



# KONSEPTI –

Toimintakonseptin uudistajien verkkolehti

Konsepti – Toimintakonseptin uudistajien verkkolehti on Toiminnan, kehityksen ja oppimisen tutkimusyksikkö CRADLE:n julkaisu, jonka numeroita toimittavat vuorotellen CRADLE:n, Työterveyslaitoksen ja Metropolia Ammattikorkeakoulun edustajat. Lehti julkaisee toimintakonsepteja ja liiketoimintamalleja sekä niiden kehittämistä ja uudistamista koskevia vertaisarvioituja artikkeleita, tutkimuseloituksia sekä kehittäjien ammatillisia puheenvuoroja ja katsauksia.

## Päätoimittaja

Varpu Tissari,  
Helsingin yliopisto  
varpu.tissari [at] helsinki.fi

## Toimittajat

Varpu Tissari  
Tarja Mäki

## Lehden taitto

Jenni Korpela

## Toimitusneuvosto

Hannele Kerosuo  
Kirsi Koistinen  
Juhana Kokkonen  
Kirsti Launis  
Leila Lintula  
Jorma Mäkitalo  
Juha Pihlaja  
Marika Schaupp  
Hanna Toiviainen  
Jaakko Virkkunen



ISSN 2342-8376

7. vuosikerta, numero 1-2, 30.5.2012

## Julkaisutiedot, arviointikäytännöt ja kirjoitusohjeet

### Pääkirjoitus

Varpu Tissari

[Asiakkaat, työntekijät, välineet ja tietomallintaminen toiminnan ja toimintakonseptien kehittämisen voimavaroina](#)

### Artikkelit

Anu Kajamaa &  
Angélique Hilli

[Asiakasaloitteet ja niihin vastaaminen hoitotyössä – Esimerkinä kotihoito](#)

Varpu Tissari &  
Hanna Toiviainen

[Omahoitomalli asiakaslähtöisyyden välittäjänä](#)

Jenni Korpela

[Tietomallintamisen käyttöönoton ongelmat rakennushankkeessa](#)

Tarja Mäki, Sami  
Paavola, Hannele  
Kerosuo & Reijo  
Miettinen

[Tietomallintamisen käytöt rakentamisessa](#)

### Tutkimuseloitukset

Anu Kajamaa

[Hoidon eheyttämisen innovaatioiden toteutumisedellytykset, organisaation tahto ja asiakkaan ääni](#)

Tarja Mäki

[Rakentamisen tietomallintaminen](#)

### Haastattelut

Varpu Tissari

[Omahoidon tavoitteiden saavuttamisen edellytyksiä potilaan näkökulmasta](#)

Varpu Tissari

[Kotihoidon asiakkaiden liikkumiskyvyn edistäminen liikkumissopimuksen avulla: Onnistumisen kokemuksia työntekijöiden näkökulmasta](#)

### Julkaisu

Engeström, Kaja-  
maa, Toiviainen &  
Hilli (toim.)

[Näkökulmia hoidon eheyttämisen innovaatioiden tutkimiseen](#)

## **JULKAISUTIEDOT, ARVIOINTIKÄYTÄNNÖT JA KIRJOITUSOHJEET**

Konsepti – Toimintakonseptin uudistajien verkkolehti  
ISSN 2342-8376

Julkaisija: Toiminnan, kehityksen ja oppimisen tutkimusyksikkö CRADLE, Helsingin yliopisto

Konsepti - toimintakonseptin uudistajien verkkolehti on Toiminnan, kehityksen ja oppimisen tutkimusyksikkö CRADLE:n julkaisu, jonka numeroita toimittavat vuorotellen CRADLE:n, Työterveyslaitoksen ja Metropolia Ammattikorkeakoulun edustajat. Lehti julkaisee toimintakonsepteja ja liiketoimintamalleja sekä niiden kehittämistä ja uudistamista koskevia vertaisarvioituja artikkeleita, tutkimusselostuksia sekä kehittäjien ammatillisia puheenvuoroja ja katsauksia.

### **7. vuosikerran tuplanumeroa 1–2 koskevat julkaisutiedot**

Seuraavat tiedot koskevat vain Konsepti – Toimintakonseptin uudistajien verkkolehden tuplanumeroa: Konsepti – Toimintakonseptin uudistajien verkkolehti, 7 (1-2), 2012

Konsepti – Toimintakonseptin uudistajien verkkolehti, 7 (1-2), 2012 on julkaistu 10.3.2015 Helsingin yliopiston digitaalisessa arkistossa HELDA:ssa. Kyseinen tuplanumero julkaistiin alunperin 30.5.2012 Muutoslaboratorion verkkosivustolla, jonka ylläpito on myöhemmin päättynyt. Artikkelit, tutkimusselostukset ja haastatteluihin perustuvat artikkelit on julkaistu samansisältöisinä kuin alkuperäisessä verkkojulkaisussa lukuun ottamatta ylä- ja alaviitteiden sekä muuttuneiden ja viallisten verkkolinkkien korjausta. Edellä mainittujen muutoksien tekemisestä ja verkkolehden aineistojen toimittamisesta Helsingin yliopiston digitaaliseen arkistoon (HELDA) on vastannut Varpu Tissari.

### **7. vuosikerran tuplanumeron 1–2 toteutuneet arviointikäytännöt**

Tieteellisten artikkelien osalta noudatettiin sokkovertaisarviointia, jossa kaksi vertaisarvioijaa arvioi artikkelit ja esitti korjausehdotuksensa arviointilomakkeella. Joidenkin artikkelien saamat arviot poikkesivat toisistaan, joten päätoimittaja esitti vähimmäiskorjausvaatimukset ja muut muokkauspyynnöt ja -ehdotukset kirjoittajille. Tutkimusselostusten ja haastatteluiden osalta ei noudatettu vertaisarviointia. Päätoimittaja esitti yksityiskohtaiset korjauspyynnöt ja -ehdotukset kaikille artikkeleille. Lisäksi molemmat lehden toimittajat oikolukivat kaikki artikkelit, kommentoivat niitä ja tekivät niihin korjausehdotuksia. Kaikki artikkelit kävivät siten läpi useita korjauskierroksia.

### **Kirjoitusohjeet ja käsikirjoitusohje Konsepti-lehteen kirjoittaville**

[Konsepti-lehden kirjoitusohje](#)

[Konsepti-lehden käsikirjoitusohje](#)

# Omahoitomalli asiakaslähtöisyyden välittäjänä

Varpu Tissari ja Hanna Toiviainen

CRADLE, Helsingin yliopisto

varpu.tissari [att] helsinki.fi, hanna.toiviainen [att] helsinki.fi

*Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen eheyttäminen on nousemassa keskeiseksi teemaksi yhteiskunnallisessa keskustelussa ja tutkimuksessa sekä käytännön kehitystyössä. Espoon terveyskeskuksessa kehitetyn pitkäaikaissairaiden hoidon eheyttämiseen tähtäävän omahoitomallin ja siihen sisältyvien välineiden käyttöönoton voidaan odottaa muuttavan hoitosuhdetta. Jotta tätä muutosta voidaan ymmärtää eri toimijoiden näkökulmasta, esitämme tässä artikkelissa kehittämämme analyysivälineen, jonka avulla analysoimme hoidon kohteen ja välineiden käytön laajenemista. Esitämme alustavia tuloksia omahoitomallin käytöstä mallin kehittäjien, työntekijöiden ja potilaiden näkökulmista sekä tarkastelemme, miten omahoitomalli välittää asiakaslähtöisyyttä.*

*Tutkimuksemme toiminnanteoreettisena lähtökohtana on Vygotskyn (1978) välittyneisyyden käsite, jonka mukaan tekijän ja kohteen suhde on sosiaalisesti, kulttuurisesti ja historiallisesti välittyntä. Tähän perustuen oppimista ja kehitystä on mielekästä tutkia kulttuuristen artefaktien käyttöönoton ja käytön näkökulmasta. Kehittämämme analyysikehikon avulla tarkastelemme välineen eli omahoitomallin välittämän toiminnan laajuutta ja siihen liittyvää kehittäväää potentiaalia kahdella ulottuvuudella. Ensinnäkin tarkastelemme, keiden toimintaa väline palvelee ja mikä on välineen merkitys hoidon eri osapuolille. Toiseksi tarkastelemme, mitä varten väline on käytössä ja minkälaista toiminnan kohdetta sitä käyttämällä voidaan hallita. Analyysin löydösten valossa tarkastelemme, minkälaista asiakaslähtöisyyttä omahoitomalli ja sen käyttö välittävät. Tutkimusaineistoa olemme keränneet havainnoimalla ja videoimalla pitkäaikaissairaiden potilaiden (N=27) vuosikäyntejä terveyden- ja sairaanhoitajien vastaanotolla sekä haastattelemalla kehittäjiä, potilaita ja työntekijöitä.*

*Analyysimme perusteella omahoitomalli tarjoaa lupaavia asiakaslähtöisyyden näkymiä, joita tarkastelemme kolmen temaattisen esimerkin avulla: (1) vuosikäynti omahoidon välittäjänä, (2) potilaiden vastuu omahoidosta ja sen tavoitteista sekä (3) omahoitomalli potilaan arjen välittäjänä. Sekä potilaiden että työntekijöiden näkemyksissä tulee esiin se, että välineiden käyttöönotto on tuonut hoitosuhteeseen sellaisia elintapoja ja elämäntilanteita koskevia aiheita, tavoitteita ja kohteita, joiden käsittely ei pirstoutuneessa terveydenhuollossa yleensä ole mahdollista. Samalla on kuitenkin ilmeistä, että uuden mallin käyttöönotto myös synnyttää uusia tarpeita ja jännitteitä. Malli ja sen välineet eivät ole valmiita, vaan muuntuvat jatkuvasti käytössä.*

**Avainsanat:** asiakaslähtöisyys, kulttuurinen artefakti, omahoito, pitkäaikaissairauden hoito, väline, välittyneisyys

## 1 JOHDANTO

Hyvinvointipolitiikan mallia on rakennettu Suomessa ”pirstoutuvan palvelujärjestelmän logiikalla ja erillislakien avulla” 1970-luvulta alkaen, todetaan Tekesin katsauksessa *Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämiseen*. Pirstoutuvaa kehitystä ovat omalta osaltaan aikaansaaneet myös sosiaali- ja terveydenhuollon professionalismi ja alan erikoistumistraditio. Sosiaali- ja terveystalveluita tarjoavilla julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin organisaatioilla ovat myös asiakkuuden ymmärtämisen suhteen omat perinteiset lähestymistapansa, jotka perustuvat eri sektoreiden yhteiskunnalliseen rooliin, historiallisesti kehittyneeseen identiteettiin ja palvelukulttuuriin. Erikoistumisen perinteiden nähdään myös luovan painetta määrittellä asiakaslähtöisyyttä uudella tavalla, ja asiakaslähtöisyyden kehittämisen eri sektorien välisenä kumppanuutena oletetaan myös madaltavan eri sektorien välisiä raja-aitoja ja lähentävän niitä toisiinsa. (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas, 2011, 7-9.)

Käsitteitä asiakaslähtöisyys ja asiakaskeskeisyys käytetään usein synonyymeina, mutta Tekesin katsauksen kirjoittajat pitävät asiakaslähtöisyyttä asiakaskeskeisyyden seuraavana vaiheena. *Asiakaskeskeisyys* voidaan määrittellä siten, ”että asiakas on palvelujen keskipisteessä ja palvelut ja toiminnot organisoidaan häntä varten”. *Asiakaslähtöisyys* voidaan ymmärtää siten, että asiakas ei ole ainoastaan palveluiden kehittämisen kohde, vaan palvelutoiminnan suunnitteluun yhdessä palvelun tarjoajien kanssa aktiivisesti osallistuva toimija eli subjekti. Asiakaskeskeistä toimintaa voidaan siten pitää asiakaslähtöisenä silloin, kun toiminta on toteutettu yhdessä asiakkaan kanssa eikä vain asiakasta varten. Kriittisenä erona asiakaskeskeisyyteen onkin tällöin se, että asiakaslähtöisessä toiminnassa asiakkaan ymmärretään olevan oman hyvinvointinsa asiantuntijuuden kannalta resurssi, jonka voimavaroja – ei siis pelkkiä tarpeita – ”tulee hyödyntää palveluiden toteuttamisessa ja kehittämisessä” (Virtanen ym., 2011, 18-19). 2000-luvulla asiakaslähtöisyys on tullut tärkeäksi kehittämisen kohteeksi sosiaali- ja terveystalveluita tuottaville eri sektoreille (Virtanen ym., 2011). Tarkastelemme käsillä olevassa artikkelissa empiirisiin tutkimuksiin perustuen asiakaslähtöisyyden historiallista kehkeytymistä terveydenhuollon sektorilla luvussa kaksi.

