

Pitkäaikaissairaanhoidon polku

Terveystietämyksen asiakaslähtöiseen segmentaatioon

Marjo Kotilainen

Opinnäytetyö

Marraskuu 2020

Sosiaali-, terveys- ja hyvinvointiala

Sosiaali- ja terveysalan johtaminen (Ylempi AMK)

Tekijä Kotilainen, Marjo	Julkaisun laji Opinnäytetyö, ylempi AMK	Päivämäärä Marraskuu 2020
	Sivumäärä 67	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Pitkäaikaissairaahan hoitopolku Terveystyöarviosta asiakaslähtöiseen segmentaatioon		
Tutkinto-ohjelma Sosiaali- ja terveysalan johtaminen, YAMK		
Työn ohjaajat Kari Jaatinen, Räsänen Riitta		
Toimeksiantaja Perusturvaliikelaitos Saarikka, Vastaanotto toiminta		
Tiivistelmä Pitkäaikaissairaiden hoito on pirstaleista ja hoitajilla on haastetta koota asiakkaan tarvitsemat palvelut kokonaisuudeksi monien eri palveluiden ja työkalujen joukosta. Hoitosuunnitelmien tekeminen ei ole systemaattista, jolloin hoidon tasalaatuisuus kärsii. Lisäksi väestön ikääntymisen myötä sairastavuus kasvaa, mutta toisaalta kuntien taloustilanne vaikeutuu vuosi vuodelta. Tämä johtaa terveydenhuollon resurssien ja potilasmäärien väliseen epäsuhtaan. Opinnäytetyö toteutettiin Perusturva liikelaitos Saarikassa kehittämishankkeena, jossa luotiin pitkäaikaissairaahan hoitopolku kokoamaan kaikki hoidon toteutuksessa tarvittavat työkalut, mallit ja palvelut yhdeksi kokonaisuudeksi. Tuotoksena tehtiin hoitajille opas, joka sisältää keskeiset asiat. Samalla saatiin uusia yhteistyömuotoja eri palvelualueiden välille. Suuntimatyökalu integroitiin yhtenä uutena välineenä polkuun. Kehittämishankkeen työpajoissa pohdittiin hoitosuunnitelma prosesseja ja luotiin asiakkuuspolkuja Suuntima-työkalua varten rakentaen yhtenäistä pitkäaikaissairaahan potilaan hoitopolkua. Saarikassa on vuonna 2018 alkanut Terveystyöarviohanke, jonka puitteissa jalkautettiin hoitosuunnitelmia Saarikkaan ja perehdyttiin rakenteeseen kirjaamiseen. Hanke jatkui 2020 alusta toteutuen tämän työn rinnalla. Siinä pilottityöparit ovat tunnistaneet hoitovaje potilaita ja paljon palveluita käyttäviä kutsuen heitä vastaanotolle hoitosuunnitelman laatimiseksi. Tämä toiminta integroituu myös hoitopolkuun yhdessä Suuntima asiakkuussegmentaation kanssa. Näistä syntyi pitkäaikaissairaahan hoitopolku ja siihen laadittu opas. Työ jatkuu toiminnan vakiinnuttamisella ja segmentaation laajentamisella kaikkiin pitkäaikaissairaisiin. Myöskin Terveystyöarviotyökalu saatetaan kaikkien aluetiimien käyttöön. Hoitaja-lääkärityöparien tiimimallia vahvistetaan tiimipalaverien vakiinnuttamisella.		
Avainsanat (asiasanat) asiakaslähtöisyys, asiakkuus, paljon palveluita käyttävä, asiakassegmentaatio, hoitovaje, terveystyöarvio, Suuntima, pitkäaikaissairaahan hoitopolku.		
Muut tiedot		

Author(s) Kotilainen Marjo	Type of publication Master's thesis	Date November 2020
		Language of publication: Finnish
	Number of pages 67	Permission for web publication: x
Title of publication Chronically illness treatment path From chronical care model to customer-oriented service		
Degree programme Master's Degree Programme in Health Care and Social Services Management		
Supervisor(s) Kotilainen, Marjo		
Assigned by Perusturvaliikelaitos Saarikka, Reception activities		
Abstract The care of the chronically ill is fragmented and nurses have the difficulty of putting together the services the client needs from a wide range of services and tools. Making treatment plans is not systematic, which affects the uniformity of treatment. In addition, as the population ages, morbidity increases, but on the other hand, the economic situation of municipalities becomes more difficult year by year. This leads to a mismatch between healthcare resources and patient numbers. The thesis was implemented out at the Social and health service Saarikka as a development project, in which a chronically ill care pathway was created to bring together all the tools, models and services needed for the implementation of care into one entity. The result was a guide for nurses containing key points. At the same time, new forms of cooperation were obtained between different service areas. Suuntima application was integrated into the path as one new tool. The development project's workshops focused on treatment plan processes and created customer paths for the Suuntima tool, making a unified long-term patient care path. The chronical care model project has started in Saarika in 2018, within the framework of which management plans were implemented in Saarikka and structured recording was introduced. The project continued from the beginning of 2020, alongside this work. In it, the pilot pairs have identified a lack of care patients and many service users, inviting them to the reception to draw up a treatment plan. This activity is also integrated into the care path together with the Suuntima customer segmentation. These resulted in a treatment path for the long-term patient and a guide prepared for it. The work continues with the consolidation of operations and the expansion of segmentation to all chronical illness patients. The chronical model tool will also be made available to all regional teams. The team model of nurse-doctor work pairs is strengthened by consolidating team meetings.		
Keywords/tags Customer-oriented service, customer service, customer segmentation, treatment deficit, Chronical care model, Suuntima, chronically illness treatment path		
Miscellaneous (Confidential information)		

Sisältö

1	Johdanto	3
2	Asiakaslähtöisyys keskiössä	6
2.1	Moninaisiin tarpeisiin erilaiset interventiot	9
2.2	Asiakas - asiakkuus	11
2.3	Paljon palveluita käyttävät asiakkaat	12
2.4	Terveyshyötymalli asiakaslähtöisyyden lähtökohtana	13
2.5	Terveyshyötymallin työkaluja	17
2.6	Terveyshyötyarvio	18
2.7	Pitkäaikaissairaiden hoito Saarikassa	19
3	Asiakaslähtöinen segmentaatio	20
3.1	Suuntima mahdollistaa asiakaslähtöiset hoitopolut	23
3.2	Omatoimiasiakkuus (Pärjääjät)	24
3.3	Yhteisöasiakkuus (Tukiasiakkaat)	24
3.4	Yhteistyöasiakkuus (Sairaat pärjääjät)	25
3.5	Verkostoasiakkuus (Huolenpitoasiakkaat)	25
4	Opinnäytetyönä kehittämistyö	26
4.1	Kehittämistyön tarkoitus ja tavoite	26
4.2	Engesrömin ekspansiivinen kehittäminen	27
4.3	Kehittämisprosessin vaiheet	30
4.4	Pitkäaikaissairaahan hoitopolku	34
4.5	Asiakkaan tunnistaminen	35
4.6	Asiakkuussegmentaatio ja hoidon suunnittelu	36
4.7	Hoidon seuranta ja arviointi	37
5	Pohdinta	39
5.1	Eettisyys ja luotettavuus	41
5.2	Kehittämistyönarviointi RE-AIM mallin avulla	42
5.3	Jatkokehittämisehdotukset	44

Lähteet	46
----------------------	-----------

Liitteet	51
-----------------------	-----------

Liite 1. Pitkääikaissairaahan hoitopolku, Opas hoitajille	51
---	----

Liite 2. Omahoitolomake	62
-------------------------------	----

Liite 3. Saarikan Elämäntaparyhmien polku	64
---	----

Kuvio

Kuva 1. Asiakaslähtöisyyden kehittämisen toimintaympäristö koostuu julkisesta sektorista, kolmannesta sektorista ja yksityisistä palveluiden tuottajista.

(Soveltaen Virtanen ja muut, 2011).....	8
---	---

Kuvio 2. Pitkääikaissairaiden palvelukokonaisuus Kaiser Permanente Triangle

(Bodenheimer ym. 2002), mukaellen Muurinen & Mäntyranta 2011.	10
--	----

Kuvio 3. Terveysyhtymämalli (<http://www.potkuhanke.fi/> pohjana Chronic Care

Model).....	16
-------------	----

Kuvio 4. Terveysyhtymä-arvio-tuoteperhe (Kunnamo I, 2019).	18
---	----

Kuvio 5. Asiakkuusstrategiat (mukaellen Koivuniemi ja muut 2014, 135;

Koivuniemi & Simonen, 2011).	22
-----------------------------------	----

Kuvio 6. Pitkääikaissairaahan hoitopolun kehittäminen mukaellen ekspansiivisen

oppimisen sykliä (Engeström 2004, 61).....	28
--	----

Kuvio 7. Pitkääikaissairaahan hoitopolun kehittämisprosessi.....	31
--	----

Kuvio 8. Pitkääikaissairaahan hoitopolku	34
--	----

Kuvio 9. Pitkääikaissairaahan hoitopolkumallin kehittäminen mukaillen RE-AIM

mallia (re-aim.org).	43
---------------------------	----

1 Johdanto

Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset ovat maassamme jatkuvassa nousussa ja painimme sekä kansallisesti että koko Euroopan laajuisesti yhä vaikeammassa taloudellisessa tilanteessa. (Kivipelto, Suhonen, Koivisto Tiirinki & Miikki 2019, 5). Väestön ikääntyessä pitkäaikaissairaudet sekä monisairastavuus- ja moniongelmaisuus lisääntyvät haastaen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmien tehokkuutta, vaikuttavuutta ja kestäviä ratkaisuja. On tutkimuksissa todettua, että pieni joukko väestöstä kuluttaa suurimman osan sosiaali- ja terveydenhuollon resursseista. Tämä keskimäärin neljää eri palvelukokonaisuutta käyttävä suurkäyttäjien joukko koostuu pitkäaikaissairaista, iäkkäistä ja heikommassa sosiaalisessa asemassa olevista. (Leskelä, Komssi, Sandsröm, Pikkujämsä, Haverinen, Olli & Ylitalo-Katajisto 2013; Männikkö & Martikka 2017, 11.) Wammesin, van der Weesin, Tanken, Verstertin ja Jeuriseen, (2018) kirjallisuuskatsauksen mukaan pitkäaikaissairaus, mielisairaudet ja heikko taloudellinen tilanne ovat yhteydessä korkeisiin terveydenhuollon kustannuksiin. Toisaalta huoltosuhteen vinoutuessa valtion ja kuntien verokertymät pienentyvät haastaen sosiaali- ja terveydenhuoltoa tuottamaan palvelut mahdollisimman kustannustehokkaasti kohdentaen resurssit tuottavasti. Euroopan laajuisesti on viime vuosina alettu kiinnittää huomioita asiakaslähtöisyyteen ja palveluiden yhteensovittamiseen, koska sen on todettu säästävän resursseja ja tuottavan monisairaiden tarpeita vastaavia palveluita. (Klemola, Uusi-Ilkainen & Askola 2014, 8; Kivipelto & muut 2019, 6).

Suomessa Sosiaali- ja terveystaloudellisia palveluita on aikojen saatossa yritetty kehittää yhtenäisemmiksi talouden ohjauksen ja hallinnon keinoilla. Edelleen ikärakenteen muutoksen ja resurssien rajallisuuden myötä paine kasvaa resurssien käytön tehostamiseen, palvelun tuottavuuden ja vaikuttavuuden parantamiseen laadusta tinkimättä. (Virtanen, Suonheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 7.) Virtanen ja muut ovat kuvanneet terveydenhuollon järjestelmät pirstaleisiksi, professionaalista viitekehystä noudattaviksi, joista asiantuntijat ovatkin todenneet ” *tarjotaan sitä mitä tuotetaan eikä välttämättä tuoteta sitä mitä tarvitaan.*” Myös Leväsluoto ja Kivisaari (2012,7) ovat todenneet siilomaisen palvelujärjestelmän sopivan huonosti runsaasti eri palveluja käyttäville asiakkaille, koska siinä heidän tietonsa hajaantuvat niin laajalle, ettei

kenelläkään ole lopulta kokonaiskuvaa ja vastuuta asiakkaasta. Järjestelmän hajanaisuus, erilliset tietojärjestelmät sekä mallien ja työkalujen puute haittaavat monialaisen palveluntarpeen tunnistamista (Koivisto & Tiirinki 2020, 11). Tämän vuoksi ei myöskään ennaltaehkäiseviä palveluja osata riittävässä määrin ja oikea-aikaisesti kohdentaa niistä eniten hyötyville (Leväsluoto & Kivisaari 2012, 7).

Asiakkaat saattavat käyttää päällekkäisiä palveluita, palvelut voivat olla epätarkoituksenmukaisia tai käyttö on hallitsematonta (Koivisto & Tiirinki 2020, 11).

Näin asiakkaan tilanne voi turhaan kriisiytyä ja johtaa raskaimpien palvelumuotojen käyttöön. Sosiaali- ja terveydenhuollossa on syytä keskittyä tämän kalleimman asiakasryhmän hallintaan ja ehkäistä asiakkaiden siihen joutumista.

Terveydenhuollon siilomaisuus johtuu paljolti tuotantolähtöisistä prosesseista. Asiaksnäkökulma sirpaloituu, kun asiakkaita tarkastellaan professionaalisen viitekehyksen kautta ja näin kokonaisvaltainen ymmärtämys terveyspalveluiden tuottamisesta häviää. Yhteiskunnan muutospaineet ja terveydenhuollon uudistamistarpeet ovat edistäneet asiakaslähtöistä ajattelua. (Leväsluoto & Kivisaari 2012, 7.) Hujala ja Lammintakanen (2018, 21) toteavat, että Parempi arki- hankkeen puitteissa 2017 selvitettiin paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden palvelupolkujen sudenkuoppia ammattilaisten näkökulmasta. Keskeisenä ongelmana nousi esille palvelujen koordinoinnin ja yhteistentoimintamallien puute. Ammattilaiset eivät myöskään välttämättä tunne toisiaan, eivätkä työn sisältöjä ja kun lisäksi tietojärjestelmät voivat olla erilaisia, vaikeutuu yhteistyö ja ammattilaiset kokevat neuvottomuutta moniongelmaisten asiakkaiden kanssa. Palvelujärjestelmät eivät ole niin joustavia, että pystyisivät vastaamaan asiakkaiden akuutteihin tai yksilöllisiin tarpeisiin ja asiakkaat turhautuvat.

Näiden asiakasryhmien kohdalla pitäisi keskittyä asiakaslähtöiseen segmentaatioon ja hoidon kokonaissuunnitteluun. Segmentointi mallit terveydenhuollossa ovat usein tarve tai palvelulähtöisiä, jolloin paljon palveluita käyttävän asiakkaan palvelupolku pirstaloituu eikä ole kenenkään hallinnassa. Toiseksi olisi syytä kiinnittää huomioita ennalta ehkäisyyn, etteivät asiakkaat ajautuisi tilanteeseen, jossa tarvitaan paljon monenlaista palvelua ja kustannukset kasvavat merkittävästi. Aivoliiton julkaisussa todetaan tutkimusten osoittavan yhden aivoverenkiertohäiriöpotilaan elinaikaisten

kustannusten olevan 55 000€ ja noin 25 000 Suomalaisen sairastuvan vuosittain aivo-verenkiertohäiriöön. Kahdeksan kymmenestä sairastumisesta voitaisiin estää riskitekijöihin vaikuttamalla.

Kivipelto ja muut (2019, 17) esittelevät aineistoja, joissa Lin (2017) oli kuvannut eri malleja haasteellisissa tilanteissa olevien henkilöiden tunnistamiseksi. Esimerkiksi amerikkalainen sähköisen ensiavun koordinaatiomallissa (ED-Based Care Coordination) tunnistettiin paljon ensiavussa asioivia henkilöitä, heidän palvelu tarpeensa kartoitettiin ja heille laadittiin monialainen sähköinen ensihoito- tai palvelusuunnitelma, joka oli nähtävissä aina, kun asiakas asioi terveyspalveluissa. Näillä interventiolla todettiin testiryhmän päivystyskäyntien vähentyneen 35 % ja kustannusten laskeneen 15 % verrokkiryhmiin verrattuna. Myös Virtanen ja muut (2011, 8) toteavat että yksityinen sektori on tuonut Suomeen vaikutteita eurooppalaisista ja amerikkalaisista palvelumalleista, joissa tehokkuutta on haettu asiakkaiden omatoimisuutta ja aktiivisuutta edistämällä sekä osallistamalla asiakkaita palveluprosesseihin.

Saarikan strategiassa(Saarikka.fi) todetaan, että kansantauti-indeksin osoittavan, että Saarikan SoTe alueen väestö on kansallisesti keskimääräistä iäkkäämpää, joka johtaa korkeampaan sairastavuuteen kuin valtakunnassa keskimäärin. Toisaalta kuntien taloudellinen tilanne palvelun tilaajana on heikentynyt ja terveyspalveluiden tuottajalta vaaditaan yhä enemmän tehokkuutta. Jotta selviäisimme tästä talouden ja terveyspalveluihin kohdistuvan paineen epäsuhdasta, meidän täytyy keskittyä ennalta ehkäisemään kansansairauksia ja tehostaman pitkäaikaissairaidenhoitoa asiakaslähtöisillä hoitomalleilla. Terveysyhtiötyökalu tuo merkittävää tietoa väestön terveydentilasta ja auttaa poimimaan hoitovajeesta kärsiviä asiakkaita. Systemaattisesti asiakkaille tehdyt hoitosuunnitelmat luovat hoidolle ja hoidon jatkuvuudelle pohjan. Asiakaslähtöiset segmentaatiomallit auttavat meitä kohdentamaan tarkoituksen mukaisia palveluita ja resursseja niitä eniten tarvitseville sekä niistä eniten hyötyville välttämällä omatoimisten asiakkaiden ylihoitamista. Pitkäaikaissairaiden yhteinen hoitopolku kokoaa hoitoon käytettävät työkalut ja palvelut yhdeksi kokonaisuudeksi, joka ohjaa ja selkiyttää hoitajien työtä pitkäaikaissairaiden hoidossa, ohjaa hoitosuunnitelman tekemistä ja tuo tarvittavia palveluita ja tuotteita käytettäväksi. Asiakaslähtöinen segmentaatio ja yhtenäinen

avutushoitopolku parantavat asiakkaiden saaman hoidon laatua ja on osa tietojohdantamista. Klemola, Uusi-Ilkainen ja Askola (2014) tiivistävät terveydenhuollon tietojohdantamisen keskittyvän perusterveydenhuollossa panosten suuntaamiseen sinne, missä niitä tarvitaan ja palveluvalikoiman painottamisen ennaltaehkäiseväksi, jotta vältetään raskaampien palveluiden kysyntää.

Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoimintaraportissa 2019-2020, on kartoitettu kotimaiset tunnistamisen mallit, joilla pyritään tunnistamaan monialaisesti tai palveluita tarvitsevia asiakkaita. Monialaisia palveluita käyttävillä tarkoitetaan henkilöä, joka käyttää useamman kuin yhden toimialan tai palveluryhmän palveluita. Terveystyöarvioilla tuotetaan riskienarviointia sekä räätälöityjä toiminta ohjeita ja Suunnitima työkalulla taas toteutettiin asiakkuussegmentaatiota asiakkaan ja ammattilaisen yhteistyönä. Nämä molemmat mallit ovat keskeisiä asiakassegmentaatiovälineitä ja tiedon tuottajia palvelujärjestelmän ja asiakkaan hoidon kehittämisessä (Liukko E, 2020). Asiakkaan kannalta kehittäminen johtaa tarkoituksen mukaisen, yhdenvartaisen avun saamiseen kulloisessakin elämäntilanteessa. Organisaatioiden ja ammattilaisten näkökulmasta taas hyöty tulee resurssien paremmasta kohdentamisesta niitä tarvitseviin, yhteistyön ja palvelupolkujen sujuvoittamisesta (Koivisto ja Tiirinki 2019, 41).

2 Asiakslähtöisyys keskiössä

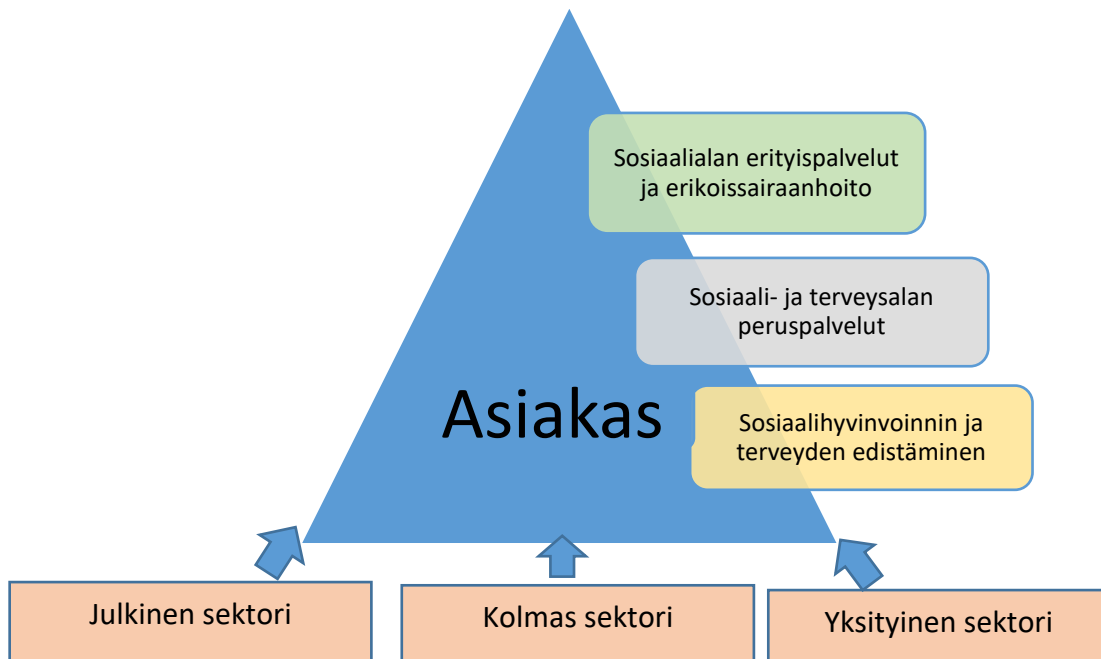
Asiakslähtöisten terveyspalveluiden kehittyminen edellyttää paradigman muutosta vajavuus- ja tuotantokeskeisestä ajattelusta asiakslähtöiseen ajatteluun, jossa asiakas osallistuu alusta asti arvon luontiin ja tuotantoon vuorovaikutuksessa ammattilaisen kanssa (Koivuniemi & Simonen 2011, 52). Väestöliiton lakitiedot vahvistavat asiakkaan arvokkuuden tunteen säilyvän ja hänen yksilöllisten tarpeiden ja toiveidensa tulevan huomioiduksi häntä koskevissa päätöksissä, kun kuvataan asiakslähtöisyyttä ihmisoikeus-, perusoikeus- ja vapausoikeusnäkökulmasta (Väestöliiton julkaisu 2020).

