

KLAS WINELL
LT, laatukselluttaja
Conmedic

ILONA MIKKOLA
LT, terveyskeskuslääkäri
Rovaniemen kaupunki

RISTO KURONEN
LT, yksikön vetäjä
Terveyden ja hyvinvoinnin
edistämisen yksikkö, Päijät-
Hämeen hyvinvointiyhtymä

HELENA LIIRA
LT, dosentti, terveyden
edistämisen ylilääkäri
HUS Perusterveydenhuollon
yksikkö

KIRJALLISUUTTA

- 1 Long K. Action planning: a call for action. *J Am Board Fam Med* 2006;19:324–5.
- 2 Wagner EH, Groves T. Care for chronic diseases. *BMJ* 2002;325:913–4.
- 3 Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C: National Academy Press 2001.
- 4 Noordman J, Koopmans B, Korevaar JC ym. Exploring lifestyle counselling in routine primary care consultations: the professionals' role. *Fam Pract* 2013; 30:332–40.
- 5 Reuben DB, Tinetti ME. Goal-oriented patient care—an alternative health outcomes paradigm. *N Engl J Med* 2012;366:777–9.

Hoitosuunnitelma yhteiseksi työkaluksi pitkäaikaissairauksien avohoitoon

- Hoitosuunnitelma antaa potilaalle mahdollisuuden osallistua hoidon suunnitteluun. Se parantaa pitkäaikais-sairauksien hoitotuloksia.
- Hoitosuunnitelmassa luodaan selkeä kuva siitä, mitä hoidoilla yhteisesti tavoitellaan ja miten. Se on oiva väline omahoidon tehostamiseen ja elämäntapamuutosten tukemiseen.
- Kaikille pitkäaikaissairaille suunnitelma ei ole välttämätön, mutta on tärkeää tunnistaa sitä eniten tarvitsevat. Heille tulee varata riittävästi aikaa hoitosuunnitelmakeskusteluihin.

Hoitosuunnitelma on potilaskeskeinen dokumentti, jossa esitetään hoidon tavoitteet sekä toimintasuunnitelma tavoitteisiin pääsemiseksi (1). Se syntyy potilaan ja häntä hoitavien terveydenhuollon ammattilaisten keskustelujen tuloksena. Se kuvastaa terveydenhuollon paradigman muutosta, jossa korostuvat potilaan tahto ja vastuu hoidon toteutuksesta (2). Jotta potilaalla on edellytykset tietoon perustuvaan päätöksentekoon, tarvitaan nykyistä enemmän keskustelua ja tiedon antamista (3).

Motivoivien keskustelujen tuloksena syntyyvää hoitosuunnitelma vastuuttaa potilasta ja tukee omahoidon toteutumista (4). Tavoitteena on auttaa potilasta kuvaamaan tarpeensa ja määrittelemään yhdessä ammattilaisten kanssa hoidon tavoitteet ja tukimuodot (5). Tämä vaatii terveydenhuollon ammattilaisilta valmennustaitoja.

Hoitosuunnitelma vastuuttaa potilasta ja tukee omahoidon toteutumista.

Hoidon suunnittelussa ammattilaiset perehtyvät kokonaisvaltaisesti potilaan tilanteeseen ja pyrkivät proaktiiviseen lähestymistapaan. Syntyvä suunnitelma on tiivistelmä potilaan hoitokokonaisuudesta.

Kuvaamme tässä hoitosuunnitelmien nykytilannetta, lainsäädännöllistä taustaa, kokemuksia käyttöönotosta Suomessa sekä tietoa hoitosuunnitelman vaikuttavuudesta kliinisiin tulosu- muuttujiin. Esimerkit on valittu eräistä pitkä- aikaissairauksista ja monisairastavuudesta.

Hoitosuunnitelma lain mukaan ja käytännössä

Hoitosuunnitelman tekemistä ohjataan Suomessa useissa säädöksissä (taulukko 1). Suunnitelmasta tulee ilmetä potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Se on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa tai läheisensä taikka hänen laillisen edustajansa kanssa.

Sosiaalihuollossa tehdään asiakkaalle palvelu-, hoito- tai kuntoutussuunnitelma tämän tarpeiden mukaan. Näiden suunnitelmien tarkoitus on pitkälti sama kuin terveydenhuollon hoitosuunnitelmien. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusuunnitelmat ehdotetaan jatkossa yhdistettäväksi. Tässä katsauksessa käsitellään vain terveydenhuoltolain mukaista hoitosuunnitelmaa.

Valvira ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) ovat antaneet viranomaisohjeita hoitosuunnitelmista. THL on määritellyt terveys- ja hoitosuunnitelman tavoitteiksi potilaskeskeisyyden, voimaannuttamisen, hoidon jatkuvuuden ja tietojärjestelmien hyödyntämisen. Suunnitelmassa voidaan kuvata kaikki potilaan terveysongelmat ja terveydenhuollon palvelunantajien suunnittelemat tutkimus-, hoito-, kuntoutus- ja seurantatoimet.

