

”Kyllä aina toivoo, että olis sama lääkäri”

Avainasiakkaiden tunnistaminen ja hoidon kehittäminen

Sari Matilainen

Opinnäytetyö

Maaliskuu 2019

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala

Terveysten edistämisen koulutusohjelma, ylempi AMK

Tekijä(t) Matilainen, Sari	Julkaisun laji Opinnäytetyö, ylempi AMK	Päivämäärä Maaliskuu 2019
	Sivumäärä 44, joista liitteitä 3 sivua	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa X
Työn nimi "Kyllä aina toivoo, että olis sama lääkäri" Avainasiakkaiden tunnistaminen ja hoidon kehittäminen		
Tutkinto-ohjelma Terveiden edistämisen tutkinto-ohjelma YAMK		
Työn ohjaaja(t) Järvinen Sari & Tyrväinen Hannele		
Toimeksiantaja(t) Pieksämäen perusturva		
Tiivistelmä <p>Avainasiakkaat käyttävät paljon terveyskeskuspalveluja ja aiheuttavat myös suurimmat kustannukset terveydenhuollolle. Yhteydenottoja on paljon ja yhteydenoton syyt ovat usein epäselviä. Avainasiakas jää usein vaille tarvitsemaansa apua. Terveyspalveluissa on paljon tehostomia toimintatapoja, joita SOTE-uudistuksen kynnyksellä on syytä kriittisesti tarkastella ja kehittää.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten sairaanhoitajat tunnistavat terveyspalveluiden avainasiakkaat vastaanotolla ja hyödyntävät terveyshyötymallia avainasiakkaiden hoidossa asiakaslähtöisesti.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin laadullisella tutkimusmenetelmällä. Aineistonkeruu tehtiin teemahaastattelulla. Haastateltavia oli seitsemän vastaanoton sairaanhoitajaa ja saatu aineisto analysoitiin sisällönanalysillä.</p> <p>Opinnäytetyön keskeisimpinä tuloksina nähtiin terveyshyötymallin käyttöön liittyvät asiat. Yhtenäiset käytännöt hoitosuunnitelman laadinnasta, kirjaamisesta ja hoitotoimenpiteistä mahdollistaisivat terveyshyötymallin tehokkaamman käytön avainasiakkaiden kohdalla, joka mahdollistaisi yksilöllisen ja asiakaslähtöisen hoitotyön toteutumista.</p> <p>Johtopäätöksenä todettiin, että avainasiakkaat tunnistetaan vastaanotolla. Hoitajat tiedostavat terveyshyötymallin tehokkaamman käytön vaikutukset avainasiakkaiden asiakaslähtöiseen laadukkaaseen hoitoon. Se vaatii yhtenästen toimintamallien suunnittelua ja noudattamista sekä yhteistyön lisäämistä eri toimijoiden välillä. Lisäksi tarvitaan johdon ja koko organisaation tukea toiminnan mahdollistamiseksi. Näin saadaan avainasiakkaan "oravanpyörä" pysähtymään.</p>		
Avainsanat (asiasanat) avainasiakas, asiakaslähtöisyys, terveyshyötymalli, asiakasvastaava		
Muut tiedot (salassa pidettävät liitteet)		

Author(s) Mailainen, Sari	Type of publication Master's thesis	Date JMarch 2019 Language of publication: Finnish
	44, appendices 3 pages	Permission for web publication: X
Title of publication "One always hopes to see the same doctor" Identification and treatment promotion of key customers		
Degree programme Master's degree programme in health promotion		
Supervisor (s) Järvinen Sari & Tyrväinen Hannele		
Assigned by Basic social security of Pieksämäki		
Abstract <p>The key customers use health care services excessively and are the cause of the majority of health care expenses. They reach out to health services frequently and the reasons for their contact remains often unclear. Repeatedly, the key customer does not receive the care they need. In health services, there are several ineffective procedures which should be observed critically under the approaching reform of health and social care.</p> <p>The purpose of this study was to discover how nurses can recognize a key customer at admittance, and benefit from the chronic care model (CCM) in their individual treatment.</p> <p>The thesis was implemented qualitatively, and the data was collected with a theme interview. The group of interviewees consists of seven nurses and the data was examined using content analysis.</p> <p>Among the most significant findings of the thesis are the matters concerning the CCM. Consistent conventions in terms of drafting, documenting and treatment procedures would enable an effective use of the CCM when treating key customers. Furthermore, this would allow the realisation of individualised, customer oriented care.</p> <p>To conclude, the study showed that the key customers are recognized at admittance. The nurses are aware of the effects that the efficient use of the CCM has in the treatment of a key customer in order to provide them individualised, high quality care. To realise such care, it requires both and planning and following consistent procedures. Additionally, the entire administration and organisation need to provide their support in order for the operation to be successful. Thus, the vicious cycle of the key customers can be put to an end.</p>		
Keywords/tags (subjects) key customer, client orientation, The chronic care model, case manager		
Miscellaneous (Confidential information)		

1 Sisälllys

1 Johdanto	1
2 Avainasiakkaan tunnistaminen ja hyvän hoidon lähtökohdat	3
2.1 Avainasiakas terveydenhuollossa	3
2.2 Asiakaslähtöisyys	5
2.3 Terveystyömalli ja sen keskeiset elementit	6
2.4 Asiakasvastaava	10
3 Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	13
4 Tutkimuksen toteutus	14
4.1 Kohderyhmä.....	14
4.2 Tutkimusmenetelmä	15
4.3 Aineiston analyysi	18
5 Tulokset	20
5.1 Avainasiakkaiden asiakasprofiili	20
5.2 Sairaanhoidajien tiedot terveyshyötymallin käytöstä avainasiakkaiden hoidossa	22
5.3 Sairaanhoidajien kokemukset asiakaslähtöisen hoitotyön toteutumisesta avainasiakkaiden hoidossa	24
6 Pohdinta	26
6.1 Keskeisten tulosten tarkastelu.....	26
6.2 Tutkimuksen luotettavuus	29
6.3 Tutkimuksen eettisyys	30
6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	31

Lähteet	33
----------------------	-----------

Liitteet	37
-----------------------	-----------

Liite 1. Teemahaastattelun runko.....	37
---------------------------------------	----

Liite 2. Tietoisien suostumuksen tiedoteosa	38
---	----

Liite 3. Kirjallinen susostumus	39
---------------------------------------	----

Kuviot

Kuvio 1 Terveystyömalli	7
-------------------------------	---

Kuvio 2 Terveystyömallin keskeiset elementit	8
--	---

Kuvio 3 Pitkäaikaissairaiden palvelukokonaisuus	11
---	----

Kuvio 4 Pieksämäen sosiaali -ja terveyspalveluiden toimialan organisaatorakenne .	14
---	----

Kuvio 5 Avainasiakkaan tunnistamisprofiili vastaanotolla	21
--	----

Kuvio 6 Sairaanhoidajien tiedot terveystyömallin käytöstä avainasiakkaiden hoidossa	23
--	----

Kuvio 7 Sairaanhoidajien kokemukset asiakaslähtöisen hoitotyön toteutumisesta avainasiakkaiden hoidossa	25
--	----

Taulukot

Taulukko 1 Esimerkki alkuperäisen ilmaisen, pelkistetyn ilmaisen, alaluokan, yläluokan ja pääluokan muodostamisesta	20
--	----

1 Johdanto

Ihmisen hyvinvoinnista ja terveydestä huolehtiminen ei ole ainoastaan sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävä. Hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavat monet tekijät, esimerkiksi ihmisen oma toiminta ja vastuu terveytensä ja hyvinvointinsa ylläpitämisestä ja edistämisestä. Painopistettä siirretään ongelmien hoidosta hyvinvoinnin ja terveyden aktiiviseen edistämiseen ja ongelmien ennaltaehkäisyyn. (STM 2012.)

Terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan potilaan roolia oman hoitonsa suunnittelussa ja toteutuksessa korostetaan. Hoito on toteutettava tarkoituksenmukaisella tavalla ja yhteistyöllä. Hoidon toteutukselle on laadittava hoitosuunnitelma. Hoitosuunnitelmalla potilaan hoito on suunnitelmallisempaa ja laatu parempaa, koska hoitosuunnitelma on potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen yhdessä laatima.

Vuonna 2008 julkaistun Toimiva terveystakeskus -toimenpideohjelman tarkoituksena on tukea ja ohjata perusterveydenhuollon kehittämistä yhteistyössä useiden muiden toimijoiden kanssa. Ohjelman yksi keskeisimmistä toimenpiteistä on terveyshyödyn tuottamiseen kohdistuvat toimenpiteet ja etenkin pitkäaikaissairaiden terveyshyötymallin (Chronic Care Model) kansallinen käyttöön otto. Toimenpideohjelman yhtenä kohderyhmänä ovat terveystakeskusten avainasiakkaat eli asiakkaat, joilla on useita sairauksia ja jotka kuuluvat korkeaan sairastumisen riskiryhmään tai ovat terveystakeskusten suurkäyttäjiä. (STM 2010.)

Tulevaisuudessa tavoitteena on, että sosiaali- ja terveystakeskukset ovat toimiva kokonaisuus; jonot lyhenevät, palvelut ja hoitopolut ovat sujuvia. Tavoitteena on, että ihmiset saavat sosiaali- ja terveystakeskukset nykyistä yhdenvertaisemmin. Väestö vanhenee ja tarvitsee nykyistä yksilöllisempiä palveluja. Sosiaali- ja terveystakeskudessa on tehottomia toimintatapoja, joten Sote-uudistuksen kynnyksellä kuntien on aiheellista tarkastella omia toimintatapojaan ja palvelujen mahdollista uudistustarvetta. (STM 2014.)

Pieksämäen sosiaali- ja terveyspalvelukeskuksessa on havahduttu kehittämään pitkäaikaissairaiden vastaanottoa aloittamalla lokakuussa 2017 vastaanottoiminnan kehittämisprojekti. Tämä opinnäytetyö tulee olemaan osa kehittämisprojektia.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten sairaanhoitajat tunnistavat avainasiakkaat vastaanotolla ja hyödyntävät terveyshyötymallia avainasiakkaiden hoidossa asiakaslähtöisesti. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää toimintamalli terveyspalveluiden avainasiakkaiden hoitoon vastaanotolla.

2 Avainasiakkaan tunnistaminen ja hyvän hoidon lähtökohdat

2.1 Avainasiakas terveydenhuollossa

Terveyspalveluiden suurkäyttäjälle ei ole yksiselitteistä määritelmää. Puhutaan terveyspalveluja käyttävistä, avainasiakkaista tai terveyspalveluiden suurkuluttajista. Tässä tutkimuksessa käytetään termiä avainasiakas puhuttaessa terveyspalveluiden suurkäyttäjistä. Kirjallisuudesta ei löydy käyntimääristä yksiselitteistä raja-arvoa, joka määrittäisi, milloin terveyspalveluiden käyttö jonkun asiakkaan kohdalla muuttuu suurkäytöksi. Koskela (2008) on väitöskirjassaan määritellyt terveyspalveluiden suurkäyttäjäksi asiakkaan, joka asioi terveyskeskuslääkärillä väestön keskimääräiseen käyntitiheyteen nähden usein. Terveyspalvelujen suurkäytön raja-arvona on hänen tutkimuksessaan käytetty kahdeksaa käyntiä terveyskeskuksen vastaanotolla vuodessa. (Koskela 2008, 24-25.)

