

Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö

PITKÄAIKAISSAIRAUKSIEN HOIDON ITSEARVIOINTI
KEHITTÄMISTYÖN KONTEKSTISSA
ACIC-kysely Ylä-Savon terveysasemilla 2010 ja 2012

Pro gradu -tutkielma
Laura Kauhanen
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö
Huhtikuu 2013

KAUHANEN, LAURA: Pitkäaikaissairauksien hoidon itsearviointi kehittämistyön kontekstissa – ACIC-kysely Ylä-Savon terveysasemilla 2010 ja 2012

Pro gradu -tutkielma, 50 sivua, 12 liitesivua

Ohjaaja: Professori Juhani Lehto

Kansanterveystiede

Huhtikuu 2013

Pitkäaikaissairauksien yleistyminen on merkittävä haaste kansanterveydelle Suomessa ja koko maailmassa. Pitkäaikaissairauksien hoito kattaa huomattavan suuren osan terveydenhuollon resursseista. Ylä-Savon alueella vuosina 2010–2012 toimineessa perusterveydenhuollon kehittämiseen tähdänneessä RAMPE-hankkeessa pyrittiin vastaamaan tähän haasteeseen. Hankkeen tavoitteena oli pitkäaikaissairauksien hoidon kehittäminen perusterveydenhuollossa. Kehittämistyön viitekehystenä käytettiin terveyshyötymallia, ja pitkäaikaissairauksien hoidon toteutusta arvioitiin hankkeessa malliin kuuluvan ACIC-kyselyn avulla.

ACIC-kysely toteutettiin vuosina 2010 ja 2012 Ylä-Savon alueen neljällä terveysasemalla; Iisalmessa, Vieremällä, Kiuruvedellä ja Sonkajärvellä. Kysely toteutettiin arvioimalla erikseen viittä eri pitkäaikaissairausryhmää: Diabetes ja valtimotaudit, masennus ja päihdeongelmat, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, keuhkosairaudet sekä muistisairaudet. Kyselyllä saatiin selville organisaatiotason itsearviointi, eli terveyskeskusten työntekijöiden näkemys, näiden pitkäaikaissairauksien hoidon toteutuksesta. ACIC-kyselyn toteutuksesta kerättiin hankkeen puitteissa kirjallista palautetta. Osana tätä tutkielmaa toteutettiin myös teemahaastatteluja ACIC-kyselyyn osallistuneille.

Tutkielmassa vertaillaan ACIC-kyselyn tuloksia ja niiden kehitystä vuodesta 2010 vuoteen 2012 Ylä-Savon terveysasemien ja arvioitujen pitkäaikaissairausryhmien välillä. Lisäksi tarkastellaan kyselyllä saadun tiedon hyödynnettävyyttä kirjallisten palautteiden ja teemahaastattelujen perusteella. ACIC-kyselyaineistoa analysoitiin laskemalla tulokset kyselyn ohjeiden mukaan, eli aineistosta tuotettiin kuvaileva tilastollinen analyysi. Kirjallisen palautteen ja haastatteluaineiston analyysi toteutettiin sisällönanalyysin mukaisesti.

ACIC-kyselyn tulokset ja niiden kehitys vaihteli eri sairausryhmien ja terveysasemien välillä. Kyselyn tulosten tulkinnassa tulee kuitenkin olla varovainen, sillä kysely perustuu vastaajien subjektiiviseen näkemykseen. Jotta pitkäaikaissairauksien hoidon toteutuksesta saataisiin kattava kokonaiskuva, täytyy ACIC-kyselyn rinnalla käyttää myös muita tietolähteitä. Tutkielman merkittävin tulos on se, että ACIC-kysely saattaa itsessään toimia kehittämisprosessin käynnistävänä ja sitä ylläpitävänä interventiona. Kyselyä tulee hyödyntää nimenomaan kehittämistyön työvälineenä. Se kannattaa ottaa pysyväksi ja säännölliseksi osaksi Ylä-Savon terveysasemien toimintaa, sillä työn kehittäminen on tärkeää työhyvinvoinnin, työviihtyvyyden ja työhön sitoutumisen kannalta.

Asiasanat: pitkäaikaissairaudet, terveyshyötymalli, kehittämishanke, itsearviointi

ABSTRACT
UNIVERSITY OF TAMPERE
School of Health Sciences

KAUHANEN, LAURA: Self-assessment of chronic illness care in context of development – ACIC-survey in health centers of Ylä-Savo region in 2010 and 2012

Master thesis, 50 pages, 12 appendix pages

Supervisor: Professor Juhani Lehto

Public Health

April 2013

The increase of chronic illnesses is a significant challenge for public health in Finland and in the whole World. Chronic illness care demands a notable amount of the health care resources. RAMPE-project, which operated in Ylä-Savo region in 2010-2012, aimed to respond to this challenge. The project focused on developing chronic illness care in primary health care. Project used chronic care model as their theoretical framework, and chronic illness care was evaluated by using ACIC-survey.

ACIC-survey was conducted in 2010 and 2012 in four health centers of Ylä-Savo region; Iisalmi, Vieremä, Kiuruvesi, and Sonkajärvi. The survey was conducted by evaluating five different chronic illness groups separately: diabetes and vascular diseases, depression and substance abuse, musculoskeletal disorders, pulmonary diseases, and memory disorders. The survey revealed self-assessment at organizational level, in other words the view of health care workers, about the care of these chronic diseases. The project gathered written feedback regarding the conduction of the ACIC-survey. Survey participants were theme interviewed in 2013 as part of this thesis.

In this thesis, the results of the survey, and their development from year 2010 to year 2012, are compared between the health centers of Ylä-Savo region and the evaluated chronic illness groups. In addition, usefulness of the information given by the survey is viewed based on the written feedback and theme interviews. The survey data is analyzed by calculating the results according to the survey instructions, i.e. a descriptive analysis was conducted. The written feedback and interview data is analyzed by using content analysis.

The survey results and their development varied between different illness groups and health centers. The results should be interpreted cautiously, due to the fact that the survey is based on the subjective view of the participants. In order to get a comprehensive view of chronic illness care, other information resources should be used besides the ACIC-survey. The most significant result of the thesis is that the ACIC-survey itself might act as an intervention for launching and maintaining development process. The survey should be used as development tool specifically. It is worth being a permanent and regular part of the health center operation in Ylä-Savo region because development of the health care work is essential in terms of wellbeing at work, work satisfaction and commitment to work.

Keywords: chronic illness, chronic diseases, chronic care model, development project

Sisältö

1 Johdanto	4
2 Tutkimuksen tausta	5
3 Pitkäaikaissairauksien hoidon kehittäminen ja arviointi.....	8
3.1 Disease management.....	8
3.2 Terveysyötymalli.....	9
3.3 Arviointitutkimuksesta	11
3.4 ACIC-kysely itsearvioinnin mittarina	13
3.5 ACIC-kyselyn validiteetti ja reliabiliteetti	15
4 Tutkimuskysymykset	19
5 Aineisto ja analyysi	20
5.1 Aineiston kerääminen.....	20
5.2 Analyysimenetelmät.....	23
5.3 ACIC-kyselyn tulokset.....	25
5.4 Haastattelujen ja kirjallisen palautteen tulokset.....	29
6 Yhteenveto ja johtopäätökset	35
6.1 Tulosten luotettavuus	35
6.2 Terveysasemien ja sairausryhmien väliset erot	37
6.3 ACIC-kyselyn hyödynnettävyys	39
7 Pohdinta ja suositukset.....	40
Lähdeluettelo.....	43
Liite 1	51
Liite 2	52
Liite 3	53

1 Johdanto

Pitkäaikaissairaudet, eli krooniset ei-tarttuvat taudit, ovat kasvava haaste terveydenhuoltojärjestelmille koko maailmassa (WHO 2002: 11). Pitkäaikaissairaudet ovat yleisiä myös Suomessa. Vuonna 2011 Suomen 30 vuotta täyttäneestä väestöstä yli 40 % raportoi sairastavansa vähintään yhtä pitkäaikaissairautta (Koskinen, Manderbacka ja Aromaa 2012: 80). Ei-tarttuvat taudit aiheuttivat 89 % koko väestön kuolemantapauksista Suomessa vuonna 2008. Näistä suurin yksittäinen kuolinsyy oli sydän- ja verisuonitaudit, joka aiheutti 41 % kaikista kuolemantapauksista. Myös ei-tarttuvien tautien riskitekijät ovat yleisiä Suomessa. Vuonna 2008 arvioitiin kohonneen verenpaineen prevalenssin olevan 49,2 % koko väestössä, kohonneen veren glukoosiarvojen 10,3 %, ylipainon 58 % (BMI \geq 25), lihavuuden 23 % (BMI \geq 30) ja kohonneen kolesterolin 63,5 %. (WHO 2011.)

Pitkäaikaissairauksien merkitys kansanterveydellisenä haasteena perustuu paitsi korkeisiin ja kasvaviin sairastavuuslukuihin myös niistä koituviin kustannuksiin. Vuonna 1995 terveydenhuollon voimavaroja käytettiin eniten, 17 % suorista hoitokustannuksista, sydän- ja verisuonisairauksien hoitoon. Muita yli 10 % terveydenhuollon resursseista vieviä sairausryhmiä olivat mielenterveyden häiriöt, hengityselinten sairaudet sekä tuki- ja liikuntaelinten sairaudet. (Kiiskinen, Teperi, Häkkinen & Aromaa 2005.) Kustannuksia ei aiheudu pelkästään pitkäaikaissairauksien hoidosta, vaan myös esimerkiksi työkyvyttömyyden vuoksi menetetyt tuotantopanokset myötä. Vuonna 2011 työkyvyttömyyseläkkeiden yleisimmät syyt olivat mielenterveydenhäiriöt ja tuki- ja liikuntaelinten sairaudet. Mielenterveydenhäiriöiden osuus työkyvyttömyyseläkettä saavien päädiagnooseista oli 39 %, ja tuki- ja liikuntaelinten sairauksien vastaava osuus oli 29 %. (Eläketurvakeskus 2012.) Taloudellisten kustannusten lisäksi pitkäaikaissairaudet vaikuttavat potilaiden elämänlaatuun (Sprangers ym. 2000).

Pitkäaikaissairaudet ovat yksi perusterveydenhuollon keskeisimmistä kehittämiskohteista Suomessa. Ensimmäiseen KASTE-ohjelmaan, eli sosiaali- ja terveydenhuollon kansalliseen kehittämisohjelmaan vuosina 2008–2011, kuului useita hankkeita, joiden tavoitteena oli pitkäaikaissairauksien ja niistä johtuvien lisäsairauksien ehkäisy (Kokko, Peltonen & Honkanen 2009: 43). Uuden, vuosien 2012–2015, KASTE-ohjelman päätavoitteina on hyvinvointi- ja

terveyserojen kaventaminen sekä asiakaslähtöisyyden lisääminen sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteissa ja palveluissa (STM 2012: 18). Ensimmäisen KASTE-ohjelman tapaan myös uuden KASTE-ohjelman tavoitteet kytkeytyvät vahvasti pitkäaikaissairauksien hoidon kehittämiseen, koska pitkäaikaissairaudet jakautuvat eriarvoisesti alueellisesti ja sosioekonomisen aseman mukaan. Esimerkiksi verenkiertoelinten sairaudet, tuki- ja liikuntaelinten sairaudet ja mielenterveyden häiriöt ovat Itä- ja Pohjois-Suomessa yleisempiä kuin koko maassa keskimäärin. Niin ikään sosioekonomisten ryhmien välillä on suuria eroja verenkiertoelinten sairauksien, tuki- ja liikuntaelinten sairauksien, mielenterveyden häiriöiden, huonosti koetun terveyden ja toimintakyvyn rajoitusten yleisyydessä (Aromaa, Huttunen, Koskinen & Teperi 2005; Koskinen ym. 2007: 74–86). Myös Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän, johon tästä eteenpäin tutkielmassa viitataan termillä Ylä-Savon SOTE, strategian (2011) päämääriin kuuluu hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen. Pitkäaikaissairauksien hoito on tämän päämäärän kannalta olennainen kehittämiskohde.

2 Tutkimuksen tausta

Tämän tutkielman aineisto on kerätty Ylä-Savon SOTE:n terveysasemilla. Alueen demografia ja väestön terveys ovat tärkeitä taustatekijöitä tuloksia arvioitaessa. Ylä-Savon alueen väestö on hiukan ikääntyneempää kuin Suomessa keskimäärin, ja väestön ikääntyminen jatkuu yhä. Vuoden 2011 lopussa 65 vuotta täyttäneiden osuus Ylä-Savon seutukunnan väestöstä oli 22,6 % (SOTKANet 2013). Myös Ylä-Savon SOTE:n strategiassa ja palvelujen järjestämissuunnitelmassa tunnistetaan väestökehityksen ja väestörakenteen muutoksen tuomat haasteet sosiaali- ja terveyspalveluille (Ylä-Savon SOTE:n yhteislautakunta 2010; Ylä-Savon SOTE:n yhtymähallitus 2011).

Ylä-Savon SOTE:en kuuluvien kaupunkien ja kuntien ikävakioidut sairastavuusindeksit vuonna 2011 sijoittuivat välille 115,1–128,4. Ikävakioitu sairastavuusindeksi perustuu kuolleisuuslukuihin, työkyvyttömyyseläkkeellä olevien osuuteen työikäisistä sekä erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettujen osuuteen väestöstä. Koko Suomen väestön sairastavuusindeksi on 100, joten Ylä-Savon väestö on sairaampaa kuin Suomen väestö keskimäärin. (SOTKANet 2013.) Kansaneläkelaitoksen Terveyspuntarin ikä- ja sukupuolivakioitu kansantauti-indeksi Ylä-Savon SOTE:n jäsenkaupungeissa ja -kunnissa vaihteli välillä 123,6–135,4 vuonna 2011. Myös kansantauti-indeksissä luku 100 kuvaa koko maan keskiarvoa, ja indeksi perustuu seitsemän

suurimman erityiskorvattavaan lääkehoitoon oikeuttavan sairauden (astma, diabetes, nivelreuma, psykoosit, sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta ja verenpainetauti) yleisyyteen väestössä. (Kelasto 2013) Krooniset kansantaudit ovat siis yleisempiä Ylä-Savossa kuin Suomessa keskimäärin.

Lähtökohdat



Kuvio 1. Ylä-Savon SOTE:n strategian nelikenttäanalyysi (Kuntayhtymähallitus 2011).

Ylä-Savon SOTE aloitti toimintansa vuoden 2011 alussa. Kuntayhtymän tehtävä on järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon sekä ympäristönsuojelun ja ympäristöterveydenhuollon palvelut Iisalmen ja Kiuruveden kaupungille sekä Sonkajärven ja Vieremän kunnille. Ylä-Savon SOTE:n strategiassa kuntayhtymän toiminnan lähtökoh-
tia on kuvattu nelikentässä (Kuvio 1.), joka erittelee kuntayhtymän vahvuudet, heikkoudet, uhat ja mahdollisuudet. Vahvuuksina ja mahdollisuuksina nähdään esimerkiksi hyvät ja kattavat palvelut, verkostot ja kehittämismyönteisyys. Heikkouksina

ja uhkina puolestaan nähdään aleneva väestökehitys, väestön ikärakenne, työntekijöiden ikärakenne ja työvoimapula. (Ylä-Savon SOTE:n yhtymähallitus 2011.) Osassa alueen terveyskeskuksia onkin jouduttu turvautumaan lääkäriostopalveluihin, erityisesti päivystystoiminnassa (Lämsä, Vola & Ruoranen 2013: 13).

Merkittävä osa tämän tutkielman aineistosta on kerätty alun perin Ylä-Savossa toimineen perusterveydenhuollon kehittämishankkeen, RAMPE (Rautaisia ammattilaisia perusterveydenhuoltoon) -hankkeen toimesta ja hankkeen käyttöön. Hanke toimi vuosina 2010–2012 ja se kuului ensimmäiseen KASTE-ohjelmaan. Hankkeen tavoitteina oli

- 1) lisätä terveyskeskustyön vetovoimaisuutta panostamalla henkilöstön osaamiseen, työssä oppimiseen ja päätöksenteon tukeen
- 2) parantaa perusterveydenhuollon palvelukykyä vahvistamalla vastaanottoiminnan ja pitkäaikaissairauksien hoidon suunnitelmallisuutta
- 3) vahvistaa potilaan osallisuutta hoitoprosessissa pilotoimalla uusia omahoitoa tukevia työtapoja ja ottamalla käyttöön uusia omahoitotyökaluja.

Hankkeen kehittämistyö sisälsi muun muassa henkilöstön kouluttamista, koulutus- ja perehdytysmateriaalien laatimista, kokeilevaa työparityöskentelyä, omahoitopisteiden käytön tehostamista ja terveystapahtumien järjestämistä. (Lämsä ym. 2013.)

3 Pitkäaikaissairauksien hoidon kehittäminen ja arviointi

3.1 Disease management

Pitkäaikaissairauksien hoidon tasoa on pyritty parantamaan ”*disease management*” -ajattelun mukaisella kehittämistyöllä. Termiä ”*disease management programme*”, lyhennettynä DMP, käytetään yleisesti mallin mukaisista kehittämisohjelmista. DMP:t perustuvat moniammatillisuuteen ja ennakoivaan lähestymistapaan, koostuvat useista osatekijöistä, ja keskittyvät kroonisten sairauksien hoitoon kokonaisuutena, sekä hyödyntävät näyttöön perustuvia hoitostandardeja. (Velasco-Garrido, Busse & Hisashige 2003). Kestelootin (1999) mukaan disease managementin elementtejä ovat edellisten lisäksi

- integroitu ja jatkuva hoito (*integrated care, care continuum*)
- väestöön ja ryhmiin keskittyminen (*population, group orientation*)
- kysyntä-orientoituneisuus (*demand-oriented*)
- aktiivinen asiakas, potilaan voimaannuttaminen (*active client, patient management tools*)
- ohjeistukset, protokollat, hoitopolut (*guidelines, protocols, care paths*)
- vastuuvollisuus (*accountability*)
- tietotekniikan hyödyntäminen esim. päätöksenteon tukena (*information technology*)
- järjestelmäratkaisut (*system solutions*)
- dynaamisuus (*dynamic*)
- jatkuva laadun parantaminen (*continuous quality improvement*).

