



RAI-arviointijärjestelmän hyödyntäminen Hyvinkään kotihoidon ja asumispalvelui- den kuntoutuksessa

Katri Vänntilä
Sofia Wilenius

2018 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

RAI-arviointijärjestelmän hyödyntäminen Hyvinkään kotihoidon ja asumispalveluiden kuntoutuksessa

RAI-arviointijärjestelmän hyödyntäminen
Hyvinkään kotihoidon ja asumispalveluiden
kuntoutuksessa

Sofia Wilenius
Katri Vänntilä
Hoitoala
Opinnäytetyö
Lokakuu 2018 2018

Sofia Wilenius, Katri Väänttilä

RAI-arviointijärjestelmän hyödyntäminen Hyvinkään kotihoidon ja asumispalveluiden kuntoutuksessa

Vuosi 20182018 Sivumäärä 56

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Hyvinkään kotihoidon ja asumispalveluiden henkilökunnan käyttämän RAI-arviointijärjestelmän toimivuutta. Opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa Hyvinkään kotihoidon ja asumispalvelujen kuntoutuksen kehittämistä varten ja RAI-arviointijärjestelmän hyödyntämisestä kuntouttavassa hoitotyössä.

Hyvinkään kotihoidossa ja asumispalveluissa on käytössä asiakkaan toimintakykyä mittaava järjestelmä, Resident Assessment Instrument (RAI). Järjestelmä on kattavin tiedonkeruun ja havainnoinnin välineistö, jolla pystytään laatimaan hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelma asiakkaan tarpeen mukaan. RAI-arviointijärjestelmä sisältää 13 erilaista mittaria, joita voidaan hyödyntää esimerkiksi palveluntarpeen arvioinnissa ja kuntoutumisen seurannassa. RAI-arviointijärjestelmällä voidaan mitata potilaan toimintakykyä eri osa-alueilla kuten arki- ja perustoiminnot, kognitiivinen toimintakyky, itsenäisyys, avuntarve sekä psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky.

Opinnäytetyö tehtiin kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena. Tutkimusaineisto kerättiin strukturoidulla e-kyselylomakkeella, joka tehtiin Googleforms-ohjelmalla. Kyselylomakkeessa käytettiin Likert -asteikkoa asteikolla yhdestä viiteen. Kyselylomakkeessa kysymykset olivat jaoteltu neljään eri osa-alueeseen. Aineisto analysoitiin SPSS-järjestelmällä ja tulokset esitettiin prosentteina ja pylväsdiagrammeina.

Opinnäytetyön tulokset osoittivat hoitajien olevan pääsääntöisesti tyytyväisiä RAI-järjestelmän toimivuuteen. Hoitajat kuvasivat tietävänsä kuka vastaa RAI-arvioinnin tekemisestä sekä miksi ja milloin niitä tehdään. Lisäksi hoitajat käyttivät eri tiedonkeruumenetelmiä RAI-arviointeja tehdessä. Hoitajat kokevat RAI-arvioinnin vastausten viemisen ohjelmaan yksinkertaisena ja heidän mielestään saadut tiedot eivät ole turhia. Hoitajat kokevat saavansa tarvittaessa apua RAI-arvioinnin tekemiseen. Edellä mainituissa kokemuksissa vastaukset ovat yhteneväiset kotihoidon ja asumispalveluiden välillä.

Selkeimmät ongelmakohdat RAI-arvioinnin tekemisessä ja hyödyntämisessä koettiin olevan tulosten analysoimisessa, raporttien tulkitsemisessa, kysymyslomakkeen täytössä, koulutuksessa ja ajankäytössä. Ongelmakohdat ovat pääosin samansuuntaiset kotihoidossa ja asumispalveluissa.

Kehitysehdotuksina hoitajien vastauksista nousi koulutuksen lisääminen RAI-arviointijärjestelmän hyödyntämisestä ja käytöstä kuntoutuksessa. Resursseja tulisi lisätä, jotta aikaa RAI-arvioinnin tekemiselle olisi riittävästi. Henkilökunta osoitti mielenkiintoa ja halua RAI-arviointijärjestelmän hyödyntämiseen kuntoutuksessa, joten lähtökohdat kehittämiseksi ovat siltä osin hyvät.

Asiasanat:RAI-arviointijärjestelmä, kotihoito, asumispalvelut, kuntoutus, toimintakyky

Sofia Wilenius, Katri Väänttilä

The functionality of the RAI assessment tool used by Hyvinkää's home care and housing services

Year	2018	Pages	56
------	------	-------	----

The purpose of this thesis is to find out the functionality of the Resident Assessment Instrument (RAI) assessment tool used by Hyvinkää's home care and housing services employees. The purpose of this thesis is to get information on the rehabilitation of Hyvinkää's home care and housing services and the utilization of the RAI assessment tool in rehabilitative nursing.

Hyvinkää's Home Care and Housing Services have a RAI and the system is the most comprehensive data collection and observation tool that can be used to make a care, rehabilitation and service plan according to the customer's needs. The RAI assessment tool includes 13 different indicators that can be used, for example, in assessing service needs and monitoring of rehabilitation. The RAI assessment tool can measure the patient's ability to function in different areas, such as everyday and basic functions, cognitive function, autonomy, need for assistance and psychological and social performance.

The thesis was made using a quantitative research method. The research material was collected using a structured e-questionnaire that was created using the Googleforms program. In the questionnaire the Likert scale was used on a scale from one to five. In the questionnaire the questions were divided into four different areas. The SPSS system was used for the data analysis and the results were presented as percentages and bar graphs.

The results of the thesis show that nurses are generally satisfied with the functionality of the RAI assessment tool. The nurses described knowing who is responsible for RAI assessment and why and when to do it. Additionally, nurses use different data collection methods when making RAI assessments. The nurses feel that RAI assessment is simple and the information is not useless. Nurses feel they can get help to make an RAI assessment if needed. In the aforementioned experiences, the answers are consistent between home care and housing services.

The most obvious problems in making and utilizing an RAI assessment were found to be the analysis of results, interpretation of reports, filling in a question form, training and time usage. The problem areas are consistent between home care and housing services.

Development suggestions arose from nurses' answers. Answers pointed out their need for training to utilize RAI assessment and to use the results in rehabilitation. Resources should be added so that there would be enough time to make an RAI assessment. The staff showed their interest and will to use the RAI assessment tool in rehabilitation, so the starting point for development is good.

Keywords: RAI assessment tool, homecare, housing service, rehabilitation, performance

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Hyvinkään kotihoito ja asumispalvelut.....	6
2.1	Hyvinkään kotihoito.....	7
2.2	Hyvinkään asumispalvelut	9
2.3	Ikääntyneen kuntoutus kotona ja asumispalveluyksikössä	10
2.4	Toimintakykymittarit Hyvinkään kotihoidossa ja palveluasumisessa.....	12
3	RAI-arviointijärjestelmä	14
3.1	RAI-arviointijärjestelmän mittarit.....	15
3.2	RAI-arviointijärjestelmän tulokset ja niiden hyödyntäminen	15
4	Menetelmät ja aineisto	17
4.1	Tutkimuskysymykset	17
4.2	Määrällinen tutkimus	17
4.3	Aineiston keruu	20
4.4	Aineiston analysointi.....	21
5	Opinnäytetyön tulokset.....	22
5.1	RAI-kysymyslomakkeen täyttö ja tiedonkeruumenetelmät	22
5.2	Tutkimustulokset ja niiden analysointi.....	26
5.3	Tulosten hyödyntäminen	30
5.4	Päivittäminen ja koulutus.....	34
6	Opinnäytetyön arviointi ja pohdinta	37
6.1	Kuinka paljon RAI- arviointijärjestelmästä saatuja tietoja hyödynnetään kotihoitossa ja asumispalveluyksiköissä kuntoutumisen tukemisessa?.....	38
6.2	Mitkä ovat RAI-arviointijärjestelmän hyödyntämisen ongelmakohdat?.....	40
6.3	Opinnäytetyön eettinen näkökulma ja luotettavuus	42
6.4	Kehittämissuhteet	44
6.5	Opinnäytetyö prosessi	45
7	Lähteet	47
8	Liitteet.....	49

1 Johdanto

Tämän tutkimuksen tilaajana oli Hyvinkään kotihoito ja asumispalveluyksiköt. Opin- näytetyömme idea syntyi aikaisemmin tehdyn palvelumuotoilu-hankkeen yhteydessä, jonka toteuttivat Lauren ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijat. Hanke kä- sitteli Hyvinkään kotihoidon kuntoutusta ja kuntoutussuunnitelmaa. Hanketta teh- dessä kotihoidon palveluesimies toi ilmi, ettei hänen käsityksensä mukaan kotihoi- dossa hyödynnetä riittävästi RAI-arviointijärjestelmän tuloksia kuntoutumisen tuke- misessa, vaikka jokaiselle asiakkaalle RAI-arviointi tulee tehdä.

Tässä opinnäytetyössä tarkoituksena oli selvittää kotihoidon ja asumispalveluiden henkilökunnan RAI-arviointijärjestelmän hyödyntämistä kotikuntoutuksessa. Tutki- muksemme tavoitteena oli löytää kotihoidon ja asumispalveluiden henkilökunnan RAI- arviointijärjestelmän hyödyntämisen ongelmakohdat.

Tutkimuksesta saatiin tietoa tämänhetkisestä tilanteesta RAI-arviointijärjestelmän hyödyntämisestä kuntoutumisen tukemisessa. Lisäksi saatiin tietoa mahdollisista on- gelmakohdista RAI-arviointijärjestelmän hyödyntämisessä. Tutkimustuloksista koot- tiin raportti, jossa näkyy kyselystä saadut tulokset. Raportti lähetettiin tiedoksi Hy- vinkään kotihoidon ja asumispalveluiden esimiehille, jotka voivat halutessaan hyö- dyntää tuloksia toiminnan kehittämisessä.

Tutkimuksen tilaajaan tuli toukokuussa 2018 muutos Hyvinkään kotihoidosta saatujen vastausten vähäisen määrän vuoksi. Hyvinkään kotihoidon palveluesimieheltä tuli eh- dotus tutkimuksen laajentamisesta myös Hyvinkään asumispalveluiden puolelle, jotta vastausten määrästä tulee riittävä määrällisen tutkimuksen toteuttamiseksi.

2 Hyvinkään kotihoito ja asumispalvelut

Hyvinkään kotihoidon toimintaperiaatteena on tuottaa hyvää, turvallista ja laadu- kasta hoitoa. Hoitoa myönnetään kaikille tarvitseville tasa-arvoisesti toimintakyky- mittareiden tuloksiin perustuen. Palveluita tarjotaan henkilöille, jotka eivät kykene käyttämään avoterveydenhuollon palveluita, mutta jotka tarvitsevat apua ulkopuoli- silta henkilökohtaisiin perustarpeisiinsa kotona pärjätäkseen. Kotihoidon tarkoituk- sena on tukea, auttaa ja opastaa asiakasta, jotta hän selviytyisi mahdollisimman

omatoimisesti päivittäisistä toiminnoista ja hoitotoimenpiteistä. Kotihoidolla tuetaan asiakkaan kotona asumista mahdollisimman pitkään. Hyvinkään sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteiset arvot ohjaavat toimintaa kotihoidossa. Tärkeimpiä arvoja ovat asiakaslähtöisyys, yhteisöllisyys, turvallisuus, uudistumisvalmius, ympäristöstä huolehtiminen ja vastuullisuus. Hyvinkään kotihoidon toimintaa säätelee sosiaali- ja terveyslautakunta. Toimintaa ohjaa sosiaali- ja terveys strategia ja Hyvinkään pelikirja vuosille 2017-2027. Kotihoito on asiakkaalle maksullista palvelua. (Hyvinkään kotihoito 2017.)

Asumispalveluja järjestetään ostopalveluna yksityiseltä palveluntuottajalta tai kunnan omana toimintana. Kaupunki voi ostaa asumispalveluja myös yksityisiltä palveluntuottajilta. SAS-toiminnan (keskitetyn palvelutarpeen arvioinnin yksikkö) kautta hakeudutaan asumispalveluiden piiriin. SAS-toiminnot selvittävät, arvioivat ja sijoittavat henkilöitä heille sopiviin asumismuotoihin yhteistyössä ikääntyneen ja hänen omaistensa/läheistensä kanssa. (Pitkäaikainen asumispalvelu 2015.)

2.1 Hyvinkään kotihoito

Hyvinkään kotihoidossa toimii kolme säännöllisen kotihoidon tiimiä. Tiimit ovat jaettu alueittain; Hyvinkäänkylä, Martti ja Paavola. Tiimien lisäksi kotihoitoon kuuluu kotiteho, kotisairaala, yökotihoito ja kotiutustiimi. Kotihoidon toiminta on ympärivuorokautista. Kotihoitotiimeillä on iltaisin ja viikonloppuisin käytössä päivystyspuhelin. Arkisin puheluihin vastaa asiakasvastaava. Omaisilla on mahdollisuus osallistua hoitoneuvotteluihin ja olla mukana asiakkaan hoidossa. (Hyvinkään kotihoito 2017.)

Kotihoidossa on säännöllisen kotihoidon ja kotiutustiimin asiakkaita. Valta-osa asiakkaista kuuluu säännöllisen kotihoidon piiriin, noin 380-390 asiakasta. Kotiutustiimissä on noin 110 asiakasta. Asiakkaille on nimetty vastuuhoidajat tai vastuuhoidajaparit, joilla on kokonaisvastuu asiakkaan kokonaishoidosta. Hyvinkään kotihoidossa on 103 vakinaista työntekijää. Suurin osa työntekijöistä on lähihoitajia. Jokaisessa tiimissä on oma tiiminvetäjänsä, joka on ammatiltaan sairaanhoitaja. Lisäksi kotihoidossa on jaettu eri työtehtäviä eri ammattiryhmille. Työnimikkeitä on mm. asiakasvastaava, kodinhoitaja, vastuusairaanhoitaja ja hallinnollinen- ja hoidollinen esimies. (Hyvinkään kotihoito 2017.)

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista määrittelee kotihoidon sisällön. Kotihoito kattaa kotisairaanhoidon ja kotipalvelun. Kotipalvelulla tarkoitetaan asumiseen, hoitoon ja huolenpitoon, toimintakyvyn ylläpitoon, lasten hoitoon ja kasvatukseen, asiointiin sekä muihin jokapäiväiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista tai niissä avustamista. (L812/2000.)

Kotisairaanhoidon on hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista säännöllistä tai tilapäistä palvelua. Kotisairaanhoidon asiakkaaksi tullaan lääkärin päätöksellä. Kotisairaanhoidon toteuttaa asiakkaan lääkehoitoa, ja terveydentilan seuranta. Kotisairaanhoidolliset toimenpiteet ja tehtävät toteutetaan lääkärin määräysten mukaisesti ja päävastuu hoidosta on lääkärillä. Kotisairaanhoidon toteuttavat sairaanhoitajat. (Hyvinkään kaupunki 2017.)

Palvelutarpeen arviointi tehdään ennen palvelujen aloittamista. Henkilön palvelu- ja hoidontarpeen arvioinnin jälkeen tehdään palvelu-, hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Suunnitelmien teossa hyödynnetään RAI:n tuloksia ja tarvittaessa myös muiden toimintakykyarvioinnin tuloksia. (Hyvinkään kaupunki 2017.)

Säännöllisellä kotihoidolla tarkoitetaan jatkuvaa asiakkuutta, eli säännöllistä kotihoitoa saava henkilö ei pärjää kotona ilman säännöllisiä palveluita. Säännöllinen kotihoito on tarkoitettu tukemaan asiakasta niissä päivittäisissä toiminnoissa, joista asiakas ei selviä itse. Toimintoja voi olla esimerkiksi syöminen, lääkehoito, peseytyminen, siirtymiset ja pukeutuminen. Kotihoidon peruspalvelut muodostuvat kotihoitosta ja kotisairaanhoidosta. Palvelujen määrä riippuu asiakkaan tarpeista, jotka määritellään hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Säännölliseen kotihoitoon kuuluu myös tukipalveluita. (Hyvinkään kaupunki 2017.)

Kotipalveluun sisältyvinä tukipalveluina annetaan ateria-, vaatehuolto- ja siivouspalveluja sekä sosiaalista kanssakäymistä edistäviä palveluja (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista L812/2000.) Kotihoidon tukipalveluita Hyvinkäällä ovat ateria-, turvapuhelin-, kuljetus-, kylpy-, vaatehuolto-, siivous-, kauppa-, asiointi-, saatto- ja päiväkeskuspalvelu (Hyvinkään kaupunki 2017).

Kotiteho on osa Hyvinkään kotihoitoa. Se pitää sisällään kotisairaalan, kotiutusyksikön ja yö-kotihoidon. Kotitehon tavoitteena on kuntouttaa asiakas kotona itsenäisesti asuvaksi. Kotiutus pyritään tekemään mahdollisimman nopeasti, joten kotiutusta tehdään myös iltaisin ja viikonloppuisin, näin vähennetään sairaalahoitopäiviä. Kotiteho

tekee yhteistyötä sosiaalitoimen kanssa, jolloin saadaan keskitettyä palveluntarpeen arviointi. Kotitehon asiakkailta on erilaisia tilanteita, joiden takia he tarvitsevat kotitehon palveluita. Kellään kotitehon asiakkaista ei ole säännöllisiä kotihoidon palveluita. Asiakkaiden kuitenkin tulee täyttää kotihoidon myöntämis- ja maksukriteerit. Kotitehon asiakkaat tulevat yleensä osastolta tai päivystyksestä. Ennen kotitehon palveluiden aloittamista asiakkaalle järjestetään hoitoneuvottelu. (Hyvinkään kotihoito 2017.)

Kotihoidon asiakkaalle myönnetään tarvittaessa myös yö-kotihoitoa, jos avuntarve yöllä on olemassa. Yöhoidon tarve voi olla esimerkiksi vessakäynnillä, lääkähoidossa avustamisessa tai asentohoidon toteuttamisessa vuodepotilailla. Yö-kotihoidon tarve kartoitetaan palvelu- ja hoitosuunnitelmaa tehdessä tai tarvittaessa avuntarpeen lisääntyessä. Voinnin seuranta öisin voidaan toteuttaa myös, jos asiakas kokee turvatomuutta, esimerkiksi sairaalasta paluun jälkeen. (Hyvinkään kaupunki 2017.)

Kotisairaala tarjoaa akuuttihoitoja kotiin, joka mahdollistaa varhaisen kotiutumisen. Kotisairaalan asiakkaina on eri ikäisiä potilaita ja hoitosuhde kestää vain määräajan. Kotisairaalan palveluihin kuuluu akuuttihoidon lisäksi palliatiivinen- ja saattohoito. Kotisairaalan hoidon potilaille on lääkärin lähete. (Hyvinkään kaupunki 2017.)

2.2 Hyvinkään asumispalvelut

Hyvinkään kaupunki tarjoaa asumispalveluja Kultakehrässä, Paavolan Alahovissa ja Ylähovissa sekä Kaunistossa. Asumispalvelut pitävät sisällään asumisen, ateriat ja tarpeellisen hoidon, tarvittaessa myös ympärivuorokautisen hoidon. Asukkaiden tulee itse hankkia: henkilökohtaiset vaatteet, vuodevaatteet, huonekalut, henkilökohtaiseen hygieniaan kuuluvat tuotteet, muut yksilökohtaiset asumisen pientarvikkeet, lääkkeet ja hoitotarvikkeet. Asiakkaan omahankintaan kuuluu yleensä samat tarvikkeet kuin asiakas hankkisi kotiinkin. (Pitkäaikainen asumispalvelu 2015.)

