

Elisa Kankkunen
Katariina Anttila

Pitkäaikaissairaiden potilaiden hoitosuunnitelmien auditointi omahoidon näkökulmasta Kirkkonummen terveysasemalla

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Terveystenhoitaja AMK

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

23.11.2016

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Elisa Kankkunen ja Katariina Anttila Pitkäaikaissairaiden potilaiden hoitosuunnitelmien auditointi omahoidon näkökulmasta Kirkkonummen terveysasemalla 36 sivua + 3 liitettä 23.11.2016
Tutkinto	Terveystenhoitaja (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyö
Suuntautumisvaihtoehto	Terveystenhoitotyö
Ohjaaja(t)	Yliopettaja TtT, Anne Nikula
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa terveydenhuollon ammattilaisille tietoa, millä tavoin tehdyt hoitosuunnitelmat tukevat pitkäaikaissairaahan potilaan omahoitoa. Omahoitoa edistämällä pitkäaikaissairaahan potilaan hoidossa voidaan saavuttaa parempia hoitotuloksia kuin hoitomuodossa, jossa potilas on passiivinen osallistuja. Aihe on tärkeä esimerkiksi terveydenhoitajan työssä, sillä terveydenhoitajan työhön usein kuuluu pitkäaikaissairaiden potilaiden hoito. Opinnäytetyö kuuluu POTKU2 - potilas kuljettajan paikalle -hankkeeseen ja se on toteutettu yhteistyössä Kirkkonummen terveysaseman kanssa. POTKU2-hankkeen tavoitteena on kehittää pitkäaikaissairauksien hoitoa entistä suunnitelmallisemmiksi ja potilaslähtöisemmiksi. Pitkäaikaissairaudella tarkoitetaan sairautta, joka kestää vähintään kuuden kuukauden ajan. Potilas saa pitkäaikaissairauteensa säännöllistä hoitoa, tai joutuu olemaan terveydenhuollon seurannassa. Hieman yli 40 % suomalaisista sairastaa jotakin pitkäaikaissairautta.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin auditoimalla pitkäaikaissairaiden potilaiden hoitosuunnitelmia (n=24). Auditoinnissa käytettiin aiemmin hankkeessa tehtyä Terveys- ja hoitosuunnitelman auditointiohjetta. Auditoiduista hoitosuunnitelmista suurin osa (n=15) oli tyyppin 2 diabetesta sairastavien potilaiden hoitosuunnitelmia, loput (n=9) olivat valtimotautia, kohonnutta verenpainetta tai kohonnutta kolesterolia sairastavien potilaiden hoitosuunnitelmia. Hoitosuunnitelmat olivat peräisin Kirkkonummen terveyskeskuksen kolmelta eri terveysasemalta.</p> <p>Opinnäytetyön tuloksia käsiteltiin Terveys- ja hoitosuunnitelman auditointiohjeen viiden eri avaintekijän kautta. Tuloksista voidaan todeta hoitosuunnitelmien olevan kokonaisuudeltaan hyvin toteutuneita. Erityisesti terveydenhuollon ammattilaisten vastuut ja osuudet olivat opinnäytetyön tulosten perusteella hyvin toteutuneita. Lähes kaikissa auditoiduissa hoitosuunnitelmissa oli esitetty hyvin hoidon jatkuvuuden kannalta oleelliset asiat. Hoitosuunnitelmat olivat sairauden hoidon kannalta ammattimaisia ja kattavia. Kehitettäväksi asioiksi hoitosuunnitelmissa jäivät erityisesti potilaslähtöisyyden korostaminen hoidon tarpeiden ja hoidon tavoitteiden määrittelyssä.</p> <p>Hoidon tarpeiden ja tavoitteiden määrittely potilaslähtöisesti edistää potilaan sitoutumista omaan hoitoonsa. Kiinnittämällä huomiota pitkäaikaissairaahan potilaan omahoidon tukemiseen, voidaan saavuttaa entistä parempia hoitotuloksia pitkäaikaissairauksien hoidossa.</p>	
Avainsanat	Hoitosuunnitelma, omahoito, auditointi, pitkäaikaissairaat, terveydenhoitotyö

Author(s) Title	Elisa Kankkunen and Katariina Anttila Chronic Ill Patients' Self-treatment: Auditing Treatment Plans
Number of Pages Date	36 pages + 3 appendices 23. November 2016
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Public Health Nursing
Instructor(s)	Anne Nikula, PhD, Principal Lecturer
<p>The purpose of the thesis was to produce information on chronic ill patients' treatment plans from the aspect of empowerment to self-treatment. Over 40% of the Finnish population has some chronic illness. By supporting patients' self-treatment it is possible to accomplish better treatment results than by the treatment where the patient is a passive participant. The study was part of a national POTKU2-project. The objective of POTKU2-project was to develop chronic ill patients' treatment in a more systematic and more patient-centered way than before.</p> <p>The method of the study was auditing treatment plans by Health and treatment plans auditing instruction, drawn up at the POTKU2-project. The sample of the thesis was 24 (n=24) chronic ill patients' treatment plans. Most of the treatment plans (n=15) were diabetic patients' treatment plans, and the rest of them (n=9) were patients suffering from atherosclerosis, hypertension, obesity or high cholesterol. Treatment plans were sent from the Kirkkonummi's three health stations.</p> <p>The results of the thesis was based on five key factors of the Health and treatment plan's audition instruction. The results showed that treatment plans were generally good. Especially the parts of the treatment plans where the health care's responsibilities were highlighted were successful. The continuance of the treatment was well noticed in the treatment plans. Also chronic illnesses treatment demands were well fulfilled. The parts of the treatment plans needing to be improved were especially patient-centeredness when defining the needs and goals of the treatment.</p> <p>Patient-centeredness, when defining the needs and goals of the treatment, improves patients' commitment to their treatment. By noticing chronic ill patients' empowerment to self-treatment it is possible to improve the results and effectiveness of the treatment. The results of the thesis can be used in Public Health Nursing.</p>	
Keywords	Treatment plan, self-treatment, auditing, chronic illness, Public Health Nursing

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Hanke ja työelämäyhteys	2
2.1	Potku2-hanke	2
2.2	Kirkkonummi	3
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	3
4	Opinnäytetyön keskeiset käsitteet	4
5	Suomalaisten yleisimmät pitkäaikaissairaudet ja niiden hoito	6
5.1	Pitkäaikaissairaudet	6
5.1.1	Diabetes	7
5.1.2	Kohonnut kolesteroli	8
5.1.3	Kohonnut verenpaine	9
5.1.4	Ylipaino	9
5.2	Pitkäaikaissairauksien hoito	10
5.3	Hoitosuunnitelma pitkäaikaissairauksien hoidossa	11
6	Opinnäytetyön empiirinen toteuttaminen	13
6.1	Tiedonhaku	13
6.2	Aineiston keruu	14
6.3	Aineiston auditointi	15
7	Tulokset	18
7.1	Tarpeiden määrittely hoitosuunnitelmissa	18
7.2	Tavoitteiden ilmaisu ja määrittely hoitosuunnitelmissa	19
7.3	Hoidon keinojen ja toteutustapojen määrittely hoitosuunnitelmissa	21
7.4	Hoidon seuranta ja arvioiti hoitosuunnitelmissa	23
7.5	Hoitosuunnitelmien kokonaisuus	24
8	Pohdinta	26
8.1	Tulosten tarkastelua	26
8.2	Eettisyys ja luotettavuus	28
8.3	Johtopäätökset ja kehittämissuhteet	29
8.4	Opinnäytetyöprosessi	31

Liitteet

Liite 1. Terveys- ja hoitosuunnitelman auditointiohje

Liite 2. Tiedonhakutaulukko

Liite 3. POTKU2-hankkeen omahoitolomake

1 Johdanto

Tämä opinnäytetyö toteutetaan yhteistyössä Kirkkonummen terveysaseman kanssa. Opinnäytetyö on osa POTKU2 -potilas kuljettajan paikalle -hanketta. Yhteyshenkilönä Kirkkonummen puolelta toimii johtava ylilääkäri Kristiina Patja. Opinnäytetyön avulla hankimme tietoa terveydenhuollon ammattilaisille Kirkkonummen kunnan terveyskeskuksessa tehtyjen hoitosuunnitelmien toimivuudesta potilaan omahoitoon voimaantumisen näkökulmasta. Toteutimme opinnäytetyön auditoimalla hoitosuunnitelmia POTKU2-hankkeessa kehitetyn auditointiohjeen (liite 1) mukaisesti. Auditoinnin tuloksien pohjalta hoitosuunnitelmia voidaan kehittää entistä potilaslähtöisemmiksi, ja tätä kautta on mahdollista kehittää pitkäaikaissairauksien hoitoa terveyshyötymallin mukaisesti. Tulosten pohjalta voidaan myös nähdä suuntaviivoja sille, missä asioissa hoitosuunnitelmien teossa on jo tähän mennessä onnistuttu hyvin.

Perusterveydenhuollolla on ollut haasteita vastata pitkäaikaissairauksien lisääntyneeseen esiintyvyyteen ja niiden hoitoon. Ennen hoitosuunnitelmien käyttöönottoa pitkäaikaissairauksien hoito on ollut haastavaa ja järjestäytymätöntä. Hoitajille työn koordinointi ja seuranta on ollut haastavaa, eivätkä potilaat ole saaneet riittävästi tukea sairautsiensa hoitoon. Hoitohenkilöstö ei ole myöskään ehtinyt perehtyä uusimpiin hoitosuosituksiin. Terveyshyötymallin ja hoitosuunnitelmien avulla pitkäaikaissairauksien hoito helpottuu. (Oksman 2012.)

Hoitosuunnitelmien tarkastelu potilaan omahoitoon voimaantumisen kannalta on tärkeää, sillä siten saadaan selville hoitosuunnitelmien todellinen potilaslähtöisyyden taso. Potilaan hoitoon sitoutuminen ja hoitojen tulokset erityisesti pitkäaikaissairaiden potilaiden kohdalla paranevat, kun hoitosuunnitelma on tehty potilaslähtöisesti (Wagner 2005). Potilaslähtöisyydellä tarkoitetaan sitä, että potilaalla on merkittävä rooli omassa hoidossaan esimerkiksi tiedonkäsittelijänä, -etsijänä ja omaa hoitoaan toteuttavana toimijana. Potilaslähtöisyyden avulla potilaan omat tarpeet tulevat huomioiduksi hoidossa paremmin. Hoitoon sitoutumisen kannalta on tärkeää, että potilas ymmärtää omaan terveyteensä ja hoitoonsa liittyviä asioita ja pystyy toimimaan ja tekemään päätöksiä hänelle annettun tiedon avulla. Hoitosuunnitelman luominen ja keskustelu yhdessä potilaan kanssa auttavat potilasta sisäistämään hoidon kokonaisuutta, ja sen avulla myös hoidon toteuttaminen helpottuu (Oksman 2012). Potilaslähtöisyyden rooli ja sen painotus ovat

voimistuneet viime vuosina ja potilas nähdään aikaisempaa enemmän aktiivisena toimijana hoidossaan (Eloranta - Leino - Kilpi - Katajisto 2014). Sen sijaan, että terveydenhuollon ammattihenkilö ajattelisi potilaan puolesta hoidon kulkua, hän kysyy potilaan näkökulmaa ja tahtoa. Hoito ei toimi, jos terveydenhuollon ammattihenkilö taistelee potilaan tahtoa vastaan. Pitkäaikaissairaudet ovat osana potilaan elämää päivittäin, joten potilaan täytyy itse ottaa vastuuta hoidosta. (Järvi 2014.)

2 Hanke ja työelämäyhteys

2.1 Potku2-hanke

Hankkeen nimi "POTKU2" muodostuu sanoista "Potilas kuljettajan paikalle" ja tämä nimi kuvaa hyvin hankkeen tavoitteita. POTKU1- hankkeen (2010–2012) tavoitteena oli ottaa potilaat paremmin huomioon hoitonsa suunnittelussa ja siten ohjata potilaita ottamaan enemmän vastuuta omasta hoidostaan. Tällä tavoiteltiin pitkäaikaissairauksien aiempaa parempaa ennaltaehkäisyä ja hoitoa. Tavoite pyrittiin saavuttamaan kehittämällä terveysasemien omahoitoa tukevia palveluja. POTKU1-hankkeen aikana kehitettiin ja kokeiltiin pitkäaikaissairauksien hoitomalleja Terveystyömallin eri osa-alueiden pohjalta. Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri toimii POTKU2-hankkeen hallinnoijana. Hankkeeseen osallistuu 61 kuntaa ja väestöpohja on yhteensä 932 000 asukasta. (POTKU2-hanke.)

POTKU2-hankkeessa jatketaan POTKU1-hankkeen viitoittamalla tiellä. Siinä pyritään tukemaan POTKU1-hankkeessa kehitettyjä pitkäaikaissairauksien hoitomallia ja suunnitelmallista hoitoprosessia, sekä niiden käyttöönottoa käytännön työssä. Tavoitteena on kehittää pitkäaikaissairauksien hoitoa entistä suunnitelmallisemmiksi ja potilaslähtöisemmiksi. Suunnitelmallista hoitoprosessia otetaan käyttöön yhteistyössä erikoissairaanhoidon, yksityisen puolen, kolmannen sektorin palvelujen, sosiaalitoimen, sekä eri palveluntuottajien tarjoamien omahoidon tuen palveluiden kanssa. (POTKU2-hanke.)

2.2 Kirkkonummi

Opinnäytetyö on tehty yhteistyössä Kirkkonummen terveyskeskuksen kanssa. Kirkkonummi on läntisellä Uudellamaalla pääkaupunkiseudun kupeessa sijaitseva kunta. Etäisyys Helsingistä on noin 20 kilometriä. Se on kasvava ja monipuolinen asuinpaikka. Asukkaita Kirkkonummella on yli 38 300. Asukkaista noin 76,2 % on suomenkielisiä, 17,1 % on ruotsinkielisiä ja 6,7 % on muun kielisiä (31.12.2015). Ulkomaan kansalaisia Kirkkonummella on noin 4,9 % väestöstä. Kunnassa asuu paljon lapsiperheitä. Kirkkonummelta löytyy paljon luontoa ja kulttuuria. Kunnasta on hyvät julkiset yhteydet pääkaupunkiseudulle ja lähikuntiin. Kirkkonummi tarjoaa kattavasti erilaisia palveluita kuntalaisilleen. Terveyspalveluja Kirkkonummella on kolmella eri terveysasemalla: Keskustan terveysasemalla, Veikkolan terveysasemalla, sekä Masalan terveysasemalla. Kunnan tarjoamia terveyspalveluja ovat esimerkiksi lääkärin ja hoitajien vastaanottopalvelut, suun terveydenhuollon palvelut, vuodeosastot, fysioterapia, päivystys, toimintaterapia, ravitsemusterapia, jalkaterapeutti, muistipoliklinikka, terveystieteiden tutkimuskeskus, kotihoito, psykiatriset palvelut, palvelutalo, vanhainkoti, sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuolto. Kaikilla kolmella terveysasemalla tarjotaan myös äitiys- ja lastenneuvolan palveluja. (Kirkkonummi.) Kirkkonummen terveydenhuollossa käytetään Pegasos-potilastietojärjestelmää, kuten myös esimerkiksi Helsingissä.

3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tuottaa terveydenhuollon ammattilaisille tietoa, millä tavoin tehdyt hoitosuunnitelmat tukevat pitkäaikaissairaana potilaan voimaantumista omahoitoon. Omahoitoa tukevat hoitosuunnitelmat edistävät pitkäaikaissairauksia sairastavan potilaan hoitoa ja parantavat sairauden hoitotasapainoa (Pitkälä - Routasalo 2009).