Koskela (2008) kirjoittaa vielä väitöskirjassaan ”Pitkäaikaiseksi suurkäyttäjäksi voidaan määritellä potilas, jonka terveyspalveluiden suurkäyttö on kroonistunut ja stabiloitunut runsaaksi akuutin suurkäytön vaiheen jälkeen.” (Koskela 2008, 25). Terveysasemien avosairaanhoidon suurkäyttäjiksi on tutkimuksissa määritelty asiakkaat, jotka ovat asioineet terveyskeskuksen lääkäri- ja hoitajavastaanoilla enemmän kuin viisi kertaa vuodessa (Jäppinen & Nyman 2015, 4-5). Morris ym. (2012) tutkimuksen mukaan avainasiakas on henkilö, joka on käynyt terveyskeskuslääkärillä 30 kertaa tai useammin viimeisen kahden vuoden aikana. Nurmelan (2015) tutkimuksessa terveyskeskuspalveluita käyttävät asiakkaat on jaettu kolmeen ryhmään. Ryhmään yksi kuuluvat asiakkaat (70-80 %) tarvitsevat vähän ammattilaisten tukea omahoidon toteutumiseen. Neljännes asiakkaista kuuluu ryhmän kaksi ja tarvitsee enemmän apua omanhoitonsa tueksi. Ryhmän kaksi asiakkaat olivat viimeisten kahden vuoden aikana käyttäneet vähintään seitsemän terveyspalvelukäyntiä. Käynteihin oli laskettu mukaan lääkärin ja hoitajan vastaanottokäyntien lisäksi myös puhelinkontaktit. Avainasiakkaat kuuluvat ryhmään kolme ja he hyötyvät eniten ammattilaisten antamasta tuesta. (Nurmela 2015, 22.)

Avainasiakas on tyypillisesti nainen. Lisäksi avainasiakkaalla on usein paljon sairauksia, huonossa hoitotasapainossa oleva pitkäaikaissairaus, heikko sosiaalinen asema, korkea

ikä ja hän käyttää paljon terveydenhuollon palveluja. Ongelmat elämänhallinnassa vaikuttavat siihen, että avainasiakas ei kykene huolehtimaan itsestään ja avun pyytäminenkin on vaikeaa. Ongelmat kasaantuvat ja monimutkaistuvat ja johtavat avainasiakkaan kohdalla viikoittaisiin yhteydenottoihin terveydenhuollon palveluihin. Pitkäaikaissairauksista esimerkiksi diabetes, verenpainetauti, sydämen vajaatoiminta ja muut sydänsairaudet sekä syöpä ovat yleisiä syitä terveyspalveluiden lisääntyneelle käytölle. Säännöllinen hoito terveyskeskuksessa terveydenhuollon henkilöstön antamana, kipu, akuutit tulehdussairaudet, yleiskunnon heikkeneminen ja kaatumisten lisääntyminen ikääntyessä ovat terveyspalveluiden käyttöön ohjaavia tekijöitä ikääntyneillä. Avainasiakkaat on mahdollista tunnistaa seulomalla heidät asiakastietojärjestelmää apuna käyttäen. (Muurinen & Mäntyranta 2015, 13; Jäppinen & Nyman 2015, 6; Niemelä ym. 2016, 3.)

Avainasiakkaat aiheuttavat suurimmat kustannukset terveydenhuollolle, ja he vievät suurimman osan vastaanottoajoista. On arvioitu, että 10 % asiakkaista aiheuttaa 80 % terveyspalveluiden kustannuksista. (Leskelä, Komssi, Sandström, Pikkujämsä, Haverinen, Olli & Ylitalo-Katajisto 2013, 3163-3169.) Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen (2010) tekemän, Pääkaupunkiseudun erittäin kalliit potilaat -tutkimuksen mukaan tulokset ovat samansuuntaiset: pääkaupunkiseudun väestöstä alle 10 % käyttää 80 % alueen terveydenhuollon kustannuksista (Kapiainen, Seppälä, Häkkinen, Lauharanta, Roine & Korppi-Tommola 2010,4). Teollistuneissa maissa pitkäaikaissairaudet lisääntyvät väestön vanhetessa, mikä taas lisää terveyspalveluiden käyttöä (Oprea, Braunack- Mayer, Rogers & Stocks 2009, 55-56). Tärkeää on lisätä ymmärrystä siitä, minkälaisia palveluja perusterveydenhuollossa pitkäaikaissairauksien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa tarvitaan ja miten huolellisella suunnitellulla voitaisiin vaikuttaa myös hoidon kustannuksiin (Fortin, Chouinard, Bouhali, Dubois, Gagnon & Bélanger 2013, 11).

Avainasiakkaat ovat henkilöitä, jotka kuormittavat terveydenhuollon palvelujärjestelmää (Niemelä & Alahuhta 2016, 3; Leskelä ym. 2013, 3163). Pitkäaikaisilla avainasiakkailla on kolminkertaiset kustannukset tavanomaisiin palvelunkäyttäjiin verrattuna (Smits, Brouwer, Zwinderman, Mohrs, Smeets, Bosmans, Schene, Weert & Reet 2013, 3). Rosella ym. (2014) tutkimuksen mukaan avainasiakas

on haastava ja kallis asiakas terveydenhuollossa. Puhutaan korkean kustannustason käyttäjistä, kun terveydenhuoltomenot kohdistuvat pääosin vähemmälle osalle väestöä. Tutkimuksen perusteella korkeammat menot kohdistuvat vanhempaan väestöön, joilla on kroonisia sairauksia, huonommat tiedot terveydestään ja alempi sosioekonominen asema. Hoidon johdonmukaisuuden kannalta olisi tärkeää, että avainasiakkaat osattaisiin ohjata oikeiden palveluiden äärelle.

2.2 Asiakslähtöisyys

Asiakslähtöinen ajattelu saavutti Suomen 1990-luvun alussa ja keskeiseksi valtakunnalliseksi hoitotyön linjaukseksi se nousi 1990-luvun loppupuolella. Sosiaali- ja terveyspalvelusektoriin kohdistuneet muutospaineet 2000-luvulla vauhdittivat asiakslähtöistä ajattelua entisestään. Lainsäädännön avulla asiakkaalle turvataan perusta asiakslähtöiselle hoitotyölle ja monille asiakkaan oikeuksille. Asiakslähtöisyys on nousut julkisella sektorilla keskeiseksi keskustelun aiheeksi. Palveluja pyritään tarjoamaan asiakkaan tarpeita kuunnellen ja asiakkaan valinnanvapautta kunnioittaen. Myönteisenä esimerkkinä palveluiden kehittämisestä ovat KASTE-ohjelma (2012-2015) ja tuleva SOTE-uudistus, joiden tavoitteena ovat kansalaisten hyvinvointi -ja terveyserojen kaventaminen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden rakenteiden ja palvelupolkujen muokkaaminen asiakslähtöisemmiksi. Asiakkaan mukaan ottaminen palveluiden keskiöön ja huomioiminen aktiivisena toimijana lisäävät palvelujen laatua. (Virtanen, Suonheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 8; Sote-uudistus 2014.)

Terveydenhuollon kompleksisuus Suomessa perustuu erityisesti sen pirstaloituneelle rakenteelle, jolta puuttuu yhdistävä tekijä, asiakkuus. Yhteistoimijuuden sijaan terveysasemat, sairaalat, yksityiset lääkäriasemat ja kolmas sektori toimivat omissa lokeroissaan, ilman keskinäistä kommunikointia. (Koivuniemi & Simonen 2011, 38-48.) Terveydenhuollon järjestäminen on Suomessa kuntien vastuulla. Eri puolilla Suomea tulisi tarjota laadukasta, asiakslähtöistä palvelua tasapuolisesti kaikille kansalaisille. Viimeistään nyt, sote-uudistuksen kynnyksellä, myös terveydenhuollon toimintatapoja on uudistettava tai ainakin niiden toimivuutta on arvioitava ajan vaatimuksia vastaaviksi. Tulevaisuudessa tavoitteena on, että sosiaali- ja terveyspalvelut ovat

toimiva kokonaisuus, palvelut ja hoitopolut ovat sujuvia ja asiakas kulkee sujuvasti palveluketjussa. (STM 2010.)

Hoitotyössä asiakaslähtöisyys on koko hoitotyön arvoperusta. Asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan ammattilaisen ja asiakkaan tasa-arvoista suhdetta ja dialogia: asiakkaan mahdollisuutta osallistua omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon ja hoidonsuunnitteluun sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Lainsäädännön avulla asiakkaan asemaa pyritään vahvistamaan hänen käyttäessään sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) sekä uusi terveydenhuoltolaki (1326/2010) ovat varmistamassa juridisesti asiakaslähtöisyyden toteutumista. Monimerkityksellisenä käsitteenä asiakaslähtöisyys tuo omat haasteensa myös asiakaslähtöisten palvelumallien kehittämiseksi (Leväsaho & Kivisaari 2012, 29).

2.3 Terveyshyötymalli ja sen keskeiset elementit

Terveyshyötymalli (Chronic Care Model CCM) on kansainvälisesti levinnyt kehittämisen ajattelumalli ja kroonisten tilojen ja sairauksien hoidon kehittämisen viitekehys, joka erittelee neljä osa-alueetta. Nämä osa-alueet ovat omahoidon tuki (self-management support), palveluvalikoima (delivery system design), päätöksentuki (decision support) ja kliiniset tietojärjestelmät (clinical information system). (Muurinen & Mäntyranta 2010; Kauhanen 2013, 9; Improving Chronic Illness Care 2014.)

Terveyshyötymallin (Kuvio 1) kehittämisen takana on havainto siitä, että krooniset sairaudet tulevat koko ajan lisääntymään ja perusterveydenhuollon tarjoamat resurssit eivät riitä vastaamaan sairauksien lisääntymisen mukanaan tuomiin haasteisiin. Perusterveydenhuollon asiakkaiden ongelmat ovat moninaistuneet ja vaikeutuneet. Erityishaasteen terveydenhuollolle asettaa tieto siitä, että puolella pitkäaikaissairaista on useampia sairauksia. Pitkäaikaissairaiden hoito on pitkään toteutunut akuuttihoitomallin mukaisesti, jossa hoito on ollut sairaus- ja lääkärikeskeistä. (Potku2-hanke 2014.) Teveyshyötymalli tarjoaa uuden ajattelumallin, jonka lähtökohtana on pitkäaikais- tai monisairaana potilaan kokonaisvaltainen hoito.

Tavoitteena on muuttaa pitkäaikaissairaiden hoidon painopistettä akuutista hoidosta suunniteltuun ja väestön tarpeista lähtevään hoitoon, jossa ennaltaehkäisevän hoidon merkitys korostuu. (Coleman, Austin, Brach & Wagner 2009, 75.)



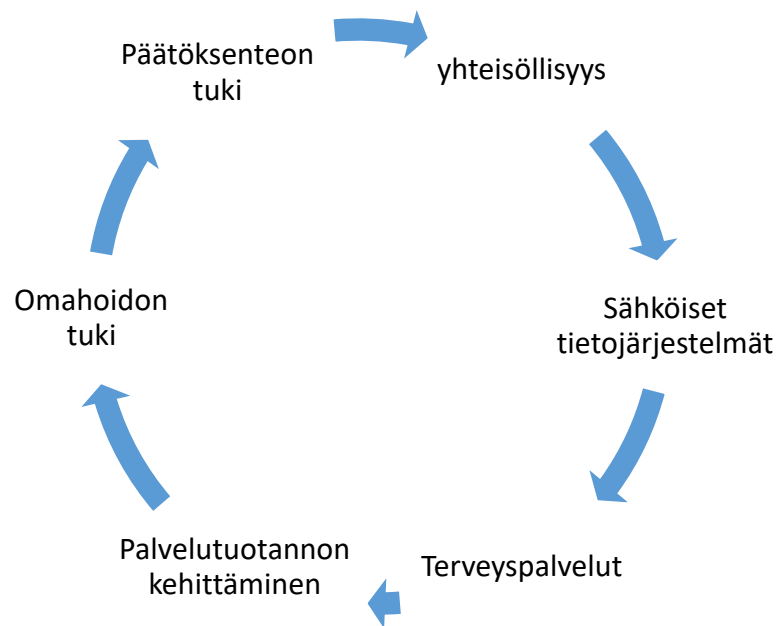
Kuvio 1 Terveysyötymalli (Potku2-hanke 2014).

