

TAVOITTEENA EHEÄ ASIAKASPOLKU

CGA asiakasohjaajan työvälina sairaanhoitajan koordinoimana



Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Visamäki, Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen

hyväksymislukukausi, 2018

Miia Päivärinta

YAMK Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen

Visamäki, Hämeenlinna

Tekijä

Miia Päivärinta

Vuosi 2018

Työn nimi

**TAVOITTEENA EHEÄ ASIAKASPOLKU,
CGA asiakasohjaajan työväline sairaanhoitajan koordinoimana**

Työn ohjaaja:

Outi Välimaa

TIIVISTELMÄ

Tämä tutkimus käsittelee CGA-arviointiprosessin (comprehensive geriatric assessment) käyttöönoton ja sen tuottaman tiedon hyödyntämistä asiakasohjaajan työssä. CGA arvioinnin kokoa ja koordinoi kotihoidossa työskentelevä sairaanhoitaja. Arviointi tuottaa yhteisen tietopohjan asiakasohjaajalle asiakkaan palvelu- ja hoitosuunnitelmaa koottaessa ja kotihoitoon suunnitelmaa päivittäistyössä toteutettaessa.

Tutkimuksen taustalla on oletus, että CGA:n tuottaman asiakaskohtaisen tiedon avulla voitaisiin tunnistaa varhaiset kuntoutustarpeet sekä palvelujen ratkaisukeskeinen, asiakaslähtöinen ja yksilöllinen järjestäminen. Tutkimuksessa haetaan vastausta kysymykseen: ”Miten asiakasohjaajat kokevat CGA:n asiakasohjauksen ja kotihoidon yhteisenä työvälineenä?”

Tutkimus toteutettiin puolistrukturoidulla haastattelulla sekä katsauksena aiempiin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen. Tutkimuksen taustateorianä käytettiin Kaplan & Nortonin (1996) Balanced scorecardia ja tulkintakehikkona sen neljää näkökulmaa.

Tutkimustuloksena todettiin, että CGA:n tuottaman tiedon turvin asiakasohjaaja pystyisi tunnistamaan esimerkiksi asiakkaan kuntoutustarpeet aikaisempaa varhaisemmassa vaiheessa. Täten CGA on arviointiprosessi, joka toteuttaa sille asetetut ennako-odotukset asiakasohjaajan näkökulmasta. Tutkimus vahvistaa myös käsitystä siitä, että CGA:n moniammatillinen työote vahvistaa kotihoidon ja asiakasohjauksen yhteistyötä. Sairaanhoitajan koordinoivan roolin merkitys korostui tässä tutkimuksessa.

Avainsanat: CGA, moniammatillinen geriatrinen arviointi, RAI-arviointijärjestelmä, asiakasohjaaja, sairaanhoitajan rooli, eheä asiakas- tai hoitopolku **Sivut:** 58 sivua, joista liitteitä 32 sivua

YAMK Management and development of social and health care

Visamäki

Author	Miia Päivärinta	Year 2018
Subject	Endavouring an integral client path, CGA tool coordinated by a registered nurse	
Supervisor	Outi Välimaa	

ABSTRACT

This research discusses the utilisation of the inauguration of the CGA (comprehensive geriatric assessment) evaluation process and the information produced by it in the work of a client instructor. The CGA evaluation data are collected and coordinated by a registered nurse working in home care. The evaluation produces a common information base for the client instructor when compiling a service and treatment plan for the client and conducting the home care plan in daily work.

The presumption in the background of the research is that the client-specific information produced by the CGA could help to recognise the early needs for rehabilitation as well as the solution-oriented, client-oriented and individual organising of the services. The research attempts to answer the question: "How do the client instructors experience the CGA as a common means of the client guidance and home care?"

The research was conducted with a semi-structured interview and a review on earlier studies and literature. The background theory of the research was Balanced scorecard by Kaplan & Norton (1996), whose four standpoints were its frame of interpretation.

The research revealed that based on the information produced by the CGA, a client instructor could recognise for example a client's needs for rehabilitation earlier than before. Thus, the CGA is a process of evaluation, which fulfils its presumptions from a client instructor's point of view. The research also supports the notion that the CGA's multi-professional approach to work fortifies the cooperation between home care and client guidance. The significance of the coordinating role of a registered nurse highlighted in this research.

Keywords CGA, comprehensive geriatric assessment, RAI evaluation system, client instructor, role of nurse, integral client or treatment path **Pages** 58 pages including appendices 32 pages

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	4
2 TUTKIMUKSESSA KÄYTETYT KÄSITTEET.....	5
2.1 Yleistä	5
2.2 Eheä asiakas- tai hoitopolku.....	5
2.3 CGA, Comprehensive Geriatrics Assessment ajattelu-, toiminta- ja arviointiprosessi.....	6
2.4 RAI-arviointijärjestelmä ja sen keskeinen käyttö	7
2.5 Asiakasohjausprosessi ja asiakasohjaaja	8
2.6 Sairaanhoidajan rooli	9
3 LAINSÄÄDÄNTÖ, LAATUSUOSITUKSET JA AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA.....	10
3.1 Palvelujen järjestämistä ohjaava lainsäädäntö ja laatusuositukset	10
3.2 Aikaisempia tutkimuksia	11
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	13
4.2 Aineiston koonti	13
4.3 Analyysi metodi.....	14
4.4 Tutkimuksen analyysin toteutus	15
5 TUTKIMUKSEN ANALYYSIN TULOKSET	15
5.1 Sisäisten prosessien teema.....	15
5.2 Taloudellinen teema	17
5.3 Asiakasteema.....	18
5.4 Oppimisen ja kasvun teema.....	19
5.5 Aineiston tulosten analyysi Tasapainotetun mittariston avulla	20
6 JOHTOPÄÄTÖKSET	22
7 POHDINTA.....	25
LÄHTEET	27
LIITTEET	31

1. JOHDANTO

Tämä opinnäytetyö on osa STM:n rahoittamaa Pirkanmaan Ikäneuvo-hanketta. Opinnäytetyössä kehitettävä CGA ajattelumalli (Kaistinen 2015) liitettiin myös meillä olevaan Tampereen kaupungin oman kotihoidon hoito- ja vanhustyön kehittämiseen, jossa ensimmäisessä vaiheessa kehitetään sähköistä oppimisalustaa kotihoidon työntekijöiden jatkuvan työssäoppimisen tueksi.

KAAPO, keskitetty alueellinen asiakasohjaus – hanke on yksi STM:n I&O kärkihankkeista. Ikäneuvo-hanke on Pirkanmaalla toteutettava osa valtakunnallista KAAPO-toimintamallia. KAAPO on tulevaisuudessa keskeinen osa maakunnan ikääntyneiden palvelujärjestelmää. Se on apua tarvitsevan ikäihmisen neuvontapiste sekä palvelujen järjestäjä, koordinoija ja asiakkaan palvelupolkujen seuraaja, joka toimii yhteistyössä alueen eri tahojen ammattilaisten sekä viranomaisten kanssa. (STM 2016.)

Ikäihmisten palveluntarpeet käsitellään KAAPO:n kautta, myös silloin kun palveluntarve olisi havaittu muualla esimerkiksi terveyskeskuslääkärin vastaanotolla tai sairaalaosastolla. KAAPO:lla on koordinoiva rooli. KAAPO:n asiakkaita ovat apua tarvitsevat ikäihmiset. Samoin myös omaishoitajille syntyy asiakkuus. He voivat käyttää palveluita omaishoitajan roolissa. Näitä ovat esimerkiksi terveystarkastukset ja omaishoitajien vapaat. Asiakkuus KAAPO:on voi syntyä apua tarvitsevan ikäihmisen omasta yhteydenotosta tai läheisen, ammattilaisen tai viranomaisen havaitsemasta avuntarpeesta esimerkiksi terveyskeskuslääkäri, sairaalan kotiutushoitaja tai vaikkapa poliisi. (STM 2016.)

Ikäneuvo-hankkeessa on mukana Pirkanmaan kunnat lukuunottamatta kuntia, jotka ovat ulkoistaneet sosiaali- ja terveystalonsa. Ikäneuvo-työn tavoitteena on kehittää keskitetty, alueellinen palvelu- ja asiakasohjaus Pirkanmaalle. Alusta alkaen työn tavoitteena oli edistää geneerisen eli yleistettävän mallin kehittämistä. Alkuvaiheessa työ kohdistettiin ikäihmisten palveluihin.

Ikäneuvo-työ aloitettiin suurryhmistä, joissa kaikki mukana olevat Pirkanmaan kunnat olivat edustettuina. Työryhmissä painottui ennaltaehkäisevän työn merkitys ikäihmisten toimintakyvyn ylläpitämisessä ja siten pääpaino oli ikäihmisten kotona asumisen mahdollistaminen todellisenä vaihtoehtona.

Ohjaus, neuvonta ja asiakasohjaus nähtiin ensisijaisina toimintamalleina edistämään tavoitetta. Myös asiakkaan omaa roolia asioidensa hoitajana ja ohjaajana haluttiin korostaa. Tärkeänä pidettiin asiakkaan oman äänen kuuluville saattamista, asiakkaan kuulluksi tulemisen kokemuksen korostamista ja siten ratkaisukeskeistä työtettä.

Osana Ikäneuvo-työtä päädyttiin kehittämään tiedolla ohjausta, johon välineeksi suurryhmässä käydyissä keskusteluissa tunnistettiin CGA-ajattelu- ja toimintamalli, jota oli kehitetty erityisesti Ylöjärvellä. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on selvittää muunmuassa kuinka asiakasohjaajat näkevät CGA:n tulevaisuuden työvälineenä.

2. TUTKIMUKSESSA KÄYTETYT KÄSITTEET

2.1 Yleistä

Tässä tutkimuksessa käsitteet ovat keskeisessä roolissa kuvattaessa CGA-arviointiprosessia (comprehensive geriatric assesment) eli kokonaisvaltaisesta geriatrisesta arviointimenetelmää moniammatillisesta näkökulmasta. Tässä tutkimuksessa käytetään suomennosta 'moniammatillinen geriatrinen arviointi', joka on otettu käyttöön erityisesti Pirkanmaalla (Kaistinen 2015). Suomennoksessa halutaan korostaa moniammatillisen työn merkitystä ja tuloksellisuutta. Käsitteellä halutaan korostaa sitä, että mikään ammattiryhmä ei voi tuottaa yksin kattavaa näkökulmaa asiakkaan tarpeista ratkaisukeskeisestä asiakasnäkökulmasta. Käsitteet tässä tutkimuksessa valikoituivat vahvasti kotihoidon, kotona asuvien ihmisten ja asiakasohjauksen näkökulmista.

2.2 Eheä asiakas- tai hoitopolku

Tässä työssä asiakkaan eheällä asiakas- tai hoitopolulla tarkoitetaan ikäihmisen saumattonta siirtymistä esimerkiksi kotoa osastojaksolle, tehostetun kuntoutuksen piiriin tai muuhun kodin ulkopuoliseen, tilapäiseen hoitopaikkaan tai käynnistettäessä uudelle asiakkaalle säännöllistä kotihoidon palveluja. Asiakas- tai hoitopolku käsitteiden avulla viitataan siihen onko kyse asiakkaan asiakkuudesta erilaisiin palveluihin vai hoitosuhteesta potilaana erilaisissa hoitoyhteisöissä tai sairaalassa.

Eheä hoitopolku pitää sisällään eri hoitopaikkojen saumattoman yhteistyön, joissa asiakasta tai potilasta on kuultu ja hänen kansaan on neuvoteltu. Täten asiakkaan kokonaistilanne on selvillä sekä lähettävässä että vastaanottavassa yksikössä sekä asiakas itse ja tarvittaessa hänen läheisensä ovat mukana koko prosessissa aktiivisina osapuolina. Eheään asiakas- tai hoitopolkuun kuuluu myös jatkosuunnitelma, jonka on oltava selkeä niin asiakkaalle, omaiselle sekä jatkohoidosta vastaavalle taholle. (Kaistinen 2015, Valvanne 2015.)

Optimaalisesti toteutuessaan eheä asiakas- tai hoitopolku tarkoittaa laajaa tietämystä asiakkaan kokemasta voinnista, lääkityksestä, kotitilanteesta, liikkumisesta, apuvälineistä, ravitsemuksesta, omaisten tai läheisten avusta ym. eli tietämystä ylipäätään siitä, minkälaisista osasista asiakkaan elämä rakentuu. (Rönneikkö 2017.)

Eheät asiakas- tai hoitopolut tarvitsevat riittävää tietoa sekä tiedolla johtamista. Tiedolla johtamisessa on pohjimmiltaan kysymys siitä miten tiedolla onnistutaan luomaan arvoa. Arvoa syntyy, kun tietoa osataan hyödyntää operatiivisessa työssä sekä toiminnan kehittämisessä. Näkökulmana tulisikin olla kerättävän tiedon hyödyntäminen. (Kosonen 2015.)

Jalonen (2015, 40 -41) kiteyttää tiedolla johtamisessa olevan yksinkertaisimmillaan kysymys toiminnasta itsestään syntyvän tiedon ja toimintaan vaikuttavan ulkoisen tiedon yhdistämisestä toimintatilanteeseen siten, että yhdistelmä vie organisaatiota toivottuun suuntaan. Tietoa tarvitaan organisaatiossa asioiden ymmärtämiseen, päätösten tekoon sekä uuden tiedon luomiseen.

Eheän asiakas- tai hoitopolun toteutuessa onnistuneesti, asiakas tai potilas saa oikeat palvelut oikeaan aikaan oikealta taholta. Hän ohjautuu mahdollisesti riittävän ajoissa tukipalveluiden piiriin sekä välttää yllättävät, suunnittelemattomat osastohoitojaksot sairaalassa. Asiakkaan eheä hoitopolku voi koostua sekä julkisesti tuotetuista että kunnan omista tai järjestämistä ostopalveluista. Palvelut voivat olla yksityisesti tuotettuja ja asiakkaan omalla rahalla ostamia.

2.3 CGA, Comprehensive Geriatrics Assessment ajattelu-, toiminta- ja arviointiprosessi

CGA eli Comprehensive Geriatrics Assessment on kokonaisvaltainen, moniammatillinen sekä geriatrinen että gerontologinen ajattelumalli ja arviointiprosessi. Tässä tutkimuksessa CGA on asiakasohjaajan ja kotihoidon yhteinen arviointityöväline, johon tiedonkootia koordinoi ja ohjaa kotihoidon sairaanhoitaja yhteistyössä kotihoidon tiimin kanssa. Tulevaisuudessa koordinoijana voisi olla esimerkiksi Sote-keskuksessa työskentelevä sairaanhoitaja. Molemmissa tapauksissa työ tehdään yhdessä asiakkaan kanssa.

CGA on ammattilaisen omaksuma ratkaisukeskeinen ajattelumalli ja työväline, jonka ohjaamana kootaan olemassa oleva, ajantasainen tieto esimerkiksi RAI- arviointijärjestelmästä saatavasta tiedosta asiakkaan toimintakyvystä ja elämän tilanteesta. CGA tuottaa moniammatillisen työryhmän tuella tietoa hoito- ja palvelusuunnitelmaan, joka on valmisteltu yhteistyössä asiakkaan ja tarvittaessa hänen omaistensa kanssa. (Ikäneuvo 2017.)

Kotihoidon sairaanhoitaja etsii olemassa oleva asiakas- ja potilastiedon sekä kokoaa moniammatillisen työryhmän asiakkaan tarpeiden mukaan. Kootun tiedon pohjalta asiakasohjaaja valmistelee hoito- ja palvelusuunnitelman ja tekee tarvittavat palvelupäätökset. CGA:ssa kukin ammattiryhmän jäsen tuo oman alansa asiantuntemuksen ja kokemuksen työryhmän käyttöön toisten asiantuntemusta kunnioittaen ja

sovittaen tiedon asiakkaan kokonaistilanteeseen. Yhteistyössä asiakkaan kanssa asetetaan esimerkiksi henkilökohtaiset kuntoutumisen tavoitteet, joiden toteuttamiseen asiakas ja työryhmä sitoutuvat. Samalla suunnitellaan esimerkiksi omahoidon tueksi tarvittavat toimenpiteet, selvitetään mahdolliset kotiin tarvittavat palvelut sekä sovitaan tarvittaessa hoito- ja palvelusuunnitelman päivityksestä. (Ikäneuvo 2017.)

Moniammatillisen geriatrisen arvioinnin hyödyistä on kirjallisuudessa vankka tutkimusnäyttö. Se on osoittautunut useissa tieteellisissä interventiotutkimuksissa vaikuttavaksi ikääntyvien ihmisten toimintakyvyn ja elämänlaadun kohentumisesta. CGA:n tuottaman tiedon avulla on voitu tutkimusten mukaan myöhentää laitoshoidon ja muiden raskaiden hoitopalvelujen tarvetta ja aloittamista. (Kaistinen 2015,11.)

2.4 RAI-arviointijärjestelmä ja sen keskeinen käyttö

RAI (Resident Assessment Instrument) -järjestelmä on laajasti myös valtakunnallisesti käyttöön otettu tiedonkeruun ja havainnoinnin ohjelma, jossa arvioidaan muun muassa asiakkaan toimintakykyä ja palveluntarvetta. Arviointia voidaan hyödyntää myös asiakkaan hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman laatimisessa. RAI on työväline, joka pureutuu asiakkaan toimintakykyyn monipuolisesti ja järjestelmällisesti. RAI-ohjelmiston oikeudet omistaa ja sitä ylläpitää kansainvälinen tutkijaverkosto InterRAI. Suomessa käytettävää RAI-arviointijärjestelmää valvoo THL. (THL n.d.)

RAI-arviointi työvälinettä on kehitetty useita erilaisia versioita. THL:n mukaan RAI on työväline, jolla voidaan tuottaa tietoa päätöksenteon ja johtamisen tueksi, kohdentamaan palveluita asiakkaan tarpeiden mukaan sekä seuraamaan palvelujen laadua ja toiminnan tuloksellisuutta (THL 2018.)