DMP:iden tavoitteena on parantaa pitkäaikaissairauksien hoitoa ja hoitotasapainoa sekä lisäävät terveydenhuollon ammattilaisten sitoutumista näyttöön perustuviin hoitostandardeihin. Eniten näyttöä DMP:ien toimivuudesta on diabeteksen, masennuksen, kroonisen sydämen vajaatoiminnan sekä sydän- ja verisuonitautien hoidon kehittämisessä. DMP:ien tueksi tarvittaisiin lisätietoa niiden kustannustehokkuudesta sekä vaikutuksista kuolleisuuteen ja sairastavuuteen. (Velasco-Garrido ym. 2003.)

Weingartenin ym. (2002) meta-analyysin mukaan DMP:issa eniten käytettyjä interventioita ovat

potilaiden kouluttaminen, ammattilaisten kouluttaminen, sekä ammattilaisille annettu palaute. Useimmissa meta-analyysissä tarkastelluissa ohjelmissa käytettiin useampaa kuin yhtä interventiota. Ammattilaisten koulutuksella, heidän saamallaan palautteella ja muistutteilla oli yhteys siihen, että ammattilaiset noudattivat paremmin käytännön työn ohjeita. Samat tekijät olivat yhteydessä myös potilaiden parantuneeseen hoitotasapainoon. Parantuneella hoitotasapainolla oli yhteyksiä myös potilaiden kouluttamiseen, muistutteisiin ja taloudellisen kannusteisiin. Tärkeintä DMP-elementtiä ei pystytty tutkimuksen perusteella nimeämään.

Myös DMP:ien taloudellisesta tehokkuudesta on tuotettu meta-analyyseja. Krausen (2005) mukaan DMP:ien taloudelliset vaikutukset ovat merkittävimmät vakavasti sairaiden potilaiden hoidon osalta. Krause esittääkin, että DMP:ista saataisiin paras hyöty, kun interventiot koordinoidaan sairauksien vakavuuden perusteella. Ohjelmien taloudellisia vaikutuksia on myös kritisoitu; Firemanin, Bartlettin ja Selbyn (2004) mukaan hoidon kokonaiskustannukset nousivat kuuden vuoden aikana pohjoiskalifornialaisessa terveydenhuoltoyksikössä DMP:n myötä, vaikka toisaalta tällä saavutettiin myös hoidon laadun paraneminen. Vaikuttaakin siltä, että DMP:t ovat tehokkaita kroonisten sairauksien hoidon laadun parantamisessa, mutta eivät niinkään kustannustehokkuuden lisäämisessä. Ofmanin ym. (2004) meta-analyysi tukee tätä käsitystä. Tutkimuksen mukaan DMP:t paransivat potilastyytyväisyyttä, hoitoon sitoutumista ja hoitotasapainoa. Meta-analyysissä löydettiin heikoiten tietoa DMP:ien vaikutuksista hoidon kustannuksiin ja kustannustehokkuuteen.

3.2 Terveysyötymalli

Terveysyötymalli eli *Chronic Care Model*, lyhyemmin CCM, on Edward H. Wagnerin (1998) kehittämä teoreettinen viitekehys ja ajatusmalli pitkäaikaissairauksien hoidon kehittämiseksi (Kuvio 2.). Se erittelee neljä eri osa-aluetta, jotka ovat keskeisiä tekijöitä pitkäaikaissairauksien hoidossa: omahoidon tuki (*self-management support*), palveluvalikoima (*delivery system design*), päätöksentuki (*decision support*) ja kliiniset tietojärjestelmät (*clinical information systems*)¹ (Improving Chronic Illness Care -sivusto 2013a).

¹ Suomenkieliset käännökset ACIC-kyselylomakkeesta

Pitkäaikaissairauksien hoidon rakenne



Kuvio 2. *Improving Chronic Illness Care -sivuston (2013a) kuvaus terveyshyötymallista*

Terveyshyötymalli on ollut kansainvälisesti suosittu teoreettinen viitekehys pitkäaikaissairauksien hoidon kehittämisessä. WHO on käyttänyt mallia pohjana kehittämälleen *Innovative Care for Chronic Conditions* eli ICC -mallille (WHO 2002). Terveyshyötymallia on hiljattain hyödynnetty myös Suomessa ensimmäisen KASTE-ohjelman paikallisissa hankkeissa (esimerkiksi POTKU-hanke: www.potkuhanke.fi, RAMPE-hanke: www.rampe.fi, viitattu 5.12.2012). Suomessa terveyshyötymalli on siis otettu perusterveydenhuollon eli terveyskeskustyön kehittämisen työvälineeksi. Painotuksena on pitkäaikaissairaiden ja moniongelmaisten asiakkaiden tehokas ja vaikuttava kiireetön hoito, joka ehkäisee akuuttia hoitoa vaativien terveysongelmien syntyä. Keskeisenä pidetään myös asiakaslähtöistä ja moniammatillista työtettä, joka edistää asiakkaan sitoutumista omaan hoitoonsa ja ammattilaisten osaamisen tehokasta hyödyntämistä. Lisäksi Suomessa terveyshyötymalliin on liitetty vahvasti asiakaslähtöisyys. Asiakkaan tilanne ja terveysongelmat pyritään ymmärtämään kokonaisvaltaisesti. (Honkanen 2003; Mäntyranta 2010.) Pitkäaikaissairauksien hoidossa terveysongelmien moninaisuuden kokonaisvaltainen ymmärtäminen onkin keskeistä, sillä yleisimmät pitkäaikaissairaudet liittyvät toisiinsa ja voivat olla toistensa lisäsairauksia.

Terveyshyötymallin mukaisen palvelujen kehittämisen tavoitteena on parantaa hoidon laatua ja

tuloksia. Terveysyötymallin toimivuutta hoidon kehittämisessä on tutkittu yksittäisten pitkäaikaissairauksien osalta. Tulokset terveystyötymallin vaikutuksista hoidon laatuun vaihtelevat. Terveystyötymallin mukaisen kehittämistyön on todettu parantavan esimerkiksi diabeteksen hoidon laatua ja tuloksia (Siminerio, Piatt & Zgibor 2005; Piatt ym. 2006; Nutting ym. 2007). Toisaalta astman ja keuhkohtaumataudin osalta tulokset ovat vaatimattomampia, mutta antavat kuitenkin viitteitä siitä, että mikäli terveystyötymallin mukaisella kehittämisellä on vaikutuksia hoitoon, ne ovat positiivisia (Mangione-Smith ym. 2005; Adams ym. 2007). On myös saatu viitteitä siitä, että terveystyötymallin mukainen hoito voi vähentää pitkäaikaissairauksiin liittyviin lisäsairauksiin sairastumisen riskiä. Mallin mukaisen hoidon on todettu vähentävän sydäntautiriskiä diabeetikoilla (Vargas ym. 2007). Terveystyötymallia on hyödynnetty myös terveyden edistämiseen ja pitkäaikaissairauksien preventioon tähtäävässä toiminnassa (Glasgow, Orleans & Wagner 2001; Hung ym. 2007). Mallista onkin muotoiltu terveydenedistämiseen soveltuva laajempi malli, *the expanded chronic care model* (Barr ym. 2003). Laajennetussa terveystyötymallissa otetaan huomioon myös väestön terveyden edistämiseen tähtäävä politiikka, terveyden edistämistä tukevien ympäristöjen luominen ja lähiyhteisöt.

Terveystyötymallin toteutettavuutta ja käytännöllisyyttä on arvioitu jonkin verran. Arvioissa on esitetty kritiikkiä siitä, että malli on liian laaja, eikä sisällä selkeitä ohjeita käytännöntyön kehittämiseen (Hrosikoski ym. 2006). Kaikkien terveystyötymallin elementtien kehittäminen samanaikaisesti on myös koettu haastavaksi (Hung ym. 2007). On arvioitu, että ongelmia terveystyötymallin soveltamisessa käytäntöön esiintyy niin terveydenhuoltojärjestelmän, terveyspalvelujen tarjoajan kuin asiakkaan tasolla (Watkins, Pincus, Tanielian & Lloyd 2003). Tähänastisen tutkimuksen lisäksi tarvitaan tarkempaa tutkimusta esimerkiksi terveystyötymallin kustannusvaikutuksista, käytännöllisyydestä ja tehokkuudesta (Coleman, Austin, Brach & Wagner 2009).

3.3 Arviointitutkimuksesta

Tämän tutkielman aiheena on terveysasemien itsearviointi pitkäaikaissairauksien hoidon toteutuksesta. Julkisten palveluiden arviointeihin on kiinnitettävä huomiota tutkimuksessa, koska arviointi on olennainen osa nykyaikaisen julkisen hallinnon toimintaa (Virtanen 2007: 30). Virtasen

mukaan arvioinnin rooli perustuu julkiseen toimintaan liittyvään näyttövaatimukseen ja tilitekovastuuseen. Virtanen puhuukin nykyajan Suomesta näyttöyhteiskuntana. (Virtanen 2007: 14–17.) Myös Rajavaara (1999: 50) esittää arvioinnin merkityksen korostuneen julkisella sektorilla kustannuspaineiden ja hallinnon uudistamisen vuoksi. Näyttöön perustuvassa julkisessa toiminnassa arvioinnilla on tärkeä rooli myös kehittämistyön kannalta (Seppänen-Järvelä 1999: 92; Lindqvist 1999: 112). Seppänen-Järvelän (1999: 92) mukaan arvioinnilla on kehittämistyössä kaksi tehtävää: Arviointi tuottaa projektin etenemistä kuvaavaa materiaalia vaikkapa loppuarviointia varten, mutta toisaalta se antaa myös palautetta projektin toiminnan aikana. Vuosituhannen taitteessa Rajavaara (1999: 52) arvioi puolestaan arviointia tulevaisuudessa tarvittavan erityisesti hyvinvointialan prosessi- ja menetelmäkonsultointiin. Osa tämän tutkielman aineistosta on kerätty perusterveydenhuollon kehittämiseen tähtäävän hanketyön puitteissa, joten aineiston pohjalta aiemmin tuotettu arviointi on tapahtunut kehittämistyön kontekstissa.

Arvioinnin voi sanoa perustuvan arvoille. Joitakin päämääriä pidetään tavoiteltavina, joitakin lopputuloksia koetetaan välttää. Myös tämän tutkielman arvioinnin perustana ovat tietyt arvot: erityisesti arvo hyvinvointiyhteiskunnasta, jossa julkisin varoin kustannetaan terveydenhoitopalveluja kansalaisille. Pitkäaikaissairauksien hoidon tutkimusta pidetään tärkeänä, koska se vaikuttaa isoihin väestömääriin. Tämän takana piilee jonkinlainen demokraattinen tai utilitaristinen arvo: resurssit tulee suunnata enemmistön hyvän mukaan. Myös aineiston keruussa käytetty mittari, ACIC-kysely, heijastaa arvoja, joiden mukaan juuri terveyshyötymallin mukainen pitkäaikaissairauksien hoito on hyvää hoitoa. Arviointi onkin aina tilannesidonnaista ja arvosidonnaista (Rajavaara 1999: 31–53; Mäntysaari 1999: 62–63; Virtanen 2007: 46–48). Arviointitieto ei yleensä ole laajasti yleistettävissä, minkä vuoksi arviointi tieteellisenä tutkimuksena on saanut kritiikkiä osakseen (Rajavaara 1999: 49). Tässä tutkielmassa toteutettu arviointi tuottaa paikallista tietoa Ylä-Savon alueella. Vain pieni osa tuloksista on yleistettävissä laajemmin. Arvioinnin tuottama tieto kertoo sen, miten pitkäaikaissairauksien hoidon kehittämisen painopisteitä arvioidaan alueiden terveysasemilla ja miten tämä arvio on muuttunut vuodesta 2010 vuoteen 2012. Tiedon pohjalta voidaan paikantaa terveysasemien välisiä eroja ja kahden vuoden aikana tapahtunutta muutosta. Näiden erojen ja muutosten syitä tulee pohtia, mutta varsinaisten kausaalisuhteiden varmistamiseksi pitäisi tehdä tutkimusta myös toisenlaisilla menetelmillä.

Tässä tutkielmassa tarkastellaan Ylä-Savon terveysasemilla toteutettua organisaatiotason

itsearviointia. Itsearviointi terveydenhuolto-organisaation kontekstissa tarkoittaa työntekijöiden ja tiimien tuottamaa arviointia omasta työstään. Tavoitteena on oman työn kehittäminen. (Øverveit 1998: 6) Itsearviointin tarkoitus on auttaa terveydenhuollon ammattilaisia tarkastelemaan omaa työtään systemaattisesti (Øverveit 1998: 122). Terveysasemien itsearviointitoteutettiin pitkälti juuri itsearviointina, koska hanketoimijat toteuttivat arvioinnin omana työnään. Arviointitieto tuli kuitenkin useammasta lähteestä: tietoa kerättiin hankkeen ohjaus- ja projektiryhmien jäseniltä, hankkeen vastuuhenkilöiltä, kehittäjätyöntekijöiltä, yhteistyötahoilta sekä terveyskeskusten henkilöstöltä ja potilailta. (Ruoranen ym. 2013: 33.)

Myös ensimmäisen KASTE-ohjelman, johon RAMPE-hanke kuului, arviointi painottui itsearviointiin, sillä aineisto perustui paljolti ohjelman eri toimijoiden näkemyksiin (Lähtenmäki-Smith & Terävä 2012: 52, 61–63). Sekä kaikkien RAMPE-osahankkeiden yhteisessä loppuraportissa (Ruoranen ym. 2013: 34) että KASTE-ohjelman arvioinnissa (Lähtenmäki-Smith & Terävä 2012: 3) painotetaan kehittämistyön tärkeimpänä tuloksena kehittämisosaamisen karttumista ja kehittämistoimijoiden verkostoitumista. Arvioinneissa kehittämistyön vaikutukset sosiaali- ja terveydenhuollon käytännön tason työhön jäävät vähälle huomiolle. Tämä voi liittyä siihen, että kehittämistyön vaikutuksia käytännön työhön on vaikea arvioida sosiaali- ja terveydenhuollon alati muuttuvassa toimintakentässä. Lehtomäen (2009: 189) väitöskirja antaa viitteitä siitä, että työ- ja toimintakäytäntöjen arviointi terveyskeskustyössä ylipäättään on puutteellista. KASTE-ohjelman arvioinnissa peräänkuulutetaan arvioinnin ja seurannan tehostamista (Lähtenmäki-Smith & Terävä 2012: 55).

3.4 ACIC-kysely itsearviointin mittarina

Terveyshyötymalliin liittyvä *assessment of chronic illness care*, ACIC-kysely, on organisaatiotason itsearviointiin perustuva mittari, jolla voidaan tunnistaa pitkäaikaissairauksien hoitoon liittyviä kehittämiskohteita. Se antaa tietoa terveyshyötymallin mukaisen hoidon toteutumisesta terveydenhuollon yksiköissä ja laajemmissa organisaatioissa. Kysely tuottaa tietoa pitkäaikaissairauksien hoidon kehittämisen painopisteiden tunnistamiseksi.

Kyselylomake (Liite 3) täytetään arvioimalla pitkäaikaissairauksien hoidon tasoon vaikuttavia tekijöitä, eli komponentteja, jotka on jaettu terveyshyötymallin mukaisesti kolmeen osa-alueeseen:

1. Terveyspalvelun tuottajan organisaatio
2. Kytkenät yhteisöön
3. Palvelun tarjoajataso, joka koostuu osioista:
 - a. Omahoidon tuki
 - b. Päätöksenteon tuki
 - c. Palveluvalikoima
 - d. Tiedon tehokäyttö. (MacColl Institute for Healthcare Innovation 2000)

Kysely voidaan täyttää kahdella tavalla. Joko kukin osallistuja täyttää oman lomakkeensa, joista lasketaan yhteinen keskiarvo, tai lomake täytetään ryhmässä keskustellen, kun osallistujat ovat ensin tutustuneen lomakkeeseen itsenäisesti. Kummassakin tapauksessa kysely on tarkoitus täyttää moniammatillisessa työryhmässä niin, että siihen vastaamiseen osallistuu kustakin toimipisteestä ylimmän johdon, keskijohdon ja eri henkilöstöryhmien edustajia. (MacColl Institute for Healthcare Innovation 2000.)

Kyselyn tuloksia voidaan tarkastella eri osa-alueiden keskiarvoina erikseen ja niiden muodostamana kokonaiskeskiarvona. Kokonaiskeskiarvo lasketaan siten, että kolmannen osa-alueen (palveluntarjoajataso) neljä alakohtaa ovat samanarvoisia osa-alueiden 1. (terveyspalvelun tuottajan organisaatio) ja 2. (kytkennät yhteisöön) kanssa. Keskiarvo lasketaan siis yhteensä kuudesta osa-alueesta: 1., 2., 3a., 3b., 3c. ja 3d. Kyselyssä pisteytys annetaan asteikolla 0–11 ja tuloksille on määriteltä valmis luokittelu (Taulukko 3 sivulla 25).

Terveyshyötymalli on linjassa *disease management* -ajattelun kanssa. Mallit perustuvat pitkälti samoille elementeille, esimerkiksi asiakkaan voimaannuttamiselle, näyttöön perustuvan tiedon hyödyntämiselle päätöksenteossa, tietotekniikan tehokkaalle hyödyntämiselle ja väestön tarpeisiin perustuvalla kysyntä-orientoituneisuudella. Taulukossa 1 on vertailtu *disease managementin* elementtejä Velasco-Garridon (2003) mukaan ja terveyshyötymalliin liittyvän ACIC-kyselyn komponentteja.

