



Osaamista
ja oivallusta
tulevaisuuden
tekemiseen

Heta Isomäki

Asiakasvastaava Helsingin terveysasemilla

Hoitajien kokemuksia terveyshyötymallista

Metropolia Ammattikorkeakoulu

YAMK

Sosiaali- ja terveysalan hallinto ja johtaminen

Opinnäytetyö

23.3.2020

Tekijä(t) Otsikko	Heta Isomäki Asiakasvastaava Helsingin terveysasemilla. Hoitajien kokemuksia terveyshyötymallista.
Sivumäärä Aika	51 sivua + 5 liitettä 23.1.2020
Tutkinto	Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Tutkinto-ohjelma	Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Suuntautumisvaihtoehto	Sosiaali- ja terveysalan hallinto ja johtaminen
Ohjaaja	lehtori Juha Havukumpu
<p>Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää terveyshyötymallin tämänhetkistä tilannetta ja mallin hyötyjä ja kehittämishaasteita mallin mukaisesti työskentelevien hoitajien näkökulmasta Helsingissä. Aineisto kerättiin yksilöllisellä teemahaastattelulla. Litteroitujen haastattelujen perusteella tehtiin sisällön analyysi.</p> <p>Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimialan työryhmä on työstänyt Helsingin terveysasemille toimintamallin, minkä tavoitteena on paljon palveluita tarvitsevien pitkäaikaissairaiden potilaiden terveyden ja hyvinvoinnin lisääminen. Toimintamallin pohjana on terveyshyötymalli, malli on Helsingissä nimetty vastuuhenkilömalliksi.</p> <p>Asiakasvastaava on ammatillisen koulutuksen saanut hoitotyöntekijä, joka vastaa pitkäaikaissairaalan potilaan hoidon toteutuksesta, seurannasta ja hoidon koordinoimisesta. Toiminnan peruseriaatteena on asiakas- ja yhteisölähtöisyys, hoidon jatkuvuus ja toiminnan vaikuttavuus. Terveyskeskuksissa asiakasvastaavan toiminta painottuu pääasiassa omahoitoa tukevaan potilastyöhön.</p> <p>Analyysin perusteella hoitajien kokemukset voitiin jakaa seitsemään osa-alueeseen: vaikuttamisen mahdollisuudet omaan työhön, asiakasvastaavan työn sisältö, potilasmäärät, vastaanottoajat, sähköiset palvelut, potilaan tunnistaminen ja koulutus. Tutkimuksen tuloksena hoitajat ovat työhönsä sitoutuneita ja paneutuneita, ja heillä oli ainakin jonkin verran tietoa vastuuhenkilömallin teoriasta. Hoitajat kokivat asiakasvastaavana työskentelyn antoisana, kokivat ammattitaitonsa riittäväksi ja heillä oli halua syventää asiantuntijuuttaan. Huolta aiheutti oma jaksaminen, ajan ja resurssien puute sekä työtehtävien pirstaleisuus. Tutkimuksen luotettavuutta vähentää haastateltavien pieni määrä ja se ettei haastateltavia ollut kaikilta terveysasemilta.</p>	
Avainsanat	asiakasvastaava, vastuuhoitaja, terveyshyötymalli, vastuuhoitajamalli, pitkäaikaissairas, paljon palveluita tarvitseva potilas

Author Title	Heta Isomäki The Case Manager at Helsinki Health Centers. Nurses experiences of the Health Care Model
Number of Pages Date	51 pages + 5 appendix 23.1.2020
Degree	Upper Polytechnic of Health Care and Social Services
Degree Programme	Upper Polytechnic of Health Care and Social Services
Specialisation option	Administration and Management of Health Care and Social Services
Instructor	Senior Lecturer Juha Havukumpu
<p>The purpose of the study was to examine the current state of the Chronic Care Model and the benefits and development challenges of the model from the perspective of nurses working in the model in Helsinki. The material was collected through an individual theme interview. Content analysis was based on transcribed interviews.</p> <p>The City of Helsinki Social and Health Care has developed an operating model for Health Centers in Helsinki with the aim of increasing the health and well-being of patients with chronic diseases. The model is based on the Chronic Care Model.</p> <p>The Case Manager is a professionally trained nurse who is responsible for implementing, monitoring and coordinating care for a patient with chronic diseases. The basic principle is customer and community orientation, continuity of care and effectiveness of operations. In Health Centers, The Case Manager's work focuses mainly on patient support for self-management.</p> <p>The analysis allowed the nurses' experiences to be divided into seven areas: empowerment, owning a client, job content, patient numbers, reception times, online services, patient identification, and education. As a result of the study, nurses are committed and committed to their work, and have at least some knowledge of the theory of the responsible person. The nurses felt the case manager's work was rewarding, felt that their skills were sufficient, and that they wanted to take their expertise further. Concern was caused by own coping, lack of time and resources, and fragmented work. The reliability of the study is reduced by the small number of interviewees and that there were no interviews from all Health Centers.</p>	
Keywords	case officer, nurse in charge, person in charge, chronic care model, chronic disease patient, chronic illness patient

Sisällys

1	Tutkimuksen lähtökohdat	2
1.1	Miksi tarvitaan terveyshyötymallia?	2
1.2	Terveyshyötymalli	5
1.3	Terveyshyötymalli Suomessa	7
1.4	Asiakasvastaava terveyshyötymallin ytimessä	10
1.5	Terveyshyötymalli Helsingin sosiaali- ja terveystoimessa	14
2	Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	18
3	Tutkimuksen toteutus	19
3.1	Osallistujien rekrytointi	19
3.2	Aineisto	20
3.3	Menetelmä aineiston keräämiseksi	21
3.4	Aineiston analyysi	21
4	Tutkimuksen tulokset	27
5	Tulosten tarkastelu	29
5.1	Haastateltavilta kerätyt taustatiedot	29
5.2	Vastuuhoitajamalli asiakasvastaavan näkökulmasta	29
5.2.1	Vaikuttaminen omaan työhön	30
5.2.2	Vastaanottoajat	30
5.2.3	Potilasmäärät	32
5.2.4	Asiakasvastaavan työn sisältö	33
5.2.5	Vastuuhoitajien kouluttaminen	34
5.2.6	Sähköiset palvelut ja kevyet kontaktit	37
5.2.7	Potilaan tunnistaminen	40
6	Tutkimuksen luotettavuus	42
7	Tutkimuksen eettisyys	43
8	Pohdinta	44
	Lähteet	46
	Liitteet	
	Liite 1. Tutkimuslupahakemus	
	Liite 2. Päätös tutkimuslupahakemuksesta	

Liite 3. Tiedote tutkimukseen osallistuvalla

Liite 4. Suostumus tutkimukseen osallistumisesta

Liite 5. Haastattelurunko

Johdanto

Pitkäaikaissairaudet ovat maailman laajuisesti suurin kuoleman ja toimintakyvyn heikkenemisen syy. Tutkimusten mukaan hoidon tehokkuuden kehittymisestä huolimatta potilaat eivät toistuvasti saa haluamaansa ja tarvitsemaansa hoitoa. Kaksi vuosikymmentä sitten kehitetty Chronic Care Model (CCM) on nykypäivänä laajalti hyväksytty lähestymistapa avoterveydenhuollon hoidon parantamiseen ympäri maailman. Useiden tutkimusten mukaan terveyshyötymallin mukaisesti toteutetut interventiot parantavat potilaan hoitoa. (Coleman – Austin – Brach – Wagner 2009.) Vuonna 2008 Suomessa peruspalveluministeri Paula Risikko julkaisi Toimiva terveyskeskus – toimenpideohjelman. Sosiaali- ja terveysministeriön käynnistämänä ohjelman tarkoitus on tukea ja ohjata perusterveydenhuollon (terveyskeskusten) kehittämistä (Muurinen - Mäntyranta: 4) ja parantaa toiminnan vaikuttavuutta (Toimiva terveyskeskus vahvistaa perusterveydenhuoltoa 2010). Ohjelman keskeisin toimenpide on pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallin kansallinen käyttöönotto. (Toimiva terveyskeskus vahvistaa perusterveydenhuoltoa 2010.) Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) julkaisi vuonna 2008 pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallin (jatkossa terveyshyötymalli). Työryhmän kehittämä terveyshyötymalli on suomalaiseseen palvelujärjestelmään sovellettu versio Chronic Care Modelista. (Muurinen - Mäntyranta 2008: 3.)

Terveyshyötymallissa keskitytään terveyskeskusten suurimpiin potilasryhmiin ja parannetaan pitkäaikaissairauksien hoidon sekä ehkäisevän toiminnan saatavuutta ja laatua. Voimavaroja suunnataan terveyshyödyn tuottamiseen. (Toimiva terveyskeskus vahvistaa perusterveydenhuoltoa 2010.) Vuonna 2012 Sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunta hyväksyi Kaste-ohjelman toimeenpanosuunnitelman (Sosiaali- ja terveysministeriön hankkeet 2012), jolloin terveyshyötymallin käyttöönotto aloitettiin Kaste –hankkeiden kautta (Toimiva terveyskeskus vahvistaa perusterveydenhuoltoa 2010). Terveyshyötymallin käyttöönottoon on liittynyt terveyskeskusten ammatillisen henkilöstön kehittämistä ja erilaisten toimintamallien käyttöönottoa erityisesti moniammatillisessa yhteistyössä. Mallin periaatteena on pitkäaikaissairaiden potilaiden hoidossa painottaa sairauskeskeisen hoidon sijaan kokonaisvaltaista ja suunnitelmallista hoitoa. (Muurinen ym. 2008: 4-5.) Potilaan vastuuhenkilö on tavallisesti kokemusta omaava hoitaja (Muurinen ym. 2008:7).

Valtakunnallinen sote – uudistus ja Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystalouden vilkas kehittämistilanne tekee tutkimuksesta ajankohtaisen. Helsingin sosiaali- ja tervey-

denhuollon toimintaympäristö on ennennäkemättömän muutoksen edessä, missä toimialan järjestämisvastuuta, rakenteita ja rahoitusta muutetaan. (Sosiaali- ja terveystoimen toimintakertomus 2017: 5.) Sosiaali- ja terveystoimen yhtenä tavoitteena on arvioida toimintaa henkilöstökokemuksen näkökulmasta (Sosiaali- ja terveystoimiala Käyttösuunnitelma 2018). Kaupungin sosiaali- ja terveystoimialan THK "paljon palveluja tarvitsevien – prosessi" projektin työryhmä on työstänyt Helsingin terveysasemille toimintamallin, minkä tavoitteena on paljon palveluita tarvitsevien pitkäaikaissairaiden potilaiden terveyden ja hyvinvoinnin lisääminen. Toimintamallin pohjana on terveyshyötymalli ja se on alun perin nimetty vastuuhenkilömalliksi. Vastuuhenkilö on sosiaali- tai terveyshuollon ammattihenkilö, joka vastaa asiakkaan sosiaali- ja terveyspalvelujen koordinoinnista. (Vastuuhenkilömalli toimii Vuosaassa 2016.) Vastuuhenkilömallikokeilu alkoi 2015 Vuosaaren terveysasemalla (Palvelujen uudistaminen jatkuu 2016) ja vuonna 2017 käyttö on laajentunut koko kaupunkiin (Vastuuhenkilömalli toimii Vuosaassa). Vastuuhenkilön rooli on olla tukemassa potilasta ongelmien tunnistamisessa ja hoidossa (Vastuuhenkilömalli toimii Vuosaassa).

1 Tutkimuksen lähtökohdat

1.1 Miksi tarvitaan terveyshyötymallia?

Wagner totesi 1998, että pitkäaikaissairaiden potilaiden monimutkaisten tarpeiden tyydyttäminen on suurin yksittäinen haaste terveydenhuollon organisaatioille (Wagner 1998: 2). Pitkäikäisyyden ja väestön nopean ikääntymisen myötä pitkäaikaissairaita ihmisiä on enemmän ja ihmiset elävät pitkäaikaissairauksiensa kanssa pidempään. Tutkimusten ansiosta pitkäaikaissairauksien, kuten diabeteksen, verenpainetaudin ja sydämen vajaatoiminnan hoito on samaan aikaan tehostunut. (Wagner – Austin – Davis – Hindmarsh - Schaefer - Bonomi 2001: 64.) Huomattava määrä pitkäaikaissairaista potilaista eivät kuitenkaan tutkimusten mukaan tavoita tulosten hyötyjä; he eivät saa vaikuttavaa hoitoa, heillä on huono taudinhallinta ja he ovat tyytymättömiä hoitoonsa (Wagner 1998: 2, Wagner ym. 2001: 64, Koivuniemi ym. 2014: 12-13.) Nykyisiä terveydenhuoltojärjestelmiä ei ole organisoitu tuottamaan tehokkaasti terveyttä. Tärkein tuotos näyttäisi olevan hoito, ei terveys. (Teperi ym. 2009: 15).

Riippumatta sairauden kestosta tai sairastumisen ajankohdasta, sairastumisen syystä tai onko sairauden ensisijainen ilmenemismuoto fyysinen tai psykososiaalinen, kaikki krooniset sairaudet edustavat samanlaisia haasteita sairastuneille ja heidän perheilleen.

Haasteet käsittelevät oireita, vammaisuutta, vaikutuksia tunne-elämään, monimutkaisia lääkitysohjelmia, elämäntapamuutokseen sopeutumisen vaikeuksia ja hyödyllisen lääketieteellisen hoidon tavoitettavuutta. (Wagner ym. 2001: 65.) Pitkäaikaissairaiden potilaiden vaikuttava hoito vaatii uudenlaista käytäntöä, joka on suunniteltu nimenomaan auttamaan potilaita vastaamaan pitkäaikaissairauden haasteisiin. Akuuttihoitoon painottuva kiireinen hoitokulttuuri ja perusterveydenhuollon hoitojärjestelmä on mahdollista suunnitella vastaamaan paremmin pitkäaikaissairaalan potilaan tarpeisiin. (Wagner 1998: 4, Wagner ym. 2001: 65-66.) Uudistamalla palvelumalleja pitkäaikaissairaiden potilaiden tarpeita vastaaviksi, saavutetaan parempi sairauksien hallinta, korkeampi potilastyytyväisyys ja parempi suositusten mukaiseen hoitoon sitoutuminen (Wagner ym. 2001: 68-69).

Yli vuosikymmenen aikana on kertynyt merkittävää kokemusta terveyshyötymallin hyödyistä pitkäaikaissairauksien hoidon parantamisessa. Terveyshyötymallin mukaisesti uudelleen suunnitellut käytännöt parantavat yleensä pitkäaikaissairauksien hoidon laatua laajasti eri maissa. (Coleman ym. 2009.) Laadukas pitkäaikaissairaiden potilaiden hoito on luonteeltaan vahvasti ennaltaehkäisevää hoitoa (Wagner 1998: 3). Terveyshyötymallin tavoitteena on muuttaa pitkäaikaispotilaiden päivittäinen hoito akuuttihoitosta väestöpohjaiseen ennaltaehkäisevään ja suunniteltuun hoitoon (Coleman ym. 2009). Malli on suunniteltu saavuttamaan nämä tavoitteet yhdistämällä tehokas tiimityö ja suunniteltu vuorovaikutus, potilasjärjestöresurssien tukema omahoidon ohjaus, päätöksenteon tuki, potilastietojärjestelmät, muut lääkintälaitteet ja tukeva tietotekniikka. Nämä tekijät on terveyshyötymallissa suunniteltu toimimaan yhdessä vahvistamaan potilaan ja hoitotiimin suhdetta ja parantamaan terveystilannetta. (Coleman ym. 2009).

Tehokas useimpien pitkäaikaissairauksien hallinta edellyttää asianmukaista lääketieteellistä hoitoa sekä pätevää omahoitoa. Suuntaviivat tai ohjeet ovat hyödyllisiä lähtökohtia, mutta ohjeiden käyttöönoton vaikutus on vähäistä, ellei suuntaviivoja sisällytetä käytäntöön koulutuksien, muistutuksien, asiantuntijoiden osallistumisen kautta tai muulla päätöksenteon väliintulolla. (Wagner ym. 2001: 70.) Perusterveydenhuollolla on mahdollisuus parantaa pitkäaikaissairaiden potilaiden hoitoa, jos hoitotiimien roolit ovat selkeästi määritelty, tehtävät jaettu ja tiimi saanut asianmukaisen koulutuksen. Asianmukaisen koulutuksen ja tehokkaan tiimityön avulla perusterveydenhuollossa tehdään mahdolliseksi monimutkaisten pitkäaikaissairauksien hallinta menettämättä kattavan ja jatkuvan perusterveydenhoidon etuja. (Wagner 2000).

Tutkimusten mukaan pitkäaikaissairaahan potilaan hyvinvointiin positiivisesti vaikuttavat toimenpiteet pitävät välttämättömästi sisällään systemaattista panostusta potilaan tietämyksen, taitojen ja sairauden kanssa selviytymisen luottamuksen lisäämiseen (Wagner 1998: 4, Wagner ym. 2001: 67). Wagnerin mukaan menestyksekkäimmissä interventioidissa pitkäaikaissairaiden potilaiden hoidossa ovat olleet mukana hoitajat, joilla on erityistä kokemusta tai koulutusta pitkäaikaissairaiden potilaiden hoidosta. Hoitajat hoitavat potilasta hoitosuosittelujen ja hoitosuunnitelmien mukaisesti, lisäävät kliinistä hoitoa ja potilaan itsetuntemusta ja omahoidon osaamista sekä parantavat hoidon intensiteettiä. Kokeneen hoitajan toimiminen pitkäaikaissairaahan potilaan hoidon koordinaattorina varmistaa hoidon olevan näyttöön perustuvaa, lisää potilastyytyväisyyttä, parantaa potilaan hyvinvointia ja terveyttä sekä edesauttaa kohdentamaan palveluita oikein. (Wagner 2000.) Hoitotiimin on varmistettava, että pitkäaikaissairaalla potilaalla on luottamusta ja taitoja oman tilanteensa hallintaan, tarkoituksenmukaisin hoito parhaaseen mahdolliseen sairauden hallintaan ja komplikaatioiden ehkäisyyn, yhteisesti ymmärretty hoitosuunnitelma sekä tarkka ja jatkuva seuranta (Wagner ym. 2001: 66).

Pitkäaikaissairaahan potilaat ja heidän omaisensa tarvitsevat suunniteltuja ja säännöllisiä vuorovaikutteisia kohtaamisia omahoitajan kanssa, missä keskitytään sairauden pahelemisen ja komplikaatioiden ehkäisyyn (Wagner 1998:2). Tämä laadukas tuloksekas vuorovaikutus sisältää järjestelmällisiä arviointeja, hoidon seuranta, hoitosuosituksiin perehtymistä, asianmukaista ohjaamista ja tukea omahoitoon ja potilaan rooliin oman sairautensa asiantuntijana (Wagner 1998: 2, Wagner ym. 2001: 68). Tuloksekkaan vuorovaikutuksen avulla kerätään ja tarkistetaan sairauden sen hetkistä hallintaa ja suuntaa potilaan näkökulmasta, parantamalla omahoitoa tuetaan potilasta asettamaan tavoitteita ja ratkaisemaan ongelmia, interventioita soveltaen estetään komplikaatioita, tehostetaan hoitoa ja potilaan hyvinvointia sekä varmistetaan jatkuva seuranta. Monipuolinen tuloksekas vuorovaikutus parantaa potilaan hoitoa. (Wagner ym. 2001: 68.) Interventiot vahvistavat potilaan ja omaisten keskeistä roolia tilanteen hallinnassa, auttavat potilaita asettamaan rajoitettuja tavoitteita parantaakseen sairautensa hallintaa, tunnistamaan esteitä tavoitteidensa saavuttamiselle ja kehittää suunnitelma esteiden poistamiseksi. Omahoitajalla on oltava tarvittava asiantuntemus, asianmukaiset potilastiedot, riittävästi aikaa ja resursseja vaikuttavan toiminnan toteuttamiseen. (Wagner ym. 2001:70.) Vuorovaikutusta tukee asianmukaiset tietojärjestelmät ja lääketieteellinen seuranta (Wagner 1998: 3). Vuorovaikutus ei edellytä tapaamista kasvotusten. Sähköinen yhteydenotto tai puhelinsoitto mahdollistavat tiheämmän seurannan, ovat kustannustehokkaita ja parantavat pitkäaikaissairauksien hoidon tuloksia. (Wagner ym. 2001: 73.)

Tehokas pitkäaikaissairauksien hallinta edellyttää palvelujärjestelmää, joka mahdollistaa ja kannustaa tuottavaan vuorovaikutukseen. Jotta vuorovaikutus potilaan kanssa olisi tuottavaa, potilaan tulee olla hoitonsa aktiivinen ja tietoinen osallistuja ja organisaation on varmistettava hoitotiimin asiantuntemus oikeanlaisen hoidon tarjoamiseen. (Wagner ym. 2001: 70.) Potilas on oman arkinsa asiantuntija ja hän määrittää, mitä odottaa elämältään. Hoitoalan ammattilainen on sairauden, hoidon, hoivan ja palvelujen asiantuntija. Potilaan arjessa pärjääminen on oma prosessinsa, mikä tulee nivoa kiinteästi yhteen lääketieteellisiin diagnostiikan, hoitamisen ja kuntouttamisen prosesseihin. Nämä prosessit yhteen sitomalla tuotetaan enemmän terveyshyötyä. (Koivuniemi ym. 2014: 12-13.) Palvelujen saatavuuden varmistaminen parantaa hoidon lopputulosta ja on kustannustehokasta (Wagner 1998: 3).

1.2 Terveyshyötymalli

Wagnerin kehittämä terveyshyötymalli (CCM) on tutkittuun näyttöön perustuva järjestelmällisten muutosten viitekehys, jota käytetään ohjaamaan laadun parantamista. Malli tukeutuu johdonmukaisesti tutkittuun tietoon ja on suunniteltu hyödynnettäväksi monipuolisesti terveydenhuollossa kehitettäessä pitkäaikaissairaalan potilaan hoitoa. Terveyshyötymalli kuvaa terveydenhuoltojärjestelmää osana laajempaa yhteisöä ja hoitotiimiä osana terveyttä edistävää organisaatiota (Wagner ym. 2001: 69.) Terveyshyötymallin perustana on pitkäaikaissairaiden potilaiden hoidon arviointi. Malli on suunniteltu avuksi potilaan terveydentilaa parantavien käytäntöjen kehittämisessä muuttamalla rutiinihoitoa kuuden toisiinsa yhteydessä olevan järjestelmämuutoksen kautta. (Coleman ym. 2009.) Terveyshyötymallin tavoitteena on helpottaa potilaskeskeisen, suunnitelmallisen ja näyttöön perustuvan hoidon saavuttamista pitkäaikaissairaille potilaille, jotka tarvitsevat paljon sosiaali- ja terveyspalveluita. (Coleman ym. 2009, Wagner ym. 2001:71, Muurinen ym. 2008:11.) Tarkoituksena on tuottaa hyvää laatua ja kustannusvaikuttavia tuloksia (Muurinen ym. 2008: 11).

Terveyshyötymalli koostuu kuudesta osa-alueesta. Terveydenhuollon organisaation (1) tärkeänä tehtävänä on osoittaa näkyvää tukea ja edistää pitkäaikaissairauksien hoidon kehittämistä sitoutumalla ja suuntaamalla voimavaroja. Yhteisöresursseihin (2) sisältyy eri toimijat, joiden kanssa tehdään yhteistyötä ja jotka tarjoavat kustannustehokkaasti potilaalle tärkeitä palveluita kuten vertaistukea ja neuvontaa. Tutkimusten mukaan ryhmässä tai yksilöohjauksessa tapahtuva omahoidon ohjaus ja tuki (3), mikä painottaa

potilaan voimaantumista ja omahoidon hallinnan lisäämistä ovat tehokkaita pitkäaikais-sairauksien hoidossa. Korkealaatuinen pitkäaikaissairauksien hoito vaatii tarkoitukseen suunniteltua palveluvalikoimaa (4), mikä pitää sisällään tarkan ja säännöllisen hoidon ja omahoidon hallinnan seurannan sekä hoitosuunnitelman säännöllisen kirjaamisen ja mukauttamisen hoitosuosituksia vastaavaksi. Päätöksenteon tuki (5) on tärkeä ottaa aktiivisesti mukaan potilaan päivittäiseen hoitoon, koska ohjeistuksista tulee tehokkaita vasta, kun ne ovat upotettu potilaan hoitoon. Kliinisten tietojärjestelmien (6) mahdollis-tama potilastietojen ja potilasrekistereiden tarkastelu on parantanut hoitoa merkittävästi. (Wagner 1998: 2-3, Wagner ym. 2001. 74-76, Coleman ym. 2009, Männikkö – Martikka 2017:12.) Mallissa luodaan ja ylläpidetään näiden kuuden näyttöön perustuvan osa-alu-een välisiä suhteita. Jotta voidaan puhua terveyshyötymallista, tulee toiminnan sisältää lähes kaikki tai kaikki kuusi mallin osa-aluetta. (Coleman ym. 2009.)