Palveluasuminen perustuu vuokrasuhteeseen ja vuokran lisäksi asukkaiden tulee maksaa ateriat, tukipalvelumaksu sekä asiakasmaksu saaduista hoivapalveluista. Asumispalvelussa asiakasmaksut määräytyvät tulojen mukaan. Asukkaille tehdään henkilökohtaiset hoito- ja palvelusuunnitelmat, jossa määritellään hoivan, huolenpidon ja muun avun tai palvelun tarve. (Pitkäaikainen asumispalvelu 2015.)

Tehostettua palveluasumista tarjotaan Kauniston- ja Paavolan Ylähövien palvelukeskuksessa. Tehostettu palveluasuminen on suunniteltu asiakkaille, jotka eivät enää selviydy kotonaan turvallisesti kotiin tarjottavien palveluiden ja tukitoimien turvin. Tehostetussa palveluasumisessa henkilökunta on paikalla ympäri vuorokauden ja asiakkaat hyötyvät palveluasumisen yhteisöllisyydestä. (Tehostettu palveluasuminen 2017.) Kauniston palvelukeskuksessa on paikka 105 asukkaalle. Se on tarkoitettu muistisairaille ja sen yhteydessä toimii myös muistipoliklinikka. (Tehostettu palveluasuminen 2017.) Paavolan Ylähovissa on paikka 19 asukkaalle. Siellä tarjotaan sekä pitkä- että lyhytaikaista tehostettua palveluasumista. Ylähovissa on 12 lähihoitajaa ja 2 sairaanhoitajaa. Kauniston palveluasumisyksikössä on noin 10 sairaanhoitajaa ja noin 65 lähihoitajaa, eli jokaisella osastolla on 1-2 sairaanhoitajaa. (Hyvinkää 2018.)

Tuetussa palveluasumisessa ei ole järjestetty yö-hoitoa. Tuetussa asumisessa on palveluasumisen yhteisöllisyyttä. Tuettu palveluasuminen on rinnastettavissa kotihoidon palveluihin ja sitä voidaan tarjota asiakkaille, jotka eivät enää pärjää kotona sinne tarjottavien palveluiden turvin. (Hyvinkää 2018.) Entinen Sahamäen palvelukeskus nykyinen Kultakehrä on 64-paikkainen vanhainkoti, joka tarjoaa ympärivuorokautista hoitoa ja tuettua asumispalvelua. Kultakehrä muutti alkuvuodesta eri toimitiloihin. Muuton yhteydessä asukaspaikat muuttuivat asumispalveluiksi. Kultakehrässä on neljä eri ryhmäkotia: Mänty, Lehtikuusi, Koivu ja Tammi. Koivussa ja Tammessa asukaspaikkoja on 15 ja Männyssä ja Lehtikuusessa asukaspaikkoja on 17. Paavolan palvelukeskuksen vanhainkotosasto Alahovi tarjoaa myös tuettua palveluasumista ja pitää sisällään 18 asukaspaikkaa. Alahovissa on 11 lähihoitajaa ja 1 sairaanhoitaja. Kultakehrän palvelukeskuksessa on 6 sairaanhoitajaa ja 40 lähihoitajaa. (Hyvinkää 2018).

2.3 Ikääntyneen kuntoutus kotona ja asumispalveluyksikössä

Kotikuntoutuksella voidaan tarkoittaa esimerkiksi tietyksi määrääjäksi sovittua kuntoutusta, jota antaa erityisasiantuntija asiakkaan kodissa. Näin asiakkaan aikaa ja voimavaroja säästyy sekä vältetään paikasta toiseen kulkemista syntyviä riskejä. Kotikuntoutus voi olla myös tätä laajempaa ja asiakas voi jatkaa harjoittelua kotikuntoutuskäyntien välillä. (Pikkarainen, Vaara ja Salmelainen 2016, 59.)

Tulevaisuudessa kotiympäristössä ja kuntoutuksessa kuntoutustuotteiden yksilöllisyys ja muokattavuus korostuvat. Tämä tarkoittaa sitä, että asiakkaan elämänmuoto- ja -

rytmi huomioidaan ja kuntoutus toteutetaan siihen sovittaen parhaalla mahdollisella tavalla. Myös verkostomainen työtapa tulee korostumaan kotikuntoutuksessa, kun erilaisia rajapintoja ylitetään uusilla joustavilla ja liikkuvilla palveluilla sekä eri tavoin muototuvilla tiimeillä. Kotikuntoutuksen tulisi tuottaa asiakashyötyä mutta myös järjestelmälle vaikuttavuutta ja tehokkuutta. Tämä vaatii tiedonkulun vastuista sopimista, työntekijöiden vapautta lisäävää johtamista, joustavuutta työn toteuttamiseen ja monia toimintatapoja, joita koko toimintakulttuurin muutos nostaa esiin. (Pikkarainen ym. 2016, 67.)

Tulevaisuudessa gerontologinen kuntoutus ja sen asiakkuus tulevat olemaan nykyistä laajempia kuntoutuskäsitteitä. Nykypäivän gerontologista tietoperustaa hyödyntämällä voidaan löytää monialaisia ja -tieteisiä toimintamalleja ja -menetelmiä kuntoutukseen, ottaen huomioon vanhuuden eri ikävaiheissa ilmenevät kuntoutustarpeet. Näitä toimintamalleja ja -menetelmiä ovat muun muassa ennaltaehkäisevä kotihoito, omaehtoinen ennakoiva toiminta, tehostettu intensiivinen kuntoutus sekä muistisairauksien varhaisvaiheen yksilö- ja perhekuntoutus. Varhaisvaiheen kuntoutusta tulisi tarjota silloin, kun kuntoutujan omia voimavaroja voidaan vielä hyödyntää parhaalla mahdollisella tavalla. Tämän varhaisvaiheen kuntoutuksen tulisi olla ikääntyneiden ihmisten autonomisuutta, toimintakykyisyyttä ja osallisuutta tukevaa. Varhaisvaiheen kuntoutuksella on positiivisia vaikutuksia ikääntyneiden toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Tällä hetkellä gerontologinen tieto siirtyy hitaasti käytännön kuntoutuksen toimintaan ja vain joihinkin asiakasryhmiin, organisaatioihin tai ammattikäyttöön. (Pikkarainen ym. 2013, 69.)

Kuntoutumissuunnitelma laaditaan henkilön kuntoutumisen tueksi kirjallisena. Kuntoutussuunnitelma laaditaan kuntoutujan, omaisten ja hoitavan tahon kanssa. Kuntoutumissuunnitelman laatimisessa on mukana moniammatillinen työryhmä, johon voi kuulua esimerkiksi hoitava lääkäri, vastuuhoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja sosiaalialan työntekijä. (Kuntoutussuunnitelma 2017.)

Kuntoutumissuunnitelma pitää sisällään kuntoutustarpeen arvioinnin, kuntoutustavoitteet, toimenpiteet, sosiaaliturva ja -palvelut ja seuranta. Arviointiin kuuluu Kliiniset sairaustiedot, hoitosuunnitelma, toimintakyvyn kuvaus (mittarit), toiminnallinen häirtä ja sosiaalinen tilanne. Kuntoutussuunnitelmaan laaditaan osa, ja lopputavoite. Tavoitteissa tulee huolehtia niiden realistisuudesta. Osatavoitteet helpottavat seurantaa ja motivoivat asiakasta. Kuntoutumissuunnitelmaan kirjataan

toimenpiteet, joilla päästään tavoitteisiin. Kirjataan mitä tehdään, milloin tehdään ja ketä tekee. Kuntoutussuunnitelmassa tulee käydä ilmi sosiaaliturva ja -palvelut, kuten lääkekorvaus ja päiväraha. Lopuksi kuntoutussuunnitelmassa tulee näkyä, miten kuntoutumisen edistymistä seurataan; kuka, milloin ja miten? (Kuntoutussuunnitelma 2017.)

Lain mukaan on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma, kun toteutetaan sosiaalihuollon palveluita. Kotihoidossa kuntoutussuunnitelma voi olla osa hoito- ja palvelusuunnitelmaa. (sosiaalihuoltolaki L812/2000.)

Hyvinkään kotihoidolla ja asumispalveluyksiköillä ei ole tällä hetkellä käytössä mitään kuntoutussuunnitelma pohjaa. Hyvinkään kotihoidossa asiakkuudet ovat jaettu seuraavasti. Pärjääjä asiakkuus: Asiakkaalla hyvät voimavarat ja hoidon toteutus on selkeää. Yhteistyöasiakkuus: Asiakkaalla hyvät voimavarat jolloin hoito on monitahoista ja haasteellista. Tukiasiakkuus: Asiakkaan voimavarat heikot, jolloin selkeä hoidon toteutus ja suunnittelu haasteellista. Huolenpitoasiakkuus: Asiakkaan voimavarat heikot, hoito monitahoista ja haasteellista (Ikääntyvä asiakas ja kuntoutus - case Hyvinkää 2015). Kauniston asumispalveluyksikössä ei ole käytössä erikseen kuntoutussuunnitelmaa, mutta hoito- ja palvelusuunnitelmaan on lisätty fysioterapeutin toimesta ohjeistus asiakkaan toimintakyvyn ylläpitämiseen. Kauniston asumispalveluyksikkö on mukana Kuntoon - pilotissa, ja hoito- ja palvelusuunnitelmaan on lisätty toimintakyvyn ylläpitämisen osuus, joka on osa pilottia. Kuntoon pilottiin kuuluu myös sosiaalinen liikuntamalli, jonka tarkoituksena on kannustaa asiakasta liikkumaan enemmän. Kultakehrälläkään ei ole käytössä kuntoutussuunnitelmaa, vaan siellä kuntoutus toteutetaan kuntouttavana ja toimintakykyä ylläpitävänä hoitotyönä. Osalla asiakkaista käy omakustanteisesti fysioterapeutti kuntoutusta toteuttamassa. Ala- ja Ylähovin yksiköissä ei myöskään ole käytössä kuntoutussuunnitelmaa, vaan hoitosuunnitelma. Fysioterapeutti on käytettävissä osastoilla erillisestä pyynnöstä fysioterapeuttien työajan puitteissa.

2.4 Toimintakykymittarit Hyvinkään kotihoidossa ja palveluasumisessa

Hyvinkään kotihoidossa käytetään toimintakyvynmittareina RAI-arviointijärjestelmää, Frop-Com- ja Barthel-index mittareita. Kauniston palveluasumisyksikössä käytetään toimintakykymittareina FRAT- kaatumisriskin arviointia, Barthel-indexiä ja RAI-

arviointijärjestelmää. Sahanmäen palvelukeskuksessa käytetään vain RAIsoftia, eli ikääntyneille suunnattua versiota RAI-arviointijärjestelmästä. Paavolan palvelukeskuksessa on käytössä toimintakykymittareina RAI-arviointijärjestelmä ja Bartel-indexi.

Tutkimuksessa emme perehdy sen enempää Frop-Com-, Frat- ja Barthel-index mittareihin vaan pääpaino on RAI-arviointijärjestelmässä. Haluamme kuitenkin tuoda esille pääpiirteet muista käytössä olevista mittareista. FROP-COM on lyhyt kaatumisvaaraa arvioiva testi kotona asuville iäkkäille. Käyttöä suositellaan iäkkäille, joilla on suurentunut riski kaatumiselle. Kaatumisvaaran katsotaan olevan suurentunut, jos iäkäs on kaatunut tai hän kertoo kaatumispelosta tai hänellä on tasapainovaikeuksia. FROP-Com pitäisi tehdä kaikille yli 65- vuotiaille, jotka tulevat ensiapuun. (BIBA1 Falls risk.) FROP-Com sisältää kolme osiota: kaatumishistoria, päivittäinen toimintakyky ja tasapainokyky. Mitä enemmän pisteitä tulee, sitä suurempi on kaatumisriski. Maksimi pistemäärä on yhdeksän, jolloin kaatumisriski on erittäin korkea ja tarvittavat toimenpiteet tulee aloittaa. Pistemäärän ollessa 4-7 on kaatumisriski kohonnut ja kaatumisen ehkäisytöimet aloitetaan. Pistemäärän ollessa 0-3 tulee tasapainoa ja liikkuntakykyä jatkossakin ylläpitää. (Frop-com). Frat on myös lyhyt kaatumisvaaran arviointiin tarkoitettu mittari, mutta sitä käytetään hoivapalveluissa ja sairaaloissa. Mittareiden kysymykset poikkeavat osin toisistaan. (Pajala 2012.)

Barthel-indeksi on kehitetty aivohalvauspotilaille fyysisen toimintakyvyn arviointiin ja sitä on käytetty jo vuodesta 1955 Pohjois-Amerikassa. Nykyisin mittaria käytetään myös muiden neurologisten potilaiden, kuten dementiaa sairastavien toimintakyvyn arvioimiseen. Toimintakykyä arvioidaan mittarilla kymmenellä eri päivittäistoiminnan osa-alueella. Mittaria pidetään hyvänä, koska se on yksiselitteinen ja nopea tehdä. (Douglas G. 2018.) Osa-alueet ovat ruokailu, siirtyminen, henkilökohtainen hygienia, WC:ssä asiointi, peseytyminen, kävely tasaisella maalla tai pyörätuolin käyttäminen, portaiden nouseminen ja laskeutuminen, pukeutuminen ja riisuutuminen, suolen hallinta ja virtsarakon hallinta. (Barthel- indeksi 2018).

Tulokset arvioidaan saatujen pisteiden mukaan. Saatu pistemäärä antaa suuntaa antavan arvion henkilön avuntarpeesta. Henkilöä voidaan pitää lähes itsenäisenä, jos pistemäärä on 60-100. Henkilö, joka saa pistemääräksi 30-60 pistettä, tarvitsee yhden avustajan päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen. Henkilö tarvitsee kaksi avustajaa, jos pistemäärä on 0-30. (Barthel- indeksi, 2018.) Pisteytyksessä tulee

huomioida ympäristön vaikutus tuloksiin. Esimerkiksi kodin esteiden, kuten kynnysten poistaminen vaikuttaa pistemäärään alentavasti. Täysiä pistemääriä ei voi saada, jos henkilö tarvitsee edes pientä apua tai valvontaa tehtävän suorittamiseen. (Douglas, G. 2018.)

3 RAI-arviointijärjestelmä

Hyvinkään kotihoidossa tärkeimpänä toimintakykymittarina käytössä on RAI-arviointijärjestelmä. RAI kirjainyhdistelmä tulee englannin kielen sanoista Resident Assessment Instrument. RAI-järjestelmä on kattavin tiedonkeruun ja havainnoinnin välineistö, jolla pystytään laatimaan hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelma asiakkaan tarpeen mukaan. RAI-järjestelmä tuottaa myös tietoa laadun ja kustannusvaikuttavuuden arviointiin ja seurantaan. (Heikkilä & Mäkelä, 2015.) Terveys- ja hyvinvoinnin laitos valvoo suomalaista RAI-välineistöä (THL 2016).

Opinnäytetyössämme käytämme kotihoidon asiakkaille tarkoitettua RAI-HC arviointia ja hoidon ja palveluiden tarpeen kartoitusta. Arvioinnissa selvitetään asiakkaan arjesta suoriutuminen, psyykinen ja kognitiivinen toimintakyky, sosiaalinen toimintakyky ja hyvinvointi, terveydentila, ravitsemus ja kipu. RAI-väline muodostuu kysymyslomakkeesta, jossa on MDS- kysymyssarja vastausvaihtoehtoineen (MDS = minimum data set), käyttäjäkäsikirjasta, arvioinnin perusteella lasketuista mittareista ja hoidon ja palvelujen päätöksentukiherätteistä (CAP = Clinical assessment protocols). Säännöllisesti palvelua saavasta henkilöstä tulee tehdä tarpeiden kokonaisarviointi asiakassuhteen alkaessa, sekä puolen vuoden välein. Jos asiakkaan vointi muuttuu oleellisesti, tulee tehdä uusi arvio. Arvioin tekee omahoitaja. Tiedonkeruu menetelminä käytetään haastattelua, havainnointia, keskustelua asiakkaan ja omaisten kanssa, keskustelua muiden hoitoon osallistuvien kanssa, tutustumalla asiakkaan dokumentteihin ja konsultoimalla esimerkiksi lääkäriä. Arviointi tiedoissa selvitetään, miksi arviointia tehdään, arvioinnin ajankohta, tehdäänkö ensimmäistä arviointia vai päivitetäänkö edellistä arviointia. (THL 2016.)

RAI-arviointijärjestelmän hyödyntämisen maksimoimiseksi henkilökunnalla, joka mittaria käyttää, on oltava tarvittava koulutus ja osaaminen sen käyttöön. Henkilökunnalle pitää tarjota riittävä määrä koulutusta RAI-arvioinnin täyttämiseen, palautereportin tulkitsemiseen ja mittarista saadun tiedon hyödyntämiseen. Osaava

henkilökunta pystyy soveltamaan RAI-arvioinnista saatua tietoa oikeisiin asioihin ja oikeaan aikaan hyvän hoidon toiminnan ja palveluiden takaamiseksi. (THL 2016.)

3.1 RAI-arviointijärjestelmän mittarit

RAI-arviointijärjestelmä sisältää 13 erilaista mittaria (liite 1), joita voidaan hyödyntää esimerkiksi asiakkaan palvelutarpeen arvioinnissa ja kuntoutumisen seurannassa. ADL-mittarilla selvitetään asiakkaan arki- ja perustoiminnoista suoriutumista seitsemällä eri osa-alueella. RAI-arviointijärjestelmässä on kolmenlaista ADL-tyyppiä (ADL-H, ADL-L ja IADL), jotka kartoittavat eri asioita (liite 2). ADL-L:ssä arvioitavia perustoimintoja ovat peseytyminen, pukeutuminen, liikkuminen, wc-käynnit, pidätyskyky ja ruokailu. ADL-H arvioi asiakkaan itsenäisyyttä ja avuntarvetta (kuvio 2). IADL kuvaa avuntarvetta välineellisissä arkitoimissa. Toimintoja on esimerkiksi puhelimenkäyttö, kaupassa käynti, kodinhoitoon liittyvät työt ja raha-asioista huolehtiminen (Rosenvall 2016.)

Kognitioasteikko CPS (Cognitive Performance Scale) mittaa asiakkaan älyllistä toimintakykyä. Suurin pistemäärä on 6 pistettä. Mitä enemmän pisteitä tulee, sitä heikompi on kognition eli älyllisen toimintakyvyn taso. MMSE (Mini Mental State exam) testi on verrannollinen CPS kanssa (Heikkilä 2007, 4). Kipuasteikko MDS-PAIN kertoo asiakkaan kiputilanteesta. Nolla pistettä kuvaa kivuttomuutta ja 3 pistettä kipua, jota on päivittäin tai ajoittain, ja joka on vaikeaa tai sietämätöntä (RAI-järjestelmän mittareita. 2016). Masennusasteikko DRS kuvaa asukkaan masennusoireita. 0 pistettä tarkoittaa, ettei masennusepäilyä ole ja 3 pistettä tai enemmän herättää masennusepäilyn (Heikkilä 2007, 7). Terveystilan vakauden asteikko CHESS kuvaa terveystilan vakautta. 0 pisteellä tarkoitetaan vakaata terveystilaa ja 5 pisteellä hyvin epävakautta terveystilaa. Hoidon- ja palvelutarpeen asteikko (MAPLe-15) kuvaa palveluiden tarvetta. (THL 2016.)

