

PITKÄAIKAISSAIRAIDEN OMAHOITOMALLI

Omahoitomalleista selkeyttä pitkäaikaissairaiden hoitoon

Maria Salminen
Opinnäytetyö, syksy 2011
Diakonia ammattikorkeakoulu
Diak etelä Helsinki
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Salminen, Maria. Pitkäaikaissairaiden omahoitomalli: omahoitomalleista selkeyttä pitkäaikaissairaiden hoitoon. 57 s., 2 liitettä. Helsinki, syksy 2011. Diakoniamattikorkeakoulu, Diak Etelä Helsinki. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Tämä opinnäytetyö on kirjallisuuskatsaus ja sen analysointi. Opinnäytetyön tarkoituksena on kertoa HyväHoito hankekokonaisuudessa, Espoon omahoitohankkeessa kehitetystä Pitkäaikaissairaanhoidon mallista ja tieteellisten artikkeleiden avulla tuoda ilmi, millaisia kroonisesti sairaan hoitomalleja on kansainvälisesti perusterveydenhuollossa käytössä. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä sairaanhoitajien ja muiden hoitoalalla työskentelevien ammattilaisten tietoisuutta pitkäaikaissairauksien hoidosta perusterveydenhuollossa ja pitkäaikaissairaiden hoitoon kehitetyistä hoitomalleista.

Tutkimuksen kirjallisuus kerättiin hakemalla tieteellisiä artikkeleita Medic, EBSCO ja Cinahl tietokannoista, koska sieltä löytyy hoito- ja terveystieteiden aineistoja. Lisäksi tein manuaalista hakua. Lopullinen aineisto koostui 14 sisäännottokriteerit täyttäneestä artikkelista vuosilta 2001–2009. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.

Kirjallisuuskatsauksen avulla löytyi useita pitkäaikaissairaiden hoitoon kehitettyjä hoitomalleja.

Kirjallisuuskatsaus osoitti, että pitkäaikaissairaiden hoito on jäänyt kansainvälisesti akuuttihoitoon jalkoihin. Pitkäaikaissairaiden hoitoa parantamaan on kehitetty paljon hoitomalleja ja lisäksi pitkäaikaissairaiden hoidon parantamiseksi on tehty paljon parannuksia, mutta paljon on vielä parannettavaa.

Asiasanat: omahoito, hoitomallit, perusterveydenhuolto, krooniset sairaudet

ABSTRACT

Salminen, Maria

The chronic disease self-management program.

57 p., 2 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Autumn 2011.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Program in Nursing. Degree: Nurse.

This thesis is a literature review of the Hyvä-Hoito project, which is a self-care model developed for chronic care patients in Espoo. The aim of the study was also to illustrate via scientific publications what kind of care models are in use for chronic care patients in primary health care.

The main goal of the thesis was to increase nurses' understanding and awareness of chronic disease self-management programs in primary health care.

The literature used in the study was gathered from Medic and EBSCO, Cinahl databases. The end result was formed from 14 studies fulfilling the selected criteria, one criterion being evidence-based articles published during 2001 to 2009. The material was analyzed by content analysis.

The greatest primary health care challenge today is meeting the complex needs of patients with chronic conditions and although the starting point was that care of chronic patients had not developed as fast as acute care, the results showed that chronic patients' care had developed much, especially during the last years in the research material.

Keywords: self-care, models, primary health care, chronic disease management

SISÄLLYS

JOHDANTO	6
2 HYVÄHOITO HANKEKOKONAISUUDESSA KEHITETTY PITKÄAIKAISSAIRAAN OMAHOITOMALLI	8
2.1 Espoon pitkäaikaissairaiden hoitomalli ja sen tueksi kehitetyt välineet	9
2.1.1. Omahoidon tuki.....	12
2.1.2. Palvelukonsepti.....	13
2.1.3 Päätöksenteontuki ja tietojärjestelmät.....	14
2.1.4 Sähköinen asiointi.....	15
2.2 Hoitajan työn kuvaus Espoon hoitomallissa	17
2.3 Omahoitohankkeissa käytetyt termit.....	20
3 SYSTEMAATTINEN KIRJALLISUUSKATSAUS.....	23
3.1 Kirjallisuuden haku ja valinta	23
3.2 Aineiston analyysi.....	25
4 TUTKIMUKSEN TULOKSET	28
4.1 Wagnerin Chronic Care Model, Terveystyömalli.....	29
4.1.1 Community Resources and Policies / Yhteisöjen linjaukset, voimavarat ja toimijat	31
4.1.2 Health Care Organization / Palvelutuottaja	31
4.1.3 Self-management support / Omahoidon tuki.....	31
4.1.4 Delivery System Design / Palveluvalikoima	32
4.1.5 Decision support / Päätöksentuki.....	32
4.1.6 Clinical Information systems / Kliiniset tietojärjestelmät	33
4.2 Kaiser Permanente, hoidon pyramidi	33
4.3 The Chronic Disease Self-management Programme CDSMP	35
4.4 The Indiana Chronic Disease Management Program ICDMP	36
5 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUDEN ARVIOINTI.....	37
6 TUTKIMUKSEN EETTISYYS.....	39

7 POHDINTA JA KEHITTÄMISHAASTEET	40
7.1 Opinnäytetyön hyöty.....	40
7.2 Oma opinnäytetyöprosessi ja ammatillinen kasvu.....	41
7.3 Kehittämishaasteet.....	45
 LÄHTEET	 46
 LIITTEET	 50
 LIITE 1: Kirjallisuuskatsauksen artikkelit	 50
LIITE 2: Espoon Omahoitolomake	

JOHDANTO

Väestö vanhenee ja palvelujen tarve kasvaa, mutta perusterveydenhuollon talous- eikä henkilöstöresurssit kasva samassa suhteessa. Useat potilaat ovat moni sairaita ja heidän hoitonsa voi olla siroitetuna useisiin eri terveydenhuollon yksiköihin. Jokaiselle moni sairaalle ja paljon terveydenhuollon palveluita käyttävälle ihmiselle tulisi yleisten hoito-ohjeiden lisäksi tehdä oma hoitosuunnitelma. Hoitosuunnitelmaan kirjataan tarkkaan yksilölliset hoitotavoitteet niin, että potilas itse ymmärtää ne ja motivoituu ottamaan vastuuta omasta hoidostaan. (Heinänen, Lehtovuori & Saarelma 2010, 27-29.)

Yleisesti potilaiden akuuttien oireiden hoito ja akuutit huolet ovat syrjäyttäneet potilaiden kroonisten sairauksien hoitamisen. Terveydenhuoltojärjestelmämme on suunniteltu akuuttihoitoon, eikä kroonisten sairauksien hallintaan. Potilaita ei ole asiaankuuluvasti ja riittävästi opetettu hoitamaan/hallitsemaan omia sairauksiaan. Käynnit ovat lyhyitä ja niillä tehtävä lyhyt suunnitelma tehdään varmistukseksi vain akuutit ja krooniset tarpeet. Liian usein kroonisten sairauksien hoito on vain tietämättömän passiivisen potilaan ja valmistautumattoman hoitotiimin välistä kanssakäymistä, jonka lopputulos on turhauttava ja riittämätön potilaskäynti. (Heinänen ym. 2010, 28.)

Pitkäaikaissairaiden hoitoon on kuitenkin alettu kiinnittämään enemmän huomiota ja hoidon painopiste on muuttumassa yhä enemmän potilaslähtöiseksi omahoidon tukemiseksi. On havaittu, että yksisuuntainen tiedon siirto ja hoitopäätöksen tekeminen potilaan puolesta eivät aina johda toivottuun tulokseen. Väestön voimaantuminen ja aktiivisuuden lisääntyminen oman terveytensä edistämiseksi on maailmanlaajuinen suuntaus, jota pidetään voimavarana terveydenhuollon kehittämisessä. Omahoito, joka sisältää sekä elämäntavat että sairauden hoidon, on potilaslähtöinen toimintatapa. Siinä potilas suunnittelee ammattihenkilön tuella pitkäaikaissairauteensa hoidon, jota hän toteuttaa ja josta hän ottaa vastuun. Ammattihenkilöt joutuvat arvioimaan uudelleen omat asenteensa ja toimintatapansa edistäessään potilaiden omaa aktiivisuutta, päätöksentekoa ja vastuuta hoidostaan. (Heinänen ym. 2010)

Tekesin FinnWell-ohjelmassa on ollut vuosina 2006–2009 valtakunnallinen pitkäaikaissairauksien omahoidon hankekokonaisuus nimeltä HyväHoito, jossa ovat olleet mukana Espoon, Oulun ja Turun kaupungit sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, HUS. Organisaatiot kehittivät omissa hankkeissaan ja yhteistyössä kansalaislähtöisiä toimivia menetelmiä ja palveluprosesseja, jotka vastaavat entistä paremmin pitkäaikaissairauksien ehkäisyyn ja tulokselliseen hoitoon. Kehittämistoiminta perustui siihen, että menetelmät ovat hyödynnettävissä myös laajemmin. (Suurnäkki 2009, 6).

Opinnäytetyöni tarkoituksena on kertoa HyväHoito hankekokonaisuudessa Espoon omahoito hankkeessa perusterveydenhuoltoon kehitetystä kroonisesti sairaiden hoitomallista ja esitellä lyhyesti kirjallisuuskatsauksen avulla löytämiäni kroonisesti sairaan hoitomalleja. Lisäksi opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä hoitotyön opiskelijoiden ja valmiiden hoitajien tietoisuutta pitkäaikaissairaiden hoitoon luoduista hoitomalleista. Opinnäytetyöni tutkimuskysymys on: Millaisia pitkäaikaissairaiden hoitomalleja löytyy kansainvälisesti?

Espoon omahoito hankkeesta kuulin heidän projektityöntekijältään ja sain osin olla mukana seuraamassa hankkeen edistymistä. Mielenkiintoni pitkäaikaissairaiden hoidon kehittämiseen perusterveydenhuollossa kasvoi ja syntyi idea tehdä opinnäytetyö kartoittamaan erilaisia pitkäaikaissairaiden omahoitomalleja perusterveydenhuollossa. Aihe on ajankohtainen ja ansaitsee kaiken mahdollisen huomion.

2 HYVÄHOITO HANKEKOKONAISUUDESSA KEHITETTY PITKÄAIKAISSAIRAAN OMAHOITOMALLI

Tässä opinnäytetyössä kerron tarkemmin HyväHoito hankekokonaisuuteen kuuluneesta Espoon Omahaito –kehittämishankeesta, joka toteutettiin 1.9.2005-28.2.2010. Tavoitteena oli yhtenäistää ja parantaa perusterveydenhuollon pitkäaikaissairauksien (astma, tyypin 2 diabetes, sepelvaltimo- ja verenpainetauti sekä reuma) hoitoprosessia, jotta potilaat saisivat heille parhainta hoitoa ja tukea omatoimiseen hoitoon. Hankkeen tavoitteena oli myös ehkäistä pitkäaikaissairauksien kehittymistä vakavammiksi lisäsairauksiksi, terveydenhuollon resurssien suuntaaminen tarkoituksenmukaisemmin ja pitkäaikaissairaiden potilaiden parempi hoito. Huomiota haluttiin erityisesti kiinnittää moni ammatilliseen yhteistyöhön, potilaiden omahoidon tukemiseen ja vastaanottojen prosessien muuttamiseen pitkäaikaissairauksien suunnitelmallista hoitoa tukevaksi. (Heinänen 2010, Suurnäkki 2010, Elonheimo 2010.)

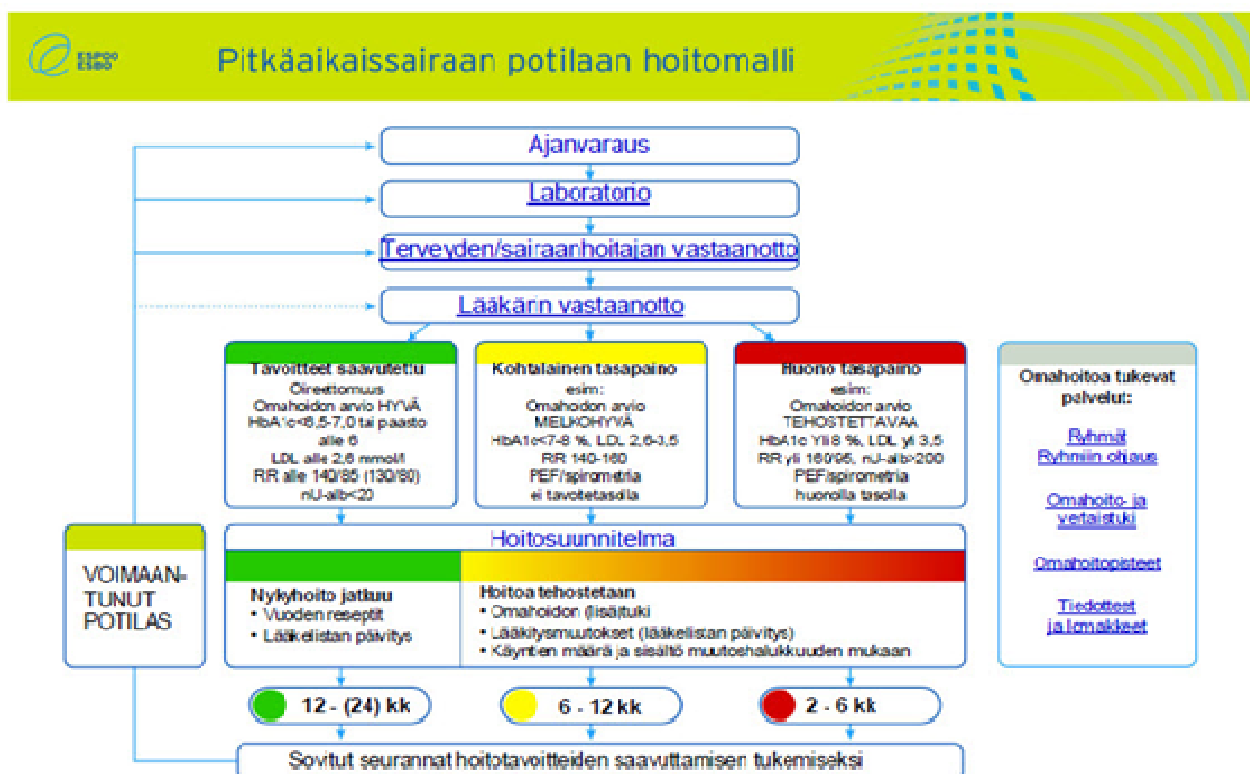
Omahoitohankkeen taustalla vaikuttivat ennusteet pitkäaikaissairauksien ja erityisesti tyypin 2 diabeteksen jopa räjähdysmäinen lisääntyminen Suomessa, mikä luo paineita erityisesti perusterveydenhuoltoon. Sairauden ehkäisyllä, varhaisella diagnosoinnilla ja ajoissa aloitetuilla hoidoilla voidaan kuitenkin estää taudin kehittyminen pahemmaksi. Ihmisen omalla toiminnalla ja elintavoilla on perintötekijöiden ohella suuri vaikutus pitkäaikaissairauksien syntymiseen, joten terveydenhuollon toiminnan tulisi tukea potilaan omahoitoa ja voimaantumista. Olennaisia asioita hoidon onnistumisen suhteen ovat potilaan aktiivinen osallistuminen hoidon suunnitteluun ja toteutukseen, omasta terveydestä huolehtiminen, sekä moni ammatillinen yhteistyö. Yhteistyön tulisi jatkua myös yli organisaatorajojen kuten esimerkiksi erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. (Suurnäkki 2010, 8.)

