

RAI-JÄRJESTELMÄ VANHAINKODIN ARJESSA

Vihnuskodin osasto 2:n henkilökunnan mietteitä

Virpi Kopola

Opinnäytetyö
Joulukuu 2011
Tietojenkäsittelyn koulutusohjelma
Terveysalan tietohallinta
Tampereen ammattikorkeakoulu

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU
Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tietojenkäsittelyn koulutusohjelma
KOPOLA VIRPI:

RAI-järjestelmä vanhainkodin arjessa – Vihnuskodin osasto 2:n henkilökunnan mietteitä

Opinnäytetyö, 38 s., liitteet 1 s.
Joulukuu 2011

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä selvitys Nokian vanhainkoti Vihnuskodin osaston numero 2 henkilökunnan mietteistä koskien RAI- arviointijärjestelmää. Tavoitteena oli saada selville heidän toiveitaan ja käsityksiään ohjelman käytettävyydestä osana vanhainkodin arkea. Tarkoituksena oli tehdä selvitys, johon henkilökunta voisi tarvittaessa palata tarkentamaan käsityksiään ohjelman käytöstä.

Tutkimusmenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Haastattelun pohjaksi laadittiin teemarunkoja ja näitä teemoja täydennettiin tarkentavilla kysymyksillä haastattelua toteutettaessa. Haastatteluun osallistui kolme hoitajaa. Aineisto purettiin auki ja analysoitiin.

Tutkimuksessa kävi ilmi, että hoitajien toiveena oli saada lisää koulutusta RAI-järjestelmän käyttöön ja koulutusta toivottiin myös sijaisille saatavaksi. Haastattelua tehdessä huomattiin myös, ettei henkilökunnalla ollut varsinaisesti tietoa siitä, mihin RAI-järjestelmällä kerättyjä tietoja kerätään ja kuka niitä tarkastelee. RAI-järjestelmän käyttöön liittyi myös ajankäytöllisiä ongelmia, koska kiireisessä arjessa tietojen täyttäminen ohjelmaan toteutui lähinnä yöaikaan. Johtopäätöksenä todettiin, että RAI-järjestelmän käyttäminen ja tietojen syöttäminen siihen voisi tuntua mielekkäämmältä, kun henkilökunnalla olisi enemmän tietoa siitä, mihin tietoja varsinaisesti käytetään ja kuinka he voisivat osaltaan vaikuttaa ohjelman käytettävyyteen ja koulutuksen määrään.

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree programme in Business Information Technology
KOPOLA VIRPI:
RAI-Assessment Tool in Nursing Homes – How Nurses in Vihnuskoti Unit 2 Feel About It
Bachelor's thesis 38 pages, 1 attachment
December 2011

The objective of this thesis was to collect and describe information on nurses' experiences about the RAI assessment tool at the nursing home Vihnuskoti in Nokia. The goal was to get information on how nurses' feel about using the assessment tool RAI on everyday basis and what could be done differently.

The thesis was a qualitative research and the collection method for the information was a theme interview. Three nurses were interviewed for this thesis. A theme frame was made to give a base for the interview. The results were then analyzed according to the themes set before.

The results of this thesis showed that the nurses at the nursing home would have needed more guidance and information about the assessment tool. Especially practical instructions for the substitute workers in the beginning would be helpful. The nurses felt that comprehensive information about the assessment tool and knowledge of who has access for the gathered information would be advisable.

As a conclusion, it can be stated that in the future more time should be used to give the users more information about the assessment tool and practical education on how to use the tool. Time management is also an important factor in a workplace where nurses work in different shifts.

Key words: RAI assessment tool, working with the elderly, long term nursing care

SISÄLTÖ

JOHDANTO.....	6
1 AIHEEN TAUSTAA	7
2 TUTKIMUSTEHTÄVÄ JA TUTKIMUSMENETELMÄT	8
2.1 Opinnäytetyön tehtävä, tarkoitus ja tavoitteet	8
2.2 Laadullinen tutkimus tutkimusmenetelmänä.....	8
2.3 Haastattelun toteutus	9
3 IKÄÄNTYVÄN TOIMINTAKYKY JA SEN ARVIOIMINEN.....	10
3.1 Ikääntyvä käsitteenä	10
3.2 Toimintakyky käsitteenä	10
3.3 Ikääntyvän toimintakyky ja välineitä sen arvioimiseen	11
4 IKÄÄNTYNEIDEN HYVÄ HOITO	17
4.1 Pitkäaikaishoito.....	17
4.2 Ikääntyneiden hyvä laitoshoido	17
4.3 Hoito- ja palvelusuunnitelma.....	18
4.4 Palvelujen laatusuositus.....	20
5 RAI-JÄRJESTELMÄ	22
5.1 Yleistä RAI-järjestelmästä.....	22
5.2 RAIsoft	26
6 HAASTATTELUN TULOKSET JA ARVIOINTI.....	29
7 JOHTOPÄÄTÖKSET.....	33
8 POHDINTA.....	35
8.1 Opinnäytetyön eettisyys	35
8.2 Opinnäytetyön luotettavuus	35
8.3. Opinnäytetyön arviointi.....	36
LÄHTEET	37

LIITTEET..... 39

JOHDANTO

Väestön ikääntyminen on yksi merkittävimmistä haasteista nyky-yhteiskunnassamme. Vanhusten osuuden kohoaminen merkitsee sitä, että hoitoressurssien kohdentaminen ja saatavuus on turvattava ja näin ollen taattava vanhusten hyvä hoito eri palvelumuodoissa. Julkisuudessa on esitetty viime vuosina paljon kritiikkiä hoidon laadusta vanhustyössä ja kritisoitu muun muassa henkilöstöressurssien määrää suhteessa vanhusten määrään laitoshoidon piirissä. Laitoshoitoa tarvitsevien ihmisten määrä kasvaa iän tuomien sairauksien myötä, vaikkakin pyritään mahdollistamaan kotihoito niin pitkään kuin se inhimillisesti katsottuna on mahdollista. Toimintakyvyn mittaaminen on tärkeä osa hyvää hoitoa ja hoidon tarpeen määrittämistä yksilötasolla. Arvioita toteutetaan pitkälti erilaisten mittareiden ja kysymyssarjojen avulla. Näiden mittareiden avulla voidaan ikääntyneiden toimintakyvyn lisäksi kartoittaa henkilöstön määrää suhteessa hoidettavien ikääntyvien määrään.

Tampereen ammattikorkeakoulun ja Nokian kaupungin vanhainkodin hankkeen puitteissa nousi esille idea, että Vihuskodin hoitohenkilökunnan ajatuksia nykyisestä hoidon arviointimenetelmästä olisi hyvä saada kartoitettua. Tästä syntyi opinnäytetyöni aihe. Tarkoituksena oli teemahaastattelua käyttämällä haastatella Vihuskodin osasto 2:n henkilökuntaa ja näin saada käsitys siitä, millaisena he kokevat RAI-arviointijärjestelmän käytön omassa arjessaan.

1 AIHEEN TAUSTAA

Kuulin keväällä, että TAMK:n kehittämis- ja koulutuspalveluilla oli alkamassa hanke Nokian kaupungin kanssa liittyen Nokian vanhainkoti Vihnuskodin, uudistamiseen. Vihnuskoti sijaitsee Vihnusjärven rannalla lähellä Nokian keskustaa ja tarjoaa vanhuksille päiväkeskustoimintaa, lyhytaikaishoitoa sekä pitkäaikaista laitoshoidoa. Vanhainkoti on jaettu neljään osastoon ja hoitopaikkoja on 123, joista osa on varattu lyhytaikaiseen hoitoon. Tämän lisäksi vanhainkodin tiloissa toimii tehostetun palveluasumisen yksikkö (Nokian kaupunki 2011.)

Vihnuskodin osasto 2:lla oli haastattelun toteutushetkellä 28 asukasta, pääosa heistä on vuodepotilaita. Aamuvuorossa työskentelee joko kuusi tai seitsemän hoitajaa ja iltavuorossa neljä hoitajaa. Yövuoroissa puolestaan on joko yksi tai kaksi hoitajaa. Nyt Vihnuskoti on muutoksen edessä, koska palveluita ollaan siirtämässä uuteen, tällä hetkellä rakenteilla olevaan kiinteistöön.

TAMK:n ja Vihnuskodin hankkeessa oli mukana opiskelijoita hoitotyön koulutusohjelmasta ja heidän tehtävänä oli muun muassa ideoida tapoja kuinka kartoittaa asukasnäkökulmaa muutoksen tiimoilta asukkaita kunnioittavasti. Keskustelin mahdollisesta opinnäytetyön aiheesta TAMK:n kehittämispäällikkö Sinikka Seppäsen ja projektikoordinaattori Sanna Lehtokannaksen kanssa ja esiin nousi idea, että voisin haastatella Vihnuskoti osasto 2:n hoitohenkilökuntaa ja tutkia opinnäytetyössäni heidän käsityksiään ja tunnelmiaan RAI-arviointijärjestelmästä ja sen toimivuudesta omassa työssään. Pidän tätä aihetta mielekkäänä, koska ensimmäiseltä ammatiltani olen lähihoitaja ja tätä aihetta työstäessäni sain yhdistää sekä aikaisempia tietojani hoitoalasta, että uutta nykyisten opintojeni tuomassa muodossa.

2 TUTKIMUSTEHTÄVÄ JA TUTKIMUSMENETELMÄT

2.1 Opinnäytetyön tehtävä, tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tehtävänä oli saada mahdollisimman tarkka käsitys siitä, millaisena Nokian vanhainkoti Vihuskodin osasto 2:n hoitohenkilökunta koee arviointijärjestelmä RAI:n käytön. Kuinka he kokevat, että järjestelmää voidaan hyödyntää asiakkaiden yksilöllisessä hoidossa? Miten RAI:n käyttö nähdään osana hoitotyön arkea? Onko heillä toiveita ohjelman käytön suhteen?

Tavoitteena opinnäytetyössä oli saada selville Vihuskoti osasto 2:n henkilökunnan näkemys siitä, miten järjestelmän käyttö tällä hetkellä koetaan ja tätä kautta olla työvälineenä heille tulevaisuudessa. Tarkoitus on, että he voivat palata tämän työn näkemyksiin ja pohtia jatkossa, miltä järjestelmän käytössä ilmenneet asiat ovat tuntuneet ennen muuttoa uusiin tiloihin ja onko tarvetta lisämuutoksille asian puitteissa.

