



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Asiakastyytyväisyystutkimus Hämeenlinnan Terveyspalvelut -liikelaitokselle terveyshyöty- mallin hoitosuunnitelmasta

Jenna Helsto

Katri Närhi

2014 Hyvinkää

Laurea-ammattikorkeakoulu
Hyvinkää

Asiakastyytyväisyystutkimus Hämeenlinnan
Terveyspalvelut -liikelaitokselle terveyshyötymallin
hoitosuunnitelmasta

Helsto Jenna
Närhi Katri
Terveystenhoitaja AMK
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2014

Helsto, Jenna
Närhi, Katri

Asiakastyytyväisyystutkimus Hämeenlinnan Terveyspalvelut -liikelaitokselle terveyshyötymallin hoitosuunnitelmasta

Vuosi 2014 Sivumäärä 61

Opinnäytetyön tarkoituksena oli toteuttaa asiakastyytyväisyystutkimus Hämeenlinnan Terveyspalvelut -liikelaitokselle terveyshyötymallin (Chronic Care Model) hoitosuunnitelmasta. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitkä asiat toimivat hoitosuunnitelmassa, mitä ongelmakohtia siinä on ja miten sitä voitaisiin kehittää. Opinnäytetyön tulosten perusteella Hämeenlinnan Terveyspalvelut voi kehittää asiakkaiden hoitoa sekä hoitosuunnitelmaa.

Opinnäytetyön ajatus syntyi Hyvinkään Laurean opiskelijoiden toteuttamasta hankkeesta Hämeenlinnan Terveyspalveluille keväällä 2013. Hanke toteutettiin asiakastyytyväisyystutkimuksena, jossa tutkittiin asiakkaiden tyytyväisyyttä Terveyspalveluihin. Hankkeen tutkimuksessa todettiin, että hoitosuunnitelmassa on ongelmakohtia. Toive hoitosuunnitelman tutkimisesta opinnäytetyönä tuli Hämeenlinnan Terveyspalveluilta. Hämeenlinnan Terveyspalvelut on ollut mukana pitkäaikaissairauksien ennaltaehkäisyyn ja hoitoon paneutuvassa Potku-hankkeessa (Potilas kuljettajan paikalle). Hanke toteutuu Hämeenlinnassa terveyshyötymallin mukaisesti. Terveyshyötymallin päätarkoitus on hoitaa pitkäaikaissairauksia niiden vaatimalla tavalla ja unohtaa vallalla olevat akuuttihoiton piirteet pitkäaikaissairaiden hoidossa. Terveyshyötymalli keskittyy asiakkaan pitkäaikaissairauksien omahoitoon ja asiakkaan voimaantumiseen muun muassa hoitosuunnitelman avulla.

Opinnäytetyön teoriaosuudessa käsitellään hankkeita, jotka ovat Hämeenlinnan Terveyspalvelut -liikelaitoksen palveluiden takana, terveyshyötymallia, hoitosuunnitelmaa, omahoitoa, voimaantumista, asiakkuutta, pitkäaikaissairauksia sekä terveyden edistämisen merkitystä terveyshyötymallin avulla. Opinnäytetyön tutkimuksellisessa osuudessa selvitettiin tyytyväisyyttä hoitosuunnitelmaan asiakkaiden näkökulmasta. Tutkimus toteutettiin laadullisella tutkimusmenetelmällä, haastatteleamalla kymmentä Hämeenlinnan Terveyspalveluiden asiakasta. Haastatteluteemat koskivat hoitosuunnitelmaa yleisesti, sen tekoa, päivitystä, sisältöä, kehittämistä sekä asiakkaan hoitoa hoitosuunnitelman avulla. Litteroitu haastatteluaineisto analysoitiin sisällönanalyysillä, joka mahdollisti aineiston käsittelyn informaatiota kadottamatta. Tutkimuksen tuloksista selvisi, että hoitosuunnitelma on hyvä osa asiakkaan hoitoa, mutta sen tarkoitus ei välttämättä toteudu käytännön hoidossa. Tuloksista nousi esiin, että hoitosuunnitelman sisältöä ja tarkoitusta tulisi korostaa enemmän osana asiakkaan hoitoa.

Asiasanat: hoitosuunnitelma, terveyshyötymalli, omahoito, voimaantuminen, asiakkuus, pitkäaikaissairaus

Helsto, Jenna
Närhi, Katri

A customer satisfaction survey for Hämeenlinna health services according to the “Chronic Care Model Plan”.

Year	2014	Pages	61
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to perform a customer satisfaction survey for Hämeenlinna health services according to the “Chronic Care Model Plan”. The purpose was to find out what aspects in the care plan worked and how the plan could be improved. According to the survey, the health services of Hämeenlinna can improve customer health care and health care planning.

The thesis was performed as a student project from the students of the University of Applied Sciences Laurea in Hyvinkää for the health services of Hämeenlinna spring 2013. The project was implemented as a customer satisfaction survey, which was the wish of the health services of Hämeenlinna. It was discovered that the health care plan had some shortcomings. The health services of Hämeenlinna have been part of the Potku plan (Potilas kuljettajan paikalle), which is for the prevention and care of long-term illnesses. The plan is arranged as the “Chronic Care Model Plan” in Hämeenlinna. The model’s main purpose is to treat long-term illnesses in a way that they are required and to forget the prevalent acute care features. The “Chronic Care Model Plan” is focused on a customer’s self-care and the empowerment of a customer with the help of the care plan.

The theory section of this thesis handles projects of the Health services of Hämeenlinna, “Chronic Care Model Plan”, care plan, self-care, empowerment, customer relationships, long term illnesses as well as how to improve health with the “Chronic Care Model Plan”. The research part of this thesis focuses on the satisfaction survey and its results. The research was carried out using a quality based method, interviewing ten customers of the health services of Hämeenlinna. Themes in the interviews focused on the general aspects of the care plan, its contents, how it’s implemented, updated, developed and customer care according to the plan. The survey report was analyzed with content analysis, which enabled handling the report without losing information. It was revealed that a care plan is a good part of customer care, but its purpose was not implemented in reality in actual care. Also it was found that the content and the purpose of the care plan should be highlighted more in customer care.

Keywords: care plan, Chronic Care Model Plan, self-care, empowerment, customer relations, long term illness

Sisällys

1	Johdanto.....	7
2	Kaste-ohjelma	8
	2.1 Potku-hankkeet.....	8
3	Terveyshyötymalli.....	9
	3.1 Terveyshyötymalli Hämeenlinnassa	10
	3.2 Hoitajan rooli	11
	3.2.1 Terveyttä edistävä ohjaus	12
	3.3 Omaha-ohje	12
	3.4 Voimaantuminen	14
	3.5 Terveys- ja hoitosuunnitelma	15
	3.5.1 Hoitosuunnitelma terveyshyötymallissa	16
	3.6 Terveystieteen edistämisen näkökulma	17
	3.7 Asiakkuus ja asiakaslähtöisyys	18
	3.8 Asiakastyytyväisyys ja asiakaspalaute	19
4	Hämeenlinnan Terveyshyötöpalveluiden asiakaskunta	21
	4.1 Verenpainetauti	21
	4.2 Veren rasva-aineenvaihduntahäiriöt.....	22
	4.3 Metabolinen oireyhtymä (MBO).....	23
	4.4 Diabetes.....	24
	4.4.1 Tyypin 1 diabetes	24
	4.4.2 Tyypin 2 diabetes	25
	4.5 Depressio	26
5	Tutkimuksen toteutus	27
	5.1 Tutkimuksen lähtökohdat ja tutkimusongelmat	27
	5.2 Tutkimusmenetelmä.....	27
	5.3 Aineiston keruu ja kohderyhmä.....	28
	5.4 Aineiston analysointi.....	29
6	Tulokset.....	34
	6.1 Hoitosuunnitelmassa toimivat asiat.....	36
	6.2 Hoitosuunnitelman ongelmakohdat	38
	6.3 Hoitosuunnitelman kehittämiskohteet	41
7	Pohdinta	42
	7.1 Eettisyys ja luotettavuus.....	42
	7.2 Tutkimustulosten tarkastelua	44
	7.3 Kehittyminen asiantuntijuuteen.....	45
	7.4 Kehittämisen ja jatkotutkimukset	46
	Lähteet	48

Kuvat	52
Taulukot	53
Liitteet	54

1 Johdanto

Pitkäaikaissairaudet ovat suurin kuoleman aiheuttaja maailmassa. Noin 63 % maailman väestöstä menehtyy johonkin pitkäaikaissairauteen. Pitkäaikaissairauksiksi luetaan diabetes, sydän- ja verenkierron sairaudet, mielialahäiriöt, erilaiset syövät, metabolinen oireyhtymä, lihavuus, keuhkohtaumatauti, astma, allergiat, tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä alkoholismi. Pitkäaikaissairaudet ovat yleisimpiä alemmassa sosioekonomisessa ryhmässä. Monet pitkäaikaissairaudet olisivat estettävissä terveillä elämäntavoilla. Esimerkiksi 90 % tyypin 2 diabeteksestä olisi ehkäistävissä hyvillä terveystottumuksilla. (World Health Organization 2013; Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos 2013b.)

Väli-Suomen Kaste-hanke keskittyy Potku-hankkeiden avulla osaltaan pitkäaikaissairauksien hoitoon ja ennaltaehkäisyyn. Hankkeet toteutuvat kuntatasolla terveyshyötymallin mukaisesti. Terveyshyötymalli (Chronic care model) on amerikkalaisen Edward H. Wagnerin kehittämä pitkäaikaissairaiden hoitomalli. Terveyshyötymalli keskittyy pitkäaikaissairauden omahoitoon muun muassa hoitosuunnitelman avulla. Tavoitteina terveyshyötymallissa on saavuttaa asiakkaan voimaantuminen ja omahoidon toteutuminen. (Potku2 2013c.)

Hämeenlinnan Terveyspalvelut tuottaa Hämeenlinnan ja sen lähialueiden noin 67 000 asukkaalle palvelusopimuksen mukaisia perusterveydenhuollon palveluita. Näitä palveluita tarjotaan kahdeksalla eri terveysasemalla, jotka sijaitsevat maantieteellisesti erillään. Viipurintien terveysasemalla on terveyshyötupalveluiden toimipiste, jossa toteutetaan terveyshyötymallin mukaista hoitoa. Hämeenlinnan Terveyspalvelut -liikelaitos on ollut mukana Potku- sekä Potku2 -hankkeissa. (Hämeenlinnan Terveyspalvelut 2013b; Potku2 2013d). Hyvinkään Laurean opiskelijat toteuttivat keväällä 2013 asiakastyytyväisyystutkimuksen Hämeenlinnan Terveyspalvelut -liikelaitoksen terveyshyötupalveluihin. Asiakastyytyväisyystutkimuksessa tutkittiin asiakkaiden yleistä tyytyväisyyttä terveyshyötupalveluihin, hoitosuunnitelmaan sekä eOmahoitoon. Tutkimuksen mukaan asiakkaat olivat pääosin tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Kuitenkin muun muassa hoitosuunnitelmasta löytyi ongelmakohtia. Näin ollen projektipäällikkö Lilli Väisänen esitti toiveen, että Terveyshyötupalveluihin toteutettaisiin uusi asiakastyytyväisyystutkimus, jossa syvennyttäisiin hoitosuunnitelmaan. Tästä syntyi aihe opinnäytetyöhön.

Opinnäytetyön pohjana siis toimivat Potku-hankkeet, terveyshyötymalli sekä keväällä 2013 tehty asiakastyytyväisyystutkimus. Opinnäytetyön tarkoituksena oli löytää hoitosuunnitelmassa esiintyvät ongelmakohdat sekä saada asiakkailta kehittämisideoita. Näin ollen tavoitteena oli tuottaa Terveyshyötupalveluiden henkilökunnalle tietoa asiakkaan näkökulmasta. Työn tulosten perusteella henkilökunnalla on mahdollisuus kehittää omaa toimintaansa Hämeenlinnan Terveyshyötupalveluissa.

2 Kaste-ohjelma

Kaste-hanke juontuu sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisesta Kaste-kehittämisohjelmasta. Kaste-ohjelma pyrkii keskittymään sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoiden ja kansalaisten esiintuomiin kehittämistarpeisiin. Kaste-ohjelman tavoitteina on, että sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteet ja palvelut olisivat asiakaslähtöisiä sekä hyvinvointi ja terveyserot kaunistuisivat. Kaste-ohjelman toteuttamiseen osallistuvat kunnat ja kuntayhtymät, eri hallinnon alat, järjestöt, yritykset, seurakunnat, koulutusyksiköt sekä kansalliset ja alueelliset tutkimus- ja kehittämissyksiköt. (Sosiaali - ja terveysministeriö 2013.)

2.1 Potku-hankkeet

Kaste-ohjelmaan kuuluvat Väli-Suomen Kaste-hankkeet. Ensimmäinen hanke on toteutettu vuosina 2010 - 2012 Potku-nimellä. Toinen Kaste-hanke toteutuu vuosina 2012 - 2014 nimellä Potku2. Potku on lyhenne sanoista potilas kuljettajan paikalle. Potku-hankkeiden tavoitteena on parantaa pitkäaikaissairauksien ennaltaehkäisyä ja hoitoa terveyshyötymallin mukaisesti. Potku-hankkeen aikana tehtiin pitkäaikaissairauksien kehittämistyötä terveyshyötymallin osaluilla. Potku2-hankkeessa jatkettiin siitä, mihin ensimmäisessä hankkeessa jäätiin. Potku2-hankkeen tarkoitus on tukea Potku-hankkeessa kehitettyjen ja hyväksi havaittujen pitkäaikaissairauksien hoitomallien käyttöönottoa Väli-Suomessa. (Potku 2013b; Esite 2013.)

Tavoitteena Potku2-hankkeessa on, että asiakkaiden osallisuus oman hoidon suunnitteluun yhdessä ammattilaisen kanssa luodun hoitosuunnitelman avulla lisääntyisi. Lisäksi tavoitteena on, että palveluvalikoiman palveluiden hyödyntäminen omahoidossa omien tarpeiden mukaisesti kasvaisi. Näiden lisäksi asiakkaiden hoito toteutetaan yhteistyössä erikoissairaanhoidon, sosiaalitoimen, yksityisen ja kolmannen sektorin kanssa sekä hyödynnetään organisaation omia ja muita palveluntuottajien tarjoamia palveluita, jotka lisäävät omahoitoa. Hoitoa pyritään kehittämään suunnitelmalliseksi ja edelleen potilaslähtöisemmäksi, jossa organisaation johto määrittelee toiminnan tavoitteet ja valvoo niiden toteutumista. Asiakkaat saavat olla osallisena palveluiden kehittämisessä. Ammattilaiset työskentelevät voimaannuttavalla työotteella ja toimivat moniammatillisessa yhteistyössä eri toimialojen kanssa. Omahoitoa tukevat palvelut pyritään tekemään selkeästi näkyviksi asiakkaille ja ammattilaisille. Tuloksellinen yhteistyö asiakkaan ja ammattilaisen välillä voimaannuttaa asiakasta ja tuo toivoa paremmasta. Potku2-hanke jakautuu osahankkeisiin, joita ovat Häme-Potku, Pirkka-Potku, Pohjanmaan Potku ja Päijät-Potku. Potku1-hankkeen osahankkeita olivat Laukeuden Potku, Linnan Potku, Maalipotku, Mustasaaren Potku, Pietarsaaren Potku, Pirkka-Potku ja Päijät Potku. (Potku 2013b; Esite 2013; Potku2 2013a.)

3 Terveystyömalli

Terveystyömalli on amerikkalaisen Edward H. Wagnerin ja hänen kollegoidensa vuonna 1998 esittelemä malli pitkäaikaissairaiden hoidon järjestämisestä. Mallissa keskitytään asiakkaisiin, jotka ovat pitkäaikaissairaita ja tarvitsevat pitkäkestoista tai jatkuvaa hoitoa sekä huolenpitoa. Pitkäaikaissairauksien määrän kasvun johdosta terveydenhuolto tarvitsee uudenlaisia toimintatapoja. Amerikkalaisista yli 145 000 000 eli noin puolet väestöstä sairastaa jotakin pitkäaikaissairautta. Määrän ennustetaan kasvavan yli yhden prosentin vuodessa vuoteen 2030 mennessä, jolloin pitkäaikaissairaiden määrä amerikkalaisessa väestössä on noin 171 000 000. Ensisijaisesti terveystyömallia käytetään perusterveydenhuollossa (Muurinen & Mäntyranta 2013; Improving chronic illness care 2013.) Mallissa on kuusi komponenttia: omahoidon tuki, päätöksenteon tuki, palveluvalikoima, tietojärjestelmien tehokas käyttö, ympäröivien yhteisöjen tuki ja palvelutuottajan sitoutuminen Terveystyömallin kaikki komponentit tulee huomioida yhtäaikaaisesti sitä sovellettaessa. Näin taataan paras mahdollinen hoitotulos. (Krohn 2011, 8-16.)

Hyvässä pitkäaikaissairaiden hoidossa on neljä eri elementtiä; asiakkaan itsehoitotaitojen arviointi, hoidon yksilöllinen räätälöinti, hoitotavoitteiden luominen ja ongelmien ratkaisu yhteistyössä asiakkaan kanssa sekä jatkuva ja aktiivinen seuranta. Terveystyömalli perustuu Chronic care modeliin (CCM). Ajatus mallin takana on alun perin se, että perusterveydenhuolto ei enää pysty vastaamaan kroonisten sairauksien lisääntymisen luomaan haasteeseen. Terveystyömallin luojat huomasivat, että pitkäaikaissairauksien hoito toteutuu akuutin hoitomallin mukaisesti. Akuutissa hoidossa toiminta on sairaus- ja lääkärikeskeistä ja vuorovaikutuksessa tärkeintä on diagnostisen informaation antaminen. Tällainen toimintamalli ei tue pitkäaikaissairaiden asiakkaiden omahoitoa. (Krohn 2011; Potku2 2013c.)

Terveystyömalli on viitekehys ja kehittämisen ajattelumalli. Malli tarjoaa puitteet hoidon hallitulle järjestämiselle ja vaikuttavuuden parantumiselle, eikä se ole perinteinen suoraan sovellettava hoitomalli. Organisaatiossa, jossa käytetään terveystyömallia, toiminta on asiakas- ja tiimikeskeistä, ennakoivaa ja vuorovaikutus on asiakasta voimaannuttavaa. Palveluvalikossa on potilaalle tarjolla monimuotoisia omahoidon tukikeinoja, hoitotiimi tuntee asiakkaan tilanteen sekä hoitohenkilökunnalla on tuki päätöksenteolle että voimavarat korkealaatuisen hoidon toteuttamiseen. Pitkäaikaissairaiden hoitomalli tarjoaa puitteet terveydenhuollon uudelleen suunnittelulle ja tukee organisaatiota. (Potku2 2013c; Wagner 2010.)

Terveystyömallin mukaisesti pitkäaikaissairaiden hoito toteutetaan niin, että potilas tuntee hyvin oman sairautensa sekä hoitomahdollisuudet ja toimii itse niin, että sairaudesta aiheutuva haitta on mahdollisimman pieni. Asiakkaan tukena toimii aktiivinen hoitotiimi, joka tarjoaa tarvittavan tuen, kun asiakas tekee itse omaa hoitoaan koskevia päätöksiä. Organisaatio tar-

joaa tarvittavat resurssit korkealaatuisen hoidon toteuttamiseksi. Kokonaisuudessaan terveyshyötymallin tarkoituksena on parantaa pitkäaikaissairaiden asiakkaiden hoidon tuloksia, hallita kustannuksia ja ylläpitää asiakkaan työ- ja toimintakykyä. Tällainen ennaltaehkäisevä, asiakkaan omahoitoa ja voimaantumista aktivoiva toimintatapa vähentää ennakoimattomia päivystyskäyntejä. Terveysyödyn lisääntyessä hoidon laatu paranee, saavutetaan paremmat hoitotulokset ja hyödynnetään resursseja tehokkaammin. Akuuttihoiton vähentyessä kustannussäästöt mahdollistuvat. Lisäksi tehokas pitkäaikaissairauksien ennaltaehkäisy vähentää jo itsessään kustannuksia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010; Wagner 2010.)