Vuonna 2011 asiakaslähtöisyys on nostettu keskeiseksi sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämisen lähtökohdaksi Tekesin rahoittamassa Innovaatiot sosiaali- ja

terveyspalvelujärjestelmässä (SOTE 2008–2015), johon HETE-tutkimushanke (2010–2012) kuuluu (ks. Engeström, Kajamaa, Toiviainen & Hilli, 2011; Kajamaa, 2012).

Tässä artikkelissa tarkastelemamme tutkimuksen kohteena on Espoon terveyskeskuksessa kehitetty pitkäaikaissairaiden omahoitomalli. *Omahoito* on yleisellä tasolla määritelty siten, että siihen sisältyvät terveellinen ruokavalio, riittävä liikunta, tupakointimattomuus, alkoholin välttäminen tai kohtuukäyttö ja mielen hyvinvoinnista huolehtiminen. Omahoitoon sisältyvät myös sairauden lääkehoito ja omatoiminen terveydentilan seuranta. (Ks. omahoitoverkkosivusto: <http://www.espoo.fi/omahoito>)

Yleensä ”omahoidon keskeinen osuus ei korostu hoitosuosituksissa”, vaikka omahoidon tarpeellisuudesta, järjestämisestä ja vaikuttavuudesta on runsaasti tutkimuksia (Saarelma, Lommi, Hemminki, Leppäkoski & Siefen, 2008). Hoitosuositukset eivät myöskään yleensä ota kantaa monen sairauden samanaikaiseen hoitoon, eivätkä hoidon organisointiin moniammatillisena yhteistyönä. Tautikohtaiset hoitosuositukset eivät siten riitä ohjeiksi eri pitkäaikaissairauksien samanaikaiseen seurantaan ja asialliseen hoitoon. Siksi niiden rinnalle pitkäaikaissairaiden ja monia sairauksia sairastavien hoitoon tarvitaan malleja, jotka ottavat huomioon potilaan kokonaisuutena ja jotka koordinoivat potilaan kaikkien ongelmien hoitoa. (Saarelma ym., 2008.)

Empiirisessä tutkimuksessamme analysoimme pitkäaikaissairaiden hoidon eheyttämiseen tarkoitetun omahoitomallin käyttöä sekä sitä, miten omahoitomalli välittää asiakaslähtöisyyttä perusterveydenhuollon pitkäaikaissairaiden hoidossa. Mallin ja siihen sisältyvien välineiden käyttöönoton voidaan odottaa muuttavan hoitosuhdetta. Jotta asiakkaan ja hoitotyöntekijöiden välisen hoitosuhteen muutosta voidaan ymmärtää, on tutkittava tarkemmin sitä, mikä välineiden ja niiden käytön merkitys on hoidon eri osapuolille. Tukeudumme Lev Vygotskyn (1978; 1982; 1987) työhön, jonka merkityksen Reijo Miettinen ja hänen kollegansa (2003, 30) ovat kiteyttäneet: ”Toiminnan teorian perustajan Lev Vygotskyn (1978; 1982) perusoivallus oli, että ihmisen tietoisuus ja oppiminen rakentuvat kulttuurin välineiden (merkkien ja työkalujen) käytössä, kehittämissä ja sisäistämässä ajattelun ja toiminnan välineiksi”.

Koska hoidon eheyttämistä ja asiakaslähtöisyyden toteutumista ei ole juurikaan tutkittu yhteydessä toisiinsa, kehitämme samalla analyysivälinettä hankkeessa kerätyn aineiston tutkimiseksi ja kokeilemme sitä tässä artikkelissa rajalliseen aineistotutkimukseen. Ensinnäkin voidaan tutkia ja analysoida, kenen väline on eli keitä se palvelee

ja mikä on välineen merkitys hoidon eri osapuolille. Toiseksi voidaan kysyä, mitä varten välinettä käytetään ja minkälaista työn kohdetta sitä käyttämällä voidaan hallita sekä minkälaista kohdetta tai minkälaista ymmärrystä kohteesta väline rakentaa. Näistä kahdesta ulottuvuudesta muodostamme analyysivälineen tutkimusaineiston analyysikehikoksi.

Tässä johdantoluvussa esittelimme lyhyesti tutkimuksemme lähtökohtia ja muutamia keskeisiä käsitteitä. Tarkastelemme luvussa 2 tarkemmin asiakaslähtöisyyttä tutkimuskohteena sosiaali- ja terveydenhuollon sektoreilla erityisesti aiempien kehittävään työntutkimukseen tukeutuvien tutkimusten valossa. Luvussa 3 tarkastelemme toiminnan teoriassa esitettyjä kulttuuristen artefaktien ja välittyneisyyden käsitteitä välineiden käytön tutkimuksessa. Luvussa 4 esittelemme tutkimuksemme kohteena olevan pitkäaikais-sairaiden omahoitomallin sekä sen välineet ja palvelut. Luvussa 5 esittelemme tutkimuksemme menetelmällisiä lähtökohtia ja tutkimusaineiston. Luvuissa 6 ja 7 esitämme analyysimme tuloksia vastauksena empiirisiin tutkimuskysymyksiin: (1) minkälaisia näkemyksiä pitkäaikaissairaiden hoidon organisaation edustajilla on omahoitomallin merkityksestä sekä (2) minkälaisena omahoidon toteutus ja asiakaslähtöisyyden toteutuminen näyttäytyvät vuosikäyntien keskusteluissa ja haastatteluissa. Luvussa 8 esitämme analyysin yhteenvedon ja alustavia johtopäätöksiä omahoitomallista asiakaslähtöisyyden välittäjänä.

## **2 ASIAKASLÄHTÖISYYS TUTKIMUSKOhteena SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON SEKTOREILLA**

Asiakaslähtöisyyden esiin nousemisella on kiintoisa historia sosiaali- ja terveydenhuollon sektoreilla. Ritva Poikela on esittänyt, että asiakaslähtöisyyden periaatteen taustalla on kaksi keskenään osittain jännitteistä kehityslinjaa: toisaalta ”demokratian, ihmisoikeuksien ja ihmisten itsemääräämisen vahvistamisen pyrkimys” (*empowerment*) ja toisaalta markkinatalouden ja liberalismien korostama yksilöiden vapaus ja päätäntävalta ”kuluttajina ja palveluiden käyttäjinä/ostajina”. (Poikela, 2010, 9.)

Osmo Saarelman luonnehdinnan mukaan 1950- ja 1960-luvuilla oli vallalla käsitys, että ”lääkäri tietää, mikä on potilaalle hyväksi, suorittaa hoidot ja antaa määräykset” (Saarelma, 1992, 33). Hän huomauttaa kuitenkin, että neuvolatoiminta rakentui alusta pitäen asiakkaiden neuvontaan, jotta he voivat hoitaa itseään tai omaisiaan. Ylipäätään

nähtiin tärkeäksi välittää hoitoja ja havaintoja koskevia tietoja asiakkaalle ja tämän välityksellä myös muille mahdollisille hoitoa antaville tahoille. 1960-luvun lopulla ja 1970-luvulla alettiin lisääntyvästi kiinnittää huomiota potilaiden omaan osuuteen terveytensä hoidossa sekä kroonisten sairauksien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa, vaikkakin etupäässä terveydenhuollon ammattilaisten määrittelemien ongelmien pohjalta. Terveydenhuollon toimijoiden näkemykset terveydenhuollon asiakkaan osallistumisesta oman terveytensä hallintaan ovat kuitenkin vaihdelleet. 1970-luvun loppupuolella terveydenhuollon asiakas saatettiin jo esittää itsenäisesti ajattelevana, omaan hoitoonsa osallistuvana aktiivisena kumppanina, joka ei ole vain passiivinen tiedon kuljettaja ja joka tarvitsee elämänsä hallinnassa myös tietojärjestelmien antamaa tukea (Saarelma, 1992).

1980-luvulla alettiin laajemmin nähdä potilaalle annettavan informaation ja hoidon lopputuloksen yhteys. Kehitettiin kirjallisia hoito-ohjeita ja hoitoa koskevia tulosteita sekä informaatiojärjestelmiä ja tietokonepohjaisia terveyskasvatusohjelmia, joita asiakkaat voivat käyttää itsenäisesti (Saarelma, 1992). Myös tutkimukset tukivat näkemystä, että potilaalle annettavalla informaatiolla on merkitystä hoidon lopputulokselle. Esimerkiksi 1980-luvun lopulla toteutetussa Espoon terveyskeskuksen työn kehittämiprojektissa (LEVIKE) hoitosuhteeseen ulottuvuuksiksi hahmotettiin: 1) potilastuntemus, 2) diagnoosin ja hoidon kokonaisvaltaisuus, 3) potilaan subjektivoituminen, 4) hoitoyhteistyön hallinta ja 5) aikaulottuvuuden hallinta. Potilaan subjektivoitumisella tarkoitetaan nimenomaan ”potilaan aloitteiden ja omien tulkintojen huomioon ottamista”. Potilas nähdään tällöin subjektina, jonka suhde terveyteen ja sairastamiseen otetaan huomioon sairauden synnyssä, hoidossa ja paranemisessa. (Saarelma, 1992.)

Toisena esimerkkinä voidaan mainita Toimiva terveyskeskus -projekti, jossa kehitettiin ja tutkittiin 20 terveyskeskuksen toimintaa kehittävän työntutkimuksen lähestymistavalla (Launis, Simoila, Saarelma, Punamäki & Engeström, 1991). Projektissa terveyskeskusten työntekijät analysoivat työtään ja suunnittelivat uusia malleja terveyskeskuksiensa toiminnalle (Engeström & Saarelma, 1993). Käsitteellisten välineiden luominen oli yksi tutkimusprojektin keskeisistä tehtävistä. Projektin viidennessä väliraportissa (Simoila, Harlamov, Launis, Engeström, Saarelma & Kokkinen-Jussila, 1993) esiteltiinkin käsitteellisiä työkaluja ja niiden sovelluksia empiirisen aineiston analysoimiseksi. Tarkastellessaan teorian ja käytännön välistä jännitettä Riitta Simoila ja Anna

Harlamov (1993, 13) kiteyttävät asiakaslähtöisyyden kannalta keskeisen terveydenhuollon haasteen:

*”Terveydenhuollolle on ominaista pitkälle eriytyneiden ammattiryhmien työskentely samojen asiakkaiden kanssa. Parhaimmillaan tämä tarkoittaa laaja-alaisen asiantuntemuksen monipuolista käyttöä. Vaarana on kuitenkin, että erikoistumisen seurauksena näkemys asiakkaan kokonaistilanteesta hajoaa ja eri asiantuntijat tarkastelevat kokonaisuutta vain omista osanäkökulmistaan käsin. Tämä saattaa merkitä kapeutumista oire- ja ongelmakeskeiseen lähestymistapaan, joka ei mahdollista asiakkaan elämönhallinnan kehittymistä. Asiakas nähdään helposti erillisten toimenpiteiden passiivisena kohteena, ei yhteistyökumppanina, joka olisi itse vastuussa oman terveytensä ylläpidosta”.* (Simoila & Harlamov, 1993, 13.)

