

# Hoitajajohtoinen toimintamalli pitkäaikaissairaiden palveluohjauksessa Englantilaisen *community matron* -mallin kuvaus

Outi Kanste, Olavi Timonen, Kirsti Ylitalo & Helvi Kyngäs

## ABSTRACT

The aim of this article is to describe the nurse-led community matron model and its effectiveness in case management of patients with long-term conditions based on the international literature. The model was developed in England based on US case management models. The main purpose was to improve health outcomes for people with long-term conditions and to reduce service use through patient-centred, proactive care and case management in primary care and community settings.

Community matrons, highly qualified nurses, have been given the role of case managing very high intensity users in an attempt to reduce service use through preventing admissions and early discharge and through working closely with their patients to develop personalised care plans, and to support and encourage patients to assume more control of their conditions. Matrons need to be able to work across organisational boundaries in a network between primary, secondary, social care and the voluntary sector in order to secure the best services possible for people with long-term conditions.

The model offers a new way to structure the ensemble of services for people with long-term conditions as well as flexible integration between primary and secondary care. The model has shown many benefits, such as reduction in hospital bed days, in unplanned hospital

admissions and in GP visits, but empirical evidence of its effectiveness is partly discrepant.

The favorable experiences of this nurse-led case management model will be applied to very high intensity users of health services in Oulu Arc Subregion. Its effectiveness and usability will be evaluated systematically from the multifaceted framework.

**Keywords:** case management, chronic illness, community care, community matron, long-term conditions, primary health care

## JOHDANTO

Väestön ikääntymisestä ja pitkäaikaissairastavuuden lisääntymisestä johtuvat terveystarpeiden muutokset länsimaissa ovat johtaneet uusien toimintatapojen kehittämiseen terveystalouden ja palvelujärjestelmässä. Näillä pyritään hallitsemaan ja tarkoituksenmukaisesti pitkäaikaissairaiden palveluiden käyttöä. (Wilson ym. 2005, 657.) Tällainen uusi toimintatapa on ollut englannissa kehitetty ja vuonna 2004 pilotointiin otettu *community matron* -malli, jossa erityiskoulutetut hoitajat koordinoivat pitkäaikaissairaiden ja monimutkaisista terveysongelmista kärsivien asiakkaiden hoitoa. Tavoitteena on ollut vähentää suunnittelemattomia sairaalahoitojaksoja ja hoitopäivien määrää. (Wright ym. 2007a, 400.)

Artikkelin tarkoituksena on kuvata hoitajajohtoista *community matron* -toimintamallia ja sen vai-

kuttavuutta pitkäaikaissairaiden palveluohjauksessa kansainvälisen empiirisen tutkimusnäytön ja käytännöstä saatujen kokemusten valossa. Ilmiötä tarkastellaan asiakkaiden ja palvelujärjestelmän kannalta. Tarkastelun käsitteelliset lähtökohdat nojaavat seuraaviin käsitteisiin: palveluohjaus, palveluketju, prosessilähtöisyys ja vaikuttavuus.

Palveluohjaus on asiakaslähtöinen työtapana, jolla tarkoitetaan sekä asiakastyön menetelmiä että palveluiden yhteensovittamista organisaatioiden tasolla. Palveluohjaus on hedelmällistä erityisesti silloin, kun asiakkaalla on pitkäaikainen ja monimutkainen palveluiden tarve. Palveluohjaajan tehtävien näkökulmasta voidaan erottaa perinteinen, voimavarakeskeinen ja intensiivinen palveluohjausmalli. (Hänninen 2007, 11–15.) Palveluketjulla tarkoitetaan asiakkaalle kohdistuvaa, suunnitelmallista ja yksilöllisesti toteutettavaa palvelukokonaisuutta. Sosiaali- ja terveydenhuollossa palveluketju nähdään asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuvana, organisaatorajat ylittävänä, suunnitelmallisena ja yksilöllisesti toteutuvana palveluprosessien kokonaisuutena. Prosessilähtöisessä ajattelussa lähtökohdaksi on asiakkaiden tarpeisiin vastaaminen. Perustasolla työskentelevä henkilöstö on paras asiantuntijataso tarpeiden tunnistamisessa. Prosessilähtöisyydessä on tärkeää toimijoiden välinen yhteistyö. Terveydenhuollon palveluketjujen sujuvuus edellyttää ammattihenkilöiden välistä jatkuvaa viestintää ja yhteistyötä erityisesti organisaatioiden välisillä rajapinnoilla. Prosessikeskeisyyttä pidetään myös asiakaskeksisyytenä. (Tanttu 2007, 23–26, 61–69.)

Eri tieteenaloilla painotetaan erilaisia vaikuttavuuden merkityssisältöjä (Silvennoinen-Nuora 2004, 12), mikä osaltaan tekee vaikuttavuuden arvioinnista vaikeaa ja haasteellista. Toisaalta esimerkiksi peruspalveluministeri Paula Risikko on nostanut toistuvasti esille sosiaali- ja terveyspalveluiden vaikuttavuuden arvioimisen tärkeyden. Kunnallisen työmarkkinalaitoksen suosittelemassa vaikuttavuuden määritelmässä vaikuttavuudella tarkoitetaan palveluprosessien tai kokonaisten palvelujärjestelmien kykyä saada aikaan haluttuja vaikutuksia. Vaikutus ilmenee muutoksena asiakkaan tilanteessa tai vaikuttavuus on asiakkaan tilan vakaana pitämistä. Vaikuttavuuden arvioinnilla puolestaan tarkoitetaan sitä, että arvioidaan onko esimerkiksi tietyllä toimenpiteellä tai prosessilla saatu aikaan tietyille asiakkaille, asiakasryhmille, tiettyyn kohteeseen tai yhteiskunnalle haluttuja muutoksia ja vaikutuksia. (Silvennoinen-Nuora 2004, 11–15.)

## PITKÄAIKAISSAIRAIDEN HOIDON HAASTEET

Pitkäaikaissairaiden hoidon kehittäminen on ollut keskeinen painopistealue useiden länsimaiden terveyspolitiikassa (ks. Murphy 2004, 1251, Hudson 2005, 378, Wright ym. 2007a, 398). Esimerkiksi Iso-Britanniassa pitkäaikaissairaudet käsittävät 78 % terveydenhuollon menoista, ja tämän osuuden arvioidaan nousevan väestön ikääntymisen myötä. Lisäksi on arvioitu että 2 % pitkäaikaissairaista käyttää 30 % suunnittelemattomista sairaalahoitojaksoista ja 80 % yleislääkärin vastaanotokäynneistä. (Murphy 2004, 1251.) Pitkäaikaissairaat käyttävät muuta väestöä merkittävästi enemmän terveyspalveluita. He joutuvat sairaalahoitoon muita useammin ja ovat sairaalahoidossa keskimääräistä pidempään. (Wilson ym. 2005, 658.)

Pitkäaikaissairaudella tai kroonisella sairaudella tarkoitetaan mitä tahansa sairautta tai tilaa, joka edellyttää jatkuvaa lääketieteellistä hoitoa, rajoittaa ihmisen toimintakykyä ja kestää todennäköisesti kauemmin kuin vuoden (Hudson 2005, 378). Englannissa noin 60 % aikuisväestöstä sairastaa jotakin pitkäaikaissairautta (Bassett 2004, 4). Suomalaisista aikuisista noin puolet sairastaa ainakin yhtä pitkäaikaista sairautta, ja pitkäaikaissairaiden osuus kasvaa aikuisväestössä jyrkästi nuorista vanhempiin ikäryhmiin. Pitkäaikainen sairastavuus on kuitenkin jatkuvasti lisääntynyt kaikissa ikäryhmissä. Pitkäaikaissairauksien yleisimmät ryhmät ovat tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, verenkiertoelinten taudit ja mielenterveyden häiriöt, mutta erityisesti astma, allergiset hengitystieoireet ja ihottumat ovat yleistyneet huomattavasti. (Manderbacka 2005, 130.)