Myös Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, 3§) todetaan: *”Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan.”* Toisaalta Virtanen ja muut (2011) painottavat, ettei laki kuitenkaan velvoita julkista sektoria järjestämään sosiaali- ja terveyspalveluita asiakaslähtöisemmin. Kekomäen (2019, 212) mukaan, Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestäjän tulee tarjota alueensa väestölle tarkoituksen mukaiset, kustannustehokkaat, turvalliset, yhdenvertaiset ja asiakaslähtöiset palvelut integroimalla palvelutuotanto ketjuiksi tai verkostomaiseksi toiminnaksi.

Integroiduissa palveluissa asiakas saa kokonaisvaltaista palvelua, jossa yhdellä kerralla asiat hoidetaan mahdollisimman pitkälle ilman organisaatorajoja. Myös Terveydenhuoltolaissa edellytetään, että perusterveydenhuolto vastaa potilaan hoidon yhteensovittamisesta. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 8§). Lain tavoitteena on ylläpitää ja edistää väestön terveyttä ja hyvinvointi sekä toimintakykyä ja sosiaalista turvallisuutta. Terveydenhuoltolaki turvaa kansalaisille yhdenvertaiset terveyspalvelut saatavuuden, laadun ja potilasturvallisuuden osalta. Laki vahvistaa asiakaskeskeisyyttä ja perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä, parantaa terveydenhuollon eri toimijoiden, kuten perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja yksityisen sektorin välistä yhteistyötä terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä. Lyhyesti sanottuna Terveydenhuolto laissa säädetään terveydenhuollon palveluista ja Kansanterveyslaissa sekä Erikoissairaanhoidolaissa sovelletaan sitä ja eritellään rakenteita koskevia säädöksiä.

Terveyspalvelut tuottavat palvelun avulla terveyshyötyä eli pärjäämislisää väestölle. Kekomäki (2019, 44); Koivuniemi ja muut (2019, 47) vahvistavat terveyttä edistävän toiminnan lisäävän väestön hyvinvointia ja työkykyä. Lisäksi Kekomäki (2019, 44) painottaa, että terveyshyöty on pitkäaikaista terveyden itseis- tai välinearvoa. Itseisarvo on suoria vaikutuksia henkilön terveydentilaan ja välinearvo taas esimerkiksi henkilön työkyvyn parantumista.

Koivuniemen ja Simosen (2011,45) mukaan terveydenhuolto on siiloutunut kolmella tasolla, organisaatioiden välillä, organisaatioiden sisällä eri yksiköiden erillisiksi toimintoiksi sekä hierarkkisiin eri ammattiryhmien prosesseihin. Siiloutuneessa järjestelmässä ei kukaan ota kokonaisvastuuta asiakkaasta. Virtanen ja muut (2011, 11) toteavat, että sosiaali- ja terveystalouden asiakaslähtöisyyttä kehittämällä lisätään hoidon vaikuttavuutta, palveluiden kustannustehokkuutta ja asiakkaiden ja työntekijöiden tyytyväisyyttä. Asiakaslähtöisten palveluiden kehittämisessä keskiössä on asiakas, joka kulkee yksilöllisine tarpeineen läpi eri palvelukokonaisuuksien ja palveluiden hallintorajojen. Kuviossa 1. on esitetty, miten Virtasen ja muut (2011, 11) kuvaavat asiakaslähtöisyyden kehittämistä niin, että asiakas on eri palvelualojen ja –sektoreiden keskiössä.



Kuva 1. Asiakaslähtöisyyden kehittämisen toimintaympäristö koostuu julkisesta sektorista, kolmannesta sektorista ja yksityisistä palveluiden tuottajista. (Soveltaen Virtanen ja muut, 2011)

Sosiaali- ja terveystalouden uudistamiseksi on tehty niin Suomessa kuin kansainvälisestikin paljon työtä viime vuosina. Tavoitteena on ollut ennalta ehkäisevän toiminnan ja perusterveydenhuollon vahvistaminen ja sitä kautta kustannusten hillitseminen (THL 2017). Palveluiden integraatio tapahtuu asiakkaiden tarpeiden perusteella, jolloin asiakkaat saavat oikea-aikaista palvelua saumattomasti. Integraatio voi olla

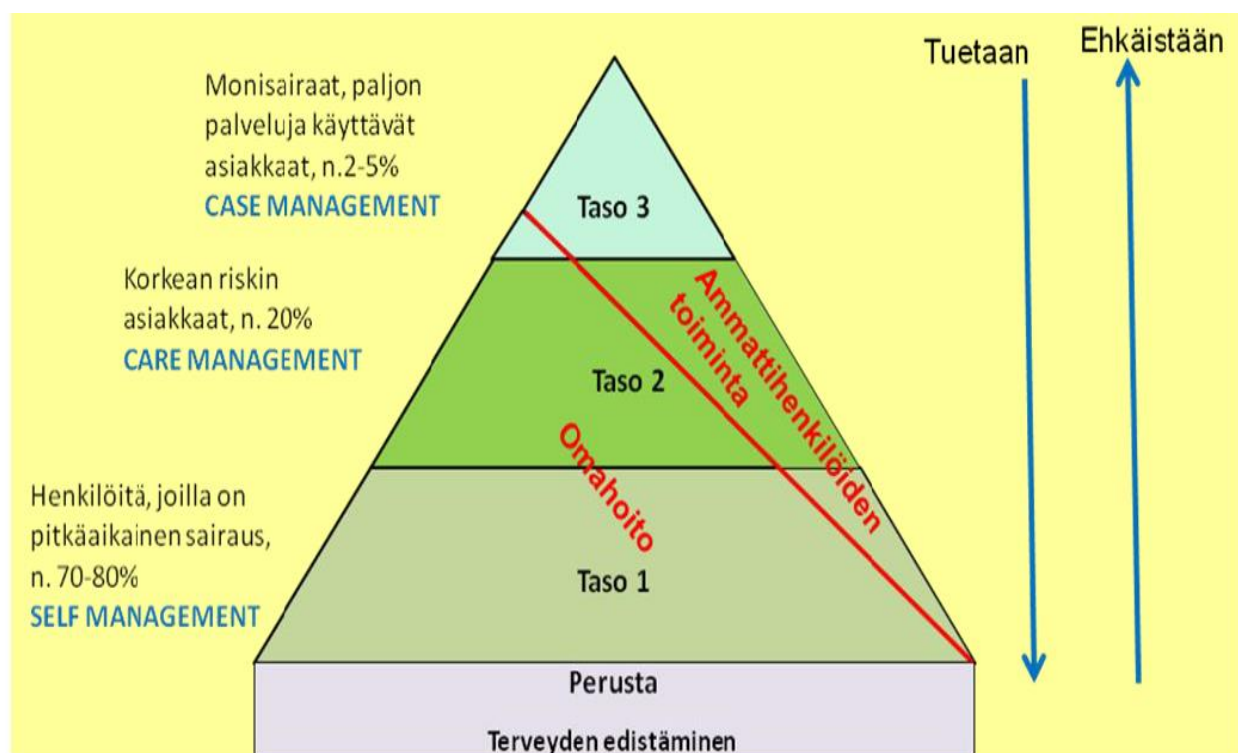
horisontaalista, jolloin rinnakkaisia palveluita yhdistetään, esimerkiksi sosiaali- ja terveyspalveluiden yhdistäminen saman organisaation alle on horisontaalista integraatiota. (THL 2020; Lehtonen 2017.) Horisontaalinen integraatio yhdistää sosiaali- ja terveyspalvelut yhtenäiseksi väestöä palvelevaksi kokonaisuudeksi, jonka avulla pystytään resurssit kohdistamaan siihen väestön osaan, joka niitä eniten tarvitsee. (Kekomäki 2019, 217-218.) Lehtosen mukaan vertikaalisella integraatiolla kuvataan perustason ja erityistason palveluiden yhteen sovittamista esimerkiksi rakentamalla yhteisiä hoitoketjuja perusterveydenhuollolle ja erikoissairaanhoidolle. Tässä opinnäytetyössä kehitettävässä pitkäaikaissairaiden hoitopolkumallissa voidaan puhua horisontaalisesta palveluiden integraatiosta.

Kekomäki (2019, 219) painottaa asiakkaan ja hoitavan lääkärin hoitosuhdetta pitkäaikaissairaiden palveluiden integraatiota syvennettäessä. Asiakkaan tunteva ammattilainen pystyy keskittymään keskeisiin ongelmiin ja hoitotarpeisiin ja aikaa säästyy hoidollista lisäarvoa tuottavaan toimintaan. THL (2017) raportissa on asiakkaiden palveluiden yhteensovittaminen sekä palveluketjujen ja -kokonaisuuksienmäärittely ja kuvaaminen asetettu keskeisiksi toimiksi Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kehittämisessä. Koiviston ja Tiiringin (2019, 17) mukaan Goodwin ja Nolte (2017) ovat viitanneet eurooppalaisen palveluiden integraation kehittämisen pohjautuvan ajatukseen resurssien säästämisestä sekä monisairaiden ja moniongelmaisten asiakkaiden palveluiden kehittämisestä tehokkaammiksi.

2.1 Moninasiin tarpeisiin erilaiset interventiot

Terveydenhuollossa on totuttu segmentoimaan potilaita erilaisin kriteerein. Potilaita segmentoidaan hoidon kiireellisyyden, erikoistumisasteen, sairauden tai väestöryhmän perusteella. Yhdenmukaisuutta voidaan tarkastella eettisenä tasa-arvoiseen kohteluun tai palvelun saatavuuteen liittyvänä näkökulmana. Jos palvelun saatavuudessa lähdetään siitä, että kaikille tarjotaan saman verran palvelua, ei palvelu enää ole asiakaslähtöistä asiakkaan elämänhallintaan pohjautuvaa eikä sillä saavuteta suurinta mahdollista terveyshyötyä.

Amerikkaisella kolmitasoisella ns. Kaiserin-mallilla (Kuvio 2.) on kuvattu väestön palvelutarvetta. Mallissa pitkäaikaissairaat on jaettu kolmeen ryhmään heidän sairautensa vaativuuden perusteella. Korkeimman tason asiakkaat ovat monisairaita ja paljon palveluita käyttäviä. Heillä on mallissa omat ns. case managerit, jotka huolehtivat heidän hoitonsa seurannasta ja toteutuksesta. Kakkostason asiakkailla on ongelmia sairauksien hoitotasapainossa. Heillä on tiettyihin sairauksiin erikoistunut hoitaja koordinoimassa heidän hoitoaan. Nämä care managerit järjestävät valmennusta, opetusta ja vertaisryhmiä asiakkaille. Mikäli sairaus saadaan intensiivisellä hoidolla tasapainoon, potilas saattaa siirtyä alimmalle kolmos tasolle, jossa asiakkaat ovat omahoidon piirissä.



Kuvio 2. Pitkäaikaissairaiden palvelukokonaisuus Kaiser Permanente Triangle (Bodenheimer ym. 2002), mukaellen Muurinen & Mäntyranta 2011.

Muurinen & Mäntyranta (2011) ovat todenneet tähän omatoimisten asiakkaiden piiriin oli kuuluneen Englannissa n.70-80% asiakkaista. Myös Suomalaiset tutkimukset,

kuten edellä on viitattu, osoittavat, että suurin osa kansalaisista selviytyy täysin oma-toimisesti sairauksiensa kanssa. Näin ollen kaavamainen kaikille samanlaisena tuotettu palvelu johtaisi ylihoitoon tai alihoitoon, eikä se ole rajallisten resurssien järkevää käyttöä. (Koikkalainen 2016, 55; Muurinen & Mäntyranta 2012.)

2.2 Asiakas - asiakkuus

Muurisen ja Mäntyrannan (2011,5) mukaan Sosiaali- ja terveydenhuollon sanastoissa (1997, 1999) asiakas todetaan luonnolliseksi henkilöksi, henkilöryhmäksi tai organisaatioksi. Asiakkaita ovat sekä todelliset asiakkaat että mahdolliset palvelujen vastaanottajat eli potentiaaliset asiakkaat, jotka yhdessä muodostavat palveluntuottajan asiakaskunnan. Toisaalta potilaskin on asiakas, jolla on terveydentilaa koskevia ongelmia. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.) puolestaan määrittelee potilaaksi terveyden- ja sairaanhoitoa käyttävän tai muuten niiden kohteena olevan henkilön. Toisaalta käytettäessä asiakas nimitystä korostuu ihmisen aktiivinen rooli, vastuu omasta hoidosta, valinnanvapaus ja terveyspalveluiden käyttäjä keskeisyys. Asiakas-termi on kuvaava, kun ihminen pitkäaikaissairaudesta huolimatta voi elää aktiivista ja täysipainoista elämää. Yleisesti käytetty potilas-termi tuntuisi viittaavan enemmän passiiviseen sairaan rooliin. (Muurinen & Mäntyranta 2011, 5.) Tässä opinnäytetyössä on käytetty kumpaakin ilmaisua. Lääkäreiden vastaanotoilla käyvistä pitkäaikaissairauden seurannassa käyvistä asiakkaista käytetään potilas nimitystä.

Terveydenhuollossa asiakkuus sisältää kaikki kasvokkain tai sähköisesti kohdatut vuorovaikutustilanteet, jotka vaikuttavat hänen työ- ja toimintakykyyn sekä hyvinvointiin. Asiakkuus alkaa kansalaisuuteen tai kuntaan kuulumisesta ja päättyy asiakkaan kuolemaan. (Koivuniemi Simonen, 2011, 93.) Virtanen ja muut (2011, 17) ovat kuvanneet sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuutta kolmesta eri näkökulmasta. Kun asiakkuutta tarkastellaan palvelutuotannon näkökulmasta, esille nousee asiakkaan rooli terveysprosessissa sekä hänen suhteensa toimintatapoihin. Kun asiakas taas nähdään kuluttajana, on kiinnitettävä huomio palvelutarjonnan monipuolisuuteen ja valinnan

mahdollisuuteen. Asiakkaan juridista asemaan määrittelevät lait ja asetukset, muun muassa Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Virtanen ja muut (2011) argumentoivat asiakkaan olevan yksi ja sama läpi palveluprosessien ja organisaatorajojen. Hänellä voi olla saman aikaisesti monia eri hallintoalojen rajat ylittäviä tarpeita ja asiakkuuksia.

Koivuniemen ja Simosen (2011, 134) mukaan asiakasymmärrys antaa kokonaiskuvan asiakkaan ominaisuuksista, voimavaroista ja haasteista. Virtanen ja muut (2011) kuvaavat asiakasymmärryksen asiakkaan kokonaistilanteeseen sovellettuna tietona, jonka jalostetumpi muoto, palveluymmärrys, sisältää myös saatavilla olevat asiakkaalle parhaiten soveltuvat palvelumahdollisuudet. Tämä tietämys sisältää asiakkaan koko lähiympäristön ja mahdollistaa asiakaskeskeisen ajattelun, jossa asiakas on keskiössä ja palvelut ovat häntä varten. Tätä vaihetta seuraa asiakaslähtöisyys, jolloin asiakas on itse mukana suunnittelemassa palvelua. Asiakaslähtöisyyden arvoperusta on ihmisarvoisuus. Sen elementteinä voidaan pitää asiakkaan aktiivista kumppanuutta ja toimijuutta, ymmärrystä asiakkaan tarpeista toiminnan organisoinnin lähtökohtana.

2.3 Paljon palveluita käyttävät asiakkaat

Männikön ja Martikan (2017,18) mukaan terveydenhuollon asiantuntijat ovat todenneet runsaasti palveluita käyttävät asiakkaat heterogeeniseksi moninaisia tarpeita omaavaksi kahteen osaan jaettavaksi ryhmäksi. Niihin, usein monisairaisiin asiakkaisiin, joilla palvelun tarve on todellinen ja jotka hyötyvät palvelusta sekä runsaasti palveluita käyttäviin, jotka eivät varsinaisesti hyödy palvelusta, mutta silti toistuvasti haaveilevat palvelun piiriin. Toisaalla heistä käytetään nimitystä suurkanikäiset tai suurkuluttajat.

Tavallisimpia pitkäaikaissairauksia ovat sydän- ja verisuonitaudit, krooniset keuhkosairaudet, diabetes, uniapnea, reumaattiset sairaudet ja syövä. WHO:n mukaan pitkäaikaissairaus on pitkään kestävä ja etenevä sairaus, joka ei tartu ihmisen eikä eläimen välityksellä. (Noncommunicable diseases 2013.)

Koivisto ja Tiirinki (2020, 11) ovat määritelleet paljon palveluita käyttäväksi asiakkaaksi henkilön, joka käyttää paljon palveluita, mutta ei välttämättä monenlaisia palveluita. Koivisto ja Tiirinki tarkentavat, että palveluiden käytön määrälle ei ole tiettyä määritelmää. Kansalliset määritykset pitävät paljon palveluita käyttävänä vähintään kuusi kertaa terveyskeskuslääkärillä vuodessa asioivaa henkilöä. Kansainvälisesti määritelmässä on liukuma välillä 2-24. Ylitalo-Katajisto (2019, 22) on puolestaan nimenyt 10 prosentin asiakkaiksi ne henkilöt, jotka käyttävät eniten perusterveydenhuollon vastaanottoa. Hän huomauttaa Goodwinin ja Alonson (2014) tutkimuksissaan todenneen paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden hoidon monimutkaiseksi ja kompleksiseksi. Hoito oli todettu huonosti koordinoituksi, jolloin puutteita oli tiedon kulussa, potilaan tukemisessa ja tutkimuksissa sekä hoidoissa oli päällekkäisyyksiä. Tässä työssä paljon palveluita käyttäväksi määritellään asiakas, joka käy lääkärin vastaanotolla yli neljä kertaa vuodessa tai käyttää useamman kuin kahden eri palvelusektorin palveluita, esimerkiksi vastaanoton, mielenterveyskeskuksen ja sosiaalityön.

2.4 Terveyshyötymalli asiakaslähtöisyyden lähtökohtana

Valtioneuvosto vahvisti Kaste-ohjelman vuosille 2012–2015 helmikuussa 2012. Kaste-ohjelman tavoitteena oli hyvinvointi- ja terveyserojen kaventuminen ja sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden sekä palveluiden on järjestäminen asiakaslähtöisesti. Tavoitteena oli siirtää painopistettä ongelmien hoidosta fyysisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin aktiiviseen edistämiseen ja ongelmien ehkäisemiseen koko väestössä. Tavoitteiden saavuttamiseksi ohjelma sisälsi kuusi toisiaan täydentävää osaohjelmaa, joiden toimeenpanon periaatteina olivat osallisuus ja asiakaslähtöisyys.

Väli-Suomessa alueellisen toimeenpanon tukemisena oli Potku-hanke 2012-2014. (STM julkaisu, 2016.) Potku-hankkeen tarkoituksena oli ottaa Terveystyömalli (CCM) käyttöön ja parantaa pitkäaikaissairauksien ennalta ehkäisyä, kehittää suunnitelmallisia, tarpeen mukaisia ja terveystyötä tuottavia palveluita pitkäaikaissairaille. Tavoitteena oli potilaiden ottaminen mukaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen kehittämällä omahoitoa tukevia palveluita terveyskeskuksiin. (Oksman 2011.)

Terveystyömalli (Chronic care model, CCM) on tutkittuun näyttöön perustava viitekehys, jonka Edward H Wagner 1998 esitteli pitkäaikaissairaiden hoidon laatua parantavana lähestymistapana. Nykypäivänä malli on laajalti kansainvälisesti hyväksytty perusterveydenhuollossa. (Muurinen & Mäntyranta 2011, 4.) Mallin kehittäminen sai sysäyksen huomioista, että perusterveydenhuolto ei pysty vastaamaan haasteisiin, joita väestön nopeasta ikääntymisestä johtuva pitkäaikaissairaiden määrän lisääntyminen aiheuttaa. (Wagner, Austin, Davis, Hindmarsh, Schaefer, Bodomi 2001, 64.) Pitkäaikaissairaiden hoitojärjestelmä jää akuuttihoitoon jalkoihin, jolloin monimutkaisia kokonaisuuksia yritetään hoitaa yksittäisillä hoitokäynneillä. (Koivuniemi, Holmberg-Marttila, Hirsso & Mattelmäki 2014, 77 – 78.) Terveystyömallia toteutettaessa pyritään kohentamaan asiakkaan terveyden tilaa tai estämään sen heikentymistä ja hillitsemään kustannusten kasvua. (Männikkö ja Martikka 2017, 12)

Wagner & muiden (2001) mukaan tutkimukset osoittavat, että huomattava osa pitkäaikaissairauksia sairastavista eivät ole saaneet vaikuttavaa hoitoa, heidän sairautensa ovat olleet huonossa hoitotasapainossa eivätkä he ole olleet hoitoonsa tyytyväisiä. Heidän roolinsa hoidossa todettiin monesti olleen passiivista. Lisäksi Koivuniemi & muut toteavat pitkäaikaissairaiden hoitojärjestelmän jäävän akuuttihoitoon jalkoihin, jolloin monimutkaisia kokonaisuuksia yritetään hoitaa yksittäisillä hoitokäynneillä. Männikkö & Martikka (2017) ovatkin VTT julkaisussa todenneet terveystyömallia käytettävän pitkäkestoista hoitoa tarvitseviin asiakkaisiin, koska heidän hoidossaan arvioidaan saavutettavan suurimmat terveys- ja kustannushyödyt.