1990-luvulla kehittävän työntutkimuksen teoreettisessa viitekehyksessä on tarkasteltu asiakaslähtöisyyttä ja asiakaskeskeisyyttä asiakastyön vuorovaikutusta käsittelevissä tutkimuksissa, joissa asiakaslähtöisyys on määritelty vuorovaikutuksen laatuna asiakkaan osallisuuden näkökulmasta (Poikela, 2010). Esimerkiksi Osmo Saarelma on kuvannut asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutuksen kehitystä kahdella ulottuvuudella, toisaalta asiakkaan lisääntyvän päätösvallan ja toisaalta asiakkaan elämismaailman lisääntyvän huomioonottamisen näkökulmasta sekä eriteltyt asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutuksen laatuun perustuen neljä erilaista vuorovaikutuksen mallia: 1. perinteinen malli, 2. kuluttajamalli, 3. itsehoitomalli ja 4. tasavertaisen vuorovaikutuksen malli. (Saarelma, 1994. Ref. Launis, 1994.)

Kirsti Launis (1994) on tutkinut asiantuntijoiden yhteistyötä perusterveydenhuollossa ja käyttänyt yhtenä lähtökohtanaan Osmo Saarelman jäsenystä. Launis analysoi työntekijöiden käsityksiä ja päätyi erottelemaan niin ikään neljä erilaista asiakasyhteistyön mallia: 1. asiantuntijakeskeisen yhteistyön malli, 2. asiakaskeskeisen yhteistyön malli, 3 vuorovaikutteinen malli ja 4. yhteisen työstämisen malli (Launis, 1994, 149-154). *Asiantuntijakeskeisessä yhteistyön mallissa* asiantuntija tekee koulutukseensa ja tietoihinsa perustuvia ratkaisuja ja päätöksiä, mutta samalla asiakkaasta tehdään passiivinen ja rutiinit omaksunut toimija, joka vastaanottaa tietoa ja ohjeita. *Asiakaskeskeisen yhteistyön mallin* mukaan lähtökohtana on asiakkaan oman valinta- ja päätösvallan korostaminen, jolloin asiakas määrittää itse ongelmansa ja tietää mitä haluaa. Työntekijä toteuttaa asiakkaan haluaman palvelun tai hankkii jonkun muun toteuttamaan sen. Sekä asiantuntijakeskeisessä mallissa että asiakaskeskeisen yhteistyön



mallissa yhteistyön etenemistä rakentaa vain jompikumpi osapuoli. Kolmannessa mallissa eli *vuorovaikutteisessa yhteistyömallissa* korostuu sen sijaan vuorovaikutus sinänsä muttei sen sisältö. Neljännessä mallissa eli *yhteisen työstämisen mallissa* kumpikin osapuoli pyrkii edistämään yhteistyötä, jolloin korostuu sisällöllisten ratkaisujen rakentaminen yhdessä (mt., 149-154). Tällöin molemmat osapuolet ovat ”kiinnostuneita toistensa tiedoista, käsityksistä ja tulkinnoista ja yrittävät rakentaa niiden perusteella ratkaisua” yhdessä (Poikela, 2010, 14).

Ritva Poikela (2010) on tutkinut asiakassuunnitelmaa moniammatillisen lapsiperhetyön välineenä ja tarkastellut tätä varten suunnitelman ja asiakastyön käytännön suhdetta. Hän ymmärtää asiakassuunnitelman välineenä, joka vakiinnuttaa ”asiakaskohtaisen toiminnan tavoitteet, dokumentoi niitä ja mahdollistaa arvioinnin”. Tutkimuksessa suunnitelman nähdään olevan asiakastyötä välittävä käytäntö ja toiminnan prosessi, jonka kohteen vaiheittainen kehkeytyminen ja määrittäminen ovat asiakasyhteistyön keskeisiä kysymyksiä.

Poikelan (2010) mukaan asiakaslähtöisyys tuli 1980- ja 1990-luvuilla keskeiseksi lähtökohdaksi ja tavoitteeksi sosiaali- ja terveysalan toimintaohjelmissa ja yhteiskunnallisessa keskustelussa. Poikela tuo esiin, että holhoamisen ja kontrolloimisen sijasta keskeisiksi asioiksi tulivat palveluhenkisyys, asiakaslähtöisyys ja asiakkaan oikeudet, jotka otettiin lähtökohdiksi esimerkiksi sosiaalihuoltolakiin.

Myös *Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)* säätelee potilaan oikeuksia, hoitoon pääsyä, tiedonsaantioikeutta ja itsemääräämisoikeutta. Potilaan itsemääräämisoikeudesta on säädetty seuraavasti: ”Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla”. 2000-luvulla asiakaslähtöisyys on tullut tärkeäksi lähtökohdaksi kaikille sosiaali- ja terveyspalveluita tuottaville sektoreille (Virtanen ym., 2011).

### **3 KULTTUURISET ARTEFAKTIT JA VÄLITTYNEISYYS VÄLINEIDEN KÄYTÖN TUTKIMUKSESSA**

Tutkimuksemme toiminnanteoreettisena käsitteellisenä lähtökohtana on Vygotskyn (1978) *välittyneisyyden* ajatus, jonka mukaan tekijän ja kohteen suhde on sosiaalisesti,

kulttuurisesti ja historiallisesti välittynyttä. Tähän perustuen oppimista ja kehitystä on mielekästä tutkia kulttuuristen artefaktien käyttöönoton ja käytön näkökulmasta. *Kulttuurisilla artefakteilla* tarkoitetaan ihmisten tekemiä ja käyttöönotettavia esineitä, jotka siirtyvät kulttuurissa uusille jäsenille ja mahdollistavat näiden toimintaa.

Tutkimuksessa tarkastelemme välineiden käyttöä, mutta mikä on väline (Engeström, 1990, 171-195)? Jo Vygotsky (1978) laajensi *välineen* käsitettä olennaisesti rinnastamalla materiaalien työvälineiden ja psykologisten merkkien ja symbolien käytön. Ne palvelevat laadullisesti erilaisia tarkoituksia: työväline (*tool*) orientoituu ulospäin eli kohteisiin (*objects*), kun taas merkki orientoituu sisäänpäin eli toimijan (*subject*) psyykeen (Vygotsky & Luria, 1994). Nykyinen toiminnanteoreettinen tutkimus on käyttänyt Wartofskyn (1979) teoriaa, joka erottaa primaarit, sekundaarit ja tertiaarit artefaktit. Ne voidaan tässä selittää lyhyesti välineiksi, joilla työ suoritetaan (primaarit artefaktit), välineiksi, jotka ohjeistavat ja käsitteellistävät sekä siirtävät työn suorittamista koskevia tietoja ja taitoja (sekundaarit artefaktit) sekä välineiksi, jotka avaavat työn suorittamiseen uusia mahdollisuuksia (tertiaarit artefaktit).

Toiminnanteoreettisista lähtökohdista on tutkittu esimerkiksi teknisten välineiden suunnittelua ja pyritty kuvaamaan täsmällisesti, mikä saa aikaan välittyneisyyttä (*what allows mediation to take place*) (Béguin & Rabardel, 2000, 174). On myös havaittu, että uuden välineen tuominen yhteisöön ja sen käyttöönotto muuttavat eli uudelleen välittävät (*re-mediate*) toimintaa (Cole & Griffin, 1986). Usein käyttöönottotutkimuksessa keskitytään vain uuden välineen ominaisuuksiin ja soveltuvuuteen sekä käyttäjien tekoihin, mutta analyysimenetelmät eivät tavoita toiminnan kohteen, sääntöjen ja työnjaon muutosta (Kaptelinin & Kuutti, 1999). Samoin korostetaan suunnittelija-käyttäjä -vuorovaikutusta ja sitä, että käyttäjien tulee voida vaikuttaa lopullisen tuotteen ominaisuuksiin, mutta ei analysoida, kuinka välineet muuttuvat käyttäjien toiminnassa tai minkälaisia merkityksiä toimijat antavat uudelle välineelle (Béguin & Rabardel, 2000; Kaptelinin & Nardi, 2006; Toiviainen, Kerosuo & Syrjälä, 2009; Kerosuo, Toiviainen & Syrjälä, 2011).

Välineiden tutkimuksessa ei riitä sen selvittäminen, miten välineet toimivat ja palvelevat tarkoitustaan tai miten niitä käytetään. On analysoitava, mitä ja myös kenen toimintaa välineet välittävät, miten ne sitä välittävät ja minkälaisia toiminnan kehittämisen näkymiä ne avaavat. Esimerkiksi sosiaali- ja hoitoalan verkostoissa välittyneisyys

on monimutkaista ja välineitä voidaan tarkastella monenlaisista muutoksen ja ekspansioon näkökulmista, kuten ”sosiaalis-spatiaalisesti” (ketä muita tässä pitäisi olla mukana?), ”ennakoivasti ja ajallisesti” (mitä edeltäviä ja tulevia vaiheita tulisi ottaa huomioon?), ”moraalis-ideologisesti” (kuka vastaa ja kuka päättää?) sekä ”systemis-kehityksellisesti” (kuinka tämä vaikuttaa toiminnan tulevaisuuteen?) (Engeström, 2001; Hasu, 2000).

Toiminnan teoriassa välineen ja kohteen käsitteellinen ero on tärkeä. Toiminnassa eroa ei ole aina helppo tehdä ja välinekin voi tulla yhteistyön kohteeksi toimintaa välittäessään. Tätä dynamiikkaa on käsitelty rajakohteen (*boundary object*) -käsitteen avulla (Bowker & Star, 1999). Heimer (2006) on käyttänyt rajakohteen käsitettä jäsentämään hoidon eri osapuolten käsityksiä hoidon kohteesta, joka oli tehohoidossa oleva vastasyntynyt, sekä selvittämään vastasyntyneestä kerättävän tiedon käyttötapoja (Heimer, 2006, 117-118).

*Esimerkiksi lääketieteelliset arkistot ja asiakirjat ja muut sairaalan dokumentit ovat rajakohteita, joita käyttävät sekä työntekijät että vanhemmat pyrkiessään melko erilaisilla tavoilla luomaan jonkinlaista kognitiivista järjestystä epäjärjestykseen (kuten Star 1985 on argumentoinut tarkastellessaan tieteellistä työskentelyä). Lääketieteen työntekijät vertailevat potilaana olevaa vauvaa toisiin vauvapotilaisiin tehden kausaalisia argumentteja siitä, mitä tietävät ihmisen biologiasta sekä lääketieteellisten ja lääkeaineopillisten interventioiden vaikutuksista. Vanhemmat sen sijaan rakentavat lapsestaan kausaalisen kokonaisuuden ajan kuluessa ja etsivät selityksiä lapsen menneisyydestä ja tulevaisuudesta. (Heimer, 2006, 117-118, käännös kirjoittajien.)*

Toiminnanteoreettisessa tutkimuksessa rajakohteen sijasta tai rinnalla on käytetty käsitettä ”jaettu kohde” (*shared object*). Tällainen jaettu kohde voi olla esimerkiksi kahden eri toimintajärjestelmän yhteinen jaettu kohde, kuten edellä vauvapotilaan hoito tai se voi olla myös kahta eri toimintajärjestelmää yhdistävä työkalu (*shared tool*), jota eri toimintajärjestelmiin kuuluvat työntekijät käyttävät omassa työssään.

Tutkimuksessamme näemme omahoitomallin hoidon välineenä ja välittäjänä. Väline on teoreettisesti laaja käsite, joka viittaa sekä malliin että yksittäisiin välineisiin. Välineitä ei pidä ymmärtää kapeasti työkaluiksi, vaan niitä ovat myös työkäytännöt kuten viikkopalaverit tai potilaan vastaanottoa ohjaava (julkilausuttu tai piiloon jäävä) käsikirjoitus. Aineellinen, sosiaalinen ja kommunikatiivinen aspekti kietoutuvat välineessä toisiinsa. Esittelemme seuraavaksi pitkäaikaissairaiden hoidon eheyttämiseksi

kehitetyn omahoitomallin sekä siihen liittyvät palvelut ja välineet. Sekä omahoitomallin kokonaisuutta että sen osia voidaan tarkastella siitä näkökulmasta, miten ne tukevat entistä laajempaa hoidon kohdetta, johon hoidon eheyttäminen viittaa.