Suomessa käytössä olevat tai kehitystyön alla ovat seuraavat RAI-välineet:

- kotona asuvan palveluihin suunniteltu RAI-HC (Home Care)
- ympärivuorokautiseen hoivaan suunniteltu RAI-LTC (Long Term Care)
- akuuttisairaalahoittoon suunniteltu interRAI-AC (Acute Care)
- kuntoutussairaaloille suunniteltu interRAI-PAC (Post Acute Care)
- mielenterveystyöhön: interRAI-MH (Mental Health, ympärivuorokautiseen hoitoon) ja interRAI-CMH (Community Mental Health, avohoitoon) lisäksi Emergency Screener for Psychiatry (akuuttitilanteeseen)
- vammaistyöhön, erityisesti kehitysvammatyöhön suunniteltu
- lasten mielenterveys- ja kehitysvammatyöhön suunniteltu
- palvelutarpeiden selvittämiseen, kartoitukseen ja palveluohjaukseen suunniteltu interRAI-CA (Contact Assessment), yhdistettävissä suomalaisen sosiaalisen tilanteen kartoitukseen HELSA©

- RAI-HC-välineeseen perustuva osittaisarviointipaketti "Oulu Screener" (THL n.d.).

RAI - välineet muodostuvat seuraavista osista:

- käyttäjäoppaasta eli käsikirjasta
- kysymyslomakkeesta vastausvaihtoehtoinen
- arvioinnin perusteella lasketuista mittareista
- hoidon ja palvelujen päätöksentukiherätteistä (CAPS). (THL n.d.)

Kaikkien RAI - välineistöjen rakenne on lähes sama. Kysymyssidältö koostuu ydinkysymyksistä ja niitä täydentävistä välinekohtaisista kysymyksistä. Ydinkysymysten perusteella muodostuvilla mittareilla voidaan verrata asiakkaita toisiinsa riippumatta siitä, millä RAI-välineellä arviointi on tehty. Erityisen kohderyhmän tai kohdeongelman erityistarpeita voidaan havaita ja seurata täydentävien kysymysten avulla. (THL n.d.)

RAI – järjestelmän käyttö

RAI -välineen keskiössä on laaja yksilön voimavarojen ja tarpeiden standardoitu kartoitus ja arviointi. Ikäihmisen RAI - arviointi perustuu hoitajan, asiakkaan sekä hänen läheistensä kanssa tehtävään toimintakyvyn arviointiin. Arviointi tehdään henkilön tullessa hoidon piiriin, voimien muuttuessa oleellisesti tai vähintään puolivuositain. RAI – arvioinnin tavoitteena on löytää sellaiset toimintakykyä ja hyvinvointia vaarantavat tekijät, jotka voidaan korjata riittävän aikaisin kohdistuvalla hyvällä hoidolla sekä auttaa yksilöä hyödyntämään omia voimavarojaan omatoimisuuden säilyttämiseksi. RAI-arviointi tiedot syötetään suoraan arviointia tehtäessä RAI – ohjelmiin, joka tuottaa tietoa henkilön fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn suoriutumisen tasoista ja niiden riskitekijöistä.

Asiakastason tiedon lisäksi RAI-ohjelmisto tuottaa monipuolista, reaaliaikaista tietoa koko yksikön asiakasrakenteesta, mikä on hyödyllinen tieto johtamisen näkökulmasta. RAI - ohjelmistosta on saatavissa erilaisia mittariraportteja koskien yksittäistä henkilöä tai koko asiakasryhmää.

2.5 Asiakasohjausprosessi ja asiakasohjaaja

Asiakasohjausprosessi on keskeisessä osassa tarkasteltaessa ikäihmisten palvelukonaisuutta asiakkaan näkökulmasta. Asiakasohjaaja rakentaa palvelu- ja hoitoketuista tiedon avulla asiakkaan eheän asiakas- tai hoitopolun (Kaistinen 2015). Asiakasohjauksen tavoitteena on helpottaa apua tarvitsevien ihmisten palveluihin haakeutumista tiedolla ohjaamisen eli neuvonnan ja tuen keinoin (Kosonen 2015).

Asiakasohjaaja auttaa asiakasta ja tarvittaessa hänen omaistaan tai läheistään palveluiden onnistuneessa kohdentumisessa asiakkaiden yksilölliset tarpeet huomioiden. Asiakasohjauksen periaatteena on saavutettavuus, yhdenvertaisuus, matalan kynnyksen tavoitettavuus sekä yhteydenoton helppous. Asiakasohjaus toimii yhteistyössä useiden eri verkostojen kanssa, mutta tekee tarvittaessa tiivistä yhteistyötä myös asiakkaiden omaisten kanssa. (STM 2017,33.)

Asiakasohjauksen yksi keskeisimpiä toiminta-ajatuksia on niin sanottu yhdenluokun-periaate, jossa asiakkaan ei tarvitse tietää mitä tai mistä palveluita haetaan, vaan hän saa avun asiakasohjauksesta yhden yhteydenoton periaatteella. Asiakkaan tilanne selvitetään, ohjataan hakeutumaan omaehtoisten ratkaisuiden piiriin esimerkiksi harrasteet, vertaisryhmät ja niin edelleen. Tarvittaessa asiakasta avustetaan tukien hakemisessa tai lomakkeiden täyttämässä. STM:n (2017,17) mukaan keskitetyn asiakasohjauksen tavoitteena on tehdä näkyväksi kuntien, järjestöjen ynnä muiden kolmannen sektorin tarjoamat toiminnot, julkisten toimintojen kriteerit ja saatavuus sekä varmistaa että myönnetyt palvelut toteutuvat asianmukaisesti.

2.6 Sairaanhoidajan rooli

Tässä tutkimuksessa CGA-arviointiin tarvittavaa tietoa kokoaa ja koordinoi kotihoidossa työskentelevä sairaanhoitaja. Ikäneuvon työryhmätyöskentelyissä käydyissä keskusteluissa havaittiin, että asiakasohjaaja tarvitsee yhteistyökumppanikseen CGA-arviota koordinoivan ja kokoavan sairaanhoitajan, joka kutsuu yhteen tarvittavat ammattilaiset (Ikäneuvo 2017). Sairaanhoitaja toimii myös lääkärin työparina, linkkinä kotihoidon omahoitajaan ja hoitotiimiin sekä tarvittaessa omaisiin. Hän huolehtii sovittaessa jatkosuunnitelman seuraamisesta ja toteutumisesta yhteistyössä asiakasohjaajan, asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa. Sairaanhoitaja valmistelelee ja tilaa lääkärin määräämät laboratoriokokeet ja testit, tukee hoitotiimiä oikea-aikaisen RAI- arvioinnin teossa sekä hoitaa geriatrisen arvioinnin systemaattisen kirjaamisen asiakkaan potilastietojärjestelmään.

CGA-mallin käyttöönotossa sairaanhoitaja koordinoi työtä, jolloin työtapa on myös ekologisesti ja kokonaistaloudellisesti kestävä esimerkiksi asiakasohjaukseen tarvittavien resurssien näkökulmasta. Työssä hyödynnetään olemassa olevia kotihoidon resursseja. Tutkimusten mukaan CGA-toimintamalli toteutuessaan kohdentaa resursseja asiakaslähtöisesti ja siten säästää palvelujen käytössä jatkossa (esimerkiksi Jäntti 2015). Koordinoiva sairaanhoitaja voi tulevaisuudessa työskennellä Sote-keskuksissa tai yksityisesti tuotetussa tai julkisesti tuotetussa kotihoidossa. Näin CGA-ajattelumalli yhdistää palvelun järjestäjän (asiakasohjauksen) ja palvelut toteuttavan osapuolen ratkaisukeskeisesti ja asiakaslähtöisellä tavalla, asiakkaan ääntä kuullen ja hänen tarpeensa ja toiveensa kuullen.

3. LAINSÄÄDÄNTÖ, LAATUSUOSITUKSET JA AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA

3.1 Palvelujen järjestämistä ohjaava lainsäädäntö ja laatusuositukset

Lain iäkkään väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (28.12.2012/980) eli niin sanotun Vanhuspalvelulain tarkoituksena on tukea ikääntyneen terveyttä, toimintakykyä, hyvinvointia sekä itsenäistä suoriutumista. Parantaa ikääntyneen mahdollisuuksia osallistua elinolosuhteisiinsa vaikuttavien päätösten valmisteluihin sekä osallistua tarvitsemiinsa palvelujen kehittämistyöhön. Lailla halutaan turvata ikääntyneille ihmisille mahdollisuus saada laadukkaat sosiaali- ja terveyspalvelut sekä yksilöllistä ohjausta, neuvontaa ja palveluita silloin, kuin iäkkään toimintakyky ja tarpeet sitä vaativat. Laki vahvistaa myös iäkkään ihmisen mahdollisuutta vaikuttaa omien palvelujensa sisältöön ja toteutustapaan sekä antaa oikeuden omalta osaltaan päättää palveluita koskevista valinnoista. Muun palvelutarpeen ennaltaehkäisemiseksi on kiinnitettävä huomiota erityisesti kuntoutumista edistäviin ja kotiin annettaviin palveluihin.

Vanhuspalvelulaissa säädetään lisäksi kuntien velvollisuudesta huolehtia ikääntyneiden hyvinvoinnista, terveyden ja toimintakyvyn tukemisesta sekä heidän tarvitsemien sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaamisesta ja saatavuudesta. Lisäksi laissa säädetään iäkkään ihmisen palvelujen tarpeen selvittämisestä sekä järjestettyjen palveluiden laadun seurannasta.

Lain 4§:ssä on maininta kunnan eri toimijoiden välisestä yhteistyöstä, jolla edistetään ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista. Lisäksi kuntien on tehtävä yhteistyötä muiden kunnassa toimivien julkisten tahojen, yritysten ja ikääntyviä edustavien järjestöjen ja yhteisöjen kanssa. (Finlex n.d.).

Yksilön ohjauksessa ja neuvonnassa on kysymys kansalaisen lakisääteisestä oikeudesta saada ohjauksen ja neuvonnan palveluja. Lain tasolla ohjauksesta ja neuvonnasta säädetään esimerkiksi hallintolaissa (434/2003, 8§), sosiaalihuollon asiakaslaissa (5§), sosiaalihuoltolaissa (6§) ja myös edellä mainitussa vanhuspalvelulaissa (12§). (Finlex n.d.).

STM:n (2017) julkaisema laatusuositus, Hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017 – 2019 nostaa asiakas- ja palveluohjauksen toiminnan keskiöön. Laatusuosituksessa on kaksi suositusta, joissa annetaan tavoitteet ja sisältö keskitetyille asiakas- ja palveluohjaukselle.

3.2 Aikaisempia tutkimuksia

Laaja-alaisen, moniammatillisen geriatrisen arvioinnin (CGA) äitihahmona pidetään lääkäri Marjorie Warrenia. Hän työskenteli Lontoossa 1930-luvulla iäkkäitä vuodepotilaita hoitavalla osastolla. Hän kehitti pääasiassa vanhoja ihmisiä perinteisellä tavalla, levolla ja lääkkeillä, hoitavalla osastollaan systemaattisen tavan arvioida potilaitensa kykyä liikkua ja suoriutua päivittäisistä toiminnoistaan. Hän kiinnitti huomiota vanhojen ihmisten toimintaympäristöön ja yksilöllisiin tarpeisiin päivittäisessä elämässä. Hän kehitti moniammatillista yhteistyötä osastollaan huomioimalla eniten enemmän kaikkien ammattiryhmien havainnot potilaista ja ottamalla yhä enemmän huomioon potilaita itseään ja heidän kokemuksiaan. (Jäntti, 2015.)

Kehittämällään systemaattisella potilaiden arvioinnilla Warren pystyi arvioimaan kuntoutuksesta hyötyvät ikäihmiset ja siten kohdentamaan kuntoutustoimenpiteet oikeille ihmisille oikeaan aikaan. Hän kehitti myös osastonsa työntekijöiden työtettä kuntouttavaan suuntaan. Siirtyminen lääkärikeskeisestä hoito-otteesta moniammatilliseen suuntaan oli käännteentekevää ajattelua aikanaan. Kehitetyllä, uudella työotteella monet iäkkäät saatiin pois vuoteistaan ja käveleviksi, osa pystyttiin myös kotiuttamaan omiin koteihinsa. (Jäntti, 2015.)

Laaja-alaista, moniammatillista geriatrista arviointia on kehitetty ja tutkittu myös Suomessa lähinnä sairaalaolosuhteissa tai kuntoutuslaitosten näkökulmasta. Geriatrian palvelulinjan ylilääkäri Sirkka-Liisa Kaistinen on käsitellyt aiheita sosiaali- ja terveysjohtamisen PD- koulutusohjelman lopputyössään akuuttigeriatrian osaston näkökulmasta vuonna 2015. Hän korostaa tutkimuksessaan sitä, että moniammatillinen geriatrisen arviointi sisältää sairauksien diagnostiikan ohella fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnin ja tulosten suhteuttamisen vanhan ihmisen elin- ja toimintaympäristöön. Geriatrisen arviointi sisältää hänen mukaansa hoitosuunnitelman, jossa havaittuihin ongelmiin puututaan, ne ratkaistaan ja tehdään seurantasuunnitelma. (Kaistinen 2015, 11.)

Kaistinen on kehittänyt osastoillaan moniammatillisen geriatrisen arvioinnin menetelmiä ja laaja-alaista tiedonkoontia (ks. Käsikirjaluonnos 2018,7) yhteistyössä kaikkien ammattiryhmien kanssa. Hänen tutkimusasetelmansa pohjautuu laaja-alaisen, moniammatillisen geriatrisen arvioinnin kokonaisuuteen, jota Suomessa ovat kehittäneet lähinnä geriatrit, Pirkanmaalla erityisesti geriatrian professori Valvanne (Kaistinen 2015,12). Hän korostaa tutkimusotteessaan moniammatillisuuden merkitystä ammattiryhmäkohtaisen työotteen sijaan. Tutkimustyöhön liittyy kiinteästi kehittämistyö, johon on osallistunut osastolla työskentelevät eri ammattiryhmät.

Kaistinen (2015) on havainnut tutkimuksessaan myös sen, että RAI-arviointimenetelmän laaja-alainen käyttö kotihoidossa ja tulosten hyödyntäminen tuovat lisäarvoa asiakaslähtöisessä CGA-kehittämistyössä sairaalassa ja siihen liittyvässä tiedonkoonnissa (emt., 13). Hän on kehittänyt osastollaan CGA-työtä edistä-

vän ja kehittävän johtamis- ja kehittämiskäytännön, jossa hän itse toimii lääketieteellisenä asiantuntijana ja kehittämistyön johtajana. Keskeisenä toimijana kehittämistyössä on CGA-työtä ja tiedonkointia koordinoiva työntekijä. Seinälä ym., (2015,10) ovat tutkimuksessaan todenneet, että johdon tuella on erityinen merkitys kehittämistyössä sekä resursseja pohdittaessa että varsinaisia sisältökysymyksiä ratkottaessa.

Tilvis ym. (2016,14) ovat todenneet, että sairaalahoitossa geriatrisesta arvioinnista hyötyvät erityisesti potilaat, joilla on useita sairauksia, toimintakyky on heikentynyt ja potilaan kokemassa terveydessä sekä toimintakyvyssä on äskettäin tapahtunut muutos aikaisempaan verrattuna. Tilvis (2003,273) korostaa, että vanhuspotilaat arvostavat erityisesti sitä, että heidän valittamansa vaivat otetaan vakavasti ja että heidän omille näkemyksilleen annetaan jokaisessa vaiheessa keskeinen merkitys.

Lääkintäneuvos Pirkko Jäntti on käsitellyt CGA:ta useilla luennoillaan lähestyen moniammatillista geriatrista arviointia asiakkaan näkökulmasta. Myös hän on kehittänyt kokonaisvaltaista geriatrista arviointia sairaalaolosuhteissa ja tehnyt tutkimusta lähinnä lääketieteellisestä näkökulmasta. Myös hänen tutkimustyöhönsä liittyy laaja-alainen ja moniammatillinen kehittämistyö, jonka keskipisteenä on potilaan ja asiakkaan hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja terveyden edistäminen. Hän korostaa potilaan ja asiakkaan saamaa hyvinvointihyötyä, oikea-aikaista tutkimusta ja hoitoa sekä kuntoutumisen mahdollisuuksien tunnistamista ja siten mahdollisuutta valita tarkoituksenmukaiset kuntoutusinterventiot. Hän on vakuuttunut moniammatillisen arvioinnin kiistattomasta vaikuttavuudesta iäkkään kuntoutumisen mahdollisuuksiin sekä kokonaisvaltaiseen toimintakykyyn. (esim. Jäntti, 2015).

Heidi Hissa (2017) on pureutunut ammattikorkeakoulun päättötyössään, arviointihoitajan työnkuvaan geriatrisessa arviointiyksikössä tuoden henkilöstön näkökulmaa esiin. Työssä paneuduttiin arviointiosastolla työskentelevän sairaanhoitajan työnkuvaan, työn sisällön uudistamiseen ja osaamisalueiden vahvistamiseen.

Geriatrian professori Jaakko Valvanne (2017) on tutkinut ja kehittänyt geriatrista arviointia yhteistyössä muun muassa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin, GERECin (gerontologian tutkimuskeskuksen), Tampereen kaupungin ja Tampereen yliopiston kanssa. Hänen tutkimustuloksensa vahvistavat aikaisempien tutkimusten tuloksia. Hän painottaa erityisesti moniammatillista yhteistyötä ja oikea-aikaisia kuntoutustoimenpiteitä asiakkaan tarpeisiin nähden. Hän korostaa myös asiakkaiden ja potilaiden kokemaa elämänlaatuhyötyä sekä yksilöllisiä ja vaikuttavia, erityisesti asiakkaan kuntoutumista vahvistavia tukitoimia asiakkaiden kotona asumista edistettäessä.

Varsinaisia tutkimuksia moniammatillisen geriatrisen arvioinnin (CGA) toteutumista avohoidon kentältä tai asiakkaan kotona toteutettuna ei ole saatavilla.

Professori Reijo Tilvis (2003, 275) on todennut, että vanhustenhuollon ja hoidon eri muodot ovat syntyneet kokemusten, kokeilujen ja kehittämistyön avulla. Monenkaan kokonaisvaltaista vaikuttavuutta ei ole tutkittu tieteellisesti, eikä niitä kaikkia voikaan tutkia samoin menetelmin kuin esimerkiksi lääkehoitoja (Good Clinical Practice). Hänen mukaansa geriatrisen arvioinnin yhtenä tarkoituksena on myös terveyspalvelujen tarkoituksenmukaisimman käytön edistäminen kuten myös kuntoutusedellytysten ja mahdollisen laitoshoitotarpeen selvittäminen (emt., 273).

4. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimustehtävä

Tämän työn tutkimuskysymys on: ” Miten asiakasohjaajat kokevat CGA:n asiakasohjauksen ja kotihoidon yhteistyövälineenä?” Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, kuinka asiakasohjaajat kokevat CGA-arvioinnin asiakasohjauksen ja kotihoidon välisenä yhteistyövälineenä. Tunnistavatko he yhteistyön tarpeen ja mahdollisuudet?

Laadullisessa tutkimuksessa tarvittavaa tietoa voidaan koota erityyppisillä haastattelumenetelmillä esimerkiksi henkilökohtaiset haastattelut, sähköpostihaastattelut tai teemahaastattelut. Haastattelu on joustava tiedonkeruumenetelmä, ja se sopii tämän vuoksi erilaisiin tutkimustarkoituksiin. (Verne n.d.) Haastattelurunko rakennettiin yhteisissä keskusteluissa opinnäytetyön suunnitteluvaiheessa Ikäneuvo kehittämistyössä mukana olevien asiantuntijoiden kanssa.

4.2 Aineiston koonti

Tässä tutkimuksessa käytettävä teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelu, jossa kysymysten tarkkaa muotoa ja järjestystä ei ole määritelty yksityiskohtaisesti etukäteen. Haastattelussa voidaan käyttää apuna myös tilannekohtaisia jatkokysymyksiä. Teemahaastatteluilla voidaan kerätä pääasiassa kvalitatiivista eli laadullista tietoa. (Verne n.d, Hirsjärvi ym.1997).

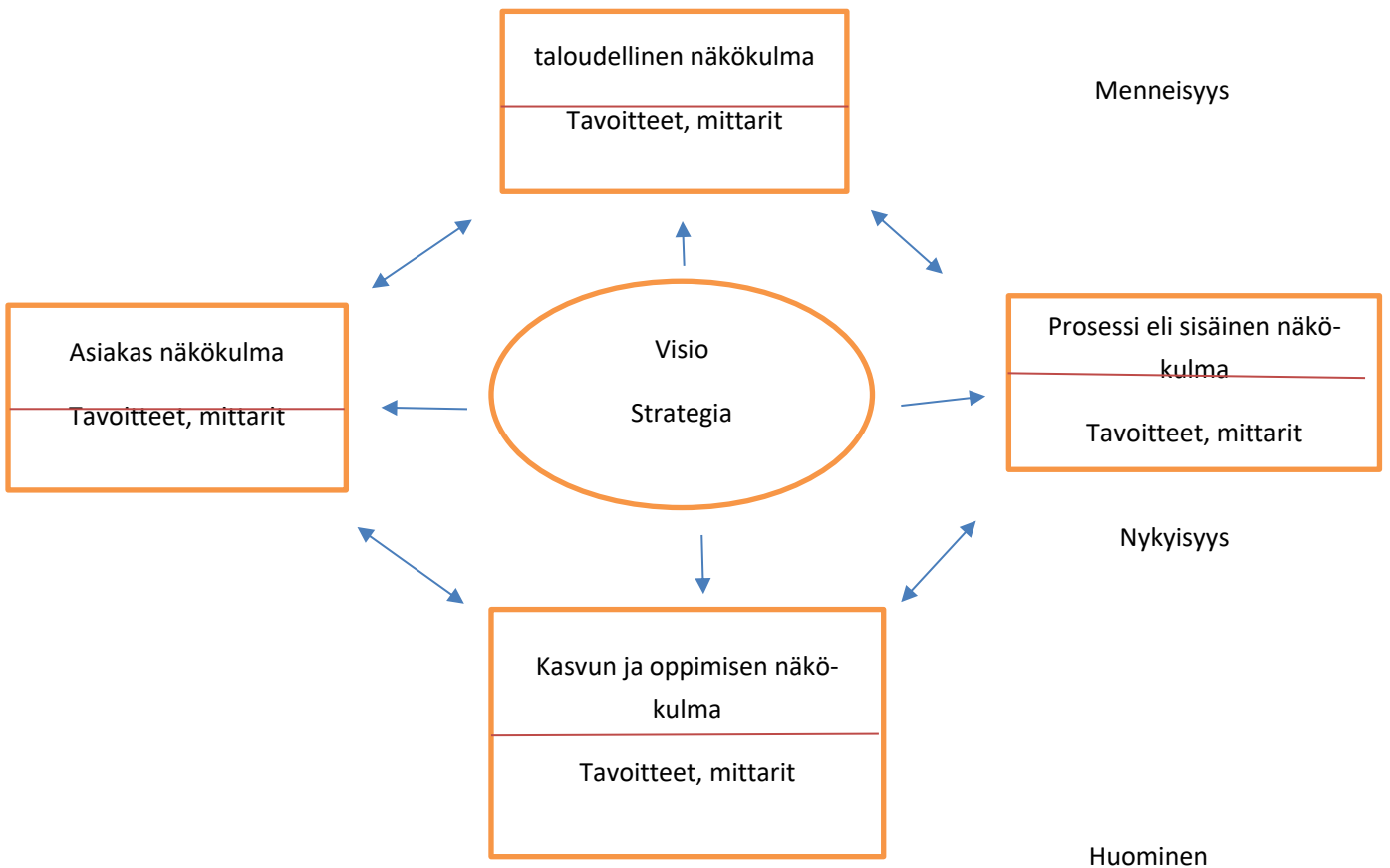
Tässä tutkimuksessa asiakasohjaajat valikoituivat haastatteluihin satunnaisesti. He saivat etukäteen CGA-ensitietomateriaalin (liite 1) ja käsikirjaluonnoksen (liite 2), jotta heillä oli mahdollisuus perehtyä olemassa olevaan aineistoon ja siten tutustua tämän tutkimuksen kohteena olevaan CGA:n sisältöön ja sitä ohjaaviin toimintaperiaatteisiin. He antoivat palautetta aineistoista ja sen kehittämistarpeista oman työnsä näkökulmasta.

Haastattelu taltioitiin äänitallenteena. Lisäksi haastatteli teki muistiinpanoja haastattelun aikana. Haastattelun apukysymykset muotoutuivat haastateltavien esiin nostamien näkökulmien mukaan. Haastattelu eteni ajoittain vapaan keskustelun

muodossa haastateltavien ammattitaustan, mielenkiinnon ja aikaisemman työkokemuksen ohjaamana. Aineisto täydentyi eri kysymysten osalta jo kokoamisvaiheessa. Myös aineiston analyysi alkoi jo kokoamisen alkuvaiheessa. Kuuntelin edellisen haastattelun valmistellessani tapaamista seuraavan haastateltavan kanssa. Täten saatoinkin tehdä koko aineistoa syventäviä kysymyksiä jo seuraavassa haastattelussa. Haastatteluista muodostui tämän tutkimuksen tutkimusaineisto.

4.3 Analyysi metodi

Tässä tutkimuksessa tulkintakehyksenä toimii Balanced Scorecard eli tasapainotettu mittaristo. Mallin ovat kehittäneet amerikkalaiset professorit Robert S. Kaplan ja David P. Norton 1990-luvun alkupuolella. Mittariston neljä tarkastelunäkökulmaa auttavat jäsentämään tutkimusta ja sen tuloksia sekä tutkijalle että lukijalle. Samalla se toimii tutkimuksen alustana, jonka avulla saadaan tulokset kiinnitettyä arjen toimintaan ja niiden vaikutukset voidaan kuvata todellisina toiminnan muutossuuntina, joista muodostetaan tähän tutkimukseen liittyvän kehittämistyön tavoitteet, halutut muutokset toimintatavoissa. (Kaplan & Norton 2004, 29 - 31.) Koottu aineisto jäsenetään ja analysoidaan balanced scorecard – tulkintakehikkoa ja sen neljää näkökulmaa apuna käyttäen.



kuvio1. Kaplan & Norton Balanced Scorecard (1996, 9) perusmalli

Visio kuvaa toimintayksikön tai työyhteisön tulevaisuuden tavoitetilaa. Visio on sijoitettava tulevaan aikaan, mutta se ei silti saa olla liian kaukana nykyisyydestä. Vision tulee olla selkeä ja sen toteuttamisen välineenä toimii toimintayksikön tai työyhteisön strategia. Strategia on tavoitteellinen polku visioon. Strategia koostuu erilaisista tavoitteista, joiden avulla visio saavutetaan. Strategian tulee olla kokonaisvaltainen, selkeä ja tasapainoinen kuvaus toimintayksiköstä tai työyhteisöstä sekä sen tavoitteista ja halutusta muutoksesta. (Malmi, Peltola & Toivanen 2006, 62 – 64.)

4.4 Tutkimuksen analyysin toteutus

Aineiston purku tapahtui äänitallennetta useaan kerran kuunnellen sekä eri koamiskerran jälkeen että koko aineiston kokoamisen jälkeen tutkimuskysymyksen ja haastattelukysymysten ohjaamana. Tutkija kävi vuoropuhelua aineiston kanssa. Aineiston analyysia jäsenettiin ja täydennettiin useana eri päivänä. Aineistoa analysoitaessa tehtiin muistiinpanoja, jotka täydentyivät analyysin edetessä. Analysoitaessa aineistoa seurattiin haastattelijan haastattelun aikana tekemiä muistiinpanoja ja muistiin kirjattuja havaintoja, joilla aineisto täydentyi kokonaisuudeksi.

Koostettu sekä tutkimuskysymyksen ja haastattelurungon (liite 3) kysymysten avulla analysoitu aineisto analysoitiin ja luokiteltiin käyttäen Balanced Scorecard-neljää teemaa. Tämän jälkeen aineisto analysoitiin vielä kerran ja koottiin nelikenttään Balanced Scorecard- teemojen mukaan taloudellisten-, sisäisten prosessien-, asiakas- sekä kasvun- ja oppimisen teemoihin.

5. TUTKIMUKSEN ANALYYSIN TULOKSET

5.1 Sisäisten prosessien teema

Tutkimuksen alkutilanteessa odotuksena ja toiveena oli se että, CGA - arviointiprosessin tuottamaa tietoa voitaisiin hyödyntää ratkaisukeskeisesti ja asiakaslähtöisesti, kun asiakkaalle suunnitellaan ja myönnetään oikea-aikaisia ja yksilöllisiä palveluja. CGA-arviointiprosessi jäsentää asiakkaan tarpeita ja toiveita laadittaessa palvelu- ja hoitosuunnitelmaa ja myöhemmin kotihoidossa toteutettaessa asiakkaan palveluja ja hoitoa.

Aineistossa korostui se, että työntekijöiden perehdytys ja koulutus aiheeseen sekä riittävä etukäteisvalmistelu auttaisivat uuden työvälineen käyttöönoton onnistumi-

sessä. Osa tätä etukäteisvalmistelua ovat ensitietopaketti (liite 1) ja valmistuva käsi-kirja (liite 2). Analyysin mukaan varsinaiset koulutukset pitäisi olla alkuvalmistelujen, yhteisten tiedotustilaisuuksien ja aineistoihin tutustumisen jälkeen. Täten uusi työväline olisi yhdistettävissä työn vaatimuksiin ja tavoitteisiin eli työntekijöille alkaisi rakentua yhteinen sosiaalinen todellisuus ja ymmärrys uuden työvälineen käyttöönoton mahdollisuuksista. Samalla CGA-arviointiprosessi löytäisi paikkansa asiakkaan palvelutarpeita ja –toiveita yhdessä arvioitaessa.

Aineiston mukaan CGA- arviointityövälineen käyttöönotto osana arjen asiakastyötä vaatii onnistuakseen koko henkilökunnan aina ylimmästä johtotasosta asiakastyöntekijään sitoutumisen toimintamalliin ja sen laaja-alaiseen käyttöönottoon. Muutoksen johtamisessa johdon sitoutuminen, mukana eläminen ja CGA:lla kerätyn tiedon arvon ymmärtäminen asiakkaan hyvinvoinnin edistämässä sekä talouden hallinnassa nähtiin hyvin tärkeäksi, kun asiakaslähtöisiä ja ratkaisukeskeisiä palveluita räätälöidään palvelu- ja hoitosuunnitelmaan.

Toimiakseen tällainen työskentelymalli vaatisi sitoutumisen johdosta asiakasohjauksen ja kotihoidon työntekijä tasolle. Työskentelymallin käyttöönotto edellyttää selkeitä johtamisen rakenteita, systemaattisen kirjaamisen edellytykset ja jonkun, joka koordinoisi, perehdyttäisi ja kouluttaisi jatkuvasti etenkin tulevaisuuden isoissa työyhteisöissä maakunnissa. Tätä työtä ei voi jättää yksittäisen työntekijän harteille tai työntekijäryhmän vastuulle.

Tutkimuksen mukaan CGA-arvioinnin tuottama tieto antaa rungon asiakasohjaajan kartoituskäynnille ja pohjan asiakkaan yksilölliseen palvelu- ja hoitosuunnitelmaan. Aineistossa korostui yhteisten pelisääntöjen ja työmenetelmien tarve.

Edellytän, että CGA:n käyttöönotolle tulee selkeät yhteiset raamit muuten jokainen tekee omalla mallillaan ja toteuttaa tavallaan.

Toisaalta tutkimuksessa korostui se, että käyttöönoton onnistuessa CGA:lla tuotettu tieto on systemaattista ja ajantasaista. Tieto vahvistaa pohjaa asiakkaan palvelupäätöksille ja siten tasa-arvoiselle kohtelulle.

Tämän tutkimuksen mukaan moniammatillisen tiimin tuottaman asiakaskohtaisen tiedon hyödyntäminen asiakasohjauksessa antaa työntekijälle työvälineitä tarkastella palveluprosessia mahdollisimman asiakaslähtöisesti. Moniammatillisuus tar-

joaa asiakasnäkökulman lisäksi tukea työntekijöille, tietoa siitä, ettei kukaan ole asiakkaan asian ja palvelutarpeiden kanssa yksin vaan arvioinnin ja päätösten takana on joukko alan asiantuntijoita yhdessä asiakkaan kanssa.

5.2 Taloudellinen teema

Aineiston analyysin perusteella voidaan todeta että, riittävän varhaisella puuttumisella voisi jatkossa saada niin asiakas- kuin yhteiskunnallista hyötyä. Varhaisen vaiheen löydöksillä voidaan vaikuttaa asiakkaan säännöllisten palveluiden alkamisajan kohtaan, löytää varhaisen vaiheen kuntoutuksesta hyötyvät asiakkaat sekä mahdollisesti siirtää myöhäisempään ajankohtaan raskaiden palveluiden piiriin siirtyvien asiakkaiden palveluiden aloitusta.

Jos toimintamallia voitaisiin viedä alueellisille Lähitoreille, sieltä voitaisiin tunnistaa ajoissa asiakkaita ja heidän tarpeitaan, jotka nykymallilla jää löytymättä. Kun sitten asiakkaat lopulta tulevat palvelujen piiriin, heidän toimintakykynsä on alentunut ja kuntoutustoimet ovat auttamattomasti myöhässä. Tarvitaan raskaampia palveluja.

Moniammatillisella ja kokonaisvaltaisella geriatrisella arvioinnilla voidaan löytää toimintakykyä ja elämän laatua heikentäviä sairauksia, oireita ja elämän tapahtumia. Varhaisessa vaiheessa on vielä mahdollista löytää erilaisia palveluita tai tukitoimia joilla iäkkään toimintakyvyn laskua ja omanelämän hallinnan menetyksen tunteeeseen voidaan puuttua. Yksilöllisesti räätälöityjä palveluita voidaan koota niin yksityiseltä, julkiselta kuin kolmannen sektorin toimijoilta, tällöin kansantaloudellinen kokonaiskustannus ei kohdistu suoraan kunnille.

Tämän tutkimuksen perusteella näyttää siltä, että ennaltaehkäisevät toimet ja varhainen puuttuminen asiakkaan ongelmiin ja hoidontarpeisiin, lisääisi kustannusten hallintaa asiakastasolla. Aineistossa ei nouse esiin palvelujen kustannukset suoraan, mutta kustannusten hallinta ja hallinnan parantaminen asiakkaiden kuntouttavien ja ennaltaehkäisevien palvelujen kohdentuessa nykyistä aikaisempaan vaiheeseen tai asiakkaan palvelutarpeeseen vastaamista kevyemmällä palveluilla. Informantit pohivat ammattikuntansa mahdollisuuksia vaikuttaa palvelujen kohdentumisen ajankohtaan tai palvelujen kevyempiin vaihtoehtoihin.

CGA:n avulla tuotettu tieto voisi ohjata siihen, että asiakkaan tarpeisiin vastattaisiin vähäisemmällä avulla esimerkiksi päiväkeskustoinnilla eikä kotihoidon säännöllisillä palveluilla niin helposti.

Tutkimuksen mukaan kustannusten hallinnan näkökulmasta CGA – arviointiprosessi olisi hyvä kohdentaa jo ennen varsinaisen kotihoidon palvelujen tarvetta. Asiakkaat pitäisi tavoittaa aikaisemmin esimerkiksi ennalta ehkäisevien palvelujen piiristä, lähitoreilta tai ikäkausitarkastusten yhteydestä, jolloin haastateltavien arvion mukaan esimerkiksi kuntouttavilla toimilla tai varhaisella puuttumisella lääketieteellisten ongelmien saataisiin vapautettua ikäihmisten voimavaroja omaehtoiseen harrastamiseen ja arjen toimintoihin.

5.3 Asiakasteema

Tämän tutkimuksen mukaan CGA:lla tuotetaan laajasti tietoa asiakkaan kokonaisvaltaisesta elämäntilanteesta (Käsikirjaluonnos 2018,7). Tutkimuksessa todetaan, että työvälineellä tunnistetaan asiakkaan omat voimavarat ja myös niitä heikentävät tekijät, joihin on puututtava nopeasti ja suunnitelmallisesti. CGA- arvioinnin tuottaman tiedon perusteella voitaisiin räätälöidä asiakkaan tarpeista lähtöisin olevat palvelukokonaisuudet niin että, asiakas saa ainoastaan ne palvelut, joita itse tahtoo ja tarvitsee ja joista hän kokee hyötyvänsä.

Ollaan aina niin vahvasti asiakkaan näkökulman puolella, mutta esimerkiksi muistisairaana kohdalla asia ei aina ole näin. Osalla asiakkaista on niin vahva oman elämänhallinnan kokemus, että heidän on vaikea ymmärtää mikä heille on parasta tai edes hyvää.

