

**Asiakasvastaava-toiminta
pitkäaikaissairauksien
terveyshyötymallissa**

Seija Muurinen, Taina Mäntyranta

Sisältö

Johdanto.....	3
Taustaa.....	4
Käsitteet.....	5
Kirjallisuutta.....	6
Asiakasvastaava-toiminta ja sen tarkoitus.....	11
Asiakasvastaava-toiminnan tavoitteet.....	12
Asiakasvastaava-toiminnan kohdentaminen ja asiakkaiden tunnistaminen.....	13
Asiakasvastaava-toiminnan sisältö.....	13
Asiakasvastaava-toiminta terveyskeskuksen vastaanottoiminnan tiimissä.....	14
Asiakasvastaava-toiminnan kuvaus.....	17
Asiakasvastaavan osaamisvaatimukset ja koulutus.....	18
Asiakkaiden hoitoon tarvittavat työvälineet.....	18
Arviointi ja palkitseminen.....	19
Case manager –toiminnan vaikutuksia.....	19
Lähteet.....	20
Liite 1.	22

Johdanto

Peruspalveluministeri Paula Risikko julkisti syyskuussa 2008 toimiva terveyskeskus – toimenpideohjelman. Se tukee ja ohjaa perusterveydenhuollon kehittämistä. Sosiaali- ja terveysministeriön lisäksi ohjelmassa ovat mukana Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Työterveyslaitos, Kansaneläkelaitos, Kuntaliitto sekä ammattijärjestöjä ja muita järjestöjä. Ohjelman toteuttajia ovat terveyskeskukset.

Yksi Toimiva terveyskeskus –toimenpideohjelman keskeisistä toimenpiteistä on pitkäaikaissairauksien hoidon ja ehkäisyn kehittäminen amerikkalaisen Chronic Care Modelin (Wagner ym. 1998a) suomalaisen vastineen, Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallin, mukaisesti (jatkossa Terveyshyötymalli). Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalliin sisältyy case manager –toiminnan mallintaminen suomalaiseen palvelujärjestelmään sopivaksi.

Case manager toiminnan mallintamisessa on ollut mukana sosiaali- ja terveysministeriön ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen virkamiehiä, Terveyshyötymallia kehittäneen työryhmän jäseniä ja ammattijärjestöjen edustajia. Mallintamisen päävastuu on ollut Suomen sairaanhoitajaliitolla ja liittoa edustaneella työryhmällä.

Mallin laadintaan ovat osallistuneet:

Seija Muurinen, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Suomen sairaanhoitajaliitto
Taina Mäntyranta, Sosiaali- ja terveysministeriö

Sairaanhoitajaliiton työryhmä:

Katriina Laaksonen, Suomen Sairaanhoitajaliitto
Marianne Sipilä, Suomen Sairaanhoitajaliitto
Nina Hahtela, Suomen Sairaanhoitajaliitto
Sirpa Luukkainen, Mikkelin ammattikorkeakoulu
Kaarina Wilskman, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallia kehittänyt työryhmä:

Risto Mäkinen, Hämeenlinnan terveysterveyspalvelut -liikelaitos
Leila Lehtomäki, Suomen Terveydenhoitajaliitto
Aino-Marja Halonen, Suomen Terveydenhoitajaliitto
Mikko Nenonen, Suomen Lääkäriliitto
Doris Holmberg-Marttila, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
Heli Inkinen, Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri
Risto Kuronen, Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä
Sari Mäkinen, Oriveden kunta
Sakari Karhuvaara, Suomen Terveystalo

Lisäksi:

Marjukka Vallimies-Patomäki, Sosiaali- ja terveysministeriö
Johanna Rosenberg, Suomen lähi- ja perushoitajaliitto
Riitta Haverinen, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Ikäihmisten palvelut –yksikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Taustaa

Valtakunnallisten linjausten mukaan Suomessa pyritään tulevina vuosina vahvistamaan ja kehittämään perusterveydenhuoltoa. Toimiva terveyskeskus –toimenpideohjelma on käynnistynyt Sosiaali- ja terveysministeriön toimesta tukemaan ja ohjaamaan perusterveydenhuollon kehittämistä kunnissa. Ohjelman toimeenpanosuunnitelma sisältää kaikkiaan 24 toimenpidettä, joista osassa Toimiva terveyskeskus-ohjelma tekee yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa. Keskeisten ongelmien ratkaisu on nostettu ohjelman kolmeksi prioriteetiksi:

1. Terveyskeskukset panostamaan terveyshyödyn tuottamiseen

Ohjelman keskeisin toimenpide on pitkäaikaisten sairauksien ehkäisy- ja hoitomallin, Terveyshyötymallin (Chronic Care Model), kansallinen käyttöönotto. Siinä keskitytään terveyskeskuksen suurimpiin asiakasryhmiin sekä parannetaan hoidon saatavuutta ja laatua. Mallin avulla pyritään myös hillitsemään kustannusten kasvua.

2. Asiakas keskiöön

Ohjelmassa ovat tärkeitä asiakaskeskeiset palvelukokonaisuudet sekä tarpeenmukaisen saatavuuden parantaminen. Kansalaisten toimintaedellytyksiä sekä mahdollisuutta omatoimisuuteen ja osallistumiseen parannetaan. Tässä korostetaan asiakkaan valinnanvapautta ja edistetään asiakkaan vapaa hakeutumisoikeutta palveluihin. Kansalaisten yhdenvertaisuus turvataan vahvistamalla palvelujen käyttäjien oikeuksia.

3. Henkilöstön saatavuuden, pysyvyyden ja työhyvinvoinnin varmistaminen

Henkilöstön saatavuuden, pysyvyyden ja työhyvinvoinnin turvaaminen edellyttää useita eriluonteisia toimenpiteitä. Ohjelmassa tuetaan terveyskeskusten ammattihenkilöiden työn ja yhteistyön kehittämistä ja mallien käyttöönottoa. Lisäksi ohjelma sisältää suuren määrän toimenpiteitä, joilla pyritään turvaamaan henkilöstön saatavuutta ja pysyvyyttä.

Terveyshyötymallin käyttöönottoon Suomessa liittyy terveyskeskusten ammatillisen henkilöstön kehittämistä ja erilaisten toimintamallien käyttöönottoa erityisesti moniammatillisessa yhteistyössä. Pitkäaikaisten sairauksien hoidossa periaatteena on siirtyä hajautetusta sairauskeskeisestä hoidosta

kokonaisvaltaiseen, suunnitelmalliseen hoitoon. Yksi mahdollisuus tämän toteuttamiseksi on **monisairaiden ja/tai paljon palveluja tarvitsevien tai käyttävien asiakkaiden hoidon toteutuksesta vastaavan ja hoitoa koordinoivan case managerin toiminnan mallintaminen.**

Asiakkaiden hyvinvoinnin ja palvelujärjestelmälle aiheutuvien kustannusten kannalta on merkityksellistä, hoidetaanko pitkäaikaisesti sairaat ihmiset ennakoiden terveyskeskuksen avohoidossa tarvittaessa erikoissairaanhoidon konsultoiden vai vastataanko heidän palvelutarpeeseensa vasta ongelmien ilmaannuttua. Tämä tarkoittaa käytännössä sairaala- ja päivystyspalvelujen käyttöä.

Iäkkäiden, pitkäaikaisia sairauksia sairastavien tai monisairaiden henkilöiden määrä tulee seuraavina vuosikymmeninä kasvamaan. Terveyskeskuksessa tehtävällä suunnitelmallisella ja huolellisella sairauksien ennaltaehkäisyllä, hoidolla sekä kuntoutuksella on mahdollista pyrkiä pitämään ihmisten toimintakyky hyvänä. Samalla voidaan mahdollisesti myöhentää iäkkäiden ihmisten pitkäaikaiseen ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymistä.

Tässä raportissa keskitytään mallintamaan kansainvälisessä kirjallisuudessa kuvattua case manager-toimintaa suomalaisen terveyskeskuksen avosairaanhoidon vastaanottotoimintaan sopivaksi toimintamuodoksi. Tavoitteena on toimintamallin yleistasoinen kuvaus, joka on työotteena sovellettavissa myös esim. kotihoitoon ja työterveyshuoltoon.

