

Annakaisa Karvonen

Omahoidon tuen ja palveluvalikoiman toteutuminen terveys- hyötymallin mukaan

Tarkastelussa: POTKU-hanke ja Antikoagulaatiohoidon käsikirja

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoidtaja

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

29.4.2012

Tekijä Otsikko Sivumäärä Aika	Annakaisa Karvonen Omahoidon tuen ja palveluvalikoiman toteutuminen terveys- hyötymallin mukaan. Tarkastelussa: POTKU-hanke ja Antiko- agulaatiohoidon käsikirja 32 sivua + 2 liitettä 29.4.2013
Tutkinto	Sairaanhoitaja (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaajat	Lehtori Maarit Kärkkäinen Lehtori Anu Leppänen
<p>Tämä opinnäytetyö oli osa antikoagulaatiohoidon omahoidon ja sähköisen hoitopalautejärjestelmän kehittämisprojektia. Projektissa olivat mukana Helsingin terveyskeskus, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos sekä Metropolia Ammattikorkeakoulu. Antikoagulaatioprojektin tavoitteena oli kehittää omahoitomalli, jossa potilaan omahoito vahvistuu ja jossa henkilökunnan työnjako toteutuu joustavasti ja toiminta on kustannusvaikuttavaa. Projektin yhtenä viitekehyyksenä on ollut terveyshyötymalli.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli tarkastella omahoidon tuen ja palveluvalikoiman toteutumista terveyshyötymallin mukaan. Opinnäytetyön aineisto koostui kahdesta terveyshyötymallin mukaan toteutetusta projektista. Työn tavoitteena oli tuottaa tietoa siitä, että millä tavoin omahoito toteutuu pitkäaikaissairaiden hoidossa.</p> <p>Tuloksista ilmeni, että hoitosuunnitelman tekeminen kuuluu keskeisesti terveyshyötymallin mukaan toteutettuun omahoidon tukeen. Hoitosuunnitelma tulee tehdä yhdessä potilaan kanssa ja potilaan tulee tietää kuka vastaa hänen hoidostaan. Hoitosuunnitelmia tehtiin pitkäaikaissairaille. Myös omahoitoon soveltuvien potilaiden valikoimiseen tulee kiinnittää erityishuomiota.</p> <p>Henkilökunnan kouluttaminen uuteen työtapaan on osa terveyshyötymallin mukaan toteutettua omahoidon tukemista. Myös potilas ja/tai omainen koulutetaan omahoitoon. Henkilökunnan työnjako ja vastuualueet tulee suunnitella uudelleen. Terveyshyötymallin mukaan toteutetuissa projekteissa kehitettiin runsaasti uusia työtapoja omahoidon tueksi. Esimerkiksi ryhmäohjaus oli keskeinen tapa tukea potilaiden omahoitoa.</p>	
Avainsanat	Omahoidon tuki, palveluvalikoima, terveyshyötymalli

Author Title Number of Pages Date	Annakaisa Karvonen How Self-Management Support and Supply of Services Is Put into Practice in the Finnish Chronic Care Model 32 pages + 2 appendices 29 May 2013
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructors	Maarit Kärkkäinen, Senior Lecturer Anu Leppänen, Senior Lecturer
<p>My study was part of a project to develop the Anticoagulation Self-Management Model and Electronic Feedback Management system. The project was made in collaboration between the Health Center of the City of Helsinki, the Finnish National Institute for Health and Welfare and the faculty of Helsinki Metropolia University of Applied Sciences, Nursing and Health Care. The aim of the project was to develop a model, where self-management would be strengthened and assignment transfers between the medical staff would be carried out smoothly and the function would be cost-effective. Patients should take more responsibility for their own self-management. The project was based on the Finnish Chronic Care Model.</p> <p>The purpose of my study was to chart how self-management support and supply of services was implemented in the Finnish Chronic Care Model. My study material relied on two projects. The projects were based on the Finnish Chronic Care Model.</p> <p>The results showed that a treatment plan was an important part of the Chronic Care Model and self-management support. The treatment plan must be made together with a patient, and he/she must have a right to know who is responsible for her/his treatment. A treatment plan was made for people with a long-term illness. It turned out that the patients, for whom treatment plan would be made, had to be selected carefully.</p> <p>A personnel training was part of self-management and the Chronic Care Model. Also family members and next-of-kin of the patient must to be trained. The distribution of work must to be replanned. The projects developed new methods of how to work and promote self-management. For example, patient guidance in groups was an integral part of self-management.</p>	
Keywords	self-management support, supply of services, Chronic Care Model

Sisällysluettelo

1	Johdanto	1
2	Teoreettinen viitekehys	2
2.1	Omahoidon tuki ja palveluvalikoima	2
2.1.1	Pitkäaikaissairaahan omahoidon tuki ja palveluvalikoima	3
2.1.2	Antikoagulaatiohoidossa olevan potilaan omahoito ja palveluvalikoima	4
2.2	Terveyshyötymalli	6
2.2.1	The Chronic Care Model	6
2.2.2	Suomalainen pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli	8
2.2.3	Terveyshyötymalli POTKU-hankkeessa ja Antikoagulaatiohoidon käsikirjassa (2011)	11
3	Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	12
4	Aineiston keruu ja analyysi	13
4.1	Aineiston keruu	13
4.2	Laadullinen tutkimus	14
4.3	Aineiston analysointi	14
5	Opinnäytetyön tulokset	15
5.1	Omahoidon tuki POTKU-hankkeen loppuraporteissa ja Antikoagulaatiohoidon käsikirjassa (2011)	16
5.1.1	Hoitosuunnitelman tekeminen	17
5.1.2	Potilaiden valikoiminen avainasiakkaiksi	17
5.1.3	Hoitosuunnitelman tekeminen yhdessä potilaan kanssa	18
5.1.4	Henkilökunnan kouluttaminen	19
5.1.5	Omahoitolomakkeen käyttöönotto	19
5.1.6	Omahoitoa tukevat menetelmät	20
5.2	Palveluvalikoima POTKU-hankkeen loppuraporteissa ja Antikoagulaatiohoidon käsikirjassa (2011)	21
5.2.1	Potilaalla on hoidon toteutuksesta vastaava työntekijä	22
5.2.2	Terveyskeskuskäynti on ennalta suunniteltu	22
5.2.3	Henkilökunnan työnjako ja vastualueet on määritelty	23
5.2.4	Uusien palvelujen käyttöön ottaminen	23

6	Pohdinta	25
6.1	Analyysin tulosten tarkastelua	25
6.2	Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotukset	27
6.3	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	28
	Lähteet	30
Liitteet	Liite 1. Taulukko 1. POTKU-hanke: suomenkieliset osahankkeet	
	Liite 2. Taulukko 1. Aineiston sisällönanalyysi. POTKU-hanke	
	Taulukko 2. Aineiston sisällönanalyysi. POTKU-hanke	
	Taulukko 3. Aineiston sisällönanalyysi. Antikoagulaatiohoidon käsikirja	
	Taulukko 4. Aineiston sisällönanalyysi. Antikoagulaatiohoidon käsikirja	

1 Johdanto

Pitkäaikaissairaiden määrä lisääntyy koko ajan ja he tarvitsevat runsaasti terveydenhuollon palveluja. Tutkimuksissa on huomattu, että pitkäaikaissairaiden omahoito ei toteudu parhaalla mahdollisella tavalla. Potilaat eivät saa riittävästi tukea omahoitoonsa ja hoitotasapaino on usein huono. Pitkäaikaissairaita hoidetaan perusterveydenhuollossa akuutin hoitomallin mukaan, kun he hyötyisivät paremmin kokonaisvaltaisesta ja nimenomaan pitkäaikaissairaille suunnatusta hoidosta. (POTKU-hanke 2012.)

Pitkäaikaissairaiden hoidon uudelleen organisoimiseen on Yhdysvalloissa kehitetty terveyshyötymalli The Chronic Care Model. The Chronic Care Modelissa potilas otetaan mukaan oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen. Perinteiseen asiantuntijakeskeiseen toimintaan verrattuna The Chronic Care Modelissa korostetaan potilaan aktiivista roolia oman sairautensa hoidossa. (The Chronic Care Model 2012.)

Suomessa on otettu käyttöön oma mallinnus The Chronic Care Modelista. Suomessa malli on nimetty pitkäaikaissairaana terveyshyötymalliksi. Suomalaisessa terveyshyötymallissa yhtenä osa-alueena on pitkäaikaissairaiden omahoidon tuki ja palveluvalikoiman kehittäminen. Omahoidon tuessa potilas sitoutetaan omahoitoon ja hänen omaa osuuttaan hoidossa korostetaan. Monipuolisen palveluvalikoiman avulla tuetaan pitkäaikaissairaana selviytymistä kotona. (Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli (CCM). 2012.)

Suomessa pitkäaikaissairaiden terveyshyötymallia on viety käytäntöön erilaisissa kansallisissa projekteissa. Tässä opinnäytetyössäni tarkastelin omahoidon toteutumista kahdessa eri projektissa, jotka on toteutettu suomalaisen terveyshyötymallin mukaan. Ensimmäinen projekteista oli nimeltään Potilas kuljettajan paikalle eli ns. POTKU-hanke. Hankkeen tavoitteena on parantaa pitkäaikaissairauksien ennaltaehkäisyä ja hoitoa. Toimintamallissa kehitetään suunnitelmallisia, tarpeenmukaisia ja terveyshyötyä tuottavia palveluja pitkäaikaissairaille. (POTKU-hanke 2012.)

Toinen opinnäytetyössäni tarkasteltava aineisto oli Jaana Puhakan toimittama Antikoagulaatiohoidon käsikirja (2011). Käsikirja on tehty ohjeistukseksi antikoagulaatiohoi-

dossa olevan potilaan hoidon toteuttamiseen. Antikoagulaatiohoidon käsikirjan (2011) työnjaon malli on esimerkki terveyshyötymallista. (Puhakka 2011: 8.) Opinnäytetyön aineistojen analyysissä sovellettiin deduktiivista sisällönanalyysiä.

Tämä opinnäytetyö on osa Helsingin terveystieteiden keskuksen, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sekä Metropolia Ammattikorkeakoulun yhdessä toteuttamaa Antikoagulaatiohoidon kehittämisprojektia. Projektissa on pyritty kehittämään turvallinen antikoagulaatiohoidon malli, jossa asiakkaan omahoito on keskeinen lähtökohta.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tarkastella omahoidon tuen ja palveluvalikoiman toteutumista terveyshyötymallissa. Tavoitteena oli tuottaa uutta tietoa siitä, millä tavoin omahoito toteutuu juuri pitkäaikaissairaiden hoidossa. Saatua tietoa voidaan mahdollisesti hyödyntää pitkäaikaissairaiden omahoidon kehittämisessä.

2 Teoreettinen viitekehys

2.1 Omahoidon tuki ja palveluvalikoima

Omahoidolla (englanniksi termi: self-management) tarkoitetaan potilaan itsensä toteuttamaa, näyttöön perustuvaa hoitoa, joka on suunniteltu yhdessä ammattihenkilön kanssa. Omahoidon tuki tarkoittaa valmennussuhdetta potilaan ja ammattihenkilön välillä niin, että potilas kykenee sairaudestaan huolimatta saavuttamaan parhaan mahdollisen elämänlaadun. Keskeistä on, että potilas osallistuu aktiivisesti oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen ja ottaa vastuun omista ratkaisuksistaan. (Routasalo – Pitkälä 2009: 5-6.)

Potilaslähtöisyys on tärkeää omahoidossa. Ammattihenkilö on valmentaja, joka perehtyy potilaan arkielämään ja kunnioittaa hänen autonomiaa. Valmentajana hän ottaa huomioon potilaan toiveet ja tarpeet ja vastaa näyttöön perustuvan tiedon välittämisestä sekä turvaa potilaan oikeudet parhaaseen mahdolliseen hoitoon. (Routasalo – Pitkälä 2009: 5-9.)

Omahoidossa suhde potilaan ja ammattihenkilön välillä muuttuu auktoriteettisuhteesta kumppanuussuhteeksi ja edelleen potilaslähtöiseksi valmentajasuhteeksi. Omahoidos-

sa potilasta valmennetaan ongelmien ratkaisuun ja päätöksentekoon, jotka liittyvät pitkäaikaissairauden hoitoon ja elämäntapoihin. Keskeistä potilaslähtöisessä omahoidontukemisessa ovat potilaan voimaantuminen, autonomia, motivaatio ja pystyvyyden tunteen vahvistuminen. (Routasalo – Airaksinen – Mäntyranta – Pitkälä 2009: 2357.)

Omahoitoa voidaan tukea monipuolisen palveluvalikoiman avulla. Palveluvalikoiman kehittämisessä on tärkeää asiakaskeskeisyys ja palvelujen helppo saatavuus. Monipuolistamalla palveluvalikoimaa voidaan tukea potilaan aktiivista roolia hänen sairautensa hoidossa ja vaikuttaa siten omahoidon onnistumiseen. (Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli (CCM) 2012.)

Omahoitoa tukevaan palveluvalikoimaan voidaan terveydenhuollossa sisällyttää erilaisia palveluja. Keskeisenä ajatuksena on, että potilas ei jää yksin toteuttamaan hoitoaan vaan hän saa tukea omahoitoon palveluvalikoiman palveluista. Palveluvalikoimaa suunniteltaessa on otettava huomioon potilaiden oma mielipide siitä, mitä palveluja he tarvitsevat itselleen. Kun potilas otetaan tasavertaisena mukaan hänen oman hoitonsa suunnitteluun, niin hän myös sitoutuu omahoitoonsa paremmin. (POTKU-hanke 2012.)

Kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu, että potilaiden ohjaaminen omahoitoon entisillä auktoriteettisuhteeseen perustuvilla tavoilla on tuottanut vaatimattomia tuloksia. Potilaiden terveydentila ei ole parantunut ja terveyskeskukset kuormittuvat, kun potilailta on runsaasti käyntejä niihin. Englannissa tehdyn tutkimuksen mukaan uuden potilaslähtöisen työtavan mukaan tuominen pitkäaikaissairaiden omahoitoon parantaa potilaan omahoidon onnistumista. Uusi työskentelytapa edellyttää asennemuutosta koko terveydenhuollon organisaatiolta. Henkilökunta tarvitsee koulutusta ja tukea uuden työtavan käyttöönotossa. (Kennedy - Rogers - Bower 2007: 968–970.)