TAULUKKO 1. Vertailu Disease Management-mallin ja ACIC-kyselyn komponenttien välillä.

Disease Management-mallin elementit (Velasco-Garrido 2003)	Esimerkkejä ACIC-kyselyssä arvioitavista komponenteista (liite 1)
<ul style="list-style-type: none"> • Kokonaisvaltainen hoito: Moniammatillisuus, monialaisuus, akuuttihoito, preventio ja terveyden edistäminen 	<ul style="list-style-type: none"> • Tehokkaat käyttäytymisen muutokseen tähtäävät interventiot ja vertaistuki • Erikoissairaanhoidon osallistuminen perusterveydenhuollon kehittämiseen
<ul style="list-style-type: none"> • Integroitu hoito, hoidon jatkuvuus, eri tekijöiden koordinoitu yhteistyö 	<ul style="list-style-type: none"> • Potilaiden hoidon kytkeminen ulkoisiin resursseihin • Hoitotiimin toimivuus • Seuranta • Hoidon jatkuvuus
<ul style="list-style-type: none"> • Väestö-orientoituneisuus 	<ul style="list-style-type: none"> • Alueelliset hyvinvointi- ja terveystsuunnitelmat
<ul style="list-style-type: none"> • Aktiivinen asiakas: potilaan voimaannuttaminen 	<ul style="list-style-type: none"> • Omahoidon tuki • Potilaiden informoiminen hoitosuosituksista
<ul style="list-style-type: none"> • Näyttöönperustuvat ohjeet, protokollat ja hoitopolut 	<ul style="list-style-type: none"> • Kannustimet ja ohjeistukset • Näyttöön perustuvat hoitosuositukset
<ul style="list-style-type: none"> • Tietotekniikan ja järjestelmäratkaisujen hyödyntäminen 	<ul style="list-style-type: none"> • Ajanvarausjärjestelmä • Muistutteen hoitohenkilökunnalle
<ul style="list-style-type: none"> • Jatkuva laadun parantaminen 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoidon järjestämisen kehittäminen • palveluntarjoajien koulutus pitkäaikaissairausten hoidosta

3.5 ACIC-kyselyn validiteetti ja reliabiliteetti

ACIC-kyselyä on käytetty useissa kansainvälisissä projekteissa ja tutkimuksissa

pitkäaikaissairauksien hoidon tason määrittämiseen. Sitä käytetään usein nimenomaan lähtötilanteen selvittämiseen ja myöhemmin jonkin projektin, ohjelman tai intervention vaikutuksien mittaamiseen. Usein sillä myös ilmoitetaan mitattavan terveyshyötymallin soveltamisen tasoa käytännön työssä (*”level of implementation of CCM”*). (mm. Sunaert ym. 2009, Stevens ym. 2010, Yu & Beresford 2010) Kyselyä on käytetty myös eri maissa ja kulttuureissa sekä hyvinkin eritasoisissa terveydenhuoltojärjestelmissä, esimerkiksi Belgiassa, missä pitkäaikaissairauksien hoito on keskittynyt sairaaloihin (Sunaert ym. 2009) ja Australiassa aboriginaaliyhteisöjen terveysasemilla, missä terveydenhuoltojärjestelmien tason raportoitiin vaihtelevan matalasta keskinkertaiseen (Si ym. 2005). Kysely on myös käännetty useille eri kielille, muun muassa tanskaksi, hollanniksi, ranskaksi, saksaksi, japaniksi, espanjaksi ja thai-kielille (*Improving Chronic Illness Care* -sivusto 2013b).

Kyselystä on myös tehty ensimmäinen suomennos, jota käytettiin RAMPE-hankkeen kehittämistyössä. Hankkeessa ACIC-kysely toteutettiin ensimmäisen kerran vuonna 2010 ja sen tuloksia käytettiin hankkeen lähtökohtien tunnistamiseen ja hanketyön suunnitteluun (Koikkalainen ym. 2011). Kysely toistettiin vuonna 2012 hankkeen loppuraporttia varten (Ruoranen ym. 2013). Vertailemalla vuosien 2010 ja 2012 tuloksia ACIC-kyselyä käytettiin myös Ylä-Savon osahankkeen arvioinnissa (Lämsä ym. 2013: 55–56).

ACIC-kysely on työyhteisötason itsearvioinnin väline, eli se tuottaa tietoa terveysasemien itsearvioinnista pitkäaikaissairauksien hoitoon liittyen. Vaikka useissa projekteissa sitä on käytetty terveyshyötymallin toteutumisen tason arvioimiseksi, se ei kuitenkaan kerro objektiivisesti terveyshyötymallin soveltamisen asteesta terveydenhuollossa. ACIC-kysely on suunnattu terveydenhuollon yksiköille ja tiimeille, jolloin esimerkiksi asiakkaiden näkökulma pitkäaikaissairauksien hoidosta jää kuulematta.

Kyselyä on käytetty enimmäkseen yksittäisten pitkäaikaissairauksien tai sairausryhmien tarkasteluun, vaikka kyselyllä voitaisiin arvioida pitkäaikaissairauksien hoitoa yleisemmällä tasolla. ACIC-kyselyä on sovellettu paljon esimerkiksi diabeteksen hoitoon liittyvissä projekteissa (mm. Si ym. 2005, Sunaert ym. 2009, Yu ym. 2010, Patel & Parchman 2011). Pitkäaikaissairaudet kuitenkin liittyvät toisiinsa, ja pitkäaikaissairaajat asiakkaat ovat usein myös monisairaita. Tämän vuoksi voisi olla tarkoituksenmukaisempaa arvioida pitkäaikaissairauksien hoitoa kokonaisuutena

sairauskohtaisen tarkastelun sijaan. Myös tämän tutkimuksen aineisto on kerätty tarkastellen pitkäaikaissairausryhmiä toisistaan erillisinä kokonaisuuksina. Tämä vaikuttaa tuloksiin ja niiden tulkintaan. Mikäli pitkäaikaissairauksien hoitoa arvioitaisiin yhtenäisenä kokonaisuutena, tulokset voisivat olla erilaiset.

Varsinaista ACIC-kyselyn validointiin tähtäävää tutkimusta on tehty melko vähän. Bonomi ym. (2002) testasivat ACIC-kyselyä Yhdysvalloissa 108 tiimissä, joista jokainen olivat mukana jossakin neljästä pitkäaikaissairauksien hoidon laadun parantamiseen tähtäävässä *Breakthrough Series*-ohjelmasta. Jokainen ohjelma kesti 13 kuukautta ja ohjelmat toimivat vuosina 1998–2001. Jokaiseen ohjelmaan sisältyi oma ohjausryhmä (*”faculty”*), 4–7 terveyshyötymalliin perehtynyttä henkilöä, jotka toimivat ohjaajina ja valmentajina ohjelman aikana. Ohjelmien alussa ja lopussa tiimit täyttivät ACIC-kyselyn, ja lisäksi ohjausryhmät tekivät ohjelmien lopussa arvion tiimien edistymisestä. Ohjausryhmien arviot perustuivat pisteetyksiin, jotka kaksi ryhmän jäsentä olivat tehneet kuukausittain ohjelman aikana tiimien raportoinnin pohjalta. (Bonomi ym. 2002)

Lopulta kokonaan täydennetyt ACIC-kyselyt saatiin vain 31 tiimiltä ohjelmissa mukana olleista 108 tiimistä. Suureksi osaksi tämä johtui siitä, että tutkimuksen analyysivaiheessa suurin osa tiimeistä jatkoi vielä hanketyötä, eikä siksi ollut mukana analyysissa. Kyselyn tuloksia analysoitiin vertaamalla niitä hoidon laadun parantamiseen liittyviin toimiin. Lisäksi ohjelmien lopussa tehdyn ACIC-kyselyn tuloksia verrattiin ohjausryhmän antamaan loppuarvioon. Pisteytys parani merkittävästi kyselyn kaikilla osa-alueilla. Bonomin ja kumppaneiden mukaan myös jälkimmäisen kyselyn tulosten ja ohjausryhmän arvioiden välillä löydettiin kohtalaisen vahva positiivinen korrelaatio. Tämä voidaan kuitenkin kyseenalaistaa, sillä korrelaatiokerroin vaihteli välillä 0,23–0,41. Lopputuloksena ACIC-kyselyn todetaan olevan validi mittari pitkäaikaissairauksien hoidon interventioille, vaikka lisätutkimuksen tarve, esimerkiksi koeryhmä-kontrolliryhmä asetelman avulla tutkittuna, tunnustetaan. (Bonomi ym. 2002.)

Cramm ym. (2011) testasivat ACIC-kyselyn validiteettia, reliabiliteettia ja herkkyyttä 22 DMP-ohjelmassa Alankomaissa. Ohjelmissa oli mukana 218 ammattilaista, joista 53 osallistui ACIC-kyselyllä toteutettuun alku- ja loppumittaukseen. Mittaukset toteutettiin vuosina 2009 ja 2010. Tuloksena ACIC-kyselyn psykometristen ominaisuuksien todettiin olevan hyvät, koska ACIC-pisteytykset nousivat niillä alueilla, joissa toteutettiin DMP-ohjelmia. Myös Crammin ja

kumppaneiden (2011) tutkimuksessa todettiin, että kontrolliryhmän käyttäminen tutkimuksessa vahvistaisi johtopäätöksiä. (Cramm ym. 2011)

ACIC-kyselyn validiteettia voi osaltaan vahvistaa se, että muutamissa kyselyä hyödyntäneissä projekteissa arvioinnissa on käytetty myös kliinisten toimenpiteiden lukumäärää tietynä ajanjaksona (Solberg ym. 2006, Stevens ym. 2010, Yu ym. 2010). Esimerkiksi Solbergin ym. (2006) tutkimuksessa tarkasteltiin terveystalouksjärjestelmien uudistamisen yhteydessä ennen ja jälkeen tuloksia paitsi ACIC-kyselyn pisteytysten myös verensokeria ja veren rasva-arvoja mittaavien laboratoriotulosten määrää, sydänperäisten potilastapausten määrää, masennuspotilaiden seurantakäyntien määrää sekä masennuslääkkeiden käyttöä. Aineistot olivat vuosilta 2002 ja 2004. Vaikka ACIC-kyselyn tulosten ja muiden laadunarviointiin käytettyjen mittareiden väliltä ei löydetty tilastollisesti merkittäviä korrelaatioita, miltei kaikissa käytetyissä mittareissa tapahtui muutos toivottuun suuntaan. ACIC-kyselyn pisteytys parani, verensokeri- ja rasva-arvokokeita tehtiin enemmän, sydänperäiset potilastapahtumat vähenivät ja masennuspotilaiden seurantakäynnit lisääntyivät. (Solberg ym. 2006.) Samansuuntaisia tuloksia ovat saaneet myös Stevens ym. (2010) sekä Yu ym. (2010).

ACIC-kyselyn validiteettia ja reliabiliteettia on yleisesti arvioitu hyväksi. Validiteetista olisi mahdollista saada kuitenkin tarkempaa ja luotettavampaa tietoa käyttämällä arvioissa kontrolliryhmää. Itsearviointiin tähtäävän kyselyn validiteetin vaatimukset eivät kuitenkaan ole samat kuin vaikkapa kliinisen mittarin validiteetilla. Eri asioita mittaavien mittareiden validiteetit ovat suhteellisia. ACIC-kysely on kehitetty osaksi terveyshyötymallia. Kyselyn avulla voidaan mitata terveyshyötymallin keskeisimpiä tekijöitä ja niiden muutosta kehittämistyön kontekstissa. Validiteetin ja reliabiliteetin lisäksi kehittämistyössä käytettävän mittarin laatua voidaan arvioida sen relevanssin ja käytännöllisyyden perusteella. ACIC-kyselyssä arvioitavien komponenttien (liite 3) voi sanoa olevan relevantteja pitkäaikaissairauksien hoidossa, kun niitä vertaa disease management-mallin elementteihin (Taulukko 1.). Tässä tutkielmassa tarkastellaan myös kyselyn käytännöllisyyttä ja hyödyllisyyttä kyselyyn osallistuneiden perusterveydenhuollon työntekijöiden näkökulmasta.

4 Tutkimuskysymykset

Pitkäaikaissairauksien ehkäisyn lisäksi terveydenhuollossa tulee kiinnittää huomiota jo olemassa olevien tapausten hoitoon, jotta lisäsairauksilta ja -kustannuksilta sekä elämänlaadun heikkenemiseltä vältytään. Tämän tutkielman kohteena on terveysasemien itsearviointi pitkäaikaissairauksien hoidon toteutuksesta perusterveydenhuollon kehittämishankkeen kontekstissa Ylä-Savossa. Tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitkä ovat Ylä-Savon terveysasemien itsearvioinnin tulokset pitkäaikaissairauksien hoidosta?
2. Mitkä ovat tulokset eri terveysasemilla ja eri sairausryhmissä, ja miten tulokset ovat muuttuneet vuodesta 2010 vuoteen 2012?
3. Tuottiko ACIC-kysely terveysasemille hyödynnettävissä olevaa tietoa pitkäaikaissairauksien hoidosta?

Tarkastelun kohteena on neljä terveysasemaa: Iisalmen, Vieremän, Kiuruveden ja Sonkajärven terveysasemat. Itsearviointi on toteutettu arvioimalla viittä eri sairausryhmää, jotka sisältävät yleisimmät pitkäaikaissairaudet: 1. diabetes ja valtimotaudit, 2. masennus ja päihdeongelmat, 3. keuhkosairaudet, 4. tuki- ja liikuntaelinsairaudet ja 5. muistisairaudet. Arviointi on toteutettu terveyshyötymallin viitekehyksessä, ja itsearvioinnin välineenä on käytetty terveyshyötymalliin kehitettyä ACIC-kyselyä.

5 Aineisto ja analyysi

5.1 Aineiston kerääminen

Hyödynnän tässä tutkielmassa aineistoriangulaatiota, eli tutkielman aineisto koostuu useammasta erityyppisestä aineistolajista tai aineisto on kerätty eri lähteistä (Denzin 1978, Tuomen ja Sarajärven 2002: 141 mukaan). Triangulaatiossa samaa aiheita voidaan tarkastella eri näkökulmista, mikä voi lisätä tutkimuksen luotettavuutta (Tuomi & Sarajärvi 2002, 141–142; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997: 2018) Tutkielmassa käyttämäni eri aineistolajit on havainnollistettu kuviossa 3. Tutkielman aineisto koostuu Ylä-Savon SOTE:n terveysasemien organisaatiotason itsearviointista pitkäaikaissairauksien hoidon toteutuksesta, sekä itsearviointiin liittyvästä kirjallisesta palautteesta ja haastatteluista. Itsearviointiin toteutukseen käytettiin terveyshyötymalliin kuuluvaa ACIC-kyselyä. Kirjallinen palaute kerättiin avoimista kysymyksistä koostuvalla lomakkeella (Liite 2) ja haastattelut toteutettiin puolistrukturoituna eli teemahaastatteluna (Liite 1). ACIC-kysely ja sitä koskeva kirjallinen palaute kerättiin RAMPE-hankkeen toimesta. Kyselyyn liittyvän teemahaastattelun suunnittelin ja toteutin itse, ja toimin myös haastattelijana kaikissa haastatteluissa.



Kuvio 3. Tutkimusaineiston muodostuminen.

RAMPE-hankkeen toimesta ACIC-kysely toteutettiin kaikilla osahankkeiden alueiden terveysasemilla ensin hanketyön suunnittelun perustaksi vuonna 2010 ja myöhemmin hanketyön onnistumisen arvioimiseksi vuonna 2012. Kyselyn toteutusten välillä hanke muun muassa järjesti terveysasemien henkilöstölle koulutusta ja kehitti työssäoppimismenetelmiä, tuotti materiaalia yhtenäisestä hoidon tarpeen arvioinnista ja kiireellisen hoidon toimintamalleista, tuki terveys- ja hoitosuunnitelman käyttöönottoa ohjeistuksilla ja koulutuksilla, ja loi työkaluja ja toimintatapoja potilaiden omahoidon vahvistamiseksi (Lämsä ym. 2013, 61).

Ylä-Savon osahankkeen alueen kaikilla neljällä terveysasemalla (Iisalmi, Vieremä, Kiuruvesi ja Sonkajärvi) täytettiin ACIC-kysely moniammatillisissa työryhmissä vuosina 2010 ja 2012. Työryhmien koko vaihteli yhdestä kuuteen henkilöä vuonna 2010 ja kahdesta neljään henkilöä vuonna 2012 (Taulukko 2). Vuonna 2012 ryhmän yleisin koko oli 2 jäsentä, kun taas vuonna 2010 se oli 3. Työryhmien jäsenet vaihtuivat ainakin osittain vuosien 2010 ja 2012 välillä, mutta tästä ei saada tarkempaa tietoa aineiston perusteella. Vuoden 2010 kyselyn aineistosta käy ilmi työryhmissä edustettuina olleet henkilöstöryhmät, mutta ei eri henkilöstöryhmiin kuuluvien työntekijöiden lukumäärät työryhmissä. Vuoden 2012 kyselyn aineistosta puolestaan käy ilmi myös se, montako henkilöä kustakin henkilöstöryhmästä on ollut vastaamassa. ACIC-kyselyn ohjeistuksen mukaan arvioinnissa tulisi olla mukana edustajia terveyskeskuksen ylimmästä johdosta, keskijohdosta ja henkilöstöstä. Vuonna 2010 kaikki vastanneet kuuluivat keskijohtoon ja henkilöstöön, ja vuonna 2012 vain Sonkajärven terveysaseman työryhmissä oli mukana myös ylimmän johdon edustaja. Henkilöstö ja keskijohto ovat siis hyvin edustettuina vastaajissa, mutta ylin johto on ollut kyselyssä heikosti edustettuna.