Monet pitkäaikaissairaat saavat laadukasta hoitoa ja palvelua, mutta on näyttöä siitä, että useat monimutkaisista terveysongelmista kärsivät eivät saa hoitoa, joka vastaa heidän tarpeitaan. He eivät myöskään saa palveluita, jotka ovat joustavasti yhteen sovitettuja. Pitkäaikaissairaille on usein moninainen hoidon tarve, joka ylittää organisaatioiden ja eri ammattiryhmien väliset rajat. Hoito on usein hajanaista ja eriytynyttä, eikä hoidon kokonaisuutta pystytä ottamaan riittävästi huomioon. Hoitosuunnitelmat ovat usein myös puutteellisia. Nämä tekijät voivat johtaa tarpeettomiin sairaalahoitojaksoihin ja jopa ennenaikaiseen laitostumiseen. (NHS 2005a, 1, NHS 2005b, 7–8.)

Ongelmaksi on nähty myös se, että pitkäaikaissairaat saavat usein tilapäistä akuuttihoitoa silloin, kun kroonisen sairauden hoito ei ole tasapainos-

sa, ja hyvin vähän ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä näiden episodien välillä. Pitkäaikaissairauksien hoito on tänä päivänä edelleen reaktiivista ja episodista, ja se keskittyy akuutteihin ongelmiin ja kriisitilanteiden hoitoon. Myös tämä lisää laitostumisen riskiä. Keskeisenä pitkäaikaissairaiden hoidon kehittämässä on pidetty siirtymistä pois reaktiivisesta, erikoissairaanhoidon painotteisesta ja päivystysluonteisesta hoidosta kohti hallitumpaa ja asiakaslähtöisempää hoitoa, joka toteutetaan perusterveydenhuollon toimintaympäristössä. (NHS 2005a, 1, NHS 2005b, 7–8, Bowler 2006, 31.)

Pitkäaikaissairaiden hoidon kehittäminen sekä avoterveydenhuollon ja perusterveydenhuollon vahvistaminen ovat olleet keskeisiä kansallisia tavoitteita Iso-Britanniassa, sillä kroonisten sairauksien on arvioitu lisääntyvän. Tärkeänä on pidetty paikallisten palvelujärjestelmien kehittämistä lähellä pitkäaikaissairaita ihmisiä, jotka ovat suuressa riskissä joutua sairaalahoitoon tai päivystykseen. Kansallisen tason tavoitteeksi on asetettu suunnittele mattomien, päivystysluonteisten sairaalahoitopäivien määrän väheneminen 5 % vuonna 2008. Tämä on merkinnyt erityisesti hoitajille uusia ja haasteellisia työtehtäviä. (Bassett 2004, 10, Bowler 2006, 31.) Hoitajat on nähty varsin keskeisinä toimijoina pitkäaikaissairaiden ja monimutkaisista terveysongelmista kärsivien hoidon kehittämisessä. Näihin haasteisiin vastaamiseksi on luotu hoitaja johtoinen *community matron* -toimintamalli. (NHS 2005b, 13–24.)

## HOITAJAJOHTOISEN TOIMINTAMALLIN LUONNE JA TAVOITE

*Community matron* -malli pohjautuu Yhdysvalloissa toteutettuun *Evercare* -ohjelmaan, jonka tarkoituksena on ollut tukea pitkäaikaissairaiden kotona selviytymistä (Hudson 2005, 379, Woodend 2006, 51). Lähtökohtana *community matron* -mallissa on ollut, että yksi hoitajataustainen henkilö (*matron*) toimii sekä palvelujen tarjoajana että niiden yhteen sovittajana. Rooli mahdollistaa pitkäaikaissairauksien hoidon aikaisempaa paremman hallinnan. Lisäksi se mahdollistaa palveluohjauksen, joka pyrkii siihen, että asiakas saa tarkoituksenmukaisia ja koordinoituja palveluita. (NHS 2005b, 13–24.)

Keskeistä toimintamallissa on moniammatillinen ja organisaatioiden välinen rajapintatyöskentely. Onnistuakseen tämä edellyttää hoitajalta vastuullisuutta, saumatonta tiimityöskentelyä ja kumppa-

nuuteen perustuvaa toimintatapaa sekä itsevarmuutta ja vahvaa ammatillisuutta. Lisäksi edellytetään syvällistä paikallisen terveys- ja sosiaalipalvelujärjestelmän tuntemusta, jotta asiakkaan yksilöllisiin ja monitahoisiin hoidontarpeisiin voidaan vastata sekä suunnitella hoidon kokonaisuutta ja palveluketjuja asiakaslähtöisesti. On myös tärkeää, että hoitaja on tietoinen kansallisen ja paikallisen tason terveystaloudellisista linjauksista. (Masterson 2007b, 38.)

Toimintamallissa työskennellään sellaisten asiakkaiden kanssa, joilla on moninaiset ja kompleksiset terveystarpeet. Heitä hoidetaan usein sairaalassa akuuttien vaivojen vuoksi. Nämä asiakkaat ovat monesti ennalta suunnittele mattomien erikoissairaanhoidon palveluiden suurkäyttäjää. (NHS 2005b, 9–24.) Lisäksi he käyttävät paljon avoterveydenhuollon palveluita. Terveyspalveluita usein käyttävillä asiakkailla on keskimäärin kolme pitkäaikaissairautta, ja he ovat yleensä ikääntyneitä. Toisaalta myös nuoremmilla asiakkailla voi olla moninaisia terveystarpeita. Tämä toimintamalli ei ole suunnattu ainoastaan ikääntyneille, vaan kaikille, jotka tarvitsevat hoidon yhteensovittamista selviytyäkseen sairautensa kanssa. (Murphy 2004, 1251, Wilson ym. 2005, 658.) Pitkäaikaissairaiden hoito edellyttää kliinisen hoidon lisäksi asiakkaan psykososiaalisen elämäntilanteen laaja-alaista hahmottamista ja asiakkaan aitoa kohtaamista (NHS 2005a, 2–10).

Tämä hoitajajohtoinen toimintamalli on yksi palveluohjauksen sovellutus. Palveluohjaukselle (*case management*) ei ole yhtä yleisesti hyväksyttyä määritelmää, sillä sosiaali- ja terveysalan henkilöstö voi tarjota räätälöityä palveluohjausta useille asiakasryhmille (esimerkiksi sairausspesifit palveluohjausmallit). Ikääntyneille henkilöille suunnattuja palveluohjausmalleja on toteutettu runsaasti viimeisten 15 vuoden aikana useissa maissa kuten Yhdysvalloissa, Iso-Britanniassa, Australiassa, Kanadassa, Ruotsissa, Hollannissa ja Italiassa. (Sargent ym. 2007, 511.) *Community matron* -mallissa palveluohjaukselle on ominaista, että pitkälle koulutettu ja kokenut hoitaja toteuttaa sekä kliinistä hoitoa että tehostettua palveluiden koordinoitua (NHS 2005b, 13–24, Wright ym. 2007b, 454).