2.2 Laadullinen tutkimus tutkimusmenetelmänä

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus sisältää monia suuntauksia, analyysi- ja tiedonhankintamenetelmiä sekä tapoja tulkita tutkittua aineistoa. Omien valintojen kautta muodostuu reitti tutkimuksen tekoon ja sen tuloksiin. Laadullinen tutkimus on omankaltaisensa versio ja tulkinta tutkittavasta ilmiöstä, eikä ole olemassa yhtä oikeaa tapaa tehdä laadullista tutkimusta. Aiheen taustoituksen ohella tarvitaan myös teoriaa. Teoria auttaa tutkijaa tulkitsemaan ja selittämään tutkittavana olevaa ilmiötä. Tutkimusaineiston hankinnan lähtökohtana ovat tutkimustehtävä tai tutkimusongelmat. Näiden perusteella valikoidaan menetelmät, joilla kerätään aineisto (Puusniekka & Saaranen-Kauppinen 2006.) Tutkimuksen objektiivisuus muodostuu siitä, ettei tutkija sekoita omia näkemyksiään, asenteitaan ja uskomuksiaan tutkimuskohteeseen. Tutkija pyrkii ymmärtämään haastateltavan henkilön näkökulmia ja tulkitsemaan ilmaisuja sekä olemaan vuorovaikutuksessa haastateltavan kanssa. Tutkimuksen tulkintavaiheessa muodostettuja aineistoa järjestetään ja pyritään ymmärtämään. Käytin opinnäytetyössäni laadullisen tutkimuksen tutkimusmenetelmänä teemahaastattelua. Siinä edetään tiettyjen

etukäteen valikoitujen teemojen varassa sekä tarkennetaan niitä kysymyksillä. Tässä haastattelumuodossa korostetaan ihmisten tulkintoja, sitä miten merkitykset syntyvät haastateltavan ja haastattelijan välisessä vuorovaikutuksessa sekä haastateltavien asioille antamia merkityksiä. Etukäteen valitut teemat perustuvat tutkittavasta ilmiöstä jo tiedettyyn eli teoriaan ja näin luovat viitekehyksen tutkimukselle.

2.3 Haastattelun toteutus

Haastattelu tapahtui alkusyksyllä Vihuskoti osasto 2:n tiloissa. Haastattelua varten olin suunnitellut teemarunkoja hoitohenkilökuntaa varten sekä tarkentavia kysymyksiä. Haastattelu eteni melko vapaamuotoisesti ja haastattelun nauhoittamiseen käytin digitaalista nauhuria. Nauhurin toimivuuden testasin ennen haastattelun aloittamista. Haastateltavia hoitajia oli kolme, koska yksi hoitajista valitettavasti joutui perumaan osallistumisensa haastatteluun. Olin keskustellut osastonhoitajan kanssa ennalta ja sopinut haastattelun ajankohdan ja hän oli valinnut sellaisen päivän jolloin paikalla olisi RAI:ta käyttäneitä hoitajia, jolloin haastattelun tekeminen olisi tarkoituksellista kun haastateltavat ovat käyttäneet ohjelmaa. Ennen haastattelun alkua kysyin lupaa nauhoittamiseen ja kerroin, ettei tallennetta käytetä muuhun kuin opinnäytetyön tekemiseen ja kukaan muu ei sitä kuuntele kuin opinnäytetyön tekijä itse. Kerroin myös, että aineisto käsitellään luottamuksellisesti ja valmiista työstä ei voisi tunnistaa henkilöitä. Nauhoite tulotisiin hävittämään asianmukaisesti kunhan opinnäytetyö olisi valmis. Haastattelu tapahtui hoitajien kanssa yhteisesti ja keskusteltiin siitä, mihin tarkoitukseen haastattelu ja valmis työ tulee olemaan. Haastattelutilanne oli rauhallinen koska tila oli aiemmin varattu haastattelun tekoa varten.

3 IKÄÄNTYVÄN TOIMINTAKYKY JA SEN ARVIOIMINEN

3.1 Ikääntyvä käsitteenä

Ikäihmisen määritelmiä on eri kirjallisuuksien mukaan useita. Ikäännytynyt ja vanhus ovat termejä, joiden alle mahtuu monta määritettä. Selvää, kaikkien hyväksymää määritelmää ei ole. Tilastollisesti Suomessa 65 vuotta täyttäneet luokitellaan ikääntyneiksi, ja tämä perustuu yleiseen eläkeikään, joka on 65 vuotta. Kuitenkaan tilastollinen käsitys ei ole ainoa määritelmä ikääntymisestä tai vanhuudesta. Vanhuus määritetään alkavaksi 75 vuoden iästä, kun tarkastellaan ikääntymiskäsitystä toimintakykyyn perustuen. Ikääntymisen määrittely riippuu siitä mitä ulottuvuutta tarkastellaan, eli biologinen, fysiologinen, psykologinen, sosiaalinen ja subjektiivinen ikä ovat saman ilmiön erilaisia ulottuvuuksia. Kronologinen ikä mittaa vain kalenterin iän karttumista. Ihminen vanhenee siis yksilöllisesti eri tavoin näillä iän erilaisilla merkitystasoilla. Ikääntymisen määritelmään vaikuttaa myös se, millaisena nähdään mahdollisuudet vaikuttaa toimintakykyyn. Monesti käsitys vanhuuden alkamisesta perustetaan vain lääketieteelliseen ja biologiseen näkökulmaan ja unohdetaan muut ulottuvuudet (Numminen ja Vesala 2011.)

3.2 Toimintakyky käsitteenä

Ihmisen toimintakykyä on hankala määritellä yksiselitteisesti. Käytännössä tarkastellaan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista suorituskykyä vaikka todellisuudessa toimintakyky on muuta kuin vain näiden asioiden summa. Toisinaan toimintakyky on parempi kuin mitä sen eri osatekijöitä tarkastellen voisi olettaa ja välillä se saattaa olla jopa huomattavasti heikompi kuin mitä oletus on. Käytännöllisyyden kannalta henkilön toimintakyvyn arviointi painottuu useimmiten fyysisen toimintakyvyn arviointiin. Silloin mitataan yleensä fyysistä suorituskykyä, kuten hengitys- ja verenkiertoelimistön toimintaa ja muita terveydellisiä tekijöitä (Karppi 2009.)

Psyykkinen toimintakyky sisältää muun muassa psyykkisen hyvinvoinnin, persoonallisuuden, muistin ja oppimisen sekä siihen vaikuttavat kokemukset ja eletty

elämä. Sosiaalinen toimintakyky puolestaan kertoo miten ihminen toimii yhteiskunnan ja yhteisön jäsenenä ja siihen liittyy olennaisesti se, miten ihminen toimii toisten ihmisten kanssa (Opetushallitus 2010.) Lisäksi huomioonotettavia tekijöitä ovat elämänarvot, moraali ja periaatteet, jotka vaikuttavat osaltaan merkittävästi esimerkiksi sosiaaliseen kanssakäymiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn.

Toimintakyvystä puhutaan monesti vasta silloin, kun se on alentunut tai oletetaan näin olevan. Yleisenä käsitteenä se voi viitata niin lapsen, työikäisen kuin vanhuksen toimintakykyyn. Suorituskykymittauksissa olisi tärkeää muistaa myös psyykkiset ja sosiaaliset resurssit, jotka vaikuttavat myös toimintakykyyn. Ihminen voi myös kompensoida jonkin osa-alueen heikkenemistä muiden toimintakyvyn osa-alueiden hyvällä toiminnalla, kuten muuttamalla omia tapojaan suoriutua joistakin tehtävistä, jotka ovat ennen mahdollisesti vaatineet useampaa toimintakyvyn osa-aluetta toteutuakseen. Tosin omaan toimintakykyyn ei ole aina mahdollista vaikuttaa, jolloin parantavat toimet keskitetään toiminta- ja elinympäristöön, kuten asuinympäristöön (Karppi 2009.)

3.3 Ikääntyvän toimintakyky ja välineitä sen arvioimiseen

Ikääntyneen toimintakyky määräytyy kokemusten ja elinympäristön ehtojen perusteella. Niinpä ikääntyneiden toimintakyvyn vertailu voi olla vaikeaa. Lisäksi päivittäiset vaihtelut voivat olla suuria, mikä osaltaan vaikeuttaa arviointia. Toimintakykyä havainnoidaan ja arvioidaan arkielämässä, jolloin toimintakykyyn liittyvät tarpeet sekä voimavarat ja ongelmat on helpompi huomata ja tunnistaa. Kenties liian vähälle huomiolle jäänyt osa-alue on ikääntyneen elämänselämänsä historia, sillä sen ymmärtäminen antaa mahdollisuuksia ymmärtää millainen toimintakyky ikääntyneelle on elämän aikana ollut normaalia ja tätä kautta ymmärrettäisiin paremmin hänen nykytilaansa.

Ikääntyneen toimintakykyyn ja arjen sujuvuuteen vaikuttavat merkittävästi keholliset voimavarat. Tämän kyvyn aktivoiminen ja ylläpito parantavat arjessa selviytymistä, lisäävät turvallisuutta ja tätä kautta luovat myös henkistä hyvinvointia. Ikääntyneen kanssa työskentelevän on tärkeää tietää miten luonnollinen vanheneminen muuttaa kehollista toimintakykyä ja miten näitä kykyjä voi ylläpitää. Kehollisiin voimavaroihin

voidaan laskea liikkuminen, viestiminen (näkö ja kuulo), syöminen ja juominen, nukkuminen, erittäminen sekä puhtaus ja pukeutuminen (Opetushallitus 2010.)

Fyysinen toimintakyky on arkiaskareista, harrastuksista ja päivittäisistä toiminnoista suoriutumista. Ikääntyneen ihmisen fyysisen toimintakyvyn kannalta tärkeitä kykyjä ovat kyky nousta tuolilta ylös, lihasvoima etenkin alaraajoissa, tasapainon hallinta ja kyky kävellä. Nivelten liikkuvuutta tarvitaan ryhdin ja lihastasapainon lisäksi seisomiseen. Fyysinen toimintakyky voidaankin jakaa lihaskuntoon, liikkeiden hallintakykyyn ja yleiskestävyyteen. Lihaskuntoon kuuluvat voima, kestävyys ja notkeus ja liikkeiden hallintakykyyn puolestaan tasapaino, koordinaatio ja reaktiokyky. Fyysiseen toimintakykyyn voidaan lukea myös ikääntyneen ihmisen ihon kunto sekä hengitys. Oikean hengitystekniikan osaaminen mahdollistaa ikääntyneen rauhoittumisen ja rentoutumisen. Ihon kunnolla puolestaan on suuri merkitys esimerkiksi paine- ja säärihaavojen ennaltaehkäisyssä. Jalkojen kunto sekä ihon kunto vaikuttavat liikuntakykyyn. Ikääntyneen ihmisen fyysisenkin toimintakyvyn kannalta merkittävää on se, millaisena ikääntynyt itse pitää toimintakykyään. Toimintakyvyn tukemisen tavoitteiden realistisuus lisää mielekkyyttä pitää yllä omaa toimintakykyään (Lähdesmäki & Vornanen, 2009, 22-23.)