3.1 Terveysyötymalli Hämeenlinnassa

Hämeenlinnassa terveyshyötymallia toteutetaan Viipurintien terveysaseman Terveysyötöpalveluissa. Terveysyötöpalvelut on perusterveydenhuollonyksikkö, jossa palvelut on yhdistetty yhdeksi kokonaisuudeksi. Terveysyötöpalveluiden tavoitteena on parantaa asiakkaiden hoitotuloksia. Hämeenlinnan Terveysyötöpalveluissa korostuu omahoidon valmennus, jossa asiakas määrittelee elämäntapamuutoksensa ja saa tukea sen toteuttamiseksi. Hoitosuunnitelma tehdään yhdessä asiakkaan kanssa ja tarkoituksena on, että asiakas saa hoitosuunnitelman mukaansa kotiin. Hoitosuunnitelma on yksilöllisesti asiakkaalle rakennettu ja siinä mainituilla konkreettisilla teoilla ja valinnoilla asiakas saa pohjan elämäntapamuutokselle. Elintapamuutos on noin 1-2 vuoden mittainen projekti, jonka aikana asiakkaan tarvitsemat perusterveydenhuollon palvelut tarjotaan Terveysyötöpalveluissa. Lisäksi Terveysyötöpalveluissa on käytössä eOmahoito, joka on sähköinen terveystietokanta. Sen kautta asiakas näkee rokotus-, lääkitys- ja diagnoositietoja, laboratoriotuloksia sekä hoitosuunnitelmansa. Tämä sähköinen terveyspalvelu mahdollistaa sähköisen viestinnän hoitavan tiimin kanssa. (Hämeenlinnan terveyspalvelut 2013a; Esite 2013b.)

Terveysyötöpalveluiden asiakkaaksi voi päästä asiantuntijalääkärin tai terveydenhuollon asiantuntijan suosituksella. Tärkeintä on asiakkaan motivaatio ja tahto parantaa omaa terveyttään. Toiminnan pohjana on, että asiakas on valmis elämäntapamuutokseen. Asiakkaiden valinnassa käytetään Terveysyötöpalveluissa määriteltyjä kriteerejä, esimerkiksi terveydenhuollossa vakiintuneita terveystilastoja. Asiakas saa tuekseen hoitoa koordinoivan ammattilaisen, jolla on käytettävissään moniammatillinen tiimi. Terveysyötöpalveluiden tiimiin kuuluvat palvelupäällikkö, palvelukoordinaattori, ravitsemusterapeutti, toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti, lähihoitaja, seitsemän sairaanhoitajaa, psykiatrisen sairaanhoitaja, kaksi geriatrisen erikoislääkärin, kaksi yleislääkärin, sisätautien erikoislääkärin, keuhkotautien erikoislääkärin, A-klinikan työntekijä sekä suunterveydenhuollosta suuhygienisti ja hammaslääkärin. (Hämeenlinnan terveyspalvelut 2013a.)

kaaseen yhteydessä joko kirjeitse tai puhelimitse. Omahoitaja kartoittaa asiakkaan tilanteen aikaisempien sairauskertomusmerkintöjen perusteella sekä kommunikoimalla asiakkaan kanssa. Asiakas ottaa aina ensisijaisesti yhteyttä omahoitajaan pitkäaikaissairauksiensa hoitoon liittyvissä asioissa. Kommunikaatio asiakkaan kanssa pohjautuu motivoivaan haastatteluun. Motivoiva haastattelu on ohjausmenetelmä, joka keskittyy asiakkaaseen. Sen tavoitteena on vahvistaa asiakkaan sisäistä motivaatiota muutokseen ongelmakäyttäytymisen selvittelyn ja tutkimisen avulla. (Potku2 2013b; Wagner 2010; Mustajoki & Kunnamo 2009.)

3.2.1 Terveyttä edistävä ohjaus

Terveyttä edistävä ohjaus on yksi terveydenhuollon ammattilaisten keskeinen tehtävä. Yksilöllistä terveysneuvontaa voidaan antaa terveystarkastusten ja sairaanhoidon yhteydessä. Ihmisten elämäntavat ovat usein hankalasti muutettavissa, koska ihmiset ovat riippuvaisia monesti omista tavoistaan. Näin ollen hoitohenkilökunnalla tulee olla hyvät tiedot ja taidot terveisiin elämäntapoihin ohjaamisessa ja tukemisessa. Viimekädessä vastuu hoitoon ja elämäntapamuutoksiin sitoutumisessa on asiakkaalla itsellään. Kuitenkin hoitohenkilökunnalla on ammatillinen vastuu tukea ja motivoida asiakasta päätöksenteossa ja itsensä hoitamisessa. Pitkäaikais- ja monisairaiden asiakkaiden hoitoon sitoutumisessa on kysymys niin hoito-ohjeiden noudattamisesta kuin myös laajemmin terveyttä tukevista ja sairauden pahenemista ehkäisevistä elämäntavoista. Koska pitkäaikaissairaiden hoitoon sitoutumisella on myös kansantaloudellinen ja -terveydellinen merkitys, on se haaste terveydenhuollon henkilöstölle. Huonosti hoidettu tai hoitamaton pitkäaikaissairaus lisää asiakkaan hoitokäyntejä ja päiviä sairaalassa sekä aiheuttaa lisäsairauksia, jotka lisäävät hoitokuluja. Hyvä terveyttä edistävä ohjaus ennaltaehkäisee tällaisia taloudellisia kustannuksia. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 62-63.)

Paras mahdollisuus vaikuttaa asiakkaan terveyskäyttäytymiseen on silloin, kun sairaus todetaan. Tällöin asiakkaan motivaatio muuttua käyttäytymistään on hyvä. Tämä tulee huomioida hoitopolkua suunniteltaessa. Kun asiakkaalla todetaan uusi pitkäaikaissairaus, olisi optimaalista ohjata hänet heti Terveysyhyötypalveluiden hoitajan vastaanotolle saamaan oikea-aikaista terveyttä edistävää ohjausta. Ohjauksessa tulee painottaa terveyden merkityksen ymmärtämistä. Ammatilaisen tulee tukea asiakkaan omien voimavarojen käyttämistä ja pyrkiä vaikuttamaan ulkoisiin tekijöihin. (Häkkinen 2013.)

3.3 Omahoito

Käsitteenä omahoito on ammattihenkilön kanssa yhdessä räätälöity, asiakkaan tilanteeseen parhaiten sopivaa näyttöön perustuvaa hoitoa. Tuettu omahoito on yksi niistä elementeistä, joita terveysyhyötymallilla pyritään kehittämään. Tuettu omahoito tarkoittaa käytännössä sitä, että ammattilainen tukee asiakasta hänen päättäessään itse edistää omaa terveyttään. Am-

mattilainen toimii asiakkaan valmentajana tavoitteiden saavuttamisessa ja tukena keinojen löytämisessä. Asiakas tekee itse terveyteensä liittyvät arkipäivän muutokset ja ammattilainen tukee häntä näissä päätöksissä. Näissä olosuhteissa asiakas voi luottaa enemmän ammattilaiseen. (Routasalo & Pitkälä 2009, 6; Potku 2013a.)

Tutkimukset ovat osoittaneet, että asiakkaiden omahoito vaikuttaa positiivisesti sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon sekä elintapojen kohentamiseen. Omahoitoon perustuva hoito-ohjelma vähentää sairaalajaksoja, parantaa potilaiden hoitotasapainoa, vähentää sairauksien ilmaantuvuutta sekä ennen aikaista kuolemanriskiä. Omahoito merkitsee sitä, että asiakas on aktiivinen osallistuja oman hoidon suunnittelussa ja elämäntapamuutosten toteuttamisessa. Asiakas nähdään oman tilanteensa ja elämänsä parhaana asiantuntijana. Hoitoratkaisujen ja päätösten teko siirtyy asiakkaalle ja ammattilainen toimii valmentajana, rinnalla kulkijana ja auttaa tarvittaessa. Omahoidolla tuetaan asiakkaan omaa ongelmanratkaisu- ja päätöksentekokykyä, jolloin asiakas on vastuussa omista ratkaisuistaan. (Routasalo & Pitkälä 2009, 5-6.)

Kun hoitaja ja asiakas ovat tasavertaisessa suhteessa ja hoidon suunnittelu lähtee asiakkaasta, voidaan puhua valmentajasuhteesta. Valmentajasuhteessa ammattilainen ottaa selvää asiakkaan arjesta, toiveista, kokemuksista, uskomuksista ja peloista ja miettii niiden perusteella yhdessä asiakkaan kanssa sopivimman hoidon. Asiakkaan arvot ohjaavat tavoitteiden asettelua, ja asiakas päättää viimekädessä itse hoidon toteutuksesta. Vastuu kannetaan yhdessä ammattilaisen kanssa, mikä lisää luottamusta ammattihenkilöön. Repsahduksen sattuesssa ammattihenkilö tukee, kannustaa ja rohkaisee asiakasta. Omahoidon tuloksena asiakas kokee voimaantumisen ja pystyvyyden tunteita ja näin ollen halua jatkaa omahoitoaan. Pystyvyyden tunne on asiakkaan uskoa siihen, että hän kykenee hallitsemaan omaa toimintaansa. Omahoitoon vaikuttaa monet tekijät, kuten motivaatio, tieto, käsitys sairaudesta, oireet, sairaudet, uskomukset, luottamus itseän sekä sosiaalinen tilanne. Asiakkaan omahoitovalmiutta tulee arvioida jatkuvasti. Asiakkaalla on myös oikeus sairaudestaan ja sen aiheuttamista riskeistä huolimatta jatkaa entistä elämäntapaansa, vaikka se ei ammattilaisen näkökulmasta olisikaan toivottavaa. (Routasalo & Pitkälä 2009, 7,9,11, 14.)

Omahoidon valmiuksien tunnistamisessa voidaan hyödyntää muutosvaihemallia. Muutosvaihemallin keskeinen ajatus on, että muutosprosessissa edetään erilaisista vaiheista toisiin. Nämä vaiheet eivät välttämättä ole peräkkäisiä. Käytännössä asiakas saattaa kulkea vaiheiden välillä edestakaisin. Prosessin alkuvaiheessa asiakas hyötyy tiheistä tapaamisista. Esiharkintavaiheessa asiakas ei tiedosta muutostarvetta tai hän ei pidä muutosta mahdollisena. Hän saattaa kokea voimavaransa riittämättömäksi esimerkiksi aikaisempien epäonnistumisten takia. Esiharkintavaiheessa olevaa asiakasta tulee tukea painottamalla muutoksen tarpeellisuutta ja tukea pystyvyyttä tuomalla esiin erilaisia arkielämän pieniä elintapamuutosvaihtoehtoja. Pie-nillä muutoksilla asiakas voi vähentää sairastumisen riskiä sekä tehostaa sairauksien hoitoa.

Tämä johtaa harkintavaiheeseen, jossa asiakas tunnistaa muutoksen tarpeen ja pohtii omia mahdollisuuksiaan saavuttaa omahoidon etuja. Ammatilainen tukee asiakasta tunnistamaan muutoksen etuja ja auttaa löytämään hänelle itselleen mieleisiä käytännön mahdollisuuksia sen toteuttamiseen. Valmistelu- ja aloitteluvaiheessa asiakas toteuttaa vähitellen muutosta mahdollisesti vielä hieman hioen sen konkreettisuutta. Ammatilainen kannustaa ja tukee asiakasta suunnittelussa ja muutoksen muokkaamisessa. Ylläpitovaiheessa asiakas jatkaa suunnitelman toteuttamista. Ammatilainen kannustaa muutoksen toteutumista ja tukee asiakkaan muutoksen seurantaan. Prosessin tukemista edistää hoitosuhteen jatkuvuus. (Marttila 2012.)

3.4 Voimaantuminen

Voimaantuminen (empowerment) on viime vuosina vakiintunut eräksi hoitoon sitoutumista koskevan tutkimuksen ja ohjauksen lähtökohdaksi. Voimaantuminen on perusteellisen hoitoon sitoutumisen edellytys. Voimaantuminen tarkoittaa kykeneväksi ja täysivaltaiseksi tulemistä, ja siinä asiakkaan kyky vaikuttaa omaan elämäänsä kasvaa. Voimaantuminen on yksilöllinen prosessi ja se mahdollistuu vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa. Ympäristötekijöillä on vaikutusta tässä tapahtumassa. Asiakkaan voimaantumisen prosessin määrittelevät hänen asettamansa tavoitteet sekä omiin kykyihin ja tilanteisiin liittyvät tunteet ja uskomukset. Tuloksena tästä prosessista on sisäinen voiman tunne. Sisäinen voiman tunne helpottaa sekä auttaa hoitoon liittyvien tilanteiden järjestämisessä ja ratkaisujen löytämisessä sekä tekemisessä. Voimaantunut asiakas määrää itse itsensä ja omaa toimintaansa. Hän on löytänyt omat voimavaransa. (Kyngäs & Hentinen 2008, 59.)

Voimaantuminen voidaan mieltää käynnistävänä, edistävänä ja ylläpitävänä tekijänä hoitoon sitoutumisessa. Voimaantuminen muistuttaa motivaatiota, sillä ne molemmat vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen. Kuitenkin motivaatio on toiminnan käynnistävä ja sitä ylläpitävä tekijä. Voimaantuminen itsessään ei ole ohjausstrategia tai tekniikka vaan näkemys ohjauksen taustalla. Tämän näkemyksen mukaan asiakkaan rooli on aktiivinen, vastuullinen toimija ja yhteistyökumppani, joka on kykeneväinen tekemään itsenäisiä hoitoansa koskevia päätöksiä. Asiakas onkin ensisijainen päätöksentekijä ja toimija jokapäiväisessä hoidossaan. Terveystieteiden ammattilaisten tehtävänä on toimia, ohjata ja tukea asiakasta. Tämä tapahtuu niin, että asiakas pystyy tekemään tietoisia päätöksiä omasta hoidostaan ja saavuttamaan asettamansa tavoitteet. Voimaantumisen taustalla oleva toimintamalli on vastakohta terveydenhuollossa vallalla olevalle lääketieteelliselle toimintamallille, joka ei sovellu pitkäaikaiseen tai ennaltaehkäisevään terveydenhoitoon, sillä se on tarkoitettu akuuttihoitoon. Lääketieteellisen toimintamallin mukaan hoitoa koskeva päätöksenteko kuuluu yksinomaan asiantuntijoille. Usein tällaisessa toimintamallissa ammatilainen kertoo ohjeet sairauden hoitoon ja pyytää asiakasta noudattamaan niitä, mikä ei tue hoitoon sitoutumista. (Kyngäs & Hentinen 2008, 59-61.)

Asiakkaan voimaantuminen vahvistaa omahoidon toteutusta (Routasalo & Pitkälä 2009, 25). Voimaantumiseen vaikuttaa laadukas tieto, joka mahdollistaa asiakkaan osallistumisen ja päätöksenteon omasta hoidostaan. Voimaantunut asiakas kykenee tekemään päätöksiä ja valintoja. Voimaantumiseen vaikuttavat monet asiakkaasta lähtöisin olevat tekijät kuten koulutus, ikä, sosioekonominen asema, perhe, kokemukset, terveydentila ja suhtautuminen hoitoon ja hoitohenkilökuntaan. Ammattilainen voi tukea asiakkaan voimaantumista, mutta ei luoda sitä. Voimaantuminen on muuttunut yhteiskunnallisen kehityksen myötä, sillä tiedon määrä on lisääntynyt ja asiakkaat voivat hankkia tietoa samoista lähteistä hoitohenkilökunnan kanssa. Kuitenkin hoitohenkilökunnalla on koulutuksensa pohjalta erilaiset valmiudet arvioida tarjolla olevaa tietotulvaa. Tästä syystä ammattilaisen tulee tuoda hoidon suunnitteluun omat tietonsa ja osaamisensa sekä opastaa asiakas luotettaville tiedonlähteille. (Toivanainen 2011.)

3.5 Terveys- ja hoitosuunnitelma

Terveys- ja hoitosuunnitelman tarkoitus on tukea asiakaskohtaisuutta. Samassa suunnitelmassa kuvataan kaikkia asiakkaan terveysongelmia koskevat suunnitelmat, vaikka niitä ei hoidettaisikaan samassa yksikössä. Tämä mahdollistaa asiakkaan hoidon arvioinnin ja järjestämisen kokonaisuutena. Terveys- ja hoitosuunnitelman sisällön ja rakenteen tulisi olla yhtenäinen organisaatiosta riippumatta, jotta suunnitelmaa voidaan hyödyntää kaikissa asiakkaan käyttämissä palveluissa. Tavoitteita terveys- ja hoitosuunnitelmassa ovat asiakaskeskeisyys, voimaannuttaminen, hoidon jatkuvuus sekä tietojärjestelmien hyödyntäminen hoidon toteutuksessa. Asiakaskeskeisyys tarkoittaa käytännössä sitä, että samassa suunnitelmassa kuvataan kaikki asiakkaan terveysongelmat ja kaikki niihin liittyvät tutkimus-, hoito-, kuntoutus- ja seuranta-toimet. Voimaantumisen tavoitteeseen pyritään sillä, että asiakas ja terveydenhuollon ammattilainen laativat terveys- ja hoitosuunnitelman yhdessä. Asiakkaan kokemukset, tarpeet ja tavoitteet ovat ensisijaisia. Hoidon jatkuvuutta tukee se, että kaikki eri palvelunantajat käyttävät ja päivittävät samaa hoitosuunnitelmaa. Kun tietojärjestelmät ovat yhtenäiset, kaksoiskirjaaminen pystytään välttämään. Tällöin myös hoitosuunnitelman laatiminen, päivittäminen ja toteutumisen seuranta automatisoituvat. (Komulainen ym. 2011, 12-13.)

Terveys- ja hoitosuunnitelman komponentteja ovat hoidon tarve, hoidon tavoite, hoidon toteutus ja keinot, tuki, seuranta ja arviointi sekä terveys- ja hoitosuunnitelman lisätiedot. Näiden lisäksi luodaan asiakirjan nimi, jossa ilmenee asiakkaan nimi ja henkilötunnus sekä hoitosuunnitelman allekirjoittaneen ammattihenkilön tiedot. Suunnitelman päivittäminen on keskeistä. Asiakkaan tulee tietää, minkä takia hoitosuunnitelma tehdään ja mihin sitä käytetään. Asiakkaalla on aina oikeus tarkistaa häntä koskevat tiedot hoitosuunnitelmasta. Työntekijöille hoitosuunnitelma antaa tietoa siitä, mitä asiakkaan kanssa tavoitellaan, työn päällekk-

käisyys vähenee, työn- ja vastuunjakaminen selkeytyy, väärinymmärrykset vähenevät sekä omaa työtä on helpompi arvioida ja kehittää. (Komulainen ym. 2011, 16; Jämsen 2012.)

Uusi terveydenhuoltolaki, joka astui voimaan 1.1.2014, määrittelee kuntalaisten oikeuden julkiseen perusterveydenhuoltoon toisella paikkakunnalla. Tämä koskee myös hoitosuunnitelmaa siltä osin, että laki edellyttää omassa terveyskeskuksessa laadittua hoitosuunnitelmaa. Hoitosuunnitelma on siis edellytys hoidolle vieraalla paikkakunnalla. Hoitosuunnitelman tulee olla yhteisessä tietokannassa tai asiakkaan mukana. Hoitosuunnitelmaa ei muuteta lyhyen oleskelun aikana toisella paikkakunnalla. Kuitenkin voi tulla tilanteita, joissa suunnitelmaa on syytä muuttaa, esimerkiksi laboratoriotulosten vuoksi. Tällöin toisen paikkakunnan terveyskeskus voi lähettää kirjeessä tiedon kotipaikkakunnan terveyskeskukseen, joka tekee muutoksen hoitosuunnitelmaan. Toinen mahdollisuus on antaa asiakkaalle kirjallinen jatkohoito-ohje. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013a; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.)