2.1 Espoon pitkäaikaissairaiden hoitomalli ja sen tueksi kehitetyt välineet

Espoon omahoitohankkeessa kehitettiin perusterveydenhuoltoon uusi asiakaslähtöinen omahoitomalli pitkäaikaissairaille. Hoitomalli sisältää yhtenäiset toimintakäytännöt työkaluineen ja sen ansiosta kuntalainen saa omien elintapojensa parantamiseen ja terveyden hoitamiseen laadukkaita palveluja, jotka mahdollistavat aktiivisen pitkäaikaissairauksien omahoidon ja omasta terveydestä huolehtimisen sekä sitouttavat potilasta paremmin omahoitoon. Perusterveydenhuollon prosesseihin malli toi systemaattiset toimintakäytännöt, jotka mahdollistavat kuntalaisten yhdenmukaisen palvelun terveysasemasta ja työntekijästä riippumatta. Toimintaprosessien jäntevoittäminen helpottaa myös yksittäisen työntekijän työtä ja uuden työntekijän perehdyttämistä. Toimintatapojen yhtenäistäminen tehostaa myös työn tuottavuutta. Siten terveydenhuollon resursseja pystytään hyödyntämään ja kohdentamaan tarkoituksenmukaisemmin. (Leppäkoski, Pellikka & Suurnäkki 2010, 27-45.)

Espoon hoitomallin lähtökohtana on potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisten tiimityö. Keskeisenä tavoitteena on voimaantunut ja omaa terveyttä aktiivisesti edistävä potilas. Heti terveysaseman ajanvarauksesta potilas ohjataan suunnitelmallisen hoitomallin mukaan. Potilaan kokonaistilanne arvioidaan yksilöllisen tarpeen mukaan säännöllisesti, vähintään 1-2-vuoden välein, vuosikäynnillä sairaan- tai terveydenhoitajan ja lääkärin vastaanotolla. Ennen hoitajan vastaanotolle tuloa potilaat käyvät suunnitellusti laboratoriokokeissa, jotta tulokset ovat käytettävissä jo vastaanotolla. Hoitajan ja lääkärin välinen työnjako vuosikäynneillä on selkeästi määritelty ja vuosikäynneillä käsitellyt asiat kirjataan yhteisesti sovitun käytännön mukaan. Systemoitu kirjaamiskäytäntö vähentää hoitajan ja lääkärintyön päällekkäisyyttä ja helpottaa potilaan asioiden käsittelyä. Hoitajan vastaanotolla kartoitetaan potilaan kokonaistilanne, omahoidon toteutuminen, tiedon ja tuen tarve. Lääkärillä on päävastuu hoidon kokonaisarviosta. Yhdessä potilaan kanssa täydennetään seuraavaan seurantakäyntiin ulottuva hoitosuunnitelma, joka sisältää hoitajakäynnillä sovitun omahoidon suunnitelman, tarpeelliset lääkitysmuutokset sekä tutkimus- ja konsultaatiokäynnit. (Suurnäkki 2010, 36.)

KUVA 1. Pitkäaikaissairaana potilaan hoitomalli



(Espoon omahoitohanke, loppuraportti 2010)

Hoitomalli on ollut käytössä koko Espoossa vuodesta 2008 lähtien. Se tukee sekä potilaan toimintaa, että koordinoi ja järjestyttää suunnitelmallisesti hoitotiimin toimintaa. Hoitomalli edellyttää sekä ammattilaisilta että potilailta uudenlaista ajattelu- ja toimintatapaa. Hoito lähtee potilaista ja ammattilainen ei ole pelkästään hoitotoimenpiteitä suorittava osapuoli, vaan myös potilaan omahoidon tukija, valmentaja. Tavoitteena on muuttaa potilaan ja ammattilaisen välinen perinteinen auktoriteettisuhde valmennussuhteeksi, jossa potilas on avainpelaaja ja ammattilaisen toiminta on vain yksi pieni osa sairauden hoitoa. (Suurnäkki 2010, 36.)

TAULUKKO 1. Espoossa hoitomallin tueksi kehitetyt välineet

Omahoidon tuki	// omahoitolomake // omahoidon tukeminen vastaanotokäynneillä // ryhmätoiminta // terveysasemien omahoitopisteet // omahoidon verkkosivut
Palvelukonsepti	// seurantamalli // sähköinen asiointi // hoitotuloksiin perustuvat kannusteet (tulospalkkiot)
Päätöksen tuki	// seurantamallin sähköinen versio // linkit keskeisiin paikallisiin ja valtakunnallisiin tietokantoihin // Duodecimin päätöksentukiskriptit
Tietojärjestelmät	// sopimukset potilaskertomuksen käytöstä ja hoitosuunnitelman kirjaamisesta // potilaskertomusfraasit // sähköinen asiointi

2.1.1. Omahoidon tuki

”Espoon omahoitomallissa omahoidon tuen tavoitteena on ollut omahoitokirjallisuudessa iskulauseena jo pitkään ollut ”put patient in the driver`s seat” (Heinänen ym. 2010, 28). Tämä merkitsee uudenlaista ajattelua sekä potilaiden, että ammattilaisten kohdalla.” Potilas on itse oman elämänsä asiantuntija, joten hänelle tulee tarjota välineitä ja kaikki mahdollinen tuki, jotta potilas ymmärtää omahoidon merkityksen pitkäaikaissairautensa hoidossa. Terveystieteiden ammattilaisille suurin muutos on taas se, että heidän tehtävä on tukea ja kannustaa potilasta, eikä vain ylhäältä antaa määräyksiä. (Heinänen ym. 2010, 28.)

Hankkeen yksi tärkeimmistä omahoidon työkaluista on hakkeessa kehitetty omahoitolomake (Liite 2), jonka potilas täyttää kotona ennen ensimmäistä hoitajan vastaanottoa. Omahoitolomaketta täyttäessään potilas arvioi omia elintapojaan, kykyään omahoitoon ja mahdollisuuksiaan vaikuttaa sairauden kannalta merkittäviin elintapoihin. Hoitajan vastaanotolla omahoitolomake käydään keskustelemalla lävitse ja paneudutaan niihin asioihin, jotka potilaan kannalta ovat tärkeitä. Lomake toimii keskustelun avaajana, muistuttajana ja potilas on jo ennalta pohtinut omalta kohdaltaan tärkeitä asioita. Hoitaja merkitsee kaikki esille tulleet omahoitoon liittyvät asiat ylös potilaan potilaskertomukseen, joten kaikki on nähtävissä seuraavalla lääkärin tai hoitajan vastaanotolla ja näin hoidossa on jatkumo ja moni ammatillisen hoitotiimin ja helppo tukea jo esiin nostettuja aiheita. (Heinänen ym. 2010, 28.)

Espoon omahoitomallissa panostetaan paljon omahoitoa tukeviin kursseihin ja ryhmiin, jotka ovat merkittävä osa omahoidon tukea. Kehittämishankkeessa ryhmätoiminta järjestettiin Espoossa suunnitelmallisesti koko kaupungin mitassa. Näin toiminta saatiin jatkuvaksi ja erilaisia tarpeita palvelevaksi. Malliin kuuluu säännöllisesti järjestettävät ryhmät sairauksien ensitietoa varten, sydänsairaille, diabeetikoille, kokonaisremonttia elämäntapoihinsa haluaville ja painonhallintaan keskittyville. Tiedot ryhmistä ovat Espoon verkkosivuilla kaikkien vapaasti saatavilla. (Heinänen ym. 2010, 28.)

Omahoidon tueksi hankkeen aikana laadittiin myös Espoon kaupungin omahoito nettisivut (www.espoo.fi/omahoito), jotka sisältävät linkkejä valtakunnallisten asiantuntijoiden artikkeleihin sekä tietoja kuntalaisille tarjolla olevista palveluista. Lisäksi terveysasemille järjestettiin omahoitopisteitä, joissa kaupunkilaiset voivat punnita itsensä, seurata verenpainettaan, mitata vyötärönympäryksen, sekä lukea asiantuntijoiden laatimia aineistoja terveyden edistämiseksi joko omahoitopisteessä olevista kansioista tai omahoidon verkkosivuille yhteydessä olevalta tietokoneelta. (Leppäkoski 2010, 39-40.)

2.1.2. Palvelukonsepti

”Jo vähäisetkin selvitykset pitkäaikaissairaiden hoitopoluista osoittivat todeksi ”akuuttisairaanhoidon tyrannian” pitkäaikaissairaiden hoidossa.” (Heinänen ym. 2010, 29). Potilaat ovat voineet käydä vastaanotoilla 5-6 kertaa akuuttien oireiden takia, mutta kukaan ei ole kiinnittänyt mitään huomiota heidän pitkäaikais-sairauksiin. Tähän ongelmaan Espoon omahoitomallissa lähdettiin hakemaan ratkaisua kehittämällä suunnitelmallinen moni ammatillisen toiminnan malli. Hoitomalli perustuu suunnitelmallisiin seurantakäynteihin, yhtenäiseen hoitosuunnitelmaan ja moni ammatilliseen yhteistyöhön, jossa kaikille terveydenhuollon ammattilaisille on kehitetty toisiaan täydentävät tehtävät. Uusi suunnitelmallinen hoitomalli luo nyt edellytykset sille, että potilas tulee kokonaisvaltaisesti hoidettua. (Heinänen ym. 2010, 29.)

HyväHoito hankkeen alla Helsingissä oli jo kehitelty uutta hoitomallia ja Espoossa heidän mallia muokattiin sähköiseen muotoon. Sähköistä ohjelmaa kehiteltiin hankkeessa niin, että ammattilaisen käydessä vastaanotolla lävitse tiettyjä asioita, sairauksia ym. potilaan kanssa, niin hänelle tulee automaattisesti näytölle tarpeellisia linkkejä ja tietoja näyttöön perustuvista hoitosuosituksista ja paikallisista palveluista. Intranetissä oleva hoitomalli on siis toimiva tietopaketti ja oiva perehdytysväline uusille työntekijöille ja niille jotka eivät ole mallia ennen käyttäneet. (Heinänen ym. 2010, 29-30.)

Aina kun luodaan jotain uutta tai muutetaan vanhaa, niin henkilökunta täytyy kouluttaa perehdyttää ja sopia yhteisistä toimintasuunnitelmista. Uudessa toimintasuunnitelmassa pysyminen vaatii usein myös toistoa ja seurantaa, jotta henkilökunta pitää kiinni yhteisestä palvelumallista. Espoossa luotiin uudet mallit myös perehdytykseen, koulutukseen ja seurantaan kehitettiin toiminnan sisällön ja lopputulosten mittarit, joiden mukaan tulospalkkaus määräytyy. (Hemminen, Leppäkoski, Lommi, Saarelma & Siefen 2008, 4444.)

2.1.3 Päätöksenteontuki ja tietojärjestelmät

”Tietokoneavusteinen päätöksenteon tuki eli päätöksentuki tarkoittaa terveydenhuollossa järjestelmiä, jotka antavat hoitavalle ammattihenkilölle potilaskohdaisia neuvoja ja joiden tavoitteena on parantaa käytäntöjä tai estää hoitovirheitä. Potilaskertomukset ovat monesti laajoja, eikä sähköinen kertomusjärjestelmä sellaisenaan välttämättä auta tiedonhallinnassa ja tarpeellisen tiedon löytämisessä. Päätöksentuen avulla voidaan potilaan taustatiedoista ja laboratoriolöydöksistä nostaa esiin kussakin tilanteessa oleellimmat asiat.” (Kaila, Komulainen, Kunnamo, Mäntyranta & Varonen 2006, 1174).

Pitkäaikaissairaiden hoitomallissa sähköisessä muodossa oleva seurantamalli edesauttaa täsmällisen tiedon saamista vastaanoton aikana, koska Espoossa pilotoitiin hankkeen aikana uusi Efficapotilastietojärjestelmään integroitu päätöksentukijärjestelmä. Uusi päätöksentukijärjestelmä käyttää hyväkseen Duodecimissa kehitettyjä päätöksenteon tuki algoritmeja, jotka ovat huomioita vastaanotolla olevan potilaan tietojen perusteella. Toimiva päätöksenteon tuki edellyttää, että potilastietojärjestelmään on kattavasti dokumentoitu kaikki päätöksentekoon vaikuttavat asiat, joita ovat esimerkiksi diagnoosit, lääkitys ja elämäntavat. (Heinänen ym. 2010, 29.)

