

Opinnäytetyö (YAMK)

Terveysala

Kliininen asiantuntija

2014

Jenni Hartikainen

# VALTIMOTAUTIPOTILAAN TERVEYS- JA HOITOSUUNNITELMAN KEHITTÄMINEN JA KÄYTTÖÖNOTTO



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU  
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Jenni Hartikainen

# VALTIMOTAUTIPOTILAAN TERVEYS- JA HOITOSUUNNITELMAN KEHITTÄMINEN JA KÄYTTÖÖNOTTO

Pitkäaikaissairauksien määrä on kasvanut viime vuosina, varsinkin tyypin II diabetes. Tutkimusten mukaan pitkäaikaissairaita potilaita hoidetaan ns. akuuttimallin mukaan eikä pitkäaikaissairauden kokonaisuuteen oteta kantaa. Suurimmalta osalta potilaista puuttuu hoitosuunnitelma, joka ohjaisi henkilökuntaa potilaan hoidossa. Salon kaupungin terveyskeskuksessa on useampaan otteeseen tullut esille hoitosuunnitelman puuttuminen ja sen vaikutus nimenomaan sairaanhoitajien itsenäiseen vastaanottotyöhön.

Kehittämisprojektin tavoitteena oli kehittää toimiva terveys- ja hoitosuunnitelmalomake sekä toimintamalli valtimotautipotilaan hoitosuunnitelmien laadintaan ja käyttöön. Tarkoituksena oli parantaa valtimotautipotilaan hoitoon sitoutumista sekä moniammatillista yhteistyötä hänen hoidossaan ja tätä kautta parantaa hoidon laatua ja potilasturvallisuutta. Projektin tuotoksena oli uusi toimintamalli valtimotautipotilaan terveys- ja hoito-suunnitelman tekemiseen ja käyttöön.

Kehittämisprojekti toteutettiin Salon terveyskeskuksessa, jossa luotiin toimintamalli terveys- ja hoitosuunnitelmien tekemiseen hyödyntäen terveyshyötymallia. Lisäksi kehitettiin valmiit otsikot avohoito –lehdelle ohjaamaan valmistelevaa hoitajan vastaanottokäyntiä sekä otsikot hoitosuunnitelma lehdelle ohjaamaan lääkärien tekemää terveys- ja hoitosuunnitelmaa. Toimintamalli ja valmiit otsikot pilotoitiin pääterveysasemalla.

Pilotoitu toimintamalli koettiin pääosin hyväksi ja toimivaksi. Pilottiryhmäläiset kokivat, että valmiit otsikot helpottavat omaa työtä ja kirjaamista. Samalla se toimii muistisääntönä ja ohjaa toimintaa. Pilottiryhmäläiset kokivat, että terveys- ja hoitosuunnitelma antaa potilaalle selkeät ohjeet omahoitoon. Suurimmaksi ongelmaksi koettiin ajankäyttö.

## ASIASANAT:

Terveys- ja hoitosuunnitelma, terveyshyötymalli, valtimotautipotilas

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Master of Health Care | Advanced Nursing Practice

May 2014 | Pages 96, appendices 6

Jenni Hartikainen

# **A Health Care Plan for Patients Suffering from Arterial Disease**

## **–Development and Implementation**

The background and need of the project were to clarify the chronically ill patients' care. The number of the people with chronic illness is growing, in particular type 2 diabetes. Nurses work independently with chronically ill patients. Patients lack explicit care plans, which would guide nurses, doctors and patients in their care.

The aim was to develop a practical model for making health care plans for patients suffering from arterial diseases.

The purpose was to improve patients' commitment to treatment, as well as a multi-professional collaboration of his/her care and thus improve the quality of care and patient safety.

The project was carried out in Salo Health Centre. This project created a functional model for of making and recording patient care plans. This function model was used to plan a Chronic Care Model. The functional model and recording data were piloted in the Main Health Centre in Salo.

The functional model and the system for recording data were good and practical. The complied topics facilitated working and data recording. A health care plan gave clear guidelines to patients. The biggest issue was the use of time.

### **KEYWORDS:**

Patient's health care plan, Chronic Care Model, Arterial disease

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>8</b>
<b>2 VALTIMOTAUTIA SAIRASTAVAN POTILAAN HOIDON SEURANTA SAIRAAHOITAJAN VASTAANOTOLLA TERVEYSKESKUKSESSA</b>	<b>10</b>
2.1 Valtimotautia sairastava potilas	10
2.2 Valtimotautipotilaan hoitopolku Salon terveyskeskuksessa	12
2.3 Terveysshyötymalli pitkäaikaissairauksien hoidon taustalla	14
2.4 Potilaan omahoidon tukeminen moniammatillisessa yhteistyössä	17
<b>3 HOITOSUUNNITELMA TOIMIVAN YHTEISTYÖN EDELLYTYKSENÄ</b>	<b>20</b>
3.1 Päätöksenteon prosessi terveys- ja hoitosuunnitelmien tekemisen pohjalla	20
3.2 Prosessimallin mukainen rakenteinen kirjaaminen	21
3.3 Prosessimallin mukaisen kirjaamisen ongelmia	24
3.4 Hoidon suunnittelun hyödyt	25
3.5 Terveysshyötymalliin perustuva terveys- ja hoitosuunnitelma	26
3.5.1 Lainsäädännöllinen tausta	28
3.5.2 Terveys- ja hoitosuunnitelman sisältö	29
3.5.3 Terveys- ja hoitosuunnitelmien käyttöönotto	31
3.6 Hoitosuunnitelmien käyttöön liittyviä ongelmia avoterveydenhuollossa	34
<b>4 KEHITTÄMISPROJEKTI</b>	<b>37</b>
4.1 Kehittämiprojektin tarve	37
4.2 Kohdeorganisaatio	38
4.3 Kehittämiprojektin tavoite, tarkoitus ja tulos	40
4.4 Projektiorganisaatio	40
4.5 Kehittämiprojektin toteutus	41
4.6 Kehittämiprojektin haasteet	46
<b>5 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUTKIMUKSELLINEN OSUUS</b>	<b>49</b>
5.1 Tutkimuksen tavoite, tarkoitus ja tutkimusongelmat	49
5.2 Tutkimusaineisto ja -menetelmä	49
5.3 Aineiston keruu	50
5.4 Aineiston analyysi	51

<b>6 TUTKIMUSTULOKSET</b>	<b>53</b>
6.1 Henkilökunnan kokemukset terveys- ja hoitosuunnitelmalomakkeesta ja siihen kirjaamisesta	53
6.1.1 Fraasit kirjaamisen apuna	53
6.1.2 Kirjaaminen terveys- ja hoitosuunnitelman tekemisen toimintamallissa	55
6.2 Henkilökunnan kokemukset terveys- ja hoitosuunnitelman käytöstä moniammatillisen yhteistyön välineenä	58
6.2.1 Kokemukset pilotoinnista	60
6.2.2 Toimintamallin hyödyt	61
6.2.3 Toimintamallin ongelmat	63
6.2.4 Toimintamallin kehittämissuhteet	65
6.3 Henkilökunnan kokemukset potilaan roolista toimintamallissa	68
6.3.1 Tarpeiden ja tavoitteiden määrittämisen vaikeus	68
6.3.2 Omahoitoon sitoutuminen	70
6.3.3 Potilaiden kokemukset toimintamallista	72
6.4 Tutkimustulosten tarkastelua	73
6.5 Tutkimuksen eettiset kysymykset ja luotettavuus	78
<b>7 LOPULLINEN TOIMINTAMALLI JA OTSIKOT KIRJAAMISEN AVUKSI</b>	<b>81</b>
<b>8 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET</b>	<b>86</b>
<b>LÄHTEET</b>	<b>90</b>

## **LIITTEET**

Liite 1. Lääkehoidon tarkastuslomake

Liite 2. Otsikot hoitosuunnitelmakäyntiä varten AVOHO -lehdelle

Liite 3. Otsikot hoitosuunnitelma -lehdelle

Liite 4. Teemahaastattelu

Liite 5. Kirjallinen suostumus

Liite 6. Henkilötietolakiin perustuva rekisteriseloste

## KUVAT

Kuva 1 Edward Wagnerin Chronic Care Model (Suurnäkki 2010, 9)	15
Kuva 2 Ammattihenkilölähtöisestä auktoriteettisuhteesta potilaslähtöiseen valmentajasuhteeseen omahoidon tukemisessa. (Routasalo & Pitkälä 2009, 7).	19
Kuva 3 Hoidollisen päätöksenteon vaiheet (Sonninen & Ikonen 2007, 76).	23
Kuva 4 Valmisteleavan hoitajavastaanoton otsikot	84
Kuva 5 Terveys- ja hoitosuunnitelman otsikot	85

## KUVIOT

Kuvio 1 Projektin aikataulu.....	42
Kuvio 2 Uusi toimintamalli.....	43
Kuvio 3 SWOT-ANALYYSI .....	48
Kuvio 4 Henkilökunnan kokemukset terveys- ja hoitosuunnitelmalomakkeesta ja siihen kirjaamisesta alaluokat ja pääluokat.....	53
Kuvio 5 Henkilökunnan kokemukset terveys- ja hoitosuunnitelman käytöstä moniammatillisen yhteistyön välineenä alaluokat ja pääluokat.....	59
Kuvio 6 Henkilökunnan kokemukset potilaan roolista toimintamallissa alaluokat ja pääluokat.....	68
Kuvio 7 Lopullinen toimintamalli.....	82

# 1 JOHDANTO

Pitkäaikaissairauksien määrä on kasvanut viime vuosina, varsinkin tyyppin II diabetes. Diabetes on kasvanut suuresti myös Salon seudulla. Esimerkiksi vuonna 2012 Salon seudulla uusia diabeteslääkekorvauksia saavia potilaita oli 207 enemmän kuin vuonna 2011. (Kela 2013.) Myös korkeat verenpaineet ja korkeat kolesterolit ovat hyvin tavallisia.

Tutkimusten mukaan pitkäaikaissairaita potilaita hoidetaan ns. akuuttimallin mukaan eikä pitkäaikaissairauden kokonaisuuteen oteta kantaa (Saarelna, Lehtovuori & Heinonen 2010, 29). Suurimmalta osalta potilaista puuttuu hoitosuunnitelma, joka ohjaa henkilökuntaa potilaan hoidossa. Esimerkiksi Valtimotautien laatuverkoston tekemässä tutkimuksessa vuonna 2010, potilailla joilla on diabetes, hoitosuunnitelma oli tehty 84%:lla potilaista, mutta verenpainepotilailla enää 69%:lla (Winell ym. 2011, 1835–1836). Salon kaupungin terveyskeskuksessa on useampaan otteeseen tuotu esille edellä mainituilla potilasryhmillä hoitosuunnitelman puuttuminen ja sen merkitys sairaanhoitajien työhön.

Hoitosuunnitelman tekeminen on lainsäädännön velvoittamaa. Asetus potilasasiakirjoista ja uusi terveydenhuoltolaki velvoittavat potilaan oman terveyskeskuksen tekemään hoitosuunnitelman. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009; Terveydenhuoltolaki 1326/2010.) Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä velvoittaa julkiset terveydenhuollon organisaatiot tallentamaan potilastiedot valtakunnalliseen terveydenhuollon, apteekkien ja kansalaisten kansalliseen terveysarkistoon. Seuraavaksi tulevat käyttöön potilastiedon arkisto, johon ensimmäisinä siirtyvät keskeiset terveystiedot, kuten hoitosuunnitelma. (Kansallinen terveysarkisto; Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159.)

Tämän kehittämisprojektin tavoitteena oli kehittää toimiva terveys- ja hoitosuunnitelmalomake sekä toimintamalli valtimotautipotilaan hoitosuunnitelmien laadintaan ja käyttöön. Tarkoituksena oli parantaa valtimotautipotilaan hoitoon sitou-

tumista sekä moniammatillista yhteistyötä hänen hoidossaan ja tätä kautta parantaa hoidon laatua ja potilasturvallisuutta. Projektin tuotoksena oli uusi toimintamalli valtimotautipotilaan terveys- ja hoito-suunnitelman tekemiseen ja käyttöön.



## 2 VALTIMOTAUTIA SAIRASTAVAN POTILAAN HOIDON SEURANTA SAIRAANHOITAJAN VASTAANOTOLLA TERVEYSKESKUKSESSA

### 2.1 Valtimotautia sairastava potilas

Valtimotaudilla tarkoitetaan verta kuljettavien valtimoiden ahtautumista, jonka seurauksena veren kulku valtimoissa häiriintyy tai estyy. Valtimotautia aiheuttaa eniten kolme perustautia, jotka ovat verenpainetauti, hyperkolesterolemia ja tyyppin II diabetes. (Mustajoki 2012.) Valtimotauteihin kuuluvat myös sepelvaltimotauti ja aivoverenkiertohäiriöt, mutta niitä ei tässä työssä tarkastella. Tässä työssä puhutaan valtimotautipotilaasta myös silloin, kun oireettomalla potilaalla on suuri kokonaisriski sairastua valtimotauteihin (Dyslipidemiat: Käypähoito -suositus, 2013).

Valtimotautien riskitekijöitä ovat tupakointi, liikunnan vähyys, liikapaino, varsinkin suuri vyötärön ympäryys, miessukupuoli, sukurasitus, korkeat kolesterolit, metabolinen oireyhtymä ja useat valtimotaudit samalla henkilöllä, esimerkiksi diabetes ja verenpainetauti (Kohonnut verenpaine: Käypähoito –suositus, 2009; (Dyslipidemiat: Käypähoito –suositus, 2013). Suomessa on sydän- ja verisuonitautikuolleisuus vähentynyt 80% 1970-luvulta lähtien ja tästä 80% selittyy laaja-alaisilla ehkäisevillä toimilla eli puuttumisella edellä mainittuihin riskitekijöihin (Leppo 2010, 41; Heinonen, Syväne, Toropainen, Nuutinen & Turku 2010, 13; Kohonnut verenpaine: Käypähoito –suositus, 2009).

Kaikissa valtimotaudeissa hoidon keskiössä on potilaan oma hoito elämäntapamuutoksineen. Tärkeimmässä roolissa ovat ruokavaliohoito ja aktiviteetin lisääminen ja tätä kautta myös painonhallinta. Liikunta lisää insuliiniherkkyyttä, pienentää paastoglukoosipitoisuutta ja alentaa verenpainetta. Liikunnan vaikutuksia ei voida korvata lääkkeillä. Jo 5 %:n painon pudotus vaikuttaa myönteisesti glukoositasapainoon. Myös tupakoinnin lopettamisen ja alkoholin käytön

vähentäminen ovat vahvassa roolissa. (Kohonnut verenpaine: Käypähoito – suositus, 2009, Diabetes: Käypähoito-suositus, 2013.)

Yhden valtimotaudin hoito vaikuttaa suotuisasti myös muihin valtimotautien riskitekijöihin. Esimerkiksi kun verenpainepotilas hoitaa itseään ruokavaliota muuttamalla ja liikunnan lisäämisellä, alenee potilaan verenpaineen lisäksi veren kolesterolipitoisuus ja diabetesriski pienenee. Siten pienenee myös sepelvaltimotaudin vaara. Verenpaineen noustessa sepelvaltimo- ja aivohalvauskuolleisuus lisääntyy. Myös muut sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijät moninkertaistavat kohonneen verenpaineen haittoja. Suositeltava verenpainetavoitetaso terveillä aikuisilla on alle 140/85. Riskitekijöiden karttuessa myös verenpainetavoitetaso alenevat. (Kohonnut verenpaine: Käypähoito –suositus, 2009.)

Hyperkolesterolemialla eli korkeilla kolesteroliarvoilla tarkoitetaan seerumin suurentunutta kokonais- tai LDL-kolesteroli- tai triglyseridipitoisuutta, pientä HDL-kolesterolipitoisuutta tai näiden yhdistelmää. Hyperkolesterolemia on keskeisin tekijä valtimotautien synnyssä. Suositeltu seerumin kokonaiskolesterolipitoisuus on alle 5 mmol/l ja LDL-kolesterolipitoisuus alle 3,0 mmol/l. Hyperlipidemiasta voidaan puhua myös jos seerumin HDL-kolesteroli on pieni (alle 1mmol/l) suhteessa kokonaiskolesterolin määrään. Myös kolesteroliarvojen tavoitteet kiristyvät, jos potilaalla on muita sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä kuten diabetes. (Dyslipidemiat: Käypähoito –suositus, 2013.)

Vaikka diabetes ei ole itsessään valtimotauti, edesauttaa diabetes valtimotautien syntyä ja siksi diabetes luokitellaan usein valtimotauteihin kuuluvaksi. Diabetes on vanhastaan jaettu kahteen luokkaan: tyyppin I ja tyyppin II- diabetes. Nämä ovat diabeteksen kaksi ääripäätä, mutta niiden väliin mahtuu tapauksia, jossa on molempien alaryhmien piirteitä. Tyyppin II diabeteksen tavallisin muoto alkaa aikuisiässä. Usein potilas on ylipainoinen, hänellä on kohonnut verenpaine ja/tai rasva-aineenvaihdunnan häiriö eli metabolinen oireyhtymä. Myös perimällä ja ympäristötekijöillä on keskeinen rooli diabeteksen puhkeamisessa. Tyyppin II diabetekseen liittyy sekä insuliinin puute että insuliiniresistenssi. Noin 75% Suomessa diagnosoiduista diabeetikoista sairastaa tyyppin II diabetesta.

Diabeteksen diagnoosi perustuu plasman verensokerin määrittelyyn. Diabetesdiagnoosi asetetaan, jos oireettomalla potilaalla plasman glukoosipitoisuus on vähintään 7mmol/l tai kahden tunnin arvo glukoosirasituksessa on yli 11mmol/l tai HbA1C arvo on 48mmol/l (6,5 %) tai enemmän. Jos plasman glukoosipitoisuuden paastoarvo on 6,1–6,9 tai glukoosirasituksen kahden tunnin arvo on 7,8-11mmol/l, puhutaan diabeteksen esiasteesta. Tässä työssä näistä potilaista puhuttaessa käytetään termiä prediabetes. Käypähoitosuositus suosittelee diabeteksen riskin arvioimiseksi ja riskiryhmien löytämiseksi käytettävän Suomessa kehitettyä diabetesriskitestiä.

Valtimotaudit ovat diabeteksen komplikaatioina tärkein kuoleman ja sairastavuuden syy. Valtimotautien ehkäisemiseksi diabeetikoilla tarvitaan kokonaisvaltaista vaaratekijöiden hoitoa eli kohonneen verenpaineen ja kohonneiden kolesterolien hoitoa elämäntapojen ja lääkehoidon ohella. (Diabetes: Käypähoito – suositus, 2013.)

## 2.2 Valtimotautipotilaan hoitopolku Salon terveystieteiden keskuksessa

Termillä hoitopolku tarkoitetaan paikallista toimintaohjetta, joka määrittelee työnajon ja potilaan kulun organisaation sisällä eri toimijoiden välillä. Hoitopolun tarkoituksena on kertoa, mitä ja miten tehdään sekä kuka ja missä tekee. (Heinonen ym. 2010, 21). Hoitoketju alkaa aina potilaasta ja potilaan omahoidosta, johon terveydenhuollon ammattilaiset potilasta kannustavat. Lähes kaikissa hoitoketjuissa potilas ohjataan ensin sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan vastaanotolle, missä kartoitetaan riskipotilaan tilanne. Sen jälkeen potilas ohjataan omalääkärille, jossa lääkäri arvioi kokonaisriskin ja määrää alkuvaiheen tutkimukset. (Kohonneen verenpaineen hoitoketju 2012; diabeteshoitoketju – aikuiset 2012.)

Salon terveystieteiden keskuksessa potilas, jolla on valtimotauti tai korkea riski valtimotauteihin, käy tarkastuksissa sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan vastaanotolla, johon on varattu aikaa 60 minuuttia. Hoitaja toimii terveystieteiden keskuksen omien verenpaine- ja diabeteskäsikirjojen ohjeiden mukaan, jotka perustuvat käypä-

hoitosuosituksiin. Vastaanotolla hoitaja haastattelee potilaan tämän voinnin, lääkityksen ja elämäntapojen osalta ja antaa tarvittaessa elintapaohjausta, lääkehoidon ohjausta ja muuta sairauteen liittyvää ohjausta. Hoitaja tekee myös tarvittavat mittaukset, kuten pituus, paino, painoindeksi, vyötärönympäryys, verenpaine sekä tarvittavat riskitestit, kuten diabetes -riskitesti ja finriksi -testi. Hoitajalla on rajattu oikeus määrätä potilaalle tarvittavat laboratoriotutkimukset (pvk, K, Na, krea, verensokerit ja kolesterolit sekä tarvittaessa U-Alb/krea). Verenpaine määritellään pääasiassa potilaan tekemän omaseurannan perusteella, joka ohjeistetaan käypähoitosuositusten mukaan, eli verenpaine on neljänä eri aamuna tehdyn kaksoismittausten keskiarvo. Hoitaja kirjaa käynnin AVOHO (avohoito) –lehdelle.

Tablettihoitoinen diabeetikko käy diabeteshoitajan vastaanotolla 6-12 kuukauden välein ja insuliinihoitoinen diabeetikko 3-6 kuukauden välein. Lisäksi diabetespotilaat käyvät kerran vuodessa lääkärin vastaanotolla. Vastaanoton voi myös korvata lääkärin konsultaatiolla. Verenpaine- ja kolesterolipotilaat käyvät hoitajan tai lääkärin vastaanotolla 1-2 vuoden välein. Myös verenpaine- ja kolesterolipotilaan lääkärikäynnin voi korvata lääkärin konsultaatiolla. Tarvittaessa hoitaja ohjaa potilaan lääkärin vastaanotolle jo aikaisemmin. (Wasen 2012, 3; Salon terveystieteiden tutkimuskeskus, diabeteskäsikirja 2012, 7, 13.) Lääkäri tekee kirjaukset YLE (yleislääketiede) –lehdelle.

Salon terveystieteiden tutkimuskeskuksen verenpainepotilaan hoidon vaikutukset arvioidaan 1-3 kuukauden kuluttua hoidon aloittamisesta. Jatkossa lääkäri arvioi tilanteen 1-2 vuoden välein. Arviointi voi tapahtua joko lääkärin vastaanotolla, puhelinyhteydellä tai hoitajan konsultaationa. Ennen lääkärin arviota on potilasasiakirjoihin merkitty tuore neljän verenpaineen kaksoismittauksen keskiarvo ja mahdollisuuksien mukaan tarvittavat laboratoriotutkimukset. Salossa on pääsääntöisesti ohjattu potilas tekemään itse kotona neljän päivän verenpaineen seurannan joko omalla mittarilla tai terveystieteiden tutkimuskeskuksesta saatavalla lainamittarilla. (Kohonnut verenpaine: Käypähoito –suositus, 2009; Wasen 2012, 3.)

Salon terveystieteiden tutkimuskeskus tekee yhteistyötä myös liikuntapalveluiden kanssa liikuntaneuvonnan muodossa. Eli potilaille, joilla liikunnan edistämiseksi on terveydel-

lisiä perusteluita, voidaan hoitajan tai lääkärin toimesta kirjoittaa LIIKKU-resepti. Liikunnanohjaaja ottaa yhtyettä potilaaseen ja antaa tarvittavaa liikunnanohjausta ja neuvontaa, esimerkiksi tekee kuntosaliohjelman. (Salon kaupunki, diabeteskäsikirja 2012, 29.)

### 2.3 Terveysyhyötymalli pitkäaikaissairauksien hoidon taustalla

Pitkäaikaissairaudet lisääntyvät maailmalla väestön vanhetessa, etenkin tyyppin II diabetes (Wagner ym. 2001; Suurnäkki 2010, 8; Saarelma, Lommi, Hemminki, Leppäkoski & Siefen 2008, 4442; Lovell, Myers, Forbes, Dresser & Weiss 2011, 147). Pitkäaikaissairaudet lisääntyvät ja erityisesti monisairaiden potilaiden määrä kasvaa (Kuronen, 2013, 32). Lääkärien resurssit eivät enää riitä hoitamaan potilaita laadukkaasti. Hoitojärjestelmä on suunniteltu akuuttihoidon mukaan, eikä potilaan pitkäaikaiseen sairauteen oteta riittävästi kantaa. Hoito on parantunut, mutta esimerkiksi Yhdysvalloissa potilaan verenpaineen tai diabeteksen hoito ei ole asianmukaista hoitoa. Potilas on passiivinen hoidon vastaanottaja eikä potilas sitoudu hoidon toteuttamiseen. (Wagner ym. 2001; Suurnäkki 2010, 8; Saarelma ym. 2008, 4442.) Amerikkalainen Wagner kehitti pitkäaikaissairauksiin uuden hoitomallin, Chronic Care Modelin (terveysyhyötymalli), jossa painopiste hoidosta siirtyy potilaalle itselleen. Wagnerin malli koostuu kuudesta eri osatekijästä, jotka ovat terveystalouden organisaatio ja johdon sitoutuminen, yhteisön voimavarat, omahoidon tuki, hoitoa tukeva palvelukonsepti, päätöksen teon tuki ja kliiniset tietojärjestelmät (Kuva 1). (Wagner ym. 2011; Saarelma, ym. 2010, 28-30; Koikkalainen ym. 2012, 4; Suurnäkki, Leppäkoski & Pellikka 2010, 28; Lovell ym. 2011, 148.)

## Pitkäaikaissairauksien hoidon rakenne



Kuva 1 Edward Wagnerin Chronic Care Model (Suurnäkki 2010, 9)

Terveyspalvelutuottajien organisaatio ja johdon sitoutuminen -osatekijässä terveystuottajan organisaatio ja johto sitoutuvat pitkäaikaissairauksien uuden hoitomallin kehittämiseen ja toteutuksen mahdollistamiseen, esimerkiksi riittäväillä henkilöstöresursseilla, koulutuksella ja rahoituksella. (Wagner ym. 2001; Koikkalainen ym. 2012, 13; Mäntyranta.) Yhteisön voimavaroilla tarkoitetaan muiden kuin oman organisaation palveluiden hyödyntämistä. Esimerkiksi erilaiset järjestöt ja yhteisöt järjestävät ravitsemusneuvontaa, ja näin voidaan lisätä palvelun saatavuutta. Tärkeitä ovat myös rajat ylittävä yhteistyö, esimerkiksi erikoissairaanhoidon kanssa. Hoitoa tukeva palvelutuotanto sisältää pitkäaikaissairauksien hoidon suunnittelun ja koordinoinnin useiden hoidon antajien kanssa. (Wagner ym. 2001.) Tässä korostuvat työnjako ja vastuut (Mäntyranta). Hoitoa tukevaan palvelutuotantoon on kehitetty myös ns. asiakasvastaavia, jotka arvioivat potilaan hoidon tarpeen, kokoavat potilaalle kuuluvia peruspalveluita ja etuuksia koskevat tiedot yhteen ja varmistavat kokonaisuuden toimivuuden. (Muurinen & Mäntyranta, 13-15; Muurinen 2010, 42-43.) Omahoidon tuella tarkoitetaan sitä, miten terveydenhuollon ammattihenkilöt tukevat potilasta itse hoitamaan itseään, ja miten potilaasta saadaan oman hoitotiimensä voimaantunut ja aktiivinen avainpelaaja ja oman terveytensä edistäjä (Saarelma ym. 2008,

4443; Suurnäkki ym. 2010, 27-29). Päätöksenteon tuki koostuu näyttöön perustuvista ohjeistuksista ja niiden käytöstä pitkäaikaissairaalan potilaan hoidon tukena. Yhtenä päätöksenteon tukena on myös potilaalle luotu hoitosuunnitelma. (Saarelma ym. 2008, 29; Mäntyranta.) Kliinisillä tietojärjestelmillä mahdollistetaan, että kaikilla potilaan hoitoon osallistuvilla on käytettävissä muiden tekemät havainnot ja merkinnät potilaasta (Saarelma ym. 2010, 29).

Terveysyhytymalli mahdollistaa potilaalle parempaa hoitoa, parantaa pitkäaikaissairaalan tuloksia ja elämänlaatua ja vähentää tarvetta terveydenhuollon palveluille (Lovell ym. 2011, 149). Tutkimusten mukaan muutokset pitkäaikaissairauksien hoidossa ovat vaikuttavimpia silloin, kun kaikki mallin elementit ovat yhtä aikaa käytössä (Koikkalainen ym. 2012, 4; Saarelma ym. 2008, 4443). Belgiassa todettiin, että Chronic Care Modelissa on hyviä komponentteja, mutta mallista on vaikea ottaa käyttöön vain osia (Sunaert ym. 2009). Myös muissa tutkimuksissa on tutkittu vain osan komponenttien käyttöön ottoa. Niissä todettiin, että komponenttien käyttöön oton jälkeen tulokset ovat parantuneet (Solberg ym. 2006, 314; Lovell ym. 2011, 148.) Mitä useampi komponentti on mukana, sen parempaa on hoidon laatu ollut (Coleman, Austin, Brach & Wagner 2009, 80).

Toimiva terveyskeskus -toimenpideohjelman yhtenä keskeisenä toimenpiteenä on pitkäaikaissairauksien hoidon ja ehkäisyn kehittäminen amerikkalaisen Chronic Care Modelin -mallin mukaisesti. Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalliin sisältyy myös Case manager- eli asiakasvastaava-toimintamalli. (Muuri- nen & Mäntyranta, 3.)

Pitkäaikaissairauksien hoidossa oleellista on se, miten potilas päivittäin hoitaa itseään. Mallin keskiössä on potilas ja hänen omahoitonsa tukeminen. Potilas on aktiivinen hoitoonsa osallistuja, joka kantaa myös oman vastuunsa hoidon onnistumisesta. Potilas ei ole vain hoidon kohde. (Wagner ym. 2001; Saarelma ym. 2008, 4445-4446.)