TAULUKKO 2. Kyselyyn vastanneiden työryhmien koon jakauma vuosina 2010 ja 2012.

Työryhmän jäsenten lukumäärä	2010	2012
1-2	4	9
3	8	7
4 tai enemmän	7	4
Ryhmän kokoa ei ilmoitettu	1	0

Työryhmät keskittyivät kukin yhteen arvioinnin kohteena olleista pitkäaikaissairausryhmistä, eli jokaisella terveysasemalla oli yksi työryhmä kutakin pitkäaikaissairausryhmää kohti. Yksittäisten

sairausryhmien pisteytyksistä voidaan laskea terveysaseman kokonaistulos, mutta sen tulkitsemisessa tulee muistaa, että arvioinnissa on käsitelty pitkäaikaissairausryhmiä toisistaan erillisinä. ACIC-kyselyn tulokset kertovat nimenomaan näiden nimettyjen sairausryhmien hoidon toteuttamisesta organisaatiotasolla eli terveysasemakohtaisesti.

Jotta ACIC-kyselyn ja sen tulosten hyödyntämisestä saataisiin lisää tietoa, toteutin tätä tutkielmaa varten myös puolistrukturoidun haastattelun eli teemahaastattelun (Liite 1) ACIC-kyselyyn osallistuneille Ylä-Savon SOTE:n terveysasemien työntekijöille. Tuomen ja Sarajärven (2002: 77–78) mukaan teemahaastattelu vaihtelee tarkoituksen mukaan hyvin avoimen ja tiukasti strukturoidun haastattelun välillä. Tekemäni haastattelut etenivät strukturoidusti etukäteen suunniteltujen teemakysymysten mukaan ja ne tehtiin yksilöhaastatteluina terveysasemilla, haastateltavien työhuoneissa. Tämä oli tarkoituksenmukaista, sillä haastatteluilla haluttiin tietoa tietyistä teemoista, eli ACIC-kyselyn toteutettavuudesta ja hyödynnettävyydestä. Yksilöhaastatteluissa työntekijät pystyivät kertomaan mielipiteensä luottamuksellisesti. Esimerkiksi ryhmähaastattelussa vastauksiin olisi voinut vaikuttaa organisaatiokulttuuri ja henkilöstön sisäiset suhteet.

Rekrytoin haastateltavat sähköpostikutsulla, jonka lähetin kyselyyn vastanneisiin työryhmiin kuuluneille Ylä-Savon SOTE:n työntekijöille. Haastateltavat saivat lukea haastattelun pääkysymykset etukäteen. Tarkentavia apukysymyksiä esitin tarvittaessa, eivätkä haastateltavat saaneet tutustua tarkentaviin kysymyksiin ennen haastattelua. Haastateltaville kerrottiin, etteivät heidän nimensä tule ilmi lopullisessa työssä, ja että haastatteluaineistoa käsitellään luottamuksellisesti vain tätä tutkielmaa varten.

Haastatteluun osallistui kaksi lääkäriä ja kolme sairaanhoitajaa. Haastatteluihin osallistumista saattoi vähentää se, että kutsu lähetettiin sähköpostilla, ja haastattelua varten tarvittiin noin puolen tunnin etukäteen varattu aika työpäivästä. Resurssipulan vuoksi sähköposteihin ei ehkä kiinnitetä suurta huomiota, eikä työpäivästä ole helppo irrottaa aikaa tutkimukseen osallistumista varten.

Nauhoitin haastattelut tietokoneella. Litteroin ne sanasta sanaan, mutta äänenpainoista, naurahduksista, tauoista tai muista tarkemmista yksityiskohdista en tehnyt merkintöjä, koska se ei ollut tarpeen käytetyn analyysimetodin, eli sisällönanalyysin, kannalta. Analyysissa pyrin aineistolähtöisyyteen, vaikkakin haastattelun teemakysymykset sekä tavoite vastata

tutkimuskysymykseen ”Tuottiko ACIC-kysely terveysasemille hyödynnettävissä olevaa tietoa pitkäaikaissairauksien hoidosta?” ohjasivat analyysia.

Aineisto täydentyi haastattelujen jälkeen vielä kyselyyn osallistuneiden antamalla kirjallisella palautteella. RAMPE-hanke keräsi kirjallisen palautteen vuonna 2012 kyselyn toteuttamisesta siihen osallistuneilta. Palaute kerättiin kyselylomakkeella, joka koostui avoimista kysymyksistä (Liite 2). Tarkastelin myös tätä aineistoa aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla. Lisäksi vertailin haastattelujen ja kirjallisen palautteen sisältöjä keskenään.

Tutkielman tekemiseen, aineiston keruuseen tai analyysin toteuttamiseen ei liittynyt erityisiä terveydenhuollon tutkimusetiikan kysymyksiä, koska tutkimuksessa ei käsitellä potilastietoja. Ylä-Savon SOTE:n terveysasemien ACIC-tulokset on aiemmin julkaistu esimerkiksi Ylä-Savon RAMPE-osahankkeen loppuraportissa (Lämsä ym. 2013, 39). Hankkeen keräämän kyselyaineiston käyttöön on haettu tutkimuslupa Ylä-Savon SOTE:sta. Haastatteluaineiston osalta on turvattu haastateltavien anonymiteetti. Olen pyrkinyt tutkielman teossa rehellisyyteen ja tarkkaan raportointiin. Kaikkiaan tutkielman teossa on noudatettu Suomen Akatemian tutkimuseettisiä ohjeita (2003).

5.2 Analyysimenetelmät

ACIC-aineiston tilastollinen analyysi

ACIC-kyselyaineiston analyysi tehtiin IBM SPSS Statistics 20 -tilasto-ohjelmalla. Pienen ja kontekstisidonnaisen aineiston perusteella ei ole mielekästä tehdä tilastollisia merkittävyys- ja riippuvuustarkasteluja, joten aineistosta tuotettiin kuvaileva tilastollinen analyysi. Aineistosta on laskettu ACIC-kyselyn ohjeiden (Liite 3) mukaisesti eri osa-alueiden keskiarvot sekä kokonaiskeskiarvo terveysasemakohtaisesti. Tulokset on laskettu yhden desimaalin tarkkuudella. Olisi mielekkäämpää pyöristää tulokset kokonaisluvuiksi, sillä ACIC-kyselyn arviointiasteikossa käytetään kokonaislukuja. Tuloksien muutokset ja eri terveysasemien ja sairausryhmien väliset erot ovat kuitenkin niin pieniä, että niiden tarkastelu olisi hankalaa ilman yhden desimaalin tarkkuutta. Analyysissa on siis vertailtu keskenään eri terveysasemien ja sairausryhmien tuloksia ja tarkasteltu

vuosien 2010 ja 2012 välisiä muutoksia.

Haastattelujen ja kirjallisen palautteen sisällönanalyysi

Haastattelujen ja kirjallisen palautteen tarkasteluun käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Puhtaasti aineistolähtöistä analyysia on miltei mahdoton toteuttaa, sillä esimerkiksi käytetyt käsitteet ja menetelmät vaikuttavat havaintoihin (Tuomi & Sarajärvi 2002: 98). Haastattelujen valmiit teemakysymykset ovat siis ohjanneet haastattelujen kulkua ja sisältöä. Itse analyysivaiheessa en kuitenkaan lähtenyt tietoisesti etsimään tiettyjä tuloksia aineistosta, vaan pyrin tunnistamaan haastatteluista ACIC-kyselyyn, sen toteutukseen ja sen tulosten hyödyntämiseen liittyviä mielipiteitä ja näkökulmia. Yhdistin näitä havaintoja laajemmiksi kokonaisuuksiksi ja edelleen teemoiksi. Aineistolähtöisyydestä huolimatta tavoite vastata tutkimuskysymykseen ”Tuottiko ACIC-kysely terveysasemille hyödynnettävissä olevaa tietoa pitkäaikaissairauksien hoidosta?” suuntasi huomiota analyysissa.

Vaikka haastatteluaineisto ei ole kovin laaja, aineistossa tapahtui selkeää kylläntymistä, eli saturaatiota. Hirsjärven ym. (1997: 171) mukaan saturaation käsitteeseen liittyy ajattelu, jonka mukaan aineisto on riittävä, kun siinä esiintyvät teemat alkavat kertaantua esimerkiksi haastatteluissa. Tämän tutkielman haastatteluaineiston saturaatio johtuu varmasti osaksi haastattelukysymysten teemoista, jotka ohjasivat haastattelujen sisältöä. Saturaatio ei määrittänyt toteutettavien haastattelujen lukumäärää, mutta tukee haastatteluaineiston riittävyyttä tutkielman teemojen tarkasteluun.

Käytin aineistolähtöistä sisällönanalyysia myös kirjallisen palautteen tarkastelussa. Kirjallisen palautteen aineisto oli luonnollisesti huomattavasti niukempaa, kuin haastatteluaineisto. Silti kirjallisen palautteen analyysin tulokset vaikuttavat tukevan haastatteluanalyysin löydöksiä. Tämä johtuu varmasti osaksi siitä, että palautelomakkeen kysymykset ja haastattelukysymykset käsittelevät pitkälti samoja teemoja.

5.3 ACIC-kyselyn tulokset

Taulukossa 3 on kuvattu ACIC-kyselyn arviointiasteikko ja taulukossa 4 ACIC-kyselyn tulokset Ylä-Savon terveysasemilla sairausryhmittäin vuosina 2010 ja 2012.

TAULUKKO 3. ACIC-kyselyn arviointiasteikko²

Kyselyn tulos	Mitä tulokset tarkoittavat?
0–2	rajallinen tuki pitkäaikaissairauksien hoidolle <i>(limited support for chronic illness care)</i>
3–5	perustuki pitkäaikaissairauksien hoidolle <i>(basic support for chronic illness care)</i>
6–8	varsin kehittynyt tuki pitkäaikaissairauksien hoidolle <i>(reasonably good support for chronic illness care)</i>
9–11	täysin kehittynyt tuki pitkäaikaissairauksien hoidolle <i>(fully developed chronic illness care)</i>

Iisalmi

Iisalmen terveysasemalla ACIC-kyselyn kokonaistulos oli 4,7 vuonna 2010 ja 6,6 vuonna 2012. Kokonaistulos parani pitkäaikaissairauksien hoidon perustuesta varsin kehittyneeseen tukeen. Masennuksen ja päihdeongelmien tulos parani huomattavasti, 0,9:stä 5,6:een. Myös keuhkosairauksen sekä tuki- ja liikuntaelinsairauksien tulokset paranivat kumpikin yli kahdella pisteellä. Diabeteksen ja valtimotautien sekä muistisairauksien hoidon arvioitiin jo vuonna 2010 olevan varsin kehittyneen tuen tasolla, eikä niiden tuloksissa tapahtunut merkittäviä muutoksia. Kaikkiaan kyselyn tuloksien erot tasoittuivat eri sairausryhmien välillä vuodesta 2010 vuoteen 2012. Kokonaislukuina tarkastellessa kaikkien sairausryhmien tulokset ylsivät vuonna 2012 varsin

² ACIC-kyselylomakkeen mukaan

kehittyneen pitkäaikaissairauksien hoidon tuen tasolle.

Vieremä

Myös Vieremän terveysasemalla kyselyn kokonaistulos parani vuodesta 2010 vuoteen 2012, 5,6:sta 6,2:een. Muutos oli selkeästi pienempi kuin Iisalmen tulosten muutos. Diabeteksen ja valtimotautien, masennuksen ja päihdeongelmien sekä tuki- ja liikuntaelinsairauksien tulokset paranivat, mutta muistisairauksien ja keuhkosairauksien tulokset laskivat. Kaikkien sairausryhmien tulokset olivat vuonna 2012 vähintään pitkäaikaissairauksien hoidon perustuen tasolla, useimmat jopa varsin kehittyneen tuen tasolla.

Kiuruvesi

Kiuruveden terveysaseman tulokset laskivat vuoden 2010 5,1:stä vuoden 2012 4,2:een. Kaikkien muiden paitsi muistisairauksien tulokset huononivat. Muistisairauksien hoidon toteutus arvioitiin selkeästi muita sairausryhmiä paremmaksi molempina vuosina, ja vuonna 2012 erot olivat kasvaneet entisestään. Masennuksella ja päihdeongelmilla arvioitiin olevan vain rajallinen pitkäaikaissairauksien hoidon tuki vuonna 2012. Muistisairaudet ylsivät molempina vuosina varsin kehittyneen hoidon tuen tasolle. Muiden sairausryhmien tulokset olivat vuonna 2012 pitkäaikaissairauksien hoidon perustuen tasolla.

Sonkajärvi

Myös Sonkajärven terveysaseman kokonaistulos laski vuodesta 2010 vuoteen 2012. Tulos laski 3,6:sta 3,3:een. Masennuksella ja päihdeongelmilla, keuhkosairauksilla sekä tuki- ja liikuntaelinsairauksilla arvioitiin olevan perustuki pitkäaikaissairauksien hoidolle vuonna 2012, mutta vuonna 2012 näiden sairausryhmien tulokset laskivat rajallisen hoidon tuen tasolle. Muistisairauksien tulos parani huomattavasti, 1,8:sta 4,2:een. Myös diabeteksen ja valtimotautien tulos parani, mutta maltillisemmin. Diabetes ja valtimotaudit oli ainoa sairausryhmä, jonka tulos ylsi varsin kehittyneen pitkäaikaissairauksien hoidon tuen tasolle.

TAULUKKO 4. ACIC-kyselyn tulokset

Terveysasema/sairausryhmä	ACIC-kyselyn tulos 2010	ACIC-kyselyn tulos 2012
Iisalmi	4,7	6,6
Diabetes ja valtimotaudit	6,5	6,6
Masennus ja päihteet	0,9	5,6
Keuhkosairaudet	3,6	5,8
Tuki- ja liikuntaelinsairaudet	4,0	6,4
Muistisairaudet	8,4	8,4
Vieremä	5,6	6,2
Diabetes ja valtimotaudit	5,6	6,9
Masennus ja päihteet	6,2	7,3
Keuhkosairaudet	5,6	5,0
Tuki- ja liikuntaelinsairaudet	4,8	6,5
Muistisairaudet	5,7	5,5
Kiuruvesi	5,1	4,2
Diabetes ja valtimotaudit	6,1	4,6
Masennus ja päihteet	2,7	2,1
Keuhkosairaudet	5,1	3,3
Tuki- ja liikuntaelinsairaudet	4,0	3,3
Muistisairaudet	7,4	7,4
Sonkajärvi	3,6	3,3
Diabetes ja valtimotaudit	5,7	6,1
Masennus ja päihteet	3,6	2,4
Keuhkosairaudet	3,1	1,4
Tuki- ja liikuntaelinsairaudet	3,6	2,5
Muistisairaudet	1,8	4,2

Terveysasemien ja sairausryhmien välinen vertailu

ACIC-kyselyn tulosten mukaan itsearviointi pitkäaikaissairauksien hoidon tasosta Ylä-Savon terveysasemilla vaihtelee eri sairausryhmien ja terveysasemien välillä. Kaikkien terveysasemien kokonaistulos oli sekä vuonna 2010 että vuonna 2012 ACIC-kyselyn arviointiasteikolla vähintään pitkäaikaissairauksien perustuen tasolla. Vuonna 2012 Iisalmen ja Vieremän terveysasemien kokonaistulos ylsi kuitenkin jo varsin kehittyneen pitkäaikaissairauksien hoidon tuen tasolle, kun taas Kiuruveden ja Sonkajärven tulokset laskivat entisestään. Myös muutokset vuosien 2010 ja 2012 kyselyiden tulosten välillä siis vaihtelevat terveysasemien välillä.

Myös eri sairausryhmien tulokset saman terveysaseman sisällä vaihtelevat, samoin tulosten kehitys vuodesta 2010 vuoteen 2012. Iisalmen terveysaseman sairausryhmistä paras tulos molempina vuosina oli muistisairauksilla, huonoin puolestaan masennuksella ja päihdeongelmilla. Vieremän terveysasemalla puolestaan parhaan tuloksen molempina vuosina sai masennuksen ja päihdeongelmien ryhmä. Vieremällä huonoin tulos oli vuonna 2010 tuki- ja liikuntaelinsairauksilla ja vuonna 2012 keuhkosairauksilla. Kiuruveden terveysasemalla paras tulos oli molempina vuosina muistisairauksien ryhmällä, huonoin taas masennuksen ja päihdeongelmien ryhmällä. Sonkajärven terveysaseman sairausryhmistä paras tulos oli molempina vuosina diabeteksella ja valtimotaudeilla, huonoin puolestaan muistisairauksilla vuonna 2010 ja keuhkosairauksilla vuonna 2012. Saman terveysaseman eri sairausryhmien tulosten vaihtelevuus vahvistaa sen, että jokaisella terveysasemalla on omat lähtökohtansa, heikkoutensa ja vahvuutensa.

Sairausryhmien tuloksissa tapahtui kehitystä sekä positiiviseen että negatiiviseen suuntaan. Kaikista terveysasemista ja sairausryhmistä Iisalmen terveysaseman masennus ja päihteet -ryhmän tulos parani eniten: 0,9:stä 5,6:teen. Muissa sairausryhmissä ja muilla terveysasemilla muutokset olivat maltillisempia. Vieremän terveysaseman sairausryhmistä tuki- ja liikuntaelinsairauksien ryhmän tulos parani 4,8:sta 6,5:een. Kiuruvedellä yhdenkään sairausryhmän tulokset eivät parantuneet, ja esimerkiksi diabetes ja valtimotaudit -ryhmän tulos laski 6,1:stä 4,6:een, ja keuhkosairaudet-ryhmän tulos 5,1:stä 3,3:een. Sonkajärven terveysaseman tuloksissa tapahtui eri sairausryhmien osalta sekä negatiivisia että positiivisia muutoksia. Muistisairauksien tulos parani 1,8:sta 4,2:een, mutta keuhkosairauksien tulos laski 3,1:stä 1,4:ään.