2.1.1 Pitkäaikaissairaahan omahoidon tuki ja palveluvalikoima

Pitkäaikaissairaus alkaa yleensä vähitellen ja se kehittyy ajan kuluessa. Sairauden kulku voi olla aaltomaista. Pitkäaikaissairaus edellyttää yleensä jatkuvaa hoitoa, seuranta ja tilannearviota ja sairaus muuttaa potilaan elämää aina jollakin tavalla. (Routasalo – Pitkälä 2009: 15.) Pitkäaikaissairaudesta voidaan käyttää myös synonyymia krooninen, joka tarkoittaa jatkuvaa ja pitkällistä esimerkiksi kroonista sairautta (Nurmi – Rekiaro – Rekiaro – Sorjanen 2001: 233).

Pitkäaikaissairauteen liittyy yleensä lääkehoito, ja joskus lääkehoidon tarve on elinikäinen. Pitkäaikaiseen lääkehoitoon liittyy säännöllisiä kontroleja ja joskus myös laboratoriotutkimuksia, joiden avulla seurataan hoitotasapainoa. (Veräjänkorva – Huupponen – Huupponen – Kaukkila – Torniainen 2008: 19.) Esimerkiksi juuri antikoagulaatiohoito on usein pitkäaikaista sairauden hoitamista. Jos potilaalla on pysyvä tukoksen tai tromboemolian vaara, niin hoitoa jatketaan koko eliniän ajan. (Nurminen 2011: 229- 231.)

Pitkäaikaissairaahan ohjauksessa on aiemmin painotettu potilaan sopeutumista sairauteensa ja omahoidon tukeminen on jäänyt vähemmälle huomiolle. Kuitenkin juuri ne pitkäaikaissairaajat, joiden terveydentila on stabiili, soveltuvat hyvin omahoitoon. Esimerkiksi terveyshyötymallin mukaan toteutettu omahoidonohjaus pystyy selvästi parantamaan näiden pitkäaikaissairaiden elämänlaatua ja hoitotasapainoa. (Kennedy - Rogers - Bower 2007: 664–665.) Myös monipuolinen palveluvalikoima tukee pitkäaikaissairaahan omahoidon onnistumista (Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli (CCM) 2012).

Pitkäaikaissairaahan hoitosuhteelle on ominaista se, että sekä potilaalla että ammattihenkilöllä on tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Siihen liittyy pitkäaikainen kestävä vuorovaikutussuhde näiden kahden osapuolen välillä. Hoidon tavoitteena on saada sairaus hallintaan niin, että se haittaa potilaan elämää mahdollisimman vähän. Pitkäaikaissairauden etenemisen seurannan tavoitteet ja keinot tulee sopia potilaan kanssa yhdessä. Kun potilas ottaa enemmän vastuuta omahoidostaan, niin hänen hoitoon sitoutumisensa paranee. Tähän tavoitteeseen pääsemistä auttaa mm. potilaalle yhdessä suunniteltu hoitosuunnitelma, mikä toimii perustana potilaan itsenäiselle omahoidon toteuttamiselle. (Routasalo – Pitkälä 2009: 15–23.)

2.1.2 Antikoagulaatiohoidossa olevan potilaan omahoito ja palveluvalikoima

Antikoagulantit estävät veren hyytymisjärjestelmän normaalia toimintaa ja niitä käytetään mm. laskimotukosten ja keuhkoveritulpan hoidossa ja ehkäisyssä. Antikoagulaatiohoitoa voidaan toteuttaa lyhytaikaisena hoitona tai koko eliniän kestäväenä hoitona esimerkiksi eteisvärinän hoidossa. Lääkitystä voidaan antaa joko pistoksina lihakseen tai oraalisesti suun kautta. Varfariini on yksi yleisimmistä oraalisisista antikoagulanteista. (Nurminen 2011: 227–229.)

Suomessa antikoagulaatiohoitoa toteuttava omahoitopotilas säätelee varfariiniannoksensa itse annettujen ohjeiden mukaan. Omahoidon tuki ja ohjaus tapahtuu terveyden-

huollon ammattilaisen antaman ohjeistuksen mukaan, ja siihen sisältyy ohjeistus varfariinihoidosta ja sen itsenäisestä toteuttamisesta. Omahoitoa voi toteuttaa potilas itse tai hänen omaisensa. Omahoitoa toteuttavan potilaan tulee olla motivoitunut omahoitoon ja hänen on osattava käyttää kotona tarvittavia vieritestauslaitteita itse. (Puhakka 2011: 39.)

Euroopassa antikoagulaatiohoidon omahoitoa on toteutettu jo parikymmentä vuotta ja eri maissa toteutetaan erilaisia omahoidon tuen malleja. Esimerkiksi Englantiin ja Saksaan on perustettu antikoagulaatioklinikoita, jotka vastaavat potilaan omahoidosta kotona. (Murray 2007: 29–32.) Saksassa enemmän kuin puoli miljoonaa potilasta käyttää antikoagulaatiolääkitystä päivittäin. Potilaiden määrä lisääntyy tulevaisuudessa kaikissa länsimaisissa maissa. Myös Italiassa, Ranskassa ja Yhdysvalloissa potilaiden omahoito on yleistä. (Hua ym. 2011: 12.)

Tutkimuksissa korostetaan antikoagulaatiohoitoa saavien omahoitopotilaiden perehdyttämistä omahoitoon. Omahoitoon valikoituvat esimerkiksi Britanniassa ne potilaat, joiden perussairaus vaatii pitkäaikaista antikoagulaatiohoitoa. Britanniassa potilaat saavat koulutusta omahoitoon terveydenhuollon ammattilaisilta ja potilailla on tieto siitä, keeneen he voivat ottaa yhteyttä kotona. Myös omaiset otetaan tarvittaessa mukaan koulutukseen. (Fitzmaurice - Machin 2001: 985–989.) Hoitotuloksia tutkittaessa on todettu, että omahoito parantaa antikoagulaatiohoidon tasapainoa. Tukosriski ja kuolleisuus vähenevät omahoidossa ja myös vuotoriski on pienempi. (Garcia-Alamino ym. 2012: 12; Kastarinen ym. 2011: 2754.)

Tutkimuksissa on tarkasteltu antikoagulaatiohoidossa olevien potilaiden perehdyttämistä omahoitoon. Omahoitoon sitoutumisen todettiin tutkimuksessa olevan yhteydessä potilaan saamaan tietoon ja hoitotasapainoon. Jos potilaan tiedot antikoagulaatiohoidosta olivat huonot, niin hän ei ollut myöskään sitoutunut omahoitoonsa hyvin. Myös hoitotasapaino oli huono. (Hua ym. 2011: 1.)

Potilaiden soveltuvuus omahoitoon on tärkeää. Omahoidon toteutuminen ei ole aina mahdollista eikä se ole kaikissa tilanteissa sopiva ratkaisu. Potilaalla on myös oikeus kieltäytyä omahoidosta. Antikoagulaatiohoidon käsikirjassa (2011) varoaiheita omahoidolle ovat muun muassa dementia, alkoholismi, vaikea verenvuoto ja allergia varfariinille. Omahoitoon ovat soveltuvia ne potilaat, joilla on hyvä hoitomyyöntyvyys ja hoitotasa-

paino. Heillä tulee olla tietoa, taitoa ja tahtoa omahoidon toteuttamiseen. (Puhakka 2011: 11–12.)

Myös kansainvälisissä tutkimuksissa korostetaan, että omahoitoon soveltuvat potilaat tulee valikoida huolellisesti potilasaineistosta. Potilalla tulee olla oma tahto siihen, että hän haluaa alkaa toteuttaa omahoitoa. Hänen on myös kyettävä käytännössä omahoitoon, kuten esimerkiksi mittaamaan veriarvojaan, käyttämään mittauslaitteita ja määrittelemään lääkityksensä. (Fitzmaurice - Machin 2001: 985–989.)

2.2 Terveysyötymalli

2.2.1 The Chronic Care Model

Terveysyötymalli perustuu The Chronic Care Modeliin (CCM), jonka kehittäjä on amerikkalainen Ed Wagner työryhmineen. Mallin kehittämisen pohjalla olivat Wagnerin huomiot siitä, että perusterveydenhuolto ei enää pysty vastaamaan kroonisten sairauksien lisääntymiseen tuomaan haasteeseen. Viimeisimpien tutkimusten mukaan kroonisten sairauksien lukumäärä lisääntyy maailmanlaajuisesti koko ajan: tällä hetkellä pitkäaikaissairaita arvioidaan olevan enemmän kuin 145 miljoonaa ja vuonna 2030 heitä on jo 171 miljoonaa. Puolella näistä potilaista on enemmän kuin yksi sairaus. (The Chronic Care Model 2012.)

Ed Wagner lähti työryhmineen tutkimaan pitkäaikasairaahan hoidon toteutumista. Tutkijat huomasivat että pitkäaikaissairaiden hoito oli tehotonta: potilaat eivät ottaneet vastuuta omahoidosta ja hoitotasapaino oli huono. Terveysyötyssä potilas nähtiin passiivisena hoidon kohteena, jonka hoidosta päätti terveydenhuollon asiantuntija. Potilaan hoidon kokonaistilanne jäi tällöin hahmottamatta ja potilaiden sitoutuminen hoitonsa toteuttamiseen jäi vaillinaiseksi. Potilaan omia voimavaroja ei myöskään hyödynnetty hoidossa tarpeeksi. (The Chronic Care Model 2012.)

The Chronic Care Model – mallin kehittäjät näkivät pitkäaikaissairauksien hoidon yhtenä keskeisenä ongelmana sen, että pitkäaikaissairauksien hoidossa sovellettiin akuuttien terveysongelmien hoitamiseen suunniteltuja toimintamalleja. Kiireisessä akuuttihoitossa ei ehditty ottamaan käyttöön hoitosuosituksia ja yleensäkin pitkäaikaissairaahan hoidon koordinointi oli sekavaa. Hoitohenkilökunta hoiti potilaiden akuutteja ongelmia ja

itse perussairauden hoitaminen jäi vähemmälle huomiolle. Kukaan ei keskittynyt tukemaan pitkäaikaissairaahan omahoidon onnistumista. (The Chronic Care Model 2012.)

Pitkäaikaissairauden syntymiseen ja pahenemiseen vaikuttaa keskeisesti potilaan oma toiminta ja elintavat. Wagner ryhmineen huomasi, että jos potilaan omahoito ja sen tukeminen tehtiin vanhalla autoritäärisellä tavalla, niin pitkäaikaissairaahan hoidon tulokset jäivät laihoiksi. Pitkäaikaissairaajat kuormittivat hoitopaikkoja ja potilaat laiminlöivät perussairauden hoitoa, koska eivät saaneet riittävästi tukea omahoitoonsa terveydenhuollon ammattilaisilta. (The Chronic Care Model 2012.)

Wagner työryhmineen kehitti mallin, jossa keskeisinä toimijoina olivat hoitoonsa aktiivisesti osallistuva potilas sekä hänen hoitoonsa hyvin valmistunut moniammatillinen hoitotiimi. Perinteiseen asiantuntijakeskeiseen toimintaan verrattuna mallissa korostetaan potilaan ja hänen perheensä sekä ympäröivän yhteisön roolia pitkäaikaissairauksien hoidossa. The Chronic Care Modelissa on kuusi osa-aluetta, joiden avulla pyritään parantamaan pitkäaikaissairaiden hoidon tuloksia. (The Chronic Care Model 2012.)

Yksi osa-alueista on potilaalle annettava omahoidon tuki sekä omahoitoa tukeva palveluvalikoima. Omahoidon tuen tarkoituksena on nostaa potilas keskiöön oman hoitonsa suunnittelussa ja toteuttamisessa. Hänelle annetaan koulutusta ongelmien ratkaisuun sairauden hoidossa niin, että hän pystyy ratkaisemaan mahdollisia ongelmatilanteita itsenäisesti. Potilas saa terveydenhuoltoalan ammattilaisilta välineitä ja tukea omahoitoon: hoitoalan ammattilaiset miettivät potilaan kanssa yhdessä hoidon tavoitteita ja käytännön toteutusta. (The Chronic Care Model 2012.)

Palveluvalikoima rakennetaan yhteistyössä terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaan kanssa. Palveluvalikoiman tarkoituksena on tukea nimenomaan pitkäaikaissairaahan omahoidon onnistumista. Käyttöön otetaan uusia toimintatapoja niin terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa kuin pitkäaikaissairaahan omahoidossakin. Hoitohenkilökunnan työtapa selkeytetään ja työnjakoa uudistetaan. Hoidon painopiste siirtyy erikoissairaanhoidosta enemmän perusterveydenhuoltoon. Myös yhteisön voimavarat otetaan käyttöön erilaisissa vertaistukea antavissa ryhmätoiminnoissa. (The Chronic Care Model 2012.)

The Chronic Care Modelissa toimintatapojen muutos kohdistuu koko terveydenhuoltoalan rakenteeseen. Myös johdon tulee olla sitoutunut muutokseen ja tukea sitä. Malliin

kuuluvat myös kliiniset tietojärjestelmät ja päätöksenteon tuki. Kliinisten tietojärjestelmien uudelleen organisoiminen tarkoituksena on parantaa teknologista tukea niin pitkäaikaissairaille kuin hoitohenkilökunnallekin. Päätöksenteon tuessa hoitotyöntekijän toiminta perustuu tutkittuun tietoon sairaudesta ja sen hoidosta. Myös pitkäaikaissairas saa tutkittua tietoa sairaudestaan ja pystyy perustamaan omahoitonsa siihen. (The Chronic Care Model 2012.)

The Chronic Care Modelia on sovellettu useissa maissa kuten Kanadassa, Englannissa, Hollannissa, Italiassa ja Tanskassa. Myös Suomessa malli on otettu käyttöön. (Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli 2010.)

2.2.2 Suomalainen pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli

Pitkäaikaissairauksien hoitomallia ei ole voitu kopioida sellaisenaan Suomeen, vaan siitä on maassamme kehitetty oma suomalainen mallinnus. Mallissa keskitytään asiakaskäsiin, joilla on pitkäkestoista tai jatkuvaa hoitoa vaativa tilanne sekä useita terveysongelmia. Suomalaisessa mallissa korostuu pitkäaikaissairaiden tunnistaminen, hoidon koordinointi ja suunnitelmallisuus. Keskeistä on asiakkaiden osallistuminen oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen. (Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli (CCM) 2012.)

Terveyshyötymallissa on kuusi elementtiä: 1) Omahoidon tuki 2) Palveluvalikoima 3) Päätöksentuki 4) Kliiniset tietojärjestelmät 5) Yhteisön voimavarat ja 6) Palvelutuottajan johdon sitoutuminen. (Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli (CCM) 2012.)



