



Osaamista
ja oivallusta
tulevaisuuden
tekemiseen

Juuso Mäkinen ja Jonna Mäkynen

Potilaiden ja hoitajien kokemuksia asiakasvastaavatoiminnasta kansainvälisesti

Kirjallisuuskatsaus

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja AMK

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

7.4.2020

Tekijät Otsikko	Juuso Mäkinen ja Jonna Mäkynen Potilaiden ja hoitajien kokemuksia asiakasvastaavatoiminnasta kansainvälisesti
Sivumäärä Aika	31 sivua + 2 liitettä 2.4.2020
Tutkinto	Sairaanhoitaja AMK
Tutkinto-ohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Sairaanhoitaja
Ohjaaja(t)	THM, Lehtori Marita Räsänen
Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli etsiä ja analysoida kansainvälistä tutkimustietoa asiakasvastaava -mallista. Työn tavoitteena oli tuoda kehittämistoimintaa varten luotettavaa kansainvälistä tutkimustietoa. Opinnäytetyössä etsittiin ja korostettiin asiakkaiden ja ammattilaisten kokemia hyötyjä asiakasvastaavatoiminnasta. Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Aineisto muodostui yhdestätoista (n = 11) tutkimusartikkelista, jotka vastaavat opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Tulokset analysoitiin soveltaen induktiivista sisällönanalyysia. Suomen sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakasvastaavatoiminnalla pyritään kokonaisvaltaiseen ja suunniteltuun hoitoon sairauskohtaisen ja pirstaloituneen hoidon sijasta. Toiminta keskittyy pitkäaikais- ja monisairaiden hoidon hyvään hallintaan ja toimivaan työnjakoon perusterveydenhuollossa. Paljon palveluja käyttävän asiakkaan hoito laitetaan asiakasvastaava-koulutuksen suorittaneen terveydenhuollon ammattilaisen vastuulle. Toiminnan tavoitteena on parantaa asiakkaiden kokemuksia saadusta hoidosta ja eheyttää hoidon kokonaisuutta. Kansainvälisissä tutkimuksissa käy ilmi, että asiakasvastaavatoiminta mahdollisti ja tarjosi resurssit paremmalle hoidolle. Opinnäytetyön tulokset koskien asiakkaiden kokemia hyötyjä jaettiin kuuteen yläluokkaan: kokonaisvaltaisen tuen saaminen, neuvonnan ja ohjauksen saaminen, omaan hoitoon osallistuminen, luottamus hoitosuhteeseen, sairauteen sopeutuminen ja hoidon sujuvuus. Ammattilaisten kokemat hyödyt jaettiin kolmeen yläluokkaan: hoitotyön laadun paraneminen, yhteistyön sujuvuus ja työn palkitsevuus. Opinnäytetyön tulokset olivat linjassa asiakasvastaava -hankkeen suunniteltujen hyötyjen kanssa. Tieteellistä tutkimusta aiheesta on kuitenkin vielä hyvin vähän. Asiakasvastaavien määrää tulee kasvattaa, jotta aihetta voidaan luotettavasti tutkia. Asiakasvastaan rooli tulee korostumaan tulevaisuudessa, sillä Suomen väestön ikärakenne muuttuu ja paljon palveluja käyttävien asiakkaiden määrä tulee kasvamaan merkittävästi. Lisätutkimus on tärkeää koulutuksen kehittämisen kannalta.	
Avainsanat	Asiakasvastaava, pitkäaikaissairaus, ikääntyvä väestö

Authors Title	Juuso Mäkinen and Jonna Mäkynen Patients' and Nurses' Experiences on Case Management Internationally
Number of Pages Date	31 pages + 2 appendices 2 April 2020
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor(s)	MNSc, Lecturer Marita Räsänen
The aim of this study was to search for and analyse international studies concerning the case management -model. The objective of the study was to provide reliable international research information for the improvement of the model. This study summarizes and emphasizes the benefits case management brings to health care clients and professionals. The study was carried out as a descriptive literature review. The material consisted research articles (n = 11) which answer the research question. The articles were analysed using inductive content analysis. In the Finnish social and healthcare system the case management -model aims for integrated and holistic care instead of disease specific and fragmented care. The model focuses on good management of care for long-term care patients and patients with comorbid diseases as well as functional work distribution in primary health care. In the model, coordination of care of heavy primary care service users is the responsibility of a primary care professional that has been given case management training. The purpose of the case management -model is to defragment the care and improve patients' experiences of the received care. The analysed international studies reveal that the case management -model permitted and provided resources for improved care. The results of this study regarding benefits that the patients experienced were divided into six upper categories: receiving comprehensive support, receiving information and guidance, involvement in selfcare, trust in the care relationship, adapting to a life with the disease and proficient care. The benefits that the health care professionals experienced were divided into three upper categories: improvement of care work quality, proficient cooperation and work rewardness. The results of the study were in line with the planned benefits of the case management project. There is still very little scientific data on the subject. The number of case managers must be raised for the subject to be researched reliably. The role of case managers will be emphasized in the future because the age distribution of the Finnish folk is changing. Thus, the amount of heavy primary health care service users will increase significantly. More researches on the subject are necessary so the case manager training may be improved.	
Keywords	Case manager, community matron, long term disease, ageing of the population

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Aikaisempi tietoperusta	2
2.1	Monisairaat paljon palveluja käyttävät asiakkaat	2
2.2	Suurten ikäluokkien kasvu	3
2.3	Sosiaali- ja terveysalan uudistus ja sen synnyttämät osaamistarpeet	3
2.4	Asiakasvastaava ja ASVA- hanke	5
2.5	Case manager ja community matron - mallit	7
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	8
4	Opinnäytetyön toteutus	8
4.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä	8
4.2	Tiedonhaku, aineiston keruu ja valinta	9
4.3	Sisällönanalyysi	12
5	Opinnäytetyön tulokset	14
5.1	Asiakkaiden kokemat hyödyt	15
5.2	Ammattilaisten kokemat hyödyt	21
6	Pohdinta ja johtopäätökset	25
6.1	Tulosten tarkastelu	25
6.2	Opinnäytetyön luotettavuus	26
6.3	Opinnäytetyön eettisyys	27
6.4	Opinnäytetyön hyödyntäminen ja jatkotutkimusehdotukset	28
	Lähteet	29
	Liitteet	
	Liite 1. Aineistohaun taulukko	
	Liite 2. Analyysikehys -taulukko	

1 Johdanto

Tämä opinnäytetyö on osa Metropolia Ammattikorkeakoulun ASVA-hanketta eli asiakasvastaavahanketta. ESR- Asiakasvastaava – hankkeessa (2013-2014) eli Euroopan sosiaalirahaston rahoittaman hankkeen tavoitteena on tutkia ja kehittää asiakasvastaava -toimintamallia ja tuottaa asiakkaille terveyshyötyä edistäviä käytänteitä jakaen niitä (ESR Asiakasvastaava- toiminnan kehittäminen (ASVA-) hanke 2017.)

Sosiaali- ja terveysalan –uudistuksen eli sote-uudistuksen osaamistarpeissa on esitetty lisäkoulutuksen tarve asiakas- ja palveluosaamiselle, jota tullaan tarjoamaan sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille täydennyskoulutuksena. Täydennyskoulutuksesta vastaavat ammattikorkeakoulut. Metropolia Ammattikorkeakoulu osallistuu valtakunnalliseen asiakas- ja palveluohjaus -hankkeeseen ja toteuttaa asiakasvastaava-täydennyskoulutusta. Opinnäytetyössä haetaan ja analysoidaan kansainvälistä tietoa asiakasvastaava eli case manager -työmallista ja siitä, miten se palvelee ja hyödyttää asiakkaita sekä terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Asiakasvastaava-toiminnan kehittäminen on tärkeää, sillä se tukee paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden hoidon kokonaisuuden yhdistymistä ja parantaa asiakkaiden kokemusta terveydenhuollon palveluista.

Metropolia Ammattikorkeakoulun terveys- ja hoitoala on vuosina 2013-2014 toteuttanut asiakasvastaava -toiminnan kehittämistä yhdessä kuntien, perusterveydenhuollon organisaatioiden, johdon, moniammatillisen työryhmien, asiakkaiden ja omaisten kanssa.

Suomalaisen tutkimuksen mukaan tiedetään, että asiakasvastaava -toiminnan vuoksi asiakkaiden saama hoito ja palvelujen saatavuus paranivat sekä asiakkaiden tyytyväisyys lisääntyi. Tutkimustulokset osoittavat, että asiakasvastaavatoiminnan avulla asiakkaalla on mahdollisuus saada tukea ja osallistua hoitonsa suunnitteluun oman terveytensä asiantuntijana, mikä on keskeistä pitkäaikaissairaiden palvelujen kehittämisessä. Asiakkaat kokivat asiakasvastaavatoiminnan asiakaslähtöisenä, ennakoivana ja asiakkaan omahoitoa tukevana. Lisäksi asiakkaat kokivat saavansa paremmin tietoa ja asiakasvastaavan lisäävän turvallisuuden tunnetta. Tulosten mukaan asiakasvastaavatoiminta auttaa osaltaan integroimaan pitkäaikaissairaiden hoitoa, lisää hoidon kokonaisvaltaisuutta ja monialaisuutta sekä asiakkaan osallistumista hoitoonsa. (Korhonen – Lassila – Luukkanen – Eriksson. 2016: 40.)

Opinnäytetyön lähtökohtana on kuvailevan kirjallisuuskatsauksen menetelmin tuoda uutta tietoa asiakasvastaava -mallin kehittämistoimintaan kansainvälisten olemassa olevien tutkimustuloksien avulla.

2 Aikaisempi tietoperusta

2.1 Monisairaat paljon palveluja käyttävät asiakkaat

Parempi Arki -hankkeen tutkimusraportin perusteella paljon erilaisia sote-palveluja tarvitsevat asiakkaat ovat yksi tulevan sosiaali- ja terveystalouden keskittämisen haastavimmista kohderyhmistä. Runsaista palvelutarpeista huolimatta he eivät kuitenkaan ole lähtökohtaisesti vaikeita asiakkaita tai potilaita, vaan tavallisia ihmisiä: vanhuksia, perheitä, työssä käyviä ja työttömiä aikuisia, lasten vanhempia, nuoria – eli ihmisiä, joilla on erinäisien syiden takia elämässään hetkellisesti tai pidempiaikaisesti keskiarvoa suurempi tuen ja avun tarve. Julkinen keskustelu on synnyttänyt käsityksen paljon palveluita tarvitsevista ihmisistä väittäen heidän olevan keskenään pieni joukko koko väestöstä ja aiheuttavan tarpeineen suurimman osan sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista. Tässä joukossa esiintyvät ihmiset eroavat toisistaan ja heillä omat henkilökohtaiset ja omannäköiset tarpeensa. (Hujala – Lammintakanen 2018: 16.)

Monisairaalla viitataan ihmiseen, joka sairastaa useampaa pitkäaikaissairautta. (Korhonen ym. 2016: 33–34). Pitkäaikaissairauksia ei useimmissa tapauksissa voida parantaa, niiden oireita ja etenemistä voidaan vain hillitä. Ne ovat usein koko elämän kestäviä tiloja, jotka rajoittavat elämänlaatua. Näitä kroonisia sairauksia ovat diabetes, keuhkoastma, reuma, epilepsia, sepelvaltimotauti, verenpainetauti, sydämen vajaatoiminta, krooninen munuaisten vajaatoiminta ja aivoinfarkti. (Jones 2016.) On erittäin tavallista, että vastaanotolle tulevalla iäkkäällä potilaalla on monia sairauksia.

