiokierros - Terveys- ja hoitosuunnitelmien asiakaslähtöisyyden ja proaktiivisuuden kartoitus .....	41
5.1	Terveys- ja hoitosuunnitelmien valinta auditointiin .....	42
5.2	Auditoinnin tulokset terveys- ja hoitosuunnitelman eri komponenteissa .....	43
5.3	Auditoinnin tulosten analyysi .....	48
6	III Iteraatiokierros - Kehitysideat asiakaslähtöisyyden ja proaktiivisuuden toteutumiseen terveys- ja hoitosuunnitelmassa .....	51
6.1	Vastuuhenkilöiden ajatuksia kehitysalueista .....	52
6.2	Asiakaslähtöisyyttä ja proaktiivisuutta lisäävät kehitysideat terveys- ja hoitosuunnitelman tekemiseen .....	56
6.3	Kehittämistyön tulosten yhteenveto.....	58

7	Kehittämistyön arviointi .....	60
7.1	Kehittämistyön menetelmien tarkastelu .....	62
7.2	Eettiset näkökohdat ja luotettavuus .....	65
7.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet .....	68
	Lähteet .....	71
	Kuviot .....	77
	Taulukot .....	78
	Liitteet .....	79

## 1 Johdanto

Helsingin sosiaali- ja terveysviraston tavoitteena on tuottaa helsinkiläisille parempia ja kustannuskehitykseltään kestävämpiä palveluita (Helsingin kaupunki 2014, 24-25). Perusterveydenhuollossa tehdään toiminnallista täysuudistusta (Mäkinen 2014). Tähän liittyen Helsingin terveysasemilla otettiin käyttöön TerveysHyötymallin keskeinen elementti, asiakasvastaavamalli vuonna 2015. Se on yksi vuoden 2016 kärkihankkeista (Helsingin kaupunki 2015, 27-28). Asiakasvastaavamallin periaatteena on asiakaslähtöisyys, hoidon jatkuvuus ja toiminnan vaikuttavuus (Muurinen & Mäntyranta 2011, 11-14). Tässä työssä mallista käytetään Helsingin kaupungin sopimaa termiä vastuuhenkilömalli. Vastuuhenkilömallin asiakkaille laaditaan terveys- ja hoitosuunnitelma, joka perustuu asiakkaan tunnistamiin hoidon tarpeisiin ja tukee hoidon suunnittelua ja koordinointia asiakaslähtöisesti (Virkkunen, Mäkelä-Bengs & Vuokko 2015, 94-95).

Terveys- ja hoitosuunnitelman tarkoituksena on voimaannuttaa asiakasta ja motivoida häntä omahoitoon hoitojaksojensa välillä (Virkkunen ym. 2015, 94-95). Ammattihenkilöstö tekee moniammatillista yhteistyötä systemaattisen ja suunnitelmallisen hoidon toteuttamiseksi koko palveluvalikoimaa hyödyntäen. Asiakas on tietoinen hoidon jatkuvuudesta kokonaisuutena. (Oksman, Sisso & Kuronen 2014, 53.) Merkittävää on asiakkaan osallisuus oman hoidon suunnitteluun ja toteutukseen ja ammattihenkilön toiminen valmentavana tukena omahoidossa. Asiakaslähtöisyys ja proaktiivisuus ovat toiminnan lähtökohtia.

Asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan asiakkaasta lähtevää toimintaa - asiakkaan aktiivisuutta omasta hoidostaan ja saumatonta hoitoa yli organisaatorajojen. Hoidon lähtökohtana on asiakas ja hänen tarpeista lähtevä toiminta. Tärkeitä osa-alueita ovat hyvä ja luottava yhteistyö, jossa asiakkaalle sallitaan olla oma itsensä. Asiakas tulee ymmärretyksi ja hänellä on lupa tehdä omia, autonomisia, päätöksiä terveyteensä liittyen. Asiakkaan kokonaistilanteen tuntemus, kuten muutosvalmius ja hänen voimavarojensa ja ongelmiansa tunnistaminen on olennaista. Asiakasta tuetaan omahoitoon muun muassa opettamalla hänelle oman sairautensa tai terveydentilansa hoitoa. (Institute of Medicine 2001, 48-51; Routasalo & Pitkälä 2009, 9-13; Sidani & Fox 2014, 134-141.)

Proaktiivisessa hoitotyössä hoitajat toimivat ohjaavassa ja valmentavassa roolissa. Potilaat tunnistetaan erilaisissa yhteyksissä ja segmentoidaan hoidon tarpeen mukaan ja tunnistetaan riskipotilaat. Hoidon painopiste on asiakkaan toiminnassa. Asiakkaan kanssa yhteistyössä tehdään terveys- ja hoitosuunnitelma. Asiakas ohjataan systemaattisesti ryhmiin, kolmannen sektorin toimintaan tai muihin ympäröivän yhteisön interventioihin. Vastaanotot ovat valmisteltuja ja koko hoito on suunniteltu systemaattisesti. Hoito on tarkoituksenmukaista, näyttöön

perustuvaa ja sen kokonaisuutta tarkastellaan niin asiakkaan kuin organisaationkin näkökulmasta. (Oksman ym. 2014, 38-53.)

Tehostamalla paljon palveluja käyttävien potilaiden hoitoa voidaan mahdollisesti alentaa hoitokustannuksia ja siirtää terveydenhuollon voimavaroja muiden potilaiden hoitoon (Kapiainen, Seppänen, Häkkinen, Lauharanta, Roine & Korppi-Tommola 2010, 4). Tutkimus osoittaa, että väestöstä vain 10% kuluttaa 80% sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista (Leskelä, Komssi, Sandström, Pikkujämsä, Haverinen, Olli & Ylitalo-Katajisto 2013, 3164).

Terveys- ja hoitosuunnitelmien tekeminen on aloitettu Helsingin terveysasemilla syksyllä 2015 ja tässä työssä kartoitetaan niiden sisällön asiakaslähtöisyyttä ja proaktiivisuutta ensimmäisen kerran. Tämän kehittämistyön tarkoituksena on selvittää, mitä ymmärretään terveys- ja hoitosuunnitelman asiakaslähtöisyydellä ja proaktiivisuudella sekä tunnistaa asiakaslähtöisyys ja proaktiivisuus terveysasemien terveys- ja hoitosuunnitelmien kirjauksista. Kehittämistyössä on tavoitteena kehittää terveys- ja hoitosuunnitelman asiakaslähtöisyyttä ja proaktiivisuutta.

Tämä kehittämistyö on osallistava toiminnallinen tutkimus, jossa tavoitellaan käytännöllistä tietoa terveys- ja hoitosuunnitelman kehittämiseen asiakaslähtöisyyden ja proaktiivisuuden tulokulmasta. Chronic Care Model eli Terveyshyötymalli, jonka tavoitteena on aktiivisen asiakkaan ja proaktiivisen ammattihenkilön ja hänen tiimensä välinen tuottoisa vuorovaikutus, tukee viitekehystenä terveys- ja hoitosuunnitelman tavoitteita (Wagner, Austin, Davies, Hindmarsh, Schaeffer & Bonomi 2001, 69).

Tämän opinnäytetyön keskeisiksi käsitteiksi valikoitui seuraavat käsitteet: asiakaslähtöisyys, proaktiivisuus, terveys- ja hoitosuunnitelma, asiakas, asiakasvastaava, josta Helsingin kaupungilla käytetään termiä vastuuhenkilö ja perusterveydenhuolto. Asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan asiakkaiden toiveista ja tarpeista lähtevää toimintaa sekä asiakkaiden huomioimista toiminnan kokonaisuudessa (STM 2009, 40). Proaktiivisuus tässä työssä taas määritellään sellaiseksi aktiiviseksi tai aloitteelliseksi toiminnaksi, jossa ihminen ottaa vastuuta käyttäytymisestään. Se on ennakoivaa tai ennalta vaikuttavaa toimintaa. (Katajainen, Lipponen & Litvaara 2006.) Terveys- ja hoitosuunnitelmalla tarkoitetaan kokonaisvaltaista ja potilaskohtaista suunnitelmaa, jossa kuvataan kaikki asiakkaan tunnistamat terveysongelmat yhdessä suunnitelmassa, hoidon suunnittelun ja koordinoinnin tueksi (Vuokko, Mäkelä, Komulainen & Meriläinen 2011, 35; Virkkunen ym. 2015, 94-95).

Tässä työssä asiakkaalla tarkoitetaan henkilöä, joka käyttää perusterveydenhuollon avopalveluita tai on palvelun kohteena (Mölläri & Saukkonen 2014, 21). Terveyshyötöpotilas määritellään iältään 16-70-vuotiaksi henkilöksi. Hänellä on runsasta palveluiden käyttöä, tuen tarvetta sekä vähintään kaksi poikkeavaa arvoa riski-indikaattoreissa (Autio 2015). Asiakasvastaavalla

eli Helsingin kaupungilla vastuuhenkilöllä tarkoitetaan perusterveydenhuollon vastaanotolla toimivaa ja hoitoon osallistuvaa henkilöä, joka vastaa sopimuksen mukaan asiakkaan hoidosta ja koordinoi sitä (Muurinen & Mäntyranta 2011, 11). Perusterveydenhuollolla puolestaan tarkoitetaan kunnan järjestämää lakisääteistä (Terveystieteiden tutkimuskeskuslaki 1326/2010 3§) väestön terveydentilan seuranta, terveyden edistämistä ja sen osana terveystarkastuksia. Avosairaanhoido on osa perusterveydenhuollon palvelua.

## 2 Kehittämistyön tietoperusta

Terveydenhuollon palvelut ovat kehittyneet viime vuosikymmenien aikana siilomaisiksi erillisiksi osioiksi. Tällainen palvelujärjestelmä sopii asiakkaille, jotka käyttävät palveluita vain vähän ja yleensä vain yhtä palvelukokonaisuutta. Mutta nykyinen palvelurakenne ei tue paljon palveluita käyttävää, kallista asiakasryhmää. Heidän palvelujensa tarve liittyy monimuotoisiin sosiaali- ja terveydenhuollon ongelmiin, joita ei voi määritellä yksittäisillä diagnooseilla ja yhä useampi elää usean pitkäaikaissairauden kanssa. He tarvitsevat sosiaali- ja terveystieteiden yhteensovittamista asiakaslähtöisesti, jolloin kunkin asiakkaan yksilölliset tarpeet ovat palvelukokonaisuuden lähtökohtana. Kohdentamalla ajoissa olemassa olevia resursseja paljon palveluita käyttävien ja pitkäaikaissairaiden asiakkaiden palvelukokonaisuuden muotoiluun, voidaan ehkäistä taudin pahenemista ja sairaalahoitoa. Näin lisätään myös tuottavuutta. (Erhola, Jonsson, Pekurinen & Teperi 2013, 18-20; Leskelä ym. 2014, 3167.)

Pitkäaikaissairaudet ja yhteen kietoutuneiden sosiaalisten ja terveydellisten ongelmien hoitaminen edellyttävät uusia ratkaisuja (Erhola ym. 2013, 7). Perusterveydenhuolto voi olla avain asemassa muuttaessa suuntaa sairauksien hoidosta terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Sillä on laaja-alainen asiantuntijuus ja väestökeskeinen työote. Suunnan muutoksessa tarvitaan kykyä hahmottaa kokonaistilanne sekä hallita laajoja kokonaisuuksia ja koordinoita palveluverkkoa. (Koivuniemi, Holmberg-Marttila, Hirsso & Mattelmäki 2014, 26-27.) Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma (Kaste) on kehittänyt 2010 luvulla terveydenhuollon ammattilaisten osaamista perusterveydenhuoltoa vahvistavissa hankkeissa viitekehystenä Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (THL 2016). Pitkäaikaissairaiden hoidon suunnitelmallisuutta kehittämissä hankkeissa todettiin, että terveys- ja hoitosuunnitelma oli yksi tuloksellisin toimenpide (Innokylä 2015a). Monisairaiden käyntimäärät vähenivät jopa 20%:a vuosi terveys- ja hoitosuunnitelman teon jälkeen. On huomioitava, että tuloksellisuus ei ole vain kustannustehokkuutta vaan suurelta osin arvon eli terveyshyödyn tuottamista asiakkaalle. (Koivuniemi, ym. 2014, 81-83, 145-146.)

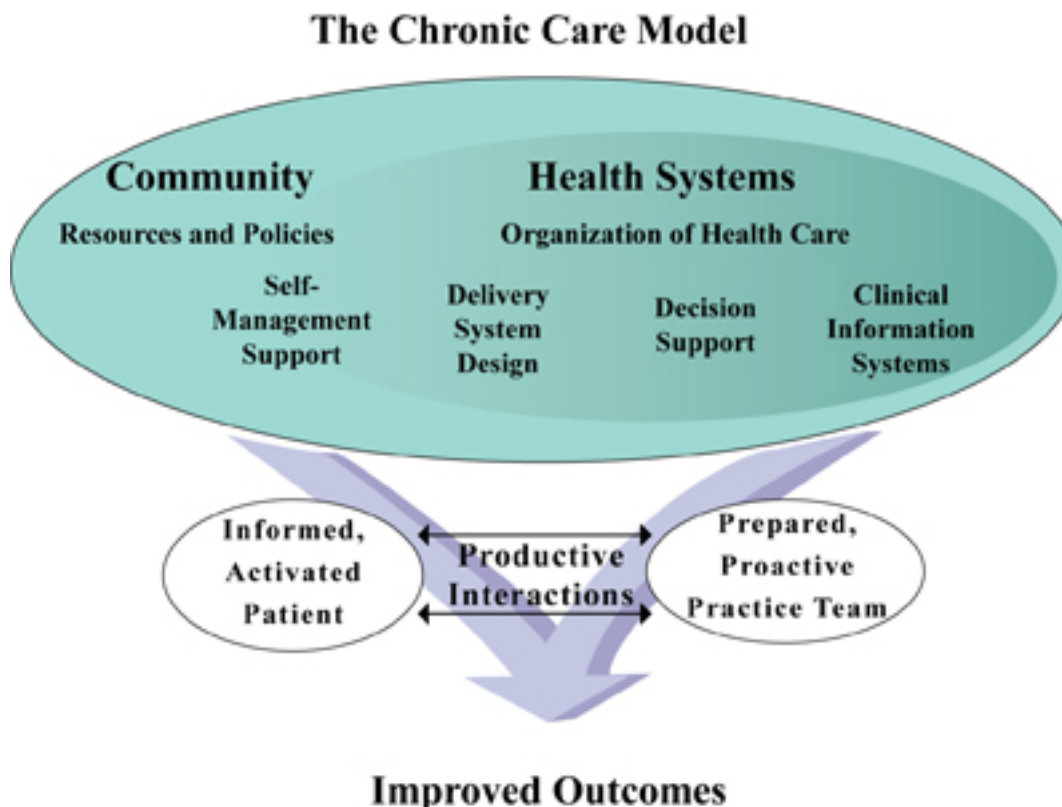
Helsingin kaupungin perusterveydenhuollossa tehtävä toiminnan muutos ja vastuuhenkilömalli kärkihankkeena luo perustan tälle kehittämiselle saada terveys- ja hoitosuunnitelmista asiakaslähtöisiä ja proaktiivisia. Tässä luvussa käsitellään yksityiskohtaisemmin viitekehystenä olevia malleja, Chronic Care Model - Terveystieteiden tutkimuskeskuksen malli ja Triple Aim- malli sekä kehittämis-

työlle keskeisiä näkökulmia kuten asiakasvastaavamalli, terveys- ja hoitosuunnitelma, asiakkuus, asiakaslähtöisyys, proaktiivisuus ja hoitotyön kirjaamista ohjaava lainsäädäntö.

## 2.1 Chronic Care Model - Terveystyömalli asiakaslähtöisen ja proaktiivisen hoidon perustana

Chronic Care Model (CCM) tarjoaa teoreettisen viitekehyksen järjestelmälliselle lähestymistavalle avosairaanhoidossa toimintamallia muutettaessa. Sen tarkoituksena on parantaa kroonisten sairauksien hoitoa perusterveydenhuollossa tukemalla asiakkaan omahoitoa. (Siminerio, Wagner, Gabbay & Zgibor 2009, 154-158.) Malli kehitettiin 1990-luvulla Yhdysvalloissa tilanteissa, missä krooniset sairaudet lisääntyivät runsaasti väestön ikääntyessä eikä terveydenhuolto kyennyt vastaamaan tähän käytössä olevin keinoin. Tänä päivänä malli on käytössä maailman laajuisesti. (Coleman, Austin & Wagner 2009, 75-76.) CCM ei ole selittävä teoria, vaan se on kuin näyttöön perustuva yleisohje tai yksinkertainen synteesi parhaista saatavilla olevista näytöistä. Synteesi on joustava ja muutettavissa uusien näyttöön perustuvien ohjeiden mukaan. Tavoitteena on tuottoisa vuorovaikutus aktiivisen asiakkaan sekä valmistautuneen ja proaktiivisen moniammatillisen hoitotiimin välillä johtaen parempaan hoitoon, joka on turvallista, tehokasta, ajankohtaista, asiakaskeskeistä, vaikuttavaa ja oikeudenmukaista. (Wagner ym. 2001, 69.)

Asiakaslähtöisyyttä ja proaktiivisuutta tukeva Chronic Care Model koostuu kuudesta osiosta: yhteisö, johto, omahoito, palveluvalikoima, päätöksen tuki ja kliiniset tietojärjestelmät (Kuvio 1). Parhaisiin tuloksiin hoidossa on päästy, kun useimmat osiot ovat käytössä. (Bodenheimer, Majeed & Bindman 2003, 796-799.) Kaikki osiot ovat itsenäisiä, mutta rakentuvat toistensa päälle tukien toisiaan (Wagner ym. 2001, 68-75; Bodenheimer, Wagner & Grumbach 2002a, 1776-1777).



Developed by The MacColl Institute  
© ACP-ASIM Journals and Books

Kuvio 1: Chronic Care Model - Terveishyötymalli osioineen (MacColl Center for health Care Innovation 2013).

Hoidon asiakaslähtöisyys ilmenee mallissa ammattihenkilön ja asiakkaan välisenä yhteistyönä. Päätökset tehdään yhdessä. Lääkärit ovat sairauksien asiantuntijoita ja asiakkaat ovat oman elämänsä asiantuntijoita. Asiakkaille opetetaan oman sairauden hallintaa, kuten ongelman ratkaisutaitoja. Lähtökohtana on, että itsenä motiivointi on tehokkaampaa kuin ulkopuolelta tuleva motiivointi. Asiakas oppii määrittelemään ongelmansa ja ongelmanratkaisukyky tukee asiakasta päätöksissä ja auttaa toimimaan. Omahoidon hallinnan keskeinen ominaisuus on lyhyen aikavälin tavoite viikon tai kahden päähän. Tavoitteen tulee olla realistinen ja sellainen, jonka asiakas uskoo saavuttavansa. Tärkeää on asiakkaan usko itseensä, luottamus siihen, että pääsee tavoitteeseensa. Vaikka asiakkaan ja ammattihenkilön välinen vuorovaikutus on yhteistyötä, vastuu säilyy ammattihenkilöllä, joka käyttää asiantuntemustaan tiedottamalla, aktivoimalla ja avustamalla asiakkaan itsenäistä hoitoa ja tarjoamalla tietoa palveluvalikoimasta. (Bodenheimer, Lorig, Holman & Grumbach 2002b, 2470-2472.)

Case manager eli vastuuhenkilö koordinoi moniammatillisen työryhmän antamaa proaktiivista hoitoa. Proaktiivisuus näkyy mallissa hoidon suunnitelmallisuutena. Hoito on näyttöön perustuvaa, mutta kunkin potilaan yksilöllisistä tarpeista lähtevää. Suunnitellut ja ennalta valmistellut vastaanotot ovat keskeinen osa mallia. Työryhmän sisällä on selvä jako rooleista. Hoi-

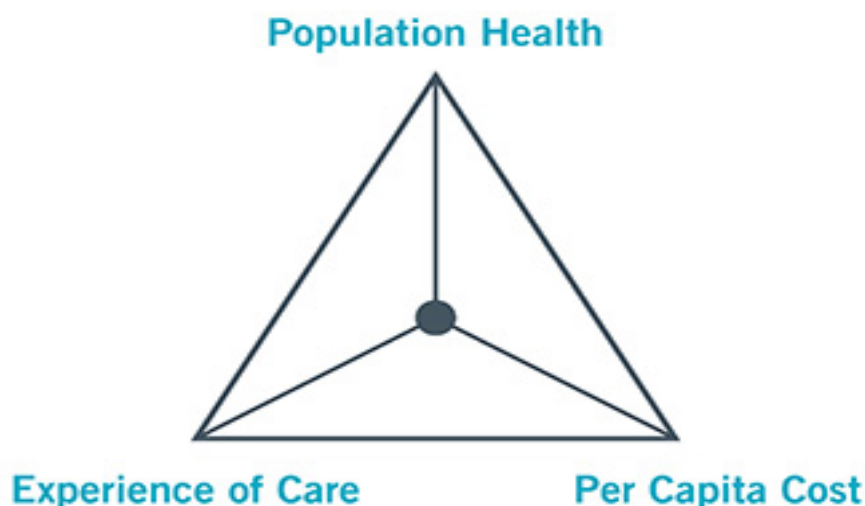
don jatkuvuus varmistetaan seurantakäynneillä. Vastuhenkilö toimii aktiivisen asiakkaan tukena ja valmentajana, joka seuraa tavoitteiden saavuttamista säännöllisillä yhteydenotoilla ja kannustaa omahoidossa sekä tukee ja auttaa vaikeuksien yli. (Bodenheimer ym. 2002a, 1775-1779.)

Suomessa Chronic Care Model nimettiin Terveysyhyötymalliksi. Terveysyhyötymallissa painotetaan erityisesti terveyshyödyn tuottamista ja asiakaslähtöisyyttä. Malli ei ole kohdistettu vain sairauden hoitoon vaan myös sairauksien ennaltaehkäisyyn ja terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen. (Koivuniemi ym. 2014, 79).

## 2.2 Triple Aim - palvelun tuottavuus, saatavuus ja vaikuttavuus

Triple aim -viitekehyksen tarkoituksena on samanaikaisesti sekä parantaa väestön terveyttä ("population health") että asiakkaan kokemusta hoidostaan ("experience of care") ja lisäksi vähentää terveydenhuollon asiakaskohtaisia kustannuksia väestötasolla ("per capita cost") (Lewis 2015). Viitekehyksellä, jossa on nämä kolme ulottuvuutta, on yksi tavoite. Se on kaikkien kolmen ulottuvuuden samanaikainen toteutuminen (Kuvio 2). Tavoite on suuri haaste organisaatioille ja vaatii ponnisteluja. Vaikka viitekehyksen avulla on saatu parannettua väestön terveyttä, samanaikainen kustannusten väheneminen asukasta kohti kokonaistasolla on ollut haastavaa. (Whittington, Nolan, Lewis & Torres 2015, 298.)

# The IHI Triple Aim



Kuvio 2: Triple Aim- mallin tavoite, jolla on kolmen ulottuvuutta (Institute for Healthcare Improvement 2016a).



Jotta voidaan saavuttaa kaikki kolme ulottuvuutta, on huomioitava kolme keskeistä osaa toiminnassa, asiakassegmentointi, palvelujen muotoilu ja jatkuvan oppimisen tukeminen. Ensin on tunnettava toiminnan kohteena olevan alueen väestöpohja. Se on segmentoitava ja valittava ryhmä, jolle palvelun tuottavuus, saatavuus ja vaikuttavuus ovat tärkeitä. Väestöpohjan ollessa selvillä, selvitetään väestön tarpeet ja muotoillaan projektit vastaamaan väestön tarpeita ja tuottamaan nämä palvelut. Interventioiden ohjaaminen on helpompaa eniten niitä tarvitseville. Palveluiden integroiminen on tärkeää. Tämän jälkeen kehitetään suunnitelma, kuinka palvelu tuotetaan suuressa mittakaavassa ja saatetaan kaikille palvelusta hyötyville henkilöille. Kolmas komponentti jatkettaessa Triple Aim toimintamallin toteuttamista on rakentaa jatkuvaa oppimista tukeva ympäristö ylläpitämään tehtyä työtä. (Whittington ym. 2015, 265-279.)

Palveluintegraatiolla voidaan tuottaa kustannuskehitykseltään kestäviä ja laadukkaista palveluja. Asiakaslähtöisessä palvelujen yhteensovittamisessa räätälöidään asiakkaalle sosiaali- ja terveydenhoidon palvelukokonaisuus, jossa on lähtökohtana hänen tarpeet ja voimavarat sekä läheisten ja yhteisön tuki. (Erhola ym. 2013, 18-20.) Toiminnan suunnittelussa on huomioitava asiakkaiden erilaiset tarpeet. Pysyvä hoitosuhde ja hoidon jatkuvuus palveluntarjoajien välillä on tärkeää paljon palveluita käyttäville ja pitkäaikaissairaille. (Leskelä, R., ym.2013, 3167.) Palvelun tarkoituksena on tuottaa arvoa asiakkaalle. Tämä arvo ei synny vain tehdystä suoritteesta vaan niiden vaikutuksista ihmisen arjessa selviytymiseen. (Koivuniemi ym. 2014, 135.)

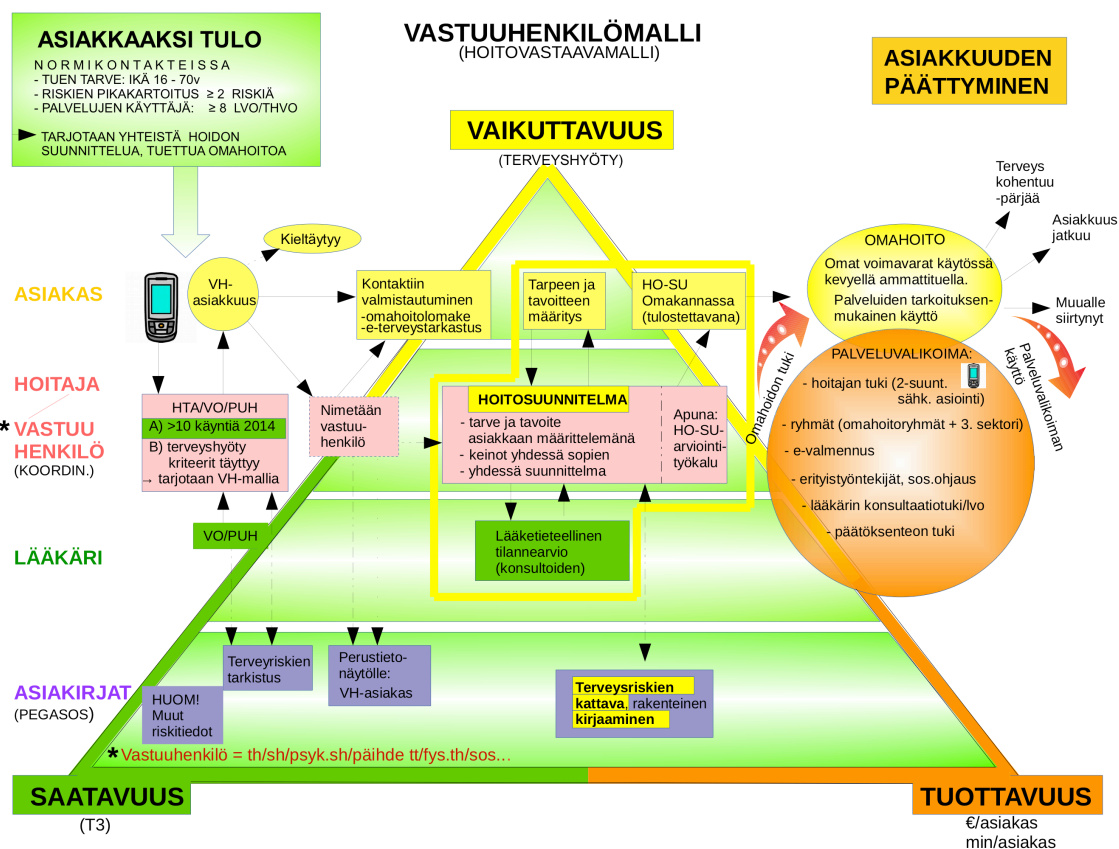
Helsingin kaupungilla asiakkaita segmentoitaessa on poimittu vastuuhenkilöintervention aluksi paljon palveluita käyttävät asiakkaat, jotka ensisijaisesti hyötyvät hoidon koordinoinnista. Heihin otettiin yhteyttä proaktiivisesti terveysasemilta. Vastaanotolla tehtiin yhdessä asiakkaan kanssa hänen tarpeistaan lähtevä terveys- ja hoitosuunnitelma. Toimintaa on laajennettu seuraavaan asiakasryhmään, terveyshyötypotilaisiin. Vastuuhenkilöitä on kullakin terveysasemalla aluksi vain yksi tai kaksi, joille järjestetään säännöllisesti valmennuspajoja ja koulutuspäiviä toiminnasta.

### 2.3 Asiakasvastaavamalli avosairaanhoidossa - hoidon koordinointi ja vaikuttavuus

Muurisen ja Mäntyrannan (2011, 11-14) asiakasvastaavamalli on laajasti ihmisten tarpeet huomioiva asiakas- ja yhteisökeskeinen malli, joka soveltuu erilaisiin toimintaympäristöihin. Hoidon periaatteena on jatkuvuus ja toiminnan vaikuttavuus. Tavoitteena terveyshyödyn tuottaminen, asiakaskeskeisyyden vahvistaminen ja ammattihenkilöstön saatavuuden ja pysyvyyden varmistaminen. Moniammatillinen yhteistyö ja tiimin erilaisen osaamisen hyödyntäminen on toiminnan lähtökohta. Malli lisää myös työn hallittavuutta ja rohkaisee tiimityöhön.

Asiakasvastaava on avosairaanhoidon vastaanotolla toimiva ja hoitoon osallistuva henkilö, joka vastaa sopimuksen mukaan asiakkaan hoidosta ja koordinoi sitä. Hänen toimintansa painottuu pääasiassa omahoitoa tukevaan yhteistyöhön. Asiakasvastaavan rooli on valmentava erityisen auktoriteetin sijaan. (Muurinen & Mäntyranta 2011, 11.) Bodenheimer (2003, 67) kuvaa case managerin eli asiakasvastaavan osuuden Terveyshyötymallissa erittäin onnistuneeksi palvelumuodoksi ja tärkeäksi osaksi potilaan omahoidon tukea. Asiakasvastaava toimii hoitosuhteessa proaktiivisesti.

Helsingin kaupungilla asiakasvastaavamallista käytetään termiä vastuuhenkilömalli. Vastuuhenkilömallitoiminta aloitettiin keväällä 2015 kartoittamalla asiakkaat, joilla on enemmän kuin 10 terveyskeskuslääkärin vastaanottokäyntiä vuonna 2014. Paljon palveluita käyttäville asiakkaille tarjottiin vastaanottoaikaa vastuuhenkilön luona hoidon suunnittelua ja koordinoimista varten. Vuonna 2015 määriteltiin terveyshyötypotilaat (iältään 16-70-vuotias ja > 8 käyntiä/12kk, tuen tarve sekä vähintään kaksi poikkeavaa arvoa riski-indikaattoreissa; verenpaine, painoindeksi, tupakointi, LDL-kolesteroli, pitkäaikaisverensokeriarvo, päihteidenkäytön audit ja Beckin depressioseula). Myös heille tarjotaan osallistumista vastuuhenkilömalliin. Helsingin kaupungilla vastuuhenkilönä voi toimia terveydenhoitaja, sairaanhoitaja ja lähihoitaja, psykiatrinen sairaanhoitaja, päihdesairaanhoitaja sekä fysioterapeutti tai sosiaalihoitaja. (Siefen 2015.) Alla olevassa kuviossa 3 on kuvattu vastuuhenkilömallin prosessin kulku.



Kuvio 3: Helsingin vastuuhenkilömalli (Siefen & Lommi 2015)

Vastuuhenkilömallin prosessin kuvauksessa näkyy sekä Terveyshyötymallin että Triple Aimin viitekehykset. Terveys- ja hoitosuunnitelman avulla koordinoidaan hoitoa. Tärkeänä tavoitteena on hoidon vaikuttavuus eli saavutettu terveyshyöty.

#### 2.4 Terveys- ja hoitosuunnitelma omahoidon ja hoidon koordinoinnin tukena

Terveys- ja hoitosuunnitelma on kehitetty 2010 luvun alussa Sosiaali- ja terveysministeriön ja Terveysten ja hyvinvoinninlaitoksen yhteistyönä (Komulainen, Vuokko & Mäkelä 2011, 10-11). Terveys- ja hoitosuunnitelma on kokonaisvaltainen ja potilaskohtainen suunnitelma, jossa kuvataan kaikki potilaan tunnistamat terveysongelmat yhdessä suunnitelmassa hoidon suunnittelun ja koordinoinnin tueksi. Se on potilaskohtainen asiakirja ja osa hoitokertomusta. Terveys- ja hoitosuunnitelma kattaa hoitajaksojen väliset suunnitelmat ja se laaditaan kaikille asiakkaille, jotka hyötyvät suunnitelmasta. Terveys- ja hoitosuunnitelma tulee erottaa hoitotyön kirjaamisesta. Hoitotyön suunnitelma koskee hoitajakson aikaista aikaa. (Vuokko ym. 2011, 35-36; Virkkunen ym. 2015, 94-95.)

Terveys- ja hoitosuunnitelman tavoitteena on asiakkaan motivoiminen oman terveytensä hoitamiseen voimavarojensa rajoissa sekä jatkuvuus. Hoidon tarpeet ovat asiakkaan itsensä tunnistamia terveysongelmia. Näiden pohjalta asiakas kartoittaa hoidon tavoitteet ammattihenkilön tukemana. Yhteisillä tavoitteilla pyritään voimaannuttamaan potilasta ja hänen läheisiään osallistumaan hoidon toteuttamiseen. (Komulainen ym. 2011, 12-13; Vuokko ym. 2011, 36; Virkkunen ym. 2015, 95.) Terveystoimilaki (1326/2010) vuodelta 2011 säätää oikeudesta saada hoitosuunnitelman mukaista hoitoa oman terveyskeskuksen ulkopuolella. Vastuu terveys- ja hoitosuunnitelmasta säilyy kuitenkin asiakkaan omassa terveyskeskuksessa (Vuokko ym. 2011, 36).

Asiakkaalla on vain yksi terveys- ja hoitosuunnitelma, jossa kuvataan kaikki hänen terveysongelmansa ja niihin liittyvät terveydenhuollon palveluntarjoajien suunnittelemat toimet. Suunnitelma päivitetään aina vastaanoton tai hoitajakson jälkeen. Terveystoimilain ammattilainen on vastuussa terveys- ja hoitosuunnitelman ylläpidosta ja ylläpitoon osallistuvat kaikki potilasta hoitavat terveydenhuollon ammattihenkilöt yli organisaatorajojen. (Vuokko ym. 2011, 36; Virkkunen ym. 2015, 94-95.) Terveys- ja hoitosuunnitelma lisää potilasturvallisuutta moniammatillisessa hoidossa. Hoito on suunnitelmallista ja tieto siitä on koko hoitoketjun käytössä. (Vuokko ym. 2011, 36.) Suunnitelman tavoitteena on hoidon laadun paraneminen ja palvelujen käytön väheneminen sekä potilastyytyväisyyden lisääntyminen (Sisso, Karjanlahti & Kuronen 2015).