Terveydenhuollossa potilaan hoidosta vastaa moni ammatillinen tiimi, joten tiedon siirrossa sähköinen potilastietojärjestelmä on välttämätön. Pelkällä potilastietojärjestelmällä ei itsessään koordinoitua hoitoa saavuteta, ellei ole sovittu yhtei-

sistä säännöistä kirjaamisen ja sähköisen järjestelmän käytön suhteen. Espoossa Effica-järjestelmään laadittiin fraaseja helpottamaan ja yhtenäistämään hoitovastaanoton kirjaamista. Lisäksi sovittiin mitä eri ammattilaisten vastaanotolla tulisi tapahtua ja kuinka kaikki kirjataan. Keskeisin väline kirjaamisessa on kuitenkin itse hoitosuunnitelma, joka tulee laatia huolellisesti ja sen tulisi olla yhteinen niin terveydenhuollon eri ammattilaisille kuin myös potilaille. Potilas tulisi ottaa aktiivisena mukaan oman hoitosuunnitelmansa tekoon ja hänen tulisi saada se kirjallisena myös mukaan, jotta kaikki hoitoon osallistuvat osaavat toimia saman hoitosuunnitelman mukaan. (Heinänen ym. 2010, 29.)

2.1.4 Sähköinen asiointi

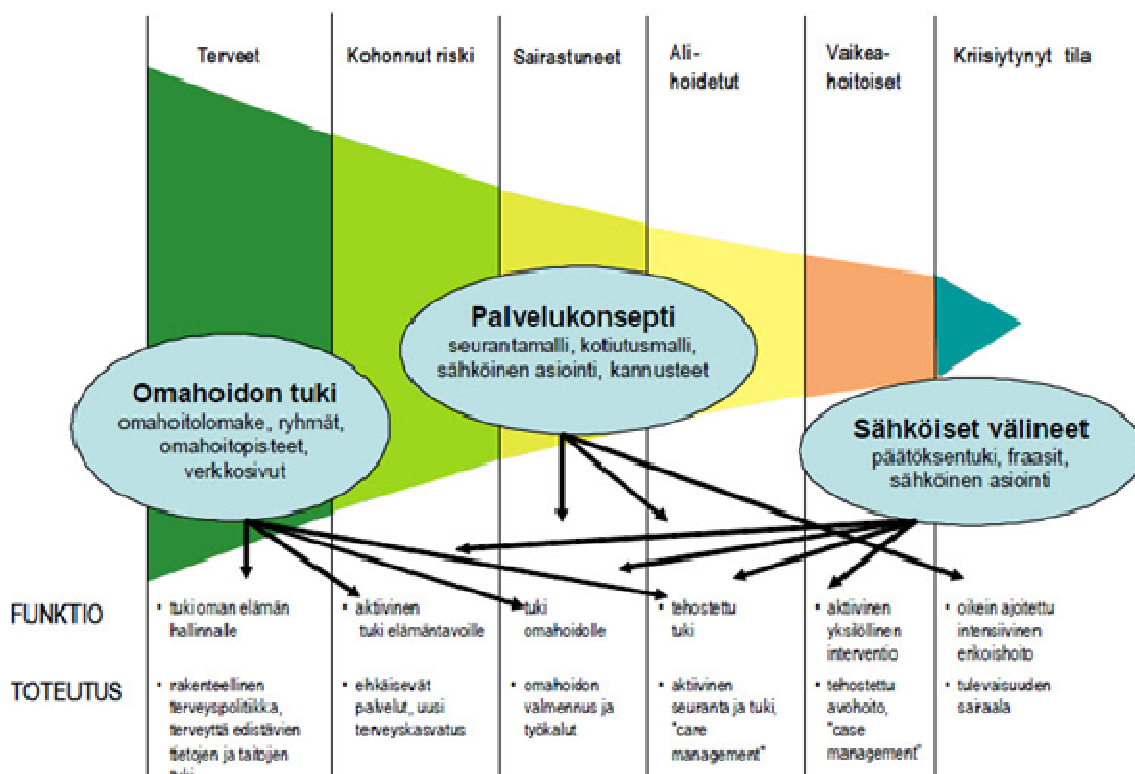
Uusien toimintaprosessien ja tietojärjestelmien kehittämisen lisäksi Espoon Omahoitohankkeessa kehitettiin sähköistä asiointia. Sähköisen asiointin kehittämisen tavoitteena oli saada siirrettyä osa vastaanotoilla ja puhelimessa tapahtuvasta vuorovaikutuksesta Internetiin. Sähköisellä asiointilla parannettiin potilaiden ja työntekijöiden ajankäyttöä. Potilaiden omahoito helpottuu, koska sähköinen asiointi tarjoaa heidän käyttöönsä hoitoa tukevia dokumentteja, hoitosuunnitelman sekä mahdollisuuden nähdä kotoa käsin omat laboratoriotulokset ja niiden kommentit. (Heinänen ym. 2010, 29-30.)

Sähköisessä potilasjärjestelmässä sijaitsevaan omaan terveystiedostoon potilas pääsee kirjautumalla vahvaa tunnistusta käyttäen. Terveystiedostosta potilas löytää oman hoitosuunnitelmansa, perussairaudet, tiedot lääkityksestään ja sieltä voi käydä katsomassa omat laboratoriotulokset ammattilaisten kommentoimina. Järjestelmän avulla potilas voi olla yhteyksissä omahoitajaan tai lääkäriin. Palvelun kautta voi lähettää kysymyksiä, omaseurannan tuloksia ja saada hoitotililtä vastauksia ja hoito-ohjeita. ”Kokemukset terveystiedoston käytöstä ovat pääasiassa positiivisia. Käyttäjien määrä on vähitellen lisääntynyt ja sähköinen asiointi on korvannut puhelin- ja vastaanottokäyntejä. Sähköisen asiointin hyöty tulee esille silloin, kun on kyse yksinkertaisista hoidon seurantaan liittyvistä ti-

lanteista, kuten laboratoriovastauksien tulkinnasta.” (Heinänen ym. 2010, 29-30.)

Hankkeen lopputuloksena Espoossa on nyt uudenlainen potilaan omahoitoa aktiivisesti tukeva hoitomalli. Terveysasemille on saatu luotua yhtenäiset toimintatavat ja hoitoa tukevat työkalut pitkäaikaissairauksia sairastavien potilaiden hoitoon. Hoitomalli tuo selkeämmin esille potilaan roolin ja vastuun omahoidossa ja selkiyttää terveydenhuollon ammattilaisten (hoitajat ja lääkärit) välistä työnjakoa. Omahoito on merkittävä osa sairauden hoitoa ja ennaltaehkäisyä. Hoidon tulosten kannalta tiimityö on tärkeää: potilas on hoitotiimin tasavertainen jäsen ja yhdessä potilaiden kanssa laaditaan yksilöllinen hoitosuunnitelma. Tavoitteena on pitkäaikaissairauksien hoitotasapainon paraneminen ja sairastumisriskissä olevien kuntalaisten terveenä pysyminen. (Suurnäkki 2010.)

KUVA 2. Kaavio hoitomallin tueksi kehitetyistä välineistä



(Espoon omahoitohanke, loppuraportti 2010)

2.2 Hoitajan työn kuvaus Espoon hoitomallissa

Espoon pitkäaikaissairauksien hoitomalliin mukaan otetut sairaudet olivat astma, tyypin 2 diabetes, sepelvaltimo- ja verenpainetauti sekä reuma. Sepelvaltimotautipotilaiden osalta mallin kehittäminen alkoi jo siltä osin, kuinka hoitoketju saadaan katkeamattomaksi, kun potilas siirtyy erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon. Hoitajille tehdyn kyselyn mukaan sydänpotilaita hakeutui vastaanotolle sydäntapahtuman vuoksi jatkohoitoon hyvin harvoin tai ei ollenkaan. Potilaat eivät osanneet hakeutua terveysasemalle jatkohoitoon. He eivät tieneet kenen vastaanotolle pitäisi tulla ja miksi. (Pellikka 2010.)

Tätä varten erikoissairaanhoidon kanssa yhteistyössä luotiin toimintamalli, jossa kaikki sairaalasta kotiutettavat sepelvaltimotautipotilaat ohjataan jatkohoitoon. Sairaalassa kaikki tarkemmat potilaskohtaiset ohjaustiedot kirjataan uudenlaiseen sepelvaltimotautipotilaan jatkohoito ohjauslomakkeeseen, joka annetaan potilaalle mukaan ja postitetaan jatkohoitopaikkaan. Terveysasemalla hoito alkaa kaksivaiheisena: jatkohoitoon tuleva potilas ja omainen ohjataan ensin ensitietokurssille ja sen jälkeen sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan ensikäyntivastaanotolle, joka on noin kuukauden kuluttua sairaalasta kotiutumisesta. (Leppäkoski 2010, 37.)

Sepelvaltimotautipotilaille ja heidän läheisilleen kehitettiin ensitietokurssi, jossa he saavat kattavaa tietoa sepelvaltimotaudista, sen riskitekijöistä, lääke- ja omahoidosta. Lisäksi kurssilla kerrotaan sosiaaliturvasta, lääkekorvauksista, kuntoutusmahdollisuuksista, terveysaseman jatkohoitopalveluista ja potilasyhdistyksen toiminnasta. Kurssit järjestävät sairaanhoitajat/terveydenhoitajat yhdessä Espoon Sydänyhdistyksen ja heidän vertaistukihenkilön kanssa. Kurssille on varattu myös aikaa osallistujien esittämille kysymyksille ja keskustelulle. (Leppäkoski 2010, 38.)

Hankkeen aikana kehitetty omahoitolomake (liite 2), selkeyttää ja jäsentää hoitajan vastaanottoa. Potilas on täyttänyt omahoitolomakkeen valmiiksi jo ennen vastaanottoa tuloa ja lomakkeen avulla hoitajan on helpompi muistaa ottaa

kaikki asiat puheeksi. Ensikäynnillä kartoitetaan infarktipotilaan riskitekijät, vointi ja toipuminen, sekä selvitetään ohjauksen ja neuvonnan tarve. Tuetaan potilasta omahoitoon ja voimaantumiseen. Suunnitellaan elintapaohjauksen toteutuminen. Ensikäynnin jälkeen tarpeen mukaan sovitaan arviokäynnit, joissa seurataan vointia, toipumista ja mielialaa ja jatketaan elintapaohjausta. Kun potilaan vointi saadaan vakiintumaan ja hyvään hoitotasapainoon, potilaan käynnit voidaan vähentää pitkäaikaispotilaan vuosikäyntimallin mukaiseen hoitoon. (Pellikka 2010.)

Omahoito on potilaan ja ammattihenkilön yhdessä suunnittelemaa ja kulloiseenkin tilanteeseen parhaiten sopivaa näyttöön perustuvaa hoitoa, jota potilas itse toteuttaa (Airanksinen 2008). Näyttöön perustuva hoitotyö on toimintaa, jonka tavoitteena on parantaa hoitotyö laatua sekä vaikuttavuutta ja hallita hoitotyön kustannuksia luotettavan, tutkitun tiedon avulla (Mattila 2011). Omahoidossa painotetaan potilaan autonomiaa sekä ongelmanratkaisu- ja päätöksentekokykyä. Omahoidon tukemisessa ammattihenkilö toimii valmentajana, joka räätälöi yhdessä potilaan kanssa juuri hänelle ja hänen elämäntilanteeseensa sopivan hoidon. Omahoidossa potilas ottaa vastuun omista ratkaisuksistaan ja sen on todettu vaikuttavan myönteisesti potilaan sairastamiseen ja elämänlaatuun, sekä vähentävän terveydenhuollon palvelutarvetta ja sairaalahoitoja. Omahoito merkitsee sitä, että potilas osallistuu aktiivisesti oman hoitonsa ja elintapamuutoksensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Siinä painottuvat potilaan oman arjen asiantuntijuus, räätälöidyt hoitoratkaisut ja potilaan omien hoitopäätöksien hyväksyminen. Omahoitovalmennuksessa pyritään tukemaan potilasta saavuttamaan paras mahdollinen elämänlaatu pitkäaikaissairaudesta huolimatta. (Airanksinen 2008.)

Voimaantuminen, sisäinen voimantunne (empowerment) on henkilökohtainen potilaasta itsestä lähtevä prosessi, joka on yhteydessä potilaan omiin voimavaroihin, mahdollisuuksiin, vaikutusvallan lisääntymiseen sekä hyvinvointiin. Voimaantuminen auttaa potilasta tunnistamaan, edistämään ja lisäämään kykyään kohdata omat tarpeensa, ratkaista omat terveysongelmansa ja säädellä omia voimavarojaan säilyttääkseen kontrollin omaan elämäänsä. Sisäisen voiman-

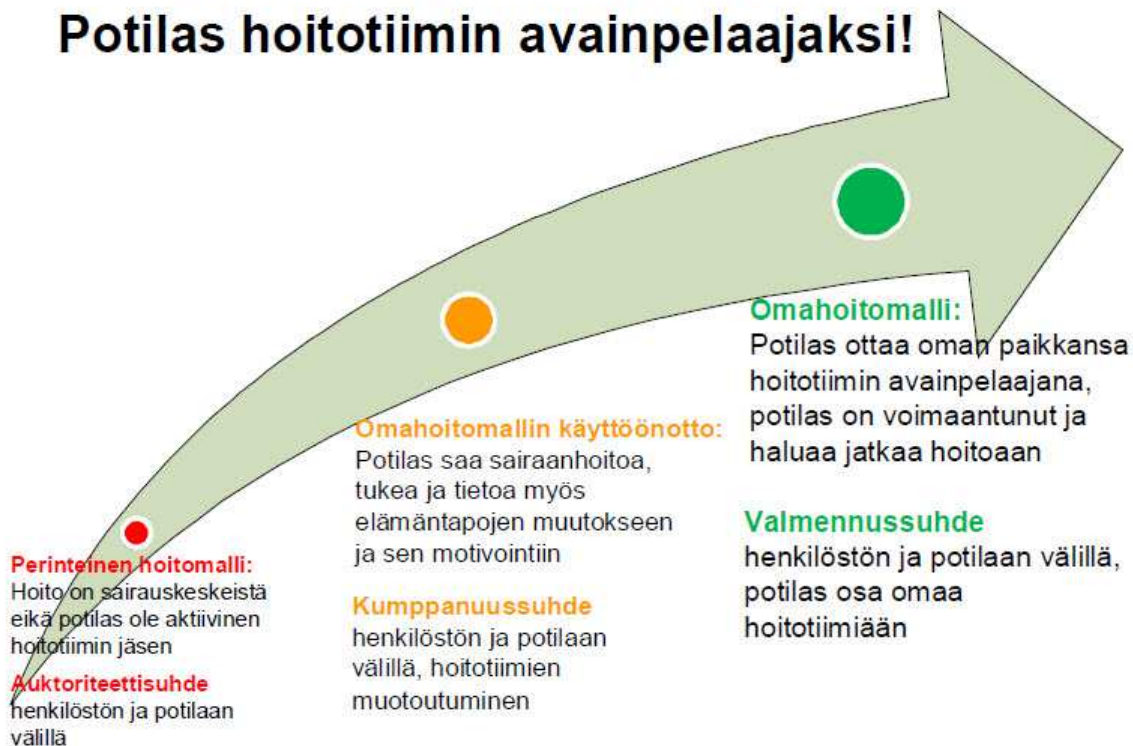
tunteen saavuttaneella potilaalla on halu yrittää parhaansa, kyky asettaa ja saavuttaa päämääriä, sekä ottaa vastuuta elintavoistaan. Voimaantuminen lisää toiveikkuutta tulevaisuutta kohtaan ja voimaantunut tuntee oman elämänsä olevan hallinnassa. (Siitonen 1999.)

