



Ari Hartikainen

Johanna Raitio

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

Opinnäytetyö, syksy 2019

HELSINGIN DIAKONISSALAITOKSEN HOIVA OY:N HOITAJIEN KOKEMUKSIA RAI-ARVIOINTIJÄRJESTELMÄSTÄ



TIIVISTELMÄ

Ari Hartikainen

Johanna Raitio

Helsingin Diakonissalaitoksen Hoiva Oy:n hoitajien kokemuksia RAI-arviointijärjestelmästä

Sivuja 45 ja 2 liitettä

Syksy 2019

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveystieteiden ammattikorkeakoulututkinto

Sairaanhoitaja (AMK)

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto ovat antaneet iäkkäiden ihmisten palvelujen kehittämistä koskevan laatusuosituksen. Laatusuosituksen tavoitteena on turvata mahdollisimman terve ja toimintakykyinen ikääntyminen koko ikääntyneelle väestölle sekä laadukkaat ja vaikuttavat palvelut niitä tarvitseville iäkkäille henkilöille. Tämän toteutuminen vaatii laaja-alaisen arviointivälineen, jonka avulla edistetään iäkkään yksilöllisyyttä. RAI “Resident Assessment Instrument” eli asukkaan arviointiväline on standardoitu tiedonkeruun ja havainnoinnin arviointijärjestelmä, joka täyttää vanhuspalvelulain vaatimukset.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kerätä Helsingin Diakonissalaitoksen Hoiva Oy:n hoitajien kokemuksia RAI-arviointijärjestelmästä. Opinnäytetyö tehtiin laadullisen tutkimuksen menetelmin. Opinnäytetyön tavoite oli tuoda ajankohtaista tietoa RAI-arviointijärjestelmän käytöstä Hoiva Oy:ssä.

Tulosten mukaan RAI-arviointijärjestelmää käytetään Hoiva Oy:ssä kokonaisvaltaisen hoidon- ja palvelun sekä kuntoutuksen suunnittelussa, hoitoisuuksien mittareina, hoidon seuraamisessa sekä laadun varmistamisessa. RAI-arviointijärjestelmällä pystyy seuraamaan kattavasti asukkaan toimintakykyä ja huomioimaan herkästi siinä tapahtuvat muutokset. RAI-arviointijärjestelmää käyttävä henkilöstö on Hoiva Oy:ssä koulutettu käyttämään RAI-arviointijärjestelmää.

Hoiva Oy:n hoitajien RAI-arviointijärjestelmän käytöstä nousi kehittämissuositus. Kehittämissuosituksena olisi parantaa integraatiota potilastietojärjestelmän ja RAI-arviointijärjestelmän välille siten, että RAI-arviointijärjestelmästä tiedot siirtyisivät suoraan potilastietojärjestelmään. Toimivamman integraation ansiosta hoitajille jäisi enemmän aikaa hoiva- ja hoitotyöhön sen sijaan, että RAI-arvioinnin jälkeen he joutuisivat manuaalisesti siirtämään tiedot potilastietojärjestelmän hoitosuunnitelmaan.

Asiasanat: RAI-arviointijärjestelmä, sairaanhoitaja, laadullinen tutkimus

ABSTRACT

Ari Hartikainen, Johanna Raitio

Helsinki Deaconess Institute Hoiva Oy nurses' experiences of Resident Assessment Instrument

45 p., 2 appendices

Autumn 2019

Diaconia University of Applied Sciences

Bachelor's Degree Programme in Health Care

Registered Nurse

The Ministry of Social Affairs and Health and the Association of Finnish Local and Regional Authorities have issued a quality recommendation for the development of services for the elderly. The purpose of the quality recommendation is to ensure that the entire aging population is in good health and well-functioning, and for that high-quality and effective services are needed for the elderly. This requires a comprehensive evaluation tool for promoting the individuality of the elderly. RAI's Resident Assessment Instrument is a standardized data collection and observation assessment system that complements the requirements of the Elderly Services Act.

The purpose of this thesis was to gather the experience of the nurses of Hoiva Oy of the Helsinki Deaconess Institute on the RAI evaluation system. The thesis was conducted by qualitative research methods. The aim of the thesis was to bring up-to-date information on the use of the RAI evaluation system in Hoiva Oy.

According to the results, the RAI evaluation system is used by Hoiva Oy to provide comprehensive care and services, as well as for rehabilitation planning, as a measure of care, to monitor care and to ensure quality. The RAI rating system is capable of comprehensively monitoring a resident's ability to function and is sensitive to changes in it. Personnel using the RAI evaluation system at Hoiva Oy are trained to use the RAI evaluation system.

A proposal for the development of Hoiva Oy's nurses' RAI evaluation system was raised. A development proposal would be to improve the integration between the Patient Information System and the RAI Assessment System by transferring data directly from the RAI Assessment System to the Patient Information System. More efficient integration would allow nurses to spend more time on nursing and nursing work rather than having to manually transfer data to the patient information system care plan after a RAI assessment.

Key words: RAI resident assessment instrument, registered nurse, qualitative analysis

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	4
2 DIAKONISSALAITOKSEN HOIVA OY	6
3 GERONTOLOGINEN HOITOTYÖ	8
3.1 Gerontologinen hoitotyö	8
3.2 Toimintakyvyn tukeminen	10
4 RAI-ARVIOINTIJÄRJESTELMÄ	12
4.1 RAI-järjestelmän esittely	13
4.1.1 Kysymyslomake MDS 2.0	14
4.1.2 Yksilöllisen hoitosuunnitelman apuvälinelista (RAPs)	15
4.1.3 RAI-arviointijärjestelmän käsikirja eli ohjeisto ja RAI-koulutus	16
4.1.4 RAI-arviointijärjestelmä mittareiden käytöstä ja tulosten tulkinnasta	17
4.2 RAI-arviointijärjestelmän käyttö hoitotyössä	18
4.2.1 Alkukartoitus ja tiedon keruu sekä RAI-arvioinnin toteutus	19
4.2.2 RAI-arvioinnin tulokset	21
4.2.3 RAI-tiedon hyödyntäminen tavoitteellisen palvelu- ja hoitosuunnitelman laadinnassa	21
4.2.4 Hoidon toteuttaminen ja asukkaan uudelleen arviointi	22
5 LAADULLINEN TUTKIMUS JA AINEISTON KERUU	23
5.1 Laadullinen tutkimus	23
5.2 Laadullisen tutkimuksen aineiston kerääminen ja analyysi	24
6 TULOKSET	28
6.1 Kokemukset RAI-arviointijärjestelmän käytöstä Hoiva Oy:ssä	28
6.1.1 RAI:n hyödyt	28
6.1.2 RAI:n haasteet	30
6.1.3 RAI:n kehittämisideoita	32
6.2 RAI-arviointijärjestelmän koulutus	33
7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	34
7.1 Tulosten tarkastelu	34
7.2 Eettisyys ja luotettavuus	37
7.3 Ammatillinen kasvu	38
8 LÄHTEET	40
9 LIITE 1. Opinnäytetyön tiedote	47
10 LIITE 2. Kyselylomake	48

1 JOHDANTO

Hyvän vanhusten hoivan keskiössä on ihmisen oikeus tarpeenmukaiseen, kattavaan palveluiden ja tuen tarpeiden arviointiin perustuvaan palvelukokonaisuuteen. Palvelukokonaisuutta arvioidaan uudelleen vanhuksen oman toimintakyvyn muutosten mukaan. (Hyvä ympärivuorokautinen hoito. Käypä hoito –suositus 2016.)

Toimintakyky on keskeinen osa ihmisen hyvinvointia. Toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen psyykkisiä, fyysisiä ja sosiaalisia edellytyksiä toimia siinä ympäristössä, jossa hän elää. Toimintakykynsä ansiosta ihminen saa edellytykset itselleen merkityksellisiin ja välttämättömiin jokapäiväisiin arjen toimintoihin muun muassa harrastuksiin, vapaa-aikaan sekä itsestä ja muista huolehtimiseen. Toimintakyvyn ansiosta iäkäs pystyy selviytymään arjesta itsenäisesti. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Toimintakyky. Mitä toimintakyky on?)

RAI eli Resident Assessment Instrument, suomeksi potilaan arviointiväline, on standardoitu havainnoinnin ja tiedonkeruun välineistö, joka on tarkoitettu asiakkaan palvelutarpeen arviointiin sekä hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman laatimiseen (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Ikääntyminen. RAI-vertailukehittäminen. Tietoa RAI-järjestelmästä). RAI-arviointijärjestelmässä arviointi on monipuolinen ja systemaattinen palvelutarpeen arviointiprosessi, joka toteutetaan asukkaan kanssa yhdessä. Arvioinnista saadun tiedon avulla pystytään havaitsemaan henkilön omat voimavarat ja toimintakyvyn vajeet sekä hoidon ja palvelujen tarve. (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Ikääntyminen. RAI-vertailukehittäminen. RAI:n käyttö hoitotyössä). Johanna Arppe (henkilökohtainen tiedonanto 3.4.2019) Helsingin Diakonissalaitoksen Hoiva Oy:ssä on käytössä RAI-arviointijärjestelmä, jonka avulla saavat tietoa asiakkaan tarpeista ja voimavaroista hoitosuunnitelman laatimista varten. Yksikötasoisena RAI-tiedon avulla seuraavat ja arvioivat yksikön hoidon laatua ja toimintaa.

Teimme opinnäytetyön yhteistyössä Helsingin Diakonissalaitoksen Hoiva Oy:n kanssa. Opinnäytetyössä kartoitimme hoitajien kokemuksia RAI-arviointijärjestelmästä ja sen käytöstä Hoiva Oy:n sairaanhoitajien ja RAI-vastaavien keskuudessa. Hoiva Oy:ssä RAI-järjestelmää käytetään vanhusten ja monisairaiden

hoidossa sekä hoidon ja palveluiden kokonaisvaltaisessa arvioinnissa-, seurannassa ja laadun parantamisessa. Tutkimuksemme on laadullinen tutkimus, johon aineisto kerättiin Webropol -kyselytyökalulla. Laadullisen tutkimuksen tulosten avulla Hoiva Oy:n henkilökunta saa ajankohtaista tietoa hoitajien RAI-arviointivälineen käytöstä. Työelämänedustajana on Hoiva Oy:n yksi yksikönjohtajista Johanna Arppe. Kyselyn tiedonantajina opinnäytetyössä ovat Hoiva Oy:n sairaanhoitajat sekä RAI-vastaavat. RAI-vastaavat Hoiva Oy:ssä ovat pääsääntöisesti sairaanhoitajia, mutta osa heistä on myös lähihoitajia, jotka on koulutettu sairaanhoitajien ohella tekemään RAI-arviointeja. Opinnäytetyömme pohjautuu Hoiva Oy:ssä käytettävään ympärivuorokautiseen hoitoon tarkoitettuun RAI-arviointijärjestelmään.

Tutkimuskysymyksemme tarkoituksena oli kartoittaa millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla ja RAI-vastaavilla on RAI-arviointijärjestelmästä Hoiva Oy:ssä. Keräsimme kokemuksia RAI-mittarin käytöstä Webropol-kyselyn avulla. Tutkimuskysymykset käsittelevät RAI:n hyötyjä, haasteita sekä kehittämideoita. Tutkimuskysely on analysoitu teemoittelun avulla.

2 DIAKONISSALAITOKSEN HOIVA OY

Työelämäneudustajana toimii Helsingin Diakonissalaitoksen säätiö ja sen tytäryritys Helsingin Diakonissalaitoksen Hoiva Oy. Helsingin Diakonissalaitos perustettiin 1867. Hoivan toiminta käynnistyi vuonna 2004, jolloin Helsingin Diakonissalaitoksen säätiön kotihoidon vanhustyö sekä Diacor terveystalvet Oy:n sisätautien vuodeosasto siirtyivät Hoivalle. Hoivassa henkilöstö on hoidon asiantuntijoita etenkin ikääntyneille ja erityisryhmille ja siellä tarjotaan palveluita sekä kehitetään uusia innovaatioita yhdessä asiakkaan kanssa. Helsingin Diakonissalaitos tuottaa asumis-, päihde- ja hoivapalveluja vastuullisesti ja siellä on pitkä vankka historia ja vahva arvopohja, joka luo perustan toiminnalle. (Diakonissalaitoksen Hoiva.)

Hoiva käsitteenä Räsänen (2011, 30) mukaan tarkoittaa arvon luomista yhdessä asiakkaiden kanssa, koska se on perusluonteeltaan vuorovaikutteinen prosessi ja kokemus. Hän käsittää hoivan ajattelu- ja toimintamalliksi, jolla tavoitellaan iäkkään ihmisen toimintakyvyille, terveydelle ja hyvinvoinnilla myönteisiä asioita (Räsänen, 2011, 44). Hoivassa on ensisijaisesti kyse huolenpidon vaihtamisesta, riippuvuuden ja luottamuksen kysymykset nousevat esille ja sitovat ihmisiä yhteen. Räsänen (2011, 32) korostaa hoivan saajan osoittavan luottamusta hoitajalleen antaessaan osan itsestään tämän vastuulle. Hoitaja puolestaan hoivan antajana osoittaa luottamuksensa välittämisenä ja huolenpitona. Luottamus on eettisyyden ja hoivan perusta. Räsänen (2011, 33) ottaa hoivan näkökulmaksi välittämisen. Ympäri vuorokautisessa hoivassa välittäminen tarkoittaa arjen jakamista ja arki yhdistää. Arjen askareissa hoitaja tarvitsee tietoa hoivaa tarvitsevan iäkkään alati vaihtuvista tarpeista ja voimavaroista. Hoitaja toteuttaa erilaisia inhimillisiä välittämisen, huolenpidon ja huolehtimisen vastuunoton tehtäviä. Hoitaja tukee omalla toiminnallaan iäkkään hyvinvointia ja elämänlaatua sekä kartuttaa hänen voimavarojaan. Iäkäs itse määrittelee mikä hänelle on hyvää välittämistä. Hoitajan kunnioittaessaan iäkkään tahtoa, välittäminen tukee iäkkään hyvää elämää ja vanhuutta. Helsingin Diakonissalaitoksella on pitkä perinne iäkkään ihmisen hoivasta. Helsingin Diakonissalaitoksen perustamisen jälkeen aloittivat nuorten naisten kouluttamisen hoiva-ammattiiniin, diakonissoiksi. (Hoiva.Meistä.Historia.)

