



Tiedolla johtaminen RAI:n avulla kotihoidon ja asiakasoh- jauksen lähiesimiesten näkö- kulmasta

Marika Luosmala

OPINNÄYTETYÖ

Marraskuu 2021

Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen (YAMK)

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Terveystieteiden tutkimuskeskus (YAMK)
Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen

LUOSMALA, MARIKA

Tiedolla johtaminen RAI:n avulla kotihoidon ja asiakasohjauksen lähiesimiesten näkökulmasta

Opinnäytetyö 88 sivua, joista liitteitä 13 sivua
Marraskuu 2021

Tulevaa sote-uudistusta ennakoivien Pirkanmaan kunnat ovat kehittäneet ja yhtenäistäneet RAI:n (Residence Assessment Instrument) käytön toimintamalleja. Osana kehitystyötä Pirkanmaalla otettiin vuonna 2020 ensimmäisenä Suomessa käyttöön uusi interRAI-HC (home care) -arviointiväline. Lähiesimiesten rooli on merkittävä RAI-käytön juurruttamisessa osaksi yksikön laadukasta toimintaa. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Pirkanmaan kotihoidon ja asiakasohjauksen lähiesimiesten ja heidän johtamiensa yksiköiden RAI-osaamistaso sekä lähiesimiesten RAI-tiedon hyödyntämisen tavat keväällä 2021. Tavoitteena oli tuottaa tietoa Pirkanmaan RAI-kehittämiseen sekä laatia ehdotus RAI-koulutussuunnitelmaksi lähiesimiehille. Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena kyselytutkimuksena ja aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin. Kyselylomakkeen osana hyödynnettiin aiemmissa tutkimuksissa kehitettyä RAIHYJ-mittaria.

Kysely lähetettiin 65 lähiesimiehelle, josta 45 vastasi, eli vastausprosentti oli 69 %. Tuloksista ilmeni, että kaikkien RAIHYJ-mittarin sisältöalueiden suhteen Pirkanmaalla on vielä kehitettävää. Viidesosa yksiköistä ylsi RAI-osaamisessaan hyvälle tasolle. Parhaiten osa-alueista toteutui RAI-osaaminen, jolla lähes joka kolmas yksikkö oli hyvällä tasolla. Eniten kehitettävää oli hoito- ja kuntoutussuunnitelmien tekemisessä, jossa vain joka kymmenes yksikkö saavutti hyvän tason. Suurimmat kehittämiskohteet liittyivät arviointien ajantasaisuuteen, mittarien tulokintaan sekä tulosten ”aukikirjoittamiseen” ja hyödyntämiseen asiakkaiden hoito- ja kuntoutussuunnitelmien laatimisessa. Esimiesten oma RAI-osaaminen ja RAI-tulosten hyödyntäminen oli hyvällä tasolla neljäsosalla vastaajista. Hyvällä tasolla olevia yksiköitä yhdisti RAI-arviointien ajantasaisuus, RAI-tulosten säännöllinen käsittely yksikköpalaverissa ja laatuindikaattorien hyödyntäminen yksikön kehittämisessä.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että pitkä RAI:n käyttökokemus ei takaa osaamista, vaan suurempi merkitys yksikön RAI-osaamiselle näyttäisi olevan lähiesimiehen innostuksella ja tavoilla hyödyntää RAI-tietoa johtamisessaan. Jatkotutkimuksena olisi tarpeellista tutkia ja kehittää asiakasohjauksen lähiesimiesten RAI-tiedolla johtamista ja seurantamittareita.

Asiasanat: tiedolla johtaminen, RAI, lähijohtajuus, asiakasohjaus, kotihoito

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree Programme in Development and Management of Health Care
and Social Services

LUOSMALA, MARIKA:

Knowledge Management by Using RAI (Resident Assessment Instrument) from
the Viewpoint of Supervisors of Client Counselors and Home Care
Master's thesis 88 pages, appendices 13 pages
November 2021

The purpose was to determine the RAI competence level of the supervisors of client counselors and home care and their units in Pirkanmaa and find the ways they used information RAI generated in spring 2021. The aim was to provide information and draw up a training plan for leaders. The data were collected by means of the question survey and analyzed through quantitative methods. The RAIHYJ-meter, which was developed in the earlier theses, was used as part of the questionnaire.

The results indicated that there is room for improvement on all RAIHYJ content areas. One fifth reached a good level. RAI knowhow was the best realised. Most development was needed in the making of treatment and rehabilitation plans. Common to the units at a good level were the time-to-date RAI assessments, the regular processing of RAI results in unit meetings and the use of quality indicators in the development of the unit.

The long RAI user experience does not guarantee expertise, but the manager's enthusiasm has a great impact on the unit's competence. Further studies are needed to develop and study the management and monitoring indicators of the RAI data of the supervisors of client counselors.

Key words: knowledge management, Resident Assessment Instrument, leadership, client counselor, home care

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS	8
3	TARKOITUS, TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TAVOITE	11
4	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	12
4.1	Käytetyt tiedonhakumenetelmät	12
4.2	Tiedolla johtaminen	13
4.3	RAI-järjestelmä.....	16
4.3.1	RAI:n käyttö asiakastyössä	17
4.3.2	RAI johtamisen välineenä.....	18
4.4	Lähiesimiehenä kotihoidossa ja asiakasohjauksessa	20
4.4.1	Asiakasohjaus ja kotihoito mahdollistamassa asiakaslähtöistä kotona asumista.....	21
4.4.2	Lähiesimies kehittämässä palvelun laatua	22
4.4.3	RAI-osaamisen johtaminen	22
4.5	RAI-järjestelmä lähiesimiehen työkaluna	24
4.5.1	Lähiesimiehen RAI-osaaminen.....	25
4.5.2	RAI-tiedon hyödyntäminen johtamisessa	26
5	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT JA TOTEUTUS	28
5.1	Kyselylomakkeen laadinta ja RAIHYJ-mittari	28
5.2	Kyselytutkimuksen toteutus.....	30
5.3	Aineiston analysointi	31
6	TULOKSET	36
6.1	Vastaajien työkokemus ja koulutustausta	36
6.2	Vastaajien RAI:n käyttökokemus ja käydyt RAI-koulutukset	38
6.3	Yksiköiden RAI-osaaminen	40
6.4	Lähiesimiesten oma osaaminen ja RAI-tiedon hyödyntäminen....	45
6.5	Lähiesimiesten koulutustarpeet.....	53
7	POHDINTA	55
7.1	Tulosten tarkastelu.....	55
7.2	Tutkimuksen luotettavuus	59
7.3	Tutkimuksen eettisyys.....	61
7.4	Lähiesimiesten RAI-osaamista vahvistettava.....	62
7.5	Ehdotus koulutussuunnitelmaksi Pirkanmaan lähiesimiehille.....	63
7.6	Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet	65

LÄHTEET	68
LIITTEET	76
Liite 1. Kyselylomakkeen kysymykset	76
Liite 2. Saatekirje tutkimukseen osallistumisesta sähköpostitse	80
Liite 3. Tietosuojailmoitus.....	81
Liite 4. Tietoinen suostumus	81
Liite 5. Taulukko aiempien tutkimusten keskeisistä tuloksista.....	87

1 JOHDANTO

Vanhusväestön määrän kasvu ja huoltosuhteen muutos tulevina vuosikymmeninä asettavat suuren haasteen Suomen vanhushuoltoon. Pääministeri Sanna Marinin hallitusohjelmaan sisältyvässä Kansallisessa Ikäohjelmassa vuoteen 2030 (2020) keskeiset tavoitteet ovat kotihoidon toimintamallien kehittäminen sekä asiakas- ja palveluohjauksen roolin korostaminen varmistamassa palveluintegraation, yhdenvertaisuuden ja kustannustehokkuuden toteutumista. Niin Ikäohjelmassa kuin tulevassa sote-uudistuksessa tiedolla johtaminen on keskeinen keino ja edellytys vaikuttavien ja oikea-aikaisten palveluiden järjestämiseen. (Kansallinen Ikäohjelma vuoteen 2030 2020, 34, 43–44; Sote-uudistus n.d.)

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista eli vanhushuoltolaki (980/2012) edellyttää, että iäkkäille tarjottujen sosiaali- ja terveyspalveluiden tulee olla laadukkaita ja turvata hyvä hoito sekä huolenpito. Kuntien pitää tarjota palvelut ensisijaisesti kotiin järjestettävänä palveluina ja muina avopalveluina. Samalla määrätään iäkkään henkilön oikeudesta palvelutarpeen selvittämiseen, jolloin hänen toimintakykynsä arvioidaan monipuolisesti ja luotettavia välineitä käyttäen. Aiemmin näitä luotettavia välineitä ei tarkemmin määritelty, mutta 1.10.2020 vanhushuoltolakiin lisättiin vaade käyttää RAI-järjestelmää palvelutarpeen arvioinnin ja toimintakyvyn seurannan välineenä viimeistään siirtymäajan päätyttyä 1.4.2023. (9.7.2020/565; 980/2012).

RAI (Resident Assessment Instrument) on kansainvälisen tutkijaverkosto interRAI:n kehittämä vanhusten ja vammaisten toimintakyvyn arviointivälineistö. RAI-järjestelmän käyttö aloitettiin Suomessa vuonna 2000 ja vuoteen 2018 mennessä sen piiriin on saatu noin 35 % säännöllisen kotihoidon asiakkaista ja noin 40 % ympärivuorokautisen hoidon asukkaista. Yksittäisen asiakkaan osalta RAI tuottaa tietoa palvelutarpeen arviointiin sekä hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelman pohjaksi. Samalla yksiköistä kertyy vertailutietoa, jota hyödynnetään johtamisessa, tutkimuksessa ja palveluiden kehittämisessä. RAI-järjestelmää käytävissä kunnissa RAI-mittariarvoja hyödynnetään yleensä myös palvelujen myöntämisen perusteissa. (Tietoa RAI-järjestelmästä 2021.)

Pohja kaikelle RAI-tietojen hyödyntämiselle on arviointitietojen luotettavuus, eli arvioinnit pitää tehdä oikein ja niiden on oltava ajantasaisia. Tämän saavuttaminen ei ole itsestäänselvyys, sillä RAI:n tekeminen ja tulkitseminen edellyttää osaamista. Yksikön lähiesimiesten rooli on ratkaisevan tärkeä, jotta RAI:n käyttö saadaan juurtumaan luontevaksi osaksi yksikön laadukasta toimintaa. Tämän mahdollistamiseksi lähiesimiehen itsensä pitää hallita RAI hyvin. (Vähäkangas ym. 2012, 15–17, 24; RAI-tiedolla johtaminen 2021.) Myös Sosiaali- ja terveysministeriön Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi vuosille 2020–2023 (2020, 55, 60) nostaa yhdeksi keskeiseksi tavoitteeksi lähijohtamisen kehittämisen ja seurantajärjestelmien käytön asiakasrakenteen, palvelutarpeen ja hoidon laadun seuraamisessa.

Lähiesimiesten RAI-osaamisesta ja RAI-tiedon hyödyntämisestä on tehty Suomessa vain muutamia tutkimuksia (mm. Vähäkangas 2010; Vähäkangas ym. 2012; Vähäkangas ym. 2017; Niemelä ym. 2018) eikä kansainvälisiä tutkimuksia aiheesta löytynyt. Aiempien tutkimusten perusteella lähiesimiesten omassa RAI-osaamisessa ja RAI-tiedon hyödyntämisessä on parantamisen varaa. Tämä on merkittävää, sillä lähiesimiesten oma asenne heijastuu koko yksikön osaamiseen. (Vähäkangas ym. 2012, 37, 75; Niemelä ym. 2018, 61.)

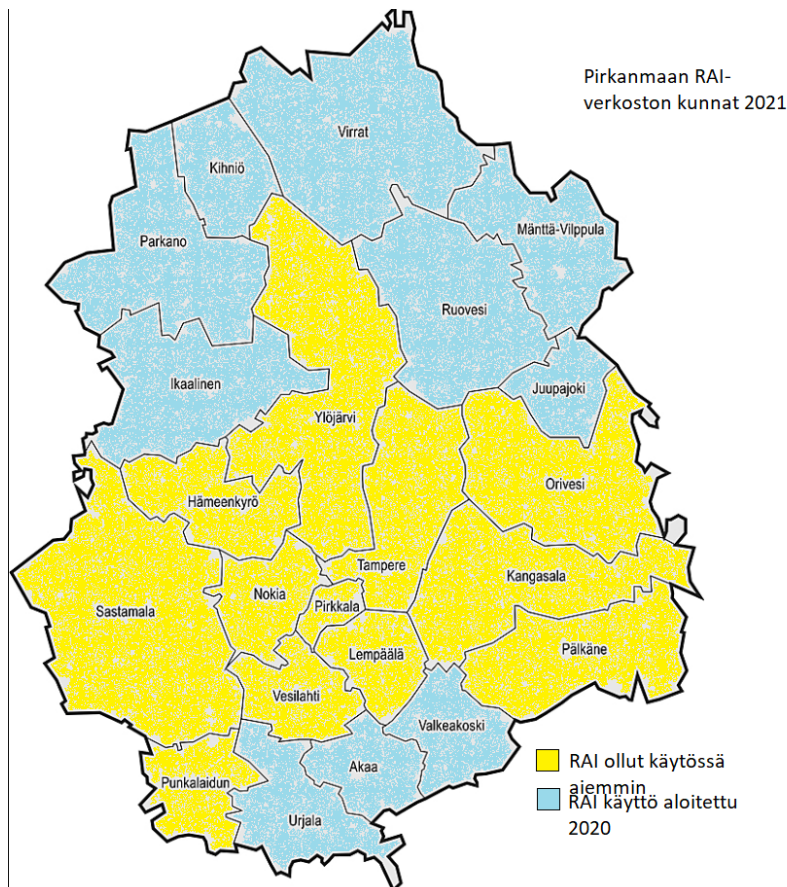
Tulevaa sote-uudistusta ennakoiden Pirkanmaalla kehitetään kuntien vapaaehtoisena yhteistyönä RAI:n käyttöä ja yhtenäistetään toimintatapoja. Pirkanmaan RAI-projekti käynnistyi lokakuussa 2018 ja vuoden 2020 aikana Pirkanmalla otettiin ensimmäisenä Suomessa käyttöön uusi interRAI-HC (home care) -väline. (Pirkanmaan RAI käyttösuunnitelma 2019.) Haluttiin tietää, miten tässä on onnistuttu ja millaisena RAI-osaaminen näyttäytyy lähiesimiesten näkökulmasta. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Pirkanmaan kunnissa toimivien kotihoidon ja asiakasohjauksen lähiesimiesten sekä heidän yksikköjensä RAI-osaamista ja sekä esimiesten RAI-tiedon hyödyntämisen tapoja keväällä 2021, jolloin uuden interRAI-HC-välineen käyttöönotosta ja yhteiseen toimintamalliin siirtymisestä oli vuosi aikaa.

2 TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS

Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnoimassa I&O (Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa) -kärkihanke Ikäneuvossa kehitettiin ja otettiin käyttöön KAAPO-mallin mukainen neuvonnan ja asiakasohjauksen toimintamalli Pirkanmaalla vuosina 2016–2018. KAAPO:n eli keskitetyn alueellisen asiakas- ja palveluohjauksen tavoitteena on tukea ikääntyvien kotona asumista tarjoamalla oikea-aikaista neuvontaa, tukea ja yksilöllisiä palveluja koordinoituna kokonaisuutena. Keskeistä on asiakaslähtöisyys, yhdenvertaisuus, yhden luukun periaate, ratkaisukeskeisyys sekä palvelun järjestäjän ja tuottajan erottaminen. (Ikäneuvo käsikirja 2018, 6–7, 15; Laatusuositus 2020, 51–54.)

Asiakasohjaaja vastaa asiakkaan palvelutarpeen selvittämisestä, järjestää tarvittavat palvelut hyödyntäen niin julkisia, yksityisiä kuin kolmannen sektorin palveluita, tekee asiakassuunnitelman (=palvelu-, hoito ja kuntoutussuunnitelma), palveluiden myöntämiseen liittyvät viranhaltijapäätökset ja koordinoi asiakkaan palvelukokonaisuutta myös jatkossa. Asiakkaan ehyt ja sujuva palvelupolku edellyttää tiivistä yhteistyötä eri toimijoiden ja erityisesti palveluja tuottavan kotihoidon moniammatillisen tiimin kanssa. (Ikäneuvo käsikirja 2018, 6–7, 15; Laatusuositus 2020, 51–54.)

Vaikka sote-uudistus ja maakuntamalliin siirtyminen lykkääntyi, Pirkanmaan kunnat jatkoivat Ikäneuvon jälkeä yhteiskehittämistä. Pirkanmaan RAI-verkosto koontui ensimmäisen kerran lokakuussa 2018, ja vapaaehtois pohjalta siihen kuuluvat kaikki Pirkanmaan kunnat. Kuviossa 1 näkyvät Pirkanmaan kunnat jaoteltuina vuonna 2020 RAI:n käytön aloittaneisiin ja jo aiemmin RAI:ta käyttäneisiin kuntiin. Kunnat ovat liittyneet yhteiseen RAI-tietokantaan, yhtenäistäneet toimintamalleja ja palkanneet yhteisen RAI-koordinaattorin. RAI-kehittämistä linjaa noin kerran kuukaudessa kokoontuva RAI-projektiryhmä, jossa on edustus jokaisesta kunnasta, sekä RAI-ohjausryhmä. (Pirkanmaan RAI käyttösuunnitelma 2019.) Sitten Pirkanmaan RAI-projekti on liitetty osaksi Kohti Maakunnallista sotea Pirkanmaalla - KOMAS-hanketta, jossa se on paikallisen tiedolla johtamisen kehittämisen osahanke. KOMAS-hanke linkittyy tiiviisti osaksi Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmaa. (Kohti maakunnallista sotea...2021.)



KUVIO 1. Pirkanmaan RAI-verkoston kunnat vuonna 2021 jaoteltuina uusiin ja RAI:ta aiemmin käyttäneisiin kuntiin

Pirkanmaa otti vuonna 2020 ensimmäisenä Suomessa käyttöön uuden InterRAI-HC-välineen ja samalla siirryttiin yhteiseen toimintamalliin RAI:n käytön sekä työntekijöiden koulutuksen osalta. InterRAI-HC (home care) on kotihoidon asiakkaiden arviointiin tarkoitettu väline. Pirkanmaalla otettiin kokonaisarvioinnin lisäksi suppeampi, Pirkanmaalle räätälöity, inter-RAI-HC-osittaisarviointi asiakasohjauksen käyttöön palvelutarpeen selvittämisessä käytettäväksi. Molemmista arviointityypeistä muodostuvat keskeisimmät mittaritulokset. Osittais- ja kokonaisarviointit ovat yksittäisen asiakkaan osalta vertailtavissa keskenään. (Sernola 2020.)

Kuntien sosiaali- ja terveyslautakunnat ovat vahvistaneet Pirkanmaan yhteiset, ohjeelliset RAI-arvot sisältävät kotihoidon ja asumispalveluiden myöntämisen perusteet käyttöön 1.4.2021 alkaen (Pirkanmaan yhteiset asumispalveluiden...2021; Pirkanmaan yhteiset kotihoidon... 2021). Omaishoidon tuen osalta

yhteiset myöntämisen perusteet on valmisteltu, ja ne otetaan käyttöön 1.1.2022 alkaen ainakin osassa kuntia (Pirkanmaan omaishoidon tuen... 2021).

Asiakasohjaaja tekee asiakkaalle interRAI-HC-osittaisarvioinnin palvelutarpeen selvittämisen yhteydessä. Säännölliseen kotihoitoon tullaan asiakkaaksi kuntouttavan arviointijakson kautta, jonka aikana palvelutarpeen arviointi jatkuu. Asiakkaan hoitokokonaisuus perustuu yhdessä hänen kanssaan laadittuun palvelu- ja hoitosuunnitelmaan. Säännöllisessä kotihoidossa oleville asiakkaille tehdään InterRAI-HC kokonaisarviointi kotihoidon toimesta hoidon alkaessa, hoidon aikana puolivuositain sekä aina asiakkaan voinnin muuttuessa oleellisesti. Säännöllinen ja ajantasainen arviointitieto mahdollistaa asiakkaan tilanteen ja toimintakyvyn seurannan ja havaittuihin muutoksiin reagoimisen nopeasti ja ennaltaehkäisevästi. RAI-arvioinnin jälkeen asiakkaan palvelu- ja hoitosuunnitelma tarkistetaan ja siihen tehdään kotihoidon ja asiakasohjaajan yhteistyönä tarvittavat muutokset palvelun määrässä ja sisällössä. (Pirkanmaan RAI-käyttösuunnitelma 2019; RAI:n käyttö asiakastyössä 2021.)

Yhteiseen Pirkanmaan RAI-toimintamalliin siirtyminen ja uuden RAI-välineen opettelu on suuri toiminnan muutos työntekijöille. Kotihoidon ja asiakasohjauksen lähiesimiehet ovat tässä muutosprosessissa avainasemassa. Pirkanmaan RAI-käyttösuunnitelmassa (2019) on määritelty esimiehen tehtäviksi käytännön toiminnan organisointi, yksikön toiminnan suunnittelu ja kehittäminen THL palaute-raporttien laatuindikaattoreja ja asiakasrakenteen kuvaajia hyödyntäen. Lähiesimies vastaa henkilöstö- ja muutosjohtamisesta seuraamalla, raportoimalla ja arvioimalla yksikötason RAI-tuloksia. Tärkeää on tuoda oman yksikön tuloksia tiedoksi myös henkilökunnalle. Lähiesimiehen tehtäviin kuuluu koulutuksen mahdollistaminen, RAI-osaamisen varmistaminen, vastuuhenkilöiden nimeäminen ja ajan järjestäminen RAI-kehittämiseen sekä arviointien tekemiseen. Edellä mainitun kokonaisuuden hallitseminen ja toteuttaminen vaatii myös lähiesimiehiltä uuden opettelua. Muutoksessa ollaan vielä matkalla kohti tavoitetta: ”Tehdään yhdessä Pirkanmaasta Suomen paras RAI:ta hyödyntävä maakunta”. (Pirkanmaan RAI käyttösuunnitelma 2019.)

3 TARKOITUS, TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Pirkanmaan kotihoidon ja asiakasohjaajien lähiesimiesten ja heidän johtamiensa yksiköiden RAI-osaamistaso sekä lähiesimiesten RAI-tiedon hyödyntämisen tavat keväällä 2021.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Millaiseksi Pirkanmaan kotihoidon ja asiakasohjaajien lähiesimiehet arvioivat
 - a) oman RAI-osaamisensa?
 - b) johtamansa yksikön RAI-osaamisen?

2. a) Millaisia perus-, johtamis- ja RAI-koulutuksia lähiesimiehet ovat käyneet?
 - b) Millaista lisäkoulutusta lähiesimiehet arvioivat tarvitsevansa RAI-osaamisensa vahvistamiseen?

3. Miten lähiesimiehet hyödyntävät RAI-tietoja johtamisessaan?

Työn tavoitteena oli tuottaa tilannetietoa Pirkanmaan yhteiseen RAI-kehittämiseen, erityisesti RAI-projektiryhmän, kuntien vanhustyön johdon ja lähiesimiesten itsensä käyttöön. Mitkä RAI-käytön osa-alueet kaipaavat kehittämistä ja osaamisen vahvistamista? Lisäksi kyselyn tuottaman tiedon pohjalta oli tavoitteena laatia Pirkanmaalle ehdotusta RAI-koulutussuunnitelmaksi lähiesimiehille.

4 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Käytetyt tiedonhakumenetelmät

Tutkimuksen keskiössä ovat lähiesimiesten RAI-osaaminen ja tavat, joilla he RAI-tietoa hyödyntävät johtamisessaan, joten näistä aiheista etsittiin aiempia tutkimuksia systemaattisesti. Termi ”RAI” osoittautui hakuja tehtäessä haastavaksi ja aihe vähän tutkituksi. Kirjaston informaattikon ohjeen mukaisesti hakuja tehtiin ainoastaan RAI-termin variaatioilla ja seulottiin muut hakukriteerit ensin otsikon, abstraktin ja lopullisesti koko tekstin perusteella. Tarkempi hakukaavio hakusanoineen ja -kriteereineen löytyy taulukosta 1.

Tutkimuskysymykset:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Miten lähiesimiehet hyödyntävät RAI:ta johtamisessaan? 2. Millaiseksi lähiesimiehet kokevat oman RAI-osaamisensa? 3. Millaista RAI-osaamista lähiesimiehet tarvitsevat? 	
Käytetyt hakusanat eri tietokannoissa:	
<ul style="list-style-type: none"> - Medline, Chinahl: RAI, Resident Assessment Instrument, RAI-HC - Medic: RAI, Resident Assessment Instrument, RAI-HC, RAI-järjestelmä, toimintakykyarviointi, vanhusten arviointi - ARTO, Julkari, Theseus: RAI, Resident Assessment Instrument, RAI-HC, RAI-järjestelmä 	
Hakukriteerit:	
<ul style="list-style-type: none"> - RAI-tiedon hyödyntäminen esimiestyössä/johtamisessa tai lähiesimiehen RAI-osaaminen - Kotihoidossa, asiakasohjauksessa sekä asumispalveluissa - koko teksti ja abstrakti saatavilla - vertaisarvioitu ja tutkimusartikkeli (CHINAHL, Medline) - Mahd. tuoreita, pääosin aikavälillä 2010–2020 -Theseus: YAMK-tasoinen sekä sosiaali- ja terveysalan johtaminen 	
Hakutulokset kokonaisuudessaan (n=1049) tietokannoittain:	Otsikon, abstraktin ja koko tekstin perusteella valitut (n=7):
Medic n=70	Medic n=3
CHINAHL n=132	Julkari n=1
Medline n=179	Theseus n=2
ARTO n=125	Lähdeluetteloista löytynyt n=1
Julkari n=280	
Theseus n=263	

TAULUKKO 1. Hakukaavio aiemmista aihetta käsittelevistä tutkimuksista

Käytetyt tietokannat olivat suomalainen Medic sekä kansainväliset CHINAHL ja Medline. Vähäisten hakutulosten vuoksi hakuja laajennettiin suomalaisiin Arto,

Julkari ja Theseus-tietokantoihin. Hakutulokset oli kokonaisuudessaan 1049 tutkimusta, joista seitsemän tutkimusta käsitteli lähiesimiehen RAI-osaamista ja RAI-tiedon hyödyntämistä. Kansainvälisiä hakukriteerien mukaisia tutkimuksia ei löytynyt. Taulukko aiempien tutkimusten keskeisistä tuloksista löytyy liitteestä 5.

RAI:ta käsittelevien tutkimusten ja tiedon löytymisessä hyödylliseksi osoittautuivat kansainvälisen tutkijaverkoston interRAI:n sekä Suomessa RAI-lisenssiä hallinnoivan Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) verkkosivut, joille on koottu niin julkaisuja kuin seminaariesityksiäkin (InterRAI organisation n.d.; Palvelutarpeiden arviointi RAI-järjestelmällä 2021). Lisäksi tietoa haettiin oppikirjoista, ajankohtaisista alan artikkeleista, sähköisistä tietokannoista sekä manuaalisena käsihakuna etsien aihetta käsitteleviä tutkimuksia jo löytyneiden tutkimusten lähdeluetteloista (Hirsjärvi ym. 2018, 110–112).

4.2 Tiedolla johtaminen

Tietojohtaminen jaetaan usein tiedon johtamiseen sekä tiedolla johtamiseen, jotka organisaation toiminnassa limittyvät kokonaisvaltaisesti yhteen. Tiedon johtaminen (information management) liittyy organisaation oppimiseen ja uusiutumiseen, tiedon koostamiseen ja varastointiin. Miten päätöksen teossa tarvittavaa tietoa hankitaan, varastoidaan, suojataan ja siirretään sekä millaisia kirjaamiskäytäntöjen pitäisi olla? Tiedolla johtaminen (knowledge based management) taas tarkoittaa tiedon hyödyntämistä ja jalostamista organisaation päätöksenteossa eri tasoilla: miten tietoa tulisi esittää ja kenelle, mitä päätöksiä sen pohjalta tehdään? (Laihonen ym.2013, 32; Mannermaa 2018, 13; Leskelä ym. 2019, 15–16.)

Jalosen (2015) mukaan tiedolla johtaminen tarkoittaa yksinkertaisimmillaan toiminnasta kertovan tiedon ja toimintaan vaikuttavan ulkoisen tiedon yhdistämistä siten, että se vie organisaatiota kohti tavoitteita. Toisaalta hän tuo esiin todellisuuden, jossa Suomen kunnissa on satoja erilaisia ja keskenään yhteensopimattomia tietojärjestelmiä, minkä vuoksi tiedolla johtaminen julkishallinnossa on usein kaukana ideaalista. (Jalonen 2015, 41.) Virtanen, Stenvall ja Rannisto to-

teavat tiedolla johtamisen poliittishallinnollisessa systeemissä edellyttävän systemaattisesti ja luotettavasti kerättyä tietoa, joka on lisäksi objektiivista, oikea-aikaista ja tarkoituksenmukaista. He toteavat tiedon tuottamisen ja analysoinnin teknologioiden kehittyneen merkittävästi, jolloin haasteen nykyään muodostaakin tiedon käyttö ja analysointi. (Virtanen, Stenvall & Rannisto 2015, 14, 16.) Niiranen (2015, 306) puolestaan tuo esiin, että tavoite tieteellisen tutkimustiedon systemaattisesta käyttämisestä poliittisessa päätöksenteossa nousee yhä useammin esille ja 2000-luvulla lainsäädännön vaikutusten arviointi on yleistynyt.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa monet käytännöt ovat perustuneet kokemukseen, perinteisiin, totuttuihin toimintatapoihin ja toisaalta testaamattomiin teorioihin. Tutkimusnäyttöön perustuva ajattelu on yleistynyt lääketieteessä ja hoitotyössä 1990-luvun loppupuolelta alkaen. Tuolloin aloitettiin Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin toimesta laatia Käypä Hoito-suosituksia, Hotuksen hoitotyön suosituksia sekä valtakunnallisia ja alueellisia hoitoketjuja ja -ohjelmia. Myös systemaattiset laadunhallintamallit ovat tulleet yhä tärkeämmiksi hoitovirheiden ja läheltä piti -tilanteiden lisääntyessä. (Hotus n.d.; Duodecim 2020; Laaksonen & Ollila 2017, 66–68, 72.) Sosiaalialalla sen sijaan näyttöön perustuva työskentelytapa jakaa vielä mielipiteitä ja toimintaympäristökin on monimutkaisempi, mikä tekee vaikuttavuuden osoittamisen haastavaksi (Miettinen ym. 2020, 78).

Tietojohdamista johtamisen strategiana on julkisella puolella, etenkin sosiaali- ja terveysalalla, käytetty vasta viime vuosina. Erityisesti sote- ja maakuntauudistuksen valmistelu nosti tietojohdamiselle uusia vaatimuksia: pelkästään suorite- ja kustannustieto eivät riitä, vaan tarvitaan tietoa palvelujen laadusta ja vaikuttavuudesta. (Lisätietoa Virta-hankkeesta n.d.; Räsänen & Valvanne 2017, 25; Leskelä ym. 2019, 12–13; Miettinen ym. 2020, 78.) Parhaillaan käynnissä olevassa Sosiaali- ja terveysministeriön Toivo-ohjelmassa, jota tarkemmin toteutetaan DigiFinland Oy:n koordinoimassa Virta-hankkeessa ja THL:n Kelan ja Valviran toteuttamassa Valtava-hankkeessa, luodaan valmiuksia hyvinvointialueiden ja viranomaisten sosiaali- ja terveystiedolla johtamiseen (Tiedolla johtaminen 2021).