Pitkäaikaissairauksien hoitomallin kehittämisessä oli kyse terveydenhuollon suuresta toimintakulttuurin muutoksesta: potilas on aktiivinen hoitotiimin jäsen, ja ammattilaisen toiminta vain yksi pieni osa potilaan sairauden kokonaisuhoitoa. Espoon hoitomallissa omahoidon tukeminen perustuu potilaan ja sairaanhoitajan/terveydenhuollon ammattihenkilön tasavertaisuuteen, jolloin terveydenhuollon ammattilainen toimii valmentajan roolissa. Hoidon suunnittelu lähtee potilaasta. Ammattihenkilö ottaa selvää potilaan toiveista, kokemuksista, peloista, uskomuksista, arkielämästä, omaisista ja sovittelee yhdessä potilaan kanssa hoidon juuri hänelle sopivaksi. Huomioiden kuitenkin sen, että kaikissa tilanteissa potilas ei ole halukas tai kykenevä tekemään hoitoaan koskevia päätöksiä. Esimerkiksi akuutissa tilanteessa useimmiten ammattihenkilön edellytetään tekevän hoitopäätöksen. (Pellikka 2010.)

Hoitohenkilökuntaa on koulutettu ja perehdytetty vastaamaan uuden omahoitomallin tuomiin uusiin hoito- ja ohjaustyön haasteisiin. (Hemminki ym. 2008, 4444.)

KUVA 3. Potilas hoitotiimin avainpelaajaksi

Omahoidon vahvistuminen: Potilas hoitotiimin avainpelaajaksi!



(Espoon omahoitohanke, loppuraportti 2010)

2.3 Omahoitohankkeissa käytetyt termit

Perusterveydenhuolto

Terveystieteen lääketieteen termit –sanakirjan mukaan perusterveydenhuoltoon (primary health care) kuuluvat terveydenhuollon keskeiset toiminnot, jotka ovat kaikkien saatavilla ja muodostavat maan terveysjärjestelmän ytimen. Terveyskirjaston mukaan perusterveydenhuollon palveluita annetaan terveyskeskuksissa, työterveyshuollossa ja yksityisillä lääkäriasemilla. Perusterveydenhuolto on yleisesti kaikkien saatavilla ja muodostaa maan terveydenhuoltojärjestelmän perustan. (www.terveysportti.fi , www.terveyskirjasto.fi)

Omahoito

Omahoito on potilaan ja ammattihenkilön yhdessä suunnittelemaa ja kulloiseenkin tilanteeseen parhaiten sopivaa näyttöön perustuvaa hoitoa, jota potilas itse toteuttaa (Airanksinen 2008). Se voi sisältää päivittäistä omaan hoitoon vaikuttamista, kuten terveellinen ruokavalio, liikunta, painonhallinta, tupakoinnin lopettaminen, riittävä lepo, hyvä uni, hyvät ihmissuhteet. Omahoitoa on myös perussairauksiin liittyvä oma seuranta, kuten verenpaineen ja verensokerin mitaus, lisäksi omasta lääkehoidosta huolehtiminen.

Omahoitokyky

Omahoitokyvyllä tarkoitetaan sitä tasoa tai astetta, jolla omahoito ja omaseuranta toteutetaan. Potilaan omahoitokykyyn vaikuttavat useat eri sisäiset ja ulkoiset tekijät, kuten tiedot, taidot, asenteet, motivaatio, muut sairaudet ja elämäntilanne. (Suurnäkki 2010.)

Hoitoon sitoutuminen

Hoitoon sitoutumisella tarkoitetaan, että asiakas/potilas on aktiivinen osapuoli oman hoitonsa suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Hoitoon sitoutuminen nähdään asiakkaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välisen neuvottelun tuloksena saavutettuna yhteisymmärryksenä hoidon tavoitteista ja hoidosta. (Pitkälä 2010.) Hoitoon sitoutuminen on sisäinen prosessi, jossa potilas siirtyy vähitellen jäykästä ohjeiden noudattamisesta joustavaan omahoitoon ja hoitotilanteiden hallintaan arjessaan (Toljamo 1999).

Hoitotasapaino

Terveysportin mukaan hoitotasapaino on hoidolla saavutettu tilan vakaus, esimerkiksi diabetespotilaan verengluukoosiarvon pysyminen viitealueella. (www.terveysportti.fi).

Hoitosuunnitelma

Hoitosuunnitelma on yksilöllinen ja kirjallisesti laadittu suunnitelma potilaan hoidosta. Potilas osallistuu itse suunnitelman tekemiseen, toteutukseen ja seurantaan yhdessä ammattihenkilökunnan kanssa. Suunnitelma sisältää potilaan hoi-

don kannalta keskeisimmät tavoitteet, lääkehoidon ja seurantakäyntien toteuttamisen aikataulun. Suunnitelma päivitetään jokaisella vastaanottokäynnillä ja se kirjataan asiakastietojärjestelmään. (Suurnäkki 2010.)

Pitkäaikaissairaudet / krooniset sairaudet

Pitkäaikaissairaudet ja kroonisen sairaudet ovat toistensa synonyymejä. Krooninen tila on pitkäikäinen tai toistuva sairaus. Kroonisen sairauden vastakohta on akuutti eli äkillinen sairaus, joka kestää vain lyhyen ajan.

3 SYSTEMAATTINEN KIRJALLISUUSKATSAUS

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaiheet ovat tarkan tutkimussuunnitelman laatiminen, tutkimuskysymysten määrittäminen, alkuperäistutkimusten haku, tutkimusten laadun arviointi ja analysointi, sekä tulosten esittäminen. Tutkimussuunnitelmassa määritetään käytettävät tutkimuskysymykset, määritellään menetelmät aineiston hakemiseksi sekä tarkat tutkimusten valintakriteerit. Tutkimuskysymykset nousevat tutkijan taustasitoumuksista, aikaisemmista tiedoista ja tutkimusintresseistä. Alkuperäistutkimusten haku suoritetaan niistä saatavilla olevista tietolähteistä, joista oleellisen tiedon oletetaan löytyvän. Tutkimukset valitaan tutkimuskysymyksiin perustuvien sisäänottokriteereiden avulla. Aineiston analysointi vastaa tutkimuskysymyksiin, mutta siinä otetaan huomioon myös tutkimusten laatu. (Kääriäinen 2006.)

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on sekundaaritutkimus olemassa oleviin tarkasti rajattuihin ja valikoituihin tutkimuksiin. Systemaattinen katsaus kohdistuu tiettyinä aikana tehtyihin tutkimuksiin, ja se on päivitettävä aika ajoin tulosten relevanttiuden ylläpitämiseksi. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa jokainen vaihe on tarkkaan määritelty ja kirjattu virheiden minimoimiseksi ja katsauksen toistettavuuden mahdollistamiseksi. (Axelin, Johansson, Stolt & Ääri 2007, 4-5.)

3.1 Kirjallisuuden haku ja valinta

Ennen tiedonhakua on hyvä hahmottaa, mihin tarkoitukseen ja missä muodossa olevaa tietoa on etsimässä ja miten laadukasta tietoa tulisi löytää. Miten paljon työhön on aikaa, rahaa tai osaamista käytettävissä? Onko syytä tai aikaa käydä ensin jossain tiedonhaun opetustilaisuudessa tai kysyä neuvoa kirjastosta? (Axelin 2007, 12.)

Opinnäytetyö on aloitettu tekemällä systemaattista kirjallisuuskatsausta. Kävin kahdesti koulun kirjaston informaatikon opastuksessa kirjallisuushakujen suhteen. Häneltä sain paljon tietoa mistä ja miten materiaalia systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen tulisi hakea. Tutkimuksen aiheen selvittyä ja tutkimuskysymyksen tarkennettua aloin selvittämään hakusanoja, Mesh sanoja ja rajamaan aihetta. Kokeilin useita eri Mesh sanojen yhdistelmiä löytääkseni artikkeleita, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiini ja sisälsivät kuvauksen jostain olemassa olevasta kroonisesti sairaan hoitomallista. Määrittelin ennen varsinaista hakuprosessia valinta- ja hylkäyskriteerit, joiden perusteella tein haut ja valitsin aineiston kirjallisuuskatsaukseeni.

Hain tieteellisiä suomen- tai englanninkielisiä artikkeleita, joista oletin saavani vastauksia tutkimuskysymykseeni. Rajasin artikkelien julkaisuvuoden vuoden 2001 tammikuusta vuoden 2009 joulukuuhun pyrkien saamaan mahdollisimman uutta sekä kattavaa tietoa. Artikkeleiden tuli olla helposti saatavilla ja mielellään maksuttomia.

Artikkeleiden sisäänottokriteerit:

Artikkelin tuli olla tieteellinen artikkeli, joka on julkaistu vuosien 2001-2009 välillä. Sen tuli olla kirjoitettu suomeksi tai englanniksi. Artikkelin tuli vastata tutkimuskysymykseeni sisältämällä kroonisen sairauden hoitomallin kuvauksen tai kuvata yleisesti jotain kroonisen sairauden hoitomallia. Artikkelin tuli olla helposti saatavilla ja mielellään maksuton.

Päädyin tekemään systemaattisen haun Medic ja EBSCO, Cinahl tietokantoihin, koska sieltä löytyy hoito- ja terveystieteiden aineistoja. *Cinahl* on hoitotieteen kansainvälinen tietokanta. Se sisältää artikkeliviitteitä englanninkieliseen hoitotieteen ja lähialojen lehteen sekä alan amerikkalaisiin kirjoihin ja väitöskirjoihin. Tällä hetkellä Cinahl on käytettävissä Ebscon kautta. Tein myös hakuja Terveysportin kautta The Cochrane Library tietokantaan, mutta jätin sieltä löytämäni artikkelit ja tutkimukset pois niiden lääketieteellisyyden vuoksi. Omien resurssieni ja käytettävän ajan rajallisuuden tietäen rajasin systemaattisen haun

koskemaan vain kahta tietokantaa, jotka sisältävät terveydenhuoltoalaan liittyviä aineistoja.

Oikeita hakusanoja kokeilin eri hakukoneilla reilun viikon päivät. Oli todella vaikeaa löytää oikeat hakusanat, joilla löytyy materiaalia joka vastaa omaan tutkimuskysymykseen. Päädyin lopulta Mesh hakusanoihin self care, models, primary health care ja chronic disease management. Näillä hakusanoilla EBSCO, Cinahl tietokannasta löytyi 232 artikkelia. Luettuani parhaiten hakusanoihini osuvien artikkeleiden abstrakteja päädyin ottamaan kokonaan luettavaksi seitsemäntoista artikkelia. Luettuani artikkelit useaan kertaan, jätin pois vielä neljä artikkelia. Kolmetoista artikkelia suomensin ja suomentamisen jälkeen poistin vielä neljä. Lopulliseen yhteenvetoon ja analysoitavaksi jäi yhdeksän artikkelia EBSCO, Cinahl tietokannan kautta systemaattisesti haettuna. Lisäksi etsin käsin artikkeleita, jotka koin mielenkiintoisiksi ja joiden sisältö antoi vastauksia tutkimuskysymykseeni. Artikkeleiden tiedot löysin jo lukemieni artikkeleiden lähdeluetteloista. Käsin hakemistani artikkeleista opinnäytetyöni aineistoon päätyi viisi tieteellistä artikkelia.

Kotimaisia artikkeleita liittyen tutkimuskysymykseeni hain systemaattisella haulla Medic tietokannasta. *Medic* sisältää viitteitä kotimaisista lääke- ja hoitotieteellisistä artikkeleista, kirjoista, väitöskirjoista, opinnäytetöistä ja tutkimuslaitosten raporteista. ”Vuodesta 1978 tuotetussa terveystieteellisessä tietokannassa on yli 90 000 viitettä ja vuosittain tietokantaan syötetään noin 4000 viitettä lisää” (www.kaypahoito.fi). Etsin eri sanayhdistelmillä ja luin paljon läpi viitteitä joita löysin, mutta silti en löytänyt yhtään viitettä, joka koskisi Suomessa tehtyä kroonisesti sairaiden omahoitomallia tai mitään mallia, joka koskisi kroonisesti sairaita.

3.2 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysillä pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Sisällönanalyysiä on paljon käytetty analyysimenetel-

mänä hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Sisällön analyysin ensimmäinen vaihe on analyysiyksikön määrittäminen. Analyysiyksikön valintaa ohjaa tutkimustehävä ja aineiston laatu. Tavallisimmin käytetty analyysiyksikkö on yksi sana tai sanayhdistelmä, mutta se voi olla myös lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus. Toinen vaihe on aineiston lukeminen useita kertoja lävitse. Lukeminen on aktiivista lukemista ja sen tarkoituksena on luoda pohja analyysille. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-5.)