Terveysyhytymallissa keskeisinä toimijoina ovat voimaantunut, oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen aktiivisesti osallistuva potilas sekä osaava, val-

mistautunut ja ennakoiva moniammatillinen hoitotiimi. Terveysyötymallissa korostetaan tavallista enemmän potilaan omaa ja perheen sekä ympäristön roolia kuin ammattilaisen roolia pitkäaikaissairauksien hoidossa. (Wagner ym. 2001; Koikkalainen ym. 2012, 5.)

Toimiva terveyskeskus -ohjelman asiantuntijoiden mukaan terveysyötymallia ei sellaisenaan voida kopioida Suomeen, mutta Wagnerin malli antaa tähän kehikon (Koikkalainen 2012, 5; Saarelma ym. 2010, 27).

#### 2.4 Potilaan omahoidon tukeminen moniammatillisessa yhteistyössä

Pitkäaikaissairauksia sairastavan potilaan hoidossa on tärkeää hänen oma osuutensa hoidossa. Potilaan oma aktiivisuus omahoidossa ja hänen vastuunsa terveydentilastaan on myös tärkeä terveydenhuollon voimavara. Potilas itse seuraa ja hoitaa tilaansa päivittäin, eivätkä tätä voi korvata edes tiukat käynnit ammattilaisen vastaanotolla. Mutta jos potilas itsensä huolellisesti hoitaa, hänen käyntinsä ammattilaisella vähenevät. (Saarelma ym. 2008, 4445-4446; Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2010, 1917.)

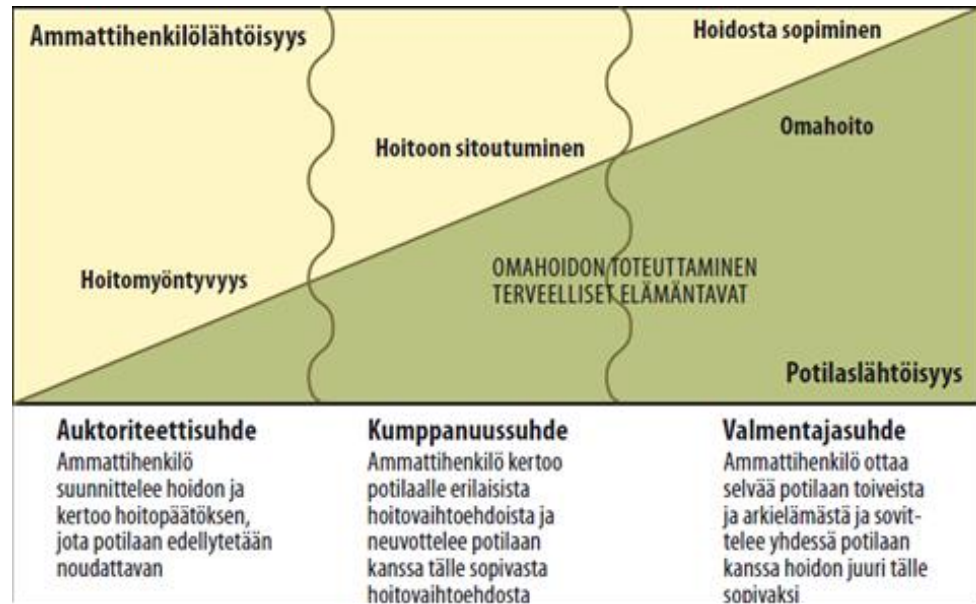
Potilaan hoitoon osallistuu moniammatillinen työryhmä, jolla tarkoitetaan eri ammattiryhmiin kuuluvia asiantuntijoita, jotka yhdessä pyrkivät eri keinoin yhteiseen tulokseen tai päämäärään (Kontio 2010, 8). Moniammatillisuus on yhteistyötä, jonka avulla pyritään tiettyyn ratkaisuun. Yhteistyö käsitteenä tarkoittaa, että ihmisillä on yhteinen työ tai tehtävä suoritettavanaan ja he suorittavat sen keskustellen uusia näkökulmia löytäen. Moniammatillisuus tuo potilaan hoitoon useita eri tiedon ja osaamisen näkökumia. (Isoherranen 2005, 14.) Moniammatillisuuden lähtökohtana on potilas, jolla on selkeä hoitosuunnitelma. Hoitosuunnitelmassa otetaan huomioon jokaisen potilaan yksilöllinen hoito ja se, miten potilas itse toteuttaa omahoitoa ja mikä on potilaan tuen tarve. Hoito muodostuu eri ammattihenkilöiden väliseltä työnjaosta sekä ennakkoon suunnitellusta, mutta asiakaslähtöisesti toteutetusta hoidosta. Tavoitteena on, että pitkäaikaissairauksien hoidosta ja ennaltaehkäisystä muodostuu kokonaisuus, jossa potilaalla ja häntä hoitavilla henkilöillä on selkeä käsitys siitä, mistä potilas saa tarvitse-



mansa avun ja tuen. (Koikkalainen ym. 2009, 18 -19.) Moniammatillisuuden onnistumisen yhtenä edellytyksenä ovat kliiniset tietojärjestelmät, jotka mahdollistavat, että kaikilla potilaan hoitoon osallistuvilla on käytettävissä muiden tekemät havainnot ja merkinnät potilaasta (Saarelma ym. 2010, 29).

Omahoito (self-management) tarkoittaa potilaan itsensä toteuttamaa, näyttöön perustuvaa hoitoa, joka on suunniteltu yhdessä ammattihenkilön kanssa. Potilas toimii ongelmanratkaisijana ja päätöksentekijänä. Ammattihenkilö toimii potilaan valmentajana, joka räätälöi yhdessä potilaan kanssa juuri hänelle sopivan hoidon. Vastuu hoidosta on potilaalla itsellään. Omahoidossa potilas osallistuu aktiivisesti oman hoitonsa ja elintapojensa muutoksen suunnitteluun ja toteutukseen. Näin potilas on oman arkensa asiantuntija, hoito soveltuu hänen omiin elämäntilanteisiinsa ja potilas hyväksyy omat hoitopäätöksensä. Omahoidossa korostuu ammattihenkilön valmentajan rooli. Potilas ei hoida itse itseään, vaan yhdessä ammattihenkilön kanssa, itse kuitenkin vastuunsa kantaen. Ammattihenkilöltä tämä edellyttää tukea myös silloin, kun potilaan ratkaisut eivät ole asiantuntijan näkökulmasta parhaita mahdollisia. Omahoito vaikuttaa myönteisesti potilaan sairastamiseen ja elämänlaatuun sekä vähentää terveydenhuollon palvelutarvetta ja sairaalahoitoja. (Routasalo & Pitkälä 2009, 5-6; Koikkalainen 2012, 18-19.)

Omahoidon tuki tarkoittaa valmennussuhdetta potilaan ja ammattihenkilön välillä. Asiantuntija –auktoriteetti muuttuu potilaan yhteistyökumppaniksi ja valmentajaksi, jonka kanssa potilas neuvottelee itselleen sopivimman hoidon (kuva 2). Ammattihenkilö valmennussuhteessa vahvistaa potilaan omahoitoa tukemalla potilaan voimaantumista, autonomiaa, motivaatiota ja pystyvyyden tunnetta potilaan ratkoessa terveysongelmiaan ja tehdessään hoitopäätöksiä. Tarkoituksena on, että potilas saavuttaa parhaan mahdollisen elämälaadun pitkäaikaissairaudesta huolimatta. Keskeistä on potilaslähtöisyys. Ammattihenkilön tehtävänä on huomioida potilaan toiveet ja tarpeet, sekä vastata näyttöön perustuvan tiedon välittämisestä. (Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2009, 2351; Routasalo & Pitkälä 2009, 7.)



Kuva 2 Ammattihenkilölähtöisestä auktoriteettisuhteesta potilaslähtöiseen valmentajasuhteeseen omahoidon tukemisessa. (Routasalo & Pitkälä 2009, 7).

Omahoitoa voidaan tukea vastaanottoiminnalla, mutta sen rinnalle tarvitaan esimerkiksi ryhmäohjausta ja sähköisiä menetelmiä. Myös puhelut ovat osoittautuneet kustannustehokkaiksi useiden pitkäaikaissairauksien omahoidon seurannassa. (Koikkalainen 2012, 18 -19.)

Omahoidon tukeminen vaatii myös ammattihenkilöiltä ajattelutavan muuttamista. Tänä päivänä potilaat tietävät ja tekevät paljon asioita ja terveydenhuollon ammattilaisen tehtävänä on vahvistaa sitä. Tärkeää on vahvistaa elämäntapamuutosta tekevän ihmisen pystyvyyttä ja ohjata tätä toiminta- ja varmistussuunnitelmien tekoon. (Kuronen 2013, 34.) Tärkeimpinä kriteereinä on luottamus ja yhteistyö. Painostavan tai pakottavan vuorovaikutuksen on todettu johtavan vähiten omaehtoiseen muutuskäyttäytymiseen. Lähtökohtana on muutosvastarinta ja se, miten ihminen puhuu itse itsensä muutokseen. Ohjaaja kunnioittaa aina potilaan itsemääräämistunnetta ja päätöksenteko-oikeutta. Haastatteluteknikkana on avoimet kysymykset, mikä rohkaisee ohjattavaa tekemään itsearviointeja omasta tilanteesta. Aikuinen ihminen motivoituu muuttamaan vain sellaisia asioitaan, joihin ei ole itse tyytyväinen. (Turku 2013, 36–37.)

## 3 HOITOSUUNNITELMA TOIMIVAN YHTEISTYÖN EDELLYTYKSENÄ

### 3.1 Päätöksenteon prosessi terveyst- ja hoitosuunnitelmien tekemisen pohjalla

Hoitotyön kirjaamiseen on kehitetty prosessimalli, joka on systeminen tapa kuvata hoitotyötä työnä, joka perustuu päätöksentekoon. Hoitotyön prosessimalli on ajattelun apuväline, joka jäsentää myös hoitotyön kirjaamista. (Kratz 1992, 15; Hallila 2005, 24.) Prosessi-sanalla tarkoitetaan tiettyä tapahtumasarjaa, jonka avulla saadaan haluttu tulos. Prosessi muodostuu eri vaiheista ja niihin kuuluu päätöksiä, jotka vaikuttavat prosessin seuraaviin vaiheisiin. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2012, 45; Iivanainen, Jauhainen & Korhikoski 1996, 35–36.) Hoitotyön prosessilla on ollut vuosien saatossa hieman eri määritelmiä. Hoitotyön prosessimenetelmä tarkoittaa Yuran & Walshin mukaan (ks. Hallilla 2005, 24–26) järjestynyttä, systemaattista tapaa määrittellä terveydenhuollon asiakkaan terveydentilaa, täsmentää inhimillisten tarpeiden tyydyttämiseen liittyvien ongelmien määrittelyä, tehdä suunnitelmia niiden ratkaisemiseksi, panna suunnitelmat täytäntöön ja arvioida, missä määrin suunnitellut toimet olivat tehokkaita optimaalisen hyvinvoinnin edistämässä ja todettujen terveysongelmien ratkaisemisessa.

Hoitotyön prosessi koostuu useista päätöksenteon vaiheista, jotka johtavat hoitotoimiin, ja prosessin keskiössä on potilas (Kratz 1992, 15). Suomessa on hoitotyön prosessin perustana käytetty 1980-luvulta lähtien WHO:n päätöksenteon prosessimallia. Prosessimalli toimii hoidon suunnittelun ja hoitosuunnitelman jäsentäjänä ja se on ajattelun apuväline. Perinteisesti prosessimallin rakenne on muodostunut otsikoiden mukaan, jotka ovat tarpeen määrittely, tavoitteet, toteutus ja arviointi. Lisäksi hoitoa on kirjattu vapaalla kertovalla tekstillä eli narratiivisesti. (Kratz 1992, 16-17; Saranto & Sonninen 2007, 75; Hallilla 1998b, 40-44.)

Hoitotyön prosessimallin ensimmäisen sukupolven vaihe ajoittuu 1950-1970-luvuille, jolloin mallia alettiin soveltaa hoitotyössä. Silloin tunnistettiin hoidon

tarpeita ja potilaan hoidollisia ongelmia ja määriteltiin prosessi nelivaiheiseksi, kuten jo edellä on mainittu. Toisen sukupolven aikakauteen vuosina 1970-1990 ajoittuu prosessin käyttökelpoisuuden kyseenalaistaminen sekä sen käytön vahvistaminen. American Nurses Association (ANA) laati standardit hoitotyön käytäntöihin ja hoitotyön prosessiin tuli viides vaihe, hoitotyön diagnoosi. Prosessin vaiheissa korostui tänä aikakautena hoidon tarpeen määrittely. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) vakiinnutti hoitotyön diagnoosin systemaattisen kehitystyön ja hoitotyön diagnooseja alettiin ryhmitellä luokituksiksi. Kolmannen sukupolven hoitotyön prosessin aikakautena (1990-) luokituksia alettiin määrittellä ja tutkia. Nyt hoitotyön prosessi kuvataan kuusivaiheisena eli tarpeen määrittely, diagnoosin laatiminen, odotettujen tulosten eli tavoitteiden nimeäminen, hoidon suunnittelu eli keinojen miettiminen, toteutus ja arviointi. (Ensio 2007, 56-57.)

Eri aikakausina ovat hoitotyön prosessin mallin painopisteet vaihdelleet. Prosessimalli on päätöksenteon väline, joka antaa kehyksen sekä hoitotyön toiminnolle että kirjaamiselle. Suunnittelu on osa prosessia ja se mahdollistaa yksilöllisen hoidon toteutuksen ja tavoitteellisen toiminnan. (Ensio 2007, 62.)

### 3.2 Prosessimallin mukainen rakenteinen kirjaaminen

Nykyään myös sähköiset potilaskertomukset tukevat hoidollisen prosessimallin mukaista toimintaa. Poliklinikoilla ja vuodeosastoilla olevien potilaiden hoitotyön kirjaukset pitäisi tehdä hoitotyön prosessimallin mukaisesti, käyttäen Suomalaisesta hoitotyön luokitusta (Finnish Care Classification, FinCC). FinCC muodostuu suomalaisesta hoitotyön tarveluokituksesta, suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksesta ja suomalaisen hoidon tulosluokituksesta. Suomalaisen hoitotyön tarve- ja toimintoluokituksilla on yhtenevä hierarkkinen rakenne (komponentti-, pääluokka- ja alaluokkataso). Rakenteinen kirjaaminen tapahtuu pääasiassa tarve- ja toimintoluokitusten pääluokka- ja alaluokkatasoilla. (Linjamo, Kinnunen & Ensio 2012, 3.) Rakenteisella kirjaamisella pyritään siihen, että hoitosuunnitelma ja päivittäinen kirjaaminen muodostavat eheän kokonaisuuden (hoitokertomuksen), jossa hoitosuunnitelma on kirjaamisen perusta ja päivittäiset tai

kuukausittaiset kirjaukset ovat hoitosuunnitelman toteutusta ja arviointia. Hoitosuunnitelman päivittäminen on edellytys hoidon arvioinnille. Näin jokaisen potilaan hoitosuunnitelma on virallinen asiakirja päätöksentekoprosessin toteutumisesta. Se on apuvälineenä kokonaishoidon järjestämisessä ja hoidon jatkuvuuden turvaamisessa. Hoitosuunnitelmassa on siis tiivistettyä tietoa hoitotyön prosessin mukaisen hoidon tarpeen määrittelystä, hoidon suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista, joka palvelee kaikkia potilaan hoitoon osallistuvia henkilöitä. (Sonninen & Ikonen 2007, 75-79.)

Hoitotyön prosessin (Kuva 3) ensimmäisessä vaiheessa hoidollisen tarpeen määrittelyssä on tarkoitus määrittellä hoidon syy/tarve. Hoidon tarve on terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan yhdessä määrittelemä tarve tai ongelma. (Kratz 1992, 16; Sonninen & Ikonen 2007, 76; Ensio 1998, 50; Iivanainen ym. 1996, 36-38.) Se kirjataan suomalaisen hoidon tarveluokituksen mukaisesti (Iivanainen & Syväoja 2012, 15; Rautava-Nurmi ym. 2012, 45). Hoitotyön diagnoosilla on korostettu hoitotyön merkitystä tarpeen määrittelyssä. Hoitotyön diagnoosi on hoitotyön tarpeen arvioinnin yhteenveto, jonka perusteella hoitotyön toiminnot määritellään. (Ensio 1998, 51.)

Hoidon suunnitteluvaiheessa määritellään tavoitteet, tarvittavat tutkimukset ja hoito sekä suunnitellut toiminnot tavoitteiden saavuttamiseksi (Kratz 1992, 16-21; Sonninen & Ikonen 2007, 75-79; Rönkkö & Väisänen 1998, 73-77; Rautava-Nurmi ym. 2012, 48; Iivanainen ym. 1996, 45-48). Tavoitteen tarkoituksena on kuvata muutosta, jota halutaan saada aikaan potilaassa tai potilaan voinnissa (Rönkkö, Väisänen, Toivonen & Hallilla 1998, 105). Tavoitteiden tulisi olla realistisia, potilaan kanssa yhdessä määriteltyjä tavoitteita, joihin potilaan on itse mahdollisuus pyrkiä (Routasalo & Pitkälä 2009, 17-18; Komulainen, Vuokko, Mäkelä 2011, 20). Tavoitteiden laadinta selkeyttää potilaan hoitoa ja antaa pohjan hoidon suunnittelulle, toteutukselle ja arvioinnille (Kratz 1992, 16-21; Sonninen & Ikonen 2007, 75-79; Rönkkö & Väisänen 1998, 73-77; Rautava-Nurmi ym. 2012, 48; Iivanainen ym. 1996, 45-48). Suunnitellut toiminnot kirjataan suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksen mukaisesti (Rautava-Nurmi ym. 2012, 45).

Hoidon toteuttamisen vaihe on suunniteltujen keinojen toteuttamisen vaihe, joka sisältää myös potilaan itsensä toteuttaman hoidon (Kratz 1992, 16-21; Sonninen & Ikonen 2007, 75-79; Rönkkö & Väisänen 1998, 73-77; Rautava-Nurmi ym. 2012, 49; Iivanainen ym. 1996, 45–48). Myös hoidon toteuttaminen kirjataan toimintoluokituksen mukaisesti, käyttäen samoja komponentteja ja niiden luokkia, joita käytettiin hoidon suunnittelussa. Näin saadaan johdonmukainen kuva potilaan voinnista ja siinä tapahtuneista muutoksista. (Liljamo ym. 2012, 10; Rautava-Nurmi ym. 2012, 45.)

Arviointivaiheessa määritellään potilaan tarvitsema tuki ja mahdolliset seuranta-käynnit, ja arvioidaan tavoitteiden saavuttamista (Kratz 1992, 16-21; Sonninen & Ikonen 2007, 75-79; Rautava-Nurmi ym. 2012, 49; Iivanainen ym. 1996, 45-48). Hoidon tarpeeseen liittyvää hoidon tulosta voidaan arvioida kolmella tasolla: tulos ennallaan, tulos parantunut tai tulos heikentynyt (Liljamo ym. 2012, 3). Arviointi on myös uuden tarpeenmäärityksen alku ja näin prosessi jatkuu (Iivanainen & Syväoja 2012, 18).

#### **Hoidollisen päätöksenteon vaiheet**

##### *Hoidon tarpeen määrittäminen:*

- potilasta koskevien tietojen keruu
- tietojen analysoiminen

##### *Hoidon suunnittelu:*

- päätelmien teko eli hoidon tarpeiden, potilaan ongelimien tai hoitotyön diagnoosin määrittäminen
- hoidon tarpeiden, potilaan ongelmien tai hoitotyön diagnoosien priorisointi
- tavoitteiden tai odotettujen tulosten nimeäminen
- hoitotyön toimintojen valinta

##### *Hoidon toteutus:*

- hoitotyön toteuttaminen

##### *Hoidon arviointi:*

- jatkuva arviointi ja loppuarviointi hoidon vaikutuksesta potilaaseen suhteessa nimettyihin tavoitteisiin tai odotettuihin tuloksiin

Kuva 3 Hoidollisen päätöksenteon vaiheet (Sonninen & Ikonen 2007, 76).

### 3.3 Prosessimallin mukaisen kirjaamisen ongelmia

Prosessimallin mukaista kirjaamista on tutkittu vuosien saatossa paljon. Ongelmat ovat edelleen samoja kuin aikaisemminkin sekä kansallisesti että kansainvälisesti. Varsinkin arviointi on usein puutteellista. (Rönkkö & Väisänen 1998, 98).

Sarannon ja Kinnunsen kirjallisuuskatsauksen (2008, 472) mukaan hoitotyön prosessin mukainen kirjaaminen on tuonut pääasiassa myönteisiä vaikutuksia kirjaamiseen. Brasilialaisessa tutkimuksessa todettiin hoitajien käytävän kirjaamisessa hoitotyön prosessin kaikkia vaiheita, mutta hoitajat eivät toteuttaneet sitä johdonmukaisesti. (Lopes ym. 2010, 119-122.)

Ruotsalaisen tutkimuksen mukaan diabetesta sairastavien kotihoidon asiakkaiden hoidossa ei ole käytetty lainkaan hoitotyön prosessia, kirjaaminen oli puutteellista ja se johti heikentyneeseen hoidon laatuun (Gershater, Pilhammer & Roijer 2011, 220, 223). Brasiliassa sen sijaan hoitotyön prosessin kaikki vaiheet hoitotyön diagnoosia lukuunottamatta löytyvät kirjauksista (Pokorski, Moraes, Chiarelli, Costanzi & Rabelo, 2009, 302).

Hoitosuunnitelmissa on ollut ongelmana vuosikymmenten ajan se, että suunnitelmat eivät perustu riittävään informaatioon. Suunnitelmat keskittyvät usein lääketieteellisiin vaatimuksiin, eikä hoidon tavoitteita aseteta. Monesti suunnitelma on kirjaamatta, eikä sitä arvioida ja potilas on suunnittelun ulkopuolella. Tämän vuoksi hoitosuunnitelmia on alettu kehittämään ja täten parantamaan kirjaamista, potilasturvallisuutta ja hoitajien ammattitaitoa. (Hallilla 1998c,19.)

Pitkäaikaislaitoksessa hoidettavalla potilaalla on hoitosuunnitelmia tehty, mutta arviointiosuus on monesti puutteellinen. Esimerkiksi suomalaisen arviointitutkimuksen mukaan 73%:lla oli ajantasainen hoitosuunnitelma tehty. Lopuilla se oli tekemättä tai vanhentunut. Joka neljännän pitkäaikaispotilaan hoitosuunnitelmasta puuttui henkisen tilan arviointi tai kuvaus. (Voutilainen, Isola, Muurinen 2004, 72, 76-77.)

Erään ruotsalaisen tutkimuksen mukaan potilaiden ja henkilökunnan näkemykset hoitosuunnitelmasta ja sen paikkaansa pitävyydestä erosivat suuresti. Myöskään pelkkä hoitosuunnitelman sisällön kehittäminen ei saanut aikaan positiivisia muutoksia hoitotyössä. Hoitosuunnitelma nähtiin hoidosta irrallisena eikä se ohjannut potilaan hoitotyötä. (kts Hallilla 2005, 111.) Tähän viittaa myös Voutilaisen ym. (2004, 78) ja Hallillan (2005, 111) toteamus, että päivittäiset kirjaukset ja hoitosuunnitelma eivät olleet tehtyjen tutkimusten mukaan täysin yhteensopivia.

### 3.4 Hoidon suunnittelun hyödyt

Hoitotyössä korostetaan potilaan omaa osallistumista hoitoonsa. Tämän vuoksi terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välille on kehitettävä tasavertainen ja toimiva yhteistyösuhde, joka perustuu luottamukseen. Kirjallinen terveys- ja hoitosuunnitelma todentaa yhteiset päätökset ja turvaa hoidon jatkuvuutta. (Hallila 1998a, 11; Routasalo & Pitkälä 2009, 27.)

Terveys- ja hoitosuunnitelma auttaa pitkäaikaissairauksia sairastavaa potilasta hahmottamaan omat tavoitteensa ja sitoutumaan niihin. Potilaan tavoitteet liittyvät usein arkipäivässä pärjäämiseen, lääkärin tavoitteet taas laboratoriotuloksiin. (Komulainen, Mäkinen, Rintala & Mäntyranta 2012, 175.) Terveys- ja hoitosuunnitelman ansiosta potilaat myös luottavat hoidon jatkuvuuteen. He tietävät, että heillä on määrääjain vastaanotto, jolloin voivat selvittää kaikki mieltä painavat asiat. (Järvi, 2013, 3056.)

Perusterveydenhuollossa tehdyn hoidon järjestelmällisen suunnittelun on todettu maailmalla olevan kustannustehokasta. Kun moniammatillinen, hoitajavetoinen tiimi arvioi potilaan riskit ja tarpeet, tekee hoitosuunnitelman ja toteuttaa sitä, niin akuuttihoitoa tarvitaan mahdollisimman vähän. Toimiva hoitosuunnitelma ja riittävästi resursoitu ammattitaitoinen henkilökunta vähentää kustannuksia ja inhimillistä kärsimystä. (Jartti, Heinonen, Upmeier & Seppälä 2011, 2970.) Esimerkiksi hoitosuunnitelman jälkeen potilas on sitoutunut hoitoonsa, mikä näkyy parantuneissa laboratoriotuloksissa ja mittauksissa (verensokerit,



kolesterolit, verenpaine ja paino) (Linsamo 2012, 14). Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman alla toteutetuissa Potku (potilas kuljettajan paikalle) -hankkeissa sekä Päijät-Hämeessä että Forssassa todettiin hoitosuunnitelmien teon jälkeen terveyskeskuskäyntien vähentyneen (Linsamo 2012, 12; Pitkänen, Leino & Nurmela 2012, 32). Samoin Rautaista ammattitaitoa (Rampe) –hankkeessa tuloksena oli avainasiakkaiden lääkärikäyntimäärien väheneminen noin 25%:lla ja heidän yhteydenottonsa terveyskeskukseen tapahtui pääsääntöisesti saman hoitajan kautta (Ruoranen ym. 2013, 49; Järvi, 2013, 3057). JIK:n perusturvakuntayhtymässä todettiin, että potilaat ovat hoitosuunnitelmien teossa kokeneet, että heitä kuunnellaan ja heistä välitetään (Jik:n perusturvakuntayhtymä 2012, 6).

Hoitosuunnitelman puuttuminen luo monenlaisia ongelmia. Kun suunnitelma puuttuu, hoito painottuu ns. akuuttiin hoitoon. Hoito on irrallista, hoidon jatkuvuus puuttuu ja hoitokokonaisuuden hahmottaminen on vaikeaa. (Komulainen ym. 2012, 174; Wagner ym. 2001; Koikkalainen ym. 2012, 5.) Tästä seuraa turhia terveyskeskuskäyntejä ja syntyy palveluiden suurkäyttäjiä (Kaukonen & Nenonen 2010, 779). Hoitosuunnitelman puuttuminen vaikeuttaa myös lääkärien ja hoitajien työtä. Terveyskeskuslääkäreitä ei saada pitkäaikaiseen työsuhteeseen. Lääkäreillä ja hoitajilla ei ole selvyttä työnjaosta eikä toistensa osuudesta potilaan hoidossa. Näin tehdään päällekkäisiä asioita ja jotain ei tehdä ollenkaan. (Koikkalainen ym. 2012, 13-15.) Myöskään potilas ei sitoudu hoitoonsa eikä tavoitteisiinsa ja hoito on tuloksetonta (Komulainen ym. 2012, 174; Koikkalainen ym. 2012, 5). Potilaan hoidon yksilöllisyys puuttuu, mikä lisää potilaan sitoutumattomuutta hoitoonsa (Koikkalainen ym. 2012, 5).

### 3.5 Terveysyötymalliin perustuva terveys- ja hoitosuunnitelma

Terveysyötymallin mukaisesti pitkäaikaissairaana potilaan omahoidon tueksi ja potilaan sitouttamiseksi omaan hoitoonsa avohuollossa tarvitaan terveys- ja hoitosuunnitelma. Terveys- ja hoitosuunnitelma on yksi potilaskertomuksen asiakirjoista. Sen tarkoituksena on, että samassa hoitosuunnitelmassa kuvataan kaikki potilaan terveysongelmia koskevat suunnitelmat riippumatta siitä, missä

organisaatiossa suunnitelmat ovat laadittu. (Komulainen, ym. 2011, 14.) Terveystyömallissa korostuu potilaan omahoito. Yksilöllinen hoitosuunnitelma tarkoittaa tarkastelunäkökulman siirtämistä organisaatio- tai henkilökuntalähtöisestä hoitamisesta ja sen kirjaamisesta kohti yksittäisen potilaan hoitoa, voinnin ja voimavarojen kuvausta sekä potilaan osallistumisen mahdollistamista omaan hoitoonsa. Hoitosuunnitelman henkilökohtaisuus on myös oikeudellinen perusta. (Saarelma ym. 2010, 28; Suhonen 2005, 38-39.) Terveystyön ja hyvinvoinnin laitos on määritellyt potilaskohtaisen terveystyön ja hoitosuunnitelman rakenteen ja sisällön, jotta terveystyön ja hoitosuunnitelmat ovat yhdenmukaisia, ja siten niitä voidaan käsitellä eri potilastietojärjestelmissä. Terveystyön ja hoitosuunnitelma muodostetaan potilastietojärjestelmässä ja arkistoidaan paikalliseen ja alueelliseen potilastietojärjestelmään, jatkossa myös KanTa-arkistoon. (Komulainen ym. 2011, 4.)

Terveystyön ja hoitosuunnitelman käytön tavoitteet ovat:

1. Potilaskeskeisyys
2. voimaannuttaminen (empowerment),
3. hoidon jatkuvuus ja
4. tietojärjestelmien hyödyntäminen hoidon toteutuksessa (Komulainen ym. 2011, 12, 14).

Potilaskeskeisyys tarkoittaa sitä, että terveystyön ja hoitosuunnitelma toimii työvälineenä yhteisymmärryksen löytymiselle ja se huomioi niin lääketieteellisen hoidon kuin potilaan omahoidon keinot ja merkityksen. Potilaan kokemat hoidon tarpeet ja tavoitteet ovat ensisijaisia. (Komulainen ym. 2011, 12; Innokylä 2013.)