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021) määrittää, että tulevien hyvinvointialueiden on seurattava ja raportoitava väestönsä hyvinvointia

sekä järjestämiensä sote-palveluiden tarvetta, saatavuutta, laatua, vaikuttavuutta, yhdenvertaisuutta, palveluiden yhteensovittamista sekä sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia ja tuottavuutta. Pirkanmaalla on kokonaisuuden suhteen vielä ratkottavaa, sillä tuoreen arvioinnin mukaan maakuntatason tiedolla johtamiselle haasteen muodostaa yhteisen tietopohjan puuttuminen. Yksi maan hajanaisimmista asiakastietojärjestelmäkentistä ei tue käynnissä olevaa ikäihmisten palveluketjut integroivien toimintamallien kehittämistyötä. (Sosiaali- ja terveyspalvelut... 2020, 16–17.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (2020) julkaisemassa Laatusuosituksessa hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi vuosille 2020–2023 on niin ikään todettu tarve kehittää seurantajärjestelmiä tietojohdamisen tueksi. Siinä hahmotellaan ehdotusta kansallisesti yhtenäisistä seurantaindikaattoreista ikäihmisten palveluiden laadun arviointiin, seurantaan ja vertailuun. Osaan indikaattoreista tiedot saadaan kerättyä jo olemassa olevista tietolähteistä, kuten Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen toteuttamista Vanhuspalveluiden tila -tutkimuksista, Hilmo-rekisteristä ja Sotkanetista, osaan tietojen keruu on vasta suunnitteilla, mistä esimerkkinä on valtakunnallinen ASLA-asiakastyytyväisyyskysely. (Laatusuositus 2020, 59–60, 73–75.)

Asiakasrakennetta, palvelutarvetta ja hoidon laatua kuvaavia indikaattoritietoja saadaan jatkossa entistä kattavammin RAI-järjestelmästä. Mikäli siihen yhdistetään yksikön henkilöstön hyvinvointi- ja sairauspoissaolotietoa, saadaan jo kattavampaa kuvaa yksiköiden toiminnasta, työilmapiiristä ja laadusta. (Laatusuositus 2020, 59–60.) Sen sijaan asiakasohjauksen toimintaa kuvaavien indikaattorien osalta tietojärjestelmiin tarvitaan kehittämistä, jotta saataisiin tietoa asiakaskohtaisista ratkaisuksista, odotusajoista ja vaikuttavuudesta. (Ikäneuvo käsikirja 2018, 18–19; Kehusmaa ym.2018; Laatusuositus 2020, 73–75.)

Tiedolla johtamisen haasteista kuitenkin vain osa liittyy tietojärjestelmiin ja tiedon saatavuuteen. Toinen puoli on, miten olemassa olevaa tietoa hyödynnetään, osataanko asettaa konkreettisia tavoitteita ja seurata niiden toteutumista. (Leskelä ym. 2019, 55–56.) Vanhuspalveluiden tila -tutkimuksessa (2020) todettiin toimintakykytiedon käytön olevan vielä hajanaista Suomessa vuonna 2018. Vaikka toimintakykyä arvioitiin systemaattisesti, vain 35 % kotihoidon yksiköistä ilmoitti

asettavansa järjestelmällisesti tavoitteita asiakkaille näiden mittaritietojen perusteella. (Penttinen ym. 2020.)

4.3 RAI-järjestelmä

RAI-järjestelmä on kansainvälisen tutkijaverkoston interRAI:n kehittämä ja ylläpitämä systemaattinen vanhusten ja vammaisten arviointiin tarkoitettu välineistö. Verkostossa on mukana tutkijoita ja ammattilaisia 35 maasta ja käyttöönotetut RAI-välineet on todettu useissa tutkimuksissa luotettaviksi (mm. Hirdes ym. 2008a; Hirdes ym. 2008b, 8–9; Foebel ym. 2015, 5). Verkoston tavoite on vahvistaa näyttöön perustuvien menetelmien käyttöä kliinisessä työssä ja poliittisessa päätöksenteossa. RAI-välineitä on useita erilaisia eri asiakasryhmille ja toimintaympäristöihin. Kuhunkin välineeseen sisältyvät arviointikysymykset vastausvaihtoehtoineen, käsikirja selkeyttämään vastaustapoja sekä arviointituloksista muodostuvat herätteet ja mittarit. Pääosa kysymyksistä on samoja kaikissa RAI:ta käyttävissä maissa käännettynä maan omalle kielelle. Joustavuutta välineeseen tuo mahdollisuus lisätä kansallisesti joitakin maan kulttuuriin olennaisesti liittyviä kysymyksiä. (Hirdes ym. 2008b, 9; InterRAI organisation n.d.)

Suomessa RAI-välineitä ylläpitää ja lisenssiä hallinnoi Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL), joka myös järjestää koulutuksia, tuottaa aineistosta vertailutietoa ja tutkimusta palveluiden kehittämiseksi sekä ylläpitää vertailukehittämisen verkostoa. THL:n järjestämää koulutusta ovat RAI verkkokoulut, puolivuositain järjestettävät RAI-seminaarit erikseen hoitohenkilökunnalle ja johdolle sekä vuodesta 2012 alkaen vuosittain käynnistynyt RAI erityisasiantuntijavalmennus, jossa koulutetaan kokeneita RAI-käyttäjiä organisaatioiden johdon avuksi RAI-tiedon hyödyntämiseen ja kouluttamiseen. RAI-arvioinnit tehdään potilastietojärjestelmään eli ohjelmistoon, jonka organisaatio hankkii käyttöönsä joltakin ohjelmistotoimittajista, joita Suomessa tällä erää ovat RAIssoft Oy, Apotti Oy ja Invian Oy. Myös ohjelmistotoimittajat tarjoavat koulutusta RAI:n käyttöön tai organisaatiot voivat kouluttaa omaa henkilöstöään RAI-kouluttajiksi. (Näin otat RAI-järjestelmän käyttöön 2021; RAI osaamisen tuki 2021.)

4.3.1 RAI:n käyttö asiakastyössä

Vanhuspalvelulain (980/2012) käyttöönotto vuonna 2013 oli merkittävä edistysaskel ikääntyneiden palveluiden kehittämisessä. Tuolloin ensimmäistä kertaa lain tasolla määriteltiin, että ikääntyneillä on oikeus monipuoliseen palvelutarpeiden selvittämiseen luotettavilla mittareilla sekä palvelusuunnitelmaan, jonka perusteella tehdään päätöksiä ja toteutetaan laadukasta hoitoa. (Vaarama 2015, 3.) RAI täyttää vanhuspalvelulain mukaiset määritelmät monipuolisesta palvelutarpeen selvittämisestä eikä useita erillisiä mittareita ole tarvetta käyttää (Finne-Soveri ym. 2020, 8–9).

RAI on standardoitu havainnoinnin ja tietojenkeruun kysymyspatteristo, jota arvioinnin tekoon koulutettu ammattilainen täyttää hyödyntäen moniammatillisen työryhmän sekä asiakkaan ja hänen läheistensä näkemyksiä. Arvioinnista saadaan palvelutarpeen arviointiin, hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman laadintaan sekä voinnin seurantaan mittaritietoa ja herätteitä, jotka kertovat asiakkaan voimavaroista ja huomiota kaipaavista ongelmista. Yksittäisen asiakkaan arviointitiedot ovat luottamuksellista asiakas- ja potilastietoa, jota käyttävät vain hänen hoitoonsa osallistuvat henkilöt. (Morris ym. 2010, 10, 14; Carpenter & Hirdes 2013, 99; RAI:n käyttö asiakastyössä 2021; Tietoa RAI järjestelmästä 2021.)

Edellytys, ja samalla haaste, RAI-tiedon hyödyntämiselle on arviointien luotettavuus ja ajantasaisuus. Aiemmissa tutkimuksissa on havaittu, että RAI-arvioinnit eivät ole aina ajan tasalla tai oikein tehtyjä. (Vähäkangas ym. 2012, 35; Forbes ym. 2015, 131; Klemola 2016, 91; Niemelä ym. 2018, 60.) Toinen haaste on, hyödyntävätkö hoitotiimit ja yhteistyötahot RAI-arvioinnista saatua tietoa asiakkaan hoidon suunnittelussa. Ikääntyneen toimintakyky ja siinä tapahtuneet muutokset ovat olennaista ja tärkeää tietoa, mutta ilman systemaattisen toimintakykyarvioinnin käyttöä niin lääkärit kuin hoitajat kirjaavat siitä liian harvoin (Jensdotir, AB ym. 2008, 344). Lääkäreiden, asiakkaiden itsensä ja heidän läheistensä sitoutuminen RAI:n käyttöön osana näyttöön perustuvaa hoitoa on myös osoittautunut haastavaksi (Forbes ym. 2015, 25).

Liisa Klemolan (2016) tutkimuksessa todettiin, että vaikka yksiköissä on sovittu toimintakykyarvion tekemisen sekä hoito- ja palvelusuunnitelman päivittämisen

käytännöt, niitä ei aina noudateta, koska hoitajat eivät miellä niiden toimivan hoidon perustana. Palvelu- ja hoitosuunnitelmat eivät ole ajan tasalla eikä toimintakykyarvioinnin tekeminen johda aina palvelu- ja hoitosuunnitelman päivittämiseen. Merkittäviksi muutoksiksi tulkittiin useammin hoitajien työhön vaikuttavat seikat kuin esimerkiksi asiakkaan apuvälineen muutostarve. Huolestuttavaa oli, että hoitajien kokemus ja tehtävälisterat määrittelivät päivittäistä toimintaa enemmän kuin asiakkaasta kirjatut tiedot. Hoitosuunnitelmaa ja edellisiä merkintöjä ei aina ehditty tai nähty tarpeelliseksi lukea ennen asiakkaan luokse menoa. Käytetyllä toimintakyvyn arviointivälineellä todettiin olevan suuri vaikutus niin kirjaamiseen, arviointien aikaväleihin, hoidon suunnitelmallisuuteen kuin hoidon laatuunkin. (Klemola 2016, 85, 90–94, 110–113, 131–132.)

4.3.2 RAI johtamisen välineenä

Yksittäisten asiakkaiden RAI-arvioinnit kerryttävät RAI-vertailutietoa, eli yhteen-
vetoja ja keskiarvoja yksiköiden asiakasrakenteesta, asiakkaiden palvelutarpeista ja niiden muutoksista sekä hoidon laadusta. Vertailutiedosta yksittäistä asiakasta ei voi tunnistaa. Se auttaa johtoa suunnittelemaan asiakkaiden tulevia palvelutarpeita, kohdentamaan henkilöstöresurssia ja kehittämään palvelujen laatua, tuloksellisuutta ja vaikuttavuutta myös pidemmällä aikavälillä sekä eri palvelumuotojen välillä. (Hirdes ym 2008b, 9; Carpenter & Hirdes 2013, 98; Morris ym. 2013; Rai tiedolla johtaminen 2021.)

Yhtenäinen RAI-järjestelmä mahdollistaa myös asiakasrakenteen ja laadun vertailun sekä toisilta oppimisen niin paikallisesti, kansallisesti kuin kansainvälisestikin. Vertaiskehittämisen idea on pyrkiä oppimaan hyviltä esikuvilta ja ottaa mallia parhaista käytännöistä, jotka löytyvät näytön ja seurannan perusteella. Systemaattisella ja pitkäjänteisellä työllä on saavutettu huomattavia kehitysaskelia, mutta se edellyttää määrätietoista johtamista ja RAI:n hyödyntämistä osana johtamisjärjestelmää. (Niemi ym. 2010, 47; Carpenter & Hirdes 2013, 106–109; Heikkilä & Mäkelä 2015, 7; Laaksonen & Ollila 2017, 86–87.)

Johto pystyy seuraamaan oman yksikön tai organisaation RAI-tietoja reaaliajassa suoraan RAIsoft-ohjelmiston yksikköraportista tai laatumoduulista, jonne voi ohjelmoida omia raporttipohjia (Raisoft n.d.). Kaikkien tehtyjen arviointien tiedot siirretään THL:lle kahdesti vuodessa, huhtikuun ja lokakuun alussa. Yksiköt saavat näistä koostetut palauteraportit, joista löytyy vertailutietoa oman yksikön ja organisaation asiakasrakenteesta ja laatuindikaattoreista verrattuna koko Suomen tilanteeseen. THL:n yhteisrahoitteiseen vertailukehittämiseen osallistuvat organisaatiot voivat valmiin palauteraportin lisäksi hakea pitkän aikavälin vertailutietoa strategisen johtamisen tueksi vertailutietokannoista, joita ovat tilaaja-, järjestäjä-, asiakasohjaus- sekä EarlyRAlder HC ja LTC-tietokannat. (RAI-vertailutietokannat 2021.)

Laatuindikaattorien tärkein käyttökohte on yksikön tai organisaation laadun seuranta ja kehittäminen. Niiden perusteella voidaan havaita yksikön asiakkaiden ongelmakohtia, joihin puuttamalla ja tavoitteita asettamalla hoidon laatua voidaan parantaa. (Morris ym. 2013; Foebel ym. 2015, 5; RAI-tiedolla johtaminen 2021.)

Vanhusväestön määrän kasvaessa ja laitospaikkojen määrän vähennyttyä kotihoidon palveluiden merkitys ja tarve ovat kasvussa. Rajalliset resurssit ja työvoimapula pakottavat varmistamaan, että palveluja järjestetään yhdenvertaisesti ja oikea-aikaisesti oikeassa paikassa. (Laatusuositus 2020, 14–15, 50–53.) MAPLe eli palvelutarvemittari on kehitetty tekemään päätöksentekoa systemaattisemmaksi. Sen on todettu sopivan niin kotihoidon kuin asumispalveluidenkin tarpeen määrittelyyn sekä läheisten kuormittuneisuuden mittaamiseen. Sitä käytetään yleisesti sekä palvelujen myöntämisen perusteissa että yksikön tai kaupungin asiakasrakenteen kuvaajana, missä se toimii hyvin poliittisen päätöksenteon ja arvovalintojen tukena. Yksittäisen asiakkaan kohdalla palveluiden myöntämiseen pitää käyttää aina yksilöllistä, kokonaistilanteeseen perustuvaa harkintaa eikä pelkästään yksittäisiä mittariarvoja. (Hirdes ym. 2008a; RAI tiedolla johtaminen 2021; RAI:n käyttö asiakastyössä 2021.)

RAI-tiedon hyödyntämisen ja tutkimuksen yksi olennainen tavoite on oppia löytämään ennusmerkkejä asiakkaiden kunnon heikkenemisestä ja sairaalahoitoon tai ympärivuorokautiseen hoitoon joutumisesta (Carpenter & Hirdes 2013, 102–103). Parhaimmillaan RAI-järjestelmä auttaa näissä tilanteissa havahtumaan

ajoissa muutokseen ja asiakkaalle onnistutaan tarjoamaan oikea-aikaista tukea, hoitamaan piileviä terveysongelmia ja estämään haittatapahtumat.

Rönneikkö (2017) etsi uusien kotihoidon asiakkaiden ensimmäisistä RAI-HC-arvioinneista ennusmerkkejä ennakoimattomille sairaalajaksoille. Näitä olivat esimerkiksi aiempi sairaalajakso vuoden sisällä, yli 90 vuoden ikä, munuaisten vajaatoiminta sekä yli 10 lääkevalmisteen käyttö. Suojaavia tekijöitä taas olivat yli 24 painoindeksi ja asiakkaan oma usko toimintakyvyn kohenemismahdollisuuksiin. Johtopäätös oli, että moniammatillisen työryhmän tekemä laaja-alainen geriatriinen arviointi ja riskitekijöihin puuttuminen asiakkuuden alussa voisi ehkäistä suunnittelemattomia sairaalajaksoja. (Rönneikkö ym. 2017, 411–413.)

Sinn tutkimusryhmineen (2018) puolestaan havaitsi korkean MAPLe-arvon (palvelutarveluokitus) ja korkean CHESS-arvon (terveydentilan vakauden mittari) yhdistelmän ennustavan suurempaa riskiä ympärivuorokautiseen hoitoon joutumiseen tai ennen aikaisempaan kuolemaan seuraavan vuoden aikana. Tällä ryhmällä oli usein mielialan, sosiaalisten suhteiden ja läheisavun ”herätteet” aktivoituneet, joten kuntouttavien toimenpiteiden lisäksi mielenterveys- ja psykososiaalisen tuen tarjoamisesta niin asiakkaalle kuin omaishoitajalle voisi olla hyötyä. (Sinn ym. 2018, 65–66.)

Laajassa kansainvälisessä tutkimustyössä tehtyjen havaintojen perusteella RAI-järjestelmään on laadittu hoidon suunnittelua helpottavia CAPs-herätteitä. Kattavassa käsikirjassa esitetään suosituksia, jotka auttavat asiaan liittyvien perussyiden läpikäymisessä ja palvelu- ja hoitosuunnitelman laatimisessa. (Morris ym. 2010, 10, 14.)

4.4 Lähiesimiehenä kotihoidossa ja asiakasohjauksessa

Pirkanmaan kunnissa on erilaisia organisaatorakenteita ja tehtävänkuvia, mutta tässä tutkimuksessa lähiesimiehellä tarkoitetaan henkilöitä, jotka toimivat esimiesasemassa asiakastyötä tekeväille kotihoidon henkilöstölle tai asiakasohjaukselle. Kirjallisuudessa käytetään myös lähijohtaja -termiä.

4.4.1 Asiakasohjaus ja kotihoito mahdollistamassa asiakaslähtöistä kotona asumista

Palvelutarpeen selvittämisen ja kotiin annettavien palveluiden lainsäädännölliset perusteet löytyvät sosiaalihuoltolaista (1301/2014), vanhuspalvelulaista (980/2012) sekä terveydenhuoltolaista (1326/2010). Lakien tasolla puhutaan yhä sosiaalihuoltolain mukaisesta kotipalvelusta ja terveydenhuoltolain mukaisesta kotisairaanhoidosta, jotka kunnat voivat yhdistää kotihoidoksi (Sosiaali- ja terveysministeriö n.d.). Käytännössä kyse on tiiviisti integroituneesta sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaisuudesta, jota järjestetään asiakkaan tarpeiden mukaisesti useita kertoja vuorokaudessa, tarvittaessa myös yöaikaan.

Kotihoidossa työskentelee moniammatillinen henkilökunta, joka kunnasta ja tuottajasta riippuen koostuu lähihoitajista, sairaanhoitajista, terveydenhoitajista, lääkäreistä, fysioterapeuteista ja toimintaterapeuteista täydennettynä tarvittaessa sosiaalityöntekijällä, ravitsemusterapeutilla tai suuhygienistillä. Asiakasohjaajan rooli on toimia asiakkaan äänenä ja valvoa hänen etujaan ja saamiensa palveluiden laatua. Järjestäjän näkökulmasta asiakasohjaaja vastaa palvelukokonaisuuden kustannuksista, oikea-aikaisuudesta ja vaikuttavuudesta. Kotihoidon esimies puolestaan toimii kotihoidon työntekijöiden esimiehenä ja organisoii käytännön toiminnan ja huolehtii sen kehittämisestä. (Ikäneuvo-käsikirja 2018, 14–16.)

Ikäneuvo-hankkeessa (2018) kehitettiin geriatrien laajasti käyttämän CGA (Comprehensive Geriatric Assessment) -ajattelun pohjalta yhteistyömalli, joka vahvistaa asiakasohjauksen ja kotihoidon yhteistä tietopohjaa ja palvelutarpeen arviointiprosessia. Tavoite on parantaa asiakkaan saaman hoidon laatua ja oikea-aikaisuutta RAI-arviointeja, moniammatillisuutta ja asiakkaan voimavaroja hyödyntämällä. Toimintamalli on jo käytössä osassa Pirkanmaan kunnista. (Ikäneuvo-käsikirja 2018, 16.) RAI-arviointia käytetään maailmanlaajuisestikin geriatrisen arvioinnin pohjana, johon se systemaattisena ja CGA:n eri osa-alueet sisältävänä työkaluna sopii hyvin. RAI-arviointi yksin ei riitä, vaan geriatriseen arviointiin kuuluu moniammatillisuus, lääketieteen osuus ja muut syventävät selvitykset sekä asiakkaan oma näkemys tilanteestaan. Oleellista on, miten havaitut ongelmat ja voimavarat huomioidaan yksilöllisessä hoito- ja kuntoutussuunnitelmassa

sekä miten tilanteen korjaantumista jatkossa seurataan. (Kerminen 2021, 32, 35, 45, 79.)

4.4.2 Lähiesimies kehittämässä palvelun laatua

Lähiesimies on silta ylimmän johdon vision ja asiakastyötä tekevän henkilökunnan välillä. Hänellä on ratkaiseva merkitys strategian konkretisoimisessa arjen tavoitteiksi. Nikkilä ja Paasivaara (2007) ovat todenneet sosiaali- ja terveysalan olevan yksi haastavimmista lähijohtajuuden aloista. Lähiesimiehen on hallittava hyvin arkityö, sen haasteet sekä lainsäädännölliset vaatimukset ja samaan aikaan kehitettävä yksikön hoitotyön laatua ja sisältöä. Pelkkä vahva substanssi-osaaminen ei riitä, sillä esimiehen suurimmat haasteet löytyvät usein ihmisten johtamisesta. (Nikkilä & Paasivaara 2007, 30; Laaksonen & Ollila 2017, 16, 141; Salminen 2017, 28–29.)

Laatusuositus (2020) hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi vuosille 2020–2023 nostaa johtamisen laadun ja johtamisosaamisen kehittämisen yhdeksi merkittäväksi kehittämiskohteeksi niin henkilöstön saatavuuden kuin työhyvinvoinnin varmistamiseksi. Lähiesimiehen tehtävänä on varmistaa iäkkäiden oikeudet huomioiva ja kuntoutumista edistävä toimintakulttuuri yksiköissä, samoin kuin henkilöstön riittävä määrä ja osaamisen kehittäminen. Johtaminen vaatii aikaa ja johtamiskoulutuksen, siihen liittyy vahvasti toimeenpanovalta ja -vastuu. Säännölliset tiimipalaverit, joissa käydään avointa keskustelua, kirkastetaan perustehtävää ja sovittuja toimintamalleja ovat avainasemassa. On tärkeää ottaa henkilöstö mukaan toiminnan suunnitteluun ja tavoitteiden asettamiseen sekä kertoa, miten tavoitteiden toteutumista seurataan ja arvioidaan. (Vähäkangas ym. 2012, 17–19; Laaksonen & Ollila 2017, 141–146; Laatusuositus 2020, 55–57.)

4.4.3 RAI-osaamisen johtaminen

Osaaminen on henkilön kykyä suoriutua tehtävistään, kehittää työtään ja selvittää haasteellisistakin tilanteista. Osaamista tulee johtaa, jotta voidaan hallita tietoa,

taitoa ja kokemusta, mitä organisaatiossa jo on. Toisaalta pitää ennakoida, mitä uutta osaamista sinne tarvitaan. Esimiestyössä osaamisen johtaminen (knowledge management) nähdään johtamistyön peruskysymyksenä, joka vaatii osaamista ja valmiuksia. (Viitala 2005, 11–12; Laaksonen & Ollila 2017, 175–176, 189.)

Englannin kielen käsitteet management (asioiden johtaminen) ja leadership (ihmisten johtaminen) kuvaavat hyvin tasapainottelua, jota esimies osaamista johtaessaan joutuu käymään. Viitala (2005, 187–188) jakaa osaamisen johtamisen esimerkillä johtamiseen, oppimisen suuntaamiseen, oppimista edistävän ilmapiirin luomiseen ja oppimisen tukemiseen. Lähiesimies voi arvioida hoitajien osaamisen tasoa osaamiskartoitusten ja kehityskeskustelujen lisäksi osallistumalla arkisiin keskusteluihin ja käymällä hoito- ja kuntoutussuunnitelmia läpi hoitajien kanssa. (Vähäkangas ym. 2012, 17; Laaksonen & Ollila 2017, 183, 200).

Patricia Bennerin vuonna 1969 kehittämää mallia ”Aloittelijasta asiantuntijaksi” hoitajan ammattitaidon kehittymisestä on käytetty osuvasti myös kuvaamaan RAI:n käyttäjän osaamisen kasvamista. Aloittelija tietää RAI-arvioinnin sisällön ja periaatteet, käy koulutusta ja opettelee. Edistynyt aloittelija toteuttaa arviointia yhdessä kokeneemman kanssa, hän ymmärtää kysymysten merkityksen hyödyntämällä käsikirjaa. Pätevä osaa toteuttaa arvioinnin vuorovaikutuksessa asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa, hän osaa tulkita mittarit ja soveltaa herätteitä hoitosuunnitelman laadinnassa. Taitava näkee arvioinnin osana ihmisen elämää ja hoidon kokonaisuutta ja osaa koota eri ammattilaisten näkemyksiä yhteen. Hän asettaa asioita tärkeysjärjestykseen, reagoi muutoksiin ja analysoi arvioinneista saatavaa tietoa. Asiantuntijalla on jo paljon kokemusta arvioinneista ja hoitosuunnitelmien tekemisestä. Lisäksi hän kehittää RAI-käytäntöjä yksikössään sekä kouluttaa ja ohjaa muita RAI-tiedon hyödyntämisessä. (Benner 1984; Vähäkangas ym. 2012, 70; Heikkilä ym. 2015, 46–47.)

Kehittyminen aloittelijasta asiantuntijaksi on pitkäjänteistä ja tavoitteellista toimintaa, jota esimies seuraa ja mahdollistaa. Kaikki eivät koskaan saavuta asiantuntijatasoa. Esimiehen on varmistettava, että jokainen työntekijä käy koulutukset, hallitsee RAI:n tekemisen ja toimii sovitusti. Esimies tukee ja innostaa heitä sekä järjestää aikaa arvioinneille ja keskustelulle. (Benner 1984; Vähäkangas ym.

2012, 70–73; Heikkilä ym. 2015, 46–47, 56–57.) Viitala (2005, 189) korostaa oppimista tukevan ja virheet sallivan ilmapiirin luomisen tärkeyttä.

Pirkanmaalla on aloittelijan osalta selkeästi kuvattu RAI-oppimispolku, mikä sisältää tunnusten myöntämisen, verkkokurssien suorittamisen, harjoitusarvioinnin teon koulutusympäristössä ja ensimmäisten arviointien teon oikeille asiakkaille. Sen sijaan osaamisen kehittyminen siitä eteenpäin on henkilön omasta motivaatiosta ja esimiehen mahdollistamisesta riippuvaista. Mikäli kiinnostusta riittää, osaamista on mahdollista kartuttaa ja osallistua RAI avainosaajakoulutukseen, THL:n RAI-vertailukehittämisseminaareihin ja THL:n RAI erityisasiantuntijavalmennukseen. (Pirkanmaan RAI-käyttösuunnitelma 2019; RAI-osaamisen tuki 2021.) Yksiköiden RAI-avainosaajat tai RAI-vastaavat ovat esimiehelle tärkeä työpari. He voivat osaltaan toteuttaa perehdytystä ja olla tukena arviointien ajantasaisuuden ja luotettavuuden turvaamisessa ja sitouttamassa henkilökuntaa RAI:n käyttöön. (Vähäkangas ym. 2012, 37.)

4.5 RAI-järjestelmä lähiesimiehen työkaluna

RAI-työn uranuurtaja Harriet Finne-Soveri on todennut, että RAI-toiminnan hyöty ja tuloksellisuus riippuu siitä, kuinka järjestelmää käytetään. Järjestelmä itsessään ei tee mitään eikä sen ominaisuuksista ole mitään hyötyä, jollei käyttäjä ota niitä käyttöön. Mahdollisuuksia on paljon laadun valvonnasta henkilötövoiman kohdentamiseen tai henkilöstön koulutussuunnitelmien laatimiseen. Vanhuspalvelulain (980/2012) edellyttämässä omavalvontasuunnitelmissa voi hyödyntää RAI-tunnuslukuja. Virheiden tai potilasvahinkojen sattuessa voidaan niiden avulla arvioida, onko kyse satunnaisesta tapahtumasta vai laajemmasta hoidon laatuun liittyvästä ongelmasta. (Finne-Soveri 2015, 163–164.)

Pirkanmaan yhteiset kotihoidon myöntämisen perusteet (2021) ohjeellisine RAI-mittariarvoineen on hyväksytty kuntien sosiaali- ja terveyslautakunnissa ja käytössä kaikissa Pirkanmaan kunnissa. Niiden toteutumisen seuranta ja henkilöstön tukeminen päätösten toimeenpanossa on käytännön esimerkki lähiesimiehen toteuttamasta strategian jalkauttamisesta, erityisesti asiakasohjauksen puolella.

Kotihoidon esimiehillä puolestaan hoidon laadun seuranta ja henkilöstöresurssien riittävyyden varmistaminen korostuvat. THL:n vertailukehittämisaineistot tarjoavat lukemattomia erilaisia mahdollisuuksia toiminnan kehittämiseen RAI-tiedon avulla. (RAI tiedolla johtaminen 2021.)

4.5.1 Lähiesimiehen RAI-osaaminen

Vanhustenhuollon resurssien ja hoidon laadun johtaminen- hankkeessa vuosina 2009–2012 kehitettiin johtamisen tunnuslukuja, työvälineitä ja toimintamalleja ikäihmisten palveluketjuissa. Vähäkangas, Niemelä ja Noro (2012) nostavat keskeisesti esiin lähiesimiehen vaativan roolin organisaation strategioiden jalkauttamisessa. Lähijohtajan vastuulla on, että kuntoutumista edistävä hoitotyö tapahtuu asiakaslähtöisesti lakien, säädösten ja organisaatiossa sovittujen toimintamallien mukaisesti, joten hän on keskeinen henkilö RAI:n käyttöönotossa ja juurruttamisessa osaksi hoidonsuunnitteluprosessia. Hänen täytyy hallita RAI-toimintamalli, perusideologia ja RAI-tunnusluvut jopa henkilöstöään paremmin pystyäkseen puuttumaan poikkeamiin ja tukemaan henkilöstön kehittymistä. Erityisen tärkeää on lähiesimiehen oma innostus ja positiivisen palautteen antaminen sovittujen toimintamallien mukaisesta työstä. (Vähäkangas ym. 2012, 17–19, 24.)

RAI-arviointitietojen luotettavuus nousi heti hankkeen alkuvaiheessa esille, minkä seurauksena kehitettiin luotettavuuden arviointilomakkeet sekä hoitajien, yksikön että esimiehen osaamiselle. Koulutus, niin RAI-arvioinnin käyttöönotossa kuin myöhemminkin, on keskeisessä osassa luotettavuuden varmistamista. Osoittautui, että esimiesten RAI-vertailutiedon hyödyntämisessä on kehitettävää. Erityisesti on varmistettava, että esimiehet hallitsevat RAI-tietojärjestelmän käytön asiakastasolta organisaatiotasolle siirryttäessä. Lähiesimiehet tarvitsevat tukea myös omaan johtamistyöhönsä, joko keskijohdolta, mentoreilta tai RAI erityisasiantuntijoilta. (Vähäkangas ym. 2012, 35–37, 75–77.)