Terveys- ja hoitosuunnitelma on asiakaslähtöisen tiedon johtamista. Kansallisesti yhtenäisessä terveys- ja hoitosuunnitelmassa kirjataan rakenteisesti luokiteltuihin tietokenttiin. Terveys- ja hoitosuunnitelma koostuu seitsemästä pääkomponentista, jotka ovat perustiedot, hoidon tarve, hoidon tavoite, suunnitellun hoidon toteutus ja keinot sekä suunniteltu tuki ja hoidon seuranta ja arviointi, vastuussa oleva ammattihenkilö sekä terveys- ja hoitosuunnitelman muut tiedot. (Virkkunen ym. 2015, 94- 95.) Saman suunnitelman käyttö eri palveluyksiköissä mahdollistaa tiedon soveltamisen ja vähentää kaksoiskirjaamista. Rakenteinen tieto on siirrettävissä potilaskertomuksesta terveys- ja hoitosuunnitelmaan, kuten esimerkiksi diagnoosit tai lääkitysoso. (Komulainen ym. 2011, 12-13; Vuokko ym. 2011, 36.) Suunnitelma tukee myös asiakkaan omaa osallistumista ollen nähtävissä Kanta-palvelun Tiedonhallintapalvelussa. Koskin korostaakin Gröndahl ja Leino-Kilven (2013, 20-22) teoksessa tätä tiedon tuottamisen, esittämisen, varastoimisen, muuntamisen ja soveltamisen keskeisyyttä nykypäivän terveydenhuollon toiminnassa ja johtamisessa.

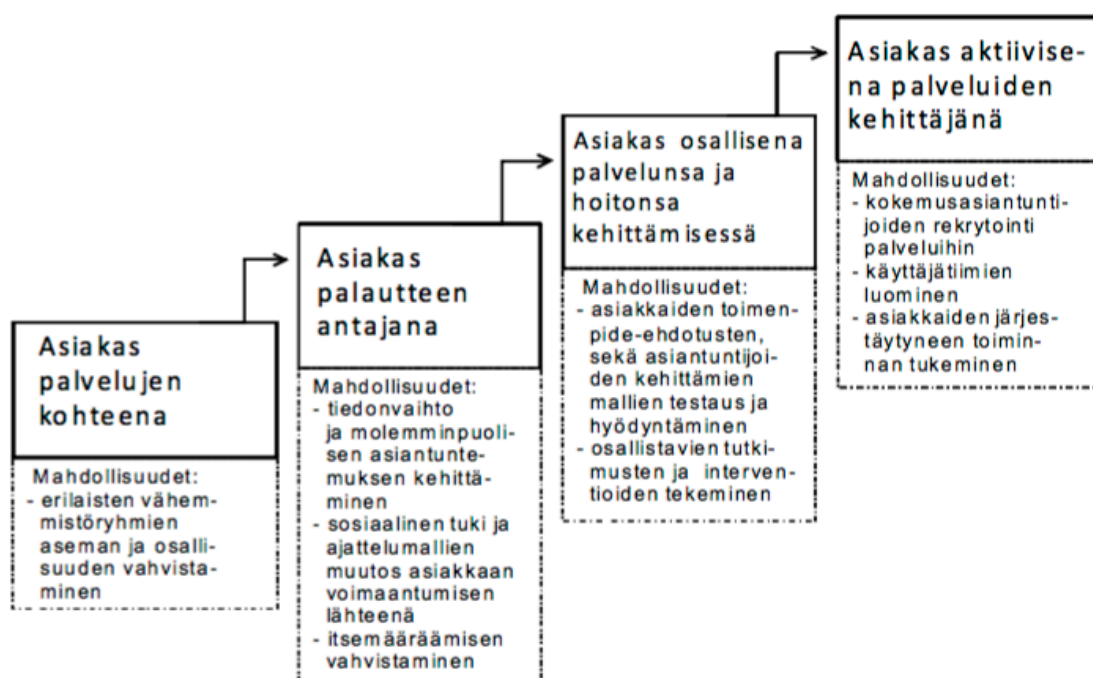
Terveys- ja hoitosuunnitelma pilotoitiin perusterveydenhuollon potilaiden hoitoa kehitettävässä Väli-Suomen Potku- hankkeessa (Numminen 2012, 2). Sen kehittäminen oli keskeinen osa tätä hanketta. Hankkeessa kehitettiin myös apuvälineitä suunnitelman tekemisen tueksi sekä ammattilaisille että asiakkaille. Omahoitolomake auttaa asiakasta valmistautumaan ennen vastaanottoa terveys- ja hoitosuunnitelman tekoon ja on hyvä pohja asiakkaan arjen kartoitukselle vastaanotolla. Auditointiohje, joka sisältää muistilistan suunnitelman avaintekijöistä, auttaa ammattihenkilöä terveys- ja hoitosuunnitelman tekemisessä ja tehtyjen suunnitelmien analysoinnissa. (Innokylä 2015b.) Terveys- ja hoitosuunnitelma on saatavilla Kanta-palvelun tiedonhallintapalvelussa terveydenhuollon toimijoille vuoden 2017 loppuun mennessä (Kanta 2016). Sitä ennen kukin terveydenhuollon yksikkö kirjaa terveys- ja hoitosuunnitelman omaan potilastietojärjestelmään käyttäen yhteisesti sovittua rakennetta.

## 2.5 Asiakkuus ja osallistuminen omaan hoitoon

Asiakkaana oleminen on lähtökohta ihmiskeskeiseen toimintaan terveydenhuollossa (Koivuniemi & Simonen 2011, 52-53, 93). Asiakkaan rooli potilaan roolin sijaan korostaa palvelun käyttäjän aktiivista roolia, vastuuta omasta hoidosta sekä valinnanvapautta. Se korostaa sosi-aali- ja terveyspalveluiden käyttäjäkeskeisyyttä. Ihminen, jolla on pitkäaikaissairaus voi elää tasapainoista elämää hyvän hoidon tukemana ja tällöin asiakas termi on perusteltu. (Muurinen & Mäntyranta 2011, 5.) Koivuniemi & Simonen (2011, 52-53, 93) vertaavat eroa palveluyrityksen asiakkuuden aseman ja terveydenhuollon potilaan aseman välillä. Asiakas on palvelun keskipiste ja palvelun tarjoajien kanssa vuorovaikutuksessa, kun taas terveydenhuollossa potilas on sairas ja painopisteinä on potilaan rajalliset voimavarat vahvuuksien sijasta.

Terveysthuollon asiakkaan rooli osallistujana on muuttunut viime vuosina. Hoidon priorisoinnin suunta on siirtynyt enemmän asiakkaan tarpeista lähteväksi. Hoitotyön keskiössä on asiakas ja hänen arvot, mieltymykset, persoona ja tarpeet. Asiakkaan osallisuus on oikeutta arvojen mukaisiin päätöksiin omassa hoidossa, omahoitoa yksilölliseen tilanteeseen sovellettuna ja hoitopäätösten tekemistä oman hoitonsa asiantuntijana yhteisymmärryksessä ammattilaisen kanssa. Tavoitteena on, että asiakkaan osallisuus omaan hoitoon kehittyä osallistumiseksi omaan hoitoon. (Gröndahl & Leino-Kilpi 2013, 24-29.)

Kaseva (2011, 44) kuvaa kirjallisuuskatsauksessaan asiakkaan osallisuutta etenevänä prosessina, jossa osallisuus lisääntyy. Prosessin alussa asiakas on passiivinen ja palvelun kohde. Osallisuuden kasvaessa asiakas kehittyä palautteen antajaksi, osalliseksi oman hoitonsa kehittämisessä edeten aktiiviseksi palveluiden kehittäjäksi. Alla olevassa kuviossa 4 kuvataan nämä asiakkaan osallisuusprosessin vaiheet.



Kuvio 4: Asiakkaan osallisuus prosessina (Kaseva 2011, 44).

Asiakkaiden osallisuus palvelujen kehittäjänä näkyy myös Sosiaali- ja terveysministeriön strategiassa sosiaalisesti kestävästä yhteiskunnasta, missä korostuu palvelujen lähtökohtana asiakaskeskeisyys, hyvinvoinnin aktiivinen edistäminen ja painopisteen siirtäminen sosiaali- ja terveyspalveluissa entistä enemmän ennaltaehkäisevään toimintaan. Palveluita uudistettaessa käyttäjät ovat aktiivisesti mukana niiden kehittämisessä. Heidän tietoisuutensa palveluista ja hoitovaihtoehdoista lisääntyy ja he oppivat kantamaan vastuuta omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan. Strategiassa korostetaan kolmannen sektorin keskeistä osuutta terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä sekä tavoitetta viranomaisen ja järjestöjen yhteistoiminnasta. (STM 2011, 10-13.)

Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas (2011, 16) toteavat asiakkuusajattelun lisääntyneen asiakkaiden saadessa enemmän vastuuta terveydenhuollon palveluissa. Asiakkuutta tukemalla pyritään yksilön arjessa pärjäämiseen (Koivuniemi & Simonen 2011, 52-53). Kasevan (2011, 45) mukaan tarvitaan lisää tietoa malleista, jolla asiakkaan itsemääräämistä, osallisuutta ja vaikuttamista voidaan mitata ja kehittää. Palvelurakenteiden muutoksessa tulee huomioida asiakkaan aseman vahvistaminen ja tasavertaisuus eri ryhmien kohdalla. Jokaisella on oikeus räätälöidä palveluita omiin tarpeisiinsa eikä sopeuttaa tarpeensa järjestelmän tarjoamiin kehyksiin.

## 2.6 Asiakaslähtöisyys hoidon lähtökohtana ja arvona

Kansainvälinen hoitotieteellinen kirjallisuus ei määrittele käsitettä asiakaslähtöisyys (client orientation). Lähin käsite, joka löytyi MeSh-sanastosta on ”patient centered”, potilaskeskeinen. Käsitteelle ei ole yksimielistä määritelmää. Potilas/asiakaskeskeisyyden ja asiakaslähtöisyyden erottaminen on haastavaa. Institute of Medicine (IOM) rinnastaa potilaskeskeisyyteen käsitteet person-centered, customer centered, personalized ja individualized (Institute of Medicine 2001, 48-51).

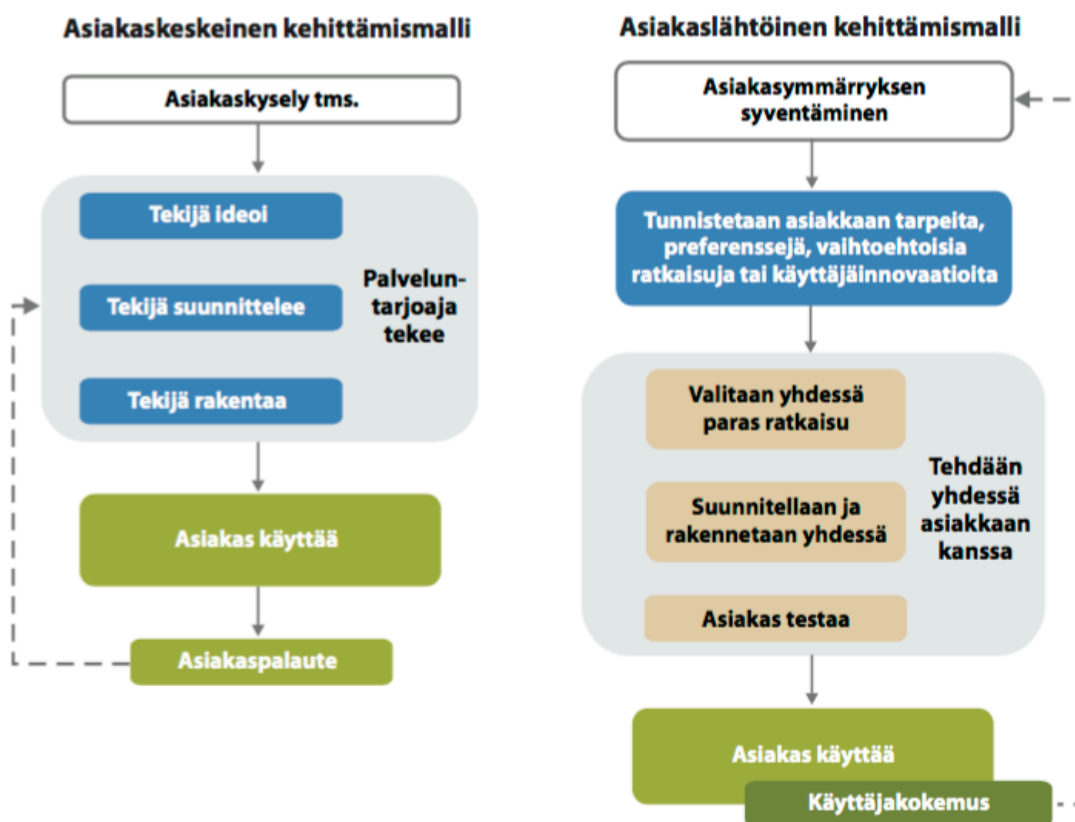
Institute of Medicine:n (IOM) mukaan potilaskeskeisyys pohjautuu potilaan kokemuksiin sairaudesta ja terveydenhuollosta ja kykyyn huomioida kunkin potilaan tarpeet. Potilaskeskeinen hoito jaetaan kuuteen ulottuvuuteen. Se on vastaamista potilaan tarpeisiin varmistaen, että potilaan arvot ohjaavat päätöksen tekoa. Se korostaa asiakkaan ja ammattilaisen välisen yhteistyön tärkeyttä parhaan hoitotuloksen saavuttamiseksi ja tukee tiedonantamista, kommunikointia ja opetusta, jotka mahdollistavat paremman käsityksen hoidosta ja tietoisien päätöksenteon. Sen tarkoituksena on helpottaa fyysistä epämukavuutta. Hoidon koordinointi mahdollistaa saumattoman siirtymisen organisaatioiden välillä ja hoidon jatkuvuuden. Se sallii perheen ja ystävien osallistumisen hoitoon. (Institute of Medicine 2001, 48-51.)

Institute for Healthcare Improvement:n (IHI) mukaan potilaskeskeinen hoito ottaa huomioon potilaan kulttuuriset tavat, henkilökohtaiset mieltymykset ja arvot, perhetilanteen ja heidän elämäntapansa. Siinä potilas läheisineen on oleellinen osa yhteistyötiimiä, joka tekee päätökset yhdessä. Hoitoa, joka ei ole haluttu tai tarvittu voidaan vähentää. Tavoitteena on, että hoito on korkealaatuista ja tehokasta ja parantaa potilaan kokemuksia. (Institute for Healthcare Improvement 2016b.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämissuunnitelmassa (KASTE) asiakaslähtöisyys määritellään asiakkaan vaikutusmahdollisuudeksi hoidon eri vaiheissa, kuten hoidon tarpeen

määrittely, suunnittelu, toteutus ja arviointi sekä saumattomaksi hoidoksi yli organisaatiörajojen eri palvelukokonaisuuksissa (STM 2009, 40).

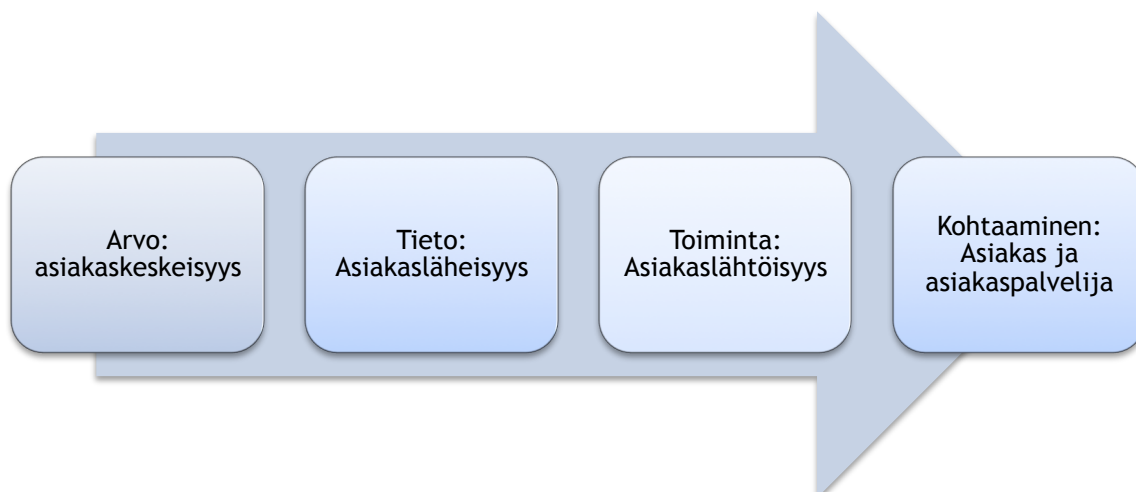
Asiakaskeskeisyyden ja asiakaslähtöisyyden ero ei ole selvä. Niitä käytetään jopa synonyymeinä. Virtanen ym. (2011, 36-59) käsitteli katsauksessaan ”Matkaoppaassa asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämiseen” asiakaskeskeisyyden ja -lähtöisyyden eroa. Heidän mukaan asiakaskeskeisyydessä asiakas on keskiössä, mutta toiminta on organisaatiokeskeistä ja perustuu organisaation arvoihin ja asenteisiin sekä asiakaskeskeisten palveluiden kehittämiseen. Toimija on ammattilainen. Asiakaslähtöisyys on kunkin asiakkaan kohtaamista yksilönä sekä asiakaslähtöisten palveluiden tuottamista eri asiakasryhmille lähtökohtana asiakasymmärrys. Toiminta perustuu asiakkaan arvoihin ja asenteisiin ja asiakas itse on aktiivinen toimija. Asiakkaalle palvelun asiakaslähtöisyys riippuu siitä, kuinka asiakaslähtöiseksi hän kokee palvelun, ei kuinka asiakaslähtöisesti palvelu on tuotettu. Tähän päästääkseen ammattilaisella tulee olla asiakasymmärrystä. Asiakasymmärrys on jalostettua ja käyttötilanteeseen kiinnitettyä asiakastietoa. Tieto on analysoitua ja hyödynnettävää sisältäen sekä asiakkaalta saadun tiedon että asiakkaasta saadun tiedon. Asiakasymmärryksen käyttäminen esimerkiksi asiakaslähtöisen toiminnan suunnitteluun organisaatiotasolla on tiedolla johtamista. Asiakaskeskeisyyden ja asiakaslähtöisyyden piirteitä on vertailtu kuviossa 5.



Kuvio 5: Asiakaskeskeisen ja asiakaslähtöisen kehittämismallin erot (Virtanen ym. 2011, 37).

Keskeinen ero asiakaskeskeisyyden ja -lähtöisyyden välillä on asiakkaan osallistuminen toiminnan suunnitteluun ja asiakasymmärryksen hyväksikäyttö. Asiakaslähtöisessä toiminnassa on keskeistä asiakkaan aktiivinen osallistuminen toimintaan ja sen suunnitteluun. Asiakas ja ammattihenkilö toimivat kumppaneina tehtäessä päätöksiä hoidosta. Asiakasymmärrys on toinen keskeinen seikka asiakaslähtöisessä toiminnassa. Asiakaslähtöisten palvelujen suunnittelu ja toiminta perustuu asiakasymmärrykseen. (Virtanen ym. 2011,36-59.)

Aarnikoivu (2005, 30-32) puolestaan käsittelee asiakaskeskeisyyden ja asiakaslähtöisyyden suhdetta (Kuvio 6) yritystoiminnassa. Siinä aito asiakaslähtöisyys on asiakaskeskeisyyden käytännöllistämistä yrityksen kaikessa toiminnassa. Asiakaskeskeisyys on arvo. Yritys, joka on sitoutunut asiakaskeskeisyyden arvoon, on asiakasläheinen ja asiakaslähtöinen. Asiakasläheisyys tarkoittaa, että yrityksellä on asiakkaita koskevaa tietopääomaa ja he kartuttavat sitä eri kanavien kautta. Asiakaslähtöisyys on toiminnan muoto yrityksessä.



Kuvio 6: Asiakaslähtöisyys on asiakaskeskeistä toimintaa (Aarnikoivu 2005, 17).

Asiakaslähtöisyys näyttöön perustuvassa hoitotyössä edellyttää, että asiakkaalla on mahdollisuus osallistua oman hoidon päätöksentekoon. Ammatilainen yhdistää kliinisellä asiantuntijuudellaan asiakaslähtöisyyden ja tutkimustiedon asiakkaan tarpeita ja toiveita vastaavaksi yksilölliseksi ratkaisuksi. Osallistuminen oman hoidon päätöksen tekoon lisää sitoutumista hoitoon ja lisää luottamusta hoitosuhteeseen. Päätöksenteko perustuu toisiaan arvostavaan vuorovaikutukseen, dialogiin, asiakkaan ja ammattilaisen välillä. (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 68-73.)

Virtanen ym.(2011, 11-12) toteavat, että asiakkaan merkitys on sosiaali- ja terveydenhuollossa tunnustettu ja teoretisoitu, mutta asiakaslähtöiset palvelut ovat edelleen organisaation tarpeista lähtevin perustein luotuja ja määriteltyjä. Asiakaslähtöisyys on asiakkaalle hänen tarpeidensa olemista keskiössä. Se on sekä palvelua, joka on hänen tarpeistaan lähtevää että



kokemusta tästä palvelusta. Tämän saavuttamiseen tarvitaan koko järjestelmän muuttamista asiakaslähtöiseksi, sillä asiakas liikkuu yli organisaatorajojen palvelukokonaisuuksissaan.

Leväsluoto ja Kivisaari (2012, 17-31) arvioivat tutkimuksessaan asiakaslähtöisten palveluiden käyttöönoton edellytyksiä. Tutkimus oli osa Kurkiaura-hanketta, jonka tarkoituksena oli muokata sosiaali- ja terveydenhuollon palvelumalleja kroonisiin sairauksiin asiakaslähtöisiksi. Tavoitteena oli, että palvelumallit tukevat asiakkaan oman terveyden ja sairauden hoitoa ja vastuunottoa sekä yhdistävät julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin palvelut kokonaisuudeksi. Myös tässä tutkimuksessa huomattiin, että asiakaslähtöisyys on haastava ja moni merkityksellinen käsite, jota haastateltujen asiantuntijoiden oli vaikea hahmottaa. Asiakaslähtöisyys koettiin myönteiseksi asiaksi, mutta sen nähtiin tuottavan hyötyä vain asiakkaalle. Tutkijat epäilivätkin, että ammattihenkilöiden asenne muutokseen vaikeutuu, jos he eivät tunnista saatavaa hyötyä ammattihenkilöille ja yhteiskunnalle. Leväsluoto ja Kivisaari totesivat usean ammattihenkilön ajatusta ohjaavan edelleen ajatus ammattilaisesta keskiössä. Asenteissa tarvitaan muutosta, jotta saataisiin asiakas keskiöön ja potilas nähtäisiin asiakkaana sekä toiminnan kehittäjäkumppanina. Asiakaslähtöisyyden esteenä pidettiin ammattihenkilöiden asenteita ja resursseja. He kokivat pelkoa toiminnan muutoksesta ammattiryhmien sekä ammattihenkilöiden ja asiakkaan välillä. Asiakaspalautteet koettiin negatiivisiksi ja syyttäväksi, mikä johtui osaksi terveydenhuollon johtajaosaamisen puutteesta ja syyllistävistä johtamiskulttuurista ja hankaloitti asiakkaiden hyväksymistä toiminnan kehittämiseen.

## 2.7 Proaktiivinen toiminta hoitotyössä

Proaktiivisuus tarkoittaa tulevaisuuden haasteiden ja uhkien tunnistamista ja niihin varautumista. Lähikäsitteitä ovat ennakointi, valmistautumien ja varautuminen. (Finto 2009.) Terveydenhuollossa ennakointi on sairauden ennakointia tai sen pahenemisen ennakointia. Sairauden riskien tunnistamista ja sairauden ehkäisyä. Proaktiivisuus ehkäisee reaktiivisen toimenpiteen tarvetta. Proaktiivisuus on terveyden edistämistä. Terveyden edistäminen vaati vähemmän resursseja sairaanhoitoon verrattuna. (Koivuniemi ym. 2014, 47,80.)

Tässä kehittämistyössä proaktiivisuutta lähestytään ammattihenkilön näkökulmasta, mitä on proaktiivisuus ammattilaisen toiminnassa avosairaanhoidossa. Tämä näkökulma on varsin vähän käsitelty aihe eikä siitä ole suomalaista tutkimusta julkaistu juurikaan. Orava, Kyngäs & Kääriäinen (2012) käsittelevät kirjallisuuskatsauksessaan proaktiivista puhelinohjausta ja toteavat, että proaktiivinen toiminta suunnitelmallisuuden ja tiimityön takia voi tuoda hallittavuutta hoitotyön arkeen.

Yagasaki ja Komatsu (2013) määrittelevät proaktiivisuuden läsnäolon näkyvyytenä toisille terveydenhuollon palveluntuottajille, kuten hoidon koordinoitina ja yhteistyönä eri terveyden-

huollon ammattilaisten välillä. Proaktiivinen toiminta on ennakoivaa hoitoa. Hoitaja innovoi uusia tapoja säännölliseen yhteydenpitoon asiakkaan kanssa. Hän ennakoii potilaiden tarpeita, toimii ennakkoon ja puuttua asiaan ajoissa ehkäisten vastoinkäymisiä. Hoitajat toimivat yhteistyössä potilaan kanssa yhteisesti sovittuihin tavoitteisiin pääsemiseksi. Mills, Loney, Jamieson, Gafni, & Browne (2010) totesivat tutkimuksessaan, että proaktiivisella toiminnalla on merkittävää hyötyä perusterveydenhuollon sydän ja verisuonitautiriskipotilaiden hoidossa. Proaktiivinen riskien tunnistaminen ja riskitekijöiden hallinta ennen diagnoosia voi ehkäistä sairastumista ja pitkällä aikavälillä sen voidaan olettaa vähentävän riskien määrää verrattuna perinteiseen hoitoon.

Koivuniemi ym. (2014, 157-161) analysoivat kirjassaan proaktiivisuutta osana terveydenhuollon toimintatapojen uudistamista. Vastaanottokeskeinen hoitaminen avosairaanhoidossa vie paljon resursseja ja ajaudutaan vähentämään panosta sairauksien ennaltaehkäisystä, jotta voidaan hoitaa sairaita. Lisäämällä vastaanottoaikoja ei kuitenkaan voida vaikuttaa vastaanotolle hakeutuvien määrään. Proaktiivisessa hoidossa pyritään vaikuttamaan vastaanotolle tulevien määrään ja parantamaan hoidon vaikutuksia ja yksilöiden pärjäämistä arjessa kehittämällä vastaanottojen ulkopuolista toimintaa tukemaan hoitokokonaisuuksia. Palvelumallissa tarjotaan tukea ja kannustusta omahoidossa pärjäämiseen perinteisten vastaanottojen ulkopuolella, puhelimitse, ryhmissä, ryhmävastaanotoilla. Tarkoituksena asiakkaan voimaantuminen omanhoidon asiantuntijana ammattilaisen tuella, ohjauksella ja kannustamisella.

## 2.8 Hoitotyön kirjaamista koskeva lainsäädäntö

Lainsäädäntö ohjaa hoitotyön kirjaamista. Tässä kappaleessa käsitellään, miten lainsäädäntö ohjaa terveys- ja hoitosuunnitelman kirjaamista. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, 4a§) säätää, että toteutettaessa terveyden- tai sairaanhoitoa on tarvittaessa laadittava tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta koskeva suunnitelma. Suunnitelmasta tulee ilmetä potilaan hoidon järjestäminen ja toteutusaikataulu. Se on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa tai läheisensä taikka laillisen edustajansa kanssa.

Terveys- ja hoitosuunnitelma on osa sähköistä potilaskertomusta. Henkilötietolaki (523/1999), Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta (621/1999) ja Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, 13§) säätävät suunnitelman salassapitovelvollisuudesta, joka koskee kaikkia hoitoon osallistuvia henkilöitä. Potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvat saavat käsitellä potilasasiakirjoja vain siinä laajuudessa kuin heidän työtehtävänsä ja vastuunsa sitä edellyttävät (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 289/2009, 4§, 6§, 7§).

Käyttöoikeuksien hallintajärjestelmän avulla valvotaan asiakastietojen sähköistä käyttöä ja seurataan käyttöoikeuksia. Kaikesta asiakastietojen käytöstä ja jokaisesta asiakastietojen

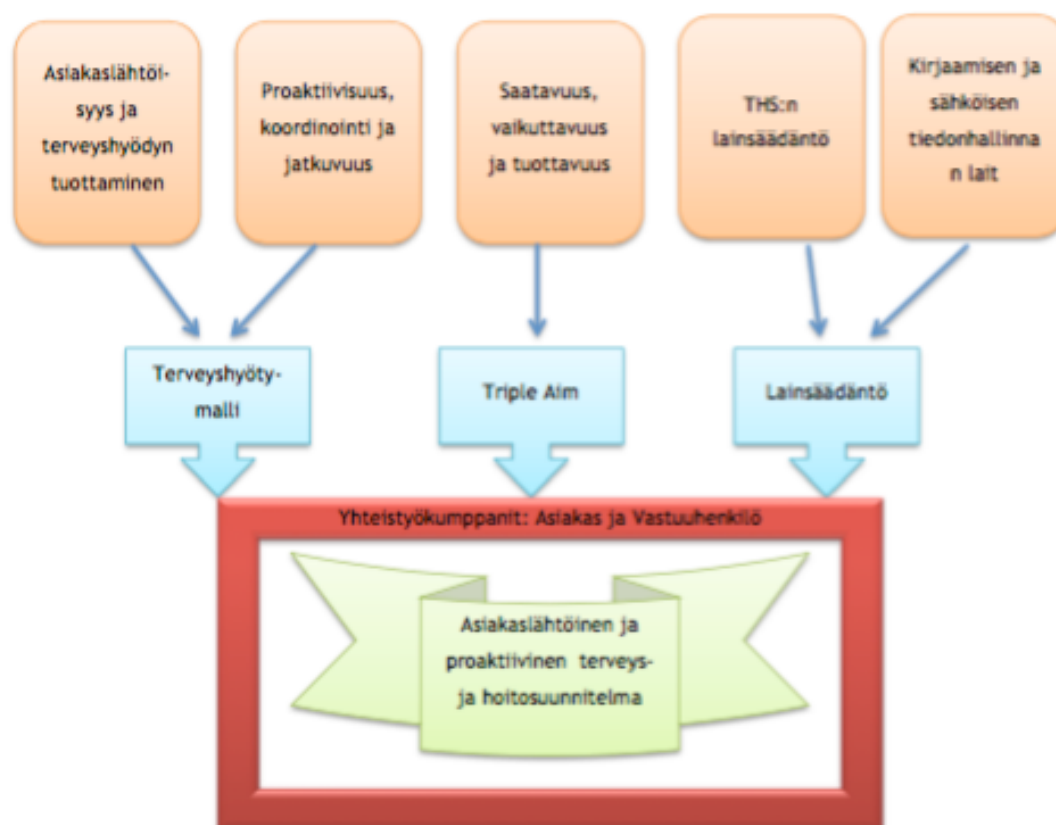
luovutuksesta tallentuu lokitiedot lokirekisteriin ja asiakastietojen käsittelijä on tunnistettava luotettavasti organisaation myöntämällä käyttöjärjestelmä-tunnuksilla. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007, 5§,8§.)

Kansaneläkelaitos hoitaa arkistointipalvelua (Kanta) sekä sen osana potilasasiakirjojen luovutusta varten hakemistopalvelua ja potilaan tiedonhallintapalvelua. Potilaan tiedonhallintapalvelun kautta voidaan näyttää potilaan terveys- ja hoitosuunnitelma sen mukaan kun potilas on hyväksynyt luovutuksen. Potilastietoja saa luovuttaa valtakunnallisten tietojärjestelmäpalveluiden avulla ainoastaan toiselle terveydenhuollon palvelujen antajalle potilaan terveyden- ja sairaanhoidon järjestämiseksi ja toteuttamiseksi. Luovutus tulee perustua potilaan antamaan suostumukseen. Sähköiseen luovutuspyyntöön perustuva tietojen luovutuksessa on varmistettava hoitosuhteen voimassaolo. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007, 8§,10§, 14§.)

Asiakkaalla on oikeus saada tietoja potilasasiakirjoistaan. Ensisijaisesti asiaa arvioidaan lain potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992 13§) mukaan. Koska potilaan oikeudesta saada potilastietoja tai asianomaisen asemassa olevan oikeutta saada toisen henkilön potilastietoja ei ole potilaslaissa määriteltä, sovelletaan henkilötietolain (523/1999) ja julkisuuslain (621/1999) säännöksiä. Näiden mukaan potilaalla on oikeus saada itsestään viranomaisen potilasrekisteriin tallennettu tietoja.

## 2.9 Teoreettinen yhteenveto

Kuviossa 7 kuvataan kehittämistyön tietoperustan suhdetta asiakaslähtöisen ja proaktiivisen terveys- ja hoitosuunnitelman tekemiseen ja kirjaamiseen. Keskeistä on hoidon perustuminen asiakkaan asettamiin tarpeisiin sekä yhteistyö ja kumppanuus asiakkaan ja ammattilaisen välillä suunnitelman teossa ja toteutuksessa. Suunnitelman tavoitteena on hoidon vaikuttavuus eli terveyshyödyn tuottaminen asiakkaalle (Koivuniemi, ym. 2014, 81-83,145-146) ja asiakkaan osallisuuden kehittyminen osallistumiseksi omaan hoitoon (Gröndahl & Leino-Kilpi 2013, 24-29).



Kuvio 7: Asiakaslähtöisen ja proaktiivisen terveys- ja hoitosuunnitelman (THS) viitekehys

Tätä kehittämistyötä ohjaa viitekehystenä Terveyshyötymalli ja Triple Aim-malli. Molemmat mallit pyrkivät mahdollistamaan entistä paremman omahoidon ja palvelujen integraation. Näin tuotetaan terveyshyötyä asiakkaalle ja samalla parannetaan hoidon saatavuutta eniten palvelua tarvitseville ja pienennetään asiakaskohtaisia hoidon kustannuksia väestötasolla.

Terveys- ja hoitosuunnitelman tekoa ja sen asiakaslähtöisyyttä ja proaktiivisuutta ohjaa myös terveydenhuollon lainsäädäntö. Suunnitelmasta tulee ilmetä potilaan hoidon järjestäminen sekä toteutusaikataulu. Se on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa tai läheisensä taikka laillisen edustajansa kanssa. Potilaan tiedonhallintapalvelun kautta voidaan näyttää potilaan terveys- ja hoitosuunnitelma sen mukaan, kun potilas on hyväksynyt tietojen luovutuksen. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 4a§; Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007, 8§, 10§, 14§.)

### 3 Kehittämistyön toteutus

Kehittämisprojektin idea saatiin toimeksiantona Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksesta osana perusterveydenhuollon avosairaanhoidon toiminnanmuutosta, jossa tavoitellaan asiakaslähtöisyyttä ja huomioidaan erityisesti paljon palveluita tarvitsevat asiakkaat, joiden hoito on vaarassa joutua useaksi erilliseksi palveluksi (Helsingin kaupunki 2014, 24-25). Toimeksiantona oli kartoittaa terveys- ja hoitosuunnitelmien nykytila ja mallintaa asiakaslähtöinen ja proaktiivinen terveys- ja hoitosuunnitelma sekä arviointimenetelmä.

