

Potilaan omahoidon tukeminen

Terveydenhuollon hyvistä tuloksista huolimatta väestöllä on edelleen elintapoihin liittyviä terveysuhkia. Ammattihenkilöille ja potilaille tulee uusia haasteellisia tehtäviä ja rooleja, kun siirrytään asiantuntijalähtöisestä hoitomyöntyvyyssajattelusta ja sitoutumisesta korostamaan hoidosta sopimista. Asiantuntija-auktoriteetti muuttuu potilaan yhteistyökumppaniksi ja valmentajaksi, jonka kanssa potilas neuvottelee itselleen parhaiten sopivan hoidon. Hän vahvistaa omahoitoa tukemalla potilaan voimaantumista, autonomiaa, motivaatiota ja pystyvyyden tunnetta tämän ratkoessa terveysongelmiaan ja tehdesään hoitopäätöksiä. Potilaalta omahoito vaatii tietoisuutta hoidon tavoitteista ja hoitokeinoista sekä valmiutta ottaa vastuu omasta hoidostaan ja elintavoistaan samoin kuin uskoa omiin voimavaroihin ja pystyvyyteen.

Väestön terveystietoisuuden lisäämisellä ja terveyspolitiikalla on pystytty vaikuttamaan myönteisesti moniin väestön terveyttä uhkaaviin riskitekijöihin (Kansanterveyslaitos 2008). Vaikka valtimotautien ilmaantuvuus väestössä pienenee edelleen parantuneen ruokavalion, verenpaineen ja veren lipidien hoidon ja tupakoinnin vähenemisen ansiosta, on valtimotautien riski edelleen olemassa. Suomalaisilla on myös uusia terveysuhkia, kuten lisääntyvä diabetes, ylipaino, lihavuus, alkoholin kulutuksen kasvu ja liikunnan vähäisyys (Suomalaisten terveys 2005). Elintapamuutoksien tukeminen on keskeistä valtimotautien, tyypin 2 diabeteksen sekä TULE-saira-

uksien ehkäisyssä ja hoidossa (Kansanterveyslaitos 2008). Väestö on kuitenkin jo varsin tietoinen terveyden riskitekijöistä. Tarvitaan uudenlaisia keinoja edistää väestön omaa aktiivista toimintaa ja vastuuta oman terveytensä edistämisessä.

Hoitoon sitoutumista on tutkittu paljon (World Health Organisation 2003). Tutkimukset osoittavat, että vain noin 50 % pitkäaikaisia sairauksia potevista käyttää lääkkeitä ohjeiden mukaisesti (Haynes 2001), jolloin hyöty jää ainakin osittain saavuttamatta ja hoito tulee tuloksiin nähden yhteiskunnalle kalliiksi (Dowell ym. 2007). Noin kolmasosa potilaista pystyy sitoutumaan terveelliseen ruokavalioon ja suositusten mukaiseen liikuntaan ja arviolta alle 10 % onnistuu pysyvässä laihtumisessa (Pitkälä ym. 2005).

Uusien keinojen löytäminen väestön terveyden edistämiseen on avainkysymys terveydenhuollon vaikuttavuuden kehittämässä (World Health Organisation 2003). Suomessa väestön omahoidon tukeminen on viime aikoina nostettu keskeisesti esille poliittisissa linjauksissa. Omahoidon parantamisella on mahdollista edistää ihmisten vastuunottoa omasta terveydestään, terveellisiä elintapoja ja siten sitoutumista näyttöön perustuviin hoitoihin (Pitkälä ym. 2005). Riskiryhmässä olevan samoin kuin jo sairastuneen osallistuminen elintapamuutosta koskevaan päätöksentekoon ja vastuun ottaminen omasta terveyskäyttäytymisestään ja hoidon toteutuksesta edellyttävät ammattihenkilöiltä uudenlaista asennoitumista ja uusia tukemisen tapoja. Totunnaisessa hoitosuhteessa ammattihenki-

lö on tehnyt hoitosuunnitelman mutta potilas on aina viime kädessä itse tehnyt päätökset hoidon toteuttamisesta. Omahoidossa korostuu valmentajasuhde, jossa hoitosuunnitelma pohjautuu potilaan toiveisiin ja räätälöidään realistiseksi ja potilaan arkielämään sopivaksi (Bodenheimer ym. 2002, Dowell ym. 2007).

Tässä artikkelissa tarkastellaan uudenlaista omahoidon mallia sekä omahoidon tukemista potilaslähtöisyyden, voimaantumisen (empowerment), autonomian, motivaation ja pystyvyyden tunteen (self-efficacy) näkökulmista. Tarkastelussa rajoitutaan pitkäaikaissairautta poteviin, koska heillä hoito ja hoitosuhteet ovat yleensä pitkiä ja hoitaminen vaatii heiltä toistuvasti ongelmanratkaisu- ja päätöksentekotaitoja. Lisäksi omahoidon tukemista tarkastellaan moniammatillisessa toiminnassa. Ammatillisilla tarkoitetaan lääkäreitä, terveyden- ja sairaanhoitajia, perus- ja lähihoitajia sekä apteekkialan ammattilaisia.