Malli perustuu ajatukseen, että potilaan hoito on vahvasti omalääkärin ja hoitotiimin koor-dinoimaa (Wagner 1998: 3). Mitä kattavampi interventio, sitä todennäköisemmin se on-nistuu (Wagner ym. 2001: 67). Mallissa keskitytään pitkäkestoista tai jatkuvaa hoitoa ja huolenpitoa tarvitseviin potilaisiin. Näiden hoidossa terveys- ja kustannushyödyt ovat ar-vioiden mukaan suurimmat. erityisesti perusterveydenhuoltoon, mutta se voi koskea myös sosiaalipalveluita, erikoissairaanhoidoa tai muita toimialoja. (Männikkö ym. 2017: 12-13.)



Kuva 1. Terveyshyötymalli Potku hankkeen kuvaamana (www.potkuhanke.fi)

Terveyshyötymalli ei ole erillinen, välittömästi toistettava interventio; se on viitekehys, jonka sisällä jokainen yksittäinen hoito-organisaatio muokkaa muutoksen yleiset ajatukset yksittäisiksi ja tarkoiksi, usein paikallisesti erottuviksi sovelluksiksi. Tämä tarkoittaa sitä, että terveyshyötymallin osa-alueet näyttäytyvät erilaisena käytäntönä yksiköstä ja maasta riippuen. (Coleman ym. 2009.) Mallin on myös tarkoitus olla joustava ja alistuva muutokselle uusien todisteiden ilmaantuessa (Wagner ym. 2001).

1.3 Terveyshyötymalli Suomessa

Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä pärjää kansainvälisissä vertailuissa hyvin (Koivuniemi ym. 2014:13, Teperi ym. 2009: 16). Kansainvälisten mittareiden valossa järjestelmä tuottaa terveyttä melko tehokkaasti ja kansalaiset ovat siihen kokonaisuutena tyytyväisiä (Teperi ym. 2009: 16). Terveyskeskuksissa on kuitenkin päivittäisenä haasteena lääkäripula ja vaikeus saada yhteyttä puhelimitse tai päästä vastaanotolle kohtuullisessa ajassa (Koivuniemi – Holmberg-Marttila – Hirsso - Mattelmäki 2014:17). Valtakunnallisten linjausten mukaan Suomessa pyritään tulevinä vuosina vahvistamaan ja kehittämään

terveyskeskustoimintaa (Muurinen ym. 2011: 4). Uudenlainen terveydenhuolto vaatii uudenlaista ajattelua, osittain uutta kieltä ja käsitteitä, toiminnan uudelleen järjestämistä ja uudenlaista toimintaa (Koivuniemi ym. 2014:13). Terveystenhuollon voimavaroista merkittävä osa kuluu lakisääteisten akuuttien ja hoitotakuun piirissä olevien sairauksien hoitoon. Hoitoa tehdään sairausnäkökulmasta, koska kaikki tulostittarit mittaavat sairauden lisääntymistä tai vähenemistä. Yksi selitys nykyiseen tarjonnan riittämättömyyteen on, että tehokkuuden mittarina on käyntien määrä, ei hoidettu, arjessaan voimaantunut ja sairauksien kanssa pärjäävä ihminen. (Koivuniemi ym. 2014: 14-15.)

Toimiva terveyskeskus – ohjelmassa on nostettu prioriteetiksi keskeisten ongelmien ratkaisu. Ensimmäisenä terveyskeskuksien tulee panostaa terveyshyödyn tuottamiseen terveyshyötymallin avulla. Toiseksi ohjelmassa pidetään tärkeänä asiakaslähtöisiä palvelukokonaisuuksia ja tarpeenmukaisen saatavuuden parantamista sekä potilaan oma-toimisuuden ja osallistumisen kehittämistä. Kolmanneksi prioriteetiksi on nostettu henkilöstön saatavuuden, pysyvyyden ja työhyvinvoinnin varmistaminen sekä ammattihenkilöiden työn ja yhteistyön kehittämisen ja mallien käyttöön oton tukeminen. (Muurinen ym. 2008: 4.) Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemassa terveyshyötymallissa ohjataan terveyshyötyä tukevaan työotteeseen pitkäaikaissairaiden ja paljon palveluita käyttävien hoidossa (Muurinen ym. 2008: 15).

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarve painottuu pienelle osalle väestöstä. Noin 10 prosenttia väestöstä tai palveluja käyttävistä potilaista kerryttää 70–80 prosenttia sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista. Koska pieni osa väestöstä tuottaa suurimman osan kustannuksista, on olennaista järjestää erityisesti näiden asiakkaiden hoito mahdollisimman kustannusvaikuttavasti. (Männikkö – Martikka 2017: 11.)

STM:n työryhmän suomalaiseen palvelujärjestelmään sovelletun terveyshyötymallin käyttöönoton ensimmäinen vaihe aloitettiin Kaste-hankkeiden kautta (Sosiaali- ja terveysministeriön hankkeet 2012). Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) oli STM:n strateginen sosiaali- ja terveystalitiikan ohjausväline. Kaste-ohjelman ensimmäinen ohjelmakausi toteutui vuosina 2008–2011 ja toinen 2012–2015. Toisen ohjelmakauden painopiste oli ongelman ratkaisun sijaan fyysisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin aktiivinen edistäminen ja ongelmien ehkäiseminen. (Nikander - Tuominen-Thuesen 2016: 6.) Laissa ei ole määritelty kansalaisen oikeutta laadukkaaseen ja jatkuvaan pitkäaikaissairaudesta hoitoon (Koivuniemi ym. 2014: 14). Mutta oh-

jelma perustuu sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lakiin (Sosiaali- ja terveysministeriön hankkeet 2012). Lain mukaan ”valtioneuvosto vahvistaa joka neljäs vuosi hallituksen valtiontaloutta koskevien päätösten kanssa yhteensopivan sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman” (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta 3.8.1992/733 5 §.) Kaste-ohjelman tavoitteena on ollut hyvinvointi- ja terveyserojen kaventuminen ja sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden ja palveluiden järjestäminen asiakaslähtöiseksi. Ohjelman yhtenä osana on ollut parantaa riskiryhmien mahdollisuutta osallisuuteen, hyvinvointiin ja terveyteen. (Sosiaali- ja terveysministeriön hankkeet 2012.)

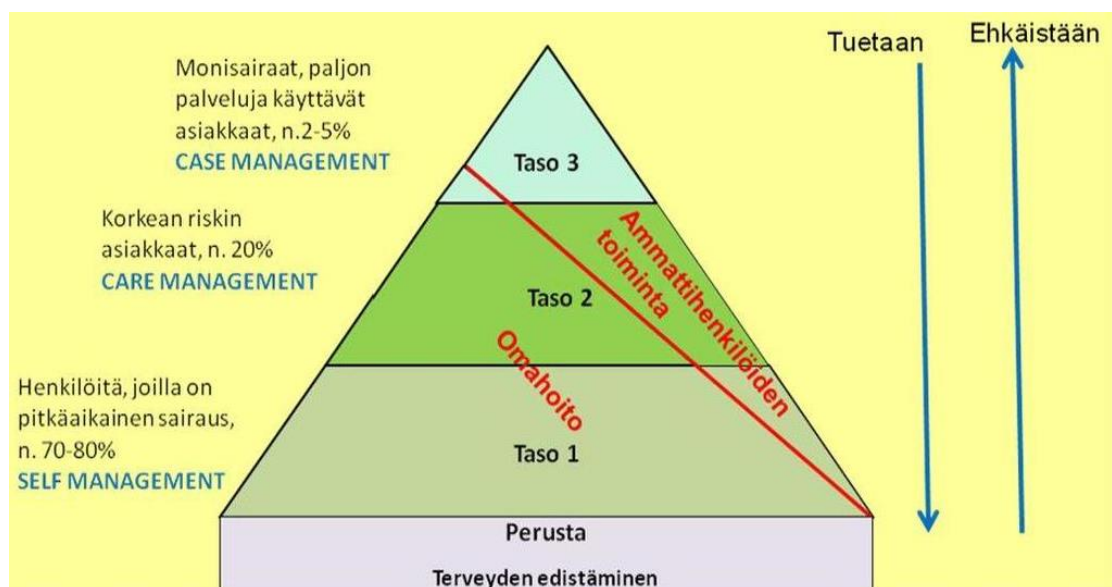
Toimiva terveyskeskus- toimenpideohjelman mukaan terveyshyötymallissa tavoitteet sovitetaan paikallisesti väestön tarpeiden mukaan. Aluksi kohderyhmänä ovat terveyskeskuksen paljon palveluita tarvitsevat tai paljon palveluita käyttävät potilaat (jatkossa paljon palveluita tarvitseva potilas). Jokaiselle paljon palveluita tarvitsevalle potilaalle laaditaan yhdessä potilaan ja hoitotiimin kanssa yksilöllinen hoitosuunnitelma ja potilaan käyttöön annetaan omahoitoa tukevia työkaluja. Toiminnan suunnittelussa, seurannassa ja päätöksenteon tukena hyödynnetään potilastietojärjestelmiä. Tavoitteiden pohjana ovat kansallisesti linjatut pitkäaikaissairauksien hoidon tavoitteet. (Toimiva terveyskeskus vahvistaa perusterveydenhuoltoa 2010.) Pitkäaikaissairauksien hoidon tavoitteita on koottu Duodecimin ylläpitämään Käypä Hoito –suosituksiin. Käypä hoito -suositukset ovat riippumattomia, tutkimusnäyttöön perustuvia kansallisia hoitosuosituksia (Käypä hoito –etusivu). Lääkäriseura Duodecim on Suomen suurin tieteellinen yhdistys, joka osallistuu aktiivisesti terveydenhoitojärjestelmän kehittämiseen muun muassa osallistumalla yhteiskunnalliseen keskusteluun, laatimalla kansallisia Käypä hoito -suosituksia ja julkaisuja (Duodecim).

Suomi on myös sähköisten terveyspalvelujen kansainvälinen esimerkkimaa. 2000-luvun puolivälissä koko julkinen terveydenhuolto käytti sähköistä sairauskertomusta. Nykyiset sähköiset Kanta-palvelut käsittävät muun muassa sähköisen reseptin, Omakanta-palvelun sekä Potilastiedon arkiston. Hyvinvointiteknologia kehittyy jatkuvasti ja uusien toimintamallien käyttöönotto edellyttää, että teknologiaa hyödynnetään hallitusti sosiaali- ja terveydenhuollossa. Seuraava kehittämistyön painopisteen on tiedon keräämisestä ja siirtämisestä siihen, että tietoa hyödynnetään henkilökohtaisessa hyvinvoinnissa, potilas- ja asiakastyössä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisessa ja tutkimuksessa. (Räty – Huovinen – Haatainen 2015: 8.) Suomalaisen terveyshyötymallin peruseriaatteet ovat asiakas- ja yhteisölähtöisyys, hoidon jatkuvuus ja toiminnan vaikuttavuus (Muurinen ym.

2008: 11). Sähköisten palveluiden tulee antaa asiakkaille ja ammattilaisille todellista hyötyä. Hyötyä on esimerkiksi palveluiden sujuvuus, nopeus ja se, että tiedot saadaan asiakkaan palveluprosesseihin. Suomi on terveydenhuollon sähköisten palveluiden kärkimaita. (Hyppönen – Hämäläinen – Reponen 2015.) Terveysyhytymallin toiminnan sisältönä on potilaan omahoidon ja voimaantumisen tukeminen kehittämällä potilaslähtöistä asiakasvastaavamallia (Muurinen ym. 2008:13).

1.4 Asiakasvastaava terveyshyötymallin ytimessä

Kuvassa 2 esiintyvä “case management” viittaa paljon palveluita tarvitsevien potilaan hoidon koordinointiin. Hoidon koordinaattorina toimii asiakasvastaava tai potilasvastaava (Muurinen ym. 2008: 6). Muurisen ym. Raportissa esitetty Suomen palvelujärjestelmään luotu asiakasvastaavamalli on terveystieteiden vastaanottotoiminnan malli, jota voidaan soveltaa eri asiakasryhmille ja eri toimintaympäristöissä. Asiakasvastaava on ammatillisen koulutuksen saanut hoitotyöntekijä, joka vastaa pitkäaikaissairaana potilaan hoidon toteutuksesta, seurannasta ja hoidon koordinoimisesta. Asiakasvastaava-toiminnan peruseriaatteena on asiakas- ja yhteisölähtöisyys, hoidon jatkuvuus ja toiminnan vaikuttavuus. (Muurinen ym. 2008:11.) Terveystieteiden asiakasvastaavan toiminta painottuu pääasiassa omahoitoa tukevaan potilastyöhön (Muurinen ym. 2008: 9).



Kuva 2. Pitkäaikaissairaiden palvelukokonaisuus kuvattuna STM:n julkaisussa “asiakasvastaava-toiminta pitkäaikaissairaiden terveyshyötymallissa” (Muurinen ym. 2008: 8).

STM:n mallissa pitkäaikaissairaat potilaat on jaettu kolmeen tasoryhmään sairauden hoidon vaativuuden mukaan (Kuva 2.). Asiakasvastaava vastaa tason 3 monisairaista tai/ja paljon terveydenhuollon palveluita tarvitsevien potilaiden hoidon toteutuksesta, seurannasta ja koordinoinnista. Tasolla 1 olevat, noin 70-80% pitkäaikaissairaista potilaista, selviytyy omahoidon avulla ja kevyemmällä ammattilaisten tuella ja seurannalla. (Muurinen ym. 2008: 7.) Terveydenhuollon asiantuntijoiden mukaan runsaasti palveluja käyttävät potilaat voidaan jakaa kahteen asiakastyypin: 1) potilaat, joiden palvelujen käytön tarve on todellinen ja jotka hyötyvät palvelusta, esimerkiksi monisairaat. 2) runsaasti palveluja käyttävät potilaat, jotka eivät varsinaisesti hyödy palveluista mutta silti hakeutuvat toistuvasti niiden piiriin. (Männikkö ym. 2017:18.)

Muurisen ym. raportin mukaan asiakasvastaava-toiminta on ensisijaisesti kohdistettu paljon palveluita tarvitseviin potilaisiin, joita on arvioiden mukaan noin 2-5% pitkäaikaissairauksia sairastavista. Näiden potilaiden hoidossa arvioidaan saavutettavan suurimmat terveys- ja kustannushyödyt. Asiakasvastaava-toiminnan vakiinnuttua mallia on mahdollista laajentaa terveyshyötymallin mukaisesti pitkäaikaissairauksia sairastaviin tai niille korkean riskin omaaviin asiakkaisiin. Paikallisesti sovittavat asiakkaiden valintakriteerit riippuvat siitä, mihin haasteisiin missäkin kunnassa halutaan vastata asiakasvastaava-toiminnalla. (Muurinen ym. 2008: 13.)

Asiakasvastaava –mallin päätavoitteina ovat terveyshyödyn tuottaminen, asiakaskeskeisyyden vahvistaminen ja henkilöstön saatavuuden ja pysyvyyden varmistaminen (Muurinen ym. 2008: 12). Terveyskeskuksella palvelujärjestelmän tavoitteena on tuottaa terveyshyötyä väestölle, parantaa monisairaiden ja paljon palveluja tarvitsevien henkilöiden hoidon hallintaa terveyskeskuksessa ja parantaa hoidon jatkuvuutta ja laatua. Asiakkaan näkökulmasta tavoitteena on vahvistaa palvelujen asiakaskeskeisyyttä, paljon palveluja tarvitsevien ja monisairaiden potilaiden varhainen tunnistaminen, vaikuttaa elämäntapavalintoihin, pitää sairauksien hoitotasapaino hyvänä, vahvistaa omahoitoa ja oman elämän hallintaa, lisätä elämänlaatua ja varmistaa palveluketjun toimivuus. Henkilöstön tavoitteena on lisätä terveyskeskuksen houkuttelevuutta työpaikkana, toteuttaa tarkoituksenmukainen työnjako, vahvistaa moniammatillista tiimityötä ja työparityöskentelyä, systematisoida vastaanottotoiminta ja hyödyntää hoitosuosituksia sähköisten työvälineiden avulla, vähentää toiminnan reaktiivisuutta ja lisätä työn hallittavuutta. (Muurinen ym. 2008: 12.)

Asiakasvastaava– toiminnassa on kyse laaja-alaisesta hoitomallista, jossa pyritään huomioimaan koko ihminen erilaisine tarpeineen ja ongelmineen (Muurinen ym. 2008: 14). Paljon palveluita tarvitsevan potilaan vastaanottotoiminnan perusta on tiimi, jossa työskentelee vähintään lääkäri ja asiakasvastaava. Hoitavan lääkärin suostumuksella voidaan paljon palveluita tarvitsevan potilaan hoito ja seuranta siirtää asiakasvastaavana toimivalle vähintään sairaanhoitajan tutkinnon suorittaneelle työntekijälle. Heille vastuu monisairaiden asiakkaiden hoidon seurannasta kuitenkin asettaa tiettyjä ammatillisia pätevyysvaatimuksia. STM:n raportin mukaan parhaimmat edellytykset asiakasvastaavan tehtävän hoitoon on henkilöillä, joilla on vähintään sairaanhoitajan tutkinto ja monipuolinen vähintään viiden vuoden työkokemus, joka on hankittu pääosin perusterveydenhuollossa. Peruskoulutuksen ja työkokemuksen lisäksi STM:n raportissa mainitaan edellytys asiakasvastaavan täydennyskoulutuksesta, jonka laajuus on 30 op. Asiakasvastaavan erityisosaamisen varmistavan koulutuksen toteutustapa ratkaistaan perusterveydenhuollon organisaatioissa paikallisesti osana terveyshyötymallin käyttöönottoa. (Muurinen ym. 2008: 14-15.)

Asiakasvastaavan tehtävä on ensisijaisesti potilaan omahoidon tukeminen ja seuranta. Asiakasvastaava motivoi, ohjaa ja tukee omahoitotaitojen karttumista. Asiakasvastaava seuloo ja kutsuu potilaita vastaanotolle, arvioi hoidon tarpeen ja riskit, järjestää tarvittavat tutkimukset, laatii hoitosuunnitelman yhdessä potilaan, lääkärin ja muiden hoitoon osallistuvien henkilöiden kanssa, määrittelee fyysiset ja psykososiaaliset tarpeet ja voimavarat, asettaa tavoitteet ja määrittelee tarvittavat interventiot. Asiakasvastaavan tehtävänä on sairauksien ehkäisy, riskien minimointi, potilaan tilanteen seuranta ja hoidon toteutus hoitosuunnitelman mukaisesti, hoidon koordinointi ja konsultointi. (Muurinen ym. 2008: 14.)

Paljon palveluita tarvitsevien potilaiden tilaa seurataan jokaisella lääkärin tai asiakasvastaavan vastaanotolla, mutta vähintään kerran vuodessa lääkäri ja asiakasvastaava käyvät läpi asiakasvastaava-toiminnan piirissä olevat potilaat ja sopivat jatkosta. Tavoitteena on potilaiden omahoitovalmiuksien lisääminen ja terveyshyödyn tuottaminen sairauksien hoitotasapainoon pyrkimällä. (Muurinen ym. 2008: 19.) Ihmiskeskeisyydessä otetaan huomioon ihmisen hyvinvoinnin edistäminen laajana kokonaisuutena. Se onnistuu ryhmittelemällä, ohjaamalla ja johtamalla potilaita prosessien ja instituutioiden yli, ottamalla potilas yhteiseksi asiakkaaksi eri toimijoiden kesken. (Koivuniemi ym. 2014: 25-26.) Perusterveydenhuollon potilas- ja väestökeskeinen työote on potilaan, omaisten

ja koko yhteisön rinnalla kulkemista, mikä voi ohjata terveydenhuollon suunnan sairauksien hoitamisesta hyvinvoinnin edistämiseen. Työote tarvitsee osaajia, jotka kykenevät hahmottamaan kokonaistilanteita, hallitsemaan laajoja kokonaisuuksia ja koordinoimaan potilaan kulkua palveluverkossa. (Koivuniemi ym. 2014: 26-27.) Asiakkuusajattelussa menestyksen ratkaisevat osaajat ja heidän ympärilleen muodostetut verkostot, koko terveyttä ylläpitävä ja arjessa pärjäämistä tukeva systeemi (Koivuniemi ym. 2014:29). Uusi teknologia mahdollistaa terveydenhuollon keskittymään jokaiseen potilaaseen yksilöllisesti ja turvallisesti (Koivuniemi ym. 2014:31). Palvelujen johtamisen näkökulmasta onnistuneessa yhtälössä nousee esille tavoite, työnjako, tulos- ja vaikutusmittarit sekä kannustimet. Nämä yhdistetään asiakkuuksien hallintaan eli vuorovaikutussuhteiden ryhmittelyyn, osaamisen kokoamiseen ja kohdistamiseen. (Koivuniemi ym. 2014: 38.) Potilaan arjessa pärjääminen on potilaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten vuorovaikutustilanteiden muodostama kokonaisuus, oppimisprosessi (Koivuniemi ym. 2014: 40). Terveyspalvelujen kehittämisessä on huomionarvoista muistaa, että ennenaikaisen kuolevuuden estämisessä lääketieteellisen hoidon osuus on 10%, sosiaalisten tekijöiden 15%, mutta potilaan omien elintapojen osuus 40% (Koivuniemi ym. 2014: 47). Järjestelmän pitää pystyä vaikuttamaan kansalaisten terveyteen enemmän kuin mitä lääketieteellisellä hoidolla on saavutettavissa. Ei ole varaa jättää huomiotta ja hyödyntämättä ihmisten omaa valintaa ja käyttäytymistä, sitä mikä pääosin tekee ihmiset terveiksi. (Koivuniemi ym. 2014:47.)

Moniammatillinen yhteistyö ja tiimin erilaisen osaamisen hyödyntäminen on toiminnan lähtökohta. Potilaalla on vastuu omasta terveydestään ja elintavoistaan omien edellytystensä mukaisesti. Asiakasvastaava toimii suunnitelmallisesti hänen rinnallaan ja vastaa hoitosuunnitelman mukaisesti hoidon toteutuksesta, seurannasta ja koordinoinnista. Asiakasvastaava-toiminnan perusta on toimiva vuorovaikutus, mutta pitkäjänteisen hoitosuhteen ei kuitenkaan ole tarkoitus tehdä asiakasta riippuvaiseksi vastuutyöntekijästään vaan päinvastoin pyrkiä saattamaan asiakas omahoidon (self-management) (Kuva 2) tasolle, jolloin kiinteää asiakasvastaava-toimintaa ei enää tarvita. (Muurinen ym. 2008: 13-14.) Vaikuttaviin tuloksiin eli arkivaikutuksiin pääsy edellyttää myös potilailta ja palvelujen käyttäjiltä aktiivista vastavuoroisuutta (Koivuniemi ym. 2014:30).

Vastuuhenkilön määrittelystä ja muutoksista vastaa potilaan omalääkäri potilaan tilan ja sairauksien sekä riskien perusteella. Asiakasvastaavalla voi olla vastuu 50–70 potilaan hoidosta tai vähemmän. Potilaiden määrä riippuu tilanteiden vaativuudesta, terveystieteiden henkilöstörakenteesta ja sovitusta eri ammattiryhmien välisestä työnjaosta. Kun

terveyshyötymallin mukaisesti terveyskeskuksessa suunnataan voimavaroja pitkäaikais-sairaalan potilaan suunnitelmalliseen hoitoon, se vaatii huomion kiinnittämistä voimavarojen käyttöön. (Muurinen ym. 2008: 14-15.) Asiakasvastaavalla on huomattavan laaja vastuu kaikkein vaativimpien potilaiden hoidon toteutuksesta ja koordinoinnista sekä työn edellyttämä täydennyskoulutus. Laajan vastuun on syytä näkyä myös palkkauksessa. Asiakasvastaava ansaitsee myös tulospalkkion, mikäli hän onnistuu asiak- kaidensa kanssa tuottamaan mitattavaa terveyshyötyä. (Muurinen ym. 2008:19.)