Lähdesmäen ja Vornanen (2009, 23-24) mukaan psyykkiseen toimintakykyyn voidaan laskea kognitiiviset toiminnot, persoonallisuus, mieliala ja psyykkiset voimavarat. Kognitiiviset kyvyt säilyvät yleensä pitkälle vanhuuteen. Näitä ovat muisti, oppiminen ja havaitseminen. Omien vahvuuksien ja heikkouksien tiedostaminen on tässäkin osassa tärkeää psyykkisten voimavarojen kannalta. Psyykinen toimintakyky näkyy myös minäkäsityksessä ja itsearvostuksen määrässä. Psyykinen toimintakyky antaa ikääntyneelle mahdollisuuksia tarkoituksenmukaiseen mukautumiseen ja selviämiseen välttämättömistä rooleista elämässä niin, että hänelle tulee tunne oman elämänsä hallinnasta ja selviytymisestä (Lähdesmäki & Vornanen, 2009, 23-24).

Psyykkisellä vanhenemisella puolestaan tarkoitetaan muutoksia elämänhallinnassa, minäkuvassa, persoonallisuudessa sekä älyllisissä toiminnoissa. Nämä henkiset voimavarat vaikuttavat oleellisesti siihen, millaiseksi ikääntynyt kokee elämänsä, selviytymisensä arjessa sekä yleisen toimintakykynsä. Ihmisten yksilöllisyys korostuu henkisissä voimavaroissa. On tärkeää tietää, kuinka voi ylläpitää henkisiä voimavaroja

ja tätä kautta vaikuttaa yleiseen hyvinvointiin. Elämän aikana muodostuneet yhteisölliset voimavarat auttavat myös henkisen toimintakyvyn ylläpidossa. On tärkeää myös osata erottaa luonnollisen ikääntymisen ja sairauden aiheuttamat muutokset toisistaan, jotta osataan ottaa ikääntyneen ihmisen tarpeet oikealla tavalla huomioon ja auttaa tarvittaessa (Opetushallitus 2010.)

Kykyä toimia toisten ihmisten kanssa erilaisissa tilanteissa tai yhteisöissä kutsutaan sosiaalseksi toimintakyvyksi. Ikääntynyt voi olla erilaisissa rooleissa eri toimintapaikoissa, kuten kuuntelijana tai toimijana. Sosiaalinen toimintakyky tarkoittaa vuorovaikutukseen kykenemistä sekä ihmissuhteiden ylläpidon ja solmimisen taitoa. Sosiaalinen tukiverkosto voi koostua sekä omista yksityisistä tahoista, että julkisen puolen turvaverkoista. Hyvä sosiaalinen tukiverkosto auttaa ehkäisemään stressiä ja sydän- ja verisuonisairauksia. Muiden toimintakyvyn osa-alueiden kuten fyysisen tai psyykkisen toimintakykyjen muutokset tai rajoitukset voivat vaikuttaa oleellisesti sosiaaliseen toimintakykyyn ja sen ylläpitoon. On tutkittu, että laitoshoidossa olevat ikääntyneet voivat sosiaalisen toimintakyvyn kannalta paremmin, kun heillä on hyvät sosiaaliset suhteet perheeseen ja puolisoon, kuin heillä joilla näin ei ole. Sosiaaliset suhteet parantavatkin merkittävästi elämänlaatua myös ikääntyneillä (Lähdesmäki & Vornanen, 2009, 24-25.)

Lähdesmäen ja Vornasen (2009, 25-26) mukaan yhdeksi toimintakyvyn osa-alueeksi voidaan laskea myös hengellisyys, pitäen sisällään moraalisia ja uskonnollisia periaatteita ja elämänkatsomuksen, arvot, aatteet sekä filosofiset pohdinnat. Ikääntynyt voi pohtia myös suhdettaan elettyyn elämään sekä kuolemiseen. Hengellisyys voi merkitä sekä uskoa Jumalaan, että uskoa ja luottamusta toisiin ihmisiin. Tasapainoinen toimintakyky pitää sisällään myös hengellisyyden osa-alueen uskontokuntaan katsomatta, koska toisille hengellinen toimintakyky merkitsee enemmän uskonnollisuutta ja toisille enemmän henkilökohtaista uskoa esimerkiksi omiin arvoihin ja mielenrauhaan.

Toimintakyvyn arvioinnissa käytetään tilanteesta riippuen erilaisia mittauksia, kyselyitä, mittareita ja havainnointia. Osa mittareista on kansallisesti Suomessa kehitettyjä ja osa kansainvälisesti kehitettyjä ja käytössä olevia mittareita. Myös mittareiden tai arviointijärjestelmän valintaan tarvitaan moniammatillista asiantuntemusta. On tärkeää

myös kiinnittää huomiota mittarin käyttökelpoisuuteen juuri siinä ympäristössä, jossa sitä on tarkoitus käyttää. Jokainen mittari on laadittu tiettyä tarkoitusta varten ja tämä seikka tulisi olla samankaltainen oman käyttötarkoituksen kanssa. Mittareita on laadittu eri käyttöalueille ja toimintaympäristöihin, jolloin niiden käyttäminen luotettavasti onnistuu vain näissä ympäristöissä tai tietyille asiakas- tai ikäryhmille. Mittaria valitessa tulee muistaa myös toiminnalliset ja mittaukselliset ominaisuudet, kuten luotettavuus ja pätevyys. Oleellista on pohtia myös mittariston ja arviointimenetelmän käytettävyyttä: onko tarjolla koulutuksia ohjelman käyttöön, kuinka paljon aikaa kuluu mittarin käyttöön, mitä tiedetään luotettavuudesta ja aiemmasta käytöstä. Arviointimenetelmässä on syytä olla myös käyttöohjeet, jotta niistä saatavia tuloksia osataan analysoida tarkoituksenmukaisella tavalla (STM, 2006, 9.)

On olemassa erilaisia mittareita joilla selvitetään tiettyä asiaa, kuten kipua selvittäessä oleva VAS- kipujana ja älyllisten toimintojen määrittämisessä käytettävät seulontatestit MMSE eli Mini mental state examination joka soveltuu niin lääkärin kuin hoitajankin työvälineeksi ja CERAD eli Consortium to establish a registry for Alzheimer's disease (Hartikainen&Lönnroos 2008 24–25.) Näiden lisäksi on olemassa mittareita joilla tarkastellaan vanhusten toimintakykyä useammalla tasolla. Nämä mittarit voivat olla käytössä tarpeen mukaan joko kaikissa vanhuspalveluiden yksiköissä tai valikoidusti laitos-, avo- tai kotihoidossa. Osa mittareista on tarkoitettu käytettäväksi tietokoneen avulla ja osa on tarkoitettu manuaaliseen käyttöön. Seuraavissa kappaleissa on esiteltyinä muutama erilainen mittari.

Suomessa käytetty Kuntaliiton omistama RAVA-mittari perustuu 13 eri kysymykseen jonka jälkeen RAVA-ohjelma laskee indeksin, joka kertoo asiakkaiden toimintakyvyn tason vanhustenhuollon eri palvelumuodoissa ja tekee tietokannat arvioista. Kymmenen kysymystä liittyvät fyysiseen toimintakykyyn ja kaksi kysymystä kuvaavat muistia ja psyykkistä toimintakykyä. Lisäksi mittariin kuuluu mielialatesti ja henkisen kapasiteetin testaus. Mittaria voidaan käyttää yli 65-vuotiaan toimintakyvyn ja päivittäisen avuntarpeen arvioinnin välineenä. Mittari on saanut nimensä kehittäjiensä, Rajalan ja Vaissin mukaan. Tämä mittari on laajassa käytössä Suomessa ja soveltuu kaikille vanhustenhuollon palvelutasoille. Arvioinnin tuloksena ikääntynyt saa RAVA-indeksin, joka on laskettu tietokoneella. Indeksillä kuvaa ikääntyneen hoidon ja hoivan tarvetta. Mitä pienempi indeksiluku on, sitä omatoimisempi ikääntynyt on. RAVA-arvioinnit

tallennetaan www-pohjaisella ohjelmalla valtakunnalliseen tietokantaan. Tietoja voidaan hyödyntää hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisessa ja muutosten seurannassa. Sitä voidaan myös hyödyntää kunnallisella ja valtakunnallisella tasolla osana omaishoidon tuen määrittämistä ja palvelujen arviointia. Tietokantoja voidaan vertailla kunnallisella tasolla (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 60-61.)

Toinen Suomessa yleisesti käytössä oleva mittaristo on FIMTM – järjestelmä (Functional Independence Measure), joka mittaa kuntoutuksen vaikutusta, vertailee tuloksia ja systematisoi seurantaan. Mittarilla voidaan suhteellisen nopeasti osoittaa toimintakyvyn taso sekä määrittellä avuntarve ja siinä tapahtuvat muutokset. Tämä mittaristo koostuu toimintakyky-mittarista jossa on erilaisia toimintoja. Menetelmä on maailmanlaajuinen ja ollut käytössä Suomessa pitkään. Järjestelmän käyttö rinnastuu hyvin toimintayksikön arkeen. Tätä mittaria käytetään laitos-, avo- ja kotihoidossa. Mittari on suunniteltu siten, että arvioitavat 18 päivittäistä toimintaa on jaettu 13 motoriseen ja 5 kognition toimintaan. FIM-mittarista on lisäksi laadittu linkitys ICF-luokitukseen, joka on kansainvälinen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokitus. FIM-mittarissa on olemassa myös sovellus WeeFIM (Finnish Consulting Group 2009.)

