

Opinnäytetyö YAMK

Terveys ja hyvinvointi

Kliininen asiantuntijuus, kansansairaudet ja omahoito

2021

Tiia Korpisalo

**PALJON PALVELUITA  
KÄYTTÄVÄT POTILAAT  
HALTUUN  
AVOSAIRAANHOIDOSSA**

– Toimintamalli Kaarinan terveysasemalle

OPINNÄYTETYÖ YAMK | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Kliininen asiantuntijuus, kansanssairaudet ja omahoito

2021 | 58 sivua, 4 liitesivua

Tiia Korpisalo

# PALJON PALVELUITA KÄYTTÄVÄT POTILAAT HALTUUN AVOSAIRAANHOIDOSSA

- Toimintamalli Kaarinan terveysasemalle

Tämän opinnäytetyönä tehtävän kehittämisprojektin tavoitteena on ollut paljon palveluita käyttävien potilaiden haltuun otto, potilaslähtöisen hoidon järjestäminen moniammatillisesti sekä hoidon jatkuvuuden turvaaminen. Kehittämisprojektin aihe on noussut kohdeorganisaation tarpeista ja sen ratkaisumalleihin on tässä kehittämisprojektissa perehdytty kirjallisuuskatsauksen avulla. Kirjallisuuskatsauksesta nousi esiin toimintamalleja ja asioita, joiden avulla voidaan saada haltuun paljon palveluja käyttävät potilaat avosairaanhoidossa. Moniammatillinen yhteistyö, asiakasohjaajamalli ja potilaan hoitosuunnitelma edistävät tämän potilasryhmän haltuun ottamista. Oleellisessa roolissa toiminnan järjestämisessä on hoidon jatkuvuus.

Benchmark-menetelmällä kerättiin tietoa asiakasohjaajatoiminnan käytännöistä ja moniammatillisesta yhteistyöstä. Projektiryhmässä näiden tietojen pohjalta luotiin yksityiskohtainen toimintamalli. Projektiryhmän työskentelyn ohessa pilotoitiin samalla asiakasohjaajan työtä, jolloin kehitetystä toimintamallista saatiin samalla kokemusta käytännössä. Lopputuotoksena on paljon palveluita käyttävien potilaiden haltuun oton toimintamalli, joka pitää sisällään asiakasohjaajan ja yhteyshoitajan toiminnan kuvauksen, moniammatillisen yhteistyön mallin ja hoitosuunnitelman käytön.

Hoidon jatkuvuus, moniammatillinen yhteistyö ja hoitosuunnitelman käyttö ovat aiheita, joihin kohdeorganisaation henkilöstöä tulee vielä jatkossa perehdyttää ja kouluttaa, jotta toimintamalli saadaan implementoitua sujuvasti.

Tulevaisuudessa moniammatillisen yhteistyön jalkauttamiseksi perusterveydenhuoltoon, tulee sosiaali- ja terveydenhuollon opinnoissa kiinnittää entistä enemmän huomiota moniammatillisen yhteistyöhön yhdistämällä opintoja ja tekemällä yhteistyötä jo koulutusvaiheesta alkaen.

**Asiasanat:**

paljon palveluita käyttävä potilas, asiakasvastaava, terveyshyötymalli, hoitosuunnitelma, moniammatillinen yhteistyö

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Master of healthcare/Advanced Practice

2021 | 58 pages, 4 annex pages

Tiia Korpisalo

# TAKING CARE OF HIGH NEED PATIENTS IN PRIMARY CARE

- Operation model to healthcare center in Kaarina

The aim of this development project was to take control of the high need patients, to arrange patient centred care with multi-professional way and to ensure the continuity of care. The topic of the development project has risen from the needs of the target organisation, and the solution models that answers the needs comes from a literature review. The literature review highlighted operating models and issues that can be used when taking control of high need patients in the primary care. Multi-professional cooperation, case manager-model and patients care plan are the things that proceed to take control of high need patients.

In this development project we used benchmarking for gathering information about case management standards and multi-professional cooperation. On the basis of this information, a detailed operating model was created by the project group. Beside the work of the projectgroup, the work of a case manager was also piloted, which also gained practical experience of the developed operating model. The final product is the operating model for taking control of the high need patients. The operation model includes case managers and contact managers descriptions, a model of multi-professional cooperation and the use of a patients care plan.

Continuity of care, multi-professional cooperation and the use of the patients care plan are the topics that will still need to be familiarized and trained to the personnel of the target organization. That is how the implementation of the operating model can be done smoothly.

In the future, in order to establish multi-professional cooperation in primary health care, more attention must be paid to multi-professional cooperation in social and health care studies by combining studies and cooperating from the educational stage onwards.

## Keywords:

high need high cost patient, case manager, chronic care model, patients care plan, multiprofessional collaboration

# Sisältö

<b>Käytetyt lyhenteet tai sanasto</b>	<b>6</b>
<b>1 Johdanto</b>	<b>7</b>
<b>2 Kehittämishanke Kaarinan kaupungin avosairaanhoitoon</b>	<b>10</b>
2.1 Tausta ja tarve kehittämisselitykselle	10
2.2 Toimintaympäristö ja projektiorganisaatio	12
2.3 Kaarinan terveysasema mukaan Sote-hankkeen asiakasohjauksen pilotointiin	13
2.4 Kehittämisselityksen tavoite, tarkoitus ja tuotos	14
<b>3 Toiminnallinen kehittämisselitys kehittämisen muotona</b>	<b>16</b>
3.1 Benchmarking	16
3.2 Työpajatyöskentely	17
<b>4 Kehittämisselityksen teoreettinen viitekehys</b>	<b>19</b>
4.1 Terveystasemat perusterveydenhuollon palveluiden tuottajana	19
4.1.1 Sote-uudistus lyhyesti	20
4.1.2 Terveystasemien toimintakäytännöt ja niiden haasteet Suomessa	21
4.1.3 Paljon palveluita käyttävä potilas avosairaanhoidossa	23
4.2 Terveystyömalli viitekehystenä paljon palveluita käyttävien potilaiden hoidossa	25
4.2.1 Moniammatillinen yhteistyö	27
4.2.2 Asiakasvastaava hoidon koordinaattorina	30
4.2.3 Hoitosuunnitelma	32
<b>5 Kehittämisselityksen eteneminen ja suunnitelman muutokset</b>	<b>35</b>
<b>6 Toimintamallin kehittäminen ja pilotointi</b>	<b>37</b>
6.1 Benchmarking toteutus ja tulokset	38
6.1.1 Kokonaisvaltaisen hoidon malli	39
6.1.2 Asiakasvastaava	39
6.1.3 Asiakaskoordinaattori	40

6.1.4 Yhteisasiakaskoordinaattori	41
6.2 Projektiryhmän työskentely ja tuotokset	42
6.2.1 Työpaja 1.	42
6.2.2 Työpaja 2.	44
6.2.3 Työpaja 3.	45
6.3 Pilotointi	46
<b>7 Kehittämisen projektin tuotos</b>	<b>48</b>
<b>8 Kehittämisen projektin arviointi ja pohdinta</b>	<b>50</b>
<b>Lähteet</b>	<b>54</b>

## **Liitteet**

Liite 1. Uusi toimintamalli

## **Kuvat**

Kuva 1. Asiakasohjauksen toimintamalli (Kirjonen P. 2021).	14
Kuva 2. Benchmarking prosessiaskeleet (Tuominen 2016, muokannut Korpisalo 2020.)	17
Kuva 3. Pitkäaikaissairaiden palvelukokonaisuus Kaiser Permanente Triangle (Bodenheimer ym. 2002) (Nurmela 2015).	31
Kuva 4. Kehittämisen projektin aikataulu suunnitelmavaiheessa	36
Kuva 5. Alkuperäinen prosessikuvaus kirjallisuuskatsauksen pohjalta	37

## Käytetyt lyhenteet tai sanasto

Asiakasohjaaja

Asiakasvastaava

Benchmarking

Vertaisarviointi

THL

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

sote-hanke

sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus

# 1 Johdanto

Palvelutarpeen kasvu lisää painetta terveystieteiden kehittämiseen. Tarpeenmukaiset henkilöstöresurssit ja tarkoituksenmukainen työnjako ammattiryhmien välillä ovat onnistumisen edellytyksiä kehittämistyössä. Monisairaiden potilaiden määrän lisääntymiseen tulee valmistautua osaamisen varmistamisella. Lähes puolella terveystieteiden erikoislääkäreistä on jokin lääkärikoulutuksen vaihe kesken. Yleislääketieteen erikoislääkäreitä terveystieteiden keskuksissa on vain noin joka neljäs. Nämä lääkärit ovat kovan paineen alla, koska heidän harteillaan on koulutusvaiheessa olevien lääkäreiden ohjaaminen ja tutorointi sekä terveystieteiden paljon palveluita käyttävien potilaiden hoito. Potilaiden hoidon jatkuvuus on koetuksella, sillä koulutuksessa olevat lääkärit työskentelevät samalla terveystieteiden yksiköllä lyhimmillään vain muutaman kuukauden. Terveystieteiden määrittelemättömät työprosessit eivät houkuttele työntekijöitä ja sen vuoksi vaihtuvuus henkilöstössä voi olla suurta. (Syrjä ym. 2019.)

Tietoisuutta hoidon jatkuvuuden merkityksestä tulee lisätä sekä potilaiden, terveydenhuollon toimijoiden, että päättäjien keskuudessa. Hoidon jatkuvuudella on keskeinen merkitys perusterveydenhuollon laadussa, kokonaisvaltaisuudessa, yhteistyössä, tehokkuudessa sekä kustannuksissa. Jatkuvuuden vaikutus väestön terveyteen on merkityksellinen ja sillä on myönteisiä vaikutuksia potilaan hoidon tuloksiin ja hoitoon sitoutumiseen sekä turvallisuuden, luottamuksen ja tyytyväisyyden kokemukseen. Hoidon jatkuvuudella vahvistetaan terveydenhuollon ammattilaisen vuorovaikutustaitoja, luottamusta, empatiakykyä ja yhteistä kumppanuutta potilaan kanssa. (Raivio 2016.)

Uusia ja tutkittuja kustannustehokkaiksi todettuja toimintamalleja käytetään kunnissa vähän, vaikka yli puolet kuntien budjeteista menee sosiaali- ja terveydenhuollon menoihin. Tulevaisuudessa sote-toiminnan kustannustehokkuus ja vaikuttavuus paranee vain hyödyntämällä kaikkien ammattilaisten osaaminen täysimääräisesti. (Ovaskainen ym. 2016.) Järkevä

työnjako ja toimenkuvien selkiyttäminen tuovat toimintaan selkeyttä, suunnitelmallisuutta ja taloudellisia säästöjä. Työtä siirretään lääkäreiltä sairaanhoitajille, mutta myös sairaanhoitajilta voidaan siirtää työtä toisille ammattiryhmille. Varastotilauksen tekemiseen tai hyllyjen täyttämiseen ei ole järkevää käyttää sairaanhoitajan panosta, kun sitä tarvitaan kipeämmin sairaanhoitajalle tarkoitetuissa tehtävissä. (Ranta ym. 2011, 142–144.)

Kuten Syrjä ym. (2019) edellä kuvaa, haasteet terveyskeskustoiminnan kehittämisessä ovat hyvin moninaisia. Tämän ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyönä tehtävän kehittämisprojektin tarkoituksena oli laatia toimintamalli, jonka avulla saadaan haltuun paljon palveluita käyttävät potilaat Kaarinan terveysasemalla. Aihe on laaja ja sen vuoksi rajasin projektin koskemaan niitä osa-alueita, jotka opinnäytetyöni kohdeorganisaatiossa ovat eniten kehittämistä kaipaavia asioita tämän aiheen kannalta.

Tässä kohdeorganisaatiossa työn organisointimallina on hoitaja-lääkäriyöparimalli, mutta sen käyttö on vaihtelevaa ja yhteisiä pelisääntöjä puuttuu. Terveysyötyymallin mukaista toimintaa on nähtävissä mm. diabetespotilaiden hoidossa. Diabetespotilaiden hoidossa hoitaja-lääkäriyöparityöskentely on tiivistä sekä joustavaa ja terveysyötyymallin mukaista toimintaa sovelletaan käytäntöön, mutta moniammatillinen yhteistyö voisi olla paremmin edustettuna myös diabetespotilaiden hoidossa. Moniammatillinen yhteistyö on lisääntynyt viime vuosina ja rajapintojen rikkominen tällä saralla on käynnistynyt, mutta selkeää mallia yhdessä tekemiselle ei ole ja siksi moniammatillisuuden potentiaali jää hyödyntämättä. Kohdeorganisaation potilastietojärjestelmässä on valmis hoitosuunnitelmakaavake, mutta sitä ei käytetä, koska sen käyttö on koettu haasteellisena ja monimutkaisena. Lääkärit tekevät hoitosuunnitelmia omalle kirjaamisalustalleen yleislääketieteenlehdelle käyntitekstin yhteyteen, josta niitä on vaikea löytää ja moniammatillinen yhteistyö jää toteutumatta hoitosuunnitelman teossa. Paljon palveluita käyttävien potilaiden hoidon

järjestämislle on jo olemassa hyviä lähtökohtia, mutta selkeää toimintamallia tai prosessia ei ole olemassa.

Kehittämisprojektin loppuraportin rakenne etenee loogisessa järjestyksessä. Raportissa avataan aiheen keskeisiä teemoja kirjallisuuteen perustuen. Teoreettisen viitekehyksen jälkeen esitellään projektin etenemistä benchmark-toteutukseen ja projektiryhmän työpajatyöskentelyyn. Toimintamallin pilotoinnin oli määrä tapahtua vasta työpajatyöskentelyn jälkeen, mutta nämä toiminnot tapahtuivatkin lopulta saman aikaisesti. Syynä tähän oli se, että kehittämisprojektin aikana Kaarinan terveysasema sai tilaisuuden osallistua Sote-hankkeen asiakasohjaus-pilottiin, jonka tavoitteena on pilotoida asiakasohjaajan työtä terveysasemalla. Tämä projekti ja Sote-hankkeen pilotin aihe keskittyvät molemmat paljon palveluita käyttävien potilaiden hoitoon. Kirjallisuuskatsauksen, benchmark-menetelmän, työpajatyöskentelyn ja pilotoinnin lopputuotoksena syntyi paljon palveluita käyttävien potilaiden haltuunoton toimintamalli, jonka esittelen raportin loppuksi.

## 2 Kehittämiprojekti Kaarinan kaupungin avosairaanhoidon

Kaarinan kaupungin strategian päämäärinä ovat vastuullinen johtaminen, hyvinvoinnin edistäminen ennakoivasti, viihtyisä, turvallinen ja toimiva lähiympäristö sekä sujuvat ja turvalliset arjen palvelut läheltä. Yhdessä, avoimesti ja asiakaslähtöisesti ovat arvoja, joita strategian toteutumiseksi tulisi noudattaa arjen työssä. Sosiaali- ja terveyspalveluissa arvot tarkoittavat asiakkaiden tarpeiden kuuntelemista ja tarpeista viestimistä päätöksentekijöille, selkeitä palveluketjuja ja palveluohjausta sekä palvelujen saavutettavuutta yhden luukun periaatteella. Strategian tavoitteisiin pääseminen tarkoittaa myös palveluiden kriittistä tarkastelua ja yksinkertaistamista ja kuntalaisten ottamista enemmän mukaan itseään koskevaan päätöksentekoon. Kuntalaisten aktivointi oman terveyden ylläpitoon korostuu ja yhteistyö hyvinvoinnin edistämisen toimintojen kanssa on keskeistä. Painopistettä pitäisi pystyä siirtämään erikoissairaanhoidosta varhaisemman puuttumisen suuntaan. Riskiryhmät pitää tunnistaa aiempaa paremmin ja resursseja pitää kohdistaa erityisesti riskiryhmiin. Painopisteen siirtäminen korjaavista palveluista ennaltaehkäiseviin palveluihin vaatii edelleen toimintatapojen muutosta. Palveluiden määräaikaaisuuden ja prosessiluontoisuuden kautta voidaan tehostaa toimintaa. Taloudellisten reunaehtojen kaventuessa, palvelutarpeiden kasvamisen ja moninaistumisen myötä toiminnan vaikuttavuuden ja arvioinnin merkitys kasvaa nykyisestä. (Kaarinan kaupunki 2020.)

### 2.1 Tausta ja tarve kehittämiprojektille

Paljon palveluita käyttävät potilaat käyttävät sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista noin 80 % ja siten myös suuren osan kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon budjetista. Tämän potilasryhmän potilaita kohtaan työssäni terveysasemalla lähes päivittäin ja olen jo pitkään pohtinut, että tälläkin potilasryhmällä tulisi olla oma hoitopolkunsaa ja suunnitelma, jolla pyritään parantamaan potilaan elämänlaatua ja vähentämään terveydenhuollon

kuormitusta. Terveysasemalla toimii myös paljon nuoria lääkäreitä, jotka ovat vielä jossakin koulutuksensa vaiheessa ja työsuhteet ovat lyhytkestoisia. Tämän vuoksi omalääkärisuhdetta voi olla vaikea muodostaa ja vetovastuu paljon palveluita käyttävistä potilaista tulisi olla muilla ammattiryhmillä. Moniammatillista yhteistyötä ei myöskään kyetä hyödyntämään tällä hetkellä täysipainoisesti, koska työn organisointi, palveluketjut ja hoidon koordinointi on puutteellista.