Edellä mainitussa Vähäkankaan ym. (2012) hankkeessa kehitettyä, yksikön osaamista arvioivan RAIHYJ-mittarin käyttökelpoisuutta ja luotettavuutta sekä RAI-osaamisen tasoa tutkittiin laajemmalla aineistolla Niemelän ym. (2018, 55)

tutkimuksessa. RAJHYJ-mittarin todettiin antavan tietoa yksikön koulutussuunnitelman pohjaksi, joten se voisi toimia lähijohtajan työvälineenä osaamisen arvioinnissa. Kehitettävää RAI-osaamisessa ja RAI-tiedon hyödyntämisessä oli niin kotihoidossa kuin ympärivuorokautisessa hoidossa, mutta kotihoidossa enemmän. Suurin ero oli RAI-arviointien ajantasaisuudessa. Kotihoidossa vain neljännes esimiehistä arvioi arviointien olevan ajan tasalla, kun ympärivuorokautisessa hoidossa luku on kolme neljästä. (Niemelä ym. 2018, 60–61.)

Eniten kehitettävää esimiehet arvioivat yksiköissään olevan RAI-mittareiden ymmärtämisessä sekä hyödyntämisessä hoito- ja kuntoutussuunnitelmien tekemisessä, arviointien ajantasaisuudessa sekä hoitajien ja lähijohtajien omassa motivaatiossa liittyen RAI:n käyttöön. Tutkimus nosti myös esiin lähiesimiesten oman osaamisen kehittämisen tarpeen. (Niemelä ym. 2018, 58–60.) Myös Dahlmanin ja Takasen (2009, 51), Sernolan (2014, 40, 47) sekä Ylitalon (2016, 42–43) opinäytetöissä nousi esiin, että esimiehet kaipaavat enemmän koulutusta ja oman RAI-osaamisensa vahvistamista.

4.5.2 RAI-tiedon hyödyntäminen johtamisessa

Vähäkankaan (2010) tutkimuksessa kuntouttavaa hoitotyötä menestyksekkäästi toteuttavissa yksiköissä osastonhoitajat hyödynsivät RAI-tuloksia hoidon tulosten mittaamisessa sekä asiakas- että yksikkötasolla. He korostivat yhteisten kuntouttavien toimintamallien ja tavoitteiden tärkeyttä ja vertailivat oman osastonsa tuloksia muihin osastoihin. (Vähäkangas 2010, 84–85.) Myös ristiriitaisempaa tietoa tutkimuksista löytyi. Dahlmanin ja Takasen (2009) tutkimuksessa alle puolet lähijohtajista hyödynsi RAI-tietoa johtamisessaan usein tai aina, ja neljännes ei hyödyntänyt RAI-tietoa koskaan. Yli puolet kävi RAI-tuloksia läpi henkilökunnan kanssa, mutta kymmenesosa ei käsitellyt tuloksia lainkaan henkilöstön kanssa. Resurssien suunnittelussa tai vuosisuunnitelmissa RAI:ta hyödynnettiin vielä harvemmin. Vastauksista nousi myös esiin, että yhteistyötä muiden esimiesten ja RAI-vastuuhenkilöiden kanssa toivottiin lisättävän. (Dahlman & Takanen 2009, 47–48, 58).

Niemelän ym. (2018, 60) tutkimuksessa puolet kotihoidon lähiesimiehistä käsitteli RAI-tuloksia yksikköpalavereissa ja hyödynsi laatuindikaattoreita kehittämisessä, mutta säännöllisen asiakastason tulosten seuraamisen ja RAI-tiedon hyödyntämisen prosessi toteutui huonommin. Sernolan (2014) tutkimuksessa tiimin kehittämistä palauteraporttien pohjalta tekivät vain yksittäiset esimiehet, mutta mittariraporttia käytettiin yleisesti. Asiakkaiden hoitoisuutta verrattiin laitoshoidon ja kotihoidon välillä ja kehityskeskusteluissa RAI-osaamista käytiin läpi. (Sernola 2014, 38–42.) Ylitalon (2016) tutkimuksessa vastaajat kaipasivat yhtenäisempiä tapoja ja tietojen vertailua eri yksiköiden osalta. THL:n palauteraportteja ja laatuindikaattoreita pidettiin hyvinä ja RAI:ta hyödynnettiin tulokorttien laadinnassa, mutta RAI:n hyödyntäminen oli kovin eritasoista. (Ylitalo 2016, 42.)

Vähäkankaan, Niemelän, Mäkelän ja Noron tutkimus vuodelta 2017 oli aiemmista aihetta käsittelevistä tutkimuksista ainoa, jossa käsiteltiin asiakas- tai palveluohjauksen vertailutiedon vaatimuksia. Tällöin vaatimuksena on, että RAI-vertailutieto suhteutetaan myös siihen palveluun, mihin asiakkaat päätyvät. Heidän tutkimuksessaan tämä toteutettiin yhdistämällä Oulu Screener RAI-arviointien MAPLe15 (palvelutarveryhmittely) -luokittelua sekä hoitoilmoitusrekisterien aineistoja. Johtopäätöksenä todettiin, että asiakasohjauksen esimiehen tulee hallita RAI tunnuslukujen hyödyntäminen ikäihmisten palvelu- ja hoitoketjujen toimivuutta seurattaessa ja arvioitaessa. (Vähäkangas ym. 2017, 41, 46.)

Yhteenvetona aiemmista tutkimuksista voidaan todeta, että lähiesimiesten RAI-tiedon hyödyntämisessä on vaihtelua ja kehittämisen tarvetta. Lähiesimiehen oma motivaatio vaikuttaa paljon yksikön toimintakulttuuriin. Osaamisen ja laadun parantaminen RAI-tiedon avulla on mahdollista, mutta se edellyttää systemaattista hoidon tulosten ja laadun seuranta ja arviointia vertailukehittämistietoja hyödyntäen (Niemi ym. 2010, 47; Heikkilä & Mäkelä 2015, 7; Vähäkangas ym. 2012, 73–77).

5 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT JA TOTEUTUS

5.1 Kyselylomakkeen laadinta ja RAIHYJ-mittari

Määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä soveltuu tilanteisiin, joissa halutaan numeraalisesti kuvailla, miten joku asia on, miten se on muuttunut tai missä määrin jokin asia vaikuttaa johonkin toiseen. Tutkimuksessa etsitään syyseuraus-suhteita ja pyritään löytämään yleisiä lainalaisuuksia. Numeraalisilla jakaumilla, keskiarvoilla ja keskihajonnoilla pyritään osoittamaan, miten eri muuttajat vaikuttavat toisiinsa ja millä tavalla tutkittavat eroavat toisistaan. (Vilka 2021, 66–67.)

Survey-kyselytutkimus on yksi perinteisiä kvantitatiivisia tutkimusmuotoja, jossa aineisto kerätään standardoidusti eli kysymällä asioita kaikilta vastaajilta täysin samalla tavalla. Kyselyn etuna on tehokkuus, kyselylomake voidaan lähettää useille henkilöille, aineisto on helppo käsitellä tilastollisilla analyysitavoilla, aikataulu on helppo arvioida ja vastaajat jäävät tunnistamattomiksi. Toisaalta vastausprosentti jää usein matalaksi, tulosten tulkinta saattaa muodostua ongelmalliseksi ja kyselylomakkeen laatiminen vie aikaa ja vaatii taitoa. Haasteeksi nousee myös, ettei voida varmistaa, ovatko vastaajat ymmärtäneet kysymykset tai vastanneet tosissaan. (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2018, 193–195.)

Kyselylomaketta laadittaessa tutkimuksen teoreettinen viitekehys ja keskeiset käsitteet operationalisoidaan eli muutetaan mitattavaan muotoon kohderyhmälle ymmärrettäviksi kysymyksiksi (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2018, 154–155; Vilka 2021, 101–102.). Kyselytutkimuksen mittarilla tarkoitetaan kysymysten tai väitteiden kokoelmaa, jolla pyritään mittaamaan ilmiötä. Mittarit voidaan tehdä itse tai käyttää valmiita mittareita. Operationalisoinnin onnistuminen on yhteydessä tutkimuksen validiuteen: mittaavatko muuttuvat sitä, mitä tutkimuksessa oli tarkoitus mitata ja vastaavatko kysymykset tutkimuskysymyksiin? (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2018, 154–157; Vehkalahti 2014, 12; Vilka 2021, 101–108.)

Kyselylomakkeen laadintavaiheessa pohdittiin teoriasta ja tutkimuskysymyksistä nousevia tietotarpeita sekä vertailtiin Vähäkankaan, Niemelän ja Noron (2012,

91–94) laatimia ja THL raportissa 48/2012 julkaistuja valmiita, esimiehen omaa osaamista ja yksikön osaamista arvioivia lomakkeita. Näistä nimenomaan yksikön RAI-osaamista ja esimiehen RAI-tiedon hyödyntämistä selvittävä, Niemelän ym. (2018,55) tutkimuksessa RAIHYJ-mittariksi nimetty mittari väittämiseen konkretisoi oivallisesti, miten RAI-tiedolla johtaminen yksikön arjessa näkyy. Lisäksi se sisällöltään tukee Pirkanmaalla sovittuja toimintamalleja ja RAI-rooleja (Pirkanmaan RAI käyttösuunnitelma 2019). Valmiin RAIHYJ-mittarin käyttö osana kyselylomaketta tuntui perustellulta ratkaisulta. Mittarin alkuperäisiltä tekijöiltä saatiin lupa mittarin käyttöön ja kahden väittämän muokkaamiseen.

RAIHYJ-mittari koostuu 24 väittämästä, jotka jakaantuvat neljään sisältöalueeseen. *RAI osaaminen* muodostuu seitsemästä väittämästä, *RAI-arvioinnin tekeminen* viidestä väittämästä, *Hoito- ja kuntoutussuunnitelman tekeminen* kuudesta väittämästä sekä *Toiminnan seuranta ja arviointi* kuudesta väittämästä. Lähiesimies arvioi väitteiden toteutumista käyttäen 5-portaista Likert-asteikkoa, jossa 1= täysin samaa mieltä, 2=samaa mieltä, 3= ei samaa eikä eri mieltä, 4= eri mieltä ja 5= täysin eri mieltä.

RAIHYJ-mittarin väittämät löytyvät liitteen 1 kyselylomakkeella kysymysnumeroilla 10–33. Alkuperäisistä väittämistä kaksi ”*RAI-arvioinnin tekemiseen on rauhallinen tila*” ja ”*RAI-arvioinnin tekemiseen on riittävästi tietokoneita*” tuntuivat tekniikan kehityksen myötä vanhentuneilta. Nykyisin RAI-arvioinnin teko onnistuu puhelimella, i-padilla tai kannettavalla tietokoneella asiakkaan kotona ja välineitä on hoitajien käytössä riittävästi. Haaste sen sijaan on ajan järjestyminen arviointien tekoon kiireen ja resurssipulan vuoksi sekä hoitajien riittävä osaaminen, jotta he pystyvät selittämään arvioinnin tulokset ymmärrettävästi asiakkaalle. Osallisuuden yksi laatuksiteeri THL:n palauteraporteissa on, osallistuuko asiakas itse arvioinnin tekoon (RAI-HC Palauteraportti 2021, 30). Edellä mainituista syistä, mittarin alkuperäisten tekijöiden luvalla, noiden kahden väittämän tilalle muutettiin tähän tutkimukseen paremmin nykyaikaa vastaavat väittämät: 18. ”*RAI-arviointien teolle pystytään varaamaan aikaa*” ja 19. ”*RAI-arvioinnit tehdään asiakkaan luona ja tulokset käydään läpi hänen kanssaan*”.

Pirkanmaalla kotihoidon ja asiakasohjauksen lähiesimiehinä toimivilla on erilaisia koulutustaustoja niin sosiaali- kuin terveystieteidenkin, mutta näistä ei Pirkanmaan sote-valmistelussa ole aiemmin kerätty tietoa. Tämän vuoksi selittävinä taustatietona haluttiin kysyä vastaajien peruskoulutusta sekä tietoja heidän käymistään johtamis- ja RAI-koulutuksista. Vastaajien työkokemus sosiaali- ja terveysalalta ja esimiestyöstä sekä RAI-käyttökokemus olivat osaltaan mahdollisia osaamistasoa selittäviä taustamuuttujia. Lisäksi kysyttiin esimiesten asenteesta RAI:ta kohtaan sekä heidän omaa arviotaan RAI-osaamisestaan soveltaen Bennerin (1984) mallia ”Aloittelijasta asiantuntijaksi”. Koska opinnäytetyön tavoitteena oli tehdä esitys lähiesimiesten RAI-koulutussuunnitelmaksi, kysyttiin esimiesten toiveita ja arviota, mihin osa-alueisiin he tarvitsevat lisäkoulutusta. Kyselylomakkeen loppuun lisättiin vielä avoin kysymys, johon vastaajat saivat antaa palautetta tai esittää kehitysideoita Pirkanmaan RAI-yhteistyötä koskien.

5.2 Kyselytutkimuksen toteutus

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena eli määrällisenä kyselytutkimuksena sähköisellä kyselylomakkeella. Pirkanmaalla on 22 kuntaa, mutta osa niistä järjestää sote-palvelut yhteistoiminta-alueina. Tutkimusluvut haettiin erikseen jokaisesta kunnasta tai yhteistoiminta-alueelta, eli yhteensä 14 tutkimuslupaa. Kyselyn kohderyhmään kuuluivat Pirkanmaalla asiakasohjaajien tai kotihoidon, eli asiakastyötä tekevien työntekijöiden, lähiesimiehinä aineiston keruuajana toimivat henkilöt. Mukaan otettiin kunnan järjestämisvastuulla olevissa palveluissa työskentelevät lähiesimiehet riippumatta siitä, olivatko he kunnan vai yksityisen toimijan palveluksessa. Kuntien yhteyshenkilöt toimittivat kohderyhmään kuuluvien sähköpostiosoitteet tutkijalle. Mikäli vakituinen lähiesimies oli poissa töistä koko aineiston keruuajan, pyyntö tutkimukseen osallistumisesta lähetettiin hänen sijaiselleen.

Kysely toteutettiin E-lomake-Editor-ohjelmalla. Kysely esitettiin ja arvioitiin maaliskuussa 2021 kahden RAI-järjestelmän hyvin tuntevan, keskijohtoon kuuluvan esimiehen, sekä Pirkanmaan RAI-koordinaattorin toimiessa koevastaajina. Esitestauksessa ei ilmennyt tarvetta tehdä kyselylomakkeeseen muutoksia. (Vilkkä 2021, 108.)

Vastaajille lähetettiin sähköpostilla pyyntö tutkimukseen osallistumisesta (liite 2). Sähköpostin liitteenä oli tietosuojailmoitus (liite 3) ja sähköpostissa oli linkki, josta tutkimukseen pääsi vastaamaan. Kyselyn alussa vastaajat lukivat ja rastittivat tietoisuuden suostumuksen (liite 4) tutkimukseen osallistumisesta, ennen kuin he pääsivät etenemään muihin kysymyksiin. Vastausaika oli alun perin kaksi viikkoa 14.4.-27.4.2021, ja sitä jatkettiin viikolla 5.5.2021 saakka, jotta tutkimukseen saataisiin kattavammin vastauksia. Vastaajille lähetettiin tänä aikana sähköpostitse kolme muistutusta kyselyyn vastaamisesta. Kysely lähetettiin yhteensä 65 lähiesimiehelle, joista 46 vastasi. Yksi kyselylomake jouduttiin hylkäämään, sillä vastaaja ei ollut vastannut kysymyksiin lainkaan. Vastausprosentiksi muodostui 69. Pääosin vastaajat olivat vastanneet kaikkiin kysymyksiin, muutama väittämä oli yksittäisiltä vastaajilta jäänyt vastaamatta.

5.3 Aineiston analysointi

Kertyneet vastaukset siirrettiin E-lomake-editor-ohjelmasta aineiston analysointia varten IBM:n SPSS (Statistical Package for Social Science) Statistics version 27-ohjelmaan. SPSS on vuosikymmenten kehitystyön jälkeen yksi maailman laajimmin käytettyjä tilastotieteelliseen analyysiin suunniteltuja ohjelmistoja. (Martin & Bridgmon 2012, 3; Singh 2016, 239.) SPSS-ohjelmistossa aineistosta muodostettiin havaintomatriisi, joka toimi tilastollisen analyysin lähtökohtana. Havaintomatriisissa (data view) rivit ovat havaintoyksiköitä eli yksittäisen vastaajan vastauksia ja sarakkeet muuttujia, eli eri kysymysten tai väittämien vastauksia. Muuttujat nimettiin ja niiden ominaisuudet sekä koodattujen arvojen selitystekstit määriteltiin jokaisen muuttujan osalta ennen analyysin aloittamista Variable View-näkymässä. Tavoite oli tiivistää aineisto helpommin tulkittavaan muotoon. (Holopainen ym. 2004, 35–37; Martin & Bridgmon 2012, 80.)

Aineistoon tutustuminen aloitettiin laskemalla muuttujista frekvenssijakaumia ja tekemällä niistä havainnollisia kuvaajia, joiden avulla aineistosta löytyvät ilmiöt on helpompi hahmottaa (Nummenmaa ym. 2014, 37–38; Tähtinen 2020, 91–92). Aineistoa kuvattiin numeerisesti laskemalla erilaisia tunnuslukuja kuten kes-

kiarvo, moodi, mediaani ja keskihajonta. Muuttujien ominaisuuksista riippuu, millaisia tilastollisia analyyseja niistä voidaan tehdä tai millaisia tunnuslukuja laskea. Tämän vuoksi muuttujat jaoteltiin SPSS-ohjelmassa luokitteluasteikollisiin (nominal), järjestysasteikollisiin (ordinal) sekä välimatka- ja suhdeasteikollisiin (scale) muuttujiin. (Holopainen ym. 2004, 27; Nummenmaa ym. 2014, 69; Singh 2016, 255–256.)

Likert-asteikolla mitatut asennemuuttujat ovat periaatteessa järjestysasteikollisia. Käytännössä, jos vastausvaihtoehtojen väliset etäisyydet voidaan olettaa samannomittaisiksi, ne tulkitaan usein välimatka-asteikollisiksi muuttujiksi. Näin voidaan toimia varsinkin silloin, kun muuttujista muodostetaan usean muuttujan summamuuttujia. Tällöin niiden analyyseissa voidaan soveltaa keskiarvoihin perustuvia analyyseja ja testejä. (Tähtinen ym. 2020, 32.) Tässä tutkimuksessa RAIHYJ-mittarin väittämiä tarkasteltiin edellä mainitun perustelun mukaisesti välimatka-asteikollisina muuttujina.

RAIHYJ-mittarista ja sen eri osioista eli RAI-osaamisesta, RAI-arvioinnin tekemisestä, Hoito- ja kuntoutussuunnitelman tekemisestä sekä Toiminnan seurannasta ja arvioinnista laskettiin summamuuttujat. Summamuuttujien laskeminen on suositeltavaa, koska ne kuvaavat tiivistetyssä muodossa samansuuntaisten väitteiden mittaamia ominaisuuksia ja siten lisäävät mittarin reliabiliteettia eli luotettavuutta. Lisäksi niitä voidaan käyttää monipuolisemmin jatkoanalyyseissa. Ennen summamuuttujien laskemista alkuperäisten väitteiden korrelaatiota tarkasteltiin tekemällä aineistolle mittarin sisäistä yhteneväisyyttä mittaava Cronbachin alpha -reliabiliteettitesti. Eli varmistettiin, että muuttujat kuvaavat samaa ilmiötä. Taulukossa 2 näkyy RAIHYJ-mittarille ja sen osa-alueille tehdyn Cronbachin alpha-testin tulokset. Kaikilla osa-alueilla tulokset ylittävät matalimman hyväksytyn arvon 0,60, mikä kertoo osa-alueisiin kuuluvien väitteiden yhtenevyydestä. Summamuuttujan laskeminen ja käyttäminen tulosten analyysissa oli tämän perusteella mahdollista. (Metsämuuronen 2000, 29, 32–36; Holopainen ym. 2004, 127, 130; Tähtinen ym. 2020, 80–81.)

TAULUKKO 2. Cronbachin Alpha reliabiliteettitesti RAIHYJ-mittarille ja sen osa-alueille

	Reliabiliteetin tunnusluvut	
	Cronbachin Alpha	Yksiköiden lukumäärä
RAI osaaminen	,790	7
RAI arvioinnin tekeminen	,859	5
Hoito- ja kuntoutussuunnitelman tekeminen	,852	6
Toiminnan seuranta ja arviointi	,810	6
RAIHYJ-mittari	,926	24

Monet reaali maailman ilmiöt noudattavat symmetristä normaalijakaumaa eli Gaussin käyrää. Tilastotieteessä se on merkittävä matemaattinen malli ja vaikuttaa käytettävissä oleviin analyysitapoihin. Yleisimmin käytetty tunnusluku keskiarvo on herkkä aineiston poikkeaville arvoille eli vinoille jakaumille. Varsinkin pienissä otoksissa on tärkeää selvittää, noudattaako aineisto normaalijakaumaa. Alle 50 otoksissa suositellaan normaalijakauman testaamiseen käyttämään Shapiro-Wilk-testiä. Taulukossa 3 on esitelty RAIHYJ-mittarin osa-alueille tehty Shapiro-Wilk normaalijakaumatesti, jossa sig-arvoiksi saatiin 0,291–0,853. Koska merkitsevyysarvo oli yli 0,05, nollahypoteesi voitiin pitää voimassa ja todeta, etteivät jakaumat poikkeaa normaalijakaumasta ainakaan tilastollisesti merkittävästi. Sama päätelmä voitiin todeta tarkastelemalla SPSS ohjelmasta tulostettuja histogrammeja (kuviot 4,5,7 ja 8), joihin piirrettiin myös normaalijakauman käyrä sekä taulukossa 4 näkyvien jakauman vinoutta ja huipukkuutta kuvaavien tunnuslukujen avulla. (Tähtinen ym. 2020, 98, 102–108.)

TAULUKKO 3. Shapiro-Wilkin normaalijakaumatesti RAIHYJ-mittarin osa-alueille

	Normaalijakaumatesti		
	Tunnusluku	Shapiro-Wilk Otoskoko	Sig. eli merkitsevyystaso
RAI osaaminen	,970	45	,291
RAI arvioinnin tekeminen	,982	45	,685
Hoito- ja kuntoutussuunnitelman tekeminen	,977	45	,492
Toiminnan seuranta ja arviointi	,986	45	,853

Mittarin osa-alueiden tunnuslukuja on esitetty taulukossa 4. Keskihajonta kuvaa sitä, kuinka laajalle keskiarvosta vastaukset hajoavat eli ovatko vastaukset lähellä toisiaan vai ääripäissä. Vinous taas kuvaa sitä, kuinka tasaisesti tai epätasaisesti annetut arvot ovat suhteessa toisiinsa. Miinusmerkkinen arvo kertoo jakauman olevan vasemmalle vino, mikä tarkoittaa, että enemmistö annetuista arvoista on keskiarvoa suurempia. Oikealle vino jakauma taas on arvoltaan nolaa suurempi ja tarkoittaa, että enemmistö arvoista, ja samalla keskiluku eli mediaani, ovat pienempiä kuin keskiarvo. Huipukkuus kuvaa jakauman huipun korkeutta suhteessa normaalijakaumaan, jonka arvo on nolla. Korkeampi huippu saa positiivisia arvoja ja normaalijakaumaa matalampi huippu tai useiden huippujen olemassaolo näkyy negatiivisena huipukkuuslukuna. (Tähtinen ym. 2020, 104–105.)

Yksikön hyvä RAI-osaaminen edellyttää mittarin kehittäneen Vähäkankaan ym. (2012) asiantuntijaryhmän mukaan vastausvaihtoehtoja 1 (täysin samaa mieltä) tai 2 (samaa mieltä) kaikissa RAIHYJ-mittarin väittämissä. Muussa tapauksessa yksikön toiminnassa on kehitettävää, mikä edellyttää osaamisen lisäämistä ja koulutusta. (Niemelä ym. 2018, 58.) Luokittelua hyvään ja kehitettävään tasoon käytettiin myös tässä tutkimuksessa. Yksittäisten väittämien vastausten sekä RAIHYJ-mittarin ja sen osa-alueiden summamuuttujien keskiarvojen pohjalta tehtiin luokitteluja, joissa vastausvaihtoehdot 1 ja 2 (täysin samaa mieltä ja samaa mieltä) luokiteltiin hyväksi tasoksi ja vastausvaihtoehdot 3–5 (ei samaa eikä eri mieltä, eri mieltä ja täysin eri mieltä) kehitettäväksi tasoksi.

Ristiintaulukoimalla ja korrelaatiotarkastelulla tutkittiin aineistosta kahden eri muuttujan välisiä yhteyksiä ja riippuvuuksia toisistaan. Ristiintaulukointia käytetään yleensä luokitteluasteikon muuttujille. Jatkuvat muuttujat luokiteltiin ennen ristiintaulukointia ja korrelaatiotarkastelua. (Holopainen ym. 2004, 157–158; Nummenmaa ym. 2014, 43; Singh 2016, 257.)

Ristiintaulukointia käytettäessä tehdään aineistolle riippumattomuustesti sen varmistamiseksi, voidaanko ryhmien välillä mahdollisesti havaittu ero yleistää. Koska Pearsonin Khiin neliö -testin käyttöedellytykset eivät pienen otosjoukon kohdalla täyttyneet, käytettiin riippumattomuustestinä epäparametrinen Mann-Whitneyn U-testiä. Ristiintaulukoimalla verrattiin ensimmäisessä esimerkissä tuo-

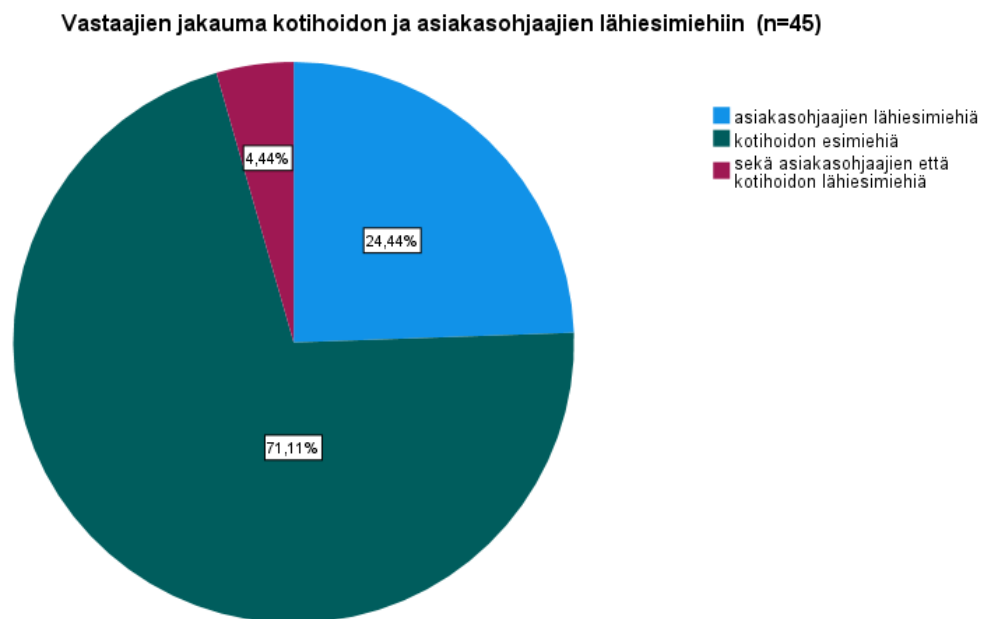
reiden (0–1 vuotta) ja kokeneiden (2–15 vuotta) RAI-käyttäjien hyvään ja kehitettävään tasoon sijoittumista (taulukko 10). Tässä Mann-Whitneyn U-testi antoi sig-arvoksi 0,834, mikä tarkoitti nollahypoteesin (ryhmien välillä ei ole eroa), säilyttämistä. Toisessa ristiintaulukointiesimerkissä (kuvio 16) vertailtiin esimiesten itsearvioitua RAI-osaamistasoa RAIHYJ-mittarin neljännen, esimiesten toimintaa kuvaavan, osa-alueen ”Toiminnan seuranta ja arviointi” hyvään ja kehitettävään tasoon sijoittumiseen. Riippumattomuustestin Sig-arvoksi saatiin 0,018, mikä hylkäsi nollahypoteesin. Eli voitiin vahvistaa, että ryhmiin hyvä ja kehitettävä taso sijoittuvien vastaajien välillä on eroa myös itsearvioidussa RAI-osaamistasossa. (Tähtinen ym. 2020, 135–136, 171.)

Vastaajien itsearvioitua RAI-osaamista ja RAI-käyttökokemuksen yhteyttä arvioitiin korrelaatiotarkastelulla (kuvio 15). Koska RAI-osaaminen on järjestysasteikon tasoinen muuttuja, muuttujien välisen yhteyden tarkasteluun käytettiin Spearmanin järjestyskorrelaatiokerrointa, jonka luku 0,593 osoittaa, että muuttujilla on kohtalainen lineaarinen riippuvuus. Korrelaatiotarkastelun erehtymisriskiä kuvaava Sig-luku oli $<0,01$, mikä kertoo, että virheen riski on pieni, jos väitetään muuttujilla olevan kohtalainen yhteys keskenään. (Holopainen ym. 2004, 175–178).

6 TULOKSET

6.1 Vastaajien työkokemus ja koulutustausta

Kyselyn vastasi 45 lähiesimiestä, joista 11 (24 %) työskenteli asiakasohjaajien esimiehenä, 32 (71 %) kotihoidon esimiehenä ja 2 vastaajaa (4 %) sekä asiakasohjauksen että kotihoidon esimiehenä (kuvio 2).



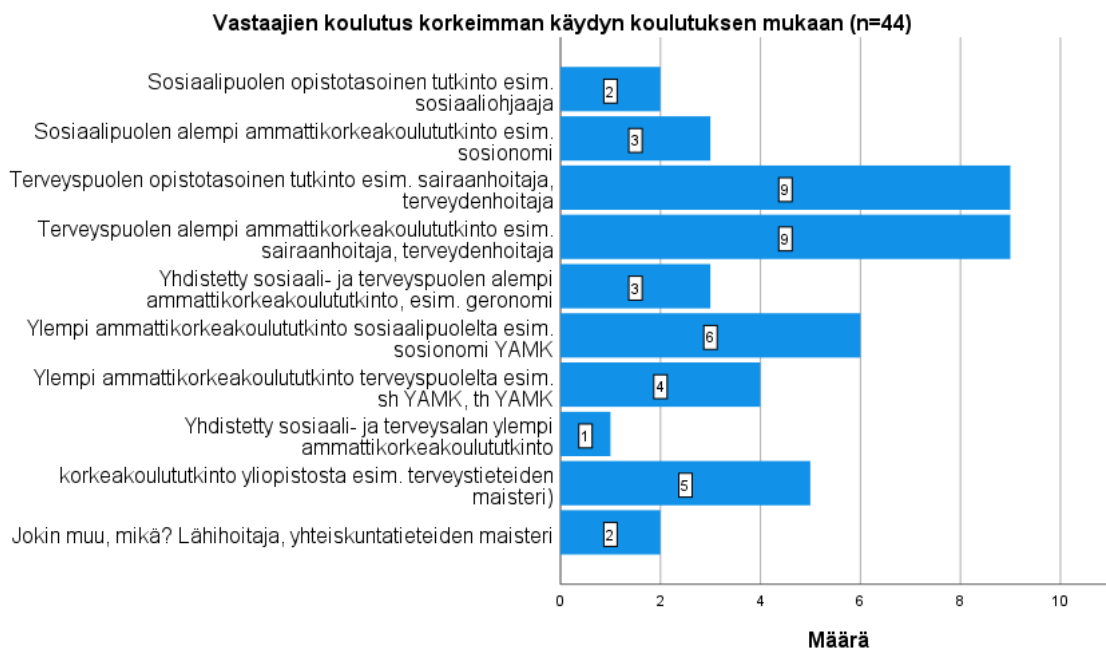
KUVIO 2. Vastaajien (n=45) jakautuma kotihoidon ja asiakasohjauksen lähiesimiehiin

Pirkanmaan lähiesimiehillä on pitkä työkokemus sosiaali- ja terveysalalla, vaihteluväli oli 8–39 vuotta ja keskiarvo 21,6 vuotta. Moodi eli yleisin vastattu luku oli 25 vuotta ja mediaani eli vastausten keskimäinen luku oli 20. Esimiehenä toimimisen osalta vaihtelu sen sijaan oli suurta, vastauksia oli 0–34 vuoden välillä keskiarvon ollessa 10,7 vuotta, moodin 4 vuotta ja mediaanin 7 vuotta (taulukko 4). Taulukossa 4 on esitetty tarkemmin vastaajien esimieskokemuksen jakaantuminen.