Mallia käytettäessä toiminta on asiakas- ja tiimikeskeistä ja vuorovaikutus asiakasta voimaannuttavaa. Tavoitteena on siirtyä hajautetusta sairauskeskeisestä hoidosta kokonaisvaltaiseen ja suunnitelmalliseen asiakkaan omahoitoa tukevaan toimintaan. Mallissa keskitytään asiakkaisiin (avainasiakas), joilla on joko monenlaisia jokapäiväisessä elämässä selviytymistä vaikeuttavia ongelmia, pitkäkestoista tai jatkuvaa hoitoa ja huolenpitoa vaativa tila tai jotka käyttävät runsaasti terveyspalveluita. Case manager-toiminta sisältyy terveysyötymalliin kiinteästi. Siinä asiakasvastaavat huolehtivat pitkäaikaissairaiden ja paljon palveluja käyttävien asiakkaiden hoidon koordinoinnista ja omahoidon tukemisesta. (Muurinen & Mäntyranta 2015.)

Terveysyötymalli tarjoaa myös puitteet hoidon hallitulle järjestämiselle ja vaikuttavuuden parantumiselle. Samalla se tuo laajemman ja näyttöön perustuvan näkökulman perusterveydenhuollon kehittämiseen. (Korhonen & Eriksson 2013, 9.) Tarkoituksena on, että terveysyötymallia ei suoraan kopioida, vaan paikallisesti ja

alueellisesti tarkastellaan ja arvioidaan kohteita, joissa sen käyttäminen olisi parhaiten hyödynnettävissä.

Pitkäaikaissairauksien hoidon kehittämisohjelmia tutkiessaan Chonic Care Modelin alkuperäiset kehittäjät tunnistivat niistä kuusi keskeistä elementtiä, jotka ovat yhteisöllisyys, terveyspalvelut, palvelutuotannon kehittäminen, omahoidon tuki, päätöksenteon tuki ja sähköiset tietojärjestelmät (Kuvio 2) (Kukka & Whellams 2010, 46-48).



Kuvio 2. Terveyshyötymallin keskeiset elementit (Kukka & Whellams 2010, 47)

Terveyshyötymallissa yhteisöllisyys merkitsee sitä, että organisaatio vastaa väestön tarpeisiin toiminta-alueellaan. Toiminnan tavoitteena on niiden asiakasryhmien tunnistaminen, jotka hyötyvät eniten terveyspalveluista. Terveyspalveluiden tuottamisessa käytetään näyttöön perustuvia hoitosuosituksia ja -menetelmiä. Pyritään turvalliseen ja tehokkaaseen toimintakulttuuriin. (Kukka & Whellams 2010, 46-48.)

Palvelutuotannon kehittämisessä korostuu asiakkaan aktiiviinen rooli oman hoitonsa suhteen sekä huomioidaan tarvelähtöisyys ja tuetaan tehokasta sairaanhoitoa (Kukka & Whellams 2010, 46-48). Terveyshyötymallissa omahoidon katsotaan olevan

potilaslähtöistä toimintaa, jossa ammattihenkilö keskustelun ja kuuntelun keinoin selvittää potilaan arkielämän toiveita. Ammattihenkilön tehtävänä on olla ohjaaja, joka potilaan kanssa yhdessä suunnittelee lääkehoidon ja elämäntapamuutoksen yksilöllisesti ja potilaan voimavarat huomioiden. Tavoitteena on potilaan oma vastuun ottaminen hoidon toteutuksesta, potilaan mielipiteiden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Lisäksi hoidon tavoitteiden tulee olla henkilökohtaisia ja realistisia saavuttaa. Hoitopäätösten teossa terveyshyötymallissa korostetaan parhaimman näyttöön perustuvan tieteellisen tiedon käyttöä. Tavoitteena on saattaa näyttöön perustuva tieto myös potilaiden käyttöön, esimerkiksi Käypä hoito -suositusten keskeisiä asiasisällöistä on olemassa potilasversioita. (Terveyshyötymalli Chronic Care Model CCM 2014.)

Kansalliset hoitosuositukset ja tunnetusti tehokkaat hoitokäytännöt luovat perustan päätöksenteon tuelle. Sen avulla tuetaan tehokasta ja läpinäkyvää hoitoa. Sähköisiä tietojärjestelmiä voidaan käyttää apuna asiakasryhmien tunnistamisessa. Sähköinen asiointi ja erilaisten kutsu- ja muistutusjärjestelmien käyttö mahdollistuu sähköisten tietojärjestelmien avulla. (Kukka & Whellams 2010, 46-48.)

Terveyshyötymallin ideologia pohjaa potilas- ja tiimikeskeiseen organisaatioon. Toiminnan tarkoituksena on vuorovaikutus, joka on potilasta vahvistavaa. Yhteistyö potilaan ja hoitotiimin välillä arvioidaan tuottavan potilaalle huomattavaa terveyshyötyä. Terveyshyötymallin käytön ja parhaimman hyödyn edellytyksenä on kaikkien kuuden osa-alueen toteutuminen potilaan hoidossa. (Terveyshyötymalli Chronic Care Model CCM 2014.)

Terveyshyötymallissa, terveydenhuollon ja kunnan muut toimialat, kolmas sektori, järjestöt ja yhteisöt työskentelevät yhdessä potilaan parhaaksi. Organisaation johdolta ja johtamismenetelmiltä vaaditaan sitoutumista toiminnan kehittämiseen ja pitkäaikaissairaiden kokonaishoidon parantamiseen. Toimintaa ohjaavat yhteiset arvot, visiot ja tavoitteet. (Terveyshyötymalli Chronic Care Model CCM 2014.)

2.4 Asiakasvastaava

Asiakasvastaava-toimintamalli on osa vuonna 2008 Sosiaali- ja Terveysministeriön julkaisemaa Toimiva terveyskeskus-toimenpideohjelmaa. Toimenpideohjelman yksi keskeinen osa-alue kohdistuu pitkäaikaissairauksien hoidon ja ehkäisyn kehittämiseen, missä apuna käytetään pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallia. Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli on suomalainen vastine amerikkalaiselle Chronic Care Modelille. Suomen sairaanhoitajaliiton edustama työryhmä on mallintanut case tai care manager (asiakasvastaava)-toiminnan suomalaiseen terveydenhuoltojärjestelmään sopivaksi. (Muurinen & Mäntyranta 2015.) Sosiaali- ja terveysministeriö on raportissaan (2010) esittänyt suomalaisessa terveyskeskuksen toimintamallissa käytettävän termiä asiakasvastaava. Asiakasvastaava-termin käytössä korostetaan terveydenhuoltopalveluihin hakeutuvan asiakkaan aktiivista roolia palvelujen käyttäjänä. (STM 2010.)

Esikuva suomalaiselle asiakasvastaavamallille on ollut amerikkalainen kolmitasoinen malli (Kuvio 3) , case- ja care- management sekä self-management (Bodenheimer, Wagner & Grumbach 2002). Tässä mallissa pitkäaikaissairauksia sairastavat asiakkaat on jaettu kolmeen ryhmään sairauden vaativuuden mukaan. Lähes 70-80 % pitkäaikaissairastavista on tasolla yksi ja heidän omahoitonsa onnistuu vähäisellä ammattilaisten tuella. Tasolla kaksi olevilla pitkäaikaissairauksia sairastavilla sairaudet eivät ole hyvässä tasapainossa ja erilaisten komplikaatioiden riski on suuri. Tähän ryhmään kuuluu noin viidennes pitkäaikaissairauksia sairastavista ja ammattilaisten tuki omahoidon tukemiseksi tarvitaan enemmän. Tasolla kolme pitkäaikaissairauksia sairastavista henkilöistä on noin 2-5 %. He ovat monisairaita tai paljon palveluita tarvitsevia asiakkaita, joten he myös hyötyvät eniten ammattilaisten tuesta. (STM 2010; STM 2011.)



Kuvio 3 Pitkäaikaissairaiden palvelukokonaisuus (Bodenheimer ym.2002; STM 2010)

Asiakasvastaavatoimintamallissa palvelu kohdistuu monisairaisiin ja terveyspalveluiden suurkäyttäjiiin, jotka hyötyvät eniten ammattilaisten tuesta (Korhonen & Eriksson 2013, 8). Asiakasvastaavatoiminta on terveyshyötymallissa yksi asiakkaalle tarjottava palvelu, jossa asiakkaan hoitotiimiin kuuluu asiakkaan ja asiakasvastaavan lisäksi lääkäri ja hoidontarpeesta riippuen muiden ammattiryhmien edustajia, esimerkiksi diabeteshoitaja, hammaslääkäri tai ravitsemusterapeutti. Asiakasvastaavan tehtävänä on huolehtia perusterveydenhuollon vastaanotoilla paljon terveyspalveluita käyttävien ja monisairaiden asiakkaiden kokonaishoidon suunnittelusta ja omahoidon tukemisesta. (Muurinen & Mäntyranta 2015.)

Terveyshyötymallin ja siihen liittyen asiakasvastaavatoiminnan tarkoituksena on tuoda laajempi ja näyttöön perustuva näkökulma terveydenhuollon kehittämiseen. Asiakasta lähestytään kokonaisvaltaisesti, ihmisen erilaiset tarpeet ja ongelmat huomioiden. Asiakasvastaavatoiminta on yksi mahdollisuus terveyspalveluiden suurkäyttäjien hoidon varmistamiseksi tuottaen laadukkaita ja kustannusvaikuttavia tuloksia. (Muurinen & Mäntyranta 2015.)

Asiakkaiden kokemukset ja odotukset asiakasvastaavatoiminnasta perusterveydenhuollossa ovat olleet myönteisiä. Tulosten mukaan asiakasvastaavatoiminta on lisännyt asiakkaiden tyytyväisyyttä hoitoonsa ja saamiinsa palveluihin. Asiakasvastaavatoiminta koettiin asiakaslähtöiseksi ja omahoitoa

tukevaksi toiminnaksi. Lisäksi asiakkaat kokivat toiminnan lisäävän turvallisuuden tunnetta ja tiedon saanti on monipuolisempaa ja parempaa. (Korhonen, Lassila, Luukkanen & Eriksson 2016, 41.)

Asiakasvastaavana toimiminen, jota terveyshyötymallin mukaisessa tehtävässä vaaditaan, edellyttää sairaanhoitajan, terveydenhoitajan, kättilön tai ensihoitajan AMK tasoista koulutusta ja vähintään viiden vuoden laajaa työkokemusta perusterveydenhuollossa (Muurinen & Mäntyranta 2011).

3 Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten sairaanhoitajat tunnistavat terveyspalveluiden avainasiakkaat vastaanotolla ja hyödyntävät terveyshyötymallia avainasiakkaiden hoidossa asiakaslähtöisesti.