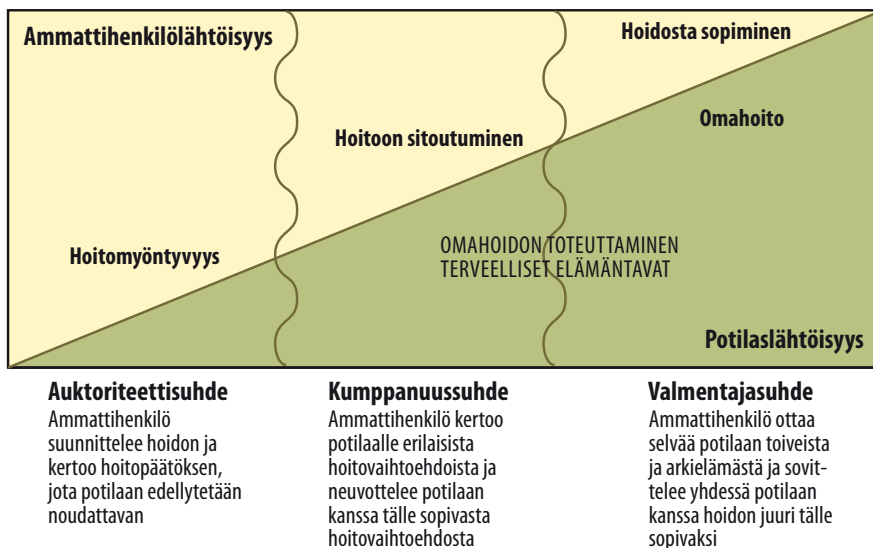
Hoitomyöntyvyyden sijaan hoidosta sopiminen

Näkökulman vaihtuminen hoitomyöntyvyydestä (compliance) hoitoon sitoutumiseen

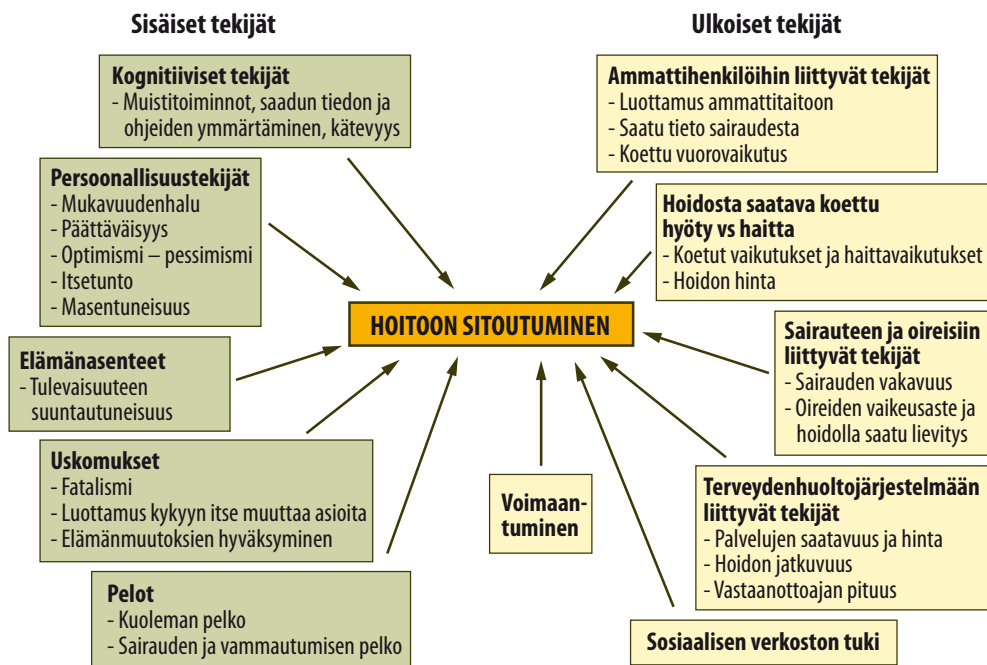
(adherence) ja edelleen hoidosta sopimiseen (concordance) asettaa ammattihenkilön ja potilaan uudensuhteisiin rooleihin keskinäisessä vuorovaikutuksessa ja hoitopäätöksen teossa (Bell ym. 2007, Dowell ym. 2007) (KUVA 1).

Hoitomyöntyvyys esiintyi käsitteenä jo 1970-luvulla lääketieteellisessä kirjallisuudessa. Se tarkoittaa potilaan kuuliaisuutta ja kykyä noudattaa lääkärin ohjeita. Se ilmentää potilaan passiivista reagointia autoritaarisessa vuorovaikutuksessa.