5.4 Haastattelujen ja kirjallisen palautteen tulokset

ACIC-kysely kehittämisprosessin käynnistäjänä

Haastatteluaineistossa tulee vahvasti ilmi, että ACIC-kysely mielletään kehittämistoiminnan työvälineeksi ja kehittämisprosessin käynnistäjäksi. Haastatteluissa kerrottiin, että terveysasemien toimintatavoissa alkoi tapahtua muutoksia pian ensimmäisen kyselyn toteutuksen jälkeen. Kyselyyn vastaaminen kiinnitti siis organisaation jäsenten huomion kyselyn komponentteihin, ja työtä ryhdyttiin kehittämään niiden mukaisesti ilman erillistä kehittämisinterventiota. Aineiston perusteella ei voida arvioida ACIC-kyselyn toteuttaneen RAMPE-hankkeen muiden kehittämistoimien vaikutusta kehittämisprosessiin. Vaikuttaakin siltä, että ACIC-kysely saattaa itsessään toimia kehittämisinterventiona pitkäaikaissairauksien hoidon toteutuksessa.

ACIC-kyselyn tulokset päätöksenteon tukena

Haastatteluaineistossa korostettiin myös kyselyn tulosten hyödynnettävyyttä palvelujen järjestämistä ja resurssien ohjaamista koskevassa päätöksenteossa. Osa haastatelluista oli kokenut konkreettisia ACIC-kyselyn tulokseen pohjautuvia muutoksia käytännön työssään, mutta osa haastatelluista koki tilanteen myös täysin päinvastaisena; He kokivat, ettei ACIC-kyselyn tuloksilla ole ollut vaikutusta käytännön työhön. Arveltiin myös, että vaikutukset tulevat näkyviin vasta riittävän pitkän ajan kuluttua ja niitä on mahdotonta arvioida vielä tässä vaiheessa.

ACIC-kyselyn tuottaman tiedon luotettavuus

Kyselyn tuottaman tiedon luotettavuutta arvioitiin yleisesti ottaen hyväksi haastatteluissa, vaikka myös siihen liittyvää kritiikkiä tuotiin esiin sekä haastatteluissa että kirjallisessa palautteessa. Ongelmaksi koettiin se, että kyselylomake on alun perin amerikkalainen, jolloin jotkut suomennetut käsitteet ovat vaikeasti ymmärrettäviä, tai ne eivät sovellu suomalaiseen terveydenhuoltojärjestelmään. Toivottiin, että kyselyn käsitteisiin perehdyttäisiin ennen kyselyn

toteuttamista, jotta väärinymmärryksiltä vältytään, ja kyselyn tuloksia pystytään vertaamaan organisaation sisällä.

Myös kyselyn vastaajien edustavuutta kritisoitiin. Ylin johto ei osallistunut kyselyyn lainkaan, ja lisäksi arveltiin, ettei pienemmillä paikkakunnilla eri sairausryhmien osalta vastanneisiin työryhmiin saatu asiaan erityisesti perehtynyttä lääkäriä, vaan sama lääkäri saattoi olla mukana kaikissa työryhmissä. Toisaalta pohdittiin myös, tarvitseeko kyselyyn osallistua edustajia kaikista terveysaseman henkilöstöryhmistä. Katsottiin, että luotettavuus kärsii, jos kyselyyn vastaajissa on sellaista henkilöstöä, joka ei tiedä miten pitkäaikaissairauksien hoitoprosessi organisaatiossa toimii. Henkilöstön tiedon puutteesta johtuvia ongelmia oli koettu jo toteutettujen kyselyjen aikana.

Kuten edellä mainittiin, haastatteluissa tuotiin esiin ongelmia eri terveysasemien ja työryhmien tulosten vertailtavuudessa. Myös kirjallisessa palautteessa pienten kuntien ja suurempien kaupunkien erilaisuuden koettiin haittaavan terveysasemien välistä vertailua.

ACIC-kyselyn tuottamaa tietoa tulee täydentää muista tietolähteistä

Haastatteluissa tuotiin esiin myös se, että kysely ei perustu tilastotietoon tai kliinisiin arvoihin, esimerkiksi väestön palveluiden käyttöön tai väestön veriarvojen kehitykseen, jotka voivat myös kertoa hoidon tasosta. Lisäksi huomiota kiinnitettiin siihen, että asiakkaan näkökulma jää pelkän ACIC-kyselyn perusteella kuulematta. Osa haastatelluista oli tutustunut ACIC-kyselyn potilasversioon, PACIC-kyselyyn. Nähtiin, että ACIC tuottaa tietoa organisaatiosta, ja potilaan näkökanta sekä kliiniset tiedot hoidosta saadaan selville muilla mittareilla, esimerkiksi juuri PACIC-kyselyllä.

Sairausryhmäjako koetaan hyväksi, mutta se jättää monisairaant ulkopuolelle

Haastateltavat olivat tyytyväisiä kyselyn toteuttamiseen eri sairausryhmien osalta. Syynä tähän oli

esimerkiksi se, että jako mahdollistaa eri sairausryhmien välisen vertailun. Kirjallisessa palautteessa tuotiin kuitenkin esiin se, että usein pitkäaikaissairaat ovat myös monisairaita, ja monisairaat jäävät sairausryhmäkohtaisen tarkastelun ulkopuolelle.

Kysely kannattaa toteuttaa 1-2 vuoden välein

Sekä haastatteluissa että kirjallisissa palautteissa korostettiin, ettei kyselyä kannata toteuttaa liian usein. Yleisesti arvioitiin, että kysely kannattaa toteuttaa 1-2 vuoden välein, jotta tehdyt muutokset näkyvät tuloksissa. Toivottiin myös, että kyselyn toteuttaminen juurtuu pysyväksi osaksi Ylä-Savon SOTE:n terveysasemien toimintaa.

Haastattelujen ja kirjallisen palautteen vertailu

RAMPE-hankkeen vuonna 2012 keräämä kirjallinen palaute ACIC-kyselyyn osallistuneilta on suurilta osin linjassa tässä tutkimuksessa kerätyn haastatteluaineiston kanssa (Taulukko 5).

TAULUKKO 5. Sisällönanalyysin tulokset ja esimerkkejä aineistosta³

Haastattelun ja kirjallisen palautteen sisältö	Esimerkki haastatteluaineistosta	Esimerkki kirjallisen palautteen aineistosta
ACIC-kysely on kehittämisprosessin käynnistävä työväline.	<i>”Kun me täytettiin nämä kyselyt, ja sitten siitä meni muutama kuukausi kun pidettiin se palautepalaveri, niin jo sinä aikana oli oikeastaan toimintatavoissa tapahtunut muutoksia, koska ne kysymykset panivat ajattelemaan.”</i>	

³ Murre on pyritty häivyttämään sisältöä muuttamatta haastateltavien anonymiteetin vuoksi

<p>Kyselyn tulokset vaikuttavat palvelujen järjestämistä ja resurssien ohjaamista koskevaan päätöksentekoon.</p>	<p><i>”On oikeasti voimavaroja, lääkäriresursseja, hoitajaresursseja sitten tämän perusteella suunnattu johonkin toiseen paikkakuntaan sen vuoksi, kun tiedetään, että vaikka meillä joku asia olisi keskinkertaisesti, niin jos se on huonosti tuossa naapurissa, niin sitä on järkevämpi sitä huonoa nostaa, kun keskinkertaista parantaa.”</i></p>	<p><i>”Auttaa kohdentamaan voimavaroja kokonaisuuden kannalta oikeisiin paikkoihin.”</i></p>
<p>Kyselyn tulokset eivät ole vaikuttaneet konkreettisesti käytännön työhön.</p>	<p><i>”Se tieto on hyödyllistä, mutta sitä pitäisi kerätä ehkä enemmän tuoda sitten tänne käytännön tasolle, et se tahdo jäädä, että se tehdään se kysely ja katsotaan ne vastaukset nopsaan läpi ja se kehittämistyö, että jääkö siihen sitä aikaa, kun terveydenhuollossa tapahtuu koko aika niin paljon muutoksia...”</i></p>	

<p>Kyselyssä on vaikeasti ymmärrettäviä ja suomalaiseseen terveydenhuoltojärjestelmään huonosti soveltuvia käsitteitä.</p>	<p><i>”Pystytään mitenkään sitten ehkä mallintamaan tähän meidän organisaatioon enempi, koska Yhdysvalloissahan se terveydenhuoltojärjestelmä on erilainen, kun se on se vakuutusperustainen, ja sieltä kysytään eri asioita, että miten ne sitten tulkitaan ne kysymykset.”</i></p>	<p><i>”Useampi kohta oli melko vaikea ymmärtää ja hahmottaa.”</i> <i>”Tietojärjestelmiä koskevat kysymykset erityisesti epäselviä, paljon amerikkalaisia ilmauksia.”</i></p>
<p>Kaikki henkilöstöryhmät eivät olleet edustettuina kyselyn toteutuksessa.</p>	<p><i>”Se ylin johtohan ei ollut, että meidän johtava ylilääkäri ja johtava ylihoitaja ei minun käsittääkseni täyttänyt näitä, että olisi tietysti ihan kiva, että hekin olisi ollut mukana.”</i></p>	
<p>ACIC-kyselyn tuottamaa tietoa hoidon tasosta kannattaa täydentää muilla tietolähteillä ja mittareilla.</p>	<p><i>”...se on työkalu just niihin asioihin mitä siinä kysytään, ja voi olla viisaampaa, että otetaan joku toinen työkalu, millä mitataan sitten mitä niin kun puuttuu.”</i></p>	<p><i>”Potilaan kannalta moni kohta etäinen.”</i></p>

<p>Sairausryhmäjako koetaan hyväksi, mutta se jättää monisairaant ulkopuolelle</p>	<p><i>”Me jaettiin eri pitkäaikaissairauksien osalle se kysely, eli nähtiin, että ei riittä, että ne on kaikki yhdessä kimpussa ne sairaudet, vaan sieltä voi tulla eri arvioita ja erilaisia tuloksia eri sairausryhmistä, koska joihinkin asioihin, joihinkin sairauksiin on panostettu ehkä enemmän ja ne ovat paremmin hoidossa. Näin sen, että se oli hyvä ajatus, kun jaettiin erikseen, että on diabetes ja masennus ja keuhkosairaudet, tuki- ja liikuntaelin, ja sitten on muisti. Eli se oli semmoinen oma veto tässä ja se oli minun mielestä erittäin hyvä.”</i></p>	<p><i>”Toimii hyvin, jos ei monisairaita”</i></p>
<p>Kysely kannattaa toteuttaa 1-2 vuoden välein</p>	<p><i>”Minusta se pitäisi esimerkiksi sitten kerran vuodessa tai joka toinen vuosi tehdä ja katsoa, että jotenkin se tulisi tänne käytännön tasolle enemmän.”</i></p>	

6 Yhteenveto ja johtopäätökset

6.1 Tulosten luotettavuus

Eri sairausryhmien tulosten vertailussa, ja vuosien 2010 ja 2012 tulosten välisten muutosten tarkastelussa tulee muistaa, että vastaajien vaihtuminen, sekä vastaajien erilaiset tavat ymmärtää kyselyn komponentteja ja käsitteitä vaikuttavat tulosten vertailtavuuteen. Tulokset ovat suuntaantavia, ja ne kertovat vastaajien subjektiivisen näkemyksen pitkäaikaissairauksien hoidon toteutuksesta. Vertailtavuutta parantaisi kyselyyn osallistujien perehdyttäminen kyselyn komponentteihin ja käsitteisiin ennen kyselyn toteutusta. Tätä tutkielmaa varten toteutetuissa haastatteluissa kävi ilmi, ettei tällaista yhtenäistä kyselyn esittelyä toteutettu.

ACIC-kyselyn tuloksia tulkitessa ensiarvoisen tärkeää on muistaa, että kyseessä on itsearviointi. Kyselyn tulokset kertovat organisaatioiden työntekijöiden yhdessä työryhmissä neuvotteleman näkemyksen pitkäaikaissairauksien hoidon toteuttamisesta. Jotta arvioinnin kohteesta, eli pitkäaikaissairauksien hoidon toteutuksesta, saataisiin kokonaisvaltainen kuva, tulisi ottaa huomioon myös muiden tahojen arviot. Näiden lisäksi kokonaiskuvaa voisi täydentää pitkäaikaissairauksien hoitoon liittyvällä tilasto- ja rekisteritietojen analysoinnilla. Lisäksi itsearviointi on toteutettu terveyshyötymalliin pohjautuvan kyselyn avulla, jolla arvioidaan vain terveyshyötymalliin liittyviä komponentteja. Toisenlaisella itsearviointimittarilla on mahdollista saada samasta arvioinnin kohteesta toisenlaista tietoa, koska kyselylomake valmiine komponentteineen rajoittaa vastaajien tuottamaa arviointia. Organisaatiotason itsearviointia voisi täydentää myös avoimiin kysymyksiin perustuvalla arvioinnilla.

Useissa tutkimuksissa kyselyn validiteettia on arvioitu hyväksi. Validiteetti voidaan kuitenkin kyseenalaistaa, sillä vaikka ACIC-kyselyn pisteiden ja muiden hoidon tason arvioiden tai pitkäaikaissairauksien hoidon tasoon liittyvien laboratorioarvojen on havaittu positiivisia korrelaatioita, eivät ne ole tilastollisesti merkittäviä. (mm. Bonomi ym. 2002; Solberg ym. 2006.) Kontrolloituja tutkimuksia ACIC-kyselyn validiteetista ei ole tehty. ACIC-kyselyn tuloksia

tulkitsessa tulee huomioida myös tässä tutkielmassa löydetty viitteet siitä, että kysely voi toimia myös interventiona, joka käynnistää ja ylläpitää työn kehittämisprosessia terveydenhuolto-organisaatiossa. Kontrolloidulla kokeella voitaisiin selvittää, saako pelkkä ACIC-kyselyn toteuttaminen tulokset nousemaan ilman erillistä kehittämisinterventiota.

Tämän tutkielman aineiston keruussa on käytetty ACIC-kyselyn ensimmäistä suomennosta, joka tulosten perusteella koetaan joiltain osin vaikeasti ymmärrettäväksi. Erilaisia kyselymittareita käännettäessä laaditaankin yleensä useampi versio käyttökokemusten myötä, ennen kuin paras mahdollinen käännös vakiintuu käyttöön. Myös ACIC-kyselyn suomennos tulisi tarkistaa, jotta kyselyn käsitteiden väärinymmärryksiltä vältytään. Tällöin kyselyn käytettävyys ja luotettavuus paranevat.

Tulosten luotettavuuteen saattaa vaikuttaa myös eri sairausryhmien osalta kyselyyn vastanneiden työryhmien erilaisuus. Organisaatioiden henkilöstöryhmät ovat olleet työryhmissä eri tavalla edustettuina. Mikäli ryhmä koostuu vain yhden henkilöstöryhmän edustajista, ei tulos kerro koko organisaation itsearviointia. Myös vastaajien intressit voivat vaikuttaa heidän vastauksiinsa. Perusterveydenhuollon yleinen ongelma on resurssien riittämättömyys, jolloin alakanttiin vastaamalla voidaan toivoa saatavan lisää resursseja organisaatiolle. Toisaalta työn kehittäminen voidaan kokea ylimääräisenä rasituksena, jolloin organisaation toiminnasta voidaan antaa todellisuutta positiivisempi kuva, jotta kehittämistoiminnalta vältyttäisiin. Kysely toteutettiin kehittämishankkeen puitteissa, jolloin kyselyn tuloksissa on ehkä haluttu saada näkyviin hankkeen vaikutuksia. Tämä voi myös vaikuttaa vastaajien tapaan arvioida organisaationsa toimintaa.

Haastatteluaineiston osalta tulosten luotettavuutta heikentävät mahdolliset muistiharhat, koska haastattelut toteutettiin vuonna 2013, jolloin ensimmäisestä kyselyn toteutuksesta oli kulunut aikaa noin kolme vuotta, ja viimeisimmästä kyselyn toteutuksesta noin vuosi. Lisäksi valmiit teemakysymykset ohjasivat haastattelun kulkua. Avoimemmalla haastattelulla tulokset olisivat voineet olla erilaiset. Haastateltavien motiivit osallistua haastatteluun ovat myös voineet ohjata heidän tapansa vastata haastattelukysymyksiin; Kehittämistyön ja ACIC-kyselyn käyttämisen jatkumista halutaan tukea antamalla todellisuutta positiivisempi kuva kyselyn mahdollisuuksista, tai

kehittämistyö koetaan turhaksi ja perustyötä haittaavaksi lisärasitteeksi, jolloin kyselyn toteuttamisesta annetaan todellisuutta negatiivisempi kuva.

6.2 Terveysasemien ja sairausryhmien väliset erot

ACIC-kyselyn tulokset ja niiden kehitys vaihtelivat Ylä-Savon terveysasemien välillä vuosina 2010 ja 2012, vaikka kaikki kyselyssä mukana olleet terveysasemat kuuluvat samaan kuntayhtymään ja olivat mukana RAMPE-hankkeen toiminnassa kyselyn toteutuksen aikana. Kuntayhtymän yhteistoiminnasta huolimatta jokaisella terveysasemalla on oma lähtötasonsa, kehityksensä ja organisaatiokulttuurinsa. Näihin vaikuttaa myös terveysasemien toimintaympäristö. Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän jäsenkunnat ja -kaupungit eroavat toisistaan esimerkiksi väestömääriltään, mutta toisaalta niillä on myös paljon yhteneväisyyksiä, esimerkiksi samankaltaiset väestön ikäjakaumat (Tilastokeskus 2013).