Potilaan voimaantuminen on prosessi, jossa ihmisen kyky määritellä omat tarpeensa, ratkaista omat ongelmansa ja saada käyttöönsä voimavaroja, tunnustetaan ja näin oma päätöksenteko korostuu (Innokylä 2013). Voimaantumisen kannalta on tärkeää, että terveystyön ja hoitosuunnitelma tehdään yhdessä potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen kanssa. (Komulainen ym. 2011, 13). Voimaantumisen edellytyksenä on luottamus, kunnioitus, osallistuminen ja sitoutuminen. (Innokylä 2013).

Hoidon jatkuvuus tulee turvattua silloin, kun kaikki potilaan oleelliset terveysongelmat on koottu yhteen suunnitelmaan. Hoidon jatkuvuuden kannalta on tärkeää, että kaikki eri palveluntarjoajat voivat käyttää samaa suunnitelmaa ja päivittää sitä. (Komulainen ym. 2011, 13.)

Terveyshyötymallin mukainen hoitosuunnitelma perustuu suunnitelmallisiin seurantakäynteihin, joissa jokaisella tiimin työntekijällä on toisiaan täydentävä rooli, ja kokonaisuus on hallinnassa terveys- ja hoitosuunnitelman avulla. Näin myös potilaan kaikki sairaudet saavat yhtäläisen huomion. (Saarelma ym. 2010, 29.)

### 3.5.1 Lainsäädännöllinen tausta

Erilaiset lait ja asetukset säätelevät hoitosuunnitelman tekemistä. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa potilasasiakirjoista 30.3.2009/298 7§:ssä todetaan: ”Potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot” (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009). Myös uusi terveydenhuoltolaki sanoo seuraavaa: ”jos henkilö asuu tai oleskelee säännönmukaisesti tai pitempiaikaisesti kotikuntansa ulkopuolella työn, opiskelun, vapaa-ajan vieton, lähiomaisen tai muun läheisen asumisen tai muun vastaavan syyn vuoksi, hän voi käyttää hoitosuunnitelmansa mukaisen hoidon toteuttamiseen myös muun kuin kuntansa perusterveydenhuollon palveluja hoidosta vastaavan terveyskeskuksen muuttumatta.” Potilaan oma terveyskeskus laatii potilaan hoitosuunnitelman, jota potilaan oleskelupaikkakunta toteuttaa. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.) Hoitosuunnitelma pitää löytyä potilasasiakirjoista helposti ja se pitää olla saatavilla myös äkillisissä ja yllättävissä tilanteissa. Siinä pitäisi linjata toiminta myös akuuteissa tilanteissa. (Valvira 2013, 1.) Terveys- ja hoitosuunnitelma ohjaa myös lääkkeenmääräämisoikeuden omaavia sairaanhoitajia potilaan lääkkeiden uusimisessa, sillä sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan on lääkettä määrätessään noudatettava potilaan kirjallista terveys- ja hoitosuunnitelmaa (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä 2.12.2010/1088).

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä velvoittaa julkiset terveydenhuollon organisaatiot tallentamaan potilastiedot valtakunnalliseen terveydenhuollon, apteekkien ja kansalaisten Kansalliseen terveysarkistoon (KanTa). KanTa-arkisto tulee käyttöön vaiheittain. Nyt valtakunnallisesti on sähköinen resepti käytössä. Seuraavaksi tulee käyttöön potilastiedon arkisto, johon ensimmäisinä siirtyvät keskeiset terveystiedot, kuten hoitosuunnitelma. (Kasallinen terveysarkisto; Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159.)

Myös Valviran valtakunnallisessa valvontaohjeessa on yhdeksi painopistealueeksi määritelty hoitosuunnitelmat. Valvira toteaaakin, että velvoite hoitosuunnitelmista ei ole uusi, mutta siitä huolimatta niitä ei tehdä riittävän systemaattisesti ja hoitokäytäntöjen muuttuessa on entistä tärkeämpää, että pitkäaikaispotilaille tehdään hoitosuunnitelmat mahdollisimman kattavasti säännösten edellyttämällä tavalla. (Valvira 2013, 2.)

### 3.5.2 Terveys- ja hoitosuunnitelman sisältö

Terveys- ja hoitosuunnitelma kuvaa kaikki potilaan terveysongelmat. Suunnitelmaan kirjataan potilaan kokemat hoidon tarpeet ja hoidon tavoitteet sekä suunnitellut tutkimus-, hoito-, kuntoutus- ja seurantatoimenpiteet. (Komulainen ym. 2012, 12,16.)

Terveys- ja hoitosuunnitelma on rakenteinen CDA-lomake. Lomake sisältää sekä tekstimuotoisia, kuvailevia eli narratiivisia että luokiteltuja tietoja. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos on määritellyt kullekin tiedolle oman tietotyypin, jota on noudatettava. Vain pieni osa terveys- ja hoitosuunnitelman tiedoista on pakollisia, muita tietoja voidaan kirjata tarpeen mukaan. (Komulainen ym. 2011, 15.)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen ohjeiden mukaan terveys- ja hoitosuunnitelma koostuu seitsemästä komponentista ja kahdesta toiminta- ja työkykyyn liittyvästä alakomponentista, jotka sisältävät kuvailevaa vapaamuotoista tekstiä.

Komponenttien ja alakomponenttien sisältö on määritelty, jotta terveys- ja hoitosuunnitelman rakenne säilyisi. (Komulainen ym. 2011, 15.)

Terveys- ja hoitosuunnitelma -komponentti on kirjallinen nimettyä henkilöä varten suunniteltu lääketieteellisen ja hoitotyön ohjelma. Tämä komponentti kuvaa asiakirjan nimen. Sen rakenteisia alaluokkia ovat: nimi, henkilötunnus ja päivämäärä, ja nämä tiedot ovat pakollisia.

Hoidon tarve -komponentti muodostuu yhdestä tai useammasta potilaan tunnistamasta terveysongelmasta. Terveysterveystieteen ammattihenkilö toimii tukena ongelmien tunnistamisessa. Tähän tietokenttään kirjataan vapaamuotoisesti potilaan oma ja /tai hänen ja terveydenhuollon ammattilaisen yhteinen käsitys potilaan toimintakyvyn ongelmista. Niitä asioita, joita potilas ei koe ongelmaksi, ei tule kirjata hoidon tarpeeksi.

Hoidon syy -komponentissa voidaan käyttää yhteisesti sovittujen luokitusten, esimerkiksi ICPC-2, mukaisesti kuvattua terveysongelmaa, joka on hoidon syy. Tämä komponentti on pakollinen vaihtoehtoisesti hoidon tarve -komponentin kanssa.

Hoidon tavoite -komponentissa määritellään yhdessä potilaan kanssa tavoitteet, jotka kuvastavat muutosta potilaan terveydentilassa ja joihin yhdessä sovitulla hoidoilla pyritään. Tavoitteiden tulisi olla realistisia ja sellaisia, mihin potilas pystyy sitoutumaan. Tavoitteet voidaan asettaa myös määrääjäksi. Hoidon tavoitteisiin voidaan kirjata myös luokiteltuja tietoja, kuten laboratorioarvoja tai erilaisia mittareita. Tämä komponentti ei ole pakollinen.

Hoidon toteutus ja keinot -komponentti sisältää sekä potilaan itsensä toteuttavaksi suunnitellut toimet että terveydenhuollon palvelut terveyden ylläpitämiseksi ja parantamiseksi. Potilas on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Tämä komponentti ei ole pakollinen. Hoidon toteutus ja keinot -komponenttiin sisältyy erilaisia rakenteisia luokkia kuten hoitopaikka, hoitoyksikkö jne.

Komponentissa tuki, seuranta ja arviointi kuvataan vapaamuotoisesti, mitä ammattilaiselta saatavaa tukea on sovittu edellisessä kohdassa määriteltyjen hoitojen toteuttamiseksi. Lisäksi siinä kuvataan, kuinka seuranta ja arviointi suunnitellaan tehtäväksi. Komponentissa terveydenhuollon ammattihenkilö kuvataan henkilöksi, joka viime kädessä vastaa hoitosuunnitelman laatimisesta ja koordinoi sen toteuttamista, esimerkiksi omalääkäri. Vastuuhenkilö on oikeutettu tekemään merkintöjä potilaskertomukseen ja vastuuhenkilöitä voi olla useita. Tämä komponentti on pakollinen.

Komponentissa terveys- ja hoitosuunnitelman lisätiedot kuvataan mahdolliset potilaan tilaa ja hoitoa koskevat lisätiedot. Tähän komponenttiin kirjataan myös riskitiedot. Tähän kuvataan sellaiset potilaan tilaa ja hoitoa kuvaavat tiedot, jotka ovat oleellisia terveys- ja hoitosuunnitelmaa toteutettaessa. Lisätietokomponenttiin voidaan myös kirjata, jos potilaan ja lääkärin tavoitteet eroavat toisistaan.

Terveys- ja hoitosuunnitelman lisätiedot -komponenttiin kuuluvat rakenteisina luokkina diagnoosilista ja lääkehoito. Tämä komponentti ei ole pakollinen. (Komulainen ym. 2011, 16-27.)

### 3.5.3 Terveys- ja hoitosuunnitelmien käyttöönotto

Suomessa on Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (Kaste) alla toteutettu Potkuhanke (Potilas kuljettajan paikalle), jossa hankkeen tavoitteena oli parantaa pitkäaikaissairauksien ennaltaehkäisyä ja hoitoa terveyshyötymallin (Chronic Care Model) mukaisesti. Hankkeessa keskeisenä tavoitteena oli potilaiden mukaan ottaminen oman hoitonsa suunnitteluun ja hoidon toteutukseen kehittämällä omahoitoa tukevia palveluita terveyskeskuksessa. (Potku –potilas kuljettajan paikalle 2010-2012.)

Potkuhankkeessa hoitosuunnitelman käyttöönotto aloitettiin kouluttamalla henkilökuntaa. Toiminnan juurruttamiseen ei pelkkä tiedon saanti ole riittänyt. Monessa potkuhankkeessa hoitosuunnitelmia ovat tehneet niin lääkärit kuin sairaanhoitajatkin yhdessä potilaan kanssa. Yleensä toteutus on aloitettu niin, että

hoitaja (sairaanhoidaja tai terveydenhoitaja) aloittaa hoitosuunnitelman laatimisen yhdessä potilaan kanssa. (Alhainen 2012, 7-8; Hämeenlinnan terveystalot, 2012, 8-10; JIK ky 2012, 5; Pitkänen ym. 2012, 21-22; Linsamo 2012, 11; Länsipuro & Harju 2012, 8.) Englantilaisen tutkimuksen mukaan on todettu, että pitkäaikaissairaat potilaat ovat tyytyväisempiä hoitoonsa hoitajavetoisessa vastaanotto- ja hoitotoiminnassa (Wilson, Brooks, Procter & Kendall 2012, 2). Hoitaja on voinut laittaa jo ennalta verikokepyynnöt tai käynnin jälkeen potilas käy verikokeilla. Osassa paikoissa taas käynnin pohjana ovat olleet ennalta sovitut mittarit tai potilaan ennalta täyttämän omahoitolomakkeen pohjalta keskusteleminen. Tarvittaessa potilas ohjataan joko 40 - 60 minuutin lääkärin vastaanotolle tai sairaanhoitaja konsultoi lääkärin asiasta. (Alhainen 2012, 7-8; Hämeenlinnan terveystalot, 2012, 8-10; JIK ky 2012, 5; Pitkänen ym. 2012, 21-22; Linsamo 2012, 11; Länsipuro & Harju 2012, 8.) Lopuksi kirjoitettu terveys- ja hoitosuunnitelma tulostettiin potilaalle mukaan (JIK ky 2012, 8).

Päijät -potkussa kehitettiin pitkäaikaissairaalle suunnitelmallisen hoidon tueksi aivan uusi vastaanottomalli, jossa ensin on kartoituskäynti hoitajan luona ennen varsinaista hoitosuunnitelman vastaanottoa. Päijät -potkussa kokeiltiin yhteisvastaanottokäyntiä, jossa vastaanotolla oli mukana potilas, mahdollisesti hänen omaisensa, lääkäri ja hoitaja. Jossain tapauksissa hoitosuunnitelman laatiminen aloitettiin jo kartoituskäynnin yhteydessä. Tällöin hoitosuunnitelma hyväksyttiin lääkärillä sähköisenä konsultaationa. (Linsamo 2012, 8-11.) Forssassa hoitosuunnitelman vastaanotto aloitettiin potilaan ja sairaanhoidajan tapaamisella, ja tapaamisen loppuun tuli mukaan myös lääkäri. Forssa totesi tämän mallin huonoksi, sillä sekä hoitajan että lääkärin samanaikainen mukana olo häiritsi potilasta. (Pitkänen ym. 2012, 20-23.)

Näiden hankkeiden pohjalta on luotu myös Innokylä- Terveyden- ja hyvinvoinnin muutosvoima -sivustoille, yhdessä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa, terveys- ja hoitosuunnitelman koulutusmateriaalia. Näiden hankkeiden aikana tehtiin myös aiheeseen liittyviä opinnäytetöitä. (Innokylä 2012.)

Espoossa pitkäaikaissairauksien hoitoon on kehitetty oma malli terveyshyötymallin mukaisesti. Mallin keskiössä on voimaantunut, omatoiminen potilas. Pit-

käaikaissairauksien hoitomalli sisältää keskeisimpien pitkäaikaissairauksien potilaslähtöiset hoito- ja seurantakäynnit. Espoossa pitkäaikaissairauksien hoito on potilaan ja ammattihenkilöstön yhteistyötä, jossa potilaan kokonaistilanne arvioidaan 1-2 vuoden välein sairaan- tai terveydenhoitajan vastaanotolla ja lääkärin vastaanotolla. Mallin mukaan ajanvarauksessa tunnistetaan pitkäaikaissairas potilas, joka ohjataan hoitomallin mukaan. Ensin potilas käy laboratoriotutkimuksilla ennen sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan vastaanottoa. Hoitajan vastaanotolla kartoitetaan kokonaistilanne, omahoidon toteutuminen sekä tiedon ja tuen tarve. Potilas on ennalta täyttänyt omahoitolomakkeen, jossa potilas on arvioinut omaa hoitoaan ja omanhoidon tarvettaan. Hoitaja kirjaa valmiita fraaseja käyttäen potilaan vastaukset, omat havainnot ja mittaustulokset sekä yhdessä laaditun hoitosuunnitelman, joka sisältää mm. potilaan omahoidolle asetettavat tavoitteet. Hoitajan käynnin jälkeen potilas käy tarvittaessa lääkärin vastaanotolla. Lääkäri tekee tarvittaessa anamneesin, käy läpi laboratoriovastaukset, tekee tarvittavat lääkemuutokset ja uusii reseptit. Yhdessä potilaan kanssa lääkäri täydentää hoitosuunnitelman, joka sisältää omahoidon suunnitelman, tarpeelliset lääkitysmuutokset sekä tutkimus- ja konsultaatiokäynnit. Myös lääkäri kirjaa tiedot fraaseja käyttäen. (Suurnäkki ym. 2010, 33-40; Suurnäkki 2010, 22-42.)

Kliiniset tietojärjestelmät mahdollistavat potilaille sähköisen asioinnin. Espoossa kehitettiin potilaille omahoitoa tukevat verkkoratkaisut. Kaupungin sivuille tehtiin omahoito-verkkosivut, joista potilas saa tietoa esim. liikunnasta. Lisäksi kehitettiin sähköinen asiointikanava, jossa potilas pääsee omaan terveystietokantaan. Sen tavoitteena oli, että osa vastaanotolla ja puhelimitse tapahtuvaa vuorovai-  
kutusta voitaisiin siirtää sähköisen asioinnin välinein. Tämä järkeistäisi sekä potilaan että työntekijöiden ajankäyttöä ja tukisi potilaan omahoitoa. Espoossa on kehitetty oma sähköisen asioinnin Effican integroitu sovellus. Järjestelmän avulla potilas voi kirjautua omaan terveystietokantaan, jossa julkaistaan potilaan pysyvät diagnoosit, jatkuvat lääkkeet ja hoitosuunnitelma. Lisäksi sinne lähetetään potilaan laboratoriovastaukset lääkärin kommentteineen. Myös potilas voi sähköiseen järjestelmään lähettää kysymyksiä omalle hoitotiimilleen. Espoossa



tämä malli on vakiinnuttanut paikkansa varsinkin valtimotauti- ja diabetespotilaiden kohdalla. (Saarelma ym. 2010, 29-30; Suurnäkki 2010, 38-40.)

### 3.6 Hoitosuunnitelmien käyttöön liittyviä ongelmia avoterveydenhuollossa

Terveys­huollon henkilökunta tietää hoitosuunnitelman hyödyt, mutta käytännössä hoitosuunnitelmia ei ole tehty varsinkaan avoterveydenhuollon puolella. Ongelmana on, että maassamme potilaita hoidetaan ns. akuuttimallien mukaan. Potilas voi käydä useamman kerran vuodessa lääkärin vastaanotolla ns. akuutin vaivan vuoksi, ilman että pitkäaikaissairautta huomioidaan lainkaan. Tähän on Suomessa esimerkiksi Helsingissä ja Keminmaalla kehitetty malli, joka pohjautuu suunnitelmallisiin seurantakäynteihin, jossa kullakin ammattiryhmällä on oma toisiaan täydentävä rooli. Tämä kokonaisuus pidetään kasassa yhteisen hoitosuunnitelman avulla. (Saarelma ym. 2010, 27-30.)

POTKU -hankkeessa nousi esille monia hoitosuunnitelmien käyttöön liittyviä ongelmia ja kehittämiskohteita. Suopohjassa ja hoitosuunnitelmien tekeminen ei lähtenyt niin hyvin käyntiin kuin toivottiin. Jatkosuunnitelmissa on heillä perustaa hoitosuunnitelmatyöryhmä, jossa työryhmän jäsenet valvovat kukin oman yksikönsä hoitosuunnitelmien tekemistä. (Alhainen 2012, 7-8.) Hämeenlinnalainen selvitys kertoo, että terveyskeskusten hoitosuunnitelmissa on paljon puutteita. Neljäosalta paljon terveystalv­palveluita käyttäviltä hoitosuunnitelmaa ei löytynyt lainkaan. Löytyneistä hoitosuunnitelmista puuttuivat hoidon tarpeen ja tavoitteiden määrittelyt. (Komulainen ym. 2012, 173.)

Sepelvaltimotautipotilaiden kokemuksia hoitosuunnitelmista selvittänyt tutkimus kertoo, että 35% sepelvaltimotautipotilaista koki, että heidän mielipidettään ei kysytty heidän omaa hoitosuunnitelmaa laadittaessa. Lähes puolet oli sitä mieltä, että he eivät voi toteuttaa heille laadittua hoitosuunnitelmaa. Tutkimuksessa todettiin, että suomalaisessa terveyskeskuksessa ei toteudu potilaskeskeinen hoito eikä hoitosuunnitelmia tehdä niin, että potilas voisi sitä toteuttaa. (Kuusisto, Koskela, Nykänen & Kumpusalo 2013, 2591.)

Päijät potku -hankkeessa todettiin, että hoitosuunnitelmia tehtiin joillain tasolla, mutta suunnitelmallisuus puuttui, eikä potilas ollut hoitosuunnitelman teossa mukana (Linsamo 2012, 8-11; Kuronen 2013, 35). Haasteena oli saada tehtyä todella potilaan oma hoitosuunnitelma (Liljamo 2012, 21; Linsamo 2012, 8). Hoitosuunnitelmat, mitkä oli tehty, eivät olleet erillisiä potilaalle tulostettavina dokumentteina potilastietojärjestelmässä (Kuronen 2013, 33). Vaikeutena oli saada potilas itse sitoutumaan hoitosuunnitelmien tekemiseen ja nimeämään omat tavoitteet. Potilaat eivät ymmärtäneet omaa vastuutaan omasta terveydentilastaan ja velvollisuuttaan aktiiviseen osallistumiseen omassa hoidossa. Aina potilaat eivät myöskään osanneet toimia hoitosuunnitelman mukaan. (Pitkänen ym. 2012, 22.) Päijät-Hämeessä hoitosuunnitelmista 55%:lta puuttui hoidon tavoite ja potilaan oma tavoite puuttui 78%:lta potilaista (Linsamo 2012, 8-10).

Valtimotautien ehkäisyn laatuverkostolla on pyritty ehkäisemään valtimotauteja ja parantamaan niiden hoitoa. Laatuverkostossa on mukana 48 terveystakeskusta. Vuonna 2010 valtimotautiehkäisyn laatuverkoston tuloksissa tyypin 2 diabetespotilailla 84%:lla oli kirjattu hoitosuunnitelma. Potilailla, joilla oli kohonnut verenpaine, hoitosuunnitelmia oli kirjattu 69%:lla potilaista. Sepelvaltimotautipotilailla vastaava luku oli 72%. (Winell ym. 2011, 1835-1836.) Salon terveystakeskuksessa vuonna 2011 valtimotautipotilailla 57%:lla oli tehty hoitosuunnitelma (Wasen 2012).

Hoitosuunnitelmien teko ei myöskään ole systemaattista toimintaa ja henkilökunta kokee hoitosuunnitelmien teon työlääksi ja aikaa vieväksi (Linsamo 2012, 33; JIK peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä 2012, 6; Liljamo 2012, 21). Hoitosuunnitelmien tekoa pitää henkilökunnalle kouluttaa (Pitkänen ym. 2012, 23; Liljamo 2012, 21). Hoitohenkilökunnan motivaatiota hoitosuunnitelmien tekemiseen pitää saada parannettua, ja tiimivetoisessa vastaanottotoiminnassa olisi hyvä varata jokaiselle tiimijäsenille hoitosuunnitelmien tekoa varten oma aika (Pitkänen ym. 2012, 33; JIK peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä 2012, 6; Alhainen 2012, 14).

Espoon omahoitohankkeessa esille nousi, että on tärkeää tehdä merkinnät tietojärjestelmiin yhteisesti sovituilla tavoilla ja että hoidolla on yksi yhteinen suun-

nitelma. Näin hoitosuunnitelman käyttö mahdollistaa pitkäaikaisen suunnitelman tekemisen ja tiedon helpon löytymisen. Espoossa Effic -tietojärjestelmään luotiin vastaanottotoiminnan kirjaamiseen fraaseja, joiden avulla kirjaamiskäytäntö yhtenäistyi. (Saarelma ym. 2008, 4447; Saarelma ym. 2010, 29.)

## 4 KEHITTÄMISPROJEKTI

### 4.1 Kehittämiprojektin tarve

Salon kaupungin strategiassa yhtenä tavoitteena ovat hyvin toimivat terveyspalvelut, joiden yhtenä osana on terveyden ja hyvinvoinnin sekä itsenäisen suoriutumisen edistäminen. Ajatuksena on ennakoiva ja itsenäistä toimintakykyä ylläpitävä monipuolinen palvelujärjestelmä. (Salminen 2012.) Tavoitteena on myös keskeisten terveysongelmien hoitotulosten parantaminen ja se, että palvelut edistäisivät asiakkaiden itsenäistä elämänhallintaa (Salon hyvinvointitilinpito 2011, 4).

Tämä kehittämissuunnitelma kohdistuu valtimotautipotilaan hoitosuunnitelman kehittämiseen ja käyttöön ottoon Salon terveyskeskuksessa avoterveydenhuollossa. Tässä työssä valtimotaudeilla tarkoitetaan diabetesta, verenpainetautia ja rasva-aineenvaihdunnan häiriötä. Salon terveyskeskuksessa hoitajat tekevät paljon itsenäistä vastaanottotyötä pitkäaikaissairaiden potilaiden kanssa. Lähes kaikilta potilailta puuttuu selkeä hoitosuunnitelma, joka ohjaisi hoitajia ja myös lääkäreitä potilaan hoidossa. Niillä potilailla, jotka sairastavat diabetesta ja käyvät säännöllisesti seurannassa, on suhteellisen hyvin hoitosuunnitelma tehty. Muilta se pääsääntöisesti puuttuu. Tällä hetkellä hoidon kirjaaminen tapahtuu pääasiassa akuuttimallin mukaan, eli lääkäri kirjaa esitiedot, nykytilan ja lyhyen aikavälin suunnitelman, esimerkiksi erilaiset tutkimukset yle (yleislääketiede) -lehdelle. Kun tulokset ovat tulleet, on usein kirjauksena ”lab. kokeet ok”. Suurelta osalta potilaista puuttuvat hoidon tavoitteet ja keinot kuten myös hoidon seuranta. Hoitajat tekevät omat kirjauksensa AVOHO (avohoito) -lehdelle.

Lääkärit ovat huomanneet monen potilaan olevan hoitohenkilöstön kontaktien ulkopuolella. Reseptit tulevat uusittaviksi kerran vuodessa, mutta potilas ei ole käynyt hoitajan tai lääkärin vastaanotolla moneen vuoteen. Ennen kaikkea nämä potilaat pitäisi saada kiinni ja ohjattua terveydenhuollon palvelujen pariin.

Tarpeeksi nähtiin toimintojen yhtenäistäminen ja saada myös verenpaine- ja lipidipotilaat hoitokontakteihin. Aikuisneuvonnan mahdollisuudet kaikkien näiden potilaiden hoitoon on mahdotonta, joten olisi hyvä saada lääkärin vastaanoton hoitajat tekemään myös vastaavia vastaanottoja. Tavoitteena olisi saada tehtyä valtaosalle valtimotautipotilaille hoitosuunnitelmat jollakin aikataululla.

Hoitosuunnitelmien puuttumisesta on tutkimusten mukaan ollut monenlaista haittaa. Potilaan hoito on irrallista, hoidon jatkuvuus puuttuu eikä potilas itse ole sitoutunut hoitoonsa. Hoitosuunnitelma auttaa potilasta itseään hahmottamaan omat tavoitteensa ja sitoutumaan niihin. Näin vältetään turhia terveystakeskuskäyntejä ja palveluiden suurenkäyttäjien syntyä. Hoidon suunnittelu on myös kustannustehokasta, kun akuuttihoitoa tarvitaan mahdollisimman vähän. (Jartti ym. 2011, 2970-2986; Komulainen ym. 2012, 174; Wagner ym. 2001; Koikkalainen ym. 2012, 5.) Nämä tavoitteet olivat myös Salon kehittämisprojektin lähtökohtana.

Viimekädessä kehittämisprojektin tarvetta perustelee se, että hoitosuunnitelman tekeminen on lainsäädännön velvoittamaa. Asetus potilasasiakirjoista ja uusi terveydenhuoltolaki velvoittavat potilaan oman terveystakeskuksen tekemään hoitosuunnitelman. (Sosiaali- ja terveystakesministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009; Terveydenhuoltolaki 1326/2010.) Lisäksi sairaanhoitajan lääkkeen määräämisoikeus velvoittaa, joskin Salossa ei vielä ole sairaanhoitajia, jotka olisivat edes lääkkeenmääräämisen lisäkoulutuksessa.

#### 4.2 Kohdeorganisaatio

Kehittämisprojektin kohteena on Salon kaupungin terveystakeskus. Salon kaupungissa asuu noin 55000 asukasta. Terveystakeskus muodostuu neljästä alueyksiköistä, joita ovat Halikko, Salo, Kuusikko ja Perniö-Särkisalo. Terveystakeskukset/ palvelupisteitä on yhteensä kymmenen, joista lääkärin vastaanotto toimii seitsemällä terveystakeskumalla. Lääkärin vastaanotot sijaitsevat Salossa läntisellä terveystakeskumalla ja pääterveystakeskumalla sekä Halikossa, Kiikalassa, Kuusjoella, Kiskossa, Perniössä ja Suomusjärvellä. Lisäksi alueella toimii terveystakes-

keskussairaala Salossa sekä Perniössä ja kotisairaaloimintaa. (Parviainen & Skarp 2012.) Kehittämisprojekti keskittyy valtimotautipotilaiden hoitosuunnitelmien tekemiseen avoterveydenhuollossa ja alussa projektissa on mukana vain Salon toimintayksiköstä pääterveysasema. Salon kaupungin strategiassa yhtenä tavoitteena ovat hyvin toimivat terveyspalvelut, joiden yhtenä osana on terveyden ja hyvinvoinnin sekä itsenäisen suoriutumisen edistäminen. Ajatuksena on ennakoiva ja itsenäistä toimintakykyä ylläpitävä monipuolinen palvelujärjestelmä. (Salminen 2012.) Tavoitteena on myös keskeisten terveysongelmien hoitotulosten parantaminen ja se, että palvelut edistäisivät asiakkaiden itsenäistä elämänhallintaa (Salon hyvinvointitilinpito 2011, 4). Hoitosuunnitelman kehittämisprojekti tukee kaikkia näitä tavoitetta.

Salon kaupungin vanhusväestön määrä on korkea koko maan keskiarvoon verrattuna. Näin ollen myös pitkäaikaissairauksien, etenkin valtimotautia sairastavien, potilaiden määrä kasvaa. Myös lihavuuden mukanaan tuomat kansantaudit ovat lisääntyneet. (Salon hyvinvointitilinpito 2011, 9, 24.)

Salon toimintayksikössä on vakansseja 74, joista terveyskeskuslääkäreitä on 14, sairaanhoitajia 11, vastaanottohoitajia 4 ja terveydenhoitajia 27 (Parviainen & Skarp 2012).

Suurimmilla terveysasemilla eli pääterveysasemalla ja Läntisellä terveysasemalla henkilökunta on jaettu tiimeihin. Pääterveysasema on jaettu kahteen tiimiin, jossa yhdessä tiimissä on neljä lääkäriä ja neljä hoitajaa sekä 1-2 aikuisneuvonnan terveydenhoitajaa. Läntisellä terveysasemalla on kolme tiimiä ja jokaisessa tiimissä on kolme lääkäriä, kolme hoitajaa ja yksi terveydenhoitaja.