Tässä palveluohjausmallissa korostuu viisi elementtiä: 1) kliinisen tutkimuksen ja hoidon toteuttaminen, 2) hoidon yhteensovittaminen (väliinputoamisen ja palveluiden päällekkäisen käytön ehkäiseminen), 3) asiakkaan yksilöllinen ohjaaminen, 4) asiakkaan edustaminen ja etujen ajaminen

palvelujärjestelmässä sekä 5) psykososiaalisen tuen tarjoaminen. Nimenomaan hoitajan tarjoama psykososiaalinen tuki erottaa *community matron*-mallin useista muista palveluohjauksmalleista. Psykososiaalinen tuki on nähty yhtä tärkeänä kuin kliinisen hoidon toteuttaminen. (Sargent ym. 2007, 511, 514.)

Palveluohjauksessa hoitaja on intensiivisesti osallisena asiakkaan elämässä ja työskentelee läheisesti asiakkaan ja tämän perheen kanssa. Keskeistä on varmistaa asiakkaan selviytyminen kotona ja se, että hän pystyy hoitamaan sairauttaan itsenäisesti. Tämä edellyttää kokonaisvaltaista ja laaja-alaista asiakkaan kliinisen, psykologisen ja sosiaalisen tilanteen arvioimista: näin asiakkaan tarpeet ja toiveet voidaan tunnistaa. (NHS 2005b, 13–24.) Yksilöllinen ja asiakaslähtöinen hoidon suunnittelu on avaintekijä. Asiakaslähtöisyys tarkoittaa asiakkaan kuuntelemista ja sen selvittämistä, mikä on hänelle tärkeää. Lisäksi se tarkoittaa sekä yksilöllisten ja kulttuuristen tekijöiden, ja sen huomioimista, että hoito vastaa asiakkaan odotuksia. On tärkeää tuntea syvällisesti asiakkaan elämänhistoria, sen lisäksi, että tunnistetaan hänen terveydelliset ongelmansa. (Masterson 2007a, 23.)

Hoitosuunnitelma laaditaan asiakkaan ja hänen perheensä sekä muiden terveydenhuollon ammattilaisten kanssa yhteistyössä asiakkaan tarpeista ja tavoitteista käsin (Bowler 2006, 33). Tehokas hoitosuunnitelma ei keskity vain sairauden lääketieteelliseen hoitoon, vaan sen mahdollistamiseen, että asiakas selviytyy sairautensa kanssa jokapäiväisessä elämässä (Wright ym. 2007b, 454). Hoitosuunnitelmassa määritellään eri tahojen vastuut hoidossa: miten asiakas osallistuu hoitoonsa, mitä eri ammattiryhmien edustajat ja eri yksiköt tekevät ja mistä ne vastaavat asiakkaan hoidon kokonaisuudessa (Metcalf 2005, 58). Hoidon suunnittelun tavoitteena on ehkäistä terveydentilan heikkenemistä ja pitää sairauden hoito tasapainossa, tarjota ohjausta, vähentää komplikaatioita, lisätä asiakkaan riippumattomuutta ja parantaa asiakkaan elämänlaatua (Bowler 2006, 33).

Palveluohjauksessa keskeistä on hoitajan ja asiakkaan välinen suhde ja vuorovaikutuksen sujuvuus. On tärkeää ymmärtää asiakkaan käsitykset omasta sairaudesta ja tilanteesta sekä se, miten nämä käsitykset vaikuttavat hänen elämäänsä. Keskeistä on rohkaista asiakasta ottamaan enemmän vastuuta ja olemaan aktiivinen osallistuja omissa hoidossaan, sekä rakentaa luottamusta siihen, että asiakas pystyy vaikuttamaan tilanteeseen

seensa ja pitämään sairautensa tasapainossa. (Wright ym. 2007b, 453.) Hoitajan toimintaa luonnehtivat asiakaslähtöinen palveluiden tarjoaminen, yksilöllinen ja asiakkaan tarpeista lähtevä hoito ja ohjaus sekä itsehoidon tukeminen. Erityisen tärkeää on erilaisten psykososiaalisten tekijöiden, kuten sosiaalisen tuen ja tukiverkoston, huomioon ottaminen. Lisäksi perhekeskeinen ja terveyttä edistävä lähestymistapa korostuvat. (McHugh ym. 2007, 219.)

Palveluohjauksessa on tärkeää myös helposti ymmärrettävän tiedon tarjoaminen asiakkaalle ja hänen perheelleen, jotta pitkäaikaissairaat voisivat hoitaa itseään parhaalla mahdollisella tavalla ja tehdä omaa hoitoaan koskevia tietoon perustuvia valintoja (Metcalf 2005, 57). Palveluohjauksessa on olennaista hoitajan helppo saavutettavuus ja lähestyttävyyttä (NHS 2005b, 13–24). Lisäksi tärkeää on hoidon jatkuvuus ja säännöllinen yhteydenpito: useimmiten asiakkaisiin ollaan yhteydessä kerran kuukaudessa tai kahden viikon välein (Wright ym. 2007a, 401). Hoitajajohtoinen palveluohjaus on usein organisoitu tiimeiksi, jolloin varahenkilö on nimetty poissaolojen ajaksi ja myös päivystysaikainen hoitajapalveluiden saatavuus on mahdollista (Whight ym. 2007b, 458).

Palveluohjaukselle on tyypillistä kumppanuuteen perustuva työskentely yli organisaatiorajojen perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, sosiaalipalveluiden ja vapaaehtoistyön kanssa (Metcalf 2005, 55). On tärkeää luoda toimivat yhteydet sairaaloihin ja paikallisiin terveyspalveluiden tuottajiin (Bowler 2006, 33). Tämä mahdollistaa palveluketjujen saumattomuuden eri palveluntuottajien välillä (Metcalf 2005, 58, McHugh ym. 2007, 219). Tehokkaasti toteutetussa palveluohjauksessa asiakkaan tulisi päästä helposti esimerkiksi eri erikoisalojen asiantuntijoiden kliiniseen arviointiin (Murphy 2004, 1252). Parhaisiin tuloksiin on päästy sellaisella palveluohjauksella, jossa on tavoiteltu perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalipalvelujen aikaisempaa parempaan yhteensovittamista ja integraatiota (Metcalf 2005, 55).

Tämän hoitajajohtoisien toimintamallin strategisena tavoitteena on parantaa pitkäaikaissairaiden hoidon laatua, ennakoita ja ehkäistä heidän terveydentilassaan tapahtuvia kielteisiä muutoksia sekä vähentää sairaalahoidon tarvetta (NHS 2005a, 3–10, NHS 2005b, 9–24). Lisäksi tavoitteena on hoidon ja palveluiden yhteensovittamisen tehostuminen (Patrick ym. 2006, 520). Asiakkaan kan-

nalta tavoitteena on yksinkertaistaa kompleksisia ja sirpaleisia terveyspalveluita, sekä lisätä asiointiin joustavuutta. Keskeistä on palvelujen tuottaminen ja kehittäminen mahdollisimman lähellä asiakasta heidän omassa elinympäristössään. Tavoitteena on myös sitouttaa eri palveluntuottajat, kuten perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, sosiaalityön ja kolmannen sektorin toimijat, yhtenäiseen hoitosuunnitelman mukaiseen toimintatapaan pitkäaikaissairaiden hoidossa. (Bassett 2004, 15, NHS 2005a, 10, NHS 2006, 3.)