Kuvio 1. Terveysyötymallin keskeiset osa-alueet. (Terveys ja Hyvinvoinnin laitos 2012).

Omahoidon tuessa korostetaan potilaan omaa osuutta hoidossa ja keskeiseksi nousee potilaan hoitoon sitouttaminen ja voimaannuttaminen. Kun potilas on motivoitunut omahoitoonsa, niin hän myös sitoutuu paremmin sen toteuttamiseen. Terveysyötymallissa keskeinen omahoitoa tukeva työväline on yksilöllisen hoitosuunnitelman tekeminen. Hoidosta sovitaan yhdessä potilaan kanssa ja pitkäaikaissairas määrittää itse omat tavoitteensa. Hoitosuunnitelman tarkoituksena on koota pitkäaikaissairaahan asioita yhteen ja hahmottaa hoidon kokonaisuutta. Hoitosuunnitelma vahvistaa hoidon jatkuvuutta: se mahdollistaa suunnitellun hoidon toteutumisen myös hoitopaikan vaihtuessa. (Pitkäaikaissairauksien terveysyötymalli (CCM) 2012.)

Pitkäaikaissairaalle määrätään myös hoidosta vastaava hoitaja, jonka tulee olla potilaan tiedossa. Potilas tietää, kenen puoleen hän voi kääntyä, jos hän tarvitsee tukea omahoitonsa toteuttamisessa. Terveysyötymallissa suositellaan myös omahoitopakkeen käyttöä tiedon keruun apuvälineenä, kun potilas ja hoitaja suunnittelevat yh-

dessä pitkäaikaissairaahan hoitoa. Potilaan tulee myös saada palautetta omahoidon onnistumisesta. (Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli (CCM) 2012.)

Palveluvalikoiman kehittämisen tarkoituksena on tuottaa uusia toimintamalleja, jotka perustuvat omahoidon tukemiseen. Terveystieteiden ammattilaisten työnjakoa ja osaamista kohdennetaan uudelleen. (Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli (CCM) 2012.) Uusi potilaslähtöinen toimintatapa vaatii kaikkien ammattiryhmien kouluttamista, yhteistyötä ja toimintakulttuurin muutosta. Työnjaon ansiosta lääkärin ja hoitajien osaamista hyödynnetään esimerkiksi niin, että lääkärit keskittyvät enemmän lääketieteellistä osaamista vaativiin tehtäviin ja hoitajan rooli omahoidon ohjaajana vahvistuu. Sujuva potilaan ja hoitotiimin välinen yhteistyö tuottaa potilaalle terveyshyötyä. (POT-KU-hanke 2012.)

Potilaalle on tarjolla palveluvalikoimassa monimuotoisia omahoidon tukikeinoja, mitkä vahvistavat hoidon onnistumista. Häntä ohjataan käyttämään hoitoa tukevia palveluita, kuten ns. kolmannen sektorin tuottamia palveluja. Suomalaisessa terveyshyötymallissa kehitetään sähköistä asiointia. Tiedotus ja viestintä ovat keskeisessä asemassa omahoidon tuessa. Sähköiset palvelut edistävät pitkäaikaissairaiden mahdollisuutta osallistua hoitonsa toteuttamiseen. (Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli (CCM) 2012.)

Päätöksenteon tuessa terveydenhuollon ammattilaiset perustavat toimintansa tieteelliseen tietoon. Käytännön työssä hyödynnetään erilaisia hoitosuosituksia ja niiden antama tieto viedään myös potilaalle. Kliiniset tietojärjestelmät tukevat potilaan hoitoa niin, että ne toimivat tarvittaessa yhteisenä tietoväylänä potilaan ja ammattilaisen välillä. Terveyshyötymallin tavoitteena on luoda rakenteellinen ja helppokäyttöinen kliininen tietojärjestelmä, joka mahdollistaa tiedon löytämisen vaivattomasti ja luotettavasti. (Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli (CCM) 2012.)

Suomessa terveyshyötymallia on jo sovellettu astmapotilaiden pitkäaikaishoidossa. Pääpaino on ollut omahoidon tukemisessa ja hoidon jatkuvuudessa. Terveyshyötymallissa astmapotilas ottaa vastuun tervehtymisestään ja tavoitteena on potilaan paras mahdollinen elämänlaatu. Omahoidossa terveydenhuollon ammattilainen ja potilas tekevät yhdessä hoitosuunnitelman ja potilas kantaa vastuuta hoidon toteutumisesta itselleen sopivalla tavalla. Ohjauksessa painotetaan ongelmanratkaisutaitoja, kun perinteisesti potilasopetuksessa on keskitytty tarjoamaan tietoa ja teknisiä taitoja. Mallin käyttöönotto vaatii asennemuutosta terveydenhuollon ammattilaisilta: asiantuntija-

auktoriteetista tulee potilaan yhteistyökumppani. Tutkijoiden mukaan malli sopii astmapotilaan hoitoon erittäin hyvin. (Säynäjäkangas - Andersen - Lampela - Keistinen 2011: 664.)

Käytän tässä opinnäytetyössä sanaa terveyshyötymalli, kun kysymyksessä on suomalainen pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli.

2.2.3 Terveyshyötymalli POTKU-hankkeessa ja Antikoagulaatiohoidon käsikirjassa (2011)

Suomessa terveyshyötymallia on viety käytäntöön erilaisissa Sosiaali- ja terveysministeriön alaisuuteen kuuluvissa hankkeissa, kuten Potilas kuljettajan paikalle - hankkeessa eli ns. POTKU-hankkeessa. POTKU-hanke toteutetaan Väli-Suomessa ja hanketta hallinnoi Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Hankkeessa on mukana 61 kuntaa. Hanke jatkuu edelleen alueella.

Hanke kuuluu osana valtakunnalliseen Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnoimaan Kaste-ohjelmaan, jonka tavoitteena on hyvinvointi ja terveyserojen kaventuminen Suomessa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden ja palvelujen järjestäminen asiakaslähtöisesti. Myös Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on mukana ohjelmassa. (KASTE 2012.)

Keskeisenä tavoitteena POTKU-hankkeessa on potilaiden mukaan ottaminen oman hoitonsa suunnitteluun ja hoidon toteutukseen kehittämällä omahoitoa ja niitä tukevia palveluja terveyskeskuksissa. Toimintamallissa kehitetään suunnitelmallisia ja tarpeenmukaisia terveyshyötyä tuottava palveluja pitkäaikaissairaille. (POTKU-hanke 2012.)

POTKU-hanke määrittelee, että terveyshyötymallin mukaan kehitetyssä organisaatiossa toiminta on potilaskeskeistä ja vuorovaikutus on potilasta voimaannuttavaa. Potilaalle on tarjolla palveluvalikossa runsaasti erilaisia omahoidon tukikeinoja. Terveydenhuollon henkilöstön toiminta perustuu työnjakoon ja hoitotiimeihin. Henkilökunnalla on käytössä ajantasaiset tiedot potilaasta ja tuki päätöksenteolle. Voimaantuneen potilaan ja hoitotyöhön hyvin valmistautuneen hoitotiimin välinen yhteistyö tuottaa pitkäaikaissairaalle terveyshyötyä. (POTKU-hanke 2012.)

Antikoagulaatiohoidon käsikirja (2011) on tehty toimintamalliksi terveydenhuollon ammattilaisille antikoagulaatiohoidon toteuttamista varten. Käsikirjan työnjaon mallina on ollut terveyshyötymalli, ja siinä painotetaan potilaan sitouttamista omahoitoon. Tutkimusten mukaan potilaan sitoutuminen hoitoon paranee, kun potilaan vastuuta lisätään turvallisesti ja hän saa koulutusta omahoidon toteuttamiseen. Pitkäaikaissairaahan hoidon onnistumista tukee hyvin suunniteltu työnjako sekä yhtenäiset ohjaukset ja materiaalit. Onnistunut omahoito tuottaa terveyshyötyä pitkäaikaissairaalle ja turhat terveyskeskuskäynnit vähenevät, kun sairaus on hoitotasapainossa. Organisaatio hyötyy terveyshyötymallin soveltamisesta kustannusten vähenemisen takia, kun terveyskeskusten aikaa pystytään käyttämään suunnitelmallisemmin hyödyksi. (Puhakka 2011: 7-8.)

3 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tarkastella omahoidon tuen ja palveluvalikoiman toteutumista terveyshyötymallissa Antikoagulaatiohoidon käsikirjassa (2011) sekä POTKU-hankkeen suomenkielisissä loppuraporteissa. Tavoitteena oli tuottaa uutta tietoa siitä, millä tavoin omahoito toteutuu juuri pitkäaikaissairaiden hoidossa. Saatua tietoa voidaan mahdollisesti hyödyntää pitkäaikaissairaiden omahoidon kehittämisessä.

Tämä opinnäytetyö on tärkeä, koska saatujen tutkimustulosten avulla saadaan lisää tietoa siitä, miten pitkäaikaissairaiden omahoidon tukea ja palveluvalikoimaa on toteutettu käytännössä Suomessa. Terveyshyötymallin mukaan totutetussa omahoidossa pitkäaikaissairaalle tulee antaa monipuolista tukea omahoitoon sekä kehittää mm. palveluvalikoimaa omahoidon tueksi. (Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli (CCM) 2012; The Chronic Care Model 2012.) Kansainvälisissä tutkimuksissa on myös todettu, että pitkäaikaissairas hyötyy siitä, että hän on itse aktiivisesti mukana omahoitonsa toteuttamisessa. (Kennedy - Rogers - Bower 2007: 968–970; Routasalo ym. 2009: 2351; Fitzmaurice - Machin 2001: 985–989.) Esimerkiksi juuri antikoagulaatiohoitoa saavien pitkäaikaissairaiden potilaiden hoitotasapaino on ollut parempi, kun he ovat saaneet tukea omahoitoon kotonaan. (Garcia-Alamino ym. 2012:12; Kastarinen ym. 2011:2754; Hua ym. 2011:1.) Opinnäytetyön avulla saatava tieto hyödyttää pitkäaikaissairaita, koska lisäämällä tietoa aiheesta pystytään tulevaisuudessa kehittämään pitkäaikaissairaiden omahoidon tukea edelleen.

Tämän opinnäytetyön keskeisiksi tutkimuskysymyksiksi muodostui

1. Miten omahoito toteutuu POTKU-hankkeessa?
2. Miten omahoito toteutuu Antikoagulaatiohoidon käsikirjassa (2011)?

4 Aineiston keruu ja analyysi

4.1 Aineiston keruu

Opinnäytetyön varsinainen aineisto koostui Jaana Puhakan toimittamasta Antikoagulaatiohoidon käsikirjasta (2011) sekä POTKU-hankkeen kuudesta suomenkielisestä loppuraportista. POTKU-hankkeen loppuraportit löytyvät Liitteestä 1. POTKU-hankkeen loppuraportit valikoituivat aineistokseni, koska hankkeen lähtökohtana oli potilaiden omahoidon kehittäminen terveyshyötymallin pohjalta. Keskeisenä tavoitteena hankkeessa oli potilaiden ottaminen mukaan oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen kehittämällä omahoitoa. (POTKU-hanke 2012.)

POTKU-hankkeella on kuusi yhteistä tavoitetta, jotka on otettu suoraan terveyshyötymallista. Nämä tavoitteet ovat yhteisö, johto, omahoito, palveluvalikoima, päätöksen tuki ja kliiniset tietojärjestelmät. Näiden tavoitteiden osalta keskityin omahoitoon ja palveluvalikoimaan.

POTKU-hankkeeseen kuuluvat myös muut terveyshyötymallin mukaiset osa-alueet. Yhteisön ja johdon tuki keskittyvät hahmottamaan kuntien ja terveyspalveluorganisaatioiden strategioita ja johdon toimintamalleja. Koska ne liittyvät vain välillisesti varsinaisiin tutkimuskysymyksiini, niin en tarkastele niitä tässä opinnäytetyössä sen enempää. Päätöksentuki keskittyy POTKU-hankkeessa selventämään päätöksenteossa tarvittavia tieteellisiä suosituksia ja menetelmiä, joten olen rajannut myös ne pois aineistostani. Kliiniset tietojärjestelmien tavoitteena on luoda rakenteellinen ja helppokäyttöinen järjestelmä terveyskeskuksiin, joten myöskään tämä osa alue ei kuulu keskeisesti opinnäytetyöhöni aineistoon.

Jaana Puhakan toimittama Antikoagulaatiohoidon käsikirja (2011) on osa Antikoagulaatiohoidon kehittämisprojektia, jossa on pyritty kehittämään antikoagulaatiohoidossa

oleville potilaille turvallinen antikoagulaatiohoidon malli. Antikoagulaatiohoidon käsikirjan (2011) työnjaon mallina on ollut terveyshyötymalli ja yhtenä tärkeänä osa-alueena potilaiden omahoidon tukeminen. (Puhakka 2011: 8.)

4.2 Laadullinen tutkimus

Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on todellisen elämän kuvaaminen. Sen tavoitteena on ymmärtää ja tulkita jonkin valitun ilmiön esiintymisen merkityksiä. Aineistolähtöinen tutkimus on usein kuvailevaa ja siinä ollaan kiinnostuneita prosesseista, merkityksistä ja ilmiön ymmärtämisestä sanojen, tekstien ja kuvien avulla. (Kananen 2008: 24–29.) Laadullisen terveystutkimuksen yhtenä ominaispiirteinä voi olla teorialähtöisyys, mikä tarkoittaa sitä, että tutkimuksessa päättely alkaa yleisestä ja päättyy yksittäiseen. Analyysissä käytettävä luokittelu perustuu aikaisempiin tietoihin ja teorioihin. Puhutaankin ns. deduktiivisesta analyysistä. Sille on ominaista, että tutkitusta teoriasta johdetaan ne käsitteet, joita käytetään analyysissä. (Kananen 2008: 91.) Tässä opinnäytetyössäni sovellettiin juuri deduktiivista analyysiä.

Laadullisen tutkimuksen menetelmiä ovat muun muassa avoinhaastattelu, osallistuva havainnointi, eläytymismenetelmä sekä erilaisten dokumenttien ja tekstien sisällölliset analyysit. (Kananen 2008: 24–41.) Dokumentti ymmärretään tällöin hyvin väljässä merkityksessä, ja miltei mikä tahansa kirjalliseen muotoon saatettu materiaali voi olla dokumentti esimerkiksi kirjat, artikkelit, puhe, raportit jne. (Tuomi – Sarajärvi 2012: 103). Tutkimustavassa voidaan pyrkiä ns. selittävään tutkimukseen. Tällöin pyritään esittämään kysymyksiä, jotka vastaavat kysymykseen ”Miten?” (Kananen 2008: 53.) Tässä opinnäytetyössä aineistojen sisältöjä analysoitiin suhteessa terveyshyötymalliin siten, että opinnäytetyön tutkimuskysymykset ohjasivat aineiston tarkastelua koko ajan.