Johanna Arppe (henkilökohtainen tiedonanto 3.4.2019) mukaan Hoiva Oy:llä on 17 yksikköä, jotka sijaitsevat Helsingissä Pitäjänmäellä, Kalliossa ja Viikissä. Niissä tarjotaan ympärivuorokautista tehostettua palveluasumista sekä lyhytaikaisia hoivajaksoja. Hoiva käyttää niistä nimitystä 'hoivakodit'. Hoivakodilla tarkoitetaan kotia, jossa tarjotaan ympärivuorokautista huolenpitoa ja hoivaa ikäihmisille (Diakonissalaitoksen Hoiva). Räsänen (2011, 29) mukaan ikääntyneen ympärivuorokautisen hoivan tarkoittavan huolenpitoa, hoitoa ja hoivaa tai niitä sisältäviä palveluita. Hoivakoti pohjautuu ajatukseen, jossa asuminen on ensin ja sen jälkeen sitä vahvistavat hoitopalvelut. Hoitopalveluilla Räsänen tarkoittaa ikääntyneen henkilön päivittäistä suoriutumista tukevat sosiaali- ja terveyspalvelut. Hoivakodissa asuvat asiakkaat tarvitsevat yleensä hoitajan välitöntä läheisyyttä ja apua. Hoivakoti on usein ikäihmisten loppuelämän koti. Hoivakodeissa asuu paljon muistisairaita ja monisairaita ikäihmisiä, joille tarjotaan oma huone sekä heidän tarvitsemansa hoidot ja palvelut. (Diakonissalaitoksen Hoiva.)

RAI-arviointijärjestelmä on käytössä Hoivan ympärivuorokautisessa hoidossa. RAI-arviointijärjestelmän avulla hoivassa selvitetään asukkaan yksilöllisen hoivan ja hoidon sekä palveluiden tarve. Hoivassa tuetaan ikääntyneitä ja heidän läheisiään muuttuvissa elämäntilanteissa ja kuljetaan heidän rinnallaan loppuun asti. Hoivan henkilökunta on hoivakotien asukkaiden apuna ympäri vuorokauden. (Diakonissalaitoksen Hoiva.) Helsingin Diakonissalaitoksen Hoivan työ pohjautuu kristilliseen lähimmäisen rakkauteen ja siitä lähtevän kulttuurin ja perinteen vaalimiseen, jossa puolustetaan jokaisen ihmisen luovuttamatonta ihmisarvoa, jossa edistetään heikoimmassa asemassa olevien ihmisarvoa ja luovat mahdollisuuksia inhimillisesti arvokkaaseen elämään. Hoivan arvot tarkoittavat toiminnassaan sitä, että ovat rohkeita ja suvaitsevaisia, asiantuntijoita ja uudistuvia, rakentavat toivoa ja luottamusta sekä arvostaa omaa historiaansa. (Helsingin Diakonissalaitoksen Hoiva Oy.)

3 GERONTOLOGINEN HOITOTYÖ

Gerontologinen hoitotyö käsittää iäkkään ihmisen hyvinvoinnin ja terveyden sekä toimintakyvyn saavuttamisen ja säilyttämiseen pyrkivää hoitotyötä (Voutilainen, Routasalo, Isola & Tiikkainen, 2009, 16). Kivelä (2006, 15) mukaan gerontologinen hoitotyö tarkoittaa lisäksi myös lääketieteellistä hoitoa. Gerontologiseen hoitotyöhön kuuluu myös elämän loppuvaiheen hoito. Gerontologista hoitotyötä ohjaava tietopohja pohjautuu gerontologiseen hoitotieteeseen. Hoitotieteen keskeiset tutkimuskohteet ovat ihminen, terveys, hoitaminen, hoitotyö ja ympäristö. (Voutilainen ym. 2009, 17.) Gerontologinen hoitotyö ja toimintakyvyn tukeminen ovat Hoiva Oy:ssä keskeisessä roolissa. Toimintakyky käsittää psyykkisen, fyysisen, sosiaalisen sekä kognitiivisen toimintakyvyn (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Mitä toimintakyky on? Toimintakyvyn ulottuvuudet).

3.1 Gerontologinen hoitotyö

Gerontologisen hoitotyön tavoitteena on edistää iäkkään sairauksien diagnosointia ja hoitoa sekä elämänlaadun parantamisen tai ylläpitämisen (Tarhonen 2013, 4-5). Sarvimäki (2009, 28) lisää vielä terveyden, toimintakyvyn, onnistuneen vanhenemisen ja hyvän elämänlaadun. Hoitotyön tavoitteiden taustalta löytyy arvoja kuten autonomia, omatoimisuus ja yhteisöllisyys. Terveyttä ja toimintakykyä pidetään hyvinä ja tavoiteltavina asioina, koska niiden avulla iäkkäät pystyvät elämään sekä itsenäisesti ja omatoimisesti että yhdessä muiden ihmisten kanssa. Gerontologinen hoitotyö korostaa asiakaslähtöisyyttä, dialogista vuorovaikutusta ja luottamusta, joiden voi katsoa olevan tärkeitä tekijöitä asiakkaan elämänlaadun kannalta (Tarhonen, 2013, 6).

Gerontologisessa hoitotyössä iäkkään ihmisen hoitamisessa kohdataan eettisesti haastavia tilanteita, joiden käsittelyssä vaaditaan eettistä sensitiivisyyttä ja eettistä päätöksentekotaitoa. Hoitajilta edellytetään tietoa eettisistä arvoista ja periaatteista sekä ammattialaa ohjaavan juridiikan tuntemisesta. (Tarhonen, 2013, 12.) Haasteina voivat olla muun muassa etenevän muistisairaahan hoitaminen, fyysinen raihnastuminen ja kuoleman kohtaaminen. Eettisesti hyvä perusta gerontologiselle hoitotyölle on

huolenpito ja turvallisuus sekä ihmisarvon, itsemääräämisoikeuden, yksityisyyden ja integriteetin kunnioittaminen inhimillisessä hoitosuhteessa. (Sarvimäki, 2009, 28-29.) Haurasta ja heikkoa iäkstä on helppo vahingoittaa tai loukata fyysisesti, psyykkisesti tai sosiaalisesti. Erityisesti muistisairaiden kohdalla korostuu heidän haavoittuvuutensa vaikutus hoitotyöhön. Gerontologisen hoitotyön keinoin voidaan tukea muistisairaana omaa elämänhallintaa. Muistisairas voi kokea ahdistusta, pelkoa tai turvattomuutta, jolloin hoitaja voi tukea häntä emotionaalisesti, suojella ja vahvistaa hänen tunne- ja ajatusmaailmaansa hänen elämäntyylinsä mukaisesti. (Tarhonen, 2013, 6.) Gerontologiseen hoitotyöhön kuuluu jatkuva kosketus kuoleman kanssa joko sen lähestyessä, läsnä ollessa tai sen jälkeisenä omaistyönä. Hyvään elämään ja elämänlaatuun ympärivuorokautisessa hoidossa kuuluukin arvokas kuolema. Hoitajilta vaaditaan valmiuksia keskustella kuolevan ja hänen omaisiensa kanssa vaikeista asioista. Kuolemaa lähestyvän iäkkään henkilön kohdalla on tärkeää, että iäkäs saa hyvää hoivaa ja sairaanhoitoa sekä psykososiaalista ja henkistä tukea. (Räsänen, 2011, 42-43.)

Gerontologinen hoitotyö edellyttää hoitajilta perustietojen ja -taitojen lisäksi monipuolista tietoa fyysisistä, psyykkisistä, kognitiivisista ja sosiaalisista vanhenemisen muutoksista. Gerontologisessa hoitotyössä hoidetaan iäkstä kokonaisvaltaisesti ja jokaiseen osa-alueeseen kiinnitetään huomioita. (Kivelä 2006, 17; Tarhonen, 2013, 11.) Gerontologisen hoitotyön toiminnot ja interventiot perustuvat tutkittuun tietoon, ammattilaisten kokemuksiin sekä hyviin gerontologisiin käytänteisiin (Räsänen, 2011 40). Vanhenemiseen liittyy useita terveyttä ja toimintakykyä heikentäviä prosesseja. Hoitajan tulisi havaita, mitkä ovat iäkkäiden toiminnassa normaaleja tai ei-normaaleja piirteitä, koska ikääntyessä elimistö hidastuu ja tulee hauraammaksi. Ikääntyneen elimistössä sairaudet, lääkehaitat, psyykinen stressi, sosiaaliset muutokset sekä muut tekijät aiheuttavat toiminnallisia muutoksia. (Kivelä 2006, 17.) Pitkäaikaissairauksien hoito ja niiden ennaltaehkäisy ovat gerontologisessa hoitotyössä tärkeässä asemassa. Hoitajan osaamista tulee olla iäkkäiden käytössä olevista lääkkeistä ja lääkityksestä sekä lääkkeiden yhteisvaikutuksista ja lääkkeiden käyttöön liittyvistä haasteista (Tarhonen, 2013, 11). Hoitajilta vaaditaan kykyä toimia jäsenenä moniammatillisissa ryhmissä eri hoito- ja toimintaympäristöissä. Hoitajan vuorovaikutustaidot korostuvat iäkkään ja hänen läheistensä kanssa työskennellessä. (Räsänen, 2011, 576; Tarhonen, 2013, 11.)

Gerontologisen hoitotyön osaaminen muodostuu työelämässä yleisesti tarvittavasta osaamisesta, hoitotyön ammatillisesta ydinosaamisesta ja gerontologisen hoitotyön erityisosaamisesta (Tiikkainen, 2009, 315). Sairaanhoidajaliiton asiantuntijaverkoston laatimat gerontologisen hoitotyön kompetenssit pohjautuvat työelämän nykyisiin ja tulevaisuuden vaatimuksiin. Kompetenssit pohjautuvat kansainvälisessä kirjallisuudessa esitettyihin kompetensseihin. Kompetenssien kuvaukset ovat: eettinen osaaminen, viestintä- ja vuorovaikutusosaaminen, hoitotyön päätöksentekosaaminen, yhteistyöosaaminen, terveyden edistämisen osaaminen, ohjaus- ja valmennusosaaminen, kliininen osaaminen, geriatrinen osaaminen ja kehittämis- ja vaikuttamisosaaminen. (Tiikkainen, 2009, 316-319; Tarhonen, 2013, 12-13; Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 82-85.)

3.2 Toimintakyvyn tukeminen

Toimintakyky eli tasapainotila tarkoittaa ihmisen fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia edellytyksiä selviytyä hänelle välttämättömistä elämäntoiminnoista sekä arjen askareista. Hyvä toimintakyky on tärkeä rakennusaine myös iäkkäille ihmisille, jotta he saisivat mahdollisimman laadukkaan elämän. Hyvä toimintakyky mahdollistaa itsenäisempää elämistä ja mahdollistaa osallistumisen erilaisiin harrastuksiin ja muihin itselle merkityksellisiin toimintoihin. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Ikääntyminen, toimintakyvyn ylläpitäminen.)

Fyysisellä toimintakyvyllä yleisesti tarkoitetaan elimistön toiminallista kykyä selviytyä sille asetetuista fyysisistä suoritusta vaativista tehtävistä. Fyysinen toimintakyky pohjautuu hengitys, ja verenkiertoelimistön sekä tuki, ja liikuntaelimistön toimintaan. (Pohjolainen, 2009, 49.) Ikääntymisestä johtuvat fyysiset muutokset tapahtuvat hitaasti eivätkä johdu ensisijaisesti ulkoisista syistä. Fyysiset muutokset ovat palautumattomia, jotka johtavat elimistön toimintakyvyn heikentymiseen ja heikentävät elimistön puolustuskykyä ja lisäävät haavoittuvuutta. (Hyttinen, 2009, 47.) Iäkkään liikkuminen hidastuu ja suorituskyky heikkenee fyysisissä suorituksissa. Yleisiä ikääntymisen fyysisiä merkkejä ovat etunoja ryhti, jäykkyys, liikkeiden hidastuminen sekä vapina. Heikkenevän toimintakyvyn taustalla on yleensä pitkäaikaissairaus. Iäkkään toimintakykyä ylläpitäviä ja turvaavia toimia ovat tapaturmien välttäminen, riittävä uni, näön ja kuulon säilyminen, hyvä ravitsemustila sekä sairauksien hoito. (Hyttinen, 2009, 48.) THL (Terveyden ja

hyvinvoinnin laitos. Ikääntyminen, toimintakyvyn ylläpitäminen.) lisää, että iäkkään toimintakykyä voidaan parantaa muun muassa käyttämällä omaa kehoa ja mieltä aktiivisesti, tapaamalla muita ihmisiä sekä välttämällä ylipainoa, alkoholia ja tupakointia. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Ikääntyminen, toimintakyvyn ylläpitäminen.)

Psyykkinen toimintakyky on käsitteenä laaja-alainen ja tulkinta määrittyy tarkastelunäkökulmasta. THL:n (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Toimintakyky. Mitä toimintakyky on) mukaan psyykkisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen voimavaroja, joiden avulla hän kykenee selviytymään arjen haasteista ja kriisitilanteista. Psyykkinen toimintakyky liittyy elämänhallintaan, mielenterveyteen ja psyykkiseen hyvinvointiin. Psyykkiseen toimintakykyyn kuuluvat persoonallisuus ja selviytyminen sosiaalisen ympäristön haasteista. Kyky tehdä tarkoituksellisia päätöksiä ja suhtautua realistisen luottavaisesti tulevaisuuteensa ja ympäröivään maailmaan.

Kognitiivinen toimintakyky THL:n (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Toimintakyky. Mitä toimintakyky on) käsittää eri osa-alueiden yhteistoimintaa, joidenka avulla iäkäs kykenee suoriutumaan arjessa. Kognitiiviset toiminnot käsittävät tiedon vastaanoton, käsittelyn, säilyttämisen ja niiden käyttöön liittyviä toimintoja.

Sosiaalisella toimintakyvyllä THL (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Toimintakyky. Mitä toimintakyky on) määrittelee kokonaisuutta, joka muodostuu yksilön, sosiaalisen verkoston, ympäristön, yhteisön ja yhteiskunnan välisistä vuorovaikutussuhteista. Sosiaalinen toimintakyky ilmenee vuorovaikutustilanteissa, sosiaalisena aktiivisuutena sekä osallisuuden kokemuksena.

Toimintakyvyn laaja-alaiseen arviointiin Hoivalla on käytössä RAI-arviointijärjestelmä, jonka tuloksien avulla voidaan tukea iäkästä hänen tarpeidensa mukaisesti. Heimonen (2009, 59-63) mainitsee lähtökohdaksi arvioinnille olevan iäkkään ihmisen oman äänen kuuleminen, hänen omat kokemuksensa kunnostaan, terveydestään ja toimintakyvystään sekä hänen omat kokemuksensa arjessa selviytymisessä ja hänen asioille antamansa merkitykset. Arvioinnissa keskeinen osa on tavoitteiden asettaminen. Tavoitteiden asettaminen ilmentää iäkkään haluamia asioita. Tavoitteiden asettelu yhteydessä iäkäs itse määrittää mihin kykenee, mitä hän

osaa ja mitä voimavaroja vahvistetaan. Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi pohjautuu toimintakyvyn voimavarakeskeisyyteen ja avautuviin mahdollisuuksiin voimaannuttamisen välineinä. Iäkkään toimintakykyä edistävään toimintaan Kivelän (2006, 17) mukaan kuuluu muun muassa se, että vanhus suoriutuu mahdollisimman itsenäisesti hygienian ja wc-tarpeiden hoidossaan, pukeutuu itse siisteihin ja puhtaisiin arkivaatteisiin, annostelee ruokansa ja syö itsenäisesti sekä osallistuu erilaisiin viriketoimintoihin, muun muassa voimisteluun tai muuhun liikuntaan, seurapeleihin, askarteluun, muisteluun tai laulamiseen.