#### 3.1 Kehittämisympäristö

Kehittämisympäristönä oli Helsingin kaupungin terveysasemat ja yhteistyökumppanina olivat vastuuhenkilömallin ohjausryhmä sekä vastuuhenkilöt terveysasemilla. Helsingin väkiluku on n. 630 000. Siellä on 25 terveysasemaa, joissa vuonna 2015 oli yhteensä n. 1 500 000 avosairaanhoidon lääkäri- ja terveydenhoitajakäyntiä. (Helsingin kaupungin tietokeskus 2016, 3, 10.) Jokaisella terveysasemalla on yksi tai kaksi vastuuhenkilöä, jotka vastaavat terveyshyötytilaisten hoidon koordinoinnista ja tekevät heille terveys- ja hoitosuunnitelman. Vastuuhenkilönä voi toimia terveydenhoitaja, sairaanhoitaja, lähihoitaja, psykiatrinen sairaanhoitaja, päihdehoitaja, sosiaalihoitaja tai fysioterapeutti riippuen asiakkaan hoidon tarpeesta. Terveys- ja hoitosuunnitelmien tekeminen on aloitettu syksyllä 2015. Vastuuhenkilömallin ohjausryhmä vastaa mallin impletoinnista ja kouluttaa vastuuhenkilöä. Kehitysideoiden luomiseen osallistui kuusi vastuuhenkilöä, jotka valikoituivat satunnaisesti vastuuhenkilövalmennukseen osallistuneista.

#### 3.2 Kehittämistyön tehtävät, tavoite ja tarkoitus

Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli selvittää, mitä terveys- ja hoitosuunnitelman asiakaslähtöisyydellä ja proaktiivisuudella ymmärretään sekä tunnistaa asiakaslähtöisyys ja proaktiivisuus terveysasemien terveys- ja hoitosuunnitelmien kirjauksista. Kehittämistyössä oli tavoitteena kehittää terveys- ja hoitosuunnitelman asiakaslähtöisyyttä ja proaktiivisuutta.

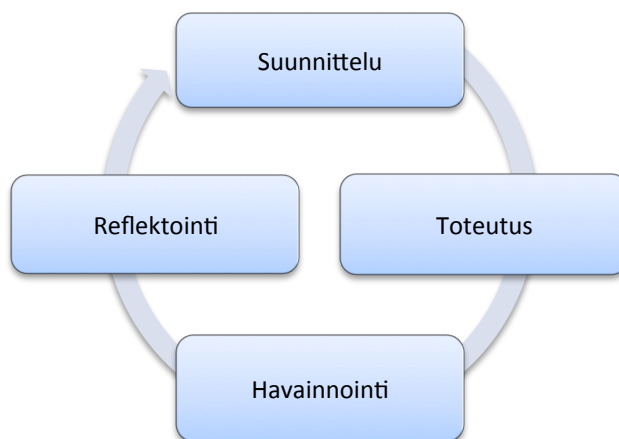
Kehittämistehtävänä oli

1. Selvittää, mitä terveys- ja hoitosuunnitelman asiakaslähtöisyydellä ja proaktiivisuudella ymmärretään.
2. Tunnistaa asiakaslähtöisyys ja proaktiivisuus terveysasemilla tehtyjen terveys- ja hoitosuunnitelmien kirjauksista.
3. Kehittää terveys- ja hoitosuunnitelman asiakaslähtöisyyttä ja proaktiivisuutta.

### 3.3 Kehittämistyössä käytetyt menetelmät

Kehittämistyö oli toiminnallinen tutkimus, jota käsiteltiin laadullisesti ja joka oli interventiosuuntautunut. Siinä tavoiteltiin käytännön hyötyä avoterveydenhuollon toiminnanmuutokseen. (Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2006, 28; Metsämuuronen 2008, 31.) Asiakaslähtöisyys ja proaktiivisuus ovat uudenlainen ajattelutapa avosairaanhoidon suunnittelussa. Siinä asiakkaan rooli on aktiivinen ja keskiössä. Uusi ajattelutapa vaatii opettelua sekä asiakailta että ammattihenkilöiltä. (Gröndahl & Leino-Kilpi 2013, 29.) Toimintatutkimus soveltui hyvin uuden toimintatavan ja näkökulman kehittämiseen käytännönläheisyyden takia ja antoi mahdollisuuden muokata tutkimussuunnitelmaa työn edetessä syklisyyden ja reflektoinnin ansioista (Heikkinen ym. 2006, 32-36).

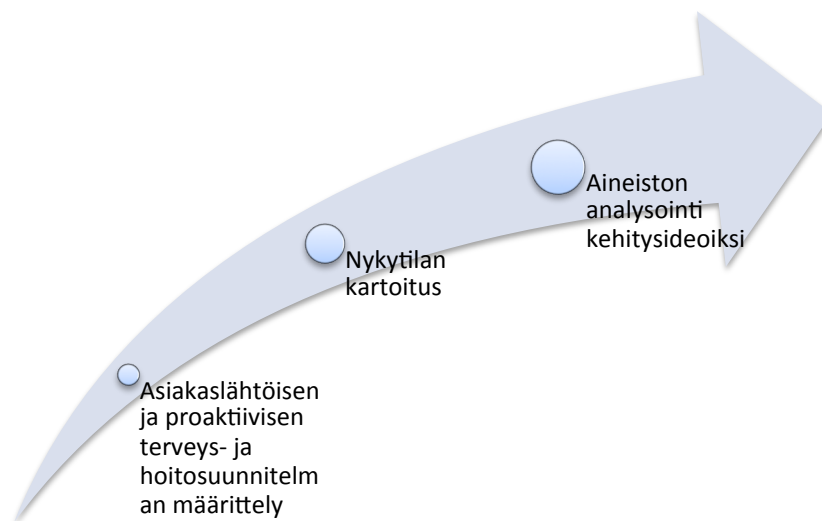
Toimintatutkimus etenee sykleittäin, iteraatiokierroksin, prosessimaisesti (Kuvio 8). Se alkaa toimintatavan suunnittelusta ja toteutuksesta. Uutta toimintatapaa havainnoidaan ja reflektoidaan käytännön aikana. Kokemusten perusteella jatketaan seuraavaan vaiheeseen ja muokataan reflektoinnin perusteella toimintasuunnitelmaa. Ymmärrys kehitettävästä asiasta lisääntyy ja muokkaantuu prosessin kuluessa. (Heikkinen ym. 2006, 27-36; Metsämuuronen 2008, 29-31.) Toiminta jatkuu eteenpäin spiraalimaisesti iteraatiokierroksesta toiseen. Iteraatiokierrosten lukumäärää tärkeämpää on kuitenkin toiminnan suunnittelu sekä toiminnan ja arvioinnin toteutuminen. Tuloksena odotetaan saavutettavan mitattava tulos, missä jotakin on enemmän kuin alkutilanteessa. (Heikkinen ym. 2006, 78-84.)



Kuvio 8: Iteraatiokierros suunnittelusta reflektointiin.

Tämä kehittämistyö käsitti kolme iteraatiokierrosta, jotka on kuvattu alla kuviossa 9. Kullakin iteraatiokierroksilla tietoa kerättiin eri menetelmällä; kirjallisuuskatsauksella, dokumenttien analyysillä ja haastattelemalla. Tätä monimenetelmäistä aineiston hankintaa kutsutaan metodologiseksi triangulaatioksi. Triangulaatio tutkimuksessa tarkoittaa kahden tai useamman teorian, metodin, aineiston lähteen, tutkijan tai aineistomenetelmän yhdistämistä tutkimuk-

nessa. Monimenetelmäisessä tutkimuksessa on mahdollisuus tarkempaan ja syvällisempään aiheen tarkasteluun. (Burns & Grove 2005, 224-229.)



Kuvio 9: Kehittämistyön iteraatiokierrokset

Terveys- ja hoitosuunnitelman asiakaslähtöisyyden ja proaktiivisuuden käsitteistä tehtiin kirjallisuuskatsaus. Stolt, Axelin & Suhonen (2015, 7-8; 25-27) määrittelevät teoksessaan kirjallisuuskatsauksen systemaattiseksi tutkimusmenetelmäksi, jossa tutkimalla valmista tutkittua tietoa ja tuloksia voidaan muodostaa kokonaiskuva tietystä asiasta, kehittää tieteenalan teoreettista ymmärrystä sekä tunnistaa ristiriitoja kohdeilmiossä. Kirjallisuuskatsaus koostuu neljästä osasta, kirjallisuuden haku, kriittinen arviointi, aineiston perusteella tehty synteesi ja analyysi. Kirjallisuuskatsaukset luokitellaan karkeasti riippuen niiden teon erilaisista tarkoituksista. Tässä kehittämistyössä tehtiin systemaattinen katsaus, jossa selvitettiin, mitä terveys- ja hoitosuunnitelman asiakaslähtöisyydellä ja proaktiivisuudella ymmärretään. Kirjallisuuskatsauksen hakuprosessi tehtiin mahdollisimman systemaattisesti ja kattavasti. Aineisto rajattiin vuosina 2011-2016 ilmestyneisiin vertaisarvioituihin artikkeleihin. Koska kirjallisuuskatsaus oli yksi metodi tiedon hankinnassa rajattiin tiedonkeruuta vain kirjastotietokannoista (Medic, Cinahl, Pubmed ja Cochrane) saataviin koko teksteihin. Mukaan otettiin aiemmin tehtyjä kirjallisuuskatsauksia ja kartoitettiin mahdollisimman laajasti aiheen tutkimuksia. Kirjallisuuskatsauksista saadaan näyttöasteelta vahvaa tutkimustietoa, mutta kansainvälisten kat-  
sausten tiedon soveltuvuutta suomalaisen terveydenhuoltoon tulee arvioida kriittisesti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 33-36). Tulokset analysoitiin sisällönanalyysillä luokittelemalla aineisto proaktiivisuutta, asiakaslähtöisyyttä ja terveys- ja hoitosuunnitelmaa koskevaan aineistoon. Kunkin luokan keskeisistä piirteistä koottiin kuvaus ja yhdistämällä kolmen käsitellyn aineiston kuvaukset muodostettiin ymmärrys terveys- ja hoitosuunnitelman asiakaslähtöisyydestä ja proaktiivisuudesta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91-94.)

Nykytilannetta kartoitettiin analysoimalla potilaskertomuksiin tallennettuja terveys- ja hoitosuunnitelmia. Dokumenttien analyysimenetelmänä käytettiin auditointia, jonka tarkoituksena oli arvioida objektiivisesti asiakaslähtöisyyden ja proaktiivisuuden kirjaamisen toteutumista terveys- ja hoitosuunnitelmissa. Tulokset analysoitiin sisällön erittelyllä. Jokaisen auditointiohjeen komponentin tuloksista tehtiin havaintomatriisi, jossa havaintoaineisto muutettiin lukuarvoiksi. (Vilka 2015, 163.) Eri terveysasemilla vastuuhenkilömalli ja terveys- ja hoitosuunnitelmien tekeminen oli lähtenyt käyntiin hieman eri tahdissa. Tämän takia jokaiselta terveysasemalta (n=25) poimittiin satunnaisesti yksi terveys- ja hoitosuunnitelma auditoitavaksi, jotta saatiin mahdollisimman kattava katsaus tilanteesta. Terveys- ja hoitosuunnitelmiin kirjoitetut tekstit auditointiin komponenteittain. Auditoinnin mittariksi valittiin Potkuhankkeen auditointiohje, joka on kehitetty terveys- ja hoitosuunnitelmien arviointiin kirkastamaan suunnitelman olennaisia tekijöitä (Innokylä 2015b). Valmiilla mittarilla saatu tieto on vertailukelpoista muiden mittaria käyttävien organisaatioiden kanssa. Tulokset kerättiin komponenteittain pylvädiagrammeiksi ja mittauksen osoittamat puutteet asiakaslähtöisyydessä ja proaktiivisuudessa analysoitiin kehitysalueiksi.

Teemahaastattelulla etsittiin kehitysideoita parempaan terveys- ja hoitosuunnitelmien asiakaslähtöisyyteen ja proaktiivisuuteen. Haastateltavana oli kuusi vastuuhenkilöä pareittain. Auditoinnin tuloksena nousseita kehitysalueita käytettiin teemahaastattelun teemoina. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä, jossa on tarkasti valitut teemat. Haastattelu etenee valittujen teemojen varassa. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47-48.) Jos haastatteluissa ilmenee näkökulmia, joita ei ole etukäteen osattu huomioida, voidaan seuraavia haastatteluja muokata niiden mukaan. Teemahaastattelu sopii menetelmäksi, kun halutaan tietää, mitä haastateltava todella ajattelee käsiteltävästä asiasta. (Ojasalo, Moilanen & Rita-lahti 2014, 41-42.) Parihaastatteluun päädyttiin, jotta saataisiin aikaan keskustelu ammattihenkilöiden välillä ja mahdollisimman paljon tietoa ja mielipiteitä varsinkin uudesta asiasta. Ryhmähaastattelussa on vaarana, ettei negatiiviset mielipiteet tule esiin tai yksi henkilö dominoi ja toisten mielipiteet jäävät kuulematta. Tämä pyrittiin huomioimaan haastatteluja analysoitaessa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 210-211.)

Haastattelulla haluttiin osallistaa haastateltavia, hyödyntää heidän ammattitaitoaan ja hankkia tietoa kehittämistehtävän ratkaisemiseen (Metsämuuronen 2008, 38). Haastateltavat vastuuhenkilöt eivät olleet ainoastaan kehittämisen kohteena vaan myös oman työnsä asiantuntijoita ja haastattelu tehtiin tasavertaisena keskusteluna (Heikkinen ym. 2006, 57-58). Kaikki haastatellut henkilöt toimivat tällä hetkellä vastuuhenkilöinä ja ovat tehneet useita terveys- ja hoitosuunnitelmia. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin. Ne analysoitiin sisällön analyysillä. Sisällön analyysissä on tarkoitus systemaattisesti tunnistaa väittämiä tutkittavasta ilmiöstä, pelkistää ja ryhmitellä väittämät. Kullekin ryhmälle nimetään luokka, joka kattaa kaikki ryhmän pelkistetyt väittämät. Tämä on analyysin abstrahointia. (Kylmä & Juvakka 2007, 112-



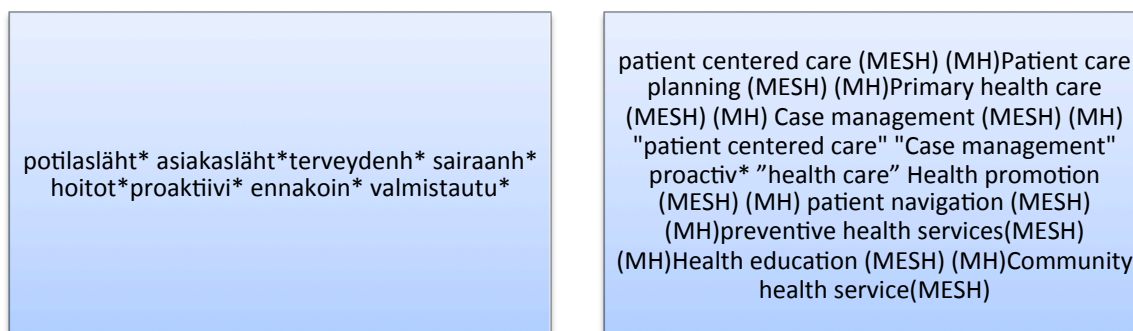
119.) Tässä kehittämistyössä litteroidut haastattelut analysoitiin kehitysalueittain. Syntyneet ideat kehitysalueiden parantamiseksi luettelointiin ja niistä analysoitiin kehitysideoita terveys- ja hoitosuunnitelmien asiakaslähtöisyyden ja proaktiivisuuden kehittämiseen.

#### 4 Iteraatiokierron - Asiakaslähtöisen ja proaktiivisen terveys- ja hoitosuunnitelman määrittely

Jotta oli mahdollista selvittää, mitä ymmärretään terveys- ja hoitosuunnitelman asiakaslähtöisyydellä ja proaktiivisuudella, perehdyttiin ensin asiakaslähtöisyyden ja proaktiivisuuden käsitteisiin. Kummallekaan käsitteelle ei löytynyt kirjallisuudesta yksiselitteistä määritelmää hoitotyön alalta. Kansainvälinen hoitotieteellinen kirjallisuus ei määrittele käsitettä asiakaslähtöisyys (client orientation). Kotimaisessa kirjallisuudessa puhutaan potilas/asiakaskeskeisyydestä. Proaktiivisuus hoitotyössä on varsin uusi käsite. Ennaltaehkäisevä hoitotyö ei täysin vastaa tässä työssä tarkoitettua proaktiivista, valmentavaa hoitotyötä.

##### 4.1 Kirjallisuuskatsauksen aineiston keruu ja valinta

Asiakaslähtöisestä ja proaktiivisesta terveys ja hoitosuunnitelmasta tehtiin systemoitu katsaus aiheesta tehtyihin tutkimuksiin. Koska kansainvälisessä hoitotieteen kirjallisuudessa asiakaslähtöisyys (client orientation) ei ole tunnistettu, käytettiin hakusanana patient centered care tai person centered care. Käytetyt hakutermit kuvataan kuviossa 10. Haku tehtiin ensiksi suomalaisen tietokantaan Medic ja kahteen kansainväliseen tietokantaan Medline-Pubmed ja Cinahl. Koska karsinnan jälkeen tulokseksi jäi vain viisi tutkimusta, laajennettiin hakua Cochrane Library- tietokantaan, josta mukaan otettiin vain kirjallisuuskatsaus artikkelit ja trial-tutkimukset, joissa vertaillaan uuden intervention vaikutusta jo käytössä olevaan toimintatapaan. Näin päädyttiin yhdeksään artikkeliin, joista kirjallisuuskatsauksia oli kahdeksan ja yksi monimenetelmäinen tutkimus.

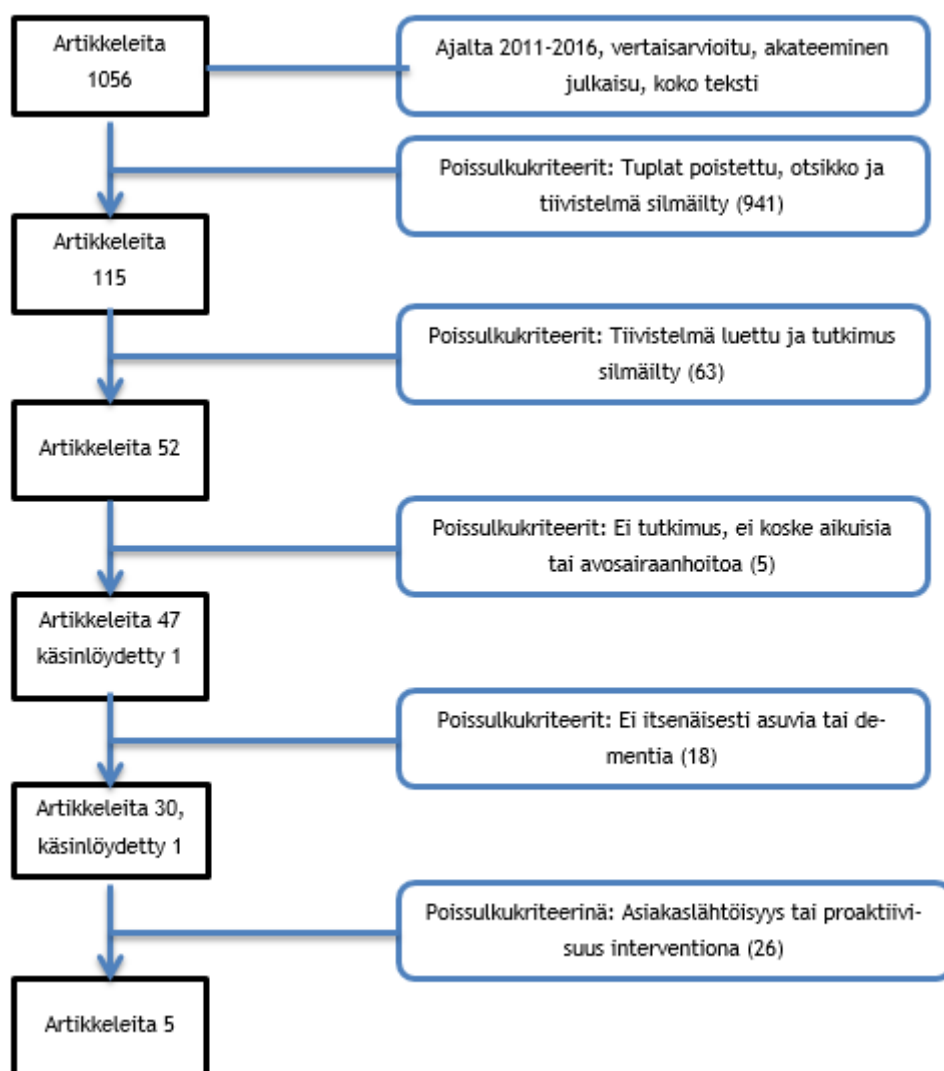


Kuvio 10: Hakutermit

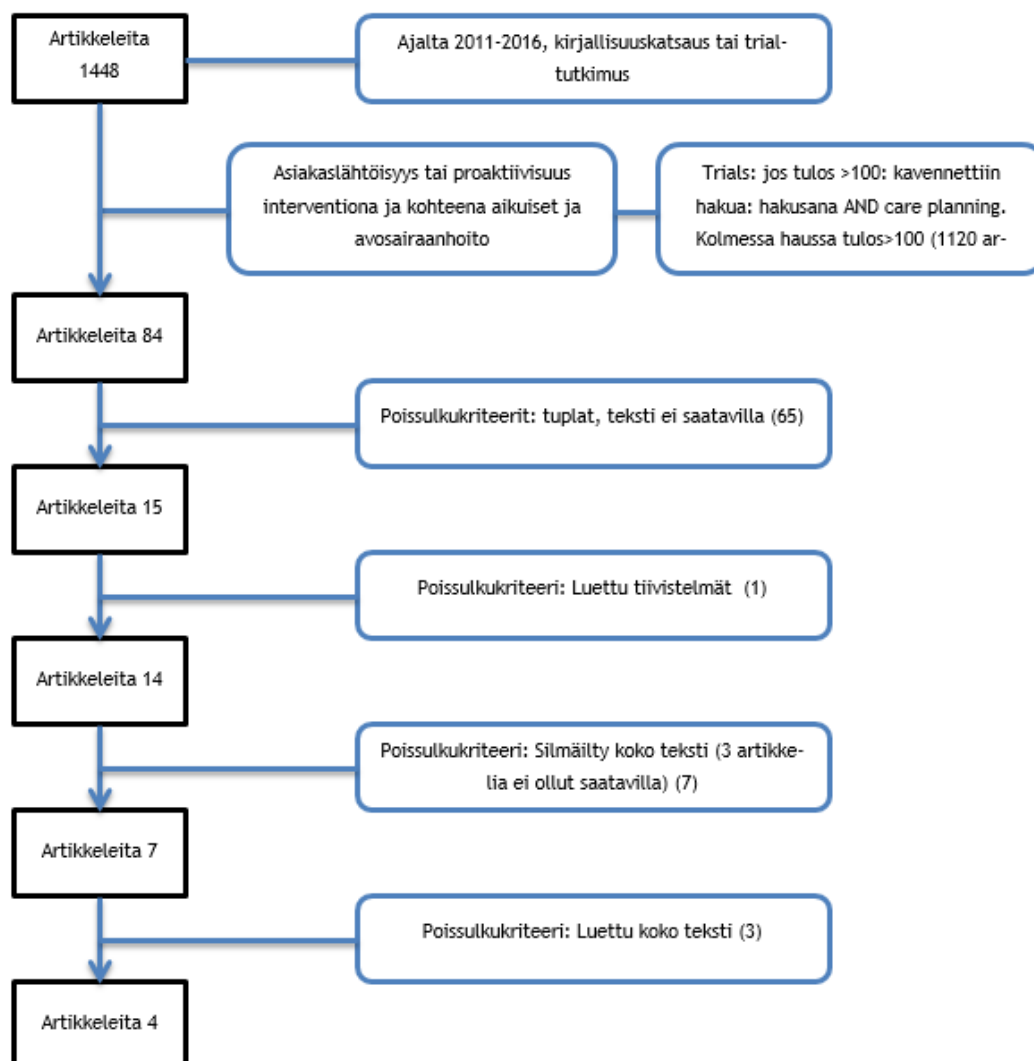
Potilaskeskeisyydellä ja asiakaslähtöisyydellä voidaan tarkoittaa erilaista tulokulmaa. Potilaskeskeisyys asettaa potilaan keskiöön, mutta potilas ei ole yhtä aktiivinen toimija hoidossa kuin ammattilainen. Asiakaslähtöisyydessä asiakas on keskiössä, mutta myös aktiivinen toimija hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. (Virtanen ym. 2011, 36-37.) Aineiston haussa painotettiin asiakkaan aktiivisuutta, osallisuutta ja sitoutumista hoitoon. Tässä kehittämistyössä haluttiin painottaa asiakkaan kumppanuussuhdetta ja kyvykkyyttä omahoitoon. Tämän takia keskiössä oli asiakas ei potilas. Kansainvälisistä tutkimuksista löytyi termi ”person centered”, henkilökeskeinen/ihmiskeskeinen, jolla usein tarkoitettiin vammaisten, dementikkojen ja lasten oikeutta saada yksilökeskeistä hoitoa, jossa huomioidaan mieltymykset hoidosta (Butterworth 2012). Mutta termiä käytettiin myös asiakaslähtöisenä lähestymistapana paljon palveluita käyttävien hoidossa (Olsson, Ung, Swedberg & Ekman 2012). Proaktiivisuudesta löytyi aineistoa niukemmin. Proaktiivisuus tässä työssä tarkoitti etenkin ammattilaisen ennakoivaa ja suunnittelevaa toimintatapaa hoidossa kuten Terveystyömallissa (Bodenheimer ym. 2002a, 1775-1779). Proaktiivisuutta katsottiin olevan myös sairauksien ennaltaehkäisy ja terveyden edistäminen. Mukaan otettavat tutkimukset käsittelivät täysin tai ainakin osittain perusterveydenhuollon avosairaanhoidon toimintaa. Katsauksen ulkopuolelle jätettiin tutkimukset, jotka eivät käsitelleet aikuisia tai itsenäisesti asuvia asiakkaita.

Terveys- ja hoitosuunnitelmassa asiakas on keskeisessä osassa suunnitelman tekemisessä ja toiminnan toteutuksen keskiössä (Vuokko ym.2011, 36). Terveys- ja hoitosuunnitelmaa käsitteleviä artikkeleita löytyi hyvin niukasti asian ollessa vielä varsin uusi ja vähän tutkittu. Terveys- ja hoitosuunnitelman asiakaslähtöisyyttä ja proaktiivisuutta jouduttiin käsittelemään asiakaslähtöisyyden ja proaktiivisuuden kautta tuoden niistä elementtejä suunnitelman tekemiseen.

Kirjallisuuskatsauksen ensimmäinen haku Medic, Pubmed ja Cinahl tietokannoista tehtiin helmikuussa 2016 ja Cochrane Librarysta toukokuussa 2016. Molemmissa hauissa käytettiin samoja hakusanoja. Ensimmäisessä haussa käytettiin MeSH ja Mh sanaston termejä. Suomenkielisiä tutkimuksia löytyi vain kolme, joka osoittaa, kuinka vähän aihetta ollaan vielä tutkittu Suomessa. Haun tuloksiin lisättiin manuaalisesti kaksi artikkelia, jotka nousivat esiin artikkeleiden tarkastelun yhteydessä. Aineiston hakuprosessi ja poissulkukriteerit on kuvattu kuvioissa 11 ja 12. Mustareunaisessa laatikoissa näkyy seuraavaan vaiheeseen siirtyvien artikkelien määrä.



Kuvio 11: Aineiston hakuprosessi Medic, Pubmed ja Cinahl tietokannoista.



Kuvio 12: Aineiston hakuprosessi Cochrane tietokannasta.

Aineiston haku Cochrane tietokannasta tuotti lukuisia trial-tutkimustuloksia hakusanalla ”terveyden edistäminen” sekä ”ehkäisevä terveydenhuolto”. Yli sata tulosta tuottaneet haut tarkennettiin yhdistämällä hakutermit tai -termit ja hoitosuunnitelma (hakusana AND care planning). Hoidon suunnitelmaa koskevia tuloksia oli aiemmassa haussa löytynyt hyvin vähän. Myös Cochrane tietokannasta löytyi niukasti tutkimusta terveys- ja hoitosuunnitelmista.

#### 4.2 Kirjallisuuskatsauksen arviointi

Kirjallisuuskatsaukseen valittiin yhdeksän tutkimusartikkelia, joista kahdeksan oli kirjallisuuskatsauksia ja yksi monimenetelmäinen tutkimus. Kirjallisuuskatsausten toivottiin tuovan tie-

toa aiheesta laajalta alueelta. Tutkimukset oli julkaistu pääosin korkea tasoisissa julkaisuissa. Muutama myös perustason lehdessä julkaistu otettiin mukaan katsaukseen, koska niissä käsiteltiin aiheita, joista tutkittua tietoa on vähän, kuten henkilökohtainen hoidon suunnitelma ja potilaan sitoutuminen hoitoon. Tutkimukset olivat sisällöltään korkealaatuisia, joissa tutkittujen tutkimusten luotettavuutta ja tulosten mahdollista harhaa oli tarkasteltu eri kriteeristöin kahden tutkijan toimesta. Katsausten perusteella aiheesta tehty tutkimus oli varsin monimuotoista (Jackson, Powers, Chatterjee, Bettger, Kemper, Hasselblad, Dolor, Irvine, Heidenfelder, Kendrick, Grey & Williams 2013; Lion, Mangione-Smith & Britto 2014; Simmons, Wolever, Bechard & Snyderman 2014; Coulter, Entwistle, Eccles, Ryan, Shepperd & Perera 2015; Smith, Wallace, O'Downd & Fortin 2016), käsitteiden määritelmät ei ole standardisoitu (Olsson ym. 2012; Jackson ym. 2013; Costand, MacDermid, Bello-Haas & Law 2014; Joo & Huber 2014; Lion ym. 2014; Simmons ym. 2014; Smith ym. 2016) ja otoskoot olivat pieniä (Bleijenberg, Ten Dem, Steunenber, Drubbel, Numans, De Wit, & Schuurmans 2013; Jackson ym. 2013; Smith ym. 2016). Tästä johtuen tutkimusten näyttö ei ollut vahvaa. Metasynteesien tai tilastollisen analyysin teko ei usein onnistunut. Tulokset olivat suuntaa antavia, mutta ei yleistettäviä. Kuten Smith ym. (2016) totesi katsauksessaan mukana olleet tutkimukset olivat melko uusia ja tämä osoittaa aiheen olevan uusi ja tutkimusta on tehty vähän (Liite 1: arviointi taulukko).

#### 4.3 Kirjallisuuskatsauksen analyysi

Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena oli selvittää, mitä ymmärretään terveys- ja hoitosuunnitelman asiakaslähtöisyydellä ja proaktiivisuudella. Tutkittavasta aiheesta ei löytynyt yhtään tutkimusta suoraan samasta aiheesta. Joten tietoa haettiin sekä asiakaslähtöisyydestä, proaktiivisuudesta että terveys- ja hoitosuunnitelmasta tavoitteena yhdistää tuloksista keskeisiä piirteitä asiakaslähtöiselle ja proaktiiviselle terveys- ja hoitosuunnitelmalle. Tutkimusaineisto on esitelty taulukossa 1.

Kirjoittaja/ julkaisu	Vuosi	Maa	Asetelma	Ongelma	Tulos
Bleijenberg ym. / Journal of advanced nursing	2013	Alankomaat	A mixed-methods study	Proaktiivisen ja strukturoidun hoito-ohjelman käyttöön oton edistäjien ja esteiden ymmärtäminen, hoitajien ja lääkäreiden odotukset ja kokemukset ohjelmasta sekä sen käyttöönoton toteutettavuus.	Lääkärien ja hoitajien mukaan ohjelma tarjoaa lisäarvoa hoidon koordinointiin. Siinä keskitytään suuriin geriatrisiin ongelmiin suunnitelmallisella otteella. Proaktiivisen ja strukturoidun hoidon-ohjelma voidaan katsoa toteutettavaksi perusterveydenhuollossa.
Constand ym. / BioMed Central Health services research	2014	Kanada	Scoping katsaus	Potilaskeskeisen hoidon mallien tutkimuskirjallisuuden laajuus ja tehokkaan kommunikaation, kumppanuuden ja terveyden edistämisen laajuus malleissa	Potilaskeskeisen hoidon mallit ovat käytettävissä laajasti. Teoreettista tutkimusta on laajasti, mutta empiirinen puuttuu. Operationalisointiin tarvitaan empiiristä tutkimusta.
Coulter ym. / Cochrane Library	2015	UK	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Pitkäaikaissairaana henkilökohtaisen hoitosuunnitelman vaikutus verrattuna tavalliseen hoitoon.	Suunnitelmalla on vaikutusta terveyteen ja oman hoidon hallintaan. Vaikutus ei ollut suuri, mutta se lisääntyi kun interventio oli selvemmin osana hoidon rutiinia.
Jackson ym. / Annals of internal medicine	2013	USA	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Potilaskeskeisen hoito-ohjelman (patient-centered medical home) käyttöönotto perusterveydenhuollossa eri interventioin. Ohjelman vaikutukset hoitoprosessiin, hoitotuloksiin ja kustannuksiin.	Hoito-ohjelma on käsitteellisesti luotettava lähestymistapa järjestää potilaan hoitoa. Se parantaa potilaan kokemusta hoidosta. Näyttö osoittaa mahdollisesti parantavan hoitoprosessia. Ohjelman vaikutusta hoitotyön tuloksiin ja taloudellisiin hyötyihin tarvitsee tutkia vielä lisää.
Joo & Huber / International nursing review	2014	USA	Integratiivinen kirjallisuuskatsaus	Perusterveydenhuollon vastuuhenkilömallin tehokkuus hoitotulosten parantamiseen	Vastuuhenkilömalli tarjoaa potilaskeskeistä hoitoa, hoidon jatkuvuutta ja lisää hoidon laatua. Se koettiin tehokkaaksi hoitomuodoksi perusterveydenhuollossa.
Lion ym. 7 Care management journals	2014	USA	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Henkilökohtaisten hoitosuunnitelmien merkitys hoitotulosten parantamisessa, ketkä osallistuvat suunnitelman kehittämiseen, mitä elementtejä hoitosuunnitelma sisältää, kuinka usein suunnitelma päivitetään ja ketkä hyötyvät eniten suunnitelmasta.	Tutkimus henkilökohtaisen hoitosuunnitelman vaikutuksesta hoitotulokseen on vähäistä, etenkin lasten osalta. Vahvin näyttö positiivisesta vaikutuksen hoitotuloksiin on saatu depression hoidossa.
Olsson ym. / Journal of clinical nursing	2012	Ruotsi	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Ihmiskeskeinen hoitointervention identifioiminen. Potilas on kumppani.	Katsauksen perusteella saatu perustelu ihmiskeskeisen hoidon tehokkuudesta oli riittämätön. Se voinee johtaa merkityksellisiin parannuksiin, mutta käyttöönottoa ja vaikutuksia tulee tutkia lisää.
Simmons ym. / Genome medicine	2014	USA	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	Potilaan sitoutumisen ja hoitotulosten suhde kroonisten sairauksien hoidossa	Potilaan kompetenssi hoitoon sitoutumiseen, personoidumpi hoito, omahoidon tuen tarpeen määrä ja laatu
Smith ym. / Cochrane Library9	2016	Irlanti	Kirjallisuuskatsaus	Terveyspalveluiden tai potilaslähtöisesti suunniteltujen interventioiden vaikutus hoitotulosten parantamiseen monisairaiden potilaiden hoidossa perusterveydenhuollossa.	Tulokset kirjavia, ei yleistettäviä. Merkittävämmäksi interventioksi osoittautui vastuuhenkilömalli. Vaikutusta terveydenhuollon palvelujen käyttömäärään ei todettu. Vahvin näyttö hoitotulosten paranemisesta oli tutkimuksissa, joissa depressio oli toinen sairausista.