TAULUKKO 4. Vastaajien (n=45) työkokemus esimiehenä toimimisesta

		Frekvenssi	Prosenttiosuus	Kumulatiivinen prosenttiosuus
Työ- kemu- s esimie- henä	0–2 v	7	15,6	15,6
	3–9 v	19	42,2	57,8
	10–19 v	11	24,4	82,2
	20–29 v	4	8,9	91,1
	30 v –	4	8,9	100,0
	Yhteensä	45	100,0	

Kotihoidon ja asiakasohjauksen tiivis integroituminen sosiaali- ja terveystieteiden kokonaisuudeksi näkyi vastaajien koulutuksessa, josta löytyi vaihtelevasti sosiaali- ja terveystieteiden tutkintoja eri aikakausilta ja eri koulutusasteilta. Kuviossa 3 on esitelty vastaajien koulutus pohja korkeimman suoritettun tutkinnon mukaisesti. Terveystieteiden koulutettuja (22 vastaajaa) oli hiukan enemmän kuin sosiaalipuolen koulutuksen käyneitä (10 vastaajaa). Yliopistotutkinnon suorittaneita oli 6 vastaajaa ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistelmä-tutkinnon suorittaneita 4. Yksi vastaaja ilmoitti tutkinnokseen perusasteen tutkinnon eli lähihoitajan.



KUVIO 3 Vastaajien (n=44) koulutus korkeimman tutkinnon mukaisesti

Vastaajien käymät johtamiskoulutukset löytyvät taulukosta 5. Vastaajista vain kolme (7 %) ei peruskoulutuksensa lisäksi ole suorittanut mitään johtamiskoulutusta. Yleisimmin vastaajat olivat suorittaneet aikuiskoulutuskeskuksessa joko johtamisen erityisammattitutkinnon (13 eli 29 % vastaajista) tai lähiesimiestyön ammattitutkinnon (10 eli 22 % vastaajista). Ylempi ammattikorkeakoulututkinto ja siihen liittyviä johtamisopintoja löytyi yhdeksältä vastaajalta (20 %) ja yliopisto- tai korkeakoulutasoisia johtamisopintoja löytyi kuudelta vastaajalta (9 %). Työnantajan järjestämän johtamiskoulutuksen on käynyt 14 vastaajaa (31 %).

TAULUKKO 5. Vastaajien peruskoulutuksensa lisäksi suorittamat johtamiskoulutukset

		Vastaukset		
		N	Prosenttia kaikista vas- tauksista	Prosenttia vastaajista
Vastaajien käymät johtamiskoulutukset (yksi tai useampia)	En mitään johtamiskoulutuksia	3	4,6 %	6,7 %
	Johtamisen erityisammattitutkinto (aikuiskoulutuskeskus)	13	20,0 %	28,9 %
	Lähiesimiestyön ammattitutkinto (aikuiskoulutuskeskus)	10	15,4 %	22,2 %
	Sosiaali- ja terveysalan johtaminen, ylempi AMK tutkinto	7	10,8 %	15,6 %
	Yliopisto- tai korkeakoulutasoiset johtamisopinnot	6	9,2 %	13,3 %
	Avoimessa yliopistossa kursseja	3	4,6 %	6,7 %
	Työnantajan järjestämä esimies-/ johtamiskoulutus	14	21,5 %	31,1 %
	Joku muu (mm. sotejohtamisen pd-koulutus, terveyden edistämisen YAMK sis. johtamisopintoja x2, johtaminen sosiaali- ja terveysalalla AMK x4, koulutus kesken x2)	9	13,8 %	20,0 %
Yhteensä		65	100,0 %	144,4 %

6.2 Vastaajien RAI:n käyttökokemus ja käydyt RAI-koulutukset

Vastaajien kokemus RAI-järjestelmän käytöstä vaihteli 0–15 vuoden välissä (keskiarvo 5,7 vuotta ja mediaani 5 vuotta). Moodi oli 1 vuotta, eli peräti 12 vastaajaa

oli käyttänyt RAI:ta yhden vuoden ajan. Tämä selittyy sillä, että useissa Pirkanmaan kunnissa otettiin RAI-järjestelmä ensimmäistä kertaa käyttöön vuosi sitten. Vastaajissa oli myös useita pitkään RAI:ta käyttäneitä, 15 vastaajaa oli käyttänyt RAI:ta yli yhdeksän vuotta. Taulukossa 6 on esitetty vastaajien RAI:n käyttökokemus.

TAULUKKO 6. Vastaajien (n=44) RAI-käyttökokemus

		Frekvenssi	Prosenttia	Prosenttia hyväksytyistä	Kumulatiivinen prosentti
Hyväksytyt vastaukset	0–1 v	16	35,6	36,4	36,4
	2–4 v	4	8,9	9,1	45,5
	5–8 v	9	20,0	20,5	65,9
	9–12 v	8	17,8	18,2	84,1
	13–15 v	7	15,6	15,9	100,0
	Yhteensä	44	97,8	100,0	
Puuttavat vastaukset		1	2,2		
Yhteensä		45	100,0		

RAI-koulutuksia vastaajat olivat käyneet melko vähän. Yleisin käyty koulutus oli Raisoftin InterRAI verkkokurssi, jonka oli käynyt vastaajista 31 (69 %). Toiseksi eniten (24 vastaajaa eli 53 %) löytyi aiemman RAI-HC välineen RAI ABC-koulutuksen käyneitä. RAI avainosaaja -koulutuksen oli käynyt 17 vastaajaa (38 %) ja THL:n RAI erityisasiantuntijavalmennuksen yksi vastaaja (2 %). Pirkanmaan yhteiseen tiedolla johtamisen koulutukseen oli osallistunut 16 vastaajaa (36 %) ja uuden RAI-välineen käyttöönottoa valmisteleviin työpajoihin 14 vastaajaa (31 %). Aiemman laatumoduuli- tai johtamismoduulikoulutuksen oli käynyt 13 vastaajaa (29 %) ja viimeisen vuoden aikana laatumoduulin käyttöä on käsitelty myös Pirkanmaan RAI-koordinaattorin pitämässä kuntakohtaisissa koulutuksissa, joihin on osallistunut 13 vastaajaa (29 %). Yhteenveto vastaajien käymistä RAI-koulutuksista on eritelty taulukossa 7.

TAULUKKO 7. Vastaajien (n=45) käymät RAI-koulutukset

		N	Prosenttia kaikista vastauksista	Prosenttia vastaajista
Vastaajien käymät	En mitään RAI-koulutuksia	1	0,7 %	2,2 %
RAI-koulutukset (yksi tai useampia valintoja)	InterRAI-HC verkkokurssi (RAIsoft) v. 2020-	31	22,1 %	68,9 %
	THL:n sivuilta löytyvä RAI-verkkokoulu	10	7,1 %	22,2 %
	Työpajat Pirkanmaalla esimiehille ja johdolle	14	10,0 %	31,1 %
	Tiedolla johtamisen koulutus, 9.12.2020 (RAIsoft)	16	11,4 %	35,6 %
	Pirkanmaan RAI-koordinaattorin omassa kunnassa pitämä koulutus	13	9,3 %	28,9 %
	RAI ABC-koulutus (v. 2019 tai aiemmin) Raisoft	24	17,1 %	53,3 %
	RAI-avainosaajakoulutus (RAIsoft)	17	12,1 %	37,8 %
	RAI laatumoduuli- tai johtamismoduulikoulutus	13	9,3 %	28,9 %
	RAI erityisasiantuntijavalmennus (THL)	1	0,7 %	2,2 %
	Yhteensä		140	100,0 %

THL:n vuosittain järjestämiin vertaiskehittämistä tukeviin RAI-seminaareihin osallistui säännöllisesti 3 vastaajaa (7 %) ja satunnaisesti niihin oli osallistunut vajaa puolet vastanneista (49 %). Vastaajista 20 (44 %) ei ollut osallistunut RAI-seminaareihin kertaakaan.

6.3 Yksiköiden RAI-osaaminen

Yksiköiden RAI-osaamista arvioitiin RAIHYJ-mittarin neljän osa-alueen väittämistä muodostettujen summamuuttujien tunnuslukuja tarkastelemalla. Niitä tulkittaessa huomioitavaa on, että pienempi keskiarvo kuvaa parempaa osaamisen ja tiedon hyödyntämisen tasoa. Parhaimmat tulokset löytyivät RAI-osaamisessa (keskiarvo 2,5) ja eniten kehitettävää oli hoito- ja kuntoutussuunnitelmien tekemisessä (keskiarvo 2,9). Korkeat keskihajontaluvut kertovat, että vastauksissa oli hajontaa asteikon molempiin päihin. Taulukkoon 8 on koottu RAIHYJ-mittarin

osa-alueiden eli mittarien tunnuslukuja, jotka kuvaavat yksiköiden RAI-osaamista ja lähiesimiehen RAI:n hyödyntämistä. Koko RAIHYJ-mittarin tuloksia tarkasteltaessa viidesosa yksiköistä (20 %) ylsi hyvälle tasolle.

TAULUKKO 8. RAIHYJ-mittarin eri osa-alueiden tunnusluvut, vastaajina (n=45) Pirkanmaan kotihoidon ja asiakasohjauksen lähiesimiehet

	RAI osaaminen	RAI arvioinnin tekeminen	Hoito- ja kuntoutussuunnitelman tekeminen	Toiminnan seuranta ja arviointi	Sisältöalueiden keskiarvo	
Keskiarvo	2,4508	2,6756	2,9481	2,6556	2,6722	
Mediaani	2,5714	2,6000	3,1667	2,6667	2,7083	
Moodi	2,14 ^a	2,60	3,17	2,67	2,88	
Keskihajonta	,67623	,78773	,70067	,68663	,59781	
Vinous	-,251	,102	-,002	-,020	-,069	
Vinouden keskivirhe	,354	,354	,354	,354	,354	
Huipukkuus	-,647	,187	,670	-,154	-,316	
Huipukkuuden keskivirhe	,695	,695	,695	,695	,695	
Minimi	1,00	1,00	1,17	1,17	1,42	
Maximi	3,86	4,60	4,83	4,33	4,04	
Kvartiilit	25	2,0000	2,2000	2,5000	2,1667	2,2917
	50	2,5714	2,6000	3,1667	2,6667	2,7083
	75	3,0000	3,1000	3,3333	3,1667	3,0417

a. Useampia moodeja. Pienin arvo näytetty.

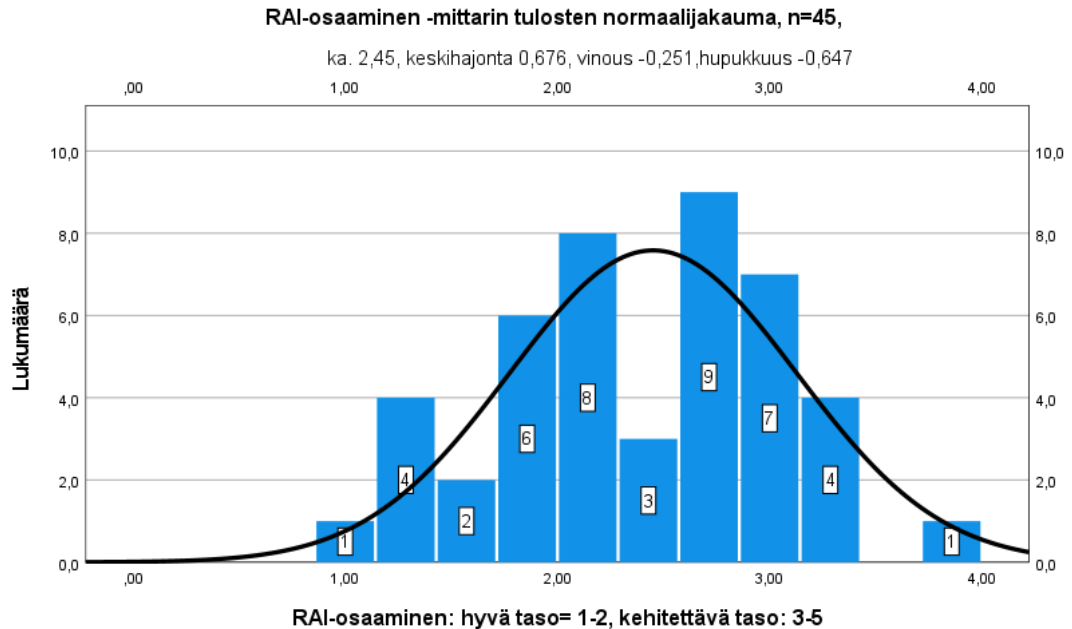
Kuvioissa 4,5,7 ja 8 on esitetty RAIHYJ-mittarin tulokset osa-alueittain histogrammikuvioina, joissa näkyy tarkemmin, kuinka vastaukset ovat jakautuneet ja kuinka ne noudattavat normaalijakaumaa. Taulukosta 9 löytyvät väittämät, joista RAIHYJ-mittarin osa-alueet on muodostettu. Kunkin väittämän osalta on tuloksiin erikseen nostettu, kuinka suuri osa vastaajista arvioi kyseisen väittämän osalta olevansa samaa mieltä tai täysin samaa mieltä asiasta, eli saavutti hyvän tason.

TAULUKKO 9. RAIHYJ-mittarin väittämät ja niistä muodostuvat osa-alueet

RAI osaaminen
10. Kaikki hoitajat yksikössäni hallitsevat RAI-arvioinnin tekemisen
11. Kaikki uudet hoitajat saavat perehdytyksen RAI:n käyttöön yksikössäni
12. Yksikössäni on nimetty RAI-vastuuhenkilö/avainhenkilö ja hoitajat tietävät, kuka hän on
13. Yksikössäni on RAI-kansio, johon on kerätty RAI-perehtymisen kannalta keskeiset asiat
14. Hoitajat ovat motivoituneita tekemään RAI-arviointeja
15. Hoitajat tietävät miten RAI:ta voidaan hyödyntää asiakkaan hoidon suunnittelussa
16. Yksikössä osataan tulkita RAI-laatuindikaattoreiden tuottamaa tietoa
RAI-arvioinnin tekeminen
17. RAI-arvioinnit ovat aina ajan tasalla (vointi muuttunut oleellisesti, puolivuositain, uloskirjaus)
18. RAI-arviointien teolle pystytään varaamaan aikaa
19. RAI-arvioinnit tehdään asiakkaan luona ja tulokset käydään läpi hänen kanssaan
20. Hoitajat täydentävät RAI-arviointia ohjelmistossa olevaa kysymyskohtaista "lisää merkintä" -kenttää hyödyntäen
21. Kun hoitajat ovat erimielisiä RAI-arvioinnin kysymysten vastauksista, asiasta keskustellaan moniammatillisessa tiimissä, hyödynnetään RAI- käsikirjaa ja muita RAI-ohjeita
Hoito- ja kuntoutussuunnitelman tekeminen
22. Hoito- ja kuntoutumissuunnitelma päivitetään aina RAI-arvioinnin jälkeen
23. Kaikki hoitajat osaavat tulkita RAI-mittareiden tuottamia tuloksia
24. Kaikki hoitajat osaavat "aukikirjoittaa" RAI-mittarit hoito- ja kuntoutumissuunnitelmaan
25. Hoidon tavoitteet ovat hoitosuunnitelmassa mitattavassa muodossa kuvattu
26. RAI-mittareita hyödynnetään hoidon tavoitteiden asettamisessa
27. Kahden RAI-arvioinnin vertailua hyödynnetään hoito- ja kuntoutumissuunnitelman arvioinnissa
Toiminnan seuranta ja arviointi
28. Yksikkökokouksissa/tiimipalavereissa käsitellään säännöllisesti RAI-tuloksia
29. Yksikössä hyödynnetään RAI-laatuindikaattoreiden tuottamaa tietoa toiminnan kehittämisessä
30. Kehityskeskusteluissa käydään läpi hoitajan RAI-osaaminen
31. Lähiesimies seuraa säännöllisesti RAI-asiakastason hoidon tuloksia (mittariraportti) suhteutettuna hoidon kirjaamiseen
32. RAI-arvioinnin toteuttaminen ja hyödyntäminen on prosessina aukikirjoitettu yksikössä
33. Rekrytoinnissa huomioidaan RAI-osaaminen

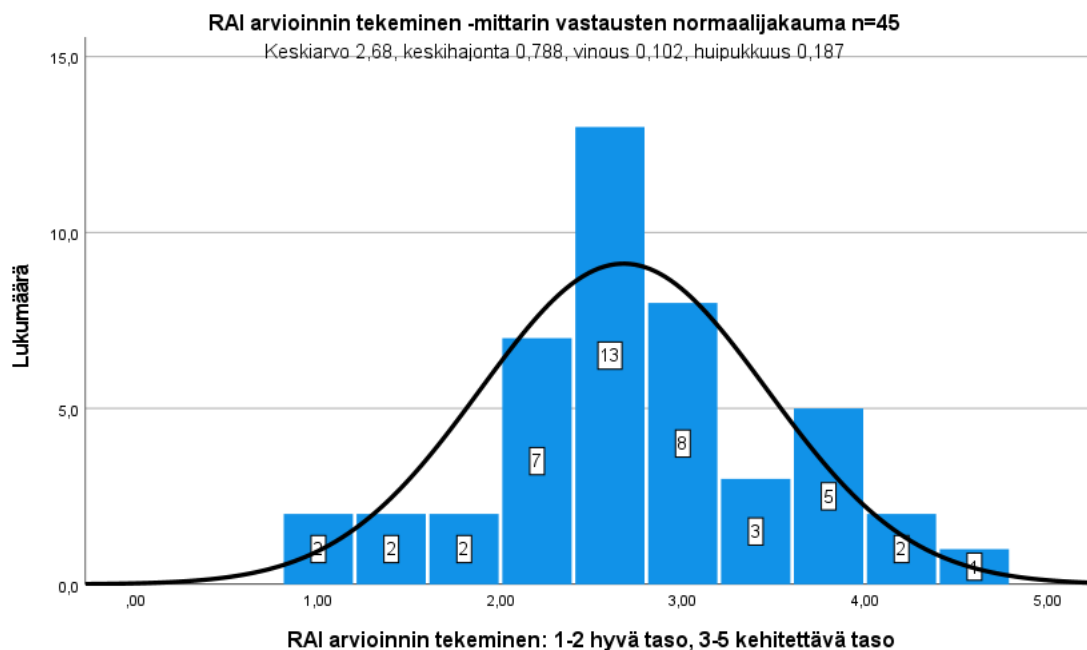
RAI-osaamisen osa-alue (kuvio 4) muodostui taulukossa 9 esitettyjen seitsemän väittämän avulla. Tällä osa-alueella hyvälle tasolle ylsi 13 yksikköä (29 %). Perehdytyskäytäntöjen osalta 82 % vastaajista arvioi, että kaikki uudet hoitajat saavat perehdytyksen RAI:n käyttöön ja 87 % yksiköistä on nimetty RAI vastuuhenkilö. RAI-kansio, johon ohjeet on kerätty, löytyy 58 % yksiköistä. Sen sijaan vain vajaa puolet (47 %) vastaajista arvioi, että kaikki hoitajat yksikössä hallitsevat RAI:n tekemisen ja 44 % vastaajista arvioi hoitajien olevan motivoituneita RAI:n

tekemiseen. Vajaa puolet (49 %) vastaajista arvioi, että hoitajat tietävät miten RAI:ta voi hyödyntää hoidon suunnittelussa, mutta vain 31 % arvioi, että yksikössä osataan hyödyntää RAI laatuindikaattoreiden tuomaa tietoa.



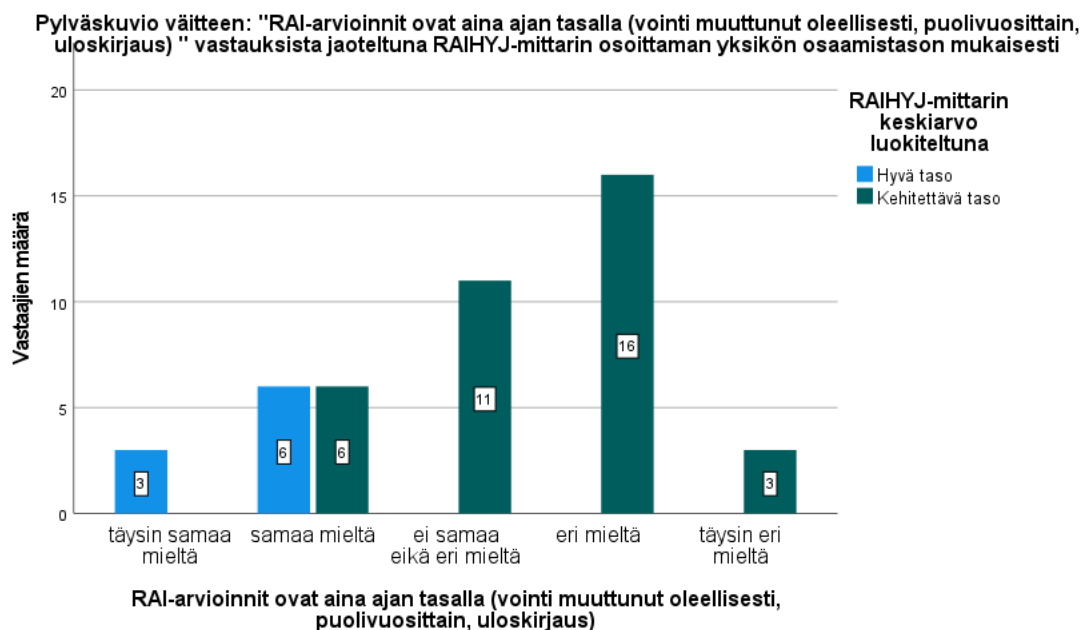
KUVIO 4. RAI-osaaminen-mittarin tulosten jakautuminen vastaajilla (n=45)

RAI-arvioinnin tekeminen -mittari (kuviokuva 5) muodostui taulukossa 9 mainittujen viiden väittämän avulla. Tällä osa-alueella hyvälle tasolle ylsi yhdeksän yksikköä (20 %). Vastaajista 56 % arvioi, että RAI-arviointien teolle pystytään varaamaan aikaa, mutta siitä huolimatta vain 33 % arvioi, että RAI-arvioinnit ovat aina ajan tasalla. Lähiesimiehistä 47 % arvioi, että RAI-arvioinnit tehdään asiakkaan luona ja käydään läpi hänen kanssaan. Yli puolet (53 %) vastaajista olivat sitä mieltä, että hoitajat täydentävät arviointia kysymyskohtaista ”lisää merkintä” -kenttää käyttäen ja 47 % arvioi, että mikäli hoitajat ovat erimielisiä vastausvaihtoehdoista, niistä keskustellaan moniammatillisessa työryhmässä.



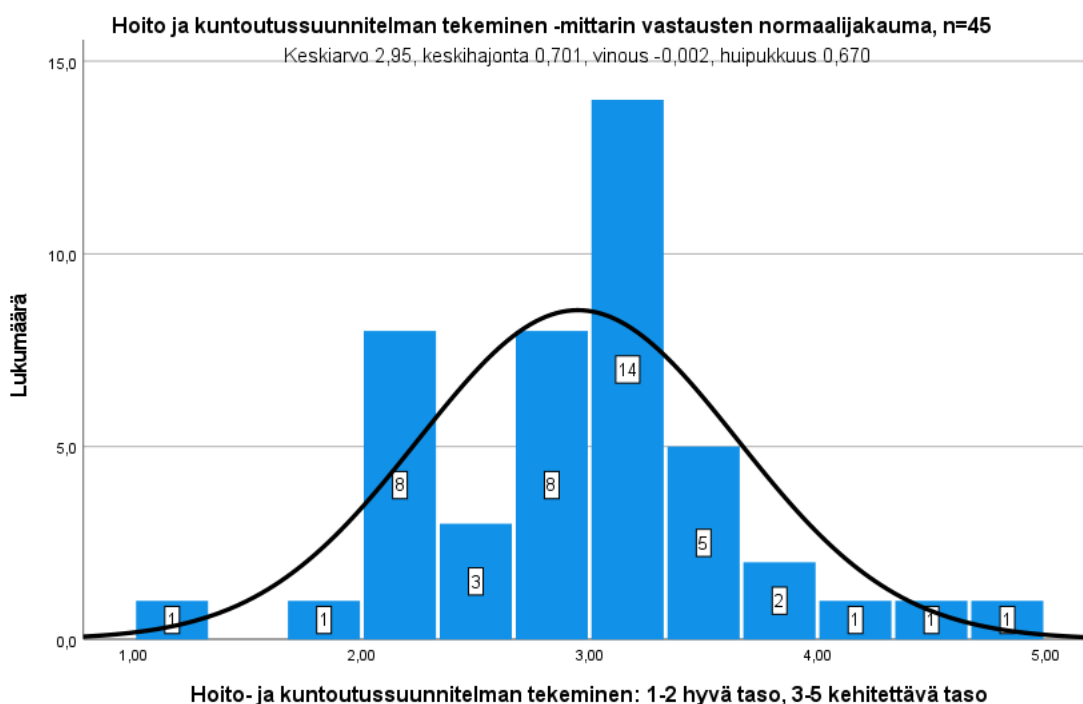
KUVIO 5. RAI-arvioinnin tekeminen -mittarin tulosten jakautuminen vastaajilla (n=45)

Yksikön hyvä RAI-osaaminen osoittautui korreloivan ajan tasalla olevien arviointien kanssa, kuten kuvioista 6 on nähtävissä. Kaikissa hyvälle RAI-osaamisen tasolle yläneissä yksiköissä myös RAI-arvioinnit ovat aina ajan tasalla. Vastaajista 19 (42 %) totesi, että heidän yksiköissään arvioinnit eivät ole ajantasaisia.



KUVIO 6. Hyvällä ja kehitettävällä tasolla olevien vastaajien (n=45) jakautuminen RAI-arviointien ajantasaisuuden suhteen

Hoito- ja kuntoutussuunnitelman tekeminen -mittari (kuvio 7) koostui kuudesta väittämästä (taulukko 9). Tällä osa-alueella oli eniten kehittämisen tarvetta ja vain viisi yksikköä (11 %) ylsi hyvälle tasolle. Vastaajista vajaa puolet (49 %) arvioi, että hoito- ja kuntoutussuunnitelma päivitetään aina RAI-arvioinnin teon jälkeen. Vain 18 % vastaajista uskoi, että kaikki hoitajat osaavat tulkita mittarituloksia ja 23 % arvioi, että hoitajat osaavat ”aukikirjoittaa” mittaritulokset hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan. Puolet lähiesimiehistä arvioi, että RAI-mittarituloksia hyödynnetään hoito- ja kuntoutussuunnitelman tavoitteiden asettamisessa, mutta vain 30 % vastaajista oli sitä mieltä, että tavoitteet kuvataan mitattavassa muodossa ja 23 % arvioi, että kahden RAI-arvioinnin vertailua hyödynnetään hoito- ja kuntoutussuunnitelman laadinnassa.

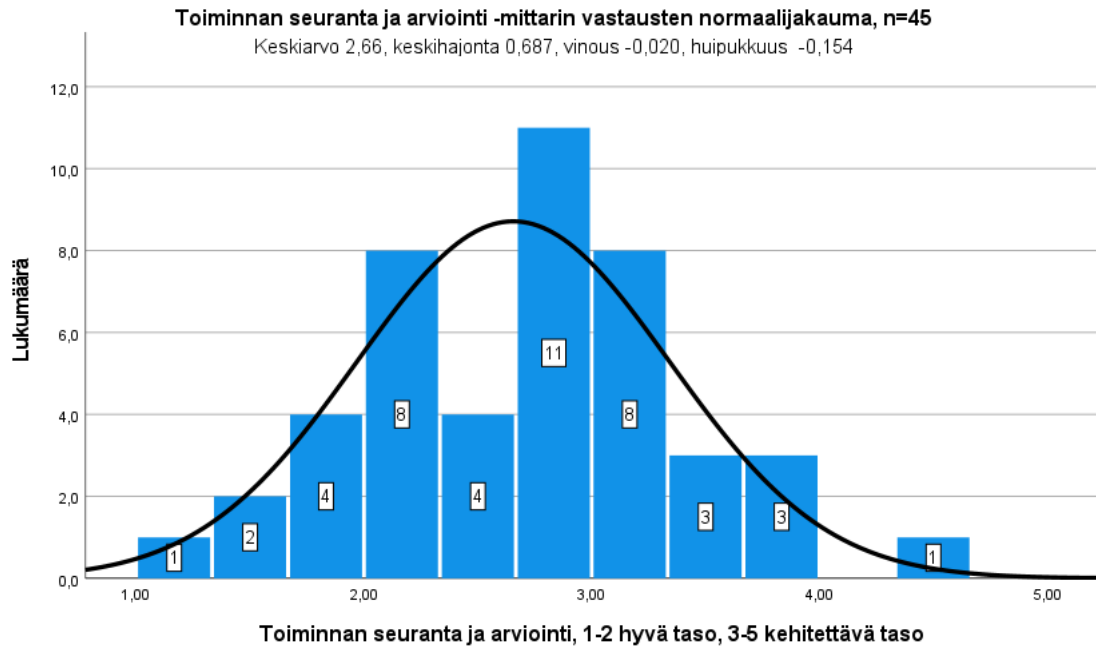


KUVIO 7. Hoito- ja kuntoutussuunnitelman tekeminen -mittarin tulosten jakautuminen vastaajilla (n=45)

6.4 Lähiesimiesten oma osaaminen ja RAI-tiedon hyödyntäminen

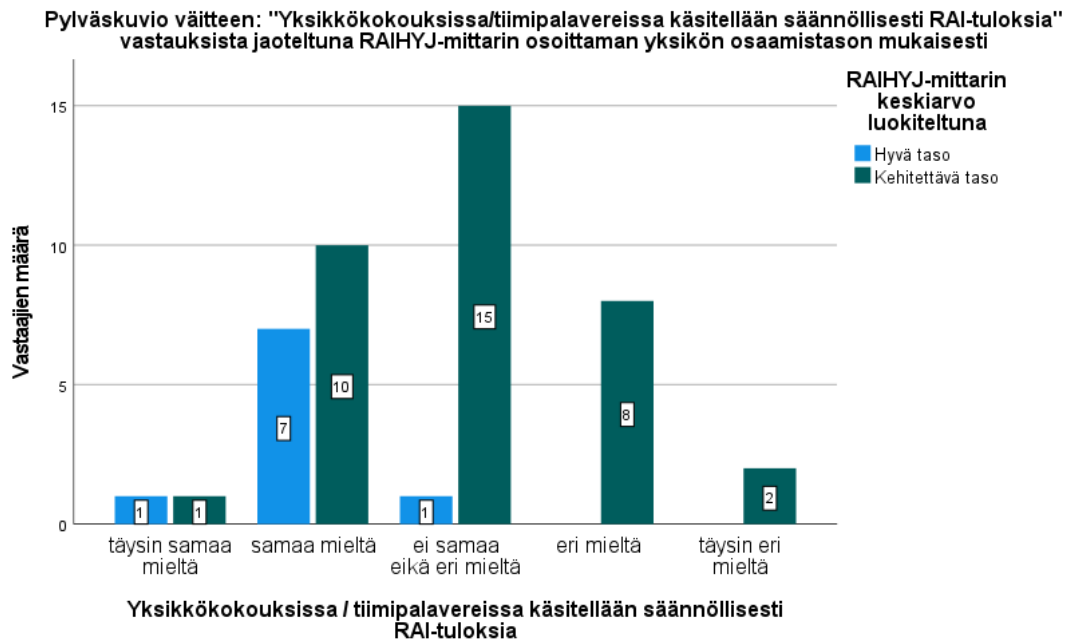
RAIHYJ-mittarin neljäs osa-alue eli Toiminnan seuranta ja arviointi (kuvio 8) kuvaa RAI-tiedon hyödyntämistä ja mittaa osa-alueista eniten nimenomaan lähiesimiehen omaa toimintaa. Sitä arvioitiin kuuden taulukossa 9 esitetyn väittämän kautta. Tällä osa-alueella hyvälle tasolle ylsi 11 vastaajaa (24 %). Tämän

osa-alueen osalta jokaista väittämää käsitellään myös yksittäin verraten tuloksia koko RAIHYJ-mittarin antamaan yksikön osaamistasoon.



