

Sini Nupponen

Terveys- ja hoitosuunnitelmat pitkäaikais- ja monisairaiden hoidossa avoterveydenhuollossa

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoidtaja (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

17.11.2015



Tekijä(t)	Sini Nupponen
Otsikko	Terveys- ja hoitosuunnitelmat pitkäaikais- ja monisairaiden hoidossa avoterveydenhuollossa
Sivumäärä Aika	28 sivua + 2 liitettä 17.11.2015
Tutkinto	Sairaanhoitaja AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Sairaanhoitaja
Ohjaaja(t)	lehtori Asta Lassila
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä katsaus kirjallisuuteen terveys- ja hoitosuunnitelmien käytöstä pitkäaikais- ja monisairailta henkilöillä avoterveydenhuollossa. Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli, että työn tuloksia voidaan tulevaisuudessa hyödyntää Asiakasvastaava -koulutuksessa. Opinnäytetyö vastaa tutkimustehtävään: terveys- ja hoitosuunnitelman käytön vaikutukset pitkäaikais- ja monisairaiden henkilöiden hoidossa.</p> <p>Tämä opinnäytetyö on osa Asiakasvastaava hanketta, joka keskittyi pitkäaikais- ja monisairaiden — paljon perusterveydenhuollon palveluja tarvitsevien — asiakkaiden hoidon kehittämiseen. Hankkeessa on kehitetty asiakasvastaavan toimintamallia perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanotoille. Asiakasvastaava on lisäkoulutuksen saanut terveydenhuollon ammattihenkilö, joka toimii avoterveydenhuollossa pitkäaikais- ja monisairaiden hoidon koordinaattorina yhdessä hoitavan lääkärin kanssa kaikissa hoidon vaiheissa. Työn aineisto koostuu seitsemästä alkuperäisestä tutkimusartikkelista ja aineisto on analysoitu aineistolähtöisellä sisällönanalysillä.</p> <p>Tuloksista ilmeni, että terveys- ja hoitosuunnitelman käyttö parantaa pitkäaikais- ja monisairaiden hoidon laatua, asiakkaiden elämänlaatua sekä parantaa asiakkaiden terveyttä. Terveys- ja hoitosuunnitelmaa käyttämällä voidaan parantaa kommunikointia asiakkaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön välillä ja hoitaa asiakasta kokonaisvaltaisemmin. Terveys- ja hoitosuunnitelman käytön tuloksena asiakkaat ovat voimaantuneempia, noudattavat terveellisiä elämäntapoja paremmin ja ovat fyysisesti sekä psyykkisesti paremmassa kunnossa.</p> <p>Tässä opinnäytetyössä tuli esiin terveys- ja hoitosuunnitelmien hyödyllisyys pitkäaikaissairaiden hoidossa. Tulevaisuudessa olisi tärkeää selvittää terveys- ja hoitosuunnitelmien käytön vaikutuksia tietyillä pitkäaikaissairailta asiakasryhmillä. Tärkeää olisi myös selvittää, millainen terveys- ja hoitosuunnitelma on pitkäaikais- ja monisairaiden hoidossa kaikista hyödyllisin.</p>	
Avainsanat	asiakaslähtöisyys, pitkäaikaissairaus, terveys- ja hoitosuunnitelma, terveyshyötymalli, asiakasvastaava

Author(s) Title	Sini Nupponen Health care plans in treating chronically ill in primary health care
Number of Pages Date	28 pages + 2 appendices 17.11.2015
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	Asta Lassila, Senior Lecturer
<p>The purpose of this final project was to do a literature review focusing on the usage of health care plans in treating chronically ill customers in primary health care. The aim of this final project was that the results can be used in educating case managers. The final project answers to a task: the effects of using a health care plan in treatment of chronically ill customers.</p> <p>This final project is part of Case manager - project focusing on improving the treatment of chronically ill customers in primary health care who require a lot of services. In this project a case manager operation model was developed for primary health care. Case manager is a health care professional who has had extra education and who works in primary health care as a coordinator for chronically ill customers together with the doctor in charge in every phase of care. The material of this thesis consists of seven original research papers and the material is analyzed with data-based content analysis.</p> <p>It appeared the usage of health care plans improves the quality of care, quality of life and overall health of customers suffering from chronic illnesses. By using a health care plan the communication between customer and health care worker can be improved and the care of chronically ill customers is more comprehensive. As a result of using health care plans customers are more self-efficacious, follow healthier lifestyle better and are in better physical and psychological condition.</p> <p>The utility of health care plans was proved in this final project. In the future it is important to examine the usage of health care plans in a particular chronically ill customer group. It would also be vital to find out what kind of health care plan is the most beneficial in the care of chronically ill customers.</p>	
Keywords	patient centered care, chronic illness, health care plan, chronic care model, case manager



Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön tausta	2
2.1	Pitkäaikaissairastavuus Suomessa	2
2.2	Asiakasvastaava-hanke	3
2.3	Chronic Care Model	4
2.4	Terveys- ja hoitosuunnitelma	8
2.5	Perusterveydenhuolto ja avosairaanhoido	11
2.6	Lainsäädäntö	11
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimustehtävä	13
4	Opinnäytetyön työmenetelmät	13
4.1	Katsaus kirjallisuuteen	13
4.2	Tiedonhaku	14
4.3	Sisällönanalyysi	17
5	Terveys- ja hoitosuunnitelman käytön vaikutukset	19
5.1	Laadukkaampi hoito	19
5.2	Terveempi asiakas	20
5.3	Asiakkaiden parempi elämänlaatu	20
6	Pohdinta	22
6.1	Tulokset	22
6.2	Eettisyys ja luotettavuus	23
6.3	Jatkotutkimusehdotukset	25
	Lähteet	26
	Liitteet	
	Liite 1. Opinnäytetyön tutkimusartikkelit	
	Liite 2. Sisällönanalyysi	



1 Johdanto

Tämä työ keskittyy terveys- ja hoitosuunnitelman käyttöön pitkäaikais- ja monisairaiden hoidossa. Työ on osa ESR-Asiakasvastaava hanketta, joka keskittyy pitkäaikais- ja monisairaiden — paljon perusterveydenhuollon palveluja tarvitsevien — asiakkaiden hoidon kehittämiseen. Hankkeessa on kehitetty asiakasvastaavan toimintamallia perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanotoille. Asiakasvastaava on koulutuksen saanut terveydenhuollon ammattihenkilö, joka toimii avoterveydenhuollossa pitkäaikais- ja monisairaiden hoidon koordinaattorina yhdessä hoitavan lääkärin kanssa kaikissa hoidon vaiheissa. (Asiakasvastaava-toiminnan kehittäminen 2015.)

Asiakasvastaava-toiminnalla on tavoitteena tarjota pitkäaikais- ja monisairaille suunnitelmallista sekä kokonaisvaltaista terveyttä edistävää hoitoa (Asiakasvastaava-toiminnan kehittäminen 2015). Suomessa jotain pitkäaikaissairautta ilmoittaa sairastavansa yli 30-vuotiaista noin 40 %. 2-5 % pitkäaikaissairaista on monisairaita. Nämä avainasiakkaat tarvitsevat perusterveydenhuollon palveluita ja ammattilaisten tukea kaikkein eniten. (Asiakasvastaava-koulutuksen yhtenäiset perusteet 2011: 6; Koskinen — Lundqvist — Ristiluoma 2011: 80; Nenonen – Muurinen 2011: 54.) Terveys- ja hoitosuunnitelman systemaattinen käyttö pitkäaikais- ja monisairaiden hoidossa on olennaista. Terveys- ja hoitosuunnitelman avulla pyritään kehittämään heidän hoitoaan ja kannustaa heitä ottamaan vastuuta omasta hoidostaan. Hoitosuunnitelma tulee tehdä yhteisymmärryksessä hoitavan tahon ja asiakkaan kanssa. (Komulainen – Vuokko – Mäkelä 2011: 4.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä katsaus kirjallisuuteen terveys- ja hoitosuunnitelmien käytöstä pitkäaikais- ja monisairailta henkilöillä. Opinnäytetyön tekoa ohjasi tutkimustehtävä: terveys- ja hoitosuunnitelman käytön vaikutukset pitkäaikais- ja monisairaiden henkilöiden hoidossa. Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli, että työn tuloksia voidaan tulevaisuudessa hyödyntää Asiakasvastaava -koulutuksessa.

2 Opinnäytetyön tausta

2.1 Pitkäaikaissairastavuus Suomessa

Pitkäaikaissairauksien syntymiseen vaikuttavat perintötekijät. Niiden lisäksi merkittävä vaikutus on myös omilla elintavoilla, joilla on myös suuri merkitys sairauden hoidossa. Tällä hetkellä noin 40 % yli 30-vuotiaista suomalaisista ilmoittaa sairastavansa jotain pitkäaikaissairautta. Yli 75-vuotiaista saman ilmoittaa jo 70 %. Pitkäaikaissairaita on paljon myös muualla kuin Suomessa. Amerikassa noin puolella väestöstä on yksi tai useampi pitkäaikaissairaus. Yli 65-vuotiaista amerikkalaisista jo yli 85 %:lla on jokin pitkäaikaissairaus. Huomionarvoista on, että lapsilla ja nuorilla pitkäaikaissairastavuus on lisääntynyt muita ikäryhmiä nopeammin. (Improving Chronic Illness Care 2006–2015; Koskinen ym. 2011: 80; Makkonen – Pynnönen 2007: 225; Manderbacka 2005; Muurinen – Nenonen – Wilskman – Agge 2010: 28.) Pelkästään tyyppin 2 diabeetikkoja arvioidaan Suomessa olevan n. 250 000. Heidän lisäksi on n. 150 000 ihmistä, jotka eivät tiedä, että heillä on tyyppin 2 diabetes. Suomen yleisintä pitkäaikaista hengityssairautta – astmaa – sairastaa arviolta 10 % väestöstä. Osteoporoosia, eli luukatoa sairastaa Suomessa 400 000 ihmistä. Vaikka pitkäaikaissairaita on Suomessa vähemmän kuin aiemmin, on heitä kuitenkin edelleen merkittävä osa väestöstä ja he käyttävät paljon terveydenhuollon palveluita. (Hengitysliitto; Suomen Diabetesliitto; Reumaliitto.)

Pitkäaikaissairaiden määrän kasvaessa ja väestön ikääntyessä palveluiden tarve tulee kasvamaan entisestään ja palvelurakenteen on muututtava vastaamaan paremmin hoidon tarvetta. Asiakkailla on oikeus valita, missä häntä hoidetaan. Asiakkaiden omatoimisuus vaatii entistä enemmän heidän päätöksentekoaan tukevia palveluita. Asiakkaiden voimavaroja terveyspalveluiden kehittämisessä tulisi hyödyntää nykyistä enemmän. Asiakkaat ovat kiinnostuneita oman terveytensä edistämisestä ja tällaisten voimavarojen tukemiseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Palveluita on pystyttävä uudistamaan niin, että laadukkuus ja saatavuus parantuvat ja että samat palvelut ovat kaikkien saatavilla. Samaan aikaan tulisi muistaa, että palveluiden tulisi olla myös kustannustehokkaita. (Sitra 2015: 7, 11, 13; Improving Chronic Illness Care 2006–2015.)

Nenosen ja Muurisen (2011) mukaan pitkäaikaisia sairauksia sairastavat voidaan jakaa kolmeen luokkaan. Luokitus perustuu siihen kuinka paljon perusterveydenhuollon palve-

luita ja tukea esimerkiksi omahoidon onnistumiseen he tarvitsevat. Omahoito on keskeinen osa pitkäaikaissairauksien hoitoa. Useimmilla asiakkailla sairauksien omahoidon toteuttaminen onnistuu vain vähäisellä ammattilaisten tuella. Kuitenkin jo viidesosalla sairastavista on suurentunut komplikaatioiden riski ja sairaudet eivät ole hoitotasapainossa. Omahoidon onnistumiseksi he tarvitsevat enemmän tukea terveydenhuollosta. 2-5 % pitkäaikaissairaista on monisairaita ja paljon palveluja tarvitsevia. Nämä avainasiakkaat hyötyvät ammattilaisten tarjoamasta tuesta kaikkein eniten. (Asiakasvastaavakoulutuksen yhtenäiset perusteet 2011: 6; Nenonen – Muurinen 2011: 54.)

2.2 Asiakasvastaava-hanke

Tämä opinnäytetyö on osa ESR-Asiakasvastaava-hanketta. Hankkeen rahoittajana toimii Euroopan Sosiaalirahasto. Yhteistyökumppaneita ovat Suomen Sairaanhoidotaliitto, Suomen omaishoidon verkosto ja Suomen Potilasliitto Ry. Mukana hankkeen yhteistyökumppanina ovat myös kunnat, jotka ovat aloittaneet Asiakasvastaava-täydennyskoulutuksen tarjoamisen opiskelijoille: Helsinki, Järvenpää, Kotka, Nurmijärvi, Vantaa ja perusturvakuntayhtymä Karviainen. (Asiakasvastaava-toiminnan kehittäminen 2015.)