ADL eli Activities of Daily Living-mittarilla arvioidaan kykyä selviytyä päivittäisistä perustoiminnoista. Mittarista on olemassa myös rinnakkaisversio PADL eli Personal Activities of Daily Living sekä IADL eli Instrumental Activities of Daily Living. ADL-mittari itsessään on lähinnä fyysistä toimintakykyä mittaava eikä ota huomioon sosiaalista toimintakykyä tai ympäristötekijöitä, joten siksi on kehitelty rinnakkaisversioita (Oulun yliopisto 2002.)

PT-portaikko eli päivittäisten toimintojen portaikko on avuntarpeen arviointimittari, joka perustuu ADL-indeksiin. PT-portaikko on kehittänyt ruotsalainen lääkäri Åsberg yhdessä toimintaterapeuttien kanssa. Åsberg lisäsi ADL-mittariin PT-portaikkoa kehittäessään neljä uutta porrasta ja sen lisäksi PT-portaikossa huomioidaan millaista apua ikääntynyt tarvitsee. Toisen antama apu voi olla niin tekemistä puolesta, tukemista, ohjaamista kuin muistuttamistakin. PT-portaikko kuvaa siis ikääntyneen omatoimista selviytymistä ja avun tarvetta arkielämässä. Jokainen porras kuvaa toimintakokonaisuutta ja näin tarjoaa eri ammatteja edustaville yhteisen kielen, jonka avulla he ymmärtävät ja saavat tietoa ikääntyneen avuntarpeesta ja sen määrästä. PT-

portaikossa portaiden järjestys on määrätty ja helpoimmat päivittäiset toiminnot ovat portaikon alapäässä ja toiminnot vaikeutuvat portaita ylöspäin mentäessä. Toimintakyky jaotellaan näiden mukaan itsenäiseksi, osittain autettavaksi tai autettavaksi. Hoitohenkilökunta arvioi ikääntyneen avuntarpeen syyn jokaisella toimintojen portaalla, jolla ikääntyneellä todetaan avuntarvetta päivittäisissä toiminnoissa (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 66-68.)

RAFAELATM on hoitoisuusluokitusjärjestelmä, jonka avulla voidaan määrittää kunkin potilaan kohdalla toteutunut hoitotyön määrä. Kirjaaminen tehdään hoitoisuusluokitusmittarin avulla suoraan tietojärjestelmään sisältäen kuusi eri osaluuetta. Hoitotyön määrän lisäksi ohjelma tuottaa tietoa käytettävistä hoitajaresursseista. Tämän avulla voidaan selvittää optimaalinen työmäärä hoitajaa kohti (Finnish Consulting Group 2009.) Myös RAI-arviointijärjestelmään on lisätty oma hoitoisuusluokitusjärjestelmä, jonka avulla voidaan tarkkailla hoitotyön määrän toteutumista kunkin ikääntyneen kohdalla. RAI-järjestelmästä lisää informaatiota omassa kappaleessaan.

Manuaalisista toimintakyvyn mittareista vanhin ja ehkä käytetyin on Barthel-indeksi eli the Barthel Index, mikä mittaa itsenäistä fyysistä toimintakykyä. Mittari on yksiselitteinen ja arvio nopeata tehdä. Kymmenen päivittäistä perustoimintaa pisteytetään ja tämä kertoo asiakkaan kunnon. Mittarista on olemassa useita versioita ja sillä arvioidaan sitä, mitä arvioitava todella tekee, ei sitä mitä hän kykenisi mahdollisesti tekemään. Indeksillä mitataan yleistä toimintakykyä haastattelun, havainnoinnin ja itse täytettävän kyselylomakkeen avulla. Kuten muistakin mittareista, tästäkin on olemassa useita eri versioita (THL 2009-2011.)

Näiden lisäksi oleva RAI-järjestelmä (Resident Assessment Instrument) soveltuu vertailukehittämisen välineeksi kaikkiin vanhushuolteen ja sitä voidaan hyödyntää hoidon suunnittelussa, johtamisessa ja vertailutoiminnassa (THL 2010.) RAI-järjestelmästä kerrotaan tarkemmin myöhemmin tässä opinnäytetyössä.

4 IKÄÄNTYNEIDEN HYVÄ HOITO

4.1 Pitkäaikaishoito

Pitkäaikaishoito laitoksessa on tarkoitettu henkilölle joka ei selviä kotona tai palveluasunnossa ja tarvitsee jatkuvaa ympärivuorokautista hoitoa. Tarkoitus on turvata mahdollisimman hyvä vointi ja toimintakyky. Pitkäaikaiseen laitoshoitoon kuuluu esimerkiksi auttaminen kaikissa päivittäisissä toiminnoissa, kuntoutus, terveyden- ja sairaanhoito sekä tuki ja opastus. Siirtymävaihe kodista laitoshoitoon on tärkeä ja usein raskas vaihe niin vanhuksen kuin omaistenkin elämässä. Kyseessä on iso asia etenkin pitkäaikaishoidon kohdalla (Noppari & Koistinen 2005, 152.) Vaaralan et al mukaan (1999) pitkäaikaishoito määritellään pitkäaikaishoidon päätöksellä tapahtuvaksi pysyväishoidoksi, joka on kestänyt yli 90 vuorokautta (Noppari & Koistinen 2005, 152). Pitkäaikaishoito tarkoittaa jatkuvaa asumista hoitopaikassa, joka on esimerkiksi terveyskeskuksen osasto tai muu ympärivuorokautista hoitoa ja huolenpitoa antava paikka, kuten vanhainkoti. Vanhukselle pitkäaikaishoidon päätöksellä on suuri merkitys, koska hoitopäätöksen seurauksena yhteiskunta kustantaa pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevalle asiakkaalle peruselämiseen tarvittavat kustannukset ja perii asiakkaalta tämän maksukykyyn suhteutetun hoitomaksun (Ruontimo 2009, 21, JHL 2010, 7-8 mukaan.)

4.2 Ikääntyneiden hyvä laitoshoido

Tavoitteena hyvän elämänlaadun turvaaminen pätee eri toimintaympäristöihin ja – paikkoihin, oli kyseessä sitten kotihoito tai laitoshoido. Laitoshoido asettaa luonnollisesti erityispiirteitä tavoitteille kun pyritään varmistamaan hyvä hoito. Tavoitteina ovat asiakkaita kunnioittava kohtaaminen, kuntouttava työote, asiakaslähtöisyys ja laatuperiaatteiden toteutus. Hyvä laitoshoido tulee suunnitella ja toteuttaa niin, että nämä mainitut tavoitteet on mahdollista saavuttaa. Konkreettisesti laitoshoidossa nämä tavoitteet tarkoittavat esimerkiksi sitä, että ikääntynyt ihminen saa riittävästi tietoa

osallistuakseen oman hoitonsa arviointiin ja suunnitteluun, hänelle annetaan mahdollisuuksia tehdä valintoja päivittäisten rutiinien yhteydessä ja häntä rohkaistaan ja tuetaan omatoimisuuteen mahdollisuuksien mukaan unohtamatta kuitenkaan apua siinä, missä sitä tarvitsee. Erittäin tärkeää on myös huomioida yksityisyyden turvaaminen hoitotoimintojen yhteydessä. Hyvän vuorovaikutuksen merkitystä ei voi korostaa liikaa, myöskään omaisten ja läheisten kanssa toimittaessa. Hyvää hoitoa määriteltäessä tulee erityisesti ottaa huomioon ne seikat, jotka ikääntynyt itse kokee hyvän hoidon merkeiksi. He toivovat edellä mainittujen seikkojen lisäksi kunnioitusta ja arvostusta elettyä elämää kohtaan. Ikääntyneet usein haluavat myös osallistua hoitoonsa voimiensa mukaisesti. Osallistuminen tähän edellyttää kiireettömyyden tunnetta ja tästä johtuen tulee huomata myös hyvän hoidon rakenteelliset edellytykset: hoitoon osallistuvan henkilökunnan määrä ja heidän osaamisensa määrittävät yhdessä hoitoympäristön kanssa tämän toteutumista ja sitä, kuinka kiireettömästi ja turvallisuuden tunnetta luoden laitoshoido tapahtuu (Backman, Paasivaara & Voutilainen 2002, 115-117.) Jotta voidaan toteuttaa hyvää laitoshoidoa, tulee määritellä ikääntyneiden toimintakyky ja voimavarat ja näiden mitoituksessa ja hoidon suunnittelussa ovat apuna seuraavaksi käsiteltävät hoito- ja palvelusuunnitelma sekä palvelujen laatusuositus.

4.3 Hoito- ja palvelusuunnitelma

Ikääntyneen ihmisen laadukas hoito ja palvelu perustuu huolellisesti ja luotettavasti tehtyyn asiakkaan kokonaistilanteen kartoitukseen, johon osallistuvat sekä sosiaalityön, hoitotyön ja lääketieteellisen työn ammattilaiset yhdessä asiakkaan ja omaisten kanssa. Hoito- ja palvelusuunnitelma on asiakaslähtöisen toiminnan työväline, joka ohjaa palvelun ja hoidon tavoitteellista toteuttamista ja sen kohdentamista tavoiteltuihin seikkoihin. Sen avulla sovitaan asiakkaan hoidon ja palvelun yksilöllisyys ja sovitetaan se jatkuvaksi kokonaisuudeksi (Finne-Soveri, Eloniemi-Sulkava, Vaarama & Voutilainen 2002, 91). Laissa on myös määritelty ja asetettu velvoitteita hoito- ja palvelusuunnitelman laatimiseen sekä sisältöön, kuten laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785), laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä sekä henkilötietolaki (Henkilötietolaki 22.4.1999/523).

Ikääntyneen tarpeet määrittävät, millainen on kunkin ammattihenkilön ja omaisen panos ikääntyvän hyvän hoidon ja palvelun kannalta. Hoito- ja palvelusuunnitelma sisältää ikääntyvän toimintakyvyn sekä hoidon ja palvelun tarpeen määrittämisen ja voimavarojen määrittelyn, mukaan lukien omaiset ja muut tukiverkostot. Lisäksi asetetaan selkeitä ja konkreettisia tavoitteita hoidolle ja palvelulle ikääntyvän hyvinvoinnin ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja lisäämiseksi. Suunnitelmassa sovitaan toimenpiteistä tavoitteiden saavuttamiseksi unohtamatta omaisia ja muuta tukiverkoston. Hoito- ja palvelusuunnitelma sisältää lisäksi kaikkien yhteisen sopimuksen ja mittarit, joiden avulla tavoitteiden toteutumista voidaan seurata sovitussa pisteissä, kuten esimerkiksi kotiuttamisen, hoitjakson tai tietyn toimenpiteen yhteydessä tai tietyin määräajoin, kuten puolivuositain. Suunnitelma on aina kirjallinen ja se tulee laatia moniammatillisessa työryhmässä yhdessä ikääntyneen ja tarvittaessa omaisten kanssa. Näin ikääntyneen voimavarat tulevat laaja-alaisesti arvioiduiksi ja suunnitelmassa osataan ottaa huomioon muutakin kuin vain toiminnallinen toimintakyky ja ikääntynyt nähdään yksilöllisenä ja laajana kokonaisuutena (Finne-Soveri ym. 2002, 92–94.)

