

Maria Haavisto

RAI-ARVIOINNIN HYÖDYNTÄMINEN SAIRAANHOITAJAN
TYÖSSÄ KOTIHOIDOSSA

Vanhustyön (ylempi AMK) koulutusohjelma
2019

RAI-ARVIOINNIN HYÖDYNTÄMINEN SAIRAANHOITAJAN TYÖSSÄ KOTIHOIDOSSA

Haavisto, Maria
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Vanhustyön (ylempi AMK) koulutusohjelma
Tammikuu 2019
Sivumäärä: 62
Liitteitä: 6

Asiasanat: RAI-järjestelmä, sairaanhoitaja, kotihoito

Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisena tavoitteena on, että ikäihmiset pystyvät asumaan omissa kodeissaan mahdollisimman pitkään. Tämä nostaa kotihoidon ensisijaiseksi ikääntyneiden palvelumuodoksi ja edellyttää, että kotihoitopalveluja on kehitettävä. Sastamalan seudun sosiaali- ja terveystalveissa vuonna 2016 käyttöön otettu RAI-järjestelmä on yksi keino kehittää ja parantaa ikääntyvän väestön palveluita ja hoitoa. RAI-järjestelmä on kansainvälinen arviointi- ja seurantajärjestelmä asiakkaan toimintakyvyn arviointiin, hoidon suunnitteluun, laadun seurantaan sekä työväline johtamisen tueksi.

Tämän kehittämistyön tavoitteena oli kehittää RAI-arviointiprosessia ja arvioinnin hyödyntämistä sairaanhoitajan työssä kotihoidossa. Tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilökunnan kokemuksia RAI-arviointijärjestelmästä ja sen käytöstä hoitotyössä sekä lisäksi selvittää miten hoitajat hyödyntävät RAI-arviointia hoitotyössä. Saatujen tietojen avulla kehitettiin RAI-arviointiprosessia ja arvioinnin hyödyntämistä yhdessä kotihoidon henkilökunnan kanssa.

Kehittämistyössä oli konstruktiiivinen tutkimusote. Aluksi toteutettiin kvantitatiivinen kyselytutkimus E-lomakekyselynä Sastamalan, Punkalaitumen, Nokian, Pirkkalan ja Vesilahden kuntien kotihoidon henkilökunnalle. Tutkimuksella haluttiin saada vastauksia kysymyksiin: millaisena hoitajat kokevat RAI-arvioinnin ja miten RAI-arviointia hyödynnetään hoitotyössä? Tulosten mukaan hoitajat kokevat RAI-arvioinnin kuormittavaksi ja kysymykset vaikeiksi ymmärtää. Yli puolet vastaajista oli silti sitä mieltä, että RAI-järjestelmän käyttö on yksinkertaista. Pääsääntöisesti RAI-arviointia osataan käyttää ja sen hyöty ymmärretään, mutta sen hyödyntäminen jää vähäiseksi tai sitä ei tiedosteta. Avoimiin kysymyksiin vastattiin runsaasti ja niissä tuotiin esille kritiikkiä, mutta myös RAI:n positiivisia puolia.

Kyselytutkimuksen jälkeen kehittämistyötä jatkettiin RAI-vastaavien RAIvo-ryhmässä, sairaanhoitajien palavereissa ja RAI-kehittämissäpäivässä. RAI-prosessin kehittämiseksi laadittiin prosessikaavio, joka selkeytti toimintaa erityisesti tilanteessa, jossa kotihoitoon otettiin uusi asiakasohjausmalli. Lisäksi osana kehittämistyötä käytiin läpi sairaanhoitajan toimenkuvaa RAI-järjestelmässä ja prosessissa, sovittiin toimintakäytäntöistä sekä arvioinnin mittareiden ja tulosten hyödyntämisestä. Lopuksi laadittiin RAI-arvioinnin toimintamalli, jota voidaan käyttää perehdytyksessä ja jonka avulla voidaan arvioida ja kehittää RAI-järjestelmän käytäntöjä myös tulevaisuudessa.

UTILIZING THE RAI (Resident Assessment Instrument) IN HOME CARE NURSING

Haavisto, Maria
Satakunta University of Applied Sciences
Master's Degree Programme in Elderly Care
January 2019
Number of pages: 62
Appendices: 6

Keywords: RAI (Resident Assessment Instrument), nurse, home care

The national goal of Finland's social and health care is that elderly can live in their own homes as long as possible. This raises home care as a primary source of services for elderly and requires that home care services need to be developed. RAI (Resident assessment instrument), introduced in Sastamala Region's social and health services in 2016, is one of the tools for developing and improving the services and care of the aging population. The RAI system is an international evaluation and monitoring system for assessing the clients' functional ability, care planning, quality monitoring and a tool for management.

The aim of this thesis was to develop the RAI evaluation process and utilization of RAI in home care nursing. The purpose of this development work was to describe the home care staff's experiences of the RAI evaluation system and its use in home care as well as to find out how home care nurses utilize RAI assessments. The outcome information was used to develop the RAI evaluation process and to use the evaluation together with the home care staff.

The thesis was conducted as a constructive research. Initially, a quantitative survey was carried out as an E-form (E-lomake) questionnaire completed by Sastamala, Punkalaidun, Nokia, Pirkkala and Vesilahti municipal home care staff. The survey's purpose was to get answers to the following questions: how do home care staff experience the RAI assessment and how RAI is used in home care? According to the results, the RAI assessment was considered to be burdensome and the questions difficult to understand. Still, more than half of the respondents thought that the use of RAI is simple. Overall, staff know how to use RAI and its benefits are understood, yet its utilization remains low or is not recognized. The questionnaire's open questions were answered in abundance. RAI raised a lot of criticism, but also positive aspects were noted.

After the survey, the development work was continued in the RAIvo- group, nurses' meetings and the RAI development meeting. A process diagram was made to develop the RAI process, which clarified the operation especially in the situation where a new case management system was taken into use in home care. In addition, as part of the development work, the nurses' job description was analyzed in the framework of the RAI process. Also, principles on operational practices were agreed upon including utilization of RAI scales and results. Finally, a RAI operating model was developed, which can be used in the induction and evaluating and further developing the RAI practices in the future.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	7
2.1	RAI-arviointijärjestelmä.....	7
2.2	Kotihoitopalvelut.....	12
2.3	Sairaanhoidajana kotihoidossa.....	16
2.4	Henkilökunnan kokemuksia RAI-arvioinnista ja sen hyödyntämisestä.....	18
3	TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS.....	21
3.1	Kotihoito Sastamalan seudun sosiaali- ja terveystalveissa.....	21
3.2	RAI-arviointijärjestelmä Sotesin kotihoidossa.....	22
4	KEHITTÄMISTYÖN TAVOITTEET, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	25
5	KEHITTÄMISTYÖN MENETELMÄT JA TOTEUTTAMINEN.....	25
6	KYSELYTUTKIMUKSEN TULOKSET.....	28
6.1	Taustatiedot.....	30
6.2	Henkilökunnan kokemukset RAI-arviointijärjestelmästä.....	34
6.3	RAI-arvioinnin käyttö ja hyödyntäminen hoitotyössä.....	35
6.4	RAI-arvioinnin hyödyntäminen hoidon suunnittelussa.....	36
6.5	RAI-arvioinnin käytäntöjä ja yleisiä periaatteita.....	37
6.6	Henkilökunnan kokemukset RAI-arviointijärjestelmästä ja sen hyödyntämisestä avoimissa vastauksissa.....	38
6.7	Tulosten yhteenvetoa ja johtopäätöksiä.....	41
7	RAI-ARVIOINNIN HYÖDYNTÄMISEN KEHITTÄMINEN.....	45
8	KEHITTÄMISTYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS.....	50
9	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA.....	54
	LÄHTEET.....	60
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Suomi ikääntyy nopeasti seuraavina vuosikymmeninä. Vanhusten eliniän ja määrän kasvulla on merkittävä vaikutus sosiaali- ja terveyspalveluihin. Mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen on tärkeimpiä varautumistoimia ikääntyvässä Suomessa. Hyvän vanhuuden turvaaminen edellyttää myös rakenteiden muuttamista, sillä nykyisenkaltaisen palvelujärjestelmän ylläpitäminen ei ole taloudellisesti kestävällä perustalla. Palvelujen rakennemuutoksen onnistuminen edellyttää puolestaan sekä palvelujen sisällöllistä uudistusta että iäkkäiden parissa toimivien osaamisen kehittämistä. (Sosiaali- ja terveysministeriö eli STM 2017, 10.)

Tulevaisuudessa tarvitaan monialaiseen tuen ja palvelujen tarpeen arviointiin perustuvia, yksilöllisesti räätälöityjä palveluita, jotka mahdollistavat ja tukevat iäkkään henkilön omaa toimijuutta. Tarvitaan siis aitoa yhdessä tekemistä niin, että kaikessa kehittämässä ja päätöksenteossa kuuluu iäkkäiden ääni. Tavoitteena on lisätä iäkkään väestön kotona asumisen mahdollisuuksia sekä kehittää kotihoidon palveluita. (STM 2017, 24–25.)

Kansallisen politiikan ja palvelurakenteiden uudistamisen tavoitteena on, että iäkäs ihminen voi asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään, jopa elämänsä loppuun saakka (THL www-sivut 2017). Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) eli vanhuspalvelulaki säätää kotihoidon ensisijaiseksi iäkkäiden palvelumuodoksi. Lain tavoitteena on parantaa ikääntyneen väestön hyvinvointia, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista ja mahdollisuuksia osallistua elinoloihinsa vaikuttavien päätösten valmisteluun ja palveluiden kehittämiseen kunnassa (Ikonen 2015, 12). Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja parantamiseksi suosittaa, että palvelutarpeiden selvittäminen on toteutettava monipuolisesti luotettavia arviointimenetelmiä käyttäen ja yhteistyössä eri toimijoiden kanssa. Arviointi on toteutettava vuorovaikutuksessa iäkkään henkilön kanssa ja hänen omia näkemyksiään kunnioittaen. (STM 2017, 19.)

Yksi keino ikääntyvän väestön ja kotihoidon palveluiden kehittämiseen on RAI-arviointijärjestelmän hyödyntäminen. RAI-arviointijärjestelmä, joka tulee sanoista

Resident Assessment Instrument (asukkaan arviointiväline) on kansainvälinen laadun ja kustannusvaikuttavuuden arviointi- ja seurantajärjestelmä. Se on asiakkaan arviointiväline, joka vastaa vanhuspalvelulain vaatimuksiin monipuolisesta palvelutarpeen arvioinnista. Sen hyöty on, että useita erillisiä mittareita ei tarvitse käyttää. RAI-järjestelmän avulla palvelutarve ja toimintakyky arvioidaan kattavasti. Tämän perusteella voidaan määritellä asiakkaiden tarvitsemat palvelut sekä tarvittava henkilöstön määrä ja osaaminen. RAI-järjestelmä mahdollistaa myös hoidon ja palveluiden laadun sekä kustannusten mittaamisen ja seurannan hoitoketjussa. RAI on myös työväline päätöksenteon ja johtamisen tueksi, jonka avulla voidaan kehittää toimintaa yhteistyössä kuntien ja palveluntuottajien kanssa. RAI-vertailutieto on näyttöön perustuvaa tietoa ja vertailutietoa hyvistä käytännöistä. (Vaarama 2015, 3.)

Sastamalan seudun sosiaali- ja terveystieteiden eli Sotesin kotihoidossa otettiin käyttöön vuonna 2016 RAI-arviointijärjestelmä. Arviointijärjestelmä on laaja ja paljon aikaa sekä perehtymistä vaativa työväline. Olisi tärkeää, että sitä osattaisiin käyttää ja hyödyntää mahdollisimman tehokkaasti ja tarkoituksenmukaisesti. Keskustellessani kotihoitojohtajan kanssa opiskeluihini kuuluvasta kehittämistyöstä nousi esille tarve perehtyä RAI-järjestelmään sairaanhoitajan näkökulmasta.

Tämän kehittämistyön tavoitteena on kehittää RAI-arviointiprosessia ja arvioinnin hyödyntämistä sairaanhoitajan työssä kotihoidossa. Tarkoituksena on kuvata hoitohenkilökunnan kokemuksia RAI-arviointijärjestelmästä ja sen käytöstä hoitotyössä sekä lisäksi selvittää miten hoitajat hyödyntävät RAI-arviointia hoitotyössä. Saatujen tietojen avulla kehitetään RAI-arviointiprosessia ja arvioinnin hyödyntämistä yhdessä kotihoidon sairaanhoitajien ja muun henkilökunnan kanssa luomalla toimintamalli kotihoidon RAI-arvioinnille, jota voidaan käyttää myös uusien työntekijöiden perehdytykseen.

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 RAI-arviointijärjestelmä

Palvelutarpeen ja toimintakyvyn arviointiin on käytössä erilaisia mittareita. Kun mittareita valitaan, on hyvä varmistaa, että ne sopivat juuri kyseessä olevan henkilön tilanteeseen. Monipuoliset mittarit antavat hyvän tietopohjan laadukkaan hoidon suunnittelulle ja sen toteutuksen arvioinnille. Palvelutarpeen arvioinnin ja toimintakyvyn mittaamisen yhtenäiset käytännöt parantavat yhdenvertaisuutta. (THL www-sivut 2017.)

RAI-järjestelmä on hoidon ja palveluiden laadun seurantaan ja parantamiseen, kustannusten arvioimiseen ja maksujärjestelmän kehittämiseen tehty arviointijärjestelmä momentyyppisille potilas- ja asiakasryhmille. Sen ytimenä on laaja-alainen yksilön voimavarojen ja tarpeiden standardoitu kartoitus yksilöllistä hoitosuunnitelmaa varten. Ensimmäinen perusversio luotiin Yhdysvalloissa 80-luvun puolivälissä pitkäaikaisen laitoshoidon tarpeisiin ja tästä nimi Resident Assessment Instrument, RAI, asukkaan arviointiväline. Suomeen arviointijärjestelmä rantautui 2000-luvun alussa. RAI-järjestelmää ylläpitää ja sen oikeudet omistaa kansainvälinen voittoa tavoittelematon tutkijaverkosto interRAI. THL valvoo RAI-välineiden suomalaisia versioita. RAI ohjelmistoja tarjoavat tällä hetkellä kaksi yritystä: RAIssoft ja Domacare. Koulutusta tarjoavat useat eri tahot. Vuonna 2015 RAI-järjestelmä oli käytössä 24–54 %:ssa ikäihmisten palveluissa riippuen palvelutyypistä, joista säännöllisessä kotihoidossa 28 %:ssa. (THL www-sivut 2018.) RAI-järjestelmää on käytetty tai käytetään 35 maailman maassa (Finne-Soveri 2015, 168).

Jokainen RAI-väline muodostuu useasta osasta. Näitä ovat kysymyslomake vastausvaihtoehtoinen, käyttäjäkäsi kirja, arvioinnin perusteella lasketut mittarit sekä hoidon ja palvelujen päätöksentukiherätteet (CAPS). (THL www-sivut 2017.) Kysymyslomaketta kutsutaan nimellä Minimum Data Set, MDS, eli pienin tarvittava tietomäärä. Eri hoito- ja palvelumuotoja varten on kehitetty omat RAI-versiot esimerkiksi pitkäaikai-

seen laitoshoitoon, kotihoitoon, palveluasumiseen, akuuttihoitoon ja mielenterveys-
hoitoon. (Finne-Soveri, Björkgren, Noro & Vähäkangas 2005, 22; Finne-Soveri, Noro,
Björkgren & Vähäkangas 2006, 24.)

RAI-arviointi on systemaattinen ja monipuolinen palvelutarpeen arviointiprosessi,
joka toteutetaan yhdessä asiakkaan ja tarpeen mukaan myös omaisten kanssa. Arvi-
oinnista saadun tiedon avulla pystytään havaitsemaan henkilön omat voimavarat, toi-
mintakyvyn vajeet sekä hoidon ja palvelujen tarve. Systemaattinen arviointi luo pohjan
tavoitteelliselle ja suunnitelmalliselle toiminnalle ja antaa työvälineen reagoida havait-
tuihin ongelmiin nopeasti sekä varautua tulevaan. RAI-välineiden käyttöperiaatteiden
mukaan säännöllistä palvelua saavan henkilön tarpeista tulee tehdä kokonaisarviointi
hoidon alkaessa sekä hoidon aikana puolivuositain. Lisäksi jos henkilön vointi muut-
tuu oleellisesti, tehdään uusi RAI-arviointi. Arviointitieto on ajantasainen kuvaus hen-
kilöstä, hänen voinnistaan ja elämäntilanteestaan. Osittaisia, tiettyyn ongelma-aluee-
seen kohdennettuja RAI-arviointeja voidaan myös tehdä. Arviointia tekevältä hoita-
jilta edellytetään hoitotyön tietoperustan hyvää hallintaa, kykyä tehdä eettisesti hyväk-
syttäviä päätöksiä sekä osaamista RAI-arvioinnin tekemiseen. Luotettavan RAI-
arvioinnin toteuttaminen edellyttää tietoa, taitoa ja teknistä osaamista sekä aikaa. Ar-
vioinnin suorittamisessa hyödynnetään RAI-käsikirjaa, joka selventää käsitteitä, ohjaa
arviointiin ja kirjaamiseen liittyvissä kysymyksissä sekä tarjoaa esimerkkejä arvioin-
nin tueksi. RAI-arvioinnin prosessissa on kuusi vaihetta, jotka on kuvattu seuraavassa
kuviossa (Kuvio 1). (THL www-sivut 2017.)



Kuvio 1. RAI-arvioinnin prosessi (THL www-sivut 2017)

RAI-kotihoitojärjestelmä eli RAI-HC (Home Care) on kansainvälisesti käyttökelpoinen kotihoidon tarpeen arvioimiseksi suunniteltu kattava, standardisoitu arviointijärjestelmä, joka antaa tietoa ja ohjaa asiakkaan kokonaisvaltaisen hoidon suunnittelua. Se ottaa huomioon asiakkaiden tarpeet, vahvuudet ja omat toiveet, korostaa omatoimisuutta ja elämän laatua sekä asiakkaan lähettämistä jatkohoitoon, silloin kun se katsotaan tarpeelliseksi. Toistuvilla arvioinneilla saadaan tuloksiin pohjautuvaa arvioitua tietoa asiakkaan hoitovasteesta. Tämän lisäksi RAI-HC on suunniteltu huomioimaan sekä asiakkaan monet tarpeet että hoidon järjestämisen sairaalasta kotiutuneelle tai kotisairaala-asiakkaille. (Finne-Soveri, Itkonen, Noro, Björkgren & Vähäkangas 2006, 29–31.) Henkilökunnan käytössä oleva RAIsoft.net-ohjelmisto sisältää tarvittavat tiedot koko RAI-järjestelmän käyttöön: asiakkaat, henkilökunnan, lomakkeet, käsikirjat, tulokset, raportit ja erilaisia ohjeita. Näiden lisäksi tarvitaan kuitenkin vielä organisaation oma perehdytyskansio, jossa on tarvittavat tiedot paikallisista käytännöistä ja tar-

vittaessa lisäohjeistuksia. RAI-järjestelmän erilaisia dokumentteja, kuten kyselylomaketta ja käsikirjoja ei ole julkaistu kaikkien käyttöön, vaan ne ovat vain oikeudet hankineen henkilökunnan käytössä.

RAI-HC sisältää kysymyksiä mm. seuraavista osa-alueista:

- Kognitiivinen kyky ja kommunikaatio
 - Näkö ja kuulo
 - Mieliala ja käyttäytyminen
 - Sosiaalinen toiminta, omaisten ja läheisten muodostama tukijärjestelmä
 - Fyysinen toimintakyky: päivittäisten toimintojen suorituskyky eli asioiden hoitamiseen liittyvät (IADL) ja henkilökohtaiset päivittäiset toiminnot (ADL) ja pidätyskyky
 - Diagnoosit ja lääkitys
 - Terveystila ja ehkäisevä terveydenhoito
 - Ravitsemuksen ja nesteytyksen tila, suunterveys, hampaisto ja ihon kunto
 - Ympäristön olosuhteiden arviointi ja palvelujen käyttö
- (Finne-Soveri ym. 2006, 30.)

RAI-arviointien tuloksena saadaan ohjelmasta käyttöön useita erilaisia organisaatiotasoisia ja asiakaskohtaisia raportteja, mittarituloksia, CAPseiksi kutsuttuja herätteitä sekä RUG-asiakasrakenneluokituksia. Organisaation tasolla voidaan seurata ja vertailla esimerkiksi asiakasrakennetta, arviointien määrää ja ajantasaisuutta, mittarituloksia ja CAP-yhteenvetoja. Asiakaskohtaisia raportteja ovat asiakkaan perusraportti, mittariraportti, merkinnät -raportti ja hoidon suunnittelun apuväline koriraportti. (THL www-sivut 2018.)

RUG (Resource Utilization Groups) on RAI-järjestelmään sisältyvä asiakasrakennetta kuvaava luokitus, joka ryhmittelee asiakkaat päivittäisen voimavarakäytön perusteella kliinisesti yhdenmukaisiin luokkiin. Luokituksessa on seitsemän pääluokkaa ja 18–34 alaluokkaa. Jokaiselle RUG-alaluokalle on muodostettu oma kustannuspaino, joka kuvaa sitä, kuinka paljon hoitohenkilökuntaresursseja luokkaan kuuluva asiakas käyttää suhteessa keskimääräiseen asiakkaaseen. RUG-luokittelua voidaan käyttää voimava-

rojen kohdentamiseen, tuottavuusvertailuihin, pohjana palveluiden hinnoitteluperusteisiin ja se soveltuu myös tuotteistamiseen. (Heikkilä, Gerasin, Sakki, Nieminen, Björkgren, Noro, Mäkelä & Finne-Soveri 2012, 10–11; THL www-sivut 2018.)

Yksittäinen RAI-mittaritulos muodostuu tietyistä ryhmästä RAI-arvioinnin sisältöky-symyksiä. Mittaritulokset kuvaavat henkilön toimintakykyä, voimavaroja, mahdollisia terveydentilan tai mielenterveyden oireita, palvelutarpeeseen liittyviä tekijöitä, riskitekijöitä sekä ongelmia. Esimerkiksi kohonnut Kipu-mittaritulos voi kuvata henkilöllä olevan päivittäistä kipua, joka vaikuttaa hänen toimintakykynsä (ongelma). Kotihoidon RAI:ssa yleisimmin käytettyjä mittareita ovat MAPLe (palvelutarpeiden luonne), CPS (kognitiiviset toiminnot), ADLH (arkisuoriutuminen, päivittäiset toiminnot), IADL (arkisuoriutuminen, välinetoiminnot), CHES (terveydentilan vakaus), PAIN (kipu), REHABPOT (kuntoutumismahdollisuus), BMI (painoindeksi) ja MNA (mini nutritional assesment). (THL www-sivut 2018.) Kaikki RAI HC:n mittarit löytyvät liitteestä 1. Mittarituloksia on mahdollista vertailla asiakas- ja organisaatiotasolla. Henkilökunnan käytössä on RAI-mittarikäsikirja, joka auttaa mittaritulosten ymmärtämisessä, tulkitsemisessä ja hyödyntämisessä.

Näistä mittareista MAPLe, palvelutarpeiden luonne, (1–5) on kaikista laaja-alaisin mittari, jota voidaan käyttää arvioitaessa asiakkaan palveluntarvetta yhdessä muun tiedon kanssa. Mittari koostuu noin kolmestakymmenestä eri muuttujasta sisältäen CPS ja ADLH-mittarien muuttujat. CPS, kognitiiviset toiminnot, (0–6) mittarissa saadaan viitettä henkilön mahdollisesta muistihäiriöstä tai muista häiriöistä kognitiivisen toimintakyvyn ja tilanteen osalta. Mittarissa arvioidaan asiakkaan kognitiivista kykyä neljän muuttujan suhteen, joita ovat: lähimuisti, ymmärretyksi tuleminen, päätöksentekokyky ja kyky syödä itse. ADLH, arkisuoriutuminen, päivittäiset toiminnot, (0–6) mittarin arvo lasketaan hierarkkisesti asiakkaan suorituskyvyn perusteella neljästä ADL-toiminnosta, joita ovat: liikkuminen kotona, ruokailu, wc:n käyttö, henkilökohtainen hygienia. IADL, arkisuoriutuminen, välinetoiminnot, (0–21) kuvaa suoriutumista asioiden hoitoon liittyvissä toiminnoissa. Mittarissa arvioidaan asiakkaan suorituskkyä seitsemässä IADL (Instrumental Activities of Daily Living) -toiminnossa, joita ovat: aterioiden valmistaminen, tavalliset kotitaloustyöt, raha-asioiden hoito, lääkityksestä suoriutuminen, puhelimen käyttö, ostoksilla käynti ja kulkuvälineiden käyttö. (THL www-sivut 2018; Finne-Soveri & Noro 2006, 61–86.) Mittarituloksista

MAPLe, CPS, ADLH ja IADL ovat Sotesissa käytössä palvelujen myöntämisperusteina kotihoitopalveluihin, omaishoitoon ja tehostettuun palveluasumiseen.