Hankkeen tutkimus käynnistyi alkuvuodesta 2014. Edeltävästi vuonna 2013 haastateltiin asiakkaita ja heidän omaisiaan ympäri Suomen. Varsinaisen tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata asiakasvastaava-toimintamallin kehittämistä sekä Terveysshyötymallin käyttöönottoa asiakkaiden, omaisten, opiskelijoiden, johtajien ja moniammatillisen työryhmän näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa asiakasvastaava-toiminnan kehittämisestä. Tutkimuksen tehtävänä oli myös kuvata terveyshyötyä tuottavia hyviä käytäntöjä. (Asiakasvastaava-toiminnan kehittäminen 2015.)

Hanke keskittyi pitkäaikais- ja monisairaisiin asiakkaisiin, jotka tarvitsevat paljon perusterveydenhuollon palveluita. Heitä kutsutaan myös avainasiakkaiksi. Asiakasvastaava-toiminnalla on tavoitteena tarjota pitkäaikais- ja monisairaille suunnitelmallista sekä kokonaisvaltaista terveyttä edistävää hoitoa perinteisemmän sairauskeskeisen mallin sijaan. Samalla kehitetään myös terveyskeskuksen työnjakoa ja Terveysshyötymallin (Chronic Care Model) käyttöönottoa. Terveysshyötymalli on kuudesta osa-alueesta koostuva hoitomalli avainasiakkaille. Asiakasvastaava on koulutuksen saanut terveydenhuollon ammattihenkilö, joka toimii avainasiakkaiden hoidon koordinaattorina perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa. (Asiakasvastaava-toiminnan kehittäminen 2015.)

Avainasiakkaiden hoitoa perusterveydenhuollossa ja avosairaanhoidossa kehitetään hajanaisesta suunnitelmallisemmaksi. Asiakasvastaava on sairaanhoitajatutkinnon (sairaanhoitaja, terveydenhoitaja, kättilö, ensihoitaja) suorittanut ja viiden vuoden monipuolisen työkokemuksen pääosin perusterveydenhuollosta omaava lisäkoulutuksen suorittanut ammattihenkilö. Hänen roolinsa potilaan hoitoprosessissa on olla hoidon koordinaattori. Onnistuneen asiakasvastaava-toiminnan avulla voidaan lyhentää asiakkaiden sairaalajaksoja ja vähentää päivystyskäyntejä, tuottaa terveyshyötyä ja parantaa asiakasyytyväisyyttä. (Asiakasvastaava-toiminnan kehittäminen 2015; Asiakasvastaava-koulutuksen yhtenäiset perusteet 2011: 9.)

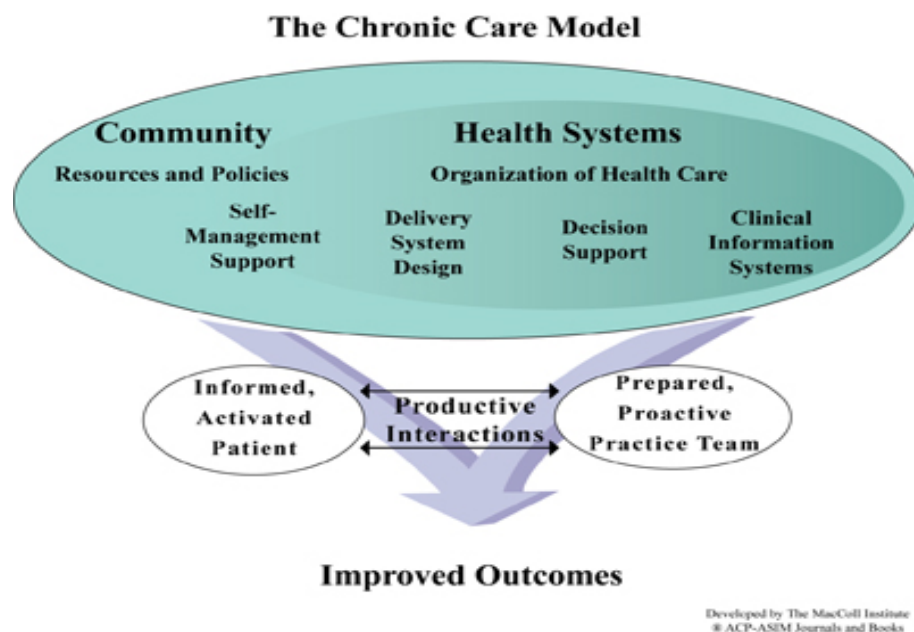
Asiakasvastaava-koulutus on yhden vuoden, 30 opintopisteen lisäkoulutus. Ensimmäiset Asiakasvastaavat valmistuivat Metropolia Ammattikorkeakoulusta keväällä 2014. Asiakasvastaavan erityisosaamiseen johtava koulutus sisältää osaamiskokonaisuuksina asiakuusosaamisen, yhteistyö- ja verkko-osaamisen, kliinisen osaamisen sekä eettisen ja yhteiskunnallisen osaamisen. Asiakasvastaava tunnistaa asiakkaat, jotka hyötyvät Terveyshyötymallin mukaisesta toiminnasta eniten. Hän myös aloittaa moniammatillisen hoitosuunnitelman laatimisen ja tukee asiakasta osallistumaan hoitoon. Asiakasvastaavan vastuulla on myös varmistaa, että asiakkaan hoitosuhde terveyskeskuksessa jatkuu. Asiakasvastaava seuraa saavutettua terveyshyötyä sekä koordinoi hoitoa yhdessä hoidosta vastaavan lääkärin kanssa. (Asiakasvastaava-koulutuksen yhtenäiset perusteet 2011: 9-10.)

2.3 Chronic Care Model

Alun perin amerikkalainen, Edward H. Wagnerin kehittämä Chronic Care Model syntyi vuonna 1998 tukemaan pitkäaikaissairaiden asiakkaiden hoitoa. Sen tarkoituksena oli muuttaa vallitsevaa sairauskeskeistä hoidon mallia terveyttä edistävään, ennakoivaan suuntaan. Se on malli, joka on yhteenveto pitkäaikaissairauksien hoidon parantamiseen tarvittavista peruselementeistä. Pitkäaikaissairauksien hoidossa on havaittu puutteita mm. hoidon koordinoinnissa ja jatkohoidon sekä seurannan järjestämisessä. Myöskään asiakkaiden ohjaus oman sairautensa hoitoon ei ollut adekvaattia. Tutkimusten mukaan terveydenhuollon ammattilaisilla on puutteita pitkäaikais- ja monisairaana henkilön asiakaslähtöisen hoidon toteuttamisessa. Huono opastus ja riittämätön hoidon tulosten seu-

ranta johtuu terveydenhuollon ammattilaisten puutteellisesta vallitsevien käytäntöjen mukaan toimimisesta ja kehnosta hoidon koordinoinnista. (Improving Chronic Illness Care 2006–2015; Kääriäinen – Kyngäs – Ukkola – Torppa 2006: 4–13.)

Chronic Care Modelin suomalainen vastine on Terveysyötymalli. Terveysyötymallin kuusi osa-aluetta ovat omahoidon tuki, palveluvalikoima, päätöksenteon tuki, tietojärjestelmien tehokas käyttö, palveluntuottajan sitoutuminen ja ympäröivien yhteisöjen tuki. Nämä kuusi osa-aluetta (Kuvio 1) yhdessä muodostavat toimivan kokonaisuuden, jonka avulla tavoitellaan terveysyötyä, parempaa pitkäaikaissairaiden hoidon laatua ja tuloksia, sekä myös sairauksien ennaltaehkäisyä perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa. Se yhdistää potilaan omatoimisuuden, hoitoprosessien kehittämisen, teknologian tuen sekä yhteisöjä ja voimavaroja koskevan politiikan. Asiakkaaseen kohdistuu odotuksia oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen osallistumisen osalta. Asiakkaan odotetaan olevan aktiivinen toimija ja ottavan vastuuta hoidostaan. (Asiakasvastaava-toiminnan kehittäminen 2015; Asiakasvastaava-koulutuksen yhtenäiset perusteet 2011: 7; Improving Chronic Illness Care 2006–2015; Muurinen ym. 2010: 29.)



Kuvio 1. Alkuperäinen pitkäaikaissairauksien Chronic Care Model -hoitomallin kuusi osa-aluetta: community, self-management support, delivery system design, decision support, clinical information systems ja health systems (Improving Chronic Illness Care 2006–2015).

Amerikkalaisessa Chronic Care Modelin mukaisessa toiminnassa puhutaan myös case manager-toiminnasta. Suomalaiseen versioon – Terveysyötymalliin – sisältyy tämän

case manager-toiminnan soveltaminen Suomen palvelujärjestelmään sopivaksi asiakasvastaava-toiminnaksi sekä asiakasvastaavien kouluttaminen pitkäaikais- ja monisairaiden hoidon koordinaattoreiksi. (Asiakasvastaava-toiminnan kehittäminen 2015.) Alkuperäinen Chronic Care Model on kehittämisensä jälkeen toiminut suunnannäyttäjänä ja kehitystyön pohjana myös muissa kuin Asiakasvastaava-hankkeessa.

Chronic Care Model, eli Terveysyötymalli on laajempi viitekehys pitkäaikais- ja monisairaiden hoitoa varten. Lopputulokseksi halutaan kuitenkin aina sama: terveemmät potilaat, tyytyväisemmät palveluntarjoajat ja kustannustehokkuutta. Jokaisella mallissa olevalla osa-alueella on oma strategiansa terveyden edistämiseksi. Jokaista osa-aluetta koskien on tuotu esiin myös kehittämistarpeita, joita vaaditaan, jotta voidaan saavuttaa terveyttä edistäviä tavoitteita. (Improving Chronic Illness Care 2006–2015.)

Palveluvalikoima, (health system) joka pyrkii parantamaan kroonisia sairauksia, tulee olla motivoitunut ja valmis muutoksiin koko organisaatiossa. Organisaation ylimmästä johdosta lähtien kaikkien on tiedostettava kuinka tärkeää työtä hoidon laadun parantaminen on. On luotava selkeitä strategioita, jotka kannustavat kattavasti järjestelmää muuttamaan sairauskeskeisestä terveyttä edistävään. Terveysyötymallin mukaisessa toiminnassa tehokkaat organisaatiot yrittävät estää virheitä tapahtumasta ja oppivat tehdyistä virheistään raportoimalla, tutkimalla ja opiskelemalla. Tämän jälkeen he tekevät tarvittavia muutoksia toimintamalleihinsa. Kommunikointikatkoksia esimerkiksi potilastyössä voidaan helpottaa sopimalla yksimielisesti viestinnästä ja tiedonjaosta. Tärkeää on siis edistää tehokkaita toimintamalleja, jotka tähtäävät kaiken kattavaan, toimivaan järjestelmään. (Improving Chronic Illness Care 2006–2015.)

Palveluntuottajien (delivery system design) on sitouduttava luomaan järjestelmää, joka todella edistää pitkäaikais- ja monisairaiden terveyttä. Tämä tarkoittaa sitä, että järjestelmän on muututtava proaktiivisesti ja toimittava, ennen kuin asiakkaat sairastuvat. On siis keskityttävä pitämään ihmiset mahdollisimman terveinä ja annettava asiakkaille sellaista hoitoa, joka sopii heille yksilöllisesti ja jonka he ymmärtävät. Vaikeammin sairastavat voivat vaatia intensiivisempää hoitoa jonkin aikaa, jotta voidaan taata omahoidon onnistuminen. (Improving Chronic Illness Care 2006–2015.)

Päätöksenteon tuella (decision support) halutaan varmistaa, että päätökset hoidosta ja sen linjauksista tehdään perustuen näyttöön perustuviin tietoihin. Päätöksistä ja hoidon suunnittelusta tulisi keskustella potilaan kanssa, jotta he ymmärtävät hoitoaan koskevien

päätösten perusteet. Hoidosta vastaavien henkilöiden vastuulla on omasta koulutuksesta huolehtiminen. Heillä tulisi olla viimeisin tieto, taito ja uusimmat hoitomallit hoidon suunnittelun tukena. Tärkeää olisi osata yhdistää asiantuntija-osaaminen laadukkaaseen perusterveydenhuollon palveluun. (Improving Chronic Illness Care 2006–2015.)

Tietojärjestelmien käyttö (clinical information systems) on tärkeä osa organisoitua asiakkaiden hoitoa. Tehokas tietojärjestelmien käyttö helpottaa hoitoprosessia. Ilman sähköisiä tietojärjestelmiä vaikuttava, suunnitelmallinen pitkäaikaissairauksien hoito olisi liki mahdotonta. Kattava sähköinen tietojärjestelmä voi parantaa hoitoa yksittäisten asiakkaiden kohdalla antamalla ajoissa muistutuksia tarvittavista palveluista ja tiivistetyt potilastiedot auttavat hoidon seurannassa ja suunnittelussa. Sähköiset tietojärjestelmät helpottavat myös asiakasta saamaan halutessaan tietoa hoitoonsa liittyen. (Improving Chronic Illness Care 2006–2015.)

