

Tiina Hippeläinen

Terveyshyötymallin implementointi perusterveydenhuoltoon - kirjallisuuskatsaus

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Terveydenhoitaja, ylempi AMK

Kliininen asiantuntija

Opinnäytetyö

Päivämäärä 19.12.2016

Tekijä Otsikko	Tiina Hippeläinen Terveysshyötymallin implementointi perusterveydenhuoltoon
Sivumäärä Aika	19 sivua + 3 liitettä 19.12.2016
Tutkinto	Terveydenhoitaja, ylempi AMK
Koulutusohjelma	Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Suuntautumisvaihtoehto	Kliininen asiantuntija
Ohjaaja	lehtori, TtT Iira Lankinen
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kirjallisuuskatsauksen avulla kuvata Terveysshyötymallin implementointia perusterveydenhuoltoon. Tuloksia voidaan hyödyntää harkittaessa Terveysshyötymallin implementointia perusterveydenhuoltoon, kuten esimerkiksi terveysasemille. Lähtökohtaisesti terveydenhuollon asiakkaalle on tavoitteena taata asiakaslähtöinen, laadukas hyvä hoito toimivassa ja tehokkaassa perusterveydenhuollon yksikössä jo olemassa olevilla resursseilla.</p> <p>Tässä opinnäytetyössä on haettu tietoa seuraavista tietokannoista: Medic, Cinahl ja PubMed. Hakuvuodet on rajattu vuosille 1995 -2016, jotta saatiin mukaan Terveysshyötymallin (CCM) kehittämiseen liittyviä ensimmäisiä ja alkuperäisiä tutkimusjulkaisuja. Hakutulokseksi saatiin N=332 artikkelia. Aineisto muodostui 14 kansainvälisestä tutkimusjulkaisusta, jotka valittiin ennalta määrättyjen kriteerien perusteella. Aineisto analysoitiin sisällön analyysin menetelmällä.</p> <p>Terveysshyötymallin implementoinnin edellytyksinä korostuvat terveydenhuollon organisaatiossa yhdessä suunniteltu ja muotoiltu argumentointi muutostarpeelle. Tämä edellyttää vahvaa muutosjohtajuutta. Hyvä tiimityö ja vuorovaikutus ovat keskeisiä tekijöitä hoitoprosessin parantamisessa. Potilas tarvitsee hyvää omahoidon tukea ja kattavaa palveluvalikoimaa perusterveydenhuollossa. Tärkeimmät vaikutukset ovat potilaan tieto-aidon lisääminen, omahoitotaidot, hoitoon sitouttaminen ja aktivoiminen. Terveysshyötymallin käyttöönotto lisää potilaiden tyytyväisyyttä hoitoon ja työntekijöiden tyytyväisyyttä.</p> <p>Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman (Kaste 2012-2015) yksi osa oli Toimiva terveyskeskus – toimenpideohjelma ja Pitkäaikaissairauksien Terveysshyötymallin käyttöönotto terveyskeskuksissa. Terveysshyötymallin käyttöönotosta Suomessa on lyhyt aika, eikä suomalaista tutkimusta ole vielä olemassa sen vaikutuksista terveydenhuollon tuloksiin ja tuottamaan terveysshyötyyn väestössä. Tulevaisuudessa Terveysshyötymallin implementaation vaikutuksista suomalaisessa terveydenhuollossa tulisi tehdä tutkimusta.</p>	
Avainsanat	Terveysshyötymalli, implementointi, perusterveydenhuolto, kirjallisuuskatsaus.

Author Title Number of Pages Date	Tiina Hippeläinen Implementation Chronic Care Model (CCM) into Primary Health Care - Narrative Review 19 pages + 3 appendices 19 December 2016
Degree	Master of Health Care.
Degree Programme	Master`s Degree Programme in Clinical Expertise.
Specialisation option	Clinical expert.
Instructor	Iira Lankinen, Senior Lecturer, PhD
<p>The purpose of this thesis is to describe the implementation of the Chronic Care Model into primary healthcare with the help of a literary review. The result can be utilized when considering the implementation of the Chronic Care Model in primary healthcare, such as Health Care Centre. Primarily, the objective concerning healthcare clients is to ensure client-centered, high-quality treatment in a functional and efficient primary healthcare unit with the existing resources.</p> <p>In this thesis, data was collected using databases: Medic, Cinahl and Pubmed. The result of this review were published between 1995-2016 in order to find the first, original research publications related to the development of the Chronic Care Model(CCM). The search result was N0332 articles. The material consisted of 14 international research publications that were chosen based on criteria selected in advance. The materials were analysed with the content analysis method.</p> <p>The requirement for implementing the Chronic Care model in an organization of Primary healthcare emphasis an argumentation for the change requirements, which is planned and compiled together. This requires strong transformal leadership. Good teamwork and interaction are central aspects in the development of the treatment process. A patient requires good self-care support and comprehensive service selection of primary healthcare. The most important effects are increasing patient`s know-how, self-care skills, commitment to treatment and activation. Implementation of the Chronic Care Model increases the patients` satisfaction with the treatment and the occupational satisfaction of employees.</p> <p>In Finland, one part of the National development programme of Social Services and Healthcare (Kaste 2012-2015) was a Toimiva terveystakeskus -programme and the implementation of the Chronic Care Model into health center. It has only been a short while since the Chronic Care Model was introduced in Finland, and there is no Finnish research about its effects on results of healthcare and the health benefits it generates for the public. In the future, the effects of implementing the Chronic Care Model on Finnish healthcare should be researched.</p>	
Keywords	Chronic Care Model, (CCM), implementation, primary health care, narrative review.

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Terveyshyötymalli	2
2.1	Terveysthuollon organisaatio	4
2.2	Yhteisö	5
2.3	Omahoidon tuki	5
2.4	Palveluvalikoima	6
2.5	Päätöksenteon tuki	7
2.6	Kliiniset tietojärjestelmät	8
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	8
4	Opinnäytetyön toteutus	9
5	Opinnäytetyön tulokset	12
5.1	Implementoinnin edellytykset	12
5.2	Implementoinnin vaikutukset	15
6	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	16
7	Johtopäätökset ja pohdinta	17
	Lähteet	20
	Liitteet	
	Liite 1. Hakuprosessi	
	Liite 2. Kvalitatiivisten artikkelien arviointi	
	Liite 3. Kvantitatiivisten artikkelien arviointi	

1 Johdanto

Väestön ikääntyminen ja huonot elintavat ovat myötävaikuttaneet kroonisten sairauksien lisääntymiseen. Monipuolinen ja koordinoitu kroonisten sairauksien hoito on merkityksellisen tärkeää terveydenhuollon organisaatioille, kattaen koko terveydenhuollon alueen aina sairauksien ennaltaehkäisystä aikaiseen sairauden diagnoosiin ja hoitoon. Proaktiivinen, strukturoitu ja väestöorientoitunut lähestymistapa on tarpeen jokaiselle terveydenhuollon organisaatiolle. Maailmalla laajasti hyväksytty viitekehys terveydenhuollon organisaatioiden muutoksiin on Terveyshyötymalli eli Chronic Care Model (CCM). (Lieshout - Goldfracht - Camphel - Ludt - Wensing 2011: 22- 23.) Sitä on käytetty terveydenhuollon organisaatioissa ympäri maailmaa uudelleen organisoimaan terveydenhuollon resursseja vastaamaan paremmin potilaiden tarpeita. Mallia voidaan siirtää ja mukauttaa paikalliseen kontekstiin.(Walters - Adams - Nieboer - Bal 2012:11.)

Suurin syy vaikuttamattomassa kroonisten sairauksien hoidossa on potilaan tarpeiden ja terveydenhuollon organisaation tuottaman hoidon kohtaamattomuus. Potilaan rooli on ollut perinteisesti passiivinen. Potilaan omahoitotaitoja tai seurantaa ei ole kyetty parantamaan. Potilaan täytyy olla oman hoitonsa johtaja, koska muutoin hoitoa johtaa terveydenhuollon ammattilainen. Terveydenhuollon organisaation täytyy siten vastata ja varmistaa, että potilaalla on luottamus oman sairauden hoitoon ja taito hoitaa sitä hyvinä aikoina ja sairauden pahenemisvaiheissa. Tämä vaatii tarkoituksenmukaista hoitoa varmistamaan optimaalisen sairauden kontrolloinnin ja sairauden komplikaatioiden ehkäisyn. Nykyaikainen kroonisen sairauden hoito vaatii uudenlaisen työotteen ja käytännön muutoksen hoitotyöhön. Näytön perusteella akuuttihoitoon orientoitunut vastaanotto on este hyvälle kroonisten sairauksien hoidolle. (Wagner - Austin - Davis - Hindmarsh - Scafeer - Bonomi 2001: 64-66.)

Terveyshyötymallissa sairauksien hoidon tulokset nähdään interaktiivisen vuorovaikutuksen tuloksina proaktiivisen hoitotiimin ja aktiivisen potilaan välillä. Terveyshyötymalli näyttää koordinoivan toimintoja, jotka edesauttavat hyvin informoidun, motivoituneen potilaan ja valmennettun proaktiivisen hoitotiimin välistä vastavuoroista vuorovaikutusta. (Lieshout - Goldfracht - Camphel - Ludt - Wensing 2011: 22- 23.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kirjallisuuskatsaukseen perustuen terveyshyötymallin implementointia perusterveydenhuoltoon. Terveyshyötymallin avulla voidaan organisoida terveydenhuollon olemassa olevat resurssit uudelleen vastaamaan paremmin kroonisten sairauksien hoitoon vaikuttavammalla tavalla asiakkaan ja yhteiskunnan näkökulmasta.