## **4 OMAHOITOMALLI PITKÄAIKAISSAIRAIDEN HOIDOSSA**

### **Pitkäaikaissairaiden omahoidon lähtökohdat**

Espoossa pitkäaikaissairauksien hoitomalli kehitettiin henkilöstön ja muiden yhteistyökumppaneiden välisenä yhteistyönä Omahoitohankkeessa, joka oli osa kaupungin strategista kehittämistä vuosina 2006–2009. Moniammatilliseen kehittämistyöryhmään koottiin terveysasemien hoitajia ja lääkäreitä, jotka toivat asiantuntijuutensa kehittämistyöhön ja samalla edistivät myös omissa työyksiköissään toimintakulttuurin muutosta. (Suurnäkki, Leppäkoski & Pellikka, 2010.)

Espoon Omahoitohankkeen tavoitteena oli yhtenäistää ja parantaa perusterveydenhuollon pitkäaikaissairauksia (kuten astmaa, diabetesta, sepelvaltimotautia ja verenpainetautia) sairastavien hoitoprosessia, ”jotta potilas saa hänelle parhainta hoitoa ja tukea omatoimiseen hoitoon” (Suurnäkki, 2010, 9). Hoitomallin kehittämisen tavoitteena oli pitkäaikaissairauksia sairastavien hoitotasapainon parantaminen ja sairauksien liitännäissairauksien vähentäminen. Lisäksi tavoitteena oli varmistaa pitkäaikaissairauksien hoidon tasalaatuisuus niin, että perusterveydenhuollossa voidaan hoitaa potilaita nykyisillä ja vähenevillä resursseilla aiempaa taloudellisemmin ja kohdentaa resursseja tarkoituksenmukaisemmin. (Suurnäkki ym., 2010.) Hoidon tuloksellisuuden edellytyksenä pidettiin sitä, että potilas huolehtii omalta osaltaan pitkäaikaissairautensa hoidosta ja seurannasta (Suurnäkki, 2010).

Omahoitohankkeen loppuraportissa omahoitomallin on todettu tuovan ”selkeämmin esille potilaan roolin ja vastuun omahoidossa” ja selkiyttävän terveydenhuollon ammattilaisten kuten hoitajien ja lääkärin välistä työnjakoa (mt., 2). Loppuraportissa todetaan, että perintötekijöiden ohella ihmisen oma toiminta ja elintavat vaikuttavat olennaisesti pitkäaikaissairauksien syntymiseen ja niiden pahenemiseen. Hoidon onnistumiseen oleellisesti vaikuttavina asioina mainitaan ”potilaan oma huolehtiminen terveydestään, osallistuminen hoidon toteutukseen ja seurantaan sekä lääkärin ja hoitajan kiinteä yhteistyö, ja tarpeen mukaan yli organisaatorajojen” toimiva yhteistyö esimer-

kiksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä muun muassa komplikaatioiden hoidossa (mt., 8). Hoitomallin lähtökohta on kiteytetty hoitomallin kehittämiseen osallistuneiden työntekijöiden artikkelissa seuraavasti.

*”Hoitomallin lähtökohtana on potilaan omahoito sekä potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisten tiimityö. Mallin keskeisenä tavoitteena on voimaantunut, pitkäaikaissairautensa hoidossa aikaisempaa itsenäisempi ja omatoimisempi potilas, joka on aktiivinen oman terveytensä edistäjä. Malli tukee potilaan toimintaa sekä koordinoi ja järkevöittää suunnitelmallisesti hoitotiimin toimintaa.”* (Suurnäkki, Leppäkoski & Pellikka 2010, 33.)

Omahoitohankkeen loppuraportin mukaan pitkäaikaissairauksien tuloksellisen hoidon edellytyksinä on pidetty a) potilaan omahoidon tukemista, b) koko hoitoprosessin suunnittelua asiakkaan ja sairauden näkökulmasta sekä c) sähköisten välineiden hyödyntämistä. Omahoitohankkeessa pitkäaikaissairauksien hoidon asiakaslähtöisen kehittämisen painopisteitä ovat olleet omahoidon tuki kuntalaiselle, yhtenäinen toiminta ja palvelukonseptin kehittäminen sekä sähköisten välineiden hyödyntäminen. (Suurnäkki, 2010.)

### **Omahoito-malli ja siihen liittyvät palvelut ja välineet**

Espoon terveysasemilla käytössä oleva omahoitomalli koostuu monista osatoiminnoista ja -palveluista, joiden toteutuksessa puolestaan käytetään monenlaisia välineitä. Potilaille tarjottavia palveluja ovat seuraavat (ks. myös Espoon omahoitoverkkosivut: <http://www.espoo.fi/omahoito>):

1. Yksilöllinen hoitosuunnitelma ja seurantakäynnit
2. Terveysasemien omahoitopisteet, joilla potilaat voivat mitata verenpaineen, saavat tietoa terveydestä ja sen hoitamisesta (ks. kuva 1)
3. Terveysryhmät: muun muassa painonhallinta- ja diabetesryhmiä
4. Verkkosivut
5. Potilaan ja hoitohenkilökunnan välinen sähköinen asiointi omahoidon verkkosivujen ja potilaan terveystietokannan kautta

Omahoidossa potilaat käyttävät ns. omahoitovälineitä (kuten verenpainemittaria ja verensokerin mittauksen välineitä), joiden tulokset he kirjaavat lomakkeille tai vihkoihin tai käyttävät muita muistiinpanovälineitä ja -tapoja.

Omahoitomalliin sisältyvillä terveydenhoitajien vuosikäynneillä terveydenhoitajat käyttävät vastaanoton käsikirjoituksena käsittelyrunkoa, jota kutsutaan ”fraasiksi”. Terveydenhoitajien käytettävissä on erilaisia fraaseja sen mukaan, mikä pitkäaikaissairaus on kyseessä (esimerkiksi diabetes, valtimotauti tai astma). Terveyden- ja sairaanhoitajien käytettävissä on myös omahoitolomake, jonka hoitaja lähettää ennen ensimmäistä omahoidon vuosikäyntiä potilaalle täytettäväksi. Lomakkeesta on myös tehty lyhennetty versio, jonka hoitaja voi antaa potilaan täytettäväksi myöhemmillä vuosikäynneillä.

Osa pitkäaikaissairaista omahoitomallin piiriin kuuluvista potilaista on solminut sähköisen asioinnin sopimuksen terveyskeskuksen kanssa. Sähköisellä omahoitopalvellulla tarkoitetaan palvelua, jonka avulla kuntalainen asioi pankkitunnuksien eli ns. vahvan henkilötunnistuksen avulla varmennetun yhteyden välityksellä häntä terveyskeskuksessa hoitavan hoitotiimin jäsenten (eli terveyden- tai sairaanhoitajan ja lääkärin) kanssa. Potilas näkee oman terveystietonsa, joka sisältää laboratoriokokeiden tulokset ja lääkärin tai sairaan/terveydenhoitajan niitä koskevat kommentit. Lisäksi potilas näkee pitkäaikaissairauttaan koskevan hoitosuunnitelman ja tiedot säännöllisestä lääkityksestään, jotka on taltioitu terveystietoon. Potilas voi myös esittää hoitotiimilleen kysymyksiä ja saada vastauksen kolmen päivän sisällä.

Artikkelin kirjoitushetkellä vain kahden terveysaseman omahoitopisteessä oli asiakkaiden käytössä sähköisen asioinnin mahdollistava tietokone. Kuvassa 1 näkyy omahoitopiste, jota asiakkaat voivat vapaasti käyttää omahoitonsa tukena.



**Kuva 1.** Espoon terveysasemilla asiakkaat voivat käyttää omahoitonsa tukena omahoitopistettä. (Kuvan potilas ei kuulu tutkittavien joukkoon.) (Kuvaaja: Varpu Tissari.)

## 5 TUTKIMUSMENETELMÄT JA TUTKIMUSAINEISTO

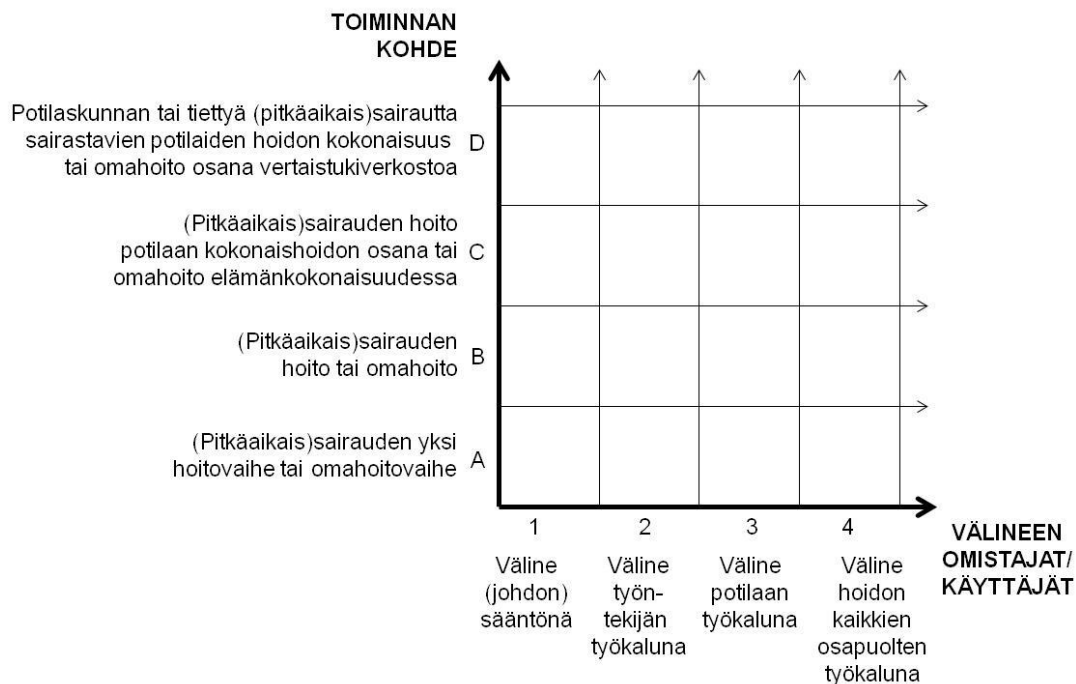
### Aineistonkeruumenetelmät ja tutkimusaineisto

Olemme keränneet empiiristä tutkimusaineistoa viidellä terveysasemalla Espoossa havainnoimalla ja dokumentoiden videokameran ja sanelimen avulla omahoitomallin piiriin kuuluvien potilaiden vuosikäyntejä (N=27) terveydenhoitajien ja sairaanhoitajien vastaanotoilla. Haastattelimme potilaat (N=27) ja työntekijät (N=11) vastaanoton jälkeen. Vastaanottojen kesto oli noin tunti, haastattelujen 20-40 minuuttia. Lisäksi haastattelimme ja videoimme kuutta potilasta heidän kotonaan, jotta saimme tietoa omahoidon välineiden, erityisesti sähköisen asioinnin, käytöstä potilaiden arjessa.

### Välineiden tutkimisen analyysikehikko

Tutkimuksessa tarkastelemme välineen käytön laajuutta koskevaa ja kehittävää potentiaalia kahden kehityssuunnan valossa kuviossa 1 esitetyn analyysikehikon avulla. Ensinnäkin analysoimme, ketkä käyttävät välinettä eli keitä se palvelee sekä mikä on välineen merkitys hoidon eri osapuolille (vaaka-akseli). Toiseksi tarkastelemme toiminnan kohdetta analysoimalla, mitä varten väline on käytössä ja minkälaista toiminnan kohdetta sitä käyttämällä voidaan hallita, toisin sanoen minkälaista hoidon tai omahoidon kohdetta tai minkälaista ymmärrystä toiminnan kohteesta väline rakentaa (pystyakseli).

Analyysikehikon lähtökohtana on HETE-tutkimusryhmässä kehitetty välineiden analyysikehikko (Toiviainen, Tissari & Aalto-Setälä, 2011, 26). Tutkimuksen aikana olemme kehittäneet analyysivälinettä edelleen aineistolöydösten ja toiminnanteoreettisen kirjallisuuden pohjalta (ks. seuraavalla sivulla esitetty kuvio 1).