Totunnaisesti ammattihenkilö on asiantuntemuksensa pohjalta suunnitellut potilaalle hoidon ja kertonut päätöksen siitä. Hän odottaa potilaan ottavan lääkettä ohjeiden mukaisesti ja muuttavan elintapojaan terveyskasvatuksen pohjalta. Tulos ei kuitenkaan aina ole ollut odotusten mukainen. Jos potilas kokee vastaanottokäynnillä syyllisyyttä epäonnistumisestaan, ammattihenkilön moittivan häntä tai pelottelevan hoidon laiminlyönnin seurauksilla, hän puolustautuu valkoisilla valheilla säästyäkseen moitteilta (World Health Organisation 2003, Pitkälä ym. 2005). Ammattihenkilön ja potilaan autoritaarinen suhde saattaa heikentää potilaan pystyvyyden tunnetta ja siten kykyä hoitaa itseään.



KUVA 1. Ammattihenkilölähtöisestä auktoriteettisuhteesta potilaslähtöiseen valmentajasuhteeseen omahoidon tukemisessa.



KUVA 2. Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat sisäiset ja ulkoiset tekijät. Mukailtu Pitkälän ym. (2005) tutkimusraportista.

Suhteen muututtua autoritaarisesta hoitosuhteesta tasavertaisuutta korostavaan ja neuvottelevaan vuorovaikutukseen on alettu puhua potilaan sitoutumisesta hoitoon (Bell ym. 2007). WHO:n 2003 työryhmä määritteli hoitoon sitoutumisen seuraavasti: ”Se, kuinka henkilön käyttäytyminen – lääkkeiden ottaminen, ruokavalion noudattaminen ja/tai elämäntapojen muuttaminen – vastaa terveydenhuollon henkilön kanssa yhdessä sovittuja ohjeita.” Lähtökohtana on ammattilaisen asiantuntijuus, mutta potilas on aktiivinen neuvottelija hoitoa suunniteltaessa (Bell ym. 2007) (KUVA 1). Ammattihenkilö ja potilas jakavat vastuun hoitopäätöksestä ja hoidon onnistumisesta (Pitkälä ym. 2005).

Sitoutuminen on usein jaksoittaista. Siihen vaikuttavat monet sisäiset ja ulkoiset tekijät (KUVA 2) (Pitkälä ym. 2005). Hoitoon sitoutumisen tutkimusta vaikeuttavat arvolutaukset, sillä syitä heikkoon sitoutumiseen haetaan yleensä potilaista ja heikko sitoutuminen hoitoon nähdään kielteisenä asiana (Pitkälä ym. 2005).

Sitoutumisesta seuraava askel potilaslähtöiseen suuntaan on hoidosta sopiminen (KUVA 1). Siinä potilas nähdään oman elämänsä ja arkensa asiantuntijana, joka tekee päätökset elämäntapojensa muutoksista ja omahoidosta autonomisesti tietoonsa ja kokemukseensa tukeutuen. Hoidosta sopimisen lähtökohdaksi ammattihenkilö ottaa selvää potilaan toiveista ja arkielämästä. Hän antaa potilaan tarvitsemaa tietoa sairaudesta, hoidon tavoitteista ja keinoista sekä ohjaa potilasta luotettaville tietolähteille, neuvottelee hoidosta potilaan kanssa ja motivoi potilasta toimien enemmän valmentajana kuin autoritaarisena asiantuntijana. Tavoitteena on räätälöidä potilaan kanssa sellainen yksilöllinen hoitosuunnitelma, jota tämä pystyy arjessaan toteuttamaan ja jossa täyttyvät näyttöön perustuvan hoidon periaatteet (Bell ym. 2007). Kyky valmentaa edellyttää ammattihenkilöltä oppimiskokemusta, jonka mukaan uusi tieto ja uudet taidot rakentuvat jo omaksuttujen tietojen, taitojen ja arkikäsitusten varaan (Bodenheimer ym. 2002).

Ammattihenkilölähtöisyydestä potilaslähtöisyyteen

Siirtyminen autoritaarisesta ammattihenkilölähtöisyydestä potilaslähtöisyyteen hoitopäätöksiä tehtäessä vaatii asennemuutosta. Yhdysvaltalaiset Bodenheimer ym. (2002) puhuvat uudesta pitkäaikaissairauden hoidon paradigmasta, jossa keskeistä on potilaan ja ammattilaisen tasavertaisuus. Se sisältää yhteistyössä suunnitellun hoidon ja omahoitovalmennuksen. Ongelmanratkaisutaitoja opastavasta ja pystyvyyden tunnetta lisäävää valmennuksesta omahoidon tukemisessa on näyttöä (Lorig ym. 1999, de Ridder ym. 2008).

Pitkäaikaissairaana tai riskiryhmässä olevan ihmisen ja lääkärin välisessä auktoriteettisuhteessa lähtökohta on ollut asiantuntijakeskeisyys ja myös paternalismi potilaan hyvään pyrkivässä merkityksessä (TAULUKKO 1).