Käsitteet

Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan julkiset terveystalot jakautuvat **perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon**. Näistä perusterveydenhuollon palvelut tuotetaan **terveyskeskuksessa**, joka voi olla kunnan oma tai useamman kunnan yhteinen. Terveyskeskus järjestää mm. terveysneuvontaa, sairauksien ehkäisyä, lääkärivastaanottoja ja vuodeosastohoitoa sekä kuntoutusta. Palveluvalikoimaan kuuluvat myös suun terveydenhuollon, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon ja mielenterveyspalvelut sekä sairaankuljetuspalvelut. Tässä raportissa käsitellään lähinnä **terveyskeskuksen avosairaanhoidon vastaanottotoimintaa.**

Sosiaali- ja terveydenhuollon sanastojen (1997, 1999) mukaan **asiakas** voi olla luonnollinen henkilö, henkilöryhmä tai organisaatio. Asiakkaita ovat sekä todelliset asiakkaat että mahdolliset palvelujen vastaanottajat eli potentiaaliset asiakkaat, jotka yhdessä muodostavat palveluntuottajan asiakaskunnan. **Potilas** on myös asiakas, jolla on terveydentilaa koskevia ongelmia. Terveyskeskuksessa asioivasta henkilöstä käytetään tässä raportissa nimitystä **asiakas**. Tällä halutaan korostaa palveluihin hakeutuvan ihmisen aktiivista roolia, omavastuuta ja valinnanvapautta sekä terveyspalvelujen käyttäjäkeskeisyyttä. Vaikka ihmisellä on jokin pitkäaikainen sairaus, hyvän hoidon tukemana hän voi elää aktiivista, täysipainoista elämää, jolloin asiakas-termi on perusteltu. Yleisesti käytetty potilas-termi tuntuisi viittaavan enemmän passiiviseen sairaan rooliin, jota tässä halutaan välttää.

Tässä raportissa esitettävässä suomalaisessa terveyskeskuksen avosairaanhoidon vastaanottotoiminnan mallissa **case managerista** käytetään nimitystä **asiakasvastaava**. Mikäli käytössä on potilas-termi, voi case managerin suomenkielinen nimike olla myös potilasvastaava.

Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymallilla (jatkossa tässä tekstissä Terveyshyötymalli) tarkoitetaan Wagnerin 1998 esittelemää mallia pitkäaikaissairaiden hoidon järjestämisestä. Mallissa on kuusi komponenttia: omahoidon tuki, palveluvalikoima, päätöksenteon tuki, tietojärjestelmien tehokas käyttö, palvelutuottajan sitoutuminen sekä ympäröivien yhteisöjen tuki. Terveyshyötymalli on ajattelumalli tai viitekehys, jonka soveltamisessa tulee huomioida mallin kaikki komponentit. Mallissa keskitytään asiakkaisiin, joilla on pitkäkestoista tai jatkuvaa hoitoa ja huolenpitoa vaativa tila/tilanne. Malli kohdistuu ensisijaisesti perusterveydenhuoltoon, mutta se ei poissulje sosiaalitoimen, erikoissairaanhoidon eikä muidenkaan toimialojen yhteyttä. Asiakasvastaava on yksi mahdollisuus täydentää palveluvalikoimaa asiakaskeskeisyyden, hoidon jatkuvuuden ja laadun sekä toiminnan vaikuttavuuden vahvistamiseksi.

Kirjallisuutta

Case tai care manager termeille ei ole hyvää suomenkielistä käännöstä, ja termeillä on useita erilaisia painotuksia eri lähteissä. Suomessa on käytössä englanninkielisten case ja care manager termien lisäksi mm. palveluohjaaja ja omahoitaja –nimikkeet toiminnan laadusta riippuen. Ohjaustointia harjoittavaa care manageria on kutsuttu myös terveysvalmentajaksi ja omaneuvojaksi (Nenonen ym. 2009, Grönroos ja Perälä 2002).

Sosiaali- ja terveydenhuollon sanastojen (2002) mukaan case ja care managerilla tarkoitetaan palveluohjaajaa, joka on palveluohjauksesta vastaava sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilö. Termejä case ja care käytetään tässä sanastossa synonyymeinä kuten myös useassa muussa lähteessä. Määritelmän mukaan palveluohjaaja (case/care manager) arvioi asiakkaan palvelun tarpeen, kokoaa asiakkaalle kuuluvia palveluja ja etuuksia koskevat tiedot yhteen ja varmistaa kokonaisuuden toimivuuden. Palveluohjaaja myös laatii asiakkaalle palvelusuunnitelman yhdessä asiakkaan ja moniammatillisen tiimin kanssa ja toimii yli hallinnon rajojen palvelujen yhteen sovittajana.

American Nurses Association (1998) on määritellyt case managementin vuonna 1988 asiakaslähtöiseksi toimintamalliksi, jonka avulla on mahdollista arvioida ihmisten terveyttä, suunnitella ja jakaa palveluja sekä koordinoita ja seurata asiakkaiden tarpeisiin vastaamista. Case managementin peruseräaatteita ovat asiakaskeskeisyys, vastuullisuus, hoidon jatkuvuus ja johdonmukaisuus. Näiden lisäksi tavoitellaan toiminnan taloudellisuutta ja tehokkuutta.

Case management Society of America (<http://www.cmsa.org/>) määrittelee case managementin seuraavasti: case management on arvioinnin, suunnittelun, asiakkaan tukemisen ja asioiden ajamisen yhteistyöprosessi terveystarpeiden tyydyttämiseksi. Tavoitteena on hyvä laatu ja kustannusvaikuttavat tulokset. Kun asiakas saavuttaa hyvinvoinnin ja toimintakyvyn optimaalisen tason, siitä hyöty-

vät kaikki; asiakkaat, heidän tukijärjestelmänsä sekä palvelujärjestelmä samoin kuin erilaiset korvausjärjestelmät.

Terveydenhuollossa case manager -toiminta mielletään usein sairaanhoitajan tehtäväksi (Forbes 1999), mutta joissakin julkaisuissa tehtävä on katsottu joko lääkärin, sairaanhoitajan tai sosiaalityöntekijän tehtäväksi (Harrahill 1995) riippuen toiminnan luonteesta. Wagnerin (1998b) mukaan case manager on tavallisesti hoitotyöntekijä (sairaanhoitaja), jolla on lisäkoulutusta ja kokemusta hoidettavan sairauden, esim. diabeteksen, hoitamisesta ja kykyä tukea omahoidon toteutumista. Sopivien palvelujen tarjoaminen ja kokoaminen asiakkaille edellyttää case tai care managerilta muidenkin tutkimusten mukaan riittävää koulutusta, taitoja ja kokemusta. Case tai care manager toimii yhteystahona asiakkaiden, lääkäreiden ja muiden tiimin jäsenten, maksajan ja yhteiskunnan välillä. (Dorr ym. 2006, Moro ja Nash, 2003.)

