



Terveys- ja hoitosuunnitelman implementointi Laukaan terveyskeskuksen hoitajien vastaanotoille

Sari Loukiainen

Opinnäytetyö, ylempi AMK

Kesäkuu 2021

Terveys- ja hyvinvointialat

Sairaanhoitaja (ylempi AMK), Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK tutkinto-ohjelma, Terveyden edistäminen

Loukiainen, Sari

Terveys- ja hoitosuunnitelman implementointi Laukaan terveyskeskuksen hoitajien vastaanotoille

Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. kesäkuu 2021, 36 sivua.

Terveys- ja hyvinvointialat, Sairaanhoidaja (ylempi AMK), Sosiaali- ja terveysalan ylempi AMK tutkinto-ohjelma, Terveyden edistäminen. Opinnäytetyö YAMK.

Julkaisun kieli: suomi

Verkkojulkaisulupa myönnetty: kyllä

Tiivistelmä

Seututerveyskeskus tarjoaa perusterveydenhuollon palveluja 19 000 kuntalaiselle Laukaassa. Seututerveyskeskuksen strategiassa painotetaan asukkaiden osallistumista omaan hoitoonsa ja että toiminta on tutkitun tiedon mukaista (Strategia 2021). Seututerveyskeskuksen laatutaulun tavoitteissa on hoitosuunnitelman käyttö.

Terveyshyötymalli tuo asiakaskeskeisen näkökulman terveydenhuoltoon. Terveys- ja hoitosuunnitelma on osa terveyshyötymallia ja sen keskiössä asiakkaan omat tarpeet ja tavoitteet. Terveys- ja hoitosuunnitelman käyttö säästää resursseja ja lisää asiakkaan saamia terveyshyötyjä.

Tutkimuksellisen kehittämistyön tavoitteena oli, että Laukaan terveyskeskuksen avovastaanoton pitkäaikaisairaat saavat näyttöön perustuvaa, ennaltaehkäisevää ja yksilöllistä hoitoa, joka perustuu asiakkaan ja ammattilaisen yhteistyössä tekemään suunnitelmaan. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada hoitosuunnitelman teko implementoitua terveysaseman vastaanotolle vertaiskehittämisen avulla. Opinnäytetyön kehittämistehtävänä oli selvittää implementoitumisen estävät ja edistävät tekijät Laukaan terveyskeskuksen hoitajien vastaanotoilla.

Implementoinnin prosessissa käytettiin Ottawa-mallia ja Implementointitutkimuksen viitekehystä. Prosessin alussa selvitettiin implementoinnin estävät ja edistävät tekijät. Tämän jälkeen toteutettiin implementointi, jonka lopetus ja arviointi vaiheessa teemahaastattelulla katsottiin, onko ammattilaisen työskentelyssä muutoksia.

Työn aikana saatiin tuloksia terveys- ja hoitosuunnitelman implementoitumiseen vaikuttavista tekijöistä Laukaan terveyskeskuksen hoitajien vastaanotoilta. Tulokset olivat yhteneväisiä teorian kanssa. Uusien työnteonmallien jalkauttaminen vaatii koko organisaation ja johdon tuen taakseen. Yhteiset käytännöt ja säännöt ovat keskeisessä osassa. Koulutus todettiin tuloksissa myös tärkeäksi implementoitumisen tekijäksi. Organisaation implementoinnin prosessin huomioiminen nousi Kehittämisehdotukseksi.

Avainsanat (asiasanat)

Terveyshyötymalli, Terveys- ja hoitosuunnitelma, perusterveydenhuolto, implementointi, vertaisarviointi

Loukiainen Sari

Implementation of personalized care plan for the primary health care of Laukaa.

Jyväskylä: JAMK University of Applied Sciences, June 2021, 36 pages.

Master of Health Care, Health and welfare, Master`s Degree Programme in Health Care and Social Services, Health Promotion, Master`s thesis.

Permission for web publication: Yes.

Language of publication: Finnish

Seututerveyskeskus is offering primary health care services for 19 000 people in Laukaa. The strategy of Seututerveyskeskus emphasizes the participation of citizens in their self-care and that the activity is evidencebased (Strategia 2021). The goals of the Seututerveyskeskus is to use personalized care plan.

The chronic care model brings patient-centered perspective to healthcare. Personalized care plan is part of the chronic care model and focuses on the patients own needs and goals. The use of personalized care plan saves resources and increases the health benefits by the customer of primary health.

The aim of action research was that chronic disease patients of Laukaa Seututerveyskeskus receive evidence-based, preventive and individualized treatment based on a personalized care plan. The plan is made in collaboration between the client and the professional. The aim of thesis was to make the implementation of a personalized care plan for the primary health care for Laukaa through peer development. Developing the thesis was done by finding the factors that prevent and promote implementation of primary care of Laukaa Seututerveyskeskus.

The Ottawa model and the framework for implementation research were used in the implementation process. At the beginning of the process, the factors preventing and promoting implementation were identified. After this, the implement was performed. Completion and evaluating phase examined at whether there were any changes in the professional`s work. This was done through a thematic interview.

Results were obtained about the factors influencing the implementation of the personalized care plan of the nurse`s appointment in Laukaa primary care. The results were consistent whit the theoretical knowledge. Implementing new work into the process requires the support of the organization and management behind them. Common practices and rules are key points of successful implementing. Training was also identified in the results as an important factor in implementation. Considering the organizational implementation process thoroughly was noted as a development proposal.

Keywords/tags (subjects)

Chronic care model, personalized care plan, implementation, primary health care, peer deveploment

-

Sisältö

1	Johdanto	3
1.1	Terveyshyötymalli ja terveys- ja hoitosuunnitelma	3
1.2	Opinnäytetyön tausta, tarkoitus ja tavoitteet	3
2	Terveyshyötymalli terveys- ja hoitosuunnitelman lähtökohtana	5
2.1	Terveyshyötymalli	5
2.2	Terveys- ja hoitosuunnitelman käyttötarkoitus	6
2.3	Terveyshyötymallin ja terveys- ja hoitosuunnitelman implementointi tuloksia	7
2.4	Vertaisarviointi	8
3	Toteutus	9
3.1	Tutkimuksellinen kehittämistoiminta	9
3.2	Implementoinnin prosessimalli Ottawa	11
4	Kehittämistyön eteneminen lineaarisen mallin mukaan	13
4.1	Kehittämistyön tavoitteiden määrittely	13
4.2	Kehittämisprosessin suunnittelu ja suunnitteluvaiheen tulokset	13
4.3	Kehittämisprosessin toteutus	14
4.3.1	Ensimmäisen työpajan aineiston keruu ja analyysi	15
4.3.2	Ensimmäisen työpajan aineiston tulokset	17
4.3.3	Toisen työpajan aineisto ja tulokset	18
4.4	Kehittämisprosessin päättäminen ja arviointi	19
4.4.1	Päättämisvaiheen aineiston keruu ja analyysi	20
4.5	Johtopäätökset	28
5	Pohdinta	29
5.1	Luotettavuus ja eettisyys	29
5.2	Kehittämisehdotukset	31
	Lähteet	32
	Liitteet	35
	Liite 1. Omahoitolomake	35
	Liite 2. Terveys- ja hoitosuunnitelman auditointiohje	36
	Kuviot	
	Kuvio 1. Kehittämistyössä käytetty lineaarinen malli	11
	Kuvio 2. Implementoinnin estäviä tekijöitä	22
	Kuvio 3. Implementoinnin edistäviä tekijöitä	23

Kuvio 4. Potilaan motivaatioon voi hoitaja vaikuttaa.	25
Kuvio 5. Vertaisarvioinnin vaikutus oman työskentelyn kehitykseen.	26
Kuvio 6. Vertaisarvioinnin vaikutus työyhteisön työskentelyn kehitykseen.	27
Kuvio 7. Vertaisarvioinnin hyöty implementoinnissa.	28

Taulukot

Taulukko 1. Edistävät tekijät	16
Taulukko 2. Estävät tekijät	17
Taulukko 3. Haastattelun teemat	20

1 Johdanto

1.1 Terveysyhyötymalli ja terveys- ja hoitosuunnitelma

Kansansairaudet lisääntyvät koko ajan, ja on olemassa uhka, että terveydenhuollon resurssit eivät riitä kasvavaan hoidon tarpeeseen. Kansansairauksien hoitokulttuurissa tulisi saada aikaan muutos, jossa potilaat osallistuisivat aktiivisemmin omahoitoonsa. Amerikassa kehitetty Terveysyhyötymalli tuo potilaskeskeisen näkökulman potilaan hoitoon. Malli korostaa, että potilaan hoito on yhteistyössä potilaan ja tiimin kesken suunniteltua. Suunnitellun hoidon tulee olla myös potilasta voimaannuttavaa ja motivoida omahoitoon. Kliiniset tietojärjestelmät ja näyttöön perustuva hoito ovat apuna potilaan hoidossa. Terveysyhyötymallin yksi osa ja toteutuskeino on terveys- ja hoitosuunnitelma. (Wagner, Austin, Davis & Hindmarsh 2001.)

Terveys- ja hoitosuunnitelma on potilaslähtöinen ja siinä onkin keskiössä potilaan omat tarpeet ja tavoitteet. Se tehdään ainakin pitkäaikaissairaille ja paljon perusterveydenhuollon palveluja käyttävälle. Jokaisella terveysaseman asiakkaalla on kuitenkin siihen oikeus. Hoitosuunnitelma toimii myös virallisena potilasasiakirjana. (Jokinen & Virkkunen 2018, 111–118.)

Hoitosuunnitelman teko tuo taloudellisia säästöjä ja vähentää inhimillistä kärsimystä. Tutkimukset näyttävät hoitosuunnitelman taloudellisen hyödyn yhteiskunnalle ja terveydellisen hyödyn potilaalle. Kuitenkaan hoitosuunnitelmien käyttö perusterveydenhuollossa ei ole lähtenyt ongelmitta käyttöön. Ajan puute, sairauskeskeinen asenne ja sähköisten järjestelmien tukemattomuus voivat heikentää terveys- ja hoitosuunnitelman implementointia.

1.2 Opinnäytetyön tausta, tarkoitus ja tavoitteet

Seututerveyskeskus tarjoaa perusterveydenhuollon palveluja 19 000 kuntalaiselle Laukaassa. Seututerveyskeskuksen strategiassa painotetaan asukkaiden osallistumista omaan hoitoonsa ja että toiminta on tutkitun tiedon mukaista (Strategia 2021). Nämä asiat ovat keskeisiä hoitosuunnitelman implementoitumisessa. Seututerveyskeskus on osallisena Sitran tulevaisuuden terveyskeskus

hankkeessa. Hankkeen tärkeä osa koskee hoitosuunnitelmien käyttöönottoa. Myös seututerveyskeskuksen vastaanottojen laatutaulun yhtenä tavoitteena on hoitosuunnitelman käyttö. Terveys- ja hoitosuunnitelma on ajankohtainen aihe.

Opinnäytetyön tarkoituksena on, että Laukaan terveyskeskuksen avovastaanoton pitkäaikaissairaat saavat näyttöön perustuvaa, ennaltaehkäisevää ja yksilöllistä hoitoa, joka perustuu asiakkaan ja ammattilaisen yhteistyössä tekemään suunnitelmaan. Opinnäytetyön tavoitteena on saada terveys- ja hoitosuunnitelman teko implementoitua terveysaseman hoitajien vastaanotoille vertaiskehittämisen avulla. Opinnäytetyön kehittämistehtävänä on selvittää hoitosuunnitelman implementoitumisen estävät ja edistävät tekijät Laukaan terveyskeskuksen hoitajien vastaanotoilla. Kohderyhmä on vastaanoton hoitajat. Vastaanotoilla hoitajat toteuttavat itsenäisesti pitkäaikaissairaiden hoidon seuranta ja ohjausta.