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä on aloittanut toimintansa samana vuonna ensimmäisen kyselyn toteutuksen kanssa. Vuoden 2012 kyselyn toteutuksen aikaan kuntayhtymä on toiminut vasta kaksi vuotta. Jokaisella terveysasemalla on ollut oma lähtötilanteensa, eikä eroja ole varmasti mahdollista tasata yhteistoiminnalla näin lyhyessä ajassa. Lisäksi vallitseva organisaatiokulttuuri vaikuttaa aina organisaatiossa tehtäviin muutoksiin, eli myös kehittämistyöhön (Davies, Nutley & Mannion 2000). Terveysasemien välisiä eroja ei siis ole tarkoituksenmukaista pyrkiä tasapäistämään. Kuitenkin terveysasemien tulosten erisuuntaiset kehitykset ovat huolestuttavia. Ylä-Savon RAMPE-osahankkeen loppuraportin mukaan Ylä-Savon SOTE kuntayhtymää perustettaessa asetettiin tavoitteeksi toimintoja yhtenäistääminen, palveluntarjonnan saman tasoisuus ja laadukas näyttöön perustuva hoito hoitotakuun puitteissa kaikissa kuntayhtymän terveyskeskuksessa. (Lämsä ym. 2013) ACIC-kyselyn tulosten perusteella ei voida sanoa, onko tässä tavoitteessa onnistuttu. Tulokset kertovat sen, että Iisalmen ja Vieremän terveysasemilla työntekijät kokevat arvioitujen pitkäaikaissairauksien hoidon kehittyneen vuodesta 2010 vuoteen 2012, kun taas Kiuruveden ja Sonkajärven terveysasemilla arvioitujen pitkäaikaissairauksien hoidon katsotaan heikentyneen.

Terveysasemien välisiä erojen sijaan mielekkäämpää onkin tarkastella terveysasemien tulosten kehitystä ja eri sairausryhmien tuloksia saman terveysaseman sisällä. Vieremän ja Iisalmen terveysasemien kokonaistulokset paranivat vuodesta 2010 vuoteen 2012. Vieremän terveysasemalla kaikkien sairausryhmien hoidon arvioitiin olevan vähintään pitkäaikaissairauksien perustuen tasolla sekä vuonna 2010 että 2012. Keuhko- ja muistisairauksien tulokset laskivat hieman, mutta muiden sairausryhmien tulokset nousivat, mikä aiheutti kokonaistuloksen nousun. Iisalmen terveysaseman kokonaistuloksen muutokseen vuosien 2010 ja 2012 välillä vaikuttaa eniten masennuksen ja päihdeongelmien tuloksen parannus välttävästä pitkäaikaissairauksien hoidon tuesta pitkäaikaissairauksien hoidon perustukeen. Muistisairauksia lukuun ottamatta kaikkien sairausryhmien tulokset paranivat vuodesta 2010 vuoteen 2012 Iisalmen terveysasemalla. Lisäksi sairausryhmien tulosten väliset erot tasoittuivat.

Kiuruveden terveysaseman tuloksissa sairausryhmien väliset erot ovat melko suuria. Kaikkien sairausryhmien tulokset laskivat vuosien 2010 ja 2012 välillä, lukuun ottamatta muistisairauksia, joiden tulos pysyi ennallaan. Lisäksi sairausryhmien väliset erot kasvoivat entisestään. Myös Sonkajärven terveysaseman tulokset laskivat masennuksen ja päihdeongelmien, keuhkosairauksien sekä tuki- ja liikuntaelinsairauksien osalta. Näiden sairausryhmien tulokset jäivät vuonna 2012 alle pitkäaikaissairauksien perustuen. Diabeteksen ja valtimotautien sekä muistisairauksien hoidon arvioitiin puolestaan parantuneen. Myös Sonkajärven terveysaseman tuloksissa sairausryhmien väliset erot kasvoivat vuodesta 2010 vuoteen 2012.

Iisalmen terveysaseman masennuksen ja päihdeongelmien sairausryhmän tuloksen paranemista lukuun ottamatta muutokset eri terveysasemilla ja eri sairausryhmissä olivat melko pieniä. Pienten muutosten selittäminen on haasteellista, koska ACIC-kysely kertoo vastaajien subjektiivisen kokemuksen pitkäaikaissairauksien hoidon tasosta. Vastaajat ovat osittain vaihtuneet, ja myös samojen vastaajien kokemus voi vaihdella organisaation toiminnasta riippumattomista tekijöistä. Ylä-Savon RAMPE-osahankkeen loppuraportissa (Lämsä ym. 2013: 38–40) ACIC-kyselyn tuloksia on selitetty ainoastaan diabeteksen ja valtimotautien sekä muistisairauksien osalta. Raportissa todetaan, että *”molempien tautiryhmien hoitoa on kehitetty Ylä-Savon osahankealueen terveyskeskuksissa”* (Lämsä ym. 2013: 38). Lisäksi arvellaan, että joidenkin tulosten huononemiseen on voinut vaikuttaa terveysasemien lääkäripula, henkilöstön vaihtuvuus ja

sairauskohtaisten vastuuhenkilöiden puute tai vaihtuminen.

6.3 ACIC-kyselyn hyödynnettävyys

Arviointitutkimuksessa keskeisenä pidetään arvioinnin hyödynnettävyyttä. Tämän tutkielman aineiston keruussa käytettyä ACIC-kyselyä on aiemmissa tutkimuksissa käytetty mittarina pitkäaikaissairauksien hoidon tasosta. Kyselyn hyödynnettävyys hoidon tason tietolähteenä on kuitenkin heikko sen validiteettiin ja reliabiliteettiin liittyvien epäkohtien vuoksi. ACIC-kyselyn tuottamaa tietoa tulkitessa tuleekin pitää mielessä tiedon yleistettävyyden, vertailtavuuden ja luotettavuuden rajoitukset. Tuloksia voi hyödyntää päätöksenteossa, mutta arvioinnin kohteen todelliseksi ymmärtämiseksi tarvitaan tietoa myös muista lähteistä.

Tämän tutkielman haastatteluaineistosta saadut tulokset osoittavat, että ACIC-kyselyn hyödyllisyys ja hyödynnettävyys piilee siinä mahdollisuudessa, että kysely itsessään voi toimia interventiona kehittämistyön prosessin käynnistäjänä ja ylläpitäjänä. Työntekijöiden ikärakenne ja työvoimapula ovat tunnistettu Ylä-Savon SOTE:n toiminnan onnistumisen haasteiksi. (Ylä-Savon SOTE:n yhtymähallitus 2011). Työn kehittämiseen tulee siis panostaa terveydenhuolto-organisaatioissa, ja työntekijöiden näkemykseen työstään kannattaa kiinnittää huomiota. Hoidon järjestäjän näkökulmasta on ensiarvoisen tärkeää, että terveydenhuollossa työskentelevät tunnistavat ja ymmärtävät oman näkemyksensä hoidon toteutuksesta, sillä juuri he tekevät asiakkaiden hoitoa koskevia päätöksiä jokapäiväisessä työssään (Lloyd 2010: 81–91). Pitkäaikaissairaajat ovat perusterveydenhuollon merkittävimpiä asiakasryhmiä, joten pitkäaikaissairauksien hoidon toteutus ja käytännöt ovat huomionarvoisia terveydenhuolto-organisaatioiden työn kehittämisessä.

7 Pohdinta ja suositukset

Tämän tutkielman aihe ja osa aineistosta ovat lähtöisin kenttätason kehittämistyöstä. Näin ollen myös tuloksia on tarkoituksenmukaista reflektoida käytännön tasolle. Tämä on myös arviointitutkimuksen hyödynnettävyyttä korostavan periaatteen mukaista. Käytännön työn kannalta tutkielman merkittävin tulos on se, että ACIC-kysely voi toimia kehittämisprosessin käynnistävänä ja sitä ylläpitävänä interventiona. Se voikin soveltua tähän tehtävään paremmin kuin pitkäaikaissairauksien hoidon toteutuksen ja siinä tapahtuvien muutoksien mittariksi.

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä aloitti toimintansa vuonna 2010. ACIC-kysely toteutettiin heti ensimmäisenä toimintavuotena kaikilla kuntayhtymän terveysasemilla, ja toistettiin vuonna 2012. ACIC-kysely olisikin luontevaa vakiinnuttaa säännölliseksi ja pysyväksi osaksi kuntayhtymän toimintaa. Kyselyn toteuttamista voitaisiin jatkaa joka toinen vuosi, eli kysely toteutettaisiin seuraavan kerran vuonna 2014. Tässä tutkielmassa ilmenneet kehittämiskohdat kyselyn toteutuskäytännöissä ovat harkinnan arvoisia, sillä arviointityöllä voitaisiin saada entistä luotettavampaa ja hyödyllisempää tietoa kuntayhtymän käyttöön.

Jotta kehittämisprosessi lähtisi liikkeelle ja pysyisi yllä koko organisaatiossa, tulisi kyselyyn osallistuvat työryhmät koota edustavasti kaikista organisaation henkilöstöryhmistä, jotka ovat relevantteja pitkäaikaissairauksien hoidon toteutuksen kannalta. Näin saadaan organisaation koko henkilöstön ääni kuuluviin, eikä itsearviointi perustu vain yksittäisten työntekijöiden mielipiteisiin. Tämä voi saada parhaimmillaan aikaan jopa henkilöstön voimaantumista. Eri henkilöstöryhmien huomioiminen kyselyn toteutuksessa voi myös lisätä tiedon kulkua organisaation sisällä ja vähentää muutosvastarintaa, kun toimijat saatetaan yhteiselle areenalle jakamaan mielipiteitään, kokemuksiaan ja arvioitaan pitkäaikaissairauksien hoidon toteutuksesta. Harkinnanarvoista on myös terveyskeskuksen ulkopuolisten, mutta pitkäaikaissairauksien hoidon kannalta relevanttien toimijoiden, esimerkiksi sosiaalihuollon ja kotihoidon edustajien, ottaminen mukaan kyselyyn.

Kyselyn käytettävyyden ja sen tuottaman tiedon luotettavuuden kannalta on tärkeää tarkistaa

kyselylomakkeen suomennos. Lisäksi kyselyn komponentit ja käsitteet tulisi selittää yhteisesti kyselyyn osallistuville, esimerkiksi terveysasemakohtaisissa perehdytystilaisuuksissa. Suomennoksen tarkistamisella ja kyselyn käsitteisiin perehdyttämisellä pystytään vähentämään väärinymmärryksistä johtuvia tulosten vääristymiä. Myös tulosten vertailtavuus terveysasemien ja sairausryhmien välillä paranisi.

Pitkäaikaissairaudet ovat usein linkittyneet toisiinsa, ja merkittävä osa pitkäaikaissairaista on myös monisairaita. Tautikohtaista tarkastelua mielekkäämpää voisi olla tarkastella pitkäaikaissairauksien hoitoa yhtenä kokonaisuutena. Varsinkin pienemmillä paikkakunnilla, joiden terveysasemilla sama lääkäri ja hoitaja vastaavat useiden eri pitkäaikaissairauksien hoidosta, ei ole tarkoituksenmukaista arvioida sairauksia erillisinä toisistaan. Vaihtoehtoisesti eri sairausryhmien rinnalla tulisi arvioida myös monisairaiden asiakkaiden hoitoa yhtenä kokonaisuutena.

ACIC-kyselyllä saadaan selville organisaatiotason näkemys omasta toiminnastaan pitkäaikaissairauksien hoidon toteutuksen osalta. Tämä näkemys tulee ottaa huomioon päätöksenteossa, sillä Ylä-Savon alueella perusterveydenhuollon palvelujen tarve kasvaa, ja terveydenhuollon ammattilaisista on jo nyt ajoittain pulaa. Työntekijöiden näkemyksen kuuleminen ja huomioonottaminen päätöksenteossa voi edesauttaa työhyvinvointia ja työviihtyvyyttä, ja sitä kautta myös työntekijöiden sitoutumista työhönsä. Tuloksia tarkastellessa tulee kuitenkin ymmärtää, että ACIC-kysely tuottaa itsearviointiin pohjautuvaa tietoa, eli se kertoo vastaajien subjektiivisen näkemyksen pitkäaikaissairauksien hoidon toteutuksesta. Se täydentää omalta osaltaan kokonaiskuvaa pitkäaikaissairauksien hoidon toteutuksesta muiden tietolähteiden rinnalla. Näitä muita tietolähteitä voisivat olla esimerkiksi PACIC-kysely (Improving Chronic Illness Care-sivusto 2013c), eli asiakkaille tarkoitettu versio ACIC-kyselystä, jokin muu asiakaspalautekysely, ja potilastietojärjestelmistä saatava tilastotieto pitkäaikaissairauksien hoidon tehokkuudesta.

ACIC-kyselyn tulokset vaihtelivat eri terveysasemien välillä. Vaikka kyselyn tulosten vertailuun kannattaa suhtautua varauksella, kyselyn avulla voidaan tunnistaa niitä sairausryhmiä ja tekijöitä pitkäaikaissairauksien hoidossa, jotka erityisesti ovat kehittämistyön tarpeessa. Lisäksi voidaan tunnistaa terveysasemien vahvuuksia eri sairauksien hoidon järjestämisessä. Näitä vahvuuksia

voidaan hyödyntää kehittämistarpeisiin vastaamisessa. Toimiviksi havaittuja käytäntöjä tulisi jakaa tehokkaasti terveysasemien välillä, jolloin Ylä-Savon alueella pystyttäisiin tarjoamaan entistä yhtenäisempiä ja tasalaatuisempia terveystalveluja paikkakunnasta riippumatta.

Lähdeluettelo

Adams, S. G., Smith, P. K., Allan, P. F., Anzueto, A., Pugh, J. A. & Cornel, J. E. (2007). Systematic Review of the Chronic Care Model in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Prevention and Management. *Archives of Internal Medicine*, 167, 551–561.

Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (2005). Yhteenvedo väestön terveyden kehityksestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä – Suomalaisten terveys. *Duodecim: Terveyskirjasto*. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00066 22.4.2013.

Barr, V. J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D. & Salivaras, S. (2003). The Expanded Chronic Care Model – An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly*, 7, 73–82.

Bonomi, A. E., Edward, H. W., Glasgow, R. E. & VonKorff, M. (2002). Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) – A Practical Tool to Measure Quality Improvement. *Health Service Research*, 31 (3), 791–820.

Coleman, K., Austin, B. T., Brach, C. & Wagner, E. H. (2009). Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium. *Health Affairs*, 28 (1), 75–85.

Cramm, J. M., Strating, M., Tsiachristas, A. & Nieboer, A. P. (2011). Development and validation of a short version of the Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) in Dutch Disease Management Programs. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9, 49.

Davies, H., Nutley, S. & Mannion R. (2000). Organisational culture and quality of health care. *Quality in Health Care* 9, 111–119.

Eläketurvakeskuksen taskutilasto 2012. (2012). Helsinki: Eläketurvakeskus. Saatavissa: http://www.etk.fi/fi/gateway/PTARGS_0_2712_459_440_3034_43/http%3B/content.etk.fi%3B7087/publishedcontent/publish/etkfi/fi/julkaisut/tilastojulkaisut/taskutilasto/taskutilasto_2012_7.pdf

22.4.2013.

Fireman, B., Bartlett, J. & Selby, J. (2004). Can Disease Management Reduce Health Care Costs by Improving Quality? *Health Affairs*, 23 (6), 63–75.

Glasgow, R. E., Orleans C. T. & Wagner E. H. (2001). Does the Chronic Care Model Serve Also as a Template for Improving Prevention? *The Milbank Quarterly*, 79 (4), 579–612.

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara P. (1997). *Tutki ja kirjoita*. (10. painos) Helsinki: Tammi.

Honkanen, P. (2003). Terveystyömalli Suomessa, mitä se voisi olla? -luentomateriaali (Kuopio 2003).

Hroskoski, M. C., Solberg, L. I., Sperl-Hillen, J. M., Harper, P. G., MacGrail, M. P., Crabtree B. F. (2006). Challenges of Change - A Qualitative Study of Chronic Care Model Implementation. *Annals of Family Medicine*, 4 (4), 317–326.

Hung, D. Y., Rundall, T. G., Tallia, A. F., Cohen, D. J., Halpin, H. A. & Crabtree B. F. (2007). Rethinking Prevention in Primary Care - Applying the Chronic Care Model to Address Health Risk Behaviors. *The Milbank Quarterly*, 85(1), 69–91.

Improving Chronic Illness Care-sivusto:

http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=Finland_CCM&s=314 viitattu 18.4.2013.

Improving Chronic Illness Care-sivusto

<http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=Translations&s=360> viitattu 18.4.2013.

Improving Chronic Illness Care-sivusto

http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=PACIC_Survey&s=36 viitattu 18.4.2013.

Kelasto. Kansaneläkelaitoksen tilastotietokanta. Terveyspuntari.

http://raportit.kela.fi/ibi_apps/WFServlet?IBIF_ex=NIT083AL viitattu 18.4.2013.

Kesteloot, K. (1999). Disease Management - A New Technology in Need of Critical Assessment. *International Journal of technological Assessment of Health Care*, 15(3), 506–519

Kiiskinen, U., Teperi, J., Häkkinen, U. & Aromaa, A. (2005). Kansantautien ja toimintakyvyn vajavuuksien yhteiskunnalliset kustannukset – Suomalaisten terveys. *Duodecim: Terveyskirjasto*. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00064 22.4.2013.

Koikkalainen, P., Ahonen, T., Ruoranen, M., Hänninen, J., Kuusinen, A., Tiikkainen, P., Kettunen, T., Honkanen, P. & Kumpusalo, E. (2011). *Rautaista ammattitaitoa – Terveyskeskustyö kestävän kehityksen polulla. RAMPE-hankkeen alkuselvityksen tuloksia*. Saatavissa: <http://www.ksshp.fi/public/download.aspx?ID=34523&GUID={664C298A-B5E9-4225-B79D-AF5534441135}> 18.4.2013.