3.2 RAI-arviointijärjestelmän tulokset ja niiden hyödyntäminen

Kun RAI-arviointi on tehty ja lomakkeet täytetty syötetään tiedot tietokoneohjelmaan. Ohjelma antaa vastausten perusteella erilaisia mittarituloksia ja tunnuslukuja henkilön terveystilasta, toimintakyvystä ja mahdollisesta henkilöön ja tai

asuinympäristöön liittyvistä riskitekijöistä. Ohjelmisto ilmoittaa myös aktivoituneista CAPS:sta (Client assessment protocols) eli voimavaroista ja riskitekijöistä. Mittarit ja tunnusluvut kuvaavat puolestaan henkilön terveydentilaa ja toimintakykyä. Tulokset kertovat myös henkilön käyttämistä palveluista ja hänen ympärillä olevasta sosiaalisesta verkostosta, kuten epävirallisista ja virallisista auttajista. Jokaisen mittarituloksen tunnusluvun tai CAPS:n takana on selitys sille mistä asioista tämä tulos tietyllä henkilöllä on muodostunut. Vaikka mittariarvo on sama eri henkilöllä voivat ne tarkoittaa eri asiaa. Siksi on tärkeää selvittää mistä esimerkiksi CAPSit ovat nousseet. Hoitajan tulee aina etsiä syy tulokselle mittariarvon tunnusluvun ja CAPS:n takana. (Heikkilä ja Mäkelä 2015, 50.)

Tuloksia voidaan hyödyntää palvelu-, hoito- tai kuntoutussuunnitelman laatimisessa. RAI-arvioinnin tulokset dokumentoidaan edellä mainittuihin suunnitelmiin. Lisäksi suunnitelmiin kirjataan yhteistyössä asiakkaan kanssa asetetut tavoitteet. Näiden tietojen pohjalta hoito ja palvelu toteutetaan. Suunnitelmassa tulee nousta esille, milloin ja miten tavoitteiden saavuttamista arvioidaan. Kotihoidossa asiakkaalle aktivoituu kymmenkunta CAPSia. CAPSit ohjaavat suunnitelmien tekemistä alusta loppuun, toimien apuvälineenä päätöksenteossa. Se kertoo mihin pitäisi puuttua, miksi pitäisi puuttua ja miten asiaa pitäisi seurata. (Heikkilä ja Mäkelä 2015, 50.)

CAPSien avaamisessa apuvälineenä tulee käyttää RAI-käsikirjaan, jossa jokainen CAPS on kuvattu siten, että siitä on tausta, tavoitteet, tunnistus ja ohjeisto. Tausta pitää sisällään CAPSiin liittyvän ongelman laajuuden, luonteen, ongelman syyt ja mahdollisten hoitotoimien suunnittelun. Tavoitteella tarkoitetaan lyhyttä selitystä, joka kuvaa CAPSien päämääriä, joita voi olla esimerkiksi ongelmien ennaltaehkäisy, ongelmien ratkaisu, toimintakyvyn ylläpitäminen tai kuntoutus. Tunnistimet kuvaavat arvioinnissa esiin tulleet ongelmat, voimavarat ja tarpeet. Tunnistimien aktivoituneita on tarkasteltava syvällisemmin niiden syitä. CAPSien ohjeisto auttaa hoitajaa löytämään CAPSien välisiä asiayhteyksiä. Lisäksi ohjeistolla arvioidaan, kuinka merkityksellisen kyseinen CAPS on henkilön kannalta. Ohjeisto kysyy muun muassa, mikä aiheuttaa ongelman, tarvitaanko erikoisasantuntijan konsultaatiota tai mitä hoitotyön menetelmiä valitaan ja miten tilannetta seurataan. (Heikkilä ja Mäkelä 2015, 52.)

4 Menetelmät ja aineisto

Tämä tutkimus toteutetaan kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena. Tutkimuksen otoksena on Hyvinkään kotihoidon ja Hyvinkään asumispalvelun henkilökunta. Tutkimus toteutetaan kyselylomakkeella, joka lähetetään jokaiselle kotihoidon ja asumispalveluiden hoitohenkilökunnan jäsenelle. Kyselylomakkeista saadut vastaukset analysoidaan erillisinä, jotta tutkimustuloksia voidaan hyödyntää molemmissa yksiköissä. Tutkimusessamme oletuksena eli hypoteesina on, ettei RAI-arviointijärjestelmän tuloksia hyödynnetä tarpeeksi kuntoutumisen tukemisessa.

4.1 Tutkimuskysymykset

Tässä tutkimuksessa haluamme selvittää, kuinka paljon RAI-arviointijärjestelmän tuloksia hyödynnetään koti- ja asumispalveluyksiköiden kuntoutuksessa. Lisäksi pyrimme löytämään ongelmakohtia, jotka vaikuttavat RAI-arviointijärjestelmän hyödynnettävyyteen.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Kuinka paljon RAI- arviointijärjestelmästä saatuja tietoja hyödynnetään kotihoidossa ja asumispalveluyksiköissä kuntoutumisen tukemisessa?
2. Mitkä ovat RAI-arviointijärjestelmän hyödyntämisen ongelmakohdat?

4.2 Määrällinen tutkimus

Määrällisellä tutkimuksella eli kvantitatiivisella tutkimuksella tarkoitetaan tutkimusta, jonka ominaispiirteitä ovat tiedon strukturointi, mittaaminen, tiedon esittäminen, tutkimuksen objektiivisuus ja vastaajien suuri lukumäärä. (Vilkka 2007, 13). Mitä suurempi tutkimuksen otos on, sitä paremmin otos edustaa mielipiteitä, asennetta tai kokemusta tutkittavasta asiasta. (Vilkka 2007, 17). Määrällinen tutkimusmenetelmä antaa yleisen kuvan muuttujien välisistä eroista ja suhteista. Se vastaa kysymykseen, miten usein tai kuinka paljon. Objektiivisuudella tarkoitetaan, ettei tutkimuksen tekijän kanta asiasta tule esille tutkimus tuloksissa eli objektiivisuus

tarkoittaa tutkijan puolueettomuutta. Muuttujilla tarkoitetaan mitattavia ominaisuuksia. Muuttuja on henkilöä koskeva asia, toiminta tai ominaisuus, josta määrällisessä tutkimuksessa halutaan tietoa. (Vilkkä 2007, 13-14.)

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tietoa tarkastellaan numeerisesti. Tutkittavia asioita ja niiden ominaisuuksia käsitellään numeroiden avulla. Tutkimustulos esitetään numeroina, mutta tutkija tulkitsee ja selittää numerotiedon sanallisesti. Sanallisessa selvityksessä tutkija kuvaa millä tavoin asiat liittyvät tai eroavat toisistaan. (Vilkkä 2007, 14.) Määrällisessä tutkimuksessa käytetään usein kyselyä aineiston keräämiseen (Vilkkä 2007, 17).

Määrällinen tutkimus on strukturoitu eli tutkittavat asiat suunnitellaan ja vakioidaan. Tutkimuksessa vastausvaihtoehdot ovat valmiiksi määritellyjä. Tutkimuksessa kysymykset esitetään niin, että kaikki ymmärtävät ne samalla tavalla. Vastausvaihtoehdoille, eli muuttujille annetaan arvo. Arvo voi olla esimerkiksi numero tai kirjain. (Vilkkä 2007, 15.)

Määrällisessä tutkimuksessa tavoitteina on tulosta ennakoiva tutkimusongelman muotoilu eli hypoteesi. Hypoteesi on perusteltu väite, joka sisältää tutkimusongelmaa koskevan ennakoivan selityksen tai ratkaisun koskien asioiden välisiä yhteyksiä, eroja ja syitä. Määrällisessä tutkimuksessa tavoitteena on myös teorian hyödyntäminen mittaamisessa, sekä asioiden välisten erojen löytäminen ja eron selittäminen kausaalisesti. Kausaalisuhteella tarkoitetaan syy-seuraussuhdetta, joka esiintyy tutkittavien ilmiöiden tai asioiden välillä, eli jokin oletettu syy selittää seurauksen. Määrällisessä tutkimuksessa tavoitteena on lukujen avulla selkeyttää ja tehdä ymmärrettävämmäksi henkilöiden, asioiden tai ilmiöiden välistä suhdetta, eroa ja syitä. Määrällisessä tutkimuksessa teorialla tarkoitetaan tutkittavassa asiassa esiintyviä lakeja ja lainalaisuuksia. Teoria on kokonaisuus, joka tuo esille ilmiön tai asian sääntömukaisuuden (Vilkkä 2007, 18.)

Määrällinen tutkimus voidaan ryhmitellä sen tarkoituksen perusteella kuvailevaan, selittävään, vertailevaan, selvittävään ja ennustavaan tutkimukseen. Tutkimukset voidaan luokitella myös suhteessa aikaan pitkäaikais- tai poikittaistutkimuksiin. Tämä tutkimus toteutetaan poikittaistutkimuksena. Tämä tutkimus on selvittävä tutkimus, sillä tällä tutkimuksella kartoitamme kotihoidon ja asumispalveluiden tilannetta RAI-arvioinnin hyödyntämisessä kuntoutumisen tukemisessa. Määrälliset tutkimukset

voidaan luokitella myös otostyyppin mukaan kokonaistutkimuksiin tai otantatutkimuksiin, jota avataan lisää aineiston keruu kohdassa. Luokitteluperusteena voidaan käyttää myös vaikuttavuuden arviointia tai kehittämisenäkökulmaa. (Kankkunen ym. 2013, 60.)

Selittävässä tutkimuksessa annetaan selityksen avulla perusteltua lisätietoa tutkista asiasta tai esitetään taustalla vaikuttavia syitä. Selittävässä tutkimuksessa esitetään asioiden välisiä kausaalisuhteita. Tällöin aineistokeruuksi sopii parhaiten strukturoitu postikysely, e-lomake tai internetkysely. (Vilkkä 2007, 19.) Kuvailevassa tutkimuksessa aineiston kerääminen on toimivinta haastatteluna, jäseneltyä havainnointina tai strukturoidulla haastattelulomakkeella. Siinä asia esitetään tai luonnehditaan tarkasti ja järjestelmällisesti. Lukijalle annetaan mahdollisuus itse selvittää näkemyksensä eri tekijöiden asemasta tai tutkitun asian kehityssuunnasta. (Vilkkä 2007, 20.) Selvittävästä tutkimuksesta voidaan käyttää myös nimeä kartoitettava tutkimus. Siinä tavoitteena on etsiä uusia näkökulmia vähemmän tunnetuista asioista ja selvittää kirjallisuutta tarkasteltavasta aiheesta, sekä kehittää hypoteeseja. (Vilkkä 2007, 20.)

Vertailevassa tutkimuksessa tyypillistä on asettaa hypoteesi. Vertailla voi esimerkiksi erilaisia kulttuureja, asenteita, uskomuksia ja käsityksiä. Vertailevassa tutkimuksessa tavoitteena on vertailla eri aikana tai eri paikoissa samanlaisia asioita tai ilmiöitä. Tarkoituksena on vertailemalla ymmärtää paremmin tarkasteltavaa asiaa kahden tai useamman tutkimuskohteen avulla. Lisäksi tuodaan esille asioiden välisiä eroja. (Vilkkä 2007, 21.) Ennustavalla tutkimuksella tietoa haetaan ihmistä koskevan asian tai luontoa koskevan ilmiön ilmenemismuotojen arvioimiseksi ja ennustamiseksi eri asiayhteyksissä tai eri aikakausina. (Vilkkä 2007, 22).

Valitsimme opinnäytetyöhön määrällisen tutkimustavan, koska halusimme saada suuren otoksen, jotta saataisiin mahdollisimman totuudenmukainen kuva asiasta ja vastaukset kuvaisivat hyvin perusjoukkoa. Tämän tutkimuksen perusjoukko on laaja, koska se sisältää koko Hyvinkään kotihoidon ja asumispalveluiden hoitohenkilökunnan. Tutkimuksen toteuttaminen strukturoiduilla kyselylomakkeilla on yksinkertaisempaa kuin haastatteleminen tai havainnointi tämän aiheen tutkimisessa.

4.3 Aineiston keruu

Määrällisen tutkimuksen aineistoa voidaan kerätä eri menetelmillä. Menetelmiä ovat kyselylomake, systemaattinen havainnointi, lomakehaastattelu tai valmiiden rekistereiden ja tilastojen käyttö (Vilkkä 2005 73; Vilkkä 2007, 27). Systemaattinen havainnointi toteutetaan tutkijalla havainnoilla valmiiksi suunniteltuun lomakkeeseen. Määrällisessä tutkimuksessa haastattelua käytetään yleensä vain niin, että tutkija kysyy ja kirjaa tutkijan vastaukset ennalta strukturoituun kyselylomakkeeseen. Kyselyitä voidaan toteuttaa postikyselynä, internetkyselynä tai e-lomakkeena. (Vilkkä 2007, 27.) Määrällisessä tutkimuksessa aineisto voidaan kerätä myös muiden tekemiä tutkimusaineistoja hyödyntäen. Tiedot voidaan hankkia rekistereistä, tietokannoista tai tilastoista. (Vilkkä 2005, 76).

Määrällisessä tutkimuksessa käytetään tutkimusaineistona primaari- ja sekundaariaineistoja. Primaariaineistolla tarkoitetaan sitä aineistoa, joka saadaan suoraan otannalta. Tässä tutkimuksessa primaariaineistona on kyselylomakkeilla saadut tulokset. Sekundaariaineistoja ovat aineistot, jotka ovat muiden aiemmin keräämiä rekistereitä, potilasdokumentteja, tilastoja ja verkkokeskusteluja. (Kankkunen ym. 2013, 113-114.)

Tässä tutkimuksessa käytämme aineistonkeruu menetelmänä kyselylomaketta. Toteutamme kyselyn e-lomakkeella. Toteutamme e-lomakkeen Google Forms kyselynä. (Google Forms. 2018.) Kyselylomakkeessa on väittämiä, joihin pyydämme vastaukset likertin asteikolla. Likertin asteikossa on tavallisimmin 4-5- portainen järjestysasteikko, jossa toisena ääripäänä on useimmiten täysin samaa mieltä ja toisena ääripäänä täysin eri mieltä. Näistä vaihtoehdoista vastaaja valitsee parhaiten itselleen sopivan vaihtoehdon. (Heikkilä 2014). Kyselylomake on tavallisin määrällisessä tutkimuksessa käytettävä aineistonkeruumenetelmä. Kysely on vakioitu, joka tarkoittaa, että kaikilta kyselyyn vastanneilta kysytään samat kysymykset täsmälleen samalla tavalla. Kyselylomake tutkimuksessa kysymykset ja vastaukset annetaan kirjallisena ja vastaaja itse lukee ja vastaa kysymyksiin. Kyselylomakkeen etuna on vastaajan pysyminen tuntemattomana tutkijalle, jolloin tutkijan vaikutus tuloksiin minimoidaan. Kyselylomakkeen riskinä voi olla vastausprosentin alhaisuus. (Vilkkä 2005, 75.) Vastauksen suuremman määrän saamiseksi voidaan lähettää kyselymuistutus. Kyselyn ajoitus tulee suunnitella hyvin, ettei sillä ole vaikutusta vastausprosenttiin,

esimerkiksi kesälomakausi tulee huomioida. (Vilka 2007, 28.) E-lomakkeeseen liittyy huomioon otettavia seikkoja. Vastaajien mahdollisuus internetin käyttämiseen tulee huomioida. Parhaiten e-kysely toimii, jos kysely koskee jonkin tietyn organisaation toimijoita, jossa perusjoukko on riittävän suuri ja kaikilla on samanlaiset mahdollisuudet vastata kyselyyn. (Vilka 2005, 75.)

Määrällisessä tutkimuksessa yksi painopiste alue on otoksen suhde perusjoukkoon. Perusjoukolla tarkoitetaan sitä ihmisryhmää, johon tulokset halutaan yleistää. Tässä tutkimuksessa perusjoukkona on kotihoidon ja asumispalveluyksiköiden henkilökunta. Otoksena tutkimuksessa on Hyvinkään kotihoidon ja asumispalveluyksiköiden vakituiset lähi- ja sairaanhoitajat. Tärkeintä on, että otos edustaisi perusjoukkoa mahdollisimman hyvin. Tämän takia on tärkeä tutkia otoksen ominaisuuksia suhteessa perusjoukkoon. Jos otoksesta saadut tulokset poikkeavat suuresti perusjoukosta, puhutaan otanta virheestä. Perusjoukosta valittuja otoksen ihmisiä kutsutaan tilastoyksiköksi. Otoksen ominaisuuksia olisi hyvä verrata, perusjoukon taustatietoihin, jos se on mahdollista. Otokset voi toteuttaa joko otanta tutkimuksena tai kokonaistutkimuksena. Kokonaistutkimus tarkoittaa, että koko perusjoukko kuuluu otantaan. Yleensä tällöin otanta on todella suuri, joten on helpompi toteuttaa otanta tutkimus, jossa perusjoukosta valitaan vain osa otannaksi. Otanta tutkimuksessa pyritään siihen, että jokaisella tilastoyksiköllä on yhtä suuri mahdollisuus tulla valituksi otokseen. (Kankkunen ym. 2013,104-105.) Tässä tutkimuksessa tämä näkyy siinä, että kysely lähetetään jokaiselle Hyvinkään kotihoidon ja asumispalveluyksiköiden vakituksille lähi- ja sairaanhoitajille. Tällöin jokaisella on mahdollisuus vastata kyselyyn.

Yksi tärkeä tekijä määrällisessä tutkimuksessa on otoksen koko. Se kertoo esimerkiksi tulosten yleistettävyydestä. Erilaisia tapoja muodostaa otanta on useampia: yksinkertainen otanta, satunnaisotanta, systemaattinen otanta, ositettu otanta, ryväotanta. (Kankkunen ym. 2013,105-106.)

4.4 Aineiston analysointi

Tulosten analysoimisessa käytettiin SPSS-ohjelmistoa (Statistical Package for Social Sciences). SPSS-ohjelmistoa käytetään kvantitatiivisessa tutkimuksessa tilastojen käsittelyyn. Ohjelmistolla voidaan tehdä kvantitatiivisten tutkimustulosten analysointi ja tarkastella tuloksia. SPSS-ohjelmaan syötetään kyselyn vastaukset ja ohjelma antaa niistä esimerkiksi erilaisia diagrammia ja prosenttimääriä. (Mamia 2005.)

5 Opinnäytetyön tulokset

Tässä luvussa esittelemme opinnäytetyöstä saadut tulokset. Lähetimme kyselylomakkeen Hyvinkään kotihoidon ja asumispalveluyksiköiden esimiehille, jotka lähettivät lomakkeet edelleen kaikille työntekijöilleen. Hyvinkään asumispalveluissa työskentelee yhteensä noin 150 lähi- ja sairaanhoitajaa ja kotihoidossa noin 103 lähi- ja sairaanhoitajaa. Esittelemme kotihoidon ja asumispalveluiden tulokset erillisinä kokonaisuuksina ja vertailemme vastauksia keskenään. Vastaukset esitellään prosentteina, jossa asumispalveluyksiköissä 3,7% ja kotihoidossa 3,6% vastaa yhtä vastausta. Vastauksia tuli yhteensä 55, mikä on noin 22% kyselynsaaneista hoitajista. Asumispalveluyksiköiden vastauksia oli 27 ja kotihoidon vastauksia 28. Jokaisessa vastauksessa on yhtä paljon vastaajia, joten vastaaja määriä ei ole kuvioihin merkattu erikseen. Emme pyytäneet tiettyä määrää vastauksia, vaan kyselyyn saivat vastata kaikki halukkaat hoitajat.