Paljon palveluja käyttävät ihmiset ovat usein monisairaita, iäkkäitä ja ovat sosiaalisesti heikossa asemassa. He myös käyttävät useita eri palveluita verrattuna muuhun väestöön, jotka käyttävät pääasiassa vain yhtä palvelukokonaisuutta. Lisäksi terveystalouden suurkäyttäjäksi voidaan määritellä potilas, joka käy terveyskeskuslääkärillä keskimääräisesti enemmän verrattuna muun väestön keskimääräisiin käyntimääriin. Pitkäaikaiseksi suurkäyttäjäksi voidaan määritellä potilas, jonka terveystalouden suurkäyttö on kroonistunut ja vakiintunut runsaaksi akuutin suurkäytön vaiheen, esimerkiksi kriisin-

jälkeen. (Koskela 2008: 24—25.) Terveysthuoltojärjestelmän näkökulmasta palveluiden runsas käyttö tarkoittaa kysynnän kasvua ja tarjonnan kohdentamisen tarvetta. Potilaan näkökulmasta palveluiden suuri käyttö voi tarkoittaa hyvää, turvallista omalääkärisuhdetta, kysytyn palvelun hyvää saatavuutta ja jatkuvuutta. (Koskela 2008: 26.)

2.2 Suurten ikäluokkien kasvu

Jo 1990-luvulla Suomessa ennustettiin pitkäaikaissairastavuuden ja laitoshoitopalvelujen tarpeen kasvamista (Keistinen – Tuuponen – Vilkinen – Kivelä 1996.) Toisen maailmansodan jälkeen syntyvyys oli suurimmillaan Suomessa. Nyt nämä suuret ikäluokat ovat saavuttaneet eläkeiän, mikä tarkoittaa iäkkäiden terveydenhoitoa tarvitsevien asiakkaiden suurta kasvua. Kaikki krooniset sairaudet yleistyvät hyökkäyksenä väestössä (Keistinen ym. 1996.)

Nykykatsauksen mukaan yli 70-vuotiaiden ihmisten lukumäärän ennustetaan ylittävän miljoonan rajapyykin Suomessa vuonna 2024. Vuonna 2030 joka viides on 70-vuotias tai sitä vanhempi. (Jämsen – Jylhä 2019.) Media välittää uhkakuvaa vanhuudesta, jossa ikääntyvä väestö koetaan taloudellisena taakkana. On kuitenkin tärkeä muistaa, että nuorten vanhuksien työurat ovat pidentymässä ja ikäväestö pysyy entistä pidempään aktiivisena ja toimintakykyisenä. (Finne-Soveri 2017.) Vaikka kasvavin määrin ikääntytään toimintakykyisinä, vääjäämättä paljon terveydenhuollon palveluita tarvitsevien huonokuntoisten vanhuksien määrä tulee kasvamaan. Terveysthuollon on kehityttävä ja osattava kohdentaa hoito oikein huomioiden monisairaalan potilaan kokonaistilanne. (Jämsen ym. 2019.)

2.3 Sosiaali- ja terveystalan uudistus ja sen synnyttämät osaamistarpeet

Suomalaista hyvinvointipalvelujärjestelmää on uudistettu ja kehitetty viime vuosikymmenien aikana runsaasti. Merkittävimmät muutokset järjestelmässä ovat tapahtuneet 1980-luvulla, kun terveydenhuollon suunnittelu- ja ohjausjärjestelmää uudistettiin. Lisäksi muutoksen alla ovat olleet 1990-luvulla hyvinvointipalveluiden rahoitus, tuotanto ja kuntarakenne niiden muuttuessa yhdeksi toimintakokonaisuudeksi. 2010 käynnistyneet sote-uudistukset poikkeavat aiemmista siinä mielessä, että sen vaikutukset kohdistetaan sekä yksilö- että järjestelmätasolle. Pääpaino sote-uudistuksen tavoitteissa yksilötasolla on kaventaa kansalaisten sosiaalisia ja terveydellisiä hyvinvointieroja kustannustehok-

kaasti riippumatta kansalaisten sosiaaliekonomisesta asemasta tai asuinpaikasta. Palvelujärjestelmätasolla tavoitteena on hidastaa sosiaali- ja terveydenhuollon menoja. Keskeisimpänä tavoitteena on yhdistää sosiaali- terveyspalvelut asiakaslähtöisiksi kokonaisuudeksi, jossa lähtökohtana ovat asiakkaan ja potilaan hoidon palvelun yksilölliset tarpeet sekä palveluiden saatavuus keskitetysti. Mittavan uudistuksen avulla pyritään turvaamaan hyvinvointivaltion palvelut kustannustehokkaasti, mutta kuitenkin sosiaalisesti ja moraalisesti kestäväällä tavalla. (Kangasniemi ym. 2018: 9—11.)

Valtionneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaiseman tutkimushankkeen mukaan uusiin tutkintoihin perustuvaa osaamista tarvitaan vastaamaan sote-rajat ylittävien asiakkuuksien tarpeisiin. Näitä ovat esimerkiksi ikääntyneiden, lapsiperheiden tai maahanmuuttajien palvelutarpeet. Toimintaympäristön muutokset edellyttävät myös uutta työntekijyysosaamista, joka tarkoittaa esimerkiksi oman ja työyksikön työn ja osaamisen vaikuttavuuden tunnistamista. Kokonaisuudessaan sosiaali- ja terveydenhuollon osaamisen muutos on jatkuva ja ajankohtainen prosessi, jossa keinoja osaamisen parantamiseksi ja ajantasaistamiseksi on kehitettävä ja arvioitava koko ajan. Sote-alan peruskoulutus luo rakenteet, joilla voidaan vastata ammattikohtaisiin perusvalmiuksiin. Täydennyskoulutuksella vastataan muuttuviin sisäisiin sekä ulkoisiin odotuksiin. Tutkimushankkeessa todetaan, että sote-osaamiseen ja sen tarpeeseen vaikuttavat väestön ikääntyminen sekä sosiaali- ja terveystarpeiden työn suuri alueellinen vaihtelu. (Kangasniemi ym. 2018: 7.) Meneillään olevassa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneuudistuksessa on tuotu esiin ammattilaisten osaamistarpeita. Sote-osaamisessa keskiössä tulee olemaan asiakaslähtöisyys sekä ammattilaisten palvelujärjestelmäosaaminen. Digitaalisten sekä automatiikan ja robotiikan rooli tulee muuttamaan osaamistarpeita ja on tärkeää, että eri ammattiryhmät tulevat toimimaan aiempaa joustavammin ja monimuotoisemmin yhdessä. Palvelujärjestelmän muuttuessa asiakkaat tulevat tarvitsemaan tukea muutoksiin totuttautuessa, joten ammattilaisilta edellytetään ohjaus- ja neuvontaosaamista, jotta palvelut toimivat asiakkaille sujuvasti ja oikea-aikaisesti. Välttämätöntä on myös tutkimus- ja kehittämisosaaminen, jotta toimintaa voidaan muuttaa entistä asiakasturvallisemmaksi ja tehokkaammaksi. Koko toiminnan keskeisenä perustana nähdään sosiaali- ja terveydenhuollon ammattialakohtainen substanssiosaaminen. (Kangasniemi ym. 2018: 11—15.)

2.4 Asiakasvastaava ja ASVA- hanke

Terveyspalvelujärjestelmän on kehityttävä ja osattava vastata kasvavaan vastuuseen, jonka yleistyvät pitkäaikaissairaudet sekä kasvava monisairastuvuus tuovat. Uusia palvelumuotoja on mietitty vastaamaan tähän ongelmaan. Nämä kehitetyt interventiot ja palvelumallit ovat keskittyneet konseptin case manager eli asiakasvastaavan ympärille. (Stokes – Kristensen – Checkland – Cheraghi-Sohi – Bower 2017.)

Terveysshyötymallia (Chronic Care Model) on otettu käyttöön kansainvälisesti. Siinä keskitytään eniten hoitoa tarvitsevien ihmisten tunnistamiseen, ohjaamiseen ja vahvistamiseen. Terveysshyötymallissa avainasemassa ovat voimaantuva asiakas ja ennakoiva hoitotiimi. Monisairaasi asiakkaan aseman vahvistamisessa tärkein toimenpide on omahoitoon tukeminen ja siihen motivointi. Tavoitteena on, että asiakas toteuttaa omahoitoa ammattihenkilön tuella. Omahoito on yksilöllisesti asiakkaan tilanteeseen räätälöityä ja näyttöön perustuvaa hoitoa. Perusterveydenhuollon kehittyessä myös ammatillisen henkilöstön on kehityttävä sekä uusia toimintamalleja on tuotava käytäntöön. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.) Pitkäaikaissairauksien terveysshyötymallin mukaisesti case manager eli asiakasvastaava -toiminta mallinnetaan suomalaiseen terveydenhuollon palvelujärjestelmään sopivaksi. Toiminnan mallintamisessa on ollut mukana sosiaali- ja terveysministeriön ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen virkamiehiä, Terveysshyötymallin kehittäneen työryhmän jäseniä sekä ammattijärjestöjen edustajia, erityisesti Suomen Sairaanhoidajaliitosta. (Muurinen – Mäntyranta 2011.)

Asiakasvastaavatoiminnalla pyritään siirtymään sairauskohtaisesta ja hajanaisesta pitkäaikaissairasten hoidosta kokonaisvaltaisesti suunniteltuun ja koordinoituun hoitoon (Korhonen ym. 2016. 33—34.) American Nurses Association on määritellyt case managementin asiakaslähtöiseksi lähestymistavaksi, jonka avulla arvioidaan asiakkaan terveyttä, suunnitellaan ja jaetaan palveluita, koordinoidaan ja seurataan asiakkaan tarpeisiin vastaamista. Peruseriaatteiksi on lueteltu asiakaskeskeisyys, vastuullisuus omasta hoidosta, hoidon jatkuvuus ja johdonmukaisuus. Lisäksi toiminnalla tavoitellaan taloudellisuutta ja tehokkuutta. (Muurinen ym. 2011.) Suomen perusterveydenhuollossa kokeiltavalla asiakasvastaava -mallilla keskitytään ensisijaisesti pitkäaikaissairaiden ja monisairaiden hoidon hyvää hallintaan ja toimivaan työnjakoon perusterveydenhuollon yksiköissä. Paljon palveluja tarvitsevan asiakkaan hoito laitetaan asiakasvastaava-koulutuksen suorittaneen terveydenhuollon ammattilaisen eli sairaanhoidajan tai terveydenhoita-

jan vastuulle lääkärin ja asiakkaan sopimuksella. Asiakasvastaava laatii hoitosuunnitelman ja vastaa asiakkaan hoidon toteutuksesta, seurannasta ja koordinoinnista. Toiminta kattaa myös sosiaalipalvelujen avuntarpeet. (Korhonen ym. 2016. 33—34.) Tarkoituksena on myös parantaa asiakkaiden kokemuksia saaduista terveydenhuollon palveluista. Ilman asiakasvastaavaa potilas saattaa kokea avoterveydenhuollon pirstaleiseksi ja pompotteluksi sekä ajatella, että henkilökunta ei hahmota hoidon kokonaisuutta. Vastaanotoille pitää saapua toistuvasti, sillä sairaudet hoidetaan yksi kerrallaan. (Kanttonen 2014.) Sairaanhoitajat ovat avainasemassa hoidon pirstoutuneisuuden eheyttämisessä. Lisäksi sairaanhoitajat tuovat moniammatillisia tiimejä yhteen ja koordinoivat tapaamisia. (Askerud — Conder 2016.)