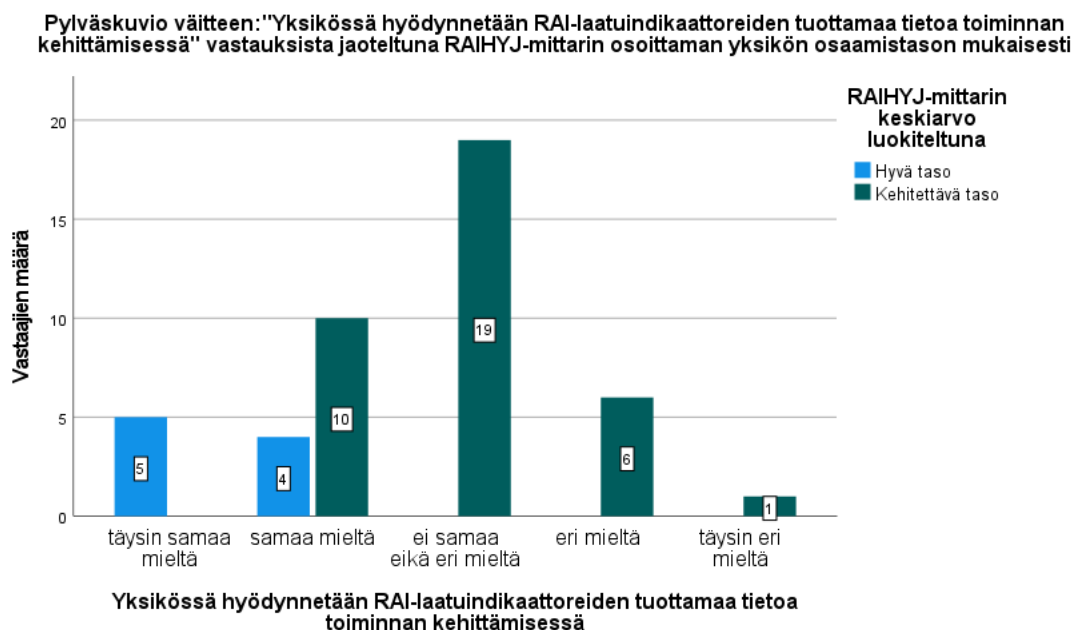
KUVIO 8. Toiminnan seuranta ja arviointi -mittarin tulosten jakautuminen vastaajilla (n=45)

RAI:n hyödyntäminen arjen johtamisessa näkyy vahvasti yksikön osaamisessa. RAIHYJ-mittarin vastausten perusteella hyvälle tasolle yltävissä yksiköiden tiimipalavereissa käsitellään säännöllisesti RAI-tuloksia (kuviot 9). Vastaajista 19 (42 %) kuvasi, että tiimipalavereissa käsitellään säännöllisesti RAI-tuloksia. Toisaalta kymmenen vastaajan (22 %) yksiköiden palaverissa ei käydä RAI-tuloksia säännöllisesti läpi.



KUVIO 9. Hyvällä ja kehitettävällä tasolla olevien vastaajien (n=45) jakauma väitteen "Yksikkökokouksissa / tiimipalaverissa käsitellään säännöllisesti RAI-tuloksia" vastauksissa

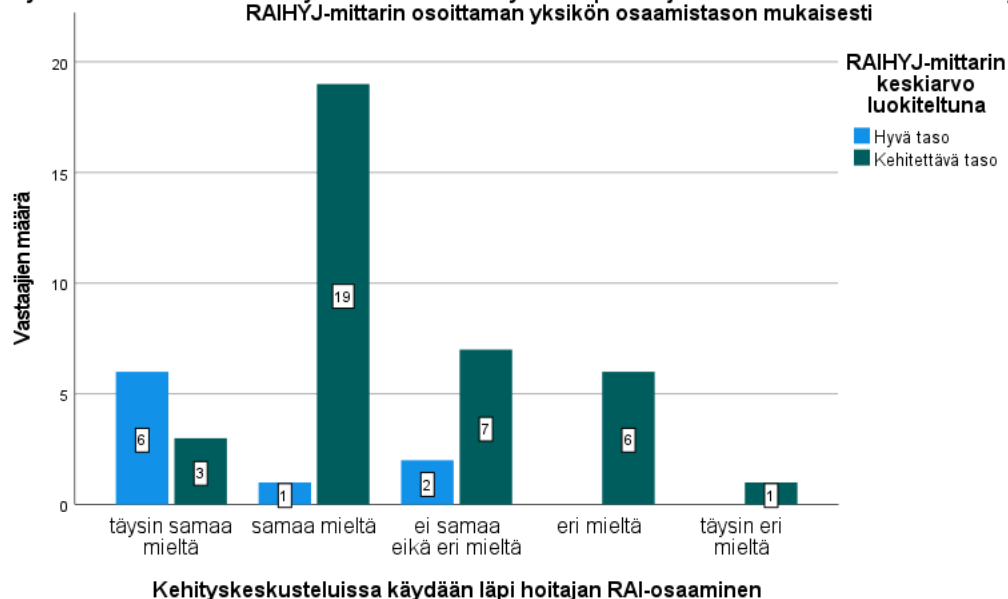
Laatuindikaattoreiden hyödyntämisessä yksikön toiminnan kehittämisessä näkyi sama trendi (kuvio 10). Kaikissa hyvällä tasolla olevissa yksiköissä laatuindikaattorien tuloksia hyödynnetään toiminnan kehittämisessä. Vastaajista 19 (42 %) hyödyntää laatuindikaattorien tuottamaa tietoa yksikön kehittämisessä. Tässä kysymyksessä epävarmojen (ei samaa eikä eri mieltä) osuus oli varsin suuri (19 vastaajaa eli 42 %). Seitsemän vastaajan (16 %) yksiköissä ei laatuindikaattorien antamaa tietoa hyödynnetty kehittämisessä.



KUVIO 10. Hyvällä ja kehitettävällä tasolla olevien vastaajien (n=45) jakauma laatuindikaattorien hyödyntämisessä

Lähiesimiehistä 64 % kertoi käyvänsä hoitajien RAI-osaamista läpi kehityskeskusteluissa (kuvio 11). Vastaajista seitsemän (16 %) ei käy RAI-osaamista läpi kehityskeskusteluissa. Tässäkin vastauksessa hyvällä RAI-osaamistasolla olevien yksikköjen lähiesimiehet olivat pääosin väittämän kanssa samaa mieltä.

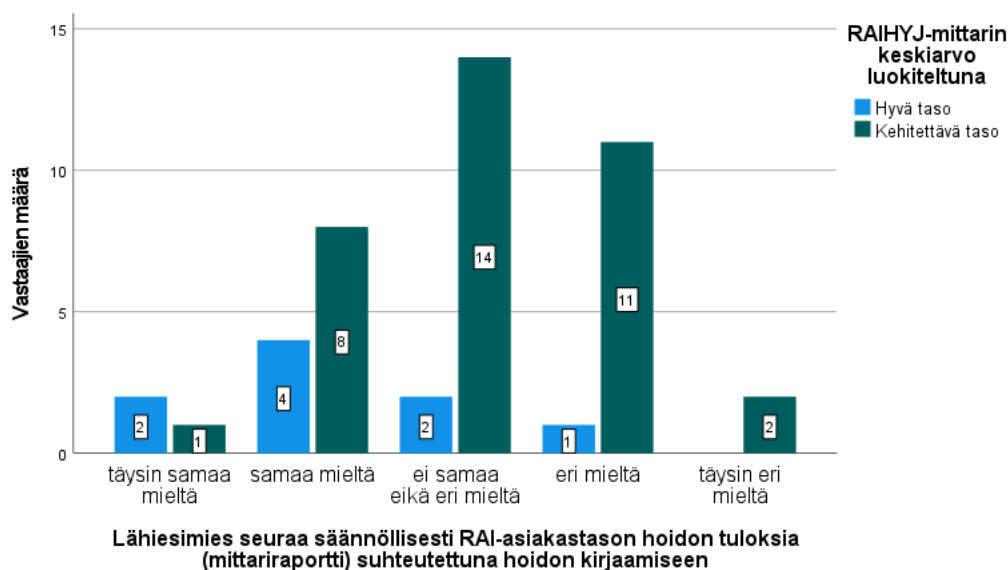
Pylväskuvio väitteen: "Kehityskeskusteluissa käydään läpi hoitajan RAI-osaaminen" vastauksista jaoteltuna RAIHYJ-mittarin osoittaman yksikön osaamistason mukaisesti



KUVIO 11. Hyvällä ja kehitettävällä tasolla olevien vastaajien (n=45) jakauma väitteen "Kehityskeskusteluissa käydään läpi hoitajan RAI-osaaminen" vastauksissa

Heikoimmin RAIHYJ-mittarin neljänneltä osa-alueelta toteutui väite "Esimies seuraa säännöllisesti asiakastason hoidon tuloksia (mittariraportti) suhteutettuna hoidon kirjaamiseen" (kuvio 12). Vastaajista 15 (33 %) kertoi tämän toteutuvan. Tämän väittämän osalta myös hyvälle tasolle sijoittuvien vastauksissa oli vähän enemmän hajontaa. Lähiesimiehistä lähes kolmannes (31 %) oli väittämästä eri mieltä.

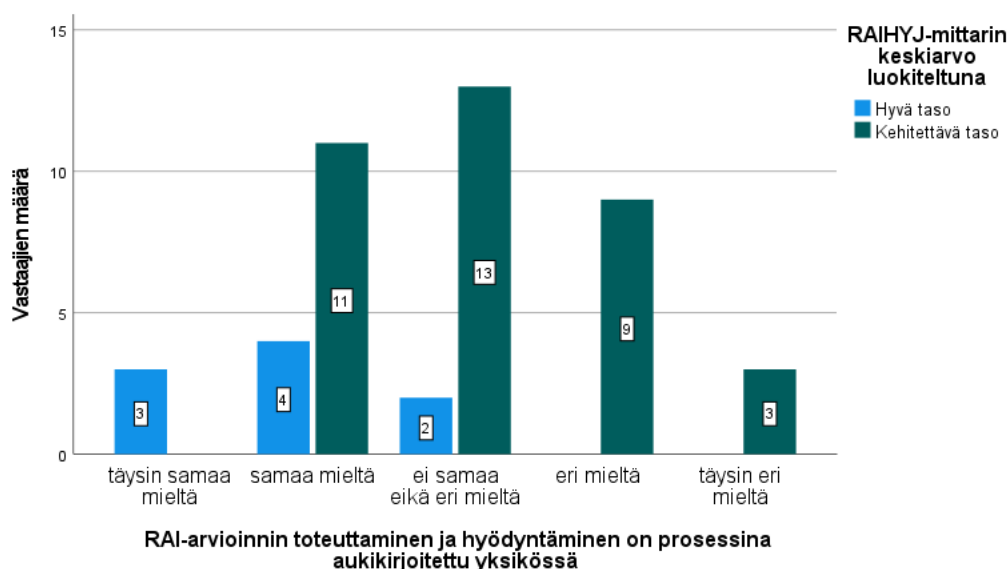
Pylväskuvio väitteen: "Lähiesimies seuraa säännöllisesti RAI-asiakastason hoidon tuloksia (mittariraportti) suhteutettuna hoidon kirjaamiseen" vastauksista jaoteltuna RAIHYJ-mittarin osoittaman yksikön osaamistason mukaisesti



KUVIO 12. Hyvällä ja kehitettävällä tasolla olevien vastaajien (n=45) jakauma väitteen "Lähiesimies seuraa säännöllisesti RAI-asiakastason hoidon tuloksia (mittariraportti) suhteutettuna hoidon kirjaamiseen" vastauksissa

Vastaajista 18 (40 %) vastasi, että RAI-arvioinnin toteuttaminen ja hyödyntäminen on yksikössä aukikirjoitettuna prosessina (kuvio 13). Tämänkin väittämän osalta hyvällä tasolla olevat vastaajat olivat pääosin samaa mieltä väittämästä. Kaksitoista vastaajaa (27 %) kertoivat, ettei RAI-prosessia ole yksikössä aukikirjoitettuna.

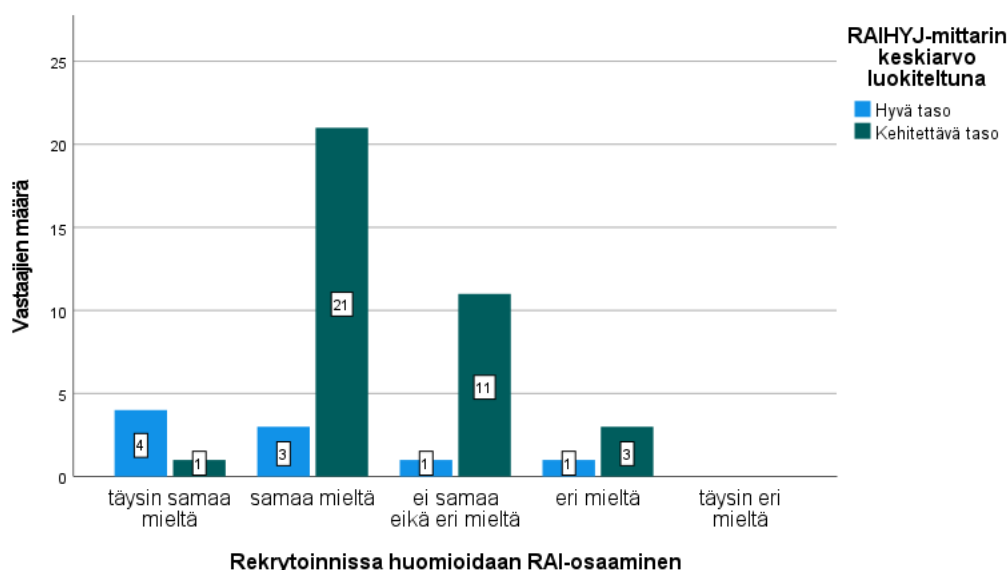
Pylväskuvio väitteen: "RAI-arvioinnin toteuttaminen ja hyödyntäminen on prosessina aukikirjoitettu yksikössä" vastauksista jaoteltuna RAIHYJ-mittarin osoittaman yksikön osaamistason mukaisesti



KUVIO 13. Hyvällä ja kehitettävällä tasolla olevien vastaajien (n=45) jakauma väitteen "RAI-arvioinnin toteuttaminen ja hyödyntäminen on prosessina aukikirjoitettu yksikössä" vastauksissa

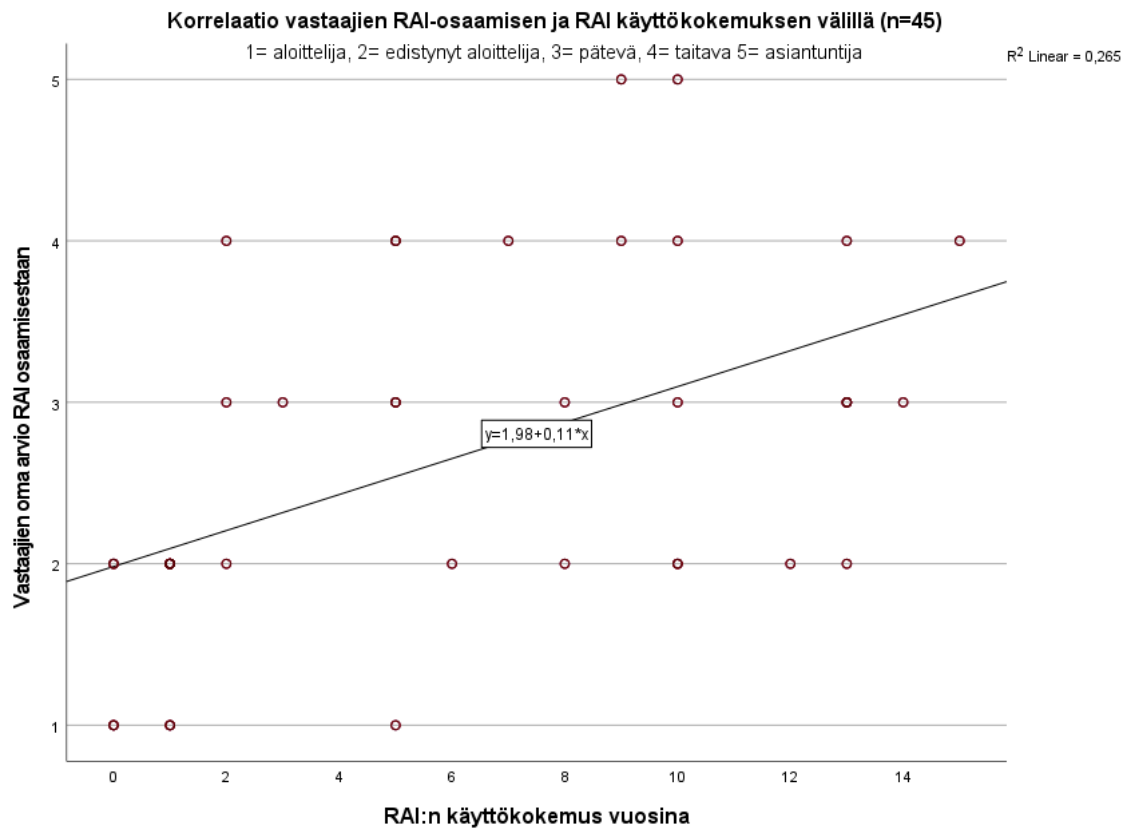
Lähiesimiehistä 29 (64 %) kertoi huomioivansa RAI-osaamisen myös uusien työntekijöiden rekrytoinnissa (kuvio 14). Tämän väittämän osalta vain 4 vastaajaa (9 %) kertoi, ettei huomioi asiaa, mutta hyvällä tasolla olevien vastaukset jakautuivat toisaalta tässä väittämässä kaikkiin käytettyihin vaihtoehtoihin, vaikka enemmistö vastasikin olevansa samaa mieltä.

Pylväskuvio väitteen: ” Rekrytoinnissa huomioidaan RAI-osaaminen” vastauksista jaoteltuna RAIHYJ-mittarin osoittaman yksikön osaamistason mukaisesti



KUVIO 14. Hyvällä ja kehitettävällä tasolla olevien vastaajien (n=45) jakauma väitteen ” Rekrytoinnissa huomioidaan RAI-osaaminen” vastauksissa

Esimiehiä pyydettiin lisäksi arvioimaan omaa RAI-osaamistaan. Suurin osa (20, 44 %) arvioi oman RAI-osaamisensa tason olevan edistynyt aloittelija. Aloittelijaksi itsensä arvioi 5 vastaajaa (11 %), päteväksi 10 vastaajaa (22 %) ja taitavaksi 8 vastaajaa (18 %). Kaksi vastaajaa (4 %) koki olevansa asiantuntija RAI-asi-oissa. Kuviossa 15 on vertailtu vastaajien itsearvioitua RAI osaamista ja RAI käyt-tökokemuksen pituutta vuosina. Pääosin osaaminen lisääntyi käyttökokemuksen myötä, mutta vasta 2–3 vuotta RAI:ta käyttäneiden joukossa oli kaksi pätevää ja yksi taitava, ja vastaavasti yli 5 vuotta RAI:ta käyttäneistä löytyi seitsemän vas-taajaa, jotka kokevat olevansa aloittelijoita tai edistyneitä aloittelijoita.



KUVIO 15. Korrelaatiotarkastelu vastaajien (n=45) itsearvioidun RAI-osaamisen ja RAI käyttökokemuksen välillä

Osassa Pirkanmaan kunnista RAI on otettu uutena työvälineenä käyttöön vuonna 2020, eli tutkimuksen vastausaikana RAI-käyttökokemusta heille oli kertynyt vuoden ajalta. Tämän vuoksi vertaatiin RAIHYJ-mittarin tulosten perusteella hyvään ja kehitettävään tasoon jakautumista myös jakamalla vastaajat tuoreisiin (16, 36 %) ja kokeneisiin RAI-käyttäjiin (28, 64 %). Taulukossa 10 löytyy ristiintaulukointi näiden muuttujien välillä. Hyvälle tasolle ylsi kaikista vastaajista viidesosa, mutta prosentuaalisesti tarkastellen ryhmien välillä ei eroa juurikaan ollut, sillä tuoreista RAI-käyttäjistä 3 (19 %) oli hyvällä tasolla, kun kokeneissa RAI-käyttäjissä luku oli 6 (21 %).

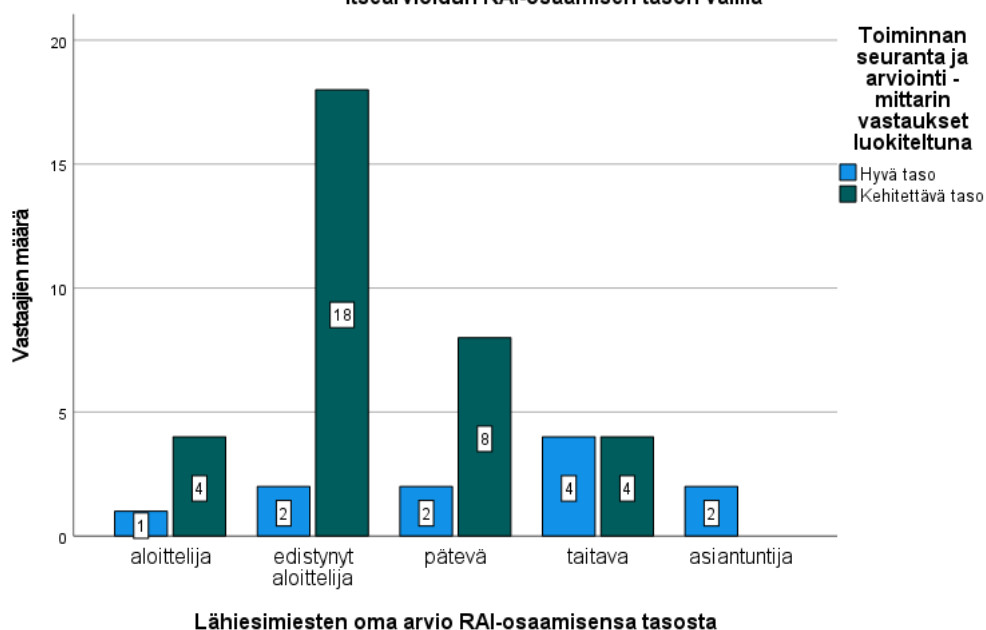
TAULUKKO 10. Ristiintaulukointi vastaajista (n=44) RAIHYJ-mittarin tulosten perusteella hyvään ja kehitettävään tasoon sekä tuoreisiin sekä kokeneisiin RAI-käyttäjiin jaoteltuna

		Vastaajat jaoteltuina tuoreisiin ja kokeneempiin RAI-käyttäjiin		Yhteensä	
		0–1 v	2–15 v		
RAIHYJ-mittarin tulokset luokiteltuna	Hyvä taso	vastaajien määrä	3	6	9
		%	18,8 %	21,4 %	20,5 %
	Kehitettävä taso	Vastaajien määrä	13	22	35
		%	81,3 %	78,6 %	79,5 %
Yhteensä		Vastaajien määrä	16	28	44
		%	100,0 %	100,0 %	100,0 %
		% vastaajista	36,4 %	63,6 %	100,0 %

Itsearvioidun RAI-osaamistason ja RAIHYJ-mittarin neljännen osion ”Toiminnan seuranta ja arviointi” -tuloksien välistä yhteyttä tarkasteltiin ristiintaulukoinnin avulla. Tulokset ovat nähtävissä kuviossa 16. Hyvälle tasolle yltäneitä vastaajia löytyy kaikista luokista, vaikka suurin osalla hyvällä tasolla olevista löytyy taitavista ja asiantuntijoista ja valtaosa kehitettävällä tasolla olevista edistyneistä aloittelijoista.

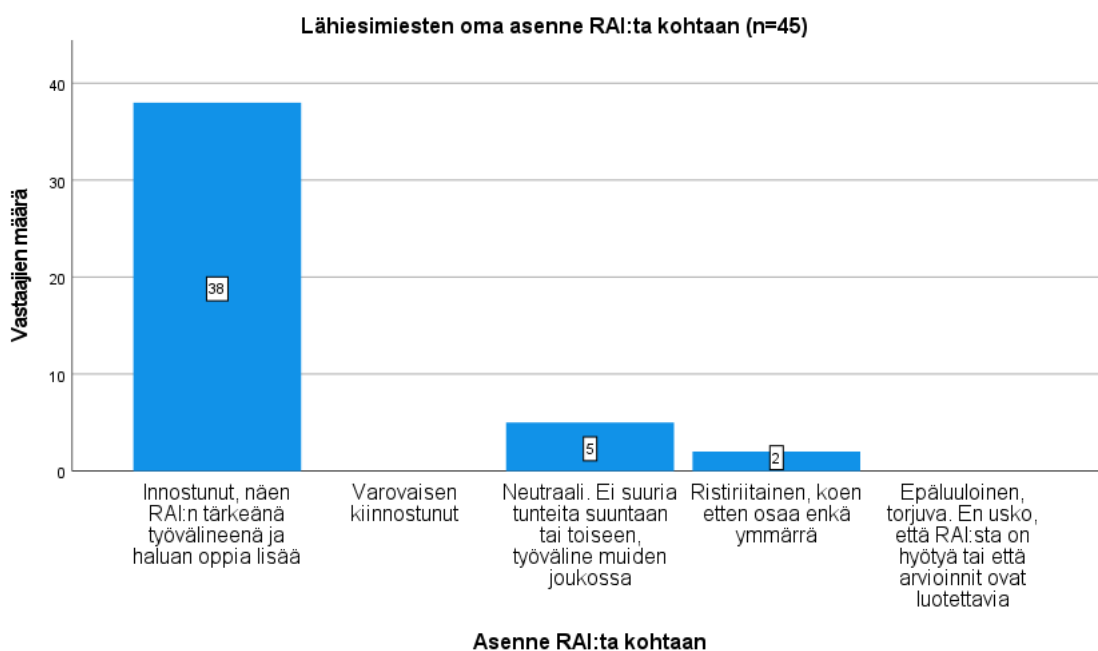
v

Pylväskuvio ristiintaulukoinnista toiminnan seuranta- ja arviointi mittarin vastausten ja lähiesimiesten itsearvioidun RAI-osaamisen tason välillä



KUVIO 16. Pylväskuvio ristiintaulukoinnista ”Toiminnan seuranta ja arviointi” -osion hyvään ja kehitettävään tasoon luokiteltujen ja vastaajien (n=45) itsearvioidun RAI-osaamistason välillä

Suurin osa, eli 38 vastaajaa, oli innostunut RAI:sta eikä kukaan vastaajista ei suhtautunut RAI:hin epäluuloisesti tai torjuvasti. Lähiesimiesten asenteet on kuvattu tarkemmin kuviossa 17.



KUVIO 17. Lähiesimiesten (n=45) oma asenne RAI:ta kohtaan

6.5 Lähiesimiesten koulutustarpeet

Vastaajilta kysyttiin, millaisia RAI-koulutuksia he toivoisivat ja tarvitsisivat jatkossa esimiestehtävänsä tueksi. Suosituin aihe oli vertaistukea ja käytännön vinkkejä toisilta esimiehiltä, minkä valitsi 59 % vastaajista. Tasaisesti toivottiin myös koulutuksia yksikön asiakasrakenteen tarkastelusta ja laatumoduulin käytöstä (57 % vastaajista) sekä laatu- ja mittariraporttien laadinnasta (46 %) RAI-softin ohjelmistossa. THL:n palauteraporttien ja laatuindikaattorien hyödyntämiseen laadun kehittämisessä toivoi koulutusta 52 % vastaajista. Puolet vastaajista toivoi koulutusta RAI-mittareiden tulkinnasta ja hyödyntämisestä asiakastason hoitosuunnitelmien laadinnassa, mikä nousi myös RAIHYJ-mittarin tuloksissa suurimmaksi kehittämistarpeeksi. RAI avainosaajakoulutusta toivoi kuusi vastaajaa (14 %) ja THL:n RAI erityisasiantuntijavalmennusta kahdeksan vastaajaa (18 %). Tarkemmin vastaajien koulutustoiveet ja tarpeet löytyvät taulukosta 11.

TAULUKKO 11. Lähiesimiesten (n=45) tarpeelliseksi kokemia ja toivomia RAI-koulutusaiheita

		Vastauksia		Prosenttia vastaajista
		N	Prosenttia vastauksista	
Lähiesimiesten RAI-koulutusten tarve	RAI-mittareiden tulkinta ja hyödyntäminen asiakastason hoitosuunnitelmien laadinnassa	22	14,0 %	50,0 %
	Miten luoda oman yksikköni mittari- ja vertailuraportit ja hyödyntää niitä	20	12,7 %	45,5 %
	THL:n palauteraporttien tulkinta ja laatuindikaattorien hyödyntäminen laadun parantamisessa	23	14,6 %	52,3 %
	Yksikön asiakasrakenteen tarkastelu Raisoftin ohjelmassa	25	15,9 %	56,8 %
	Laatumoduulin käyttö yksikön toiminnan ja hoidon laadun kehittämisessä	25	15,9 %	56,8 %
	Vertaisoppimista ja toisten esimiesten tukea ja käytännön esimerkkejä, miten voin kehittää yksikköni laatua RAI:ta hyödyntäen	26	16,6 %	59,1 %
	RAI avainosaaja-koulutus	6	3,8 %	13,6 %
	RAI erityisasiantuntijakoulutus (THL)	8	5,1 %	18,2 %
	joku muu (RAI johtamisen välineenä)	2	1,3 %	4,5 %
Yhteensä		157	100,0 %	356,8 %

Avoimissa vastauksissa muita koulutusaiheita ei noussut esiin lähiesimiesten itsensä osalta, mutta hoitajatason koulutuksia toivottiin lisättävän ja RAI-järjestelmän vasta äskettäin käyttöön ottaneet kunnat kaipasivat enemmän tukea RAI:n käyttöönottoon. Hoitajien koulutuksiin toivottiin aiheiksi mittareiden ja herätteiden parempaa hyödyntämistä, mittarien ristiriitojen käsittelyä, toimintamallien selkiyttämistä, yhtenäistämistä sekä RAI:n tuomista konkreetian tasolle. Vastaajien mielestä koulutuksissa tulisi myös painottaa enemmän RAI:n merkitystä hoitosuunnitelmien pohjana.