Kumppanuussuhteessa potilas tuo suhtee-

seen oman arvo-, tieto- ja kokemusmaailmansa ja lääkäri omat arvonsa, tietonsa ja taitonsa hoitaa sairautta. Lääkärin vuorovaikutustaidot vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen, hoidon tuloksellisuuteen ja myös potilaan tyytyväisyyteen (Dowell ym. 2007).

Valmentajasuhteessa toiveiden ja arkielämän ymmärtäminen edellyttävät potilaan aitoa kuulemistä ja autonomian kunnioittamista (Dowell ym. 2007). Potilas kokee sairauden ja sairastumisen riskit omalla persoonallisella tavallaan ja tekee hoitopäätökset tietonsa ja elämäkokemustensa pohjalta (Pitkälä ym. 2005, Leplege ym. 2007).

Potilaslähtöisessä suhteessa hoito räätälöidään hyvin yksilöllisesti yhdessä potilaan kanssa (Bodenheimer ym. 2002). Jotta potilas tuntisi hoidon omakseen, hänen pitää kokea siitä olevan hyötyä, mielihyvää tai muuta myönteistä. Viime kädessä potilas päättää, noudattaako hän yhdessä sovittua hoitoratkaisua ja ottaako hän vastuun hoidon onnis-

TAULUKKO 1. Potilaan ja ammattihenkilön suhde siirryttäessä ammattihenkilölähtöisyydestä potilaslähtöisyyteen.

	Auktoriteettisuhde	Kumppanuussuhde	Valmentajasuhde
Lähtökohta	Ammattihenkilö ja sairaus	Ammattihenkilö ja potilas	Potilas ja hänen elämäntilanteensa
Tilannearvio ja hoito	Ammattihenkilö arvioi tilanteen ja määrää hoidon	Ammattihenkilö kertoo eri hoitovaihtoehtoista ja hoitopäätös syntyy yhdessä potilaan kanssa	Ammattihenkilö ja potilas arvioivat yhdessä tilanteen ja räätälöivät sopivan hoidon
Hoidon tavoitteet	Ammattihenkilö asettaa tavoitteet ja kertoo ne potilaalle	Ammattihenkilö ja potilas neuvottelevat tavoitteet yhdessä	Potilaan arvot ohjaavat tavoitteiden asettelua
Hoidon toteutus	Potilas noudattaa saamia hoito-ohjeita	Potilas sitoutuu yhdessä sovittuun hoitoon	Potilas pystyy sairautensa hoitoa koskevien tietojensa pohjalta ratkaisemaan itsenäisesti hoitoonsa liittyviä ongelmia ja tekemään päätöksiä Potilas sisäistää yhdessä sovitun hoidon
Vastuu hoidosta	Ammattihenkilöllä on vastuu	Ammattihenkilö ja potilas jakavat vastuun	Potilas päättää viime kädessä, noudattaako hän hoito-ohjeita. Vastuuta kannetaan yhdessä
Hoidon tulos	Noin 50 %:ssa tapauksista lääkehoito toteutuu ohjeiden mukaan	Sitoutuminen on jaksoittaista	Potilas voimaantuu ja saavuttaa pystyvyyden tunnetta ja halua jatkaa hoitoaan

TAULUKKO 2. Omahoidon taustalla olevat näkökulmat.

Näkökulma	Painotus
Taloudellinen näkökulma	Riskikäyttäytymisen vähentyessä väestön terveys paranee, terveydenhuollon palvelujen tarve pienenee ja omahoidosta seuraa kustannushyötyä
Laatunäkökulma	Tavoitteina ovat väestön elämänlaadun parantaminen ja tyytyväisyys terveydenhuollon palveluihin
Kuluttajanäkökulma	Terveydenhuollon palvelujen käyttäjä nähdään potilaan sijasta kuluttajana, jolle omahoito tarjoaa muun muassa valtaa, vapautta ja oikeudenmukaisuutta

tumisesta. Onnistuessaan omahoito voimaannuttaa potilaan ja saa hänet tuntemaan itsensä pystyväksi hoidon jatkamiseen ja kykeneväksi selviytymään pitkäaikaissairaudesta kanssa (Bodenheimer ym. 2002). Potilaslähtöisyyden on todettu vaikuttavan myönteisesti potilaan tyytyväisyyteen (Lewin ym. 2007).

Lääketieteessä potilaslähtöisyyden juuret ulottuvat Carl Rogersin (1942, ks. Leplege ym. 2007) potilaskeskeiseen psykoterapiaan ja 1950-luvulle, jolloin kirjallisuudessa tuotiin esille uusi potilaslähtöinen lääketieteen paradigma (Leplege ym. 2007). Tämän näkemyksen mukaan potilas ei ole hoidon passiivinen kohde vaan aktiivinen omaan hoitoonsa ja päätöksentekoon osallistuva yhteistyökumppani, joka pystyy myös itse hakemaan tietoa ja ottamaan selvää sairaudestaan ja riskitekijöistään.