Taulukko 1: Kirjallisuuskatsauksen artikkelit (n=9)

Katsauksen tutkimukset olivat heterogeenisiä tutkimuskohteiltaan ja useissa mitattiin intervention vaikuttavuutta. Vaikka suurimmassa osassa katsauksia todettiin lisätutkimuksen tarve näytön vahvuuden parantamiseksi (Olsson ym. 2012; Bleijenberg ym. 2013; Jackson ym. 2013; Costand ym. 2014; Joo ym. 2014; Lion ym. 2014; Simmons ym. 2014; Smith ym. 2016), tulokset tukivat asiakaslähtöisyyden ja proaktiivisuuden sopivuutta perusterveydenhuollon toimintatavaksi (Bleijenberg ym. 2013; Jackson ym. 2013; Joo ym. 2014). Henkilökohtaisella hoidon suunnitelmalla, potilaskeskeisellä hoito-ohjelmalla (patient-centered medical home) ja vastuuhenkilömallilla katsottiin olevan positiivisia vaikutuksia etenkin asiakkaiden tyytyväisyyteen hoidosta mutta myös hoitotuloksiin (Olsson ym. 2012; Jackson ym. 2013; Lion ym. 2014; Coulter ym. 2015).

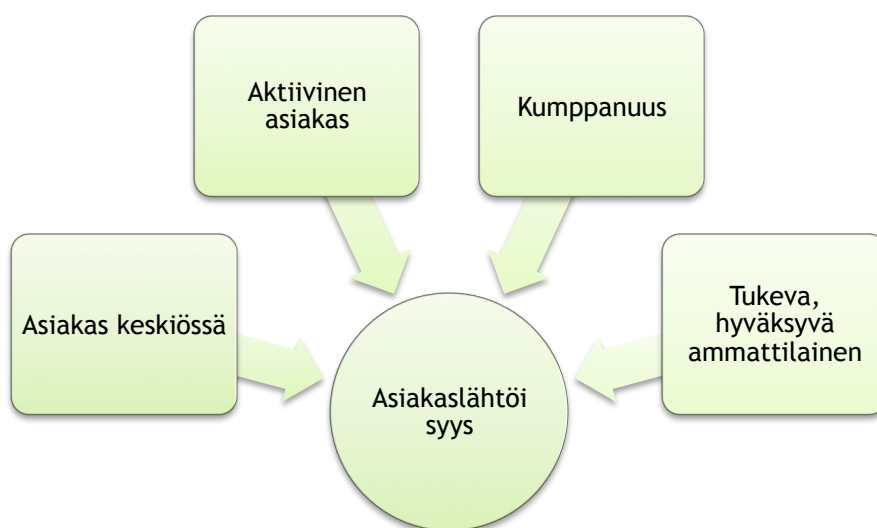
Katsauksen tarkoituksena oli kuvata, mitä tiedetään asiakaslähtöisyydestä, proaktiivisuudesta ja terveys- ja hoitosuunnitelmasta perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa ja yhdistää ne kuvailemaan asiakaslähtöistä ja proaktiivista terveys- ja hoitosuunnitelmaa. Aineisto jaettiin luokkiin: asiakaslähtöisyys, proaktiivisuus ja terveys- ja hoitosuunnitelma. Tuloksia kuvailtaessa huomioitiin tavoitteena oleva perusterveydenhuollon avosairaanhoidon näkökulma. Aineistoa käsiteltiin laadullisesti.

#### 4.3.1 Asiakaslähtöisyyden tarkastelu ja analyysi

Asiakaslähtöisyyttä tarkasteltiin tutkimuksista, joissa käsiteltiin potilaskeskeistä hoitoa (patient-centered care) ja hoitomallikonseptia perusterveydenhuoltoon (patient-centered medical home), henkilökeskeistä hoitoa (person centered care), potilaan sitoutumista hoitoon ja henkilökohtaisen hoidon suunnittelua. Tässä katsauksessa haluttiin painottaa asiakkaan aktiivista kumppanuutta ja siksi käytetään termiä asiakaslähtöisyys. Asiakaslähtöisellä hoidolla ei ole vahvaa näyttöä hoitotulosten parantumisesta, mutta tutkimuksissa todetaan asiakaslähtöisyyden parantavan asiakkaan kokemusta hoidosta ja hoitoprosessin mahdollisesta parantumisesta (Olsson ym. 2012; Jackson ym. 2013; Constand ym. 2014; Simmons ym. 2014). Etenkin ennaltaehkäisevät palvelut saivat positiivisia hoitotuloksia ja sairaalahoidon tarve lyhenyi mahdollisesti (Olsson ym. 2012; Jackson ym. 2013). Jo lyhytkin interventio voi lisätä potilaan sitoutumista omaan hoitoon. Sitoutuminen vaikuttaa merkittävästi sairauksien ehkäisyyn ja hallintaan. (Simmons ym. 2014.) Henkilökunta koki lähestymistavan positiivisesti ja piti sitä ideaalina hoitomallina, mutta sen käyttöönotto omaan toimintaan oli hankalaa. Ammatillaiset luulivat toimivan mallin mukaan, mutta todellisuudessa näkivät edelleen vain sairauden eivät asiakasta, jolla on sairaus tai eivät tienneet, miten toimitaan mallin mukaan. (Costand ym. 2014.) Ristiriitaista oli, että Olsson (2012) tutkimuksessa henkilökeskeisestä hoidosta raportoi 8/11 tutkimuksessa hoitotulosten parantuneen merkittävästi, mutta koki huoleksi toimintamallin operativalisoinnin käytännön hoitotyöhön. Jackson ym. (2013) tutkimuksessaan kokivat, että tarvitaan lisää tutkimusta vakuuttamaan mallin aikaan saamat parantuneet hoitotu-

lokset. Useassa katsauksessa todettiin lisätutkimuksen tarve. Aihetta on tutkittu enemmän teoriatasolla, mutta asiakaslähtöisyyden impletoiminen käytäntöön tarvitsisi empiiristä testausta, valideja standardoituja mittareita ja tutkimusta lähestymistavan hyödyistä hoitotuloksiin ja kustannuksiin (Jackson ym. 2013; Costand ym. 2014). Tarvitaan myös otokseltaan suuria tutkimuksia, joissa on tiukka metodologia ja validiteetti näytön vahvuuden todistamiseksi (Simmons ym. 2014).

Asiakaslähtöisyys käsitteelle löytyi tutkimuksista runsaasti piirteitä. Ne luettelotiin (Liite 2). Yhtäläisyyksiä etsittäessä nousi neljä keskeistä osa-aluetta: asiakas keskiössä, aktiivinen asiakas, kumppanuus ja tukeva, hyväksyvä ammattilainen.



Kuvio 13: Asiakaslähtöisyyden keskeiset osa-alueet



Alla olevassa taulukossa 2 näkyy, mitä piirteitä keskeiset osa-alueet sisältävät.

ASIAKAS KESKIÖSSÄ	AKTIIVINEN ASIAKAS	KUMPPANUUS	TUKEVA HYVÄKSYVÄ AMMATTILAINEN
Arvot, tarpeet, toiveet ja kulttuuri	Sitoutuminen omahoitoon	Kommunikaatio	Asiakkaan kokonaistilanteen ymmärtäminen
Kokonaisvaltaisuus	Tiedot, taidot ja luottamus omahoitoon	Sitoutuminen	Koordinointi ja jatkuvuus
Asiakkaan oma käsitys ja kokemus	Tiedot, taidot ja luottamus terveyttä edistävään käyttäytymiseen	Jaettu päätöksenteko	Hoidon saatavuus eri kontaktimenetelmin
Kattava kuva asiakkaan kokonaistilanteesta	Käyttäytymismallien seuranta	Asiakkaan mukaanotto	Terveyden edistäminen
Reflektointi		Suhteen rakentaminen	Näyttöön perustuvat ohjeet
		Kaksisuuntainen tiedon jakaminen	Dokumentointi- ja raportointistrategiat
		Raportointi	

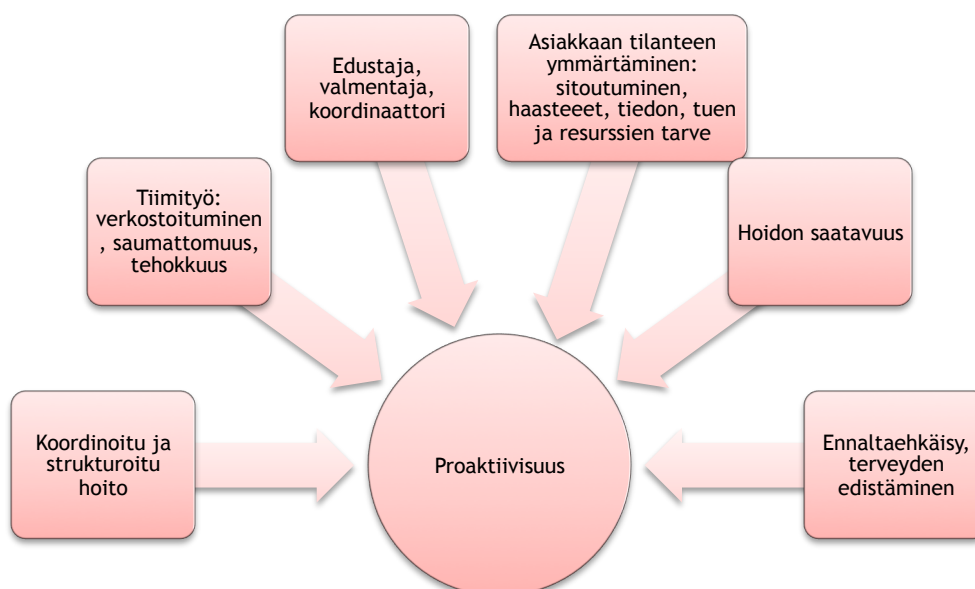
Taulukko 2: Asiakaslähtöisyyden piirteet jaoteltuna neljään osa-alueeseen.

Keskeistä asiakas keskiössä osa-alueelle on kattava kuva asiakkaan kokonaistilanteesta asiakkaalla itsellä sekä ammattihenkilöllä huomioiden asiakkaan historian ja nykyhetken sekä hänen arvot, tarpeet ja toiveet. Aktiivinen asiakas osa-alueelle on keskeistä asiakkaan sitoutuminen omahoitoonsa ja sen tukeminen. Asiakkaan kyky päätöksentekoon mahdollistetaan tarvittavalla tiedolla sekä tuetulla keskustelulla ja päätöksen teolla. Tavoitena on, että asiakas omaa tiedot, taidot ja luottamuksen oman hoidon hallintaan. Kumppanuudessa keskustelu asiakkaan ja ammattihenkilön välillä on neuvottelevaa ja tulevaisuuteen katsovaa. Yhteinen päätöksen teko vahvistaa luottamusta. Tietoa vaihdetaan molemmin puoleisesti. Ammattihenkilö avustaa sopivien ja realististen tavoitteiden teossa ja käytännön keinojen ja relevanttien tukiresurssien tunnistamisessa. Tukeva ja hyväksyvä ammattihenkilö huolehtii hoidon koordinoinnista ja jatkuvuudesta mahdollistaen hoidon saatavuuden erilaisin kontaktimenetelmin. Hänelle on tärkeää tunnistaa asiakasta eniten huolettava ongelma. Hoitokäytännöt ovat näyttöön perustuvia ja päämääränä on laadun ja turvallisuuden parantaminen sekä terveyden edistäminen.

#### 4.3.2 Proaktiivisuuden piirteiden ilmeneminen kirjallisuuskatsauksessa

Proaktiivisuuden piirteitä tutkittiin neljästä tutkimuksesta. Tutkimukset käsittelivät strukturoitua ja proaktiivista hoitomallia, potilaan hoitoon sitoutumista, amerikkalaisen perusterveydenhuollon vastuuhenkilömallia sekä monisairaiden perusterveydenhuollon hoidon interventioiden vaikutusta hoitotuloksiin. Proaktiivisuus oli intervention osa. Proaktiivisten hoitomallien etu oli koordinoitu ja strukturoitu hoito moniammatillisessa tiimissä sekä asiakkaiden hoitotytyväisyyden paraneminen (Bleijenbergy m. 2013; Joo & Huber 2014). Hoidon koordinoinnissa täytyy ymmärtää asiakkaan todellinen kyky sitoutua hoitoon (Simmons ym. 2014) ja hänen itsemääräämisoikeus hoidon suhteen (Smith ym. 2016). Riskiryhmä asiakkaiden poiminen hoitoon toi asiakkaita näkyvämmäksi ja yläjuoksuun toiminen mahdollistui. Sairausten

etenemiseen voitiin puuttua aiemmin ja ennalta ehkäistä sairauden paheneminen ja kalliit hoidot. (Bleijenberg ym. 2013; Smith ym. 2016.) Vastuuhenkilömalli vähensi sairaalahoidon tarvetta ja näin alensi terveydenhuollon kustannuksia (Joo & Huber 2014). Uuden roolin sisäistäminen vei aikaa ja aiheutti turhautumista (Bleijenberg ym. 2013). Smith ym. (2016) totesivat katsauksessaan potilaslähtöisesti suunniteltujen interventioiden vaikutusten olevan varsin kirjavia ja tuloksettomiaakin. Merkittävimmäksi interventioksi osoittautui vastuuhenkilömalli (Joo & Huber 2014; Smith ym. 2016), mutta se keskittyi ammattilaisen hoitotyön muuttamiseen. Asiakkaan perspektiiviä ei oltu huomioitu. Vahvin näyttö hoitotulosten paranemiseen oli masennusta sairastavilla monisairailla. (Smith ym.2016.) Tutkimusten näyttö ei ollut vahvaa niiden heterogeenisyyden takia. Interventiot sisälsivät useita komponentteja ja määrittely oli epätarkkaa. Kuviossa 14 on kuvattu proaktiivisuuden piirteitä tutkimusartikkeleiden mukaan.



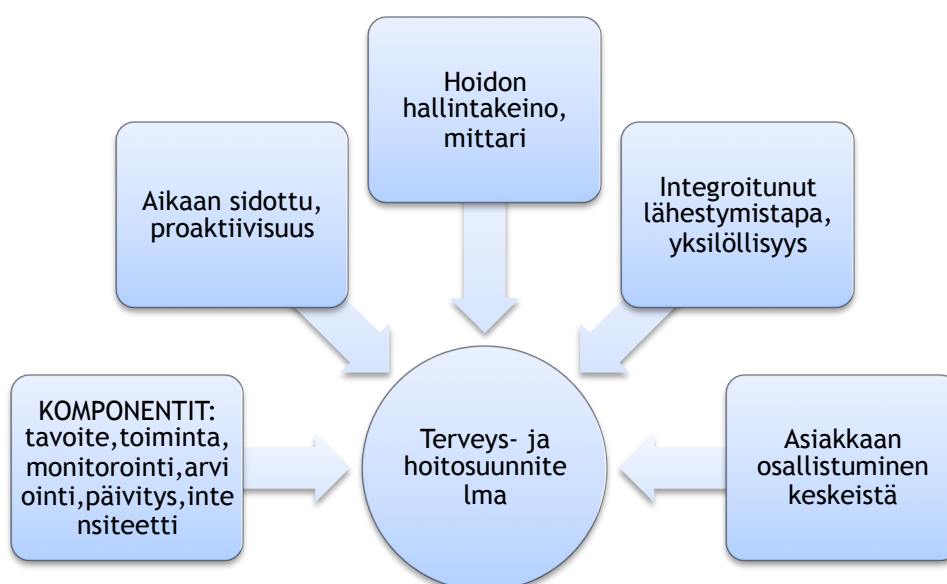
Kuvio 14: Proaktiivisuuden piirteiden luokittelu

Proaktiivisuuden keskeisiksi ulottuvuuksiksi nousi ennakoiva ja koordinoitu järjestelmällinen hoito, ammattilaisen rooli valmentajana ja asiakkaan edustajana sekä tiimityö asiakkaan ja ammattihenkilön välillä sekä eri palveluntuottajien välillä.

#### 4.3.3 Terveys- ja hoitosuunnitelman analyysi

Kansainvälisessä kirjallisuudessa terveys- ja hoitosuunnitelmaa vastaavasta suunnitelmasta käytettiin nimitystä henkilöity tai yksilöity hoitosuunnitelma (personalised, individualized care plan). Katsauksessa oli mukana kaksi raporttia hoitosuunnitelmien vaikuttavuudesta (Lion ym. 2014; Coulter ym. 2015). Koska terveys- ja hoitosuunnitelma on usein osa monitahoista interventiota, sen itsenäistä vaikuttavuutta on vaikea arvioida. Hoitosuunnitelmalla tavoiteltiin parantunutta terveyskäyttäytymistä ja kykyä omahoitoon, jolloin asiakas tunnistaa oman

terveydentilansa ja toimii sen tavoitteiden mukaisesti. Asiakkaan aktiivinen osallistuminen suunnitelman tekoon oli keskeistä. Hoitosuunnitelman hyötynä oli hoidon kattavuus ja integroitu lähestymistapa. Yksilöllisyyden katsottiin parantavan hoitotuloksia ja tuottavan terveyshyötyä. Puutteeksi koettiin vähäinen kirjallisuus aiheesta ja tutkimusten matala laatu. Tehokkaan hoitosuunnitelman rakennetta ei oltu määritelty, jopa tutkittujen hoitosuunnitelmien komponentit olivat kuvaamatta tutkimuksissa. Hoitosuunnitelman komponenteista tavoite ja toiminta mainittiin yleisimmin, muita komponentteja oli monitorointi, arviointi, päivitys, intensiteetti. (Lion ym. 2014; Coulter ym. 2015.) Muissa tutkimuksissa ei raportoitu yksilöllisen hoitosuunnitelman ominaisuuksia. Hoitosuunnitelmien käyttö näkyi vain mahdollisena intervention osana. Tutkimukset eivät pystyneet osoittamaan suunnitelmien parantavan hoitotuloksia, mutta sillä voidaan sanoa olevan vaikutusta terveyteen ollessaan osana hoidon rutiinia. Kuviossa 15 on kuvattu terveys- ja hoitosuunnitelman piirteitä tutkimusartikkelien mukaan.

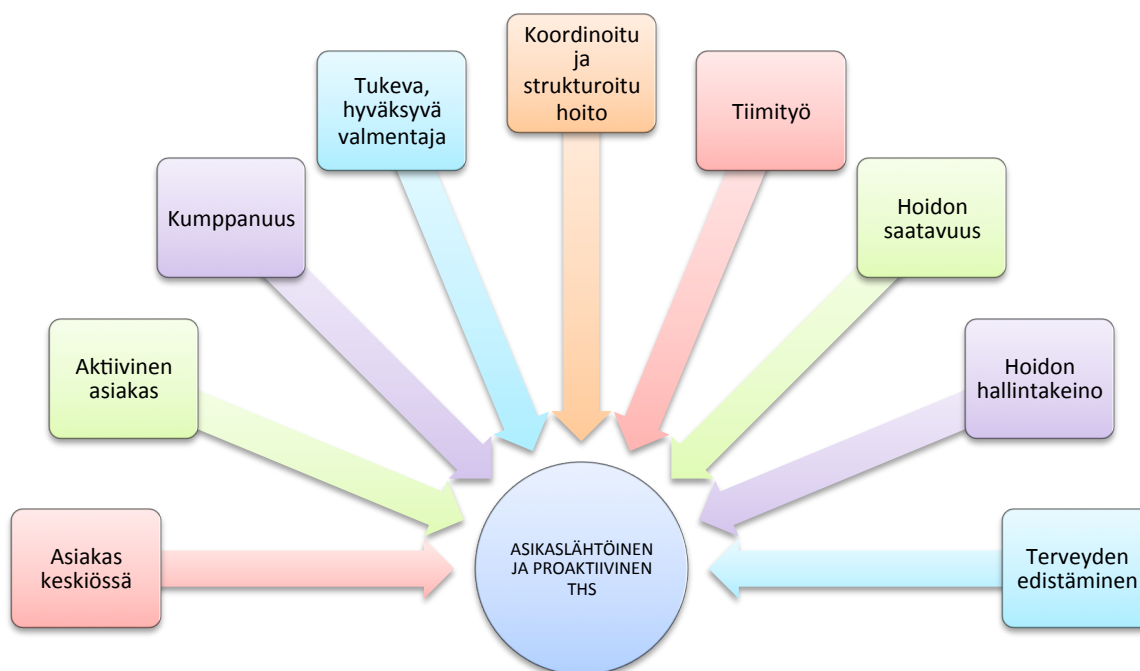


Kuvio 15: Terveys- ja hoitosuunnitelman piirteet

Kattava yksilöllinen hoitosuunnitelma vaatii proaktiivista ja integroitunutta lähestymistapaa. Keskeistä on omahoidon tukeminen, yksilöllisyys ja holistinen lähestymistapa. Parhaat tulokset terveys- ja hoitosuunnitelman käytöstä saadaan, kun se on integroitu osaksi tavallista hoitoa, interventiot ovat kattavia ja sen käyttö on intensiivistä.

#### 4.4 Yhteenveto asiakaslähtöisen ja proaktiivisen terveys- ja hoitosuunnitelman piirteistä

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli selvittää, mitä ymmärretään asiakaslähtöisellä ja proaktiivisella terveys- ja hoitosuunnitelmalla. Terveys- ja hoitosuunnitelman, proaktiivisuuden ja asiakaslähtöisyyden piirteet koottiin yhteen ja päällekkäisyydet yhdistettiin. Näin muodostui tämän kirjallisuuskatsauksen perusteella yhdeksän keskeistä piirrettä asiakaslähtöiselle ja proaktiiviselle terveys- ja hoitosuunnitelmalle (Kuvio 16).



Kuvio 16: Asiakaslähtöisen ja proaktiivisen terveys- ja hoitosuunnitelman piirteet

Sovellettaessa kirjallisuuskatsauksessa ilmenneiden asiakaslähtöisen ja proaktiivisen terveys- ja hoitosuunnitelman piirteitä käytäntöön voidaan todeta, että terveys- ja hoitosuunnitelma on hallintakeino. Asiakkaalle tämä tarkoittaa, että suunnitelman noudattaminen auttaa ja ohjaa omahoidossa selviämistä. Se on selkeä ohje oman terveyden parempaan hallintaan. Eri palveluntarjoajien palveluiden ollessa samassa suunnitelmassa, hoidon hallinta on helpompaa sekä asiakkaalle että ammattilaisille. Hoito on strukturoitua ja koordinoitua oman vastuuhenkilön toimesta. Jokaisen hoitoon osallistuvan ammattihenkilön kirjatessa samaan suunnitelmaan, sen ylläpito ja päivittäminen on vastuuhenkilölle helpompaa.

Terveys- ja hoitosuunnitelma tukee asiakaslähtöistä ja kokonaisvaltaista hoitoa. Se perustuu asiakkaan arvoihin, toiveisiin ja tarpeisiin. Keskeistä on asiakkaan oma käsitys ja kokemus tilanteestaan sekä hoidon tarpeesta. Ammattilaisen tarvitsee selvittää, mikä on merkityksellistä asiakkaalle. Valmentavalla otteella vastuuhenkilö auttaa asiakasta kuvaamaan itselleen elämänsä nykytilannetta ja selvittämään hoidon tarpeen, tavoitteen ja keinot niihin pääsemi-

seen. Hän informoi palveluvaihtoehdoista. Hän kartoittaa asiakkaan tuen tarpeen ja kyvyn itseohjautuvaan toimintaan. Asiakslähtöisyyttä on myös hoidon järjestäminen saumattomasti yli organisaatiorajojen.

Terveys- ja hoitosuunnitelman tekeminen on tiimityötä. Työparina on asiakas ja ammattilainen, jolla on tukena moniammatillinen tiimi. Jokaiselle asiakkaalle on nimetty oma lääkäri ja vastuuhenkilö. Asiakkaalla on aktiivinen rooli suunnitelman tekemisessä ja toteutuksessa ja päätöksenteossa. Vastuuhenkilö tukee asiakasta tavoitteisiin pääsemisessä, kunnioittaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja mahdollistaa asiakkaan osallistumisen hoitoon ja päätöksenteoon jakamalla tietoa ja tarjoamalla tarpeisiin sopivia resursseja. Asiakas on sitoutunut noudattamaan suunnitelmaa ja ymmärtää vastuunsa hoidon toteutuksesta ja seurannasta. Vastuuhenkilön tuella asiakas rakentaa luottamusta omahoidossa pärjäämiseen.

Päätökset suunnitelmasta tehdään yhdessä asiakkaan kanssa. Vastuuhenkilö tukee asiakasta päätöksentekoon ja tarjoaa erilaisia tukitoimia palvelutarjonnasta sekä kolmannen sektorin palveluista. Suunnitelma on aikaan sidottu. Yhdessä sovitaan seurannasta ja suunnitelman arviointiajankohdasta. Vastuuhenkilö ohjaa ja kannustaa omahoidon toteutusta ja arjessa pärjäämistä vastaanottojen ulkopuolella. Hän on yhteydessä asiakkaaseen puhelimitse tai sähköisesti, kuten asiakkaan kanssa on sovittu. Hoidon saatavuus paranee eri yhteydenottotapojen ja palvelutarjonnan myötä.

Kirjallisuuskatsauksen pohjalta voidaan todeta, että asiakslähtöinen ja proaktiivinen terveys- ja hoitosuunnitelma on tasavertaisessa kumppanuussuhteessa yhdessä tehty suunnitelma, joka kunnioittaa asiakkaan arvoja ja mieltymyksiä ja auttaa hoidon hallintaa. Sen päämääränä on terveyden edistäminen. Suunnitelmassa on keskeistä asiakkaan aktiivinen osallistuminen terveys- ja hoitosuunnitelman tekemiseen ja sitoutuminen omahoitoon sekä ammattihenkilön toiminnassa asiakkaan todellisen tilanteen kartoittaminen ja koko hoidon koordinointi.

## 5 II Iteraatiokierrros - Terveys- ja hoitosuunnitelmien asiakslähtöisyyden ja proaktiivisuuden kartoitus

Kehittämistyön tarkoituksen oli tunnistaa asiakslähtöisyys ja proaktiivisuus Helsingin terveysasemien terveys- ja hoitosuunnitelmien kirjauksista eli kartoittaa nykytilanne. Tutkimisessa on oleellista, että otos edustaa mahdollisimman hyvin perusjoukkoa ollen kattava ja kirjava joukko tutkittavista, jotta tulos voidaan yleistää perusjoukkoon (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 104-106). Jotta otos kuvaisi mahdollisimman kattavasti terveys- ja hoitosuunnitelmien tilannetta, auditoitiin yksi suunnitelma jokaiselta Helsingin terveysasemalta. Audittoimalla 25 terveys- ja hoitosuunnitelmaa kartoitettiin terveys- ja hoitosuunnitelmien nykytila Helsingin terveysasemilla ja tarkasteltiin suunnitelmien asiakslähtöisyyttä ja proaktiivisuut-

ta. Mittarina käytettiin Sosiaali- ja terveysministeriön hankkeessa kehitettyä Terveys- ja hoitosuunnitelman auditointityökalua (Innokylä 2015b; Liite 3). Mittari valikoitui, koska se perustuu kehittämistyönkin viitekehyksenä käytettyyn terveyshyötymalliin, jonka keskeisiä hoidon lähestymistapoja ovat asiakaslähtöisyys ja proaktiivisuus. Valmiin mittarin käyttö lisää myös luotettavuutta ja saatu tieto on vertailukelpoista muiden mittaria käyttävien kesken. Mittarin ollessa julkinen se on käytettävissä vapaasti eri organisaatioissa. Syksyllä 2015 Helsingin kaupungin vastuuhenkilömallin työryhmässä on kehitetty auditointiohjetta edelleen käytettäväksi apuna terveys- ja hoitosuunnitelmia tekemiseen tai arviointiin.

### 5.1 Terveys- ja hoitosuunnitelmien valinta auditointiin

Kaikilta Helsingin kaupungin terveysasemilta (n=25) kerättiin yksi terveyshyötöpotilaiden terveys- ja hoitosuunnitelma (THS) auditointiin. Otantamenetelmänä käytettiin systemaattista otantaa, joka soveltuu satunnaisessa järjestyksessä olevien asiakirjojen poimintaan, kuten tässä tapauksessa tehdyt terveys- ja hoitosuunnitelmat. Asiakkaat ovat luettelona vastaanottoaikojen perusteella, mutta satunnaisessa järjestyksessä terveys- ja hoitosuunnitelmien kannalta. (Vilkkä 2007, 53-55.) Terveysasemien vastaanottolistalta valittiin maaliskuun kolmas terveyshyötöpotilas. Kuitenkin suunnitelmien teon ollessa terveyshyötöpotilaille vasta aluillaan, valmiita suunnitelmia löytyi vain 10. Tämä kato on vaarana otostutkimusta tehdessä ja kadon ollessa suuri voi oleellista aineistoa jäädä tutkimuksen ulkopuolelle. Kadon merkitys voidaan huomioida valitsemalla suurempi otoskoko tai tehdä uusintahaku, joita tulisi tehdä rajallinen määrä, ettei osallistujien tunnistettavuus kärsi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 109-110.) Terveishyötöpotilaiden terveys- ja hoitosuunnitelman puuttumisen syy oli keskeneräinen suunnitelma, asiakas ei kokenut suunnitelmaan tarpeelliseksi tai ei osannut nimetä itseltään terveysongelmaa tai asiakkaan sopivuus terveyshyötöpotilas (TH-potilas) oli huomioitu, mutta prosessi oli jäänyt kesken. Kolmesta potilaskertomuksesta ei löytynyt mainintaa terveyshyötöasiakkuudesta. Uusia hakuja tehtiin neljä, jotta saatiin jokaiselta terveysasemalta yksi valmis suunnitelma. Vanhin suunnitelma oli tehty jo lokakuussa 2015. Taulukossa 3 on kuvattu terveys- ja hoitosuunnitelmien kerääminen.

Haku	TH-potilaskäynti	Valmiita terveys- ja hoitosuunnitelmia	Suunnitelma kesken	Asiakas ei halua/koe tarvetta/ ei nimeä ongelmia	Asiakas huomioitu TH-potilaaksi, prosessi jäänyt kesken	Ei mainintaa TH-asiakkuudesta
I	25	10	4	6	2	3
II	15	8	4	1	2	-
III	8	4	3	-	1	-
IV	4	2	1	1	-	-
V	2	2	-	-	-	-

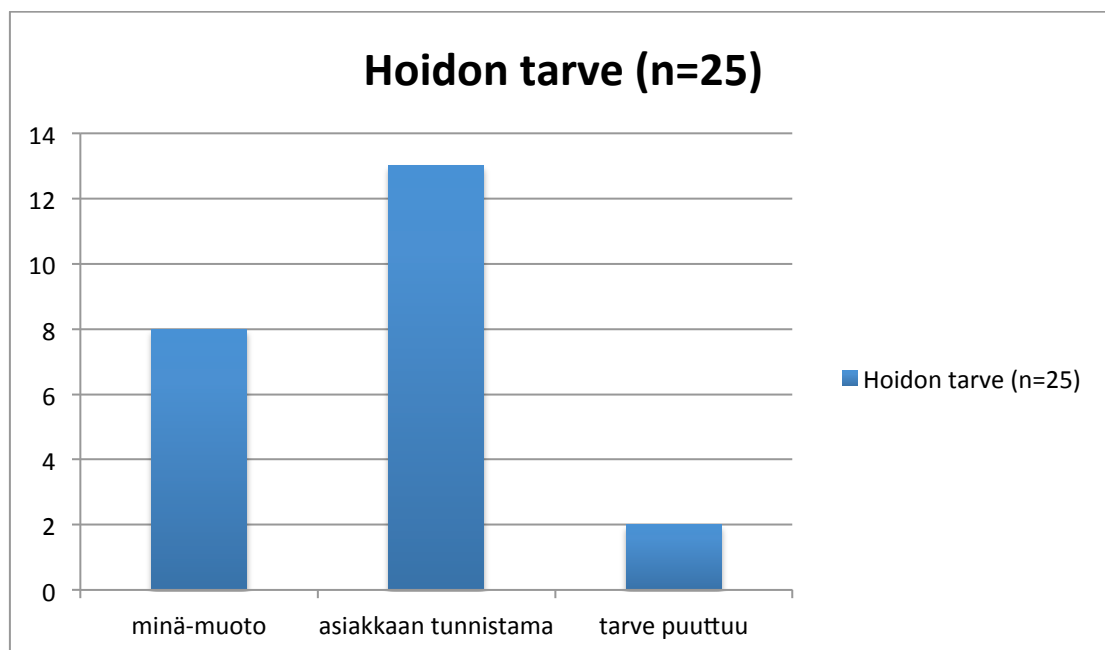
Taulukko 3: Auditoitavien terveys- ja hoitosuunnitelmien kerääminen. TH-potilas = terveyshyötöpotilas.

Tässä kehittämistyössä asiakkaana on terveyshyötypotilas. Hän on iältään 16-70-vuotias ja hänellä on runsasta palveluiden käyttöä (yli 8 käyntiä viimeisten 12 kuukauden aikana), tuen tarvetta sekä vähintään kaksi poikkeavaa arvoa riski-indikaattoreissa (verenpaine, painoindeksi, tupakointi, LDL-kolesteroli, pitkäaikaisverensokeriarvo, päihteidenkäytön audit ja Beckin depressioseula). Terveyshyötypotilas on siis vielä usein työikäinen henkilö, jolla on suuri riski sairastua tulevaisuudessa sydän- ja verisuonisairauksiin. Sairauden puhkeamista yritetään hidastaa tai ehkäistä vastuuhenkilömallin avulla. (Autio 2015.)

## 5.2 Auditoinnin tulokset terveys- ja hoitosuunnitelman eri komponenteissa

Terveys- ja hoitosuunnitelman (THS) asiakaslähtöisyyttä ja proaktiivisuutta mitattiin auditointiohjeella, jossa on komponentteina oli THS:n komponentit; tarve, tavoite, toiminta ja keinot, seuranta ja arviointi sekä terveys- ja hoitosuunnitelman kokonaisuus (Liite 3). Alla on kuvattu kunkin komponentin tulokset. Helsingin kaupungilla THS:n kirjaamista ohjaa THL:n komponenttien määritelmistä johdetut fraasit. Fraaseilla pyritään yhtenäistämään ja ohjaamaan THS:n kirjaamista.

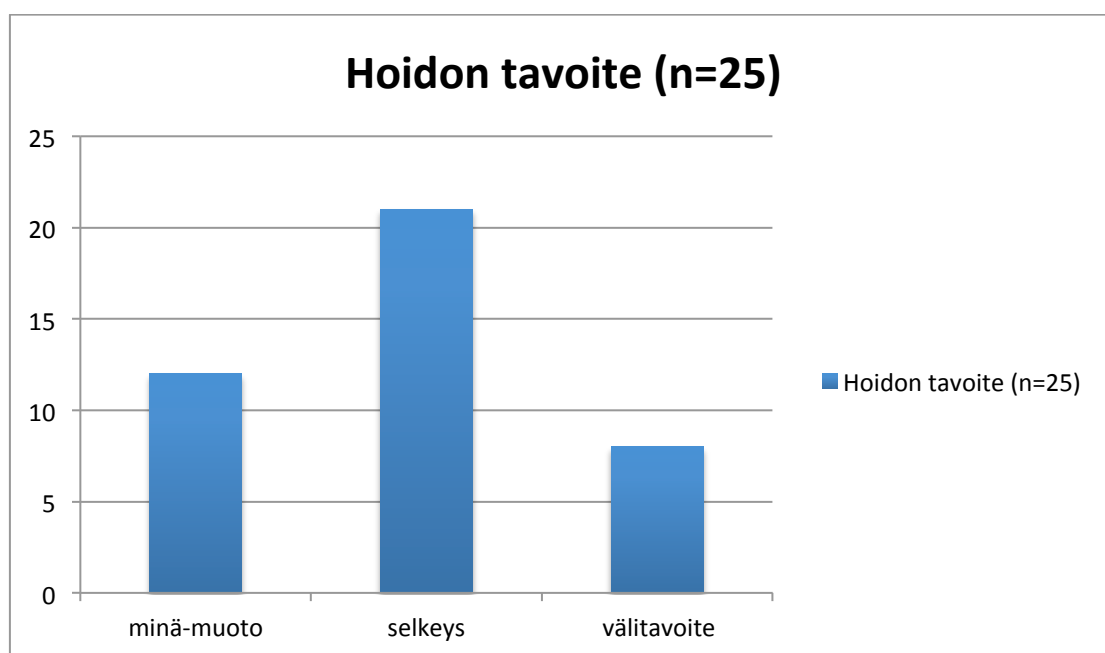
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) kuvaa terveys- ja hoitosuunnitelmassa hoidon tarpeen muodostuvan asiakkaan tunnistamasta terveysongelmasta tai -ongelmista. Ammattihenkilö tukee asiakasta ongelmien tunnistamisessa. (Komulainen ym. 2011,17.) Helsingin terveysasemilla kirjaamista ohjaa fraasi ”Olen nimennyt hoidon tarpeekseni...”.