4 RAI-ARVIOINTIJÄRJESTELMÄ

Sosiaalihuoltolaki (L1301/2014) velvoittaa tekemään arvioinnin asiakkaan elämäntilanteen edellyttämässä laajuudessa yhteistyössä asukkaan ja tarvittaessa hänen omaisensa ja läheisensä sekä muiden toimijoiden kanssa. Vanhuspalvelulaki (L980/2018) puolestaan edellyttää palveluntarpeiden selvittämisen yhteydessä arvioitavan iäkkään henkilön toimintakykyä monipuolisesti luotettavia arviointivälineitä käyttäen. RAI-arviointijärjestelmä täyttää vanhuspalvelulain (L980/2012) vaatimukset monipuolisesta palveluntarpeen ja toimintakyvyn arvioinnista. RAI-arviointijärjestelmän avulla on mahdollista arvioida palveluntarve sekä toimintakyky kattavasti (Heikkilä & Mäkelä 2015, 3).

RAI “Resident Assessment Instrument” on potilaan arviointiväline. Hoiva Oy:ssä sairaanhoitajat sekä RAI-vastaavat ovat vastuussa RAI-arvioinnin tekemisestä asukkaalle. RAI-arviointijärjestelmä on standardoitu havainnoinnin ja tiedonkeruun välineistö, joka on tarkoitettu asukkaan palvelutarpeen arviointiin sekä hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman laatimiseen (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Ikääntyminen. Tietoa RAI-järjestelmästä; Finne-Soveri 2015b, 8).

Hoiva Oy:ssä on käytössä ympärivuorokautiseen käyttöön tarkoitettu RAI-LTC “Long term care” eli laitoshoitoon tarkoitettu versio. RAI-arviointijärjestelmä koostuu kolmesta osasta: kysymyslomakkeesta eli MDS 2.0 “Minimum Data Set” pienin

tarvittava tietomäärä, apuvälineestä yksilölliseen hoito- ja palvelusuunnitelman rakentamiseen eli RAP “Residential Assessment Protocol” sekä RAI-arviointijärjestelmän käsikirjasta eli ohjeistosta. RAI-arvioinnin tekeminen alkaa MDS-kyselylomakkeen täyttämällä yhdessä asukkaan kanssa. Täytetyn MDS-kyselylomakkeen tiedot kirjataan tietokoneohjelmaan, josta ohjelma tulostaa erilaisia mittarituloksia asukkaan toimintakyvystä, terveydentilasta sekä voimavaroista ja riskitekijöistä RAP-tulosteen. Mittarien tulosten sekä RAP:sien tulosten pohjalta tehdään asukkaalle palvelu- ja hoitosuunnitelma. (Heikkilä, Hammar, Sohlman, Andreasen & Finne-Soveri 2015a, 49-51.)

4.1 RAI-järjestelmän esittely

RAI-arviointijärjestelmä kehitettiin Yhdysvalloissa 1980-luvulla käytyjen hoidon laadun keskustelujen pohjalta pitkäaikaisiin laitoshoidon tarpeisiin. (Noro ym. 2001, 3; Finne-Soveri 2015.), ja tästä nimi *Residents Assessment Instrument*, RAI. Voittoa tavoittelematon tutkijaorganisaatio InterRAI, on toiminut RAI:n kehittäjänä vuodesta 1990 alkaen (Finne-Soveri, Björkgren, Vähänkangas & Noro 2007, 5). RAI otettiin käyttöön Suomessa 2000-luvulla, jolloin se yleistyi Suomessa kokonaisvaltaisena hoidon- ja palveluiden arviointi- ja laadunparantamisjärjestelmänä (Finne-Soveri 2007, 5; Heikkilä & Mäkelä 2015, 3, 26). Terveiden ja Hyvinvoinnin laitoksella on ollut vuodesta 2001 käytössä RAI-arviointijärjestelmä (Heikkilä & Mäkelä 2015, 3). THL hallinnoi ja valvoo RAI-välineiden suomalaisia versiota. RAI-välineiden käyttö tapahtuu käyttämällä mm. RAIsoft ja Domacare tietokoneohjelmia. (Niemelä & Vähänkangas 2017, 3.)

RAI-arvioinnin avulla hoito- ja palveluntarve arvioidaan kattavasti ja muita erillisiä arviointijärjestelmiä sen rinnalla ei tarvitse käyttää. RAI-arvioinnin perusteella voidaan määrittellä asukkaiden tarvitsemat palvelut sekä tarvittava henkilöstön määrä ja osaaminen. Määrävälein toteutettavan RAI-arvioinnin ansiosta voidaan edellisen arvioin perusteella tehtyjen toimenpiteiden onnistumisia ja hyötyjä punnita sekä voidaan henkilökunnan että asukkaan voimavarat ohjata niihin tekijöiden, jotka ovat vielä käännettävissä asukkaan hyväksi (Noro ym. 2001, 8).

RAI hoito- ja palvelutarpeen arviointijärjestelmää käytetään monipuolisesti eri ikäryhmillä. RAI-arviointijärjestelmästä on olemassa omat versionsa ympärivuorokautiseen hoitoon, kotihoitoon, akuuttihoitoon, mielenterveyshoitoon, palvelutarpeen arviointiin ja kehitysvammahuoltoon. (Ahvenjärvi & Salminen 2012, 8.) RAI-arviointijärjestelmän pääasiallinen käyttö tapahtuu kuitenkin vanhusten parissa: kotihoidossa, palveluasumisessa sekä vanhainkodeissa (Heikkilä & Mäkelä 2015, 3).

Laatuindikaattoreja saadaan RAI-vertailussa osastolla annettavan hoidon arviointiin ja kehittämisen seurantaan. Niiden avulla pystytään vertailemaan samantyyppisen osaston kanssa hoidon laatua sekä vertailemaan niiden toimintaa. Käytös ja tunnelämä, onnettomuudet, kognitio, pidätyskyky, kliininen hoito, ravinto ja syöminen, infektioiden hallinta, ihon hoito, elämän laatu, fyysinen toimintakyky ja psyykelääkkeiden käyttö ovat laitoshoidon laatualueita, joita voidaan vertailla. (Heikkilä ym. 2008, 10.)

4.1.1 Kysymyslomake MDS 2.0

Kysymyslomake MDS 2.0 “Minimum Data Set” on lyhyt standardoitu kysymyssarja, jonka vastauksia voidaan hyödyntää hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisessa laitoksessa asuvan henkilön hoidon ja hoivan tarpeisiin (Finne-Soveri ym. 2007, 25). MDS-kysymyksien käyttöalue on geriatria, kuntoutus ja vanhusten laitospalvelut. Kysymyksissä arvioidaan 7 viimeiseksi kulunutta päivää, ellei toisin mainita. (RAiSoft.Arviointilomake-LTC.) Minimum data set 2.0 sisältää noin 400 kysymystä 18 eri osa-alueelta (Noro ym. 2001, 3; Dahlman & Takanen 2009, 18; RAiSoft.Arviointilomake-LTC). MDS-kysymyssarjassa kartoitetaan kattavasti seuraavat osa-alueet: kognitiivinen kyky, kommunikaatio, kuulo, näkö, mieliala ja käyttäytyminen, psykososiaalinen hyvinvointi, fyysinen toimintakyky, pidätyskyky, diagnoosit, terveydentila, suun terveys ja ravitsemustila, hampaat, ihon kunto, aktiivisuus ja harrastaminen, lääkitys ja erityishoidot sekä hoitajien antama kuntoutus. (Noro ym. 2001, 4-5.)

MDS-kysymyssarja sisältää seuraavat perusmittarit: kognitiivisten toimintojen mittari, arkisuoriutuminen perustoiminnoissa ADL eli “Activities of Daily Living ja arkisuoriutuminen välinetoiminnoissa IADL eli ” Instrumental Activities of Daily

Living”, hoitoisuus RUG-III eli ”Resource Utilization Groups”, terveydentilan vakaus (CHESS) eli ”Changes in Health, End-Stage Disease, Signs, and Symptoms Scale”, palvelutarpeiden luonne (MAPLe) eli ”Method for assessing Priority levels”, masennus DRS eli ”Depression Rating Scale”, kipu MDS-pain ja ravitsemus BMI eli painoindeksi (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Palvelutarpeiden arviointi RAI-järjestelmällä. Tietoa RAI-järjestelmästä. RAI-järjestelmän mittareita; Finne-Soveri 2015b, 31). MDS-kysymyssarjan perusteella muodostuu tuloksia eri mittareista, joita voidaan hyödyntää myös asukkaan hoidon lisäksi osastokohtaisesti ja johtamisen apuvälineenä. (Ahvenjärvi & Salminen 2012, 8.) MDS-kysymysten valinnassa on käytetty alan asiantuntijoiden tietoutta ja kysymyksiä eri tavoin yhdistelemällä on kehitetty hoidon onnistumisen seurantaan sarja mittareita. Kyseisiä mittareita on validoitu muita saman aiheisia yleisesti käytössä olevia mittareita vasten. (Noro, Finne-Soveri, Björkgren & Vähäkangas 2005, 24.)

4.1.2 Yksilöllisen hoitosuunnitelman apuvälinelista (RAPs)

RAPs eli ”Residents Assessment protocols”, suomeksi yksilöllisen hoitosuunnitelman apuvälinelista, josta käytetään myös nimitystä ’heräte’. RAPs on tietynlainen hälytyslista, joka varoittaa asukkaalla mahdollisesti ilmenevistä ongelmista (Päivärinta & Haverinen 2002, 74). MDS-tiedonkeruun jälkeen, ATK-sovellus tuottaa välittömästi RAI:n sisältämän RAP-herätetulosteen, josta nousevat esille asukkaan vahvuudet, riskitekijät ja ongelma- tai haastealueet sekä se toimii yksilöllisen hoitotyön suunnitelman pohjana (Noro ym. 2001, 17-18; Ahvenjärvi & Salminen 2012, 8). RAPs sisältää 18-kohtaisen tarkistuslistan, jotka ovat: akuutti sekavuus, kognitiivisen kyvyn vaje/dementia, näkö, kommunikointikyky, ALD-toiminnot eli ”Activities of Daily Living”, virtsanpidätyskyky/katetri, psykososiaalinen hyvinvointi, mieliala, käytösoireet, aktiviteetit, kaatumisen uhka, ravitsemustila, letkuravitsemus, nestetasapaino, suu ja hampaisto, painehaava tai sen uhka, psyyken lääkitys ja liikkumista rajoittavat välineet. RAPsin herätteet ovat kliinisten asiantuntijoiden määrittämiä, asiakkaan hoidon ja palveluiden suunnittelussa huomioitavia riskitekijöitä ja voimavaroja (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. RAI-verkkokoulu; Centers for Medicare & Medicaid Services 2018, 330)

4.1.3 RAI-arviointijärjestelmän käsikirja eli ohjeisto ja RAI-koulutus

Käsikirjan tarkoituksena on antaa selkeät ohjeet siitä, miten RAI-arviointijärjestelmää käytetään oikein ja tehokkaasti asianmukaisen hoidon varmistamiseksi (Centers for Medicare & Medicaid Services 2018, 5). Käsikirja sisältää tietoa RAI-arvioinnin peruseriaatteista, arviointiohjeistuksen sekä opastusta arviointitiedon käyttöön (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. RAI-verkkokoulu). RAI-arviointijärjestelmän käsikirjaa on helppo käyttää. Se avautuu aina sen kysymyksen kohdalla, jota hoitaja on parhaillaan täyttämässä (Heikkilä ym. 2015, 68).

RAI-koulutuksen keskeisin tavoite on vahvistaa vastuussa olevan omahoitajan tai hoitotiimi kykyä suorittaa RAI-arviointi standardoidusti. RAI-järjestelmän mittarit olisivat tällöin luotettavia ja hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelma rakentuisi vakaalle pohjalle. Oppimisen kannalta koulutus on jaettu useampaan osaan. Oleellisin osa koulutusta on RAI-arvioinnin harjoittelu arjessa. RAI-koulutuksen tärkeimmät tavoitteet ovat auttaa arvioijaa ajattelemaan, havainnoimaan ja kirjaamaan täsmällisesti ja systemaattisesti. Erilaisia standardoituja sekä räätälöityjä täydennyskoulutuspaketteja on kehitetty sekä tarpeen mukaan asiantuntijat ovat käytettävissä. (Finne-Soveri 2015a, 157-159.) RAI-arviointijärjestelmää käyttävien organisaatioiden vastuulla on varmistaa sen, että henkilökunnalla riittävä osaaminen ja toimintakäytännöt RAI-arviointien tekemiseen sekä arvioinnista muodostuvan tiedon käyttämiseen. Useammat tahot järjestävät RAI-koulutusta, joista esimerkiksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos järjestää RAI-verkkokoulutuksen. THL:n RAI-verkkokoulu sisältää neljä aihetta: RAI-välineistö, RAI-arviointi, TIKU RAI-vertailutiedon tarkastelussa ja RAI-vertailukehittäminen (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. RAI-verkkokoulu).

RAI-ABC koulutuksen tavoitteena on antaa perustietoa järjestelmän hyödyntämisestä perehdyttämällä henkilöstöä järjestelmän käyttöönottoon, asukkaan arviointiin ja tiedon hyödyntämiseen hoidon suunnittelussa. A-osio on yleisinfo, jossa perehdytään RAI-arviointijärjestelmän käyttötarkoitukseen sekä rakenteeseen toimia. B-osiossa perehdytään asukkaan toimintakyvyn arvioinnin sisällön opetteluun MDS-lomaketta käyttäen. B-osion yhteydessä tapahtuu ATK-ohjelman koulutus. C-osiossa perehdytään RAI-mittareiden ja RAPsien käyttöä hoitosuunnitelmassa. (Noro ym. 2005, 37.)

4.1.4 RAI-arviointijärjestelmä mittareiden käytöstä ja tulosten tulkinnasta

RAI-arviointijärjestelmän mittareilla on tarkoitus arvioida asukkaan sen hetkistä mitattavaa ja arvioitavaa tilaa. Mittarin arviointimenetelmällä voidaan seurata asukkaan tilanteen kehittymistä sekä voidaan erotella erilaisia toimintakyvyn tasoja. Mittarin pätevyys, tarkkuus ja toistettavuus ovat mittarin psykometrisiä ominaisuuksia, joilla tarkoitetaan arviointimenetelmän kykyä mitata sitä, mitä on tarkoitus mitata (validiteetti ja pätevyys), tuottaa tuloksia toistettavasti (reliabiliteetti, tarkkuus, toistettavuus ja luotettavuus) sekä havaita muutos (herkkyys ja pitkittäisasetelmassa). Tietoa arviointimenetelmän validiteetista, reliabiliteetista ja muutosherkkydestä kertyy tutkimuksen keinoin. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Toimintakyvyn arviointi. Miten valitsen toimintakyvynmittarin.)