Opinnäytetyö oli tutkimuksellinen kehittämistyö. Teoriatietopohja tuli implementointitutkimuksen viitekehystä ja Ottawa-mallista. Viitekehyksessä ja mallissa ensin kartoitetaan implementoinnin estävät ja edistävät tekijät, sitten toteutetaan implementointi. Jalkautumisen tapahduttua katsotaan, onko ammattilaisen tiedoissa ja toimintatavoissa tapahtunut muutoksia (Sipilä, Mäntyranta, Mäkelä, Komulainen & Kalla 2016, 850–853.) Implementoitumista koskevissa tutkimuksissa lisääntynyt viestintä ja verkostot, potilaslähtöinen kulttuuri, koulutus ja tulokset, sekä esimiehen tuki auttoivat tekeillä olevan asian jalkautumista käytäntöön. Estäviä tekijöitä oli joustamattomuus hoidon uudelleen järjestelyissä, henkilöstön vaihtuvuus, johdon tuen puute, henkilöstövaje, tiedon puute. (ks Mikkola, Hägnäs, Reponen & Palmén 2018, Kadu & Stolee 2015.) Näitä tutkimustuloksia peilattiin opinnäytetyön tuloksiin.

Opinnäytetyössä käytetään vertaisarviointia implementoinnin työkaluna. Vertaisarviointi kehittää työntekijää ja organisaatiota, sen avulla toisilta opitaan ja jaetaan jo opittua (vertaisarviointi 2020). Vertaisilta saama palaute auttaa hahmottamaan omia työtapoja, ja toisaalta tuomaan esiin kokemuseräisen tiedon (Seppänen-Järvelä 2005). Vertaisarvioinnin työkaluna käytettiin auditointilomaketta. Hoitajat auditoivat toistensa tekemiä hoitosuunnitelmia. Näin hoitajat saivat kohdenettua ja perusteltua palautetta omasta työstään.

2 Terveystyömalli terveys- ja hoitosuunnitelman lähtökohtana

2.1 Terveystyömalli

Opinnäytetyön teoriapohjaan oli löydettävissä paljon lähdeaineistoa. Aihetta on myös kansainvälisesti paljon tutkittu ja kehitetty. Kansallisista ja kansainvälisistä tutkimuksista sai hyvin vertailupohjaa omalle opinnäytetyölle. Tutkimalla teorialähteiden lähdeluetteloita löytyi uusia luotettavia lähteitä. Lähteiden luotettavuutta pystyi hyvin arvioimaan sen mukaan, miten useassa ja luotettavassa lähteessä niihin on viitattu. Ulkomaiset artikkelit ovat vertaisarvioituja. Internetistä löytyneistä julkisesti tunnettujen luennoitsijoiden luennoista on löytynyt lähteitä tähän työhön. Kotimaisista lääketieteellisistä julkaisuista on otettu työhön mukaan artikkeleita, artikkelien aiheet ovat pohjautuneet käytännön kokemukseen. Ne tukevat opinnäytetyön aihetta, esimerkiksi esimerkit muiden terveyskeskusten hoitosuunnitelmien jalkautumisesta. Ne myös vahvistavat opinnäytetyön tulosten luotettavuutta. Internetistä on lähteenä käytetty luotettavia kansallisia sivustoja, kuten esimerkiksi Terveyskyla.fi, Fimea.fi ja Duodecim.

Terveys- ja hoitosuunnitelma perustuu terveystyömalliin, jonka juuret ovat Yhdysvalloissa. Tässä Chronic Care Model -mallissa organisaation toiminta on potilas- ja tiimikeskeistä. Potilaan hoito on vuorovaikutukseen perustuvaa ja yksilöllistä. Hoito myös on näyttöön perustuvaa ja tukena käytetään tietojärjestelmiä. Vuorovaikutus potilaan kanssa on proaktiivista ja voimaannuttavaa. Mallissa on kuusi osaa, joista tärkeimpiä ovat omahoidon tuki, palveluvalikoima ja kliiniset tietojärjestelmät. (Wagner, Austin, Davis & Hindmarsh 2001.)

Amerikkalaisessa systemaattisessa katsauksessa koottiin 16 tutkimuksen tulokset Chronic Care Model mallin tuloksista diabeetikoiden hoidossa. Tulokset näyttivät, että CCM mallin käyttö paransi diabeteksen hoitoa perusterveydenhuollossa. Potilaan tavoitteiden laatiminen ja potilaan omahoidon seuraaminen tapahtui potilastietojärjestelmien kautta. Henkilöstön roolien ja vastuualueiden tarkastaminen tuotti tehokkaampia tuloksia diabeteksen hoidossa. Uudelleen organisointi auttoi diabeetikoita tehostamaan omahoitoa. (Stellefson, M., Dipnarine, K. & Stopka, C. 2013.) Terveystyömalli on laajempi käsite ja hoitosuunnitelma on osa sitä. Terveys- ja hoitosuunnitelma tehostaa perusterveydenhuollon asiakkaiden omahoitoa ja se on käytössä maailman laajuisesti. Opinnäytetyön tarkoitus nousi terveystyömallin pohjalta.

2.2 Terveys- ja hoitosuunnitelman käyttötarkoitus

Terveys- ja hoitosuunnitelma on tarkoitettu tehtäväksi kaikille paljon terveys palveluja käyttäville ja pitkäaikaissairaille, kuitenkin jokaisella perusterveydenhuollon asiakkaalla on siihen oikeus. Suunnitelma on asiakaslähtöinen, ja tärkeimpänä osiona siinä onkin asiakkaan kertomat tarpeet ja tavoitteet. Terveys- ja hoitosuunnitelma koostuu seitsemästä osasta: perustiedot, hoidon tarve, hoidon tavoite, suunnitellun hoidon toteutus ja keinot, suunniteltu tuki, seuranta ja arviointi, terveydenhuollon ammattihenkilö, sekä lisätiedot. Suunnitelman laatimiseen tulee varata riittävästi aikaa. On suotavaa, että asiakas on perehtynyt suunnitelman tekoon etukäteen, esimerkiksi ennakoon täytettävällä kyselyllä. (Jokinen & Virkkunen 2018, 111–118.) Nämä ohjeistukset olivat lähtökohdat, kun hoitosuunnitelman implementointia aloitettiin vastaanotoille. Tarkoituksena oli, että kaikille sairausryhmille kansansairauksien hoitajan vastaanotoilla tehtäisiin terveys- ja hoitosuunnitelma. Terveyskylän sivustolla painotetaan, että hoitosuunnitelma on sairastuneen omahoivon tukikivi (Mikä on hoitosuunnitelma? 2019). Tämä on tarkoituksena vastaanottojen kansansairauksien asiakkaiden hoidon muutoksessa. Suunnitelman tekoon tulisi resursoida riittävästi aikaa, joka antaa hyötyä vastaanotto kontaktien vähenemisenä tulevaisuudessa.

Terveys- ja hoitosuunnitelma toimii virallisena potilasasiakirjana. Terveys- ja hoitosuunnitelman käytöstä onkin säädetty laissa. Sosiaali- ja terveysministeriön potilaskirjoista antamassa asetuksessa säädetään, että potilasasiakirjoihin tulee merkitä tiedot, jotka turvaavat potilaan hyvän hoidon, sen järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan. Terveys- ja hoitosuunnitelman mukaiset perusterveydenhuollon palvelut. Kotikunnan terveysaseman laatii hoitosuunnitelman, jota voidaan toteuttaa ulkopaikkakunnan terveyskeskuksessa. Lakiin terveydenhuollon ammattihenkilöstä tuli muutos, jonka mukaan rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden omaava sairaanhoitaja voi jatkaa potilaan lääkitystä, jos lääkäri on tehnyt diagnoosin ja merkinnän lääkkeen jatkamisesta hoitosuunnitelmaan. (Komulainen, Vuokko & Mäkelä 2011, 11.) Nämä asiat ovat huomioitu organisaatiossa ja sitouttaa esimiehiä terveys- ja hoitosuunnitelman implementointiin. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea tarttuu hoitosuunnitelman käyttöön lääketurvallisuuden kannalta. Fimean dokumenteissa todetaan, että selkeä lääkehoidon kirjaus potilaan hoitosuunnitelmaan ehkäisee lääkkeiden aiheuttamia vaaratilanteita. (Brinkmann 2019.) Hoitosuunnitelma on siis tärkeä dokumentti potilaan turvallisen hoidon toteutumisen ja jatkuvuuden kannalta.

Hoitosuunnitelman hyödyt ja käytön haasteet

Jyväskylän yliopistossa 1500 potilaan aineistosta tehdyssä tutkimuksessa osoitettiin hoitosuunnitelman taloudellinen ja terveydellinen hyöty. Miehillä ja naisilla riski sairastua tai kuolla sydäninfarktiin tai aivohalvaukseen pieneni. Taloudellista säästöä tuli vuosittain 500 000 euroa näiden potilaiden hoidossa. Tutkimus näytti, että kontaktit lääkäriin ja suunnittelemattomat käynnit terveydenhuollossa laskivat, yhteydenotot hoitajien ja asiakkaiden välillä puhelimitse nousivat. (Korpela & Ruohonen 2018, 20–24.) Kansainvälisessä 10 000 potilaan aineiston tutkimuksessa todettiin, että verenpaine ja kolesteroli arvot olivat paremmat niillä, joilla oli hoitosuunnitelma tehty. Hyviä vaikutuksia tehosti erityisesti, jos suunnitelmasta annettiin potilaalle kopio. (Mikkola, Hagnäs, Hartsenko, Kaila & Winell, 133–138.) Hoitosuunnitelman käytön hyödyistä on paljon tutkittua näyttöä. Implementoitavan asian tulee olla näyttöön perustuvaa tietoa.

Hoitosuunnitelman teossa on myös haasteita ja näihin on pyritty löytämään ratkaisuja. Monissa tutkimuksissa ammattilaiset kertovat, että ajan puute on isoin haaste hoitosuunnitelman teossa. Esimerkiksi Mikkelin terveyskeskuksessa hoitohenkilökunnan aika ei riittänyt suunnitelmien tekoon, vaikkakin kaikki myönsivät sen merkityksen hyvälle hoidolle. Mikkelisä alkuun pääsemisen avain oli valmiit mallipohjat. (Vierula 2019.) Hoitosuunnitelmien teossa haasteiksi todetaan Winellin, Mikkolan ja Liiran (2019) mukaan myös sairaskeskeinen asenne ja sähköisten järjestelmien tukemattomuus. He painottavat, että hoitosuunnitelman implementoituminen vaatii vuosien koulutuksen ja muistuttelun. (Winell, Mikkola & Liira 2019.)