Henkilön voimavaroja ja riskitekijöitä kuvaavia CAPseja (client assesment protocol) on kolmekymmentä erilaista (liite 2): esimerkiksi sosiaalinen toiminta, laitokseen joutumisen uhka, kaatuminen, ravitsemus, suunterveys ja painehaava. Arvioinnin tuloksena aktivoituu keskimäärin kymmenen CAPsia, joiden tarkoituksena on ohjata hoito- ja palvelusuunnitelman laatimista vaihe vaiheelta. Tarkoituksena on auttaa selvittämään *mihin* pitäisi puuttua, *miksi* pitäisi puuttua ja *miten* sitä pitäisi seurata. Mittareiden ja tunnuslukujen avulla voidaan asettaa hoitosuunnitelmaan tavoitteita, joita seurataan hoidon toteutuksessa. Henkilön toimintakyvyssä ja terveydentilassa tapahtuvat muutokset edellyttävät hoitoon ja palveluun osallistuvilta herkkyyttä havaita muutoksia ja reagoida niihin. (Finne-Soveri & Vähäkangas 2006, 34; THL www-sivut 2018.) RAIsoft ohjelmistosta löytyy laaja CAP-käsikirja, joka auttaa henkilökuntaa niiden hyödyntämisessä hoitotyössä.

RAI-arviointia ja -järjestelmää voidaan hyödyntää kotihoidossa monin eri tavoin. Asiakkaan toimintakyvyn arvioinnin ja hoidon suunnittelun lisäksi hoitosuunnitelman toteutumisen ja kuntoutumisen arvioinnissa, johtamisen apuvälineenä, laadun varmistamisessa sekä vertailukehittämisessä. THL tarjoaa RAI-järjestelmää käyttäville organisaatioille erilaisia apuvälineitä vertailukehittämiseen, kuten palauteraportteja, -taulukoita ja -kuutioita, jotka tuotetaan puolivuositain RAI:ta käyttävien organisaatioiden keräämän arviointitiedon pohjalta. Koko järjestelmän perustana sekä toimivuuden ja hyödyntämisen edellytyksenä kuitenkin on oikein tehty toimintakyvyn arviointi RAI-järjestelmää käyttäen sekä RAI-arvioinnin ajantasaisuus, luotettavuus ja oikeellisuus. (THL www-sivut 2017.)

2.2 Kotihoitopalvelut

Kotihoito on kotipalveluiden, tukipalveluiden ja kotisairaanhoidopalveluiden palvelukokonaisuus, jolla autetaan kotona asuvia eri-ikäisiä avun tarvisijoita, joiden toimintakyky on tilapäisesti tai pysyvästi heikentynyt (Ikonen 2015, 15). Kotipalvelulla tar-

koitetaan sosiaalihuoltolain mukaan asumiseen, hoitoon ja huolenpitoon, toimintakyvyn ylläpitoon, lasten hoitoon ja kasvatukseen, asiointiin sekä muihin jokapäiväiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista tai niissä avustamista. Kotihoidolla tarkoitetaan kotipalvelun ja terveydenhuoltolakiin sisältyvien kotisairaanhoidon tehtävien muodostamaa kokonaisuutta. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 19 §; Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 25 §.)

Kunta voi yhdistää sosiaalihuoltolakiin perustuvan kotipalvelun ja terveydenhuoltolakiin perustuvan kotisairaanhoidon kotihoidoksi. Kotihoidon palveluilla tuetaan kotona selviytymistä. Kotihoidon palveluja voivat saada ikäihmiset, vammaiset ja sairaat tai henkilöt, joiden toimintakyky on muun syyn vuoksi alentunut. Lapsiperheillä on oikeus saada kotipalvelua, kun se on välttämätöntä lapsen hyvinvoinnin turvaamiseksi. Kotipalvelua annetaan tarvittaessa esimerkiksi vamman, sairauden, uupumuksen tai muun erityisen perhetilanteen vuoksi. (STM [www-sivut 2017](#).)

Iäkkäiden ihmisten pitkäaikainen huolenpito toteutetaan nykyisin pääosin kotona tai kodinomaisessa asuinympäristössä kotihoidon, tukipalveluiden ja omaisten avun turvin. Vuonna 2015 säännöllisen kotihoidon piirissä oli noin 56 500 75 vuotta täyttänyttä asiakasta, mikä on vajaa 12 prosenttia vastaavan ikäisestä väestöstä. Kotona hoidetaan yhä vanhempia ja huonokuntoisempia, monenlaista apua ja tukea tarvitsevia iäkkäitä. Jotta toimintakyvyltään heikentynyt iäkäs ihminen voi asua kotona, tulee hänen arkeaan tukea riittävin ja oikea-aikaisin palveluin. (THL [www-sivut 2017](#).)

Kotihoidon henkilökunta koostuu monenlaisista ammattilaisista, kuten lähihoitajista, kodinhoitajista, sairaanhoitajista, terveydenhoitajista, fysioterapeuteista, sosionomeista, geronomeista, toimistotyöntekijöistä, esimiehistä ja johtajista. Lisäksi asiakkaan hoitoon osallistuu usein muitakin yhteistyökumppaneita, kuten lääkäri, muistihoitaja, jalkahoitaja tai ravitsemusterapeutti. Hyvä yhteistyö terveydenhuollon eri ammattiryhmien välillä on olennaista kotona asuvalle asiakkaalle. Kotiin annettava palvelu saattaa olla pirstaloitunut useiden työntekijöiden käynneiksi. Yhteistyön tarvetta ovat lisänneet myös tiedon määrän lisääntyminen, verkostoitumisen tarve, asiakkaiden ja omaisten lisääntynyt tietoisuus laadukkaista palveluista, moniongelmaisten, paljon tukea ja palveluja tarvitsevien määrän kasvu sekä lisääntyneet vaatimukset työn

laadukkuuden ja tehokkuuden parantamiseksi. (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori & Ivanoff-Lahtela 2007, 19.)

Melko uutena ammattiryhmänä kotihoidossa ovat asiakas- ja palveluohjaajat. Keskitetyn asiakas- ja palveluohjauksen tarkoituksena on helpottaa tukien ja palveluiden hakemista sekä koordinoita ja sujuvoittaa palveluiden kohdentumista asiakkaiden arvioidun palvelutarpeen mukaan. Lisääntyvä valinnanvapaus lisää tarvetta yhteistyölle ja myös asiakas- ja palveluohjaukselle. Keskitettyä asiakas- ja palveluohjausta on kehitetty Ikäneuvo-hankkeessa, joka on osa sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen kärkeä "Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa" (I&O). (STM 2017, 17.) Myös Sastamala seudun sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen kotihoito oli mukana hankkeessa. Hankkeessa kehitettiin Pirkanmaalle yhteinen ikääntyneiden neuvonnan ja asiakasohjauksen toimintamalli, Ikäneuvo.

Asiakaskohtaisesti räätälöidyt palvelut ovat hyvän hoidon lähtökohta. Iäkkäiden ihmisten tarpeet vaihtelevat suuresti. Ikäihmisen elämän kokonaistilanteen ja avuntarpeen hahmottaminen edellyttää moniammatillista ja laaja-alaista osaamista. Palvelutarpeiden kattava arviointi huomioi fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn, erilaiset riskitekijät, asuin- ja elinympäristön haasteet sekä omaisten ja läheisten antaman avun. Asiakkaan ja hänen omaisensa osallisuus, kuuleminen ja aito kuunteleminen palvelutarpeita kartoitettaessa on tärkeää. (THL www-sivut 2017.)

Asiakkaan toimintakyvyn arvioinnin perusteella laaditaan palvelu- ja hoitosuunnitelma asiakkaan ja läheisten tarpeita ja toiveita kuunnellen. Suunnitelman toteutumista seurataan ja sitä tarkistetaan palvelujen tarpeen muuttuessa. (STM www-sivut 2017; THL www-sivut 2017). Palvelu- ja hoitosuunnitelmaan laaditaan yhteistyössä asiakkaan kanssa mahdollisimman konkreettiset ja mitattavissa olevat tavoitteet ja keinot näiden tavoitteiden saavuttamiseksi. Suunnitelmaan kirjataan selkeästi sovitut kotihoidon palvelut ja mahdolliset tukipalvelut. Tehty palvelusuunnitelma on samalla myös kotihoidon sopimus. Palvelusuunnitelman mukaan kotihoidon viranhaltija tekee viranhaltija päätöksen ja maksupäätöksen sovituista palveluista. Kotihoidon maksu määräytyy sen mukaan, onko kyse tilapäisestä vai jatkuvasta avuntarpeesta. (Ikonen 2015, 159.)

Kotihoitopalvelu tukee ja auttaa, kun asiakas tarvitsee sairauden tai alentuneen toimintakyvyn vuoksi apua kotiin selviytyäkseen arkipäivän askareista ja henkilökohtaisista toiminnoista kuten hygienian hoitamisesta. Kotihoidon työntekijät seuraavat myös asiakkaan vointia ja neuvovat palveluihin liittyvissä asioissa asiakkaita ja omaisia. Monissa kunnissa palveluja saa myös iltaisin ja viikonloppuisin ja yöpartiot ovat yleistyneissä. (STM www-sivut 2017.)

Kotihoidon työntekijöiden ja muiden apua antavien henkilöiden ensisijainen tehtävä on auttaa iäkästä ihmistä ja hänen läheisiään tunnistamaan, käyttämään ja kehittämään ikäihmisen olemassa olevia fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia voimavaroja niin, että hän voi asua kotona sairauksista tai alentuneesta toimintakyvystä huolimatta. Käytännössä se tarkoittaa, että ikäihmistä ohjataan, tuetaan ja rohkaistaan hänen omien mahdollisuuksiensa ja omien toiveiden luomissa puitteissa omatoimisuuteen ja itsenäisyyteen. Iäkkäiden ihmisten kotona asumista tukevat parhaiten lähellä ja helposti saatavilla olevat, tarvittaessa ympärivuorokautiset sosiaali-, terveys- ja kuntoutuspalvelut. Kotiin annettavia palveluja ovat muun muassa perushoito sekä sairaanhoidolliset toimet, kodinhoidollinen apu, kuntouttava ja toimintakykyä tukeva toiminta, ennaltaehkäisevä toiminta, esimerkiksi hyvinvointia edistävät kotikäynnit, erilaiset tukipalvelut, omaishoidontuki, lääkärin kotikäynnit, kotisairaaloiminta ja kotisaattohoito. Kotona asumista tukevat myös liikkuvat ja sähköiset palvelut, apuvälineet ja teknologia, kodin muutostyöt sekä muut sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, esimerkiksi lääkärin ja sosiaalityöntekijöiden palvelut, fysioterapia, intervalli- ja kuntoutusjaksot sekä päiväkeskustoiminta. (THL www-sivut 2017.)

Tukipalveluilla täydennetään kotipalvelun antamaa henkilökohtaista huolenpitoa. Tukipalvelut ovat monesti ensimmäisiä palveluita, joita asiakas tarvitsee itsenäisen asumisen tueksi. Tukipalveluita voivat saada myös henkilöt, jotka eivät tarvitse muuta kotipalvelun tai kotihoidon palvelua. Tukipalveluja ovat muun muassa ateriapalvelu, siivous, vaatehuolto, kauppa- ja muut asiointipalvelut, sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut, liikkumista tukevat palvelut sekä kuljetus- ja saattajapalvelu. Kunta voi tuottaa tukipalvelut itse tai ostaa ne yksityisiltä palveluntuottajilta. Tukipalveluilla on yleensä kuntakohtainen hinnasto, eivätkä niiden maksut sisälly ruokakunnan tulojen ja henkilömäärän mukaan määräytyvään kotipalvelumaksuun. Kunta voi antaa palve-

lun tarvitsijalle palvelusetelin, jolla tämä voi ostaa palvelun kunnan hyväksymiltä palveluntuottajilta. Palveluntarvitsija voi ostaa tukipalveluja myös suoraan yksityisiltä palvelujen tuottajilta. (STM www-sivut 2017.)

Kun kotona asuvien iäkkäiden ihmisten määrä kasvaa, apua tarvitaan enenevässä määrin myös äkillisiin ja ennakoimattomiin tilanteisiin. Herkkyys havaita pieniä muutoksia arjessa, äkillisiin tilanteisiin varautuminen ja teknologia helpottavat yllättäviin avun tarpeisiin vastaamista ja vaaratilanteiden ehkäisyä. Myös uusien ja tilapäisten toimijoiden kytkeminen palvelujen kokonaisuuteen kannattelee ikäihmistä elämäntilanteiden vaihdellessa. (THL www-sivut 2017.) Tulevaisuuden tavoitteena on lisätä iäkkään väestön kotona asumisen mahdollisuuksia. Jotta ikääntynyt väestö voi asua nykyistä pidempään kotona, on investoitava terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen edistämiseen sekä kuntoutuksen lisäämiseen ja monimuotoisiin palveluihin. Lisäksi teknologian hyödyntäminen tulevaisuudessa tuo uusia mahdollisuuksia. (STM 2017, 24, 26.)

2.3 Sairaanhoidtajana kotihoidossa

Sairaanhoidtaja on laillistettu ammattihenkilö, jonka tehtävänä on terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen ja hoitaminen sekä kärsimyksen lievittäminen. Asiantuntijoina toimivien sairaanhoidtajien työssä korostuvat potilaslähtöinen, terveystakeskeinen ja kokonaisvaltainen ajattelutapa. Sairaanhoidtajien asiantuntijuus rakentuu näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. Sairaanhoidtajilla on asiantuntijoiden tietotaito tuoda hoitotyön näkökulma moniammatilliseen työryhmään. Sairaanhoidtajat edustavat hoitotyötä laajasti: käytännön työssä toimivista sairaanhoidtajista opettajiin, tutkijoihin ja johtajiin. Eettiset kysymykset ovat jatkuvasti läsnä hoitotyössä. Eettisen vastuun kantaminen vaatii sairaanhoidtajilta syvällistä hoitotyön osaamista ja hoitotieteellistä ajattelua. Eettisen vastuun ottamiseen tarvitaan myös rohkeutta keskustella vaikeista kysymyksistä ja puuttua epäkohtiin. (Sairaanhoidtajat www-sivu 2018.)

Kotihoidossa työskentelevän sairaanhoidtajan työ on laaja-alaista ja kokonaisvaltaista hoitotyötä, mikä edellyttää monenlaista osaamista. Ammattikorkeakoulututkinto luo

sairaanhoitajalle valmiudet kotihoidon hoitotyön asiantuntijana toimimiselle. Sairaanhoitajan työn tulee olla terveyttä edistävää, sairauksia ehkäisevää, hoitavaa ja kuntouttavaa. Sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu esimerkiksi hoitotyön suunnittelu ja toteutus, vaikuttavuuden seuranta, lääkehoidon suunnittelu ja toteutus sekä asiakkaiden ja omaisten ohjaus, neuvonta ja tukeminen. Sairaanhoitajat työskentelevät sekä itsenäisesti että moniammatillisissa ryhmissä. Sairaanhoitaja myös kehittää hoitotyötä käytännön osaamisen ja tutkimuksesta saatavan tiedon avulla. Itsensä kehittämisen ja työn kehittämisen taidot, vuorovaikutus - ja viestintätaidot sekä ammattieettiset taidot ovat hoitajan ydinosaamista. Myös kotihoitotyön perustana olevan tiedon, kotihoitotyön työprosessien, kotihoidon työtehtävien sekä työturvallisuuden hallinta on keskeistä osaamista. (Ikonen 2015, 173–174.)

Kotihoidossa sairaanhoitaja on usein osa moniammatillista tiimiä ja tehtävänkuvat vaihtelevat eri organisaatioissa. Sastamalan seudun sosiaali- ja terveystalveluiden eli Sotesin kotihoidossa on määritelty sairaanhoitajan toimenkuva. Toimenkuvaan on määritelty kahdeksan eri osa-alueita: kliininen hoitotyö (toimenpiteet ja arviointi), hoidon suunnittelu, ohjaus ja neuvonta, lääkehoito, hoidon kirjaaminen ja tiedonkulku, hoitotyön kehittäminen ja laadun varmistaminen, yhteistyö ja verkostoituminen sekä työhyvinvointi. Sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu toimia sairaanhoidollisena asiantuntijana yhteistyössä lähihoitajien, omaisten ja muiden yhteistyökumppaneiden kanssa. RAI-arviointi on osa sairaanhoitajan työtä ja tulee esille myös monissa eri toimenkuvan osa-alueissa. Sairaanhoitajan tulee olla hyvin perehtynyt ja sitoutunut RAI-arviointiin. Hän ohjaa, neuvoo ja kannustaa lähihoitajia RAI-arvioinnin teossa ja on siinä tarvittaessa mukana sairaanhoidollisena asiantuntijana esimerkiksi asiakkaan diagnoosien kirjaamisessa. Sotesin sairaanhoitajalla on sairaanhoidollinen vastuu sovittujen lähihoitajien asiakkaista. On sovittu, että sairaanhoitaja myös huolehtii omalta osaltaan, että hänen tiimiinsä asiakkaiden RAI-arvioinnit tehdään ajallaan. Sairaanhoitaja vie RAI:sta nousevia asioita tiedoksi tarvittaessa eri yhteistyötahoille, kuten asiakasohjaajille, fysioterapeuteille tai lääkärille. Sairaanhoitaja tekee omille säännöllisille asiakkailleen RAI-arvioinnin. Sairaanhoitaja toimii usein myös RAI-vastaavana, jolloin hänen tehtäviinsä kuuluu uusien hoitajien perehdytys järjestelmään sekä ohjaus ja neuvonta.

2.4 Henkilökunnan kokemuksia RAI-arvioinnista ja sen hyödyntämisestä

Hoitohenkilökunnan kokemuksista RAI-arvioinnista ja sen hyödyntämisestä osana hoitotyötä on tehty melko vähän tutkimuksia ja tulokset ovat osittain ristiriitaisia. Tutkimusten mukaan hoitohenkilökunta on tyytyväinen RAI-arviointijärjestelmän käyttöön työvälineenä. He ovat sitä mieltä, että omahoitaja tuntee oman asiakkaansa tarpeet parhaiten ja tutustuu asiakkaan tilanteeseen perusteellisemmin RAI-arviointien kautta ja se auttaa hoitosuunnitelman laatimisessa. Henkilökunta arvioi, että ottamalla asiakas mukaan hoitosuunnitelman ja väliarvioinnin laadintaan, hoito saadaan entistä tavoitteellisemmaksi. Kirjaamisen ajatellaan tehostuvan asetettujen tavoitteiden kautta. (Pennanen 2007, 2; Räsänen 2005, 2.) RAI-arviointi koetaan hyödylliseksi, koska se auttaa ottamaan asiakkaan huomioon kokonaisvaltaisesti ja yksilöllisesti. Sen avulla voidaan seurata tavoitteiden saavuttamista ja erilaisia riskitekijöitä CAPSien avulla. Sitä käytetään työkaluna moniammatillisessa tiimissä ja arvioidessa hoidontarvetta ja oikeaa hoitopaikkaa ja sen avulla tehdään asiakkaan palvelu- ja hoitosuunnitelma. (Lariviere 2012, 12–14.)

Toisaalta hoitohenkilökunnalla on myös negatiivisia kokemuksia RAI-arvioinnista. Tutkimustulosten mukaan hoitajat kokevat RAI-arvioinnin aikaa vieväksi, kuormittavaksi ja haastavaksi. Arvioinnin kysymykset koetaan hankaliksi ja epäselviksi. Järjestelmään suhtaudutaan negatiivisesti, eikä RAI-arviointijärjestelmästä koeta olevan kovin paljon hyötyä. Ajan puutteen vuoksi myös tulosten hyödyntäminen voi jäädä vähäiseksi. Vastaajat eivät usko kirjaamisen tai hoidon laadun parantumiseen RAI:n myötä. (Ahvenjärvi & Salminen 2012, 2, 30–33; Lariviere 2012, 15–16; Räsänen 2005, 2.)

Tutkimusten mukaan hoitohenkilökunnan sekä tietotekniikkaosaaminen että RAI-järjestelmäosaaminen ovat suurimmalla osalla huonoa. Arviointien tekeminen on pienen hoitajajoukon harteilla ja yksiköiden laitekanta on riittämätön. Sekä järjestelmää että käsikirjaa toivotaan selkeämmäksi ja lyhyemmäksi. RAI-arviointijärjestelmän käyttöä ei pidetä yksinkertaisena. RAI ei ole lisännyt kommunikaatioita eri ammattiryhmien välillä ja lääkärin ja muiden ammattiryhmien osallistuminen arviointeihin on harvinaista, eivätkä potilas ja omainen juuri osallistu RAI-arviointeihin. Johtamisen tukena RAI:ta käytetään vielä melko vähän. Toisaalta RAI:ta kannustetaan käyttämään

osastoilla ja siitä saatava hyöty ymmärretään, mutta kiireen takia arvioinneista saatava potilaskohtainen hyöty jää vähäiseksi. (Ahvenjärvi & Salminen 2012, 25; Räsänen 2005, 2.) On huomattava, että Räsänen (2005) tutkimus on jo melko vanha ja sen jälkeen hoitajien tietotekniikkaosaaminen ja laitteiden toimivuus ovat parantuneet, mutta tämäkin on asia, joka saattaa edelleen joissain yksiköissä vaikuttaa hoitajien asenteesiin.

Tutkimusten mukaan RAI-arvioinnin hyödyntämisessä on paljon eroja eri organisaatioiden välillä. RAI-arviointeja hyödynnetään haastattelujen perusteella muun muassa asiakkaan hoitosuunnitelmien tekemisessä, kotihoidon ja laitoshoidon kriteereissä, hoitoneuvotteluissa, koulutustarpeiden esille tuomisessa, asiakkaan omatoimisuuden lisäämisessä, kuntoutumisen tukemisessa, SAS-työryhmässä (Selvitä-Arvioidi-Sijoita -työryhmä) ja omaishoidossa. (Sernola 2014, 31–37.) Toisaalla taas arvioinnista saatavia tietoja ei hyödynnetä apuna hoitotyön suunnitelmassa, eikä RAI-arviointijärjestelmää hyödynnetä riittävästi. (Ahvenjärvi & Salminen 2012, 2.) Johtopäätöksenä todetaan, että implementointi on vielä kesken ja tämän vuoksi RAI:n hyödyntäminen on vähäistä (Räsänen 2005, 2).

Tutkimuksissa tuotiin esille useita erilaisia parannusehdotuksia RAI-arvioinnin hyödyntämisen parantamiseksi. Koulutusta kaivataan lisää. Kehittämishaasteena esitettiin jonkin RAI-osion ”suomentaminen” ja tuominen käytännön tasolle. Tämä onnistuisi esimerkiksi osatotuntien muodossa. (Ahvenjärvi & Salminen 2012, 36.) Henkilökunnan lisäkoulutus, riittävä resursointi sekä aktiivinen dialogi ohjelman toimittajan ja käyttäjien kesken ovat RAI-arviointien tulevaisuuden menestystekijät (Räsänen 2005, 2).