Mittarin arvioinnin perusteella voidaan asettaa tavoitteita, määritellä toimenpiteitä, seurata asukkaan tilannetta tai muutetaan hoitosuunnitelmaa ja toimenpiteitä tarvittaessa. Mittarin arvioinnin tulosten tulkinnassa on kyse siitä, mitä arvioinnin tulos merkitsee käytännössä. Yksittäisiä arviointeja voi tulkita vertaamalla aikaisempaa tulosta ja tarkastella onko tapahtunut muutosta. Käytännön työssä arvioinnin saatavista tuloksista voidaan hyödyntää toiminnan suunnitteluun ja vaikutusten arviointiin. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Toimintakyvyn arviointi. Tulosten tulkinta ja hyödyntäminen.) RAI-arviointijärjestelmän mittarien luotettavuus ja pätevyys (reliabiliteetti ja validiteetti) on testattu ja todettu hyväksi useissa eri maissa, koska RAI asettaa asukkaiden hoidon tarpeen arvioinnin samalle tasolle sekä on hoitajien tukena palvelu- ja hoitosuunnitelman teossa sekä arvioinnissa (Päivärinta & Haverinen 2002, 72).

RAI-arviointijärjestelmän perusmittareita (1-8) Finne-Soverin (2015b, 31-45) mukaan ja niiden määritelmät THL:n (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. RAI-vertailukehittäminen. Tietoa RAI-järjestelmästä. RAI-järjestelmän mittareita) ovat:

1. Kognitiivisten toimintojen mittari. Mittari kertoo asukkaan dementiaasta ja älyllisestä toimintakyvystä. Mittarin asteikko on 0-6. Mitä suurempi luku sitä huonompi asukkaan kognition taso on.

2. Arkisuoriutuminen perus- ja välinetoiminnoissa; ADL/IADL. Mittari kertoo, kuinka asukas selviytyy päivittäisistä toiminnoista. Mittarin asteikko on 0-6. Mitä suurempi luku, sitä enemmän asukas tarvitsee apua suoriutua päivittäisissä toiminnoissa.
3. Hoitoisuus RUG. Asukasrakennetta kuvaava mittari. Asukkaat ryhmitellään seitsemään eri ryhmään, jotka ovat: monialainen kuntoutus, erittäin vaativa hoito, erityishoito, kliinisesti monimuotoinen, kognitiivisten toimintojen heikentyminen, käytöshäiriöt ja heikentynyt fyysinen toimintakyky. Jokainen pääryhmä jakautuu vielä alaluokiksi pääasiassa fyysisen toimintakyvyn perusteella, alaluokkia on yhteensä 22.
4. Terveystilan vakaus (CHESS). Mittaa terveystilan vakautta ja kuolemanvaaraa. Mittarin asteikko on 0-5. Mitä suurempi luku, sitä vakavampi on asukkaan tila.
5. Palveluntarve (MAPLe). Mittaa omaisen kuormittuneisuutta ja toivetta aloittaa palveluasumisselvittelyt. Mittarin asteikko on 1-5, missä 0 on erittäin vähäinen palvelun tarve.
6. Masennus. Mittari kertoo masennusoireista. Mittarin asteikko on 0-14, jos arvo on kolme tai enemmän, on syytä epäillä, että asukkaalla on masennusta.
7. Kipu. Mittari kertoo asukkaan kivusta, sen tiheydestä ja voimakkuudesta. Mittarin asteikko on 0-3, missä 0 on kivuton ja 3 on ajoittain sietämätön kipu.
8. BMI. Ravitsemustilan mittari. Mittari kertoo asukkaan painoindeksin. Painoindeksin avulla voidaan arvioida asukkaan ravitsemustilaa. Mittarin asteikkona toimii BMI arvo, joka Mustajoen (2018) mukaan painoindeksi 18.5-25 on normaalialueella.

4.2 RAI-arviointijärjestelmän käyttö hoitotyössä

RAI-arviointi tehdään silloin, kun henkilö tulee koti- tai ympärivuorokautisen palvelun asiakkaaksi. Se on tehtävä ensimmäisen 14 vuorokauden aikana ja tämän jälkeen säännöllisesti puolen vuoden välein. Jos henkilön tilanne tai vointi muuttuu oleellisesti, arviointi tehdään kolmen kuukauden välein. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. RAI-verkkokoulu.) Asukas osallistuu oman vointinsa ja toimintakykynsä mukaan ja tarvittaessa omainenkin voi olla tekemässä arviointia (Heikkilä ym. 2015, 68). RAI-arviointiprosessi (Kuvio 1) on monivaiheinen ja kulku koostuu THL:n mukaan kuudesta osasta.



KUVIO1. RAI-arviointiprosessi. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. RAI:n käyttö hoitotyössä)

4.2.1 Alkukartoitus ja tiedon keruu sekä RAI-arvioinnin toteutus

RAI-arvioinnin ensimmäisessä vaiheessa tapahtuu asukkaan sen hetkisen tilan alkukartoitus ja tiedon keruu. Alkukartoitus on vapaamuotoinen vuorovaikutus tapahtuma, jossa asukas kertoo taustoistaan ja elämästään. Hoitaja havainnoi

kertomuksesta olennaisia yksityiskohtia, joita voi hyödyntää RAI-arvioinnissa. Tiedon keruu tapahtuu asukkaan, hänen puolisonsa, omaisten ja muiden hoitoon osallistuvien kanssa yhdessä sekä lisäksi tarkentavat tiedot potilasasiakirjoista. Asukkaan omahoitajaksi valittu hoitaja keskustelee ja haastattelee sekä tekee havaintoja asukkaasta. (Karppinen & Lukkari 2015, 12; Heikkilä ym. 2015, 47-49.) Tiedon keruu RAI-arviointia varten alkaa kysymällä asukkaalta hänen henkilötietonsa, demografiset tiedot sekä tottumukset. Totumuksissa selvitetään asukkaalta mm. hänen nukkumaanmenoajoistaan, ulkoilusta, harrastuksista, ruokavaliosta. (RAiSoft.Arviointilomake-LTC.)

RAI-arviointi alkaa MDS-kyselylomakkeen täyttämällä. Luotettavan RAI-arvioinnin tekeminen vaatii tietoa sekä taitoa ja jokaisen kysymyksen kohdalla on mietittävä, mitä kysymyksellä tarkoitetaan ja mihin kysymys antaa vastauksen. (Heikkilä ym. 2015, 49). Apuna voi käyttää RAI-arviointijärjestelmän käsikirjaa eli ohjeistoa, joka sisältää peruseriaatteita, arviointiohjeistuksen sekä selventää käsitteitä (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. RAI-verkkokoulu; Heikkilä ym. 2015, 49). MDS-kysymykset hoitaja esittää asukkaan ehdoilla. On tärkeätä olla tekemättä RAI-arvioita rutiininomaisesti, vaan osioiden järjestystä vaihdellaan tilanteen mukaan. RAI-arvioinnin on tarkoitus olla kattava sekä luotettava, jonka lähtökohtana on maksimoida toimintakyky ja elämänlaatu sekä havaita terveyteen liittyviä ongelmia. (Heikkilä ym. 2015, 49-50.)

MDS-kyselylomakkeen suoraviivainen ja systemaattinen täyttäminen takaa sen, että kokonaistilanne käydään huolellisesti läpi unohtamatta oleellisia osa-alueita. Systemaattisesti täytetty RAI-arvioinnin tieto on luotettavaa siinäkin tapauksessa, että arvioinnin suorittaja vaihtuu. (Heikkilä ym. 2015, 49.) RAI-arvioinnissa tarkastellaan perusteellisesti seuraavat osa-alueet: kognitiivinen kyky, kommunikaatio, kuulo, näkö, mieliala ja käyttäytyminen, psykososiaalinen hyvinvointi, fyysinen toimintakyky, pidätyskyky, diagnoosit, terveydentila, suun terveys ja ravitsemustila, hampaat, ihon kunto, aktiivisuus ja harrastaminen, lääkitys ja erityishoidot sekä hoitajien antama kuntoutus. (Ahvenjärvi & Salminen 2012, 9.) MDS-kyselylomakkeen täyttämisen jälkeen hoitaja kirjaa tietokoneohjelmistoon kaikki saadut tiedot (Karppinen & Lukkari 2015, 12).

4.2.2 RAI-arvioinnin tulokset

Kun RAI-arviointi on suoritettu loppuun, tietokoneohjelma tulostaa erilaisten mittarien tuloksia ja tietoutta asukkaan toimintakyvystä, terveydentilasta, asuinympäristöön liittyvistä riskitekijöistä, asukkaan käyttämistä palveluista sekä hänen sosiaalisesta verkostostaan. Ohjelma myös ilmoittaa aktivoituista herätteistä eli RAPseista. (Heikkilä ym. 2015, 50.) Henkilökunta näkee RAI-arviointitiedon tuloksista asukkaan vahvuudet ja tarpeet sekä ongelmat kattavasti, joita hyödynnetään hoito- ja palvelusuunnitelma asukkaan yksilöllisiä tarpeita huomioiden (Karppinen & Lukkari 2015, 12; Centers for Medicare & Medicaid Services 2018, 5).

Kuntouttavaa työtettä käytetään hoito- ja palvelusuunnitelmaa toteuttaessa, tällöin pyritään saamaan asukas ja hänen omaisensa osallistumaan hoitoon mahdollisimman paljon. Tämä mahdollistaa hoitajien tukea asukkaan omia voimavaroja. Hoidon tuloksia seurataan ja ne kirjataan potilastietojärjestelmään. Jotta hoitajat voivat parantaa asiakkaan omatoimisuutta ja elämänlaatua, tulee heidän tarkasti perehtyä asukkaan taustatietoihin. Hoito- ja palvelusuunnitelman tavoitteet olisi hyvä asettaa jo aikaisessa vaiheessa, jotta hoidon tulosten arviointi olisi hoitohenkilökunnalle helpompaa. Asukkaille, joiden toimintakyky on vasta alkanut huonontumaan, on ennaltaehkäisyn näkökulmana tärkeä tehdä kuntoutussuunnitelma, sillä heillä on vielä kognitiivisia voimavaroja jäljellä. Jotta hoitosuunnitelma on mahdollisimman hyvä, se vaatii asiakkaalta halua kuntoutua sekä hoitajalta kannustavaa suhtautumista. (Karppinen & Lukkari 2015, 12.)

4.2.3 RAI-tiedon hyödyntäminen tavoitteellisen palvelu- ja hoitosuunnitelman laadinnassa

Palvelu- ja hoitosuunnitelma ohjaa käytettävissä olevia voimavaroja yksittäisen asukkaan hyvää elämää tukeviksi ja edistäviksi tavoitteiksi. Hyvä ja yhdessä asukkaan kanssa tehty palvelu- ja hoitosuunnitelma on siis elämän ja arjen suunnitelma, joka tukee ja auttaa asukasta mahdollisimman hyvään elämään laituskodissaan. (Päivärinta & Haverinen 2002, 68.)

RAI-arviointi konkretisoituu yksilölliseen palvelu- ja hoitosuunnitelmaan, johon dokumentoidaan arvioinnin tulokset ja yhteistyössä asetetut tavoitteet. Mittaritiedot kuvaavat henkilön toimintakykyä sekä terveydentilaa ja RAPsit voimavaroja sekä riskitekijöitä. (Heikkilä ym. 2015, 53.) Aktivoituneiden RAPsien avulla kyetään ohjaamaan palvelu- ja hoitosuunnitelman laatimista vaihe kerrallaan toimien päätöksenteon apuvälineinä: mihin pitäisi puuttua, miksi pitäisi puuttua ja miten asiaa tulisi seurata. (Heikkilä ym. 2015, 52; Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos. RAI ja palvelu- ja hoitosuunnitelma.) RAI-käsikirjassa RAPsien tulkintaa on kuvattu siten, että on tausta, tavoitteet, tunnistimet ja ohjeistus. Tausta kertoo ongelman laajuuden, luonteen, mahdollisia syitä ja mahdollisten hoitotoimien suunnittelusta. Tavoite kuvailee aktivoituneiden RAPsien päämääriä, kuten ongelmien ehkäiseminen, ratkaiseminen, kuntoutus tai toimintakyvyn ylläpitäminen. Tunnistimet kuvaavat RAI-arvioinnin muuttujia tietokoneohjelmassa asukkaan mahdollisina ongelmina, voimavaroina tai tarpeina. Aktivoituneita tunnistimia on perusteellisemmin alettava tutkia. Ohjeistolla perehdytään ongelmien syihin, asukkaan voimavaroihin ja auttaa hoitajaa määrittelemään RAPsien vakavuuden. (Heikkilä ym. 52.)

4.2.4 Hoidon toteuttaminen ja asukkaan uudelleen arviointi

RAI-arvioinnin pohjalta luotu palvelu- ja hoitosuunnitelma laitetaan käytäntöön asukkaan ympärivuorokautisessa hoitopaikassa (Heikkilä ym. 2015, 55). Asukkaan hoito toteutetaan palvelu- ja hoitosuunnitelmassa määrättyin tavoin. Hoitoon osallistuu omahoitajan lisäksi muu henkilökunta. Tavoitteena on, että asukas ja henkilöstö työskentelevät yhteistyössä. Palvelu- ja hoitosuunnitelman tavoitteet ohjaavat ja velvoittavat koko työyhteisöä kohti suunniteltuja tavoitteita. Asukkaan jatkuvan päivittäisen arvion periaatteella suunnitelma joustaa muuttuvien tilanteiden ja tarpeiden muuttuessa. Hoidon jatkuvuuden kannalta työntekijät huolehtivat säännöllisestä kirjaamisesta työvuoroissaan. Omahoitaja lisäksi huolehtii erityisesti suunnitelman päivittämisestä asukkaan tilanteiden muuttuessa. (Päivärinta & Haverinen 2002, 44.) Asukkaan hoitoa toteutetaan voimavaralähtöisesti ja kuntouttavasta toimintavasta käsin (Heikkilä ym. 2015, 56).

RAI-arviointi tulee tehdä kahdesti vuodessa tai mikäli asukkaan tilassa tai voinnissa tapahtuu muutos, silloin aikaisemmin. Arvioinnin systemaattisuuden ansiosta

arviointitieto on ajantasainen kuvaus henkilöstä, hänen voinnistansa ja elämäntilanteestaan. Arvioinnin tietoja verrataan aikaisempaan arviointiin ja arvioidaan tavoitteiden saavuttamista ja päivitetään palvelu- ja hoitosuunnitelma vastaamaan nykyistä tilannetta. (Heikkilä ym. 2015, 55; Centers for Medicare & Medicaid Services 2018, 5.) Aukkaan toimintakyvyssä tai elämäntilanteessa tapahtuvat muutokset edellyttävät henkilöstöltä herkkyyttä havaita ne ja kykyä tarvittaessa lisätä, vähentää tai yhdistellä eri palveluita. (Heikkilä ym. 2015, 55.)