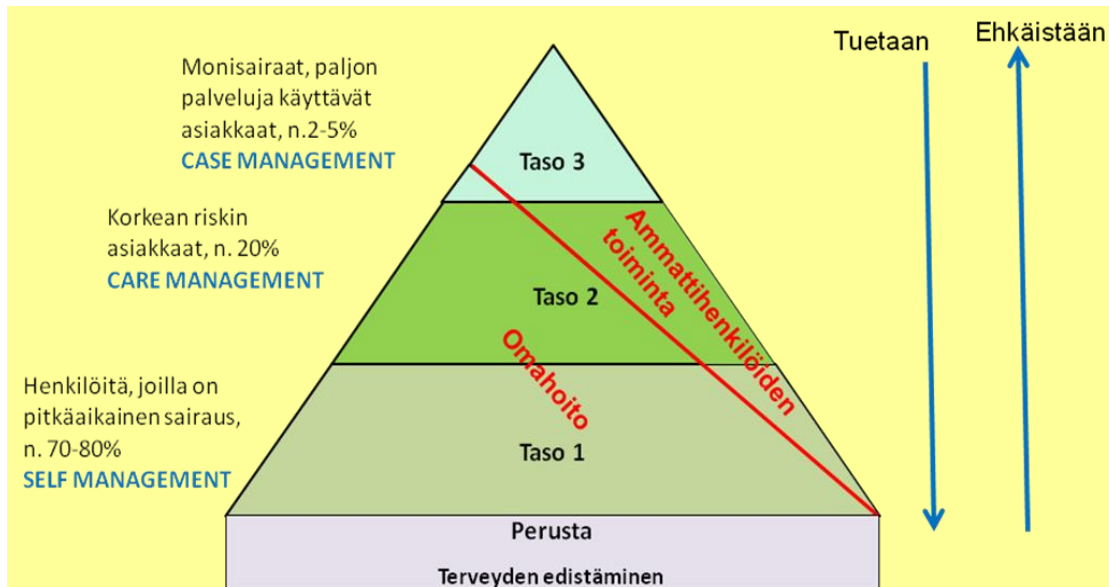
Kirjallisuudessa case tai care manager toiminnasta löytyy monenlaisia kuvauksia, ja niillä viitataan useisiin erityyppisiin toimintoihin (Casarin ym. 2002). Termille näyttäisi olevan hieman erilaiset määritelmät ja sisällöt sen mukaan, onko määrittelijänä terveys- vai sosiaalitoimen edustaja.

Terveydenhuollon kirjallisuudessa case tai care managereilla viitataan useimmin tautikohtaisiin toimijoihin (disease management), kuten diabeteshoitajaan tai muistihoidajaan tai –koordinaattoriin (Dorr ym. 2006, Sylvia ym. 2008). Näitä erikoistuneita hoitajavastaanottoja pitävät työntekijät voivat toimia konsultin roolissa tai he voivat toimia tiettyä sairautta sairastavien asiakkaiden kokonaisuhoiton koordinaattoreina. Näissä malleissa on kysymys asiakkaiden hoitoon osallistumisesta tai siitä vastaamisesta.

Alun perin amerikkalainen kolmetasoinen malli case ja care management- sekä self-management -toiminnoista (Bodenheimer ym. 2002) on esikuvana kehitettävälle suomalaiselle mallille (Kuvio 1). Mallia on sovellettu myös Englannissa. Siinä pitkäaikaisia sairauksia sairastavat henkilöt on jaettu kolmeen tasoryhmään heidän sairautensa hoidon vaativuuden mukaan.

Sairaanhoitaja- case managerit vastaavat tason 3 monisairaista tai/ja paljon terveydenhuollon palveluita tarvitsevien asiakkaiden hoidon toteutuksesta, seurannasta ja koordinoinnista. Tasolla 2 tiettyihin sairauksiin erikoistuneet hoitajat tai muun terveydenhuollon ammattipätevyys omaavat (farmaseutti, ravitsemusterapeutti) care tai disease managerit huolehtivat toiseksi vaativammasta asiakasryhmästä. Näillä asiakkailla on ongelmia sairauksien hoitotasapainossa ja/tai vakavan sairastumisen kokonaisriski, esim. aivohalvauksen riski. Care managerit työskentelevät asiakasryhmän kanssa intensiivisesti 6-15 kk, jonka jälkeen, jos sairaus on paremmin hallinnassa, asiakkaat palaavat tasolle 1 eli omahoidon piiriin. Care managerien tehtävänä on järjestää opetustilaisuuksia, seminaareja ja vertaisryhmätapaamisia, joissa care managerien apuna voi toimia ”asiantuntija-asiakkaita” (expert patients). Suurin osa pitkäaikaisia sairauksia sairastavista asiakkaista (n. 70–80% Englannissa), tasolla 1, selviytyy omahoidon avulla ja edellisiä ryhmiä väljemmällä ammattihenkilöiden tuella ja seurannalla.

Kuvio 1. Pitkäaikaissairaiden palvelukokonaisuus
Kaiser Permanente Triangle (Bodenheimer ym. 2002),
muokannut Honkanen)



Suomalaisessa kirjallisuudessa case tai care manager tarkoittaa usein palveluohjaajaa (Sosiaali- ja terveydenhuollon sanastot 2002). Case tai care manageriksi nimetyt työntekijät toimivat ihmisten tukena palveluihin sijoittumisessa tai palveluiden löytämisessä. Satakunnan Makropilotissa (Grönroos ja Perälä 2002) omaneuvojen tehtävänä oli järjestää, ohjata ja seurata asiakkaille annettavia palveluja palveluketjussa.

Pietiläisen ja Seppälän (2003) mukaan palveluohjaus tarkoittaa niitä toimintoja, joilla suunnitellaan, organisoidaan, sovitetaan yhteen ja arvioidaan palveluja, ja joita asiakas tai hänen perheensä tarvitsevat nykyisessä elämäntilanteessaan elämänhallinnan tueksi. Hänninen (2007) määrittelee palveluohjauksen asiakastyön menetelmäksi (case management) ja palveluiden yhteensovittamiseksi organisaatiossa (service coordination). Samalla hän toteaa, ettei palveluohjaukselle ole yhtä määritelmää, sillä palveluohjauksen erilaisia ulottuvuuksia ei ole helppo sovittaa yhteen määritelmään.

Suominen ja Tuominen (2007) ovat erottaneet termit palveluohjaus ja case management samaan tapaan kuin Hänninen. Palveluohjaus on heidän mukaansa riippumaton, asiakkaan toimeksiannosta tapahtuvaa toimintaa ja case management hoitojärjestelmän sisällä tapahtuvaa, asiakkaan avohoittoa vahvistavaa toimintaa.

Toljamo ja Perälä (2008) ovat määritelleet erikseen case ja care-manager-toiminnan. Case manager-toiminta tarkoittaa heidän mukaansa tietyn asiakasryhmän avun ja palveluiden koordinoitua, ja care manager-toiminta viittaa avun ja hoidon koordinoituihin ja järjestämiseen kaikille tietyn alueen

asukkaille. Määrittely koskee sairaalasta kotiin siirtyvän ihmisen tueksi kehitettyä mallia (PALKO-palveluja yhteen sovittava kotiutuminen ja kotihoito). Mallissa koordinoidaan ja sovitetaan yhteen kaikkien kotihoidon palvelujen piirissä olevien asiakkaiden hoitoa ja palveluja. Koordinoiva vastuhenkilö, joka voi olla lääkäri, sairaanhoitaja tai lähihoitaja, määrätty asiakkaan hoidon tarpeen mukaan. Forbesin mukaan (1999) nurse case managerit voivat identifioida korkean riskin asiakkaat ja seurata heitä kun he palaavat sairaalasta yhteisönsä. Toiminnassa yhdistyy asiakkaan tarve saada tietoa oman terveytensä hallinnasta ja case managerin tarjoama tieto sairaudesta ja hyvinvoinnista sekä tarjolla olevista palveluista.

Kanste ym. (2010) ovat kuvanneet monisairaiden palveluohjaaja-mallin, joka on käytössä Oulunkaarella. Toiminta kohdistuu paljon palveluja tarvitseviin kuntalaisiin, jotka seulotaan lääkärin ym. vastaanotokäyntien lukumäärän perusteella. Palveluohjaajat vastaavat monisairaiden ja runsaasti palveluja tarvitsevien asiakkaiden palveluiden koordinoinnista ja tekevät yhteistyötä asiakkaan omalääkärin kanssa. Toiminnalle on tyypillistä kumppanuuteen perustuva työskentely yli organisaatio-rajojen. Malli on samankaltainen kuin Bodenheimerin ym. (2002) kuvaus case manageroinnista, mutta Kansteen ym. kuvaus painottuu enemmän palveluohjaukseen kuin asiakkaan hoidon toteutuksesta vastaamiseen.

Edellä esitetyt määritelmät eivät selkeästi erottele terveyskeskuksen avosairaanhoidon vastaanotolla toimivia ja hoitoon osallistuvia case managereita palveluketjussa palveluohjausta antavista palveluohjaajista. Toimintamalleja on monia, ja eri toteuttamistavoissa näyttäisivät asiakastyön ja palvelujen yhteen sovittamisen osuudet vaihtelevan. Selkeää yhtä määritelmää case managerista on siten mahdotonta esittää.