Kuvio 17: Tarve-komponentin auditoinnin tulokset

Kuviossa 17 on kuvattu hoidon tarve komponentin tulokset. Hoidon tarve oli määritelty minämuodossa kahdeksassa terveys- ja hoitosuunnitelmassa (THS). Asiakkaan omin sanoin, puhekielellä kirjattu tarve katsottiin olevan asiakkaan tunnistama. Tämä näkyi 13 THS:ssa.

Hoidon tavoite terveys- ja hoitosuunnitelmassa on THL:n mukaan muutos, johon asiakkaan terveydentilassa pyritään. Asiakas asettaa ammattihenkilön tuella tavoitteet, jotka ovat realistisia ja niihin voi sitoutua. (Komulainen ym. 2011,20.) Kirjaamista ohjaa fraasi ”*Tavoitteekseni olen asettanut...*”.



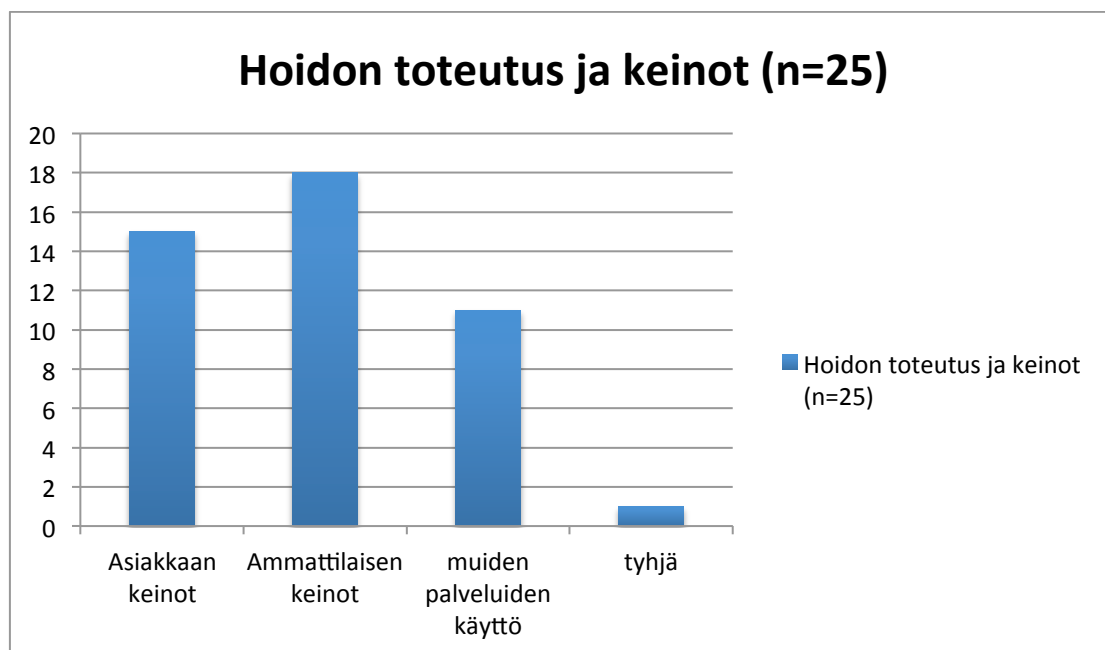
Kuvio 18: Hoidon tavoite-komponentin auditoinnin tulokset

Kuviossa 18 on kuvattu hoidon tavoite komponentin tulokset. Hoidon tavoitteet oli kirjattu minämuodossa 12 suunnitelmassa. Kaiken kaikkiaan 18 suunnitelmassa näkyi asiakkaan osallisuus. Tavoitteet olivat myös enemmän lauseen muodossa. Tavoitteista selvisi useimmiten (n=21) hyvin, mitä tavoitellaan, mutta ne olivat laajoja. Konkreettinen välitavoite selkeytti tavoitetta kahdeksassa suunnitelmassa. Esimerkkejä erilaisista tavoitteista: laajoja, vaikeasti mitattavia tavoitteita ”*liikkuminen muuttuisi helpommaksi*”, ”*pärjääminen arjessa paremmin*”, ”*painon aleneminen*” ja konkreettisia, mitattavia tavoitteita ”*Haluan tiputtaa painoa, että polven kivut helpottuisivat, että pääsisin pyörän selkään*”, ”*Tavoitteenani on tiputtaa painoa 3kk aikana 2,5kg eli tavoitteen päätyttyä painaisin 138,8kg, xx mennessä*”.

Hoidon toteutus ja keinot tarkoittaa sekä asiakkaan omaa toimintaa että terveydenhuollon palveluja asiakkaan terveyden ylläpitämiseksi ja parantumiseksi. Toteutus ja keinot tulisi kuvata niin yksiselitteisesti, että niiden perusteella voidaan toteuttaa hoito mukaan lukien oma-



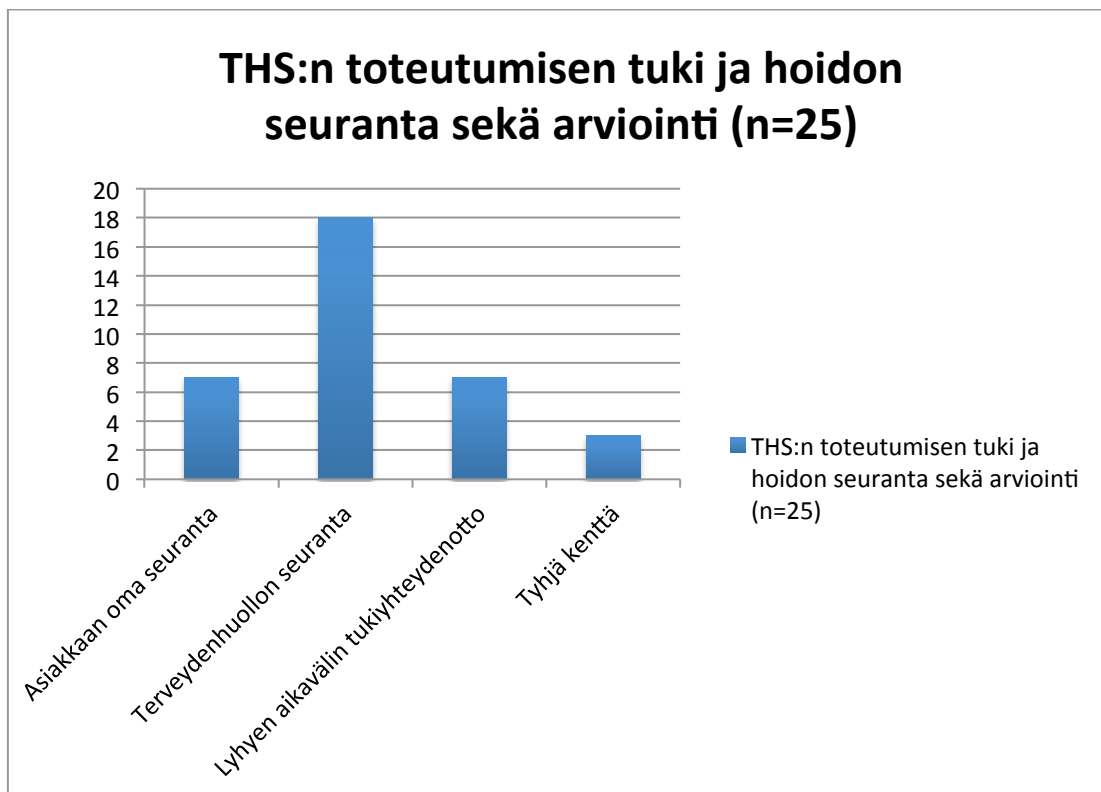
hoito. (Komulainen ym. 2011, 22.) Kirjaamista tukee fraasi ”*Tavoitteeseen päästäkseni olen päättänyt...*”.



Kuvio 19: Hoidon toteutus ja keinot -komponentin auditoinnin tulokset

Kuviossa 19 on kuvattu hoidon toteutus ja keinot komponentin tulokset. Asiakkaan keino tavoitteiden saavuttamiseksi on merkitty 15 suunnitelmaan selkeästi. Keinot vaihtelevat kovasti hyvin konkreettisista ohjeista liikkumisesta tai syömisestä, kuten *”syön aamuisin viiden leivän sijasta kolme leipää ja lautasellisen puuroa”* tai *”käyn viemässä päivittäin roskapussin roskiin, tarvittaessa apuna rollaattori. Pyrkii pikkuhiljaa pidentämään matkaa muutamilla metreillä”* ja toisissa oli mainittu eri terapeuteilla tai ryhmissä käyminen. Yhteensä 18 suunnitelmassa oli merkintä ammattilaisen vastuusta tai osuudesta tukea tavoitteiden saavuttamiseksi. Useissa suunnitelmissa se oli palvelujen tarjonnasta tiedottamista tai ajan varaamista muille palveluntarjoajille. Kolmannen sektorin vaihtoehdot sekä muut palvelut oli huomioitu 11 suunnitelmassa. Osassa suunnitelmia asiakas ei ollut halukas osallistumaan tarjottuun palveluun, mutta palvelun tarjoaminen oli kuitenkin merkitty suunnitelmaan.

THL ohjaa kirjaamaan terveys- ja hoitosuunnitelman toteutumisen tuki sekä hoidon seuranta ja vaikutusten arviointi komponenttiin ammattihenkilöltä eri kontaktimenetelmin saatavan tuen sekä suunnitelman kuinka tavoitteiden saavuttamista seurataan ja arvioidaan ja millä aikataululla (Komulainen ym. 2011, 26). Kirjaamisen tukena on fraasi *”Omahoidon tueksi on suunniteltu seuraavaa...”*.



Kuvio 20: THS:n toteutumisen tuki sekä hoidon seuranta ja arviointi- komponentin auditoinnin tulokset

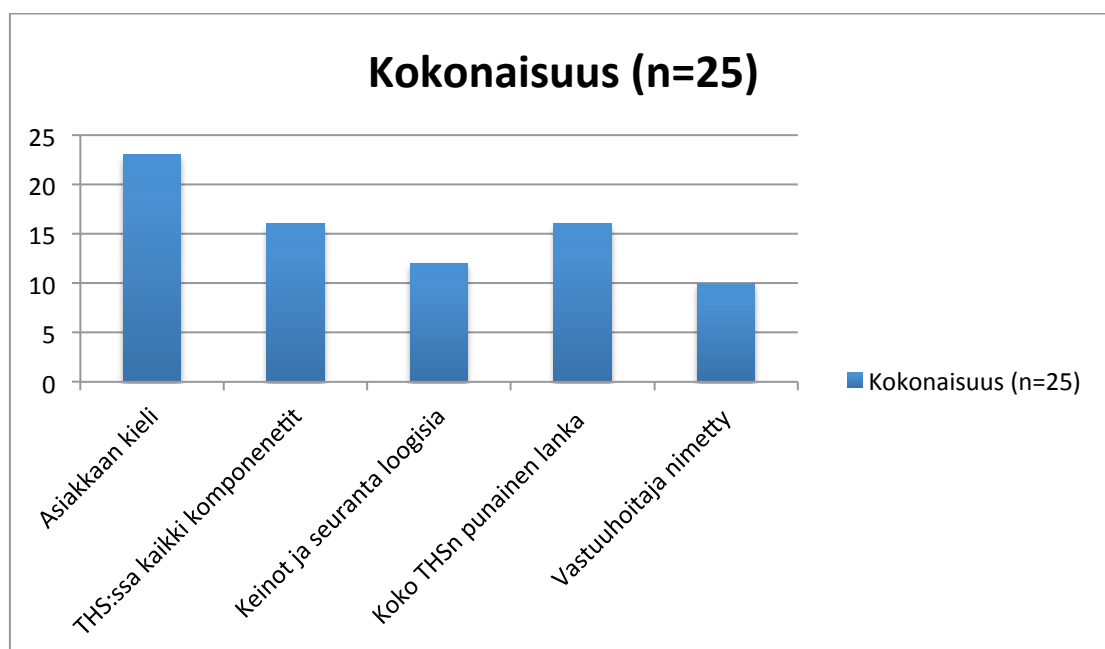
THS:n toteutumisen tuki ja hoidon seuranta ja arviointi komponentin tulokset on kuvattu kuviossa 20. Potilaiden omaseuranta ja arviointia oli merkitty seitsemään suunnitelmaan. Terveysthuollon osuutta tavoitteiden toteutumisen tukemiseen ja seurantaan sekä hoidon arviointiin oli kirjattu 18 THS:aan. Luku sisälsi sekä tuen, seurannan että arvioinnin. Tuki oli ennalta sovittu ja terveysthuollosta lähtevä, lyhyellä aikavälillä tehty yhteydenotto, usein joko sähköinen asiointi tai puhelu, jossa tarkastellaan, miten omahoito on lähtenyt käyntiin. Seitsemässä suunnitelmassa oli sovittu vastuuhenkilön tukisoiosta asiakkaalle kahdesta neljään viikon kuluessa. Osassa suunnitelmia suunnitelman teko oli vielä kesken ja yhteydenoton tarkoituksena oli tarkastella suunnitelmaa lisää (*”keskustelaan jatkoista”*).

Hoidon toteutumisen tueksi oli kirjattu myös tuleva lääkärin vastaanotto, mitä muita vastaanottoja vastuuhenkilö oli varannut asiakkaalle (fysioterapia, päihde- tai psykiatrisen sairaanhoitaja), osallistumiset ryhmätoimintaan, suositellut yhteydenotot mm. sosiaaliohjaajaan, ohjatut apuvälineet tiedonsaantiin ja yhteydenpitoon, kuten sähköinen asiointi, kahdensuuntainen viestimahdollisuus, kanta-palvelu, suunnitelma. Muutamassa (n=4) suunnitelmassa ei oltu kirjattu koordinoitua vastuuhenkilön puolelta eikä hoidon jatkuvuutta

Seuranta oli sovittujen mittaustulosten tarkastelua ja suunnitellun omahoidon toteutumisen tarkastelua (*”suunnitelman toteutumisen tarkastelu”*, *”miten suunnitelma on lähtenyt käyn-*

tiin”). Arviointi oli tulosten vertaamista tavoitteisiin, tavoitteiden etenemistä tai uuden väli-tavoitteen asettamista ja jatkojen suunnittelua tai vain merkintä seuraavasta vastaanotto-ajasta. Seuranta ja arviointi tapahtui kuukauden tai kahden kuluttua terveys- ja hoitosuunnitelman teosta. Kolmessa suunnitelmassa seuraava vastaanotto oli jo 2-3 viikon kuluttua ja kolmessa suunnitelmassa yhteydenotto oli jätetty asiakkaalle itselleen.

Potku auditointiohjeessa (Liite 3) tarkastellaan myös terveys- ja hoitosuunnitelman kokonaisuutta suunnitelman ymmärrettävyyden ja jatkuvuuden näkökulmista. Jatkuvuutta tarkasteltiin myös vastuuhenkilön nimeämisen osalta. THL:n ohjeen mukaan terveys- ja hoitosuunnitelmaan kirjataan ammattihenkilö, joka vastaa suunnitelman laatimisesta ja koordinoi sen toteuttamista (Komulainen ym. 2011,26). Kirjaamista ohjaa fraasi ”Tämän suunnitelman on kanssani laatinut: XX-vastuuhenkilö”.



Kuvio 21: Terveys- ja hoitosuunnitelman kokonaisuuden auditoinnin tulokset

Hoidon kokonaisuuden tulokset on kuvattu kuviossa 21. Suunnitelmat oli kirjoitettu ymmärrettävällä suomen kielellä, ammattisanastoa ei ollut juuri lainkaan. Terveystieteiden käytetty lyhennys löytyi kolmesta suunnitelmasta. Asiat ilmaistiin usein luettelomaisesti tai vajain lausein, ei minämuodossa. Kirjaaminen ei ollut ei tarpeeksi selkeää ollakseen ohje, jonka mukaan pystyy toimimaan. THS:n ymmärrettävyydestä arvioitiin myös kertooko suunnitelma asiakkaalle, mitä hoidossa tapahtuu huomioimatta, onko suunnitelma sopiva ja tarpeeksi tarkka ohjeeksi. Kaikki komponentit, tarve, tavoite, keino ja seuranta ja arviointi oli merkitty 16 suunnitelmaan. Monessa suunnitelmassa tavoitteet olivat laajoja ja vaikeasti mitattavissa. Seurannasta ja arvioinnista oli kirjattu, mitä seuranta ja minkäläistä arviointia tapahtuu vastaanoton aikana, mutta ei oltu kirjattu, mitä odotetaan tulosten olevan.

Loogisuudesta tarkasteltiin kulkeeko suunnitelmassa punainen lanka läpi koko prosessin sekä eri komponenttien keskinäistä loogisuutta. Suunnitelmassa katsottiin olevan punainen lanka, kun siinä käsiteltiin joka vaiheessa samaa terveysongelmaa tai -ongelmia. Tavoitteena on, että tavoite on mitattava ja sille on määritetty realistinen ja saavutettavissa oleva keino. Tavoitteiden saavuttamista tuetaan, seurataan ja arvioidaan loogisella tavalla. Tämän arvioiminen luotettavasti vain terveys- ja hoitosuunnitelman perusteella taustoja tuntematta on vaikeaa. Samaa terveysongelmaa käsiteltiin kaikissa komponenteissa 16 suunnitelmassa, välttämättä kaikkia komponentteja ei oltu kirjattu annetuin ohjein, mutta suunnitelma oli rakenteeltaan selkeä ja johdonmukaisuus löytyi läpi suunnitelman. Puutteena oli ammattilaisen kannustavan ja valmentavan yhteydenpito, seurannan ja arvioinnin puuttuminen kokonaan tai kolmessa suunnitelmassa yhteydenotto oli jätetty asiakkaalle.

Hoidon toteutus ja keino sekä tuki, seuranta ja arviointi komponentit olivat loogisia keskenään 12 suunnitelmassa. Suurin puute suunnitelman loogisuudessa oli tuen, seurannan tai arvioinnin kirjaamisen puuttuminen. Asiakkaalla saattoi olla useampia omahoidon keinoja mm. liikkumiseen arjessa ja syömiseen, mutta sovittu kontakti vastuuhenkilöön oli vasta jopa kahden kuukauden kuluttua. Neljässä suunnitelmassa eri komponenttien välillä loogisuus katosi. Hoidettiin eri terveysongelmia kuin hoidon tarpeessa tai tavoitteissa oli määritelty. Terveys- ja hoitosuunnitelman rakenne ei ollut selkeä. Tarve tai tavoite oli jäänyt määrittämättä tai suunnitelma oli jaoteltu ongelmittain, jolloin suunnitelman käyttäminen ohjeena hoidosta oli epäselvä ja vaikeasti seurattava. Kahdessa suunnitelmassa keinot ja seuranta koskivat eri oireita. Yhdessä suunnitelmassa ei ollut THS:n rakennetta eikä komponentteja. Hoidon tarve, tavoite, tuki ja arviointi olivat määrittelemättä. Toisessa komponentit oli kuvattu vain yhdellä sanalla. Joissain suunnitelmissa keinoihin oli ilmestynyt keino, joka ei vastannut tavoitetta. Seurantana oli katsoa, miten suunnitelma on lähtenyt sujumaan, saavutettujen tuloksien seuranta ei oltu määritelty.

Jatkuvuutta arvioitaessa tarkasteltiin, kuinka moneen suunnitelmaan oli merkitty vastuuhenkilön nimi. THL:n ohjeen mukaan ammattihenkilö, joka on laatinut terveys- ja hoitosuunnitelman ja koordinoi suunniteltua hoitoa, tulee mainita suunnitelmassa (Komulainen ym. 2011, 26). Vastuuhenkilön nimi löytyi kymmenestä suunnitelmasta.

### 5.3 Auditoinnin tulosten analyysi

Auditoinnin tarkoituksena oli tunnistaa, ovatko terveysasemilla tehdyt terveys- ja hoitosuunnitelmat asiakaslähtöisiä ja proaktiivisia. Terveys- ja hoitosuunnitelmien tekeminen on aloitettu Helsingin terveysasemilla vuoden 2015 lopulla. Nyt tehty arviointi oli THS:ien tekemisen lähtötilanne ja moni suunnitelma saattoi olla tekijänsä ensimmäinen. Kirjaaminen haki vielä muotoaan. Se oli yhteneväisiä rakenteeltaan, mutta kirjaamisen tyyliässä oli suuria ero-

ja vaihdellen yksittäisestä sanasta fraasien ohjaamiin kokonaisiin lauseisiin. Fraaseja oli käytetty lähes neljänneksessä suunnitelmista.

Asiakslähtöisyys ilmeni parhaiten hoidon tarve ja tavoite komponenteissa, hoidon toteutus ja keinot komponentissa ammattihenkilön toiminta oli jo asiakasta suuremmassa osassa ja asiakslähtöistä hoidon seuranta ja arviointia oli vähän. Proaktiivisuus näkyi parhaiten hoidon koordinoituna, kuten eri palvelujen tarjoamisena tai järjestämisenä sekä seurantakontaktin järjestämisenä. Proaktiivisuus valmentavana otteena, kuten lyhyen aikavälin tukiyhteydenotona näkyi vasta muutamissa THS:ssa.

Potku auditointiohjeen koettiin sopivan terveyst- ja hoitosuunnitelmien asiakslähtöisyyden ja proaktiivisuuden arviointiin. Asiakslähtöisyyden kattava arviointi vain lukemalla suunnitelmaa on vaikea tehdä mittarista huolimatta. Suunnitelmasta ei voi nähdä, onko tullut esille asiakkaan todellinen käsitys omasta tilanteesta ja odotuksista hoitoon ja kuinka syvälinen asiakasymmärrys vastuuhenkilöllä. Proaktiivisuuden olisi mahdollista näkyä selkeämmin, mutta sitä ei oltu kirjattu tarvittavan kattavasti auditointiohjeen mukaan.

On vaikea arvioida luotettavasti, onko tarpeen tunnistanut ja määritellyt asiakas itse. Minämuotoon kirjattu kuulostaa enemmän asiakkaan itse määrittelemältä ongelmalta. Etenkin jos tarve on kirjattu asiakkaan omin samoin, puhekielellä. Näin ollen asiakkaan omalla kielellä kirjattu hoidon tarve lisää asiakslähtöisyyden luotettavuutta. Asiakkaan kielellä kirjaaminen lisää myös hoitosuunnitelman ymmärrettävyyttä asiakkaalle. Asiakslähtöinen kirjaaminen oli uutta. Minämuotoinen kirjaaminen, yksiselitteisyys ja ymmärrettävyys asiakkaalle olivat puutteellisia sekä asiakkaan oman aktiivisuuden korostaminen etenkin seuranta ja arviointi komponentista.

Suunnitelmien tavoitteet olivat ymmärrettäviä, mutta ne olivat laajoja. Konkreettinen välitavoite selkeytti tavoitetta seitsemässä suunnitelmassa. Konkreettinen välitavoite tekee tavoitteiden seuraamisen ja mittaamisen sekä keinojen määrittämisen helpommaksi. Tavoitteen saavutettavuus lisää motivaatiota ja sitoutumista hoitoon. Selkeät ja konkreettiset välitavoitteet parantavat myös ymmärrettävyyttä. Kun räätälöidään asiakslähtöisesti kullekin asiakkaalle sopivat välitavoitteet, jotka hän voi saavuttaa jo ensimmäisten kuukausien aikana, onnistuminen voimaannuttaa asiakasta omahoidossa. (Bodenheimer ym. 2002b, 2471-2472; Routasalo & Pitkälä 2009, 17-20.) Asiakkaan arvot ohjaavat tavoitteiden asettamisesta. Asiakslähtöisessä toiminnassa kunnioitetaan asiakkaan autonomiaa ja hyväksytään hänen hoitopäätös. (Institute of Medicine 2001, 48-51.) Kun vastuuhenkilöllä on realistinen kuva asiakkaan todellisesta hoidon tarpeesta, hän voi auttaa asiakasta tavoitteiden muotoilussa ja välitavoitteiden asettamisessa. Tavoitteen asettamisen yhteydessä on tärkeää sopia myös, miten sen saavuttamista seurataan ja arvioidaan. (Routasalo & Pitkälä 2009, 20.)

Hoidon toteutusta ja keinoja oli merkitty lukumääräisesti enemmän (n=18) ammattihenkilön toimintana kuin asiakkaan (n=15). Keinot omahoidon toteuttamiseen omassa arjessa ovat puutteelliset, jos hoidon keinona on vain ryhmätapaaminen tai terapeutilla käynti. Asiakkaan on helpompi sitoutua selkeään konkreettiseen keinoon. Konkreettisen keinon vaikuttavuutta voi seurata mittaamalla. Hyvät tulokset motivoivat sitoutumista hoitoon. (Routasalo & Pitkälä 2009, 17-20.) On sekä asiakaslähtöisyyttä että proaktiivisuutta tarjota vaihtoehtoja, joista asiakas ei ole ehkä tietoinen tai toisaalta tarjota palveluita, jotka sopivat juuri tämän asiakkaan kokonaistilanteeseen. Ammatilaisen tehtävään kuuluu tarvittavan tiedon jakaminen terveyden edistämisestä ja sairauden hoidosta sekä palveluvaihtoehtoista tiedottaminen. (Bodenheimer ym. 2002b, 2471-2472.) Hänen ammattitaitoaan on vaikuttaa keinojen realisti-suuteen (Routasalo & Pitkälä 2009, 20). Kolmannen sektorin ja asiakkaan läheisten osallisuus hoitoon on hyvää hoidon koordinoitua ja laaja-alaista palvelua. Vastaanottojen ulkopuolinen toiminta tukee hoitokokonaisuutta ja auttaa asiakasta pärjäämään arjessa. Hoidon vaikuttavuus kasvaa. (Koivuniemi ym. 2014, 158-159.) Kolmannen sektorin palvelujen tarjoamista vaikea arvioida luotettavasti suunnitelmista, koska palvelut, joihin asiakas ei ole tarttunut on mahdollisesti jätetty kirjaamatta.

Asiakkaan itsensä tekemää seuranta- tai arviointia oli kirjattu vähän (n=7). Konkreettiset keinot arjessa selviämiseen ohjaavat asiakasta tavoitteisiin pääsemisessä ja tulosten saavuttamisessa. Asiakaslähtöisessä toiminnassa tavoitteiden saavuttamisen seuranta ja arviointi kuuluu myös asiakkaalle. (Routasalo & Pitkälä 2009, 20.) Kirjaaminen minämuodossa korostaa asiakkaan oloa keskiössä ja hänen omahoidon ensisijaisuutta ja aktiivista osallistumista ja sitoutumista hoitoonsa ja sen suunniteluun. Seurantatavan hahmottaminen on helpompaa, jos tavoite on ollut mitattava (Routasalo & Pitkälä 2009, 20). Konkreettista seuranta- ja tulosten arviointia on vaikea määrittellä, jos tavoite on laaja ja keinot eivät ole olleet konkreettiset.

Proaktiivisessa suunnitelmassa suunnitellaan teko vaiheessa, minkälaista tukea asiakas kokee tarvitsevänsä ja miten ammattilainen tukee asiakasta kannustavalla viestinnällä puhelimitse tai sähköisesti tavoitteiden saavuttamisessa ja arjen omahoidossa. Proaktiivisuus on tuen antamista erityisesti vastaanottojen välillä. (Koivuniemi ym. 2014, 157-161.) Proaktiivinen ja ammatilaisesta lähtevä yhteydenotto on uusi näkökulma avosairaanhoidossa. Lyhyen aikavälin tukitoimia, joissa vastuuhenkilö on yhteydessä asiakkaaseen viikon tai kahden viikon kuluessa ja kannustaa omahoitoon ja arjessa selviämiseen sekä ryhmistä ja erityistyöntekijöiltä saatujen neuvojen toteuttamiseen, oli merkitty vasta vähän (n=7).

Terveys- ja hoitosuunnitelma lisää potilasturvallisuutta moniammatillisessa hoidossa, koska se tukee hoidon suunnitelmallisuutta ja tieto hoidosta on koko hoitoketjun käytössä (Vuokko ym. 2011, 36). Sen tavoitteena on myös hoidon laadun paraneminen ja potilastyytyväisyyden lisääntyminen (Sisso ym. 2015). Näiden toteuttamiseksi on tärkeää, että THS on kieliasultaan

ymmärrettävä. Auditoiduissa THS:ssa asiat ilmaistiin usein luettelomaisesti ja vajavaisin lausein. Asiakkaan omaa toimintaa kuvattiin verrattain harvoin minämuodossa. Jotta THS toimii yksiselitteisenä ohjeena, sen tulee olla konkreettinen ja selkeä, jossa osoitetaan asiakkaan ja ammattilaisen vastuut. Se on aikaan sidottu tulosten arvioimisen ja suunnitelman päivittämisen osalta. Tavoitteiden saavuttamisen ajankohtaa tai päivittämistä ei juurikaan oltu merkitty suunnitelmiin, mutta suunnitelman ollessa jatkuva prosessi arviointia tapahtuneen yhteydenottojen aikana.

Suunnitelmaa oli käytetty myös hoitotyön kirjaamiseen. Kuitenkin THS:n tulisi olla suunnitelma, joka kattaa hoitajaksojen väliset suunnitelmat (Virkkunen ym. 2015, 94-95) ja keskeistä THS:ssa on asiakkaan aktiivinen rooli ja omahoito. THS:n tavoitteena on asiakkaan motivoiminen oman terveystensä hoitamiseen voimavarojensa rajoissa sekä jatkuvuus (Komulainen ym. 2011, 12-13).

Tässä nykytilan kartoituksessa voitiin todeta, että asiakaslähtöinen ja proaktiivinen työskentelytapa on merkittävä muutos suunnitelman tekemisessä ja henkilökunta sisäistämässä sitä. Terveys- ja hoitosuunnitelmien tarkastelussa nousi esiin seuraavia kehityskohteita: asiakaslähtöisyyden näkökulmasta minämuodossa kirjaaminen ja omahoidon korostaminen sekä suunnitelman yksiselitteisyys ja proaktiivisuuden näkökulmasta tavoitteiden ja keinojen muotoilu konkreettisiksi ja mitattaviksi sekä tukitoimien kirjaaminen. Näitä esiin tulleita kehityskohteita lähdettiin ideoimaan parannusehdotuksiksi teemahaastatteleamalla vastuuhenkilöitä.

## 6 III Iteraatiokierros - Kehitysideat asiakaslähtöisyyden ja proaktiivisuuden toteutumiseen terveys- ja hoitosuunnitelmassa

Kolmantena kehitystehtävänä ja koko työn tavoitteena oli kehittää terveys- ja hoitosuunnitelman asiakaslähtöisyyttä ja proaktiivisuutta. Tämä vaihe toteutettiin teemahaastatteluilla. Teemahaastattelu perustui induktiiviseen ajatteluun. Laadullisen lähtökohdan vuoksi se osoitautui parhaaksi menetelmäksi paneutua tähän yksityiskohtaan. Vastuuhenkilöitä haastateltiin pareittain. Haastatteluissa haettiin uusia ideoita vastuuhenkilöiden tavasta huomioida asiakaslähtöisyys ja proaktiivisuus esiin nousseissa kehityskohteissa (Kuvio 22). Haastatteluiden tavoitteena oli löytää parannusehdotuksia asiakaslähtöisyyden ja proaktiivisuuden toteutumiseen näissä kehityskohteissa. Kaikki haastatellut henkilöt toimivat vastuuhenkilöinä, mutta osallistuivat edelleen myös muihin oman ammattikuntansa työtehtäviin terveysasemalla. Haastateltavat valittiin satunnaisesti vastuuhenkilövalmennuksiin osallistuneiden keskuudesta ja osallistuminen haastatteluun oli vapaaehtoista. Haastateltavien lukumääräksi valikoitui kuusi, jotta saatiin tietoa useammalta henkilöltä, mutta huomioiden kehittämistyön tekemisen resurssit. Haastateltavien työkokemus vastuuhenkilömallissa vaihteli kymmenestä kuu-

kaudesta (vastuuhenkilömallin aloituksesta lähtien) pariin kuukauteen. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47-48, 58-59.)

Vastuuhenkilölle järjestetään säännöllistä koulutusta sekä koko päivän kestävinä koulutuspäivinä kaikille vastuuhenkilöille yhdessä, että pienryhmissä tapahtuvaa valmennusta, jossa pureudutaan eri teemoihin ja vastuuhenkilöt saavat tehtäviä valmennusten väliselle ajalle. Koulutuksissa vastuuhenkilöillä on mahdollisuus keskustella toistensa kanssa ja jakaa kokemuksiaan. Vastuuhenkilöt mainitsivat tämän vertaistuen olevan merkittävässä roolissa, etenkin niille, jotka ovat oman terveysasemansa ainoa vastuuhenkilö.

Haastattelujen teemat olivat THS:n auditoinnissa ilmenneitä asiakaslähtöisyyden ja proaktiivisuuden kehitysalueita. Asiakaslähtöisyyden ja proaktiivisuuden hahmottamista THS:ssa helpotettiin tekemällä esite asiakaslähtöisyyden ja proaktiivisuuden merkityksestä sekä niiden näkymisestä käytännössä THS:ssa (Liite 4).

#### 6.1 Vastuuhenkilöiden ajatuksia kehitysalueista

Terveys- ja hoitosuunnitelmien asiakaslähtöisyyden ja proaktiivisuuden kartoituksessa nousi esiin seuraavia kehitettäviä alueita: omahoidon näkyvyys läpi suunnitelman, kirjaaminen asiakkaan kielellä, yksiselitteisesti ja ohjeeksi, komponenttien konkreettisuus ja mitattavuus ja tukitoimien kirjaaminen (Kuvio 22). Aiheista keskusteltiin kolmen vastuuhenkilöparin kanssa tarkoituksena löytää parannusehdotuksia kehitysalueiden kirjaamiseen (Taulukko 4).