4.3 Aineiston analysointi

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi on perustyöväline kaikessa laadullisen aineiston analyysissä. Sisällönanalyysi noudattaa metodina yleensä työtapaa, johon kuuluu muun muassa aineistoon perehtyminen, kiinnostavien asioiden huomiointi ja yhteenvedon kirjoittaminen saadusta uudesta tiedosta. Analyysin tehtävänä on järjestää, jäsentää ja tiivistää aineisto, ja tutkija joutuu tekemään monia valintoja tutkimuksen edetessä. Analysointi onkin aina tulkintaa aineistosta. (Tuomi – Sarajärvi 2012: 90–94.)

Laadullisessa tutkimuksessa kirjallisia aineistoja voidaan käyttää sellaisenaan tutkimusmateriaalina ja niiden analyysitavat ovat samoja kuin esimerkiksi haastatteluaineistojen analyysit (Kananen 2008: 81–82). Sisällönanalyysissä aineistoa luokitellaan ja sillä pyritään saamaan aineisto käsiteltävään muotoon. Tietoja yhdistetään ja samaa tarkoittavat asiat yhdistetään samoilla koodeilla ja samoin sellaiset asiat, joilla on yhteinen elementti tai tekijä. Aineistosta pyritään löytämään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Deduktiivisessa päättelyssä analyysi lähtee yleisestä ja päättyy yksityiseen. (Tuomi- Sarajärvi 2012: 91–94.)

Tässä opinnäytetyössä tarkasteltiin POTKU-hankkeen loppuraportteja ja Antikoagulaatiohoidon käsikirjaa (2011). Opinnäytetyössä sovellettiin sisällönanalyysiä käyttäen apuna deduktiivista analyysiä. Deduktiivisessa sisällönanalyysissä aineiston luokittelu perustuu aikaisempaan viitekehukseen, joka voi olla joko teoria tai käsitejärjestelmä. (Tuomi - Sarajärvi 2012: 113.) Teorian pohjana oli suomalainen terveyshyötymalli ja sen luomat käsitteet.

Deduktiivisessa sisällönanalyysissä voidaan poimia aineistosta yläluokkaa kuvaavia ilmiöitä. Ilmiöt perustuvat suoraan teoriaan. (Tuomi - Sarajärvi 2012: 113- 114.) Yläluokat otettiin suoraan terveyshyötymallin osa-alueista, jotka ovat omahoidon tuki ja palvelualikoima. Tämän jälkeen etsittiin systemaattisesti aineistosta alkuperäisiä ilmauksia, jotka liittyivät yläluokkiin. Sitten nämä alkuperäiset ilmaukset pelkistettiin ja niistä muodostettiin alaluokat.

POTKU-hankkeen loppuraportit ja Antikoagulaatiohoidon käsikirjan (2011) aineistot käsiteltiin erikseen ja molemmille tehtiin omat taulukot. Sisällön analyysin eteneminen deduktiivisesti yläluokkien kautta alkuperäisilmauksiin ja alaluokkiin löytyy Liitteestä 2. Tutkimuskysymyksiä käytettiin koko ajan analyysin lähtökohtana etsittäessä aineistoista alkuperäisilmauksia ja edelleen, kun aineistoa tiivistettiin alaluokiksi.

5 Opinnäytetyön tulokset

Opinnäytetyössä aineisto perustuu POTKU-hankkeen osalta suomenkielisten osahankkeiden loppuraportteihin. Tekstissä käytetään sanaa osahanke, kun tarkoitetaan näitä POTKU-hankkeen osahankkeita.

Opinnäytetyön tulososuudessa jokaisesta yläluokasta on tehty taulukko, jossa esitellään kunkin yläluokan keskeiset tulokset alaluokittain. Yläluokkia on kaksi kappaletta: *Omahoidon tuki* ja *Palveluvalikoima*. Nämä kaksi yläluokkaa otettiin suoraan terveystyömalliin käsitteistä.

5.1 Omahoidon tuki POTKU-hankkeen loppuraporteissa ja Antikoagulaatiohoidon käsikirjassa (2011)

TAULUKKO 1. Keskeiset tulokset yläluokasta *omahoidon tuki* POTKU-hankkeessa

Yläluokka	Omahoidon tuki					
Alaluokka	Hoitosuunnitelman tekeminen	Potilaiden valikoiminen avainasiakkaiksi	Hoitosuunnitelman tekeminen yhdessä potilaan kanssa	Henkilökunnan kouluttaminen	Omahoitolomakkeen käyttöönotto	Omahoitoa tukevat menetelmät

Omahoidon tukeen (Taulukko 1) kuuluu POTKU-hankkeessa kuusi alaluokkaa, jotka ovat *hoitosuunnitelman tekeminen*, *potilaiden valikoiminen avainasiakkaiksi*, *hoitosuunnitelman tekeminen yhdessä potilaan kanssa*, *henkilökunnan kouluttaminen*, *omahoitolomakkeen käyttöönotto* ja *omahoitoa tukevat menetelmät*.

TAULUKKO 2. Keskeiset tulokset yläluokasta *omahoidon tuki* Antikoagulaatiohoidon käsikirjassa (2011)

Yläluokka	Omahoidon tuki			
Hoitosuunnitelman tekeminen	Potilaiden valikoiminen avainasiakkaiksi	Henkilökunnan kouluttaminen	Potilaan/omaisen kouluttaminen	Omahoitoa tukevat menetelmät

Omahoidon tukeen (Taulukko 3) kuuluu Antikoagulaatiohoidon käsikirjassa (2011) viisi alaluokkaa, jotka ovat *hoitosuunnitelman tekeminen, potilaiden valikoiminen avainasiakkaiksi, henkilökunnan kouluttaminen, potilaan/omaisen kouluttaminen ja omahoitoa tukevat menetelmät.*

5.1.1 Hoitosuunnitelman tekeminen

Hoitosuunnitelmia tehtiin jokaisessa *osahankkeessa* ja sen katsottiin olevan keskeinen osa asiakkaan omahoidon tukea. Hoitosuunnitelmien teossa lähtökohtana oli, että hoitosuunnitelman sisällön rakenteen tuli olla strukturoitu ja yksilöllinen. Hoitosuunnitelmien tekeminen perustui osahankkeissa terveydenhuoltolakiin. Osahankkeissa mainittiin, että hoitosuunnitelman tarkoituksena oli voimaannuttaa potilasta omahoitoon. Myös *Antikoagulaatiohoidon käsikirjassa (2011)* hoitosuunnitelman tekeminen sisältyi omahoidon tukeen ja sen tekemistä määrittä terveydenhuoltolaki.

Hoitosuunnitelmien määrä vaihteli eri *osahankkeissa* paljon, esimerkiksi Lakeuden potkun 1996 hoitosuunnitelmasta Maalipotkun kuuteentoista. Lakeuden potku laajensi hoitosuunnitelmien teon koskemaan kaikkia terveyskeskusten asiakkaita kokeiluvaiheen jälkeen.

Antikoagulaatiohoidon käsikirjassa (2011) esiteltiin uutena palvelumuotona ns. varfariinikortti, johon merkitään käsikirjan ohjeiden mukaan mm. potilaan lääkitys, hoitohenkilöstön ja hoitopaikan yhteystiedot sekä mitatut INR-arvot. Käsikirjan mukaan varfariinikortti voi korvata hoitosuunnitelman silloin, jos potilas tarvitsee hoitoa toisella paikakunnalla ja seurantakortti täytetty ohjeen mukaisesti.

5.1.2 Potilaiden valikoiminen avainasiakkaiksi

Potilaat valikoitiin hoitosuunnitelmien tekoon jokaisessa *osahankkeessa*. Potilaksi otettiin yleensä pitkäaikaissairaat potilaat, joilla oli runsaasti terveyskeskuskäyntejä vuosittain. Potilaiden tuli olla myös sitoutuneita omahoitoon. Osahankkeissa heitä nimettiin yleensä avainasiakkaiksi. Avainasiakkaiden valikoimiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota. Maalipotkussa potilaiden valikoituminen avainasiakkaiksi epäonnistui, koska potilaat olivat liian huonokuntoisia.

Omahoitoon soveltuvat potilaat määriteltiin *Antikoagulaatiohoidon käsikirjassa (2011)* tarkkaan. Potilaan oli oltava halukas osallistumaan omahoitoon ja sen lisäksi hänen täytyi kyetä siihen. Käsikirja määritteli, että omahoitoon soveltuvalla potilailla tuli olla ”tietoa, taitoa ja tahtoa” omahoitoon. Omahoitoon soveltuivat potilaat, joilla oli hyvä hoitomyöntyvyys ja hoitotasapaino. Potilaan oli kyettävä suoriutumaan omahoidosta niin fyysisesti kuin henkisesti.

5.1.3 Hoitosuunnitelman tekeminen yhdessä potilaan kanssa

Potilas osallistui hoitosuunnitelman tekemiseen kaikissa *osahankkeissa*. *Osahankkeissa* katsottiin, että hoitosuunnitelman teossa on tärkeää potilaan aktiivinen rooli omahoitonsa suunnittelussa. Tällöin myös potilaan sitoutuminen hoitoonsa on parempaa.

Antikoagulaatiohoidon käsikirjassa (2011) ei tarkemmin määritelty sitä, että kuka tekee hoitosuunnitelman potilaan kanssa. Käsikirjassa todettiin, että hoitosuunnitelma tehdään vuosittain sovitulla tavalla ja sen teossa noudatetaan potilaan hoidosta vastaavan paikan toimintatapoja.

Osahankkeissa toteutettiin ns. yhteisvastaanottoja, ja niihin osallistuivat potilas, lääkäri ja sairaanhoitaja yhdessä. Ainoastaan Päijätpotku mainitsi erikseen, että myös omaiset ja läheiset osallistuvat tarvittaessa hoitosuunnitelman tekoon. Muut ammattiryhmät osallistuivat hoitosuunnitelman tekoon, jos he osallistuivat potilaan hoitoon. Kahdessa hankkeessa kehitettiin ns. valmisteleva vastaanotto, jolloin hoitovastava/sairanhoitaja tapasi potilaan kahdestaan ennen varsinaista lääkärin vastaanottoa ja hoitosuunnitelman tekoa (Hankkeet n:o 3,5).

Suurimmassa osassa *osahankkeista* mainittiin, että potilaiden kokemukset yksilöllisen hoitosuunnitelman tekemisestä ovat olleet positiivisia (Hankkeet n:o 1,2,4,5). Päijätpotku oli selvittänyt erikseen potilaiden mielipidettä ns. PACIC-kyselyllä. Tulokset olivat hyviä: hoitosuunnitelman teon jälkeen potilaan käynnit vähenivät terveyskeskuksessa selvästi ja potilastyytyväisyys parani. Pirkkapotkussa todettiin, että kun potilas saa osallistua omien asioiden päättämiseen, niin hän myös sitoutuu paremmin sovittuihin asioihin. Maalipotku toi esille näkemyksensä, että hoitosuunnitelmien tekoa tulee vielä yhtenäistää eri organisaatioiden kesken.

5.1.4 Henkilökunnan kouluttaminen

Osahankkeisiin osallistuva henkilökunta koulutettiin terveyshyötymallin mukaiseen omahoidon tukeen jokaisessa osahankkeessa. Neljä osahanketta mainitsi, että niissä annettiin hoitohenkilökunnalle koulutusta vielä erikseen motivoivasta haastattelusta ja voimaannuttavasta työotteesta (Hankkeet n:o 1,4,5,6).

Antikoagulaatiohoidon käsikirja (2011) on itsessään tarkoitettu ohjeistukseksi terveydenhuollon ammattilaisille antikoagulaatiohoidon toteuttamisesta. Käsikirjassa on henkilökunnalle oma koulutusmateriaali, minkä avulla heidät perehdytetään antikoagulaatiopotilaan hoitoon. Hoitohenkilökunta saa käsikirjan ohjeistuksen avulla selkeän mallin siitä, miten tämän potilasryhmän omahoitoa toteutetaan.

Antikoagulaatiohoidon käsikirjassa (2011) määriteltiin, että hoitajat, jotka antavat potilasohjausta, tulee kouluttaa käsikirjan mukaan joko paikallisen tavan mukaan organisaatiossa, tai käyttämällä käsikirjan valmista opetuspakettia. Hoitajien tulee suorittaa tentti ja laskukoe aiheesta, ennen kuin he voivat toteuttaa potilaiden omahoidon ohjausta.

Antikoagulaatiohoidon käsikirjassa (2011) annetaan selkeät ohjeet myös siitä, että kuinka potilas ja/tai omainen perehdytetään antikoagulaatiohoidon omahoitoon. Potilaan on osallistuttava koulutukseen ja läpäistävä ns. AK-ajokortti, ennen kuin hän saa siirtyä omahoitoon. Koulutuksessa annetaan potilaalle valmiudet määritellä oma lääkeyksensä kotona.

5.1.5 Omahoitolomakkeen käyttöönotto

Jokainen *osahanke* kehitti alueellaan omahoitolomakkeen pitkäaikaissairaahan omahoidon tuen apuvälineeksi. Sen avulla kerättiin potilaalta tietoja mm. hänen sairaushistoriastaan ja lääkityksestään. Omahoitolomakkeen avulla asiakas pystyi valmistautumaan tulevalle vastaanotolle etukäteen. Yleensä potilaat täyttivätkin omahoitolomakkeen kotonaan ennen hoitosuunnitelman tekoa terveysasemalla tai sitten yhdessä sairaanhoitajan kanssa niillä terveysasemilla, joilla oli käytössä ns. valmisteleva vastaanotto.

Omahoitolomakkeen katsottiin toimivan myös luontevana keskustelun avaajana hoitosuunnitelmaa tehtäessä. *Osahankkeet* kehittivät alueellaan erilaisia omahoitolomakkeita. Päijätpotkussa omahoitolomake oli ollut jo käytössä ennen POTKU-hanketta. *Antikoagulaatiohoidon käsikirjassa (2011)* ei mainita omahoitolomaketta ollenkaan.