Terveyshyötymallin toteuttamisella pyritään sekä kustannusten hillitsemiseen, että poti- laan terveydentilan kohenemiseen tai sen heikentymisen estämiseen. Toimijoina mal- lissa ovat potilas ja hänen läheisensä, terveydenhuollon ammattilaiset sekä yhteisö ja yhteistyökumppanit, esimerkiksi potilasjärjestöt. Mallin kuusi elementtiä ovat 1) asiak- kaan aktivointi ja voimaantuminen omahoitoon, 2) johdon sitoutuminen ja voimavarojen suuntaaminen, 3) palveluvalikoima, 4) päätöksenteon tuki, 5) yhteistyö muiden toimijoi- den kanssa ja 6) kliiniset tietojärjestelmät. Mallissa keskitytään pitkäkestoista tai jatkuvaa hoitoa ja huolenpitoa tarvitseviin potilaisiin, koska näiden hoidossa arvioidaan saavutet- tavan suurimmat terveys- ja kustannushyödyt. Mallia on ajateltu sovellettavaksi erityi- sesti perusterveydenhuoltoon. (Männikkö ym. 2017: 13-14.)

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluiden keskittyy pienelle osalle väestöstä. Noin 10 prosenttia väestöstä tai palveluja käyttävistä potilaista aiheuttaa 70–80 prosent- tia sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista. (Männikkö ym. 2017:11.) Muurisen ym. mukaan tämä potilasryhmä on tasolla kolme ja nimetty monisairaksi, paljon palveluita käyttäviksi potilaiksi (Kuva 2) (Muurinen 2008:8).

1.5 Terveyshyötymalli Helsingin sosiaali- ja terveystoimessa

Helsingin kaupunkistrategian mukaan kaupungin perustehtävä on muun muassa järjes- tää asukkailleen laadukkaita palveluja (Maailman toimivin kaupunki – Helsingin kaupun- kistrategia 2017–2021. 2017). Sosiaali- ja terveystoimen tehtävä on pitää huolta, että asukkaille tarjotaan vaikuttavia ja kustannustehokkaita sosiaali- ja terveystoimen palveluja (Sosiaali- ja terveystoimen toimintakertomus 2017). Kaupunkistrategian tavoitteena on palvelujen uudistaminen saavutettavuudesta ja monialaisesta osaamisesta huolehtimi- nen, yhden luukun periaatteen vahvistaminen sekä erilaisten asukasta lähellä olevien työmuotojen kehittäminen (Maailman toimivin kaupunki – Helsingin kaupunkistrategia

2017–2021. 2017). Kehittämistyön edellytyksenä on ollut uudenlainen johtaminen ja toimintakulttuuri sekä kokonaisvaltaisempi asiakastarpeiden tunnistaminen (Palvelujen uudistaminen jatkuu 2016). Uudistumista ja kehittämistä tuetaan vahvistamalla valmentavaa johtamista ja henkilöstön valmiuksia työskennellä monialaisissa ja itseohjautuvissa tiimeissä sekä parantamalla esimiesten ja työyhteisöjen valmiuksia käsitellä yhdessä muutoksia (Sosiaali- ja terveystoimiala Käyttösuunnitelma 2018:14). Toimivat ydinprosessit alkavat potilaan tarpeesta eli asiakastarpeesta ja tuottavat hyvinvointia ja terveyttä. Sosiaali- ja terveystoimen johtoryhmä johtaa palvelujen uudistamista. Virastopäällikkö ja osastopäälliköt toimivat palvelujen uudistamisen ydinryhmänä. (Palvelujen uudistaminen jatkuu 2016.)

Sitran raportin mukaan Suomen terveyspalvelujen muutoksen keskeiset tekijät ovat keskittyminen kokonaisuuksien hallintaan, hoitotuloksilla ohjaukseen, teknologian parempaan hyödyntämiseen sekä potilaan aseman vahvistamiseen. Raportissa nostetaan esiin myös potilaan rooli ja tietämys oman sairautensa parhaana asiantuntijana, terveytensä vaalijana ja palveluiden käyttäjänä. Hoidon tulokset riippuvat paljolti niistä päätöksistä, joita suomalaiset itse tekevät omista elintavoistaan. Informaatioteknologian käyttöä palvelutuotannon uudistamisessa hidastaa terveydenhuollon järjestämisvastuun pirstaleisuus. (Teperi –Porter –Vuorenkoski – Baron 2009: 102-103). Helsingin kaupunki on mukana Apotti -hankkeessa. Apotti on tällä hetkellä tärkein sote -palvelujen uudistamisen ja digitalisaation edistämisen muutoshankkeista Suomessa. Apotissa kehitetään sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja kokonaisuutena ja otetaan ensimmäisenä maailmassa käyttöön koko sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen asiakas- ja potilastietojärjestelmä. (Apotti tulee koko Uudenmaan maakuntaan 2018.) Helsingissä Apotin käyttöönotto alkaa vaiheistetusti 2019-2020 (Apotti -hankkeen päävaiheet ja aikataulus).

Terveyshyöty tarkoittaa hoidon vaikutusta kustannuksiin ja terveyteen. Sähköisten potilastietojärjestelmien on tuettava palvelutuotannon uudistamista ja varmistettava hoitoprosessin tulosten hahmottuminen yhtenä kokonaisuutena. Terveyskeskuspalvelujen saatavuus on viime vuosina huonontunut. (Teperi ym. 2009: 16.) Potilaiden asemaa on viime vuosina vahvistettu. Suomi oli ensimmäisiä maita, jossa säädettiin erillinen laki potilaiden oikeuksista. Sähköiset sairauskertomukset on Suomessa otettu käyttöön kattavammin kuin useimmissa muissa maissa. (Teperi ym. 2009: 84.) Viime vuosikymmenten saavutukset luovat pohjan tuleville uudistuksille. Taloudellisesti kestävästi toteutettujen palvelujen järjestäminen yhtäläisesti kaikille Suomessa asuville säilyy välttämättömänä tavoitteena, mutta se ei yksin riitä. Palvelujen tuottaman terveyshyödyn lisääminen

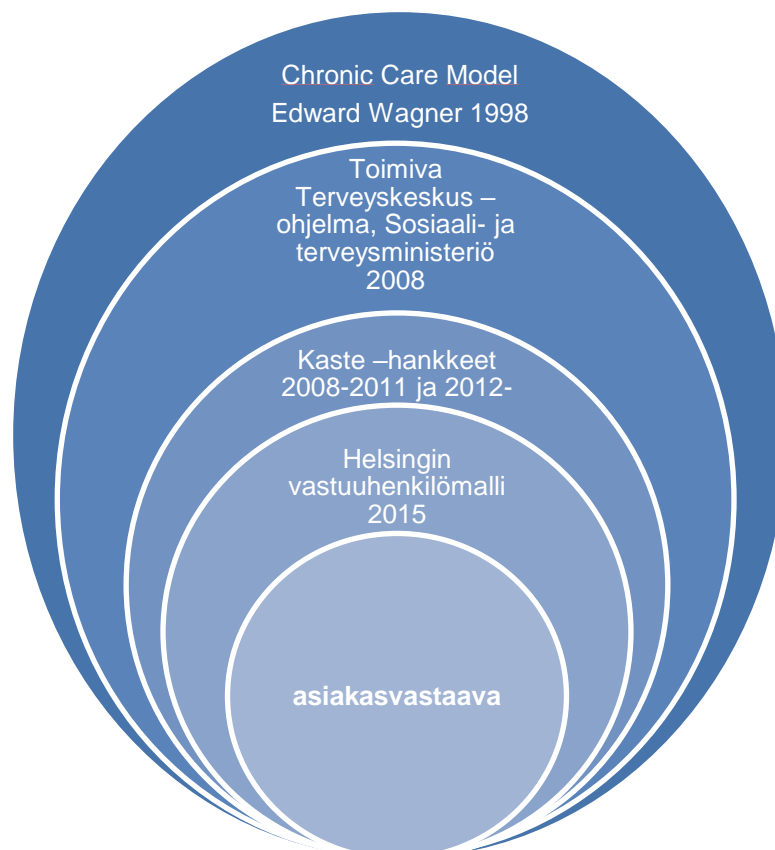
hyödyttää yksittäistä potilasta ja varmistaa sekä taloudellisesti että sosiaalisesti kestävä palvelutuotannon. (Teperi ym. 2009:18.) Potilaan aseman vahvistaminen aktiiviseksi toimijaksi lisää terveydenhuollon tuottamaa arvoa monella tavalla. Sekä ehkäisyyn että pitkäaikaissairauksien hoidon tulokset riippuvat paljolti niistä päätöksistä, joita suomalaiset tekevät omista elintavoistaan. Usein potilas on oman sairautensa hoidon paras asiantuntija. Oikein toteutettuna potilaan valinnan vapauden lisääminen vahvistaa terveydenhuollon kannustimia kehittyä yhä tehokkaammin terveyttä tuottavaksi kokonaisuudeksi. (Teperi ym. 2009:19) Arvo on hoidon vaikutus terveyteen ja kustannuksiin (Teperi ym. 2009: 16).

Käynnissä oleva palvelujen uudistaminen muuttaa toimintatapoja, johtamista ja prosesseja kokonaisvaltaisesti. Palveluiden ytimessä ovat perhekeskukset, terveys- ja hyvinvointikeskukset ja monipuoliset palvelukeskukset. (Palvelujen uudistaminen jatkuu 2016.) Sosiaali- ja terveystoimen käyttösuunnitelmaan on kirjattu käytännön toimet kaupungin strategian toteutumiselle. Toimialan tavoitteena on vakiinnuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon ydinprosessien uudet toimintamallit sekä parantaa asiakaskokemusta ja palvelujen saatavuutta, vaikuttavuutta, tuottavuutta sekä henkilöstökokemusta. (Sosiaali- ja terveystoimiala Käyttösuunnitelma 2018: 3-4.) Asiakasjaottelun pohjalta luodut palvelujen ydinprosessit ovat asiakkaaksi tulon prosessi (ATP), satunnaisesti palveluja tarvitsevan prosessi (STP), paljon palveluja tarvitsevan prosessi (PPT) sekä riskiryhmien etsiminen ja tunnistaminen (RET) (Palvelujen uudistaminen jatkuu 2016, Sosiaali- ja terveystoimiala Käyttösuunnitelma 2018: 4). Potilaiden jaottelu palvelutarpeen perusteella mahdollistaa paremmin oikein kohdennetun palvelun (Palvelujen uudistaminen jatkuu 2016).

Sosiaali- ja terveystoimessa on käytössä terveys- ja hyvinvointi-indikaattorit, joita keräämällä saadaan aiempaa kattavampi käsitys potilaiden ja asiakkaiden terveydestä, hyvinvoinnista ja niiden muutoksista. Terveysindikaattoreita ovat muun muassa painoindeksi, tupakointi sekä alkoholinkäytön riskitesti ja hyvinvointi-indikaattoreita ovat tieto koulutuksen ulkopuolelle jäämisestä, pitkäaikaistyöttömyydestä ja työmarkkinatuen saannista sekä täydentävän ja ehkäisevän toimeentulotuen päätöksestä. Kerättyä tietoa hyödynnetään myös terveys- ja hyvinvointiriskien etsimiseen, tarvittavien ennaltaehkäisevien sekä hoidollisten ja korjaavien toimenpiteiden suuntaamiseen. (Sosiaali- ja terveystoimen toimintakertomus 2017.) Indikaattoreilla seurataan toiminnan vaikuttavuutta (Sosiaali- ja terveystoimiala Käyttösuunnitelma 2018: 7). Riittävä kirjaamiskattavuus on edellytyksenä tiedon luotettavuudelle (Sosiaali- ja terveystoimen toimintakertomus

2017). Sosiaali- ja terveystoimessa on kiinnitetty erityistä huomiota niiden asiakkaiden palveluihin, joilla on useita terveys- ja hyvinvointiriskejä tai pitkäaikainen palvelutarve (Sosiaali- ja terveystoimen toimintakertomus 2017).

Terveyskeskuksen huolenpitoasiakkaille tarkoitettu vastuuhenkilömallikokeilu käynnistyi marraskuussa 2015 Vuosaaressa. Laajennettu vastuuhenkilömalli on otettu käyttöön vuoden 2016 aikana koko kaupungissa. (Palvelujen uudistaminen jatkuu 2016.) Myös 2018 käyttöönottosuunnitelman mukaisesti monisairaille, paljon palveluja tarvitseville asiakkaille osoitetaan vastuuhenkilö eli asiakasvastaava, joka koordinoi asiakkaan kokonaishoitoa ja tukee omahoitoa (Sosiaali- ja terveystoimiala Käyttösuunnitelma 2018:5). Helsingin terveystoimilla työskentelevä asiakasvastaava toimii terveys-hyötymallista alkavan viitekehysten ytimessä. Asiakasvastaavan työn sisältö on muokautunut Toimiva Terveyskeskus -ohjelman, Kaste -hankkeiden ja Helsingin sosiaali- ja terveystoimialan vastuuhenkilömallin mukaan (Kuva 3.).



Kuva 3. Havaintokuva asiakasvastaavan toimintaa ohjaavasta viitekehyksestä Helsingin terveystoimilla.

Amerikkalainen Chronic care model kantautui Suomeen nimellä terveyshyötymalli. Helsingin sosiaali- ja terveystoimessa se muokkautui vastuuhenkilömalliksi tai paljon palveluita tarvitsevien (PPT) palveluprosessiksi. PPT –prosessi on yksi kaupungin neljästä ydinprosessista (Palvelujen uudistaminen jatkuu 2016, Sosiaali- ja terveystoimiala Käyttösuunnitelma 2018: 4). Tavoitteena on varmistaa eri palvelujen panos terveys- ja hyvinvointierojen kaventamiseksi ja palvelujen tuottaminen nelimaalitavoitteen mukaisesti (Sosiaali- ja terveystoimen toimintakertomus 2017). Nelimaali on tavoite parantaa yhtäaikaaisesti palvelujen saatavuutta ja asiakaskokemusta, vaikuttavuutta, tuottavuutta sekä henkilöstökokemusta prosesseja uudistamalla (Mäki 2017). Kaikissa sosiaali- ja terveystoimen palveluissa tunnustetaan paljon palveluita tarvitsevia potilaita. Seuraavassa kuvataan terveysasemien PPT-prosessi. Kuusivaiheinen prosessi alkaa asiakkaan tarpeen tunnistamisella (1), minkä jälkeen palvelutarve arvioidaan (2) ja laaditaan suunnitelma (3). Neljäs vaihe on toteutus, missä asiakas saa suunnitelman mukaista hoitoa, tukea, palvelua ja kuntoutusta (4). Suunnitelmaa ja tavoitteita arvioidaan ja tarvittaessa muokataan (5) ja prosessi loppuu asiakkuuden päättymiseen (6). Koko prosessin läpi kulkee riskien tunnistaminen, palveluneuvonta ja ohjaus. (Ojala ym. 2018.) Terveysasemilla toimii yksi tai useampi erillisen paljon palveluita tarvitseva potilaan perehdytyksen saanut terveydenhoitaja tai sairaanhoitaja, joka toimii pääasiassa paljon palveluita tarvitsevien potilaiden kanssa. Tämä niin kutsuttu vastuuhoitaja tai asiakasvastaava voi toimia tarvittaessa potilaiden palvelukokonaisuuden koordinaattorina tehden yhteistyötä muiden sote –toimijoiden kanssa ja osallistumalla PPT –ammattilaisten verkostoon. (Ojala ym.)

2 Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tämä tutkimus on lähtenyt ajatuksesta kuunnella työn asiantuntijoita eli niitä hoitajia, jotka työskentelevät vastuuhoitajamallin ohjeistamana säännöllisesti paljon palveluita tarvitsevien potilaiden parissa. Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen käyttösuunnitelman tavoitteena on palvelujen saatavuuden ja asiakaskokemuksen, vaikuttavuuden ja tuottavuuden lisäksi arvioida toimintaa henkilöstökokemuksen näkökulmasta (Sosiaali- ja terveystoimiala Käyttösuunnitelma 2018).

Tutkimuksen tarkoitus on selvittää terveyshyötymallin tämänhetkistä tilannetta ja mallin hyötyjä ja kehittämishaasteita mallin mukaisesti työskentelevien hoitajien näkökulmasta

Helsingissä. Helsingin terveystieteissä nimetyt sairaan- tai terveydenhoitajat tekevät joko kokonaan tai osittain työtä pelkästään paljon palveluita tarvitsevien potilaiden parissa. Hoitajat ovat saaneet tehtävään suunniteltua koulutusta, mikä on sisältänyt muun muassa palvelumuotoilua, vuorovaikutustaitoja, teoreettisia viitekehyksiä ja verkostoitumista. Terveystieteismallin kehittäminen ja jalkauttaminen on aloitettu Helsingin terveystieteissä 2015, joten kokemuksia on jo kertynyt. Tutkimuksen tavoitteena on kerätä mallin mukaisesti työskentelevien hoitajien kokemuksia terveystieteismallin toimivuudesta Helsingin terveystieteissä ja kehittämishaasteista.

Tutkimus pyrkii vastaamaan kysymyksiin:

1. Millaisia kokemuksia terveystieteismallista on hoitajilla, jotka tekevät mallin mukaisesti potilastyötä? Millaisia hyviä ja huonoja puolia on käytännön työssä tullut esille?
2. Kokevatko mallin mukaisesti potilastyötä tekevät hoitajat terveystieteismallin hyödylliseksi ja toimivaksi toimintamalliksi? Mitä kehitettävää terveystieteismallissa on?

3 Tutkimuksen toteutus

3.1 Osallistujien rekrytointi

Tutkimuksen tekemiseen haettiin käytänteiden mukaisesti lupa Helsingin kaupungilta tutkimuslupahakemuksella (Liite 1.). Haastateltavien rekrytointi aloitettiin huhtikuussa 2019 Helsingin kaupungin tutkimusprotokollan mukaisesti. Oma esimies esitti laaditun tutkimuksen kuvauksen ja haastattelupyynnön sähköpostitse kaikille Helsingin 23 terveysaseman osastonhoitajalle, joita pyydettiin ohjaamaan pyyntö eteenpäin vastuhenkilömallin mukaisesti työskenteleville hoitajille. Haastattelupyyntö esitettiin osastonhoitajille ryhmäviestinä useaan kertaan, mutta haastateltavia ei juurikaan tarjoutunut. Ryhmäviestien jälkeen lähestyin henkilökohtaisesti osastonhoitajia yksitellen sähköpostilla. Lopuksi rekrytoin haastateltavia lähestymällä heitä suoraan sähköpostilla. Tietoja terveysasemien vastuuhoidajista etsin terveysasemien Intranetistä. Haastateltavien rekrytoiminen oli odotettua haastavampaa ja vei suunniteltua pidemmän aikaa. Ensimmäisen ja viimeisen haastattelun välinen aika oli 4kk.

Haastateltavaksi pyrittiin saamaan Helsingin 23:lta terveystieteiskeskuksesta mahdollisimman monipuolisesti koko kaupunkia edustaen terveystieteismallin mukaisesti työskenteleviä

hoitajia. Tavoitteena oli haastatella 6-8 hoitajaa. Yksi haastattelu oli suunniteltu kestäväksi noin 60 minuuttia. Haastattelut nauhoitettiin haastateltavien luvalla.

Tutkimukseen osallistuville lähetettiin sähköpostilla etukäteen tutkimussuunnitelma tutustuttavaksi. Tutkimussuunnitelma sisälsi tietoa tutkimuksesta, suostumuslomakkeen (Liite 4) ja haastattelurungon (Liite 5). Haastateltavien rekrytointi osoittautui odotettua haastavammaksi, koska pyynnot haastatteluun osallistumiseen eivät menneet esimiehiltä eteenpäin. Lopulta tutkimukseen saatiin rekrytoitua 8 vastuuhoitajamallissa työskentelevää hoitajaa.

3.2 Aineisto

Aineisto kerättiin haastattelemalla terveyshyötymallin mukaisesti työskenteleviä hoitajia. Haastattelun avulla oli tarkoitus saada kerättyä tietoa työntekijöiden henkilökohtaisista kokemuksista, tuntemuksista ja ajatuksista sellaisella tasolla, mikä ei muuten mahdollisesti tulisi ilmi. Hirsjärvi ym. (2000: 58) mukaan aineistosta ei voi tehdä yleistyksiä, jos haastateltujen määrä on liian pieni. Tavallisin haastateltujen määrä on nykyisin 15. Mäkelän (1998: 52) mukaan laadullisen aineiston riittävyydelle ei ole samanlaisia mittalukuja kuin kvantitatiiviselle tutkimukselle. Käyttökelpoinen ohje on, ettei aineistoa kannata kerätä liikaa kerralla. Yksi tapa on lopettaa aineiston kerääminen, kun uudet tapaukset eivät enää tuo esille uusia piirteitä. Tätä tapaa kutsutaan kylläntymiseksi. (Mäkelä 1998: 52.) Aineiston keräämiseksi haastateltaviksi valikoiduille on suunniteltu kriteerit, mitkä ovat 1. työskentely hoitovastaava –mallissa tällä hetkellä 2. hoitovastaava –mallissa työskentely vähintään kaksi vuotta 3. työskentely hoitajan roolissa 4. hoitovastaava -koulutukseen osallistuminen. Haastateltavat eivät siis ole satunnaisesti valittuja ja tietyin kriteerein valikoituja. Kriteereiden tarkoituksena oli saada kerättyä syväluotaavaa hyvin perusteltua aineistoa.

Haastattelun esitestaus tehtiin yhdelle vastuuhoitajamallissa työskentelevälle hoitajalle. Esitestauksella selvitettiin haastattelurungon toimivuutta ja haastattelun kestoa. Esitestaus ei johtanut haastattelurungon muutoksiin ja haastattelun pituus pysyi arvioidussa 60 minuutissa. Esitestauksen haastattelu on osa tutkimusaineistoa. Tutkija teki kaikki haastattelut, mitkä nauhoitettiin puhelimen sanelusovelluksella ja tallennettiin. Tutkija litteroi tallennetun aineiston. Litterointi aloitettiin ensimmäisen haastattelun jälkeen, mikä haastattelujen suhteellisen pitkien välein vuoksi osoittautui hyväksi suunnitelmaksi. Litteroinnissa haastattelut kirjoitettiin puhekielellä sanatarkasti, täytesanat mukaan lukien, juuri

kuten haastateltava oli sen sanonut. Tutkimusaineistoksi koostui haastattelujen perusteella 21 707 sanaa.

Aineisto kerättiin yksilöhaastatteluilla. Haastattelun onnistumisen turvaamiseksi tehtiin esihaastattelu taustatiedon keruun ja haastattelurungon valmistumisen jälkeen. Hirsjärvi ym. (2000: 72) mukaan esihaastattelun tarkoitus on testata haastattelurunkoa, aihepiirien järjestystä ja oletettavien kysymysten muotoilua. Esihaastattelu suunniteltiin tehtäväksi yhdelle vastuuhenkilömallissa työskentelevälle ja/tai mallissa muuten mukana olevalle työntekijälle (suunnittelija, esimies). Tavoitteena oli, että haastateltava kommentoi haastattelutilannetta ja esitettyjä kysymyksiä, esihaastattelu tallennettiin. Esihaastattelun jälkeen tehtiin haastattelurunkoon muutamia korjauksia ennen varsinaisia haastatteluja. Esihaastattelun avulla saadaan tietää haastattelun keskimääräinen pituus ja haastattelija harjaantuu rooliinsa (Hirsjärvi ym. 2000: 72-73). Laadullisessa tutkimuksessa aineiston analyysi on aikaa vievä vaihe, miksi tapausten määrään on hyvä kiinnittää huomiota (Mäkelä 1998: 52-53).

3.3 Menetelmä aineiston keräämiseksi

Aineisto suunniteltiin kerättäväksi teemahaastattelulla. Teemahaastattelun ajatuksena on tutkia haastateltavan kokemuksia, ajatuksia, uskomuksia ja tunteita. Haastattelu etenee ennalta määriteltujen teemojen mukaisesti haastattelijan ohjaamana. Teemahaastattelussa otetaan huomioon, että tulkinnot ja vuorovaikutuksessa syntyvät asioille annetut merkitykset ovat keskeisiä. Teemahaastattelussa aihepiiri eli teema on kaikille haastatelluille sama. (Hirsjärvi - Hurme 2000: 48.) Laadullisessa tutkimuksessa on tavallisesti pyrkimyksenä tavoittaa tutkittavien näkemys tutkittavasta ilmiöstä. Tutkittavaa ilmiötä pyritään ymmärtämään suhteessa asiayhteyteen ja tutkittavien tapahtumien erityispiirteisiin. Laadullinen tutkimus on prosessorientoitunutta, missä tutkimuksen eri elementit liittyyvät toisiinsa ja muodostuvat vähitellen tutkimuksen kuluessa. (Aaltola – Valli 2001:68.)