Kuvio 22: Auditoinnissa esiin tulleet THS:n kehitysalueet



Aktiivisuus omahoidossa alkaa jo omahoitolomakkeen (Liite 5) täyttämällä ennen vastaanottoa. Kaikki haastatellut pitivät lomaketta hyödyllisenä. Suurin osa koki sen helpottavan hoidon tarpeen muodostamista ja olivat hämmästyneitä, kuinka asiakkaat paneutuivat lomakkeen täyttämiseen. Mutta lomakkeesta oli myös päinvastaisia mielipiteitä. Haastatellut vastuuhenkilöt pohtivat, että keinojen konkreettisuus selkiyttäisi asiakkaan roolia ja vastuuta suunnitelman toteutuksessa. Osa koki keinojen muotoilun erittäin vaikeaksi asiakkaan kanssa, osa taas koki, että asiakkailla oli hyvin ideoita. Kysymällä ”Oletko miettinyt, mitä voisit tehdä?” ja ”Mitä voisi ruveta tekemään asian eteen?” oli päästy eteenpäin. Haastateltujen mielestä suunnitelmaan tulisi kirjata, mitä asiakas tekee arjessaan ennen seuraavaa yhteydenottoa. Toisille vastuuhenkilöille asiakkaan oman seurannan kirjaaminen oli vielä vierasta. Asiakkaan kanssa oli keskusteltu seurannasta, esimerkiksi tukipuhelussa asiakas oli kertonut, kuinka usein oli toiminut suunnitelman mukaan, mutta seurantaa ei oltu kirjattu tai vastuuhenkilö koki vieraaksi kirjata seurannaksi, mitä tullaan seuraamaan ja milloin, seurantatulosten vielä puuttuessa. Toisaalta asiakkaat seurasivat esimerkiksi verenpainetta tai verensokeria ja lähettivät tulokset sähköisesti vastuuhenkilölle, jonka kanssa arvioitiin tavoitteen saavuttamista. Yhdessä haastattelussa auditointiohjeen mainittiin muistuttavan omahoidonkirjaamisesta.

Asiakkaan aktiivinen osallistuminen hoidon suunnitteluun ja seurantaan oli asiakkaallekin uusi näkökulma, joka vaatii motivointia ja kannustusta. Haastateltavat kertoivat, että useat terveyshyötypotilaat ovat olleet asiakkaana terveysasemalla jo vuosia ja heitä on yritetty tukea omahoitoon jo aiemminkin tuloksetta. Uuteen sopeutuminen vie aikaa ja THS:n tekeminen ei onnistu yhdellä kertaa vaan asiaan palataan seuraavassa yhteydenotossa tai asiakas on tietoinen tehtävistään, mutta ei saa itseään liikkeelle. Sitoutuminen muutokseen koetaan vaikeaksi. Asiakas kaipaa tukea ja käy mielellään vastaanotolla, mutta ei ole sitoutunut muuttamaan omaa toimintaansa arjessaan tai aktivoitumaan siinä. Pienet ja saavutettavat tavoitteet sekä vastuuhenkilön aktiivinen asioihin puuttuminen alussa koettiin auttavan alkuun. Esimerkiksi varataan aika erityistyöntekijälle ja käynnin jälkeen ollaan aktiivisesti yhteydessä asiakkaaseen motivoiden omahoitoa.

Minämuodossa kirjaaminen oli uutta kaikille haastatelluille. Sen omaksuminen koettiin haasteelliseksi. Osan mielestä harjoittelun ja fraasien myötä tapa oli jo iskostunut työtavaksi, mutta sitä myös vastustettiin. Minämuodossa olevan suunnitelman katsottiin olevan konkreettisempi ja henkilökohtaisempi, mutta toisaalta koettiin, että se ei ollut sovelias tapa kirjata potilastietojärjestelmään kirjaajan ollessa joka tapauksessa ammattilainen. Ristiriitaiseksi minämuodossa kirjaaminen koettiin sellaisten asiakkaiden hoidossa, jotka eivät olleet motivoituneita omahoitoon ja kuntoutukseen.

Keskusteltaessa suunnitelman yksiselitteisyydestä ja ymmärrettävyydestä sekä asiakkaalle että hoitoon osallistuville ammattilaisille, vastuuhenkilöt näkivät tarpeelliseksi suunnitelmien muokkaamisen konkreettisemmiksi vahvistamaan yksiselitteisyyttä sekä huomioimaan, että suunnitelma on ymmärrettävä asiakkaalle sekä kielellisesti että sisällöllisesti. Fraasien koettiin sekä tukevan kirjoittamista että olevan vaikeasti ymmärrettäviä. Kirjaamiseen ylipäättään kaivattiin apua. Jokainen vastuuhenkilö huomioi tiedon kulun tärkeyden ammattilaisten välillä. Suunnitelmaan tulee kirjata selkeästi, mitä seurataan ja miten, jotta muut ammattilaiset voivat seurata hoidon suunnitelmaa. Ainoastaan yksi henkilö huomioi myös asiakkaan tarpeen hoidon suunnitelman seuraamisessa. Asiakas voi valmistautua seuraavaan kontaktiin, kun näkee, mitä suunnitelmaan on kirjattu. Haastateltavien mukaan Kanta-palvelun käyttö on varsin tuttua asiakkaille ja sieltä he näkevät päivitetyn ja muokatun suunnitelman myös puheluiden tai sähköisen yhteydenoton jälkeen.

Haastatellut vastuuhenkilöt kokivat konkreettisten ja mitattavien tavoitteiden ja keinojen muotoilun haastavaksi asiakaslähtöisesti. Vastuun antaminen asiakkaalle oli uutta. Oli vaikea saada selville, mitä asiakas oli valmis tekemään ja oliko sitoutumisen pelko esteenä konkreettisten tavoitteiden tekemiselle. Asiakkaan vaikeus muotoilla välitavoitetta, voi olla sitoutumisen pelko. Hän ei uskalla tehdä itse tavoitetta, koska ei tiedä kykeneekö sitoutumaan siihen. Haastatteluissa todettiin, että motivoitunutkaan asiakas ei aina kykene heti muotoilemaan hoidon tarvetta, mutta se selkiytyy vähitellen ja että kirjaamisessa on huomioitava myös asiakkaan tietämys.

Useat asiakkaat ovat moniongelmaisia ja psyykkiset ongelmat yleisiä heidän joukossaan. Tämä osaltaan tuo haasteita yhteistyöhön asiakkaiden kanssa. Asiakkaiden vastaanottavuus vaihtelee ja heidän kanssaan on oltava hienovarainen ja tarkka. Vastuuhenkilöt totesivat, että kohteena oleva asiakasryhmä on varsin haastava kaikin puolin. Yksi haastatelluista koki motivoivan haastattelun olevan hyvä keino arjen kartoittamisessa ja THS:n tekemisessä. Asiakkaalta kysytään avoimia kysymyksiä, joihin ei voi vastata yhdellä sanalla ja reflektoidaan hänen vastauksiaan.

Yhteydenotto asiakkaaseen vastaanottojen välillä vastuuhenkilön toimesta oli koettu aluksi hyvin vaikeana ymmärtää, mutta toiminta oli vahvistanut sen hyödyllisyyden. Tukipuhelu on perinteistä vastaanottoa kevyempi hoitomuoto. Asiakkaat odottivat puheluita ja olivat mielisään huolenpidosta. Jo muutaman kuukauden kokemuksella vastuuhenkilöt kertoivat asiakkaiden yhteydenottojen vähentyneen. Asiakkaat eivät aina päässeet toteutuksen alkuun ensimmäiseen yhteydenottoon mennessä ja silloin kannustaminen ja suunnitelman uudelleen läpi käyminen voi motivoida asiakasta aloittamaan. Kun suunnitelmassa näkyy, mitä asioista esimerkiksi puhelussa käsitellään ei ajauduta keskustelamaan kuulumisista ja asiakkaat voivat valmistautua puheluun. Osa koki tämän vielä haasteelliseksi. Valmistautuminen puheluun jäi

ja kirjaamisen yhteydessä ilmeni, ettei suunnitellusta asiasta oltu keskusteltu. Puhelun hyödyksi koettiin myös THS:n ymmärrettävyyden tarkastelu. Asiakkaan passiiviseen omahoitoon saattoi olla syynä, ettei hän ymmärtänyt, mistä aloittaa. Puhelussa tarkennettiin keinoja konkreettisiksi, päivitettiin suunnitelma ja sovittiin uudesta yhteydenpidosta. Haastatellut vastuuhenkilöt käyttivät pääasiassa puhelinoittoa yhteydenpitovälineenä. He kokivat, että ensimmäinen yhteydenotto vastaanoton jälkeen on sopiva tehdä viikon tai kahden kuluttua. Aikaväli oli lyhentynyt monella uuden toimintamalli-idean tultua tutuksi paremmin koulutusten myötä.

Vastuuhenkilöiden ajatuksista asiakaslähtöisyyden ja proaktiivisuuden näkyvyyden parantamiseksi koottiin taulukko (Taulukko 4). Näistä ajatuksista muodostettiin parannusehdotuksia käytännön työhön terveys- ja hoitosuunnitelman teossa.

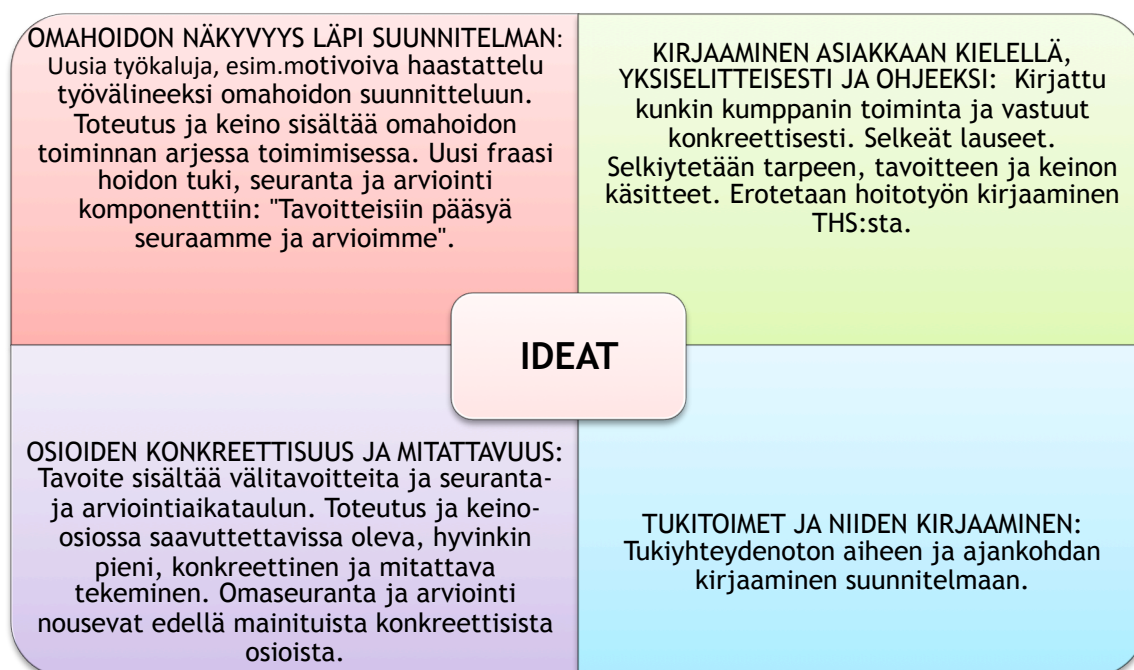
OMAHOIDON NÄKYVYYS LÄPI SUUNNITELMAN	KIRJAAMINEN ASIAKKAAN KIELELLÄ, YKSISELITTEISESTI JA OHJEENA	OSIOIDEN KONKREETTISUUS JA MITATTAVUUS	TUKITOIMET JA NIIDEN KIRJAAMINEN
Kirjataan, mitä asiakas tekee arjessaan ennen seuraavaa yhteydenottoa.	Kirjataan selkeästi, mitä seurataan ja miten.	Vaikea saada selville, mitä asiakas on valmis tekemään.	Suunnitelmassa näkyy, mitä asioita esimerkiksi puhelussa käsitellään.
Asiakkaan oman seurannan kirjaaminen.	Suunnitelmien muokkaaminen konkreettisemmiksi.	Asiakasryhmä on varsin haastava.	Kannustaminen ja suunnitelman uudelleen läpi käyminen.
Asiakkaan rooli ja vastuu suunnitelman toteutuksessa. Keinojen konkreettisuus selkiyttää.	Kirjataan, mitä asiakas itse tekee.	Motivoiva haastattelu on hyvä keino arjen kartoittamisessa ja THS:n tekemisessä.	Ensimmäinen yhteydenotto on sopiva tehdä viikon tai kahden kuluttua.
Syynä asiakkaan passiivisuuteen omahoidossa, ettei hän ymmärrä mistä aloittaa.	Fraasien koettiin sekä tukevan kirjoittamista että olevan vaikeasti ymmärrettäviä.	Konkreettisten ja mitattavien tavoitteiden ja keinojen muotoilu haastavaa asiakaslähtöisesti.	THS:n ymmärrettävyyden tarkastelu.
Auditointiohje muistuttaa omahoidon kirjaamisesta.	Kirjaamisessa huomioitava myös asiakkaan tietämys.		
Minämuodossa kirjaaminen; konkreettisuus ja henkilökohtaisuus	Ymmärrettävä asiakkaalle sekä kielellisesti että sisällöllisesti.		
	Apua kaivattiin kirjaamiseen yleensä.		

Taulukko 4: Haastatteluissa syntyneitä kehityskohteiden parannusehdotuksia

Haastatteluissa huomioitiin, että haastateltavat olivat itse vielä sisäistämässä terveys- ja hoitosuunnitelman tekemistä. Haastateltujen työkokemus helpotti haasteellisen asiakasryhmän kohtaamisessa. Asiakaslähtöisyyden ja vastuuhenkilön proaktiivisen toiminnan toteuttaminen käytännössä oli heistä vaativaa, vaikka he ymmärsivät ja uskoivat uuteen menetelmään. Tämän vuoksi uusien ideoiden syntyminen sijaan keskustelu painottui terveys- ja hoitosuunnitelman kirjaamisen kokemuksiin ja vaikeuksiin. Vastuuhenkilöiden kokemukset antoivat merkittävää tietoa tarvittavasta tuesta THS:n tekoon ja toimintamallin ymmärtämisen.

## 6.2 Asiakslähtöisyyttä ja proaktiivisuutta lisäävät kehitysideoit terveys- ja hoitosuunnitelman tekemiseen

Kehittämistyön tavoitteena oli kehittää terveys- ja hoitosuunnitelman asiakslähtöisyyttä ja proaktiivisuutta. Haastatteluissa saatiin monipuolista tietoa terveys- ja hoitosuunnitelman tekemisen nykytilasta ja vastuuhenkilöiden kokemuksista. Vastuuhenkilöiden haastattelun tuloksista koottiin kehitysalueille ehdotuksia parantamaan asiakslähtöisyyttä ja proaktiivisuutta terveys- ja hoitosuunnitelmissa. Ideat on esitelty kuviossa 23.



Kuvio 23: Kehitysideoit asiakslähtöiseen ja proaktiiviseen terveys- ja hoitosuunnitelmaan

Vastuuhenkilöt kokivat tarvitsevänsä työkaluja asiakkaiden omahoidon suunnitteluun. Asiakasyymmärryksen luominen auttaa saamaan selville asiakkaan todellisen tilanteen ja hoidon tarpeen sekä muutosvalmiuden muutokseen (Virtanen ym. 2011, 36-59). Motivoiva haastattelu on yksi keino saada asiakas ymmärtämään tilanteensa ja hoidon tarpeensa. Haastattelussa kysytään avoimia kysymyksiä ja reflektoidaan asiakkaan kertomaa tavoitteena saada asiakas itse kertomaan, miten haluaisi toimia oman terveytensä parantamiseksi tai ylläpitämiseksi. Brobeck:n, Odenkrants:n & Hildingh:n tutkimuksen (2011) mukaan tämä toimintatapa vaatii koulutuksen ja harjoittelua, mutta on arvokas työväline terveydenedistämässä perusterveydenhuollossa. Motivoiva haastattelu työmenetelmänä tukee myös asiakkaan aktiivista roolia oman hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa.

Tarpeen, tavoitteen ja keinojen fraasit tukevat kirjoittamaan minämuodossa, jolloin omahoidon osuus näissä komponenteissa korostuu. Hoidon tuki, seuranta ja arviointi komponentin

fraasi sekä THL ohjaa kirjaamaan, mitä ammattilaiselta saatavaa tukea on sovittu keinojen toteuttamiseksi sekä kuinka seuranta ja arviointi suunnitellaan tehtäväksi, kuten menetelmä ja ajankohta (Komulainen ym. 2011, 26). Nämä eivät ohjaa kirjaamaan asiakkaan omaa seurantaan tai arviointia. Käytetty auditointiohje ohjaa huomioimaan myös asiakkaan roolin seurannassa ja arvioinnissa. Seurannan ja arvioinnin kirjaamiselle tarvitaan oma fraasi. ”*Tavoitteisiin pääsyä seuraamme ja arvioimme..*” joka ohjaa sekä molempien osapuolten tekemistä että aikamäärettä.

Suunnitelman yksiselitteisyyttä ja ymmärrettävyyttä kaikille osapuolille on vaikea ohjata fraaseilla tai auditointiohjeella. Konkreettiset toiminnot lisäävät yksiselitteisyyttä ja ymmärrettävyyttä. Tärkeää on erottaa, mitä kirjataan terveys- ja hoitosuunnitelmaan ja mitä päivittäiseen potilaskertomukseen käynnistä. Terveys- ja hoitosuunnitelmaa voidaan ajatella ohjeena, joka kertoo osapuolten roolit ja vastuut ja sen lukemalla selviää, miten tulee toimia. Asiakasymmärrys on tärkeää, jotta THS on sisällöllisesti ymmärrettävää asiakkaalle.

Laajat tavoitteet pilkotaan konkreettisiksi välitavoitteiksi. Konkreettinen tavoite on mitattava. Asetettaessa tavoitetta sovitaan sen seurannasta ja arviointiaikataulusta. Mitä odotetaan saavutettavan lyhyellä aikavälillä? Vastuuhenkilö ohjaa asiakasta tavoitteiden ja keinojen muokkaamisessa realistisiksi ja tarjoaa vaihtoehtoja asiakkaan määrittämiin tavoitteisiin pääsemiseksi. Motivoivalla haastattelulla, jossa kysymällä avoimia kysymyksiä ja reflektoimalla asiakkaan valmiutta muutokseen ja hoitoon sitoutumiseen, voidaan saada asiakas kertomaan oman hoitonsa tavoitteita. Kirjaamisessa tulee tunnistaa tavoitteen ja keinon ero. Tavoite on toivottu muutos tilassa ja keino on toiminto tavoitteeseen pääsemiseksi, muutoksen saavuttamiseksi. Tarve taas on asia, johon toivotaan muutosta. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2007, 52-53.)

Tukiyhteydenoton suunnitelma kirjataan THS:aan. Mitä yhteydenotto koskee ja milloin se tapahtuu? Sekä auditointiohje että fraasi tukevat tukitoimien kirjaamista THS:aan. Yhteydenoton jälkeen THS päivitetään ja päivitetty versio on näkyvissä asiakkaalle Kanta-palvelussa. Suunnitelmallisuus yhteydenotoissa parantaa jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta. Molemmat osapuolet voivat valmistautua yhteydenottoon.

Haastatelluilta vastuuhenkilöiltä saatiin arvokasta tietoa asiakaslähtöisen ja proaktiivisen terveys- ja hoitosuunnitelman kirjaamisen haasteista. Niissä painottui asiakkaan mukaan saaminen ja sitoutuminen suunnitelman tekoon sekä kirjaamisen vaikeus samanaikaisesti sekä konkreettisesti että asiakaslähtöisesti. Asiakasryhmä koettiin haastavaksi hoitoon motivoinnissa. Proaktiivisuus suunnitelman teossa oli sisäistymässä ja vastuuhenkilöstä lähtevän yhteydenpidon hyödyt olivat jo nähtävissä. Nämä seikat huomioiden päädyttiin kehittämistyön tuloksena

ehdottamaan seuraavia toimia kirjaamisen kehittämiseen, jotta terveys- ja hoitosuunnitelmissa toteutuu asiakaslähtöisyys ja proaktiivisuus

- Motivoiva haastattelu työvälineeksi omahoidon suunnitteluun.
- Selkiytetään tarve, tavoite ja keino käsitteet.
- Tavoite sisältää välitavoitteita ja seuranta- ja arviointiaikataulun.
- Toteutus ja keino sisältää omahoidon toiminnan arjessa toimimisessa.
- Toteutus ja keino- osiossa saavutettavissa oleva, hyvinkin pieni, konkreettinen ja mitattava tekeminen.
- Tukiyhdydenoton aiheen ja ajankohdan kirjaaminen suunnitelmaan.
- Uusi fraasi hoidon tuki, seuranta ja arviointi komponenttiin: "Tavoitteisiin pääsy seuraamme ja arvioimme".
- Kunkin kumppanin toiminta ja vastuut kirjataan konkreettisesti.
- Selkeät lauseet.
- Erotetaan hoitotyön kirjaaminen THS:sta.

### 6.3 Kehittämistyön tulosten yhteenveto

Tämä kehittämistyö sisälsi kolme kehittämistehtävää. Niiden tulokset on esitetty kuviossa 24. Keskusteltaessa kehittämistyössä ilmenneistä havainnoista toimeksiantajan kanssa, hän kertoi havaintojen tukevan organisaation johdon käsitystä terveys- ja hoitosuunnitelmien nykytilasta ja työn antavan merkittävää tietoa vastuuhenkilömallin kehittämiseksi.



Kuvio 24: Kehittämistehtävän yhteenveto

Kirjallisuuskatsauksen mukaan asiakaslähtöisyydellä ja proaktiivisuudella ei voitu osoittaa olevan vaikutusta hoitotuloksiin, mutta asiakaslähtöisen hoidon katsottiin parantavan asiakkaan kokemusta hoidosta ja hoitoprosessin paranevan (Olsson ym. 2012; Jackson ym. 2013; Simmons ym. 2014; Constand ym. 2014). Proaktiivisessa hoidossa vastuuhenkilömalli (case management) osoittautui merkittäväksi interventioksi (Joo & Huber 2014; Smith ym. 2016). Kirjallisuuskatsauksen perusteella keskeisiä piirteitä, jotka tekevät terveys- ja hoitosuunnitelmasta asiakaslähtöisen ja proaktiivisen oli yhdeksän. Alla olevassa taulukossa (Taulukko 5) on esitetty, miten kukin piirre voi esiintyä konkreettisesti terveys- ja hoitosuunnitelmassa.

PIIRRE	TERVEYS- JA HOITOSUUNNITELMA (THS)
Asiakas keskiössä	Asiakkaan määrittelemä tarve ja tavoite. Sama suunnitelma on kaikkien palveluntarjoajien käytössä.
Aktiivinen asiakas	Omahoito näkyy läpi suunnitelman.
Kumppanuus	Jaettu päätöksenteko.
Tukeva, hyväksyvä valmentaja	Asiakkaan autonomia. Ammattilaisen tuki realistisen ja konkreettisen suunnitelman teossa. Ammattilaisesta lähtevä tukiyhteydenpito.
Koordinoitu, strukturoitu hoito	Suunnitelmallisuus. Aikaan sidottu suunnitelma.
Tiimityö	Kaikki palveluntarjoajat osallistuvat THS:n ylläpitoon. 3. sektorin huomioiminen hoidossa.
Hoidon saatavuus	Yhteydenpito eri menetelmin. Palveluvalikoima.
Hoidon hallintakeino	THS on yksiselitteisesti ymmärrettävä ohje toiminnasta sekä asiakkaalle että ammattilaiselle.
Terveyden edistäminen	Tavoitteena arjessa pärjääminen paremmin ja terveyshyödyn saaminen. Riski-indikaattorit huomioitu.

Taulukko 5: Keskeisten piirteiden ilmeneminen terveys- ja hoitosuunnitelmassa (THS).

Nykytilan kartoitus antoi merkittävää tietoa terveys- ja hoitosuunnitelmien teon lähtötilanteesta Helsingin terveysasemilla. Kehitettäväksi alueiksi nousi aineiston pohjalta omahoidon näkyvyys läpi suunnitelman, kirjaamisen yksiselitteisyys ja ymmärrettävyys, komponenttien konkreettisuus ja mitattavuus sekä tukitoimet ja niiden kirjaaminen terveys- ja hoitosuunnitelmaan. Asiakaslähtöisen ja proaktiivisen terveys- ja hoitosuunnitelman teko oli vielä sisäistymässä vastuuhenkilöille.

Haastatteluissa saatiin vahvistusta näytölle, että uusi toimintamalli oli vasta sisäistymässä. Kehittämistyössä tehdystä kirjallisuuskatsauksesta saatua tietoa voidaan käyttää vastuuhenkilöiden perehdyttämisessä asiakaslähtöisyyden ja proaktiivisuuden ymmärtämiseen. Haastattelussa vastuuhenkilöt toivat esille kokevansa kohderyhmän haastavaksi motivoida suunnitelman tekoon ja sitoutumaan omahoitoon. He kokivat tarvitsevansa työvälineitä THS:n tekemiseen asiakaslähtöisesti ja valmentavalla otteella. Ammattihenkilön proaktiivisen valmentajan rooli oli uusi. Myös asiakkaat tarvitsevat tietoa uudesta asiakaslähtöisestä toimintamallista. He ovat tottuneet organisaatiolähtöiseen palveluun. Haastattelun perusteella voidaan olettaa, että vastuuhenkilöt ajattelevat työtään vielä organisaatiolähtöisesti, vaikka kokevatkin asiakaslähtöisen ja proaktiivisen mallin hyväksi. Vastuuhenkilöt pohtivat suunnitelman ymmärrettävyyttä enemmän ammattihenkilön näkökulmasta kuin asiakkaan. Toiminnassa, seurannassa ja arvioinnissa korostui ammattihenkilön toiminta.

Kehitysideoiksi asiakaslähtöisyyden ja proaktiivisuuden parantamiseen terveys- ja hoitosuunnitelmassa muodostui: 1. Kirjataan selkeästi kokonaisilla lauseilla ja konkreettisia asioita. 2. Selkiytetään tarve, tavoite ja keino käsitteet. 3. Omahoito näkyy jokaisessa komponentissa. 4. Kirjataan konkreettisesti kunkin kumppanin toiminta ja vastuut. 5. Suunnitellaan aikataulu. 6. Apuna motivoiva haastattelu. 7. Uusi fraasi: ”Tavoitteisiin pääsyä seuraamme ja arvioimme...”

## 7 Kehittämistyön arviointi

Helsingin perusterveydenhuollossa aloitettiin 2015 vastuuhenkilömalli terveyshyötypotilaille ja se oli yksi vuoden 2016 perusterveydenhuollon kärkihankkeista (Helsingin kaupunki 2015, 27-28; Siefen 2015). Mallin keskeisenä osana on terveys- ja hoitosuunnitelma. Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli selvittää, mitä ymmärretään terveys- ja hoitosuunnitelman asiakaslähtöisyydellä ja proaktiivisuudella sekä tunnistaa, ovatko terveysasemien asiakkaiden terveys- ja hoitosuunnitelmat asiakaslähtöisiä ja proaktiivisia. Kehittämistyössä oli tavoitteena kehittää terveys- ja hoitosuunnitelman asiakaslähtöisyyttä ja proaktiivisuutta.

Kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella muodostettiin käsitys asiakaslähtöisestä ja proaktiivisesta terveys- ja hoitosuunnitelmasta ja sitä kuvattiin yhdeksällä keskeisellä piirteellä. Nykytilan kartoituksessa todettiin, että useat vastuuhenkilöt eivät olleet vielä sisäistäneet asiakaslähtöisyyttä ja proaktiivisuutta ja uudenlainen suunnitelman teko haki vielä muotoaan. Kehitysideoiksi nousi omahoidon näkyvyys, kirjaamisen selkeys ja yksiselitteisyys, valmentava ote komponenttien kirjaamisessa sekä proaktiivisen tuen merkitseminen suunnitelmaan.

Terveys- ja hoitosuunnitelman asiakaslähtöisyyden ja proaktiivisuuden arviointimenetelmän mallintamisesta luovuttiin yhteistyöpalaverissa ohjaajan kanssa jo ennen nykytilan kartoitusta. Helsingin kaupungilla oli juuri muokattu Potku-hankkeen auditointiohjetta omiin tarpeisiin ja päädyttiin sen sopivuuden tarkasteluun. Nykytilan kartoituksen ja haastattelujen jälkeen voitiin todeta auditointiohjeen sopivan terveys- ja hoitosuunnitelmien asiakaslähtöisyyden ja proaktiivisuuden pääpiirteiden arviointiin, mutta käytön olevan hyvin vähäistä haastateltavien keskuudessa.

Sen sijaan havaittiin, että asiakaslähtöinen ja proaktiivinen toimintatapa oli vasta sisäistymässä. Vastuuhenkilöt kokivat terveys- ja hoitosuunnitelman tekemisen kokonaisuudessaan haastavaksi. He kaipasivat työvälineitä asiakkaiden motivoimiseen omahoitoon osallistumisessa ja sitoutumisessa. Terveys- ja hoitosuunnitelmien kirjaaminen koettiin haasteelliseksi. Proaktiivinen ammattihenkilöstöstä lähtevän yhteydenotto koettiin hyvin vieraana, mutta tavan omaksuminen oli edennyt auditointi ja haastattelu ajankohtien välillä hyvien kokemusten



myötä. Koska terveys- ja hoitosuunnitelmien tekeminen asiakaslähtöisesti ja proaktiivisesti kaipasi vielä paljon toimintatavan ymmärtämistä ja opettelua, päädyttiin kehittämään terveys- ja hoitosuunnitelman asiakaslähtöisyyttä ja proaktiivisuutta. Tästä syystä Potku auditointiohjeen systemaattisesta tarkastelusta luovuttiin.

Tämä kehittämistyö tehtiin keskittyen terveydenhuollon asiakkaan osallisuuden näkökulmaan, jota tuetaan proaktiivisella valmentavalla otteella. Työn lähtökohtana oli asiakas ja hänelle tehty suunnitelma, mutta parannusehdotukset koskevat ammattihenkilöstön toimintaa ja auttavat henkilöstöä omaksumaan aktiivisen asiakkaan roolin tarkoituksen. Asiakkaan mielipiteen tutkiminen olisi tärkeää, jotta kehittämiskohteen näkökulma olisi paremmin asiakkaassa organisaation näkökulman sijaan.

Asiakaslähtöisyyden erottaminen asiakaskeskeisyydestä ja sen omaksuminen käytännön työssä on osoittautunut haastavaksi sekä kotimaisessa että kansainvälisessä tutkimuksessa (Virtanen ym. 2011, 18; Leväluoto & Kivisaari 2012, 17-31; Costand ym. 2014). Tähän päätelmään voidaan yhtyä myös tämän työn perusteella. Terveys- ja hoitosuunnitelmissa asiakas tarpeineen oli keskiössä, mutta toiminnan asiakaslähtöisyys oli puutteellista. Asiakkaan konkreettinen ja mitattava toiminta ja sen seuranta ja arviointi puuttuivat monesta suunnitelmasta. Asiakkaan näkökulman näkyminen kirjaamisen selkeytenä ja yksiselitteisyytenä vaatii panostusta. Suunnitelma koettiin enemmän viestivälineenä ammattilaisten kesken.

Sekä asiakaslähtöisyys ja proaktiivisuus toimintatapoina että terveys- ja hoitosuunnitelma ovat kaikki uusia, vähän tutkittuja aiheita terveydenhuollossa. Suomessa terveys- ja hoitosuunnitelmien teko on aloitettu vasta viisi vuotta sitten (Numminen 2012, 2) ja Helsingin kaupungilla niiden tekeminen aloitettiin vuosi sitten. Kirjallisuuskatsauksen avulla saatiin yleisesti merkittävää tietoa terveydenhuoltoon asiakaslähtöisen ja proaktiivisen THS:n piirteistä ja niiden huomioimisesta terveys- ja hoitosuunnitelmien teossa. Tätä tietoa voidaan viedä eri terveydenhuollon yksiköihin helpottaakseen asiakaslähtöisen ja proaktiivisen toimintatavan omaksumista. Kehittämistyöstä saatu uusi tieto on sovellettavissa myös muihin terveydenhuollon yksiköihin hyödyntäen käytännön työelämää.

Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta että sekä asiakkaat että ammattihenkilöt tarvitsevat tietoa uudesta vastuuhenkilömallista. Kehittämistyössä tehdyt esitteet asiakaslähtöisyydestä ja proaktiivisuudesta sekä niiden merkityksen sisäistämisestä terveys- ja hoitosuunnitelmissa tarjoavat työvälineen käytännön työelämään (Liite 4). Opinnäytetyön lopputuloksena syntyneet kehittämisideat ohjaavat suunnitelmien tekemistä ja antavat viitteitä jatkokehittämideoista sekä toimeksiantajalle että muille terveys- ja hoitosuunnitelmia tekeville yhteisöille. Kehittämistyön aikana tuli vahvasti ilmi myös asiakkaiden tarve saada enemmän informaatiota mallista.

Opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan todeta, että vastuuhenkilöt kokivat uuden mallin käyttöönoton erityisen haastavana kohderyhmän takia. Terveysyötypotilaiden ryhmä on haastava omahoidon toteutumisen kannalta. Triple Aim-mallin mukaan uuden palvelumallin käynnistäminen aloitetaan valitsemalla kohderyhmäksi ryhmä, joka hyötyy eniten uudesta integroidusta interventiosta (Whittington ym. 2015, 265-269). Vastuuhenkilömalliin valikoituivat asiakkaat, jotka tarvitsevat hoidon koordinoitua pitkäaikaissairaudesta tai sen riskin takia sekä tukea omahoitoon voidakseen pärjätä arjessaan paremmin. Nämä asiakkaat käyttävät paljon terveydenhuollon resursseja. Aktivoimalla asiakkaiden omahoitoa voidaan kohentaa arjessa pärjäämistä ja näin vähentää palvelujen tarvetta. Usein terveysyötypotilailla saattaa olla myös mielenterveysongelmia ja tämän takia motivoituminen ja sitoutuminen omahoitoon on vaikeutunut ja asiakkaan koko elämänhallinta voi olla hankaloitunut. Tämä lannistaa vastuuhenkilöitä uuden toimintamallin hyväksymisessä. Pääsääntöisesti vastuuhenkilöt kokevat vastuuhenkilömallin kuitenkin positiivisena muutoksena.

### 7.1 Kehittämistyön menetelmien tarkastelu

Terveysyötymalli tuki työn kulkua teoreettisena viitekehyksenä hyvin asiakaslähtöisyyden ja proaktiivisuuden ollen mallin keskeinen lähtökohtana. Terveysyötypotilaan asiakkaan aktiivisen roolin korostamiseen saatiin tukea asiakkuuden teoriasta (Kaseva 2011, 44; Koivuniemi & Simonen 2011, 52-53,93). Asiakkaan roolissa on tapahtumassa suuri muutos entistä aktiivisempaan ja vastuullisempaan rooliin (Virtanen ym. 2011, 16; Gröndahl & Leino-Kilpi 2013, 24-29). Tämä kehittäminen liittyy oleellisesti muuttuvaan rooliin. Asiakkaalla on merkittävä osuus hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa ja terveys- ja hoitosuunnitelmalla pyritään parempaan arjen hallintaan. Tämä tuotettu terveysyöty on arvoa asiakkaalle itselleen, mutta myös auttaa perusterveydenhuollon resurssien kohdentamista eniten palveluita tarvitseville ja säästää kustannuksissa. Vastaanottokeskeisyys vähenee. (Koivuniemi & Simonen 2011, 52-53,93.) Näin päästään Triple Aimin kolmen ulottuvuuden tavoitteeseen palvelun vaikuttavuuden, saatavuuden ja tuottavuuden yhtäaikaiseen tuottamiseen (Lewis 2015).