5.1.6 Omahoitoa tukevat menetelmät

Kaikki *osahankkeet* lähtivät kehittämään erilaisia omahoidon työkaluja alueellaan. Näistä ryhmäohjaus nousi keskeisimmäksi toimintamuodoksi omahoidon tukemisen apuvälineenä. Ryhmäohjaus otettiin käyttöön kaikissa *osahankkeissa*. Myös *Antikoagulaatiohoidon käsikirjassa (2011)* omahoidon ohjaus tapahtui nimenomaan ryhmäohjauksessa.

Ryhmätoiminta kohdennettiin *osahankkeissa* pitkäaikasairaille, mutta erilaisia elintapamuutosryhmiä järjestettiin myös esimerkiksi ylipainoisille ja tupakoitsijoille. Ryhmävastaanotolla pitkäaikaissairaat saivat tukea omahoitonsa toteuttamiseen ja vertaistukea muilta asiakkailta. Ryhmätoimintaa kehitetään *osahankkeissa* jatkuvasti.

Esimerkiksi Päijätpotku järjesti varafariinihoitoa saaville potilaille ryhmävastaanoton, jossa koulutus ja potilaiden ohjaus omahoitoon toteutettiin Puhakan toimittaman Antikoagulaatiohoidon käsikirjan (2011) mukaan. Vastaanottoa pitävien ammattilaisten mielestä vastaanoton yhtenäinen sisältö ja sen suunnitelmallisuus oli merkittävä uudistus. Ryhmävastaanotolla korvattiin aiemmat yksilövastaanotot. Isot terveysasemat hyötyivät ryhmävastaanotosta parhaiten: ryhmävastaanoton pitäminen antikoagulaatiohoidossa oleville potilaille oli kaikkein tehokkainta juuri suurilla terveysasemilla. Päijätpotkun kokemukset kokeilusta olivat positiiviset.

Ryhmäohjauksissa osa hankkeista teki yhteistyötä kolmannen sektorin toimijoiden kanssa (Hankkeet n:o 3,4). Yhteistyötä tehtiin esimerkiksi apteekin ja Sydänliiton kanssa. *Antikoagulaatiohoidon käsikirjassa (2011)* mainittiin, että omahoitoon siirtyville potilaille annetaan Sydänliiton esite.

Erilaisia sähköisiä omahoitopalveluita kehitettiin kaikissa *osahankkeissa* omahoidon tueksi, ja niiden kehittäminen jatkuu alueella edelleen. Sähköisten omahoitopalvelujen katsottiin helpottavan terveyskeskusten ajan hallintaa ja selkeyttävän sitä. Omahoitoon kuuluviin palveluihin katsottiin sisältyvän mm. ryhmälähetteet ryhmätoimintoihin, oma-

hoitokaavakkeiden kehittäminen ja omahoitoa tukevien sivujen luominen nettiin. Linnan potkussa kehitettiin sähköinen palveluvalikko, jonka tarkoituksena oli informoida asiakkaita siitä, mitä mahdollisuuksia heille on alueella tarjolla omahoidon tukeen. Tiedottaminen palveluista nousi ongelmaksi kolmessa hankkeessa ja sen kehittäminen koettiin tärkeäksi (Hankkeet n:o 1,5,6). Lakeuden potku tehosti tiedottamista kehittämällä kotisivut nettiin ja suunnittelemalla erilaisia kirjallisia ohjeita ja tiedotteita jaettavaksi asiakkaille.

5.2 Palveluvalikoima POTKU-hankkeen loppuraporteissa ja Antikoagulaatiohoidon käsikirjassa (2011)

TAULUKKO 3. Keskeiset tulokset yläluokasta *palveluvalikoima* POTKU-hankkeessa

Yläluokka	Palveluvalikoima			
Alaluokka	Potilaalla on hoidon toteutuksesta vastaava työntekijä	Terveyskeskuskäynti on ennalta suunniteltu	Henkilökunnan työnjako ja vastualueet on määritetty	Uusien palvelujen käyttöön ottaminen

Palveluvalikoimaan (Taulukko 3) kuuluu neljä alaluokkaa, jotka ovat *potilaalla on hoidon toteutuksesta vastaava työntekijä*, *terveyskeskuskäynti on ennalta suunniteltu*, *henkilökunnan työnjako ja vastualueet on määritetty* ja *uusien palvelujen käyttöön ottaminen*.

TAULUKKO 4. Keskeiset tulokset yläluokasta *palveluvalikoima* Antikoagulaatiohoidon käsikirjassa (2011)

Yläluokka	Palveluvalikoima			
Alaluokka	Potilaalla on hoidon toteutuksesta vastaava työntekijä	Terveyskeskuskäynti on ennalta suunniteltu	Henkilökunnan työnjako ja vastualueet on määritetty	Uusien palvelujen käyttöön ottaminen

Palveluvalikoima (Taulukko 4) kuuluu neljä alaluokkaa, jotka ovat *potilaalla on hoidon toteutuksesta vastaava työntekijä, terveyskeskuskäynti on ennalta suunniteltu, henkilökunnan työnjako ja vastuualueet on määritelty ja uusien palvelujen käyttöön ottaminen*.

5.2.1 Potilaalla on hoidon toteutuksesta vastaava työntekijä

Pitkäaikaissairaille määrättiin hoidon toteutuksesta vastaava työntekijä viidessä *osahankkeessa* (hankkeet 1,2,3,4,5). Nämä osahankkeet mainitsivat erikseen, että potilas tietää kuka/ketkä on hänen hoidostaan vastaava työntekijä. Ainoastaan Päijätperäpotkun loppuraportista ei käynyt ilmi, että tiesikö pitkäaikaissairas hänen hoidosta vastaavan työntekijän nimen ja yhteystiedot. Hoidosta vastaavan työntekijän yhteystiedot merkittiin potilaan hoitosuunnitelmaan. Myös hoitopaikan yhteystiedot tuli ilmoittaa potilaalle.

Yleensä hoidon toteutuksesta vastaava työntekijä oli hankkeissa ammatiltaan sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja (Hankkeet n:o 1,3,4,5,6). Yhteyshenkilönä potilaaseen päin saattoi olla myös työpari: lääkäri ja hoitaja tai moniammatillinen tiimi. Linnan potku mainitsi, että hoidosta vastaavana työntekijänä oli se terveydenhuollon ammattilainen, jonka apua potilas tarvitsi eniten totuttaessaan omahoitoa.

Antikoagulaatiohoidon käsikirjassa (2011) määriteltiin selkeästi, että potilaan varafariinikorttiin kirjataan annostelusta vastaavan tahon nimet ja yhteystiedot. Potilaan siirryessä omahoitoon on tärkeää, että hän tietää minne ja keneen ottaa yhteyttä omahoitoa koskevissa asioissa.

5.2.2 Terveyskeskuskäynti on ennalta suunniteltu

Jokainen *osahanke* oli lähtenyt suunnittelemaan pitkäaikaissairaiden potilaiden terveyskeskuskäyntiä etukäteen. Suunnitelmallisten käyntien tavoitteena oli päivystysluontoisten yhteydenottojen väheneminen. Terveyskeskuskäyntejä olikin helpompi hallita, kun ne on suunniteltu pitkäaikaissairaille etukäteen. Kaksi osahanketta sai näyttöä siitä, että hoitokäyntien suunnitelmallisuus oli vähentänyt päivystyskäyntien määrää pitkäaikaissairailta (Hankkeet: 1, 6).

Myös *Antikoagulaatiohoidon käsikirjassa (2011)* antikoagulaatiohoidossa olevan potilaan terveyskeskuskäynti suunniteltiin etukäteen. Potilas kutsutaan seurantavas-

taanotolle kerran vuodessa. Potilaan tullessa uusimaan antikoagulaatiohoidon reseptiä hänet ohjataan seurantakäynnille. Potilaat suorittavat omahoitoon liittyvänä koulutuksena ns. AK-ajokortin, mikä oikeuttaa potilaat toteuttamaan omahoitoa itsenäisesti kotona. AK-ajokortti uusitaan vähintään kolmen vuoden välein.

5.2.3 Henkilökunnan työnjako ja vastualueet on määritelty

Henkilökunnan työnjako ja vastualueet määriteltiin uudelleen kaikissa *osahankkeissa*. Osahankkeet kehittivät hoitohenkilöstön välistä työsuunnittelua ja työnjakoa organisaatiossaan. Hankkeissa keskityttiin selkeyttämään hoitajien ja lääkärin välistä työnjakoa sekä vastualueita. Uudeksi työtavaksi kehitettiin työparimalli, jossa lääkäri ja hoitaja toimivat suunnitellusti yhteistyössä pitkäaikaissairaana hoitotyössä. Tulokset olivat positiivisia: hoitohenkilöstön ajankäyttö selkeytyi uuden työtavan myötä. Seinäjoella todettiin, että uusi tapa lisäsi myös potilaan vastaanotolle jäänyttä aikaa.

Antikoagulaatiohoidon käsikirjassa (2011) määriteltiin selkeästi hoitajan, lääkärin ja potilaan välinen työnjako sekä vastualueet omahoidossa. Lääkärille kuuluu päätös lääkityksen aloittamisesta ja hän vastaa vaikeahoitoisista potilaista, joiden hoitotasapaino on huono. Hoitajan vastuualue taas kattaa vakiintuneessa hoidossa olevat potilaat, joiden hoitotasapaino on hyvä. Lääkäri ja hoitaja tekevät yhteistyötä potilaan hoidossa. Myös omahoitoon soveltuvien potilaiden vastualueet määritellään käsikirjassa tarkasti.

5.2.4 Uusien palvelujen käyttöön ottaminen

Palveluvalikoimaan katsottiin kuuluvan joissakin *osahankkeissa* omahoidon tukeen kuuluvia menetelmiä. Toimintoja kuvattiin tässä opinnäytetyössä aiemmassa kappaleessa Omahoitoa tukevat menetelmät. Näitä uusia palveluja olivat mm. ryhmätoiminta, vertaistuki, hoitohenkilöstön työn selkeyttäminen ja sähköisten palvelujen luominen asiakkaille. Osahankkeissa nämä toiminnot menivät siis sisällöllisesti päällekkäin.

Antikoagulaatiohoidon käsikirja (2011) ei puuttunut palveluvalikoiman rakentamiseen muuten kuin yksittäisen potilasryhmän osalta. Käsikirja on tehty selkeyttämään varfariinihoidossa olevan potilaan omahoitoa. Käsikirjan voi ajatella vastaavan näiden poti-

laiden palveluntarpeeseen saada tutkittu ja yhtenäinen ohjeistus varfariinihoidosta, että he voisivat toteuttaa omahoitoa turvallisesti kotonaan.

Antikoagulaatiohoidossa oleva omahoitopotilas saa kotiinsa mukaan kirjallisia potilasohjeita. Käsikirja suosittelee yhteistyöhön Sydänliiton kanssa: sen ohjeisiin kuuluu, että potilaille jaetaan Sydänliiton kustantama opas varfariinihoidosta.

Osahankkeissa Maalipotku kartoitti alueellaan väestön palvelujen tarvetta jatkuvalla asiakaspalautekyselyllä ja toiminnan laadun kehittämisessä asiakas oli heidän mukaan keskeisessä roolissa. Päijätpotkussa järjestettiin henkilöstölle työpajoja, joissa mietittiin asiakkaiden tarpeita ja pyrittiin kehittämään tarjontaa.

Eri *osahankkeet* ottivat käyttöön myös sähköisiä palveluja. Uutena palvelumuotona kehitettiin mm. sähköinen palveluvalikko, johon koottiin alueen palvelut asiakkaille. Palveluvalikoiman tiedot oli suunnattu myös terveydenhuollon henkilöstölle. Sen avulla oli tarkoitus parantaa tiedottamista: kaikki alueen asukkaat tietävät mitä omahoidon tukkeinoja on tarjolla.

Kolmessa *osahankkeessa* alettiin kehitellä hoitomalleja pitkäaikaissairaille (Hankkeet n:o 1,3,6). Lakeuden potku mainitsi, että hoitomallien laadinnassa korostui terveyshyötymallin mukainen omahoito. Lakeuden potku sai hoitomallien tekemisestä positiivisia tuloksia: hoitopolun käyttöönotto 2-tyyppin diabeetikoilla selkeytti toimintaa ja vähensi hototasolla olevien potilaiden turhia kontrollikäyntejä terveyskeskuksessa.

Palveluvalikoimaan kuuluvana toimintona mainittiin myös puhelinohjaus, jota kehitettiin terveyshyötymallin mukaan neljässä *osahankkeessa* (Hankkeet n:o 1,3,5,6). Päijätpotkussa puhelinohjaukseen yhdistettiin terveysvalmennus, minkä tarkoituksena oli tukea omahoitoa puhelimitse. Puhelimitse tapahtuva terveysvalmennus koettiin haastavaksi ja potilaita oli vaikea saada mukaan valmennukseen. Kuitenkin valmennettujen potilaiden tulokset elämäntapa- tai muissa mittareissa olivat Päijätpotkussa rohkaisevia. Maalipotku aloitti puolestaan uutena palvelumuotona puhelinvastaanotot pitkäaikaissairaille asiakkaille. Kokeilun tuloksia ei raportissa kerrottu.

Osahankkeissa perustettiin potilaille myös itsehoito-/omahoitopisteitä, mistä kaikki kuntalaiset saivat hakea tietoa mm. erilaisista elämäntapamuutoksista ja terveysvalmennuksesta ja missä sai halutessaan tehdä erilaisia testejä. Esimerkiksi Lakeuden Potku

avasi potilaiden omahoidon tueksi omahoitopisteen. Seinäjoen terveyskeskuksessa on otettu käyttöön sähköinen omahoitopalvelu, jota on tarkoitus pilotoida aluksi antikoagulaatiohoitoa saavilla potilailla.

Terveyshyötymallin mukainen omahoidon toteuttaminen asetti jokaisessa osahankkeessa uusia haasteita kirjaamiselle. Hankkeissa täytyi kehittää uusia kirjaamisen tapoja siitä, miten asiat kirjataan hoitosuunnitelmaan ja potilastietojärjestelmään. Kirjaamista ja sen tuomia haasteita kehitetään edelleen hankkeissa. *Antikoagulaatiohoidon käsikirja (2011)* pyrki osaltaan selkeyttämään potilaiden kirjaamiskäytäntöjä. Käsikirjan toteuttama kansallinen varfariinihoidon seurantakortti pyrkii yhtenäistämään antikoagulaatiohoidossa olevien potilaiden hoitoa ja kirjaamiskäytäntöjä.