2.3 Terveystyömallin ja terveys- ja hoitosuunnitelman implementointi tuloksia

Amerikkalaisessa systemaattisessa katsauksessa on käsitelty 22 tutkimuksen estävät ja edistävät tekijät Chronic Care Model -mallin implementoinnissa perusterveydenhuoltoon. Katsauksessa kerrottiin tutkimuksista löydetyistä edistävistä tekijöistä. Näitä olivat: vahvat verkostot ja lisääntynyt viestintä eri toimijoiden kanssa erityisesti säännölliset kokoukset, potilaslähtöinen organisaatiokulttuuri, jossa tunnistettiin muutos tarve ja sitouduttiin muutokseen, CCM:n toteutukseen koulutetut vastuuhenkilöt, sitoutunut ja tavoitteellinen johtajuus, koulutus ja työntekijöille jaetut tulokset CCM:n käytöstä. Estäviä tekijöitä kerrottiin olevan: liian lyhyt käyttöönottoaika, joustamattomuus hoidon uudelleen järjestelyissä, henkilöstön vaihtuvuus, johtajan vaihtuminen, johtajien kiinnostuksen ja sitoutumattomuuden puute, johdon tuen puute, organisaatiomuutoksen

vastuuhenkilön puute, resurssien vähyyys kuten henkilöstövaje ja lopuksi väärät uskomukset ja tiedon puute. (Kadu & Stolee 2015.)

Suomessa Rovaniemen terveyskeskuksessa on saatu implementoitua terveys- ja hoitosuunnitelma vastaanotoille. Onnistuneen implementoinnin tekijöitä oli fraasien luonti, ajan resurssointi, omahoitolomakkeen käyttö, kutsujärjestelmä, henkilökunnan koulutus ja tehtyjen suunnitelmien tilastointi. 80–90 prosentilla diabeetikoista on nyt hoitosuunnitelma tehty ja hoitosuunnitelmien määrää edelleen seurataan. (Mikkola, Hägnäs, Reponen & Palmen 2018, 23–25.) Mikkolissa on myös saatu terveys- hoitosuunnitelmat implementoitua käytäntöön, jo 16–18 % (9300:lle) Mikkelin asukkaalle on tehty terveys- ja hoitosuunnitelma. Siellä panostus fraaseihin on ollut avaintekijä. (Miettinen 2020, 24–25.) Opinnäytetyössä käytettiin näitä kansainvälisten ja Suomalaisten tutkimusten tuloksia implementoinnin suunnittelussa ja tutkimusaineiston analyysissä.

Näyttöön perustuvan tiedon saattaminen käytäntöön ja juurtumiseen sinne, edellyttää tiedon jakamista ja osaamisen kehittämistä organisaatiossa. Terveystieteiden kehittäminen ja otetaan käyttöön paljon uutta tietoa, hankkeita ja innovaatioita. Kuitenkin usein ne jäävät juurruttamatta varsinaiseen käytännön työhön. Yksi puute juurruttamisessa on henkilökunnan tiedonpuute näyttöön perustuvasta tiedosta ja toiminnasta. (Holopainen, Junttila, Jylhä, Korhonen & Seppänen 2013, 82.) Koulutus, tutkimustiedon näyttö ja perustelu kehitettävän asian jalkautumiselle käytäntöön ovat tärkeitä. Opinnäytetyössä otetaan huomioon osallistujien koulutus, ja perustelu hoitosuunnitelman käyttöönotolle. Koulutus tapahtuu työpajatoiminnalla. Tutkimustietoa käytetään implementoinnissa hyväksi, esimerkiksi työpajoissa esitetään tutkimustuloksia. Terveys- ja hoitosuunnitelman tekeminen on näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Potilastietojärjestelmien toimivuus on terveyshyötymallin keskeinen tekijä. Nykyisen potilastietojärjestelmän toimivuus ei ole tukenut suunnitelmien käyttöönottoa potilaan Omakannan ja potilastietojärjestelmän yhteensopimattomuuden vuoksi.

2.4 Vertaisarviointi

Vertaisarviointi tehostaa yhteistyötä ja yhteisöllisyyttä. Palautteen antaminen ja saaminen vertaiseltaan on ihmisen luontaista toimintaa. (Nieminen 2019.) Terveystieteiden- ja hyvinvoinnin laitoksen tuo vertaisarviointi malliin mukaan työntekijän ja työorganisaation kehittämisen. Vertaisarviointi

on toisilta oppimista ja opitun jakamista. Tärkeänä myös pidetään uusien verkostojen syntymistä. (Vertaisarviointi 2020.) Vertaisarvioinnin voisi siis nähdä koko organisaation kehittäjänä.

Kollegalta saatu palaute voi olla summittaista ja epämääräistä. Siksi tarvitaan työkaluja järjestelmälliseen ja kohdennettuun arviointiin. Työntekijä voi rutinoitua omaan työhönsä ja vertaiselta saatu palaute voi avata silmiä omille työskentelytavoille (Seppänen-Järvelä 2005). Seppänen-Järvelä (2005) korostaa että vertaisarvioinnissa kokemusosaamisen synnyttämä tieto tulee esiin, ja näin myös toisen vertaisen käyttöön. Usein käydään keskustelua siitä, miten kokemusperäinen tieto saadaan siirrettyä jatkokäyttöön. Vertaiskehittäminen tarjoaa yhden ratkaisun ongelmaan.

Vertaisarvioinnista hoitotyössä ei ole paljoa kirjallisuutta tai tutkimuksia. Kuitenkin vertaisilta saatu järjestelmällinen ja kohdennettu palaute hyödyttää työnkehitystä ja työviihtyvyyttä. Vertaisarviointia varten on luotu malleja. Vertaisarvioinnin työkaluja ovat esimerkiksi vertaishaastattelu ja vertaiskäynti. Vertaishaastattelussa kollegat käyvät keskenään keskustelua tietyn rungon mukaisesti (Välimäki & Järvi 2005, 15). Vertaiskäynti taas tarkoittaa samassa asemassa olevien työntekijöiden kesken tapahtuvaa kehittämistä, missä tärkeä osa on vierailu tai tutustuminen toisen työpaikalle (Hellsten, Outinen & Holma 2005, 35). Luustoliiton projektissa yhdisteltiin näitä molempia järjestöjen kehittämiseksi, ja näistä muovautui ProVe-malli. Projektia pidettiin onnistuneena, vaikka haasteitakin löytyi. Lopputuloksena tekijät suosittelivat vertaisarviointia. Vertaisarviointi toi kollegiaalista tukea uusien toimintamallien muodostamiseksi. (Tuomela & Humaljoki 2015, 14.) Vertaisarvioinnin avulla omia työskentelytapoja voi uudistaa ja syventää. Tämän vuoksi vertaisarviointi sopii implementoinnin työvälineeksi.

3 Toteutus

3.1 Tutkimuksellinen kehittämistoiminta

Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa sosiaalinen prosessi on tärkeä. Tutkimuksessa mukana olevia kannattaa osallistaa mukaan, mikä onkin käyttäjä- ja toimijakeskeistä kehittämistä. Ihmiskeskeinen suunnittelu toteutuu siellä missä kehitystoiminnan tulosta käytetään. Tämä takaa paremmin, että tuote toimii sille tarkoitettussa kohdassa. Ihmiskeskeisessä suunnittelussa on usein

pyrkimyksenä kehittää jo olemassa olevaa palvelua. Tähän kuuluu myös, että koko organisaatio on mukana kehitystyössä, eli käyttäjät ja toimijat osallistuvat kehittämiseen, päävastuun ollessa kuitenkin kehittäjällä. Tämä auttaa myös lopullisen tuotteen levittämistä. (Toikko & Rantanen 2009, 89–97.) Tässä opinnäytetyössä mukana olevat hoitajat osallistuvat kehittämistoimintaan. Tämä tapahtuu työpajoissa, joissa kehitetään hoitosuunnitelmien käyttöönottoa. He myös osallistuvat vertaisarvioinnin avulla kehittämistoimintaan. Sosiaalinen prosessi on opinnäytetyössä tärkein tekijä, joten tutkimuksellinen kehittämistoiminta sopii tähän työhön hyvin. Kehittämistyö tehdään työpaikalla missä hoitosuunnitelmat otetaan käyttöön.

Myös Ojasalo, Moilanen & Ritalahti (2009) nostavat esiin tutkimuksellisen kehittämistoiminnan käytännönläheisyyden työelämän kanssa. Tutkittu tieto syntyy vanhojen käytänteiden päälle. Uusi tieto luo uusia malleja ja käytänteitä työpaikoille. Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa tulisi teoria tietoa soveltaa käytännön toimintaan. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 21–22.) Hoitosuunnitelmien käyttäminen potilaan hoidossa on näyttöön perustuvaa toimintaa. Hoitosuunnitelmien implementoinnissa on käytetty teoriatietoa pohjana ja sitä on sovellettu käytäntöön. Hoitosuunnitelmien teko jalkautetaan terveyskeskuksen vastaanotto toimintaan, muiden käytänteiden yhteyteen. Näissä tekijöissä tulee ilmi opinnäytetyön käytännönläheisyys työelämän kanssa.

Tutkimuksellinen kehittämisprosessi muodostuu perustelusta, organisoinnista, toteutuksesta, arvioinnista ja levittämisestä. Näistä prosessin tehtävistä syntyy erilaisia malleja. Lineaarinen malli on yksinkertainen (kuvio 1). Siinä tavoitteen määrittelystä edetään kehittämisprosessin suunnitteluun, jonka jälkeen alkaa toteutus ja kehittämisprosessin päättäminen ja arviointi. (Toikko & Rantanen 2009, 63–64.) Tutkimuksellinen kehittämisprosessi auttaa hahmottamaan kokonaiskuvaan ja sitä missä vaiheessa kehittämisprosessi on ja mitä tulee seuraavaksi. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 23–24, 64–65.) Kehittämisprosessissä käytetään lineaarista mallia. Malli se on selkeä ja johdonmukainen ja se sopii implementointi prosessimallin kanssa yhteen käytettäväksi. Niillä on samanlainen prosessin kulku.



Kuvio 1. Kehittämistyössä käytetty lineaarinen malli

3.2 Implementoinnin prosessimalli Ottawa

Implementoinnilla, eli käyttöönotolla, on tieteellisissä lähestymistavoissa kolme päätavoitetta. Ensin kuvataan, miten kehitettävä asia saadaan soveltumaan käytäntöön, eli prosessimalleja. Toiseksi arvioidaan determinantteja, eli mikä vaikuttaa toteutuksen onnistumiseen. Kolmanneksi jää toteutuksen arviointi. Nilsenin artikkelissa ehdotetaan viittä erilaista lähestymistapaa, joissa nämä kolme päätavoitetta käsitellään. Prosessimalli kuvaa ja antaa käytännön ohjeita prosessin alusta loppuun asti, se luo käytännöllisen viitekehyksen prosessiin, tallainen toimintamalli on esimerkiksi Ottawa-malli. (Nilsen 2015, 2–3.)

Mallin kehittäneet Graham & Logan kirjoittavat teoksessa *Models and frameworks for implementing evidence-based Practice*, että mallin lähtökohta on konstruktivisessa näkökulmassa, jossa sosiaalinen vuorovaikutus on tärkein tekijä. Tärkeänä oletuksena toimii, että ulkoiset tekijät vaikuttavat kaikkeen kehittämiseen ja onnistumiseen, myös lopputulokseen. Kun projektia aletaan viedä eteenpäin niin Ottawa-mallissa perehdytään kolmeen osaan *assessing, monitoring and evaluating (AME)*. Ensimmäisenä kartoitetaan ympäristön ja käyttäjien estävät ja edistävät tekijät projektin onnistumiseen. Toiseksi seurataan projektin kehitystä ja projektin lopuksi arvioidaan tuloksia. (Logan & Graham 2010, 83.) Tutkimuksellisessa kehittämistoiminnassa on sosiaalinen vuorovaikutus tärkeää. Ottawa-malli on käyttäjä- ja toimijakeskeinen, ja siinä etsitäänkin juuri kehittämistyön käyttäjien tekemiseen vaikuttavia estäviä ja edistäviä tekijöitä. Malli sopii tutkimuksellisen kehittämistoiminnan opinnäytetyöhön. Työssä seurataan implementoitumisen tuloksia, mikä on Ottawa-mallin kolmas osa.