Salon terveyskeskuksessa on ohjeistettu hoitosuunnitelmien käyttö aikaisemminkin ja diabetespotilaiden kohdalla se on onnistunut kohtuullisen hyvin. Muiden valtimotautipotilaiden kohdalla, kuten verenpainepotilailla, hoitosuunnitelmia on huomattavasti vähemmän. Valtimotautiverkoston vuonna 2011 tekemässä kyselyssä Salon terveyskeskuksessa oli kroonisten sairauksien hoitosuunnitelmia tehty 57 %:lla potilaista. Tyypin II diabetes -potilailla hoitosuunnitelmia oli tehty 71 %:lla. (Wasen 2012.)

### 4.3 Kehittämisprojektin tavoite, tarkoitus ja tulos

Projektin tavoitteena oli kehittää toimiva terveys- ja hoitosuunnitelmalomake sekä toimintamalli valtimotautipotilaan hoitosuunnitelmien laadintaan ja käyttöön. Tarkoituksena oli parantaa valtimotautipotilaan hoitoon sitoutumista sekä moniammatillista yhteistyötä hänen hoidossaan ja tätä kautta parantaa hoidon laatua ja potilasturvallisuutta.

Projektin tuotoksena oli uusi toimintamalli valtimotautipotilaan terveys- ja hoitosuunnitelman tekemiseen ja käyttöön. Toimintamalli sisältää valmiit otsikot avohoitajien –lehdelle ohjaamaan valmistelemaa hoitajan vastaanottokäyntiä sekä otsikot hoitosuunnitelma lehdelle ohjaamaan lääkärin tekemää terveys- ja hoitosuunnitelmaa.

### 4.4 Projektioorganisaatio

Ohjausryhmään kuuluivat projektipäällikkö, opettajatuutori ja kohde organisaatiosta osastonhoitaja (mentori), johtava lääkäri, hallintoylihoitaja ja avohuollon ylilääkäri. Ohjausryhmä vastasi projektin ohjaamisesta ja seurannasta (Silfverberg, 49).

Projektiryhmään kuuluivat projektipäällikkö, osastonhoitaja (mentori), vs avohuollon ylilääkäri, vastaanoton lääkäri, kaksi vastaanoton sairaanhoitajaa ja kaksi aikuisneuvonnan terveydenhoitajaa. Lääkärin ja aikuisneuvonnan terveydenhoitajien valintaan vaikuttivat heidän oma työmääränsä ja väestön ikärakenne sekä heidän motivaationsa lähteä tekemään projektia. Sairaanhoitajat valittiin lääkärin väestöalueen mukaan. Projektiryhmäläiset toimivat projektipäällikköä lukuun ottamatta myös pilottiryhmänä, jotka suunnittelivat terveys- ja hoitosuunnitelmalomakkeen ja toimintamallin sekä testasivat toimintamallin ja arvioivat sen toimivuutta projektipäällikön toteuttamalla teemahaastattelulla. Projektipäällikkö vastasi projektin sujumisesta, tiedottamisesta ja johtamisesta (Silfverberg, 50).

#### 4.5 Kehittämiprojektin toteutus

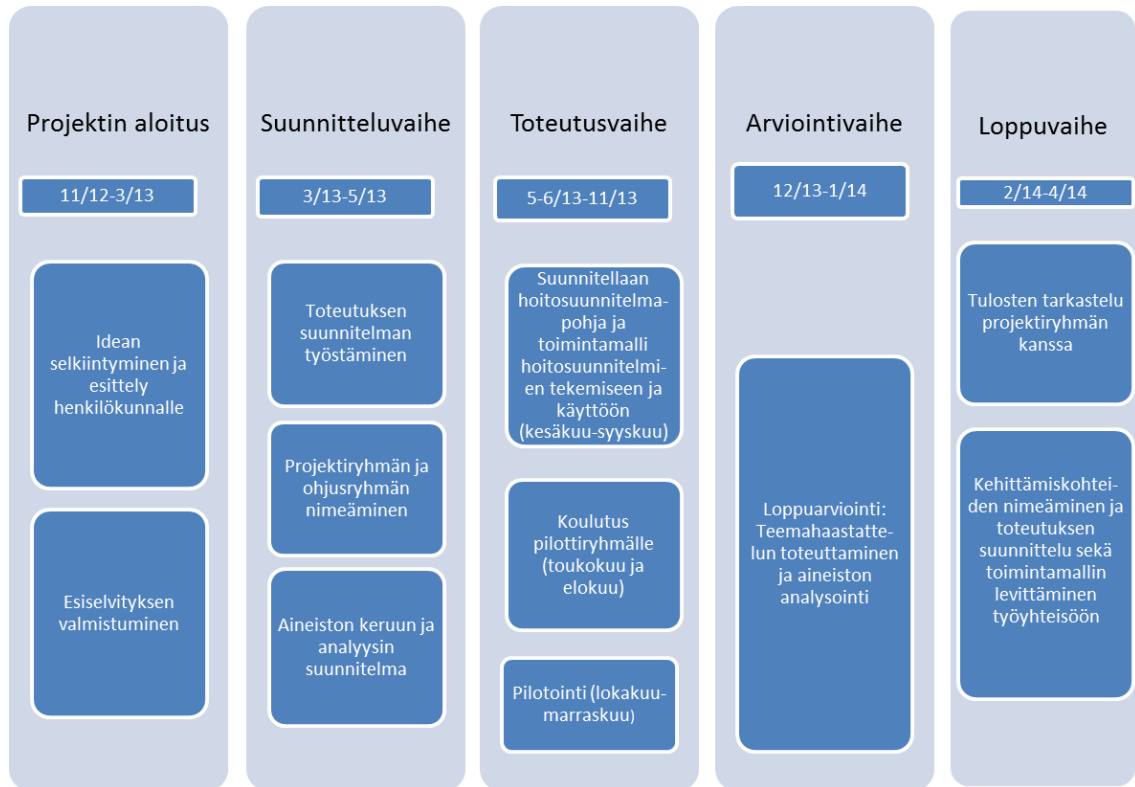
Kehittämiprojektin aluksi projektipäällikkö keskusteli osastonhoitajan ja avoterveydenhuollon ylilääkärien kanssa, minkälaista kehittämistoimintaa terveyskeskuksessa tarvitaan. Kaikissa keskusteluissa aihe päättyi aina hoitosuunnitelmien puuttumiseen.

Projektin alussa selvitettiin kirjallisuuden pohjalta, millainen on hyvä hoitosuunnitelma valtakunnalliselta vaatimukseltaan sekä aikaisempia tutkimuksia ja hankkeita aiheesta. Tiedonhakua tehtiin syksyllä 2012-kevällä 2013 Medic, CINAHL, Pubmed ja Terveysportin tietokannoista. Parhaiten aineistoon löytyi tietoa manuaalisesti lähdeluetteloista ja terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sivuilta ja terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sivujen linkeistä. Terveys- ja hoitosuunnitelmaa koskevista lähdeeteoksista löytyi paljon lähdeaineistoa Suomessa kehitetyistä terveyshyötymallin mukaisista hoitosuunnitelmista. Terveyshyötymalli on maailmalla paljon tutkittu ja käytössä esimerkiksi Yhdysvalloissa, Kanadassa, Englannissa ja Suomessa Kilon terveysasemalla ja Espoon terveyskeskuksessa. (Mäntyranta).

Kirjallisuuskatsaukseen valittiin artikkelit ja tutkimukset, jotka käsittelivät hoitosuunnitelman tekemistä valtimotautipotilaille sekä omahoitoa ja terveyshyötymallia koskevat artikkelit ja tutkimukset. Terveyshyötymallista löytyi paljon tutkimuksia psykiatrisen potilaan näkökulmasta, mutta se rajattiin haun ulkopuolelle. Lisäksi aineistoa löytyi hoitotyön kirjaamisen ja dokumentoinnin näkökulmasta. Hoitotyön prosessista löytyi parhaiten perustietoa kirjallisuudesta, joita kirjoja löytyi kirjastosta. Myös näiden kirjojen lähdeluetteloja hyödynnettiin projektin esiselvitysvaiheessa. Hoitosuunnitelmista löytyi lisää tutkimuksia hakusanoilla hoitotyön kirjaaminen ja hoitotyön dokumentointi.

Toukokuussa 2013 tehtiin projektisuunnitelma sekä projektiin liittyvän tutkimuksellinen osuuden suunnittelu. Projektiaikataulu on kuvattu kuviossa 1.





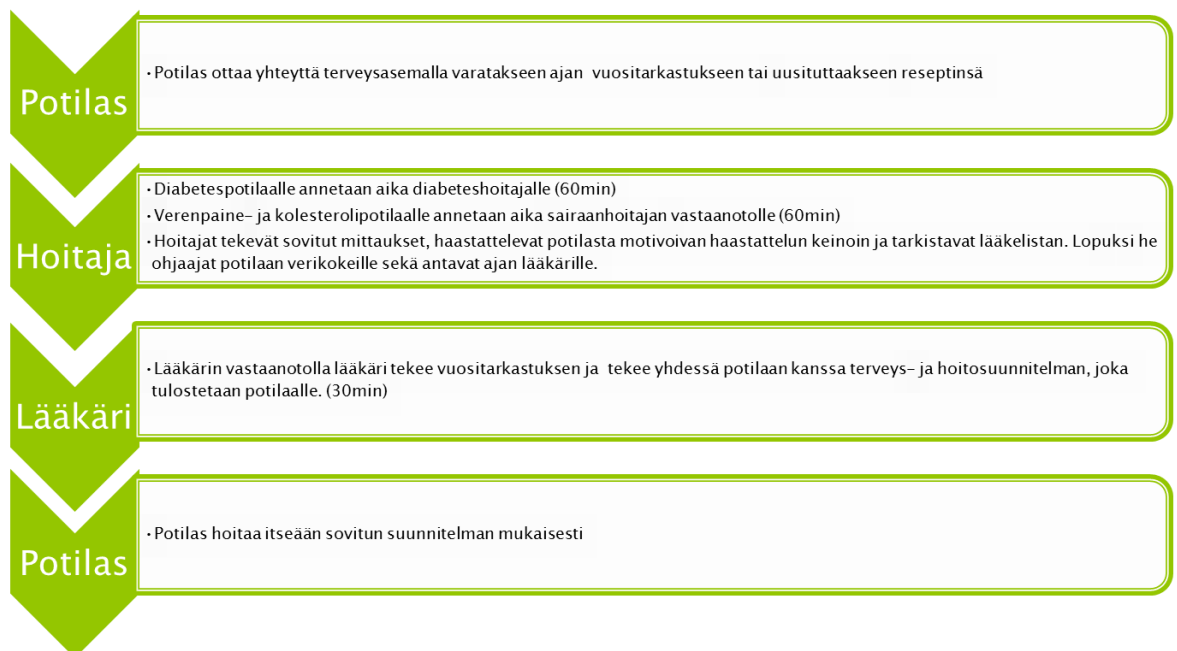
Kuvio 1 Projektin aikataulu

Projektin alussa projektiryhmäläisille järjestettiin koulutusta aiheista ”Miten motiivoin potilaan pitkäaikaissairauden hoitoon” ja rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma. Rakenteisen terveys- ja hoitosuunnitelma koulutuksen aikana projektiryhmäläiset saivat vielä materiaalia motivoivasta haastattelusta.

Kesäkuusta syyskuuhun pilottiryhmäläiset miettivät nykyisiä käytäntöjä ja suunnittelivat uuden toimintamallin. Liikkeelle lähdettiin Potku- ja Rampe-hankkeista saadulla idealla, että hoitosuunnitelman tekemiseen käytetään sekä hoitajien että lääkärin panosta. Päävastuu hoitosuunnitelman tekemisellä on hoitavalla lääkärillä, mutta hoitajan tarkalla esitietojen keräämisellä arvioitiin helpotettavan lääkärin työtä.

Toimintamalliin (kuvio 2) potilaiksi päätettiin valikoida niitä potilaita, jotka haluavat varata itse aikaa vuositarkastukseen tai reseptien uusimisen yhteydessä lääkärit huomaavat, etteivät potilaat ole käyneet vuosiin verikokeilla ja hoitajan

tai lääkärin vastaanotolla. Näille potilaille varataan aika hoitajalle. Diabetespotilaat ohjataan aikuisneuvonnan diabeteshoitajan vastaanotolle ja verenpaine- ja lipidipotilaat ohjataan sairaanhoitajan vastaanotolle, jotka haastattelevat potilaat motivoivan haastattelun keinoin sovitusti ja tekevät tarvittavat mittaukset, kuten pituus, paino, vyötärönympäryys, verenpaine. Tarvittaessa he ohjaavat potilaan tekemään neljän päivän verenpaineen kotiseurannan. Hoitajat tekevät myös finriski –testin ja tarvittaessa diabetes -riskitestin. Sen jälkeen hoitajat ohjaavat potilaat verikokeille ja tekevät tarvittavat lähetteet (Pvk, K, Na, Krea, kokonaiskolesteroli, trigly, ldl hdl, gluk, GHb-A1C ja tarvittaessa U-Alb/krea) ja varaavat ajan lääkärin vastaanotolle. Tarvittaessa otetaan EKG. Hoitajat antavat potilaalle myös lääkehoidon tarkastuslomakkeen (liite 1), jonka potilaat täyttävät ennen hoitajan tai lääkärin vastaanotolle menoa, jotta hoitaja tai lääkäri voi päivittää lääkelistan. Hoitaja kirjaa käynnin AVOHO -lehdelle



Kuvio 2 Uusi toimintamalli

Projektiryhmä kehitti hoitajille hoitosuunnitelmakäyntiä varten valmiit otsikot AVOHO (avohoito) –lehdelle (liite 2), joka ohjaa käyntiä ja helpottaa kirjaamista. Valmiit otsikot tallennettiin Effica- potilastietojärjestelmään ns. fraasina. Valmis otsikointi tukee hoitajaa rakenteisessa kirjaamisessa. Kun kaikki hoitajat kirjoittavat samoilla otsikoilla potilaan käyntitiedot, on lääkäreiden helppo poimia hoi-

tajien tekstistä oleelliset tiedot terveys- ja hoitosuunnitelmalehdelle (Lehtovirta & Vuokko 2013, 13). Otsikointi toimii myös hoitajien tarkastuslistoina, jotta kaikki samat asiat tulevat kysytyksi kaikilta potilailta. Projektiryhmässä sovittiin, että käynnin syy -otsikon alle laitetaan se syy, miksi potilas sanoo tulleensa vastaanotolle. Esim. huoli korkeasta verenpaineesta tai diabetes. Esitiedot -otsikon alle kirjoitetaan potilaan kertomia subjektiivisia oireita, sairauden aikaisempia vaiheita, potilaan kokema vointi, yms. Lääkehoito -otsikon alle kirjoitetaan potilaan nykyinen lääkehoito. Tutkimukset -otsikon alle kirjoitetaan laboratoriotulokset sekä potilaan omaseurannan tulokset, kuten verensokeriarvot. Nykytila –otsikon alle kirjoitetaan terveydenhuollon henkilön kliinisen tutkimuksen tulokset kuten pistopaikkojen tarkastus ja jalkojen kunto. Terveysteen vaikuttavat tekijät –otsikon alle kirjoitetaan ruokailu- ja liikuntatottumukset, tupakointi ja alkoholin käyttö sekä uneen ja suunhoitoon liittyvät asiat. Hoidon tavoitteet -otsikon alle kirjoitetaan potilaan itselleen asettamat tavoitteet. Hoitotyön toiminnot -otsikon alle kirjoitetaan esimerkiksi ruokavalioon ja liikuntaan liittyvä ohjaus ja neuvonta sekä EKG: otto ja hoitotarvikejakeluun liittyvät asiat. Lopuksi suunnitelma kohtaan kirjoitetaan tämän hetkinen suunnitelma, esimerkiksi laboratorioon meneminen, seuraava käynti hoitajalla tai lääkärillä sekä seuraava silmänpohjakuvauksen ajankohta. (Lehtovirta & Vuokko 2013, 32–34.) Hoitajan vastaanotolle varattiin aikaa 60 minuuttia.

Lääkäri vastaa potilaan lääketieteellisestä hoidosta. Lääkäriin vastaanotolla lääkäri tekee potilaan kliinisen tutkimuksen, arvioi lääkityksen, määrittelee tavoitteet, kuten GHb-A1C, LDL, RR, keinot sekä suunnittelee jatkon, kuten seuraavat käynnit hoitajalla, lääkärillä ja seuraavan verikokeiden ottoajankohdan yhdessä potilaan kanssa. Lääkäri kirjaa terveys- ja hoitosuunnitelman hoitosuunnitelmalehdelle valmiita otsikoita apuna käyttäen ja tulostaa sen potilaalle mukaan tai lähettää sen myöhemmin potilaalle kotiin.

Lääkärikäyntiä varten terveyskeskuksessa otettiin käyttöön HOSU (hoitosuunnitelma) -lehti terveys- ja hoitosuunnitelmaa varten, jota aikaisemmin ei terveyskeskuksessa ollut käytössä. Terveys- ja hoitosuunnitelmilla on tehty yhteinen kansallinen sisällön määrittely. Sen mukaan terveys- ja hoitosuunnitelma muo-

dostuu otsikoista hoidon tarve/hoidon syy, hoidon tavoite, hoidon toteutus ja keinot, tuki, seuranta ja arviointi, terveydenhuollon ammattihenkilö ja lisätiedot, jonka alle tulevat diagnoosit, lääkitys ja kriittiset riskitiedot. Ohjausryhmän kanssa HOSU-lehdelle päätettiin ottaa sellaiset otsikot, joita voitiin myös tietotekniikan puolesta käyttää. Niistä tehtiin Efficään organisaatiotason fraasi. (liite 3). Otsikoiksi valittiin:

- hoidon tarve, joka sisältää syyn, miksi potilas tuli terveys- ja hoitosuunnitelmavastaanotolle,
- hoidon tavoite, joka sisältää potilaan yhdessä lääkärin kanssa asettamat realistiset tavoitteet potilaan hoidolle
- hoidon toteutus ja keinot, joka sisältää ne potilaan kanssa yhdessä suunnitellut keinot, joilla tavoitteisiin päästää
- hoidon seuranta, eli seuraavat suunnitellut käynnit laboratorioon, hoitajalle tai lääkärille
- muut tiedot, jotka sisältävät esimerkiksi diagnoosit, jotka on merkitty siihen tarkoitettulla koodistolla (Komulainen ym 2011, 17–27, Mäntyranta 2012, 19)
- hoidon arviointi, johon kirjataan seuraavalla kerralla potilaan voinnissa tapahtuneet muutokset ja toteutuneen hoidon arviointi suhteessa tavoitteisiin (Lehtovirta & Vuokko 2013, 31). Tätä kohtaa ei tässä pilotoinnissa käytetty koska näillä potilailla ei ollut aikaisempaa terveys- ja hoitosuunnitelmaa.

Tarkempaa otsikointia tai hoitosuunnitelman sisältöä ei lähdetty tässä vaiheessa kehittämään, koska Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on kehittämässä terveys- ja hoitosuunnitelmalomaketta, joka soveltuisi kaikkiin tietojärjestelmiin ja olisi kaikilla samanlainen.

Toimintamalli pilotoitiin pääterveysasemalla 1.10.–29.11.2013. Koska pilotointiaika oli lyhyt ja projektiryhmään kuului vain osa terveysaseman henkilökuntaa, rajattiin toimintamallia pilotissa koskemaan vain tiettyjä alueita ja tiettyjä potilasryhmiä. Pilotoinnissa väestöalueina oli Pahkavuoren, Suomusjärven ja Tupurin

alueen potilaat ja potilaan ikä rajattiin alle 70-vuotiaisiin, koska yleensä sitä vanhemmat potilaat ovat monisairaita. Verenpaine- ja rasva-aineenvaihduntahäiriöpotilaat ohjattiin ensin sairaanhoitajan vastaanotolle, mitä varten tiimin ajanvarauskirjoihin varattiin hoitosuunnitelman tekoa varten omat ajat. Potilaille varattiin aika hoitajien vastaanotolle joko omasta pyynnöstä tai reseptien uusimisen yhteydessä lääkäri kehotti hoitajaa varaamaan ajan potilaalle. Tällöin lääkäri uusii reseptit vain 1-2 kuukaudeksi.

Kaikki hoitajat käyttivät kirjaamisen pohjana sovittua otsikointia. Pilotointiin osallistuneista lääkäreistä toinen käytti omaa otsikkopohjaansa kirjoittaessaan hoitosuunnitelmia, toinen pilotoinnissa sovittua otsikointia. Kahden kuukauden pilotoinnin aikana terveys- ja hoitosuunnitelmia tehtiin yhteensä 42 kappaletta.

Pilotoinnin lopuksi tehtiin loppuarviointi teemahaastattelulla (liite 4). Projektipäällikkö analysoi tutkimustulokset ja tutkimustulosten perusteella projektipäällikkö muokkasi terveys- ja hoitosuunnitelmalomaketta sekä toimintamallia, mikä jälkeen toimintamalli voidaan ottaa pysyvään käyttöön työyhteisössä.

Projektin lopussa keväällä 2014 tehtiin vielä täydentävää tiedonhakua samoilla hakusanoilla ja samoista tietokannoista kuin aikaisemminkin. Ajankohta rajattiin vuosiin 2013-2014. Tänä aikana valmistuivat Potku- ja Rampe -hankkeen loppuraportit sekä aloitettiin Potku 2-hanke,

Projektin viimeinen ohjausryhmän kokous jouduttiin peruuttamaan aikataulullisista syistä. Ohjausryhmän mielipide kysyttiin kuitenkin sähköpostin välityksellä.

#### 4.6 Kehittämiprojektin haasteet

Kehittämiprojektin haasteena oli Salon kaupungin vaikea taloudellinen tilanne. Projektin ei ollut mahdollista saada ylimääräisiä resursseja. Toisaalta hyvin tehty hoitosuunnitelma tuo varmasti sääntöjä potilaan hoidossa pitkällä aikavälillä.

Terveydenhuollossa on ollut paljon suuria muutoksia. Henkilökunta on väsynyt jatkuviin muutoksiin. Myös jatkuvat uudet vaatimukset koetaan lisätyönä, kuten terveyden- ja hyvinvointilaitoksen vaatimat spat-koodit ja hoidon tilastoinnit. Hoi-

toisuunnitelma koetaan työyhteisössä tärkeäksi, mutta lääkärit kokevat sen lisätyönä. Terveystyömallin mukaista toimintaa ei kokonaisuudessaan pystytä soveltamaan. Tässä työssä keskitytään terveystyömallin omahoidon tuki konseptiin, jossa potilas osallistuu yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa hoitosuunnitelman luomiseen ja hoitosuunnitelmaan kirjataan vastuuhenkilö.

Hoitosuunnitelman haasteena olivat myös vielä keskeneräiset tietojärjestelmät.

Projektin haasteita on esitetty SWOT- analyysissä kuviossa 3.

VAHVUUDET	HEIKKOUEDET
<p>Hoitajien esimiesten vahva tuki.</p> <p>Hoitosuunnitelman kehittäminen on lähtenyt nimenomaan hoitajien pyynnöstä.</p> <p>Hoitosuunnitelma koetaan tärkeäksi</p>	<p>Projektipäällikön työsuhteen jatkuminen epävarmaa</p> <p>Salon kaupungin taloudellinen tilanne on heikko, ei ylimääräisiä resursseja, lomautukset. Työntekijöiden työmäärä on suuri lomautusten vuoksi.</p> <p>Henkilökunta on väsynyt jatkuviin muutoksiin.</p> <p>Lääkärit kokevat hoitosuunnitelmien tekemisen lisätyönä.</p> <p>Keskeneräiset tietojärjestelmät. Effican hoitosuunnitelmalomaketta ei vielä ole käytössä.</p>
MAHDOLLISUUDET	UHAT
<p>Hoitosuunnitelmien myötä terveyskeskus- käynnit vähenevät ja turhia vuosittaisia laboratoriotutkimuksia ei tulisi -&gt; kustannussäästöt.</p>	<p>projektipäällikön äkillinen poissaolo.</p> <p>Muutosvastarinta</p>

Kuvio 3 SWOT-ANALYYSI

## 5 KEHITTÄMISPROJEKTIN TUTKIMUKSELLINEN OSUUS

### 5.1 Tutkimuksen tavoite, tarkoitus ja tutkimusongelmat

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää pilottiryhmän ajatuksia ja kokemuksia projektissa kehitetystä terveys- ja hoitosuunnitelman toimintamallista ja itse terveys- ja hoitosuunnitelmalomakkeesta. Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida toimintamallia ja sen toimivuutta sekä kirjaamisen avuksi suunniteltuja otsikoita. Saadun tiedon pohjalta toimintamallia muokataan sellaiseksi, että se soveltuu koko Salon terveyskeskuksen toimipaikkoihin.

Tutkimusongelmat olivat seuraavat:

1. Miten pilottiryhmä koki valtimotautipotilaan terveys- ja hoitosuunnitelman käyttökokeilun Salon terveyskeskuksessa?

1.1. Miten henkilökunta koki terveys- ja hoitosuunnitelmalomakkeen ja siihen kirjaamisen?

1.2. Miten hoitohenkilökunta koki terveys- ja hoitosuunnitelman käytön moniammatillisen yhteistyön välineenä?

1.3. Miten hoitohenkilökunta koki potilaan roolin toimintamallissa?

### 5.2 Tutkimusaineisto ja -menetelmä

Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla kaikkia pilotointiin osallistuneita työntekijöiltä eli seitsemää henkilöä. Haastateltava pilottiryhmä muodostui kahdesta lääkäristä, kahdesta sairaanhoitajasta, kahdesta aikuisneuvonnan terveydenhoitajasta sekä osastonhoitajasta. Pilottiryhmään valittujen henkilöiden esimiehet kutsuivat henkilöt pilottiryhmään.



Koska pilotointijoukko oli pieni, tutkija sai syvällisemmän ja laajemman aineiston haastatteleamalla pilotointiin osallistuneita henkilöitä kuin kyselyllä. Ryhmähaastattelussa tutkija saa myös uusia näkökulmia ja perusteluja paremmin. Ryhmähaastattelun etuna on, että haastatteluihin ei mene niin paljon aikaa kuin yksilöhaastatteluun ja lisäksi ryhmähaastattelu tuo mukanaan myös keskustelua aiheesta, mikä tuo taas uusia näkökulmia ja ideoita, joita eivät haastateltavat olisi osanneet tuoda esille yksilöhaastattelussa. Ryhmähaastatteluun vaikuttaa myös ryhmädynamiikka (Kylmä & Juvakka 2012, 84).

Tutkijan tehtävänä on varmistaa haastattelutilanteessa, että kaikki haastateltavat osallistuvat haastatteluun ja vastaavat kysymyksiin. Haastattelun kuluessa tutkija voi esittää tarkentavia kysymyksiä. Aineistonkeruumenetelmäksi valittiin teemahaastattelu siksi, että teemojen avulla tutkijan oli helpompi pitää haastattelutilanne hallinnassa kuin avoimella haastattelulla ja toisaalta teemahaastattelussa on mahdollista tuoda esille jotain sellaista, mitä tutkija ei ole ennalta osannut ajatella. (Ks. Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2001, 191-199.) Liitteessä 5 on teemahaastattelun runko perustuen kirjallisuuskatsaukseen.

Lisäksi projektipäällikkö sai kopiot haastateltavien tekemistä terveyst- ja hoitosuunnitelmista ja siihen liittyvistä valmistelevista hoitajavastaanoton kirjauksista 22 kappaletta ja valmistelevan hoitajavastaanoton kirjauksia ilman terveyst- ja hoitosuunnitelmaa seitsemän kappaletta.

### 5.3 Aineiston keruu

Teemahaastattelu tapahtui ryhmähaastatteluna joulukuussa 2013. Haastattelu tapahtui haastateltavien työpaikalla ns. kirjastossa. Haastatteluajankohta sovittiin edellisessä projektiryhmän kokouksessa, sekä tämän lisäksi projektipäällikkö kutsui haastateltavat vielä erikseen sähköpostin välityksellä. Ryhmähaastatteluun eivät kaikki haastateltavat päässeet osallistumaan. Sen vuoksi projektipäällikkö haastatteli kahta pilotointiin osallistunutta työntekijää yksilöhaastatteluina erikseen heidän kanssaan sovittuna ajankohtana tammikuussa 2014. Ryhmähaastattelu kesti noin 60 minuuttia ja yksilöhaastattelut noin 30 minuut-

tia. Haastatteluilmapiiri on avoin, vaikkakin haastateltavat jännittivät nauhoitusta. Kaikki haastateltavat kertoivat avoimesti mielipiteensä eikä ryhmädynamiikka tuottanut ongelmia. Ryhmähaastattelu toi mukanaan myös keskustelua haastateltavien välillä. Tutkija teki tarvittaessa tarkentavia kysymyksiä haastattelun aikana ja varmisti kaikille puheenvuorot. Haastattelutilanteet nauhoitettiin haastateltavien luvalla ja tutkija teki muistiinpanoja haastattelujen aikana.

Projektipäällikkö litteroi itse haastatteluaineiston. Haastattelujen purun projektipäällikkö aloitti viikon sisällä haastattelujen tekemisestä. Näin projektipäällikkö muisti vielä hyvin haastatteluilmapiirin ja haastattelutilanteessa nousseet ajatukset ja tuntemukset. Projektipäällikkö kirjoitti koko tutkimusaineiston sanasta sanaan eli litteroi, koska koki helpommaksi palata haastatteluaineistoon lukeamalla kun kuuntelemalla (ks. Hirsijärvi & Hurme 2009, 222). Kirjoitettua materiaalia kertyi 34 sivua A4-kokoista arkkia, rivivälin ollessa 1.5.