3.4 Aineiston analyysi

Aineistoa voi käsitellä itsenäisinä tuotteina, teksteinä tai puhuntana riippumatta siitä, onko teksti syntynyt tutkijan aloitteesta esimerkiksi haastatteleamalla tai hänestä riippumatta esimerkiksi lehtikirjoituksista. Tutkijan tehtävänä on analysoida ja tulkita aineistonsa tekstimassaa. (Mäkelä 1998:47.) Aineistosta riippumatta on hyvä kiinnittää huomiota aineiston merkittävyyteen ja yhteiskunnalliseen paikkaan, aineiston riittävyteen,

analyysin kattavuuteen sekä analyysin arvioitavuuteen ja toistettavuuteen (Mäkelä 1998: 48). Tutkijan on varauduttava perustelemaan, mikä hänen aineistossaan on analysoimisen arvoista (Mäkelä 1998:48). Hirsjärvi ym. (2000: 135) mukaan teemahaastattelun aineisto on yleensä runsas ja elämänläheinen, mikä tekee aineiston analyysin mielenkiintoiseksi, haastavaksi ja työlääksi. Aineiston käsittely ja analysointi on hyvä aloittaa jo keruu vaiheessa tai mahdollisimman pian sen loputtua (Hirsjärvi ym. 2000:136, Ruusuvuori – Nikander - Hyvärinen 2010. 11). Analyysissä säilytetään aineiston sanallinen muoto osittain täysin alkuperäisessä muodossa. Kerätty aineisto litteroidaan, jolloin aineisto muuntuu helpommin hallittavaan muotoon (Ruusuvuori ym. 2010:13). Litteroitu aineisto luokitellaan, analysoidaan ja tulkitaan. Haastattelija tekee aineistoon tukeutuvia päätelmiä ja tiivistää merkityksiä. Tulokinnan tueksi aineisto järjestetään ja tuodaan esiin sen rakentuminen. (Hirsjärvi ym. 2000: 136-137.). Ruusuvuori ym. (2010:11) mukaan luokittelu, analyysi ja tulkinta liittyvät toisiinsa, vaikka ovatkin erilliset vaiheet. Haastattelua aineistoa purettaessa tarvitaan analyttisiä kysymyksiä, koska aineisto harvoin vastaa suoraan tutkimuskysymykseen. Näiden kysymysten muotoutuminen onnistuu aineiston keruun jälkeen. Laajasta aineistosta on järkevää purkaa tekstiksi vai tutkimusongelman kannalta olennaiset osat. Valintaa tehtäessä sen on oltava perusteltua ja johdonmukaista. (Ruusuvuori ym. 2010: 13-14.) Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa analysoidaan luokittelemalla ja jäsentämällä systemaattisesti ei teema-alueisiin. Teema-alueiden erittely ja jäsenitys asettuvat lopulliseen muotoonsa vähitellen useiden eri analysointivaiheiden jälkeen. Keskeistä on löytää koko aineistoa kannatteleva kokoava teemaan liittyvä kokonaisrakenne. Analysoinnin tavoitteena on löytää keskeiset ydinkategoriat, jotka kuvaavat tutkittavaa kohdetta ja joiden varaan tutkimustulosten analysoinnin voi rakentaa. (Aaltola ym. 2001:78.) Kvalitatiiviselle tutkimukselle tunnusomaista on havaintojen luokittelu eli ryhmittely ennalta määrättyihin kategorioihin. (Mäkelä 1998: 55.) Aineiston luokittelu ei ole varsinaista analyysia. Luokittelussa käydään aineisto läpi järjestelmällisesti tutkimusongelman, keskeisten käsitteiden ja lähtökohtien määrittämällä tavalla. (Ruusuvuori ym. 2010:18.) Analyysissa teemahaastattelua aineisto järjestetään ensin teemoittain. Tämä tapahtuu poimimalla jokaisesta vastauksesta teemaan liittyvä kohta (Aaltola ym. 2001:143). Aineistoa ei tässä vaiheessa juurikaan karsita, vaan se järjestellään uudelleen. Teemoittamisen jälkeen seuraa varsinainen analyysi, missä tutkija esittää tulkintansa aineistosta. Tässä vaiheessa aineistoon kannattaa liittää teoreettisia kytkeitä, ihmettelyitä, ideoita ja pohdintoja. Itse aineisto ei ole vielä mitenkään supistunut. Analyysin tehtävä on tiivistää, järjestää ja jäsentää aineisto niin, ettei mitään oleellista jää pois ja informaatioarvo kasvaa. Tähän päästään teemoittamalla ja tyypittelyllä. Teemoitte-

lussa aineisto ryhmitellään teemoittain ja nostetaan tutkimusongelman kannalta mielenkiintoisia sitaatteja tulkittavaksi. Tyypittelyssä aineistosta sommitellaan yleisempiä tyypejä, jotka kuvaavat vastauksia laajemmin. (Aaltola ym. 2001: 145-146.) Tutkijan on siis poimittava nämä tärkeimmät kohdat aineistostaan. Laadullisessa tutkimuksessa on usein kyse aineiston mielenkiintoisimpien kohtien esiin nostamisesta. Yleensä kannattaa lähteä liikkeelle aineiston parhaimmista kohdista. (Aaltola ym. 2001: 147.)

Laadullisen tutkimuksen analyysissä korostuu systemaattisuuden ja tulkinnan luotettavuuden kriteerit. Luotettavuuden vuoksi tutkimuksessa tuodaan esille mistä aineiston kokonaisuus koostuu ja kuvataan aineiston osat, joille päähavainnot rakentuvat. (Ruusu-vuori ym. 2010:27.) Aseteltaessa analysoitavaa aineistoa luokkiin, aineisto elää ja jäsenyyt selkeämmin (Ruusu-vuori ym. 2010:25). Analyysi tulisi voida arvioida eli lukijan tulisi kyetä seuraamaan tutkijan päättelyä ja mahdollisesti hyväksyä tutkijan päätelmät. Analyysi tulisi olla myös toistettavissa eli luokittelu- ja tulkintasäännöt esitellään niin yksiselitteisesti, että toinen tutkija niitä soveltamalla päätyy samoihin tuloksiin. (Mäkelä 1998:53.) Analyysin arvioitavuutta ja toistettavuutta voi parantaa aineiston luetteloinnilla, tulkinnan pilkkomisella vaiheisiin sekä ratkaisusääntöjen ja tulkintasääntöjen nimenomainen määrittely (Mäkelä 1998:57.) Analyysin välineiden löytämiseksi tutkijan on käytävä avointa vuoropuhelua aineiston kanssa. Ulkopuolelta tuodut analyysikehikot eivät välttämättä sovi kukaan käsiteltävään aineistoon. (Mäkelä 1998:102). Analysoinnissa jäsennetään aineistosta käsin ne teemat, jotka ovat tutkittavan ilmiön kannalta tulkittavissa merkitykselliseksi. (Aaltola – Valli 2001:68.) Analyysin seuraavassa vaiheessa aineistosta kirjoitetaan auki työstettyjen omien analyysien parhaat palat, kirjoitetaan omin sanoin tulkinnat siitä, mitä aineistossa on. Tällöin yhdistetään aineistoesimerkit ja tutkijan ajattelu. (Aaltola ym. 2001: 148.) Lopuksi analyysi ja tulkinta kytketään teorioihin ja aikaisempiin tutkimuksiin. (Aaltola ym. 2001:151).

Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Hirsjärven ym. mukaisesti literoitu aineisto luokiteltiin ja analysoitiin. Pyrittiin tekemään aineistoon tukeutuvia päätelmiä ja tiivistää merkityksiä. Tulkinnan tueksi aineisto järjestettiin ja ollaan tuotu esille sen rakentuminen. Taulukossa esimerkki aineiston rakentumisesta (Taulukko 1) (Hirsjärvi ym. 2000: 136-137.)

ALKUPERÄISILMAUS	PELKISTETTY ILMAUS	ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA
"Jos on jotku arvot. On se sitte kolesteroli, paino, tupakointi jotain tämmöstä pielessä ni pyydettais käymään."	kolesteroli, paino, tupakointi, jotain pielessä	Elintavat	Potilaan tunnistaminen
asiakkaat jotka käyttää paljon eri palveluita ja tarvii tota tukea ihan tämmösis jokapäiväsissä asioissa. Siihen oli joku hieno sanajuttu.. Tarvii tukea niinku elämässä. Tällasia tällasia tota asiakkaita ja ne voi olla sitte siel voi olla monisairaita voi olla et on vaan niinku miten mä nyt sit kuvaan. Tarvitsevat tukea elämän hallinnassa ja oman sairauden tai tota tän ihan tarvii niinku enemmän tukea kun se että joku tulee terveysasemalle ja sit sil todetaan vaikka diabetes. Se tarvii siihen alkuun tukea enemmän ja ohjausta ja näin. Mut nää tarvii enemmän"	käyttää paljon eri palveluita, tarvii tukea elämän hallinnassa, monisairaita, tarvii tukea enemmän	Elämänhallinta	Potilaan tunnistaminen
"No no me pyritään täällä tota nappaa niitä jotka esimerkiksi käy meillä usein eri syistä tai joilla on paljon perussirauksia, on riski että niinku ne saattais mennä epätasapainoon tai on jo epätasapainossa ni me pyritään sitte jo niinku ennakkoivasti ottaa koppii heistä."	käy meillä usein, on paljon perussairauksia, on riski, että menee epätasapainoon, on epätasapainossa	Perussairaudet, paljon käyntejä	Potilaan tunnistaminen
"kahdeksan käyntiä tai todennäköisesti on tulossa kahdeksan käyntiä ja sitten sit se yhteistyöasiakas on just nimenomaan on niit riskejä siihen että tippuis huolenpitoasiakkaaksi jossain vaiheessa."	kahdeksan käyntiä, on tulossa kahdeksan käyntiä, on riskejä	Paljon käyntejä, elintavat	Potilaan tunnistaminen
"No esimerkiksi just ne perussairaudet, jotka on jollain ta-	perussairaudet	Perussairaudet	Potilaan tunnistaminen

solla ehkä huonossa tasapainossa mut niitten ei välttämättä tarvii olla huonossa tasapainossa vielä. Niinku mut et me kiinnitetään huomiota siihen jo siinä vaiheessa ettei niist tulis sit sitä huolenpitoasiakasta.”			
”No se että ne tulee ne käynnit käynnit täyteen ja ja sitten on on niitä monia palveluita et et käyttää päidepuolta psykiatrian puolta ja meiän puolta et et jos esimerkiksi meillä on vähän käyntejä mut sit asiakkuus on psykiatriassa ja ni se voi olla se sitte se niinku tavallaan se yhteyshenkilö tai se miks sä sitä kutsuitkaan? Nii tota se voi olla siellä psykiatrian puolella ja mä oon täällä vaan taustalla et sitten ku tulee niinku asiaa et et mitä pitää niinku terveysaseman kautta hoitaa ni sit sieltä otetaan muhun yhteyttä ja mä hoidan hoidan ja se on tosiaan se et että monien eripalveluiden käyttö käyttö on tosiaan sitte se yks kriteeri ja sitte täytyy kattoa että että sitoutuuko se asiakas siihen ja onko hänellä niinku et esimerkiksi tässä on yhtenä kriteerinä se että tai päämääränä että saisi ne käynnit vähenemään vähenemään ja tota elämäntilanne niinku paranis ni yks mikä on että siinä vaikutt.”	käynnit täyteen, käyttää monia palveluita	Paljon käyntejä	Potilaan tunnistaminen
”Joo tunnistamisvaihe puhelimessa niin että jos tulee huoli siitä tai tunne että tämä tarvii enemmän kopin ottoa kuin ihan tavallinen elikkä sillä on useita	tulee huoli, useita käyntejä, useita yhteydenottoja		Potilaan tunnistaminen

käyntejä esimerkiksi useita yhteydenottoja vaikka sähköisesti ne voi olla ihan tämmösiä usein sairasloman tarvetta, usein epävarmuutta siitä et on pieni haava pitääkö sitä hoitaa ja mitä tahansa tulee tämmönen vaikka jostain nuorestakin että on vähän hukassa et ne käynnit on tavallaan se syntyy semmoinen huoli siitä että tää tarvis nyt enemmän semmosta jotain omaa hoitajaa joka tukis vähän enemmän."			
--	--	--	--

Taulukko 1. Esimerkki aineiston rakentumisesta.

Analyysiä ohjasi tutkimuskysymykset, vaikkakin aineiston analyysi lähti ensisijaisesti haastateltavien tuottamasta sisällöstä. Pitkäaikaissairaiden terveyshyötymallin toteuttamisella pyritään sekä kustannusten hillitsemiseen, että asiakkaan terveydentilan kohe-
nemiseen tai sen heikentymisen estämiseen. Mallissa toimijoina ovat potilas ja hänen läheisensä, terveydenhuollon ammattilaiset sekä yhteisö ja yhteistyökumppanit, esimerkiksi potilasjärjestöt. (Männikkö 2017:13-14.)

Kokemukset vastuuhoitajamallista ja sen toimivuudesta perustuu vahvasti siihen, miten mallin tuoma toiminnanmuutos on saatu juurrutettua käytäntöön. Haastateltavia pyydettiin kuvailemaan asiakasvastaavamallia, niin kuin se on omaan yksikköön muotoutunut. Analyysissä kuvailuista haettiin toistuvasti esiin nousevia asioita ja tarkasteltiin myös, miten terveyshyötymallin kuusi osa-aluetta nousevat esiin keskustelussa. Jotta voidaan puhua terveyshyötymallista, tulee toiminnan sisältää lähes kaikki tai kaikki kuusi mallin osa-aluetta. Terveystyötymallin osa-alueet näyttäytyvät erilaisena käytäntönä yksiköstä ja maasta riippuen. (Coleman ym. 2009.)

Laadullisessa tutkimuksessa tarkastelu voi näkemyksen syventyessä kohdentua uusiin mielenkiintoisiin kohteisiin. (Aaltola ym. 2001:71.) Tutkijan tehtävänä on löytää ne keskeiset käsitteet, joiden valossa aineistokokonaisuutta voidaan tarkastella (Aaltola ym. 2001:78-79.)

4 Tutkimuksen tulokset

Haastattelujen perusteella tehdyn sisältöanalyysin mukaan tutkimustulokset ryhmittäytyivät seitsemään osa-alueeseen, mitkä ovat vaikuttamisen mahdollisuudet omaan työhön, asiakasvastaavan työn sisältö, potilasmäärät, vastaanottoajat, sähköiset palvelut, potilaan tunnistaminen ja koulutus. Nämä osa-alueet nostettiin, koska ne esiintyivät jokaisessa haastattelussa. Haastatteluissa tuotiin esille myös muita asiakasvastaavan työhön liittyviä asioita, kuten riittämättömyyden tunne, organisaatorajojen ylittävä yhteistyö, oman työyhteisön vaikutus, lääkärin kanssa tehtäväyhteistyö, paljon palveluita tarvitsevien potilaiden haasteellisuus ja terveys- ja hoitosuunnitelmat. Valtiontalouden tarkastusviraston kertomuksessa potilaat toivat esille, että hoidon onnistumiseen vaikuttaa merkittävästi henkilöstön vaihtuvuus. Asioiden jatkuva kertaaminen ja alusta aloittaminen koettiin turhauttavana ja epämiellyttävänä. Potilaalle nimetty omalääkäri ja omahoitaja ovat tärkeitä hoidon onnistumisen kannalta. Paljon palveluja käyttävän asiakkaan näkökulmasta omahoitajan ja omalääkärin saatavuus ovat erittäin tärkeitä kehittämiskohteita. Avosairaanhoidon vastaanotolla työskentelevien hoitajien ystävällinen ja ammattitaitoinen suhtautuminen potilaaseen vaikutti positiivisesti kokemukseen ja suurin osa potilaista koki saaneensa apua hoitajan vastaanotolta. (Männikkö 2017: 30.)

Haastatellut hoitajat olivat työhönsä sitoutuneita ja paneutuneita. Heillä oli ainakin jonkin verran tietoa vastuuhenkilömallin teoriasta. Tieto oli pääasiallisesti saatu kokouksissa, sähköpostilla tulleissa tiedotteissa ja vastuuhoitajamallissa työskenteleviltä kollegoilta. Helsingin terveysasemien vastuuhenkilömalli näyttäisi olevan vaiheessa, missä potilaan tunnistamiseen on panostettu paljon. Potilaan tunnistaminen tuli jokaisessa haastattelussa esille ja tunnistamisen kriteereistä osattiin kertoa hyvin. Terveysasemilla paljon palveluita käyttävät potilaat on pyritty tilastoimaan potilastietojärjestelmän avulla ja tässä näkyi terveysasemakohtaisia eroja. Osalla terveysasemista paljon palveluja käyttäväksi potilaaksi on tilastoitu myös tason 2 potilaita, kun osalla on pysytty tiukasti tason 3 potilaissa (kuva1). STM:n raportin mukaan asiakasvastaavat vastaavat tason 3 monisairaista, paljon terveydenhuollon palveluita tarvitsevien potilaiden hoidon toteutuksesta, seurannasta ja koordinoinnista (Muurinen ym. 2008:7). Asiakasvastaavatoiminta tulee kohdistaa ensisijaisesti monisairaisiin, paljon palveluja käyttäviin potilaisiin, joita on noin 2-5% pitkäaikaisia sairauksia sairastavista henkilöistä (Muurinen ym. 2008: 13). Terveystyömallin mukaisesti tulisi keskittyä nimenomaan tason 3 pitkäkestoista tai jatkuvaa hoitoa ja huolenpitoa tarvitseviin potilaisiin, koska näiden hoidossa arvioidaan saavutettavan suurimmat terveys- ja kustannushyödyt (Männikkö ym 2017:12).

Hoitajat kokivat asiakasvastaavan työskentelyn antoisana ja kokivat ammattitaitonsa riittäväksi. Huolta aiheutti oma jaksaminen, ajan ja resurssien puute sekä työtehtävien pirstaleisuus. Osalle hoitajista oli esimiehen taholta osoitettu myös vastuuhoitajamalliin kuulumattomia työtehtäviä, mikä vähensi työaikaa paljon palveluita käyttävien potilaiden hoidosta. Pääsääntöisesti vastuuhoitajamalliin suhtauduttiin positiivisesti ja mallin toimivuuteen luotettiin. Osittain mallin tavoitteet olivat epäselviä ja toivottiin mallin kehittämistä käytännön tasolla.

Haastattelujen perusteella Helsingin terveysasemat ovat eriarvoisessa tilanteessa vastaanottoaikojen pituuden ja riittävyyden sekä potilasmäärien suhteen. Eriarvoisuutta lisää myös oman työn rytmin ja sisällön vaikuttamisen mahdollisuudet sekä asiakasvastaavan työnkuvan laajuus. Tämän haastattelututkimuksen pienessä otoksessa tuli esille, että pienillä tai keskisuurilla terveysasemilla asiakasvastaavan työmäärä ei ollut yhtä kuormittavaa eikä potilaita ollut määrällisesti yhtä paljon kuin suurilla terveysasemilla. Pienillä terveysasemilla asiakasvastaava oli omassa roolissaan yksin, mikä teki toimintamallista hyvin haavoittuvan. Usein terveysasemilla ei ollut varasuunnitelmaa asiakasvastaavan poissaoloille.

Helsingin terveysasemien vastuuhenkilömallissa työskentelevillä hoitajilla tuntuu olevan motivaatiota ja intoa tehdä ja kehittää paljon palveluita käyttävien potilaiden hoitomallia. He ovat työhönsä sitoutuneita, arvioivat omaa osaamistaan ja haluavat syventää omaa asiantuntijuuttaan. Heillä on tietoa, taitoa ja kokemusta, mitä voisi mahdollisesti käyttää nykyistä paremmin hyödyksi toiminnan suunnittelussa ja kehittämisessä.

Jotta vastuuhenkilömalli tuottaa haluttua terveyshyötyä ja kustannusvaikuttavuutta, pitää mallin juurruttamiseen ja kehittämiseen panostaa edelleen. On huolehdittava hoitajien kouluttamisesta, haastavan työn riittävästä tukemisesta, moniammatillisen yhteistyön ja verkostoitumisen mahdollistamisesta ja jatkuvaa keskustelua työyhteisöissä mallin hyödyistä, sen hetkisestä tilanteesta ja koko työyhteisön panostuksesta. Tutkimuksen luotettavuutta vähentää haastateltavien pieni määrä ja se ettei haastateltavia ollut kaikilta terveysasemilta. On mahdollista, että haastateltavien hoitajien yksiköt eivät kuvaa tasaisesti Helsingin kaikkien terveysasemien terveyshyötymallien toimivuutta tai asiakasvastaavien mielipidettä.

5 Tulosten tarkastelu

5.1 Haastateltavilta kerätyt taustatiedot

Tutkimusta varten haastateltiin kahdeksan (n=8) hoitajaa. Kaikki haastateltavat olivat sukupuoleltaan naisia. Kaikkien haastateltavien hoitajien korkein hoitoalan koulutus oli terveydenhoitaja, kolmella (3) ammattikorkeakoulu ja viidellä (5) opistoaste. Tutkimussuunnitelmassa kriteerinä oli haastatella hoitajia, joilla olisi vähintään kahden vuoden kokemus asiakasvastaavana toimimisesta, mutta tämä ei toteutunut. Kaksi (2) haastateltavista olivat olleet vastuuhoitajina mallin alusta alkaen ja viidellä (5) oli kokemusta asiakasvastaavana toimimisesta vähintään kaksi vuotta ja yksi (1) hoitajista oli toiminut vastuuhoitajina alle kaksi vuotta. Haastateltavat olivat seitsemältä eri terveysasemalta, joista osa oli pieniä, osa keskisuuria ja osa suuria terveysasemia. Haastateltavien anonymiteetin turvaamiseksi terveysasemia ei määritellä tässä tarkemmin.

5.2 Vastuuhoitajamalli asiakasvastaavan näkökulmasta

Suomalaisen väitöstutkimuksen mukaan hoitajat kokevat palkitsemisen ohjaavan omaa työtä ja lisäävän ammatillista tyytyväisyyttä. Palkitsevia palkitsemistapoja ovat sekä aineelliset että aineettomat palkitsemiset. Aineellisia palkitsevia palkitsemistapoja ovat rahallinen palkitseminen, lahjat ja erilaiset henkilöstö- ja muut edut. Aineettomat palkitsemistavat liittyvät työn ja vapaa-ajan tasapainoon, hoitajan työn sisältöön, ammatilliseen kehittymiseen ja sen tukemiseen, tunnustuksen saamiseen sekä tukea antavaan johtamiseen. (Seitovirta 2018: 22.) Haastatteluista nousi esille teemoja, mitkä vaikuttavat työn sisältöön, ammatilliseen kehitykseen, tukeen ja työn ja vapaa-ajan tasapainoon. Seuraavassa on ryhmitelty esille nousseita teemoja asiakasvastaavan työssä Helsingin terveysasemilla.

Mallin kuvailussa nousi poikkeuksetta vahvasti esille asiakasvastaava eli mallia hyödyntävä hoitoalan ammattilainen ja paljon palveluita tarvitsevan potilaan tunnistaminen. Lisäksi haastatteluissa nousi esille koulutus, työnantajan tuki ja sähköiset palvelut. Haastateltavat toivat toistuvasti esille mallin sisältöön kuuluvia asioita, mallin vaikutuksia tai hyötyjä kuvailtiin huomattavasti vähemmän. Työnantajan tuki ja koulutus yhdistettiin yhdeksi pääkategoriaksi, muut nostettiin analyysin perusteella omiksi pääkategorioikseen. Haastattelujen lainaukset on kirjoitettu suoraan haastateltavan puheesta. Lainauksissa on poistettu ainoastaan sanatoistot.

5.2.1 Vaikuttaminen omaan työhön

Haastattelujen mukaan hoitajilla on erilaiset vapaudet oman työn suunnitteluun. Toiset suunnittelevat ja tekevät asiakasvastaavana työtä itsenäisesti ja vapaasti, toisten työssä omia vaikutusmahdollisuuksia työn sisältöön tai aikatauluihin on vähän ja suurin osa asioista on ennalta määrätty. Monet aineettomat palkitsemistavat koetaan aineellisia palkitsemistapoja vaikuttavammaksi. Tällaisia palkitsemistapoja ovat potilastyö, työajan järjestelyt, työympäristö ja työilmapiiri, koulutus, arvostus ja palaute työyhteisöltä, mahdollisuus kehittyä, mahdollisuus vaikuttaa ja osallistua, työn sisältö. (Seitovirta 2018: 30-31.)