3.5.1 Hoitosuunnitelma terveyshyötymallissa

Terveyshyötymallissa hoitosuunnitelman laatijana on asiakas. Asiakas määrittelee itse hoitosuunnitelman tarpeet ja tavoitteet. Ammatilainen tukee asiakasta tarpeiden määrittelyssä ja tarpeet asetetaan tärkeysjärjestykseen. Tavoitteet ilmaistaan hoitosuunnitelmassa selkeästi niin, että asiakas ymmärtää ne. Tavoitteiden tulee olla realistisia ja niiden on tarkoitus toteutua ennalta määrättyllä aikavälillä. Keinot tavoitteiden toteuttamiseksi kirjataan selkeästi ja niin että asiakas tietää, mitä hänen tulee tehdä tavoitteiden saavuttamiseksi. Asiakas ja ammatilainen keskustelevat, mikä on asiakkaan vastuulla ja mikä on ammatilaisen osuus hoidon toteuttamisessa. Hoitosuunnitelmaa tehtäessä huomioidaan asiakkaan lähipiirin osuus hoidossa, muut palveluntarjoajat sekä kolmas sektori. (Seminaariaineisto 2013a.)

Hoitosuunnitelmaan kirjataan selkeästi, kuinka asiakas seuraa ja arvioi tavoitteiden toteutumista. Hoitosuunnitelmaan kirjataan myös, miten terveydenhuollon ammattilaiset seuraavat ja arvioivat asiakkaan tavoitteiden toteutumista. Kokonaisuudessaan hoitosuunnitelma on kirjoitettu ymmärrettävällä ja selkeällä kielellä. Hoitosuunnitelmassa on kirjattuna kaikki hoidon jatkuvuuden kannalta tärkeät asiat, siinä tulee aina olla myös selkeä punainen lanka. Asiakkaalle hoitosuunnitelma antaa konkreettisen turvan hoidon toteuttamisesta ja jatkuvuudesta. Asiakas vaikuttaa itse suunnitelman rakentamiseen, mikä antaa asiakkaalle pystyvyyden ja kykeneväisyyden tunteita omaa hoitoa kohtaan. Asiakas kokee, että häntä kuunnellaan ja hänen mielipiteet huomioidaan. Kun hoitosuunnitelma on laadittu yhdessä ammatilaisen kanssa vastaanotolla, asiakas saa hoitosuunnitelman mukaan kotiin. Suunnitelmasta asiakas voi tarkistaa, miten hän voi hoitaa itseään ja mitkä palvelut ovat asiakkaan tukena. Suunnitelmasta asiakas pystyy varmistamaan, että häntä koskevat tärkeät asiat on käsitelty yhdessä ammatilaisen kanssa. Näin ollen hoitosuunnitelma vähentää turhia käyntejä ja asiakasta askarrutta-

vat asiat ovat aina konkreettisesti esillä hoitosuunnitelman muodossa. (Seminaariaineisto 2013a.)

Ammattilaisille hoitosuunnitelma antaa selkeät ohjeet asiakkaiden seurantaan. Hoitosuunnitelman avulla ammattilaiset pystyvät helpommin koordinoimaan tarvittavaa hoitoa, se myös vähentää päällekkäisyyksiä ja turhia käyntejä. Ammattilaisen on helppo tarkistaa asiakasta koskevat tiedot yhdestä dokumentista. Hoitosuunnitelma mahdollistaa asiakkaan kokonaisvaltaisen hoidon seurannan. Hoitosuunnitelma tuo eri toimijat yhteen, asiakkaan, hänen läheisensä, terveydenhuollon muut palveluntarjoajat sekä kolmannen sektorin. Hoitosuunnitelma mahdollistaa asiakkaan aktiivisen omahoidon ja näin ollen helpottaa hoitoa, lieventää asiakkaan huolta sairaudesta ja lisää vastuunkantoa omasta terveydestä ja sen edistämisestä. (Seminaariaineisto 2013a.)

Hoitosuunnitelma laaditaan asiakkaan tilanteen kartoituskäynnillä. Hoitosuunnitelmaan kirjataan tarpeet, tavoitteet, hoidon toteutus ja keinot, tuki, seuranta ja milloin arvioidaan hoitoa uudelleen, suunnitelman vastuuhenkilö, lisätiedot sekä lääkitykset ja diagnoosit. Jos hoitosuunnitelmaa ei saa heti vastaanotolta kotiin, se postitetaan asiakkaalle myöhemmin. Hoitosuunnitelma on kaiken kaikkiaan tärkeä tuki omahoidon toteutuksessa. (Seminaariaineisto 2013b; Esite 2011.)

3.6 Terveyden edistämisen näkökulma

Terveyden edistäminen voidaan määrittää terveyden ja toimintakyvyn lisäämiseksi, sairauksien ja terveysongelmien vähentämiseksi sekä terveyserojen kaventamiseksi. Terveyden edistäminen ei ole ainoastaan erilaisia terveydenhuollon tehtäviä, vaan sen lisäksi se on vaikuttamista terveyden taustatekijöihin eri keinoin. Jotta terveyttä voidaan edistää, tarvitaan yhteistyötä ja sitoutumista terveyttä edistävään toimintaan. Tähän on monia keinoja, joista yksi on terveyshyötymallin mukainen toimintatapa. Organisaatiossa, jossa toimitaan terveyshyötymallin ideologian mukaisesti, toiminta on asiakas- ja tiimikeskeistä, asiakas ottaa vastuun omasta käyttäytymisestään sekä vuorovaikutus on asiakasta voimaannuttavaa. Tällainen organisaatio tarjoaa asiakkaalle monimuotoisia omahoidon tukikeinoja ja sen toiminta tukee terveyden edistämistä. Monisairaiden asiakkaiden kohdalla tällainen hoitomalli ennaltaehkäisee terveysongelmien pahenemista ja uusien sairauksien syntymistä. (Potku2 2013c; Perttilä 2014.)

Tieto terveyteen vaikuttavista tekijöistä on terveyden edistämisen perusta. Käytännössä terveyden edistäminen on ohjaamista, neuvontaa ja opettamista. Tämä edellyttää tietoa ja ymmärrystä asiakkaan tarpeista, voimavaroista, elämäntilanteesta, toimintatavoista ja ympäristöstä. Ammattilainen tarvitsee myös tietoa erilaisista menetelmistä, joilla eettisesti kestävä

terveysneuvontaa voidaan antaa. Terveyden edistäminen on pitkäjänteistä työtä, joka tapahtuu ammattilaisen ja asiakkaan välisessä vuorovaikutuksessa. Käytännön hoitotyö perustuu poliittisiin ohjelmiin sekä organisaation omiin toimintalinjoihin. Terveyden edistämässä keskeisiä asioita ovat yksilöllisyys, käytännönläheisyys sekä oikea-aikaisuus. Nämä edistävät asiakkaan elintapamuutoksen toteuttamista. (Häkkinen 2013; Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2014.)

3.7 Asiakkuus ja asiakaslähtöisyys

Tässä opinnäytetyössä sana potilas on korvattu sanalla asiakas, sillä potilas sanana kuvaa huolesti Terveystyöpalveluiden hoidon piirissä olevia ihmisiä ja heidän rooliaan aktiivisena toimijana oman hoidon toteutuksessa. Terveydenhuollossa käsitteen asiakkuus voi soveltaa olevan kansalaisten ja asiantuntijoiden välisissä kohtaamisissa tapahtuva voimavarojen yhdistämisen tavoitteellinen prosessi. Tämä prosessi koostuu dominoivasta sairaudesta ja hoitotapauksista. Siinä syntyy arvoa molemmille osapuolille. Terveydenhuollossa asiakkuuden eräs tärkeä arvo on asiakaslähtöisyys. Asiakaslähtöisyys ottaa huomioon asiakkaan tarpeet, toiveet ja odotukset. Asiakkaan mielipide otetaan huomioon kaikessa toiminnassa. Tavoitteena asiakaslähtöisessä terveydenhuollossa on se, että asiakas on voimaantunut oman terveytensä edistäjä. Tämä edellyttää kansalaislähtöistä, omahoitoa tukevaa kulttuuria ja koko hoitoketjun saumatonta yhteistyötä. (Laaksonen ym. 2012, 24-25; Koivuniemi & Simonen 2011, 198.)

Asiakkaan etu korostuu asiakaskeskeisyydessä. Luovuus, uusien ideoiden oivaltaminen sekä joustavat toimintamallit ovat asiakaskeskeisyyden kulmakiviä. Asiakkaiden mielenkiinto sekä halu vaikuttaa organisaation toimintaan korostuvat asiakaskeskeisessä organisaatiossa. Asiakas kokee haluavansa tulla uudelleen paikkaan, jossa palvellaan hyvin ja otetaan huomioon asiakkaiden odotukset, toiveet sekä tarpeet. Tavoitteena asiakaslähtöisessä toimintatavassa on omaa terveyttään edistävä, voimaantunut asiakas. Asiakaslähtöinen toimintatapa näkee asiakkaan oman elämänsä parhaana asiantuntijana, joka on aina oikeassa. Hoitotyön tehtävänä on siis antaa asiakkaalle lisää valtaa vaikuttaa oman hyvinvointinsa edistämiseen. Asiakkaan yksilöllisiä näkemyksiä kunnioitetaan ja tuetaan vastuun ottamisessa. Asiakas ottaa oman paikkansa hoitotiimin avainasemassa ja on näin osa omaa hoitotiimiään. (Laaksonen ym. 2012, 24-25.)

Asiakkaat ovat jatkuvasti entistä vaativimpia, sillä korkea koulutus, hyvä taloustilanne sekä tekniikan nopea kehitys kasvattavat asiakkaiden tarpeita ja odotuksia. Samaan aikaan kuitenkin terveydenhuollossa on ilmennyt vastakkaista ajattelua, joka ei tue asiakaslähtöisyyttä. Tämä ajattelutapa ilmenee työntekijöiden keskuudessa niin, että vain he ovat mielestään asiantuntijoita, ja tieto tulee aina jakaa ylhäältä alaspäin. Tällainen tilanne passivoi terveydenhuollon asiakkaan ja hänestä tulee alistuva hoidon vastaanottaja. Työntekijälle tällainen asia-

kas on ”helppo asiakas”, mutta asiakkaalle tilanne ei ole hyvä, sillä se vähentää hoitoon sitoutumista. Asiakasta tulee aina kuunnella ja kunnioittaa asiakkaan omaa tahtoa. On harhaanjohtavaa ajatella, ettei asiakas tiedä mitään. Palvelutilanteen tulisi aina olla aito asiakkaan kohtaaminen. (Laaksonen ym. 2012, 25-26.)

Terveyshyötymallissa asiakaslähtöisyys korostuu entisestään. Tavoitteena terveyshyötymallissa on, että toiminta on proaktiivista ja vuorovaikutus voimaannuttaa asiakasta. Terveyshyötymallin asiakkuus koostuu asiakkaan itse tekemästä hoitosuunnitelmasta, ryhmätoiminnasta, suunnitelluista seurantakäynneistä, omahoidon välineistä sekä asiakkaalle suunnatusta tietojärjestelmästä. Näin asiakas on ”kuljettajan paikalla”, kuten terveyshyötymalliin liittyvässä Potku-hankkeessa ilmaistaan. Terveyshyötymallissa asiakas on aktiivinen omahoidon toteuttaja, jota tuetaan yksilöllisesti terveydenhuollosta käsin. Terveyshyötymalli tuo asiakkaana olemisen uuteen valoon. Asiakas on kaiken keskiössä, osana hoitotiimiä, asiantuntijana muiden asiantuntijoiden rinnalla. (Potku 2013a.)

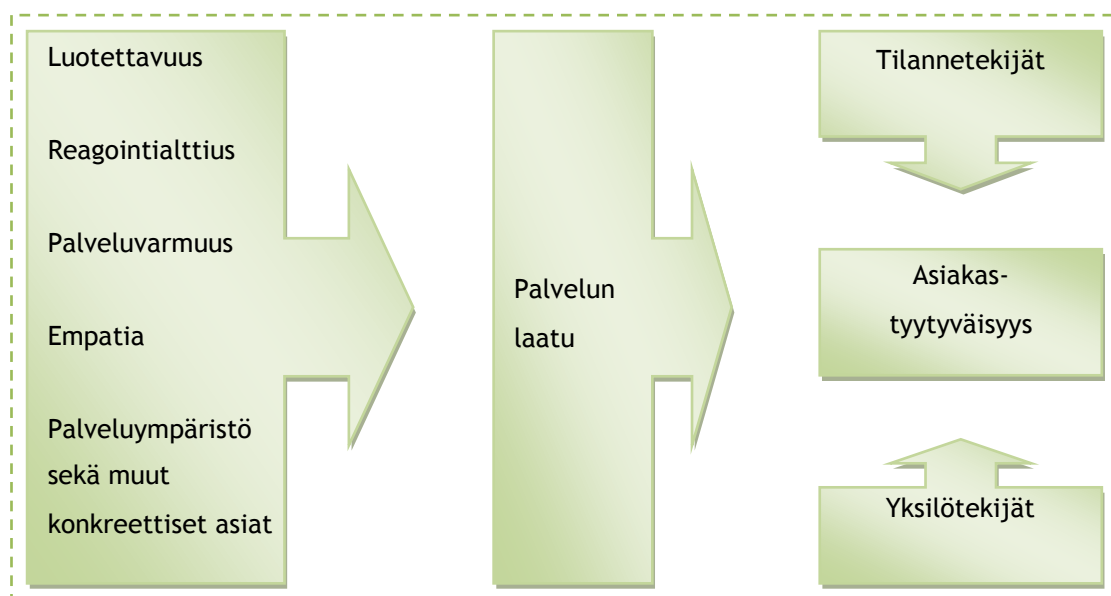
3.8 Asiakastyytyväisyys ja asiakaspalaute

Jotta asiakaslähtöisyys ja hyvä asiakkuus toteutuisivat, on kysyttävä asiakkaan mielipidettä. Näin voidaan antaa oikeaa hoitoa sekä riittäviä palveluita. Asiakaspalaute on hyvä asiakastyytyväisyyden mittari. Asiakaspalautetta voidaan hankkia kolmella eri tavalla. Ensimmäinen tapa on hankkia sitä ennen palveluun tuloa. Tällöin voidaan selvittää asiakkaan toiveita, tarpeita ja odotuksia palvelusta. Näin voidaan kehittää palvelua vastaamaan paremmin asiakkaiden tarpeita. Toinen tapa on kerätä palautetta palvelun aikana. Tällöin kerätään asiakaspalautetta lähtötilanteen, tarpeiden ja odotusten selvittämiseksi, kun tehdään hoitosuunnitelmaa ja valmistellaan yhteistyötä. Palvelun aikana kerätty palaute on välitöntä ja siihen tulee reagoida välittömästi. Näin voidaan hienosäätää hoitoa ja vaikuttaa tulokseen ja toiminnan ohjaukseen. Kolmas asiakaspalautteen hankintakeino on kerätä sitä palvelun päättyessä tai sen jälkeen. Tällöin kerätään palautetta tuloksista, tavoitteiden saavuttamisesta ja onnistumisesta, jolloin tavoitteena on toiminnan kehittäminen ja potilaan jatko-ohjaus. (Laaksonen ym. 2012, 30.)

Ennen kuin asiakaspalautetta päätetään työyhteisössä hankkia, on syytä miettiä, mistä palautetta halutaan, miksi palautetta halutaan ja onko työyhteisö valmis kehittämään toimintaansa asiakaspalautteen pohjalta. Henkilökunnan tulee olla motivoitunut, jotta asiakaspalautteesta olisi hyötyä. Palaute olisi tärkeää saada asiakkaan ollessa vielä hoidossa kyseisessä organisaatiossa. Asiakkaan tyytyväisyys voidaan määritellä positiiviseksi tunnereaktioksi palvelukokemusta kohtaan. Tällöin palvelu antaa asiakkaalle sen, mitä hän odotti. Asiakastyytymättömyydessä asiakkaalla on ollut suuremmat odotukset, kuin asiakkaan kokemaa hyötyä on lopulta ollut. Asiakastyytymättömyys voi johtaa muun muassa kyseisen organisaation palvelujen käy-

tön lopettamiseen tai asiakas voi kertoa muille palveluiden käyttäjille huonosta palvelukokemuksestaan. Tyytymättömyys voi pahimmillaan johtaa palveluista valittamiseen ulkopuoliselle organisaatiolle, kuten potilasasiamiehelle. Asiakastyytyväisyyteen vaikuttavia tekijöitä ovat palvelun ominaisuudet, palvelunkäytön seuraukset sekä tavoiteltu tarpeen tyydytys. Asiakastyytyväisyyteen vaikuttavia tekijöitä on esitetty kuvassa 1. (Ylikoski 2000, 109-110, 151; Laaksonen ym. 2012, 31,34.)

Tyytyväisyys on laaja käsite. Käytettyään jotakin palvelua asiakas on joko tyytyväinen tai tyytymätön. Arkikielessä tyytyväisyyttä ja laatua käytetään usein toistensa synonyymeinä. Kuitenkaan laatu ei ole ainut asia, joka tuottaa tai ehkäisee tyytyväisyyttä, vaan laatu on vain yksi asiakastyytyväisyyteen vaikuttavista tekijöistä. Asiakaskeskeinen palveluntuottaja pyrkii toteuttamaan tavoitteitaan asiakastyytyväisyyden avulla. Jotta asiakastyytyväisyyteen voidaan vaikuttaa, tulee organisaatiolla olla tietoa siitä, mitkä asiat tekevät asiakkaan tyytyväiseksi. Paras tiedonhankintakeino tässä on hankkia tietoa suoraan asiakkailta. Asiakastyytyväisyys on hyvin erilaista esimerkiksi toisaalta terveydenhuoltopalveluissa ja toisaalta ravintolapalveluissa. Pelkkä asiakastyytyväisyyden mittaaminen ei riitä, vaan tarvitaan myös halua ja käytännön keinoja parantaa huonoksi havaittuja asioita. Kun asiakkailta kysytään tyytyväisyyttä palveluun, he automaattisesti olettavat, että organisaatio ottaa huomioon heidän mielipiteensä. (Ylikoski 2000, 149-151.)



Kuva 1: Asiakastyytyväisyyteen vaikuttavat tekijät
(Mukaillen Ylikoski 2000, 152.)

Jokaisella palveluntuottajalla on valmiiksi jonkinlainen käsitys siitä, ovatko asiakkaat tyytyväisiä tuotettuihin palveluihin. Johdon ja kentällä työskentelevien käsitykset ovat erilaisia.

Asiakkaiden tekemistä valituksista saa tietoa siitä, mihin asioihin asiakkaat ovat olleet tyytymättömiä. Tämä ei kuitenkaan kerro riittävästi asiakkaiden mielipiteestä. Asiakastyytyväisyystutkimukset täyttävät tämän raon, ja näin ollen erilaiset asiakastyytyväisyystutkimukset ja suora palaute tukevat toisiaan. (Ylikoski 2000, 155-156.)

4 Hämeenlinnan Terveys- ja hyvinvointipalveluiden asiakaskunta

Hämeenlinnan Terveys- ja hyvinvointipalveluiden asiakkaana on yhteensä noin 900 ihmistä, joista kaikilla on vähintään yksi pitkäaikaissairaus. Useimmat asiakkaat ovat monisairaita. Ikäjakauma asiakaskunnassa on 50 - 80 vuotta. Asiakaskunta koostuu sekä miehistä että naisista. Yleisimmät sairaudet Terveys- ja hyvinvointipalveluiden asiakkaiden keskuudessa on diabetes, verenpainetauti, veren rasva-aineenvaihdunnanhäiriö, metabolinen oireyhtymä sekä depressio eli masennus. Seuraavassa on kuvattu tarkemmin kyseiset sairaudet ja oireyhtymät. (L. Väisänen 2013b.)