Kokko, S., Peltonen, E. & Honkanen, V. (2009). *Perusterveydenhuollon kehittämisen suuntaviivoja - Raportti perusterveydenhuollon vahvistamistoimien suunnittelutyöstä*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen avauksia 13. Helsinki. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085247> 22.4.2013.

Koskinen, S., Manderbacka, K. & Aromaa A. (2012). Pitkäaikaissairastavuus. Raportissa Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. (toim.) *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja 68. Tampere. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf?sequence=1 22.4.2013.

Koskinen, S., Martelin, T., Sainio, P., Heliövaara, M., Reunanen, A. & Lahelma, E. (2007). Pitkäaikaissairastavuus. Julkaisussa Palosuo, H., Koskinen, S., Lahelma, E., Prättälä, R., Martelin, T., Ostamo, A., Keskimäki, I., Sihto, M., Talala, K., Hyvönen, E. & Linnanmäki, E. (toim.) *Terveiden eriarvoisuus Suomessa – Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 23. Helsinki. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-8726.pdf 22.4.2013.

Krause, D. S. (2005). Economic Effectiveness of Disease Management Programs - a Meta-Analysis. *Disease Management* 8(2), 114–134.

Lehtomäki, L. (2009). *Valtakunnallisista suosituksista terveyskeskuksen talon tavoiksi*. Väitöskirja, Tampereen Yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis 1462.

Lindqvist, T. 1999. Evaluaation uskottavuus. Teoksessa Eräsaari, R., Lindqvist, T., Mäntysaari, M. & Rajavaara, M. (toim.) *Arviointi ja asiantuntijuus*. Helsinki: Gaudeamus, 106–118.

Lloyd, M. (2010) *A Practical Guide to Care Planning in Health and Social Care*. Open University Press, McGraw, Hill Education.

Lähteenmäki-Smith, K. & Terävä, E. (2012). *Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (KASTE) 2008–2011 arviointi – Loppuraportti*. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Saatavissa:
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-21605.pdf
22.4.2013.

Lämsä, T., Vola, A., Ruoranen, M. (2013). *Rautaisia ammattilaisia ja terveyshyötyä perusterveydenhuoltoon - Lääkäreiden ja hoitajien osaamisen ja työn kehittäminen RAMPE-hankkeen Ylä-Savon osahankkeen loppuraportti 2010–2012*. Saatavissa:
<http://www.ksshp.fi/public/download.aspx?ID=41199&GUID={ED76AC7A-C1B7-49E5-BA39-26B09701522D}> 11.2.2013

MacColl Institute for Healthcare Innovation, Group Health Cooperative 2000: *Assessment of Chronic Illness Care (ACIC)*.

Mangione-Smith, R., Schonlau, M, Chan, K. S., Keesey, J., Rosen, M., Louis, T. A. & Keeler, E. (2005). Measuring the Effectiveness of a Collaborative for Quality Improvement in Pediatric Asthma Care - Does Implementing the Chronic Care Model Improve Processes and Outcomes of Care? *Ambulatory Pediatrics*, 5 (2), 75–82.

Mäntyranta, T. (2010). Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli -luentomateriaali.

Mäntysaari, M. (1999). Arviointitutkimuksen taustaoletukset. Teoksessa Eräsaari, R., Lindqvist, T., Mäntysaari, M. & Rajavaara, M. *Arviointi ja asiantuntijuus*. Helsinki: Gaudeamus, 54–68.

Nutting, P. A., Dickinson, W. P., Dickinson, L. M., Nelson, C. C., King, A. K., Crabtree, B. F. & Glasgow, R. E. (2007). Use of Chronic Care Model Elements Is Associated With Higher-Quality Care for Diabetes. *Annals of Family Medicine*, 5 (1), 14–20.

Ofman, J. J., Badamgarav, E., Henning, J. M., Knight, K., Anacleto, D. G. Jr., Levan, R. K., Gur-Arie, S., Richards, M. S., Hasselblad, V. & Weingarten, S. R. (2004). Does Disease Management Improve Clinical and Economic Outcomes in Patients with Chronic Diseases? - A Systematic Review. *The American Journal of Medicine* 117, 182–192.

Patel, N. K. & Parchman, M. L. (2011). The Chronic Care Model and Exercise Discussions during Primary Care Diabetes Encounters. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 24 (1), 26–32.

Piatt, G. A., Orchard, T. J., Emerson, S., Simmons, D., Songer, T. J., Brooks, M. M., Korytkowski, M., Siminerio, L. M., Ahmad, U. & Zgibor, J. C. (2006). Translating the Chronic Care Model Into the Community - Results from a randomized controlled trial of a multifaceted diabetes care intervention. *Diabetes Care*, 29 (4), 811–817.

Rajavaara, M. (1999). Arviointitutkimuksen hyödynnettävyys. Teoksessa Eräsaari, R., Lindqvist, T., Mäntysaari, M. & Rajavaara, M. *Arviointi ja asiantuntijuus*. Helsinki: Gaudeamus, 31–53.

Ruoranen, M., Koikkalainen, P., Ahonen, T., Salminen, S., Hämäläinen, V., Lämsä, T., Muranen, A., Hänninen, J. & Kettunen, T. (2013). *Rautaiset ammattilaiset terveyshyödyntäjät - Lääkäreiden ja hoitajien työn ja osaamisen kehittäminen. RAMPE-hankkeen loppuraportti 2010–2012*. Saatavissa: <http://www.ksshp.fi/public/download.aspx?ID=42424&GUID={70C634A7-41CE-4B3F-9A69-9808A284A018}> 22.4.2013.

Seppänen-Järvelä, R. (1999). Kehittämistyö ja arviointi. Teoksessa Eräsaari, R., Lindqvist, T.,

Mäntysaari, M. & Rajavaara, M. *Arviointi ja asiantuntijuus*. Helsinki: Gaudeamus, 90–105.

Solberg, L. I., Crain, A. L., Sperl-Hillen, J. M., Hroschikoski, M. C., Engebretson, K. I. & O'Connor, P. J. (2006). Care Quality and Implementation of the Chronic Care Model - A Quantitative Study. *Annals of Family Medicine*, 4 (4), 310–316.

Si, D., Bailie, R., Connors, C., Dowden, M., Stewart, A., Robinson, G., Cunningham, J. & Weeramanthri, T. (2005). Assessing health centre systems for guiding improvement in diabetes care. *BMC Health Service Research*. 5, 56.

Siminerio, L. M., Piatt & G., Zgibor, J. C. (2005). Implementing the Chronic Care Model for Improvements in Diabetes Care and Education in a Rural Primary Care Practice. *The Diabetes Educator*, 31 (2), 225–234.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2012: 1. Helsinki. Saatavissa:

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf

22.4.2013.

SOTKANet. Tilasto- ja indikaattoripankki, THL. <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu>

(viitattu 18.4.2013)

Sprangers, M. A. G., de Regt, E. B., Andries, F., van Agt, H. M. E., Bijl, R. V., de Boer, J. B., Foets, M., Hoeymans, N., Jacobs, A. E., Kempen, G. I. J. M., Miedema, H. S., Tijhuis, M. A. R. & de Haes, H. C. J. M. (2000). Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *Journal of Clinical Epidemiology*, 53 (9), 895–907.

Sunaert, P., Bastiaens, H., Feyen, L., Snauwaert, B., Nobels, F., Wens, J., Wermeire, E., Van Royen, P., De Maeseneer, J., De Sutter, A. & Willems, S. (2009). Implementation of a program for type 2 diabetes based on the Chronic Care Model in a hospital-centered health care system - "the Belgian experience". *BMC Health Services Research*. 9, 152.

Suomen Akatemian tutkimuseettiset ohjeet 2003. Saatavissa:

<http://193.167.96.163/Tiedostot/Tiedostot/Julkaisut/Suomen%20Akatemian%20eettiset%20ohjeet%202003.pdf> 24.4.2013.

Stevens, D. P., Bowen, J. L., Johnson, J. K., Woods, D. M., Provost, L. P., Holman, H. R., Sixta, C. S. & Wagner, E. H. (2010). A Multi-Institutional Quality Improvement Initiative to Transform Education for Chronic Illness Care in Resident Continuity Practices. *Journal of General Internal Medicine*, 25 (4), 574-580.

Tilastokeskus: Kuntien avainluvut. <http://tilastokeskus.fi/tup/kunnat/index.html> (viitattu 30.3.2013)

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2002). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Jyväskylä: Tammi.

Vargas, R. B, Mangione, C. M., Asch, S., Keeseey, J., Rosen, M., Schonlau, M. & Keeler, E. B (2007). Can a Chronic Care Model Collaborative Reduce Heart Disease Risk in Patients with Diabetes? *Society of General Internal Medicine*, 22, 215–222.

Velasco-Garrido, M., Busse, R. & Hisashige, A. (2003). Are disease management programmes (DMPs) affective in improving quality of care for people with chronic conditions? *WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN)*.

Virtanen, P. (2007). *Arviointi - Arviointitiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen*. Helsinki: Edita.

Wagner, E. H. (1998) Chronic Disease Danagement - What Will It Take to Improve Care for Chronic Illness? *Effective Clinical Practice*, 1, 2–4.

Watkins, K., Pincus, H. A., Tanielian, T. L. & Lloyd, J. (2003). Using the Chronic Care Model to Improve Treatment of Alcohol Use Disorders in Primary Care Settings. *Journal of Studies on Alcohol*, 64, 209–218.

Weingarten, S. R., Henning, J. M., Badamgarav, E., Knight, K., Hasselblad, V., G. A. Jr. & Ofman J.

J. (2002). Interventions Used in Disease Management Programmes for Patients with Chronic Illness - Which Ones Work? Meta-Analysis of Published Reports. *British Medical Journal*, 325, 925.

World Health Organization. (2002). *Innovative Care for Chronic Conditions - Building Blocks for Action*. Global Report. Saatavissa:

http://www.who.int/diabetes/publications/iccc_exec_summary_eng.pdf 22.4.2013.

World Health Organization. (2011). *Noncommunicable Diseases - Country Profiles 2011*.

Saatavissa: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles2011/en/ 22.4.2013.

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän yhteislautakunta. (2010). *Sosiaali- ja terveydenhuollon sekä ympäristöterveydenhuollon ja ympäristönsuojelun järjestämissuunnitelma*. Saatavissa:

<http://www.ylasavonsote.fi/showattachment.asp?ID=7437&DocID=8446> 12.2.2013

Ylä-Savon SOTE kuntayhtymän yhtymähallitus. (2011). *Strategia 2011–2014. ”Asiakaslähtöistä hoivaa ja hyvinvointia”*. Saatavissa:

<http://www.ylasavonsote.fi/showattachment.asp?ID=9630&DocID=14753> 12.2.2013

Yu, G. C., Beresford, M. (2010). Implementation of a Chronic Illness Model for Diabetes Care in a Family Medicine Residency Program. *Journal of General Internal Medicine*. 25 (4), 615–619.

Øverveit (1998). *Evaluating Health Interventions*. Buckingham/Philadelphia: Open University Press.

Liite 1

Haastattelukysymykset

1. Millaisia kokemuksia teillä on ACIC-kyselyn täyttämisestä ja tulosten hyödyntämisestä terveyskeskuksissa?

Mitä kokemuksia teillä on ensimmäisestä kyselystä 2010? Entä toisesta kyselystä 2012?

2. Onko ACIC mielestänne käytännöllinen mittari perusterveydenhuollon kehittämistyössä?

Onko lomake käytännössä helppo täyttää? Toteutuuko kyselyn suositus lomakkeen täyttämisestä työryhmittäin?

3. Mittaako ACIC mielestänne keskeisiä ja merkittäviä tekijöitä pitkäaikaissairauksien hoidosta?

Puuttuuko joitain tärkeitä tekijöitä? Onko kyselyssä jotain turhia kohtia?

4. Onko ACICin tuottama tieto mielestänne luotettavaa?

Mittaako ACIC organisaatiotason itsearviointia? Ovatko kaikki organisaation henkilöstöryhmät edustettuina? Voiko jokin tekijä aiheuttaa tulosten vääristymistä?

5. Onko ACICin tuottama tieto mielestänne hyödyllistä ja hyödynnettävissä?

Mitä vaikutuksia tuloksilla on alueen terveysasemien ja Ylä-Savon SOTE:n toimintaan? Miten tuloksia on hyödynnetty? Miten niitä voitaisiin hyödyntää?

Liite 2

Palautelomakkeen kysymykset

- 1. Olivatko arviointilomakkeen kohdat ymmärrettäviä? Jos eivät, mitkä kohdat olivat mielestäsi epäselviä tai vaikeasti ymmärrettäviä?**
- 2. Olivatko osa-alueiden sisällöt (komponentit) mielestäsi tärkeitä pitkäaikaissairauksien hoidon toteuttamisen kannalta?**
- 3. Puuttuiko lomakkeesta mielestäsi joitain tärkeitä osa-alueita tai tekijöitä, jotka tulisi ottaa huomioon pitkäaikaissairauksien hoidossa Suomessa?**
- 4. Muita kommentteja arviointilomakkeeseen ja ACIC-arviointiin liittyen?**

Liite 3

Assessment of Chronic Illness Care (ACIC) – Pitkäaikaissairauksien hoidon toteutuksen arviointi

Olkaa hyvä ja täyttäkää oheiset tiedot itsestänne ja omasta organisaatiostanne.

VASTAAJIEN TIEDOT:

Organisaatio _____ Täyttöpäivämäärä: _____

Yhdys henkilön nimi: _____

Yhdys henkilön puhelinnumero ja sähköposti: _____

Lomakkeen täyttöohjeita

Tämä lomakkeen avulla terveydenhuollon organisaatiot ja palveluntuottajat voivat tunnistaa pitkäaikaissairauksien hoitoon liittyviä kehittämiskohteita omassa toiminnassaan. Lomake tulisi täyttää yhden toimipisteen tai tiimin näkökulmasta. Lomake voidaan täyttää joko siten, että

- a) käyttäjät täyttävät kukin oman lomakkeensa, lomakkeet kerätään ja keskiarvot lasketaan lomakkeista tai
- b) lomake täytetään yhdessä keskustellen sen jälkeen, kun osallistujat ovat tutustuneet lomakkeeseen itsenäisesti (suositeltavaa)

Joka tapauksessa ACICin täyttämiseen tulisi osallistua edustajia terveyskeskuksen ylimmästä johdosta (esim. johtava lääkäri, johtava hoitaja, tuottajajohtaja tms.), keskijohdosta (esim. terveysaseman ylilääkäri, terveysaseman ylihoitaja/osastonhoitaja) ja eri henkilöstöryhmistä (mielellään yli puolet koko henkilöstöstä).

Arvioi jokaisen väittämän kohdalla, miten pitkäaikaissairauksien hoito on toteutettu jonkin tietyn sairausryhmän, sairauden tai oireyhtymän osalta arvioinnin kohteena olevassa toimintayksikössä tai organisaatiossa. **Ympyröikää jokaiselta riviltä numero, joka parhaiten kuvaa tällä hetkellä kyseisessä yksikössä vallitsevaa hoidon tasoa.** Riveille kirjatut komponentit edustavat kroonisten sairauksien hoidon avaintekijöitä. Komponentit on jaettu neljään pitkäaikaissairauksien hoidon kehittyneisyyttä kuvaavaan tasoon (D – A). Tasot on pisteytetty asteikolla 0 – 11. Korkeampi pistemäärä ilmaisee, että ao. tasolla komponenttiin liittyvät toiminnot on otettu käyttöön kokonaisvaltaisemmin kuin edellisillä tasoilla.

Pitkäaikaissairauksien hoidon arviointi

Osa 1: Terveyspalvelun tuottajan organisaatio

Pitkäaikaissairauksien hoito-ohjelmat voivat olla vaikuttavampia, jos palveluja tarjoava organisaatio painottaa toiminnassaan ja johtamisessaan pitkäaikaissairauksien hoitoa.

Komponentti	Taso D	Taso C	Taso B	Taso A
Pitkäaikaissairauksien hoidon kokonaisvaltainen johtajuus	... puuttuu tai kiinnostusta hyvin vähän	... mainitaan visiossa, mutta resursseja toteuttamiseen ei ole erityisesti osoitettu	... näkyy ylimmän johdon toiminnassa ja siihen on osoitettu resursseja (rahaa ja henkilöstöä)	... on osa organisaation pitkän tähtäyksen strategiaa, siihen osoitetaan tarvittavat resurssit ja nimetyt henkilöt ovat vastuussa
Pisteet	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Organisaation tavoitteet pitkäaikaissairauksien hoidossa	... puuttuvat tai niitä on vain yhden sairauden hoidolle	... ovat olemassa, mutta toteutumista ei arvioida aktiivisesti	... ovat mitattavissa ja toteutumista arvioidaan	... ovat mitattavissa, toteutumista arvioidaan järjestelmällisesti ja ne sisältyvät kehittämissuunnitelmiin
Pisteet	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Hoidon järjestämisen kehittäminen	... on satunnaista, organisoimatonta tai sitä ei tueta johdonmukaisesti	... kohdistuu kulloinkin esille nouseviin ongelmiin	... perustuu toimiviksi osoitettuun kehittämiss strategiaan havaittujen ongelmien ratkaisemiseksi	... käsittää toimivaksi osoitetun kehittämiss strategian, jota sovelletaan ennakoivasti organisaation tavoitteiden saavuttamiseksi
Pisteet	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Kannustimia ja ohjeistuksia	... ei käytetä ohjaamaan hoidon tuloksellisuutta	... käytetään ohjaamaan palveluiden käyttöä ja kustannuksia	... käytetään tukemaan potilaan hoidon tavoitteita	... käytetään motivoimaan ja valtuuttamaan palveluntuottajia tukemaan potilaan hoidon tavoitteita
Pisteet	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Ylin johto	... ei kannusta suunnitelmallisen hoidon järjestämistä	... ei aseta suunnitelmallisen hoidon kehittämistä prioriteetiksi	... kannustaa suunnitelmalliseen hoidon kehittämiseen	... osallistuu näkyvästi suunnitelmallisen hoidon kehittämiseen
Pisteet	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Komponentti	Taso D	Taso C	Taso B	Taso A
Etuudet	...estävät omahoidon tai järjestelmän muutosten toteutumista	...eivät edistä eivätkä estä omahoidon tai järjestelmän muutosten toteutumista	...edistävät omahoidon tai järjestelmän muutosten toteutumista	...on erityisesti suunniteltu edistämään parempaa pitkäaikaissairauksien hoitoa
Pisteet	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Terveyspalvelun tuottajan organisaatio: _____ Kokonaispistemäärä: _____ Keskiarvo (kokonaispistemäärä / 6): _____

Osa 2: Kytkenät yhteisöön. Kytkenät terveyspalvelun tuottajan ja yhteisön resurssien välillä ovat tärkeitä pitkäaikaissairauksien hoidossa.