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelu

Tutkimuksen tulokset osoittivat, että kaikkien sisältöalueiden suhteen Pirkanmaalla on vielä kehitettävää, niin yksiköiden kuin lähiesimiesten omassa osaamisessa sekä RAI:n hyödyntämisessä johtamisen tukena. Viidesosa yksiköistä ylsi lähiesimiestensä arvioimana koko RAIHYJ-mittarin perusteella hyvälle tasolle. Parhaiten osa-alueista toteutui RAI-osaaminen, jolla vajaa kolmannes ylsi hyvälle tasolle. Eniten kehitettävää oli hoito- ja kuntoutussuunnitelmien tekemisessä, jossa vain joka kymmenes yksikkö oli hyvällä tasolla. Suurimmat kehittämiskohdet yksiköiden osalta liittyivät arviointien ajantasaisuuteen, mittarien tulkintaan sekä tulosten ”aukikirjoittamiseen” ja hyödyntämiseen hoito- ja kuntoutussuunnitelmien laatimisessa. Esimiesten omaa toimintaa ja osaamista kuvaavalla Toiminnan seuranta ja arviointi -osa-alueella hyvälle tasolle ylsi neljännes vastaajista. Suurimmat kehityskohteet olivat säännöllinen RAI-tulosten läpikäynti yksikön kokouksissa, laatuindikaattorien hyödyntäminen yksikön kehittämisessä sekä etenkin asiakastason tulosten säännöllisen seuraaminen suhteutettuna hoidon kirjaamiseen.

RAIHYJ-mittaria on käytetty tutkimuksissa aiemminkin (Niemelä ym. 2018), mikä mahdollisti tulosten vertailun aiempaan tutkimukseen. Kyseisessä tutkimuksessa vastaajina oli sekä kotihoidon että ympärivuorokautisen hoidon lähiesimiehiä Oulusta, Espoosta ja Helsingistä, joissa RAI:ta on käytetty jo vuosia. Tutkimusten tulokset olivat samankaltaisia. Molemmista tutkimuksista parhaiten toteutui RAI-osaaminen ja eniten kehittämistä oli Hoito- ja kuntoutussuunnitelmien tekemisessä. Suoraan tutkimustuloksia ei keskenään voi verrata eikä niiden välillä voi tehdä johtopäätöksiä osaamisen eroista. Tutkimukset ovat suoritettu eri aikoina, kohderyhmät ja vastausprosentit olivat erilaisia, vastaajien kokemus ja ennakkoon saama tieto ja koulutus vaihtelevat ja siten varmasti vastaajien oma kriteeristö väitteisiin vastaamisessa on ollut erilainen. Kaksi väittämistä myös muutettiin tähän tutkimukseen.

Laatusuosituksen (2020, 56) tavoitteiden mukaisesti lähes kaikki lähiesimiehet olivat käyneet pohjakoulutuksensa lisäksi johtamiskoulutuksia. Lähiesimiesten pohjakoulutus tai mikään heidän käymänsä johtamis- tai RAI-koulutus ei yksittäisenä muuttujana noussut esiin tai selittänyt hyvälle tai kehitettävälle tasolle päätymistä. Sen sijaan lähiesimiesten oman RAI-osaamisen kehittämisen tarve nousi selkeästi esiin niin itsearvioidusta RAI-osaamistasosta kuin Toiminnan seuranta ja arviointi -osion vastauksistakin. Sama ilmiö on ollut havaittavissa myös muissa tutkimuksissa (Dahlman & Takanen 2009, 51; Vähäkangas ym. 2012, 37; Sernola 2014, 40, 47; Ylitalo 2016, 42–43; Niemelä ym. 2018, 61). RAI ei ole helppo väline, vaan osaamisen ylläpitäminen ja tietojen hyödyntäminen vaatii esimieheltä paneutumista, mihin ei arjessa aina ole aikaa. RAI:n hyödyntämistä edistää, mitä valmiimpana ja helpommin tiedot ovat esimiehen käytössä ja mitä enemmän niitä organisaation kaikilla tasoilla seurataan.

Lähiesimiesten osaamisvaje näkyi siinä, etteivät he käy RAI-tuloksia läpi työntekijöidensä kanssa, eivät hyödynnä laatuindikaattoreita kehittämisessä eivätkä vaadi työntekijöitä noudattamaan sovittua toimintamallia. Lähiesimiesten oma arvio RAI-osaamisestaan korreloi melko hyvin RAIHYJ-mittarin neljännen osion osoittaman esimiehen osaamistason kanssa, mikä näkyi kuviossa 16. Sen sijaan RAI-käyttökokemuksen ja osaamistason välillä yhteys oli vain kohtalainen (kuvio 15). Vaikka osaaminen pääosin lisääntyi kokemuksen myötä, oli RAI:ta yli viisi vuotta käyttäneissä useampia, jotka kokivat osaamisensa huonoksi ja toisaalta vähän aikaa käyttäneissä henkilöitä, jotka kokivat olevansa päteviä tai taitavia. Myöskään uusien RAI käyttäjien (kokemus 0–1 vuotta) ja pidempään RAI:ta käyttäneiden välillä ei ollut juurikaan eroa hyvälle ja kehitettävälle tasolle sijoittumisessa (taulukko 10). Pelkkä RAI-järjestelmän olemassaolo ei siis yksinään riitä, vaan osaamisen kehittyminen vaatii esimiehen omaa innostusta. RAI:n ottaminen osaksi johtamisjärjestelmää ja keskijohdon tuki lähiesimiehille on toinen tärkeä edellytys, mikä tuli esiin myös Vähäkangas ym. (2012, 77) tutkimuksessa.

Klemolan (2016) tutkimuksessa todettiin, etteivät hoitajat aina ehtineet tai nähneet tarpeellisenä tutustua asiakkaan tietoihin ennen asiakaskäyntiä. Toimintakyvyn muutos ei myöskään aina johtanut palvelu- hoito- ja kuntoutussuunnitelman päivittämiseen, eli sovittua toimintamallia ei noudatettu. Tietotekniikan ja mobiililaitteiden nopea kehitys on muuttanut tiedon saatavuutta Klemolan (2016)

tutkimuksen ajoista, sillä nykyisin hoitajilla on pääsy asiakkaan tietoihin myös asiakkaan kotona käynnin aikana. Edelleen kuitenkin haasteena on, etteivät toimintakykyarvioinnissa esiin nousseet tarpeet välttämättä näy asiakkaan palvelu- ja hoitosuunnitelmalla tai aiheuta muutoksia siihen. Tässä tutkimuksessa puolet esimiehistä arvioi RAI-arvioinnin teon johtavan palvelu- ja hoitosuunnitelman päivittämiseen, mutta vain 30 % uskoi, että tavoitteet kuvataan mitattavassa muodossa ja 23 % arvioi, että päivittämisessä osataan hyödyntää kahden RAI-arvioinnin vertailua. Muutosta siis tarvitaan niin asenteisiin kuin toimintakulttuuriin. Ennen kaikkea hoitosuunnitelmaosaamista yksiköissä on vahvistettava.

Jensdottirin (2008, 344) tutkimuksissa todettiin, että tieto toimintakyvystä kirjataan liian harvoin, jos systemaattista toimintakyvyn arviointimenetelmää ei ole käytössä. Forbes tutkimusryhmineen (2015, 25) puolestaan havaitsi, että lääkärit ja muut yhteistyötahot voi olla haastavaa saada hyödyntämään RAI-tietoa. Tiedon kulun varmistamiseksi on välttämätöntä, että RAI-arvioinnin tehnyt hoitaja osaa selittää arvioinnin tulokset asiakkaalle itselleen ja kirjata ne myös potilastietojärjestelmiin yhteistyötahojen hyödynnettäväksi ymmärrettävällä tavalla. Tässä lähiesimiesten arvion mukaan on vielä kehittämistä, sillä vain 18 % vastaajista uskoi hoitajien hallitsevan mittaritulosten tulkinnan ja 23 % arvioi hoitajien osaan ”aukikirjoittaa” mittaritulokset hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan.

Ajanpuute ja hoitajien resurssivaje nousevat arjessa ja hoitajien kommentteissa usein suurimmaksi esteeksi ajantasaisille arvioinneille ja RAI-hyödyntämiselle hoitosuunnitelmien laadinnassa. Lähiesimiesten avoimissa vastauksissa aikapula mainittiin vain kahdesti ja enemmän korostettiin RAI:n tärkeyttä, yhteisen RAI-projektin toimivuutta ja halua oppia lisää. Tuloksista nähtiin, että hyvällä tasolla olevia yksiköitä yhdisti RAI-arviointien ajantasaisuus, RAI-tulosten säännöllinen käsittely yksikköpalavereissa ja laatuindikaattorien hyödyntäminen yksikön kehittämisessä. Tästä voi päätellä, että esimiehen asenne, RAI:n merkityksen korostaminen hoidon suunnittelun työvälineenä ja oma esimerkki vaikuttavat arviointien ajantasaisuuteen merkittävästi kiireestä huolimatta. Myös Vähäkankaan ym. (2012, 76) ja Niemelän ym. (2018, 61) tutkimuksissa korostui lähiesimiehen rooli yksikön RAI:n hyödyntämisessä.

Niemelän ym. (2018) tutkimuksessa todettiin, että RAIHYJ-mittari olisi käyttökelpoinen työväline lähiesimiehelle yksikön RAI-osaamisen arviointiin ja seurantaan. Se auttaa laatimaan koulutussuunnitelmia, mutta nostaa myös esimiehen oman työn kehittämiskohteet esiin (Niemelä ym. 2018, 61–62). Lähiesimiesten pitää näkyä arjessa ja hallita RAI-järjestelmän käyttö jopa työntekijöitään syvällisemmin, jotta RAI:n käyttö nivoutuu luontevaksi osaksi yksikön kuntouttavaa hoitotyötä (Vähäkangas ym. 2012, 77). Myös tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että tämä pitää edelleen paikkansa, vaikka osassa Pirkanmaan kotihoidon organisaatioita on vastuuta ja ohjausta hoidollisissa asioissa siirretty esimiehiltä sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille sekä hoitajatiimeille (Kotihoidon työntekijän käsikirja 2021). Kuten aiemminkin on todettu, RAI:n käyttö ja juurtuminen edellyttävät vahvaa johtamista (Niemi ym. 2010, 47; Vähäkangas ym. 2012, 77; Heikkilä & Mäkelä 2015, 7).

Niemelän ym. (2018, 61) tutkimuksessa havaittiin ristiriitaa väittämäkohtaisissa vastauksissa sisältöalueiden yksi ja neljä välillä. Sama ilmiö oli havaittavissa myös tässä tutkimuksessa. Vastaajista vain 31 % arveli, että yksikössä osataan hyödyntää laatuindikaattorien tuottamaa tietoa, mutta silti 42 % kertoo itse hyödyntävänsä laatuindikaattoreita toiminnan kehittämisessä. Esimiehistä 47 % mielestä arvioinnit tehdään asiakkaan kotona ja käydään läpi hänen kanssaan, mutta vain 18 % uskoi hoitajien osaavan tulkita RAI-mittaritulosia. Mikäli mittaritulosia ei osata tulkita, on aika mahdotonta myöskään kertoa arvioinnin sisältöä asiakkaalle, arvioida tulosten luotettavuutta tai hyödyntää arviointia hoitosuunnitelman laatimisessa. Saattaa olla, että lähiesimiehet eivät kaikilta osin tiedä, millainen työntekijöiden RAI-osaamistaso on ja miten he arviointeja asiakkaan kanssa käyvät läpi.

Tässä tutkimuksessa kotihoidon ja asiakasohjauksen lähiesimiehiä tarkasteltiin pienen otoskoon vuoksi yhtenäisenä joukkona. Näillä ryhmillä on kuitenkin RAI-tiedolla johtamisen näkökulmasta merkittäviä eroja. Kotihoidon esimiesten RAI-osaamista ja RAI-tiedon hyödyntämistä on tutkittu vähän (mm. Dahlman & Takanen 2009; Vähäkangas ym. 2012; Sernola 2014; Ylitalo 2016; Niemelä ym. 2018), mutta asiakasohjauksen lähiesimiesten RAI-tiedon käyttöön liittyen löytyi ainoastaan yksi aiempi tutkimus (Vähäkangas ym. 2017). Kotihoidon esimiesten käytettäväksi on RAI-järjestelmään luotu erilaisia laatuindikaattoreita ja raportteja.

Tässä suhteessa asiakasohjauksen RAI-tiedon hyödyntämisessä otetaan vasta ensimmäisiä askelia. Asiakasohjaukseen käyttöön palvelutarpeen selvittämisessä soveltuvia RAI-välineitä on useita: interRAI-CA+Helsa, interRAI-CHA, interRAI-HC ja Oulu Screener (Finne-Soveri ym. 2020, 14–15). Haasteena on, että tieto palvelutarpeen selvittämisen seurauksena aloitetuista palveluista edellyttää nykyisellään tietojen yhdistelyä eri järjestelmistä. Käytännössä asiakasohjauksen lähiesimiehiltä puuttuu vaikuttavuuden arvioinnin ja toiminnan kehittämisen kannalta olennaista tietoa.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa arvioidaan validiteettia ja reliabiliteettia. Tutkimuksen pätevyys eli validius tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä oli tarkoitus mitata. Tähän liittyen arvioidaan, ovatko tutkittavat ymmärtäneet kysymykset kuten tutkija on tarkoittanut ja kuinka hyvin tutkija on onnistunut teoreettisten käsitteiden operationalisoimisessa eli siirtämisessä kyselylomakkeelle. Reliabiliteetti sen sijaan tarkoittaa mittarin luotettavuutta, eli kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia ja mittausten toistettavuutta. (Holopainen & Pulkkinen 2015, 16–17; Vilkkä 2021, 101, 193–194.)

Tutkimuksessa päädyttiin käyttämään valmista RAIHYJ-mittaria, joka aiemmissa tutkimuksissa on todettu luotettavaksi ja soveltuvaksi käyttötarkoitukseensa eli RAI-osaamisen mittaamiseen (Vähäkangas ym. 2012, 35–37; Niemelä ym. 2018, 55, 58). Myös tässä tutkimuksessa Cronbachin Alpha -testin korkeat arvot, jotka olivat mittarin eri osa-alueilla 0,790–0,859 välillä ja koko mittarin osalta 0,926, osoittivat pienestä otoskoosta huolimatta RAIHYJ-mittarin väittämien yhteneväisyyttä eli mittarin reliabiliteettia. (Metsämuuronen 2002, 61).

Luotettavuuteen vaikuttaa olennaisesti, ymmärtävätkö vastaajat väittämät tutkijan tarkoittamalla tavalla (Vehkalahti 2014, 40–41). RAIHYJ-mittarin väitteiden ymmärtäminen edellyttää, että vastaaja tuntee RAI:n käytön. Osa vähän aikaa käyttäneistä ja itsensä vielä aloittelijaksi kokevista määriteltiin vastaustensa perusteella hyvälle tasolle. Mahdollista on, että aloittelevana käyttäjänä väitteiden

takana oleva kokonaisuus ei vielä täysin aukea ja osa väitteistä on vaikea ymmärtää. Osassa väittämistä epävarmojen eli ”ei samaa eikä eri mieltä”-vastanneiden osuus oli melko suuri, mikä tukee tätä tulkintaa. Kokeneemmilla käyttäjillä oma vaatimustaso on usein korkeammalla ja kynnys todeta olevansa samaa mieltä väitteiden kanssa täten suurempi. Tutkimukseen vastattiin keväällä 2021, vuosi uuden interRAI-HC-välineen käyttöönoton jälkeen, jolloin THL:n toimittama vertailutietoa (laatuindikaattoreita) uuden RAI-välineen osalta ei ollut vielä kattavasti saatavilla, mikä hankaloitti joihinkin väittämiin vastaamista. On mahdollista, että vastaajien heterogeenisuus ja osin vähäinen kokemus ovat vaikuttaneet tulosten luotettavuuteen.

Toinen RAIHYJ-mittarin ja tulosten luotettavuuden pohdinta liittyy väittämien sisältöön ja muotoiluun. Väittämissä todetaan, että ”kaikki hoitajat osaavat” tai ”arvioinnit ovat aina ajan tasalla”. Nykyisin hoitajien vaihtuvuus on suurta ja työvoimapula asettaa lähiesimiehille haasteita saada vuoroihin riittävästi työntekijöitä. Tällöin yllä mainittuihin laatuavoitteisiin yltäminen kaikkien osalta saattaa tuntua epärealistiselta ja vaikealta arvioida.

Sähköinen linkki E-lomake editoriin lähetettiin sähköpostitse, jolloin ei ollut mahdollista valvoa, vastasivatko kyselyyn juuri henkilöt, joille linkki on lähetetty tai vastasiko joku useamman kerran. Riski edellä mainittuihin väärinkäyttöihin arviointiin pieneksi eikä myöskään vastausten tarkastelu anna aiheutta epäillä tällaista tapahtuneen. Aineiston keruun aikana tutkijalta kysyttiin sähköpostitse, voiko juuri työpaikkaa toisaalle vaihtanut, tilanteen tunteva esimies tai lomien aikoina esimiestä sijaistava tiimin sairaanhoitaja vastata. Ohjeeksi annettiin, että vain aineiston keruun aikana lähiesimiehinä työskentelevät vastaavat kyselyyn. Tutkija itse kuului myös tutkimuksen kohderyhmään, mutta ei kyselyyn vastannut.

Tutkimus toteutettiin kokonaisotantana, koska tutkimuksen kohderyhmän koko oli kvantitatiiviseen tutkimukseen pieni. Täten oli mahdollista kerätä tietoa kaikilta kohderyhmään kuuluvilta. (Holopainen & Pulkkinen 2015, 30; Vilka 2021, 98.) Oletuksena oli, että vastaajien nykytilanteissa on eroavaisuuksia. Tutkimuksen kohdejoukon pienuus vähentää tutkimuksen tulosten yleistettävyyttä ja luotettavuutta. Toisaalta tutkimuksen arvoa nostaa, että vähän tutkitusta aihepiiristä saatiin uutta tietoa ja tutkimuksen kohderyhmä oli koko Pirkanmaan eikä vain yhden

tai muutaman kunnan esimiehet. Tutkimuksen vastausprosentti 69 % on verkossa toteutetulle kyselytutkimukselle hyvä, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta (Kananen 2014, 272; Vehkalahti 2014, 44). Voidaankin todeta, että tutkimuksen tulokset ovat suuntaa antavia ja niistä saa kuvan Pirkanmaan kotihoidon ja asiakasohjauksen lähiesimiesten ja heidän yksikköjensä RAI-osaamisesta sekä RAI-tiedon hyödyntämisen tavoista keväällä 2021. Sen pohjalta voidaan löytää kehittämiskohteita ja hyvällä tasolla olevia yksiköitä yhdistäviä asioita.

Tässä tutkimuksessa RAIHYJ-mittaria käytettiin ensimmäisen kerran asiakasohjaajien lähiesimiehille. Tutkija ja kyselylomakkeen esitestaja arvioivat RAIHYJ-mittarin väittämien sopivan myös asiakasohjauksen lähiesimiesten vastattavaksi. Olisi mielenkiintoista vertailla vastausten ja osaamisen eroja asiakasohjaajien ja kotihoidon lähiesimiesten välillä, mutta pienestä vastaajajoukosta johtuen tällainen tarkastelu ei olisi ollut luotettavaa, joten siitä luovuttiin.

Tutkimuksen teoriaosuudessa käytettiin luotettavia lähteitä ja pääosin vertaisarvioituja tutkimuksia, mikä lisää työn luotettavuutta. Mukaan hyväksyttiin kolme YAMK-tasoista, eli vertaisarvioimatonta opinnäytetyötä, koska aihetta on tutkittu vain vähän. Mahdollista on, että aihetta käsittelevää tutkimusta olisi olemassa myös kansainvälisesti, mutta aloitteleva tutkija ei niitä onnistunut löytämään. Aihe, toimintaympäristö ja RAI:n käyttöön liittyvät haasteet ovat tutkijalle työn kautta tuttuja. Tämän johdosta tutkimuksen kaikissa vaiheissa riippumattomuuden toteutumiseen on kiinnitetty erityistä huomiota ja ilmiöiden tarkasteluun on etsitty lähdekirjallisuudesta perustelut.

7.3 Tutkimuksen eettisyys

Hyvän tieteellisen käytännön eli tutkimusetiikan noudattaminen edellyttää tutkimuksen teon olevan kurinalaista, järjestelmällistä ja täsmällistä. Tämä tarkoittaa sitä, että tieto tuotetaan yhteisten, tieteellisesti hyväksytyjen metodien pohjalta. (Hirsjärvi ym.2018, 23–27; Vilkka 2021, 31, 38.)

Tutkimusta tehdessä on toimittu eettisesti, rehellisesti ja huolellisesti kaikissa työn vaiheissa ja noudatettu Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettisiä

suosituksia (2020) sekä Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjetta (2012, 6–9). RAIHYJ-mittarin alkuperäisiltä tekijöiltä on kysytty lupa mittarin käyttöön ja muokkauksiin. Lähdeviittauksissa on pyritty huolellisuuteen, jotta kunnia alkuperäisistä ajatuksista annetaan niille, kenelle ne kuuluvat. Tutkimuksen tulokset on analysoitu ja raportoitu rehellisesti ja huolellisesti.

Erityistä huomiota on kiinnitetty tutkittavien kohteluun ja oikeuksiin. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Vastajille lähetettiin sähköpostilla saatekirje, jossa heitä pyydettiin osallistumaan tutkimukseen (liite 2). Sähköpostin liitteenä oli tietosuojailmoitus (liite 3). Kyselyn alussa vastaajat vielä lukivat ja rastiivat tietoisuuden suostumuksen (liite 4) tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimusluvut opinnäytetyölle haettiin ja saatiin erikseen kaikista 14 Pirkanmaan kunnasta tai yhteistoiminta-alueelta. Tuloksia analysoidessa ja raportoidessa on huolehdittu, ettei yksittäistä vastaajaa tai kuntaa voida tuloksista tunnistaa. Tutkimusaineisto on säilytetty tietokoneella salasanojen takana ja sinne pääsy on ollut vain tutkijalla. Aineisto hävitetään tutkimuksen julkaisun jälkeen.

7.4 Lähiesimiesten RAI-osaamista vahvistettava

Pirkanmaan lähiesimiehet ovat käyneet hyvin johtamiskoulutuksia, mutta RAI-koulutuksia he ovat käyneet melko vähän, mikä näkyi puutteena RAI-osaamisessa. Esimerkiksi uuden inter-RAI-HC-välineen verkkokurssit oli käynyt vain 69 % esimiehistä, vaikka kyseinen verkkokoulutus on Pirkanmaalla määritelty pakolliseksi kaikille työntekijöille uuteen RAI-välineeseen siirryttäessä (Pirkanmaan RAI käyttösuunnitelma 2019). Esimiehille erityisen tärkeää on hallita laatumoduulin käyttö, mutta laatumoduuli- tai johtamismoduulikoulutukseen, Pirkanmaan RAI-projektin työpajoihin ja Tiedolla johtamisen koulutuksiin oli osallistunut noin kolmannes vastanneista. Yllättävintä oli, että THL:n järjestämiin, maksuttomiin ja laadukkaisiin vertailukehittämisestä tukeviin RAI-seminaareihin osallistui säännöllisesti vain kolme vastaajaa (7 %) ja satunnaisesti vajaa puolet vastanneista (49 %). Johtuuko tämä siitä, ettei seminaareista tiedetä vai eikö niihin osallistumista koeta arjen kiireen keskellä tarpeellisenä?

Lähiesimiehille suunnattua tiedotusta RAI-seminaareista, muista Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen koulutuksista sekä RAI-viestinnästä on jatkossa syytä lisätä. Tämän lisäksi lähiesimiehet hyötyisivät heille kohdennetusta koulutuksesta RAI-osaamisen lisäämiseksi. Tällöin he vastaavasti pystyvät huolehtimaan työntekijöidensä RAI-osaamisen kehittymisestä ja edellyttämään sovittujen toimintatapojen noudattamista.

Osana opinnäytetyötä laadittiin Pirkanmaalle ehdotus lähiesimiesten RAI-koulutussuunnitelmaksi, joka tarkemmin löytyy seuraavasta alaluvusta. Asiakasohjaajien osalta Pirkanmaalla on jo kokemusta kuntien yhteisestä verkostosta, jossa kokoonnutaan säännöllisesti teamsin välityksellä koulutus- ja yhteiskehittämisaiheiden pariin. Myös lähiesimiehet (59 % vastaajista) toivoivat vertaisoppimista ja toisten esimiesten tukea. He voisivat hyötyä verkostosta, joka oppimisen lisäksi tukisi heidän johtamistyötään ja edistäisi hyvien käytäntöjen ja yhteisen toimintamallin leviämistä. Seuraavasta alaluvusta löytyvää koulutussuunnitelmaehdotusta esiteltiin elokuussa 2021 Pirkanmaan RAI-laatutyöryhmässä ja RAI-projektiryhmässä ja niissä esitettyjä kommentteja hyödynnettiin suunnitelman viimeistelyssä.

7.5 Ehdotus koulutussuunnitelmaksi Pirkanmaan lähiesimiehille

Ehdotuksena on luoda lähiesimiesten RAI-verkosto, joka kokoontuu säännöllisesti 2–3 kk välein 1,5 tunnin mittaisiin etäkoulutuksiin teamsin välityksellä. Koulutukset alkavat alustuksilla kunkin kerran aiheista, ja koulutuksen lopulla on aikaa keskustelulle, vertaistuelle ja hyvien käytäntöjen jakamiselle. On mahdollisuus kysyä, pohtia, kuulla toisten lähiesimiesten tavoista RAI-tiedon hyödyntämiseen ja RAI-osaamisen johtamiseen. Aiheet ovat ohjeellinen ehdotus, jota voidaan muokata toiveiden perusteella sekä RAI-laatutyöryhmän ja RAI-projektiryhmän ajankohtaisiksi ja tärkeiksi aiheiksi näkemien asioiden pohjalta. Koulutusten toteuttaja voisi olla Pirkanmaan RAI-koordinaattori täydennettynä tarvittaessa RAI- laatutyöryhmän ja -projektiryhmän jäsenillä.

1.kerta. Arviointien luotettavuuden turvaaminen.

- Raportit, joissa tarkastellaan oman yksikön ja yksittäisten työntekijöiden arviointimääriä, sekä arviointien ajan tasalla oloa

- Luotettavuustarkastelua eli ristiriitahälytykset, yleisimmät sudenkuopat (CPS / ADLH-vertailu, päätöksentekokysymys, ohjauksen ja valvonnan tarpeen huomiointi vastauksissa)
- Miten luoda oman yksikön arviointien luotettavuusraportteja?
- Miten tuoda yksikössä esiin RAI:n merkitystä, yhteyttä hoidon suunnitteluun ja toteutukseen?

2.kerta. RAI-mittarien tulkinta ja hyödyntäminen hoitosuunnitelmissa

- RAI-mittarien muodostuminen (mm. CPS, ADLH, MAPLe) ja käsikirjan hyödyntäminen
- Pirkanmaan RAI-prosessit: Uuden kotihoidon palveluita tarvitsevan / hakevan asiakkaan RAI-prosessi sekä Säännöllisen kotihoidon asiakkaan toimintakyvyn arviointi RAI:ta käyttäen ja hoito- ja palvelusuunnitelman päivitys
- Miten varmistetaan, että RAI-arviota seuraa aina hoitosuunnitelman päivitys?
- Miten asiakkaan RAI-tuloksia voidaan hyödyntää tavoitteiden asettamisessa?
- RAI-tulosten tarkastelu suhteessa palveluiden myöntämisperusteisiin
- Toiminnan vaikuttavuus (arviointien vertailu, tavoitteiden saavuttaminen, tapahtuiko kuntoutumista?)

3.kerta. THL-palauteraporttien tulkinta ja laatuindikaattorien hyödyntäminen laadun parantamisessa

- Mitä palauteraportit kertovat: Mikä on yksikön asiakasrakenne? Hoidammeko oikeaa kohderyhmää? Millaiset tekijät eroja kuntien/yksiköiden välillä selittävät? (Arviointien luotettavuus ja kattavuus, väestörakenne, palvelupuutokset)
- Laatuindikaattorit hoidon laadun arvioinnissa ja tavoitteiden asettelussa (koko Pirkanmaan /kunnan/oman yksikön tasolla)
- Hyviä käytäntöjä, miten näitä raportteja on yksiköissä käsitelty ja hyödynnetty
- THL:n vertailukehittämistietokannat

4.kerta. Tiedolla johtaminen reaaliajassa, laatumoduulin käyttö ja hyödyntäminen

- Valmiiden raporttipohjien hyödyntäminen (mm. kuvapuhelinasiakkaat, ympärivuorokautiseen hoitoon joutumisen NHG-riskimittari, MAPLE 1- ja 2-asiakkaat)
- Pirkanmaan laatuavoitteet omassa yksikössä (Millaisia tavoitteita asetettu? Miten hyödynnetään? Käytetäänkö palkitsemisessa?)

- Omien raporttipohjien laatiminen ja käyttö (poimitaan kaatumisriskissä olevat, paljon päivystys/sairaalakäyntejä omaavat, asiakkaat, joiden lääkitystä lääkäri ei ole tarkistanut, läheisauttaja kokee uupumusta, kaltoinkohtelua kokeneet, aliravitsemusriskissä olevat)

5.kerta. RAI-tiedon käyttö henkilöstöjohtamisessa ja osaamisen johtamisessa

- RAI-roolit ja tehtävät (esimiehen, avainosaajan, sairaanhoitajan / terveydenhoitajan / lähihoitajan roolit ja vastuut)
- Perehdyttäminen (uusi RAI-käyttäjä ja miten siitä eteenpäin, RAI-seminaarien hyödyntäminen, avainosaajaksi kouluttautuminen)
- Asiakasrakenteen tarkastelu suhteessa henkilöstöresurssiin (asiakkaiden hoitoisuuden muutokset, käyttö perusteluina lisävakansseja haettaessa tai henkilöstöä siirrettäessä/lainattaessa)
- Mitä hoitotyön osaamistarpeita RAI:sta nousee koulutussuunnitelmaan?
- RAI-osaamisen käsittely kehityskeskusteluissa, rekrytoinneissa
- RAIHYJ-mittarin käyttömahdollisuudet yksikön RAI-osaamisen arvioinnissa.

7.6 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet

Pirkanmaalla siirrytään reilun vuoden päästä yhteiselle hyvinvointialueelle tilanteessa, jossa Pirkanmaan kunnissa edelleen on käytössä useita erilaisia asiakas- ja potilastietojärjestelmiä. Tämä asettaa suuria haasteita johtamiselle ja yhteisten toimintamallien luomiselle. Pirkanmaan vahvuus on, että yhteiskehittämistä on jo tehty ja käytössä on tiedolla johtamisen työvälineenä vanhuspalvelulain (980/2012) edellyttämä RAI-järjestelmä. RAI ja yhdessä valmistellut palveluiden myöntämisen perusteet tukevat sote-uudistuksen tavoitetta yhdenvertaisten palvelujen saavuttamisesta pirkanmaalaisille (Sote-uudistus, n.d.). Arviointien luotettavuus, eli oikein tekeminen ja ajantasaisuus, ovat pohja kaikelle muulle RAI-tiedon käytölle. Ajantasaiset arvioinnit näyttävät korreloivan vahvasti yksikön RAI-osaamiseen niin tämän tutkimuksen kuin Niemelän ym. (2018, 59–60) tutkimuksen mukaan. Arviointien ajantasaisuuden nostaminen kärkitavoitteeksi ja seurantakohteeksi kaikissa Pirkanmaan kunnissa ensi vuodelle olisi perusteltua.