Varhaisessa vaiheessa tunnistetut ikääntymisen ja toimintakyvyn haasteet huomoiden voidaan ihmisen elämänlaatuun vaikuttaa. Moniammatillinen ja kokonaisvaltainen arviointi mahdollistaa asiakaskohtaiset piilevät löydökset, koska niiden havaitsemiseen on käytetty erilaisia menetelmiä ja useita ammattilaisia.

Varhaisessa vaiheessa tehtyihin löydöksiin puuttuminen sitouttaa myös ikääntynyttä itseään, hän voi olla vaikuttamassa siihen minkälaisia tavoitteita itselleen ja kuntoutumiselleen asettaa ja millaisia ohjeita ja palveluita ottaa vastaan ulkopuoliselta esimerkiksi ammattihenkilöiltä.

Geriatrinen arviointi asettaa haasteet lääkärityölle ja lääkärin ja sairaanhoitajan yhteistyölle. Parasta olisi, että asiakkaan huono hoitotasapaino tai jonkin oireen takana oleva löydös olisi hoidettavissa. Näin vapautettaisiin asiakkaan voimavaroja muuhun elämiseen ja elämänlaatua lisääviin asioihin.

5.4 Oppimisen ja kasvun teema

CGA- arviointityöväline ei ole ollut asiakasohjauksen käytössä aiemmin. Se sisältää monia piirteitä asiakasohjaajan kartoituskäynnistä sekä RAI- toimintakykyarviosta, mutta on itsessään vieläkin suurempi kokonaisuus kuin edellä mainitut yhteensä. CGA on työskentely ja ajattelumalli, joka sisältää ihmisen kokonaisuuden ymmärtämisen eli holistisen ihmiskäsityksen. Laajuudessaan toimintamallin käyttöönotto aiheuttaa haasteita henkilöstön lisäkoulutukselle, perehdyttämislle ja moniammatillisen työskentelytavan ymmärtämiselle.

CGA-arviointiprosessin käyttöönotto luo myös uusia haasteita kotihoidon ja asiakasohjauksen yhteistyölle. Tässä tutkimuksessa oltiin varsin yhtä mieltä siitä, että asiakasohjaajat eivät voi nykyisissä työolosuhteissaan suoriutua koko CGA-arviointiprosessin vaatimasta asiakaskohtaisesta työstä, vaan tarvitsevat valmiiksi analysoitua tietoa oman työnsä ja päätöksenteon pohjaksi. He tarvitsevat yhteistyökumppanikseen kotihoidossa työskentelevän sairaanhoitajan, joka koordinoi ja kokoaa CGA-arviointiprosessissa kulloinkin tarvittavan asiakaskohtaisen tiedonkoonnin ja moniammatillisen työryhmän kotihoidon tiimiä ja sen piirissä olevaa osaamista ja kokemusta unohtamatta. Tämän kaltaista yhteistyötarvetta ei ole aikaisemmin tunnistettu eikä siitä ole kokemusta eikä siten yhteisiä työtapoja.

CGA arviointiprosessin laaja-alaisuus pelottaa. Muistaako yksi asiakasohjaaja sen kaiken mitä pitää huomioida. Lisäkoulutusta tähän tarvitaan, jotta kaikki toteuttavat tätä samalla tavalla. Ei asiakasohjaaja tästä yksin selviä.

Tutkimuksen mukaan asiakasohjaajat kokevat, ettei oma osaaminen riitä. He tunnistavat, että lisäkoulutusta ja tietoa olisi saatava lisää. Samoin työtehtäviä pitäisi selkiyttää. Moniammatillinen yhteistyö ei ole itsestään selvä isojen kaupunkien suuressa pirstaleisessa rakenteessa, jossa jokaiselle ammattiryhmälle on ylhäältäpäin määritelty tontti, jonka rajojen ulkopuolella ei juuri liikuta. CGA haastaa ammattilaiset katsomaan asiakasta ja hänen tarpeitaan laajempänä kokonaisuutena, jonka ympärille tarvittavat toimijat verkostoidaan ja kootaan palvelut.

CGA – arviointiprosessissa RAI:n tuottamaa tietoa voisi hyödyntää entistä paremmin. Kyllä CGA voisi tuoda asiakasohjaajan työhön systemaattisuutta ja oman työn kehittämisen innostaisi.

5.5 Aineiston tulosten analyysi Tasapainotetun mittariston avulla

Tässä tutkimuksessa Tasapainotettua mittaristoa käytettiin tulosten analyysin konkreetisoinnissa avattaessa tutkimuksen ja siihen liittyvän kehittämistyön välistä suhdetta sekä hyödynnettäessä tutkimustuloksia osana tutkimukseen liittyvää kehittämistyötä ja siihen liittyvien ensitiedon (liite 1) ja käsikirjaluonnoksen (liite 2) sisältöjä aineiston analyysin avulla täsmennettäessä.

Tasapainotetun mittariston neljän teeman ideana on, että visio, strategia ja strateginen polku esimerkiksi vuosittaiset toimintayksikön ja työyhteisön tavoitteet, vaikuttavat jokaisen teeman taustalla erikseen. Mittarit ja mittaaminen heijastavat toimintayksikön tai työyhteisön visiota ja strategiaa. Teemat kietoutuvat toisiinsa syy-seuraussuhteiden kautta. Esimerkkinä henkilöstön osaamisen kehittäminen eli oppiminen- ja kasvun teema, joka positiivisella tavalla toteutuessaan tämän tutkimuksen mukaan parantaa asiakaspalvelua sisäisenä henkilöstön oppimisprosessina, joka mahdollistaa jatkuvan työssä oppimisen. Henkilöstön osaamisen kehittyminen johtaa tutkimusten mukaan korkeampaan asiakkaan kokemaan tyytyväisyyteen. Koko prosessi parantaa lopulta yhteisön tuottavuutta ja palvelujen vaikuttavuutta, jotka parhaassa tapauksessa kasvattavat yhteisön taloudellista tulosta, parantavat kustannusten hallintaa ja parantavat asiakkaan elämäntilannetta sekä lisäävät työiivettyvyyttä ja voisivat vähentää lyhytaikaisia sairauspoissaoloja. (vrt. Kaplan & Norton 2007, 19.)

Taloudelliset mittarit ovat usein tilinpäätöksen tunnuslukuja tai palvelujen kustannusrakenteita avaavia analyyseja, jotka kertovat toimintayksikön tai työyhteisön menneisyydestä ja tavasta toimia. Taloudellisista mittareista yksistään ei voida saada riittävän laajaa tietoa eri osa-alueista, vaan ne tarvitsevat rinnalleen myös muita teemoja ja niiden tuottamaa tietoa. Sosiaali- ja terveyspalvelujen budjetti on perinteisesti rakennettu aina edellisen vuoden budjetin pohjalle. Todellisia palveluntarpeiden kasvua ja niihin johtaneita syitä ei ole kyetty arvioimaan riittävän realistisesti. (Olve ym.1998, 43.)

Sisäiset prosessit teema kuvaa niitä sisäisiä prosesseja, joissa toimintayksikön tai työyhteisön on onnistuttava. Onnistumisella on vaikutuksia asiakasnäkökulman tavoitteiden saavuttamiseen, mikä taas vaikuttaa taloudelliseen näkökulmaan. On tarkasteltava toimintayksikön tai työyhteisön kaikkia palvelutoiminnan prosesseja ja käytössä olevia toimintatapoja, joilla voidaan tukea asiakkaiden toiveiden mukaisia palveluja ja niiden järjestämistä. Prosessien päällekkäisyyksien poistaminen, teknologiaratkaisujen seuraaminen ja joustava, nopea reagointi toimitusketjussa tai yhteisön työkäytännöissä näyttävät parempana asiakaspalveluna sekä tehokkaampana ja kokonaistaloudellisempänä toimintana. (Kaplan & Norton 2007, 263.)



Kuvio 2: Aineiston analyysin tulokset kehitettäessä asiakasohjaajan ja kotihoidon yhteistyötä CGA-
 ajattelu-, toiminta- ja arviointimallin näkökulmasta.

Kuviossa kaksi on sovellettu Kaplan & Norton (1996, 92-94) Balanced Scorecard:n
 neljää teemaa, joiden avulla on analysoitu ja jäsennetty aineistoa osaksi CGA- arvi-

ointiprosessin kehittämistyötä jatkossa. Samalla etsitään vastausta tutkimuskysymykseen eli arvioidaan CGA:n hyödynnettävyyttä asiakasohjaajan työssä sekä kehitettäessä asiakasohjauksen ja kotihoidon yhteistyötä.

Aineiston analyysin pohjalta voidaan todeta, että Balanced Scorecard arviointitekniikka teemoineen avaa ja auttaa ymmärtämään niitä syy seuraussuhteita, jotka ohjaavat joko tunnistettuna tai tiedostamatta asiakasohjauksen, kotihoidon ja erityisesti koordinoivan sairaanhoitajan, kotihoidon tiimin ja asiakasohjaajien yhteistyön kehittämistä. Erityisesti korostuu sisäisten prosessien merkitys, johdon sitoutuminen ja yhteisesti sovitut menettelytavat.

6. JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä tutkimuksessa perehdyttiin asiakasohjaajien näkemykseen CGA- arvioinnilla tuotetun tiedon hyödyntämiseen asiakasohjaajan työssä ja vahvistettaessa kotihoidon ja asiakasohjauksen yhteistyötä. Tutkimuksen haasteena oli se, että aikaisempaa tutkimusta ja siihen liittyvää kehittämistyötä ei ole tehty avopalveluissa tai kotihoidossa. CGA- arviointimenetelmä on käytössä useilla sairaalaosastoilla. Tutkimuksessa on avattu aikaisemmin sairaalaosastoilla tehtyjä tutkimushavaintoja ja kehittämistyön tuloksia. Tällä tutkimuksella haluttiin selvittää voisiko arvioinnista hyötyä myös avopalvelujen puolella työskentelevät asiakasohjaajat yhteistyössä kotihoidon sairaanhoitajien, terveydenhoitajien ja kotihoidon tiimin jäsenten kanssa siten, että asiakkaan kohtaaminen on entistä yksilöllisempää ja valitut interventiot oikea-aikaisia asiakkaan silmillä katsottuna.

Tämä tutkimus vahvistaa Seinelän ym. (2015) ja Kaistisen (2015) tutkimustuloksia, joiden mukaan ei riitä, että yksi taho toimii ja kehittää uusia työvälineitä asiakastyön laadun parantamiseksi. Kehittämistyöhön tarvitaan kaikkia yhteistyötahoja ja sidosryhmiä, joita tässä tutkimuksessa teema-alueet edustavat. Lisäksi tarvitaan aktiivinen yhteistyö ja ratkaisukeskeinen työote asiakkaiden ja potilaiden asemaa asiakasohjausprosessissa vahvistettaessa (vrt. Jäntti 2016). Tilvis (2003) korostaa tutkimuksissaan vanhan ihmisen kokemusten kuulemista ja kokemusten merkityksen ymmärtämistä potilaan tai asiakkaan näkökulmasta arviointityön kaikissa vaiheissa. Tässä tutkimuksessa asiakkaan asemaa pyritään vahvistamaan asiakasohjaajan ja kotihoidon sairaanhoitajan yhteistyöllä, jossa korostuu oikea-aikaisen tiedon käyttö ja ratkaisukeskeinen työote eli tiedolla ohjaus ja asiakkaan kysymyksiin vastaaminen, asiakkaan kohtaaminen koko asiakasprosessin ajan. Oikea tieto oikeassa paikassa juuri asiakkaan tarpeisiin on myös eheän hoitopolun tavoittelussa ensiarvoisen tärkeää.

Erityisen merkittäväksi tässä tutkimuksessa nousi Sisäisten prosessien teemat ja siellä johdon tuki ja sitoutuminen kehittämistyöhön turvaamalla jatkuvan kehittämisen resurssit, rakenteet ja työjärjestelyt. Tutkimustulos vahvistaa Seinelän ym. (2015) esittämää tutkimustulosta, joka korostaa johdon tuen merkitystä myös sisällöllisessä vanhuspalvelujen kehittämistyössä.

Asiakasohjauksen ja asiakkaan palvelut toteuttavan tahon, tässä tutkimuksessa kotihoidon, työtä koordinoivan sairaanhoitajan ja koko kyseisen kotihoidon tiimin yhteistyön merkitys nousi vahvasti esiin. Erityisesti yhteistyön merkitys korostuu asiakaslähtöiseen ja ratkaisukeskeiseen työhön pyrittäessä. CGA – ajattelu- ja toimintamalli voi olla se yhteistyönväline, joka tuottaa asiakaskohtaisen, analysoidun ja ajan-
tasaisen asiakastiedon kaikkien osapuolten käyttöön työssä toteutuvien ratkaisujen lähtökohdaksi.

Tuloksia, joita aineistosta nousi esiin:

Taloudellinen- teema:

- varhainen puuttuminen asiakkaan ja yhteiskunnan etu sekä kustannustehokasta toimintaa
- oikea-aikaiset ennaltaehkäisevät kuntoutustoimenpiteet
- voi siirtää säännöllisten palveluiden aloitusta
- kohdentaa palvelut yksilöllisemmin, ratkaisukeskeisemmin kuin aikaisempi toimintatapa

Asiakasteema:

- kuvaava asiakkaan kokonaistilannetta
- tunnistaa asiakkaan voimavarat
- auttaa tunnistamaan ratkaisukeskeiset, asiakaslähtöiset palvelut
- löydökset mahdollisia kun asiakas tutkitaan paremmin, nopea puuttuminen vaikuttaa paranemiseen ja hyvän hoitotason saavuttamiseen
- varhaisen vaiheen tunnistamisella vaikutus asiakkaan elämänlaatuun

Oppimisen ja kasvun- teema:

- RAI:n hyödyntäminen entistä paremmin
- uskallus ottaa yhteyttä muihin ammattilaisiin
- oman työn kehittäminen
- perehdytyksen varmistaminen
- oman työn tekeminen näkyväksi
- laaja-alaisuus peilottaa, lisäkoulutusta tarvitaan jotta kaikki toteuttavat samalla tavalla.

Sisäisen prosessinteema:

- CGA tukee asiakasohjaajan työtä
- saadaan systemaattisuutta asiakasohjaajan työhön
- jäsentää asiakastilanteita
- tukee palvelutarpeen tunnistamista ja vahvistaa myöntämisperusteita
- edellyttää toimivaa johtamisverkostoa aina johdosta työntekijätasolle
- vahvistaa moniammatillisen työn vaikuttavuutta asiakasohjauksen ja kotihoidon välillä.

Tutkimuksen tiivistetyt tulokset on koottu yllä olevaan nelikenttään teema kerrallaan. Aineisto on analysoitu erityisesti tutkimukseen liittyvän kehittämistyön näkökulmasta siten, että tulokset ohjaavat kehittämistyön arkeen konkreettisesti liittyviä tavoitteita. Tutkimusaineiston analyysi on tehty Tasapainotetun mittariston teemojen avulla ja tutkimuksen tutkimuskysymyksen ohjaamana.

Ajantasaisella, asiakkaan näkökulmasta oikealla tiedolla ohjaamisen vahvistuessa vahvistuu asiakaslähtöisyys ja ratkaisukeskeisyys koko asiakkaan kohtaaman prosessin ajan eli asiakas- tai hoitopolun eri vaiheissa. Tämän suuntaisia eri ammattiryhmien välisen yhteistyön vahvistumiseen vaikuttavia prosesseja korostetaan myös sairaalaosastoilla tehdyssä kehittämistyössä esimerkiksi Kaistisen (2015) tekemässä tutkimuksessa.

Tämän tutkimuksen mukaan asiakaslähtöisen ja -kohtaisen, oikea-aikaisen tiedon ohjausvaikutus on merkittävä. CGA – ajattelu- ja arviointitoimintatapa antaa hyvän pohjan tiedolla ohjauksen vahvistamiseen. Tällöin yhteistyötä ohjaa asiakasohjaajan, kotihoidon omatyöntekijän ja asiakkaan yhteinen näkemys ja tulkinta palvelu- ja hoitosuunnitelman perusteista ja toteutuksesta. Asiakas omien toiveittensa ja tarpeittensa kuvaajana nousee palvelu- ja hoitotapahtuman keskiöön. Näin voidaan turvata asiakkaan ja potilaan eheä asiakas- ja hoitopolku aikaisempaa paremmin.

Ajantasaisella ja analysoidulla tiedolla on myös suuri merkitys asiakkaan saamien palvelujen laatuun ja asiakkaan oikea-aikaisesti samaan apuun. Tätä vahvistaa myös Virtanen ym. (2011) kuvaamat tutkimustulokset. Samoin tätä vahvistaa myös oma työkokemukseni vanhustyön eri areenoilla. Tutkimuksen mukaan myös kustannusten hallinta ja ymmärrys palvelujen kustannusrakenteiden merkityksestä vahvistuu asiakastyön laatuun erityisesti asiakkaan kokemana oikean tiedon pohjalta tehtyjen ratkaisujen avulla.

7. POHDINTA

Tämän työn tutkimuskysymys oli: ” Miten asiakasohjaajat kokevat CGA:n asiakasohjauksen ja kotihoidon yhteistyövälineenä?” Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, kuinka asiakasohjaajat kokevat CGA-arvioinnin asiakasohjauksen ja kotihoidon välisenä yhteistyövälineenä ja näkevätkö he mahdollisuuden hyödyntää kyseistä ajatelu-, arviointi - ja toimintamallia ikäihmisten palvelukokonaisuuksia asiakkaan palvelu- ja hoitosuunnitelmaa rakentaessaan ja tehdessään palvelupäätökset.

Tutkimustuloksena todettiin, että CGA:lla tuotetusta tiedosta on merkittävää hyötyä ikäihmisten palveluntarvetta arvioitaessa sekä palvelupäätöksiä tehtäessä. Tutkimus osoitti, että CGA:n tuottaman tiedon avulla voidaan asiakkaan palvelut kohdentaa aiempaa paremmin oikea-aikaisesti. Kotihoidon työntekijät tunnistivat CGA:n avulla tuotetun tiedon merkityksen, kun he tekivät päätöksiä yhdessä asiakkaan kanssa arjen työssään.

Tutkimuksessa kartoitettiin myös sitä kuinka asiakasohjaajat näkevät CGA:n tuottaman lisätiedon hyödyntämisen asiakaslähtöisestä ja oman työnsä näkökulmasta. Tuloksena todettiin, että CGA:n käyttöönotto tehosti RAI-arviointijärjestelmällä tuotetun tiedon hyödyntämistä asiakaskohtaisesti sekä asiakasohjaajien että kotihoidon työntekijöiden arjessa.