THL:n ohjeissa korostetaan potilaan kokemien hoidon tarpeiden ja hoidon tavoitteiden ensisijaisuutta. Tarkoitus on, että kaikki palvelunantajat käyttävät ja päivittävät samaa hoitosuunnitelmaa. Suunnitelmista halutaan rakenteisia, jotta niiden tekemistä voidaan automatisoida ja toteutumisen seurantaan helpottaa (6).

Hoitosuunnitelmassa tulee olla kirjattuina hoidon tarve, hoidon tavoite, hoidon toteutus ja keinot (lääkitys, potilaan kanssa sovitut elinta-

LIITEAINESTO
pdf-versiossa
www.laakarilehti.fi

Sisällysluettelot
SLL 1-2/2019

VERTAISARVIOITU 



TAULUKKO 1.

Hoitosuunnitelmaa koskevat säädökset

Säädös	Keskeinen sisältö
Terveystieteiden tutkimuskeskuksen 24 § (2011)	Hoidon ja kuntoutuksen toteutukselle on tarvittaessa laadittava hoito- ja palvelusuunnitelma.
Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (4 §, 2010)	Terveystieteiden tutkimuskeskuksen toteutuksessa on tarvittaessa laadittava tutkimusta, hoitoa ja lääkinnällistä kuntoutusta koskeva suunnitelma.
Sosiaali- ja terveysministeriön potilasasiakirjoista antama asetus (7§, 298/2009)	Potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot.

- 6 Komulainen J, Vuokko R, Mäkelä M. Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma. THL – Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 7/2011. Tampere 2011.
- 7 Coulter A, Entwistle VA, Eccles A ym. Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. Cochrane Database Syst Rev 2015;(3):CD010523.

pamautokset ja muut toimet), tuki, seuranta ja arviointi (mm. seuraava vastaanottokäynti, laboratoriokokeet ja itse tehtävät mittaukset), suunnitelman laatinut ammattihenkilö ja lisätiedot (diagnoosit ja lääkkeet). Taulukossa on esimerkiksi hoitosuunnitelma, joka on mukailtu Käypä hoito -suosituksesta Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito (taulukko 2).

Haasteina ovat resursointi sekä tekniset ja ajankäytön ongelmat.

- 8 Oksman E, Sisso M, Kuronen R. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen pitkäaikaissairauksien hoidon kehittämisen viitekehysten Väli-Suomen POTKU2 -hanke loppuraportti 1.11.2012 – 31.10.2014. https://www.innokyla.fi/documents/79781/0/loppuraportti_POTKU1_25+11_2014_Final_.pdf/
- 9 Sudore RL, Boscardin J, Feuz MA ym. Effect of the PREPARE Website vs an easy-to-read advance directive on advance care planning documentation and engagement among Veterans: A randomized clinical trial. JAMA Intern Med 2017;177:1102–9.
- 10 Jansen DL, Heijmans M, Rijken M. Individual care plans for chronically ill patients within primary care in the Netherlands: Dissemination and associations with patient characteristics and patient-perceived quality of care. Scand J Prim Health Care 2015;33:100–6.
- 11 Bjerkan J, Richter M, Grimsmo A ym. Integrated care in Norway: the state of affairs years after regulation by law. Int J Integr Care 2011;11:e001.

Lain velvoite ymmärretään yleisesti niin, että kaikille pitkäaikaissairaille tulee tehdä hoitosuunnitelma. Laki ei määrittele, kuka hoitosuunnitelman tekee tai kenen velvollisuus on pitää se ajan tasalla. Viranomaisohjeissa mainitaan usein hoitava lääkäri tai terveyskeskuslääkäri ja korostetaan, että hoitosuunnitelmasta vastaa lääkäri. Lait tai ohjeet eivät ota kantaa hoitosuunnitelman virheisiin, vanhentumiseen tai puuttumisen mahdollisiin seurauksiin. Viime kädessä jää siten hoitavan lääkärin määriteltäväksi, kenelle hoitosuunnitelma kirjoitetaan ja missä laajuudessa.

Kirjaaminen

Hoitosuunnitelma (personalised care planning) syntyy yleensä useamman tapaamisen tuloksena. Integroituneessa terveydenhuollossa, kuten Suomessa, sen tuottamiseen osallistuu potilaan lisäksi useita ammattilaisia ja jopa useita hoitopaikkoja. Hoitosuunnitelma

voidaan nähdä yksittäisenä työkaluna yksilöllisessä hoidon suunnittelussa (7). Pitkäaikaissairaan hoidossa suunnittelun vaiheita tarkistetaan säännöllisesti (kuvio 1).

KASTE-hankkeessa (2010–14) kehitettiin pitkäaikaissairaiden hoitoa Terveysmallin viitekehysessä (Chronic Care Model) (8). Keskeiseksi työkaluksi muodostui terveys- ja hoitosuunnitelma. Hanke mahdollisti hoitosuunnitelman kehittämistyön ja käyttöönoton. Hankkeessa määriteltiin potilaiden ja ammattilaisten roolit suunnitelmien tekemisessä ja siihen varattiin riittävästi aikaa. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportointiin vähentyneen merkittävästi potilailla, joille oli tehty hoitosuunnitelma (8).