5 LAADULLINEN TUTKIMUS JA AINEISTON KERUU

Opinnäytetyömme on laadullinen tutkimus. Laadullinen tutkimus ymmärretään yksinkertaisesti aineiston (ja analyysin) muodon kuvaukseksi. Tutkimuksessa on kysymys empiirisen ilmiön tutkimisesta, on tällöin laadullisia menetelmiä pidettävä työkaluina ja korostettava kohdeilmiön käsitteellisen pohdinnan merkitystä. (Eskola & Suoranta 1998, 13–15.) Teimme kahdeksan tutkimuskysymystä, joissa on kuultu työelämän edustajan mielipidettä ja kysymykset on tehty vastaamaan meidän näkemystämme, sekä muokattu kyselyyn sopivaksi. Aineisto teemoitettiin aiheisiin: RAI:n hyödyt, haasteet ja kehittämissideat. Lisäksi kysyimme saadusta koulutuksesta. Laadullinen tutkimus soveltui menetelmäksemme opinnäytetyöhön, koska tarkoituksenamme oli tarkastella ilmiötä, eli RAI-arviointijärjestelmää ja saada sen käytöstä hoitajien omia kokemuksia. Laadullinen tutkimus oli ainoa vaihtoehto, sillä halusimme antaa puheenvuoron hoitajille ja saada heidän omia kokemuksiaan. Useimmiten kokemuksen tutkimuksessa ovat tarkastelun kohteena sen sisällöt, niiden jäsenyys ja teemoittelu. Tähän tehtävään laadulliset tutkimusmenetelmät nähdään soveltuvan hyvin. (Kukkola 2018, 42).

Aineisto kerättiin laadullisella kyselyllä, jonka toteutimme Webropol-kyselytutkimustyökalulla. Webropol on parempi perinteisen paperisen kyselyn sijaan, koska sen avulla tutkimuksen ja kyselyn tekeminen on yksinkertaista ja helppoa (Webropol 2019).

5.1 Laadullinen tutkimus

Laadullinen tutkimus eli kvalitatiivinen tutkimus on menetelmäsuuntaus tieteellisestä tutkimuksesta, jossa kohteen laatua, ominaisuuksia ja merkitystä pyritään ymmärtämään kokonaisvaltaisesti (Tuomi & Sarajärvi 2009, 17). Laadullista tutkimusta on mahdollista toteuttaa monella erilaisella menetelmällä. Kaikissa menetelmissä yhteisenä asiana korostuu kohteen esiintymisympäristöön ja taustaan, kohteen tarkoitukseen ja merkitykseen, ilmaisuun ja kieleen liittyvät näkökulmat. (Koppa 2015.)

Laadullisessa tutkimuksessa valitaan aineisto tutkimuskysymysten mukaan harkinnanvaraisesti. Hyviä tiedonantajia pyritään löytämään, joiden avulla pystytään muodostaa monipuolinen kuva tutkittavasta ilmiöstä. Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää löytää mahdollisimman monta erilaista näkökulmaa tutkittavasta asiasta. Aineisto on riittävää, kun uusi aineisto ei tutkimuksen kannalta enää tuota mitään uutta tietoa tutkittavasta asiasta. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimushenkilöitä tai dokumentteja on yleensä enintään muutamia kymmeniä. (Aira 2005.)

Haastatteluaineisto sisältää usein luottamuksellista tietoa, joten tutkijoiden on huolehdittava tarkoin luottamuksellisuuden säilyttämisestä. Tutkimussuunnitelmassa täytyy aina olla eettisen toimikunnan kannanotto kuten määrällisissäkin tutkimuksissa. (Aira 2005.)

5.2 Laadullisen tutkimuksen aineiston kerääminen ja analyysi

Laadullisessa tutkimuksessa aineiston analysointi ja käsittely on työläs sekä aikaa vievä prosessi (Aira 2005). Sisällönanalyysi on tieteellinen analyysimenetelmä, jolla pyritään tekemään päätelmiä verbaalisesta, kommunikatiivisesta tai symbolisesta aineistosta. Tavoitteena on aineiston systemaattinen ja objektiivinen analysointi, joka muodostaa tutkittavasta asiasta tai ilmiöstä systemaattisen, tiivistetyn ja kattavan kuvauksen. Sen avulla pyritään kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä yleisessä ja tiivistetyssä muodossa. Sisällönanalyysin lopputuloksena muodostuu tutkittavia asioita tai ilmiöitä kuvaavia kategorioita, käsitteitä, käsitejärjestelmiä tai malleja. (Janhonen & Nikkonen 2001, 23.)

Sisällönanalyysin tekemisessä ei ole yksityiskohtaisia sääntöjä, mutta analyysiprosessin etenemiseen on tietynlaisia ohjeita (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5). Sisällönanalyysi tarkoittaa aineistossa ilmeneviä tarkoituksia, merkityksiä ja seurauksia sekä aineistossa ilmeneviä yhtäläisyyksiä. Tärkeää on löytää tutkimusaineistosta samankaltaisuudet ja erilaisuudet. (Janhonen & Nikkonen 2001, 23.) Analyysiprosessia aloitettaessa on valittava analyysiyksikkö eli jokin tutkimusasetelmaan sopiva merkityssisällön mukaan määräytyvä sisällön osa, joka voi olla sana tai sanayhdistelmä, lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus. Tutkimustehtävä ja aineiston laatu ohjaavat analyysiyksikön valintaan. (Janhonen & Nikkonen 2001, 25.)

Tutkimuskysymyksemme tarkoituksena on kartoittaa, millaisia kokemuksia hoitajilla on RAI-arviointijärjestelmästä Hoiva Oy:ssä? Olemme tutustuneet RAI-arviointijärjestelmään ja laatineet kysymyksiä kyselyä varten. Kävimme joulukuussa 2018 työelämänedustajan luona Helsingin Diakonissalaitoksen tiloissa Alppikadulla ja keskustelimme kyselyn kysymyksistä. Kävimme kysymykset yhdessä läpi ja saimme niistä palautteen, jonka perusteella muokkasimme kysymyksiä vastaamaan työelämänedustajan sekä meidän näkemyksiimme sopivia. Kysymysten aiheina on saada selvyyttä RAI-arviointijärjestelmän hyödyllisyydestä, haasteista ja kehittämisideoista sekä RAI-arviointijärjestelmän koulutuksesta Hoiva Oy:ssä.

Tutkimusta varten tarvitsimme kyselyyn vastaajia. Olimme tehneet Hoiva Oy:n sairaanhoitajille ja RAI-vastaaville tiedotteen (Liite 1), jossa pyysimme heidän osallistumistansa opinnäytetyön tiedonantajiksi. Aineiston keräämiseen käytimme Webropol-kyselytutkimustyökalua. Laadimme ensiksi Webropol-kyselyn, jonka linkin liitimme tiedotteeseen (Liite 1). Kyselyssämme oli seitsemän (7) kysymystä, jotka käsittelevät aiheina RAI-arviointijärjestelmän hyötyjä, haasteita ja kehittämisideoita sekä saatua koulutusta RAI-arviointijärjestelmän käyttöä varten. Lisäksi oli yksi vapaa kysymys. Valitut kysymykset ovat ajankohtaisia sekä kuvaavat työelämänedustajan että meidän näkemyksiämme riittävän monipuolisesti RAI-arviointijärjestelmästä ja sen käytöstä Hoiva Oy:ssä. Kyselymme sisälsi seuraavat kysymykset:

1. Kuvaile omin sanoin, miten käytät RAI-arviointijärjestelmää hoitotyössä?

2. Millaisia hyötyjä koet RAI:n käytöstä olevan hoitotyön suunnittelussa ja palveluntarpeen arvioinnissa?
3. Millaista hyötyä koet RAI:sta olevan asukkaalle muun muassa hänen fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen, kognitiivisen ja hengellisen toimintakykynsä ja hyvinvointinsa tukemisessa?
4. Millaisia haasteita RAI:n käytössä on kokemuksesi mukaan hoitotyön suunnittelussa ja palveluntarpeen arvioinnissa?
5. Millaisia haasteita koet RAI:sta olevan asukkaalle muun muassa hänen fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen, kognitiivisen ja hengellisen toimintakykynsä ja hyvinvointinsa tukemisessa?
6. Oletko saanut koulutusta työpaikallasi RAI-arviointijärjestelmän käyttöön?
 Ei _
 Kyllä _, millaista:
7. Millaisia kehittämissideoita sinulla on RAI:n käyttämiseen ja hyödyntämiseen?
8. Mitä muuta haluat vielä sanoa?

Tiedotteen lähetimme työelämänedustajalle sähköpostin välityksellä, jonka hän lähetti eteenpäin RAI-arviointijärjestelmää käyttävien yksiköiden esimiehille. Kyseisten yksiköiden esimiehet välittivät tiedotteen oman yksikkönsä sairaanhoitajille sekä RAI-vastaaville huhtikuun ensimmäisenä arkipäivänä. Kysely alkoi suunnitellusti huhtikuun ensimmäinen päivä ja suunniteltiin loppuvan huhtikuun viimeinen päivä vuonna 2019, mutta vähäisen osallistujamäärän vuoksi, työelämänedustajan kanssa yhdessä päätettiin jatkaa kaksi viikkoa kerralla aina kesäkuun alkuun asti, jonka jälkeen kysely suljettiin. Kysely oli auki ylimääräisen kuukauden ajan.

Kyselylomakkeen kautta aineistoa saatiin kahdeksan A4-sivullista. Aineistoa tiivistettiin jättämällä vain kysymykset ja vastaukset, kaikki muu poistettiin. Materiaalin tiivistämisen jälkeen aineistoa tuli noin kaksi ja puoli A4-sivua. Aineiston käsittely aloitettiin ensin tutustumalla aineistoon ja käytiin sitä ajatuksella läpi. Seuraavaksi aloitettiin aineiston pelkistäminen, eli aineistosta etsittiin ja kirjattiin ylös tutkimustehtävään liittyviä ilmaisuja. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.) Analyysin seuraava vaihe oli abstrahointi, eli pelkistäminen alakategoriat eli tämän tutkimuksen yhtäläiset teemat ja asiakokonaisuudet koottiin ja yhdistettiin toisiinsa muodostaen niille yläkategorioita. (Janhonen & Nikkonen 2001, 29; Kyngäs & Vanhanen 1999, 6-7.) Analysoitava aineisto teemoitettiin eli tarkasteltiin niitä aineistosta esiin nousevia piirteitä, jotka ovat yhteisiä usealle kyselyyn vastaajalle. Odotettavissa oli, että lukuisien muiden aihealueiden lisäksi ainakin lähtökohtateemat nousevat esiin. Aineistonkeruussa esiin nousseet teemat perustuivat tutkijan tulkintaan kyselyyn vastaajien vastauksista. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 173.) Aineisto teemoitettiin kyselyn kysymysten aihepiirien mukaan, jotka ovat RAI:n hyödyt, haasteet ja kehittämissideat.

6 TULOKSET

Kyselyymme osallistui yhteensä 28 vastaajaa. Heistä 25 % (7) vastasi kysymyksiin ja lähetti vastauksensa ja 75 % (21) avasi kyselyn, mutta ei lähettänyt vastauksiaan. Tällöin kyselyn osallistujista (n=28) vain 25 % vastauksista saatiin aineistoa kyselyyn analysoitavaksi. Kyselyssä oli 8 kysymystä, joista 6 kysymystä oli aiheista: RAI:n hyödyt, haasteet ja kehittämisideat. Kahdessa viimeisessä tutkimuskysymyksessä kysyttiin RAI-koulutukseen osallistumista sekä yksi vapaa kysymys.

6.1 Kokemukset RAI-arviointijärjestelmän käytöstä Hoiva Oy:ssä

Tutkimuskyselyn aineisto ryhmiteltiin teemoittain; RAI:n hyödyt, haasteet ja kehittämisideat. Lisäksi kysyimme osallistumista RAI-koulutukseen.

6.1.1 RAI:n hyödyt

Vastaajista enemmistö mainitsi käyttävänsä RAI-arviointijärjestelmää monipuolisesti. Vastauksissa mainitaan RAI:ta käytettävän hoidon ja palvelun sekä kuntoutuksen suunnittelussa, hoitoisuuksien mittareina, hoidon seuraamisessa sekä asukkaan toimintakyvyn muuttujana.

“Rai arviointijärjestelmää hyödynnetään meillä hoito- ja kuntoutussuunnitelmien tekemisessä ja asukkaan tuentarpeiden suunnittelussa.”

“Peilaan RAI-vastauksia tehdessä hoitosuunnitelmia ja hoitosuunnitelmien kautta hoitotyössä.”

“En käytä. Teen kyllä omien asukkaiden RAI puolivuositain”

Lisäksi mainittiin, että kokonaisvaltaisen toimintakyvyn arvioinnin tulosten avulla pystytään näkemään asukkaiden tarpeita. Vastaajista vain yksi mainitsi, että ei käytä RAI:ta hoitotyössä ollenkaan, hän tekee vain asukkaan RAI-arvioinnin kuuden kuukauden välein. Vastaajista enemmistö mainitsi RAI-arviointijärjestelmästä olevan hyötyä hoitotyön suunnittelussa ja palvelutarpeen arvioinnissa. RAI nostaa esiin asiat,

joihin on hyvä kunkin asukkaan kohdalla kiinnittää huomiota. RAI kertoo asukkaan avun tarpeen sekä jäljellä olevaa toimintakykyä ja voimavaroja sekä muistuttaa, jos hoidon suunnittelussa pitää omatoimisuutta tukea. Sillä pystytään myös hyvin arvioimaan, onko asukkaan kunnossa tapahtunut muutoksia edellisestä arvioinnista. Hoitotyön ja palvelutarpeen arviointia täytyy enemmistön mielestä tarkentaa ja täsmentää hoitosuunnitelmaa tehdessä.

“Paljon. Kertoo miten paljon avuntarvetta asukkaalla on. Kertoo myös, jos omaa toimintakykyä on vielä jäljellä ja muistuttaa jos hoidon suunnittelussa pitää omatoimisuutta tukea”

“Rai nostaa esiin asiat, joihin on hyvä kunkin asukkaan kohdalla kiinnittää huomiota. Rai on siis hyödyllinen hoitotyön suunnittelun väline.”

“Koen että rain:n käytöstä on paljon hyötyä palvelusuunnitelman teossa. Tästä näkee asukkaiden tuen tarpeet ja voimavarat.”

Eräs vastaajista mainitsi myös, että tilastoja seuraavat näkevät selkeästi minkälainen osasto on kyseessä. Vastaaja tarkensi vielä osaston vaativuuden ja työn raskaustason näkyvyyden tilastoista. RAI:sta saa selkeät kuviot ja tilastot RAI-arvioinnin tekijälle sekä työryhmälle jaettavaksi. Yksi vastaajista vielä lisäsi, että Selvitys- arviointi ja sijoitus työryhmä (SAS) pystyy arvioimaan asukkaan toimintakyvyn RAI:n avulla ja näin on helpompi tehdä palvelutarpeen arviointi. Yhden vastaajan mielestä RAI ei kunnolla palvele alle 65-vuotiaiden tehostetussa palvelusuunnitelmassa.

Vastaajat olivat yhtä mieltä siitä, että asukkaan fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen, kognitiivisen ja hengellisen toimintakyvyn ja hyvinvoinnin tukemisessa RAI-arviointijärjestelmän avulla pystytään seuraamaan asukkaan toimintakykyä ja herkästi huomioimaan siinä tapahtuvat muutokset.

“Pystytään seuraamaan asukkaan toimintakykyä esim. Raajojen liikkuvuutta, osallistuneisuutta, avun tarve päivittäisissä toiminnoissa.”