Taulukossa 1 on kuitenkin pyritty erittelemään kirjallisuutta mukaellen terveyskeskuksen avosairaanhoidon vastaanotolla työskentelevän case managerin ja palveluketjua varmistavan palveluohjaajan toiminnan eroja. Oletuksena tässä on, että terveyskeskuksessa toimiva case manager -toiminta painottuu pääasiassa omahoitoa tukevaan asiakastyöhön ja palveluohjaus-toiminta palvelujen yhteensovittamiseen. Tämä jaottelu jättää edelleen ulkopuolelle sosiaalityön ja psykiatrisen hoitotyön intensiivisen, terapiatyypin toiminnan, jota kirjallisuudessa usein myös case manageroinniksi tai palveluohjaukseksi nimitetään (esim. Duodecim, Skitsofrenian Käypä hoito –suositus).

Taulukko 1. Terveyskeskuksen avosairaanhoidon vastaanotolla toimivan asiakasvastaavan (case manager) ja asiakkaan palvelukokonaisuutta varmistavan palveluohjaajan (service co-ordinator) koulutusvaatimukset ja tehtävien kuvaus pääpiirteissään

	Asiakasvastaava (case manager) terveyskeskuksessa	Palveluohjaaja (service co-ordinator) palveluketjussa
Työntekijän koulutusvaatimus		
Terveydenhuollon ammattilainen	Kyllä	Kyllä
Sosiaalihuollon ammattilainen	Ei	Kyllä
Yhteys asiakkaisiin		
Asiakkaiden seulonta ja kutsuminen	Kyllä	Ei
Asiakkaiden pyyntöihin vastaaminen	Kyllä	Kyllä
Muiden ammattilaisten pyyntöihin vastaaminen	Kyllä	Kyllä
Palvelutarpeen arviointi		
Tarpeiden ja voimavarojen sekä riskien arviointi	Kyllä	Ei
Tavoitteiden asettaminen ja interventioiden määrittely	Kyllä	Ei yleensä
Käytössä olevien palvelujen kartoittaminen	Kyllä	Kyllä
Omahoidon tukeminen /vahvistaminen		
Asiakkaan hoidon toteutuksesta vastaaminen	Kyllä	Ei
Neuvonta ja ohjaus	Kyllä	Kyllä
Motivointi	Kyllä	Ei yleensä
Asiakkaiden asioiden ajaminen	Kyllä	Kyllä
Yhteydenpito muihin hoidon tahoihin, konsultointi	Kyllä	Kyllä
Palveluiden järjestäminen	Kyllä	Ei yleensä

Palveluihin tai palveluissa ohjaaminen	Ei yleensä	Kyllä
Palveluiden yhteen sovittaminen (koordinointi)	Kyllä	Kyllä
Arviointi, toiminnan päättäminen		
Tarpeisiin vastaamisen arviointi	Kyllä	Kyllä
Toiminnalla selkeä alku ja loppu	Ei	Kyllä

Asiakasvastaava-toiminta ja sen tarkoitus

Tässä raportissa esitettävä Suomen palvelujärjestelmään luotava asiakasvastaava-malli (case manager) on terveyskeskuksen vastaanotto toiminnan malli, jota voidaan soveltaa eri asiakasryhmille ja eri toimintaympäristöissä. Toiminta ei kohdistu pelkästään terveydenhuollon toimialaan, vaan kyseessä on asiakas- ja yhteisökeskeinen toimintamalli, joka huomioi ihmisten tarpeet laajasti (mm. sosiaalipalvelujen tarpeen).

Käytännössä sekä lääkäri että vähintään sairaanhoitajan tutkinnon suorittanut henkilö voivat sopimuksen mukaan vastata asiakkaan hoidosta ja koordinoida sitä asiakasvastaavina. Asiakasvastaava on tehtävänimike, jota voidaan käyttää koulutusammattin ohella. **Tässä esitettävä mallinnus kuvaa hoitotyöntekijän toteuttamaa asiakasvastaava-toimintaa. Tällöin asiakkaan hoidon toteutuksesta, seurannasta ja koordinoinnista hoitosuunnitelman mukaan vastaa sairaanhoitaja, terveydenhoitaja tai kätilö.**

Terveyshyötymallilla tavoitellaan entistä suunnitelmallisempaa ja yksilöllisempää hoidon järjestämistä pitkäaikaisia sairauksia sairastaville henkilöille. Asiakasvastaava-toiminta tarjoaa yhden mahdollisuuden työnjaon kehittämiseksi sekä monisairaiden ja/tai paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden hoidon varmistamiseksi.

Peruseriaatteita asiakasvastaava-toiminnan mallintamisessa ovat asiakas- ja yhteisölähtöisyys, hoidon jatkuvuus ja toiminnan vaikuttavuus. Asiakasvastaava-toiminnan tarkoituksena on tuottaa hyvää laatua ja kustannusvaikuttavia tuloksia.

Asiakasvastaava-toiminnan tavoitteet

Asiakasvastaava-toiminnan tavoitteita voidaan tarkastella palvelujärjestelmä-, asiakas- ja henkilöstönäkökulmista. Terveysyhdyn tuottaminen, asiakaskeskeisyyden vahvistaminen ja henkilöstön saatavuuden ja pysyvyyden varmistaminen ovat valtakunnallisen Toimiva terveyskeskus toimenpideohjelman, samoin kuin asiakasvastaava-mallintamistyön päätavoitteet.

Yksityiskohtaiset tavoitteet ovat seuraavat:

Palvelujärjestelmä

- **tuottaa terveyshyötyä väestölle**
- parantaa monisairaiden ja paljon palveluja tarvitsevien henkilöiden hoidon hallintaa terveyskeskuksessa, minkä avulla on mahdollista
 - vähentää päivystyspalveluiden käyttöä
 - vähentää ja lyhentää sairaalajaksoja perusterveydenhoidossa ja erikoissairaanhoidossa
 - vähentää erikoissairaanhoidon käyttöä
- välttää liian varhaisia pitkäaikaisen ympärivuorokautisen hoidon sijoituksia
- parantaa hoidon jatkuvuutta ja laatua

Asiakkaat

- **vahvistaa palvelujen asiakaskeskeisyyttä**
- löytää mahdollisimman varhain ne henkilöt, joilla on monia sairauksia ja/tai runsas palvelujen tarve
- vaikuttaa elämäntapavalintoihin
- pitää sairauksien hoitotasapaino hyvänä
- vahvistaa omahoitoa ja oman elämän hallintaa
- lisätä elinvuosia ja toimintakykyisiä vuosia
- lisätä elämänlaatua
- varmistaa palveluketjun toimivuus

Henkilöstö

- **lisätä terveyskeskuksen houkuttelevuutta työpaikkana**
- toteuttaa tarkoituksenmukainen työnjako terveyskeskuksessa
- vahvistaa moniammatillista tiimityötä ja työparityöskentelyä
- systematisoida vastaanotto toiminta ja hyödyntää hoitosuosituksia sähköisten työvälineiden avulla
- vähentää toiminnan reaktiivisuutta
- lisätä työn hallittavuutta

Asiakasvastaava-toiminnan kohdentaminen ja asiakkaiden tunnistaminen

Asiakasvastaava-toiminta kohdistetaan ensisijaisesti monisairaisiin ja/tai paljon palveluja tarvitseviin tai käyttäviin asiakkaisiin, joita on Englannin kokemuksen mukaan n. 2-5 % pitkäaikaisia sairauksia sairastavista henkilöistä. Näiden asiakkaiden hoidossa arvioidaan saavutettavan suurimmat terveys- ja kustannushyödyt. Asiakasvastaava-toiminta on alussa mahdollista rajata monisairaiden ja/tai paljon palveluja tarvitsevien tai käyttävien asiakkaiden joukosta vain kaikkein eniten tukea tarvitseviin asiakkaisiin (Englannissa 0.5 % asiakkaista). Asiakasvastaava-toiminnan (case manager) vakiinnuttua, on myöhemmin mahdollista mallintaa myös care manager-toimintaa, joka kohdistuu tiettyjä sairauksia sairastaviin tai niille korkean riskin omaaviin asiakkaisiin (esim. sydäninfarkti- ja aivohalvaus). Englannissa tähän ryhmään kuuluu n. 20 % asiakkaista.