Potku 2 -hankkeessa kehitettiin omahoitolomake, jonka avulla potilas valmistautuu hoitosuunnitelmakäynnille, ja työkalu hoitosuunnitelmien potilaslähtöisyyden auditointiin (8). Omahoitolomakkeen kaltaiset potilaskyselyt ovat nyt laajassa käytössä Suomessa, ja seuraava askel lienee nettipohjainen kysely (9).

Hoitosuunnitelmien kirjaaminen vaihtelee Suomessa alueittain. Käyttöönotto on saatu alkuun, ja ymmärrys suunnitelman hyödyistä sekä potilaille että ammattilaisille alkaa muotoutua. Joissakin organisaatioissa hoitosuunnitelman teko on asetettu toiminnalliseksi tavoitteeksi.

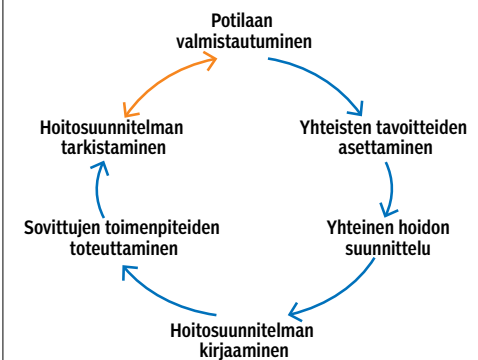
Haasteina ovat hoitosuunnitelmien tekemisen vaatima resursointi sekä tekniset ja ajan-



KUVIO 1.

Hoidon suunnittelun vaiheet

Suunnittelu ei aina kata kehän kaikkia alueita, vaan mallin tavoitteena on muistuttaa hoitosuunnitelman valmistelun keskeisistä näkökohdista.



- 12 Burt J, Roland M, Paddison C ym. Prevalence and benefits of care plans and care planning for people with long-term conditions in England. *J Health Serv Res Policy* 2012;17 suppl 1:64–71.
- 13 Newbould J, Burt J, Bower P ym. Experiences of care planning in England: interviews with patients with long term conditions. *BMC Fam Pract* 2012;13:71.

käyttöön liittyvät ongelmat. Sähköiset järjestelmät eivät tue hoitosuunnitelman käyttöä. Vallitseva sairauskeskeinen ajattelu on haaste, ja potilaslähtöisyyttä vasta opetellaan hoitosuunnitelman tekemisessä. Käyttöönotto vaatii vuosien työn, toistuvan muistuttelun ja tuen.

Hoitosuunnitelman käyttöönotto on edistetty aktiivisesti useissa maissa. Tästä huolimatta edelleen vain pienellä osalla potilaista on suunnitelma Hollannissa (10), Norjassa (11), ja Britanniassa (12–14). Vaikka hoitosuunnitelma

olisi koettu hyväksi työkaluksi pitkäaikaissairauksien hoidossa, malleissa on edelleen usein lähtökohtana enemmän yksittäinen sairaus kuin potilaslähtöisyys (15).

Vaikuttavuus

Cochrane-katsaus, joka tarkasteli hoitosuunnitelmakeskustelun vaikutuksia pitkäaikaissairaiden hoitotuloksiin, löysi yhteneviä, pieniä myönteisiä vaikutuksia fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen, mutta ei terveydenhuollon kustannuksiin (7). Suurimmat potilasryhmät katsauksen kotoissa tutkimuksissa olivat diabetes- ja masennuspotilaita. Hoidon suunnittelu johti sitä parempiin tuloksiin, mitä useampia suunnittelukeskusteluja oli. Myös oman lääkärin mukana olo paransi tuloksia. Hoidon suunnittelusta ei todettu olevan haittaa.

Yksittäisissä, vain hoitosuunnitelmien vaikutavuutta tutkivissa tutkimuksissa ei ole todettu merkittävää vaikutusta kliinisiin mittareihin (14,16). Australialaistiimi sai myönteisiä tuloksia monisairaiden hoidon saattamisessa hoitosuosituksen mukaiseksi, riskitekijöiden ja seurannan hallinnassa sekä potilaan tavoitteiden ja prioriteettien tunnistamisessa (17).

Hoidon suunnittelun vaikutuksia koskevaa tutkimusta on tehty paljon pitkäaikaishoidossa olevista vanhuksista, palliatiivisen vaiheen potilaista, dementiapotilaista ja pitkäaikaista fyysistä sairautta sairastavista. Näissä potilasryhmissä hyötyä voidaan mitata kohtalaisen lyhyellä aikavälillä. Hoitosuunnitelmilla on saatu aikaan merkittäviä vaikutuksia elämän laatuun, toiveiden huomioimiseen ja sairaalahoitojen estämiseen sekä elämää epätarkoituksenmukaisesti pitkittävien toimien välttämiseen (18).