Tutkimuksessa selvitettiin myös sitä, saivatko asiakasohjaajat CGA- arvioinnista ja toimintamallista riittävästi tietoa ja koulutusta ennen toimintamallin käyttöönottoa. Tuloksena voidaan todeta, että ennakkotiedon tarve on merkittävä. Asiaan perehtyminen Ensitetopaketin ja Käsikirjan pohjalta edisti ennen varsinaista CGA - perehdytyskoulutusta asiakasohjaajien ja kotihoidon työntekijöiden uuden omaksumista ja tuki työssä oppimisen prosessia myös jatkossa.

CGA:n tiedonkoontia ja tiedon analyysiä koordinoivan sairaanhoitajan rooli koettiin tässä tutkimuksessa erityisen merkittäväksi. Asiakasohjaajat totesivat, että heillä ei ole resursseja toimia tiedonkokoajana ja analysoijana. Tämä työ vaatii sekä geriatrissa että gerontologista vahvaa osaamista. Asiakasohjaajan koulutustausta ei kaikissa tapauksissa vastannut tehtävän tarpeeseen. Tässä tapauksessa sairaanhoitaja vahvisti myös moniammatillista osaamista asiakkaan tarpeita arvioitaessa. Sairaanhoitaja siirsi asiakaskohtaisen tiedon myös kotihoidon tiimille ja asiakkaan omahoitajalle. Ajantasainen, asiakaskohtainen tieto tukee arjen hyvää hoito- ja vanhustyötä asiakkaan kotona.

Tutkimuksen tuloksissa korostui johtamisen ja johdon sitoutumisen merkitys uuden toimintatavan tuloksellisessa ja vaikuttavassa käyttöönotossa. Etenkin lineaarisen johtamisen eri tasoilla tapahtuva sitoutuminen ratkaisee tämän tutkimuksen mu-

kaan uuden toimintamallin käyttöönoton onnistumisen. Tutkimuksen mukaan asiakasohjaajat arvostavat johtamisen merkitystä suurina linjauksia ja uudistuksia tehtäessä ja eteenpäin viettäessä. Merkittävä huomio tutkimuksessa oli myös se, että asiakasohjaajat voivat vaikuttaa kustannusten hallintaan tunnistamalla asiakkaan voimavarat ja kuntoutumismahdollisuudet kotihoidon palvelujen aloittamisen sijaan. Myös palvelujen kustannusrakenteiden tunteminen auttoi asiakasohjaajaa kustannusten asiakaskohtaisessa ja asiakaslähtöisessä hallinnassa.

Tutkimuksen tekeminen oli mielenkiintoinen ja uutta tietoa antava kokemus. Ymmärrys CGA- arviointimenetelmän käytettävyydestä asiakasohjaajan työssä sekä koulutus ja työkokemustaustan vaikutus asiakasohjaajien arviointimenetelmän käyttöönottoon avautui vasta tutkimuksen edetessä. Alkuperäinen ajatus työn määrästä ja työhön käytetystä ajasta oli pääosin realistinen ja alkuperäinen aikataulu työn valmistumisesta toteutui suunnitellusti. Lyhykäisyydessään tutkimusprosessi otti paljon, mutta antoi enemmän.

Tutkimuksen edetessä on noussut ajatus jatkotutkimuksen aiheesta. Jatkotutkimuksessa voitaisiin selvittää CGA:n tuottaman tiedon mahdollisuuksia asiakkaiden kuntoutumistarpeiden varhaisen vaiheen tunnistamisessa ja löytämisessä sekä asiakkaiden kuntoutumiseen ennen säännöllisten kotihoidon palveluiden aloitusta. Taustalla on ajatus, että ennakoivalla toiminnalla ja varhaisella puuttumisella voidaan parantaa ikääntyneen elämänlaatua, hyvinvointia sekä vähentää suunnittelemattomia hoitajaksoja sairaalassa. Näin voitaisiin myös edistää sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten hallintaa ja samalla lisätä elinvoimaisia vuosia ikäihmisen elämään.

LÄHTEET

Finlex. haettu 4.1.2017

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajan-tasa/2012/20120980?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20ik%C3%A4nC3%A4ntyneen%20v%C3%A4est%C3%B6n%20palveluista>

Friedag, H. & Schmidt, W. (2005). *Balanced Scorecard- tasapainotettu mittaristo*. Helsinki: Rastor Oy.

Groop, J., Ketokivi, M., Gupta, M. & Holmström, J. Improving home care: Knowledge creation through engagement and design. Haettu 3.1.2018. <http://authors.elsevier.com/sd/article/S027269631730044X>

Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (2008). *Geriatría- arvioinnista kuntoutukseen*. Helsinki: Edita Prima.

Heinola, R. (2007). *Asiakaslähtöinen kotihoito: opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun*. Stakes. 2007. Vaajakoski: Gummeruksen kirjapaino Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (1997). *Tutki ja kirjoita*. Tampere: Tamperepaino Oy.

Hägg, T., Rantio, M., Suikki, P., Vuori, A & Ivanoff-Lahtela, P. (2007). *Hoitotyö kotona*. Helsinki: WSOY.

Ikäneuvo. (2017). Tampereen kokeilujen sisäinen sivusto. Haettu 1.11.2017.

Jalonen, H. (2015.) Tiedolla johtamisen näyttämö ja kulissit. Julkaistu teoksessa Virtanen, P., Stenvall, J. & Rannisto, P.-H. (2015) *Tiedolla johtaminen – Teoriaa ja käytäntöä*. Tampere.

Jäntti, P. (2014). Geriatriinen arviointi. Avoin luento 16.1.2014. http://www.sosiaalikalleg.fi/hankkeet/ikaihminen_toimijana/tiedotuksia/16-1-2014-pirkko-jantti

Jäntti, P. (2015). Monialainen geriatriinen arviointi ja sen merkitys. Avoin luento 15.12.2015. Rovaniemi. http://www.sosiaalikalleg.fi/poske/tapahtumat/hankkeet/seniorikaste/moniammatillisuusvanhuspalveluissa_151215/jantti_151215_moniammatillinen_arviointi

Jäntti, P. (2016). Geriatriinen arviointi ja kuntoutus. Avoin luento 21.9.2016.

Jyrkämä, J.(2012). Arviointi ja eettisyys vanhusten hoidon arkitilanteissa. RAI-seminaari. Avoin luento 29.3.2012. Helsinki.

Kaistinen, S-L.(2015). Akuuttigeriatrian toimintakäsikirja. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö.

Kaplan, R. & Norton, D. (1996). *Tranlating the strategyinto action- the Balanced Scorecard*. Harvard Business School Press Boston, Massachusetts.

Kaplan, R., Norton, D.& Lahnaoja, H. (2007). *Strategian toteutus: Synergiaetujen luominen balanced scorecardin avulla*. Helsinki: Talentum.

Kaplan, R. & Norton, D. (2004). *Strategia kartat, aineettoman pääoman muuttaminen mitattaviksi aineistoiksi*. Helsinki: Talentum.

Klemola, K., Uusi-Ilkainen, J. & Askola, T. (2014). *Sosiaali- ja terveystieteiden tietojohdamisen käsikirja*. Sitra. Helsinki: Erweko.

Kosonen, M. (2015). Tieto johtaminen ja tiedolla johtaminen. Avoin luento. 27.8.2015. Mikkeli

<https://www.slideshare.net/miik/tietojohdaminen-ja-tiedolla-johtaminen>

Malmi, T., Peltola, J. & Toivanen, J. (2006). *Balanced Scorecard, rakenna ja sovelleta tehokkaasti*. Helsinki: Talentum Oy.

Mylläri, E., Kirsi, T. & Valvanne, J. (2014). *Miksi iäkäs ihminen lähtee päivystykseen?* Helsinki: Suomen kuntaliitto

Olve, N., Roy, J. & Wetter, M. (1998). *Balanced Scorecard- yrityksen strateginen ohjausmenetelmä*. Porvoo: WSOY.

Rönneikkö, J. (2017). Laaja-alainen geriatrinen arviointi. Avoin luento 10.11.2017. Ylöjärvi.

Saha, M. (2015). *Tavoitteena toimiva hoito kotona*. Rannikko-Pohjanmaan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. 3/2015. <http://www.kristinestad.fi/asets/2/Uploads/Tavoitteena-toimiva-hoito-kotona.pdf>

Seinelä, L., Lehto, W., Vanttaja, K., Lehmus, A. & Valvanne, J. (2015). *Elämän loppuvaiheen hyvä hoito tehostetussa palveluasumisessa*. Esimerkkinä Tampereen kehittämistyö. Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus projektin julkaisu nro 5. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Sitra. (2015). Huomisen Sote. Millaiseen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmään meidän tulisi pyrkiä ja miten se tehdään. Sitran selvityksiä 92.

STM. (2016). Haettu 3.11.2017.

<http://stm.fi/hankkeet/koti-ja-omaishoito>

STM. (2017). Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi 2017-2019. Haettu 3.1.2018.

<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/80132>

THL (n.d.) Haettu 1.2.2018.

<https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/rai-vertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta>

Tilvis, R. (2003). *Kliiniset tutkimukset*. Teoksessa: Heikkinen, E. Rantanen, T (toim.) Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 273 – 279.

Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (2016). *Geriatría*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Oppiportti.

Valvanne, J. (2015). Vanhuus suomessa- miten se muuttuu ja miten sitä tutkitaan? Avoinluento 21.1.2015. Tampere.

Valvanne, J. (2017). CGA- tuoreen Cochrane katsauksen valossa. Avoin luento 28.11.2017. Tampere.

Verne (n.d.). Haettu 4.3.2018.

<http://www.tut.fi/verne/tutkimusmenetelmat/kysely-ja-haastattelumenetelmat>

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. (2011). *Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämiseen*. Tekesin katsaus.281/2011.

LIITTEET

1. Kokonaisvaltainen geriatrinen arviointi

Comprehensive Geriatrics Assessment,
= CGA

Asiakasohjauksen työväline, jonka kokoamista sairaanhoitaja koordinoi tiimin tuella

Ensitetopaketti CGA käsikirjaan

LUONNOS 17.4.2018

Mitä CGA on?

- CGA (Comprehensive Geriatrics Assessment) on kokonaisvaltainen, moniammatillinen sekä geriatrinen että gerontologinen ajattelumalli ja asiakasohjaajan arviointityöväline, johon tiedonkoontia koordinoi ja ohjaa kotihoidon sairaanhoitaja tai esimerkiksi tule-

vassa sote-keskuksessa työskentelevä sairaanhoitaja yhdessä asiakkaan kanssa.

- CGA on ammattilaisen omaksuma ratkaisukeskeinen ajattelumalli ja työväline, jonka ohjaamana kootaan sekä tarvittava että olemassa oleva ajantasainen tieto (esim. RAI) asiakkaan toimintakyvystä ja elämäntilanteesta.
- CGA tuottaa tietoa moniammatillisen työryhmän tuella asiakassuunnitelmaan, jota valmistellaan yhteistyössä asiakkaan ja tarvittaessa hänen omaistensa kanssa. Asiakasohjaaja kokoaa asiakassuunnitelman ja tekee tarvittavat palvelupäätökset.
- Yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa asetetaan kuntoutustavoitteet, joihin asiakas ja työryhmä sitoutuvat. Samalla suunnitellaan esimerkiksi omahoidon tueksi tarvittavat toimenpiteet ja selvitetään mahdollisesti kotiin tarvittavat palvelut sekä sovitaan tarvittaessa asiakassuunnitelman päivityksestä. (Kaistinen 2015.)

Ikäneuvon viitekehys: CGA:n paikka asiakasohjauksen työvälineenä

Mikä on keskeistä CGA:ssa?

- Sairauksien diagnostiikan ja oikea-aikaisten tutkimusten ja hoidon tarpeen lisäksi selvittää asiakkaan fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky ja suhteutetaan ne elinympäristöön.
- Lääkäri määrittää löydösten vaikea-asteisuuden ja kirjaa lääketieteellisen suunnitelman, jolloin turvataan, että löydöksiin puututaan heti. Paras mahdollinen lääketieteellinen tasapaino vapauttaa asiakkaan voimavaroja arjen toimintaan. CGA vahvistaa moniammatillista tiedolla ohjausta pyrittäessä ratkaisukeskeiseen toimintaan yhdessä asiakkaan kanssa. (Kaistinen 2015).
- Arvioinnissa huomioidaan myös asiakkaan koettu terveys, sosiaaliset suhteet ja elämänlaatu.
 - Yhden sairauden sijasta hoidetaan koko

ihmistä ja tuetaan hänen elämänlaatuun hänen omassa toimintaympäristössään.

- Havaitut toimintakykyä heikentävät tekijät ja kuntoutustarpeet arvioidaan ja niihin etsitään ratkaisuja yhdessä asiakkaan kanssa.
- *Yhteenvetona:* CGA on **havaitun** toimintakyvyn muutoksen syiden selvittämiseen kehitetty laaja-alainen (asiakkaan näkökulma), moniammatillinen, systemaattinen (kirjaus) ja ratkaisukeskeinen (asiakkaan ääni) ajattelumalli (työntekijän sitoutuminen) ja arviointimenetelmä (työväline). (Jäntti 2014, Kaistinen 2015, Rönneikkö 2017).

CGA-arvioinnin kuvaus:

- CGA:n tavoite Ikäneuvossa on löytää ja arvioida mahdollisimman varhain ihmisen toimintakykyä, liikkumiskykyä ja elämänlaatua heikentävät tekijät sekä sairaudet ja oireyhtymät, jotka vaarantavat asiakkaan turvallisen kotona asumisen (preventiivinen vaihe).

- CGA on moniammatillinen, systemaattinen arviointi laaja-alaisen kuvan saamiseksi:
 - asiakkaan elämästä ja toiveista hänen omassa ympäristössään itsensä kertomana
 - asiakkaan (ja hänen ympäristössään) käytävissä olevista voimavaroista
 - hänen sairauksistaan ja olemassa olevista toimintakyvyn vajeista ja riskeistä, joiden korjaamiseen puututaan heti
- Arvioinnissa pohditaan ja huomioidaan myös ihmisen kotiympäristön olosuhteita, sosiaalisen tukiverkoston merkitystä sekä omaisten ja läheisten toiveita ja hyvinvointia.
- CGA:ssa esiin tulleisiin poikkeaviin löydöksiin, jotka uhkaavat ihmisen hyvinvointia reagoidaan aktiivisesti ja oikea-aikaisesti.
- **Ihmisen oman äänen ja tarinan kuuleminen; arvioinnin keskiössä ihmisen omat toiveet, tavoitteet ja motivaatio.** Vahvistetaan omahoitoa, omaehtoista kunnon ylläpitoa ja asumisen suunnittelua. Tuetaan asiakkaan omaa motivaatiota, sairauksien hyvää hoitotasapainoa, sosiaalisia suhteita ja osallisuutta.
- *Yhteenvetona:* CGA on ratkaisukeskeinen asiakasohjauksen ja palvelut toteuttavan tahon yhteinen tiedonkoonnin väline ihmisen autonomian,

toimijuuden ja hyvän elämänlaadun optimoimiseksi. (Päivärinta 2017).

Mittarit oikean asiakasryhmän löytämisen ja arvioinnin apuvälineenä

- Oikean asiakasryhmän löytämisen ja arvioinnin (ml. diagnostiikan) apuvälineenä käytetään iäkkäiden ihmisten toimintakyvyn arviointiin validoituja mittareita. Esimerkiksi lääkärin tutkimusten hyödyntäminen, RAI-arviointijärjestelmän eri variaatioiden ja erilaisten riskimittareiden tuottaman tiedon laaja-alainen hyödyntäminen.
- Kootun tiedon avulla muodostetaan monipuolinen käsitys ihmisen terveyteen, toimintakykyyn ja elämänlaatuun vaikuttavista tekijöistä sekä toiminnanvajauksien lääketieteellisistä ja sosiaalisista syistä.
- Mittareiden avulla ongelmien seulonta (ongelmien ratkaisu) voidaan suorittaa systemaattisesti, luotettavasti ja todistettavasti (systeeminen kirjaus).
- Mahdollistaa muutosten osoittamisen (hoidon vaikuttavuus) ja vertailun (benchmarking).
- Tulokset auttavat hoito- ja kuntoutustarpeiden

toteutuksen suunnittelussa ja niiden kohdentamisessa.

- Oikea apu, oikeaan aikaan, oikealle ihmiselle
ja riittävän varhain
- Tavoitteena on tulosten systemaattinen seuranta, toimintakyvyn muutosten ja sairauksien ennusteiden arviointi, varhainen puuttuminen ja oikea-aikainen hoito ja kuntoutus. (Kaistinen 2015, Rönneikkö 2017.)

Milloin moniammatillinen geriatrinen arviointi?

- Arviointi varhaisessa vaiheessa, kun ihminen itse tunnistaa toimintakyvyssään tapahtuvan muutoksen (esimerkiksi ehkäisevät kotikäynnillä (ehko) tai ikäkausitarkastuksissa) tai, jos toimintakyky alenee selittämättömästi tai huonontuu äkisti esimerkiksi trauman vuoksi.
- Ikääntyvän ihmisen turvallisen kotona asumisen ja arjen toiminnoista selviytymisen mahdollisuudet pitää arvioida heti ja monipuolisesti.
- läkäs ihminen, jolla on ”geriatrinen syndrooma” (HRO)

- kaatuminen, liikkumisen vaikeus, seksa-
vuus, inkontinenssi, heikentynyt muisti
- Aina ”huolen herättyä”, ennen pitkäaikaisia
hoitajaksoja tai säännöllisen kotihoidon aloit-
tamista
- Ennen suuria operaatiota, esim. tekonivel-
leikkaus
- Ennen kuntoutusta, sen suunnittelun ja ta-
voitteiden asettamisen pohjaksi (Jäntti 2014,
Rönneikkö 2017)

Moniammatillisen työryhmä- työskentelyn etuja

- Eri osaajien tiedot ja taidot voidaan hyödyn-
tää asiakkaan parhaaksi; yksi ammattiryhmä
ei pysty siihen mihin **kaikki yhdessä**
- Kukin jäsen tuo käyttöön oman alansa asian-
tuntemuksen ja kokemuksen toisten asian-
tuntemusta kunnioittaen ja sovittaen osaa-
misensa asiakkaan kokonaistilanteeseen
 - Esimerkiksi sairaanhoitajat, fysiotera-
peutit, lääkärit, asiakasohjaajat, sosiono-
mit, sosiaalityöntekijät ym.
 - Kokonaisuus on enemmän kuin osiensa

summa kaikkien työpanoksesta, asiakkaan rooli tunnistetaan yhdessä tasa-arvoiseksi tiedon ja ratkaisujen tuottajana

- Luotettava ja saumaton tiedonkulku sekä yhteistyö eri toimijoiden välillä
- Yhteistyötä ylläpitämään on kehitetty eri välineitä; yhteisesti sovitut välineet kaikkien käyttöön
 - mittarit, yhteinen toimintamalli ja kirjaaminen, arviointi, ratkaisukeskeinen toimintatapa
- Pitkäjänteisyys: päätöksenteko ja sitoutuminen hoidon tavoitteisiin ulottuu hallinnonalojen ja ammattirajojen yli (saumaton hoitoketju > eheä asiakas-, hoitopolku)
- Asiakkaan hyvä hoito ja kuntoutus sekä yhteinen vastuu asiakassuunnitelman toteuttamisesta
 - Työn kokonaisuuden onnistumiseksi kaikki huolehtivat ja ottavat vastuuta paitsi omasta osuudestaan myös koko prosessin toteutumisesta suunnitelmien ja sovitun mukaan yhdessä asiakkaan kanssa

- Moniammatillisen työn koordinoinnin, seurannan ja arvioinnin selkeä vastuutus koko asiakkuuden ajaksi sovitulle taholle
- Asiakas sekä hänen omaisensa ovat keskeinen ja aktiivinen osa asiantuntijaverkostoa.