Omahoidon tuella (self-management support) halutaan voimaannuttaa potilaita ja vahvistaa heidän kykyään huolehtia itse oman sairautensa hoidosta. Omahoidon tukemisessa on tarkoitus käyttää erilaisia strategioita, kuten tavoitteiden asettamista ja suunnittelua, ongelmien ratkointia ja hoidon seuranta, jotka helpottavat potilaan asemaa oman hoitonsa toteuttamisessa. Kaikki pitkäaikaissairauksia sairastavat tekevät päätöksiä — hyviä ja huonoja — terveyteensä liittyen, eli toteuttavat omahoitoa. Omahoidon tulokset ja sairauden hoitotasapaino riippuu siitä kuinka tehokasta omahoito on. Tehokas omahoidon tukeminen on muutakin kuin sitä, että kerrotaan asiakkaalle, mitä täytyy tehdä. On tärkeää ymmärtää asiakkaan keskeinen rooli. Asiakas on oman terveytensä tärkein edistäjä. On tärkeää tukea asiakasta tarjoamalla paitsi perustietoja, myös henkistä tukea ja strategioita, joiden avulla pitkäaikaissairauden kanssa voi elää. Tärkeää on myös ottaa asiakkaan läheiset mukaan hoidon toteutukseen ja suunnitteluun. (Improving Chronic Illness Care 2006–2015.)

Ympäristöjen yhteisöjen tuella (the community) tarkoitetaan sitä vaikutusta, mikä esimerkiksi kunnan tai valtion terveyspolitiikalla, vakuutuskorvauksilla, terveyteen liittyvillä laeilla on pitkäaikaissairauden hoidossa. Pienelläkin asialla voi olla suuri vaikutus. Terveydenhuoltojärjestelmät eivät useinkaan välttämättä hyödynnä mahdollisuutta toimia yhdessä esimerkiksi paikallisen vanhustenkeskuksen tai muun vastaavan tahon kanssa. Kumppanuudella eri yhteisöjen kesken voidaan tukea pitkäaikais- ja monisairaiden hoi-

toa ja tällaisen yhteistyön tuloksena voidaan paikata puutteita tarjoamalla puuttuvia palveluita, joilla mahdollistetaan asiakkaiden omahoidon onnistuminen. (Improving Chronic Illness Care 2006–2015.)

2.4 Terveys- ja hoitosuunnitelma

Terveys- ja hoitosuunnitelmaan kirjataan asiakkaan tiedot jokaisesta terveydenhuollon käynnistä. Se on työväline kansalliseen käyttöön ja tarkoituksena on kehittää erityisesti pitkäaikais- ja monisairaiden henkilöiden hoitoa. Tavoitteena on, että pitkäaikais- ja monisairaat voimaantuisivat ja kykenisivät huolehtimaan itse omasta sairaudestaan ja, että kaikki tiedot asiakkaiden terveyttä ja sairauksia koskien löytyisivät samasta paikasta. Terveys- ja hoitosuunnitelmalla tavoitellaan siis asiakaskeskeisyyttä, hoidon saumatonta jatkuvuutta ja tietojärjestelmien monipuolista hyödyntämistä. Asiakaskeskeinen toiminta taas edellyttää, että asiakkaan toiveet, tarpeet ja tavoitteet ovat etusijalla. Tästä syystä suunnitelma tulee laatia yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa, ei pelkästään hoitavan tahon asiantuntemuksella. Terveys- ja hoitosuunnitelman asiakaskeskeisyydellä tarkoitetaan myös sitä, että samassa suunnitelmassa voidaan tarvittaessa kuvata kaikki potilaan terveysongelmat ja niihin liittyvät hoitotoimet. (Komulainen ym. 2011: 4, 12.)

Sisällöltään terveys- ja hoitosuunnitelman tulisi olla yhdenmukainen, sillä tämä mahdollistaa tiedon käsittelyn useammassa potilastietojärjestelmissä. Kaksoiskirjaaminen välte-tään tarkalla rakenteellisella luokittelulla (Kuvio 2). Rakenteisen kirjaamisen tulisi parantaa asiakastietojen laatua, koska rakenteellinen terveys- ja hoitosuunnitelma on aiempaa yhdenmukaisempi. Koska nykyisin lähes kaikki potilasasiakirjat ovat sähköisessä muodossa, voidaan ajantasaista tietoa hyödyntää eri toimipaikoissa. Asiakasvastaava-toimintamallissa Asiakasvastaava on se, joka vastaa sairauksien seurannasta ja hoidon toteutuksesta hoitosuunnitelman mukaan sekä koordinoi kokonaishoitoa yhdessä hoitavan lääkärin kanssa. (Lehtovirta – Vuokko 2013: 13; Komulainen ym. 2011: 12–16; Muurinen 2010: 43.)

Suomessa hoitosuunnitelma koostuu seitsemästä komponentista (Kuvio 2). Komponentilla tarkoitetaan yhtä osakokonaisuutta. Se on rakenteellinen lomake ja se voi sisältää sekä tekstimuotoisia, kuvailevia (narratiivisia) että luokiteltuja tietoja. Kaikki terveys- ja hoitosuunnitelman tiedot eivät ole pakollisia. Valinnaisia tietoja kirjataan tarpeen mukaan. Komponentteihin sisältyy 0-16 luokkaa ja alaluokkaa. Ne ovat hierarkkisesti järjes-

tely. Komponenttien ja alakomponenttien sisältö on määritelty ennalta, jotta hoitosuunnitelman rakenne säilyisi ymmärrettävänä. Hoitosuunnitelmaa saattaa potilaan ja hoitosuunnitelman laatineen henkilön lisäksi lukea useat terveydenhuoltoalan ammattihenkilöt. (Komulainen ym. 2011: 14–16.)

Komponentin nimi	Pakollisuus	Lyhyt kuvaus
Terveys- ja hoitosuunnitelma	Kyllä	Asiakirjan nimi. Potilaan nimi ja henkilötunnus sekä asiakirjan päivämäärä sisältyvät komponenttiin.
Hoidon tarve	Kyllä*	Narratiivinen kuvaus hoidon tarpeista.
Hoidon tavoite	Ei	Narratiivinen kuvaus hoidon tavoitteista.
Hoidon toteutus ja keinot	Ei	Narratiivinen kuvaus hoidon toteutuksesta ja keinoista.
Tuki, seuranta ja arviointi	Ei	Narratiivinen kuvaus hoitosuunnitelman toteutumisen tuesta, seurannasta sekahoidon vaikutusten arvioinnista.
Terveydenhuollon ammattihenkilö	Kyllä	Hoitosuunnitelman allekirjoittaneen ammattihenkilön tiedot.
Terveys- ja hoitosuunnitelman lisätiedot	Ei	Narratiivinen kuvaus hoitosuunnitelman lisätiedoista.

*Jos Hoidon syy -luokka on käytössä, ei Hoidon tarve -komponentin tietokentän tarvitse sisältää tietoa.

Kuvio 2. Rakenteellinen terveys- ja hoitosuunnitelma (Komulainen ym. 2011: 16).

Ensimmäinen komponentti on ”Terveys- ja hoitosuunnitelma”. Komponentti on pakollinen. Siihen kirjataan asiakkaan tunnistetiedot, eli koko nimi ja henkilöturvatus. Komponenttiin kirjataan myös päivä, jona terveys- ja hoitosuunnitelma on laadittu. Toinen komponentti on ”Hoidon tarve”. Vaihtoehtoisesti suunnitelmassa voidaan käyttää komponenttia ”Hoidon syy”, jos ICD-10, ICPC-2 tai ICF luokitusten mukaisesti voidaan kuvata yksittäinen tunnistettu terveysongelma, jonka takia hoitosuunnitelma tehdään. Tällöin hoidon tarve-komponenttia ei käytetä. Tähän kenttään kirjataan vapaamuotoisesti toiminta- ja työkykyyn liittyvistä ongelmista ja rajoitteista, joita varten hoitosuunnitelmaa laaditaan. Kirjaaminen tapahtuu joko potilaan oman näkemyksen mukaan, tai sitten kirjataan hoitavan tahon ja potilaan yhteisymmärryksessä näkemys hoidon tarpeesta. Joka tapauksessa terveydenhuollon ammattilainen ei kirjaa hoidon tarpeeseen vain omaa näkemystään tilanteesta.

Hoidon tarpeita voi olla useita. Tällöin tarpeet kirjataan jokainen omaan erilliseen tietokenttään, eli jokaiselle hoidon tarpeelle luodaan erikseen oma otsikko. Hoidon syy luokalle on tarkentavia, vapaaehtoisia rakenteisia alaluokkia. Tämän komponentin alaluokkia ovat esimerkiksi ”Hoidon syyn tarkenne”, johon voidaan kuvata, miksi kyseiselle vaihalle tarvitaan hoitosuunnitelma. Tähän alaluokkaan voidaan myös kirjata mahdolliset ristiriidat asiakkaan ja hoitavan tahon hahmottaman hoidon syyn välillä. Lisäksi voidaan

käyttää alaluokkaa ”Koordinoiva ammattihenkilö”, johon oletusarvoisesti kirjataan terveys- ja hoitosuunnitelman laatija. Alaluokkaan tulee kirjata se terveydenhuollon ammattihenkilö, joka koordinoi yhtä tai useaa hoidon syyhyn kohdistuvaa hoitoa (Komulainen ym. 2011: 15–19.)

Hoitosuunnitelman laatiminen jatkuu komponentilla ”Hoidon tavoite”. On perusteltua, että laadittaessa hoitosuunnitelmaa esimerkiksi pitkäaikais- ja monisairaille asiakkaille, hoidolle on määritelty tavoitteet, vaikkei komponentti olekaan pakollinen. Tätä käytäntöä olisi hyvä noudattaa siksi, että asiakas saa hoitosuunnitelmansa tulostettuna kotiin esimerkiksi avosairaanhoidon vastaanotolta lähtiessään. Suunnitelmasta hän näkee yhdessä hoitajan kanssa sovitut tavoitteet sekä keinot tavoitteiden saavuttamiseksi. Komponenttiin kirjattujen tavoitteiden tulee olla realistisia ja sellaisia, että potilas pystyy niihin sitoutumaan. Ne voidaan asettaa määrääjäksi ja arvioida sekä päivittää sovitun ajan jälkeen uudestaan. Tätäkin komponenttia voidaan tarkentaa määritellyillä alaluokilla, esimerkiksi ”Tavoitteen asettajat”. Tätä alaluokkaa kannattaa hyödyntää erityisesti silloin, kun asetetuista tavoitteista ei ole päästy yksimielisyyteen. Asiakkaan ja hoitavan tahon erimielisyydet on aina syytä kuvata ja kirjata ylös. (Komulainen ym. 2011: 20–21; Pitkäaikaisairaahan suunnitelmallinen hoito terveyskeskuksen vastaanotolla.)

”Hoidon toteutus ja keinot” -komponentti sisältää asiakkaan itsensä tai hänen tukiverkonsa toteuttamiseksi suunnitellut toimet ja terveydenhuollon palvelut potilaan terveyden ylläpitämiseksi. Tällaisia ovat esimerkiksi omahoidon tukemiseksi suunnitellut keinot. Hoitosuunnitelman kannalta komponentti ei ole pakollinen, mutta on jälleen kerran perusteltua käyttää pitkäaikaisairaiden hoidon suunnittelussa. Rakenteisilla alaluokilla voidaan tarkentaa esimerkiksi palveluyksikköä, jonka toimesta hoidon toteutusta suunnitellaan. (Komulainen ym. 2011 22–25.)

”Tuki, seuranta ja arviointi” -komponenttiin kirjataan hoitosuunnitelman toteutumisen tuki ja seuranta ja siinä arvioidaan myös hoidon vaikutuksia. Tarkoitus on kuvata vapaamuotoisesti, mitä ammattilaiselta saatavaa tukea on sovittu ”Hoidon toteutus ja keinot” -kohdassa määriteltyjen hoitojen toteuttamiseksi. Lisäksi täytyy kuvata kuinka seuranta ja arviointi suunnitellaan. Tämä komponentti voi sisältää tarkempaa tietoa esimerkiksi tulosten arvioinnin ajankohdista. Tähän komponenttiin ei sisälly rakenteisia alaluokkia. Hoitoa koordinoivalle henkilölle on oma komponentti, ”Terveydenhuollon ammattihenkilö”. Komponentti on pakollinen. Potilasasiakirjoihin liitettävällä hoitosuunnitelmalla täyttyy aina olla vastuuhenkilö. Vastuuhenkilöitä voi olla useampikin, jos hoitosuunnitelmaan

liittyy useita hoidon tarpeita. Pitkäaikais- ja monisairailta vastuuhenkilönä toimii hoidosta vastaava lääkäri sekä Asiakasvastaava. ”Terveys- ja hoitosuunnitelman lisätiedot” -komponenttiin voidaan halutessaan kirjata esimerkiksi lista asiakkaan pysyvistä ja ajankoh- taisista diagnooseista sekä lääkityslista. (Komulainen ym. 2011: 26.)