Huomioidessani näitä asioita vuosien ajan eri työyksiköissä, syntyi idea paljon palveluita käyttävien potilaiden haltuunotosta. Opinnäytetyön ideavaiheessa oli tarkoitus lähestyä aihetta jo olemassa olevan hoitaja-lääkärityöparimallin avulla ja sitä muokkaamalla, mutta kirjallisuuskatsauksen perusteella asiakasvastaavamalli on tehokkaampi toimintatapa näiden potilaiden kohdalla. Esitin opinnäytetyön ideani oman työpaikkani osastonhoitajalle sekä ylilääkärille, jotka pitivät aihetta tarpeellisena ja ajankohtaisena organisaation näkökulmasta.

Vuosina 2015–2016 kohdeorganisaatiossa käytiin läpi projekti, jossa tavoitteena oli niin kutsuttujen avainasiakkaiden haltuunotto, joilla tarkoitetaan siis paljon palveluita käyttäviä potilaita. Terveysaseman käyttäjistä seulottiin vuoden aikana läpi kaikki ne potilaat, joilla oli kuusi tai enemmän vastaanottokäyntiä vuodessa lääkärillä. Nämä potilaat käytiin manuaalisesti läpi ja heistä valittiin ne, jotka erityisesti hyötyvät pysyvästä hoitosuhteesta, jossa terveydenhuollon ammattilainen ei vaihdu joka vastaanotolla. Seulonnan tuloksena oli 300 potilasta eli n.1 % Kaarinan väestöstä. Näistä sata potilasta oli geriatrisia potilaita, jotka eivät olleet mukana toiminnan käynnistyksessä. Potilaille määrättiin oma hoitaja-lääkärityöpari, jonka tehtävänä oli toteuttaa potilaan kanssa yhdessä hoitosuunnitelma ja jatkaa potilaan hoitoa hoitosuunnitelman mukaisesti. Projektin onnistumisen arviointi oli heikkoa ja mallin toimivuuteen ei oltu tyytyväisiä sen kuormittavuuden vuoksi. Kokemusten mukaan liian iso määrä paljon palveluita käyttäviä potilaita kaatui hoitajien ja lääkärin vastuulle samaan aikaan. Implementoinnin jälkeen mallia ovat käyttäneet lähinnä ne hoitajat ja lääkärit, jotka ovat edelleen työporeja kehittämisprojektin ajalta, näitä työporeja on jäljellä vain muutamia. Hoitosuunnitelmakaavakkeen käyttö on jäänyt sen monimutkaisuuden vuoksi ja koska kaavake ei ole integroitu kanta-arkiston

näkymään. Tämä edellisestä projektista saatu tieto on arvokasta, uutta toimintamallia suunnitellessa.

## 2.2 Toimintaympäristö ja projektiorganisaatio

Kaarinan kaupungin terveysaseman palvelut järjestetään kolmella terveysasemalla: Kaarinan pääterveysasemalla sekä Piikkiön ja Littoisten sivutoimipisteillä. Pääterveysasemalla toimii lääkäreiden ja sairaanhoitajien vastaanottojen lisäksi päivystys virka-ajalla sekä covid19-pandemian myötä on avattu erillinen infektio- ja poliklinikka. Sairaanhoitajien työnkuva on vaihteleva ja työhön kuuluu päivystystä, sairaanhoitajan kiireetöntä vastaanottoa, akuuttivastaanottoa ja hoidon tarpeen arviota sekä puhelimesta että sairaanhoidon neuvonnassa. Lisäksi sairaanhoitajat hoitavat varasto- ja lääketilaukset sekä toimivat toimenpideavustuksissa. Pääterveysasemalla palvelee hammashuolto, fysioterapia, diabetesvastaanotto, mielenterveys- ja päihdepalvelut, sosiaaliohjaaja sekä oma laboratorio ja röntgen. Yleislääkäreiden ja yleislääketieteen erikoislääkäreiden lisäksi kunnalla on oma lastenlääkäri sekä geriatri. Geriatri toimii terveyskeskusosastojen ylilääkärinä, mutta pitää vastaanottoa myös avosairaanhoidon potilaille ja on lisäksi konsultoitavissa. Ostopalvelulääkärit, kuten neurologi ja korvalääkäri, ottavat vastaan myös pääterveysasemalla.

Projektiorganisaation perinteisessä mallissa toimii projektin ohjaus/ johtoryhmä (3–6 hlöä), projektiryhmä (3–6 hlöä), sekä projektin vetäjä, joka toimii ohjausryhmän jäsenenä. Myös muut sidosryhmät, kuten asiakkaat ja työntekijät, huomioidaan onnistuneessa projektissa ja osallistaminen sekä tiedottaminen asioista ajantasaisesti edistävät projektin onnistumista. (Paasivaara ym. 2008, 116–117.)

Tässä kehittämissuunnitelmassa projektipäällikkönä toimi allekirjoittanut. Opinnäytetyön ohjausryhmään on ollut osallisena avosairaanhoidon osastonhoitaja, ylilääkäri, hallintoylilääkäri ja tutor- opettaja. Ohjausryhmä on toteutunut vaihtelevalla osallistujamäärällä. Itse projektiryhmä rekrytoitiin

sähköpostilla tammi–helmikuussa 2021. Sähköpostissa esiteltiin opinnäytetyötä ja sen tarkoitusta ja se lähetettiin koko avosairaanhoidon henkilöstölle. Kehittämiprojektista tiedotettiin yleisesti yhteiskokouksissa jo syksyn 2020 aikana useita kertoja.

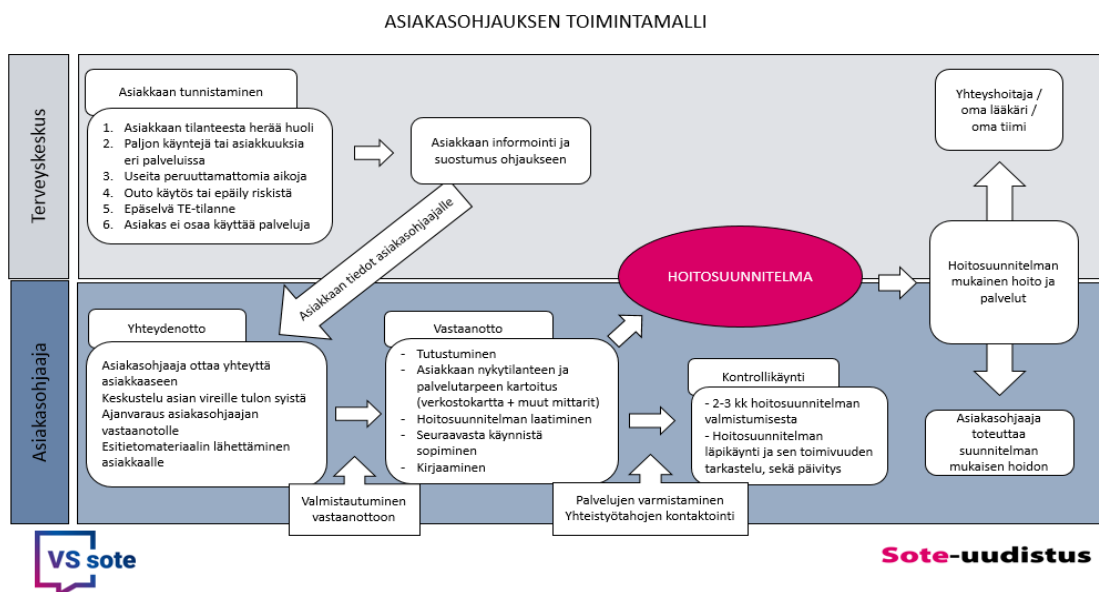
Projektiryhmä täyttyi vapaaehtoisista nopeasti, kahden viikon sisällä rekrytoinnista. Halukkaita otettiin mukaan kymmenen ensimmäistä ilmoittautumisjärjestyksessä. Projektiryhmässä mukana oli avosairaanhoidon vastaanoton kolme sairaanhoitajaa, joista yhdellä on lääkkeenmääräämisoikeus ja yhdellä muistihoitajan opinnot lähes valmiina. Lisäksi ryhmään osallistui avosairaanhoidon ylilääkäri, sosiaaliohjaaja, fysioterapeutti, sairaanhoitaja mielenterveys- ja päihdepalveluista ja kaksi lääkäriä (yleislääkäri ja yleislääketieteen erikoislääkäri), kuntoutusohjaaja sekä kotiutushoitaja terveyskeskuksen vuodeosastolta.

### 2.3 Kaarinan terveysasema mukaan Sote-hankkeen asiakasohjauksen pilotointiin

Tammikuussa 2021 Varsinais-Suomen tulevaisuuden Sote-hanke haki kuntia mukaan kehittämistyöhön. Hankkeessa yhtenä osahankkeena on asiakas- ja palveluohjauksen sekä etäpalvelujen kehittäminen ja tähän hankkeeseen sisältyy henkilökohtaisen asiakasohjauksen tuotannollinen pilotointi terveyskeskuksissa. Kaarinan terveyskeskus pääsi mukaan tähän pilottiin. Koska tämän kehittämiprojektin projektipäällikkö oli jo alkanut työstää samaa aihetta kirjallisuuskatsauksen parissa ja kehittämiprojektin suunnitelma oli jo valmis, valittiin allekirjoittanut asiakasohjaajaksi tähän Sote-hankkeen pilottiin. Työ asiakasohjaajana alkoi helmikuussa 2021.

Hankkeen asiakasohjauspilotin tavoitteena on pilotoida asiakasohjausmalli, joka tuottaa asiakkaalle sujuvat, oikea-aikaiset ja tarpeelliset palvelut, jotka mahdollistavat asiakkaan selviytymisen omia voimavarojaan käyttäen. Tavoitteena on myös kehittää yhteistyötä sosiaali- ja terveystieteiden sekä organisaatioiden välillä sekä tasapainottaa palvelujen painopistettä ja resurssien

käyttöä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. (VS-sotehankkeet.) Tavoitteet sekä hankkeen pilotissa että tässä kehittämisprojektissa ovat hyvin samankaltaisia. Koska kohdeorganisaation hankepilotissa toimiva asiakasohjaaja (kehittämisprojektin projektipäällikkö) toteuttaa kehittämisprojektiaan saman aikaisesti, täydentävät nämä toinen toistaan. Hankkeen tuottama asiakasohjauksen prosessi on kuvattu hankkeessa yksityiskohtaisesti. Prosessissa keskiössä on asiakkaan tunnistaminen, kuunteleminen ja oikeiden palvelutarpeiden selvittäminen. Asiakasohjaajan tehtävä on toimia hoidon koordinaattorina ja rinnalla kulkijana siihen saakka, kunnes terveys- ja hoitosuunnitelma on valmis. Asiakkaan omat voimavarat ja olemassa olevat verkostot kartoitetaan ja huomioidaan tarkasti. Asiakasohjauspilotin projektipäällikkö on tehnyt prosessista kuvan, joka havainnollistaa hyvin koko prosessia (Kuva 1.).



Kuva 1. Asiakasohjauksen toimintamalli (Kirjonen 2021).

## 2.4 Kehittämisprojektin tavoite, tarkoitus ja tuotos

Kehittämisprojektin tarkoituksena on ollut tuottaa Kaarinan terveysasemalle toimintamalli paljon palveluita käyttävien potilaiden hoitamiseksi moniammatillista yhteistyötä hyödyntäen. Tavoitteena on ollut paljon palveluita

käyttävien potilaiden haltuun otto, potilaslähtöisen hoidon järjestäminen moniammatillisesti sekä hoidon jatkuvuuden turvaaminen tälle potilasryhmälle. Tämän kehittämisprojektin tuotos on paljon palveluita käyttävien potilaiden haltuun oton toimintamalli, moniammatillista yhteistyötä hyödyntäen.

### 3 Toiminnallinen kehittämisprojekti kehittämisen muotona

Kehittämisen menetelmiksi muodostui benchmarking ja työpajatyöskentely. Sekä työpajatoiminnassa että benchmarking-menetelmän käytössä noudatetaan yleisiä ammattieettisiä periaatteita eli toimitaan avoimesti ja luottamuksellisesti. (Toikko & Rantanen 2009, 128–129.) Toimiessa tulee varmistaa lupa informaation keräämiseen sekä omasta organisaatiosta, että benchmarkkohteena olevasta organisaatiosta. Saatua tietoa levitetään eteenpäin vain, jos siihen on annettu lupa. Kohteen tietoja ei myöskään julkaista ilman lupaa. (Tuominen 2016.) Yleensä kehittämistoiminnalla pyritään positiivisiin tuloksiin, mutta raportoinnissa tulisi tuoda ilmi myös epävarmuustekijöitä tai ristiriitoja. Asioiden kyseenalaistaminen sitä vaadittaessa kuuluu myös hyvään ammattietiikkaan. (Toikko & Rantanen 2009, 128–129.)

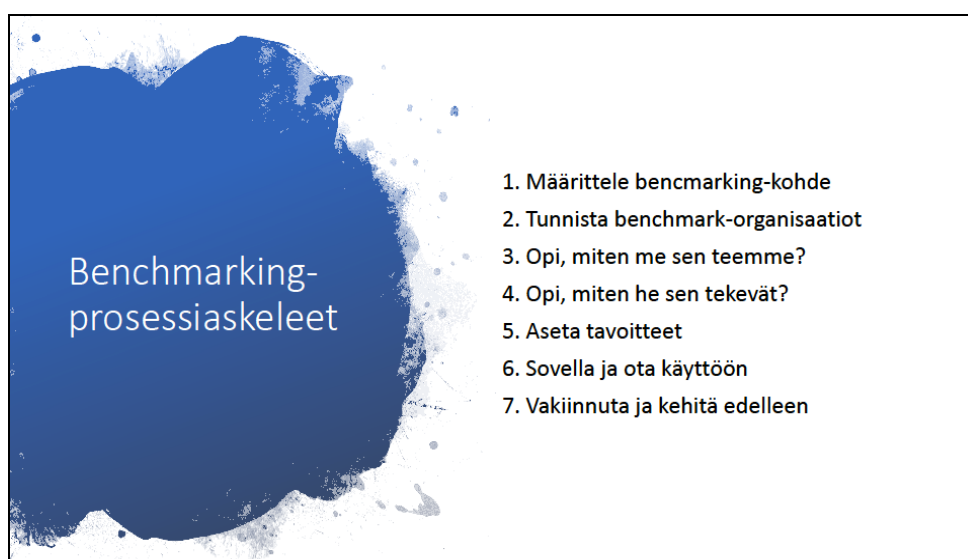
#### 3.1 Benchmarking

Benchmarking eli esikuva-analyysi on oman toiminnan vertaamista toisen toimintaan. Benchmarkingissa kyseenalaistetaan omaa toimintaa ja opitaan toisilta, yleensä parhaalta mahdolliselta esikuvalta. Menetelmällä kehitetään usein laatujärjestelmiä sekä prosesseja. (Salonen ym. 2017, 63.) Kehittäminen benchmarking-tekniikkaa käyttäen tukee terveydenhuollon laadun, kustannusten ja vaikuttavuuden seurantaa. Vertailu myös lisää läpinäkyvyyttä ja yhtenäistää hoitokäytäntöjä. (Perälä ym. 2007, 3.)

Kohdeorganisaatiossa on aiheeseen liittyen tehty aiemminkin projekti, mutta epäonnistuttu implementoinnissa pilotoinnin jälkeen. Benchmarking on oiva tapa saada tietoa, mitä muualla tehdään toisin, ja mitä me voisimme heiltä oppia. Kirjallisuuskatsauksen pohjalta tiedetään, että Suomessa on lukuisia terveyskeskuksia/asemia, joissa on käytössä toimintamalli paljon palveluita käyttäviä potilaita varten ja asiakasvastaavatoiminta on vahvasti mukana näissä toimintamalleissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon hankeraporteista voidaan poimia

terveyskeskuksia, joissa toiminnan kehittämiseen on panostettu ja implementoitu onnistuneesti toimintamalli, joka palvelee paljon palveluita käyttäviä potilaita ja heidän hoitoonsa osallistuvia ammattilaisia.

Kari Tuominen (2016) on teoksessaan myös eritellyt benchmark-prosessin eri vaiheet seikkaperäisesti ja selkeästi. Benchmarking-prosessi voidaan jakaa seitsemään eri vaiheeseen, jotka auttavat prosessin läpiviemisessä. (Tuominen 2016, 6) (kuva 2.)



Kuva 2. Benchmarking prosessiaskleet (Tuominen 2016, muokannut Korpisalo 2020.)

### 3.2 Työpajatyöskentely

Työpajatyöskentelyssä projektipäällikkö saattaa projektin osalliset (yleensä projektiryhmä) yhteistoimintaan erilaisin vuorovaikutuksellisin menetelmin ja välinein. Tarkoituksena on saada aikaan keskustelua ja toimintaa, jossa jaetaan mielipiteitä, ajatuksia, tietoa ja ideoita sekä näkemyksiä projektin aiheeseen liittyen. (Salonen ym. 2017, 63.)

Tässä projektissa työpajatyöskentelyyn osallistui projektiryhmä, jonka kanssa työstimme uutta toimintamallia benchmarkkauksesta saamamme tiedon ja kirjallisuuskatsauksen pohjalta nykyisessä toimintaympäristössä.

## 4 Kehittämiprojektin teoreettinen viitekehys

Kirjallisuushakua opinnäytetyöhöni olen tehnyt sekä ulkomaisista että kotimaisista tietokannoista. Mukana on kirjoja, erilaisten kehittämissuunnitelmien, hankkeiden ja tutkimusten raportteja sekä artikkeleita näistä, väitöskirjoja ja muutama pro gradu- työ, aiheidensa täsmällisyyden vuoksi. Cinahl complete, Medic, kotimainen artikkelitietokanta Arto ja Julkari olivat tietokannoista täsmällisimpiä hakuihini liittyen. Muutamissa hauissani oli toisen asteen lähteitä, joita halusin käyttää ja nämä löytyivät parhaiten Google Scholarista. Haut rajoittuivat suurimmaksi osaksi vertaisarvioituihin ja verkosta saatavilla oleviin lähteisiin. Suurimmaksi osaksi haut ovat rajattu myös perusterveydenhuoltoa koskeviksi.