Deduktiivisessa sisällön analyysissä voidaan käyttää myös valmista viitekehystä, jonka avulla aineistoa analysoidaan. Deduktiivistä sisällön analyysiä voi ohjata teema, käsittekartta tai malli, joka perustuu aikaisempaan tietoon. Tämän aikaisemman tiedon varassa tehdään analyysirunko, johon sisällöllisesti sopivia asioita etsitään aineistosta. (Kyngäs 1999, 7-8.)

Lähdin analysoimaan aineistoani sisällönanalyysillä. Analyysiyksikköni oli poimia aineistosta kroonisesti sairaiden hoitomallit. Sen jälkeen luin aineiston aktiivisesti useita kertoja lävitse. Jonka jälkeen aloin tarkemmin suomentamaan pääasiassa englanninkielistä aineistoa. Kokosin aineistoni artikkelit taulukoksi (LIITE 1.), josta ilmenee artikkelin nimi, tekijät, vuosiluku, julkaisu jossa artikkeli on julkaistu, artikkelin tarkoitus ja hoitomalli josta artikkelissa puhutaan. Merkittävimmistä hoitomalleista mitä löysin aineistostani kirjoitin artikkelin tiedoilla tiivistelmän ja esittelin ne opinnäytetyöni luvussa 5. Kaikkein merkittävin on Wagnerin Chronic Care Model, joka on ollut pohjana myös Espoon omahoitohankkeessa kehitetylle pitkäaikaissairaanhoidomallille.

Tein analyysirungon perustuen Espoon omahoitomalliin. Etsin jokaisesta artikkelista niiden kroonisesti sairaan hoitomalliin liittyvät ominaisuudet. Kirjoitin kaikki ominaisuudet paperille ja ryhmittelin samoja ominaisuuksia samoihin ryhmiin. Omahoidontuen alle päätyi kaikki löytämäni omahoidontuen muodot esimerkiksi ryhmätoiminta ja omahoitopisteet. Hoitomallien ominaisuuksia ryhmiteltyäni huomasin, että peruspohjan lisäksi yksittäisten artikkeleiden pohjalta oli todella vaikea ryhtyä vertailemaan hoitomalleja niin yksityiskohtaisesti. Suurimmasta osasta hoitomalleja oli kerrottu aineistossani vain pintapuoleisesti.

Päädyin kertomaan tarkemmin minusta merkittävimmistä pitkäaikaissairaiden hoitomalleista (luku 5), joita aineistostani nousi esiin ja taulukoin yleisesti kaikki sisäänottokriteerit täyttäneet artikkelit (LIITE 1.).

Jokaisessa hoitomallissa oli sama lähtökohta, parantaa potilaiden kroonisten sairauksien hoitoa tukemalla ja panostamalla heidän omahoitoon ja tekemällä hoidosta suunnitelmallista. Hoitomallien tavoitteena oli potilaiden omahoidon tukeminen terveydenhuollosta käsin lisäämällä potilaiden itseluottamusta ja oman sairautensa päivittäistä hoitamista. Kaikissa materiaalini hoitomalleissa oli perustana yksi tai useampi elementti Wagnerin Chronic Care Modelin kuudesta peruselementistä, jotka on kuvailtu luvussa 5.1. Kahdeksassa opinnäytetyöni artikkelissa kuvailtiin tai viitattiin joko itsessään Wagnerin Chronic Care Modeliin tai pääasiassa hivenen muunneltuun Wagnerin Chronic Care Modeliin.

4 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Esittelen tämän kappaleen alaluvuissa tärkeimmät tutkimuksen tuloksena löytyneet kroonisesti sairaan hoitomallit. Esittelen Wagnerin Terveysshyötymallin perusteellisemmin, koska se on kirjallisuuskatsaukseni kirjallisuudessa eniten kuvattu malli ja ollut lähtökohtana myös Espoon Omahoito hankkeessa kehitellylle omahoitomallille.

Yhdessätoista opinnäytetyöhön ottamassani artikkelissa kuvattavana tai viitattavana oli joko Wagnerin Chronic Care Model tai sitten sitä oli käytetty lähtökohtana uuden mallin luomiseen. Lähtökohdat kaikilla kroonisesti sairaiden hoitomalleilla oli pitkälti samat. Oli herätty huomaamaan, että kroonisesti sairaiden määrä lisääntyy räjähdysmäisesti ja kroonisesti sairaat kuormittavat jo nyt valtavasti terveydenhuoltojärjestelmiä ja kroonisten sairauksien hoito on jäänyt akuuttien sairauksien jalkoihin.

Hoitomalleissa kaikissa korostui omahoidon tukeminen ja sen lisääminen. Omahoidon tuesta ja hoitomalleista oli koettu myös olevan hyötyä potilaan terveydentilalle. ”Omahoidon tuki täydentää perinteistä potilaiden ohjausta ja tukee kroonisesti sairaita potilaita mahdollisimman hyvään elämään” (Bodenheimer 2002 b), 1913). ”Potilailla on parempi terveydentila, he kykenevät toimimaan paremmin itsenäisesti, heillä oli vähemmän ensiapu- ja sairaalakäyntejä, kuin potilailla jotka oli hoidettu perinteisellä tavalla” (Buttar 2006). Hoitomallien hyöty nähtiin myös laajempaan: ”Hoidon uudelleen arviointi ei mahdollista vain oman elämän, hoidon ja oireiden hallintaa, vaan se vaikuttaa myös sosiaaliseen kontekstiin ja siihen millaisia terveydenhuoltopalveluja saat” (Kendall 2007). Edellisen lainauksen sosiaalisella kontekstilla ja terveystaloudella viitataan siihen, että kun terveydenhoidossa on käytössä strukturoitu hyvin toimiva hoitomalli, niin saat yhtä laadukasta hoitoa kaikilta palveluntarjoajilta.

Yksi merkittävä huomioon otettava asia oli myös, että kotimaisia lähteitä ei Medic tietokannasta löytynyt yhtään, jotka olisivat koskeneet jotain muuta kroonisesti sairaan omahoitomallia kuin HyväHoito hankekokonaisuudessa kehitettyä hoitomallia, joka oli opinnäytetyöni lähtökohta. Espoon omahoitohankkeessa on Suomen terveydenhuoltoon luotu aivan uudenlainen malli ja lähestymistapa kroonisten sairauksien parempaan hoitoon. Kansainvälisesti on olemassa paljonkin kroonisesti sairaanhoitomalleja ja etenkin Wagnerin CCM:n soveltamalla on kehitetty erilaisia hoitomalleja vastaamaan kunkin maan erilaisen terveydenhuoltojärjestelmän ja hoitokulttuurin tarpeeseen. Suomessa tämä on siis aivan uutta, perusterveydenhuoltoa uudistavaa ja muuttaa varmasti kroonisesti sairaiden potilaiden hoidon laatua.

Näitä tuloksia ei kuitenkaan voida kritiikittömästi yleistää, sillä yleistämisen suhteen aineistoni on suppea. Lähes kaikki aineistossani olleet kroonisesti sairaan hoitomenetelmät pohjaavat Wagnerin Chronic care modeliin.

4.1 Wagnerin Chronic Care Model, Terveysyötymalli

Yhdysvaltalainen Edward Wagner on työryhmineen kehittänyt jo 1990-luvulla pitkäaikaissairauksien hoitomallin, joka tiivistää keskeisiä kansansairauksia sairastavien potilaiden hoidossa tarvittavat ydinasiat. Chronic care model eli terveysyötymalli on väline korkeampilaatuiseen kroonisten sairauksien hoitoon perusterveydenhuollossa. Terveysyötymalli on opas käytettäväksi pitkäaikaissairaiden hoidon kehittämiseksi. Malli ei tarjoa nopeaa ja helppoa ratkaisua vaan se on moniulotteinen ratkaisumalli monitahoiseen ongelmaan. (Bodenheimer 2002 a), 1775-1776.)

Valtaosa kroonisten sairauksien hoidosta tapahtuu perusterveydenhuollossa ja perusterveydenhuollon lääkärit kuluttavat huomattavan osan ajastaan hoitaen kroonisia sairauksia, terveysyötymalli muodostaa merkittävän uudelleenajattelutavan perusterveydenhuollon vastaanotoille. Terveysyötymallissa on kuusi oleellista komponenttia/osa-aluetta: Yhteisöjen linjaukset, voimavarat ja toimijat,

palvelutuottaja, omahoidon tuki, palveluvalikoima, päätöksen tuki, ja kliiniset tietojärjestelmät, joista keskeisimmiksi on tunnistettu neljä osa-aluetta: omahoidon tuki, palveluvalikoima, päätöksentuki ja kliiniset tietojärjestelmät. Näiden lisäksi on huomioitava palvelutuottajan johdon sitoutuminen ja muiden yhteisöjen linjaukset ja voimavarat. Kun kehittämisinterventioiden vaikuttavuutta hoitoprosesseihin ja -tuloksiin on tutkittu on huomattu, että vaikuttavuus on parempi, mitä useampaan Terveysyhötymallin komponenttiin interventio on yhtäaikaaisesti kohdistunut. (Bodenheimer 2002 a), 1776.)

Terveysyhötymallin 6 komponenttia/osa-aluetta (kuvattu alaluvuissa) ovat toisistaan riippuvaisia jotka rakentuvat toistensa päälle. Yhteiskunnan resurssit – esimerkiksi harjoitusohjelmat ja vertaistukiryhmät – auttavat potilaita hankkimaan itsehoitoon riittävät taidot. Palvelutarjoaja järjestelmän uudelleensuunnittelu, riittäväillä resursseilla varustetut perusterveydenhuollon tiimien muodostaminen, omahoidon ja ohjauksen siirtämistä hoitajien tehtäväksi on tärkeää omahoidon opettamisen kannalta koska lääkäreillä ei ole tähän aikaa eivätkä he ole välttämättä riittävästi siihen koulutettuja. Hoitajilla on usein tieto ja taito tukea potilaiden omahoitoa. Jotta kroonisten sairauksien rekisteri olisi menestyksellinen, palvelutarjontajärjestelmän uudelleensuunnittelussa on tärkeää että 1 jäsen terveydenhuoltotiimistä on vastuussa työskentelystä rekisterin kanssa. Vastaanottoasemien ohjeet on pääasiallinen päätöksenteon tukityökalu, tarjoavat näytön jonka pohjalle lääkäreiden palautedata ja muistutusjärjestelmät perustuvat. Kroonisen hoidon mallin osa-alueita ei voida ottaa käyttöön tai ylläpitää ilman organisaatiollista ympäristöä jossa on innovatiivinen johtajisto ja suotuisat taloudelliset olosuhteet. (Bodenheimer 2002 a), 1775-1776.)

Tärkeimpänä tavoitteenaan/päämääränään, terveysyhötymalli visioi informoidut, aktiivisesti toimivat potilaat vuorovaikutuksessa valmistautuneiden, proaktiivisten hoitotiimien kanssa, jotka johtaa korkealaatuisiin tapaamisiin vastaanotoilla sekä parannuksiin kroonisten sairauksien hoitotuloksissa. (Bodenheimer 2002 a), 1777.)

4.1.1 Community Resources and Policies / Yhteisöjen linjaukset, voimavarat ja toimijat

Kehittääkseen kroonista hoitoa terveystalvelujen tuottajat tarvitsevat avukseen yhteiskunnan muita resursseja. Kansallisia ja paikallisia toimijoita esimerkiksi sosiaali- ja sivistystoimen, työvoimahallinnon, järjestöt, sairaalat yms. Pienet klinikat rajallisin resurssein tarvitsevat yhteisöjen tuen tarjoamaan potilaille koulutusta, harjoitusohjelmia, itsehoidon ryhmiä, asiantuntijoita. (Bodenheimer 2002 a) 1776.)

4.1.2 Health Care Organization / Palvelutuottaja

Uudistusta ei voi tapahtua, jos palvelutuottajien ja organisaatioiden päämääränä ei ole kroonisten sairauksien hoito. Palveluntarjoajan rakenne, tavoitteet ja arvot ja sen suhteet ostajiin, vakuutusenantajiin, ja muihin palveluntarjoajiin muodostavat pohjan jonka päällä loput 4 kroonisen hoidon mallin osa-alueita lepäävät. Palveluntarjoaja-organisaation kulujenkattoympäristöllä on suuri vaikutus kroonisen hoidon parannuksiin. Palvelutuottajat, jotka saavat tuottoja kasvatettua tai kuluja pienennettyä todennäköisimmin selviävät pitkällä aikavälillä. Palvelujen ostajien ja vakuutusyhtiöiden tulee palkita palvelutuottajia hyvästä kroonisten sairauksien hoidosta, muuten parannuksia/kehityksiä on vaikea ylläpitää. (Bodenheimer 2002 a), 1776.)

4.1.3 Self-management support / Omahoidon tuki

Ihmiset elävät kroonisten sairauksiensa kanssa useita vuosia ja näiden sairauksien hallinta ja olennaiset osat hoidosta tulisi opastaa potilaille itselleen. Olennainen osa hoidoista onkin opetettavissa suurimmalle osalle potilaista esimerkiksi ruokavalio, harjoittelu, erilaiset mittaukset (esim. verensokeri, verenpaine, paino), ja lääkkeidenkäytön tulisi olla potilaan omassa hallussa. Omahoito tarvitsee kuitenkin kaiken tuen palveluntarjoajilta. Potilaiden ja heidän perheidensä

on hankittava taidot ja itseluottamus hoitaakseen kroonisia sairauksiaan ja selvitäkseen omahoidosta. Omahoidon tueksi tulisi tarjota itsehoidon työkaluja (kuten verenpainemittarit, verensokerimittarit, ruokavaliot, ja yhteystiedot yhteiskunnallisille resursseille), ja säännöllisesti arvioida ongelmia sekä saavutuksia. (Bodenheimer 2002 a), 1776.)