Muita hyvällä tasolla olevia yksiköitä yhdistäviä piirteitä olivat laatuindikaattorien avulla asetetut kehittämistavoitteet ja RAI-tulosten käsittely yksiköiden palaverissa. Nämä olisivat konkreettisia, seurattavissa olevia käytäntöjä, joita Pirkanmaalla olisi suositeltavaa ottaa käyttöön lähiesimiesten RAI-koulutusten ohella. Tutkimuksen vastaajista 40 %:lla oli RAI-prosessi yksikössä aukikirjoitettuna, eli suurimmassa osassa yksiköistä RAI-prosessi puuttui tai siitä oli epäselvyyttä. Pirkanmaan RAI-laatutyöryhmässä on vuoden 2021 aikana valmisteltu Pirkanmaan yhteiset RAI-prosessit. On toivottavaa, että niihin vastedes sitoudutaan, koska siten saataisiin vahvistettua RAI toimintakykyarviointien merkitystä asiakkaiden hoito- ja kuntoutussuunnitelmien pohjana.

Pirkanmaan yhteinen RAI-kehittäminen ja RAI-koordinaattorin toiminta sai tutkimuksen avoimissa vastauksissa paljon kiitosta. RAI projekti on innostanut ja auttanut yhteisen toimintamallin eteenpäin viemisessä. Vaikka tutkimus osoitti kehitettävää olevan, tulos oli odotettu, koska yhteiskehittäminen on jatkunut vasta vähän aikaa. Voidaan todeta, että suunta on oikea. Vastaajista 84 % oli innostunut RAI:sta ja myös tutkimuksen hyvä vastausprosentti (69 %) kertoi, että aihe koettiin tärkeäksi. RAI-tiedolla johtaminen vaatii asian jatkuvaa esiin nostamista, muistuttelua ja säännöllistä koulutusta. Kehittämistyön jatkuvuutta varmistaisi, jos Pirkanmaan yhteisen RAI-koordinaattorin tehtävä vakiintuisi vuoden 2021 lopussa päättyvän projektin jälkeen pysyväksi toimintamalliksi.

Lähiesimiesten, ja heidän apunaan toimivien RAI-avainosaajien tai -vastaavien, pitää pystyä helposti ja ajantasaisesti seuraamaan yksikön arviointien ajantasaisuutta, luotettavuutta sekä hoidon laatua ja asiakasrakennetta kuvaavia raportteja. Tämän helpottamiseksi olisi järkevää tarkastella Pirkanmaalla ”RAI-puun” eli asiakastietojärjestelmän organisaatiokaavion rakennetta. Tällä erää osa kuudennen tason yksiköistä on palvelualue -tasoisia, eli suuria, jolloin asiakkuuksien hallinta laatumoduulia käytettäessä vaikeutuu. Ratkaisu voisi olla seitsemännen osan lisäys Pirkanmaan RAI-puuhun.

RAIHYJ-mittari osoittautui myös tässä tutkimuksessa, samoin kuin Niemelän ym. (2018, 63) tutkimuksessa, RAI-osaamisen mittaamiseen soveltuvaksi työkaluksi lähiesimiehille. RAIHYJ-mittarin tuloksia voisi käydä läpi vaikka vuosittaisissa kehityskeskusteluissa, kuten Vähänkankaan tutkimusryhmän (2012, 36) ajatuksena

oli lomaketta kehittäessään. Osaamisen kehittymistä voisi seurata RAIHYJ-mittarin avulla säännöllisesti koko Pirkanmaan tasolla. Saman kyselyn voisi kohdentaa yksikön sairaanhoitajille / terveydenhoitajille tai RAI-avainosaajille, joilla työnsä puolesta on vastuuta ja näkemystä koko tiimin RAI-osaamisesta. Olisi mielenkiintoista vertailla, onko heillä samanlainen käsitys yksikön osaamisesta kuin lähiesimiehillä.

Tällä hetkellä asiakasohjauksen osalta ollaan tilanteessa, jossa saatavissa oleva RAI-tieto on tiedolla johtamisen näkökulmasta puutteellista. Asiakkaiden palvelutarve -koonteihin tarvittaisiin tieto myös siitä, mihin palveluihin he ohjautuivat arvioinnin jälkeen, ja mikä on tilanne puolen vuoden tai vuoden kuluttua. Saman ovat todenneet myös Vähäkangas ym. (2017, 41) tutkimuksessaan. Tällöin myös asiakasohjauksen vaikuttavuuden arviointi olisi mahdollista. Tämän haasteen ratkaisemiseksi voisi harkita RAI-järjestelmään lisättävän inter-RAI-HC osittaisarvioinnin lopuksi kysymyksen, mihin palveluihin asiakas ohjautui palvelutarpeen arvioinnin seurauksena.

Jatkotutkimusaiheena olisi tarpeellista tarkastella ja kehittää RAI-tiedon käyttöä, käyttömahdollisuuksia ja tiedolla johtamista asiakasohjauksessa. Asiakasohjauksen esimiehet tarvitsevat helppokäyttöisiä seurantamittareita, joilla saadaan selville, millaisiin ratkaisuihin asiakasohjaajat päätyivät ja mitä asiakkaille tapahtui palvelutarpeen selvittämisen jälkeen. Aiheesta löytyi ennestään ainoastaan yksi tutkimus (Vähäkangas ym. 2017), jossa RAI-tietoja yhdistettiin hoitoilmoitusten rekisteritietoihin. Asiakasohjauksen vaikuttavuuden arvioinnin mahdollistavien seurantajärjestelmien kehittäminen on nostettu tärkeäksi kehityskohteeksi myös Ikäneuvossa (2018, 18–19), Kehusmaan ym. (2018) tutkimuksessa sekä Laatusuosituksessa (2020, 73–75). Toinen tärkeä tutkimusaihe olisi tarkastella RAI:n hyödyntämistä asiakkaiden hoito- ja kuntoutussuunnitelmien laatimisessa ja arvioida hoitotyön kirjaamisen tasoa, mitä jo Niemelä ym. (2018, 63) tutkimuksessaan ovat ehdottaneet jatkotutkimusaiheeksi.

LÄHTEET

Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. 2020. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. Viitattu 24.10.2021. [AMMATTIKORKEAKOULUJEN OPINNAYTETÖIDEN EETTISET SUOSITUKSET 2020.pdf \(arene.fi\)](https://arene.fi/AMMATTIKORKEAKOULUJEN_OPINNAYTETOIDEN_EETTISET_SUOSITUKSET_2020.pdf)

Benner, P. 1984. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.

Carpenter, I & Hirdes, J. 2013. Using interRAI assessment systems to measure and maintain quality of long-term care. 93–142. Teoksessa A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care. OECD Health Policy Studies. Viitattu 16.8.2021. [OECD Health Policy Studies A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving ... - OECD, European Union - Google Boeken](https://www.oecd-ilibrary.org/health-policy/oecd-health-policy-studies-a-good-life-in-old-age-monitoring-and-improving-quality-in-long-term-care_93-142)

Dahlman, S & Takanen, M. 2009. Toimintakykyä edistävän hoitotyön kehittäminen RAI-järjestelmän avulla henkilöstöjohtamisen näkökulmasta. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Viitattu 30.10.2020. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-200912026826>

Duodecim. 2020. Käypä hoito. Verkkosivu. Viitattu 28.6.2021. [Käypä hoito \(kaypahoito.fi\)](https://www.kaypahoito.fi/)

Finne-Soveri, H. 2015. RAI-toimintaa 15 vuotta. Teoksessa Heikkilä R & Mäkelä, M toimittaneet, useita eri kirjoittajia. Onnistuminen - RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa. THL raportti 9/2015, 154–166. Juvenes print – Tampereen yliopistopaino Oy, Tampere. Viitattu 20.8.2021. [URN ISBN 978-952-302-478-6.pdf \(julkari.fi\)](https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-478-6.pdf)

Finne-Soveri, H, Äijö, M, Tolonen, E, Rehula, P, Vähäkangas, P, Patronen, M, Autio, T, Haimi-Liikkanen, S & Havulinna, S. 2020. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn mittaaminen palvelutarpeen selvittämisen yhteydessä. TOIMIA-suositus ID S028/11.6.2020. Viitattu 30.11.2020. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020060540983>

Foebel, A, van Hout, H, van der Roest, H, Topinkova, E, Garms-Homolova, V, Frijters, D, Finne-Soveri, H, Jönsson, P, Hirdes, J, Bernabei, R & Onder, G. 2015. Quality of care in European home care programs using the second generation interRAI Home Care Quality Indicators (HCQIs). BMC Geriatrics volume 15, article number: 148 (2015), 1–10. Viitattu 5.8.2021. Vaatii käyttöoikeuden. [Quality of care in European home care programs using the second generation interRAI Home Care Quality Indicators \(HCQIs\) - ProQuest \(tuni.fi\)](https://www.proquest.com/health-care/quality-of-care-in-european-home-care-programs-using-the-second-generation-interrai-home-care-quality-indicators-hcqis/docview/211111111)

Forbes, D, Strain, L, Blake, C, Peacock, S, Harrison, W, Woytkiw, T, Hawranik, P, Thiessen, E, Woolf, A, Morgan, D, Innes, A & Gibson, M. 2015. Dementia Care Evidence: Contextual Dimensions that Influence Use in Northern Home Care Centres. Online Journal of Rural Nursing & Health Care, 15(1), 117–149. Viitattu 2.8.2021. Vaatii käyttöoikeuden. <https://doi.org/10.14574/ojrnhc.v15i1.344>

Heikkilä, R, Hammar, T, Sohlman, B, Adreassen, P & Finne-Soveri, H. 2015. Aloittelijasta asiantuntijaksi – RAI-arviointi osana iäkkään henkilön palvelutarpeen arviointia ja hoidon suunnittelua. Teoksessa Heikkilä, R & Mäkelä, M. (toim.) 2015. Onnistuminen - RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa. THL raportti 9/2015, 46–57. Juvenes print – Tampereen yliopistopaino Oy, Tampere. Viitattu 1.5.2021. [URN ISBN 978-952-302-478-6.pdf \(julkari.fi\)](#)

Heikkilä, R & Mäkelä, M. 2015. Onnistuminen - RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa. THL raportti 9/2015. Juvenes print – Tampereen yliopistopaino Oy, Tampere. Viitattu 1.5.2021. [URN ISBN 978-952-302-478-6.pdf \(julkari.fi\)](#)

Hirdes, P, Poss, J & Curtis-Telegdi. 2008a. The Method for Assigning Priority Levels (MAPLe): A new decision-support system for allocating home care resources. BMC Medicine 6, article number 9 (2008). Viitattu 5.8.2021. [The Method for Assigning Priority Levels \(MAPLe\): A new decision-support system for allocating home care resources | BMC Medicine | Full Text \(biomedcentral.com\)](#)

Hirdes, P, Ljunggren, G, Morris, J, Frijters, J, Finne-Soveri, H, Grey, L, Björgren, M & Gilgen, R. 2008b. Reliability of the interRAI suite assessment instruments: a 12-country study of an integrated health information system. BMC Health Services Research 8, 277 (2008). Viitattu 5.8.2021. [Reliability of the interRAI suite of assessment instruments: a 12-country study of an integrated health information system | BMC Health Services Research | Full Text \(biomedcentral.com\)](#)

Hirsjärvi, S, Remes, P & Sajavaara, P. 2018. Tutki ja kirjoita. Kirjayhtymä Oy. 22. painos. Painopaikka: Boockwell Oy, Porvoo.

Holopainen, M & Pulkkinen, P. 2015. Tilastolliset menetelmät. Sanoma Pro Oy.

Holopainen, M, Tenhunen, L & Vuorinen, P. 2004. Tutkimusaineiston analysointi ja SPSS. Oy Kotkan Kirjapaino Ab, Hamina.

Hotus Hoitotyön tutkimussäätiö. N.d. Verkkosivu. Viitattu 28.6.2021. [Hotus-hoitusuositus® – Hotus](#)

InterRAI Organization. N.d. Verkkosivu. Viitattu 24.11.2020. <https://www.inter-rai.org/organization/>

Ikäneuvo. Käsikirja neuvonnan ja asiakasohjauksen suunnitteluun. 2018. Viitattu 22.11.2020. https://www.tampere.fi/tiedostot/i/suGxPrFw3/ikaneuvo_kasikirja_neuvonnan_ja_asiakasohjauksen_suunnitteluun_1218.pdf

Jalonen, H. 2015. Tiedolla johtamisen näyttämö ja kulissit. Teoksessa Virtanen, P, Stenvall, J & Rannisto, P-H (toim). 2015. Tiedolla johtaminen hallinnossa – Teoriaa ja käytäntöjä, 40–68. Tampere yliopistopaino, Juvenes print, Tampere.

Jensdóttir, AB, Jónsson, P, Noro, A, Jonsén, E, Ljunggren, G, Finne-Soveri, H, Schroll, M, Grue, E & Björnsson, J. 2008. Comparison of nurses' and physicians' documentation of functional abilities of older patients in acute care – Patient records compared with standardized assessment. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 22 (3), 341–347. Viitattu 6.8.2021. DOI:10.1111/j.1471-6712.2007.00534.x.

Kananen, J. 2014. Verkkotutkimus opinnäytetyönä, laadullisen ja määrällisen verkkotutkimuksen opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja -sarja. Suomen yliopistopaino oy – Juvenes Print.

Kansallinen ikäohjelma vuoteen 2030: Tavoitteena ikäkyvykäs Suomi. 2020. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:31. Helsinki. Viitattu 12.5.2021. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-6865-3>

Kehusmaa, S, Alastalo H, Marjeta N, Mielikäinen L. 2018. Asiakasohjaus päättää tulevaisuudessa iäkkään palveluista – työntekijöiden koulutusta pitää lisätä. Tutkimuksesta tiiviisti 37, marraskuu 2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. Viitattu 31.7.2021. [URN ISBN 978-952-343-217-8.pdf \(julkari.fi\)](http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-217-8.pdf)

Kerminen, H. 2021. Geriatric Assesment in Clinical Practice, Current Situation and Challenges in Implementation. Tampere Univercity, Faculty of Medicine and Health Technology. PunaMusta Oy, Yliopistopaino Joensuu 2021. Väitöskirja. Viitattu 14.4.2021. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-1886-4>

Klemola, L. 2016. Toimintakykyä kuvaava tieto ikäihmisten palveluissa: tiedonhallinnan näkökulma. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Itä-Suomen yliopisto. Väitöskirja. Viitattu 30.5.2021. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-2008-9>

Kohti maakunnallista sotea Pirkanmaalla - KOMAS. 2021. Inno-kylä. Verkkosivu. Viitattu 19.8.2021. [Kohti maakunnallista sotea Pirkanmaalla - KOMAS | Innokylä \(innokyla.fi\)](http://innokyla.fi)

Kotihoidon työntekijän käsikirja. 2021. Tampereen kaupunki. Vetovoimainen kotihoito -hankkeessa vuosina 2019–2021 koottu sähköinen, päivittyvä käsikirja. Vaatii käyttöoikeuden, Tampereen kaupungin henkilöstön saatavana intranet Taskussa. Viitattu 20.10.2021.

Laaksonen, H & Ollila, S. 2017. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. 3.uudistettu painos. Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023: Tavoitteena ikäystävällinen Suomi. 2020. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:29. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2020. Viitattu 12.3.2021. [Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023 \(valtioneuvosto.fi\)](http://valtioneuvosto.fi)

Laihonen, H, Hannula, M, Helander, N, Ilvonen, I, Jussila, J, Kukko, M, Kärkkäinen, H, Lönnqvist, A, Myllärinen, J, Pekkola, S, Virtanen, P, Vuori, V & Yliniemi, T. 2013. Tietojohtaminen. Tampereen teknillinen yliopisto, Tiedonhallinnan ja logistiikan laitos. Juvenes Print, Tampere.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista eli Vanhuspalvelulaki (980/2012). Viitattu 11.12.2020. [Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn... 980/2012 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX®](http://finlex.fi)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021). Viitattu 19.8.2021. [Laki sosiaali- ja terveydenhuollon... 612/2021 - Säädökset alkuperäisinä - FINLEX®](#)

Leskelä, R-, Haavisto, I, Jääskeläinen, A, Helander, N, Sillanpää, V, Laasonen, V, Ranta, T & Torkki P. 2019. Tietojohdaminen ja sen kehittäminen: tietojohdamisen arviointimalli ja suosituksia maakuntavalmistelun pohjalta. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2019:42. Viitattu 3.12.2020. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161659/42_19_Tulevaisuuden_tietojohdaminen.pdf

Lisätietoa Virta-hankkeesta. N.d. DigiFinland. Verkkosivu. Viitattu 19.8.2021. [Lisätietoa Virta-hankkeesta - DigiFinland](#)

Mannermaa, M. 2018. Hyvät tiedon johtamisen käytännöt työterveyshuolto-organisaatioissa. Työterveyslaitos. Helsinki. Viitattu 5.12.2020. [ISBN 978-952-261-772-9 \(PDF\)](#)

Martin, W & Bridgmon, K. 2012. Quantitative and statistical research methods: from hypothesis to results. E-kirja. ProQuest. Viitattu 3.8.2021. Vaatii käyttöoikeuden. [ProQuest Ebook Central - Detail page](#)

Metsämuuronen, J. 2000. SPSS aloittelevan tutkijan käytössä. Metodologia-sarja 5. JaabesOû, Vôru, Viro.

Metsämuuronen, J. 2002. Tilastollisen päättelyn perusteet. Metodologia-sarja 3. 2. uudistettu painos. Sridevi Printers, Sri Lanka.

Miettinen, J, Selander, K & Linnosmaa, I. 2020. Sosiaali- ja terveystalouden vaikuttavuuden ja kustannusvaikuttavuuden tutkiminen. Teoksessa Hujanen, A & Taskinen H (toim.). 2020. Uudistuva sosiaali- ja terveysala (2020). Tampere: Tampere University Press, 77–130. Viitattu 3.10.2021. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-359-022-9>

Morris, J, Berg, K, Björkgren, M, Finne-Soveri, H, Fries, B, Frijters, D, Gilgen, R, Gray, L, Hawes, C, Henrard, JC, Hirdes, JP, Ljunggren, G, Nonemaker, S, Steel, K, Szczerbińska, K, Belleville-Taylor, P, Rabinowitz, T, Smith, TF. 2010. interRAI Clinical Assessment Protocols (CAPs) for Use with Community and Long-Term Care Assessment Instruments. Versio 9.1. Washington, DC: interRAI, 2010. Viitattu 6.8.2021. [interRAI Clinical Assessment Protocols \(CAPs\) for Use with Community and Long-Term Care Assessment Instruments | interRAI Bibliography](#)

Morris, J, Fries, B, Frijters, D, Hirdes, J & Steel, R. 2013. interRAI home care quality indicators. BMC Geriatrics 13, article number 127(2013). Viitattu 30.7.2021. [interRAI home care quality indicators | BMC Geriatrics | Full Text \(biomedcentral.com\)](#)

Niemelä, K, Taskinen, R, Vähäkangas, P, Elo, S, Turkki, L & Nieminen, P. 2018. RAIHYJ-mittari lähijohtajan työvälineenä ikäihmisten koti- ja ympärivuorokautisessa hoidossa. Gerontologia 1/2018, 54–65. Viitattu 3.11.2020. [RAIHYJ-](#)

[mittari lähijohtajan työväliseenä ikäihmisten koti- ja ympärivuorokautisessa hoidossa näkymä \(journal.fi\)](#)

Niemi, M, Emet, E-M & Exell-Paakki, K. 2010. RAI-benchmarking: Verktyg för ledarskap och utveckling: Best Practice på Folkhälsan. Terveys- ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 18/2010. Viitattu 30.8.2021. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085281>

Niiranen, V. 2015. Tiedolla johtaminen – mistä tulossa, minne menossa? Teoksessa Virtanen, P, Stenvall, J & Rannisto, P-H (toim). 2015. Tiedolla johtaminen hallinnossa – Teoriaa ja käytäntöjä, 305–318. Tampere yliopistopaino, Juvenes print, Tampere. Viitattu 4.12.2020. [Virtanen ym Tiedolla johtaminen.pdf \(tuni.fi\)](#)

Nummenmaa, L, Holopainen, M & Pulkkinen, P. 2014. Tilastollisten menetelmien perusteet. 1.painos. Sanoma Pro Oy.

Näin otat RAI-järjestelmän käyttöön. 2021. Terveys ja hyvinvoinnin laitos. Verkkosivu. Viitattu 16.8.2021. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/nain-otat-rai-jarjestelman-kayttoon>

Palvelutarpeiden arviointi RAI-järjestelmällä. 2021. Terveys ja hyvinvoinnin laitos. Verkkosivu. Viitattu 14.8.2021. [Palvelutarpeiden arviointi RAI-järjestelmällä - Ikääntyminen - THL](#)

Penttinen, L, Kolehmainen, L, Alastalo, H, Havulinna, S & Valkeinen, H. 2020. Toimintakykyä arvioidaan kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa monialaisesti. Terveys ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiiviisti 7/2020. Viitattu 30.8.2021. [Toimintakykyä arvioidaan kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa monialaisesti \(julkari.fi\)](#)

Pirkanmaan omaishoidon tuen yksikön perustaminen 1.1.2022 osaksi Pirkanmaan omais- ja perhehoidon sekä henkilökohtaisen avun keskusta (yhteistoiminta-alueen asia). 2021. Sosiaali- ja terveyslautakunta, Tampere, kokous 7.10.2021 §126. Viitattu 30.10.2021. [Pirkanmaan omaishoidon tuen yksikön perustaminen 1.1.2022 osaksi Pirkanmaan omais- ja perhehoidon sekä henkilökohtaisen avun keskusta \(yhteistoiminta-alueen asia\) | Tampere esityslistat ja pöytäkirjat \(cloudnc.fi\)](#)

Pirkanmaan yhteiset asumispalveluiden myöntämisperusteet. 2021. Sosiaali- ja terveyslautakunta, Tampere, kokous 11.2.2021 § 19. Viitattu 22.7.2021. [Asumispalvelujen myöntämisen perusteet ikäihmisten palveluissa Tampereen ja Oriveden yhteistoiminta-alueella \(yhteistoiminta-alueen asia\) | Tampere esityslistat ja pöytäkirjat \(cloudnc.fi\)](#)

Pirkanmaan yhteiset kotihoidon myöntämisperusteet. 2021. Sosiaali- ja terveyslautakunta, Tampere, kokous 11.2.2021 § 17. Viitattu 22.7.2021. [Kotihoidon palvelujen perusteet Tampereen ja Oriveden yhteistoiminta-alueella \(yhteistoiminta-alueen asia\) | Tampere esityslistat ja pöytäkirjat \(cloudnc.fi\)](#)

Pirkanmaan RAI-käyttösuunnitelma. 2019. Julkaisematon materiaali. Osallistuvien kuntien ja opinnäytetyön tekijän hallussa.

RAI-HC palauteraportti, RAI vertailutietokannan kuvaus ja sisältö. 2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkosivu. Viitattu 17.10.2021. [RAI-HC-palauteraportti – RAI-vertailutietokannan kuvaus ja tietosisältö 3.5.2021 \(thl.fi\)](#)

RAI:n käyttö asiakastyössä. 2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkosivu. Viitattu 16.8.2021. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/rain-kaytto-asiakastyossa>

RAI osaamisen tuki. 2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkosivu. Viitattu 16.8.2021. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/rai-osaamisen-tuki>

Raisoft. N.d. Tiedon käsittely ja jalostus. Verkkosivu. Viitattu 4.7.2021. [TIEDON KÄSITTELY JA JALOSTUS. | Oy Raisoft Ltd.](#)

RAI-tiedolla johtaminen. 2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkosivu. Viitattu 16.8.2021. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/rai-tiedolla-johtaminen>

RAI-vertailutietokannat. 2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkosivu. Viitattu 16.8.2021. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/rai-vertailutietokannat>

Räsänen, R & Valvanne, J. 2017. Vanhustyö tarvitsee uudenlaista johtamista – tavoitteeksi asiakkaan hyvä elämänlaatu. Teoksessa Kulmala, J (toim.). 2017. Parempi vanhustyö, Menetelmiä johtamisen kehittämiseen, 20–42. 2017. Ps-kustannus.

Rönneikkö, J, Mäkelä, M, Jämsen, E, Huhtala, H, Finne-Soveri, H, Noro, A & Valvanne, J. 2017. Predictors for Unplanned Hospitalization of New Home Care Clients. Journal of the American Geriatrics Society, 2017 Feb; Vol. 65 (2), 407–414. Viitattu 30.8.2021. Vaatii käyttöoikeuden. <https://doi.org/10.1111/jgs.14486>

Sernola, R. 2020. Pirkanmaan luotsiveneessä: interRAI HC:n alueellinen käyttöönotto. Esitys RAI-webinaarissa 6.11.2020. Riitta Sernola, Pirkanmaan RAI-koordinaattori, Tampereen kaupunki. Viitattu 13.3.2021. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/rai-seminaarit>

Sernola, R. 2014. RAI-järjestelmän hyödyntäminen lähiesimiehen työkaluna kotihoidossa. Sosiaali- ja terveysalan johtamisen ja kehittämisen ylempi tutkinto-ohjelma. Tampereen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Viitattu 1.11.2020. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2014120117729>

Singh, K. 2016. Quantitative social research methods. E-kirja. Academic collection EbscoHost. Viitattu 12.9.2021. Vaatii käyttöoikeuden. [Quantitative Social Research Methods: EBSCOhost \(tuni.fi\)](#)

Sinn, C-L, Souza Dias Betini, R, Wright, J, Eckler, L, Chang, B, Hogeveen, S, Turcotte, L & Hirdes, J. 2018. Adverse Events in Home Care: Identifying and Responding with interRAI Scales and Clinical Assessment Protocols. Canadian

Journal of Aging / La Revue canadienne du vieillissement. Volume 37 Issue 1, March 2018, 60–69. Viitattu 1.8.2021. [Adverse Events in Home Care: Identifying and Responding with interRAI Scales and Clinical Assessment Protocols - PubMed \(nih.gov\)](#)

Sosiaali ja terveystalut TAYS erityisvastuualueella 2019. Tiedosta arviointiin, tavoitteena paremmat palvelut. 2020. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Päätösten tueksi 6/2020. Viitattu 10.12.2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-560-5>

Sosiaalihuoltolaki (1301/2014). Viitattu 11.12.2020. [Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 - Säädökset alkuperäisinä - FINLEX ®](#)

Sosiaali- ja terveysministeriö. N.d. Kotihoito ja kotipalvelut. Viitattu 11.12.2020. <https://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>

Sote-uudistus. N.d. Valtioneuvosto. Verkkosivu. Viitattu 19.8.2021. [Usein kysytyä sote-uudistuksesta - \(soteuudistus.fi\)](#)

Terveystalutolaki (1326/2010). Viitattu 11.12.2020. [Terveystalutolaki 1326/2010 - Ajantasainen lainsäädäntö - FINLEX ®](#)

Tiedolla johtaminen – sote-uudistuksen mahdollistaja. 2021. Sote-uudistus, Toivo ohjelma. Fakta-lehti 4/2021. Viitattu 14.10.2021. [Tiedolla+johtaminen+-+sote-uudistuksen+mahdollistaja.pdf \(soteuudistus.fi\)](#)

Tietoa RAI-järjestelmästä. 2021. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkosivu. Viitattu 16.8.2021. <https://thl.fi/fi/web/ikaantuminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/tietoa-rai-jarjestelmasta>.

Tukimuseettisen neuvottelukunnan ohje. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa. Viitattu 24.10.2021. [HTK ohje 2012.pdf \(tenk.fi\)](#)

Tähtinen, J, Laakkonen, E & Broberg, M. 2020. Tilastollisen aineiston käsittelyn ja tulkinnan perusteita. Turun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunnan julkaisuja C:22. 2.uudistettu painos.

Vaarama, M. 2015. Esipuhe. Teoksessa Heikkilä R & Mäkelä, M toimittaneet, useita eri kirjoittajia. Onnistuminen - RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta Suomessa. THL raportti 9/2015, 3–4. Juvenes print – Tampereen yliopistopaino Oy, Tampere. Viitattu 1.6.2021. [URN ISBN 978-952-302-478-6.pdf \(julkari.fi\)](#)

Vehkalahti, K. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Oy Finn Lectura Ab.

Viitala, R. 2005. Osaamisen johtaminen esimiestyössä. Acta Wasaensia no 109. Liiketaloustiede 44, Johtaminen ja organisaatiot. Kuudes painos. Vaasan yliopisto. Väitöskirja.

Vilka, H. 2021. Tutki ja kehitä. PS-kustannus. 5.päivitetty painos. Painopaikka Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu.

Virtanen, P, Stenvall, J & Rannisto. 2015. Julkiseen politiikkaan liittyvä oppiminen ja tietoon perustuva päätöksenteko. Teoksessa Virtanen, P, Stenvall, J & Rannisto, P-H (toim). 2015. Tiedolla johtaminen hallinnossa – Teoriaa ja käytäntöjä, 9–26. Tampere yliopistopaino, Juvenes print, Tampere. Viitattu 4.12.2020. [Virtanen ym Tiedolla johtaminen.pdf \(tuni.fi\)](#)

Vähäkangas, P, Niemelä, K, Mäkelä, M & Noro, A. 2017. Ikäihmisen palvelutarve ja palveluihin ohjautuminen RAI-tunnuslukuja hyödyntäen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 13/2017. Juvenes Print, Tampere. Viitattu 1.11.2020. [Microsoft Word - RAP2017_13 Ikäihmisen palvelutarve UUSI muokattu \(julkari.fi\)](#)

Vähäkangas, P. 2010. Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Lääketieteellinen tiedekunta, terveystieteiden laitos, terveyshallintotiede, Oulun yliopisto; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print, Tampere. Väitöskirja. Viitattu 31.10.2020. [Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa \(oulu.fi\)](#)

Vähäkangas, P, Niemelä, K & Noro, A. 2012. Ikäihmisten kuntoutumista edistävän toiminnan lähijohtaminen. Koti- ja ympärivuorokautisen hoidon laatu ja kehittäminen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 48/2012. Juvenes Print - Tampereen yliopistopaino Oy. Tampere 2012. Viitattu 1.6.2021. [Microsoft Word - THL taitettu versio käsikirjasta_08062012_final.docx \(julkari.fi\)](#)

Ylitalo, T. 2016. Vuosikellomallin kehittäminen RAI-järjestelmään: RAI-järjestelmä osastonhoitajan työvälineenä. Lahden ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtaminen. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Viitattu 1.11.2020. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201603293616>

LIITTEET

Liite 1. Kyselylomakkeen kysymykset

TAUSTATIEDOT:

1. Työskenteletkö

- Asiakasohjaajien esimiehenä
- Kotihoidon esimiehenä
- Sekä asiakasohjaajien että kotihoidon esimiehenä

2. Kuinka pitkään olet työskennellyt sosiaali- ja terveysalla? Vastaa kokonaisina vuosina.

3. Kuinka pitkään olet työskennellyt esimiestehtävissä? Vastaa kokonaisina vuosina.

4. Mikä on korkein käymäsi koulutus? Valitse yksi vaihtoehto.

- Sosiaalipuolen opistotasoinen tutkinto esim. sosiaaliohjaaja
- Sosiaalipuolen alempi ammattikorkeakoulututkinto esim. sosionomi AMK
- Terveyspuolen opistotasoinen tutkinto esim. sairaanhoitaja, terveydenhoitaja
- Terveyspuolen alempi ammattikorkeakoulututkinto esim. sairaanhoitaja AMK, terveydenhoitaja AMK
- Yhdistetty sosiaali- ja terveyspuolen alempi ammattikorkeakoulututkinto esim. geronomi AMK
- Ylempi ammattikorkeakoulututkinto sosiaalipuolelta esim. sosionomi YAMK
- Ylempi ammattikorkeakoulututkinto terveyspuolelta esim. sh YAMK, th YAMK
- Yhdistetty sosiaali- ja terveyspuolen ylempi ammattikorkeakoulututkinto (YAMK)
- korkeakoulututkinto yliopistosta (esim. terveystieteiden maisteri, hallinto-tieteiden maisteri)
- Jokin muu, mikä?