Lähteiden haussa käytin seuraavia sanoja: työparimalli, asiakasvastaava, terveyshyötymalli, sairaanhoitajan vastaanotto, hoitosuunnitelma ja moniammatillinen tiimityö/yhteistyö. Englanninkielisiä hakusanoja olivat chronic care model, high need high cost patient ja interprofessional collaboration.

### 4.1 Terveysasemat perusterveydenhuollon palveluiden tuottajana

Suomalaisten perusterveydenhuollosta huolehtivilla terveyskeskuksilla on ollut merkittävä rooli potilaan terveyden edistäjänä ja sairauksien hoitajana 1970-luvulta lähtien, jolloin terveyskeskukset perustettiin. Perusterveydenhuolto Suomessa järjestetään terveydenhuoltolakiin perustuen. Laki käsittää sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon. Terveydenhuoltolakia sovelletaan kansanterveyslaissa, johon perustuen kuntien perusterveydenhuolto eli kansanterveystyö järjestetään. Kansanterveystyön tehtävänä on edistää yksilön, väestön ja elinympäristön terveyttä, ehkäistä tapaturmia ja sairauksia sekä tarjota sairaanhoitopalvelut. (Kansanterveyslaki 66/1972; Terveydenhuoltolaki 1320/2010). Viime vuosikymmeninä perusterveydenhuoltoa ja terveyskeskuksia Suomessa on kehitetty lukuisten eri hankkeiden ja kehittämissuunnitelmien avulla, kuten Kaste- ja Potku-hankkeet, Rampe-hanke sekä

Toimiva terveyskeskus-ohjelma, joiden tavoitteena on parantaa kansalaisten terveyspalveluja perusterveydenhuollossa. (THL 2020).

#### 4.1.1 Sote-uudistus lyhyesti

Tällä hetkellä Suomessa eletään murroksen vaihetta sosiaali- ja terveyspalveluissa. Suomessa tarvitaan entistä enemmän sosiaali- ja terveyspalveluita, koska väestö ikääntyy nopeasti. Syntyvyyden lasku vähentää työikäisten määrää ja sen myötä myös verotuloja. Väestö ei saa yhdenvertaisesti sosiaali- ja terveyspalveluja, hoitoon ja palveluihin pääsyä joutuu odottamaan ja palvelupolku voi olla katkonainen. (Sote-uudistus 2020). Palveluiden kuvataan olevan hajanaisia ja pirstaleisia, asiakasta pompotellaan ja luukutetaan, jonka lisäksi palvelut ovat huonosti koordinoituja (Helminen & Armanto 2017, 14). Näihin asioihin pyritään vaikuttamaan sote-uudistuksen avulla, jonka on määrä astua käytäntöön kunnissa vuoden 2023 alusta. Sote-uudistuksella pyritään hillitsemään kustannusten kasvua ja varmistamaan yhdenvertaiset sosiaali- ja terveyspalvelut koko väestölle. Näiden tavoitteiden toteutumista pyritään edistämään siirtämällä painopiste perusterveydenhuollossa oikea-aikaiseen, yksilölliseen hoitoon, oikean ammattilaisen luona. Lisäksi panostetaan ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen ongelmien tunnistamiseen perusterveydenhuollossa, josta hyötyvät sekä potilas että ammattilainen. Näillä edellä mainituilla muutoksilla pyritään vähentämään myös erikoissairaanhoidon kuluja. (Sote-uudistus 2020). Sote-uudistuksen tueksi Sosiaali- ja terveysministeriö on käynnistänyt tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman, yhteistyössä terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa. Ohjelma toteutetaan vuosina 2020–2022. Ohjelma pitää sisällään monia hankkeita, joiden yhteisenä päämääränä on toimivat ja asiakaslähtöiset sosiaali- ja terveyspalvelut Suomessa. (THL 2020.)

#### 4.1.2 Terveysasemien toimintakäytännöt ja niiden haasteet Suomessa

Avosairaanhoidon ja terveysasemien palveluiden järjestely sekä toimintakäytännöt ovat hyvin monenkirjavia Suomessa. Yleisimpiä työn organisoinnin malleja terveysasemilla ovat tiimityömalli, pienaluemalli, klinisiin vastuualueisiin perustuva malli ja asiakkaiden segmentointiin perustuva malli sekä lääkäri-hoitajatyöparimalli. Lisäksi terveysasemilla esiintyy useita eri variaatioita näistä työn organisointimalleista. Näiden työn organisoinnin mallien lisäksi yli puolella terveysasemista on nimetty omalääkäri tai/ja omahoitaja osalle potilaista. Omahoitajan ja/tai lääkärin valinta tapahtuu asiakkaan oman valinnan, sukunimen tai osoitteen mukaan riippuen terveysasemasta, jolloin puhutaan yleisesti listautumismallista. Useimmiten omahoitaja ja/tai omalääkäri valitaan kuitenkin asiakkaan palvelutarpeen mukaan eli pitkäaikaissairaille ja paljon palveluja käyttäville asiakkaille. (Syrjä ym. 2020.) Merkittäviä kansantauteja sairastavilla (diabetes, astma, reuma ja sydänsairaudet) on yleisemmin omahoitaja sekä lääkäri; kuitenkin lääkäri on määrätty vain noin ¼ osalle näistä potilaista, mutta omahoitaja sen sijaan on 60 prosentilla merkittäviä kansansairauksia sairastavista potilaista (Syrjä ym. 2019).

Lääkäri-hoitajatyöparimalli on käytetyin työn organisoinnin malli Suomessa ja se on valittu toimintatavaksi lähes puolella terveysasemista (Syrjä ym. 2020). Eija Peltonen (2009) on väitöskirjassaan tutkinut työn organisointimalleista lääkäri-hoitajatyöparimallia ja tiimityömallia. Molemmissa toimintamalleissa on olennaista tiivis yhteistyö lääkärin ja hoitajan välillä, mutta myös hoitajan laajan tehtäväkuvan edellyttämä jatkuva kehittyminen ja kouluttautuminen. Tärkeää on laatia kansallisista hoitosuosituksista terveyskeskuksiin omat sovellukset paikallisella tasolla, jotka ohjaavat toimintaa ja työnjakoa. (Peltonen 2009, 183–186).

Lääkäri–hoitajatyöparien tuntiessa väestönsä ja toistensa työtavat, väestön hoitoon pääsy on joustavaa ja terveysneuvonta on asiakaslähtöistä sekä tehokasta. Hoitajan, lääkärin ja potilaan kiinteä yhteistyö edesauttaa potilaan hoitoon sitoutumista. Hoitajavastaanottojen myötä lääkäriaikojen saatavuus

paranee. Lääkäreiden ja hoitajien keskinäinen konsultointi sallii moniammatillisten erityistaitojen jakamisen. Lääkärit pystyvät hoitamaan paljon asioita etäkonsultoinnin turvin yhdessä hoitajan kanssa. Hoitajien tekemä hoidon tarpeen arvio varmistaa sen, että lääkäreiden vastaanotoille valikoituvat vain ne potilaat, jotka lääkärin vastaanottoa tarvitsevat. Lääkärin työparihoitaja voi vastata pitkäaikaissairauksia sairastavien potilaiden määrääkaikeurannoista, kun seurannasta on sovittu yhdessä työparilääkärin kanssa. Hoitajien vastaanottotoiminta pitkäaikaissairaiden kohdalla vähentää lääkäriresurssin tarvetta. Näin lääkärin aikoja säästyy niille potilaille, jotka hoitoa tarvitsevat. Tehokas työparitoiminta pitkäaikaissairauksien hoidossa vähentää myös näiden potilaiden päivystysvastaanottokäyntejä. (Peltonen 2009, 127).

Henkilökunnan vaihtuvuuden vuoksi esimerkiksi omahoitajan tai omalääkärin määrittäminen voi olla haasteellista. Erityisesti koulutusvaiheessa olevien nuorten lääkäreiden määrä on suuri terveysasemilla, jonka vuoksi lääkärit terveysasemilla vaihtuvat tiuhaan. (Syrjä ym. 2020.) Työn organisointi hoitaja–lääkäriyöparimallin avulla voi aiheuttaa työn keskeytyksiä useita kertoja päivän aikana varsinkin lääkärille. Keskeytykset heikentävät työn tehokkuutta ja turvallista toteuttamista. Hoitaja–lääkäriyöparimallin yleistyessä tulisikin kiinnittää huomiota ”hiljaisen työajan” järjestämiseen työpäivän aikana. (Lämsä ym. 2016.) Työprosessien hajanaisuus voi olla myös osa syy henkilökunnan vaihtuvuuteen. Tästä muodostuu oravanpyörä, josta poispääsyä tulisi etsiä vakauttamalla työn organisointia asiakkaan palvelutarpeita vastaavaksi. (Syrjä ym. 2020.)

Lääkäri- ja muiden asiantuntijoiden pula on yhtenä syynä vastaanottoaikojen huonoon saatavuuteen, mutta myös muita syitä löytyy suomalaisesta avosairaanhoidosta. Tietojärjestelmissä ja niiden tekniikoissa on ongelmia ja haasteita. Muita haasteita ovat mm. asiakasymmärryksen vaje ja organisaatiokeskeinen toiminta, yli terveyskeskusrajojen ulottuvien toimintamallien puuttuminen ja palveluohjauksen sekä palvelupolkujen epäselvyys. Myös muutosvastaisuus, huono tiedottaminen, kehittämisen sirpaleisuus, paikallisuus ja koordinoimattomuus, sekä kuntien kiristynvä talous

ovat sidoksissa palveluiden huonoon tai epätasa-arvoiseen saatavuuteen (Koivisto ym.2020.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen teettämän kyselyn (Terveysaseman hoidon laatu: potilaan näkökulma) pohjalta on tutkittu suomalaisten potilastyytyväisyyttä terveysasemien palveluihin. Laajamittaisen aineiston (vastauksia 8128) pohjalta voidaan todeta, että Suomessa potilaat ovat keskimäärin tyytyväisiä terveysasemien palveluihin. Hoitosuunnitelman puuttuminen ja lääkärin jatkuva vaihtuminen kuitenkin heikentävät potilastyytyväisyyttä terveysaseman palveluissa ja ovat asioita, joihin tulisi pyrkiä vaikuttamaan terveysasemien toiminnassa ja sen organisoinnissa. (Vehko ym. 2016.) Erilaiset toimintamallien muutokset edellyttävät pitkäjänteistä, harkittua ja perusteltua kehittämistyötä. Niihin tarvitaan selkeät linjaukset ja johdon tuki, työntekijöiden osallistamista ja erityisesti toimijoiden sitoutumista ja usein myös erillisiä resursseja toiminnan kehittämiseksi. (Koivisto & Tiirinki 2020.)

#### 4.1.3 Paljon palveluita käyttävä potilas avosairaanhoidossa

Paljon palveluja tarvitsevat terveydenhuollon asiakkaat ovat keskeinen asiakasryhmä, kun sote-järjestelmäämme uudistetaan asiakaslähtöiseksi, vaikuttavaksi ja kustannustehokkaaksi. Paljon palveluja käyttävistä asiakkaista ja heidän palveluistaan on kuitenkin vielä varsin vähän tutkittua tietoa. Tutkimusta on tehty lähinnä ammattilaisten monialaisen yhteistyön näkökulmasta sosiaali- ja terveyspalveluissa, potilaan kokemuksia tai näkökulmaa on tutkittu vielä verraten vähän. (Hujala ym. 2019.) Suomessa paljon palveluita tarvitsevia potilaita on noin kymmenen prosenttia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaista ja he käyttävät palveluista noin 80 prosenttia. Tähän haasteeseen on pyritty luomaan ratkaisua terveyshyötymallin avulla sekä asiakasvastaavatoiminnalla, joista kokemukset ovat hyviä sekä asiakkaan että ammattilaisen näkökulmasta. (Korhonen ym. 2016.) Suomessa terveydenhuollon asiantuntijat jakavat paljon palveluita käyttävät potilaat myös kahteen seuraavaan eri tyyppiin: potilas, joka hakeutuu palveluihin ja hyötyy niistä ja toinen on potilas, joka hakeutuu palveluihin toistuvasti, mutta ei hyödy palveluista juurikaan. Pitkäaikais- ja monisaira

yleensä hyötyvät saamistaan palveluista. (Martikka & Männikkö 2017.) Sosiaaliset ongelmat ja mielenterveysongelmat, kuten ahdistuneisuus ja masennus lisäävät myös huomattavasti palveluiden tarvetta ja aiheuttavat suurkäyttöä (Nyman & Jäppinen 2015).

Amerikassa Bodenheimer ym. (2002) ovat jakaneet potilaat kolmiportaiseen kaavioon palvelun tarpeen mukaan (ks. Nurmela 2015, 6). Noin 70–80 prosentilla potilaista omahoito toteutuu vähäisellä ammattilaisten tuella. Viidesosalla potilaista (n. 20 %) komplikaatioiden riski on korkea, sairaudet ovat huonossa tasapainossa ja heidän omahoitonsa toteutumisessa tarvitaan enemmän ammattilaisten tukea. Pitkäaikaisia sairauksia sairastavista henkilöistä pieni osa (n. 2–5 %) on monisairaita ja/tai paljon palveluja tarvitsevia asiakkaita. (Bodenheimer 2002, Nurmelan 2015, 6 mukaan.) Englannissa n. 2–5 % pitkäaikaisia sairauksia sairastavista henkilöistä on paljon palvelua tarvitsevia potilaita, joille tulisi järjestää moniammatillinen hoitotiimi ja/tai asiakasvastaava (Muurinen & Mäntyranta 2011).

Potilailla Suomessa ja maailmalla on todettu olevan monia yhdistäviä tekijöitä liittyen terveystalouden suurkäyttöön. Suomessa tästä potilasryhmästä puhutaan suurelta osin paljon terveystaloutta käyttävästä potilaasta/asiakkaasta, kun taas englannin kielen vastine on ”high-need, high-cost patients” eli HNHC patient. Useissa tutkimuksissa suurkäyttö on yhdistetty naissukupuoleen ja ikääntyneisiin henkilöihin. (Nyman & Jäppinen 2015; Smeets ym. 2020.) Muita yhdistäviä tekijöitä ovat krooniset sairaudet, kuten sydän- ja verenkiertoelinten sairaudet, hengityselinten sairaudet ja ruuansulatuselinten sairaudet. Tuki- ja liikuntaelinten aiheuttamat kivut ja toimintakyvyn heikkeneminen ovat myös kytköksissä terveystalouden suurkäyttöön. Valtakunnallisissa ja kansainvälisissä tutkimuksissa terveydenhuollon suurkäytön alarajaksi on asetettu 5–11 käyntiä per vuosi/potilas. Suurkäytön määrittelytavasta ja siitä mitkä tekijät ovat siihen yhteydessä riippuu, kuinka paljon suurkäyttöä esiintyy. (Nyman & Jäppinen 2015.)

Suomessa monialaisia palveluja tarvitseva potilas tunnistetaan tyypillisimmin tilanteessa, jossa potilaan käyntimäärät ovat koholla tai ammattilaisella herää

huoli asiakkaan tilanteesta (Koivisto & Tiirinki 2020). Epäilty mielenterveyshäiriö, aggressiivisuus, toistuvat sairauslomamat ja käyntien sekä varausten lukumäärä voivat toimia herätteinä ammattilaiselle (Liljamo 2017). Tunnistamisen keinoja ovat myös yksittäiset mittarit ja indikaattorit, joiden avulla voidaan selvittää esim. vastaanotolla asiakkaan tilannetta. Asiakkaita segmentoidaan myös tietojärjestelmiä hyödyntävillä keinoilla sekä työnjaon toimintamalleilla, kuten erilaisilla moniammatillisilla tiimeillä. Palveluohjaaja tai muu erikseen nimetty vastuhenkilö organisaatiossa voi myös tunnistaa monialaisten palveluiden tarpeen. (Koivisto & Tiirinki 2020.)