Aikaisempien tutkimuksien mukaan asiakkaat ovat olleet tyytyväisiä asiakasvastaavatoimintaan, sillä se nopeuttaa pääsyä terveydenhuollon palveluihin, tekee palvelusta toiseen siirtymisestä helpompaa ja helpottaa yhteistyötä erikoissairaanhoidon kanssa. Toiminta helpottaa asiakkaan osallistumista hoitoa koskevaan päätöksentekoon ja hoitosuunnitelman laatimiseen. Asiakkaat kokevat, että asiakasvastaavalla on enemmän aikaa kuunnella ja keskustella omista terveysongelmistaan sekä saada lisää tietoa. Nämä rauhoittavat asiakasta ja lisäävät luottamusta terveydenhuoltoon. Toiminnan koetaan tukevan omahoidon toteutumista. (Korhonen ym. 2016. 34.)

Asiakasvastaavatoimintaa tutkittaessa vertailu on haasteellista, sillä strategiat ja toiminta vaihtelevat asiakasryhmien ja toimitsijoiden välillä (Korhonen ym. 2016. 34.)

ESR Asiakasvastaava-hankkeessa (2013-2014) Metropolia ammattikorkeakoulun Terveys- ja hoitoala osallistuu Asiakasvastaava-toimintamallin kehittämiseen koordinoiden hanketta. Yhteistyössä toimivat kunnat, Suomen Sairaanhoitajaliitto ry, Suomen omaishoidon verkosto sekä Suomen potilasliitto ry. Kehittämistyössä mukana olevat kunnat ovat Espoo, Helsinki, Järvenpää, Karviainen, Nurmijärvi ja Vantaa. Hanke on Uudenmaan ELY-keskuksen osarahoittama Euroopan sosiaalirahaston (ESR) –hanke. (ESR Asiakasvastaava -toiminnan kehittäminen ((ASVA) hanke 2013.)

Hankkeen rinnalla vuosina 2013–2014 Metropolia ammattikorkeakoulu järjesti asiakasvastaava-täydennyskoulutuksen, joka oli 30 opintopisteen laajuinen. Koulutus oli ensimmäinen Suomessa ja se laadittiin sosiaali- ja terveysministeriön perusteiden mukaan. (Asiakasvastaava-toiminnan kehittäminen.) Koulutus koostui lähiopetuksesta, jonka

ohella opittiin työpaikalla ja työskenneltiin itsenäisesti. Koulutuksen aikana opiskelijat kehittivät paikallisen Asiakasvastaava-toimintamallin omissa organisaatioissaan. (ESR Asiakasvastaava -toiminnan kehittäminen ((ASVA) hanke 2013.) Koulutusta tarjottiin terveydenhuollon ammattilaisille, joilla oli aiempi hoitoalan korkeakoulututkinto ja vähintään viiden vuoden työkokemus alalta. Koulutus painottui kliiniseen, asiakkuus- ja verkostosaamiseen. (Kanttonen 2014.)

Aihetta on kansainvälisesti tutkittu ja otettu käyttöön termeillä case tai care manager, community matron ja guided care nurse, eikä niille ole yhtä selkeää suomenkielistä käännöstä. Eri suomenkielisissä lähteissä on käytetty termejä asiakasvastaava, potilasvastaava, palveluohjaaja ja omahoitaja, toiminnan sisällön mukaan. Kaikilla termeillä viitataan palveluohjauksesta vastaavaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöön. (Muurinen – Mäntyranta. 2011.)

2.5 Case manager ja community matron - mallit

Asiakasvastaava -mallia on sovellettu eri tavoin kansainvälisesti ja täysin Suomen mallia vastaavaa toimintatapaa ei löydy. Lähin vastaava malli tunnetaan kansainvälisesti nimellä case management. Case manager on koulutukseltaan vähintään rekisteröity sairaanhoitaja ja koulutus tapahtuu työn ohella. Case manager on paljon palveluja käyttävien asiakkaiden hoidon koordinoija ja hänen päätehtäviään ovat hoidon suunnittelu, koordinointi ja arviointi, resurssien hyödyntäminen tehokkaasti, yhteistyöverkoston luominen asiakkaiden, perheiden ja eri hoitotahojen ja organisaatioiden välillä. Case managerilta vaaditaan erinomaisia vuorovaikutustaitoja, luovuutta ja kykyä organisoida asioita. Työtä toteutetaan kaikissa eri hoitoympäristöissä arkipäivisin. Resurssit mahdollistavat case managerin hoitotyön toteuttamisen asiakas- ja perhelähtöisemmin kuin sairaaloissa yleensä. (Nursejournal.org.)

Iso-Britanniassa on otettu yleiseen käyttöön community matron -malli. Community matron on kroonisesti sairastavien hoidon asiantuntija. Vain rekisteröity sairaanhoitaja voi kouluttautua community matroniksi. Yksi community matron vastaa noin 50 potilaan hoidosta. He ottavat asiakkaikseen henkilöitä, joiden hoidon tarpeisiin sairaanhoitajat ja lääkärit eivät ole kyenneet täysin vastaamaan. Pitkäaikaissairauden taustalla voi olla myös muita terveydellisiä ja sosiaalisia ongelmia, joihin community matronilla on puitteet vastata. (Pateman 2005.)

3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyönä tehdään kuvaileva kirjallisuuskatsaus asiakasvastaava- eli case management –mallista. Tarkoituksena on kuvata tietoa kansainvälisistä tutkimuksista vastaavasta toiminnasta. Tiedonhaku kohdistetaan koettuihin hyötyihin case management -mallista asiakkaiden ja hoitajien näkökulmasta.

Opinnäytetyön tarkoituksena on vastata alan kehittämistarpeeseen ja tuo kehittämistointia varten kansainvälistä tutkimustietoa. Tavoitteena on tuoda uutta näkökulmaa aiheeseen ja tuottaa luotettavaa tietoa, jota voidaan hyödyntää asiakasvastaavatoiminnan koulutus- ja kehittämishankkeissa.

Keskeisiksi tutkimuskysymyksiksi nousivat:

1. Millaisia hyötyjä terveydenhuollon asiakkaat kokevat saavansa case management -mallista?
2. Millaisia hyötyjä terveydenhuollon ammattilaiset kokevat case management -mallista?

4 Opinnäytetyön toteutus

4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Kirjallisuuskatsaukset ovat koottua tietoa joltakin rajatulta alueelta ja yleensä katsaus tehdään vastauksena johonkin kysymykseen eli tutkimusongelmaan (Johansson — Axel — Stolt — Ääri 2007: 2). Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on analysoida aiempaa tutkimustietoa ja muodostaa tiedosta synteesi vastaamaan tutkimuskysymyksiin. Kirjallisuuskatsaus antaa tutkitusta aiheesta teoreettista otantaa. Kirjallisuuskatsauksessa käytetään vain alkuperäisiä tieteellisiä lähteitä, jotta tieto on luotettavaa. Kirjallisuuskatsausta laatiessa on mietittävä, kuinka hyvin kansainvälisiä tuloksia voidaan yleistää suomalaiseen terveydenhuoltoon. (Kankkunen — Vehviläinen-Julkunen. 2018: 95.) Kirjallisuuskatsauksen avulla on mahdollista hahmottaa olemassa olevan tutkimuksen kokonaisuutta.

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yksi yleisimmistä kirjallisuuskatsauksien perustyypeistä. Se on luonteeltaan kuin yleiskatsaus valikoidusta aiheesta, jonka rakennetta ei ohjaa tiukat tai tarkat säännöt. Aineistoa kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tekemiseen käytetään laajoja aineistoja eikä niiden valintaa rajaa metodiset säännöt. Tutkittava ilmiö pysytään kuitenkin kuvaamaan laaja-alaisesti ja luokittelemaan tutkittavan ilmiön ominaisuuksia. (Salminen 2011: 6.)

4.2 Tiedonhaku, aineiston keruu ja valinta

Analysoitavat alkuperäistutkimukset kerätään hoitotieteen tietokannoista, joihin Metropolia ammattikorkeakoulu on ostanut käyttölisenssit. Näitä tietokantoja ovat Cinahl, PubMed, Medic ja Terveysportti. Lisäksi käytetään maksutonta Google Scholaria. Kirjaukseen etsitään analysoitavaksi kansainvälistä tutkimustietoa. Hakuun rajataan parhaat hakusanat. Osuvista tutkimusartikkeleista luetaan ensin otsikko ja sen jälkeen tiivistelmä. Jos artikkelissa on relevanttia tietoa, luetaan se kokonaan läpi. Tämän jälkeen päätetään, että valitaanko artikkeli kirjallisuuskatsauksen aineistoksi.

Oheisessa taulukossa (taulukko 1) kuvataan, millä perustein aineisto hyväksytään analysoitavaksi.

Taulukko 1. Tutkimusaineiston valitsemis- ja poissulkemiskriteerit

	Valintakriteerit	Poissulkukriteerit
Aineiston ikä	Aineisto julkaistu vuosina 2009-2019.	Aineisto julkaistu ennen vuotta 2009.
Saatavuus	Käytetään tieteellisiä tietokantoja, joihin Metropolia ostanut käyttölisenssit sekä Google Scholaria. Kokoteksti saatavilla. Hyödynnetään informaatio-koja.	Maksulliset aineistot, ei kokotekstiä saatavilla.
Tutkimusmenetelmät	Erilaiset tutkimusmenetelmät hyväksytään.	Ei kirjallisuuskatsauksia.
Kieli	Englanti tai suomi.	Muu kuin englanti tai suomi.
Luotettavuus	Käytetyt tutkimusartikkelit yllämainituissa tietokannoissa ovat käyneet läpi kaksoissokkoarvioinnin ja ovat tieteellisesti luotettavia ja laadukkaita.	Ammattilehtien artikkelit ja julkaisut. Aineistot, jotka todetaan epäluotettaviksi.
Tutkimuskohde	Primaariaineistot, jotka sisältävät välitöntä tietoa tutkimuskohteesta.	Ei vastaa tutkimuskysymyksiin.
Näkökulma	Terveystieteiden ja hoitotyön näkökulma.	Muut tieteenalat.
Tulokset	Oman tutkimuksen kannalta keskeiset julkaisut.	Ei vastaa tutkimuskysymyksiin.

Liitteenä on taulukko tiedonhaun hakutuloksista ja hyväksytyistä artikkeleista. (Liite 1.) Kirjallisuushakujen prosessi on kuvattu alla olevassa kuviossa. (Kuvio 1.)

Aineiston ikää koskevalla valintakriteerillä tulokset jäivät niukaksi, joten kirjallisuuskatsauksen aineistoksi hyväksyttiin neljä käsin haettua artikkelia, joista kolmen julkaisu-vuosi on 2007.

Tutkimusaineistosta tehtiin analyysikehys-taulukko, jossa kuvataan tiivistetysti aineis-toon valittujen tutkimusten tarkoitukset, kohderyhmät, tutkimusmenetelmät ja päätulokset. (Liite 2.)