Henkilökunta toivoo, että tulevaisuudessa heidän tekemiään arvioita käydään työyhteisössä läpi säännöllisesti ja hoitosuunnitelmia ja väliarviointeja toteutetaan yhteisesti. Mikäli asukkaan hoito havaitaan erityisen haasteelliseksi voi case-tyyppinen työskentelymalli moniammatillisessa työryhmässä olla myös yksi tapa kehittää hoidon laatua. Yhteistyötä tehdään heti RAI-arvioinnin jälkeen, jolloin arvioinnin tietojen pohjalta tehtävä hoitosuunnitelma tai väliarviointi tehdään ryhmässä. Henkilökunta näkee myös, että tulevaisuudessa on mahdollisuus uudenlaiseen verkostoitumiseen eri osastojen kesken. Verkostoitumisen avulla voidaan käydä läpi eri osastojen RAI-

palauteraportteja ja näin kehittää osastojen toimintaa yhdessä. RAI-arviointien laadinnan yhteydessä henkilökunta toivoo parityöskentelyn mahdollisuutta ja sitä, että keskustelu arviointien ympärillä olisi tiiviimpää. (Pennanen 2007, 2.)

Tutkimustulokset osoittavat, että vapaakeskustelu RAI:n käytöstä työpaikalla on tarpeellista ja sitä kuuluisi rohkaista. Parannusehdotuksia ovat: RAI-arviointeja käytäisiin läpi palavereissa tai ryhmissä, arviointeja voisi tehdä pareittain sekä lisää koulutusta. Esimiesten palaute ja motivointi koetaan tärkeäksi. Arviointeja voitaisiin hyödyntää laadunmittaukseen, hoitajamitoitukseen ja valtakunnalliseen vertailukehittämiseen. Tutkimuksen perusteella RAI-arviointia voisi hyödyntää paremmin, jos arviointeja opeteltaisiin ja tuloksia käytäisiin läpi ryhmissä. (Lariviere 2012, 16–19.)

Tehdyistä tutkimuksista nousi esille useita asioita, joilla myös sairaanhoitaja ja RAI-vastaava voisi lisätä RAI-arvioinnin hyödynnettävyyttä, kuten varmistamalla RAI-osaaminen, motivoimalla henkilökuntaa ja ylläpitämällä positiivista asennetta, seuraamalla RAI-arviointien luotettavuutta ja laatua, keskustelemalla arvioinneista, tuloksista ja raporteista tiimipalavereissa, yksittäisiä mittareita seuraamalla (Esim. ravitsemus) ja nostamalla uusia kehittämistarpeita tai tavoitteita (esim. kuntoutumistavoitteita) hoitotyölle.

Esimies voi omassa työssään lisätä RAI-arviointien hyödynnettävyyttä huolehtimalla riittävästä koulutuksesta ja aikaresurssista, seuraamalla erilaisia raportteja, laatuindikaattoreita ja vertailutietokantaa sekä käyttämällä RAI:ta tulospalkkauksessa ja kehityskeskusteluissa. Luotettavasti ja huolellisesti tehdyt arvioinnit ovat tulosten käytettävyyden kannalta keskeinen seikka. Osaamisen varmistamisen välineenä ehdotettiin THL:n asiantuntijoiden Pia Vähäkankaan ja Katriina Niemelän laatimia RAI-arvioinnin luotettavuuslomakkeita itsearviointiin, joita on sekä hoitajille että esimiehille. Hoitajien lomakkeessa on 24 kysymystä, jotka koskevat muun muassa RAI-arvioinnin merkityksen ymmärtämistä, omaa osaamista, eri osa-alueiden ymmärtämistä ja käytännön osaamista (kognitio, fyysinen toimintakyky, mieliala ja käyttäytyminen, kipu, BMI, kuntoutuminen) sekä arvioinnin hyödyntämistä. Luotettavien RAI-arviointien saavuttamiseksi ehdotetaan lisäksi RAI-arviointi prosessin kuvausta ja perehdytyskansion rakentamista. (Sernola 2014, 30–43, 46; Vähäkangas, Niemelä & Noro 2012, 88–90.)

RAI-arviointien hyödyntämisen parantamiseksi kaikissa RAI- järjestelmää käyttävissä organisaatioissa tulisi olla oman organisaation RAI-prosessi määriteltynä ja kuvattuna. Prosessin kuvauksesta olisi hyvä ilmetä vähintään, kenelle asiakkaille RAI-arviointi tehdään, millä aikataululla se tehdään, miten moniammatillisuus huomioidaan arviointeja tehtäessä ja mitä muuta organisaatiossa on sovittu RAI-arviointien tekemiseen ja RAI-tietojen hyödyntämiseen liittyen. RAI-arvioinnin tekeminen on keskittymistä vaativaa työtä, joka edellyttää työympäristöltä rauhallisen tilan ja asianmukaiset työvälineet. Esimiehen tulee myös mahdollistaa hoitajille riittävästi aikaa arviointien tekemiseen ja ennen kaikkea niiden tekeminen tulee arvottaa muun hoitotyön kanssa yhtä tärkeäksi. (Vähäkangas ym. 2012, 76.)

3 TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS

3.1 Kotihoito Sastamalan seudun sosiaali- ja terveystalveissa

Sastamalan seudun sosiaali- ja terveystalvet eli Sotesi tuottaa Sastamalan kaupungin ja Punkalaitumen kunnan yhteistoiminta-alueen asukkaiden sosiaali- ja terveystalveita (Sastamalan kaupungin www-sivut 2017). Kotihoitotalveita johtaa kotihoitojohtaja ja lähiesimiehinä toimivat kotihoidonohjaajat. Henkilökuntaan kuuluu lisäksi asiakasohjaajia, fysioterapeutti, talveusihteeri, talveidenhoitajia, sairaanhoitajia, lähitalveita ja kodinhoitajia. Kotihoidolla on omat nimetyt vastuulääkärit talveysasemilla. Sotesin kotihoito jakautuu eri alueisiin, joita ovat: Vammala, Mouhijärvi–Suodenniemi, Kiikka–Keikyä–Kiikoinen ja Punkalaidun. Niissä on yhteensä 12 sairaanhoitajan toimea.

Uutena toimintamuotona kotihoidossa aloitettiin viime vuonna keskitetty asiakasohjaus osana Ikäneuvo-hanketta, joka on osa sosiaali- ja talveysministeriön kärkihanketta "Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa" (I&O) (STM www-sivut 2017). Asiakasohjauksessa toimii tällä hetkellä kolme asiakasohjaajaa. Asiakasohjaus-malli jatkuu osana kotihoitoa hankkeen jälkeenkin. Hanke

toteutettiin marraskuusta 2016 lokakuuhun 2018. Hankkeen tavoitteena on maakunnallisen neuvonnan ja asiakasohjauksen toimintamallin lisäksi kehittää neuvontaa, ohjausta ja koordinoitua tukevia työkaluja ja menetelmiä. Tärkeänä tavoitteena on tukea ikäihmisten kotona asumista, arjessa selviytymistä ja kuntoutumista, ja luoda vaikuttava ja toimiva iäkkäiden palveluverkosto. Hankkeessa on ollut useita erilaisia kokeiluja ja kehittämiskohteita, kuten asiakasohjaus, puhelinneuvonta, lähitorit, kuntoutus ja omaishoidon kokeiluja. Lisäksi on määritelty yhtenäiset kriteerit kotihoidon eri palveluille. Hankkeen päättymisen jälkeen kaikki mukana olleet kunnat jatkavat asiakasohjausmallia ja yhtenäisten toimintamallien kehittäminen jatkuu osana maakunta- valmistelua. (Pirkanmaa www-sivut 2018.) Myös toimintakyvyn mittaaminen ja RAI:n hyödyntäminen osana asiakasohjausta ovat olleet teemoina hankkeessa.

3.2 RAI-arviointijärjestelmä Sotesin kotihoidossa

Sotesin kotihoito otti käyttöönsä RAI-arviointijärjestelmän keväällä 2016. Sitä edelsi kolmen ja neljän päivän koulutukset ja suunnittelupalaverit. Käyttöönotto oli erittäin iso panostus. Asiakasarviointien tekemiseen, järjestelmän käyttämiseen ja RAI:sta saatavan tiedon hyödyntämiseen hoitotyössä koulutettiin noin 150 henkilöä: lähihoitajia, sairaanhoitajia, esimiehiä ja lääkäreitä. RAI-vastaaviksi valittiin sairaanhoitajia ja joillekin alueille lähihoitajia. RAI-vastaavat ja kotihoidon ohjaajat kotihoitojohtajan johdolla muodostavat RAI-vastaavien ryhmän, joka nimettiin RAIvo-ryhmäksi. Ryhmä on määritellyt RAI-arvioinnin prosessia ja arvioinut sen sujumista, toteutusta ja ongelmakohtia sekä jakanut uutta tietoa RAI:sta. Sairaanhoitajan ja RAI-vastaavan tehtävänä on perehdyttää uusia työntekijöitä, varmistaa arviointien toteutuminen ja käsitellä RAI-asioita tiimipalavereissa ja omissa ryhmissä. Tulevaisuuden tavoitteena on osata hyödyntää tehtyjä arviointeja paremmin osana hoitotyötä. (Ollinpojan henkilökohtainen tiedonanto 15.11.2017.)

Kotihoidon yhtenä tavoitteena on asiakkaan laaja-alainen, tasapuolinen ja tasalaatuinen toimintakyvyn arviointi RAI-järjestelmää käyttäen ja RAI-arvioinnin ajantasaisuus, luotettavuus ja oikeellisuus. Lisäksi tavoitteena on hyödyntää RAI-järjestelmää

asiakkaan hoidon suunnittelussa, arvioinnissa, johtamisen apuvälineenä ja laadun varmistamisessa. RAI-arviointi tehdään kotihoidon uusille asiakkaille neljän viikon arviointijakson aikana, aina puolen vuoden välein ja voinnin oleellisesti muuttuessa.

Uuden asiakkaan tullessa kotihoitoon käynnistyy samalla RAI-arvioinnin prosessi. Asiakas hakeutuu kotihoidon asiakkaaksi ottamalla itse yhteyttä kotihoidon asiakasohjaajaan tai yhteydenotot ohjataan asiakasohjaajalle. Yhteyden kotihoitoon saattaa ottaa myös asiakkaan läheinen tai jokin hoitotaho, kuten terveyskeskusosasto. Asiakasohjaaja sopii asiakkaan kanssa kotikäynnin palvelutarpeen arvioimiseksi. Arvioinnin perusteella hän ohjaa asiakkaan tarpeen mukaan kotihoidon asiakkaaksi neljän viikon arviointijaksolle tai muiden palveluiden piiriin (esimerkiksi tukipalvelut, yksityinen palveluntuottaja tai omaisen apu). Toisinaan asiakas ei tarvitse palveluja, jolloin hänelle riittää pelkkä neuvonta ja ohjaus. Asiakasohjaaja kirjaa Pegasos-terveystietojärjestelmään asiakassuunnitelman.

Asiakkaalle nimetään mahdollisuuksien mukaan omahoitaja, joka aloittaa asiakkaan luona käynnit asiakasohjaajan tekemän arvion ja asiakassuunnitelman mukaan sekä aloittaa hoitosuunnitelman teon kirjaamalla tärkeimmät tarpeet ja toimenpiteet. Omahoitaja ja muu hänen luonaan käyvä kotihoidon henkilökunta seuraa asiakkaan vointia ja toimintakykyä sekä kirjaa huolellisesti ja kokonaisvaltaisesti. Omahoitaja suunnittelee RAI-arviointijakson aloituksen n. 2 viikon päähän, vie RAI-tiedotteen ja kyselyn toimintakyvystä asiakkaalle sekä sopii RAI:n teon kotona asiakkaan ja mahdollisuuksien mukaan omaisten kanssa. Kysely viedään asiakkaan kotiin myös omaiselle, jos hän osallistuu aktiivisesti asiakkaan arkeen. RAI-arvioinnin seurantajakso on 7 vrk, jonka aikana asiakkaan vointia ja toimintakykyä seurataan erityisen tarkasti. On yhteisesti sovittu, että huomiota kiinnitetään erityisesti kipuun, ravitsemukseen ja lääkitykseen. RAI-arviointijakson ajankohta kirjataan hoitosuunnitelmaan eli HOSU:un, tiimitilan kalenteriin ja asiakkaan kotiin esimerkiksi jääkaapin oveen tai muualle näkyvälle paikalle.

Omahoitaja voi aloittaa RAI-arvioinnin teon toimistolla, mutta pääasiassa se tehdään asiakkaan kotona 3-4 viikon päästä asiakkaaksi tulon jälkeen käyttäen kannettavaa tietokonetta tai puhelimen RAI-sovellusta. Mahdollisuuksien mukaan omainen otetaan

mukaan arviointiin. Ennen arvioinnin lukitusta voi hoitaja käydä yhdessä asiakasohjaajan, RAI-vastaavan tai sairaanhoitajan kanssa läpi mahdolliset epäselvät ja haasteelliset kohdat. Kun arvio tehty, tarkastellaan arvioinnin tuloksia, kuten erilaisia mittareita toimintakyvystä (ADLH ja IADL), palveluntarpeesta (MAPLe), kognitiosta (CPS) sekä asiakkaan mahdollisia riskitekijöitä (CAPsit) ja tiedotetaan asiakasohjaajaa valmistuneesta arvioinnista. Asiakasohjaaja tekee päätöksen kotihoidon säännölliseksi asiakkaaksi ottamisesta sovittuihin kriteereihin perustuen. Jos asiakas ei täytä kotihoidon kriteerejä, ohjataan hänet tarvittaessa muiden palveluiden piiriin. Asiakasohjaaja ja omahoitaja sopivat palvelu- ja hoitosuunnitelman eli PAHOSU:n teosta asiakkaan, ja mahdollisuuksien mukaan omaisten kanssa. Palvelu- ja hoitosuunnitelman tekoon otetaan mukaan RAI:sta vähintään peruseräraportti ja se tehdään RAI:ta hyödyntäen ja yhdessä asiakkaan kanssa häntä kuunnellen RAI:sta nousevien tarpeiden ja voimavarojen mukaan. Palvelu- ja hoitosuunnitelmaan kirjataan asiakkaan kanssa sovitut konkreettiset, mitattavissa olevat tavoitteet asiakkaan omat voimavarat huomioon ottaen. Omahoitaja kirjaa päivittäisen hoitosuunnitelman eli HOSU:n Pegasos-tietojärjestelmään kirjaamistyöryhmän laatiman erillisen ohjeen mukaan. Omahoitaja käy sairaanhoitajan kanssa läpi RAI-arvioinnin mittarit ja CAPsit sekä hoitosuunnitelman ja sen tavoitteet. Omahoitaja tarkistaa sovitut laatukriteerit.

RAI-arvioinnin teossa yhtenä haasteena on aikataulu uuden asiakkaan tullessa kotihoidon. Erityisesti, jos omahoitaja on lomalla tai sairastuu saattavat aikataulut venyä. Suunnitelluilla lomilla on yleensä sovittu sijainen, mutta kaikkia sijaisia ei välttämättä ole vielä perehdytetty RAI-arviointiin. Mahdollisuuksien mukaan voi tiimin sairaanhoitaja ottaa vastuun arvioinnin tekemisestä. Uuden asiakkaan arviointiin saattaa kulua aikaa 1-2 tuntia. On tärkeää, että arviointien tekemiseen olisi varattu riittävästi aikaa. Sitä ei kuitenkaan välttämättä tarvitse tehdä kokonaan kerralla valmiiksi, vaan sen voi tehdä osissa.

Tehtyjä RAI-arviointeja ja hoitosuunnitelmia voidaan ottaa yhteiseen tarkasteluun joka toinen viikko pidettävissä pikkutiimeissä, joissa sairaanhoitaja ja hänen tiiminsä lähihoitajat kokoontuvat. Uusi RAI-arviointi tehdään puolen vuoden välein tai asiakkaan voinnin oleellisesti muuttuessa. Jos asiakkaan hoidontarve ja käyntien määrän tarve muuttuu tai tulee tarve arvioida esimerkiksi asiakkaan palveluasumisen tarvetta,

otetaan yhteys ensisijaisesti asiakasohjaajaan. RAI-arviointia ei tehdä uudelle asiakkaalle siinä tapauksessa, jos tarve arvioidaan lyhytaikaiseksi esim. avuntarve kipsin vuoksi, akuutti/pieni haava tai saattohoito. Asiakkuus päättyy yleensä toimintakyvyn muuttuessa niin paljon, että kotihoidon tarve päättyy.

4 KEHITTÄMISTYÖN TAVOITTEET, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Kehittämistyön tavoitteena on kehittää RAI-arviointiprosessia palvelemaan kotihoidon toimintakäytäntöjä sairaanhoitajan näkökulmasta sekä kehittää RAI-arvioinnin hyödyntämistä. Tarkoituksena on kuvata hoitohenkilökunnan kokemuksia RAI-arviointijärjestelmästä ja sen käytöstä hoitotyössä sekä lisäksi selvittää miten hoitajat hyödyntävät RAI-arviointia hoitotyössä. Saatujen tietojen avulla kehitetään RAI-arviointiprosessia yhdessä kotihoidon sairaanhoitajien ja muun henkilökunnan kanssa luomalla toimintamalli kotihoidon RAI-arvioinnille, jota voidaan käyttää myös uusien työntekijöiden perehdytykseen.

Tutkimuskysymykset, joihin kehittämistyöllä pyritään vastaamaan:

Millaisena hoitajat kokevat RAI-arvioinnin?

Miten RAI-arviointia hyödynnetään hoitotyössä?

Miten RAI-arvioinnin hyödyntämistä voisi kehittää?

5 KEHITTÄMISTYÖN MENETELMÄT JA TOTEUTTAMINEN

Kehittämistyön menetelmänä on konstruktiiivinen tutkimusote. Konstruktiiivisessa tutkimuksessa käytännön ongelma ratkaistaan luomalla uusi konstruktio eli tuote, tietojärjestelmä, ohje, käsikirja, malli, menetelmä tai suunnitelma. Kehitetyn konstruktion

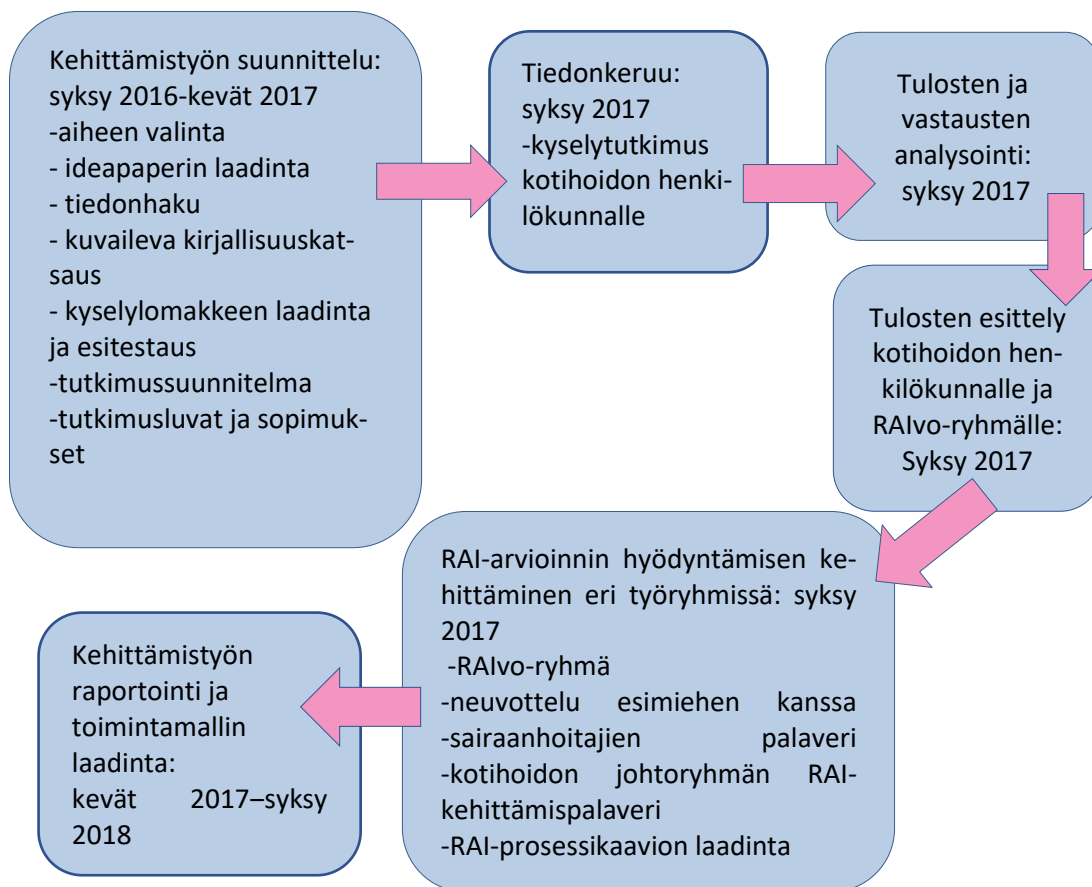
käytännön toteutus ja testaus sekä hyödyllisyyden arviointi on olennaista. Konstruktiivisen tutkimusotteen ydinpiirteet edellyttävät, että se keskittyy tosielämän ongelmiin, jotka koetaan käytännössä tarpeellisiksi ratkaista sekä tuottaa innovatiivisen konstruktion, joka on tarkoitettu ratkaisemaan alkuperäinen tosielämän ongelma. Konstruktiivinen tutkimusote merkitsee tutkijan ja käytännön edustajien hyvin läheistä ja luottamuksellista tiimimäistä yhteistyötä, jossa odotetaan tapahtuvan kokemuksellista oppimista sekä on huolellisesti kytketty olemassa olevaan teoreettiseen tietämykseen. Lisäksi konstruktiivinen tutkimusote kiinnittää erityistä huomiota empiiristen löydösten reflektointiin takaisin teoriaan. (Lukka 2014.) Konstruktiivisen tutkimuksen tuloksena tavoitellaan tieteelliselle tutkimukselle tyypilliseen tapaan teoreettista kontribuutiota, joka konkretisoituu työkalun tai menetelmän testauksena ja käytön kuvauksena. Konstruktiivisessa tutkimuksessa on siis keskeistä kytä yhdistämään sekä tieteellinen, että käytännöllinen tietämys konstruktiota kehittäessä. (Uusitalo & Kohtamäki 2011, 281-286.)

Toiminta- ja konstruktiivisissa tutkimuksissa on mahdollista ja luontevaakin yhdistää määrällisiä ja laadullisia metodeja (Heikkinen 2008, 37). Määrälliselle eli kvantitatiiviselle menetelmälle on ominaista tiedon strukturointi, eli tieto ja sen ominaisuudet suunnitellaan ja vakioidaan. Ominaispiirteitä ovat myös mittaaminen, tiedon esittäminen numeroin, tutkimuksen objektiivisuus eli puolueettomuus ja vastaajien suuri lukumäärä. Määrällisen tiedonkeruun tarkoitus on joko kuvata, kartoittaa, selittää, ennustaa tai vertailla ihmisiä koskevia ominaisuuksia tai asioita. Kuvailevassa työssä tekijä esittää tai luonnehtii henkilön tai jonkin ilmiön näkyvimät tai kiinnostavimmat piirteet. Määrällisessä kuvailevassa työssä aineistoa kerätään strukturoidulla kyselylomakkeella tai haastattelulla. (Vilka 2007, 13–20.)

Tässä kehittämistyössä päädyttiin keräämään tietoa kvantitatiivisella kyselytutkimuksella hoitajille. Aiheesta on tehty melko vähän tutkimuksia, tulokset ovat osittain ristiriitaisia ja vanhentuneitakin. Näin saataisiin laajasti ja kattavasti lisätietoa hoitajien kokemuksista RAI-arvioinnista ja sen hyödyntämisestä. Sastamalan seudun sosiaali- ja terveystalveluiden eli Sotesin kotihoidon lisäksi valittiin kaksi naapurikuntien kotihoidon organisaatiota, jotta otos tulisi riittäväksi. Näissä kahdessa muussa kunnassa RAI-järjestelmästä on kokemusta jo pidemmältä ajalta. Tarkemmin aiheeseen ja aikaisempiin tutkimuksiin perehdyttyä päädyttiin siihen, että sairaanhoitajien ja esimiehien

olisi hyvä saada tietoa myös lähihoitajien käsityksistä RAI-menetelmästä. Sotesin kotihoitajien sairaanhoitajan ja RAI-vastaavan toimenkuvaan kuuluu perehdyttää ja tehdä yhteistyötä lähihoitajien kanssa RAI-arvioinneissa. Olisi hyödyllistä saada myös lähihoitajien ääni kuuluviin ja mahdollisesti kehittämisideoita koko henkilökunnalta.