4.1 Verenpainetauti

Korkeaa verenpainetta kutsutaan hypertoniaksi. Sairaus on hyvin yleinen ja se on yksi suurimmista ongelmasairauksista sydän- ja verisuonisairauksien alueella. Vaikka hypertonia on varsin yleinen, on se kuitenkin vakavasti otettava krooninen sairaus. Hypertoniaa esiintyy tavallisimmin keski-ikäisillä ja sitä vanhemmilla. Nuorilla kohonnut verenpaine on harvinainen, mutta silti mahdollinen. Suomalaisista noin puoli miljoonaa käyttää verenpainelääkitystä. Yli 90 % tapauksista ei tunneta hypertonian syytä. Suuri osa kohonneen verenpaineen syistä johtuu elintavoista, kuten tupakoinnista, huonosta ruokavaliosta ja liikunnanpuutteesta. Perimällä on todettu olevan yhteys taudin taustalla. Noin 5 % tapauksista hypertonian aiheuttaa jokin sairaus, kuten munuaisten sairaudet, verisuonisairaudet, raskausmyrkytys tai alkoholismi. (Iivanainen ym. 2001, 550-551; Duodecim 2012.)

Suomessa korkean verenpaineen raja-arvot perustuvat pitkälti Maailman Terveysjärjestön (WHO) asettamiin suosituksiin. Luokittelu perustuu olkavarresta tavallisella menetelmällä mitattuihin tuloksiin. Verenpaine on normaali, kun se on alle 130/85 mmHg. Verenpainetaso on tyydyttävä, kun se on 130-139/85-89 mmHg ja koholla, kun paine on 140/90 mmHg tai sitä korkeampi. Suurempi luku osoittaa yläpaineen, eli systolisen paineen, joka kertoo valtimopaineen sydämen supistuksen aikana. Pienempi arvo on alapaine eli diastolinen paine, joka ilmoittaa paineen sydämen ollessa levossa. (Iivanainen ym. 2001, 550; Mustajoki 2012a.)

Korkea verenpaine voi aiheuttaa elimistössä monia erilaisia seurauksia. Väsymys, päänsärky, rytmihäiriötuntemukset sekä huimaus ovat tavallisimpia hypertonian ensioireita. Hypertonia aiheuttaa vain harvoin nopeasti eteneviä elinvaurioita. Kuitenkin pitkään jatkunut kohonnut verenpaine vaurioittaa sydäntä, aivoja sekä munuaisia. Hypertonia vaurioittaa eritoten sydä-

men vasenta kammiota niin, että se vähitellen paksuuntuu ja aiheuttaa vasemman kammion vajaatoiminnan. Korkea verenpaine kalkkeuttaa verisuonia, jotka voivat yhdessä vajaatoiminnan kanssa aiheuttaa esimerkiksi rasisrintakipua. Hypertonia voi aiheuttaa myös aivoverenkierron häiriöitä, tukoksia sekä aivoverenvuotoja. Lisäksi munuaisiin voi kehittyä kudossauri- oita, jotka johtavat munuaisen vajaatoimintaan. (Iivanainen ym. 2001, 550-552.)

Hypertonian hoidon perustana on itsehoito elintapoja muuttamalla. Elintapojen korostaminen sairauden hoidossa lisää potilaan vastuuta omasta hoidostaan. Lääkkeettömiä elämäntapa- muutoksia ovat suolan vähentäminen, kaliumin, kalsiumin sekä magnesiumin käytön lisääminen, alkoholin käytön vähentäminen, tupakoinnin lopettaminen, kuidun lisääminen, laihdut- taminen, rasvan saannin vähentäminen sekä liikunnan lisääminen. Jos verenpaine ei itsehoi- dolla laske riittävästi, otetaan lääkehoito käyttöön. Verenpainelääke valitaan potilaan iän ja sairauksien mukaan. Joskus tarvitaan useampi lääke kohonneen verenpaineen hoitoon. Potilas joutuu käyttämään verenpainelääkitystä useiden vuosien tai koko eliniän ajan, jos verenpaine ei laske elintapoja muuttamalla. Tavallisimmin käytettyjä lääkkeitä ovat beetasalpaajat, di- ureetit, ACE -estäjät, angiotensiinireseptorin salpaajat sekä kalsiumkanavan salpaajat. (Iiva- nainen ym. 2001, 553-554; Mustajoki 2012a.)

4.2 Veren rasva-aineenvaihduntahäiriöt

Kolesteroli on rasva-aine, joka on elimistölle välttämätön. Kolesterolia tarvitaan elimistössä muun muassa solukalvojen liukoisuuden ylläpitoon ja steroidihormonien, kuten kortisolin ja estrogeenin raaka-aineeksi. Lisäksi kolesterolista muodostuvat rasvojen imeytymiselle välttä- mättömät sappihapot. Elimistö kykenee tuottamaan kaiken tarvitsemansa kolesterolin, mutta sitä saadaan myös ruuasta. Jos kolesterolia saadaan liikaa, se alkaa kertyä valtimoiden seinä- miin, mikä johtaa valtimoiden ahtautumiseen. Näin ollen sen liiallinen saanti on haitallista terveydelle. Rasva-aineenvaihduntahäiriöt ovatkin merkittävä valtimotaudin riskitekijä. Ras- va-aineenvaihdunta koostuu kolmesta eri tekijästä: LDL -kolesterolista, HDL -kolesterolista sekä triglyserideistä. LDL -kolesteroli on terveydelle haitallista kolesterolia, koska se kulkeu- tuu epäsuotuisissa olosuhteissa valtimoiden seinämiin ja ahtauttaa niitä. HDL -kolesteroli on puolestaan terveydelle hyödyllistä kolesterolia, sillä se kuljettaa kolesterolia valtimoiden sei- nämistä pois. Triglyseridit ovat veressä kiertäviä rasvoja. Triglyseridejä solut käyttävät muun muassa energialähteenään. (Ahonen ym. 2012, 188.)

Kohonneet kolesteroliarvot on hyvin yleinen ongelma suomalaisten keskuudessa. Vuonna 2007 suomalaisista noin 60 %:n kokonaiskolesteroliarvo oli yli suositusarvon eli vähintään 5 mmol/l. Veren rasva-aineenvaihdunnanhäiriöksi luokitellaan tila, jossa LDL -kolesteroli on suurempi kuin 3,0 mmol/l tai triglyseridipitoisuus on suurempi kuin 2,0 mmol/l tai HDL -kolesteroli on

pienempi kuin 1,0 mmol/l tai jokin edellä olevien yhdistelmä. (Ahonen ym. 2012,188; Duodecim 2012.)

Hoitona rasva-aineenvaihdunnanhäiriössä käytetään ensisijaisesti elämäntapamuutoksia. Huomion kiinnittäminen rasvan laatuun on ensisijainen tekijä. Kova rasva kasvattaa veren huonon kolesterolin pitoisuutta ja pehmeä rasva taas pienentää sitä. Rasvan laadun lisäksi tulisi kiinnittää huomiota muun muassa hyvien kuitujen saamiseen, suolan vähäiseen käyttöön, kalan riittävään syömiseen sekä joissakin tapauksissa alkoholin käytön välttämiseen. Myös liikunnan avulla pystytään vaikuttamaan myönteisesti veren kolesteroliarvoihin. Lisäksi ylipainoisella ihmisellä laihduttaminen lisää hyvien kolesterolien määrää, sillä ylipaino pienentää HDL -kolesterolin pitoisuutta. Tupakoinnin lopettaminen suurentaa HDL -kolesterolin pitoisuutta. Elämäntapamuutoksen rinnalla voidaan myös aloittaa tarvittaessa lääkehoito. (Ahonen ym. 2012,189; Duodecim 2012.)

4.3 Metabolinen oireyhtymä (MBO)

Metabolinen oireyhtymä tarkoittaa sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöiden kasautumista. Metabolinen oireyhtymä moninkertaistaa riskin sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin. Metabolisen oireyhtymän tyypillisimpiä tunnusmerkkejä ovat kohonnut verenpaine, keskivartalolihavuus, heikentynyt glukoosinsieto tai tyypin 2 diabetes, pieni HDL -kolesterolipitoisuus ja suuri triglyseridipitoisuus seerumissa, insuliiniresistenssi, lisääntynyt veren hytymistäipumus sekä rasvamaksa. Ylipainon lisääntyminen on oireyhtymän yleisyyden lisääntymisen suurin syy. Vyötärölihavuutta esiintyy 69 - 76 %:lla suomalaisista. Keskivartalolihavuuden raja-arvot ovat miehillä > 94 cm ja naisilla > 80 cm. Oireyhtymän keskeiset syntytekijät ovat perimä, liikunnan vähäisyys, ylipaino sekä huonot ruokailutottumukset. (Iivanainen ym. 2001, 297 - 298; Nikkanen 2012.)

Metabolista oireyhtymää sairastavat on tärkeää tunnistaa riittävän aikaisin ja aloittaa oireyhtymän sekä yksittäisten riskitekijöiden tehokas hoito. Metabolisen oireyhtymän ensisijainen hoito on elintapamuutokset. Elintapamuutokset ovat ainoa tapa vaikuttaa kaikkiin oireyhtymän osatekijöihin. Elintapamuutoksiin kuuluvat laihduttaminen, liikunnan lisääminen, kovien rasvojen välttäminen, pehmeän rasvan kohtuullinen käyttö, ravintokuitujen lisääminen sekä tupakoinnin lopettaminen. Jos elintapamuutokset eivät yksinään oireyhtymän hoidossa auta, tarvitaan lääkehoitoa. Lääkehoito perustuu oireyhtymän riskitekijöiden hoitoon, joita ovat insuliiniresistenssi, lipidihäiriö sekä hypertonia. Säännöllisin väliajoin tapahtuva seuranta on tärkeä elementti hoidon hallinnassa. (Nikkanen 2012; Mattsson 2012, 31-32.)

4.4 Diabetes

Diabetesta sairastaa Suomessa yli 500 000 ihmistä. Diabetes onkin yksi nopeimmin lisääntyvistä sairauksista maailmassa. Erityisesti 2 tyypin diabeteksen määrä on kasvussa. Terveystieteiden huollon menoista 15 % menee diabeteksen hoitoon. Vanhastaan diabetes on jaettu 1 ja 2 tyypin diabetekseen. Kuitenkin tämä erottelu edustaa vain ääripäitä, ja niiden välissä on paljon tapauksia, joissa on molempien luokitteluiden piirteitä. Luokittelu onkin usein hyvin subjektiivinen. Hoidossa tulisikin huomioida taudin vaikeusaste ja pyrkiä komplikaatioita tehokkaasti ennaltaehkäisevään hoitoon. Näiden kahden pääluokittelun lisäksi muita diabetestyypppejä ovat raskausdiabetes, LADA (Latent Autoimmune Diabetes In Adults), MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young) sekä sekundaaridiabetes. (Ahonen ym. 2012, 558 - 559; Duodecim 2013b.)

Yleisellä tasolla diabetesta sairastavalla on kroonisesti suurentunut plasman glukoosipitoisuus eli kansankielellä verensokeri on koholla. Tämä tila, jota myös hyperglykemiaksi kutsutaan, voi johtua haiman insuliinia tuottavien solujen tuhoutumisesta ja siitä johtuvasta insuliinin puutteesta tai insuliinin heikentyneestä vaikutuksesta tai näistä molemmista. Seurauksena on, että insuliinia erittyy tarpeeseen nähden liian vähän. Glukoosiaineenvaihdunta on välttämättömien kudosten energia-aineenvaihdunnalle. Myös valkuaisaineiden toiminta ja rakenne häiriintyvät, jos veren glukoosipitoisuus on liian suuri. Rasva-aineenvaihdunnan häiriö liittyy myös diabetekseen, jonka vuoksi diabetesta sairastavilla on suurempi riski ahtautuneisiin valtimoihin. Näin ollen veren kohonnut sokeripitoisuus vaikuttaa monella eri tavalla ihmisen terveyteen. (Ahonen ym. 2012, 559.)

4.4.1 Tyypin 1 diabetes

Tyypin 1 diabetesta sairastaa noin 10 - 15 % diabeetikoista. Sen ilmaantuvuus Suomessa on suurin koko maailmassa ja osuus kasvaa jatkuvasti. Syynä tähän on todennäköisesti jokin tuntematon ympäristötekijä. Tätä diabeteksen muotoa kutsutaan usein myös nuoruustyypin diabetekseksi, sillä tauti puhkeaa useimmiten alle 35 vuoden iässä. Tässä diabeteksen tyypissä haiman insuliinia tuottavat beetasolut tuhoutuvat autoimmuniprosessin välityksellä. Sitä luonnehtii selkeä insuliinin puutos, mutta insuliinin vaikutus on normaali. Hoitamattomana tauti johtaa ketoasidoosiin eli happomyrkytykseen, koomaan ja jopa kuolemaan. Tyypin 1 diabetesta sairastava on täysin riippuvainen pistoksina annettavasta insuliinista. Taudin synnyssä sekä perintö- että ympäristötekijöillä on osuutensa. (Ahonen ym. 2012, 559; Duodecim 2013b.)

Oireita, jotka viittaavat tyypin 1 diabetekseen ovat painon lasku ilman laihdutuspyrkimystä, ketoasidoosi sekä pieni C-peptidipitoisuus veressä, mikä viittaa alentuneeseen insuliinin erit-

tymiseen. Ketoasidoosi eli happomyrkytys näkyy virtsassa lisääntyneinä ketoaineina. Ketoasidoosissa happamat ketoaineet kertyvät vereen rasvakudoksesta vapautuvien rasvahappojen huonon palamisen seurauksena. Tällöin kyseessä on puhdas insuliinin puute. Happomyrkytyksen oireita ovat pahoinvointi, vatsakipu, oksentaminen sekä hengityksen hapanimelä haju, joka johtuu hengityksessä olevasta asetonista. Tyypin 1 diabetes puhkeaa muutamassa päivässä tai viikossa ja sen oireet ovat selkeät. (Ahonen ym. 2012, 561 - 562; Yki-Järvinen & Tuomi 2013.)

Tyypin 1 diabeteksen lääkehoitona toimii pistoksina annettava insuliini, jonka annostelu sovitetaan yhteen syömisen ja liikunnan kanssa. Tarvittavia insuliineja ovat perusinsuliini, ateriainsuliini ja korjausinsuliini. Perusinsuliini vaikuttaa ympäri vuorokauden, ja se säätää sokeerin vapautumista maksasta yöllä ja aterioiden välillä. Perusinsuliinia otetaan yleensä yksi tai kaksi kertaa vuorokaudessa. Ateriainsuliini otetaan aterioiden yhteydessä, joko syömisen yhteydessä tai puoli tuntia ennen ateriaa, riippuen insuliinin laadusta. Ateriainsuliini voi olla joko pikainsuliinia tai lyhytvaikutteista insuliinia. Korjausinsuliini on pikainsuliinia ja sitä puolestaan otetaan tarvittaessa tilapäisesti kohonneen verensokerin hoitamiseen. Insuliinit pistetään ihon alle, yleisimmin vatsaan, reiteen tai pakaraan. Insuliinipistokset suunnitellaan yksilöllisesti jokaisen asiakkaan elintapojen mukaisesti. Jotta insuliiniannokset osataan laskea, tarvitaan kotona säännöllisesti eri vuorokauden aikoina mitattuja verensokeriarvoja sekä aterioilla syötävän hiilihydraatin määrän laskemista. Kun asiakkaalle on kertynyt riittävästi kokemusta insuliinihoidosta, voidaan siirtyä järjestelyyn, jossa asiakas itse muuttaa annostelua aterioiden ja vaihtelevan päivärytmin mukaisesti. (Mustajoki 2012b.)

Tyypin 1 diabeteksessa voidaan syödä tavallista terveellistä ruokaa. Kuitenkin suosituksena on, että suurin osa ravinnosta koostuu hiilihydraateista, käytetään vain vähän eläinperäisiä kovia rasvoja, suositetaan kuitupitoista ruokaa sekä pehmeitä rasvoja ja käytetään suolaa kohtuullisesti. Säännöllinen liikunta on hyödyllistä. Liikunta kuluttaa verensokeria ja lisää pistetyn insuliinin imeytymistä ja vaikutusta. Näin ollen verensokeri voi laskea liikuntasuorituksen aikana tai sen jälkeen liian alhaiseksi. Tämä voidaan estää syömällä ylimääräinen hiilihydraattipitoinen välipala tai vähentää liikuntaa edeltävää insuliiniannosta. (Mustajoki 2012b.)

4.4.2 Tyypin 2 diabetes

Tyypin 2 diabetesta kutsutaan aikuistyyppin diabetekseksi. Tunnusomaista sairaudessa on insuliinin tehottomuus elimistössä sekä insuliinin erityksen häiriö. Tyypin 2 diabetesta on useita eri tyyppisiä. Nimensä mukaisesti tyypin 2 diabetekseen sairastutaan aikuisiällä, tavallisimmin yli 35 - 40 vuoden iässä, mutta sen esiintyminen yhä nuoremmilla on lisääntynyt. Suomessa 2/3 tyypin 2 diabeetikoista on yli 65-vuotiaita. Usein tautia edeltää vuosia kestänyt sokeriai-

neenvaihdunnan häiriö. Riskiryhmässä sairastua tyypin 2 diabetekseen ovat metabolista oireyhtymää sairastavat henkilöt. (Iivanainen ym. 2001, 296; Uusitupa 2009.)

Tyypin 2 diabetes on perinnöllinen, mutta elämäntapaan liittyvät valinnat vaikuttavat siihen, puhkeako tauti vai ei. Jos molemmilla vanhemmilla on aikuistyyppin diabetes, lapsilla on 70 % riski sairastua. Jos toisella vanhemmista on kyseinen sairaus, on lapsen sairastumisen mahdollisuus 40 %. Sairaus on lisääntynyt Suomessa viimeaikoina lihavuuden ja elintapatottumusten vuoksi. Moni sairastaa tautia tietämättään, sillä hiljalleen kehittyneessä, pitkään jatkuneessa sairaudessa elimistö ehtii tottua diabeteksestä johtuviin oireisiin. Lieviä oireita ei potilas edes välttämättä itse huomaa. Tyypin 2 diabeteksen aiheuttamat oireet johtuvat yleensä glukosuriasta, jolloin veren sokeripitoisuus on tavallisesti yli 10 mmol/l. Potilas saattaa tuntea väsymystä, janon tunnetta, mutta ei ole välttämättä kiinnittänyt niihin huomiota. Joskus tauti saattaa puhjeta rajusti, kun virtsan määrä lisääntyy selkeästi ja paino putoaa. (Iivanainen ym. 2001, 295 - 296; Uusitupa 2009.)

Lääkkeetön hoito saattaa olla ainoa tarvittava hoitokeino tyypin 2 diabeteksessa. Ravintoon, tupakoimattomuuteen, alkoholin käytön vähentämiseen sekä liikuntaan keskittyvä elämäntapamuutos kuuluvat lääkkeettömään hoitoon. Jos paastosokeria ei saada alle 7 mmol/l elämäntapamuutoksilla, tulee lääkkeellinen hoito kysymykseen. Ensisijaisia lääkkeitä tyypin 2 diabeteksessa ovat oraaliset diabeteslääkkeet, joista yksi yleisimmistä on metformiini. Insuliinihoitoa käytetään täydentävänä hoitomuotona, jos paastosokeria ei oraalilla diabeteslääkkeillä saada alle 7 mmol/l. Tavallinen yhdistelmä onkin ottaa insuliinia yöksi ja käyttää päivällä oraalisia diabeteslääkkeitä. Jos insuliinia ei enää erity, on turvaututtava insuliinihoitoon. (Iivanainen ym. 2011, 637.)