Seuraava esimerkki on käytännönläheinen ja tapaus sopisi myös opinnäytetyön kehittämissympäristöön. Graham & Logan kirjoittavat (2004) artikkelissaan Ottawa-mallin käytöstä sairaalan kirurgisella osastolla, jossa oli ongelmia potilaiden haavojen parantumisessa. Tarkoituksena oli tehdä ja ottaa käyttöön uusia toimintamalleja. Ongelmaa alettiin työstää Ottawa-mallin avulla. Ensin arvioitiin keskeiset elementit, jotka vaikuttivat projektin onnistumiseen. Näitä olivat mm. työskentelyympäristön kulttuuri, asenteet, potilaiden ja henkilökunnan tietämys, näyttöön perustuvan tiedon käyttö. Seuraavaksi seurattiin projektin kulkua, kuten toimintamallien etenemisen ja käyttöönoton esteitä, hyväksyntää ja siirtymistä käyttöön. Lopuksi arvioitiin tulokset potilaiden, henkilökunnan ja organisaation kannalta. Lopputulos oli, että haavat saatiin vähenemään ja haavat paranivat nopeammin. Ottawa-malli todettiin hyväksi tavaksi toteuttaa uudistuksia ja jalkauttaa tuloksia. (Graham & Logan 2004, 19, 23.)

Implementointia suomeksi -artikkelissa kuvataan hoitosuosituksen implementointia käytäntöön. Artikkelin kirjoittajat esittelevät implementointitutkimuksen viitekehyksen, jota tutkija voi käyttää hyväkseen koko implementointitutkimusprosessin ajan. Ensin katsotaan, että hoitosuositus on luotettava ja pätevä. Toiseksi arvioidaan esteet ja edistäjät. Tämän jälkeen toteutetaan implementointi, toteutuksessa tapahtuu suunnittelu ja interventiot. Implementoinnin toteutumista seurataan esimerkiksi käyttötilastoinneilla. Implementoinnin toteutuksen jälkeen katsotaan, onko ammattilaisen tiedoissa ja asenteissa muutoksia, sitten näkykö muutokset ammattilaisen toimintatavoissa ja prosesseissa. Lopuksi tutkitaan, onko muutoksia implementoinnin kohderyhmässä, esimerkiksi potilaat ja viimeiseksi koko väestön terveydessä. Tutkijoiden kehittämän implementointi viitekehyksen kanssa voi käyttää myös muita implementointimalleja. (Sipilä, Mäntyranta, Mäkelä, Komulainen & Kalla 2016, 850–853.) Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä implementoinnin malli on Ottawa-malli, joka etenee lineaarisesti. Ensin katsotaan, että jalkautettava asia on näyttöön perustuvaa tietoa, sen jälkeen selvitetään implementoitumisen estävät ja edistävät tekijät. Implementoituminen laitetaan käytäntöön tuloksia seuraten. Opinnäytetyön loppuvaiheessa katsotaan, onko hoitajien asenteissa tai toimintatavoissa muutoksia käyttöönoton jälkeen.

4 Kehittämistyön eteneminen lineaarisen mallin mukaan

4.1 Kehittämistyön tavoitteiden määrittely

Kehittämistyö alkoi lineaarisen mallin mukaan tavoitteiden määrittelystä (kuvio 1). Terveysyöty-mallin mukaan asiakas tulee saada sitoutumaan omahoitoonsa ja hänen tulee saada yksilöllistä, moniammatillista ja suunniteltua hoitoa. Työnantajan asettama tavoite oli saada terveys- ja hoitosuunnitelma käyttöön vastaanottotoiminnassa, ensiksi hoitajien taholla. Opinnäytetyön tekijän tavoitteena oli, että työn toteutus on käytännönläheinen ja vertaistukeen perustuva. Työkalu toteutukseen löytyi vertaisarvioinnista.

4.2 Kehittämisprosessin suunnittelu ja suunnitteluvaiheen tulokset

Tavoitteiden määrittelyn jälkeen alkoi kehittämisprosessin suunnittelu. Kehittämistyö tuli aloittaa aivan alusta. Ensimmäisenä luotiin kirjaamistyöryhmän kanssa fraasit LifeCare -potilastietojärjestelmän HOI-SU -välilehdelle. Fraaseiksi tulivat Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma -oppaan mukaiset hoitosuunnitelman seitsemän kohtaa, jotka olivat: perustiedot, hoidon tarve, hoidon tavoite, suunnitellun hoidon toteutus ja keinot, suunniteltu tuki, seuranta ja arviointi, terveydenhuollon ammattihenkilö, sekä lisätiedot (Komulainen, Vuokko & Mäkelä 2011, 15–27).

Esitietolomake haluttiin hoitosuunnitelman prosessiin mukaan. Omahoitolomake kohdistaa asiakkaan ajatukset tulevan suunnitelman tekoon. Lomake motivoi asiakasta miettimään tavoitteita ja millä keinoilla ne voi toteuttaa. (Oksman, Sisso & Kuronen 2012, 29.) Onnistuneen implementoinnin yhdeksi tekijäksi on myös nostettu esitietolomakkeen käyttö (Mikkola, Hägnäs, Reponen & Palmen 2018, 23–25).

Kehittämisprosessin suunnitteluvaiheen tulokset

Hoitosuunnitelman tekemisen ja jalkautumisen tueksi tehtiin fraasit. Hoitosuunnitelman teko vastaanotoilla käytännössä toteutuu rakenteisen kirjaamisen ohjeiden mukaan. Hoitotyön rakenteisella kirjaamisella haetaan helpompaa tiedon löytymistä ja jatkoehdottomuutta. Rakenteisella kirjaamisella yhdenmukaistetaan kirjattua tietoa. Potilas näkee omat tietonsa omakannasta, rakenteisella kirjaamisella varmistetaan, että potilaan tiedot ovat yhteneväisiä. (Jokinen & Virkkunen

2018, 14–15.) Fraasit ovat nostettu myös onnistuneen implementoinnin yhdeksi tekijäksi Mikkelissä ja Rovaniemellä (ks. Mikkola, Hägnäs, Reponen & Palmén 2018, 23–25, Miettinen 2020, 24–25). Fraaseista tuli hyvin yksinkertaistettut, valmiita väliotsikoita ei laitettu. Tämä sen vuoksi, koska fraasit ohjaavat työntekijää ja nyt haluttiin asiakkaan ääni kuuluviin. Syynä fraasien pelkistettyyn muotoon oli myös asiakkaiden laaja-alaisuus. Masennus- ja päihdeasiakkaalle voi olla erilaiset mitarit ja seurattavat asiat kuin diabeetikolla tai astmaatikolla.

Hoitosuunnitelman asiakaslähtöisyyden ja jalkautumisen tueksi otettiin käyttöön omahoitolomake. Esitietokaavaketta ei lähdetty tekemään itse. Potku-hankkeen aikana on kehitetty Omahoitolomake (Liite1). POTKU – Potilas kuljettajan paikalle -hanke oli osa Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelmaa (Kaste) jossa pääpaino oli perusterveydenhuollon pitkäaikaissairauksien hoidossa. Ohjelman lähtökohta on ollut Terveystyömallissa. (Oksman, Sisso & Kuronen 2010–2012, 3.) Omahoitolomake päätettiin ottaa hoitosuunnitelman esitietolomakkeeksi. Omahoitolomake laitettiin sähköisesti asiakkaan ja hoitajan välille käytettäväksi Hyvis.fi sivustolle. Tulostettavaksi lomake liitettiin Seututerveyskeskuksen internet-sivuille.

4.3 Kehittämisen prosessin toteutus

Tavoitteiden määrittelyn ja suunnittelu vaiheiden jälkeen alkoi toteutus. Tästä alkoi myös implementointi Ottawa-mallin mukaisesti. Implementoinnin käytännön toteutus päätettiin toteuttaa työpaja toiminnalla. Työpaja toiminnan vuorovaikutteinen työskentelytapa sopi tähän kehittämisprosessiin, koska tutkivan kehittämistoiminnan keskeisiä asioita on sosiaalinen prosessi (Toikko & Rantanen 2009, 89–97.) Kehittämistyössä mukana olevia kannattaa osallistaa mukaan Tämä tapahtui työpajoissa kyselyllä ja yhteisellä keskustelulla hoitosuunnitelman implementoitumisesta ja sen toteutuksesta. Työpajoissa oli tarkoitus selvittää Ottawa-mallin mukaisesti mitkä tekijät olivat hoitajien mielestä implementoitumisen edistäviä ja estäviä tekijöitä, tämä tehtiin kyselyllä. Tutkivan kehittämistoiminnan mukaisesti kehittämissä tehdään siellä missä se otetaan käyttöön. Työpajat järjestettiin vastaanotto toiminnan tiloissa.

Ensimmäinen työpaja pidettiin maaliskuussa 2020. Paikalla oli seitsemän vastaanoton ja terveysneuvonnan sairaanhoitajaa ja terveydenhoitajaa. Työpajassa on yleensä kolme vaihetta: tavoite, ratkaisu ja toimenpiteet (Nummi 2018, 87.) Työpajassa suunniteltiin käsiteltäviksi asioiksi tutkimustulokset hoitosuunnitelman käytöstä, fraasit, omahoitolomake, sisältömerkintä, käyttöönoton

estävät ja edistävät tekijät ja aikataulu. Työpaja aloitettiin motivoimalla hoitajia hoitosuunnitelman käyttöön koska motivointi on keskeinen asia onnistuneessa implementoinnissa. Motivointi tapahtui tutkimustulosten avulla. Motivoinnin jälkeen työpajan tavoitteeksi määriteltiin löytää käytännön keinot hoitosuunnitelman käyttöönottoon.

Omahoitolomakkeen käyttö toimi käytännön keinona terveys- ja hoitosuunnitelman jalkauttamiseen. Lomakkeen käyttö tuotiin tutuksi ja pohdittiin käyttöönottopoja. Potilastietojärjestelmän terveys- ja hoitosuunnitelma -välilehdellä olevat fraasit näytettiin. Omahoitolomakkeen ja fraasien yhteensovittamista harjoiteltiin esimerkkitapauksen avulla. Sisältömerkintä potilastietojärjestelmän tilastointiin tehdystä hoitosuunnitelmasta tekee työn näkyväksi, joten tämä asia oli tärkeä käydä työpajassa läpi. Käytännön toimenpiteitä hoitosuunnitelman tekemiseksi mietittiin lopuksi. Nämä jäivät ajatuksen tasolle eikä konkreettista suunnitelmaa tehty. Kuitenkin työpajassa päätettiin, että hoitosuunnitelmia voi alkaa tekemään. Aikataulu hoitosuunnitelmien teolle todettiin noudattavan työvuorolistojen suunnittelua. Aikataulu hoitosuunnitelmien seuraamiselle sovittiin toukokuulle 2020. Tuolloin katsottaisiin, onko hoitosuunnitelmia tehty. Kaikesta työpajassa käsitelleestä asiasta annettiin kirjallinen kooste ja myös muistio tehtiin.