Aikaisempien tutkimusten perusteella päädyttiin kyselylomakkeeseen (liite3), jossa on sekä suljettuja, että avoimia kysymyksiä. Kyselytutkimuksella on mahdollista saada laajempi otos ja mitattavissa olevaa tietoa kokemuksista RAI-arvioinnista ja sen hyödynnettävyydestä. Avoimissa kysymyksissä saadaan mukaan myös laajempaa ja laadullista tietoa. Kyselylomakkeena käytettiin Ahvenjärven ja Salmisen (2012) opinnäytetyöhön tekemää kyselylomaketta. Lupa lomakkeen käyttöön on saatu tekijöiltä sähköpostitse. Lomakkeessa on 25 väittämää, joihin pyydetään vastaukset viisiportaisella Likertin asteikolla. Näiden lisäksi lomakkeessa on neljä avointa kysymystä. Kyselylomake oli testattu jo Ahvenjärven ja Salmisen toimesta etukäteen saman koulutusohjelman opiskelijoilla, jotka ovat käyttäneet työssään RAI:ta. Lomaketta ja E-lomake-järjestelmää testattiin vielä uudelleen ylemmän AMK-koulutusohjelman opiskelijoilla. Lomakkeeseen lisättiin taustamuuttujia ja vaihdettiin sanamuotoja paremmin kotihoitoon sopiviksi, kuten asukas asiakkaaksi ja osasto yksiköksi. Lisäksi yhtä kysymystä yksinkertaistettiin, koska samassa kysymyksessä kysyttiin kahta asiaa. Neljästä avoimesta kysymyksestä poistettiin yksi ja yhtä kysymystä muutettiin tämän työn tutkimuskysymykseen paremmin vastaavaksi. Kyselytutkimuksen jälkeen kehittämistyö eteni tutkimustulosten analysoinnista ja esittelystä kohti RAI-arvioinnin hyödyntämisen kehittämistä ja loppuraportointia. Kehittämistyön vaiheita ja etenemistä on kuvattu seuraavassa prosessikaaviossa (Kuvio 2).



Kuvio 2. Kehittämistyön prosessikaavio

6 KYSELYTUTKIMUKSEN TULOKSET

Kyselytutkimus (kyselylomake liitteenä 3) toteutettiin verkkokyselynä sähköpostitse E-lomakkeella. Kysely lähetettiin Sastamalan, Punkalaitumen, Nokian, Pirkkalan ja Vesilahden vakituiselle hoitohenkilökunnalle ja pitkäaikaisille sijaisille, jotka ovat tehneet RAI-arviointeja. Pitkäaikaiset sijaiset määriteltiin siten, että sijaisilla oli organisaation sähköpostiosoite käytössä. Nimet, joille kysely lähetettiin, saatiin yksiköiden esimiehiltä. Esimiehille lähetettiin elokuun lopussa sähköpostitse kirje (liite 4), jossa selostettiin lomakekyselyn toteutus ja pyydettiin yksiköiden hoitajien nimet. Lisäksi esimiehiä pyydettiin varmistamaan henkilökunnan valmius vastaamaan sähköpostitse sekä kannustamaan vastaamaan kyselyyn. Kysely toteutettiin 18.9.–2.10.2017 väli-

senä aikana. Kaikille kyselyn vastaanottajille lähetettiin saatekirje (liite 5) E-lomakkeen mukana. Saatekirjeen oheen tuli suora linkki lomakkeen osoitteeseen, jonne voitiin kirjautua lomakkeen tunnuksen ja salasanan avulla. Vastaaminen kyselyyn tapahtui nimettömänä.

Kyselyn aikana lähetettiin yksi muistutusposti kyselystä, koska vastauksia tuli niukasti. Yhteensä kyselyjä lähetettiin 263. Näistä jouduttiin hylkäämään kymmenen virheellisten sähköpostiosoitteiden ja muuttuneiden työnkuvien (ei tehnyt RAI-arviointeja) vuoksi. Vastauksia kyselyyn tuli yhteensä 64 kpl. Vastausprosentti oli vain 25 %. Syynä alhaiseen prosenttiin saattaa olla useita. Esimerkiksi kaikissa työyksiköissä ei käytetä sähköpostia kovin aktiivisesti, kiire työpaikoilla, eikä kyselytutkimuksia välttämättä koeta tärkeiksi. Lisäksi vastausprosentteissa oli alueellisia eroja. Eniten vastauksia tuli Sotesin alueelta, jossa tutkimuksen tekijä työskentelee. Kyselytutkimus ja opinnäytetyön tekeminen olivat siellä eniten esillä, joka todennäköisesti vaikutti korkeampaan vastausprosenttiin.

Kyselytutkimuksen tilastolliseen analysointiin käytettiin Tixel-ohjelmaa. Aineisto muutettiin havaintomatriisimuotoon, jossa sarakkeina ovat muuttujat ja riveinä havaintoyksiköt. Tulokset kuvataan frekvensseinä eli lukumäärinä ja prosentteina. Lisäksi tuloksia havainnollistetaan kuvioilla. Vastamattomia väittämiä oli vain muutamia: 1–2 yhtä väittämää kohden, yhteensä kahdeksan.

Kyselytutkimuksen avoimia vastauksia analysoitiin laadullisen aineiston menetelmin. Laadullista aineistoa voidaan analysoida monenlaisilla eri menetelmillä, eikä ole yhtä yleispätevää kaavaa tai mallia (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Tämän aineiston avoimia kysymyksiä on analysoitu eri menetelmiä soveltaen. Aineistossa oli melko lyhyitä ja aiheessa pysyviä vastauksia, joita oli yksinkertaista analysoida ja luokitella. Analyysi aloitettiin tutustumalla aineistoon tutkimusongelma ja tutkimuskysymykset edellä etsien sisällöllisiä yhteneväisyyksiä ja eroja. Aluksi aineistoon tutustuttiin lukemalla vastaukset pariin kertaan. Vastaukset kirjattiin sanatarkasti eli litteroitiin tekstinkäsittelyohjelmaan. Seuraavaksi vastauksista etsittiin kysymyksiin vastaavia ilmaisuja ja ne koodattiin positiiviset ilmaukset vihreällä ja negatiiviset ilmaukset punaisella. Ilmaisuja tiivistettiin ja pelkistettiin, jonka jälkeen pelkistetyistä ilmauksista

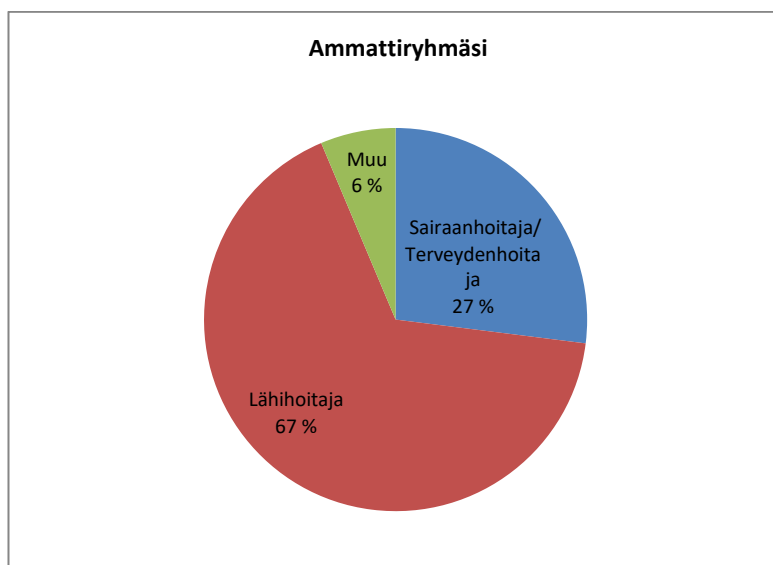
etsittiin sisällöllisesti samaa tarkoittavia asioita. Lisäksi vastauksia kvantifioitiin laskemalla, kuinka monta kertaa sama ilmaisu esiintyi. Esimerkiksi seuraavat vastaukset kuuluivat kategoriaan asiakkaan kokonaisvaltainen huomiointi:

Arviointijärjestelmä antaa kokonaiskuvan asiakkaan toimintakyvystä ja voimavaroista. ”

” Kokonaiskäsityksen luominen asiakkaasta eri tahoille hoidonsuunnittelua ja päätöksiä varten.”

6.1 Taustatiedot

Kyselyyn vastasi 64 kotihoidossa työskentelevää henkilöä. Heistä suurin osa oli lähihoitajia (67 %). Sairaanhoitajia tai terveydenhoitajia oli 27 % ja muita ammattiryhmiä 6 % (kuvio 3). Muita ammattiryhmiä olivat kodinhoitaja, omaishoidonohjaaja, sosiaalityöntekijä ja esimies.



Kuvio 3. Tutkimuksen vastaajien ammattiryhmät

Puolet vastaajista työskenteli Sastamalan seudun sosiaali- ja terveystalvissa (Sastamala ja Punkalaidun). Nokialla työskenteli 31 % ja Pirkkalan yhteistoiminta-alueella (mukaan lukien Vesilahti) työskenteli 19 % (kuvio 4).



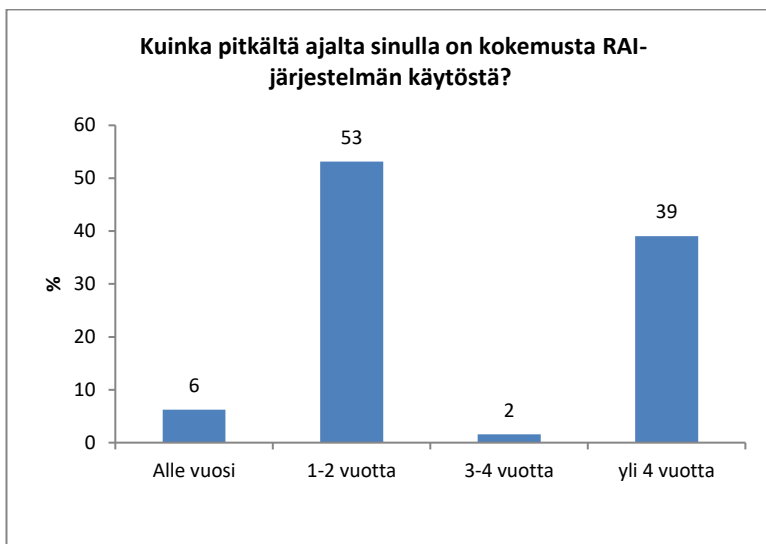
Kuvio 4. Vastaajien työpaikkojen organisaatiot

Vastaajista suurimmalla osalla on vähintään kuusi vuotta työkokemusta nykyisessä työssään. 3–5 vuotta kokemusta on 20 %:lla ja alle kolme vuotta 9 %:lla (kuvio 5).



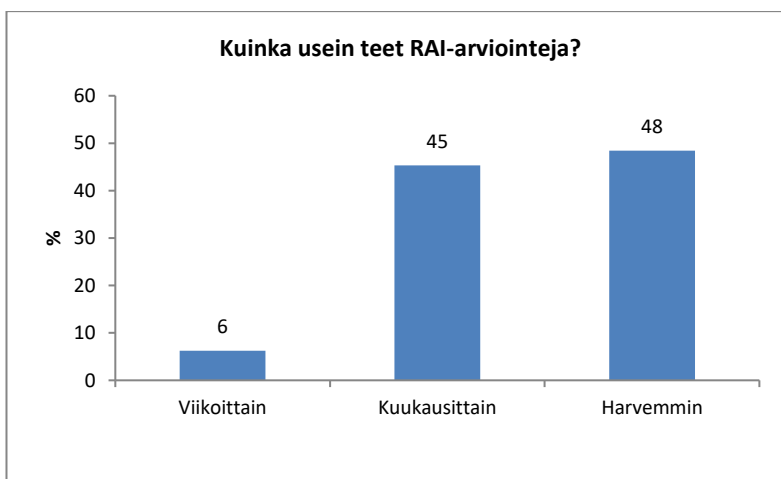
Kuvio 5. Vastaajien työkokemus vuosina nykyisessä työssä

Vastaukset kokemuksesta RAI-arvioinnissa jakautuivat epätasaisesti. Yli puolella oli kokemusta 1–2 vuotta, vain 6 %:lla alle vuosi, 2 %:lla 3–4 vuotta ja yli neljä vuotta 39 %:lla (kuvio 6). Tämä johtunee siitä, että puolet vastaajista oli Sastamalan seudulta, jossa RAI on ollut käytössä alle kaksi vuotta ja muissa yksiköissä se on ollut jo useita vuosia käytössä.



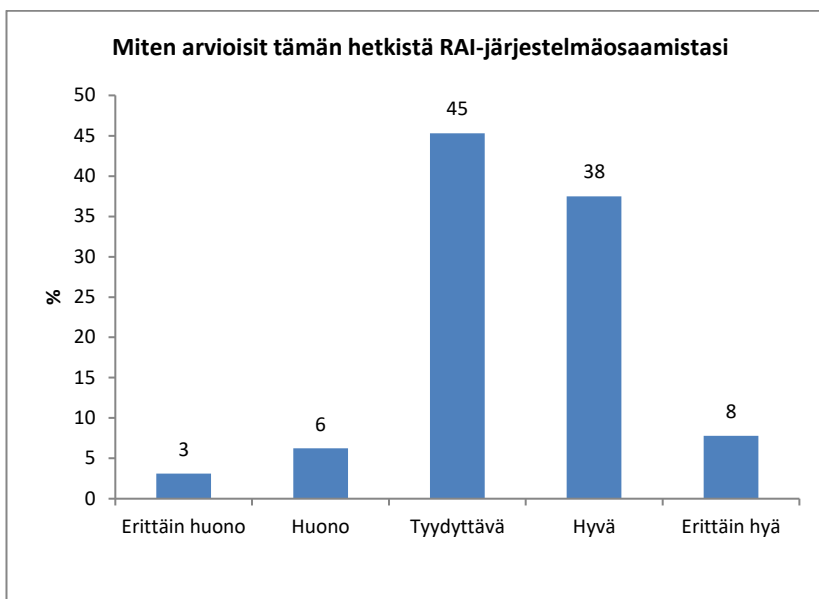
Kuvio 6. Vastaajien kokemus RAI-järjestelmän käytöstä

Noin puolet vastaajista tekee RAI-arviointeja harvemmin kuin kuukausittain tai kuukausittain. Viikoittain arviointeja tekee vain harva (kuvio 7).



Kuvio 7. Kuinka usein vastaajat tekevät RAI-arviointeja

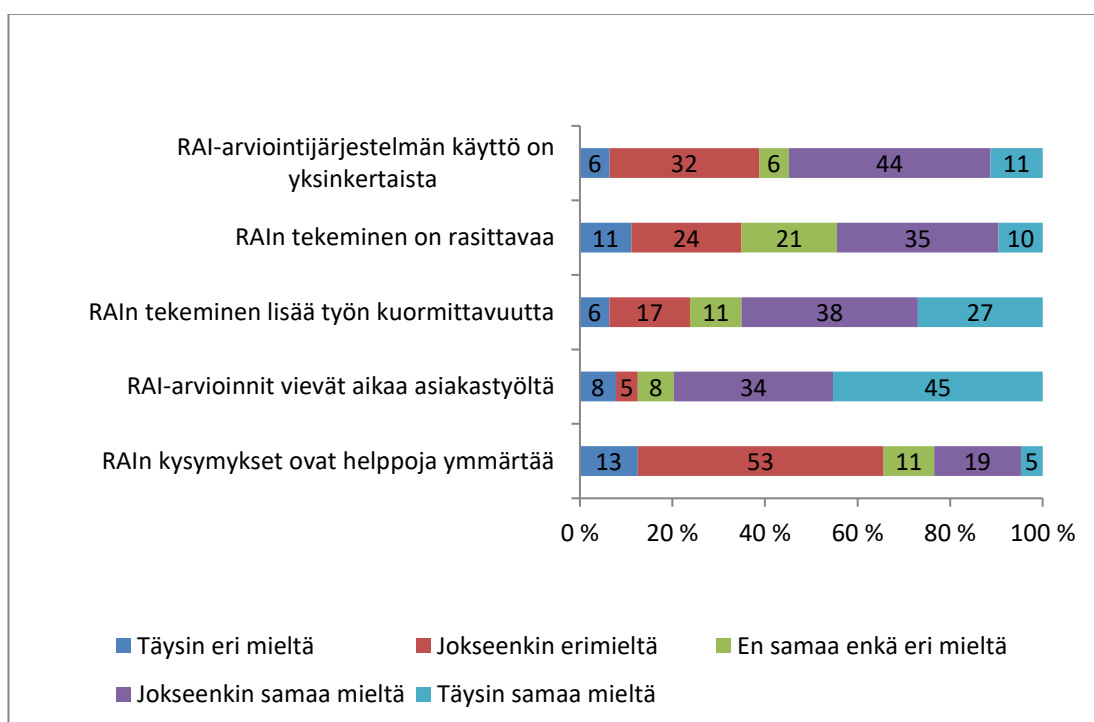
RAI-järjestelmäosaamistaan lähes puolet vastaajista piti tyydyttävänä, hyvänä sitä piti 38 %, erittäin hyvänä 8 %, huonona 6 % ja erittäin huonona 3 % (kuvio 8).



Kuvio 8. Vastaajien RAI-järjestelmäosaaminen

6.2 Henkilökunnan kokemukset RAI-arviointijärjestelmästä

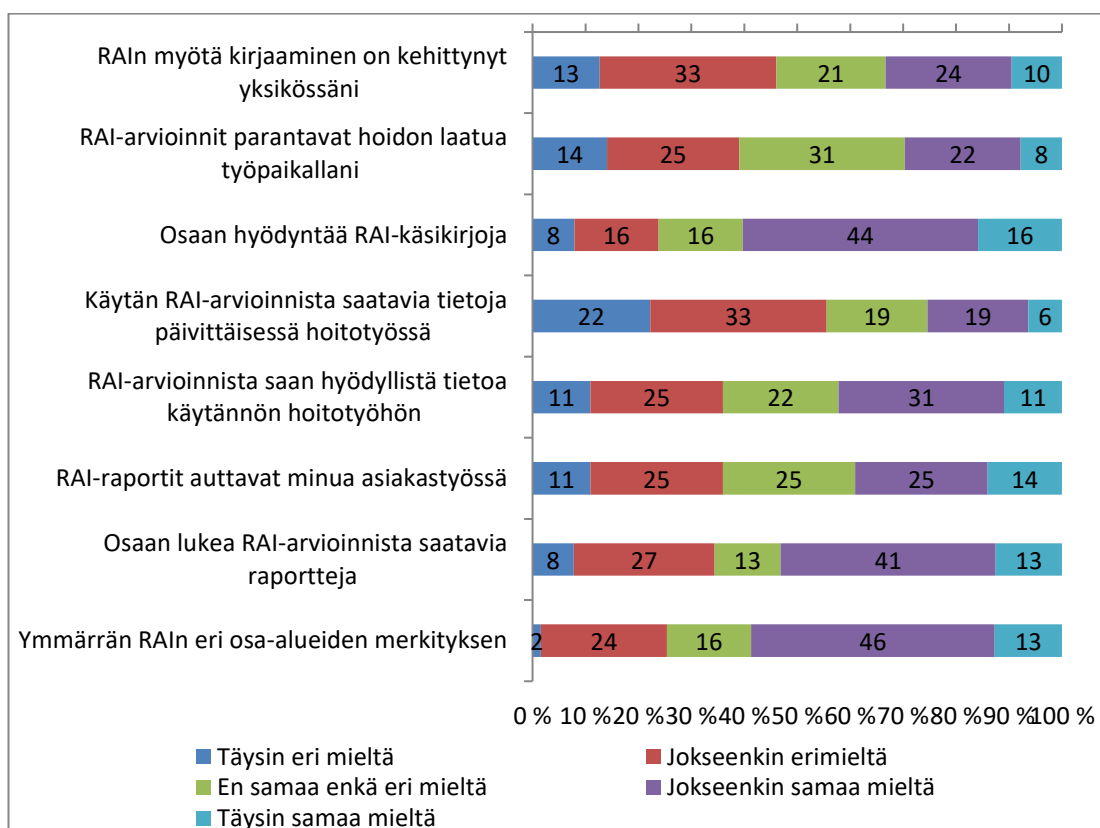
Vastaajista vähän yli puolet oli sitä mieltä, että RAI:n käyttö on yksinkertaista. RAI:n tekemisen rasittavaksi koki 45 % vastaajista. Vastaajista 65 %:n mielestä RAI:n tekeminen lisää työn kuormittavuutta. Suurin osa vastaajista ajatteli RAI:n vievän aikaa asiakastyöltä. Vastaajista suurin osa oli myös sitä mieltä, että RAI:n kysymykset eivät ole helppoja ymmärtää (Kuvio 9). Myös aikaisemmissa tutkimuksissa tuli selkeästi ilmi, että RAI koetaan kuormittavaksi, paljon aikaa vieväksi ja kysymykset vaikeiksi ymmärtää (Ahvenjärvi & Salminen 2012; Lariviere 2012).



Kuvio 9. Vastaajien kokemukset RAI-arviointijärjestelmästä

6.3 RAI-arvioinnin käyttö ja hyödyntäminen hoitotyössä

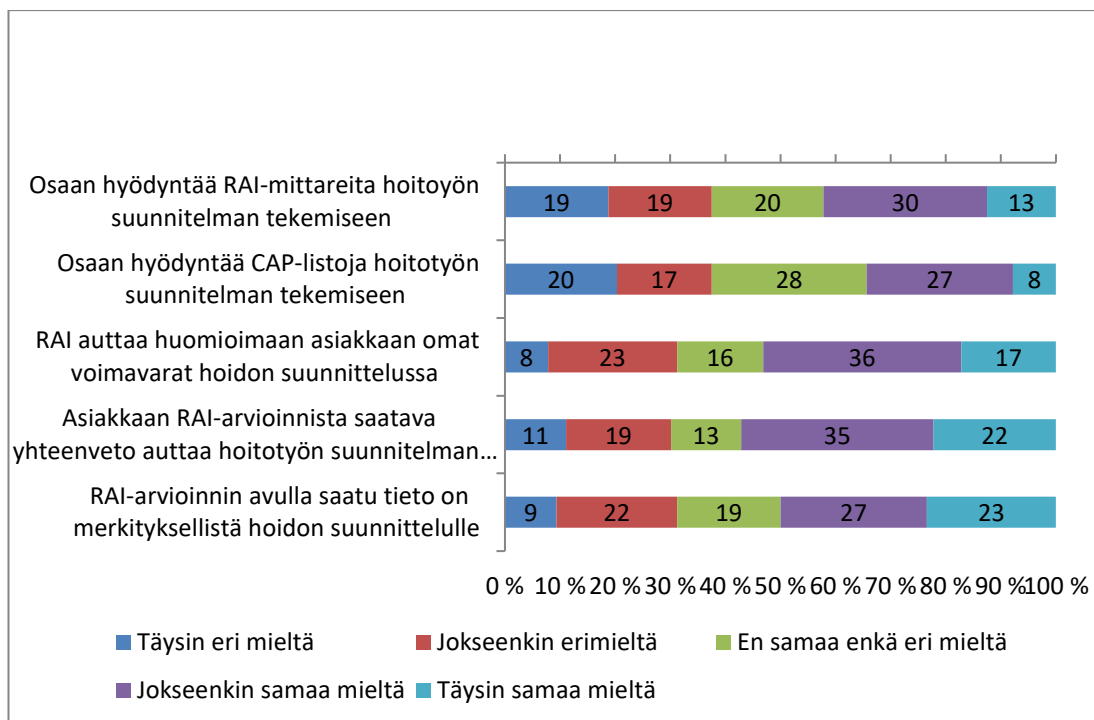
Vastaajista 46 % mielestä kirjaaminen ei ole parantunut yksikössä. 39 % oli sitä mieltä, ettei RAI paranna laatua yksikössä. Toisaalta 31 % vastasi ei samaa, eikä eri mieltä, joten tämä aihealue on saattanut jäädä vieraaksi. Suurin osa vastaajista osaa hyödyntää RAI käsikirjoja. Vastaajista vähän yli puolet on sitä mieltä, että ei käytä RAI:sta saatavia tietoja päivittäisessä hoitotyössä. Välttämättä tätä ei tiedosteta, vaikka tietoja käytettäisiinkin esim. päivittäisessä hoitosuunnitelmassa ja kirjaamisessa. Vastaukset väittämiin ”RAI:sta saan hyödyllistä tietoa käytännön hoitotyöhön” ja ”RAI-raportit auttavat minua asiakastyössä” jakoutuivat melko tasaisesti. Yli puolet vastaajista osaa lukea RAI-arvioinnista saatavia raportteja ja ymmärtää RAI:n eri osa-alueiden merkityksen (kuvio 10).