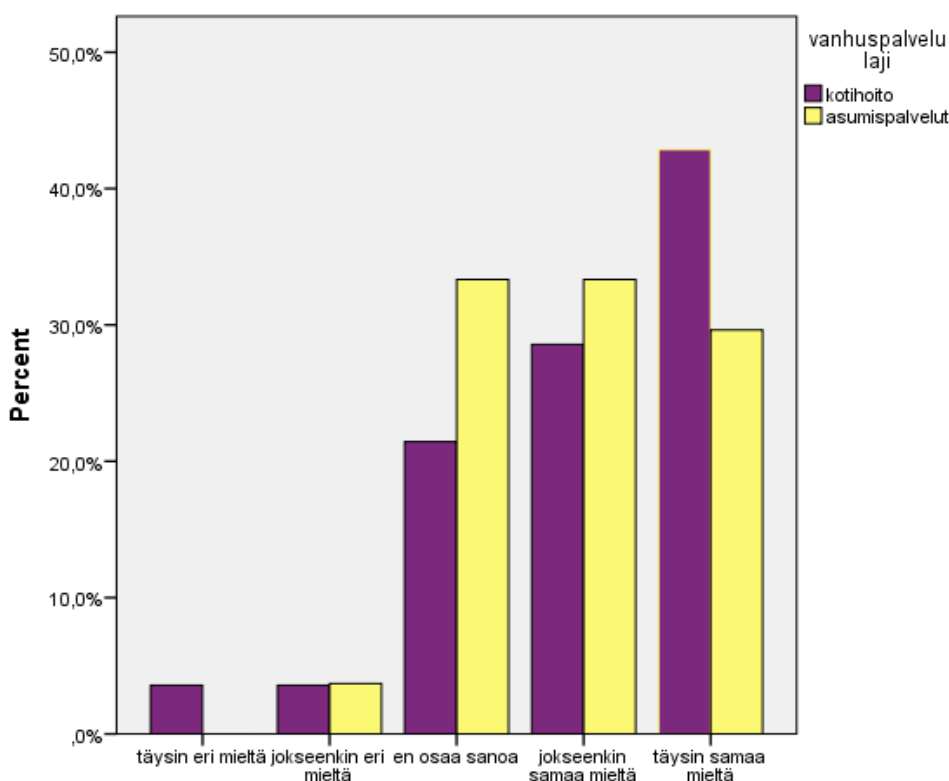
Kyselylomakkeessa kysymykset olivat jaoteltu neljään eri osa-alueeseen. Kyselylomakkeessa kysymyksiin oli viisi vastausvaihtoehtoa, joissa 1: Täysin erimieltä, 2: Jokseenkin erimieltä, 3: En osaa sanoa, 4: Jokseenkin samaa mieltä ja 5: Täysin samaa mieltä. Ensimmäisen osa-alue kartoitti hoitajien kokemuksia RAI-kysymyslomakkeen täytöstä ja tiedonkeruumenetelmistä. Tässä kategoriassa oli kahdeksan kysymystä. Toinen osio keskittyi tuloksiin ja niiden analysointiin. Tässä osiossa oli kahdeksan väittämää liittyen RAI-kysymyslomakkeista saatujen tietojen ohjelmaan viemiseen ja niiden analysointiin. Kolmannessa osiossa oli kuusi väittämää liittyen RAI-arvioinnista saatujen tietojen hyödyntämisestä kuntoutuksessa ja hoitotyössä, eli tämä osio keskittyi tulosten hyödyntämiseen. Viimeisessä osiossa oli seitsemän väittämää liittyen RAI-arvioinnin päivittämiseen ja koulutukseen. Jokaiseen kysymykseen hoitajat vastasivat tämänhetkisen kokemuksensa perusteella.

5.1 RAI-kysymyslomakkeen täyttö ja tiedonkeruumenetelmät

Kyselylomakkeen ensimmäinen väittämä oli ”RAI:n kysymyslomakkeen täyttö on yksinkertaista” Asumispalveluyksiköiden vastaajista suurin osa eli 37% vastasi olevansa jokseenkin eri mieltä väittämän kanssa. Myös kotihoidon vastauksista suurin osa eli 35,7% vastasi samoin. Kuitenkin asumispalveluista 29,6 % oli jokseenkin samaa mieltä

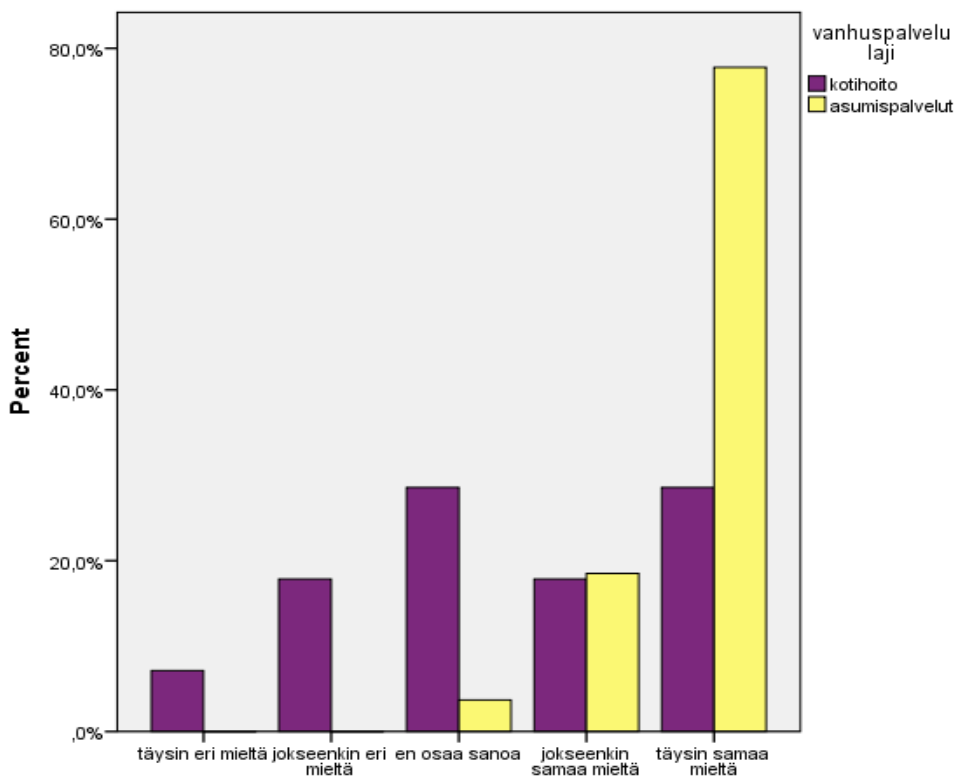
väittämän kanssa. Kotihoidon jokseenkin samaa mieltä vastauksia oli 21,4%. Asumispalveluysiköistä täysin eri mieltä oli 7,4% ja kotihoidosta 3,6%.

Väittämä ”RAI-arvioinnin tekeminen on työlästä ja aikaa vievää”. Asumispalveluysiköiden vastauksista 33,3% oli jokseenkin samaa mieltä ja 29,6% täysin samaa mieltä väittämän kanssa. Noin kolmas osa (33,3%) ei osannut sanoa. Kotihoidossa 28,6% vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä ja 42,9% vastaajista täysin samaa mieltä. 21,4% vastaajista valitsi väittämän en osaa sanoa.



(Kuvio 1: RAI-arvioinnin tekeminen on työlästä ja aikaa vievää.)

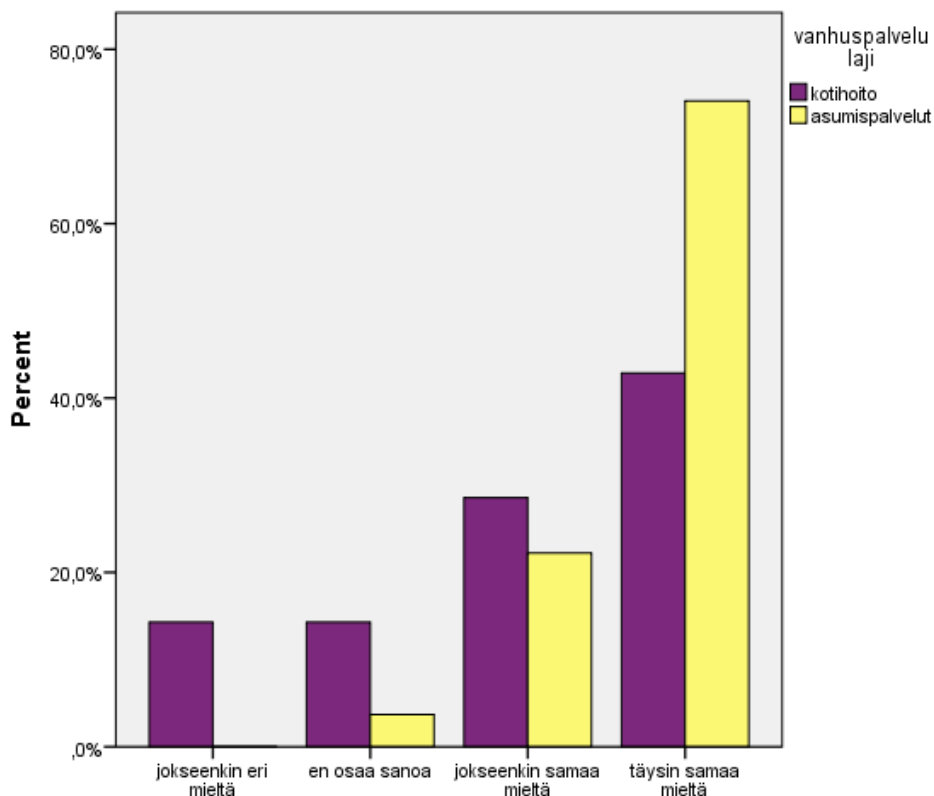
Asumispalveluysiköiden vastaajista väittämään ”tiedän kuka vastaa RAI-arvioinnin tekemisestä” suurin osa oli (77,8%) täysin samaa ja 18,5% jokseenkin samaa mieltä. Vain 3,7% ei osannut sanoa. Kotihoidon vastaukset olivat jakaantuneet eri vaihtoehtoihin; 7,1% oli täysin eri mieltä, 17,9% jokseenkin eri mieltä, 26,6% en osaa sanoa, 17,9% jokseenkin samaa mieltä ja 26,6% täysin samaa mieltä.



(Kuvio 2: Tiedän kuka vastaa RAI-arvioinnin tekemisestä.)

Asumispalveluyksiköiden vastaajista 48,1% valitsi täysin samaa mieltä väittämään ”tiedän, miksi RAI-arviointeja tehdään”. 33,3% valitsi jokseenkin samaa mieltä vaihtoehdon. Kotihoidon vastaajista 53,6% vastaajista valitsi vaihtoehdon täysin samaa mieltä ja 10,7% jokseenkin samaa mieltä. En osaa sanoa vaihtoehdon valitsi asumispalveluissa 14,8% ja kotihoidosta 21,4%.

”Tiedän milloin RAI-arviointi pitää tehdä” väittämään asumispalveluista vastasi 74,1% täysin samaa mieltä ja 22,2% jokseenkin samaa mieltä. En osaa sanoa vaihtoehdon valitsi 3,7% vastaajista. Kotihoidon vastaajista 42,9% oli täysin samaa mieltä, 28,6% jokseenkin samaa mieltä, 14,3% en osaa sanoa ja 14,3% vastaajista oli jokseenkin eri mieltä.



(Kuvio 3: Tiedän milloin RAI-arviointi pitää tehdä.)

Asumispalveluyksiköissä 18,5% vastaajista on täysin eri mieltä väittämän ”RAI-arvioinnin tekemiselle on varattu riittävästi aikaa”. 44,4% oli jokseenkin eri mieltä ja 18,5% valitsi vaihtoehdon en osaa sanoa. 11,1% oli jokseenkin samaa mieltä ja 7,4% täysin sama mieltä. Kotihoidon vastaajista 39,3% oli täysin eri mieltä, 25% jokseenkin eri mieltä, 17,9% ei osaa sanoa, 14,3% jokseenkin samaa mieltä ja 3,6% täysin samaa mieltä.

”Käytän eri tiedonkeruumenetelmiä RAI-arviointeja tehdessä (haastattelu, havainnointi, omaiset, dokumentit)” väittämän vastaukset olivat samansuuntaiset kotihoitossa ja asumispalveluyksiköissä. Täysin samaa mieltä asumispalveluissa oli 18,5%, jokseenkin samaa mieltä 37%, en osaa sanoa 33,3%, 7,4% jokseenkin eri mieltä ja 3,7% täysin eri mieltä. Kotihoidossa täysin samaa mieltä oli 28,6%, jokseenkin samaa mieltä 32,1%, en osaa sanoa 32,1%, jokseenkin eri mieltä 3,6% ja täysin eri mieltä 3,6%.

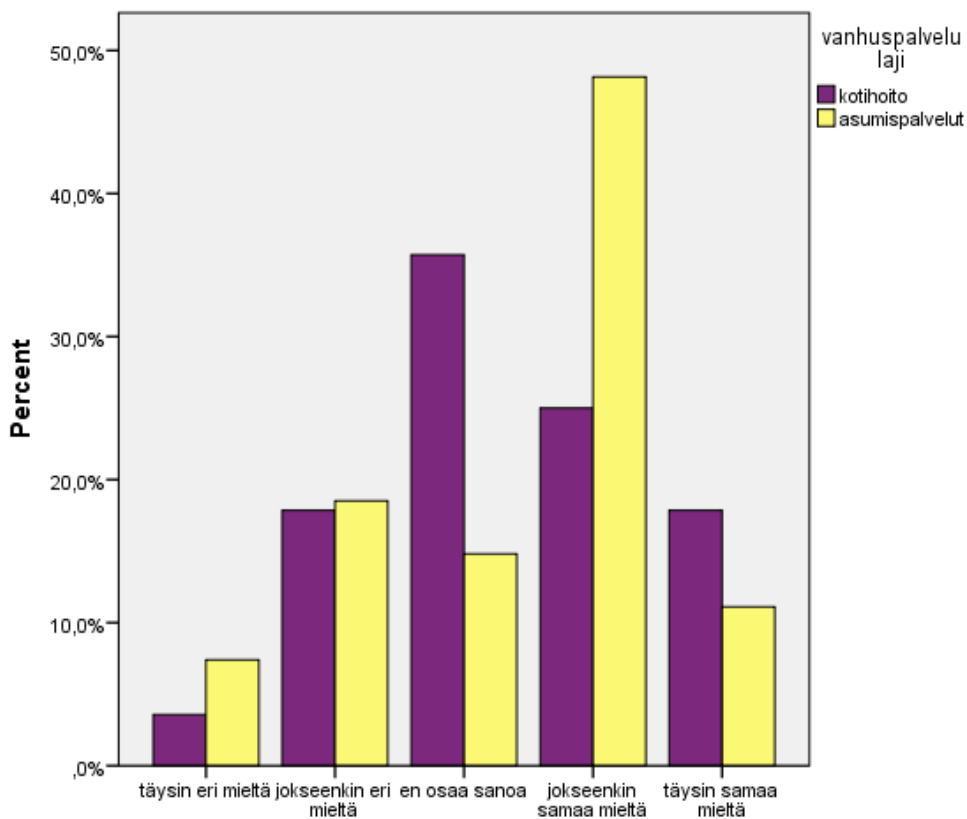
”Käytän tarvittavan ajan totuudenmukaisten ja riittävien tietojen saavuttamiseksi (päivittäiset toiminnot, sosiaalinen toiminta)” Väittämään vastasi

asumispalveluyksiköistä täysin samaa mieltä 14,8%, jokseenkin samaa mieltä 44,4%, en osaa sanoa 18,5%, jokseenkin eri mieltä 18,5% ja täysin eri mieltä 3,7% vastaajista. Kotihoidon vastaajista 21,4% oli täysin samaa mieltä, 28,6% jokseenkin samaa mieltä, 28,6% en osaa sanoa, 14,3% jokseenkin eri mieltä ja 7,1% täysin eri mieltä.

5.2 Tutkimustulokset ja niiden analysointi

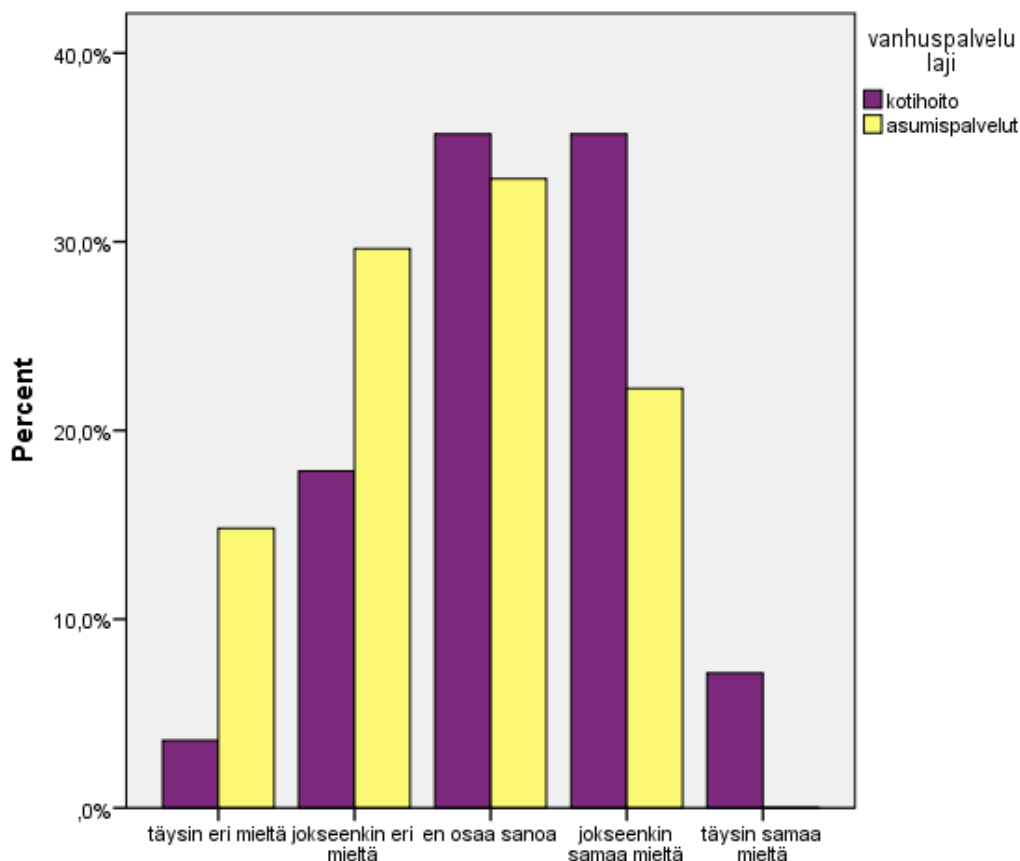
Toinen osio alkaa väittämällä ”RAI-arvioinnin vastausten ohjelmaan vieminen on yksinkertaista”. Asumispalveluiden vastaajista yli puolet (55,6%) oli jokseenkin samaa mieltä ja täysin samaa mieltä 14,8%. En osaa sanoa vastauksia oli 14,8%, jokseenkin eri mieltä oli 11,1% ja täysin eri mieltä oli 3,7%. Kotihoidon vastaukset olivat samansuuntaisia, jokseenkin samaa mieltä vastauksia oli 42,9% ja täysin samaa mieltä vastauksia 21,4%. En osaa sanoa vastauksia kotihoidon työntekijöillä oli 14,3%, jokseenkin eri mieltä vastauksia 17,9% ja täysin eri mieltä vastauksia 3,6%.

”RAI-arvioinnista saan hyödyllistä tietoa kuntoutumisen tukemiseen” väittäjä jakoi vastauksia. Asumispalveluiden vastaajista 11,1% oli täysin samaa mieltä, 48,1% jokseenkin samaa mieltä, en osaa sanoa 14,8%, jokseenkin eri mieltä 18,5% ja täysin eri mieltä 7,4% vastaajista. Kotihoidon vastaajista oli 17,9% täysin samaa mieltä, 25% jokseenkin samaa mieltä, 32,1% en osaa sanoa, 21,4% jokseenkin eri mieltä ja 3,6% täysin eri mieltä.