### HOITAJAN OSAAMISALUEET TOIMINTAMALLISSA

Englannissa on kehitetty pitkäaikaissairaiden hoitoa ja palveluohjausta toteuttavien hoitajien osaamisalueiden viitekehys, joka muodostuu sekä kliinisestä osaamisesta että palveluohjauksen elementeistä (taulukko 1). Tämä viitekehys ohjaa hoitajan roolin kehittämistä ja käytäntöjen yhtenäistämistä kansallisella tasolla. (NHS 2005a, 2–10, NHS 2006, 2.)

Pitkäaikaissairaiden hoidosta ja yksilöllisestä palveluohjauksesta vastaavat hoitajat (*matrons*) ovat pitkälle koulutettuja sairaanhoitajia tai terveydenhoitajia, jotka ovat työskennelleet terveysalalla useiden vuosien ajan (Wright ym. 2007a, 398). Hoitajat voivat siirtyä tehtävään miltä tahansa hoitotyön osa-alueelta kuten avoterveydenhuollosta tai erikoissairaanhoidosta, ja heidän taustansa voi olla joko akuutin hoitotyön tai pitkäaikaissairauksien alueelta (Clegg ym. 2006, 342). *Matron*-nimikettä

on kritisoitu sen vanhanaikaisuudesta. Toisaalta nimikkeen on väitetty viittaavan vahvasti siihen, että tietty henkilö todella on kokonaisvastuussa asiakkaan hoidosta, saa asiakkaan tuntemaan olonsa turvalliseksi, ja mahdollistaa sen, että asiakas saa tarpeidensa mukaista hoitoa. (Harrison 2005, 7.) Nimikkeestä huolimatta mallin toimintaideologia on uusi (NHS 2005b, 13–24).

Englannissa hoitajien koulutus on yleensä organisoitu osaamisalueiden mukaan: niiden pohjalta hoitajat voivat tunnistaa omat kehittymistarpeensa. Menetelminä koulutuksessa on usein käytetty luento-opetuksen lisäksi runsaasti erilaisia työssä oppimisen menetelmiä kuten mentorointia, vertaistukea, reflektointia, harjoittelua todellisissa tilanteissa ja systemaattista ohjausta työssä. (Bowler 2006, 33, NHS 2006, 5.) Koulutusta on järjestetty erilaisten koulutusorganisaatioiden toimesta, terveydenhuollon organisaatioiden sisäisenä koulutuksena ja käytännönläheisenä harjoitteluna (Harrison 2005, 7). Englannissa on järjestetty myös kansallinen koulutusohjelma, joka valmistaa hoitajia pitkäaikaissairaiden palveluohjaukseen (Girof & Rickaby 2008, 38).

### HOITAJAN TYÖNKUVA TOIMINTAMALLISSA

Hoitajajohtoisessa *community matron* -mallissa hoitaja toimii pitkäaikaissairaiden henkilökohtaisena palveluohjaajana, jonka työnkuva on laaja (taulukko 2). Se käsittää hoidon ja palveluiden koordinoinnin lisäksi asiakkaan tarpeiden kokonaisvaltaisen huomioimisen. (NHS 2005a, 2–10.)

**Taulukko 1. Hoitajan osaamisalueet pitkäaikaissairaiden palveluohjauksen toimintamallissa (NHS 2005a, 2–10, NHS 2006, 2.)**

Kliiniset taidot (esimerkiksi terveydentilan arviointi ja hoitotoimenpiteiden suorittaminen)

Kyky sovittaa yhteen asiakkaan hoidon ja palvelujen kokonaisuus

Terveydentilan muutoksia ennakoiva pitkäaikaissairauksien hoito ja kotona selviytymisen tukeminen

Psyykkisen toimintakyvyn ja mielenterveyden tukeminen

Itsehoidon, asiakkaan riippumattomuuden ja valinnanvapauden tukeminen

Jatkuva ammatillinen kehittyminen ja itsensä johtaminen

Riskipotilaiden tunnistaminen, terveyden edistäminen ja sairauksien ennaltaehkäisy

Uolevan potilaan hoitoa eräänä erinä

Kumppanuuteen perustuva työskentely yli organisaatorajojen

**Taulukko 2. Pitkäaikaissairaiden hoidosta vastaavan hoitajan tehtävät (Harrison 2005, 7, NHS 2005b, 13–24, Bird & Morris 2006, 20).**

Ennaltaehkäistä tarpeettomia ja suunnittelemattomia sairaalahoitajaksoja
Pyrkii lyhentämään suunniteltujen sairaalahoitajaksojen pituutta eli vähentämään hoitopäivien määrää
Tunnistaa yksilöllistä palveluohjausta tarvitsevat asiakkaat palvelujärjestelmästä
Sovittaa yhteen hoidon eri osa-alueet
Edistää asiakkaiden toimintakykyä ja elämänlaatua
Tukea asiakkaita ja heidän perheitään tulevaisuuden suunnittelussa
Lisätä asiakkaiden valinnanmahdollisuuksia
Toimia asiakkaan ja hänen perheensä etujen ajajana
Tukea asiakkaan riippumattomuutta ja kotona selviytymistä mahdollisimman pitkään
Parantaa kuolevan potilaan hoitoa

Yksi hoitaja vastaa 50–80 pitkäaikaissairaahan hoidosta (Harrison 2005, 7, Sargent ym. 2008, 39). Asiakasmäärän tarkoituksenmukaisuuteen vaikuttavat kuitenkin paikalliset olosuhteet, kohdeväestön ominaisuudet ja toimintamallin toteuttamisperiaatteet käytännössä (Sargent ym. 2008, 38). Vuoteen 2008 mennessä Englannissa on arvioitu työskentelevän yli 3 000 pitkäaikaissairaiden hoidosta vastaavaa hoitajaa, joiden tavoitteena on vähentää suunnittelemattomia sairaalahoitajaksoja 10–20 % (Murphy 2004, 1251). He vastaavat noin 250 000 pitkäaikaissairaahan ja palveluita usein käyttävän asiakkaan palveluohjauksesta (Wilson ym. 2005, 660).

### MALLIN TOIMEENPANON HAASTEET

Mallin toimeenpanon haasteet liittyvät erityisesti asiakkaiden rekrytointiin ja tunnistamiseen: miten löydetään hoitajajohtoista palveluohjausta eniten tarvitsevat ja siitä hyötyvät asiakkaat (Bassett 2004, 15, Hudson 2005, 381). Keskeistä on siirtyminen reagoivasta toimintatavasta kohti ennakoivaa toimintatapaa, jossa aktiivisesti etsitään niitä asiakkaita, joilla on suuri riski joutua suunnittelemattomasti ja päivystysluonteisesti sairaalahoitoon (NHS 2005b, 16–17). Riskipotilaiden tunnistamiseen on kehitetty myös sähköisiä työvälineitä kuten PARR (*Patients at Risk of Re-hospitalisation*), joka tunnistaa riskipotilaat potilastietojärjestelmästä saavan informaation avulla (Kings Fund 2005).