Kuvio 10. Vastaajien RAI-arvioinnin käyttö ja hyödyntäminen hoitotyössä

6.4 RAI-arvioinnin hyödyntäminen hoidon suunnittelussa

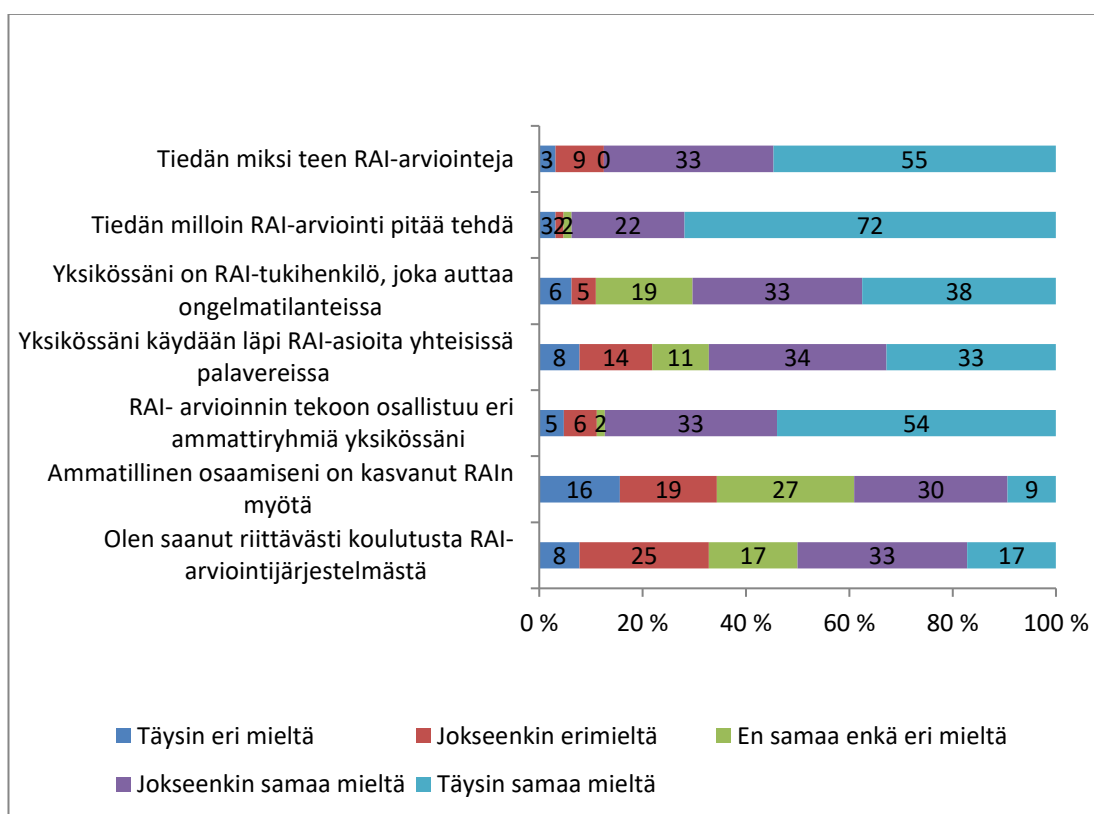
Vastaajista 43 % osaa hyödyntää RAI mittareita hoitotyön suunnitelman tekemiseen. Toisaalta melko suuri osuus (19 %) oli täysin eri mieltä. CAP-listoja osaa hyödyntää hieman pienempi osuus (35 %) ja tässäkin täysin erimieltä oli melko suuri osuus (20 %) ja myöskin ei samaa eikä eri mieltä (28 %). RAI auttaa huomioimaan asiakkaan omat voimavarat hoidon suunnittelussa vastaajista 53 %:n mielestä. Vastaajista 57 %:n mielestä asiakkaan RAI:sta saatava yhteenveto auttaa hoitotyön suunnitelman tekemisessä. Puolet vastaajista oli sitä mieltä, että RAI:n avulla saatu tieto on merkityksellistä hoidon suunnittelulle (kuvio 11).



Kuvio 11. Vastaajien RAI-arvioinnin hyödyntäminen hoidon suunnittelussa

6.5 RAI-arvioinnin käytäntöjä ja yleisiä periaatteita

Suurin osa vastaajista tietää miksi tekee RAI-arviointeja ja lähes kaikki tietävät milloin arviointi pitää tehdä. Suurimmalla osalla vastaajista on yksikössä RAI-tukihenkilö eli RAI-vastaava käytettävissään, joka auttaa ongelmatilanteissa. Suurimmassa osassa yksiköistä käydään läpi RAI-asioita yhteisissä palavereissa ja RAI-arvioinnin tekoon osallistuu eri ammattiryhmiä. Ammatillisen osaamisen RAI:n myötä arvioi kasvaneen 39 % vastaajista. Toisaalta melko suuri joukko (27 %) vastasi ei samaa, eikä eri mieltä. Puolet vastaajista oli sitä mieltä, että on saanut riittävästi koulutusta (kuvio 12).



Kuvio 12. Vastaajien käsitykset RAI-arvioinnin toimintatavoista ja yleisistä periaatteista

6.6 Henkilökunnan kokemukset RAI-arviointijärjestelmästä ja sen hyödyntämisestä avoimissa vastauksissa

Avoimiin kysymyksiin oli vastattu melko runsaasti. Kysymyksiin ” Kuvaile RAI-arviointijärjestelmän mukanaan tuomia hyötyjä” ja ”Kerro miten hyödynnät RAI-arviointia omassa työssäsi.” oli vastannut 49 ja kysymykseen ”Mitä muuta haluat sanoa RAI-arviointijärjestelmästä?” oli vastannut 48 vastaajaa.

Eniten vastaajat kuvasivat RAI-arvioinnin tuovan hyötyä asiakkaan kokonaisvaltaisessa huomioidussa (11). Asiakkaan toimintakyvyn arvioinnin oli nimennyt seitsemän vastaajaa. Lisäksi RAI:sta koettiin olevan hyötyä asiakkaan tarpeiden ja voimavarojen määrityksessä, hoidon suunnittelussa, toimintakyvyn muutosten seuraamisessa, hoitoon pääsyn kriteereissä, kirjaamisessa, asiakkaan hoidossa ja mittareiden käytössä. Useammassa vastauksessa mainittiin myös RAI päätöksenteon, kehittämisen ja johtamisen välineenä, esimerkiksi resurssien kohdentamisessa tai kehitysideoiden esilletuomisessa. Yhden vastaajan mielestä RAI auttaa näyttämään potilasaineksen kuntoisuutta ylemmälle taholle ja toisen mielestä RAI on hoitajan tuki ristiriitatilanteissa.

”Arviointijärjestelmä antaa kokonaiskuvan asiakkaan toimintakyvystä ja voimavaroista. ”

” Kokonaiskäsityksen luominen asiakkaasta eri tahoille hoidonsuunnittelua ja päätöksiä varten. ”

” Resurssit osataan kohdentaa oikein eri asiakkaiden kohdalla. Hopasun teko helpottuu. Kokonaisasiakastilanne selkiytyy, kuormittavuutta voidaan jakaa paremmin. ”

”Pääseekö kotihoidon säännölliseksi asiakkaaksi vai ei. Milloin on aika tehdä SAS-lähetä. Seuranta, miten vointi on arviointijaksojen välillä muuttunut. ”

”Asiakkaan monipuolinen huomiointi. Voi halutessaan käyttää keskustelun avaajana. Hoitajan tuki ristiriitatilanteissa. ”

”Auttaa kiinnittämään huomiota tiimissä panostuksen kohteisiin, esim. rokotukset: kaikki eivät ole rokotettuja tai kaatumisen lisääntyneet, miksi?”

Vastaajista neljä oli sitä mieltä, että RAI-arvioinnista ei ole hyötyä ja neljä vastasi, ettei osaa sanoa (tai Hmmm ja ??). Yksi ajatteli, että osaisi hyödyntää RAI:ta paremmin tulevaisuudessa.

”Hyötyä tulee vasta ajan kanssa, kun oppii paremmin tekemään niitä, jolloin se toivottavasti nopeutuu ja helpottuu.”

”Ei mitään, edes asiakkaita ei vähene vaikka RAI-mittarit sitä näyttäisi.”

Kysymykseen ”miten hyödynnät RAI-arviointia omassa työssäsi” oli vastattu osittain samoja asioita, kuin edelliseenkin avoimeen kysymykseen. Tästä kysymyksestä oli ajateltu saada tietoa siitä, että miten käytännössä RAI:ta hyödynnetään ja niin oli suurin osa kuitenkin vastannut. Vastaajista suurin osa (14) kertoi hyödyntävänsä RAI:ta hoidon suunnittelussa tai hoidon tarpeen määrittämisessä. Lisäksi 5 vastaajaa mainitsi erikseen asiakkaan voimavarojen huomioimiseen. Seuraavaksi eniten RAI:ta kerrottiin hyödynnettävän asiakkaan voinnin seurantaan ja arviointiin. Asiakkaan voinnin seuraamisesta mainittiin erilaisia osa-alueita, joihin RAI:n avulla kiinnitetään huomiota esimerkiksi ravitsemus, lääkitys, kipu, muisti, yleinen toimintakyky ja kuntoutuminen. Voinnin seuraamisen apuvälineinä käytettävät erilaiset mittarit tai CAP-tunnistimet mainitsi kaksi vastaajaa. Kotihoitoon ja jatkohoitoon pääsyn kriteereissä tai SAS-lähetteessä kertoi RAI:ta hyödyntävänsä seitsemän vastaajaa. Kaksi vastaajaa kertoi käyttävänsä RAI:ta työkaluna hoitoneuvotteluissa tai muiden yhteistyökumppaneiden kanssa. RAI:ta hyödynnetään myös hoidon kehittämisessä esim. laaduntarkkailussa ja resurssoinnissa (2) sekä kirjaamisessa (2). Yksi vastasi, että RAI:n myötä työ monipuolistuu. Vastaus kuvaa paremminkin edellistä kysymystä RAI:n mukanaan tuomista hyödyistä.

”Asiakkaan hoitosuunnitelman teossa, asiakkaan omien voimavarojen hyödyntämiseen arjessa”

”Capsien mukaan teen suunnitelmaa ja arviointia. Esiin nousevat paitsi asiakkaan heikot kohdat myös voimavarat, joita voi hyödyntää.”

”Asiakaan omatoimisuus, muisti ja liikuntakyky. Asiakkaalle annettava aika. Tarpeen arviointi selviytyykö kotioloissa. Seurataan lääkityksiä,

sairauden etenemistä. Muita olleita ja muuttuvia tekijöitä. Ravitseminen, turvallisuus, asiointi.”

”Kun pohditaan kotihoidon kriteerejä ja palveluita. Hyödynnän RAI-arvioinnin tuloksia arviointia tehdessäni”.

Melko suuri osa (14) vastasi kuitenkin, ettei hyödynnä RAI:ta ollenkaan tai hyödyntää liian vähän. Heistä kaksi ilmoitti, ettei osaa vielä hyödyntää ja yksi ilmoitti, että hyödyntäminen on jäänyt vieraaksi. Kaksi vastasi, ettei osaa sanoa. Yksi vastaaja vastasi molempiin kysymyksiin, että RAI ei sovellu kotihoidolle, mikä oli melko outo vastaus.

”Emme hyödy RAI:sta juuri mitenkään. Isoin oletus on että RAI:n avulla asiakas ohjautuu sujuvammin esim. pitkäaikaispaikalle, mutta minkä teet jos paikkoja ei ole tai niitä ei täytetä? Ei ole aikaa yksinkertaisesti lukea hienoja raportteja mitä RAI suoltaa! Näitä tehdään koska on pakko tehdä.”

”Omassa työssäni sitä ei olla hyödynnetty juurikaan. Kiire käytännön työssä vie Rai:hin tarvittavat resurssit”

Kysymykseen ”mitä muuta haluat sanoa RAI-arviointijärjestelmästä” suurin osa vastauksista oli negatiivissävyytteisiä (31). Positiivisia tai neutraaleja vastauksia oli 18, joista yhdessä oli molempia.

Positiivisissa vastauksissa tuotiin RAI esille hyvänä, toimivana, monipuolisena ja luotettavana välineenä, jossa on kuitenkin paljon opittavaa ja vie aikaa, että sitä opitaan käyttämään ja hyödyntämään osana hoitotyötä. RAI:n käyttöön tarvitaan ja toivotaan riittävästi koulutusta, perehdytystä ja aikaa sen tekemiseen. Luotettavien arviointien tekeminen on haaste ja muutama olikin sitä mieltä, ettei RAI ole luotettava.

”Ajan kanssa oppii hyödyntämään kaikkia osa-alueita. Hoidon suunnitteluun ja seurantaan hyvä työkalu.”

”Alkuun kysymykset olivat todella hankalia ymmärtää. Nyt pääsee jo hieman helpommalla, kun tehnyt raita noin 10 vuotta.”

”Loistava väline hoidon suunnitteluun ja seurantaan, luotettavien arviointien tekeminen on haaste”

Suurimmassa osassa negatiivisista vastauksista RAI-arviointi koettiin vaikeaselkoina tai kysymykset koettiin vaikeina ymmärtää (17). Arviointi koettiin myös paljon aikaa vieväksi (10). Muutama vastaaja (4) koki RAI:n rasittavana ja stressaavana. RAI:n ajateltiin olevan erillinen ja pakollinen osa hoitotyötä (1), ohjelma kömpelö käyttöä (1) ja mittareiden käyttö epäselvää (1). Arvioinnista toivottiin selkeämpää, yksinkertaisempaa ja vähemmän kysymyksiä sisältävää.

”Kysymykset ovat käsittämättömiä. Suomenkieltä äidinkielenään puhuvallakin on vaikeuksia saada selville mitä kysytään.”

”Kauhean työläs. Huolellinen tekeminen vie paljon aikaa. Kuitenkin näemme aika järjettömänä ”turhan työn tekemisen” kun missään ei näy se vaiva mikä näiden eteen tehdään. En pidä RAIta tällaisenaan kovin luotettavana. Liian monimutkaisia toisiaan toistavia kysymyssarjoja. Olipa joskus kiva nähdä 5 eri hoitajan näkemys RAI:n kautta samasta asiakkaasta. Luulen että olisi aika poikkeavat yhteenvedot. Arviointi kaipaisi typistämistä puoleen.”

Jollakin oli kuitenkin halu oppia:

”Toivoisin, että olisin siitä enemmän kiinnostunut, että käyttäisin sitä enemmän ja siten osaisin paremmin tulkita tuloksia.”

6.7 Tulosten yhteenvedoa ja johtopäätöksiä

Kyselytutkimuksen vastausprosentti oli pieni, vain 25 %, joten kovin yleistettäviä tuloksia siitä ei saada. Jonkin verran tietoa saadaan kuitenkin nimenomaan Sastamalan seudun sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnan näkemyksistä, koska vastaajista puolet työskenteli siellä. Kyselytutkimuksen vastauksissa oli yllättävää ja positiivista

se, että yli puolet oli vastannut avoimiin kysymyksiin. Näistä vastauksista saatiin syventävää ja laadullista aineistoa mukaan tutkimukseen. On myös hyvä, että henkilökunta sai tätä kautta ääntään kuuluviin.

Vastaajilla oli melko pitkä työkokemus. Kokemus RAI-arvioinnin käytöstä jakautui lähes kahtia: Yli puolella oli kokemusta 1–2 vuotta ja yli neljä vuotta 39 %:lla. Tämä johtunee siitä, että puolet vastaajista oli Sastamalan seudulta, jossa RAI on ollut käytössä alle kaksi vuotta ja muissa yksiköissä se on ollut jo useita vuosia käytössä. Lähes kaikki vastaajista tekevät arviointeja kuukausittain tai harvemmin. Lähes kaikki vastaajat pitivät RAI-arviointiosaamistaan vähintäänkin tyydyttävänä.

Henkilökunnan kokemukset RAI-arviointijärjestelmästä jakautuivat melko tasaisesti. Vastaajista vähän yli puolet oli sitä mieltä, että RAI-arviointijärjestelmän käyttö on yksinkertaista. Tulosta saattaa parantaa se, että RAI-ohjelmistot ovat kehittyneet ja tietotekniikkaosaamisen voi olettaa olevan paremmalla tasolla kuin Räsänen (2005) tutkimuksessa, jonka tulosten mukaan hoitohenkilökunnan sekä tietotekniikkaosaaminen että RAI-järjestelmäosaaminen olivat suurimmalla osalla huonoa. Periaatteena on, että suurin osa arvioinnista tehdään asiakkaan luona suoraan kannettavalla tietokoneella, tabletilla tai puhelimella. Käytettävissä on kuitenkin edelleen tarvittaessa myös paperinen kyselylomake, mutta siitä tiedot on siirrettävä tietokoneelle ja se on kaksinkertaista työtä.

RAI:n tekemisen rasittavaksi koki vähän alle puolet vastaajista. Yli puolet oli sitä mieltä, että RAI:n tekeminen lisää työn kuormittavuutta. RAI-arviointi on laaja ja vie melko paljon aikaa. Erityisesti, kun se tehdään asiakkaalle ensimmäistä kertaa saattaa aikaa kulua sen tekemiseen 1-2 tuntia. Mutta jos sen tekemiseen on yksiköissä työn suunnittelulla varattu riittävästi aikaa ja johtamisen keinoin tuotu riittävästi esille sen hyötyjä niin sitä ei välttämättä koettaisi niin kuormittavaksi. Suurin osa vastaajista ajatteli RAI:n vievän aikaa asiakastyöltä. Tästä voisi päätellä, että RAI:ta ei ajatella osana asiakastyötä. Vastaajista suurin osa oli myös sitä mieltä, että RAI:n kysymykset eivät ole helppoja ymmärtää. Tämä tuli selkeästi ilmi myös avoimissa vastauksissa. Yksi vastaajista oli sitä mieltä, että kymmenen vuoden kokemuksella pääsee jo helpommalla kysymyksien ymmärtämisessä. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa tuli sel-

keästi ilmi, että RAI koetaan kuormittavaksi, paljon aikaa vieväksi ja kysymykset vaikeiksi ymmärtää (Ahvenjärvi & Salminen 2012; Lariviere 2012). Koska RAI-arvioinnin kysymykset ovat vaikeita ymmärtää, on perehdytys ja RAI-vastaavien tuki erittäin tärkeää oikein tehtyjen arviointien takaamiseksi.

Avoimissa vastauksissa henkilökunnan kokemukset olivat suurimmalta osalta negatiivissävyytteisiä. Positiivisissa vastauksissa tuotiin RAI esille hyvänä, toimivana, monipuolisena ja luotettavana välineenä, jossa on kuitenkin paljon opittavaa ja vie aikaa, että sitä opitaan käyttämään ja hyödyntämään osana hoitotyötä. RAI:n käyttöön tarvitaan ja toivotaan riittävästi koulutusta, perehdytystä ja aikaa sen tekemiseen. Luotettavien arviointien tekeminen on haaste ja muutama olikin sitä mieltä, ettei RAI ole luotettava. Suurimmassa osassa negatiivisista vastauksista RAI-arvioinnin kysymykset koettiin vaikeina ymmärtää ja arviointi koettiin paljon aikaa vieväksi. Arviointi koettiin myös rasittavana ja stressaavana. RAI:n ajateltiin olevan erillinen ja pakollinen osa hoitotyötä, ohjelma kömpelö käyttää ja mittareiden käyttö epäselvää. Arvioinnista toivottiin selkeämpää, yksinkertaisempaa ja vähemmän kysymyksiä sisältävää.

Henkilökunta ei välttämättä tiedosta RAI-arvioinnin hyötyä laadun parantamisessa ja kirjaamisessa. Laadun seuranta on kiinteä osa RAI-arviointia, jossa myös THL on mukana vertaiskehittämisessä. RAI:n hyödyntäminen hoidon suunnittelussa ja laadun seurannassa oli syksyllä 2017 vasta alkuvaiheessa Sotesissa, mikä saattaa näkyä vastauksissa. Kirjaamisen RAI:n myötä arveli parantuneen Ahvenjärvi & Salmisen (2012) tutkimuksessa vain viisi prosenttia vastaajista, kun tässä tutkimuksessa kuitenkin yli kolmasosa. Sotesissa henkilökunta on tehnyt huomion, että RAI-arviointiviikolla asiakkaan hoitosuunnitelmaan kirjaaminen lisääntyy ja paranee. RAI-arvioinnin hyödyntämistä hoitosuunnitelman tekemisessä on kehitetty kirjaamistyöryhmässä.

Vastaajista vain neljäsosa ilmoitti käyttävänsä RAI:sta saatavia tietoja päivittäisessä hoitotyössä. Välttämättä tätäkään ei tiedosteta, vaikka tietoja käytettäisiinkin esim. päivittäisessä hoitosuunnitelmassa ja kirjaamisessa. Toisaalta vastaukset väittämiin ”RAI:sta saan hyödyllistä tietoa käytännön hoitotyöhön” ja ”RAI-raportit auttavat minua asiakastyössä” jakautuivat melko tasaisesti. Yli puolet vastaajista osaa lukea RAI-arvioinnista saatavia raportteja ja ymmärtää RAI:n eri osa-alueiden merkityksen ja

suurin osa osaa hyödyntää RAI-käsikirjoja. Verrattuna aikaisempiin tutkimuksiin tulokset ovat samansuuntaisia: henkilökunta kyllä tietää miten ja mihin RAI:ta käytetään, ymmärtää sen merkityksen ja hyödyn, mutta arvioinnin hyödyntäminen jää käytännössä vähäisemmäksi (Räsänen 2005).

Suurin osa avoimiin kysymyksiin vastanneista toi esille useita RAI-järjestelmän mukanaan tuomia hyötyjä kuten asiakkaan kokonaisvaltaisen huomioon ja toimintakyvyn arvioinnin. Lisäksi RAI:sta koettiin olevan hyötyä asiakkaan tarpeiden ja voimavarojen määrittämisessä, hoidon suunnittelussa, toimintakyvyn muutosten seuraamisessa, hoitoon pääsyn kriteereissä, kirjaamisessa, asiakkaan hoidossa ja mittareiden käytössä. Useammassa vastauksessa mainittiin myös RAI päätöksenteon, kehittämisen ja johtamisen välineenä, esimerkiksi resurssien kohdentamisessa tai kehitysideoiden esilletuomisessa. Yhden vastaajan mielestä RAI auttaa näyttämään potilasaineksen kuntoisuutta ylemmälle taholle ja toisen mielestä RAI on hoitajan tuki ristiriitatilanteissa. Vain muutama vastasi, ettei RAI:sta ole hyötyä tai ei osaa sanoa mitä hyötyä siitä on. Samansuuntaisia näkemyksiä tuli esille myös aikaisemmissa tutkimuksissa (Lariviere 2012; Sernola 2014).

Vastaajista lähes puolet osaa hyödyntää RAI-mittareita ja yli kolmasosa CAP-listoja hoidon suunnittelussa. Melko suuri joukko (viidesosa) oli kuitenkin täysin eri mieltä. Puolet vastaajista oli sitä mieltä, että RAI auttaa huomioimaan asiakkaan voimavarat ja siitä saatava tieto on merkityksellistä hoidon suunnittelulle. Täysin eri mieltä oli alle kymmenen prosenttia. Tästä voisi päätellä, että RAI:n hyöty ja merkityksellisyys hoidon suunnittelulle ymmärretään, mutta sitä ei vielä täysin osata käyttää. Juuri tähän asiaan haluttiin puuttua, kun suunniteltiin RAI-arvioinnin hyödyntämisen kehittämistä.