”Ei olla hirveesti ite saatu vaikuttaa miten tehään tätä työtä. Työpohjat on tehty ite.”

”No siin on vähän sillä lailla et tota mitään tiettyjä raameja meillä ei oo et pitäs olla vastaanottoja tai jotain tietty x määrä per päivä.”

”Siis niille (paljon palveluita tarvitseville potilaille) on lupa resurssoida sen verran, kun tarvii. Että se on ihan jokainen tekee minkä tarve vaatii.”

”No me saadaan (vaikuttaa) siihen et miten me hoidetaan tää asia (asiakasvastaavatyötä). Niin ne tota. Ni kyllä me niihin voidaan vaikuttaa ja itseasiassa täs on niin rankka ja kova tää asiakas aineisto et tota ei semmost pysty tekemään ihan et sä et saa ite yhtään vaikuttaa. Et ei voi kukaan tulla sanelemaan sulle et miten sä..”

5.2.2 Vastaanottoajat

Potilastyö on aineettomista palkitsemistavoista merkittävin hoitajien työssä. Potilaslähtöinen palvelu on hoitajan osaamisen ydintä. Toiseksi merkittävin aineeton palkitsemistapa on työajan järjestelyt. (Seitovirta 2018: 37-38.) Asiakasvastaavien vastaanottoajat on suunniteltu terveysasemilla eri tavoin. Osa haastateltavista kertoi, että heillä on vapaus toteuttaa vastuuhoitajamallia ja suunnitella työaikansa katsomallaan tavalla. Osa kertoi omien vaikuttamismahdollisuuksien olevan hyvin vähäisiä. Toiset hoitajista kokivat, että aikaa vastaanotoille ja vastuumallin mukaiselle työskentelylle on riittävästi. Toiset taas kokivat, ettei aikaa paljon palveluita tarvitsevien potilaiden kohtaamiseen ja hoitamiseen ole riittävästi. Haasteita aiheuttaa suuret potilasmäärät, monet eri tehtävät työyhteisössä ja ettei asiakasvastaavamallin mukaiseen työhön ole varattu tai suunniteltu

erikseen aikaa. Yhtä mieltä ollaan siitä, että potilaat olisi hyvä tavata alussa vähintään kerran ja ensitapaamiseen tulee varata riittävästi aikaa.

”..yhden kerran olis hyvä ottaa vastaan niin, että sulla on vähintään se tunti aikaa, jotta sä ehdit tutustuu. Sä et ehdi välttämättä tehdä siinä sitä THS:ää, mutta alustavasti ehtisitte edes kuuntelemaan mikä tää asia on kerran ainakin vastaanotolle ja silloin tunti.”

”No keskimäärin sanotaan että ku alotetaan terveys- ja hoitosuunnitelma ni kyl siihen täytyy varata ainakin se tunti.”

” Mistään virallisesta se ei oo tullu, mut se on ihan niinku sellanen oma tuntuma siitä, että se tunti on minimi siinä et päästään.”

Valtiorikostutkimusviraston kertomuksen mukaan paljon palveluja käyttävien potilaiden mielestä vastaanottoaikoja on vaikea saada ja ne ovat liian lyhyitä. Hoitajien ja asiakkaiden mukaan lyhyt vastaanottoaika ei mahdollista kokonaisvaltaista tarpeiden tunnistamista (Männikkö 2017: 30.) Haastatteluissa tuli esille hoitajien huoli ajan riittämättömyydestä tai puutteesta.

”Ei oo olemassa mitään THVO60 tai mitään tämmösiä. On sanottu vaan että sit täytyy ite kattoo se aika, ei oo mitään ohjeita.”

”On sanottu vaan että sit täytyy ite kattoo se aika, ei oo mitään ohjeita.”

”Meil ei oo määritelty mitään paljonko tähän saa käyttää aikaa, kun ei oo mitään aikaa.”

” Ne (potilaat) menee ihan sinne normaaliin putkeen, jos on aikaa, on aikaa.”

”Mitään aikoja ei oo koskaan ollu.. olin ihan hämmästynyt kun kuulin, että nää käyttää jotku puoltoista tuntia aikaa siihen tekemiseen. Ei meillä oo mitään semmosia aikoja edes mahdollista tehdä.”

Sosiaali- ja terveysministeriön raportti ohjeistaa, että asiakasvastaavat työskentelevät paljon palveluita tarvitsevien potilaiden kanssa intensiivisesti 6-15 kk, jonka jälkeen tavoitteena on, että potilaat palaavat takaisin omahoidon piiriin. Tämä edellyttää, että sairaus on paremmin hallinnassa. (Muurinen ym. 2008:7.)

"Millon otan, jos ne on usein täällä sillon se täytyy alkuun ottaa tiheemmin sit voidaan jossain vaiheessa harventaa. Usein käy niin että ne harvenemiset tuppaa jäämään pois et niitä ei muista harventaa et ne jää roikkumaan. Tavotehan olis että ne hoituis ei jäis meille ikuisuuksiks tänne. Eihän se oo tavote koskaan me kuitenkin hoidetaan täällä ei me niinku lisätä niitten käyntejä sillä että me ollaan yhteydessä tai se ei oo tavote vaan se että yritetään tukea omaan niitä hoitoon."

"Mut miten sä tänne enää pyydät ketään käymään kun ei oo työntekijöitä. Siis meil ei vaan oo tällä hetkellä nyt aikaa pyörittää mitään mallia ku koodata niitä tulevaisuutta varten. Ehkä sit jos joskus saadaan enempi porukkaa ni sitte."

5.2.3 Potilasmäärät

10 prosenttia pääkaupunkiseudun asukkaista kerryttää 80 prosenttia sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannuksista (Männikkö ym. 2017: 11). Haastatteluiden perusteella Helsingin terveysasemien paljon palveluita tarvitsevien potilaiden määrä on hyvin vaihteleva. Samoin kuin kuinka suuri potilasmäärä on yhden asiakasvastaavan vastuulla.

"... potilaskontakteja on päivässä 20-50. No vastaanottoja on per päivä 2-6."

"Meille sanottiin et niitä pitäis olla 500 jokaisella. Sanoo oma esimies. Karoliina Ojala (Helsingin terveysasemien asiakasvastaavamallin omistaja) sanoo 350. 350 on ihan varmasti maksimi mitä pystyy tekemään. Ihan varmasti maksimi minkä pystyy hoitamaan. Sitte ku tulee niitä että ollaan niinku saatu kaikki kuntoon mut ne tarvii jatkossaki aina välillä et mä soitan et kuin sä voit kahen kuukauden välein tai jotain tämmöistä. Et sit ku sul tulee jotain. Et sit ku niitä on, ni ok niit voi olla 400. Mut täs tilantees."

"No täl hetkel on niinku 130 jotka on niinku mun huolenpito mitkä mä oon listannu täällä. tällä hetkellä se on ollu ihan ok, ku ei ne 130 oo muhun yhteydessä aina vaan muutama on siis sillee niinku et kuormittaa useamman kerran tai joka päivä esimerkiksi tai näin tai useamman kerran viikossa. Et ne on ne muutamat mut sitte muut on aika hyvin niinku hallinnassa et pystyy sopii etukäteen sen ajan mitä käyttää sit siihen asian hoitoon. Mut et kyl se on viel hallinnas."

"Mä muistaisin että se on potilaita pitäis olla 300 per hoitaja."

”Ei harmainta havaintoa paljonko meillä on PPT (paljon palveluita tarvitsevia) -potilaita.”

”Oisko niitä potilaita terveysasemalla 37 tai 38 nyt.”

5.2.4 Asiakasvastaavan työn sisältö

Asiakasvastaavien työn sisältö on monipuolista. Työajan jakautuminen eri työtehtävien ja asiakasvastaavamallin välillä on jokaisen haastateltavan yksikössä suunniteltu eri tavalla. Osalla koko työaika koostuu asiakasvastaavamallin mukaisesta työstä, osalla työnkuvaan kuuluu kaikki terveydenhoitajan työt terveysasemalla ja osalla on työnkuva suunniteltu erikseen sisältämään tiettyjä tehtäviä asiakasvastaavamallin lisäksi.

”On näitä palveluiden superkäyttäjiä, jotka keksii jokaisesta et ne tarvii akuuttiajan röntgeniä ja kaikkii niin sit on taas ne ja meiän tehtävä on sit tavallaan niinku vähän hallita sitä. Siis saada sinne raamit ja ja semmonen luottamus niihin asiakkaisiin et niiden ei tarviikkaan joka päivä tulla tänne, kun meil on suunnitelma miten edetään ja se kyl oikeesti nää on aika tyytyväisii sitte ku ne saa sen luottamuksen. Ja ne lopettaa sen juoksemisen. Niiden ei tarte mennä päivystykseen viikonloppuna ja jouluna että siit menee se Malmin (päivystyspoliklinikka) kuormittaminenkin sit pois et ku me sovitaan et mä soitan sulle joulun jälkeen. Et mä soitan sulle ennen joulua ja mä soitan joulun jälkeen. Ja ne on kotona, niil on ihan hyvä olla. Et sielt tulee semmonen turva.”

”Poissaoloja ja kaikkii sellasii joutuu sit sijaistamaan. Meillä on ollu koko ajan semmone 30-50% vajuus meiän henkilökunnassa.. Mä teen kaikkee.”

”Esimiehen kans on sovittu, et tiistai päivät teen PPT työtä. Joo paitsi se, että mä aamulla vastailen ihan normaalisti 8-9 puheluihin 10.30-11 puheluihin ja 12-13 vastaan puheluihin. Käytännössä käytän (työaika) enemmän, kun on sovittu.”

” Meille kuuluu tuberkuloosipotilaat hoidetaan heidän lääkitys, kaikki mielenterveyspotilaat kaikkii, joilla tulee jotain säännöllisiä injektioita kuuluu meille eli aika suuri osa väestöstä.”

”Ihan normaalia terveysaseman terveydenhoitajan työtä sisältäen päivystävän hoitajan työt sit tää oma työ täällä, puhelin työn. Ihan ihan kaikkee et tää vaan tuli siihen sit ylimääräsenä.”

”No kyl se lähestulkoon kaikki menee siihen että vastaanotot täyttää kuitenkin neljä tuntii päivästä plus kirjaukset ni siihen ei ihan hirveesti sit niinku jää enää ja sit tietenki suorat vastaanotot tai nää yhteydenotot mitä asiakkaat ottaa. Mut jos aikaa jää ni sit mä purkaan yleensä puhelinta. Mut aika vähän pystyy sitä tehdä.”

”Ni tota mä mietin et esimerkiksi niinku nää mielenterveyshoitajat tai psykiatriset sairaanhoitajat ku heillähän on määrätty niinku vastaanotto- ja konsultaatiomäärä per päivä ni meillä taas ei oo mitään tarkkaa lukuja sanottu ni tota ni meillähän vähän on haastellisia ne päivät sen takia että saattaa olla niinku tota suuri osa päivästä kulua siihen ennakoi-mattomaan et mitä ei pysty ennakoimaan esim. Labratulokset, puhelut, sähköiset yhteydenotot ni saattaa mennä päiviä et sielt ei tuu ku pari hassuu ja sit saattaa lävähtää yhtäkkiä montakymmentä.”

”varmaan kaks päivää viikossa menee ihan pelkästään siihen. Se ei kyl ihan pidä paikkaansa, koska niit on koko aika ja sit on.. Koko aika me tehdään. Aamu seittemästä ilta kuuteen. Ei pysty hoitaa työajalla.”

5.2.5 Vastuuhoitajien kouluttaminen

”Kyllä. Kyllä. Koulutus ja koulutus, mikä se nyt sitten on. Useampia tapaamisia oli mitkä kesti muutaman tunnin kerrallaan. Mut joo. Piirrettiin me kerran tunnekarttoja ja sitten kysyttiin et käytiinkö arvokeskusteluja. Onko käyty arvokeskusteluja työpaikalla. Hei hirmu olennaisia asioita. Ehkä se oli enempiä semmosta meidän niinku henkistä kasvatamista et se ei ollu ehkä sitä mitä mä ehkä odotin.”

Suurin osa vastasi, ettei ole saanut asiakasvastaavamalliin liittyvää tai asiakasvastaavan työtä tukevaa koulutusta asiakasvastaavaksi ryhtyessään. Tehtävään valmistavana koulutuksena pidettiin omaa työkokemusta, terveydenhoitajan peruskoulutusta ja työnantajan työuran aikana tarjoamia hoitotyöhön liittyviä koulutuksia. Asiakasvastaavamallin aloitusvaiheessa osa oli saanut koulutusta, mutta koulutusta ei pidetty kovin merkityksellisenä. Osalla oli käytössä säännölliset verkostotapaamiset, missä jaettiin vastuuhenkilömalliin liittyvää tietoa. ”Kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on huolehdittava siitä, että terveydenhuollon henkilöstö, mukaan lukien sen yksityisen palveluntuottajan palveluksessa oleva henkilöstö, jolta kunta tai kuntayhtymä hankkii palveluja, osallistuu riittävästi terveydenhuollon täydennyskoulutukseen. Täydennyskoulutuksen sisällössä on otettava huomioon henkilöstön peruskoulutuksen pituus, työn vaativuus ja tehtävien sisältö.” (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 5 §.)

”..alko keväällä ja kestää vuoden ja nytte siinä on kaikki nää toimijatahot mukana eli psyk. puoli, päihdepuoli, toi vammaispalvelu, sosiaali ja nyt ymmärtääkseni se on tämmöstä koulutusta.”

”On kerran kuukaudessa tämmöinen verkostoitumisjuttu ja siinä ihan siinä käydään koko tää PPT -toimintamalli läpi.”

”No siis oon mä saanu esimerkiks jotain päihdepassikoulutusta ja tämmöstä mikä tukee tätä mut sit varsinaista mallia ei oo opetettu.”

Haastateltavat kertoivat, että oma työkokemus on valmistanut ja kouluttanut asiakasvastaavaksi, mikä tukee STM:n raporttia asiakasvastaavan kriteereistä. Raportin mukaan parhaimmat edellytykset asiakasvastaavan tehtävän hoitoon on henkilöillä, joilla on vähintään sairaanhoitajan tutkinto ja monipuolinen vähintään viiden vuoden työkokemus, joka on hankittu pääosin perusterveydenhuollossa. (Muurinen ym. 2008: 14-15.)

”En ole mitään saanu, kun meillä sai vaan tää yks.. Muita ei oo koulutettu.”

”Mitään varsinaista koulutusta, ei perehdytystä mihinkään. Et ainoastaan ne mitä on slaideja tullu tämmösiä et miten otetaan haltuun, miten tehdään THS, hoitosuunnitelma ja milloin tehdään lääketieteellinen LTA arvio ja kuka sen tekee.”

Haastatellut hoitajat olivat itse aktiivisesti hankkineet tietoja ja vuosien myötä hakeutuneet erilaisiin työtä tukeviin koulutuksiin. Työkokemus koettiin myös merkittäväksi osaksi työssä selviytymistä. Alueellisesti pidettiin myös säännöllisiä tapaamisia ja kokouksia asiakasvastaavamalliin osallistuvien kesken. Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) raportissa mainitaan peruskoulutuksen ja työkokemuksen lisäksi edellytys asiakasvastaavan täydennyskoulutuksesta, jonka laajuus on 30 op. Asiakasvastaavan erityisosaamisen varmistavan koulutuksen toteutustapa ratkaistaan perusterveydenhuollon organisaatioissa paikallisesti osana terveyshyötymallin käyttöönottoa. (Muurinen ym. 2008: 14-15.) Helsingin terveysasemien haastateltujen hoitajien kertomasta ei tullut esille työnantajan järjestämää 30op. laajuista täydennyskoulutusta. Asiakasvastaavana työskentelevät hoitajat kokivat osaamisensa työhön pääsääntöisesti hyväksi ja toivat esille kokemuksen merkitystä, mikä on Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) raportin yksi edellytys.

"Meil on viikottaiset tiimikokoukset ja koko ajan tavallaan käydään näit asioita läpi omassa tiimissä."

"No me tavataan tällä alueella niinku kerran kahessa kuukaudessa, mut sit meil on isompi kokous mihin tulee osastonhoitajat ja psyk.sairaanhoitajat ja nää sitte ni se on kerran kahessa kuukaudessa."

"No tota kyllä me usein aika jälkijunassa saadaan nää tiedot esimerkiksi just nää kriteerit ni tota kun ne on vaihtunu vähän väliä ni vähän vaikee pysyy siinä ite välillä perässä et mitkä ne on ne viimeimmät."

"Joo onhan niitä kun Helmen kautta tulee ja sitte tota noin niin postissa yleensä niitä saa sitte tuolta sähköpostissa et tässä on nyt näitä kun on PPT vastuuhenkilö (asiakasvas- taava) niin sit ne tulee ne ohjeet sitä kautta et jossain on mahdollisesti ollu kokous missä en oo ollu mukana. Aikaa tämmöseen ei mistään tunnu löytyvän."

Haastatellut asiakasvastaavat kuvailivat työtään terveydenhoitajan perustyöksi. Suo- messa on ainutlaatuinen koulutuspolku terveyden edistämisen ja ennaltaehkäisyn am- mattilaiseksi, mitä vastuuhoitajamallin syntymässa USA:ssa ei ole. Terveydenhoitajaksi opiskelevat saavat jo perusopetuksessa valmiuksia perussairaanhoidon omahoidon tu- kemiseen, elämäntapamuutoksen ohjaamiseen ja potilaan tunnistamiseen. Terveyden- hoitajan opetussuunnitelmassa on esimerkiksi tavoitteena, että opiskelija osaa selittää hoitotyön näkökulmasta hyvän hoitosuhteen lähtökohdat ja ominaispiirteet potilas-hoitaja suhteessa, osaa työskennellä monialaisesti ja hyödyntää eri asiantuntijoiden osaamista asiakassuhteissa, tunnistaa vuorovaikutustilanteeseen vaikuttavia tekijöitä, tietää verk- koneuvonnan ja terveysteknologian merkityksen asiakkaiden itsehoidon keinona tervey- den edistämisessä, tietää sosiaalisen median käytön kansalaisten tiedonvälittäjänä. (Opetussuunnitelma 2019.)

"Vastuuhoitajan (asiakasvastaavan) työ on terveydenhoitajan työtä.. ..hoidetaan potilas alusta loppuun. Otetaan oma asiakas joka me tunnetaan ja jonka kanssa me käydään niitä asioita läpi ja hoidetaan kaikki sen asiat."

"Joo, et se on vaan niinku sen oman kokemuksen kautta tullu."

”Mä oon vaan itse oppinu tässä matkalla ja ja tota en oo mihinkään viralliseen koulutukseen osallistunut.”

”En oo käyny mitään semmosta koulutusta mut meillähän on meillähän on ollu kaksykt vuotta tää vastuuhoitaja (asiakasvastaava) ja tämmönen tiimityöskentely, et ei tää tää ei niinku sinänsä oo meille uutta.”

”..sillä perusteella mä tähä ajauduin et on pitkä kokemus. Kai se koulutus joo.. Riippuu paljon ihmisestä, eihän tää kaikille sovi. Pitää tykätä tästä työstä. Koulutusta ei oo kyl niinku riittävästi et niinku meilläkin se on vaan heitetty et kaikki tekee ja siks se pelottaa.”

Esimiesten, johdon ja organisaation tuki on tärkeä osa terveyshyötymallia. Niiden tärkeänä tehtävänä on luoda puitteet ja tarjota resurssit ammattilaisille. (Männikkö ym. 2017:12.) Myös palkitsemisella on merkitystä hoitajien työmotivaatiolle, työssä jaksamiselle, työssä viihtymiselle, työnantajaan sitoutumiselle sekä hoitajan ammatissa pysymiselle. Palkitseminen ohjaa hoitajan työtä ja lisää ammatillista tyytyväisyyttä. (Seitovirta 2018: 33.) Aineettomista palkitsemistavoista koulutus ja mahdollisuus kehittyä ovat hoitajille merkittäviä ja palkitsevia (Seitovirta 2018: 30-31).

”Tässä mä taas tuon esille tän psykiatrisen sairaanhoitajan ku heillähän on työnohjausta ni tota ku me hoidetaan samoja potilaita ja ihan samallailla niinku ne on henkisesti välillä hyvin haastavia ni tota meil on tota asiakkaina kuolevia ihmisiä joilla on elinaikaa pari kuukautta ni meil ei oo tosiaan mitään työnohjausta eikä oo mitään säännöllistä koulutusta tai mitään tapaamisia.”

”Siis ihan ihan oikeesti niinku että oon kysynytki sitä et onks tarkoitus ajaa meiät loppuun.”

”Joo nii tää mittasuhte on väärä. Eli luultavasti ne jotka tätä suunnittelee niin ne ei ehkä ihan käsitä itä PPT työ on.”

5.2.6 Sähköiset palvelut ja kevyet kontaktit

Kliinisten tietojärjestelmien mahdollistama potilastietojen ja potilasrekistereiden tarkastelu on parantanut hoitoa merkittävästi. (Wagner 1998: 2-3, Wagner ym. 2001. 74-76, Coleman ym. 2009, Männikkö – Martikka 2017:12.) Sähköiset potilaskertomukset ovat

laajasti käytössä terveydenhuollossa. Suurimassa osassa suomalaisista sairaanhoitopiireistä yli 90% potilastiedoista käsitellään sähköisesti. Terveyskeskuslääkäreistä 80% käyttää organisaatioiden välisessä tiedonvaihdoissa sähköisiä välineitä. Lääkäreiden kokemuksen mukaan sähköisissä palveluissa potilasta koskevien tietojen koettiin olevan hankalasti saatavilla, tietojärjestelmistä puuttui tietoja koostavia keskeisiä toiminnallisuksia, yhteenvetonäkymät koettiin huonoiksi ja osasta puuttui päätöksenteon tuki. Lääkärit kokevat tietojärjestelmien vaikutukset hoidon laatuun vähäisiksi. (Hyppönen ym. 2015.)

”Ja sitten niissä niinku vastaanotolla niinku katotaan se tilanne ja koordinoidaan sitten nää asiat ja asiakas saa tehdä sitten sen terveyst- ja hoitosuunnitelman ja sitten ku se on potilas lähtönen ni tota ku hän miten sitten sovitaan ne jatkot et pidetäänkö sähköisesti yhteyttä riippuen tietenki mikä on se tavote hänellä ja mitkä on ne keinot päästä niihin tavoitteisiin ja minkälaista kontaktointia hän toivoo niinku meidän taholta.”

Paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja käyttävät potilaat pitävät erittäin tärkeänä, että viestiin ja soittopyyntöön vastataan nopeasti. (Männikkö 2017: 30.) Suomalaiset kokevat sähköisten palveluiden tarjonnan suppeaksi ja odottavat uusia palveluita. Sähköisten asiointipalveluiden lisäksi tulee kehittää uusia välineitä ennaltaehkäisevään toimintaan ja kansalaisen omaehtoiseen terveydestä ja hyvinvoinnista huolehtimiseen. Sote-tieto hyötykäyttöön strategian tavoitteena on, että potilaiden tuottamaa ja ylläpitämää tietoa hyödynnetään hoidon ja palvelun suunnittelussa ja toteuttamisessa potilaiden sallimassa laajuudessa. (Räty ym. 2015: 10.)

”Tehdään sinne se yhteydenotto, miten otetaan yhteyttä ja kuinka usein. Sinne laitetaan se tavote että tai se suunnitelma niin että siinä on se.. Eliikkä sinne laitetaan sit silleen että vastuuhenkilö on se ja se ja sitte yhteydenotto puhelimitse, sähköisesti, vastaanotolla ja kerran sitte vaikkapa yleensä se on niin että soittokontrolli kerran viikossa, kaks kertaa viikossa, kerran kuukaudessa. Laitetaan sinne tavallaan et mikä on se kontrollitapa tai yhteydenottoatapa.”

”Sähköinen tuki terveyst- ja hoitosuunnitelman tekemiseen Pegasoksessahan on olemassa ihan omat fraasit siihen ja tota et siin on se ongelma, tavote ja keinot. Ja sitte tota se yhteyshenkilö merkitään siihen.”

“Elikkä tota se rakenteinen kirjaaminen on tärkeätä ja sähköinen terveystarkastus.”