**Kuvio 1.** Välineiden analyysikehikko. Vaaka-akseli: välineen omistajat/käyttäjät eli väline hoidon eri osapuolten käytössä (kenen väline, ketkä käyttävät välinettä). Pysty-akseli: toiminnan kohteen laajuus (mihin välinettä käytetään, väline toiminnan kohteen määrittäjänä).

Kuvion 1 vaaka-akselin ensimmäisenä kategoriana on esitetty *väline (johdon sääntönä)*. Tarkoitamme tällä välineen sellaista käyttöä, jossa välineestä on muodostunut työtä ohjaava tai rajoittava sääntö (Engeström, 1990). Tällöin väline on saatettu ottaa käyttöön kehittämättä samalla toimintaa kokonaisuutena ja miettimättä välineen käyttöönottoa tukevia toimenpiteitä (ks. Engeström, 1990). Välineen käyttö toisaalta työntekijän ja toisaalta potilaan työkaluna ei kaivanne lisäselitystä. Neljäs kategoria *väline hoidon kaikkien osapuolten työkaluna* sisältää hoitoon osallistuvien hoitotyöntekijöiden rinnalla myös potilaan, jonka voidaan ajatella kuuluvan osaksi hoitotiimiä. Laajasti ajateltuna tämä kategoria sisältää myös ajatuksen, että välinettä käyttävät myös hoitoyksikön tai -organisaation ulkopuoliset toimijat. Kuvion vaaka-akseli kuvaa myös välineen käytön kehityslottuvuutta käyttäjäkunnan laajenemisen osalta ollen suppeimmillaan vaaka-akselin vasemmassa laidassa ja laajimmillaan vaaka-akselin oikeassa laidassa. Kaikkien välineiden ei ajatella tulevan käyttöön johdon ja kehittäjien levittämänä ylhäältä alaspäin. Potilaalla voi myös olla käytössä omahoitonsa tukena omia välineitä, jotka jotka hän tuo itse hoitotilanteeseen ja jotka auttavat häntä pitkäaikaissairauden hoidon tai elämäkokonaisuuden hahmottamisessa.



Kuvion 1 analyysikehikon pystyakseli kuvaa toiminnan kohdetta. Analyysissa kiinnitämme huomiota siihen, minkälainen hoidon kokonaisuus ja kohde hoidossa ja omahoidossa toteutuu eri potilastapauksissa. Potilaan näkökulmasta voidaan tarkastella esimerkiksi sitä, painottuuko omahoitomallin soveltamisessa tai omahoitomallin välineiden käytössä pitkäaikaissairauden yksi hoito- tai omahoitovaihe vai pitkäaikaissairauden hoidon ja omahoidon kokonaisuus vai laajemmin potilaan pitkäaikaissairauden hoito ja omahoito osana laajempaa elämäkokonaisuutta. Laajimmillaan potilaan toiminnan kohteen voitaneen olettaa olevan silloin, kun hänen toimintansa välineen käytön suhteen ulottuu hänen oman pitkäaikaissairautensa ja elämäkokonaisuutensa ulkopuolelle esimerkiksi vertaistukiverkoston osallistumisen myötä.

Hoitotyöntekijöiden näkökulmasta voidaan vastaavasti tarkastella hoidon kohteen potentiaalista laajentumista siitä näkökulmasta, onko hoidon kohteena jokin edellä mainituista vaihtoehdoista eli potilaan yhden hoito- tai omahoitovaiheen hallinta tai potilaan pitkäaikaissairauden hoidon tai omahoidon kokonaisuus tai pitkäaikaissairauden hoito potilaan kokonaishoidon osana tai tiettyä (pitkäaikais)sairautta sairastavien potilaiden hoidon kokonaisuus tai jopa koko asiakaskunnan hallinta.

Annamme seuraavaksi esimerkin kuviossa 1 esitetyn analyysikehikon käytöstä tarkastelemalla Carol Heimerin (2006) tutkimusta vastasyntyneiden tehohoito-osaston toiminnasta. Hän havaitsi, että sairaalan henkilöstö keräsi vastasyntyneestä tietoa suhteessa potilaskunnan kokonaiskuvaan ja potilasaineksen hallintaan. Työntekijöiden toiminta ja välineiden käyttö sijoittuisi kuvion 1 analyysikehikon kenttään 2D. Vanhemmat ja perhe taas rakensivat saman tiedon ja dokumentaation avulla lapsensa ainutkertaista elämänpolkua ja -tarinaa, joten heidän toimintansa ja välineen käyttönsä voitaisiin esittää kentässä 3C, sillä näkemys potilaan elämänpolusta ja -tarinasta linkittyy hoidon hahmottamiseen osana potilaan elämäkokonaisuutta.

Kiinnostavaa on, millä laajuudella välineet, joiden avulla tietoa kerätään, voivat olla hoidon eri osapuolten käytössä. Toisin sanoen voivatko välineet eri osapuolten käytössä olevina työkaluina tuottaa kaikille hoidon osapuolille hyödyllistä tietoa. Seuraavaksi siirrymme omahoitomallin analyysiin.

## 6 KEHITTÄJIEN NÄKEMYKSIÄ OMAHOITOMALLISTA

HETE-hankkeen alkuvaiheessa haastateltiin johtavaa lääkäriä ja kahta hoitotyöntekijää, jotka olivat keskeisiä omahoitomallin kehittäjiä. Seuraavassa otteessa tulevat esiin heidän näkemyksensä omahoitomallin sisällöstä ja merkityksestä.

*Tutkija 3: Mitä kaikkea tämä omahoitomalli sitten sisältää?*

*Johtaja: Kyllä kai omahoitomalli sisältää tämän pitkäaikaissairaahan hoitomallin, nykyään sitä kutsutaan terveyshyötymalliksi...*

*Tutkija 3: Joo.*

*Johtaja: ... ja se malli ikään kuin piirtyy meidän tietojärjestelmään tällaiseksi perehdytyskansio-sisällysluettelo tyyppiseksi ohjeeksi, jota voi käyttää esimerkiksi nyt sanotaan työhön tullessa perehdytykseen, mut tulee sitä useamminkin luntattua, mut myöhemminkin sieltä voi tarkistaa miten Espoossa nyt oli tarkoitus tätä tautia hoitaa.*

*Tutkija 3: Se on niin kuin sellainen kattomalli, että miten täällä toimitaan...?*

*Johtaja: No se on sellainen, että näin meillä Espoossa pitäisi tehdä.*

*Tutkija 3: Joo, joo.*

*Työntekijä-kehittäjä 1: Sisältää sitä työnjakoa, hoitoketjua, työnsisältöä, eri näitä tukipalveluita ja sitten tietysti sen potilaan osuuden, että mitä hän esimerkiksi ennen vastaanottoa tekee.*

Johtaja kuvaa omahoitomallia tietojärjestelmässä olevaksi ohjeeksi. Se ohjeistaa työntekijöitä siitä, miten omahoitomallin piiriin kuuluvia pitkäaikaissairaita on tarkoitus Espoon terveysasemilla hoitaa. Tästä näkökulmasta katsottuna omahoitomalli on väline, joka toimii hallinnon sääntönä. Tässä lyhyessä otteessa sääntö ja ohjeistus korostuvat ”organisaation tahtona” (kuvion 1 alueilla 1A-1B-1C). Hoitotyöntekijän näkökulmasta omahoitomalli sisältää tietoa ja ohjeistusta työnjaosta, hoitoketjusta, työnsisällöistä, erilaisista tukipalveluista sekä siitä, miten potilaan odotetaan toimivan esimerkiksi ennen vastaanottoa. Omahoitomalli on myös työntekijän työkalu potilaan pitkäaikaissairauden ja potilaan kokonaishoidon hallinnassa (kuvion 1 alueet 2B-2C).

Kuva työn kohteesta ja organisaation tahdosta välineen käyttöönotossa kuitenkin laajenee, kun tarkastellaan seuraavia saman haastattelun lausumia. Tutkija 3 tiedusteli ryhmähaastatteluun osallistuneilta, mihin tarpeeseen omahoitomalli on kehitetty.

*Johtaja: Kyllä se lähti pitkäaikaissairauksien haltuunotosta. Kun tiedettiin, että niiden määrä tulee väestön vanhetessa kasvamaan kovinkin paljon ja tiedettiin, että meidän hoitojärjestelmä ei nyt ollut ihan niin kuin sen pitäisi olla. Eli siinä*

*oli paljon korjattavaa ja rakenteellisesti järjestettävää. Eli saada meidän hoitoprosessi kuntoon. Se oli ihan ykkösjuttu ja kakkosjuttu oli sitten josko tästä sähköisestä maailmasta saisi jotain hyötyä tulevaa ajatellen.*

*Työntekijä-kehittäjä 1: Ehkä sillä tavalla se täydentää sitä, että ikään kuin miten saada potilaat lisäämään sitä omahoitoansa ja ottamaan vastuuta siitä oman terveytensä ja sairautensa hoitamisesta. Ja sillä tavalla, että ei yksin oman onnensa nojaan, vaan ett miten tää järjestelmä sitä parhaiten tukee. Eli lähettiin kehittämään erilaisia keinoja ja tukimuotoja sille.*

*Työntekijä-kehittäjä 2: Ehkä voi ajatella, että se omahoitomalli on uudenlainen tapakulttuuri meidän perusterveydenhuoltoon, joka on sitten poikunut kaikennäköistä muuta siihen rinnalleen, jotta se malli sitten täydentyisi ja tää sähköinen asiointi on yks niistä täydentävistä, joka siihen on sitte otettu mukaan.*

Johtajan lausumassa tulee esiin, että omahoitomallin kehittämisen motiivina on ollut järjestelmätason rakenteellisen muutoksen tarve ja pyrkimys kehittää pitkäaikaissairauksien hoitojärjestelmää ja hoitoprosesseja, kun työn kohde muuttuu yhä vaativammaksi. Ensimmäinen hoitaja tuo niin ikään esille järjestelmätasoa sekä potilaan tukemista ja vastuuta. Toisen hoitajan kiteytys uudeltaisesta perusterveydenhuollon tapakulttuurista on samaten järjestelmätason lausuma. Kaikki kolme pitävät uuden mallin käyttöönottoa ilmeisen vaikutusvoimaisena muutoksen tekijänä ja välittäjänä (kuvion 1 alueet 1C-2C). Näistä HETE-hankkeen kielellä ”organisaation tahdon” äänistä siirrymme seuraavaksi terveydenhoitajien vuosikäyntien ja niiden jälkeen tehtyjen haastattelujen löydöksiin.

## **7 POTILAIDEN JA TYÖNTEKIJÖIDEN NÄKEMYKSIÄ OMAHOITOMALLISTA**

Tarkastelemme seuraavaksi sitä, millaisena omahoito ilmenee tutkimusaineistomme valossa potilaiden ja työntekijöiden näkökulmista. Aineistoesimerkit perustuvat ryhmähaastatteluaineistoon, vuosikäyntien aikana kerättyyn videoaineistoon sekä työntekijöiden ja potilaiden haastatteluihin. Nostamme esille kolme kiinnostavalta vaikuttavaa temaattista esimerkkiä: (1) vuosikäynti omahoidon välittäjänä, (2) potilaiden vastuu omahoidosta ja sen tavoitteista sekä (3) omahoitomalli potilaan arjen välittäjänä.

### **Esimerkki 1: vuosikäynti omahoidon välittäjänä**

Työntekijät ovat tuoneet esille, että osa pitkäaikaispotilaista ei käy vuosikäynneillä säännöllisesti, vaikka he hyötyisivät omahoitomallista ja siihen liittyvistä palveluista. Seuraavassa ryhmähaastatteluluotteesta työntekijä viittaa sekä ajanvarauksista vastaavien terveyskeskusavustajien toimintaan että potilaiden orientaatioon.