Hoito- ja palvelusuunnitelmaa tehtäessä selvitetään ikääntyneen elämänhistoria joka pitää sisällään arvot, tavat ja tottumukset. Samalla havainnoidaan ikääntyneen kykyä selviytyä päivittäisistä toimista ja keskustellaan omaisten kanssa. Suunnitelman teossa hyödynnetään kaikilta ammattilaisilta ja omaisilta saatavaa tietoa sekä käytetään apuna vertailukelpoisia toimintakykymittareita. On tärkeää saada kartoitettua ikääntyneen tarpeet monialaisesti ja laajasti, jotta suunnitelma ei johda hänen kannaltaan väärin kohdennettuun palveluun ja hoitoon. Tavoitteiden tulee olla saavutettavia ja niin selkeitä, että ikääntynyt ja omaiset sekä hoitohenkilökunta ymmärtävät ne. On nimettävä myös koordinaattori, joka ottaa vastuun kokonaistilanteen selvittämisestä ja siihen tarvittavan tiedon keräämisestä sekä hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisesta, toteutuksen etenemisestä ja arvioinnista. Arviointia on tapahduttava säännöllisesti, jotta nähdään toteutuuko hoito ja palvelu asetettujen tavoitteiden mukaisesti (Finne-Soveri ym. 2002, 92–94.)

Hyvin tehty hoito- ja palvelusuunnitelma koostetaan vaiheittain. Ensiksi asiakkaaksi tulovaiheessa tutustutaan ikääntyneeseen ja hänen elämäänsä sekä tilanteeseensa.

Ikääntyneen kanssa keskustellaan toimintakyvystä ja kuntoutumisen mahdollisuuksista ja kerrotaan palveluista. Hoitaja selvittää yhdessä ikääntyneen ja omaisten kanssa palvelujen ja hoito- ja palvelusuunnitelman tarpeen. Seuraavaksi neuvotteluvaiheessa kartoitetaan ikääntyneen tarpeet, toiveet ja odotukset. Tavoitteena on selvittää ikääntyneen toimintakyky ja kokonaistilanne. Asiakkuudesta sopimisen vaiheessa asetetaan tärkeysjärjestykseen ikääntyneen hoidon tarpeet, tarvittu ohjaus, kuntoutus, palvelut ja hoito. Suunnitelman tavoitteet asetetaan ja valitaan tarvittavat toimenpiteet niiden saavuttamiseksi. Lisäksi suunnitelman tarkastamisesta sovitaan kirjallisesti, kuten myös tehdään kirjallinen hoito- ja palvelusuunnitelma. Seuraavaksi toimintavaiheessa toteutetaan hoito- ja palvelusuunnitelmaa yhdessä ikääntyneen ja hänen läheistensä kanssa. Suunnitelmaa arvioidaan ja seurataan säännöllisesti suunnitelmaan osallistuneiden henkilöiden kanssa. Tarkistamisen jälkeen suunnitelma päivitetään ja sovitut muutokset kirjataan. Lopuksi asiakkuuden päättyessä arvioidaan saavutettuja tuloksia ja sitä, mitä on tehty (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 88-90.)

4.4 Palvelujen laatusuositus

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto ovat asettaneet ikääntyneiden palveluille valtakunnalliset tavoitteet jotka tulevat esiin ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa. Laatusuositus annettiin ensimmäisen kerran vuonna 2001 ja sitä on uusittu sittemmin. Vuonna 2008 annettu laatusuositus on sosiaali- ja terveysministeriön, Suomen Kuntaliiton ja silloisen Stakesin yhteistyössä tekemä. Se sisältää strategisia linjauksia laadun ja vaikuttavuuden parantamiseksi hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi ja palvelurakenteessa, henkilöstössä ja johtamisessa sekä asuin- ja hoitoympäristöissä (STM 2008, 3-4; STM 2010.)

Kunnat puolestaan asettavat ikääntymispoliittisissa ohjelmissaan ikääntyneiden palveluille omat kuntakohtaiset tavoitteensa valtakunnallisten tavoitteiden ja omien paikallisten tarpeidensa pohjalta. Ikärakenteen muuttuessa yhteiskunnassa on otettava huomioon iäkkäämmän väestön tarpeet ja laatusuositus tukee kuntia ja yhteistoiminta-alueita kehittämään ikäihmisten palveluita paikallisista tarpeista yhteistyössä yksityisten palveluntuottajien ja asiakkaiden ja heidän omaistensa kanssa (STM 2008, 3-4; STM 2010.)

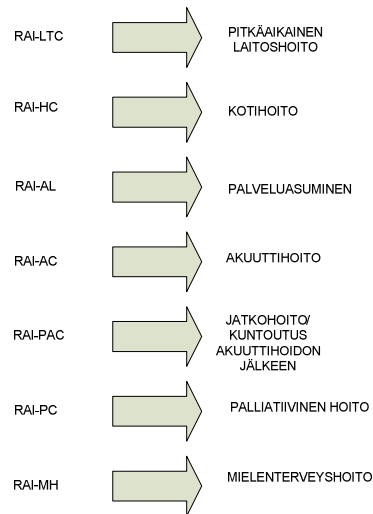
Tavoitteena laatusuosituksessa on edistää ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä sekä parantaa palvelujen laatua. Siinä määritellään palvelujen järjestämistä ohjaavat arvot ja eettiset periaatteet. Keskeisille palveluille asetetaan valtakunnallisia tavoitteita, tällä hetkellä tavoitteena vuoteen 2012 mennessä on, että 75 vuotta täyttäneistä ihmisistä 3 prosenttia olisi hoidossa vanhainkodeissa tai pitkäaikaisessa hoidossa terveyskeskuksen osastoilla ja 91-92 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä asuisi itsenäisesti tai arvioitujen palvelujen turvin kotona (STM 2008, 3-4; STM 2010.)

5 RAI-JÄRJESTELMÄ

5.1 Yleistä RAI-järjestelmästä

RAI-järjestelmä, englanninkieliseltä nimeltään Resident Assessment Instrument eli asukkaan arviointiväline, on vanhusasiakkaiden hoidon tarpeen ja laadun sekä kustannusten arviointi- ja seurantajärjestelmä (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2010). RAI on kansainvälisessä käytössä ja käännettynä 17 eri kielelle. RAI on tutkimus- tai rutiinikäytössä muun muassa Pohjoismaissa, Iso-Britanniassa, Hollannissa, Saksassa, Ranskassa, Sveitsissä, Italiassa, Espanjassa, Tsekin tasavallassa ja Japanissa sekä lakisäätöinen Yhdysvalloissa ja Kanadan tietyissä provinseissa kaikissa pitkäaikaishoitoa tuottavissa laitoksissa. Kansainväliset vertailut ovat mahdollisia asiakastasolla erilaisista palvelurakenteista huolimatta, koska RAI mahdollistaa yhteisen tavan arvioida ja kirjata arvioita. (RAI-raportti 1/2000, 6.)

Eri hoito- ja palvelumuotoja varten on kehitetty omat RAI-versiot, jotka sisältävät kaikille versioille yhteisen ytimen sekä kullekin versiolle tyypillisiä erityiskysymyksiä. Peruspohja koostuu kolmesta osatekijästä, kysymyslomakkeesta, käsikirjasta ja hoitosuunnitelman tarkistuslistasta (RAPS). Laadun indikaattoreiden avulla arvioidaan hoidon laatua ja samalla voidaan seurata muiden erityismittareiden avulla hoidon kohdentumista, asiakasrakennetta, tehokkuutta ja raskausastetta. RAI-järjestelmän versioita palvelumuodoittain ovat pitkäaikainen laitoshoido, kotihoito, akuuttihoito, palveluasuminen, jatkohoito- tai kuntoutus akuuttihoiton jälkeen, palliatiivinen hoito sekä mielenterveyshoito (Finne-Soveri, Björkgren, Vähäkangas ja Noro. 2006, 24–25.)



Kuvio 1. RAI-järjestelmän versiot palvelumuodoittain (Finne-Soveri ym. 2005, Björgren ym. 2006, 24)

Voittoa tavoittelematon tutkijajärjestö interRAI omistaa järjestelmän copyright-oikeudet (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2010). Järjestöön kuuluu joukko eri tieteenalojen, kuten matematiikan ja tilastotieteen edustajia yhdessä yleisten vanhuspalveluissa esiintyvien ammatti- ja tieteenalojen, kuten hoitotieteen, sosiaalialan, lääketieteen ja fysioterapian kanssa. Vaikkakin interRAI on voittoa tavoittelematon organisaatio, on RAI:n ympärille syntynyt erilaista yritystoimintaa ja kaupallista kirjallisuutta sekä opetuspaketteja (Finne-Soveri ym. 2006, 27.) Järjestelmää saa hyödyntää ilman veloitusta käytännön työssä sekä tutkimusluontoisiin tarkoituksiin, mutta se edellyttää sitä, ettei järjestelmää muuteta. Tekijänoikeusmaksut maksetaan interRAI:lle jos järjestelmää hyödynnetään kaupallisesti. Näin toimitaan esimerkiksi kaupallisten sovellusten kanssa. Suomessa vastuuorganisaatioina Terveiden ja hyvinvoinnin laitos yhdessä Chydenius-instituutin kanssa huolehtii RAI-vertailukehittämisestä (RAI-raportti 1/2000, 6-7).

Järjestelmä kehitettiin Yhdysvalloissa 1980-luvun jälkipuoliskolla iäkkäiden pitkäaikaishoidon seurantaan. Alun kehittelyn jälkeen järjestelmään lisättiin osiot, joiden avulla asiakkaan tarvitsema hoitoaika ja osaaminen voidaan arvioida sekä kehitettiin asiakasrakenteeseen perustuva maksujärjestelmä. Järjestelmän idea koettiin hyväksi laitospuolella ja kansainvälisenä yhteistyönä laitoshoidon RAI-järjestelmän

pohjalta luotiin myös oma versio kotihoitoon. Näiden jälkeen kehitettiin samankaltaiset versiot myös muihin palvelumuotoihin (Finne-Soveri ym. 2006, 24-25.)