Omahoito

Sanaa omahoito vastaava englanninkielinen termi self-management tuli lääketieteeseen 1970-luvulla, jolloin Creer määritteli sen lasten astman hoidon yhteydessä (Creer ym. 1988). Corbin ja Strauss (1988, ks. Bodenheimer ym. 2002) ovat erottaneet pitkäaikaisesta sairaudesta kärsivän omahoidossa kolmenlaisia ulottuvuuksia: 1) taito hoitaa itseä lääketieteellisesti hyvin, 2) kyky luoda ja ylläpitää uusia merkityksellisiä rooleja sairaudesta huolimatta sekä 3) sopeutuminen sairauteen ja siihen liittyviin tunteisiin. Omahoito edellyttää omien voimavarojen oikeaa kohdentamista tilanteiden mukaan samoin kuin omien rajoitusten ja avun tarpeen tunnistamista (Embrey 2006).

Kendallin ym. (2008) mukaan ammattihen-

kilöiden käyttämän omahoito-käsitteen taustalla on kolme eri näkökulmaa: taloudellinen, laatu- ja kuluttajanäkökulma (TAULUKKO 2). Näkökulma vaikuttaa siihen, miten ihmisten odotetaan toimivan ja millaista tukea heidän oletetaan tarvitsevan.

Käsite self-management eroaa Dowellin ym. (2007) mukaan käsitteestä self-care siinä, että jälkimmäinen tarkoittaa potilaan hakeutumista vaihtoehtoihin hoitoihin ilman ammattihenkilön apua. Tätä pyrkimystä tukevat erilaisten luontaistuotteiden, kansanparannuskeinojen ja muiden ei-lääketieteellisten hoitojen tarjonta.

Omahoidon tukemisessa pyritään valmentamaan potilaita saavuttamaan paras mahdollinen elämänlaatu pitkäaikaissairaudesta huolimatta. Kun totunnainen potilasopetus tarjoaa tietoa ja teknisiä taitoja, omahoitovalmennuksessa painotetaan ongelmanratkaisutaitoja. TAULUKOSSA 3 on verrattu potilasopetusta ja omahoitovalmennusta. Jälkimmäinen on tiedon jakamista tehokkaampaa kliinisten tulosten saavuttamisessa, vähentää sairauden aiheuttamia kuluja, ja ryhmässä toteutettava valmennus todennäköisesti vielä parantaa hoitotuloksia ja vähentää kuluja (Bodenheimer ym. 2002, Lorig ym. 2004).

Keskeisiä käsitteitä omahoidon potilaslähtöisessä tukemisessa ovat potilaan voimaantuminen sekä hänen autonomiansa, motivaationsa ja pystyvyyden tunteensa tukeminen (Bodenheimer ym. 2002, Lorig ja Holman 2003, Dowell ym. 2007, Saarenheimo ym. 2009). Niitä kuvaavat ulottuvuudet on koottu TAULUKKON 4. Näihin ulottuvuuksiin vaikuttamalla on parannettu potilaan omahoitotaitoja ja motivaatiota (Lorig ym. 1999, 2004).

TAULUKKO 3. Tavanomainen potilasopetus ja omahoitovalmennus.

	Potilasopetus	Omahoitovalmennus
Lähtökohta	Opetus on asiantuntija- ja sairauslähtöistä	Valmennus on potilaslähtöistä ja ottaa huomioon potilaan autonomian, motivaation, voimaantumisen ja pystyvyyden tunteen
Tavoite	Potilas saa tietoa sairaudesta ja sen hoidosta	Potilaalla on riittävästi tietoa sairaudesta ja sen hoitokeinoista, ja hän oppii ongelmanratkaisu- ja päätöksentekotaitoja
Menetelmä	Opetus pohjaa behavioristiseen oppimisenäkemykseen	Valmennus pohjaa konstruktivistiseen oppimisenäkemykseen
Toteuttaja	Ammattihenkilö on opettaja	Ammattihenkilö on valmentaja
Toteutus	Opetus on yleensä yksilöllistä	Valmennus on sekä yksilö- että ryhmävalmennusta
Tulos	Opetuksen tulos rakentuu muistettavista asioista	Valmennuksessa potilas voimaantuu ja pystyy käyttämään ongelmanratkaisu- ja päätöksentekotaitojaan

TAULUKKO 4. Voimaantumisen, autonomian, motivaation ja pystyvyyden tunteiden ulottuvuudet.

