



MONIAMMATILLISEN RAI- ARVIOINNIN KEHITTÄMINEN KAUPIN SAIRAALASSA

Marja Leena Paavola

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2013
Terveystieteiden koulutusohjelma
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Terveyden edistämisen koulutusohjelma

PAAVOLA MARJA LEENA:
Moniammatillisen RAI-arvioinnin kehittäminen Kaupin sairaalassa

Opinnäytetyö 132 sivua, joista liitteitä 28 sivua
Huhtikuu 2013

Opinnäytetyön tavoitteena oli toimintatutkimuksen avulla kehittää Tampereen kaupungin laitoshoidon, Kaupin sairaalan, fysioterapeuttien ja osastojen hoitajien moniammatillisen RAI-arvioinnin toteuttamista. Työn tarkoituksena oli selvittää ja kuvata kyseisen toimintayksikön fysioterapeuttien ja osastojen hoitajien moniammatillisen RAI-arvioinnin kokemuksia ja sen toteutumista. Lisäksi tarkoituksena oli koulutusinterventioiden kautta edistää moniammatillisuutta RAI-arvioinnissa.

RAI, Resident Assessment Instrument, on Yhdysvalloissa 1980-luvulla kehitetty asiakkaan tarpeiden ja hoidon laadun arviointi- ja seurantaväline. Pitkäaikaishoitoon suunnattu RAI-tietojärjestelmä, RAI-LTC (Long Term Care), on toiminut Tampereen kaupungin laitoshoidon vanhusasiakkaiden hoidon tarpeen ja laadun sekä kustannusten arviointi- ja seurantajärjestelmänä vuodesta 2001 ja ollut käytössä Kaupin sairaalan toimintayksikössä vuodesta 2006. Kaupin sairaala siirtyi RAI-PAC (Post Acute Care)-tietojärjestelmään vuoden 2013 helmikuun alusta opinnäytetyön saadessa näin uuden näkökulman RAI-arviointiin.

Opinnäytetyön tutkimusstrategia oli toimintatutkimus, jonka tarkoituksena on vaikuttaa tutkimuskohteeseen, sen toimintaan tai ympäristöön niitä kehittävästi ja parantavasti. Opinnäytetyön toimintasuunnitelman mukaisesti tutkimuksessa toteutui kolme interventiota, joiden kautta toimintaa kehitettiin. Toimintatutkimuksen aineistonkeruumenetelminä käytettiin kyselyä sekä havaintopäiväkirjaa.

Saatujen tulosten mukaan opinnäytetyössä käytetyillä koulutusinterventioilla pystyttiin vaikuttamaan edistävästi RAI-arvioinnin sisällön tuntemiseen, moniammatillisemmin suoritettuun RAI-arviointiin sekä lisäämään ammatillista osaamista. Jatkuva koulutus-tarve tuotiin vastauksissa esiin. Koulutuksilla koettiin olevan positiivista vaikutusta, joka toivottiin voivan siirtää myös käytännön työhön. Positiivinen asenne edisti henkilökunnan sopeutumista uuteen asiaan.

Opinnäytetyön tulosten perusteella Kaupin sairaalan henkilökunta tarvitsee lisää teoria- ja käytännön koulutusta moniammatillisen RAI-arvioinnin tekemisen onnistumiseksi ja tueksi. Henkilökunta kaipaa myös motivointia ja aikaa koulutuksiin ja RAI-arviointiin. RAI-PAC-ohjelman omaksuminen ja sen hallittu käyttö vaativat henkilökunnalta uuden ajattelumallin RAI-arviointiin ja potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon ja huolenpitoon.