2 Terveyshyötymalli

Terveyshyötymallin (Chronic Care Model eli CCM) kehitti amerikkalainen Edward H. Wagner kumppaneineen 1990-luvulla huomattessaan, ettei terveydenhuolto pysty vastaamaan kroonisten sairauksien lisääntymisen luomaan haasteeseen. Terveyshyötymallin (CCM) kehittämisen taustalla oli kroonisten sairauksien määrän kasvu ja puutteet perusterveydenhuollon allokoinnissa kroonisten sairauksien kohdalla. Erityisen huomion kohteeksi nousi kiireinen henkilökunta, joka ei ehtinyt seurata hoito-ohjeistusta sekä puutteet hoidon koordinoinnissa ja hoidon aktiivisessa seurannassa. (Hung - Rundal - Tallia - Cohen - Halpin - Crabtree 2007:70.)

Terveyshyötymalli (kuvio 1) on näyttöön perustuva viitekehys organisaatiolle muutoksista, joita tarvitaan hoidon laadun parantamiseksi. Mallissa on kyse terveydenhuollon järjestelmän uudelleen muotoilusta, siten että se vastaa paremmin kroonisten sairauksien hoitoon ja ennaltaehkäisyyn. (Epping - Jordan - Pruitt - Bengoa - Wagner 2004:300.) Keskiöön nousee tarvittavista muutoksista organisaatioissa tieteelliseen näyttöön perustuva prosessien parantaminen, vaikuttavan tiimityön edistäminen yli terveydenhuollon palvelurajojen, sekä potilaskeskeisen työn muotoilu. (Whittington - Nolan - Lewis - Torres 2015:268).

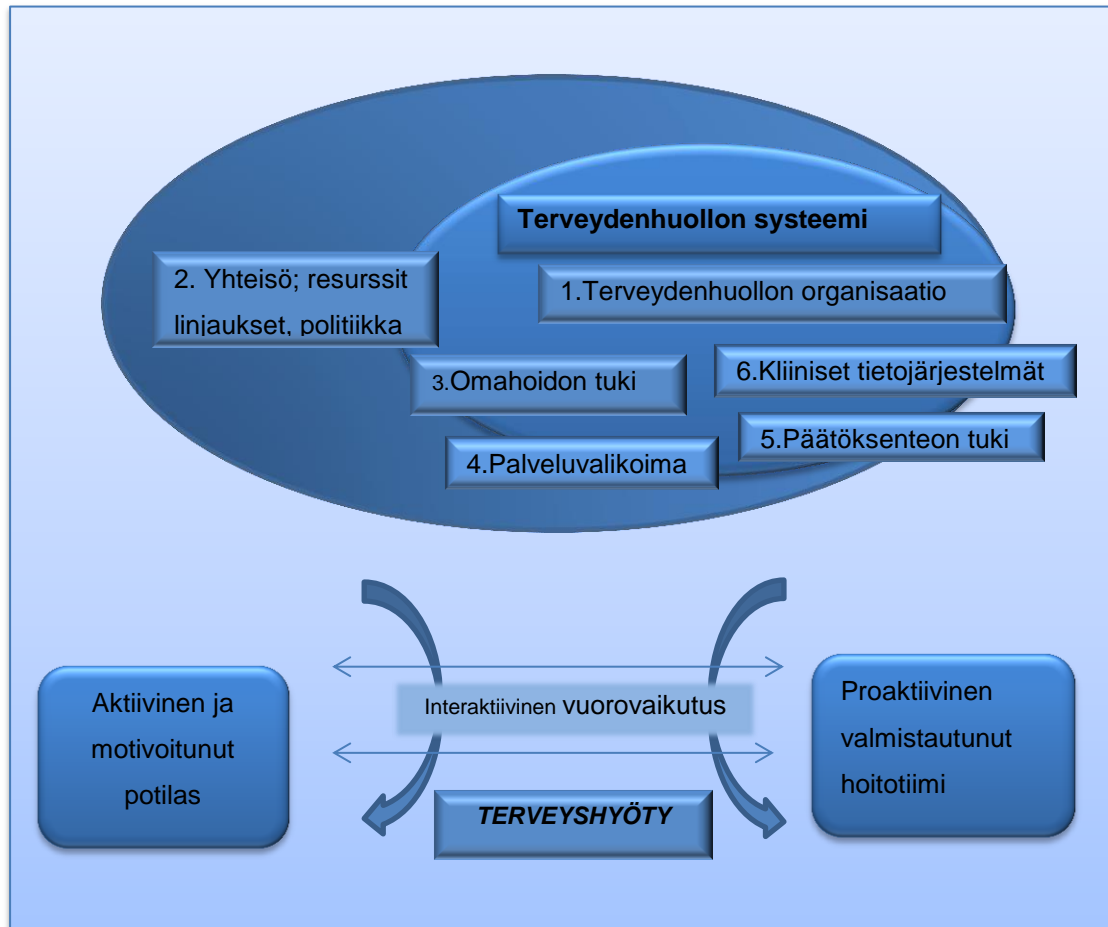
Terveydenhuollon organisaatiot on rakennettu vastaamaan nopeasti ja vaikuttavasti kaikkiin akuutisti sairastuneisiin sekä vammapotilaisiin, jotka tulevat sairaalaan tai vastaanotoille perusterveydenhuoltoon. Keskipiste terveydenhuollossa on ollut välittömässä terveysongelmassa ja sen ratkaisemisessa. Perustavaa laatua oleva ongelma on kuitenkin ollut organisaatitasolla. Vanhalla tavalla jatkaminen ei ole enää mahdollista, vaan vaaditaan tutkimusnäyttöön perustuvaa, tehokasta hoitoa sairauksiin. Myös näyttöön perustuvaa tietoa organisaation muutoksista tarvitaan, jotta se tuottaa parempaa hoitoa ja laadultaan vaikuttavampia tuloksia. Näyttöä tarvitaan myös näiden toimien

implementoinnista terveydenhuollon organisaatioon. (Wagner - Austin - Davis - Hindmarsh - Schaefer - Bonomi 2001: 64 -65.)

Kroonisten sairauksien hyvä hoito vaatii erilaisten hoidollisten osatekijöiden ja hoitoon liittyvien seurantajärjestelmien yhteistä käyttöä, esimerkiksi kliinisten tietojärjestelmien tehokasta käyttöä, päätöksenteon tukea ja indikaattoreita vaikuttavuuden seurantaan. (Bodenheimer - Wagner - Grumbach 2002b: 1910 - 9011.) Terveysyhyötymallin kuusi elementtiä ovat: potilaan omahoito ja sen tukeminen, palveluvalikoima, päätöksenteon tuki, kliiniset tietojärjestelmät, ympäröivien yhteisöjen linjaukset ja resurssit, sekä organisaation johto. (Bodenheimer - Wagner- Grumbach 2002a: 1775 - 1779). Erityisesti Terveysyhyötymallin neljä komponenttia ovat tärkeitä kroonisten tilojen hoidon laadun parantamisessa. Näitä ovat omahoidon tuki, palveluvalikoima, päätöksenteon tuki ja kliiniset tietojärjestelmät. (Epping- Jordan - Pruitt - Bengoa - Wagner 2004:300 - 301.)

Parantamalla potilaan kokemusta hoidosta, parannetaan väestön terveyttä ja samalla vähennetään hoidon kustannuksia yksilöä kohti. Potilaan oma kokemus saadusta hoidosta vaikuttaa keskeisesti hänen hoitoonsa. Hänen tulee olla tietoinen omasta terveydentilastaan. Keskeisiä tekijöitä hoidon toteuttamisessa ovat hoidon jatkuvuus, hoidon suunnan linjaukset muutettavissa olevissa puitteissa, potilaan sitouttaminen ja kliininen ennaltaehkäisevä toiminta. (Berwick - Nolan - Whittington 2008: 759 - 756.)

Keskeinen rooli proaktiivisen hoidon toteuttamisessa on asiakasvastaavalla, joka yleensä on koulutukseltaan hoitaja. Päämäärä asiakasvastaavan työssä perusterveydenhuollossa on koordinoida kroonisten sairauksien hoitoa kustannustehokkaalla tavalla, sekä parantaa hoidon laatua. Lähtökohtana on allokoida resursseja siten, että jokainen potilas saa yksilöllisesti suunnitellun hoidon seurannan ja intervention hoidolleen. (Schaefer - Davis 2004: 96 -100, White - Hall 2006: 99 -100.) Moni potilas, jolla on krooninen sairaus, tarvitsee jonkun, joka luo jatkuvalla hoidolle suunnitelman, ohjaa heitä hoidon ”viidakossa” ja tulkitsee hoitoa potilaalle. (Berwick - Nolan - Whittington 2008:761.) Asiakasvastaava tuo yhteen yksilöllisen ja väestöorientoituneen lähestymistavan hoitoon, kehittämällä ja koordinoimalla näyttöön perustuvaa, tuloksellisuuteen fokuoituneita terveyden - ja sairaudenhoidon palveluita.(Schaefer - Davis 2004: 98-100.) Proaktiivinen hoitotiimi, johon asiakasvastaava kuuluu, laskee lääkärin potilaaseen käyttämää vastaanottoaika.(Schaefer - Davis 2004:101).



Kuvio 1. Terveysyötymalli (CCM). (The McCall instituutti 1998, 2009).