(Kuvio 4: RAI-arvioinnista saan hyödyllistä tietoa kuntoutumisen tukemiseen.)

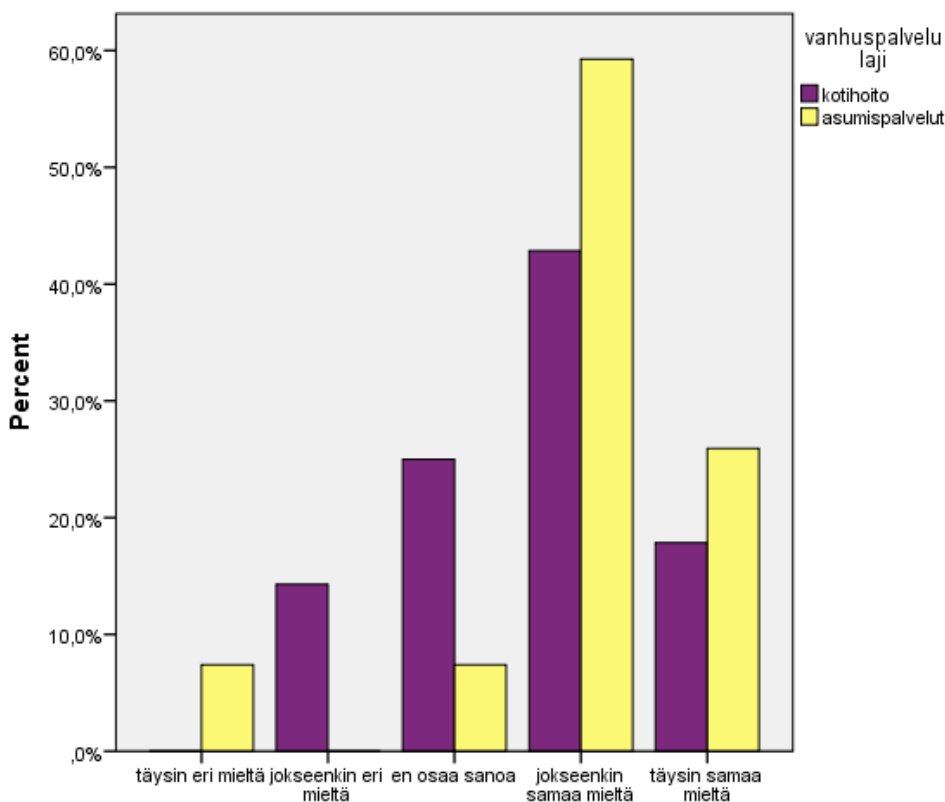
Asumispalveluiden vastaajista 0% oli täysin samaa mieltä väittämästä ”Tunnistan RAI-arvioinnin tuloksista, koska on tarve hyödyntää asiantuntijoita, esimerkiksi lääkäriä tai fysioterapeuttia.” Jokseenkin samaa mieltä asumispalveluiden vastaajista oli 22,2%, en osaa sanoa 33,3%, jokseenkin eri mieltä 29,6% ja täysin eri mieltä 14,8%. Kotihoidon vastaajista 7,1% oli täysin samaa mieltä, 35,7% jokseenkin samaa mieltä, en osaa sanoa 32,1%, jokseenkin eri mieltä 21,4% ja täysin eri mieltä 3,6% vastaajista.



(Kuvio 5: Tunnistan RAI-arvioinnin tuloksista, koska on tarve hyödyntää asiantuntijoita, esimerkiksi lääkäriä tai fysioterapeuttia.)

”RAI-arvioinnista saadut tiedot ovat turhia” väittämän kanssa oli asumispalveluiden vastaajista vain 3,7% ja jokseenkin samaa mieltä 11,1%. Täysin eri mieltä oli 22,2% ja jokseenkin eri mieltä oli 40,7% vastaajista. En osaa sanoa vastauksia oli 22,2% asumispalveluiden vastauksista. Myös kotihoiton vastaajista vain 3,6% oli täysin samaa mieltä ja 10,7% jokseenkin samaa mieltä. Täysin eri mieltä oli 42,9% ja jokseenkin erimieltä 17,9%. En osaa sanoa vastauksia oli 25% kotihoiton vastauksista.

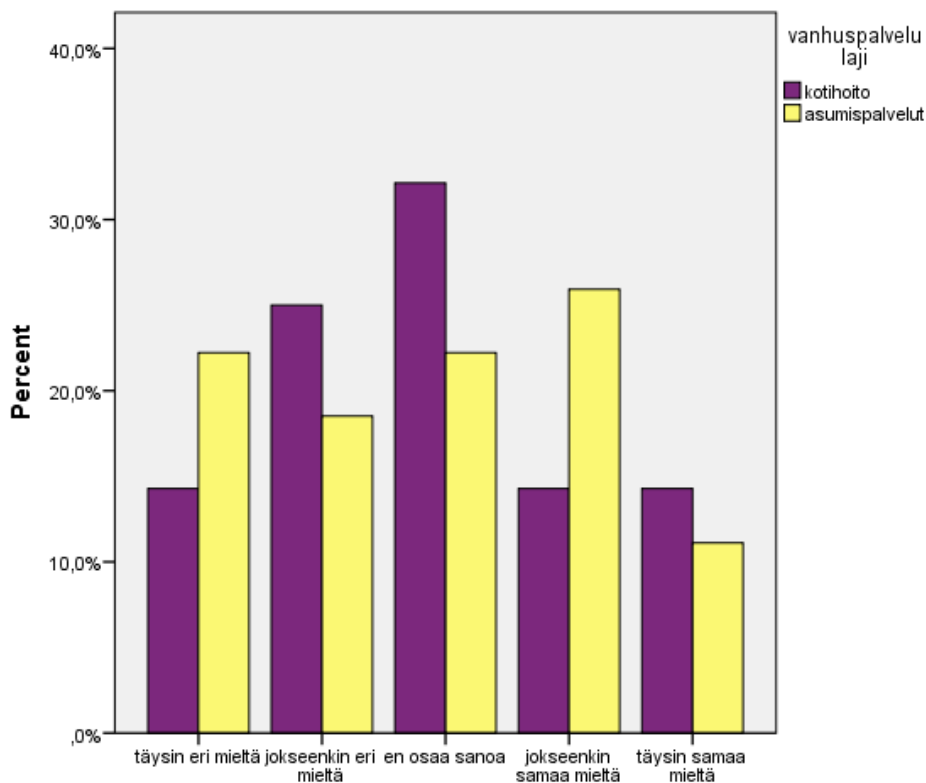
Seuraava väittäjä oli ”RAI-arviointi kertoo asiakkaan voimavaroista ja kuntoutustarpeesta”. Asumispalveluiden vastaukset jakoutuivat selkeästi. 61,5% oli jokseenkin samaa mieltä ja 26,9% täysin samaa mieltä väittämän kanssa. 7,7% oli täysin eri mieltä 0% jokseenkin eri mieltä ja 3,8% en osaa sanoa. Kotihoiton vastaajista 42,9% oli jokseenkin samaa mieltä ja 17,9% oli täysin samaa mieltä väittämän kanssa. 0% kotihoiton vastaajista oli täysin eri mieltä ja 14,3% jokseenkin eri mieltä ja en osaa sanoa oli 25% vastauksista.



(Kuvio 6: RAI-arviointi kertoo asiakkaan voimavaroista ja kuntoutustarpeesta.)

Sekä asumispalveluiden, että kotihoidon vastaajista 0% oli täysin samaa mieltä väittämän ”RAI-arvioinnin tulosten analysoiminen on yksinkertaista” kanssa. Jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa oli asumispalveluiden vastaajista 22,2% ja kotihoidon vastaajista 25%. En osaa sanoa vastauksia asumispalveluista oli 33,3% ja kotihoidosta 39,3%. Asumispalveluiden vastauksista jokseenkin eri mieltä ja täysin eri mieltä oli molempia 22,2%. Kotihoidon vastauksista 28,6% oli jokseenkin eri mieltä ja 7,1% täysin eri mieltä.

Väittämään ”Osaan hyödyntää RAI-käsikirjaa tulosten analysoimisessa” tuli hajanaiset vastaukset. Asumispalveluiden vastaajista 11,1% oli täysin samaa mieltä, 25,9% oli jokseenkin samaa mieltä, 22,2% en osaa sanoa, 18,5% oli jokseenkin eri mieltä ja 22,2% oli täysin eri mieltä. Kotihoidon vastaajista 14,3% oli täysin samaa mieltä, 14,3% jokseenkin samaa mieltä, 32,1% en osaa sanoa, 25% jokseenkin eri mieltä ja 14,3% täysin eri mieltä.

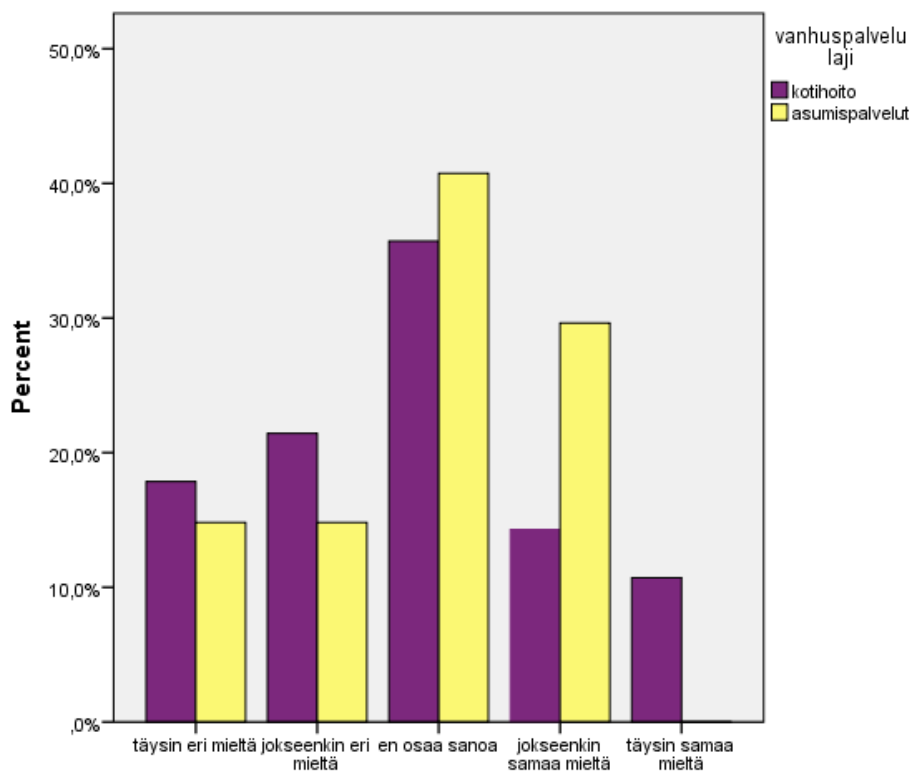


(Kuvio 7: Osaan hyödyntää RAI-käsikirjaa tulosten analysoimisessa.)

Seuraava väittämä oli ” Osaan tulkita RAI-arviointijärjestelmän antamia raportteja”. Asumispalveluiden vastaajista 3,7% oli täysin samaa mieltä, 18,5% oli jokseenkin samaa mieltä, 33,3% en osaa sanoa, 18,5% jokseenkin eri mieltä ja 25,9% täysin eri mieltä väittämän kanssa. Kotihoidon vastaajista 10,7% oli täysin samaa mieltä, 17,9% oli jokseenkin samaa mieltä, 39,3% en osaa sanoa, 21,4% oli jokseenkin eri mieltä ja 10,7% vastaajista oli täysin eri mieltä.

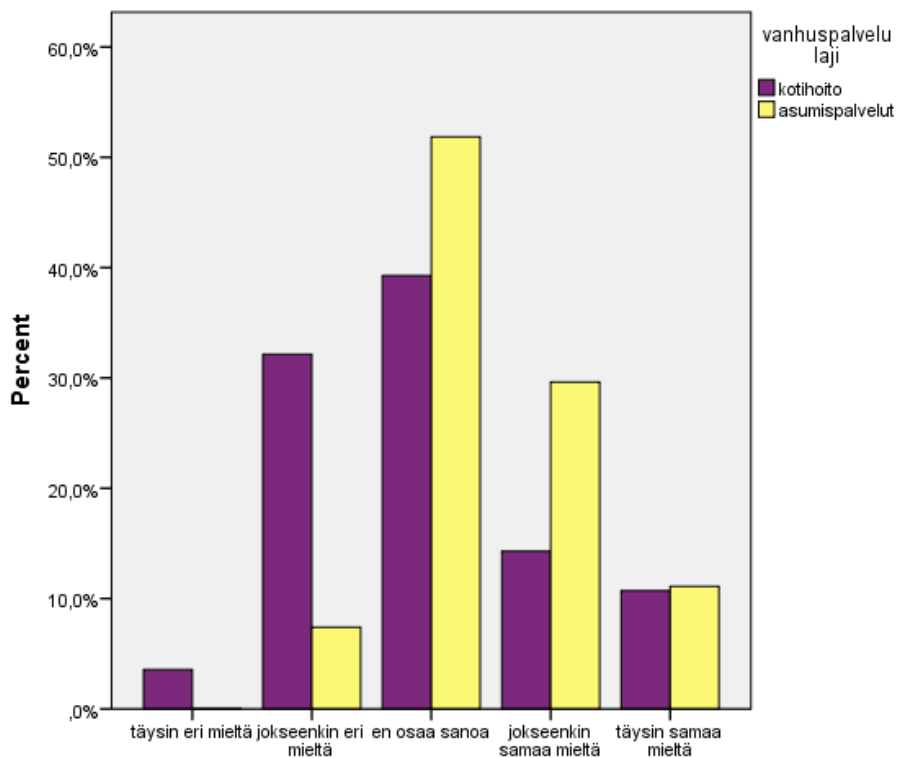
5.3 Tulosten hyödyntäminen

Asumispalveluyksikön hoitajista 14,8% valitsi vastaus vaihtoehdon täysin eri mieltä väittämään ”Pystyn hyödyntämään RAI-arvioinnista saatuja tuloksia työssäni”. Myös vaihtoehdon jokseenkin samaa mieltä valitsi 14,8% vastaajista. En osaa sanoa vaihtoehdon valitsi 40,7% vastaajista ja jokseenkin samaa mieltä oli 29,6%. Kotikuntoutuksen hoitajista en osaa sanoa vaihtoehdon valitsi 35,7% vastaajista. Täysin erimieltä oli 17,9% ja jokseenkin eri mieltä 21,4%. Täysin samaa mieltä väittämästä oli 10,7% ja jokseenkin samaa mieltä 14,3%.



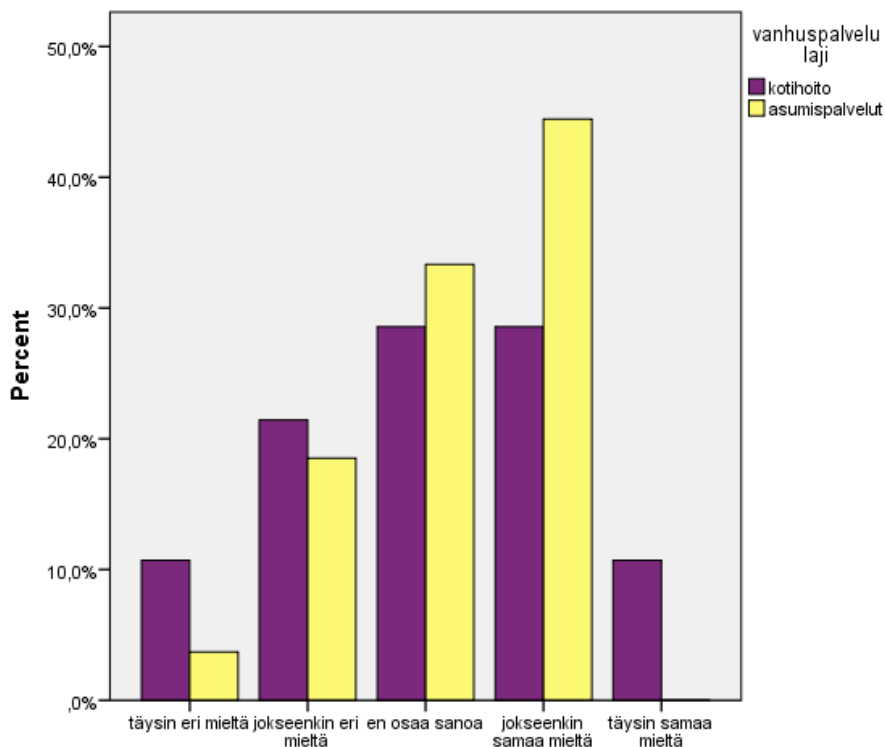
(Kuvio 8: Pystyn hyödyntämään RAI-arvioinnista saatuja tuloksia työssäni.)

”RAI-arvioinnista saatujen tietojen hyödyntäminen kuntoutumisen tukemisessa on vaikeaa” väittämän kanssa asumispalvelujen hoitajista jokseenkin erimieltä oli 7,4% vastaajista, jokseenkin samaa mieltä 29,6% vastaajista ja täysin samaa mieltä 11,1% vastaajista. En osaa sanoa vaihtoehdon valitsi yli puolet eli 51,9% vastanneista. Kotihoidon henkilökunnasta samaan väittämään valitsi täysin eri mieltä vaihtoehdon 3,6% vastanneista ja jokseenkin eri mieltä 32,1% vastanneista. Täysin samaa mieltä oli 10,7% ja jokseenkin samaa mieltä 14,3%. En osaa sanoa vaihtoehdon valitsi 39,3% vastanneista.



(Kuvio 9: RAI-arvioinnista saatujen tietojen hyödyntäminen kuntoutumisen tukemisessa on vaikeaa.)

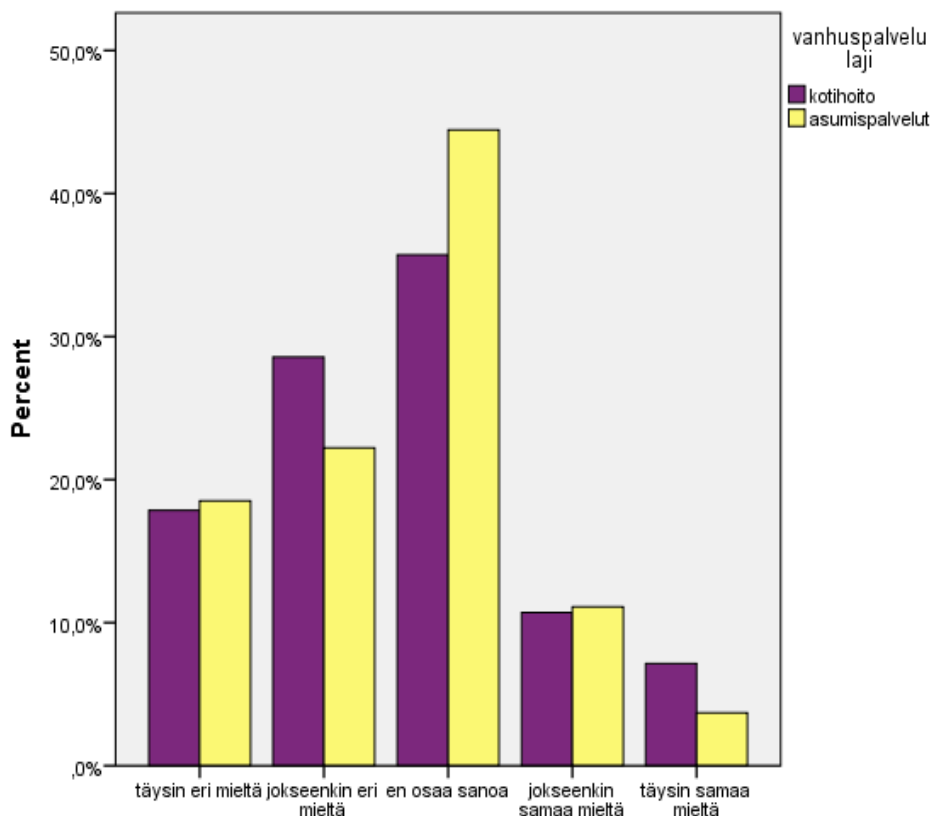
Täysin eri mieltä väittämän ”Hyödynnän saadun tiedon voimavaroista ja kuntoutustarpeesta hoitoyössä” oli 3,7% ja jokseenkin eri mieltä 18,5% vastanneista asumispalveluyksiköiden hoitajista. Jokseenkin samaa mieltä vaihtoehdon valitsi 44,4% ja en osaa sanoa 33,3%. Kotihoidon työntekijöistä täysin eri mieltä oli 10,7% ja jokseenkin eri mieltä 21,4% vastanneista. Täysin samaa mieltä oli 10,7% ja jokseenkin samaa mieltä 28,6%. En osaa sanoa vaihtoehdon valitsi 28,6% vastanneista.