2.5 Perusterveydenhuolto ja avosairaanhoito

Kuntien ylläpitämät terveyskeskukset, työterveyshuolto ja yksityiset lääkäriasemat tuot- tavat perusterveydenhuollon palveluita. Perusterveydenhuolto on tarkoitettu kaikille ja siihen pohjautuu Suomen terveysjärjestelmä. Tarvittaessa asiakas lähetetään peruster- veydenhuollosta hoidettavaksi erikoissairaanhoitoon, jota voidaan sanoa terveydenhuol- lon kokonaisuuden toiseksi tuottajaksi. Perusterveydenhuollon yleisimpien hoitosyiden joukossa on paljon pitkäaikaisia sairauksia. (Mattila 2005; Mölläri – Saukkonen – Fred- riksson 2013: 3.)

Avosairaanhoito on yksi perusterveydenhuollon terveyskeskusten palvelumuodoista. Avosairaanhoidon asiakasta ei ole kirjattu esimerkiksi terveyskeskuksen vuodeosastolle potilaaksi, vaan hän käy lääkärin tai muun terveydenhuoltoalan ammattilaisen vastaan- otolla terveyskeskuksessa saamassa hoitoa. Vuonna 2012 terveyskeskuksen avosai- raanhoidon vastaanotolle Suomessa lääkärin tai muun terveydenhuoltoalan ammattilai- sen luokse tehtiin käyntejä noin 24,5 miljoonaa. Yli 65-vuotiaat kuuluivat suurimpaan asiakasryhmään. Viiden yleisimmän terveyskeskusten avosairaanhoidon käyntisyiden joukosta löytyvät hengityselinten sairaudet, verenkiertoelinten sairaudet, tuki- ja liikunta- elinten sekä sidekudosten sairaudet. (Mölläri ym. 2013: 3, 6.)

2.6 Lainsäädäntö

Lain mukaan potilas saa valita, missä terveydenhuollon yksikössä hän tahtoo asioitansa hoidettavan. Vuodesta 2014 eteenpäin potilaalla on mahdollisuus valita hoitopaikkansa kaikista Suomen julkisista terveysasemista ja sairaaloista. Asiakkaan hoitopaikka on va- littava niin, että se vastaa hoidon tarpeita. Hoidon ja kuntoutuksen toteutukselle on laa- dittava hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Terveystenhuollon yksikön vaihdosta ilmoitetaan hyvissä ajoin sekä uudelle, että vanhalle terveysasemalle. Terveystasemaa, joka vastaa asiakkaan perusterveydenhuollon palveluista voidaan vaihtaa kirjallisella ilmoituksella enintään vuoden välein ja yhtä aikaa ei voi olla useamman terveysaseman asiakkaana.

Valitulle terveysasemalle hoitovastuu siirtyy viimeistään kolmen viikon kuluttua ilmoituksen saapumisesta. Pidemmän aikaa kotipaikkakuntansa ulkopuolella oleileva ihminen voi saada hoitosuunnitelmansa mukaista hoitoa tilapäisen asuinkuntansa terveysasemalta. (Hoitopaikan valinta 2014; Terveydenhuoltolaki 1326/2010: § 24, § 29, § 47; Valvira 2014.)

Aiemmin potilasasiakirjat olivat sairaalakohtaisia. Vuonna 2010 Terveydenhuoltolaki mahdollisti potilastietorekisterin, joka kattaa sairaanhoitopiirin. Vuonna 2013 on otettu käyttöön valtakunnallinen potilastiedon arkisto, KanTa. Vuoden 2014 loppuun mennessä julkisen terveydenhuollon palvelunantajien oli velvollisuus liittyä sen käyttäjiksi. Yksityisten palvelunantajien tuli liittyä syyskuuhun 2015 mennessä. Arkistoon ei tarvitse liittyä ainoastaan silloin, kun käytössä ei ole sähköistä potilaskertomusjärjestelmää. Asiakkaalla on mahdollisuus tarkastella omia terveystietojaan KanTa-arkiston Omakanta-palvelussa. Näin helpotetaan tiedonsaantia. Asiakkaat voivat hallita sitä, mitä tietoja valtakunnallisesti välitetään ja Omakanta-palvelun kautta voi tehdä esimerkiksi hoitotahdon ilmoituksen. (Lehtovirta – Vuokko 2013: 15–17.)

Jokaisella terveydenhuoltoalan ammattilaisella on velvollisuus pitää jokaisesta asiakkaasta jatkuvaan muotoon laadittua kertomusta. Hoitokertomuksen tulee edetä aikajärjestyksessä ja siitä on löydyttävä potilaan perustiedot ja siihen tulee tehdä merkinnät kaikista palvelutapahtumista. Tiedoista tulee käydä ilmi tulosyy, esitiedot, nykytila, havainnot, tutkimustulokset, ongelmat, taudinmääritys tai terveysriski, johtopäätökset, hoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta, sairauden kulku sekä loppuarvio. (Lehtovirta – Vuokko 2013: 15.)

Komulainen ym. (2011) viittaavat Sosiaali- ja terveysministeriön potilasasiakirjoista antamaan asetukseen 298/2009, jonka 7§:n mukaan potilasasiakirjoihin on merkittävä potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi merkittävät sekä laajuudeltaan riittävät tiedot. Kun samassa terveys- ja hoitosuunnitelmassa kuvataan kaikki potilaan terveysongelmia koskevat suunnitelmat riippumatta siitä, missä organisaatiossa ne on laadittu, varmistetaan hoidon jatkuvuus. Hoitosuunnitelman määrittelyjen yhdenmukaistaminen mahdollistaa myös sen, että suunnitelmaa voidaan käsitellä eri potilastietojärjestelmissä. (Komulainen ym. 2011: 12.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimustehtävä

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä katsaus kirjallisuuteen terveys- ja hoitosuunnitelmien käytöstä pitkäaikais- ja monisairailta henkilöillä. Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli, että tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan tulevaisuudessa hyödyntää Asiakasvastaavien koulutuksessa.

Tämän työn tutkimustehtävä oli terveys- ja hoitosuunnitelman käytön vaikutukset pitkäaikais- ja monisairaiden hoidossa. Opinnäytetyön aineistona käytettiin seitsemää alkupe- räistä tutkimusartikkelia, jotka tutkimustehtävän ohjaamana analysoitiin aineistolähtöi- sellä sisällönanalyysilla.

4 Opinnäytetyön työmenetelmät

4.1 Katsaus kirjallisuuteen

Tämä opinnäytetyö tehtiin katsauksena kirjallisuuteen. Metropolia Ammattikorkeakou- lussa tehtävää kirjallisuuskatsausta kutsutaan nimellä ”katsaus kirjallisuuteen”. Kirjalli- suuskatsauksen tekeminen edellyttää aina, että valitusta aiheesta on jo tutkittua tietoa. Nykyään kirjallisuuskatsaukset ovat suuressa arvossa, sillä suurimmassa osassa kat- sauksista noudatetaan tarkkaa systematiikkaa ja luotettavuutta arvioidaan tarkasti kat- sauksen tekemisen jokaisessa vaiheessa. Vaikkei tämä opinnäytetyö tuottanut syste- maattista kirjallisuuskatsausta, työn tekemisessä noudatettiin samoja periaatteita. Kirjal- lisuuskatsauksen on todettu olevan yksi valideimmista tavoista koota yhteen aikaisem- paa tutkimustietoa. (Johansson – Axelin – Stolt – Ääri 2007: 3-5, 53–55; Kääriäinen – Lahtinen 2006: 37.)

Katsaus kirjallisuuteen on hyvä työmenetelmä, kun halutaan saada kokonaiskuva jostain asiakokonaisuudesta, kuten tässä opinnäytetyössä terveys- ja hoitosuunnitelman käy- töstä pitkäaikais- ja monisairailta henkilöillä. Katsauksen tekeminen pyrkii tuomaan esiin mahdollisia ongelmia ja kehityshaasteita valitun tutkimustehtävän avulla. Kriittinen tar- kastelu on yksi katsauksen vaatimuksista. Kirjallisuuskatsaus on parhaimmillaan täsmäl- listä ja luotettavaa tietoa, jonka aineistona on jo julkaistu ammattilaisten tuottama tutki-

musaineisto. (Salminen 2011: 3-5.) Kirjallisuuskatsauksen vaiheet ovat tutkimussuunnitelman tekeminen, tutkimuskysymysten määrittäminen, alkuperäistutkimusten haku, tutkimusten valinta, laadun arviointi ja analysointi sekä tulosten esittäminen (Kääriäinen ym. 2006: 37.) Katsauksen tekeminen eteni edellä mainittujen vaiheiden mukaisesti.

4.2 Tiedonhaku

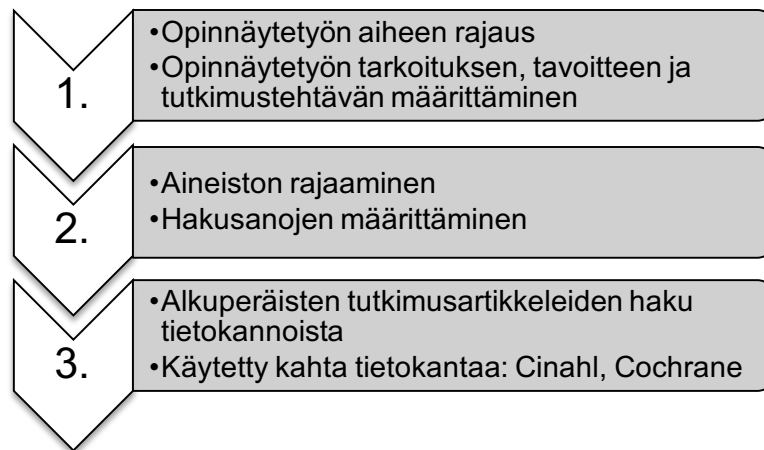
Tähän opinnäytetyöhön oli tarkoitus löytää alkuperäisiä tutkimusartikkeleita, joissa on tutkittu terveys- ja hoitosuunnitelman käyttöä pitkäaikais- ja/tai monisairailta henkilöillä. Tarkoituksena oli, että tutkimuksissa asiakkaiden pääsääntöinen hoitomuoto on avoterveydenhuolto, koska Asiakasvastaava-toimintaa kehitetään nimenomaan avoterveydenhuollon vastaanotoille. Aineisto rajattiin aikuisiin asiakkaisiin, jotka sairastavat somaattisia pitkäaikaissairauksia. Rajaksi valitulle aineistolle asetettiin vuosi 2000 ja sen jälkeen tehdyt tutkimukset. Tähän opinnäytetyöhön haettiin kansainvälisiä tutkimuksia, sillä Suomessa terveys- ja hoitosuunnitelmien käyttöä on tutkittu vielä varsin niukasti.

Suomessa terveys- ja hoitosuunnitelman tekeminen jokaiselle sitä tarvitsevalle terveydenhuollon asiakkaalle on määritelty laissa. Suomessa on käytössä hyvin standardoitu kirjallinen, rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma, josta tulisi näkyä kaikki asiakkaan hoitoa koskevat keskeiset asiat. Kansainvälisesti käytänteet eivät ole samanlaisia, vaan tyylillisesti terveys- ja hoitosuunnitelmat voivat poiketa toisistaan paljonkin. Niinpä tässä työssä terveys- ja hoitosuunnitelmalla tarkoitetaan kirjallisen terveys- ja hoitosuunnitelman tekemisen lisäksi myös muun tyyppisiä hoidon suunnitelmia, jotka on tehty asiakasta varten, yhdessä asiakkaan kanssa ja pyritty räätälöimään yksilöllisen tarpeen mukaan. Lähtökohtana oli, että aineisto antaa vastauksen tutkimustehtävään terveys- ja hoitosuunnitelmien käytöstä.

Tiedonhaun suunnittelu alkoi jo ennen varsinaista tietokantahakua. Se lähti liikkeellä opinnäytetyön aineen rajauksella, jonka yhteydessä opinnäytetyölle määriteltiin tarkoitus, tavoite ja tutkimustehtävä. (Kuvio 3.) Valikoitu tutkimustehtävä ohjasi lopullista tiedonhakua. Tiedonhakua varten määritettiin hakusanoja, jotka muotoutuivat hyödyntäen opinnäytetyön teoreettista viitekehystä.