#### 4.2 Terveysyhyötymalli viitekehyksenä paljon palveluita käyttävien potilaiden hoidossa

Terveysyhyötymalli, chronic care model, on Amerikassa kehitetty viitekehys pitkäaikaissairaiden perusterveydenhuollon palveluiden parantamiseksi ja hoidon kehittämiseksi. Terveysyhyötymallin tavoitteena on saada potilas aktivoitumaan paremmin omahoitoon, sairauskeskeisestä hoidosta siirrytään samalla potilaslähtöiseen, kokonaisvaltaiseen ja suunnitelmalliseen hoitoon. Suomessa terveysyhyötymalli otettiin käyttöön osana toimiva terveyskeskusohjelmaa, Potku -hankkeessa. Terveysyhyötymalli koostuu kuudesta eri osa-alueesta: omahoidon tuki, päätöksen tuki, palveluvalikoima, kliiniset tietojärjestelmät ja palvelun tuottajan sitoutuminen sekä ympäröivien yhteisöjen tuki. (Muurinen & Mäntyranta 2011, 3–6; Vehko ym. 2016; Innokylä)

**Päätöksen tuella** tarkoitetaan päätösten tekemisen konkreettista tukea, näyttöön ja tutkimukseen perustuvaa tietoa potilaan hoidon suunnittelun ja toteutuksen perustana. Suomessa tähän tarkoitukseen on kehitetty kansalliset Käypä hoito -suositukset, joista on saatavilla ammattilaisille tarkoitettua version lisäksi myös potilaiden käyttöön tarkoitettua materiaalia, potilaiden omahoidon tueksi. **Palveluvalikoima**-käsitteen alle osoitetaan potilaan tarvitsemat eri ammattilaisten palvelut. Potilaan hoidon tarve, tavoitteet ja keinot määritellään ja jaetaan hoitoon osallistuvien vastuut. Hoidon seuranta on myös tärkeä osa potilaan hoitoa. Tämän kokonaisvaltaisen hoidon koordinointiin voidaan käyttää

case manageria eli asiakasvastaavaa, joka huolehtii moniammatillisen työn toteutumisesta potilaan hoidossa. **Kliiniset tietojärjestelmät ja tiedon tehokäyttö** on potilaiden tunnistamista sairaustiedoista esimerkiksi paljon palveluita käyttävien potilaiden seulominen useiden terveysriskien perusteella. Tietojärjestelmät mahdollistavat terveysriskien, hoidon tulosten ja tavoitteiden luotettavan raportoinnin ja mittaamisen. Myös **omahoito** on tärkeässä roolissa terveyshyötymallissa ja ammattilainen toimii potilaan omahoidon tärkeänä tukijana. Omahoidossa potilas asettaa itse tavoitteita ja keinoja hoidolle, ammattilaisen tarjoamalla tuella. Terveys- ja hoitosuunnitelma on tärkeässä roolissa hoidon suunnittelussa ja toteutumisessa. **Ympäröivien yhteisöjen tuella** tarkoitetaan potilaan hoitoon osallistuvaa moniammatillista ja monialaista ammattilaisten joukkoa, jotka toimivat potilaan kokonaisvaltaisen hoidon toteutumiseksi. **Palveluiden tuottajan sitoutuminen** on organisaation johdon sitoutumista paljon palveluita tarvitsevien potilaiden hoidon kehittämiseen ja vaatii johdolta näkyvää tukea kaikilla toiminnan tasoilla. (Innokylä)

Organisaatioissa, joissa käytetään terveyshyötymallia, panostetaan henkilökunnan osaamiseen. Jotta hoidon tuloksellisuutta voidaan parantaa, henkilökunnan tulee osata tehokkaasti hyödyntää tietojärjestelmiä ja näyttöön perustuvan tiedon hyödyntämistä työssään. (Ovaskainen ym. 2016.) Sähköisiä työkaluja on kartoitettu monipuolisesti terveyshyötymallia soveltaen sekä potilaan että ammattilaisten näkökulmasta. Erialaisten e-terveyspalveluiden käytön lisääntyminen osana potilaan hoitoa on merkittävässä roolissa lähitulevaisuudessa. Erityisesti omahoidon tuen välineitä on tarjolla monissa e-terveyspalveluissa ja niiden käyttöä tulisi hyödyntää omahoidon tehostamiseksi. (Gee 2015.)

Moniammatillinen yhteistyö sekä yksilöllinen potilasohjaus ovat tärkeitä osaamisen alueita, joita tulee myös kehittää terveyshyötymallin viitekehyksessä. Eri alojen asiantuntijoiden osaamisen hyödyntäminen tähtää potilaiden kustannustehokkaaseen ja kokonaisvaltaiseen hoitoon. (Ovaskainen ym. 2016.) Siirtyminen sairauslähtöisestä hoidosta potilaslähtöiseen hoitoon ja terveyshyötymallin käyttöön vaatii toteutuakseen kaikkien terveyshyötymallin

komponenttien käyttöä. Terveysyötymallin implementointi tarkoittaa yleensä käytännössä myös koko organisaatiokulttuurin muutosta, jonka edellytyksenä on avoin asenne muutokseen, hyvät vuorovaikutustaidot ja luottamus koko organisaation kesken. (Kadu 2015.) Myös Renata Josi ja kumppanit (2020) ovat todenneet, että uusien terveydenhuollon työn organisointimallien implementoinnissa moniammatillisella yhteistyöllä on vaikuttava merkitys implementoinnin onnistumiselle. Roolijako työssä, toisen työn tuntemus, yhteistyön johtajuus ja kommunikointi ammattilaisten välillä sekä ryhmädynamiikka ovat tärkeitä asioita, kun uusia malleja jalkautetaan käytännön työhön. (Josi ym 2020.)

#### 4.2.1 Moniammatillinen yhteistyö

Sosiaali- ja terveystalveluiden integraatiossa ammattilaisiin kohdistuu uusia osaamisen vaatimuksia ja moniammatillinen työskentely lisääntyy lähitulevaisuudessa. Substanssiosaamisen rinnalla korostuvat muutosta tukeva yleinen osaaminen, työyhteisötaidot sekä työyhteisön toimivuutta ja tuottavuutta vahvistavat alataidot, jotka ovat edellytys moniammatillisen työn onnistumiselle. Moniammatillinen toiminta vaatii rajojen rikkomista sekä yksilöiden että organisaatioiden tasolla. Moniammatillinen työ on kulttuuristen, rakenteellisten ja asenteellisten rajojen ylitystä sekä asiantuntijuuteen liittyvien rajojen ylitystä. Moniammatillisen työn tarkoitus on neuvotella riittävä yhteisymmärrys siitä, mikä on työprosessin tavoite, millä tavoin siihen pyritään ja kuka hoitaa asioita eteenpäin. (Mönkkönen ym. 2019, 29–38.)

Moniammatillinen työ on yhdessä tekemistä, jota voidaan opetella. Se vaatii avoimuutta, luottamusta ja hyvää vuorovaikutusta. Yhteistyön onnistumisen edellytyksenä on myös osallisten toimintatavat perustuen jakamiseen, kokeilemiseen, arviointiin ja kehittämiseen sekä uuden oppimiseen. (Helminen & Armanto 2017, 27.) Isoherranen (2012) on tutkiessaan moniammatillista yhteistyötä perehtynyt myös sen uhkiin ja mahdollisuuksiin. Keskeisiksi asioiksi yhteistyön sujumisen kannalta hän on nostanut jaetun johtajuuden, vuorovaikutuksen, vastuullisuuden ja luottamuksen. Luottamuksesta syntyy

turvallinen yhteistyöympäristö, jossa on helppo tehdä työtä. (Isoherranen 2012, 48–57.)

Uhkana moniammatillisen yhteistyön aikaansaamiselle, kuten muillekin organisaatiokulttuurien muutoksille, voi olla monia tekijöitä. Siihen voivat vaikuttaa työntekijän osallistumismahdollisuus, kommunikointi, tiedottaminen, johdon tuki ja pätevyys sekä muutoksesta odotetut seuraukset työnkuvassa. Aiemmin uhkakuvana organisaatiomuutokselle on pidetty yksilön tai organisaation muutosvastarintaa, mutta tästä käsitteestä ollaan siirtymässä enemmänkin muutoksen dynamiikkaa huomioivaan suuntaan. Muutosvastarintaa havaitessa on hyvä pysähtyä kuuntelemaan palautetta, joka voi sisältää muutoksen onnistumisen kannalta tärkeää informaatiota. Muutosvastarinta voi kuvastaa myös yksilön sitoutumista organisaatioon ja sen toimintatapoihin, joka on tärkeää muutoksen keskellä, esimerkiksi moniammatillista yhteistyötä aloittaessa. Muutosvastarintaa kohdatessaan myös muutoksen toteuttajat joutuvat pohtimaan muutoksen syitä, tavoitteita ja toteutusta ja perustelevaan niitä muutosta vastustaville. (Isoherranen 2012, 74–75.)

Moniammatillisen yhteistyön onnistumisen mahdollisuuksia parantaa oppiva organisaatio. Oppivalla/ älykkäällä organisaatiolla tarkoitetaan työyhteisöjä, joissa jatkuvasti lisätään omaa kykyä vastata tulevaisuuden haasteisiin. Oppiva organisaatio pystyy reagoimaan nopeasti työelämän vaativiin muutoksiin jakamalla kokemuksia, ajatusmalleja, tietoa ja osaamista toinen toisilleen. Oppiva organisaatio tarvitsee toimiakseen johtajan, joka mahdollistaa ympäristön, jossa on tilaa uusien ajattelu- ja toimintamallien syntyemiselle ja uusille innovaatioille. Johtajalla on myös iso rooli toimivan vuorovaikutuksen tukijana työyhteisössä. (Isoherranen ym. 2008, 148–160.) Moniammatillisen yhteistyön oppimista myös opintojen yhteydessä on tutkittu Suomessa ja tulokset tukevat kansainvälistä tutkimusta aiheesta. Moniammatillisen työn harjoittelua pidetään tärkeänä opintojen yhteydessä, ja sen on todettu parantavan opiskelijan kommunikointi- ja vuorovaikutustaitoja työelämässä tulevaisuudessa. (Tuomela ym. 2017, 275.) Terveystieteiden koulutukseen tulisikin sisältyä moniammatillisen osaamisen

oppimista ja asiantuntijan roolissa terveystieteen ammattilaisen tulee toimia myös muiden osaamisen täydentäjä, jolloin syntyy moniammatillista osaamisen jakamista (Helminen & Armanto 2017, 18). Luottamuksellinen ja voimaannuttava moniammatillinen yhteistyö vaikuttaa parhaimmillaan paljon palveluita tarvitsevan potilaan kokemaan hoitoon ja hoidon tuloksiin merkittävästi (McDonald ym.2012).

Paljon palveluja tarvitsevan asiakkaan vastaanotto toiminnan perustana tulisi olla moniammatillinen tiimi, jossa työskentelee vähintään lääkäri ja asiakasvastaava. Tiimissä voi työskennellä myös muita erikoistuneita hoitajia esim. diabeteshoitaja, astmahoitaja, depressiohoitaja ja/tai muistihoitaja. muita työpareja ja muita ammattilaisia (esim. ravitsemusterapeutti, lähihoitaja). Fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja ravitsemusterapeutti ym. terapeutit ohjaavat asiakkaita omaan alansa asioissa ja toimivat konsultoitavassa roolissa. Tuki- ja liikuntaelinsairauksia sairastavien potilaiden hoito voi olla myös näiden ko. terapeuttien vastuulla. Farmaseuttia voidaan konsultoida esim. lääkehoidon kokonaisarviosta ennen lääkärin tai hoitajan vastaanottokäyntiä. Tarvittaessa tiimissä on mukana myös sosiaalityöntekijä mahdollisuuksien mukaan. Kotihoito, erikoissairaanhoido ja kolmannen sektorin toimijat voivat olla myös moniammatillisen tiimin jäseniä, jos ne osallistuvat potilaan hoitoon tai konsultoinnin tarvetta ilmenee. (Muurinen & Mäntyranta 2011.)

Rautiainen ym. ovat raportissaan nostaneet esille esimerkin hyvästä suomalaisesta moniammatillisen yhteistyön kehittämisestä:

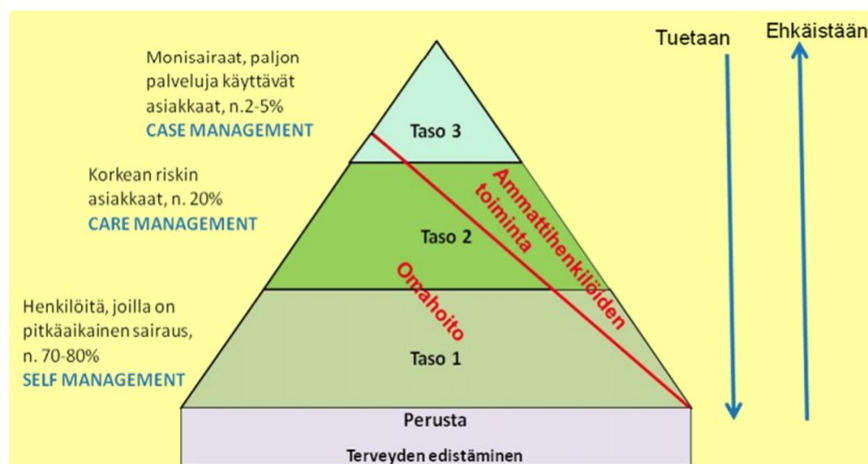
*Jyväskylän kaupungin Huhtasuon terveystieteen moniammatilliseen tiimiin kuuluvat sairaanhoitajan ja lääkärin ohella fysioterapeutti, sosiaaliohjaaja, psykologi, depressiohoitaja ja päihdehoitaja. Toimintatapaa muutettiin parantamalla hoidon tarpeen arviointia ja potilaiden itsehoidon tukemista, lisäämällä sairaanhoitajien vastuuta pitkäaikaissairaiden potilaiden hoitosuunnitelmien laatimisesta ja hoidosta, ottamalla käyttöön terveyshyötymalli sekä käynnistämällä moniammatillinen vastaanotto toiminta. Vastaanottoa pitävillä aluehoitajilla on vastuuväestö. Sairaanhoitajista osalla on lääkkeen määräämisoikeus. Vähäinen lääkäri työvoima kohdentuu lääkärin*

*ammattitaitoa vaativiin potilaisiin. Potilaat ohjataan hoidon tarpeen arvioinnin perusteella oikealle ammattihenkilölle. Uuden toimintamallin myötä hoitoon pääsy on parantunut, potilaiden itsehoito lisääntynyt ja kunkin ammattitaitoa käytetään tarkoituksenmukaisesti. Terveysshyötyä on osoitettu painon putoamisena, hoitotasapainon parantumisenä, päihteistä ja tupakasta luopumisena sekä oman elämän hallinnan, aktiivisuuden ja hyvinvoinnin kokemuksina. Suoritehinnat ovat edullisia muihin terveysasemiin verrattuina. Sairaanhoidajien kiinnostus ammattitaidon kehittämiseen ja ammatillisen osaamisen jakaminen ovat vahvistuneet. (Pekkilä 2015) (Rautiainen ym.)*

#### 4.2.2 Asiakasvastaava hoidon koordinaattorina

Asiakasvastaava (case manager) on keino parantaa paljon palveluita tarvitsevien potilaiden hoidon laatua ja saatavuutta terveyshyötymallin viitekehyksessä. Asiakasvastaavan mallintaminen suomalaiseen terveydenhuoltoon sopivaksi on tehty osana Toimiva terveyskeskus -hanketta. Yhteistyössä ovat olleet mukana THL, sosiaali- ja terveysministeriö ja sairaanhoitajaliitto sekä muita ammattiliittojen edustajia. (Muurinen & Mäntyranta 2011.) Suomen ensimmäinen asiakasvastaavakoulutus järjestettiin Metropolia amk:ssa vuosina 2013–2014. Ohella kehitettiin asiakasvastaavatoimintamalli kuuteen eri kuntaan ja vuonna 2014 ensimmäiset asiakasvastaavat aloittivat toimintansa. Yleisimmin asiakasvastaavana toimii sairaanhoitaja, terveydenhoitaja tai kättilö. (Korhonen ym. 2016.)

Asiakasvastaavat ovat vastuussa tason 3 (Kuva 3.) monisairaista tai/ja paljon terveydenhuollon palveluita tarvitsevien asiakkaiden hoidon toteutuksesta, seurannasta ja koordinoinnista (Nurmela 2015).



Kuva 3. Pitkäaikaissairaiden palvelukokonaisuus Kaiser Permanente Triangle (Bodenheimer ym. 2002) (Nurmela 2015).

Asiakasvastaavatoiminnan tavoitteena on tuottaa terveyshyötyä potilaalle, vahvistaa palveluiden potilaskeskeisyyttä ja lisätä terveyskeskuksen houkuttelevuutta työpaikkana. Asiakkaat on mahdollista tunnistaa aktiivisesti seulomalla heidät asiakastietojärjestelmästä tai potilaat ohjautuvat vastaanotolle esimerkiksi päivityksestä tai sosiaalityöntekijän ohjaamana. Asiakasvastaavan ensisijaisena tarkoituksena on potilaan omahoidon tukeminen ja seuranta. Tutkimusten järjestäminen, hoidon koordinointi ja muiden ammattilaisten konsultointi sekä hoitosuunnitelman tekeminen yhteistyössä muiden ammattilaisten kanssa kuuluvat asiakasvastaavan työnkuvaan. (Muurinen & Mäntyranta 2011.)

Sairaanhoitajat ovat terveydenhuollon suurin ammattiryhmä ja sen vuoksi heidän työpanoksensa sekä osaamisensa vaikuttavat merkittävästi hoitoon pääsyyn, toiminnan sujuvuuteen, terveystuloksiin ja kustannuksiin. Kliinisen hoitotyön erikoisosaamista tarvitaan tulevaisuudessa entistä enemmän, jotta voidaan vastata väestön terveystarpeisiin ja palvelurakennemuutosten tuomiin muutoksiin. (Rautiainen ym. 2016.) Hoitajavetoisuus pitkäaikaissairauksien hoidossa ja seurannassa voi tuottaa myös taloudellista säästöä. Etenkin vastaanottokäyntien hoitajavetoisuuden on todettu edistävän kustannustehokasta hoitoa. Pitkäaikaisista vaikutuksista kustannustehokkuuteen

ei kuitenkaan vielä ole tutkimustuloksia ja sitä olisi hyvä jatkossa tutkia. (Abraham ym. 2018.) Suomessa asiakasvastaavan mallia kehitettäessä kysyttiin myös asiakkaiden odotuksia toiminnasta ja toiminnan aloittamisen jälkeen myös asiakaskokemuksia. Kokemukset vastasivat paljolti odotuksia: Hoidon jatkuvuus, hoitoon pääsy ja omahoidon tuki paranivat asiakasvastaavatoiminnan myötä. (Korhonen ym. 2016.)