Opinnäytetyömme tavoitteena on selvittää POTKU2-hankkeen auditointilomakkeen avulla hoitosuunnitelmien toimivuutta omahoitoon voimaantumisen kannalta. Tavoitteena on myös selvittää, mitä tekijöitä omahoitoa tukevat hoitosuunnitelmat sisältävät ja kuinka hoitosuunnitelmia voidaan kehittää omahoitoa tukevammiksi.

Tutkimuskysymykset perustuvat Terveys- ja hoitosuunnitelman auditointiohjeen viiteen avaintekijään: tarve, tavoite, keinot ja toteutus, seuranta ja arviointi, sekä hoitosuunnitelmien kokonaisuus. Pyrimme selvittämään tutkimuskysymysten avulla, millä tavoin hoitosuunnitelmat tukevat pitkäaikaissairaana voimaantumista omahoitoon.

1. Millä tavoin tarpeet on määritelty hoitosuunnitelmissa?
2. Millä tavoin hoidon tavoitteet on määritelty ja ilmaistu hoitosuunnitelmissa?
3. Millä tavoin hoitosuunnitelmissa näkyy keinot ja toteutustavat, joilla potilaan hoitoa toteutetaan?
4. Millä tavoin hoitosuunnitelmissa näkyy potilaan hoidon seuranta ja arviointi?
5. Minkälaisia hoitosuunnitelmat olivat kokonaisuudessaan?

4 Opinnäytetyön keskeiset käsitteet

Omahoito on potilaan toteuttamaa, ammattihenkilön kanssa yhdessä suunnittelemaa ja kulloiseenkin tilanteeseen parhaiten sopivaa näyttöön perustuvaa hoitoa. Omahoidossa potilas toteuttaa hoitoaan itse ja on vastuussa päätöksistään ja ratkaisuistaan. Ammattihenkilö toimii niin sanotusti potilaan valmentajana ja suunnittelee hoitoa yhdessä potilaan kanssa näyttöön perustuvan tiedon pohjalta. Omahoidossa painotetaan potilaan itsemääräämisoikeutta, sekä ongelmanratkaisu- ja päätöksentekokykyä. Omahoidossa asiantuntijat, kuten hoitaja tai lääkäri, valmentavat potilasta saavuttamaan parhaan mahdollisen elämänlaadun pitkäaikaissairaudesta huolimatta. Parhaaseen mahdolliseen elämänlaatuun tähdätään potilaan itse itselleen pohtimillaan ratkaisuilla ja hänelle parhaiten sopivilla tavoilla. Omahoito on jokapäiväinen ja jatkuva prosessi, joka perustuu potilaan päivittäin tekemiin valintoihin ja päätöksiin. Kun potilas ottaa hoidostaan vastuuta ja on aktiivinen osallistuja tekemällä valintoja jokapäiväisestä hoidostaan, on huomattu, että potilaat sitoutuvat hoitoonsa paremmin. Omahoitoon pohjautuvalla hoidolla saavutetaan parempia tuloksia kuin hoitomuodossa, jossa potilas on passiivinen osallistuja. Etenkin pitkäaikaissairaiden potilaiden kohdalla potilaan roolin aktivoimisella ja omahoidon painottamisella sairauksien hoidossa on saavutettu hyviä tuloksia. Omahoitoon liittyy läheisesti potilaslähtöisyys ja voimaantuminen. (Pitkälä - Routasalo 2009; Säynäjäkangas - Andersen - Lampela - Kestinen 2011; Wagner 2005.)

Voimaantuminen on potilaasta lähtevä prosessi, jossa potilas kokee pystyvänsä vaikuttamaan hyvinvointiinsa ja ottamaan vastuun itsestään, sekä sairautensa hoidosta. Voimaantuminen auttaa potilasta kohtaamaan tarpeensa ja säätelemään voimavarojaan. Voimaantuneena hän pystyy ottamaan vastuuta esimerkiksi elintavoistaan ja vaikuttamaan näin terveydentilaansa. Voimaantumisen seurauksena potilas voi asettaa itselleen päämääriä ja saavuttaa niitä. (Pitkälä - Routasalo 2009.)

Terveyshyötymalli (kuvio 1) on viitekehys ja ajattelumalli, joka auttaa hoidon hallittua järjestämistä ja parantaa hoidon vaikuttavuutta erityisesti pitkäaikaissairaiden potilaiden hoidossa. Terveyshyötymallia on ollut luomassa yhdysvaltalainen Edward H. Wagner kumppaneineen. Terveyshyötymalli tuo laajan ja näyttöön perustuvan näkökulman perusterveydenhuollon kehittämiseen. Terveyshyötymallin mukaan hoito on potilas- ja tiimikeskeistä, potilasta voimaannuttavaa, sekä ennalta vaikuttavaa. Potilaalle tarjotaan monipuolisia omahoidon tukikeinoja. Terveyshyötymallissa voimaantunut potilas ja ennakoidun hoitotiimin tuki tuottavat potilaalle merkittäviä terveyshyötyjä (POTKU2-hanke). Omahoidon tukeminen onkin yksi terveyshyötymallin tärkeimmistä painopisteistä. Terveyshyötymallin mukaan asiantuntija, eli esimerkiksi lääkäri tai hoitaja, ei enää ole varsinainen auktoriteetti, vaan enemmänkin potilaan yhteistyökumppani tai valmentaja, joka ohjaa potilasta valinnoissa. (Säynjäkangas ym. 2011.)



Kuvio 1. Terveyshyötymalli, Chronic care model. (Potku2-hanke)

5 Suomalaisen yleisimmät pitkäaikaissairaudet ja niiden hoito

5.1 Pitkäaikaissairaudet

Pitkäaikaissairaudella tarkoitetaan sairautta, jonka vuoksi potilas saa säännöllistä hoitoa tai hän joutuu esimerkiksi olemaan terveydenhuollon seurannassa. Sairaus määritellään pitkäaikaiseksi, jos se kestää vähintään kuuden kuukauden ajan. Sairaus on joko hoidon piiriin tullessa kestänyt kuusi kuukautta, tai hoitojen alkaessa voidaan olettaa sen jatkuvan vähintään kuusi kuukautta eteenpäin. Pitkäaikaissairaus voi olla myös allergia. Suomessa reilu 40 % aikuisista suomalaisista sairastaa jotain pitkäaikaista sairautta. Eniten pitkäaikaissairauksia esiintyy vanhemmissa ikäryhmissä, sekä alimmissa tulo- ja koulutusluokissa. Maantieteellisesti pitkäaikaissairaudet ovat yleisimpiä Itä-Suomessa. Pitkäaikaissairauksien sairastavuus on yleistynyt kaikissa ikäryhmissä, mutta kaikkein eniten se on lisääntynyt lapsilla ja nuorilla. (Manderbacka 2005; Tilastokeskus.)

Lapsikuolleisuuden ja tartuntatautikuolleisuuden kääntyessä laskuun, on pitkäaikaissairauksista tullut maailmanlaajuisesti yleisin kuolinsyy. On arvioitu, että lähes kaksi kolmesta kuolemasta johtuu nykyään pitkäaikaissairaudesta. Pitkäaikaissairauksiin kuuluvat sydän- ja verisuonisairaudet, syövät, diabetes, krooniset keuhkosairaudet, mielen-terveysongelmat, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, sekä neurologiset sairaudet. Nämä sairaudet luokitellaan Suomessa kroonisiksi kansantaudeiksi (THL 2015). Lisäksi pitkäaikaissairauksiin luetaan joukko harvinaisempia sairauksia. (Erkkilä - Kauhanen - Korhonen - Myllykangas - Pekkanen 2013: 286–287.)

Pitkäaikaissairauksilla on usein samoja riski- ja suojatekijöitä. Nämä tekijät ovat yleensä sellaisia, joihin voidaan vaikuttaa. Tämän vuoksi monia kansansairauksia voidaan ehkäistä. Lähes kaikkien työikäisten pitkäaikaissairastavuutta voitaisiin vähentää terveellisellä ruokavaliolla, liikunnalla, tupakointia ja liiallista alkoholin käyttöä välttämällä, sekä ehkäisemällä ylipainoa. Esimerkiksi tupakointia vähentämällä ja liikuntaa lisäämällä pystyttäisiin vähentämään riskiä sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin, kroonisiin keuhkosairauksiin, muistisairauksiin ja syöpiin. (THL 2015.)

5.1.1 Diabetes

Suomessa on yhteensä noin 300 000 hoidon piirissä olevaa diagnosoitua diabeetikkoa. Tämä määrä ei kuitenkaan ole todellinen, sillä moni suomalainen sairastaa tyypin 2 diabetesta tietämättään. Arvioidaan, että todellisuudessa noin 500 000 suomalaista sairastaa tyypin 2 diabetesta. Taudin esiintyvyyden on kasvanut vuosi vuodelta erityisesti väestön lihomisen ja liikunnan vähäisyyden vuoksi. Osaksi syynä on myös se, että taudin diagnostiikka on kehittynyt, diagnoosikriteerit ovat muuttuneet, väestö on ikääntynyt ja elinikä pidentynyt. Verrattaessa suomalaisten tyypin 2 diabeteksen sairastavuutta Euroopan sairastavuuteen, sijoittuu Suomi taudin yleisyydessä Euroopan keskitasoon. Arviot diabeetikkojen määrästä perustuvat eri lähteistä peräisin oleviin rekisteritietoihin ja väestötutkimuksiin, sillä Suomessa ei ole ajankohtaista ja säännöllisesti päivittyvää tilastoa diabeetikkojen määrästä. (THL.)

Tyypin 2 diabeteksessa haiman tuottaman insuliinin vaikutus on heikentynyt. Insuliinin säätelemä glukoosin siirtyminen verestä soluihin ei toimi normaalisti ja tästä johtuen haima joutuu tuottamaan insuliinia normaalia enemmän. Haiman insuliinia tuottavat solut väsyvät ajan kuluessa, jolloin verensokeri nousee ja potilas sairastuu diabetekseen. Diabeteksen puhkeamisen taustalla on usein painon nousu ja etenkin keskivartalolihavuus. Tämän useimmiten on aiheuttanut epäterveellinen ja runsasenerginen ruokavalio, sekä liikunnan puute. Jo 15 kilon ylipaino keski-ikäisellä ihmisellä lisää tyypin 2 diabeteksen riskiä 10–20 -kertaiseksi verrattuna normaalipainoisiin. Tyypin 2 diabetekseen liittyy myös perinnöllinen alttius, se kuitenkin harvoin riittää yksistään taudin puhkeamiseen. (Mustajoki 2015.)

Diabetesta sairastavalla on riski saada taudin aiheuttamia komplikaatioita. Ne liittyvät usein veren liian suureen sokeripitoisuuteen ja kehittyvät hitaasti vuosien aikana. Neuropatian, heikentyneen valtimoverenkierron, sekä kudosten ja nivelten jäykistymisen yhteisvaikutuksesta diabetespotilailla on suurentunut riski jalkaongelmiin, kuten jalkahaavaumiin. (Ilanne-Parikka 2013). Jotta mahdolliset jalkaongelmat voitaisiin havaita ja hoitaa ajoissa, tulisi potilaan jalkojen yleiskunto tarkastaa säännöllisesti. Diabetesta sairastavalla on myös riski sairastua silmän verkkokalvon sairauteen. Hoitamattomana se voi johtaa näön merkittävään heikkenemiseen. Jotta sairaus havaittaisiin ajoissa, on diabetesta sairastavan tärkeää käydä silmämepohjien seulontakuvauksissa 1-3 vuoden välein.

Nefropatia eli munuaissairaus on diabeteksen merkittävä komplikaatio, sairauden ensioireena on valkuainen virtsassa. Pitkälle edenneenä nefropatia saattaa aiheuttaa vaikean munuaisten vajaatoiminnan. (Mustajoki 2015; Seppänen 2013; Suomen diabetesliitto.)

Suomessa on tehty vuosina 1998–2007 tutkimus diabeteksen hoidon aiheuttamista kustannuksista yhteiskunnalle. Tutkimuksen tulosten mukaan vuosina 1998–2007 diabeteksen aiheuttamat kustannukset ovat kasvaneet vuosittain keskimäärin 6,2 %. Vuonna 2007 diabetesta sairastavien sairaanhoidon kustannukset olivat yhteen laskettuna 1 304 miljoonaa euroa. Tästä summasta diabeteksen aiheuttamia lisäkustannuksia oli 832,6 miljoonaa euroa. Diabeetikkojen sairaanhoitokustannusten osuus on kasvanut vuoden 1998 6,6 %:sta vuoden 2007 8,9 %:iin. Diabetes on suuri taloudellinen rasite yhteiskunnalle. (Jarvala, Raitanen, Rissanen 2010.)

5.1.2 Kohonnut kolesteroli

Elimistö tarvitsee toimiakseen erilaisia rasvoja, joista yksi on kolesteroli. Kolesteroli on rasvan kaltainen aine, jota esiintyy veressä. Liiallinen kolesterolin määrä kehossa on haitallista, sillä ylimääräinen kolesteroli kertyy valtimoiden seinämiin ateroomiksi. Kertyneet ateroomat aiheuttavat valtimonkovettumistautia, josta voi seurata muun muassa sepelvaltimotauti, aivoverenkiertohäiriö, jalkojen verenkiertohäiriöt ja munuaisten toimintahäiriöt. Kolesteroli liikkuu veressä kuljetusproteiinien avulla, joita kutsutaan nimellä LDL ja HDL. LDL-proteiini kuljettaa kolesterolia verestä kudoksiin, ja HDL tuo kolesterolia kudoksista, kuten verisuonen seinämistä takaisin verenkiertoon. HDL, eli ”hyvä kolesteroli”, on LDL:n eli ”pahan kolesterolin” vastavaikuttaja. Rasva-aineenvaihdunnan häiriöt johtuvat yleisimmin ruokavaliosta, joka sisältää paljon kovan eli tyydyttyneen rasvan lähteitä. Osalla ihmisistä rasva saattaa myös imeytyä liian tehokkaasti suolistosta kehoon. Kohonnutta kolesterolia hoidetaan muuttamalla ruokavaliota, tarvittaessa käyttöön voidaan ottaa statiini-lääkitys. (Mustajoki, 2015; Mäkijärvi - Kettunen - Kivelä - Parikka - Yli-Mäyry 2011:229–245.)

Suomalaisten keskimääräinen kokonaiskolesteroliarvo on 5,3 mmol/l. Jo pitkään suomalaisten kolesteroliarvot ovat olleet maailman korkeimpia. Myös kohonneeseen kolesteroliin liittyvien muiden sairauksien, kuten sepelvaltimotaudin, esiintyvyys ja niihin liittyvä kuolleisuus ovat Suomessa maailman suurimpia suhteutettuna väestömäärään. Kolesterolin katsotaan olevan kohonnut, kun kokonaiskolesteroli on yli 5 mmol/l. Nykyiset kolesterolin hoitotavoitteet ovat seuraavat: kokonaiskolesteroli alle 5 mmol/l, HDL-kolesteroli

yli 1 mmol/l ja LDL-kolesteroli alle 3 mmol/l. Suuren riskin potilailla, eli muun muassa sepelvaltimotautia tai diabetesta sairastavilla, tavoitteet ovat vielä tiukemmat; kokonaiskolesteroli alle 4,5 mmol/l ja LDL alle 2,5 mmol/l. (Mäkijärvi ym. 2011:229–245.)