(Jäntti 2014, Kaistinen 2015, Rönneikkö 2017)

CGA:n vaikuttavuus:

- Kirjallisuuden mukaan harvasta lääkkeettömästä hoitomuodosta ja toimintata- vasta on niin vahvaa tutkimusnäyttöä kuin kokonaisvaltaisesta, moniammatillisesta geriatrisesta arvioinnista.
- Moniammatillisen geriatrisen arvioinnin hyödyistä on kirjallisuudessa vankka tutkimusnäyttö. Se on osoittautunut useissa tieteellisissä interventiotutkimuksissa vaikuttavaksi sekä ikääntyvien ihmisten toimintakyvyn ja elämänlaadun kohentumisessa sekä laitoshoidon ja muiden raskaiden hoitopalvelujen lykkääntymisessä.

- Systemaattisella asiakkaiden ja potilaiden toimintakyvyn arvioinnilla ja terveysriskien ennakoinnilla pystytään arvioimaan kuntoutuksesta hyötyvät ikäihmiset
 - Asiakkaan voimavarojen tunnistaminen ja laaja-alainen tukeminen sekä **omaehtoisen toiminnan ja kuntouksen** kohdentuminen **riittävän varhaiseen vaiheeseen** tukevat parhaalla mahdollisella tavalla ikäihmisen laadukasta elämää kotona. Ja tuovat myös todellisia mahdollisuuksia kustannusten hallintaan. (Jäntti 2014)

Lähteet:

- Jäntti Pirkko. Luento: Geriatriinen arviointi. 16.1.2014
- Kaistinen Sirkka-Liisa. Tampereen yliopisto. Akuuttigeriatrian osaston toimintakäsikirja.2015
- Päivärinta Eeva. Haastattelu 14.12.2017.
- Rönneikkö. Ylöjärvi. Luento: Laaja-alainen geriatriinen arviointi. 10.11.2017
- Valvanne (2016) Kaistinen (2015) mukaan (CGA:n ulottuvuuksia kuva).

Liite 2. **Luonnos**

Asiakkaan tarpeet sekä monialainen ja -ammattillinen arviointi, CGA-käsikirja asiakasohjauksen ja kotihoidon yhteisenä työvälineenä

HAMK

Tekijä: Miia Päivärinta

Sisällys

JOHDANTO	44
1. MITÄ KAAPO JA IKÄNEUVO- HANKE OVAT?	45
1.1. Ohjaus, neuvonta ja asiakasohjaus Ikäneuvo-hankkeessa sekä CGA uutena työvälineenä	46
1.2 Tampereen CGA:n käyttöönottokokeilun lähtökohdat ja tavoitteet	47
2. MITÄ CGA ON?	48
3. MONIAMMATILLISEN ARVIOINTITARPEEN TUNNISTAMINEN	50
3.1. Tunnistamisen erilaiset polut	50
4. MONIAMMATILLINEN GERIATRINEN ARVIOINTI ARJEN YHTEISTYÖNÄ ERI LÄHTEISTÄ.....	51
5. TIEDON KOONNIN JA MITTAAMISEN SEURANTA TAMPEREEN KOKEILUSSA.....	52
6. VALITUT MITTARIT	54
7. SEURANTASUUNNITELMA.....	54
8. MALLIN JUURUTTAMINEN KÄYTÄNTÖÖN	54
9. LIITTEET	55
1: AMMATTILAISTEN MUISTILISTAT	55
2. ARVIOINNIN KANNALTA HYÖDYLLISIÄ LINKKEJÄ	60
3.KÄSIKIRJAN KOKOAMISEEN OSALLISTUNEET TYÖRYHMÄT JA ASiantuntijat:	61
LÄHTEET:	62

Johdanto

”Moniammatillinen geriatrinen arviointi (Comprehensive geriatric assesment) on ennen kaikkea tapa ajatella ja nähdä asiakas fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena”, korostaa geriatrian vastuualueen ylilääkäri Sirkka-Liisa Kaistinen.

” Moniammatillinen geriatrinen arviointi (CGA)ei tarkoita testipatterin tekemistä, vaan sitä, että sen osa-alueet tulevat asianmukaisesti huomioiduksi” toteaa geriatri Esa Jämsen.

Käsikirjan tavoitteena on opastaa ja ohjata työntekijää kokoamaan ja kirjaamaan systemaattisesti kaikki asiakkaasta olemassa oleva sekä RAI:n ja CGA:n avulla koottava tieto. Tietoa kerätään asiakkaan tarpeista ja elämäntilanteesta etsittäessä vastauksia hänen kysymyksiinsä sekä avun ja hoidon tarpeisiinsa. Tavoitteena on tuntea asiakkaan tilanne niin, että arviointia voidaan päivittää tilanteiden muuttuessa eikä aina tarvitse aloittaa arviointia alusta. Tavoitteena on myös turvata jokaisen asiakkaan eheä asiakaspolku koko asiakkuuden keston ajaksi.

Käsikirja on suunniteltu moniammatillisen geriatrisen arvioinnin käyttöönoton tueksi sekä asiakasohjauksen ja palvelutuotannossa toimivan esimerkiksi kotihoidon sairaanhoitajan koordinoiman yhteistyön välineeksi. Käsikirjaan on lisäksi koottu tietoa myös toimintaterapeutin, fysioterapeutin sekä sosiaalityöntekijän osuudesta. Tulevaisuudessa sote-keskukseen tuleva sosiaaliohjaus ja sen rooli ja mahdollisuudet tulee huomioida kehittämistyössä jatkossa.

CGA:n avulla systemaattisesti koottu sekä kirjattu ja analysoitu tieto ohjaa asiakassuunnitelman laatimista ja toteuttamista ja siten jokapäiväistä hoito- ja huolenpityötä. CGA työväline lähentää ja vahvistaa asiakasohjauksen ja asiakassuunnitelman toteutuksesta vastaavien työntekijöiden yhteistyötä sekä vahvistaa ratkaisukeskeistä ja kuntouttavaa työtettä.

Käsikirjaan on lopuksi liitetty suuntaa-antava osio eri ammattilaisten tehtävistä CGA:ssa. Liitteen kokoamisessa on hyödynnetty Ikäneuvon Tampereen osakokeiluun osallistuvan kehittäjryhmää.

Jokainen ammattiryhmä on ollut edustettuna ja tuonut näkemyksiään käsikirjan työstövaiheeseen. Käsikirjaan on tuonut asiantuntijatietoa pilottia ohjaava vastuuryhmä, jossa mukana on mm. ylilääkäri, sosiaalityöntekijä, vanhustyönjohtaja ja asiakasohjauksen päällikkö. Lisäksi tukea työlle on antanut keskusteluiden pohjalta myös geriatrian professori Jaakko Valvanne, geriatrian vastuualueen ylilääkäri Sirkka-Liisa Kaistinen, geriatrian ylilääkäri Jukka Rönneikkö, geriatri Esa Jämsen sekä gerontologi Eeva Päivärinta.

CGA -käsikirja on ammattilaisten työväline, johon on koottu tieto ja tausta miten tätä toimintatapaikäytännössä toteutetaan ja kuinka kootaan asiakkaan ajantasainen tieto yhteiseen käyttöön ja luodaan edellytykset sille, että asiakassuunnitelma perustuu mahdollisimman kokonaisvaltaiselle ja tuoreelle tiedolle. Asiakkaan voimavarojen tunnistaminen ja laaja-

alainen tukeminen sekä kuntoutuksen kohdentuminen aikaisempaa varhaisempaan vaiheeseen tukevat ikäihmisen hyvää, laadukasta elämää ja turvallista kotona asumista.

CGA eli kokonaisvaltainen geriatrinen arviointi (comprehensive geriatric assesment) on asiantuntijoiden puheessa kääntynyt moniammatilliseksi geriatriseksi arvioinniksi sen laaja-alaisuuden sekä useita ammattiryhmiä hyödyntävän prosessin vuoksi. Geriatrisessa arvioinnissa korostetaan jokaisen arviointiin osallistuvan ammattiryhmän asiantuntijuutta ja sitä että "yhdessä näemme enemmän kuin yksin". Tässä kokeilussa käytetään geriatrinen käsitettä. Tällä halutaan kiinnittää huomiota voimavaroihin, joita hyvä ja oikea-aikainen lääketieteellinen tutkimus ja hoito voi vapauttaa ikäihmisen jokapäiväiseen arkeen. Näin tuetaan ihmisen kokonaisvaltaista arjen hyvinvointia.

Arvioinnin tulosten kirjaamisen tulee olla yhdenmukaista, systemaattista ja kaikkien asiakkaan hoitoon osallistuvien käytettävissä. Tämä haastaa tietojärjestelmiä. CGA-arvioinnin jälkeen tuloksia tulee hyödyntää ohjatessa ja motivoitaessa asiakasta omien voimavarojensa käyttöön ja vahvistamiseen. Tuotettua tietoa käytetään asiakkaan asiakassuunnitelmaa laadittaessa. Asiakassuunnitelmaan kootaan kaikki ne näkökulmat ja palvelut, joilla tuetaan ikäihmisen kotona asumista niin, että ihminen kokee elämänlaatunsa hyväksi ja olonsa turvalliseksi. Yksi CGA:n keskeisimpiä ajatuksia on se, että CGA on menetelmänä seurannan väline, jonka äärelle on toistuvasti palattava.

1. Mitä KAAPO ja Ikäneuvo- hanke ovat?

Sosiaali- ja terveysministeriö on myöntänyt 2,34 miljoonaa euroa hallituksen kärkihankkeesta "Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa" (I&O) Pirkanmaan Ikäneuvo-hankkeelle. Hankkeessa on tarkoitus kehittää Pirkanmaalle yhteinen ikäihmisten neuvonnan ja asiakasohjauksen toimintamalli, joka on mallinnettavissa myös valtakunnalliseen käyttöön.

Mallissa kotona asumiseen ja arjessa selviytymiseen apua tarvitseva pirkanmaalainen ikäihminen tai hänen omaisensa voivat ottaa yhteyttä asiakasohjaukseen verkon kautta, soittamalla tai käymällä paikan päällä. Keskitettyä asiakasohjausta ja neuvontaa täydentäisivät asiakkaan omassa kunnassa tai kaupungissa olevat paikalliset palvelut. Ikäneuvon kokeilut eli lähitoritoiminta, kuntien yhteinen neuvontapuhelin sekä yhteinen asiakasohjaus ovat aloittaneet toimintansa 1.10.2017.

Lähitoreilta sekä puhelinneuvonnasta saa tietoa ja ohjausta mm. terveyteen, hyvinvointiin ja sosiaaliturvaan liittyen. Tarvittaessa asiakas ohjataan laaja-alaisempaan palvelutarpeen selvittämiseen asiakasohjaukseen. Siellä asiakas ja asiakasohjaaja yhdessä arvioivat palvelujen tarvetta sekä rakentavat asiakkaalle sopivan paketin, joka voi koostua yksityisistä ja julkisista palveluista tai molemmista. Pirkanmaalla erityisesti Tampere on ollut jo aiemmin asiakasohjauksen edelläkävijä, mutta koko Pirkanmaan näkökulmasta haasteena ovat olleet alueellisesti erisisältöiset käytännöt kuntien ja toimipisteiden välillä.

Ikäneuvo-hankkeen kesto aika on 1.11.2016–31.10.2018. Hankkeeseen osallistuvat Pirkanmaalta Akaan, Urjalan, Hämeenkyrön, Ikaalisen, Kangasalan, Pälkäneen, Lempäälän, Nokian, Pirkkalan (sis. Vesilahti), Sastamalan (sis. Punkalaidun), Valkeakosken, Virtojen (sis. Ruovesi), Ylöjärven ja Tampereen (sis. Orivesi) kunnat ja kaupungit. Hankkeen aikana tehdään yhteistyötä myös muiden eri toimijoiden kanssa. (www.tampere.fi/ajankohtaista).

1.1. Ohjaus, neuvonta ja asiakasohjaus Ikäneuvo-hankkeessa sekä CGA uutena työvälineenä

CGA työmenetelmänä tunnistettiin Ikäneuvon hanketyön ensimmäisessä vaiheessa hyväksi käytännöksi, jota tulee edistää. Tavoitteeksi asetettiin CGA-ajattelu- ja toimintamallin käyttöönotto ja juurruttaminen asiakasohjauksen osaksi asiakkaan palvelutarvetta arvioitaessa ja asiakassuunnitelmaa laadittaessa sekä ratkaisukeskeiseksi yhteistyövälineeksi kotihoidon ja asiakasohjauksen välille. Keskusteluissa on korostunut myös RAI-arviointimenetelmällä tuotetun tiedon ja muun asiakkaasta olevan ajantasaisen tiedon hyödyntämistä CGA tiedonkoonnin yhteydessä. Tärkeäksi havaittiin myös systemaattinen tiedon analyysi ja kirjaaminen.

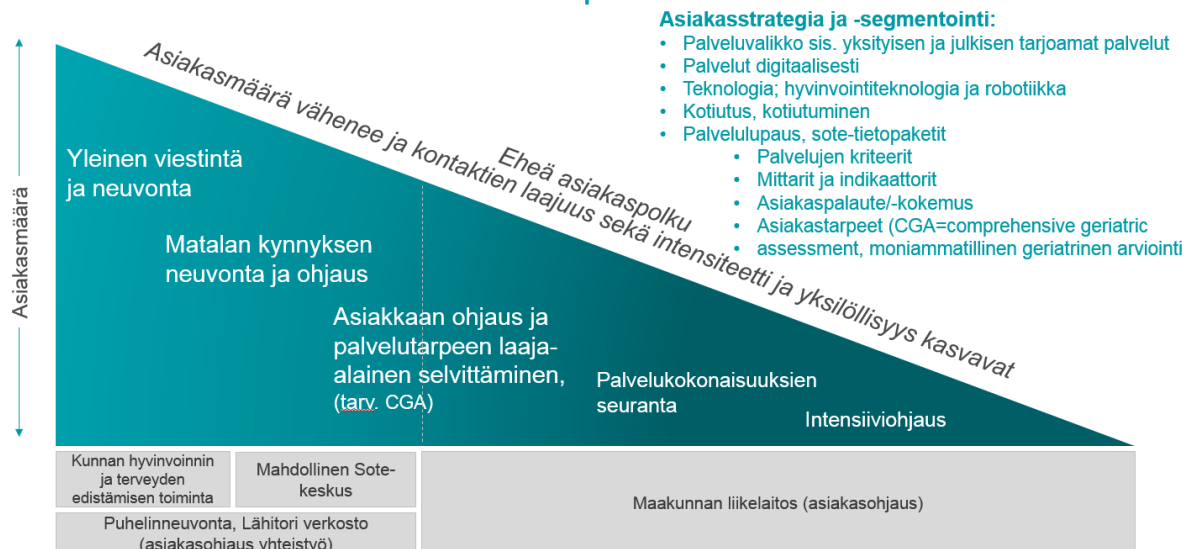
CGA-käsikirja, johon sisältyy jatkuva koulutus- ja moniammatillinen kehittämissyhteistyö, on kokonaisuus, jolla turvataan ajattelumallin systemaattinen ja yhdenmukainen käyttöönotto ja mahdollistetaan työntekijöiden jatkuva työssä oppiminen ja uusien työntekijöiden hyvä ja kokonaisvaltainen perehdytys. CGA-käsikirja edistää myös Ikäneuvon tavoitetta tukea kehittämiskulttuurin juurruttamista osaksi ikäihmisten parissa tehtävää työtä ja palvelujen asiakaslähtöistä kehittämistä.

Moniammatillinen yhteistyö ja ratkaisukeskeinen toimintamalli eli yhdessä asiakkaan ja eri asiantuntijoiden kanssa tekeminen ja toisensa kuuleminen arjessa ovat osa CGA-käsikirjakokonaisuuden tavoitteita. Onnistuakseen CGA-käsikirjan ja kehittämistyön tavoitteiden on tukeuduttava palvelujen järjestäjän strategiaan tavoitteisiin. Toimintamallin juurruttaminen edellyttää strategisen tason tavoitteiden yhdensuuntaisuutta myös asiakasohjauksen ja palvelut toteuttavan tahon johtamiselta ja esimiestyöltä. (Kaistinen, 2017.haastattelu.)

Kuva 1: Neuvonnan ja asiakasohjauksen kuvaus: tavoitteena eheä asiakaspolku.

Lähtökohta: Asiakas kokoaa palvelunsa neuvonnan ja ohjauksen tuella

Asiakasohjaaja kokoaa ajantasaisen tiedon avulla asiakkaan tarpeiden pohjalta oikean osaamisen oikeaan paikkaan



Kuvaan 1 on paikannettu CGA työvälineen mahdollinen käyttö asiakaspolulla ohjauksen, neuvonnan ja asiakasohjauksen jatkumolla ja prosessissa. CGA on ollut Tampereella käytössä lähinnä sairaalamaailmassa.