Komponentti	Taso D	Taso C	Taso B	Taso A
Potilaiden hoidon kytkeminen ulkoisiin resursseihin	...ei toteudu systemaattisesti	...rajoittuu yhteisön ja kolmannen sektorin palveluiden listauksiin, jotka ovat helposti käytettävissä muodossa	...toteutuu tehtävään osoitetun henkilön tai resurssin avulla, millä varmistetaan, että palveluntarjoajat ja potilaat hyödyntävät yhteisön tarjoamat palvelut mahdollisimman hyvin.	... toteutuu aktiivisesti koordinoituna terveyspalvelun tuottajan, yhteisön /kolmannen sektorin toimijoiden ja potilaan välillä
Pisteet	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Kumppanuuksia kunnan muiden hallintokuntien ja kolmannen sektorin kanssa	...ei ole.	...harkitaan mutta ei ole vielä toteutettu	...on muodostettu tarkoituksena kehittää hoitoa tukevia ohjelmia ja käytäntöjä	...haetaan aktiivisesti, tarkoituksena kehittää virallisia hoitoa tukevia ohjelmia ja toimintatapoja koko terveydenhoitojärjestelmään
Pisteet	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Alueelliset hyvinvointi- ja terveysuunnitelmat	...eivät käytännön tasolla koordinoi pitkäaikaissairauksien hoito-ohjeita, toimenpiteitä tai resursseja	...niiden odotetaan jossain määrin koordinoivan pitkäaikaissairauksien hoito-ohjeita, toimenpiteitä tai resursseja käytännön tasolla, mutta muutoksia ei vielä ole tehty.	... koordinoivat tällä hetkellä pitkäaikaissairauksien hoito-ohjeita, toimenpiteitä tai resursseja yhden tai kahden kroonisen sairauden hoidossa	... koordinoivat tällä hetkellä pitkäaikaissairauksien hoito-ohjeita, toimenpiteitä tai resursseja useimpien kroonisten sairauksien hoidossa
Pisteet	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Kytkenät yhteisöön: _____ Kokonaispistemäärä: _____ Keskiarvo (kokonaispistemäärä / 3): _____

Osa 3: Palveluntarjoajataso. Yksittäisissä palvelua tuottavissa yksiköissä toteutuneiden muutosten on osoitettu parantavan pitkäaikaissairauksien hoitoa. Nämä kohdistuvat neljään alueeseen: omahoidon tuki, palveluvalikoima, päätöksenteon tuki ja tiedon tehokäyttö.

Osa 3a: Omahoidon tuki. Tehokas omahoidon tuki auttaa potilaita ja heidän perheitään selviämään pitkäaikaissairaudesta mukanaan tuomista haasteista ja auttaa vähentämään sairauden komplikaatioita ja oireita.

Komponentti	Taso D	Taso C	Taso B	Taso A
Omahoidon tarpeiden ja aktiviteettien arviointi ja dokumentointi	...ei tehdä.	... edellytetään.	...tehdään standardoidusti.	...mitataan ja kirjataan standardoidusti yksikön ja potilaan käytettävissä olevan hoitosuunnitelman mukaisesti
Pisteet	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Omahoidon tuki	...rajoittuu informaation jakeluun (ohjelehtiset)	... toteutuu ohjaamalla omahoito-opetusryhmiin tai omahoidon kouluttajille	... kuhunkin yksikköön nimetyt omahoidon kouluttajat toteuttavat. Omahoidon kouluttajat tapaavat varta vasten lähetettyjä potilaita	... kuhunkin yksikköön nimetyt omahoidon kouluttajat toteuttavat. Kouluttajat hallitsevat potilaiden voimaannuttamisen ja ongelmanratkaisun menetelmät. He tapaavat useimmat pitkäaikaissairaat.
Pisteet	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Potilaiden ja heidän perheidensä huolenaiheet	...ei johdonmukaisesti huomioida	...huomioidaan joidenkin potilaiden ja perheiden kohdalla (lähete)	...rohkaistaan huomioimaan ja vertaistukea, ryhmätoimintaa ja mentorointia on saatavilla	...huomioidaan keskeisenä hoidon toteuttamisen osana. Tätä myös mitataan järjestelmällisesti ja vertaistuen, ryhmien ja mentorointien hyödyntäminen on rutiiniluontoista.
Pisteet	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Tehokkaat käyttäytymisen muutokseen tähtäävät interventiot ja vertaistuki	...ei saatavissa.	...rajoittuvat ohjelehtisten ja muun kirjallisen informaation jakamiseen	...saatavilla ainoastaan erikoistuneissa keskuksissa, jonne potilaat ohjataan läheteellä	...helposti saatavilla ja kiinteä osa normaalia hoitoa.
Pisteet	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Omahoidon tuki:

Kokonaispistemäärä: _____

Keskiarvo (kokonaispistemäärä / 4): _____

Osa 3b: Päätöksenteon tuki. Pitkäaikaissairauksien vaikuttavien hoito-ohjelmien edellytyksenä on, että hoitohenkilöstöllä on käytössään potilaiden hoitoon tarvittava näyttö ja päätöksenteon tuki. Se sisältää näyttöön perustuvat hoitosuositukset, erikoislääkärien konsultaation, henkilöstön koulutuksen ja potilaiden aktivoimisen tiedon hankkimiseen.

Komponentti	Taso D	Taso C	Taso B	Taso A
Näyttöön perustuvat hoitosuositukset	...ei saatavilla.	...saatavilla mutta ei integroituna hoidon toteuttamiseen.	...saatavilla ja niiden käyttöä tuetaan koulutuksella.	... saatavilla ja niiden käyttöä tuetaan koulutuksella; ne on integroitu hoitoprosessiin muistutteen ja muiden menetelmien avulla, joilla henkilöstön toimintaa voidaan todistettavasti parantaa .
Pisteet	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Erikoissairaanhoidon osallistuminen perusterveydenhuollon kehittämiseen	...toteutuu lähinnä perinteisen lähetekäytännön kautta.	...toteutuu erikoislääkärijohtajuuden kautta, millä tehostetaan hoitojärjestelmän mahdollisuuksia toteuttaa hoito-ohjeistukset.	...käsittää erikoislääkärijohtajuuden sekä nimetyt erikoislääkärit, jotka hoitavat perusterveydenhuollon tiimien koulutuksen.	... käsittää erikoislääkärijohtajuuden sekä erikoislääkärien aktiivisen osallistumisen perusterveydenhuollossa tapahtuvan hoidon kehittämiseen.
Pisteet	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Palveluntarjoajien koulutus pitkäaikaissairaudesta	...satunnaista.	...toteutuu järjestelmällisesti perinteisin keinoin	...toteutetaan käyttäen optimaalisia menetelmiä (esim. työpajatyöskentely).	... sisältää kaikkien hoitotiimien koulutusta pitkäaikaissairauksien hoitomenetelmistä, kuten väestölähtöinen hoito ja omahoidon tukeminen.
Pisteet	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Potilaiden informoiminen hoitosuosituksista	...ei toteudu.	...toteutuu pyynnöstä tai julkaisujen avulla	... toteutuu kustakin hoitosuosituksista laaditun opetusmateriaalin avulla	... sisältää materiaalia, joka on erityisesti kehitetty kuvaamaan potilaan roolia hoitosuosituksen tavoitteiden saavuttamiseksi.
Pisteet	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Päätöksenteon tuki:

Kokonaispistemäärä: _____

Keskiarvo (kokonaispistemäärä / 4): _____

Osa 3c: Palveluvalikoima. Pitkäaikaissairauksien vaikuttava hoito sisältää muutakin kuin vain uusien interventioiden lisäämiseen nykyiseen, akuuttihoitoon keskittyneeseen järjestelmään. Lisäksi voidaan tarvita muutoksia siihen, miten palveluiden tarjoaminen on järjestetty.

Komponentti	Taso D	Taso C	Taso B	Taso A
Hoitotiimin toimivuus	...ei kiinnitetä huomiota	...kiinnitetään huomiota varmistamalla asianmukaisesti koulutettujen osaajien saatavuus kroonisten sairauksien hoidossa.	...varmistetaan säännöllisten tiimikokousten avulla, joissa käsitellään hoitosuosituksia, rooleja ja vastuuta sekä pitkäaikaissairauksien hoidon ongelmia.	...varmistetaan säännöllisesti tapaavien tiimien avulla, joilla on selvästi määritellyt roolit omahoidon koulutuksen, ennakoivan seurannan, resurssien koordinoiminn ja muun pitkäaikaissairauksien hoidossa tarvittavan osaamisen suhteen.
Pisteet	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Hoitotiimien johtajuus	...ei tiedosteta paikallisesti tai järjestelmä ei tiedosta.	...organisaatio olettaa sen liittyvän tiettyihin tehtäviin organisaatiossa.	...varmistetaan nimeämällä tiimijohtajat, mutta heidän rooliaan pitkäaikaissairauksien hoidossa ei ole määritelty.	...varmistetaan nimittämällä tiimijohtaja, joka varmistaa että roolit ja vastuut pitkäaikaissairauksien hoidossa on selvästi määritelty.
Pisteet	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Ajanvarausjärjestelmä	...pystyy aikatauluttamaan akuuttihoitoon, seurannan ja ehkäisevän terveydenhuollon vastaanottokäynnit.	...varmistaa suunnitellut seurantakäynnit pitkäaikaissairaille.	...on joustava ja pystyy esimerkiksi räätälöimään vastaanottoaikojen pituuksia ja aikatauluttamaan ryhmävastaanottoja.	...mahdollistaa hoidon organisoiminn siten, että potilas voi tavata monta asiantuntijaa yhden käynnin aikana.
Pisteet	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Seuranta	...järjestetään sattumanvaraisesti tilanteen mukaan, joko potilaan tai hoitohenkilön varaamana	...palveluntarjoaja aikatauluttaa hoitosuosituksen mukaisesti	...hoitotiimi varmistaa seuraamalla potilaan palveluiden käyttöä	...räätälöidään potilaiden tarpeiden mukaisesti, vaihdellen intensiteettiä ja seurannan muotoja (puhelut, käynnit, s-posti) sekä varmistaen hoitosuositusten mukaisen seurannan.
Pisteet	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Suunnitellut vastaanottokäynnit pitkäaikaissairauksien hoidossa	...eivät ole käytössä.	...ovat satunnaisesti käytössä vaikeiden potilaiden hoidossa.	...vaihtoehto, jota tarjotaan niistä kiinnostuneille potilaille	...ovat käytössä kaikkien potilaiden hoidossa ja sisältävät säännölliset mittaukset ja arviot, ehkäiseviä interventioita ja omahoidon tuen huomioimisen.
Pisteet	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Komponentti	Taso D	Taso C	Taso B	Taso A
Hoidon jatkuvuus	...ei ole prioriteetti.	...perusterveydenhuollon, hoitovastaavien ja erikoissairaanhoidon välisen kirjallisen kommunikaation varassa.	...asetettu prioriteetiksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä, mutta sitä ei toteuteta systemaattisesti.	...varmistetaan koordinoimalla aktiivisesti kaikkia pitkäaikaissairauksien hoidossa tapahtuvia interventioita perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja muiden toimijoiden välillä.
Pisteet	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

(Edelliseltä sivulta)

Palveluiden järjestäminen:

Kokonaispistemäärä: _____ Keskiarvo (kokonaispistemäärä / 6): _____

Osa 3d: Tiedon tehokäyttö (Kliiniset tietojärjestelmät). Oikea-aikainen, hyödyllinen, yksittäisiä potilaita ja väestöä koskeva informaatio on tehokkaiden ohjelmien oleellinen piirre, etenkin kun toiminta on väestölähtöistä.^{7,8}

Komponentti	Taso D	Taso C	Taso B	Taso A
Rekisteri (lista tiettyä tautia sairastavista potilaista)	...ei ole saatavissa	...sisältää nimen, diagnoosin, yhteystiedot ja edellisen kontaktin ajankohdan, joko paperilla tai tietokoneen tietokannassa.	...mahdollistaa lajittelun ja haut potilasryhmittäin kliinisten tarpeiden mukaan.	...on kytketty hoitosuosituksiin, jotka tuottavat kehoitteita ja muistutuksia palvelujen tarpeesta.
Pisteet	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Muistutteen hoitohenkilöille	...ei saatavissa.	... sisältävät yleisiä merkintöjä kroonisen sairauden olemassaolosta mutta eivät esitä suosituksia tarvittavista toimenpiteistä tai palveluista silloin kun potilas kohdataan.	...sisältävät ehdotuksia väestön tarvitsemista palveluista määräaikaissraporttien avulla.	...sisältävät spesifistä informaatiota tiimille hoitosuositusten toteutumisesta silloin kun potilas kohdataan.
Pisteet	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Palaute	...tiimille ei ole saatavilla tai on yleisluontoista.	...annetaan harvoin, ei henkilökohtaisesti.	...annetaan riittävän usein, mahdollistaa työn laadun ja tulosten arvioinnin ja on suunnattu asianomaisen tiimin hoidossa olevalle väestölle.	...annetaan oikea-aikaisesti, on nimenomaan suunnattu tiimille, on rutiininomaista ja arvostettu asiantuntija antaa sen henkilökohtaisesti tavoitteena parantaa tiimin suoritusta.
Pisteet	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

Komponentti	Taso D	Taso C	Taso B	Taso A
Tieto potilasryhmistä, jotka tarvitsevat palvelua	...ei saatavissa.	...saaminen vaatii vaivannäköä tai saatavilla ylimääräisen ohjelmoinnin avulla.	...on saatavissa pyydettyessä, mutta ei ole rutiinomaisesti saatavilla.	...tuotetaan hoitohenkilöstölle rutiinomaisesti auttamaan suunnitelmallisen hoidon toteuttamista.
Pisteet	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
Potilaiden hoitosuunnitelmat ei edellytetä.	...ovat saatavissa standardoidusti.	...laaditaan yhteistyössä ja sisältävät sekä omahoidon että kliiniset tavoitteet.	... laaditaan yhteistyössä ja sisältävät sekä omahoidon että ammattilaisten tarjoaman hoidon. Seuranta toteutuu ja ohjaa hoitoa palveluiden jokaisessa vaiheessa..
Pisteet	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

(Edelliseltä sivulta)

Kliininen tietojärjestelmä:

Kokonaispistemäärä: _____

Keskiarvo (kokonaispistemäärä / 5): _____

Osa-alueiden keskiarvot (siirrä kunkin osion keskiarvo tälle sivulle)

Terveyspalvelun tuottajan organisaatio, osa-alueen keskiarvo: _____

Kytkenät yhteisöön, osa-alueen keskiarvo: _____

Omahoidon tuki, osa-alueen keskiarvo: _____

Päätöksenteon tuki, osa-alueen keskiarvo: _____

Palveluvalikoima, osa-alueen keskiarvo: _____

Tiedon tehokäyttö, osa-alueen keskiarvo: _____

Osa-alueiden keskiarvojen summa: _____

Kokonaiskeskiarvo (Keskiarvojen summa / 6): _____

Mitä tulokset tarkoittavat?

- Keskiarvo välillä “0” ja “2” = rajallinen tuki pitkäaikaissairauksien hoidolle (limited support for chronic illness care)
- Keskiarvo välillä “3” ja “5” = perustuki pitkäaikaissairauksien hoidolle (basic support for chronic illness care)
- Keskiarvo välillä “6” ja “8” = varsin kehittynyt tuki pitkäaikaissairauksien hoidolle (reasonably good support for chronic illness care)
- Keskiarvo välillä “9” ja “11” = täysin kehittynyt tuki pitkäaikaissairauksien hoidolle (fully developed chronic illness care)

On tavallista, että yhteistyön alussa olevilla työryhmillä keskiarvot ovat useilla (tai kaikilla) ACICin osa-alueilla alle viisi. Tämä on ymmärrettävää: jos kaikki jo toteuttaisivat pitkäaikaissairauksien hoitoa optimaalisella tavalla, hoidon kehittämiseksi tai muille toiminnan laatua parantaville ohjelmille ei olisi tarvetta. On myös tavallista, että alkuvaiheessa työryhmät uskovat toteuttavansa pitkäaikaissairaiden hoitoa paremmin kuin käytännössä tapahtuu. Tämän vuoksi on mahdollista, että aluksi ACIC – keskiarvonne ”laskevat” vaikka olettekin kehittäneet toimintaa. Keskiarvojen pieneneminen johtuu kuitenkin enemmän siitä, että yhteistyön edistyessä tiedostatte aikaisempaa paremmin, mitä vaikuttavalta hoitojärjestelmältä edellytetään. Kun työryhmän yhteinen ymmärrys hyvän hoidon osatekijöistä ajan kuluessa lisääntyy ja jatkatte vaikuttaviksi todettujen käytäntöjen soveltamista, myös ACIC – keskiarvot paranevat kaikilla osa-alueilla.