Tutkimuskysymykset ovat:

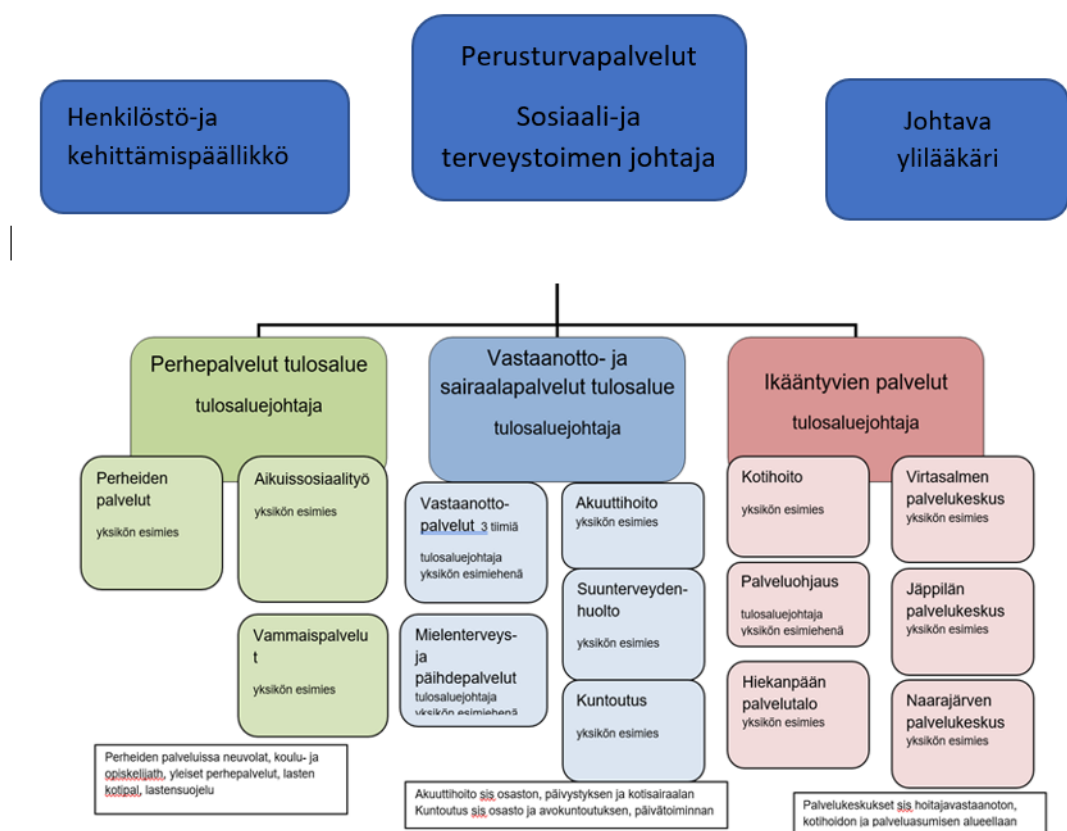
1. Miten terveyspalveluiden avainasiakkaat tunnistetaan vastaanotolla?
2. Miten terveyshyötymallia voidaan hyödyntää terveyspalveluiden avainasiakkaiden hoidossa asiakaslähtöisesti?

Tutkimuksen tavoitteena on kehittää toimintamalli terveyspalveluiden avainasiakkaiden hoitoon vastaanotolla. Tutkimuksen tuloksia hyödynnetään vastaanottomallin kehittämisessä.

4 Tutkimuksen toteutus

4.1 Kohderyhmä

Pieksämäki on noin 18 500 asukkaan kaupunki Etelä-Savossa. Pieksämäen kaupungin perusturva vastaa sosiaali- ja terveystoimen palveluista, joita ovat muun muassa vastaanotto- ja sairaalapalvelut, perhepalvelut ja ikääntyvien palvelut. (Kuvio 4)



Kuvio 4 Pieksämäen sosiaali- ja terveystoimien toimialan organisaatiorakenne (Teittinen 2018)

Pieksämäen perusturvassa terveyskeskuksen vastaanotto toimii kolmessa tiimissä, joihin kaupungin väestöpohja on jaettu katuosoitteiston mukaisesti. Vastaanotolla työskentelee jokaisen tiimin kolmen lääkärin ja kolmen sairaanhoitajan lisäksi diabetes- ja jalkahoitaja. Terveyskeskuksen potilastoimistossa työskentelee kaksi terveyskeskusavustajaa sekä palveluneuvoja. Asiakaspalvelutoimisto palvelee myös

terveyskeskuksessa. Keskeisimpiä terveyskeskuksen vastaanoton palveluja ovat virka-aikana saatava lääkäri-/sairaanhoitaja-vastaanotto, toimenpideyksikkö sekä tiimeittäin toimiva sairaanhoitajien pitkäaikaissairaiden vastaanotto. Lisäksi jokaisessa tiimissä on sairaanhoitaja, joka hoitaa hoidon tarpeen ja kiireellisyyden arvioinnin puhelimesta.

4.2 Tutkimusmenetelmä

Tämä opinnäytetyö on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Laadullinen tutkimus voi olla mitä tahansa empiiristä tutkimusta, joka ei ole määrällistä eli kvantitatiivista tutkimusta. Laadullista tutkimusmenetelmää käytetään, kun tavoitteena on ymmärtää tai selittää tutkimuskohdetta ja tällä perusteella laadullisen tutkimuksen kohdalla voidaankin puhua ymmärtävästä tutkimuksesta. (Klenke 2008, 7; Tuomi & Sarajärvi 2009, 96-97, 28.) Laadullisen tutkimusmenetelmän ja aineiston keräämisen tarkoituksena on saada sisällöllisesti laaja aineisto (Vilka 2015, 118). Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden näkemysten ja mielipiteiden esiin nostaminen tutkittavasta asiasta tai ilmiöstä (Klenke 2008, 10-11; Valli & Aaltola 2015, 22; Kylmä & Juvakka 2007, 23).

Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että tietoa kerätään henkilöiltä joilla on jo aikaisempaa tietoa ja kokemusta tutkittavasta ilmiöstä. Tällöin kohderyhmän valinta on tarkoin harkittu. Pyrkimyksenä on saada tietoa yksilön henkilökohtaisista kokemuksista. Tarkoituksenmukaisella otannalla tarkoitetaan sitä, että tutkimuksen toimijoilla on kokemusta tutkittavasta asiasta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85-86; Kylmä & Juvakka 2007, 26.) Opinnäytetyössä tietoa ja kokemusta kerättiin tiimityöhön osallistuvilta sairaanhoitajilta, jotka osallistuvat tiiviisti terveyspalveluiden suurkanikäyttäjien hoitoon. Tavoitteena oli ymmärtää tutkittavaa ilmiötä tutkimuksen osallistujien subjektiivisesta näkökulmasta, joten laadullinen tutkimus oli aiheen valintaan nähden ainoa soveltuva vaihtoehto. Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä yleistettävyyteen, näin otoskaan ei voi olla sattumanvarainen vaan tarkoin harkittu (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 67). Tavoitteena oli, että saadun tiedon perusteella kehittää palveluja.

4.3 Aineiston keruu

Laadullisen tutkimuksen yleisimmät aineistonkeruumenetelmät ovat kysely, haastattelu, havainnointi sekä erilaisista dokumenteista perusteltu tieto. Menetelmiä voidaan käyttää yksin tai rinnakkain, sen mukaan mitä menetelmiä käyttäen päästään luotettavimmin tutkimusongelman ratkaisemiseen. Laadullisessa tutkimuksessa on aina suora kontakti tutkittavan ja tutkijan välillä, ja tiedonkerääjä on tutkija itse. (Klenke 2008, 7; Tuomi & Sarajärvi 2009, 71-73.)

Haastattelun etu on joustavuus. Haastattelijalla on aina mahdollisuus toistaa kysymys väärinkäsitysten minimoimiseksi tai selventää kysymysten tai ilmausten sanamuotoja. Tutkija voi myös esittää kysymykset siinä järjestyksessä, joka haastattelun kannalta tuntuu parhaimmalta. Haastattelun avulla on tarkoitus saada mahdollisimman paljon uutta tietoa, jolloin haastateltavien tietämys asiasta aiheeseen etukäteen tutustumalla on perusteltua. Haastattelun ajankohdasta ja haastatteluluvasta sovitaan etukäteen. On eettisesti oikein tiedottaa etukäteen aiheesta, jota haastattelu koskee. Tällöin haastateltavalla on mahdollisuus miettiä, osallistuuko haastatteluun vai ei. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 72-73; Kylmä & Juvakka 2007, 64-65.)

Teemahaastattelussa runko muodostuu teemoista ja niihin liittyvistä tarkentavista kysymyksistä. Teemat perustuvat tutkimuksen viitekehykseen eli siihen, mitä tutkittavasta asiasta jo tiedetään. Tutkijan on tarkkaan mietittävä kysymysten muodot, järjestys ja rajaus, jotta tutkimukselle asetetut tavoitteet olisi mahdollisuus saavuttaa. Kysymysten rajauksella pyritään välttämään tutkimuksen kannalta merkityksettömistä aiheista puhuminen. Teemahaastattelun avulla tutkija pyrkii ymmärtämään ilmiöitä, joihin ihmisen toiminta liittyy. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75; Kylmä & Juvakka 2007, 84-85.)

Opinnäytetyön teemahaastattelun kohderyhmä oli Pieksämäen terveyskeskuksen vastaanoton tiimityöskentelyyn osallistuvat sairaanhoitajat (N=7). Aineistonkeruumenetelmä oli teemahaastattelu, joka toteutettiin ryhmässä. Kohderyhmä oli pieni, mutta tutkimuksen kannalta tarkasti valittu. Tutkimuksen kannalta oli oleellista haastatella juuri tätä tiettyä ryhmää, koska tutkimuksen tarkoitus oli vaikuttaa heidän työhönsä.

Esihaastattelu toteutettiin tammikuussa 2018 sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajakollegalle, haastatteluun laaditun teemahaastattelurungon (liite 1) mukaisesti. Esihaastattelun jälkeen haastattelurunkoon ei tehty muutoksia. Esihaastattelun tarkoituksena on testata, kuinka hyvin laaditut kysymykset vastaavat tutkimusongelmaan. Samalla esihaastattelun avulla voidaan selvittää kysymysten validiteettia eli luotettavuutta. (Hyvärinen, Nikander, Ruusuvuori 2017, 99.)

Työnantaja myönsi tutkimusluvan tammikuussa 2018, jonka jälkeen kymmenelle tutkimukseen osallistuvalla sairaanhoitajalle lähetettiin sähköpostilla haastattelukutsu. Haastateltavien sähköpostiosoitteet saatiin terveyskeskuksen vastaanoton osastonhoitajalta. Haastattelukutsuun liitteenä oli tietoisien suostumuksen tiedoteosa, jossa (liite 2) kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta, aineiston keruumenetelmästä sekä osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja luottamuksellisuudesta. Liitteenä myös allekirjoitettava suostumus tutkimukseen osallistumisesta (liite 3). Osallistuminen teemahaastatteluun oli vapaaehtoista.

Teemahaastattelu järjestettiin helmikuussa 2018 Pieksämäen terveyskeskuksen rauhallisessa kokoushuoneessa. Haastatteluun oli ennakkoon suostumuksen antanut kahdeksan sairaanhoitajaa, joista yksi joutui perumaan osallistumisensa. Tämän tiedon perusteella päätettiin järjestää vain yksi teemahaastattelutilaisuus. Perusteluna oli, että yhtenä ryhmänä keskustelua uskottiin syntyvän enemmän ja ryhmä olisi kooltaan vielä hyvin haastattelijan hallittavissa. Haastattelu tapahtui työajalla.

Tilaisuuden aluksi muistutettiin vielä haastattelun vapaaehtoisuudesta ja siitä, että osallistumisensa oli mahdollisuus perua missä vaiheessa tahansa. Teemahaastattelu toteutettiin teemahaastattelurungon mukaisesti ja äänitettiin kokonaisuudessaan. Äänitallenteeseen voitiin tarvittaessa aina palata tutkimuksen edetessä. Haastattelu kesti tunnin.

Osanottajamäärä kokonaisuudessaan oli varsin pieni määrä, mutta kuitenkin 70 % terveyskeskuksen vastaanoton tiimityöhön osallistuvista sairaanhoitajista. Keskustelu oli aktiivista ja toisia kunnioittavaa, jokainen sai puhua ilman keskeytyksiä. Kaikista teemoista syntyi keskustelua, tosin jostakin teemasta keskustelu vaati haastattelijan pientä avustusta aiheeseen. Haastattelu päättyi kun keskustelu alkoi toistamaan

samoja asioita, mikä oli merkki haastatteluaineiston riittävydestä. (Tuomi & Sarajärvi 2007, 87.) Osallistujat olivat kiinnostuneita aiheesta ja keskusteluista nousi esiin useita samoja asioita, joita aiheesta tehdyistä aikaisemmista tutkimuksista oli voinut lukea.