(Kuvio 10: Hyödynnän saadun tiedon voimavaroista ja kuntoutustarpeesta hoitoyössä.)

”Olen kiinnostunut hyödyntämään RAI-arvioinnin tuloksia asiakkaan kuntoutumisen tukemisessa” väittämän kanssa täysin eri mieltä oli 7,4% asumispalveluyksiköiden hoitajista. Täysin samaa mieltä 18,5% ja jokseenkin samaa mieltä 37% vastanneista. Vaihtoehdon en osaa sanoa valitsi 37% vastaajista. Kotihoidon hoitajista 3,6% oli täysin eri mieltä väittämän kanssa. Sama määrä vastaajista oli jokseenkin eri mieltä. Täysin samaa mieltä oli 39,3% ja jokseenkin samaa mieltä 28,6% kotihoidon vastaajista. En osaa sanoa vaihtoehdon valitsi 25% vastaajista.

Asumispalveluyksiköiden vastaajista täysin erimieltä väittämän ”Osaan laatia asiakkaan kuntoutumiselle tavoitteet RAI-arvioinnin pohjalta” oli 18,5% hoitajista. Jokseenkin eri mieltä oli 22,2% vastaajista. Täysin samaa mieltä oli 3,7% vastaajista ja jokseenkin samaa mieltä 11,1%. En osaa sanoa vaihtoehdon valitsi 44,4% vastaajista. Kotihoidon vastanneista hoitajista täysin eri mieltä vaihtoehdon valitsi 17,9% ja jokseenkin eri mieltä vaihtoehdon 28,6%. Täysin samaa mieltä oli 7,1% ja jokseenkin samaa mieltä 10,7%. 35,7% valitsi vaihtoehdon en osaa sanoa.



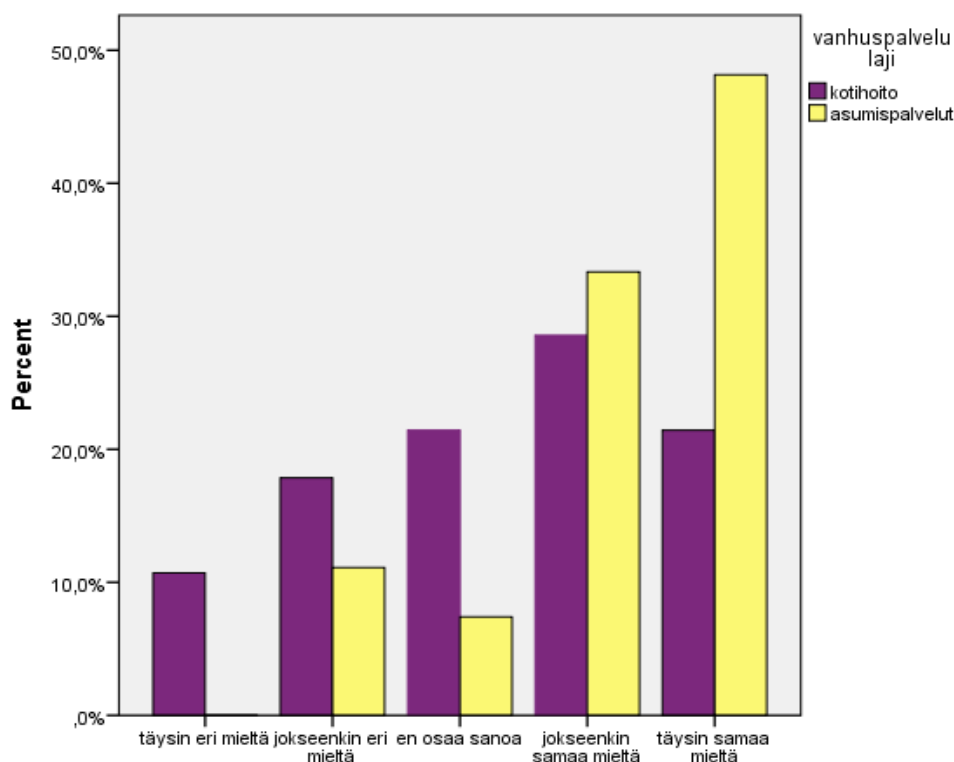
Kuvio 11: Osaan laatia asiakkaan kuntoutumiselle tavoitteet RAI-arvioinnin pohjalta.)

”Osaan RAI-arvioinnin pohjalta laatia kuntoutussuunnitelman” väittämän kanssa asumispalveluyksiköiden hoitajista täysin eri mieltä oli 18,5% ja jokseenkin eri mieltä 29,6% vastanneista. Täysin samaa mieltä oli 3,7% ja jokseenkin samaa mieltä 14,8% vastanneista. En osaa sanoa vaihtoehdon valitsi 33,3% vastanneista. Kotihoidon vastaajista 7,1% oli täysin samaa mieltä ja 10,7% jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa. Täysin erimieltä 21,4% ja jokseenkin eri mieltä 32,1% vastanneista. En osaa sanoa vaihtoehdon valitsi 28,6%.

5.4 Päivittäminen ja koulutus

Väittämään ”Arvioin tavoitteiden saavuttamista säännöllisesti” vastasi täysin samaa mieltä asumispalveluiden vastaajista 3,7%, jokseenkin samaa mieltä 25,9%, en osaa sanoa 22,2%, jokseenkin eri mieltä 29,6% ja täysin eri mieltä 18,5%. Kotihoidon vastaajista oli täysin samaa mieltä 3,6%, jokseenkin samaa mieltä 10,7%, en osaa sanoa 32,1%, jokseenkin eri mieltä 25% ja täysin eri mieltä 28,6%.

Asumispalveluiden vastaajista 48,1% oli täysin samaa mieltä väittämän ”Päivitän RAI-arvioinnin määräajoin tai tarvittaessa”. Jokseenkin samaa mieltä oli 33,3%, en osaa sanoa 7,4% ja jokseenkin eri mieltä 11,1%. Kukaan ei ollut väittämän kanssa täysin eri mieltä asumispalveluiden vastaajista. Kotihoidon vastauksissa oli enemmän hajontaa; täysin samaa mieltä oli 21,4%, jokseenkin samaa mieltä 28,6%, en osaa sanoa 21,4%, jokseenkin eri mieltä 17,9% ja täysin eri mieltä 10,7% vastaajista.



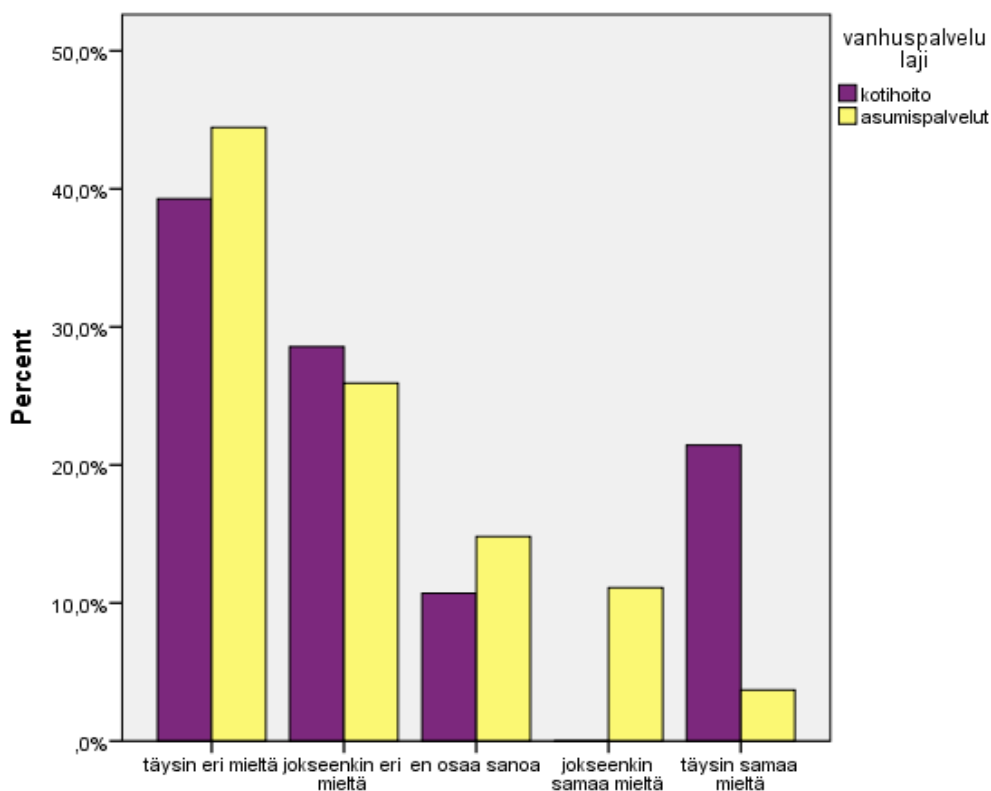
(Kuvio 12: Päivitän RAI-arvioinnin määräajoin tai tarvittaessa.)

”Minulla ei ole aikaa päivittää RAI-arviointia” -väitteen kanssa asumispalveluiden vastaajista 7,7% oli täysin- ja 30,8% jokseenkin samaa mieltä. 30,8% en osaa sanoa, 23,1% jokseenkin eri mieltä ja 7,7% täysin eri mieltä väittämän kanssa. Kotihoidon vastaajista 14,3% oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä, 32,1% jokseenkin samaa mieltä, 14,3% en osaa sanoa, 25% jokseenkin eri mieltä ja 14,4% täysin eri mieltä.

Seuraava väittäjä oli ”Koen ettei RAI-arviointijärjestelmä ole avuksi työssäni”. Asumispalveluiden vastaajista 11,1% oli täysin samaa mieltä, 14,8% jokseenkin samaa mieltä, suurin osa eli 37% en osaa sanoa, 29,6% jokseenkin eri mieltä ja 7,4% täysin eri mieltä. Kotihoidon vastaajista 17,9% oli täysin samaa mieltä, 10,7% jokseenkin

samaa mieltä, 25% en osaa sanoa, 32,1% jokseenkin eri mieltä ja 14,3% täysin eri mieltä.

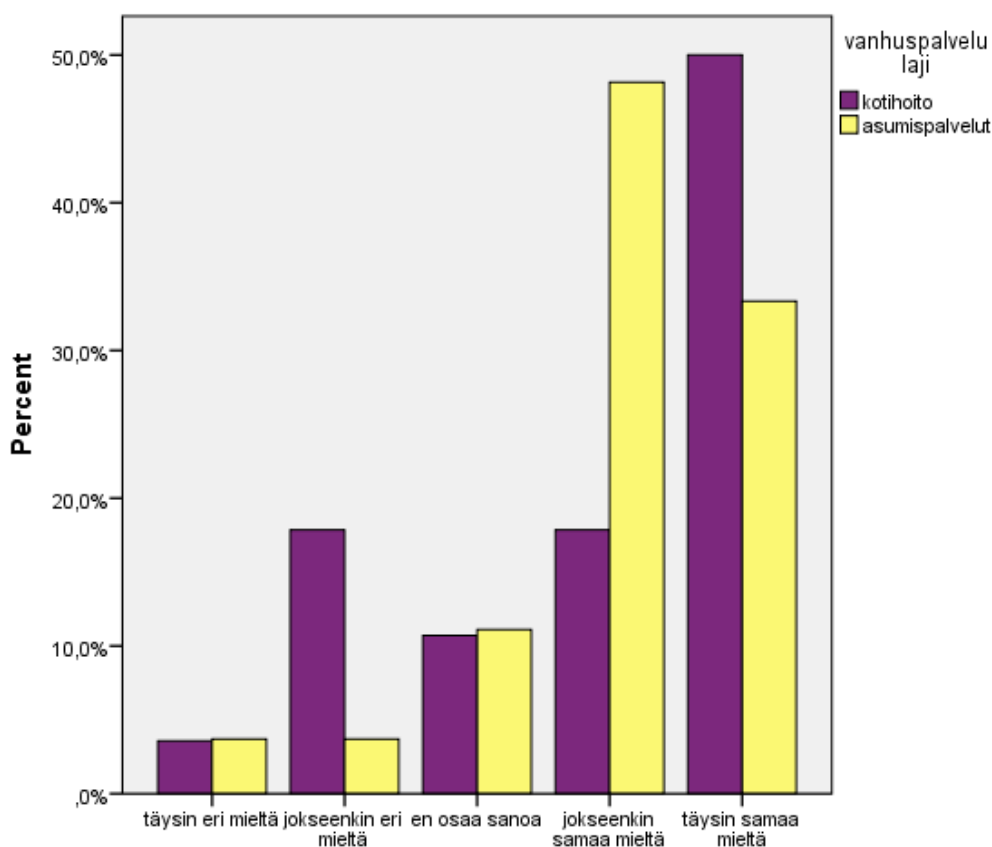
Väittämän ”RAI-koulutukseni on ollut riittävä” suurin osa sekä asumispalveluiden, että kotihoidon vastaajista oli täysin eri mieltä (Asumispalvelut 44,4% ja kotihoito 39,3% vastaajista). Asumispalveluiden vastaajista 25,9% oli jokseenkin eri mieltä, 14,8% en osaa sanoa, 11,1% jokseenkin samaa mieltä ja 3,7% täysin samaa mieltä. Kotihoidon vastaajista jokseenkin eri mieltä oli 28,6%, en osaa sanoa 10,7%, kukaan ei ollut jokseenkin samaa mieltä ja 21,4% oli täysin samaa mieltä.



(Kuvio 13: RAI-koulutukseni on ollut riittävä.)

Seuraava väittämä oli ”RAI-koulutus ei vastaa tarpeisiin”. Asumispalveluiden vastaajista 15,4% oli täysin eri mieltä, 11,5% jokseenkin eri mieltä, en osaa sanoa 57,7% en osaa sanoa, 0% jokseenkin samaa mieltä ja 15,4% täysin samaa mieltä. Kotihoidon vastaajista 18,5% oli täysin eri mieltä, 3,7% jokseenkin eri mieltä, en osaa sanoa 44,4%, jokseenkin samaa mieltä 18,5% ja täysin samaa mieltä 14,8%.

Viimeinen väittämä oli ”Tarvittaessa saan apua RAI-arvioinnin tekemiseen”. Asumis- palveluiden vastaajista 33,3% oli täysin samaa mieltä ja 48,1% jokseenkin samaa mieltä. En osaa sanoa oli 11,1%, jokseenkin eri mieltä ja täysin eri mieltä oli molempia 3,7%. Kotihoidon vastaajista 50% oli täysin samaa mieltä ja 17,9% jokseenkin samaa mieltä. En osaa sanoa 10,7%, jokseenkin eri mieltä 17,9% ja täysin eri mieltä 3,6%.



(Kuvio 14: Tarvittaessa saan apua RAI-arvioinnin tekemiseen.)

6 Opinnäytetyön arviointi ja pohdinta

Opinnäytetyössä kartoitettiin kotihoiton ja asumispalveluyksiköiden hoitajien tämänhetkistä kokemusta RAI-arviointijärjestelmän hyödyntämisestä kuntoutumisen tukemisessa. Tulokset esiteltiin neljässä osassa kyselylomakkeen osioiden mukaan, mutta tulokset analysoitiin opinnäytetyön kahden tutkimuskysymyksen mukaan. Tutkimuskysymyksinä oli, kuinka paljon RAI-arviointijärjestelmää hyödynnetään kotihoitossa ja

asumispalveluissa kuntoutumisen tukemisessa ja mitkä ovat RAI-arviointijärjestelmän hyödynnettävyyden ongelmakohdat. Tulosten analyysissa vertailtiin kotihoidon ja asumispalveluiden vastausten poikkeavuuksia ja yhtäläisyyksiä.

Tulosten analysointia hankaloitti ”en osaa sanoa” vastausten suuri määrä. Johtopäätöksiä tehdessä keskityimme enemmän vastausvaihtoehtoihin 1, 2, 4 ja 5, koska ”en osaa” vastauksista ei voida tehdä johtopäätöksiä. Voidaanko ”en osaa sanoa” vastausten suuresta määrästä päätellä jotakin hoitajien asenteesta kyselyä tai RAI-arviointia kohtaan, vai kiireestä kyselylomakkeen täytössä, vai onko väittämät esitetty epäselvällä tavalla, jolloin vastaajalla ei ole muuta vaihtoehtoa kuin vastata ”en osaa sanoa”. Analysoimme tulokset ja teimme johtopäätökset täysin tai jokseenkin samaa mieltä ja täysin tai jokseenkin eri mieltä vastausten perusteella.

6.1 Kuinka paljon RAI- arviointijärjestelmästä saatuja tietoja hyödynnetään kotihoidossa ja asumispalveluyksiköissä kuntoutumisen tukemisessa?

Tuloksia läpi käydessä nousi muutama kohta selkeämmin esille, jotka vastausten mukaan vaikuttavat RAI-arvioinnin hyödynnettävyyteen. Lähes jokainen kysymyslomakkeeseen vastanneista hoitajista oli kiinnostunut hyödyntämään RAI-arvioinnin tuloksia asiakkaan kuntoutumisen tukemisessa. Väittämään ”Koen, ettei RAI-arviointijärjestelmä ole avuksi työssäni” suurempi osa vastaajista valitsi olevansa täysin eri tai jokseenkin eri mieltä kuin täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä sekä kotihoidossa että asumispalveluyksiköissä. Vaikka kiinnostusta ja halua hoitajilta löytyy RAI-arvioinnin hyödyntämiseen, vastauksista nousee selkeästi esille, ettei tietotaito ole riittävää tai tietotaidossa on kehittämisen varaa. On tärkeää, että hoitajilla on kuitenkin halu hyödyntää RAI-arviointijärjestelmää työssään. Hoitajat myös kokevat RAI-arviointijärjestelmän olevan hyödyllinen ja avuksi työssä. Nämä lähtökohdat ovat hyvät RAI-arvioinnin käytön hyödynnettävyyden kehittämiseen.