#### 5.4 Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin soveltamalla induktiivista eli aineistolähtöistä sisällön analyysia. Sisällön analyysilla tuotetaan yksinkertainen kuvaus aineistosta ja haetaan seurauksia ja sisältöjä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 166), eli tässä tapauksessa toimintamallin toimivuutta kuvaavia sisältöjä ja kehittämisehdotuksia. Induktiivinen sisällönanalyysi perustuu induktiiviseen päättelyyn, jota tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset ohjaavat. Siinä havainnot tehdään yksittäisistä tapahtumista, jotka yhdistetään laajemmaksi kokonaisuudeksi (Kylmä & Juvakka 2012, 112-113). Eli jokaisen yksittäisen pilotointiin osallistuvan kokemuksista muodostettiin yksi yhteinen kokonaisuus.

Projektipäällikkö käytti sisällön analyysissa yksityiskohtaista analyysia. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä aineistoa tutkitaan mahdollisimman avoimin kysymyksin. Projektipäällikkö aloitti aineiston analysoimisen ensin hahmottamalla yleiskuvan aineistosta samalla kun kirjoitti aineiston puhtaaksi. Lisäksi projektipäällikkö luki puhtaaksi kirjoitetun aineiston useampaan kertaan. Sen jälkeen hän etsi aineistosta merkitykselliset ilmaukset, eli tutkittavaa ilmiötä kuvaavia

tekstin osia (Kylmä & Juvakka 2012, 116-117). Merkityksellisiä ilmauksia etsittiin aineisoista tutkimusongelmiin nojaten (Saarinen-Kauppinen & Puusniekka 2009, 74). Sen jälkeen tutkija laittoi jokaisen merkittävän ilmauksen omaan sarakkeeseensa, jotka hän pelkisti. Pelkistämisessä tutkija tiivistää merkityksellisen ilmauksen niin, että sen olennainen sisältö säilyy (Kylmä & Juvakka 2013, 117). Osa ilmauksista oli samansisältöisiä keskenään ja ne yhdistettiin yhdeksi pelkistykseksi. Pelkistettyjä ilmauksia kertyi 162 kappaletta.

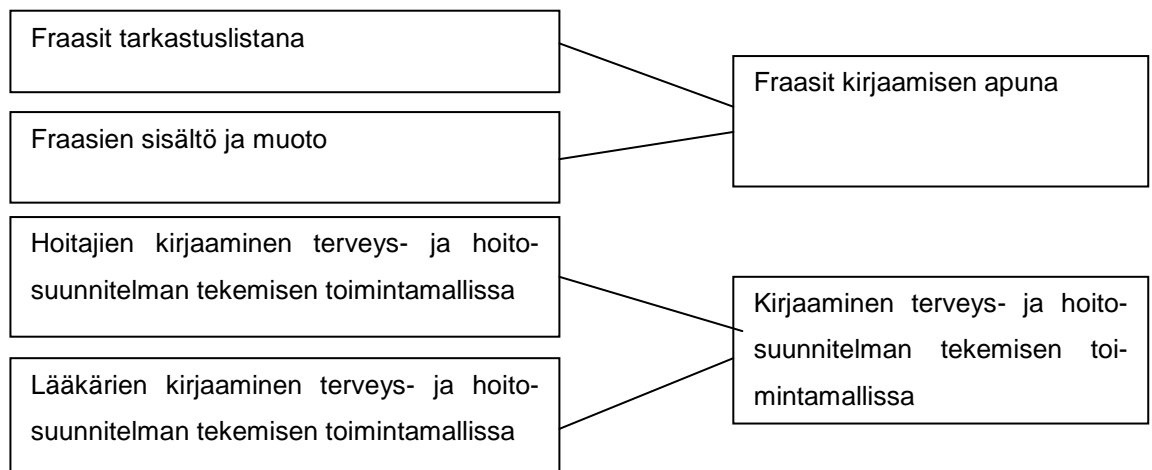
Analyysin toisessa vaiheessa projektipäällikkö kokosi pelkistetyt ilmaukset toiseen asiakirjaan ja ryhmitteli samankaltaiset ilmaukset omiin ryhmiinsä ja nimesi ne, eli muodosti alaluokkia (Kylmä & Juvakka 2012, 118). Alaluokkia kertyi 26 kappaletta. Lopuksi Projektipäällikkö ryhmitteli alaluokat yhdeksään yläluokkaan.

## 6 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimustulokset ovat luokiteltu teemahaastattelun pohjalta. Hoitajien kirjauksista ja lääkärien tekemistä terveys- ja hoitosuunnitelmista on lisätty soveltuviin kohtiin havaintoja.

### 6.1 Henkilökunnan kokemukset terveys- ja hoitosuunnitelmalomakkeesta ja siihen kirjaamisesta

Henkilökunnan kokemukset terveys- ja hoitosuunnitelmalomakkeesta ja siihen kirjaamisesta muodostivat pelkistettyjä ilmaisuja 41 kappaletta. Nämä muodostivat neljä alaluokkaa ja kaksi yläluokkaa jotka on esitetty kuviossa 4.



Kuvio 4 Henkilökunnan kokemukset terveys- ja hoitosuunnitelmalomakkeesta ja siihen kirjaamisesta alaluokat ja pääluokat

#### 6.1.1 Fraasit kirjaamisen apuna

Valtimotautipotilaan terveys- ja hoitosuunnitelman kehittäminen ja käyttöönotto -projektissa kehitettiin fraasilista sekä terveys- ja hoitosuunnitelmalomakkeelle kirjaamista varten että hoitajien avoho-lehdelle kirjaamista varten. Fraasit kirjaamisen apuna muodostuivat kahdesta alaluokasta: Fraasit tarkastuslistana ja fraasien sisältö ja muoto.

## **Fraasit tarkastuslistana**

Pilottiryhmäläiset kokivat, että ennalta yhteisesti sovittu fraasilista helpottaa omaa työtä ja kirjaamista. Fraasilista toimii muistisääntönä ja ohjaa hoitajien toimintaa. Terveys- ja hoitosuunnitelmapotilaalta kysytään monia asioita ja fraasilistan avulla haastateltavat tiesivät, mitä kysyä seuraavaksi, ja näin he muistivat käydä läpi sovitut asiat. Näin myös eri hoitajien kirjaukset ovat tasalaatuisia, samoin potilaiden hoito. Hoitajat kokivat, että valmiit fraasilistat helpottavat hoitajan työtä ja kirjaamista kun kaikkea ei tarvitse muistaa ulkoa.

”...no valmiit fraasit, jos ajattelee silliais nii totta kai se helpottaa. Kun tässä on valtavan paljon, ni tietää mitä kysyä seuraavaksi ja tulee kaikki kohdat tulee varmasti sit käyty läpi...”

## **Fraasien sisältö ja muoto**

Diabeteshoitajat kokivat, että fraasilistassa oli paljon samoja asioita, kuin he ovat aikaisemminkin kirjanneet, mutta nyt kirjauksessa on tietty selkeys. Haastateltavat kokivat, että fraasit nopeuttivat myös asioiden löytymistä toisten kirjauksesta.

”...Löysin asiat ihan eri tavalla hoitajien tekstistä kuin aikaisemmin, kun ne olivat nyt samoissa paikoissa...”

Hoitajien kirjaukset toimivat myös hyvänä yhteenvetona lääkäreille ja se auttoi lääkäreitä terveys- ja hoitosuunnitelman tekemisessä. Varsinkin kun fraaseissa oli myös hoitajille oma suunnitelma-otsikko, jonka alle hoitajat kirjasivat potilaan suunnitelman.

”Siitä mä olen tyytyväinen ko päästiin näinkin hyviin fraaseihin missä tota ni suunnitelmat saatiin ni kun suunnitelma otsikon alle myöskin hoitajille, koska tähän asti se aikaisemmin on ollut sillä tavalla, et on kirjoitettu suunnitelmat sinne substanssiin ihan sekaisin, et siit ei saanut niin nopeasti irti sitä, mitä ne ovat päättäneet sen potilaan kanssa.”

Haastateltavat kokivat hoitajille suunnitellun fraasilistan toimivana. Siinä oli tarvittavat asiat. Joitakin asioita fraaseista voisi poistaa, kuten pituus, paino, Bmi ja

vyötärön ympäryys, koska ne olisivat hyvä kirjata verenpainelehdelle. Mutta jos ne poistaisi fraaseista, ei fraasilista toimisi enää tarkistuslistana. Pilotoinnin aikana fraasilista oli saanut voimakasta kritiikkiä talon muilta diabeteshoitajilta, jotka eivät osallistuneet pilotointiin. He kokivat listan pitkäksi, mutta pilotointiin osallistuvien mielestä lista ei ollut pitkä, vaan kirjaukset pitkäsanaisia. Kirjaukset näyttävät pitkältä, kun asioita kirjataan eri riveille.

### 6.1.2 Kirjaaminen terveys- ja hoitosuunnitelman tekemisen toimintamallissa

Kirjaaminen terveys- ja hoitosuunnitelman tekemisen toimintamallissa muodostui kahdesta alaluokasta: hoitajien kirjaaminen terveys- ja hoitosuunnitelman tekemisen toimintamallissa ja lääkärin kirjaaminen terveys- ja hoitosuunnitelman tekemisen toimintamallissa.

#### **Hoitajien kirjaaminen terveys- ja hoitosuunnitelman tekemisen toimintamallissa**

Hoitajat eivät pilotissa kirjanneet hoitosuunnitelmalehdelle, vaan he kirjasivat omilla otsikollaan AVOHO -lehdelle, joista lääkärit keräsivät heille tarvittavat tiedot.

Hoitajat kirjasivat esitiedot -otsikon alle potilaan aikaisemmat sairaudet, potilaan kokeman voinnin ja potilaan kokemat ongelmat. Lääkitys -otsikon alle hoitajat kirjasivat joko kaikki potilaan käyttämät lääkkeet tai vain diabetekseen hoitoon käyttämät lääkkeet.

Hoitajat kirjasivat pilotoinnissa tutkimukset -otsikon alle potilaan kotimittauksia, kuten verensokerit ja verenpaineet sekä laboratoriotuloksia numeraalisesti. Haastateltavat kokivat, että hoitajien kirjauksissa riittäisi laboratoriotutkimusten kirjaaminen laadullisesti, koska LAB (laboratorio) -lehdeltä tulee kuitenkin tarkasteltua arvoja numeraalisesti.

”...Tämmöisiä kvalitatiivisia kirjauksia voisi ehkä olla, ettei välttämättä tarvitse kirjata niinku kaikkine numeroineen. Libidit hyvällä tasolla tai diabetestasolla tai jotain tällöistä...”

Terveysteen vaikuttavat tekijät -otsikon alle hoitajat kirjasivat ruokavalion, liikuntatottumukset, uneen liittyvät asiat, suunhoidon, tupakoinnin ja alkoholin käytön.

Nykytila -otsikon alle diabeteshoitajat kirjasivat jalkojen tutkimisessa selville saadut asiat sekä pistopaikkojen tarkistukset.

Mittarit -otsikon alle kirjattiin pituus, paino, painoindeksi, vyötärönympäryys, diabetes -riskitestin pisteet, finriski -prosentit sekä vastaanotolla mitattu verenpaine-arvo. Finriskin kirjaamisessa oli monta erilaista versioita, mistä olisi hyvä sopia yksi yhteinen käytäntö.

Hoitajien kirjauksista näkyi myös se, olivatko he tehneet vastaavanlaisia kirjauksia aikaisemmin. Osalla hoitajista oli kirjattu jo hoitajan tekstiin AVOHO -lehdelle potilaan omat tavoitteet, osalla ei. Hoidon tavoitteet -otsikon alle hoitajat olivat kirjanneet potilaiden omia tavoitteita. Keinoja ei ollut selvästi kirjattu ja haastateltavat ehdottivatkin, että keinot voisi kirjata tavoitteiden perään.

Osassa kirjauksissa oli käytetty myös otsikkoa hoitotyön toiminnot, jonka alle oli kirjattu esimerkiksi elämäntapoihin liittyvä ohjaus ja neuvonta ja diabetestarvikkeisiin liittyvä hoitotarvikejakelu.

Suunnitelma -otsikon alle hoitajat kirjasivat kaikki tarvittavat seuraavat käynnit, kuten käynnit lääkärillä, hoitajalla, silmänpohjakuvauksilla, jalkahoitajalla ja laboratoriossa. Osa hoitajista kirjoitti myös, mihin asioihin lääkärin vastaanotolla pitäisi ottaa kantaa.

”...saatoin tänne suunnitelmakohdalle laittaa mitä asioita niinkun tulis lääkärin vastaanotolla ottaa kantaa. Koska koen, että kun asiakas menee sinne lääkärille, se unohtaa siin kohtaa, mitä kaikkea hänen piti.”

Jatkossa ylipäänsä on sovittava tarkemmin, mikä on kirjaamisen oikea paikka, jotta vältytään kaksoiskirjaamiselta. Esimerkiksi pituus, paino, bmi ja vyötärönympäryys on aikaisemmin kirjattu RR (verenpaine) -lehdelle.

”...niin sit mä en tiedä nyt onks se tarpeen tässä paino ja pituus erikseen, koska se kuitenkin pitäis kirjoittaa sinne verenpaine seurantaan ettei tarvis tarpeetto-

masti olla kaksoiskirjauksia. kuitenkin tulee se sieltä katsottua. Että mitä se kehitys on ollut. Ja mä tykkään että se vyötärön ympäryys olis myös siinä seuranta verenpaine seuranta. Se on ihan riittävä...”

Vielä tässä vaiheessa hoitajat eivät osanneet täysin hyödyntää hoitosuunnitelma -lehdelle kirjoitettuja asioita. Hoitajat eivät aina muistaneet katsoa, kun sitä ei kuitenkaan kaikilla potilailla ole.

”...sitä tarttis oppii käyttämään, et muistais aina käydä kattomassa sen.”

### **Lääkärien kirjaaminen terveys- ja hoitosuunnitelman tekemisen toimintamallissa**

Hoitosuunnitelmalomakkeelle kirjaamisen haastateltavat kokivat kaksoiskirjaamiseksi, koska joutuivat kirjaamaan Yle-lehdelle käyntitekstin ja jonkinlaisen suunnitelman sekä erillisen suunnitelman hoitosuunnitelma-lehdelle.

”Mä koin hiukan hankalaks sen, et kun tein sen käynnin yle-lehdelle ja sit piti erikseen sinne hoitosuunnitelma lehdelle se suunnitelma osuus laittaa.”

Yksi lääkäreistä käytti hoitosuunnitelmalehdelle kirjaamisessa omaa aikaisempaa fraasipohjaa, jossa otsikkona oli hoitosuunnitelma. Lisäksi tekstissä olivat väliotsikkoina hoidon tarve, hoidon tavoite, hoidon toteutus ja keinot, hoidon seuranta ja muut tiedot. Hän koki sovitun fraasipohjan käyttämisen hankalaksi. Toinen lääkäri oli sitä mieltä, että pilotointiin sovitut otsikkofraasit ohjasivat lääkäreitä kirjaamaan kaikki tarvittavat asiat, vaikka siitä tulikin hieman sekavan näköinen. Lisäksi hoitosuunnitelma -lehdelle tuli kirjoitettua lisätiedot -kohtaan aina diagnoosi, mikä muuten olisi jäänyt kirjaamatta.

”... mä lisäsin sinne viel, se oli täs hyvä kyllä et tota, mä laitoin kaikista potilaista diagnoosin, tuli kerrankin laitettua sinne Efficään niinku otsikon diagnoosi Ni se oli tämmönen oikeen kätevä. Se on niinku kieltämättä jäänyt aina silloin tällöin laittamatta. ni se kuitenkin auttaa ehkä sitten tulevaisuudessa joskus. Mut tavaltaan tein siit sit oman otsikon viel et se meni tosiaan sinne diagnosilehdelle.”

Tutkituista terveys- ja hoitosuunnitelmista lääkäreiden kirjaukset poikkesivat toisistaan, mutta jokaisesta suunnitelmasta löytyi hoidon tarve, tavoitteet, keinot ta-



voitteisiin pääsemiseksi sekä suunnitelma. Lääkärit pyrkivät kirjoittamaan selkeän suunnitelman ja laittamaan seuraavat tarvittavat laboratoriopyynnöt valmiiksi.

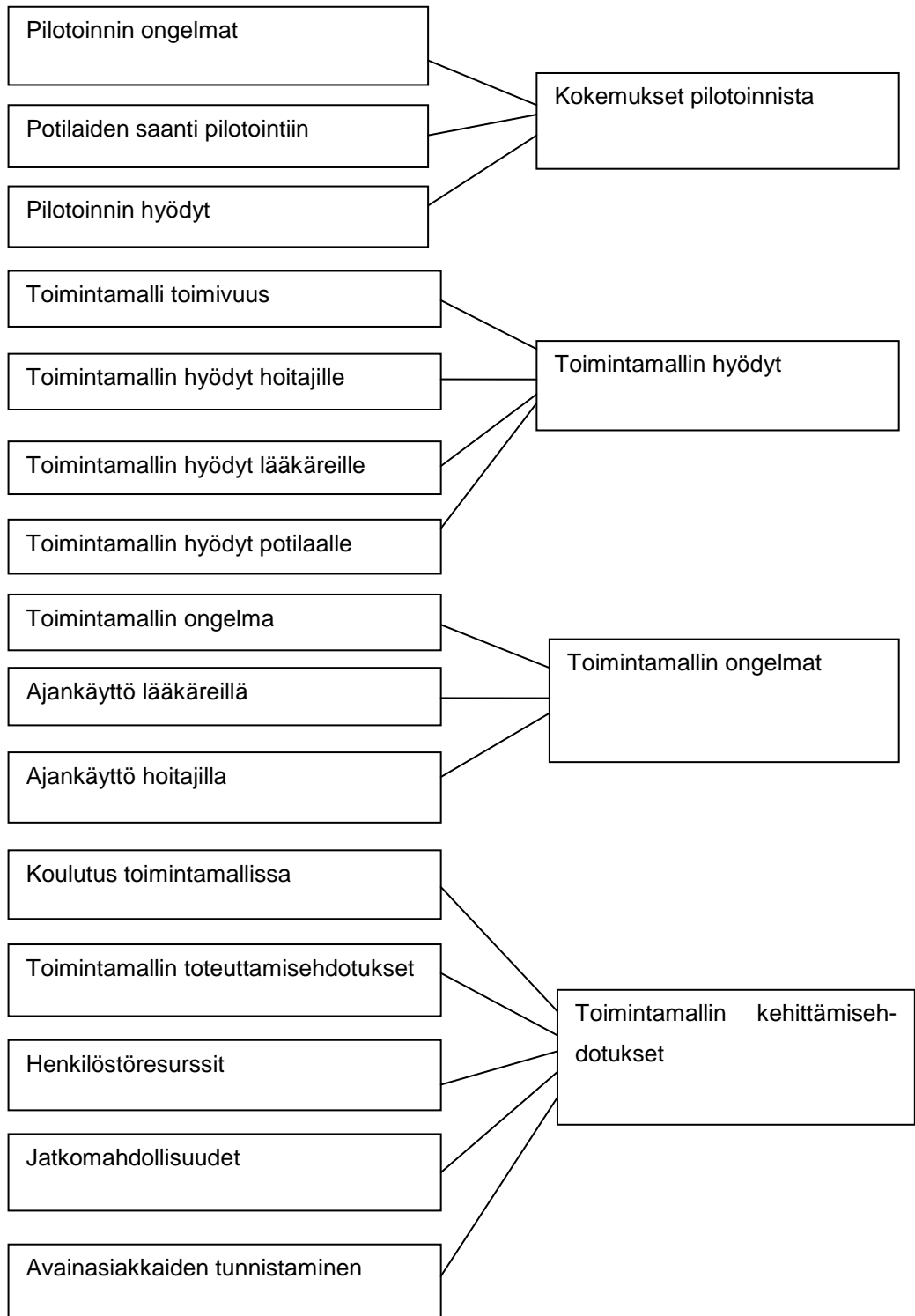
Lääkärit kirjasivat hoitosuunnitelmalehdelle hoidon tavoitteet pääsääntöisesti lääketieteelliseltä kannalta. Hoitajien kirjauksissa olevia potilaan omia tavoitteita ei siirretty hoitosuunnitelmalehdelle.

Haastateltavat ehdottivat, että hoitosuunnitelma kirjoitetaankin yle-lehdelle otsikolla hoitosuunnitelma. Hoitosuunnitelmat löytyisivät Effican hakutoimintoa käyttämällä. Tai sitten hoitosuunnitelmalehdelle tulisi koko vastaanottokäynti ilman Yle-lehdelle kirjaamista tai sitten yle-lehden kirjaus tulisi rinnakkaisnäkymän kautta.

## 6.2 Henkilökunnan kokemukset terveys- ja hoitosuunnitelman käytöstä moniammatillisen yhteistyön välineenä

Valtimotautipotilaan terveys- ja hoitosuunnitelman kehittäminen ja käyttöönotto -projektissa kehitettiin toimintamalli valtimotautipotilaiden terveys- ja hoitosuunnitelmien tekemiseen ja käyttöön.

Henkilökunnan kokemukset terveys- ja hoitosuunnitelman käytöstä moniammatillisen yhteistyön välineenä muodostuivat 86 kappaleesta pelkistettyjä ilmaisuja. Nämä muodostivat 15 alaluokkaa ja neljä yläluokkaa, jotka on esitetty kuviossa 5.



Kuvio 5 Henkilökunnan kokemukset terveys- ja hoitosuunnitelman käytöstä moniammatillisen yhteistyön välineenä alaluokat ja pääluokat

## 6.2.1 Kokemukset pilotoinnista

Kokemukset pilotoinnista muodostuivat kolmesta alaluokasta: pilotoinnin ongelmat, potilaiden saanti ja pilotoinnin hyödyt.

### **Pilotoinnin ongelmat**

Terveys- ja hoitosuunnitelmien pilotoinnin aikana oli ongelmia. Haastateltavat kokivat, että pilotointiaika oli liian lyhyt, varsinkin kun pilotoinjaksolle osui rokotusviikko ja vuosilomia. Lisäksi terveydenhoitajien ajanvarauskirjat olivat täyttyneet jo muista potilaista, eikä hoitosuunnitelmapotilaille tahtonut riittää aikoja.

”...pilotointi aika oli aika suppee, ainakin omalta kohdalta sill taval. Kun siin oli se viikko X meni ainakin mult lomaan ja viikko 47 meni mun kohdalt kokonaan rokotuskampanja viikkoon. Ni se supistus siit vieläkin lyhkäsemmäks se aika...”

### **Potilaiden saanti**

Potilaita ei pilotointiin saatu niin paljon, kun aluksi suunniteltiin. Aikuisneuvonnan terveydenhoitajille potilaita tuli mukavasti, mutta sairaanhoitajien vastaanotolle ei potilaita tahtonut saada. Syy tähän haastateltavien mielestä oli se, ettei ajanvaraus tiennyt riittävästi terveys- ja hoitosuunnitelmista ja siihen liittyvästä pilotoinnista, jotta olisivat osanneet ohjata potilaita oikeille ajoille. Monesti sopivia potilaita tuli lääkärin vastaanotolle ilman, että lääkäri tiesi, miksi potilas oli tulossa vastaanotolle. Osa sopivista potilaista ei halunnut hoitosuunnitelmapotilaita vastaanotolle tai heille ei sopinut pilotoinnin ajanjaksolle ehdotetut ajat. Lisäksi omalääkärijärjestelmä rajoitti potilasvalintaa, sillä osa niistä potilaista, jotka olisivat sopineet pilotointiin, olivat väärän alueen potilaita.

### **Pilotoinnin hyödyt**

Haastateltavat kokivat pilotoinnin aluksi rankkana, mutta kokivat sen myös palkitsevana oman työn kehittämisen kannalta. Lääkäripulan vuoksi osa potilaista ei ollut päässyt lääkärin vastaanotolle pitkään aikaan ja pilotointi mahdollisti sen osalle potilaista. Pilotointi toi yllätyksenä myös sen, että monilla diabetespotilail-

la, jotka eivät olleet käyneet pitkään aikaan vastaanotolla, oli hyvinkin alhaisia verensokeriarvoja.

”...insuliinikäyttäjillä, jolla on tämä puntarointi väli oli lipsunut aika pitkäs, löytyi yllättävän paljon sellaisia, jolla oli ghb luvattoman matalat...”

Pilotin myötä pilotointiin osallistuneet lääkärit ja hoitajat tietävät toistensa toimintatavat ja mahdollistavat näin helpommin yhteistyön ja konsultaation helpommin.

”...lääkäri tietää mun toimintatapani nyt. Ni se helpottaa sitten taas. Ja mä tiedän aika tarkkaan miten hän toimii ja miten hänen kanssaan toimitaan kun jokaisen lääkärin kanssa toimitaan hieman eri tavalla.”

### 6.2.2 Toimintamallin hyödyt

Toimintamallin hyödyt muodostui neljästä alaluokasta: toimintamallin toimivuus, toimintamallin hyödyt hoitajalle, toimintamallin hyödyt lääkärille ja toimintamallin hyödyt potilaalle.

#### **Toimintamallin toimivuus**

Haastateltavat kokivat toimintamallin hyödylliseksi ja järkeväksi. Diabeteshoitajien mielestä malli on hyvä ja se toi hyviä asioita omaan työhön. Toimintamalli oli järjestelmällinen ja suunnitelmallinen ja haastateltavat olivat tyytyväisiä malliin. Lisäksi haastateltavien mielestä malli toi lisää moniammatillista yhteistyötä.

#### **Toimintamallin hyödyt hoitajalle**

Toimintamalli koettiin strukturoiduksi ja suunnitelmalliseksi, ja se antoi varmuutta oman työn tekemiseen. Toimintamalli toi uusia asioita työhön, mitä haastateltavat eivät osanneet aikaisemmin ajatella.

”... kyl se ittel toi ainakin semmoista varmuutta ja strukturoitua tekemistä ja semmoista niin kun... kyl mä tykkäsin..”

Hoitajat kokivat, että hoitosuunnitelma auttaa hoitajaa hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Hoitosuunnitelman tekeminen yhdessä lääkärin kanssa helpottaa myös omaa työtä.

### **Toimintamallin hyödyt lääkärille**

Haastateltavat olivat laittaneet selkeät suunnitelmat ja uskoivat, että terveys- ja hoitosuunnitelma auttaisi uusia lääkäreitä jatkossa potilaan hoidossa. Lääkärit kokivat, ettei terveys- ja hoitosuunnitelman tekeminen helpotu jatkossakaan, mutta edellinen terveys- ja hoitosuunnitelma toimii hyvänä yhteenvedona aikaisemmasta. Varsinkin diabetespotilaiden kohdalla haastateltavat kokivat tärkeäksi jatkaa käytäntöä, koska se säästäisi aikaa näiden potilaiden hoidossa.

Lääkärit kokivat, että hoitajan hyvä kirjaus ja esihaastattelu auttavat lääkäreitä hoitosuunnitelmien tekemisessä.

”...Mut ehkä just se hoitajan teksti, niin siin oli tosi hyvä yhteenvedo, mikä auttoi kyl hirveesti.”

He myös uskovat, että kertaalleen tehty hyvä hoitosuunnitelma auttaa ja nopeuttaa seuraavan hoitosuunnitelman tekemistä, jos potilas on tuttu tai edellinen hoitosuunnitelma on hyvin kirjattu.

### **Toimintamallin hyödyt potilaalle**

Haastateltavien mielestä potilaat olivat tyytyväisiä kokonaisvaltaiseen tarkastukseen ja potilaat kokivat, että aika monet asiat selkiintyivät vastaanotolla.

...Kans jotkut sanos et nyt mulla aika moni asia selkis.”

Näin toteutettu toimintamalli takaa kokonaisvaltaisen terveystarkastuksen ja potilaan pääsyn lääkärille kerran vuodessa. Haastateltavat kokivat, että terveys- ja hoitosuunnitelma auttaa myös potilasta oman hoidon toteutuksessa.

### 6.2.3 Toimintamallin ongelmat

Toimintamallin ongelmat muodostuivat kolmesta alaluokasta: toimintamallin ongelma, ajankäyttö lääkäreillä ja ajankäyttö hoitajilla.

#### **Toimintamallin ongelma**

Lääkärit kokivat terveys- ja hoitosuunnitelman kirjoittamisen ensin hankalaksi ja keinotekoiseksi. Pilotointiin osallistuneet lääkärit olivat tehneet hoitosuunnitelmia ennenkin, mutta hieman erilaisilla otsikoilla ja sisällöillä. Lääkärit kokivat ongelmaksi sen, että harvoin potilaat tulivat vastaanotolle vain yhden asian, eli hoitosuunnitelman takia. Monesti potilailla oli myös useita akuutteja ongelmia, jotka oli pakko hoitaa hoitosuunnitelmavastaanotolla, vaikka se ei ollut tarkoitus. Lääkärit kokivat myös, että kun potilaiden asioihin panostettiin, niin potilaat ehtivät miettiä asioita ja heillä oli entistä enemmän kysyttävää.

”Sitä asiaa oli toisaalta niin paljon, ja sitten siinä kun oli jo tunti käyty niitä asioita läpi ja kotona vielä miettinyt ihminen, niin sit hänellä oli tosiaan entistä enemmän sitä asiaa ja kysyttävää.”

Haastateltavat kokivat toimintamallin ongelmaksi sen, ettei lääkärin tavallisia vastaanottoaikoja ole riittävästi. Haastateltavat kokivat, etteivät kaikille potilaille, joille kuuluisi tehdä hoitosuunnitelma, ajat riitä, koska muutkin potilaat täytyy hoitaa. Haastateltavat kokivat turhauttavana tehdä terveys- ja hoitosuunnitelmaa niille, joilla on jo oma visio ja jotka hoitavat itseään aktiivisesti. Lääkäreiden vastaanottoajoista kului paljon pilotoinnin aikana päiväpoliklinikalla toimimiseen, joka ei kuulu normaalisti lääkärin työnkuvaan.

#### **Ajankäyttö lääkäreillä**

Toimintamallin suunnitteluvaiheessa oletettiin hoitajien tarkan esitietojen keräämisen tuovan helpotusta lääkärin työmäärälle. Sen vuoksi suunniteltiin lääkäreille 30 minuutin vastaanottoaika. Näin ei kuitenkaan käynyt ja lääkärit toteivat puolen tunnin vastaanottoajan liian lyhyeksi.