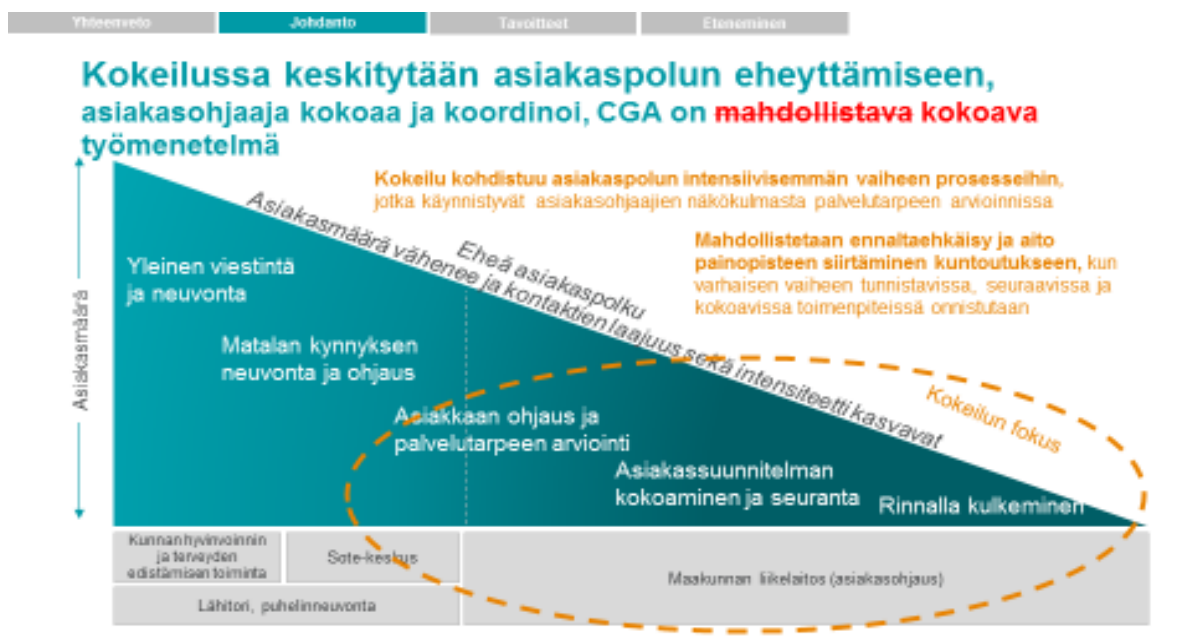
1.2 Tampereen CGA:n käyttöönottokokeilun lähtökohdat ja tavoitteet

CGA on vastavuoroinen menetelmä, jossa vuorovaikutus asiakkaan ja tarvittaessa hänen läheistensä kanssa korostuu. Haastattelut toteutetaan ratkaisukeskeisen työskentelytavan periaatteita noudattaen. Tampereen kokeilun pilotissa asiakasohjaaja tekee laaja-alaisen palveluntarpeenarvion kaikille uusille asiakkaille. Pilotissa CGA-arviointia koordinoi ja sen asiakaslähtöisestä toteuttamisesta vastaa kotihoidon sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja.

Työtä koordinoiva sairaanhoitaja (terveydenhoitaja) kokoaa asiakkaasta olemassa olevan oikea-aikaisen tiedon sekä huomioi erityisesti RAI-arviointimenetelmällä tuotetun tiedon ja sen hyödyntämisen. CGA kootaan eri ammattilaisten (mm. hoitaja, lääkäri, Ft, Tt) toimesta asiakasta havainnoiden, haastatellen ja tutkien mieluiten asiakkaan kotiympäristössä.

Tampereen kokeilussa asiakaskohderyhmäksi päätettiin kuntouttavalla arviointijaksolla olevat uudet kotihoidon asiakkaat Härmälän lähipalvelualueella ja toiseksi ryhmäksi paljon Acuta-palveluja käyttävät asiakkaat (yli 5 kontaktia edeltävän 12 kk:n aikana), jotka eivät vielä ole säännöllisen kotihoidon piirissä. Kokeiluun osallistuvia asiakkaita arvioitiin kokonaisuudessaan olevan 10-15 henkilöä kyseisistä kohderyhmistä.

Kuva 2: Tampereen kokeilun sijoittuminen asiakkaan ohjaus, neuvonta ja asiakasohjauksen prosessiin



2. Mitä CGA on?

Geriatrisen osaamisen katsotaan koostuvan vanhenemismuutoksien, iäkkään ihmisen elämän kokonaisuuden, ympäristön, sosiaalisten tekijöiden sekä sairauksien oirekuvien erilaisuuden ymmärtämisen sekä hoidon ja kuntoutuksen laaja-alaisuuden mieltämisestä. Kaikki edellä mainitut ovat osa geriatrista osaamista, jota tarvitaan hyvän ja kokonaisvaltaisen hoidon suunnittelussa ja toteuttamisessa. Geriatrisen arvion kohteena on kokonainen ihminen fyysisine, psyykkisine ja sosiaalisine ongelmineen ja vahvuuksineen. (Hartikainen & Lönnroos. 2008,12.)

Geriatrista Jukka Rönnekkö (2017) määrittelee CGA:n moniulotteiseksi ja moniammatilliseksi diagnostiseksi ja hoidolliseksi prosessiksi, jossa systemaattisesti kartoitetaan iäkkään asiakkaan lääketieteelliset ongelmat, lääkitykset sekä fyysinen, kognitiivinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä suunnitellaan tarvittavat toimenpiteet toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja arvioidaan toimenpiteiden vaikutukset. Rönnekkön mukaan CGA:n toteutumisen edellytyksenä on moniammatillinen yhteistyö ja työryhmä, jossa jokainen ryhmän jäsen tuo arviointiin oman ammattitaitonsa. (Rönnekkö.2017.)

Kuva 3: Kokonaisvaltainen geriatrinen (gerontologinen) arviointi ja sen ulottuvuudet.



CGA:ssa on kyse asiakkaan kokonaisvaltaisesta huomioimisesta fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena toimijana. Yhden sairauden sijaan hoidetaan koko ihmistä, ei vain yhtä sairautta. Menetelmän avulla huomioidaan tiedossa olevat, tiedostetut sekä myös ns. piilevät, tiedostamattomat toimintakykyyn tai terveydentilaan vaikuttavat tekijät.

Tunnuspiirteenä CGA:ssa on pitkäjänteisyys, jota vahvistetaan systemaattisella kirjaamisella ja yhden mukaisella ohjeistuksella. Päätöksenteko ja sitoutuminen ohjeiden noudattamiseen ulottuu hallinnon alojen yli (vrt. saumaton hoitoketju). Menetelmällä on vahva tieteellinen näyttö ja vaikuttavuus. Oikein käytettynä ja oikea-aikaisesti kohdennettuna se mahdollistaa myös kustannusten hallinnan aikaisempaa paremmin (vrt. Lähitorikokeilujen arviointi, Sitra).

Moniammatillisen yhteistyön onnistumisen edellytyksenä on sitoutuminen yhteiseen päämäärään ja yhdessä sovittuihin menetelmiin, jotka toteutetaan aina ohjeita noudattaen. Moniammatillisen työn perusteena on luottamus toisen ammattiryhmän ammattitaitoon ja tekemään arviointiin asiakkaan tilanteesta. Tampereen hankkeessa CGA:n moniammatillista yhteistyötä koordinoi kotihoidon sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja. Hän vastaa myös siitä, että tuotettu tieto kirjataan systemaattisesti ja että asiakasohjaaja saa käyttöönsä kootun tiedon analysoituna.

3. Moniammatillisen arviointitarpeen tunnistaminen

Moniammatillisen arviointitarpeen tunnistaminen on tärkeää ja se on arvioitava jokaisessa asiakaskontaktissa tapauskohtaisesti. Asiakas voisi hyötyä moniammatillisesta arvioinnista esimerkiksi silloin, jos ikäihmisen päivittäinen elämän hallinta huononee äkillisesti, ilmenee selittämätöntä sekavuutta, kaatuilua tai muita liikkumiseen liittyviä ongelmia, muistinheikentymistä ym. Säännöllisen kotihoidon piirissä olevan ikäihmisen palveluiden tarpeen ilmeneminen tai äkillinen lisääntyminen herättää kysymyksen moniammatillisesta geriatrisesta arvioinnista ja sen tarpeesta. Arviointi menetelmän käyttö (CGA) on suositeltavaa myös aina ennen suuria lääketieteellisiä operaatioita tai toimenpidettä. (Pirkko Jäntti. 16.1.2014.)

3.1. Tunnistamisen erilaiset polut

1. Moniammatillisen geriatrisen arvioinnin tarve saattaa tulla ilmi lähitorilla asiakkaan omista lähtökohdista, hänen itsensä kertomana, Acutasta palveluiden runsaana käyttönä, jonka jatkohoitokoordinaattori on havainnut, omaisen tai asiakkaan yhteydenottona asiakasohjaukseen tai neuvontapuhelimeen, terveyskeskuksen vastaanotolta tai yhteydenottona tulevaisuuden sote-keskuksesta.

- Lähitorin henkilökunta ottaa yhteyden asiakasohjaajaan yhdessä asiakkaan kanssa tai ohjaa asiakasta itse ottamaan yhteyttä alueensa asiakasohjaajaan.
- Varhaisen vaiheen kontakti neuvontapuhelimeen
- Acutan jatkohoitokoordinaattori ottaa yhteyden alueen asiakasohjaajaan asiakkaan lisääntyneiden, suuren tai epämääräisin syiden johdosta tapahtuneen käyntimäärän vuoksi

2. Moniammatillisen geriatrisen arvioinnin tarve tulee ilmi käynnistettäessä kotihoidon palveluita, tehostettua kotikuntoutusta tai kotikuntoutuksen arviointijaksolla

- Asiakasohjaaja tekee asiakkaan luokse kartoituskäynnin, jonka aikana pyritään selvittämään asiakkaan apujen ja palvelutarve.
- Asiakasohjauksen tukipalveluasiakkuudesta
- Asiakasohjaaja arvioi käynnin aikana olisiko kyseinen asiakas potentiaalinen moniammatilliseen geriatriseen arviointiin ja hyötyisikö hän arvioinnista.
- Asiakasohjaaja tunnistaa tukipalveluasiakkaidensa joukosta henkilön, jonka kokee mahdollisesti hyötyvän arvioinnista.
- Aloitetaan arviointijakso, tehostettu kotikuntoutus

3. Moniammatillinen geriatrinen arviointi asiakkaan kotiutuessa sairaalasta

Mikäli moniammatillista geriatrista arvioita on tehty osastolla, voidaan sitä hyödyntää ja täydentää kotona tehtävänä esimerkiksi siltä osin kuin arvioinnin toteutus on ollut kotioloista

poikkeava ja on odotettavaa että arvioinnin tulokset ovat erilaiset kuin osastolla toteutuksessa arvioinnissa. Tulevaisuuden tavoitteena voisi olla kumulatiivinen tiedonkoontin malli, jolloin tiedonkoontia voitaisiin täydentää tarvittavilta osilta asiakkaan tarpeiden ja elämäntilanteen mukaan.

4. Asiakkaan olemassa oleva kotihoidon asiakkuus, jonka johdosta havaitaan asiakkaan toimintakyvyn heikentyminen varhaisessa vaiheessa tai päivitetyistä RAI-arvioinnista nousee esiin jotain hälyttävää ja päädytään tekemään moniammatillinen CGA sekä aloitetaan arviointijakso jonka aikana toteutetaan tehostettua kotikuntoutusta.

4. Moniammatillinen geriatrinen arviointi arjen yhteistyönä eri lähteistä

Karpin & Nuotion (2008) mukaan Geriatrisella arvioinnilla tarkoitetaan asiakkaan perusteellista haastattelua ja tutkimista sekä hoidon ja kuntoutuksen suunnittelua. Geriatriseen arviointiin kuuluu asiakkaan ratkaisukeskeinen haastattelu, terveydentilan, toimintakyvyn, sairauksien, hoidon ja asuinympäristön sekä käytössä olevien palveluiden ja asiakkaan voimavarojen selvittäminen.

Asiakkaan toimintakykyä tutkitaan haastattelemalla, mittaamalla ja havainnoimalla. Arvioinnissa huomioidaan myös jo olemassa oleva tieto (esim. RAI). Yleensä geriatrisen kokonaisarvioinnin toteuttaa moniammatillinen tiimi. Asiakas sekä hänen omaisensa ovat oleellinen osa tätä ryhmää. (Karppi & Nuotio 2008, 15.)

Geriatrisella arvioinnilla tarkoitetaan yleisemmin kokonaisvaltaista arviointia toimintakyvyltään heikentyneen ikä-ihmisen tai vanhuksen tilanteesta. Geriatrinen arviointi on moniammatillinen diagnostinen selvittely. Sairauksien diagnostiikan lisäksi ikäihmisen kanssa yhdessä kartoitetaan hänen fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakykynsä sekä suhteutetaan tunnistetut voimavarat ja toimintakyky hänen elinympäristöönsä.

Moniammatillinen geriatrinen arviointiprosessi sisältää hoitosuunnitelman (asiakassuunnitelma), jossa asiakkaan havaitut ongelmat tunnistetaan, niihin puututaan ja pyritään löytämään ratkaisut. Arvioinnin jälkeen jokaiselle asiakkaalle tehdään seurantasuunnitelma. Moniammatillisen geriatrisen arvioinnin tavoitteena on löytää ja arvioida toimintakykyä, liikuntakykyä ja elämänlaatua huonontavat ikääntymiseen liittyvät ilmiöt, akuutit ja subakuutit sairaudet, oireet ja oireyhtymät jotka heikentävät asiakkaan kokonaisvaltaista elämää ja vaarantavat turvallisen kotona asumisen. (Kaistinen. 2015. 11-12.) Moniammatilliseen geriatriseen arviointiprosessiin sisältyy myös esimerkiksi asiakkaan koti- ja asumisturvallisuuden arviointi sekä hänen selviytymisensä päivittäisistä toiminnoista sekä esimerkiksi kaupassäkäynnistä.

lökkään asiakkaan arviointi aloitetaan olemassa olevien esitietojen eli anamneesin keräyksellä. Asiakas ja mahdollinen saattaja/ omainen haastatellaan. Lääkäri tutustuu aiempiin potilasasiakirjoihin sekä mahdollisiin hoitajaksoihin sekä kotihoidon ja omaisen näkemyksiin arjesta ja sen sujuvuudesta. On tärkeää selvittää kuinka eri oireet tai tilanteet ovat ajan

myötä kehittyneet. Asiakkaan käyttämä lääkitys, reseptit ja lääkelista tarkastetaan ja selvitetään lääkityksen oikeellisuus. Muistisairaiden asiakkaiden arvioinnissa on suositeltavaa haastatella asiakasta sekä omaista erikseen jotta saadaan kaikki oleellinen tieto ja välitetään mahdolliset väärinkäsitykset. Vastavuoroisesti sekä omainen että asiakas saavat yksilöllistä tietoa tilanteesta sekä tilaisuuden tulla kuulluksi. (Hartikainen&Lönroos.2008,18-19.)

Asiakkaan nykytilan eli statuksen selvittäminen vaatii perusteellisen lääkäritutkimuksen. Tutkimuksessa lääkäri arvioi asiakkaan kävelyä, mahdollisia raajojen puolieroja, vapinaa, jäykkyyttä ja hitautta. Asiakkaan havainnoinnissa on huomioitava näkö, kuulo ja kommunikoinnin sujuvuus. Puheen arvioinnissa on tärkeää että asiakkaan keskustelu on selkeää, johdonmukaista ja ymmärrettävää. Arvioidessa on myös huomioitava kiertoilmaisuiden tai väärin sanojen käyttö sekä ymmärtämisen arviointi. Arviointi tilanteessa havainnoidaan asiakkaan muisti- tai mielialaongelmaa, saatujen ohjeiden ymmärtämistä sekä yhteistyön sujuvuutta. Geriatrinen arvio sisältää myös asiakkaan perusteellisen tutkimisen. Asiakkaan suun ja hampaiden tila kartoitetaan, kilpirauhanen ja rinnat tunnustellaan, sydän ja keuhkot kuunnellaan sekä alaraajat ja vatsa tutkitaan. Suurten nivelten liikeradat kartoitetaan ja asiakkaalle tehdään neurologinen perustutkimus. Pituus, paino ja verenpaine voidaan mitata myös hoitajan toimesta. (Hartikainen&Lönroos.2008,19.)

Moniammatillisessa Geriatriassa arvioinnissa selvitetään myös asiakkaan itsensä kokema elämänlaatu sekä siihen vaikuttavat tekijät. On tärkeää kartoittaa onko asiakas tyytyväinen elämäänsä, kokeeko itsensä tarpeelliseksi, onko hänellä mahdollisia tulevaisuuden suunnitelmia ja elämänhalua. Millaiseksi hän kuvaa elämänsä ja asumisensa esimerkiksi vuoden päästä?

5. Tiedon koonnin ja mittaamisen seuranta Tampereen kokeilussa

Tampereen kokeilussa on tavoitteena tunnistaa ne keskeiset osa-alueet CGA arviointimenetelmästä ja määritellä suositeltavat mittarit, jotka ovat merkittäviä kuntouttavan arviointijakson alkaessa ennen kotihoidon palvelujen vakiintumista.

E erityisen haasteen kokeilussa tuovat esimerkiksi paljon Acutan palveluja käyttävät henkilöt, joilla ei ole kotihoidon aikaisempia palveluja. Nykyisessä palvelujärjestelmässä heidät tunnistetaan, mutta heidän jatkopalvelujensa järjestämiseen ei ole vakiintuneita, systemaattisia käytäntöjä. Jos tämän asiakasryhmän palvelutarpeeseen löydetään kokeilussa keinoja vastata, todennäköisesti heidän elämänlaatussa kohenee ja samalla saadaan tehostettua kustannusten hallintaa esimerkiksi säästämällä sairaalahoitajaksoissa.

Jotta kehitetään kustannustehokasta uutta työvälinettä asiakkaan palvelutarpeen tunnistamiseen, on kokeilussa hyvä seurata myös CGA:han käytettyä ammattilaisten työaikaa. Mitareita pohdittaessa, on hyvä olla tietoinen valtakunnallisista mittarien kehittämishankkeista.

Kuvassa 4 on esimerkiksi mukailtu, mahdollista kokeiluun mukaan otettavaa seurantamallia, Hartikaisen ja Lönroosin (2008,26) esittämää taulukkoa, jossa on paitsi arvioitua ajankäyttöä myös esitelty käytössä olleita mittareita.