Kuvio 1. Kirjallisuushakujen prosessi tietokannoista

Hakusanat:

case manager, case management, primary health care, long term disease, chronic illness, long-term conditions, chronic disease, chronic condition, chronic care model, case manag*, patient perceptions/experiences/opinions/attitudes/views, care manager, updating education, updating training, in-service training, community matron

Tietokantojen hakulöydökset

N=337

Cinahl n=181

Academic Search Elite n=98

PubMed n=45

Medic n=9

Manuaalinen haku n=4

Sisäänottokriteerit

- Tutkimus julkaistu vuosina 2009-2019
- Alkuperäistutkimus
- Julkaisun kieli suomi tai englanti
- Julkaisusta saatavana kokotekstiversio
- Vastaa tutkimuskysymykseen

Hylätty otsikon perusteella
n=289

**Hyväksytty otsikon
perusteella**
n=48

Poissulkukriteerit

- Ei vastaa tutkimuskysymykseen (n=3)
- Ei englannin- tai suomenkielinen
- Pääallekkäinen julkaisu (n=6)
- Ei empiirinen tutkimus
- Maksullinen aineisto

Hylätty abstraktin perusteella
n=22

**Hyväksytty abstraktin
perusteella**
n=26

**Hylätty kokotekstin
perusteella**
n=15

**Hyväksytty koko tekstin
perusteella**
n=11

4.3 Sisällönanalyysi

Aineisto analysoidaan induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Induktiivinen lähestymistapa on aiheellinen, kun aikaisempi tieto on vähäistä tai hajanaista. Kategoriat nousevat aineistosta tutkimuskysymysten ohjaamana. Tutkimusaineistosta pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus niin, etteivät aikaisemmat tiedot, havainnot tai teoriat ohjaa analyysiä. Raportointi on aineistolähtöistä. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen. 2018: 167.) Tutkimuksen aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä ja analyysin tarkoitus on luoda sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Sisällönanalyysin tavoitteena on järjestää aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Laadullisen aineiston analysoinnin tarkoituksena on lisätä informaatioarvoa, kun hajanaisesta aineistosta pyritään luomaan selkeää, mielekästä ja yhtenäistä informaatiota. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen. 2018: 166—167.)

Tämä opinnäytetyö toteutetaan kirjallisuuskatsauksen muodossa. Sitä toteutettaessa apuna sovelletaan aineistolähtöistä analyysiä. Analyysillä luodut luokat eivät ole kirjallisuuskatsauksen tulos vaan ainoastaan apukeino ja tiivistelmä, jolla tarkastellaan ja esitetään tutkimuksissa olevaa tietoa. Kirjallisuuskatsauksen tulokset alkavat selkiintyä vasta sitten, kun saatujen luokkien sisällä tarkastellaan lähteisiin perustuen, millaista tietoa kyseisistä luokista tutkimuksissa esitetään. Analyysi toimii tulosten tarkastelun runkona. Aineistolähtöisestä analyysistä on monenlaisia malleja, joten sitä voidaan käyttää soveltaen opinnäytteen välineenä. (Tuomi – Sarajärvi 2009. 123—124.) Alla on kuvattu perinteinen aineistolähtöinen analyysi. Mikäli jonkin vaiheen ohittaminen helpottaa tai hyödyttää analyysin jäsentelyä, on se sallittua.

Aineistolähtöistäläadullista eli induktiivista aineiston analyysiä kuvataan karkeasti kolmevaiheiseksi prosessiksi: 1) aineiston redusointi eli pelkistäminen, 2) aineiston klusterointi eli ryhmittely ja 3) abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen (Tuomi – Sarajärvi 2012: 107—108.) Tässä opinnäytetyössä aineiston pelkistämässä analysoitava informaatio ovat aiemmat tutkimustulokset aiheesta. Pelkistämisessä aineistosta karsitaan pois kaikki epäolennainen tiivistämällä aiempaa informaatiota ja pilkkomalla aineistoa osiin. Aineiston pelkistämistä ohjaa tutkimustehtävä, jonka mukaan aineistoa pelkistetään litteroimalla tutkimustehtävälle olennaiset ilmaukset. Alkuperäisestä informaatiosta nostetut ilmaukset kirjataan aineistosta nostetuilla ilmauksilla, joista voidaan käyttää käsitettä aineiston pelkistäminen. Tässä opinnäytetyössä pelkistäminen tapahtuu taulukkomuodossa. Analyysiyksikkönä käytetään lauseen osia, jotka olennaisesti vastaavat

tutkimuskysymyksiin. Lauseen osat ovat taulukossa alkuperäisilmauksina ja pelkistämisen jälkeen ne ilmenevät pelkistettyinä ilmauksina. Esimerkki pelkistämisestä kuvataan alla olevassa taulukossa. (Taulukko 2).

Taulukko 2. Esimerkki alkuperäisen ilmaisun pelkistämisestä

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus
" The education and advice provided by community matrons helped patients and carers to improve self-care....., improve symptom control"	Omahoidon kehittyminen
" The education and advice provided by community matrons helped patients and carers to improve self-care....., improve symptom control"	Parempi oireiden hallinta

Aineiston klusteroinnissa eli ryhmittelyssä aineistosta koodatut alkuperäisilmaukset käydään läpi tarkasti, ja aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään luokaksi sekä nimetään luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. (Tuomi – Sarajarvi. 2012: 110). Luokitteluyksikkönä käytetään käsitystä pelkistetystä ilmauksesta. Ryhmittely kuvataan taulukkona, jossa pelkistetyt ilmaukset ryhmitellään alaluokiksi.

Aineiston klusterointia seuraa aineiston abstrahointi, jossa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Abstrahointi on jatkoa klusteroinnista. Klusteroinnista käsitteiden ryhmittely jatkuu abstrahointina alaluokkien ryhmittelyinä yläluokkiin, yläluokkien yhdistämistä pääluokkiin ja näiden ryhmitteleminen yhdistäviin luokkiin. Esimerkki aineiston abstrahoinnista kuvataan alla olevassa taulukossa. (Taulukko 3).

Taulukko 3. Esimerkki aineiston abstrahoinnista

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Puitteet koordinoida hoitoa kokonaisvaltaisesti	Hoidon koordinointi	Hoitotyön laadun paraneminen
Puitteet hoidon kokonaisvaltaistamiseen		
Puitteet sosiaalisten tarpeiden tunnistamiseen	Hoidon tarpeiden tunnistaminen ja niihin vastaaminen	
Puitteet yksilölliseen ja kokonaisvaltaiseen hoitoon		
Puitteet luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen syntymiseen	Vuorovaikutuksellinen hoitosuhde	
Puitteet luoda hyvä hoitosuhde potilaaseen		
Puitteet potilaslähtöiseen hoitoon	Muu hoidon laadun paraneminen	
Puitteet ennakoivaan työotteeseen		

Seuraavassa luvussa esitetään tulokset käyttäen runkona sisällönanalyysissä syntyneitä luokkia. Lisäksi luokkien sisällöt kuvataan alakategorioiden ja pelkistettyjen ilmauksien avulla. (Kyngäs – Vanhanen 1999.)

5 Opinnäytetyön tulokset

Tutkimustulokset analysoitiin soveltaen induktiivista sisällönanalyysiä. Aineiston analyysikehys -taulukkoon kerättiin pelkistettyjä ilmauksia, jotka vastaavat suoraan tutkimuskysymyksiin. Pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin ja yhdistettiin alaluokiksi ja yläluokiksi. Kaikista ryhmistä ei syntynyt alaluokkaa, ainoastaan yläluokka. Kappaleessa 5.1. yhdistävä luokka on tutkimuskysymys yksi eli asiakkaiden kokemat hyödyt. Kappaleessa 5.2 yhdistävä luokka on tutkimuskysymys kaksi eli ammattilaisten kokemat hyödyt.

5.1 Asiakkaiden kokemat hyödyt

Kokonaisvaltaisen tuen saaminen muodostui yhdeksi yläluokaksi (taulukko 4). Case manager/community matron -malli eli CM -malli mahdollisti asiakkaiden saavan heidän tarpeisiinsa vastaavaa tukea laaja-alaisesti. Asiakkaat kokivat positiivisena yllätyksenä sen, että CM:lla oli puitteet sekä aikaa tarjota käytännön tukea ja vastata sosiaalisiin palvelutarpeisiin.

Sargent ym. tutkimuksessa useassa asiakkaan haastattelussa nousi esille CM:n antama psykososiaalinen tuki. Tämä koettiin yhtä tärkeäksi aspektiksi kuin kliininen hoito. (Sargent — Pickard — Sheaff — Boaden 2007.)

Taulukko 4. Kokonaisvaltaisen tuen saaminen

Pelkistetty ilmaus	Yläluokka
Lisätuen saaminen	Kokonaisvaltaisen tuen saaminen
Jatkuvan tuen saaminen	
Käytännön avun saaminen	
Sosiaalisen tuen saaminen	
Psyykkisen tuen saaminen	
Tuen saaminen	
Psykososiaalisen tuen saaminen	
Sosiaalisiin palvelutarpeisiin vastaaminen	

Yläluokassa **neuvonnan ja ohjauksen saaminen** (taulukko 5) asiakkaat kokivat, että CM:t kykenivät tarjoamaan huomattavasti laaja-alaisempaa tietoa pitkäaikaissairauksista, kuin muut terveydenhuollon ammattilaiset. Lisäksi CM:t osasivat ohjata asiakkaita sosiaalisten palveluiden piiriin.

Asiakkaat ja läheiset mielsivät, että CM:n antama ja ohjaus ja neuvonta olivat laaja-alaisempia kuin muualla terveydenhuollossa saatu. Ohjaus sisälsi terveyden edistämistä, tietoa sairauksista, tietoa ja neuvoja lääkityksistä sekä tietoa tukipalveluista. Tämä edisti asiakkaiden ja omaisten toteuttamaa omahoitoa, lääkahoitoon sitoutumista, oireiden hallintaa ja sairauksien ehkäisyä. (Sargent ym. 2007.)

Taulukko 5. Neuvonnan ja ohjauksen saaminen

Pelkistetty ilmaus	Yläluokka
Palveluohjauksen saaminen	Neuvonnan ja ohjauksen saaminen
Tiedon saaminen	
Laaja-alaisemman tiedon saaminen sairaudesta	

Yläluokassa **Omaan hoitoon osallistumisessa** (taulukko 6) asiakkaat olivat enemmän motivoituneita omahoitoon CM -mallin avulla. CM kunnioitti asiakkaiden toiveita, motivoi asiakkaita osallistumaan omaan hoitoonsa ja kysyi heidän mielipiteitänsä hoidollisissa päätöksissä.

Wright ym. tutkimuksessa selvitettiin kyselyin potilaiden kokemuksia community matron -palvelusta. Tuloksissa kävi ilmi, että asiakkaista 98,7% kokivat, että heidän toiveitansa kunnioitettiin, 100% kokivat, että he ovat mukana päätöksenteossa ja 98,7% kokivat, että he saivat tarpeeksi tietoa ja selityksiä. (Wright — Ryder — Gousy 2007.)

Vuonna 2016 Askew ym. tehdyn tutkimuksen mukaan asiakkaat kokivat saavansa helpotusta elämäänsä, kun CM -malli otettiin käyttöön heidän terveytensä hoitamisessa. Asiakkaat ja heidän läheisensä kokivat CM:n tukeneen heitä sairauden kanssa pärjäämisessä. Lisäksi he kokivat henkisen ja emotionaalisen hyvinvointinsa parantuneen, mikä lisäsi motivaatiota ja resursseja omahoitoon osallistumisessa. (Askew ym. 2016.)

Taulukko 6. Omaan hoitoon osallistuminen

Pelkistetty ilmaus	Yläluokka
Osallistuminen omaan hoitoon	Omaan hoitoon osallistuminen
Kyky sopeutua tilanteeseen ja hallita sitä	
Osallistuminen hoitoa koskeviin päätöksiin	
Hoitoa koskevien toiveiden kunnioittaminen	
Omahoidon kehittyminen	

Luottamus hoitosuhteeseen. Aineistoissa asiakkaat nostivat esille useamman kerran turvallisuuden tunteen merkityksen. Tieto siitä, että CM oli läsnä ja saatavilla sai aikaan tämän turvallisuuden tuntemuksen. Lisäksi asiakkaat kokivat, että heistä välitetään ja heidät kohdataan yksilöinä. Ongelmista uskallettiin puhua CM:n kanssa (taulukko 7).