Suomessa STM julkaisi 2008 Toimiva terveyskeskus -toimenpideohjelman, jonka puitteissa otettiin Terveystyömalli (CCM) kansalliseen käyttöön hoidon saatavuuden ja laadun parantamiseksi sekä kustannusten hillitsemiseksi (Muurinen & Mäntyranta

2011, 4). Koivuniemi ja muut (2014) toteavat, että terveyshyötymallin ydinkohdat ovat asiakaskeskeinen kulttuuri ja terveyshyödyn johtaminen. Terveyshyötymallin avulla saadaan potilaalle valmiuksia omahoitoon sekä hänen tarpeitaan vastaavan hoitosuunnitelma. Suomessa käytetty terveyshyöty nimi kuvaa perusterveydenhuollon tärkeintä tavoitetta eli asiakkaan terveydelle ja hyvinvoinnille tuotettua hyötyä. Terveyshyötymalli keskittyy pitkäaikaista tai jatkuvaa hoitoa tarvitseviin asiakkaisiin eikä yksittäisiin sairauksiin huomioiden ennalta ehkäisevän näkökulman. (Koivuniemi ja muut, 78-79.) Terveyshyötymallin keskeinen ero akuuttihoitomalliin verrattuna on, että terveyshyötymallissa ajatellaan potilaan jo tietävän paljon ja halutaan vahvistaa hänen potentiaaliaan omahoitoa tukien suunnitelmallisesti, potilaslähtöisesti tiiminä toimien toisin kuin akuutti hoitomalli on oireisiin keskittyvää diagnostista informaatiota antavaa toimintaa, joka pyrkii sairaus- ja lääkärikeskeisesti sairauden parantamiseen. Terveyshyötymalli keskittyy koko väestönterveysteen perusterveydenhuoltopainotteisesti. (Potku-hanke.fi.)

Terveyshyötymallissa on keskeistä siirtää painopiste pitkäaikaissairaiden hoidossa akuutista hoidosta suunniteltuun ja ennaltaehkäisevään väestöpohjaiseen hoitoon. Proaktiivinen hoitotiimi ja voimaantuva asiakas ovat toiminnan keskiössä. Laatuavoitteiden saavuttamiseksi huomio on kiinnitettävä toimivaan tiimityöhön, ajan tasaisiin potilastietoihin, systemaattiseen vuorovaikutukseen, päätöksen tukeen, potilaan omahoidon tukemiseen sekä toimiviin tietojärjestelmiin. (Coleman, Austin, Brach & Wagner 2009, 1.) Tiimi varmistaa yhdessä asiakkaan kanssa riittävät omahoitovalmiudet. Hoidon suunnitelmallisuus säilyy, kun hoitoa mukautetaan asiakkaalle sopivaksi ja hoitosuunnitelmaa pidetään ajan tasalla. Mallin on todettu parantavan hoidon laatua ja saatavuutta sekä hillitsevän kustannusten kasvua. (Muurinen & Mäntyranta. 2011, 4.)

Wagnerin ja muut havaitsivat parhaan lopputulokseen päästävän, kun tunnistetaan ja vaikutetaan ainakin neljään osa-alueeseen; omahoidon tukeen, palveluvalikoi-
maan, päätöksen tukeen ja klinisiin tietojärjestelmiin (Koivuniemi ja muut 2014, 77).



Kuvio 3. Terveyshyötymalli (<http://www.potkuhanke.fi/> pohjana Chronic Care Model).

Kuviossa 3. esitellään terveyshyötymallin kuusi komponenttia: omahoidon tuki, palveluvalikoima, päätöksenteon tuki, tietojärjestelmien tehokas käyttö, palvelutuottajan sitoutuminen sekä ympäröivien yhteisöjen tuki. Terveyshyötymalli on ajattelumalli tai viitekehys, jonka soveltamisessa tulee huomioida mallin kaikki komponentit. (Muurinen ja Mäntyranta 2011, 5.) Jokainen organisaatio määrittelee osa-alueet paikallisesti soveltuviksi käytänteiksi (Coleman & others 2009). Näiden kulmakivien tukena hoitotiimi auttaa potilasta voimaantumaan ja saavuttamaan terveyshyötyä. (Koivuniemi ja muut 2014, 79).

Palveluvalikoimaan tarvitaan kaikkien ammattiryhmien osaamista pitkäaikaissairaiden moninaisten terveysongelmien hoitamiseksi. Yksilövastaanottojen lisäksi tarvitaan elämäntaparyhmiä, ryhmävastaanottoja, puhelin palvelua, sähköisiä palveluita viesteineen, yhteydenotto pyyntöineen, ja kutsujärjestelmineen. Kun hoidon tarve

on tunnistettu asiakas vastaava tai oman alueen hoitaja määrittelee vastuut, toteutuksen ja koordinoi hoitoon osallistujat. (Innokylä.fi.)

2.5 Terveyshyötymallin työkaluja

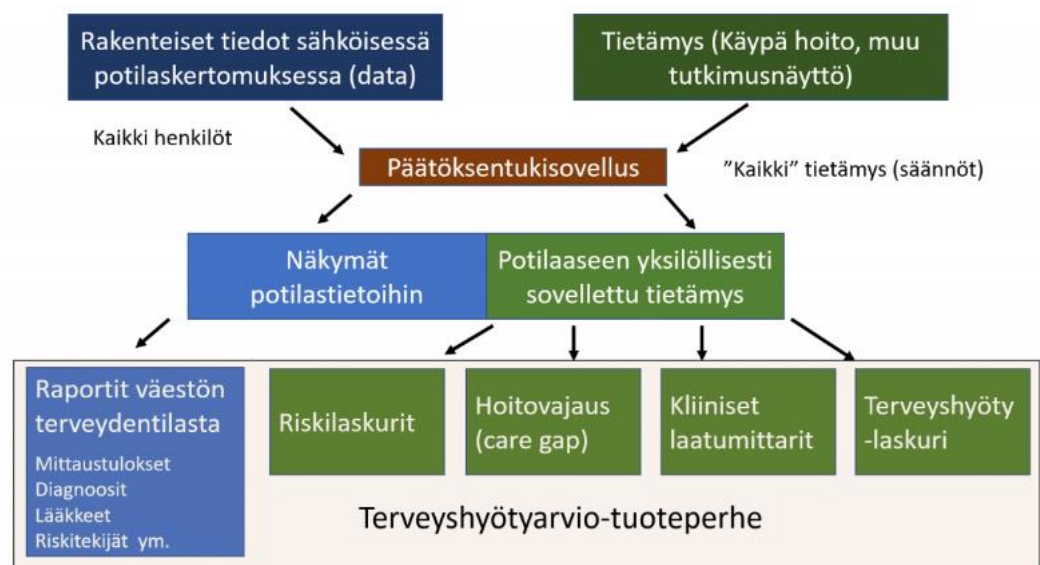
Omahoidon keskeinen työväline on THS eli terveys- ja hoitosuunnitelma. (Innokylä) Asiakaskeskeisen hoidon suunnittelun tueksi terveydenhuollon ammattilainen laatii terveys- ja hoitosuunnitelman yhteisymmärryksessä potilaan kanssa potilaskeskeisesti. Suunnitelma laaditaan siitä eniten hyötyville potilaille, erityisesti pitkäaikais- ja monisairaille potilaille, paljon terveydenhuollon palveluita käyttäville ja niille potilaille, jotka haluavat hoitosuunnitelman. (Räty 2018; Korhonen 2018.) Ammattihenkilö kuuntelee, kyselee ja neuvottelee potilaan arkielämästä ja toiveista valmentavalla otteella voimaannuttaen potilasta sekä vahvistaen hänen omahoitotaitojaan. Potilaalle itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja vastuu omasta terveydestä motivoivat omahoitoon. (Innokylä.fi.) Räty ja Korhonen (2018) tähdentävät terveys- ja hoitosuunnitelman olevan osa potilaan hoitokertomusta ja kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien tulee ylläpitää sitä, ensisijaisesti perusterveydenhuollon toimijoiden. Terveys- ja hoitosuunnitelman laatimisesta ja päälinjauksista vastaa potilaan hoitava lääkäri.

Suunnitelma on tiedonhallintapalvelussa jatkuvasti ylläpidettävä asiakirja, jonka potilas voi tulostaa itselleen Kanta-arkistosta. Terveys- ja hoitosuunnitelman päätavoitteina on koordinoida hoidon suunnittelua kokonaisvaltaisesti tulevaisuuteen katsoen, motivoida potilasta oma hoitoon ja ohjeistaa potilasta sekä hänen omaisiaan. Se on potilaskeskeinen, kokonaisvaltainen hoitoasiakirja, joka riippumaton potilastietojärjestelmästä tai potilaan sairauksista. Terveys- ja hoitosuunnitelman avulla ammattilaiset löytävät yhdestä paikasta tiivistelmän potilaan sairauksista, keskeisistä ongelmista, hoidoista ja seuranta suunnitelmista. Potilas saat tukea omahoitoon, sitoutuu ja motivoituu, kun ymmärtää tilanteensa ja riskinsä sekä hoidon tavoitteet, sisällön ja toteutuksen. (Räty 2018; Korhonen 2018.)

2.6 Terveysyötyarvio

Terveysyötyarvio (EBMEDS, The Evidence-Based Medicine electronic Decision Support) on Duodecimin tuottama tuoteperhe, joka sisältää sovelluksia yksilö- ja väestötasolle (kuvio 4.). Sen perustana ovat potilastietojärjestelmästä saadut rakenteiset tiedot sekä kliiniset EBMEDS -päättöksentuen sisällöt. (Duodecim.fi.)

Duodecim



Kuvio 4. Terveysyötyarvio-tuoteperhe (Kunnamo I, 2019).

Tuoteperheen sovellusten kohteena on koko väestö, mutta riskilaskurit, hoitovajaus ja terveysyötylaskuri toimivat myös yksittäisen potilaan hoidon ja terveyden eristämisen tukena. Sovelluksen algoritmit hälyttävät, mikäli yksittäisen potilaan kohdalla hoidossa on puutteita tai terveyttä uhkaavat riskit ovat koholla eli potilaalla on hoitovajetta. Sovelluksen avulla voidaan etsiä hoitosuunnitelmasta hyötyviä potilaita ja se tukee hoitosuunnitelma tekemistä. (Kunnamo 2019.) Toisin sanoen palvelun alueella olevan väestön sairaskertomukset, mittaukset ja kaikki terveystiedot poimitaan erilliselle palvelimelle, jossa on Duodecimin terveysyötyarvion päättelysääntö. Näiden

tietojen pohjalta palvelimella tehdään ns. virtuaaliterveystarkastus väestölle ja tämän perusteella palvelun käyttöoikeuden saanut ammattilainen voi poimia omia potilaitaan, joilla on terveysriskejä tai oletetaan olevan paljon palvelun tarvetta. Palvelusta poimituilla potilailla on pseudonymoidut koodit, jonka voi purkaa hoitosuhteessa oleva ammattilainen hoidon toteutumisen seuraamiseksi, riskiryhmien kartoittamiseksi, tautikombinaatioiden ja kasautumien tunnistamiseksi. (Koivisto & Tiirinki, 2020, 46.)

Päätöksentuen tavoitteiden saavuttaminen perustuu hyvään hoitosuhteeseen ja kliiniseen kohtaamiseen potilaan kanssa. Tavoitteena on luoda potilaan hoitoon kolmi-vaiheinen malli, jossa ensin esitellään potilaalle päätöksen tuen tuottamat vaihtoehdot ja päätöksen tuen antama tieto. Sen jälkeen esitetään vaihtoehdot päätöksen tukea käyttäen ja tuetaan potilasta päätöksen teossa ja omahoidossa. (Elwyn, Frosch, Thomson, Joseph-Williams, Lloyd, Kinnersley, Cording, Tomson, Dodd, Rollnick, Edwards, Barry 2012.)

2.7 Pitkäaikaissairaiden hoito Saarikassa

Saarikka on SoTe kuntayhtymän liikelaitos, joka vastaa Kannonkosken, Karstulan, Kivijärven ja Kyyjärven kuntien sekä Saarijärven kaupungin asukkaille (noin 18 000) järjestettävien sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottamisesta. Terveiden ja sairaanhoidon vastaanottopalveluita tarjotaan asukkaille kahtena päivänä viikossa Kannonkoskella, Kivijärvellä ja Kyyjärvellä sekä viitenä päivänä viikossa Karstulan ja Saarijärven terveysasemilla. Saarikka koostuu väestövastuu alueista, joissa kussakin toimii työparina lääkäri ja aluehoitaja. Nämä tiimiparit vastaavat oman alueensa pitkäaikaissairaiden hoidon suunnittelusta, toteutuksesta ja seurannasta. (Saarikka.fi.)

Saarikassa on otettu käyttöön TerveysShyötyarvio-tuoteperhe 2018 Saarikassa toteutetun TerveysShyötyarviohankkeen myötä. Hankkeen aikana järjestettiin lääkäreille ja hoitajille säännöllisiä työpajoja, joissa mm. perehdyttiin TerveysShyötyarvio sovelluk-

sen käyttöön, lisättiin ymmärrystä rakenteisen kirjaamisen merkityksestä sekä suunniteltiin ja harjoiteltiin terveys- ja hoitosuunnitelman käyttöönottoa. 2020 vuoden alussa Saarikassa käynnistettiin pilotti, jossa testataan terveyshyötyarvion työkalujen toimivuutta asiakastyössä pilotti työparien toimesta ja samalla koordinoidaan työkalun käyttöä jatkossa. Pilotti kuuluu Duodecimin kustantamaan Terveyshyötyarvio – tuoteperheen kehittämis- ja innovaatiohankkeeseen, joka on osa sosiaali- ja terveydenhuollon tietojohdamisen kehittämistä. Tavoitteena on parantaa merkittävimiksi todettujen terveysongelmien hoidon vaikuttavuutta ja poimia eniten hoidosta hyötyviä potilaita ja kutsua heitä vastaanotolle sekä saattaa Terveyshyötyarvio-tuoteperhe tuotanto valmiuteen.

Hoitosuunnitelmia on tehty pitkäaikaissairaille jonkin verran, mutta ei vielä riittävän systemaattisesti ja monilta hoitosuunnitelmasta hyötyviltä potilailta puuttuu suunnitelma. Aluehoitaja toiminta alkoi Saarikassa tässä muodossa 2009 alusta ja alku vaiheessa järjestettiin aluepalavereita hoitajille, lääkäreille ja terveyskeskus avustajille yhteisten käytäntöjen sopimiseksi. Heikentyneen lääkäritilanteen vuoksi ne ovat jääneet säännöllisinä pitämättä. Terveyshyötyarviohankkeen puitteissa järjestettiin lääkäreiden ja hoitajien yhteisiä työkokouksia, joissa hoitolinjauksia käsiteltiin. Pitkäaikaissairaiden hoidon koordinoimiseksi on kuitenkin tärkeitä järjestää säännöllisiä palavereita tiimin kesken. Toiseksi olisi tärkeä koota pitkäaikaissairaiden potilaiden palvelut yhden polun alle, josta kaikki tarpeellinen helposti löytyisi. Näin hoitajan työssä säilyisi niin ikään ”punainen lanka”, osattaisi tarjota kullekin potilaalla tai asiakkaalle hänelle parhaiten soveltuvia palveluita ja eri toimialojen palvelut olisivat integroituna samalle polulle.

3 Asiakslähtöinen segmentaatio

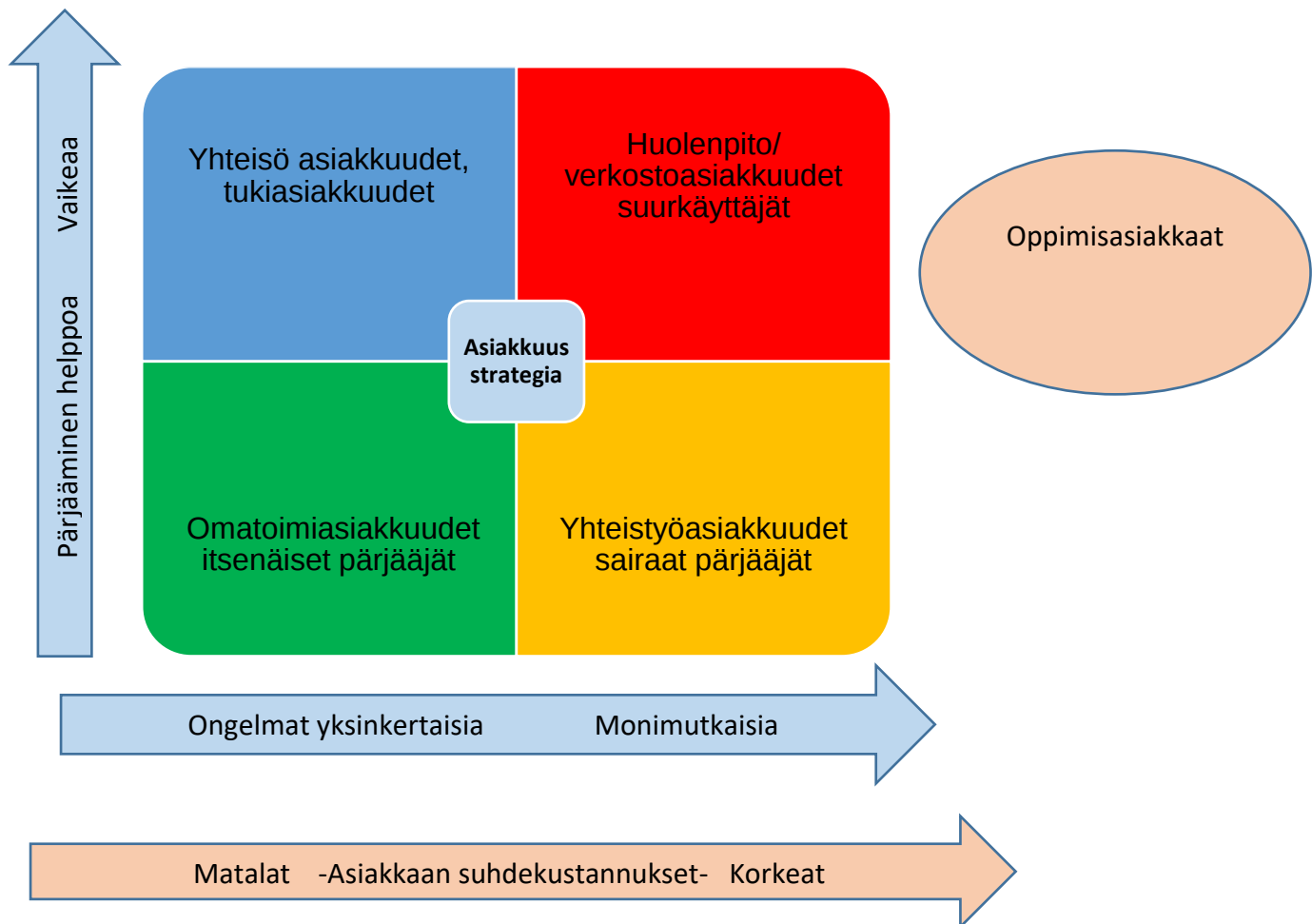
Asiakassegmentoinnin lähtökohtana on määritellä kulloinkin kyseessä oleva asiakasryhmä ja heidän tuentarpeensa selkeästi. Asiakassegmentaatiossa on tärkeää tehdä moniammatillista yhteistyötä, että palveluvalikoima olisi mahdollisimman monipuoli-

nen. Asiakassegmentaatio auttaa tunnistamaan ja rajaamaan kullekin asiakkuusryhmälle sopivimmat ja eniten arvoa tuottavat tukimuodot. (Kostiainen ja Nieminen, 2018, 32.)

Pirkanmaalla toteutettiin 2011-2014 Kurkiaura-hanke asiakaslähtöisten palvelumallien kehittämiseksi terveydenhuoltoon erityisesti pitkäaikaissairaille. Yksi Kurkiaura-hankkeen tuotteista on Suuntima-sovellus, jolla pyritään tunnistamaan asiakkaiden erilaisia tarpeita ja suunnitellaan hoito yksilöllisesti. (Leväsluoto & Kivisaari, 2012, 10.) Suuntima avulla arvioidaan asiakkaan voimavaroja yhdistettynä ammattilaisen arvioon asiakkaan tilanteen monimutkaisuudesta ja haasteellisuudesta. Tämä suuntiman osoittama tulos on asiakkuus, jonka perusteella asiakas ohjataan tuloksen osoittamalle asiakkuuspolulle. **Asiakkuuspolku on asiakkuuteen perustuva ehdotus hoidon järjestämisestä.** Se alkaa asiakkaan yhteydenotosta ja ajanvaraamisesta. Asiakkaalle valitaan tarpeita vastaava vastaanotto vaihtoehto ja sopiva ammattilainen. Seuraavana kuvataan hoidon koordinointi ja ammattilaisen vastuu hoidossa sekä asiakkaan itsensä toteuttamat tukikeinot. Suuntima auttaa asiakasta pohtimaan omaa tilannetta ja voimaannuttaa häntä omahoitoon sekä selkiyttää ammattilaiselle näkemyksen, minkälaiselle hoitopolulle asiakasta voisi ohjata ja mitkä erilaiset palvelut häntä voisivat hyödyttää. (Ruokolainen, 2020; Leväsluoto & Kivisaari, 2012, 9.)

Jokainen asiakas on yksilö erilaisine tarpeineen ja voimavaroineen. Asiakkuusstrategia ajattelu pohjautuu asiakkaan pärjäämiseen sairauksiensa ja terveysongelmiensa kanssa sekä sairauksien ja hoidon vaikeusasteeseen ja hoidon monimutkaisuuteen sekä hoidossa tarvittavien ammattilaisten määrään. (Koivuniemi ja muut 2014) Leväsluodon ja Kivisaaren (2012, 11) mukaan asiakkaan pärjääminen kuvaa sitä, selviytykö terveysongelmansa kanssa ja kuinka paljon hän kykenee ottamaan vastuuta omasta terveydestään. Asiakkaan suhdannekustannukset taas kuvaavat, paljonko asiakkaalla oletetaan olevan kontakteja terveydenhuollon ammattilaisiin, kuinka pitkäkestoista hoito on ja kuinka hyvin tieto kulkee eri organisaatioiden ja yksiköiden välillä. Oppimisasiakkaat taas ovat niitä asiakkaita, joilta terveydenhuolto pystyy oppimaan muita asiakkaita hyödyttäviä asioita, esimerkiksi joitain käyttöön otettuja uusia hoitomuotoja. (Koivuniemi & Simonen 2011, 101; Leväsluoto & Kivisaari 2012, 12.)

Koivuniemi ja Simonen (2011) ovat rakentaneet matriisin (Kuvio 4.), jossa on neljä asiakkuuspolkua suhteutettuna asiakkaan pärjämiseen ja hänen suhdanne kustannuksiinsa.



Kuvio 5. Asiakkuusstrategiat (mukaellen Koivuniemi ja muut 2014, 135; Koivuniemi & Simonen, 2011).

Asiakkuusstrategian tavoitteena kohdentaa resurssit sinne, missä niitä eniten tarvitaan asiakkaan ja ammattilaisen yhteistyössä tekemän arvon perusteella. (Koivuniemi ja muut 2014, 134-138). Tämä asiakaslähtöiseen segmentaatioon perustuva ryhmittely erilaistaa toimintaa asiakkuusstrategioilla ja kohdentaa sen asiakaslähtöisesti niin, että samoilla resursseilla saadaan tuotettua enemmän arvoa kaikille. (Koivuniemi ja Simonen 2011, 100-106).