Useimmiten riskipotilaiden tunnistaminen tapahtuu erilaisten rekisteritietojen, kuten yleislää-

kärvastaanoton käyntimäärien tai sairaalahoitajaksojen määrän, perusteella. Asiakkaiden identifiointi potilastietojärjestelmistä on kuitenkin ongelmallista, sillä eri järjestelmien käyttötietoja ei aina ole saatavissa (Hudson 2005, 381). Palveluohjaukseen soveltuviksi asiakkaiksi on valittu myös henkilöitä, joilla on useita pitkäaikaissairauksia tai jotka tarvitsevat usein kiireellisiä terveyspalveluita. Lisäksi klinistä työtä tekevät yleislääkärit tai hoitotiimit ovat tunnistaneet yksilöllistä palveluohjausta tarvitsevia asiakkaita vastaanotolla käyvistä väestöstä. (Bowler 2006, 33.) Wrightin ym. (2007a, 401) mukaan noin puolet asiakkaista ohjautuu hoitajalle yleislääkärin kautta. Lisäksi hoitajat tunnistavat asiakkaita itse palvelujärjestelmästä, ja osa asiakkaista ohjautuu palveluohjauksesta vastaavalle hoitajalle sairaaloiden kautta. Riskipotilaiden tunnistamiseksi hoitajat tarvitsevat toimivaa yhteistyötä paikallisten terveyspalveluiden tuottajien kanssa (NHS 2005a, 2–10). Myös teknologia-avusteisissa hoitajajohtoisissa toimintamalleissa on korostettu hoitajan merkitystä sellaisten asiakkaiden tunnistamisessa, jotka todennäköisesti hyötyvät eniten teknologia-avusteisesta palveluohjauksesta (NHS 2008, 3).

Mallin toimeenpanossa saattaa syntyä ongelmia myös silloin, jos muut terveys- ja sosiaalipalveluiden tuottajat eivät ole sitoutuneet pitkäaikaissairaahan hoitosuunnitelman toteuttamiseen. Joustava tiedonsiirto saattaa olla ongelmallista, sillä se edellyttää yhteisiä sähköisiä potilastietojärjestelmiä esimerkiksi terveys- ja sosiaalipalveluiden tuottajien välille. Yhteinen järjestelmäkään ei kuitenkaan ole riittävää, jos ei ole yhteistä kieltä eikä asiakkaan hoitoa suunnitella asiakaslähtöisesti vaan eri am-

mattiryhmien intresseistä käsin. (Masterson 2007b, 38.) Olennaista onnistumisen kannalta on erikoissairaanhoidon asiantuntijoiden sitoutuminen hoitosuunnitelman toteuttamiseen (NHS 2008, 5).

Uuden palveluohjaukseen suuntautuneen hoitajaroolin integroiminen olemassa olevaan palvelujärjestelmään saattaa olla vaikeaa. Kun toimintamallista saatavaa hyötyä pyritään maksimoimaan, on tärkeää pyrkiä välttämään rooliristiriitoja ja eri ammattiryhmien työtehtävien päällekkäisyyttä. (Bird & Morris 2006, 19.) Palveluohjausta toteuttavan hoitajan roolissa onnistumiseen vaikuttavat merkittävästi yhteistyön ja vuorovaikutuksen sujuvuus perusterveydenhuollon yleislääkärin, muun avoterveydenhuollon henkilöstön, erikoissairaanhoidon asiantuntijoiden, ambulanssihenkilöstön ja sosiaalipalveluiden henkilöstön kanssa. Yhteistyön ja vuorovaikutuksen onnistuminen on olennaisen tärkeää, kun toimitaan useiden yksilöiden, ammattiryhmien ja organisaatioiden muodostamissa verkostoissa. Palveluohjauksen vaikuttavuuden kannalta keskeisesti on myös se, missä määrin onnistutaan turvaamaan aidosti asiakaslähtöinen hoito ja ylittämään eri ammattiryhmien rajapinnat. (Masterson 2007a, 23.) Lisäksi liian suuret asiakasmäärät ovat vaikeita hallita. Niiden on koettu johtavan enakoivasta toimintatavasta kohti reaktiivista toimintatapaa, laskevan hoidon laatua ja lisäävän sairaala-hoitajaksoja. (Sargent ym. 2008, 38.)

Mallin toimeenpanon haasteena on myös se, miten saavutetaan pitkäaikaissairaiden palveluohjauksesta vastaaville hoitajille riittävä osaaminen (Bassett 2004, 15). Osaamista on tarpeen olla paitsi pitkäaikaissairaiden hoidosta perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa, niin myös yksilöllisestä palveluohjauksesta (Bird & Morris 2006, 20). Hoitajat tarvitsevat paljon tukea ja ohjausta tässä vaativassa tehtävässä, jotta palveluohjausta käytettäisiin tarkoituksenmukaisesti ja parhaalla mahdollisella tavalla (NHS 2006, 5). Työnohjaus sekä kokeneilta klinikoilta saatu tuki, ohjaus ja koulutus on todettu olennaisen tärkeiksi tehtävässä onnistumisen kannalta (Clegg ym. 2006). Myös mentorointi ja työssä tapahtuva harjoittelu tukevat työtehtävistä suoriutumista (Bird & Morris 2006). Toisaalta Englannissa on todettu, että organisaatioilla on riittämättömät valmiudet tukea hoitajia tässä vaativassa tehtävässä, eikä aina ole mahdollisuuksia työssä tapahtuvaan oppimiseen. Organisaatioiden on tärkeää huolehtia siitä, että uuden tehtävän toteuttamiseen on saatavilla riittävästi tukea ja aikaa oppia se käytännössä. (Giro & Rickaby 2008, 38.)

## MYÖNTEISIÄ KOKEMUKSIA JA SAAVUTETUT VAIKUTUKSET

Pitkäaikaissairaiden hoitajajohtoisen palveluohjauksen on todettu vähentävän sairaalahoitajaksojen tarvetta (Woodend 2006, 51, Leighton ym. 2008, 83). Lisäksi se todennäköisesti vähentää käyntimääriä avoterveydenhuollon yleislääkärin vastaanotolla. Tehostetulla hoitajajohtoisella palveluohjauksella voidaan siten saavuttaa merkittäviä taloudellisia hyötyjä, säästää terveydenhuollon resursseja ja vapauttaa voimavaroja muuhun terveydenhuollon toimintaan. (Wright ym. 2007a, 402.)

Iso-Britanniassa asiakkaat ja lääkärit ovat olleet varsin tyytyväisiä toimintamalliin ja hoitajan työskentelyyn: kommunikaatio ja palvelujen yhteensovittaminen ovat parantuneet. Lisäksi luottamus palveluntuottajaan on lisääntynyt, koska palveluiden on koettu olevan helposti saavutettavia ja responsiivisia. (Leighton ym. 2008, 83.) Wrightin ym. (2007a, 402) tutkimuksen mukaan asiakkaat olivat tyytyväisiä ja tiesivät useimmiten miten ottaa yhteyttä hoitajaan ja keneen ollaan yhteydessä poissaolojen aikana. Suurin osa asiakkaista oli myös kokenut, että heidän toiveitaan oli kunnioitettu, heidät oli osallistettu hoitoa koskevaan päätöksentekoon ja heille oli tarjottu tietoa päätöksenteon tueksi.

Toisaalta Patrickin ym. (2006, 520) tutkimuksessa toimintamallilla ei havaittu vaikutusta sairaalahoitajaksojen määrään tai hoitoaikojen pituuteen, mutta asiakkaat kokivat, että toimintamallilla oli myönteisiä vaikutuksia heidän elämänlaatuunsa ja terveydentilaansa. Wright ym. (2007b, 453) toteavat tutkimuksessaan, että asiakkaat tunsivat olonsa aikaisempaa turvallisemmaksi ja luottavaisemmaksi sairautensa suhteen, kun hoitaja seurasi heidän tilannettaan aktiivisesti ja oli helposti asiakkaiden saavutettavissa. Asiakkaat tunsivat myös, että pitkäaikaissairaus oli paremmin hallinnassa ja heillä oli paremmat valmiudet hoitaa itseään.