2007 julkaistussa Sargent ym. tutkimuksessa selvitettiin potilaiden ja hoitajien näkökulmia CM -mallista. Potilaat kuvailivat, että CM:n suorittamat kliiniset tutkimukset ja pitkäaikaissairauksien seuranta toivat varmuuden tunnetta terveyden ja sairauden suhteen, vähensivät ahdistusta ja huolia sekä loivat turvallisuuden tunnetta. Asiakkaat kuvailivat CM:ää henkilönä, johon he voivat luottaa ja kenen vierailua he odottavat. (Sargent ym. 2007.)

Ruotsissa vuonna 2014 haastattelulla toteutetussa tutkimuksessa tutkimukseen osallistuneet asiakkaat kuvasivat CM:n roolia seuraavasti: ”CM on auttava käsi, joka pystyi tarvittaessa johtamaan vaikeuksien läpi ja osoittamaan suunnan. CM oli tukena myös silloin, kun koki menettäneen hallinnan”. Asiakkaat kokivat CM:n henkilönä, jolla on tietoa, joka tukee, joka pitää asioita silmällä ja henkilönä, joka tietää mitä pitää tehdä ja mihin kääntyä ongelmatilanteissa. (Sandberg — Jakobsson — Midlöv — Kristensson 2014.) Lisäksi vuonna 2007 Iso-Britanniassa tehty tutkimus osoittaa, että asiakkaat kokivat heidän terveytensä parantuneen, kun he saivat CM:lta ymmärrystä tilanteeseensa. CM:n antama tuki myös mahdollisti hyvän asiakkaan ja ammattilaisen välisen suhteen, jota seurasi hoidon tehokas suunnittelu ja antoi sen myötä asiakkaille lisää itseluottamusta sairauden hallintaan. (Wright — Ryder — Gousy 2007).

2014 julkaistussa Randall ym. tutkimuksessa arvioitiin case management -mallin vaikutusta laajalti. Potilaat ja omaishoitajat kokivat suhteensa CM:iin tärkeänä osana hoitoa. Asiakkaat kokivat tulevansa kohdatuksi yksilöinä ja kaikki hoidon tarpeet huomioitiin. Potilaille luottamus ja tieto siitä, että joku on lähellä, paransi psyykkistä hyvinvointia. (Randall ym. 2014.)

Taulukko 7. Luottamuksellinen hoitosuhde

Pelkistetty ilmaus	Yläluokka
Turvallisuuden tunteen lisääntymien (noussut aineistosta esille kolme kertaa)	Luottamus hoitosuhteeseen
Tunne siitä, että välitetään	
Tunne siitä, että ongelmista uskaltaa keskustella	
Varmuuden tunteen lisääntyminen	
Tunne siitä, että tulee kohdatuksi yksilönä	

Yläluokka **sairauteen sopeutuminen** (taulukko 8) sisältää kolme alaluokkaa: pitkäaikaissairauksien aiheuttamien oireiden hallinta, henkisen hyvinvoinnin paraneminen ja elämänlaadun paraneminen.

Alaluokka **pitkäaikaissairauksien aiheuttamien oireiden hallinta** käsittelee yhtä tutkimusta. Tutkimus oli empiirinen ja siinä implementoitiin case manager -malli perusterveydenhuollon yksikköön. Puoli vuotta kokeilun alkamisesta tutkittiin uudestaan asiakkaiden vointia. Tuloksissa havaittiin kliinisten oireiden lievittymistä. (Askew ym. 2016.)

Henkisen hyvinvoinnin paraneminen alaluokka käsittää psykosomaattisten oireiden lievittymisen tekijöitä. Asiakkaiden kokema stressi ja huolenaiheet vähenivät, kun CM oli läsnä elämässä ja hänen puoleensa pystyi kääntymään asiassa kuin asiassa.

Tutkimustulokset osoittivat, että asiakkaat kokivat helpotusta elämäänsä, kun he pystyivät luottamaan CM:n kykyyn tunnistaa heidän sosiaaliset ja terveydelliset tarpeensa. (Askew ym. 2016).

Wright ym. tekemässä tutkimuksessa asiakkaiden haastatteluissa ilmeni, että CM:n antaman avun myötä asiakkaita tuetaan elämään sairauksien kanssa omassa kodissa, mikä on heille selvästi parempi sekä lääketieteellisesti että henkisesti. CM -mallin myötä asiakkaita hoidetaan nopeammin ja siksi oireet eivät kestä niin kauan. CM tietää, onko sairaalaan meno välttämätöntä vai onko kotiin jääminen parempi vaihtoehto. (Wright ym. 2007).

Elämänlaadun paraneminen sisälsi pitkäaikaissairauden hyväksymistä. Asiakkaat ilmaisivat voimaantumisen tunteen elämän helpottumisena, elämänlaadun paranemisena ja toivon lisääntymisenä.

Asiakkaat kokivat, että CM:n toteuttamat interventiot ja tehokas oirehoito tekivät valtavan vaikutuksen heidän elämänlaatuunsa. Myös se, että CM:t keskittyivät muuhunkin, kuin pelkästään sairauksien lääketieteellisiin näkökohtiin ja he pystyivät tarkastelemaan asiakkaan tilannetta monesta eri näkökulmasta, toi helpotuksen tunnetta. Eräs haastatelluista asiakkaista kuvasi kokemustaan seuraavasti: ”se ei ehkä ole parantanut terveyttäni, mutta henkisesti tätä kaikkea on ollut helpompaa sietää.” (Wright ym. 2007).

Taulukko 8. Sairauteen sopeutuminen

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Parempi oireiden hallinta	Pitkäaikaissairauksien aiheuttamien oireiden hallinta	Sairauteen sopeutuminen
Diabeteksen hoitotasapainon vakaantuminen		
Hemoglobiiniarvon paraneminen		
Verenpainearvon paraneminen		
Stressin väheneminen	Henkisen hyvinvoinnin paraneminen	
Huolenaiheiden väheneminen		
Masennuksen asteen madaltuminen		
Henkisen hyvinvoinnin paraneminen		
Elämän helpottuminen	Elämänlaadun paraneminen	
Elämänlaadun paraneminen (noussut aineistosta esiin kaksi kertaa)		
Toivon lisääntyminen		

Hoidon sujuvoittaminen (taulukko 9) sisältää kolme alaluokkaa: hoidon jatkuvuus, hoidon koordinointi ja hoidon integroituminen.

Hoidon jatkuvuus. CM:t järjestivät saumattoman hoidon seurannan, mikä lisäsi asiakastytyväisyyttä. Tieto hoidon jatkuvuudesta loi turvallisuuden tunnetta. Saadun hoidon kokonaismäärä lisääntyi.

Hoidon koordinointi. CM:t toimivat potilaiden asianajajina ja koordinoivat hoitoa kokonaisvaltaisesti. Yksi henkilö otti vastuun koko hoidon järjestymisestä, mikä selkiytti saatuja palveluja ja hoitoa.

Randall ym. 2014 tutkimuksessa omaishoitajat korostivat CM:n toteuttaman hoidon koordinoinnin merkitystä eri terveydenhuollon tahojen välillä. Potilaille suurin CM -mallin tuoma vaikutus oli se, että CM suhtautui potilaisiin kokonaisuutena, eikä vain yhtenä sairautena, joka on tavanomaista sairaalakäynneillä. (Randall ym. 2014.)

Hoidon integroituminen. Hoidon kokonaisvaltaistuminen nousi aineistosta esille useasti. Asiakkaiden hoito oli vähemmän pirstaloitunutta ja yhtenäisempää CM -mallin ansiosta.

Taulukko 9. Hoidon sujuvuus

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Hoidon seurannan järjestyminen (noussut esille aineistosta kaksi kertaa)	Hoidon jatkuvuus	Hoidon sujuvuus
Tieto hoidon jatkuvuudesta (noussut esille aineistosta kaksi kertaa)		
Saadun hoidon määrän lisääntyminen		
Hoidon koordinointi (noussut aineistossa esille kaksi kertaa)	Hoidon koordinointi	
Tieto siitä, että hoidollisia asioita ajetaan puolesta		
Hoidon kokonaisvaltaistuminen (noussut esille aineistosta neljä kertaa)	Hoidon integroituminen	

5.2 Ammattilaisten kokemat hyödyt

Hoitotyön laadun paraneminen sisälsi neljä alaluokkaa: hoidon koordinointi, hoidon tarpeiden tunnistaminen ja niihin vastaaminen, vuorovaikutuksellinen hoitosuhde ja muu hoidon laadun paraneminen (taulukko 10).

Haastateltaessa community matroneja huomattiin, että CM -malli mahdollisti syvemmän ymmärryksen potilaiden terveydentilasta. Työtä tehdessä tunnistettiin asiakkaita, joiden tarpeita ei muut terveydenhuollon palvelut pystyneet täyttämään. Haastattelusta poimittiin seuraavat lainaukset: ”Olen ehkäissyt sairaalakäyntien tarvetta... Olen nähnyt heidän (potilaiden) hoitonsa paranevan.”, ”Potilaille läsnäoloni tekee suuren muutoksen, sillä kotihoidon hoitajilla ei ole aikaa...” ja ”Tiedän, että olen saanut aikaan muutosta ja tiedän, että CM:lla on tärkeä rooli terveydenhuollossa.”. (Dossa 2010.)

2010 julkaistussa tutkimuksessa haastateltiin community matroneja. Työntekijät kuvasivat suoria hyötyjä, joita pitkäaikaissairastavat asiakkaat ja heidän perheensä kokivat palvelumallin myötä. Rooli fasilitoi erikoistuneen hoidon jatkuvuutta ja tarjosi kokonaisvaltaisen hoidon lähestymistapaa yksilöille. (Cubby — Bowler 2010.)

Hoidon koordinointi. CM -malli antoi ammattilaisille keinoja toteuttaa ja koordinoida hoitoa kokonaisvaltaisesti ja sen katsottiin olevan osa hoitotyön laadun paranemista.

Hoidon tarpeiden tunnistaminen ja niihin vastaaminen. CM -malli tarjoaa ammattilaiselle keinoja tunnistaa asiakkaiden yksilölliset tarpeet laaja-alaisesti ja vastata niihin tehokkaasti. Vuonna 2016 tehdyssä haastattelututkimuksessa kävi ilmi, että CM vastasi myös potilaiden sosiaalisiin ja henkilökohtaisiin tarpeisiin, eikä saatu hoito keskittynyt vain sairauden ympärille. CM:t olivat asianajajia, jotka navigoivat asiakkaita palvelujärjestelmissä, jotka eivät aina edes liittyneet suoraan terveyteen. (Randall — Thunhurst — Furze 2016.)

Vuorovaikutuksellinen hoitosuhde. CM pystyy luomaan luottamuksellisen hoitosuhteen asiakkaaseen. Hän tapaa potilasta usein ja vastuuhoitaja (CM) ei vaihdu, vaan pysyy yleensä mukana koko hoitosuhteen ajan.