2.1 Terveydenhuollon organisaatio

Terveyshyötymalli kuvaa terveydenhuollon organisaation (kuvio1) osana suurempaa kokonaisuutta eli yhteisöä. Terveydenhuollon organisaatio on kytkeytynyt Terveyshyötymallin viitekehyksessä aina ympäröivään yhteiskuntaan. Terveydenhuolto ei ole erillinen organisaatio ympäröivästä yhteiskunnasta, vaan vaikuttava kroonisten sairauksien hoito vaatii myös muuta yhteiskunnan ja ympäristön tukea. Terveyshyötymalli edustaa organisaatiossa tehtäviä tehostamistoimia ja avustaa organisaatiota tuottavaan tulokseen, jonka lähtökohtana on potilaan ja proaktiivisen hoitotiimin tai muun vertaistuen vuorovaikutus. (Epping- Jordan- Pruitt - Bengoa - Wagner 2004: 299 - 300.) Terveydenhuollon organisaatiossa painotetaan erityisesti näkyvää johdon tukea korkealuokkaiselle hoidolle ja avoimelle kulttuurille, joka edistää aikaansaannoksia toiminnan laadun parantamisessa. Korkealuokkainen hoito näkyy potilaille mm. laajoina palvelukokonaisuuksina. (Wagner - Austin - Davis - Hindmarsh - Shaefer - Bonomi 2001:73.)

2.2 Yhteisö

Terveydenhuollon organisaatiota hyödyttää tarjottavien palvelujen monipuolisuus ja sellaisten resurssien käyttö yhteisössä (kuviot), jota organisaatiolla itsellään ei ole käytettävissä. Yhteistyö muiden organisaatioiden kuten sairaaloiden kanssa on suotavaa päällekkäisyyksien ja kulujen karsimiseksi. (Wagner- Austin - Davis - Hindmarsh - Schaefer - Bonomi 2001:73.) Suomessa myös kolmas sektori tarjoaa kroonisesti sairaille potilaille hyviä palvelumuotoja täydentämään julkisen terveydenhuollon tarjoamia palveluita.

2.3 Omahoidon tuki

Potilaan omahoito (kuviot) on kaikkein tärkein elementti terveyshyödyn tuottamisessa. Potilaan omahoidon ja voimaantumisen tukeminen ovat toimintamallin peruslähtökoh-
tia. Potilas itse on paras hoidonantaja, joten Terveyshyötymallissa vahvistetaan palvelujen potilaskeskeisyyttä. Ihannetilanteessa potilas itsekin etsii tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta. Tavoitteena on vahvistaa potilaan omahoitoa ja oman elämän hallintaa, sekä vaikuttaa elämäntapavalintoihin, jotka lisäävät elämäläätua ja toimintakykyisiä vuosia. (Glasgow - Nelson - King 2005: 2655- 2661.)

Omahoidon tuki painottaa potilaan omaa vastuuta tilanteensa hoidossa, kuten tavoitteiden asettamisessa, hoitoa koskevien ongelmien ratkomisessa ja harkituissa toimintasuunnitelmassa. Terveys- ja hoitosuunnitelma tehdään potilaan lähtökohdista yhdessä potilaan kanssa. Hoitosuunnitelmaan kirjataan potilaan hoidon lyhyen ja pitkän aikavälin tavoitteet, ja potilaan omahoitokoulutukset, sekä omahoitoon liittyvät omaseuranat ja omaharjoittelu. Omahoidon tuen tulee perustua viimeisimpiin näyttöön perustuviin hoitosuosituksiin. Fokus siirtyy pois sairaudesta potilaskeskeisyyteen. Tavoitteena on aktiivinen, voimaantunut potilas, jolla on omat yksilölliset tunteet, aikaisemmat kokemukset ja mielipiteet. (Wagner- Austin - Davis - Hindmarsh - Schaefer - Bonomi 2001: 64 -74.)

Vaikuttava omahoidon tuki tukee ja kytkeytyy vahvasti potilasorientoituneen yhteisön voimavaroihin aktiivimalla ja antamalla tietoa sairauden kanssa elämisestä ja hoidosta potilaalle ja hänen läheisilleen. Perinteinen potilasopetus on painottanut taitoa ja opetuksellista ohjausta. Näyttöön perustuen tällainen interventio lisää tietoa, mutta potilaat eivät pysty muuttamaan terveyskäyttäytymistään, eivätkä parantamaan sairauden seu-

rantaa tai muita tuloksia. Keskipistettä siirretään hoidossa potilaan sairauden tiedosta ja sairauden hoidosta, potilaan luottamukseen ja taitoihin selviytyä kuntonsa kanssa. Potilaat pystyvät itse paremmin rajaamaan hoitonsa päämäärän, ja asettamaan tavoitteita hoidolleen. Tämä auttaa määrittämään esteet potilaiden omille tavoitteille ja kehittämään suunnitelma esteiden ylipääsemiseksi. Fokus siirretään enemmänkin tiedon vaihtoon, kuin informaation hankintaan ammattilaisilta. (Wagner - Austin - Davis - Hindmarsh - Scafer - Bonomi 2001:74, Bodenheimer - Grumbach - Wagner 2002a:1776.)

Omahoidon tuen muotoja voi olla myös ryhmämuotoinen asiakkaan ohjaus, jossa tuetaan potilaan lääkinnällistä hoitoa, ohjataan muokkaamaan negatiivisia tunteita, jotka liittyvät krooniseen sairauteen, sekä ylläpitämään oman elämänsä tavoitteita. (Lorig - Sobel - Ritter - Laurent - Hobbs 2001:257, Bodenheimer - Lorig - Holman - Grumbach 2002:2471.)

2.4 Palveluvalikoima

Vaikuttavinta ja tehokkainta kroonisten sairauksien hoito on, kun se erotetaan selkeästi akuuttien sairauksien hoidosta. Haastavinta kroonisten sairauksien hoidossa Terveystyömallin mukaisesti on saada kokoon terveydenhuollon moniammatillinen tiimi, joka kokoontuu säännöllisesti. Tiimin päävastuu on aina lääkärillä, joka huolehtii, että kaikki jäsenet tietävät vastuunsa ja tehtävänsä. Potilasopetus voi tapahtua ryhmissä, esimerkiksi astmapotilaiden ryhmä, jota terveydenhoitaja ja lääkäri vetävät. Työmuotona voi olla myös ns. Cluster-visit, jossa potilas tapaa saman päivän aikana monta eri hoitavan tiimin jäsentä. (Bodenheimer - Grumbach - Wagner : 2002a: 1776, Bodenheimer - Grumbach - Wagner 2002b:1912.)

Vaikuttava palveluvalikoiman (kuvio 1) suunnittelu mahdollistaa hyvin suunnitellut potilaan hoitokäynnit, joihin voidaan tarvittaessa sisällyttää erikoissairaanhoidon ja muiden alojen asiantuntijoiden kuten sosiaalityöntekijän palveluja. Monet tällaisista toiminnoista eivät kuitenkaan vaadi ammattilaisten ohjaamaa toimintaa ja voidaan tehokkaasti, sekä johdonmukaisesti hoitaa vertaistukihenkilöiden tai muiden esim. perheenjäsenten tuella. Tehokas hoitokontakti on aina etukäteen suunniteltu ja sisältää myös muita vastaavuuksia yhteydenpitoja, kuten sähköisen asioinnin tai puhelun, jotka on sovittu etukäteen. Hoitotiimin jäsenillä on ratkaiseva vaikutus, mutta heillä tulee olla selkeä rooli. Potilaat, joiden tilanne on monimutkainen tai hoito vaatii useita käyntejä terveydenhuol-

lossa, hyötyvät asiakasvastaavan intensiivisestä hoidosta. Asiakasvastaavat auttavat potilaan hoitoon sitoutumisessa ja ohjaavat potilasta seuraamaan tilannettaan. (Bodenheimer - Grumbach - Wagner 2002a:1776.) Asiakasvastaavan tehtävänä on tarjota ja koota asiakkaalle sopivat palvelut organisaation sisällä ja myös sen ulkopuolelta. Näillä palveluilla tuetaan asiakkaan omahoitoa ja arjessa selviytymistä. (Muurinen - Mäntyranta 2011: 7-9.)

2.5 Päätöksenteon tuki

Päätöksenteon tuki (kuviot) toimii Terveystieteiden tutkimuskeskuksissa muutosagenttina tehokkaasti, kun se on sisällytetty potilaan hoitoon. Näyttöön perustuvat hoito-ohjeet ja hoidon linjaukset ovat edellytyksenä optimaaliselle hoidolle. Kroonisten sairauksien hoidossa potilaan hoitosuunnitelmasta tulisi löytyä myös palaute, kuinka vaikuttavaa potilaan hoito on todellisuudessa ollut. (Bodenheimer - Grumbach - Wagner 2002a: 1775- 1776.) Erilaisten ohjauksellisten interventtioiden käyttö johtaa parempiin tuloksiin potilaan hoidossa, kuin pelkkä hoito-ohjeiden käyttö. Potilaan hoidon päätöksiin tulee myös sisällyttää tarvittaessa erityisosaamista, kuten erikoislääkärin tai esimerkiksi diabeteshoitajan käynti. Erilaisten asiantuntijoiden konsultointimahdollisuus on päätöksenteon tuen apuväline. Saadun tiedon jakaminen potilaalle on tehokas keino tukea potilaan omahoitoa. Päätöksenteon tuki auttaa hoitoon puuttumisessa tai hoidollista toimintaa, joka parantaa hoitohenkilökunnan ammattitaitoa ja tietomäärää. Maksimaalinen hyöty näyttöön perustuvasta tiedosta saadaan vain, jos se onnistutaan istuttamaan pysyväksi osaksi potilaan hoitoa ja käytetään potilaiden ohjauksen runkona. (Wagner - Austin - Davis- Hindmarsh - Schaefer - Bonomi 2001:75.) Suomessa Duodecim seuran Käypä hoito -suositukset toimivat päätöksenteon tukena. (Duodecim -seura.) Potilaille tarkoitetut hoito-oppaat ovat myös osa päätöksenteon tukea potilaan hoidossa. Tämän Terveystieteiden tutkimuskeskuksen komponentin on tarkoitus helpottaa näyttöön perustuvan hoidon toteuttamista.