5.1.3 Kohonnut verenpaine

Kohonnut verenpaine on kaikkialla maailmassa yleinen kansanterveysongelma. Suomalaisilla on muita länsimaita korkeampi verenpaine, Suomessa noin puolella miehistä ja kolmasosalla naisista on kohonnut verenpaine. Kohonnut verenpaine aiheuttaa verisuoniin ja sydämeen vakavia muutoksia, sekä altistaa siten muille sydän- ja verisuonisairauksille, kuten sepelvaltimotukoksille, aivoverenkiertohäiriöille ja sydämen vajaatoiminnalle. Tavoiteltava verenpaine on normaalisti alle 120/80 mmHg. Kohonneen verenpaineen hoidossa tavoite on alle 140/85 mmHg. Kohonnutta verenpainetta hoidetaan elintapamuutoksilla ja tarvittaessa lääkehoidolla. Tärkeimpiä elintapoihin liittyviä muutoksia ovat suolan ja alkoholin käytön vähentäminen, tupakoinnin lopettaminen, liikunnan lisääminen ja ylipainon pudottaminen. Tärkeintä kohonneen verenpaineen hoidossa on potilaan ja lääkärin yhdessä sopima hoitotavoite. Kotiseurannan merkitys on myös huomattava, sillä lääkärin vastaanotoilla otetut yksittäiset arvot ovat usein korkeampia, kuin kotona mitatut arvot. (Mäkijärvi ym. 2011:209–227.)

5.1.4 Ylipaino

Ylipaino ja lihavuus ovat Suomessa yleisiä, aikuisista yli puolet on ylipainoisia painoindeksin ollessa vähintään 25 kg/m² (THL). Lihavaksi määritellään ihminen, jonka painoindeksi on vähintään 30 kg/m². Joka viiden suomalainen voidaan luokitella lihavaksi. Lihavuudessa kehon rasvakudoksen määrä on normaalia suurempi. Rasvakudoksen määrä kasvaa energian saannin ollessa pitkään suurempi kuin energian kulutuksen. Suurin osa rasvakudoksesta kertyy ihon alle, mutta osa voi kerääntyä esimerkiksi vatsaonteloon. Vuosikymmenten aikana yhteiskunnassa tapahtuneiden muutosten vuoksi energian saannin ja kulutuksen tasapaino kallistuu herkemmin energian liikasaannin puolelle. Esimerkiksi fyysisesti kuormittavat työt ovat vähentyneet ja ihmisten elämäntapa sisältää yhä enemmän istumista. Ruokailutottumukset sisältävät usein napostelua ja ruokien rasva-, ja sokerimäärät ovat suuria. (Mustajoki 2015.)

Lihavuuteen liittyy useita eri sairauksia, tyypin 2 diabetes niistä merkittävimpänä. Jo 12–15 kilon ylipaino kolminkertaistaa riskin sairastua kohonneeseen verenpaineeseen ja polvien nivelrikkoon. Lisäksi lihavuus altistaa esimerkiksi uniapneaoireyhtymälle, veren rasva-arvojen häiriöille, sepelvaltimotaudille, kihdille, sappikiville, monille syöpätaudeille, sekä naisilla hedelmättömyydelle. Lihavuuteen liittyy usein myös erilaisia mielenterveydellisiä ongelmia, mikä vaikeuttaa toimimista jokapäiväisissä arjen asioissa. Riskiä sairastua lihavuuden liitännäissairauksiin voidaan pienentää ja ehkäistä pudottamalla painoa. Pienenhökö 5-10 % painonpudotus saa jo usein aikaan positiivisia vaikutuksia verenpaineessa, verensokeriarvoissa, veren rasvahäiriöissä, sekä muissa taudeissa. Painoa pudottaessa haitallisen vatsaontelon sisäisen rasvan määrä vähenee suhteessa enemmän verrattuna ihonalaisen rasvan määrään, mikä tehostaa laihduttamisen terveydelle hyödyllisiä vaikutuksia. (Mustajoki 2015; Pietiläinen - Mustajoki - Borg 2015:61–94.)

5.2 Pitkäaikaissairauksien hoito

Pitkäaikaissairauksien hoitoon liittyy lähes poikkeuksetta potilaan elämäntapojen tarkastelu ja niiden muuttaminen terveellisempään suuntaan. Keskeistä on painon pudottaminen muuttamalla ruokavaliota terveellisemmäksi, sekä liikunnan lisääminen. Potilaalla itsellään on suuri vastuu sairautensa hoidosta, sillä hänen on itse huolehdittava elämäntapojen muutoksesta. Pitkäaikaissairauksien omahoidossa ilmenee usein puutteita, joista merkittävimpinä liikunta- ja ruokasuositusten noudattamisen ongelmat. Potilaiden omien arvioiden mukaan omahoidon toteuttamisen ongelmat liittyvät tiedon puutteeseen. Potilas saa usein taudin diagnoosivaiheessa paljon tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. On kuitenkin tärkeää huomioida, että vain pieni osa lyhyessä ajassa annetusta tiedosta jää potilaan mieleen. Tämän vuoksi on erityisen tärkeää muistaa antaa potilaalle tietoa myös hoidon seurantakäynneillä. Terveystieteiden tehtävänä on tarjota riittävästi tukea ja tietoa potilaalle. Pelkästään tiedon saaminen ei kuitenkaan riitä takaamaan potilaan omahoidon onnistumista, vaan oleellinen tekijä on potilaan oma motivoituminen sairautensa hoitoon. Omahoito vaatii pitkäjänteisyyttä ja elämäntapamuutoksia, mikä voi aiheuttaa potilaalle motivaatio-ongelmia. Esimerkiksi ruokasuositusten noudattamisen hyöty voi tulla ilmi vasta pitkän ajan kuluttua niiden noudattamisen aloittamisesta. Pitkäaikaissairauksien omahoidossa tyypillistä on omahoitoon väsyminen, joten pitkäaikaissairauksia hoidettaessa tulee keskittyä potilaan jaksamiseen ja psyykkiseen vointiin. Negatiivinen psyykinen kuormitus huonontaa omahoidon sekä yleisesti esimerkiksi diabeteksen hoitotasapainoa. Omahoidon laiminlyönti saattaa aiheuttaa potilaille ahdistusta ja

syyllisyyttä, joka johtaa noidankehään ja diabeteksen hoitotasapaino huononee entisestään. (Ahola 2013; Kauppila 2015.)

Jos tyypin 2 diabetesta, kolesteroliarvoja tai kohonnutta verenpainetta ei saada tasapainoon elämäntapamuutoksilla ja painon pudottamisella, tarvitaan hoitoon usein lääkkeitä. Lääkäri päättää mahdollisesta lääkehoidon tarpeesta. Tyypin 2 diabeteksen hoidossa käytetään suun kautta otettavia lääkkeitä tai insuliinia, tällöin hoitoon kuuluu aina verensokerin omaseuranta. Ilman lääkehoitoa verensokerin omaseurantaa ei aina tarvita. Diabeteksen hoidon tavoitteena on normalisoida potilaan verensokeritaso ja sitä kautta pyrkiä ehkäisemään myös diabetekseen liittyviä liittämissairauksia (Ahola 2013). Kohonneen verenpaineen hoitoon on olemassa useita erilaisia lääkkeitä, usein hoitoon käytetään enemmän kuin yhtä lääkettä samanaikaisesti. Lääkkeiden valintaan vaikuttavat potilaan ikä, sairaudet ja mahdolliset muut lääkitykset. Kohonneen verenpaineen hoidossa on tärkeää muistaa potilaan omahoito lääkehoidon rinnalla. Etenkin suolan käytön vähentäminen ja painon pudottaminen ovat olennainen osa kohonneen verenpaineen hoitoa. Kohonneen kolesterolin lääkehoidossa käytetään statiini-läkkeitä. Niillä voidaan laskea LDL-kolesterolin osuutta noin 30–40 %, HDL-kolesteroliin niillä on nostava vaikutus. Lihavuuden hoitoon on Suomessa saatavilla yksi reseptilääke, orlistaatti. Lääke toimii vähentämällä rasvan imeytymistä suolesta elimistöön noin 30 %. Lääkehoidolla pyritään tukemaan ja tehostamaan laihdutusta, mutta oleellista on ruokailu- ja liikuntatottumusten tarkasteleminen ja muuttaminen. Lihavuusleikkauksia tehdään Suomessa julkisessa terveydenhuollossa hyvin valikoidusti, kriteerit päästä lihavuusleikkaukseen ovat korkeat. (Mustajoki 2015; Mäkijärvi ym. 2011:229–245.)

5.3 Hoitosuunnitelma pitkäaikaissairauksien hoidossa

On tyypillistä, että potilailla on useita pitkäaikaissairauksia. Tämä johtuu väestön ikääntymisestä. Hyvin rakennettu hoitosuunnitelma on erittäin tärkeä pitkäaikaissairaiden hoidossa. Terveys- ja hoitosuunnitelma on työväline, jolla pyritään kehittämään etenkin pitkäaikais- ja monisairaiden potilaiden hoitoa. Huolellisesti toteutetun hoitosuunnitelman tavoitteena on myös voimaannuttaa potilaita huolehtimaan omasta terveydestään ja hoidostaan. Terveystuolain mukaan potilaalle on tarvittaessa laadittava hoito- tai kuntoutussuunnitelma. Hoitosuunnitelma on tärkeä varsinkin paljon terveystuolain käyttäville, erityisesti pitkäaikaissairaille joiden omahoitoa halutaan tukea. Sosiaali- ja terveystuolain asetuksen (98/2009) 7§:n mukaisesti potilasasiakirjoista tulee ilmetä potilaan

hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun toteuttamisen ja seurannan takaamiseksi tarpeelliset ja riittävän laajat tiedot. Terveys- ja hoitosuunnitelman rungon ja sisällön tulisi olla aina yhdenmukainen, jotta sitä voitaisiin käyttää potilastietojärjestelmästä riippumatta. (Komulainen - Vuokko - Mäkelä 2011:12–15; Mäntyranta 2012.)

Tavoitteita terveys- ja hoitosuunnitelman käytölle ovat potilaskeskeisyys, voimaantuminen, hoidon jatkuvuus sekä tietojärjestelmien hyödyntäminen hoidon toteutuksessa. Potilaskeskeisyydellä tarkoitetaan, että potilaan tilanne tulisi nähdä kokonaisuutena. Yhdessä terveys- ja hoitosuunnitelmassa tulisi kuvata kaikkia potilaan terveysongelmia, jotta potilaan hoito voitaisiin suunnitella ja järjestää kokonaisuutena. Potilaan terveydentilan kokonaisvaltainen huomiointi tukee ja edistää hoidon jatkuvuutta. Hoitosuunnitelma tehdään potilasta varten. Hoitosuunnitelmassa tulee käydä ilmi potilaan näkökulma, mitkä asiat potilas kokee ongelmaksi terveydessään. Jos potilas ei koe jotakin asiaa ongelmaksi, sitä ei yleensä hoitosuunnitelmaan kirjata. Potilas ja terveydenhuollon ammattihenkilö laativat yhdessä terveys- ja hoitosuunnitelman. Potilaan näkökulman huomiomisella pyritään voimaannuttamaan potilasta omaan hoitoonsa. (Komulainen 2012; Komulainen ym. 2011:12–15.)

Vielä lähivuosina hoitosuunnitelmista ympäri Suomea löytyi merkittäviä puutteita. Peräti neljäsosalla pitkäaikaissairaista potilaista ei löytynyt ollenkaan hoitosuunnitelmaa potilasasiakirjoista. Hoitosuunnitelma antaa potilaan hoidolle selkeän suunnan, ja selkeyttää niin hoitohenkilökunnan, potilaan kuin omaisten kommunikointia ja rooleja potilaan hoidossa. Potilaan kanssa yhdessä laadittu hoitosuunnitelma tukee potilasta ottamaan vastuuta hoidostaan, lisää hoidon potilaskeskeisyyttä, ja parantaa hoidon jatkuvuutta. Parhaimmillaan hoitosuunnitelma auttaa jäsentämään hoidon tavoitteita ja ratkomaan monimutkaisia tilanteita. Se on myös hyvä työkalu hoitoon liittyvän keskustelun ja sopimusten kannalta, ja hoitosuunnitelman tavoitteiden avulla hoidon toteutumista ja onnistumista on helppo seurata. (Komulainen 2012.)

6 Opinnäytetyön empiirinen toteuttaminen

6.1 Tiedonhaku

Opinnäytetyön teoreettiseen viitekehykseen tutustuessa ja teoriatietoa hakiessa tavoitteenamme oli löytää uutta ja luotettavaa näyttöön perustuvaa tietoa. Halusimme perehtyä siihen, mitä opinnäytetyön aiheesta jo tiedetään, ja mitä tutkimuksia aiheeseen liittyen on tehty. Opinnäytetyömme kannalta oli merkityksellistä löytää tietoa pitkäaikaissairauksista, hoitosuunnitelmista ja omahoidosta perusterveydenhuollosta. Halusimme löytää tietoa erityisesti hoitotyön näkökulmasta. Käytimme tietoa etsiessämme riittävää lähdekritiikkiä, jotta käyttämämme tieto olisi ajankohtaista ja luotettavaa, näyttöön perustuvaa tutkittua tietoa. Hoitosuunnitelmista tietoa hakiessamme, tietoa löytyi vaihtelevasti. Erikoissairaanhoidon puolella on tehty runsaasti tutkimuksia hoitosuunnitelmista, mutta perusterveydenhuollon puolelta tietoa löytyi niukemmin. Opinnäytetyömme tuokin lisää tärkeää tietoa perusterveydenhuollon tekemisiin pitkäaikaissairaiden hoitosuunnitelmiin.

Suoritimme tiedonhakua useissa eri tietokannoissa. Parhaiten opinnäytetyömme kannalta hyödyllisiä artikkeleita löytyi Cinahl ja Medic –tietokannoista. Kyseisistä tietokannoista tehtyjen hakujen tuloksia löytyy liitteestä 2. Lisäksi haimme tietoa manuaalisesti Metropolia AMK Tukholmankadun toimipisteen kirjastosta. Hyödynsimme tiedonhaussa myös opinnäytetyömme aiheeseen sopivia laitosten ja yhdistysten internetsivuja. Hyödyllisiksi ja luotettaviksi tietolähteiksi osoittautui Terveiden ja Hyvinvoinnin laitos (THL), Diabetesliitto, Terveyskirjasto, Terveysportti sekä Tilastokeskus. Lisäksi tiedonhakua suoritettiin suomalaisten yliopistojen tietokantojen kautta. Jo aiemmin tehdyistä POTKU1 ja POTKU2 –hankkeiden artikkeleista ja materiaaleista löytyi paljon ajankohtaista ja opinnäytetyöhömmme liittyvää tietoa. Kirkkonummen terveysaseman ylilääkäri sekä osastonhoitajat olivat myös apuna tiedonhankinnassa.

Tietokannoista tietoa etsiessämme hakusanoina käytimme laajasti erilaisia aiheeseemme sopivia hakusanoja. Huomioimme tiedonhaussamme myös eri tiedonhakukoneiden tavan etsiä, tarvittaessa katkaisimme sanoja, jotta hakukone löytää kattavasti aiheeseen sopivat hakutulokset. Käytimme seuraavia hakusanoja etsiessämme tietoa opinnäytetyöhömmme: hoitosuunnitelma (treatment plan), terveyshyötymalli (chronic care

model), omahoito (self-care, self-treatment, self-management), voimaantuminen (empowerment), hoitotyö (nursing), pitkäaikaissairaus (chronic illness), diabetes. Rajasimme hakutuloksiksi maksimissaan viimeisen kymmenen vuoden aikana julkaistut tutkimukset.

6.2 Aineiston keruu

Auditoimme opinnäytetyössämme 24 pitkäaikaissairaahan potilaan hoitosuunnitelmaa. Hoitosuunnitelmat olivat peräisin Kirkkonummen terveyskeskuksesta. Terveyskeskuksen johtava ylilääkäri Kristiina Patja valitsi auditoitavat hoitosuunnitelmat opinnäytetyöhömmä yhteistyössä Kirkkonummen terveysasemien osastonhoitajien kanssa. Hoitosuunnitelmat toimitettiin auditoitavaksi ilman henkilötietoja, jotta potilaiden tietosuoja säilyisi. Hoitosuunnitelmien tekijöitä olivat Kirkkonummen kolmen eri terveysaseman terveyden- ja sairaanhoitajat. Terveysten- ja sairaanhoitajat olivat meille myös nimettömiä. Auditoinnin jälkeen hoitosuunnitelmat postitettiin takaisin Kirkkonummelle sovittuun päivämäärään mennessä.