4.3.1 Ensimmäisen työpajan aineiston keruu ja analyysi

Aineistoa kerättiin ensimmäisessä työpajassa. Työpajaan osallistui seitsemän hoitajaa vastaanotoilta. Työpajassa osallistujat kirjoittivat lapuille asioita, jotka voisivat estää tai edistää hoitosuunnitelman jalkautumista. Laput palautettiin nimettöminä.

Teema-analyysi lähtee teorialähtöisestä sisällön analyysistä. Siinä aineiston luokittelu perustuu teoriaan. Tällöin analyysi voi perustua esimerkiksi teemoihin. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 30.) Teemat nousivat Ottawa-mallista, sekä terveys- ja hoitosuunnitelmien ja terveyshyötymallin implementointi tutkimusten tuloksista sekä teoriasta.

Lähtöteemat voivat nousta esiin teoriasta. Sen jälkeen tulee muita teemoja, jotka voivat perustua aineistoon. Teema-analyysissä lähtöteemat voivat olla ääripäitä. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 173–175.) Tässä työssä lähtöteemat tulivat teoriasta ja muut teemat nousivat aineistosta, aineistoa vertailtiin teorialiedoista nousseisiin tekijöihin. Lähtöteemoiksi laitettiin Ottawa-mallin teorian mukai-

sesti hoitosuunnitelman implementoitumista edistävät ja estävät tekijät. Tekijät ovat myös ääripäitä toisistaan. Hoitajien nimeämät hoitosuunnitelman implementoitumista estävät ja edistävät tekijät teemoitettiin seuraavaksi (taulukko 1, taulukko 2). Vastaukset hahmottuivat kolmeen osaan. Teemoiksi, joiden alle hoitajien vastaukset menivät, olivat: hoitajista lähtevät-, potilaasta lähtevät- ja työorganisaatiosta lähtevät tekijät. Ryhmittely teemoihin tehtiin vastausten samankaltaisuuden mukaisesti. Vastausten teemoittelun tulee onnistuakseen olla teoria ja empirian vuoropuhelua, muutoin teema-analyysi saattaa kuihtua pelkkiin fraaseihin (Eskola & Suoranta 1998, 176). Teoriatiedon teemoja verrattiinkin lähdeaineistosta nousseisiin implementointia estäviin ja edistäviin tekijöihin, ja näiden avulla ryhmiteltiin aineisto.

Taulukko 1. Edistävät tekijät

Hoitajista lähtevät	Potilaasta lähtevät	Organisaatiosta lähtevät
<ul style="list-style-type: none"> - Ymmärrys miksi tehdään - Potilaan motivointi oma-hoitolomakkeen käyttöön - Matalalla kynnyksellä tehdään - Tiedetään sen hyödyt - Kaikki tietävät asiasta - Hoidon jatkuvuus 	<ul style="list-style-type: none"> - Potilaan motivaatio - Potilaan sitoutuminen - yhteistyö 	<ul style="list-style-type: none"> - Tiedottaminen - Yhteinen käytäntö - Potilaalle maksuton - Mahdollisimman moni mukaan työyhteisöstä - Potilas lähtöisyys työyhteisössä

Taulukko 2. Estävät tekijät

Hoitajista lähtevät	Potilaasta lähtevät	Organisaatiosta lähtevät
<ul style="list-style-type: none"> - Liian iso kynnys - Kaikki hoitajat ei lähde mukaan. - Päällekkäiskirjaus - Vanhat kokemukset hoitosuunnitelmien elämättömyydestä. - Henkilöstön vaihtumiset, aina eri hoitaja. 	<ul style="list-style-type: none"> - Potilaan motivaatio 	<ul style="list-style-type: none"> - Tiedottaminen - Aika resurssin puute - Lääkärit eivät lähde mukaan. - Aika ei riitä

4.3.2 Ensimmäisen työpajan aineiston tulokset

Implementoinnin teoriassa jalkautumiseen vaikuttaa asioita, joihin pystytään vaikuttamaan ulkopuolelta, kuten Ottawa-mallissa. Mallissa tärkeänä oletuksena toimii, että ulkoiset tekijät vaikuttavat kaikkeen kehittämiseen ja onnistumiseen, myös lopputulokseen (Logan & Graham 2010, 83). Tätä oletusta peilattiin aineiston vastauksiin. Aineiston tuloksista esimerkiksi henkilökunnan tiedonpuute näyttöön perustuvasta toiminnasta estää implementoitumista. Ulkoinen tekijä tässä esimerkissä on koulutus ja sen puute, sekä puutteellinen tiedotus. Puutteellinen tiedotus voi aiheuttaa sen, ettei kaikki hoitajat lähde mukaan. Teemoista voi tehdä myös ketjutuksen, mikä on seurausta mistäkin asiasta. Esimerkiksi tiedon puute tai väärä tieto voi vaikuttaa hoitajan motivaatioon kehitettävän asian käyttöönottoon. Implementointia koskevissa tutkimuksissa ja teoriassa jalkautumiseen vaikuttavia tekijöitä oli useita, joiden suurin yhdistäjä oli henkilökunta tai organisaatio.

Opinnäytetyön analyysin teemoja verrattiin implementoinnin teoretiedosta nousseisiin tekijöihin. Työpajakyselyn vastauksista hoitaja- ja työorganisaatiota koskevat vastaukset olivat lähdekirjallisuuden kanssa yhteneväisiä. Kuten yhteiset käytänteet, potilaslähtöisyys työkuulttuurissa, ymmärrys miksi tehdään. Tekijä, mikä ei näkynyt implementoinnin teoriassa mutta hoitajien vastauksissa näky, oli potilaasta lähtevät tekijät. Potilaan motivaatio ja sitoutuneisuus laitettiin sekä edistäviin

että estäviin tekijöihin. Potilaan motivaatio voitaisiin nähdä myös osin hoitajan toiminnasta riippuvaiseksi. Ihmisen motivaatioon voi vaikuttaa antamalla positiivista palautetta, olemaan tuomitsematta, antamalla realistista tietoa, ja tukemalla potilasta tekemään omat realistiset tavoitteet (Markland, Ryan, Tobin & Rollnick 2005, 898).

4.3.3 Toisen työpajan aineisto ja tulokset

Toinen työpaja oli toukokuussa 2020. Paikalla oli kahdeksan hoitajaa ja osastonhoitaja. Hoitajat olivat osin samoja kuin edellisessä työpajassa. Ennen toista työpajaa purettiin hoitajien lappuihin kirjoittamat tekijät implementoinnin estävistä ja edistävästä tekijöistä. Työpajassa todettiin hoitajien kanssa yhdessä, että ne ovat samoja kuin edellisessä työpajassa käsitellyissä tutkimuksissa. Estävät ja edistävät tekijät herättivät paljon keskustelua. Ensimmäisen työpajan implementoinnin tekijät olivat osin samoja estävissä ja edistävissä tekijöissä. Esimerkiksi ajan resursointi, jos aikaa on, se tukee hoitosuunnitelman teon jalkautumista. Jos aikaa ei ole resursoitu niihin, niin teko vaikeutuu. Tai potilaan motivaatio. Parhaimmillaan potilaan motivaatio herättää hoitosuunnitelman henkiin, tai sitten puuttuessa vie hoitosuunnitelman tekemisellä saavutettavan hyödyn.

Hoitajien ensimmäisen työpajan vastauksissa edistäviin asioihin lueteltiin tiedottaminen ja perustelut. Näihin työpajatyöskentelyssä pyrittiin kiinnittämään huomiota. Perustelut on haettu tutkimustuloksista. Tiedottamisen tuoksi on tehty kirjalliset ohjeistukset käytännön toteutuksesta, esimerkiksi fraasien käytöstä ja tilastoinneista. Yhteiset käytänteet on mielletty vastauksissa edistäviin tekijöihin. Työpajatyöskentelyllä pyritään yhteisten käytänteiden sopimiseen hoitosuunnitelmien teossa. Hoidon jatkuvuus ja potilaslähtöisyys on myös edistävissä asioissa, juuri näihin asioihin hoitosuunnitelmalla pyritään. Estäviin tekijöihin oli laitettu riski siitä, että muu henkilöstö, tai muut hoitajat eivät lähde mukaan hoitosuunnitelmien tekoon. Yhteiset käytännöt ja säännöt pienentävät tätä riskiä.

Työpajassa kerrattiin myös ensimmäisen pajan muistiosta tuolloin läpikäytyt ja sovitut asiat. Uusia ehdotuksia ja ideoita nousee hoitajilta edelleen. Esimerkiksi omahoitolomakkeen käytöstä ja moniammatillisten asiakkaiden hoitosuunnitelma vastaanotosta. Hoitosuunnitelma voidaan myös toteuttaa etänä, joten keskustelua käydään puhelimitse tehtävästä hoitosuunnitelmasta. Työpajan lopuksi todettiin, että hoitosuunnitelmia tulee alkaa tekemään. Tehtyjen hoitosuunnitelmien määrää seurataan tilastomerkinnoista kuukausittain.

Kolmas työpaja oli joulukuussa 2020. Ottawa-mallin mukaisesti ja kehittämisprosessin lineaarisen kulun mukaan implementointia toteutetaan ja kehittämistyön edistymistä seurataan. Työpajaan ei ehdi hoitajia. 2020 vuoden poikkeusaika vaikuttaa hoitosuunnitelman implementointiin. Esimerkiksi hoitajien kiireettömiä vastaanottoaikoja on vähennetty. Hoitosuunnitelmien tekoa seurataan tilastointimerkinnöillä kuukausittain. Muutamia hoitosuunnitelmia tehdään syksyn 2020 ja talven 2021 aikana.

4.4 Kehittämisprosessin päättäminen ja arviointi

Huhtikuuhun 2021 mennessä neljä hoitajaa, joista tutkija itse on yksi, on tehnyt hoitosuunnitelmia. Opinnäytetyössä haluttiin myös tietoa auttaako vertaisarviointi hoitosuunnitelman implementoitumista. Hoitajia pyydetään tulostamaan tehtyjä hoitosuunnitelmia. Niistä leikataan potilastiedot pois. Tunnistamattomat hoitosuunnitelmat vaihdetaan keskenään ja vertaisarvioidaan auditointikaavakkeen avulla. Terveys- ja hoitosuunnitelman auditointikaavake (LIITE2), on kehitetty Väli-suomen Potku-hankkeessa (Oksman, Sisso & Kuronen 2010–2012, 8). Auditointikaavake kehitettiin Potku-hankkeeseen hoitosuunnitelmien laadun arviointiin. Tähän kehittämistyöhön kaavake otettiin vertaisarvioinnin työkaluksi.

Implementointitutkimuksen viitekehyksessä Implementoinnin toteutuksen jälkeen katsotaan, onko ammattilaisen tiedoissa ja asenteissa muutoksia, sitten näkykö muutokset ammattilaisen toimintatavoissa ja prosesseissa (Sipilä, Mäntyranta, Mäkelä, Komulainen & Kalla 2016, 850–853). Hoitajilta kysytään hoitosuunnitelmien käyttöönoton jälkeen uudestaan implementoitumisen estävistä ja edistävästä tekijöistä. Ensimmäisen kyselyn implementoinnin edistäviksi ja estäviksi tekijöiksi nousi hoitajien vastauksissa myös potilaan motivaatio. Hoitaja voi vaikuttaa potilaan motivaatioon, esimerkiksi motivoivan haastattelun keinoin. Siinä hoitaja voi vuorovaikutuksen keinoin auttaa potilasta vahvistamaan ja löytämään motivaation elämäntapamuutoksiin. (Järvinen 2020.) Nyt haluttiinkin kysyä hoitajilta, miten he kokevat, että ovat voineet vaikuttaa potilaan motivaatioon. Vastauksia verrattiin motivoivan haastattelun keskeisiin periaatteisiin ja perusmenetelmiin.