3.1 Suuntima mahdollistaa asiakaslähtöiset hoitopolut

Suuntima-työkalu mahdollistaa asiakkaan ja ammattilaisen yhteisen hoidon sekä palvelutarpeen suunnittelun. Suuntiman avulla asiakas hahmottaa oman tilanteensa, ammattilainen osaa ohjata asiakasta sopivien palveluiden ääreen voimaannuttaen potilasta vastaamaan itse mahdollisimman paljon omasta hoidostaan. Oleellista on löytää asiakkaan vahvuudet ja toisaalta ne alueet, joissa hän tarvitsee tukea.

Suuntima sähköisessä muodossa oleva palvelu, joka sijoittuu Kurkiaurahankkeessa tuotettuun terveystaltio-ratkaisuun. Terveystaltiota tarkoitetaan sairaskertomukseen integroitua sähköistä tietovarastoa, jossa tiedon tuotanto ja hyödyntäminen ovat kahden suuntaisia. (Koivuniemi & muut 2014, 139.) Terveystaltio sisältää hoitosuunnitelman ja hoitopalutteita sekä laboratoriovastauksia. Hyödyntäminen on kaksi suuntaista, kun ammattilaiset merkitsevät sinne tietoja sairauden hoidosta ja asiakkaat itse tallentavat omia terveystietojaan sinne. Keskeistä on, että tiedot ovat aina sekä ammattilaisten että asiakkaiden saatavilla. (Leväsluoto & Kivisaari 2012, 9.)

Suuntimassa asiakas vastaa ensin kysymyksiin, joissa hän arvio omia voimavarojaan ja elämän tilannettaan terveydentilansa hoitamiseksi. Sen jälkeen ammattilainen puolestaan arvio asiakkaan tilanteen haasteellisuutta hoidon, kuntoutuksen ja toimintakyvyn sekä terveys- ja hyvinvointiriskien näkökulmasta. Näistä asiakkaan ja ammattilaisen arvioista palvelu tekee synteesin, joka ehdottaa asiakkaalle jotain neljästä asiakkuuspolku vaihtoehdosta. Asiakkuuspolun valikoitumiseen vaikuttavat niin asiakkaan käyttämien palveluiden määrä, hänen voimavaransa, sekä kokonaistilanteen selkeys ja moiniulotteisuus. Suuntiman tulos ei tallennu palveluun, mutta se on tulostettavissa asiakkaalle itselleen ja voidaan kirjata ylös potilaskertomukseen. Mikäli asiakkaan tilanne oleellisesti muuttuu, on Suuntima aiheellista uusia. Sitä ei ole tarpeen tehdä kaikille asiakkaille, vaan organisaatio kohtaisesti määrittää, kenellä sitä käytetään. Suuntiman kysymykset on suunniteltu terveydenhuollon kontekstiin, joten se soveltuu sosiaalihuollon asiakkaille. Toisaalta Suuntimassa on myös lapsiperheille tarkoitetut kysymykset, jolloin arvioidaan perheen yhteisiä voimavaroja. (Koivisto & Tiirinki 2019, 43-44.)

3.2 Omatoimiasiakkuus (Pärjääjät)

Omatoimiasiakkaat ovat terveitä ihmisiä tai terveysongelmiensa kanssa hyvin toimeentulevia asiakkaita. Tämän ryhmän asiakkaat käyttävät sosiaali- ja terveystalviteita melko harvoin tai tilapäisesti, he osaavat suorittaa sovittuja asioita itsenäisesti. Ryhmään kuuluu asiakkaita, joilla on taipumus perinnölliseen sairauteen, haitallisia elintapoja sekä altistavia kriisejä tai ympäristötekijöitä. Heillä voi olla myös jokin krooninen sairaus. Tämä ryhmä hyötyy ennaltaehkäisevästä työstä, sähköisten palveluiden piiriin ohjaamisesta ja osaamisen vahvistamisesta omahoidossa. (Koivuniemi & Simonen, 2011, 104; Koikkalainen, 2016, 60.) Asiakkaan itsenäisen roolin vahvistaminen, omahoitoon valmentaminen sekä omahoitosuunnitelman laatiminen yhteistyössä asiakkaan kanssa voivat korvata vastaanottokäyntejä kustannusvaikuttavilla vaihtoehtoilla, kuten sähköinen asiointi, viestipalvelu, modernit kotimittauslaitteet ja hoidon tarpeen itsearviointi esimerkiksi Omaolo-palvelussa. Omahoitosuunnitelma auttaa asiakasta hahmottamaan tavoitteet, ohjaa niiden toteuttamisessa ja antaa ohjeita poikkeustilanteisiin. (Koikkalainen, 2016, 60.)

3.3 Yhteisöasiakkuus (Tukiasiakkaat)

Näiden asiakkaiden terveysongelmat eivät ole kovin monimutkaisia ja niiden hoito on selkeää, mutta heidän pärjäämisensä oman terveydentilan hoitamisessa alentunut. Pärjäämisen haasteet voivat johtua omien voimavarojen puutteesta, hankalasta elämäntilanteesta, yksinäisyydestä tai taloudellista ja sosiaalista ongelmista. Näille asiakkuuksille on tärkeää rakentaa tukiverkostoa ammattilaisten lisäksi vertaisverkostoista ja –ryhmistä, kolmannelta sektorilta sekä läheisiltä. (Koivuniemi & Simonen 2011,104.) Yhteisöasiakkaalle on hyvä olla yhteyshenkilö, johon voi tarvittaessa ottaa yhteyden. Asiakasta ohjataan sopiviin vertaisryhmiin, elämäntaparyhmiin, harrastuk-

siin tukien hänen elämänhallintaansa. Kun nämä asiakkaat voimaantuvat, saavat tukea elämänhallintaan ja valmiuksia omahoitoon, he voivat siirtyä omatoimiasiakkaaksi. (Koikkalainen, 2016, 61.)

3.4 Yhteistyöasiakkuus (Sairaat pärjääjät)

Yhteistyöasiakkailla on yleensä terveydellisiä ongelmia tai riskitekijöitä ja useammasta palvelusta muodostuva palvelukokonaisuus. Heillä on voimavaroja terveydentilansa hoitamiseen ja heidän palvelunsa koordinoidaan selkeäksi kokonaisuudeksi. (Koivisto & Tiirinki, 2019, 52.) Yhteistyöasiakkuus on arvoa tuottavaa ja heille pystytään siirtämään vastuuta terveydentilastaan oppimisen myötä. Asiakkaan vastuunottoa tuetaan omahoitomalleilla ja kannustalla sähköisiin palveluihin. Monikanavaiset palvelut laskevat näiden asiakkaiden suhdannekustannuksia. (Koivuniemi & Simonen, 2011, 103.) Tavoitteena olisi saada mahdollisimman monet paljon palveluita käyttävistä asiakkaista tähän yhteistyöasiakkuuksien ryhmään (Koivisto & Tiirinki, 2019, 52).

3.5 Verkostoasiakkuus (Huolenpitoasiakkaat)

Johdetut asiakkuudet ovat joukko huolenpitoasiakkaita, jotka eivät omatoimisesti pärjää ongelmiansa kanssa eivätkä he pysty ottamaan itse vastuuta terveydentilastaan. Heidän hoitonsa on usein pitkäkestoista. (Koivuniemi & Simonen, 2011, 102). Huolenpitoasiakkailla on suurin palvelun tarve, eniten riskitekijöitä sekä haasteita arjessa pärjäämisessä ja palveluihin pääsyssä. Heidän hoitonsa on paljon aikaa ja resursseja vievää. Nämä asiakkaat tarvitsevat rinnalle kulkijaksi omanhoitajan tai muun vastuu työntekijän, joka koordinoi palvelut ja johon saa tarvittaessa yhteyden. (Koikkalainen, 2016, 61). Tähän kalleimpaan asiakasryhmään kuuluu paljon mielenterveys- ja päihdepalveluiden asiakkaita. Huolenpitoasiakkaiden kanssa keskitytään erityisesti asiakkaan tukemiseen ja palveluiden yhteensovittamiseen. (Koivisto & Tiirinki, 2019, 52). Vaikka asiakkaalla on haasteetta sekä sairauksien hoidon, että elämänhallinnan

osa-alueilla, tulee hänen vahvuutensa tunnistaa, vahvistaa ja hyödyntää niitä (Koikkalainen 2016,61).

4 Opinnäytetyönä kehittämistyö

4.1 Kehittämistyön tarkoitus ja tavoite

Kehittämishankkeessa määritellään hankkeen tarkoitus, tavoite ja kehittämistehtävä. Teoreettinen viitekehys määrittelee keskeiset käsitteet. Toteutuksena kuvataan kehittämisprosessi menetelmineen ja vaiheineen. Sen jälkeen esitellään hankkeen tuotos, jota pohdinnassa tarkastellaan luotettavuuden, eettisyyden ja jatkokehittämisen näkökulmasta. (Jamk, Optima.) Tämä opinnäytetyö toteutettiin kehittämishankkeena, jonka tuotoksena saatiin hoitopolku pitkäaikaissairaille Saarikan vastaanotto-toimintaan ja implementoitiin erilaiset työkalut ja rinnakkaiset mallit hoitopolulle yhdeksi kokonaisuudeksi.

Opinnäytetyöllä saatiin vastaukset kysymyksiin:

- 1. Miten saadaan koottua pitkäaikaissairaiden hoidossa ja seurannassa käytettävät hoito-ohjeet, työkalut ja sovellukset yhtenäiseksi hoitopoluksi, niin että niiden käyttö on linjattua sekä tarkoituksenmukaista ja pitkäaikaissairaan hoidossa säilyy ”punainen lanka”, joka ohjaa myös hoitosuunnitelman tekoa.**
- 2. Miten saadaan asiakaslähtöinen, mahdollisimman paljon arvoa tuottava ja asiakkaan tarpeita vastaava hoitopolku pitkäaikaissairaille, jossa kohdennetaan resursseja eniten palvelua tarvitseville ja ohjataan omatoimisia asiakkaita itsehoitoon välttämällä heidän ylihoitamistaan sekä integroidaan Suunitima-työkalu osaksi pitkäaikaissairaiden hoitopolkua.**

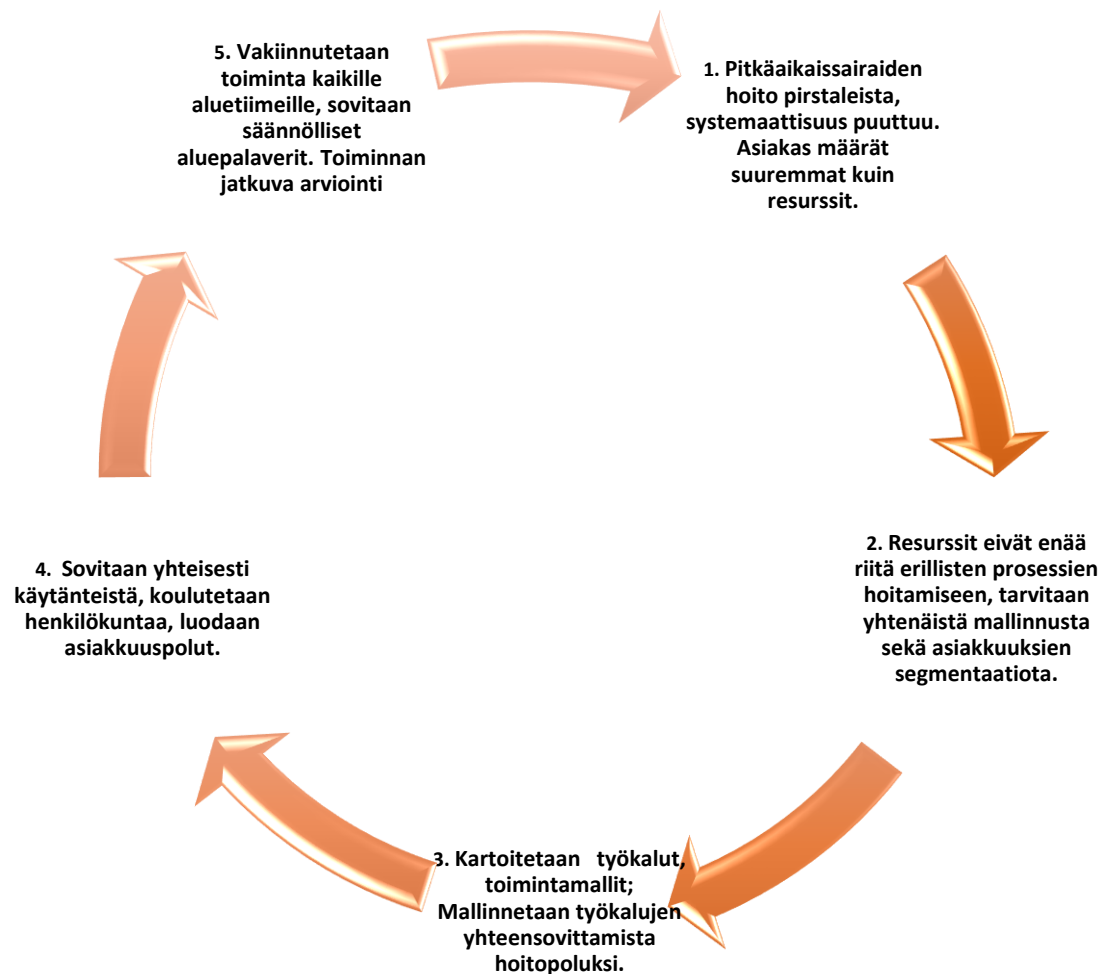
4.2 Engeströmin ekspansiivinen kehittäminen

Engeström (2004, 59-62) on kuvannut ekspansiivisen oppimisen syklin 1990-luvun lopulla. Ekspansiivinen oppiminen on vuorovaikutuksessa tapahtuvaa kehittämistä, jossa organisaation oppimisen kohteena on toimintajärjestelmä, opitaan uutta ja saadaan aikaan laadullinen muutos. Myös Kallio (2008, 46) on todennut ekspansiivisen oppimisen keskeiseksi kehittävän työntutkimuksen muodoksi.

Lähtökohtana on epäkohdan tai puutteen tunnistaminen ja entisen toiminnan analyysi, josta seuraa uuden ratkaisun mallittaminen. Uutta mallia tarkastellaan ja oppiminen etenee kehämäisenä syklinä yhteisön yhteisinä oppimistekoina, joita voivat olla kyseenalaistaminen, analyysi, mallintaminen ja mallin tutkiminen johtaen uuden mallin käyttöönottoon, prosessin arviointiin ja käytön laajentamiseen edeten. (Virkkunen, Engeström, Pihlaja & Helle 2001, 15.) Näin ollen Kallion mukaan on kyse kollektiivisesta toiminnasta, joka johtaa toimintajärjestelmän laadulliseen muuttumiseen. Virkkunen, Engeström, Pihlaja ja Helle (2001, 15) ovat todenneet, että laadukkaan kehittämisprosessin edellytyksenä organisaation jäsenten on itse osallistuttava syklin kaikkiin vaiheisiin ja muodostettava oma oppimiskokemuksensa.

Toikko ja Rantanen (2009, 10) toteavat osallistavan kehittämisen perustuvan aitoon dialogiin kehittäjän ja käytännötoimijoiden välillä, jolloin toimijat sitoutuvat yhdessä muodostettuihin näkemyksiin ja toimintamalleihin. Toikko ja Rantanen (2009, 50) toteavat myös Seppänen-Järvelän (1999) huomioineen toimijalähtöisen kehittämisen olevan avointa kontekstuaalisille tekijöille, etenevän prosessimaisesti sekä sisältävän ennakoimattomuutta ja yhteistoiminnallista dialogia. Toikon ja Rantasen (2009, 51) mukaan prosessimainen yhteiskehittäminen on reflektiivistä tuottaen jatkuvasti uutta tietoa toiminnan edetessä ja toimijoiden oppiessa uutta.

Kehittämishankkeen eteneminen pitkäaikaissairaiden hoitopolun muodostamiseksi ja mallien juurruttamiksi on mukaillut Engeströmin ekspansiivisen oppimisen sykliä kuviossa 6. kuvatulla tavalla.



Kuvio 6. Pitkääikaissairaahan hoitopolun kehittäminen mukaellen ekspansiivisen oppimisen sykliä (Engeström 2004, 61)

Pitkääikaissairaiden hoidon kehittämistarve on lähtenyt työyhteisössä esiin tulleista ongelmista ja toimintamallin tarpeesta. Ensiksi todetaan, että pitkäaikaissairaiden hoidossa ja hoitajien vastaanottotoiminnassa on jatkuva paine ottaa käyttöön uusia työkaluja ja erilaisia toimintoja. Sekä potilaiden hoito, että hoitajien työ on pirstaleista ja punainen lanka työstä katoaa helposti, kun keskitytään pieniin yksityiskohtiin ja erillisiin toimintaoihin eikä asiakkuuspolkua nähdä kokonaisuutena. Toisaalta osalla potilaista on erityistä asiantuntijuutta vaativia sairauksia, joihin nimetyt hoitajat ovat perehtyneet. Myöskin hoitosuunnitelmia ei ole vielä läheskään kaikilla potilailla, joilla ne pitäisi olla. Systemaattinen hoitopolku toisi hoitosuunnitelmia systemaattisemmin tehtäväksi. Toiseksi pitkäaikaissairaiden määrä on jatkuvassa kasvussa ja resurssit ovat rajalliset. Potilaat on segmentoitu niin

ikään sairauksien perusteella eikä heidän voimavarojaan ja sairauksien hoidettavuutta ole systemaattisesti huomioitu palveluita suunniteltaessa. Näin ollen osa potilaista voi olla ”ylihoidettua” ja osa ei välttämättä saa riittävästi tarkoituksenmukaista tukea. Rajapintoja eri asiantuntijoiden välille kaivataan myös selkeämmin.

Hoitajien työkokousten yhteydessä arvioitiin aluksi omahoitolomaketta ja hoitosuunnitelmapohjia. Lähtökohtana oli Potku-hankkeessa julkaistut pohjat. Niitä muovailtiin yhteisten näkemysten perusteella selkeiksi omassa organisaatiossa käytettäviksi versioiksi. (Liite 2.)

Terveyshyötyarviohanke toimi koko ajan taustalla ja siinä toimivat pilottiparit olivat mukana hoitopolun suunnittelussa. Kehittänä olin mukana myös terveyshyötyarviohankkeen työpajoissa ulkoisten puitteiden järjestäjänä ja perehtymässä terveyshyötyarvioarvion menetelmiin sekä kibana- raportointityökalun tuottamiin raportteihin. Sairaanhoidopiirin toimesta hoitajat saivat alkuesittelyn Suuntimatyökalusta. Kehittäjä toimi oman organisaationi Suuntima vasuuhenkilönä ja kouluttajana. Suuntiman pohjaksi kokosimme työpajoja, joihin osallistui eri tiimien sairaanhoitajia, diabeteshoitaja, fysioterapeutti ja sosiaalityöntekijä kehittämään yhdessä pitkäaikaissairaille asiakkuuspolkuja erilaisille asiakkuuksille. Hoitajille ja sosiaalityöntekijöille myös järjestettiin koulutusta ja perehdytystä Suuntima-työkalun käyttöön. Kun mallinnus saatiin valmiiksi ja suuntima tuottajan puolelta toiminta valmiuteen, käynnitetään koulutukset henkilöstölle. Pitkäaikaissairaanhoidon malli sekä hoitajan opas valmistuivat samalla ja jaettiin kaikille Saarikan aluetiimeille testattavaksi. Marraskuun ensimmäisellä viikolla kokoonnutaan lääkäreiden ja hoitajien työkokoukseen sopimaan aluetiimien yhteistyökäytännöistä, aluepalavereiden jatkoista ja arvioidaan kehitettyä hoitopolkua. Sovitaan myös pidettäväksi säännöllisesti lääkäreiden ja hoitajien yhteisiä työkokouksia, joissa sovitaan linjauksia, arvioidaan käytäntöjä, tuodaan jatkokehittämisehdotuksia.

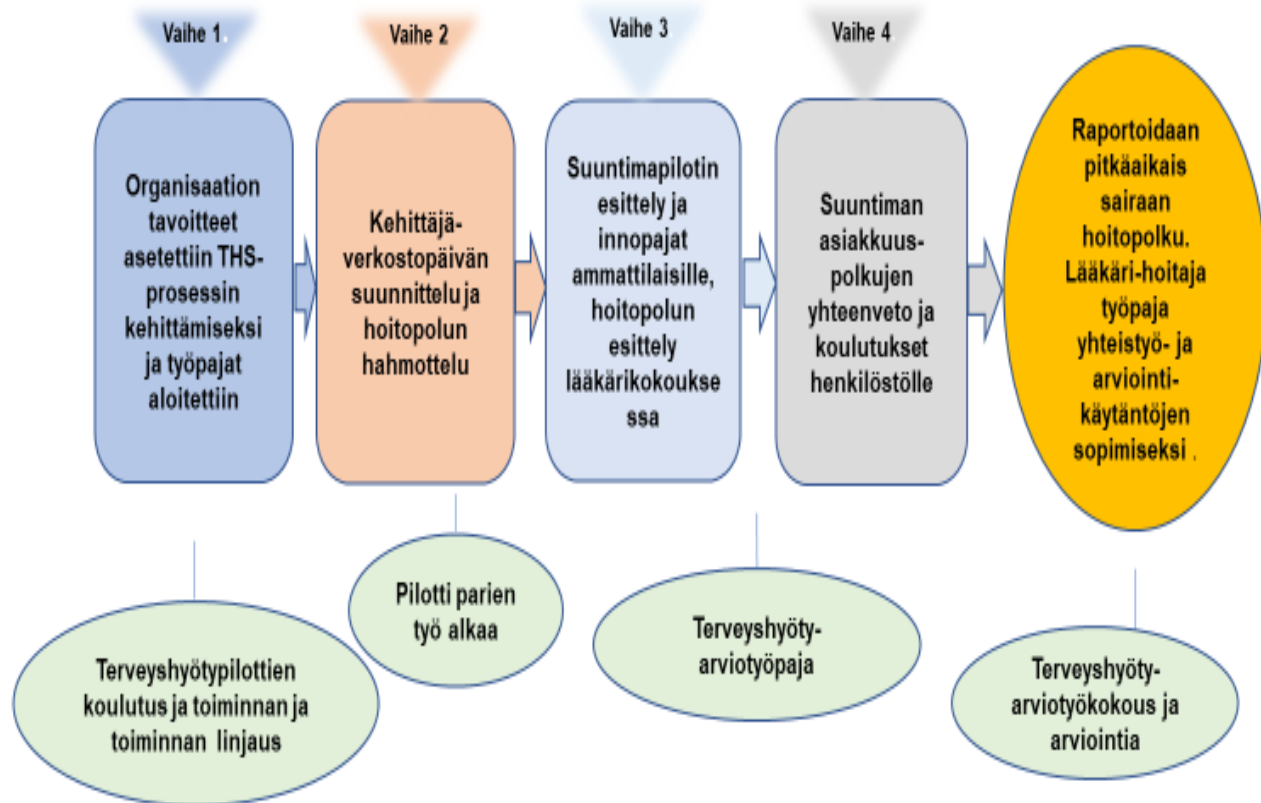
4.3 Kehittämisprosessin vaiheet

Kehittämisprosessi eteni vaiheittain alkaen joulukuulla 2019 THS eli terveys- ja hoitosuunnitelman prosessin eteenpäin viemisenä Saarikassa osana Keski-Suomen kehittäjäverkoston yhteistä tavoitetta. Kehittämisprosessin rinnalla kulki kiinteästi terveys-työtyarviohanke ja siinä pilottitoiminnan aloittaminen. Prosessi eteni vaiheittain pitkäaikaissairaahan hoitopolun saattamiseksi yhteen kokonaisuuteen oppaaksi hoitajien vastaanotoille sekä Suuntima asiakkuussegmentaation jalkauttamiseen Saarikassa.