Asiakastiedon hyödyntämisellä voidaan parantaa organisaation resurssien suuntaamista ja toiminnan tehostamista. Tiedon hyödyntäminen edellyttää, että on olemassa riittävän laadukasta asiakastietoa, että tieto on saatavissa potilastietojärjestelmistä, että tieto tuodaan näkyväksi hoitohenkilöstölle, että tietoa osataan jalostaa ja että tietoa osataan ja halutaan hyödyntää toiminnan suunnittelussa. (Männikkö 2017:21.) Haastatte- luissa nousi esille, että Helsingin terveysasemilla asiakasvastaavat käyttävät sähköisiä välineitä aktiivisesti päivittäisessä työssään ja hyödyntävät niitä potilaan kanssa käytävissä vuoropuhelussa. Haasteeksi koettiin potilaiden heikot taidot sähköisten palveluiden käyttöön ja tämän hetkisten järjestelmien tarjoamat rajalliset mahdollisuudet sähköisissä palveluissa. Sähköisten palveluiden käyttöä rajoitti myös suuremmat ongelmat hoitoon sitoutumisessa tai omahoidon toteutumisessa. Suuresta osasta erikoissairaanhoidossa käyttöön otetuista tai pyrkivistä sähköisistä kotiseurantalaitteista puuttuu vielä terveyshyötyjen tutkimusnäyttö. Terveysyötyjen pitkäaikaisseurantaa ei juurikaan ole tehty. Etäseuranta vaatii hoitajalta kokemusta, koska etähoitaja joutuu tavallista vähäisemmän informaation perusteella päättämään, ketkä on kutsuttava vastaanotolle. (Heino 2017.)

”Sitte sen jälkeen (ensikäynnin) voidaan katella ja jutella puhelimesta, sähköisesti. Mutta pitää olla tehtynä sitte ku vähän tulee hahmotusta et mihin tästä on.”

”..meitä ei saa millään mulla kiinni ku epäsuoraan koska puhelut menee takaisinsoittoon kaikki numerot on samat, meil ei oo enää omia numeroita. Paitsi se sisäinen henkilökunnalle, potilaille annetaan vaan terveysaseman numero.”

”Et se tietysti oli niinku tavallaan näiden potilaiden kohdalla näiden PPT –potilaiden kohdalla se oli niinku huononnus ettei oo enää niitä omahoitajanumeroita. Et ku he soittaa sitte tähä niinku yhteiseen numeroon.”

”Ei voida edes niinku tarjota sitä mahdollisuutta et nyt ku sä soitat ni soitat vaan tähän mun numeroon. Vaan hehän sit soittaa siihen samaan numeroon mihin vastaa kuka tahansa, et sehän ei niinku oikeen sit tällasten kanssa jotka ei osaa käyttää esimerkiks niinku sähköstä asiointia et sitähan tietysti niinku paljon tota niinku painostetaan et sen kautta sit olisit yhteydessä mut eihän kaikilla oo siihen mahdollisuutta.”

Yksi kansalaisten yleisimmin käyttämistä sähköisiä palveluista on luotettavan terveys- ja palvelutiedon etsintä. Potilaan ja ammattilaisen välistä kommunikointia käytetään vielä vähän, vaikka esimerkiksi laboratoriotulokset ja muut potilastiedot on saatu kattavasti tarjolle Omakannan kautta. Prosentilla kansalaisista on käytössään verkkoyhteys ja sähköisen asioinnin tunnukset tunnistautumista vaativiin palveluihin. Sähköisistä terveyspalveluista hyödyllisimmiksi kansalaiset kokivat Mielenterveystalon ja Omakannan. (Hypönen ym. 2015)

”Ni tota sitten kannustetaan et vaikka niinku alussa saattaa mennä niinku tiivistikkin sitä sähköistä tai puhelimitse kontaktointia heihin päin. aluks se tavallaan lisääntyy se yhteydenotto.”

”..useimmiten minä teen niin että jos asiakkaalla on vaikka kolmen kuukauden tavoite ni tota siinä välissä siinä kolmen kuukauden aikana tosiaan sitä sähköistä asiointia tai puhelimitse ollaan yhteydessä ja sit kolmen kuukauden päästä ni se kontrollipunnitus.”

”Se voi olla että sinne muutetaan että vastaanottokäynneillä vuosikontrollin yhteydessä vaikka, jos on joku niinku mul on näitä diabeetikoita et ei muuta tarvitakaan. Muulloin sähköinen yhteydenotto ja mulla lukee jossakin, että asiakaslähtöisesti viestintä tai siis se sähköinen viestintä.”

”Kaikki ei sitä (sähköistä asiointia) halua. Aikasemmin ne (sähköinen asiointi) avattiin sinne automaattisesti, mutta sitten kävi ilmi, että oli avattu ihmisille joilla ei ole tietokonetta ja oli näkövammaa ja kaikkee mutta, nii me päätettiin ettemme tee niin vaan me kysytään sitä aina asiakkaalta. Ja se avataan, jos asiakas sitä haluaa.”

”Meil täytyy olla aina puhelin auki.”

5.2.7 Potilaan tunnistaminen

Kansallisesti katsottuna paljon palveluita käyttäviä asiakkaita ei vielä tunnisteta, eikä tälle asiakasryhmälle ole vielä yksiselitteistä määritelmää. (Männikkö 2017: 7.) Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollossa potilaan tunnistamisen kehittämistyö on edellyttänyt myös uutta johtamista, toimintakulttuuria ja kokonaisvaltaisempaa potilastarpeiden tunnistamista. Palvelujen tarpeeseen perustuvan tunnistamisen odotetaan mahdollistavan jatkossa entistä paremman ja oikein kohdennetun terveyspalvelun. (Männikkö

ym. 2017:16.) Helsingin terveysasemien haastatellut asiakasvastaavat esittivät huolellisia kuvauksia paljon palveluita tarvitsevan potilaan määritelmästä. Vastuuhoitajamallin kriteerit ovat selvillä, tunnistamiseen oli selkeästi panostettu, vaikkakin paikoitellen tunnistamisen kriteerit olivat melko ympäröityjä.

”Tavoite on että jokainen puhelimesta, jolla tulee huoli tai joka huomaa että hei tää on jotenki jäänyt meillä roikkumaan tää. Tää asia ei etene mihinkään tää tulee aina eteen tämä sama asia vaikka nyt sitte niska-hartiavaiva, pissavaiva mikä tahansa aina on klamydiaepäily tai joku muu tällanen tai sukupuolitauteja on aina on jotain.”

Paljon terveydenhuollon palveluita tarvitsevat on ensin tunnistettava, jotta heille voidaan tarjota terveyshyötymallin mukaista kustannusvaikuttavaa, suunnitelmallista ja yksilöllistä hoitoa. Valtiontalouden tarkastusviraston kertomuksen mukaan terveyskeskuksissa tulisi olla selkeät kriteerit potilaiden tunnistamista varten. Kriteerit ja ohjeistus toimivat myös perusteena tarjota kohdennettua palvelua potilaille, jotka sitä eniten tarvitsevat. (Männikkö ym. 2017:15.) Yleisin tapa valikoida paljon palveluita käyttävät potilaat ovat Valtion tarkastusviraston kertomuksen mukaan hoitajien ja lääkäreiden asiantuntemukseen perustuva arviointi, jossa ei ole selkeitä, yhtenäisiä kriteereitä (Männikkö ym. 2017: 16).

Kriteerien määrittäminen sille, kuka ja millainen on paljon terveydenhuollon palveluita käyttävä potilas, on osoittautunut haasteelliseksi ilmiön monimuotoisuuden vuoksi. Paljon palveluita käyttävät potilaat ovat hyvin heterogeeninen ryhmä, jolla on runsaasti kroonisia somaattisia sairauksia ja psyykkisiä oireita. Asiantuntijoiden mukaan monisairailta ja runsaasti erilaisia palveluja käyttävillä on monimuotoisia tarpeita, joihin perusterveydenhuolto ei nykyään pysty vastaamaan. (Männikkö ym. 2017:18.) Vähän alle puolet terveyskeskuksien johdosta ei pitänyt potilastietojärjestelmiä käyttökelpoisina paljon palveluita käyttävien potilaiden tunnistamisessa ja noin puolen mukaan potilastietojärjestelmät olivat potilaan tunnistamisessa käyttökelpoisia. (Männikkö ym. 2017:15.)

”PPT (paljon palveluita tarvitsevat) potilaat tunnistetaan niin et, jos on jotku arvot. On se sitte kolesteroli, paino, tupakointi jotain tämmöstä pielessä ni pyydettäis käymään.”

”PPT tiimiin kuuluu asiakkaat, jotka käyttää paljon eri palveluita ja tarvii tota tukea ihan tämmösis jokapäiväisissä asioissa. Siihen oli joku hieno sanajuttu.. Tarvii tukea niinku elämässä. Tällasia tota asiakkaita ja ne voi olla sitte siel voi olla monisairaita voi olla et on vaan niinku miten mä nyt sit kuvaan. Tarvitsevat tukea elämän hallinnassa ja oman

*sairauden tai tota tän ihan tarvii niinku enemmän tukea kun se että joku tulee terveys-
asemalle ja sit sil todetaan vaikka diabetes. Se tarvii siihen alkuun tukea enemmän ja
ohjausta ja näin. Mut nää tarvii enemmän.”*

*”Siel ei välttämättä tarvii olla sitä (diagnoosia) mutta sit on niin et niil on et ne käyttää
muita ne on sit tuolla sosiaalipuolella et niil on niinku tämmöstä nimenomaan siinä elä-
mänhallinnassa. On niitä ja siis asiakas joka tarvii enemmän tukea. Siis siel täytyy olla
se et tarvitsee tukea sitä tukea ja ja sit et myös hyötyy siitä. Eli sen pitää tarvita oikeesti
sitä ja niin et se on tarpeellinen se tuki ja sen asiakkaan täytyy hyötyä siitä ja sen lisäksi
sen täytyy siihen sitoutuu.”*

6 Tutkimuksen luotettavuus

Empiirisen mittauksen kohteita voidaan kutsua havaintoyksiköiksi. Havaintoyksikkö määriytyy tutkimusongelman perusteella. (Saaranen-Kauppinen - Puusniekka. 2006.) Haastateltavien valinnassa oli käytetty ennalta määriteltäviä kriteereitä, mitkä olivat työskentely vastuuhenkilömallissa tällä hetkellä, vastuuhenkilömallissa työskentely vähintään kaksi vuotta ja työskentely mallissa hoitajan roolissa. Kriteereiden avulla pyrittiin saamaan syväluotaava kuvaus tämän hetkisestä tilanteesta vastuuhenkilömallissa. Haastateltavat edustavat harkinnanvaraista näytettä (Saaranen-Kauppinen ym. 2006). Haastateltavien valinnan systemaattisen harhan välttämiseksi haastattelupyynnöt lähetettiin sisäpostilla terveysasemien osastonhoitajien kautta osoitettavaksi niille vastuuhenkilömallissa työskenteleville hoitajille, jotka täyttivät yllä mainitut neljä kriteeriä. Systemaattinen harha on esimerkiksi tilanne, missä tutkija on voinut valita tutkimusryhmäksi rajatun joukon, minkä tutkiminen johtaa todennäköisemmin toivottuun lopputulokseen (Helve - Pyörälä - Komulainen – Holopainen – Merenmies 2014).

Tutkimuksen luotettavuutta lisää litteroitujen tekstien analysoimisessa perustellut ja aukikirjoitetut luokittelut ja haastattelun esitestaus. Tutkimuksen luotettavuudessa on syytä ottaa huomioon, miten tutkimuksen luonne ja tutkimusaihe ovat mahdollisesti vaikuttaneet siihen, kuinka tutkimukseen osallistuneet ovat vastanneet. (Saaranen-Kauppinen ym. 2006.) Aineiston luotettavuus riippuu sen laadusta. Laatua parantaa haastattelujen mahdollisimman nopea litterointi. (Hirsjärvi ym. 2004:185.) Huolellisen litteroinnin lisäksi tutkimuksen laatua parantaa haastattelutietojen tarkka kirjaaminen. Kirjatut perustiedot

vaihtelevat tutkimuksittain. Lopullisessa aineistossa haastatteluista poistetaan tunnistetiedot, jos ne eivät ole välttämättömiä. (Ruusuvuori ym. 2010:452.) Tässä tutkimuksessa luotettavuuteen vaikuttaa se, että tutkija oli haastateltavien kollega samasta organisaatiosta ja monelle haastateltavalle entuudestaan tuttu. Tutkijan on oltava tietoinen omasta vaikutuksestaan saatavaan tietoon jo tietojen keruuvaiheessa. Kyse on tutkijan tulkinnoista ja hänen käsitteistöstään, johon haastateltavan käsityksiä yritetään sovittaa. (Hirsjärvi ym. 2004:189.)

Mahdollisuus vaikuttaa haastattelun kautta, kertoa omia kokemuksia ja näkemyksiä sekä tilaisuus tehdä jotain uutta ja erilaista ovat tyypillisiä syitä haastateltavalle lähteä mukaan tutkimukseen. (Ruusuvuori ym. 2010: 446-447.) Haastateltavan kanssa käydään läpi haastattelun alussa luottamuksellisuus, aineiston käyttötarkoitus ja säilyttäminen. Tutkimustarkoitukseen kerättyä aineistoa ei saa käyttää eikä luovuttaa haastateltavia koskevaan päätöksentekoon. Haastateltujen tiedoista ei saa puhua tai kirjoittaa tunnistetietoineen ilman lupaa. Tutkimuskäyttöön kerättyä aineistoa saa käyttää tieteelliseen tutkimukseen. (Ruusuvuori ym. 2010:250.)

7 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimustyön eettiset kysymykset ovat hoitotieteissä tärkeitä, koska tutkitaan inhimillistä toimintaa (Paunonen - Vehviläinen-Julkunen 1997:26). Aineistojen avoimuus on tiedettä keskeisesti määrittelevä piirre, mutta se herättää tutkijoissa usein eettisiä huolenaiheita (Ruusuvuori ym. 2010:446). Tutkimuksen tekemisen eettiset kysymykset koskevat tiedon hankintaa ja tutkittavien suojaa sekä tutkijan vastuuta tulosten soveltamisessa (Paunonen ym. 1997:26). Tutkimusta suunniteltaessa on otettava huomioon Helsingin julistuksen tutkimuseettiset lähtökohdat, joiden mukaan tutkimus ei saa vahingoittaa tutkittavaa, tutkimuksesta saata hyöty on oltava huomattavasti aiheutunutta haittaa suurempi ja tutkimus on osallistujalleen vapaaehtoinen tutkimuksen kaikissa vaiheissa, vastuu on tutkimuksen johtajalla sekä kokeellisen tutkimuksen mahdolliset ongelmat esim. manipulointi (Paunonen ym. 1997:27). Mahdollisuus vaikuttaa haastattelun kautta, kertoa omia kokemuksia ja näkemyksiä sekä tilaisuus tehdä jotain uutta ja erilaista ovat tyypillisiä syitä haastateltavalle lähteä mukaan tutkimukseen. (Ruusuvuori ym. 2010: 446-447.) Haastateltavan kanssa käydään läpi haastattelun alussa luottamuksellisuus, aineiston käyttötarkoitus ja säilyttäminen. Tutkimustarkoitukseen kerättyä aineistoa ei saa

käyttää eikä luovuttaa haastateltavia koskevaan päätöksentekoon. Haastateltujen tiedoista ei saa puhua tai kirjoittaa tunnistetietoineen ilman lupaa. Tutkimuskäyttöön kerättyä aineistoa saa käyttää tieteelliseen tutkimukseen. (Ruusuvuori ym. 2010:250.) Huolellisen litteroinnin lisäksi tutkimuksen laatua parantaa haastattelutietojen tarkka kirjaaminen. Kirjatut perustiedot vaihtelevat tutkimuksittain. Lopullisessa aineistossa haastateluista poistetaan tunnistetiedot, jos ne eivät ole välttämättömiä. (Ruusuvuori ym. 2010:452.)

8 Pohdinta

Siinä missä Chronic Care Model ja Sosiaali- ja terveysministeriön esittelemä terveyshyötymalli ovat viitekehyksiä, Helsingin sosiaali- ja terveystoimialan projektityöryhmän asiakasvastaavamalli on toimintamalli, mikä antaa viitekehykselle kontreettista sisältöä potilaskriteereineen, mittareineen ja hoitopolkuineen. Opinnäytetyön aihe nousi suoraan omasta työstä hoitajana ja mielenkiinnosta aihetta kohtaan. Aihe oli omassa organisaatiossa ajankohtainen ja merkityksellinen kehityskohde. Aihetta on tutkittu paljon maailmalla ja Suomessakin jonkin verran. Halusin päästä tutkimaan aihetta näkökulmasta, missä ollaan kiinnostuneita ruohonjuuritason työntekijöiden kokemuksista ja mielipiteistä ja siksi menetelmäksi valikoitu laadullinen haastattelututkimus.

Haastattelututkimuksen tekeminen omassa työyhteisössä ja omassa organisaatiossa asetti haasteita. Koin haastavaksi, että tunsin haastateltavia ja tunsin heidän työnsä hyvin. Tiesin ongelmat, vaatimukset ja ohjeistukset jo ennen kuin olin heitä haastatellut. Uskoisin, että olisi helpompaa haastatella ihmisiä, joita ei tunne tai joiden työstä ei ole reaaliaikaista omakohtaista kokemusta.

Terveystyötymalli on lähes kahden vuosikymmenen kokemuksella ja kymmenien tutkimusten perusteella kiistatta hyödyllinen ja vaikuttava malli potilastyöhön. Hoitajat pitävät mallia myös hyödyllisenä, mutta kokevat usein työtaakkaansa suureksi ja uuvuttavaksi. Vastuuhenkilömallin mukaisesti työskentelevät hoitajat kohtaavat päivittäin haasteellisia moniongelmaisia potilaita. He kohtaavat mielenterveys- ja päihdeongelmaisia, monisairaita ja jopa kuolemansairaita ihmisiä, joita hoitavat ja tukevat oman kokemuksensa ja osaamisensa mukaisesti. Työn kuormittavuudesta ja uupumuksesta pitää olla mahdollisuus keskustella esimiehen kanssa ja esimiehen tuki kuuluu jo terveyshyötymalliin. Hoitajilla oli jo olemassa toimintamalleja jaksamiseen ja työn hallintaan, kuten työnohjaus,

työn tarkempi rajaaminen, moniammatillisten tiimien kehittäminen ja yhteisöressurssien parempi hyödyntäminen. Kehittäminen ja toimintamallin muutoksen juurruttaminen vaativat kärsivällisyyttä ja aikaa sekä jonkin aikaa myös panostusta ja enemmän resursseja. Toimintamallin muutoksia ja haastavien potilasryhmien hoidon suunnittelua ei tehdä muun työn ohessa.

Lähteet

Aaltola, Juhani – Raine, Valli (toim.) 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittavalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. PS-Kustannus. Jyväskylä.

Apotti tulee koko Uudenmaan maakuntaan. Sosiaali- ja terveystoimiala. Helsinki. Verkkodokumentti. 28.08.2018 <<https://www.hel.fi/sote/fi/esittely/julkaisut/blogit/apotti-180423>> Luettu 16.10.2019

Bodenheimer, Thomas - Wagner, Edward H. - Grumbach, Kevin 2002. Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness. Saatavilla myös sähköisesti. JAMA, Vol 288, No. 14: 1775-1779. <https://edisciplinas.usp.br/plu-ginfile.php/445183/mod_resource/content/1/Improving_Primary_Care_for_Patients_With_Chronic_Illness.pdf>

Coleman, Katie – Austin, Brian T. – Brach, Cindy - Wagner Edward H. 2009. Evidence on The Chronic Care Model in The New Millennium. PMC, US National Library of Medicine. National Institutes of Health. Saatavilla myös sähköisesti. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5091929/>>

Duodecim. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. <https://www.duodecim.fi/>

Heino, Elina. 2017. Etäseuranta terveydenhuollossa voi säästää, mutta terveyshyöty on tutkimatta. 17.11.2017. Verkkojulkaisu. Luettu 6.10.2019 <<https://www.mediuutiset.fi/uutiset/etaseuranta-terveydenhuollossa-voi-saastaa-mutta-terveyshyoty-on-tutkimatta/37664453-2118-320e-95d9-59bb5e0d0637>>

Hyppönen, Hannele – Hämäläinen, Päivi – Reponen, Jarmo 2015. E-health and e-welfare of Finland. Verkkojulkaisu. Julkkari. <<http://www.julkari.fi/handle/10024/129709>> Luettu 20.9.2019

Koivuniemi, Kauko – Holmberg-Marttila, Doris – Hirsso, Päivi - Mattelmäki, Ulla 2014. Terveydenhuollon kompassi. Avain asiakkuuteen. Duodecim. Helsinki.

Käypä hoito. Duodecim. <<http://www.kaypahoito.fi>>

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta 3.8.1992/733 5 §. Voimaantulo: 01.01.1993.

Maailman toimivin kaupunki – Helsingin kaupunkistrategia 2017–2021. Helsingin kaupunki. Verkkodokumentti. Päivitetty 27.9.2017 <<https://www.hel.fi/helsinki/fi/kaupunki-ja-hallinto/strategia-ja-talous/kaupunkistrategia/strategia-ehdotus/>> Luettu 12.11.2018

Muurinen, Seija – Mäntyranta, Taina 2008. Asiakasvastaavatoiminta pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallissa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavilla myös sähköisesti. <https://stm.fi/documents/1271139/1427058/get_file.pdf/2a2a9f1a-8751-42b6-a0f5-ad92ff87e6a2>

Mäkelä, Klaus 1990. Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Gummerus Kirjapaino Oy. Saarijärvi 1998.

Mäki, Tiina 2017. Power Point –esitys. Sosiaali- ja terveystoimiala. Helsingin kaupunki. 31.10.2017. Saatavilla myös sähköisesti. <<https://minedu.fi/documents/1410845/5553330/M%C3%A4ki+Osaamisella+soteen+31.10.2017.pdf>>

Männikkö, Marko – Martikka, Nina 2017. Paljon palveluja tarvitsevat ja käyttävät asiakkaat perusterveydenhuollossa. Tuloksellisuuskertomus. valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 11/2017. Helsinki. Saatavana myös sähköisesti. <<https://www.vtv.fi/app/uploads/2018/05/22105012/paljon-palveluja-tarvitsevat.pdf>>

Nikander, Jussi - Tuominen-Thuesen, Minna 2016. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste 2012–2015). Ulkoinen arviointi – loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki 2016. Saatavilla myös sähköisesti. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74895/Rap%20ja%20mui_2016_16_PDF.pdf>

Ojala, Karoliina - Rosengren, Lars – Puustinen, Raija – Ahlblad-Mäkinen, Nina 2018. Paljon palvelua tarvitsevien tuen käyttöönotto terveysasemilla 2018. Power Point –esitys. Helsingin Kaupunki. 12.11.2018

Opetussuunnitelma 2020 Terveydenhoitaja (AMK) Diakonia ammattikorkeakoulu. Verkkodokumentti <https://www.diak.fi/wp-content/uploads/2019/09/Diak_OPS_2019_Terveysdenhoitaja_2020.pdf> Luettu 12.10.2019

Palen, Ted E. – Prince, David – Shetterly, Susan – Wallace, Kristin B. 2012. Comparing virtual consults to traditional consults using an electronic health record: an observational case-control study. PMC. US National Library of Medicine. National Institutes of Health. Denver, USA. 2012 Jul 8: 12-65. Saatavana myös sähköisesti. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3502437/> Luettu 20.9.2019

Palvelujen uudistaminen jatkuu 2016. Sosiaali- ja terveystoimi. Helsingin Kaupunki. Verkkodokumentti. Päivitetty 27.04.2018 <<https://www.hel.fi/sote/fi/esittely/julkaisut/uutiskirjeet/palvelutuudistuvat>> Luettu 12.11.2018

Räty, Laura – Huovinen, Susanna – Haatainen, Tuula. Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palvelujen tukena. Sote-tieto hyötykäyttöön -strategia 2020. 2015. Sosiaali- ja terveysministeriö. Kuntaliitto. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70321/URN_ISBN_978-952-00-3548-8.pdf>

Seitovirta, Jaana 2019. Sairaanhoitajien palkitseminen erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollossa ja yksityisessä terveydenhuollossa. Hoitotieteen laitos, Terveystieteiden tiedekunta, Itä-Suomen yliopisto. Kuopio. Saatavilla myös sähköisesti.