Hoitosuunnitelmien potilaat koostuivat diabetes-, verenpaine-, valtimotauti-, ja kolesterolipotilaista. Hoitosuunnitelmien potilaista 15 sairasti diabetesta, mutta lisäksi lähes jokaisella oli sen lisäksi yksi tai useampi elintapoihin liittyvä muu sairaus, kuten verenpainetauti. Diabeetikot olivat tyypin kaksi diabeetikkoja. Hoitosuunnitelmien joukossa oli useita diabeteksen vuositarkastukseen tulleita potilaita, jolloin tärkeimpiä läpikäytäviä asioita olivat verensokerin omaseurannan tulosten läpikäyminen ja sitä kautta taudin hoitotasapainon arvioiminen. Lisäksi hoitajat kävivät potilaiden kanssa vastaanottoa edeltäneet laboratoriotulokset läpi ja yleensä vertasivat saatuja tuloksia viime vuoden tuloksiin. Vuositarkastuksissa tärkeässä osassa oli myös potilaan elintapojen tarkastelu ja kartoittaminen. Muutama diabeetikon hoitosuunnitelma koski diabeteksen ensikäyntiä, jolloin käynnin tarkoituksena oli käydä läpi diabeteksen hoidon kannalta oleelliset asiat, kuten verensokerimittarin käyttö, verensokerin omaseuranta ja mahdollinen lääkahoito. Hoitosuunnitelmien joukossa oli myös tuoreiden diabetespotilaiden seurantakäyntejä, joilla seurattiin verensokeriarvojen kehittymistä hoidon aloittamisen jälkeen, sekä paneuduttiin tarkemmin diabeteksen omahoitoon, esimerkiksi tarkastelemalla potilaan ruokailutottumuksia.

Diabetesta sairastavien potilaiden auditoitiin yhdeksän hoitosuunnitelmaa, joiden potilailla oli valtimotauti, kohonnut kolesteroli, ylipainoa tai kohonnut verenpaine. Näiden po-

tilasryhmien käyntisyys koostuivat vuosikontrollikäynneistä. Vastaanotolla hoitaja ja potilas kävivät läpi elämäntapoihin liittyviä asioita ja tarkastelivat sairauden hoitotasapainoa edellisen vuoden käyntiin verrattuna, jossa tarkoituksena oli kartoittaa nykytilanne ja antaa tarvittaessa uusia suosituksia ja ohjeita, sekä miettiä hoidolle jatkosuunnitelma.

Hoitosuunnitelmat koostuivat Pegasos-potilastietojärjestelmästä poimitusta katkelmasta, joka sisälsi vastaanottokäynnistä kirjoitetun terveyden- tai sairaanhoitajan tekstin. Teksti koostui potilaan esitiedoista, nykytilasta, sekä jatkosuunnitelmasta. Hoitosuunnitelmien pituus ja laajuus vaihtelivat melko paljon. Osalla potilaista oli todella paljon eri asioita, joita vastaanotolla oli käyty läpi, jolloin myös hoitosuunnitelma oli laaja ja pitkä. Joidenkin potilaiden kohdalla asiaa oli paljon vähemmän ja sairaus oli pysynyt hyvässä hoitotasapainossa, tämä näkyi suoraan myös hoitosuunnitelmissa lyhempänä ja laajuudeltaan suppeampana tekstinä.

Osassa hoitosuunnitelmista oli lisäksi liitteenä mukana potilaan itsensä täyttämä POTKU1-hankkeessa kehitetty omahoitolomake. Lomakkeen avulla potilas pystyi valmistautumaan vastaanottoon ja pohtimaan jo etukäteen teemoja, joista haluaisi keskusteltavan tai joista haluaisi lisää tietoa. Omahoitolomakkeessa kysyttiin, mitä sairautta tai sairauksia potilas sairastaa, sekä pyydettiin potilaan arviota omasta voinnistaan. Lisäksi potilasta pyydettiin arvioimaan omaa tilaansa seuraavien omahoitoon kuuluvien tekijöiden avulla: arjessa pärjääminen, uni ja lepo, liikkuminen, harrastukset, syöminen, suun terveys, terveyden ja sairauden omaseuranta, lääkkeiden käyttö, päihteet, alkoholi ja tupakka, perhe, läheiset, ystävät, seksuaalisuus, sekä mielen hyvinvointi. Potilas arvioi näitä asioita valitsemalla jonkin seuraavista vaihtoehdoista: ”tähän olen tyytyväinen”, ”tähän toivon muutosta” ja ”tätä jään vielä pohtimaan”. Lisäksi omahoitolomakkeessa kysyttiin, miten potilas voisi itse tukea omahoitoaan ja millaista tukea potilas toivoisi lähipiiriltään. Lomakkeeseen sai myös kirjoittaa, jos potilaalla olisi asioita tai toivomuksia, joista hän haluaisi keskustella hoitajan vastaanotolla. Lomakkeeseen myös pyydettiin potilasta kirjoittamaan ajantasainen lääkelista ja kertomaan mahdollisista allergioistaan.

6.3 Aineiston auditointi

Auditointi on arviointia, jonka toteuttaa useimmiten arvioitavan kohteen ulkopuolinen henkilö. Auditoinnin tarkoituksena on tarkastella riippumattomasti, onko auditointikohteen toiminta tavoitteiden mukaista, ja miten se täyttää vaaditut auditointikriteerit. Audi-

toinnissa arvioidaan myös toiminnan tehokkuutta ja tarkoitukseen sopivuutta. Auditoinnissa tarkastellaan järjestelmällisesti, kuinka hyvin sovitut auditointikriteerit ovat täyttyneet. Auditoinnin tulos koostuu arvioinnista, joka on saatu aikaan vertailemalla auditoidusta kohteesta saatuja havaintoja auditointikriteereihin. Auditointia suorittavien on hyvä olla ulkopuolisia, jotta voidaan taata auditoinnin riippumattomuus ja toiminnan ulkopuolisen näkökulman saaminen. (Jyväskylän yliopisto; Helsingin yliopisto 2006; Verkko-opetuksen laadunhallinta ja laatu palvelu.)

Auditoimme POTKU1-hankkeessa tehdyn Terveys- ja hoitosuunnitelman auditointiohjeen (liite 1) avulla Kirkkonummen terveyskeskuksessa tehtyjä pitkäaikaissairaiden potilaiden hoitosuunnitelmia. Terveys- ja hoitosuunnitelman auditointiohjeen (liite 1) avaintekijät ovat tarve, tavoite, keinot ja toteutus, seuranta ja arviointi, sekä hoitosuunnitelman kokonaisuus. Avaintekijät ovat Terveys- ja hoitosuunnitelman auditointiohjeessa jaettu kahteen tai kolmeen erilliseen kohtaan, joissa kerrotaan tarkemmin avaintekijän sisällöstä ja kriteereistä. Terveys- ja hoitosuunnitelman auditointiohjeen avaintekijöiden kriteerit tukevat potilaan omahoitoon voimaantumista ja potilaslähtöisyyttä. Mikäli hoitosuunnitelmassa avaintekijä oli toteutunut hyvin, merkittiin rasti ensimmäiseen sarakkeeseen, joka symbolina oli hymiö (☺). Mikäli kohdassa oli vielä kehitettävää, merkittiin rasti toiseen sarakkeeseen, jonka symbolina oli kysymysmerkki (?). Kolmanteen sarakkeeseen merkittiin esimerkkejä ja poimintoja hyvin toteutuneesta hoitosuunnitelman kohdasta. Otimme kolmanteen sarakkeeseen hoitosuunnitelmista ylös niin suoria lainauksia, kuin tapausesimerkkejä, jotka kuvasivat hyvin avaintekijöiden sisältöä.

Terveys- ja hoitosuunnitelman auditointiohjeen (liite 1) avaintekijät:

Hoidon tarve muodostuu yhdestä tai useammasta potilaan terveysongelmasta. Hoidon tarpeet tulisi olla potilaan määrittelemiä. Ammatillaisen tehtävänä on tukea potilasta tarpeen määrittelyssä ja antaa hänelle riittävästi tutkittuun tietoon perustuvaa informaatiota. On tärkeää, että potilas havaitsee itse hoidon tarpeen, sillä muuten sitoutuminen ja motivoituminen hoitoon voi olla puutteellista. Terveystieteiden ammattilaisella on tärkeä rooli auttaa potilasta havaitsemaan hoidon tarpeita, sekä antaa tarvittavaa informaatiota esimerkiksi potilaan sairaudesta. Tarpeet tulisi myös olla määritelty tarkeysjärjestykseen: mikä on potilaan hoidon kannalta tärkeintä huomioida ensin, mitkä asiat ovat vähemmän tärkeitä. Tärkeysjärjestyksen luomisessa voi käyttää joko numerointia tai kirjata hoidon kannalta tärkein asia hoitosuunnitelmaan ensimmäiseksi. (Liite 1.)

Tavoitteella tarkoitetaan sitä muutosta potilaan terveydentilassa, johon hoidolla pyritään. Hoidon tavoitteiden tulisi olla potilaasta lähtöisin olevia, jotta potilaan motivoituminen hoitoon paranisi. Ammatilaisen tehtävä on antaa potilaalle tietoa esimerkiksi hänen sairaudestaan, ja tukea potilasta tavoitteiden määrittämisessä. Hyvät tavoitteet ovat selkeästi ilmaistuja ja yksiselitteisesti tulkittavia. Tavoitteiden on hyvä olla konkreettisia, esimerkiksi selkeitä numeraalisia arvoja, joihin potilas voi helposti verrata esimerkiksi kotona mittaamia arvoja. (Liite 1.)

Keinot ja toteutus sisältävät ne toimet, mitä potilas, terveydenhuolto ja potilaan läheiset aikovat tehdä potilaan terveydentilan parantamiseksi ja ylläpitämiseksi. Hoitosuunnitelmasta on konkreettisesti käytävä ilmi, mitä potilas ja terveydenhuolto aikovat tehdä saavuttaakseen asetetut tavoitteet. Hoitosuunnitelmasta tulisi olla kirjattuna, mikä on ammatilaisen vastuu ja osuus hoidon toteuttamisesta. Hoitosuunnitelmasta tulisi näkyä kolmannen sektorin mahdollisten muiden palvelujen ja esimerkiksi potilaan lähipiirin osuus hoidossa. Hyvin toteutetussa hoitosuunnitelmassa hoidon toteutus ja keinot ovat määriteltäviä konkreettisesti. Hyvin kirjattuja konkreettisia keinoja ja toteutustapoja on helpompi noudattaa. Hoitosuunnitelmasta on hyvä selvittää esimerkiksi, kuinka usein potilaan tulee mitata esimerkiksi verensokeriarvojaan. (Liite 1.)

Seuranta ja arviointi tarkoittavat niin potilaan, kuin terveydenhuollon toteuttamaa hoidon seuraamista ja arviointia. Hoitosuunnitelmassa pitää olla kirjattuna, miten potilas seuraa ja arvioi hoidon tavoitteiden toteutumista. Vastaavasti täytyy käydä ilmi, kuinka terveydenhuollossa seurataan ja arvioidaan tavoitteiden toteutumista. Terveydenhuollon toteuttamaa hoidon seuranta voi esimerkiksi merkitä kirjaamalla hoitosuunnitelmaan seuraavan kontrollikäynnin ajankohdan, sekä sopimalla raja-arvot joiden ilmetessä potilaan tulee hakeutua terveydenhuollon ammattihenkilön vastaanotolle. (Liite 1.)

Hoitosuunnitelman kokonaisuutta arvioitaessa huomiota tulee kiinnittää hoitosuunnitelman selkeyteen ja ymmärrettävyyteen potilaan näkökulmasta. Hoitosuunnitelman on oltava johdonmukainen ja yksiselitteinen. Hoitosuunnitelman tulee olla potilaslähtöinen, se tehdään potilasta varten, joten myös hoitosuunnitelman kielen tulee olla potilaan kannalta ymmärrettävää. Liiallista ammattikieltä, kuten vaikeita latinankielisiä termejä tulee välttää, jotta hoitosuunnitelma on potilaan kannalta ymmärrettävä. Kokonaisuutta arvioitaessa on kiinnitettävä huomiota myös tavoitteiden, hoidon toteutuksen ja seurannan suunnitelmallisuuteen. Myös potilaan koko terveydentila ja eri elämän osa-alueet tulee huomioida hoitosuunnitelmassa. (Liite 1.)

Auditoinnin tuloksia havainnollistimme pylväsdiagrammikuviolla. Kuvioissa näkyy kunkin avaintekijän eri osa-alueilta onnistuneet hoitosuunnitelmat, sekä hoitosuunnitelmat joissa olisi vielä kehitettävää. Jokaisesta avaintekijästä on oma kuvionsa. Kuvioihin on sijoitettuna luvut, joista näkee onnistuneiden ja kehitettävien hoitosuunnitelmien määrät. Diagrammeista saa nopeasti karkean käsityksen, missä osa-alueissa on eniten onnistumisia, ja missä taas kehitettävää. Näin terveydenhuollon henkilöstö voi helpommin keskittyä kehitettäviin kohtiin, ja saada tiedon jo tällä hetkellä hyvin sujuvista hoitosuunnitelmien osa-alueista. Kuvioden lisäksi tulokset on avattu sanallisesti, ja hyvin onnistuneista hoitosuunnitelmista on nostettu esiin esimerkkejä kunkin avaintekijät kohdalta. Myös kehitettävistä osa-alueista on esimerkkejä, ja kehittämisehdotuksia, jotta hoitosuunnitelmia voisi kehittää vielä paremmin potilaan omahoitoon voimaantumista tukeviksi.

7 Tulokset

7.1 Tarpeiden määrittely hoitosuunnitelmissa

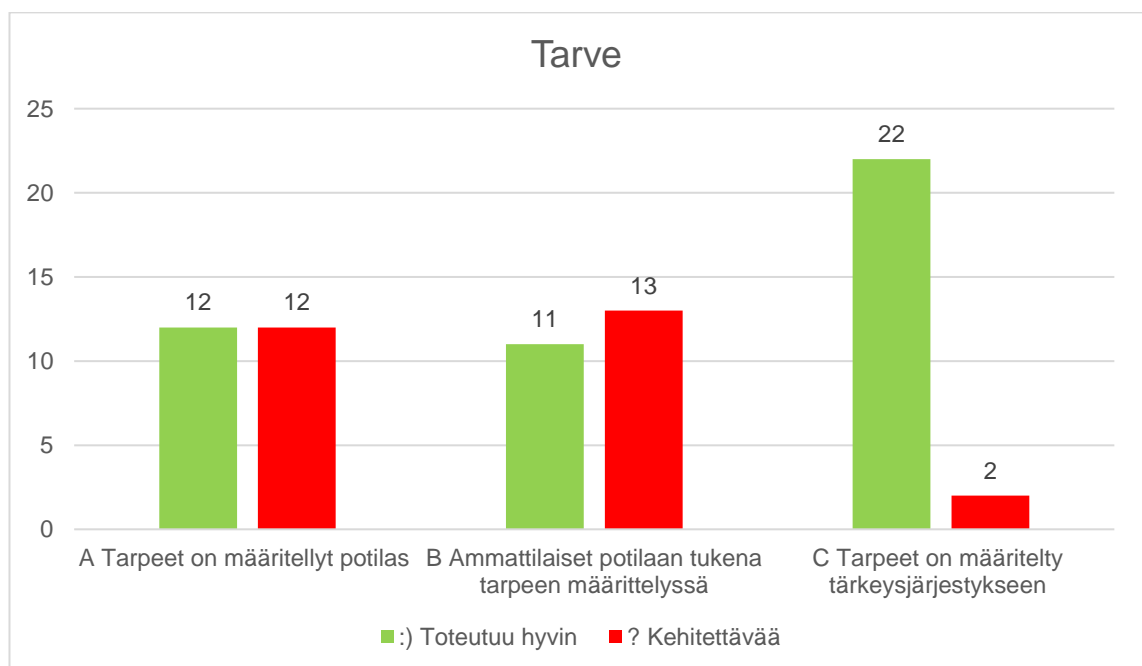
Terveys- ja hoitosuunnitelman auditointiohjeen ensimmäinen avaintekijä oli tarve, joka on jaettu kolmeen alakohtaan (kuvio 2). Kohdassa A arvioidaan, onko hoidon tarpeen määrittelyt potilas. Kohdassa B tarkastellaan, ovatko ammattilaiset olleet potilaan tukena hoidon tarpeen määrittelyssä. Kohdassa C arvioidaan, ovatko hoidon tarpeet asetettu tärkeysjärjestykseen.