Käsite	Ulottuvuudet	Lähteet
Voimaantuminen	Sosiaalinen, kulttuurinen ja psykkinen prosessi, jonka tuloksena henkilö kykenee tekemään hoitoaan koskevia päätöksiä ja ottamaan vastuun omasta elämästään Henkilökohtaisena prosessina auttaa tunnistamaan, edistämään ja lisäämään kykyä kohdata omat tarpeensa, ratkaista omat ongelmansa ja säädellä omia voimavarojaan säilyttääkseen elämänsä hallinnan.	World Health Organisation 1998 Gibson 1991
Autonomia	Henkilö kokee, että hän todella voi toimia vapaan tahtonsa ja valintojensa pohjalta (autonomous motivation)	Williams ja Deci 1998
Motivaatio	Motivaatio syntyy omasta tahdosta, aikaisemista kokemuksista ja onnistumisista suhteessa siihen, mitä uuden toiminnan aloittaminen tai vanhan muuttaminen vaatii	Pitkälä ym. 2005
Pystyvyyden tunne (self-efficacy)	Pystyvyyden tunne merkitsee uskoa kykyyn hallita omaa toimintaansa ja tapahtumia, jotka vaikuttavat elämään	Bandura 1997

Voimaantuminen

Alun perin voimaantuminen on ollut yhteiskunnallinen käsite, joka korostaa autonomiaa ja valinnan vapautta (Saarenheimo ym. 2009). Ihminen tarvitsee voimaantumista saavuttaakseen tavoitteensa, ja häntä voidaan myös tukea voimaantumisen saavuttamisessa. Pitkäaikaissairauksien hoidon yhteydessä voimaantuminen tarkoittaa potilaan kykyä tunnistaa terveysongelmansa ja voimavaransa ja käyttää voimavarojaan ongelman ratkaisemiseksi ja sen kanssa selviytymiseksi (Gibson 1991, Saarenheimo ym. 2009). Ammattihenkilön tehtävänä on tukea häntä tässä prosessissa.

Voimaantumista ei tue se, että tehdään jotakin potilaalle (doing for a patient), vaan se, että ollaan hänen rinnallaan (being with a patient) silloin, kun hän tarvitsee apua ja tukea (Brown ym. 2006).

Autonomia

Potilaiden aktiivinen toiminta omahoidossa on yhteydessä autonomiseen motivaatioon eli vapaaseen tahtoon ja valintaan pohjataan toimintaan (Williams ja Deci 1998). Autonomia-käsitteen ominaispiirteitä hoidon yhteydessä ovat seuraavat: 1) potilas kykenee päättämään, miten hän toimii, 2) potilas

kykenee toimimaan asiantuntevasti omien päätöstensä pohjalta, 3) päätökset ja toiminta pohjaavat potilaan kriittiseen pohdintaan, 4) päätökset ja toiminta ovat yhdenmukaisia potilaan omien sisäisten periaatteiden kanssa, joille hän on omistautunut, ja 5) potilas on tehnyt päätökset ilman ulkopuolista kontrollia (Ballou 1998). Potilaan autonomian kunnioittaminen omahoidon tukemisessa merkitsee sitä, että ammattihenkilö kunnioittaa potilaan hoitopäätöstä, vaikka se poikkeaisi hänen asiantuntemukseen pohjaavasta näkemyksestään. Potilaan päätökset voivat olla jopa ristiriidassa näyttöön perustuvan hoidon kanssa.

Motivaatio

Optimaalinen motivaatioympäristö syntyy silloin, kun potilas kokee saavansa tukea, kunnioitusta ja huolenpitoa (Markland ym. 2005). Motivoivan keskustelun avulla potilasta voidaan tukea voimaantumiseen ja ottamaan vastuuta omahoidosta (Markland ym. 2005, Rubak ym. 2005, Madson ym. 2009). Motivoiva keskustelu on potilaslähtöistä toimintaa, jonka tavoitteena on lisätä potilaan autonomista motivaatiota muutokseen (Markland ym. 2005). Siinä ilmaistaan empatiaa, tuodaan esille potilaan toiveiden ja nykyisen tilanteen välinen ero, edetään potilaan ehdoilla ja tuetaan hänen pystyvyyden tunnettaan (Dunn ym. 2001).

Pystyvyyden tunne

Pystyvyyden tunnetta voidaan tarkastella joko motivaatio- tai kognitiivisteoreettisesta näkökulmasta. Edellinen määrittelee pystyvyyden tunteen mielenkiinnon käsittein ja jälkimmäinen odotusten ja kontrollin käsittein (Gecas 1989). Pystyvyyden tunteen kaksi tärkeintä lähdettä ovat omalla aktiivisella toiminnalla saatu kokemus ja havainnoimalla saatu kokemus (Holman ja Lorig 2004).