Alunperin tarkoitus oli laatia laitoksessa asuvan henkilön hoivan ja hoidon tarpeet monipuolisesti käsittelevä, mutta kuitenkin lyhyt ja ytimekäs standardoitu lista kysymyksiä, joiden vastauksia voitaisiin hyödyntää hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisessa. Tämän kysymyssarja sai nimen Minimum Data Set (MDS). Myöhemmin tämän nimen perään lisättiin kirjainyhdistelmiä, jotka tarkentavat mikä hoito- ja palvelumuoto on kyseessä sekä numero tarkentamaan version kehitysastetta (HCFA 1995, Finne-Soveri ym. 2006, 25 mukaan.)

Minimum Data Set-kysymyssarjan standardoiminen mahdollisimman yksiselitteiseksi antaa mahdollisuuden vertailla yksilöä sekä omien tapahtumien kautta, että myös eri yksikköjen, kuten kuntien tai kansakuntien suhteen. Työskentely ja voimavarat saadaan keskitettyä RAI-järjestelmän avulla yksilön tarpeisiin. MDS-kysymyssarjasta on muodostettu erilaisia mittareita, joiden käyttötarkoitus vaihtelee yksilön, kunnan tai valtakunnan tasoilla. Mittareista voidaan halutessa poimia esimerkiksi haluttu valikko johtamisen tarpeisiin, jolloin RAI-järjestelmän antamat tiedot sopivat muiden johtamisen välineiden, kuten osaamiskarttojen tai kehityskeskusteluiden käyttöön (Finne-Soveri ym. 2006, 25-26.)

Lähdesmäen ja Vornasen (2009, 64) mukaan RAI:n laitosversion arvioinnin (MDS2) osa-alueet ovat:

”- henkilö- ja taustatiedot

- kognitiivinen kyky
- kommunikaatio ja kuulo
- näkö
- mieliala ja käytös
- psykososiaalinen hyvinvointi
- fyysinen toimintakyky
- pidätyskyky
- diagnoosit
- terveydentila

- ravitsemustila
- hampaiden tila
- ihon kunto
- aktiivisuus ja harrastaminen
- lääkitys
- erityishoidot
- yleistila ja uloskirjausmahdollisuudet
- tietoja arvioinnista”

Hoitotyön tiimi tai sairaanhoitaja vastaa RAI:n kokonaisarvioinnin suorittamisesta. Toimintakyvyn arviointi edellyttää hoitohenkilökunnan kouluttautumista RAI-järjestelmän käyttöön. Arvion luotettavuuden takia tiedon keräämisessä käytetään useita tiedon lähteitä ja keskustellaan tiimissä. Tietoja saa itse asiakkaalta, hänen omaisiltaan ja muilta hoitajilta sekä asiantuntijoilta. Samoin tietoja kerätään dokumenteista ja tarkkailemalla asiakasta. Arvioinnin tiedoista saadaan hoitosuunnitelmalle tavoitteet. Näistä arviointitiedoista on hyötyä myös päätöksenteossa hoidon suunnittelussa ja hallinnossa. Tavoitteena on saada ajantasalla pysyvä hoitosuunnitelma. Suomessa asiantuntijat suosittelevat pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevan asiakkaan hoitotyön tavoitteiden tarkastamista vähintään puolivuositain. Asiakkaan voinnin muuttuessa oleellisesti tehdään uusi arviointi, jonka perusteella tarkistetaan tavoitteet ja keinot hoitosuunnitelmassa. RAI-järjestelmällä tarkoitetaan paitsi tiedonkeruuta, myös tapaa jolla tietoa jäsenellään. Kyseessä on siis suunnitelmallisen hoitamisen työväline, jonka tärkein osio on asiakkaan arvioinnin ohjeisto sekä jo mainittu tarkistuslista, Resident Assessment Protocols, RAPS. 18-kohtaisesta tarkistuslistasta on hyötyä kun selvitetään mitkä ovat asiakkaan keskeiset ongelmat ja miten niihin voidaan vaikuttaa. Tavoitteena on toki myös hyödyntää asiakkaan omia voimavaroja niin pitkälle kuin mahdollista. (RAI-raportti 1/2000, 17-18.)

Lähdesmäen ja Vornasen (2009, 64) mukaan 18-kohtainen tarkastuslista, suunnitelmien teon apuväline RAPS, selvittää seuraavien osa-alueiden ongelmat tai uhat:

- ”- sekavuus
- älylliset toiminnot eli kognitio
- näkö

- kommunikaatio
- toimintakyky tai kuntoutus
- virtsainkontinenssi tai katetri
- psykososiaalinen hyvinvointi
- mieliala
- käytös
- vireys
- kaatuilu
- ravitsemustila
- ruokintaletku
- kuivuma- tai nestetasapaino
- hampaisto
- makuuhaavat
- psyykenlääkkeet
- liikkumisen rajoittimet”

Keskeisiä mittareita RAI-järjestelmässä ovat myös aiemmin mainittu ADL ja CPS eli Cognitive Performance Scale joka on rakennettu Minimum Data Set-lomakkeen kognitiivisen kyvyn osuudesta. Tämän mittarin luokitus perustuu viiden muuttujan yhdistämiseen. Muuttujina ovat lähimuisti, ymmärretyksi tuleminen, kyky suoriutua päivittäisen elämän päätöksenteosta, tajunnan taso ja kyky syödä itse. RAIssoft-sovellus laskee automaattisesti asteikon lukemat arvioinnin jälkeen (RAI-raportti 1/2000, 16-21.)

5.2 RAIssoft

Vuonna 2000 perustettu RAIssoft on sosiaali- ja terveydenhuollon alalla toimiva asiantuntijayritys, jonka ohjelmistoratkaisut perustuvat maailmanlaajuiseen RAI-arviointijärjestelmään (RAIssoft 2011). Yrityksellä on oma sopimuksensa interRAI:n kanssa (RAI-raportti 1/2000, 6-7). Yritys tarjoaa RAIssoft-ohjelmiston ja RAIssoft-ABC koulutuksen avulla palveluita, joiden avulla sosiaali- ja terveystalalla työskentelevät asiakkaat voivat oppia hyödyntämään RAI-järjestelmää itsenäisesti. RAI-järjestelmää hyödynnetään täysipainoisesti RAIssoft –LTC ohjelmistoa käyttäen vanhusten ympärivuorokautisessa hoidossa. Kesällä 2010 ohjelmisto on ollut käytössä 52:ssa

kunnassa. RAIssoft-LTC mahdollistaa työvälineet hoidon tarpeen, laadun sekä voimavarojen arviointiin ja seurantaan (RAIssoft 2011.)

Tämäkin ohjelmistokokonaisuus perustuu kolmeen osaan: perusohjelmistoon, laatumoduuliin sekä hoitosuunnitelmamoduuliin. Perusohjelmisto on hoitotiimin työväline kokonaisvaltaisen toimintakyvyn arviointiin moniammatillisessa työyhteisössä. RAI-arviointitiedot tallennetaan ohjelmistoon jonka jälkeen asiakkaan toimintakyky ja vointi kirjautuvat hoitosuunnitelmaan palautetiedoksi. Ohjelmistoon integroitu käsikirja toimii arvioinnin apuna ja siitä saa lisätietoja kysymyksien kohdalla. Asiakastason palautetiedot sisältävät muun muassa luettelon asiakkaan voimavaroista ja ongelma-alueista ja toimii lisäksi apuvälineenä hoidon suunnitteluun. Erilaisilla mittareilla voidaan mitata esimerkiksi kognitiota, päivittäisiä toimintoja, masennusta, kipua, painoindeksiä, sosiaalista aktiivisuutta, kuntoutumismahdollisuuksia ja kuntoutumista edistävää hoitotyötä (RAIssoft 2011.)

Laitos- ja osastotasolla raportit puolestaan keskittyvät toiminnan seurantaan seuraavilla osa-alueilla: osastoyhteenveto sisältäen mittareiden ja luokitusten keskiarvot sekä jakaumat, mittariraportit, lukitsemattomat arvioinnit, sisään- ja uloskirjaukset, henkilön poissaoloajat, hoitosuunnitelmat sekä seuraavien kokonaisarvioiden päivämäärät. Laatumoduulin avulla puolestaan yksittäisten RAI-muuttujien perusteella voidaan poimia tietoja tai yhdistellä muuttuja- ja mittaritietoja. Esimerkiksi jos halutaan saada tietoa useammista arvioinneista, kuten sellaisista joissa asiakkaan kuulo on heikentynyt ja asiakas ei suoriudu itsenäisesti suoritettavasta asiasta eri paikoissa. Ohjelmistosta voidaan saada asiakastasolla oleva luettelo joka sisältää arviointityypit ja – ajankohdat (RAIssoft 2011.)

Hoitosuunnitelmamoduuli perustuu RAI-arviointeihin jotka on tehty asiakkaalle. Hoitotyön tuloksellisuuden arvioinnista ja hoitosuunnitelman laadinnasta tulee nopeampaa, luotettavampaa ja helpompaa RAIssoft-hoitosuunnitelmamoduulin avulla. Hoitosuunnitelman teko etenee vaihe vaiheelta ohjelman myötä. Ensimmäiseksi ohjelman listoista ja mittaritiedoista valikoidaan asiakkaan voimavarat ja ongelma-alueet. Tässä yhteydessä voidaan kirjata myös muita yleisiä voimavara- ja ongelma-alueita ylös (RAIssoft 2011.)

Seuraavaksi määritellään hoidon tavoitteet ja auttamismenetelmät hoitotyössä tärkeysjärjestyksessä ja pitkällä aikavälillä. Viimeinen vaihe on toteutus, jossa hoitosuunnitelmaa arvioidaan aikavälein, tarvittaessa jopa päivittäin. Arvioinnin apuna voidaan käyttää siihen tarkoitettua työkalua joka osoittaa hoidon vaikuttavuutta graafisesti. Hoitosuunnitelma tiivistetään tulosteeksi jossa on esillä kaikki asiakkaan hoidon suunnitteluun liittyvä oleellinen informaatio. Tämä sisältää mittariarvot, diagnoosit, tavat ja tottumukset asiakkaan voimavarojen ja ongelma-alueiden lisäksi (RAIsoft 2011.)