4.5 Depressio

Masennuksella eli depressiolla tarkoitetaan normaalia, muutoksiin ja menetyksiin liittyvää tunnereaktiota, oiretta tai oireyhtymää. Vakavimmillaan se voi olla elämää uhkaava sairaus. Vakava masennustila alkaa usein kielteisen elämänmuutoksen jälkeen. Masennus voi olla hyvin monimuotoinen, mikä vaikuttaa sen diagnosointiin ja hoitoon. Masennus on yleinen sairaus, sen vuosittainen esiintyvyys on noin 4-5 % koko väestössä. Noin 15 %:lla masennus on elinikäinen. Masennuksen syntyyn vaikuttavat perintötekijät sekä altistavat persoonallisuuden piirteet. Masennusta esiintyy kaikissa ikäryhmissä. Noin 50 %:lla masennusta sairastaneilla masennus uusiutuu. Masennustila voidaan jakaa lievään, keskivaikeaan, vaikeaan sekä psykoottiseen masennukseen. (Pulkinen & Vesänen 2012; Isometsä 2013.)

Masennuksen oireita ovat mielihyvän, elämänilon ja kiinnostuksen tunteiden väheneminen tai katoaminen, uupuminen, energian puute, aloitekyvyttömyys, keskittymisen vaikeus, päättä-

mättömyys sekä muistivaikeudet. Lisäksi masentuneella ihmisellä voi esiintyä kohtuutonta arvottomuuden, syyllisyyden tai häpeän tunteita. Hänellä voi olla pessimistisiä ajatuksia itses-
tä ja tulevaisuudesta, univaikeuksia, ruokahalun muutoksia, ahdistuneisuutta, ärtyneisyyttä ja
päihdeongelmia. Lisäksi masennus voi ilmetä somaattisina vaivoina kuten epäselvinä kipuina.
Ulospäin masentuneisuus voi näkyä yleisenä hitautena ja lyhytsanaisuutena. Hoitoina masen-
nukseen voidaan käyttää erilaisia psykoterapioita, antidepressiivistä lääkehoitoa, lääkehoidon
ja psykoterapian yhdistelmää, sähköhoitoa ja kirkasvalohoitoa. Hoito valitaan masennustilan
vakavuuden mukaan. Hoito jaetaan akuuttihoitoon, jatkohoitoon sekä ylläpitohoitoon, ja niis-
sä hoitomuodot vaihtelevat. Hoito suunnitellaan aina yksilöllisesti kullekin asiakkaalle. (Pulk-
kinen ym. 2012; Isometsä 2013; Duodecim 2013a.)

5 Tutkimuksen toteutus

5.1 Tutkimuksen lähtökohdat ja tutkimusongelmat

Opinnäytetyön tutkimus perustuu Hämeenlinnan Terveysyhyötypalveluiden käytössä olevaan
terveysyhyötymalliin. Terveysyhyötymalli on tullut käytäntöön Hämeenlinnan Terveyspalveluissa
ensimmäisen Potku-hankkeen kautta. Viime keväänä Hyvinkään Laurea-ammattikorkeakoulun
opiskelijat toteuttivat kolmelle Terveysyhyötypalveluiden asiakkaalle teemahaastattelututki-
muksen, jossa tutkittiin yleistä asiakastyytyväisyyttä Hämeenlinna Terveyspalvelut -
liikelaitoksen Terveysyhyötypalveluja kohtaan. Tässä tutkimuksessa selvisi, että hoitosuunni-
telma ei ole käytännössä niin toimiva kuin pitäisi. Tämän vuoksi Hämeenlinnan Terveyspalve-
luiden yhteyshenkilöiltä tuli toive, että tässä tutkimuksessa syvennyttäisiin tarkemmin hoito-
suunnitelman osuuteen terveysyhyötymallissa.

Opinnäytetyön tutkimusongelmat olivat:

1. Millaiset asiat toimivat hoitosuunnitelmassa?
2. Millaisia ongelmakohtia hoitosuunnitelmassa on?
3. Miten hoitosuunnitelmaa voitaisiin kehittää?

5.2 Tutkimusmenetelmä

Tutkimus toteutettiin laadullisella tutkimusmenetelmällä. Laadullinen eli kvalitatiivinen tut-
kimus perustuu tulkitsevaan tai ymmärtävään tiedekäsitykseen. Pyrkimyksenä on tulkita ja
ymmärtää ihmisten kokemuksia. Laadullisessa tutkimuksessa kohdejoukko valitaan tarkoituk-
senmukaisesti. Usein tutkimus myös toteutetaan joustavasti ja suunnitelmia voidaan tarvitta-
essa muuttaa olosuhteiden mukaisesti. Laadullinen tutkimus on kokonaisvaltaista tutkimusta,
jossa kuvaillaan ja yritetään ymmärtää erilaisia ilmiöitä ja asioita. Edellä mainittuja tarkas-

tellaan luonnollisessa yhteydessä, suhteessa tutkijan ja tutkittavan välillä. Tapauksia käsitellään ainutlaatuisina ja tulkitaan aineistoa sen mukaisesti. Tutkijalla on merkityksellinen rooli aineistojen keruussa ja analysoinnissa. Aineistojen keruussa käytetään muun muassa haastatteluja, havainnointia sekä erilaisia dokumentteja. Tutkimusaineisto selostetaan usein sanallisessa muodossa. Tavoitteena on kehittää teoreettisia rakenteita. Tässä opinnäytetyössä tutkimus toteutettiin teemahaastatteluna. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 20.)

5.3 Aineiston keruu ja kohderyhmä

Teemahaastattelulla voidaan tutkia erilaisia ilmiöitä ja hakea vastauksia tiettyihin ongelmiin. Teemahaastattelussa eli puolistrukturoidussa haastattelussa valitaan etukäteen keskeiset teemat ja niihin liittyvät kysymykset, joiden mukaan edetään. Teemat ja kysymykset johdetaan tutkimuskysymyksistä. Teemahaastattelu voidaan sijoittaa lomake- ja avoimen haastattelun välimuotoon. Teemahaastattelussa korostuvat ihmisten erilaiset tulkinnat ja merkitykset, joita he antavat asioille. Teemahaastattelu rakentuu vuorovaikutuksessa. Tässä aineiston keruumenetelmässä pyritään löytämään vastauksia tutkimustehtävän ja -tarkoituksen mukaisesti. Teemat perustuvat tutkimuksen viitekehukseen, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat. Teemahaastattelussa tulee kysyä avoimia kysymyksiä, joihin haastateltavan on tarkoitus vastata kuvailevasti. Keskeistä on, että teemahaastattelu-runko suunnitellaan hyvin ja siinä kysytään vain tutkimukselle oleellisia asioita. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74 - 75; Hirsjärvi ym. 2009, 208.)

Haastattelussa ollaan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa, minkä vuoksi se on ainutlaatuinen tiedonkeruumenetelmä. Kuitenkin siitä on sekä etuja että haittoja. Haastattelussa voidaan säädellä aineiston keruuta joustavasti tilanteen mukaan ja tutkittavaa myötäillen. Haastattelussa voidaan selventää ja syventää kerättäviä tietoja. Haastattelussa saadaan myös hieman arempiakin aiheita esille. Toisaalta haastattelu vie aikaa sekä vaatii huolellista suunnittelua ja perehtymistä. Mitä avoimempi haastattelu on kyseessä, sitä aktiivisempi on haastattelijan ja haastateltavan rooli. Avoimessa haastattelussa tutkijalla tulee olla herkkyyttä ja kykyä edetä haastateltavan ja tilanteen ehdoilla. Pohjimmiltaan kyse on kertomuksen ja tarinan luomisesta. Tässä opinnäytetyössä haastattelut olivat puolistrukturoituja. Haastateltavia oli yhteensä kymmenen, ja haastattelut nauhoitettiin ääninauhureille. Nauhoituksista aineisto litteroitiin eli kirjoitettiin auki sana sanalta. Tämän jälkeen aineistolle suoritettiin sisällönanalyysi, jonka avulla saatiin tutkimustulokset opinnäytetyölle. (Hirsjärvi ym. 2009, 204 - 206; Kylmä & Juvakka 2007, 78 - 79.)

Haastateltavat valitaan laadullisessa tutkimuksessa eri periaattein kuin tilastollisessa tutkimuksessa. Tilastollisessa tutkimuksessa on tarkoitus etsiä ryhmää, joka edustaa perusjoukkoa, jolloin tieto on tilastollisesti yleistettävissä. Laadullisessa tutkimuksessa tieto sidotaan ympä-

ristöön, yhteisöön ja kulttuuriin, josta se on hankittu. Tietoa ei voida siis tilastollisesti yleistää. Tässä tutkimuksessa kohderyhmänä olivat Hämeenlinnan Terveystyöpalveluiden asiakkaat. Asiakkaat valikoituivat niin, että hoitovastaavat antoivat asiakkaille suullisen ja kirjallisen informaation haastatteluista vastaanotto toiminnan ohessa. Asiakkaat antoivat hoitajan vastaanotolla mahdollisen lupauksen osallistumisesta haastatteluun. Tämän opinnäytetyön liitteenä (Liite 4) on kirje haastateltaville. (Kylmä ym. 2007, 79 - 80.)

5.4 Aineiston analysointi

Kerätty aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysi menetelmänä analysoi kirjoitettua ja suullista kommunikaatiota, ja sen avulla voidaan tarkastella asioiden merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. Laadullisen tutkimuksen perusprosessina voidaan pitää sisällönanalyysia. Sisällönanalyysi sopii myös hyvin strukturoimattoman aineiston analyysimenetelmäksi. Sisällönanalyysi on vanha menetelmä, joka oli alun perin määrällisen aineiston analysointimenetelmä. Kyseisellä menetelmällä pyritään saamaan tutkittavasta asiasta kuvaus yleisessä ja tiivistetyssä muodossa, niin että tutkittavien asioiden väliset suhteet saadaan selkeinä esille. Analyysillä pyritään luomaan selkeyttä saatuun aineistoon, jotta tutkija voi tehdä selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. (Janhonen & Nikkonen 2003, 21- 24; Tuomi & Sarajärvi 2009, 103-108; Kylmä ym. 2007, 112.)

Sisällönanalyysin avulla voidaan tehdä havaintoja erilaisista dokumenteista. Tärkeää on että analysoitaessa erotetaan aineistossa samanlaisuudet ja eroavaisuudet. Dokumentin sanat ja lauseet luokitellaan samaan luokkaan niiden merkityksen perusteella. Tällä tavalla voidaan yhdistää saman sisällön omaavat aineiston osat sekä yhdistää synonyymejä. Sisällönanalyysissa voidaan erottaa seuraavat vaiheet: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu sekä tulkinta. Kuvassa 2 on kuvattu sisällönanalyysi prosessina. (Janhonen & Nikkonen 2003, 21 - 24; Tuomi & Sarajärvi 2009, 103-108.)



Kuva 2: Aineistolähtöisen sisällön analyysin eteneminen

(Tuomi & Sarajärvi 2009, 109)

Hämeenlinnan Terveystyöpalveluiden yhteyshenkilö koordinoi haastateltavien hankinnan. Tavoitteena oli saada kymmenen haastateltavaa, mikä toteutui. Haastattelut suoritettiin kahden eri päivänä tammikuussa 2014. Haastatteluiden jälkeen nauhoitettu aineisto litteroitiin sana sanalta auki. Tämän jälkeen aloitettiin sisällönanalyysi. Ensimmäisessä vaiheessa tutkimuskysymyksiin vastaavat ilmaisut alleviivattiin ja kerättiin yhteen tiedostoon allekkain. Jokaiselle litteroidulle haastattelulle laitettiin erilainen fontti ja jokaiselle tutkimusongelmalle oma värinsä. Tämä mahdollistaa ilmaisujen jäljittämisen myöhemmin alkuperäiseen lähteeseen. Tämän jälkeen ilmaisut pelkistettiin, eli alkuperäinen ilmaisu, joka jollain tavalla vastasi tutkimuskysymykseen, muutettiin yksinkertaisempaan muotoon. Alla olevasta taulukosta näkyy muutamia esimerkkejä pelkistämisestä (Taulukko 1).

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistys
"...se on todella hyvä että sellainen tehdään varsinkin jos on useampi eri sairaus..."	Hoitosuunnitelma on tarpeellinen
"... siin on ollu sairaanhoitaja mukana ja sit me ollaan vielä niin kun tavallaan hyväksytetty se tällä hoitavalla lääkäriillä."	Hoitosuunnitelma tehty yhteistyössä sairaanhoitajan ja lääkärin kanssa
"Hoitosuunnitelma on helkutin hyvä sen takia että pääsee paljon herkempää lääkäriin ja hammaslääkäriin ja joka paikkaan..."	Kokee hoitosuunnitelman hyödylliseksi hoitoon pääsyssä
"...kartotetaan nää kaikki taudit ja sit mietitään että mikä olis se paras hoito..."	Hoitosuunnitelma kartoittaa yksilöllisen hoidon
" En mä tiiä onks se nyt niin hirveen helposti ymmärrettävä..."	Hoitosuunnitelma voisi olla selkeämpi
" Mulle ei oo kertaakaan tullut aikoja, kukaan ei oo kertaakaan ottanut minuun yhteyttä, että se on siis semmonen siis mun mielestä tarkoitus oli niin että ottaa yhteyttä."	Asiakas kokee hoitosuunnitelman toteuttamisen jääneen yksinään hänen vastuulle
"-- se on tietokoneella mut emmä sitä älynny sieltä kattoo enkä lukea taas että.."	Hoitosuunnitelma ei aktiivisessa käytössä

<p>” Kyllä ne yleensä on ihan ihan asiallisia, että ei siinä sen kummempaa että aina niistä selvän. Että tuota, ja jos ei muuten niin voi sitten kysyä.”</p> <p>” --mä oon jota kuinkin sanellut paperille tän-- mitä siihne hoitosuunnitelmaan on halunnut-- sitä on ollu sitten tältä puolen samaa mieltä--”</p> <p>” Kauheen hyvä rakenne jos tää vaan tämmösenä pysyy.”</p>	<p>Hoitosuunnitelma on selkeä ja ymmärrettävä, epäselvistä asioista voi kysyä</p> <p>Asiakas on saanut vaikuttaa hoitosuunnitelman sisältöön</p> <p>Hoitosuunnitelma on rakenteeltaan hyvä</p>
---	--

Taulukko 1: Aineiston pelkistäminen

Toisessa vaiheessa pelkistykset koottiin yhteneväisiin ryhmiin allekkain, joista muodostettiin alaluokkia. Alaluokat yksinkertaistavat pelkistystyöskä. Alaluokkia muodostaessa pelkistykset jaettiin kolmeen eri taulukkoon tutkimusongelmien mukaan. Seuraavassa taulukossa on esimerkkejä alaluokkien muodostamisesta (Taulukko 2).

Pelkistys	Alaluokka
<p>Lääkärin tarve vähenee</p> <p>Hoitosuunnitelma vaikuttaa viestintään</p> <p>Asiakas kokee hoitosuunnitelman pitävän kaikki osapuolet ajan tasalla</p> <p>Hoitosuunnitelma selkiyttää ammattilaisen työtä</p> <p>Omahoitaja ajan tasalla asiakkaan hoidosta</p> <p>Hoitosuunnitelma antaa ammattilaiselle keinot hoidon toteutukseen</p> <p>Hoitosuunnitelmaa sitouttaa asiakkaan ja henkilökunnan hoitoon</p>	<p>Asiakkaat kokevat hoitosuunnitelman vaikuttavan positiivisella tavalla ammattilaisen työhön</p>

<p>Asiakkaalla ei tietoa, miksi hoitosuunnitelma tehdään</p> <p>Asiakas ei tiedä, miksi hoitosuunnitelma tehdään</p> <p>Ei tarkalleen tiedä, mikä hoitosuunnitelman tarkoitus on</p> <p>Hoitosuunnitelma liian sairauskeskeinen, tulisi olla käytännön elämää koskevia asioita</p> <p>Keskittyy liikaa sairauksiin</p> <p>Hoitosuunnitelmassa tulisi kiinnittää huomiota kokonaisvaltaisesti asiakkaaseen ja hänen elämäänsä</p>	<p>Asiakkailla ei tietoa hoitosuunnitelman tarkoituksesta</p> <p>Hoitosuunnitelman tulisi olla kokonaisvaltaisempi</p>
--	--

Taulukko 2: Alaluokkien muodostaminen

Kolmannessa vaiheessa alaluokkia yhdistettiin toisiaan muistuttaviin ryhmiin ja niistä tehtiin yläluokkia. Yläluokat kokoavat alaluokat yhteen tiivistetyssä muodossa. Alla on taas esimerkkejä kyseisestä vaiheesta (Taulukko 3).

Alaluokka	Yläluokka
<p>Hoitosuunnitelmasta tekee selkeän konkreettisuus</p> <p>Hoitosuunnitelmasta tekee selkeän itse määritetyt tavoitteet</p> <p>Hoitosuunnitelmasta tekee selkeän tavoitteiden toteuttamisaika</p> <p>Hoitosuunnitelmasta tekee selkeän keinot tavoitteiden toteuttamiseksi</p> <p>Hoitosuunnitelmasta tekee selkeän yhteistyö ammattilaisen kanssa</p> <p>Hoitosuunnitelmasta tekee selkeän laatikoitain asettelu</p>	<p>Hoitosuunnitelma on selkeä</p>

<p>Hoitosuunnitelma voisi olla laajempi ja selkeämpi</p> <p>Hoitosuunnitelman tulisi olla kokonaisvaltaisempi</p> <p>Hoitosuunnitelmasta tulisi selvittää tavoitteet ja jatkohoito</p> <p>Lääkinnällisistä asioista suurempi vastuu lääkäreille</p>	<p>Hoitosuunnitelma voisi olla sisällöltään laajempi</p>
---	--

Taulukko 3: Yläluokkien muodostaminen

Tutkimusaineiston laajuuden vuoksi lopuksi muodostettiin jokaista tutkimuskysymystä vastaava pääluokka, joka kuvaa yläluokkia. Kuten edellisissäkin vaiheissa, aineisto oli eriteltyä taulukoihin tutkimusongelmien mukaan. Saadut yläluokat ovat varsinaiset vastaukset tutkimusongelmiin. Alla on esimerkki prosessista (Taulukko 4).

Yläluokka	Pääluokka
<p>Hoitosuunnitelma on hyvä kokonaisuus</p> <p>Hoitosuunnitelmaa päivitetään</p> <p>Hoitosuunnitelmassa kirjattuna keskeiset asiat, jotka ovat asiakkaalla itsellään</p> <p>Hoitosuunnitelma on selkeä</p> <p>Hoitosuunnitelma jakaa vastuuta</p> <p>Asiakkaan ja ammattilaisen välinen kommunikatio toimivaa</p>	<p>Hoitosuunnitelma on kokonaisuutena hyvä ja osa asiakkaan hoitoa</p>

Taulukko 4: Pääluokan muodostaminen

6 Tulokset

Tutkimuksen mukaan asiakkaat vaikuttavat olevan tyytyväisiä hoitosuunnitelmaan. Tutkimuksesta selvisi, että hoitosuunnitelma on kokonaisuutena hyvä ja osa asiakkaan hoitoa (Taulukko 5). Siitä huolimatta hoitosuunnitelmasta löytyi ongelmakohtia ja kehitettävää. Hoitosuunni-

telman tarkoitus ei toteudu käytännön hoidossa (Taulukko 5). Hoitosuunnitelman sisältöä ja tarkoitusta tulisi korostaa enemmän hoidon yhtenä osana (Taulukko 5). Tulosten avulla Hämeenlinnan Terveystyöpalveluiden toimintaa hoitosuunnitelman osalta voidaan kehittää toimipaikan niin halutessa.