Tehtävinäni ja vastuunani prosessissa oli

- Saarikan vastuuhenkilönä toimiminen ja oman organisaation toiminnan esittely Keski-Suomen perusterveydenhuollon kehittäjäverkostossa sekä tiedon tuonti omaan organisaatioon.
- Sairaanhoidajien työpajojen kokoaminen, keskustelun ohjaaminen sekä yhteenvedon tekeminen ammattilaisten palautteista
- Osallisena oleminen Terveystyötyarviotyöpajoissa perehtyen raporttien muodostamiseen sekä käytännön järjestelyt toiminnan onnistumiseksi.
- Saarikan Suuntima yhdyshenkilönä toimiminen sekä ammattilaisten kouluttaminen Suuntiman käyttöön. Ammattilaisten Innopajoista tulleet ideoiden perusteella Saarikan asiakkuuspolkujen kokoaminen Suuntimapalveluun yhdessä Sairaanhoidopiirin pääkäyttäjän kanssa.
- Laatia pitkäaikaissairaahan hoitopolkuprosessi ja esitellä se lääkäreiden ja hoitajien työkokouksessa, sekä linjata yhdessä kokouksen kanssa yhteistyökäytännöt aluetiimeihin sekä jatkokehittämistarpeet.

Seuraavassa kaaviossa 7. on kuvattu vaiheittain pitkäaikaissairaahan hoitopolun kehittämistä ja toimintojen yhteensovittamista eheäksi hoitopoluksi.



Kuvio 7. Pitkäaikaissairaan hoitopolun kehittämisprosessi

Organisaation tavoitteiden asettaminen THS- prosessin etenemiseksi ja hoitosuunnitelmien kehittämiseksi

Maakunnallinen kehittäjäverkosto tukee perusterveydenhuollon ammattilaisten kehittämistyötä ja yhtenäistää hyviä käytänteitä. (KSSHP) joulukuussa 2019 kehittäjäverkossa sovimme keskeisiä tavoitteita hoitosuunnitelma prosessin kehittämiseksi kevään aikana. Verkostossa esiteltiin myös ensimmäistä kertaa Suuntimatyökalua ja asiakkuuspolku ajattelua. Osa hoitajista oli yhdessä kehittäjän kanssa verkostossa ja sovimme keskeisistä kehittämisteemoista keväälle. Kehittäjä kävi omassa yksikössä hoitajien kanssa verkostossa tulleita asioita lävitse vielä ennen vuoden vaihdetta. Keskeisenä teemana oli sekä henkilöstön, hoitajien ja lääkäreiden, motivointi hoitosuunnitelma työhön ja käytänteiden selkiyttäminen.

Työpajatoiminta sairaanhoitajille ja terveyshyötyarvio pilotin toteutus

Kehittäjä oli vastuuhenkilönä organisaation hoitosuunnitelma prosessin eteenpäin viemisessä ja sovittujen tavoitteiden saavuttamiseksi järjestettiin hoitajille työpaja maaliskuussa. Arvioimme tehtyjen suunnitelmien määrää, joka ei ollut kovin paljon lisääntynyt, mutta motivaatio sen sijaan oli lisääntynyt ja alueittain lääkäreiden ja hoitajien välillä oli sovittu itsenäisesti toiminta käytäntöjä. Maaliskuussa oli tarkoitus järjestää kehittäjäverkoston tapaaminen, jonka järjestelemissä kehittäjä olisi mukana, mutta korona tilanteen vuoksi se siirtyi syksyyn.

Maaliskuussa aloitti myös Terveystyöarvio hankkeen pilotti, jossa kokoonnuttiin projektipäällikön johdolla, mukana muutamia lääkäreitä ja hoitajia. Kokoontumisessa perehdyimme raportointi työkalun käyttöön ja ominaisuuksiin sekä sovimme linjauksista, mitä raportteja kukin ottaa, mitkä ovat niitä kehittämiskohteita potilaiden hoidossa, joihin meillä halutaan keskittyä, miten käytännössä toimitaan, kun potilaat lisätty. Roolini Terveystyöarviopilotissa on ollut lähinnä ulkoisten puitteidenjärjestely, raportointityökaluun tutustuminen, että osaan myös käyttää sekä hoitajien lääkäreiden resursoinnin ohjaaminen niin, että aikaa jää näille raporteille. Terveystyöarviopilotti kulki rinnalla hoitopolun kehittämisessä.

Kesän aikaan pilottiparit työskentelivät jonkin verran koronan tuomista haasteista huolimatta. Heinäkuussa kehittäjä järjesti hoitajille työpajan hoitosuunnitelma projektin arvioimiseksi ja pitkäaikaissairaiden hoitopolkuun ideoiden virittämiseksi. Saimme yhteisten arvioiden pohjalta selkiytettyä potilaille ennen vastaanotolle tuloa annettavaa omahoitolomaketta (Liite 3.) niin, että se olisi potilaan helppo täyttää, mutta oleelliset asiat kysytään. Omahoitolomakkeena olimme käyttäneet Potku-hankkeessa kehitettyä lomaketta. Lisäksi pohdimme hoitosuunnitelman runkoa, joka sekin on Potku-hankkeen pohjalta. Pelkistimme sitä samaan suuntaan kuin omahoitokaavaketta.

Osallistuminen maakunnalliseen kehittäjäverkostotoimintaan.

Elokuussa kehittäjä kokoontui etäyhteydellä muutaman maakunnan toimijan kanssa suunnittelemaan Kehittäjäverkoston syyskuun päivää ja tehtävänä oli esitellä konkretiaa hoitosuunnitelmien prosessin edistymisestä organisaatiossamme sekä

asiakaslähtöisyyden näkökulman esille nostamista. Elokuulla kokosin oman yksikön hoitajat pohtimaan pitkäaikaissairaanhoidon hoitopolkuun liittyviä asioita. Kävimme lävitse hoitosuunnitelmien tekemiseen liittyviä huomioita, linjasimme, kenelle ensisijaisesti ainakin hoitosuunnitelmat tehdään ja kenelle potilaille tehtäisiin Suuntima. Suuntiman periaatetta käytiin lävitse. Syyskuussa toteutui kehittäjä verkostopäivä ja kehittäjänä esittelin sen hetkisen tilanteen pitkäaikaissairaiden hoitopolku mallista verkostolle ja Saarikan lääkärikokoukselle. Terveystyötyöryhmän välityspaja oli tilanteen kartoittamiseksi syyskuussa.

Suuntima- työkalun pilotointi Saarikkaan.

Syyskuulla sairaanhoitopiiriin pääkäyttäjä järjesti Suuntiman ensiesittelyn ja kehittäjä käynnisti Innopajan periaatteella asiakkuuspolkujen kehittämispajat. Innopaja on työskentelytapa, jossa työskentelyllä on yhteinen kohde ja pajaan osallistuu toiminnan kannalta keskeiset toimijat, joiden näkökulmat ovat keskenään samanarvoiset. Innopajan toimijat sitoutuvat kehittämisen ja tuovat oman asiantuntijuutensa ja osaamisensa yhteiseen työskentelyyn, jolloin yhdessä keskustellen saadaan jaettu näkemys kehitettävään asiaan. (Innokylä) Pajojen oli tarkoitus kokoontua kaksi kertaa niin, että ensimmäisellä kerralla kehittäjä jakaa osallistujat neljään ryhmään, jokaiselle ryhmälle yksi asiakkuuspolku pohdittavaksi ja työstettäväksi, mitä kyseinen polku meidän organisaatiossamme voisi sisältää. Ryhmät oli tarkoitus jakaa niin, että jokaisessa ryhmässä on eri ammattiryhmistä työntekijä. Pajoihin oli kutsuttu sairaanhoitajien lisäksi diabeteshoitaja, fysioterapeutteja, sosiaalityöntekijöitä sekä mielen- terveystoimiston työntekijöitä. Organisaation lomautusviikot ja vaikeutunut koronatilanne haittasivat pajoihin osallistumista, ja osa työntekijöistä laitto palautettaan sähköpostin välityksellä kommentoiden. Ideoita saatiin kuitenkin melko monipuolisesti koottua ja näiden perusteella kehittäjä kokosi Saarikan monisairaanhoidon asiakkuuspolut, jotka Suuntima pääkäyttäjä siirsi myös sähköiseen palveluun. Asiakkuuspolut ovat siis kaikille moni- ja pitkäaikaissairaille tässä vaiheessa eikä ole erikseen sairauskohtaisiapolkuja.

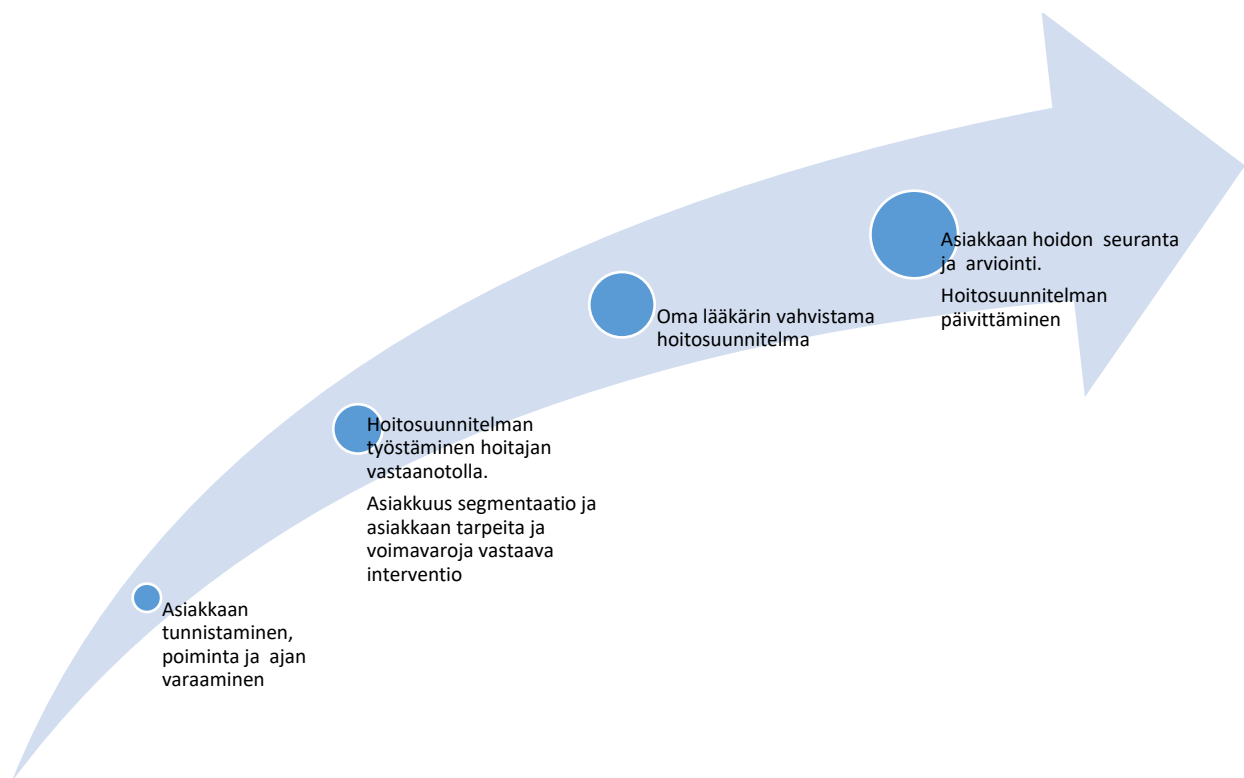
Pitkäaikaissairaanhoidon mallintaminen ja oppaan kokoaminen

Viimeisenä vaiheena kehittäjänä työstin ja kokosin pitkäaikaissairaanhoidon lo-

pulliseen muotoon, loin oppaan hoitajien vastaanottojen tueksi ja raportoin kehittä-mishankkeen ja Saarikan pitkäaikaissairaanhoidon mallin. Malli esitellään lääkä-reiden hoitajien yhteisessä työkokouksessa marraskuun alussa, jossa myös sovitaan aluetiimien toimintakäytännöistä kehittäjän johdolla. Kehittäjä johtaa keskustelun kumuloituvan ryhmän periaatteella, jolloin käytännöistä keskustellaan ensi aluetii-meittäin ja sitten vedetään yhteen kaikkien mielipiteet yhteiseksi linjaukseksi ja kirja-taan ylös. Kehittäjä huolehtii jatkossa, että tiimipalaverit toteutuvat suunnitellusti.

4.4 Pitkäaikaissairaanhoidon hoitopolku

Pitkäaikaissairaanhoidon hoitopolku etenee kuviossa 8. kuvatulla tavalla alkaen potilaan tunnistamisesta ja vastaanotolle kutsumisesta jatkuen asiakkaan hoidon seurantaan ja arviointiin saakka.



Kuvio 8. Pitkäaikaissairaanhoidon hoitopolku

Hoitopolkuun sisällytetään asiakkaiden poiminta terveyshyötyarvion avulla systemaattisesti, tunnistaminen käyntimäärien perusteella sekä säännöllisiin kontroleihin sovitusti kutsuminen. Vastaanotolla asiakkaille laaditaan hoitosuunnitelmat sekä valituille asiakkaille tehdään asiakkuus segmentaatio suuntimatyökalun avulla. Suuntima ohjaa hoidon suunnittelua ja seuranta. Tavoitteena on saada käyttöön asiakaslähtöiset, vaikuttavat terveysinterventiot etenkin niille potilaille, joilla on hoitovajetta tai jotka ovat paljon palveluita käyttäviä ja toisaalta ohjata ja tukea omatoimisia asiakkaita itsehoitoon ja kevyempiin palvelumuotoihin, kuten sähköinen asiointi. Pitkäaikaissairaahan hoitopolku prosessina esitellään hoitotyöntueksi tarkoitettussa oppaassa (Liite 1.)

4.5 Asiakkaan tunnistaminen

Asiakkaiden tunnistamiseksi on erilaisia malleja näkökulmia. Koivisto ja Tiirinki (2020, 13) ovat tarkastelleet selvityshankkeessaan monialaisia palveluita käyttävien asiakkaiden tunnistamista kolmesta eri näkökulmasta ja keskiössä ovat olleet tunnistamistyökalut, kriteerit ja periaatteet. Tunnistamista oli tehty asiakas- ja potilastietoja hyväksikäyttäen. Tämä menetelmä soveltui erityisesti paljon tukea tarvitsevien asiakkaiden tunnistamiseen. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen erityisasiantuntija Liukko on nimennyt Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan katsauksessa 21/2020 tunnistamisen toimintamalleiksi muun muassa Terveyshyötyarvio-työkalun ja Suuntiman. Terveyshyötyarvio-työkalu poimii automaattisesti Pegasostietojärjestelmään kirjatut riskitekijät ja analysoi, kuuluuko potilas paljon palveluita tarvitsevien riskiryhmään. Suuntima työkalun avulla taas tunnistetaan potilaan voimavaroja, tarpeita, riskejä ja vahvuuksia.

Saarikan mallissa aluehoitajat kutsuvat systemaattisesti vastaanotolle terveyshyötyarvio-työkalulla tunnistettuja hoitovajepotilaita sekä paljon palveluita käyttäviä, yli 4 lääkärikäyntiä vuodessa ja/tai useampaa kuin kahta palveluryhmää käyttäviä asiakkaita. Muita pitkäaikaissairaita otetaan vastaanotoille tarpeen mukaan, kun kontrolli ajankohtainen. Ajanvarauksen yhteydessä potilaat saavat Omahoitolomakkeen (Liite 2.) täytettäväksi ja lääkelistan tarkistettavaksi sekä ohjataan tarvittavat seuranta-

mittaukset. Asiakkaiden yhteystiedot, kanta-arkistoinformoinnit ja sähköisen asioinnin suostumukset tarkistetaan systemaattisesti ajanvaraustilanteessa. Vastaanottoon varataan riittävä aika, hoitajan vastaanotolle tunti ja tarvittaessa vastaanottoa voidaan jatkaa tai aloittaa puhelin vastaanottona. Voidaan varata myös hoitajalle ja lääkärille tai muulle ammattilaiselle yhteisvastaanotto.

4.6 Asiakkuussegmentaatio ja hoidon suunnittelu

Kaikille pitkäaikaissairauden kontrollissa käyville tehdään hoitosuunnitelmat ja jo tehdyt suunnitelmat päivitetään. Hoitovaje potilaille ja paljon palveluita käyttäville potilaille tehdään asiakkuussegmentaatio sähköisellä Suuntimalla. (asiakkuussegmentaatio <https://www.koulutussuuntima.com/#/>)

Hoitaja auttaa tarvittaessa asiakasta vastaamaan vastaanotolla Suuntiman kysymyksiin omista voimavaroistaan ja tilanteestaan sähköisesti. Asiakkaan vastattua kysymyksiin hoitaja vastaa ammattilaisen kysymyksiin, joissa arvioidaan asiakkaan hoidon haastavuutta. Näiden vastausten perusteella Suuntima palvelu tekee synteysin asiakkaan kokonaistilanteesta ja ehdottaa jotain neljästä asiakkuusmatriisissa (Kuvio 4.) esitetystä asiakkuuspolusta. Suuntiman tulos ei säily palvelimessa sulkemisen jälkeen, vaan se kirjataan Pegasos potilastietojärjestelmään THS- eli terveys- ja hoitosuunnitelmalehdelle sekä tulostetaan asiakkaalle mukaan.

Hoitaja ja asiakas käyvät yhdessä lävitse Suuntiman ehdottaman asiakkuusstrategian sisällön ja laativat yhdessä hoitosuunnitelman. Asiakkuusstrategia ohjaa suunnitelmaa johdonmukaisesti. Siinä on ehdotus hoidon tavoitteesta, suunnitelman painopisteistä sekä hoidon ja palveluiden koordinoinnista. Asiakkaan täyttämä omahoitolomake käydään lävitse määriteltäessä asiakkaan tarpeita, hoidon tavoitteita, keinoja ja jatkosseuranta suunnitelmaa. Ajanvarauksen hoitamiseksi ja yhteydenpitokeinon valitsemiseksi tulee Suuntimasta ehdotus asiakkaan pärjäämisen ja voimavarojen pohjalta. Ohjelma ehdottaa myös vastaanoton vaihtoehtoja aina sähköisistä viesteistä ja etävastaanoitoista moniammatillisiin verkostotapaamisiin ja kotiin tarjottaviin palveluihin.

Kunkin polun alle on listattu myös kyseiseen asiakkuuteen tyypillisimmin liittyviä palveluita. Hoitopolkumallit ja asiakkaalle ehdotettavat toiminnot on esitelty tarkemmin liitteessä 1. Asiakkuuspolkujen on tarkoitus sisältää mahdollisimman laaja palveluvalikoiman, moniammatillinen yhteistyö ja hoidon jatkuvuus. Asiakasta tuetaan omahoidossa ja tietoja sekä valmiuksia lisätään niin, että mahdollisimman monipaljon palveluita käyttävä käyttävistä siirtyy yhteistyö tai omatoimiasiakkaaksi. Nämä prosessit asiakkaan voimaannuttamiseksi ovat arvoa tuottavia. Ammattilaisten työpajojen tuloksena on koottu erityisesti yhteisöasiakkuuksia varten elämäntaparyhmien hoitopolku (Liite 3), joka mallintaa tukea tarvitsevien asiakkaiden ryhmiin ohjaamista. Sen polun alle on määritelty ne potilas ryhmät, joita erityisesti on tarpeen ohjata elämäntapa ryhmiin painonhallinta ajatuksella. Tämä hoitopolku sopii erityisesti yhteisö- eli tukiasiakkuuksille.

Hoitosuunnitelma vastaanotolla asiakkaan pituus, paino, BMI, tupakointitieto ja verenpaine merkitään rakenteisesti potilastietojärjestelmään. Rakenteiset tiedot ovat välttämättömiä terveyshyötyarvion virtuaalisen terveystarkastuksen onnistumiseksi. Lääkelista tarkistetaan. Hoitaja ja asiakas miettivät omahoitolomakkeen ja suuntiman tuloksen pohjalta asiakkaalle hoidon tavoitteet ja keinot niihin pääsemiseksi. Kartoitetaan myös mahdolliset omahoidon haasteet. Hoitaja kirjaa tiedot Pegasoksen THS eli hoitosuunnitelma lehdelle ja siirtää suunnitelma oman lääkärin hyväksyttäväksi. Lääkärillä voi olla yhteisvastaanotto hoitajan kanssa, erillinen vastaanottoaika, soittoaika tai mikäli potilas on tuttu ja hoidon toteutus selkeää, hoitaja voi laittaa suunnitelman konsultaatioajalla lääkärin nähtäväksi. Lääkäri kirjaa suunnitelmaan ainakin diagnoosi koodit, ajantasaisen lääkelistan, lääketieteellisen hoidon tavoitteen ja suunnitelman hoidon toteuttamiseksi. Suunnitelman loppuun hoitaja merkitsee potilaalle hoitavan lääkärin ja oman hoitajan yhteystiedot. Suunnitelma siirtyy Kanta-palveluun ja tulostetaan potilaalle mukaan.