Diabeteksen hoito

Diabeteksen hoidossa korostetaan yksilöllisyyttä hoidon suunnittelussa ja tavoitteissa. Pysyvän ja etenevän tilan hallinnassa omahoito on keskeistä, mutta ajoittainen hoitoväsymys tavallista ja sairauden vaikeusaste voi muuttua. Siksi hoitosuunnitelmaa on erityisesti diabeteksen hoidossa ajateltu työkaluksi hoitotulosten ja potilaan elämänlaadun parantamisessa.

Hoitosuunnitelman ajatellaan voimaannuttavan potilasta aktiiviseksi toimijaksi oman diabeteksensä parhaana asiantuntijana. Toisaalta se sisältää selkeät, yhdessä sovitut numeeriset tavoitteet kotiseurantatuloksille

TAULUKKO 2.

Esimerkki hoitosuunnitelmasta

HOIDON TARVE

Selkä kipuilee. Yleiskunto saisi olla parempi. Toivoo pystyvänsä lopettamaan tupakoinnin.
Diagnoosit:
I10 Verenpainetauti (2001)
F17.29 Tupakkariippuvuus (1995)

TAVOITTEET

Verenpaine hoitotavoitteessa 2 kuukauden päästä: verenpaine kotimittauksissa alle 135/85 mmHg (nyt 142/88 mmHg)
Tupakasta luopuminen ennen kesää. Aikaisemmin 2 lopettamisyritystä, viimeksi 2 vuotta sitten.
3 kuukauden savuttomuus päättyi juhlista, kun alkoholin kanssa päätti polttaa yhden savukkeen.

TOTEUTUS JA KEINOT

Yhdessä sovitut keinot tavoitteisiin pääsemiseksi:
Ruokavalio: Säännöllinen ateriarytmi. Ei lisäsuolaa ruokiin.
Liikunta (laatu, määrä): Kävelylenkkejä (30 minuuttia) lisää vieroituksen alkaessa vähintään 4 kertaa viikossa. Nyt lenkki kerran viikossa.
Muut elämäntavat: Tupakoi 20 savuketta päivässä. Päättää lopettamispäivän tämän kuun aikana.
Aloittaa heti tupakoinnin vähentämisen pyrkimällä siirtämään seuraavaa savuketta eteenpäin.
Jää pohtimaan, miten hoitaa vieroituksen aikana vieroitusta vaikeuttavat tilanteet, kuten juhlat.
Lääkityssuunnitelma (muutokset): Vaihdetaan enalapriili 20 mg -> enalapriili compiin.
Kirjoitetaan vieroituslääkeresepti valmiiksi. Aloittaa sen ohjeen mukaan ennen tupakoinnin lopettamista.

TUKI, SEURANTA JA ARVIOINTI

Omaseuranta, josta sovittu:
Verenpaineen seuranta: 4 päivän kaksoismittaukset ennen seurantakäyntejä.
Pitää tupakkapäiväkirjaa päivittäin poltettujen savukkeiden määräästä tästä päivästä eteenpäin.
Tutkimukset ja seurantakäynnit 12 kuukauden aikana:
Tupakasta vieroitukseen liittyvät kontaktit: hoitajatapaaminen kuukausi vieroituslääkkeen alkamisesta.
Sen jälkeen hoitajan puhelinaika kuukauden välein.

Hoitosuunnitelmakäynti: Kutsutaan verenpainekontrollikäynnille loppuvuodesta 2018, jolloin

1. Laboratoriokäynti: B-PVK-T, fP-Gluk, S-Krea, S-K, S-Na, GFR ja lipidit.
2. Hoitajakäynti: tuetaan tavoitteiden saavuttamista
3. Lääkärikäynti: hoitaja arvioi tarpeen yhdessä potilaan kanssa. Reseptit kahdeksi vuodeksi ja päivitetty lääkelista.