A-kohdassa tarpeet oli määrittelyt potilas 12 hoitosuunnitelmassa, 12 suunnitelmassa oli vielä kehittämistä. Suurimmassa osassa hoitosuunnitelmia vaikutti, että hoitosuunnitelmassa oli huomioitu potilaan näkökulma ja toiveet hoidolle. Hyvin toteutuneessa potilaslähtöisessä tarpeen määrittelyssä potilas oli tuonut omahoitolomakkeessa esiin asioita, joihin haluaisi muutosta, ja omahoitolomaketta oli hyödynnetty hoidon suunnittelussa. Hoitosuunnitelmissa, joissa A-kohdassa oli vielä kehitettävää, tarve oli jäänyt määrittelemättä tarpeeksi selkeästi ja potilaan ääni oli jäänyt kuulematta.

Kohdassa B 11 hoitosuunnitelmassa ammattilainen oli ollut potilaan tukena tarpeen määrittelyssä. 13 hoitosuunnitelmassa oli vielä kehitettävää tällä osa-alueella. Hyvin toteutuneissa hoitosuunnitelmissa hoitaja oli huomionnut potilaan omahoitolomakkeeseen

kirjoittamat tarpeet hoidolle, ja hoitosuunnitelmista välittyi hoitajan ja potilaan keskustelevalle tarpeen määrittely. Kehitettävissä hoitosuunnitelmissa korostui hoitajälähtöisyys ja vaikutti siltä, ettei potilaan ääntä kuultu selkeästi. Esimerkkinä hoitosuunnitelma, jossa asiakas oli merkinnyt omahoitolomakkeeseen rastin kohtaan ”tähän toivon muutosta: seksuaalisuus”, eikä hoitosuunnitelmassa kuitenkaan mainittu mitään kyseisestä asiasta. Herää kysymys, onko potilaan esiin tuomaa tarvetta huomioitu laisinkaan.

Kohdassa C 22 hoitosuunnitelmassa tarpeet oli määritelty tärkeysjärjestykseen. 2 oli vielä kehitettävää. Hyvin toteutuneissa hoitosuunnitelmissa potilaan akuutit tarpeet olivat huomioitu ensisijaisesti, esimerkiksi eräs potilas ohjattiin vastaanotolta suoraan päivystykseen akuutin tilanteen vuoksi. Toisena esimerkkinä diabetespotilaan ensikäynti, jolloin hoitaja keskittyi diabeteksen hoidon aloittamisen kannalta tärkeimpiin asioihin, kuten verensokerin omaseurantaan, verensokerimittarin käyttöön ja lääkehoidon aloittamiseen liittyviin asioihin.



Kuvio 2. Auditoinnin tulos pylväsdiagrammeihin kuvattuna avaintekijän ”tarve” kohdalla.

7.2 Tavoitteiden ilmaisu ja määrittely hoitosuunnitelmissa

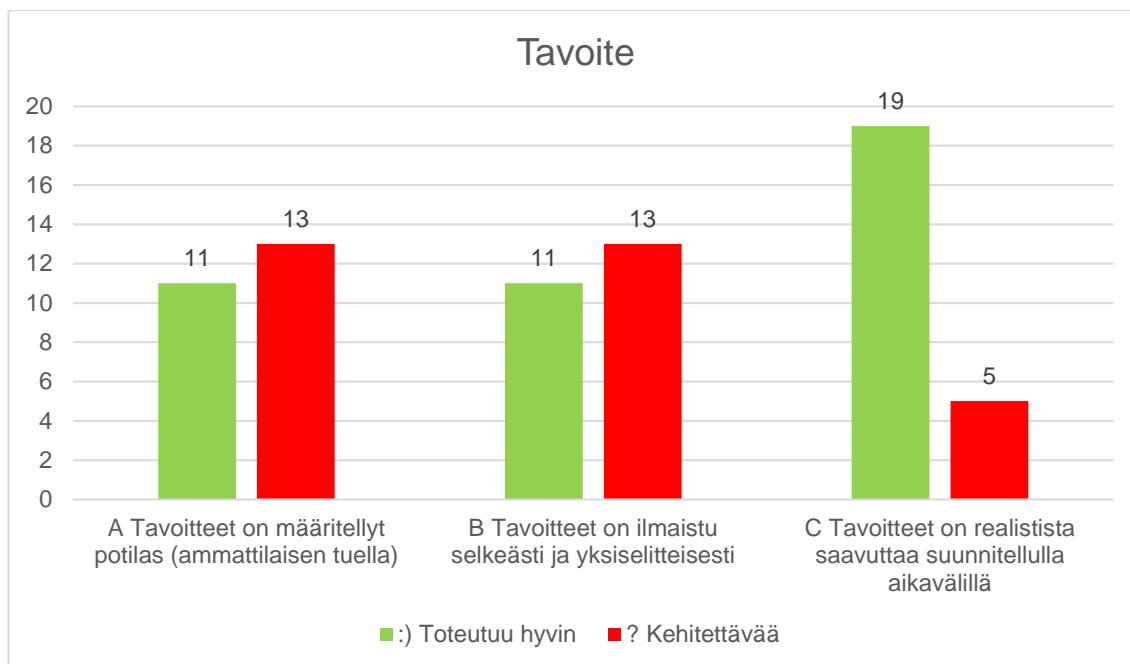
Toinen avaintekijä oli hoidon tavoite, joka oli jaettu kolmeen kohtaan (kuvio 3). Kohdassa A arvioitiin, onko potilas määritellyt tavoitteen ammattilaisen tuella. Kohdassa B

arvioitiin, olivatko tavoitteet kirjattu selkeästi ja yksiselitteisesti. Kohdassa C arvioitiin, olivatko tavoitteet mahdollista saavuttaa suunnitellulla aikavälillä.

Kohdassa A 11 hoitosuunnitelmassa tavoitteen oli määritelty potilas ammattilaisen tuella, ja kehitettävää oli 13 hoitosuunnitelmassa. Hyvin toteutuneessa hoitosuunnitelmassa potilas ja hoitaja olivat yhdessä suunnitelleet hoidon tavoitteet, ja hoitosuunnitelmasta sai käsityksen, että sekä potilas että hoitaja olivat pohtineet hoidon tavoitteita. Kehitettävissä hoitosuunnitelmissa korostui hoitajalähtöisyys, ja osassa hoitosuunnitelmia tavoitteet olivat ilmaistu epäselvästi.

Kohdassa B oli 11 hyvin toteutunutta hoitosuunnitelmaa, joissa tavoitteet olivat kirjattu selkeästi ja yksiselitteisesti. Kehitettävää oli vielä 13 hoitosuunnitelmassa. Selkeästi ja yksiselitteisesti kirjatuissa tavoitteissa esimerkiksi verensokeriarvotavoitteet olivat kirjattu selkeästi numeraalisin arvoin, jolloin potilas voi verrata niihin kotona mittaamiaan omahoitotuloksia. Esimerkiksi: "Tavoitteena paastoarvoiksi n. 6,0-7,0mmol/l (<7,0) ja aterian jälkeisiksi arvoiksi (2h ruokailusta) alle <8,0mmol/l." Kehitettävissä hoitosuunnitelmissa tämän kaltaisia numeraalisia arvoja ei ollut, ja tavoitteet oli ilmaistu epäselvästi tai ne puuttuivat kokonaan. Osassa hoitosuunnitelmissa tavoitteet olivat kirjattu monitulkintaisesti.

Kohdassa C 19 hoitosuunnitelmassa tavoitteet olivat mahdollista saavuttaa suunnitellulla aikavälillä, ja viidessä oli vielä kehitettävää. Hyvin toteutuneissa hoitosuunnitelmissa tavoitteet olivat määritelty realistisiksi saavuttaa ja seuraavaan vastaanottokäyntiin oli riittävästi aikaa. Potilas oli myös motivoitunut saavuttamaan tavoitteet seuraavaan kontrolliin mennessä, ja hänellä oli keinoja päästä niihin. Kehitettävää olevissa hoitosuunnitelmissa tavoitteet olivat epämääräisiä tai puuttuivat kokonaan, joten niiden saavutettavuutta oli vaikea määritellä.



Kuvio 3. Auditoinnin tulos pylväsdiagrammeihin kuvattuna avaintekijän "tavoite" kohdalla.

7.3 Hoidon keinojen ja toteutustapojen määrittely hoitosuunnitelmissa

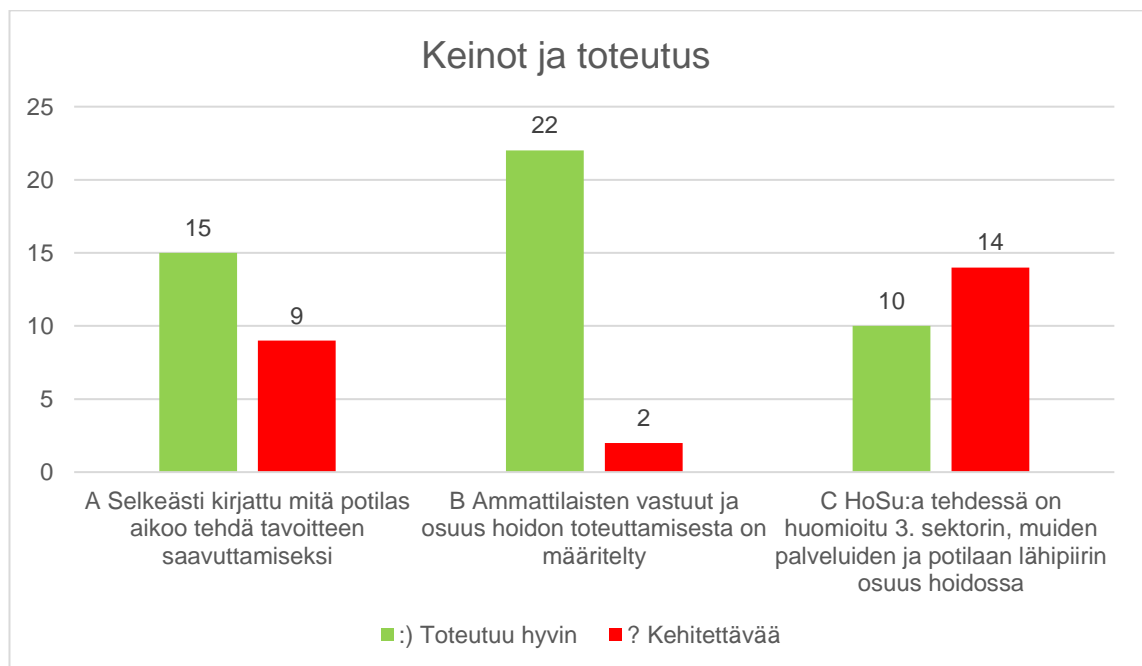
Kolmantena avaintekijänä oli hoidon "keinot ja toteutus" (kuviot 4). Kohdassa A arvioitiin, oliko hoitosuunnitelmiin kirjattu selkeästi, mitä potilas aikoo tehdä tavoitteen saavuttamiseksi. Kohdassa B tarkasteltiin, olivatko ammattilaisten vastuut hoidon toteuttamisesta selkeästi määritellyt. Kohdassa C arvioitiin, oliko hoidon toteutuksessa huomioitu kolmannen sektorin palvelut, mahdolliset muut palvelut, sekä lähipiirin osuus hoidosta.

Kohdassa A 15 hoitosuunnitelmassa potilaan keinot tavoitteiden saavuttamiseksi oli määritellyt selkeästi, yhdeksässä hoitosuunnitelmassa oli vielä kehitettävää. Esimerkkinä hyvin toteutuneesta: "On motivoitunut tarkistelemaan dieettiään, aikoo vähentää kahvileipiä.", sekä "Kerran viikossa mittaa paastoarvon ja ateriaparin.". Hoitosuunnitelmissa, joissa oli vielä kehitettävää, puuttui selkeä ohjeistus esimerkiksi verensokerin omaseurannan tiheydestä. Osassa hoitosuunnitelmista keinot ja toteutustavat olivat epäselvästi ja monitulkintaisesti kirjattu.

Kohdassa B 22 hoitosuunnitelmassa ammattilaisten vastuut hoidon toteuttamisesta oli määritellyt hyvin, kahdessa oli kehitettävää. Hyvin toteutuneissa hoitosuunnitelmissa noudatettiin yleisiä hoitosuosituksia ja ammattilainen oli antanut näyttöön perustuvia tie-

toja hoidon toteuttamiseksi. Hyvin toteutuneissa hoitosuunnitelmissa ammattilaisten vastuut olivat hyvin määritellyt, esimerkiksi ohjaamalla potilas epäselvässä tilanteessa lääkärin vastaanotolle hoitajan vastaanoton jälkeen. Terveystieteiden vastuuta hoidosta oli korostettu hyödyntämällä eri ammattiryhmiä hoidon toteutuksessa, esimerkiksi hoitajaa, lääkärinä ja fysioterapeuttia.

Kohdassa C 10 hoitosuunnitelmassa oli huomioitu 3. sektori, muut palvelut, sekä läheisten osuus potilaan hoidossa. 14 hoitosuunnitelmassa oli vielä kehitettävää. Huomionarvoista oli se, että useassa hoitosuunnitelmassa olisi voinut hyödyntää esimerkiksi liittojen palveluita. Kolmannen sektorin palveluista, sekä muista palveluista voisi esimerkiksi hyödyntää potilas, joka haluaisi vähentää päihteiden käyttöä, tai potilas, jolla on mielenterveysongelmia. Potilaan lähipiiristä ei juuri ollut mainintoja hoitosuunnitelmissa. Hyvin toteutuneissa hoitosuunnitelmissa oli huomioitu muun muassa huomioitu Sydänliiton, Diabetesliiton, Kelan ja seurakuntien tarjoamia palveluja.