4.4.1 Päätämävaiheen aineiston keruu ja analyysi

Kehittämistoiminnan lopussa haastateltiin hoitosuunnitelmia tehneet hoitajat, yhteensä kolme haastattelua. Tutkimushaastattelun laji oli teemahaastattelu. Teemahaastattelut tehtiin yksilöhaastattelun keinoin aikataulullisista syistä johtuen. Yksilöhaastattelun hyviä puolia ovat, että haastateltava tulee kuulluksi ja voi luotettavasti kertoa kokemastaan. Ryhmähaastattelu olisi voinut antaa haastateltaville uusia näkökulmia ja vertaistukea, joten se olisi ollut hyvä haastattelu-tapa myös. Haastattelut tapahtuivat työpaikalla, tutkijan kotona ja etäyhteydellä. Haastatteluhetki oli jokaisessa kolmessa haastattelussa rauhallinen, keskeytyksiä ei tullut. Haastattelut kestivät viisitoista minuuttia.

Teemahaastattelun runko (taulukko 3) muodostuu teoriaosuudesta. Haastattelussa ei ole täsmällisiä kysymyksiä vaan teemoja, jotka johdattelevat haastattelua. Teemat ohjaavat keskustelua ja pitävät sen hallinnassa. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 66.) Teemat haastatteluun on hyvä miettiä etukäteen, esimerkiksi tutkimuksen teoriaosuudesta. Näin saadaan yhteys analyysivaiheeseen. (Eskola, Lätti ja Vastamäki 2018.) Opinnäytetyön teemat tulivat teoriaosuudesta. Teemat haastatteluun nousivat Ottawa-mallista, implementoinnin teoriasta ja vertaisarvioinnin teoriasta. Teemat olivat myös osin samoja kuin ensimmäisen työpaja-aineiston analyysin teemat. Ensimmäisestä kyselystä nousi vahvasti esiin potilaan motivaatio edistävänä ja estävänä tekijänä, joten se haluttiin tuoda haastattelun teemaksi myös.

Taulukko 3. Haastattelun teemat

Hoitosuunnitelman jalkautumisen estävät ja edistävät tekijät implementoinnin jälkeen

Hoitajan mahdollisuus vaikuttaa asiakkaan motivaatioon

Vertaisarvioinnin käyttö oman tai työyhteisön työskentelyn kehittämisessä

Vertaisarviointi hoitosuunnitelman implementoinnin työkaluna

Aineiston purkaminen ja analysoiminen voidaan toteuttaa teemahaastattelussa käytettyjen teemojen mukaisesti (Hirsjärvi & Hurme 2000, 141). Haastattelut luokiteltiin teemahaastattelun teemojen mukaan. Teemat olivat hoitosuunnitelman implementoitumisen estävät ja edistävät tekijät käyttöönoton jälkeen, potilaan motivaatioon vaikuttaminen ja vertaisarviointin vaikutus työntekijän ja työyhteisön työn kehitykseen. Haastatteluissa lähdettiin siitä olettamuksesta, että hoitajat ovat jalkauttaneet nyt hoitosuunnitelmien teon työhönsä ja he pystyvät miettimään millaisia tekijöitä käyttöönotossa, on ollut.

Haastattelut kirjoitettiin koneelle. Haastatteluista tuli aineistoa kaksi ja puoli sivua, kirjasinkoko oli 12, Calibri-fontti ja riviväli 1.5. Litteroiduista haastatteluista poimittiin vastaukset teemahaastattelun teemoihin. Analyysi tehtiin teemojen avulla kuten ensimmäisen kyselyn teema-analyysi. Opin näytetyössä analysoitiin jokainen teema erikseen. Teemahaastattelun teemojen alla on kirjoitettu esimerkki puretusta haastattelusta. Kaikki haastatteluissa esiin tulleet asiat ovat laitettu kuvioihin.

Implementoinnin estäviä tekijöitä:

Haastattelussa haastateltava totesi, että implementoitumisen edistävät ja estävät tekijät olivat osin samoja verrattuna ensimmäisessä työpajassa esitettyihin. Käyttöönoton jälkeen nousi haastateltavalta ensimmäisenä tekijänä estävissä tekijöissä epävarmuus hoitosuunnitelman käytön jatkuvuudesta.



Kuvio 2. Implementoinnin estäviä tekijöitä

Implementoinnin edistäviä tekijöitä:

Haastateltava kertoi, että edistäväksi tekijäksi nousi entistä tärkeämpään rooliin yhteisten käytänteiden ja sääntöjen merkitys implementoinnin onnistumiseksi. Myös organisaation selkeä päätös hoitosuunnitelmien käytöstä auttaa käyttöönottoa haastateltavan mielestä.



Kuvio 3. Implementoinnin edistäviä tekijöitä

Implementoinnin estäviksi (kuvio 2) ja edistäviksi (kuvio 3) tekijöiksi hoitosuunnitelman käyttöönoton jälkeen nousi haastatteluissa Ottawa-mallin mukaisesti ulkopuolelta vaikuttavia asioita. Tärkeimmäksi estäväksi tekijäksi nousi organisaatiossa toimivien työntekijöiden yhteisten käytänteiden puuttuminen. Yhteisillä käytänteillä ja sopimuksilla voidaan edistää kaikkien osallisuutta hoitosuunnitelmien tekoon. Yhteisillä käytänteillä voidaan saada kaikki työntekijät mukaan kehitettävään asiaan, estävissä tekijöissä oli myös pelko, ettei muut lähde mukaan. Perehdytys mainittiin estävissä tekijöissä. Implementoinnin teoriassa perehdytyksen ja koulutuksen tärkeyttä korostetaan. Esimerkiksi henkilöstö voidaan saada sitoutumaan yhteiseen asiaan riittävällä koulutuksella näyttöön perustuvasta työtavasta ja kertomalla hoitotuloksista. Organisaation tuen puute koettiin estäväksi tekijäksi. Tämä voi liittyä myös yllä mainittuihin asioihin, esimerkiksi yhteisten käytänteiden puute voidaan kokea tuen puutteeksi.

Implementoinnin edistäviksi tekijöiksi kerrottiin haastatteluissa osin samoja kuin estävissäkin. Yhteiset säännöt ja käytänteet sekä organisaation päätös hoitosuunnitelmien teosta auttavat asian jalkautumiseen. Hoitosuunnitelman positiivisen ajattelutavan potilaan hoidossa ja käytettävyys kaikille potilaille ajateltiin myös olevan edistävä tekijä. Työorganisaatio voi omalla esimerkillään vaikuttaa hoitajan positiiviseen suhtautumiseen. Edistävissä tekijöissä hoitosuunnitelman jalkautumista ajateltiin jo tulevaisuudessa, arkikäytössä. Arkikäytön toteutuessa osattiin odottaa resurssihyötyä ajansäästönä. Edistävissä tekijöissä nähtiin implementointitutkimuksen viitekehysten mukaista kehitystä. Hoitajien tiedoissa ja asenteissa voitiin nähdä muutosta, esimerkiksi terveys- ja hoitosuunnitelman positiivinen ja tulevaisuuteen suuntaava ajattelutapa, ja että hoitosuunnitelman teon otaksuttiin tuovan ajallista hyötyä hoitajien työhön. Viitekehyksessä seuraava kohta on muutos ammattilaisen työnkuvassa ja prosesseissa. Muutos saattoi näkyä vastauksissa, esimerkiksi hoitosuunnitelman mukautumisessa arkikäyttöön ja kaikille potilasryhmille.

Potilaan motivaatioon voi hoitaja vaikuttaa:

Haastateltava kertoo, että potilaan motivaatioon voi hoitaja vaikuttaa hoitajan myönteisyydellä hoitosuunnitelman tekoon ja että hoitaja auttaa potilasta huomaamaan suunnitelman hyödyn potilaan voinnissa ja kunnossa.



Kuvio 4. Potilaan motivaatioon voi hoitaja vaikuttaa.

Potilaan motivoimiseksi haastattelussa kerrotut asiat (kuvio 4) löytyvät motivoivan haastattelun keskeisistä periaatteista ja perusmenetelmistä. Potilaan kuuntelu, ammattilaisen positiivinen suhtautuminen ja suunnitelman tekeminen motivoivat ihmistä muutokseen (Järvinen 2020). Ihmisen motivaatioon voi vaikuttaa antamalla positiivista palautetta, olemaan tuomitsematta, antamalla realistista tietoa ja tukea potilasta tekemään omat realistiset tavoitteet (Markland, Ryan, Tobin & Rollnick 2005, 898). Näitä asioita hoitajat mainitsivat myös haastattelussa, kuten kertomalla elämäntapamuutosten vaikutuksista ja potilaan kuuntelu. Implementointitieteen viitekehyksen mukaisesti vastauksissa tarkasteltiin muutoksia vastaajien tiedoissa ja asenteissa. Muutoksia voitiin nähdä haastateltavien vastauksissa. Ymmärrettiin että asiakasta kuuntelemalla ja tietoa antamalla asiakkaan motivaatioon voi vaikuttaa. Hoitajan positiivisen asenteen huomattiin lisäävän asiakkaan motivaatiota. Tulevaisuutta ajateltiin jo niin, että potilas tulee huomaamaan hoitosuunnitelman teon hyödyt omassa voinnissaan. Työnkuvassa ja prosesseissa näkyviä muutoksia tuli haastattelussa mahdollisesti myös esiin. Esimerkiksi Omahoitolomakkeen käytön todettiin lisäävän potilaan motivaatiota hoitosuunnitelman tekoon.

Vertaisarvioinnin vaikutus oman työskentelyn kehitykseen:

Haastateltava toteaa, että hoitotyössä palautteen käyttö on vähäistä. Haastateltava jatkaa, että vertaisarvioinnin käyttö lisää palautteen antamista ja saamista. Palautteen avulla voi arvioida ja kehittää omaa toimintaansa. Haastateltavan mukaan rutinoitunut työskentely saa uusia näkökulmia.

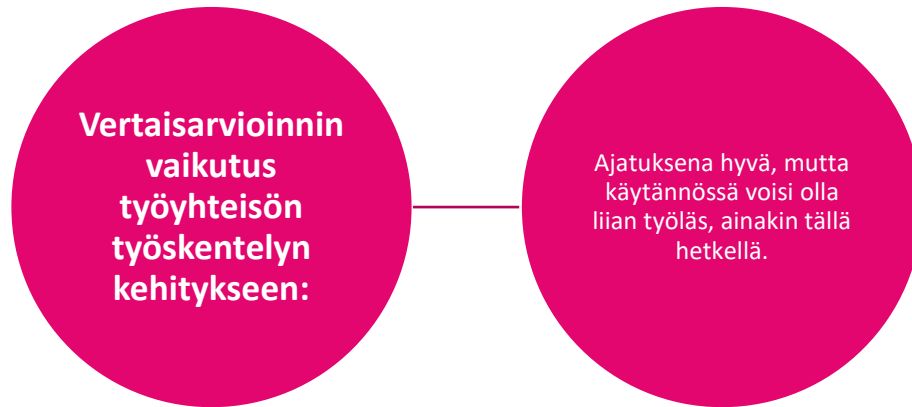


Kuvio 5. Vertaisarvioinnin vaikutus oman työskentelyn kehitykseen.