Sandberg ym. (2014) tutkimuksen haastatteluissa CM:t kuvasivat, että CM -malli antoi mahdollisuuden luoda vakaan ja hyvän suhteen asiakkaisiin, jonka avulla he saivat aikaan positiivisia muutoksia asiakkaiden auttamisessa. Luottamuksen rakentamista CM:n ja asiakkaiden välillä pidettiin välttämättömänä, jotta asiakkaille kohdistettua palvelua voitiin toteuttaa. CM:t myös kokivat, että eri tekijät, kuten aika, jatkuvuus ja henkilökohmainen kemia olivat tärkeitä tämän luottamuksen saavuttamiseksi. (Sandberg ym. 2014).

Muu hoidon laadun paraneminen alaluokassa havaittiin, että CM -mallissa hoitajalla on enemmän resursseja ja aikaa paneutua yksittäisiin potilastapauksiin. Mallin avulla hoito on potilaslähtöisempää ennakoivan työotteen kera ja potilas on helpompi motivoida omahoitoon.

Taulukko 10. Hoitotyön laadun paraneminen

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Puitteet koordinoida hoitoa kokonaisvaltaisesti	Hoidon koordinointi	Hoitotyön laadun paraneminen
Puitteet hoidon kokonaisvaltaistamiseen		
Puitteet sosiaalisten tarpeiden tunnistamiseen	Hoidon tarpeiden tunnistaminen ja niihin vastaaminen	
Puitteet yksilölliseen ja kokonaisvaltaiseen hoitoon		
Puitteet vastata sosiaalsiin tarpeisiin		
Puitteet vastata potilaan henkilökohdaisiin tarpeisiin		
Puitteet tunnistaa potilaan kokonaisvaltaiset hoidon tarpeet		
Puitteet kaikkiin hoidon tarpeisiin vastaamiseen		
Puitteet luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen syntymiseen	Vuorovaikutuksellinen hoitosuhde	
Puitteet luoda hyvä hoitosuhde potilaaseen		
Puitteet potilaslähtöiseen hoitoon	Muu hoidon laadun paraneminen	
Puitteet ennakoivaan työotteeseen		
Puitteet motivoida potilas omahoitoon		
Puitteet käyttää enemmän aikaa potilastapaamisiin		

Yläluokassa **Yhteistyön sujuvuus** aineistosta nousi esille, että CM -mallin myötä tiedonkulun ja yhteistyön eri ammattiryhmien välillä havaittiin parantuneen (taulukko 11).

Vuonna 2010 tehdyn Iso-Britannialaisen haastatteluihin perustuvan tutkimuksen mukaan integroitu työskentely eri sosiaali- ja terveysalan ryhmien kesken teki yhteistyöstä sujuvampaa: palvelu oli nopeampaa, joustavampaa ja yhtenäisempää. (McEvoy — Escott — Bee 2010.)

Taulukko 11. Yhteistyön sujuvuus

Pelkistetty ilmaus	Yläluokka
Tiedonkulun paraneminen	Yhteistyön sujuvuus
Tieteenalojen välisen yhteistyön paraneminen	

Yläluokassa **työn palkitsevuus** (taulukko 12) aineistosta nousi esille CM -rooli uramahdollisuutena. Rooli on haastava ja vaatii työkokemusta sekä kouluttautumista. Se nähdään järkevänä ja palkitsevana urapolkuna. Työtä toteutettaessa nähdään näkyvää muutosta asiakkaan elämässä paranevaan suuntaan. CM:t olivat tyytyväisiä työhönsä.

CM:t itse kokivat, että he pystyvät saamaan aikaan näkyviä muutoksia potilaiden elämiin ja kehittämään hyviä suhteita potilaisiin ja omaisiin omaamallaan tieto- ja vuorovaikutustaidoilla. Ennen kaikkea heillä oli käytettävissä riittävästi aikaa potilastapaamisiin. Community matron -rooli koettiin palkitsevana ja järkevänä urapolkuna sairaanhoitajille, jotka haluavat pysyä kliinisessä työssä ja toimia korkeasti koulutettuna itsenäisenä toimijana. (Cubby — Bowler 2010.)

Taulukko 12. Työn palkitsevuus

Pelkistetty ilmaus	Yläluokka
Näkyvän muutoksen aikaan saaminen	Työn palkitsevuus
Uramahdollisuus sairaanhoitajille	
Työtyytyväisyyden lisääntyminen	
Uramahdollisuus	

6 Pohdinta ja johtopäätökset

6.1 Tulosten tarkastelu

Keskeisiksi teemoiksi asiakkaiden kokemissa hyödyissä nousivat luottamuksellisen hoitosuhteen syntyminen, kokonaisvaltaisen tuen saaminen, hoidon sujuvuus ja hoidon laadun paraneminen. Erityisesti case managerin/community matronin laaja-alaisen tuen antaminen ja asiakkaan kohtaaminen. Hoidon jatkuvuuden ja koordinoinnin järjestäminen koettiin tärkeäksi.

Hoitajien kokemissa hyödyissä nousi esille hoitotyön laadun paraneminen ja työn palkitsevuus. CM -mallin katsottiin tarjoavan puitteet vastata kokonaisvaltaisesti asiakkaiden tarpeisiin, laadukkaan vuorovaikutuksen syntymiseen ja asiakkaiden hoidon koordinoimiseen. Lisäksi CM:n rooli on ollut työnä palkitsevaa, mikä perustuu asiakkaissa havaittaviin näkyviin muutoksiin hoidon myötä. CM -malli tarjoaa uramahdollisuuden sairaanhoitajille. Näiden hyödyiksi katsottujen teemojen syntymiseen on vaikuttanut luottamuksellisen hoitosuhteen luominen asiakkaaseen sekä asiakkaiden saaman hoidon lisääntyminen ja potilaan osallistaminen hänen hoitoonsa.

Opinnäytetyössä käytettyjen artikkeleiden perusteella voidaan todeta, että opinnäytetyön tulokset ovat samassa linjassa Asiakasvastaava -toimintamallin lähtökohtien, toimijoiden, toimintatapojen, kohderyhmän ja vaikutuksien kanssa. Suomessa asiakasvastaava -mallilla pyritään korjaamaan ongelmia, jotka syntyvät paljon palveluita käyttävien ihmisten määrien lisääntymisestä, lääkäreiden riittämättömistä resursseista, asiakkaiden hoitoon sitoutumattomuudesta ja hoidon pirstaloituneisuudesta. Käytetyissä artikkeleissa ei käynyt ilmi CM -mallin tavoitteita, mutta tuloksien perusteella kyseisen mallin toteuttamisella päästäisiin suomalaisen asiakasvastaava -mallin tavoitteisiin, joita ovat asiakkaiden kokonaistilanteen hallinta, asiakkaan kokonaisvaltaisen hoidon toteuttaminen, omahoitoon vahvistaminen ja asiakkaan voimaantuminen sekä terveyshyödyn toteuttaminen. Artikkeleissa CM -mallin toteuttajina toimivat perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito ja sosiaalihuolto. Myös asiakkaat nähtiin keskeisinä toimijoina mallin toteuttamisessa. Toimintatapojen osalta CM -mallissa ja asiakasvastaava -mallissa on paljon yhteistä, sillä CM:n tehtäviin kuuluivat asiakkaiden tilanteen kartoittaminen ja hoidon koordinointi, asiakkaan motivointi omahoitoon ja palvelumuotoilun toteuttaminen. Toisin kuin asiakasvastaava -mallissa case managerit/community matronit eivät toteuttaneet työtään moniammatillisissa työryhmissä, vaan heidät nähtiin enemmän itsenäisinä toimijoina, joilla

on puitteet tehdä päätöksiä työssään itsenäisesti. Tutkimusartikkeleissa koetuista hyödyistä käy ilmi, että paljon palveluita käyttävien asiakkaiden kokonaistilanne oli paremmin hallinnassa ja suunnittelemattomien käyntien määrä väheni. Lisäksi lääkärin vastaanottojen tarve väheni, hoidon jatkuvuus parani ja asiakkaiden subjektiivinen vointi parani. Asiakasvastaava -mallin odotetaan myös tuovan kustannuksellisia hyötyjä, mutta tässä työssä käytetyistä artikkeleista ei suoraan käsitelty aihetta.

Lainsäädännön osalta tuloksia ei tarkastella tässä opinnäytetyössä, sillä Suomen terveydenhuollossa on erilainen lainsäädäntö verrattuna Yhdysvaltoihin, Iso-Britanniaan ja Australiaan.

6.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi kohdentuu muun muassa tutkimuksen tarkoitukseen, asetelmaan, otoksen valintaan, analyysiin, tulkintaan, refleksiivisyyteen, eettisiin näkökulmiin ja tutkimusten relevanssiin. Yleisiä kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin kriteereitä ovat esittäneet muun muassa Cuba ja Lincoln (1981 ja 1985). Heidän esittämiään luotettavuuden arvioinnin kriteerejä käytetään edelleen kvalitatiivisissa tutkimusraporteissa arviointien perustana. Kriteereitä ovat uskottavuus, luotettavuus, riippuvuus ja vahvistettavuus. Kuvaus on tärkeä luotettavuuskysymys aineiston ja tulosten suhteen. Tällöin tutkijalta edellytetään, että hän kuvaa analyysinsä mahdollisimman tarkasti. Suositeltavaa on käyttää eri taulukointeja ja liitteitä, joissa kuvataan analyysin etenemistä alkuperäistekstistä alkaen. Aineiston keruussa ja sen valinnassa merkityksellisiä asioita luotettavuuden näkökulmasta ovat muun muassa kirjallisuuden kattavuus, tutkimusten ikä ja taso, monitieteisyys, lähteiden alkuperäisyys, tulosten uskottavuus sekä tutkijan tunnettuus ja arvostettavuus. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen. 2018. 197– 198.)

Kyngäs ja Vanhanen (1999: 10) viittaavat aikaisempiin tutkimuksiin ja toteavat, että luotettavuuden näkökulmasta sisällön analyysin ongelma on se, että tutkija ei pysty tarkastelemaan analyysiprosessia objektiivisesti, vaan tulos perustuu tutkijan subjektiiviseen tarkasteluun asiasta. Haasteena pidetään myös sitä, miten hyvin tutkija onnistuu pelkistämään aineiston muodostaen siitä kategoriat niin, että ne kuvaavat luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Muihin tutkijoihin vedoten Kyngäs ja Vanhanen (1999: 10) kirjoittavat, että luotettavuuden kannalta olennaista on tutkijan kyky osoittaa analyysin yhteys alkuperäis-aineistoon.

Tämän kirjallisuuskatsauksen aineistona käytettiin englanninkielisiä lähteitä, joten suomentamisen laatu on yksi luotettavuuden kriteeri. Kielitaidon merkitys korostuu aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä, sillä suomennettujen pelkistettyjen ilmauksien tulee olla mahdollisimman yhtenäisiä alkuperäisaineiston ilmauksien kanssa.

Aineistoin keruu ja tiedonhaku on kuvattu kattavasti opinnäytetyössä kuviona (Kuvio 1.) ja tiedonhakutaulukkona (Liite 1.) Tiedonhaun luotettavuutta lisää myös se, että tiedonhaku toteutettiin jo suunnitelmavaiheessa, jolloin osa analysoitavista artikkeleista valikoitui. Toteutusvaiheessa tiedonhaku toistettiin, tallennettiin ja vietiin päätökseen. Vahvistettavuuden takaamiseksi tutkimusprosessin kuvaamisen ja kirjaamisen lisäksi sitä tarkasteltiin seminaaritilaisuuksissa.

Opinnäytetyön tuloksien luotettavuutta kyseenalaistaa se, kuinka hyvin kansainvälisiä asiakasvastaava - malleja voidaan verrata suomalaiseen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmään.