2.6 Kliiniset tietojärjestelmät

Organisaatiolla tulee olla toimivat tietojärjestelmät (kuviot) ja mahdollisuus käyttää niitä monipuolisesti. Potilaan tiedot, kuten diagnoosit ja lääkitys yhdistettynä taudin tilaan ja seurantaan tuottavat vaikuttavaa hoitoa potilaalle. Tietojärjestelmien tulisi olla sisällytettynä jokapäiväiseen käytännön työhön ja integroituneita sähköisen terveystietomuksen

muistutuksina potilaan hoidon päätöksenteossa. Tietojärjestelmän hyvästä käytöstä esimerkkinä ovat erilaiset muistutukset ja hälytykset laboratoriovastauksista, sekä muut indikaattorit, jotka kuvaavat sairauden hoitoa ja tilaa. (Bodenheimer - Grumbach - Wagner 2002a: 1776 -1777.) Kliiniset tietojärjestelmät ovat myös käyttökelpoisia ja avustavat preventiivisessä hoitotyössä muistuttamalla riskitekijöistä. Niitä voidaan käyttää monipuolisesti mm. levittämällä näyttöön perustuvia ohjeita hoidosta, mahdollistaa palautteen antamisen ”suorituksesta” ja auttaa suunnittelemaan potilaan hoitokäyntejä ennakolta. Organisoimalla tiedon hallintaa ja ”valikoimalla terveystietoutta” saatetaan ennaltaehkäiseviä toimia aloittaa vaikuttavalla tavalla. (Dorr - Wilcox - Burns - Brunker - Narus - Clayton 2006:5-6.) Tulevaisuudessa potilastietojärjestelmät poimivat riskissä olevia henkilöitä tarjottavien hoitopalvelujen piiriin.

3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kirjallisuuskatsauksen avulla kuvata Terveysyhötymallin implementointia perusterveydenhuoltoon. Tuloksia voidaan hyödyntää harkittaessa Terveysyhötymallin implementointia perusterveydenhuoltoon kuten esimerkiksi terveysasemille. Lähtökohtaisesti terveydenhuollon asiakkaalle on tavoitteena taata asiakaslähtöinen, laadukas hyvä hoito toimivassa ja tehokkaassa perusterveydenhuollon yksikössä jo olemassa olevilla resursseilla.

Tutkimuskysymykset:

1. Millaisia edellytyksiä Terveysyhötymallin (CCM) implementointi perusterveydenhuoltoon vaatii?
2. Millaisia vaikutuksia Terveysyhötymallin (CCM) implementoinnilla on perusterveydenhuoltoon?

4 Opinnäytetyön toteutus

Tässä opinnäytetyössä on haettu tietoa seuraavista tietokannoista: Medic, Cinahl ja Pubmed. Medic on kotimainen tietokanta, joka sisältää kattavasti suomalaiset lääke- ja hoitotieteelliset julkaisut. Cinahl sisältää kansainvälisiä hoitotieteellisiä artikkeleita ja

Pubmed on kansainvälinen lääketieteellinen artikkelitietokanta. Hakuvuodet on rajattu vuosille 1995 -2016, jotta saadaan mukaan Terveysyhötymallin (CCM) kehittämiseen liittyviä ensimmäisiä ja alkuperäisiä artikkeleita.

Hakutermit on valittu siten, että ne kuvastavat Terveysyhötymallia (CCM) ja perusterveydenhuoltoa suomeksi ja englanniksi. Lisäksi hakutermeinä on käytetty Terveysyhötymalliin kehitettyjä mittareita ACIC ja PACIC, jotka on avattu Cinahl ja Pubmed hakujen yhteydessä lyhenteistä kokonaisiksi sanoiksi. Mittarit ACIC (Assessment of Chronic Illness Care) ja PACIC (Patient Assessment of Chronic Illness Care), sekä englannin kielinen lyhenne CCM ovat kansainvälisesti vakiintuneet käsitteet Terveysyhötymallin yhteydessä.

Tässä opinnäytetyössä tulokset on esitetty narratiivisesti. Narratiivinen katsaus on yleiskatsaus ja katsauksessa käsiteltävää ilmiötä voidaan kuvata laaja-alaisesti ja tarvittaessa luokitella sen ominaisuuksia. Narratiivisessa katsauksessa epäyhtenäistä tietoa järjestetään jatkuvaksi tapahtumaksi, tiivistetään tietoa, sekä ajantasaistetaan tietoa. (Salminen 2011:6-7.) Narratiivisen katsauksen objektiivisuutta voidaan lisätä standardoimalla katsaukseen käytettävät kirjallisuuslähteet. Narratiiviseen katsaukseen valittujen kvalitatiivisten tutkimusten tulee sisältää seuraavat elementit; otsikko, abstrakti, esittely, metodien esittely, pohdinta, johtopäätökset, tunnustukset, lähteet, kuvat ja taulukot (liite 2). (Green - Johnson - Adams 2001: 101- 113.) Aineistoon valitut kvantitatiiviset artikkelit on arvioitu erillisellä kvantitatiivisten artikkelien arviointikriteereillä. (liite 3). Artikkeleiden tulisi sisältää käsitteellisen, sisällöllisen ja kriteerillisen pätevyyden. Lisäksi artikkeleissa tulisi tuoda ilmi luotettavuuden ja vastaavuuden stabiliteetti. (DeVon - Block - Moyle-Wright - Ernst - Hayden - Lazzara - Savoy - Kostas-Polston 2007:155 -160.)

Tässä opinnäytetyössä on aineistoa haettu seuraavilla hakusanojen yhdistelmillä:

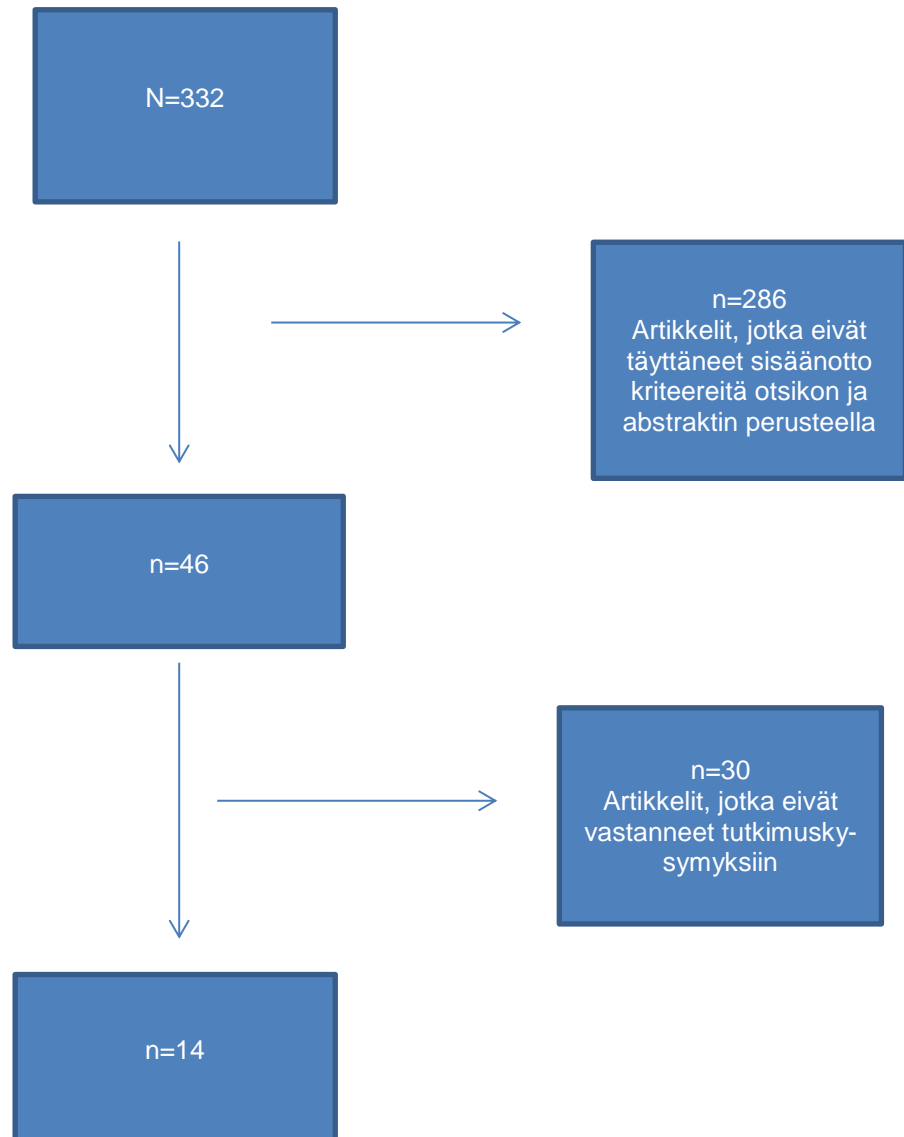
- Terveysyhötymalli ja perusterveydenhuolto,
- Terveysyhötymalli ja PACIC,
- Terveysyhötymalli ja ACIC,
- CCM and Primary health care,
- CCM and Primary health care and patient assessment of chronic illness,
- CCM and Primary health care and assessment of chronic illness,

Tutkimuksen sisäänotto- ja poissulkukriteerit on kuvattu taulukossa (taulukko 1), hakuprosessin kuvaus on liitteenä (liite 1).