#### 4.2.3 Hoitosuunnitelma

Hoitosuunnitelman käytöstä Suomessa säädetään laissa ja asetuksissa. Terveysturvalaki, laki potilaan asemasta ja oikeuksista sekä sosiaali- ja terveysministeriön antama asetus potilasasiakirjoista velvoittavat, että kaikille pitkäaikaissairaille tulee tehdä hoitosuunnitelma. Vaikka hoitosuunnitelman käytöstä säädetään laissa, ei sen luomisen ajankohdasta tai päivittämisestä ja näiden asioiden valvonnasta ole säädetty erikseen. (Winell ym. 2019.)

Terveys- ja hoitosuunnitelman rakenteiseen kirjaamiseen perustuva versio luotiin Suomessa vuonna 2011, sosiaali- ja terveysministeriön rahoittaman HOISU-hankkeen toimesta, osana Potku-hanketta. Terveys- ja hoitosuunnitelma luotiin Duodecimin Päätöksentuki-hankkeesta saadun tuotoksen ”jatkohoidon suunnitelma” pohjalta. Alun perin jatkohoidon suunnitelma tehtiin prosessityökaluksi helpottamaan potilaan hoidon järjestelyä ja toteuttamista. (Komulainen ym. 2011, 9–11; Vehko ym. 2016.)

Vaikka hoitosuunnitelmasta on tutkitusti todettu olevan hyötyä potilaalle sekä ammattilaisille, vain puolelle pitkäaikaissairaista Suomessa on tehty hoitosuunnitelma. Valtaosa hoitosuunnitelmista on tehty potilaille, joilla perussairauksiin kuuluu diabetes, mutta vai 20 prosenttia heistä kertoo itse osallistuneensa hoitosuunnitelman tekoon. (Alahuhta & Niemelä 2017; Vehko ym. 2016.) Monissa muissa länsimaissa hoitosuunnitelmien tekeminen on vieläkin harvinaisempaa kuin Suomessa. Esimerkiksi Alankomaat on tehnyt laajamittaista tutkimusta hoitosuunnitelmien kattavuudesta perusterveydenhuollossa. Vain noin kymmenellä prosentilla

perusterveydenhuollon potilaista Alankomaissa, Norjassa ja Englannissa on hoitosuunnitelma. (Jansen ym. 2015.)

Hoitosuunnitelma on kokonaisvaltainen, tavoitteellinen dokumentti, joka sisältää toimintasuunnitelman asetettujen tavoitteiden toteutumiseksi. Suunnitelma koostuu hoidon tarpeesta, tavoitteista, toteutuksesta ja keinoista. Keinot sisältävät lääkityksen, elintapamuutokset ja muut toimet, joilla tavoitteiden toteutumiseen tähdätään. Lisäksi suunnitelmasta tulee käydä ilmi tuen, seurannan ja arvioinnin menetelmät, kuten omaseuranta, seuraavat laboratoriotekstit ja vastaanottokäynti. Oleellista on, että hoitosuunnitelma syntyy ammatillisena yhteistyönä, mutta myös yhteistyössä potilaan kanssa. (Winell ym. 2019.)

Potilaan hoidolla ei saavuteta parasta mahdollista tulosta, jos potilas ei ole itse sitoutunut hoitoon. Mitä paremmin potilas sitoutuu omahoitoon, sen paremmat ovat edellytykset toimintakykyiseen elämään sairauden kanssa. Myös sairauksien hoitokustannukset pienenevät, kun potilas on sitoutunut omahoitoon. Sitoutumiseen vaikuttavat positiivisesti hoitoon pääsyn helppous, hoidon jatkuvuus, hoitoon osallistuminen ja potilaan itselleen asettamat tavoitteet hoidossa. (Iivanainen & Syväoja 2012, 599.) Hoitosuunnitelmalla on suuri merkitys potilaan sitouttamisessa omahoitoon. Se toimii myös tärkeänä päätöksen teon välineenä. Jotta suunnitelma motivoi potilasta omahoitoon, on heidät otettava mukaan hoitosuunnitelman tekoon. Hoitosuunnitelman onkin erityisesti tarkoitus palvella pitkäaikaissairaita ja voimaannuttaa omasta terveydestä huolehtimiseen. Hoitosuunnitelman on todettu olevan myös potilastyytyväisyyttä edistävä tekijä. Hoitosuunnitelmalla voidaan myös välttää hoidon aiheuttamaa kuormitusta sekä potilaalle, että häntä hoitavalle taholle. Lisäksi vältetään hukkatyötä, joka aiheutuu hoidosta ilman suunnittelua ja koordinoitua. Hoidon suunnittelun tuloksellisuus on sitä parempi, mitä useampia suunnittelukeskusteluja käydään. Oman lääkärin läsnäololla on myös merkitystä hoitosuunnitelman tuloksellisuuden kannalta. (Alahuhta & Niemelä, 2017; Vehko ym. 2016.)

Hoitosuunnitelman tekoon voidaan käyttää myös moniammatillista yhteistyötä, mikäli potilaan tilanne sitä vaatii. Moniammatillisessa yhteistyössä tärkeää on valita tiimin johtaja, joka organisoii ja koordinoi potilaan hoitoa ja hoitosuunnitelman tekemistä ja myöhemmin päivittämistä. Tiimin johtaja toimii ikään kuin potilaan hoidon asiantuntijana. (van Dongen ym. 2016.)

Hoitosuunnitelman toteuttamisessa haasteina koetaan resurssointi, sekä tekniset ja ajankäytön ongelmat. Ammattikäytäntöjen muuttaminen, jota hoitosuunnitelman laatiminen vaatii, voi myös aiheuttaa vastarintaa. Vaikka hoitosuunnitelman käyttöönotto koetaan hyväksi työkaluksi pitkäaikaissairauksien hoidossa, sairauskeskeisestä suunnitelmasta on kuitenkin vielä matkaa potilaskeskeiseen hoitosuunnitelmaan. (Alahuhta & Niemelä 2017; Vehko ym. 2016.)

## 5 Kehittämiprojektin eteneminen ja suunnitelman muutokset

Kehittämiprojekti eteni suurelta osin suunnitellussa aikataulussa (kuva 4.). Kirjallisuuskatsauksen pohjalta kirkastui ajatus asiakasohjaajan työn tarpeellisuudesta paljon palveluita käyttävien potilaiden haltuun ottamiseksi. Benchmarkkaus ja projektiryhmän kokoaminen tapahtui suunnitellusti aikataulussa, kuten myös projektiryhmän työskentely. Henkilökohtaisen asiakasohjauksen tuotannollinen pilotti terveyskeskuksissa jalkautui Kaarinan terveysasemalle helmikuussa 2021 ja tämän kehittämissuunnitelman projektipäällikkö aloitti pilotoimaan asiakasohjaustyötä käytännössä. Tämä muutti pilotoinnin aikataulua sekä alkuperäistä suunnitelmaa (ks. kappale 2.3) ja pilotointia alettiin toteuttaa 2/2021 osana Sote-hanketta. Pilotoinnin tuloksia tämän kehittämissuunnitelman näkökulmasta huomioitiin viimeiseen projektiryhmän kokoontumiseen saakka 5/2021, jonka jälkeen pilotti on jatkunut kohdeorganisaatiossa 9/2021 saakka. Sote-hankkeen pilotin myötä kehittämissuunnitelmassa aiemmin käytetty nimike asiakasvastaava muuttui asiakasohjaajaksi.

Hankkeen eteneminen tämän kehittämissuunnitelman rinnalla muutti hieman kehittämissuunnitelmaa. Alkuperäinen tarkoitus kehittämissuunnitelmassa oli tuottaa toimintamalli paljon palveluita käyttävien potilaiden haltuun ottamiseksi kirjallisuuskatsauksen, benchmarking-työskentelyn ja projektiryhmän työpajatyöskentelyn pohjalta. Tuotettua toimintamallia oli tarkoitus lähteä pilotoimaan vasta sen valmistuttua. Kehittämistyö ja pilotointi käynnistyivät ja tapahtuivat siis saman aikaisesti kevään 2021 aikana ja näin tulevaa toimintamallia päästiin muokkaamaan koko pilotin ajan projektiryhmän yhteistyönä.

Väliraportointi ohjausryhmälle (4/2021) sekä väliraportin kirjoittaminen (8/2021) viivästyivät aikataulusta, kuten myös valmiin toimintamallin tuottaminen. Toimintamalli valmistui vasta tähän loppuraporttiin eli 11/2021. Syynä tähän ovat olleet projektipäällikön työnkuvan muutokset toistamiseen. Syyskuussa 2021

projektipäällikkö valittiin samaisen Sote-hankkeen asiakasohjauspilotin projektikoordinaattoriksi ja asiakasohjaajan pilotti Kaarinan terveysasemalla keskeytyi.



Kuva 4. Kehittämiprojektin aikataulu suunnitelmavaiheessa

## 6 Toimintamallin kehittäminen ja pilotointi

Tekemäni kirjallisuuskatsaus osoitti, että paljon palveluita käyttävien potilaiden haltuun ottamisen edistämiseksi on tehty jo mittavasti tutkimusta ja valmiita toimintamalleja on kehitetty. Suomessa on johdettu lukuisia kalliita hankkeita jo kymmeniä vuosia, joiden tavoitteena on ollut parantaa terveyskeskusten toimintaa ja lisätä kustannustehokkuutta.

Tämän kehittämisprojektin kirjallisuuskatsauksen perusteella voidaan sanoa, että asiakasvastaavamalli, hoitajien ammattitaidon hyödyntäminen pitkäaikaissairauksien seurannassa ja hoitosuunnitelma ovat keinoja, joilla voidaan parantaa hoidon jatkuvuutta ja siten paljon palveluita käyttävien potilaiden hoitoa ja sen koordinoitua. Myös moniammatillista yhteistyötä tarvitaan, jotta tämän potilasryhmän moninaisiin tarpeisiin voidaan vastata oikeilla palveluilla. Tähän tietoon nojaten lähdin hahmottelemaan toimintamallia (Kuva.2), jonka toteutusta suunniteltiin myöhemmin projektiryhmän kanssa benchmark-oppeihin nojaten. Pilotoinnin myötä toimintamalli hioutui lopulliseen muotoonsa.



Kuva 5. Alkuperäinen prosessikuvaus kirjallisuuskatsauksen pohjalta

## 6.1 Benchmarking toteutus ja tulokset

Asiakasvastaavatoiminnan benchmarkkaukseen valikoitui satunnainen joukko terveyskeskuksia, joissa asiakasvastaavatoimintaa toteutetaan. Kirjallisuuskatsauksesta esiin nousseista hankeraporteista ja muista materiaaleista oli helppo poimia terveyskeskuksia, joissa on toteutettu vastaavanlaista kehittämistyötä ja joissa asiakasvastaavan työ on myös saatu implementoitua onnistuneesti. Valitsin kohteeksi suunnilleen Kaarinan kaupungin kokoluokkaa vastaavien lähikuntien terveyskeskuksia sekä yhden isomman organisaation, Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymän, Siun Sote, jossa yhteisasiakaskoordinaattorin toimenkuvaa on kehitetty pitkäjänteisesti osana isompaa organisaatiomuutosta.

Tämän kehittämissuunnitelman laajuuden mukaan mielestäni viisi benchmarkkohdetta oli sopiva määrä ja kontaktoin nämä mukaan valikoituneet organisaatiot sähköpostitse ja/tai puhelimitse. Covid19-pandemian vuoksi kiire viivästytti yhteydenottoihin vastaamista ja lopulta neljä viidestä organisaatiosta tavoitettiin aikataulussa. Benchmark-yhteydenotot tapahtuivat tammi- ja helmikuun aikana 2021 puhelimitse tai Teams-kokouksena (etätyösuosituksen ja kokoontumisrajoitusten vuoksi); terveyskeskuksissa asiakasvastaavien kanssa ja Siun sotessa palvelusuunnittelijan kanssa. Kaikkien henkilöiden kanssa keskustelua käytiin muutamien peruskysymysten pohjalta. Keskustelimme siitä, miten asiakasohjaus on ko. organisaatiossa järjestetty, millaisia asiakkaita asiakasohjaajalle ohjautuu, mitä asiakasohjaajan työnkuvaan sisältyy ja miten moniammatillinen yhteistyö sujuu työn tukena. Lisäksi keskusteltiin siitä, mihin potilaat ohjautuvat asiakasohjauksen jälkeen ja mikä asiakasohjauksen tavoite on. Kolme neljästä organisaation työntekijästä halusi pysyä täysin anonymina benchmarkkauksesta raportoidessa ja Siun Soten palvelusuunnittelija kertoi benchmarking-vaiheessa, että heidän palvelukonseptinsa kuvauksesta on tulossa julkaisu kevät-kesä 2021, jota on helppo käyttää lähdemerkintänä tämän kehittämissuunnitelman loppuraportointivaiheessa.

Ko. organisaatioissa asiakasvastaavan työtä tehdään hyvin eritasoisesti ja kahdessa kunnassa asiakasvastaavan työ oli benchmarking-hetkellä kokonaan tauolla henkilökuntavajeen vuoksi, joka johtui covid19- pandemian aiheuttamista työnkuvan muutoksista. Toimenkuvan sisällössä ja strukturissa kuten työntekijöiden nimikkeissäkin oli eroja. Kaikissa organisaatioissa oli hyviä asioita, joita tulisi tavoitella myös tulevassa Kaarinan kaupungin toimintamallissa, mutta kahdessa organisaatiossa toiminta oli selkeästi ottanut oman paikkansa ja sitä edelleen kehitettiin parempaan suuntaan. Alle olen koostanut keskeisimmät suuntaviivat neljän eri organisaation toteuttamista toimintatavoista, joissa pääasiallisesti kohteena on paljon palveluita käyttävät potilaat tai sen riskissä olevat potilaat.

#### 6.1.1 Kokonaisvaltaisen hoidon malli

Kokonaisvaltaisen hoidon mallissa työote on selkeästi ennalta ehkäisevä, ei niinkään korjaava. Moniammatillisuutta hyödynnetään asiakkaan hoitopolun monissa eri vaiheissa. Mallissa yritetään päästä puuttumaan asiakkaan tilanteeseen jo ennen kuin ongelmat kasaantuvat. Toiminta on aina prosessiluonteista ja tavoitteena on aina potilaan ohjattu omahoito. Asiakasohjaus lyhytaikainen, 1–2 käyntiä, jonka jälkeen siirrytään yhteyshenkilön vastuulle, jos sellaista tarvitaan.

#### 6.1.2 Asiakasvastaava

Tässä mallissa asiakasvastaavan vastaanotto on paljon palveluita käyttäville kohdennettu ja potilailla on usein mielenterveys- ja/tai päihdeongelmaa. Asiakasvastaava on sairaanhoitaja ja käynyt sekä asiakasvastaavakoulutuksen että palveluohjauksen erikoistumisopinnot AMK:ssa. Toimintamalli on auditoitu. Potilaat tulevat asiakasvastaavalle matalalla kynnyksellä eikä tarkkoja kriteerejä hoitoon pääsulle ole, riittää, että on huoli potilaasta. Yleensä potilaalla on paljon käyntejä, yhteydenottoja, omahoidon ongelmia ja/tai paljon sairauksia/lääkityksiä. Potilaan tulee päästä itse vastaanotolle, kotikäyntejä ei tehdä.

Pidempi asiakkuus on mahdollista tarpeen mukaan ja asiakasvastaava koostaa palvelut ja hoidon yhteen hoitosuunnitelmaan, tavoitteet asettaa potilas itse ammattilaisen avustuksella. Motivoiva haastattelu ja motivointi omahoitoon ovat tärkeitä elementtejä asiakasohjaajan työssä. Esitiedot kerätään omahoitolomakkeella ja tarvittaessa vastaanotolla täydennetään tietoja muilla tiedonkeruulomakkeilla, kuten AUDIT tai BDI. Moniammatillista konsultointia tehdään aina tarvittaessa terveyskeskuksen sisällä, tiimityötä ei niinkään tehdä. Potilaita ohjataan myös kolmannen sektorin palveluihin, mutta yhteistyö ei ole mitenkään järjestelmällistä.

Asiakasvastaavantyötä tehdään puolet työajasta ja työparina on toinen asiakasvastaava, koska työnkuvan on liian raskas tehdä yksin täysipäiväisesti. Omia vaativia asiakkaita on n.20/ yhdellä asiakasvastaavalla. Terveyskeskuksen digitaaliset palvelut, reseptit ym. ”kevyempi työ” toimii vastapainona intensiiviselle asiakasvastaavan työlle. Ongelmana on ollut jatkokontaktin järjestäminen potilaille, jos sitä on tarvittu asiakasvastaavan työn jälkeen. Asiakasvastaavalla ei ole työparilääkäreitä tai tiimiä tällä hetkellä.

Terveysasemalla työ on muutoin organisoitu moniammatillisiin tiimeihin. Yhdessä tiimissä työskentelee psykiatrinen sairaanhoitaja, lääkäri, vastaanoton sairaanhoitaja, fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä ja terveyskeskusavustaja. Tiimejä on neljä ja ne kokoontuvat kerran viikossa 30min/kokous/tiimi. Terveysasemalla on alkamassa omahoitaja–kokeilu, jossa kaksi hoitajaa ja yksi lääkäri muodostavat työpareja. Jatkossa paljon palveluita käyttävät potilaat voidaan ohjata asiakasohjauksen jälkeen omahoitajalle ja osa potilaista suoraankin.

### 6.1.3 Asiakaskoordinaattori

Asiakaskoordinaattori kokoaa ja koordinoi potilaan palvelut yhteen ja järjestää tarvittaessa uusia palveluita asiakkaalle. Asiakaskoordinaattori ei varsinaisesti hoida itse potilaita lainkaan. Tässä mallissa hoitaja-lääkäriyöpari jatkaa työskentelyä potilaan kanssa, kun tarvittavat palvelut on koottu potilaan ympärille.