4.1.4 Delivery System Design / Palveluvalikoima

Lääkärintoimipalvelujen rakenteen täytyy muuttua, niin että syntyisi hoitotiimejä/yksiköitä joilla on selvä/riittävä määrä työvoimaa ja jossa erotetaan akuuttihoito suunnitelmallisesta kroonisten sairauksien hoidosta. Lääkärit hoitavat akuuttihoitotarpeessa olevat potilaat, puuttuvat sitkeän vaikeisiin kroonisiin tapauksiin, ja kouluttavat tiimensä/yksikkönsä jäsenet. Muu hoitohenkilöstö koulutetaan tukemaan potilaiden itsehoitoa, järjestämään/varaamaan rutiinitoimenpiteet (kuten laboratoriotestit diabeetikoille, näöntarkastukset, ja jalkojen tarkastukset), ja varmistamaan asianmukaiset seurannat. Etukäteen sovitut tapaamiset ovat tärkeä osa vastaanottojen uudelleensuunnittelua. (Bodenheimer 2002 a), 1776.)

4.1.5 Decision support / Päätöksentuki

Näyttöön perustuvat ohjeet vastaanotoissa takaavat standardit optimaaliseen kroonisten sairauksien hoitoon ja ne pitäisi ottaa päivittäiseen käyttöön muistuttamisten kautta. Ideaalinen tilanne on jossa asiantuntijan ammattitaito on pelkän puhelinsoiton päässä, eikä aina vaadi täyttä erikoisalan ohjausta/neuvomista. Ohjeita vahvistavat asiantuntija lääkärit, jotka vetävät koulutussessioita eri hoitotiimeille/-yksiköille. (Bodenheimer 2002 a), 1776.)

4.1.6 Clinical Information systems / Kliiniset tietojärjestelmät

Tietokonepohjaisilla tietojärjestelmillä on 3 tärkeää roolia: (1) toimia muistuttajina, jotka auttavat perusterveydenhuoltotiimejä toimimaan ohjeiden mukaisesti; (2) toimia palautteenantajina lääkäreille, kertoen miltä jokaisen potilaan kroonisen hoidon mittarit näyttävät kuten HbA1c ja lipidi-tasot ja (3) toimia potilaiden henkilökohtaisten hoitosuunnitelmien rekisterinä ja johtaa väestöpohjaiseen hoitoon. (Bodenheimer 2002 a), 1776-1777.)

Rekisterit, terveyshyötymallin keskeisin ominaisuus, ovat listoja joissa on listattuina kaikki potilaat kroonisen sairautensa puitteissa organisaation henkilörekisterissä. Otetaan esimerkiksi vaikka diabetes. Potilaiden joilla on International Classification of Diseases (ICD-9) koodi, diabetes reseptilääkitys, tai laboratoriotestitulokset jotka viittaavat diabetekseen, lisätään elektronisesti diabeetikko-rekisteriin. Laboratorio-arvot – HbA1c, LDL-C, ja urine microalbumin – automaattisesti valuvat rekisteriin. Ideaalisesti, näöntarkastukset ja jalkatarkastukset, sekä verenpainemittaukset lisätään myös. Rekisteri saattaa syöttää pop-up viestiin sähköisessä hoitorekisterissä muistutuksen, jos jotain laboratoriotestiä tai tutkimusta ei ole tehty ajantasaisesti. Diabeetikko-potilas voi käynnillään printata itselleen aikataulun/kaavion muistutukseksi. Väestötyökaluna rekisteridatasta voidaan sähköisesti hakea ja tunnistaa potilaat joilla on kohonneet HbA1c tasot tai ne joilta puuttuvat ajantasaiset näöntarkastustulokset. (Bodenheimer 2002 a), 1776-1777.)

4.2 Kaiser Permanente, hoidon pyramidi

Kaiser Permanenten hoitomallissa potilaan omat voimavarat halutaan käyttöön panostamalla omahoitoon. Potilaita ei tulisi holhota, vaan ottaa hoitotiimin aktiiviseksi jäseneksi. Omahoitopalveluita ja ryhmäpalveluita hyödynnetään yleisesti aivan liian harvoin ja niiden tarjonnan ja käytön lisäämiseen Kaiser permanentessa panostetaan erityisen paljon. Kaiser Permanenten tavoite on ylläpitää

palveluita ja poistaa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon eroja. (Toofany 2008 ja <https://www.kaiserpermanente.org/> .)

Hoidon pyramidi hallitsee krooniset sairaudet. Kannustaa omahoitoon läpi koko elämänpituisen oppimisen. Käyttää monitieteistä lähestymistapaa. Hoidon pyramidissa on kuusi keskeistä periaatetta:

- yhdistää ja ottaa huomioon kaikki hoidon näkökulmat
- pidetään potilaat poissa sairaalasta
- aktiivinen potilaiden hoito
- edistää omahoitoa ja yhdessä hoitamista
- lääkäreillä johtajan rooli
- pidetään yllä sairausrekistereitä

Pitkäaikaissairauksien suhteen hoidon päätavoite on lisätä potilaiden omahoitoa tukemalla ja opastamalla potilaita oman sairautensa hallintaan. Potilaille annetaan tietoa lääkityksestä, ruokavaliosta, painonhallinnasta, liikkumisesta ym. ohjataan myös tiedostamaan milloinkaan tarvitaan terveydenhuollon apua ja milloinkaan ei. Hoitomallissa otetaan myös omaiset huomioon ja elämänhallintaa pyritään lisäämään oman sairautensa sisäistämällä osaksi normaalia arkea. Tunteiden hallinta on myös hoidon keskiössä. Hoitomalliin kuuluu myös yleisimmistä sairauksista kertova käsikirja, joka annetaan kaikille potilaille. Kirja tukee potilaiden ja heidän omaisten voimaantumista ja omahoitoa antamalla lisää tietoa sairauksien hoitamisesta. Kaiser Permanenteen omien tutkimuksien mukaan kirja lisää potilaiden itseluottamusta ja tyytyväisyyttä KaiserPermanenteen ja parantaa asianmukaista palvelujen käyttöä. (Toofany 2008 ja <https://www.kaiserpermanente.org/> .)

Omahoidon tueksi mallissa on kehitelty henkilökohtaista ohjaamista, ryhmäohjausta, ryhmävastaanottoja, kursseja, koulutusta. Kaiser Permanenteen kuuluu myös kirjastoja, joista voi lainata ohjaus-/opaskirjoja, -äänitteitä ja kuvanauhoja. Sähköisiin palveluihin on myös panostettu. Hoitomallin tavoitteena on, että potilaan hoidosta omahoitoa olisi yli 80% ja terveydenhuoltojärjestelmän osuudeksi jäisi alle 20% kokonaisuudesta. Omahoidon lisäämisellä ja tukemisella on ta-

voitteena parantaa pitkäaikaissairauksien hoitoa, tyytyväisyyttä elämiseen ja saada terveydenhuolto käyntejä ja kuluja vähenemään. (Toofany 2008 ja <https://www.kaiserpermanente.org/> .)

4.3 The Chronic Disease Self-management Programme CDSMP

CDSMP on psyykkinen koulutusohjelma lisäämään kapasiteettia kroonisten sairauksien itsehallintaan, omahoitoon. Kroonisten sairauksien CDSMP on yhteisöllinen kurssi lisäämään potilaiden itsehallintaa ja omahoitoa. CDSMP:n taustalla on kolme pääasiallista oletusta:

- potilailla on erilaisia kroonisia sairauksia, niin silti heillä on samanlaiset omahoitoon ja sairauksiin liittyvät ongelmat
- Potilaat voivat oppia ottamaan vastuun sairautensa päivittäisestä hoidosta
- Potilas joka luottaa itseensä ja on perillä omahoidostaan kokevat terveystilanteensa paremmaksi ja käyttävät näin ollen vähemmän terveydenhuollon resursseja.

Muita oletuksia jotka linjaavat CDSMP-koulutusohjelmaa ovat:

- potilaiden omahoidon koulutus tulisi olla edullista ja koulutusta pitäisi olla laajalti tarjolla
- vertaistukihenkilöt/koulutetut maallikot voisivat tuloksellisesti vetää hyvin jäsenneiltyjä potilaiden omahoito koulutus ohjelmia
- ohjaajiksi voisi hyväksyä terveydenhuollon ammattilaisia kuin myös potilaita, joilla on kokemuksia kroonisista sairauksista. On tutkimustietoa, että samoilla taustoilla varustettu ja samojen terveysongelmien kanssa taisteleva potilas vetäessään omahoito koulutuksia lisää potilaiden pysyvyyden tunnetta ja luottamusta omiin kykyihinsä hallita omia kroonisia sairauksiaan. (Kendall 2007.)

4.4 The Indiana Chronic Disease Management Program ICDMP

ICDMP on kroonisesti sairaiden hoitomalli, joka on luotu parantamaan kroonisesti sairaiden hoidon laatua ja tekemään hoidosta kustannustehokkaampaa. Pääasiassa hoitomalli on luotu koskemaan diabetesta, astmaa ja sydämen kroonista vajaatoimintaa. ICDMP käyttää pääasiassa valtion ja kuntien resursseja ja siinä on seitsemän osaa:

- tunnistaa tukikelpoiset osallistujat ja luoda alueellisia rekisterejä
- tukikelpoisten potilaiden riskien kartoittaminen
- hoitajien vetämä hoito-ohjelma korkean riskin potilaille
- puhelin konsultaatio kaikille potilaille
- Internet -pohjainen tietojärjestelmä
- laadun parantaminen yhdessä perusterveydenhuollon yksiköiden kanssa
- hoitomallin arviointi. (Ackermann ym. 2006.)

5 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUDEN ARVIOINTI

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekoon tarvitaan vähintään kaksi tutkijaa, jotta olemassa olevien tutkimusten valinnan ja käsittelyn voidaan katsoa olevan pitävän. (Axelin 2007, 46).

Sisällön analyysin ongelmana luotettavuuden kannalta on pidetty sitä, että tutkija ei pysty tarkastelemaan analyysiprosessia objektiivisesti, vaan tulos perustuu tutkijan subjektiiviseen näkemykseen asiasta. Tätä ei pidetä kuitenkaan niin suurena silloin, kun dokumentista on analysoitu vain ilmisältö. (Kyngäs 1999, 10.)

Tein kirjallisuuskatsaukseni yksin, joten se jo itsessään vähentää kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta. Lisäksi lääketieteellinen tietämykseni ja englanninkielen osaamiseni on näin monitahoiseen ja laajaan kirjallisuuskatsaukseen ja sisällön analyysiin niin vaatimaton, että kirjallisuuskatsauksen otos ja aineiston täydellinen ymmärtäminen jäi vajavaiseksi. Kirjallisuusartikkelit olisivat voineet olla paremmin valikoituja, toisaalta etsin artikkeleita, joissa on kuvailtu joku kroonisesti sairaan hoitomalli tai edes viitattu niihin ja niitä ei ollut paljon saatavilla.

Englanninkielisten käsitteiden määrittelemisen ja kääntäminen oli niin haasteellista, että se vaikuttaa tutkimustulosten luotettavuuteen. Pystyäkseen vertailemaan eri kulttuureissa ja maissa kehitettyjä hoitomalleja pitäisi olla todella laaja tietotausta eri maiden ja kulttuurien terveydenhuollosta. Erilaisilla resursseilla kirjallisuuskatsauksesta olisi varmasti saatu paljon luotettavampi. Tarpeeksi jakamatonta aikaa ja rahalliset resurssit kunnossa, niin olisi voinut käyttää kääntöpalveluja ja löytäessään hyvän artikkelin olisi voinut etsiä käsiinsä perusteellisen tiedon artikkelissa kerrotusta omahoitomallista. Yksittäisten artikkeleiden pohjalta tieto ei välttämättä ole kovin perusteellista ja näin ollen hoitomallit kuvailtuna yksittäisen artikkelin pohjalta eivät ole kaikkein vertailukelpoisimpia.

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen hakusanat olisi näin jälkikäteen katsottuna pitänyt valita toisin. Hakusanana chronic care varmasti johdatti hakutuloksia Wagnerin Chronic Care Model painotteisiin artikkeleihin. Hakusanana jokin muu esimerkiksi chronic illness olisi varmasti tuottanut monipuolisemman aineiston.

Luotettavuutta heikentää myös se, että minulla ei ole aikaisempaa kokemusta näin laajan tieteellisen tutkimuksen tekemisestä.

6 TUTKIMUKSEN EETTISYYS

Tutkijan eettiset ratkaisut vaikuttavat tutkimuksen uskottavuuteen. Uskottavaa tutkimusta ei ole, jos tutkijat eivät noudata eettisesti hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä. Tiedonhankinta-, tutkimus-, ja arviointimenetelmät tulee olla eettisesti kestäviä. Tuloksia julkaistaessa tulee olla avoin. Tutkimuksessa kuuluu myös huomioida muiden tutkijoiden työ ja saavutukset asianmukaisella tavalla kunnioittaen heidän työtään ja antamalla heidän saavutuksilleen niille kuuluva arvo. (Sarajärvi 2009, 132-133.)

Opinnäytetyössäni olen alusta loppuun asti noudattanut eettisesti mahdollisimman hyvää tieteellistä käytäntöä. Olen ollut mahdollisimman rehellinen, huolellinen ja tarkka koko opinnäytetyöprosessin ajan. Olen huomionnut mahdollisimman hyvin muiden tutkijoiden työn merkitsemällä lähdeviitteet mahdollisimman hyvin, enkä ole ottanut muiden johtopäätöksiä tai tuloksia omikseni.

7 POHDINTA JA KEHITTÄMISHAASTEET

Opinnäytetyöni aihe on ajankohtainen, koska terveydenhuollossa tapahtuu koko ajan isoja muutoksia väestön vanhetessa ja palveluiden tarpeen kasvaessa. Lisäksi perusterveydenhuolto on parhaillaan kehityksen keskiössä ja sen uudistaminen ja yhtenäistäminen vaatii kehittämistä ja uudenlaisia hoitomalleja.