6 Pohdinta

6.1 Analyysin tulosten tarkastelua

Hoitosuunnitelman teko nousi jokaisessa osahankkeessa keskeiseksi asiaksi pitkäaikaissairaahan omahoidon tuen toteuttamisessa. Myös Antikoagulaatiohoidon käsikirjassa (2011) hoitosuunnitelma on osa terveyshyötymallin mukaista omahoidon toteuttamista. Hoitosuunnitelmien teon taustalla vaikutti terveyshyötymallin mukainen ajatus siitä, että hoitosuunnitelman tarkoituksena on voimaannuttaa potilasta omahoitoon (Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli (CCM) 2012.)

Jokainen osahanke aloitti alueellaan hoitosuunnitelmien teon avainasiakkaille. Haasteeksi osahankkeissa nousi avainasiakkaiden valitseminen. Yhdessä hankkeessa hoitosuunnitelmien teko jäi vähäiseksi, koska kokeiluun mukaan otetut pitkäaikaissairaajat olivat liian huonokuntoisia. Antikoagulaatiohoidon käsikirja (2011) määrittelee tarkasti varfariinihoidossa olevien potilaiden soveltuvuuden omahoitoon. Terveyshyötymallin mukaan toteutetussa omahoidon tuessa omahoitoon soveltuvien potilaiden valitsemiseen kiinnitetään erityishuomiota, koska kaikki pitkäaikaissairaajat eivät sovellu omahoitoon (Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli (CCM) 2012).

Potilaan osallistuminen itseään koskevien asioiden päätöksentekoon lisäsi potilastyytyväisyyttä niissä osahankkeissa, joissa sitä oli tutkittu. Potilaat myös sitoutuivat parem-

min omahoitoonsa. Keskeiseksi asiaksi kaikissa osahankkeissa nousi se, että potilaalle oli määrätty hoidon toteutuksesta vastaava työntekijä ja potilas tiesi kuka hän on. Terveystyömallissa pyritään siihen, että potilas osallistuu aktiivisesti hoitonsa suunnitteluun. Kun potilaan omia voimavaroja hyödynnetään omahoidossa, niin potilas sitoutuu omahoitoonsa paremmin. (Pitkäaikaissairauksien terveystyömalli (CCM) 2012.)

Ainoastaan yhdessä osahankkeessa mainittiin, että omaiset ja läheiset osallistuvat tarvittaessa hoitosuunnitelman tekoon. Terveystyömallin yhtenä keskeisenä osa-alueena tulisi olla yhteisö ja sen antama tuki potilaalle. Omahoidon tuen katsotaan onnistuvan paremmin, kun omaiset ja läheiset tukevat pitkäaikaissairasta. (Pitkäaikaissairauksien terveystyömalli (CCM) 2012.)

Terveystyömallin mukaan toteutettu omahoito edellytti kaikissa osahankkeissa toimintojen uudelleen suunnittelua. Henkilökunta koulutettiin jokaisessa osahankkeessa terveystyömallin mukaiseen työtapaan. Työtapojen muuttaminen ja henkilökunnan vastuualueiden tarkka määrittely selkeytti organisaatioiden toimintaa. Tulokset olivat hankkeissa positiivisia: hoitohenkilöstön ajankäyttö selkeytyi ja potilaan vastaanotolle jäänyt aika piteni mm. Seinäjoella, jossa asiaa oli tutkittu. Antikoagulaatiohoidon käsikirja (2011) on tehty selkeyttämään varfariinipotilaan omahoitoa ja siinä korostetaan potilaan/omaisen kouluttamista omahoitoon. Käsikirjassa on määritelty uudet toimintatavat sekä henkilöstön ja potilaan vastuualueet tarkkaan.

Kaikissa osahankkeissa pitkäaikaissairaana terveystyökeskuskäynnit suunniteltiin etukäteen. Uudella toimintatavalla pyrittiin kohdentamaan terveystyökeskusten resursseja oikein ja minimoimaan turhia terveystyökeskuskäyntejä. Kahdessa osahankkeessa saatiinkin näyttöä siitä, että hoitokäyntien suunnitelmallisuus oli vähentänyt päivystyskäyntien määrää pitkäaikaissairailta (Hankkeet 1,6). Myös Antikoagulaatiohoidon käsikirjassa (2011) pitkäaikaissairaana terveystyökeskuskäynti toteutetaan suunnitelmallisesti.

Ryhmäohjaus nousi uudeksi omahoitoa tukevaksi työtavaksi kaikissa osahankkeissa ja se on myös Antikoagulaatiohoidon käsikirjan (2011) potilasohjauksen työtappaa. Ryhmäohjauksella toteutettiin osahankkeissa monipuolisesti. Terveystyömallissa uusien palvelumuotojen kehittämisen tarkoituksena on tukea pitkäaikaissairasta omahoidon onnistumisessa (Pitkäaikaissairauksien terveystyömalli (CCM)2012).

Hankkeet kehittivät myös muita työtapoja pitkäaikaissairaanhoidon tueksi. Esimerkiksi hoitomallien teko selkeytti potilastyötä. Tulokset olivat positiivisia niissä hankkeissa, joissa asiaa oli tutkittu: hoitomallien tekeminen vähensi pitkäaikaissairaiden turhia terveyskeskuskäyntejä. Jokainen osahanke otti käyttöön omahoitolomakkeen, jonka avulla pyrittiin lisäämään tietoa potilaan kokonaistilanteesta ennen hoitosuunnitelman tekoa. Yksi terveyshyötymallin kehittämisen keskeinen lähtökohta on ollut juuri pitkäaikaissairaiden hoidon kokonaistilanteen selkeyttäminen (Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli (CCM) 2012.)

Osahankkeet kehittivät runsaasti uusia omahoitoa tukevia sähköisiä palveluja ja pyrkivät kehittämään tiedottamista. Myös Antikoagulaatiohoidon käsikirjassa (2011) pyrittiin selkeyttämään tiedottamista luomalla kirjaamiselle selkeät ohjeet.

Terveyshyötymallissa käsitteet omahoidon tuki ja palveluvalikoima on määritelty kahdeksi erilliseksi osa-alueeksi. POTKU-hankkeessa nämä kaksi käsitettä sekoittuivat sisällöllisesti esimerkiksi juuri palveluvalikoiman kohdalla. Loppuraporteissa pitkäaikaissairaille suunnattuja toimintoja saatettiin käsitellä molemmissa kategorioissa. Esimerkiksi ryhmätoiminnan katsottiin kuuluvan sekä omahoidon tukeen että palveluvalikoimaan. Terveyshyötymallia ei voikaan tulkita liian ahtaasti, sillä käytännössä käsitteet vaikuttavat molemmissa osa-alueissa.

6.2 Kehittämisen ja jatkotutkimusehdotukset

Omahoitoon soveltuvien potilaiden valintaan tulee kiinnittää erityishuomiota. Jotta omahoito sujuisi parhaalla mahdollisella tavalla, niin avainasiakkaat on valittava potilaskokouksesta huolellisesti. Antikoagulaatiohoidon käsikirja (2011) määrittelee tarkasti varfariinihoidossa olevien potilaiden soveltuvuuden omahoitoon. Myös muille pitkäaikaissairaille tulisi luoda yhtenäinen ohjeistus siitä, milloin potilas soveltuu omahoitoon ja milloin taas ei. Tämä olisi mielestäni yksi tärkeä jatkotutkimuksen aihe.

Antikoagulaatiohoitoa saaville potilaille kehitettiin neljässä eri osahankkeessa omaa ryhmäohjausta. Jokainen hanke kehitti oman tavan ohjata ryhmää. Tavoitteena tulevaisuudessa olisikin yhtenäistää omahoidon ohjausta ja kohdentaa mahdollisesti resursseja paremmin. Antikoagulaatiohoidon käsikirja (2011) on kehitetty juuri tätä tarkoitusta varten. Haasteena onkin se, että kuinka tieto valmiista käsikirjasta tavoittaisi tervey-

denhuollon työntekijät kaikkialla Suomessa. Tiedottamiseen tulisikin panostaa jatkossa vielä enemmän.

Läheisten mukaan ottaminen potilaan omahoidon tukemiseen on tärkeää, ja siihen tulee kiinnittää enemmän huomiota. Osahankkeista vain yksi mainitsi, että omaiset otetaan mukaan hoitosuunnitelman tekemiseen. Myös pitkäaikaissairaiden omia mielipiteitä hoidosta tarvitaan tulevaisuudessa lisää, sillä onhan onnistuneen omahoidon edellytyksenä hyvä vuorovaikutus potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä. Omaisten rooli omahoidon tukemisessa sekä pitkäaikaissairaana oma mielipide omahoidosta olisivat mielestäni hyviä opinnäytetyön aiheita, koska niiden avulla saataisiin lisää tietoa omahoidon tuesta.

6.3 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön aineisto koostui POTKU-hankkeen kuudesta loppuraportista ja Antikoagulaatiohoidon käsikirjasta (2011). Valmista aineistoa on arvioitava kriittisesti luotettavuuden kannalta, koska aineisto ohjaa tutkimusongelman asettelua. Tietoja on yleensä yhdistettävä, muokattava ja tulkittava. Aineisto ohjaa siten tutkimusongelmien asettelua. (Opinnäytetyöpakki 2012.)

Molemmat päälähteet, niin POTKU-hanke kuin Antikoagulaatiohoidon käsikirjakin (2011), kuuluivat osana Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen toteuttamiin erillisiin projekteihin, joissa pyrittiin kehittämään uusia omahoidon malleja terveyshyötymallia apuna käyttäen. Antikoagulaatiohoidon kehittämishankkeen yhteistapaamisessa nostin esille POTKU-hankkeen loppuraporttien käyttämisen aineistona. Tapaamisen osallistuiivat 6.11.2012 yhteyshenkilöt Helsingin terveystieteiden keskukselta, Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselta, Metropolia Ammattikorkeakoulusta ja opinnäytetyötä tekevät opiskelijat. Yhteisessä tapaamisessa todettiin, että loppuraportit ovat julkisia asiakirjoja joita voi käyttää opinnäytetyössä. Lisäksi katsottiin, että ne ovat tutkimuksellisesti relevantteja luotettavuuden kannalta.

Tutkimusraportoinnin kohdalla eettiseksi kysymyksiksi voi nousta muiden tulosten puutteellinen raportointi tai plagiointi. Tutkimuksessa onkin kiinnitettävä huomiota aineiston asianmukaiseen raportointiin ja lähdekritiikkiin. (Kankkunen - Vehviläinen - Julkunen 2009: 182.) Opinnäytetyössä rajasin POTKU-hankkeen loppuraportit suomenkielisiin

raportteihin, koska muuten aineiston määrä olisi kasvanut liikaa. Aineisto oli hyvin laaja: kuusi loppuraporttia ja käsikirja.

Etiikassa on keskeistä, että tutkimusaineiston analyysi tehdään luotettavasti ja siinä hyödynnetään koko aineistoa (Leino-Kilpi - Välimäki 2010: 366–369). Aineistojen laajuus edellyttikin huolellisuutta opinnäytetyön tulosten tarkastelussa.

Tutkimuksen etiikka voi tarkastella sen merkitystä, mitä hyötyä tehdyllä tutkimuksella on yhteiskunnalle. Etiikkaan kuuluu tutkimusongelmien pohjana olevien arvojen tarkastelu sekä tutkimuksella tuotettavan merkityksen arvioiminen. Etiikassa ajatellaan myös, että tutkimuksen yhtenä perusajatuksena on pyrkimys hyvään: lähtökohtana on pyrkimys hyvää palvelevan tiedon tuottamiseen. (Kylmä – Juvakka 2007: 144–155.)

Opinnäytetyö antoi Antikoagulaatiohoidon kehittämishankkeessa mukana olleille uutta tietoa siitä, kuinka muualla Suomessa on lähdetty kehittämään pitkäaikaissairaiden omahoidon tukea ja palveluvalikoimaa terveyshyötymallin pohjalta. Potilaat hyötyvät aiheesta siten, että kun tieto aiheesta lisääntyy, niin pitkäaikasairaahan omahoitoa voidaan tukea entistä paremmin.

Lähteet

The Chronic Care Model. 2012. The Chronic Care Model: Improving Chronic Illness Care. Verkkodokumentti. <http://www.improvingchroniccare.org>. Luettu 11.12.2012.

Fitzmaurice, David. – Machin, S.J 2001: Recommendations for patients undertaking self-management of oral anticoagulation. Verkkodokumentti. <http://www.ncbi.nih.gov/pmc/articles/>. Luettu 1.10.2012.

Garcia-Alamino, Josep M. - Ward, Alison M. - Alonso-Coello, Pablo - Perera, Rafael-Bankhead, Clare, Fitzmaurice, David - Heneghan, Carl J. 2012: Self-monitoring and self-management of oral anticoagulation. Verkkodokumentti. www.cochrane.org. Luettu 1.1.2013.

Hua, Thanh Duc – Vormfelde, Viktor – Abu Abed, Manar – Schneider-Rudt, Hannelore – Sobotta, Petra – Fierde, Tim – Chenot, Jean-Francois 2011: Practice nursed-based, individual and video-assisted patient education in oral anticoagulation. Protocol of a cluster-randomized controlled trial. Verkkodokumentti. <http://www.ncbi.nlm.gov/pmc/articles/>. Luettu 12.11.2012.

Kananen, Jorma 2008: Kvali. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 93. Jyväskylä: Jyväskylän Yliopistopaino.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Jukunen, Katri 2009: Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro.

KASTE 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallista kehittämisohjelmaa toteuttavat hankkeet, joille myönnetään vuonna 2012 valtionavustusta. Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkkodokumentti. <http://www.stm.fi>. Luettu 12.12.2012.

Kennedy, Anne - Rogers, Anne - Bower, Peter 2007: Support for self care for patients with chronic disease. Verkkodokumentti. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/>. Luettu 10.2.2013.

Komulainen, Jorma – Vuokko, Riikka - Mäkelä, Matti 2011: Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti.

<http://www.thl.fi>>. Luettu 10.9.2012.

Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2012: Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Lassila, Riitta - Armstrong, Elina - Albäck, Anders - Asmundela, Heidi - Backman, Janne - Groundstroem, Kaj - Joutsu-Korhonen, Lotta - Kalliokoski, Annikka - Kastarinen, Helena - Niemi, Toni - Peltonen, Seija - Peura, Piia - Puhakka, Jaana - Rossinen, Juhani - Tarlisumak, Turgut - Väänänen, Hannu 2011: Uusien antikoagulanttien hallittu käyttöönotto. Suomen Lääkärilehti. 38/2011. 2753–2762.

Leino-Kilpi, Helena - Välimäki, Maritta 2010: Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro.