6.3 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimusetiikka ja sen kehittäminen ovat olleet keskeisiä aiheita hoitotieteessä jo kauan. Tutkimusetiikka luokitellaan yleensä normatiiviseksi etiikaksi, joka pyrkii vastaamaan kysymyksiin oikeista säännöistä, joita tutkimuksessa tulee noudattaa. Tutkimusetiikka voidaan jakaa tieteen sisäiseen ja sen ulkopuoliseen. Tieteen sisäisellä etiikalla tarkoitetaan kyseessä olevan tieteenalan luotettavuutta ja todellisuutta. Tällöin tarkastellaan suhdetta tutkimuskohteeseen, sen tavoitteeseen ja koko tutkimusprosessiin. Perusvaatimuksena on se, että tutkimusaineistoa ei luoda tyhjästä tai väärennetä. Tähän alueeseen liittyy myös kriittisyys tutkimustulosten raportoinnissa ja tutkimusalueeseen valittuun aineistoon. Kriittisyys edellyttää omien perusteiden ja toimintatapojen arviointia erilaisista näkökulmista. Tieteen ulkopuolinen tutkimusetiikka taas käsittelee sitä, miten alan ulkopuoliset seikat vaikuttavat tutkimusaiheen valintaan ja miten asiaa tutkitaan. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen. 2018. 211–212.)

Tutkimusetiikan ongelmat liittyvät pääasiassa itse tutkimustoimintaan, kuten aineiston keräämiseen ja analysoinnissa käytettävien menetelmien luotettavuuteen, anonymiteet-

tiongelmaan sekä tutkimustulosten esittämistapaan eli siihen, millaisia keinoja tutkimuksessa on käytetty. Lisäksi eettisiä kysymyksiä ilmenee, kun pohditaan tutkimuksessa tehtyjä valintoja, joita ovat esimerkiksi tutkimusaiheen valinta ja mitä asioita tutkimuksessa pidetään tärkeinä. Tutkimusten tulee olla uskottavia, ja uskottavuutta ohjaavat tutkijoiden eettiset ratkaisut. Uskottavuus säilyy, kun tutkijat noudattavat hyviä tieteellisiä käytäntöjä. Tämä tarkoittaa, että julkaisussa otetaan huomioon muiden tutkijoiden osuus, riittävä viittaaminen aikaisempiin tutkimustuloksiin, tutkimustulosten ja käytettyjen menetelmien huolellinen ja selkeä raportointi sekä tuomalla omalla tutkimuksella uutta näkökulmaa aiheesta huomioiden kunnioittava näkemys aiempien tutkimustulosten merkityksestä omaa työtä edistäessä. (Tuomi ym. 2012: 132.)

Tässä opinnäytetyössä eettisiä periaatteita on noudatettu koko prosessin ajan. Työn aiheisto on valittu tarkoin tutkimuskysymyksiä ohjaamana. Tulokset on käsitelty ja esitetty vaiheittain ja vastaamaan tutkimuskysymyksiin.

6.4 Opinnäytetyön hyödyntäminen ja jatkotutkimusehdotukset

Katsauksen tutkimusartikkeleissa oli toistuvasti nostettu esille lisätutkimuksien tarve. Asiakasvastaava -malli on otettu käyttöön Suomessa hiljattain, eikä tutkimustietoa koe-
tuista hyödyistä vielä ole. Malli on luotu vastaamaan nykyisiin sekä tuleviin sosiaali- ja terveyshuollon koulutus- ja kehitystarpeisiin. Otettaessa mallia käyttöön tulee tarkastella, että täyttyvätkö nämä palvelutarpeet. Opinnäytetyön tulokset korostavat asiakasvastaava -mallin tarpeellisuutta ja hyötyjä, joten voidaan todeta, että asiakasvastaavien määrää Suomessa on syytä kasvattaa.

Lähteet

Asiakasvastaava. Asiakasvastaava-toiminnan kehittäminen. Verkkodokumentti. Saatavilla sähköisesti: <https://wiki.metropolia.fi/pages/viewpage.action?pageId=74908276>. Luettu 2.4.2020.

Asiakasvastaava-koulutuksen yhtenäiset perusteet 2011. Työryhmän raportti 28.2.2011. Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkkodokumentti. Saatavilla sähköisesti: <https://docplayer.fi/16313454-Asiakasvastaava-koulutuksen-yhtenaiset-perusteet.html>. Luettu 2.4.2020.

Askerud, Anna — Conder, Jenny 2016. Nurses' role in long-term conditions care. Kai Tiaki Nursin New Zealand. 10(22). 16—17.

Askew, Deborah A. — Togni, Samantha J. — Schluter, Philip J. — Rogers, Lynne — Egert, Sonya — Potter, Nichola — Hayman, Noel E. — Cass, Alan — Brown, Alex D. H. 2016. Investigating the feasibility, acceptability and appropriateness of outreach case management in an urban Aboriginal and Torres Strait Islander primary health care service: a mixed methods exploratory study. BMC Health services research 178(16). 1—14.

Cubby, Arlene — Bowler, Mandy 2010. Community matrons and long-term conditions: an inside view. British Journal of Community Nursing 15(2). 71—76.

Dossa, Nadia 2010. Exploring the role of the community matron. British Journal of Community Nursing 15(1). 23—27.

ESR Asiakasvastaava -toiminnan kehittäminen (ASVA) hanke 2013. Metropolia. Verkkodokumentti. Saatavilla sähköisesti: <https://www.metropolia.fi/fi/tutkimus-kehitys-ja-innovaatiot/hankkeet/esr-asiakasvastaava-toiminnan-kehittaminen-asva-hanke>. Luettu 2.4.2020.

Finne-Soveri, Harriet 2017. Muuttuva maailma, muuttuva vanhuus. Duodecim 133(2). 215—219.

Hujala, Anneli — Lammintakanen, Johanna 2018. Paljon sote-palveluja tarvitsevat ihmiset keskiöön. Kunnallisalan kehittämissäätiön Julkaisu 12.

Johansson, Kirsi — Axelin, Anna — Stolt, Minna — Ääri, Riitta-Liisa 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja sarja A51.

Jones, Jane 2016. Improving the management of chronic disease in the community. Journal of Community Nursing 30(6). 54—58.

Jämsen, Esa — Jylhä, Marja 2019. Vanhuuden vallankumous on jo täällä – mutta miten siihen suhtaudumme? Duodecim 135(11). 1061—1063.

Kangasniemi, Mari — Hipp, Kirsi — Häggman-Laitila, Arja — Kallio, Hanna — Karki, Suyen — Kinnunen, Pirjo — Pietilä, Anna-Maija — Saarnio, Reetta — Viinamäki, Leena — Voutilainen, Ari — Waldén, Anne 2018. Optimoitu sote - ammattilaisten koulutus- ja osaamisuudistus. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminta. Verkkodokumentti. Luettu 2.4.2020.

Kankkunen, Päivi — Vehviläinen-Julkunen, Katri 2018. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Kantonen, Päivi 2014. Asiakasvastaava huolehtii pitkäaikais- ja monisairaista. Terveys ja talous. 77(6). 32—33.

Keistinen, Timo — Tuuponen, Tuuli — Viikman, Sirkku — Kivelä, Sirkka-Liisa 1996. Kun suuret ikäluokat sairastuvat...Ennuste kroonista ahtauttavaa keuhkosairautta sairastavien potilaiden sairaalapalvelujen tarpeesta 2000-luvun alkupuolella. Suomen lääkäri-lehti – Finlands läkartidning 51(24). 2395—2398.

Korhonen, Teija — Lassila, Asta — Luukkanen, Marjatta — Eriksson, Elina 2016. Asiakasvastaavatoiminta perusterveydenhuollossa – asiakkaiden odotuksia ja kokemuksia. Tutkiva Hoitotyö 14(1). 33—43.

Koskela, Tuomas-Heikki 2008. Terveyspalveluiden pitkäaikaisen suurykäyttäjän ennustekijät. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion Yliopisto.

Kyngäs, Helvi — Vanhanen, Liisa 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 11(1). 3—12.

Marsteller, Jill A. — Hsu, Yea-Jen — Wen, Mei — Wolff, Jennifer — Frick, Kevin — Reider, Lisa — Scharfstein, Daniel — Boyd, Cynthia — Leff, Bruce — Schwartz, Lindsay — Karm, Lya — Boulton, Chad 2013.

McEvoy, Phil — Escott, Diane — Bee, Penny 2010. Case management for high-intensity service users: towards a relational approach to care co-ordination. Health and Social care in the Community 19(1). 60—69.

Muurinen, Seija — Mäntyranta, Taina 2011. Asiakasvastaava-toiminta pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallissa. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Pateman, Brian 2005. Community matrons: what's in a name? British Journal of Community Nursing. 10(3). 109—109.

Randall, Sue — Daly, Guy — Thunhurst, Colin — Mills, Natalie — Guest, David A. — Barker, Annette 2014. Case management of individuals with long-term conditions by community matrons: report of qualitative findings of a mixed method evaluation. Primary Health Care Research & Development 15(1). 26—37.

Randall, Sue — Thunhurst, Colin — Furze, Gill 2016. Community matrons as problem-solvers for people living with multi-co-morbid diseases. British Journal of Community Nursing 21(12). 594—598.

RN Case Manager Salary and Job outlook. Nurse Journal. Verkkodokumentti. Saatavilla sähköisesti: <https://nursejournal.org/nursing-case-management/rn-case-manager-salary-and-job-outlook/>. Luettu. 2.4.2020.

Salminen, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasa: Vaasan yliopiston julkaisuja.

Sandberg, Magnus — Jakobsson, Ulf — Midlöv, Patrik — Kristensson, Jimmie 2014. Case management for frail older people – a qualitative study of receivers' and providers' experiences of a complex intervention. BMC Health Services Research 14(1). 1—22.

Sargent, Penny — Pickard, Susan — Sheaff, Rod — Boaden, Ruth 2007. Patient and carer perceptions of case management for long-term conditions. Health and Social Care in the community 15(6). 511—519.

Stokes, Jonathan — Kristensen, Søren Rud — Checkland, Kath — Cheraghi-Sohi, Sudeh — Bower, Peter 2017. Does the impact of case management vary in different subgroups of multimorbidity? Secondary analysis of a quasi-experiment. BMC Health Services Research 17. 1—10.

Tuomi, Jouni — Sarajärvi, Anneli 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki. Tammi.

Wright, Kerri — Ryder, Sherrie — Gousy, Mamood 2007. An evaluation of a community matron service from the patients' perspective. British Journal of Community Nursing 12(9). 398—403.

Wright, Kerri — Ryder, Sherrie — Gousy, Mamood 2007. Community matrons improve health: patients' perspectives. British Journal of Community Nursing 12(10). 453—459.