4.3 Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysi voi olla joko yksittäinen menetelmä tai väljä teoreettinen viitekehys, joka voidaan liittää erilaisiin analyysikokonaisuuksiin. Sisällönanalyysiä voidaan käyttää kuullun, nähdyn tai kirjoitetun aineiston analysoinnissa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91-91; Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2013, 165-167.) Sisällönanalyysi on joustava menetelmä, mutta koska tietojen analysointiin ei ole yksinkertaisia ohjeita, on se haasteellinen myös tutkijalle. Laadullisessa tutkimuksessa huolellisesti tehdyllä aineiston analyysillä on merkitystä tutkimuksen luotettavuuteen ja tulosten yleistettävyyteen. (Elo & Kyngäs 2007, 114; Kylmä & Juvakka 2007, 110.)

Analyysimenetelmänä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Tällä menetelmällä yhdistellään käsitteitä ja sen pohjalta saadaan vastaus tutkimustehtävään. Aineistolähtöisessä eli induktiivisessa analyysissa tutkimuksen teoria rakentuu saadun aineiston perusteella. Teorialähtöisessä eli deduktiivisessa analyysissa aineisto luokitellaan aikaisempaan viitekehukseen perustuen. Viitekehys voi olla teoria tai käsitejärjestelmä. Teoriasidonnaisessa sisällönanalyysissa on yhteyksiä teoriaan ja aineiston tuloksille etsitään vahvistusta teoriasta. (Elo & Kyngäs 2007, 109; Tuomi & Sarajärvi 2009, 103-117.) Tutkimuksen aineiston analysointimenetelmänä oli aineistolähtöinen eli induktiivinen sisällönanalyysi. Määritellessä aineistoa induktiivisen sisällönanalyysin avulla tutkija päättää aineiston tulkinnasta ja siitä, mitä aineistoa ryhmittelee samaan luokkaan (Elo & Kyngäs 2007, 111).

Haastattelun tuloksena syntyneen informaation käsittely aloitettiin kirjoittamalla eli litteroimalla äänitetty aineisto tekstimuotoon. Yleiskielen käyttö litteroinnissa on tarkoituksenmukaista (Valli & Aaltola 2015, 42-43). Haastattelija itse litteroi haastattelun sanatarkasti ääninauhituksen perusteella Word-tekstinkäsittelyohjelmalla, jolloin sen muokkaaminen oli helppoa. Haastattelu

kirjoitettiin Calibri- kirjaisimella, fonttikoolla 12 ja rivivälillä 1,5. Aukikirjoitettua tekstiä tuli yhteensä 14 sivua. Litteroitua tekstiä luettiin useampaan kertaan asian syvällisen ymmärtämisen ja kokonaiskuvan saamiseksi aineiston sisällöstä.

Litteroinnin eli auki kirjoittamisen jälkeen aineisto pelkistettiin eli redusointiin. Pelkistämällä tarkoitetaan tutkimukselle epäolennaisen aineiston pois jättämistä, joko tiedon tiivistämistä tai pilkkomista osiin. Aineistosta etsitään tutkimustehtävään liittyvää aineistoa, jota voidaan ryhmitellä. Analyysia varten tulee määrittää analyysiyksikkö, joka voi olla yksittäinen sana, ilmaisu tai lause. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.) Puhtaaksi kirjoittamisen eli litteroinnin jälkeen alkuperäisilmaukset pelkistettiin. Yhdessä alkuperäisilmauksessa saatettiin puhua useammasta aiheesta, joten ilmaiset pilkottiin pienempiin osiin. Tutkija käytti eri värejä helpottamaan kokonaiskuvan saamista, mitkä asiat kuuluivat mihinkin aihe-alueeseen teemojen sisällä. Tämä toiminta helpotti haastattelumateriaalin käsittelyä tutkimustuloksia aukikirjoitettaessa.

Seuraavaksi aineisto ryhmiteltiin. Aineiston ryhmittelyssä eli klusteroinnissa aineistosta etsitään alkuperäisilmauksista samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia ilmaisuja. Lopulta ne ryhmitellään omiksi kokonaisuuksiksi eli luokiksi, jotka nimetään luokan sisältöä vastaavalla käsitteellä. Eri ryhmiin jaotelluista ilmauksista muodostuu alaluokkia, jotka nimetään niitä yhdistävällä käsitteellä. Luokittelussa käsiteltävä aineisto luonnollisesti tiivistyy, koska yksittäiset tekijät sisällytetään ylempiin käsitteisiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.) Pelkistetyistä ilmauksista kootaan alaluokkia, joihin samaa tarkoittavia ilmaisuja kerätään. Alaluokkaan kerätyt käsitteet antavat alustavan kuvan tutkittavasta ilmiöstä. Analysoinnin kolmannessa vaiheessa abstrahoinnissa eli käsitteellistämässä aineistosta kerätään tutkimuskysymyksiin vastaava oleellinen tieto ja muodostetaan teoreettisia käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109-110; Alasuutari 1999, 40-43.)

Aineiston ryhmittelyn jälkeen viimeisenä vaiheena oli aineiston teoreettisten käsitteiden muodostaminen. Ryhmittelyvaiheessa luodaan jo osittain teoreettisia käsitteitä ja luokittelujen yhdistämistä jatketaan niin kauan kuin se on aineiston sisällön puolesta mahdollista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 111-112.) Esimerkki

alkuperäisen ilmaisun, pelkistetyn ilmaisun, alaluokan, yläluokan ja pääluokan muodostamisesta. (Taulukko 1.)

Taulukko 1 Esimerkki alkuperäisen ilmaisun, pelkistetyn ilmaisun, alaluokan, yläluokan ja pääluokan muodostamisesta

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
"Minusta ne omahoitolomakkeet on hyvä kun ne on tullu käyttöön, kun vaan potilaat niitä täyttää, jotkut täyttää ihan ylikin tarpeen ja osa ei laita suurinpiirtein mitään siihen, että mutta joka tapuksessa se on jo asia joka pysäyttää ihmisen ajattelemaan sitä omaa arkeensa ja omaa jaksamista ja mitä siellä on niinkun ongelmia, että tavallaan me saadaan me hoitajat siitä , sitä hyvää ainesta siihen vastaanottokäynnin sisältöön."	Omahoitolomakkeiden käyttö on saanut asiakkaat ajattelemaan omaa terveyttään. Omahoitolomake antaa hyvää sisältöä vastaanottokäynnille	Asiakkaan ajatus omasta terveydestä Vastaanottokäynnin sisällön parantaminen	Asiakkaan kiinnostus omasta terveydestään omahoitolomakkeen avulla (oma ajattelu)	Asiakkaan mielenkiinnon herääminen omasta terveydestään

Terveyshyötymallin hyödyntämisestä avainasiakkaiden hoidossa yhdeksi keskeiseksi asiaksi nousi omahoitolomakkeen käyttö. Omahoitolomakkeen täyttäminen on saanut avainasiakkaan miettimään omaa terveyttään tarkemmin. Samalla avainasiakkaan mielenkiinto omasta terveydestään herää. Omahoitolomake antaa myös sisältöä vastaanottokäynnille.

5 Tulokset

Tutkimuksen tulokset muodostuivat avainasiakkaiden asiakasprofiilista, sairaanhoitajien tiedoista terveyshyötymallin käytöstä avainasiakkaiden hoidossa sekä asiakaslähtöisyyden toteutumisesta avainasiakkaiden hoidossa vastaanotolla.

5.1 Avainasiakkaiden asiakasprofiili

Avainasiakkaissa tunnistettiin seuraavia asioita: nainen, 65-vuotias , 30-40-vuotias, pelko, turvattomuus, yksinjäätminen, elämönhallinnan ongelmat, pitkäaikaissairaudet (diabetes, verenpainetauti) ja erilaiset kivut, päänsärky, rintakipu, huimaus, TULES-vaivat sekä lääkitykseen liittyvät asiat.



Kuvio 5 Avainasiakkaan tunnistamisprofiili vastaanotolla

Teemahaastattelujen perusteella avainasiakkaissa on paljon yksinäisiä ihmisiä. Pelko, turvattomuus ja yksin jääminen lisäävät palveluiden käyttöä ja yhteydenottoja. Elämänhallinnan ongelmat lisäävät omien oireiden liiallista tarkkailua, joka saattaa lisätä ahdistuneisuutta ja epävarmuutta omiin kykyihin selviytyä itse omasta hoidostaan.

”Kovin yksinäisiä ihmisiä.”

”Yksikin rouva ni mies vasta kuoli, yhden kymmenen kertaa sen jälkeen käynyt.”

”Pelko ja se yksin jääminen...turvattomuus.”

Haastattelussa selvisi, että avainasiakkaat ottavat yhteyttä vastaanotolle usein ja hyvin epäselvien syiden takia. Yhteydenotot tapahtuvat puhelimitse tai tulemalla vastaanotolle suoraan. Yhteydenottoja on paljon ja usein käy niin, että todelliset syyt hoitoonhakeutumiselle jää selvittämättä. Asiakkaat saattavat tuntea syyllisyyttä ja pyytävät anteeksi yhteydenottoaan.

”Monenlaista asiaa tullut lyhyen ajan sisällä...yhteydenottoja paljon ja saattaa olla jopa samoja asioita joista puhuu.”

”Asiakas saattaa jopa pyytää anteeksi, että hän taas ottaa yhteyttä.”

”Minusta tuntuu, että samat ihmiset vaan pyörii siellä.”

Haastattelusta saatujen tietojen perusteella selvisi, että pitkäaikaissairauksista diabetes, verenpainetauti ja erilaiset kivut, päänsärky, rintakipu, huimaus, TULES-vaivat ja lääkityksestä johtuvat syyt aiheuttavat paljon avainasiakkaiden yhteydenottoja. Tyypillinen avainasiakas on yli 65-vuotias nainen. Nuoret osaavat kertoa hoitoonhakeutumisen syyksi helpommin jonkun psyykkisen syyn, esimerkiksi ahdistuksen. Vanhemmilla asiakkailla hoitoon hakeutumisen syy on usein joku somaattinen vaiva, vaikka todellinen syy olisikin psyykkinen hätä.

”Nuoret saattavat helpommin sanoa sen suoraan, että ahdistaa.”

”Vanhemmilla on melkein järestään somaattinen syy minkä vuoksi ne tulee.”

”Työttömät, eläkeellä jostain syystä olevat alle eläkeikäiset niin ne on kans semmonen oma ryhmänsä ja niitäkin on aika paljon.”

5.2 Sairaanhoidajien tiedot terveyshyötymallin käytöstä avainasiakkaiden hoidossa

Hoitoon sitoutuminen, asiakkaan omahoidon tukeminen ja hoidon ohjauksen yksilöllinen suunnittelu ovat asioita, jotka nousevat haastattelun perusteella esiin terveyshyötymallin käytöstä vastaanotolla avainasiakkaiden hoidossa. Lisäksi yhtenäiset kirjaamiskäytännöt ja päätöksen teon tuen käyttäminen nostetaan tärkeiksi asiaksi avainasiakkaiden hoidossa.



Kuvio 6. Sairaanhoitajien tiedot terveyshyötymallin käytöstä avainasiakkaiden hoidossa

Haastattelun perusteella terveyshyötymalli käsitteenä on haastateltaville melko vieras. Terveyshyötymallin osa-alueita käytetään kuitenkin päivittäin hoitotyössä. Haastateltavat toteavat käyttävänsä omahoitolomaketta potilaiden hoidossa ja tuovan sen sisältöä vastaanottokäynnille. Omahoitolomakkeiden täyttämässä todetaan olevan monenlaista käytäntöä: toiset potilaista täyttävät lomakkeet huolellisesti, osa taas saapuu vastaanotolle tyhjän lomakkeen kanssa. Haastateltavat ovat yhtä mieltä siitä, että omahoitolomaketta täyttäessään potilaat pohtivat enemmän omaa terveyttään ja kiinnostuvat omasta terveydestään.

”Minusta ne omahoitolomakkeet on hyvä kun ne on tullu käyttöön, kun vaan potilaat niitä täyttää.”