Hoitaja-lääkäriyöparimallin työskentelyyn ei kuitenkaan ole strukturoitua toimintamallia ja työparit toimivat sopimallaan tavalla. Hoitosuunnitelmasta tai hoidon seurannasta ei ole myöskään erillistä ohjeistusta, jolloin hoito ja seuranta voi jäädä irralliseksi. Asiakaskoordinaattorin työpanos on 50 prosenttia työajasta ja työnkuvaa tekee kaksi sairaanhoitajaa. Arkeen voimaa-ryhmien vetäminen täyttää toisen puolikkaan asiakaskoordinaattorin työajasta.

#### 6.1.4 Yhteisasiakaskoordinaattori

Yhteisasiakaskoordinaattori toimii hallinnollisesti erikoissairaanhoidon alaisena, vaikka kirjaus ja fyysinen vastaanotto tapahtuu perusterveydenhuollossa. Työ vaatii työntekijältä intensiivistä perehtymistä palvelujärjestelmään (6-12kk), yhteistyöverkoston luomista. Muutakin sote-henkilöstöä on koulutettu paljon uuden kokonaisvaltaisen ajattelumallin sisäistämiseksi (terveysasemien yhteyshenkilöt). Valmistautuminen vastaanottoon kestää noin 2tuntia, jonka jälkeen on yksi kahden tunnin vastaanotto. Vastaanoton aikana potilaalle tehdään terveys- ja hoitosuunnitelma, potilaan kanssa yhdessä. Yleensä ei sovita jatkokäyntejä vaan yhteyshenkilö määrittää ensikäynnillä, joka hoitaa potilaan asioita jatkossa ja päivittää hoitosuunnitelmaa. Yhteistyö ja jatko-ohjaus tapahtuu konsultoiden, vain vähän tarvetta yhteisvastaanoille. Sekä potilas- että työntekijäytyyväisyyttä on mitattu, samoin kustannusvaikutuksia, kaikki tulokset puoltavat yhteisasiakaskoordinaattorin työn jatkamista. Toiminta on käynnissä jo usealla tämän kuntayhtymän terveysasemalla. Laaja moniammatillinen yhteistyö paljon palveluita käyttäville potilaille varmistuu koordinaattorin kautta; perusterveydenhuollon fysioterapia, mielenterveys –ja päihdetyö sekä terveysasemien vastaanotot ja erikoissairaanhoidon päivystys, osastot ja poliklinikat ovat yhteisasiakaskoordinaattorin yhteistyökumppaneita. Myös aikuisten sosiaalipalveluiden, ikäihmisten palveluohjauksen ja kotihoidon sekä pelastuslaitoksen kanssa tehdään yhteistyötä asiakkaiden hyväksi, kolmannen sektorin palveluita unohtamatta. Palvelu on tarkoitettu täysi-ikäisille ja toistaiseksi vammaispalveluiden asiakkaat on rajattu palvelun ulkopuolelle, koska heidän palvelunsa ovat jo lähtökohtaisesti hyvin koordinoituja. (Kivinen & Linervo, 2021.)

## 6.2 Projektiryhmän työskentely ja tuotokset

Projektiryhmä kokoontui yhteensä kolme kertaa kevään 2021 aikana, kaikki työpajat jouduttiin pitämään etäyhteyksin Teamsin välityksellä Covid19-pandemiatilanteen vuoksi. Keskustelua ensimmäisessä projektiryhmässä syntyi hyvin ilman erillistä keskustelun ohjaamista. Toiseen ja kolmanteen työpajaan osallistui ryhmän jäseniä vaihtelevasti, työkiireiden vuoksi (resurssipula, poissaoloja työyhteisössä). Keskustelu oli niukempaa kuin ensimmäisellä kerralla ja osallistujien keskittyminen työryhmään oli herpaantunut mahdollisesti muiden töiden vuoksi. Projektipäällikön kokemuksen mukaan kokoukset etäyhteyksillä ilman kameraa mahdollistavat osallistujille myös muiden töiden tekemisen yhtä aikaa kokouksen kanssa. Muutamien osallistujille kohdennettujen kysymysten jälkeen saatiin kuitenkin enemmän keskustelua aikaiseksi.

Työryhmän työskentelyn pohjalle saimme benchmark-tuloksista monipuolisen kuvan siitä, miten asiakasohjaustyötä voidaan tehdä eri organisaatioissa eri tavoin (ks. tulokset kappale 6.1). On syytä kiinnittää huomiota siihen, että moniammatillinen yhteistyö on hyvin suunniteltua ja yhteiset käytännöt ovat sovittuja, jotta asiakasvastaava ei jää tekemään työtään yksin. Työparilääkäri edesauttaa asiakasohjaajan työn sujuvuutta, varsinkin jos tehdään intensiivistä asiakasohjausta. Konsultointimahdollisuuksien on oltava toimivia ja jouhevia. On myös tärkeää, että asiakasohjauksen jälkeen potilaan hoitoa koordinoi jokin taho, jos potilas ei itse siihen ole kykenevä. Intensiivinen asiakasohjaus on kuormittavaa työtä, jonka vastapainona on hyvä olla myös jotakin kevyempää työtä tai vaihtoehtoisesti asiakasohjaajan työn voi jakaa eri henkilöille, jolloin työtä voidaan tehdä yhdessä ja näin työn kuormitus kevenee.

### 6.2.1 Työpaja 1.

Ensimmäinen projektiryhmän kokous pidettiin 17.2.2021 klo 13–15.30 Teamsissa. Työpajaan osallistui kaikki projektiryhmään mukaan ilmoittautuneet. Kävimme läpi kehittämisprojektin suunnitelmaa: keitä ovat paljon palveluita käyttävät potilaat, millainen on asiakasvastaavan työnkuva tämän potilasryhmän

haltuun otossa ja miksi tarvitaan hoitosuunnitelmaa, hoidon jatkuvuutta sekä moniammatillista yhteistyötä. Esittelin myös jo alkanutta Sote-hankkeen asiakasohjaus-pilottia ja siinä tuotettua valmista asiakasprosessia. Projektiryhmässä lähdimme siitä ajatuksesta, että Sote-hankkeessa tuotettu valmis asiakasprosessi on se, jonka ympärille asiakasvastaavan työnkuvaa lähdetään rakentamaan Kaarinan terveystasemalle sopivaksi, benchmark-oppeja hyödyntäen. Jo aluksi sovimme, että termi asiakasvastaava muutetaan asiakasohjaajaksi, kuten tämä termi Sote-hankkeessa oli määritelty. Projektiryhmässä saatiin aikaiseksi hyviä päätöksiä/ehdotuksia, siitä miten asiakasohjaajan työnkuva muotoutuu ja etenkin yhteistyön sääntöjä saatiin muodostettua, jotka auttoivat lopullisen toimintamallin luomisessa.

Ensimmäisessä kokouksessa yhdessä projektiryhmän kanssa sovimme asiakasohjaajan ja moniammatillisten yhteistyötahojen yhteistyötavoista. **Asiakasohjaaja** tekee moniammatillista yhteistyötä pääosin konsultoiden muita ammattilaisia, tarvittaessa järjestetään laajempia hoitokokouksia, mikäli potilaan tilanne sitä vaatii. Asiakasohjaaja koordinoi nämä kokoukset. **Moniammatilliset konsultaatiot** tapahtuvat Teamsilla, laitetaan toimistoajalle, Lifecare- viestillä tai salatulla sähköpostilla. Konsultointia voi tehdä aina tarpeen mukaan. Asiakasohjaajalla määritetään oma **konsulttilääkäri**, joka voi määrätä tutkimuksia ja hoitolinjausta alkuun jo ennen vastaanottoa, mikäli tarvetta vastaanotolle on. Asiakasohjaaja järjestää nämä tutkimukset potilaalle. Lääkäreiden toimistoajalle voi laittaa potilaan tiedot, pysyvien diagnoosien kirjausta ja lääkelistan päivitystä varten. Asiakasohjaaja tarkastaa potilaan käyttämän lääkityksen ensin vastaanottokäynnillä, kopioi Lifecaressa olevan lääkelistan hoiyht- lehdelle käyntikirjaukseen ja merkitsee siihen, jos potilaan käyttämässä lääkityksessä on jotakin poikkeavaa. Lääkäri voi tehdä vähäiset muutokset lääkelehdelle tämän perusteella, jos niille löytyy potilaskertomuksesta selitys. Asiakasohjaaja selvittää potilaskertomuksesta mahdollisia poikkeamia lääkelistan ja potilaan käyttämän lääkityksen välillä. Mikäli potilaan käyttämässä lääkkeissä on merkittäviä eroja olemassa olevan lääkelistan kanssa, eikä niille löydy potilaskertomuksesta selvitystä, konsultoidaan lääkäriä.

## 6.2.2 Työpaja 2.

Toinen työpaja toteutui 8.4.2021. Tässä työpajassa **pohdittiin potilaan yhteydenpitoa terveysasemalle** asiakasohjauksen aikana ja sen jälkeen. Meneillään olevassa pilotissa oli jo todettu tarve hoidon jatkuvuudelle, johon Kaarinan terveysasemalla ei ollut rakennettu minkäänlaista prosessia tai mallia. Lisäksi mietittiin hoitosuunnitelman työstämistä paljon palveluita käyttävälle potilaalle. Työpajassa päätettiin, että asiakasohjaaja toimii potilaan yhteyshenkilönä ainakin siihen asti, kunnes hoitosuunnitelma valmis (2. tai kolmas käyntikerta yleensä). Jos potilaalla on selkeästi tarve jatkuvaan, intensiiviseen asiakasohjaukseen, potilaat voivat jäädä myös asiakasohjaajan ”omapotilaiksi”. Ennen kuin asiakasohjaus päättyy, potilaalle määritetään avosairaanhoidosta yhteyshoitaja, jos tämä koetaan tarpeelliseksi hoidon jatkuvuuden turvaamisen kannalta. Tämä henkilö voi olla esim. sairaanhoitaja, mielenterveys-päihdehoitaja tai fysioterapeutti. Sosiaaliohjaajan rooli haluttiin pitää vain konsultoivana, koska hän työskentelee terveysasemalla ainoana sosiaalityön ammattilaisena. Jos heti asiakasohjauksen alussa käy ilmi, että potilas tarvitsee jatkoa varten oman yhteyshoitajan, se voidaan määrittellä jo ensikäynnillä. Aina yhteyshoitajaa ei tarvita, mikäli potilas pystyy asiakasohjauksen jälkeen koordinoimaan itse omahoitoaan. Yhteyshoitaja/asiakasohjaaja kirjataan vastuulliseksi LifeCaren terveys- ja hoitosuunnitelmaan, mutta lisätään myös perustietoihin vastuuhoidajaksi.

**Vastuulääkäri** määritetään niille potilaille, joilla on paljon kroonisia sairauksia tai jokin yksittäinen vaikeahoitoinen sairaus tai harvinaisempi, erikoisosaamista/tuntemusta vaativa sairaus tai vamma. Mikäli potilaalle määritetään vastuulääkäri, tieto merkitään potilastietojärjestelmään.

Työpajassa päätettiin, että potilas voi saada asiakasohjaajan henkilökohtaisen numeron, johon voi soittaa, kun kyseessä ei ole kiireellinen asia tai hoidon tarpeen arvio. Asiakasohjaaja soittaa potilaalle takaisin viimeistään seuraavana arkipäivänä, jos ei pääse vastaamaan. Päivystysasioissa voi myös soittaa asiakasohjaajalle, mutta jos tätä ei tavoita heti, on otettava yhteys normaalisti

ajanvaraukseen. Ajanvarauksesta konsultoidaan asiakasohjaajaa/vastuulääkärinä mahdollisuuksien ja tarpeen mukaan. Jos potilas päätyy päivystykseen tai muulle vastaanotolle ennen konsultaatiota, asiakasohjaajaa ja/tai omalääkärinä voidaan konsultoida tarvittaessa myöhemminkin esim. vastaanoton tai päivystyskäynnin aikana.

**Yhteyshoitaja** toimii yhteistyössä oman työparilääkärin kanssa ensisijaisesti, mutta voi moniammatillisesti konsultoida myös muita ammattilaisia, myös asiakasohjaajaa. Potilaalle voidaan sopia säännölliset kontrollit, jos koetaan yhteys henkilön taholta, että palvelujen käytön tarve vähenee tällä tavoin eikä muita keinoja potilaan auttamiseksi ja palvelujen käytön vähentämiseksi ole keksitty.

**Terveys- ja hoitosuunnitelma** koostetaan moniammatillisesta näkökulmasta. Asiakasohjaaja aloittaa ja valmistelee terveys- ja hoitosuunnitelman asiakasohjausprosessissa, kokoaa tietoja hoitosuunnitelmaa varten eri hoitavilta tahoilta ja myös tarkastaa hoitosuunnitelman muiden ammattilaisten päivitysten jälkeen. Yhteys henkilö tai lääkäri ja kaikki potilaan hoitoon osallistuvat tahot päivittävät jatkossa itse hoitosuunnitelmaa omalta osaltaan, jos/kun on tarvetta esim. vuosikontrollin yhteydessä. Myös konsultoiden voidaan pyytää päivityksiä hoitosuunnitelmaan moniammatillisesti.

### 6.2.3 Työpaja 3.

Viimeisessä työpajassa kerrattiin aikaisempien työpajojen aikaansaannoksia ja niiden toteutumista pilotoinnin aikana, näistä olen tarkemmin raportoinut pilotointi- kappaleeseen.

LifeCaren päätettiin perustaa uusi potilasryhmä asiakasohjauksen potilaille (asiakasohjaus), jotta nämä henkilöt erottuvat esim. potilaan ottaessa yhteyttä ajanvaraukseen. Jos potilas tarvitsee asiakasohjauksen jälkeen edelleen yhteys henkilön tai vastuulääkärin, hänet lisätään kanta-asiakasryhmään ja poistetaan asiakasohjaus-ryhmästä. Asiakasohjaajan työnkuvan muotoutuessa pilotin aikana, voidaan pohtia, onko 100% asiakasohjaajan työ liian raskas vai

voisiko työ olla esim. 50% asiakasohjausta ja 50% muuta työtä. Näin työtä voisi tehdä esim. kaksi sairaanhoitajaa eikä työtehtävä olisi myöskään niin haavoittuvainen toisen asiakasohjaajan poissaolon vuoksi.

### 6.3 Pilotointi

Tämän kehittämisprojektin projektipäällikkö alkoi pilotoimaan asiakasohjaajan työtä SoTe-hankkeen asiakasohjaus-pilotissa Kaarinan kaupungin työntekijänä 1.2.2021. Kehittämisprojektin alkuperäisen suunnitelman mukaan pilotin oli määrää alkaa vasta huhti- toukokuussa 2021, kun projektiryhmän tuotos prosessista olisi valmis. Nyt pilotti lähti kuitenkin käyntiin Sote-hankeessa tuotettua prosessia noudattaen, joka vastasi paljolti sitä käsitystä, jonka projektipäällikkö oli kirjallisuuskatsauksen perusteella asiakasohjauksen työstä luonut (Kuva 1. ja kuva 5.)

Sote- hankkeessa tuotettu asiakasohjauksen prosessi osoittautui pilotissa toimintakelpoiseksi, mutta pilotissa todettiin, että organisaatiossa on tarvetta myös kevyemmälle asiakasohjaukselle ja hoidon jatkuvuutta voitaisiin turvata myös esim. yhteyshoitajajärjestelmään panostamalla.

Jo pilotin alkumetreillä, asiakasohjaajan raportoidessa työstään, organisaation johdon käsitys vahvistui siitä, että hoidon jatkuvuutta terveysasemalla pitää pystyä parantamaan ja yleistä työn organisointia on parannettava. Tämä käynnisti johtotasolla uusia toimenpiteitä ja esimerkiksi uusia sairaanhoitajan vakansseja lähdettiin tavoittelemaan mm. näillä perusteluilla. Pilotoitavan asiakasohjauksen jatkona tulisi olla esim. omahoitajajärjestelmä, jotta potilaat saa ohjattua asiakasohjauksesta eteenpäin jatkoseurantaan tarvittaessa. Tätä järjestelmää ei kuitenkaan toistaiseksi ole ollut, joka aiheuttaa sen, että potilaat sakkaavat asiakasohjaajalle ja pääsy palvelun piiriin ruuhkautuu. Projektiryhmä pohti kehittämistyössään ratkaisua myös tähän ongelmaan.

Kehittämisprojektissa koostettu moniammatillinen projektiryhmä on koostanut pelisääntöjä moniammatillisen yhteistyön toteuttamiseksi, joita asiakasohjaaja pilotissa toteutti. Pilotoinnin edetessä kuitenkin huomattiin, että esimerkiksi

sovituilla tavoilla konsultointi on hidasta ja vie paljon aikaa, koska konsultoitavia tahoja voi olla useitakin yhden potilaan kohdalla. Pilotoinnin aikana asiakasohjaaja kokeili käytänteen muuttamista siten, että konsultoi yhdellä viestillä useampaa ammattilaista samanaikaisesti. Tämä ei kuitenkaan jouduttanut asioita, vaan toisten ammattilaisten vastaukset viipyivät edelleen kauemmin kuin toisten. Pilotoidessa havaittiin myös, että vaikka moniammatilliseen yhteistyöhön olisi tarjottu teoriassa mahdollisuus, sen alkuun saattamiseksi tarvitaan kuitenkin myös resursseja ja käytännön harjoittelua. Johdon tuki on myös tärkeää, että tällaiseen työskentelyyn kannustetaan aktiivisesti.