<http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2944-0/urn_isbn_978-952-61-2944-0.pdf>

Sosiaali- ja terveystoimiala Käyttösuunnitelma 2018. Sosiaali- ja terveystoimiala. Helsingin kaupunki. 19.12.2017. Saatavilla myös sähköisesti. <https://www.hel.fi/static/kanslia/ta2018/Soten_kayttosuunnitelma_2018.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriön hankkeet 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (Kaste) toimeenpanoryhmä. Saatavilla myös sähköisesti. <<https://stm.fi/hanke?id=e0e9214f-7900-4c29-8d01-d76be853822e>>

Sosiaali- ja terveystoimen toimintakertomus 2017. Hyvinvointia, terveyttä ja sosiaalista turvallisuutta helsinkiläisille. Helsinki. Saatavilla myös sähköisesti. <https://www.hel.fi/static/sote/julkaisut/Toimintakertomus_2017.pdf>

Teperi, Juha - Porter, Michael E. - Vuorenkoski, Lauri - Baron, Jennifer F. 2009. The Finnish Health Care System: A Value-Based Perspective. Sitra. Helsinki 2009. Saatavilla myös sähköisesti. <<https://media.sitra.fi/2017/02/28141954/raportti82-2.pdf>>

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326 5 § Verkkodokumentti. <<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L1P5>>

Toimiva terveyskeskus vahvistaa perusterveydenhuoltoa 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2010:4. Saatavilla myös sähköisesti. <<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72730/URN%3ANBN%3Afi-fe201504223471.pdf?sequence=1>>

Vastuuhenkilömalli toimii Vuosaaressa. Helsingin kaupunki. Verkkodokumentti. Päivitetty 30.6.2016 <<https://www.hel.fi/sote/fi/esittely/julkaisut/uutiskirjeet/vastuuhenkilomalli>> Luettu 13.11.2018

Wagner, Edward H. 1998. Chronic Disease Management: What Will It Take To Improve Care for Chronic Illness? Effective Clinical Practice. USA, Seattle 1998. Saatavilla myös sähköisesti. <<https://ecp.acponline.org/augsep98/cdm.pdf>>

Wagner, Edward H. 2000. The role of patient care teams in chronic disease management. The BJM, Feb 26. USA, Rockville Pike 2000. Saatavilla myös sähköisesti <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117605/>>

Wagner, Edward H. - Austin, Brian T. - Davis, Connie - Hindmarsh, Mike - Schaefer, Judith - Bonomi, Amy 2001. Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. Health Affairs, Volume 20, Number 6. USA, Maryland 2001. Saatavilla myös sähköisesti <<https://www.healthaffairs.org/doi/pdf/10.1377/hlthaff.20.6>>

Helsinki
HelsingforsTUTKIMUSLUPAHAKEMUS
ANSÖKAN OM FORSKNINGSTILLSTÄND
Sosiaali- ja terveystoimi
Social- och hälsovårdssektorn

1(8)

1. TUTKIMUS- LUVAN HAKIJA DEN SOM ANSÖKER OM FORSKNINGS- TILLSTÄND	Nimi - Namn Heta Isomäki		
	Osoite - Adress [REDACTED]		
	Puhelinnumero ja sähköpostiosoite - Telefonnummer och e-postadress [REDACTED]		
	Toimipaikka, tutkimuslaitos, oppilaitos tai muu yhteisö - Enhet, forskningsinstitution, läroanstalt eller annan sammanslutning Metropolia		
	Suoritetut tutkimukset ja tämänhetkinen työtehtävä tai koulutusala Avlagda examina och aktuellt arbetsuppgift eller aktuellt utbildningsområde Terveystieteiden AMK, terveydenhoitajan terveysasemalla. YAMK opiskelija.		
2. TUTKIMUS- RYHMÄN MUUT JÄSENET (tarvittaessa liitteellä) ÖVRIGA MEDLEMMAR I FORSK- NINGSGRUP- PEN (vid behov i en bilaga)	Nimi - Namn -	Opinnot ja ammatti Lärdomsgrad och yrke	Toimipaikka - Enhet
	Sähköpostiosoite - E-postadress		Puhelin - Telefon
	Nimi - Namn -	Opinnot ja ammatti Lärdomsgrad och yrke	Toimipaikka - Enhet
	Sähköpostiosoite - E-postadress		Puhelin - Telefon
3. TUTKIMUS- OHJAAJAN JOHTAJA HANDLEDARE/ LEDARE FÖR UNDERSÖK- NINGEN	Nimi - Namn Juha Havukumpu		
	Osoite - Adress [REDACTED]		
	Puhelinnumero ja sähköpostiosoite - Telefonnummer och e-postadress [REDACTED]		
	Toimipaikka, tutkimuslaitos, oppilaitos tai muu yhteisö - Enhet, forskningsinstitution, läroanstalt eller annan sammanslutning Metropolia		
	Opinnot ja ammatti - Lärdomsgrad och yrke TtM		
	Tutkimussuunnitelman hyväksymispäivämäärä oppilaitoksessa - Datum då forskningsplanen godkändes vid läroanstalten		Ohjaajan allekirjoitus - Händledarens underskrift
4. TUTKIMUS- UNDERSÖK- NING	4.1 Tutkimuksen nimi, aihe ja lyhyt kuvaus (tutkimuksen tavoitteet, tutkimuskysymykset, aineiston keruu) Undersökningens namn, tema och en kort beskrivning av undersökningen (målen för undersökningen, undersökningsfrågorna, materialinsamling) Tutkimuksen nimi: Vastuuhenkilömalli Helsingin terveysasemilla. Hoitajien kokemuksia vastuuhenkilömallista. Tutkimuksen tarkoitus on selvittää vastuuhenkilömallin tämänhetkistä kehitysvaihetta. Tutkimuksen tavoitteena on koota vastuuhenkilömallin mukaisesti työskentelevien hoitajien kokemuksia mallin toimivuudesta ja kehittämishaasteista Helsingin terveysasemilla. Tutkimuskysymykset: Miten hyvin vastuuhenkilömalli toteutuu käytännön työssä hoitajilla, jotka toimivat vastuuhoitajina Helsingin terveysasemilla? Millaisia käytännön työn hyviä ja huonoja puolia mallin toteuttamisessa on tullut esille? Kokevatko hoitajat vastuuhenkilömallin hyödylliseksi ja toimivaksi toimintamalliksi? Mitä kehitettävää vastuuhenkilömallissa on? Aineisto kerätään kyselylomakkeella ja yksilöhaastattelulla.		
	4.2 Tutkimuksen taso/laatu - Undersökningens nivå/kvalitet <input type="checkbox"/> Vaitoskirja Doktorsavhandling <input type="checkbox"/> Licensiaattitutkimus Licentiatavhandling <input type="checkbox"/> Pro gradu Avhandling pro gradu <input type="checkbox"/> Kandidaatin tutkielma Kandidatavhandling <input checked="" type="checkbox"/> Ylempi AMK Högre YHS <input type="checkbox"/> AMK YHS <input type="checkbox"/> Muu, mikä Annan, vilken		
	4.3 Yhteyshenkilö sosiaali- ja terveystoimessa, virka-asema, puhelinnumero Kontaktperson vid social- och hälsovårdssektorn, tjänsteställning, telefonnummer Pirjo Virtanen, osastonhoitaja [REDACTED]		
	4.4 Sosiaali- ja terveystoimen yksiköt/palvelut, joissa tutkimus on tarkoitus tehdä De enheter/tjänster vid social- och hälsovårdssektorn där undersökningen är avsedd att genomföras 6-8 terveysasemaa		

Te-023 25.5.2018

Helsinki
HelsingforsTUTKIMUSLUPAHAKEMUS
ANSÖKAN OM FORSKNINGSTILLSTÄND
Sosiaali- ja terveystoimi
Social- och hälsovårdssektorn

2(8)

4.5 Tutkimuksen kohdealue sosiaali- ja terveystoimialalla - Objektet för undersökningen vid social- och hälsovårdssektorn			
1 Perhe- ja sosiaalipalvelut Familje- och socialtjänster <input type="checkbox"/> Lapsiperheiden hyvinvointi ja terveys Välbefinnande och hälsa för barnfamiljer <input type="checkbox"/> Lastensuojelu Barnskydd <input type="checkbox"/> Nuorten palvelut ja aikuissosiaalityö Tjänster för unga och vuxen-socialarbete <input type="checkbox"/> Vammaistyö Handikapparbete	2 Terveys- ja päihdepalvelut Hälsö- och missbrukartjänster <input checked="" type="checkbox"/> Terveysasemat ja sisätautien poliklinikka Hälsostationerna och inremedicinska polikliniken <input type="checkbox"/> Päivystys Jour <input type="checkbox"/> Psykiatria- ja päihdepalvelut Psykiatri- och missbrukartjänster <input type="checkbox"/> Suun terveydenhuolto Munhalsvård	3 Sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelut Sjukhus-, rehabiliterings- och omsorgstjänster <input type="checkbox"/> Selvitys, arviointi ja sijoitus Utredning, bedömning och placering <input type="checkbox"/> Etelän palvelualue Södra serviceområdet <input type="checkbox"/> Idän palvelualue Östra serviceområdet <input type="checkbox"/> Lännen palvelualue Västra serviceområdet <input type="checkbox"/> Pohjoisen palvelualue Norra serviceområdet <input type="checkbox"/> Helsingin sairaala Helsingfors sjukhus	4 Hallintopalvelut Förvaltning <input type="checkbox"/> Hallintopalvelut Förvaltningstjänster <input type="checkbox"/> Talous- ja suunnittelupalvelut Ekonomi- och planeringstjänster <input type="checkbox"/> Henkilöstö- ja kehittämispalvelut Personal- och utvecklingstjänster <input type="checkbox"/> Tietohallintopalvelut Informationsförvaltnings-tjänster <input type="checkbox"/> Tukipalvelut Stödtjänster <input type="checkbox"/> Viestintä Kommunikation <input type="checkbox"/> Hankintapalvelut Upphandlingstjänster
4.6 Aineistonkeruumenetelmä(t) - Materialinsamlingsmetod(er)			
<input checked="" type="checkbox"/> Kysely - Enkät Koeasetelma <input type="checkbox"/> Försöksutformning	<input checked="" type="checkbox"/> Haastattelut - Intervjuer <input type="checkbox"/> Havainnointi - Observation	<input type="checkbox"/> Asiakirja-/tilastoanalyysi - Dokument-/statistikanalys <input type="checkbox"/> Muu, mikä - Annan, vilken	
4.7 Aineiston keruuseen liittyvä materiaali. Liitteinä - Materialet i anslutning till insamling av materialet. Som bilaga			
<input checked="" type="checkbox"/> Informointikirje tutkimuksesta - Informationsbrev om undersökningen <input checked="" type="checkbox"/> Suostumusasiakirja tutkimukseen osallistuville - Samtyckesdokument för dem som deltar i undersökningen <input checked="" type="checkbox"/> Kyselylomake - Enkätblankett		<input checked="" type="checkbox"/> Haastattelurunko - Intervjustomme <input type="checkbox"/> Havainnoinnin kuvaus - Beskrivning av observationen <input type="checkbox"/> Muu, mikä - Annan, vilken	
4.8 Aineiston suunniteltu keruu-aika - Planerad tidsperiod för insamling av material			
Alkaa - Börjar 03/2019		Päätyy - Upphör 04/2019	Tutkimuksen arvioitu valmistumisaika - Uppskattad tidpunkt då undersökningen antas bli färdig Päivämäärä - Datum 31.8.2019
5. TUTKIMUS- SUUNNITELMAN JULKISUUS FORSKNINGS- PLANENS OFFENT- LIGHET	<p>Lähtökohtaisesti tutkimussuunnitelma on julkinen asiakirja. Tutkimussuunnitelma merkitään salassa pidettäväksi asiakirjaksi vain perustelluista syistä. Tutkimusluvun hakija merkitsee alla olevan kohdan, mikäli tutkimussuunnitelma sisältää julkisuuslain (Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta) tai muun lainsäädännön perusteella salassa pidettäväksi luokiteltavaa tietoa.</p> <input type="checkbox"/> Tutkimussuunnitelmani sisältää tietoa, jonka antamisesta aiheutuisi haittaa tutkijalle tai tutkimuksen tai kehittämistyön toimeksiantajalle. Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta (621/1999) 24 § 1 mom 21 kohta Forskningsplanen innehåller uppgifter som, om de offentliggörs, kan förorsaka skada till forskaren eller forskningsplanens/utvecklingsarbetets uppdragsgivare. Lag om offentlighet i myndigheternas verksamhet (621/1999) 24 § 1 mom., punkt 21		
6. TUTKI- MUKSEN EETTINEN ARVIOINTI ETISK UT- VÄRDERING AV UNDER- SÖKNINGEN	<p>6.1 Miten tutkimuksen eettiset näkökohdat on otettu huomioon tutkimuksessa? Hur beaktas de etiska synpunkterna i undersökningen? Tutkimuksessa noudatetaan terveydenhuollon eettisiä ohjeita ja TENK:n ohjetta hyvistä tieteellisistä käytännöistä. Ihmisten tutkimisessa tärkeimpinä eettisinä periaatteina mainitaan informointiin perustuva suostumus, luottamuksellisuus, seuraukset ja yksityisyys.</p> <p>6.2 HUS:n eettisen toimikunnan tai valtakunnallisen lääketieteellisen tutkimuseettisen toimikunnan lausunto, mikäli kyseinen lausunto lain mukaan vaaditaan (ks. Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999) ja lääketutkimuksissa Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskusten Fimean lausunto.</p> <p>HNS:s etiska kommitté eller den nationella kommittén för medicinsk forskningsetik (se Lag om medicinsk forskning 488/1999) och i läkemedelsforskning säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet Fimeas utlåtande.</p> <input type="checkbox"/> Liitteenä lausunto - Utlåtande bifogas		

Te-023 25.5.2018

Helsinki
HelsingforsTUTKIMUSLUPAHAKEMUS
ANSÖKAN OM FORSKNINGSTILLSTÄND
Sosiaali- ja terveystoimi
Social- och hälsovårdssektor

3(8)

7. SOSIAALI- JA TERVEYSTOIMELLE AIHEUTUVAT KUSTANNUKSET KOSTNADER SOM ORSAKAS SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSSEKTORN	Arvio sosiaali- ja terveystoimelle aiheutuvista ylimääräisistä kustannuksista (tarkempi kuvaus tarvittaessa liitteeksi) Uppskattning av extra kostnader som orsakas social- och hälsovårdssektorn (vid behov en närmare beskrivning som bilaga) henkilökunnan työpanos - personalens arbetsinsats ATK- palvelut (esim. tietojen poiminta asiakasrekisteristä) IT-tjänster (t.ex. uttag av uppgifter ur kundregistret) materiaali- ja palvelut, postituspalvelut, tilat ja välineet materialtjänster, postningstjänster, lokaler och utrustning muut - annat YHTEENSÄ - TOTALT Rahoittaja(t) - Finansier(er) -	Tuntia Timmar 10 - 10 	Euroa Euro
8. KÄYTTÖ-OIKEUDET ATKOMST-RÄTTIGHETER	Onko haettu tai haetaanko tutkimusta varten käyttöoikeutta sosiaali- ja terveystoimen tietojärjestelmään? Har den sökande ansökt eller tänker hen ansöka om åtkomsträttigheter till social- och hälsovårdssektorns datasystem för undersökningen? <input checked="" type="checkbox"/> Ei - Nej <input type="checkbox"/> Kyllä - Ja Mihin järjestelmään ja mille ajalle? - Till vilket system och för vilken tidsperiod?		
9. ASIAKIRJATIEDOT, JOIHIN TÄSSÄ HAKEMUKSESSA HAETAAN LUPAA DOKUMENT-UPPGIFTER FÖR VILKA TILLSTÄND SÖKS	9.1 Tarvittavat salassapidettävät sosiaali- ja terveyshuollon asiakirjatiedot, mitä tietoja ja mistä? Social- och hälsovårdens nödvändiga sekretessbelagda dokumentuppgifter, vilka uppgifter och varifrån? - 9.2 Muut asiakirjatiedot, mitkä, mistä ja millaisin luvin? - Övriga dokumentuppgifter, vilka, varifrån och med vilka tillstånd? -		
10. TUTKIMUS-REKISTERIN TIETOTYYPI TYPER AV DATA I UNDERSÖKNINGS-REGISTRET	<input checked="" type="checkbox"/> Tutkimus ei sisällä henkilöiden tunnistetietoja. Ei synny rekisteriä. Undersökningen innehåller inte identifikationsuppgifter. Något register uppstår inte. <input type="checkbox"/> Tutkimusrekisteriin kerättävät tunnistetieto- ja yksilöintitiedot eriteltynä (myös esim. kuva- tai videomateriaali, joista henkilö on tunnistettavissa, edellyttää tutkimusrekisteriä) Specifikation av identifikations- och personuppgifter som ska samlas in i ett undersökningsregister (även t. ex. bild- och videomaterial, ur vilket personer kan identifieras, kräver ett undersökningsregister) <input type="checkbox"/> Liitteenä tietosuojaseloste, jota tutkijan on ylläpidettävä koko tutkimuksen ajan. En dataskyddsbeskrivning som forskaren uppdaterar under hela undersökningen bifogas. Henkilötietojen käsittelyä tarkoitetaan kaikkia toimia, joita kohdistetaan henkilötietoihin joko automaattista tietojenkäsittelyä käyttäen tai manuaalisesti. Käsittelyä ovat tietojen kerääminen, tallentaminen, järjestäminen, jäsentäminen, säilyttäminen, muokkaaminen tai muuttaminen, haku, kysely, käyttö, tietojen luovuttaminen siirtämällä, levittämällä tai asettamalla ne muutoin saataville, tietojen yhdistäminen, rajoittaminen, poistaminen ja tuhoaminen. Tietojen katseleminen on myös niiden käyttöä ja tätä kautta niiden käsittelyä, jolloin tulee huomioida lainsäädännön vaatimukset henkilötietojen käsittelystä. Henkilöt, joiden tietoja kerätään, ovat rekisteröityjä. Jokaisen rekisterinpitäjän on ylläpidettävä selostetta vastuullaan olevista käsittelytoimista. (EU:n tietosuojasäätös 4. ja 30. artikla) Med behandling av personuppgifter avses alla åtgärder beträffande personuppgifter oberoende av om de utförs automatiserat eller ej. Med behandling avses insamling, registrering, organisering, strukturering, lagring, bearbetning eller ändring, framtagning, läsning, användning, utlämning genom överföring, spridning eller tillhandahållande på annat sätt, sammanförande, begränsning, radering eller förstöring. Även betraktande av uppgifter anses som användning och därigenom behandling, vilket betyder att man vid behandling av personuppgifter ska beakta lagstiftningens krav. Personer vilkas uppgifter insamlas är registrerade. Varje registerförare och, i tillämpliga fall, dennes företrädare ska föra en beskrivning över behandling som utförs under dess ansvar. (EU:s dataskyddsförordning 4 och 30 artikel)		
11. TUTKIMUS-AINEISTON SÄILYTTÄMINEN JA HAVITTÄMINEN/ ARKISTOINTI FÖRVARING, FÖRSTÖRING/ ARKIVERING AV UNDERSÖKNINGS-MATERIALET	11.1 Kuvaus tutkimusaineiston säilyttämisestä tietoturvallisella tavalla tutkimuksen aikana. Beskrivning av hur undersökningsmaterialet förvaras på ett datatryggt sätt under forskningen. Haastatteluaänitteet tallennetaan salasanalla suojattuun pilvipalveluun, suostumuslomakkeen säilyte 11.2 Tutkimusaineiston hävittäminen tai arkistointi tutkimuksen päättyttyä. Förstöring eller arkivering av undersökningsmaterialet efter avslutad undersökning. <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimusaineisto ja tunnistetiedot hävitetään kokonaisuudessaan, miten ja milloin? Undersökningsmaterialet och identifikationsuppgifterna förstörs helt, hur och när? Tutkimuksen valmistuttua digitaalinen aineisto poistetaan ja kirjallinen aineisto tuhoetaan. <input type="checkbox"/> Tutkimusaineisto säilytetään ilman tunnistetietoja, tunnistetietojen hävittämistä? Undersökningsmaterialet förvaras utan identifikationsuppgifter, hur förstörs identifikationsuppgifterna?		

Te-023 25.5.2018

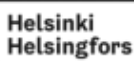


TUTKIMUSLUPAHAKEMUS
ANSÖKAN OM FORSKNINGSTILLSTÄND
 Sosiaali- ja terveystoimi
 Social- och hälsovårdssektorn

4(8)

	<input type="checkbox"/> Tutkimusaineisto arkistoidaan tunnistetiedoin tutkimuksen päätyttyä arkistolain säännösten mukaisesti, mihin? Undersökningsmaterialet och identifikationsuppgifterna sparas efter undersökningen i enlighet med arkivlagens direktiv, var? <input type="checkbox"/> Aineiston arkistointiin haetaan Kansallisarkiston lupa ilman tunnistetietoja. För undersökningsmaterialet ansöks Riskarkivets tillstånd utan identifikationsuppgifter.												
12. VAIKUTUSTEN ARVIOINTI KONSEKVENSBEDÖMNING	<p>Vaikutustenarviointi perustuu EU:n tietosuoja-asetukseen (2016/679). Konsekvensbedömning baserar sig på EU:s dataskyddsförordning (2016/679).</p> <p>12.1 Perustelut, miksi henkilötietoja pyydetään - Motivering till varför personuppgifter begärs</p> <p>12.2 Perustelut, miksi juuri näitä henkilötietoja pyydetään ja miksi tässä laajuudessa (esim. ovatko kaikki pyydetyt tiedot perusteltuja tutkimuksen kannalta). Motivering till varför just dessa personuppgifter begärs och i den här utsträckningen (t.ex. är alla uppgifter motiverade med tanke på undersökningen).</p> <p>12.3 Kuvaus tutkittavien oikeuksista ja vapauksia koskevista riskeistä sekä toimenpiteistä riskien pienentämiseksi ja poistamiseksi (esim. tutkittavien henkilötietojen suoja- ja turvallisustoimet). Beskrivning av de risker som gäller informanternas rättigheter och friheter samt vilka åtgärder vidtas för att minska eller avlägsna risker. (t.ex. åtgärder för att skydda och trygga informanternas personuppgifter). Tutkittavan oikeuksista on kuvaus "Suostumus tutkimukseen osallistumista" -lomakkeessa.</p>												
13. SIVUTOIMILUPA BISYSSLOTILLSTÄND	Sosiaali- ja terveystoimen palveluksessa oleville seuraaville tutkimusryhmän jäsenille haetaan sivutoimilupaa tutkimuksen suorittamiseen. - För följande medlemmar i forskningsgruppen som är anställda vid social och hälsovårdssektorn ansöks om bisysslotillstånd för genomförande av undersökningen. -												
14. TUTKIMUSLUVAN HAKIJAN JA TUTKIMUSRYHMÄN SALASSAPITOSITOUKSET SEKRETESSFÖRBINDELSE OCH UNDERSKRIFT AV DEN ANSÖKANDE OCH FORSKNINGSGRUPPEN	<p>Sitoudun siihen, että en ilmaise tutkimuksen yhteydessä käytettävissä olleita luottamuksellisia tietoja sivullisille. Jag förbinder mig till att inte avslöja konfidentiella uppgifter till utomstående i samband med undersökningen.</p> <p>Edellä mainittu sitoumus tarkoittaa tutkimuksen yhteydessä saamiini tietojen vaihtolo- ja salassapitovelvollisuutta. Ovan nämnda förbindelse betyder tystnads- och sekretessplikt som gäller de uppgifter jag erhållit i samband med undersökningen.</p> <p>Kaikkien niiden henkilöiden, jotka käsittelevät salassa pidettäviin asiakirjoihin tai henkilörekistereihin sisältyviä tietoja, on annettava sitoumus joko tällä lomakkeella tai samansisältöisenä erillisellä liitteellä. Sitoumus on aina toimitettava alkuperäisenä (ei sähköpostilla). Alla de personer som behandlar uppgifter som ingår i de sekretessbelagda dokumenten eller personregistren ska ge en förbindelse antingen på denna blankett eller i en separat bilaga med samma innehåll. Förbindelsen ska alltid skickas in i original (inte per e-post).</p> <table border="1"> <tr> <td>Päiväys - Datum</td> <td>Allekirjoitus ja nimenselvennys - Underskrift och namnförtydligande</td> </tr> <tr> <td>Päiväys - Datum</td> <td>Allekirjoitus ja nimenselvennys - Underskrift och namnförtydligande</td> </tr> <tr> <td>Päiväys - Datum</td> <td>Allekirjoitus ja nimenselvennys - Underskrift och namnförtydligande</td> </tr> <tr> <td>Päiväys - Datum</td> <td>Allekirjoitus ja nimenselvennys - Underskrift och namnförtydligande</td> </tr> <tr> <td>Päiväys - Datum</td> <td>Allekirjoitus ja nimenselvennys - Underskrift och namnförtydligande</td> </tr> <tr> <td>Päiväys - Datum</td> <td>Allekirjoitus ja nimenselvennys - Underskrift och namnförtydligande</td> </tr> </table>	Päiväys - Datum	Allekirjoitus ja nimenselvennys - Underskrift och namnförtydligande	Päiväys - Datum	Allekirjoitus ja nimenselvennys - Underskrift och namnförtydligande	Päiväys - Datum	Allekirjoitus ja nimenselvennys - Underskrift och namnförtydligande	Päiväys - Datum	Allekirjoitus ja nimenselvennys - Underskrift och namnförtydligande	Päiväys - Datum	Allekirjoitus ja nimenselvennys - Underskrift och namnförtydligande	Päiväys - Datum	Allekirjoitus ja nimenselvennys - Underskrift och namnförtydligande
Päiväys - Datum	Allekirjoitus ja nimenselvennys - Underskrift och namnförtydligande												
Päiväys - Datum	Allekirjoitus ja nimenselvennys - Underskrift och namnförtydligande												
Päiväys - Datum	Allekirjoitus ja nimenselvennys - Underskrift och namnförtydligande												
Päiväys - Datum	Allekirjoitus ja nimenselvennys - Underskrift och namnförtydligande												
Päiväys - Datum	Allekirjoitus ja nimenselvennys - Underskrift och namnförtydligande												
Päiväys - Datum	Allekirjoitus ja nimenselvennys - Underskrift och namnförtydligande												

Te-023 25.5.2018


TUTKIMUSLUPAHAKEMUS
ANSÖKAN OM FORSKNINGSTILLSTÄND
 Sosiaali- ja terveystoimi
 Social- och hälsovårdssektorn

5(8)

TUTKIMUSLUVAN HAKUOHJEET

Lue tutkimusluvan hakuohjeet huolellisesti ja noudata niitä. Puutteellisesti täytettyjä hakemuksia ei käsitellä.