Asiakkaat on mahdollista tunnistaa aktiivisesti seulomalla heidät asiakastietojärjestelmistä. Asiakkaita voi ohjautua asiakasvastaavalle myös päivystyksestä, lääkäreiden vastaanotoilta, suun terveydenhuollosta ja muiden ammattiryhmien lähettämänä (esim. sosiaalityöntekijöiltä, apteekin työntekijöiltä tai poliisilta). Korkean riskin asiakkaiden seulonnassa voidaan käyttää esim. Finrilaskuria ja ”diabeteslaskuria”.

Asiakkaiden valintakriteerien (esim. monia pitkäaikaissairauksia, kohonnut kokonaisriski, paljon palveluja käyttävät, ikä jne.) ja sähköisten välineiden kehittäminen asiakasvalintaan vaativat lisäpanostusta Suomessa. Paikallisesti sovitavat asiakkaiden valintakriteerit riippuvat siitä, mihin haasteisiin missäkin kunnassa halutaan vastata asiakasvastaava-toiminnalla. Asiakkaita voidaan silloin myös paikallisten tarpeiden mukaan segmentoida tarkemmin. Eri toimijoiden yhteensopivat, toimivat tietojärjestelmät hoitosuunnitelmiseen vaativat vielä kehittämistä.

Asiakasvastaava-toiminnan sisältö

Kyseessä on terveyskeskuksen avosairaanhoidon vastaanotto toiminnan kehittäminen siten, että monisairailta ja/tai paljon palveluja tarvitsevilla tai käyttävillä asiakkailla on terveyskeskuksessa laajan toimintavaltuuden omaava vastuhenkilö.

Asiakasvastaava-toiminnassa on kyse laaja-alaisesta hoitomallista, jossa asiakasta ei lähestytä sairaus kerrallaan, vaan kohtaamisessa pyritään huomioimaan koko ihminen erilaisine tarpeineen ja ongelmineen. Asiakasvastaava-toimintaan voi sisältyä myös kotikäynti tarvittaessa, esim. sosiaalisen tilanteen selvittämiseksi, vaikka toiminta pääosin toteutuu terveyskeskuksen avosairaanhoidon vastaanotolla. Malli painottuu sairauksien ennaltaehkäisyyn, hoitoon ja seurantaan. Moniammatillinen yhteistyö ja tiimin erilaisen osaamisen hyödyntäminen on toiminnan lähtökohta.

Toiminnan sisällössä on ensisijaista asiakkaan omahoidon (Routasalo ja Pitkälä 2009) ja voimaantumisen tukeminen. Asiakas on itsenäinen oman elämänsä subjekti, jolla on vastuu omasta ter-

veydestään ja elintavoistaan omien edellytystensä mukaisesti. Asiakasvastaava toimii suunnitelmallisesti hänen rinnallaan ja vastaa hoitosuunnitelman mukaisesti hoidon toteutuksesta, seurannasta ja koordinoinnista. Asiakasvastaava-toiminnan perusta on toimiva, vastavuoroinen kommunikaatio. Pitkäjänteisen hoitosuhteen ei kuitenkaan ole tarkoitus tehdä asiakasta riippuvaiseksi vastuutyöntekijästään vaan päinvastoin pyrkiä saattamaan asiakas omahoidon (self-managementin) tasolle, jolloin kiinteää asiakasvastaava-toimintaa (case managerointia) ei enää tarvita.

Asiakasvastaavan tehtäviä (prosessikuvaus on liitteenä 1):

- ensisijaista asiakkaan omahoidon tukeminen ja seuranta
 - informointi
 - ohjaaminen, neuvominen
 - omahoitotaitojen lisääminen
 - voimaannuttaminen, motivointi, vahvistaminen

- asiakkaiden seulonta ja kutsuminen
- hoidon tarpeen, voimavarojen ja riskien arviointi
- tarvittavien tutkimusten järjestäminen
- hoitosuunnitelman laatiminen yhdessä asiakkaan, lääkärin ja muiden hoitoon osallistuvien henkilöiden kanssa
 - tarpeiden ja voimavarojen määrittäminen (fyysiset ja psykososiaaliset)
 - tavoitteiden asettaminen
 - interventioiden määrittäminen
 - arviointi
- sairauksien ehkäisy, riskien minimointi (sekundääri- ja tertiääripreventio)
- asiakkaiden tilan seuranta ja hoidon toteutus hoitosuunnitelman mukaisesti
- hoidon koordinointi ja konsultointi

Asiakasvastaava-toiminta terveyskeskuksen vastaanottoiminnan tiimissä

Kun terveyskeskuksessa suunnataan voimavaroja pitkäaikaisesti sairaiden asiakkaiden suunnitelmalliseen hoitoon, se vaatii huomion kiinnittämistä voimavarojen käyttöön. Lääkäreiden työpanos ei yksin riitä kaikkien asiakkaiden hoidon seurantaan, eikä hyvässä tasapainossa olevan sairauden seuranta välttämättä aina vaadi lääkärin työpanosta. Vastuu joidenkin monisairaiden ja/tai paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden hoidosta ja seurannasta voidaan lääkärin suostumuksella siirtää asiakkaan hoidosta vastaavassa tiimissä vähintään sairaanhoitajan (sairaanhoitaja, terveydenhoitaja, kätilö) tutkinnon suorittaneille työntekijöille, jotka silloin toimivat asiakasvastaavina. Heille vastuu monisairaiden asiakkaiden hoidon seurannasta kuitenkin asettaa tiettyjä ammatillisia pätevyysvaatimuksia.

timuksia ja nykyisen toimenkuvan laajentamista (ks. asiakasvastaavan osaamisvaatimukset ja koulutus).

Monisairaana ja/tai paljon palveluja tarvitsevan asiakkaan vastaanottotoiminnan perusta on tiimi, jossa työskentelee vähintään lääkäri ja asiakasvastaava. Tiimissä voi työskennellä myös erikoistuneita sairaanhoitajia tai terveydenhoitajia (esim. diabeteshoitaja, astmahoitaja, depressiohoitaja, muistihoitaja), muita työpärejä ja muita ammattilaisia (esim. ravitsemusterapeutti, lähihoitaja).

Erikoistuneet sairaanhoitajat tai terveydenhoitajat ohjaavat ja tukevat tiettyjä pitkäaikaisia sairauksia sairastavien asiakkaiden hoitoa, tai he toimivat konsultteina kyseistä sairautta sairastavien asiakkaiden asioissa. He voivat myös esimerkiksi järjestää ryhmätoimintaa yhdessä asiantuntija-asiakkaiden kanssa.

Lähihoitajat tekevät yhteistyötä sekä asiakasvastaavien että erikoistuneiden sairaan- tai terveydenhoitajien kanssa käyntien valmistelijoina tai sovittujen toimenpiteiden toteuttajina. Lähihoitaja voi myös olla asiakkaan yhdyshenkilö sen jälkeen kun tavoiteltu hoitotasapaino on saavutettu ja asiakas siirtyy lääkärin arvion perusteella pois asiakasvastaava-toiminnan piiristä.

Fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja ravitsemusterapeutti ym. terapeutit toimivat konsultatiivisessa roolissa ja ohjaavat asiakkaita omaan alaansa liittyvissä kysymyksissä. He voivat myös olla vastuussa tuki- ja liikuntaelinsairauksia sairastavien ihmisten hoidosta. Farmasistilta voidaan pyytää lääkehoidon kokonaisarviointi tai konsultaatio esim. ennen lääkärin tai asiakasvastaavan vastaanotokäyntiä.