LÄÄKITYS

Enalapriili comp 1 x 1, Champix ohjeen mukaan

TERVEYS- JA HOITOSUUNNITELMAN LISÄTIEDOT

Potilas on saanut hoitosuunnitelmastaan kopion

VASTUUHENKILÖT

1.6.2018 lääkäri Aika Poika, hoitaja Aikuinen Nainen

- 14 Reeves D, Hann M, Rick J ym. Care plans and care planning in the management of long-term conditions in the UK: a controlled prospective cohort study. *Br J Gen Pract* 2014;64:e568-75.
- 15 Young CE, Boyle FM, Mutch AJ. Are care plans suitable for the management of multiple conditions? *J Comorb* 2016;6:103-13.
- 16 Murphy AW, Cupples ME, Smith SM ym; SPHERE study team. Effect of tailored practice and patient care plans on secondary prevention of heart disease in general practice: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2009;339:b4220.
- 17 Morgan MA, Coates MJ, Dunbar JA. Using care plans to better manage multimorbidity. *Australas Med J* 2015;8:208-15.
- 18 Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens JA, van der Heide A. The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review. *Palliat Med* 2014;28:1000-25.
- 19 Gibson PG, Powell H, Coughlan J ym. Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(1):CD001117.
- 20 Howcroft M, Walters EH, Wood-Baker R ym. Action plans with brief patient education for exacerbations in chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;12:CD005074.
- 21 Lenferink A, Brusse-Keizer M, van der Valk P ym. Self-management interventions including action plans for exacerbations versus usual care in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;8:CD011682.
- 22 Gatheral T, Rushton A, Evans DJ ym. Personalised asthma action plans for adults with asthma. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;4:CD011859.
- 23 Tsay S, Hung L. Empowerment of patients with end-stage renal disease - a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2004;41:59-65.
- 24 Shearer N, Cisar N, Greenberg E. A telephone-delivered empowerment intervention with patients diagnosed with heart failure. *Heart Lung* 2007;36:159-69.
- 25 Tinsel I, Buchholz A, Vach W ym. Shared decision-making in antihypertensive therapy: a cluster randomised controlled trial. *BMC Family Pract* 2013;14:135.
- 26 Tinetti M, Bogardus S, Agostini J. Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions. *N Engl J Med* 2004;351:2870-4.
- 27 Yarnall A, Sayer A, Clegg A ym. New horizons in multimorbidity in older adults. *Age Ageing* 2017;46:882-8.

(mm. liikunta, verensokeri, verenpaine, paino) sekä laboratoriossa seurattaville arvoille (mm. HbA_{1c}, kolesteroli).

Hoitosuunnitelma toimii siltana hoitosuositusten ja yksittäisen potilaan hoidon välillä. Parhaimmillaan se ohjaa ammattihenkilöä diabetikon kokonaisvaltaiseen hoitoon pelkän sokeritasapainoon keskittymisen sijaan. Se voi sisältää potilaan itsensä miettimiä konkreettisia keinoja tavoitteiden saavuttamiseksi sekä selkeän tehtävänjaon terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja potilaan oman toiminnan välillä.

Suomessa Diabetesliitto on ajanut voimakkaasti hoitosuunnitelman käyttöä diabeteksen hoidossa. Liiton tekemän kyselyn mukaan kuitenkin vain 20 % diabetesta sairastavista ilmoitti laatineensa hoitosuunnitelman yhdessä ammattihenkilön kanssa (Diabetesliitto, Tiedote 2015). Tämänkin luku lienee kyselyasetelman vuoksi yliarvio.

Tutkimukset hoitosuunnitelmaan liittyvien työskentelytapojen eduista diabeteksen hoidossa ovat aineistoiltaan ja interventioiltaan heterogeenisiä (Liitetaulukko 1 artikkelin sähköisessä versiossa, www.laakarilehti.fi > Sisällysluettelot > 1-2/2019). Tulokset työskentelytapoihin liittyvistä hyödyistä eivät siten ole täysin yhdensuuntaisia.

Keuhkosairauksien hoito

Sekä astman että keuhkohtaumataudin hoito vaatii potilaalta aktiivisuutta ja omaaseurantaa. Usein pahenemisvaiheisiin puututaan turhan myöhään. Omahoidon ohjauksessa hoitosuunnitelma toimii käypänä menetelmänä. Ohjattu omahoito vähentää astmatikkokojen päivystyskäyntejä ja sairaalahoitopäiviä sekä parantaa elämänlaatua (19).

Keuhkohtaumataudin taudinkuva vaihtelee, ja potilaat tarvitsevat ohjausta ja suunnitelman taudin pahenemisvaiheiden hoitoon. Tupakoinnin lopettaminen, liikunta ja ravitsemus ovat keskeisessä asemassa. Liikunta vähentää oireita, parantaa suorituskykyä ja ehkäisee liitännäissairauksien, kuten sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen puhkeamista (19). Hoitosuunnitelman avulla voidaan sopia elämäntapamuutosten tavoitteista, ohjeistaa pahenemisvaiheiden hoitoa sekä seurannan toteuttamista.

Cochrane-katsauksen mukaan hoitosuunnitelma vähentää keuhkohtaumapotilaiden akuutteja sairaalahoitajaksoja (20). Tekemällä

yksilöllinen hoitosuunnitelma 19 potilaalle voidaan välttää yksi sairaalahoitajakso. Hoitosuunnitelman saaneet potilaat myös hoitivat oireiden pahenemisjaksojaan aktiivisemmin kuin verrokki.

Toinen Cochrane-katsaus käsitteli hoitosuunnitelmia osana omahoito-ohjelmia (21). Tulokset olivat samansuuntaiset: keuhkohtaumapotilaiden sairaalahoitajakset vähenivät, elämänlaatu parani ja myös hengityselinsairauksiin liittyvä kuolleisuus väheni.

Aikuisten astmapotilaiden hoitosuunnitelmien vaikuttavuudesta ei saatu näyttöä meta-analysissä (22).