Yläluokat	Pääluokka
Hoitosuunnitelma on hyvä kokonaisuus	
Hoitosuunnitelmaa päivitetään	
Hoitosuunnitelmassa kirjattuna keskeiset asiat, jotka ovat asiakkaalla itsellään	Hoitosuunnitelma on kokonaisuutena hyvä ja osa asiakkaan hoitoa
Hoitosuunnitelma on selkeä	
Hoitosuunnitelma jakaa vastuuta	
Asiakkaan ja ammattilaisen välinen kommunikatio toimivaa	
Hoitosuunnitelma ei ole aktiivinen osa asiakkaan hoitoa	Hoitosuunnitelman tarkoitus ei toteudu käytännön hoidossa
Hoitosuunnitelman ideologia on toteutunut huonosti	
Hoitosuunnitelma voisi olla sisällöltään laajempi	Hoitosuunnitelman sisältöä ja tarkoitusta tulisi korostaa enemmän hoidon yhtenä osana
Hoitosuunnitelma aktiivisemmaksi osaksi hoitoa	
Hoitosuunnitelma hyvä sellaisenaan	

Taulukko 5: Tutkimustulokset

6.1 Hoitosuunnitelmassa toimivat asiat

Tutkimuksessa selvisi, että hoitosuunnitelma on kokonaisuutena hyvä ja osa asiakkaan hoitoa (Taulukko 6). Hoitosuunnitelmasta saatiin tutkimuksessa positiivista palautetta. Asiakkaat pitivät hoitosuunnitelmaa pääosin toimivana ja tarpeellisena. Hoitosuunnitelman ideologia koettiin järkeväksi, vaikka se ei jokaisen asiakkaan kohdalla toteutunutkaan.

Yläluokka	Päälouokka
Hoitosuunnitelma on hyvä kokonaisuus Hoitosuunnitelmaa päivitetään Hoitosuunnitelmassa kirjattuna keskeiset asiat, jotka ovat asiakkaalla itsellään Hoitosuunnitelma on selkeä Hoitosuunnitelma jakaa vastuuta Asiakkaan ja ammattilaisen välinen kommunikatio toimivaa	Hoitosuunnitelma on kokonaisuutena hyvä ja osa asiakkaan hoitoa

Taulukko 6: Hoitosuunnitelmassa toimivat asiat

Hoitosuunnitelma on koettu järkeväksi ratkaisuksi asiakkaiden kokonaisvaltaisessa hoidossa. Hoitosuunnitelma on hyvä kokonaisuus. Hoitosuunnitelman tekemiseen on osallistunut vaihteleva kokoonpano ammattilaisia. Joillakin hoitosuunnitelma on tehty yhteistyössä joko omahoitajan tai omahoitajan ja muiden ammattilaisten, kuten lääkärin kanssa.

”...se on erittäin hyvä ja järkevä juttu...” - ”...et se on kokonaisvaltainen...” - ”...että mä en ole vaan semmonen terveystalvissa vain semmonen viipale joka nyt tällä kertaa käy jotakin verensokeria valittamassa...” - ”...siinä paremmin nyt näkyy se kokonaisuus. Et mä olen ihan niinku kokonainen ihminen...”

”... siin on ollu sairaanhoitaja mukana ja sit me ollaan vielä niin kun tavallaan hyväksytetty se tällä hoitavalla lääkärillä.”

Monet asiakkaista kokivat, että hoitosuunnitelma on tehty asiakaslähtöisesti. Suurin osa asiakkaista on ollut itse määrittelemässä hoitosuunnitelman sisältöä. Hoitosuunnitelman tekemisessä on huomioitu asiakkaan näkökulma. Asiakkaan osallisuus hoitosuunnitelmaa tehtäessä

vaihteli. Osalta asiakkaista oli kysytty mielipidettä hoitosuunnitelman sisällöstä. Toiset asiakkaat puolestaan olivat konkreettisesti saaneet olla mukana hoitosuunnitelman luomisessa. Osa asiakkaista koki, ettei heidän mielipiteisiinsä ollut pyritty vaikuttamaan. Monilla asiakkailla hoitosuunnitelmassa oli kirjattuna keskeiset asiat. Hoitosuunnitelmaan on kirjattu muun muassa diagnoosit, sairauksien hoito kuten lääkitys ja omahoito sekä tavoitteet ja seuranta. Hoitosuunnitelmien sisällöissä oli kuitenkin vaihtelevuutta asiakkaiden välillä. Asiakkaat kokivat, että hoitosuunnitelmaan on kirjattu sovitut asiat ja se on realistinen.

”... on voinu niin ku vaikuttaa itse ihan yhtä paljon kun tavallaan sitten nämä lainausmerkeissä niin sanotut asiantuntijat...”

”... siinähan tietysti kartotetaan ne perussairaudet ja tota niiden hoito ja erilaiset vaihtoehdot ja mahdollisuudet ja sitten omat tavoitteet, miten voit vaikuttaa niihin ja tavallaan kirjataan myöskin niitä ylös ja niitä seurataan...”

”--kyllä mä koen sen. Ettei siinä oo lähdetty hakee mitään kuuta taivaalta-- Kyllä mä oon siinä mielessä tyytyväinen.”

Hoitosuunnitelma oli suurimmalla osalla asiakkaista joko kirjallisena tai tietokoneella eOmahoito -palvelussa. Hoitosuunnitelman päivittämisessä ja läpikäymisessä oli suurta vaihtelua. Kuitenkin oli asiakkaita, jotka olivat tyytyväisiä päivityksen ja läpikäymisen määrään. Osa asiakkaista sai päivityksen yhteydessä uuden hoitosuunnitelman kirjallisena, toiset taas eivät.

”Mulla on se ihan koneella. Niin mä siihen päivitän sitten, että mitä mä voisin tehdä toisin ja mitä mun pitäis niin kun muuttaa ja mihin mä voin itse vaikuttaa...”

” --kerran vuodessa jos ei mitään ilmene, sitten sitä tietysti taas tuota niin, pistetään uusiksi ja katotaan että mitä tehdään--”

Asiakkaat kokivat, että hoitosuunnitelmasta tekee selkeän muun muassa sen konkreettisuus, itse määritetyt tavoitteet, laatikoittain asettelu, keinot tavoitteiden toteuttamiseksi sekä yhteistyö ammattilaisen kanssa.

” Se on just ku ne on laatikoissa, tai silleen just ku ne tavoitteet ja sit se seuranta -- saa sit kysyy jos se ei tiedä, niin sit voi kysyy siellä netissä hoitajalta. Sielt tulee kyl heti vastaus ku mä oon siel jotain kysynytki.”

Tutkimuksessa kävi ilmi, että asiakkaat kokevat hoitosuunnitelman vaikuttavan positiivisella tavalla ammattilaisen työhön muun muassa siksi, että se pitää kaikki osapuolet ajan tasalla.

Hoitosuunnitelma vaikuttaa viestintään helpottavana tekijänä sekä sitouttaa osapuolet hoidon toteuttamiseen. Asiakkaat kokivat hoitosuunnitelman auttavan hoidon kokonaisuuden hahmottamisessa.

”-- et se selkeyttää ja tavallaan antaa ne raamit mitä voi ammattilaisena tehdä.”

Lähes kaikki asiakkaat olivat sitä mieltä, että heillä on suurin vastuu hoitosuunnitelman toteuttamisessa. Asiakkaat ovat ymmärtäneet, että heidän tulee olla aktiivisia omahoidossaan. Jotkut asiat ovat heidän mielestään yhteisvastuullisia ja jotkut asiat ovat ammattilaisella vastuulla. Hoitosuunnitelma koettiin hyvinvointia ylläpitävänä tekijänä, joka turvaa hoidon jatkuvuuden, ja motivaattorina, joka pitää asiakkaan ajan tasalla.

”...mulla itelläki pysyy mielessä että ”ainiin nekin jutut pitää kondiksessa”. et se on niinku minun tehtävä sit siinä, he tekevät oman osansa minun eteen ja jos mä aion hyötyä siitä, niin mun pitää tehdä se oma osani vastavuoroisesti.”

Kommunikaatio hoitosuunnitelmaa tehtäessä on ollut pääosin myönteistä ja asiakas on saanut tukea ammattilaiselta. Suurin osa asiakkaista kokee, että he voivat tarvittaessa aina soittaa omahoitajalle, jos hoitosuunnitelman tiimoilta on jotakin kysyttävää. Joidenkin asiakkaiden omahoitaja piti yhteyttä hoitosuunnitelmaan liittyvistä asioista puhelimitse. Tässä oli kuitenkin vaihtelua eikä hoitaja pitänyt välttämättä lainkaan puhelimitse yhteyttä.

”-- kyllä mä koen ihan semmosena..myönteisenä ja lämminhenkisenä.”

”...hyvin siis puhuvat sillain että ihminen tavallinen ihminen ymmärtää...”

” Kyllä ne yleensä on ihan ihan asiallisia, että ei siinä sen kummempaa että aina niistä selvän. Että tuota, ja jos ei muuten niin voi sitten kysyä.”

6.2 Hoitosuunnitelman ongelmakohdat

Yksi tutkimustulos oli, että hoitosuunnitelman tarkoitus ei toteudu käytännön hoidossa (Taulukko 7). Eri asiakkaiden hoitosuunnitelmaa suunniteltiin ja toteutettiin käytännössä eri tavalla. Tämän vuoksi tutkimuksen tuloksissa on ristiriitaa. Samoja asioita on toimivissa seikoissa ja ongelmakohdissa. Vaikka tutkimuksessa ilmeni hoitosuunnitelmasta paljon positiivisia asioita, tutkimusprosessissa korostuivat hoitosuunnitelman monet ongelmakohdat. Idea on hyvä, mutta hoitosuunnitelman käytännön toteutus ontuu.

Yläluokka	Päälukuokka
<p>Hoitosuunnitelma ei ole aktiivinen osa asiakkaan hoitoa</p> <p>Hoitosuunnitelman ideologia toteutunut huonosti</p>	<p>Hoitosuunnitelman tarkoitus ei toteudu käytännön hoidossa</p>

Taulukko 7: Hoitosuunnitelman ongelmakohtat

Tärkein esille noussut ongelmakohta oli se, että hoitosuunnitelma ei ollut asiakkaalla aktiivisessa käytössä tai käytössä lainkaan. Osa asiakkaista ei tiennyt, missä hoitosuunnitelma on. Tämä on ristiriidassa sen periaatteen kanssa, että hoitosuunnitelma olisi asiakkaan omahoidon tukena ja motivoivana tekijänä. Muutamalla asiakkaalla hoitosuunnitelma oli vain muistin varassa. Osa asiakkaista ei tiennyt, mikä on hoitosuunnitelman tarkoitus. Muutamissa tapauksissa asiakkaat kokivat, ettei heille ole edes tehty hoitosuunnitelmaa.

” En mä oo sitä lukuun kun sen yhen kerran.”

”Mie oon oikeestaan sitä mieltä ettei sitä oo tehty.”

Joidenkin asiakkaiden mielestä hoitosuunnitelma ei ollut riittävän konkreettinen eivätkä tavoitteet käytännönläheisiä. Hoitosuunnitelmissa oli sisällöllisiä puutteita ja eroavaisuuksia asiakkaiden välillä. Asiakkaille ei välttämättä ollut lainkaan asetettu tavoitteita tai keinoja tavoitteiden saavuttamiseksi. Tavoitteet saattoivat myös olla yksipuolisia ja hoitosuunnitelman sisältö epäselvä asiakkaalle. Yksi asiakas jopa käytti omaa hoitosuunnitelmaa virallisen hoitosuunnitelman rinnalla kokiessaan virallisen hoitosuunnitelman kapeakatseiseksi ja sairauskeskeiseksi.

”Ei, ei tässä oo mitään konkreettista. Ei tässä oo yhtään mitään konkreettista”

”...mulla on siinä rinnalla myöskin tämmönen niin kun kuntoiluun ja tota hyvään oloon ja tämmöseen ruokavalioon ja muuhun liittyvä suunnitelma siihen rinnalle, jota mä seuraan sitten et koska nehän kuitenkin kohtaa ja vaikuttaa toinen toisiinsa.”

”...siin ois kyllä mun mielestä parantamisen varaa, aika paljonkin.” - ”...siihen pitäis vaan huomattavasti lisätä enemmän.”

Asiakkaat kokivat, ettei heitä oltu kuultu riittävästi hoitosuunnitelmaa laadittaessa ja heidän asemansa on ollut passiivinen. Joidenkin asiakkaiden hoitosuunnitelman sisältö on tullut ammattilaiselta, vaikei asiakas ole siihen yhtynyt. Tämä seikka on ristiriidassa terveyshyötymäl-

lin asiakaslähtöisen peruseriaatteen kanssa. Asiakkaan tulisi olla sitoutunut hoitosuunnitelmassa kirjattuihin asioihin. Tutkimuksessa ilmeni, että hoitosuunnitelman tekemiseen on osallistunut osapuolia, joita asiakas ei ole tavannut. Tämä aiheutti hämmennystä asiakkaassa.

” Joo siis pystyn osallistumaan siinä mutta emmä tiä johtaakse sitten mihinkään.”

”-- tääl ei niinku uskottu-- sillä ei oo niinku mitään merkitystä ollu että mun verenpaine pitää olla noin alhanen--”

Tutkimuksessa kävi ilmi, että joillakin asiakkailla saattoi olla epärealistisia tavoitteita hoitosuunnitelmassa ja asiakkailla ilmenevän motivaation puutetta. Kyseenalaisia motivointikeinoja on myös käytetty. Ammatilliselta saatu tuki hoitosuunnitelman toteuttamiseen koettiin myös riittämättömäksi ja puhelimitse saatavaa tukea kaivattiin. Lisäksi ilmeni kokemuksia kontrollin puuttumisesta. Asiakkaiden keskuudessa ilmeni myös ajatuksia etähoidosta.

”--sitten kolesteroli alhaseen, et se on pienempi ku 1,8. mut se on niin kova tavote-- niin siihen ei ilman sitä lääkettä pysty--”

”...en tiedä ittekkään oikeen että mitä haluaa mitä tahtoo tai mitä viittii tehdä.”

” -- kyllä tässä on tavallaan omillaan--”

Tyytymättömyyttä asiakkaan ja ammattilaisen keskinäiseen kommunikaatioon esiintyi. Jotkut asiakkaat kokivat luottamuksen puutetta ammattilaisia kohtaan. Tämä ilmeni esimerkiksi yhden asiakkaan kohdalla, jonka hoitosuunnitelmaan kirjattujen hoitokertojen määrä ei ollut toteutunut. Osa koki ammattilaisen ammattitaidon riittämättömäksi hoitosuunnitelman käsittelemiseen. Hoitosuunnitelman ja omahoidon ohjeistus on ollut epäselvää.

” --emmä sitten siitä mitään synenergiaa saanut.”

”-- mä sitten sanoin vielä että tota nyt käydään nopeesti tää läpi että mä pääsen niihin mun omiin kysymyksiini. Se on niinku hirveen hidasta ja tota että se.. Että en tiä, että eiks hän osannu vetää sitä tän mukaan.”

Monet asiakkaista myös kokivat, ettei hoitosuunnitelmaa käydä läpi riittävästi. Hoitosuunnitelmaa ei päivitetty käyntien yhteydessä. Joissakin tapauksissa hoitosuunnitelman päivityksen jälkeen asiakas ei saanut päivitettyä hoitosuunnitelmaa kirjallisena. Päivityksen jälkeen asiakas ei ole saanut tarkistaa hoitosuunnitelmaan kirjattuja asioita, vaikka niin on luvattu. Hoi-

toisuunnitelman käsittely on jäänyt vähäiseksi. Varsinaista hoidon suunnittelua, jossa hoito-suunnitelma laaditaan, ei ole kaikissa tapauksissa ollut.

” Mulla taitaa olla se joskus syyskuussa tehty hoitosuunnitelma (kirjallisena kotona), mutta sekin on menny sen verta monta kertaa uusiks että yllättäen niitä ei oo otettu ku se yks.”

” --kun se Hoitaja laati sen luonnoksen, niin sitten tota se, meidän piti yhdessä katsoo sitä. Semmosta katsomistilaisuutta ei tullut.”

” No sitä ei nyt oikeestaan oo käyty läpitte sen jälkeen muuta kun mitä mä oon lääkärissä käyny...” - ”... ei oo mitään semmosta niin kun kenenkään kanssa keskusteltu, että mitenäs tästä mennään etempään...”

6.3 Hoitosuunnitelman kehittämiskohteet

Kaikissa haastatteluissa tuli ilmi hoitosuunnitelmaan liittyviä epäkohtia. Asiakkaat kokivat kuitenkin hankalaksi konkreettisten kehittämisehdotusten keksimisen. Hoitosuunnitelman sisältöä ja tarkoitusta tulisi korostaa enemmän hoidon yhtenä osana (Taulukko 8).

Yläluokka	Pääluokka
Hoitosuunnitelma voisi olla sisällöltään laajempi	Hoitosuunnitelman sisältöä ja tarkoitusta tulisi korostaa enemmän hoidon yhtenä osana
Hoitosuunnitelma aktiivisemmaksi osaksi hoitoa	
Hoitosuunnitelma hyvä sellaisenaan	

Taulukko 8: Hoitosuunnitelman kehittämiskohteet

Hoitosuunnitelman tulisi olla kokonaisvaltaisempi, laajempi ja selkeämpi. Hoitosuunnitelmas- sa tulisi olla enemmän käytännön elämää koskevia asioita. Asiakkaat kokevat, että heidän elämänsä tulisi ottaa enemmän huomioon hoitosuunnitelmaa laadittaessa.

”Joo ois se voinu olla koska tota tavallaanhan se keskittyy eniten tavallaan näitten perus olemassa olevien todettujen sairauksien hoitamiseen ja kuitenkin niihin sairauksiin vaikuttaa tavallaan myöskin tää ihmisen oma elämä ja elämäntavat--”

” En mä tiää onks se nyt niin hirveen helposti ymmärrettävä...”

Hoitosuunnitelmaan haluttiin tavoitteet ja jatkohoito. Tämän lisäksi asiakkaat toivoivat, että hoitosuunnitelmaa päivitetäisiin säännöllisin väliajoin. Tämä tuli monissa haastatteluissa ilmi. Asiakkaat halusivat, että hoitosuunnitelmaan palataan aika-ajoin, vaikka sitä ei välttämättä päivitetäisikään. Asiakkaat toivoivat, että he saisivat mahdollisen päivittämisen yhteydessä päivitetyn hoitosuunnitelman kirjallisena kotiin. Asiakkaat kokivat heidän kuulemisensa tärkeäksi päivittämisen yhteydessä.

”... tavoitteet on tavoitteet on ensinnäkin se on se ykkösjuttu ja sitten se varsinainen hoitosuunnitelma ja sit se jatkohoito ne on ne tietysti ne kolme pääasia...”

” Ehkä ehkä siinä täytyis olla sellasta pientä päivitystä.-- et se on jässähtäny sinne johki viime syksyn tiennoille se.-- kyllä mä kaipaisin sitä että se vaihteluväli ois vaikka kolme kertaa kuussa et vähän katottais, et mitä lisää ja mitä mahdollisesti semmosta mitä on saavutetta ja mitä on nyt vähän niinku pois annettavaa sieltä niin.”

Hoitosuunnitelman tarkoituksesta haluttiin myös kerrottavan enemmän. Ammatilainen voisi esimerkiksi ensitapaamisessa kertoa hoitosuunnitelman sisällöstä ja tarkoituksesta. Lisäksi asiakkaat toivoivat, että ammatilainen pitäisi yhteyttä asiakkaaseen hoitosuunnitelman tiimoilta esimerkiksi puhelimitse. Kuitenkin joidenkin asiakkaiden mielestä hoitosuunnitelmassa ei ole kehitettävää eikä hoitosuunnitelma ole tärkeä hoidon kannalta.