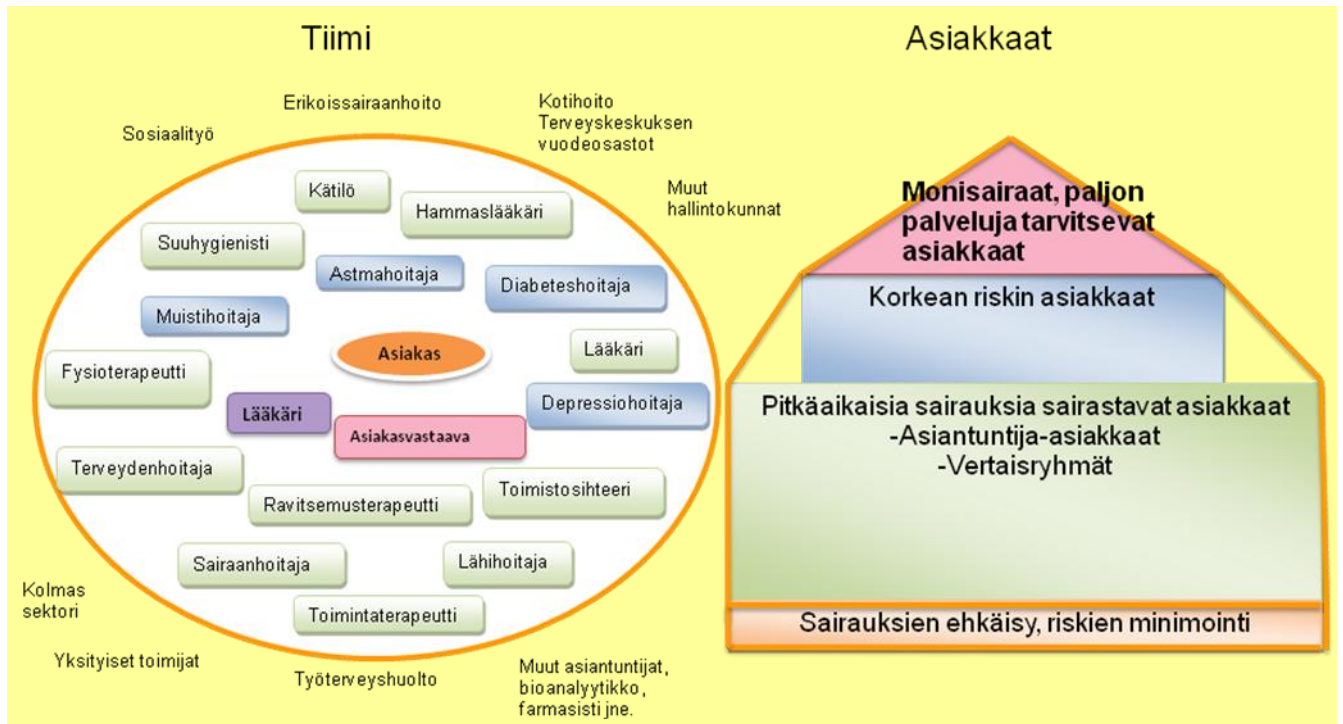
Tiimi toimii läheisessä yhteistyössä sosiaalipalvelujen asiantuntijoiden kanssa, mikäli tätä asiantuntimusta ei ole tiimissä. Tiivistä yhteyttä pidetään myös mm. kotihoitoon, erikoissairaanhoidon, muihin kunnan hallinnonaloihin, kolmannen sektorin toimijoihin ja yksityisiin toimijoihin. (Kuvio 2.)

Monisairaalla ja/tai paljon palveluja tarvitsevalla asiakkaalla on terveyskeskuksen avosairaanhoidon vastaanotolla yksi nimetty työntekijä, joka voi olla asiakasvastaava tai lääkäri. Pääasiallisen vastuutahon määrittelystä ja muutoksista vastaa lääkäri asiakkaan tilan ja sairauksien sekä riskien perusteella. Kukin vastuutyöntekijä on kuitenkin itse vastuussa omien asiakkaidensa hoidon toteutuksesta vaikka toimiikin tiiviissä yhteistyössä muiden tiimin jäsenten kanssa. Esim. asiakasvastaavat tukevat ja konsultoivat toisiaan.

Englannin kokemusten mukaan asiakasvastaavalla voi olla vastuu 50–70 asiakkaan hoidosta. Sopiva asiakasmäärästä on kuitenkin esitetty huomattavasti pienempiäkin lukuja. Asiakkaiden määrä riippuu luonnollisesti asiakkaiden tilanteiden vaativuudesta samoin kuin terveyskeskuksen henkilöstörakenteesta ja sovitusta eri ammattiryhmien välisestä työnjaosta. On myös mahdollista, että asiakasvastaavan työaika kohdistuu osittain monisairaisiin ja/tai paljon palveluja tarvitseviin asiak-

kaisiin ja osittain muihin tehtäviin. Yhden asiakasvastaavan vastuulla olevien asiakkaiden määrä voidaan määrittellä tarkemmin käytännön kokemusten mukaan.

Kuvio 2. Lääkäri, asiakasvastaava ja moniammatillinen tiimi monisairaiden ja/tai paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden tukena



Asiakasvastaava-toiminnan kuvaus

Lääkärin ja asiakasvastaavan roolit monisairaana ja/tai paljon palveluja käyttävän asiakkaan hoidossa on kuvattu taulukossa 2.

Taulukko 2. Asiakasvastaava-toiminta pääpiirteissään organisaation näkökulmasta

Asiakas	Toiminta
Monisairas ja/tai paljon palveluja tarvitseva tai käytävä asiakas	<ul style="list-style-type: none"> • Asiakas tai joku muu taho ottaa yhteyttä tai asiakkaat seulotaan ja kutsutaan asiakasvastaavan vastaanotolle. • Asiakasvastaava arvioi yhdessä asiakkaan kanssa palvelun tarpeen, voimavarat ja riskit (mittaukset, haastattelu ym.), valmistelee vastaanottoikäynnin (omahoito, laboratorio- ym. mittaukset) ja laatii hoitosuunnitelman pohjan yhdessä asiakkaan kanssa sekä auttaa asiakasta asettamaan hoidolle tavoitteita. • Asiakasvastaava järjestää ensimmäisen lääkärikäynnin asiakkaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärityksestä ja siihen liittyvästä hoidosta päättämiseksi. • Silloin kun asiakkaan tilanne on erityisen haastava, asiakasvastaava järjestää lääkärin ja asiakasvastaavan sekä mahdollisen muun toimijan moniammatillisen yhteisvastaanoton. • Vastaanottokäynnin jälkeen asiakasvastaava suunnittelee, varmistaa ja tukee asiakkaan omahoitoa. Hän myös koordinoi hoidon kokonaisuutta, mm. erityistyöntekijöiden konsultointeja (sosiaalityö, diabeteshoitaja, masennushoitaja), ryhmätoimintoja ym. • Hoitosuunnitelman mukaan (lääkärin, asiakkaan ja asiakasvastaavan sopimus) asiakasvastaava voi vastata jatkossa asiakkaan hoidon toteutuksesta. Hän arvioi tilanteen ja asiakkaan omahoidon, huolehtii mittauksista ja sovitusta lääkityksestä, konsultoi tarvittaessa lääkäriä ja/tai muita tahoja sekä ohjaa asiakasta jatkohoidossa ja sopii jatkoseurannasta.

Liitteessä 1 on prosessikuvaus asiakasvastaava-toiminnasta eri toimijoiden näkökulmasta.

Asiakasvastaavan osaamisvaatimukset ja koulutus

Parhaimmat edellytyksen asiakasvastaavan tehtävän hoitoon on henkilöillä, joilla on vähintään sairaanhoitajan tutkinto (sairaanhoitaja/terveydenhoitaja/kättilö), joko opistoaste tai AMK. Lisäksi vähintään sairaanhoitajan tutkinnon suorittaneella henkilöllä on oltava monipuolinen työkokemus, jonka kesto on vähintään 5 v, ja joka on hankittu pääosin perusterveydenhuollossa.