Avoimissa kysymyksissä vastaajista suurin osa kertoi hyödyntävänsä RAI:ta hoidon suunnittelussa, hoidon tarpeen määrittämisessä, asiakkaan voimavarojen huomioimisessa, voimien seurannassa ja arvioinnissa. RAI:ta hyödynnetään myös kotihoitoon ja jatkohoitoon pääsyn kriteereissä tai SAS- lähetteessä. RAI:ta voidaan käyttää lisäksi työkaluna hoitoneuvotteluissa tai muiden yhteistyökumppaneiden kanssa. RAI:ta hyödynnetään myös hoidon kehittämisessä esim. laaduntarkkailussa ja resurssoinnissa. Melko suuri osa vastasi kuitenkin, ettei hyödynnä RAI:ta ollenkaan tai hyödyntää liian

vähän. Heistä kaksi ilmoitti, ettei osaa vielä hyödyntää. Tästä voisi päätellä, että hyödyntämistä on mahdollista kehittää.

Suurin osa vastaajista tietää miksi tekee RAI-arviointeja ja milloin arviointi pitää tehdä ja heillä on yksikössä RAI-tukihenkilö, joka auttaa ongelmatilanteissa. Suurimmassa osassa yksiköistä myös käydään läpi RAI-asioita yhteisissä palavereissa ja RAI-arvioinnin tekoon osallistuu eri ammattiryhmiä. Näin ollen useat RAI-arviointiin liittyvät käytännöt näyttävät olevan kunnossa. Pienempi osa arvioi ammatillisen osaamisen RAI:n myötä kasvaneen ja puolet vastaajista oli sitä mieltä, että on saanut riittävästi koulutusta. Osassa aikaisempia tutkimuksia tuli koulutuksen tarve selkeämmin esille (Ahvenjärvi & Salminen 2012, Lariviere 2012, Räsänen 2005). Tasalaatuista koulutusta onkin tällä hetkellä paremmin saatavilla, kun THL on julkaissut vapaasti käytössä olevan verkkokoulutuksen. Pääasiassa muut koulutukset ovat eri yritysten järjestämiä maksullisia koulutuksia.

7 RAI-ARVIOINNIN HYÖDYNTÄMISEN KEHITTÄMINEN

Tämän kehittämistehtävän tärkeimpänä tavoitteena on kehittää RAI-arvioinnin hyödyntämistä kotihoidossa ja erityisesti sairaanhoitajan työssä. Tutkimustulosten pohjalta on tarkoitus yhdessä sairaanhoitajakollegoiden kanssa suunnitella RAI-arviointiprosessia, perehdytysmateriaalia sekä arvioinnin hyödyntämistä hoitotyössä. Tavoitteena on saada muiden sairaanhoitajien kokemus ja asiantuntijuus voimavaraksi mukaan kehittämiseen sekä osanottajien välinen ajatuksien vaihto, kaikkien tasapuolinen osallistuminen ja kaikkien osanottajien aktiivisuus. Tarkoituksena on lisäksi luoda toimintamalli RAI-arvioinnin käytöstä sairaanhoitajan työssä kotihoidossa. Toimintamalli on paikallisesta ratkaisusta yleistetty ja selkeä mallinnus, joka määrittelee käytännön käyttötarkoituksen, keskeisen idean, osatekijät ja prosessin (Innokylän www-sivut 2017).

Kehittämistyötä varten ei perustettu erillistä työryhmää, vaan asiaa vietiin eteenpäin osana kotihoidon arkea palavereissa ja tapaamisissa. Aluksi kyselyn tulokset esteltiin

PowerPoint-esityksenä henkilökunnalle kotihoidon Vammalan työyksikössä. Varsinainen kehittämistyö aloitettiin RAIvo-ryhmän palaverissa marraskuun alussa 2017. Palaveriin oli valmisteltu PowerPoint-esitys, jossa esiteltiin kehittämistyön tavoite, tarkoitus, tutkimuskysymykset ja kyselytutkimuksen toteutus ja kehittämistyön eteneminen sekä kyselytutkimuksen tulokset.

Palaverissa pyydettiin osallistujia osallistumaan kehittämistyöhön miettimällä ja kirjaamalla lyhyesti ylös paperille vastaukset kahteen kysymykseen:

1. Millä keinoilla parannetaan ja varmistetaan RAI-arvioinnin hyödyntämistä osana hoitotyötä.
2. Mitä asioita kannattaisi ottaa kehittämiskohteiksi RAI-arvioinnin hyödyntämisen kehittämiseksi?

Kaikki osallistujat (kahdeksan) vastasivat kysymyksiin. Niissä ehdotettiin kehittämään perehdytystä, panostamaan ohjaukseen, neuvontaan ja seurantaan. Arvioinnin luotettavuus tulisi varmistaa. RAI-vastaavan rooli koettiin tärkeäksi ja hänellä pitäisi olla selkeä toimenkuva ja riittävästi aikaa työhön. Myös muun henkilökunnan toimenkuvat ja prosessi pitäisi olla selkeät. Henkilökunnan tulisi ymmärtää, että RAI-arviointi on osa hoitotyötä, se on juridinen asiakirja ja heidän pitäisi ymmärtää arvioinnin tulokset sekä osata myös hyödyntää niitä esimerkiksi hoidon suunnittelussa. Työntekijöille toivottiin toimintasuunnitelmaa ja ohjeistusta sekä osaamisen ja prosessin kehittämistä. Myös toimenpiteitä RAI:n rasittavuuden vähentämiseksi toivottiin. Jatkuva vuoropuhelu ja RAI-työskentelyn jatkuva kehittäminen koettiin tärkeäksi.

Palaverin jälkeen vastaukset käytiin läpi kotihoitojohtajan kanssa ja mietittiin mitä asioita lähdetään jatkokehittämään. RAI-arvioinnin käyttöönottosuunnitelmassa on kirjattuna RAI:n tavoitteita, periaatteita sekä toimenkuvat. Prosessia on käyty läpi ja kirjattu RAIvo-ryhmän palavereissa tuotokset työasemalle, mutta ne eivät ole kaikkien työntekijöiden näkyvillä perehdytyskansiossa. Sovimme, että ne kirjataan selkeästi ylös ja tarkistetaan. Lisäksi käydään läpi vielä tulevissa palavereissa henkilökunnan toimenpiteitä RAI-arvioinnin hyödyntämisessä. Tavoitteena oli saada selkeä toimintamalli tai ohje RAI-arvioinnista ja sen hyödyntämisestä kotihoidossa.

Kotihoidon sairaanhoitajien palaverissa 29.11.2017 käytiin läpi kehittämistehtävän tekijän johdolla sairaanhoitajan ja RAI-vastaavan roolia ja toimenkuvaa RAI-arviointiprosessissa. Sairaanhoitajan ja RAI-vastaavan tärkeimpiin tehtäviin kuuluu perehdytys, ohjaus, neuvonta, motivointi ja kannustus. On tärkeää pitää RAI-asioita yleisessä keskustelussa ja positiivista henkeä yllä. Luotettavuuden varmistamiseksi heidän tulisi myös tarkistaa ja käydä läpi arviointeja ennen kuin ne lukitaan. Keskeisistä ja tärkeistä kohdista toivottiin muistilistaa. Erityisesti sairaanhoitajien tulisi tarkistaa mittarituloksia ja herätteitä (CAPsit) ja osallistua hoitosuunnitelman tekemiseen. Ehdotettiin myös, että sairaanhoitajan olisi hyvä käydä uuden asiakkaan luona arviointi viikolla, erityisesti, jos siellä on sairaanhoidollista ongelmaa ja näyttää siltä, että asiakkaasta on tulossa kotihoidon vakituinen asiakas. Haasteina koettiin aikataulujen venyminen lomien, sairauslomien, henkilökunnan vaihtuvuuden ja kiireen vuoksi.

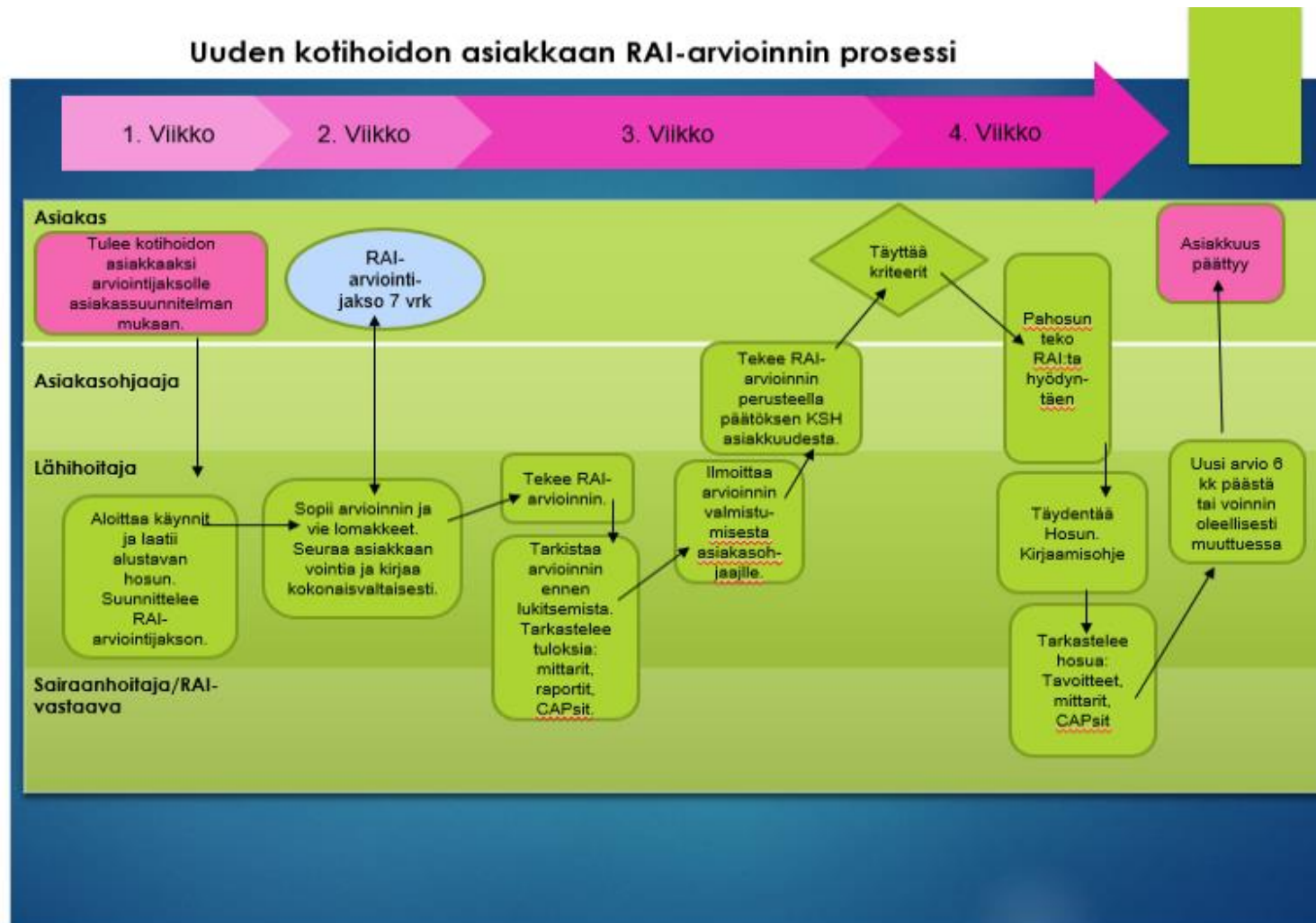
RAI-arvioinnin hyödyntämistä käsiteltiin esimiesten palavereissa ja RAI-järjestelmän kehittämispäivässä, johon osallistui kotihoitojohtajan johdolla esimiehet, asiakasohjaajat ja sihteeri. Kotihoidon sairaanhoitajan toimenpiteisiin lisättiin asiakkaan CHES -mittarin eli terveyden vakauden ja kipu (PAIN) -mittarien tarkistaminen. CHES-mittariarvo (0–5) nousee, jos asiakkaalla on esimerkiksi hengenahdistusta tai turvotuksia. Arvon ollessa 3–5 on asiakkaan terveydentila kohtalaisen tai erittäin epävakaata. Kipu-mittarin arvot ovat 0–3. 0 on ei kipuja ja 3 on vaikea kipu päivittäin. Näiden mittaritulosten kohotessa sairaanhoitajan tulisi tarkistaa mistä epävakaas tai kipu johtuu, onko asialle tehtävissä jotakin ja tarvittaessa ottaa yhteys lääkäriin. Lisäksi valittiin THL:n vertailukehittämismuistioista kolme herätettä (CAPsia), joissa oli eniten korjattavaa kotihoidon asiakkailla. Näitä olivat kuivuminen (CAP 14), ravitsemus (CAP 16) ja kipu (CAP 18). Nämä tulisi jokaisen arvioinnin yhteydessä tarkistaa ja jos asiakkaalla niitä aktivoituu, niin tulisi arvioida millaisia toimenpiteitä ne vaativat ja kirjata tavoitteet ja toimenpiteet hoitosuunnitelmaan. Joillain kotihoidon alueilla otettiin vielä tavoitteeksi kiinnittää huomio kysymykseen ”lääkäri ei ole tarkistanut kokonaislääkitystä”. Lääkäripula näkyi selvästi alueittain tämän kysymyksen kohdalla. Tavoitteeksi asetettiin, että seuraavan vuoden raporttiin saataisiin parannusta kyseisiin osa-alueisiin. Lisäksi asetettiin tavoitteeksi tarkistaa asiakkaiden kotihoidon tarve ja arvioinnin luotettavuus, joilla on ADLH (Activities Of Daily Living, päivittäisten toimien arkisuoriutuminen) - mittariarvo 0. Palavereissa korostettiin ja tuotiin

esille RAI:n käyttö ja hyödyntäminen osana hoitotyötä. Ensimmäinen vuosi RAI:n käytössä kevästä 2016 – kevääseen 2017 oli vielä arvioinnin tekemisen opettelua. Nyt olisi tavoitteena hyödyntää sitä hoidon suunnittelussa, arvioinnissa, kehittämisessä ja johtamisessa. Tavoitteet asetettiin myös kotihoidon tavoitteiksi valtuustotason tavoitteisiin vuodelle 2018.

Edellä olevien palaverien jälkeen työstettiin uuden kotihoidon asiakkaan arviointiprosessista prosessikaavio yhteistyössä palvelukoordinaattorin kanssa. Kaavio tehtiin ns. uimarata mallina JUHDAN (julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta) JHS 152-ohjetta mukaillen (JUHTA 2017). Kaaviosta tehtiin mahdollisimman yksinkertainen, niin että se olisi helppolukuinen selkeä ohje ja työkalu henkilökunnalle muistutamaan sovitusta käytännöistä ja aikataulusta. Se kuvaa uuden kotihoidon asiakkaan RAI-arvioinnin prosessia tilanteessa, jossa asiakas tulee kotihoidon säännölliseksi asiakkaaksi. Siinä ei ole esimerkiksi esitetty vaihtoehtoa, että ei täytä kotihoidon kriteerejä. Se otettiin käyttöön ja esille kaikilla kotihoidon alueilla. Erityisesti, kun uusi asiakasohjausmalli tuli käyttöön, tuli myös prosessikaavio tarpeeseen. Kuviossa 13 on esitetty prosessikaavio uuden kotihoidon asiakkaan RAI-arvioinnista.

Osana RAI-arvioinnin kehittämistä tarkistettiin ja laadittiin yhteistyössä sairaanhoitajien ja kotihoidon esimiehen kanssa sairaanhoitajien koko toimenkuva kotihoidolle. Toimenkuvan sisältöä on kuvattu tarkemmin kappaleen 2.3. sairaanhoitajana kotihoidossa -lopussa. RAI-arviointi on osa sairaanhoitajan työtä ja tulee esille myös monissa eri toimenkuvan osa-alueissa. Toimenkuvaa tarkistaessa käytiin läpi RAI-järjestelmän vaiheet ja sairaanhoitajan rooli niissä.

Kehittämistyön loppuvaiheessa syksyllä 2018 laadittiin RAI-järjestelmän ja arvioinnin toimintamalli kotihoidolle (LIITE 6) käyttäen pohjana aiemmin tehtyä RAI-järjestelmän käyttöönottosuunnitelmaa, yhteisissä palavereissa esiin tulleita asioita, aikaisempia tutkimuksia ja tämän kehittämistyön kyselytutkimuksen tuloksia. Toimintamalli sisältää RAI-arvioinnin käyttötarkoituksen ja lyhyen esittelyn, tavoitteet, yleisiä periaatteita, perehdytyksen periaatteet, RAI-kansion sisällön ja toimenkuvat. Toimenkuvissa on yksityiskohtaisesti avattu myös RAI-arvioinnin hyödyntämistä erityisesti sairaanhoitajan osalta. RAI-arvioinnin prosessikaavio on osa tätä toimintamallia.



Kuvio 13. Uuden kotihoidon asiakkaan RAI-arvioinnin prosessi.

8 KEHITTÄMISTYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tässä kehittämistehtävässä on noudatettu tieteellisen tutkimuksen eettisiä periaatteita. Tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa ja sen tulokset uskottavia vain, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää tieteellisiä tietoja, taitoja ja hyviä toimintatapoja tutkimuksen teossa, tiedeyhteisössä ja suhteessa ympäröivään yhteiskuntaan (Kuula 2013, 34.) Tutkijan on otettava huomioon monia eettisiä kysymyksiä tehdessään omaa tutkimustaan. Hyvä tutkimus noudattaa aina hyvää tieteellistä käytäntöä. Tämä tarkoittaa, että tutkimuksen kysymyksenasettelu ja tavoitteet, aineiston kerääminen ja käsittely, tulosten esittäminen ja aineiston säilytys eivät loukkaa tutkimuksen kohderyhmää, tiedeyhteisöä eikä hyvää tieteellistä tapaa. Tutkija on vastuussa omassa tutkimuksessaan tekemistä valinnoista ja niihin liittyvistä perusteluista. (Vilkkä 2007, 90.) Vaikka hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta vastaa ensisijaisesti jokainen tutkija ja tutkimusryhmän jäsen itse niin vastuu kuuluu kuitenkin myös koko tiedeyhteisölle: tutkimusryhmille ja niiden vastuullisille tutkijoille, tutkimusyksiköiden johtajille sekä tutkimusta harjoittavien organisaatioiden johdolle (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 7).

Tutkimusetiikan näkökulmasta hyvän tieteellisen käytännön lähtökohtana on, että tutkimuksessa noudatetaan tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja eli rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Tutkimukseen sovelletaan tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tutkimuksessa toteutetaan tieteellisen tiedon luonteen kuuluvaa avoimuutta ja vastuullista tiedeviestintää tutkimuksen tuloksia julkaisessa. Tutkijat kunnioittavat muiden tutkijoiden tekemää työtä ja viittaavat heidän julkaisuihinsa asianmukaisella tavalla. Tutkimus suunnitellaan ja toteutetaan ja siitä raportoidaan sekä siinä syntyneet tietoaineistot tallennetaan tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla ja tarvittavat tutkimusluvut on hankittu.

Tutkimushankkeessa tai tutkimusryhmässä sovitaan ennen tutkimuksen aloittamista kaikkien osapuolten oikeudet, tekijyyttä koskevat periaatteet, vastuut ja velvollisuudet sekä aineistojen säilyttämistä ja käyttöoikeuksia koskevat kysymykset kaikkien osapuolten hyväksymällä tavalla. Rahoituslähteet ja tutkimuksen suorittamisen kannalta merkitykselliset muut sidonnaisuudet ilmoitetaan asianosaisille ja tutkimukseen osallistuville ja raportoidaan tutkimuksen tuloksia julkaistaessa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Lisäksi tutkimuseettinen neuvottelukunta (2009, 4) on erikseen määritellyt ihmistieteisiin luettavaa tutkimusta koskevat eettiset periaatteet, joita ovat tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen, yksityisyys ja tietosuojat.

Tämän kehittämistehtävän prosessissa on edetty tieteellisen tutkimuksen eettisten periaatteiden mukaan. Ennen kehittämistehtävän tekemistä ja sen aikana on perehdytty aiheesta koskevaan kirjallisuuteen ja aikaisempiin tutkimuksiin mm. tekemällä kuvaileva kirjallisuuskatsaus aiheesta. Tutkimuslupaa on haettu kyseisten organisaatioiden ohjeiden mukaan ja oppilaitos, organisaatiot ja tutkimuksen tekijä ovat tehneet kirjallisen sopimuksen opinnäytetyön tekemisestä. Tutkimuksessa käytettyyn kyselylomakkeeseen on pyydetty lupa sen tekijöiltä ja lomake on testattu etukäteen. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja siitä tiedotettiin erikseen ensin yksiköiden esimiesten välityksellä (LIITE 3) ja kyselylomakkeen ohessa olevalla saatekirjeellä (LIITE 4). Tutkittavilla oli mahdollisuus halutessaan pyytää lisätietoja tutkimuksen tekijältä puhelimitse tai sähköpostitse. Kyselytutkimus on toteutettu, vastaukset käsitelty ja analysoitu sähköisesti niin, ettei vastaajia tunnisteta ja tutkimuksellisesti tarkoituksenmukaisesti. Tutkimusaineisto on säilytetty E-lomake-järjestelmässä ja Exel-taulukoina niin, että vain tutkimuksen tekijällä on pääsy niihin. Kyselytutkimuksessa ei ole kerätty mitään tarpeetonta tietoa, eikä aineistoa tulla säilyttämään tarpeettomasti. Vaitiolovelvollisuudesta on pidetty huolta. Lähdeviitteet on merkitty oppilaitoksen ohjeiden mukaan. Tutkimuksen tulokset julkaistaan julkisesti ja avoimesti sekä tutkimusjulkaisu eli opinnäytetyö tulee olemaan luettavissa julkisesta Theseus-tietokannasta.

Tutkijan tulee pyrkiä objektiivisuuteen ja häneltä odotetaan sitoutumattomuutta, riippumattomuutta ja neutraalina pysyttelyä (Kuula 2013, 155). Tässä konstruktiiivisessa kehittämistyössä tutkija on osana yhteisöä kehittämässä RAI-arvioinnin hyödyntämistä. Tutkimusraportissa on kuvattu tutkimuksen eteneminen ja tutkijan rooli siinä.

Tutkijalla on tässä kehittämistyössä kaksoisrooli, jossa hän on prosessin alkuunpanija, joka hyödyntää tutkimusta muutoksen tuottajana sekä hän on tutkija, joka seuraa prosessia ja kerää siitä tietoa. Kehittämistyön yksi tavoitteista on RAI-arvioinnin kehittäminen yhteistyössä muun henkilökunnan kanssa, joten olennaista on henkilökohtaiset tapaamiset ja yhteistyö. Palavereissa kerrottiin opinnäytetyön ja palavereiden välisestä yhteydestä ja korostettiin luotettavuutta ja salassapitovelvollisuutta sekä vastausten analysointia ja julkaisua ryhmän tuotoksena, jolloin yksittäistä henkilöä ei voida tunnistaa.

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella validiteetin ja reliabiliteetin näkökulmista. Tutkimuksen kokonaisluotettavuuden muodostavat validius ja reliabiliteetti yhdessä. Validiteetti kertoo siitä, onko tutkimuksessa mitattu juuri sitä mitä oli tarkoituskin mitata. Validiteettia voidaan kutsua myös pätevyudeksi. Se on mittauksen luotettavuuden kannalta ensisijainen peruste, sillä ellei mitata oikeaa asiaa, ei reliabiliteetilla ole mitään merkitystä. Validiteetti voidaan luokitella useaan eri tyyppiin. Tutkimuksen ulkoinen validiteetti tarkoittaa sitä, kuinka hyvin saadut tulokset voidaan yleistää tutkimuksen ulkopuoliseen perusjoukkoon. Reliabiliteetti viittaa tulosten pysyvyyteen, toistettavuuteen ja mittaamisen tarkkuuteen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 189; Vehkalahti 2014, 41; Vilka 2007, 152.)