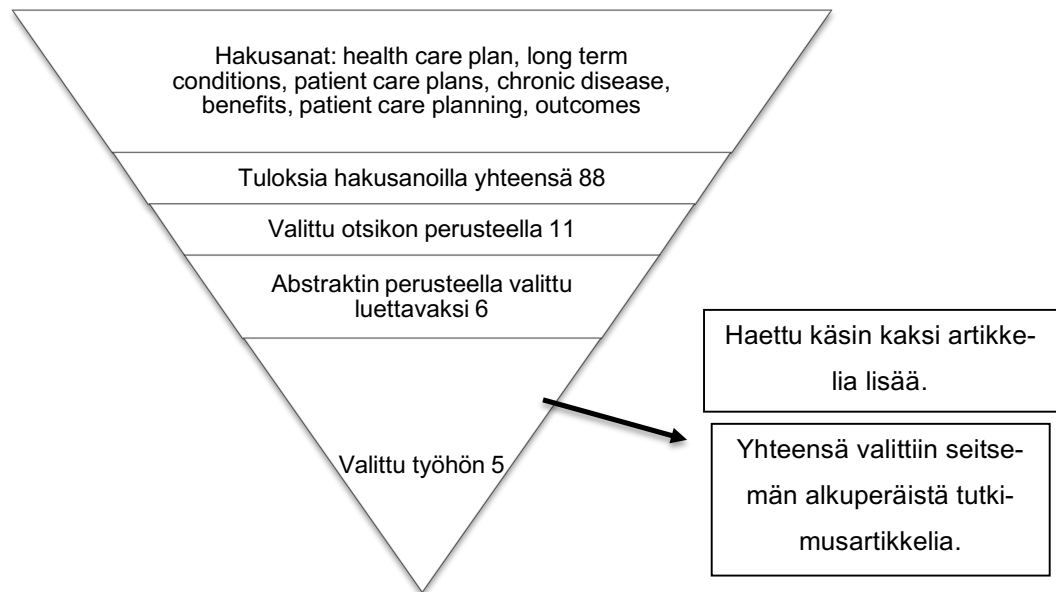
Tiedonhaussa käytettiin kahta tietokantaa, Cinahlia ja Cochranea. Valituilla hakusanoilla saatiin hyvin tuloksia (Kuvio 4). Hakusanoilla "health care plan" AND "long term conditi-

ons” löytyi 15 tulosta. Näistä luettavaksi valittiin otsikon perusteella neljä tutkimusartikkelia. Valittujen tutkimusartikkeleiden tiivistelmistä löytyi tiedonhakua tukemaan lisää avainsanoja. Seuraavassa Cinahl-haussa vaihdettiin hakusanoiksi ”patient care plans” AND ”long term conditions”, jolloin saatiin 21 tulosta. Osa tuloksista oli päällekkäisiä edellisten hakusanojen kanssa, mutta myös tällä haulla löydettiin otsikon perusteella luettavaksi yksi artikkeli. Koska pitkäaikaissairautta vastaavia sanoja on englanniksi useampi, kokeiltiin ”long term conditions”:n sijaan myös hakusanaa ”chronic disease”. Tämä yhdistettynä hakusanaan ”health care plan” antoi 27 tulosta. Jälleen joukossa päällekkäisiä hakutuloksia, mutta silti kaksi uutta otsikon perusteella tarkasteltavaa artikkelia löytyi mukaan.



Kuvio 3. Opinnäytetyön tiedonhaun eteneminen.

Kaiken kaikkiaan aineiston rajaaminen oli hyvä, sillä korkeimmillaan yksittäisellä haulla löytyi 27 tulosta. Niukimmillaan tuloksia löytyi kaksi. Nollatuloksia ei valituilla hakusanoilla tai niiden yhdistelmillä tullut. Kaiken kaikkiaan hakusanoina käytettiin: health care plan, long term conditions, patient care plans, chronic disease, benefits, patient care planning, outcomes. (Kuvio 4.) Kerrallaan hakusanoja käytettiin yhtä hakua kohden vähintään kahta, enintään kolmea.



Kuvio 4. Alkuperäistutkimusten haku Cinahlista ja Cochranesta.

Yhteensä kaikilla tehdyillä tiedonhauilla saatiin 88 tulosta (Kuvio 4). Kaikista löydetyistä artikkeleista otsikon perusteella luettavaksi valittiin 11 artikkelia. Abstraktin lukemisen jälkeen kuusi artikkelia valittiin luettavaksi. Yksi näistä todettiin työhön soveltumattomaksi, sillä se ei ollut tutkimusartikkeli. Tämän työhön soveltumattoman artikkelin lähde luettelosta käsin haulla löytyi kuitenkin kaksi opinnäytetyöhön otsikon perusteella soveltuvaa artikkelia. Molemmat artikkelit luettiin kokonaisuudessaan ja todettiin sopiviksi tähän työhön. Lopullinen aineisto koostui seitsemästä tutkimuksesta.

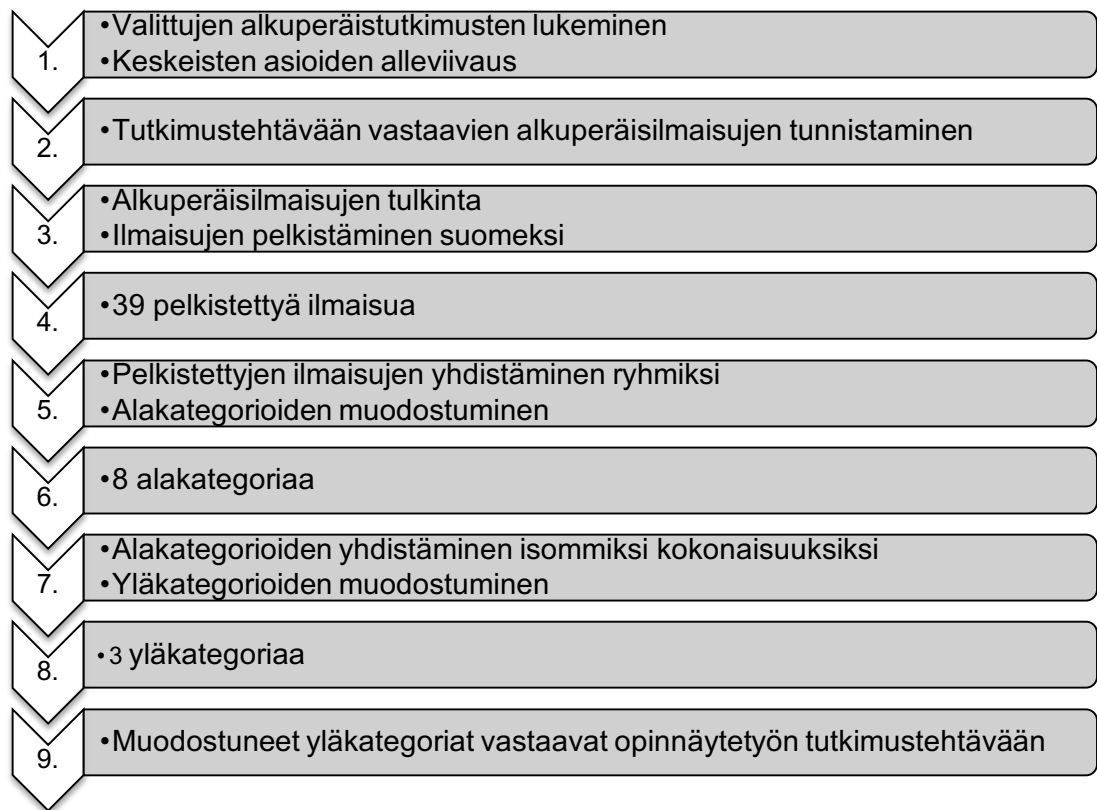
Valitut seitsemän tutkimusartikkelia edustavat laajasti terveys- ja hoitosuunnitelmien käyttöä (Liite 1). Murphyn ym. (2009) tutkimus koski erityisesti sepelvaltimotautia sairastaville räätälöityä hoitosuunnitelmaa. Cannon-Wagner, Soule, Walker ja Vance (2002) tekivät myös tutkimuksessaan hoidonsuunnitelman sepelvaltimotautia sairastaville. Myös Briggsin, Kirchoffin, Hammesin, Songin ja Colvinin tutkimuksessa (2004) tutkittiin hoidonsuunnittelua sydänsairaille. Heidän tutkimuksessaan mukana oli myös säännöllisesti munuaisdialyysissa käyviä potilaita sekä verisuonikirurgian poliklinikan potilaita. Lisäksi opinnäytetyön aineistoon valittiin Milnen ja Greenwoodin (2009) pilottitutkimus henkilökohtaisten hoitosuunnitelmien käytöstä sekä Burtin ym. (2012) tutkimus pitkäaikais-sairaiden hoitosuunnitelmien hyödyistä Englannissa. Glasgow ym. (2004) suunnittelivat tutkimuksessaan tietokoneavusteisen hoitosuunnitelman diabeetikoille. Preen ym. (2005) tekivät hoitosuunnitelman avosairaanhoidoa varten pitkäaikaissairaille sairaalasta

kotiutuville. Potilaat sairastivat kroonisia verenkierto- ja hengityselinten sairauksia. Tutkimuksissa oli mukana kaiken ikäisiä aikuisia pitkäaikaissairaita. Ikäjakautuma vaihteli tutkimuksittain paljonkin, esimerkiksi Burtin ym. (2012) tutkimuksessa vastaajia oli 18-vuotiaista aina yli 75-vuotiaisiin. Cannon-Wagnerin ym. (2002) tutkimuksessa vastaajien keski-ikä oli 73,4 vuotta. Kaikissa tutkimuksissa mukana oli sekä miehiä, että naisia.

4.3 Sisällönanalyysi

Tämän opinnäytetyön aineisto analysoitiin sisällönanalyysin avulla. Sisällönanalyysin avulla tutkittava ilmiö voidaan käsitteellistää. Analysointi on joko induktiivista (aineistolähtöistä) tai deduktiivista (teorialähtöistä). Sisällönanalyysillä tutkittavasta aiheesta syntyy sitä kuvaavia kategorioita. Analyysiprosessille on tiettyjä ohjeita, muttei tarkkarajaisia sääntöjä. (Kyngäs – Vanhanen 1999: 3-11.) Tämän analysointimenetelmän avulla tutkittavasta ilmiöstä saadaan tiivis kuvaus. Kun aineisto on strukturoimatonta, voidaan sisällönanalyysiä käyttää. (Tuomi – Sarajärvi 2002: 105.) Tässä opinnäytetyössä sisällönanalyysi tehtiin aineistolähtöisesti, eli aineistosta itsestään muodostettiin opinnäytetyöhön valittuun tutkimustehtävään vastaavia kategorioita. Sisällönanalyysiä tehdessä tutkitusta aiheesta on tarkoitus muodostaa tiivistetty kuvaus.

Ennen kuin analysoitavasta aineistosta muodostuu yksinkertainen, tutkimustehtävään vastaava kuvaus tutkitusta aineistosta, se on pirstottava osiin (Saarinen-Kauppinen – Puusniekka 2006). Sisällönanalyysi tapahtui tässä työssä niin, että ensiksi opinnäytetyön aineistosta rajattiin tutkimustehtävän kannalta olennainen tieto ja se eristettiin muusta artikkelista tarkempaa tutkimusta varten. Varsinainen analysointi alkoi tutkimuksista rajatun, tutkimustehtävän kannalta olennaisen tiedon pelkistämällä. Tutkimuksista poimittu tieto oli lauseita tai yksittäisiä sanoja ja pelkistämisen tarkoitus oli muodostaa poimitusta tiedosta yksinkertainen, kuvaava ilmaisu. Pelkistetyt ilmaisut ryhmiteltiin niin, että samankaltaiset ilmaisut muodostavat aina yhden ryhmän - alakategorian. Kun kaikki pelkistetyt ilmaisut olivat ryhmiteltyinä omiin alakategorioihinsa, muodostuneista alakategorioista muodostettiin vielä suuremmat kokonaisuudet - yläkategoriat, jotka tässä työssä vastaavat opinnäytetyölle asetettuun tutkimustehtävään. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Sisällönanalyysin eteneminen.

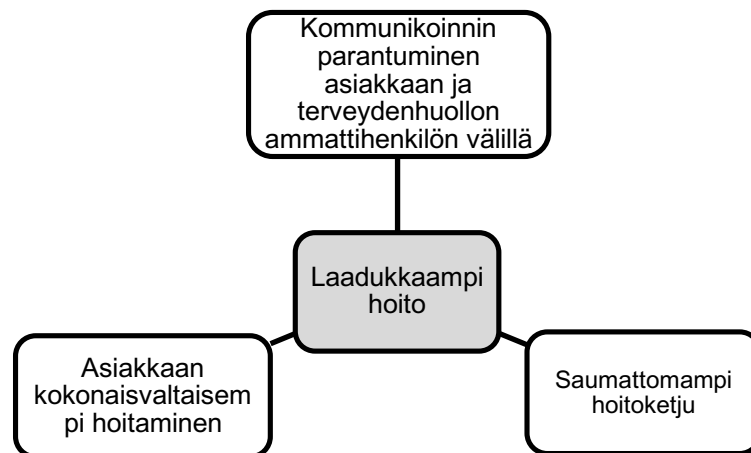
Tämän opinnäytetyön aineistosta eristettiin yhteensä 35 alkuperäistä ilmaisua alkuperäisistä tutkimusartikkeleista. Koko opinnäytetyön tutkittava aineisto oli englanninkielistä, joten pelkistämisen yhteydessä pelkistetyt ilmaisut käännettiin suoraan suomeksi. Pelkistäessä alkuperäisilmauksia (Liite 2) huomattiin, että kaksi alkuperäisilmaisua olisi järkevää vielä edelleen pilkkoa pienemmiksi kokonaisuuksiksi. Näin ollen pelkistettyjä, suomenkielisiä ilmaisuja saatiin yhteensä 39.