Toimintatutkimus tutkimusmenetelmänä sopi tähän kehittämisprojektiin, koska kyseessä oli uuden toimintatavan, terveys- ja hoitosuunnitelman, käyttöönotto organisaatiossa ja sen kehittäminen edelleen asiakaslähtöiseksi ja proaktiiviseksi. Toimintatutkimus on osallistava ja käytännön läheinen tutkimustapa ja sitä käytetään menetelmänä, kun tutkimuksella haetaan tutkittua tietoa sekä muutetaan käytännön toimintatapaa. Kehittämisessä käytettiin toimintatutkimukselle tyypilliseen tapaan erilaisia tiedonhankkimismenetelmiä tutkitun tiedon keräämiseksi ja sen hyödyntämiseksi käytännön työn kehittämisessä. Toimintatutkimus etenee spiraalimaisesti iteraatiokiertoiksi, joissa toistuu samat vaiheet, suunnittelu, toteutus, havainnointi ja reflektointi. Menetelmä sallii tutkimuksen tavoitteen muokkaamisen iteraatiokierto-

roksen reflektoinnin ja arvioinnin jälkeen Tämä mahdollisti tässä kehittämistyössä tavoitteen muokkaamisen kohde organisaation tarpeeseen sopivaksi. (Heikkinen ym. 2006, 27-36; Ojasalo 2014, 37, 58-61.)

Toimintatutkimukselle on keskeistä osallistaa kehitettävän yhteisön jäseniä mukaan tutkimukseen ja kehittämiseen. Yhteisön jäsenillä on tuntemus käytännön toiminnasta. Tasavertaisella keskustelulla yhteisön jäsenet tuovat kokemustietonsa ja tutkija ulkopuolisen näkökulmansa sekä uusia ideoita kehittämiseen. (Heikkinen ym. 2006, 57-58; Ojasalo ym. 2014, 58-60.) Tässä kehittämistyössä organisaatio oli suuren muutoksen keskellä. Opinnäytetyön tekijä tuli organisaation ulkopuolelta. Tiivis yhteistyö tai työryhmä jäi työssä saavuttamatta. Haastatellut vastuuhenkilöt antoivat arvokasta tietoa nykytilasta ja kohtaamistaan vaikeuksista. Kokeneempi ryhmä olisi voinut olla valmiimpi kehittämään asiakaslähtöisyyttä ja proaktiivisuutta edelleen ja tuottamaan laadukkaamman lopputuloksen.

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on tehdä kooste aiemmin tutkitusta tiedosta, muodostaa kokonaiskuva ja tunnistaa jatkotutkimusaiheita. (Stolt ym. 2015, 7-8, 110.) Kirjallisuuskatsaus menetelmänä asiakaslähtöisen ja proaktiivisen terveys- ja hoitosuunnitelman määrittämisessä osoittautui haasteelliseksi. Tutkittavia käsitteitä ei löytynyt hoitotieteen kirjallisuudesta. Aihe oli varsin uusi kansainvälisestikin. Näytöltään vahvoja tutkimuksia ei löydetty. Katsauksen artikkelit olivat kansainvälisiä ja kuvatut terveydenhuollon organisaatiot poikkesivat suomalaisista. Käytettäessä aineistona pääosin systemaattisia kirjallisuuskatsauksia saatiin kerättyä tietoa laaja-alaisesti. Aihetta olisi hyödyllistä tutkia vielä tarkemmin kattavammilla hakusanoilla. Kirjallisuuskatsauksen avulla saatiin hyvä pohja aiheeseen perehtymisessä sekä selkeyttä asiakaslähtöisyyden ja proaktiivisuuden piirteisiin ja niiden merkitykseen terveys- ja hoitosuunnitelmassa.

Auditointi dokumenttianalyysimenetelmänä terveys- ja hoitosuunnitelmien asiakaslähtöisyyden ja proaktiivisuuden toteutumisen arvioimisessa toi merkittävää tietoa terveys- ja hoitosuunnitelmien lähtötilanteesta Helsingin terveysasemilla. Mittarina käytettiin aiemmin kehitettyä terveys- ja hoitosuunnitelman auditointiohjetta (Liite 3). Valmis mittari lisäsi sen luotettavuutta. Mittarilla ei kuitenkaan voida mitata täysin kattavasti asiakaslähtöisyyden tai proaktiivisuuden toteutumista. Yksilön kirjaamistyyllillä ja -taidoilla on myös merkitystä asiakaslähtöisyyden ja proaktiivisuuden näkyvyyteen suunnitelmassa. Esimerkiksi ohjeen yksiselitteisyyteen ja ymmärrettävyyteen kielellisesti vaikuttaa kirjoittajan taito kirjoittaa suunnitelma ytimekkäästi mutta tarkasti. Narratiivisen tekstin tulkitseminen on haastavaa. THS:n ymmärrettävyyden ja loogisuuden mittaaminen ei ollut yksiselitteistä, riippui mitä asialla käsitetään ja kenelle suunnitelma on osoitettu. Tulokset analysoitiin sisällön erittelyllä. Jokaisesta auditoinnin komponentista tehtiin havaintomatriisi ja tulokset esitettiin pylväs-

diagrammeina. Sisällön erittelyä syvällisempää tulkintaa aineistosta antaisi sisällönanalyysi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 105-107; Vilkkä 2015, 163).

Tässä kehittämistyössä teemahaastattelun tarkoituksena oli kehittää asiakaslähtöisyyden ja proaktiivisuuden toteutumista terveys- ja hoitosuunnitelmissa. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelu ja etenee tarkasti valittujen teemojen mukaan (Tuomi & Sarajärvi 2009, 72-77; Vilkkä 2015, 122-125). Haastateltavat valittiin satunnaisesti vastuuhenkilöiden valmennuksiin osallistuneista ja heitä haastateltiin pareina. Haastateltaville kerrottiin etukäteen tutkimuksen ja haastattelun tarkoituksesta ja tavoitteesta. Haastateltavien oli vaikea toimia vielä kehittäjinä, koska olivat itse vasta sisäistämässä uutta toimintamuotoa. Toisaalta varsin erilaiset työkokemukset vaikuttavat mallin sisäistämiseen. Molempien osapuolien kokemattomuus vaikutti uusien ideoiden syntymisen vaikeuteen. Keskustelu oli refleктоivaa ja haastateltavien kokemukseen pohjautuvaa pohdintaa THS tekemisen haasteista, joita opinnäytetyön tekijä analysoi kehitysideoiksi. Haastattelemalla vastuuhenkilöitä ja osallistamalla vastuuhenkilöiden koulutuspäiville ja valmennuksiin saatiin vahvistusta nykytilasta.

Olisi ollut mielenkiintoista saada nämä haastatellut henkilöt mukaan yhteiseen keskusteluun ja ideoimaan, miten voitaisiin edelleen kehittää terveys- ja hoitosuunnitelmien asiakaslähtöistä ja proaktiivista kirjaamista. Myös haastattelukysymysten antamien haastateltaville etukäteen olisi voinut auttaa heitä valmistatumaan aiheeseen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 72-77).

Kartoittamalla terveys- ja hoitosuunnitelmien lähtötilannetta Helsingin terveysasemilla ja tarjoamalla kehitysideoita käytännön työn kehittämiseen, voidaan sanoa kehittämistyön olevan aidosti työelämää kehittävä ja palvelevan käytännön kenttää. Kehittämistyöllä saatiin merkittävää tietoa Helsingin sosiaali- ja terveysvirastolle terveys- ja hoitosuunnitelmien teon lähtötilanteesta. Vastuuhenkilöille on järjestetty koulutuspäiviä ja valmennusta pienryhmissä, mutta terveys- ja hoitosuunnitelmien auditoinnilla ja vastuuhenkilöiden haastatteluilla voitiin selvittää, miten vastuuhenkilöt ovat sisäistäneet asiakaslähtöisyyden ja proaktiivisuuden käsitteet ja miten ne käytännössä ilmenevät. Haastattelemalla vastuuhenkilöitä saatiin arvokasta tietoa juuri kohderyhmältä. Kehittämistyön tulokset antavat suuntaa vastuuhenkilöiden jatkokouluttamistarpeelle sekä koko toimintamallin käynnistymisen reflektoinnille. Terveys- ja hoitosuunnitelmien teon koulutuksessa voidaan tarkastella nyt kehittämistä vaativien kohtien parantamista ja edistymistä niissä.

## 7.2 Eettiset näkökohdat ja luotettavuus

Tieteen etiikka perustuu rehellisyyteen, avoimuuteen ja kriittisyyteen (Kuula 2013, 29; TENK 2013, 6). Tutkimuksen eettisyys koskee sekä lähestymistapaa tutkimuksen kohteeseen tai osallistujiin että tutkimuksen raportin laatimista. Suomessa hoitotieteen etiikkaa ohjaa lainsäädäntö ja kansainvälisesti hyväksytty Helsingin julistus. Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) ylläpitää tutkimuseettistä ohjetta hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) käsittelee sosiaali- ja terveysalaan sekä potilaan asemaan liittyviä kysymyksiä periaatteellisesti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 224; Kuula 2013, 32-34; TENK 2013, 4.) Tässä kehittämistyössä on huomioitu tutkimuseettiset ohjeistukset läpi koko kehittämisprosessin.

Tämä kehittämistyö tehtiin opinnäytetyönä ylempään ammattikorkeakouluun. Tutkimuslupa saatiin johtajalääkäriltä, joka osoitti kehittämistyön tekijälle ohjaajat. Opinnäytetyön tekijä tuli organisaation ulkopuolelta. Työn tekemisessä huomioitiin hyvät tieteelliset toimintatavat. Tutkimuksen eteneminen ja aineistonhaku- ja tutkimusmenetelmät kuvattiin tarkasti. Tiedonhankinnassa käytettiin näytöltään mahdollisimman vahvoja lähteitä. Opinnäytetyö raportoitiin yksityiskohtaisesti ja tieteellisten vaatimusten mukaisesti huomioiden tutkimukseen osallistuvien anonymiteetti. (Kylmä & Juvakka 2007, 154-155; Kuula 2013, 34-36.)

Tutkimukseen osallistumisen tulee perustua aina vapaaehtoiseen suostumukseen ja keskeyttäminen tulee olla mahdollista, missä tahansa tutkimuksen vaiheessa. Osallistujien yksityisyyttä tulee suojella. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218-221; Kuula 2013, 75-77, 87.) Terveys- ja hoitosuunnitelmat kerättiin potilastietojärjestelmästä. Lupa tietojen käyttöön saatiin tutkimusluvan myöntämisen yhteydessä. Lukuoikeus potilastietojärjestelmään haettiin erikseen. Opinnäytetyön tekijää sitoi vaitiolovelvollisuus ja oikeus tietojen katseluun rajattiin vain tarvittaviin tiedostoihin. Tutkimuseettisesti tässä ei toteudu täysin osallistujan vapaaehtoinen osallistuminen tutkimukseen, koska suunnitelman teon yhteydessä ei tiedetty sen olevan osa tutkimusta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 220). Lain mukaan henkilötietoja saa kuitenkin käsitellä, jos tutkimuksen tekeminen ei ole mahdollista ilman henkilötietoja ja luvan saaminen tutkittavilta osoittautuu erityisen vaikeaksi, tutkimuksella on tieteellinen tutkimussuunnitelma ja vastuullinen johtaja sekä henkilötietojen suojelemisesta on päätetty jo suunnitelma vaiheessa. (Kuula 2013, 85-86, 209-215.) Aineiston keräämisessä huomioitiin hyvä tutkimuseettiikka ja tietosuojaja. Terveys- ja hoitosuunnitelmat kerättiin ilman asiakkaiden henkilötietoja tai tunnisteita (sukupuoli, ikä, kansalaisuus, asuinalue tai hoitopaikka). Tietoja kerätessä poistettiin muut tunnistettavat tiedot kuten suunnitelman teon ajankohta tai tarjottavien palveluntarjoajien nimet. Lista terveyshyötöpotilaista hävitettiin välittömästi, kun terveys- ja hoitosuunnitelmat oli poimittu potilastietojärjestelmästä. Terve-

ys- ja hoitosuunnitelmia analysoitaessa ei käytetty terveysasemien nimiä, ne numeroitiin. Käytetyt lainaukset THS:sta olivat lyhyitä ja muokattu yleiskielelle.

Vastuuhenkilöiden osallistuminen haastatteluihin oli vapaaehtoista ja keskeytys mahdollista milloin vain. Heidät poimittiin satunnaisesti vastuuhenkilöiden valmennukseen osallistujista. Valmennuksessa osallistujilta pyydettiin lupa suullisesti olla yhteydessä heihin tutkimuksen merkeissä. Haastateltavia lähestyttiin sähköpostilla, jossa kerrottiin koko tutkimuksen ja haastattelun tavoite. Vastuuhenkilöiden yksityisyyden suojelemiseksi tutkimusraporttiin ei kirjattu tunnistetietoja, kuten terveysasemaa tai ammattinimikettä ja paikan tunnisteet poistettiin. Haastateltavat allekirjoittivat suostumuksen haastatteluun ja saivat sekä saatekirjeen että suostumuslupakaavakkeen kirjallisina itselleen. Ryhmähaastattelut nauhoitettiin ja nauhoitukset ja kaikki muu tutkimusaineisto hävitetään tutkimuksen valmistuttua. Haastattelujen litteroinnissa ei käytetty haastateltavien nimiä vaan puheenvuorot kirjattiin eri väreillä. Haastatteluista ei kirjattu lainauksia vaan vastuuhenkilöiden pohdinta ja ideat kirjattiin narratiivisesti. (Kuula 2013, 101-119.)

Kehittämistyöhön osallistumisen ja tekemisen tarkoitus on saavuttaa hyötyä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218). Kehittämistyöhön osallistumalla vastuuhenkilöillä oli mahdollisuus syventää ymmärrystä asiakaslähtöisyyden ja proaktiivisuuden toteutumisesta terveys- ja hoitosuunnitelmassa, osallistua kehitysideoiden tuottamiseen ja jakaa kokemuksia uuden toimintatavan käytöstä.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida tutkimuksen uskottavuuden, luotettavuuden ja siirrettävyyden kriteereillä (Kylmä & Juvakka, 2007, 127-129; Tuomi & Sarajärvi 2009, 134-141; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197-198). Tutkimuksen uskottavuutta lisää yksityiskohtaisen analyysin esittäminen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2012, 197). Kirjallisuuskatsauksen analyysiprosessin kulku pyrittiin kuvaamaan ja dokumentoimaan tarkasti taulukoin ja kuvioin. Terveys- ja hoitosuunnitelman asiakaslähtöisyyden ja proaktiivisuuden ymmärtäminen perustui systemaattiseen katsaukseen kansainvälisistä tutkimuksista. Katsauksen haasteena oli varsin uusi aihe, jonka käsitteitä ei ole määritelty tarkasti hoitotieteellisessä kirjallisuudessa ja kansainvälisen tutkimuksen sopivuus Suomen terveydenhuoltoon.

Terveys- ja hoitosuunnitelmien auditointi tehtiin Potku 2 hankkeessa tehdyllä auditointiohjeella, joka on luotu terveys ja hoitosuunnitelmien arvioimiseen ja tekemiseen (Liite 3). Auditointityökalu on tehty Sosiaali- ja terveysministeriön hankkeessa, joten se on julkinen ja käytettävissä eri organisaatioissa. Tämä lisää sen arvoa mittarina ja tulosten vertailun mahdollisuutta muissa organisaatioissa tehtyihin auditointeihin. Mittarin kyky mitata haluttua näkökulmaa perustui yhteiseen viitekehykseen, terveyshyötymalliin, jonka keskeisiä hoidon lähestymistapoja ovat asiakaslähtöisyys ja proaktiivisuus. Mittarin rakenne vastasi johdonmukais-

ti terveys- ja hoitosuunnitelman komponentteja. Tutkimusotoksen edustavuus ja auditoinnin tulosten yleistettävyyden Helsingin terveysasemien THS:n lähtötilanteeksi katsotaan varsin kuvaavaksi otoksen kattaessa kaikki terveysasemat. Suunnitelmien tekotahti alussa oli ollut melko hidas. Sitä kuvasi THS:ien keräämiseen vaadittu useampi haku (n=5). Toisaalta on huomioitava, että uusinta haut voivat heikentää otoksen luotettavuutta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2012, 190-191.)

Analysoitavan aineiston oikeudenmukaisuus huomioitiin otoksen ja haastateltavien valinnassa. Jokaiselta Helsingin terveysasemalta valittiin yksi terveys- ja hoitosuunnitelma ja haastateltavat valittiin satunnaisesti huomioimatta heidän kokemustaan vastuuhenkilömallissa. Näin saatiin tasa-arvoinen aineisto nykytilan kartoitukseen. Vastuuhenkilöt, jotka olivat tehneet THS:t eivät olleet tietoisia lähtötilanteen kartoituksesta. Kaikki suunnitelmat käsiteltiin ilman tekijän tai terveysaseman nimeä. Otoksen THS:t oli poimittu satunnaisesti käyttämällä ajanvarauslistoja potilastietojärjestelmästä. Ainoa luotettavuutta laskeva seikka oli keräämiseen tarvittu toistetut haut. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2012, 190-191 221.) Tutkijan ulkopuolisuus organisaatiosta lisäsi tulosten puolueettomuutta. Organisaatio oli hänelle ennalta tuntematon ja terveysasemat ja vastuuhenkilöt olivat hänelle tasavertaisia. Työskentely samassa organisaatiossa olisi voinut puolueellista näkökulmaa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134-141.)

Tutkimusilmionä asiakaslähtöisyyden ja proaktiivisuuden luotettava mittaaminen ei ole yksiselitteistä. Aina ei ole luotettavasti tulkittavissa, miten terveys- ja hoitosuunnitelmien kirjaamisessa toteutuu asiakaslähtöisyys eri komponenttien kirjaamisessa tai asiakasymmärrys suunnitelman realistisuuden suhteen. Käsitteen operationalisointi mitattavaksi on haastava esimerkiksi THS:n ymmärrettävyyden ja yksiselitteisyyden osalta. On vaikea arvioida huomioiko suunnitelma asiakkaan sekä kielellisen että sisällöllisen ymmärryksen yksiselitteisesti.

Tutkimustulosten luotettavasta siirrettävyydessä tulee huomioida ympäristöjen samankaltaisuus (Tuomi & Sarajärvi 2009, 138-139; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2012, 198). Kirjallisuuskatsauksessa saatua tietoa asiakaslähtöisyydestä ja proaktiivisuudesta sekä käsitteistä tehtyjä esiteitä voidaan hyvin hyödyntää geneerisellä tasolla lisäämään käsitteiden ymmärrettävyyttä. Tässä tutkimuksessa toiminnan kohteena oli avosairaanhoito ja aikuiset asiakkaat, mutta asiakaslähtöisyyden ja proaktiivisuuden piirteet säilyvät, vaikka kohteena olisikin eri kohderyhmä.

Tutkijan kokemattomuus on voinut vaikuttaa tulosten luotettavuuteen kuten kirjallisuuskatsauksen haun luotettavuuteen valittujen hakusanojen kattavuuden ja tutkimusten mukaanotokriteerien osalta sekä kokemattomuus haastattelijana. Oikean aineiston valinta koettiin haastavana. Tulosten läpikäymisessä yksin kaivattiin vertailutueksi toista tutkijaa. Litteroita-

essa haastatteluja huomioitiin haastattelijan kokemattomuus päälle puhumisena ja keskustelun harhautumisena kokemusten kertomiseen kehitysideoiden luomisen sijaan. Haastattelijan rooli haastattelussa on oppia aiheesta ja huolehtia asiassa pysymisestä ja ajankäytöstä (Kylmä & Juvakka, 2007, 127-129).

### 7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Asiakaslähtöisyys on hyvin ajankohtainen aihe terveydenhuollon palveluissa. Sen merkitys käsitteenä on vaikeasti ymmärrettävissä. Virtanen ym. (2011, 37-38) kuvaa asiakaslähtöisyyden ja asiakaskeskeisyyden erona toiminnan painottumisena joko asiakkaaseen tai ammattilaiseen. Toiminta ei ole asiakaslähtöistä, ellei se perustu asiakasymmärrykseen ja asiakkaan käsitykseen palvelujen asiakaslähtöisyydestä. He toteavat organisaatioiden edelleen toimivan asiakaskeskeisesti eli toiminta on organisaatiolähtöistä ja sen tarpeisiin luotua. Leväluoto ja Kivisaari (2012, 17-31) puolestaan pohtivat asiakaslähtöisyyden omaksumisen vaikeutta työntekijöiden keskuudessa. Ammattihenkilöt näkevät hyödyn asiakaslähtöisyydessä vain asiakkaalle ei ammattihenkilöille ja organisaatiolle. Tämä vaikeuttaa näkökulman hyväksymistä. Pohdinnat ovat varsin ristiriitaisia keskenään, mikä kuvaa käsitteen sisällön ymmärtämisen vaikeutta. Käsitteen määrittelemine selkiyttäisi asiakaslähtöisten toimintojen sisäistämistä ja toimeenpanoa.

Terveys- ja hoitosuunnitelma tukee omahoitoa vastaanottojen välillä, edistää hoidon jatkuvuutta ja auttaa hoidon koordinoinnissa. Sen tekeminen on uusi toimintatapa kansallisesti ja se on ollut käytössä Helsingissä noin vuoden. Vastuuhenkilömalli on vasta implemoitu käytäntöön ja nyt tehty kehittämistyö oli alkutilanteen kartoitus. Aiheen uutuuden takia jatkotutkimusaiheita löytyi paljon. Alla on käyty läpi erilaisia jatkotutkimusaiheita.

Olisi hyödyllistä tutkia asiakkaiden mielipidettä toimintamallista. Mikä on suunnitelman tekemisen tuoma lisäarvo asiakkaalle? Miten asiakkaat kokevat asiakaslähtöisen ja proaktiivisen hoidon näkökulman? He ovat tasavertaisia kumppaneita hoidon suunnittelussa ja päätöksenteossa ja hoito perustuu heidän priorisoimille tarpeille ja heidän autonomiaa kunnioitetaan, mutta asiakkaat ovat itse vastuussa suunnitelman toteutumisesta. Haastatteluissa tuli esiin, että asiakkaat kokivat positiivisesti vastuuhenkilön lyhyen aikavälin tukiyhteyden otot puhe- ja olivat valmistautuneet kertomaan tavoitteiden etenemisestä, mutta myös kuinka hankalaa aktiiviseen omahoitoon sitoutuminen ja elämäntapa muutosten tekeminen oli. Asiakkaat tulivat edelleen mielellään vastaanotolle ja yksinäisyys oli heidän keskuudessaan erittäin tavallista ja mahdollisesti syy vastaanotolle hakeutumiseen.

Terveys- ja hoitosuunnitelmassa painotetaan huomioimaan palvelutarjonnassa kolmannen sektorin palvelut. Terveysasemat ovat vaihtumassa terveys- ja hyvinvointikeskuksiin, missä on



palvelumalli sisältää sekä sosiaali- että terveyspalveluja. Asiakkaille tarjotaan heidän tarpeistaan lähtevää palvelukokonaisuutta. (Rosengren 2015.) Voidaanko tällä uudella laajemmalla palvelujen verkostolla vastata asiakkaiden tarpeeseen monimuotoisissa sosiaali- ja terveydenhuollon ongelmissa ja muokata asiakaslähtöisiä palvelukokonaisuuksia? Osataanko käyttää hyväksi paremmin laajaa palveluverkoston tarjontaa tarpeiden mukaan ja lisätä näin myös tuottavuutta unohtamatta ihmisen tarvetta kohdata toinen ihminen.

Toteutuuko hoidon koordinointi ja jatkuvuus saumattomammin eri palvelun tuottajien välillä kaikkien palvelun antajien yhteisen terveys- ja hoitosuunnitelman myötä? Vuoden 2017 loppuun mennessä terveys- ja hoitosuunnitelma on terveydenhuollon palveluiden käytössä Kanta-palvelun tiedonhallintapalvelussa (Kanta 2016). Terveys- ja hoitosuunnitelman itsenäistä vaikuttavuutta ei ole tutkittu kansainvälisestikään, ainoastaan yhtenä osana interventiota.

Helsingin avosairaanhoidon toiminnan muutosta ohjaa viitekehystenä Triple Aim-malli, jonka tavoitteena on yhtäaikainen vaikuttavuuden (=terveyshyöty), saatavuuden ja tuottavuuden saavuttaminen (Lewis 2015). Tämän kolmiulotteisen tavoitteen saavuttaminen on Whittington ym. (2015) mukaan varsin haastavaa. Suomessa on voitu osoittaa merkittävä resurssien säästöä terveysaseman lääkäripalveluissa vastuuhenkilön ja terveys- ja hoitosuunnitelman käyttöönotolla (Koivuniemi ym. 2014, 82). Helsingin terveysasemat palvelevat varsin suurta väestöä (n. 630 000 asukasta) olisi mielenkiintoista selvittää uuden toimintamallin vaikutus yksilöön sekä koko organisaation toimintaan. Minkälaista vaikutusta vastuuhenkilömallilla on asiakkaan saamaan arvoon, terveyshyötyyn, hoitotuloksiin väestön terveyden näkökulmasta sekä kustannustehokkuuteen?

Terveydenhuollon palveluita kehitettäessä tulisi kiinnittää huomiota asiakkaiden osallisuuteen palvelujen kehittämisessä. Palvelu on aidosti asiakaslähtöistä Virtasen ym. (2011, 59-60) mukaan, kun asiakas on mukana palvelun kehittämisessä ja kehittäminen perustuu asiakasymmärrykseen. Myös STM:n strategiassa sosiaalisesti kestävästä yhteiskunnasta huomioidaan käyttäjät niin palveluiden kehittäjinä kuin vastuullisina omasta terveydenhuollosta ja hyvinvoinnistaan (STM 2011, 10-13). Tutkimustulosten perusteella voidaan olettaa, että tämän päivän asiakkaat eivät tiedä paljoakaan vastuuhenkilömallista tai terveys- ja hoitosuunnitelmas- ta, mutta heidän mukaan ottaminen toiminnan kehittämiseen lisäisi tietoutta asiasta ja vastuullisuutta omasta toiminnastaan.

Alunperin tämän kehittämistyön osana oli arviointiohjeen tuottaminen. Tästä luovuttiin jo kehittämistyön alkuvaiheessa. Tulevaisuudessa olisi hyödyllistä mallintaa arviointiohje ja kar- toittaa jo käytössä olevia terveys- ja hoitosuunnitelmien auditointi- tai arviointiohjeita. Tämä kehittämistyö luo hyvän pohjan mallinnuksen kehittämiseksi. Arviointiohjeessa olisi hyvä kiinnittää huomiota terveys- ja hoitosuunnitelman ymmärrettävyyden ja yksiselitteisyyden arvi-

ointiin. Tämän työn osalta niiden tulokset olivat ristiriitaisia. Terveys- ja hoitosuunnitelmien kieli oli ymmärrettävää, mutta rakenteeltaan se ei ollut informatiivista, jota seuraamalla asiakas tietäisi tarkalleen, miten hänen tulee toimia.

Kehittämistyö osoittaa terveys- ja hoitosuunnitelmien auditoinnin merkityksen. Auditoinnilla saatiin merkittävää tietoa mallin omaksumisesta ja jatkokehitysalueista. Suunnitelmien tekemisen alkuvaiheessa kehittyminen kirjaamisessa ja mallin sisäistämisessä edistyy nopeasti. Haastateltaessa kaksi kuukautta myöhemmin vastuuhenkilöitä voitiin heidän vastausten perusteella olettaa terveys- ja hoitosuunnitelmien vastaavan paremmin tavoiteltua rakennetta. Terveys- ja hoitosuunnitelmien uusi auditointi lyhyellä aikavälillä mahdollistaa toiminnan ohjaamisen toivottuun suuntaan, kun tulosten perusteella voidaan kiinnittää huomio kehitettäviin alueisiin.

Työn tekeminen on ollut antoisa prosessi. Kyseessä on suuren organisaation toiminnanmuutos. On ollut mielenkiintoista osallistua kehittämistyön osalta muutoksen eteenpäin viemiseen. Kehittämistyöhön osallistuneet vastuuhenkilöt ja ohjaajat ovat olleet merkittävässä osassa kehittämistyössä. Terveys- ja hoitosuunnitelman käyttöönotto osana Kanta-palvelun tiedonhallintapalvelua tulee mahdollistamaan tiedon hyväksikäytön yli organisaatorajojen ja on merkittävä askel terveydenhuollon tiedolla johtamisessa.

## Lähteet

- Aarnikoivu, H. 2005. Onnistu asiakaspalvelussa. Helsinki. WSOY.
- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2007. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. Helsinki. SanomaPro.
- Bodenheimer, T., Wagner, E. & Grumbach. 2002a. Improving primary care for patients with chronic illness. *Journal of the American Medical Association*. 288, 1775-1779.
- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H. & Grumbach, K. 2002b. Patient self-management of chronic disease in primary care. *Journal of the American Medical Association*. 288, 2469-2475.
- Bodenheimer, T. 2003. Interventions to improve chronic illness care: Evaluating their effectiveness. *Disease management*. 6(2), 63-71.
- Bodenheimer, T., Majeed, A. & Bindman, A. 2003. Innovations in primary care in the United States. *British Medical Journal*. 326, 796-799.
- Brobeck, E., Bergh, H., Odenkrants, S. & Hildingh, C. 2011. Primary health care nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion practice. *Journal of clinical nursing*. 20, 3322-3330.
- Butterworth, C. 2012. How to achieve a person-centred writing style in care plans. *Nursing older people*. 24(8), 21-26.
- Burns, N. & Grove, S. 2005. *The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization*. 5th Edition. USA. Elsevier.
- Coleman, K., Austin, B. & Wagner, E. 2009. Evidence On The Chronic Care Model In The New Millenium. *Health Affairs*. 28(1), 75-85.
- Erhola, M., Jonsson, P., Pekurinen, M & Teperi, J. 2013. Jonottamatta hoitoon. THL: n aloite perusterveydenhuollon vahvistamiseksi. Luonnos. 03.10.2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 17.11.2016.  
[https://www.thl.fi/documents/10531/97574/Jonottamatta\\_hoitoon\\_sivut.pdf](https://www.thl.fi/documents/10531/97574/Jonottamatta_hoitoon_sivut.pdf)
- Finto. 2009. YSA - Yleinen suomalainen asiasanasto. Viitattu 17.11.2016.  
<https://finto.fi/ysa/fi/page/Y159231>
- Gröndahl, W. & Leino-Kilpi, H. (toim.) 2013. Potilaslähtöinen hoidon laatu - näkökulmia arviointiin. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Sarja A67. Turku. Juvenes Print.
- Helsingin kaupunki. 2014. Sosiaali- ja terveystieteiden palveluverkkosuunnitelma vuoteen 2030. Esitys Sosiaali- ja terveystieteiden lautakunnalle 2.9.2014. Viitattu 24.10.2016.  
<https://dev.hel.fi/maatokset/media/att/5f/5f5ca60db192b1737fa8f93b40a7fda39b88a874.pdf>
- Helsingin kaupunki. 2015. Strategiaohjelman 2013- 2016 toimenpiteiden seuranta. Kaupungin valtuuston seminaari. Viitattu 24.10.2016.  
<http://www.hel.fi/static/helsinki/kaupunginvaltuusto/strategiaohjelman-seuranta.pdf>
- Helsingin kaupungin tietokeskus. 2016. Tilastotietoja Helsingistä. Viitattu 24.10.2016.  
[http://www.hel.fi/hel2/tietokeskus/julkaisut/pdf/16\\_06\\_16\\_Tilastotietoja\\_Helsingista\\_2016\\_Askelo.pdf](http://www.hel.fi/hel2/tietokeskus/julkaisut/pdf/16_06_16_Tilastotietoja_Helsingista_2016_Askelo.pdf)

Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) 2006. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Vantaa. Kansanvalistusseura.

Henkilötietolaki. 523/1999. Oikeusministeriö. 01.06.1999. [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki. Gaudeamus.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Tammi.

Innokylä. 2015a. Kaste-ohjelman tuloksia - Väli-Suomen hankkeet. Viitattu 28.10.2016. <https://www.innokyla.fi/web/verkosto422401/kaste-ohjelman-tuloksia-vali-suomen-hankkeet>

Innokylä. 2015b. Potku- Potilas kuljettajan paikalle. Tuotokset ja tulokset. Viitattu 28.10.2016. [https://www.innokyla.fi/web/hanke79780/etusivu?p\\_p\\_id=projects\\_WAR\\_projectsportlet&p\\_p\\_lifecycle=0&p\\_p\\_state=normal&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-1&p\\_p\\_col\\_count=1&projects\\_WAR\\_projectsportlet\\_projectId=1909053&projects\\_WAR\\_projectsportlet\\_action=viewResults](https://www.innokyla.fi/web/hanke79780/etusivu?p_p_id=projects_WAR_projectsportlet&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&projects_WAR_projectsportlet_projectId=1909053&projects_WAR_projectsportlet_action=viewResults)

Institute for Healthcare Improvement (IHI). 2016a. Are you ready to pursue the Triple Aim. Viitattu 1.11.2016. <http://www.ihl.org/Engage/Initiatives/TripleAim/Pages/TripleAimReady.aspx>

Institute for Healthcare Improvement (IHI) 2016b. Patient centered care on medical/surgical units. Viitattu 12.10.2016. <http://www.ihl.org/resources/Pages/Changes/PatientCenteredCare.aspx>

Institute of Medicine. 2001. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington DC. National Academics Press.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki. Sanoma Pro.

Kanta. 2016. Julkaisusuunnitelma. Kanta-julkaisut 13.6.2016. Viitattu 21.10.2016. [http://www.kanta.fi/documents/12105/4081807/Julkaisusuunnitelma+2016-2017-2018\\_13062016/3b0810fb-9957-4a42-a521-f51b8715e626?version=1.0](http://www.kanta.fi/documents/12105/4081807/Julkaisusuunnitelma+2016-2017-2018_13062016/3b0810fb-9957-4a42-a521-f51b8715e626?version=1.0)

Kapiainen, S., Seppänen, T., Häkkinen, U., Lauharanta, J., Roine, R. & Korppi-Tommola, M. 2010. Pääkaupunkiseudun erittäin kalliit potilaat. Avauksia. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 3/2010. Viitattu 17.11.2016. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80171/8645f919-c88b-4272-af87-b8fe7cd59152.pdf?sequence=1>

Kaseva, K. 2011. Asiakkaan asema, itsemäärääminen ja vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä. Integroitu kirjallisuuskatsaus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita. 2011:16. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Viitattu 17.11.2016. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72711/URN%3aNB%3afi-fe201504223159.pdf?sequence=1>

Katajainen, A., Lipponen, K. & Litovaara, A. 2006. Proaktiivisuus - reaktiivisuus. Terveysportti. Viitattu 17.11.2016. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=onn00023&p\\_teos=onn&p\\_selaus=](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00023&p_teos=onn&p_selaus=)

Koivuniemi, K., Holmberg-Marttila, D., Hirsso, P. & Mattelmäki, U. 2014. Terveystieteen kompassi. Avain asiakkuuteen. Helsinki. Duodecim.

Koivuniemi, K. & Simonen, K. 2011. Kohti asiakkuutta. Ihmistä arvostava terveydenhoito. Helsinki. Duodecim.

Komulainen, J., Vuokko, R. & Mäkelä, M. 2011. Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 7/2011. Viitattu 17.11.2016. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80180/890688ae-578c-4ab0-aada-1d16c3a7f79f.pdf?sequence=1>

Kuula, A. 2013. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. 3.painos. Tampere. Vastapaino.

Kylmä, J & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. 159/2007. Sosiaali- ja terveysministeriö. 01.07.2007. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>

Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta. 621/1999. Oikeusministeriö. 01.12.1999. [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.785/1992. Sosiaali- ja terveysministeriö. 01.03.1993 [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)

Lewis, N. 2015. A Primer on Defining the Triple Aim. Institute for Healthcare Improvement. Viitattu 11.10.2016. <http://www.ihl.org/resources/Pages/Publications/PrimerDefiningTripleAim.aspx>

Leskelä, R., Komssi, V., Sandström, S., Pikkujämsä, S., Haverinen, A., Olli, S. & Ylitalo-Katajisto, K. 2013. Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asukkaat Oulussa. Terveydenhuoltotutkimus. Suomen Lääkärilehti. 48, 3163-70.