”Pysäyttää ihmisen ajattelemaan sitä omaa arkeensa ja omaa jaksamista ja mitä siellä on niinku ongelma.”

”Tavallaan saadaan, me hoitajat siitä hyvää ainesta siihen vastaanottokäynnin sisältöön.”

Yhtenäisten hoitokäytäntöjen ja etenkin hoitosuunnitelman tekemisen epä johdonmukaisuus nousi haastattelun perusteella huomioitavaksi asiaksi

avainasiakkaiden kohdalla. Pääsääntöisesti hoitosuunnitelman tekeminen kuuluu lääkärille mutta käytännössä hoitosuunnitelmien tekeminen jää hoitajille. Lääkäreiden tekemät hoitosuunnitelmat helpottaisivat ja tukisivat hoitajien työskentelyä merkittävästi. Lääkäreiden välillä nähtiin eroja hoitosuunnitelmien laadinnassa. Hoitajien välisissä toimintatavoissa nähtiin myös ongelmia.

”Hoitaja kattoo pitkäaikaissairaat ja siellä ei ole jotkut asiat tavoitteissa niin sitten ohjataan lääkäriin.”

”Jossain vaiheessa oli puhetta, että lääkärit laatii sen hoitosuunnitelman joka näkyy niin sehän helpottais tuota hoitajien työskentelyä kovasti.”

”Kyllähän se melkein meille jää se hoitosuunnitelmien tekeminen.”

Haastattelun perusteella hoidon ohjauksen yksilöllinen suunnittelu nähtiin tärkeäksi asiaksi avainasiakkaiden kohdalla. Usein hoidon ohjauksessa käsiteltäviä asioita on paljon ja asiakkaalle asioiden sisäistäminen on haastavaa, joten useamman ohjauskäynnin varaaminen nähtiin asiakkaan kannalta paremmaksi vaihtoehdoksi. Haastatteluista kävi ilmi, että hoidon ohjaukseen varatut ajat olivat liian lyhyitä. Kirjaamiseen jäi usein liian vähän aikaa. Päätöksen teon tuen käyttäminen todetaan myös tuovan turvaa asiakkaan hoitoon.

”Potilaalla todetaan esimerkiksi diabetes tulee ensiohjaukseen niin kyllä siihen olis hyvä olla puolitoistatuntia.”

”Hoidon ohjaukset on tunnin ja siitä vain se 45 minuuttia on tarkoitettu potilaan kans ja 15 minuuttia jää kirjaamiseen.”

5.3 Sairaanhoidajien kokemukset asiakaslähtöisen hoitotyön toteutumisesta avainasiakkaiden hoidossa

Asiakaslähtöisyyden todettiin hoitotyössä näkyvän avainasiakkaiden mielipiteen kunnioittamisena, tasa-arvoisena kohteluna, dialogisena vuoropuheluna, vastuun ottamisena ja kannustamisena omaan hoitoon. Asiakaslähtöisyyttä todettiin olevan myös asiakkaan hoidon järjestelmällinen suunnittelu ja yhtenäiset kirjaamiskäytännöt.



Kuvio 7. Sairaanhoitajien kokemukset asiakaslähtöisen hoitotyön toteutumisesta avainasiakkaiden hoidossa

Asiakaslähtöisen hoitotyön todetaan haastateltavien mielestä toteutuvan vastaanotolla. Se näkyy asiakkaan mielipiteen kunnioittamisena, tasa-arvoisena kohteluna ja dialogisena vuoropuheluna vastaanottokäynnin yhteydessä. Vastaanotolla kuunnellaan asiakkaan toiveita ja puhutaan asiakkaan asioista.

”Tavallaan kunnioitetaan sitä potilaan mielipidettä ja ei tyrmätä sitä ja asennoiduta siihen huonosti.”

”Kyllä aina toivoo, että olis sama lääkäri.”

”Kerrotaan faktat ja asiakas päättää miten toimii.”

Haastattelun perusteella asiakaslähtöisyyteen katsotaan kuuluvan myös sen, että asiakas ottaa vastuuta omasta hoidostaan. Samalla kuitenkin korostetaan sitä, että hoitohenkilöstön tuki on tärkeää asiakkaan kannustamisessa ja vastaamisessa potilaan toiveisiin.

”Asiakkaan pitäisi itse olla vastuussa asioistaan ja hoitamisestaan.”

”Pyritään tulemaan vastaan niissä toiveissa mikäli pystytään, ajan järjestämistä ja kenelle hän haluaa.”

”Yritän aina kannustaa ja miettiä vaihtoehtoja.”

Haastatteluissa selviää, että asiakaslähtöisyyteen kuuluu hoidon ja hoitokäyntien järjestämisen suunnitelmallisuus. Haastattelun perusteella tämä asia ei aina avainasiakkaiden kohdalla vastaanotolla toteudu. Todetaan, että jossakin tapuksessa yksi suunniteltu käynti lääkäriin saattaisi vähentää vastaanottokäyntejä merkittävästi.

” Vaikka se niiden asia on semmonen et jos ne kävis siellä lääkäriin sen yhden kerran niin niitten ei tarttes kymmentä kertaa juosta jossain muualla.”

”Mihin me saadaan työnnettyä se asiakasmassa kun me ei saada niitä lääkäriin?”

Haastattelun perusteella asiakaslähtöisyyden toteutumiseen liittyy myös yhtenäisten kirjaamiskäytäntöjen noudattaminen. Haastattelussa selviää, että samoja asioita kirjataan moneen kertaan ja tiedot ovat hajallaan asiakkaan tiedoissa. Tietynlainen jatkuvuus asiakkaan hoidosta ja sairauksien hoidosta todetaan tarvitsevan kehittämistä. Kehittämistä vaatii myös vastaanoton toiminnan suunnittelu toimintatapojen ja henkilökunnan resurssien osalta.

”Kun ei turhaan pitäis kirjata samoja asioita moneen kertaan.”

”Henkilökuntaa enemmän, pidemmät hoitoajat, pysyvyyttä.”

6 Pohdinta

6.1 Keskeisten tulosten tarkastelu

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten sairaanhoitajat tunnistivat terveyspalveluiden avainasiakkaat vastaanotolla ja hyödynsivät terveyshyötymallia avainasiakkaiden hoidossa asiakaslähtöisesti.

Tämän tutkimuksen mukaan avainasiakas on yli 65-vuotias nainen, kuten myös Koskela (2008) on tutkimuksessaan todennut. Tähän ikään liittyen, selityksenä saattaa olla se, että eläkkeelle jäätyään terveyskeskuksen asiakkaaksi hakeudutaan luonnostaan työuran loputtua, kun työterveyden palvelut päättyvät. Aikaisempien

tutkimuksien perusteella avainasiakkaalla on useita sairauksia, heikko sosiaalinen asema, korkea ikä ja naissukupuoli (Muurinen & Mäntyranta 2010, 13; Jäppinen & Nyman 2015, 6). Koskelan (2008) tutkimuksen mukaan terveyspalveluiden suorkäytön ennustekijöitä on naissukupuoli, aikaisempi runsas terveyspalveluiden käyttö, asiakastytymättömyys palveluihin, raittius, korkea painoindeksi, kuolemanpelko ja ärtyvä paksusuoli- oireyhtymä. Tämän tutkimuksen mukaan myös nuoret 30-40-vuotiaat käyttivät paljon terveydenhuollon palveluja. Tällä saattaa olla selkeä yhteys sosioekonimiseen asemaan, tässä tapauksessa työttömyyteen, joka lisää terveyspalveluiden käyttöä erilaisten syiden takia.

Avainasiakkaiden käyntisyöt vastaanotolla ovat hyvin moninaiset. Vastaanotolle hakeuduttiin usein erilaisten pelkojen, yksinäisyyden ja turvattomuuden takia. Saattaa olla , että avainasiakkaan tukiverkosto on heikko, jolloin avun hakeminen terveydenhuollosta nähdään ainoaksi keinoksi. Tutkimuksessa selvisi, että eteenkin iäkkäämmät hakeutuivat vastaanotolle usein erilaisten somaattisten oireiden takia vaikka todellinen syy saattoikin olla yksinäisyys. Monet elämänhallinnan ongelmat lisäsivät tutkimuksen mukaan liiallista oman itsensä tarkkailua ja yhteydenoton tarve vastaanotolle lisääntyi. Pitkäaikaissairauksista diabetes, verenpaineauti ja erilaiset kivut, päänsärky, rintakipu, huimaus, TULES-vaivat ja lääkityksestä johtuvat syyt lisäsivät hoitoon hakeutumista vastaanotolle. Tämä tulos ei sinäänsä ole yllättävä, koska pitkäaikaissairaudet luonnostaan lisäävät joko suunnitelua tai äkillistä hoidon tarvetta sairauksien hoidossa.

Tämän tutkimuksen vastausten perusteella tutkimukseen osallistuvat kokivat, että avainasiakkaiden todelliset syyt hoitoon hakeutumiselle jäivät usein selvittämättä. Huomiota kiinnittääkin se, että hoitajat tunnistivat avainasiakkaat mutta heillä ei ollut keinoja, miten olisivat auttaneet avainasiakkaita ja saisivat yhteydenottokierteen katkeamaan.

Terveyshyötymalli oli haastateltaville varsin vieras käsite. Haastattelun perusteella kuitenkin kävi ilmi, että terveyshyötymallin osa-alueita, kuten hoitosuunnitelmaa, päätöksen teon tukea ja omahoitolomaketta hyödynnettiin päivittäin avainasiakkaiden hoidossa. Omahoitolomake nähtiin hyvänä pohjana ohjauskäynnille, vaikka sen täyttämässä olikin hyvin suurta vaihtelevuutta. Hoitosuunnitelmien

puuttuminen nähtiin hyvin vakavana uhkana potilasturvalliselle ja laadukkaalle hoidolle. Tutkimuksesta ilmeni, että lääkärin tekemä hoitosuunnitelma tukisi ja helpottaisi hoitajan työtä merkittävästi. Samaan tutkimustulokseen on päätyneet Nurmela (2015) tutkimuksessaan ” *Asiakasvastaava pitkäaikaissairaana tukena* ”, jonka mukaan hoitosuunnitelma nousee keskeiseksi asiaksi asiakkaan kokonaisuudessa. Terveydenhuoltolaki edellyttää, että potilaalla on hoitosuunnitelma. Hoitosuunnitelma on myös pitkäaikaissairaiden omaa hoitoa tukeva apuväline, jonka avulla hoidon jatkuvuutta ja suunnitelmallisuutta voidaan arvioida. (Inno-kylä 2015.)

Coleman ym. (2009) tutkimuksen mukaan, terveyshyötymallin käyttäminen hoidossa parantaa asiakkaiden hoitoa ja terveystulokset ovat myös parempia. Asiakkaan sitoutuminen omaan hoitoonsa ja omahoidon tukeminen nähtiin tärkeäksi asiaksi. Hoito- ja palvelusuunnitelma koettiin välttämättömäksi asiaksi asiakkaan hoitopäätöksiä tehtäessä. Lääkärin konsultaatio oli tärkeä tuki hoitajille päätöksiä tehtäessä.

Asiakslähtöisen hoitotyön kerrottiin toteutuvan vastaanotolla. Haastateltavien mielestä se näkyi asiakkaan mielipiteen kuuntelemisena, tasa-arvoisena kohteluna ja vuoropuheluna asiakkaan kanssa. Asiakslähtöisyyteen arvioitiin kuuluvan myös asiakkaan kannustaminen ja vastuuttaminen omaan hoitoon. Hoidon ja hoitokäyntien järjestämisen suunnitelmallisuus sekä yhtenäiset hoito- ja kirjaamiskäytännöt kuuluvat asiakslähtöiseen hoitoon. Huomiota kiinnittääkin se, että nämä asiat vaativat kehittämistä ja suunnitelmallisuutta vastaanotolla ja avainasiakkaiden hoidossa.