“Fyysisen toimintakyvyn huomioiminen herkkää, asukkaat mukana suunnittelemassa hoitoansa, mikäli kykenevät. Omaisilta kysytään toiveet ja tarpeet suunnittelussa.”

RAI-arvioinnin tuloksista näkee asukkaiden erityisyyden laaja-alaisesti, jolloin sitä voidaan tukea ja vahvistaa. Vastaaja lisäksi muistuttaa, että työntekijöiden täytyy myös osata hyödyntää RAI-arvioinnin tuottamaa tietoa hoito- ja kuntoutussuunnitelman teossa.

“RAI nostaa esiin asukkaan tarpeet ja erityisyyden kullakin osaluueella. Meidän työntekijöiden täytyy kuitenkin osata hyödyntää tätä tietoa sitten hoito- ja kuntoutussuunnitelman teossa.”

”RAI:ta tehdessä usein yhdessä toisen omahoitajan kanssa tuli mietittyä yhdessä tarkemmin ja varmemmin asiakkaan pärjäämistä hänen omat voimavarat/toimintakyvyt huomioiden. Omaisiakin otetaan huomioon heiltä kysymällä toiveita ja tarpeita hoito- ja kuntoutussuunnitelman suunnittelussa.”

Yksi vastaajista mainitsi asukkaiden huomaavan myös itse heidän voinnissaan tapahtuvia muutoksia. Mittarit psyykkisestä hyvinvoinnista kertovat hyvin, nousevatko masennusasteikot, jotka vastaajan mukaan herättää työntekijöitä miettimään virikkeellisemmästä asumisesta.

“Asukkaat huomaavat itse miten heidän voinnissa on muuttunut viimeisen puolen vuoden tai 3 kk aikana.”

“Mittarit kertovat hyvin esim nouseeko masennus-asteikot. Tämä herättää meidät työntekijöinä miettimään virikkeellisempää asumista.”

6.1.2 RAI:n haasteet

Puolet vastaajista mainitsi haasteita RAI:n käytössä hoitotyön suunnittelussa ja palveluntarpeen arvioinnissa, johtuen integroitumisen RAI:n ja potilastietojärjestelmän välillä olevan puutteellista. He myös mainitsevat, että potilastietojärjestelmää sekä RAI:ta joutuu pitämään rinnakkain avoimena ja manuaalisesti siirtämään RAI:sta tietoa potilastietojärjestelmään, koska RAI-arvioinnin jälkeen hoito- ja palvelusuunnitelma ei päivity automaattisesti. Yksi vastaajista vielä korosti toivovansa suoraa päivittymistä RAI:sta potilastietojärjestelmään, jolloin hoito- ja palvelusuunnitelman teko olisi päivittäistä.

“Intergraatio hoitosuunnitelman ja rai välillä. Hoisu ei automaattisesti siirry rai teon jälkeen suunnitelmaan vaan se pitää erikseen joka kerta luoda.”

“Integroituminen potilaskirjaamisen ohjelman kanssa, jolloin hoito- ja palvelusuunnitelman teko olisi päivittäistä.”

Vastaajista kaksi koki, jos RAI-arvioinnin tekemiseen ei käytetä tarpeeksi aikaa, voi arviointiin tulla virheitä ja tällöin arviointi ei vastaa todellisuutta. Tämä ilmeni heidän huolenansa, että hoitotyön suunnittelu ja RAI-arviointi eivät vastaa toisiaan.

“Jos RAI:ta ei kerkeä tehdä ajan kanssa kunnolla niin RAI ei varmasti vastaa todellisuutta, joten hoitotyön suunnittelu ja RAI eivät vastaa toisiaan.”

“Jos RAI:n tekemiseen ei käytetä aikaa, voi arviointiin tulla virheitä ja siksi arviointi ei ole ajan tasalla.”

Yksi vastaajista koki RAI:n käsikirjan olevan hankala tulkita. Hän mainitsi asiat käsikirjassa olevan ilmaistuna liian vaikeasti luettavaksi. Hänen mielestensä myös ihmiset pitävät RAI-arviointijärjestelmää “mörkönä”, jonka takia välttelevät sen täyttämistä. Toisen vastaajan mielestä ohjaajat eivät ymmärrä RAI-arvioinnin tarkoitusta eivätkä osaa lukea arviointia, vaikka kuinka hän yrittäisi antaa opastusta.

“Käsikirjassa asiat ilmaistu monesti liian vaikeasti luettavaksi. Ihmiset pitävät Rai:ta ”mörkönä.” jonka takia välttelevät sen täyttämistä.”

“Kaikki ohjaajat eivät ymmärrä rai:n tarkoitusta ja eivät osaa ”lukea” Rai arviointia vaikka kuinka yrittäisi antaa opastusta”

Enemmistö vastaajista mainitsi haasteina RAI-arviointijärjestelmän olevan puutteellinen asukkaan fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen, kognitiivisen ja hengellisen toimintakyvyn ja hyvinvoinnin tukemisessa, jos asukkaalla on muistisairautta, koska hoitajat joutuvat itse täyttämään asukkaansa RAI-arvioinnin. Yksi mainitsi joutuvansa arvailemaan taustoja joissakin asioissa, jos omaiset eivät ole mukana asukkaan elämässä. Toisen mielestä asukas ei ymmärrä mihin RAI-arvioinnin kysymysten vastaukset vaikuttavat. Kolmas koki, että RAI-arvioinnin tulos ei vastaa todellisuutta, jos asukas ei selkeästi pysty ilmaisemaan omaa mielipidettä ja näkemystä omasta toimintakyvystään.

“RAI jää puutteelliseksi, jos arvio jää vain hoitajan tekemäksi ja asiakas ei itse kykene esim. muistisairaudesta johtuen selkeästi ilmaisemaan omaa mielipidettä ja näkemystä toimintakyvystään.”

“Asukas ei aina kykene itse vastaamaan suullisesti tarpeistaan. Jos ei ole hyvää yhteyttä omaisiin, joudutaan välillä arvailemaan taustoja (hengellisyys, harrasteet).”

“Asukkaan ymmärtäminen mihin vastaukset vaikuttavat.”

“En koe siinä olevan haasteita. Meillä asukkaat muistisairaita, omahoitaja täyttää asukkaansa arvioinnin.”

Neljännän mielestä hoitaja voi ymmärtää RAI-arvioinnin kysymyksen väärin, muistaa vanhan tapauksen tai ajatella liian pitkältä ajalta, vaikka RAI-arvioinnissa kysytään viimeiseltä seitsemältä vuorokaudelta ja tästä tulee virheellisiä tuloksia. Eräs vastaajista mainitsi, että RAI-arviointi ei huomioi asukkaiden yksilöllisyyttä riittävän hyvin. Jos vastauksien taustoja ja syitä ei tutkita, tällöin RAI ei huomioi asukkaan subjektiivisuutta ollenkaan.

“Jos ohjaaja ymmärtää kysymyksen väärin tai ajattelee liian pitkältä ajalta vastauksia, vaikka kysyttäisi ” viimeisen 7 vuorokauden aikana” tulee virheellisiä tuloksia.”

“RAI ei huomioi asukkaiden yksilöllisyyttä riittävän hyvin. Vastaukset laatikoidaan ja tilastoidaan vaikka vastausten takana voi olla hyvinkin erilaisia taustoja ja syitä.”

Vastaajista kaksi ei kokenut RAI-arvioinnista olevan asukkaalle mm. hänen fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen, kognitiivisen ja hengellisen toimintakykynsä ja hyvinvointinsa tukemisessa mitään haastetta.

6.1.3 RAI:n kehittämisideoita

Vastaajissa enemmistö mainitsi kehittämisideoina RAI-arviointijärjestelmän käyttämiseen ja hyödyntämiseen paremman ja toimivamman integraation potilastietojärjestelmään. RAI-arvioinnin teon jälkeen tiedot siirtyisivät potilastietojärjestelmään, jolloin hoitosuunnitelman päivittäminen nopeutuisi sekä RAI-arviointi tulisi paremmin näkyviin päivittäisissä kirjaamisissa. Toimivamman integraation ansiosta hoitajilla olisi enemmän välitöntä aikaa asukkaille, koska kirjaamiseen käytetty aika on pois hoiva- ja hoitotyöstä.

“Integraatio toimivammaksi, jotta tuotetta käytettäisiin ja Hoisua päivitetäisiin Rai teon jälkeen.”

“RAI tulisi jotenkin paremmin näkyväksi asiakastietojärjestelmään ja päivittäiseen kirjaamiseen. Osa RAI tiedosta, kun RAI on tehty, siirtyisi Hilikkaan??!”

“Kysymyksiä ja esimerkkejä voisi muokata siten, että ne olisivat käytännöllisiä esimerkkejä, joista ymmärtää jotain. Nyt ne on ilmeisesti suomennettu vain englannin tekstistä.”

Vastauksissa ehdotettiin RAI-koulutusta jo koulussa ja selkeämpää käsikirjaa sekä kysymyksiä ja vaihtoehtoja, jotka palvelevat myös alle 65-vuotiaita. Ehdotettiin laadukkaampaa kääntämistä englannista suomeksi tulkinnan helpottamiseksi ja, että THL:n yksikkökohtaisia raportteja hoidon laadusta ja yksikön toiminnasta käytäisiin tarkemmin läpi. Myös esimiesten huolena on ollut puutteellinen tuki tulosten läpikäymiseen.

6.2 RAI-arviointijärjestelmän koulutus

RAI-arviointijärjestelmän käyttö edellyttää siihen sopivaa koulutusta. RAI-koulutusta järjestää mm. THL (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. RAI-verkkokoulu) verkkosivuillansa. Useat muut julkiset sekä yksityiset tahot myös järjestävät RAI-koulutusta. Hoiva Oy:ssä jokainen kyselyyn vastannut ilmoitti saaneensa koulutusta RAI-arviointijärjestelmän käyttöön. Vastaajat mainitsivat saavansa seuraavanlaisia koulutuksia: RAI:n käytön opettelu, RAI-vastaavan koulutuksen, A-B-C, arviointi ja käsikirja sekä C1 & C2. Muutama vastaaja mainitsi myös RAI-vastaavien tapaamisia kerran kuukaudessa.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tässä luvussa pohdimme tuloksiamme suhteessa työssämme esitettyyn teoriaan ja teemme siitä johtopäätöksiä. Pohdimme kyselyn toteuttamistapaa sekä minkä vuoksi tutkimuskyselyyn ei saatu toivottua enemmän vastaajia. Opinnäytetyön prosessin vaiheessa olemme kehittyneet ammatillisesti, jota peilaamme sairaanhoitajan kompetensseihin nähden. Opinnäytetyö tehdään eettisiä normeja ja käytäntöjä noudattaen sekä tutkimuskyselyn tulosten analysointi tapahtuu luotettavasti. Opinnäytetyö toteuttaminen on tapahtunut vaihe vaiheelta Helsingin Diakonissalaitoksen eettisen toimikunnan sekä Diakonia-ammattikorkeakoulun säädösten mukaisesti.

Kävimme joulukuussa 2019 työelämäneustajan luona Helsingin Diakonissalaitoksen Hoiva Oy:n tiloissa Helsingissä Alppikadulla esittelemässä kyselyn tulokset.

7.1 Tulosten tarkastelu

Tutkimuskyselyn tarkoituksena oli kartoittaa, millaisia kokemuksia hoitajilla on RAI-arviointijärjestelmästä Hoiva Oy:ssä. Kyselylomakkeen kysymysten avulla, olemme saaneet kattavasti arvokasta aineistoa ja olemme saaneet vastauksen tutkimuskysymykseen: millaisia kokemuksia hoitajilla on RAI-järjestelmästä? Kyselylomakkeen vastauksen palauttaneista vastaajista kaikki olivat sitä mieltä, että RAI-arviointijärjestelmää käytetään Hoiva Oy:ssä monipuolisesti sekä RAI on hoitajien mielestä koettu hyväksi välineeksi arvioida asukasta kokonaisvaltaisesti. Hoivassa jokainen RAI-arvioita tekevä hoitaja on saanut RAI-koulutuksen. Mikä oli tärkeätä tietää, koska ilman kunnollista koulutusta, on vaikeata hyödyntää RAI-arvioinnista saatua tietoa täysimääräisesti asukkaan hoidossa (Hyttinen & Myllymäki 2015, 65). RAI-arviointijärjestelmän hyödyistä, haitoista ja kehittämisideoista tarkastelemme alla tarkemmin.

Vastaajien kokemusten mukaan hyötynä nousi esiin RAI-arviointituloksista saatava asukkaan avun tarve, paljonko omaa toimintakykyä ja voimavaroja on vielä jäljellä sekä mahdolliset riskitekijät. Vastaajat olivat sitä mieltä, että RAI-

arviointijärjestelmää käytetään hoitotyössä palvelutarpeen arvioinnissa, hoidon- ja kuntoutuksen sekä asukkaan tuentarpeen tekemisessä, hoitoisuuksien mittareina ja asukkaan kokonaisvaltaisen toimintakyvyn arvioinnissa. Arvioinnin tulosten perusteella muun muassa SAS-työryhmä saa arvokasta tietoa asukkaasta, josta on heille hyötyä palvelutarpeen arvioinnissa. Eräs vastaaja mainitsi RAI-arviointia tehdessä toisen omahoitajan kanssa miettivänsä yhdessä tarkemmin ja varmemmin asukkaan pärjäämistä, hänen voimavaransa ja toimintakyky huomioiden. DRS-masennusmittarin ansiosta voidaan seurata mielialassa muutoksia ja voidaan tarvittaessa järjestää virikkeellisempää asumista. Myös asukkaat itse havaitsevat toimintakyvyssään muutoksia, josta on hyötyä arviota tehdessä. Asukkaat ja tarvittaessa heidän omaisensa ovat mukana suunnittelemassa hoitoa. Asukkaiden toiveet ja tarpeet otetaan arvioinnissa huomioon.

Haasteena enemmistön mielestä oli RAI-arvioinnin tekemisen muistisairaalle. Muistisairas ei välttämättä ymmärrä mihin vastaukset vaikuttavat. Arviointi jää puutteelliseksi eikä vastaa todellisuutta, kun muistisairas ei itse kykene selkeästi ilmaisemaan omaa mielipidettään ja näkemystään toimintakyvystään. Eräskin hoitaja mainitsi, että jos ei ole kontaktia omaisiin, arvioinnissa joudutaan välillä arvailemaan muistisairaahan taustoja. Muistisairailla ihmiset reagoivat tilanteisiin yksilöllisesti. Heidän puutteellinen tilannetulkintansa ja kommunikoinnin vaikeudet saattavat aiheuttaa turhautumista ja mielialan vaihteluita, jotka voivat ilmetä erilaisina käytösoireina muun muassa suuttumuksena, voimakkaana ahdistuksena tai vahvana vetäytymisenä. Muistisairaahan kognitiivisten muutosten takia ihminen ei kykene ilmaisemaan omiaan toiveitaan tarpeeksi selkeäksi. Tämä voi johtaa muistisairaahan tulevan herkästi väärinymmärretyksi. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2009, 236.) Olisi hyvin tärkeää löytää yhteinen kieli kommunikaatiolle, jotta muistisairas ihminen tulisi kuulluksi ja hänen tarpeensa tulisi huomioiduksi. Haasteet kommunikoinnissa muistisairaiden kanssa ei ole pelkästään RAI-arviointijärjestelmän ongelma vaan on laajempi haaste gerontologisessa hoitotyössä.