6 HAASTATTELUN TULOKSET JA ARVIOINTI

Kaiken kaikkiaan haastattelutilanne eteni mukavasti ja hoitajat kertoivat mielellään mielipiteitään RAI-ohjelman käytöstä ja siihen liittyvistä tuntemuksista ja toiveista. He olivat hyvin samaa mieltä toistensa kanssa ja jakoivat samantyylliset tuntemukset ja uskoivat, että myös osaston muu henkilökunta olisi vastannut samankaltaisesti esiin tulleisiin aiheisiin. Haastattelu eteni teemoittain ja hyvässä tunnelmassa, välillä esitin tarkentavia kysymyksiä haastateltaville.

Ensimmäisenä aiheena keskustelimme haastateltavien omasta koulutus- ja työhistoriasta. Heillä oli kaikilla erilainen hoitotyön koulutus ja useampia työvuosia takana. RAI-ohjelmaa he olivat käyttäneet useita vuosia, pääosin he olivat oppineet käyttämään sitä juuri Vihuskodin osastolla 2. Ohjelman käyttöön saadun koulutuksen määrä vaihteli, koulutusta oli saatu vähän ja lisää opittu yhdessä ja erikseen työtovereiden kanssa käytännössä tekemällä ja ohjelmaa käyttämällä. Erityistä nimettyä RAI-vastuuhenkilöä osastolla ei ole. Pääasiassa omahoitajat täyttävät RAI:ta omista asukkaistaan noin puolivuositain ellei mitään erityistä ole voinnissa tapahtunut, tai jos asukkailla on ollut jaksoja muualla, kuten terveyskeskuksessa. Parhaiten aikaa RAI:n täyttämiseen on käytännössä ollut yövuoroissa, koska päivävuorot ovat usein kiireisiä muine töineen. Haittapuolena yövuoroissa RAI:n täyttämiseen nähtiin väsymys ja se, ettei välttämättä ole työtoveria paikalla jolta kysyä tarpeen vaatiessa neuvoa.

” Pyritään siihen että ku meillä on omahoitajaparit että yhdessä täytettäis, ainahan se ei oo mahdollista ”

”Ja monesti justiin ku on parhaiten aikaa just yövuorossa niin paljon tehdään sit yövuorossa, päivät on aika semmosia kiireisiä”

“käytännössä se on niin että yöllä me niitä täytetään, siellä kolmen, neljän aikaan erittäin väsyneenä “

Yhteinen näkemys oli siitä, ettei koulutusta ole ollut tarpeeksi ohjelman käyttöön ja koulutuksen mahdollistaminen kaikille, myös sijaisille oli toivelistalla.

” Niin että mahdollistettais että kaikki sais sen koulutuksen, sijaisista lähtien koska heitä täällä on niin, ja heilläkin on se vastuu siitä täyttämisestä”

Seuraavaksi haastattelussa kysyin, mitä ajatuksia sana RAI heissä hoitajissa ensimmäisenä herättää. Nopeasti nousi esiin epätietoisuus siitä, kuka RAI:n täyttämistä seuraa ja mistä syystä.

“Joo kans tulee mieleen kans että seuraako, tutkiiko niitä kukaan tai kattooko kukaan niitä”

“Niin mä kans ihan aattelen et tehdäänkö turhaa työtä”

RAI:n täyttäminen koettiin turhauttavana, koska koettiin ettei ollut tarpeeksi informaatiota siitä, mihin kaikkeen tietoa kerättiin ja ketä varten. Hoito- ja palvelusuunnitelma koettiin paremmaksi tehdä irrallisena RAI:sta .

“Kyllä mä luulisin et se hoitosuunnitelma meillä on niinkun se oleellisempi, miten meillä se päivittäinen hoito määritellään ja se mitkä on ne kuntoutusjutut kenenkin kohdalla, melkein uskaltaisin jopa väittää että ei meillä kyllä kukaan sen rain pohjalta täällä asukkaita kyllä hoida...hoidetaan ensin asukas ja täytetään vaan raita ku se täytyy täyttää”

“Mä koen kyl kans niin et ku me asiakasta tässä hoidetaan niin kyllä me nähdään hänen tarpeensa ja mikä on hänen hoidon tarpeensa niin kyllä se ihan irrallisena menee tässä hoitosuunnitelma ja raita täytetään kun on pakko...”

Kaikki RAI:n kysymykset eivät tuntuneet tarkoituksenmukaisilta hoitajien mielestä, koska samasta asiasta saatetaan kysyä monessa kohdassa hieman eri sanoilla.

*“Ja mulle tulee ainakin välillä semmonen olo että testataanko mua tässä taikka onks tää nyt joku kompajuttu, et eks tää just ollu toisinpäin tää ihan sama asia että..
munko älykkyyttä täällä nyt testataankin tällä hommalla...”*

“jollain lailla sit vois yksinkertaistaa sitä että pompataan johonkin seuraavaan kohtaan vaikka ja haetaan jotain häneen liittyvää erityistä eikä niin et kaikilla on se sama runko mitä vaan aina vaan mennään läpi siinä”

Hyvänä uutena ominaisuutena RAI:n käytössä koettiin mahdollisuus kirjoittaa itse “lisätietoja”-kenttään, mutta välillä esiintyy myös epävarmuutta siitä, mitä kyseiseen kohtaan oikeastaan voi laittaa ja millä tavoin, niin että muutkin ymmärtävät sen. Osa RAI:n kysymyksistä tuntuu hoitajista paremmin soveltuvilta muille sosiaali- ja terveydenhuollon palvelumuodoille, kuten esimerkiksi kotihoitoon. Ohjelmalta toivottaisiin erilaisia kysymyksiä eri kuntoisille ihmisille, koska heillä suuri osa asukkaista on vuodepotilaina ja kaikki kysymykset eivät tunnu täsmävän heihin tarkoituksenmukaisella tavalla.

“ja tää just liittyy tähän että on niinkun vuodepotilas että onhan se sen jälkeen ihan hölmöä kysyä tällasia kysymyksiä “

“Sitä raita vähän eroteltais siinä et mikä on kenellekin oleellinen ja suorittaa ja tehdä sen mukaan, koska se on kaikille sama nytten, se on vähän semmonen putki”

“Ja miten se palvelee sitä potilasta”

Vaikka RAI:n täyttäminen tuntuu välillä hoitajista turhauttavalta, he olivat kaikki sitä mieltä että tunnollisesti sitä osastolla täytetään ja halutaan pitää tiedot ajan tasalla. Hyvänä muutoksena tulevaisuudessa nähtiin se, että nykyisen paperille kirjaamisen sijaan aletaan käyttää sähköistä kirjausjärjestelmää potilaiden tietojen kirjaamiseen. Toiveena tulevaisuudessa olisi saada lisätietoja siitä, kuka RAI:hin täytettyjä listoja lukee ja mihin kaikkiin tarkoituksiin niitä kerätään. Kaikki haastateltavat olivat yhtä mieltä siitä, että tuntuisi mielekkäämmältä käyttää RAI:ta, kun tiedettäisiin isompi kuvio taustalla. Muita mittareita kuin RAI ei Vihnuskodilla ole käytössä.

“Ei oo nähty sitä et mikä se juju siinä on, se ei oo auennu sillain “

”Sitä mäkin mietin et ketä, ketä varten me ne laitetaa sinne jonnekin ja pyydetään usein niitä ICD-koodeja et lääkärit laittaa ja saadaan diagnosit niillä koodeilla ja taas mietitään et ketä varten? Että, niin... ”

Lisäksi hoitajia pohditutti henkilökunnan määrän laskeminen RAI:n täyttämisen pohjalta, koska heidän käsityksensä mukaan RAI:n listoista ei näe, onko yhtä potilasta varten tarvittu yksi vai kaksi hoitajaa tiettyjä toimia varten ja monesti vuodepotilaiden ollessa kyseessä, tarvitaan kaksi hoitajaa auttamaan. Toiveena olisi tulevaisuudessa

saada lisää koulutusta ohjelman käyttöön ja mahdollisesti jollain tapaa lisätä aikatauluresursseja, jotka mahdollistaisivat RAI:n täytön muinakin kuin yön tunteina, tällöin ohjelmiston käyttäminen tuntuisi mielekkäämmältä.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2008, 216-225) mukaan kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko on tutkimuksen ydinasia. Tutkimuksen tulokset on selitettävä ja tulkittava. Tulkinta tarkoittaa sitä, että tutkija pohtii analyysin tuloksia ja tekee niistä omia johtopäätöksiä. Kuitenkin tutkija, tutkittava sekä tutkimuksen lukijakin tulkitsevat tutkimusta tai jotakin sen vaihetta omalla tavallaan, eivätkä nämä tulkinnat välttämättä ole yhdenmukaisia, koska emme havaitse asioita samalla tavalla. Hirsjärvi ym. korostaakin, että tutkimuksen tuloksista olisi pyrittävä laatimaan synteesejä. Synteesit kokoavat yhteen pääiseikat ja antavat vastaukset esitettyihin ongelmiin. Olisi pyrittävä vastaamaan kysymykseen, mitkä ovat olennaiset vastaukset tutkimuksen ongelmiin. Tutkijan on lisäksi pohdittava, mikä on saatujen tutkimustulosten merkitys ja mikä laajempi merkitys tuloksilla voisi olla.

Tällä opinnäytetyöllä halusin saada vastauksen kysymykseen, millaisena vanhainkoti Vihuskodin hoitohenkilökunta kokee RAI-arviointijärjestelmän käytön. Tutkin aihetta teorian kannalta ennen tekemääni haastattelua ja teorian tieto esimerkiksi koulutuksen tärkeydestä arviointijärjestelmän käytössä tukee haastattelusta saamiani tietoja ja tunteuksia. Koulutuksen antia ja arvostusta ja sen mahdollistamisen tärkeyttä kaikille työntekijöille ei voi liikaa korostaa, tämä tuli selkeästi esiin myös haastattelussa. Käytännön ongelmiksi arviointijärjestelmän käytössä muodostuivat koulutuksen puutteen lisäksi aikaresurssit, koska vanhainkodin arjessa päivät ovat usein kiireisiä ja aikaa ei välttämättä hoitotyöltä jää arviointijärjestelmän käyttämiseen. Hoitajat tosin kokivat myös, että olisi mielekkäämpää käyttää arviointijärjestelmää jatkossa, kun aiheesta saisi enemmän informaatiota ja tietoa siitä, kuinka arviointijärjestelmän tietoja hyödynnetään.