Lopuksi

Omahoito-käsite korostaa ihmisen autonomiaa sekä oikeutta tehdä omaa hoitoaan ja elämäntapaansa koskevat päätökset. Oleellista

YDINASIAAT

- ▶ Omahoito-käsite korostaa ihmisen autonomiaa, oikeutta tehdä omaa hoitoaan ja elämäntapaansa koskevia päätöksiä.
- ▶ Muutos ammattihenkilölähtöisestä auktoriteettisuhteesta kumppanuussuhteeksi ja edelleen potilaslähtöiseksi valmentajasuhteeksi luo uudenlaiset roolit ammattihenkilön ja potilaan vuorovaikutukseen.
- ▶ Omahoidossa potilasta valmennetaan ongelmien ratkaisuun ja päätöksentekoon, jotka liittyvät pitkäaikaissairausten hoitoon ja elämäntapoihin.
- ▶ Keskeistä potilaslähtöisessä omahoidon tukemisessa ovat potilaan voimaantuminen (empowerment), autonomia, motivaatio ja pystyvyyden tunteen (self-efficacy) vahvistuminen.

on, että pitkäaikaissairautta poteva löytää tasapainon sairautensa vaatimusten, elämäntapojen, hoidon ja jokapäiväisen elämänsä välillä. Potilaan omahoitoa voidaan vahvistaa tukemalla hänen voimaantumistaan, autonomiaansa, motivaatiotaan ja pystyvyyden tunnettaan hänen ratkaistessaan sairautensa mukanaan tuomia ongelmia ja tehdessään hoitopäätöksiä. Lääketieteellisen hoidon lisäksi ongelmat ja päätökset liittyvät potilaan rooleihin ja tunteisiin (Corbin ja Strauss 1988). Voimaantuessaan ihminen saa otteen tilanteestaan, jolloin katse kääntyy elämässä eteenpäin ja hän voi suunnata voimavarojaan tilanteensa hallintaan. Pystyvyyden tunne on luottamusta omaan kykyihinkin ottaa sairautensa mukanaan tuoma uusi elämäntilanne hallintaan.

Siirtyminen omahoidon tukemisesta ammattihenkilölähtöisyydestä potilaslähtöisyyteen vaatii ajattelutavan muutosta ammattilaisilta, potilailta ja myös yhteiskunnan päättäjiltä. Potilaan näkökulmasta terveydenhuollon ammattilaiset muuttuvat auktoriteeteista yhteistyökumppaneiksi, joiden kanssa hän neuvottelee itselleen parhaiten sopivan hoidon. Onnistunut omahoito edellyttää ammattihen-

kilöiltä uudenlaista oppimiskäsitystä ja kykyä valmentaa sekä sallivuutta, jotta potilas voi olla avoin ja rehellinen kertoessaan omista arvoistaan, toiveistaan, kokemuksistaan ja mahdollisuuksistaan. Omahoito ei kuitenkaan ole kaikissa tilanteissa sovelias ratkaisu, ja toisaalta kaikki potilaat eivät halua tai kykene itse tekemään hoitoaan koskevia päätöksiä. Esimerkiksi akuuttitilanteissa lääkäriltä odotetaan autoritaarista päätöksentekoa. Ammattihenkilö joutuu herkistymään potilaiden tarpeille ja joissakin tapauksissa tekemään hoitopäätöksiä heidän puolestaan.

Omahoidon onnistumisen voisi olettaa tulevan esille lähinnä taloudellisena säästönä, kun yksilöllisesti räätälöity pitkäaikaishoito tuottaa aiempaa parempia tuloksia. Väestön voimaantumista omahoidon toteuttamiseen ja pystyvyyden tunnetta eivät tue terveysriskeillä pelottelu, vaan ihmisten uskon vahvistaminen siihen, että heillä on voimavaroja ja että he pystyvät itse vaikuttamaan omaan terveyteensä. Myös terveydenhuollon resurssien kohdentaminen oleellisiin asioihin tulee suun-

nitella huolellisesti. Esimerkiksi motivoiva keskustelu ei ole mahdollista, jos potilaalle varattu vastaanottoaika on hyvin lyhyt.

Omahoidon tukemisesta saatavaa hyötyä on tarkasteltu useissa tutkimuksissa vaikuttavuuden ja taloudellisuuden näkökulmista. Oikein kohdennetulla tuella on pystytty vähentämään mm. diabeetikoiden ja nivelrikkopotilaiden kokemia oireita, parantamaan terveydentilaa sekä vähentämään terveyspalveluiden käyttöä (Lorig ym. 2004). ■

PIRKKO ROUTASALO, THT, dosentti

KAISU PITKÄLÄ, LKT, professori

Helsingin yliopisto kliininen laitos, yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon osasto
PL 41, 00014 Helsingin yliopisto

MARJA AIRAKSINEN, FaT, professori

Helsingin yliopisto sosiaalfarmasian osasto
PL 56, 00014 Helsingin yliopisto

TAINA MÄNTYRANTA, LL, johtaja

Lääkehoidon kehittämiskeskus ROHTO
PL 55, 00301 Helsinki

SIDONNAISUUDET

Kirjoittajilla ei ole sidonnaisuuksia

Summary

Supporting a patient's self-management

Regardless of favorable results of health care, citizens still face with health risks which are associated with the life style. Shift from professional-centered care to patient-centered care sets challenging tasks and roles to professionals as well as patients. Professional's authority is transformed into a role of a patient's partner and trainer, with whom the patient negotiates the best treatment for him or her. Professional taking the role of a partner and a trainer strengthens the patient's self-management skills by supporting patient's empowerment, autonomy, motivation and self-efficacy when the patient is solving his or her health problems and making decisions. From the patient's point of view, self-management demands knowledge of objectives and means of treatment as well as willingness to take responsibility for one's own treatment and ways of living, as well as confidence to one's own resources and capabilities.