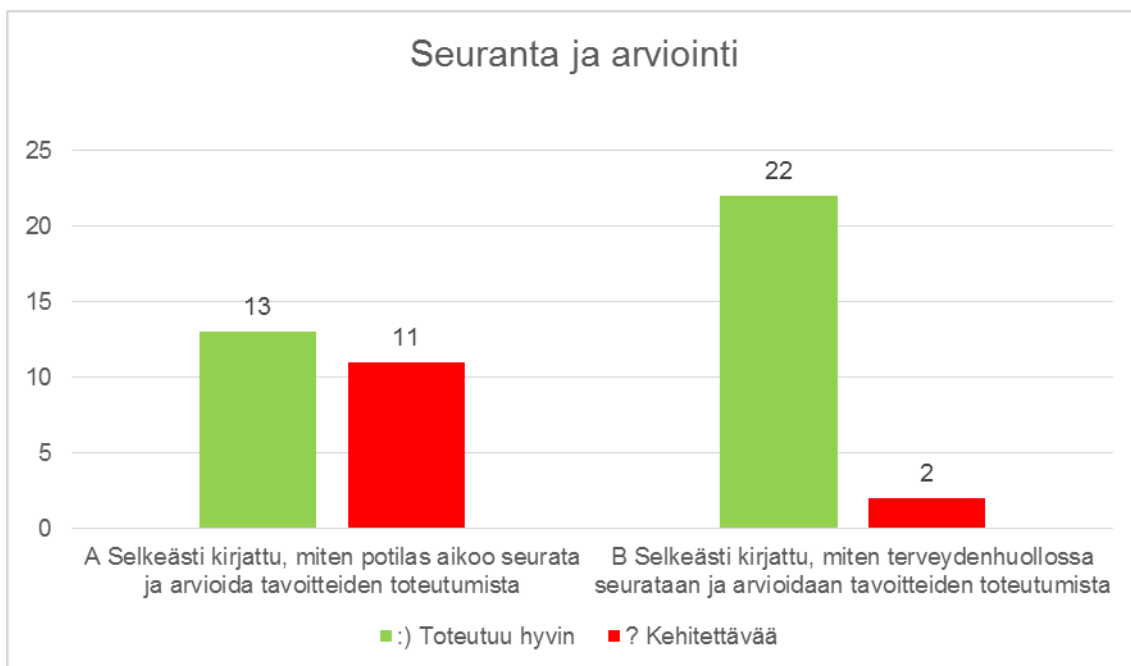
Kuvio 4. Auditoinnin tulos pylväsdiagrammeina kuvattuna avaintekijän ”Keinot ja toteutus” kohdalla.

7.4 Hoidon seuranta ja arvioiti hoitosuunnitelmissa

Neljäs avaintekijä oli "hoidon seuranta ja arviointi". Avaintekijä oli jaettu kahteen kohtaan (kuvio 5). Kohdassa A arvioitiin, oliko potilaan osuus seurannasta ja arvioinnista kirjattu selkeästi, ja kohdassa B, oliko terveydenhuollon osuus seurannasta ja arvioinnista selkeästi kirjattuna hoitosuunnitelmassa.

A kohdassa 13 hoitosuunnitelmassa potilaan osuus hoidon seurannasta ja arvioinnista oli kirjattu selkeästi. 11 hoitosuunnitelmassa oli kehitettävää. Hyvin toteutuneessa hoitosuunnitelmassa oli kirjattu, millä tavoin potilas seuraa hoidon toteutumista, esimerkiksi: "kirjaa tulokset ylös seurantavihkoon".

Kohdassa B terveydenhuollon osuudet seurannasta ja arvioinnista olivat kirjattu selkeästi 22 hoitosuunnitelmassa, kehitettävää oli kahdessa hoitosuunnitelmassa. Hyvin toteutuneissa oli esimerkiksi sovittu, että potilas kirjaa mittaamiaan omaseuranta-arvoja ylös seurantavihkoon ja terveydenhuolto arvioi seuraavalla sovitulla vastaanottokäynnillä vihossa olevia arvoja. Useassa hoitosuunnitelmassa oli kirjattu, mihin asioihin seuraavalla vastaanottokäynnillä paneudutaan. Terveydenhuollon osuutta oli kirjattu hyvin myös esimerkiksi sopimalla, millaisten mitattujen verensokeriarvojen jälkeen potilaan tulee hakeutua terveydenhuollon piiriin. Kehitettävistä hoitosuunnitelmista useimmiten puuttui seuranta, kuten mittaustulosten ylös kirjaaminen, tai seuraavaa vastaanottokäynti hoidon arvioimiseksi.



Kuvio 5. Auditoinnin tulos pylväsdiagrammeihin kuvattuna avaintekijän ”Seuranta ja arviointi” kohdalla.

7.5 Hoitosuunnitelmien kokonaisuus

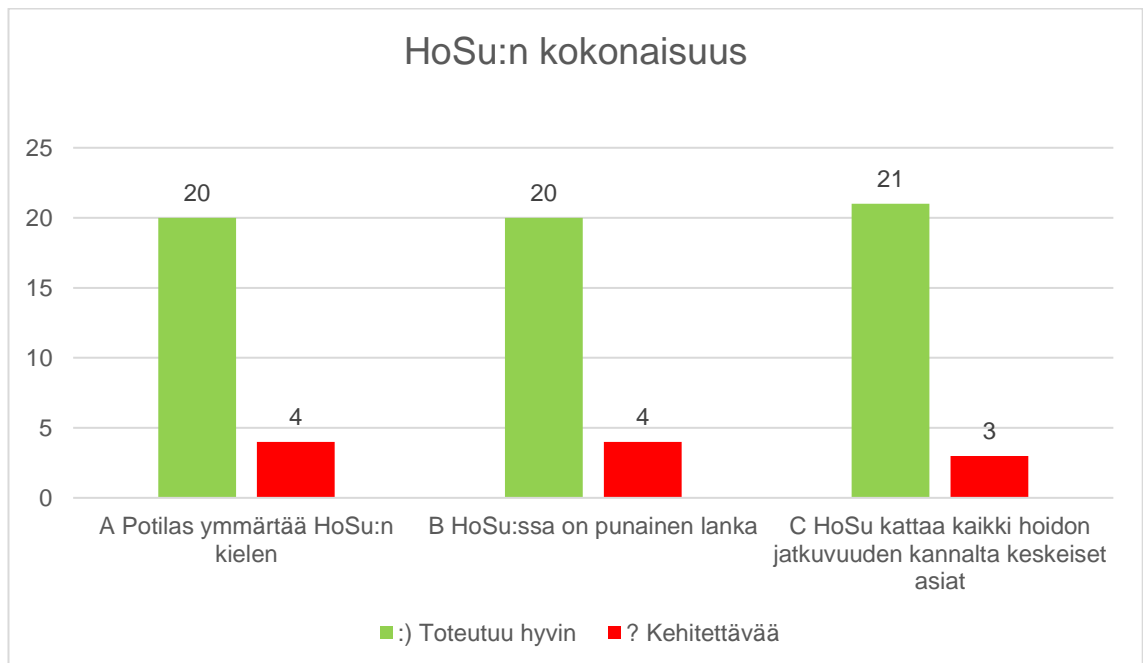
Viimeisenä avaintekijänä oli hoitosuunnitelmien kokonaisuus (kuviot 6). Kohdassa A arvioitiin, ymmärsivätkö potilaat hoitosuunnitelmien kielen. Kohdassa B arvioidaan, onko hoitosuunnitelmissa punainen lanka. C-kohdassa arvioidaan, kattavatko hoitosuunnitelmat kaikki hoidon jatkuvuuden kannalta keskeiset asiat.

A-kohdassa hyvin toteutuneita oli 20 kappaletta, kehitettävää oli neljässä hoitosuunnitelmassa. Hoitosuunnitelmissa käytetty kieli on suurimmassa osassa selkeää ja helposti ymmärrettävää. Hyvissä hoitosuunnitelmissa asiat oli ilmaistu selkeällä kielellä, eikä esimerkiksi lääketieteellisiä termejä ja lyhenteitä käyttäen. Esimerkkinä potilaan kannalta vaikeasti ymmärrettävistä termeistä ovat eräässä hoitosuunnitelmassa esiintyneet ”normoglykeeminen” ja ”postprandiaalinen”. Hoitosuunnitelmat tehdään potilasta varten ja näin ollen kielen tulee olla potilaan kannalta helposti ymmärrettävää ja selkeää.

Kohdassa B hyvin onnistuneita hoitosuunnitelmia oli 20 ja kehitettävää oli neljässä. Hoitosuunnitelmien sisältö oli pääsääntöisesti loogisessa järjestyksessä, ja asiat oli käsitelty yksi kerrallaan pomppimatta aihealueesta toiseen. Pääsääntöisesti kaikissa hoitosuunnitelmissa oli huomioitu kaikki avaintekijät; hoitosuunnitelmissa oli määritelty jonkinlaiset

tarpeet, tavoitteet, keinot ja toteutus, seuranta ja arviointi, sekä hoidon jatkuvuus. Vaikka yksittäisissä avaintekijöissä oli kehitettävää, olivat hoitosuunnitelmat yleisesti ottaen kokonaisuudessaan hyviä. Kehitettävää oli hoitosuunnitelmissa, joissa suunnitelma eteni epäloogisesti, ja se sisälsi hoidon kannalta epäolennaisia asioita.

Kohdassa C hyvin toteutuneita hoitosuunnitelmia oli 21, kehitettävää oli kolmessa. Hoidon jatkuvuus oli huomioitu esimerkiksi sopimalla seuraava vastaanottokäynti, ja potilaalla oli riittävän selkeät tavoitteet ja tarvittavat keinot toteuttaa hoitoaan. Esimerkkinä hyvin toteutuneesta hoidon jatkuvuuden kirjaamisesta hoitosuunnitelmaan oli: "Mittaa paastoja ja ateriapareja 1-2x kuukaudessa. Tulee näyttämään arvoja hoitajalle 3kk päästä. Jos paastoarvot ad 7, tulee vastaanotolle jo aiemmin."



Kuvio 6. Auditoinnin tulos pylväsdiagrammeina kuvattuna avaintekijän "HoSu:n kokonaisuus" kohdalla.

8 Pohdinta

8.1 Tulosten tarkastelua

Opinnäytetyön tuloksissa tarkasteltiin tutkimuskysymysten pohjalta viittä eri avaintekijää: tarve, tavoite, keinot ja toteutus, seuranta ja arviointi, sekä hoitosuunnitelmien kokonaisuus. Tuloksista muodostimme havainnollistavat kuviot. Auditoitavat hoitosuunnitelmat olivat pääsääntöisesti hyvin toteutettuja. Opinnäytetyön tuloksista nousseet kehitettävät asiat olivat enemmänkin yksityiskohtien hiomista, kuin suurten muutosten tekemistä. Jokaisesta Terveys- ja hoitosuunnitelman auditointiohjeen mukaisesta avaintekijästä löytyi vähintään yksi osa-alue, jossa oli enemmän Toteutuu hyvin-kategoriaan kuin Kehitettävää-kategoriaan kuuluvia hoitosuunnitelmia. Missään avaintekijässä ei ilmennyt osa-aluetta, jossa olisi ollut pelkästään Kehitettävää-kategoriaan kuuluvia hoitosuunnitelmia. Tästä voitiin päätellä hoitosuunnitelmien olleen yleisesti ottaen laadukkaita ja hyvin toteutuneita.

Hoitosuunnitelmat kattoivat eri sairauksien hoitoon tarvittavat osa-alueet hyvin. Hoitosuunnitelmissa oli noudatettu eri sairauksien Käypä hoito -suosituksia. Hoitosuunnitelmista löytyi kaikki hoidon kannalta merkitykselliset asiat vähintään kohtuullisen hyvin. Terveys- ja hoitosuunnitelmassa ajatuksena on huomioida yhdessä suunnitelmassa kaikki potilaan terveysongelmat (Komulainen ym. 2012). Opinnäytetyön tuloksista ilmeni, että potilaan tilanne oli nähty kokonaisuutena, sillä terveydenhuollon ammattihenkilöstö oli ottanut kattavasti potilaan eri elämänalueilla olevat asiat huomioon hoidon suunnittelussa. Terveydenhoitohenkilöstö oli siis toiminut tältä osin potilaskeskeisesti hoitosuunnitelmia tehdessään.

Aholan (2012) mukaan merkittävin syy pitkäaikaissairaana potilaan omahoidon toteutumattomuudelle on potilaan kokema tiedonpuute. Mielestämme opinnäytetyön tuloksista ja auditoiduista hoitosuunnitelmista ei varsinaisesti ilmennyt potilaiden tiedon puutetta. Vaikuttaa, että potilaat saivat runsaasti tietoa sairauksistaan ja sairauden hoitotasapainoon vaikuttavista asioista. Potilas ei välttämättä kuitenkaan pysty sisäistämään kaikkea vastaanottokäynnillään sairaudesta saamaansa tietoa, mikä voi vaikuttaa potilaan kokemukseen tiedon saamisesta. Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että 3. sektorin palveluita ei hyödynnetty kovinkaan paljoa. Vastaanottokäyntien ulkopuolella potilaat voisivat saada Aholan kuvaamaan tiedonpuutteeseen apua juuri 3. sektorin palveluista.

Erityisesti hyvin toteutuneita hoitosuunnitelmien osa-alueita olivat ne, joissa korostuivat ammattilaisten osuus ja vastuut hoidosta, hoidon kokonaisuus, sekä hoidon jatkuvuus. Tuloksista oli huomattavissa, että erityisesti terveydenhuollon vastuualueet, kuten seuraavien kontrollikäyntien ja terveydenhuollon ammattilaisten toteuttama hoidon seuranta toteutuivat hyvin. Toisaalta, liian korostunut hoitajalähtöisyys saattaa olla este potilaslähtöisyydelle.

Huomattava osa työikäisten pitkäaikaisista sairauksista olisi ehkäistävissä terveellisillä elämäntavoilla kuten ruokavaliolla, liikunnalla ja päihteiden runsasta käyttöä välttämällä (THL 2015). Vastanoitoilla kirjatuista teksteistä ja hoitosuunnitelmista huomasit terveydenhuoltohenkilökunnan ammattimaisuuden; käynneillä oli käsitelty laajasti pitkäaikaisairaahan potilaan hoitoon kuuluvia osa alueita, ja painotettu juurikin elintapaohjauksia. Tuloksista oli nähtävissä, että Kirkkonummen terveyskeskuksessa on korostettu pitkäaikaissairaiden potilaiden omahoitoa POTKU2-hankkeen myötä. Useissa hoitosuunnitelmissa potilaita kannustettiin aktiiviseen omahoitoon. Omahoitoon tukemista voidaan kuitenkin jatkossa vielä lisätä entisestään kiinnittämällä huomiota Kehitettävää – kategoriassa korostuneisiin avaintekijöiden osa-alueisiin, kuten konkreettisiin ohjeisiin omahoidon tavoitteissa ja toteutuksessa.

Opinnäytetyön tuloksia havainnollistavissa kuvioissa korostui punaisina pylväsdiagrammeina erityisesti tarve ja tavoite -avaintekijöissä potilaan osallisuus ja tavoitteiden selkeä ilmaisu. Tulosten perusteella hoitosuunnitelmien potilaslähtöisyys jää siis osin kehitettäväksi osa-alueiksi. Potilaan ääntä voisi tuoda hoitosuunnitelmissa enemmän esille. Tulosten perusteella myös kolmannen sektorin, sekä muiden palveluiden ja potilaan läheisten tukea voisi hyödyntää enemmän pitkäaikaissairaahan potilaan hoidossa.

Pitkäaikaissairaahan potilaan sitoutumista ja voimaantumista sairautensa hoitoon korostaa potilaslähtöinen hoidon suunnittelu. Omahoitoon pohjautuvalla hoidolla saavutetaan parempia tuloksia kuin hoitomuodossa, jossa potilas on passiivinen osallistuja (Pitkälä - Routasalo 2009). Potilaslähtöinen eli potilaan ääntä kuunteleva hoitomuoto on vaikuttavampaa kuin niin sanottu ammattilaislähtöinen hoitomuoto. Aholan (2013) mukaan on näyttöä, että molempiin suuntiin toimivalla potilas-lääkäri suhteella on vaikutusta potilaan fyysiseen aktiivisuuteen ja parempiin ruokavalintoihin. Juuri fyysinen aktiivisuus ja paremmat ruokavalinnat puolestaan ovat pitkäaikaissairauksien hoidossa ja ehkäisyssä hyvin merkittäviä tekijöitä. Opinnäytetyön tuloksien perusteella hoitosuunnitelmat eivät

vielä olleet aina tarpeeksi omahoidon tukemiseen pohjautuvia, vaan joistakin hoitosuunnitelmista voidaan huomata potilaan passiivinen osallistuvuus ja hoitajalähtöisyys. Potilasta osallistamalla hoidon toteutus ja sen vaikuttavuus voisivat parantua pitkäaikaissairaalan potilaan hoidossa (Pitkälä - Routasalo 2009).