Huomioonotettava seikka on myös sopivan arviointijärjestelmän valitseminen. Tarkan ja toimintaympäristöön sopivan arviointijärjestelmän avulla voidaan pitkäaikaishoidossakin löytää ne asiakkaat, jotka hyötyvät aktiivisemmasta kuntoutuksesta sekä asiakkaat, joille tärkeintä on nimenomaan hyvä perushoito. Tärkeää olisi aina miettiä, kuinka arviointi hyödyttää nimenomaan asiakkaita ja antaa valmiuksia kohdata heidän tarpeitaan paremmin. Lisäksi tietysti hoito- ja palvelusuunnitelman

tekeminen sekä laatusuosituksen huomioiminen ovat tärkeitä asioita hoidon suunnittelun kannalta sekä toimintakykyä kartoitettaessa.

Mielestäni olisi erittäin tärkeää, että hoitajilla olisi sellainen olo, että he voivat vaikuttaa työhönsä ja metodeihin, joilla toteuttaa työtä. Hyvä hoito toteutuu erityisesti silloin, kun nämä asiat otetaan huomioon yhdessä asiakaslähtöisen ja kuntouttavan työtteen kanssa. Mittaria kuin mittaria valitessa on tärkeää kiinnittää huomiota siihen, millaisessa ympäristössä ja mihin tarkoitukseen mittaria käytetään. Nähdäkseni omahoitaja-systeemi on hyvä, koska sitä kautta hoitohenkilökunnalle mahdollistuu paremmin tutustuminen ikääntyneeseen ja tätä kautta saadaan tietoa siitä, mikä hänen elämäntarinansa on ollut. Hoitosuunnitelmaa tehdessä on tärkeää tietää myös menneestä, jotta osataan suunnitella hyvää tulevaisuutta ikääntyneiden hoidossa. Tulevaisuudessa ikääntyvien määrä tulee kasvamaan ja haasteita tulee olemaan muidenkin osa-alueiden kuin arviointimittareiden kanssa ja näihin olisi hyvä kiinnittää huomiota jo nyt.

8 POHDINTA

8.1 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimuksen tekoon liittyy monia eettisiä kysymyksiä, jotka tulee ottaa huomioon tutkimusta tehdessä ja sen tuloksia julkaistaessa. Eettisesti hyvä tutkimus tarkoittaa sitä, että tutkimusta tehdessä noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä, eli yleistä huolellisuutta, rehellisyyttä ja tarkkuutta sekä itse tutkimustyössä, että tutkimuksen tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä arvioinnissa (Hirsjärvi ym. 2008, 23–24). Tässä opinnäytetyössä olleet haastateltavat olivat vapaaehtoisia ja kenenkään henkilöllisyyttä ei voi valmiista tutkimuksesta havaita. Kerättyjä tietoja käytetään pelkästään tämän tutkimuksen hyödyntämiseen eikä haastattelutietoja luovuteta ulkopuolisten saatavaksi. Materiaalit tuhotaan asianmukaisesti kunhan tutkimus on tehty ja julkaistu. Tätä tutkimusta tehdessä olen noudattanut hyvää tieteellistä käytäntöä sekä itse tutkimustyössä, että tutkimuksen tulosten tallentamisessa ja esittämisessä, sekä arvioinnissa.

8.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Hirsjärven ym. (2008, 227) mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuutta kohentaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta. Tarkkuus koskee tutkimuksen kaikkia vaiheita. Tutkimusten tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat, vaikka tutkimuksissa pyritään välttämään virheiden syntymistä. Tämän vuoksi tehdyn tutkimuksen luotettavuutta pyritään myös arvioimaan. Olen pyrkinyt tässä tutkimuksessa selostamaan tarkasti kaikki vaiheet, esimerkiksi kertomaan aineiston tuottamisen eli haastattelun olosuhteista totuudenmukaisesti ja selvästi.

Aineiston analyysissä on pystyttävä myös perustelemaan päätelmänsä. Tässä tutkimuksessa suorat lainaukset haastateltavien mielipiteistä lisäävät tutkimuksen luotettavuutta. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa siitä, miten Vihnuskoti osasto 2:n hoitohenkilökunta kokee RAI-arviointimenetelmän käyttämisen arjessa.

Tutkimuksen luotettavuutta on pyritty lisäämään toteuttamalla tutkimus johdonmukaisesti, täsmällisesti ja tarkkuutta noudattamalla.

8.3. Opinnäytetyön arviointi

Hirsjärven ym. (2008, 231) mukaan yksityisiä henkilöitä tai ryhmiä koskevat tiedot ovat luottamuksellisia. Tämän opinnäytetyön tutkimus suoritettiin luottamuksellisesti ja haastateltavien anonymiteettia kunnioittaen. Valmiista työstä ei ole mahdollista tunnistaa haastateltavien henkilöllisyyttä ja tutkimusmateriaalit on hävitetty asiaankuuluvasti tutkimuksen valmistuttua. Jälkikäteen ajateltuna olisin voinut esittää teemarungon puitteissa olevia kysymyksiä niin sanotulle testiryhmälle ennen haastattelun toteuttamista, vaikkakin haastattelun toteutus sujui ongelmitta ja epäselvyyksiä tehtyjen kysymyksiä kohdalla ei haastattelutilanteessa tullut.

LÄHTEET

Finne-Soveri, H. (toim.), Backman, K., Eloniemi-Sulkava, U., Paasivaara, L., Vaarama, M., Voutilainen, P. 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Finne-Soveri, H., Björgren, M., Häkkinen, U., Kerppilä, S., Laine, J., Noro, A., Storbäck, R., Vähäkangas, P. 2001. RAI-tietojärjestelmän käyttöönotto ja pitkäaikaishoidon benchmarking. RAI-raportti 1/2000. [www-dokumentti]. Luettu 18.9.2011. <http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/443D365E-9096-49D9-A499-3199BACE026D/0/Aiheita172001.pdf>.

Finne-Soveri, H., Björgren, M., Vähäkangas, P., Noro, A. (toim.). 2006. Kotihoidon asiakasrakenteen ja hoidon laatu. RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Finnish Consulting Group. 2009. FIM -toimintakyvyn ja avuntarpeen arvioinnin mittari. [www-dokumentti]. Luettu 18.9.2011. <http://www.fimmittari.fi/fim-mittari>.

Finnish Consulting Group. 2009. ICT-järjestelmät. [www-dokumentti]. Luettu 18.9.2011. <http://www.fcg.fi/fin/palvelut/ict-palvelut/ict-jarjestelmat/>.

Finnish Consulting Group. 2009. RAFAELA-hoitoisuusluokitusjärjestelmän kotisivu. [www-dokumentti]. Luettu 18.9.2011. <http://www.rafaela.fi/rafaela/>.

Finnish Consulting Group. 2011. Toimintakyvyn ja avuntarpeen arviointijärjestelmät, FIM ja WeeFIM. [www-dokumentti]. Luettu 18.9.2011. <http://www.fimmittari.fi/fim-ja-weefim-toimintakyvyn-ja-avuntarpeen-arviointij%C3%A4rjestelm%C3%A4t-0>.

Hartikainen, S., Lönnroos, E. (toim.). 2008. Geriatria, arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima.

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. 13-14. Osin uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Henkilötietolaki 22.4.1999/523.

Julkisten ja hyvinvointialojen liitto. 2010. Vanhusten asuminen ja hoito. [www-dokumentti]. Luettu 21.9.2011. http://www.jhl.fi/files/attachments/oppaat/vanhustyon_ammattilaisen_opas_1_.pdf.

Karppi, S-L. 2009. Toimintakyky on selviytymistä elämän haasteista. [www-dokumentti]. Luettu 23.9.2011. <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/261006153959HJ?OpenDocument>.

Koistinen, P. (toim.), Noppari, E. 2005. Laatu vanhustyöhön. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812.

Lähdesmäki, L., Vornanen, L. 2009. Vanhuksen parhaaksi, hoitaja toimintakyvyn tukijana. Helsinki: Edita Prima.

Nokian kaupunki. 2011. Vanhainkoti. [www-dokumentti]. Luettu 3.9.2011. http://www.nokiankaupunki.fi/palvelut/perusturva_ja_terveys/vanhukset/vanhainkoti/.

Numminen, H., Vesala, H. 2011. Ikääntymisen määrittely. [www-dokumentti]. Luettu 24.9.2011. <http://verneri.net/yleis/kehitysvammaisuus/ikaantyminen/muutokset/maarittely.html>.

Opetushallitus. 2010. Vanhuksen voimavarat ja toimintakyky. [www-dokumentti]. Luettu 24.9.2011. <http://www03.edu.fi/oppimateriaalit/vanhustyo/voimavarat.html>.

Oulun yliopisto. 2002. Luku 3. Kotihoidon asiakkaiden palvelujen järjestäminen. [www-dokumentti]. Luettu 25.9.2011. <http://herkules.oulu.fi/isbn9514268334/html/c124.html>.

Puusniekka, A., Saaranen-Kauppinen, A. 2006. KvaliMOTV . [www-dokumentti]. Luettu 21.9.2011. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/index.html>.

RAIsoft. 2011. Yrityksen kotisivut. [www-dokumentti]. Luettu 18.9.2011. <http://www.raisoft.com/index.php?p=280>.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Julkaisuja 2008:3. 2. Muuttamaton painos. Helsinki: Yliopistopaino.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa. [www-dokumentti]. Luettu 18.9.2011. <http://www.sosiaaliportti.fi/File/308e7352-a0a2-44df-bd07-ef82c2fe4dc5/ik%C3%A4ihmisten+toimintakyvyn+arviointi+stm.pdf>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2009-2011. Barthelin indeksi. [www-dokumentti]. Luettu 25.9.2011. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/84/>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2010. RAI-järjestelmä on vanhusasiakkaiden hoidon tarpeen ja laadun sekä kustannusten arviointi- ja seurantajärjestelmä. [www-dokumentti]. Luettu 24.9.2011. <http://info.stakes.fi/finrai/FI/raijarjestelma.htm>.

LIITTEET

Liite 1: Haastattelun runko

Teemarunko

Yleinen informaatio osastosta

Taustatiedot haastateltavista

RAI-ohjelmistoon saatu koulutus

Hoitajien omat tuntemukset RAI:n käytöstä ja mikä käytössä pohdituttaa

Muutosehdotukset ja toiveet