” --tota vois vähän paremminkin korostaa.”

”--haluais enemmän semmosta että täältäkin otettais joku yhteys, vaikka soitettais.”

” Se on hyvin pelannut, pelannut tähän asti, että en mä osaa silleen, silleen sanoa että miten sitä pitäis ruveta uudistamaan. Ei sitä mun mielestä tarvikaan.”

7 Pohdinta

7.1 Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen toteutuksessa on huomioitu eettinen näkökulma. Opinnäytetyössä on käytetty luotettavia lähteitä. Lähdeviitteet ja -merkinnät on tehty asianmukaisesti, jolloin alkuperäinen tieto pystytään jäljittämään. Lähteissä on käytetty sekä kansainvälisiä että kotimaisia lähteitä monipuolisesti. Opinnäytetyötä koskevaa aineistoa on suhteellisen vähän, sillä aihe on Suomessa uusi ja vähän tutkittu. Siksi osa lähteistä olikin luontevaa hakea kansainvälisiltä sivustoilta. Plagiointiin ei ole syyllistytty.

Hämeenlinnan Terveyspalvelut -liikelaitokselta anottiin tutkimuslupa Hämeenlinnan Terveys-
hyötypalveluiden toimitusjohtajalta Risto Mäkiseltä (Liite 3). Haastateltaville tehtiin erillinen
kirje, jossa kerrottiin etukäteen haastattelusta ja sen sisällöstä (Liite 4). Näin pystyttiin to-
teuttamaan haastattelut niin, että asiakkaat tiesivät etukäteen, mihin osallistuvat ja näin
vältettiin eettinen ristiriita. Tämä lisäsi myös halukkaiden osallistumista tutkimukseen, kun
aihe oli ennalta kerrottu. Kirjeessä kerrottiin totuudenmukaisesti tutkimuksen taustasta ja
tarkoituksesta, tutkimuksen kulusta ja vaitiolovelvollisuudesta. Näitä asioita painotettiin
myös haastattelutilanteessa. Tutkimuskirje saattoi lisätä sopivien asiakkaiden halukkuutta
osallistua tutkimukseen.

Opinnäytetyössä tutkittiin Hämeenlinnan Terveys-
hyötypalveluiden asiakastyytyväisyyttä hoi-
tosuunnitelmaan. Aineisto kerättiin teemahaastattelulla. Teemahaastattelurunko pilotoitiin
opiskelijakollegalla. Pilotointi näytti, että teemahaastattelurunko ja haastattelijoiden yhteis-
työ oli toimivaa. Pilotointi ei aiheuttanut muutoksia teemahaastattelurunkoon. Varsinaiset
haastattelut toteutettiin Hämeenlinnan Terveys-
hyötypalveluiden tiloissa 17.1.2014 ja
22.1.2014 Merita Kautosen koordinoimana. Kautonen hankki haastateltavat yhteistyössä mui-
den hoitajien kanssa vastaanotto toiminnan ohessa. Haastateltavat olivat eri hoitajien asiak-
kaita sekä molempien sukupuolien edustajia. Haastateltavia oli yhteensä kymmenen, ja haas-
tattelut jaettiin kahdelle haastattelupäivälle. Haastattelijoita oli kaksi, sillä pilottihaastatte-
lussa todettiin sen olevan luontevin tapa toteuttaa haastattelut. Haastattelut tallennettiin
Laureasta lainattuihin nauhureihin. Ennen nauhureiden palautusta haastattelut poistettiin.

Suurin osa haastateltavista tunsivat tutkittavan ilmiön. Kuitenkin joukossa oli niitäkin, jotka ei-
vät tunteneet tutkittavaa ilmiötä. Tämä vaikuttaa tutkimustulosten luotettavuuteen. Itse
haastattelijat olivat perehtyneet tutkimuksen aiheeseen hyvin. Haastattelijoilla oli jonkin
verran kokemusta teemahaastattelusta ja sisällönanalyysistä aiemmin Hämeenlinnan Terveys-
hyötypalveluihin toteutetun hankkeen ansiosta. Sisällönanalyysin käyttö mahdollisti sen, ettei
alkuperäinen informaatio kadonnut missään tutkimuksen vaiheessa. Tutkimusaineisto kerättiin
ja analysoitiin niin, että haastateltavat pysyivät anonyymeinä koko prosessin ajan. Tutkimuk-
sen luotettavuutta lisäsi se, että jokaisen haastateltavan suorat lainaukset merkittiin omalla
fontilla. Pelkistykseen yhteydessä pelkistykset merkittiin väreillä, jotka osoittivat sen, mihin
tutkimuskysymykseen kyseinen pelkistys vastasi. Tämä mahdollistaa alkuperäisen ilmauksen
jäljittämisen myöhemmässä vaiheessa, ja näin ollen lisää luotettavuutta. Sisällönanalyysi suo-
ritettiin yhteistyössä opinnäytetyön tekijöiden kanssa, jotta jokainen asia tuli huomatuksi ei-
kä tuloksille sokeuduttu. Sisällönanalyysi toteutettiin useampana eri päivänä ja tarkistettiin
aikaisempia vaiheita ennen uusien aloittamista. Tuloksissa käytetyt esimerkki-ilmaukset teh-
tiin niin, ettei niistä käy haastateltavan henkilöllisyys ilmi. Haastatteluissa ilmitulleiden hoi-
tajien tai lääkärin nimiä ei julkistettu. Opinnäytetyön valmistuttua kaikki aineisto hävitettiin
eikä tutkimusaineistoa käytetty muissa tarkoituksissa.

7.2 Tutkimustulosten tarkastelua

Tutkimustulosten tarkastelun lähtökohtana olivat tutkimusongelmat ja pohjana toimi teoreettinen viitekehys. Tutkimus vastasi tutkimusongelmiin ja vastaukset saatiin haettuihin kysymyksiin. Eri tutkimusongelmista saatiin erilaajuinen aineisto. Tutkimuksen tuloksista selvisi, että hoitosuunnitelma on hyvä osa asiakkaan hoitoa, mutta sen käytännön toteutus ontuu. Kehittämisehdotuksia saatiin myös jonkin verran. Kuitenkaan kaikki asiakkaat eivät keksineet haastattelutilanteessa konkreettisia kehitysideoita.

Terveyshyötymallin mukaisesta hoitosuunnitelmasta ei ole tehty aikaisempia tutkimuksia, joten tästä tutkimuksesta saatuja tuloksia ei voi verrata mihinkään muuhun kuin teoriaan. Terveyshyötymallin hoitosuunnitelman pohjana on se, että asiakas laatii hoitosuunnitelman hoitajan tuella. Asiakas saa itse määrittellä hoitosuunnitelmaan tarpeet ja tavoitteet. Hoitaja antaa oman ammatillisen näkökulmansa. Hoitosuunnitelman tulee olla selkeä ja ymmärrettävä. Keskeistä on, että tavoitteet ovat realistisia ja niiden toteutukseen on valittu ennalta määrätty ajanjakso. Jotta asiakas pääsee tavoitteisiin, tulee hoitosuunnitelmassa olla kirjattuna keinot tavoitteiden toteuttamiseksi. Asiakkaan tulee ymmärtää keinot ja niiden käytännön toteutus. Hoitosuunnitelmaa laadittaessa asiakas ja ammattilainen keskustelevat vastuualueista. (Seminaariaineisto 2013a.)

Teoreettisessa viitekehyksessä hoitosuunnitelmaan liittyvät asiat ovat vahvasti vaikuttaneet haastatteluissa esitettyihin kysymyksiin (Liite 1). Kaikista hoitosuunnitelman osatekijöistä ja niiden toteutumisesta käytännössä keskusteltiin haastattelutilanteessa, jolloin tuloksia voitiin verrata suoraan teoreettiseen viitekehukseen. Tutkimustuloksista selvisi, että hoitosuunnitelma on hyvä osa asiakkaan hoitoa, mutta silti jokaisessa osa-alueessa on jonkin verran puutteita. Asiakkaat ovat saaneet osallistua vaihtelevasti hoitosuunnitelman laatimiseen. Vaihtelevuutta on ollut passiivisesta asemasta asiakkaan aktiiviseen rooliin hoitosuunnitelman laatimisessa ja kaikkea siltä väliltä. Tutkimuksessa kävi ilmi, ettei kaikkien asiakkaiden hoitosuunnitelma ole selkeä tai riittävän laaja. Suurimmalla osalla hoitosuunnitelmaan on kirjattu keinot tavoitteiden saavuttamiseksi ja ajanjakso niiden toteuttamiseen. Kuitenkaan näin ei kaikilla asiakkailla ollut. Osa asiakkaista koki hoitosuunnitelman epäselväksi käsitteeksi, ja sen tarkoituksiperää ei välttämättä tiedetty. Tutkimuksessa selvisi, etteivät kaikki haastateltavat muistaneet hoitosuunnitelman olemassaoloa. Vastuualueet tutkimuksen tulosten mukaan olivat asiakkaille selkeitä. Asiakkaat osasivat nimetä, mitkä asiat ovat heidän ja mitkä ammattilaisen vastuulla. Kehittämisehdotuksissa painottuivat asiakkaiden toiveet hoitosuunnitelman korostamisesta aktiivisempänä osana asiakkaan hoitoa sekä laajemmasta sisällöstä. Tiedottamisen tulisi olla merkittävämmässä roolissa.

7.3 Kehittyminen asiantuntijuuteen

Opinnäytetyön aihe tuntui mielenkiintoiselta heti alusta alkaen. Asiakkaiden ohjaamisessa heidän elämäntapamuutoksissaan on paljon kehitettävää terveydenhuollossa. Uudet keinot asiakkaan ohjaamiseen ja tukemiseen tulevat tarpeeseen opinnäytetyöntekijöille tulevassa terveydenhoitajan työssä. Opinnäytetyö antoi opinnäytetyöntekijöille uudenlaisen työtavan toimia käytännön työssä. Käytännössä terveyden edistäminen on ohjaamista, neuvontaa ja opettamista. Tähän tarvitaan tietoa ja ymmärrystä asiakkaan tarpeista, voimavaroista, elämäntilanteesta, toimintatavoista ja ympäristöstä. Ammatillainen tarvitsee myös tietoa erilaisista menetelmistä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014.) Opinnäytetyön aihe antaa uudenlaisen menetelmän asiakkaan kokonaisvaltaiseen kohtaamiseen. Organisaatiossa, jossa terveyshyötymalli ei ole yleisessä käytössä, on terveyshyötymallin periaatteita vaikea käyttää kokonaisvaltaisesti. Kuitenkin terveyshyötymalliin perehtymällä opinnäytetyöntekijöillä on ollut mahdollisuus saada valmiuksia perinteistä poikkeavaan asiakaskohtaamiseen.

Opinnäytetyö lisäsi opinnäytetyöntekijöiden yhteistyötaitoja eri tahojen kanssa. Yhteistyö opinnäytetyön tilaajan kanssa sujui hyvin. Tätä on osaltaan auttanut osapuolten aiempi kontakti ja yhteistyö. Tiedonkulku mahdollistui pääasiassa sähköpostin välityksellä. Yhteyttä voitiin ottaa matalalla kynnyksellä koko opinnäytetyöprosessin ajan. Yhteistyö opinnäytetyön ohjaajan Anne Laaksosen kanssa oli välitöntä. Opinnäytetyöntekijät pystyivät ottamaan yhteyttä tarvittaessa, ja saivat tukea sekä palautetta riittävästi. Keskusteluja käytiin niin sähköpostin välityksellä kuin kasvotustenkin. Anne Laaksosella oli kontakti Hämeenlinnan työelämän ohjaaja Lilli Väisäseen, mikä täydensi yhteistyötä. Pääasiassa kuitenkin kontaktissa olivat joko opinnäytetyöntekijät ja työelämän ohjaaja tai opinnäytetyöntekijät ja opinnäytetyön ohjaaja. Myös yhteistyö asiakkaiden kanssa, asiakkaiden kohtaaminen ja näin ollen myös käytännön taidot karttuivat.

Yhteistyötaidot lisääntyivät myös tekijöiden välisessä työskentelyssä. Koska tekijät tuntevat toisensa hyvin, tekeminen oli mutkatonta ja yhteistyö sujui ongelmitta. Yhteistyön onnistumisessa tärkeä elementti oli sama päämäärä ja yhteiset tavoitteet opinnäytetyön suhteen. Näistä asioista tekijät pystyivät keskustelemaan avoimesti. Avoin vuorovaikutus osaltaan vaikutti opinnäytetyön onnistumiseen ja asiantuntijuuden kehittymiseen. Opinnäytetyö tehtiin kokonaan yhteistyönä, jolloin molemmat osapuolet olivat yhdessä osallisena opinnäytetyön jokaisessa vaiheessa. Kun työtehtäviä ei jaettu, molemmat tunsivat käsiteltävän aiheen hyvin. Tämän vuoksi molempien opinnäytetyöntekijöiden vahvuudet yhtyivät yhdeksi kokonaisuudeksi ja kriittinen keskustelu mahdollistui. Lisäksi tutkimusosaaminen lisääntyi. Laadullisen tutkimusmenetelmän hallintaa, teemahaastattelua sekä sisällönanalyysiä on mahdollista hyödyntää tulevilla projekteilla. Niistä on myös hyötyä terveydenhoitajan työssä. Tästä on esimerkiksi teemahaastattelussa käytettävät avoimet kysymykset kohdennetusta aiheesta ja niiden

käyttö asiakasta haastateltaessa. Opinnäytetyö lisäsi ajankäytön suunnittelun taitoja sekä laajojen kokonaisuuksien hallintaa. Opinnäytetyöprosessin alussa laadittu suunnitelma aikataulutuksesta toteutui. Kirjoittaminen, tiedonhaku ja lähdekriittisyys kehittyivät prosessin aikana. Opinnäytetyötä tehdessä opinnäytetyöntekijöillä oli mahdollisuus syventää omaa teoriatietoaan käsiteltävästä aiheesta.

Työelämälähtöinen opinnäytetyö auttoi asiantuntijuuteen kehittymisessä. Opinnäytetyöntekijät oppivat kuuntelemaan tilaajan toiveita ja toteuttamaan niitä käytännössä. Aiempi kokemus Hämeenlinnan Terveysyhyötypalveluille tehdystä hankkeesta auttoi opinnäytetyön suunnittelussa sekä toteuttamisessa. Opinnäytetyö mahdollisti terveydenhoitajan näkökulman sisäistämisen terveyshyötymallin avulla. Halu kehittää työelämää nykypäivän tarpeita vastaavaksi, auttaa jatkossa kehittämishankkeisiin osallistumisessa. Opinnäytetyöntekijät saivat uudenlaisia kehittämisvalmiuksia.

Opinnäytetyö oli hyvin suunniteltu kokonaisuus ja mielekäs prosessi. Kriittisesti ajateltuna teemahaastattelun tekemistä ja kysymyksiä olisi voitu pohtia vieläkin enemmän, jotta ne olisivat vastanneet mahdollisimman tarkasti tutkimusongelmaan eikä niin sanottuja turhia kysymyksiä olisi ollut. Lisäksi Hämeenlinnan henkilökuntaa olisi voitu ohjeistaa tarkemmin haastateltavien hankinnan kriteereistä. Näin olisi voitu välttää sellaisten ihmisten ajautuminen haastatteluihin, jotka eivät tienneet tutkittavasta ilmiöstä riittävästi. Toisaalta tämän voidaan katsoa olevan yksi tutkimustulos.

7.4 Kehittämisen- ja jatkotutkimukset

Tämän opinnäytetyön aihe syntyi Hämeenlinnan Terveysyhyötypalveluille tehdystä hankkeesta keväällä 2013. Hankkeen tuloksien perusteella opinnäytetyön aihe kohdistui hoitosuunnitelmaan tilaajan toiveen mukaisesti. Opinnäytetyöntekijöiden orastava ajatus opinnäytetyön aiheesta ennen tilaajan toivetta oli tutkimus terveyshyötymallin toteutumisesta Hämeenlinnan Terveysyhyötypalveluissa työntekijöiden näkökulmasta. Tämä aihe kuitenkin unohdettiin ja tilaajan toivetta kuunneltiin. Tosin opinnäytetyön lopullinen aihe oli hyvä jatkumo kevään 2013 hankkeelle, sillä se keskittyy hankkeen tutkimuksessa havaittuihin ongelma-kohtiin.

Opinnäytetyön tilaaja toivoi opinnäytetyöntekijöiltä osastotunnin pitämistä opinnäytetyöstä ja sen tuloksista. Tämä toteutettiin tilaajan toiveiden mukaisesti 8.5.2014. Osastotunnille tehtiin kirjallinen esite työstä, lehdistötiedote, joka toimi opinnäytetyöntekijöiden kypsyysnäytteenä. Lehdistötiedote julkaistaan Hämeenlinnan Terveyspalveluiden omassa lehdessä, mahdollisesti Hämeenlinnan paikallislehdessä sekä Hämeenlinnan Terveyspalveluiden Internet-sivuilla. Osastotunnin avulla Hämeenlinnan Terveysyhyötypalveluiden työntekijät saivat tutkimuksen tulokset välittömästi tietoonsa. Näin ollen tutkimuksesta saadun tiedon välittä-

minen ei ole yksittäisen työntekijän vastuulla, ja tutkimuksen tuloksia on mahdollista hyödyntää tehokkaasti. Tutkimuksen tuloksista tiedottaminen toimii kehittämisen mahdollistajana. Opinnäytetyön tutkimuksen tulokset toimivat hyvänä pohjana työtapojen kehittämisessä Hämeenlinnan Terveysyötypalveluissa terveyshyötymallin suuntaisesti. Tämä jää kuitenkin tilaajan vastuulle.

Osastotunti sai hyvää palautetta Hämeenlinnan Terveysyötypalveluiden työntekijöiltä. Opinnäytetyö ja sen tulokset toimivat työntekijöille asiakkaiden kokemusten peilinä. Osastotunnilla kävi ilmi, että työntekijöillä on erilainen kokemus hoitosuunnitelman toimivuudesta käytännössä. Osa työntekijöistä ihmetteli saatuja tuloksia, sillä heidän mielestään asiat eivät käytännössä mene niin, kuin asiakkaat ovat tuoneet ilmi. Työntekijät kokivat osastotunnin hyödylliseksi ja opinnäytetyö sai kiitosta. Keskustelua syntyi laajalti tulosten ympärille. Keskustelua käytiin myös siitä, miten hankalaa työntekijöiden on saada asiakkaat motivoitumaan omahoitoon, koska asiakkaat ovat lähtökohtaisesti passivoituneita. Olisivatko asiakkaat mahdollisesti ikinä sairastuneetkaan, mikäli he olisivat motivoituneita terveyden ylläpitäjiä? Tällaisista lähtökohdista on hankala pyrkiä elämäntapamuutokseen. Osastotunti toimi hyvänä päätepisteenä opinnäytetyö prosessille.

Jatkossa tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää uusien tutkimusten aihioina. Olisi mielenkiintoista tietää, miten tutkimustuloksilla voitaisiin kehittää Hämeenlinnan Terveysyötypalveluita. Opinnäytetyöntekijöiden alkuperäistä ajatusta opinnäytetyön aiheesta voitaisiin jollain tavalla käyttää jatkossa, ja hyödyntää tämän opinnäytetyön tuloksia siinä yhteydessä. Tulevaisuudessa voitaisiin tutkia ammattilaisen näkökulmaa hoitosuunnitelmaan tai terveyshyötymallin mukaiseen hoitoon yleisesti. Olisi mielenkiintoista tietää, millä tavalla työntekijät kokevat hoitosuunnitelman ja ovatko heidän ajatuksensa yhteneväisiä tässä opinnäytetyössä saatujen tutkimustulosten kanssa. Opinnäytetyöntekijöiden pääasiallinen toive on, että tilaaja hyötyy tästä opinnäytetyöstä. Jos opinnäytetyön tilaaja päättää kehittää Terveysyötypalveluiden toimintaa hoitosuunnitelman osalta, olisi mielenkiintoista toteuttaa samainen tutkimus kehittämistyön jälkeen. Näin saataisiin tietää konkreettisesti tämän opinnäytetyön merkitys.