8.2 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyömme jokaisessa työvaiheessa olemme pyrkineet noudattamaan Tutkimuseettisen neuvottelukunnan hyvää tieteellistä käytäntöä. Opinnäytetyössämme on huomioitu eettisyys ja luotettavuus. Eettisyys on huomioitu hakemalla asianmukaiset tutkimusluvan ja tekemällä tarvittavat sopimukset niin Metropolia AMK:n, kuin Kirkkonummen kunnan kanssa. Opinnäytetyön aiheeseen liittyviä tutkimuksia ja tutkimustuloksia on hyödynnetty rehellisesti ja kunnioittavasti, kuten hyvä tieteellinen käytäntö ohjaa. Olemme viitanneet muiden tekemiin tutkimuksiin ja julkaisuihin asianmukaisesti, sekä annettu heidän saamilleen tuloksilleen niille kuuluva arvo. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012–2014.) Opinnäytetyötä tehdessämme tarkistutimme tekstin säännöllisesti Turnit-järjestelmässä plagioinnin poissulkemiseksi. Myös lopullinen opinnäytetyö tarkastutettiin järjestelmässä.

Opinnäytetyössämme aineistoa, eli Kirkkonummen terveyskeskuksen pitkäaikaissairaiden potilaiden hoitosuunnitelmia käsiteltiin anonyymisti ja potilaiden tietosuojasta huolta pitäen. Potilaiden henkilötiedot olivat kokonaan poistettu hoitosuunnitelmista jo ennen niiden toimittamista auditointia varten. Yksittäisiä hoitosuunnitelmia käsiteltiin opinnäytetyössämme niin, ettei niitä pysty yhdistämään tiettyyn potilaaseen. Hoitosuunnitelmia säilytettiin huolellisesti niin, etteivät ulkopuoliset henkilöt päässeet niihin käsiksi. Auditoinnin jälkeen hoitosuunnitelmat toimitettiin takaisin Kirkkonummelle hävitettäviksi ennalta sovittuun päivämäärään mennessä.

Opinnäytetyön tuloksien luotettavuuteen saattoi vaikuttaa laskevasti auditointimenetelmän tulkinnanvaraisuus. Hoitosuunnitelmat olivat osittain monitulkintaisia, ja auditoinnin toteuttaneiden näkökulmat ja vähäinen kokemus auditointimenetelmästä, sekä hoitotyöstä voivat vaikuttaa opinnäytetyön tuloksiin. Opinnäytetyö ja auditointi toteutettiin kuitenkin terveys- ja hoitosuunnitelman auditointiohjeen mukaan, sekä aiheesta aiemmin tehtyjen tutkimusten tulosten pohjalta, joten tuloksia voidaan siltä osin pitää luotettavina ja suuntaa antavina. Opinnäytetyöhön käytettiin tutkittua ja näyttöön perustuvaa tietoa hyödyntäen useita eri lähteitä.

Opinnäytetyössä auditoitiin 24 hoitosuunnitelmaa. Hoitosuunnitelmat kerättiin Kirkkonummen terveyskeskuksen kolmelta eri terveysasemalta, joissa on käytössä Pegasos potilastietojärjestelmä. Tulosten luotettavuuteen voi vaikuttaa auditoitavien hoitosuunnitelmien määrä, sekä tapa, jolla hoitosuunnitelmat valittiin. Hoitosuunnitelmien valinta voi vaikuttaa luotettavuuteen, mikäli esimerkiksi vain onnistuneimmat hoitosuunnitelmat ovat päätyneet auditoitaviksi. Hoitosuunnitelmien pienehkön määrän vuoksi aiheesta ei välttämättä saada tarpeeksi kattavasti tietoa. Auditoitaessa hoitosuunnitelmia huomasimme kuitenkin samojen hyvin toteutuneiden tekijöiden ja kehitettävien tekijöiden toistuvan otoksessamme. Tulosten luotettavuuteen vaikuttaa se, että aineisto on kerätty vain yhdestä terveyskeskuksesta ja potilaat tulevat yhden kunnan alueelta. Tapa työskennellä ja kirjata hoitosuunnitelmia voi vaihdella alueittain ja eri potilastietojärjestelmien myötä, ja sen vuoksi tulokset saattavat olla yksipuoleisia. Hoitosuunnitelma auditoitessa ei myöskään voida tietää, onko vastaanotolla keskusteltu jostakin asiasta syvemmin, tai onko potilaan kanssa sovittu jotakin sellaista, mikä hoitosuunnitelmasta ei käy ilmi. On mahdollista, että potilas on saanut jostakin asiasta informaatiota enemmän, mitä hoitosuunnitelman tekstistä voidaan päätellä. Se osin saattaa vaikuttaa opinnäytetyön tulosten luotettavuuteen.

8.3 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Opinnäytetyön tuloksista voidaan sanoa johtopäätöksenä auditoitujen hoitosuunnitelmien olleen kokonaisuudessaan melko hyviä. Ne olivat kieliasultaan yleisesti ottaen selkeitä ja helposti luettavia, sekä sisälsivät potilaan hoidon ja hoidon jatkuvuuden kannalta keskeiset ja tärkeät asiat. Hoitosuunnitelmia voidaan kuitenkin kehittää entistä paremmin pitkäaikaissairaana potilaan omahoitoa tukeviksi. Omahoito on vaikuttavaa niin sairauksien ehkäisyssä kuin niiden hoidossa, omahoidolla voidaan kohentaa myös potilaan elämäntapoja (Routasalo - Pitkälä 2009). Tuloksista kehitettäviksi avaintekijöiden osa-alueiksi nousi erityisesti potilaslähtöinen hoidon tarpeen määrittely, sekä tavoitteiden ja omaseurannan konkreettinen ja selkeä ilmaisu hoitosuunnitelmissa.

Hoidon tarpeen määrittely potilaslähtöisesti edistää potilaan sitoutumista omaan hoitoonsa. Omahoitolomaketta (liite 3) hyödyntämällä saadaan arvokasta tietoa, millaisia näkemyksiä potilailla on omista hoidon tarpeistaan. Mikäli potilas ei suoraan osaa ilmaista hoidon tarvetta, tulee ammattilaisen olla tukena tarpeen määrittelyssä antamalla

tietoa potilaan sairaudesta ja sen hoidosta. Omahoitolomaketta tulisikin hyödyntää aktiivisesti; mikäli potilas ottaa lomakkeessa esille jonkin asian, eli laittaa rastin kohtaan “tähän toivon muutosta”, tulisi asia ottaa esille vastaanottokäynnillä. Jotkin arkaluontoinen asia, kuten seksuaalisuus, voi muutoin olla potilaalle hyvin vaikea asia tuoda vastaanotolla esiin. Siksi hoitajan tulisikin herkästi reagoida potilaan “aloitteeseen” omahoitolomakkeen avulla.

Hoidon tavoitteessa ja toteutuksessa kehitettäviksi osa-alueiksi nousivat potilaslähtöinen tavoitteiden määrittely, sekä tavoitteiden ja toteutuskeinojen selkeä ilmaisu. Kun potilas on saanut osallistua tavoitteiden määrittämiseen, hänen motivaationsa tavoitteiden saavuttamiseksi kasvaa, ja hän sitoutuu hoitoonsa paremmin. Useissa hoitosuunnitelmissa tavoitteita ei ollut määritelty hoitosuunnitelmiin riittävän selkeästi. Hoitosuunnitelmista ilmeni laaja, abstrakti tavoite kuten laihduttaminen, mutta tarkka tavoite puuttui useista hoitosuunnitelmista. Konkreettinen laihduttamiseen liittyvä tavoite voisi esimerkiksi olla painon pudottaminen kahden kilogramman verran seuraavaan vastaanottokäyntiin mennessä. Tarkka toteutuskeino laihduttamiseen voisi olla esimerkiksi rasvaisten maitovalmisteiden vaihtaminen rasvattomiin maitovalmisteisiin. Konkreettisesti ilmaistu tavoite tai selkeä numeraalinen arvo todennäköisesti auttavat potilasta sitoutumaan paremmin hoitoonsa. Hoidon tavoitteet ohjaavat potilaan konkreettista toimintaa. Mitä selkeämmin ja konkreettisemmin tavoitteet ovat ilmaistu, sitä paremmin potilas myös yleensä tietää, kuinka päästä tavoitteisiin. (Routasalo - Pitkälä 2009.)

Selkeä lauserakenne ja mutkaton kieli edesauttavat tiedon välittymistä potilaalle. Potilasta ohjeistaessa kannattaa käyttää selkeitä ja mahdollisimman täsmällisiä neuvoja. Viestin, eli tässä tapauksessa esimerkiksi omaseurannan ohjeiden välittymisen todennäköisyyttä lisää kirjallisten ohjeiden antaminen muistamisen tueksi. (Ahola 2012.) Hyvin toteutettu hoitosuunnitelma onkin potilaalle erinomainen kirjallinen ohje omahoidon tueksi. Hoitosuunnitelmissa kannattaa välttää niin sanottua ammattisanastoa. Väärinymmärrysten välttämiseksi asiat olisi hyvä ilmaista arkikielellä niin, että potilas varmasti ymmärtää, mistä asiassa on kyse ja mitä terveydenhuollon ammattihenkilö tekstillään tarkoittaa.

Auditoinnin tulosten pohjalta kolmannen sektorin palveluja oli hyödynnetty potilaiden hoitosuunnitelmissa melko vähän. Kolmannella sektorilla on merkittävä rooli yhteiskunnan järjestämien palvelujen täydentäjänä (Salmi 2014). Potilaiden joukossa oli muutamia sel-

laisia potilaita, jotka olisivat mieliala-asioiden vuoksi saattaneet hyötyä esimerkiksi seurakuntien tai erilaisten järjestöjen ryhmätoiminnan palveluista. Pitkäaikaissairaille voisi olla hyödyllistä kertoa omien sairauksiensa liitoista, esimerkiksi Diabetesliitosta ja Sydänliitosta.

Pitkäaikaissairaahan potilaan perusterveydenhuollossa tehdyistä hoitosuunnitelmista löytyi vain kohtalaisesti tutkittua tietoa. Potilaan omahoidon tukeminen on ajankohtainen asia, ja lisätutkimuksista voisi olla hyötyä aiheen kehittämiseksi. Mielestämme olisi tärkeää, että pitkäaikaissairaahan potilaan omahoidon tukemiseen hoitosuunnitelmien avulla kiinnitettäisiin huomiota valtakunnallisesti ja asia saisi aiempaa enemmän tietoisuutta terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa.

8.4 Opinnäytetyöprosessi

Aloitimme opinnäytetyön tekemisen orientoitumalla aiheeseemme joulukuussa 2015. Opinnäytetyön kirjoitusprosessin aloitimme työstämällä teoriapohjaa kevään 2016 aikana. Opinnäytetyön oli määrä olla valmiina saman vuoden marraskuussa. Olimme läpi opinnäytetyöprosessin yhteydessä Kirkkonummen johtavaan ylilääkäri Kristiina Patjaan ja osastonhoitaja Kati Aroseen, jotka antoivat informaatiota POTKU2-hankkeesta ja materiaalia opinnäytetyötä varten. Syksyn aikana auditoimme hoitosuunnitelmat ja analysoimme tulokset, sekä viimeistelimme teoriapohjaa. Opinnäytetyön tekeminen sujui aikataulullisesti suunnitelmien mukaan. Valmis opinnäytetyö julkaistiin Theseus-palvelussa ja opinnäytetyö ja sen tulokset toimitettiin myös Kirkkonummen terveyskeskukseen.

Opinnäytetyöprosessin aikana opimme hakemaan luotettavaa ja tutkittua tietoa entistä paremmin sekä kirjoittamaan tieteellistä tekstiä monia eri lähteitä hyödyntäen. Perehdyimme perusterveydenhuollossa tuotettuihin pitkäaikaissairaiden potilaiden hoitosuunnitelmiin ja saimme arvokasta tietoa tulevaisuuden työtämme varten esimerkiksi potilaan tukemisesta omahoitoon. Uskomme että opinnäytetyömme avulla terveydenhuollon ammattilainen voi saada vinkkejä omaan työhönsä, kuinka tehdä entistä potilaslähtöisempiä hoitosuunnitelmia pitkäaikaissairaalle potilaalle perusterveydenhuollossa. Mielestämme oli mielenkiintoista olla mukana POTKU2-hankkeessa ja saada mahdollisuus tuottaa hyödyllistä tietoa terveydenhuollon ammattilaisille käytännön työtä varten.

Lähteet

Ahola, Aila 2013. Diabeetikon omahoidon esteitä 4/2013. 42. Vuosikerta. Diabetes ja lääkäri. 15-19. Suomen Diabetesliitto. Verkkodokumentti <http://www.diabetes.fi/files/2917/Diabetes_ja_laakari_4.2013.pdf>. Luettu 13.4.2016.

Eloranta, Sini - Leino-Kilpi, Helena - Katajisto, Jouko 2014. Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta? Hoitotiede 1/2014, 26. vuosikerta. S. 63-73. Luettavissa myös sähköisesti <<http://elektra.helsinki.fi/se/h/0786-5686/26/1/toteuttuu.pdf>>. Luettu 13.4.2016.

Erkkilä, Arja – Kauhanen, Jussi – Korhonen, Maarit – Myllykangas, Markku – Pekkanen, Juha 2013. Kansanterveystiede. Helsinki: Sanoma Pro.

Helsingin yliopisto 2006. Koulutuksen laadunvarmistus. Auditointiin liittyviä käsitteitä. Verkkodokumentti <<http://www.helsinki.fi/arviointi/kasitteita.html>>. Luettu 26.3.2016.

Ilanne-Parikka, Pirjo 2013. Yhteistyöllä diabeteksen ehkäisyyn ja hyvään hoitoon - onko potilaallasi hoitosuunnitelma? Työterveyslääkäri-lehti. Duodecim. Verkkodokumentti <http://www.terveysportti.fi/dtk/tyt/avaa?p_artikkeli=tll01098>. Luettu 13.4.2016.

Jarvala, Tiina - Raitanen, Jani - Rissanen, Pekka 2010. Diabeteksen kustannukset Suomessa 1998-2007. Diabetesliitto. Tampereen yliopisto. Verkkodokumentti <<http://www.diabetes.fi/files/1266/Kustannusraportti.pdf>>. Luettu 4.4.2016.

Juutinen, Eila - Rannikko, Seija. Kun ne kysyis mitä mä haluun- vanhusten valinnat voimavaraksi. Voimavarat ja toimintakyky. Opetushallitus. Verkkodokumentti <<http://www03.edu.fi/oppimateriaalit/vanhustyo/>>. Luettu 4.3.2016.

Jyväskylän yliopisto: Laatusanastoa. Verkkodokumentti <<https://www.jyu.fi/yliopistopalvelut/laatu/ohjaus/laatusanastoa>>. Luettu 26.3.2016.

Järvi, Ulla 2014. Terveyskeskus voi toimia potilaan ehdoilla. Lääkärilehti 34/2014. 69. Vuosikerta. Verkkodokumentti <<http://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/terveyskeskus-voi-toimia-potilaan-ehdoilla-11718/>>. Luettu 26.3.2016.

Kauppila, Juha 2015. Tukea omahoitoon kognitiivisen käyttäytymisterapian uusista menetelmistä. Hyväksy, omistaudu ja onnistu. Diabetes ja lääkäri 1/2015. 44. Vuosikerta. Suomen diabetesliitto. Verkkodokumentti <http://www.diabetes.fi/files/4759/diabetes-laakari_1_2015_netti.pdf>. Luettu 13.4.2016.

Kirkkonummi. Tietoja kunnasta. Verkkodokumentti <www.kirkkonummi.fi/tietoja>. Luettu 24.1.2016.