SISÄÄNOTTOKRITEERIT	POISSULKUKRITEERIT
<ul style="list-style-type: none"> • Julkaisu on tieteellinen artikkeli. • Valitut tieteelliset artikkelit on julkaistu vuosina 1995- 2015. • Julkaisu käsittelee Terveystyömallia (CCM). • Julkaisu käsittelee Terveystyömallia (CCM) ja perusterveydenhuoltoa. • Julkaisujen kieli on suomi tai englanti. • Artikkelit kuvaavat aikuisten hoitoa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Julkaisu ei ole tieteellinen artikkeli. • Artikkelit, jotka on julkaistu ennen vuotta 1995. • Julkaisu ei käsittele Terveystyömallia (CCM). • Julkaisu käsittelee Terveystyömallia (CCM) ja erikoissairaanhoidon. • Julkaisujen kieli on jokin muu kuin suomi tai englanti. • Julkaisu on lääketutkimus. • Lasten hoitoa kuvaavat artikkelit.

Taulukko 1. Tutkimuksen sisäänotto - ja poissulkukriteerit.

Tämän opinnäytetyön kirjallisuushakujen perusteella löytyi 332 artikkelia. Vuokaaviossa (kuvio 2.) kuvataan artikkelien poissulkemista aineistosta. Suurin osa artikkeleista suljettiin poissulkukriteerien perusteella opinnäytetyöstä artikkelien otsikoiden ja abstraktien perusteella, koska ne eivät täyttäneet sisäänottokriteereitä. 46 artikkelia luettiin ja määrästä karsittiin pois kaksoiskappaleet, sekä ne artikkelit, jotka eivät vastanneet sisäänottokriteereitä sisällöltään. Aineisto muodostui 14 artikkelista. Aineisto analysoitiin sisällön analyysin menetelmällä. (Janhonen - Nikkonen 2005:23).



Kuvio 2. Vuokaavio tutkimusartikkelien poissulkemisesta tutkimuksesta.

5 Opinnäytetyön tulokset

Hakujen perusteella suomalaista tietokannoista ei löydy vielä tutkimustietoa Terveys-
hyötymallin implementoinnista. Kansainvälisesti mallia on implementoitu paljon ympäri
maailmaa. Pääasiassa opinnäytetyöhön valitut tutkimusartikkelit on tehty Yhdysvallois-
sa (n=12), Kanadassa (n=1) ja Euroopassa (n=1).

Terveyshyötymallista on tullut yksi maailmanlaajuisesti levinneistä viitekehyksistä, jon-
ka mukaan terveydenhuollon organisaatioita järjestellään uudelleen vastaamaan kroo-
nisten sairauksien lisääntyvään määrään (Walters - Adams - Nieboer - Bal 2012:8).
Yksi suurimmista edellytyksistä Terveyshyötymallin implementoinnissa on yhdessä
suunniteltu ja muotoiltu argumentointi muutostarpeelle terveydenhuollon organisaatios-
sa. Proaktiivinen, etukäteen suunniteltu ja väestösuuntautunut lähestymistapa on vält-
tämätöntä perusterveydenhuollon organisaatioille nykypäivänä. Perusterveydenhuollon
rooli vaihtelee Euroopan eri maissa ja maailmanlaajuisesti, mutta kaikkialla on tarve
orientoitua preventiivisesti potilaan hoitoon. (Lieshout - Goldfracht - Camphell - Ludt -
Michel 2011:22- 23, 29.)

Terveyshyötymallin kaikilla elementeillä on merkitystä kroonisten sairauksien hoidon
parantamiseksi. Osa terveydenhuollon organisaatioista ovat otteet kaikki mallin kuusi
elementtiä käyttöön ja onnistuneet tekemään muutoksia kaikilla Terveyshyötymallin
osa-alueella. Muutokset ovat tavallisesti olleet vasta vuoden päästä käytännössä inten-
siivisesti käytössä. (Pearson - Shinyi - Schaefer - Bonomi - Shortell - Mendel -
Marsteller - Louis - Rosen - Keller 2005: 979-993.)

5.1 Implementoinnin edellytykset

Jokainen terveydenhuollon organisaatio voi sisällyttää piirteitä Terveyshyötymallista
omaan käytäntönsä, edellyttäen kuitenkin, että ne ovat yhdenmukaisia resurssien,
arvojen ja kulttuurin kanssa.(Ohman - Strickland - Piasecki - Hahn - Cohen - Orzano -
Parchman - Cratbree 2010: 300.) Myös erilaiset organisaatiollisiin näkökohtiin liittyvät
tekijät, kuten johdon johtamiskulttuuri, sitoutuminen laadun parantamiseen, organisaat-
tioilmasto ja motivaatio ovat edellytyksiä Terveyshyötymallin implementoinnissa.(Pear-
son - Shinyi - Scafer - Bonomi - Shortell - Mendel - Marsteller - Louis - Rosen - Keller
2005: 990- 991.) Terveyshyötymallin menestyksellinen implementointi edellyttää tiedot-

tamista henkilökunnan keskuudessa, kokemusta hoitamisesta ja monipuolisia suunnitelmia potilaita varten. (Dorr - Wilcox - Burns - Bruncker - Narus - Clayton 2006 : 3.) Edellä mainittujen suunnitelmien teossa kliinisten tietojärjestelmien käyttö edellyttää erityistä kykyä fokusoida ja muuttaa hoitoa, sekä muuttaa hoitokäytäntöjä. Informaati- onjärjestelmän nähdään sisältävän myös esteitä. Sen kehittäminen ja implementaatio tältä osin maksaa aikaa ja rahaa eli johtajien täytyy priorisoida sen tärkeys. (Walters - Adams - Nieboer - Bal 2012:6.) Tällaiset päätökset tehdään yleensä ylemmän johdon taholta keskitetysti. (Hroscikoski - Sohlberg - Harper - McGrail - Crabtree 2005: 320- 23.)

Hoidon laadun parantamisessa nousee kaksi keskeistä elementtiä, jotka usein unohtu- vat; omahoidon tuki ja palveluvalikoima, jotka ovat edellytyksiä Terveysshyötymallin implementoinnissa. Nämä elementit parantavat erityisesti hoidon laatua. (Sohlberg – Crain - Sperl - Hillen-Hroscikoski - Engebretson - O’Connor 2005:305).

Terveysshyötymallin implementoinnissa näkyvällä muutosjohtajalla on keskeinen rooli. Johtajan tulee asettaa muutokselle päämäärät ja antaa sysäyksen muutoksen suunnit- telulle, sekä potilaan hoidon parantamiselle. Muutos edellyttää voimakasta johtajaa, joka muodostaa kuvan muutoksista joita tarvitaan organisaation sisällä, sekä muita ”muutosagentteja”, jotka tukevat tätä visiota. Yksilöllisissä tiimeissä tulee olla myös muita muutosjohtajia. Esteenä implementoinnille on johtaja, joka epäonnistuu käytän- nön vision muodostamisessa. Henkilökunta saattaa väsyä ja henkilökunnan voima muotouttaa potilaan hoitoprosessia on silloin vähäinen. Osa lääkäreistä ei sitoudu muu- tokseen, mutta he eivät myöskään vastusta muutoksia. Tässä tapauksessa henkilökun- ta rakentaa muutokset heidän ympärilleen. Uudenlainen muoto tiimityöhön kehittyi keskinäisestä luottamuksesta ja kommunikaatiosta koskien potilaan hoitoa. (Hroscikos- ki - Sohlberg - Harper - McGrail - Crabtree 2005: 322- 329.)

Tiimityö ja vuorovaikutus näyttävät olevan Terveysshyötymallin keskeisiä edellytyksiä hoitoprosessin parantamisessa. Terveystenhuollon työyhteisöt ja tiimit ovat hyvin erilai- sia. Osa työyhteisöjen johdosta osallistuu työyhteisön työhön enemmän kuin toiset, jotka ovat jättäytyneet sivurooleihin. Tiimi tarvitsee yhteistä aikaa työn suunnitteluun ja ajatusten vaihtoon. Terveysshyötymallissa hoitajien rooli muuttuu kaikkein eniten. Heistä tulee hoidon keskeisiä toimijoita ja hoidon koordinoijia eli asiakasvastaavia. Lääkäreiltä edellytetään, että he neuvovat ja tukevat muita tiimin työntekijöitä eli he toimivat lääke- tieteellisinä konsultteina hoitajille ja muille työntekijöille. Hoitajien sitoutumattomuus

omaan työhönsä estää edellytyksiä, jotka edistävät Terveysyötymallin implementoitumista ja sitoutumista muutostyöhön. (Hroscikoski - Sohlberg - Sperl-Hillen - Harper - McGrail - Crabtree 2006: 320- 322.)

Hoitotiimeiltä edellytetään, että ne rakentavat potilaille tarjottavat palvelut ja toiminnot vastaamaan väestön tarpeita alueellisesti, perustuen paikalliseen kulttuuriin ja tarpeisiin, sekä käytettäviin resursseihin. (Noel - Romero - Robertson - Parchman 2014:216). Keskeisiä teemoja prosessien ja hoidon laadun parantamisessa ovat potilaan tietämyksen lisääminen, omahoito-aidot, sitouttaminen ja aktivoiminen. (Noel - Romero - Robertson - Parchman 2014:216.) Terveysyödyn tuottamisessa keskeiset edellytykset ovat motivaatiollinen keskustelu ja proaktiivinen lähestymistapa potilaan hoitoon. Potilas itse ottaa osaa aktiivisesti omaan hoitoonsa ja on interaktiivisen hoidon keskipiste. (Patel - Parchman 2011:30.)