*Työntekijä: Jos tällä alueella on ollut aktiiviset terveyskeskusavustajat, jotka on saanut nää, joilla ei asiat niin kauheen hyvin oo, niin saanut motivoituu vastaanotolle niin se on hyvä. Mut sit mä oon ollut sellaisella alueella töissä, missä taas on päivastainen tilanne, et siellä ei oikein osata ohjata tai ymmärretä tätä hoidon sisällön merkitystä, mut siellä siis vastaanotolle tuli pelkästään tyytyväisiä ihmisiä, joilla asiat oli jo kunnossa. Nää tämmöset, jotka olis ehkä kipeesti sitä vastaanottoa tarvinnut niin eipä heitä kauheesti näkynyt, vaikka tiesin, että heitä oli. Ja itse heitä yritin ottaa sinne, mut peruuttivat ajan tai eivät tulleet sinne aika usein. (Ryhmähaastattelu 22.11.2010, haastattelijana tutkija 3)*

Aineistomme valossa vastaanotolle tulevat potilaat edustavat kuitenkin laajaa kirjoa suhtautumisessaan omahoitomallin vuosittaisiin lääkärin ja terveydenhoitajan vastaanottoihin. Joukossa on useita ”mallipotilaita”, jotka ovat terveydenhoitajien mielestä omaksuneet omahoitomallin idean. He ovat halukkaita käymään säännöllisesti terveydenhoitajan ja/tai lääkärin vuosikäynneillä ja laboratoriokokeissa sekä huolehtivat omasta terveydestään ja noudattavat saamiensa ohjeita ja neuvoja tunnollisesti.

Esimerkkipotilaaksi olemme kuitenkin valinneet työssä käyvän noin viisikymmentävuotiaan miehen, joka pitää omahoitomallin ongelmana mallin toteuttamisen monimutkaisuutta ja byrokraattisuutta. Potilas 4 ei halua käydä vastaanotolla niin usein kuin omahoitomalli antaisi mahdollisuuden ja lääkärin sekä terveydenhoitajan mielestä olisi suotavaa. Hänen työaikansa ovat epäsäännöllisiä ja osin ennakoimattomia, mikä asettaa terveydenhoidolle haasteita. Vastaanottoa seuranneessa haastattelussa hän kritisoi ”systeemiä” (jos kohta myönsi myös oman ryhdistäytymisensä tarpeen, ks. sama potilas esimerkissä 3).

*Potilas 4: [...] Täähän on hirveän hankala tää tai siis tää just kakkostyyppin diabeteksen hoito ja tää vuosikäyntihomma niin täähän on hirveän monimutkaiseksi ja hankalaksi tehty.*

*[--]*

Potilas 4: *Tän systeemin ongelmahan on byrokratia ja liian jäykät tavat näillä. Tällaiselle, joka tekee erittäin epäsäännöllistä työtä ja tällaista, niin tää on erittäin vaikea toteuttaa tää.*

*(P4 kommentoi tutkijoille 1 ja 2 vastaanoton aikana)*

Potilas 4 korosti haastattelussa toistamiseen mallin ”loiventamista” siten, että vuotuiset käynnit ensin laboratoriossa, sitten terveydenhoitajan ja lopuksi lääkärin vastaanotolla eivät kasautuisi yhteen. Otteissa hän kuvaa omia ratkaisujaan.

Potilas 4: *Niinkun ei tehdä sitä tällä lailla [tekee jyrkkää sahalaitakuviota pöytään sormellaan], vaan loivennetaan sitä [tekee aaltokuviota]. Niinko mää sanoin, et kuinka monelta loppuu hoito siihen ensimmäiseen kertaan ku lääkkeet loppuu ja ruppee miettimään, et mitenkäs tässä pitäis ja sit ku se soittaa, et pitäis saada lääkärin aika ja täällä puhelimeen vastaava henkilö ruppee latelemaan, et sun pitäis ensin saada lähete labraan ja sitte hakee labrasta purkit, sit viiiä, mennä labraan, sit viiiä viel yhtenä aamuna se ylimääräinen virtsakoe jota et voi viiiä samana aamuna, sitte terveydenhoitajan juttusille ja sit vielä lääkäriin.*

*[--]*

Potilas 4: *Mä oon ollut sitä mieltä, että mä käyn joka toinen vuosi täällä ja joka toinen vuosi lääkärissä. Koska mun mielestä molemmissa on ihan turha käydä.*

*[--]*

Potilas 4: *Että tuota, miks mää tulen kuuntelemaan, kun tilanne ei ole tavallaan muuttunut mikskään, kun ei ole tullut uusia hoitotoimenpiteitä tai uusia radikaaleja systeemejä asian hoitamiseksi, et eikö se riitä, et mä käyn tänä vuonna lääkärissä ja se kirjottaa mulle reseptit uusii ja kertoo mulle et tehään näin ja ens vuonna mää tuun sulle, siis tarkoitan tässä terveydenhoitajaa, jutellaan tunti ja käyään niinku pitkän kaavan mukaan niinku nyt käytiin ja jätän reseptit uusittavaks ja saan ne viikon päästä itelle, eikö tämä niinko periaatteessa riittä?*

Voidaan tulkita, että ottaessaan omahoitomallin välineitä käyttöönsä ja ratkoessaan omalla tavallaan käytön ongelmia Potilas 4 tuo päivänvaloon omahoidon hallinnollisen, työntekijälähtöisen ja asiakaslähtöisen käytön välisiä jännitteitä, joita kuvataan kuviossa 1 esittämämme analyysikehikon vaaka-akselilla. Potilas kuvaa yksittäisten hoitovaiheiden hallintaa, kuten laboratoriossa käyntiä (3A, kuviossa 1), mutta tarkastelee hoitoa ja omahoitoa myös osana pitkäaikaissairautensa hoidon kokonaisuutta (3B) ja osana elämäkokonaisuuttaan (3C). Lisäksi hän arvioi omahoitomallia ja hoitotoimenpiteiden kokonaisuutta myös järjestelmätasolla osana pitkäaikaissairautta sairastavien potilaiden hoidon kokonaisuutta (3D).

## **Esimerkki 2: potilaiden vastuu omahoidosta ja sen tavoitteista**

Seuraamillamme vastaanotoilla olemme kiinnittäneet huomiota siihen, miten hoidon tavoitteista keskustellaan ja olemme myös kysyneet tavoitteenasettelusta vastaanottoa seuranneissa potilaan ja terveydenhoitajan haastatteluissa. Tavoitteiden käsittelylle on annettu tilaa sekä työntekijän käyttämässä vastaanoton käsikirjoituksessa, fraasissa, että potilaan täyttämässä omahoitolomakkeessa. Omahoidon ideaalin ja hoidon etiikan mukaista on, että potilaat asettavat työntekijän tukemana hoidon tavoitteet ja ovat vastuussa niiden toteuttamisesta. Tuomme potilasesimerkin avulla esille, kuinka omahoidon välineet välittävät potilaan vastuuta hoidon tavoitteista.

Esimerkkipotilaamme P3 on noin 60-vuotias mies, joka oli lääkärin kehotuksesta varannut terveydenhoitajan vastaanottoajan ylipainon ja siihen liittyvien riskitekijöiden takia. Seuraavat otteet valaisevat, miten potilaan hoidon tavoitteen asettelua käsiteltiin vastaanotolla.

*Työntekijä 1: Nonni, miks sä oot tullut tänne [hymyilee]?*

*Potilas 3: Minäkö? Eikun lekuri käski, et pitäis sun juttusilla käydä kattoo niin liikalihavuutta.*

*(P3-vastaanotto, vastaanoton alussa)*

*[--]*

*Työntekijä 1: Et sieltä alkaen, et mitäs tota niin, nytku se lääkäri on kuitenkin käskenyt niin koetsä ite niinku semmosta tarvetta?*

*Potilas 3: No, no, kyllä mun olis hyvä laihtuu, et sen mä tiän ittekin.*

*Työntekijä 1: Niin miksi sä haluaisit laihtua?*

*Potilas 3: No, onhan se kun kattoo, ni paljon kivempi kävelläkin.*

*(P3-vastaanotto)*

Terveydenhoitaja rohkaisi potilasta kertomaan, miksi tämä on tullut vastaanotolle, miksi potilas haluaisi laihtua ja millaisia konkreettisia keinoja potilas itse näkee olevan painonpudotukseen. Myös terveydenhoitaja itse otti esiin suotavia elämäntapamuutoksia, mutta pyrki johdonmukaisesti välttämään suorien ohjeiden tai määräysten antamista.

*Työntekijä 1: Mutta joka tapauksessa, että ku kylhän me niin laajan tutkimustiedon perusteella me tiedetään, että se ylipaino ja tupakointi on sulle vaarallista. Niin mut jos niistä pitäis nyt jompikumpi valita niin kumman sä valitsisit siihen, et lähtis tekemään sitä muutosta?*

*Potilas 3: No mielummin painoo pois.*

Työntekijä 1: *Joo, no minkäslaisia keinoja sä oot miettinyt siihen painonpudotukseen?*

Potilas 3: *Kai se on, ku kerran päivässä söis vaan ni eikä niin paljoo [nauraa]*

Työntekijä 1: *Hmm-m.*

Potilas 3: *Eikä neljää kertaa päivässä.*

Työntekijä 1: *Kukas teille laittaa ruuan yleensä?*

Potilas 3: *Minä itte*

Työntekijä 1: *Kaupassa käy?*

Potilas 3: *Joo, kaupasta mä käyn ostaa ruokaa.*

Työntekijä 1: *Elikkä se on ihan sun omissa käsissä nyt tämä asia.*

Potilas 3: *Joo, se on joo.*

Työntekijä 1: *Tiedätkö sä mitä pitäis syödä, että se paino lähtis tippumaan?*

Potilas 3: *No ihan normaaliruokaa, ei siihen tarvii mitään.*

Työntekijä 1: *Missä se menee siinä määrässä sitten pieleen?*

Potilas 3: *Joo, mun tulee liikaa syötyä, et sen mä sanon ihan suoraan.*

*(P3-vastaanotto)*

*[--]*

Työntekijä 1: *Ko sä oot tietysti sen oman elämäntilanteen asiantuntija, että mikä oikeesti, nyt ku ollaan siellä hallitusneuvotteluissa, niin mikä on oikeesti sellainen asia minkä sä voisit ottaa tähän keskustelupöytään. Mistä sä olisit valmis keskustelemaan? [katsoo tietokonetta ja selaa sieltä jotain]*

Potilas 3: *No kyl mä ainakin siitä, et mun pitää niin ainakin syömistä vähentää, et se on niinku.*

Työntekijä 1: *Ok, no mites sitten se tapahtuis se syömisen vähentäminen?*

Potilas 3: *No se, et ottais pienempiä annoksia tietenki.*

Työntekijä 1: *Joo-o.*

Potilas 3: *Eihän siin muu oo.*

Työntekijä 1: *Tai vaikka sä teet samat annokset, niin niit riittää sit useampaan rasiaan.*

Potilas 3: *Niin.*

Työntekijä 1: *Joo-o. Se kuulostaa tosi hyvältä.*

*(P3-vastaanotto)*

Työntekijä pyrkii ohjaamaan keskustelua asiakaslähtöisesti niin, että potilaan elämäntapamuutoksesta ja omahoidosta tuotettaisiin näkemys yhdessä hyödyntämällä molempien vuorovaikutukseen osallistuvien tietoja, kokemuksia ja näkemyksiä. Esimerkissä on nähtävissä neuvottelevan työtavan piirteitä, sillä asiakas on hoitoneuvottelun aktiivinen osapuoli ja asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutus tukeutuu palvelukokonaisuuden suunnitteluun yhdessä (ks. Engeström, Engeström & Kerosuo, 2006). Kyseiset kirjoittajat toteavat, että hoitosopimuksen tekemisen vaiheessa ”keskustelu potilaan

huolenaiheista on vaativa vuorovaikutustapahtuma neuvottelevassa työtavassa” (mt., 35). Neuvotteleva työtapa ilmenee terveydenhoitajan puheessa myös avoimien kysymyksien asettamisena, jolloin potilaalla on mahdollisuus esittää näkemyksensä siitä, mitä tämä on valmis tekemään terveytensä edistämiseksi. Sopiminen on neuvottelevassa työtavassa osa kommunikaatiota, jossa potilas ja hoitavat tahot varmistavat riittävän yksimielisyyden siitä, mitä hoidetaan (mt., 37) ja mihin esimerkiksi omahoidolla pyritään. Vastaanoton jälkeen terveydenhoitaja pohti tavoitteen asettelua tutkijan 2 haastattellessa häntä.