Sisällönanalyysi jatkui pelkistettyjen ilmaisujen yhdistäminen omiksi alakategorioiksi. Alakategorioita muodostui yhteensä kahdeksan. Kaikki pelkistetyt ilmaisut luokiteltiin jokainen yhden kerran yhteen kategoriaan. Ilmaisua ”sairaalaan oton vähentyminen” toistui tässä muodossa useamman kerran, joten pelkistetyistä 39 ilmaisusta alakategorioihin luokiteltiin yhteensä 37 erilaista ilmaisua. Muodostuneet 8 alakategoriaa jaettiin kolmeen yläkategoriaan, jotka ovat tämän opinnäytetyön tutkimustuloksia (Liite 2).

5 Terveys- ja hoitosuunnitelman käytön vaikutukset

5.1 Laadukkaampi hoito

Tutkimuksista kävi ilmi, että terveys- ja hoitosuunnitelmien käyttö pitkäaikais- ja monisairaiden hoidossa parantaa hoidon laatua (Kuvio 6). Kun hoidon etenemisellä oli asiakkaan kanssa yhdessä tehty suunnitelma - riippumatta siitä oliko kyseessä kirjallinen vai suullinen suunnitelma, annetun hoidon laatu oli parempaa. Terveys- ja hoitosuunnitelman avulla asiakkaan hoitoon pystyttiin keskittymään kokonaisvaltaisemmin ja lähes aina hoidon suunnittelu sisälsi terveydenhuoltoalan ammattilaisen kanssa keskustelua. (Liite 2.)

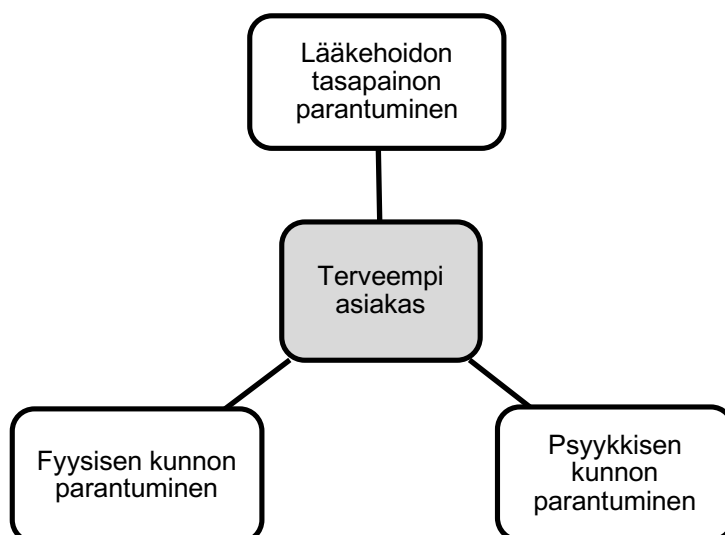


Kuvio 6. Terveys- ja hoitosuunnitelman käytön vaikutukset hoidon laatuun.

Asiakkaat kokivat tulevansa paremmin ymmärretyiksi ja heillä oli tilaa ja aikaa kertoa omia näkemyksiään hoitoon liittyen. Asiakkaat kokivat, että terveysongelman hallinta parantui keskustelemalla terveydenhuoltoalan ammattilaisen, esimerkiksi sairaanhoitajan kanssa. Hoidon suunnittelun myötä asiakkaat tiedostivat myös paremmin heitä varten saatavilla olevan tuen määrän. Kun avohoitoa varten tehtiin hoitosuunnitelma asiakkaiden kotiutuessa sairaalasta, koettiin, että hoidon jatkuvuus oli paremmin taattu. Asiakkaat kokivat, että hoidon suunnitteluun oli panostettu enemmän, kun he saivat sairaalasta kotiutuessaan oman jatkohoitosuunnitelman ja olivat näin ollen tyytyväisempiä. (Briggs ym. 2004; Burt ym. 2012; Milne – Greenwood 2009; Preen ym. 2005.)

5.2 Terveempi asiakas

Käyttämällä terveys- ja hoitosuunnitelmaa osana pitkäaikaissairaiden hoitoa asiakkaiden terveydentila parantui. Tämä näkyi esimerkiksi sairauden tilan seurannassa käytettävien laboratoriotulosten parantumisena ja vitaaliarvojen, kuten verenpaineen seurantatulosten parantumisena (Kuvio 7.) Lisäksi sydänsairauksia sairastavien lääkehoidon tasapaino parantui, kun useammat säännöllistä lääkehoitoa tarvitsevat alkoivat syödä lääkkeitä säännöllisesti hoidon suunnittelun tuloksena. Asiakkaat kokivat myös psyykkisen tilansa parantuneen ja heillä oli vähemmän masennusoireita. Lisäksi myös fyysisessä terveydentilassa koettiin muutoksia ja asiakkaiden fyysinen kunto parantui hoitosuunnitelmien käytön myötä. (Cannon-Wagner ym. 2002; Glasgow ym. 2004; Murphy ym. 2009.)

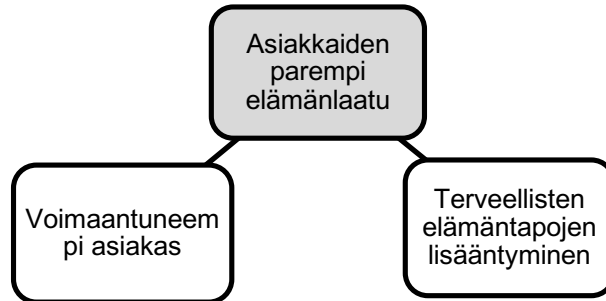


Kuvio 7. Terveys- ja hoitosuunnitelman käytön vaikutukset asiakkaan terveyteen

5.3 Asiakkaiden parempi elämänlaatu

Tutkimustulosten mukaan asiakkaiden elämänlaatu parantui terveys- ja hoitosuunnitelmien käytön myötä. (Kuvio 8.) Tämä näkyi asiakkaiden voimaantumisenä - he ottivat enemmän vastuuta oman hoitonsa suunnittelusta ja tavoitteiden asettaminen omahoidossa lisääntyi. Paremmasta elämänlaadusta kertoi myös sairaalajaksojen vähentyminen; asiakkaat olivat sairaalahoidossa pitkäaikaissairautensa vuoksi vähemmän, kun

heillä oli hoitosuunnitelma. Asiakkaat noudattivat paremmin terveellistä ruokavaliota ja tupakoivat vähemmän. (Glasgow ym. 2004; Milne – Greenwood 2009; Murphy ym. 2009.)



Kuvio 8. Terveys- ja hoitosuunnitelman käytön vaikutukset asiakkaiden elämänlaatuun

6 Pohdinta

6.1 Tulokset

Opinnäytetyöhön valitut alkuperäiset tutkimusartikkelit vastasivat asetettuun tutkimustehtävään hyvin. Tuloksilla pystyttiin osoittamaan, että terveys- ja hoitosuunnitelman käytöllä on terveyttä edistävä vaikutus ja sitä tulisi suosia pitkäaikaissairaiden asiakkaiden hoidossa. Terveys- ja hoitosuunnitelman käytöstä Suomessa on säädetty laissa. Terveys- ja hoitosuunnitelma on Suomessa tehtävä kaikille sitä tarvitseville hoidon saumattomuuden ja hoidon jatkuvuuden takaamiseksi. Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan terveys- ja hoitosuunnitelman käyttäminen pitkäaikaissairaiden hoidossa edistää hoidon jatkuvuutta ja tekee hoitoketjusta saumattomamman. Kirjallinen dokumentointi helpottaa niin asiakasta, kuin terveydenhuoltoalan ammattilaistakin. Terveys- ja hoitosuunnitelman tavoitteena on myös pitkäaikais- ja monisairaiden voimaantuminen. Tavoitteena on, että he kykenevät omahoidon toteuttamiseen hyvin. Tämän opinnäytetyön tuloksista tulee ilmi, että terveys- ja hoitosuunnitelman käyttö edistää pitkäaikais- ja monisairaiden omahoidon toteutumista. Terveys- ja hoitosuunnitelman ympärille rakennettu hoito voimaannuttaa asiakasta, asiakas voi hyvin ja pärjää sairautensa kanssa.

Pitkäaikais- ja monisairaiden hoidon tueksi ja hoidon paremmaksi koordinoimiseksi kehitetty Chronic Care Model selkeyttää hoitoa. Terveys- ja hoitosuunnitelman käyttäminen pitkäaikais- ja monisairaiden asiakkaiden hoidossa on osa Chronic Care Modelin, eli suomalaisen Terveysshyötymallin mukaista toimintaa. Terveys- ja hoitosuunnitelman käytöllä toteutetaan Terveysshyötymallin kuuden osa-alueen periaatteita ja saadaan aikaan terveysshyötyä. Käyttämällä mallin kuutta osa-aluetta (omahoidon tukea, palveluvalikoiden tukea, päätöksenteon tukea, tietojärjestelmien tehokasta käyttöä, palveluntuottajan sitoutumista ja ympäröivien yhteisöjen tukea) viitekehyyksenä hoidon suunnittelussa ja terveys ja hoitosuunnitelman teossa asiakasta voidaan hoitaa kokonaisvaltaisemmin ja yksilöllisesti.

Suomen Asiakasvastaava-toimintamalli antaa pitkäaikais- ja monisairaiden hoidolle koordinaattorin. Asiakasvastaava koordinoi asiakkaiden hoitoa yhdessä lääkärin kanssa ja vastaa lääkärin lisäksi asiakkaiden terveys- ja hoitosuunnitelmasta. Terveys- ja hoito-

suunnitelman käyttäminen parantaa kommunikointia asiakkaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön välillä. Terveys- ja hoitosuunnitelmaa käyttämällä tietokatkokset asiakkaan ja hoitavan tahon välillä vähenevät ja asiakastyytyväisyys kasvaa.

6.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tässä työssä analysoitiin julkaistuja alkuperäisiä tutkimusartikkeleita. Kaikki työssä analysoitu tieto oli valmiiksi julkista ja kaikkien luettavissa. Erillisiä tutkimuslupia ei tarvittu ja työssä huolehdittiin alkuperäisten tutkimusten tunnustamisesta asianmukaisin viittauksin sekä taulukoimalla analyysissä käytetyt tutkimusartikkelit ja niiden hakuprosessi tarkasti esiin. Tiedonhaku tehtiin luotetuista tietokannoista, Cinahlista ja Cochranesta. Näiden lisäksi analysoitavan materiaalin hakuprosessissa turvaututtiin työhön soveltumattomien alkuperäisten tutkimusartikkeleiden lähdeluetteloihin. Tällä tavoin haettujen materiaalien laatua voi olla joskus hankalampi arvioida, kun haku ei perustu luotettaviin tietokantoihin (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2009: 73–74.). Vapaasti haettujen alkuperäisten tutkimusartikkeleiden luotettavuus ja sopivuus työhön varmistettiin lukemalla alkuperäiset artikkelit kokonaisuudessaan ennen niiden soveltamista mukaan työhön.

Pääsääntöisesti on mielletty, että kirjallisuuskatsausta olisi hyvä tehdä vähintään työparina. Tässä tapauksessa prosessin etenemisen kannalta oli perusteltua tehdä opinnäytetyö yksin. Haasteeksi kuitenkin nousi analysoitavan materiaalin runsaus. Useamman tekijän kanssa virheiden tekemisen mahdollisuutta olisi voitu minimoida ja helpottaa luku-akkaa jakamalla aineisto useammalle lukijalle. Tarkkuus ja kriittisyys korostuivat työn kaikissa vaiheissa. Itsenäinen opinnäytetyön tekeminen vaikuttaa myös valittavan aineiston määrään. Yksittäinen lukija ei voi analysoida yhtä paljon alkuperäisiä tutkimusartikkeleita kuin kolme lukijaa. Toisaalta, opinnäytetyötä yksin tekevä on itse vastuussa opinnäytetyönsä aikataulusta, etenemisestä ja aineiston valinnasta. Joskus useamman tekijän saattaa olla vaikeampaa löytää tarpeeksi yhteistä aikaa työn tekemiseen tai opinnäytetyön aiheen, tutkimustehtävien ja materiaalin valinnassa voi olla työn toteuttamisen kannalta hankalia erimielisyyksiä. (Johansson, Axelin, Stolt, Ääri 2007: 3-5, 53–55.)