Potilaan ja hoitohenkilökunnan näkemykset ovat tärkeitä arvioitaessa hoidon laatua kroonisten sairauksien hoidossa. Terveysyötymalliin kehitetyt mittarit ACIC ja PACIC kuvaavat kuinka hyvin eri elementtien osat on implementoitu organisaatioon ja palveluihin. (Noel - Parchman - Palmer - Romero - Leykum - Lanham - Zeber - Bowers 2014:2). Terveysyötymallin vaikeimmin implementoitava elementti on potilaiden omahoidon tuki ja potilaskeskeisen ajattelun integroiminen systeemin sisällä. Potilaiden osallistaminen omaan hoitoonsa kuluttaa organisaatiolta aikaa ja vaivaa. Potilaskeskeinen hoito voi olla mahdollisuus kuitenkin terveydenhuollon toimijoille parantaa hoitotuloksia, jos se sallitaan. Tämä kuitenkin edellyttää terveydenhuollon toimijoita muuttamaan suuntaa, sairaudesta potilaan voimavaroihin, sekä pohtimaan, mikä hoito esitellään ja jaetaan potilaille. Terveysyötymallin toimijoiden tulee ajatella ja toimia uudella tavalla, ja jatkaa terveydenhuollon systeemin muuttamista jatkamalla tätä uudenlaista suuntaa hoitamisessa. (Walter - Adams - Nieboer - Bal 2012: 11-13.)

5.2 Implementoinnin vaikutukset

Keskeisiä teemoja prosessien ja hoidon laadun parantamisessa ovat potilaan tietämyksen lisääminen, omahoito-aidot, hoitoon sitouttaminen ja aktivoiminen. (Noel - Romero - Robertson - Parchman 2014:216.) Terveysyötymallin implementointi saattaa nostaa myös henkilökunnan tieto-taitotasoa kroonisten sairauksien hoidossa, sekä tietoisuutta sairauksien merkityksestä potilaille. (Sohlberg - Crain - Sperl - Hillen-Hroscikoski - Engebretson - O'Connor 2005:305.)

Potilaan yksilöllinen hoitosuunnitelma yhdistettynä kehittyvään elämäntapamuutokseen on mahdollisuus monelle terveydenhuollon ammattilaiselle tukea potilaita heidän hoidossaan. Potilaat painottavat, että heille asettavat tavoitteet hoidon suhteen ovat ”pieniä askelia” ja jotka noudattavat heidän autonomiaansa hoidon päämäärien suhteen. Hoitajat arvioivat potilaiden motivaatiota hoitoonsa motivaatiollisen haastattelutekniikoilla, jotka sitouttavat potilaan paremmin hoitoonsa. (Lalonde - Goudreau - Hudon - Lussier-Duhamel - Belanger - Levesque - Martin 2012:739.)

Potilaiden tietoisuuden lisääminen sairaudestaan ennaltaehkäisevästä näkökulmasta auttaa heitä mukauttamaan elämäntapojaan kroonisten sairauksien hoidon tulosten parantamisessa. Ennaltaehkäisevän hoidon painottaminen potilaalle parantaa potilaan terveydentilaa ja rohkaisee hoitamaan omaa kroonista sairautta. (Hung - Rundall - Tallia, - Cohen - Halpin - Crabtree 2007:73, 84, Piatt- Orchard-Emersson-Simmons-Songer-Brooks-Korytkowski-Siminerio-Ahmad-Zgibor 2006:815.) Potilaiden oma kokemus saamastaan tuesta ja kroonisten sairauksien hoidon palveluvalikoima vaikuttavat potilaan hoidon tuloksiin. Potilaan kokemus saamastaan hoidosta on tärkeä osa ja näkökulma hoidon laadussa. (Noel - Parchman - Palmer - Romero - Leykum - Lanham - Zeber - Bowers 2014:2.)

Kliiniset hoitaja-asiantuntijat ovat erityisen tärkeitä organisaation tukijoita Terveystyömallin kolmella alueella itsehoidon tuessa, päätöksen teon tuessa ja palveluvalikoimassa. Näiden kolmen keskeisen elementin implementoinnissa he voivat omalla asiantuntijuudella parantaa potilaan hoitoa ja kroonisten sairauksien hoidon tuloksia kehittämällä potilaiden omahoitoa. Asiakasvastaava ottaa vastuun yhdessä potilaan kanssa hoidosta ja sen kehittämisestä, ja lääkäri toimii enemmän konsulttina ja sivuroolissa. Tavoitteena on toimijoiden päällekkäisen toiminnan vähentäminen, matalammat kustannukset, sekä proaktiiviset vastaanotot, jotka parantavat henkilökunnan ja potilaiden tyytyväisyyttä sekä hoitotuloksia. (Watts - Gee - O’Day - Lawrence - Aron - Kirsh 2009:167-169.)

Terveystyömallin käyttöönotto lisää potilaiden tyytyväisyyttä hoitoon ja työntekijöiden työtyytyväisyys paranee. (Johnson - Woods - Stevens - Bowen - Provost - Sixta - Wagner 2010:584.) Kaikessa Terveystyömalliin liittyvässä toiminnassa muutos sisältää uudenlaisen teknologisen viestinvälityksen. Terveydenhuollon organisaation johtajille tämä tarkoittaa sähköisen terveystietojen, informaation ja koko toiminnan yhteensovitt-

tamista käytäntöjen, potilaiden ja johtajien välillä. Teknologian parantaminen tai lisääminen on yleisin muutoksen ilmenemismuoto terveydenhuollon palveluvalikoimalle. Yleensä suunnitellut muutokset käsittävät potilaiden käyttämät tietotekniset portaalit, jotka avustavat potilaita omahoidon tuessa, potilaiden terveyst- ja hoitokertomukset, sekä sähköisen asioinnin lääkäreiden ja muiden terveydenhuollon henkilökunnan kanssa. Nämä muutokset nähdään tärkeinä hoidon organisoinnille ja hoidon parantamiselle, niin potilaiden kuin työntekijöiden näkökulmasta. (Walters - Adams - Nieboer - Bal 2012:6.)

Informaatiojärjestelmä on tärkeä elementti terveyshyötymallin implementoinnissa kahdestakin syystä. Informaatiojärjestelmällä lisätään hoidon päätöksentekoa ja vuorovaikutusta potilaiden ja organisaation sisällä, toisaalta informaatiojärjestelmä ja päätöksenteon tuki tekee työn teon helpommaksi. Implementaatiossa informaatiojärjestelmäs- tä tulee yleensä kaksisuuntainen ja se vaatii uudenlaisia tietotaitoja henkilökunnalta. (Walters - Adams - Nieboer - Bal 2012:6.)

6 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksessa eettiset periaatteet kohdistuvat keskeisesti tutkimuksen tekemiseen. Tutkimuksen tulee olla avointa ja rehellistä. Tutkimuksessa tulee noudattaa yleisiä tieteen hyväksymiä kriteerien mukaisia tiedonhankinta ja tutkimusmenetelmiä. Arviointikriteerien tulee olla tieteellisesti yleisesti hyväksytyjä. (Hyvä tieteellinen käytäntö 2012.)

Tässä opinnäytetyössä on noudatettu yleisiä tutkimuksen tekemisen eettisiä periaatteita, kuten rehellisyyttä, avoimuutta ja vastuullisuutta. Opinnäytetyössä on käytetty tieteen yleisesti hyväksymiä tiedonhankintalähteitä. Tutkimusmenetelmät ja tutkimuksen arviointikriteerit on yleisesti hyväksytty tieteentekijöiden keskuudessa. Muiden tutkijoiden työ on huomioitu lähdemerkintöjä käyttäen.

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa tiedonhaun kattavuus. Tämän arvioiminen edellyttää hyvää aiheen tuntemusta. Kirjallisuuskatsauksessa tulee kuvata tietokannat, hakusanat, hakustrategia ja vuokaavio haun etenemisestä. (Malmivaara - Komulainen 2014:1689.) Tässä opinnäytetyössä on käytetty tiedonhaussa yleisesti hyväksytyjä lääketieteen ja hoitotieteen kannalta keskeisiä tietokantoja. Käytetyt tietokannat ovat

Pubmed, Cinahl ja suomalainen Medic. Hakustrategia on kuvattu tarkkaan (liite 1.) ja se on toistettavissa.

Narratiivinen kirjallisuuskatsaus on luotettavuudeltaan heikko. Narratiivisella katsauksella on kuitenkin perustavaa laatua oleva paikkansa kirjallisuuden perustana, joka on synteesi tutkittavasta aiheesta. (Green - Johnson - Adams 2006:104.) Kirjallisuuskatsaus perustuu alkuperäisistä korkealaatuisista tutkimuksista perustuviin johtopäätöksiin, joka täyttää tutkimukselliset kriteerit. Kirjallisuuskatsauksen tulee olla systemaattinen, täsmällinen ja toistettavissa oleva menetelmä. Kirjallisuuskatsauksessa arvioidaan tutkimuksen kohdetta uudelleen tai kriittisesti. (Salminen 2011:5). Tämän opinnäytetyön luotettavuutta on varmistettu käyttämällä narratiivisten artikkelien luokitusta. Narratiivisten artikkelien luokituksella on lisätty tämän opinnäytetyön objektiivisuutta. (Green- Johnson- Adams 2006:106- 113.) Lisäksi kvantitatiiviset artikkelit on luokiteltu omalla kvantitatiivisten artikkelien luotettavuuden ja pätevyyden arvioinnilla. (DeVon - Block - Moyle - Wrigth – Ernst - Hayden - Lazzara - Savoy - Kostas-Polston 2007: 156-160.)

7 Johtopäätökset ja pohdinta

Terveyshyötymalli (CCM) näyttää poistavan esteitä, jotka estävät terveydenhuollon henkilökuntaa ja potilaita hyödyntämästä näyttöön perustuvaa hoitoa. Terveyshyötymallin vaikutus on muuttanut pirstoutunutta hoitoa, organisoimalla uudelleen toimintaa perusterveydenhuollossa yhdenmukaisesti ja yhteistoiminnallisesti. Hoitotiimin sisällä tarvitaan selkeät roolit ja tiimin tulee kokoontua säännöllisesti. (Pearson - Wu - Schaefer - Bonomi - Shortell - Mendel - Marstelle - Louis - Rosen - Keller 2005: 998.) Terveyshyötymalli edistää tiimityötä terveydenhuollon henkilöstön kesken. Pirstaloituneesta hoidosta siirrytään osajien yhteistyöhön, joka lisää henkilöstön vastuullisuutta potilaille annettavasta hoidosta. Tässä vastuullisuudessa on kysymys terveydenhuollon organisaation päämäärästä parantaa hoidon tuloksia. (Noel - Romero - Robertson - Parchman 2014:2016- 2017.)