4.7 Hoidon seuranta ja arviointi

Hoitosuunnitelmaan kirjataan ohjeet hoidon seuranta ja arviointia varten. Hoidon seuranta ja arviointia toteutetaan asiakkuusstrategian mukaisesti. Lisäksi oma lääkäri

kirjaa hoitosuunnitelmaan, milloin pitää seuraavaksi tulla vastaanotolle, onko tarpeen hoitajan, lääkärin vai muun ammattilaisen vastaanotto, tarvittavat tutkimukset. Omalääkäri voi määritellä raja-arvoja esimerkiksi verenpaine lukemiin, jolloin hoitajat ja potilas itse voivat arvioida hoidon onnistumista ja vaikkapa lääkityksen lisäys tarvetta. Asiakkuusstrategia ohjaa, varaako asiakas jatko ajat itse vai kutsuuko hoitaja vastaanotolle ja mitkä ovat yhteydenpitokanavat. Vastaanottokäyntien vaihtoehtoina ovat tukisoitot, kahdensuuntaiset web viestit, videovastaanotot, ryhmävastaanotot, verkostopalaverit, kotiin tarjottavat palvelut.

Seurantakäynnillä hoitajan vastaanotolla on syytä uusita Suuntima asiakkaan tilanteen uudelleen arvioimiseksi ja samalla hoitosuunnitelma päivitetään ajantasaiseksi.

5 Pohdinta

Hankkeen tavoite on ollut luoda hoitopolku pitkäaikaissairaille vastaanottotoimintaa ja koota hoidossa käytettävät työkalut, palvelut ja toiminnot mukaan lukien Terveys-hyötyarviotyökalut, yhtenäiseksi kokonaisuudeksi sekä ottaa käyttöön Suuntima asiakkuussegmentaatiomalli osana hoitopolkua. Hoidon ja palveluiden kokonaissuunnittelu on tällöin asiakkaan tarpeista lähtevää ja kaikille pitkäaikaissairaille saadaan systemaattisesti hoitosuunnitelmat. Saarikassa käyttöön otettu Terveys-hyötyarviotyökalu tuottaa merkittävää tietoa väestön terveydentilasta. Näille hoitovajepotilaille tehty asiakkuussegmentaatiot ja hoitosuunnitelmat takaavat hoidon jatkuvuutta, ovat arvoa tuottavia prosesseja, esimerkiksi aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan elinai- kaiset kustannukset ovat n. 55 000€ ja kahdeksan kymmenestä sairastumisesta voitai- siin estää riskitekijöihin vaikuttamalla. (Aivoliitto)

Arvoa saadaan myös voimaannuttamalla asiakasta omaan hoitoonsa ja saattamalla mahdollisimman monia asiakkaita omatoimiasiakkuuksien piiriin. Hoitajien työpa- joissa onkin noussut esille, että omatoimiasiakkuus polku on hoitajalle hyvä tuki ja vah- vistus, ettei turhaan yli hoideta omatoimisesti pärjääviä asiakkaita vaan rohkeammin ohjataan omatoimisuuteen.

Erityisesti paljon palveluita tarvitsevien huolenpitoasiakkaiden polku taas kokoaa mo- nialaisia palveluita yhteen tiedostoon, helpottaa hoidon suunnittelua ja luo yhteistä rajapintaa terveystalouden ja sosiaalityön kesken. Tämä horisontaalinen integraa- tio auttaa kohdentamaan resursseja niitä eniten tarvitseville, (Kekomäki M. 2019, 217-218) Tässä kohtaa on syytä muistaa, että asiakkaat ovat yhteisiä, yksi ja sama asiakas kulkee eri palvelualojen ja organisaatioiden välillä. (Virtanen ja muut 2011) Tämä yhteistyö on hankkeen aikana rakentunut työpajatyöskentelyssä ja sitä sovittu jatkettavan palvelualueiden ja organisaatioiden välillä. Monesti asiakas hakee apua terveystalouksista, vaikka sosiaalityöntekijän tuki olisi enemmän häntä hyödyttävä tai hän tarvitsisi molempia palveluita. Yhteisen vastuunottaminen näistä asiakkaista säästää kaikkien resursseja.

Yhteisöasiakkaille taas saatiin mallinnettua ryhmätoimintaa varten elämäntapapolkua, josta hoitaja voi suositella ryhmätoimintaa siitä hyötyville määritellyille asiakkaille. Edelleen on syytä huomioida, että asiakkaan hoito on jatkumo, jota arvioidaan matkavarrella ja tavoitteena on saada mahdollisimman monta asiakasta siirtymään oma-toimi- tai vähintäänkin yhteistyöasiakkaaksi. Tutkimukset osoittavat, että suurin osa terveydenhuollon asiakkaista selviytyy omatoimisesti sairauksiensa kanssa. (Koikkalainen 2016, 55; Muurinen & Mäntyranta 2012.)

Maakunnallisessa terveystieteiden kehittäjäverkostossa terveyspalveluiden painopisteiksi on asetettu palvelun saatavuus, laatu ja vaikuttavuus. Kekomäen (2019, 137) mukaan näistä kolmesta elementistä koostuu terveydenhuollon kolmijalka. Hän toteaa näiden kolmen tekijän tasapuolisen haltuun ottamisen haastavaksi. Esimerkiksi Suomessa laadukkaita palveluita tuotetaan kohtuullisella hinnalla, mutta palveluiden saatavuudessa on ongelmaa, kun taas Yhdysvalloissa laadukkaita palveluita on helposti saatavilla, mutta kulut eivät ole hallinnassa.

Suuntima-palvelun avulla tehty asiakkuussegmentaatio yhtenäistää kriteerit eri asiakkuuspoluille ja syventää asiakkaan ja ammattilaisen välistä ymmärrystä, lisää asiakkaan kuulluksi tulemisen ja voimaantumisen kokemusta, sekä tuo rajapintoja eri sektoreiden toimijoiden välille parantaen palvelun laatua. Asiakkuuspolkujen kautta digitaaliset palvelut saadaan näkyvämmäksi ja enemmän asiakkaiden käyttöön ja näin palvelu valikoiman laajentuessa myöskin palveluiden saatavuus parantuu. Kun asiakkuussegmentointi auttaa ammattilaisia suuntaamaan palvelut niitä eniten tarvitseville ja ohjaa omatoimisia asiakkaita digitaalisten palveluiden piiriin jolloin asiakkaat saavat kulloisiinkin tarpeisiinsa sopivaa palvelua ja ammattilaisten on helpompi hahmottaa asiakkuusstrategioiden kautta asiakkaiden erityistarpeita, voidaan todeta saatavan myöskin kustannusvaikuttavuutta. (Koivisto & Tiirinki 2020, 45.)

Paljon tukea tarvitsevien asiakkaiden yhteydenpito palveluihin helpottuu, kun määritetty yhteyshenkilö koordinoi palvelut ja ohjeistaa myös muita ammattilaisia tarvittaessa. Asiakkaat motivoituvat omahoitoon paremmin, kun hoidon suunnittelu tehdään yhteistyössä ammattilaisen kanssa ja tehty suunnitelma ja palvelupolku myös tulostetaan asiakkaalle mukaan. (Koivisto & Tiirinki, 2020, 58.)

5.1 Eettisyys ja luotettavuus

Hanke oli terveysinterventio, jolla pyrittiin vaikuttamaan laajasti etenkin hoitovajeesta kärsivien asiakkaiden terveydentilaan ja jalkauttamaan toimintamalli hoitajien vastaanotoille. Projekti on ollut oman ammatillisen kasvuni toimintaympäristö, työyksikön yhteistyön tiivistäjä ja terveyshyödyntuottaja.

Hankkeella oli terveyspalveluiden palvelujohtajan allekirjoittama lupa ja Saarikka toimi hankkeen toimeksi antajana. Opinnäytetyöhön ei liittynyt sidonnaisuuksia eikä rahoitusta. Opinnäytetyö prosessin alkaessa ja aikana kehittäjä on perehtynyt laajasti aihepiiriä koskevaan aineistoon. Lähteet olivat alle kymmenen vuotta vanhoja, lukuun ottamatta joitain aihepiiriä koskevia perusteoksia, esimerkiksi Engeström ja Wagnerin. Kirjoittajat olivat myös enimmäkseen arvovaltaisia ja monet paljon alan julkaisuja kirjoittaneita. Mukana oli sekä alkuperäislähteitä että toissijaisia lähteitä. Kansainvälistä aineistoa oli myös mukana.

Työssä noudatettiin tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, kuten rehellisyyttä sekä huolellisuutta ja tarkkuutta (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara, 2009, 113). Työyhteisölle on kerrottu mitä ollaan kehittämässä, kehittämisen tavoite ja heidän roolinsa kehittämishankkeessa (Ojasalo K, Moilanen T, Ritakoski J, 2015, 50). Jamkin eettisten periaatteiden mukaisesti päätavoitteenani on ollut oma oppiminen ja ammatillinen kasvu sekä asiantuntijuuden kehittyminen. Kehittämishankkeessani olen kunnioittanut toisten toimijoiden työtä ja asiantuntijuutta. Kehittäjä on perehtynyt ammatti- korkeakoulujen eettisiin ohjeisiin (Arene) ja kunnioittanut ja noudattanut niitä.

5.2 Kehittämistyönarviointi RE-AIM mallin avulla

Re-AIM-malli on laajasti kansainvälisesti käytetty malli, joka toimii laaja-alaisten organisaattorajoja ylittävien terveysinterventioiden arvioinnin ja kehittämisen viitekehyksenä. Mallin avulla on pystytty kirkastamaan kehitystyön avaintekijöitä, interventioiden toteutumista käytännössä ja niiden vaikuttavuutta. Malli on ollut apuna terveysinterventioiden laaja-alaisten ja tasapuolisten väestöpohjaisten vaikutusten saavuttamisessa. (Glasgow, Harden, Gaglio, Rabin, Matthew, Porte, Ory ja Estabrooks 2019.)

RE-AIM on viisi askelmainen kehittämisen arvioinnin malli, jonka askelmilla arvioidaan hanketta yksilön ja ympäristön tasolla. **Saavutettavuus(Reach)** kuvaa intervention edustavuutta ja osuvuutta. Osuvuutta kuvataan interventioon osallistuneiden määrällä ja saavutettavuutta, sillä miten interventio kohtaa siitä hyötyvän kohderyhmän ja toisaalta koko väestön.

Vaikuttavuus (Efektiivisyys) ilmaisee intervention vaikutukset keskeisiin tulosmuutuksiin, kohderyhmän terveydentilaan, terveydenhuollon kustannuksiin, terveyskäyttäytymiseen, elämänlaatuun, taloudellisiin tekijöihin mukaan lukien negatiiviset vaikutukset. Tekemällä prosessin kokonaisarviointia ja tulosten arviointia päästään mittaamaan vaikuttavuutta.

Omaksuminen (Adoptio) kuvaa ammatillisten, interventiota hyötyvien tahojen edustavuutta osallistumisessa. Osallisuus vaihtelee mielenkiinnon ja resurssien mukaan.

Toimeenpano (Implementointi) vaiheessa tarkastellaan, missä määrin interventio on noudattanut suunnitelmaa sekä interventioon käytettyjä kustannuksia ja resursseja. Tarkasti määritelty tavoite ja tiiviit tapaamiset osallistujien kesken vahvistavat sitoutumista ja verkostojen toimintaa.

Ylläpito (Maintenance) vaiheessa arvioidaan pitkän aikavälin yksilö- ja yhteisötason vaikutukset vähintään kuusikuukautta intervention päättymisen jälkeen. (Glasgow & muut 2019, re-aim.org.)

Tässä kehittämishankkeessa RE-AIM arviointimallin tarkoituksena on toimia kehittämistyön arvioinnin viitekehyksenä kuvion 9. mukaan.



Kuvio 9. Pitkäaikaissairaahan hoitopolkumallin kehittäminen mukailen RE-AIM mallia (re-aim.org).

Vaikuttavuuden ja ylläpitovaiheen arvioimiseksi on tärkeä jatkaa arviointia tunnistamistyökalujen avulla. Terveystyötyöarvion raporteilla voidaan saada merkittävää tietoa hoitomallin vaikuttavuudesta.

5.3 Jatkokehittämisehdotukset

Tiimityömallin mallin vahvistaminen yhteisillä säännöllisillä tiimipalavereilla jatkossa on tärkeää. Käytännöt pysyvät selkeinä ja yhtenäiset linjaukset säilyvät. Aluetiimit voisivat toimia myös itseohjautuvan tiimin mallilla. Työntekijöiden ammatillinen osaaminen on tärkeää toimintaa kehitettäessä, heillä on paras tieto, miten toimintaa kannattaisi kehittää ja työntekijät sitoutuvat työhönsä paremmin vastuuttamisen myötä. (Martela & Jarenko 2017,19.)

Suuntimatyökalua käytetään pilottivaiheessa vain hoitovajepotilaille ja paljon palveluita tarvitseville, mutta jatkossa se on tarkoitus laajentaa mahdollisesti kaikkiin pitkäaikaissairaisiin. Aluksi Suuntimapalveluun ja hoitajien oppaaseen on luotu yleinen monisairaalan asiakkuuspolku, mutta hoitajien työpajoissa on alustavasti sovittu, että tärkeimmille potilasryhmille, kuten diabeetikot, uniapneapotilaat, astmaatikot, tuki- ja liikuntaelinpotilaat, luodaan omat asiakkuuspolut.

Suuntimaa voisi hyödyntää myös tietyn potilas ryhmä kohdalla tekemällä kaikille systemaattisesti Suuntimat ja näin kohdentamalla resurssit oikein. Tästä esimerkkinä Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä on pilotoitu malli, jossa kaikille perusterveydenhuoltoon siirtyville uniapneapotilaille tehtiin Suuntima. Pilotissa todettiin, että suurin osa 95 % potilaista oli omatoimisia, heidät ohjattiin käyttämään digitaalisia palveluita ja heidät asetettiin etäseurantaan. Muutamille verkosto- ja yhteistyöasiakkaille tehtiin jatkohoitosuunnitelmat ja laitettiin kutsujärjestelmiin käyntejä varten. (PSHP, hoitoketjut) Saarikassa on vuoden 2019 alusta siirretty uniapneapotilaiden kontrollikäyntejä erikoissairaanhoidosta. Näiden potilaiden määrä kasvaa jatkuvasti ja resurssien riittävyys heidän kontroleidensa hoitamiseksi arveluttaa. Meille Saarikassa voitaisiin lähteä bechmarkkaamaan tätä toimintaa ensi vuoden puolella.

Terveysshyötyarvion puitteissa toiminta on nyt tapahtunut pilottiparien toimesta, mutta sitä on tarkoitus laajentaa kaikille aluetiimeille niin, että koko alueen väestöstä poimitaan systemaattisesti eniten hoitoa tarvitsevat potilaita. Mielenkiintoinen tutkimuksen aihe olisi verrata näiden tunnistettujen hoitavaje potilaiden terveydentilaa vuoden kuluttua lähtötilanteeseen, kun heille on tunnistamisen jälkeen tehty asiakkuussegmentaatio ja hoitosuunnitelma. Tässä olisi mahdollisuus saada todellisia tuloksia terveysintervention vaikutuksista ja pitkäaikaissairaiden hyväksi tehdystä arvoa tuottavasta työstä. Työtä mitataan enimmäkseen suoritteiden, käyntimäärien perusteella, jolloin todellinen työn tulos ei tule näkyville. Pelkkä suoritteiden määrien mittaaminen sopii huonosti kansansairauksien ehkäisemiseksi ja hoitamiseksi tehtävän työn vaikuttavuuden arviointiin.

Lähteet

- Arene. Viitattu 15.10.2020. <http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTE%20C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?t=1578480382>
- Coleman, K., Austin, BT., Brach, C. & Wagner EH. 2009. Evidence on The Chronic Care Model in The New Millennium. PMC, US National Library of Medicine. National Institutes of Health. Viitattu 20.8.2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5091929/>
- Elwyn G., Frosch D., Thomson Richard, Joseph-Williams Natalie, Lloyd Amy, Kinnersley Paul, Cording Emma, Tomson Dave, Dodd Carole, Rollnick Stephen, Edwards Adrian, Barry Michael, 2012, Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice . J Gen Intern Med. 2012 Oct; 27(10): 1361–1367. Viitattu 26.5.2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3445676/>
- Engeström Y. 2004. Ekspansiivinen oppiminen ja yhteistyöskentely työssä. Vastapaino: Tampere.
- Glasgow R, Harden S, Gaglio B, Rabin B, Matthew L, Porter G, Ory, M, Estabrooks P, 2019. RE-AIM Planning and Evaluation Framework: Adapting to New Science and Practice With a 20-Year Review. . PMC, US National Library of Medicine. National Institutes of Health. Viitattu 15.10.2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6450067/>
- Heinineva, M. & Määttä J. 2014, MAUSTE-hankkeen arviointisuunnitelma RE-AIM-mallin mukaan. Opinnäytetyö, ylempi AMK. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala, terveyden edistämisen koulutusohjelma. Viitattu 28.10.2020. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/116682/Opinnaytetyo_VALMIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. painos. Hämeenlinna: Tammi.
- Hujala, A. & Lammintakanen, J. 2018, Paljon Sote-palveluita tarvitsevat ihmiset keski-öön, Kunnallisen kehittämisalan julkaisu 12, s.21. Viitattu 1.9.2020. <https://kaks.fi/wp-content/uploads/2018/01/paljon-sote-palveluja-tarvitsevat-ihmiset-keskioon.pdf>
- Innokylä. Viitattu 13.10.2020. <https://innokyla.fi/sites/default/files/2020-02/Innopajaopas%20kehitt%C3%A4j%C3%A4lle%205%203%202013.pdf>
- Innokylä. Viitattu 10.9.2020. <https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/terveyshyotymalli-chronic-care-model-ccm>

Kallio K. 2008. Tutkimusorganisaation oppiminen kehittävän vaikuttavuusarvioinnin prosessissa Osallistujien, johdon ja menetelmän kehittäjän käsityksiä prosessin aikaansaamasta oppimisesta. Espoo 2008. VTT Publications 681. Viitattu 17.09.2020. <https://www.vttresearch.com/sites/default/files/pdf/publications/2008/P681.pdf>

Kekomäki M 2019. Etiikasta ekonomiaan. Helsinki: Duodecim.

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Viitattu, 13.10.2020. https://www.ksshp.fi/fi-FI/Ammattilaiselle/Perusterveydenhuollon_yksikko/Kehittajaverkosto

Kivipelto M., Suohonen M., Koivisto J., Tiirinki H. & Miikki R. 2019. Monialaisia palveluja tarvitsevien tunnistamisen ja ennakoinnin mallit- kartoittava kansainvälinen katsaus, Terveys- ja hyvinvoinninlaitos(THL). Työpäperi 43/2019. 29 sivua. Helsinki 2019. Saatavilla 1.9.2020. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138988/URN_ISBN_978-952-343-445-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Klemola K., Uusi-Ilkainen J. & Askola T. 2014. Sosiaali- ja terveyspalveluiden tietojohdamisen käsikirja, Sitran julkaisu, Erweko, Helsinki 2014. Viitattu 1.9.2020. <https://www.sitra.fi/julkaisut/sosiaali-ja-terveyspalveluiden-tietojohdamisen-kasikirja/>

Koikkalainen, P. 2016. Yhdessä hyvästä parempaan – Keski-Suomen uudistuvat ja integroituvat Sote-Palvelut. Keski-Suomen SOTE 2020-hanke, työpäperi 21.4.2016. Viitattu 5.9.2020 https://www.jyvaskyla.fi/sites/default/files/atoms/files/sote2020_raportit_15_ksuudistuvatintegroituvatsotepalvelut.pdf

Koivisto, J. & Tiirinki H. 2020, Monialaisen palvelutarpeen tunnistaminen sosiaali-, terveys- ja työvoimapalveleissa; Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2020:38 Helsinki 2020, Valtioneuvoston kanslia. Viitattu 29.9.2020. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162382/VNTEAS_2020_38.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Koivuniemi, K., Holmberg-Marttila, D. Hirsso, P & Mattelmäki, U. 2014. Terveys- ja hyvinvoinnin kompassi, Avain asiakkuuteen. Helsinki: Duodecim.

Koivuniemi, K. & Simonen, K. 2011. Kohti asiakkuutta, ihmistä arvosatava terveydenhuolto. Helsinki: Duodecim.

Korhonen Matti, THL: Terveys- ja hoitosuunnitelman toiminnalliset vaatimukset liittyville järjestelmille, Versio 1.2 23.03.2018 23.3 Viitattu 20.8.2020. https://thl.fi/documents/920442/3850406/THS_toiminnalliset+vaatimukset_V1.2.pdf/f84da605d-dcc5-43bb-8de1-c95388a60576

Kostilainen ja Nieminen, Helsinki 2018, Juvenes Print Oy Tampere 2018 Sosiaalisen kuntoutuksen näkökulmia ja mahdollisuuksia <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-493-307-0> Viitattu 1.9.2020. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/141721/Diak_Tyoelama_13_verkko.pdf?sequence=4&isAllowed=y

KSSHP. Viitattu 13.9.2020 https://www.ksshp.fi/fi-FI/Ammattilaiselle/Perusterveydenhuollon_yksikko/Kehittajaverkosto

Kunnamo Ilkka, 2019, Terveysyötyarvio-tuoteperheenkuvaus, Duodecim. Viitattu 20.8.2020
<https://www.dropbox.com/s/k7zv8nw8el9oz0z/Terveysy%C3%B6tyarvion%20kuvaus%20100819.pdf?dl=0>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Annettu 1.3.1993. Viim. muutos 1.1.2020. Viitattu 1.9.2020.
https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20asiakkaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista#L2P3_

Lehtonen, L. 2017. Sote-integraation lyhytoppimäärä, puheenvuoro, Uusi-Suomi, Viitattu 3.9.2020. <https://puheenvuoro.uusisuomi.fi/lasselehtonen/243724-sote-integraation-lyhyt-oppimaara/>

Lin, MP., Blanchfield, BB., Kakoza, RM., Vaidya, V., Price, C., Goldner, JS., Higgins, M., Lessenich, E., Laskowski, K & Schuur, JD. 2017. ED-Based Care Coordination Reduces Costs for Frequent ED Users. Am J Manag Care 23(12): 762–766. Viitattu 12.9.2020.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29261242/>

Liukko, E. 2020. Monialaisesti palveluja tarvitsevien tunnistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa, 21/2020, THL, Valtioneuvostonselvitys- ja tutkimustoiminta. Viitattu 5.9.2020.
<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162382/21-2020-Monialaisesti%20palveluja%20tarvitsevien%20tunnistaminen%20sosiaali-%20ja%20terveydenhuollossa.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

Leskelä, RL., Komssi, V., Sandström, S., Pikkujämsä, S., Haverinen, A., Olli, SL. & Ylitalo-Katajisto K. 2013. Paljon sosiaali- ja terveys-palveluja käyttävät asukkaat Oulussa. Suomen Lääkärilehti 68(48): 3163–3169 Viitattu 1.9.2020.
<http://docplayer.fi/3294713-Paljon-sosiaali-ja-terveyspalveluja-kayttavat-asukkaat-oulussa.html>

Leväsluoto, J. & Kivisaari, S. 2012. Kohti asiakaslähtöisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelumalleja. VTT JULKaisu. Viitattu 26.5.2020.
<https://www.vttresearch.com/sites/default/files/pdf/technology/2012/T62.pdf>

Martela, F. & Jarenko, K. 2017. Itseohjautuvuus. Miten organisoitua tulevaisuudessa? Helsinki: Alma Talent. Viitattu 1.10.2020. <https://www.ellibslibrary.com/reader/9789521430404/preview>

Mitä tarkoittaa asiakaslähtöisyys? Asiakastyön lakitietoa. Väestöliitonjulkaisu. Viitattu 20.08.2020.
https://www.vaestoliitto.fi/parisuhde/tietoa_parisuhdeesta/tietoa_parisuhdeammattilaisille/asiakastyon_lakitietoa/asiakaslahtoisuus/

Muurinen, S. & Mäntyranta, T. 2011. Asiakasvastaava-toiminta pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallissa, STM -julkaisu. Viitattu 20.8.2020.
https://stm.fi/documents/1271139/1427058/get_file.pdf/2a2a9f1a-8751-42b6-a0f5-ad92ff87e6a2

Männikkö, M. & Martikka, N. 2017. Paljon palveluja tarvitsevat ja käyttävät asiakkaat perusterveydenhuollossa. Tuloksellisuustarkastuskertomus. Valtiontalouden tarkastuviraston tuloksellisuus kertomukset. 11/2017 Viitattu 1.9.2020.
<https://www.vtv.fi/app/uploads/2018/05/22105012/paljon-palveluja-tarvitsevat.pdf>

Noncommunicable diseases. 2018. Maailman terveysjärjestö WHO. Viitattu 29.9.2020. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2015. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: WSOYpro.