Opinnäytetyön tekoa ohjaavaan tutkimustehtävään saatiin vastauksia sisällönanalyysin avulla. Seitsemän tutkimusartikkelia on aineistona pieni. Tämä voi vaikuttaa siihen, millainen lopputulos sisällönanalyysistä saatiin. On mahdollista, että ottamalla mukaan

enemmän tutkimusartikkeleita aineiston analyysissä olisi päädytty erilaisiin ala- ja yläkategorioihin ja näin ollen myös eri tavalla painottuviin tuloksiin. Opinnäytetyön aineiston hakemiseen käytetyt hakusanat olivat opinnäytetyön taustasta ja teorian tiedosta johdetut. Erilaisilla hakusanoilla ja hakusanojen yhdistelmillä olisi saattanut tulla enemmän lupavia tuloksia. Myös opinnäytetyön aiheen rajaaminen edelleen esimerkiksi jonkun tietyn pitkäaikaissairauden terveys- ja hoitosuunnitelmien tarkasteluun olisi voinut tarkentaa opinnäytetyön tuloksia ja antaa konkreettisempaa tietoa terveys- ja hoitosuunnitelmien käytöstä.

Sisällönanalyysin tekemiseen haastavuutta toi se, että koko aineisto oli englanniksi. Analysoitavan materiaalin käänsi suomen kielelle ainoastaan opinnäytetyön tekijä. Käännösvirheiden minimoimiseksi artikkelit olisi hyvä antaa luettavaksi myös ulkopuoliselle taholle, jotta mahdolliset sisällönanalyysiin vaikuttavat virheet huomattaisiin jo ennen analyysin valmistumista. Sisällönanalyysia tehdessä tulee olla huolellinen, etteivät alkuperäisten ilmaisujen merkitykset muutu, kun ilmaisuja aletaan luokitella kategorioihin. Ilmaisut on osattava pelkistää ilman, että sisältö muuttuu. Tässä opinnäytetyössä alkuperäiset ilmaisut käännettiin pelkistysvaiheessa suoraan suomeksi. On otettava huomioon, että käännettäessä alkuperäisiä ilmaisuja tutkimusartikkeleista asiayhteys on voitu tahattomasti ymmärtää väärin. Sisällönanalyysin materiaaliksi alkuperäisilmaisuja löydettiin tutkimuksista odotettua vähemmän. Tutkimusartikkeleiden tuloksissa oli paljon materiaalia, joka ei soveltunut vastaamaan tälle opinnäytetyölle asetettuun tutkimustehtävään ja oli näin ollen jätettävä analyysin ulkopuolelle.

Eettisyyden toteutumiseksi opinnäytetyössä on tiedettävä tutkimusprosessin eri vaiheiden vaatimukset. Tässä opinnäytetyössä hyvien eettisten käytäntöjen mukaisesti pyrittiin löytämään totuudenmukaista, näyttöön perustuvaa tietoa terveys- ja hoitosuunnitelmien käytöstä avosairaanhoidossa. Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti tässä työssä noudatettiin opinnäytetyöprosessin alusta loppuun tarkkuutta ja rehellisyyttä. Opinnäytetyön luotettavuutta lisättiin käyttämällä yleisesti hyväksytyjä tiedonhankinta- ja raportointimentelmiä. (Leino-Kilpi – Välimäki 2009: 360–364.) Tietolähteinä käytettiin alkuperäisiä tutkimusartikkeleita, hoitotyön kirjallisuutta sekä tarkan harkinnan mukaan internetistä löytyviä lähteitä. Opinnäytetyön tulokset kirjattiin ja raportoitin kokonaisuudessaan mitään tuloksia muokkaamatta tai poisjättämättä. Kirjallisuuskatsauksen tekemisen periaatteiden mukaisesti tässä työssä noudatettiin kriittistä tarkastelutapaa ja katsauksen teossa objektiivisuutta. Kielellisesti pyrittiin yhdenmukaisuuteen ja hyvään suomen kieleen. Lähdetiedoista johtuen samasta asiasta jouduttiin käyttämään useampaa ilmaisua.

Esimerkiksi pitkäaikais- ja monisairaita kutsuttiin tässä opinnäytetyössä asiakkaiksi, mutta tiettyyn lähdemateriaaliin viitattaessa jouduttiin käyttämään termiä potilas. (Salmi-
nen 2011: 12–13).

6.3 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkossa olisi hyvä tutkia, hyödyttääkö terveys- ja hoitosuunnitelman käyttö tasapuoli-
sesti kaikkia pitkäaikaissairaita ja millainen on toimiva terveys- ja hoitosuunnitelma. Ana-
lysoitavissa artikkeleissa esitettiin hypoteesi, etteivät kaikki pitkäaikaissairaat välttämättä
hyödy esimerkiksi juuri kirjallisesta hoitosuunnitelmasta. Tulevaisuudessa olisi tärkeää
selvittää tarkemmin räätälöityjen terveys- ja hoitosuunnitelmien käytön vaikutukset tie-
tyillä asiakasryhmillä. Tässä työssä keskityttiin ainoastaan terveys- ja hoitosuunnitelmien
hyödyllisyyden osoittamiseen, mutta aiheen tutkiminen vaatii suurempia aineistoja ja tar-
kemmin rajattujen asiakasryhmien tutkimista. Aiheen tarkemmalla jatkotutkimuksella kai-
kille pitkäaikais- ja monisairaille avoterveydenhuollon asiakkaille voitaisiin taata terveys-
ja hoitosuunnitelman hyödyt: laadukkaampi ja saumattomampi hoito sekä parempi elä-
mänlaatu.

Lähteet

Asiakasvastaava-toiminnan kehittäminen 2015. Asiakasvastaava. Verkkodokumentti. <<https://wiki.metropolia.fi/pages/viewpage.action;jsessionid=D4C919DFFC2D297B3F0FB7ED03C632CD?pageId=74908276>>. Luettu 10.8.2015.

Asiakasvastaava-koulutuksen yhtenäiset perusteet 2011. Työryhmän raportti 28.2.2011. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Briggs, Linda A. – Kirchhoff, Karin T. – Hammes, Bernard J. – Song, Mi-Kyung – Colvin, Elaine R. 2004. Patient-Centered Advance Care Planning in Special Patient Population: A Pilot Study. *Journal of Professional Nursing*. Vol 20. No 1: 47–58.

Burt, Jenni – Roland, Martin – Paddison, Charlotte – Reeves, David – Campbell, John – Abel, Gary – Bower, Peter 2012. Prevalence and benefits of care plans and care planning for people with long-term conditions in England. *Journal of Health Services*. Vol 17. No 1: 64-71.

Cannon-Wagner, Miriam – Soule, Diane S. – Walker, David R. – Vance, Richard P. 2002. An Independent Practice Association-Supported Disease Management Program: Impact on Patients with Coronary Artery Disease. *Disease Management and Health Outcomes* 2002. Vol 10. No 9: 571-577.

ESR Asiakasvastaava -toiminnan kehittäminen (ASVA) -hanke 2013. Verkkodokumentti. <<http://www.metropolia.fi/tutkimus-ja-kehitys/hankkeet/terveys-ja-hoitoala/esr-asva/>>. Luettu 26.8.2014.

Glasgow, Russel E. – Nutting, Paul A. – King, Diane K. – Nelson, Candace C. – Cutter, Gary – Gaglio, Bridget – Rahm, Alanna Kulchak – Whitesides, Holly – Amthauer, Hilarea 2004. A practical Randomized Trial to Improve Diabetes Care. *Journal of General Internal Medicine*. Vol 19. 1167-1174.

Hengityслиitto. Astma. Verkkodokumentti. <<http://www.hengityслиitto.fi/fi/hengityssairaudet/astma>>. Luettu 8.8.2015.

Hoitopaikan valinta 2014. Sosiaali- ja terveystalvet. Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkkodokumentti. <http://www.stm.fi/hoitopaikan_valinta>. Luettu 7.9.2015.

Improving Chronic Illness Care 2006–2015. The Chronic Care Model. Verkkodokumentti. <<http://www.improvingchroniccare.org/>>. Luettu 23.9.2014.

Johansson, Kirsi – Axelin, Anna – Stolt, Minna – Ääri, Riitta-Liisa 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopiston julkaisu. Turku.

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

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

- Koskinen, Seppo – Lundqvist, Annamari – Ristiluoma, Noora 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.
- Kyngäs, Helvi – Vanhanen, Liisa 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* Vol. 11, no 1: 3-12.
- Kääriäinen, Maria – Lahtinen, Mari 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede*. Vol 18, no 1: 37–45.
- Kääriäinen, Maria – Kyngäs, Helvi – Ukkola, Liisa – Torppa, Kaarina. 2006. Terveystuhoonhenkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. *Hoitotiede*. Vol. 18, no 1: 4-13.
- Lehtovirta, Jukka – Vuokko, Riikka 2013. Terveystuhoon rakenteisen kirjaamisen opas. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen. OSA 1. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110913/URN_ISBN_978-952-302-108-2.pdf?sequence=1>. Luettu 11.9.2015.
- Leino-Kilpi, Helena – Välimäki, Maritta 2009. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Manderbacka, Kristiina 2005. Koettu terveys ja tiedossa oleva sairastavuus. Kustannus Oy Duodecim. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00022>. Luettu 19.8.2015.
- Mattila, Kari 2005. Perusterveydenhuolto. Duodecim. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00052>. Luettu 6.11.2014.
- Milne, Pauline – Greenwood, Catherine 2009. Piloting the introduction of personal health plans for people with long term conditions. *Nursing Times*. Oct 6-12. 105(39): 26-7.
- Murphy, A. W. – Cupples, M. E. – Smith, S. M. – Byrne, M. – Byrne, M. C. – Newell, J. 2009. Effect of tailored practice and patient care plans on secondary prevention of heart disease in general practice: cluster randomized controlled trial. *British Medical Journal*. 339. 1-10.
- Muurinen, Seija 2010. Monisairaille oma vastuuntyöntekijä terveyskeskuksiin. *Sosiaali- ja terveystieteiden aikakauslehti Tesso* 8/2010.
- Muurinen, Seija – Nenonen, Mikko – Wilskman, Kaarina – Agge, Eva 2010. Uusi terveydenhuolto. *Hoitotyön vuosikirja 2010*. Helsinki: Fioca Oy.
- Mölläri, Kaisa – Saukkonen, Sanna-Mari – Fredriksson, Sami 2013. Perusterveydenhuolto 2012. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110729/Tr29_13.pdf?sequence=5>. Luettu 14.9.2015.
- Pitkäaikaissairaana suunnitelmallinen hoito terveyskeskuksen vastaanotolla. Potilasesite. Verkkodokumentti. <https://www.innokyla.fi/documents/783485/0/syd%C3%A4n_esite_kastelogolla_fin.pdf/78bcfdde-ab76-4d37-99f5-9e7f0db26973>. Luettu 11.9.2015.

Preen, David B. – Bailey, Belinda E. S. – Wright, Alan – Kendall, Peter – Phillips, Martin – Hung, Joseph – Hendriks, Randall – Mather, Annette – Williams, Elizabeth 2005. Effects of a multidisciplinary, post-discharge continuance of care intervention on quality of life, discharge satisfaction, and hospital length of stay: a randomized controlled trial. International Journal for Quality in Health Care. Vol 17. No 1: 43-51.

Reumaliitto. Osteoporoosi. Verkkodokumentti. <<http://www.reumaliitto.fi/reuma-aapi-nen/reumataudit/osteoporoosi/>>. Luettu 8.8.2015.

Saaranen-Kauppinen, Anita – Puusniekka, Anna 2006. KvaliMOTV - Menetelmäope-tuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Verkkojulkaisu. <<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>>. Luettu 27.10.2015.

Salminen, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypei-hin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Vaasa.

Sitra 2015. Huomisen sote. Millaiseen sosiaali ja terveydenhuoltojärjestelmään meidän tulisi pyrkiä ja miten se tehdään. Sitran selvityksiä. Helsinki. Verkkodokumentti. <<https://www.sitra.fi/julkaisut/Selvityksiä-sarja/Selvityksia92.pdf>>. Luettu 15.11.2015.

Suomen Diabetesliitto. Diabetestietoa. Verkkodokumentti. <<http://www.diabetes.fi/dia-betestietoa>>. Luettu 8.8.2015.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Annettu Helsingissä 30.12.2010.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Hel-sinki: Tammi.

Valvira 2014. Hoitopaikan valinta. Verkkodokumentti. <http://www.valvira.fi/oh-jaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/hoitopaikan_valinta>. Luettu 27.10.2014.