Keskeinen tekijä potilaan hoidon tuloksien parantamisessa ovat sähköiset potilastietojärjestelmät, jotka ulottuvat yli koko terveydenhuollon rajojen. Nämä mahdollistavat todeta ja yksilöidä kaikki potilaan epänormaalit tulokset, ja ottaa käyttöön hoidossa proaktiivisen toiminnan. Hyvät tietojärjestelmät mahdollistavat potilaille myös kuvata omaa ongelmaansa heidän erityisissä tilanteissaan ja tarpeissaan. Yhdistämällä potilaan eri tietoja voidaan fokusoida potilaan pitkäaikaissairauden tilaa ja ehkäistä ennalta

sairauden pahenemista yhdistämällä potilaan eri tietoja. (Lalonde - Goudreau - Hudon - Lussier - Duhamel - Belanger - Levesque - Martin 2012:739.)

Kroonisten sairauksien hoidossa potilaan kokemuksella on tärkeä osa hoidon suunnittelussa. Kroonisten sairauksien hoito on palvelua, jota organisaatio tarjoaa, ja potilaan kokemus tulisi sisällyttää kaikkeen hoidon laadun arvioon. (Noel - Parchman - Palmer - Romero - Leykum - Lanham - Zeber - Bowers 2014:2,5.) Tämä näkemys sisältää pitkäaikaisen suhteen potilaiden ja heitä hoitavan tiimin välillä. On kehitettävä mm. jaettua hoitosuunnitelman tekemistä, sekä hoidon koordinoitua, joka sisältää eri asiantuntijat ja erikoissairaanhoidon. Hoidon kehittäminen vaatii innovatiivisia väyliä palvelujen saatavuudelle. Hoidon aikataulutusta tulee parantaa, hoidossa tulee käyttää yhteisöjen resursseja ja palveluja, sekä kiinnittää huomio erityisesti uudenlaiseen tiedonvälitykseen yksilön, perheiden ja hoitotiimien välillä. (Berwick - Nolan - Whittington 2008:761.)

Omahoito ja potilaan saama ohjaus, sekä opetus lisäävät keskeisesti potilaan vastuuta kroonisten sairauksien omasta hoidosta. Omahoidon tuki on tärkein Terveysshyötymallin elementti, joka näyttää tehostavan yksilöllistä toimintaa korostamalla ihmisen yksilön autonomiaa, lisäämällä yksilön kunnioitusta ja välttämällä sosiaalista diskriminaatiota, jotta he voivat olla oman itsensä hoitajia. Vastuu päätöksistä on hyvin informoidulla potilaalla. (Bodenheimer - Lorig - Holman - Grumbach 2002:2470, Patel - Parchman 2011:30, Walters - Adams - Nieboer - Bal 2012:6.)

Terveysshyötymallin mukaisesti potilaiden hoitoa tulisi parantaa sisällyttämällä hoitajat asiakasvastaavina potilaan hoidossa. Pitkäaikaissairauksien hallinta on pitkä prosessi, jossa etenkin hoitajalla on asiantuntijana suuri rooli. Hyödyntämällä Terveysshyötymallia hoitaja asiantuntija voi määrittellä, kehittää ja laajentaa omaa rooliaan organisaatiossa. Hän voi käyttää tilaisuutta hyväkseen sitouttamalla potilaat ja muut terveydenhuollon ammattilaiset suoritukseen terveyttä edistävään käytökselliseen muutokseen. (Lalonde - Goudreau - Hudon - Lussier - Therese - Duhamel - Belanger - Levesque - Martin 2012:739.)

Asiakasvastaavalla on mahdollisuus suunnitella kustannustehokasta, näyttöön perustuvaa ja vaikuttavaa hoitoa, jotka on sisällytetty keskeisiin Terveysshyötymallin elementteihin. Työ on sekoitus hoitoa ja hoidon koordinoitua. Hoitajan rooli edellyttää jatkuvuutta ja yhteistyötä muiden tiimin jäsenten kanssa, jotta voidaan saavuttaa optimaali-

sen tulokset potilaan hoidossa. (Lalonde - Goudreau - Hudon - Lussier - Duhamel – Belanger - Levesque - Martin 2012:738, Dorr - Wilcox - Burns - Bruncker - Narus - Clayton 2006:4.) Fokus hoidossa on ennaltaehkäisyssä, hoidon esteiden eliminoinnissa ja omahoidon tukemisessa. Nämä ovat olennaiset tekijät, joissa hoitaja asiantuntija voi avustaa potilasta päämäärätietoisesti hoidossa. (Watts - Gee - O`Day - Scaub-Lawrence - Aron - Kirsh 2008: 171- 172.)

Terveyshyötymallia hyödyntämällä siirretään terveydenhuollon organisaatiossa painopistettä sairauksien hoidossa proaktiivisuuteen ja sairauden pahenemisen ennaltaehkäisyyn. Viimeisten 20 vuoden aikana Terveyshyötymallin mukaista ajattelua on viety enemmän kroonisten sairauksien hoidosta kroonisten tilojen hoitoon ja sairauksien ennaltaehkäisyyn. Terveyshyötymalli on työkalu, joka johtaa etsimään ja keksimään ratkaisuja kroonisten tilojen hallintaan niin yksilön hoidollisissa tilanteissa kuin väestötasollakin. Sairauksien ennaltaehkäisyssä, kuten kroonisten sairauksien hoidossakin on samoja elementtejä, joihin voidaan näyttöön perustuen vaikuttaa Terveyshyötymallia käyttäen. (Hung - Rundal - Tallia - Cohen - Halpin - Crabtree 2007:70-71.)

Yhteenvedona voidaan todeta, että Terveyshyötymallin implementoinnin edellytyksinä korostuvat terveydenhuollon organisaatiossa yhdessä suunniteltu ja muotoiltu argumentointi muutostarpeelle. Tämä edellyttää vahvaa muutosjohtajuutta. Hyvä tiimityö ja vuorovaikutus ovat keskeisiä tekijöitä hoitoprosessin parantamisessa. Potilas tarvitsee hyvää omahoidon tukea kattavaa palveluvalikoimaa perusterveydenhuollossa. Tärkeimmät vaikutukset ovat potilaan tieto-taidon lisääminen, omahoitotaidot, hoitoon sitouttaminen ja aktivoiminen. Terveyshyötymallin käyttöönotto lisää potilaiden tyytyväisyyttä hoitoon ja työntekijöiden työtyytyväisyyttä.

Suomessa Terveyshyötymallia on käytetty yhä laajenevasti uudelleen organisoimaan perusterveydenhuollon resursseja. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissohjelman (Kaste 2012- 2015) keskeisiä tavoitteita olivat hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen ja palvelujen järjestämien asiakaslähtöisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012:18.) Yksi osa terveydenhuollon kehittämistä on Toimiva terveyskeskus – toimienpideohjelma ja Pitkäaikaissairauksien Terveyshyötymallin käyttöönotto terveyskeskuksissa. Koska mallin käyttöönotosta Suomessa on lyhyt aika, ei suomalaista tutkimusta ole vielä olemassa sen vaikutuksista terveydenhuollon tuloksiin ja tuottamaan terveyshyötyyn väestössä. Tulevaisuudessa Terveyshyötymallin implementaation vaikutuksista suomalaisessa terveydenhuollossa tulisi tutkia tarkemmin.

Lähteet

Berwick, Donald M. - Nolan, Thomas W. - Whittington, John 2008. The Triple Aim: Care, Health, And Cost. *Health Affairs* 27 (3). 759- 769.

Bodenheimer, T.- Wagner, E.H. - Grumbach, K. 2002a. Improving primary Care for Patients with Chronic Illness. *Journal of American Medical Association* (288). 1775-1779.

Bodenheimer, T. - Wagner, E.H. - Grumbach, K. 2002b. Improving primary Care for Patients With Chronic Illness, The Chronic Care Model, Part 2, *Journal of American Medical Association* (288).1909-1914. Bodenheimer, T- Lorig, Kate - Holman, Halsted – Grumbach, Kevin 2002. Patient Self-management of Chronic Disease in Primary Care. *Journal of American Medical Association* 288 (20).2469-2475.

DeVon, Holli A. - Block, Michelle E.- Moyle - Wrigth, Patricia - Ernst, Diane M.- Hayden Susan J.- Lazzara, Deborah J.- Savoy, Suzanne M.- Kostas-Polston, Elizabeth .2007. A Psychometric Toolbox for testing Validity and Reliability. *Journal of Nursing Scholarship* 39 (2) 155-164.

Dorr, David A.- Wilcox, Adam- Burns, Laurie- Bruncker, Cherie.P.- Narus, Scott.P.- Clayton Paul D.2006. Implementing a Multidisease Chronic Care Model in primary Care Using People and Technology. *Disease Management* 9(1). 1-14.

Duodecim -seura. Käypähoito. Verkkodokumentti. < <http://www.kaypahoito.fi>>. Luettu 20.4.2016

Epping-Jordan, J. E. - Pruitt S. D.- Bengoa, R.- Wagner E. H.2004. Improving the quality of health care for chronic conditions.*Quality Safe Health Care* (13).299-305.

Glasgow, R.E. - Nelson, Candace C.- Whitesides – King, Diane K.2005. Use of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) With Diabetic Patients, *Diabetes Care* 28 (11).2655-2661. Alkuperäistutkimus.