Haastattelun vastauksissa vertaisarvioinnin vaikutuksesta oman työskentelyn kehitykseen (kuvio 5) nousi teorian tiedossakin todettuja asioita, kuten toisilta oppimisen ja opitun jakamisen (Vertaisarviointi 2020). Vertaisarviointi auttoi haastateltavien mukaan kehittämään omaa työtä. Vastauksissa kerrottiin että, vertaisarviointi lisää palautteen antamista ja saamista. Vertaiskehittäminen auttaa näkemään oman työskentelyn uusin silmin haastateltavien mielestä. Vertaisilta saatu palaute voi avata silmiä omille työskentelytavoille (Seppänen-Järvelä 2005).

Vertaisarvioinnin vaikutus työyhteisön työskentelyn kehitykseen:

Haastateltava kertoo, että laajempaan työyhteisön kehittämisen käyttöön ajatuksen tasolla olisi erittäin hyvä asia. Kuitenkin käytännössä voisi, ainakin tällä hetkellä, olla liian työläs.

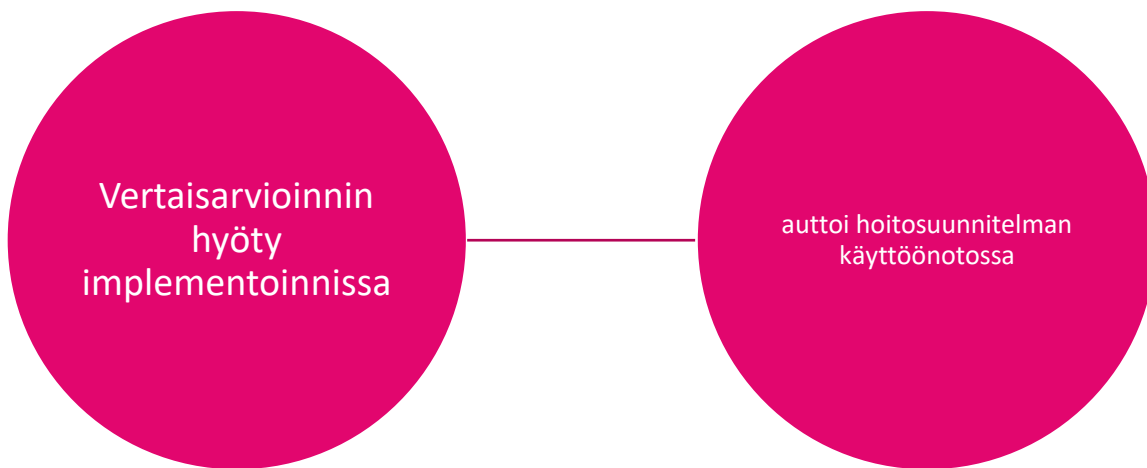


Kuvio 6. Vertaisarvioinnin vaikutus työyhteisön työskentelyn kehitykseen.

Vielä haastateltavat eivät nähneet vertaisarviointia koko työyhteisön kehittämisen apuna (kuvio 6). Teoriatiedossa kuitenkin painotetaan vertaisarvioinnin hyötyä koko organisaation kehittäjänä (Vertaisarviointi 2020).

Vertaisarvioinnin hyöty implementoinnissa:

Vertaisarviointi auttoi haastateltavan mukaan hoitosuunnitelman käyttöönottoa, sitä pystyi myös hyödyntämään oman työnsä kehittämisessä.



Kuvio 7. Vertaisarvioinnin hyöty implementoinnissa.

Vertaisarvioinnilla katsottiin olevan hyötyä hoitosuunnitelman implementoitumisessa (kuvio 7). Vertaisarviointi onkin hyvä keino kehittää ja tuoda käytäntöön uusia työprosesseja. (Vertaisarviointi 2020).

4.5 Johtopäätökset

Opinnäytetyö oli tutkimuksellinen kehittämistyö. Työn aikana saatiin tuloksia terveys- ja hoitosuunnitelman implementoitumiseen vaikuttavista tekijöistä Laukaan terveyskeskuksen hoitajien vastaanotoilta. Tulokset ovat osin yhteneväisiä teoretiedon kanssa. Uusien työnteonmallien jalkautuminen vaatii koko organisaation ja johdon tuen taakseen. Yhteiset käytännöt ja säännöt ovat keskeisessä osassa kaikkien työntekijöiden sitouttamisessa uuden asian käyttöönottoon. Koulutus todettiin tuloksissa myös tärkeäksi implementoitumisen tekijäksi.

Implementoinnin prosessia tehtiin työssä näkyväksi. Implementoinnin viitekehys sopii hyvin hoitotyön tarpeisiin. Työssä voitiin nähdä implementointitutkimuksen viitekehyyksen prosessin lopputulos. Viitekehyyksen mukaan prosessin lopussa, kun implementointi on tehty, ammattilaisen tiedoissa ja asenteissa, sekä toimintatavoissa ja prosesseissa näkyy muutos. Opinnäytetyössä voitiin nähdä näissä asioissa implementointiprosessin vaikutuksia tutkittavissa.

Implementoinnin prosessimalli Ottawa-malli todettiin tutkimukselliseen kehittämistoimintaan sopivaksi malliksi. Sosiaalinen ympäristö ja tutkittavien osallistaminen ovat molemmissa keskeisiä

tekijöitä. Ottawa-mallin oletukseen perustuva näkemys ulkoisista estävistä ja edistävästä tekijöistä sopii työyhteisöjen kehittämiseen. Samalla kun ulkoisiin asioihin vaikutetaan implementoinnissa niin käyttäjien sisäiset työnprosessit kehittyvät, kuten implementointitieteen viitekehys osoittaa.

Opinnäytetyöni tulokset tukevat myös oletusta, että vertaisarviointi on ihmisläheinen ja työyhteisön sisällä hyvin toimiva kehittämisen tapa. Kollegat saavat uusia näkökulmia työstään ja myös uusia toimintatapoja syntyy vertaisarvioinnin tuloksena. Vertaisarviointi auttaa hyvien työskentelykäytänteiden jalkauttamista osaksi työtä

5 Pohdinta

5.1 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen alussa perehdyttiin tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuun ja pohdittiin työn eettisiä asioita sen pohjalta. Julkaisussa nousi tämän työn kannalta tärkeimmäksi eettiseksi asiaksi tutkittavien vapaaehtoisuus. (Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa 2019.) Tutkittaville kerrottiin ensimmäisessä työpaikassa opinnäytetyöstä ja että siihen kuuluviin aineistonkeruuosioihin osallistuminen on vapaaehtoista.

Tutkimuskohteena olivat hoitajat. Heidän tuli olla koko ajan tietoisia, että implementoinnin aikana tehtiin tutkimusta. Tutkimuksesta tiedottaminen onkin tutkimuksen teon eettisiä ohjeita. Lisäksi eettisen tutkimuksen keskeisiä ohjeita ovat luottamuksellisuus ja anonymiteetti. (Eskola & Suoranta 2000, 52–59.) Myös kirjassa Kehittämistyön menetelmät (2009) painotetaan että tutkimuksessa mukana olevien ihmisten tulee tietää kehittämiskohteesta ja heidän roolistaan tutkimuksessa (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 48–49). Työyhteisössä helposti oletetaan, että tutkimukseen osallistuminen kuuluu työn kuvaan, näin ei kuitenkaan ole. Suostumus tulee saada vapaaehtoisuuteen perustuen. Implementoinnin alusta asti on tiedotettu osallistujia samanaikaisesti opinnäytetyötä. Osallistujille kerrottiin, että kyselyyn tai haastatteluun ei ole välttämätöntä osallistua. Myös on hyvä miettiä toimeksiantajan roolia. Tuloksissa voi tulla ristiriitaisuuksia toimeksiantajan ja osallistujien kanssa (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 48–49). Toimeksiantaja

oli tässä työssä työnantaja. Tutkimuksen aineisto on kerätty työntekijöiltä, ja vastaukset koskevat myös työnantajaan liittyviä asioita. Tulokset käydään läpi toimeksiantajan kanssa yhteistyössä.

Tutkimuksen aineiston keruu tehtiin anonyymisti, eikä aineistoa jäänyt säilytykseen. Ihmistieteellisen tutkimuksen ennakoarviointia ei tarvittu opinnäytetyössä, koska kriteerit eivät koskeneet tätä työtä. (Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa 2019.) Tutkittaville ei koitunut haittaa tutkimukseen osallistumisesta tai tuloksista.

Tässä työssä on teorialtietoa käytetty hyväksi subjektiivisen otteen säilyttämiseksi. Tutkimustuloksia on peilattu teorialtietoon ja näin saatu laajempi näkemys työhön. Teorialtiedon tutkimustulosten tarkastelu tuo työhön myös vahvistuvuutta (Eskola & Suoranta 1998, 213). Aineiston arvioinnissa on Eskolan ja Suorannan (1998) mukaan pohdittava aineiston riittävyttä ja analyysin kattavuutta. He kirjoittavat, että aineistojen tehtävänä ei aina ole hypoteesin todistaminen vaan löytää uusia hypoteeseja. Tutkija voi saada uusia ideoita ja ajatuksia. (Eskola & Suoranta 1998, 216) Tutkimuksen aineisto ei ollut laaja, etenkin haastattelu osiossa. Suoria syy-yhteyksiä aineistosta ei voitu tehdä, ainoastaan vertailla teorialtietoon. Aineistosta kuitenkin saatiin uusia kehitysideoita ja tutkimuskohdejoukon ajatuksia esiin.

Tutkimuksellinen kehittämistyö on käyttäjä- ja toimijälähtöistä, kehittäminen tapahtuu työn sisältä ja paikalla missä työ otetaan käyttöön. Tietoa tuottavat ne henkilöt, jotka sitä tarvitsevat käyttöönsä. Tästä perspektiivistä katsoen kaikki tutkimukselliseen kehittämistyöhön osallistuvat henkilöt ovat tutkijoita ja kehittäjiä. (Toikko & Rantanen 2009, 164–165.) Tämä oletamus sopi opinnäytetyöhön. Tutkimuksen laatuun vaikuttaa, kuinka työssä mukana olevia on kuultu ja vastauksia käsitelty. Tutkimuksessa pyrittiin kuulemaan ja osallistamaan tutkimukseen osallistuneita. Tutkimusaineisto käsiteltiin mahdollisimman objektiivisesti.

Haastattelun laadukkuutta voidaan varmistaa miettimällä haastattelurunko mahdollisimman tarkkaan. Teemat tulee olla sellaisia, että niitä voi syventää haastattelun kuluessa. Haastattelu kannattaa purkaa mahdollisimman tuoreeltaan. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 184–185.) Tässä työssä haastattelurunko oli teorialtiedon mukainen ja sitä oli täydennetty kyselystä nousseihin teemoihin. Runko oli mietitty tarkkaan. Työpajojen tulokset ja haastattelu purettiin heti aineistonkeruun jälkeen.

5.2 Kehittämisehdotukset

Opinnäytetyön tulosten pohjalta nousee seuraavat kehittämisehdotukset:

1. Johdon tuki ja tiedotus nousi esiin opinnäytetyön tuloksissa. Käytäntöön jalkautettavan uuden työskentely tavan tai kehitystyön tiedotus on tärkeä huomioida. Tehokas tiedotus pitää jalkautettavaa asiaa käytännön työssä toiminnassa. Tiedotus tuo esille ja tehostaa esimiesten tukea implementoitavaan asiaan.