Murray, Ellen 2007: Models of anticoagulation management. Primary Health Care 17 (3). 29–34.

Nurmi, Timo – Rekiaro, Ilkka – Rekiaro, Päivi – Sorjanen, Timo 2001: Suuri sivistys-sanakirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Nurminen, Marja-Leena 2011: Lääkehoito. Helsinki: WSOYpro.

Opinnäytetyöpakki. 2012. Kajaanin Ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Tukimateriaali. Verkkodokumentti. <http://www.kajak.fi>. Luettu 20.12.2012.

Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli. Chronic Care Model. 2010. Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkkodokumentti. <http://www.stm.fi>. Luettu 19.10.2012

Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli (CCM). 2012. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. www.kunnat.net. Luettu 10.10.2012

POTKU-hanke. 2012. Potilas kuljettajan paikalle. Väli-Suomen Kaste-hanke 2010–2012. Verkkodokumentti. <http://www.potkuhanke.fi>. Luettu 27.10.2012.

Puhakka, Jaana (toim.) 2011: Antikoagulaatiohoidon käsikirja. Ohjeistus varfariinihoidon toteutuksesta. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. www.thl.fi. Luettu 10.10.2012.

Routasalo, Pirkko – Airaksinen, Marja – Mäntyranta, Taina – Pitkälä, Kaisu 2009: Potilaan omahoidon tukeminen. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 125(25). 2351–2359.

Routasalo, Pirkko – Pitkälä, Kaisu 2009: Omahoidon tukeminen. Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Forssan kirjapaino.

Säynäjäkangas, Olli - Andersen, Heidi - Lampela, Pekka - Keistinen, Timo 2011: Terveyshyötymalli sopii hyvin astmapotilaan pitkäaikaishoittoon. Lääkärilehti 8. 664–665.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2012: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Vantaa: Tammi Oy.

Veräjänkorva, Olli - Huupponen, Risto - Huupponen, Ulla - Kaukkila, Hanna-Sisko - Torniainen, Kirsti 2008: Lääkehoito hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Taulukko 1. POTKU-hanke: suomenkieliset osahankkeet

Osahanke	Hankkeeseen osallistuvat tahot	Osahankkeen nimi	Kirjoittaja
N: o 1 Lakeuden potku	Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, Järvi-Pohjanmaa, Kuusioikunnat, Suupohja, Lapua	Väli-Suomen potku loppuraportti. Lakeuden Potku osahanke. 1.4.2010– 31.10.2012	Carita Liljamo
N:o 2 Linnan Potku	Hämeenlinnan terveyspalvelut	Väli-Suomen potku loppuraportti. Linnan Potku. 1.4.2012– 31.10.2012	Hämeenlinnan Terveyspalvelut
N:o 3 Maalipotku	Sastamalan perusturvakuntayhtymä, Riihimäen seudun terveyskeskus ky, Forssan seudun terveyskeskuyhtymä, Vammalan aluesairaala	Väli-Suomen potku loppuraportti. Maalipotku osahanke. 1.4.2012– 31.10.2012	Marita Pitkänen, Heta Leino, Tiina Nurmela
N:o 4 Pirkkapotku	Ylöjärvi, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Tampere, Orivesi, Ikaalinen, Valkeakoski, Pirkkala	Väli-Suomen potku loppuraportti. Pirkkapotku osahanke. 1.4.2012– 31.10.2012	Liisa Länsipuro, Mari Harju
N:o 5 Päijätpotku	Päijät-Häme: sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä, Peruspal-	Väli-Suomen potku loppuraportti. Päi-	Minna Linsamo

	velukeskukset: Aava ja Oiva, Lahti, Heinola	jättopotku osahanke. 1.4.2012– 31.10.2012	
N:o 6 Seinäjoen terveyskeskus Potku- osahanke	Seinäjoki	Väli-Suomen Potku loppu- raportti. Sei- näjoen terve- yskeskus Potku- osahanke 1.4.2012– 31.10.2012	Merja Alanen, Anna-Maija Koivukoski, Johanna Rajala

Taulukko 1. Aineiston sisällönanalyysi. POTKU-hanke			
YLÄLUOKKA	ALALUOKKA	PELKISTETTY ILMAUS	ALKUPERÄISILMAUS (vastaa tutkimuskysymykseen: Miten omahoito toteutuu POTKU-hankkeen loppuraporteissa?)
Omahoidon tuki	Hoitosuunnitelman tekeminen	Hoitosuunnitelmia tehdään pitkäaikais-sairaille kaikissa hankkeissa	"Jokaisella pitkäaikaissairaalla potilaalla on potilaan kanssa yhdessä laadittu yksilöllinen ja strukturoitu hoitosuunnitelma". (1,2,3,4,5,6)
		Hoitosuunnitelma on yksilöity ja strukturoitu	
		Hoitosuunnitelma perustuu Terveydenhuoltolakiin	"...Terveydenhuoltolaki ja sen asettama vaatimus hoitosuunnitelmasta".(5)
		Hoitosuunnitelma perustuu terveyshyötymalliin	"Hankkeen aikana aloitettiin suunnitelmallinen hoitosuunnitelmien teko terveyshyötymalliin mukaisesti pitkäaikaissairaille potilaille...". (6)
		Hoitosuunnitelman tarkoituksena on voimaannuttaa potilasta omahoitoon	"...terveys- ja hoitosuunnitelmalomake on kansalliseen käyttöön tarkoitettu työväline, jonka tarkoituksena on kehittää erityisesti pitkäaikais- ja moniasiaraiden hoitoa ja voimaannuttaa heitä omasta terveydestä huolehtimiseen".(2)
		Hoitosuunnitelmien määrä vaihtelee hankkeissa: tässä hankkeessa 1996 kappaletta	"Terveys- ja hoitosuunnitelmien laatiminen on lähtenyt hyvin liikkeelle ja erityisesti vuoden 2011 syksy ja vuosi 2012 ovat olleet niiden laatimisen ns. kulta-aikaa Yhteensä: 1996 kappaletta". (1)
	Potilaiden valikoimien avainasiakkaiksi	Hoitosuunnitelmien määrä vaihtelee hankkeissa: tässä hankkeessa 16 kappaletta	"... vuoden 2011 lopussa tehty yhteensä 16 Terveyshyötymalliin mukaista hoitosuunnitelmaa".(3)
		Pitkäaikaissairaille tehdään hoitosuunnitelmia kaikissa hankkeissa	"Jokaisella pitkäaikaissairaalla potilaalla on potilaan kanssa yhdessä laadittu yksilöllinen ja strukturoitu hoitosuunnitelma". (1,2,3,4,5,6)
		Avainasiakkaat tunnustetaan muusta potilasaineistosta	"Avainasiakkaat määritellään ja tunnustetaan tietojärjestelmän avulla".(2)
		Avainasiakkaat tulee valikoida huolellisesti	"Ongelmana hoitosuunnitelmien teossa oli pilotointiin valittujen monisairaiden potilaiden korkea ikä ja huono kunto".(3)
		Pitkäaikaissairaahan tulee sitoutua omahoitoon	"...(hoito)suunnitelmia tehdään kaikille niille pitkäaikaissairaille potilaille, jotka ovat valmiit sitoutumaan terveyshyötymalliin mukaiseen omahoitoon".(1)
		Hoitosuunnitelman tekeminen yhdessä	Potilas osallistuu hoitosuunnitelman teke-

Omahoidon tuki	potilaan kanssa	miseen kaikissa hankkeissa	(1,2,3,4,5,6)
		Potilas on aktiivisessa roolissa hoitosuunnitelman teossa	"Hoitosuunnitelmakäynnillä potilas on ollut aktiivisessa roolissa ja saanut lääkärin kanssa yhdessä määritellä omahoidon tarpeita ja tavoitteita". (4)
		Hoitosuunnitelma tehdään potilaan kanssa yhdessä yksilövastaanoitoilla	"...hoitosuunnitelmia ovat tehneet yksilövastaanoitoilla asiantuntijahoitajat sekä vastaanottojen hoitajat ja lääkärit yhteistyössä potilaan kanssa". (1)
		Hoitosuunnitelman tekee potilas yhdessä työparin: hoitaja ja lääkäri kanssa	"Hoitosuunnitelman tekee potilaan omahoitaja ja -lääkäri yhteistyössä potilaan kanssa". (6)
		Hoitosuunnitelma tehdään yhdessä hoitovastaavan kanssa	"Hoitosuunnitelman tekee potilas yhdessä hoitovastaavansa kanssa". (2)
	Henkilökunnan kouluttaminen	Hoitosuunnitelma tehdään yhteisvastaanotolla läheisten/omaisten/ moniammatillisen tiimin kanssa	"Yhteisvastaanotolla mukana ovat asiakas (ja mahdollisuuksien mukaan hänen läheisensä/omainen), lääkäri ja hoitaja (tarvittaessa paikalla myös muita ammattilaisia) ja tavoitteena on hoitosuunnitelman tekeminen yhdessä asiakkaan kanssa". (5)
		Terveystieteiden yksikön henkilökunta koulutettiin terveys- ja hoitosuunnitelman tekoon	"Terveys- ja hoitosuunnitelma ja sen laatiminen on ollut useissa koulutuksissa keskeinen teema". (1)
		Koulutus järjestettiin yhteistyössä erikoissairaanhoidon kanssa..	"Koulutus järjestettiin yhdessä erikoissairaanhoidon kanssa..". (3)
		Henkilöstö sai koulutusta motivoivasta keskustelusta ja työtavasta	"Osallistuimme hankehallinnon järjestämiin motivoivan työtavan koulutuksiin sekä järjestimme henkilöstölle työpajoja motivoivasta keskustelusta". (4)
		Henkilöstö koulutettiin voimaannuttavaan ja motivoivaan työtaveseen	"Hanke tarjosi ammattilaisille voimaannuttavan ja motivoivan työtavan omaksumisen lisäksi valmennusta/koulutusta". (5)
		Henkilöstö sai koulutusta työparimalliin siirtymisestä	"...lääkärille ja hoitajille on järjestetty koulutus- ja keskustelutilaisuuksia sekä yhdessä että erikseen liittyen hankkeen etenemiseen ja työparimalliin siirtymiseen". (6)
	Omahoitolomakkeen käyttöönotto	Omahoitolomake toimii hyvänä apukeinona vastaanotolla	"Omahoitolomake on todettu erittäin hyväksi apukeinoksi valmistelevalle vastaanotolla". (4)
		Asiakas valmistautuu vastaanotolle omahoitolomakkeen avulla	"Omahoitolomakkeen avulla asiakas valmistautuu vastaanottokäynnille". (5)
		Omahoitolomake toi-	"Lakeuden Potkun organisaatiossa on kehi-

<p>Omahoidon tuki</p>		mii hoitosuunnitelma- käynnin tukena	tetty erilaisia potilaan omahoitolomakkeita hoitosuunnitelmakäynnin tueksi". (1)
		Terveyskeskukset kehittivät omia omahoitolomakkeita	"Kesäkuussa 2011 päätettiin muokata Riihimäen omahoitolomaketta yksinkertaisemmaksi ja omiin tarpeisiimme sopivammaksi". (3)
	Omahoitoa tukevat menetelmät	Erilaisia omahoidon työkaluja otetaan käyttöön kaikissa hankkeissa	"Erilaisia omahoidon työkaluja on otettu käyttöön kuten ryhmäohjaus, terveysvalmennus ja sähköisiä omahoidon tukipalveluja" (1,2,3,4,5,6).
		Ryhmäohjaus otetaan käyttöön kaikissa hankkeissa	
		Ryhmävastaanotot ovat keskeisiä ryhmätoiminnan muotoja	"Keskeisimpinä voidaan mainita ryhmävastaanotot".(1)
		Ryhmävastaanottojen määrää tullaan lisäämään tulevaisuudessa	Tulevaisuudessa tullaan laajentamaan ja monipuolistamaan pitkäaikasairaiden ryhmävastaanotto toimintaa". (3)
		Ryhmävastaanottoja kokeillaan tietyille potilasryhmille	"Hankkeessa testattiin ryhmävastaanottoa marevan-lääkitystä käyttäville asiakkaille".(5)
		Ryhmätoiminta on kohdistettu pitkäaikaissairaille	"Ryhmä pyörii nosnstoppina kroonisten sairauksien tukena". (2)
		Ryhmätoimintaa kehitetään jatkuvasti	"Ryhmätoimintaa kehitetään edelleen tarkoituksenmukaiseksi".(6)
		Yhteistyö kolmannen sektorin kanssa	"Tärkeäksi yhteisyökumppaniksi on noussut Suomen Sydänliitto ja alueellinen sydänpiiri". (1)
		Sähköisiä omahoidon tukipalveluja otetaan käyttöön	"...uusi palveluvalikko (sähköisesti vuoden loppuun mennessä), joka on myös tarkoitus avata julkisesti uusille asiakkaille, jotta he ovat tietoisia siitä, mitä mahdollisuuksia on tarjolla omahoidon tukeen". (2)
		Sähköiset omahoitopalvelut helpottavat terveyskeskusten ajan hallintaa	"Sähköisten palvelujen (tekstiviestimuistutus, kansalaisen ajanvaraus) käyttöönottoon on liittynyt teknisiä ongelmia, koettu kuitenkin hyväksi erityisesti päivystysruuhkan hallinnassa". (6)
		Sähköisiä omahoidon tukipalveluja kehitetään edelleen	"Sähköisten palvelujen mahdollisuuksiin ollaan vasta pääsemässä alueellamme". (4)