Oksman Erja, 2011. POTKU – potilas kuljettajan paikalle - kehittämishankkeen arvioinnista. Viitattu 20.8.2020.
http://www.socialmedicine.fi/sites/socialmedicine.fi/files/THT_Oksman_2011.pdf

Re-aim.org. Virginia Polytechnic Institute and State University. Reach Effectiveness Adoption Implementation Maintenance (RE-AIM). Viitattu 15.10.2020.
<https://www.re-aim.org/>

Räty T. 2018. Terveys- ja hoitosuunnitelma -toimintamallit, THL -julkaisu 24.8.2018 Viitattu 20.8.2020. https://thl.fi/documents/920442/3022844/Terveys-ja_hoitosuunnitelma_240418.pdf/2fa302b4-4fcd-53e9-79e4-1c071dc6a937?t=1591876204773

Sosiaali- ja terveystieteiden laatujohtamisen käsikirja. 2014. Helsinki: Sitra. Viitattu 27.9.2020. <https://www.sitra.fi/julkaisut/sosiaali-ja-terveystieteiden-laatujohtamisen-kasikirja/>

Sote kuntayhtymän strategia ja palvelujen järjestämissuunnitelma 2020-2023, Viitattu 27.8.2020. <http://www.saarikka.fi/fi-FI>

Sosiaali- ja terveydenhuollon KANSALLINEN KEHITTÄMIS- OHJELMA KASTE 2012–2015, loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:8 Viitattu 20.8.2020.
http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74927/Rap%20ja%20mui_2016_8_PDF_.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Terveydenhuoltolaki, Annettu 31.12.2012, viim uudistettu 1.1.2020. Viitattu 1.9.2020.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuoltolaki>

THL-julkaisu, 2020. Viitattu 3.8.2020. <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/sote-palveluiden-integraatio>

THL-julkaisu. 2017. Viitattu 3.8.2020. <https://blogi.thl.fi/viisi-pointtia-ulkomailta-palveluintegraation-toteuttamiseen/>

Rantanen, T. & Toikko, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Uniapneapotilaan hoitoketju, PSHP, Viimeisin muutos 20.11.2019, Viitattu 10.10.2020 <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/article/shp01306>

Virkkunen, J., Engeström, Y., Pihlaja, J. & Helle, M. 2001. Muutoslaboratorio. Uusi tapa oppia ja kehittää työtä. Viitattu 15.09.2020. <http://www.mediaconceptsrg.net/wp-content/uploads/2011/06/virkkunen-et-al-1997-Muutoslaboratorio-kehitt%C3%A4misen-menetelm%C3%A4n%C3%A4.pdf>

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S. & Suokas M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalveluiden kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011 Viitattu 2.8.2020. <https://docplayer.fi/388823-Matkaopas-asiakaslahtoisten-sosiaali-ja-terveyspalvelujen-kehittamiseen.html>

Wammes, JIG., van der Wees, PJ., Tanke, MAC., Verstert, GP. & Jeuriseen, PTT. 2018. Systematic review of high-cost patients characteristics and healthcare utilisation. Viitattu 29.8.2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6129088/>

Wagner, EH. Austin, BT., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J. & Bonomi, A. 2001. Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. Health Affairs, Volume 20, Number 6. USA, Maryland 2001. Viitattu 20.8.2020. <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.20.6.64>

Ylitalo-Katajisto, K. 2019. Paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden yksilöity sosiaali- ja terveystalvelujen yhteen kokoaminen. Väitöskirja. Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta. Tampere: Juvenes print. Viitattu 1.9.2020. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526224084.pdf>

Liitteet

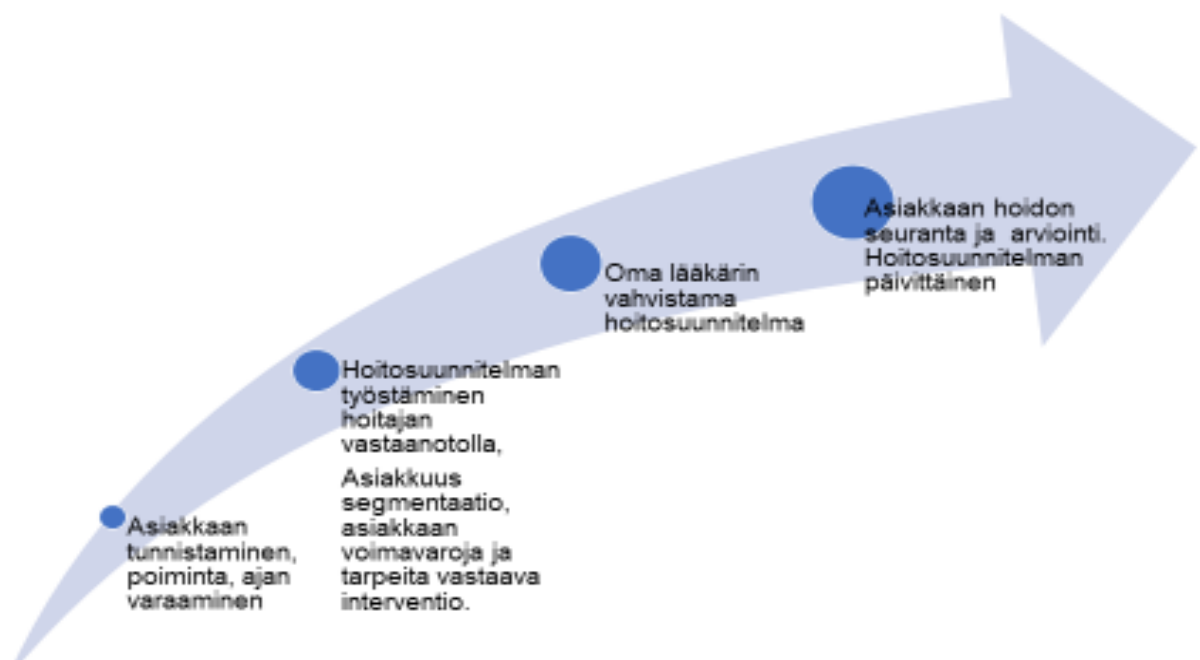
Liite 1. Pitkäaikaissairaanhoidon polku, Opas hoitajille

PITKÄAIKAISSAIRAAN HOITOPOLKU opas hoitajille

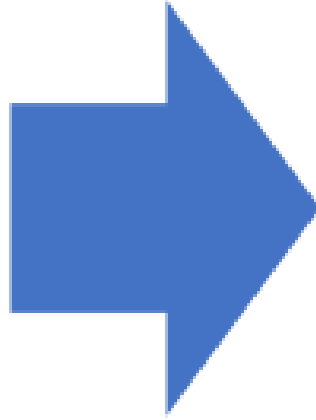


Marjo Kotilainen 2020 Saarikka

PITKÄAIKAISSAIRAAN HOITOPOLKU

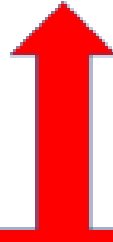


MIKSI PITKÄAIKAISSAIRAUKSIEN HYVÄ HOITO ON TÄRKEÄÄ?



Yhden AVH-potilaan hoidon
elinaikaiset kustannukset
55 000€,
n. 25 000 suomalaista sairastaa
Alivieraskierrohäiriön
vuodessa

8/10 sairastumista
voitaisiin estää
riskitekijöihin
vaikuttamalla



DIABETES

KESKIVARTALOIHAVUUS

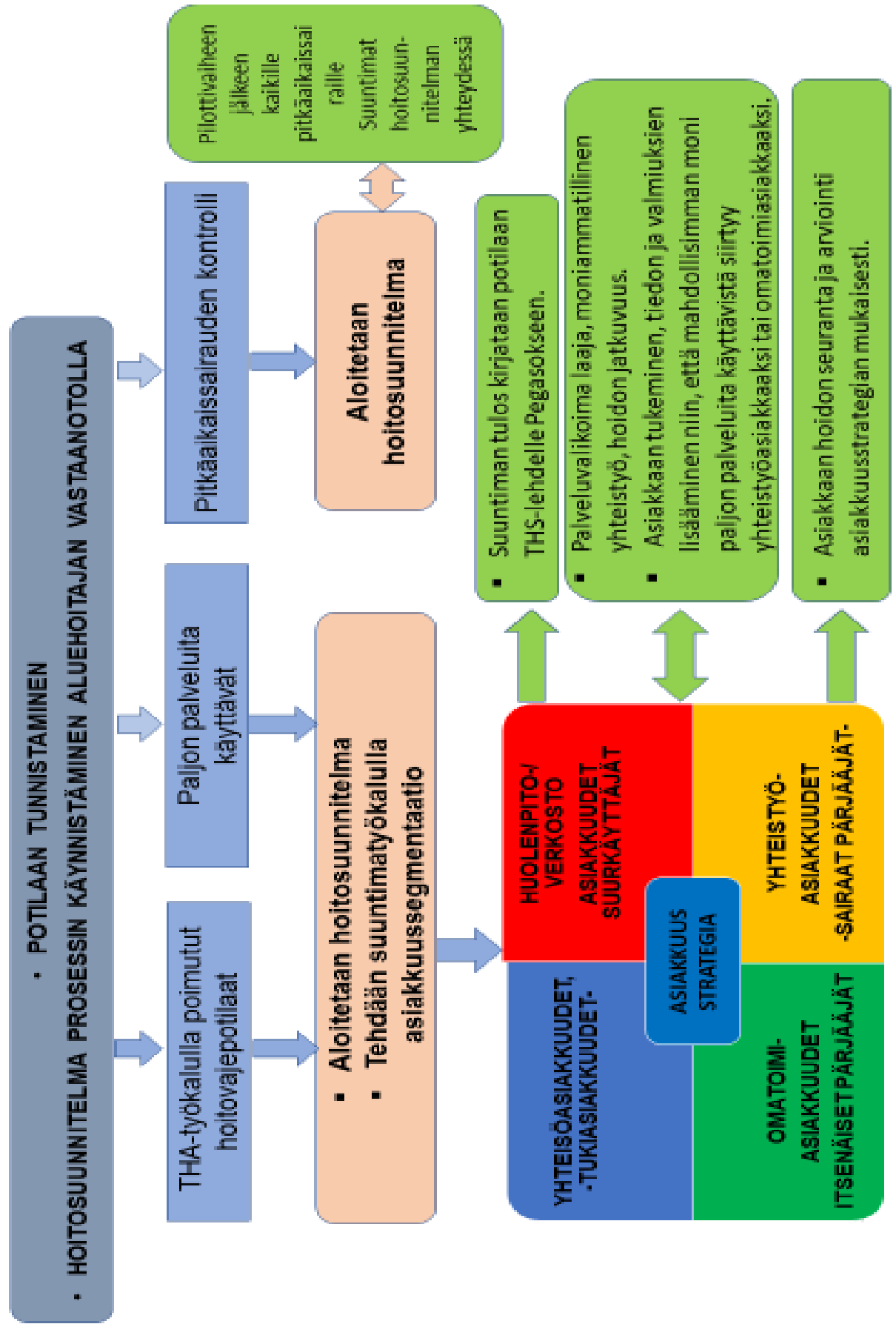
ALKOHOLIN KÄYTTÖ

SYDÄNPERÄISET
SAIRAUDET, FA

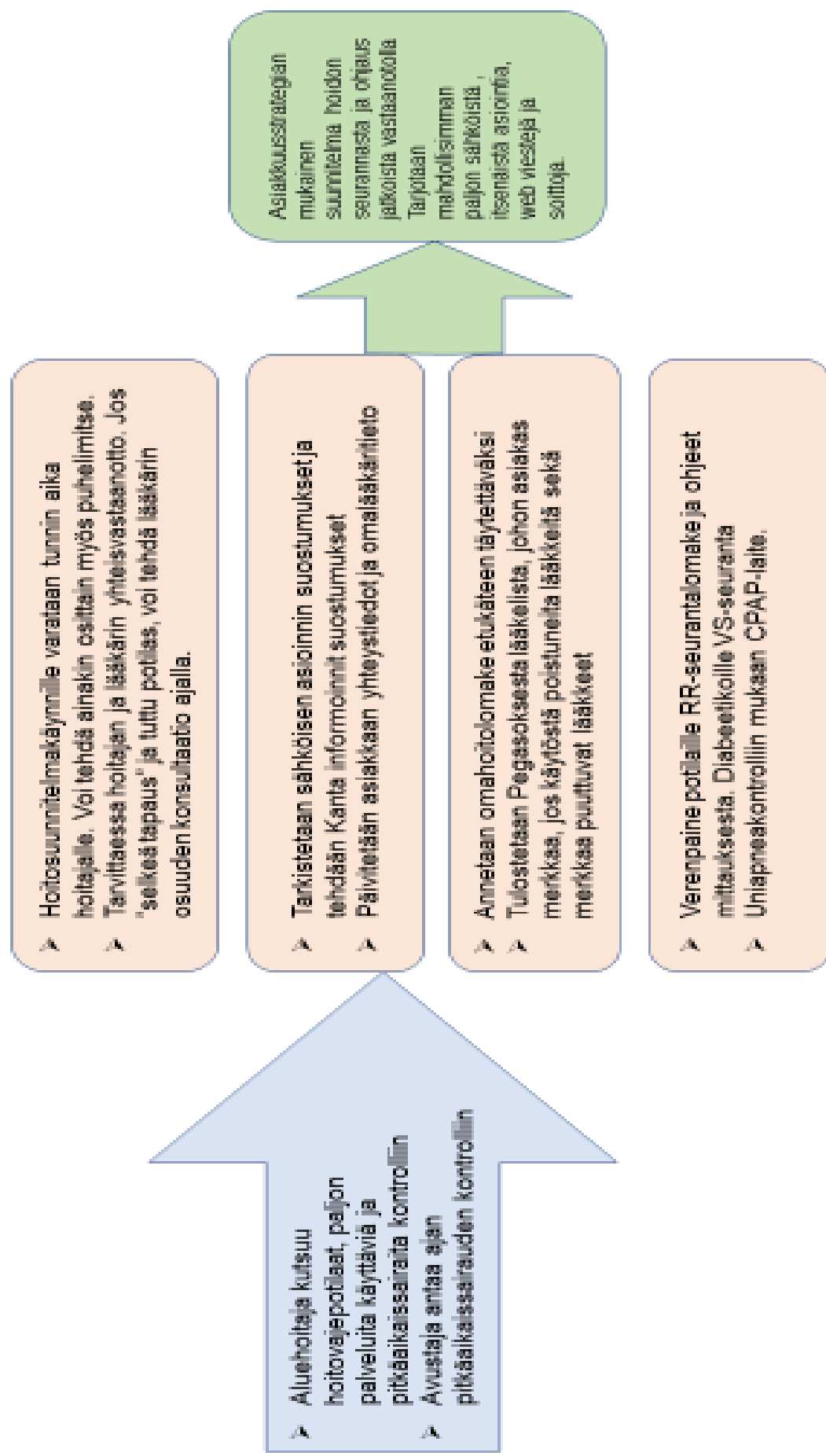
KOHONNEET RASVA-
ARVOT

MASENNUS,
STRESSI, KRIISIT





Potilaan tunnistaminen ja vastaanotolle kutsuminen



Tee Suuntima ainakin hoitovajepotilaan ja paljon palveluita käyttävän kanssa (yli 4 lääkärikäynti vuodessa ja/tai useammasta kuin 2 palveluryhmästä palveluja)

Mahdollisuuksien mukaan muillekin pitkäaikaissairaille.

Ohjevideo ammattilaiselle:

- <https://dreambroker.com/channel/f1rtzde/1nfh4cal>
- Koulutussuuntimasivulla voit testata Suuntiman käyttöä
- <https://www.koulutussuuntima.com/#/>
- Valitse sitten <https://suuntima.com/#/>
- Auta tarvittaessa asiakasta vastaamaan kysymyksiin.
- Kun saatte tuloksen, tulosta se asiakkaalle ja siirrä Suuntiman tulos hoitosuunnitelma eli THS-lehdelle Pegasokseen kopioidmalla. Tulos ei säily Suuntimapalvelussa. Tulosta tulos asiakkaalle.
- Kirjaa asiakkaan kaavakkeelle yhteydenpitokeinojen kohtaan omanhoitajan puhelinnumerot, soittoajat
- Seurantakäynnillä Suuntima on tarpeen mukaan uusittava, mikäli asiakkaan tilanne on muuttunut.

Omatoimiasiakkuuden asiakkuuspolku ”Itsenäiset pärjääjät”

- **Asiakkuuden kuvaus:** Asiakkaan voimavarat hyvät, hoidon toteuttaminen selkeää
- **Tavoite:** Aktiivinen omahoito. Hoitosuunnitelma yhteistyössä hoitajan ja asiakkaan kanssa, vahvistetaan potilaan itsenäistä roolia ja valmennetaan omahoitoon
- **Suunnitelman painopiste:** Ennalta ehkäisevätyö, osaamisen vahvistaminen ja motivointiomahoidossa omahoidossa ja sähköisten palveluiden piiriin ohjaaminen. Alkuohjaukseen panostaminen
- **Aikojen varaaminen:** Asiakas varaa itse ensi sijaisesti sähköisesti
- **Hoidon ja palveluiden koordinointi:** Hoitosuunnitelmaan kirjataan hoidon tavoite. Asiakas varaa itse aikansa ja vastaa hoidon toteutuksesta
- **Yhteydenpitokeinot:** Sähköinen asiointi, viestit, Kantapalvelut
- **Vastaanotto vaihtoehdot:** Sähköiset palvelut; (Klinik), Omaolo, eTerveys, Oma-KantaReseptit ja Labrat), viestit, puhelinajat, lääkärin/hoitajan vastaanotto/etävastaanotto

Polkuun sisältyvät tyypilliset palvelut:

- Sähköiset omahoitopalvelu, kuten Terveyskylän itsehoitopolut ja eri talot www.terveyskyla.fi
- Diabetestalo, painonhallintatalo, kuntoutumistalo, mielenterveystalo
- Omaolon elintapaohjaus
- painonhallintasovellus
- Järjestöt ja vertaistuki: www.yhdistystori.fi
- Sopeutumisvalmennuskurssit ja tuetut lomat: www.kela.fi ja muut järjestöt
- [Oma olon painonhallintasovellus](#)
- [https://www.terveysportti.fi/xmedia/ohk/Duodecim Omahoito Miten syon terveellisesti/index.html#b6f0e7b6-5f9d-4f90-bb7a-13beb95f2648](https://www.terveysportti.fi/xmedia/ohk/Duodecim%20Omahoito%20Miten%20syon%20terveellisesti/index.html#b6f0e7b6-5f9d-4f90-bb7a-13beb95f2648)
- [https://www.terveysportti.fi/xmedia/ohk/Duodecim Omahoito Miten syon terveellisesti/index.html#bcb3cc25-73fc-413b-8dd6-0bc1b1139969](https://www.terveysportti.fi/xmedia/ohk/Duodecim%20Omahoito%20Miten%20syon%20terveellisesti/index.html#bcb3cc25-73fc-413b-8dd6-0bc1b1139969)
- <https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/palvelut/tietoa-kuntoutumistalosta/omahoito-ohjelmat/sy%C3%B6tk%C3%B6-sopivasti-%E2%80%93-tutustu-ruokatottumuksiisi>
- <https://www.terveyskyla.fi/painonhallinta/itsehoito>
- <https://www.terveyskyla.fi/diabetestalo/omahoito>
- <https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/palvelut/tietoa-kuntoutumistalosta/omahoito-ohjelmat/liikkumisen-aloittaminen>

Yhteistyöasiakkuuden hoitopolku ” Sairaat pärjääjät”

- **Asiakkuuden kuvaus:** Asiakkaan voimavarat hyvät, monitahoinen ja haasteellinen hoito
- **Tavoite;** Hoitosuunnitelma yhdessä hoitajan kanssa, arvoa tuottavat prosessit; potilasta autetaan tiedon äärelle ja tuetaan omahoitoon ja pärjäämiseen
- **Suunnitelman painopiste:** Hoidon koordinointi, ammattilaisten yhteistyö, Omahoidon tukeminen Potilasta autetaan tiedon äärelle, tuetaan omahoitoon ja pärjäämiseen → Arvoa tuottavat prosessit.
- **Hoidon ja palveluiden koordinointi:** Asiakas itse tarvittaessa omahoitajan tukemana. Ammatilainen auttaa valitsemaan osallistuu koordinointi eri sairaudet huomioiden.
- **Ajanvaraus:** Asiakas varaa itse, tarvittaessa oma hoitaja
- **Yhteydenpitokeinot:** Sähköiset yhteydenpitokeinot 24/7:Klinik (laboratoriovastaukset) Omaolo, eTerveys (laboratorio ja sh ajat) Omakanta (verikokeiden ja reseptien uusiminen sekä katsominen)"pärjäämisviestit" Web viesti Puhelin; oman alueen sh soittoaika
- **Vastaanotto vaihtoehdot:** sähköiset palvelut; (Klinik), Omaolo, eTerveys, Oma-KantaReseptit ja Labrat), viestit, puhelinajat, lääkärin/hoitajan vastaanotto/etävastaanotto, Tukiviestit, Erityispalvelu, ammattilaisten yhteistyö
- **"Tavoitteena olisi saada mahdollisimman monet paljon palveluita käyttävistä asiakkaista tähän yhteistyöasiakkuuksien ryhmään asiakkaan omahoitoa ja pärjäämistä tukemalla"**