Haasteena koettiin myös, kun RAI-arviointijärjestelmä ja potilastietojärjestelmä eivät keskustele keskenään. Vastaajien mielestä olisi toivottavaa, että RAI-arvioinnin jälkeen tiedot siirtyisivät potilastietojärjestelmän hoitosuunnitelmaan suoraan tai vähäisellä määrällä työtä. Haasteina integraation lisäksi mainittiin se, että RAI-arvioinnin tekemiseen ei käytetä tarpeeksi aikaa. Jos aikaa ei käytetä tarpeeksi, RAI-

arvioinnin tulos ei vastaa todellisuutta ja hoitotyön suunnittelu on tällöin haasteellista ja pahimmassa tapauksessa hoito- ja palvelusuunnitelma ei vastaa todellisuutta. Totuudenmukaisen RAI-arvioin tekeminen vaatii osaamista ja aikaa. Esimiehen tehtävänä on järjestää työvuoroon hoitajalle riittävästi aikaa arvioinnin toteuttamiselle. (Rauhala ym. 2015, 56.)

Haasteena mainittiin myös käsikirja eli ohjeisto, joka ei ole selkokielistä ja käännökset eivät ole täysin ymmärrettäviä. Jos RAI-arvioinnin kysymyksen kohdalla on epäselvyyttä, hoitaja voi olla yhteydessä RAI-vastaavaan tai RAI-yhdyshenkilöön (Hyttinen & Myllymäki 2015, 68). Vaikka käsikirja on pyritty tekemään helppokäyttöiseksi, hoitajien mielestä käsikirjaa pitäisi vielä päivittää. Hyvänä huomiona eräs vastaaja mainitsi, että RAI ei huomioi asukkaiden yksilöllisyyttä riittävän hyvin vaan vastaukset laatikoidaan ja tilastoidaan, vaikka asukkaan vastausten takana voi olla hyvin erilaisia taustoja ja syitä. Jotta asukas saisi tarvitsemansa palvelun ja hoidon, hoitajan on aina mentävä mittariarvon ja RAP:sien taakse löytääkseen syyn tulokselle. Hoitajan ammatillinen kasvu kohti RAI-asiantuntijuutta kehittyy RAI-arvioita tekemällä sekä osaamalla hyödyntää RAI-tietoa asukkaan palvelujen ja hoidon suunnittelussa. (Heikkilä ym. 2015, 48, 51.)

Eräs vastaaja mainitsi vielä haasteeksi MDS-kyselylomakkeen kysymysten hoitaja voi ymmärtää väärin tai ajatella liian pitkältä ajalta vastauksia, vaikka kysytään “viimeisen 7 vuorokauden aikana”. Liian pitkältä ajalta tulkittaessa tulee virheitä arviointiin ja tällöin arviointi ei ole enää ajan tasalla. Aloittelevalla RAI:n käyttäjällä voi olla vielä puutteelliset taidot tiedon tulkitsemiseen ja soveltamiseen. Voisiko hän ottaa tuekseen kokeneemman RAI-osaajan, jonka kanssa voisi harjoitella RAI-arvioinnin tekemistä? (Heikkilä ym. 2015, 56.) THL:n raportteja toivottiin käytäväksi paremmin läpi yksiköissä, esimiehet ovat ensinnäkin toivoneet tukea tulosten läpikäymiseen. THL:n puolivuositaisista raporteista käy ilmi muun muassa asukasrakenne, heidän palveluistaan ja organisaation toiminnasta (Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Palvelutarpeiden arviointi RAI-järjestelmällä. RAI-vertailukehittämisen tietotuotteet).

Kehittämisideoita hoitajilta nousi seuraavanlaisia: RAI-arviointijärjestelmän ja potilastietojärjestelmän integraatio, kysymyksiä sekä vaihtoehtoja vastauksiin, jotka palvelisivat enemmän alle 65-vuotiaita, RAI-kouluttaminen jo koulussa, THL:n raportteja käsiteltäisiin enemmän yksiköissä sekä esimiesten tuen tarve tulosten

läpikäymiseen, selkeämpi käsikirja, jossa kysymyksiä ja esimerkkejä voisi muokata käytännöllisemmiksi, koska nyt ne on epäselvästi käännetty englannin kielestä suomen kielelle.

7.2 Eettisyys ja luotettavuus

Kun halutaan tutkimuskäytännöstä hyvä se edellyttää, että tutkittavilta saadaan tutkimukseen osallistumisestaan tietoon perustuva suostumus, jolla pyritään estämään tutkittavien manipulointi tieteen nimissä. Tutkittavalle kerrotaan kaikki oleellinen tieto siitä, mitä tutkimuksen kuluessa tulee tapahtumaan, ja että tutkittava on ymmärtänyt asian. Suostumuksella puolestaan tarkoitetaan sitä, että tutkittava kykenee tekemään järkeviä arviointeja hänelle annettujen tietojen perusteella, ja että tutkittava osallistuu tutkimukseen vapaaehtoisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 26–27.)

Pohdimme, miksi tiedonantajien määrä oli yllättävän alhainen. Vaikuttiko asiaan RAI-arviointijärjestelmän epämieluisa ja välttelevä käyttö hoitajien kesken, kuten eräs vastaajista mainitsi, että RAI-arviointijärjestelmä tunnetaan myös kutsumanimellä “mörkö”. Olivatko kyselylomakkeen kysymykset liian monimutkaisia ja haasteellisia vastata, vai eikö ollut aikaa taikka kiinnostusta vastata? Oliko tiedotteessa eli saatekirjeessä jotain mikä ei innostanut Hoiva Oy:n hoitajia osallistumaan opinnäytetyöhön tiedonantajina? Kimmo Vehkalahden (2014, 47-48) mukaan tiedote on kyselytutkimuksen julkisivu, joka kertoo vastaajalle tutkimuksen perustiedot, eli mistä tutkimuksessa on kysymys, kuka tai ketkä tutkimusta tekee sekä miten tiedonantajat ovat valittu ja mihin tutkimustuloksia tullaan käyttämään. Mielestämme Vehkalahti hyvin ilmaiseekin, että hyvän saatekirjeen perusteella vastaaja voi joko motivoitua vastaamaan kyselyyn tai hylätä koko kyselylomakkeen. On hyvin mahdollista, että tiedonantaja vain vilkaisee tiedotetta, vaikka kyselylomake olisikin kuinka hyvä. Vehkalahden mukaan paras vastausmotivaatio tuleeekin, jos aihe on valmiiksi kiinnostava ja tiedotteella voi herättää tiedonantajan kiinnostuksen, jolla voi vaikuttaa vastausten luotettavuuteen.

Valikoimme tiedonantajiksi opinnäytetyön kyselyyn Hoiva Oy:n sairaanhoitajat sekä RAI-vastaavat, jotka oletettavasti olisivat kiinnostuneita vastaamaan, mutta ennen kaikkea olisivat parhaita ja luotettavimpia tiedonantajia RAI:n käytön ja tuntemuksen ansiosta. On kuitenkin otettava huomioon, että vastaaminen oli täysin vapaaehtoista eikä vastaamatta jättäminen mitenkään vaikuttanut työsuhteeseen negatiivisesti.

Olihan kysely muutenkin anonymisti toteutettu. Vehkalahti (2014, 48-49) vielä mainitsee mahdollisesti vastausväsymyksestä, joka on mielenkiintoinen toteamus. Vehkalahti toteaaakin, että olisiko kyselylomaketta mahdollisesti voitu tiivistää tai jättää jotain kysymyksiä pois, jotta vastaaminen olisi mahdollisimman helppoa, sillä harva jaksaa käyttää liikaa aikaa kysymysten vastaamiseen. Kyselylomakkeen kysymyksiä oli kahdeksan (8) ja arvioilta 10-15 minuuttia niiden vastaamiseen kuluisi aikaa.

Opinnäytetyössä noudatimme eettisiä periaatteita. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Webropol-kysely toteutettiin anonymisti. Kaikki aineisto opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen tuhotaan luotettavin keinoin. Sitoudumme tekemään opinnäytetyömme rehellisesti ja vilpittömästi sekä sovittuja menetelmiä käyttäen. Pysymme sovituissa aikataulussa ja hankimme, käytämme sekä käsittelemme aineistoa lupauksen mukaisesti (Diak.Libguides. Osallistava ja tutkivan kehittämisen opas. Eettiset periaatteet tutkivassa ja kehittävässä työssä).

Haimme tutkimuslupaa Helsingin Diakonissalaitoksen eettiseltä toimikunnalta voidaksemme toteuttaa kyselyn ja tehdä siitä laadullisen tutkimuksen opinnäytetyöhömmä. Helsingin Diakonissalaitoksen eettiseltä toimikunnalta on aina haettava lausuntoa tutkimushankkeen, opinnäytetyön tai muun kartoituksen vuoksi, jossa tutkimusaineistoa hankitaan säätiön palveluita käyttäviltä henkilöiltä tai työyhteisöiltä. Lausunto pitää aina hakea huolimatta siitä, millä tavalla tutkimustietoa kerätään. (Helsingin Diakonissalaitos.)

7.3 Ammatillinen kasvu

Tämän opinnäytetyön prosessissa meidän sairaanhoitajan ammatillinen kasvu kohdentuu asiakaslähtöisyyteen, ammatillisuuteen ja asiantuntijuuteen, eettisyyteen, sekä gerontologiseen hoitotyöhön. Asiakas on aina yhdenvertaisena toimijana häntä koskevissa asioissa. Hän on oman elämänsä asiantuntija. Tämän ymmärtäminen ja sen kunnioittaminen kuuluu sairaanhoitajan ammattimaisuuteen ja asiantuntijuuteen. Ammattitaitoinen sairaanhoitaja osaa hyödyntää asiakkaan kokemuksellista tietoa tämän terveyden ja sairauden hoidossa sekä osaa toimia asiakkaan ja hoitotyön asiantuntijana erilaisissa työryhmissä. Hän toimii eettisesti oikein hoitotyön arvoja

noudattaen ja osaa arvioida henkilön hoidon tarvetta sekä osaa tukea iäkkään ihmisen hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn saavuttamista ja säilyttämistä. (Eriksson ym. 2015, 36-40.) Olemme tämän opinnäytetyön prosessin aikana huomanneet oman ammatillisen kasvumme sairaanhoitajina. Prosessin aikana sairaanhoitajan eettisyyden ja asiakaslähtöisyyden tärkeys on korostunut meille hoitotyössä.

RAI-arviointijärjestelmän käyttö hoitotyössä oli ajatuksia herättävä ja ajankohtainen. Molemmilla lähtökohtaisesti ei ollut aikaisempaa kokemusta RAI:sta. Opinnäytetyö on opettanut meitä valtavasti RAI:n käytöstä hoitotyössä. RAI-arviointijärjestelmä on herättänyt meissä molemmissa paljon ajatuksia ja keskustelua sekä hyvää pohdintaa. Kyselyn toteuttaminen, tulosten analysointi ja pohdinta osoittautui mielenkiintoiseksi opinnäytetyössä. Opinnäytetyön tekeminen on ollut mielekästä ja opettavaista. Sen tekeminen on vahvistanut ammatillista kasvuamme sairaanhoitajiksi, ja hoitotyön ammattilaisiksi sekä olemme saaneet arvokasta tietoa RAI-arviointijärjestelmästä ja sen tärkeydestä hoitotyössä. Sittenkin opinnäytetyön prosessin puolivaiheessa aihe tuli luontevammaksi ollessa kesätöissä kotisairaanhoidossa, jossa RAI-arviointijärjestelmällä arvioitiin kotihoidon asiakkaita. Tämän vaativan opinnäytetyön projektin myötä myös paineen- ja stressinsietokykymme ovat kehittyneet valtavasti ja olemme oppineet kuuntelemaan omia voimavarojamme.

Opinnäytetyön prosessissa etenimme suunnitelman mukaisesti ja opinnäytetyö valmistui sovitussa aikataulussa. Olemme tehneet parityöskentelyä aina sovittuina ajankohtina sekä etänä, että yhdessä koululla koneen äärellä. Parityöskentelymme on sujunut hienosti. Olemme mielestämme tehneet työtä opinnäytetyön äärellä niin hyvin kuin olemme pystyneet. Parityönä olemme oppineet kunnioittamaan ja huomioimaan toistemme mielipiteet. Opinnäytetyön kirjoittaminen on tuonut lisää varmuutta kielenkäyttöön ja on ollut hyvin opettavaista sekä olemme oppineet etsimään luotettavia aiheeseen kuuluvia lähteitä. Tämän laajan kirjallisen opinnäytetyön ansiosta pitkäjänteisyytemme on kasvanut, joka on hoitotyön yksi tärkeimmistä työkaluista. On ollut ilo ja kunnia saada toteuttaa tämä opinnäytetyö Helsingin Diakonissalaitoksen Hoiva Oy:lle. Toivomme, että Hoiva saa tästä opinnäytetyöstä arvokasta tietoa siitä, miten hoitajat Hoivassa kokevat RAI-arviointijärjestelmän käytön.