Väittämään ”Pystyn hyödyntämään RAI-arvioinnista saatuja tietoja työssäni”, tuli asumispalveluilta ja kotihoidosta yhteensä enemmän täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä vastauksia kuin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä vastauksia. Väittämään ”RAI-arvioinnista saatujen tietojen hyödyntäminen kuntoutumisen tukemisessa on vaikeaa” asumispalveluista enemmän valitsi vaihtoehdon täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä kuin täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä. Kotihoidossa vastaukset olivat kuitenkin päinvastaiset. Kotihoidon vastaukset näihin

kahteen väittämään ovat ristiriidassa keskenään, sillä ensimmäisessä väittämässä he kokevat, että he eivät pysty hyödyntämään RAI-arvioinnista saatuja tietoja työssään. Kuitenkin he kokevat, ettei saatujen tietojen hyödyntäminen ole vaikeaa kuntoutumisen tukemisessa. Asumispalveluiden vastaukset ovat väittämiin yhdensuuntaiset. Siellä RAI-arvioinnista saatujen tietojen hyödyntäminen koetaan vaikeaksi työssä sekä kuntoutumisen tukemisessa.

”Hyödynnän saadun tiedon voimavaroista ja kuntoutustarpeesta hoitotyössä” väittämään vastasi enemmän täysin samaa mieltä ja jokseenkin samaa mieltä kuin täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä molemmissa vastausryhmissä. Väittämään ”RAI-arvioinnista saan hyödyllistä tietoa kuntoutumisen tukemiseen” vastasi enemmän täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä kuin täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä. Vastaukset olivat samansuuntaiset molemmilla vastaajaryhmillä. Väittämiin ”Osaan laatia asiakkaan kuntoutumiselle tavoitteet RAI-arvioinnin pohjalta” ja ”Osaan RAI-arvioinnin pohjalta laatia kuntoutussuunnitelmat” vastasi enemmän täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä kuin täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä. Näitä vastauksia tarkasteltaessa, panimme merkille, että hoitajat hyödyntävät hoitotyössään saatuja tietoja kuntoutustarpeesta ja voimavaroista. Kuitenkin puhuttaessa kuntoutussuunnitelmista tai kuntoutumisen tavoitteista, koetaan se vaikeaksi. Voidaanko ajatella kuntoutumisen olevan vieras terminä, koska hoitajat kuntouttavat asiakkaita hoitotyön lomassa kuntouttavan työotteen avulla. Kuntoutus voidaan nähdä liian hienona ja fysioterapeutti johtoisena, eikä päivittäistä hoitotyön lomassa tapahtuvaa kuntoutusta arvosteta tai pidetä tärkeänä. Hoitajat eivät välttämättä huomaa kuntouttavansa asiakkaita, koska eivät erikseen ”kuntouta”. Näissä neljässä edellisessä väittämässä tuli esille vaikeus asettaa kuntoutumiselle tavoitteita ja laatia kuntoutussuunnitelma RAI-arvioinnin pohjalta. Tämä heikentää RAI-arvioinnin hyödynnettävyyttä, koska kuntoutuksen tulisi olla tavoitteellista ja kuntoutussuunnitelmasta pitäisi nousta esille, miten tavoitteisiin päästään ja millä aikataululla tavoitteet saavutetaan. Taito laatia tavoitteet ja kuntoutussuunnitelma helpottaisi hoitohenkilökunnan päivittäistä hoitotyötä sekä kuntoutumisen arvioimista.

Väittämään ”Arvioin tavoitteiden saavuttamista säännöllisesti” vastasi enemmän täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä kuin täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä. Vastaukset olivat samansuuntaiset kotihoidon ja asumispalveluiden kesken. Kuitenkin väittämään ”Päivitän RAI-arvioinnin määrääjain tai tarvittaessa” vastasi enemmän täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä kuin täysin eri mieltä tai

jokseenkin eri mieltä. Tässäkin vastaukset olivat samansuuntaiset molemmissa vastausryhmissä. Näiden kahden väittämän välillä on havaittavissa ristiriita. Voidaanko tästä päätellä hoitohenkilökunnan päivittävän RAI-arviointeja vain silloin kun määräaika umpeutuu tai on ”pakko”, eikä silloin kun asiakkaan toimintakyky muuttuu tai RAI-arvioinnin päivittäminen asiakkaan kuntoutumisen/kuntouttamisen kannalta on tarpeellista. RAI-arviointijärjestelmän käyttämisen hyöty perustuu siihen, että sen päivittäminen tapahtuu asiakaslähtöisesti niin usein kuin tarve vaatii.

Tuloksista nousi esille myös paljon positiivisia asioita RAI-arviointijärjestelmän käyttöön liittyen. Hoitajat kokevat tietävänsä kuka vastaa RAI-arvioinnin tekemisestä ja miksi ja milloin niitä tehdään. Lisäksi hoitajat käyttävät eri tiedonkeruumenetelmiä RAI-arviointeja tehdessä. Hoitajat kokevat RAI-arvioinnin vastausten viemisen ohjelmaan yksinkertaisena ja heidän mielestään saadut tiedot eivät ole turhia. Hoitajat kokevat saavansa tarvittaessa apua RAI-arvioinnin tekemiseen. Edellä mainituissa kokemuksissa vastaukset ovat yhteneväiset kotihoidon ja asumispalveluiden välillä. Tästä voimme vetää johtopäätöksen, ettei RAI-arviointia pidetä hyödyttömänä ja turhana lisätyönä. RAI-arvioinnin työjako on selkeä, koska hoitajilla on tieto siitä kuka, milloin ja miksi RAI-arviointi tehdään.

6.2 Mitkä ovat RAI-arviointijärjestelmän hyödyntämisen ongelmakohdat?

Tuloksia läpi käydessä nousi esille selkeästi muutama ongelmakohta RAI-arviointijärjestelmän hyödyntämisessä. Ongelmakohdat ovat pääosin samansuuntaiset kotihoidossa ja asumispalveluissa. Selkeimmät ongelmakohdat RAI-arvioinnin tekemisessä koettiin olevan tulosten analysoimisessa, raporttien tulkitsemisessä, kysymyslomakkeen täytössä, koulutuksessa ja ajankäytössä.

Väittämien ”RAI-arvioinnin tulosten analysoiminen on yksinkertaista”, ”Osaan hyödyntää RAI-käsikirjaa tulosten analysoimisessa” ja ”Osaan tulkita RAI-arviointijärjestelmän antamia raportteja” vastaajista suurempi osa oli täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä kuin täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä. Vaikka aiemmin tuli esille hoitajien tietämys siitä kuka, milloin ja miksi RAI-arvioinnin tekee, ei kuitenkaan tulosten analysoiminen tai RAI-käsikirjan hyödyntäminen ole täysin hallussa tai se koetaan vaikeana. Tämä voi johtaa hoitajien turhautumiseen RAI-arviointia tehdessä, koska he eivät osaa ottaa kaikkea mahdollista hyötyä tehdystä arvioinnista. Väittämästä ”RAI-koulutukseni on ollut riittävä” käy ilmi, etteivät hoitajat pidä RAI-

koulutusta riittävänä. Koulutuksen riittämättömyys voi olla syynä tulosten analysoimisen, raporttien tulkitsemisen ja RAI-käsikirjan hyödyntämisen ongelmiin. Riittävä koulutus on edellytys RAI-arvioinnin tekemiselle ja sen hyödyntämiselle. RAI-arviointijärjestelmän käyttöön liittyvän koulutuksen järjestäminen on työnantajan vastuulla ja henkilökunnan riittävä osaaminen tulee varmistaa.

Väittämän ”RAI-kysymyslomakkeen täyttö on yksinkertaista” vastauksista enemmän oli täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä kuin täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä. Kysymyslomakkeen täyttöä pidetään hankalana. Kyselystä ei käy ilmi miksi kysymyslomakkeen täyttö koetaan hankalaksi. Vaihtoehtona voisi olla RAI-arvioinnin lomakkeen ulkomuoto tai kysymysten asettelu tai syynä voi olla henkilökunnan kokemus asiakkaan arvioinnin vaikeudesta. Väittämään ”Tunnistan RAI-arvioinnin tuloksista, koska on tarpeellista hyödyntää asiantuntijoita, esimerkiksi lääkäriä tai fysioterapeuttia” vastauksista kotihoidolla suurempi osa oli täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä kuin täysin eri mieltä tai jokseenkin eri mieltä, kun taas asu- mispalveluiden vastaukset olivat päinvastaiset. Olisiko mahdollista, että hoitajat kokevat asiakkaan toimintakyvyn arvioimisen vaikeana, eikä väittämän perusteella asu- mispalveluissa osata hyödyntää muita asiantuntijoita, kuten fysioterapeuttia. Asian- tuntijoiden konsultaatiolla voisi helpottaa hoitajan vastuuta asiakkaan toimintakyvyn arvioinnissa sekä kuntoutumisen suunnittelussa.

Pohdimme neljään väittämään perustuen RAI-arvioinnin ajankäyttöön ja työläyteen liittyviä ongelmia. Väittämän ”RAI-arvioinnin tekeminen on työlästä ja aikaa vievää” vastauksista yli puolet oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa. Väit- tämän ”Käytän tarvittavan ajan totuudenmukaisten ja riittävien tietojen saavutta- miseksi (päivittäiset toiminnot, sosiaalinen toiminta..)” kanssa täysin ja jokseenkin samaa mieltä oli enemmän kuin täysin tai jokseenkin eri mieltä vastanneista. ”RAI- arvioinnin tekemiselle on varattu riittävästi aikaa” väittämän kanssa yli puolet oli täysin tai jokseenkin eri mieltä. ”Minulla ei ole aikaa päivittää RAI-arviointia” väittä- män kanssa täysin ja jokseenkin samaa mieltä vastauksia oli hiukan enemmän kuin täysin tai jokseenkin eri mieltä vastauksia. Hoitajat kokevat väittämien perusteella RAI-arvioinnin tekemisen työlääksi ja aikaa vieväksi ja ettei sen tekemiseen ole va- rattu riittävästi aikaa. Kuitenkin suurempi osa vastaajista kertoo käyttävänsä tarpeel- lisen ajan totuudenmukaisten ja riittävien tietojen saamiseksi RAI-arviointia teh- dessä. Ristiriita ajan riittämättömyyden ja halun tehdä arviointi totuudenmukaisesti ajaa hoitajat väistämättä epämuokkaan asemaan. Heillä on velvollisuutena tehdä

RAI-arviointi, mutta kuitenkin heille ei anneta riittävästi aikaa sen tekemiseen. Tämä voi vähentää hoitajien motivaatiota RAI-arvioinnin tekemiseen ylipäätään ja voi vaikuttaa myös asenteeseen RAI-arviointia kohtaan.

6.3 Opinnäytetyön eettinen näkökulma ja luotettavuus

Tutkimusetiikka voidaan jakaa tieteen sisään ja sen ulkopuoliseen etiikkaan. Tutkimuksen toiminnan ydin on eettisyys. Tutkimusetiikka pyrkii vastaamaan kysymykseen oikeista säännöistä, joita tutkimuksessa tulee noudattaa. Varsinkin tutkimuksen kohteena ollessa ihminen, tulee kiinnittää erityistä huomiota eettisyyteen. Tutkimuksen tekoa ohjaa lainsäädäntö myös eettisestä näkökulmasta. Siinä todetaan esimerkiksi, että tutkittavan hyvinvointi on tärkeämpää kuin tieteen ja yhteiskunnan etu. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 212-213.)

Tutkijoille voidaan esittää kahdeksan eettistä vaatimusta, jotka auttavat tutkimuksen eettisyyden arvioimisessa. Yksi vaatimus on tutkijan aito kiinnostuminen uuden tiedon hankkimisesta. Lisäksi tutkijan on perehdyttävä aiheeseensa, jotta hankittu tieto olisi mahdollisimman luotettavaa. Tutkija ei myöskään saa syyllistyä vilpin harjoittamiseen. Sellaista tutkimusta, joka voi tuottaa kohtuutonta vahinkoa, ei tule tehdä. Tutkimus ei saa loukata ihmisarvoa, eikä ihmisryhmän moraalista arvoa. Tutkijan tulee vaikuttaa siihen, että tutkimuksen tietoa käytetään eettisten vaatimusten mukaisesti. Tutkija tulee edistää tutkimuksen tekemisen mahdollisuuksia ja tutkijoiden tulee suhtautua toisiinsa arvostavasti. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 211-212.)

Tutkimuksen eettisenä ongelmana voidaan pitää tutkijoiden kiinnostuksen säilymistä koko tutkimus prosessin ajan. Tutkijoiden täytyy tehdä parhaansa, jotta tutkimustulosten analysoiminen ja laaditut ratkaisu ehdotukset ovat mahdollisimman laadukkaat. Lisäksi tutkijoiden tulee sitoutua käyttämään luotettavia ja monipuolisia lähteitä ja huolehtia, ettei tutkijat väärennä tai muokkaa tietoa/tuloksia. Tutkijoiden tulee myös huolehtia, että tutkimustulos annetaan tutkimuksen tilaajalle ja he katsovat tutkimuksen tulokset ennen julkaisua. Tutkijat keskenään säilyttävät arvostuksen toisiaan kohtaan ja kuuntelevat toistensa ehdotukset ja joustavat tilanteen vaatiessa. Tutkijoiden täytyy myös arvostaa tutkimuksen tilaajaa ja tutkimukseen osallistuvia. Yhteistyön tulee olla saumatonta ja rehellistä. Tutkijoiden tulee huolehtia,

ettei kumpikaan luista ja siirrä töitä toisen tehtäväksi. (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 213-214.)

Tässä tutkimuksessa eettisenä ongelmana on kyselyn laatimiseen liittyviä ongelmia. E-kyselyyn liittyy eettisiä ongelmia. Kyselylomakkeen luomisessa tulee olla tarkkana, että kysymykset vastaavat tutkittavaa aihetta. Vastaaajan pysymistä anonyyminä ei voida turvata. (Vilkkä 2005, 75.)

Jotta tutkimuksesta saataisiin mahdollisimman luotettava, on luotettavuutta ja siihen vaikuttavia tekijöitä pohdittava etukäteen. Tutkimustulosten analysoiminen luotettavasti ja rehellisesti lisää tutkimuksen luotettavuutta. Raportoinnissa tulee myös käyttää koko tutkimusaineistoa, sitä ei saa muuttaa tai jättää jotain asioita pois. On myös hyvä tarkastella omia ennakoasenteita, etteivät ne ohjaa tulosten analysointia tai raportointia. (Leino-Kilpi ja Välimäki 2008, 369-370.) Määrällisen tutkimuksen tulee olla absoluuttinen eli ehdoton ja riippumaton, sekä objektiivinen eli ennakoasenteista vapaa ja puolueeton (Kananen 2008, 10).

Tutkimuksen luotettavuuteen liittyvät myös reliabiliteetti, validiteetti ja kokonaisluotettavuus. Reliabiliteetti tarkoittaa tutkimuksen toistettavuutta. Tämä tarkoittaa sitä että, jos tutkimus toistetaan toisen tutkijan toimesta, saadaan samanlainen tulos. Mitä toistettavampi tutkimus on, sitä luotettavampi se on. Reliabiliteetissa arvioidaan lisäksi otosta suhteessa perusjoukkoon, vastausprosenttia, kuinka huolellisesti vastaajan vastaukset ovat syötetty ja mittaako mittari tarpeeksi kattavasti mitattavaa muuttujaa. (Vilkkä 2007, 149-150.) Tässä tutkimuksessa kysely toteutetaan vain kerran, joten toistettavuutta on hankala arvioida. Tästä syystä on entistä tärkeämpää, että kysely ja sen pohjalta saatu aineisto suunnitellaan ja analysoidaan tarkasti.

Tutkimuksen kykyä mitata sitä, mitä sen on tarkoituskin mitata, kuvataan validiteetilla. Validiteetin tarkastelussa kiinnitetään huomiota käsitteiden avaamiseen, ja siihen ymmärtävätkö vastaajat kyselylomakkeessa olevat kysymykset samoin kuin tutkija, toimivatko mitta-asteikot ja onko mittarissa epätarkkuuksia. (Vilkkä 2007, 150.) Tämän tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa suuresti kyselylomakkeen toteutus. Kyselylomakkeeseen täytyy saada tarpeeksi selkeät kysymykset, jotka jokainen vastaaja ymmärtää. Kysymysten täytyy myös vastata tutkimusongelmiin. Suurin

luotettavuusriski tulee, kun kyselylomaketta ruvetaan luomaan. Kyselylomakkeen tulisi myös pohjautua teorian tietoon.

Kaikista näistä asioista muodostuu kokonaisluotettavuus. Tämän tutkimuksen kokonaisluotettavuutta heikentää se, että tutkimus tehdään vain yhden kerran, eikä siksi voida uusintamittauksilla lisätä luotettavuutta. Tuloksia saattaa heikentää myös systemaattiset ja satunnaiset virheet, joihin on vaikea etukäteen varautua. (Vilkkä 2007, 151.)

Opinnäytetyön luotettavuuteen vaikutti vastausten vähäinen määrä, jonka vuoksi tutkimusta laajennettiin kesken prosessin. Vaikka tutkimusta laajennettiin, tuli vastauksia toivottua vähemmän. Tämä heikentää kokonaiskuvan luomista ja johtopäätökset tekemistä sekä tutkimustulosten yleistettävyyttä. Muutokset ja aikataulun viivästyminen vaikuttivat tutkijoiden motivaatioon ja asenteeseen tutkimusta kohtaan. Vastausten vähyys ja tulokseton muistuttelu kyselyyn vastaamisesta turhautti tutkijoita. Pitkät tauot tutkimuksen eteenpäin viemisessä, koska tutkijoiden orientoituminen tutkimukseen heikkeni ajan kuluessa.

Lisäksi luotettavuuteen vaikuttaa kyselylomakkeen vastausasteikko, koska yhtenä vaihtoehtona oli ”en osaa sanoa”. Tämä vastaus on vaikea analysoida ja vastaaja valitsee sen liian usein niin sanotusti helppona vastaus vaihtoehtona. ”En osaa sanoa” vastausten suuri määrä voi johtua myös pitkistä ja vaikeasti ymmärrettävistä väittämistä, jolloin vastaajan on valittava ”en osaa sanoa” vaihtoehto. ”En osaa sanoa” vastauksen määrä vähentää vertailukelpoisten vastausten määrää, jolloin tulosten analysointi ja johtopäätöksen teko vaikeutuvat.

Aiemman kokemuksen puute kvantitatiivisen tutkimuksen tekemisestä, aiheutti tutkimuksen luotettavuuden heikkenemisen. Esimerkiksi kyselylomakkeen väittämien muotoilu ja selkeyttäminen oli osittain puutteellista ja kyselylomake oli liian pitkä. Kyselylomaketta olisi voinut testata etukäteen, mutta sitä ei huomattu tehdä kokemuksen puutteen vuoksi.

6.4 Kehittämisehdotukset

Toiminnan kehittämiseksi RAI-koulutusta tulisi lisätä, jotta henkilökunnalla olisi riittävästi tietotaitoa RAI-arvioinnin tekemiseen ja analyysin lukemiseen sekä sen tulkitsemiseen ja sitä

kautta hyödyntämiseen arkisessa hoitotyössä. Hyvän koulutuksen jälkeen voisi kokeneempi henkilö perehdyttää muita RAI-arvioinnin tekemiseen ja hyödyntämiseen. Tämä lisäisi koulutuksesta saadun tiedon hyödyntämistä käytännössä. RAI-arvioinnin tekemiseen tulisi varata riittävästi aikaa. Ensin tulisi selvittää minkä verran se vie henkilökunnalta aikaresursseja, minkä jälkeen tulisi pohtia, miten tarvittava aika voitaisiin henkilökunnalle järjestää.