Muilta osin pilotointi toteutui projektiryhmän suunnitteleamalla tavalla ja käytännön ohjeet osoittautuivat käyttökelpoisiksi sekä helpottivat asiakasohjaajan työn organisointia. Muutaman asiakkaan kohdalla päästiin myös kokeilemaan yhteyshoitajan toimintaa hoidon jatkuvuuden turvaajana, joka osoittautui toteutuskelpoiseksi malliksi.

## 7 Kehittämiprojektin tuotos

Tämän kehittämisprojektin tuotoksena on toimintamalli, jolla saadaan haltuun paljon palveluita käyttävät potilaat Kaarinan terveyskeskuksessa (Liite 1.). Toimintamalli pitää sisällään asiakasohjaajan ja yhteyshoitajan toiminnan, moniammatillisen yhteistyön ja tiimityön mallin sekä terveys- ja hoitosuunnitelman käytön paljon palveluita käyttävien potilaiden haltuun otossa. Mallin avulla turvataan potilaiden hoidon jatkuvuus ja moniammatillisella yhteistyöllä saavutetaan oikeat palvelut potilaille.

Toimintamallin keskiössä on asiakasohjaajan työ. Potilaiden ohjautumiseksi asiakasohjaukseen voidaan käyttää erilaisia herätteitä ammattilaisten keskuudessa, kuten vastaanottokäyntien ja yhteydenottojen runsas määrä terveysasemalla, peruutettujen tai peruuttamattomien aikojen määrä tai potilaalla on paljon perussairauksia tai paljon lääkityksiä käytössä. Ohjautumisen syynä voi olla myös mikä tahansa ammattilaisen, potilaan omaisen tai potilaan oma huoli tilanteesta.

Asiakasohjaaja tekee arvion yhteydenoton perusteella, millaista palvelua tai apua potilas tarvitsee. Asiakasohjaaja voi kutsua asiakkaan omalle vastaanotolleen. Ennen vastaanottoa asiakasohjaaja perehtyy potilaan asioihin potilastietojärjestelmän kautta. Vastaanotolla fokus on potilaan tilanteen kuuntelemisessa ja tarpeiden kartoittamisessa, jonka jälkeen potilaalle lähdetään järjestämään hänen tarvitsemansa oikeat palvelut. Työtä tehdään potilaan omia voimavaroja hyödyntäen ja yhdessä tehdään myös terveys- ja hoitosuunnitelma. Toisinaan asiakasohjausprosessin jälkeen voidaan tarvita vielä yhteyshoitajaa koordinoimaan potilaan hoitoa. Jos potilaan tilanne on hyvin komplisoitunut ja monimutkainen, voi asiakasohjaaja jatkaa myös potilaan yhteyshoitajana. Tällöin potilaalle olisi hyvä määrittää myös vastuulääkäri.

Joskus potilaan tilanne voi olla selkeä ja riittää, että potilas ohjataan oikeisiin palveluihin ja oikeille ammattilaisille jo ensikontaktissa puhelimitse eikä potilas välttämättä tarvitse ammattilaista koordinoimaan omia palveluitaan vaan hän on kykenevä koordinoimaan palveluitaan itse. Potilas voidaan ohjata myös suoraan

yhteyshoitajalle, kun potilaalla on jo oikeat palvelut käytössään, potilaan tilanne vaatii hoidon koordinoitua ja potilas hyötyy terveys- ja hoitosuunnitelman laatimisesta. Asiakasohjaajan ja yhteyshoitajan potilaille järjestetään mahdollisuus kontaktoida suoraan ko. hoitajaa kiireettömissä asioissa soittoajalla, jossa on takaisinsoittojärjestelmä. Kaikissa potilaan kontakteissa terveysasemalle tulisi aina konsultoida ensin asiakasohjaajaa, yhteyshoitajaa tai vastuulääkärinä, myös päivystyksellisissä asioissa tarvittaessa.

Moniammatillisen yhteistyön konsultaatiomahdollisuus tulee olla sekä asiakasohjaajalla että yhteyshoitajalla. Sen lisäksi ainakin asiakasohjaajalla tulee olla käytössä myös moniammatillinen tiimi, joka kokoontuu viikoittain tämän potilasryhmän asioissa. Yhteyshoitaja toimii ensisijaisesti yhteistyössä oman työparilääkärin kanssa, mutta voi konsultoida tarvittaessa myös asiakasohjaajaa ja moniammatillista tiimiä. Asiakasohjaajalla on oma konsulttilääkäri, joka voi tarvittaessa ottaa kantaa asiakasohjaajan potilaiden hoidon linjauksiin ja esimerkiksi tutkimuksiin jo ennen kuin potilas ohjataan lääkärin vastaanotolle, jos/kun sille on tarvetta.

Terveys- ja hoitosuunnitelma laaditaan kaikille paljon palveluita käyttäville potilaille. Hoitosuunnitelman tekemisen aloittaa asiakasohjaaja tai yhteyshoitaja, mutta sitä täydennetään jatkossa moniammatillisesti, mikäli potilaalla on käytössä palveluita monilta eri tahoilta. Potilastietojärjestelmässä tulee olla ajantasaiset merkinnät potilaan asiakkuudesta, onko potilas ajankohtaisesti asiakasohjauksessa, onko hänelle määritetty yhteyshoitaja ja/tai vastuulääkäri ja keitä nämä henkilöt ovat. Potilaat, joille määritetään yhteyshoitaja ja/tai vastuulääkäri, liitetään myös kanta-asiakasryhmään.

## 8 Kehittämishankkeen arviointi ja pohdinta

Tämän kehittämissuunnitelman tavoitteena on ollut paljon palveluita käyttävien potilaiden haltuunotto, potilaslähtöisen hoidon järjestäminen moniammatillisesti sekä hoidon jatkuvuuden turvaaminen tälle potilasryhmälle. Kehittämissuunnitelman aihe on varsin laaja ja tavoite kätkee sisälleen paljon yksittäisiä asioita, joihin organisaatiossa tulee tehdä muutoksia, jotta tavoitteeseen päästään.

Toimintamallin kehittämisen työkaluina käytettiin kirjallisuuskatsausta, benchmark-menetelmää ja työpajatyöskentelyä. Työpajoissa työstettiin kirjallisuuskatsauksen ja benchmark-tulosten pohjalta toimintamallia paljon palveluita käyttävien potilaiden haltuunottamiseksi. Mallia pilotoitiin Sote-hankkeen asiakasohjaus-pilotissa, jossa asiakasohjauksen prosessi oli määritelty valmiiksi. Lopullinen toimintamalli valmistui pilotoinnista saadun käytännön kokemuksen jälkeen.

Tämän kehittämissuunnitelman aloituksessa vahvuuksia ovat olleet kehittämismyönteinen ohjausryhmä ja projektipäällikkö, jotka olivat aidosti kiinnostuneita tämän suunnitelman toteutuksesta ja tuotoksesta. Projektipäällikön hakeutuminen asiakasohjauspilottiin kesken kehittämissuunnitelman oli toimintamallin pilotoinnin mahdollistamisen kannalta hyvä asia, mutta asiakasohjaajan 100 % työaika (aiemmin 80 % työaika), nopeasti kertynyt potilasaines ja sen aiheuttama työkuorma söivät projektipäällikön keskittymistä kehittämissuunnitelmaan. Toinen suuri muutos tapahtui syksyllä 2021, kun projektipäällikkö jäi virkavapaalle ja sai hoitaakseen Sote-hankkeen asiakasohjauspilotin projektikoordinaattorin tehtävät. Näiden muutosten vuoksi yhteys kohdeorganisaation ohjausryhmään katkesi pikkuhiljaa jo kevät- kesän 2021 aikana ja viimeistään syksyllä 2021.

Kompaktin kokoinen organisaatio on ollut mielestäni etu kehittämissuunnitelman kannalta, koska sidosryhmät sekä projektiryhmät jäsenet ovat toisilleen ainakin jollakin tasolla tuttuja ja he ovat tietoisia toistensa työn sisällöstä pääpiirteittäin. Moniammatillinen osaaminen on ollut myös vahvuus suunnitelman tavoitteeseen pääsemisen kannalta. Suunnitelman edetessä ja etenkin pilotoinnin yhteydessä sain kuitenkin huomata, että moniammatillisuus ei synny itseksensä, vain kehottamalla

ammattilaisia tekemään yhteistyötä. Moniammatillinen yhteistyö on työn tekemistä yhdessä ja siinä onnistuminen vaatii perehtymistä, opettelua ja yhdessä tekemisen säännöllistä ylläpitoa.

Projektin suunnitelmavaiheessa ajattelin, että aikaisempiin kehittämisprojekteihin liittyvät epäonnistumiset ja muutosvastarinta voivat aiheuttaa epävarmuutta ja ristiriitoja projektiryhmässä tai muissa sidosryhmissä, mutta tämän ryhmän sisällä em. asioita ei ollut havaittavissa. Riskitekijöiksi muodostui projektin edetessä myös käytännön tekijöitä, kuten projektiryhmän koolle saaminen. Toisaalta pilotointiin tarvittava resurssi tuli kuin tilauksesta Sote-hankkeen myötä. Todennäköisesti pilotointiin ei vallitsevassa koronatilanteessa olisi ollut mahdollisuutta irrottaa resurssia ilman Sote-hankkeen mukana tuomaa mahdollisuutta.

Oman kokemukseni perusteella etänä pidettävät kokoukset eivät innoita keskustelemaan samalla tavoin, kuin läsnä ollessa. Lähes kaikki kehittämisprojektin kokoukset ja tapaamiset pidettiin lopulta etänä ja tähän projektipäällikkö olisi voinut valmistautua paremmin, jotta osallistujat olisi saatu paremmin mukaan keskusteluun. Tilanteeseen olisi voinut saada korjausta parempaan pyytämällä osallistujilta kameroiden kytkemistä päälle ja projektipäällikkö olisi voinut suunnitella työpajoihin etäyhteyksillä toimivia osallistamisen työkaluja kuten esim. Canva tai Teamsin Whiteboard. Tällä tavoin työpajoissa olisi voinut saada ryhmän jäseniä osallistumaan paremmin ideointiin ja kehittämiseen.

Covid19-pandemia on vaikuttanut perusterveydenhuollon kenttään ja terveysasemien toimintaan merkittävästi. Tämän kehittämisprojektin alussa organisaation innostus ja kiinnostus tätä projektia kohtaan oli kiitettävää, mutta työn äkillisten muutosten ja työkuorman lisääntyessä pandemian myötä, luonnollisesti myös innostus uuden kehittämiseen hiipui. Myös benchmark-kohteiden työntekijöiden saavutettavuus oli haasteellista, pandemian aiheuttamista työnkuvan muutoksista ja kiireestä johtuen.

Paljon palveluita käyttävien potilaiden hoidon jatkuvuus voidaan turvata tällä toimintamallilla, jossa moniammatillista yhteistyötä hyödynnetään täysipainoisesti, kaikkien tarvittavien ammattilaisten työpanosta käyttäen. Hoitajan ja lääkärin muodostama työpari ovat oleellinen osa tätä moniammatillista yhteistyötä. Tärkeää on tunnistaa potilaat, jotka hyötyvät monialaisista palveluista ja systemaattisesta hoidon koordinoinnista. Hoidon työkaluna sekä potilaalle että ammattilaiselle, toimii moniammatillisesti toteutettu hoitosuunnitelma yhdessä potilaan kanssa. Asiakasohjaajamallin avulla voidaan vaikuttaa oleellisesti potilaan hoidon koordinointiin ja jatkuvuuteen, hyödyntäen moniammatillista yhteistyötä.

Toimintamallin käyttöönottoa on pilotoitu kehittämissuunnitelman aikana projektipäällikön toimesta. Jatkossa, ennen kuin toimintamallia implementoidaan, tulee moniammatillisen yhteistyön sujuvuutta parantaa esimerkiksi kouluttamalla aiheeseen työpajatyypillisesti ja harjoittelemalla työn tekemistä yhdessä. Lisäksi työpajoissa voisi vielä syventyä siihen, keitä ovat paljon palveluita käyttävät potilaat ja miksi hoidon jatkuvuus on tärkeää. Terveys- ja hoitosuunnitelman käyttöön tarvitaan myös koulutusta ja käytännön harjoittelua, joka voi myös tapahtua erilaisissa työpajoissa. Organisaation sisällä järjestettävät moniammatilliset koulutuspäivät voisivat luoda pohjaa mutkattomalle ja sujuvalle yhdessä tekemiselle. Kehittämistyön ohella olisi tärkeää panostaa myös toimintamallien arviointiin, erityisesti vaikuttavuuden näkökulmasta. Potilaiden ottaminen mukaan arviointiin antaa arvokasta tietoa kehittämistoimista, mutta myös sitouttaa toiminnan kehittämiseen.

Kansansairauksien hoitopolkujen päivittäminen olisi myös tarpeellinen kehittämistehtävä kohdeorganisaatiossa, joka myöskin lisäisi hoidon jatkuvuutta ja tehokkuutta.

Näissä johtopäätöksissä esiin nousseet asiat tulisi huomioida myös jo eri sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten koulutuksessa. Erityisesti moniammatillisen yhteistyön ja yhdessä tekemisen opettelu opiskeluvaiheesta alkaen juurruttaa sen paikkaa näin myös työelämään ja perusterveydenhuoltoon.

Raivio (2016) tiivistää ajatuksiani ja kokemuksiani tästä kehittämistyöstä erittäin hyvin. Potilaslähtöisen hoidon ja hoidon jatkuvuuden turvaaminen ovat avainasemassa terveysasemien toimintaa kehittäessä. Työn kehittämiseen tulisi ottaa mukaan kaikki ne toimijaryhmät, jotka ovat jollakin tavalla merkityksellisiä kehitettävien asioiden kannalta. Kehittäminen toimintaympäristössä antaa paremmat onnistumisen mahdollisuudet muutokselle; toisin sanoen kehittäminen tapahtuu siellä, missä työtä tehdään. Kehittäminen ei tapahdu itsekseen, vaan siihen tarvitaan riittävät resurssit. Oman työn ohella kehittäminen ei tuo toivottua lopputulosta, vaan kehittämistyölle on taattava riittävästi työaikaa hyvän lopputuloksen aikaansaamiseksi. Kehittämiselle tulee löytyä myös vahva johdon tuki. (Raivio, 2016.)

Kun paljon palveluita käyttävien potilaiden haltuunoton toimintamalli saadaan käyttöön Kaarinan terveysasemalla ja nämä potilaat haltuun sen avulla, jatkossa mallin käyttöä voidaan soveltaa enemmän riskipotilaiden varhaisen tunnistamisen toimintaan ja ennaltaehkäisevään toimintaan.

## Lähteet

ABRAHAM, C., NORFUL, A., STONE, P. & POGHOSYAN, L. 2019. Cost-Effectiveness of Advanced Practice Nurses Compared to Physician-Led Care for Chronic Diseases: A Systematic Review. *Nursing economic\$, 37(6)*, 293–305.

ALAHUHTA, M. & NIEMELÄ, E. 2017. Paljon sosiaali- ja terveystalvuluja käyttävien asiakkaiden palveluiden toteutuminen - työntekijöiden ja johtavien viranhaltijoiden haastattelututkimus. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 54 (1), 4.

GEE, P. 2015. The eHealth Enhanced Chronic Care Model: A Theory Derivation Approach. *Journal of medical Internet research*, 17(4), 86.

HELMINEN, J. & ARMANTO, A. 2017. Asiakkaan moniammatillinen ohjaus sosiaali- ja terveydenhuollossa. 1. painos. Helsinki: Edita.

HUJALA, A., TASKINEN, H., OKSMAN, E., KURONEN, R., KARTTUNEN, A. & LAMMINTAKANEN, J. 2019. Sote-ammattilaisten monialainen yhteistyö: Paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat etusijalle. Saatavilla osoitteessa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019112744444>.

IIVANAINEN, A. & SYVÄOJA, P. 2016. Hoida ja kirjaa. 9. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

INNOKYLÄ ->toimintamalli ->terveyshyötymalli. Viitattu 6.10.2020. <https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/terveyshyotymalli-chronic-care-model-ccm/>

ISOHERRANEN, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus: moniammatillista yhteistyötä kehittämässä, Helsingin yliopisto.

ISOHERRANEN, K., REKOLA, L. & NURMINEN, R. 2008. Enemmän yhdessä: moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

JANSEN, D., HEIJMANS, M. ja RIJKEN, M. 2015. Individual care plans for chronically ill patients within primary care in the Netherlands: Dissemination and associations with patient characteristics and patient-perceived quality of care. *Scandinavian journal of primary health care*, 33(2), 100–106.

VAN DONGEN, J., LENZEN, S., VAN BOKHOVEN, M., DANIËLS, R., VAN DER WEIJDEN, T. & BEURSKENS, A. 2016. Interprofessional collaboration regarding patients' care plans in primary care: a focus group study into influential factors. *BMC Family Practice*, 17, 1–10.

JOHNSON, P. 2011. Nurses and doctors work best in teams. Practice nurse : the journal for nurses in general practice, 42(16), pp. 5.

JOSI, R., BIANCHI, M. & BRANDT, S.K., 2020. Advanced practice nurses in primary care in Switzerland: an analysis of interprofessional collaboration. BMC Nursing, 19(1), 1–12.

Kaarinan kaupunki 2020. Kaarina-strategia 2018–2025. Saatavilla internetistä: [https://kaarina.fi/sites/default/files/media/files/strategia\\_2018\\_2025-1.pdf](https://kaarina.fi/sites/default/files/media/files/strategia_2018_2025-1.pdf). Viitattu 20.9.2020

KADU, M. 2015. Facilitators and barriers of implementing the chronic care model in primary care: a systematic review. BMC family practice, 16(1),12.