Tutkimuslupahakemus

1. **Tutkimusluvanhakija.** Hakija täyttää voimassaolevat yhteystietonsa.
2. **Tutkimusryhmän jäsenet.** Täytetään tarvittavat tiedot.
3. **Tutkimusryhmän ohjaaja/johtaja.** Täytetään tarvittavat tiedot. Ohjaajan allekirjoitus vaaditaan.
4. **Tutkimus**
 - 4.1 Tutkimuksen nimi, aihe ja lyhyt kuvaus (tutkimuksen tavoitteet, tutkimuskysymykset, aineiston keruu). Täytetään tarvittavat tiedot.
 - 4.2 Tutkimuksen taso. Merkitään tarpeelliset kohdat.
 - 4.3 Yhteyshenkilö sosiaali- ja terveystoimessa. Tutkimusluvan hakijan on ennen luvan hakua sovittava yhteyshenkilö, jonka kanssa hakija sopii tutkimuksen toteuttamisesta.
 - 4.4 Sosiaali- ja terveystoimen palvelut/yksiköt, joissa tutkimus on tarkoitus tehdä. Hakija varmistaa yhteyshenkilöltä tutkimuksen toteuttamispaikan.
 - 4.5 Tutkimuksen kohdealue sosiaali- ja terveystoimialalla. Hakija varmistaa yhteyshenkilöltä tutkimuksen toteuttamispaikan.
 - 4.6 Aineistonkeruumenetelmät. Merkitään tarpeelliset kohdat.
 - 4.7 Aineiston keruuseen liittyvä materiaali. Merkitään tarpeelliset kohdat ja liitteet hakemukseen.
 - 4.8 Aineiston suunniteltu keruu-aika ja tutkimuksen valmistumisaika. Merkitään arvioidut ajat.
5. **Tutkimussuunnitelman julkisuus.** Tutkimusluvan hakija merkitsee tutkimussuunnitelman salassa pidettäväksi vain, mikäli tutkimussuunnitelma sisältää julkisuuslain (Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta) tai muun lainsäädännön perusteella salassa pidettäväksi luokiteltavaa tietoa.
6. **Tutkimuksen eettinen arviointi.** Kirjataan miten tutkimuksen eettiset näkökohdat on huomioitu sekä merkitään HUS:n eettisen toimikunnan tai valtakunnallisen lääketieteellisen tutkimuseettisen toimikunnan lausunto.
7. **Sosiaali- ja terveystoimelle aiheutuvat kustannukset.** Hakija arvioi yhteyshenkilön kanssa tarvittavat henkilöstöresurssit ja muut kustannukset.
8. **Käyttöoikeudet.** Hakija selvittää yhteyshenkilöltä tarvittavat käyttöoikeudet ja järjestelmät.
9. **Asiakirjatiedot, joihin tässä hakemuksessa haetaan lupaa.**
 - 9.1 Tarvittavat salassa pidettävät asiakirjatiedot. Hakija kirjaa mahdollisimman tarkasti mistä järjestelmistä ja mitä tietoja halutaan hakea. Hakija selvittää yhteyshenkilöltä onko aineiston kerääminen mahdollista.
 - 9.2 Muut asiakirjatiedot. Kirjataan muut kuin salassapidettävät asiakirjat.
10. **Tutkimusrekisterin tietotyypit.** Hakija valitsee tutkimussuunnitelman mukaiset kohdat. Lisää tietoja tietosuojasta EU:n asetuksesta 2016/679 sekä www.tietosuoja.fi.
11. **Tutkimusaineiston säilyttäminen ja hävittäminen/arkistointi.**
 - 11.1 Kuvaus tutkimusaineiston säilyttämisestä tietoturvallisella tavalla tutkimuksen aikana. Hakija kirjaa asian lyhyesti.
 - 11.2 Tutkimusaineiston hävittäminen tai arkistointi tutkimuksen päätyttyä. Hakija valitsee oikean kohdan ja kirjaa asian lyhyesti.
12. **Vaikutustenarviointi.** Vaikutustenarviointi perustuu asetukseen EU 2016/679. Vaikutustenarvioinnin tarkoituksena on kuvata henkilötietojen käsittelyä, arvioida käsittelyn tarpeellisuutta ja oikeasuhteisuutta sekä arvioida henkilötietojen käsittelystä aiheutuvia riskejä ja tarvittavia toimenpiteitä, joilla riskeihin puututaan. Vaikutustenarviointi on tehtävä, kun henkilötietojen käsittelyyn todennäköisesti kohdistuu korkea riski. Vaikutustenarvioinnin tarkoituksena on auttaa rekisterinpitäjää tietosuoja-asetuksen vaatimusten noudattamisessa ja noudattamisen osoittamisessa.
 - 12.1 Hakija kirjaa tarvittavat tiedot, tarvittaessa jatketaan liitteelle.
 - 12.2 Hakija kirjaa tarvittavat tiedot, tarvittaessa jatketaan liitteelle.
 - 12.3 Hakija kirjaa tarvittavat tiedot, tarvittaessa jatketaan liitteelle.
13. **Sivutoimilupa.** Täytetään tarvittaessa.
14. **Tutkimusluvan hakijan ja tutkimusryhmän salassapitositoumus ja allekirjoitukset.** Hakija sekä kaikki tutkimusryhmän jäsenet allekirjoittavat, tarvittaessa käytetään liitettä.

Tutkimuslupahakemuksen liitteet

Tutkimuslupahakemuksen liitteenä tulee olla:

- 1) Tutkimussuunnitelma. Jos tutkimussuunnitelman tekstiosa ylittää 10 sivua, tulee liitteenä olla tiivistelmä, jossa on selkeästi kuvattu tutkimuksen tarkoitus, aineiston keruu, tutkimusmenetelmät, aineiston säilyttäminen tutkimuksen aikana ja sen hävittäminen.
- 2) Suostumusasiakirja.

Vapaaehtoinen suostumus pyydetään kirjallisesti ennen tutkimuksen aloittamista ja suostumusasiakirjasta tulee ilmetä mm:

- Lyhyt kuvaus tutkimuksesta, sen tarkoituksesta ja siitä, miten asiakas on valikoitunut tutkimukseen
- Miten asiakkaan yhteystiedot on saatu
- Mitä tietoja tutkittavilta kerätään
- Asiakkaan tietojen suojaaminen ja sen varmistaminen, että tiedot käsitellään ja esitetään joka vaiheessa niin, että yksilökohtaiset asiakkaan tiedot eivät paljastu
- Kuka tietoja käsittelee
- Kerätäänkö tietoja myös muualta, ja jos kyllä, niin millä perusteella?
- Luovutetaanko tietoja tutkimusryhmän ulkopuolelle?
- Siirretäänkö tietoja kolmanteen maahan?
- Miten tulokset raportoidaan ja julkistetaan
- Tutkimuksen kesto (kuinka kauan kerättyjä tietoja käsitellään)
- Mitä tutkimusrekisterille tapahtuu tutkimuksen jälkeen
- Asiakkaan oikeus kieltäytyä ja vetäytyä tutkimuksesta missä tahansa tutkimuksen vaiheessa ilman, että sillä on haitallisia vaikutuksia asiakkuuteen tai palvelujen saantiin. Asiakkaan pitää myös tietää, minne ilmoitus kieltäytymisestä tehdään
- Suostumusasiakirja on päivittävä ja sen allekirjoittavat suostumuksen antaja ja vastaanottaja. Jäljennös asiakirjasta on annettava suostumuksen antajalle.
- Tiedotteen, suostumusasiakirjan ja kyselylomakkeen tulee olla saatavana tarvittaessa myös ruotsinkielisenä.



TUTKIMUSLUPAHAKEMUS
ANSÖKAN OM FORSKNINGSTILLSTÄND
 Sosiaali- ja terveystoimi
 Social- och hälsovårdssektorn

6(8)

Läketieteellisestä tutkimuksesta annetun lain 6 §:ssä tarkoitetun suostumusiakirjan tulee sisältää:

- 1) tutkittavan nimi, henkilötunnus tai syntymäaika ja osoite
- 2) selvitys lain 6 §:n 3 momentin mukaisen selvityksen antamisesta tutkittavalle sekä selvityksen antajasta
- 3) selvitys siitä, mistä muualta tutkittavaa koskevia tietoja tullaan keräämään
- 4) selvitys siitä, kenelle tutkimuksen aikana kerättyjä tietoja voidaan luovuttaa sekä miten tietojen luottamuksellisuus on suojattu
- 5) tutkittavan vapaaehtoinen suostumus
- 6) maininta oikeudesta peruuttaa suostumus ilman, että peruutus vaikuttaisi tutkittavan oikeuteen saada tarvitsemaansa hoito
- 7) maininta siitä, että suostumuksen peruuttamiseen mennessä kerättyjä tietoja käsitellään lain 6 a §:n mukaisesti.

3) Informointikirje, josta tulee ilmetä selkokielisesti ja kohderyhmälle ymmärrettävästi mm.

- Lyhyt kuvaus tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta
- Miten tulokset raportoidaan ja julkistetaan
- Asiakkaan tietojen suojaaminen ja sen varmistaminen, että tiedot käsitellään ja esitetään joka vaiheessa niin, että yksilökohtaiset asiakkaan tiedot eivät paljastu
- Lomakkeen pitää olla selkokielinen ja kohderyhmälle ymmärrettävä

4) HUS:n eettisen toimikunnan tai valtakunnallisen lääketieteellisen tutkimuseettisen neuvottelukunnan lausunto, mikäli kyseinen lausunto lain mukaan vaaditaan (ks. Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999)

5) Lääketutkimuksissa Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimean lausunto

6) Aineistonkeruuseen liittyvä materiaali (esim. kyselylomake)

7) Tietosuojaseloste

EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen vaatimukset tutkimuksen tekijälle

Helsingin kaupunki on rekisterinpitäjä, tutkija on sekä käsittelijä että tutkimusrekisterin osalta yhteisrekisterinpitäjä.

Tutkijan on viipymättä ilmoitettava sosiaali- ja terveystoimialan kehittämispalveluihin saatuaan tiedon henkilötietojen tietoturvaloukkauksesta: tutkimusluvut.sote@hel.fi, puh. 09 310 5015.

Käsittelyä koskevat määräykset:

1. Osapuolet sitoutuvat noudattamaan henkilötietojen käsittelyssä kulloinkin voimassa olevaa henkilötietojen käsittelyä ja yksityisyyden suojaa koskevaa lainsäädäntöä, kuten EU:n yleistä tietosuoja-asetusta.
2. Rekisterinpitäjä vastaa siitä, että sillä on lainmukainen peruste siirtää henkilötietoja [tutkijalle] käsiteltäväksi.
3. Tutkija vastaa siitä, että sillä on lainmukainen peruste käsitellä henkilötietoja.
4. Tutkija sitoutuu
 - käsittelemään saatuja henkilötietoja ainoastaan Rekisterinpitäjän ohjeiden ja lain mukaisesti, ja yhteisrekisterinpitäjänä myös ja ainoastaan tutkimussuunnitelman mukaisesti
 - ilmoittamaan viipymättä Rekisterinpitäjälle, jos se katsoo, että Rekisterinpitäjän ohjeistus on lainvastainen
 - varmistamaan, että henkilöt, jotka käsittelevät henkilötietoja, tai joilla on pääsy henkilötietoihin, ovat sitoutuneet noudattamaan salassapitovelvollisuuksia
 - huolehtimaan saatujen henkilötietojen asianmukaisesta suojaamisesta, varmistaakseen henkilötietojen luottamuksellisuuden, eheyden ja saatavuuden
 - [auttamaan Rekisterinpitäjää täyttämään Rekisterinpitäjän velvollisuudet vastata pyyntöihin, jotka koskevat rekisteröityjen oikeuksien käyttämistä, esimerkiksi toimittamalla pyydettäessä Rekisterinpitäjälle rekisteröidyn henkilötiedot koneluettavassa muodossa]
 - Rekisterinpitäjän valinnan mukaan poistamaan tai palauttamaan [tutkimuksen] päätyttyä osaltaan kaikki Rekisterinpitäjältä saadut henkilötiedot, paitsi jos pakottavasta laista muuta johtuu
 - ilmoittamaan Rekisterinpitäjälle viipymättä saatuaan tiedon henkilötietojen tietoturvaloukkauksesta
 - avustamaan Rekisterinpitäjää tämän velvollisuuksien noudattamisessa, esimerkiksi antamalla Rekisterinpitäjälle tarpeellista tietoa
 - sallimaan Rekisterinpitäjän valtuuttaman audittojen suorittamat tarkastukset ja osallistumaan niihin. Auditoinnin ei tule vaarantaa tieteellistä vapautta
 - ilmoittamaan Rekisterinpitäjälle viranomaisten tietopyynnöistä henkilötietojen käsittelyyn liittyen, ellei se ole pakottavan sääntelyn vastaista

Tutkimuslupahakemus toimitetaan osoitteella:

Helsingin kaupunki
 Kirjaamo, Sosiaali- ja terveystoimiala
 PL 10, 00099 Helsingin kaupunki

**Helsingin kaupunki**

Sosiaali- ja terveystoimiala

Terveys- ja päihdepalvelut -palvelukokonaisuus

Terveysasemat ja sisätautien poliklinikka

Pöytäkirja

29.03.2019

1 (2)

Terveysasemien johtajalääkäri**10 §****Päätös tutkimuslupahakemuksesta HEL 2019-003720**

HEL 2019-003720 T 13 02 01

Päätös

Terveysasemien johtajalääkäri päätti myöntää tutkimusluvan Heta Iso-mäen tutkimuslupahakemukselle "Vastuuhenkilömalli Helsingin terveystoimialalla" (ylempi amk). Tutkimuksen yhteyshenkilö on osastonhoitaja Pirjo Virtanen. Tutkimuslupa on voimassa 31.12.2019 saakka.

Päätöksen perustelut ja ehdot

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää, miten hyvin terveysasemien vastuuhenkilömalli toimii käytännön työssä, kokevatko hoitajat mallin hyödylliseksi, ja mitä kehitettävää mallissa on. Tutkimuksen aineisto kerätään teemahaastattelujen ja kyselyiden avulla hoitajilta, jotka työskentelevät vastuuhenkilömallin mukaisesti. Osallistujat rekrytoidaan yhteyshenkilön kautta. Haastattelut nauhoitetaan ja litteroidaan. Tutkimuksen aineisto käsitellään ja säilytetään tietoturvasääntöjen mukaisesti, ja hävitetään opinnäytetyön valmistuttua.

Tutkimuslupaan sovelletaan seuraavia ehtoja:

Opinnäytetyöstä ei saa olla tunnistettavissa tutkimukseen osallistuneita henkilöitä.

Tutkimuksesta ei tule koitua kustannuksia sosiaali- ja terveystoimelle.

Hakija sitoutuu noudattamaan EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen, henkilötietolain 523/1999 sekä muiden lakien ja asetusten tutkijalle asettamia vaatimuksia.

Hakija saapuu pyydettyä maksutta esittelemään tutkimuksen tuloksia Helsingin sosiaali- ja terveystoimeen.

Sähköinen opinnäytetyö tai sen osoite toimitetaan sosiaali- ja terveystoimialan käyttöön osoitteella Helsingin kaupunki, Kirjaamo, Sosiaali- ja terveystoimiala, PL 10, 00099 Helsingin kaupunki, sähköposti: helsinki.kirjaamo@hel.fi

Lisätiedot

Taija Puranen, kehittämissuunnittelija, puhelin: 310 21352
taija.puranen(a)hel.fi

Liitteet

Postiosoite
PL 6000
00099 HELSINGIN KAUPUNKI
sosiaalijaterveys@hel.fi

Käyntiosoite
Toinen linja 4 A
Helsinki 53
www.hel.fi/sote

Puhelin
+358 9 310 5015
Faksi
+358 9 310 42504

Y-tunnus
0201256-6

Tilinro
FI1880001200052430
Alv.nro
FI02012566



Heta Isomäki

YAMK, Sosiaali- ja terveysalan hallinto- ja johtaminen

TIEDOTE TUTKIMUKSEEN OSALLISTUVALLE

“Vastuuhenkilö Helsingin terveysasemilla. Hoitajien kokemuksia mallista.” -tutkimus

Pyyntö osallistua tutkimukseen

Pyydän sinua hoitotyön ammattilainen osallistumaan Helsingin kaupungin terveysasemilla vastuuhenkilömallin parissa työskentelevien hoitajien kokemuksia keräävään tutkimukseen. Tutkimus on Metropolian ylemmän ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan hallinnon ja johtamisen päättötyö. Tutkimus toteutetaan yksilöhaastatteluna. Haastattelu on tarkoitus sopia omaan työpisteeseesi.

Haastatteluun pyydetään Helsingin terveysasemilla työskenteleviä hoitajia, jotka työskentelevät vastuuhenkilömallissa tällä hetkellä (1), ovat työskennelleet vastuuhenkilömallissa vähintään kaksi vuotta (2) ja työskentelevät vastuuhenkilömallissa hoitajan roolissa (3). Tiedustelu mahdollisista haastateltavista on tehty terveysasemien osastonhoitajille. Haastattelua ennen kerätään esitietoja kyselylomakkeella, minkä täyttäminen vie noin 10 minuuttia. Haastattelu kestää noin 60 minuuttia.

Tutkimuksen tausta ja tarkoitus

Vastuuhoitajamallin käyttöönotto Helsingin kaupungin terveysasemilla aloitettiin pilottina noin 3,5 vuotta sitten, minkä jälkeen toiminta on laajentunut kaupungin kaikille terveysasemille. Tutkimuksen tarkoituksena on saada tietoa toiminnan ytimeä eli vastuuhenkilömallin mukaisesti työtä toteuttavien hoitajien kokemuksista. Tutkimuksen tavoitteena on koota kokemustietoa vastuuhenkilömallin tämän hetkisestä kehitysvaiheesta Helsingin kaupungin terveysasemilla. Tähän tutkimukseen haastatellaan 6-8 hoitajaa. Opinnäytetyö julkaistaan osoitteessa www.Theseus.fi

Osallistumisen vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja luottamuksellista. Tutkimukseen osallistumisen voi keskeyttää missä tahansa kohtaa tutkimusta. Haastateltava voi perua suostumuksensa tutkimukseen osallistumisesta missä tahansa kohtaa tutkimusta. Suostumuksen perumisen jälkeen mitään jo kerättyä materiaalia ei tulla käyttämään tutkimuksessa. Haastateltavat osallistuvat tutkimukseen anonyymeina. Haastattelut litteroidaan jatkoanalyysiä varten.

Ennen haastattelua, sen aikana tai haastattelun jälkeen voit olla yhteydessä haastattelijaan. Pyydän sinua allekirjoittamaan suostumuslomakkeen, jos päätät osallistua tutkimukseen.

Heta Isomäki
12.3.2019
Helsinki



Heta Isomäki

YAMK, Sosiaali- ja terveysalan hallinto- ja johtaminen

SUOSTUMUS

tutkimukseen osallistumisesta

Minua on pyydetty osallistumaan tutkimukseen “Asiakasvastaava Helsingin terveysasemilla. Hoitajien kokemuksia mallista.” Olen perehtynyt tiedotteeseen tutkimukseen osallistuvalla. Olen saanut riittävästi tietoa tutkimuksesta ja sen yhteydessä suoritettavasta tietojen keräämisestä ja käsittelystä. Tutkimuksen sisältö on kerrottu minulle suullisesti ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini. Selvitykset antoi Heta Isomäki. Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita tutkimukseen osallistumista.

Ymmärrän, että tähän tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Minulla on oikeus milloin tahansa tutkimuksen aikana ja syytä ilmoittamatta keskeyttää tutkimukseen osallistuminen. Suostumuksen peruuttamisesta ei aiheudu minulle kielteisiä seuraamuksia, eikä se vaikuta asemaani työyhteisössä.

Henkilötietojen käsittelyssä noudatetaan tietosuojalainsäädännön mukaisia tietosuojaperiaatteita. Tietosuojaperiaatteiden mukaisesti henkilötietoja käsitellään luottamuksellisesti ja turvallisesti, henkilötietoja käsitellään vain nimenomaista tarkoitusta varten ja henkilötietoja kerätään vain tarpeellinen määrä käsittelyn tarkoitukseen nähden. (Tietosuojalaki 5.12.2018/1050.)

Allekirjoituksellani vahvistan, että osallistun tässä asiakirjassa kuvattuun tutkimukseen ja suostun vapaaehtoisesti tutkittavaksi. Tutkittavana saan kopion suostumuslomakkeesta. Alkuperäinen suostumuslomake säilytetään tutkijan toimesta luottamuksellisesti.

Haastateltavan allekirjoitus

Tutkijan allekirjoitus

päivämäärä

Nimen selvennys

Nimen selvennys



Heta Isomäki
YAMK, Sosiaali- ja terveysalan hallinto- ja johtaminen

HAASTATTELURUNKO

Vastuuhenkilömalli Helsingin terveysasemalla.
Hoitajien kokemuksia mallista.

1. Mikä on ammattinimike, millä työskentelet terveysasemalla?
2. Mikä on korkein suorittamasi tutkinto hoitoalalta?
3. Oletko saanut työnantajan tarjoaman koulutuksen vastuuhenkilömalliin?
Jos olet, millaista koulutusta?
Kauanko koulutus kesti?
Mitä koulutuksesta jäi päällimmäisenä mieleen?
4. Oletko saanut muuta koulutusta vastuuhenkilömalliin?
Jos olet, millaista koulutusta?
Kauanko koulutus kesti?
Mitä koulutuksesta jäi päällimmäisenä mieleen?
5. Koostuuko työsi pääsääntöisesti vastuuhenkilömallin mukaisesta työstä paljon palveluita tarvitsevien potilaiden parissa?
6. Mitä muuta työnkuvaasi kuuluu?

7. Kuinka paljon esimiehen kanssa on sovittu, että saat käyttää vastuuhenkilömallin mukaiseen paljon palveluita tarvitsevien potilaiden hoidon tukemiseen?

8. Kuinka paljon arvioisit työajastasi todellisuudessa kuluvan vastuuhenkilömallin mukaisessa paljon palveluita tarvitsevien potilaiden hoidon tukemisessa?

9. Kuvaile työyksikössäsi olevaa vastuuhenkilömallia?

11. Oletko saanut vaikuttaa siihen, miten vastuuhenkilömallia toteutetaan omassa työyksikössäsi?
Jos olet, millä tavoin?

12. Miten vastuuhenkilömalli toimii omassa työyksikössäsi käytännössä?

13. Mitä kehitettävää mielestäsi vastuuhenkilömallissa on?