Kehittämissuositusten toteutuksen jälkeen olisi hyvä uusia tämän tapainen tutkimus, jolla selvitettäisiin, onko ongelmakohtiin pystytty puuttumaan ja onko tilanne parantunut tämän hetkisestä. Tutkimus voitaisiin toteuttaa suppeampana, niin että se keskittyisi vain löydettyihin ongelmakohtiin ja niiden korjaamiseen.

6.5 Opinnäytetyö prosessi

Tämä opinnäytetyö aloitettiin 2017 vuoden syksyllä. Aiemmin tehtyjen hankkeiden pohjalta havaittiin työskentelytapojen olevan samankaltaiset, joten opinnäytetyön yhdessä tekeminen tuntui luontevalta ratkaisulta. Syksyllä 2017 Kotihoidolle tehdyn hankkeen pohjalta nousi aiheeksi opinnäytetyöhön tämän tutkimuksen tekeminen. Syksyllä tapasimme yhteistyökumppania muutaman kerran ja pidimme yhteyttä myös sähköpostien välityksellä. Yhdessä yhteistyökumppanin kanssa rajasimme opinnäytetyömme aiheeksi RAI-arviointijärjestelmän hyödyntämisen kuntoutumisessa. Päätimme tehdä opinnäytetyön määrällisenä tutkimuksena, koska kotihoidolla henkilökuntaa on siihen riittävästi.

Tutkimussuunnitelman tekeminen sujui joutuisasti ja rakensimme teoriapohjan sekä kyselylomakkeen tammikuuhun 2018 mennessä. Ohjaava opettaja antoi luvan tutkimusluvan hakemiselle, joten haettiin tutkimuslupaa Hyvinkään kaupungilta, joka hyvin nopeasti hyväksyi sen. Tämän jälkeen lähetimme tutkimussuunnitelman ja kyselylomakkeen Hyvinkään kotihoidon palveluasiamiehelle, joka lähetti sen edelleen henkilökunnalle. Alun perin vastausaikaa annettiin kuukauden verran ja puolesta välissä laitoimme muistutusviestin kyselyyn vastaamisesta. Kyselyyn ei kuitenkaan saatu riittävästi vastauksia kuukauden aikana, joten pidensimme vastausaikaa ja lähetettiin edelleen muistutusviestejä kyselyyn vastaamisesta.

Vastauksia ei vielä loppu keväästäkään ollut riittävästi, joten yhteistyökumppani eli kotihoidon palveluesimies ehdotti tutkimuksen laajentamisen Hyvinkään asumispalveluihin. Lähetimme sähköpostiviestit asumispalveluiden yhteishenkilöille ja esiteltiin opinnäytetyömme aihe. Asumispalveluyksiköiden yhteishenkilöt olivat innokkaita osallistumaan tutkimukseen. Tämän jälkeen täydennettiin tutkimussuunnitelmaa ja

haimme laajennettua tutkimuslupaa Hyvinkään kaupungilta, joka myönnettiin elokuun lopussa.

Lähetettiin kyselylomakkeet asumispalveluiden yhteyshenkilöille. Päätettiin antaa vastausaikaa tällä kertaa vähemmän (2viikkoa), koska aikataulu oli tiukka. Aluksi kyselylomakkeet menivät väärin henkilöiden sähköposteihin, koska henkilökunta oli lomien vuoksi muuttunut. Otimme puhelimitse yhteyttä yksikköihin, jolloin saatiin oikeat sähköpostiosoitteet, joihin lähetettiin kyselylomakkeet. Vastausaikaa ei voitu kuitenkaan pidentää, joten aikaa kyselylomakkeen vastaamiselle jäi viikon verran. Saimme kuitenkin viikon aikana kerättyä riittävästi vastauksia, vastauksia tuli saman verran kuin kotihoidolta.

Tämän jälkeen aloimme tutustua SPSS-ohjelman käyttöön. Haimme ohjausta SPSS-ohjelman käyttöön ja tapasimme kaksi kertaa asiantuntijaa, joka opasti, miten vastaukset syötetään ohjelmaan ja miten luoda tuloksista kuvioita. Tämän jälkeen syötimme vastaukset ohjelmaan ja aloitettiin kuvioden laatiminen. Kokosimme kyselylomakkeiden tulokset ja teimme visuaaliset tuotokset, jonka jälkeen kirjoitimme johtopäätökset. Tämän jälkeen opinnäytetyö lähetettiin ohjaavalle opettajalle, joka antoi korjauskehotuksia.

Opinnäytetyön aikana hyödynsimme kirjoittamisen työpajoja, tiedonhaun työpajoja sekä ohjaavan opettajan ohjauksia. Opinnäytetyöprosessi ei ollut mutkaton, koska vastausten saaminen kyselylomakkeisiin oli haasteellista ja tämän vuoksi aikatauluun tuli viivästyksiä. Opinnäytetyötä tehdessä tieto RAI-arviointijärjestelmästä syveni, ja tieto lisääntyi siitä, miten RAI-arviointijärjestelmää käytännössä hyödynnetään kuntoutumisen tukemisessa. Opinnäytetyö oli opettavainen kokemus ja opetti tutkimuksen eri vaiheet sekä kehitti kärsivällisyyttä.

7 Lähteet

Painetut

Heikkilä, R. ja Mäkelä, M. 2015. THL. Onnistuminen: RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa.

Heikkilä, R. 2007. RAI-vertailukehittäminen laitoshoidossa. Perehdytysopas.

Kananen, J. 2008. Kvantti, kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Kankkunen P. & Vehviläinen K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. Porvoo. WSOY.

Pikkarainen, A. 2016. Gerontologisen kuntoutuksen käsikirja, osa 2. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Pikkarainen, A., Vaara, M. & Salmelainen, U. 2013. Gerontologisen kuntoutuksen toteutus, vaikuttavuus ja tiedon välittyminen. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Vilkka H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi

Vilkka H. 2007. Tutki ja mittaa, määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi

Sähköiset

Barthel-indeksi. Viitattu 22.9.2017.

<http://www.oamk.fi/~eihautal/aktiivinenvanhuus/mittarit/5BARTHEL.htm>

Douglas G. Carrol M.D. Viitattu 20.9.2017

http://www.strokecenter.org/wp-content/uploads/2011/08/barthel_reprint.pdf

Fysiogeriatría. 2017. Viitattu 22.9.2017.

http://fysiogeriatría.fi/kuntouttavan_kotihoidon_3_hyotya/

Google Forms kyselylomake. Viitattu 22.2.2018

<https://gsuite.google.fi/intl/fi/products/forms/>

Ikääntyvä asiakas ja kuntoutus - case Hyvinkää. Kiiänmies, J. 2015. Viitattu 22.9.2017.

http://www.hus.fi/ammattilaiselle/koulutus/koulutusmaterialit/KuntoutuskoordinaatioKick%20Off%2012112015/Kotikuntoutus%202015_Johanna%20Kiiänmies.pdf

Kuntoutussuunnitelma. 2016. Kuntoutusportti. Viitattu 23.9.2017.

<https://kuntoutusportti.fi/kuntoutus/kuntoutussuunnitelma/>

Heikkilä T. Kvantitatiivinen tutkimus. 2014. Viitattu 8.1.2018.

<http://www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKIMUS-TUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf>

Mamia T. SPSS-alkeisopas. 2005. Viitattu 8.1.2018.

http://groups.jyu.fi/sporticus/lahteet/LAHDE24_spss.pdf

Heikkilä R. & Mäkelä M. Onnistuminen - RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa. THL. 2015. Viitattu 8.1.2018.

file:///C:/Users/Omistaja/Downloads/URN_ISBN_978-952-302-478-6.pdf

L812/2000. Laki sosiaalihuollon asemasta ja oikeuksista. Viitattu 24.9.2017

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>

Hyvinkää. Viitattu 17.6.2018. <https://www.hyvinkaa.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/ikaantuvien-palvelut/asuminen-ja-laitoshoido/pitkaaikainen-asumispalvelu/>

RAI-osajaksi kehittyminen. THL. 2016. Viitattu 8.1.2018

<https://www.thl.fi/fi/web/ikaantuminen/rai-vertailukehittaminen/rai-osajaksi-kehittyminen>

Rosenvall, Ari. Toimintakyvyn arviointi. 2016. Käypä hoito. Viitattu 8.1.2018.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix00522>

THL 2016. RAI-järjestelmän mittareita.

<https://thl.fi/fi/web/ikaantuminen/rai-vertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta/rai-jarjestelman-mittareita>

Julkaisemattomat

Hyvinkään kaupunki 2017. Kotihoidon, asumispalveluiden ja laitoshoidon myöntämisperusteet ja asiakasmaksut.

Hyvinkään kotihoito, 2017. Kotihoitoesittely. S-posti kirsi.lehtonen-pulli@hyvinkaa.fi 1.11.2017. Luettu 2.11.2017.

8 Liitteet

Liite 1: RAI-arviointijärjestelmän lyhenteiden selitykset

Liite 2: RAI-järjestelmän mittareita lyhenteen mukaan

Liite 3: Kyselylomake

Liite 1: RAI-arviointijärjestelmän lyhenteiden selitykset

LYHENTEITÄ

ADL	Activities of Daily Living. Päivittäiset toiminnot. Arkisuoriutumisen. Perustoiminnot
ADL-H_6	Activities of Daily Living Hierarchy. RAI-järjestelmään sisältyvä hierarkkinen ADL-mittari.
ADL-L_28	ADL Long-Form Scale, ADL_long. Päivittäistä suoriutumista mittaavien kysymysten summamuuttuja.
ADL-RUG_15 (RUG/22, RUG/18)	Activities Daily Living-Resource Utilization Groups. RUG-III-luokituksiin
ADL-RUG_18 (RUG/34)	liittyviä ADL-mittareita. Mittarit huomioivat päivittäisistä toiminnoista liikkumisen sängyssä, wc:n käytön, siirtymisen ja syömis-
BMI	Body Mass Index. Kehon painoindeksi.
CHESS_5	The MDS-Changes in Health, End-stage disease and Symptoms and Signs. Asiakkaan terveydentilan vakautta ja ennustetta kuvaava asteikko.
CAPs	Client Assessment Protocols. Lista hoidon suunnittelussa huomioitavista asiakkaan voimavaroista. Hoidon suunnittelun päätöksentuen apuvälineitä.
CPS_6	Cognitive Performance Scale. Kognitiivisten toimintojen asteikko.
CMI	Case Mix Index. Kustannuspaino.
DRS_14	Depression Rating Scale. MDS, Minimum Data Set -tietopohjaan perustuva RAI-järjestelmään sisältyvä masennuksen seulontamittari.
IADL_6	Instrumental Activities of Daily Living. Päivittäiset välinetoiminnot. Suoriutuminen perustoimintoja vaativammista arkitoiminta.
interRAI-AC ja PAC	interRAI Acute and Post-Acute Care. Akuuttisairaalaan hoitoon ja sitä seuraavaan kuntoutusvaiheeseen suunnitellut interRAI-välineet.
interRAI-CA	interRAI Contact Assessment. Palvelujen seulontaan suunniteltu interRAI-väline.
interRAI-ChYMH	interRAI Child and Youth Mental Health. Lasten ja nuorten mielenterveystyöhön suunniteltu interRAI-väline.
interRAI-CMH	interRAI Community Mental Health. Mielenterveystyön avohoitto.
interRAI-ESP	interRAI Emergency Screener for Psychiatry. Mielenterveystyön akuuttitilanteen arviointi
interRAI-ID	interRAI Intellectual Disability. Kehitysvammatyöhön suunniteltu interRAI-väline.
interRAI-MH	interRAI Mental Health. Mielenterveystyön ympärivuorokautiseen hoitoon suunniteltu interRAI-väline.
MAPLe_5	Method for Assigning Priority Levels. Ympärivuorokautista palvelutarvetta kuvaava RAI-järjestelmään sisältyvä asteikko.

OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development. Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestö.
RAI	Resident Assessment Instrument. Asiakkaan palvelutarpeiden arviointimenetelmä.
RAI-järjestelmä	Minimum Data Set tai sen 2006 uudistettuun interRAI- kysymyslomakkeistoon perustuvat kysymyssarjat, käsikirjat, kysymyksistä koostetut mittarit sekä palvelu- ja hoitosuunnitelman apuvälineet.
RAI-HC	RAI Home Care. Perustuu kotihoidon asiakkaiden arviointiin tarkoitettuun Minimum Data Set (versio 2.0) kysymyslomakkeistoon.
RAI-LTC	RAI Long Term Care. Perustuu laitoshoidon asiakkaiden arviointiin tarkoitettuun Minimum Data Set (versio 2.0) kysymyslomakkeistoon.
RUG	Resource Utilization Groups. Kustannusnäkökulmainen RAI-järjestelmään sisältyvä asiakasrakennetta kuvaava luokitus.
RUG-III	RAI-järjestelmään sisältyvän Resource Utilization Groups -luokituksen kolmas versio.
RUG-III HC/22	Resource Utilization Groups -luokituksen RAI-HC-asiakasrakennetta kuvaava versio, joka sisältää 22 alaluokkaa.
RUG-III LTC/34	Resource Utilization Groups -luokituksen RAI-LTC-asiakasrakennetta kuvaava versio, joka sisältää 34 alaluokkaa.
RUG-III/18	Resource Utilization Groups -luokituksen HC- ja LTC-välineiden yhtenäinen asiakasrakennetta kuvaava versio, joka sisältää 18 alaluokkaa.
WHO	World Health Organization. Maailman terveysjärjestö on ihmisten terveyteen keskittyvä Yhdistyneiden kansakuntien erityisjärjestö.

(RAI-arviointijärjestelmän lyhenteiden selitykset. THL.)

Liite 2: RAI-järjestelmän mittareita lyhenteen mukaan

Aihe	Mittarin nimi, lyhenne	Pitkä nimi
Aggressiivinen käyttäytyminen	ABS	AggressiveBehaviorScale
Arkisuoriutumisen, perustoinnot	ADL-H	Activities of Daily Living Hierarchy
Arkisuoriutumisen, perustoinnot	ADL-laaja	Activities of Daily Living long-form scale
Ravitsemus	BMI	Painoindeksi
Hauraus:Terveyden vakaus	CHESS	Changes in Health, End-stage disease and Symptoms and Signs
Kognitio	CPS	Cognitive Performance Scale
Masennus	DRS	Depression Rating Scale
Arkisuoriutumisen, välinetoinnot	IADL-C	Instrumental Activities of Daily Living Capacity
Kipu	MDS-Pain	MDS Pain Scale
Palvelutarpeiden luonne	MAPLe-5	Method for Assigning Priority Levels
Palvelutarpeiden luonne	MAPLe-15	Method for Assigning Priority Levels
Kustannuspainoryhmitys	RUG	Resource UtilizationGroups

Aihe	Mittarin nimi, lyhenne	Pitkä nimi
Sosiaalinen osallistuminen	SES	SocialEngagementScale

Liite 3: Kyselylomake

Alla linkki alkuperäiseen kyselyyn

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSc_qo3zRs0acAro1THJTTg2_bUx_vreLj8QuNYrxlyOh-UiA/viewform

RAI- arviointijärjestelmä

Tämä kysely on Hyvinkään Laurean-ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoiden tekemä tutkimuskysely opinnäytetyöhön. Kyselyllä kartoitamme Hyvinkään kotihoidon henkilökunnan RAI- arviointijärjestelmän hyödyntämistä kuntoutumisen tukemisessa.

Lisäksi kyselyllä selvitetään käyttökokemuksia RAI-arviointijärjestelmästä. Kaikki vastaukset ovat anonymoituja ja vastauksia käsitellään luottamuksellisesti.

Kyselyssä on 30 väittämää liittyen RAI-arviointijärjestelmän käyttöön ja hyödyntämiseen. Valitse vaihtoehto, joka sopii parhaiten tämänhetkiseen kokemukseesi. Vastausvaihtoehdot ovat asteikolla 1-5.

- 1: Täysin erimieltä
- 2: Jokseenkin erimieltä
- 3: En osaa sanoa
- 4: Jokseenkin samaa mieltä
- 5: Täysin samaa mieltä

RAI-kysymyslomakkeen täyttö ja tiedonkeruumenetelmät

Tässä osiossa on väittämiä RAI:n kyselylomakkeen täyttöön ja siihen tarvittavien tietojen keräämiseen liittyen.

1. RAI:n kysymyslomakkeen täyttö on yksinkertaista.
2. RAI-arvioinnin tekeminen on työlästä ja aikaan vievää.
3. Tiedän kuka vastaa RAI-arvioinnin tekemisestä.
4. Tiedän miksi RAI-arviointeja tehdään.
5. Tiedän milloin RAI-arviointi pitää tehdä.
6. RAI-arvioinnin tekemiselle on varattu riittävästi aikaa.
7. Käytän eri tiedonkeruumenetelmiä RAI-arviointia tehdessä (haastattelu, havainnointi, omaiset, dokumentit).
8. Käytän tarvittavan ajan totuudenmukaisten ja riittävien tietojen saavuttamiseksi (päivittäiset toiminnot, sosiaalinen toiminta..).

Tulokset ja niiden analysointi

Tässä osiossa on väittämiä liittyen RAI-kysymyslomakkeista saatujen tietojen ohjelmaan viemiseen ja niiden analysointiin.

9. RAI-arvioinnin vastausten ohjelmaan vieminen on yksinkertaista.
10. RAI-arvioinnista saan hyödyllistä tietoa kuntoutumisen tukemiseen.
11. Tunnistan RAI-arvioinnin tuloksista, koska on tarve hyödyntää asiantuntijoita, esimerkiksi lääkäriä tai fysioterapeuttia.
12. RAI-arvioinnista saadut tiedot ovat turhia.
13. RAI-arviointi kertoo asiakkaan voimavaroista ja kuntoutustarpeesta.
14. RAI-arvioinnin tulosten analysoiminen on yksinkertaista.
15. Osaan hyödyntää RAI-käsikirjaa tulosten analysoimisessa.
16. Osaan tulkita RAI-arviointijärjestelmän antamia raportteja.

Tulosten hyödyntäminen

Tässä osiossa on väittämiä RAI-arvioinnista saatujen tietojen hyödyntämisestä kuntoutuksessa ja hoitotyössä.

17. Osaan tulkita RAI-arviointijärjestelmän antamia raportteja.
18. Pystyn hyödyntämään RAI-arvioinnista saatuja tietoja työssäni.
19. RAI-arvioinnista saatujen tietojen hyödyntäminen kuntoutumisen tukemisessä on vaikeaa.
20. Hyödynnän saadun tiedon voimavaroista ja kuntoutustarpeesta hoitotyössä.
21. Olen kiinnostunut hyödyntämään RAI-arvioinnin tuloksia asiakkaan kuntoutumisen tukemisessä.
22. Osaan laatia asiakkaan kuntoutumiselle tavoitteet RAI-arvioinnin pohjalta.
23. Osaan RAI-arvioinnin pohjalta laatia kuntoutussuunnitelman.

Päivittäminen ja koulutus

Tässä osiossa on väittämiä liittyen RAI-arvioinnin päivittämiseen ja koulutukseen.

24. Arvioin tavoitteiden saavuttamista säännöllisesti.
25. Päivitän RAI-arvioinnin määräajoin tai tarvittaessa.
26. Minulla ei ole aikaa päivittää RAI-arviointia.
27. Koen ettei RAI-arviointijärjestelmä ole avuksi työssäni.
28. RAI-koulutukseni on ollut riittävä.
29. RAI-koulutus ei vastaa tarpeisiin.
30. Tarvittaessa saan apua RAI-arvioinnin tekemiseen.

Paina lataa tallentaaksesi vastauksesi. Kiitos vastauksestasi!

Katri Vänntilä & Sofia Wilenius
Laurea-ammattikorkeakoulu