Komulainen, Jorma - Mäkinen, Risto - Rintala, Raimo - Mäntyranta, Taina 2012. Kansallisesta terveys- ja hoitosuunnitelmasta tuli yhtenäinen. Suomen lääkärilehti 3/2012, 67. Vuosikerta. Verkkodokumentti. <<https://www.innokyla.fi/documents/79781/0/SLL32012-173.PDF/f241e718-85bc-46fa-93aa-2e3002055abc>>. Luettu 26.3.2016.

Komulainen, Jorma - Mäkelä, Matti - Vuokko, Riikka 2011. Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma. Tampere: Juvenes Print- Tampereen Yliopistopaino Oy.

Lumme-Sandt, Kirsi 2002. Ikäihmiset ja lääkkeiden käytön moninaiset maailmat. Tampere: Tampereen yliopisto. Verkkodokumentti. <<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67255/951-44-5525-8.pdf?sequence=1>>. Luettu 24.2.2016.

Manderbacka, Kristiina 2005. Koettu terveys ja tiedossa oleva sairastavuus. Terveyskirjasto. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00022>. Luettu 3.4.2016.

Mustajoki, Pertti 2015. Lihavuus. Lääkärikirja Duodecim. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00042>. Luettu 26.9.2016.

Mustajoki, Pertti 2015. Lihavuusleikkaus. Lääkärikirja Duodecim. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00845>. Luettu 5.10.2016.

Mustajoki, Pertti 2015. Tyypin 2 diabeteksen hoito. Lääkärikirja Duodecim. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00775>. Luettu 3.4.2015.

Mustajoki, Pertti 2015. Diabetes (sokeritauti). Lääkärikirja Duodecim. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00011&p_haku=tyypin%20%20diabetes#s5>. Luettu 3.4.2016.

Mustajoki, Pertti 2015. Kohonnut verenpaine. Lääkärikirja Duodecim. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=tta00035&p_teos=tta&p_osio=&p_selaus=15730#s8>. Luettu 5.10.2016.

Mustajoki, Pertti 2015. Kolesterolit. Lääkärikirja Duodecim. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00035>. Luettu 5.10.2016.

Mäntyranta, Taina 2012. Terveys- ja hoitosuunnitelmasta hyötyvät niin potilaat kuin hoitopaikatkin. Diabetes ja lääkäri. 5/2012. 41. Vuosikerta. Suomen diabetesliitto. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa <<http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/lehdet/diabetes-ja-laakari-lehti/lehdet-pdf-muodossa>>. Luettu 3.4.2016.

Mäkijärvi, Markku - Kettunen, Raimo - Kivelä, Antti - Parikka, Hannu - Yli-Mäyry Sinikka, (toim.) 2011. Sydänsairaudet. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Nikkarinen, Leena-Kaisa 2015. Potku2- Potilas kuljettajan paikalle. Verkkodokumentti. <<https://www.innokyla.fi/web/hanke79780/>>. Luettu 4.4.2016.

Oksman, Erja 2012. Potkulla terveyshyötyä pitkäaikaissairaille. Sosiaali- ja kuntatalous 5/2012. Verkkodokumentti. <<http://www.potkuhanke.fi/fi/dokumentit-ja-materiaalit-ii/fi-nish/74-terveys-ja-hoitosuunnitelma/464-potkulla-terveyshyotya-pitkaaikaissairaille>>. Luettu 1.4.2016.

Pietiläinen, Kirsi - Mustajoki, Pertti - Borg, Patrik toim. 2015. Lihavuus. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Pitkälä, Kaisu - Routasalo, Pirkko (toim.) 2009. Omahoidon tukeminen, opas terveydenhuollon ammattilaisille. Lääkäriseura Duodecim. Verkkodokumentti.

<http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/docs/f1969335532/omahoidon_tu-kem_opas_12_09.pdf>. Luettu 7.11.2016

Potku2. Terveys ja hoitosuunnitelman auditointityökalu. Löytyy sähköisesti osoitteesta:

<<http://www.potkuhanke.fi/fi/dokumentit-ja-materiaalit-ii/viewdownload/74-terveys-ja-hoitosuunnitelma/459-terveys-ja-hoitosuunnitelman-auditointityokalu>>. Luettu 3.4.2016.

Saikkonen, Ulla 2012. Potilas tuli mukaan hoidon suunnitteluun. Sairaanhoidtaja 8/2012

vuosikerta 85. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa <<http://www.potkuhanke.fi/fi/dokumentit-ja-materiaalit-ii/finish/74-terveys-ja-hoitosuunnitelma/462-potilas-tuli-mukaan-hoidon-suunnitteluun>>. Luettu 1.4.2016.

Salmi, Toivo T 2014. Kolmannen sektorin toiminta-alue laajenee. Potilaan lääkrilehti.

Verkkodokumentti. <<http://www.potilaanlaakarilehti.fi/kommentit/kolmannen-sektorin-toiminta-alue-laajenee/>>. Luettu 9.11.2016.

Seppänen, Matti 2013. Diabeteksen silmäsairaus, diabeettinen retinopatia. Lääkärikirja

Duodecim. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00826>. Luettu 9.10.2016.

Suomen diabetesliitto. Seuranta. Verkkodokumentti.

<http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi_2/seuranta>. Luettu 19.8.2016.

Suomen diabetesliitto. Vastaanottokäynnit. Verkkodokumentti. <http://www.diabetes.fi/diabetestietoa/tyyppi_2/seuranta/vastaanottokaynnit>. Luettu 19.8.2016.

Säynäjäkangas, Olli - Andersen, Heidi - Lampela, Pekka - Kestinen, Timo 2011. Terveysshyötymalli sopii hyvin astmapotilaan pitkäaikaishoittoon. Lääkrilehti 8/2011 66. Luettavissa myös sähköisesti osoitteesta:

<http://www.laakarilehti.fi/arkisto/muu-kirjoi-tus/terveyshyotymalli-sopii-hyvin-astmapotilaan-pitkaaikaishoittoon/>. Luettu 19.8.2016.

THL. Lihavuuden yleisyys Suomessa. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/kansallinen-lihavuusohjelma-20122015/lihavuus-lukuina/lihavuuden-yleisyys-suomessa>>. Luettu 26.9.2016.

THL 2015. Yleistietoa kansantaudeista. Verkkodokumentti.

<<https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/yleistietoa-kansantaudeista>>. Luettu 3.4.2016.

Tilastokeskus. Pitkäaikainen sairaus. Verkkodokumentti.

<http://www.stat.fi/meta/kas/pitkaaikainen_s.html>. Luettu 3.4.2016.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012-2014. Hyvä tieteellinen käytäntö. Verkkodokumentti. < <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>>. Luettu 6.11.2016.

Verkko-opetuksen laadunhallinta ja laatupalvelu. Laatukäsitteistöä. Verkkodokumentti.

<<http://www.vopla.fi/laatukasitteistoa/>>. Luettu 26.3.2016.

Wagner, Edward H. - Bennett, Susan M. - Austin, Brian T. - Greene, Sarah M. - Schaefer, Judith K. - Vonkorff, Michael 2005. Finding Common Ground: Patient-Centeredness and Evidence-Based Chronic Illness Care. The Journal of alternative and complementary medicine 11 (1). Luettavissa myös sähköisesti <<http://web.b.ebsco-host.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=1aac307a-ac3e-44ac-87c1-6ef5ccad6ca0%40sessionmgr102&vid=0&hid=11>>. Luettu 29.3.2016.

Liite 1: Terveys- ja hoitosuunnitelman auditointiohje

TARVE	😊	?	Esimerkkejä HYVIN toteutumisesta
a. Tarpeet on määritellyt potilas			
b. Ammattilaiset ovat potilaan tukena tarpeen määrittelyssä			
c. Tarpeet on määritetty tärkeysjärjestykseen			
TAVOITE	😊	?	Esimerkkejä HYVIN toteutumisesta
a. Tavoitteet on määritellyt potilas (ammattilaisen tuella)			
b. Tavoitteet on ilmaistu selkeästi ja yksiselitteisesti			
c. Tavoitteet on realistista saavuttaa suunnitellulla aikavälillä			
KEINOT JA TOTEUTUS	😊	?	Esimerkkejä HYVIN toteutumisesta
a. Selkeästi kirjattu, mitä potilas aikoo tehdä tavoitteen saavuttamiseksi			
b. Ammattilaisten vastuut ja osuus hoidon toteuttamisessa on määritetty			
c. HoSu:a tehdessä on huomioitu 3. sektorin, muiden palveluiden ja potilaan lähipiirin osuus hoidossa			
SEURANTA JA ARVIOINTI	😊	?	Esimerkkejä HYVIN toteutumisesta
a. Selkeästi kirjattu, miten potilas aikoo seurata ja arvioida tavoitteiden toteutumista			
b. Selkeästi kirjattu, miten terveydenhuollossa seurataan ja arvioidaan tavoitteiden toteutumista			
HoSu:n KOKONAISUUS	😊	?	Esimerkkejä HYVIN toteutumisesta
a. Potilas ymmärtää HoSu:n kielen			
b. HoSu:ssa on ”punainen lanka”			
c. HoSu kattaa kaikki hoidon jatkuvuuden kannalta keskeiset asiat			

Arvioi jokaisen HoSu-avaintekijän ilmenemistä HoSu:ssa: ☺=toteutuu hyvin, ?= vielä olisi kehitettävää.

Kun avaintekijä toteutuu mielestäsi hyvin, kirjoita taulukkoon HoSu:n tekstikohta, josta se ilmenee.

Voit jatkaa esimerkkien kirjoittamista taulukon kääntöpuolelle.

Muistilista Terveys- ja hoitosuunnitelman avaintekijöistä

TARVE
a. Tarpeet on määritellyt potilas
b. Ammattilaiset ovat potilaan tukena tarpeen määrittelyssä
c. Tarpeet on määritelty tärkeysjärjestykseen
TAVOITE
a. Tavoitteet on määritellyt potilas (ammattilaisen tuella)
b. Tavoitteet on ilmaistu selkeästi ja yksiselitteisesti
c. Tavoitteet on realistista saavuttaa suunnitellulla aikavälillä
KEINOT JA TOTEUTUS
a. Selkeästi kirjattu, mitä potilas aikoo tehdä tavoitteen saavuttamiseksi
b. Ammattilaisten vastuut ja osuus hoidon toteuttamisessa on määritelty
c. HoSu:a tehdessä on huomioitu 3. sektorin, muiden palveluiden ja potilaan lähipiirin osuus hoidossa
SEURANTA JA ARVIOINTI
a. Selkeästi kirjattu, miten potilas aikoo seurata ja arvioida tavoitteiden toteutumista
b. Selkeästi kirjattu, miten terveydenhuollossa seurataan ja arvioidaan tavoitteiden toteutumista
HoSu:n KOKONAISUUS
a. Potilas ymmärtää HoSu:n kielen
b. HoSu:ssa on ”punainen lanka”
c. HoSu kattaa kaikki hoidon jatkuvuuden kannalta keskeiset asiat

Tiedonhakutaulukko

Tutkimuksen nimi	Hakusanat + tulos	Hakusanat + tulos	Hakusanat + tulos
Wagner, Edward H. jne. 2005. Finding Common Ground: Patient-Centeredness and Evidence-Based Chronic Illness Care	Cinahl "2005-2015" "Patient centered care"	Cinahl "2005-2015" "Patient centered care" + "chronic care model"	Cinahl "2005-2015" "Patient centered care" + "chronic care model" + "self-management"
Hakutulosten määrä	16 635	58	10
Säynäjäkangas, Olli - Andersen, Heidi - Lampela, Pekka - Kestinen, Timo 2011. Terveystyömalli sopii hyvin astmapotilaan pitkäaikaishoitoon	Medic "2010-2015" "Terveystyömalli"		
Hakutulosten määrä	1		
Ilanne-Parikka, Pirjo 2013. Yhteistyöllä diabeteksen ehkäisyyn ja hyvään hoitoon – onko potilaallasi hoitosuunnitelma?	Medic "hoitosuun*"	Medic "hoitosuun*" + "2010-2015"	Medic "hoitosuun*" + "2010-2015" + "diabete*"
Hakutulosten määrä	244	56	3
Ahola, Aila 2013. Diabeteksen omahoidon esteitä	Medic "2013-2015" "diabetes"	Medic "2013-2015" "diabetes" + "omahoito*"	Medic "2013-2015" "diabetes" + "omahoito" + "hoitomyönteisyys"
Hakutulosten määrä	271	23	1
Eloranta, Sini - Leino-Kilpi, Helena - Katajisto, Jouko 2014. Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta?	Medic "potilasläht*"	Medic "potilasläht*" + "2010-2015"	Medic "potilasläht*" + "2010-2015" + "hoitotyö"
Hakutulosten määrä	22	8	2

Järvi, Ulla 2014 Terveyskeskus voi toimia potilaan ehdoilla <i>Hakutulosten määrä</i>	Medic "Hoitosuunnitelma"	Medic "Hoitosuunnitelma" +"terveyskeskus"	Medic "Hoitosuunnitelma" +"terveyskeskus" +"potilaskesk*"
Mäntyranta, Taina 2012. Terveys- ja hoitosuunnitelmasta hyötyvät niin potilaat kuin hoitopaikatkin <i>Hakutulosten määrä</i>	Medic "Hoitosuunnitelma"	Medic "Hoitosuunnitelma" + "potilastietojärjestelmä"	
Komulainen, Jorma - Mäkinen, Risto -Rintala, Raimo - Mäntyranta, Taina 2012. Kansallisesta terveys- ja hoitosuunnitelmasta tuli yhteinen <i>Hakutulosten määrä</i>	Medic "Hoitosuunnitelma"	Medic "Hoitosuunnitelma" +"potilastietojärjestelmä"	

POTKU2-hankkeen omahoitolomake

OMAHOITOLOMAKE

Hoitosi peruspilari on terveys- ja hoitosuunnitelma, jonka teet yhdessä hoitajan ja lääkärin kanssa. Omahoitolomake auttaa sinua ja terveydenhuollon ammattilaista hoitosi suunnittelussa.

Täyttämällä tämän lomakkeen voit valmistautua vastaanottokäyntiin ja terveys- ja hoitosuunnitelmasi tekoon. Ota vastaanotolle mukaan myös merkintäsi tai kirjanpitosi omaseurannan toteuttamisesta (esimerkiksi verensokerin - ja verenpaineen omaseuranta, PEF-mittaukset).

Omahoitokuvioni
Kuvioon on koottu hyvinvointiin vaikuttavia asioita - mitkä niistä ovat sinulle tärkeitä?

OMAHOIDOLLA
VOIN VAIKUTTAA HYVINVOINTIINI

Terveyden ja sairauden omaseuranta

Uni ja lepo

Päihteet, alkoholi ja tupakka

Lääkärin ja hoitajan käynnit

Mielen hyvinvointi

Syöminen

Työ

Liikkuminen

Suun terveys

Perhe, läheiset, ystävät

Arjessa pärjääminen

Harrastukset

Lääkkeiden käyttö

Lääkkeiden käyttö

Nimi

Syntymäaika

Täyttöpäivämäärä

Lomakkeen täytössä avusti

Lähde: omahoitokuvioni: Collaborative Care Systems Finland / Pirkki Alonen

POTILAS KULJETTAJAN PAIKALLE
potku2
PATIENTEN VID BODDET

1. Kuinka voin? Oma arvio voinnistani

2.

	tähän olen tyytyväinen	tähän toivon muutosta	tätä jään vielä pohtimaan
Arjessa pärjääminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uni ja lepo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liikkuminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Harrastukset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Syöminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suun terveys	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terveysten ja sairauden omaseuranta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkkeiden käyttö	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Päihteet, alkoholi ja tupakka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perhe, läheiset, ystävät	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seksuaalisuus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mielen hyvinvointi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Asioita, joita voin itse tehdä omahoitoni tueksi:

4. Millaista tukea toivon ja keneltä tai mistä?

5. Asiat, joista haluan keskustella vastaanotolla:

6. Allergiat (lääkeaine, ruoka-aine ym.):

HOITOSUUNNITELMA