Jo tutkimuksen suunnitteluvaiheessa on otettava huomioon, onko tutkittava aihe mitattavissa. Tutkittavan asian on oltava muutettavissa mitattavaan muotoon eli operationalisoitavissa. Operationalisointi edellyttää, että tutkija tuntee tutkittavan kohde-ryhmän eli tutkimuksen perusjoukon. Näin tutkija voi varmistaa, että teoreettiset käsitteet ovat siirtyneet empiiriselle tasolle tutkittavalle ymmärrettävällä tavalla (Vilka 2015, 66). Tämän kehittämistehtävän alussa on perehdytty aiheesta koskevaan kirjallisuuteen ja aikaisempiin tutkimuksiin tekemällä aiheesta kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Tutkimuksen käsitteet on määritelty ennen kyselytutkimuksen aloittamista ja kriittisesti pohdittu, että kaikkiin tutkimuskysymyksiin löytyisi vastauksia lomakkeen kysymyksistä. Kehittämistehtävän tekijä tuntee hyvin perusjoukon ja aihe on tuttu, koska työskentelee samassa työtehtävässä ja kollegoina on samankaltaisessa organisaatiossa työskenteleviä.

Saatekirjeellä on vaikutusta vastausten luotettavuuteen. Saatekirje saattaa vaikuttaa koko tutkimuksen onnistumiseen. Hyvin laaditulla saatekirjeellä vastaaja saadaan kiinnostumaan aiheesta ja motivoitumaan vastaamaan kyselyyn. Sen perusteella tutkimuskohde tekee päätöksensä osallistua tutkimukseen. Tutkimukseen osallistumiseen vaikuttaa saatekirjeen ja kyselylomakkeen visuaalinen ilme, saateen sisältö ja kyselylomakkeen laajuus ja kieli. Tutkittavalla on oltava riittävästi tietoa tutkimuksesta, että hän voi päättää tutkimukseen osallistumisesta. (Vehkalahti 2014, 48.) Tässä tutkimuksessa saatekirje pyrittiin pitämään lyhyenä ja ytimekkäänä, mutta kuitenkin innostavana ja henkilökohtaista kiinnostusta herättävänä.

Kyselylomaketta käytettäessä kysymysten ja ohjeiden laatimisessa tulee olla huolellinen. Niiden tulee olla yksiselitteisiä ja väärinymmärrysten mahdollisuus tulee poistaa. (Valli 2015, 42.) Luotettavuutta voi heikentää, jos vastaaja ymmärtää ohjeet väärin (Vilkkä 2015, 124). Tässä kehittämistyössä kysely toteutettiin sähköisesti. Sähköisen kyselyn etuna on sen nopeus. Lisäksi verkkokyselyn etuna on, että aineistoa ei tarvitse erikseen syöttää, vaan se on valmiina sähköisessä muodossa. Näin aineiston syöttövaiheessa mahdolliset lyöntivirheet poistuvat ja se lisää luotettavuutta. (Valli 2015, 47–48.) Kyselyssä käytettiin viisiportaista Likertin asteikkoa, joka on selkeä ja ennestään monelle tuttu.

Tämän tutkimuksen mittarin ja tulosten luotettavuutta parantaa, että kyselylomake pohjautui aiemmassa tutkimuksessa käytettyyn kyselylomakkeeseen. Kyselylomake oli jo aiempien opiskelijoiden toimesta testattu, mutta kyselyn reliabiliteettia pyrittiin varmistamaan sillä, että se esitettiin uudelleen ja pyydettiin arviointia ja mielipiteitä kyselylomakkeesta vanhustyön yamk-opiskelijoilta. Kyselylomake oli suunniteltu vuodeosasto henkilökunnan käyttöön, mutta sisällöllisesti se sopi myös kotihoidon käyttöön. Joitakin sanamuotoja muutettiin kuten asukas asiakkaaksi ja osasto yksiköksi. Lomakkeesta löydettiin myös hieman parannettavaa: yhtä kysymystä yksinkertaistettiin, koska samassa kysymyksessä kysyttiin kahta asiaa.

Kyselylomakkeen tyypillisin haitta on, että vastausprosentti jää alhaiseksi. Vastamatta jättäneiden osuutta kutsutaan kadoksi. Kadon syitä voivat olla tutkimuksen aihe ja sen kiinnostavuus. Lisäksi lomakkeen pituus ja ymmärrettävyys vaikuttavat vastaamiseen. (Vehkalahti 2014, 48; Vilkkä 2015, 61.) Myös tutkimusaineiston keräämisen

ajankohta saattaa vaikuttaa tutkimukseen vastaamiseen (Vilkkä 2015, 130). Tässä tutkimuksessa tutkimusotos oli melko suuri (263), mutta vastausprosentti jäi alhaiseksi (25 %). Kaikki kyselyyn osallistuvat käyttävät työssään sähköpostia ja heillä oli mahdollisuus päästä vastaamaan kyselyyn. Kaikki eivät kuitenkaan käytä sähköpostia jokapäiväisessä työssään, mikä saattaa vaikuttaa vastausprosenttiin. Suurin osa kotihoiton henkilökunnan työstä tapahtuu asiakkaiden kotona, ei toimistossa, eikä matkapuhelimeen yleensä ole asennettu sähköpostitiliä. Työ kotihoidossa on usein kiireistä ja tiukkaan aikataulutettua. Välttämättä ei ole aikaa tai kiinnostusta tehdä ylimääräistä toimistotyötä. Tutkijan läsnäolo ja tutkimuksesta kertominen henkilökohtaisesti näyttää vaikuttavan suuresti vastausprosenttiin, sillä se oli suurin organisaatiossa, jossa tutkija työskentelee (Kuvio 4). Tutkimus suoritettiin syksyllä, jolloin ei ollut enää kiireisin loma-aika, eikä pyhäpäiviä. Tutkittu otos edustaa perusjoukkoa melko hyvin siinä mielessä, että tutkimukseen on valittu koko kotihoiton henkilökunta kolmesta eri organisaatiosta, joissa RAI-järjestelmä on ollut käytössä eri pituisia aikoja. Pienen vastausprosentin vuoksi tutkimuksen tuloksia ei kuitenkaan voi yleistää koskemaan kaikkia kotihoidossa työskenteleviä, jotka ovat käyttäneet työssään RAI-arviointia.

Kyselytutkimus on toistettavissa, mutta vastauksiin saattaa vaikuttaa kokemus RAI-arvioinnista ja sen käyttötavat organisaatiossa. Tutkimustulokset eivät olleet kovin yllättäviä ja osittain samansuuntaisia aikaisempaan tutkimukseen verrattuna, jossa oli käytetty samaa kyselylomaketta. Kyselyyn osallistujat vastasivat runsaasti avoimiin kysymyksiin, mikä osoitti aktiivisuutta ja kiinnostusta aihetta kohtaan.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tämän kehittämistyön tavoitteena on ollut kehittää RAI-arviointiprosessia palvelemaan kotihoiton toimintakäytäntöjä sairaanhoitajan näkökulmasta sekä kehittää RAI-arvioinnin hyödyntämistä. Tarkoituksena on ollut kuvata hoitohenkilökunnan kokemuksia RAI-arviointijärjestelmästä ja sen käytöstä hoitotyössä sekä lisäksi selvittää miten hoitajat hyödyntävät RAI-arviointia hoitotyössä. Saatujen tietojen avulla on ollut tavoitteena kehittää RAI-arviointiprosessia yhdessä kotihoiton sairaanhoitajien ja

muun henkilökunnan kanssa luomalla toimintamalli kotihoidon RAI-arvioinnille, jota voidaan käyttää myös uusien työntekijöiden perehdytykseen.

Tutkimuskysymyksiin: ”Millaisena hoitajat kokevat RAI-arvioinnin?” ja ”Miten RAI-arviointia hyödynnetään hoitotyössä?” saatiin vastauksia osana kehittämistyötä tehdyllä kyselytutkimuksella. Kyselytutkimus toteutettiin kotihoidon henkilökunnalle sähköpostitse E-lomakkeella Sastamalan, Punkalaitumen, Nokian, Pirkkalan ja Vesilahden vakituiselle hoitohenkilökunnalle ja pitkäaikaisille sijaisille, jotka ovat tehneet RAI-arviointeja. Vastauksia kyselyyn saatiin niukasti vastausprosentin ollessa vain 25 %, mikä vähentää tutkimustulosten luotettavuutta ja yleistettävyyttä. Vastausprosenttia olisi saattanut saada korkeammaksi, jos tutkimuksen tekijä olisi käynyt kaikissa organisaatioissa kertomassa tutkimuksesta. Jos tutkimus tehtäisiin nyt, olisi tutkimuksen tekijällä paremmat verkostot Pirkanmaan kotihoitoyksiköihin maakunnalliseen Ikäneuvo-hankkeeseen osallistumisen myötä.

Tulosten mukaan hoitajat kokevat RAI-arvioinnin kuormittavaksi ja kysymykset vaikeiksi ymmärtää. Yli puolet vastaajista oli silti sitä mieltä, että RAI-järjestelmän käyttö on yksinkertaista. Vastaukset jakaantuivat kuitenkin melko tasaisesti. Pääsääntöisesti RAI-arviointia osataan käyttää ja sen hyöty ymmärretään, mutta sen hyödyntäminen jää vähäiseksi tai sitä ei tiedosteta. Avoimiin kysymyksiin vastattiin runsaasti ja niissä tuotiin esille paljon kritiikkiä, mutta myös RAI:n positiivisia puolia. Kyselytutkimus ajoittui Sotesissa vaiheeseen, jossa oli opittu tekemään RAI-arvioita, mutta niiden hyödyntäminen esimerkiksi hoidon suunnittelussa oli vielä vähäistä, mikä todennäköisesti vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin.

Aiheesta on tehty vähän tutkimuksia aiemmin, joten tutkimustulosten vertailu aikaisempiin tutkimustuloksiin jäi ohueksi. Vastaukset antoivat kuitenkin pohjaa ja taustatietoa kehittämistehtävään. Oli positiivista, että avoimiin vastauksiin vastattiin niin runsaslukuisesti. Niissä henkilökunnan ääni pääsi kuuluviin. Verrattuna haastattelututkimukseen ei näin monen hoitajan ääni olisi päässyt kuuluviin. Jälkeenpäin arvioituna olisi avoimena kysymyksenä voinut kysyä vastaajien ehdotuksia RAI-arvioinnin hyödyntämisen parantamiseksi. Tässä tutkimuksessa jotkut vastaajat eivät täysin vastan-

neet avoimen kysymykseen niin kuin oli tarkoitettu. Vastauksista huomasin, että arviointi herättää henkilökunnassa monenlaisia tunteita, kuten tässä esimerkivastauksessa:

”Kysymykset ovat käsittämättömiä. Suomenkieltä äidinkielenään puhuvallakin on vaikeuksia saada selville mitä kysytään.”

Olisi tärkeää, että näistä tuntemuksista keskusteltaisiin työyksiköissä ja sovittaisiin käytännöistä, miten RAI:n tekeminen ja käyttö onnistuu osana hoitotyötä.

Kehittämistyötä jatkettiin kyselytutkimuksen jälkeen hakemalla vastausta tutkimuskysymykseen ”Miten RAI-arvioinnin hyödyntämistä voisi kehittää?” yhdessä RAI-vastaavien RAIvo-ryhmässä, sairaanhoitajien palavereissa, eri neuvotteluissa ja RAI-kehittämisspäivässä. RAI-prosessin kehittämiseksi laadittiin prosessin kuvaus ja prosessikaavio, jotka selkeyttivät toimintaa erityisesti tilanteessa, jossa kotihoitoon otettiin käyttöön uusi asiakasohjausmalli. Kaavio on otettu yksiköissä käyttöön osana perehdytystä ja muistutuksena sovitusta käytännöistä. Prosessikaaviosta tuli tämän kehitystyön konstruktio, työkalu, josta on ollut hyötyä koko henkilökunnalle. Sillä on ollut laajempaa hyödynnettävyyttä, sillä kaaviota on tarkasteltu myös maakunnallisessa kehittämistyössä Ikäneuvo-hankkeessa, kun on suunniteltu ja pohdittu RAI-arvioinnin käyttöä kotihoidossa. Myös muut organisaatiot, jotka haluavat kehittää RAI-arvioinnin prosessia voisivat hyötyä siitä.

RAI-arvioinnin hyödyntämisen kehittämistä jatkettiin palavereissa, joissa käytiin läpi sairaanhoitajan toimenkuvaa RAI-järjestelmässä ja prosessissa sekä sovittiin toimintakäytännöistä, arvioinnin mittareiden ja tulosten hyödyntämisestä. Kehittämistyön tavoitteena oli myös laatia RAI-järjestelmän toimintamalli kotihoidolle ja ohje RAI-arvioinnin hyödyntämisestä. Toimintamalli (liite 6) sisältää RAI-arvioinnin käyttötarkoituksen ja lyhyen esittelyn, tavoitteet, yleisiä periaatteita, perehdytyksen periaatteet, RAI-kansion sisällön ja toimenkuvat. Toimenkuvissa on yksityiskohtaisesti avattu myös RAI-arvioinnin hyödyntämistä erityisesti sairaanhoitajan osalta. Edellä kuvattu prosessikaavio on osa tätä toimintamallia. Toimintamalli kokonaisuudessaan laadittiin vasta kehittämistyön loppuvaiheessa. Sitä ollaan ottamassa käyttöön, eikä sen hyödyntämistä ole vielä testattu käytännössä. Näin kehittämistyö jatkuu vielä tulevaisuudessakin osana kotihoidon arkea.

Kuten tutkimustuloksistakin selvisi, niin RAI-arviointi on haastava ja paljon aikaa vievä arviointimenetelmä. Se on myös suuri taloudellisia ja henkilöresursseja vaativa järjestelmä. Siksi on tärkeää, että sitä osataan hyödyntää ja hyödyntämistä kehitetään. Sotesin kotihoidossa on samaan aikaan kehitetty RAI-järjestelmää osana johtamista, josta tämäkin kehittämistyö sai synergiaetua. RAI-arvioinnin perehdyttämiseen on saatu uusi väline, THL:n RAI-verkkokoulu. Kuitenkaan se ei yksinään riitä, vaan on huolehdittava, että jokainen uusi työntekijä perehdytetään myös yksikön käytäntöihin ja varmistetaan luotettavien ja oikein tehtyjen arviointien toteutuminen. Kuten yksi vastaaja avoimissa kysymyksissä ilmaisi, niin luotettavien arviointien tekeminen on haaste.

Kehittämistyön aikana kehittyneestä ammattitaidosta RAI-arvioinnin osalta on ollut hyötyä tekijälle itselleen ja organisaatiolle. Normaalin arkityön lomassa ei välttämättä olisi muuten mahdollisuutta perehtyä aiheeseen niin perusteellisesti. RAI-osaajaksi voi kehittyä myös RAIssoft organisaation järjestämässä avainosaaja-koulutuksessa, joihin on osallistunut Sotesissa esimiehiä ja asiakasohjaajia. Avainosaajiksi kannattaa tulevaisuudessa kouluttaa myös vähintäänkin yksiköiden RAI-vastaavat ja sairaanhoitajat. Koulutuksessa voisi hyödyntää maakunnallista yhteistyötä.

Tämän kehittämistyön prosessi on alkanut syksyllä 2016 (Kuvio 2) suunnittelulla ja perehtymällä aiheeseen. Kyselytutkimuksen jälkeen kehittämistyö eteni tutkimustulosten analysoinnista ja esittelystä kohti RAI-arvioinnin hyödyntämisen kehittämistä ja loppuraportointia. Kehittämistyön prosessi eteni vuoden 2017 loppuun asti suunnitellusti, mutta alkuvuodesta 2018 työ keskeytyi lähes kokonaan, koska kotihoidossa panostettiin Ikäneuvo-hankkeeseen, eikä resurssit riittäneet juurikaan muuhun kehittämistyöhön. RAI-järjestelmän toimintamallin laatiminen kokonaisuudessaan jäi kehittämistyön loppuvaiheeseen, mutta aikaisemmin tehty prosessikaavio osoittautui toimivaksi työvälineeksi. RAIvo-ryhmä ei ole kokoontunut vuonna 2018 lainkaan, mutta vuonna 2019 jatkuu kehittämistyö RAI:n parissa osana kotihoidon arkea. Jatkossa on tarkoitus kehittää RAI-arvioinnin hyödyntämistä edelleen seuraamalla tavoitteiden täyttymistä ja asettamalla uusia tavoitteita. Lähitulevaisuuden tavoitteena on pitää RAI-työpajoja sairaanhoitajille ja koko henkilökunnalle sekä ottaa toimintamalli käyttöön osaksi perehdytystä.

RAI-järjestelmä on niin laaja ja monipuolinen väline lähes koko terveys- ja sosiaalialan käyttöön, että on hämmästyttävää, kuinka vähän siitä on tehty tutkimuksia varsinkin yliopisto tasolla. RAI on aiheena myös Sotesin kotihoidossa tällä hetkellä tekeillä olevassa pro gradu tutkimuksessa kotihoidon tuotteistamisesta RAI-järjestelmän RUG (Resource Utilization Groups) asiakasrakennetta ja resurssintarvetta kuvaavaa luokitusta hyväksikäyttäen. Hoitotyön suunnitelmat ja kirjaaminen ovat keskeinen osa RAI:n hyödyntämistä. Olisi hyödyllistä tehdä toimintatutkimus hoitosuunnitelman tekemisestä RAI:ta hyödyntäen. Kokemuksien mukaan erityisesti selkeiden, yhdessä asiakkaiden kanssa ja mitattavissa olevien tavoitteiden asettaminen on haasteellista. Myös asiakkaiden kuntoutumista ja sen edistämistä voisi tutkia RAI:ta hyväksi käyttäen erityisesti toimintatutkimuksella. Vanhustyö on koko ajan kehittyvä ja laajeneva terveys- ja sosiaalihuollon ala, jossa tarvitaan jatkuvasti uutta tutkimustietoa.

Maakunnallisessa ikäneuvo-hankkeessa on pilotoitu laaja-alaisen geriatrisen arvioinnin CGA:n (Comprehensive geriatric assesment) käyttöä kotihoidossa. Siinä voidaan käyttää myös RAI-arviointia yhtenä osana. RAI-arviointijärjestelmän käyttöä ja hyödyntämistä kehitetään entistä enemmän jatkossa myös maakunnallisesti, sillä Ikäneuvo-hankkeen jatkoksi on perustettu uusi maakunnallinen RAI-ryhmä, jonka vetäjänä Sotesin kotihoitojohtaja toimii. Se tulee suosittelemaan RAI:n käyttöä koko maakunnassa ja valmistelemaan RAI-järjestelmän yhteishankintaa (Ollinpojan henkilökohtainen tiedonanto 20.12.2018).

Esimiestyöllä ja johtamisella on ensisijainen merkitys siihen, miten uuteen asiaan suhtaudutaan työyhteisössä. Kun organisaatioon otetaan täysin uusi, haastava ja paljon aikaa vievä järjestelmä, vaatii se paljon panostusta jokaiselta henkilökunnan jäseneltä. On tärkeää, että vastuu- ja avainhenkilöt saadaan mukaan muutokseen positiivisessa hengessä. Sairaanhoidajan rooli on tärkeä osa RAI-prosessia. Sairaanhoidajat ja RAI-vastaavat neuvovat, ohjaavat ja pitävät huolta omalta osaltaan, että prosessi etenee. He osallistuvat arviointiin yhteistyössä muun henkilökunnan kanssa ja huolehtivat arviointien sairaanhoidollisista osa-alueista. RAI-järjestelmä on laaja ja kattava järjestelmä, joka muuttaa osittain koko organisaation toimintaa. Se vaikuttaa asiakkaaksi tulon prosessissa joka vaiheessa ja jatkuu läpi hoitosuhteen. Sen vaikutukset näkyvät toimintakyvyn arvioinnissa, hoidon suunnittelussa, yhteistyössä eri ammattiryhmien

välillä, kirjaamisessa, laadussa ja johtamisessa aina kunta- ja maakuntatasolta valtakunnan vertailukehittämisen tasolle asti. Kaikkia osapuolia tarvitaan mukaan vanhus-työn kehittämiseen, jotta tulevaisuuden haasteista selvittäisiin.

LÄHTEET

Ahvenjärvi, S. & Salminen, H. 2012. Rai-arviointijärjestelmän hyödynnettävyys hoitajan näkökulmasta. AMK-opinnäytetyö. Tampereen ammattikorkeakoulu. Viitattu 23.3.2017. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2012111415285>

Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Noro, A. & Vähäkangas, P. 2005. RAI-järjestelmän esittely. Teoksessa Noro, A., Finne-Soveri, H., Björkgren, M. & Vähäkangas, P. (toim.) Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus. Helsinki: Stakes, 22–27.

Finne-Soveri, H., Itkonen, T., Noro, A., Björkgren, M. & Vähäkangas, P. 2006. Kotihoidon asiakkaan arviointi. Teoksessa Finne-Soveri, H., Björkgren, M. Vähäkangas, P. & Noro, A. (toim.) Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu. Helsinki: Stakes, 29–32.

Finne-Soveri, H., Noro, A., Björkgren, M. & Vähäkangas, P. 2006. RAI-järjestelmän esittely. Teoksessa Finne-Soveri, H., Björkgren, M. Vähäkangas, P. & Noro, A. (toim.) Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu. Helsinki: Stakes, 24–28.

Finne-Soveri, H. & Noro, A. 2006. Kotihoidon asiakasrakenne. Teoksessa Finne-Soveri, H., Björkgren, M. Vähäkangas, P. & Noro, A. (toim.) Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu. Helsinki: Stakes, 61–86.

Finne-Soveri, H. & Vähäkangas, P. 2006. Hoitajan apuväline, Client Assessment Protocols. Teoksessa Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Vähäkangas, P. & Noro, A. (toim.) Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu. Helsinki: Stakes, 33–37.

Finne-Soveri, H. 2015. Hyvä vai huono Suomi. Teoksessa Heikkilä, R. & Mäkelä, M. (toim.) Onnistuminen -RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta suomessa. Helsinki: Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. THL:n raportti 9/2015, 167–177.

Heikkilä, R., Gerasin, A., Sakki, J., Nieminen, J., Björkgren, M., Noro A., Mäkelä, M., & Finne-Soveri, H. 2012. Ikäihmisten palvelut yli palvelurakenteiden – yhtenäisellä RUG-III/18-luokituksella palvelut ja kustannusarviointi samalle viivalle. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 58/2012. Viitattu 16.11.2018. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-730-1>

Heikkinen, H. 2008. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä L. (toim.) Toiminnasta tietoon. 3. korj. p. Helsinki: Kansanvalistusseura, 16-38.

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

Ikonen, E. 2015. Kehittyvä kotihoito. 4. uud. p. Helsinki: Edita

Innokylän www-sivut. 2017. Viitattu 29.3.2017. <https://www.innokyla.fi/>

JUHTA -julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta. 2017. JHS suositukset. Viitattu 24.10.2017. <http://docs.jhs-suositukset.fi/jhs-suositukset/JHS152/JHS152.pdf>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2017. Tutkimus hoitotieteessä. 3.–5. painos. Helsinki: Sanoma pro oy.

Kuula, A. 2013. Tutkimusetiikka. 3. uud.p. Tampere: Vastapaino.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 2012. L 28.12.2012/980. Viitattu 7.3.2017. www.finlex.fi.

Lariviere, A. 2012. The Resident Assessment Index in Home Care. AMK -opinnäytetyö. Tampereen ammattikorkeakoulu. Viitattu 26.9.2017. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2012121018807>

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY, 21-43.

Lukka, K. 2014. Konstruktiivinen tutkimusote. Viitattu 29.3.2017. <https://metodix.fi/2014/05/19/lukka-konstruktiivinen-tutkimusote/>

Ollinpoika, M. 2017 ja 2018. Kotihoitojohtaja, Sastamalan seudun sosiaali- ja terveyspalveluiden kotihoitopalvelut. Sastamala. Henkilökohtainen tiedonanto 15.11.2017 ja 20.12.2018.

Pennanen, M. 2007. RAI-arviointi järjestelmä osana vanhainkodin asukkaan hoitosuunnitelmaa ja väliarviointia. Vertailukehittämishanke Koukkuniemen vanhainkodin ja Riistavuoren vanhustenkeskuksen välillä. YAMK-opinnäytetyö. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu.

Pirkanmaa www-sivut. 2018. Viitattu 17.9.2018. <http://www.pirkanmaa.fi/>

Räsänen, H. 2005. Henkilökunnan kokemuksia hoidon seurantajärjestelmän (RAI) käytettävyydestä vanhusten pitkäaikaishoidossa. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto: Terveystieteiden ja -talouden laitos.