Kansanterveyslaki 66/1972. Annettu Helsingissä 28.1.1972. Viitattu 16.9.2020. Saatavilla osoitteessa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>.

KARTTUNEN, A. 2016. Perusterveydenhuollon avopalveluiden vastaanottomallien kehittämishaasteet. University of Tampere. Viitattu 25.9.2020. Julkaisun pysyvä osoite: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:uta-201603211344>.

KIRJONEN P., 2021. SoTe-hankkeen asiakasohjauksen pilotti. Varsinais-Suomen SoTe-hankkeet 2021. Julkaisematon materiaali, lisätietoja tekijältä. <https://vssotehankkeet.fi/article/henkilokohtaisen-asiakasohjauspalvelun-pilotointi/>

KIVINEN, P. & LINERVO, N., 2021. Yhteisasiakasohjaus Siun sotessa, palvelukonseptin kuvaus. Siun Soten julkaisu 3/2021. Siun sote - Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä. Viitattu 6.11.2021. Saatavilla verkossa: [https://www.siunsote.fi/documents/393252/6561322/Siunsoten\\_julkaisu\\_3\\_2021.pdf/6d90fde3-3294-1d32-8e0b-4e1632f6abf1](https://www.siunsote.fi/documents/393252/6561322/Siunsoten_julkaisu_3_2021.pdf/6d90fde3-3294-1d32-8e0b-4e1632f6abf1).

KOIVISTO, J., IISKOLA, E., SAINIO, S. & NIEMI, A. 2020. Uudistuva perusterveydenhuolto: Huomisen terveyskeskus -valmennuksen tutkimuksellinen arviointi. Helsinki: THL Työpaperi 14/2020.

KOIVISTO, J. & TIIRINKI, H. 2020. Monialaisen palvelutarpeen tunnistaminen sosiaali-, terveys- ja työvoimapalveluissa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2020:38.

KOMULAINEN, J., VUOKKO, R. & MÄKELÄ, M. 2011. Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

KORHONEN, T., LASSILA, A., LUUKKANEN, M. & ERIKSSON, E. 2016. Asiakasvastaavatoiminta perusterveydenhuollossa - asiakkaiden odotuksia ja kokemuksia. *Tutkiva Hoitotyö*, 14(1), 33–43.

LÄMSÄ, R., PEKKARINEN, L., HEPONIEMI, T. & ELOVAINIO, M. 2016. Keskeytykset terveyskeskuslääkärin työssä. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 53(3), 3.

LILJAMO, C. 2017. Paljon palveluja käyttävä asiakas sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa -Tutkimuskohteena Parempi Arki-hanke, Vaasan yliopisto.

MARTIKKA, N. & MÄNNIKKÖ, M. 2017. Paljon palveluja tarvitsevat ja käyttävät asiakkaat perusterveydenhuollossa. *Valtiontalouden tuloksellisuustarkastuskertomus*, 11, 2017.

MCDONALD, J. 2012. The influence of power dynamics and trust on multidisciplinary collaboration: a qualitative case study of type 2 diabetes mellitus. *BMC health services research*, 12(1), 63.

MÖNKKÖNEN, K., MÖNKKÖNEN, K., KEKONI, T. & PEHKONEN, A., 2019. Moniammatillinen yhteistyö: vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveystalalla. Helsinki: Gaudeamus.

MUURINEN, S. & MÄNTYRANTA, T., 2011. Asiakasvastaava-toiminta pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallissa. Toimiva terveyskeskus. Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli. Sosiaali- ja terveysministeriö.

NURMELA, T. 2015. Asiakasvastaava pitkäaikaissairaanhoidon tukena. Viitattu 27.9.2020. Julkaisun pysyvä osoite: [urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20160003.pdf](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:fi:uef-20160003.pdf).

NYMAN, J. & JÄPPINEN, P. 2015. Terveysasemien avosairaanhoidon suurkäyttäjät. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 52(1), 2.

OVASKAINEN, P., SUVIVUO, P., VIRJONEN, K. & LEINO, I. 2016. Asiakaslähtöisillä toimintamalleilla lisää kustannustehokkuutta sosiaali- ja terveystaloihin. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, (1), 77–79.

PAASIVAARA, L., SUHONEN, M. & NIKKILÄ, J. 2008. Innostavat projektit. Helsinki: Sairaanhoitajaliitto.

PELTONEN, E. 2009. Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa: vertaileva tutkimus. Kuopio: Kuopion yliopisto. Viitattu 18.9.2020. Saatavilla osoitteessa: <http://www.uku.fi/vaitokset/2009/isbn978-951-27-1227-4.pdf>

PERÄLÄ, M., JUNTTILA, K. & TOLJAMO, M. 2007. Benchmarking-järjestelmän kehittäminen hoitotyöhön.

RAIVIO, R. 2016. Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa. Tutkimus Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen ja Oulun kaupungin terveyskeskuksissa. University of Tampere; Tampere University Press. Viitattu 18.9.2020. Saatavilla osoitteessa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0178-1>

RANTA, I., MÄKIPÄÄ, S., MATIKAINEN, A., LAAKSONEN, K., KORHONEN, T. & HAHTELA, N. 2011. Sairaanhoidaja asiantuntijana. Helsinki: Fioca.

RAUTIAINEN E., VALLIMIES-PATOMÄKI M., AITAMURTO J., MERASTO M., MOISIO E-L. & TEPPONEN M. Kliinisen hoitotyön erikoisosaaminen: kehittämisehdotukset tukemaan työelämän muutosta. julkari: STM.

SALONEN, K., ELORANTA, S., HAUTALA, T. & KINOS, S. 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

SMEETS, R., KROESE, MARIËLLE E., RUWAARD, D., HAMELEERS, N. & ELISSEN, A.M.J. 2020. Person-centred and efficient care delivery for high-need, high-cost patients: primary care professionals' experiences. BMC family practice, 21(1), 1–9.

SOTE-UUDISTUS. Mikä sote-uudistus? Viitattu 16.9.2020. Saatavilla osoitteessa: <https://soteuudistus.fi/mika-sote-uudistus>.

SYRJÄ, V., PARVIAINEN, L. & NIEMI, A. 2019. Terveyskeskusten avosairaanhoidon järjestelyt 2019 – Ulkoistukset, henkilöstö, työpanokset ja tehtäväsiirrot. Tutkimuksesta tiiviisti 51, 2019. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

SYRJÄ, V., PARVIAINEN, L. & NIEMI, A., 2020. Terveyskeskusten avosairaanhoidon järjestelyt 2019: Vastaanotto toiminnan käytännöt. Tutkimuksesta tiiviisti 4/2020. THL, Helsinki.

Terveysturvalaki 1320/2010. Annettu Helsingissä 30.12.2010. Viitattu 16.9.2020. Saatavilla osoitteessa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101326>

THL 2020. Sote-uudistus>tulevaisuuden ja sosiaali- ja terveyskeskus. Viitattu 16.9.2020. Saatavilla osoitteessa: <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/tulevaisuuden-sosiaali-ja-terveyskeskus>

TOIKKO, T. & RANTANEN, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta: näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampere: Tampere University Press.

TUOMELA, K., HEIKKILÄ, K., HAAPANEN, H., KORTEKANGAS-SAVOLAINEN, O. & SALMINEN, L., 2017. Moniammatillinen oppiminen yhteistyöosaamisen edistäjänä terveydenhuollossa. *Hoitotiede*, 29(4), s. 275.

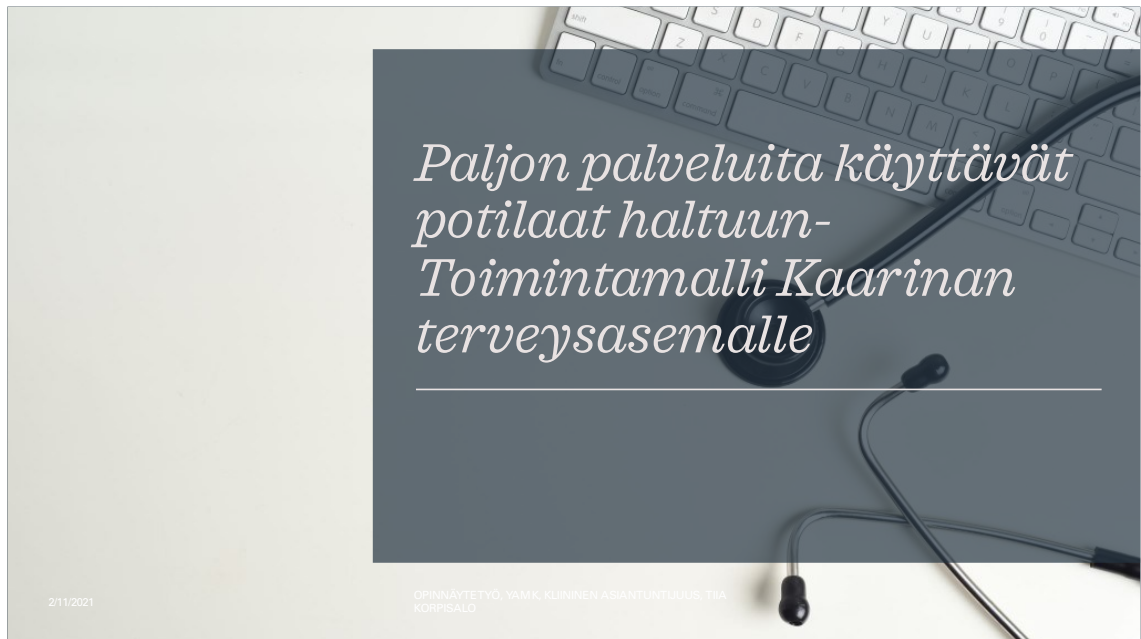
TUOMINEN, K. 2016. Benchmarking-prosessi. Turku: Oy Benchmarking Ltd, Benchmarking-koulutus.

VEHKO, T., AALTO, A., SAINIO, S. & SINERVO, T., 2016. Potilaiden tyytyväisyys terveysasemien palveluihin. Viitattu 19.9.2020. Saatavilla osoitteessa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2016101024949>

Sotehankkeet, henkilökohtaisen asiakasohjauksen tuotannollinen pilotointi, verkko-artikkeli. Viitattu 6.11.2021. Saatavilla internetistä: <https://vssotehankkeet.fi/article/henkilokohtaisen-asiakasohjauspalvelun-pilotointi/>

WINELL, K., MIKKOLA, I., KURONEN, R. & LIIRA, H., 2019. Hoitosuunnitelma yhteiseksi työkaluksi pitkäaikaissairauksien avohoitoon. *Suomen lääkärilehti*, 74(1–2), s.41–45.

## Uusi toimintamalli



Millaisia potilaita huomioidaan?

- Potilaat, joilla paljon kontakteja terveysasemalle (käynnit, puhelut, sähköinen asiointi) esim. kolme tai enemmän yhteydenottoa/kuukausi, yli 6 kontaktia/vuosi. Paljon peruutuksia/peruuttamattomia aikoja
- Potilaat, joiden tilanteesta herää huoli; muisti, yksinäisyys, outo tai sopimaton käytös, aggressiivisuus, elämäntilanteen muutos/kriisi, uusi sairaus, omaisen, läheisen tai perheen kuormittava tilanne
- Potilaat, jotka siirtyvät esh:staperusterveydenhuollon seurantaan kokonaan tai osittain
- Potilaalla käytössä palveluja moniammatillisesti tai monialaisesti eri aloilta, mutta ei selkeää hoitosuunnitelmaa mistään tai potilaan palveluissa mahdollisesti vajetta tilanteeseen nähden

2/11/2021  
OPINNÄYTETYÖ, YAMK, KLININEN ASIANTUNTIUUS, TIIA KORPISALO

# *Mistä potilaat ohjautuvat?*

Toiselta  
ammattilaiselta

Asiakas ottaa itse  
yhteyttä

Omainen/läheinen  
ottaa yhteyttä

2/11/2021

OPINNÄYTETYÖ , YAMK, KLIININEN ASiantuntijuus , TIIA KORPISALO

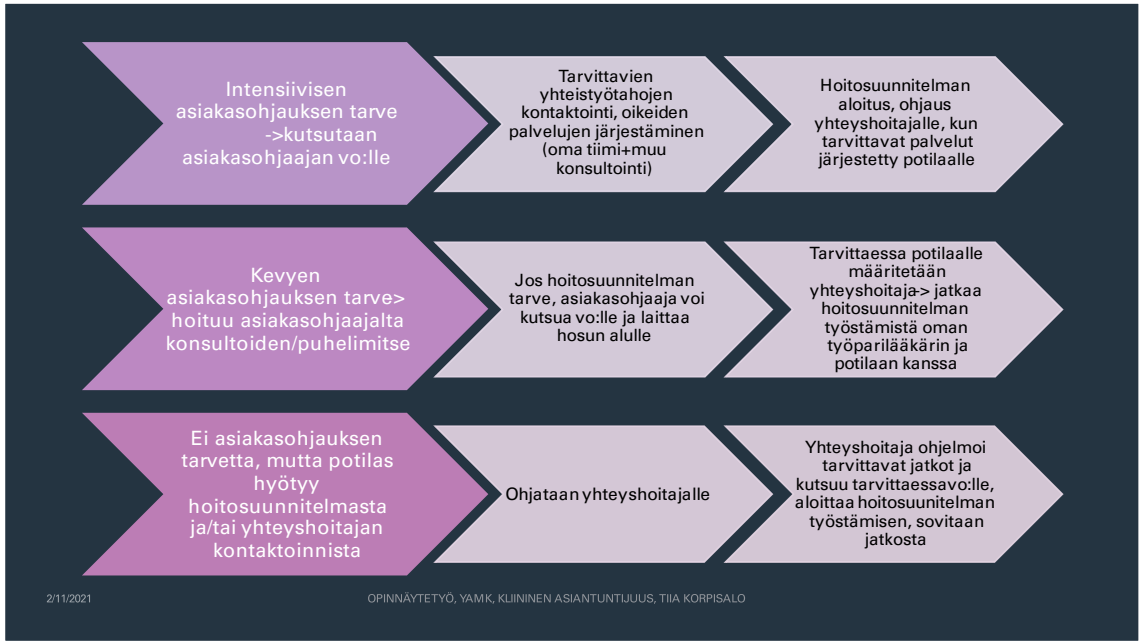
Potilas

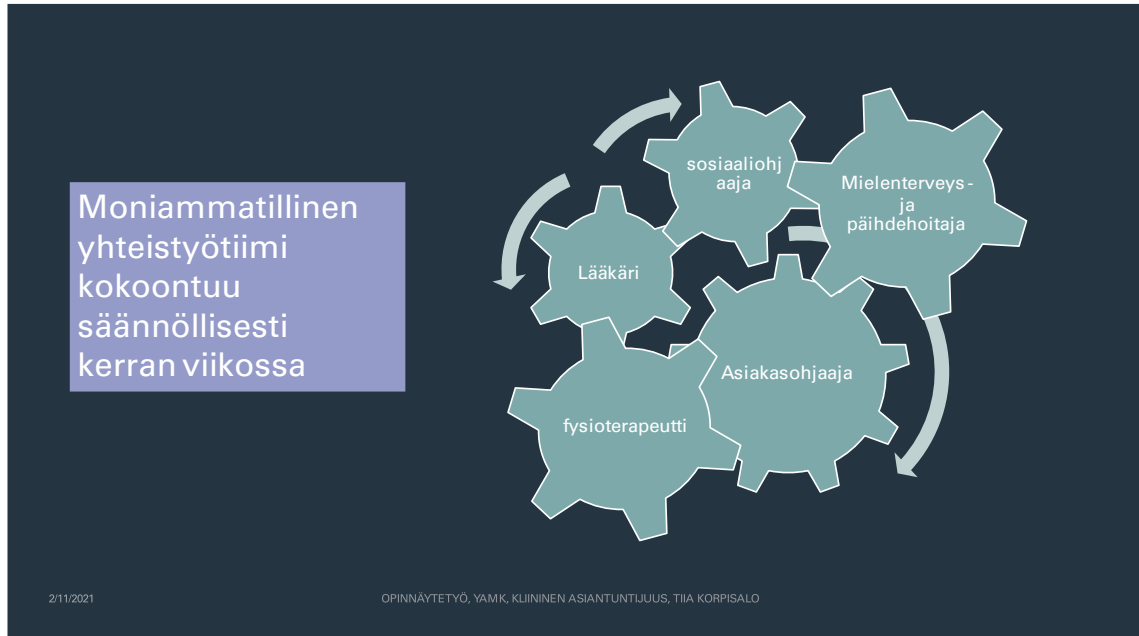


Hoito  
suunnitelma

2/11/2021

OPINNÄYTETYÖ , YAMK, KLIININEN ASiantuntijuus , TIIA KORPISALO





## *Hoitosuunnitelma*

- Terveys- ja hoitosuunnitelma koostetaan moniammatillisesti
- Asiakasohjaaja aloittaa ja valmistelee terveys- ja hoitosuunnitelman asiakasohjausprosessissa, kokoaa tietoja hoitosuunnitelmaa varten eri hoitavilta tahoilta ja myös tarkastaa hoitosuunnitelman muiden ammatilaisten päivitysten jälkeen
- Yhteyshenkilö tai lääkäri ja kaikki potilaan hoitoon osallistuvat tahot päivittävät jatkossa itsehoitosuunnitelmaa omalta osaltaan, jos/kun on tarvetta esim. vuosikontrollin yhteydessä
- Myös konsultoiden voidaan pyytää päivityksiä hoitosuunnitelmaan moniammatillisesti

2/11/2021

OPINNÄYTETYÖ, YAMK, KLIININEN ASIAANTUNTIJUUS, TIIA KORPISALO