7.1 Opinnäytetyön hyöty

Opinnäytetyötäni voi hyödyntää työelämässä. Suurin hyöty opinnäytetyöstäni on ilmi tullut asia kuinka tärkeää perusterveydenhuollossa olisi kiinnittää huomiota ja panostaa pitkäaikaissairauksien hoitoon. Näin saataisiin lisättyä potilaiden hyvinvointia, vähennettäisiin komplikaatioita ja vähennettäisiin toisessa päässä akuuttikäyntejä. Opinnäytetyö tarjoaa myös hoitomalleja ratkaisuksi parempaan pitkäaikaissairauksien hoitoon, joihin olisi hyvä tutustua ja ottaa laajemmin käyttöön. Parhaaseen lopputulokseen päästäisiin jos koko organisaatio uudistuisi ja ottaisi saman hoitomallin käyttöön, mutta jo yhdenkin terveydenhuollon ammattilaisen panos omien potilaiden kokonaisvaltaiseen hoitoon on pitkäaikaisairaille ihmisille iso asia.

Hoitotyölle uuden Espoossa kehitetyn pitkäaikaissairaiden hoitomallin hyöty toisi hoitotyöhön kokonaisvaltaisuutta ja systemaattisuutta. Usein perusterveydenhuollossa vastaanottava hoitaja joutuu perustelemaan miksi on ottanut jonkun potilaan vastaan. Pitkäaikaissairaiden hoitomalli antaa perustelut ja velvoitaa ottamaan potilaan hoitoon, jos potilaan perussairaudet eivät ole hallinnassa tai ei ole tehty hoitosuunnitelmaa niiden hoidon suhteen. Uudessa hoitomallissa potilas on koko ajan hoidon piirissä ja hoito on jatkuvaa. Lähtiessään edelliseltä vastaanotolta potilas ja hoitohenkilökunta ovat tietoisia kuinka hoito jatkossa etenee. Seuraava aika on jo varattu tai potilas varaa sen tietyn määrän ajan kuluessa.

Uuden hoitomallin hyöty tulee myös esille perehdytettäessä uusia työntekijöitä. Kun on tarkasti strukturoitu hoitomalli kirjauksineen, niin tulee käytyä potilaan henkilökohtainen hoitosuunnitelma kokonaisvaltaisesti läpi. Kaikki oleellinen tulee kysyttyä, ohjattua ja kirjattua. Uuden työntekijän on helppo edetä kohta kohdalta, kun tietojärjestelmä ohjaa eteenpäin. Lisäksi tietojärjestelmän päätöksenteon tuki tarjoaa näyttöön perustuvaa tietoa hoidettaessa juuri kulloisenkin potilaan tilaa. Esimerkiksi jos hoitajalla on vastaanotolla diabeetikko, niin laittaessasi diabetes diagnoosin tietojärjestelmään tietojärjestelmä tarjoaa hoitajalle linkkejä diabeteksen hoitoon. Linkit voi olla diabeteksen käypähoito suosituksiin tai jos potilaan viimeisimmistä diabeteslaboratoriotutkimuksista on pitkä aika, niin järjestelmä antaa kehotuksen ohjelmoida potilaalle kontrolli laboratoriotutkimuksia. Lisäksi jos potilas on käynyt laboratoriotutkimuksissa, niin järjestelmä automaattisesti huomauttaa jos arvot eivät ole hoitotasapainossa.

Uuden hoitomallin käyttöönotto vaatii, että koko henkilökunta on sen käyttöön koulutettu. Vakituinen henkilökunta kun on aluksi koulutettu järjestelmällisesti käyttämään uutta hoitomallia, niin uusien työntekijöiden perehdyttäminen ja kouluttaminen helpottuu uuden hoitomallin ja strukturoidun käytännön myötä.

Opinnäytetyön hyöty tiedollisesti on myös se, että myös kansainvälisesti on olemassa ongelma pitkäaikaissairauksien hoidon jäämisestä akuuttien sairauksien hoidon jalkoihin. Pitkäaikaissairauksien hoitoa kehitetään koko ajan myös kansainvälisesti, joten on hyvä seurata kansainvälistä kehitystä, jos sieltä saisi hyviä suuntauksia, hoitomalleja myös suomalaiseen terveydenhuoltoon.

7.2 Oma opinnäytetyöprosessi ja ammatillinen kasvu

Opinnäytetyöni merkitys ammattitaidolleni tuli esille siinä, että se lisäsi valmiuksiani toimia sairaanhoitajan työssä. Ymmärrän paljon laajemmin terveydenhuollon kehittämistarpeet ja kuinka terveydenhuoltoa käytännössä kehitetään. Opinnäytetyö on lisännyt tietämystäni hoitomalleista, hoitotyön kehittämisestä, omahoidosta, potilaiden tukemisesta ja tutkimuksen tarpeellisuudesta. Olen oppinut

ymmärtämään hyvää tieteellistä käytäntöä, toteuttamaan systemaattista tiedonhakuja, hoitotieteellisen ja lääketieteellisen tutkimussanaston ymmärtäminen niin suomeksi kuin englanniksi on kasvanut valtavasti. Kirjallisuuskatsaukseni on syventänyt teoreettista tietoa kroonisesti sairaista ja erilaisista hoitomalleista. Opinnäytetyössäni saatu tietoperusta, tutkimusnäyttö ja kokemus ovat minulle avuksi sairaanhoitajan työssäni.

Opinnäytetyö on itsessään ollut niin vaativa ja pitkä prosessi, että se on opettanut minua suunnittelemaan ajankäyttöäni, organisoimaan työn tekemistäni, lisännyt tiedonhallintataitojani, ajankäytön suunnittelua, kommunikointitaitojani ja päätöksentekokykyäni.

Olen oppinut hakemaan ja käyttämään näyttöön perustuvaa tietoa ja olen sisäistänyt näyttöön perustuvan tiedon tärkeyden hoitotyössä. Näyttöön perustuva hoitotyö (evidence-based nursing) voidaan yleisesti määritellä parhaan, ajantasaisen tiedon hankkimiseksi sekä sen järjestelmälliseksi, kriittiseksi ja harkituksi käytöksi sekä arvioinniksi yksittäisen potilaan, potilasryhmän tai väestön terveyttä koskevassa päätöksenteossa ja hoitotyössä. Tavoitteena on, että hoitokäytänteet ja toimintatavat perustuvat parhaaseen mahdolliseen tutkimusnäyttöön, joka lisää vaikuttavuutta ja tehokkuutta. (Eriksson 2008, 118).

”Sairaanhoitaja on hoitotyön asiantuntija, jonka tehtävä yhteiskunnassa on potilaiden hoitaminen. Työssään sairaanhoitaja tukee yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä määrittämään, saavuttamaan ja ylläpitämään terveyttä muuttuvissa olosuhteissa ja eri toimintaympäristöissä kuten perusterveydenhuollossa, erikoissairanhoidossa, sosiaalihuollossa sekä yksityisen ja kolmannen sektorin alueilla. Hän toteuttaa ja kehittää hoitotyötä, joka on samanaikaisesti terveyttä edistävää ja ylläpitävää, sairauksia ehkäisevää ja parantavaa sekä kuntouttavaa. Sairaanhoitaja tukee eri elämänvaiheissa olevien ihmisten ja yhteisöjen voimavaroja. Hän auttaa ihmistä kohtaamaan sairastumisen, vammautumisen ja kuoleman. Sairaanhoitaja tuo hoitotyön asiantuntemuksen yhteiskunnalliseen päätöksentekoon.” (Opetusministeriö 2006.)

Perehtyessäni omahoitomalleihin jäin miettimään sairaanhoitajien ammattipätevyyden osaamisvaatimuksia, jotka Opetusministeriö (Opetusministeriö 2006) on määritellyt. Sairaanhoitajan osaamisvaatimukseen ja koulutuksen opetussuunnitelmaan kuuluu ihmisen kokonaisvaltainen hoitaminen, joten mitä tapahtuu opiskelijoiden siirtyessä työelämään sille kokonaisvaltaiselle hoitamiselle? Onko työelämä liian hektinen kokonaisvaltaiselle hoitamiselle? Onko meidän terveydenhuollon rakenteessa vikaa, kun ihminen muuttuu helposti vain korkeaksi verenpaineeksi tai akuutiksi infektioksi? Mihin katoaa kokonaisvaltainen ihmisen hoitaminen?

Espoon hoitomallissa on paljon hyvää, koska se yhdenmukaistaa toiminta- ja kirjaamiskäytännöt työntekijästä riippumatta. Se antaa valmiin mallin jonka mukaan edetä ja ”pakottaa” katsomaan ihmistä kokonaisvaltaisemmin. Lisäksi tietojärjestelmät antavat valmiita linkkejä lisätietoihin potilaan taustat huomioiden. Esimerkiksi jos potilaalla on diabetes, niin kone tarjoaa suoraa linkkiä diabeteksen näyttöön perustuviin Käypä Hoito suosituksiin. Käypä Hoito suositukset ja kaikki mahdollinen tuki ja näyttöön perustuva tieto tukevat etenkin vasta valmistuneita hoitotyön ammattilaisia hoitamaan potilaita kokonaisvaltaisemmin. Helposti saatavilla olevan tiedon avulla ei ainakaan pitäisi jäädä potilas sen takia hoitamatta, että terveydenhuollon ammattilainen ei tiedä kuinka mitään sairautta tulisi hoitaa ja mitä asioita huomioida. Terveydenhuolto tarvitsee yhteisiä linjauksia, mallinnuksia, jotta potilaiden hoidosta saadaan kokonaisvaltaista ja yhdenvertaista.

Espoon hoitomallissa ja muissakin hoitomalleissa on tavoitteena potilaan voimaantuminen. Voimaantuminen, hoitoon sitoutuminen on vastakohta pitkään terveydenhuollossa vallinneelle lääketieteelliselle toimintamallille. Lääketieteellisen toimintamallin mukaan hoidon tavoitteiden asettaminen ja hoitomääräyksien antaminen kuuluu yksin asiantuntijoille. Lääketieteellisessä toimintamallissa tavoitteena on pelkästään saada potilas ymmärtämään asiat ja noudattamaan annettuja ohjeita. (Kyngäs & Hentinen 2009, 61.) Pitkäaikaissairaiden hoitomalleissa on luotu hyvät raamit toimintamallien muutokselle, mutta riittääkö pelkät raamit muuttamaan jo kauan vallalla ollutta lääketieteellistä toimintamallia?

Saadaanko potilaat löytämään omat voimavaransa, määräämään itse itseään ja omaa toimintaansa? Kuinka terveydenhuollon henkilöstö loppupeleissä saa potilaan voimaantumiseen? Voimaantuminen on kykeneväksi, täysivaltaiseksi tulemistä ja se lisää ihmisen kykyä vaikuttaa omaan elämäänsä. Voimaantuminen on henkilökohtainen ja yksilöllinen prosessi, joka tapahtuu vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa. (Kyngäs & Hentinen 2009, 59.)

Uskon, että pitkäaikaissairaiden hoitomalleilla on hyvä vaikutus parempaan suuntaan potilaiden voimaantumisen suhteen, mutta toisaalta potilaan voimaantumisen tukeminen ja myönteisen ilmapiirin luominen eivät ole helppo asia. Voimaantuminen kun ei ole ohjaus-strategia, eikä –tekniikka vaan ohjauksen taustalla oleva näkemys, joka ohjaa prosessissa niin asiakasta kuin terveydenhuoltohenkilöstöäkin. Asiakas on ensisijainen päätöksentekijä jokapäiväisessä hoidossaan ja hänen roolinsa on olla aktiivinen ja vastuullinen toimija ja yhteistyökumppani. Terveydenhuoltohenkilöstön osana on toimia, ohjata ja tukea asiakasta niin, että tämä pystyy tekemään tietoisia päätöksiä suhteessa omaan hoitoonsa ja saavuttaa asettamansa tavoitteet. (Kyngäs & Hentinen 2009, 59-61.) Ajattelutavan muutos vaatii minusta perusteellisempaa koulutusta ja lähtökohtaisesti pitäisi sisältyä kaikkien terveydenhuoltoalalla työskentelevien peruskoulutukseen.

Opinnäytetyöprosessi on ollut haasteellinen, mutta hyvin opettavainen. Haasteellisinta prosessissa on ollut se, että olen tehnyt työn ilman paria. Yksin tehdessä ei ole paria jonka kanssa vaihtaa näkemyksiä ja keskustella asioista, mutta olen ainakin oppinut työskentelemään itsenäisesti. Lisäksi perhe-elämän ja opintojen tauolla oleminen kolmesti lasten saamisen vuoksi sotkivat kovasti aikataulutusta ja koko opinnäytetyöprosessia.

7.3 Kehittämishaasteet

Jään mielenkiinnolla seuraamaan kuinka Espoon kroonisesti sairaan hoitomalli kehittyy tästä eteenpäin ja mikä tulee olemaan yleinen suuntaus Suomen perusterveydenhuollossa. Useassa maassa on jo olemassa yleinen kroonisesti sairaiden hoitomalli, jota toteutetaan yleisesti koko maan perusterveydenhuollossa.

Sosiaali- ja terveysministeriöllä on Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste), joka sisältää eri osaohjelmia ja tällä hetkellä yhtenä hankkeena siellä on Väli-Suomen Kaste-hanke Potku, jossa on tavoitteena parantaa pitkäaikaissairauksien ennaltaehkäisyä ja hoitoa terveyshyötymallin (Chronic Care Model) mukaisesti. Toimintamallissa kehitetään suunnitelmallisia, tarpeenmukaisia ja terveyshyötyä tuottavia palveluja pitkäaikaissairaille. Keskeisenä tavoitteena on potilaiden mukaan ottaminen oman hoitonsa suunnitteluun ja hoidon toteutukseen kehittämällä omahoitoa tukevia palveluja. Hanke kuulostaa identtiseltä Espoon Omahoito-hankkeen kanssa. (<http://www.potkuhanke.fi/>).

Kehittämishankkeena näkisin ainakin laajemman kirjallisuuskatsauksen suorittamisen tai osissa eri hakukoneilla suoritettua kirjallisuuskatsauksen tekemisen. Lisäksi näkisin mielenkiintoisena selvittää kuinka Espoon projektissa kehitetty omahoitomalli on jäänyt käytäntöön ja kuinka se on kehittynyt olemassaolon aikanaan. Espoon omahoitomalliin liittyen olisi myös mielenkiintoista kartuttaa tietoa potilaiden kokemuksista hoitomallin suhteen ja henkilökunnan kokemuksia hoitomallin suhteen. Lisäksi olisi mielenkiintoista selvittää muuttiko Espoon omahoitomalli kroonisesti sairaan potilaan hoitoa Espoossa. Erilaisten omahoitomallien kehittäminen on tuntunut nyt myös olevan trendi Suomessa, joten olisi mielenkiintoista myös selvittää omahoitomallien kehitys Suomen perusterveydenhuollossa Espoon omahoitomallin julkaisemisen jälkeen.