Leväsluoto, J. & Kivisaari, S. 2012. Kohti asiakaslähtöisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelumalleja. VTT Technology 62. Espoo. VTT. Viitattu 17.11.2016. <http://www.vtt.fi/inf/pdf/technology/2012/T62.pdf>

MacColl Center for health Care Innovation. 2013. Chronic Care Model. Viitattu 1.11.2016. [http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The\\_Chronic\\_Care\\_Model&s=2](http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2)

Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia-sarja 4. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Mills, M., Loney, P., Jamieson, E., Gafni, A. & Browne, G. 2010. A primary care cardiovascular risk reduction clinic in Canada was more effective and no more expensive than usual on.demnad primary care - a randomised controlled trial. Health and social care in the community. 18(1), 30-40.

Muurinen, S. & Mäntyranta, T. Asiakasvastaava-toiminta pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallissa. Toimiva terveyskeskus. Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 17.11.2016. [http://stm.fi/documents/1271139/1427058/get\\_file.pdf/2a2a9f1a-8751-42b6-a0f5-ad92ff87e6a2](http://stm.fi/documents/1271139/1427058/get_file.pdf/2a2a9f1a-8751-42b6-a0f5-ad92ff87e6a2)

Mäkinen, R. 2014. Lääkäri- ja hoitajapäivät 30.10.2014. Viitattu 17.11.2016. [slideplayer.biz/slide/2690714/](http://slideplayer.biz/slide/2690714/)

Mölläri, K. & Saukkonen, S. 2014. Perusterveydenhuolto 2013. Tilastoraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Viitattu 17.11.2016. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/120380/PTH2013\\_raportti\\_fi\\_sv\\_en.pdf?sequence=7](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/120380/PTH2013_raportti_fi_sv_en.pdf?sequence=7)

Numminen, J. 2012. Sähköisen, interaktiivisen kuntoutussuunnitelman kehittäminen ja testaaminen integroituna Kanta-hankkeen yhteydessä tehtyyn terveyst- ja hoitosuunnitelmaan. Loppuraportti. Hämeenlinnan terveystpalvelut. Viitattu 23.10.2016. [https://www.innokyla.fi/documents/79781/0/Loppuraportti\\_lopullinen\\_20121214.pdf/3c163c9f-2b60-4b4b-ab09-dd2522e07647](https://www.innokyla.fi/documents/79781/0/Loppuraportti_lopullinen_20121214.pdf/3c163c9f-2b60-4b4b-ab09-dd2522e07647)

Ojasalo, K., Moilanen, T & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3.painos. Helsinki. WSOY pro.

Oksman, E., Sisso, M. & Kuronen, R. 2014. Terveystyömalli pitkäaikaissairauksien hoidon kehittämisen viitekehyksenä. Väli-Suomen Potku2 -hanke. Loppuraportti. Viitattu 17.11.2016. <https://www.innokyla.fi/documents/670956/9e4f35d7-06a5-4c46-ac77-553828cbefb7>

Orava, M., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2012. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä: systemaattinen kirjallisuus katsaus. Osa II: Proaktiivinen puhelinohjaus. Hoitotiede. 24(3), 232-243.

Rosengren, L. 2015. Kalasataman terveyst- ja hyvinvointikeskus. Helsingin kaupunki. Sosiaali- ja terveystvirasto. Viitattu 17.11.2016. [http://www.uuttahelsinki.fi/sites/default/files/inline-attachments/2015-04/lars\\_rosengren\\_kalasataman\\_thk\\_esittely\\_kalasataman\\_asukasilta\\_22\\_4\\_2015.pdf](http://www.uuttahelsinki.fi/sites/default/files/inline-attachments/2015-04/lars_rosengren_kalasataman_thk_esittely_kalasataman_asukasilta_22_4_2015.pdf)

Routasalo, P & Pitkälä, K. 2009. Omahoidon tukeminen. Opas terveydenhuollon ammattihenkilölle. Forssa. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Viitattu 17.11.2016. [http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/docs/f1969335532/omahoidon\\_tukem\\_opas\\_12\\_09.pdf](http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/docs/f1969335532/omahoidon_tukem_opas_12_09.pdf)

Sarajärvi, A., Mattila, L. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittämiseen. Helsinki. WSOYpro.

Sinadi, S & Fox, M. 2014. Patient-centered care: clarification of its specific elements to facilitate interprofessional care. Journal of interprofessional care. 28(2), 134-141.

Siminerio, L., Wagner, E., Gabbay, R & Zgibor, J. 2009. Implementing the Chronic Care Model: A Statewide Focus on Improving Diabetes Care for Pennsylvania. Clinical Diabetes. 27(4), 153-159.

Sisso, M. Karjanlahti, K. & Kuronen, R. 2015. Pitkäaikaissairaana terveyst- ja hoitosuunnitelma. Innokylä . Viitattu 13.10.2015. <https://www.innokyla.fi/web/verstas128126>

STM. 2009. Sosiaali- ja terveystministeriö. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetoa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. Sosiaali- ja terveystministeriön julkaisuja 2009:18. Viitattu 17.11.2016. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111909/URN%3aNBN%3afe201504226780.pdf?sequence=1>

STM. 2011. Sosiaali- ja terveystministeriö. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveystpolitiikan strategia. Julkaisusarja 2011:1. Sosiaali- ja terveystministeriö. Helsinki. Viitattu 17.11.2016. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/73418/URN%3aNBN%3afe201504223250.pdf?sequence=1>

Sosiaali- ja terveystministeriön asetus potilasasiakirjoista. 289/2009. Sosiaali- ja terveystministeriö. 01.08.2009. <http://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2009/20090298>

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.). 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku. Turun yliopiston. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73. Turku. Juvenes Print.

TENK. 2013. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Helsinki. Viitattu 17.11.2016. [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Terveydenhuoltolaki. 1326/2010. Sosiaali- ja terveysministeriö. 01.05.2011. [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)

THL . 2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma Kaste. Viitattu 27.10.2016. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/sosiaali-ja-terveydenhuollon-kansallinen-kehittamisohjelma-kaste>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10. Uudistettu laitos. Helsinki. Tammi.

Vilkkä, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki. Tammi.

Vilkkä, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu paino. Jyväskylä. PS-kustannus.

Virkkunen, H., Mäkelä-Bengs, P. & Vuokko, R.(toim). 2015. Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas. Osa I. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2/2015. Viitattu 17.11.2016. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126020/URN\\_ISBN\\_978-952-302-479-3.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126020/URN_ISBN_978-952-302-479-3.pdf?sequence=1)

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011. Helsinki. Tekes. Viitattu 17.11.2016. <https://www.tekes.fi/globalassets/julkaisut/matkaopas.pdf>

Vuokko, R., Mäkelä, M., Komulainen, J. & Meriläinen, O. 2011. Terveydenhuollon toimintaprosessit. Terveydenhuollon yleiset prosessit ja niiden tarkennukset -raportti. Helsinki. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 17.11.2016. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80351/f2fd2a43-4e91-42e7-b7fe-5607f86e4d79.pdf?sequence=1>

Wagner, E., Austin, B., Davies, C., Hindmarsh, M., Schaeffer, J. & Bonomi, A. 2001. Improving chronic illness care: Translating evidence into action. Health Affairs. 20(6), 64-78.

Whittington, JW., Nolan, K., Lewis, N. & Torres, T. 2015. Pursuing the Triple Aim: The First Seven Years. Milbank Quarterly. 93(2), 263-300.

Yagasaki, K. & Komatsu, H. 2013. The need for nursing presence in oral chemotherapy. Clinical journal of oncology nursing. 17(5), 521-516.

#### Julkaisemattomat lähteet

Autio, A. 2015. Hoitovastaava-suunnitteluryhmän muistio nro12/2015. Helsingin kaupunki. Sosiaali- ja terveysvirasto.

Siefen, L. 2015. Luento. Hoitovastaavamallipäivä 24.9.2015.

Siefen, L. & Lommi, M. 2015. Helsingin vastuuhenkilömalli.

#### Kirjallisuuskatsauksen lähteet

Bleijenberg, N., Ten Dem, V., Steunenberg, B., Drubbel, I., Numans, M., De Wit, N. % Schuurmans, M. 2013. Exploring the expectations, needs and experiences of general practitioners and nurses towards a proactive and structured care programme for frail older patients: a mixed methods study. Journal of advanced nursing. 69(10), 2262-2273.

Constand, M., MacDermid, J., Bello-Haas, V. & Law, M. 2014. Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare. *BMC Health services research*. 14, 271-279.

Coulter, A., Entwistle, V., Eccles, A., Ryan, S., Shepperd, S. & Perera, R. 2015. Personalised care planning for adults with chronic or longterm health conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, 3.

Jackson, G., Powers, B., Chatterjee, R., Bettger, J., Kemper, A., Hasselblad, V., Dolor, R., Irvine, R., Heidenfelder, B., Kendrick, A., Grey, R. & Williams, J. 2013. The patient-centered medical home. A systematic review. *Annals of internal medicine*. 158, 169-178.

Joo, J. & Huber, D. 2014. An integrative review of nurse-led community-based case management effectiveness. *International nursing review*. 61, 14-24.

Lion, K., Mangione-Smith, R. & Britto, M. 2014. Individualized plans of care to improve outcomes among children and adults with chronic illness: a systematic review. *Care management journals*. 15(1), 11-25.

Olsson, I., Ung, E. Swedberg, K. & Ekman, I. 2012. Efficacy of person-centred care as an intervention in controlled trials - a systematic review. *Journal of clinical nursing*. 22, 456-465.

Simmons, L., Wolever, R., Bechard, E. & Snyderman, R. 2014. Patient engagement as a risk factor in personalized health care: a systematic review of the literature on chronic disease. *BMC Genome Medicine*. 6, 16.

Smith, S., Wallace, E., O'Dowd, T. & Fortin, M. 2016. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings (review). *The Cochrane collaboration*. John Wiley & Sons, Ltd.



## Kuviot

Kuvio 1: Chronic Care Model - Terveystyömalli osioineen (MacColl Center for health Care Innovation 2013).	11
Kuvio 2: Triple Aim- mallin tavoite, jolla on kolmen ulottuvuutta (Institute for Healthcare Improvement 2016a).	12
Kuvio 3: Helsingin vastuuhenkilömalli (Siefen & Lommi 2015)	14
Kuvio 4: Asiakkaan osallisuus prosessina (Kaseva 2011, 44).	17
Kuvio 5: Asiakaskeskeisen ja asiakaslähtöisen kehittämismallin erot (Virtanen ym. 2011, 37).	19
Kuvio 6: Asiakaslähtöisyys on asiakaskeskeistä toimintaa (Aarnikoivu 2005, 17).	20
Kuvio 7: Asiakaslähtöisen ja proaktiivisen terveys- ja hoitosuunnitelman (THS) viitekehys	24
Kuvio 8: Iteraatiokierros suunnittelusta reflektointiin.	26
Kuvio 9: Kehittämistyön iteraatiokierrokset	27
Kuvio 10: Hakutermit	29
Kuvio 11: Aineiston hakuprosessi Medic, Pubmed ja Cinahl tietokannoista.	31
Kuvio 12: Aineiston hakuprosessi Cochrane tietokannasta.	32
Kuvio 13: Asiakaslähtöisyyden keskeiset osa-alueet	36
Kuvio 14: Proaktiivisuuden piirteiden luokittelu	38
Kuvio 15: Terveys- ja hoitosuunnitelman piirteet	39
Kuvio 16: Asiakaslähtöisen ja proaktiivisen terveys- ja hoitosuunnitelman piirteet	40
Kuvio 17: Tarve-komponentin auditoinnin tulokset	43
Kuvio 18: Hoidon tavoite-komponentin auditoinnin tulokset	44
Kuvio 19: Hoidon toteutus ja keinot -komponentin auditoinnin tulokset	45
Kuvio 20: THS:n toteutumisen tuki sekä hoidon seuranta ja arviointi- komponentin auditoinnin tulokset	46
Kuvio 21: Terveys- ja hoitosuunnitelman kokonaisuuden auditoinnin tulokset	47
Kuvio 22: Auditoinnissa esiin tulleet THS:n kehitysalueet	52
Kuvio 23: Kehitysideat asiakaslähtöiseen ja proaktiiviseen terveys- ja hoitosuunnitelmaan	56
Kuvio 24: Kehittämistehtävän yhteenveto	58

## Taulukot

Taulukko 1: Kirjallisuuskatsauksen artikkelit (n=9) .....	34
Taulukko 2: Asiakaslähtöisyyden piirteet jaoteltuna neljään osa-alueeseen. ....	37
Taulukko 3: Auditoitavien terveys- ja hoitosuunnitelmien kerääminen. TH-potilas = terveyshyötypotilas. ....	42
Taulukko 4: Haastatteluissa syntyneitä kehityskohteiden parannusehdotuksia .....	55
Taulukko 5: Keskeisten piirteiden ilmeneminen terveys- ja hoitosuunnitelmassa (THS)...	59

## Liitteet

Liite 1: Artikkelien arviointi taulukko .....	80
Liite 2: Asiakslähtöisyyden piirteet .....	82
Liite 3: Auditointiohje .....	83
Liite 4: Mitä on asiakslähtöisyys ja proaktiivisuus THS:ssa .....	85
Liite 5: Omahoitolomake .....	89

Liite 1: Artikkelien arviointi taulukko

	Menetelmä	Rajoituksia	Tuloksen vahvuus	Sopii hoitosuosituksiksi	Näytön vahvuus
Bleijenberg ym.	Kyselylomake x2; ryhmätapaaminen	Pieni otoskoko (lääkäreiden ja hoitajien n), lyhyt seuranta-aika	Korkea osallistumisprosentti	Mitä tarvitsee huomioida uuden proaktiivisen ja strukturoidun hoidon intervention toimenpanossa.	
Costand ym.	12 narratiivisia katsauksia, 4 laadullista tutkimusta, 1 RCT ja 1 prospective tutkimus		Huolimatta erilaisista potilasryhmistä, oli huomioitavissa samat komponentit: vaikuttava kommunikaatio, kumppanuus ja terveyden edistäminen.	Ei löytynyt yhtenäisiä potilaskeskeisen hoidon viitekehystä vaan 25 eri viitekehystä tai mallia.	Tarvitaan yhteinen operationaalinen määritelmä käsitteelle. Tarvitaan tutkimusta potilaskeskeisen hoidon implementoinnista ja empiiristä arviointia vaikutuksista hoitotuloksiin.
Coulter ym.	Satunnaisesti kontrolloituja ja tutkimuksia (RCT) tai ryväsotannalla kontrolloituja tutkimuksia	On tutkittu vain vähän RCT- tutkimuksia.  Tulosten moninaisuus vaikeutti niiden yhdistämistä	Keskinkertaista laadullista näyttöä. Näyttö oli kirjavaa.  Tuloksiin mahdollisesti vaikuttava harhaa oli tarkasteltu ja otettu huomioon hyvin.	Ei vielä hoitosuositusta, mutta ehdotelma intervention positiivisesta vaikutuksesta hoitotuloksiin.	
Jackson ym.	Satunnaistettu kontrollitu tutkimus tai havainnointitutkimus. Interventioita kuvaavat tutkimukset (n=12) eivät tarvitse vertailuryhmää, mutta PCMH:n tehokkuutta tutkivat (n=19) tarvitsivat.	Lähestymistavat vaihtelivat suuresti koon ja interventioiden osalta.  Seuranta aika oli lyhyt.  Komponenttien nimistöä ei ole määritetty	Kaikki tutkimukset oli luokiteltu ladultaa hyväksi tai kohtalaisiksi  Interventioita testaavat tutkimukset olivat kohtalaisen hyvin kehitettyjä havainnointi- ja RCT-tutkimuksia. Horinsontaalisesti tutkimusten joukko oli edustava.	Tutkimusten heterogeenisyyden takia ei ollut mahdollista tehdä standardia määrällistä yhteenve-toa menetelmistä.  Mallin yleistymisen ja kestävyuden kannalta sen tutkimista tarvitaan jatkossa	Kohtalaisen vahva näytöstä heikkoon. Kaikkia toivottuja tuloksia ei voitu johtaa tutkimusartikkeleista.  Otoksen pienuudesta johtuen mallin vaikutusta, lähestymistapaa siihen tai käyttöönottoa voidaan tulosten perusteella arvioida alustavasti.
Joo ym.	Empiirisiä tutkimuksia (n=18): RCT (n=7), quasi-experimental (n=3), kohorttitutkimus (n=5), pilottitutkimus, laadullinen tutkimus ja mixed-methoditutkimus (n=2)	Hallittavuutta vaikeutti suuri vaihtelu sairaus ja maantieteellisissä tekijöissä.  Keskitettiin kapea-alaisesti tuloksiin.  Standardisointi puuttuu: interventioiden perusteellinen kuvaus	Huolimatta lähtökohdista tulokset mallin käytöstä olivat positiivisia.	Malli koetaan kustannustehokkaaksi interventioksi ja positiiviseksi potilastyytyväisyydessä, mutta aikaa vieväksi. Toivotaan rahoitusta näyttöönperustuvaan hoitokoordinointiin.	Toisiaan vastaavat tulokset antavat vahvan pohjan näytölle toiminnasta.  Tarvitaan täsmällisiä mittareita käytännön ja validiteetin mittaamiseen.
Lion ym.	Tutkimusten (n=15) laatua arvioitiin Oxfordin yliopiston näyttöön perustuvan lääketieteen osaston näytön aste-mittarilla 1-5 (1 korkein laadun taso). 1-taso n=6, 2. Taso n=2, 4-taso n=7	Usein osa monimuotoista hoidon koordinointi ohjelmaa -Vaikutusta hoitotuloksiin ei voi eristää. Tutkimusten välisiä tuloksia vaikea tarkasti vertailla, koska tiedot sisällöistä ovat niukat. Ei ole määritetty henkilökohtaisen hoitosuunnitelman sisältöä edes osana	Muutama korkeatasoinen tutkimus kohdistuu kroonista sairautta sairastavaan aikuisväestöön.	Tutkimusten erilaisuuden johdosta ei voida esittää hoitosuosituksen. Usein osa hoidonkoordinointiohjelmasta.	Näytön vahvuus matala. Nykyisen näytön voidaan esittää tukevan henkilökohtaisen hoitosuunnitelman ja parantuneiden hoitotulosten välistä suhdetta.

Olsson ym.	RCT (n=6) ja kvasikokeellisia (n=5) tutkimuksia	<p>monimuotoista hoitoa..</p> <p>Kriteerit täyttäviä tutkimuksia löytyi niukasti.</p> <p>Käsitelmäärittely epäselvä.</p> <p>Paljon tutkimuksi henkilökeskeisyydesä, mutta vain muutamia joissa harjoitetaan sitä.</p>	Tutkimukset analysoitiin 3 vaiheessa ; tutkimusten metodologia, niiden konteksti ja intervention malli sekä tutkimusten vahvuus	Henkilökeskeinen hoito saattaa johtaa merkittäviin parannuksiin terveydessä, lyhentyneisiin sairaalahoitoin ja parannuksiin toiminnalliseen suorituskyykyyn.	Keskimääräisesti tutkimusten validiteetti oli hyvä. Otokoko vaihteli keskiarvolla epävarma riittävyys. Tutkimukset olivat korkea tai keskitasoa laadultaan, kokonaisarvio vahvuudesta oli rajoittunut tieteellinen näyttö.
Simmons ym.	Prospektiiviset kliiniset tutkimukset (n=10) Korkea metodologinen laatu (Jadad) 4 tutkimuksessa. Sisältäen RCT, meta-analyysijä, systemaattisia kirjallisuuskatsauksia interventiotutkimuksista.	Vähän relevantteja RCT tutkimuksia Tarvitaan teoreettista määrittely kassiteelle potilaan sitoutuminen ja kuinka sitä mitataan luotettavasti.	Tarvitaan määrällisesti suuria, pitkäaikaisia tutkimuksia vaikutusten määrittämiseen ja toiminnalle tarkoituksenmukaisten interventioiden kehittämiseen.	Potilaan sitoutuminen hoitoon tulisi olla riskitekijä kattavassa terveystarviki arvioinnissa, koska sillä on näennäinen arvo omahoidon tehokkuudessa kroonisten sairauksien hoidossa.	Laadulliseen yhteenvedoon löydöksistä. Meta-analyysi eikä tilastollinen analyysi aineiston heterogeenisuuden ja erilaisten interventioiden strategioiden takia,
Smith ym.	RCT tutkimuksista keskeneräisiin tutkimuksiin, myös harmaata kirjallisuutta. 18 RCT tutkimusta täytti tutkimuksen kriteerit.	Johtuen monisairaus-käsitteen erilaisista määritelmistä ja osallistujien erilaisista piirteistä alaryhmien analysointi ei onnistunut. Näytön kriteereitä jouduttiin madaltamaan tulosten kirjavuuden ja pienien otoskokojen takia.	Aineiston harhan mahdollisuus tutkittiinEPOC kriteeristöllä. Tulosista tehtiin meta-analyysi tai narratiivinen synteesi.  Interventioita yhditeltiin EPOC taksonomiaa, jotta vertailminen onnistuisi.  Tutkimukset olivat melko uusia. Osoittaa aiheen olevan vielä uusi ja tutkimusta tehty vähän.	Tulokset osoittavat että tulisi priorisoida interventioihin, jotka kohdistuvat määriteltyn ongelmaan tai kohdistaa interventio yleisiin monisairauskombinaatioihin.	Tiettyjä interventioita tukeva näyttö oli rajoittunutta.  Katsausksen näyttö on keskimääräisen varmaa kohdennetuista interventioista.  Näytön vahvistamiseksi tarvitaan lisää tutkimusta

Liite 2: Asiakaslähtöisyyden piirteet

ASIAKAS KESKIÖSSÄ	AKTIIVINEN ASIAKAS	KUMPPANUUS	TUKEVA AMMATTILAINEN
Arvot, tarpeet ja toiveet	Rakennetaan luottamusta soveltaa tietoa omahoitoon	Kommunikointi on tiedon jakamista molemmin puolin	Koordinointi
Kokoanisvaltainen hoito	Käyttäytymismallin mittaaminen	Jaettu päätöksen teko	Jatkuvuus
Kattava kuva asiakkaan kokonaistilanteesta	Kyky päätöksen tekoon mahdollistettu tarvittavalla tiedolla, tuetulla keskustelulla ja päätöksen teolla	Rakentaa luottamusta ja rohkaisee yhteiseen päätöksentekoon	Strategia tehostetusta hoitoon pääsystä
Kulttuuri	Omaa tiedot , taidot ja luottamuksen oman hoidon hallintaan.	Sitoutuminen ongelmien ratkaisemiseen	Asiakkaiden tunnistaminen; korkean riskin asiakkaat
Asiakkaan oma käsitys ja kokemus tilanteesta	Osa käyttää tietoja, taitojaan ja luottamusta sitoutuaan terveyttä edistävään käyttäytymistapaan	Yhdessä tunnistetaan ja keskustellaan terveysongelmasta ja sen vaikutuksista joka päiväiseen elämään.	Oppia tunnistaman asiakasta eniten huolettava ongelma
Resurssit, jotka sopivat parhaiten asiakkaan tarpeisiin ja arvoihin	Ymmärtää ja sitoutuu aktiiviseen rooliinsa omassa terveydessä ja sen hoidossa.	Kommunikointi - asiakaskeskeinen fokus	Raportointistrategiat helpottamaan jatkuvaa yhteistyötä/kumppanuutta
Terveyden edistäminen vaatii reflektointia, miten parhaiten tulee asiakkaan terveyttä ja hoitoa huomioiden hänen historian		Hoidon suunnittelu on ennakoivaa, tulevaisuuteen katsovaa neuvottelevaa keskustelua asiakkaan ja ammattilaisen välillä	Parantunut hoidon saatavuus, eri kontaktimenetelmin.
Millä asioilla on väliä asiakkaalle		Sopivat, realistiset tavoitteet	Laadun ja turvallisuuden parantaminen
		Asiakkaan mukaanotto	Selvitetään asiakkaan tarve, seuranta ja itseohjautuva harjoittelu
		Tunnistetaan relevantit tukiresurssit	Järjestelmällisyys
		Suhteen rakentamista	Terveyden edistäminen
		Tiimityö	Näyttöön perustuvat ohjeet
		Raportointi	Dokumentointi
		Yhteiseen päätöksentekoprosessiin sitoutuminen yhdessä	
		Tunnistetaan käytännön keinot	
		Sovitaan seurannan aikataulusta ja tavoitteiden arvioinnista yhdessä.	

## Liite 3: Auditointiohje



## Terveys- ja hoitosuunnitelman auditointiohje

<b>TARVE</b>	☺	?	<b>Esimerkkejä HYVIN toteutumisesta</b>
a. Tarpeet on määritellyt potilas			
b. Ammattilaiset ovat potilaan tukena tarpeen määrittelyssä			
c. Tarpeet on määritelty tärkeysjärjestykseen			
<b>TAVOITE</b>	☺	?	<b>Esimerkkejä HYVIN toteutumisesta</b>
a. Tavoitteet on määritellyt potilas (ammattilaisen tuella)			
b. Tavoitteet on ilmaistu selkeästi ja yksiselitteisesti			
c. Tavoitteet on realistista saavuttaa suunnitellulla aikavälillä			
<b>KEINOT JA TOTEUTUS</b>	☺	?	<b>Esimerkkejä HYVIN toteutumisesta</b>
a. Selkeästi kirjattu, mitä potilas aikoo tehdä tavoitteen saavuttamiseksi			
b. Ammattilaisten vastuut ja osuus hoidon toteuttamisessa on määritelty			
c. HoSu:a tehdessä on huomioitu 3. sektorin, muiden palveluiden ja potilaan lähipiirin osuus hoidossa			
<b>SEURANTA JA ARVIOINTI</b>	☺	?	<b>Esimerkkejä HYVIN toteutumisesta</b>
a. Selkeästi kirjattu, miten potilas aikoo seurata ja arvioida tavoitteiden toteutumista			
b. Selkeästi kirjattu, miten terveydenhuollossa seurataan ja arvioidaan tavoitteiden toteutumista			
<b>HoSu:n KOKONAISUUS</b>	☺	?	<b>Esimerkkejä HYVIN toteutumisesta</b>
a. Potilas ymmärtää HoSu:n kielen			
b. HoSu:ssa on ”punainen lanka”			
c. HoSu kattaa kaikki hoidon jatkuvuuden kannalta keskeiset asiat			

Arvioi jokaisen HoSu-avaintekijän ilmenemistä HoSu:ssa: ☺=toteutuu hyvin, ?= vielä olisi kehitettävää. Kun avaintekijä toteutuu mielestäsi hyvin, kirjoita taulukkoon HoSu:n tekstikohta, josta se ilmenee. Voit jatkaa esimerkkien kirjoittamista taulukon kääntöpuolelle.



## Muistilista Terveys- ja hoitosuunnitelman avaintekijöistä

<b>TARVE</b>
a. Tarpeet on määritellyt potilas
b. Ammattilaiset ovat potilaan tukena tarpeen määrittelyssä
c. Tarpeet on määritelty tärkeysjärjestykseen
<b>TAVOITE</b>
a. Tavoitteet on määritellyt potilas (ammattilaisen tuella)
b. Tavoitteet on ilmaistu selkeästi ja yksiselitteisesti
c. Tavoitteet on realistista saavuttaa suunnitellulla aikavälillä
<b>KEINOT JA TOTEUTUS</b>
a. Selkeästi kirjattu, mitä potilas aikoo tehdä tavoitteen saavuttamiseksi
b. Ammattilaisten vastuut ja osuus hoidon toteuttamisessa on määritelty
c. HoSu:a tehdessä on huomioitu 3. sektorin, muiden palveluiden ja potilaan lähipiirin osuus hoidossa
<b>SEURANTA JA ARVIOINTI</b>
a. Selkeästi kirjattu, miten potilas aikoo seurata ja arvioida tavoitteiden toteutumista
b. Selkeästi kirjattu, miten terveydenhuollossa seurataan ja arvioidaan tavoitteiden toteutumista
<b>HoSu:n KOKONAISUUS</b>
a. Potilas ymmärtää HoSu:n kielen
b. HoSu:ssa on ”punainen lanka”
c. HoSu kattaa kaikki hoidon jatkuvuuden kannalta keskeiset asiat



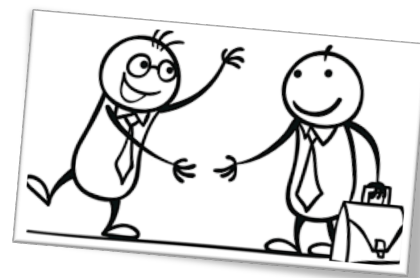


Liite 4: Mitä on asiakaslähtöisyys ja proaktiivisuus THS:ssa

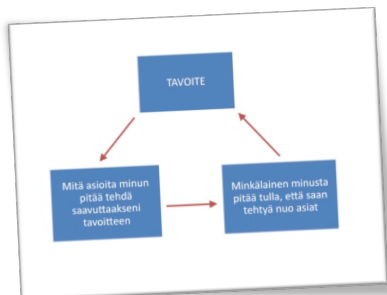
# Asiakaslähtöisyys

## Mitä on asiakaslähtöisyys?

- Asiakkaasta lähtevää toimintaa – aktiivisuutta omasta hoidosta
- Lähtökohtana asiakas, hänen tarpeista lähtevää toimintaa
- Hyvä, luottava yhteistyö (sallivuus olla omaitsensä, ymmärretyksi tuleminen)
- Autonomia (lupa tehdä omia päätöksiä)
- Asiakkaan kokonaistilanteen tuntemus (muutosvalmius, voimavarojen & ongelmien tunnistaminen)
- Opetetaan asiakkaalle oman sairauden/terveydentilan hoitoa



Routasalo&Pitkälä.2009.Omahoidon tukeminen, IOM.2001.Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century, Sidani&Fox.2014. PCC:Clarification of its specific elements to facilitate interprofessional care.



## Tarve ja tavoite

Minämuoto

Tarve on asiakkaan tunnistama

Realistinen ja konkreettinen tavoite

Asiakkaan voimavarojen ja motivaation huomioiminen

## Keinot ja toteutus

Konkreetitset ja mitattavat keinot

Selkeä asiakkaan kieli- omahoito voidaan toteuttaa THS: perusteella

Asiakas ja ammattilainen sopivat yhdessä

Ammattilainen informoi eri vaihtoehdoista ja saatavilla olevista palveluista



## Tuki, seuranta ja arviointi

Asiakkaalle sopiva yhteydenpitotapa

Asiakkaan omahoidon seuranta tavoitteiden saavuttamisessa

Aikataulu hoidon vaikutusten seurantaan nousee tavoitteista

Realistinen yhteydenpito ja seuranta

## THS:n kokonaisuus

Ymmärrettävä kieliasu - THS: perusteella asiakas tietää mitä hoidossa tapahtuu

Asiakkaan kieli - ei ammattikieltä tai lyhenteitä

Yhteyshenkilö merkitty - hoidon perustana yhteistyö, luottamus ja jatkuvuus

Suvaitsevuus asiakkaan päätöksissä

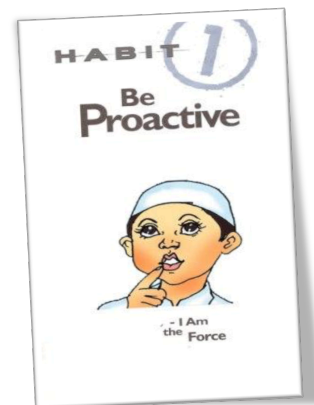


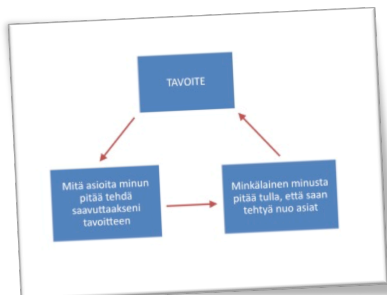
# Proaktiivisuus

## Mitä on proaktiivisuus?

- Tukemista omahoitoon (Omahoito on asiakkaan itsenäistä toimintaa THS:n pohjalta)
- Toiminnan suunnitelmallisuus, jatkuvuus ja loogisuus
- Asiakkaan voimaannuttaminen antamalla hänelle työvälineitä omahoitoon ja helpottamalla tiedonsaantia
- Hoitaja ottaa yhteyttä asiakkaaseen
- Palvelujen tarjonnan huomioiminen
- Hoitaja tarttuu terveysongelmiin ajoissa (sairauden ehkäisy, terveyden edistäminen, sairauden tulevien vaiheiden ehkäisy)
- Riskitekijöiden tunnistaminen

Routasalo & Pitkälä.2009.Omahoidon tukeminen.  
Bodenheimer ym. 2002.Improving primary care for patients with chronic illness.





## Tarve ja tavoite

Minämuoto

Tarve on asiakkaan tunnistama

Realistinen ja konkreettinen tavoite

Asiakkaan voimavarojen ja motivaation huomioiminen

## Keinot ja toteutus

Konkreettiset ja mitattavat keinot

Selkeä asiakkaan kieli- omahoito voidaan toteuttaa THS: perusteella

Asiakas ja ammattilainen sopivat yhdessä

Ammattilainen informoi eri vaihtoehdoista ja saatavilla olevista palveluista



## Tuki, seuranta ja arviointi

Asiakkaalle sopiva yhteydenpitotapa

Asiakkaan omahoidon seuranta tavoitteiden saavuttamisessa

Aikataulu hoidon vaikutusten seurantaan nousee tavoitteista

Realistinen yhteydenpito ja seuranta

## THS:n kokonaisuus

Ymmärrettävä kieliasu - THS: perusteella asiakas tietää mitä hoidossa tapahtuu

Asiakkaan kieli - ei ammattikieltä tai lyhenteitä

Yhteyshenkilö merkitty - hoidon perustana yhteistyö, luottamus ja jatkuvuus

Suvaitsevuus asiakkaan päätöksissä



## Liite 5: Omahoitolomake

# OMAHOITOLOMAKE

Hoitosi peruspilari on terveys- ja hoitosuunnitelma, jonka teet yhdessä hoitajan ja lääkärin kanssa. Omahoitolomake auttaa sinua ja terveydenhuollon ammattilaista hoitosi suunnittelussa.

Täyttämällä tämän lomakkeen voit valmistautua vastaanottokäyntiin ja terveys- ja hoitosuunnitelmasi tekoon. Ota vastaanotolle mukaan myös merkintäsi tai kirjanpitosi omaseurannan toteuttamisesta (esimerkiksi verensokerin – ja verenpaineen omaseuranta, PEF-mittaukset).

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

**OMAHOIDOLLA VOIN VAIKUTAA HYVINVOINTIINI**

Terveys ja sairauden omaseuranta

Uni ja lepo

Päihteet, alkoholi ja tupakka

Lääkärin ja hoitajan käynnit

Mielen hyvinvointi

Syöminen

Työ

Liikkuminen

Suun terveys

Perhe, läheiset, ystävät

Arjessa pärjääminen

Harrastukset

Lääkkeiden käyttö

Terveys ja sairauden omaseuranta

Nimi

Syntymäaika

Täyttöpäivämäärä

Lomakkeen täytössä avusti

Lähde: omahoitokuvioni: Collaborative Care Systems Finland / Pliiviki Absetz

POTILAS KULJETTAJAN PAIKALLE  
**potku2**  
PATIENTEN VID RODRET

1. Kuinka voin? Oma arvio voinnistani

2. Mitä sairastan?

3. Oma arvioni omahoitoon kuuluvien asioiden tilasta tällä hetkellä

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

4. Asioita, joita voin itse tehdä omahoitoni tueksi:

5. Millaista tukea toivon ja keneltä tai mistä?

6. Asiat, joista haluan keskustella vastaanotolla:

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



# HOITOSUUNNITELMA