Peruskoulutuksen ja työkokemuksen lisäksi asiakasvastaavaksi aikovan, vähintään sairaanhoitajan tutkinnon suorittaneen henkilön edellytetään suorittavan asiakasvastaavan täydennyskoulutus, jonka laajuus on 30 op. Kulutukselle laadittujen yhtenäisten perusteiden mukaan asiakasvastaavan erityisosaaminen edellyttää EQF - tasojen 6-7 mukaista vähimmäisosaamista. Koulutus koostuu neljästä osaamiskokonaisuudesta, joita ovat asiakkuusosaaminen (7 op), yhteistyö- ja verkosto-osaaminen (4 op), kliininen osaaminen (15 op) sekä eettinen ja yhteiskunnallinen osaaminen (4 op).

Asiakasvastaavan erityisosaamisen varmistavan koulutuksen toteutustapa ratkaistaan perusterveydenhuollon organisaatioissa paikallisesti osana terveyshyötymallin käyttöönottoa. Koulutus toteutetaan tilaajan ja toteuttajan välisellä sopimuksella täydennyskoulutuksena; korkea-asteen oppisopimustyyppisenä täydennyskoulutuksena, erikoistumisopintoina tai muulla soveltuvalla tavalla.

Aikaisemmin hankitun osaamisen tunnistamisessa ja tunnustamisessa (AHOT) tavoitteena on, että opiskelijoiden aiemmin hankittu osaaminen tulee tarkasteluun johdonmukaisesti, yhdenmukaisesti ja tasapuolisesti. Koulutuksessa ja muulla tavoin hankittu osaaminen todennetaan näytöillä.

(Asiakasvastaava-kulutuksen yhtenäiset perusteet, työryhmän raportti 28.2.2011.)

Asiakkaiden hoitoon tarvittavat työvälineet

Jotta moniammatillisen tiimin yhteinen toiminta mahdollistuu, tarvitaan asiakashoidon perustaksi sähköisiä työvälineitä ja jo olemassa olevien välineiden yhteensovittamista. Haasteena on asiakastietojärjestelmän kehittäminen niin, että se sisältää vuorovaikutteisen, sähköisen omahoidon toiminta-alustan, ja että se mahdollistaa sähköisen päätöksenteon tukijärjestelmän käytön. Kehittelyssä on syytä huomioida meneillään olevat valtakunnalliset hankkeet, kuten VM:n hallinnoima SADE-palvelukokonaisuus (sähköinen asiointi ja demokratian edistäminen), rakenteisen kirjaamisen hanke ja FinCC-luokitus sekä KanTa-hanke.

Arviointi ja palkitseminen

Asiakkaiden tilaa seurataan jokaisella käynnillä lääkärin tai asiakasvastaavan vastaanotolla. Vähintään kerran vuodessa lääkäri ja asiakasvastaava käyvät yhdessä läpi asiakasvastaava-toiminnan piirissä olevat asiakkaat ja sopivat jatkosta. Samalla tehdään perusteellinen lääkityksen tarkistus, jossa konsultoidaan tarvittaessa farmasista.

Kun puhutaan asiakkaiden omahoitovalmiuksien lisäämisestä ja sairauksien hoitotasapainoon pyrkimisestä, eli terveyshyödyn tuottamisesta, on tämän ideologian mukaisesti luonnollista myös palkita asiakas-hoitotyöntekijä -kontaktin osapuolia hyvästä onnistumisesta ”bonuksilla”. Asiakkaille bonus voisi olla asiantuntija-asiakkaan roolin saaminen ja esimerkkinä toimiminen muille asiakkaille. Myös muita kannustimia voisi käyttää, kuten terveyskeskumaksusta vapauttamista tai asiantuntija-asiakkaiden yhteistoiminnan tukemista erilaisin keinoin.

Asiakasvastaavalla on huomattavan laaja vastuu kaikkein vaativimpien potilaiden hoidon toteutuksesta ja koordinoinnista sekä työn edellyttämä täydennyskoulutus. Laajan vastuun on syytä näkyä myös palkkauksessa. Asiakasvastaava ansaitsee myös tulospalkkion, mikäli hän onnistuu asiakkaidensa kanssa tuottamaan mitattavaa terveyshyötyä.

Case manager –toiminnan vaikutuksia

Suomen asiakasvastaava-toiminnan tyypisellä Case manager -toiminnalla on kansainvälisen kirjallisuuden mukaan mahdollista vaikuttaa asiakkaiden sairauksien hoitotasapainoon. Joissakin tutkimuksissa on todettu vähemmän sairaalajaksoja ja/tai päivystyskäyntejä ja vähemmän kuluja. Esim. diabeetikoilla on ollut parempi verensokeritasapaino ja depressio-oireista kärsivillä oireet ovat vähentyneet ja elämänlaatu muuttunut paremmaksi. (Dorr ym. 2006, Fan ym. 2009, Gary ym. 2009.)

Suomessa (Oulunkaari) toteutetusta asiakasvastaava-toiminnan kaltaisesta toiminnasta saadut alustavat kokemukset ovat myönteisiä. Toiminta kohdistettiin monikäyttäjiin, joilla erilaisia vastaanotokäyntejä oli yli 8/v. Käyntejä terveyskeskuslääkärillä on saatu tilastojen mukaan hillittyä niin, että ne ovat vähentyneet 2–3 käyntiä vuodessa. Pääallekkäiset käynnit sekä terveyskeskuksen sisällä että terveyskeskuksen ja yliopistosairaalan välillä ovat vähentyneet. Painopistettä on saatu siirtymään perusterveydenhuoltoon.

Lisää kokemuksia saadaan Kaste-hankkeiden kokemusten kautta.

Lähteet

- American Nurses Association. Nursing case management. Kansas City: American Nurses Association; 1998.
- Bodenheimer T, Wagner E, Grumbach K. Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness. JAMA. 2002; 288: 1775-1779.
- Casarin S, Villa T, Conzaes R, Freitas M, Caliri M, Sasaki C. Case management: Evolution of the concept in the 80's and 90's. Rev Lat Am Enfermagem. 2002; 10: 472-477.
- Case management Society of America (<http://www.cmsa.org/>)
- Dorr D, Wilcox A, Burns L, Bruncker C, Narus S, Clayton P. Implementing a multidisease chronic care model in primary care using people and technology. Dis Manag. 2006; 9: 1-15.
- Duodecim. 2008. Käypä hoito –suositus, Skitsofrenia. (<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi35050>).
- Fann J, Fan M, Unuetzer J. Improving primary care for older adults with cancer and depression. J Gen Intern Med. 2009; 24: 417-424.
- Forbes M. The practice of professional nurse case management. Nurs Case Manag. 1999; 4: 28-33.
- Gary T, Batts-Turner M, Yeh H, Hill-Briggs F, Bone L, Wang N, Levine D, Powe N, Saudek C, Hill M, McGuire M, Brancati F. The Effects of a Nurse Case Manager and a Community Health Worker Team on Diabetic Control, Emergency Department Visits, and Hospitalizations Among Urban African Americans with Type 2 Diabetes Mellitus. Arch Intern Med. 2009; 169: 1788-1794.
- Gröroos E, Perälä M-L. Asiakkaan ohjausmallin tuloksellisuus. Makropilottihankkeen lähtötilanteen arviointi. Stakes, Aiheita; 30/2002.
- Harrhill M. Trauma management: an extension of the trauma coordinator role. Int J Trauma Nurs. 1995; 1: 70-73.
- Hänninen K. Palveluohjaus. Asiakslähtöistä täsmäpalvelua vauvasta vaariin. Stakes, Raportteja; 20/2007.
- Kanste O, Holappa M, Miettinen K, Rissanen A, Törmänen L. Monisairaille oma palveluohjaaja terveysasemalta – kohti hyvää elämää. Kirjassa (toim.): Muurinen S, Nenonen M, Wilskman K, Agge E. Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010. Helsinki: Fioca Oy; 2010.
- Moro K & Nash D. Best practices in physician and case management collaboration to improve patient care. Little Rock: AK, CMSA; 2003.
- Nenonen M, Talja M, Patja K, Auvinen A, Wiklund T, Oksman E, Kuronen R, Kettunen R. Tele-based Health Coaching program for chronic diseases in Finland. Kongressiesitys; 2009 (julkaisematon).
- Pietiläinen E, Seppälä H. Palveluohjaus. Asiakastyössä ja organisaatiossa. Helsinki: Kehitysvammaliitto; 2003.
- Routasalo P, Pitkälä K. Omahoidon tukeminen. Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. Suomalainen lääkäriseura Duodecim; 2009.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon sanastot . Stakes, Ohjeita ja luokituksia; 1997:2.