2. Yhteisten käytänteiden ja koulutuksen tärkeys onnistuneessa implementoinnissa. Implementoitavasta asiasta tulisi tehdä koko organisaation kanssa yhteiset käytänteet työskentelyn jalkauttamiseksi. Ohjeet ja säännöt ovat tärkeitä koko organisaation mukaan saamiseksi implementointiin. Koulutus, joka perustuu näyttöön perustuvaan tietoon, luo perusteita ja motivaatiota implementoitavan asian käyttöönottoon.

3. Implementointiprosessi tulee suunnitella huolellisesti. Kun estävät ja edistävät tekijät implementoitumiselle otetaan huomioon jo ennakoiden niin kokonaisuus tulee todennäköisemmin onnistumaan. Onnistunut implementointi saattaa vaikuttaa myös laajemmin työntekijän työnprosessiin. Suunniteltu prosessimalli tukee implementoitumisen onnistumista. Organisaatiossa voisi olla oma käytäntöön kohdennettu implementoinnin prosessimalli.

4. Vertaisarvioinnin hyödyntäminen hoitotyön kehittämisessä. Kohdennetun ja järjestelmällisen palautteen käyttö on hoitotyössä vähäistä. Teoriatiedon mukaan vertaisarviointi auttaa kehittämään työntekijän ja koko organisaation työnkehitystä, opinnäytetyön tulokset tukevat tätä. Vertaisarviointi on yksinkertainen ja eri tavoin toteutettavissa oleva hoitotyön kehittämisen keino. Organisaatio voi kehittää kohdennetusti omia vertaiskehittämisen malleja ja toimintatapoja.

Lähteet

Brinkmann, S. 2019. Terveys- ja hoitosuunnitelma avuksi iäkkäiden lääkehoitoon. Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea sivuston dokumentteja. Viitattu 25.3.2021. [Hoitosuunnitelma avuksi lääkehoitoon \(fimea.fi\)](https://fimea.fi/hoitosuunnitelma-avuksi-lääkehoitoon).

Eskola, J., Lätti, J. & Vastamäki, J. 2018. Teemahaastattelu: lyhyt selviytymisopas. Julkaisussa Ikku-noita tutkimusmetodeihin: 1, Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Viides, uudistettu painos. PS-kustannus. Viitattu 29.4.2021. [Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1 | Ellibs Lukuohjelma \(ellibslibrary.com\)](https://ellibs.lukuohjelma.com).

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.

Graham, J. & Logan, J. 2004. Using the Ottawa model of research use to implement a skin care program. Journal of nursing care quality. 19, 1, 18-24. Viitattu 11.3.2020. <http://search.ebscohost.com.ezproxy.jamk.fi:2048/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=106573000&site=ehost-live>.

Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjä, L. 2006. Toiminnasta tietoon. Kansanvalistusseura. Vantaa: Dark.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino.

Hellsten, K., Outinen, M. & Holma, T. 2005. Kehittävä vertaiskäynti. Julkaisussa Vertaismenetelmät kehittävä arvioinnin välineinä. Hyvät käytännöt. Menetelmäkäsikirja. Helsinki: Stakes, 35–43. Viitattu 6.4.2021. [Arviointiraportteja205 \(julkari.fi\)](https://julkari.fi).

Holopainen, A., Junntila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. 2013. Johda näyttö käyttöön hoitotyössä. Fiocan julkaisu. Helsinki: Fioca Oy.

Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. 2019. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisu. 3/19. Viitattu 12.4.2020. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2019.pdf

Innokylän Toimitus. 2020. Terveysyhötyymalli – Chronic care model (CCM). THL:n julkaisu. Viitattu 12.4.2020. <https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/terveyshyotymalli-chronic-care-model-ccm>.

Jokinen, T. & Virkkunen, H. 2018. Rakenteisen kirjaamisen opas. THL:n julkaisu. https://thl.fi/documents/920442/2902744/Kirjaamisopas+osa+1++final+2018___.pdf/5395585e-324f-4ac5-86d6-106e27979e77.

Järvinen, M. 2020. Motivoiva haastattelu. Duodecim Käypä hoito -julkaisu. Viitattu 2.5.2021. [Motivoiva haastattelu \(kaypahoito.fi\)](https://kaypahoito.fi).

Kadu, M. & Stolee, P. 2015. Facilitators and barriers of implementing the chronic care model in primary care: a systematic review. Viitattu 12.4.2020.

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4340610/#__ffn_sectitle_

Komulainen, J., Vuokko, R. & Mäkelä, M. 2011. Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma. THL:n julkaisuja. Tampere: Yliopistopaino Oy. Viitattu 21.4.2020.

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80180/890688ae-578c-4ab0-aada-1d16c3a7f79f.pdf?sequence=1>.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Julkaisussa Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. uudistettu painos. Juva: WS Bookwell, 21–39.

Markland, D., Ryan, R., Tobin V. & Rollnick, S. 2005. Motivational interviewing and self-determination theory. Journal of Sosial and Clinical Psychology. 24. 6. 811-831. Viitattu 2.5.2021. [24\(6\).vp \(selfdeterminationtheory.org\)](#)

Miettinen, V. 2020. Hoitosuunnitelmien teko sujuu Mikkeliissä. Suomen yleislääkärit GPF ry. 2/2020. Lukusali-palvelin.

Mikkola, I., Hägnas, M., Hartsenko, J, Kaila, M. & Winel, K. 2020. A Personalized care plan is positively associated with better clinical outcomes in the care of patients with type 2 diabetes: A Cross-sectional real-life study. Canadian journal of diabetes. Vol 44/2. 3/2020. Viitattu 23.3.2020.

Mikkola, I., Hägnäs, M., Reponen, P. & Palmen, O. 2018. Hoitosuunnitelman jalkautuminen onnistuu esteet raivaamalla läpimurtomenetelmää käyttäen. Suomen yleislääkärit GPF ry. 4/2018. Lukusali-palvelin.

Mikä on hoitosuunnitelma? 2018. Diabetestalo.fi. Terveyskylän ylläpitämä sivusto. Viitattu 25.3.2021. [Mikä on hoitosuunnitelma? | Diabetestalo.fi | Terveyskylä.fi \(terveyskyla.fi\)](#).

Nieminen, H., J. 2019. Vertaisarviointi. Julkaisussa Arvioinnin käsikirja. Jyväskylä: PS-kustannus 2019. Viitattu 6.4.2021. Arvioinnin käsikirja | Jyväskylän ammattikorkeakoulu | Janet Finna.

Nilsen, P. 2015. Making sense of implementation theories, models and frameworks. Implementation science. (2015) 10:53 DOI 10.1186/s13012-015-0242-0. Viitattu 11.3.2020. <http://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:812993/FULLTEXT01.pdf>.

Nummi, P. 2018. Fasilitoivan johtamisen käsikirja. Helsinki: Alma Talent. Viitattu 28.4.21. [Fasilitoivan johtamisen käsikirja \(jamk.fi\)](#).

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Helsinki: WSOYpro OY.

Oksman, E., Sisso, M. & Kuronen, R. 2010–2012. Väli-Suomen Potku-hankkeen loppuraportti 2010–2010. Viitattu 9.4.2021. [VÄLI-SUOMEN POTKU HANKKEEN LOPPURAPORTTI - PDF Free Download \(docplayer.fi\)](#).

Seppänen-Järvelä, R. 2005. Johdanto: Vertaisuuteen perustuvat kehittämis- ja arviointimenetelmät: innovatiivisia ratkaisuja. Julkaisussa Vertaismenetelmät kehittävän arvioinnin välineinä. Hyvät käytännöt. Menetelmäkäsikirja. Helsinki: Stakes, 11–15. Viitattu 6.4.2021. Arviointiraportteja205 (julkari.fi).

Sipilä, S., Mäntyranta, T., Mäkelä, M., Komulainen, J. & Kalla, M. 2016. Implementointia suomeksi. *Duodecim*; 132: 850-7. Viitattu 11.3.2020.
https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/223972/Implementointia_suomeksi.pdf?sequence=1.

Stellefson, M., Dipnarine, K. & Stopka, C. 2013. The chronic care model and diabetes management in US primary care settings: A systematic review. *Preventing chronic disease*. 2013, 10, E26. Viitattu 21.4.2020. <https://dx.doi.org/10.5888%2Fpcd10.120180>.

Strategia. 2021. Seututerveyskeskuksen internet sivusto. Viitattu 5.5.2021. [Strategia 2021–2022 | Seututerveyskeskus \(seututk.fi\)](#).

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen yliopistopaino.

Tuomela, J & Humaljoki, K. 2015. ProVe-malli, Projektien vertaisarviointimalli. Luustoliiton raportti. Viitattu 6.4.2021. [prove-raportti.pdf \(luustoliitto.fi\)](#) Vertaisarviointi. 2020. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtaminen. Terveyden- ja Hyvinvoinnin laitos. Viitattu 6.4.2021. Vertaisarviointi - Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtaminen – THL.

Välimäki, A-L. & Järvi, S. 2005. Vertaishaastattelu ja dialoginen vertaisprosessi. Julkaisussa Vertaismenetelmät kehittävän arvioinnin välineinä. Hyvät käytännöt. Menetelmäkäsikirja. Helsinki: Stakes, 17–29. Viitattu 6.4.2021. Arviointiraportteja205 (julkari.fi).

Vierula, H. 2019. Mikkeliissä hoitosuunnitelman teko sujuu. *Lääkärilehti*, 74, 40, 2209. Viitattu 25.3.2021. [Lääkärilehti - Mikkeliissä hoitosuunnitelman teko sujuu \(laakarilehti.fi\)](#).

Wagner, E., Austin, B., Davis, C. & Hindmarsh, M. 2001. Improving chronic illness care: Translating evidence into action. *Health Affairs*. 20. 6. 64-68. Viitattu 22.4.2021. [Improving chronic illness care: Translating evidence into action - ProQuest \(jamk.fi\)](#).

Winell, K., Mikkola, I., Kuronen, R. ja Liira, H. 2019. Hoitosuunnitelma yhteiseksi työkaluksi pitkäaikaissairauksien hoitoon. *Lääkärilehti*, 74, 1-2, 41-45. Viitattu 25.3.2021. [Lääkärilehti - Hoitosuunnitelma yhteiseksi työkaluksi \(laakarilehti.fi\)](#).

Liitteet

Liite 1. Omahaitlomake

Oksman, E., Sisso, M. & Kuronen, R. 2010–2012.

OMAHOITLOMAKE

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

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

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

OMAHOIDOLLA VOIN VAIKUTAA HYVINVOINTIINI

Lääkkeiden käyttö

Harrastukset

Arjessa pärjääminen

Perhe, läheiset, ystävät

Suun terveys

Liikkuminen

Työ

Syöminen

Mielen hyvinvointi

Lääkärin ja hoitajan käynnit

Päihteet, alkoholi ja tupakka

Uni ja lepo

Terveysten ja sairauden omaseuranta

Nimi

Syntymäaika

Täyttöpäivämäärä

Lomakkeen täytössä avusti

Lähde: omahoitokuvio: Collaborative Care Systems Finland / Pirkko Ahoja

POTILAS KULJETTAJAN PAIKALLE
potku2
HAKEMINEN VED KOSKET

Liite 2. Terveys- ja hoitosuunnitelman auditointiohje

Oksman, E., Sisso, M. & Kuronen, R. 2010–2012.

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