Mielenterveyden ongelmien hoito

Coulterin ym. systemaattisessa katsauksessa kolme 19 tutkimuksesta kohdistui mielenterveysongelmiin. Psykologisia tulosmuuttujia, etenkin masennusta, seurattiin seitsemässä tutkimuksessa (7). Tutkimukset osoittivat, että hoidon suunnittelu vähentää masennusoireita, parantaa potilaiden pystyvyyden tunnetta ja omahoidon taitoja. Hoidon suunnittelu oli erityisen tarpeellista monisairaiden potilaiden hoidossa, joiden ongelmiin usein liittyy masennus tai muu mielenterveyden ongelma.

Muut pitkäaikaissairaudet ja monisairaot potilaat

Hoitosuunnitelma voi tukea hoitoa kaikissa pitkäaikaissairauksissa, joiden kaikkien hoidossa holistinen näkemys on eduksi, kuten sydän- ja verisuonisairauksissa, kroonisissa neurologisissa sairauksissa (mm. epilepsia, multippelsklerosi, Parkinsonin tauti), tuki- ja liikuntaelinsairauksissa (mm. artroosi, krooninen kipu), syöpäsairauksissa ja HIV-infektiossa. Tutkimusnäyttö hoitosuunnitelman ja siihen liittyvien työskentelytapojen vaikutuksesta muissa pitkäaikaissairauksissa on Cochrane-katsauksen mukaan kuitenkin verraten vähäistä ja lisätutkimusta tarvitaan (7).

Jonkin verran myönteistä vaikutusta on pystytty osoittamaan kroonisissa munuaissairauksissa (23) ja sydänpotilailla (24). Sen sijaan verenpaineen hoidossa potilaan ja lääkärin yhteinen päätöksenteko ei parantanut hoitotuloksia (25).

Monisairaiden potilaiden (vähintään 2 pitkäaikaista tilaa tai sairautta) sairauskeskeisen hoidon ongelmat (mm. yksittäisten hoitosuositusten noudattaminen) tunnistetaan (26). Proaktiivinen potilaskeskeinen työskentely,

- 28 Young CE, Boyle FM, Mutch AJ. Are care plans suitable for the management of multiple conditions? *J Comorb* 2016;6: 103–13.
- 29 Smith SM, Wallace E, O'Dowd T ym. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;3:CD006560.
- 30 Salisbury C, Man MS, Bower P ym. Management of multimorbidity using a patient-centred care model: a pragmatic cluster-randomised trial of the 3D approach. *Lancet* 2018;392:41–50.
- 31 Kennedy A, Bower P, Reeves D ym. Implementation of self management support for long term conditions in routine primary care settings: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2013;346:f2882.
- 32 Kennedy A, Rogers A, Chew-Graham C ym. Implementation of a self-management support approach (WISE) across a health system: a process evaluation explaining what did and did not work for organisations, clinicians and patients. *Implement Sci* 2014;9:129.
- 33 Kennedy A, Rogers A, Bower P. Support for self care for patients with chronic disease. *BMJ* 2007;335:968–70.

jossa yhtenä työkaluna on hoitosuunnitelma, nähdäänkin mahdollisuutena välttää hoidon aiheuttamaa kuormitusta ja sivuvaikutuksia sekä suunnittelematonta ja koordinoimatonta hoitoa (27,28).

Cochrane-katsaus tarkasteli tuloksia, joita saatiin perusterveydenhuollon interventioilla (29). Katsaukseen hyväksyttiin 18 tutkimusta, joissa kuudessa tutkittu interventio voitiin luokitella potilaskeskeiseksi. Tutkimusten pienen määrän ja tulosten hajanaisuuden takia päätelmiä ei voitu tehdä. Kuudesta tutkimuksesta, joissa hoitosuunnitelma mainittiin yhtenä intervention osana, viidessä havaittiin positiivinen muutos tulosmuuttujissa (hoidon laatu, lääkehoidon toteutuminen, valtimotautiriski, depressiopisteet, toimintakyky).

Monisairaiden potilaskeskeisen hoidon haasteita ovat hoidon koordinaatio ja jatkuvuus, työpaineet sekä ammattilaisten roolituksen puute. Tuoreessa ryvästetyssä tutkimuksessa hoidon suunnittelun (yhtenä osana hoitosuunnitelma) ei todettu parantavan potilaiden elämänlaatua (30). Interventioryhmässä potilaat kokivat hoidon kuitenkin potilaslähtöisemmäksi. Potilaslähtöinen hoidon suunnittelu ja yhteinen päätöksenteko eivät heikentäneet tautikohtaisia tuloksia.

Tutkimuksen haasteita

Hoitosuunnitelmien vaikuttavuustutkimuksen haasteena on monisairaiden potilaiden vaativa potilasjoukko. Merkittäviä klinisiä parannuksia on vaikea saada aikaan potilasryhmissä, joihin riskitekijät ovat kasaantuneet. Muutokset vaatisivat myös tavanomaista vuoden seuranta-aikaa pidempiä seurantoja. Hoitosuunnitelman määrittely on haastavaa, ja prosessi sisältää monia elementtejä: potilaan omahoidon ohjausta, omahoitoa, moniammatillista toimintaa, hoidon kirjaamista ja seuranta.