Sosiaali- ja terveydenhuollon sanastot II. Stakes, Ohjeita ja luokituksia; 1999:5.

Sosiaali- ja terveydenhuollon sanastot III. Stakes, Ohjeita ja luokituksia; 2002:3.

Suominen S, Tuominen M. Palveluohjaus. Portti itsenäiseen elämään. Helsinki: Picaset Oy, Profami Oy; 2007.

Sylvia M, Griswold M, Dunbar L, Boyd C, Park M, Boulton C. Guided care: cost and utilization outcomes in a pilot study. *Dis Manag.* 2008; 11: 29-36.

Toljamo M, Perälä M-L. Kotihoidon henkilöstön työn, työtyytyväisyyden ja palvelujen laadun muutokset PALKO-hankkeen aikana. Kysely kotihoidon henkilöstölle vuosina 2001 ja 2003. Stakes, Raportteja; 7/2008.

Wagner E. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract.* 1998a;1: 2-4.

Wagner E. More than a Case Manager. *Ann Intern Med.* 1998b; 129: 654-656.

Liite 1. Prosessikuvaus perusterveydenhuollon asiakasvastaava-toiminnasta eri toimijoiden näkökulmasta

Asiakasvastaava-toiminnan lähtökohdat:

- Väestössä on monisairaita ja/tai paljon palveluja tarvitsevia henkilöitä, joiden hoitotasapaino ei ole optimaalisella tasolla
- Nämä henkilöt saadaan usein liian myöhään hoidon piiriin, jolloin heidän hoitonsa painottuu päivystysluonteisiin käynteihin ja kriisitilanteisiin vastaamiseen

Asiakas	Asiakasvastaava (sairaanhoitaja/terveydenhoitaja/kätilö)	Lääkäri
Asiakkaiden aktiivinen etsiminen		
	Seuloo asiakastietojärjestelmästä potentiaaliset monisairaajat ja/tai paljon palveluja käyttävät asiakkaat, kokoaa tiedon muiden asiantuntijoiden lähettämistä potentiaalisista asiakkaista	Asettaa seulonnan kriteerit, seuloo vastaanottokäynnillä asiakkaita asiakasvastaavalle
	Esittelee seulomansa asiakkaat lääkärille	Päätää kutsuttavat asiakkaat
Saa kutsun lääkärin vastaanotolle kirjeitse (2x)	Lähetää asiakkaille kirjeet ja kutsuu heidät vastaanotolle (2 x)	
Saa uusintakutsun lääkärin vastaanotolle puhelimitse	Soittaa asiakkaille, joilta ei ole saanut vastausta	
Lääkärin (tai lääkärin ja asiakasvastaavan yhteisvastaanoton) vastaanottokäynnin valmistelu - palvelun tarpeen ja riskien sekä voimavarojen arviointi		
Sopii ajan lääkärin vastaanotolle ja sitä ennen asiakasvastaavalle	Sopii asiakkaan kanssa ajan lääkärin vastaanotolle ja sitä ennen selvittelykäynnin asiakasvastaavan vastaanotolle	
Saapuu vastaanotolle, arvioi omaa hoidon tarvettaan	Vastaanottaa asiakkaan ja tekee hoidon tarpeen arvioinnin: haastattelee, kerää tiedon sairauksista, elintavoista, kartoittaa riskit, suorittaa tai järjestää tarvittavat mittaukset	
	Tekee tarvittaessa kotikäynnin	
Osallistuu aktiivisesti hoitosuunnitelman laatimiseen, asettaa omat tavoitteensa hoidolle, sopii vastaanottokäynnin paikan ja sille osallistuvat henkilöt	Aloittaa hoitosuunnitelman laatimisen, ehdottaa ja sopii asiakkaan ja lääkärin kanssa vastaanottokäynnin paikan ja sille osallistuvat henkilöt/tahot	Sopii vastaanottokäynnin paikan ja sille osallistuvat henkilöt/tahot

Lääkärin (tai lääkärin ja asiakasvastaavan yhteisvastaanoton) vastaanottokäynti		
Saapuu vastaanotolle, osallistuu päätöksentekoon	Osallistuu yhteiseen päätöksentekoon, josta lääketieteellisen vastuun kantaa lääkäri	Vastaanottaa asiakkaan joko yksin tai yhdessä asiakasvastaavan kanssa: hoitaa lääketieteellisen tutkimuksen, taudinmäärityksen ja päättää asiakkaan kanssa hoidosta, määrää lääkkeet, tarvittavat tutkimukset ja mittaukset
Osallistuu yhteiseen päätöksentekoon	Osallistuu yhteiseen päätöksentekoon	Päättää yhdessä asiakkaan ja asiakasvastaavan kanssa jatkoseurannan useudesta ja vastuutahosta (lääkäri / asiakasvastaava)
Esittää omat hoidon tavoitteensa, osallistuu aktiivisesti hoitosuunnitelman laatimiseen		Kirjaa omat havaintonsa asiakkaan tilasta ja asiakkaan kanssa sovituista asioista hoitosuunnitelmaan
Hyväksyy sovitun järjestelyn seurantakäynneistä	Sopii lääkärin kanssa vastuun rajoista, mikäli vastaa jatkossa asiakkaan seurantakäynneistä	Sopii asiakasvastaavan kanssa vastuun rajoista seurantakäynneillä ja kirjaa ne hoitosuunnitelmaan
Jatkohoidon suunnittelu		
Osallistuu aktiivisena toimijana jatkohoidon suunnitteluun	Suunnittelee jatkohoidon yhdessä asiakkaan kanssa: jakaa tietoa sairauksista, neuvoo omahoidossa ja järjestää tarvittavat välineet, tarvittavat tutkimukset ja mittaukset, erityistyöntekijöiden konsultaatiot, ryhmätoiminnan sekä sopii seuraavan vastaanottokäynnin ajan	
Seurantakäynnin valmistelu		
Toteuttaa omahoitoa sopimuksen mukaan. Kirjaa omahoidon seurannan, käy sovituissa tutkimuksissa ja mittauksissa ja/tai erikoistyöntekijöiden konsultaatioissa ja/tai ryhmätoiminnassa	Tarvittaessa konsultoi muita asiantuntijoita	

Seurantakäynti		
Saapuu vastaanotolle, osallistuu aktiivisena toimijana tilanteen arviointiin	Vastaanottaa asiakkaan: arvioi asiakkaan kanssa asiakkaan voinnin sekä hoidon sopivuuden, tarkistaa mittaustulokset ja omahoidon seurannan, ohjaa ja motivoi sekä varmistaa asiakkaan omahoitoa, ohjaa elintapamuutoksissa ja riskien minimoinnissa, tarkistaa lääkityksen ja uusii reseptit tai pyytää lääkärää uusimaan, konsultoi tarvittaessa lääkärää	Tarvittaessa antaa konsultaatio-apua asiakasvastaavalle, uusii tarvittaessa asiakkaan reseptit
Osallistuu aktiivisesti hoitosuunnitelman laatimiseen	Kirjaa omat havaintonsa ja asiakkaan kanssa sovitut asiat hoitosuunnitelmaan	Kirjaa oman osuutensa hoitosuunnitelmaan
Seuraavan seurantakäynnin suunnittelu		
Sopii seuraavan seurantakäynnin ajankohdan ja sitä ennen tehtävät toimenpiteet sekä omahoidon ja sen seurannan sisällön	Sopii seuraavan seurantakäynnin ajankohdan asiakkaan kanssa ja sitä ennen tehtävät toimenpiteet sekä asiakkaan omahoidon ja omahoidon seurannan sisällön	