Asiasanat: RAI-arviointi, moniammatillisuus, toimintakyky, toimintatutkimus

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree Programme in Health Promotion
Master of Health care and Social Services

PAAVOLA MARJA LEENA:

The Development of Multi-Professional RAI Assessment in Kauppi Hospital
Master's thesis 132 pages, appendices 28 pages
April 2013

The aim of this study was to develop multi-professional RAI-assessment in the city of Tampere institutional care, in Kauppi hospital. The research was directed to the hospital ward physiotherapists and nurses. The aim was to identify and describe physiotherapists and nurses' multidisciplinary assessment of the RAI-assessment experience and its implementation. In addition four interventions were designed to promote multi professionalism through RAI-assessment.

The research method was action research. In action plan of the thesis research four interventions were completed through which the activities were developed. Data was collected by questionnaires and observation diaries.

Results showed that used interventions influenced the knowing of the RAI-assessment, carrying out the RAI-assessment in more multidisciplinary way, as well as increasing in professional skills. The continuous need for education was the answer. Education sessions seemed to have a positive impact, which was hoped to be able to move to the practical work. The positive attitude of the staff contributed to the adaptation of the new topic.

Based on the study Kauppi hospital medical staff needs more theoretical and practical training in professional RAI-assessment. Medical staff will also need the motivation and time to train and to do the RAI assessment.

Key words: RAI-assessment, multi-professional, ability to function, action research

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA OPINNÄYTETYÖTÄ OHJAAVAT KYSYMYKSET	9
3 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	10
3.1 Ikäihmisten palvelut ja niiden laatuun olennaisesti liittyvä lainsäädäntö	10
3.2 Tampereen kaupungin laitoshoidon arvot ja eettiset periaatteet	13
3.3 Kohdeorganisaationa Kaupin sairaala	14
3.3.1 Kaupin sairaala muutoksessa	17
3.3.2 Kaupin sairaalan fysio- ja toimintaterapia	18
3.4 Opinnäytetyössä esiintyviä käsitteitä	19
3.5 Fyysisen-, psyykkisen-, sosiaalisen- ja kognitiivisen toimintakyvyn arviointi	20
3.5.1 Toimintakyvyn heikentymisen haasteet	21
3.5.2 Toimintakyvyn arviointimenetelmien valinta	23
4 MONIAMMATILLISUUS	26
5 RAI -ARVIOINTI	29
5.1 Lähtökohdat ja taustatietoja	29
5.2 RAI ja Tampereen laitoshoido	32
5.2.1 Toimintakyky ja RAI-LTC	36
5.2.2 Toimintakyky ja RAI-PAC -arviointi	39
5.2.3 Palvelujen tuotteistaminen RAI -järjestelmän avulla	39
5.2.4 RAI- arviointi ja -järjestelmä opinnäytetyön kohteena	40
6 OPINNÄYTETYÖN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT	42
6.1 Toimintatutkimus	42
6.2 Menetelmätriangulaation käyttö opinnäytetyössä	48
6.2.1 Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus	49
6.2.2 Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus	50
6.2.3 Kysely, kyselylomakkeen suunnittelu ja testaus	50
6.2.4 Havaintopäiväkirja	51
6.3 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi	52
6.4 Eettisyys ja luotettavuus	56
7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	58
7.1 Toiminnan suunnittelu ja toteutus	58
7.1.1 Ohjausryhmä	66
7.1.3 Kyselyyn vastaajien valinta ja ohjeistus	68
7.1.4 Ensimmäisen kyselyn kyselylomakkeen suunnittelu ja testaus	69
7.1.5 Toisen kyselyn kyselylomakkeen suunnittelu ja testaus	70