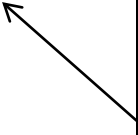
Taulukko 2. Aineiston sisällönanalyysi. POTKU-hanke			
YLÄLUOKKA	ALALUOKKA	PELKISTETTY ILMAUS	ALKUPERÄISILMAUS (vastaa tutkimuskysymykseen: Miten omahoito toteutuu POTKU-hankkeen loppuraporteissa?)
Palveluvalikoima	Potilaalla on hoidon toteutuksesta vastaava työntekijä	Pitkäaikaissairaalle on määrätty hoidon toteutuksesta vastaava työntekijä	"Jokaiselle pitkäaikaissairaalle on määrätty hoidon toteutuksesta vastaava työntekijä, joka on kirjattu hoitosuunnitelmaan". (1,2,3,4,6)
		Asiakkaalle on määritetty kuka vastaa hänen hoidostaan	Jokaiselle asiakkaalle/potilaalle on määritetty hoitajalääkäriyöpari". (3)
		Vastaavaa työntekijää nimitetään hoitovastavaksi ja hän on potilaan tiedossa	"Jokaiseen hoitosuunnitelmaan on merkitty potilaan hoitovastaava, ja hoitovastaava on näin potilaan tiedossa". (2)
		Hoidosta vastaavan työntekijän yhteystiedot on merkitty hoitosuunnitelmaan	"Terveys- ja hoitosuunnitelmaan on laadittu fraasit, jotka sisältävät yhteyshenkilön eli vastaavan työntekijän". (1)
		Oman aseman sairaanhoitajan tai vastaanoton puhelinnumero on merkitty hoitosuunnitelmaan	Vähintäänkin oman aseman sairaanhoitajan/vastaanoton puhelinnumero on kirjattu hoitosuunnitelmaan". (4)
		Hoidosta vastaavien nimet löytyvät hoitosuunnitelmasta	"Omahoitajan ja -lääkärin nimet löytyvät hoitosuunnitelmasta". (6)
	Terveyskeskuskäynti on ennalta suunniteltu	Pitkäaikaissairaiden terveystarkastus käynti on ennalta suunniteltu ja ammattilaisten työnjako ja vastuut määritetty". (1,2,3,4,5,6)	"Pitkäaikaissairaiden terveystarkastus käynti on ennalta suunniteltu ja ammattilaisten työnjako ja vastuut määritetty". (1,2,3,4,5,6)
		Suunnitelmallisten käyntien tavoitteena on päivystysluonteisten yhteydenottojen vähentyminen	"Suunnitelmallisten käyntien tavoitteena on päivystysluonteisten yhteydenottojen vähentyminen". (6)
		Terveystarkastuskäyntejä on helpompi hallita kun ne on suunniteltu etukäteen	"Kun hoidon seuranta kirjataan selkeästi hoitosuunnitelmaan myös potilaalle, siinä on helpompi pysyä ja myös keksitetyssä ajanvarauksessa henkilöstö näkee, millaista vastaanottoa, seurantaa tms. kullekin asiakkaalle on suunniteltu". (4)
		Vastaanotolle kutsutaan suunnitelmallisesti	"Hoitosuunnitelmapotilaat saavat kutsun vastaanotolle". (2)

<p>Palveluvalikoima</p>	Henkilökunnan työnjako ja vastualueet on määritelty	Suunnitellulle vastaanotolle kutsumisessa on hankkeissa paikallisia tapoja	"Kurikassa ja Ilmajoella on käytössä ns. jono-kirja, joka mukaan potilaat kutsutaan suunnitellulle lääkärin vastaanotolle". (1)
		Hoitohenkilöstön työnjako ja vastualueet on määritelty uudelleen kaikissa hankkeissa	"Pitkäaikaissairaiden terveyskeskuskäynti on ennalta suunniteltu ja ammattilaisten työnjako ja vastuut määritelty". (1,2,3,4,5,6)
		Hoitohenkilöstön tehtävät ja vastuut on määritelty uudelleen	"Hoitoon osallistuvien tehtävät ja vastuut on määritelty". (2)
		Omalääkärin ja omahoitajan työnjakoa on selkeytetty	"...lääkäri-hoitaja työparimalli on selkeyttänyt työnjakoa ja yhtenäistänyt työtapoja". (1)
		Lääkäri-hoitaja työparimalli otetaan käyttöön	"...siirrytään lääkäri-hoitaja työskentelyyn ja listautumismalliin". (3)
		Työn uudelleen organisointi on selkeyttänyt työtapoja ja yhtenäistänyt niitä	"...lääkäri-hoitaja työparimalli on selkeyttänyt työnjakoa ja yhtenäistänyt työtapoja". (1)
		Henkilökunta on osallistunut työn uudelleen suunnitteluun	"... palavereissa ja työpajoissa on tehty paljon paikallisia "talon tapoja" joissa eri ammattilaisten rooleja, vastuuta ja työnjakoa määritellään".(4)
	Uusien palvelujen käyttöön ottaminen	Palveluvalikoimaa rakennetaan potilaiden palvelutarpeen pohjalta kaikissa hankkeissa	"Terveyskeskusten palveluvalikoima on rakennettu potilaiden palvelutarpeen mukaisesti"(1,2,3,4,5,6)
		Potilaiden mielipidettä kartoitetaan kyselyillä	"Potilaiden mielipidettä pitkäaikaissairauksien hoidosta selvitetiin PACIC-kyselyllä..." (5)
		Käytössä on jatkuva asiakaspalautekysely	"Väestön palvelujen tarvetta kartoitetaan mm. jatkuvalla asiakaspalautekyselyllä". (3)
		Palveluvalikoiman tuotteet voimaannuttavat potilasta ja henkilöstöä	POTKU-hankkeen tavoitteena on ollut kehittää palveluvalikoimaan uudenlaisia potilaita ja henkilöstöä voimaannuttavia ja omahoitoa tukevia menetelmiä". (1)
		Uusia palvelumuotoja kehitetään erilaisille potilasryhmille	"...palveluja kehitetään omahoitoon, itsehoitoon ja syrjäytymisen ehkäisyyn". (3)
		Palveluvalikon avulla tiedotetaan potilaille mitä palveluja löytyy alueelta omahoidon tueksi	"...uusi palveluvalikko (sähköisesti vuoden loppuun mennessä), joka on myös tarkoitus avata julkisesti uusille asiakkaille, jotta he ovat tietoisia siitä, mitä mahdollisuuksia on tarjolla omahoidon tueksi". (2)
		Palveluvalikoimasta tiedotetaan sekä asiakkaille että ammattilaisille	"Palveluvalikoiman näkyvyyttä ammattilaisille ja asiakkaille on tarkoitus jatkossa lisätä saattamalla palveluvalikoima näkyväksi intranettiin

Palveluvalikoima			ja Internetiin". (5)
		Palveluvalikko on näkyvillä terveyskeskuksen internetsivuilla	Palveluvalikko näkyvillä/löydettävissä terveyskeskuksen internetsivuilla" (3)
		Omahoitopiste on avattu	"...avattiin potilaiden omahoidon tueksi Omahoitopiste". (3)
		Puhelimessa tapahtuva terveysvalmennus on aloitettu pitkäaikasairaille	"Terveysvalmennus on puhelimitse tapahtuvaa omahoidon tukea, jota hankkeessa on tarjottu tietyille pitkäaikasairaille...". (5)
		Takaisinsoittojärjestelmä on otettu käyttöön	Takaisinsoittojärjestelmä on otettu hankkeen aikana käyttöön kahdessa organisaatiossa ja näin on voitu puhelinliikennettä parantaa". (1)
		Monimuotoisia sähköisiä palveluja on otettu käyttöön	"Sähköisten palvelujen (tekstiviestimistutus, kansalaisen ajanvaraus) käyttöönottoon on liittynyt teknisiä ongelmia, koettu kuitenkin hyväksi erityisesti päivystysruuhkan hallinnassa". (6)
		Hoitopolun käyttöönotto toimintatapaa selkeyttämään	"Käytössä olevan astman hoitopolun päivittäminen ja toimintatavan yhtenäistäminen" (6)
		Hoitomallien käyttöönotto erilaisille potilasryhmille	"Työryhmältä valmistui ohjeistus yhteisestä toimintamallista: marevan-hoito Seinäjoen terveyskeskuksessa..." (6)

Taulukko 3. Aineiston sisällönanalyysi. Antikoagulaatiohoidon käsikirja (2011)			
YLÄLUOKKA	ALALUOKKA	PELKISTETTY ILMAUS	ALKUPERÄISILMAUS (vastaa tutkimuskysymykseen: Miten omahoito toteutuu <i>Antikoagulaatiohoidon käsikirjassa?</i>)
<p>Omahoidon tuki</p>	Hoitosuunnitelman tekeminen	Potilaalle tehdään hoitosuunnitelma	"Hoitosuunnitelman laadinta vuosittain sopivalla tavalla".
		Varfariinikortti voi korvata hoitosuunnitelman tarkoin määritellyssä tilanteessa	"Potilaan tarvittaessa hoitoa toisella paikkakunnalla, voi varfariinihoidon seurantakortti korvata terveydenhuoltolain 47 § mukaisen hoitosuunnitelman seuraavassa tilanteessa: kortti on huolellisesti täytetty, se sisältää mallikortissa kuvatut tiedot ja maren-kontrolli on ainut väliaikaisen oleskelun aikana tarvittava palvelu".
	Potilaiden valikoiminen avainasiakkaiksi	Potilas haluaa itse osallistua omahoitoon	"Omahoitoon soveltuvat potilaat, joilla on hyvä hoitomyöntyvyys ja -tahto".
		Potilaalla on tietoa ja taitoa omahoidosta selviytymiseen	"...(Hoitovastuun määrittely) potilaalla tulee olla tieto, taito ja tahto asian (omahoito) toteuttamiseen".
	Henkilökunnan kouluttaminen	Henkilökunnalle on oma koulutusmateriaali	"Henkilökunnan koulutusta varten on olemassa power point koulutusmateriaali".
		Henkilökunta koulutetaan INR-mittauksiin	"Jokaisen INR-vierilaitteen käyttäjän (terveydenhuollon ammattilainen, omainen, potilas) tulee saada koulutusta ennen mittauksen aloitusta".
		Koulutusohjeet on tarkoitettu terveydenhuollon ammattilaiselle	"...(Koulutus)ohjeet on tarkoitettu terveydenhuollon ammattilaiselle antikoagulaatiohoidon (AK-hoito) toteuttamista varten".
	Potilaan/omaisen kouluttaminen	Potilaan sitoutuminen omahoitoon paranee kun häntä koulutetaan omahoitoon	"Kansainväliset tutkimukset osoittavat, että potilaan sitoutuminen hoitoon paranee potilaan omaa vastuuta lisättäessä.."
		Potilasta tulee kouluttaa omahoitoon	"...potilaan sitoutuminen hoitoon paranee potilaan vastuuta lisättäessä ja potilasta kouluttaessa".
	Omahoitoa tukevat menetelmät	Ryhmäohjaus on potilasryhmän opetustapa	"Ryhmäopetuksen jälkeen (potilaan) tiedon omaksuminen tarkistetaan ajokorttikokeella".
		Ryhmäkoko on määritelty	"Ryhmäkoko enintään 12".

Taulukko 4. Aineiston sisällönanalyysi. Antikoagulaatiohoidon käsikirja (2011)			
YLÄLUOKKA	ALALUOKKA	PELKISTETTY ILMAUS	ALKUPERÄISILMAUS (vastaa tutkimuskysymykseen: Miten omahoito toteutuu <i>Antikoagulaatiohoidon käsikirjassa</i> ?)
Palveluvalikoima	Potilaalla on hoidon totutuksesta vastaava työntekijä	Varafariinikorttiin kirjataan potilaan lääkityksen annostelusta vastaava taho	"(Varafariinikorttiin) kirjataan annostelusta vastaava taho: potilas/omainen/hoitaja/lääkäri".
		Hoidosta vastaavan tahon yhteystiedot ovat potilaan tiedossa	"(Varafariinikorttiin kirjataan) hoidosta vastaavan tahon yhteystiedot (myös päivystysaikaan)".
		Potilas tietää keneen ja minne ottaa yhteyttä omahoitoa koskevissa asioissa	"(Omahoitoon siirryttäessä annetaan) potilaalle yhteydenpitotavat ja -tarve".
	Terveyskeskuskäynti on ennalta suunniteltu	Potilas kutsutaan suunnitellusti seurantavastaanotolle vähintään kerran vuodessa	"Omahoidon sujuvuus tarkistetaan vähintään vuosittain seurantavastaanottojen yhteydessä..."
		Reseptin uusimisen yhteydessä potilas ohjataan seurantaikäynnille	"Marevan-reseptin uusinnan yhteydessä potilas ohjataan seurantakäynnille".
		AK-ajokortti uusitaan suunnitellusti vähintään kolmen vuoden välein	" (AK-) ajokortti on uusittava kolmen vuoden välein sekä jos hoidon toteutumisessa ilmenee ongelmia".
	Henkilökunnan työnjako ja vastualueet on määritelty	Lääkärin vastualue on määritelty	"Lääkärille kuuluu päätös lääkityksen aloittamisesta, sopivan antikoagulantin valinnasta sekä ne vaikeahoitoiset potilaat, joiden hoitotasapaino on huono tai lääkitys on muuten ongelmallista".
		Lääkärin ja hoitajan vastualueet on määritelty	"Lääkärin vastuulla on toimia hoidosta vastaavan hoitajan konsulttina ja ottaa tarvittaessa kantaa hoidon lopettamiseen tai erikoissairaanhoidon konsultointiin".
		Hoitajan vastualue on määritelty	"Hoitajan vastualue kattaa vakiintuneessa hoidossa olevat potilaat, joiden hoitotasapaino on hyvä".

Palveluvalikoima 		Työnjako ja tiimityö tuottavat terveyshyötyä ja kustannustehokkuutta	"Potilaan sujuvan ja terveyshyötyä tuottavan sekä organisaatioiden kannalta kustannusvaikuttavan hoidon avaimia ovat työnjako, tiimityö (kunkin ammattilaisen osaamisen ja ajan tehokas hyödyntäminen)".
	Uusien palvelujen käyttöön ottaminen	Potilas saa itselleen kirjallisia potilasohjeita	"Omahoitoon siirtyville tulostetaan Potilasohjauksen ppt-sarja sekä annosteluohje..."
		Eritysryhmä saa omat kirjalliset ohjeet	"Suuren tukosriskin potilaille ohje pienimolekyylisen hepariinin käytöstä..."
		Yhteistyö ns. kolmannen sektorin kanssa	"Uudelle potilaalle (annetaan) Sydänliiton opas: Marevan-hoito 2009".
		Sähköinen kirjaamisalusta otetaan käyttöön	"Kirjaamisalusta sijaitsee sähköisessä potilastietojärjestelmässä antikoagulaatiohoidon seuranta varten (INR-arvo ja Marevan-annostelu sekä esitiedot kirjataan siihen".
		Potilaan hoidon jatkuvuuden varmistaminen varfariinikortin avulla	"Potilaan tarvittaessa hoitoa toisella paikkakunnalla, voi varfariinihoidon seurantakortti korvata terveydenhuoltolain 47 § mukaisen hoitosuunnitelman..."
		Kirjaamiskäytännöt ovat moninaiset	"Ongelmina ovat esimerkiksi kirjaamiskäytäntöjen moninaisuus..."
		Tiedonkulussa on puutteita	"... (Ongelmina ovat) tiedonkulunpuute ja tietojärjestelmien yhteensopimattomuus".