Sote-uudistuksen tarkoituksena on luoda julkiselle sosiaali- ja terveydenhuollolle palvelurakenne, jonka tavoitteena on luoda yhdenvertaiset asiakslähtöiset ja laadukkaat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut valtakunnallisesti. Asiakslähtöisyydessä hoito lähtee asiakkaan tarpeista ja asiakkaan äänen kuulemisesta. (Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2016, 77.)

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa otetaan koko tutkimusprosessi arvioinnin kohteeksi. Luotettavuutta lisää tutkijan sitoutuneisuus tutkimukseen. Tutkimuksen aineiston keruu ja analyysiprosessi on esitetty tarkasti. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että tiedonantajilla on tietoa ja kokemusta tutkittavasta asiasta mahdollisimman paljon ja heidät on valittu tutkimukseen harkitusti ja tarkoituksenmukaisesti. Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin, vaan oleellista on ymmärtää esimerkiksi tiettyä toimintaa tai tulkita erilaisia ilmiöitä mielekkäällä tavalla. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85-86.) Tutkimukseen osallistuneet ovat vastaanoton tiimityöskentelyyn osallistuvat sairaanhoitajat, joilla on kokemusta ja tietoa tutkittavasta asiasta.

Tutkimuksen luotettavuutta tulee tarkastella tutkijan näkökulmasta sekä tutkimuksen eri vaiheista, aina aineiston keruusta aineiston analysointiin ja tutkimustulosten esittämiseen. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta oleellista on pyrkiä virheiden minimoimiseen. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella monella eri tavalla. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134-141.) Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerejä ovat uskottavuus, siirrettävyys, refleksiivisyys ja vahvistettavuus (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197-198; Tuomi & Sarajärvi 2009, 134-139). Uskottavuudella tässä yhteydessä tarkoitetaan tutkimuksen ja tutkimustulosten uskottavuutta. Tutkimustulokset antavat vastaukset tutkimuskysymyksiin ja tutkimustulokset tulee olla esitetty siten, että ymmärretään miten tutkimus on toteutettu (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198; Tuomi & Sarajärvi 2009, 134-143). Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten sairaanhoitajat tunnistavat terveyspalveluiden avainasiakkaat vastaanotolla ja hyödyntävät terveyshyötymallia avainasiakkaiden hoidossa asiakaslähtöisesti. Tavoitteena oli kehittää toimintamalli terveyspalveluiden avainasiakkaiden hoitoon vastaanotolla. Uskottavuutta pyrittiin lisäämään tutkimustulosten vastaamisella annettuihin tutkimuskysymyksiin.

Siirrettävyydellä laadullisessa tutkimuksessa tarkoitetaan sitä, että tutkimustulokset on siirrettävissä muihin vastaavanlaisiin tilanteisiin eri tutkimusympäristöissä. Tutkimuksen siirrettävyyttä lisää tutkimuksen huolellinen ja tarkka dokumentointi

tutkimuksen eri vaiheissa. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2013, 198; Kylmä & Juvakka 2007, 128-129; Tuomi & Sarajärvi 2009, 134- 143.)

Refleksiivisyydellä tarkoitetaan tutkijan tietoista arvioimista siitä, miten ulkopuoliset tekijät vaikuttavat tutkimusprosessiin. Tutkijan tulee tiedostaa, mitkä ovat hänen omat lähtökohtansa tutkimukselle. Tutkijan objektiivinen suhtautuminen tutkimukseen tulee tiedostaa myös suhteessa tutkimusaineistoon ja tutkimustuloksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 135.) Tutkimuksen tekijä on pyrkinyt huolelliseen ja ohjeenmukaiseen raportointiin koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimuksen tekijällä on vähäinen kokemus vastaanottotyöstä, joka tutkijan mielestä lisää objektiivisuutta koko tutkimusprosessiin.

Tutkimuksen vahvistettavuudella tarkoitetaan sitä, että toisen tutkijan tai lukijan on helppo seurata tutkimusprosessin kulkua pääpiirteissään (Tuomi & Sarajärvi 2009, 138-139). Vahvistettavuus näkyy tutkimuksessa siten, että tutkimusprosessi on raportoitu tarkasti.

6.3 Tutkimuksen eettisyys

Opinnäytetyön tutkimusaiheen valinta on eettinen kysymys. Aiheen mietintävaiheessa tulee pohtia, miksi tutkimukseen ryhdytään ja kenen toiveista tai ehdotuksista tutkimusaihe valitaan. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 129.) Asianmukainen tieteellinen käytäntö edellyttää, että tieteellisessä tutkimuksessa on noudatettu eettisiä toimintaohjeita. Eettisten normien noudattaminen tutkimuksessa edistää tutkimuksen tavoitteita, kuten tietoa, totuutta ja virheiden välttämistä. Tutkimuksen kaikkien vaiheiden tulee perustua rehellisyyteen, huolellisuuteen ja tarkkuuteen. (Resnik 2011; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Perusongelma laadullisen sisällön analyysin yhteydessä on päättää, pitäisikö analyysissä keskittyä ilmeiseen vai piilevään sisältöön (Graneheim & Lundman 2004, 106). Tutkija itse ei työskentele vastaanotolla, jolloin asian tutkimisen objektiivisuus on helpompi säilyttää. Tutkijalla ei ole selviä ennakkokäsityksiä tutkimustuloksista. Laadullisessa tutkimuksessa objektiivisuus tarkoittaa sitä, että tutkija ei sekoita esimerkiksi omia uskomuksia tai

ennakkoasenteita tutkimuskohteeseen (Tilastokeskus 2014). Opinnäytetyön eteneminen on kuvattu tarkasti vaihe vaiheelta. Opinnäytetyön aihe on eettisesti perusteltu, sillä sen tavoitteena on kehittää toimintamalli terveystalveluiden avainasiakkaiden hoitoon vastaanotolla, asiakaslähtöisyys huomioiden. Opinnäytetyön aihe-ehdotus on todellisesta työelämästä nouseva tarve toiminnan kehittämiseksi.

Opinnäytetyön tutkimussuunnitelma on laadittu eettisten periaatteiden mukaisesti ja niitä noudattaen. Opinnäytetyön tekemistä varten tutkimuslupa haettiin Pieksämäen perusturvan johtoryhmältä sekä sopimus opinnäyteyhteistyöstä on kirjallisena täytetty toimeksiantajan, ohjaavan opettajan ja opinnäytetyön tekijän allekirjoittamana. Haastateltavilta pyydettiin myös allekirjoitettava suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Osallistuminen oli täysin vapaaehtoista, eikä kenenkään henkilöllisyys paljastunut aineiston analysoinnin aikana. Vastajien tunnistaminen oli mahdotonta haastattelujen alkuperäisilmauksista. Tutkimusaineisto hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua. Tutkimuksen tiedonhankinta on tehty luotettavia tiedonhankintamenetelmiä käyttäen ja noudattaen hyviä tutkimuskäytäntöjä.

6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että vastausten perusteella avainasiakkaan hoidossa on paljon kehitettävää. Vaaditaan uutta ajattelutapaa, mitä terveyshyötymallin käyttö vaatii. Terveyshyötymallin käytön tehostaminen avainasiakkaiden hoidossa vaatii yksilöllistä hoidon suunnittelua, lääkärin ja asiakkaan yhdessä laatimaa hoitosuunnitelmaa, jossa asiakas itse määrittelee tavoitteet omaa hoitoa koskien. Hoitosuunnitelman tekemisestä pitäisi tulla yksi keskeinen keino, jonka avulla avainasiakkaan hoito olisi suunnitelmallisempaa ja systemaattisempaa. Asiakaslähtöinen hoito mihin terveyshyötymallin käytöllä tähdätään, vaatii toiminnan ja ajattelun muutosta kun asiakkaasta tulee aktiivinen terveydestään huolehtija. Uusi ajattelumalli vaatii paitsi asiakkaalta myös hoitohenkilökunnalta ja organisaation

johdolta aitoa halua muuttaa toimintatapoja. Lisäksi tarvitaan resursseja, jolla uusi ajattelumalli saadaan ”sisäänajettua” toimintaan.

Avainasiakkaiden asiakaslähtöinen hoito vaatii kokonaisuhoiton koordinoitua ja tukemista, johon asiakasvastaavamalli pystyy vastaamaan. Asiakasvastaava huolehtii avainasiakkaan hoidon kokonaisuudesta ja tarvittaessa pyytää tarvittavat asiantuntijat yhteen. Oikealla työnjaolla saadaan resurssit käyttöön järkevästi ja taloudellisesti. Näin avainasiakkailla on mahdollisuus saada kokonaisvaltaisempaa, asiakaslähtöisempää hoitoa ja he hyötyvät ammattilaisten tuesta parhaalla mahdollisella tavalla. Samalla myös vastaanoton resursseja voidaan vapauttaa muuhun käyttöön.

Tämän tutkimuksen perusteella esitetään jatkotutkimusaiheiksi.

1. Asiakasnäkökulman esiinnostaminen vastaanottotoiminnan nykytilasta ja kehittämiskohdista
2. Yhtenäisten toimintamallien luomiseen avainasiakkaiden hoidossa
3. Yhteistyön lisääminen toimijoiden välillä, jolloin osaaminen saadaan vastaanoton käyttöön. Näin asiakkaan saaman hoidon laatua on mahdollista kehittää.
4. Johdon ja koko organisaation sitoutuminen vastaanoton kehittämistyöhön

Lähteet

Alasuutari, P. 1999. Laadullinen tutkimus. Jyväskylä;Gummerus Kirjapaino Oy

Asiakaslähtöisillä toimintamalleilla lisää kustannustehokkuutta sosiaali- ja terveyspalveluihin. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2016: 53: 77-79.
<https://journal.fi/sla/issue/view/3914>

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

Coleman, K., Austin, B. T., Brach, C. & Wagner, E. H. 2009. Evidence on the chronic care model in the new millennium. Health Affairs 2009, 28, no.1, 75-85. Viitattu 18.11.2018.
<http://content.healthaffairs.org/content/28/1/75.full>

Elo, S. & Kyngäs, H. 2007. The qualitative content analysis process. Journal of Advanced Nursing 62 (1), 107-115. Viitattu 2.12.2018.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>

Fortin, M., Chouinard, M-C., Bouhali, T., Dubois, M-F., Gagnon, C. & Bélanger, M. 2013. Evaluating the integration of chronic disease prevention and management services into primary health care. Study protocol. BMC Health Services Research 2013, 13:132, 1-10. Viitattu 1.12.2018. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/132>

Graneheim, UH. & Lundman, B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today, 24: 105-112. Viitattu 14.1.2019.
http://intraserver.nurse.cmu.ac.th/mis/download/course/lec_566823_Graneheim%20-%20Jan%2025.pdf

Hyvärinen, M., Nikander, P. & Ruusuvoori, J. 2017. Teemahaastattelun käsikirja. Osuuskunta Vastapaino.