Hoitosuunnitelman tekeminen vaatii myös ammattikäytäntöjen muutosta, joka monesti

synnyttää vastarintaa. Esimerkiksi Britanniassa selvitettiin omahoidon tuen käyttöönottoa hankkeessa, jossa henkilökunta sai koulutuksen siihen. Hanke ei tuottanut positiivisia muutoksia omahoidon hallintaan tai terveydentilasta johtuvaan elämänlaatuun, joskin seuranta-aika oli varsin lyhyt (31).

Hankkeen arvioinnissa todettiin, että omahoidon kehittäminen tuli ylhäältä määrättyä strategiana. Henkilökunta koki jo tarjoavansa hyvää hoitoa eikä tuntenut hyötyvänsä omahoidon kehittämisestä. Heillä oli myös epäilyjä siitä, mihin potilaat pystyvät, eivätkä he nähneet omahoidon tukea tehtäväkseen.

Myös potilailla oli vähän odotuksia siitä, mitä ”uutta” ammattilaiset voisivat tarjota. Potilaslähtöistä omahoidon kehittämistä hankaloitti myös terveydenhuollon siilomainen organisatiorakenne ja työskentely (32). Tutkimukset osoittavat osaltaan, kuinka hankala paradigman muutos on (33).

Lopuksi

Hoitosuunnitelmadokumenttia tärkeämpi on prosessi, jonka tuloksena suunnitelma syntyy. Terveydenhuollossa kannattaa pohtia enemmän, miten hoidon suunnittelun keskustelut käydään niin, että potilaan näkemyksille jää riittävästi tilaa ja aikaa. Yhteisten tavoitteiden asettaminen, keinojen löytäminen niihin pääsemiseksi, omahoidon mahdollisuuksien selvittäminen ja omahoitoon ohjaaminen ja sen tukeminen vievät kaikki aikaa.

Terveydenhuollon paradigman muutos, jossa halutaan potilas kuljettajan paikalle, edellyttää merkittävää resurssilisäystä henkilökunnan ajankäyttöön. Hoitosuunnitelmat on valjastettu tähän muutokseen yhtenä elementtinä. Muutoksesta voivat hyötyä sekä potilaat että ammattilaiset. Hoitosuunnitelman sisällön ja käytön kehittäminen tulee jatkaa klinikoiden sekä potilaiden kokemusten ja tutkimuksen pohjalta, ei hallinnollisena toimena. ●

SIDONNAISUUDET

Klas Winell: Asiantuntijalausunto (Pfizer), tekijänpalkkiot (Kustannus Oy Duodecim).
Ilona Mikkola: Työsuhde (Conmedic Oy), Käypä hoito-toimittaja (Duodecim).
Risto Kuronen, Helena Liira: Ei sidonnaisuuksia.

English summary | www.laakarilehti.fi | in english
Care planning in the treatment of chronic diseases

KLAS WINELL, ILONA MIKKOLA,
RISTO KURONEN, HELENA LIIRA

Care planning in the treatment of chronic diseases

Care planning enhances collaboration between the patients and health care professionals. It can promote the quality of care in chronic diseases. The benefits of care planning have been analyzed in several Cochrane reviews. Care planning produces small but consistent positive changes in clinical outcomes in both in physical and mental health. According to the reviews, care plans do not have side effects. Care planning is a tool means in the paradigm change towards more patient-centred health care. To accomplish the change requires long term work with a definite aim. Care planning paves the way for patient participation in setting common goals and reaching an agreement on the roles of the patient and health care professionals patient's and health care's roles in the patient's care. Care planning has a vital role in supporting patients's self-care and life style changes. Instead of using applying care planning for all patients, health professionals should select patients who will benefit from care planning and allow give enough time for planning discussions. A written care plan is Tthe outcome of care planning is a written care plan which is the essential for achieving essence to achieve efficacious outcomes. More research is needed to better identify the patient groups who benefit from care planning.

Liitetaulukko 1.

Hoitosuunnitelmaan yhdistettyjen työskentelytapojen vaikutus diabeteksen hoitotasapainoon, koettuun terveyteen ja omahoitoon, mukailtu Cochrane-katsauksen mukaan (7).

FT = fyysinen terveys, PT = psyykinen terveys, KT = koettu terveys, TT = terveystottumukset, OH = omahoito