Lähteet

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro.

Duodecim 2013a. Depressio. Viitattu 27.10.2013
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=hoi50023

Duodecim 2013b. Diabetes. Viitattu 27.10.2013
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=hoi50056&p_haku=diabetes

Duodecim 2012. Rasva-aineenvaihdunnanhäiriö (dyslipidemia) - pikatietoa. Viitattu 27.10.2013
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=poh00085&p_haku=kolesteroali

Esite 2013. Potku2: Potilas kuljettajan paikalle.

Esite 2013b. eOmahoito Terveystiedot ja -palvelut kotikoneella. Hämeenlinnan Terveyspalvelut.

Esite 2011. Potku - hanke: Pitkäaikaissairaana suunnitelmallinen hoito terveyskeskuksen vastaanotolla.

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15 uud. p. Helsinki: Tammi.

Häkkinen, E. 2013. Terveystiedot ja -palvelut kotikoneella. Viitattu 10.2.2014
[http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk00489&p_haku=terveyden edistäminen](http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk00489&p_haku=terveyden%20edistaminen)

Hämeenlinnan Terveyspalvelut 2013a. Terveystiedot ja -palvelut kotikoneella. Viitattu 30.10.2013
<http://www.hameenlinna.fi/Terveyspalvelut-erillissivusto/Terveyspalvelut/Terveystiedotja-palvelut/>

Hämeenlinnan Terveyspalvelut 2013b. Hämeenlinnan terveystiedot ja -palvelut kotikoneella. Viitattu 29.10.2013
<http://www.hameenlinna.fi/Terveyspalvelut-erillissivusto/Terveyspalvelut--liikelaitos/>

Iivanainen, A., Jauhiainen, M., Pikkarainen, P. 2001. Sisätauti-kirurginen hoito ja hoitotyö. Helsinki: Tammi.

Iivanainen, A., Syväoja, P. 2011. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Tammi.

Improving chronic illness care 2013. The chronic care model. Viitattu 1.11.2013
www.improvingchroniccare.org/index.php?p=THE_%20Chronic_Care_Model&s=2

Isometsä, E. 2013. Depressio. Viitattu 27.10.2013
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00845&p_haku=masennus

Janhonen, S., Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Jämsen, S. 2012. Hoito- ja palvelusuunnitelma. Viitattu 29.10.2013
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk02251&p_haku=hoito-%20ja-%20palvelusuunnitelma

Koivuniemi, K., Simonen, K. 2011. Kohti asiakkuutta - ihmistä arvostava terveydenhuolto. Helsinki: Otava.

Komulainen, J., Vuokko, R. & Mäkelä, M. 2011. Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma. Tampere: Tampereen yliopistopaino.

Krohn, M. 2011. Terveysyhyötymalli 1-20
http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/tapahtumat/aineisto/2011/kohti-tiedolla-johtamista/Documents/4_krohn_terveysyhyotymalli_%202011_10_26.pdf

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Kylmä, J., Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Laaksonen, H., Niskanen, J., Ollila, S. 2012. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita.

L. Väisänen 2013b. Palvelupäälikön Lilli Väisänen haastattelu 25.10.2013. Hämeenlinnan terveyspalvelut liikelaitos

Marttila, J. 2012. Muutosvalmius. Käypä hoito. Viitattu 29.10.2013
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../nix01668>

Mattsson, N. 2012. Metabolic syndrome in young adults 1-96
<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/76843/Annales%20%201012%20Mattsson%20DIS%20S.pdf?sequence=1>

Mustajoki, P. 2012a. Kohonnut verenpaine (verenpainetauti). Viitattu 27.10.2013
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00034&p_haku=hyperten-sion

Mustajoki, P. 2012b. Tietoa potilaalle: Tyypin 1 diabeteksen hoito. Viitattu 27.10.2013
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=dlk00774

Mustajoki, P. & Kunnamo, I. 2009. Motivoiva potilashaastattelu, vaikuttava terveysneuvonta. Viitattu 3.5.2014 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00147

Muurinen, M. & Mäntyranta, T. 2013. Asiakasvastaava- toiminta pitkäaikaissairauksien terveysyhyötymallissa 1-24
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=41254&name=DLFE-15516.pdf

Nikkanen, P. 2012. Metabolinen oireyhtymä. Viitattu 27.10.2013
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_haku=metabolinen%20oireyhtym%C3%A4

Paunonen, M., Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.

Perttilä, K. 2014. Terveiden edistäminen käsitteenä ja käytännössä. Viitattu 10.2.2014
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/4_2006/muut_artikkelit/terveyden_edistaminen_kasitteena/

Potku 2013a. Linnan potku. Viitattu 29.10.2013
<http://www.potkuhanke.fi/fi/osahankkeet/linnan-potku>

Potku 2013b. POTKulla terveysyhyötä. Viitattu 15.10.2013
<http://www.potkuhanke.fi/fi/potku-hanke>

Potku2 2013a. Terveysyhyötä pitkäaikaissairaille! Viitattu 15.10.2013
<http://www.potkuhanke.fi/fi/potku-2-hanke>

Potku2 2013b. Lääkäri-hoitaja työparityöskentely. Viitattu 1.11.2013

www.potkuhanke.fi/fi/dokumentit-ja-materiaalit-ii/viewdownload/17-palveluvalikoima/22-laakari-hoitaja-tyoparityoskentelymallintaminen

Potku2 2013c. Terveysyhtymämalli. Viitattu 10.2.2014
<http://www.potkuhanke.fi/fi/terveysyhtymamalli>

Potku2 2013d. Potku II - Hämeenlinna. Viitattu 8.11.2013
<http://www.potkuhanke.fi/fi/osahankkeet-ii/hame-potku/hameenlinna>

Pulkkinen, S. & Vesanen, P. 2012. Masentuneen potilaan hoito. Viitattu 27.10.2013
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_haku=masennus

Rautava-Nurmi, H., Vestergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2012. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanomapro.

Routasalo, P., Pitkälä, K. 2009. Omahoidon tukeminen. Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille 1-36
http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f1969335532/omahoidon_tukem_opas_12_09.pdf

Seminaariaineisto 2013a. Potku2: Terveys- ja hoitosuunnitelma 10.9.2013. Tampere

Seminaariaineisto 2013b. Potku2: Hoitosuunnitelma-auditointityökalu 10.9.2013. Tampere

Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Terveystuolilaki lisää asiakkaiden valinnanmahdollisuuksia. Viitattu 30.10.2013
<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1548738>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma (Kaste). Viitattu 15.10.2013
http://www.stm.fi/vireilla/kehittamissuunnitelmat_ja_hankkeet/kaste

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Vuoden 2010 sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissuunnitelmat 1-16
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1447910&name=DLFE-11165.pdf

Terveystuoli ja hyvinvoinninlaitos 2014. Terveystuoli ja hyvinvoinnin edistäminen. Viitattu 10.2.2014
http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fi/tyon/periaatteet/terveyden_ja_hyvinvoinnin_edistaminen

Terveystuoli ja hyvinvoinninlaitos 2013a. Hoitosuunnitelma. Viitattu 30.10.2013
www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/terveydenhuoltolaki/usein_kysytty_hoitosuunnitelma

Terveystuoli ja hyvinvoinninlaitos 2013b. Pitkäaikaissairastavuus. Viitattu 8.11.2013
http://www.thl.fi/fi_FI/web/kaventaja-fi/eriarvoisuus/terveys/pitkaaikaissairastavuus

Toivanainen, H. 2011. Konsumerismi, potilaan voimaantuminen ja lääkärin työn muuttuminen. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 29.10.2013
http://www.duodecimlehti.fi.nelli.laurea.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Fcon&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo99479&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_fro

Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.

Uusitupa, M. 2009. Aikuistyyppin diabeteksen (tyypin 2 diabeteksen) ehkäisy (lyhyt ohje). Viitattu 27.10.2013
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/shk/koti?p_haku=aikuistyyppin%20diabetes

Väisänen, L. 2013a. Palvelupäällikön Lilli Väisäsen haastattelu 13.2.2013. Hämeenlinnan terveyspalvelut liikelaitos

Wagner, E. 2010. Academia, Chronic care, and the future of primary care. Viitattu 1.11.2013
www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2940437/

World Health Organization 2013. Chronic diseases. Viitattu 8.11.2013
http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/

Yki-Järvinen, T. & Tuomi, T. 2013. Diabeteksen määritelmä, erotusdiagnoosi ja luokitus. Viitattu 27.10.2013
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00552&p_haku=diabetes

Ylikoski, T. 2000. Unohtuiko asiakas? Helsinki: Otava.

Kuvat

Kuva 1: Asiakastyytyväisyyteen vaikuttavat tekijät	20
Kuva 2: Aineistolähtöisen sisällön analyysin eteneminen.....	30

Taulukot

Taulukko 1: Aineiston pelkistäminen	32
Taulukko 2: Alaluokkien muodostaminen.....	33
Taulukko 3: Yläluokkien muodostaminen	34
Taulukko 4: Pääluokan muodostaminen	34
Taulukko 5: Tutkimustulokset	35
Taulukko 6: Hoitosuunnitelmassa toimivat asiat	36
Taulukko 7: Hoitosuunnitelman ongelmakohdat	39
Taulukko 8: Hoitosuunnitelman kehittämiskohteet.....	41

Liitteet

Liite 1 Teemahaastattelurunko.....	55
Liite 2 Sopimus tutkimus- ja kehittämisestä	57
Liite 3 Tutkimuslupa.....	59
Liite 4 Kutsu haastatteluun	60
Liite 5 Lehdistötiedote.....	61

Liite 1 Teemahaastattelurunko

Tutkimusongelmat:

1. Millaisia ongelmakohtia hoitosuunnitelmassa on?
2. Millaiset asiat toimivat hoitosuunnitelmassa?
3. Miten hoitosuunnitelmaa voitaisiin kehittää?

Teemat ja kysymykset:

Hoitosuunnitelma yleisesti

- Tietääkö asiakas, minkä vuoksi hoitosuunnitelma tehdään ja mikä on sen tarkoitus?
- Millä tavalla hoitosuunnitelma on käytössä? Onko asiakkaalla se kirjallisena?

Hoitosuunnitelman teko ja päivitys

- Kuka hoitosuunnitelman on tehnyt?
- Millä tavalla asiakas on osallistunut hoitosuunnitelman tekoon?
- Kuinka usein hoitosuunnitelmaa käydään läpi?
- Millä tavalla hoitosuunnitelmaa käydään läpi?

Hoitosuunnitelman sisältö

- Mitä perustietoja hoitosuunnitelmassa on?
- Kokeeko asiakas hoitosuunnitelman realistiseksi?
- Millä perusteella tavoitteiden toteutumisaika on valittu ja kokeeko asiakas sen realistiseksi?
- Millä tavalla hoitosuunnitelma on kirjattu?
- Mitkä asiat tekevät hoitosuunnitelmasta selkeän ja helposti ymmärrettävän? Toteutuuko omassa hoitosuunnitelmassa?

Hoitosuunnitelma ja asiakkaan hoito

- Onko asiakkaalle selvää, mitkä asiat ovat hänen ja mitkä asiat ovat ammattilaisen vastuulla?
- Miten hoitosuunnitelma vaikuttaa asiakkaan käytännön hoidon toteutumiseen?
- Millä tavalla asiakkaan mielestä hoitosuunnitelman tekeminen vaikuttaa ammattilaisen työhön?
- Miten hoitosuunnitelma auttanut tavoitteiden toteuttamisessa?
- Minkälaisena asiakas kokee hänen ja ammattilaisen kommunikaation hoitosuunnitelmaa tehdessä?
- Millaista tukea asiakas on saanut hoitosuunnitelmaan ja sen toteuttamiseen liittyen?

Hoitosuunnitelman kehittäminen

- Onko jotain, mitä asiakas haluaa lisätä hoitosuunnitelmaan?
- Onko jotain, mitä asiakas haluaa poistaa hoitosuunnitelmasta?
- Onko asiakkaalla mielessä jotain muuta liittyen hoitosuunnitelmaan ja sen laatimiseen?

Liite 2 Sopimus tutkimus- ja kehittämistyöstä



SOPIMUS TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISYHTEISTYÖSTÄ

Toimeksiantaja
Toimeksiantajan vastuuhenkilö
Yhteystiedot

Hämeenlinnan Terveyspalvelut -liikelaitos
Lilli Väisänen
Viipurintie 1-3, 13111 Hämeenlinna
lilli.vaisanen@hameenlinna.fi

Toimeksiantajan sitoumukset

Toteuttaa yhteistyössä Laurea Hyvinkään kanssa opinnäytetyö.

Ammattikorkeakoulu, toimipiste
Vastuupettaja
Yhteystiedot

Laurea Hyvinkää
Anne Laaksonen
Uudenmaankatu 22, 05800 Hyvinkää

Ammattikorkeakoulun sitoumukset

Toteuttaa yhteistyössä Hämeenlinnan Terveyspalvelut -liikelaitoksen kanssa opinnäytetyö.

Kuvaus yhteistyöhankkeesta

Opinnäytetyö, asiakastyytyväisyystutkimus
Terveysshyötypalveluiden asiakkaiden
asiakastyytyväisyydestä koskien hoitosuunnitelmaa

Opinnäytetyön toteutus
Aikataulu

Opinnäytetyötä tehdään syksy 2013 sekä kevät 2014,
opinnäytetyö valmis huhtikuussa 2014

Toteutustapa (opinnäytetöinä,
harjoitteluina, erillisinä loppuraportteina,
ammattikorkeakoulun henkilökunnan
konsultaationa)

Opinnäytetyö, laadullinen tutkimus, joka toteutetaan
teemahaastatteluna, aineisto analysoidaan sisällön
analyysillä

Työelämän ohjaaja
Hankkeeseen osallistuvat opiskelijat

Lilli Väisänen
Helsto Jenna ja Närhi Katri

Tulosten julkaisu

Opiskelijat toimittavat opinnäytetyönsä toimeksiantajalle.

Ammattikorkeakoulun henkilökunnalla on oikeus hyödyntää aineistoa tutkimusjulkaisuissa ammatti- ja tutkimuseettiset tekijät huomioon ottaen.

Julkaisuja laadittaessa ei saa ilmaista tilaajan toimipaikan nimeä tai mitään, minkä pohjalta toimipisteen voisi tunnistaa.

Tuloksia hyödynnetään seuraavasti:

Toimeksiantaja voi halutessaan hyödyntää tuloksia hoitosuunnitelman kehittämisessä

Muuta

Muutoksista neuvotellaan yhdessä toimeksiantajan ja ammattikorkeakoulun edustajien kesken. Mikäli sopimus peruuntuu ammattikorkeakoulusta tai opiskelijasta johtuvasta syystä, toimeksiantajalla ei ole oikeutta saada korvausta.

HML
.....
Paikka ja aika *28.11.2013*
Lilli Väisänen
LILLI VÄISÄNEN
.....
Toimeksiantajan allekirjoitus

Liite 3 Tutkimuslupa



HÄMEENLINNAN KAUPUNKI
HÄMEENLINNAN TERVEYSPALVELUT
Toimitusjohtaja

PÄÄTÖSPÖYTÄKIRJA
Nro 51
3.12.2013
Dno 83/2013

Asia: Opinnäytetyön tutkimuslupa

Jenna Helsto ja Katri Närhi ovat anoneet opinnäytetyön tutkimuslupaa asiakastytyväisyyssitutkimuksesta Hämeenlinnan Terveyspalvelut-liikelaitokselle terveystyömallin hoitosuunnitelmasta.

Jenna Helsto ja Katri Närhi suorittavat terveydenhoitajan AMK tutkintoa Laurean ammattikorkeakoulussa. Heidän opinnäytetyönsä aihe on asiakastytyväisyyssitutkimus Hämeenlinnan Terveyspalvelut liikelaitokselle terveystyömallin hoitosuunnitelmasta.

Ohjaavana opettajana toimii Anne Laaksonen.

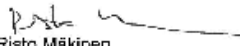
Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa terveystyöpalveluiden henkilökunnalle tietoa asiakkaiden kokemuksista koskien hoitosuunnitelmaa.

Päätös: Hakemuksen mukainen opinnäytetyön tutkimuslupa myönnetään.

Hämeenlinnassa

3.12.2013

Toimitusjohtaja


Risto Mäkinen

Otteen oikeaksi todistaa:

Hämeenlinnassa

Täytäntöönpano/tiedoksi:

Jenna Helsto
Katri Närhi
Päivi Raukko
Hämeenlinnan Terveyspalvelut-liikelaitos Johtokunta

Liite 4 Kutsu haastatteluun

Arvoisa Terveysyötypalveluiden asiakas!

Olemme kaksi terveydenhoitajaopiskelijaa Hyvinkään Laureasta. Teemme opinnäytetyötä koskien Hämeenlinnan terveysyötypalveluja, jossa Teidänkin hoitoanne toteutetaan.

Haastattelun avulla kartoitamme asiakastyytyväisyyttä koskien hoidossanne käytössä olevaa hoitosuunnitelmaa. Kokemuksenne aiheesta on opinnäytetyöllemme ja Hämeenlinnan Terveyspalveluita tuottaville ammattilaisille arvokkaita. Teillä on mahdollisuus olla mukana kehittämässä terveysyötypalveluita tähän tutkimukseen osallistumalla.

Nauhoitamme haastattelun ääninauhurille, jotta voimme dokumentoida haastattelun tutkimusraporttia varten. Haastattelu on täysin luottamuksellinen tilanne, henkilöllisyytenne ei tule ilmi missään tutkimuksen vaiheissa.

Kiitämme Teitä jo etukäteen haastatteluun osallistumisesta ja toivotamme Teidät tervetulleeksi Hämeenlinnan Terveyskeskukseen, Viipurintie 1-3, E-rakennus

_____/_____/_____, kello _____.

Haastattelutilaisuuteen teidät kutsutaan terveysyötypalveluiden odotustilasta, 2. kerroksesta, omalla nimelläne. Haastattelutilana toimii Mariikka Myllyniemen työhuone. Haastattelu kestää arviolta noin puoli tuntia.

Ystävällisin terveisin,

Jenna Helsto & Katri Närhi

Liite 5 Lehistötiedote

Hämeenlinna 8.5.2014

Asiakastyytyväisyystutkimus Hämeenlinnan Terveyspalvelut -liikelaitokselle terveyshyötymallin hoitosuunnitelmasta

Hämeenlinnan Terveyshyötöpalveluissa toteutettiin asiakastyytyväisyystutkimus keväällä 2014. Tutkimus toteutettiin Hyvinkään Laurea-ammattikorkeakoulun terveydenhoitajaopiskelijoiden toimesta. Asiakastyytyväisyystutkimuksella selvitettiin asiakastyytyväisyyttä terveyshyötöpalveluissa käytössä olevaa hoitosuunnitelmaa kohtaan. Tulokset julkaistaan opinnäytetyön muodossa 19.5.2014.

Keväällä 2013 toteutettu ensimmäinen asiakastyytyväisyystutkimus Hämeenlinnan Terveyshyötöpalveluista osoitti hoitosuunnitelmassa olevan puutteita. Puutteita haluttiin selvittää tarkemmin uuden asiakastyytyväisyystutkimuksen avulla. Tutkimuksessa selvisi, ettei hoitosuunnitelman käytännön toteutus tapahdu terveyshyötymallin ideologian mukaisesti. Kuitenkin hoitosuunnitelma sai myös paljon kiitosta.

Lisätietoja:

Jenna Helsto, p. 050 5672566, jenna.helsto@laurea.fi

Katri Närhi, p. 050 3416611, katri.terrijarvi@laurea.fi