Saaranen-Kauppinen A. & Puusniekka A. 2006. KvaliMOTV Menetelmäopetuksen tietovaranto (verkkójulkaisu) Tampere. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 1.10.2017. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus>

Sairaanhoitajat www-sivut 2018. Viitattu 30.3.2018. <https://sairaanhoitajat.fi/>

Sastamalan kaupungin www-sivut. 2017. Viitattu 4.2.2017. <http://www.sastamalan-kaupunki.fi/>

Sernola, R. 2014. RAI-järjestelmän hyödyntäminen lähiesimiehen työkaluna kotihoitossa. YAMK-opinnäytetyö. Tampereen ammattikorkeakoulu. Viitattu 28.9.2017. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2014120117729>

Sosiaalihuoltolaki. 2014. L 30.12.2014/1301. Viitattu 11.10.2017. www.finlex.fi.

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2017. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6. Viitattu 30.3.2018. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3960-8>

STM:n www-sivut. 2017. Viitattu 7.3.2017. <http://stm.fi/koti-ja-omaishoito/rahoitet-tavat-hankkeet/ikaneuvo>

STM:n www-sivut 2017. Viitattu 11.10.2017. <http://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>

Terveydenhuoltolaki. 2010. L 30.12.2010/1326. Viitattu 11.10.2017. www.finlex.fi.

THL:n www-sivut. 2017 ja 2018. Viitattu 4.2.2017 ja 30.3.2018. <https://www.thl.fi>.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennako-
arvioinnin järjestämiseksi. Viitattu 18.10.2018. <http://www.tenk.fi/>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkaus-
epäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 14.10.2018. <http://www.tenk.fi/>

Uusitalo, K. & Kohtamäki, M. 2011. Konstruktiivisen tutkimusotteen rooli menetel-
mien kentässä. Teoksessa Puusa, A. & Juuti, P. (toim.) Menetelmäviidakon raivaajat
–perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan. Helsinki: Johtamistaidon
opisto, 281–295.

Vaarama, M. 2015. Esipuhe. Teoksessa Heikkilä, R. & Mäkelä, M. (toim.) Onnistu-
minen -RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta suomessa. Helsinki: Terveyden- ja hy-
vinvoinninlaitos. THL:n raportti 9/2015, 3–4.

Valli, R. 2015. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. 2. uud. p. Jyväskylä: PS-
kustannus.

Vehkalahti, K. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Finn Lec-
tura.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Viitattu 29.3.2017. [http://hanna.vilka.fi/wp-con-
tent/uploads/2014/02/Tutki-ja-mittaa.pdf](http://hanna.vilka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-mittaa.pdf)

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uud. p. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vähäkangas, P., Niemelä, K. & Noro, A. 2012. Ikäihmisten kuntoutumista edistävän
toiminnan lähijohtaminen. Koti- ja ympärivuorokautisen hoidon laatu ja kehittämi-
nen. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 48/2012

Kotihoidon RAI-mittareita

Kognitiiviset toiminnot (0 - 6), CPS_6

Arkisuoriutuminen, päivittäiset toiminnot (0 - 6), ADL-H_6

Arkisuoriutuminen, päivittäiset toiminnot (0 - 28), Laaja ADL_28

Arkisuoriutuminen, välinetoiminnot (0 - 21), IADL_21

Arkisuoriutuminen (oletettu suorituskyky), välinetoiminnot (0 - 6), Lyhyt IADL_6

Mieliala: Masennusasteikko (0 - 14), DRS_14

Painoindeksi, BMI

Kipu (0 - 3), Pain_3

Palvelutarpeiden luonne (1 - 5), MAPLe_5

MAPLe Risk CAP (Laitoshoitoon joutumisen uhka, 0 - 1)

MAPLe Screener (Geriatrinen Screener, 0 - 1)

Palvelutarpeiden luonne (1 - 15), MAPLe_15

Hauraus: Terveystilan vakaus (0 - 5), CHESS_5

Asiakkaan kuntoutumismahdollisuus (0 - 1), REHABPOT_1

(THL-www-sivut 2018; Finne-Soveri & Noro 2006, 61–86)

LIITE 2

CAP LUETTELO		
1. Toimintakyky	CAP 1	Päivittäiset toiminnot (ADL) ja kuntoutumisen voimavarat
	CAP 2a	Välinetoiminnot (IADL) ja kuntoutumisen voimavarat
	CAP 2b	Välinetoiminnot (IADL) ja todennäköinen lisäävun tarve
	CAP 3	Elämäntapoihin liittyvät uhkatekijät
	CAP 4	Laitoshoitoon joutumisen uhka
2. Aistit	CAP 5	Kommunikaatio
	CAP 6	Näkö
3. Mielenterveys	CAP 7	Alkoholin käyttöön liittyvät ongelmat
	CAP 8	Kognitio (älyllinen toimintakyky)
	CAP 9	Käyttöoireet
	CAP 10	Mieliala ja ahdistuneisuus
	CAP 11	Kaltoinkohtelu
	CAP 12	Sosiaalisten aktiviteettien uhkatekijät
4. Terveystila	CAP 13	Sydän ja hengitys
	CAP 14	Kuivuminen
	CAP 15	Kaatuminen
	CAP 16	Ravitsemus
	CAP 17	Suun kuivuminen
	CAP 18	Kipu
	CAP 19	Painehaavat
	CAP 20	Iho ja jalkojen kunto
5. Palvelut	CAP 21	Hoitoon sitoutuminen
	CAP 22	Tukiverkoston hauraus
	CAP 23	Lääkehoito
	CAP 24	Palliatiivinen hoito
	CAP 25	Preventio
	CAP 26	Psykenlääkkeet
	CAP 27	Uloskirjauksen tai palvelujen vähentämisen mahdollisuudet
	CAP 28	Toimintaympäristön uhkatekijät
6. Pidätyskyky	CAP 29	Suolen toiminta
	CAP 30	Virtsan pidätyskyvyttömyys ja katetrit

(Finne-Soveri & Vähäkangas 2006, 34)

E-LOMAKEKYSELY

Lomakekysely RAI-arviointi kotihoidossa

Lomake on ajastettu: julkisuus alkaa [17.9.2017 20.00](#) ja päättyy [2.10.2017 20.00](#)

Pyydän sinua valitsemaan sopivan vaihtoehdon tai kirjoittamaan vastauksen sille varattuun tilaan.

Taustatiedot

Sairaanhoidtaja/terveydenhoitaja Lähiohjaaja Muu

Ammattiryhmäsi

Muu, mikä?

Organisaatio, jossa työskentelet Nokian kaupunki
 Pirkkalan yhteistoiminta-alue
 Sastamalan seudun sosiaali- ja terveyspalvelut

Kuinka monta vuotta on työkokemuksesi nykyisessä työssäsi?

alle vuosi 1-2 vuotta 3-4 vuotta yli 4 vuotta

Kuinka pitkältä ajalta sinulla on kokemusta RAI-järjestelmän käytöstä?

Viikoittain Kuukausittain Harvemmin

Kuinka usein teet RAI-arviointeja?

Erittäin huono Huono Tyydyttävä Hyvä Erittäin hyvä

Miten arvioisit tämän hetkistä RAI-järjestelmäosaamistasi

Seuraava >>

Lomakekysely RAI-arviointi kotihoidossa

Lomake on ajastettu: julkisuus alkaa [17.9.2017 20.00](#) ja päättyy [2.10.2017 20.00](#)

Pyydän sinua valitsemaan sopivan vaihtoehdon tai kirjoittamaan vastauksen sille varattuun tilaan.

RAI-arviointijärjestelmä

Pyydän sinua seuraavaksi valitsemaan alla olevista väittämistä sen, joka parhaiten vastaa tilannettasi koskien RAI-arviointijärjestelmää ja sen hyödynnettävyyttä.

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
RAI-arviointijärjestelmän käyttö on yksinkertaista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RAI:n tekeminen on rasittavaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RAI:n tekeminen lisää työn kuormittavuutta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiedän miksi teen RAI-arviointeja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiedän milloin RAI-arviointi pitää tehdä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RAI-arvioinnit vievät aikaa asiakastyöltä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RAI:n kysymykset ovat helppoja ymmärtää	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ymmärrän RAI:n eri osa-alueiden merkityksen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yksikössäni on RAI-tukihenkilö, joka auttaa ongelmatilanteissa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yksikössäni käydään läpi RAI-asioita yhteisissä palavereissa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
Osaan lukea RAI-arvioinnista saatavia raportteja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RAI-raportit auttavat minua asiakastyössä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RAI-arvioinnista saan hyödyllistä tietoa käytännön hoitotyöhön	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Käytän RAI-arvioinnista saatavia tietoja päivittäisessä hoitotyössä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RAI-arvioinnin avulla saatu tieto on merkityksellistä hoidon suunnittelulle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asiakkaan RAI-arvioinnista saatava yhteenveto auttaa hoitotyön suunnitelman tekemisessä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RAI auttaa huomioimaan asiakkaan omat voimavarat hoidon suunnittelussa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan hyödyntää RAI-käsikirjoja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan hyödyntää CAP-listoja hoitotyön suunnitelman tekemiseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osaan hyödyntää RAI-mittareita hoitotyön suunnitelman tekemiseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
RAI-arvioinnit parantavat hoidon laatua työpaikallani	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RAI- arvioinnin tekoon osallistuu eri ammattiryhmiä yksikössäni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RAI:n myötä kirjaaminen on kehittynyt yksikössäni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ammatillinen osaamiseni on kasvanut RAI:n myötä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen saanut riittävästi koulutusta RAI-arviointijärjestelmästä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Lomakekysely RAI-arviointi kotihoidossa

Lomake on ajastettu: julkisuus alkaa [17.9.2017 20.00](#) ja päättyy [2.10.2017 20.00](#)

Pyydän sinua valitsemaan sopivan vaihtoehdon tai kirjoittamaan vastauksen sille varattuun tilaan.

RAI- arviointi omin sanoin

Pyydän sinua vastaamaan seuraaviin kysymyksiin omin sanoin.

Kuvaile RAI-arviointijärjestelmän mukanaan tuomia hyötyjä

Kerro miten hyödynnät RAI-arviointia omassa työssäsi.

Mitä muuta haluat sanoa RAI-arviointijärjestelmästä?

Kiitos vastauksestasi!

<< Edellinen | Seuraava >>

Hei!

Opiskelen vanhustyön ylempää ammattikorkeakoulututkintoa Satakunnan ammattikorkeakoulussa ja teen opinnäytetyötä aiheesta RAI-arviointiprosessin kehittäminen sairaanhoitajan työssä kotihoidossa. Työskentelen itse Vammalan kotihoidossa sairaanhoitajana. Olen ollut yhteydessä vanhustyön johtajiinne ja saanut tutkimusluvan organisaatiostanne. Kysely tehdään Nokian, Pirkkalan, Vesilahden, Sastamalan ja Punkalaitumen kotihoidon henkilökunnalle. Teen sähköpostin välityksellä kyselytutkimuksen vakituiselle kotihoidon henkilöstölle (terveydenhoitajat, sairaanhoitajat, geronomit, lähihoitajat yms., mutta ei esimiehet) sekä pitkäaikaisille sijaisille (Yli 6 kk kotihoidon yksikössänne työskenteille). Sähköpostilla tulee linkki, jota kautta pääsee vastaamaan melko lyhyeen kyselyyn, jossa on monivalintakysymyksiä ja kolme avointa kysymystä. Tavoite olisi aloittaa kyselytutkimus 18.9. ja vastausaikaa 1.10. asti.

Toivoisin, että pystyisitte lähettämään minulle sähköpostilla listan henkilökuntanne sähköpostiosoitteista, jotka täyttävät nämä kriteerit esimerkiksi jakamalla tämän viestin eteenpäin. Ei haittaa, vaikka joukkoon eksyisi joku, joka ei kriteerejä täytä.

Lisäksi toivoisin, että informoisitte tulevasta kyselystä henkilökuntaa esim. sähköpostilla ja mahdollisissa palavereissa ja kannustaisitte siihen vastaamista, koska hyvä vastausprosentti lisää tutkimuksen luotettavuutta ja opinnäytetyön onnistumista.

Liitteenä kyselyyn tuleva saatekirje ja tutkimussuunnitelma, jonka lopusta löytyy kyselylomakkeen raakaversio.

Olen suuresti kiitollinen, jos arjen kiireidenne keskellä ehditte minua auttamaan opinnäytetyössäni.

Ystävällisin terveisin,

Maria Haavisto

LIITE 5

Hyvä vastaanottaja!

Opiskelen Satakunnan ammattikorkeakoulussa vanhustyön koulutusohjelmassa ylemmää ammattikorkeakoulututkintoa. Tutkintooni kuuluu opinnäytetyö, jonka aiheesta RAI-arviointiprosessin kehittäminen sairaanhoitajan työssä kotihoidossa. Opinnäytetyöhöni kuuluu osana lomakekysely, jonka toteutan Nokian, Pirkkalan, Vesilahden, Sastamalan ja Punkalaitumen kotihoidoissa. Työskentelen itse Sastamalan kotihoidossa sairaanhoitajana. Meillä RAI-arviointijärjestelmä on ollut käytössä vähän yli vuoden ja halusin kyselyyn mukaan myös organisaatioita, joissa järjestelmä on ollut pidempään käytössä. Kyselyn kohderyhmänä ovat sellaiset kotihoidon hoitajat, jotka ovat RAI-arviointeja tehneet.

Alla linkki kyselylomakkeen osoitteeseen sekä lomakkeeseen pääsyyn tarvitsemäsi käyttäjätunnus ja salasana. Voit kirjautua sivulle vain yhden kerran.

Pyydän sinua ystävällisesti vastaamaan kyselylomakkeen kysymyksiin, sillä mielipiteesi on minulle tärkeä opinnäytetyön onnistumisen kannalta. Toivon, että vastaat jokaiseen kysymykseen totuudenmukaisesti. Kyselyyn vastaaminen vie aikaa noin 10-15 minuuttia. Vastaukset ovat nimettömiä, eikä yksittäisen vastaajan henkilöllisyys tule missään vaiheessa ilmi. Vastausaikaa on 1.10.2017 asti.

Vastaan mielelläni opinnäytetyötä koskeviin kysymyksiin.

Vastauksista jo etukäteen kiittäen

Maria Haavisto

Puh:

maria.haavisto@student.samk.fi

Linkki kyselylomakkeeseen

Osoite: <https://elomake.samk.fi/lomakkeet/7014/lomake.html>

Käyttäjätunnus: 13587

Salasana: 8NLETC

Kiitos vastauksestasi!

RAI-ARVIOINNIN TOIMINTAMALLI SOTESIN KOTIHOIDOSSA

RAI-arviointijärjestelmä

RAI-järjestelmä on standardoitu tiedonkeruun ja havainnoinnin välineistö, joka on tarkoitettu asiakkaan palvelutarpeen arviointiin sekä hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman laatimiseen. RAI-arviointi on järjestelmällinen ja monipuolinen. RAI-välineistön sisältöä ylläpitää ja sen oikeudet omistaa kansainvälinen tutkijaverkosto interRAI. THL valvoo RAI-välineiden suomalaisia versioita.

Kotona asuvan palveluihin on suunniteltu RAI-HC (Home Care).

RAI-arviointi tehdään RAIsoffin internet-pohjaisella ohjelmalla ja siihen kuuluu mm.

- kysymyslomake vastausvaihtoehtoineen
- käyttäjäkäsikirja
- arvioinnin perusteella lasketut mittarit, mittarikäsikirja
- hoidon ja palvelujen päätöksentukiherätteet (CAPsit), CAP- käsikirja.

RAI-arviointijärjestelmän tavoitteet:

- laaja-alainen, tasapuolinen asiakkaan palvelutarpeen arviointi
- ajantasaiset, luotettavat ja oikein tehdyt RAI-arvioinnit
- RAI-arvioinnin hyödyntäminen hoidon suunnittelussa, toteutuksessa, arvioinnissa, laadun seurannassa, vertailukehittämisessä ja johtamisessa
- palveluiden ja resurssien oikea kohdentaminen.

RAI-arviointijärjestelmän yleisiä periaatteita:

RAI-arviointijärjestelmä on koko kotihoidon yhteinen työkalu, jonka käyttöön kaikki työntekijät ovat sitoutuneet.

RAI-arvioinnin tekeminen on osa hoitotyötä ja suurin osa siitä tehdään asiakkaan luona.

Oikein ja luotettavasti tehty arviointi on koko järjestelmän perusta.

RAI-arviointi tehdään kotihoidon uusille asiakkaille neljän viikon arviointijakson aikana, puolivuositain ja voinnin oleellisesti muuttuessa.

RAI-arviointia hyödynnetään palvelujen ja hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa asiakkaan omat tavoitteet ja voimavarat huomioiden. Hoitotyön suunnitelman laatimiseen on kirjaamistyöryhmän laatima ohje.

RAI-arviointi on osa asiakkaan hoitokertomusta/tietojärjestelmää ja juridinen asiakirja.

RAI-arvioinnin mittaritulokset toimivat suuntaa-antavina kriteereinä kotihoidon palveluihin ja tehostettuun asumispalveluun.

Perehdytys RAI-arviointiin:

- Thl:n verkkoperehdytys
- RAI-vastaavan/sairaanhoidajan perehdytys käytäntöihin, RAIsoft-ohjelmaan ja kyselylomakkeeseen
- RAI-kansio ja siellä oleva materiaali
- ensimmäinen arviointi yhdessä toisen työntekijän kanssa
- RAI-tunnukset annetaan vasta sitten, kun työntekijä on käynyt läpi perehdytyksen.

RAI-kansio:

- RAI-arvioinnin prosessi kuvattu sanallisesti ja kaaviona
- pika-ohje RAI-arvioinnin aloituksesta ja tekemisestä
- RAI-koulutuksen ohjeet, kysymyslomake, käsikirjat, ohje netin jakamisesta puhelimitse, asiakkaalle vietävät lomakkeet ja lista CAPSeista
- erityisohjeita esim. kognition arvioimisesta

Henkilökunnan toimenkuvat RAI-arvioinnissa:

Lähihoitaja/Omahoitaja:

- Vastaavat arvioinnin toteuttamisesta omille uusille asiakkailleen neljän viikon sisällä RAI-arvioinnin prosessin mukaisesti ja vanhoille asiakkaille puoli-vuosittain tai voinnin olennaisesti muuttuessa
- Hyödyntävät RAI:n tuloksia hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa: mittarit, CAPsit
- Käyvät arviointeja tarvittaessa läpi yhdessä RAI-vastaavien, sairaanhoitajien, asiakasohjaajien, esimiesten ja muun henkilökunnan kanssa
- Tunnistavat milloin pitää tehdä RAI (ns. vointi olennaisesti muuttunut -tilanne)

RAI-vastaavat/Sairaanhoitajat:

- RAI-vastaavia ovat tiimien sairaanhoitajat tai erikseen nimetyt lähihoitajat
- sitoutuvat RAI-työkaluun ja sen käyttöön sekä ymmärtävät RAI:n merkityksen
- ovat asiantuntijoita RAI-ohjelmiston teknisissä asioissa ja osaavat tehdä teknisiä muokkauksia tarvittaessa
- antavat oikeuksia uusille työntekijöille sovitulla laajuuksilla
- tekevät omahoidettavilleen RAI-arviot
- hyödyntävät RAI-vuosikelloa
- ovat RAI-ohjausryhmän jäseniä, osallistuvat ryhmän kokouksiin
- koordinoivat oman tiiminsä arviointien kalenterointia koko vuodelle (huom. kaksi kertaa vuodessa THL-siirrot 7.4. ja 7.10.)
- seuraavat keille asiakkaille tulee tehdä RAI-arvio ja tuovat seuraavan kuukauden arviotavista listan tiimikokouksiin/pikkutiimeihin
- ohjaavat ja neuvovat lähihoitajia arviointien tekemisessä, tulosten analysoinnissa ja hyödyntämisessä
- tarkastelevat tehtyjen arviointien tuloksia yhdessä omahoitajan kanssa: mittarit, erityisesti CHES, PAIN ja CAPsit. CAPseista erityisesti THL:n laaturaportista valitut, jotka ovat tällä hetkellä CAP 14 (kuivuminen), 16 (riittämättömät ateriat) ja 18 (kipu) ja mittariristiriidat

- tuo tietoa tiimille tiimin Mittaristo-yhteenvedosta
- perehdyttävät uudet hoitajat
- osaavat tehdä arvioinnit ja hyödyntää niitä omassa työssään ja osaavat kohdentaa oman työnsä RAI:n perusteella

Huom. tehtävät päällekkäisiä esimiesten kanssa painottuen eri näkökulmaan

Asiakasohjaajat:

- tekevät tarvittaessa uudelle asiakkaalle palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä RAI-arvioinnin kokonaan tai osittaisarvioinnin (erityisesti omaishoidon asiakkaat)
- tekevät arviointijakson jälkeen palvelupäätökset (myönteinen/kielteinen)
- tekevät palvelu- ja hoitosuunnitelman yhdessä asiakkaan, tarv. omaisen ja omahoitajan (kotihoidon asiakas) kanssa RAI:ta hyödyntäen.
- päivittävät RAI:n tarvittaessa SAS-lähetettä tehtäessä

Kotihoidon esimiehet:

- sitoutuvat RAI-työkaluun ja sen käyttöön sekä ymmärtävät RAI:n merkityksen
- ovat asiantuntijoita RAI-ohjelmiston teknisissä asioissa ja osaavat tehdä teknisiä muokkauksia tarvittaessa
- voivat poistaa jakson, arviointeja ja henkilön sekä avata lukitun arvioinnin
- antavat oikeuksia uusille työntekijöille sovitulla laajuuksilla
- vastaavat, että jokaisessa tiimikokouksessa on jatkossa asialistalla RAI (esim. arviointien toteutuminen, haasteet, hyödyntäminen, koontiraporteista esiin nostetut asiat)
- vastaavat yhteisten toimintatapojen noudattamista omalla alueellaan
- tuovat toimintatapojen muutostarpeet ohjausryhmän käsittelyyn
- tiimitason tulosten tuonti KOHOn työskentelyyn ja johtamisen välineeksi
- vastuu, että RAI:t tehdään puolivuositain tai vointi olennaisesti muuttunut - tilanteissa
- osaavat tehdä arvioinnit ja hyödyntää niitä omassa työssään
- vastaavat siitä, että käyttöoikeudet tarkistetaan kaksi kertaa vuodessa (ei oikeuksia niillä, joille ei kuulu). HUOM. sijaiset työsopimus vähintään puoli vuotta)
- vastaavat tapahtumalokin tarkastuksesta ja puuttuvat niihin, jos asiattomia käyntejä RAI:ssa.

Kotihoitojohtaja:

- on koollekutsuja ohjausryhmälle
- tukee ja auttaa ohjausryhmää RAI:n käytössä ja hyödyntämisessä

- sitoutuu RAI-työkaluun ja sen käyttöön sekä ymmärtää RAI:n merkityksen
- on asiantuntijana RAI-ohjelmiston teknisissä asioissa ja osaa tehdä teknisiä muokkauksia tarvittaessa
- antaa tarvittaessa oikeuksia uusille työntekijöille (esimiehille) sovituilla laajuuksilla
- vastaa RAI-organisaatiopuusta
- toimii yhteyshenkilönä RAIsotfin ja kouluttajien kanssa
- toimii yhteistyössä IT-vastaavan kanssa
- hyödyntää tiimitason RAI-tietoja työssään
- koostaa koko kotihoidon osalta tietoa KOHO:lle, Sote-johtoon sekä tarvittaessa kaupungin hallitukselle ja valtuustolle
- hyödyntää vertailukehittämistä

RAI ohjausryhmä, RAIvo-ryhmä:

- sopii yhteisistä käytätavoista ja valvoo niiden noudattamista
- kehittää ja arvioi RAI-prosessia ja hyödyntämistä
- laatii RAI-vuosikellon ja sitoutuu sen käyttöön
- arvioi arviointien luotettavuutta
- arvioi RAI-raportteja ja vertailukehittämistä
- kokoontuu säännöllisesti

RAI-arviointiin ja sen käyttöön osallistuu myös muuta kotihoidon henkilökuntaa tai yhteistyökumppaneita kuten: kotihoidon lääkäri, fysioterapeutti, päivätoiminta/Kunto-Hoppu ja Kunto-Pakari, SAS-ryhmä ja kotiutushoitaja.