Tutkimus	Potilaita	Tutkimusaineisto ja -asetelma	Interventio	Tulos
Glasgow ym. 2005	886	Perusterveydenhuolto, ryvästetty satunnaiskontrolloitu tutkimus	Tietokoneavusteinen kommunikointi potilaan kanssa ja puhelintuki	FT: ei muutosta PT: ei muutosta KT: ei muutosta TT ja OH: ei arvioitu
Frosch ym. 2011	201	Perusterveydenhuolto, satunnaistettu vertailututkimus	Puhelintuki, tietokoneavusteinen kommunikointi potilaan kanssa, omahoitovihko	FT: ei muutosta PT: ei arvioitu KT: ei arvioitu TT ja OH: liikkuminen lisääntyi
Hiss ym. 2007	197	Perusterveydenhuolto, satunnaistettu vertailututkimus	Strukturoitu tuki, yksilökontaktit	FT: HbA _{1c} ja systolinen verenpaine paranivat PT: ei arvioitu KT: ei arvioitu TT ja OH: ei arvioitu
Katon ym. 2010	214	Perusterveydenhuolto, satunnaistettu vertailututkimus	Puhelintuki, tietokoneavusteinen kommunikointi potilaan kanssa, omahoitovihko	FT: HbA _{1c} , systolinen verenpaine ja LDL paranivat PT: parani KT: ei arvioitu TT ja OH: parani
Kennedy ym. 2013	5599	Perusterveydenhuolto, ryvästetty satunnaiskontrolloitu tutkimus	Tietokoneavusteinen kommunikointi potilaan kanssa, omahoitovihko, omamonitorointilaitteet, yksilökontaktit	FT: ei arvioitu PT: ei arvioitu KT: ei muutosta TT ja OH: ei muutosta
Liu ym. 2012	208	Perusterveydenhuolto, satunnaistettu vertailututkimus	Ryhmä- ja yksilökontaktit	FT: systolinen verenpaine parani PT: ei muutosta KT: parani TT ja OH: liikkuminen lisääntyi
Naik ym. 2011	87	Perusterveydenhuolto, satunnaistettu vertailututkimus	Ryhmä- ja yksilökontaktit	FT: HbA _{1c} parani PT: ei arvioitu KT: ei arvioitu TT ja OH: parani
Schillinger ym. 2009	226	Perusterveydenhuolto, satunnaistettu vertailututkimus	Puhelintuki	FT: ei muutosta PT: ei arvioitu KT: ei muutosta TT ja OH: liikkuminen lisääntyi ja omahoito parani

Thom ym. 2013	299	Perusterveydenhuolto, satunnaistettu vertailututkimus	Yksilökontaktit, strukturoitu tuki	FT: HbA _{1c} parani PT: ei arvioitu KT: ei arvioitu TT ja OH: ei arvioitu
Van Der Wulp ym. 2012	119	Perusterveydenhuolto, satunnaistettu vertailututkimus	Yksilökontaktit, strukturoitu tuki	FT: ei arvioitu PT: ei muutosta KT: ei muutosta TT ja OH: ei muutosta
Wolever ym. 2010	56	Kunnallinen klinikka, satunnaistettu vertailututkimus	Informaatio, yksilökontaktit	FT: HbA _{1c} parani PT: parani KT: ei muutosta TT ja OH: Sitoutuminen lääkehoitoon parani
Zoffmann ym. 2006	61	Sairaalaklinikka, satunnaistettu vertailututkimus	Ryhmä- ja yksilökontaktit	FT: HbA _{1c} parani PT: ei arvioitu KT: ei muutosta TT ja OH: ei muutosta

Kirjallisuusviitteet

Frosch DL, Uy V, Ochoa S ym. Evaluation of a behavior support intervention for patients with poorly controlled diabetes. *Arch Int Med* 2011;171:2011–7.

Glasgow RE, Nutting PA, King DK ym. Randomized effectiveness trial of a computer-assisted intervention to improve diabetes care. *Diabetes Care* 2005;28:33–9.

Hiss RG, Armbruster BA, Gillard ML ym. Nurse care manager collaboration with community-based physicians providing diabetes care: a randomized controlled trial. *Diabetes Educ* 2007;33:493–502.

Katon WJ, Lin EH, Von Korff M ym. Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. *N Engl J Med* 2010;363:2611–20.

Kennedy A, Bower P, Reeves D ym. Implementation of self management support for long term conditions in routine primary care settings: Cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2013;346:f2882.

Liu S, Bi A, Fu D ym. Effectiveness of using group visit model to support diabetes patient self-management in rural communities of Shanghai: a randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2012;12:1043.

Naik AD, Palmer N, Petersen NJ ym. Comparative effectiveness of goal setting in diabetes mellitus group clinics: randomized clinical trial. *Arch Int Med* 2011;171:453–9.

Schillinger D, Handley M, Wang F ym. Effects of self-management support on structure, process, and outcomes among vulnerable patients with diabetes: a threearm practical clinical trial. *Diabetes Care* 2009;32:559–66.

Thom DH, Ghorob A, Hessler D ym. Impact of peer health coaching on glycemic control in low-income patients with diabetes: a randomized controlled trial. *Ann Fam Med* 2013;11:137–44.

Van der Wulp I, De Leeuw JR, Gorter KJ ym. Effectiveness of peer-led self-management coaching for patients recently diagnosed with Type 2 diabetes mellitus in primary care: a randomized controlled trial. *Diabet Med* 2012;29:e390–7.

Wolever RQ, Dreusicke M, Fikkan J ym. Integrative health coaching for patients with type 2 diabetes: a randomized clinical trial. *Diabetes Educ* 2010;36:629–39.

Zoffmann V, Lauritzen T. Guided self-determination improves life skills with type 1 diabetes and A1C in randomized controlled trial. *Patient Educ Couns* 2006;64:78–86.