”...se ei säästänyt aikaa sillä tavalla kuin olin kuvitellut, se esitutkimus, koska se että tuntui siltä vähän, että siin olis jotenkin se laatikon kansi jo avattu niin sitten niillä tuli enemmän asiaa kuin normaalilla käynnillä tulis...”

Toinen lääkäri pidensi ajan pilotoinnin puolella välissä 45 minuuttiin. Tämä aika riittää, jollei potilaalla ole mitään erikoista. Yleisesti ottaen haastateltavat kokivat ajan käytön suurimmaksi ongelmaksi. Lääkärit totesivat, että diabetespotilaiden kanssa menee kauemmin kuin ei-diabeetikoiden kanssa.

”...nämä, jotka eivät olleet diabetespotilaita, niiden kanssa meni selvästi vähemmän aikaa kun näillä muilla hoitosuunnitelmapotilaiden kanssa.”

Haastateltavat kokivat, että uusilla lääkäreillä on vaikeampaa tehdä terveys- ja hoitosuunnitelmia, kun potilaat ovat kaikki vieraita, ja näin ei välttämättä tuntiin riitä vastaanottoajan pituudeksi.

Haastateltavien mielestä aikasäästö tulisi nimenomaan tutuista potilaista. Tunti olisi hyvä aika hoitosuunnitelmien tekemiseen, mutta tunnin ajat ovat mahdottomia toteuttaa käytännössä.

### **Ajankäyttö hoitajilla**

Myös hoitajien kohdalla aika tuntui joidenkin potilaiden kohdalla liian lyhyeltä. Hoitajien vastaanotolle varattiin tunnin aika. Tunnissa ehti potilaan haastattelemaan ja tekemään tarvittavat mittaukset ja tutkimukset, mutta kirjaaminen jäi lähes aina tekemättä. Hoitajat kokivat, että potilaan riisuttamiseen ja kirjaamiseen meni aikaa. Mutta mitä enemmän niitä teki, sen sujuvammaksi se tuli. Jos potilaalla oli ongelmia tai potilas kovin puhelias, tunti jäi liian lyhyeksi.

”... jos ne jalat katto siin kans ni ja sit tää kirjaaminen siihen, ni ei se tunti sit niinku riittänyt, totanoiski. Et niinku puoltois(tuntii) koska siin jalkojen tutkimisessa halus kuiteski huolellisesti tehdä sen kans siihen samaan käyntiin näitten lisäksi ja täsmälääkitys myöskin kattoo ja titrata, jos täytyis nostaa insulliniannostusta tai tablettiannostusta. Siin menee kuiteski se oma aikas.”

Hoitajille tunnin aika riittää, jos potilaalla on vain yksi ongelma. Diabetespotilaat vaativat enemmän aikaa. Hoitajat kokivat, että puolitoistatuntia olisi sopiva vas-

taanottoajan pituus, mutta käytännössä tämä on mahdotonta toteuttaa, koska potilaita on paljon ja vastaanoton hoitajilla aika täytyy riittää myös muihin töihin.

Haastateltavat ajattelivat, että aikasäästöä voisi tulla silloin, kun potilas tulisi vuoden päästä uudelleen, jolloin osa asioista olisi tuttua ja voisi hyödyntää edellisen kirjauksen tekstejä.

#### 6.2.4 Toimintamallin kehittämisehdotukset

Toimintamallin kehittämisehdotukset muodostuivat viidestä alaluokasta: koulutus toimintamallissa, toimintamallin toteuttamisehdotukset, henkilöstöressurit, avainasiakkaiden tunnistaminen ja jatkomahtollisuudet.

##### **Koulutus toimintamallissa**

Haastateltavat kokivat saaneensa projektin aikana riittävästi koulutusta. He arvelivat, että vanhempien lääkärien saaminen mukaan terveys- ja hoitosuunnitelmien tekemiseen voisi olla vaikeaa, koska heillä on oma tapansa tehdä työtä. Ihmisten asenteiden muuttaminen on vaikeaa ja jokaisella on oma tapansa tehdä työtä. Esimerkiksi yksi haastateltava koki hankalaksi oman toimintamallin muuttamisen siksi, että keskustelu potilaan kanssa voi mennä päällekkäin hoitajan vastaanotolla tapahtuneen keskustelun kanssa.

”...kun tutkin polven, niin kysyn kuinka paljon liikutte sillä tavalla, mut sitten aha pitäisikö minun kysyä, kun hoitaja on kysynyt ja sit potilas kokee, että miksi kahden kertaan kysytään.”

Koulutusta voisi panostaa erityisesti uusiin nuoriin lääkäreihin ja hoitajiin, ja saada heidät mukaan tekemään terveys- ja hoitosuunnitelmia. Koulutus pitäisi olla myös pitkäjänteistä. Diabetesliitto on järjestänyt myös hyvää aiheeseen liittyvää koulutusta diabeteshoitajille ja tämä projekti oli samoilla linjoilla diabetesliiton kanssa. Molemmissa koulutuksissa korostettiin potilaan motivointia omahoitoon ja omiin tavoitteisiinsa, mitä myös haastateltavat pitivät tärkeänä. Tärkeintä olisi painottaa sitä, että terveydenhuollon työntekijät eivät voi parantaa potilaita, vaan tehtävänä on antaa eväitä ja välineitä potilaan omahoitoon.



”...se ettei me voida parantaa niitä, vaan heidän täytyy se itse se tehdä. Me voidaan vaan antaa välineitä. Ja sit se, et mitä välineitä me annetaan, ni meillä täytyy olla sitä oikeeta tietoo ja oikeita välineitä.”

Hoitajien olisi tärkeää tehdä ruohonjuuritason työ ja lääkäri se lääketieteellinen puoli.

### **Toimintamallin toteuttamisehdotukset**

Ajankäytöksi hoitajille haastateltavat suosittelivat 1-1½ tunnin aikoja ja lääkäreille 45min-1tunti. Haastateltavat kokivat, että terveys- ja hoitosuunnitelman tekeminen on helpompaa niille, joilla on tutut potilaat. Lääkärit kokivat, että he pystyisivät tekemään terveys- ja hoitosuunnitelmia ilman hoitajan esihaastattelua, jos vain aika riittää.

Koska toimintamallissa ongelmana on ajanpuute, varsinkin lääkärin vastaanotolle pääsemisessä, haastateltavat ehdottivat, että hoitajat voisivat kirjata hoitosuunnitelma-lehdelle hoitosuunnitelman silloin, kun potilaalla ei ole välttämättömää tarvetta päästä lääkärille. Tässä tapauksessa hoitajat voisivat konsultoida lääkäriä, jotta hoitosuunnitelmaan saadaan kirjattua myös lääketieteelliset tavoitteet.

Haastateltavat pohtivat paljon sitä, miten potilaat saataisiin säännöllisesti vastaanotoille. Ehdotuksina tuli ajanvaraus valmiiksi hoitajalle tai ns. ennakoajanvarauskirja tai kutsujärjestelmä, jonka kautta potilaat kutsuttaisiin vastaanotolle.

### **Henkilöstöressit**

Haastattelussa tuli ehdotuksena vastaanoton sairaanhoitajien ja aikuisneuvonnan hoitajien työnjaon uudelleen muokkaaminen. Aikuisneuvonnalle on tullut viime aikoina lisää tehtäviä, kuten muistineuvolasta tulevien jatkoseuranta. Näin diabetespotilaiden vastaanotoista osan voisi hyvin siirtää diabeteshoitajilta lääkärin vastaanoton hoitajille, kuten tablettihoitoiset diabeetikot ja pre-diabeetikot

verenpainepotilaiden lisäksi, ja näin diabeteshoitajille jäisi enemmän aikaa haastaville diabeetikoille.

Haastateltavien mielestä resurssien turvaaminen ja lääkärin riittävän pieni väestöpohja mahdollistaisi paremmin terveys- ja hoitosuunnitelmien tekemisen. Tällä hetkellä vastaanoton hoitajat kokivat, ettei heillä ole mahdollista irtautua omista töistään yli tunniksi hoitosuunnitelmapotilaita varten, jollei varmisteta hoitajien lomien ajaksi sijaisia. Haastateltavat kokivat myös, että jos lääkäreiden alueet olisivat väestöpohjaltaan pienempiä, riittäisi lääkäreiltä enemmän aikaa terveys- ja hoitosuunnitelmien tekemiseen. Tällä hetkellä lääkärin työajasta menee suurin osa johonkin muuhun kuin tavallisten vastaanottojen pitämiseen, kuten päivystykseen ja lasten- ja kouluterveydenhuoltoon.

### **Avainasiakkaiden tunnistaminen**

Haastateltavien mielestä tärkeintä olisi löytää avainasiakkaat, jotka hyötyisivät eniten terveys- ja hoitosuunnitelmien tekemisestä. Haastateltavat ovat huomanneet, että ongelmat kasaantuvat samoille potilaille ja he käyttävät kaikki vastaanottoajat. Tärkeää olisi panostaa mahdollisimman nuoriin potilaisiin, jotta voitaisiin ennaltaehkäistä monia ongelmia.

”...jos ajattelee sitä hyötyy oikeen... ni löydettäis semmoiset aikapommit sieltä ja ketkä todella tarvii ...”

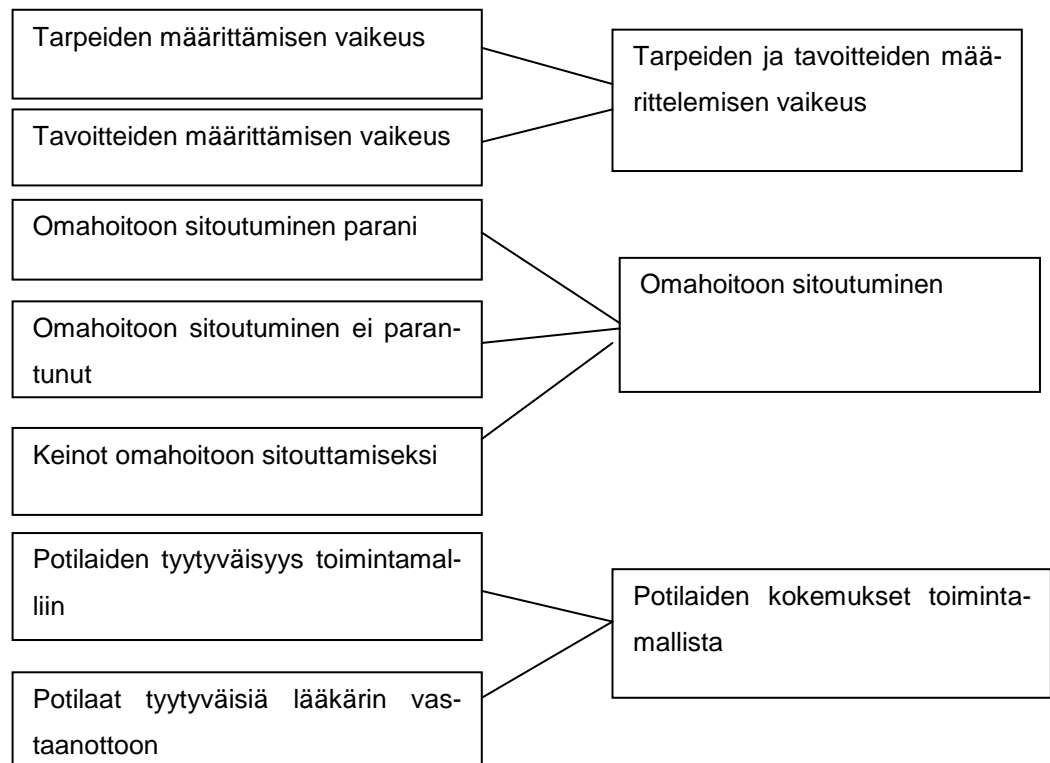
### **Jatkomahdollisuudet**

Haastateltavat olivat sitä mieltä, että toimintamallia kannattaa jatkaa resurssit huomioiden. Lääkärit pystyvät jatkamaan hoitosuunnitelmien tekemistä, samoin diabeteshoitajat. Diabeteshoitajat jatkavat hoitajille suunnatun fraasilistan käyttöä, vaikka toimintamallia ei jatkettaisikaan. Vastaanoton hoitajat olisivat valmiit myös jatkamaan mallia, jos vain pystyvät.

”..et mä otan tästä ittelleni ne parhaat palat käyttöön...”

### 6.3 Henkilökunnan kokemukset potilaan roolista toimintamallissa

Henkilökunnan kokemukset potilaan roolista toimintamallissa muodostui 35 kappaleesta pelkistettyjä ilmaisuja. Nämä muodostivat seitsemän alaluokkaa ja kolme yläluokkaa, jotka on esitetty kuviossa 6.



Kuvio 6 Henkilökunnan kokemukset potilaan roolista toimintamallissa alaluokat ja pääluokat.

#### 6.3.1 Tarpeiden ja tavoitteiden määrittämisen vaikeus

Tarpeiden ja tavoitteiden määrittämisen vaikeus muodostui kahdesta alaluokasta: Tarpeiden määrittämisen vaikeus ja tavoitteiden määrittämisen vaikeus.

## **Tarpeiden määrittämisen vaikeus**

Haastateltavat kokivat, että potilaiden oli vaikea määrittellä hoidon tarvettaan ja tavoitteitaan. Tarpeen määrittely potilaan näkökulmasta tuntui haastateltavista oudolta. Myös potilaat kokivat tarpeen määrittelyn hankalaksi, mikä käy ilmi hyvin seuraavasta kommentista.

”... Tämä tarve oli semmoinen, joka helposti jäi viimeiseksi. Sitten kun yritin keksiä, miten potilaalta kysyä, minkä takia ni hän täällä oli, oli vähän keinotekoinen tilanne. Toiset menivät ihan ymmälleen, koska minun piti tulla... tai... mä olen tunnollinen ihminen.”

Haastateltavat kokivat, että terveydenhuollon ammattilaisten pitää auttaa potilaita määrittelemään hoidon tarpeita ja näin tarve oli lääkärin ja potilaan kanssa yhdessä mietitty.

Tarpeeksi kirjattiin monesti lääkärin mielessä olevia ongelmakohtia, joita he yhdessä potilaan kanssa miettivät. Hoitajat olivat kirjoittaneet monesti potilaan kokemaksi ongelmaksi enemmän jonkin akuutin vaivan, kuin valtimotaudin kokonaisuuden hoitamiseen liittyvän asian tai toiveen.

## **Tavoitteiden määrittämisen vaikeus**

Lääkärit kirjasivat tavoitteiksi lääketieteellisiä tavoitteita, kuten verenpaine ja laboratoriokoearvoja, mutta jonkin verran myös laihtumukseen, liikuntaan ja tupakointiin liittyviä tavoitteita. Lääkärien mielestä potilaat toivovat, että lääkäri kertoisi potilaille tavoitteet.

”...et lääkäri sanois, et mikä se tavoite on. Se on kyl aika niinku et sitä he odottaa. Et tavallaan, et se sellanen oma, se voi liittyä sit johonkin tämmöseen, alan käymään kävelyllä kerran kuukaudessa, et ne oli niinku tän tyypisiin, mut sit he kuitenkin toivoo et niinku joku sanoo sen heille...”

Hoitajat kirjoittivat potilaiden omia tavoitteita AVOHO -lehdelle. He kokivat, etteivät potilaat oikein osanneet kertoa tavoitteitaan. Mutta kun potilaat joutuivat pohtimaan tavoitteita patisteltuna, tavoitteet konkretisoituivat potilaille enem-

män. Hoitajat myös kirjoittivat nyt enemmän potilaan tavoitteita kuin aikaisemmin.

...” asiakkaan oma tavoite se niin ku jotenkin se konkretisoitus se niin ku se asiakas itteki siihen, et kukaan ei sanonut niin ku tavallaan vaan hän joutui itte pohtimaan, mikä on se hänen oma tavoite. mihin hän haluaa niinku.”

Yksi potilaista, joille tehtiin terveys- ja hoitosuunnitelma, koki, etteivät lääkärin asettamat tavoitteet olleet realistisia, eikä hän näin ollen voi sitoutua niihin. Haastateltavista yksi muistuttikin, että tavoitteiden täytyy olla maltillisia.

Hoidon tavoitteet olivat pääasiassa lääketieteelliseltä kannalta tehtyjä, kuten verenpaine- ja kolesterolitasoja. Potilaan hoitajalle kertomia omia tavoitteita ei useinkaan siirretty terveys- ja hoitosuunnitelmalomakkeelle. Ehdotuksena tulikin, että hoitajat määrittelisivät potilaan omia tavoitteita enemmän ja lääkärit lääketieteellisiä tavoitteita.

### 6.3.2 Omahoitoon sitoutuminen

Omahoitoon sitoutuminen muodostui kolmesta alaluokasta: omahoitoon sitoutuminen parani, omahoitoon sitoutuminen ei parantunut ja keinot omahoitoon sitouttamiseksi.

#### **Omahoitoon sitoutuminen parani**

Lääkärit kertoivat potilaiden tietäneen, mitä heidän pitää tehdä ja sitoutuneen siihen. Omahoitoon sitoutuminen paranee ainakin hetken pidempään, kun kaksi ihmistä (hoitaja ja lääkäri) ovat kiinnostuneita potilaan asioista. Haastateltavat kokivat, että kun potilas on valmiiksi motivoitunut, niin terveys- ja hoitosuunnitelma auttaa potilasta sitoutumaan hoitoonsa paremmin.

”...kovasti kaikki suurin piiretein vakuutteli, että ne tietää mitä tehdä...”

## **Omahoitoon sitoutuminen ei parantunut**

Potilaan motivoiminen omaan hoitoonsa on aina haaste. Pilotoinnin aikana osa potilaista ei ollut lainkaan halukkaita terveys- ja hoitosuunnitelman tekemiseen, vaikkeivät sitä suoraan hoitajille sanoneetkaan. Yksi haastateltavista koki, ettei potilas sitoutunut omahoitoon sen paremmin kuin aikaisemminkaan.

## **Keinot omahoitoon sitouttamiseksi**

Haastateltavat kokivat, että terveys- ja hoitosuunnitelma toi potilaille raamia omille tekemisilleen. Potilaille on tärkeää tietää, koska he pääsevät esimerkiksi seuraavan kerran laboratorioon. Haastateltavat kokivat, että kun potilaan kanssa käydään läpi ruokavalio ja liikunta asioita, sekä se, mitä he itse ovat valmiita tekemään, niin potilaat alkavat itse miettimään ja sisäistämään asioita. Omahoitoa parantaa myös se, että sekä hoitajat että lääkärit käyvät samoja asioita läpi ja näin potilaalle jää enemmän asioita mieleen.

”...ja niistä ravitsemusasioista ja näistä ainakin siinä hoitajan vastaanotolla, kun käydään, ni tietysti kun tulee paljon asiaa, ni voi olla et osaa menee yli niin sanotusti. Mut kun niistä varmaan keskustellaan kuitenkin vielä siinä lääkärin siinä, et olette käyty näitä läpi niin se tukee sitä ...”

Tärkeäksi koettiin myös potilaan saama kirjallinen terveys- ja hoitosuunnitelma. Se toimii potilaan ja lääkärin välisenä sopimuksena tavoitteista ja keinoista. Lääkärit tulostivat terveys- ja hoitosuunnitelman potilaalle vastaanotolla tai lähettivät terveys- ja hoitosuunnitelman potilaalle kotiin. Haastateltavat kokivat, että potilaiden pitää ottaa vastuuta omasta hoidostaan. Terveystieteiden ammattilaisten tehtävänä on antaa tietoa ja välineitä, jotta potilas voisi hoitaa itse itsensä. Myös potilaita pitää kouluttaa muuttamaan toimintatapojaan. Hoitajat ehdottivat myös ajan varaamista valmiiksi niille potilaille, jotka eivät ole aktiivisesti sitoutuneet omaan hoitoonsa, jotta heidät saataisiin tulemaan vastaanotolle säännöllisin väliajoin. Näin ainakin pääsisi alkuun ja pikku hiljaa voisi siirtää vastuuta potilaalle itselleen.

”... jos on oikein haastava tapaus, ni mä varaan valmiiks sen ajan sinne jo...”

### 6.3.3 Potilaiden kokemukset toimintamallista

Potilaiden kokemukset toimintamallista muodostui kahdesta alaluokasta: Potilaat tyytyväisiä lääkärin vastaanottoon ja potilaiden tyytyväisyys toimintamalliin.

#### **Potilaat tyytyväisiä lääkärin vastaanottoon**

Potilaat, joille tehtiin pilotoinnin aikana terveys- ja hoitosuunnitelma, olivat haastateltavien mielestä asiasta innokkaita ja ennen kaikkea tyytyväisiä, kun pääsivät lääkärille. Osa potilaista ei ollut vuosiin käynyt lääkärille, vain hoitajalla vähäisten lääkäriresurssien vuoksi. Osa potilaista oli hyvin mukana terveys- ja hoitosuunnitelma vastaanotolla.

”... Ja nämä oli ainakin kauheen hyvin mukana, nämä ketä mun luona kävi, nämä muutamat...”

#### **Potilaiden tyytyväisyys toimintamalliin**

Haastateltavien mielestä potilaat kokivat terveys- ja hoitosuunnitelmien tekemisen positiivisena asiana. Potilaat olivat innostuneita ja pitivät siitä, että saivat perusteellisen tarkastuksen ja kahden terveydenhuoltoalan ammattilaisen perusteellisen huomion.

”...Mä näin ainakin sen et sit joillakin kun otettiin EKG ennen lääkäril menoo, ni tosi moni oli, et tosi hyvä, et siin tuli jo oli labrat ja hoitaja ja oli sydänfilmi ja oli lääkäri, et moni koki sen ainaki mun asiakkais sen sillee et tuli kauheen kokonaisvaltaisesti nyt niinku tarkistettu.”

Toimintamalli toi myös muutoksia potilaiden totuttuun toimintatapaan. Esimerkiksi verenpainepotilaat eivät ennen ole käyneet hoitajan vastaanotolla ennen lääkäriä. Osa potilaista oli tottunut tiettyyn toimintamalliin, eivätkä halua muutos- ta.

”Sittenhän on myöskin vähän siitä kiinni, jos on pitkään ollut lääkäri jollakin alueella, hän on kouluttanut potilaat tiettyyn toimintamalliin ja että sitten kun joku toi-

nen tulee sinne ja rupeaa tekemään vähän eritavalla, niin katsotaan pitkään, et mitäs toi nyt meinaa.”

#### 6.4 Tutkimustulosten tarkastelua

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää pilottiryhmän ajatuksia ja kokemuksia projektissa kehitetystä terveys- ja hoitosuunnitelman tekemisen toimintamallista ja kehitetystä terveys- ja hoitosuunnitelmalomakkeesta. Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida toimintamallia ja sen toimivuutta. Saadun tiedon pohjalta toimintamallia muokattiin sellaiseksi, että se tukee enemmän terveys- ja hoitosuunnitelman perustarkoitusta.

Henkilökunnan kokemukset valtimotautipotilaan terveys- ja hoitosuunnitelma lomakkeesta ja siihen kirjaamisesta oli pääasiassa positiivisia. Pilottiryhmäläiset kokivat sovitut fraasit tärkeiksi helpottamaan hoitajien kirjausta sekä lääkäreitä löytämään kirjauksista halutut asiat. Kun hoitajien ja lääkäreiden työnjako on selvä ja kirjaaminen tapahtuu yhteisesti sovitun käytännön mukaan, vähentää se hoitajan ja lääkärin työn päällekkäisyyttä (Suurnäkki 2010, 36). Haastateltavista yksi kuitenkin koki vaikeaksi muuttaa omaa toimintamalliaan niin, ettei päällekkäisyyttä tulisi. Myös Espoon omahoitohankkeessa käytettiin fraaseja yhtenäistämään vastaanottoiminnan kirjaamisia, mikä koettiin hankkeen vahvuudeksi (Saarelma ym. 2010, 29; Suurnäkki 2010, 45). Pilotointiin suunniteltu otsikointi koettiin toimivana. Osan otsikoinnissa olevien asioiden kirjauspaikkaa kannattaa vielä miettiä, esim. BMI, pituus, paino ja vyötärön ympäryys, sillä ne on aikaisemmin kirjoitettu verenpainelehdelle ja se on koettu hyväksi. Finriski-testin tuloksia kirjattiin erilaisilla tavoilla. Siitä kannattaa jatkossa sopia yksi yhteinen käytäntö. Jatkossa ylipäänsä pitää sopia, mikä on kirjaamisen oikea paikka, jotta vältetään kaksoiskirjaamiselta. Sovittu otsikointi toimii myös hoitajien tarkastuslistoina ja näin hoidon laatu ja eri hoitajien kirjaukset ovat tasalautuisia. Tosin jos edellä mainitut asiat kirjataan verenpainelehdelle, ei sovittu otsikointi toimi täydellisenä tarkastuslistana hoitajille.



Hoitosuunnitelmalomakkeelle kirjaamisen pilottiryhmä koki kaksoiskirjaamiseksi, koska käyntiteksti tuli kirjattua myös yle-lehdelle. Pilotointiin sovittu otsikointi koettiin toimivana, mutta ulkonäöltään sekavan näköiseksi. Projektin alussa kuitenkin sovittiin, ettei hoitosuunnitelmalehden ulkonäköön ja otsikointiin panosteta suuresti, koska terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella ollaan kehittämisässä omaa terveys- ja hoitosuunnitelmalomaketta. Pilottiryhmä ehdottikin, että koko hoitosuunnitelmakäynti kirjataan joko hoitosuunnitelmalehdelle tai yle-lehdelle tai sitten voisi käyttää rinnakkaisnäköä eli sama teksti näkyisi molemmilla lehdillä.

Hoitohenkilökunta koki terveys- ja hoitosuunnitelman käytön moniammatillisen yhteistyön välineenä pääasiassa hyväksi ja haluaisivat toimintamallia jatkaa, jos se vain on resurssien puitteissa mahdollista. Hoitajista oli hyvä, että pystyi lupaamaan potilaalle lääkäriajan pilotoinnin puitteissa, koska muuten lääkäriaikoja ei ole ollut antaa. Hoitajat ja lääkärit oppivat myös tietämään paremmin toistensa toimintatavat, mikä helpottaa potilaan hoitoa.

Terveys- ja hoitosuunnitelman hyödyt niin potilaalle, hoitajalle kuin lääkärillekin olivat pääasiassa samoja kuin aikaisemmissa tutkimuksissa. Hoitajat saivat strukturoidun rakenteen omalle toiminnalleen. Lääkärit kokivat terveys- ja hoitosuunnitelman tekemisen työlääksi, mutta jatkossa se helpottaa työtä, kun asiat on kirjattu yhteen paikaan ja hoitava lääkäri on tehnyt suunnitelman valmiiksi pidemmälle aikavälille. Potilaat olivat tyytyväisiä kokonaisvaltaiseen tarkastukseen ja siihen, että pääsivät lääkärin vastaanotolle. Vastaavanlaisia tuloksia tuli JIK ky:n (2012, 6) ja Linsamon (2012, 14-15) tutkimuksissa.

Avainasiakkaiden tunnistaminen koettiin tärkeäksi. Terveys- ja hoitosuunnitelma tulisi tehdä niille, jotka siitä eniten hyötyvät. Avainasiakkaat ovat ne, jotka käyttävät terveydenhuollonpalveluja runsaasti tai joilla on monia riskitekijöitä. Tutkimusten mukaan nämä ns. avainasiakkaat tulisi tunnistaa tietojärjestelmien avulla (Kaukonen & Nenonen 2010, 779), mutta ainakin toistaiseksi se ei ole mahdollista Salon terveyskeskuksessa.

Suurimmaksi ongelmaksi mallissa koettiin ajankäyttö. Hoitosuunnitelmien tekeminen todella vie aikaa, eikä niitä pystytä tekemään muun vastaanoton ohessa (Alhainen 2012, 14). Tunti hoitajan vastaanotolla ei tahtonut riittää sovittujen asioiden läpikäymiseen ja kirjaamiseen. Pilotoinnin loppuvaiheessa käytäntö rutinoitui sen verran, että haastateltavat ehtivät lähes kaikki tekemään ja kirjaamaan. Tunti koettiin riittäväksi ajaksi silloin, kun potilaat olivat ennestään tuttuja. Vastaavia tuloksia tuli Potku-hankkeessa (Pitkänen 2012, 32). Myöskään lääkäreille ei terveys- ja hoitosuunnitelmien tekemiseen riittänyt 30 minuutin aika, vaan aikaa olisi hyvä varata vähintään 45 minuuttia. Tutkimuksen valossa on todettu, että vaikka hoitosuunnitelmien tekemiseen menee aikaa normaalia käyntiä enemmän ja aika on vähissä, kannattaa hoitosuunnitelman tekoon ja sitä edeltäviin tapaamisiin varata riittävästi aikaa, jotta potilas tulee kuulluksi. Alkuvaiheen panostus maksaa itsensä takaisin paljon palveluja käyttävillä potilailla, mm. vähentyneinä lääkärin käynteinä. (Kuronen 2013, 33.)

Pilotoinnissa ongelmaksi koettiin myös resurssien puute, kun hoitosuunnitelmia tehdään muun työn ohessa. Samoja ongelmia oli myös MaaliPOTKU-hankkeessa (Pitkänen ym. 2012, 15). Tutkimustuloksia tarkasteltaessa on muistettava, että pilotointiaika oli lyhyt, vain kaksi kuukautta. Pilotoinnissa oli potilasmaailma valikoitu koskemaan vain valtimotautipotilaita sekä alle 70-vuotiaita potilaita. Koska Salossa on käytössä omalääkärijärjestelmä, tehtiin pilotoinnissa terveys- ja hoitosuunnitelma vain niille potilaille, jotka asuivat pilotointiin osallistuvien lääkärin väestövastuualueella.