*Työntekijä 1: Se jäi kyl silleen auki, et mä en hänelle sitä sanonu hirveen selkeesti, et hänhän itse sanoi, et hänen tavoitteena olis laihtuu 20 kiloo.*

*Tutkija 2: Joo.*

*Työntekijä 1: Mut mun mielestä se on kohtuullisen suuri tavote, et mähän ite yritin painottaa niit pieniä, pienii muutoksia josta hän alkais, eli varmasti kirjaan sen tavoitteeks siinä, et pienten muutosten tekeminen siihen elämäntapaan. Mä en nyt häneltä niitä tivannut, et mihin hän sitoutuis, mihinkä muutoksiin.*

*[--]*

*Työntekijä 1: Et se niinku, vähän useampaan kertaan mä yritän häneltä kysyä, et mitä mieltä hän on näistä asioista, et vähän niinku kartottaa sitä mihin hän on valmis, mikä se hänen motivaatioaste on. Hän niinku aika hyvin väisti ne kysymykset tarttumatta oikein mihinkään, josta mä sitten vähän ajattelin, että hän ei oo kovinkaan motivoitunut.*

*[--]*

*Työntekijä 1: Mutta mä niinku selitin, mikä mulla oli ehkä niinku tavoitteena, että hänelle jäisi kuitenkin tästä käynnistä sellanen positiivinen kuva ja että ei niinku, häntä ei tuomita ja että siinä vaiheessa jos hän tarvii lisää sitä apua tai tietoa, tukea niin, niin hän sitten tietäis, että mihinkä kääntyä.*

Tutkija 3 kysyi potilaalta vastaanoton jälkeen, oliko hän asettanut käynnille omia tavoitteita:

*Potilas 3: Tietenki joka käynnille. Eihän nää siinä mielessä kato pidä olla tyhjänpäiväisiä. Niinku mä sanoin, mä oon harkinnut, että mä rupeen laihduttamaan, yritän ainakin ja ja nyt mä oon näköjään saanu niin mulla oli tossa vielä toista kuukautta sitten 112 kiloa paino. Nyt mä oon saanu 4 kiloa pois.*

Aineiston valossa tavoitteen asettaminen ei aina ole näin korostuneesti esillä vastaanotolla. Kaikki potilaat eivät välttämättä koe, että vastaanoton aikana olisi asetettu tavoitteita tai keskusteltu tavoitteiden saavuttamisesta. Tämä voi olla jollekulle puute, kun



taas joku toinen on nähnyt, että tavoitteet ovat tiedossa ja vastaanotolla on muu tarkoitus omahoidon kokonaisuudessa.

### **Esimerkki 3: omahoitomalli ja omahoito potilaan arjen välittäjänä**

Kolmantena esimerkkinä olemme poimineet otteita, joissa potilaat kuvaavat omahoidon välineiden käyttöä arjessaan. On huomattava, että haastatellut eivät välttämättä ole tietoisia Espoon terveyskeskuksen käyttöönottamasta omahoitomallista. Silti ”omahoito” ymmärretään mallin mukaisesti potilaan omana aktiivisuutena pitkäaikaissairauksiensa hoidossa, ei vain kysymyksenä siitä, ”miten oma hoitoni on järjestetty”.

Potilas 7 tutkijan 1 toteuttamassa haastattelussa (suluissa on epäselvänä kuuluvaa puhetta, hakasulkeilla on merkitty tutkijoiden lisäselvennyksiä):

*Tutkija 1: Onko sulle tää omahoitomalli tämmösenä mallina tuttu? Mitä täällä Espoossa käytetään?*

*Potilas 7: Siis?*

*Tutkija 1: Lähinnä just tähän diabeteksen ja verenpainetaudin ja sun pitkäaikasten sairauksien hoitoon?*

*Potilas 7: No verenpaine(?) täällä voi käyä mittailmassa, jos haluaa ja on mulla sitte tuola tota kahella tutulla on se verenpainemittari, jos haluaa, niiden luona käyä mittaamassa. Se on vaan sitte (tää diabeteksen) mä en oo NN1:tä [uusi lääkäri] tavannukaan (se on sama?) ketkä nää (kommentit) kommunikoi, hän kirjottaa sitte reseptin. Koska NN2:lla [vastaanottanut terveydenhoitaja] ei oo sitä oikeutta.*

*[--]*

*Tutkija 1: Oli puhetta sähköisestä asioinnista, niin onks se sulle vaihtoehto?*

*Potilas 7: On mulla nettiosote että kaikki laskut hoidan verkkopankissa että en mä sitä nettiä sinänsä, kauheen paljo käytä, joskus saattaa jotain sanoja tulla, ett rupee miettimään ett mitä se oikeen tarkoittaa, niin hakee sen googlettaa hakee tuota sanakoneen avulla sen mitä se tarkoittaa.*

*Tutkija 1: Kuitenki käytät?*

*Potilas 7: Käytän mä.*

*Tutkija 1: Toss oli puhetta sähköisestä asioinnista, onko se, mut ei o sulla käytössä mut?*

*Potilas 7: En oo vielä ottanu. Mä nyt katon noi ohjeet että tarkasti siinä on nyt on varmasti miten toimia. Se on hyvä jos pääsee omaan tietokantaan (?) verkkopankkitunnuksilla.*

*(P7-haastattelu)*

Potilas 4 terveydenhoitajan vastaanotolla:

*Työntekijä 2: Oman hoidon kannalta, miten sä olet itseäsi hoitanut, mitä voisit siitä sanoa?*

*Potilas 4: Tukkapöllyä. Mutta onneksi on niin lyhyt tukka, että ei saa kukkaan kiinni. Ei kyllä, niinku mä sanoin, niin kyllähän mä nää kaikki tiiän. Ei nää oo mittään uutta kaikki nämä. Se on vaan siitä kiinni, että saa ne toteutettua.*

*Työntekijä 2: Onks sulla esteitä, että sä alkaisit toteuttaa?*

*Potilas 4: Tyhmä ihminen. Se on suurin este. Mutta kyllähän siis toi työ vähän, eihän se oo este. Se vähän hankaloittaa sitä hommaa. Eihän se estä sitä. Vähän hankalampi toteuttaa. [--] Välillä menee pitkiäkin aikoja ihan hyvin ja välillä sitten taas se mopo ei pysy oikein viivojen välissä. Se pikkasen loikkii siellä pientareen puolella. Se on ihan siitä kiinni.*

Potilailla on käytössään useita erilaisia mittaamis- ja kirjaamisvälineitä. Vuosikäynnillä kirjauksia tarkastellaan ja terveydenhoitajat saattavat antaa potilaalle muitakin välineitä ja tiedonlähteitä. Joillekin seuraamistamme potilaista omahoito on vakiintunut osaksi arjen toimia. Toiset taas kokevat vaivalloisena säännöllisen terveydentilan seurannan ja tarvittavien hoitotoimien tekemisen. Ehkä ajallemme on kuvaavaa, että jotkut välttävät lääkkeiden lisäämistä ja tekevät ehdotuksia tietyn lääkkeen pois jättämisestä viitaten omaan tietolähteeseensä. Haastattelussa muutama on painottanut, ettei halua itselleen ”sairaana leimaa”. Eräs ikääntyvä potilas esitti huolensa siitä, että ”kyllähän tämä omahoito sujuu niin kauan kuin olen tolkuissani ja muistan ottaa lääkkeet, mutta mitä tapahtuu sitten, kun tilanne huononee?”

## **8 YHTEENVETO: OMAHOITOMALLI ASIAKASLÄHTÖISYYDEN VÄLITTÄJÄNÄ**

Tässä artikkelissa tutkimme omahoitomallia asiakaslähtöisyyden välittäjänä. Asiakaslähtöisyys, välineet ja välittyneisyyden näkökulma ovat keskiössä hoidon eheyttämisen innovaatioiden tutkimuksessa. Aluksi esittelimme, miten aiemmat kehittävän työntutkimuksen analyysit ovat hahmottaneet asiakaslähtöisyyttä tutkimuskohteena. Seuraavaksi tarkastelimme tutkimuksemme toiminnanteoreettisia ja käsitteellisiä lähtökohtia, erityisesti välittyneisyyttä välineiden käytön tutkimuksessa. Tämän jälkeen esittelimme tutkimuskohteenamme olevan pitkäaikaissairaiden hoidon ja omahoitomallin kehittämisen

lähtökohtia ja ominaisuuksia. Seuraavaksi esittelimme tutkimusmenetelmät, analyysikehikon ja tutkimusaineiston. Tutkimuksen alustavia tuloksia esittelimme luvuissa 6 ja 7.

Aineiston valossa ja analyysien perusteella omahoitomalli tarjoaa lupaavia asiakaslähtöisyyden näkymiä, joita voidaan hahmottaa kolmen toiminnan teoriassa käytetyn käsitteen avulla. Ensiksi omahoitomalli on Wartofskyn (1979) termin tertiaari artefakti, joka avaa kehittämisenäkymiä vakiintuneeseen terveydenhuollon toimintajärjestelmään. Toiseksi se on rajakohde (Bowker & Star, 1999), joka yhdistää ja orientoi potilaan ja terveydenhuoltohenkilöstön toimintaa, mutta näyttäytyy myös erilaisena välineenä pitkäaikaissairausten hoidon eri osapuolille. Kolmanneksi käyttöönotettuna omahoitomalli uudelleenvälittää potilaan ja hoitavan henkilökunnan toimintaa ja vastuunjakoa pitkäaikaissairauksien hoidossa (käsitteestä *remediation*, ks. Cole & Griffin, 1986).

Empiirisessä osuudessa esittelimme ensiksi, minkälaisia näkemyksiä pitkäaikaissairaiden hoidon organisaation edustajilla on omahoitomallin merkityksestä. Organisaation näkökulmaa eli organisaation tahtoa mallin käyttöönotossa edustivat kolmen avainkehittäjän ja -toimijan kiteytykset omahoidon tarkoituksesta. Niissä tuotiin esille, että omahoitomallin toivotaan tehostavan kunnan pitkäaikaissairaiden hoitoa sekä hallinnollisesti ja työkäytäntöjä yhdenmukaisten että potilaiden itsensä vastuuta lisäten.

Toiseksi tutkimme empiirisesti, minkälaisena omahoidon toteutus ja asiakaslähtöisyyden toteutuminen näyttäytyvät vuosikäyntien keskusteluissa ja haastatteluissa. Testasimme kehittämämme analyysikehikon toimivuutta vuosikäynti- ja haastatteluaineistoon. Analyysi tuotti kolme temaattista esimerkkiä omahoitomallin ja sen välineiden käytöstä potilaan ja työntekijän näkökulmista. Ne olivat (1) vuosikäynti omahoidon välittäjänä, (2) potilaiden vastuu omahoidosta ja sen tavoitteista sekä (3) omahoitomalli potilaan arjen välittäjänä.

Empiiristen löydösten valossa voidaan lopuksi pohtia asiakaslähtöisyyden välittymistä omahoitomallin käyttöönottovaiheessa. Ensinnä välineiden käyttöönotto on tuonut hoitosuhteeseen sellaisten aiheiden, tavoitteiden ja kohteiden käsittelyn, joka pirstoutuneessa terveydenhuollossa ei ole mahdollista. Sekä työntekijät että potilaat toivat tätä esille keräämässämme aineistossa. Aineistoesimerkki havainnollisti ylipainon terveysriskien käsittelyä potilaan elämäntapojen ja omien tavoitteiden kontekstissa, millä työntekijä pyrki välttämään yksisuuntaisen ja aikuista holhoavan terveysvalistuksen. Toinen

esimerkki tässä raportoidun aineiston ulkopuolelta on alkoholin käytön puheeksi ottaminen jokaisella vuosikäynnillä vastaanoton ”fraasin” ohjaamana.