5. Oletko suorittanut peruskoulutuksesi lisäksi jonkin johtamiskoulutuksen?

- kyllä
- en

6. Mitä johtamiskoulutuksia olet käynyt? Valitse yksi tai useampia.

- en mitään
- Lähiesimiestyön ammattitutkinto (aikuiskoulutuskeskus)
- Johtamisen erityisammattitutkinto (aikuiskoulutuskeskus)
- Sosiaali- ja terveysalan johtaminen, ylempi AMK tutkinto

- Yliopisto- tai korkeakoulutasoiset johtamisopinnot
- avoimessa yliopistossa kursseja
- työnantajan järjestämä esimieskoulutus
- jokin muu, mitä johtamiskoulutuksia?

RAI:N KÄYTTÖKOKEMUS

7. Kuinka pitkä RAI:n käyttökokemus sinulla on? Vastaa kokonaisina vuosina.

8. Millaiseksi koet oman RAI osaamisesi? Valitse itseäsi kuvaavin vaihtoehto riippumatta siitä, kauanko olet RAI:ta käyttänyt.

- aloittelija, (vasta perehdyn ja opettelen),
- edistynyt aloittelija, (ymmärrän perusasiat, mittarien muodostumisen, millaista tietoa RAI tuottaa)
- pätevä, (osaan käyttää ja hyödyntää RAI:ta ja arvioida tulosten luotettavuutta)
- taitava, (käytän RAI:ta monipuolisesti, opastan myös muita, analysoin syitä muutosten takana niin asiakas- kuin yksikkötasolla)
- asiantuntija, (kehitän RAI:n hyödyntämistä ja käyttötapoja työyhteisössäni, koulutan muita)

9. Millainen on oma asenteesi RAI:ta kohtaan?

- Innostunut, näen RAI:n tärkeänä työvälineenä ja haluan oppia lisää
- Varovaisen kiinnostunut,
- Ei suuria tunteita suuntaan tai toiseen, työväline muiden joukossa,
- Ristiriitainen, koen etten osaa enkä ymmärrä.
- Epäluuloinen, torjuva. En usko, että RAI:sta on hyötyä tai että arvioinnit ovat luotettavia

Seuraavaksi **pyydän sinua arvioimaan seuraavien väitteiden toteutumista johtamasi yksikön ja omassa toiminnassasi**. Väitteissä käytetään hoitaja nimitystä, mutta asiakasohjaajien esimiehet arvioivat väitteiden toteutumista asiakasohjaajien ja osittaisarviointiin sovitun toimintamallin toteutumisen suhteen, kotihoiton esimiehet taas kotihoiton hoitajien ja kokonaisarvioinnin sovitun toimintamallin suhteen. **Vastausvaihtoehtoina: 1= täysin samaa mieltä, 2=samaa mieltä, 3= ei samaa eikä eri mieltä, 4= eri mieltä ja 5= täysin eri mieltä.**

Väitteet muodostavat RAIHYJ-mittarin (Vähäkangas, Niemelä & Noro 2012; Niemelä, Taskinen, Vähäkangas, Elo, Turkki & Nieminen 2018), joka on kehitetty lähiesimiesten työvälineeksi, jolla arvioida oman yksikön RAI-osaamista ja RAI-tiedon hyödyntämistä johtamisessa. Mittari on julkaistu THL raportissa 48/2012. Väitteet numero 18 ja 19 olen muuttanut tekijöiden luvalla tähän tutkimukseen.

RAI-OSAAMINEN

10. Kaikki hoitajat yksikössäni hallitsevat RAI-arvioinnin tekemisen
11. Kaikki uudet hoitajat saavat perehdytyksen RAI:n käyttöön yksikössäni
12. Yksikössäni on nimetty RAI-vastuhenkilö/avainhenkilö ja hoitajat tietävät, kuka hän on
13. Yksikössäni on RAI-kansio, johon on kerätty RAI-perehtymisen kannalta keskeiset asiat
14. Hoitajat ovat motivoituneita tekemään RAI-arviointeja
15. Hoitajat tietävät miten RAI:ta voidaan hyödyntää asiakkaan hoidon suunnittelussa
16. Yksikössä osataan tulkita RAI-laatuindikaattoreiden tuottamaa tietoa

RAI-ARVIOINNIN TEKEMINEN

17. RAI-arvioinnit ovat aina ajan tasalla (vointi muuttunut oleellisesti, puolivuositain, uloskirjaus)
18. RAI-arviointien teolle pystytään varaamaan aikaa
19. RAI-arvioinnit tehdään asiakkaan luona ja tulokset käydään läpi hänen kanssaan
20. Hoitajat täydentävät RAI-arviointia ohjelmistossa olevaa kysymyskohtaista ”lisää merkintä” -kenttää hyödyntäen
21. Kun hoitajat ovat erimielisiä RAI-arvioinnin kysymysten vastauksista, asiasta keskustellaan moniammatillisessa tiimissä, hyödynnetään RAI-käsikirjaa ja muita RAI-ohjeita

HOITO- JA KUNTOUTUMISSUUNNITELMAN TEKEMINEN

22. Hoito- ja kuntoutumissuunnitelma päivitetään aina RAI-arvioinnin jälkeen
23. Kaikki hoitajat osaavat tulkita RAI-mittareiden tuottamia tuloksia
24. Kaikki hoitajat osaavat ”aukikirjoittaa” RAI-mittarit hoito- ja kuntoutumissuunnitelmaan
25. Hoidon tavoitteet ovat hoitosuunnitelmassa mitattavassa muodossa kuvattu
26. RAI-mittareita hyödynnetään hoidon tavoitteiden asettamisessa
27. Kahden RAI-arvioinnin vertailua hyödynnetään hoito- ja kuntoutumissuunnitelman arvioinnissa

TOIMINNAN SEURANTA JA ARVIOINTI

28. Yksikkökokouksissa/tiimipalavereissa käsitellään säännöllisesti RAI-tuloksia
29. Yksikössä hyödynnetään RAI-laatuindikaattoreiden tuottamaa tietoa toiminnan kehittämisessä
30. Kehityskeskusteluissa käydään läpi hoitajan RAI-osaaminen
31. Lähiesimies seuraa säännöllisesti RAI-asiakastason hoidon tuloksia (mittari-raportti) suhteutettuna hoidon kirjaamiseen
32. RAI-arvioinnin toteuttaminen ja hyödyntäminen on prosessina aukikirjoitettu yksikössä
33. Rekrytoinnissa huomioidaan RAI-osaaminen

RAI-KOULUTUKSET

34. Mitä RAI-koulutuksia olet käynyt? valitse kaikki käymäsi koulutukset.

- En mitään RAI-koulutuksia
- InterRAI-HC verkkokurssi (RAIsoft), v. 2020-
- THL:n sivuilta löytyvä RAI-verkkokoulu
- Työpajat Pirkanmaalla esimiehille ja johdolle, Syksy 2019 (RAIsoft)
- Tiedolla johtamisen koulutus, 9.12.2020 RAIsoft
- Pirkanmaan RAI-koordinaattorin omassa kunnassani järjestämä RAI-koulutus vuonna 2020 tai 2021
- RAI ABC-koulutus (vuonna 2019 tai aiemmin) Raisoftin tai muun tahon järjestämänä
- RAI-avainosaajakoulutus (RAIsoft)
- RAI laatumoduuli- tai johtamismoduulikoulutus (RAIsoft)
- RAI erityisasiantuntijavalmennus (THL)
- jokin muu, mikä?

35. Oletko osallistunut THL:n järjestämiin RAI-seminaareihin?

- en kertaakaan
- satunnaisesti
- säännöllisesti

36. Millaista RAI-koulutusta koet tarvitsevasi ja toivoisit lähiesimiehenä saavasi jatkossa? Voit valita useampia.

- RAI-mittareiden tulkinta ja hyödyntäminen asiakastason hoitosuunnitelmien laadinnassa
- Miten luoda oman yksikköni mittari- ja vertailuraportit ja hyödyntää niitä
- THL:n palauteraporttien tulkinta ja laatuindikaattorien hyödyntäminen laadun parantamisessa
- Yksikön asiakasrakenteen tarkastelu RAIsoft-ohjelmistossa
- Laatumoduulin käyttö yksikön toiminnan ja hoidon laadun seurannassa
- Vertaisoppimista ja toisten esimiesten tukea ja käytännön esimerkkejä, miten kehittää yksikköni hoitotyön laatua RAI:ta hyödyntäen
- RAI avainosaaja-koulutus
- RAI erityisasiantuntijakoulutus (THL)
- Jokin muu, mikä?

37. Lopuksi sana on vapaa. Mitä kehitysideoita, palautetta tai ajatuksia sinulla on Pirkanmaan yhteiseen RAI-kehittämiseen liittyen?

Liite 2. Saatekirje tutkimukseen osallistumisesta sähköpostitse

Hei kotihoidon tai asiakasohjaajien lähiesimies!

Pyytäisin sinua osallistumaan opinnäytetyö-tutkimukseeni, jonka tarkoituksena on selvittää, millainen Pirkanmaan kotihoidon ja asiakasohjaajien lähiesimiesten ja heidän johtamiensa yksiköiden RAI-osaamistaso on tällä hetkellä ja miten te esimiehet RAI:ta hyödynnätte johtamisessanne.

Kyselyn tulosten pohjalta on tavoitteena laatia Pirkanmaalle joko ehdotusta RAI-koulutussuunnitelmaksi lähiesimiehille tai käytännönläheistä ohjetta lähiesimiehille RAI-tietojen hyödyntämiseksi johtamisen tukena. Kyselyn tulokset auttavat Pirkanmaan yhteisen RAI-toimintamallin jatkokehittämisessä ja vastaamisesta saatat hyötyä tulevaisuudessa mm. toiveidesi mukaisten koulutusten muodossa.

Kyselyyn vastaaminen kestää noin 10–15 minuuttia. Lue kysymykset sekä vastausvaihtoehdot huolella ja vastaa rehellisesti. Tutkimukseni on kvantitatiivinen kysely, eli tulosten luotettavuus on sitä parempi, mitä useampi tutkimukseen vastaa. Jokainen vastaus on siis tärkeä. Vastaukset käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti, eikä niitä voida yhdistää kehenkään yksittäiseen vastaajaan tai kuntaan. EU:n tietosuoja-asetuksen mukainen tutkimuksen tietosuojailmoitus on nähtävillä tämän sähköpostin liitteenä.

Pääset vastaamaan tutkimukseen 14.04.-05.05.2021 välisenä aikana tästä linkistä: <http://lomake.tamk.fi/lomakkeet/31627/lomakkeet.html>

Tutkimus toteutetaan kaikissa Pirkanmaan kunnissa yhteistyössä Pirkanmaan RAI projektiryhmän kanssa ja olen saanut siihen tutkimusluvut erikseen jokaisesta kunnasta / yhteistoiminta-alueelta. Tutkimuksen tulokset ovat perustana ylempään ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvalle opinnäytetyölleni: "Tiedolla johtaminen RAI:n avulla kotihoidon ja asiakasohjauksen lähiesimiesten näkökulmasta" Tampereen ammattikorkeakoulussa.

Opinnäytetyön ohjaajana toimii Sirpa Salin. Kaikissa tutkimukseen liittyvissä asioissa voit olla minuun yhteydessä: marika.luosmala@tuni.fi.

Vastaamalla autat merkittävästi opinnäytetyöni etenemistä. **Lämmin kiitos arvokkaista vastauksistasi ja vaivannäöstäsi!**

Yhteistyöterveisin

Marika Luosmala

Liite 3. Tietosuojailmoitus

Tieteellisen tutkimuksen tietosuojailmoitus

EU:n tietosuoja-asetus (EU 2016/679, art.12,13, 14

1. Rekisterinpitäjä

Marika Luosmala, YAMK-opiskelija

[REDACTED]

2. Yhteyshenkilö tutkimusta koskevissa asioissa

Marika Luosmala

[REDACTED]

[REDACTED]

marika.luosmala@tuni.fi

3. Tietosuojavastaavan yhteystiedot (ei opiskelijatutkimuksessa)

4. Henkilötietojen käsittelyn tarkoitus

YAMK-tutkinnon opinnäytetyö Sosiaali ja terveysalan johtaminen koulutusohjelmassa. Työn tarkoituksena on selvittää millainen Pirkanmaan kotihoidon ja asiakasohjaajien lähiesimiesten ja heidän johtamiensa yksiköiden RAI-osaamistaso on tällä hetkellä ja miten esimiehet RAI:ta hyödyntävät johtamisessaan. Kyselyn tulosten pohjalta on tavoitteena laatia Pirkanmaalle joko ehdotusta RAI-koulutussuunnitelmaksi lähiesimiehille tai käytännönläheistä ohjetta RAI-tietojen hyödyntämiseksi kotihoidon ja asiakasohjauksen lähijohtamisessa.

Työstä on tavoitteena saada tilannetietoa ja hyötyä Pirkanmaan yhteiseen RAI-kehittämiseen, erityisesti RAI-projektiryhmän, kuntien vanhustyönjohdon ja lähiesimiesten itsensä käyttöön: saadaan tilannekatsaus, mikä RAI-osaaminen ja lähiesimiesten RAI-tiedolla johtamisen osalta on tilanne Pirkanmaalla vuosi yhteisen toimintamallin ja uuden RAI-välineen käyttöönoton jälkeen. Tulosten pohjalta voidaan löytää onnistumisia, päästä puuttumaan mahdollisiin osaamisvajaisiin, poikkeamiin sovitussa toimintatavoissa tai kehittämiskohteisiin järjestämällä tarpeiden mukaista koulutusta tai tukimateriaalia. Osaamisen ja tiedolla johtamisen parantumisesta hyötyjiä ovat luonnollisesti myös työntekijät sekä heidän ennen kaikkea heidän hoidossaan olevat asiakkaat.

Tutkimuksen tuloksissa on tarkoitus luoda yleiskatsaus vastaajien työ-, esimies- ja RAI:n käyttökokemuksesta sekä heidän käymistään koulutuksista ja toisaalta ristiintaulukoinnilla vertailla, onko näillä vaikutusta

yksiköiden RAI-osaamisen tasoon tai RAI-tiedon hyödyntämiseen johtamisessa. Tulosten julkaisuvaiheessa tulon kiinnittämään erityistä huomiota siihen, ettei mitään tuloksia julkaista muodossa, jossa yksittäisten vastaajia voitaisiin tunnistaa millään tavalla.

5. Tutkimuksen vastuullinen johtaja tai siitä vastaava ryhmä

Kts. kohta 2.

Tutkimuksen vastuullinen johtaja on rekisterinpitäjän määräämä henkilö, joka vastaa tutkimuksen toteuttamisesta. Tutkimuksesta vastaavaksi tahoksi voidaan nimetä myös tutkimusryhmä.

6. Tutkimuksen suorittajat

Marika Luosmala

7. Tutkimuksen nimi, luonne ja kestoaika

Tutkimuksen nimi: Tiedolla johtaminen RAI:n avulla kotihoidon ja asiakasohjauksen lähiesimiesten näkökulmasta

Kertatutkimus

Seurantatutkimus

Tutkimuksen kestoaika (kuinka kauan henkilötietoja käsitellään): Tutkimus on tarkoitus saada valmiiksi vuoden 2021 aikana, mutta mahdollisten viiveiden varalle henkilötietojen käsittelyaika on vuoden 2022 loppuun.

8. Henkilötietojen käsittelyn oikeusperuste

Henkilötietojen käsittelyn oikeusperuste:

EU:n yleinen tietosuojalaki, artikla 6 kohta 1 sekä tietosuojalaki 4 § (valitse yksi peruste kuhunkin käyttötarkoitukseen):

Tutkittavan suostumus

Rekisterinpitäjän lakisääteisen veloitteen noudattaminen

säädökset:

Yleistä etua koskeva tehtävä/rekisterinpitäjälle kuuluvan julkisen vallan käyttö

tieteellinen tai historiallinen tutkimus tai tilastointi

tutkimusaineistojen ja kulttuuriperintöaineistojen arkistointi

Rekisterinpitäjän tai kolmannen osapuolen oikeutettujen etujen toteuttaminen

mikä oikeutettu etu on kyseessä:

Muu, mikä:

9. Arkaluonteiset henkilötiedot (erityisiin henkilötietoryhmiin kuuluvat tiedot ja rikostiedot)

Tutkimuksessa ei käsitellä arkaluonteisia henkilötietoja

Tutkimuksessa käsitellään rikostuomiota tai rikkomuksia koskevia tietoja:

Ei

Kyllä

10. Tutkimusrekisterin tietosisältö

- työkokemus
- koulutus
- työtehtävä

11. Henkilötietojen tietolähteet

Tiedot saadaan kyselytutkimuksessa tutkittavilta itseltään.

12. Tietojen siirto tai luovuttaminen tutkimusryhmän ulkopuolelle

Tietoja ei siirretä tutkimusryhmän ulkopuolelle eikä henkilötietoja käsittele muut kuin tutkija.

13. Tietojen siirto tai luovuttaminen EU:n/ETA-alueen ulkopuolelle

Siirretäänkö rekisterin tietoja kolmanteen maahan tai kansainväliselle järjestölle EU:n tai ETA-alueen ulkopuolelle:

Ei

Kyllä, mihin:

14. Automaatioitu päätöksenteko

Automaattisia päätöksiä ei tehdä.

15. Rekisterin suojauksen periaatteet

Rekisteri on suojattu käyttäjätunnuksella ja salasanalla.

Manuaalisen aineiston suojaaminen: ____

Tietojärjestelmissä käsiteltävät tiedot:

- käyttäjätunnus
- salasana
- kaksivaiheinen käyttäjän tunnistus (MFA)
- pääsynhallinta verkko-osoitteiden avulla (IP-osoitteet)
- käytön rekisteröinti (lokitietojen kerääminen)
- kulunvalvonta
- muu, mikä:

Suorien tunnistetietojen käsittely:

- Suorat tunnistetiedot poistetaan analysointivaiheessa
- Aineisto on pseudonymisoitu)
- Aineisto analysoidaan suoraan tunnistetiedoin, koska (peruste suorien tunnistetietojen säilyttämiselle):

Tietojen suojaus tietojen siirroissa:

- tiedonsiirron salaus(kuvaile miten):
- tiedoston salaus (kuvailemiten):
- muu, mikä:

16. Henkilötietojen käsittely tutkimuksen päättymisen jälkeen

- Tutkimusrekisteri hävitetään
- Tutkimusrekisteri arkistoidaan anonymisoituna ilman tunnistetietoja
- Tutkimusrekisteri arkistoidaan tunnistetiedoin

Mihin aineisto arkistoidaan ja miten pitkäksi aikaa: ____

17. Rekisteröidyn oikeudet ja niiden mahdollinen rajoittaminen

Rekisteröidyllä on, ellei tietosuojalainsäädännöstä muuta johdu:

- Tietojen tarkastusoikeus (oikeus saada pääsy henkilötietoihin)
 - o Rekisteröidyllä on oikeus tietää, käsitelläänkö hänen henkilötietojaan vai ei, ja mitä henkilötietoja hänestä on tallennettu.

- Oikeus tietojen oikaisemiseen
 - o Rekisteröidyllä on oikeus vaatia, että häntä koskevat virheelliset, epätarkat tai puutteelliset henkilötiedot oikaistaan tai täydennetään ilman aiheetonta viivytystä. Lisäksi henkilöllä on oikeus vaatia, että tarpeettomat henkilötiedot poistetaan.

- Oikeus tietojen poistamiseen
 - o Rekisteröidyllä on poikkeustapauksissa oikeus saada henkilötietonsa kokonaan poistettua rekisterinpitäjän rekistereistä (oikeus tulla unohdetuksi).

- Oikeus käsittelyn rajoittamiseen
 - o Rekisteröidyllä on tietyissä tilanteissa oikeus pyytää henkilötietojensa käsittelyn rajoittamista siksi aikaa, kunnes hänen tietonsa on asianmukaisesti tarkistettu ja korjattu tai täydennetty.

- Vastustamisoikeus
 - o Henkilöllä on tietyissä tilanteissa oikeus henkilökohtaiseen, erityiseen tilanteeseensa perustuen milloin tahansa vastustaa henkilötietojensa käsittelyä.

- Oikeus siirtää tiedot järjestelmästä toiseen
 - o Rekisteröidyllä on tietyissä tilanteissa oikeus saada häntä koskevat henkilötiedot, jotka hän on toimittanut rekisterinpitäjälle, jäsennellyssä, yleisesti käytetyssä ja koneellisesti luettavassa muodossa, ja oikeus siirtää tiedot toiselle rekisterinpitäjälle.

- Oikeus tehdä valitus valvontaviranomaiselle
 - o Rekisteröidyllä on oikeus tehdä valitus erityisesti vakinaisen asuin- tai työpaikkansa sijainnin mukaiselle valvontaviranomaiselle, jos hän katsoo, että henkilötietojen käsittelyssä rikotaan EU:n yleistä tietosuoja-asetusta (EU) 2016/679. Rekisteröidyllä on lisäksi oikeus käyttää hallinnollisia muutoksenhakukeinoja sekä muita oikeussuojakeinoja.

Yhteystiedot:

Tietosuojavaltuutetun toimisto

Käyntiosoite: Ratapihantie 9, 6. krs, 00520 Helsinki

Postiosoite: PL 800, 00521 Helsinki

Vaihde: 029 56 66700

Faksi: 029 56 66735

Sähköposti: tietosuoja@om.fi

Rekisteröidyn oikeuksien käyttämistä koskevissa pyynnöissä noudatetaan rekisterinpitäjän tietopyyntöprosessia.

Liite 4. Tietoinen suostumus

SUOSTUMUS

1. Ymmärrän, että tietoon perustuva suostumus vaaditaan kaikilta tähän kyselyyn vastaajilta.
2. Ymmärrän että voin kieltäytyä osallistumasta tai keskeyttää osallistumiseni kyselyyn milloin tahansa ennen vastaamista tai vastaamisen aikana.
3. Ymmärrän että vastaan anonyyminä ja kyselyssä kerättyjä tietoja käsitellään luottamuksellisesti yksityisyys suojaten.
4. Ymmärrän, että jos minulla on kysyttävää tutkimuksesta, voin ottaa yhteyttä tutkijaan osoitteeseen marika.luosmala@tuni.fi
5. Ymmärrän, että vastauksia käsitellään niin, etteivät yksittäiset vastaajat tai kunnat ole tunnistettavissa.

Ole hyvä ja rastita alla oleva ruutu antaaksesi suostumuksesi osallistua tähän tutkimukseen. Tämän jälkeen pääset vastaamaan tutkimuksen kysymyksiin.

Liite 5. Taulukko aiempien tutkimusten keskeisistä tuloksista

Tekijät, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä	Keskeiset tulokset oman tutkimuskysymyksen kannalta
Niemelä, K, Taskinen, R, Vähäkangas, P, Elo, S, Turkki, L & Nieminen, P. 2018. Suomi	-RAJHYJ-mittari on kehitetty lähijohtajille työväliseksi, jonka avulla RAI-osaamista sekä RAI-tiedon hyödyntämistä johtamisessa voidaan arvioida ja kehittää. -Selvitettiin RAIHYJ-mittarin käyttökelpoisuutta ja luotettavuutta johtamisen työväliseksi, -tavoitteena oli tuottaa tietoa hoitajien RAI-osaamisesta sekä tavoista, jolla johtajat hyödyntävät RAI-tietoa johtamisessaan	-Kvantitatiivinen kysely RAJHYJ-mittaria käyttäen (mittari julkaistu THL raportissa 48/2012). -Yhteensä 131 vastaajaa, 64 kotihoidon ja 67 ympärivuorokautisen hoidon lähijohtajaa Oulussa, Espoossa ja Helsingissä vastasi kyselyyn, vastausprosentti 100.	- RAIHYJ-mittari voi toimia esimiehen työkaluna osaamisen arvioinnissa -RAI-osaamisessa ja RAI-tiedon hyödyntämisessä kehitettävää, kh:ssa ymp.vrk enemmän -Eniten kehitettävää hoito- ja kuntoutussuunnitelmien teossa, RAI-mittarien tuloksinassa, arviointien ajantasaisuudessa sekä hoitajien ja johtajien motivaatiossa RAI-tiedon hyödyntämiseen -Esiin nousi lähijohtajien oman osaamisen kehittämistarve
Vähäkangas, P, Niemelä, K, Mäkelä, M & Noro, A. 2017. Suomi	Tavoitteena oli arvioida Oulu Screener mittarivalikoiman ja sen perusteella muodostetun MAPLe 15 ryhmittelyn soveltuvuutta palvelutarpeen arviointiin ja tarkastella sen tulosten perusteella millaisiin palveluihin ikäihmiset ovat sijoittuneet puolen vuoden seurannan jälkeen.	Aineisto (n=1744) koostuu valmiista rekisteriaineistoista, eli käyttämällä palvelutarpeen arvioinnissa olleiden asiakkaiden RAI-arviointeja keväällä 2014, liittämällä näihin THL:n kotihoidon laskennan, sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelujen sekä terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisterien aineistoja.	- Sos. ja terv.huollon johtamisessa tarvitaan vertailutietoa palvelun toteutumisesta ja kohdentumisesta, tutkimuksessa esitelty yksi käyttökelpoinen malli tästä. -palveluohjauksen esimiehen tulee hallita RAI tunnuslukujen käyttö ikäihmistien palvelu- ja hoitoketjujen toimivuutta seurattaessa ja arvioitaessa
Vähäkangas, P. 2010.	Tutkimuksen tarkoituksena oli analysoida kuntoutumista edistävän hoitajan toiminnan määrää, kohdentumista ja sen yhteyttä hoidon laadun tuloksiin. Lisäksi tarkoituksena oli kuvata kuntoutumista lähijohtamisen menetelmiä pitkäaikaisessa laitoshoidossa.	Tutkimus koostuu neljästä osajulkaisusta, josta kolmessa on käytetty valmiita RAI-tutkimusaineistoja. Neljättä osajulkaisua varten on koottu laadullinen aineisto osastonhoitajien teemahaastatteluista (n = 14), joka on analysoitu sisällön analyysillä.	-Lähijohtamisessa keskeistä yhteiset toimintamallit, tavoitteet sekä hoidon tulosten mittaaminen sekä asiakas että osastotavalla -RAI-tunnuslukuja hyödyntämällä lähijohtajat vertasivat oman osaston hoidon tuloksia suhteessa muihin osastoihin. -Lähijohtajan merkitys kuntoutumista edistävän toimintamallin käytäntöön viemisessä suuri

Vähäkangas, P, Niemelä K, Noro, A. 2012. Suomi.	Hankkeessa tavoitteena oli 1) kehittää johtamisen tunnuslukuja ja toimintamalleja ikäihmisten hoitoketjussa 2) kehittää työvälineitä parantamaan hoidon laatua ja ohjataan henkilöstöresursseja ja 3) kehittää johtamisen malleja kuntoutuksen edistämiseksi. Mukana Oulu, Kokkola, yliopistokeskus Chydenius sekä THL.	Hankkeessa toimintatutkimuksen elementtejä, siinä toteutettiin kolme kuntoutusinterventiota ja tuloksia arvioitiin hyödyntämällä RAI-aineistoja, keräämällä interventioihin liittyviä tietoja teema-haastatteluin ja analysoimalla hoitosuunnitelmia ja niissä tapahtuneita muutoksia koti- ja ymp.vrk.hoidossa.	-luotu arviointilomakkeet niin hoitajan, yksikön kuin lähiesimiesten oman RAI-osaamisen arvioimiseen -lähijohtamisen näkökulmasta keskeistä on RAI-arviointien luotettavuuden turvaaminen, hoitajien osaaminen ja johtajan tiivis läsnäolo arjessa -systemaattinen kehittäminen onnistunutta, luotu suosituksia ja malleja lähijohtamiseen ja erityisesti RAI-tiedon hyödyntämiseen
Sernola, R. 2014. Suomi.	Tarkoituksena oli kartoittaa Nokian, Ylöjärven ja Pirkkalan kotihoidon esimiesten tapaa hyödyntää RAI-järjestelmää esimiestyössä. Tavoitteena oli tuottaa konkreettinen ohjeistus RAI-järjestelmän hyödyntämiseen sekä parantaa RAI-arviointien luotettavuutta Nokialla ja RAI-järjestelmän tuottamien tulosten hyödyntämistä kotihoidon lähijohtamisessa.	Kvalitatiivinen tutkimus, jonka aineisto kerättiin ryhmämuotoisilla teemahaastatteluilla. Aineisto analysoitiin sisällön analyysilla.	-RAI-osaamisen varmistaminen jäi perehdytyksen ja kollegalta oppimisen varaan käyttöönottokoulutusten jälkeen. -RAI:n hyödyntäminen painottui kriteeritarkasteluun sekä RAI käyttöön hoitosuunnitelmissa. -Yksikön ja tiimin kehittäminen palauteraporttien tai mittarien perusteella oli satunnaista. -Henkilöstön motivointia piti tehdä jatkuvasti. -Esimiehet kaipaivat selkeää ohjetta mitä raporttia hyödynnetään eri asioihin.
Dahlman, S & Takanen, M. 2009. Suomi.	Tarkoituksena oli selvittää miten RAI-järjestelmän tuottamaa tietoa hyödynnetään henkilöstöjohtamisessa. Tavoitteena oli kehittää RAI-järjestelmän käyttöä edistävä toimintamalli henkilöstöjohtamisen tueksi ja hoidon laadun kehittämiseksi pitkäaikais-hoidossa.	Toteutus toimintatutkimusta mukaillen. Aluksi kvantitatiivinen kysely, johon vastasivat yksiköiden lähiesimiehet Tampereelta Koukkuniemen vanhainkodista ja Pietarsaaren vanhusyksiköistä (n=37), joissa RAI ollut yli 1 v käytössä. Analysointi SPSS-menetelmällä, avoimet kysymykset sisällön analyysilla.	-Neljännes vastaajista ei hyödynnä RAI-järjestelmästä saatuja tuloksia henkilöstöjohtamiseen liittyvissä tehtävissä. -Tuloksista ilmeni myös, että kolmannes vastaajista ei tee säännöllistä yhteistyötä muiden esimiesten kanssa, eikä saa tukea muilta esimiehiltä. -Lähiesimiehet kaipaavat RAI-järjestelmän käytön hyödyntämiseen lisäkoulutusta.
Ylitalo, T. 2016. Suomi.	Tarkoituksena kehittää vuosikellomalli RAI-ohjelmiston käytön yhdenmukaistamiseksi Lahden pitkäaikaishoidon osastoille.	Toimintatutkimus, kysyttiin 10 oh:lta kyselytutkimuksella miten he hyödyntävät RAI:ta työssään. Vastausten perusteella toteutettiin vuosikellomalli.	-RAI:n hyödyntäminen eritasoista, kaivataan yhteisiä periaatteita ja yksiköiden välistä vertailu -esimiehet kokevat oman osaamisensa puutteelliseksi, mikä vaikeuttaa alaisten opastamista