8 LÄHTEET

- Ahvenjärvi, S. & Salminen, H. (2012.) RAI-arviointijärjestelmän hyödynnettävyys hoitajan näkökulmasta (Opinnäytetyö, Hoitotyön koulutusohjelma.) Saatavilla 29.12.2018 https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/49210/Ahvenjarvi_Sari_Salminen_Heli.pdf?sequence=2
- Aira, M. (2005.) Duodecim. Saatavilla 01.09.2019 <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2005/10/duo94977>
- Centers for Medicare & Medicaid Services (01.10.2018). Long-Term Care Facility Resident Assessment Instrument (RAI) User's Manual. Saatavilla: <https://downloads.cms.gov/files/1-MDS-30-RAI-Manual-v1-16-October-1-2018.pdf>
- Dahlman, S. & Takanen, M. (2009). TOIMINTAKYKYÄ EDISTÄVÄN HOITOTYÖN KEHITTÄMINEN RAI- JÄRJESTELMÄN AVULLA HENKILÖSTÖJOHTAMISEN NÄKÖKULMASTA (Opinnäytetyö, Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi ammattikorkeakoulututkinto). Saatavilla 29.8.2019: <https://core.ac.uk/download/pdf/37990256.pdf>
- Diak.Libguides.Osallistavan ja tutkivan kehittämisen opas: Eettiset periaatteet tutkivassa ja kehittävässä työssä. Saatavilla 2.1.2019 <http://libguides.diak.fi/c.php?g=389856&p=2793510>
- Diakonissalaitoksen Hoiva. Historia. Saatavilla 04.09.2019 <https://www.hoiva.fi/meista/historia/>
- Diakonissalaitoksen Hoiva. Meistä. Saatavilla 07.01.2018 <https://www.hoiva.fi/meista/>
- Diakonissalaitoksen Hoiva. Saatavilla 04.09.2019 <https://www.hoiva.fi/yksityisasiakkaille/hoivakodit/#hoivakodit>
- Eloniemi-Sulkava, U. & Savikko, N. (2009). Gerontologinen hoitotyö. Teoksessa P. Voutilainen & P. Tiikkainen (toim.), *Käyttösoireista kärsivän muistisairaahan ihmisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden tukeminen* (s. 232-246). Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E-L. (2015). Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen – Sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus – hanke. Saatavilla:

<https://www.epressi.com/media/userfiles/15014/1442254031/loppuraportti-sairaanhoitajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>

- Eskola, J. & Suoranta, J. (1998). Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino
- Finne-Soveri, H. (2015a). Onnistuminen - RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa. Terveiden ja Hyvinvoinnin laitoksen raportti 9/2015. RAI-toimintaa 15 vuotta (s. 154-166). Saatavilla:
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126428/URN_ISBN_978-952-302-478-6.pdf?sequence=1
- Finne-Soveri, H. (2015b). YMMÄRRÄ RAI-arvioinnin sisältö ja tarkoitus. Saatavilla 3.2.2019 https://thl.fi/documents/920256/1449649/6_Finne-Soveri_YMMÄRRÄ.pdf/
- Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Vähäkangas, P. & Noro, A. (toim.) (2007). Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Heikkilä, R. & Mäkelä, M. (2015). Onnistuminen - RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa. Terveiden ja Hyvinvoinnin laitoksen raportti 9/2015. Saatavilla 3.2.2019 https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126428/URN_ISBN_978-952-302-478-6.pdf?sequence=1
- Heikkilä, R., Finne-Soveri, H., Ripsaluoma, J., Parikka, A., Suojalehto, E. & Noro, A. (2008.) Koukkuniemen vanhainkodin asiakasrakenne ja hoidon laatu RAI-järjestelmällä arvioituna 2006–2007. Helsinki: Stakes. Saatavilla 10.01.2018 <https://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R13-2008-VERKKO.pdf>
- Heikkilä, R., Hammar, T., Sohlman, B., Andreasen, P. & Finne-Soveri, H. (2015). Onnistuminen – RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa. Teoksessa R. Heikkilä & M. Mäkelä (toim.), *Organisaatiolähtöisistä asiakkaan näköisiin palveluihin Aloittelijasta asiantuntijaksi – RAI-arviointi osana iäkkään henkilön palvelutarpeen arviointia ja hoidon suunnittelua* (s. 46-57). Saatavilla:
https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126428/URN_ISBN_978-952-302-478-6.pdf?sequence=1
- Heimonen, S-L. (2009) TOIMINTAKYVYN LAAJA-ALAINEN ARVIOINTI JA TUKEMINEN. Teoksessa S-L. Heimonen & P. Pohjalainen (toim.),

PSYKKINEN TOIMINTAKYKY (s. 56-64). Saatavilla:

https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/08/Orait_1-2009-pdf.pdf

Helsingin Diakonissalaitoksen Hoiva Oy. OMAVALVONTASUUNNITELMA

VIKKI. Saatavilla 21.11.2019: [https://s3-eu-central-](https://s3-eu-central-1.amazonaws.com/evermade-hdl/wp-content/uploads/sites/3/2018/03/01121722/Oma-Valvontasuunnitelma-Viikki-2019.pdf)

[1.amazonaws.com/evermade-hdl/wp-](https://s3-eu-central-1.amazonaws.com/evermade-hdl/wp-content/uploads/sites/3/2018/03/01121722/Oma-Valvontasuunnitelma-Viikki-2019.pdf)

[content/uploads/sites/3/2018/03/01121722/Oma-Valvontasuunnitelma-Viikki-2019.pdf](https://s3-eu-central-1.amazonaws.com/evermade-hdl/wp-content/uploads/sites/3/2018/03/01121722/Oma-Valvontasuunnitelma-Viikki-2019.pdf)

Helsingin Diakonissalaitos. Tutkimukset ja julkaisut. Saatavilla 23.01.2019

<https://www.hdl.fi/meista/tutkimukset-ja-julkaisut/>

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2000). Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2004). Tutki ja kirjoita. Tammi, Helsinki.

Hoiva.Meistä.Historia. Saatavilla: <https://www.hoiva.fi/meista/historia/>

Hyttinen, H. (2009). Gerontologinen hoitotyö. Teoksessa P. Voutilainen & P.

Tiikkainen (toim.), *Ikäihminen hoitotyön asiakkaana* (s. 42-56).

Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Hyttinen, M. & Myllymäki, P. (2015). Onnistuminen – RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa. Teoksessa R. Heikkilä & M. Mäkelä (toim.),

Perehtymismateriaali RAI-arviointiin (s. 65-72). Saatavilla:

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126428/URN_ISBN_978-952-302-478-6.pdf?sequence=1

Hyvä ympärivuorokautinen hoito. Käypä hoito –suositus (22.9.2016). Helsinki:

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavilla

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix01676>

Janhonen, S. & Nikkonen, M. (2001.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä.

Helsinki: WSOY.

Karppinen, E. & Lukkari, L. (2015.) Hoitajien osaaminen RAI-arvioinnin tulosten

hyödyntämisessä Sotkamon kotihoidossa. Savonia-ammattikorkea-

koulu, sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala. Saatavilla 07.01.2018

https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/93239/Karppinen_Emma%20ja%20Lukkari_Laura.pdf?sequence=1

Kivelä, S-L. (2006). Geriatriksen hoidon ja vanhustyön kehittäminen.

Saatavilla <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70723/Selv200630.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Koppa (2015.) Laadullinen tutkimus. Jyväskylän yliopisto. Saatavilla 09.01.2018
<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/laadullinen-tutkimus>
- Kukkola, J. (2018). KOKEMUKSEN TUTKIMUS VI. Kokemuksen käsite ja käyttö. Teoksessa Toikkanen, J & Virtanen, I. (toim.), *Kokemuksen tutkimuksen metatiede: kokemuksen käsitteen käytön ja kokemuksen ehtojen tutkimus* (s. 41–63). Saatavilla 16.2.2019
https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/63420/Kokemuksen_tutkimus_VI_Toikkanen_Virtanen_pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. (1999). Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 1/1999.
- L 1301/2014. Sosiaalihuoltolaki. Saatavilla:
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>
- L 980/2012. Vanhuspalvelulaki. Saatavilla:
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>
- Mustajoki, P. (16.10.2018). Painoindeksi (BMI). *Lääkärikirja Duodecim*. Saatavilla 5.9.2019:
https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01001
- Niemelä, K. & Vähäkangas, P. (8.11.2017). RAI HC - peruskoulutus Lapin maakunnan alueella [luentotalenne]. Saatavilla 29.8.2019:
<http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/toimiva-kotihoito-lappiin/valmennukset/raisoft-mittareiden-kaytto-8-ja-29-11.2017/valmennuksen-diat>
- Noro, A., Finne-Soveri, H., Björkgren, M. & Vähäkangas, P. (toim.) (2005). Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus: RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes; Helsinki. Saatavilla: 29.8.2019:
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77767/RAIraportti.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Noro, A., Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Häkkinen, U., Laine, J., Vähäkangas, P., Kerppilä, S. & Storbacka, R. (2001). RAI-tietojärjestelmän käyttöönotto ja pitkäaikaishoidon benchmarking. RAI-raportti 1/2000. Saatavilla: <http://www.stakes.fi/verkojulkaisut/muut/Aiheita17-2001.pdf>
- Pohjolainen, P. (2009). TOIMINTAKYVYN LAAJA-ALAINEN ARVIOINTI JA TUKEMINEN. Teoksessa S-L. Heimonen & P. Pohjalainen (toim.),

- Fyysinen toimintakyky* (s. 49-55). Saatavilla:
https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/08/Orait_1-2009-pdf.pdf
- Päivärinta, E. & Haverinen, R. (2002). Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma opas. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Sosiaali- ja terveysministeriö: Suomen Kuntaliitto: Stakes. Saatavilla 24.8.2019:
<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/op52/op52.pdf>
- RAiSoft. MDS_2.0-lomake. Saatavilla 1.9.2019:
<http://raisoft.verkkokurssikone.fi/wp-content/uploads/sites/91/2017/06/Arviointilomake-LTC.pdf>
- Räsänen, P. (2011). Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu ympärivuorokautisessa hoivassa sekä hoivan ja johtamisen laadun merkitys sille. *Acta Universitatis Lapponiensis* 210. Saatavilla 21.11.2019
https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/61722/R%C3%A4s%C3%A4nen_Riitta_DORIA.pdf
- Sarvimäki, A. (2009). Gerontologinen hoitotyö. Teoksessa P. Voutilainen & P. Tiikkainen (toim.), *Gerontologisen hoitotyön arvot ja eettiset periaatteet* (s. 27-40). Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Tarhonen, T. (2013). GERONTOLOGINEN OSAAMINEN HOITOTYÖSSÄ. (Pro gradu –tutkielma, Itä-Suomen yliopisto, hoitotieteen laitos.) Saatavilla 20.11.2019 http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130427/urn_nbn_fi_uef-20130427.pdf
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2017.) Vaikuttavuus ja kustannukset. Saatavilla 07.01.2018 <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/seuranta-ja-vaikuttavuus/vaikutta-vuus-ja-kustannukset>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Ikääntyminen. RAI-vertailukehittäminen. RAI:n käyttö hoitotyössä. Saatavilla 30.12.2018 <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/rai-vertailukehittaminen/rain-kaytto-hoitotyossa>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Ikääntyminen. Tietoa RAI-järjestelmästä. Saatavilla 20.12.2018 <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/rai-vertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Ikääntyminen. Toimintakyvyn ylläpitäminen. Saatavilla 29.7.2019 <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/hyvinvointia-vanhuuteen/toimintakyvyn-yllapitaminen>

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Mitä toimintakyky on? Toimintakyvyn ulottuvuudet. Saatavilla 28.7.2019
<https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on/toimintakyvyn-ulottuvuudet>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. RAI ja palvelu- ja hoitosuunnitelma. Saatavilla 21.7.2019 <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/rai-vertailukehittaminen/rain-kaytto-hoitotyossa/rai-ja-palvelu-ja-hoitosuunnitelma>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. RAI-verkkokoulu. (2019). Saatavilla:
<https://verkkokoulut.thl.fi/web/rai>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. RAI-verkkokoulu. Saatavilla 30.6.2019
<https://verkkokoulut.thl.fi/web/rai>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Toimintakyky. Miten valitsen toimintakykymittarin? Saatavilla: 12.8.2019
<https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/toimintakyvyn-arviointi/arviointimenetelman-valinta>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Toimintakyky. Mitä se on? Saatavilla 22.11.2019
<https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Toimintakyky. Mitä toimintakyky on? Saatavilla 8.2.2019 <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Toimintakyky. Tulosten tulkinta ja hyödyntäminen. Saatavilla 12.8.2019:
<https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/toimintakyvyn-arviointi/tulosten-tulkinta-ja-hyodyntaminen>
- Tiikkainen, P. (2009). Gerontologinen hoitotyö. Teoksessa P. Voutilainen & P. Tiikkainen (toim.), *Koulutuksen rooli gerontologisen hoitotyön osaamisen kehittämisessä* (s. 313-332). Helsinki: WSOY
Oppimateriaalit Oy
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2009.) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi, Helsinki.
- Webropol. Saatavilla 8.2.2019 <https://webropol.fi/>
- Vehkalahti, K. (2014). KYSELYTUTKIMUKSEN mittarit ja menetelmät. Helsinki: Oy Finn Lectura Ab.
- Voutilainen, P., Routasalo, P., Isola, A. & Tiikkainen, P. (2009). Gerontologinen hoitotyö. Teoksessa P. Voutilainen & P. Tiikkainen (toim.),

Gerontologisen hoitotyön tietoperusta (s. 12-26). Helsinki: WSOY
Oppimateriaalit Oy.

9 LIITE 1. Opinnäytetyön tiedote

Helsingissä 20.4.2019

Hyvät Hoiva Oy:n sairaanhoitajat sekä RAI-vastaavat!

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Diakonia-ammattikorkeakoulun Helsingin toimipisteestä. Olemme tekemässä sairaanhoitajan opinnäytetyötä Helsingin Diakonialaitoksen Hoiva Oy:lle. Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää, millaisia kokemuksia Hoiva Oy:n sairaanhoitajilla sekä RAI-vastaavilla on RAI-mittarin käytöstä hoitotyössä. Olemme saaneet Helsingin Diakonissalaitoksen eettiseltä toimikunnalta luvan toteuttaa tämän opinnäytetyön.

Tutkimuksemme on laadullinen kyselytutkimus, johon aineiston keräämme Webropol-kyselytyökalulla. Teemme sairaanhoitajille sekä RAI-vastaaville Webropol-kyselyn ja analysoimme aineiston sisällön analyysillä. Vastaaminen tapahtuu anonyyminä. Hävitämme saamamme vastaukset heti opinnäytetyön valmistuttua. Vastaaminen on vapaaehtoista ja luottamuksellista eikä yksittäisiä vastauksia voi tunnistaa opinnäytetyöstä. Kyselyyn on hyvä varata aikaa n. 15 minuuttia. Vastaaminen ei aiheuta kustannuksia osallistujalle ja kieltäytyminen tai keskeyttäminen ei vaikuta työsuhteeseen.

Kysely aukeaa 1.4.2019 ja päättyy 30.4.2019. Vastaukset käsitellään ja niistä tehdään kaaviot, yhteenveto sekä käytetään sitaatteja. Opinnäytetyön on tarkoitus olla valmis vuoden 2019 loppuun mennessä.

Toivomme runsaasti innokkaita vastaajia ja kiitämme jo etukäteen avustanne opinnäytetyöhömmme.

Ystävällisin terveisin,

sairaanhoitajaopiskelijat Ari Hartikainen ja Johanna Raitio

Jos sinulla on kysyttävää, niin otathan meihin yhteyttä:

ari.hartikainen@student.diak.fi ja johanna.raitio@student.diak.fi

Linkki kyselyyn: [WEBROPOL-linkki tähän](#)

10 LIITE 2. Kyselylomake

Vastaathan alla oleviin kysymyksiin omin sanoin:

1. Kuvaile omin sanoin, miten käytät RAI-arviointijärjestelmää hoitotyössä.
2. Millaisia hyötyjä koet RAI:n käytöstä olevan hoitotyön suunnittelussa ja palveluntarpeen arvioinnissa?
3. Millaista hyötyä koet RAI:sta olevan asukkaalle mm. hänen fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen, kognitiivisen ja hengellisen toimintakykynsä ja hyvinvointinsa tukemisessa?
4. Millaisia haasteita RAI:n käytössä on kokemuksesi mukaan hoitotyön suunnittelussa ja palveluntarpeen arvioinnissa?
5. Millaisia haasteita koet RAI:sta olevan asukkaalle mm. hänen fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen, kognitiivisen ja hengellisen toimintakykynsä ja hyvinvointinsa tukemisessa?
6. Oletko saanut koulutusta työpaikallasi RAI-arviointijärjestelmän käyttöön?

Ei _

Kyllä _, millaista:

7. Millaisia kehittämissideoita sinulla on RAI:n käyttämiseen ja hyödyntämiseen?
8. Mitä muuta haluat vielä sanoa?

Kiitos vastauksistasi!