Improving chronic illness care. 2014. The Chronic Care Model. Viitattu 2.12.2018.
http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2

Inno-kylä, 2015. Terveysyhötymalli-Chronic Care Model (CCM)-toimintamalli. Viitattu 11.11.2017. https://www.innokyla.fi/web/malli_795834

Jäppinen, P. & Nyman, J. 2015. Terveysasemien avosairaanhoidon suurkäyttäjät. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. Artikkel. Viitattu 3.1.2018.
<https://journal.fi/sla/article/view/50756>

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

Kapiainen, S., Seppälä, T.T., Häkkinen, U., Lauharanta, J., Roine, R.P. & Korppi-Tommola, M. 2010. Pääkaupunkiseudun erittäin kalliit potilaat. Helsinki: Terveystieteiden ja Hyvinvoinnin laitos, Avauksia 3. Viitattu 13.12.2018.
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80171/8645f919-c88b-4272-af87-b8fe7cd59152.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Kauhanen, L. 2013. Pitkäaikaissairauksien itsearviointi kehittämistyön kontekstissa.. ACIC-kysely YI- Savon terveysasemilla 2010 ja 2012. Pro Gradu, Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö. Viitattu 2.12.2018. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/84769/gradu06871.pdf;sequence=>
- Klenke, K. 2008. Qualitative Research in the Study of Leagership. Great Britain:Emerald
- Koivuniemi, K. & Simonen, K. 2012. Kohti asiakkuutta. Ihmistä arvostava terveydenhuolto. Helsinki: Duodecim.
- Korhonen,T. & Eriksson,S. 2013. Asiakkaan omahoidon tukeminen luo edellytykset hoidon onnistumiselle. Pro Treveys,6:8-9
- Korhonen,T., Lassila,A., Luukkanen,M. & Eriksson, E. 2016. Asiakasvastaavatoiminta perusterveydenhuollossa- asiakkaiden odotuksia ja kokemuksia. Tutkiva Hoitotyö, 14:33-43
- Koskela, T-H. 2008. Terveyspalveluiden pitkäaikaisen suurkäyttäjän ennustekijät. Kuopion yliopisto. Kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen laitos. Väitöskirja. Viitattu 9.1.2018. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-1042-3/urn_isbn_978-951-27-1042-3.pdf
- Kukka, A. & Whellams, A. 2010. Tavoitteena terveyshyöty- muutosten kautta mahdollisuuksiin. Fysioterapia, 7: 46-48.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. Säädäs säädöstötietopankki Finlexin sivuilta. Viitattu 9.1.2018. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812 Säädös säädöstötietopankki Finlexin sivuilta. Viitattu 9.1.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>
- Leskelä, R-L., Komssi, V., Sandström, S., Pikkujämsä, S., Haverinen, A., Olli, S-L. & Ylitalo-Katajisto, K. 2013. Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asukkaat Oulussa. Suomen lääkirilehti 48 (68), 3163–3169.
- Leväsaaho, J. & Kivisaari, S. 2012. Kohti asiakaslähtöisiä sosiaali-ja terveydenhuollonpalvelumalleja. VTT Technology 62. Espoo. Viitattu 21.1.2018. <http://www.vtt.fi/inf/pdf/technology/2012/T62.pdf>
- Morris, R., Kai,J., Aveny, A., Bayes, S., Franklin, M., George, T., James, M., Malins, S., McDonald, R., Pate, S., Stublely, M & Yang, M. 2012. Persistent frequent attenders in primary care: costs, reasons for attendance, organisation of care and potential for cognitive behavioural therapeutic intervention. BMC Family Practice, 2012:13:39:1-14. Viitattu 26.1.2019<https://bmcfampract.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2296-13-39>

Muurinen, S. & Mäntyranta, T. 2015. Asiakasvastaava-toiminta pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallissa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Viitattu 21.1.2018 http://stm.fi/documents/1271139/1427058/get_file.pdf/2a2a9f1a-8751-42b6a0f5-ad92ff87e6a2

Muurinen S & Mäntyranta T. 2011. Kokeneesta sairaanhoitajasta asiakasvastaava. Sairaanhoitaja, 84(1), 21–23.

Niemelä, E & Alahuhta, M. 2016. Paljon palveluja käyttävien asiakkaiden palvelujen kehittämisessä ollaan jyvällä. ePooki. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehittämistyön julkaisut 9. Viitattu 3.6.2018 <https://www.oamk.fi/epooki/2016/jyvalla>

Niemelä, E. & Alahuhta, M. 2017. Paljon sosiaali- ja terveystalvija käyttävien asiakkaiden palveluiden toteutumisen- työntekijöiden ja viranhaltijoiden haastattelututkimus. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2017: 54: 6-17

Nurmela, T. 2015. Asiakasvastaava pitkäaikaissairaahan tukena. Itä- Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu. Viitattu 2.6.2018 http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20160003/urn_nbn_fi_uef-20160003.pdf

Potku2-hanke. 2014. Väli-Suomen Potilas kuljettajan paikalle Potku2-hanke loppuraportti. Viitattu 13.1.2019. <http://www.potkuhanke.fi/>.

Prea, L., Braunack-Mayer, A., Rogers, W. A., & Stocks, N. 2009. An ethical justification for the Chronic Care Model (CCM). Health expectations. 2009, 13, 55-64. Viitattu 1.12.2018. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1369-7625.2009.00581.x>

Resnik, D.P. 2011. What is Ethics in Research & Why is It Important? National institute of health science. Viitattu 26.12.2018. <https://www.niehs.nih.gov/research/resources/bioethics/whatis/index.cfm>

Rosella, L.C., Fitzpatrick, T., Wodchis, W.P., Calzavara, A., Manson, H. & Goel, V. 2014. High-cost health care users in Ontario, Canada: demographic, socio-economic, and health status characteristics. BMC Health Services Research 2014, 14:532, 1-13. Viitattu 3.6.2018. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913-014-0532-2>

Smits, F., Brouwer, H., Zwinderman, A., Mohrs, J., Smeets, H., Bosmans, J., Schene, A., Weert, H. & Riet, G. 2013. Morbidity and doctor characteristics only partly explain the substantial healthcare expenditures of frequent attenders: a record linkage study between patient data and reimbursements data. BMC Family Practice 2013, 14:138, 1-8. Viitattu 14.1.2019 <https://bmcfampract.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2296-14-138>

Sote-uudistus. 2014. Sosiaali- ja terveysministeriö 22.04.2014. Viitattu 1.12.2017 http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/palvelurakenn euudistus

STM. 2010. Sosiaali- ja terveysministeriö. Toimiva terveyskeskus vahvistaa perusterveydenhuolto. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2010:4. Viitattu 11.11.2017. <https://www.julkari.fi/handle/10024/11>

STM. 2011. Sosiaali- ja terveysministeriö. Muurinen S & Mäntyranta T. Suomen sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, Asiakasvastaava-toiminta pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallissa. Viitattu 3.6.2018 http://stm.fi/documents/1271139/1427058/get_file.pdf/2a2a9f1a-8751-42b6-a0f5-ad92ff87e6a2

STM. 2012. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) 2012-2015 toimeenpanosuunnitelma 2012:20. Viitattu 11.11.2017. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112147/UR>

Teittinen, M. 2018. PMK Petu organisaatio. Henkilökohtainen tiedoksianto 28.2.2018.

Terveydenhuoltolaki 2010/1326 Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilta. Viitattu 2.12.2017. http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326_ajantasainen_lainsaadanto

Terveyshyötymalli Chronic Care Model CCM 2014. Innokylä. Viitattu 8.12.2018. <https://www.innokyla.fi/web/malli795854>

Tilastokeskus 2014. Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen erot. Viitattu 15.1.2019. <https://www.stat.fi/virsta/tkeruu/01/07/>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A, 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettupainos. Jyväskylä: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 10.6.2018. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Valli, R., & Aaltola, J. 2015. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Juva; PS-kustannus

Vilkkä, H. 2015. Tutki ja kehitä. Juva; PS-kustannus

Virtanen, P., Suonheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matka-opas asiakaslähtöiseen sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011. Helsinki. Viitattu 11.10.2018 <https://www.businessfinland.fi/globalassets/julkaisut/matkaopas.pdf>

Liitteet

Liite 1. Teemahaastattelun runko

Teemahaastattelun runko

Organisaation nimi: Pieksämäen sosiaali-ja terveystalvelukeskus

Toimiala: Terveystalvelukeskus vastaanotto

Henkilöstö: Terveystalvelukeskuksen vastaanoton sairaanhoitajat/terveydenhoitajat

Haastattelija: Sari Matilainen Sosiaali-ja terveystalvelsalan ylempi AMK

Terveyden edistämisen koulutusohjelma

Ajankohta: ke 14.2.2018 klo 14.00

Haastateltavat: Pieksämäen terveystalvelukeskuksen vastaanoton sairaanhoitajat

1. Terveystalveluiden suurkäyttäjä eli avainasiakas

Apukysymykset

Minkalainen asiakas mielestäsi on terveystalveluiden suurkäyttäjä?

Mitkä ovat hoitajien käsitykset vastaanotolle hakeutumisen syistä?

Onko sinulla riittävästi osaamista avainasiakkaan kohtaamiseen/tunnistamiseen?

Tietoja avainasiakkaan hoitamiseen?

Miten työntekijä itse pystyy vastaamaan avainasiakkaan tarpeisiin tällä hetkellä?

Miten vastaanotto pystyy vastaamaan avainasiakkaiden tarpeisiin tällä hetkellä?

2. Terveystalveluytyymalli

Apukysymykset

Mitä mielestäsi terveystalveluytyymalli tarkoittaa?

Miten terveystalveluytyymallia käytetään vastaanotolla avainasiakkaiden hoidossa tällä hetkellä?

Miten käyttöä voisi tehostaa vastaanotolla avainasiakkaiden hoidossa?

3. Asiakslähtöisyys

Apukysymykset

Mitä on mielestäsi asiakslähtöinen terveydenhoito?

Miten asiakslähtöisyys näkyy omassa työssäsi/vastaanotolla?

Miten asiakslähtöisyys voisi näkyä paremmin työssäsi/vastaanotolla?

Liite 2. Tietoisien suostumuksen tiedoteosa

Tietoisien suostumuksen tiedoteosa

14.1.2018

Arvoisa vastaaja!

Opiskelen Jyväskylän ammattikorkeakoulussa Terveyden edistämisen tutkinto-ohjelmassa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa.

Pyydän Teitä ystävällisesti osallistumaan opinnäytetyöhöni, jonka tarkoituksena on selvittää miten sairaanhoitajat/terveydenhoitajat tunnistavat terveyspalveluiden suurkäyttäjät eli avainasiakkaat vastaanotolla ja kuinka he voivat hyödyntää terveyshyötymallia avainasiakkaiden hoidossa asiakaslähtöisyys huomioiden.

Opinnäytetyön aineistonkeruu toteutetaan teemahaastatteluna, ryhmähaastatteluna kahdessa ryhmässä. Ryhmäjaosta vastaa opinnäytetyön tekijä. Osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja luottamuksellista. Opinnäytetyölle on Pieksämäen sosiaali- ja terveyspalvelukeskuksen johdon kirjallinen lupa.

Osallistujien henkilöllisyys ei paljastu missään opinnäytetyön vaiheessa. Kerätty aineisto säilytetään Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeiden mukaisesti ja raportoinnin jälkeen aineistö hävitetään.

Valmis opinnäytetyö on luettavissa Theseus-tieokannassa.

Teiltä pyydetään kirjallinen suostumus osallistumisesta. Opinnäytetyötäni koskeviin kysymyksiin vastaan ja lisätietoja annan mielelläni.

Kiitos osallistumisesta!

Sari Matilainen

Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Terveyden edistämisen koulutusohjelma, ylempi AMK

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala

sari.matilainen (at) student.jamk.fi

Liite 3. Kirjallinen suostumus

SUOSTUMUS

Terveyspalveluiden suurkäyttäjät- toimivan terveyskeskuksen haasteena

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa opinnäytetyöstä, jonka tarkoituksena on selvittää, miten sairaanhoitajat tunnistavat terveyspalveluiden suurkäyttäjät vastaanotolla ja hyödyntävät terveyshyötymallia suurkäyttäjien hoidossa asiakaslähtöisesti. Minulla on ollut mahdollisuus esittää ennakkokysymyksiä opinnäytetyöntekijälle.

Suostun vapaaehtoisesti osallistumaan opinnäytetyön aineistonkeruuseen ja annan luvan tuottamani tiedon käyttöön tutkimustarkoituksessa. Minulla on milloin tahansa mahdollisuus keskeyttää tutkimukseen osallistumiseni tarkempaa syytä ilmoittamatta. Olen ymmärtänyt, että tiedot käsitellään koko tutkimusprosessin ajan luottamuksellisesti.

Paikka ja aika

_____. _____ . 2018

Suostun osallistumaan

Suostumuksen vastaanottaja:

opinäytetyöhön:

Haastateltavan allekirjoitus

Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus

Nimen selvennys

Nimen selvennys