Myönteisiä tuloksia on saatu myös teknologiaa (esimerkiksi verenpaineen ja verensokerin kotimitaukset) hyödyntävästä *community matron* -mallista: sillä on havaittu akuuttihoitoon kustannuksia, yleislääkärin vastaanottokäyntejä ja suunnittele-mattomia sairaalahoitajaksoja vähentävä vaikutus. Lisäksi asiakkaiden ahdistuksen on todettu vähentyneen ja luottamuksen lisääntyneen. Pitkäaikaissairailta oli tunne siitä, että heidän tilanteensa on hallinnassa, kun terveydentilaa seurataan ja hoitajalta saa tukea ja palautetta säännöllisesti. (NHS 2008, 2.)

Perusterveydenhuollossa ikääntyneille asiakkaille tarjotulla tehostetulla tuella voidaan todennäköisesti vähentää tarpeettomia sairaalahoitajaksija (Jiwa ym. 2002, 426). Lisäksi ikääntyneiden asiakkaiden yksilöllisellä hoidolla ja hoidon yhteensovittamisella voidaan vähentää palveluiden käyttöä, lisätä asiakkaiden elämänlaatua ja edistää myönteisiä käsitteitä sosiaali- ja terveyspalveluista (Adam 2006, 37). Myös hoitajajohtoisten ikääntyneille suunnattujen avoterveydenhuollon palveluiden on todettu vaikuttavan myönteisesti asiakkaan fyysiseen ja psyykkiseen oireiluun, elämänlaatuun sekä yhteistyön toimivuuteen eri ammattiryhmien edustajien ja muiden palveluntuottajien kanssa (Allen & Fabri 2005, 1202).

Yhdysvalloissa *Evercare*-ohjelmassa puolestaan hoitajat (*nurse practitioners*) ovat tarjonneet tehostettua tukea ja palveluohjausta ikääntyneille henkilöille, ja tämän on todettu vähentäneen sairaalahoitajaksija ja terveydenhuollon kustannuksia (Kane ym. 2003, 1427). Lisäksi on todettu, että palveluohjaus ja integroitu hoito (sosiaalityö ja lääketieteellinen hoito) ovat kustannustehokkaita ikääntyneillä, sillä ne vähentävät laitoshoidon joutumisen riskiä ja terveyspalveluiden käyttöä sekä edistävät toimintakykyä (Bernabei ym. 1998, 1348). Näyttöä on saatu myös palveluohjauksen vaikuttavuudesta pitkäaikaisista mielenterveysongelmista kärsivillä: palveluohjauksella on psykiatristen palveluiden käyttöä vähentävä ja elämänlaatua lisäävä vaikutus (Björkman & Hansson 2007, 12). Toisaalta kansainväliset tulokset palveluohjauksen vaikuttavuudesta sekä mielenterveysasiakkailta (Burns ym. 2007, 336) että ikääntyneillä (Gagnon ym. 1999, 1118, Gravelle ym. 2006, 31) ovat osittain ristiriitaisia. Palveluohjausmallien moninaisuus, terveydenhuollon toimintaympäristöjen erilaisuus ja erilaiset vaikuttavuuden arvioinnin tavat ovat saattaneet vaikuttaa tulosten osittaiseen epäjohtonmukaisuuteen (Sargent ym. 2008, 39).

Hoitajajohtoisella toimintamallilla voidaan parantaa pitkäaikaissairaiden terveyspalveluiden laatua sekä lisätä palveluiden asiakaslähtöisyyttä ja yksilöllisyyttä (NHS 2005b, 13–14). Lisäksi malli mahdollistaa henkilöstön urakehityksen (Harrison 2005, 7). Se tarjoaa kokeneille hoitajille mahdollisuuden kehittää uusia taitoja sekä vahvistaa omaa ammatillisuutta ja autonomiaa työssä (Woodend 2006, 52). Uusi rooli tukee ammatillista kasvua ja osaamisen laajentamista erityisesti silloin, kun hoitaja siirtyy erikoissairaanhoidon ja akuutin hoidon piiristä perusterveydenhuoltoon: tehtävä avaa uuden

näkökulman pitkäaikaissairaiden hoitoon avoterveydenhuollossa (Clegg ym. 2006, 342).

## VAIKUTTAVUUDEN ARVIOINTIA TARVITAAN EDELLEEN

Palveluohjausinterventioiden tai palveluohjaukseen perustuvien toimintamallien vaikuttavuutta on arvioitu suhteellisen paljon erilaisilla asiakasryhmillä (Kane ym. 2003, 1427, Gravelle ym. 2007, 31), mutta hoitajajohtoisen palveluohjauksen vaikuttavuudesta on vähemmän tietoa. Erityisen vähän arviointia on tehty asiakkaan näkökulmasta. (Wright ym. 2007a, 398.) Moninäkökulmaista vaikuttavuuden arviointia kuitenkin tarvitaan, sillä palveluiden käyttäjien näkemys omista sosiaali- ja terveyspalvelutarpeista voi olla erilainen kuin terveydenhuollon ammattilaisten arvio. Asiakasnäkökulma on olennaisen tärkeä, kun pyritään kehittämään vaikuttavia palveluita pitkäaikaissairaille ja heidän moninaisille tarpeilleen. (Leighton ym. 2008, 83.)

Toisaalta *community matron*-malli on ollut käytössä vasta suhteellisen vähän aikaa, ja vaikutukset näkyvät todennäköisesti vasta pitkällä aikajänteellä. Toimintamallia arvioivat tutkimukset ovat usein olleet pilotteja ja seuranta-ajat ovat olleet suhteellisen lyhyitä. Lisäksi hoitajajohtoisen palveluohjauksen vaikuttavuutta on arvioitu lähinnä Yhdysvalloissa ja Iso-Britanniassa, joten mallin toimivuutta ja käytettävyyttä on tarpeen tarkastella myös muissa maissa. (Patrick ym. 2006, 520.) Esimerkiksi Yhdysvaltojen myönteiset kokemukset eivät ole suoraan yleistettävissä englantilaisiin tai suomalaisiin terveyspalvelujärjestelmiin (ks. Hudson 2005, 381, Woodend 2006, 51, Sargent ym. 2008, 39). Lisäksi arvioinnin painopiste on ollut ikääntyneissä asiakkaisissa, joten arviointia tarvitaan lisää myös muilla asiakasryhmillä, joilla on moninainen palveluiden tarve.

Myös toimintamallin taloudellisista vaikutuksista tarvitaan lisää tutkimusnäyttöä eli saavutetaanko kustannussäästöjä päivytysohjeiden hoidon ja sairaalahoidon vähenemisen myötä. Toisaalta arviointia on tarpeen tehdä laajemmasta näkökulmasta kuin vain esimerkiksi muutoksina sairaalahoitajaksija määrässä. (McHugh ym. 2007, 219.) On tarpeen arvioida myös sitä, millainen vaikutus mallilla on asiakkaiden ja perheiden elämänlaatuun (McHugh ym. 2007, 219), hoidon tuloksiin ja palvelujärjestelmän toimivuuteen (Masterson 2007a, 23). Uusien hoitotyön toimintamallien käyttöönotosta



puuttuu usein systemaattinen arviointi, jotta saataisiin selville, onko niillä odotettuja vaikutuksia (Masterson 2007a, 23). Oleellista on pystyä osoittamaan se lisäarvo, jonka uuden toimintatavan juurruttaminen nykyiseen terveyspalvelujärjestelmään tuo (Leighton. ym. 2008, 83).