Kuva 4: Mittarit CGA:n apuvälineinä

<u>Mitä tutkitaan</u>	<u>Testit, mittarit</u>	<u>Ammattilainen</u>	<u>Menetelmä</u>	<u>Mitattava aika</u>
Kognitiivinen toimintakyky (CPS)	MMSE, Kellotesti, CERAD, (jos epäily muistisairaudesta)	Hoitaja, lääkäri, toimintaterapeutti	Havainnointi	10min. errataan / havaitaan kokeilussa
Fyysinen toimintakyky	ADL, IADL (RAI:sta nousevat)	Hoitaja, Ft, Lääkäri,	harjoitteet, arviointi	Verrataan/havaitaan kokeilussa
Lihaskoivu ja liikkuminen	Käsien puristusvoima, Kävelynopeus, tuolista ylös nousu	fysioterapeutti, lääkäri, hoitaja	havainnointi	Verrataan /havaitaan kokeilussa
Mieliala (DRS)	GDS-15, Havainnointi ja haastattelu	Hoitaja, lääkäri	Haastattelu, havainnointi, GDS-testi	Verrataan kokeilussa
Asioiden hoitaminen IADL	RAI:sta nousevat	Hoitaja, toimintaterapeutti	Haastattelu; asiakas, läheiset, RAI	Verrataan kokeilussa
Kipu (PAIN)	VAS, NRS,	Hoitaja, fysioterapeutti, lääkäri	Haastattelut, kipumittarit; janat	5-10 min.
Suun terveys, hampaiden kunto		Suuhygienisti, lääkäri, hoitaja	Havainnointi, suun perusteellinen tutkimus	Verrataan kokeilussa
Ravitsemustila	Paino ja sen muutokset, MNA	Hoitaja, lääkäri, ravitsemusterapeutti	Mittaaminen, haastattelu	10-15 min.
Tasapaino ja kaatumiset	SPPB			

Mukaeltu: Hartikainen,Lönroos, 2008,26.

6. Valitut mittarit

Tampereen osakokeilussa päädyttiin käyttämään seuraavanlaisia mittareita:

- A.) CGA- kuinka monelle asiakkaalle se on tehty, onko sitä seurattu ja onko jatkosuunnitelma laadittu?
- B.) Vähentykö asiakkaan kotihoidon käynnit/ Acutan käynnit kokeilun aikana verrattuna aiempiin kotihoidon käyntimääriin tai väheneekö yhteydenotot Acutaan, omalle terveysasemalle ja neuvontapuhelimeen?
- C.) Asiakastytyväisyys (Tähän lyhyt kohdennettu asiakaskysely)
- D.) Mitä löytyi? (puuttuvia diagnooseja, huonossa hoitotasapainossa olevia sairauksia, muita asiakkaan elämänlaatua huonontavia/haittaavia asioita?)
- E.) Työntekijöiden kokemuksia uudesta toimintatavasta sekä heidän arvioon käyttämänsä työaika

7. Seurantasuunnitelma

Asiakkaalle tehdään seurantasuunnitelma. Seurantasuunnitelman sisältö ja toteutus ovat asiakaskohtaisia ja riippuvat paljon siitä, onko asiakkaalla jatkossa käytössä säännöllisen kotihoidonpalvelut, tukipalvelut vai jääkö asiakas säännöllisten palveluiden ulkopuolelle? Palveluiden ulkopuolisen asiakkaan tai tukipalvelu asiakkaan seurannasta vastaa alueen asiakasohjaaja. Seuranta tapahtuu esimerkiksi kahden kuukauden välein seurantasoitolla tai muulla yhteisesti sovitulla tavalla. Säännöllisen kotihoidon asiakkaan seurantasuunnittelusta vastaa kotihoito; sairaanhoitaja ja hoitotiimi. Yhteistyö alueen asiakasohjaajan kanssa on tärkeää palveluita suunniteltaessa ja tilanteessa, missä asiakkaalla ilmenee tarvetta palveluntarpeen muutoksiin.

8. Mallin juurruttaminen käytäntöön

Pilotoinnin aikana/jälkeen tiedämme tästä enemmän

9. Liitteet

1: Ammattilaisten muistilistat

Asiakasohjaaja

Asiakasohjaaja tekee kotikäynnin, jossa laaja-alainen palvelutarpeen selvittäminen eli kartoituskäynti ratkaisukeskeisellä lähestymistavalla

- Arjen selviytyminen ja asuin olosuhteet ja asumisturvallisuus (paloRAI)
- Havaitut ongelmatilanteet
- Sosiaalinen verkosto ja harrastukset
- Asiakkaan voimavarat ja toimintakyky
- Asiakkaan oma näkemys elämästään, toiveet ja tavoitteet
- Hoitavan omaisen jaksaminen
- Taloudellinen tilanne ja sosiaalityö, neuvonta (Sosiaalityöntekijä konsultaatio tarv.), edunvalvontavaltuutuksesta kertominen

Tunnistaa moniammatillisen geriatrisen arvioinnin tarpeen ja "tilaa" sen koti-
hoidolta

-Toimintakyvyn äkillinen heikentyminen

-Elinpiirin, sosiaalisen verkoston tai sosiaalistensuhteiden kaventuminen, yksinäisyys

-Havaittuja muistiongelmia ilman muistidiagnoosia (Six-Item Screener+ kello-
testi)

-Gerastamisen (HRO) mahdollisuus (FRAIL-Scale-kysely?)

-Läkäs jolla sekavuus, kaatuminen, liikkumisen ongelmia

-Kivut jotka ei hallinnassa/ syy ei selvillä

-Runsas terveydenhuollon palveluiden käyttö tai palveluntarpeen runsas li-
säntyminen

-Epäily mielialaongelmista, epämääräiset somaattiset oireet, passiivisuus,
haluttomuus, asiakkaan oma kokemus huonosta toimintakyvystä

- Runsas tai epäselvä lääkitys

Edistää ja tukee asiakkaan ja omaisen sosiaalista toimintakykyä, kartoittaa
tarvittavia palveluita

Hoitaja:

Kotihoidon Sh/ Th koordinoi CGA:n toteutuksen ja kokoaa tarvittavat asiantuntijat

Anamneesin eli esitietojen selvitys

RAI- arviointi asiakkuuden alkuvaiheessa (kuntouttava arviointijakso 4-6 vkoa?):

-Toimintakyky (IADL, ADL,)

-Kipu (Pain) tarv. VAS

-Kognitio (CPS) Lisäksi tarvittaessa MMSE, CERAD (muistisairaana omalle: CDR, GDS-FAST)

-Mieliala (DRS) tarv. GDS-15

-CHESS, MAPLE

-Asiakkaan kokema/ havaittu oire (esim. hengenahdistus, turvotukset)

-Ravitsemuksen tila ja toteutuminen (BMI, MNA, Painon muutokset)

-Käytössä olevat reseptilääkkeet sekä käsikauppalääkkeet ja luontaistuotteet (käyttääkö lääkkeitä poiketen annetuista ohjeista?)

-Alkoholin tai päihteiden käyttö: Kysytään tupakoinnista ja alkoholin käytöstä, tunnistetaan alkoholin riskikäyttö iäkkäällä (2 annosta/ pvä tai 7 annosta /Vko), tarvittaessa AUDIT-testi

-Viimeaikaiset sairaalajaksot ja päivystyskäynnit, kaatumiset

- kokeeko asiakas elämää haittaavana vitsankulun vaikeutumista, inkontinenssia / ummetusta

- ortostaattinen verenpaine (Mittaukset tehdään makuulla, mieluiten 10 min levon jälkeen, heti seisomaan nousun jälkeen, 3 minuuttia seisomaan nousun jälkeen) Systemaattinen kirjaaminen: verenpaineet, sykkeet, oireet

-Uni: Unen kesto ja laatu, asiakkaan oma kokemus, väsymys?

-näkö: Näkeekö seinäkellon, nimineulan jne.

- kuulo: Kuuluuko normaalipuhe, korvien puhtaus, onko kuulolaitetta?

- Kommunikointi: Puheen tuotto, selkeys ja loogisuus. Hakeeko sanoja?

-suunterveys

-ihon ja jalkojen kunto

- Apuvälineiden tarve
- Lääkärin määräämien kontrollikokeiden ohjelmointi/ tilaus

Fysioterapeutti

- Toimintakyvyn ja liikkumisen arviointi kotioloissa (SPPB, jos SPPB:ssä 0-2 pistettä tai ei pysty tekemään ->EMS, puristusvoima?), testien tulokset avattava kirjatessa,
- kaatumiset ja kaatumisriskinarviointi (SPPB)
- Liikunta- tai/ja fysioterapiasuunnitelma/ ohjelma ja sen laatiminen.
- Kuntoutus tarpeen arviointi ja tavoitteet/ tai kotikuntoutuksen tarpeen arviointi ja tavoitteet
- Apuvälineiden ja kodin muutostöiden tarpeen arviointi.
- Arvio elinympäristössä selviytymisestä

Toimintaterapeutti (Tarpeen ja saatavuuden mukaan)

- Varhaisen vaiheen tunnistaminen ja tuki
- Toimintavalmiuksien arviointi: esim. kotona, kaupassa ym. asiointimatkoilla, ruuanlaitossa, raha-asioiden hoitamisessa.
- Toimintakokonaisuuksien hallinnan arviointi: Kuinka hyvin toteuttaa toiminnan: suunnittelu ja toteutus
- Tunnistaa toimintakykyyn negatiivisesti vaikuttavia tekijöitä.

Suuhygienisti

- Suun terveyden ja kunnon arviointi, tarvittavan jatkohoidon suunnittelu

Kotihoidon lääkäreiden osuus CGA:ssa

1) Ennen asiakkaan tapaamista

- Tehtyihin testeihin tutustuminen ja niiden perusteella tarvittavien lisätutkimusten ja verikokeiden miettiminen hoitajan kanssa
- _RAI-mittarin tulosten hyödyntäminen (mm.MNA ja paino, ADL, IADL, millä tasolla, aiheuttaako jatkotoimia?)

2) Aiempaan sairaushistoriaan perehtyminen

- Todetut pitkäaikaissairaudet ja niiden hoitotasapaino
- Tehdyt leikkaukset
- Aiemmat tehdyt tutkimukset mm. GI-kanavan tähystykset, sydämen UÄ, kliininen rasituskoe tms. ja näiden tulokset
- Aikaisemmat murtumat
- Allergiat, tarkistus, että ne on merkitty riskitietoihin ja lääkeallergioista myös ACT-koodit
- Eristystarpeet
- Mittaustulokset esim. RR- ja painon seuranta, verensokeritasapaino

3) Sosiaaliseen verkostoon perehtyminen:

- Tukiasioiden tarkistus, onko lausuntotarvetta
- Käytössä olevat palvelut ja tukipalvelut
- Apuvälineiden käyttö liikkuesssa
- Onko ajokortti voimassa, omistaako aseita

4) Lääkityksen kokonaisarviointi:

- Mitkä lääkkeet käytössä ja mihin aikaan
- Myös luontaistuotteiden ja käsikauppalääkkeiden käyttö tarkistettava
- Haitallisten tai tarpeettomien lääkkeiden purku asteittain tärkeysjärjestyksessä
- Ennusteeseen vaikuttavien tarpeellisten lääkkeiden käyttöönotto asteittain

5) Anamneesi:

- Potilaan ja läheisten kokemat suurimmat ajankohtaiset terveysongelmat ja oireet
- Harrastukset/arjen sujuminen
- Ruokahalu ja syöminen, painon kehitys
- Kivut
- Kaatumiset, huimaus

- Sydänoireet
- Hengitystieoireet
- Suolen toiminta
- Virtsaamisvaivat, inkontinenssi
- Koettu mieliala
- Nukkuminen, koettu väsymys, uupumus
- Muisti, viimeiset testitulokset
- Päihteiden käyttö: alkoholi, tupakointi (myös jo aiempi), huumeet
- Onko aiemmin tehnyt hoitotahdon ja jos ei, haluaisiko tehdä nyt?, Hoidon rajoitukset.

6) Kokonaisstatus

- Keskustelun aikana saa jo hyvän käsityksen mielialasta ja kognitiosta sekä keskittymiskyvystä
- Sydämen auskultaatio, sykkeen palpoini
- Keuhkoauskultaatio, hengitystaajuus, onko hengitys vapaata
- SpO₂
- Vatsan palpaatio, suoliäänet
- Turvotukset
- Perifeeriset pulssit
- Iho kauttaaltaan ja erityisesti jaloissa. Kovettumat, varpaiden välien haatumat, virheasennot jaloissa
- Käsien puristusvoimat
- Hampaiden ja suun tarkistus, myös limakalvot proteesien alta ja proteesien puhtaus
- Kieli, suun kuivuus?
- Seisomaan nousu, pääseekö ilman käsillä avustamista?
- Miltä liikkuminen näyttää?
- Isojen nivelten liikkeet, virheasentoja, kipuja nivelissä, liikerajoituksia?
- Diabeetikolla monofilamenttikoe ja tarvittaessa värinätunto, pistospaikat
- Ainakin muistidiagnostiikkaa tehdessä neurologinen status
- Korvien tarkistus
- Näön summittainen arviointi
- Paino, jollei ole otettu aiemmassa vaiheessa
- Ortostaattinen koe, jos ei ole tehty jo aiemmassa vaiheessa
- Kontrollikokeiden määrääminen

Sosiaalityöntekijä

Pyydetään tarvittaessa mukaan

- Taloudellisissa vaikeuksissa olevat
- Hyväksikäyttö, laiminlyönti, väkivaltaepäilyt
- Asumisen ongelmat (asunnottomat, asunnonhakijat, asumiseen neuvoa/ tukea tarvitsevat; raivaussiivouksen tarve tms., häätöuhka ym.)
- Edunvalvonnan tarpeessa olevat (Taloudelliset asiat eivät hoidu ns. tavanomaisin toimin)
- Henkilöt joilla vaikeuksia sopeutua sairauden/iän tuomiin haasteisiin
- Asianmukaiset hoitotukiasiat, lääkekorvausoikeudet voimassa

2. arvioinnin kannalta hyödyllisiä linkkejä

Linkki: lonkkamurtumapotilaan arviointi

https://www.terveysportti.fi/xmedia/shp/shp00995/LINKKI_checklist_lomupotilaan_arviointiin.pdf

Linkki: Lyhyt kaatumisvaaran arviointi

https://thl.fi/documents/966696/1449811/Lyhyt_kaatumisvaaran_arviointi_FROP-Com.pdf/fd90661a-bbcf-48e6-8c0b-968a02c5ad06

Linkki toimia.fi (toimintakyvyn mittaaminen ja arviointi: Kansallinen asiantuntija verkosto)

<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittari/tulokset>

Linkki. ravitsemustilan arviointi MNA

<https://gernet.s3.amazonaws.com/uploads/75c06cc41d58457bae260e3d2d0b4a07/Ravitsemustilan%20arviointilomake%20MNA.pdf>

3.Käsikirjan kokoamiseen osallistuneet työryh- mät ja asiantuntijat:

Ikäneuvon Tampereen kokeilun kehittämisryhmä

Maria Valkeepää-Jyrhämö, geriatri , geriatrianpoliklinikka

Sanna Rauhala, fysioterapeutti, kotikuntoutus

Kira Mäkipää, sairaanhoitaja, kotiutustiimi

Paula Kortensniemi, asiakasohjaaja

Johanna Leisio, vastaava asiakasohjaaja

Anne Löytönen-Valmiala, sosiaalityöntekijä, Rauhaniemen sairaala

Letonmäki Olli, ylilääkäri, Rauhaniemen sairaala

Auvinen Katja, osastonhoitaja, Rauhaniemen sairaala

Marika Luosmala, asiakasohjaaja, projektisuunnittelija Ikäneuvo

Miia Päivärinta, vastaava sairaanhoitaja kotihoito, CGA-käsikirja Ikäneuvo

Lisäksi mukana olivat ravitsemusterapeutti Jarkko Tenhunen sekä toimintaterapeutti Maija Kankku-
nen

Ikäneuvon Tampereen kokeilun vastuuryhmä

Mia Kanninen, johtava sosiaalityöntekijä

Tarja Laine, Ikäneuvon projektikoordinaattori, vanhuspalveluiden johtaja, Valkeakoski

Sirkka-Liisa Kaistinen, geriatrian vastuualuejohtaja, Pshp

Mikko Vesämäki, ylilääkäri, geriatrian poliklinikka

Sirpa Antinmaa, ylihoitaja, Rauhaniemen sairaala

Anne-Mari Ahonen, Tampere senior, ohjelmajohtaja

Kaisa Taimi, asiakasohjauspäällikkö

Sirkku Miettinen, palvelupäällikkö

Essi Mäki-Hallila, projektipäällikkö Ikäneuvo

Edellä mainittujen lisäksi asiantuntijat

Jaakko Valvanne, geriatrian professori

Eeva Päivärinta, gerontologi

Jukka Rönneikkö, ylilääkäri, Ylöjärvi

Esa Jämsen, geriatri

Lähteet:

Hartikainen, S & Lönnroos, E. (2008). *Geriatrisia- arvioinnista kuntoutukseen*. Helsinki. Edita Prima,.

Heinola, R. (2007) *Asiakaslähtöinen kotihoito- opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun*. Vaajakoski. Gummerus kirjapaino OY.

Jäntti, P. (2014) Geriatrisinen arviointi. Avoin luento. 16.1.2014

Kaistinen, S-L. (2015) *Akuuttigeriatrisian osaston toimintakäsikirja*. Tampereen yliopisto.

Rönneikkö, J. (2017). Laaja-alainen geriatrisinen arviointi. Ylöjärvi. Avoin luento: 10.11.2017

Valvanne (2016) Kaistinen (2015) mukaan (CGA:n ulottuvuuksia kuva).

www.tampere.fi/ajankohtaista

Liite 3. Haastattelukysymykset asiakasohjaajille (puolistrukturoitu teemahaastattelu)

1. Kerro CGA:n ja RAI-arvioinnin tuottamasta tiedosta asiakasohjaajan työssä.
2. Miten CGA jäsentää asiakastyötä?
3. Ikäneuvon työryhmässä koettiin että CGA:n avulla voitaisiin tunnistaa asiakkaan kuntoutustarpeet jo ennen säännölliseen kotihoitoon siirtymistä- Miten sinä asiakasohjaajana arvioisit tätä asiaa?