Toiseksi esimerkit toivat ilmi, että uuden mallin käyttöönotto myös aktivoi ja synnyttää jännitteitä ja uusia tarpeita kuten mallin loiventamisen toiveen epäsäännöllistä ja liikkuvaa työtä tekeväille. Myös realististen ja aidosti motivoivien omahoidon tavoitteiden asettaminen sisältää jännitteitä kuten asiakkaan ja työntekijän välinen tavoitteiden asettamista koskeva neuvottelu ylipainosta ja sen terveystarpeista osoittaa. Tavoitteiden asettamisessa jännite voi syntyä, jos työntekijän ja asiakkaan näkemykset hoitotavoitteen asettamisesta tai asiakkaan voimavaroista ovat kovin erilaisia. Tällaisissa tilanteissa asiakaslähtöisen hoidon vahvuus tulee esiin, kun neuvottelussa otetaan huomioon sekä asiakkaan asiantuntemus hyvinvoinnistaan ja voimavaroistaan että työntekijän asiantuntemus terveydenhoidosta. Malli ja sen välineet eivät ole valmiita, vaan muuntuvat jatkuvasti käytössä. Tämä tulee esille omahoitomalliin kuuluvan sähköisen asioinnin aineistossa, jota analysoimme hankkeen aikana.

Käyttämämme analyysikehikko auttoi meitä jäsentämään ja tulkitsemaan omahoitomallin kehittäjiä, työntekijöiden ja potilaiden näkemyksiä omahoitomallista ja omahoidosta. Alustavassa analyysissämme se näytti soveltuvan hyvin toiminnan kohteen laajuutta ja laajenemista sekä välineiden käytön ja käyttäjien laajenemista kuvaavien ulottuvuuksien ja kehityssuuntien tulkintaan. Terveystarpeiden sisäiset kehittäjät eli kentällä toimivat ammattilaiset kohdistavat kehittämiinsä uusiin malleihin ja niiden käyttöönottoon paljon odotuksia, jotka ulottuvat johdon ja hallinnon parantamisesta aina potilaan ja asiakkaan elämänlaadun ylläpitämiseen. Uuden toimintamallin ja sen välineiden tuomasta muutoksesta ja ”välittäjäominaisuuksista” kaivataan tietoa, ja Espoossa onkin tehty ja meneillään useita omahoitoa koskevia selvityksiä.

Tutkimuksen aikana olemme kehittäneet tutkijaryhmämme aiemmin laatimaa analyysivälinettä (vrt. Toiviainen, Tissari & Aalto-Setälä, 2011) eteenpäin analyysikehikoksi, jotta asiakkaan ääni ja hoidon eheyttäminen potilaan laajemmassa elämänkokonaisuudessa on mahdollista sisällyttää analyysiin entistä selvemmin. Asiakkaan äänen kuuleminen on ratkaisevaa omahoitoon motivoitumisen ja sitoutumisen kannalta. Eri potilailla tämä merkitsee erilaisia asioita, joita potilaan kohtaavien vastaanotto- ja hoitotyöntekijöiden ja lääkärin tulisi kyetä tunnistamaan omahoidon käyttöönotto-tilanteissa. Mainittakoon tässä ikääntyvät omaishoitajat, jotka aineistomme perusteella

olennaisesti toteuttavat puolisonsa omahoitomallia, mutta helposti tulevat samalla tinkineeksi oman pitkäaikaissairautensa seurannasta. Potilaan ääni saattaa löytyä alun perin muun kuin pitkäaikaissairauden hoidon yhteydessä, esimerkiksi akuutin terveysongelman ja hoidon tarpeen ilmaantuessa.

## LÄHTEET

- Béguin, P. & Rabardel, P. (2000). Designing for Instrument-Mediated Activity, *Scandinavian Journal of Information Systems* 12, 173-190.
- Bowker, G. C. & Star, S. L. (1999). *Sorting Things out: Classification and Its Consequences*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Cole, M. & Griffin P. (1986). A sociohistorical approach to remediation. Teoksessa S. de Castell, A. Luke & K. Egan (Eds.) *Literacy, Society, and Schooling: A Reader*. New York: Cambridge University Press, 110-131.
- Engeström, Y. (1990). *Learning, Working and Imagining. Twelve Studies in Activity Theory*. Helsinki: Orienta Konsultit.
- Engeström, Y. (2001). Making Expansive Decisions. An Activity-Theoretical Study of Practitioners Building Collaborative Medical Care for Children. Teoksessa C. M. Allwood & M. Selart (Toim.) *Decision Making: Social and Creative Dimensions*. Dordrecht: Kluwer, 281-301.
- Engeström, R., Engeström, Y. & Kerosuo, H. (2006). *Neuvotteleva työtapo monisairaiden asiakkaiden hoidossa*. Tutkimusraportteja 8. Helsinki: Helsingin yliopisto, Toiminnan, teorian ja kehittävän työntutkimuksen yksikkö.
- Engeström, Y. & Saarelma, O. (1993). Esipuhe. Teoksessa R. Simoila, A. Harlamov, K. Launis, Y. Engeström, O. Saarelma & M. Kokkinen-Jussila. *Mallit, kontaktit, tiimit ja verkot: Välineitä terveyskeskustyön analysointiin*. Stakesin raportteja, 80. Helsinki: Stakes, 1-2.
- Hasu, M. (2000). Blind Men and the Elephant: Implementation of a New Artifact as an Expansive Possibility. *Outlines* 2(1), 5-41.
- Heimer, C. A. (2006). Conceiving Children: How Documents Support Case versus Biographical Analyses. Teoksessa A. Riles (Toim.) *Documents - Artifacts of Modern Knowledge*. USA: The University of Michigan Press, 95-126.
- Kajamaa, A. (2012). Hoidon eheyttämisen innovaatioiden toteutumisedellytykset, organisaation tahto ja asiakkaan ääni -tutkimushankkeen esittely. *Konsepti – Toimintakonseptin uudistajien verkkolehti* 7(1-2).
- Kaptelinin, V. & Kuutti, K. (1999). Cognitive Tools Reconsidered: From Augmentation to Mediation. Teoksessa J. P. Marsh, B. Gorayska & J. L. Mey (Toim.) *Humane Interfaces: Questions of Method and Practice in Cognitive Technology*. Amsterdam: Elsevier, 145-160.
- Kaptelinin, V. & Nardi, B. (2006). *Acting with Technology: Activity Theory and Interaction Design*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Kerosuo, H., Toiviainen, H. & Syrjälä, T. (2011). Co-Configuration and Learning in and for Networks: The Case of Forum of In-House Development in South Savo. Teoksessa T. Alasoini, M. Lahtonen, N. Rouhiainen, C. Sweins, K. Hulkko-Nyman & T. Spangar (Toim.) *Linking Theory and Practice: Learning Networks at*

- the Service of Workplace Innovation*. Tykesin raportteja 75. Helsinki: Tekes, 162-182.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) 17.8.1992. (<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>). Viitattu 11.11.2011.
- Launis, K. (1994). *Asiantuntijoiden yhteistyö perusterveydenhuollossa. Käsiyksiä ja arkikäytäntöjä*. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia 50. Helsinki: Stakes.
- Launis, K., Simoila, R., Saarelma, O., Punamäki, R.-L. & Engeström, Y. (1991). *Terveyskeskusten pohjakartoitukset. Toimiva terveyskeskus -projektin osaraportti nro 3*. Sosiaali- ja terveyshallituksen raportteja 17. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Miettinen, R., Hyysalo, S., Lehenkari, J. & Hasu, M. (2003). *Tuotteesta työvälineeksi? Uudet teknologiat terveydenhuollossa*. Helsinki: Stakes.
- Poikela, R. (2010.) *Asiakassuunnitelma asiakaslähtöistä auttamista tavoitteellistamassa. Kohteen rakentumisen moniääninen menetelmä*. Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja. Helsingin yliopisto.
- Saarelma, O. (1992). *Perusterveydenhuollon tietojärjestelmien kehitys. Toimiva terveyskeskus -projektin osaraportti nro 4*. Sosiaali- ja terveyshallituksen raportteja 49. Helsinki: VAPK-Kustannus.
- Saarelma, O., Lommi, M.-L., Hemminki, A., Leppäkoski, A.-M. & Siefen, L. (2008). Toimiva hoitomalli pitkäaikaissairauden hoitoon. *Suomen Lääkärilehti* 50, 4441-4448.
- Simoila, R. & Harlamov, A. (1993). Terveydenhoitajatyön jännitteet. Analyysi neljän terveyskeskuksessa toimivan terveydenhoitajan ajattelu- ja toimintamalleista. Teoksessa R. Simoila, A. Harlamov, K. Launis, Y. Engeström, O. Saarelma & M. Kokkinen-Jussila. *Mallit, kontaktit, tiimit ja verkot: Välineitä terveyskeskustyön analysointiin*. Stakesin raportteja 80. Helsinki: Stakes, 3-56.
- Simoila, R., Harlamov, A., Launis, K., Engeström, Y., Saarelma, O. & Kokkinen-Jussila, M. (1993). *Mallit, kontaktit, tiimit ja verkot: Välineitä terveyskeskustyön analysointiin*. Stakesin raportteja 80. Helsinki: Stakes.
- Star, S. L. (1985). Scientific Work and Uncertainty. *Social Studies of Science* 15, 391-427.
- Suurnäkki, A. (2010). *Espoon omahoitohanke. Kroonisesti sairaiden hoitomallin ja omahoitoa tukevien palvelujen kehittäminen. Hankkeen loppuraportti 1.9.2005–28.2.2010*. Versio 1.0. (Päivätty 24.3.2010).
- Suurnäkki, A., Leppäkoski, A.-M. & Pellikka, M. (2010). Espoon potilaslähtöinen pitkäaikaissairauksien hoitomalli. Teoksessa S. Muurinen, M. Nenonen, K. Wilskman & E. Agge (Toim.) *Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010*. Helsinki: Fioca, 27-49.
- Toiviainen, H., Kerosuo, H. & Syrjälä, T. (2009). ”Development Radar” – The Co-Configuration of a Tool in a Learning Network. *Journal of Workplace Learning* 21(7), 509-524.
- Toiviainen, H., Tissari, V. & Aalto-Setälä, I. (2011). Välineet potilaslähtöisyyden välittäjinä. Teoksessa Y. Engeström, A. Kajamaa, H. Toiviainen & A. Hilli (Toim.) *Näkökulmia hoidon eheyttämisen innovaatioiden tutkimiseen*. Tutkimusraportteja 12. Helsinki: Helsingin yliopisto, käyttäytymistieteiden laitos, Toiminnan, kehityksen ja oppimisen tutkimusyksikkö CRADLE, 25-35.

Tissari, V. & Toiviainen, H. 2012. Omaha-omallisuus asiakaslähtöisyyden välittäjänä. *KONSEPTI – Toimintakonseptin uudistajien verkkolehti*, 7 (1-2), 1-29. <http://hdl.handle.net/10138/153345>

- Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. (2011). *Matka-  
opas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen*. Tekesin kat-  
saus 281. Helsinki: Tekes.
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in Society: The Development of Higher Psychological  
Processes*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Vygotsky, L. S. (1987). Thinking and Speech. Teoksessa R. W. Rieber & A. S. Carton  
(Toim.) The collected works of L. S. Vygotsky. Vol. 1. Problems of General  
Psychology. New York: Plenum.
- Vygotsky, L. & Luria, A. (1994). Tool and Symbol in Child Development. Teoksessa J.  
Valsiner & R. van der Veer (Toim.) The Vygotsky Reader. Blackwell, 99-174.  
Saatavilla: <http://www.marxists.org/archive/vygotsky/works/reader/>
- Wartofsky, M. W. (1979). *Models: Representation and the Scientific Understanding*.  
Boston Studies in the Philosophy of Science. Boston: D. Reidel.