Tiedonhakutaulukko

Tietokanta ja hakusanat	Osumat	Poistettu otsikon perusteella	Poistettu tiivistelmän perusteella	Poistettu koko tekstin perusteella	Hyväksytään
Cinahl					
case manager or case management AND primary health care AND long-term disease or chronic illness	11	4	2	1	4
case manag* AND primary health care AND patient experiences or perceptions or opinions or attitudes or views	17	17	0	0	0
case manager or case management or care manager AND updating education or updating training or in-service training	15	15	0	0	0
Community matron	20	12	2	1	5
Community matron or case management AND primary health care AND patient experience	4	4	0	0	0
case management AND long-term conditions or chronic disease or chronic conditions or chronic illness AND chronic care model	4	0	4	0	0
case management or case manager AND long-term conditions or chronic disease or chronic conditions or chronic illness or long-term disease	110	104	6	0	0

Academic Search Elite					
case manager or case management AND primary health care AND long-term disease or chronic illness	30	25	4	1	0
case manag* AND primary health care AND patient experiences or perceptions or opinions or attitudes or views	44	41	1	1	1
case manager or case management or care manager AND updating education or updating training or in-service training	24	23	1	0	0
PubMed					
case manager or case management AND primary health care AND long-term disease or chronic illness	432	-	-	-	-
case manager or case management AND primary health care AND long-term disease or chronic illness AND patient centered care	45	42	2	1	0
Medic					
asiakasvastaava AND perusterveydenhuolto AND pitkäaikaissairaus or monisairas	0	0	0	0	0
asiakasvastaava AND perusterveydenhuolto	0	0	0	0	0
asiakasvastaava*	9	8	0	1	0

Haettu käsin
Wright, Kerri – Ryder, Sherrie – Gousy, Mamood 2007. Community matrons improve health: patients' perspectives. British Journal of Community Nursing 12(10). 453—459.
Sargent, Penny – Pickard, Susan – Sheaff, Rod – Boaden, Ruth 2007. Patient and carer perceptions of case management for long-term conditions. Health and Social Care in the community 15(6). 511—519.
Randall, Sue – Daly, Guy – Thunhurst, Colin – Mills, Natalie – Guest, David A. – Barker, Annette 2014. Case management of individuals with long-term conditions by community matrons: report of qualitative findings of a mixed method evaluation. Primary Health Care Research & Development 15(1). 26—37.
Wright, Kerri – Ryder, Sherrie – Gousy, Mamood 2007. An evaluation of a community matron service from the patients' perspective. British Journal of Community Nursing 12(9). 398—403.

Tutkimusaineiston analyysikehys -taulukko

Tekijä(t), vuosi, tutkimuksen nimi, julkaisulehti ja maa, jossa tutkimus tehty	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuksen kohderyhmä (otos)	Aineiston keruu ja analysointi	Tutkimuskysymys 1 (asiakkaat)	Tutkimuskysymys 2 (ammattilaiset)
McEvoy et al. 2010. Case management for high-intensity service users: towards a relational approach to care co-ordination. Health and Social care in the Community 19(1). 60—69. Iso-Britannia.	Arvioida organisaation laatua: julkiset ja yksityiset terveysterveyst. Ymmärtää paremmin keskeisiä vaikutteita, joilla on merkitystä palvelumuotoilussa. Tunnistaa käytännössä mahdolliset muutokset, jotka voivat auttaa parantamaan palveluiden tarjoamisen laatua.	Palvelupäällikkö, 3 community matronia, 6 case manageria ja johtohenkilöstö.	Kyselylomake, itsearviointikysely ja laadunparannustyökalu. Puolistrukturoitu haastattelu. Haastatteluaineisto analysoitiin teoreettisella viitekehällä ja realistisella arviointimenetelmällä.	-	Tieteenalojen välisen yhteistyön paraneminen
A. Askew et al. 2016. Investigating the feasibility, acceptability and appropriateness of outreach case management in an urban Aboriginal and Torres Strait Islander primary health care service: a mixed methods exploratory study. BMC Health services research 178(16). 1—14. Australia.	Implementoida case management -malli perusterveydenhuoltoon Aboriginal ja Torres Strait Islander asukkaita varten, joilla on kompleksi krooninen sairaus. Arvioida yllämainitun mallin käyttökelpoisuutta, hyväksyttävyyttä, soveltuvuutta ja vaikutuksia.	41 potilasta, joista 9 lopetti 6 kuukauden perioodilla.	Laadullinen semistrukturoitu haastattelu. Data analysoitiin työpajoissa. Kvantitatiivinen data kerättiin terveystiedoista ja kyselyistä. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin.	Saadun hoidon määrän lisääntyminen. Osallistuminen omaan hoitoon. Hoidon kokonaisvaltaistuminen Stressin väheneminen. Huolenaiheiden väheneminen. Hemoglobiiniarvon paraneminen. Verenpaineen parantaminen. Masennuksen asteen madaltuminen. Diabeteksen hoitotasapainon vakaantuminen.	Puitteet ennakoivaan työtöteeseen. Työtyytyväisyyden lisääntyminen. Puitteet sosiaalisten tarpeiden tunnistamiseen. Puitteet yksilölliseen ja kokonaisvaltaiseen hoitoon.

				Turvallisuuden tunteen lisääntyminen. Elämän helpottuminen. Sosiaaliin palvelutarpeisiin vastaaminen. Käytännön avun saaminen. Sosiaalisen tuen saaminen. Psyykkisen tuen saaminen.	
A. Marsteller et al. 2013. Effects of Guided Care on Providers' Satisfaction with Care: A Three-Year Matched-Pair Cluster-Randomized Trial. Population Health Management 16(5). 317—325. Yhdysvallat.	Arvioida lääkärin ja hoitajien tyytyväisyyttä koskien Guided Care model -mallia ja sen vaikutusta kroonisesti sairastavien vanhuksien hoitoprosessiin.	14 hoitotiimiä, jotka koostuivat 49 lääkäristä, 7 Guided Care – hoitajasta sekä 178 joukosta muuta henkilökuntaa	Kyselylomakkeet. Lääkärit ja Guided Care – hoitajat vastasivat kyselyyn tutkimuksen alussa ja vuosittain 3 vuoden ajan. Muu henkilökunta vastasi kyselyyn kerran alussa ja kerran 2 vuoden kuluttua. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin.		Puitteet potilaslähtöiseen hoitoon. Työtyytyväisyyden lisääntyminen. Uramahdollisuus.
Sandberg et al. 2014. Case management for frail older people – a qualitative study of receivers' and providers' experiences of a complex intervention. BMC Health Services Research 14(1). 1—22. Ruotsi.	Tutkia hauraiden vanhusien sekä case managerien kokemuksia monitahoisesta palveluohjausinterventiosta.	14 potilasta ja 6 case manageria	Avoimet haastattelut. Sisällönanalyysi.	Tuen saaminen. Palveluohjauksen saaminen. Tiedon saaminen. Hoidon seurannan järjestyminen. Turvallisuuden tunteen lisääntyminen.	Puitteet luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen syntymiseen. Näkyvän muutoksen aikaan saaminen. Puitteet kaikkiin hoidon tarpeisiin vastaamiseen.
Wright et al. 2007. Community matrons improve health: patients' perspectives. British Journal of Community Nursing 12(10). 453—459. Iso-Britannia.	Arvioida, miten community matron -malli on parantanut asiakkaiden terveyttä ja mikä on havaittu siinä tärkeäksi potilaiden perspektiivistä.	100 potilasta	Semistrukturoitu kyselylomake. Aineisto koottiin Exceliin ja analysoitiin aineistolähtöisesti.	Jatkuvan tuen saaminen. Elämänlaadun paraneminen. Hoidon kokonaisvaltaistuminen. Turvallisuuden tunteen lisääntyminen.	-

				Kyky sopeutua tilanteeseen ja hallita sitä. Tieto hoidon jatkuvuudesta. Hoidon koordinointi. Toivon lisääntyminen.	
Wright, Kerri – Ryder, Sherrie – Gousy, Mamood 2007. An evaluation of a community matron service from the patients' perspective. British Journal of Community Nursing 12(9). 398—403. Iso-Britannia.	Selvittää potilaiden kokemuksia ja mielipiteitä community matron -palvelusta.	100 potilasta	Semistrukturoitu kyselylomake.	Osallistuminen hoitoa koskeviin päätöksiin. Hoitoa koskevien toiveiden kunnioittaminen.	-
Sargent et al. 2007. Patient and carer perceptions of case management for long-term conditions. Health and Social Care in the community 15(6). 511—519. Iso-Britannia.	Kehittää case management -mallia potilaiden ja hoitajien näkökulmasta pitkäaikaipotilaiden hoidossa.	72 potilasta, 52 hoitajaa.	Teemahaastattelu. Analysointi tapahtui määrällisellä analyysillä ja data-analyysillä.	Tunne siitä, että välitetään. Hoidon seurannan järjestyminen. Hoidon koordinointi. Laaja-alaisemman tiedon saaminen sairaudesta. Tunne siitä, että ongelmista uskaltaa keskustella. Omahoidon kehittyminen. Parempi oireiden hallinta. Varmuuden tunteen lisääntyminen. Tieto siitä, että hoidollisia asioita ajetaan puolesta. Psykososiaalisen tuen saaminen.	Puitteet motivoida potilas omahoitoon.
Randall et al. 2014. Case management of individuals with long-term conditions by community matrons: report of qualitative findings of a mixed	Arvioida case management – palvelun vaikutusta potilaille annetun hoidon laatuun, jokapäiväisiin	15 case manageria, 13 potilasta ja 8 omaishoitajaa	Case managerit keskustelivat ryhmähaastattelussa sekä pitivät audiopäiväkirjoja.	Tunne siitä, että tulee kohdatuksi yksilönä. Henkisen hyvinvoinnin paraneminen.	Puitteet koordinoida hoitoa kokonaisvaltaisesti. Puitteet hoidon kokonaisvaltaistamiseen.

method evaluation. Primary Health Care Research & Development 15(1). 26—37. Iso-Britannia.	omaishoitajien kokemukseen ja monisairaiden kroonikkopotilaiden sairaalakäyntien määrään.		Jokainen osallistuja haastateltiin semistrukturoidusti.	Lisätuen saaminen. Hoidon kokonaisvaltaistuminen. Elämänlaadun paraneminen.	
Randall et al. 2016. Community matrons as problem-solvers for people living with multi-co-morbid diseases. British Journal of Community Nursing 21(12). 594—598. Iso-Britannia.	Community matron -mallin työn laajuuden selvittäminen ja mallin uuden strategian esittely, jonka tarkoituksena on hoitaa potilaita heidän kotiympäristöissään.	21 community matronia, 4 johtajaa, 2 entistä komission jäsentä, 3 yleislääkärää, 10 potilasta ja 5 potilaiden läheistä.	Puolistrukturoidut haastattelut ja audio-päiväkirjat. Johtava tutkija ylläpitää reflektiivistä päiväkirjaa tiedonkeruun aikana osana tarkastusketjua.	-	Puitteet vastata potilaan sosiaalisiin tarpeisiin. Puitteet vastata potilaan henkilökohtaisiin tarpeisiin.
Cubby et al. 2010. Community matrons and long-term conditions: an inside view. British Journal of Community Nursing 15(2). 71—76. Iso-Britannia.	Arvioida miten uudet hoitajat hahmottavat ja kokevat community matron -mallin/roolin.	9 community matronia.	Puolistrukturoidut haastattelut. Haastattelut analysoitiin vaiheittaisella sisälönanalyysillä.	Tieto hoidon jatkuvuudesta. Hoidon kokonaisvaltaistuminen.	Uramahdollisuus sairaanhoitajille. Tiedonkulun paraneminen. Näkyvän muutoksen aikaan saaminen. Puitteet luoda hyvä hoitosuhde potilaaseen.
Dossa, Nadia 2010. Exploring the role of the community matron. British Journal of Community Nursing 15(1). 23—27. Iso-Britannia.	Ymmärtää, millaiseksi community matronit mieltävät roolinsa ja kuinka he harjoittavat ammattiansa.	12 community matronia.	Ryhmähaastattelu. Induktiivinen sisälönanalyysi.		Puitteet käyttää enemmän aikaa potilastapaamisiin. Puitteet tunnistaa potilaan kokonaisvaltaiset hoidon tarpeet.