KIRJALLISUUTTA

- Ballou KA. A concept analysis of autonomy. *J Prof Nurs* 1998;14:102–10.
- Bandura A. Self-efficacy. The exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company 1997.
- Bell JS, Airaksinen MS, Lyles A, Chen TF, Aslani P. Concordance is not synonymous with compliance or adherence. *Br J Clin Pharmacol* 2007;64:710–1.
- Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA* 2002;288:2469–75.
- Brown D, McWilliam C, Ward-Griffin C. Client-centred empowering partnering in nursing. *J Adv Nurs* 2006;53:160–8.
- Corbin J, Strauss A. Unending work and care; managing chronic illness at home. San Francisco: Jossey-Bass Publishers 1988.
- Creer TL, Backial M, Burns KL, ym. Living with asthma. I. Genesis and development of a self-management program for childhood asthma. *J Asthma* 1988;25:335–62.
- Dowell J, Brian W, Snadden D. Patient-centered prescribing. Seeking concordance in practice. Oxford: Radcliffe Publishing 2007.
- Dunn C, Deroo L, Rivara FP. The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. *Addiction* 2001;96:1725–42.
- Embrey N. A concept analysis of self-management in long-term conditions. *Br J Neuro Nurs* 2006;2:507–13.
- Gecas V. The social psychology of self-efficacy. *Annu Rev Sociol* 1989;15:291–316.
- Gibson CH. A concept analysis of empowerment. *J Adv Nurs* 1991;16:354–61.
- Haynes RB. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; Issue 1.
- Holman H, Lorig K. Patient self-management: a key to effectiveness and efficiency in care of chronic disease. *Public Health Rep* 2004;119:239–43.
- Kendall E, Muenchberger H, Erlich C, Armstrong K. Supporting self-management in general practice: an overview [verkkodokumentti]. [siteerattu 4.3.2009]. www.gpqld.com.au/page/Programs/Chronic_Disease/Self_Management.
- Kansanterveyslaitos. Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijatyöryhmän raportti 2008. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 2/2008.
- Lepage A, Gzil F, Cammeli M, ym. Person-centredness: conceptual and historical perspectives. *Disabil Rehabil* 2007;29:1555–65.
- Lewin SA, Skea ZC, Entwistle V, Zwarenstein M, Dick J. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations (Review). *Cochrane Library* 2007; Issue 1. www.thecochranelibrary.com.
- Lorig KR, Holman HR. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med* 2003;26:1–7.
- Lorig KR, Ritter PL, Laurent DD, Fries JF. Long-term randomized controlled trials of tailored-print and small-group arthritis self-management interventions. *Med Care* 2004;42:346–54.
- Lorig KR, Sobel DS, Stewart AL, ym. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. *Med Care* 1999;37:5–14.
- Madson MB, Loignon AC, Lane C. Training in motivational interviewing: a systematic review. *J Subst Abuse Treat* 2009;36:101–9.
- Markland D, Ryan RM, Tobin VJ, Rollnick S. Motivational interviewing and self-determination theory. *J Soc Clin Psych* 2005;24:811–31.
- Pitkälä K, Savikko N, Routasalo P. Kuntoutuspolun solmukohtia. Geriatriksen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 10. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto ry 2005.
- de Ridder D, Geenen R, Kuijter R, ym. Psychological adjustment to chronic disease. *Lancet* 2008;72:246–55.
- Rogers C. Counselling and psychotherapy. Boston: Houghton 1942.
- Rubak S, Sandbeak A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2005;55:305–12.
- Saarenheimo M, Eloniemi-Sulkava U, Pitkälä K. Enhancing empowerment and self-management in elderly families with dementia. Kirjassa: Baehrer S, Krebs E. (toim). Self-management in chronic diseases. Springer Verlag (2009 painossa).
- Suomalaisten terveys [verkkodokumentti]. Terveyskirjasto. Aromaa A, Hutunen J, Koskinen S, Teperi J. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim [18.7.2005]. www.terveyskirjasto.fi.
- World Health Organisation. Health Promotion Glossary. Geneva: WHO 1998. www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf.
- World Health Organisation. Pitkääikäisiin hoitoihin sitoutuminen. Näyttöä toiminnan tueksi. Helsinki: Lääketietokeskus Oy 2003.
- Williams GC, Deci EL. The importance of supporting autonomy in medical education. *Anna Int Med* 1998;129:303–8.