Sairaanhoitajat kokivat, etteivät he voisi irrottautua muusta vastaanoton töistä hoitosuunnitelmien tekemiseen, jollei resursseja lisätä tai ainakin turvata sijaisien saanti. Jos malli implementoidaan koskemaan koko terveyskeskusta, myös sairaanhoitajien terveys- ja hoitosuunnitelmakäynnit lisääntyisivät merkittävästi. Aikuisneuvonnan puolella muutos ei ole näin suuri, sillä diabeteshoitajat ovat nytkin tehneet vastaavanlaisia tehtäviä ja vastaanotot ovat olleet tunnin vastaanottoja.

Pilotoinnissa hoitosuunnitelmalehdelle kirjaaminen rajattiin lääkärin tehtäväksi tietoteknisistä syistä johtuen. Hoitajat kirjoittivat omalle AVOHO-lehdelle poti-

laan kokemia ongelmia ja tavoitteita, mutta näitä ei kuitenkaan aina ollut siirretty hoitosuunnitelmalehdelle, mikä kuitenkin oli alkuperäinen tarkoitus. Ehdotuksena tulikin, että hoitajat määrittelisivät potilaan omia tavoitteita enemmän ja lääkärit lääketieteellisiä tavoitteita. Tavoitteiden perään hoitajat olisivat voineet kirjata vielä selkeämmin keinoja tavoitteisiin pääsemiseksi, joita he yhdessä potilaiden kanssa miettivät. Nämä voisi suoraan kopioida hoitosuunnitelmalehdelle. Lääkäri miettisi sitten lääketieteelliset tavoitteet ja keinot. Koska ongelmana Salossa, kuten muuallakin Suomen terveyskeskuksissa, on lääkärivastaanottoaikojen riittävyys, voisivat hoitajat kirjoittaa hoitosuunnitelman silloin, kun potilaalla ei ole välttämätöntä tarvetta päästä lääkäriin. Konsultoinnin avulla hoitaja voi pyytää lääkäriltä esim. lääketieteelliset tavoitteet ja keinot. Tosin tähän hoitajilta menee taas hieman enemmän aikaa. Tätä mallia käytettiin sekä Potku-hankkeessa että Espoon omahoitohankkeissa (Alhainen 2012, 7-8; Hämeenlinnan terveystalot 2012, 8-10; JIK ky 2012, 5; Pitkänen ym. 2012, 21-22; Linsamo 2012, 11; Länsipuro & Harju 2012, 8; Suurnäkki ym. 2010, 33-40). Espoon mallissa hoitaja aloitti terveys- ja hoitosuunnitelman tekemisen, mitä lääkäri tarvittaessa täydensi (Suurnäkki ym. 2010, 33-40), mutta tämä ei ole Salossa tietoteknisistä syistä mahdollista. Hoitajan tekemällä terveys- ja hoitosuunnitelmilla säästettäisiin lääkärin työaikaa, mutta saataisiin potilaille hoitosuunnitelmien hyöty.

Tutkimuksessa haastateltavat kokivat vaikeaksi määrittellä potilaan ongelmia ja tavoitteita. He kokivat, että myös potilaiden oli vaikea määrittellä omia ongelmiaan ja tavoitteitaan ja potilaat haluaisivat, että lääkäri määrittelisi ne heille. Hoitajien kanssa yhdessä mietittynä potilaan kertoivat jonkin tavoitteen. Myös potku-hankkeessa työntekijät kokivat samoja ongelmia (Pitkänen ym. 2012, 22) Yhtenä haasteena Salossa kuten muuallakin, on saada tehtyä yhdessä potilaan kanssa potilaan oma terveys- ja hoitosuunnitelma, kuten todettiin myös eri POTKU-hankkeissa (Kuronen 2013, 35; Linsamo 2012, 8-11, Liljamo 2012, 21). Hoidon tarve ja tavoitteet tulisi määrittellä yhdessä potilaan kanssa niin, että päätösvalta säilyy potilaalla itsellään (Routasalo & Pitkälä 2009, 5-6; Komulainen ym. 2011, 17, 20). Ammattihenkilön tehtävänä onkin ottaa selvää potilaan toiveista ja arkielämästä ja sovittaa hoito yhdessä potilaan kanssa juuri tälle

sopivaksi (Routasalo & Pitkälä 2009, 7). On hyvä muistaa tavoitteita määriteltäessä, että potilas toteuttaa vain sen, mihin on sitoutunut noudattaen oman tulokintansa mukaan lääkärin määräyksiä. (Kuronen 2013, 34.) Vaikeutena pilotoinnissa oli saada tehtyä nimenomaan potilaan oma terveys- ja hoitosuunnitelma. Tämä vaikeus oli nähtävissä myös potku-hankkeissa (Hämeenlinnan terveyspalvelut 2012, 9; Linsamo 2012, 21; Linsamo 2012, 8). Henkilökunta kuitenkin koki potilaiden sitoutuneen hoitoon ainakin hiukan pidemmäksi ajaksi kuin aikaisemmin. Omahoitoon sitoutumiseen vaikuttaa terveys- ja hoitosuunnitelman lisäksi potilaan ohjaus ja motivoiminen sekä terveydenhuollon tehtäväkuvan muuttaminen auktoriteettisuhteesta valmentajasuhteeseen (Routasalo & Pitkälä 2009, 7). Omahoitoon sitoutumista tämän pilotoinnin puitteissa on vaikea arvioida, koska pilotoinnin aikana potilas ei tullut uudelleen vastaanotolle. Henkilökunta koki kuitenkin, että potilaalle tulostettu terveys- ja hoitosuunnitelma antoi selkeät ohjeet potilaan omalle tekemiselle, mikä on ensi askel kohti parantunutta omahoitoa.

Toimintamallin implementoinnissa koulutuksen määrä pilotissa koettiin riittäväksi. Pääpaino koulutuksessa kannattaa laittaa motivoivaan haastatteluun sekä ajatukseen siitä, että terveydenhuollon henkilökunta ei voi hoitaa potilasta, vaan antaa eväät sille, että potilas voi hoitaa itse itsensä. Toiminnan juurruttamiseen ei kuitenkaan pelkkä tiedonsaanti ja koulutus riitä, vaan toimintatapoja tulee yhdenäistää koko terveyskeskuksen sisällä (Pitkänen ym 2012, 30). Salossa tällä hetkellä oleva organisaatiomuutos hankaloittaa toiminnan juurruttamista, kun selvillä eivät ole edes yksiköiden lähiesimiehet. Juurruttamisen ajaksi tulisi myös varmistaa riittävät henkilökuntaresurssit, jotta välttyttäisiin ylisuurelta työtaakalta. Myöskään lomautusuhat eivät edesauta toimintatapojen muuttamiseen.

## 6.5 Tutkimuksen eettiset kysymykset ja luotettavuus

Tutkimuksen aiheen valinta oli tutkijan tekemä eettinen ratkaisu, jonka lähtökohdina oli hyödyllisyys (Kankkunen & Vehviläinen 2013, 218). Tämän projektin ja siihen liittyvän tutkimuksen avulla pyrittiin valtimotautipotilaan hyvään eli parantamaan heidän hoitoaan ja omia vaikutusmahdollisuuksiaan hoidossa. Lisäksi tutkimusaihe oli perusteltu sekä lainsäädännön että potilasturvallisuuden kannalta ja taloudellisuuden kannalta. Tarkoituksena oli saada toimintamalli, josta on hyötyä kaikille.

Pilottiryhmä oli pieni ja tutkittavat tunnetaan yhteisössä, joten tutkittavien salassapito ja mielipiteet on vaikea salata. Anonymiteetin säilyttämiseksi tutkimusaineisto ei ole muiden kuin tutkijan käytettävissä. Tutkimusraportti kirjoitettiin niin, ettei yksittäisen haastattelijan mielipidettä voi tunnistaa. Tutkimusaineisto hävitettiin kehittämisprojektin jälkeen. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja siihen pyydettiin tutkittavilta kirjallinen suostumus (liite 5) Haastatteluun osallistuvista on laadittu Henkilötietolakiin 523/1999 perustuva rekisteriseloste (liite 6). Tutkittavia informoitiin tutkimuksesta heti kehittämisprojektin alussa. Tutkimuslupa anottiin hallintoylihoitajalta, joka myönsi sen 7.11.2013. Tutkija toimi rehellisesti, oikeudenmukaisesti ja kunnioittavasti tutkittavia kohtaan.

Koska tutkimus perustui laadulliseen tutkimusmenetelmään, käytettiin tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa laadullisen tutkimuksen luottavuuskriteerejä eli uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys (Kylmä & Juvakka 2012, 127).

Pilotointiaika oli suhteellisen lyhyt ja pilotoinnin ajanjaksolle osuvat lomat ja rokotusviikko lyhensivät sitä lisää. Pilotoinnin aikana saatiin kuitenkin tehtyä 42 terveys- ja hoitosuunnitelmaa, joka mielestäni on jo hyvä saavutus ja antaa suuntaa toiminnan kehittämiselle.

Tutkimustulosten luotettavuutta lisää se, että tutkimukseen osallistui kolme eri ammattiryhmää: aikuisneuvonnan diabeteshoitajat, lääkärin vastaanotolla toimivat sairaanhoitajat sekä lääkärit. Tähän sisältyy kaikki ne ammattiryhmät, jotka

voisivat terveys- ja hoitosuunnitelmia tehdä. Tutkimustulosten luotettavuutta taas vähentää se, että ammattiryhmien edustajia oli vain kaksi kustakin ryhmästä ja tutkimukseen valittiin nimenomaan henkilöitä, jotka olisivat muutoshalukkaita ja oman työnsä kehittäjiä. Tutkimukseen osallistuvista henkilöistä suurin osa oli tehnyt jo vastaavanlaista työtä aikaisemminkin eikä pilotointi vaatinut kovin suurina muutoksia omaan työhön.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että tutkija paljastaa tutkimusaineistonsa ja tutkimusta koskevat valinnat ja tulkinnot avoimesti sekä tutkija kuvaa tutkimusaineiston keräämisen ja analysoimisen huolellisesti ja läpinäkyvästi. Uskottavuutta lisää myös se, että tutkija kävi tutkittavien kanssa läpi tutkimuksen tulokset, jolloin tutkittavat pystyivät vielä arvioimaan tulosten paikkaansa pitävyyttä. Tämä toteutettiin sähköpostin välityksellä niin, että tutkittavat saivat kaikessa rauhassa lukea tutkimustulokset sekä kommentoida niitä tutkijalle. Lisäksi tutkijan pitämä tutkimuspäiväkirja lisää uskottavuutta. Vahvistettavuutta tuodaan esille tutkimusraportin selkeällä kirjaamisella, niin että toinen tutkija voi seurata prosessin kulkua pääpiirteissään. Uskottavuutta lisää myös, jos pystyy käyttämään triangulaatiota. (Kylmä & Juvakka 2012, 128). Tässä tutkimuksessa haastatteluaineistoa vahvisti ja täydensi tutkijan näkemät pilotoinnissa tehdyt terveys- ja hoitosuunnitelmat sekä hoitajien kirjaukset terveys- ja hoitosuunnitelman valmistelevalta käynniltä. Vahvistettavuudessa on kysymys siitä, että toinen tutkija voi seurata prosessin kulkua pääpiirteittäin tutkimusraportista (Kylmä & Juvakka 2012, 129). Tässä raportissa on tutkimusprosessi kuvattu mahdollisimman tarkasti, jotta toinen tutkija voi seurata tutkimusprosessia.

Reflektiivisyydessä on kysymys siitä, että tutkijan täytyy tiedostaa omat lähtökohtansa tutkittavan asian suhteen. Tutkija itse tekee vastaavaa työtä, joten hän tuntee tutkittavan ilmiön. Hänen on tiedostettava tämä, jotta hänen omat näkemyksensä eivät pääse vaikuttamaan tutkimusprosessissa. Tutkija ei ole toimi kyseisellä terveysasemalla eikä myöskään ole itse pilotointiryhmässä mukana, mikä on objektiivisuuden kannalta hyvä asia. Tutkijan on varmistettava, että hän tietää varmasti, mitä pilotointiryhmässä kukin jäsen tekee. Tutkija näin ollen pystyy tarkastelemaan asiaa objektiivisesti. (Kylmä & Juvakka 2012, 128-129.)

Projektin alussa tutkija kyseli projektiryhmässä aikaisempaan toimintamallia ja projektiryhmän kanssa kehitettiin uusi toimintamalli yhdessä, jonka mukaan tutkijat toimivat. Näin tutkija tiesi, mitä kukin missäkin vaiheessa on tehnyt.

Tässä tutkimuksessa pilotointi tapahtui vain yhdellä terveysasemalla. Jokainen terveysasema toimii hieman eri tavalla ja mallin toimiminen muissa yksiköissä ei ole varmaa. Mallin siirrettävyys muihin terveyskeskuksiin on yksi tutkimuksen luottavuuskriteeri. (Kylmä & Juvakka 2012, 129.) Kokemukset terveys- ja hoitosuunnitelmista ovat muissa tutkimuksissa olleet vastaavanlaisia, mikä tukee tutkimuksen siirrettävyyttä.

## **7 LOPULLINEN TOIMINTAMALLI JA OTSIKOT KIRJAAMISEN AVUKSI**

Tutkimustulosten perusteella pilotoitua toimintamallia parannettiin projektipäällikön toimesta.

Lopullisessa toimintamallissa (kuvio 7) potilaiksi valitaan niitä potilaita, jotka haluavat varata itse aikaa vuositarkastukseen tai reseptien uusimisen yhteydessä lääkärit huomaavat, etteivät potilaat ole käyneet vuosiin verikokeilla ja hoitajan tai lääkärin vastaanotolla. Reseptiä uusittavien potilaiden reseptit uusitaan 1-2 kuukaudeksi ennen vastaanottoa. Potilaiksi valitaan myös ne, jotka lääkärin tai hoitajan mielestä hyötyvät terveyst- ja hoitosuunnitelmasta. Näille potilaille varataan aika hoitajalle. Diabetespotilaat ohjataan aikuisneuvonnan diabeteshoitajan vastaanotolle ja verenpaine- ja lipidipotilaat ohjataan sairaanhoitajan vastaanotolle. Tiimiajanvarauskirjoille on varattu ns. hoitosuunnitelma-aikoja näitä potilaita varten. Diabeteshoitaja/ sairaanhoitaja haastattelee potilaan motivoivan haastattelun keinoin sovitusti ja tekee tarvittavat mittaukset, kuten pituus, paino, vyötärönympäryys, verenpaine. Tarvittaessa sairaanhoitaja ohjaa potilaan tekemään neljän päivän verenpaineen kotiseurannan. Hoitaja tekee myös finriskitestin ja tarvittaessa diabetes -riskitestin. Hoitaja auttaa potilasta määrittelemään oman terveystongelmansa, hoidon tavoitteet ja keinot tavoitteisiin pääsemiseksi. Sen jälkeen hän ohjaa potilaan verikokeille ja laittaa tarvittavat pyynnöt koneelle (Pvk, K, Na, Krea, kokonaiskolesteroli, trigly, ldl hdl, gluk, GHb-A1C ja tarvittaessa U-Alb/krea) ja varaa ajan lääkärin vastaanotolle. Tarvittaessa otetaan EKG. Hoitaja antaa potilaalle myös lääkehoidon tarkastuslomakkeen (liite 1), jonka potilas täyttävät ennen lääkärin vastaanotolle menoa, jotta lääkäri voi päivittää lääkelistan. Hoitaja kirjaa käynnin AVOHO-lehdelle





Kuvio 7 Lopullinen toimintamalli

Lääkäri vastaa potilaan lääketieteellisestä hoidosta. Lääkärin vastaanotolla lääkäri tekee potilaan kliinisen tutkimuksen ja arvioi lääkityksen. Lääkäri kopioi hoitajan kirjauksesta AVOHO-lehdeltä potilaan kokemat terveysongelmat tarve -otsikon alle, potilaan omat tavoitteet hoidon tavoitteet -otsikon alle, suunnitellut keinot hoidon toteutus ja keinot -otsikon alle ja täydentää suunnitelmaa lääketieteellisestä näkökulmasta kuten verenpainetaso, GHb-A1C -arvo ja LDL-taso ja suunnittelee jatkohoidon, kuten seuraavat käynnit hoitajalla, lääkärillä ja seuraavan verikokeiden ottoajankohdan. Lääkäri kirjaa terveys- ja hoitosuunnitel-

man HOSU -lehdelle valmiita otsikoita apuna käyttäen ja tulostaa sen potilaalle mukaan tai lähettää sen myöhemmin potilaalle kotiin.

Potilas hoitaa itse itseään sovitun suunnitelman mukaisesti.

Hoitajien ja lääkäreiden kirjaaminen lopullisessa toimintamallissa on esitetty kuvassa 4 ja 5.

## VALMISTELEVAN HOITAJAVASTAANOTON OTSIKOT

### **Käyntisyy: esim. T90 Diabetes, tyyppi 2**

**Esitiedot:** aikaisemmat sairaudet, vointi, voinnin ja toteutuneen hoidon arviointi edellisestä käynnistä tähän käyntiin, potilaan kokemat terveys- ja omahoidon ongelmat (terveydenhuollon ammattilainen tukena)

**Lääkitys:** Voimassa oleva lääkitys annoksineen

**Tutkimukset:** Laboratoriovastaukset, sokerit kotimittauksissa (paastosokeri, ennen ateriaa ja aterian jälkeiset sokeriarvot)  
Verenpaineen kotimittauksen tulokset  
Silmänpohjakuvausten tulokset

### **Terveyteen vaikuttavat tekijät: Ruokailutottumukset**

Ateriarytmi:  
Rasvat:  
Kala:  
Kasvikset:  
Kuitu:

### **Terveyteen vaikuttavat tekijät: Liikuntatottumukset**

### **Terveyteen vaikuttavat tekijät: Tupakointi**

### **Terveyteen vaikuttavat tekijät: Alkoholi**

### **Terveyteen vaikuttavat tekijät: Uni**

### **Terveyteen vaikuttavat tekijät: Suunhoito**

### **Nykytila:**

Pistopaikkojen kunto:  
Jalat:  
RR:  
Pituus ja paino:  
Finriski: ilmoitetaan kokonaisriski prosentteina ja verrataan riskittömiin sekä normaaliin suomalaiseen riskiin.

### **Mittarit: BMI**

### **Mittarit: DMrisk**

### **Mittarit: Vy**

**Hoidon tavoitteet:** Asiakkaan omat tavoitteet (terveydenhuollon ammattilainen tukena)

Keinot: Tavoitteisiin pääsemiseksi (nykyiset ja suunnitellut)

### **Hoitotyön toiminnot:**

Potilaan ohjaus ja hoitoon sitoutumisen edistäminen  
Hoitotarvikkeet esim. kynäneulat, liuskat, lansetit, omaseurantavihko  
Injektiot, esim. Cohemin  
Haavan puhdistus tai jalkojenhoito  
Ekg:n otto

**Suunnitelma** Seuraava käynti hoitajalla, lääkärillä, laboratoriossa, ekg:ssä, silmäpohjakuvauksissa, lääkärin konsultaatio jne.

Kuva 4 Valmisteleavan hoitajavastaanoton otsikot

**TERVEYS- JA HOITOSUUNNITELMAN OTSIKOT****Hoitosuunnitelma**

Sisältää syyn, miksi potilas tuli terveys- ja hoitosuunnitelmavastaanotolle. Potilaan kokema tai yhdessä terveydenhuollon ammattilaisen kanssa mietitty terveysongelma. kopioidaan AVOHO-lehdeltä.

**Hoidon tavoite**

Potilaan yhdessä lääkärin ja hoitajan kanssa määrittelemät realistiset hoidon tavoitteet. Kopioidaan AVOHO-lehdeltä. Lääkäri lisää lääketieteelliset tavoitteet, kuten verenpainetaso

**Hoidon toteutus ja keinot**

Hoidon keinot, joilla tavoitteisiin päästään sisältäen lääketieteellisen hoidon ja potilaan itsensä toteuttaman hoidon sekä mahdolliset tukitoimet. Kopioidaan AVOHO-lehdeltä, jota lääkäri täydentää.

**Hoidon seuranta**

Suunnitellut seuraavat käynnit hoitajalla, lääkärillä, laboratorionkokeissa sekä potilaan omaseuranta esim. verenpaineen neljän päivän kotiseuranta, verensokerimittaukset

**Muut tiedot (esim. Diagnoosi- ja lääkityslista)**

Potilaan tilaa koskevat lisätiedot, kuten riskitiedot, allergiat, diagnoosi ja mahdollinen ammattilaisen eriävä mielipide hoidon tavoitteista.

**Hoidon arviointi**

Potilaan voinnissa tapahtuneet muutokset ja toteutuneen hoidon arviointi suhteessa tavoitteisiin.

Kuva 5 Terveys- ja hoitosuunnitelman otsikot

## 8 KEHITÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET

Tämän kehittämisprojektin tavoitteena oli kehittää toimiva terveys- ja hoitosuunnitelmalomake sekä toimintamalli valtimotautipotilaan hoitosuunnitelmien tekemiseen ja käyttöön. Tarkoituksena oli parantaa valtimotautipotilaan hoitoon sitoutumista sekä moniammatillista yhteistyötä hänen hoidossaan ja tätä kautta parantaa hoidon laatua ja potilasturvallisuutta.

Terveys- ja hoitosuunnitelma auttaa pitkäaikaissairauksia sairastavaa potilasta hahmottamaan omat tavoitteensa, parantamaa omahoitoaan, edistämään itsestä suoriutumista sekä parantaa keskeisten terveysongelmien hoitotuloksia, kun potilasta hoidetaan kokonaisuutena. (Komulainen ym. 2011, 12; Komulainen ym. 2012, 175). Tähän samaan tähtää myös Salon kaupungin strategia (Salminen 2012). Varsinkin diabetespotilaat hyötyvät suuresti terveys- ja hoitosuunnitelmasta (Ilanne-Parikka 2013, 28), myös terveydenhuollon työntekijöiden kannalta katsottuna.

Tämän projektin tuotoksena saatiin toimintamalli valtimotautipotilaan terveys- ja hoitosuunnitelman tekemiseen ja käyttöön, lomake terveys- ja hoitosuunnitelmien tekemiseen otsikkoineen sekä valmistelevan hoitajavastaanotolle otsikot tarkastuslistaksi sekä kirjaamisen avuksi. Salon terveyskeskuksessa on potilastietojärjestelmänä Effic versio 4.1. Projektin alussa Salossa ei vielä ollut käytössä hoitosuunnitelmalehteä, mutta se saatiin käyttöön ennen pilotoinnin alkua. Aikaisemmin hoitosuunnitelmia oli kirjattu TIIV (tiivistelmä) -lehdelle. Kuten aikaisemmin on todettu, tässä työssä ei käytetty resursseja terveys- ja hoitosuunnitelmalomakkeen kehittämiseen otsikkotasoa enempää, sillä terveyden ja hyvinvoinnin laitos on kehittämässä terveys- ja hoitosuunnitelmalomaketta valtakunnallisella tasolla kaikkiin tietojärjestelmiin sopivaksi. Tässä työssä panostettiin enemmän toimintamalliin sekä hoitajien ns. fraasilistaan, jotta eri hoitajat tekisivät samoja asioita potilaiden kanssa ja toiset työntekijät löytäisivät toisen tekstistä mahdollisimman helposti tarvittavat asiat. Moniammatillisuuden lähtökoh-

tanahan on, että kaikilla potilaan hoitoon osallistuvilla on käytössä selkeästi ja helposti muiden hoitoon osallistuvien tekemät havainnot ja merkinnät potilaasta (Saarelma ym. 2010, 29).

Kehittämiprojektin tarkoitukset saavutettiin ainakin moniammatillisen yhteistyön osalta. Malli parantaa moniammatillista yhteistyötä ja varmasti jatkossa, kun terveys- ja hoitosuunnitelmia on tehty enemmän, auttaa se hoitajia itsenäisessä vastaanottotyössä ja hoitopäätöksien tekemisessä. Lisäksi toimintamalli ja valmistelevan hoitajavastaanoton otsikot selkeennyttää hoitajien ja lääkärien työnjakoa sekä toistensa osuutta potilaan hoidossa.

Valtimotautipotilaan hoitoon sitoutumista on tässä vaiheessa vaikea arvioida, koska kehittämiprojekti ei kestänyt niin pitkään, että potilaat olisivat tulleet uudelleen vastaanotolle. Terveys- ja hoitosuunnitelmien yhtenä tavoitteena on kuitenkin potilaan voimaantuminen ja sen kannalta on tärkeää, että terveys- ja hoitosuunnitelma tehdään yhdessä potilaan kanssa (Komulainen ym. 2011, 13). Tähän toimintamalli ainakin antaa mahdollisuuden.

Projektin alussa kuten kaikissa projekteissa on omat haasteensa. Salon kaupungin taloudellinen tilanne teki resurssien saamisen mahdottomaksi tähän projektiin sekä lomautukset ja vaikeutettu rekrytointi toi haasteita työntekijöiden muutoshalukkuuteen ja työssä jaksamiseen. Projektin alussa projektipäällikkö keskusteli johtavan lääkärin ja hallintoylihoitajan kanssa, jotta saisi projektille mahdollisimman vahvan johdon tuen, mikä osaltaan mahdollistaa muutoksen toteutumisen. Riittäväällä pilottiryhmän informoimisella, koulutuksella ja vahvalla johtamisella voitiin projektia viedä eteenpäin vaikeuksista huolimatta.

Projektin aikana projektipäällikkö työskenteli toisessa työpaikassa puolen vuoden ajan, mikä toi uusia haasteita projektin vetämiselle. Se ei kuitenkaan aiheuttanut projektin etenemiselle ongelmia. Projektin aikana ei myöskään terveydenhoitajia lomautettu, mikä osaltaan helpotti projektin etenemistä. Pilottiryhmässä mukana olevat henkilöt olivat innostuneina projektissa mukana eikä muutosvastarintaa ollut. Muutosvastarinta on todennäköisempää mallin implementointivaiheessa, mikä ei tähän projektiin kuulu.

Toimintamalli pilotoitiin ja tulokset olivat vastaavanlaisia kuin aikaisemmissakin hankkeissa. Suurimmaksi ongelmaksi koettiin ajankäyttö, sillä terveys- ja hoitosuunnitelmien tekemiseen kuluu aikaa. Myös POTKU- hankkeissa todettiin terveys- ja hoitosuunnitelmien tekemisen vievä aikaa (Linsamo 2012, 33, JIK peruspalveluliiketalaitoskuntayhtymä 2012, 6; Liljamo 2012, 21).

Jotta malli voitaisiin ottaa käyttöön koko organisaatiossa, pitää koko henkilökunta kouluttaa motivoivaan haastatteluun sekä terveys- ja hoitosuunnitelmien tekemiseen ja käyttöön. Muutos vaatii työntekijöiltä uusia toimintamalleja ja enemmän aikaa. Tällä hetkellä ajankäyttö on tiukoilla kaupungin taloudellisen tilanteen takia.

Mallia voisi kuitenkin ottaa käyttöön pikkuhiljaa. Pilotointiin osallistuneet työntekijät voisivat alkaa tekemään hoitosuunnitelmia osalle potilaista. Varsinkin hoitajat voisivat aloittaa hoitosuunnitelmien tekemisen ja pyytää lääkäreiltä lääketieteelliset tavoitteet ja vahvistuksen suunnitelmalle. Ainakin aluksi olisi helpompaa, että mallia sovellettaisiin vain aikuisneuvonnan terveydenhoitajiin ja lääkäreihin. Vastaanoton sairaanhoitajat voisivat tehdä niitä resurssien puitteissa. Potilaiksi kannattaisi valita tässä vaiheessa ne avainasiakkaat, jotka eniten hyötyisivät terveys- ja hoitosuunnitelmasta eli ne, joilla ei itsellään ole selkeää kuvaa sairautensa hoidosta. Nämä potilaat voisivat löytyä esimerkiksi reseptien uusimisen yhteydessä tai toistuvasti vastaanotoilla kävijöistä.

Jatkossa mallia kannattaa implementoida esimerkiksi yhdelle terveysasemalle ja tutkia, miten se toimii kokonaisuudessaan. Kokeilu on syytä olla riittävän pitkä, vähintään 2-3 vuotta, jotta saataisiin selville myös, kuinka paljon terveys- ja hoitosuunnitelmat vähentävät terveyskeskuskäyntejä ja kuinka paljon hoitajat voivat tehdä itsenäisesti terveys- ja hoitosuunnitelmia. Tärkeää on nimenomaan ottaa mukaan myös lääkärin vastaanoton hoitajat, sillä siellä liikkuvat ne potilaat, jotka eivät ole säännöllisessä hoitokontaktissa. Varsinkin ns. prediabeetikot hyötyisivät terveys- ja hoitosuunnitelmasta, sillä säännöllisellä seurannalla ja elämäntapojen muuttamisella saataisiin diabeteksen puhkeamista ainakin siirrettyä. (Ilanne-Parikka 2013, 28).

Syytä on vielä miettiä, onko kaikki sovitut asia välttämättömiä tehdä. Paraneeko potilaan hoito ja vähenevätkö potilaan yhteydenotot terveysasemalla, jos potilas haastatellaan ja tutkitaan tässä projektissa kehitetyn valmistelevan hoitajavastaanoton otsikoinnin mukaan? Onko parempi panostaa vähemmän aikaa joka potilaaseen, jotta voidaan ottaa potilaita vastaan enemmän, vai panostaa kerralla enemmän, jotta yhteydenottoja tulee vähemmän?

Joka tapauksessa pilotoiniin osallistuneet aikovat ottaa käyttöönsä parhaat palat toimintamallista ja valmistelevan hoitajavastaanoton otsikot, vaikka mallia ei implementoitaisikaan vielä koko terveyskeskukseen.

Jatkossa olisikin hyvä tehdä tutkimusta siitä, miten potilaan omahoito ja omahoitoon sitoutuminen paranee terveys- ja hoitosuunnitelman avulla. Kuusiston ym (2012, 2592) tutkimuksessa sepelvaltimotautipotilaista 35% potilaista koki, ettei heidän mielipidettään kysytty heidän hoitosuunnitelmaa laadittaessa eivätkö he voineet toteuttaa omaa hoitosuunnitelmaansa. Tämä kehittämisprojekti ei anna vastausta siihen, miten nämä potilaat kokivat oman terveys- ja hoitosuunnitelmansa, mutta jatkossa tästä aiheesta voisi tehdä potilaille kyselyn.