## MALLIN SOVELTUVUUS SUOMALASEEN PALVELUJÄRJESTELMÄÄN

Suomessa palveluohjaajia on toiminut useilla eri tehtävänimikkeillä erilaisten asiakasryhmien, kuten pitkäaikaissairaiden lasten ja heidän perheidensä, vanhusten, maahanmuuttajien, vankilasta vapautuneiden henkilöiden, vammais-, mielenterveys-, päihde- ja kriminaalihuollon asiakkaiden sekä työikäisten vaikeasti työllistettävien, ns. moniongelmaisten henkilöiden, parissa (Hänninen 2007, 19). Suomessa palveluohjauksesta on myönteisiä kokemuksia erilaisilla asiakasryhmillä sosiaali- ja terveysalalla kuten vanhuksilla ja vammaisilla, perheillä ja lapsilla, nuorilla, pitkäaikaistyöttömällä sekä huum- ja mielenterveyskuntoutujilla (Blomgren 2005, 7–42). Lisäksi Hänninen (2007, 46) toteaa kirjallisuuskatsauksessaan, että siellä missä palveluohjausta on Suomessa kokeiltu, kehitetty tai se on otettu pysyvästi käyttöön, asiakkaat ovat hyötäneet siitä. Palveluohjaus on lisännyt asiakkaiden hyvinvointia fyysisellä, sosiaalisella ja emotionaalaisella tasolla.

Suomalaiset hoitajat ovat pitkälle koulutettuja asiantuntijoita, joten heidän osaamistaan on tärkeää hyödyntää optimaalisesti. Hoitajan rooli pitkäaikaissairauksien hoidossa ja hoidon seurannassa on keskeinen, ja suurimmalta osin *community matron*-toimintamallin elementit ovat hyödynnettävissä suomalaisessa terveyspalvelujärjestelmässä. Toisaalta esimerkiksi lääkemääräyksien kirjoittaminen ja diagnostisten testien pyytäminen eivät tällä hetkellä sovellu suomalaiseen järjestelmään. Nämä ovat osa hoitajajohtoisia toimintamalleja Iso-Britanniassa (*community matron*) ja Yhdysvalloissa (*nurse practitioner*) (Woodend 2006). Suomalaishoitajilla on hyvät kliiniset taidot, mutta kyseenalaista on missä määrin hoitajat todella saavat ja ottavat laaja-alaista vastuuta pitkäaikaissairaiden ja moniongelmaisten asiakkaiden hoidosta perusterveydenhuollossa. Tämä tarjoaisi mahdollisuuden horisontaaliseen urakehitykseen.

Suomessa ei vielä ole yhteistä sähköistä potilastietojärjestelmää eri palveluntuottajien kesken, mikä vaikeuttaa palveluohjauksesta eniten höyty-

vien ja sitä tarvitsevien asiakkaiden tunnistamista ja eri tahojen välistä joustavaa tiedonkulkua. Toisaalta oman haasteensa asettaa se, miten saadaan pitkäaikaissairaiden hoitoon ja palveluiden tuottamiseen osallistuva verkosto toimimaan joustavasti ja sitoutumaan palvelusuunnitelman mukaiseen toimintaan. Toimiminen esimerkiksi yliopistosairaalan, terveyskeskuksen, sosiaalipalveluiden ja vapaaehtoisjärjestöjen rajapinnoilla on haastavaa esimerkiksi erilaisten toimintakulttuuristen tekijöiden vuoksi. Lisäksi virka-ajan ulkopuolisen hoitajavastuun organisoiminen on haasteellista suomalaisissa terveyskeskuksissa.

Oulunkaaren seutukunnan terveyskeskuksissa ollaan soveltamassa *community matron*-mallin hyviksi osoittautuneita käytäntöjä suomalaiseen terveydenhuoltoon ja erityisesti paljon terveyspalveluita tarvitsevien asiakkaiden hoitoon ja palveluiden koordinointiin. Noin 80–90 %:lla terveyspalveluita usein käyttävistä asiakkaista on jokin pitkäaikaissairaus, ja heillä esiintyy myös tavallista yleisemmin useita pitkäaikaissairauksia (Jyväskylä 2005, 410). Paljon palveluita tarvitsevat asiakkaat kuormittavat huomattavasti terveyspalvelujärjestelmää (Koskela 2008, 24). Palveluiden runsas käyttö tarkoittaa kysynnän kasvua ja tarjonnan allokointia pienelle osuudelle asiakkaista palvelutarjonnan peittävyuden koko väestölle samalla heikentyessä (Koskela 2008, 27). Toisaalta nykyinen terveyspalvelujärjestelmä ei välttämättä toimi parhaalla mahdollisella tavalla, jotta se pystyisi vastaamaan pitkäaikaissairaiden ja paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden moninaisiin ja usein vaikeasti määritettäviin tarpeisiin. Kyseessä on kansallisella tasolla pilottihanke, jossa tämän asiakasryhmän hoitoa pyritään systemaattisesti kehittämään. Tämän uuden hoitajajohtoisen toimintamallin vaikuttavuutta ja käytettävyyttä arvioidaan moninäkökulmaisesti sekä asiakkaiden että palvelujärjestelmän kannalta. Hanke pohjautuu Oulunkaaren seutukunnan verkostoituneen terveydenhuollon toimintamalliin, jossa pyritään perusterveydenhuollon vahvistamiseen ja joustavaan integraatioon erikoissairaanhoidon kanssa.

Tämän hoitajajohtoisen toimintamallin implementointi liittyy Suomessa käytyyn keskusteluun työnjaon ja erityisesti hoitajavastuun kehittämisestä perusterveydenhuollossa. Eniten tehtäviä on siirretty lääkäreiltä sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille. Heidän laajennetut tehtäväkuvat ovat liittyneet juuri hoidon tarpeen arviointiin, hoitoon ja hoitoon ohjaamiseen äkillisissä terveys-

ongelmissa hoitajavastaanotolla ja puhelinneuvonnassa sekä pitkäaikaissairaiden seurantaan. (Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005, 31.)

Lisäksi uusi terveydenhuoltolaki asettaa haasteita perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon saumattoman ja alueellisen yhteistyön edistämiseksi ja integraation vahvistamiselle. Tämä integraatio toteutuisi tuomalla erikoissairaanhoidon konsultaatiot kuntaan tai yhteistoiminta-alueelle. Lisäksi terveydenhuoltolakityöryhmän kehittämissuunnitelmassa tulee esille perusterveydenhuollon vahvistaminen esimerkiksi uusien toimintamallien ennakkoluulottomalla arvioinnilla ja arvioinnin perusteella tehdyllä käyttöönotolla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 3, 13–14, 129.) Sekä integraatiosta että perusterveydenhuollon vahvistamisesta ja uusien toimintamallien käyttöönotosta tämä hoitajajohtoinen toimintamalli on konkreettinen esimerkki.