Opinnäytetyön tutkimusartikkelit

Tietokanta, hakusanat	Tekijä	Tutkimuksen nimi	Ilmestynyt	Keskeiset tutkimustulokset
COCHRANE "health care plan" AND "chronic disease"	Preen, David B. – Bailey, Belinda E. S. – Wright, Alan – Kendall, Peter – Phillips, Martin – Hung, Joseph – Hendriks, Randall – Mather, Annette – Williams, Elizabeth	Effects of a multidisciplinary post-discharge continuance of care intervention on quality of life, discharge satisfaction, and hospital length of stay: a randomized controlled trial	International Journal for Quality in Health Care 2005. Vol 17. No 1: 43-51.	Tutkimuksessa osoitettiin, että sairaalasta kotiutuvalla kroonisesti sairaalle verenkierto- ja hengityselimistön sairauksista kärsivälle potilaalle moniammatillisen tiimin kanssa yhdessä tehdyllä koordinoitulla jatkohoidon suunnittelulla on positiivinen vaikutus potilaan elämänlaatuun, potilaan osallistumiseen omaan hoitoonsa sekä hoidon yhtenevyyteen sairaalan ja avosairaanhoidon välillä.
Haettu käsin	Glasgow, Russel E. – Nutting, Paul A. – King, Diane K. – Nelson, Candace C. – Cutter, Gary – Gaglio, Bridget – Rahm, Alanna Kulchak – Whitesides, Holly – Amthauer, Hilarea	A practical Randomized Trial to Improve Diabetes Care	Journal of General Internal Medicine 2004. Vol 19. 1167-1174.	Diabeetikoille suunniteltu tietokoneavusteinen yksilöllisen hoidon suunnittelun tekemisen ohjelman käyttö paransi diabeetikoiden laboriotuloksia ja asiakaslähtöistä hoito-otetta. Potilaista tuli myös aktiivisempia oman hoitonsa suhteen.
CINAHL "health care plan" AND "long term conditions"	Burt, Jenni – Roland, Martin – Padison, Charlotte – Reeves, David – Campbell, John – Abel, Gary – Bower, Peter	Prevalence and benefits of care plans and care planning for people with long-term conditions in England	Journal of Health Services 2012. Vol 17. No 1: 64-71.	Tutkimuksessa todettiin niiden pitkäaikaisesti sairaiden, joilla on oma hoitosuunnitelma, hyötävän eniten myös hoidon suunnittelu-keskusteluista sairaanhoitajan kanssa. Tutkimuksessa huomioi-

				tiin myös, että hoitoa ohjaavien linjausten ja konkreettisten käytäntöjen välillä on vajaa- vuuksia, jotka voivat vaikuttaa hoitosuunnitelmista saataviin hyötyihin.
CINAHL “health care plan” AND “chronic disease”	Cannon-Wagner, Miriam – Soule, Diane S. – Walker, David R. – Vance, Richard P.	An Independent Practice Association-Supported Disease Management Program: Impact on Patients with Coronary Artery Disease	Disease Management and Health Outcomes 2002. Vol 10. No 9: 571-577.	Sepelvaltimotautia sairastaville potilaille tehtiin kokonaisvaltainen suunnitelma sairauden hoidosta, joka kesti keskimäärin seitsemän kuukautta. Potilaat saivat suuntaviivoja ja ohjeita sairautensa hoitoon ja kaikille potilaille määrättiin oma hoitaja. Potilaista ja heidän sairaudestaan kerättiin tiedot tietokoneille yksilöllistä neuvontaa varten. Ohjelmaan kuului seurantasoiitoja ja sairaanhoitajan apu 24 tuntia vuorokaudessa. Hoito-ohjelman vaikutuksesta potilaat kokivat niin fyysisen kuin psyykkisen tilansa parantuneen. Myös sairaalaan otot vähenivät merkittävästi.
CINAHL “patient care planning” AND “outcomes” AND “chronic disease”	Briggs, Linda A. – Kirchhoff, Karin T. – Hammes, Bernard J. – Song, Mi-Kyung – Colvin, Elaine R.	Patient-Centered Advance Care Planning in Special Patient Population: A Pilot Study	Journal of Professional Nursing 2004. Vol 20. No 1: 47-58.	Tässä tutkimuksessa arvioitiin potilaslähtöisen ennalakoivan hoidon suunnittelun käytökelpoisuutta pilotitutkimuksena sydänsairaille, munaisdialyysipotilaille sekä verisuonikirurgian poliklinikan potilaille. Suunnitelu sisälsi tunnin mittaisen haastattelun, jossa käsiteltiin sairauden tulevaisuuden hoidon kannalta olennaisia

				asioita. Haastattelussa oli mukana myös potilaan läheinen, tai muu henkilö, joka päättäisi potilaan hoidosta, kun tämä ei itse enää pysty. Tulevaisuuden hoitoa suunnittelevan haastattelun saaneet potilaat olivat tyytyväisempiä päätöksentekoprosessiin ja heillä oli vähemmän ristiriitoja koskien oman sairautensa hoitoa.
Haettu käsin	Murphy, A. W. – Cupples, M. E. – Smith, S. M. – Byrne, M. – Byrne, M. C. – Newell, J.	Effect of tailored practice and patient care plans on secondary prevention of heart disease in general practice: cluster randomized controlled trial	British Medical Journal 2009; 339. 1-10.	Tutkimuksessa testattiin räätälöityjen hoitosuunnitelmien vaikutusta sepelvaltimotautia sairastavien hoidon tuloksiin. Suunnitelmat sisälsivät motivoivia haastatteluja ja tavoitteiden asettamista elämäntapamuutoksia varten potilaille sekä kontrollikäynnin neljän kuukauden välein.
CINAHL “patient care plans” AND “long term conditions”	Milne, Pauline – Greenwood, Catherine	Piloting the introduction of personal health plans for people with long term conditions	Nursing Times 2009: Oct 6-12. 105(39): 26-7.	Tutkimus oli kolmiosainen pilottitutkimus henkilökohtaisten hoitosuunnitelmien käytöstä. Sen mukaan hoitosuunnitelmien käyttö parantaa kommunikointia asiakkaiden ja terveydenhuoltoalan ammattilaisten välillä ja auttaa kohtaamaan asiakkaan kokonaisvaltaisesti.

Sisällönanalyysi

Alkuperäinen ilmaisu tutkimuksessa	Pelkistetty, suomenkielinen ilmaisu
1. mental quality of life was significantly improved	psykkisen elämänlaadun paraneminen
2. satisfaction with input into discharge care planning was significantly greater for those receiving the care plan	asiakastyytyväisyys hoidon suunnittelun panostukseen kasvaa
3. achievability of post-discharge care arrangements significantly higher	paremmin mahdollistettu hoito pääsy sairaalasta kotiutumisen jälkeen
4. patient inclusion in discharge planning approached significance	potilaan osallistuminen oman hoidon suunnitteluun
5. the support patients believed available was 12,3% greater for intervention patients	suurempi tiedostettu saatavilla olevan tuen määrä
6. the importance that general practitioners be informed by the hospital of patients' post-discharge care arrangements was seen from intervention group survey responses	hoitosuunnitelman mukaisista sopimuksista tiedottaminen
7. patients in intervention practices showed significantly greater improvement on both laboratory assay and patient centered subsets of the PRP (physician recognition program) measures	paremmat laboratoriotulokset
8. the greatest difference between conditions in improvement were on the measures of self-management goal setting, dilated eye exam, foot exams and medical nutrition therapy	– omahoidon tavoitteiden asettamisen parantuminen – silmien kunnon parantuminen – jalkojen kunnon parantuminen – ravitsemuksen parantuminen
9. improved on measures of quality of life and depressive symptoms	– elämänlaadun parantuminen – masennuksen oireiden vähentyminen
10. patients who reported having a care plan were more likely to report benefits from care planning discussions	hoitosuunnitelman omaavat hyötyvät enemmän keskusteluista
11. Do you think that having these discussions with your doctor or nurse has helped improve how you manage your health problem?	hoitosuunnitelman omaavan henkilön terveysongelman hallinnan parantuminen keskustelemalla

Yes, definitely 39,4% Yes, to some extent 47,4% No, not at all / Don't know 13,2%	
12. the patients experienced a 2,67% increase in their mental health score	koettu psyykkisen tilanteen parantuminen
13. statistically significant increase of 11% for their physical score	fyysisen tilanteen parantuminen
14. 22% of patients had a clinically significant mental health improvement	psyykkisen kunnon paraneminen
15. 65% remained clinically stable (mental health)	psyykkisen kunnon pysyminen yhtä hyvänä
16. 43% of patients had a clinically significant physical health improvement	fyysisen kunnon paraneminen
17. 40% remained clinically stable (physical health)	fyysisen kunnon pysyminen yhtä hyvänä
18. The admission rate per 1000 patients per month was nearly 79 - - - decreased to 51,5	sairaalaan oton vähentyminen
19. sixty percent of eligible - - - were receiving B-adrenoceptor antagonists at start of care and 67,7% - - - at their most current assessment	parempi beetasalpaajien käyttötaso
20. initial antiplatelet use was 98,4% and was maintained - - - for the most recent assessment	antitromboottien käytön tason pysyminen yhtä hyvänä
21. baseline antihyperlipidemics use was 60% and increased to 68%	parempi kolesterolilääkkeiden käyttötaso
22. congruence in the experimental group - - - was significantly higher than in the control group	hoidollinen yhdenmukaisuus
23. Patients in the treatment group had lower decisional conflict - - - when they made decisions regarding future medical treatment	vähemmän ristiriitoja päätöksenteossa
24. Perception of the quality of communication - - - by patients in the treatment group was significantly higher	kommunikoinnin korkeampi laatu
25. a trend towards better control for all patients: systolic blood pressure - - - diastolic blood pressure - - - cholesterol concentration	verenpaineen mittaustulosten parantuminen

26. a significant decrease - - - of patients admitted	sairaalaan oton vähentyminen
27. the numbers of admissions per patient for cardiovascular event were significantly reduced	sairaalaan oton vähentyminen
28. the rates of visits to the practice nurse - - - significantly increased	sairaanhoidajan tapaamisten lisääntyminen
29. a trend for decreased smoking prevalence was observed	tupakoinnin vähentyminen
30. some patients became emotional when discussing their need - - - this was because they felt they had the time and space to be listened to	asiakkaan kokemus siitä, että häntä kuunnellaan
31. gives everyone in a patient's care a broader view	laajempi käsitys asiakkaan hoidosta
32. to see an individual person, not a condition	asiakkaan käsitteleminen yksilöllisesti
33. focuses on patients' wider needs	keskittyy asiakkaan tarpeisiin kokonaisvaltaisesti
34. two-way communication between healthcare professional and patient	kommunikointi asiakkaan ja terveydenhuoltoalan ammattilaisen välillä
35. aids communication	kommunikoinnin helpottuminen

Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria
<ul style="list-style-type: none"> • parempi beetasalpaajien käyttötaso • antitromboottien käytön tason pysyminen yhtä hyvänä • parempi kolesteroli-lääkkeiden käyttötaso 	Lääkehoidon tasapainon parantuminen	<ul style="list-style-type: none"> • kommunikoinnin helppottuminen • kommunikointi asiakkaan ja terveydenhuoltoalan ammattilaisen välillä • asiakkaan kokemus siitä, että häntä kuunnellaan • vähemmän ristiriitoja päätöksenteossa • hoitosuunnitelman omaavat hyötyvät enemmän keskusteluista • hoitosuunnitelman omaavan henkilön terveysongelman hallinnan parantuminen keskustelemalla • kommunikoinnin korkeampi laatu • sairaanhoitajan tapoamisten lisääntyminen 	Kommunikoinnin parantuminen asiakkaan ja terveydenhuolto-alan ammattilaisen välillä

Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria
<ul style="list-style-type: none"> • keskittyä asiakkaan tarpeisiin kokonaisvaltaisesti • asiakkaan käsitteleminen yksilöllisesti • laajempi käsitys asiakkaan hoidosta • asiakastyytyväisyys hoidon suunnittelun panostukseen kasvaa 	Asiakkaan kokonaisvaltaisempi hoitaminen	<ul style="list-style-type: none"> • tupakoinnin vähentyminen • ravitsemuksellisen tilanteen parantuminen 	Terveellisten elämäntapojen lisääntyminen

Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria
<ul style="list-style-type: none"> • paremmat laboratoriotulokset • silmien kunnon parantuminen • jalkojen kunnon parantuminen • fyysisen tilanteen parantuminen • fyysisen kunnon paraneminen • fyysisen kunnon pysyminen yhtä hyvänä • verenpaineen mittaus tulosten parantuminen 	Asiakkaan fyysisen kunnon parantuminen	<ul style="list-style-type: none"> • psyykkisen elämänlaadun paraneminen • masennuksen oireiden vähentyminen • koettu psyykkisen tilanteen parantuminen • psyykkisen kunnon paraneminen • psyykkisen kunnon pysyminen yhtä hyvänä 	Asiakkaan psyykkisen kunnon parantuminen

Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria
<ul style="list-style-type: none"> • paremmin mahdollistettu hoitoon pääsy sairaalasta kotiutumisen jälkeen • suurempi tiedostettu saatavilla olevan tuen määrä • hoitosuunnitelman mukaisista sopimuksista tiedottaminen • hoidollinen yhdenmukaisuus 	Saumattomampi hoitoketju	<ul style="list-style-type: none"> • potilaan osallistuminen oman hoidon suunnitteluun • omahoidon tavoitteiden asettamisen lisääntyminen • elämänlaadun paraneminen • sairaalaan oton vähentyminen 	Voimaantuneempi asiakas