Jatkossa voi myös tehdä tutkimusta siitä, toteutuiko tämän kehittämisprojektin kolmas pitkänajan tarkoitus, eli parantaako terveys- ja hoitosuunnitelmien tekemisen toimintamalli potilasturvallisuutta sekä hoidon laatua.

Mallissa on asioita, joita nykyinen taloudellinen tilanne sekä lääkärivaje haittaavat, kuten se, että vain lääkäri kirjaisi terveys- ja hoitosuunnitelman, mutta mallissa on myös kehittämis ehdotuksia ja mahdollisuuksia soveltaa mallia eri tavoin, jotta lääkärivajeesta huolimatta terveys- ja hoitosuunnitelmia voitaisiin tehdä.



## LÄHTEET

Alhainen S. 2012. Suupohjan peruspalveluliikelaitoksen kuntayhtymän Loppuraportti. Lakeuden potku /Suupohja 1.9.2010-31.10.2012. [http://www.potkuhanke.fi/en/dokumentit-ja-materiaalit/cat\\_view/3-tiedostopankki/61-loppuraportit/63-lakeuden-potku](http://www.potkuhanke.fi/en/dokumentit-ja-materiaalit/cat_view/3-tiedostopankki/61-loppuraportit/63-lakeuden-potku) (Viitattu 29.12.2012.)

Coleman, K., Austin, B., Brach, C. & Wagner, E. 2009. Evidence On The Chronic Care Model In The New Millenium. Health Affairs, vol 28, no: 1, 75-85.

Diabeteshoitoketju-aikuiset 2012. <http://hoitoreitit.vsshp.fi> (Viitattu 23.5.2013.)

Diabetes (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Fysiatryhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2013 (Viitattu 1.3.2014). Saatavilla Internetissä: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

Dyslipidemiat (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Fysiatryhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2013 (Viitattu 8.4.2013.) Saatavilla Internetissä: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

Gershater, M., Pilhammar, E. & Roijer, C. 2011. Documentation of diabetes care in home nursing service in a Swedish municipality: a cross-sectional study on nurses' documentation. Scandinavian Journal of Caring Sciences, vol 2, no 25, 220-226.

Ensio, A. 1998 Potilaan ja hoitotyön ongelmat sekä hoitotyön diagnoosi. Teoksessa Hallila, L. (toim.). Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Tammer-Paino Oy, Tampere, 50-53.

Ensio, A. 2007. Päätöksenteon prosessimalli hoitotyössä. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A.-L. (toim.). Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. WSOY oppimateriaalit Oy: Helsinki, 56-64.

Hallila, L. 1998a. Hoitotyön kirjallisen suunnitelman lähtökohdat. Teoksessa Hallila, L. (toim.). Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Tammer-Paino Oy, Tampere, 11-15.

Hallila, L. 1998b. Hoitotyön prosessi ja päätöksentekoprosessi hoitotyön kirjallisessa suunnittelussa. Teoksessa Hallila, L. (toim.) 1998. Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Tammer-Paino Oy, Tampere, 40-45.

Hallila, L. 1998c. Kirjaaminen ja dokumentointi. Teoksessa Hallila, L. (toim.). Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Tammer-Paino Oy, Tampere, 17-21.

Hallilla, L. 2005. Hoitotyön kirjaamisen teoreettiset lähtökohdat. Teoksessa Hallilla, L. (Toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Tammi: Keuruu.

Heinonen, K., Syväne, M., Toropainen, E., Nuutinen, H. & Turku, R. 2010. Valtimoterveydeksi! Terveystiedon edistämisen käsikirja. Sosiaali- ja terveysministeriö: Helsinki.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino: Helsinki.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2001. Tutki ja kirjoita. 6-7. painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi: Helsinki

Hämeenlinnan Terveyspalvelut 2012. Väli-Suomen Potku, Loppuraportti. Linnan potku 1.4.2010-31.10.2012. [http://www.potkuhanke.fi/fi/dokumentit-ja-materiaalit/cat\\_view/3-tiedostopankki/61-loppuraportit/64-linnan-potku](http://www.potkuhanke.fi/fi/dokumentit-ja-materiaalit/cat_view/3-tiedostopankki/61-loppuraportit/64-linnan-potku) (Viitattu 29.12.2012.)

Iivanainen, A, Jauhiainen, M & Korkiakoski, L. 1996. Hoitoyön käsikirja.1-4. Painos. Kirjayhtymä: Helsinki.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2012. Hoida ja kirjaa. 7. uudistettu painos. Sanoma Pro, Helsinki.

Ilanne-Parikka, P. 2013. Yhteistyöllä diabeteksen ehkäisyyn ja hyvään hoitoon – onko potilaalasi hoitosuunnitelma? Työterveyslääkäri, vol 31, no: 2, 27-29.

Innokylä- Terveys- ja hyvinvoinnin muutosvoima 2013. Terveys- ja hoitosuunnitelman koulutusmateriaali. <https://wiki.innokyla.fi/innowiki/display/THP/1.+Terveys-+ja+hoitosuunnitelma+hoidon+tukena> (Viitattu 8.9.2013.)

Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Wsoy: Vantaa

Jartti L., Heinonen, T., Upmeier, E. & Seppälä, M. 2011. Vanhus- Päivystyksen suurkuluttajako? Suomen lääkärilehti, vol 66, no 40, 2986-2970

Jik peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä 2012. Väli-Suomen Potku, Loppuraportti. Jik- peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä 1.4.2010-31.10.2012. [http://www.potkuhanke.fi/en /dokumentit-ja-materiaalit/cat\\_view/3-tiedostopankki/61-loppuraportit/63-lakeuden-potku](http://www.potkuhanke.fi/en /dokumentit-ja-materiaalit/cat_view/3-tiedostopankki/61-loppuraportit/63-lakeuden-potku) (Viitattu 29.12.2012.)

Järvi, U. 2013. Potilas irti reseptivuoresta. Suomen lääkärilehti, vol 68. no:47, 3056-3057.

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

Kansallinen terveysarkisto. [www.kanta.fi](http://www.kanta.fi). (Viitattu 8.4.2013.)

Kaukonen, T. & Nenonen, M. 2010. Oikean lääkärin tunnista hoitosuunnitelmasta. Suomen lääkärilehti, vol 65, no 9, 779.

- Kela 2013. Tilasto lääkkeiden korvausoikeuksisa. [www.kela.fi](http://www.kela.fi) (Viitattu 30.8.2013.)
- Kohonneen verenpaineen hoitoketju 2012. <http://hoitoreitit.vsshp.fi> (Viitattu 23.5.2013.)
- Kohonnut verenpaine (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Fysiatriryhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2009 (viitattu 11.3.2013.). Saatavilla Internetissä: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)
- Koikkalainen, P., Ahonen, T., Ruoranen, M., Hänninen, J., Kuusinen, A., Tiikkainen, P. Kettunen, T., Honkanen, P. & Kumpusalo, E. 2012. Rautaista ammattitaitoa – Terveyskeskustyö kestävän kehityksen polulla. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisusarja 126/2012
- Komulainen, J., Mäkinen, R., Rintala, R. & Mäntyranta, T. 2012. Kansallisesta terveys- ja hoitosuunnitelmasta tuli yhtenäinen. Suomen lääkirilehti, vol 67, no 3, 173-176.
- Komulainen, J.; Vuokko, R. & Mäkelä, M. 2011. Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/890688ae-578c-4ab0-aada-1d16c3a7f79f> (Viitattu 11.10.12.)
- Kontio, M. 2010. Moniammatillinen yhteistyö. Tukeva-hanke: Oulu.
- Kratz, C. 1992. Hoitotyön prosessi. 6. Painos. Wsoy, Juva
- Kuronen, R. 2013. POTKUA pitkäaikaissairauksien hoitoon: Syyllisyyden maksimoinnista pystyvyyden tunteen lisääntymiseen. Työterveyslääkäri, vol 31, no: 1, 32-35.
- Kuusisto, A., Koskela, T., Nykänen I. & Kumpusalo, E. 2013. Sepelvaltimotautipotilaan näkökulma toteutuu huonosti terveyskeskushoidossa. Suomen lääkirilehti, vol. 68, no: 41, 2589-2593.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. 1.-2. painos. Edita Prima Oy: Helsinki.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 9.2.2007/159.
- Lehtovirta J. & Vuokko, R. (toim.) 2013. Terveystieteiden rakenteisen kirjaamisen opas Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen Osa 1. Luonnos. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos: Tampere.
- Leppo, K. 2010. Rakenteellisesta terveystieteestä HiAP:iin – mikä muuttui Suomessa 1970-2010?. Teoksessa Stål, T. & Rimpelä, A. (toim.) Terveystieteiden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos: Helsinki.

- Liljamo, C. 2012. Väli-Suomen Potku, Loppuraportti, Lakeudenpotku osahanke 1.4.2010-30.10.2012. [http://www.potkuhanke.fi/fi/dokumentit-ja-materiaalit/cat\\_view/3-tiedostopankki/61-loppuraportit/63-lakeuden-potku?start=10](http://www.potkuhanke.fi/fi/dokumentit-ja-materiaalit/cat_view/3-tiedostopankki/61-loppuraportit/63-lakeuden-potku?start=10) (Viitattu 29.12.2012.)
- Liljamo, P., Kinnunen, U-M. & Ensio, A. 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos: Helsinki.
- Linsamo, M. 2012. Väli-Suomen Potku, Loppuraportti, Päijät Potku osahanke 1.4.2010 – 31.10.2012 [http://www.potkuhanke.fi/en/dokumentit-ja-materiaalit/cat\\_view/3-tiedostopankki/61-loppuraportit/68-paeijaet-potku](http://www.potkuhanke.fi/en/dokumentit-ja-materiaalit/cat_view/3-tiedostopankki/61-loppuraportit/68-paeijaet-potku) (Viitattu 29.12.2012.)
- Lopes, M.H.B.M., Higa, R., Reis, M.J., Oliveira, N. R. & Christóforo, F.F.M. 2010. Evaluation of Nursing Process Usead at a Brazilian Teaching Hospital. International Juornal of Nursing Terminologies and Classifications, vol 21. no: 3, 116-123.
- Lovell, M., Myers, K., Forbes, T., Dresser, G. & Weiss, E. 2011. Peripheral arterial disease: Application of the Chronic Care Model. Juornal of Vascular Nursing, vol 29, no 4, 147-152.
- Länsipuro, L. & Harju, M. 2012. Väli-Suomen Potku, Loppuraportti Pirkka POTKU osahanke 1.4.2010 – 31.10.2012. [http://www.potkuhanke.fi/en/dokumentit-ja-materiaalit/cat\\_view/3-tiedostopankki/61-loppuraportit/67-pirkka-potku](http://www.potkuhanke.fi/en/dokumentit-ja-materiaalit/cat_view/3-tiedostopankki/61-loppuraportit/67-pirkka-potku) (Viitattu 29.12.2012.)
- Mustajoki P. 2012. Duodecim terveyskirjasto. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00095](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00095) (Viitattu 16.2.2013)
- Muurinen, S. 2010. Monisairaille oma vastuutyöntekijä terveystakeskuksiin. Tesso, vol 2, No 8, 42-43.
- Muurinen, S. & Mäntyranta, T. Asiakasvastaava-toiminta pitkäaikaissairauksien terveyshyöty-mallissa. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=41254&name=DLFE-15516.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=41254&name=DLFE-15516.pdf) (Viitattu 25.12.12.)
- Mäntyranta, T. Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli. [http://sty.stakes.fi/TainaMantyrantaTTTPO\\_CCM\\_SADe\\_20100304.ppt](http://sty.stakes.fi/TainaMantyrantaTTTPO_CCM_SADe_20100304.ppt) (Viitattu 11.11.2012)
- Mäntyranta, T. 2012. Terveys- ja hoitosuunnitelmasta hyötyvät niin potilaat kuin hoitopaikatkin. Diabetes ja lääkäri, vol 41, no: 5, 19-20.
- Parviainen,P. & Skarp, T. 2012. Salon terveystpalveluiden esittely. <http://www.salo.fi/terveyspalvelut/> (Viitattu 19.12.12)

Pitkänen, M., Leino, H. & Nurmela, T. 2012. Väli-Suomen Potku, Loppuraportti MaaliPOTKU osahanke 1.4.2010 – 31.10.2012. [http://www.potkuhanke.fi/en/dokumentit-ja-materiaalit/cat\\_view/3-tiedostopankki/61-loppuraportit/62-maalipotku](http://www.potkuhanke.fi/en/dokumentit-ja-materiaalit/cat_view/3-tiedostopankki/61-loppuraportit/62-maalipotku) (Viitattu 29.12.2012.)

Pokorski, S., Moraes, Ma., Chiarelli, R., Costanzi, AP. & Rabelo, ER. 2009. Nursing process: from literature to practice. What are we actually doing? Rev. Latino-am Enfermagem maio-junho; vol 17 no: 3, 302-307

Potku –Potilas kuljettajan paikalle. [www.potkuhanke.fi](http://www.potkuhanke.fi) (Viitattu 22.12.2012.)

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2012. Hoitoyön taidot ja toiminnot. SanomaPro oy: Helsinki.

Routasalo, P. & Pitkälä, K. 2009. Omahoidon tukeminen. Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim: Forssa.

Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. Duodecim, vol 125, no 21, 2351-2359.

Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2010. Pitkäaikaissairaahan omahoidon opastus. Suomen lääkärilehti, vol 65, no 21, 1917-1923.

Ruoranen, M., Koikkalainen, P., Ahonen, T., Salminen, S., Hämäläinen, V., Lämsä, T., Muranen, A., Hänninen, J. & Kettunen, T. 2013. Rautaiset ammattilaiset terveyshyödyn tuottajina. RAMPE-hankkeen loppuraportti 2010 -2012. Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin julkaisusarja 127/2013.

Rönkkö, I. & Väisänen, S. 1998. Tavoitteiden määrittäminen hoitotyön kirjallista suunnitelmaa laadittaessa. Teoksessa Hallila, L. (toim.). Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Tammer-Paino Oy, Tampere, 72-77.

Rönkkö, I., Väisänen, S., Toivanen, I. & Hallilla, L. 1998. Hoitotyön tiivistelmän laatiminen. Teoksessa Hallila, L. (toim.). Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Tammer-Paino Oy, Tampere, 101-111.

Saarelma, O., Lehtovuori, T. & Heinänen, T. 2010. Selkeyttä pitkäaikaissairaiden hoitoon. Yleislääkäri vol 25, no 5, 27-30

Saarelma, O., Lommi, M., Hemminki, A., Leppäkoski, A. & Siefen, L. 2008. Toimiva hoitomalli pitkäaikaissairaiden hoitoon. Suomen lääkärilehti, vol 63, no 50, 4441-4448.

Saarinen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2009. Menetelmäopetuksen tietovaranto KvaliMOTV -kvalitatiivisten menetelmien verkko-oppikirja.

[http://www.fsd.uta.fi/fi/julkaisut/motv\\_pdf/KvaliMOTV.pdf](http://www.fsd.uta.fi/fi/julkaisut/motv_pdf/KvaliMOTV.pdf) (Viitattu 13.4.2014)

Salminen, H. 2012. Minne menet, Salo? –Kaupungin strategian ja johtamisen lyhyt oppimäärä. Salon kaupunki. Strategiakäsikirja.

Salon hyvinvointitilinpito 2011. Terveysten ja hyvinvoinnin edistämisen työryhmä.

Salon terveystieteiden keskus. Diabeteskäsikirja 2012.

Saranto, K. & Kinnunen, U-M. 2009. Evaluating nursing documentation –Research designs and methods: systematic review. Journal of Advanced nursing, vol 65, no 3, 464-476

Saranto, K. & Sonninen, A-L 2007. Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A.-L. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. WSOY oppimateriaalit Oy: Helsinki, 12-16.

Silferberg, P. Ideasta projektiksi –projektinvetäjän käsikirja. Konsultointitoimisto Planpoint Oy, Työministeriö. <http://www.mol.fi/esf/ennakointi/raportit/pvopas.pdf> (Viitattu 3.5.2013)

Solberg, L., Crain, L., Sperl-Hillen, J., Hroskoski, M., Engebretson, K. & O'Connor, P. 2006. Care Quality and Implementation of the Chronic Care Model: A Quantitative Study. Annals of Family Medicine, vol 4, no4, 310-316. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1522152/>

Sonninen, A-L. & Ikonen, H. 2007. Kirjaamisen rakenteen systematisointi. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A.-L. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. WSOY oppimateriaalit Oy: Helsinki, 75-79.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus lääkkeen määräämisestä 2.12.2010/1088

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298

Suhonen, R. 2005. Yksilöllisen hoitotiedon kirjaaminen laadukkaana hoitotyön perustana. Teoksessa Hallilla, L. (Toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Tammi: Keuruu, 36-50.

Sunaert, P., Bastiaens, H., Feyen, L., Snauwaert, B., Nobels, F., Wens, J., Vermeire, E., Van Royen, P., De Maeseneer, J., De Sutter, A. & Willems, S. 2009. Implementation of a program for type 2 diabetes based on the Chronic Care Model in a hospital-centered health care system: "the Belgian experience". BMC Health services research, vol. 9 No 152.

Suurnäkki, A. 2010. Espoon omahoitohanke - Kroonisesti sairaiden hoitomallin ja omahoitoa tukevien palvelujen kehittäminen. Hankkeen loppuraportti 1.9.2005–28.2.2010.

[www.espoo.fi/download/noname/%7BB14F1178-FD4A.../19622](http://www.espoo.fi/download/noname/%7BB14F1178-FD4A.../19622) (Viitattu 26.12.2012)

Suurnäkki, A., Leppäkoski, A. & Pellikka, M. 2010. Espoon potilaslähtöinen pitkäaikaissairauksien hoitomalli teoksessa Muurinen, S., Nenonen, M., Wilskman, K. & Agge, E. (Toim.). Uusi terveydenhuolto Hoitotyön vuosikirja 2010. Edita prima oy 2010, 27-49.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326

Turku, R. 2013. Onko motivoiva haastattelu vastaus elintapaohjauksen haasteisiin? Työterveyslääkäri, vol 31, no: 1, 36-39.

Valvira 2013. Hoitosuunnitelmat pitkäaikaishoidossa ja ensihoito. Ohje 5/2013

Voutilainen, P., Isola, A. & Muurinen, S. 2004. Nursing documentation in nursing homes –state of the art and implications for quality improvement. Scandinavian Journal of Caring Sciences, vol 18, no 1, 72-81.

Wagner, E., Austin, B., Davis, C., Hindmarch, M., Schaefer, J. & Bonomi, A. 2001. Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. Health Affairs vol 20, no 6, 64-78

Wasen, E. 2012. Verenpaineen seuranta ja hoito. Salon terveyskeskus.

Wasen, E. 2012. Valtimotautiverkosto. Laatumittaustulokset 2011. Yhteenveto 8.2.12.

Wilson, P., Brooks, F., Procter, S. & Kendall, S. 2012. The nursing contribution to chronic disease management: A case of public expectation? Qualitative findings from a multiple case study design in England and Wales. International Journal of Nursing Studies, vol 49, no 1, 2-14.

Winell, K., Soveri, P., Heikkinen, K., Paajanen, M., Satuli-Autere, S., Suominen, L. & Tirkkonen, H. 2011. Systemaattisella laatutyöllä parannetaan valtimotautien ehkäisyä. Suomen lääkärilehti, vol 66 no. 22, 1835-1839.



**Salon terveyskeskus**

Annettu: 4.4.2012  
 Laatiija: Lääkitysturvallisuustyöryhmä  
 Hyväksyjä: Sara Sarjakoski-Peltola

## Lääkehoidon tarkistus

Hyvä potilas/omainen \_\_\_\_\_

Toivomme, että tulevaisuudessa huomioisitte seuraavat lääkitykseenne liittyvät asiat lääkärissä käyntien yhteydessä

- Miettikää lääkitykseenne liittyviä kysymyksiä etukäteen ja keskustelkaa niistä lääkärin kanssa. **Pyytäkää luettelo käytössä olevista lääkkeistä ja ottakaa lääkelista mukaanne seuraavalla kerralla kun tulette lääkäriin tai asioitte apteekissa.**
- Miettikää onko lääkelistallanne mahdollisesti lääkkeitä, joiden käyttöön ei ehkä ole enää aihetta tai jotka te itse tai joku muu lääkäri on jo lopettanut.
- Miettikää onko joistain lääkkeitä ollut apua/haittavaikutuksia?
- Kertokaa lääkärille jos olette käyttänyt jotakin **luontaistuotteita tai käsikauppalääkkeitä**
- Jos lääkkeen ottaminen tuottaa vaikeuksia, keskustelkaa lääkärin kanssa ennen kuin lääke lopetetaan kokonaan. Lääkärin kanssa voitte yhdessä punnita lääkkeen hyödyt ja haitat. Usein vaihtoehtoinen lääke voi löytyä.
- Pyytäkää lääkäriä tarkistamaan lääkelistanne ajanvarausvastaanoton yhteydessä

**LÄÄKELISTANNE OLISI SYYTÄ TARKISTAA AINAKIN VUODEN VÄLEIN. KAIKKI JATKUVAT LÄÄKKEET PYRITÄÄN UUSIMAAN SAMALLA KERTAA.**

**Myös apteekkihenkilökunta neuvoo Teitä mielellään lääkitykseenne liittyvissä asioissa!**

**Muistiinpanoja lääkitystänne koskevista asioista, joista mahdollisesti haluatte keskustella lääkärinne kanssa!**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---





## Otsikot hoitosuunnitelma käyntiä varten AVOHO-lehdelle

**Käyntisyys:** t90 diabetes

**Esitiedot:** tyyppin II DM, verenpainetauti, vointi ja potilaan kokemat ongelmat.

**Lääkitys:** Lääkehoitona diabeteksen hoidossa esim. Metforem 500mg 2+2, Lantus insuliini 36 yks.

**Tutkimukset :** labrasta tulleet vastukset , kotimittaukset paastosokerit kotimittauksissa ja ennen ateriaa ja aterian jälkeen.

Verenpaine kotimittauksissa, silmänpohjakuvakset

### **Terveysteen vaikuttavat tekijät:**

Ruokavalio, kalat, rasvat, kuitu ja kasvikset,

Liikunta

Uni

Suu

Tupakka ja Alko

### **Nykytila:**

Pistospaikat

Jalat

### **Mittarit:**

Paino

BMI

VY

RR

### **Asiakkaan omat tavoitteet:**

Liikunta, ruokavalio, tupakoinnin lopettaminen, alkoannosten vähentäminen ? Paino

### **Hoitotyön toiminnot :**

-Hoitotarvikkeet- kynäneulat, liuskat , lansetit, omaseurantavihko

- injektio esim. -Cohemin inj.

-Haavanpuhdistus tai jalkojen hoito

**Suunnitelma:** Seuraava käynti hoitajalla, seuraava käynti lääkärissä

Seuraava käynti labrassa+ EKG,mistä saa vastaukset

## **Otsikot hoitosuunnitelma-lehdelle**

**Hoitosuunnitelma**

**Hoidon tarve**

**Hoidon tavoite**

**Hoidon toteutus ja keinot**

**Hoidon seuranta**

**Muut tiedot (esim. diagnoosi- ja lääkityslista**

**(Hoidon arviointi)**

## Haastattelulomake

Teema 1 Kokemukset terveys- ja hoitosuunnitelmalomakkeesta ja siihen kirjaamisesta:

1. Miten koitte kirjaamisen terveys- ja hoitosuunnitelmalomakkeelle komponenttien mukaan (tarve, tavoite, toteutus, arviointi)?
2. Miten koitte valmiit fraasit ja vapaatekstin tuottamisen?
3. Mitä koulutusta mielestänne tarvitaan, jotta terveys- ja hoitosuunnitelman tekeminen ja käyttö onnistuu hoitajilta/lääkäreiltä?

Teema 2 Kokemukset terveys- ja hoitosuunnitelman käytöstä moniammatillisen yhteistyön välineenä:

1. Miten koitte toimintamallin verrattuna aikaisempaan toimintatapaan moniammatillisen yhteistyön näkökulmasta?
2. Mikä toimintamallissa oli hyvää?
3. Millaisia ongelmia toimintamallin käytössä nousi esille?
4. Miten koitte ajankäytön terveys- ja hoitosuunnitelmien tekemisessä?
5. Miten toimintamallin käyttöä voitaisiin parantaa? Mitä toimintamallissa pitäisi tehdä toisin?

Teema 3 Potilaan rooli toimintamallissa:

1. Miten koitte terveys- ja hoitosuunnitelman laatimisen ja arvioinnin yhdessä potilaan kanssa (tarpeet, keinot, tavoitteet ja arviointi)?
2. Miten potilaat/asiakkaat mielestänne osallistuivat terveys- ja hoitosuunnitelman tekkoon kanssanne?
3. Miten arvioisitte potilaiden/asiakkaiden sitoutuneen hoitoonsa ja sen suunnitteluun pitämienne hoitosuunnitelmapöytäkirjojen aikana?
4. Minkälaisena näette potilaiden omahoidon parantamisen mahdollisuudet terveys- ja hoitosuunnitelman avulla verrattuna aikaisempaan toimintatapaan?

Mitä vielä haluaisit sanoa?

## Kirjallinen suostumus

Opinnäytetyön nimi: Valtimotautipotilaan hoitosuunnitelman kehittäminen ja käyttöönotto Salon  
terveyskeskuksessa Päiväys

### Hyvä vastaaja

Kohteliaimmin pyydän Sinua osallistumaan haastatteluun, jonka tavoitteena on selvittää pilottiryhmän ajatuksia ja kokemuksia projektissa kehitetystä terveys- ja hoitosuunnitelman toimintamallista ja itse terveys- ja hoitosuunnitelmalomakkeesta. Tarkoituksena on arvioida toimintamallia ja sen toimivuutta. Saadun tiedon pohjalta toimintamallia muokataan sellaiseksi, että se soveltuu koko Salon terveyskeskuksen toimipaikkoihin. Tämä aineiston keruu liittyy itsenäisenä osana Valtimotautipotilaan hoitosuunnitelman kehittämiseen ja käyttöönotto -projektiin. Lupa aineiston keruuseen on saatu hallintoylihoitaja Pirjo Parviaiselta 7.1.2013. Suostumuksesi haastateltavaksi vahvistat allekirjoittamalla alla olevan Tietoinen suostumus haastateltavaksi -osan ja toimittamalla sen haastattelijalle.

Sinun osallistumisesi haastatteluun on erittäin tärkeää, koska näin pystymme kehittämään kokeilemaamme toimintamallia paremmaksi. Haastattelun tuloksia tullaan käyttämään niin, ettei yksittäinen haastateltava ole tunnistettavissa. Sinulla on täysi oikeus keskeyttää haastattelu ja kieltää käytästä Sinuun liittyvää aineistoa, jos niin haluat.

Tämä aineiston keruu liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylempään ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvaan opinnäytteeseen. Opinnäytetyöni ohjaaja on Marjo Salmela, Yliopettaja, Turun amk/Terveysala.

Osallistumisestasi kiittäen

Jenni Hartikainen

Sairaanhoitaja/ kliininen asiantuntija yamk-opiskelija

Yhteystiedot

[jenni.hartikainen@students.turkuamk.fi](mailto:jenni.hartikainen@students.turkuamk.fi)

---

### Tietoinen suostumus haastateltavaksi

Olen saanut riittävästi tietoa \_\_\_\_\_ opinnäytetyöstä, ja siitä tietoisena suostun haastateltavaksi.

Päiväys \_\_\_\_\_

Allekirjoitus \_\_\_\_\_

Nimen selvennys \_\_\_\_\_

Yhteystiedot (tarvittaessa) \_\_\_\_\_

## **Henkilötietolakin 523/1999 edellyttämä rekisteriseloste**

Rekisterinpitäjä on laatinut henkilörekisteristä seuraavan rekisteriselosteen

### **1) Rekisterinpitäjä**

Jenni Hartikainen, sairaanhoitaja / YAMK-opiskelija  
Turun ammattikorkeakoulu  
Ruiskatu 8, 20720 Turku

### **2) Henkilötietojen käsittelyn tarkoitus**

Tutkimuksessa kerätään aineisto haastattelemalla. Henkilötiedoista kerätään kirjallisena nimi, puhelinnumero / sähköpostiosoite. Edellisiä tietoja käytetään, kun henkilöiden kanssa sovitaan ryhmähaastatteluajankohta.

### **3) Kuvaus rekisteröityjen ryhmästä ja näihin liittyvistä tiedoista**

Rekisteröityjen ryhmän muodostaa kuusi terveysalan ammattilaista (kaksi lääkäriä, kaksi sairaanhoitajaa ja kaksi aikuisneuvonnan terveydenhoitajaa Salon terveyskeskuksesta). Heiltä kerätään nimi, puhelinnumero / sähköpostiosoite.

### **4) Tietojen luovuttaminen ja siirtäminen**

Tiedot luovutetaan vain tutkimuksen tekijälle Suomessa. Tietoja ei luovuteta Euroopan unionin tai Euroopan talousalueen ulkopuolelle.

### **5) Kuvaus rekisterin suojauksen periaatteista**

Rekisterin tiedot säilytetään rekisterinpitäjän lukollisessa kaapissa, ja ne hävitetään tutkimusraportin valmistuttua paperisilppurissa.

Rekisteriseloste on kaikkien saatavilla rekisterinpitäjältä.

Turussa 3.5.2013

Jenni Hartikainen, sairaanhoitaja / YAMK-opiskelija  
Turun ammattikorkeakoulu  
Ruiskatu 8  
20720 Turku

Ohjaaja: Marjo Salmela, yliopettaja,  
TtT  
Turun ammattikorkeakoulu  
Ruiskatu 8  
20720 Turku