## LÄHTEET

- Adam, R: Delivering unique care: care co-ordination in practice. *Journal of Integrated Care* 14(2006): 2, s. 37–47.
- Allen, J & Fabri, AM: An evaluation of a community aged care nurse practitioner service. *Journal of Clinical Nursing* 14(2005): 10, s. 1202–1209.
- Bassett, S: *The nursing perspective on chronic disease management*, <http://www.natpact.nhs.uk/>, 2004 (21.8.2008), s. 1–17.
- Bernabei, R, Landi, F, Gambassi, G, Sgadari, A, Zuccala, G, Mor, V, Rubenstein, LZ & Carbonin, PU: Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in community. *British Medical Journal* 316(1998): 7141, s. 1348–1351.
- Bird, D & Morris, T: Using community matrons to target long-term conditions. *Nursing Times* 102(2006): 23, s. 19–20.
- Björkman, T & Hansson, L: Case management for individuals with a severe mental illness: a 6-year follow-up study. *International Journal of Social Psychiatry* 53(2007): 1, s. 12–22.
- Blomgren, S: *Toimivia palveluohjauksen elementtejä etsimässä? Kirjallisuuskatsaus suomalaisista palveluohjaustutkimuksista*, Stakes FinSoc työpapereita 1/2005, Helsinki 2005.
- Bowler, M: Use of community matrons for care of long-term conditions. *Nursing Times* 102(2006): 33, s. 31–33.
- Burns, T, Catty, J, Dash, M, Roberts, C, Lockwood, A & Marshall, M: Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. *British Medical Journal* 335(2007): 7615, s. 336–340.
- Clegg, A, Hamilton, S & White, L: Becoming a community matron: the transition from acute to primary care. *British Journal of Community Nursing* 11(2006): 8, s. 342–344.
- Gagnon, AJ, Schein, C, McVey, L & Bergman, H: Randomised controlled trial of nurse case management of frail older people. *Journal of the American Geriatrics Society* 47(1999): 9, s. 1118–1124.
- Giro, EA & Rickaby, CE: Education for new role development: the Community Matron in England. *Journal of Advanced Nursing* 64(2008): 1, s. 38–48.
- Gravelle, H, Dusheiko, M, Sheaff, R, Sargent, P, Boaden, R, Pickard, S, Parker, S & Roland, M: Impact of case management (Evercare) on frail elderly patients: controlled before and after analysis of quantitative outcome data. *British Medical Journal* 334(2007): 7583, s. 31–34.
- Harrison, S: Community matron roles defined. *Nursing Standard* 19(2005): 22, s. 7.
- Hudson, B: Sea change or quick fix? Policy on long-term conditions in England. *Health and Social Care in the Community* 13(2005): 4, s. 378–385.
- Hukkanen, E & Vallimies-Patomäki, M: *Yhteistyö ja työnsäilyminen hoitoon pääsyn turvaamisessa*. Selvitys kansallisen terveyshankkeen työnjakopiloteista, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:21, Helsinki 2005.
- Hänninen, K: *Palveluohjaus: asiakaslähtöistä täsmäpalvelua vauvasta vaariin*, Stakes raportteja 20/2007, Helsinki 2007.
- Jiwa, M, Gerrish, K, Gibson, A & Scott, H: Preventing avoidable hospital admission of older people. *British Journal of Community Nursing* 7(2002): 8, s. 426–431.
- Jyväsjärvi, S: *Terveydenpalveluita usein käyttävät ja monisairaajat potilaat*. Teoksessa: Kumpusalo, E, Ahto, M, Eskola, K. ym. (toim.) *Yleislääketiede*, Duodecim, Helsinki 2005, s. 410–421.
- Kane, RL, Keckhafer, G, Flood, S, Bershadsky, B & Siadat, MS: The effect of Evercare on hospital use. *Journal of the American Geriatrics Society* 51(2003): 10, s. 1427–1434.
- Kings Fund: *Patients at Risk of Re-hospitalisation (PARR) Case Finding Tool*, <http://www.kingsfund.org.uk/>, 2005 (21.8.2008).
- Koskela, T-H: *Terveydenpalveluiden pitkäaikaisen suorkäyttäjän ennustekijät*. Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede 425, Kuopion yliopisto 2008.
- Leighton, Y, Clegg, A & Bee, A: Evaluation of community matron services in a large metropolitan city in England. *Quality in Primary Care* 16(2008): 2, s. 83–89.
- Manderbacka, K: *Koettu terveys ja tiedossa oleva sairastavuus*. Teoksessa: Aromaa, A, Huttunen, J, Koskinen, S & Teperi, J (toim.) *Suomalaisten terveys*, Duodecim, Kansanterveyslaitos ja Stakes, Saarijärvi 2005, s. 130–133.
- Masterson, A: Community matrons: person-centred care

- planning (part one). *Nursing Older People* 19(2007a): 4, s. 23–26.
- Masterson, A: Community matrons: inter-professional and inter-agency working (part five). *Nursing Older People* 19(2007b): 8, s. 38–40.
- McHugh, G, Chalmers, K & Luker, K: Caring for patients with COPD and their families in the community. *British Journal of Community Nursing* 12(2007): 5, s. 219–222.
- Metcalf, J: The management of patients with long-term conditions. *Nursing Standard* 19(2005): 45, s. 53–60.
- Murphy, E: Case management and community matrons for long term conditions: a tough job that will need highly trained professionals. *British Medical Journal* 329(2004): 7477, s. 1251–1252.
- NHS: *Case management competences framework for the care of people with long term conditions*, <http://www.networks.nhs.uk/>, 2005a (10.8.2008), s. 1–12.
- NHS: *Supporting people with long term conditions: liberating the talents of nurses who care for people with long term conditions*, <http://www.dh.gov.uk/>, 2005b (10.8.2006), s. 1–27.
- NHS: *Community Matron*. Supporting people with long term conditions team. Education Framework, <http://www.integratedcarenetwork.gov.uk/>, 2006 (10.8.2008), s. 1–5.
- NHS: *Telehealth in Kent: what's behind its success?* <http://www.kent.gov.uk/>, 2008 (10.9.2008), s. 1–6.
- Patrick, H, Roberts, N, Hutt, R, Hewitt, P, Connelly, J & Oliver, D: Evaluation of innovations in nursing practice: report and discussion. *British Journal of Nursing* 15(2006): 9, s. 520–523.
- Sargent, P, Pickard, S, Sheaff, R & Boaden, R: Patient and carer perceptions of case management for long-term conditions. *Health and Social Care in the Community* 15(2007): 6, s. 511–519.
- Sargent, P, Boaden, R & Roland, M: How many patients can community matrons successfully case manage? *Journal of Nursing Management* 16(2008): 1, s. 38–46.
- Silvennoinen-Nuora, L: *Hoitoketjut ja vaikuttavuus. Vaikuttavuuden arviointi reumapotilaan hoitoketjussa*. Tampereen yliopisto 2004.
- Sosiaali- ja terveysministeriö: *Uusi terveydenhuoltolaki*. Terveydenhuoltolakityöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:28, Helsinki 2008.
- Tantt, K: *Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa. Prosessilähtöisen toiminnan hallinta koordinoinnin näkökulmasta*. Acta Wasaensia No 176, Vaasan yliopisto 2007.
- Wilson, T, Buck, D & Ham, C: Rising to the challenge: will the NHS support people with long term conditions? *British Medical Journal* 330(2005): 7492, s. 657–661.
- Woodend, K: The role of community matrons in supporting patients with long-term conditions. *Nursing Standard* 20(2006): 20, s. 51–54.
- Wright, K, Ryder, S & Gousy, M: An evaluation of a community matron service from the patients' perspective. *British Journal of Community Nursing* 12(2007a): 9, s. 398–403.
- Wright, K, Ryder, S & Gousy, M: Community matrons improve health: patients' perspectives. *British Journal of Community Nursing* 12(2007b): 10, s. 453–459.