Green, Bart N. - Johnson, Claire D.- Adams Alan. 2006: Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. *Journal of Chiropractic Medicine*. 5(3).101-117.

Hroschikoski, Mary C.- Sohlberg Leif I.- Sperl-Hillen, JoAnn M.- Harper, Petr G.- McGrail, Michael P.- Crabtree, Benjamin F.2006: Challenges of Change: A Qualitative Study of Chronic Care Model Implementation. *Annals of Family Medicine* 4(4).317-326.

HTK-ohje2012.Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Verkkodokumentti <www.tenk.fi> Luettu 30.3.2016.

Hung, Dorothy Y-. Rundal,Thomas G.- Tallia, Alfred F.- Cohen, Deborah J .- Halpin Helen Ann – Crabtree, Benjamin F.2007. Rethinking prevention in Primary care: Applying the Chronic Care Model to Address Health Risk Behaviors. *A Multidisciplinary Journal of Population health and Policy* 85(1). 69-91.

Quality Improvement Collaboratives. Health Research and Educational Trust. 40(4).978- 996.

Piatt, Grethen A. - Orchard, TrevorJ.- Emerson, Sharlene - Simmons, David - Songer Thomas J. - Brooks, Maria M.- Korytkowski, Mary - Siminerio, Linda M.- Ahmad, Usman - Zgibor, Janice C.2006. Translating the Chronic Care Model Into the Community. *Diabetes Care* 29(4). 811-817. Alkuperäistutkimus.

Schaefer, Judith - Davis, Connie. Case management and the Chronic Care Model. *Lippincott's Case Management* 9(2). 96 -103.

Salminen, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. *Opetusjulkaisuja* 62, *Julkisjohtaminen* 4. Vaasa: Vaasan yliopiston julkaisuja

Solberg,Leif I. - Crain, Lauren A. - Sperl- Hillen ,JoAnn M. - Hroschowski, Mary C. - Engebretson, Karen I. - O`Connor, Patrick J. 2005.Care Quality and Implementation of the Chronic Care Model: A Quantitative Study. *Annals of Family Medicine* 4 (4).310-316.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma (Kaste) 2012- 2015, toimeenpanosuunnitelma. 2012. Helsinki. Sosiaali- ja Terveysministeriön julkaisuja 2012:1.

Wagner, Edward H. - Austin, Brian T.- Davis, Connie - Hindmasrsh, Mike - Schaefer, Judith - Bonomi, Amy.2001. Improving Chronic illness Care :Translating Evidence Into Action. *Health Affairs* 20 (6). 64 -78.

Walters, Bethany Hipple - Adams, Samatha .A - Nieboer, Anna.P. - Bal, Roland.2012. Disease management projects and the Chronic Care Model in action: baseline qualitative research. *BMC Health Services Research* (114).1-11.

Watts, Sharon A. – Gee, Julie - O`Day, Mary Ellen - Schaub, Kimberly - Lawrence, Renee- Aron, David - Kirsh, Susan .2009. Nurse practitioner-led multidisciplinary teams to improve chronic illness care: The unique strengths of nurse practitioners applied to shared medical appointments/group visits. *Journal of American Academy of Nurse Practitioners* (21) 171-172.

White, Pamela – Hall, Marilyn E. 2006. Mapping the literature of case management nursing. *Journal of Medical Library Association* 94(2). 99-106.

Whittington, John W. - Nolan, Kevin - Lewis, Ninon - Torres,Trissa 2015: Pursuing the Triple Aim: The First 7 Years. *A Multidisciplinary Journal of Population Health and Health Policy* 93(2).263-300.

Hakuprosessi

Hakupäivä	Tietokanta	Hakuvuodet	Hakutermit	Osumat	Sisään- otto
9.1.2016	Medic	1995-2016	Terveyshyötymalli ja perusterveydenhuolto	0	0
9.1.2016	Medic	1995-2016	Terveyshyötymalli ja PACIC	0	0
9.1.2016	Medic	1995-2016	Terveyshyötymalli ja ACIC	0	0
9.1.2016	Pubmed	1995-2016	CCM and Primary health care	182	22
9.1.2016	Pubmed	1995-2016	CCM and Primary health and patient assessment of chronic illness care	34	6
9.1.2016	Pubmed	1995-2016	CCM and Primary health care and assessment of chronic illness care	36	5
24.1.2016	Ebsco Cinahl	1995-2016	CCM and Primary health care	15	4
24.1.2016	Ebsco Cinahl	1995-2016	CCM and Primary health care and patient assessment of chronic illness care	54	9
24.1.2016	Ebsco Cinahl	1995-2016	CCM and Primary health care and assessment of chronic illness care	11	0

Kvalitatiivisten artikkelien arviointi

Artikkeli	Otsikko	Esittely	Metodit esitelty	Keskustelu	Rajoitukset yleistettävyydelle	Johtopäätökset	Tunnustukset	Lähteet	Muuta
Lalonde Lyne- Goudreau, Johanne-Hudon Eveline- Lussier Marie-Therese - Duhamel Fabie Belanger Dan- ielle, Levesque Liese - Martin Elisabeth- Group for TRANSIT to Best practices in Cardio- vaskular Disease prevention in Primary Care 2012	+	+	+	+	+	+	+	+	
Hipple Walters Bethany. - Adams Samatha .A.- Nieboer Anna.P.- Bal Roland.2012.	+	+	+	+	-	+	+	+	
Watts S.A.- Gee Julie, O'Day Mary Ellen-Lawrence Renee- Aron D.- Kirsh S.2009	+	+	+	+	-	-	-	+	
Hrosikoski Mary C.- Sohlberg Leif I.- Sperl-Hillen JoAnn M.- Harper Petr G.- McGrail Mi- chael P.- Crabtree Benjamin F.2006	+	+	+	+	-	+	+	+	
Dorr David.A.- Wilcox Adam.- Burns Laurie- Brunker Cherie.P.- Narus Scott.P.- Clayton Paul.D.2006	+	+	+	+	-	-	+	+	

Kvalitatiivisten artikkelien arviointi Green BN.- Johnson CD.- Adams A. 2006 mukaan.

Kvantitatiivisten artikkelien arviointi

Artikkeli	Käsitteellinen pätevyys	Rakenteellinen pätevyys	Kriteerillinen pätevyys	Luotettavuuden stabiiletti	Equivalenssi	Tulokset
Noel Polly H, Parchman Michael L, Pal- mer Ray F- Romero Raquel L-Leykum Luci K- Lanham Holly J, Zeber John E- Bowers Krista W 2014	+	+	+	+	+	CCM:n implementoinnissa organisaatioon ei oteta huomioon potilaan omaa kokemusta saamastaan hoidosta.
Noel Hitchcock Polly - Lozano Romero Raquel.- Robertson Michaela.- Parchman Mi- chael L .2014	+	+	+	+	+	Implementaatio ja hoidon laadun parantaminen vaatii CCM:n mukauttamista paikalliseen kulttuuriin, potilas aineistoon ja resursseihin
Van Lieshout Jan- Goldfracht Margalith- Cam- pell Stephen- Ludt Sabine- Michel Vens- ing.2011	+	+	+	+	+	Perusterveydenhuollon vaikuttavuutta tulisi parantaa implementoimalla CCM
Patel Neela K.- Parchman Mi- chael L. 2011	+	+	+	+	+	Organisaation uudelleen organisointi johtaa parempaan potilaan hoitoon ja hoitotuloksiin
Ohman Strick- land pamela A.- Hudson Shawna V.- Piasecki Ali- cia-hahn Karissa- Cohen Deporah- OrzanoJohn- Parchman Michael L. Crat- bree benjamin 2010.	+	+	+	+	+	CCM implementaatiota tulee harkita korkealuokkaisen hoidon monimuotoisuuden kehittämisessä.

Artikkeli	Käsitteellinen pätevyys	Rakenteellinen pätevyys	Kriteerillinen pätevyys	Luotettavuuden stabiiliteetti	Equivalenssi	Tulokset
Hung, Dorothy Y- Rundal Thomas G.- Tallia Alfred F.-. Cohen, De- porah J.- Halpin Helen Ann- Crab- tree Benjamin F.2007	+	+	+	-	-	CCM saattaa tarjota hyödyllisen viitekehyksen terveysriskien osoittamisessa
Piatt Grethen A- Orchard Trevor J.-Emerson Sharlene- Simmons David- Songer Thomas J-Brooks maria M.-Korytkowski Mary-Siminerio linda M.-Ahmad Usman-Zgibor Janice C.2006.	+	+	+	+	+	CCM:n implementaatiolla on näyttöä potilaan diabeteksen hoidon parempina tuloksina.
Pearson Marjorie L.- Shinyi Wu- Schaefer Judith- Bonomi Amy E.- Shortell, Stephen M.- Mendel, Pe- ter J:- Marsteller Jill A.-Louis Thomas A.- Rosen Mayde- Keller Emmett B. 2005	+	+	+	+	+	Terveydenhuollon organisoinnin tavoitteellinen muutos saattaa lisätä hoitoprosessin ja hoidon tuloksia.
Solberg Leif I- Crain Lauren A.- Sperl- Hillen JoAnn M- Hroscikoski Mary C- Engebretson Karen I- O'Connor Patrik J. 2005	+	+	+	-	-	CCM:n implementointi saattaa nostaa hoitavan henkilökunnan tieto-taitoa ja tietoisuutta kroonisista sairauksista.

Kvantitatiivisten artikkelien arviointi Block Michelle E.-Devon Holli A.- Ernst Diane M-Hayden Susan J.- Kostas- Polston Elisabeth -Lazzara Deborah J.- Savoy Suzanne M. 2007 mukaan.