LÄHTEET

- Ackermann, Roland; Doebbeling, Carney; Downs, Stephen; Holmes, Ann; Inui, Thomas; Katz, Barry; Li, Jingjin; Murray, Michael; Rosenman, Marc & Zillinch, Alan 2006. The Indiana Chronic Disease Management Program. *The Milbank Quarterly*, Vol. 84, No.1, 135-163.
- Airaksinen, Marja; Pitkälä, Kaisu & Routasalo Pirkko 2008. Hoitoon sitoutumisesta omahoidon tukemiseen. Kirjassa: *Lääkkeet ja terveys 2008*. Helsinki: Lääketietokeskus Oy.
- Axelin, Anna; Johansson, Kirsi; Stolt Minna & Ääri Riitta-Liisa 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. *Digipaino-Turun Yliopisto*.
- Buttar, Amna; Callahan, Christopher; Clark, Daniel & Counsell, Steven 2006. Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders (GRACE): A New Model of Primary Care Low-Income Seniors. *Journal compilation The American Geriatrics Society JAGS 54:1136–1141*
- Bodenheimer Thomas; Grumbach Kevin & Wagner Edward H. 2002 a). Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness. *American Medical Association JAMA*, October 9, 2002-vol 288, No. 14.
- Bodenheimer Thomas; Grumbach Kevin & Wagner Edward H. 2002 b). Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness. *The Chronic Care Model, Part 2. , American Medical Association JAMA*, October 16, 2002-vol 288, No. 15.
- Bodenheimer Thomas; Grumbach Kevin; Holman Halsted & Lorig Kate 2002 c). Patient Self-management of Chronic Disease in Primary Care. *American Medical Association JAMA*, November 20, 2002-vol 288, No. 19.
- Catalano, Tara; Hunter, Beth; Kendall, Elizabeth & Vandenberg, Avanka 2009. The experiences of leaders of self-management courses in Queensland: exploring Health Professional and Peer Leaders` perceptions of working together. *Health and Social Care in the Community (2009) 17 (2), 105–115*.

- Davies, Gawaine; Dennis, Sarah; Griffiths, Rhonda; Harris, Mark; Hasan, Iqbal; Roland, Martin & Zwar, Nicholas 2008. Chronic disease management in primary care: from evidence to policy. *The Medical Journal of Australia*, Volume 188 Number 8, 21 April 2008. 53-56.
- Dennehy, Patricia; Hirsch, Jane; Janson, Susan; Saxe, Joanne; Stringari-Murray, Susan & Waters Catherine 2007. Meeting a primary care challenge in the United States: Chronic illness care. *Contemporary Nurse* 2007. Aug;26(1):3-4.
- Grag, Amit; Haynes, Brian & Montague, Paul 2002. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Database Syst.Rev.* 2002;(2):CD000011.
- Eijkelberg, Irmgard; van Merode, Frits; Spreeuwenberg, Cor; Vrijhoef, Bert & Wolffenbuttel, Bruce 2001. Adoption of disease management model for diabetes in region of Maastricht. *BMJ* 2001;323:983-5 helping doctors make better decisions.
- Eloheimo, Outi & Idänpään-Heikkilä, Ulla 2010. Hoitomallin hyödyt ja haasteet. Esitys 20.01.2010, viitattu 25.6.2011, kopio löytyy opinnäytetyön tekijältä.
- Eriksson, Katie; Isola, Arja; Kyngäs, Helvi; Leino-Kilpi, Helena; Lindström, Unni; Paavilainen, Eija; Pietilä, Anna-Maija; Salanterä, Sanna; Vehviläinen-Julkunen, Katri & Åstedt-Kurki, Päivi 2008. *Hoitotiede* Opiskeluopas, Helsinki: WSOY.
- Heinänen, Tuula; Lehtovuori, Tuomo & Saarelma, Osmo 2010. Selkeyttä pitkäaikaissairaiden hoitoon. *Yleislääkäri* 25 (5), 27-30.
- Hemminki, Antti; Leppäkoski, Anna-Mari; Lommi, Marja-Liisa; Saarelma, Osmo & Siefen, Liisa 2008. Toimiva hoitomalli pitkäaikaissairaiden hoitoon. *Suomen Lääkärilehti* 2008;63(50):4441-4448.
- Hogg, William; Lemelin, Jacques; Russell, Grant & Thille, Patricia 2008. Beyond Fighting Fires and Chasing Tails? Chronic Illness Care Plans in Ontario, Canada. *Annals of family medicine* , Vol. 6, No. 2 March/April. 146-153.

- Kaila, Minna; Komulainen, Jorma; Kunnamo, Ilkka; Mäntyranta, Taina & Varonen, Helena 2006. Tietokoneavusteisen päätöksentuen avulla kohti neuvovaa potilaskertomusta. *Duodecim* 2006;122:1174–81.
- Kendall, Elizabeth; Rogers, Anne 2007. Extinguishing the social?: state sponsored self-care policy and the Chronic Disease Self-management Programme. *Disability & Society* Vol. 22, No. 2, March 2007, pp. 129–143.
- Kyngäs, Helvi & Hentinen, Maija 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Kyngäs, Helvi & Vanhanen, Liisa 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1), 3-12.
- Kääriäinen, Maria & Lahtinen, Mari 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18 (1), 37-45.
- Leppäkoski, Anna-Mari; Pellikka, Minna & Suurnäkki, Anu 2010. Espoon potilaslähtöinen pitkäaikaissairauksien hoitomalli. Uusi terveydenhuolto. *Hoitotyön vuosikirja*. Helsinki: Fioca Oy.
- Mattila, Lea-Riitta, Rekola, Leena & Sarajärvi, Anneli 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Helsinki: WSOYpro
- Pellikka, Minna 2010. Sepelvaltimotaudin hoidon kehittämistyön 2007–2009 loppuraportti. 2/2010. Viitattu 15.6.2011.
<http://www.espoo.fi/hankkeet/?Path=1;28;29;1047;1098;47897;49170>
- Pitkälä, Kaisu & Ruotsalo, Pirkko 2010. Omahoidon tukemisen opas. Forssa: Duodecim. Nurkkala, Hannele 2010. Espoon potilaslähtöinen pitkäaikaissairauksien hoitomalli. Uusi terveydenhuolto. *Hoitotyön vuosikirja*. Helsinki: Fioca Oy.
- Sarajärvi, Anneli & Tuomi, Jouni 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Shelton, Paul .Disease Management Programs, The Second Generation. *Dis Manage Health Outcomes* 2002; 10 (8): 461-467.
- Siitonen, Juha 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Oulu: Oulu university press.

Suurnäkki, Anu 2010. ESPOON OMAHOITOHANKE Kroonisesti sairaiden hoitomallin ja omahoitoa tukevien palvelujen kehittäminen. Hankkeen loppuraportti 2010. Viitattu 21.11.2011.

<http://www.google.fi/search?q=kroonisesti+sairaiden+hoitomallin+ja+omahoitoa+tukevien+palvelujen+kehitt%C3%A4minen&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:fi:official&client=firefox-a>

Suurnäkki, Anu 2009, Kansalainen oman hyvinvointinsa asiantuntijana. Tekesin FinnWell-ohjelman pitkäaikaissairauksien omahoidon hankekoko-
naisuuden kehittämistyön tulokset. Viitattu 21.11.2011.

<http://www.espoo.fi/default.asp?path=1;28;29;37412;37474;120540>

Toofany, Swaleh 2008. Where are the cases? Primary Health Care Vol 18, No 3
April 36-39.

Zweifler, John 2007. The Missing Link: Improving Quality With a Chronic Disease Management Intervention for the Primary Care Office. Annals of family medicine Vol. 5, No. 5 September/October, 453-456.

LIITTEET

LIITE 1: Kirjallisuuskatsauksen artikkelit

Tekijät	Artikkeli	Julkaisu	Tarkoitus	Hoitomalli
Ackermann Roland, Doebbeling Carney, Downs Stephen, Holmes Ann, Inui Thomas, Katz Barry, Li Jingjin, Murray Michael, Rosenman Marc, Zillinch Alan	The Indiana Chronic Disease Management Program	2006, The Milbank Quarterly	Kertoa ICDMP hoitomallista ja sen haasteista	The Indiana Chronic Disease Management Program ICDMP
Buttar Amna, Callahan Christopher, Clark Daniel, Counsell Steven	Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders (GRACE): A New Model of Primary Care Low-Income Seniors	JAGS 54:1136–1141, 2006 Journal compilation The American Geriatrics Society	Kertoa GRACE hoitomallista, jonka vaikuttavuutta on arvioitu satunnaisesti kontrolloidulla tutkimuksella RCT	Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders GRACE
Catalano Tara, Hunter Beth, Kendall Eliza-	The experiences of leaders of self-management	Health and Social Care in the Community (2009)	Laadullinen tutkimus vapaaehtoisten kokemuksista, jotka on koulutettu vetä-	Stanford Chronic Disease Self-

beth, Van- denberg Avanka	courses in Queensland: exploring Health Professional and Peer Lead- ers`perceptions of working to- gether	17 (2), 105–115	mään CDSMP kurseja	Manage- ment Pro- gram CDSMP
Dennehy Patricia, Hirsch Jane, Janson Su- san, Saxe Joanne, Stringari- Murray Su- san, Waters Catherine	Meeting a pri- mary care chal- lenge in the United States: Chronic illness care	2007, Contem- porary Nurse	Käsitellään kroonis- ten sairauksien hoi- don haastetta pe- rusterveidenhuol- lossa	Wagner Chronic Care Model CCM
Hogg Wil- liam, Lemelin Jacques, Russell Grant, Thille Patricia	Beyond Fighting Fires and Chas- ing Tails? Chronic Illness Care Plans in Ontario, Canada	Annals of family medicine , Vol. 6, No. 2 March/April 2008	Tutkimus lääkärei- den ja potilaiden kokemuksista käy- tettäessä CICM hoitomallia	Chronic Illness Care Manage- ment CICM
Kendall Elizabeth, Rogers Anne	Extinguishing the social?: state sponsored self-care policy and the Chronic Disease Self- management Programme	Disability & Society Vol. 22, No. 2, March 2007, pp. 129–143	Kriittisesti arvioida CDSMP: periaattei- ta kansallisena mal- lina verraten ole- massa oleviin for- maatteihin ja oma- hoidon ideologiaan	Stanford Chronic Disease Self- Manage- ment Pro- gram CDSMP
Shelton Paul S	Disease Man- agement Pro-	Dis Manage Health Outco-	Yleiskuvaus en- simmäisen polven	Muokattu Wagner

	grams, The Second Generation	mes 2002; 10 (8): 461-467	Disease Management malleista koostaen niiden rakennetta ja rajoituksia. Lisäksi esitellä uuden sukupolven DM malli.	Chronic Care Model CCM
Toofany Swaleh	Where are the cases?	2008, Primary Health Care	Kirjoittaja tutkii viimeisimpiä välineitä/menetelmiä kroonisesti sairaiden hoidossa. Artikkelin on läpikäynyt vertaisarvioinnin.	The Kaiser Program + Wagner Chronic Care Model CCM
Zweifler John	The Missing Link: Improving Quality With a Chronic Disease Management Intervention for the Primary Care Office	Annals of family medicine Vol. 5, No. 5 September/October 2007	Chronic Disease Management esitelly	Chronic Disease Management CDM.

Käsin löydetyt

Bodenheimer Thomas, Grumbach Kevin, Holman Halsted, Lorig Kate	Patient Self-management of Chronic Disease in Primary Care	2002, American Medical Association JAMA, November 20, 2002-vol 288, No. 19	Yleisesti tutkittua tietoa omahoidon vaikutuksesta kroonisiin sairauksiin perusterveydenhuollossa	Viittauksia eri malleihin
Bodenheimer Thomas	Improving Primary Care for	2002, American Medical Association	Tapaus esimerkeillä kuvataan kuinka	Wagner Chronic

as, Wagner Edward H. Grumbach Kevin	Patients With Chronic Illness	ciation JAMA, October 9, 2002-vol 288, No. 14	Chronic Care Mode- lin komponentit on toteutettu neljässä eri terveydenhuolto organisaatiossa	Care Model CCM
Bodenhei- mer Thom- as, Wagner Edward H., Grumbach Kevin	Improving Pri- mary Care for Patients With Chronic Illness, The Cronic Care Model, Part 2	2002, American Medical Asso- ciation JAMA, October 16, 2002-vol 288, No. 15	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus Chronic Care Mode- lin vaikuttavuudesta	Wagner Chronic Care Model CCM
Davies Gawaine, Dennis Sa- rah, Griffiths Rhonda, Harris Mark, Hasan Iqbal, Roland Mar- tin, Zwar Nicholas	Chronic disease management in primary care: from evidence to policy	2008, The Med- ical Journal of Australia, Vol- ume 188 Num- ber 8, 21 April 2008	Tutkia hoitomallin tehokkuutta Austra- lian perusterveyden huollossa ja kartoit- taa uusia tehok- kaampia hoitomalle- ja Australian perus- terveydenhuoltoon	Muokattu Wagner Chronic Care Model CCM
Eijkelberg Irmgard , van Merode Frits, Spreeuwen- berg Cor, Vrijhoef Bert, Wolf- fenbuttel Bruce	Adoption of dis- ease manage- ment model for diabetes in re- gion of Maas- tricht	BMJ 2001;323:983– 5 helping doc- tors make bet- ter decisions	Prosessi kuvaus vanhasta hoitota- vasta siirryttäessä uuteen sairauden hoitomalliin ottaen huomioon viimeai- kaisen kehityksen diabeteksen hoi- dossa Maastrichtis- sa Alankomaissa	DM II malli