Polkuun liittyvät tyypilliset palvelut

- Erityistyöntekijöiden palvelut
- Sähköiset omahoitopalvelu, kuten
- Terveyskylän itsehoitopolut ja eri talot www.terveyskyla.fi
- Diabetestalo, painonhallintatalo, kuntoutumistalo, mielenterveystalo
- Omaolon elintapaohjaus
- Painonhallintasovellus
- Paikalliset liikuntaryhmät
- Järjestöt ja vertaistuki: www.yhdistystori.fi
- Sopeutumis- ja kuntoutumisvalmennuskurssit ja tuetut lomat:
- www.kela.fi

Yhteisöasiakkuudet, tukiasiakkuudet

- **Asiakkuuden kuvaus:** Asiakkaan voimavarat heikot, hoidon toteutus selkeää.
- **Tavoite:** Hoitosuunnitelma yhdessä hoitajan kanssa, omatoimisuus ja sitoutuminen omahoitoon; voimaantuminen, toimiva tukiverkosto
- **Suunnitelman painopiste:** Omahoidon tukeminen, vertaistuen äärelle kannustaminen, tukiverkon kokoaminen
- **Hoidon ja palvelujen koordinointi:** Aluehoitaja/vastuu työntekijä esim. päihdehoitaja, dm-hoitaja, sos.tt (tyhjä rivi nimi+puh)
- **Aikojen varaaminen:** Ammattilainen sopii seuraavan kontakti, omana hoitajan yhteydetiedot asiakkaalle
- **Yhteydenpitokeinot:** Puhelin; oman alueen sh soittoaika, Sähköiset yhteydenpitokeinot 24/7, Klinik (laboratoriovastaukset) Omaolo, eTerveys (laboratorio ja sh ajat), Omakanta (verikokeiden ja reseptien uusiminen sekä katsominen), Ennakoiva yhteydenpito omahoitaja/vastuu tt (esim. puhelin), Tukiviestit ja -soitot omahoitajan kanssa
- **Vastaanottovaihtoehdot:** Lääkärin, hoitajan/ vastuutyöntekijän vastaanotto, soitto, yhteisvastaanotto, Ryhmävastaanotto, Elämäntaparyhmät, Kaupungin ja yksityisten järjestämät ryhmät

Polkuun sisältyvät tyypilliset palvelut:

- Saarikan Elämäntaparyhmät, Paikalliset liikuntaryhmät,
- Ks. Saarikan elämäntapa polku, Liite 2.
- Sopeutumis- ja kuntoutumisvalmennuskurssit: selvittää asiakkaalle hänelle sopivia vaihtoehtoja, www.kela.fi, Järjestöt ja vertaistuki: www.yhdistystori.fi
- [Oma olon painonhallintasovellus](#)
- [https://www.terveysportti.fi/xmedia/ohk/Duodecim Omahoito Miten syon terveellisesti/index.html#b6f0e7b6-5f9d-4f90-bb7a-13beb95f2648](https://www.terveysportti.fi/xmedia/ohk/Duodecim%20Omahoito%20Miten%20syon%20terveellisesti/index.html#b6f0e7b6-5f9d-4f90-bb7a-13beb95f2648)
- [https://www.terveysportti.fi/xmedia/ohk/Duodecim Omahoito Miten syon terveellisesti/index.html#bcb3cc25-73fc-413b-8dd6-0bc1b1139969](https://www.terveysportti.fi/xmedia/ohk/Duodecim%20Omahoito%20Miten%20syon%20terveellisesti/index.html#bcb3cc25-73fc-413b-8dd6-0bc1b1139969)
- <https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/palvelut/tietoa-kuntoutumistalosta/omahoito-ohjelmat/sy%C3%B6tk%C3%B6-sopivasti-%E2%80%93-tutustu-ruokatottumuksiisi>
- <https://www.terveyskyla.fi/painonhallinta/itsehoito>
- <https://www.terveyskyla.fi/diabetestalo/omahoito>
- <https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/palvelut/tietoa-kuntoutumistalosta/omahoito-ohjelmat/liikkumisen-aloittaminen>

Verkostoasiakkaan asiakkuuspolku ”Avainasiakkaat”

- **Asiakkuuden kuvaus:** Potilaan voimavarat heikot, monitahoinen ja haasteellinen hoito. Avain asiakkaita → huomio näihin
- **Tavoite:** Yhteinen hoitosuunnitelma moniammatillista verkostoa hyödyntäen. Arjessa pärjäämisen tukeminen. Hoidon ja palveluiden koordinaatio
- **Suunnitelman painopiste:** Palvelutarpeen kartoittaminen mm. kotiin tarjottavat palvelut. Hoidon koordinaatiosta sopiminen, tarvittaessa läheiset mukana. Asiakassuunnitelman toteuttaminen ja seuranta. Sujuva yhteistyö ammattilaisten, hoitoon osallistuvien ja läheisten kanssa. Yhteensovitetut monialaiset palvelut.
- **Hoidon ja palvelujen koordinaattori:** Aluehoitaja/vastuu työntekijä esim. päihdehoitaja, dm-hoitaja, sos.tt (tyhjä rivi nimi+puh)
- **Ajanvaraus:** Ammattilaiset varaavat ajat/ läheinen (omahoitaja koordinoi)
- **Yhteydenpitokeinot:** Puhelin; oman alueen sh/koordinaattorin soittoaika. Ennakoiva yhteydenpito (hoidon koordinaattori). Ammattilaisten ja läheisten kautta yhteydenpito. Pitää olla sujuva yhteydenpito kanava asiakkaan ja vastuu työntekijän välillä sekä myös eri ammattilaisten välillä
- **Vastaanottovaihtoehdot:** Hoitajan/ vastuutyöntekijän vastaanotto, Kotikäynnit, Vastaanotto / Etävastaanotto/ yhteisvastaanotto, Verkostotapaamiset, kotiin tarjottavat palvelut,

Polkuun liittyvät tyypilliset palvelut

- Sosiaaliset tukikeinot, palveluohjaus
- Läheisten ja lähiammattilaisten tukeminen
- Kotihoito ja -kuntoutus / kotiin tarjottavat palvelut (tukipalvelut)
- Verkostoyhteistyö
- Sopeutumis- ja kuntoutumisvalmennuskurssit: selvitä asiakkaalle hänelle sopivia vaihtoehtoja
- www.kela.fi

Hoitosuunnitelma käynnin checkin lista hoitajalle

- Tarkista lääkelista
- **Kotimittaukset rakenteisesti Pegasokseen;**
 - RR (Ksshp ohje), VS , Pef, Paino, Pituus, (**mittaa ja punnitse vo:lla!**) BMI, tupakointitieto, alkoholin käyttö
- Tarkista labrat,
- Mahdolliset yksityis- ja tth –lääkärin tutkimustulokset käytettävissä
- Tarkista sähköisen asioinnin suostumukset
- **Omahoitolomakkeen** pohjalta Haastattelurunko:
- Mitä sairauksia sinulla on?
- Allergiat, yliherkkyydet lääkaineille
- Millainen on vointisi
- Tavoitteet
- Keinot tavoitteen saavuttamiseksi:
- Omahoidon haasteet: Tarvitsetko apua tai tukea omahoitoon, millaista?
- Kirjaa myös mahdolliset apuvälineet
- Kysy milloin viimeisin hammaslääkärin käynti.

TERVEYS- JA HOITOSUUNNITELMA

- Diagnoosit ja merkittävät toimenpiteet: (lääkäri merkitsee ICDC10 koodilla diagnoosit, hoitajat käyttävät näitä samoja, kun lääkäri laittanut.
- Lääkelista
- Toimintakyky ja apuvälineet:
- **Suuntiman tulos, jos tehty**
- Tarpeet
- Tavoitteet
- Toteutus
- Seuranta ja arviointi (esim labrat 12/2020 ja soittoaika hoitajalle, hoitajan kanssa viestin vaihto kuukaudenkuluttua painoasioissa
- Sinua hoitavat: sairaanhoitaja/terveydenhoitaja xxx; aluetoimista p. , lääkäri xxxx

TILASTOINTI ASIOITA

- THS –näköymä on paikallinen näköymä, mutta se uudelleen ohjautuu YLE –näköymälle. Pegasoksessa näköyy vain THS –näköymä, mutta YLE –näköymä näköyy Kannassa ja Omakannassa.
- Kun on aihetta päöivittää TERVEYS- JA HOITOSUUNNITELMA, niin hoitaja avaa kaksi eri Pegasosta ja kopioi toisessa Pegasoksessa vanhan THS-näköymän suunnitelma–väliotsikon sisällön toisen Pegasoksen uudelle THS –näköymälle ja muokkaa sitä ajantasaiseksi. (Näistä erillinen ohje)
- **SPAT 1250** kroonisen sairauden perusteellinen seuranta
- **Käyntisyydiagnoosi : Z29.9** Määrittämätön ehkäisevä toimenpide →tällä diagnoosikoodilla saadaan Duodecimin sovelluksesta haettua asiakasmäärät diagnoosihauilla
- **Muista loppuksi raportointikoodi: THS**
- Pegasokseen diagnoosikoodin Z13.88 aina kun avaatte Pegasoksen CareGap-painikkeen avulla Terveysyhytyarviosta poimitun PEG-alkuisen potilastunnisteen.

Lähteet

Aivoliitto <https://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio/faktat/#luvut>

https://dvaletwym1cq9.cloudfront.net/assets/files/4204/aivoverenkiertohairiot_suomessa_lukuina.pdf

Innokylä.fi. <https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/terveyshyotymalli-chronic-care-model-ccm>

Koikkalainen, P. 2016, Yhdessä hyvästä parempaan – Keski-Suomen uudistuvat ja integroituvat Sote-Palvelut, Keski-Suomen SOTE 2020-hanke, työpäpöri 21.4.2016 Viitattu 5.10.2020

https://www.jyvaskyla.fi/sites/default/files/atoms/files/sote2020_raportit_15_ksuudistuvatintegroituvatsotepalvelut.pdf

Koivisto & Tiirinki, 2020, Monialaisen palvelutarpeen tunnistaminen sosiaali-, terveys- ja työvoimapalveluissa; Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2020:38 Helsinki 2020, Valtioneuvoston kanslia. Viitattu 29.9.2020

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162382/VNTEAS_2020_38.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Koivuniemi K., Simonen K. 2011, Kohti asiakkuutta, ihmistä arvostava terveydenhuolto.

[Korhonen Matti](#), THL : Terveys- ja hoitosuunnitelman toiminnalliset vaatimukset liittyville järjestelmille, Versio 1.2 23.03.2018

Leväsluoto J., Kivisaari S. 2012, VTT JUL Kaisu, Kohti asiakaslähtöisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelumalleja, Viitattu 26.5.2020 <https://www.vttresearch.com/sites/default/files/pdf/technology/2012/T62.pdf>

Tays, hoitoketjut, <https://www.tays.fi/fi-fi/ohjeet/hoitoketjut> <https://www.tays.fi/fi-fi/Ohjeet/Hoitoketjut/Suuntima>

Koikkalainen P. 2020Terveysyhytyarvio -tuotepöriheen kehittämis- ja innovaatiohanke

Terveysyhytymalli (Lähde: <http://www.potkuhanke.fi/> pohjana Chronic Care Model).

Liite 2. Omahoitolomake

**YHTEISELLÄ SUUNNITELMALLA TUKEA OMAHOITOON**

Terveys- ja hoitosuunnitelman avulla voit sopia yhdessä hoitajan ja lääkärin kanssa hoitosi keskeisistä tavoitteista, toteutuksesta, seurannasta ja hoidon toteuttamiseksi tarvitsemastasi tuesta.

Sinulle on varattu aika suunnitelman tekemistä varten _____ terveysasemalle hoitajan vastaanotolle __ / __ 20__ klo ____

Pyydämme Sinua ottamaan tämän lomakkeen täytettynä mukaasi. Kysymysten avulla voit miettiä jo valmiiksi, mitkä asiat ovat Sinun mielestäsi tärkeitä omahoitosi toteuttamisessa tai mitkä asiat helpottaisivat arjessa selviytymistäsi. Myös läheiset ovat tervetulleita mukaan käynnille, jos se on mielestäsi hyödyllistä.

Ota vastaanottokäynnille lisäksi mukaan

- muistiinpanosi terveydentilasi seurannasta (esimerkiksi verenpaineen ja verenokerin kotiseurantakortit, painon seurantatiedot, PEF-puhallusten tulokset)
- lääkitystä koskevat tiedot (reseptit, lista ilman reseptiä käyttämistäsi lääkkeitä ja luontaistuotteista)
- muut terveyttä koskevat tiedot (esimerkiksi yksityislääkärin lausunnot ja tutkimukset)

Nimi: _____ **Syntymäaika:** _____

Täyttöpäivämäärä: _____ **Täyttämässä avusti:** _____

Terveydentila ja hoidon tarve

Mitä sairauksia sinulla on?

Onko sinulla allergioita tai yliherkkyyttä lääkkeille tai jollekin muulle?

___ Ei

___ Kyllä. Mille?

Käyttämäni lääkkeet

Kirjaa tähän huolellisesti kaikki käyttämäsi lääkkeet (tabletit, suihkeet, voiteet, tipat ym.) Kirjaa myös ilman reseptiä hankitut lääkkeet, vitamiinit, luontaistuotteet ja muut valmisteet, joita käytät säännöllisesti tai tilapäisesti.

TAI TUO MUKANASI LÄÄKELISTA, MIKÄLI SINULLA ON SELLAINEN.

Lääke, luontaistuote tai muu valmiste, vahvuus	Annostus

Millainen on tämän hetkinen vointisi?

Oletko hoidossa jossain muualla kuin Saarikassa?

___ Ei

___ Kyllä. Minkä vaivan vuoksi ja missä _____

Kuinka paljon ja usein käytät alkoholia tai muita päihteitä? _____

Tupakoitko tai käytätkö nuuskaa?

___ En

___ Kyllä. Savukkeiden määrä ____ /vuorokausi.

Tavoitteet

Minkälaisia terveyteen liittyviä tavoitteita olisit valmis asettamaan itsellesi? _____

Toteutus ja keinot - Tuki, seuranta ja arviointi

Millaista tukea toivot muutosten ja omahoidon toteuttamiseksi? _____

Kiitos!

Lomaketta muokattu Potku2-hankkeen Omahoitolomakkeen pohjalta/Versio

28.9.2018

Muokattu/ Saarijärven aluehoitajat versio 6.5.2020

Liite 3. Saarikan Elämäntaparyhmien polku



Saarikan elämäntaparyhmät
- Osa yhteisö-/tukiasiakkaan asiakkuuspolkua

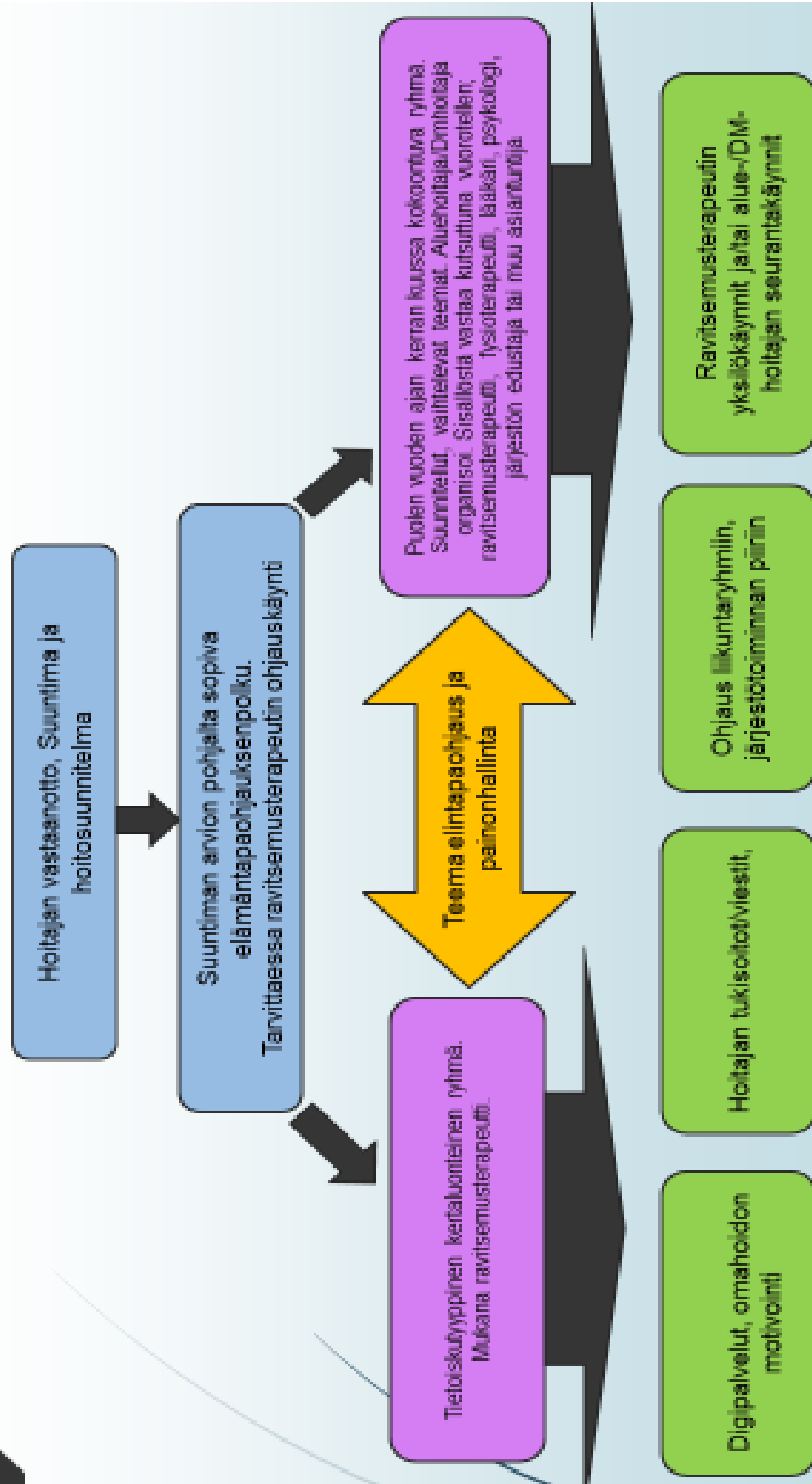
Marjo Kotilainen 26.9.2020



Asiakas segmentit elämäntaparyhmiin

-  Tekonivelleikkausjonoon menevät; BMI yli 40,
-  Laihdutusleikkaukseen menijät
-  CPAP-hoitoon pääsyä odottavat, BMI yli 40
-  DM, painopudotus tarve, BMI yli 30?

Elämäntaparyhmien polku



Ennen ryhmään ohjausta

- Aluehoitajan/Diabeteshoitajan/Astmahoitajan vastaanotto ja kokonaisarvio potilaan tilanteesta.
- Suuntima ja hoitosuunnitelma (Omalääkäri vahvistaa suunnitelman)
- → arvio, hyötyykö ryhmästä, tarvitseeko lisäksi yksilökontakteja, Ravitsemusterapeutin yksilökäynnit, Fysioterapia, muu ammattilainen?
- Fysioterapeutin yksilökäynti aina ennen ryhmän aloitusta → usein tule-
oireita, liikkumusrajoituksia, laaditaan yksilöllinen omaharjoitusohjelma
ryhmäliikunnan lisäksi
- Ryhmä painottuu elämäntapaohjaukseen ja painon hallintaan

Omahoidon tueksi materiaalia

- [Oma olon painonhallintasovellus](#)
- https://www.terveysportti.fi/xmedia/ohk/Duodecim_Omahoitto_Miten_syon_terv_eellisesti/index.html#b6f0e7b6-5f9d-4f90-bb7a-13beb95f2648
- https://www.terveysportti.fi/xmedia/ohk/Duodecim_Omahoitto_Miten_syon_terv_eellisesti/index.html#bcb3cc25-73fc-413b-8dd6-0bc1b1139969
- <https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/palvelut/tietoa-kuntoutumistalosta/omahoito-ohjelmat/sy%C3%B4tk%C3%B6-sopivasti-%E2%80%93-tutustu-ruokatottumuksiisi>
- <https://www.terveyskyla.fi/painonhallinta/itsehoito>
- <https://www.terveyskyla.fi/diabetestalo/omahoito>
- <https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/palvelut/tietoa-kuntoutumistalosta/omahoito-ohjelmat/liikkumisen-aloittaminen>

Liikuntaryhmät

Ensisijaisena vaihtoehtona kaupungin ja yksityisten järjestämät ryhmät

Tarvittaessa osallistuminen fysioterapian harjoitusryhmään.
Ryhmäkäyntimaksu 34,20 €

1. Tules-Nonstop-ryhmä; Ensin fysioterapeutin yksilökäynti, missä laaditaan harjoitusohjelma ryhmään. Tarkoitettu elintapasairaille, tule-
oireisille, painonhallintapotilaille.
2. Ikääntyneiden Nonstop ryhmä; Ensin fysioterapeutin yksilökäynti, missä laaditaan harjoitusohjelma ryhmään. Tarkoitettu monisairaille, tule-
oireisille, apuvälineenkin avulla liikkuville.
3. Keuhkoryhmä; Keuhkoryhmä on tarkoitettu uniapnea-,
keuhkohtaumatauti- ja vaikeaa astmaa sairastaville potilaille.
(kokoontuu seitsemän viikon ajan, 1-2 kertaa viikossa).

Toteutus vaihtoehtoja

- Ryhmät voisivat olla ns sekaryhmiä, teemana elintapaohjaus/painonhallinta
- Ravitsemusterapeutille tarvittaessa yksilökäynti aluksi arvioon ja suunnitteluun.
- Vaihtoehtona
 - yhden kerran tietoisuustyypinen tai
 - 4 kerran intensiivitoteutus n puolen vuoden aikana
 - jos mahdollista, kokeillaan molempia,
- Mietintä, mitkä ovat ne ryhmät, joille voisi antaa "kerta paukun."
Voisiko olla sydän potilaille?