8 TULOKSET	72
8.1 Ensimmäisen kyselyyn osallistuneiden vastaajien taustatiedot.....	72
8.2 Ensimmäisen kyselyaineiston analyysi	72
8.2.1 RAI -arviointi, sen tuntemus ja tekemiseen osallistuminen	73
8.2.2 Moniammatillisuus	77
8.2.3 Moniammatillisen RAI-arvioinnin kehittäminen.....	79
8.2.4 Kooste moniammatillisen RAI-arvioinnin kehittämisestä Kaupin sairaalassa	80
8.3 Toiseen kyselyyn osallistuneiden vastaajien taustatiedot	81
8.4 Toisen kyselyaineiston analyysi	82
8.4.1 RAI -arviointi, sen tuntemus ja tekemiseen osallistuminen	82
8.4.2 Moniammatillisuus	84
8.4.3 Moniammatillisen RAI-arvioinnin kehittäminen.....	84
8.4.4 Kooste moniammatillisen RAI-arvioinnin kehittämisestä Kaupin sairaalassa	86
8.5 Havaintopäiväkirja	87
9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	88
9.1 Opinnäytetyön tulosten ja kehittämis ehdotusten pohdintaa	88
9.2 Opinnäytetyön eettisyys	94
9.3 Opinnäytetyön luotettavuus.....	95
9.4 Jatkotutkimus aiheet	98
LÄHTEET.....	100
LIITTEET	105

1 JOHDANTO

”Hoito kutoutuu antamaan vanhukselle koko hänen elämänsä puitteet.”
(Vappu Taipale, 2005)

Väestön ikärakenne on muutoksessa ja tästä syystä koko yhteiskunnan on sopeuduttava entistä iäkkäämmän väestön tarpeisiin. Vanhusten määrän jatkuva kasvu on viime vuosina ollut esillä monissa eri yhteyksissä. Valtakunnan tasolla hallitusohjelmassa tuodaan esille vanhustenhuollon palvelujen kehittäminen. Kuntasuunnitelmissa kiinnitetään enenevässä määrin huomiota laadukkaiden vanhustalveluiden järjestämiseen. (Tilastokeskus 2003.) ”Hoito ja huolenpito tulisi toteuttaa niin, että iäkäs henkilö voi kokea elämänsä turvalliseksi, merkitykselliseksi ja arvokkaaksi ja että hän voi ylläpitää sosiaalista vuorovaikutusta sekä osallistua mielekkääseen, hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistävään ja ylläpitävään toimintaan ”(Laki Ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 1.7.2013).

Erittäin tärkeiksi koetaan terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, ehkäisevän toiminnan ja kotona asumisen tukemisen ensisijaisuus sekä monitahoinen yksilökohtainen palvelutarpeen arviointi. Iäkkään henkilön toimintakykyä arvioitaessa korostuu laaja-alaisuus. Laaja-alaisessa arvioinnissa tulee huomioida iäkkään henkilön fyysinen, kognitiivinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky. (STM. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008.)

Tampereen kaupungin laitoshoidossa on ollut käytössä Yhdysvalloissa kehitetty RAI-tietojärjestelmä vuodesta 2001. RAI kehitettiin Yhdysvalloissa 1980-luvulla parantamaan sen aikaisen laitoshoidon laatua, systemaattista suunnittelua ja arviointia. Vuodesta 2006 lähtien RAI on ollut käytössä kaikissa laitoshoidon yksiköissä. (Tampere.fi.) RAI, englanninkieliseltä nimeltään Resident Assessment Instrument, on asiakkaan tarpeiden ja hoidon laadun arviointi- ja seurantaväline. Se perustuu yksilön tarpeiden monipuoliseen systemaattiseen arviointiin. Järjestelmä koostuu sadoista muuttujista, joista samalla rakentuu joukko kansainvälisesti testattuja päteviksi ja luotettaviksi todettuja mittareita. (THL 2013.)

RAI- tietojärjestelmä soveltuu yksilön hoito- ja palvelusuunnitelman laadintaan ja hoidon tulosten seurantaan. RAI-tietojärjestelmä toimii laitoshoidossa myös vanhusasiakkaiden hoidon tarpeen ja laadun sekä kustannusten arviointi- ja seurantajärjestelmänä. RAI:n avulla voidaan asiakkaalle turvata paras mahdollinen hyvinvoinnin tila. Tietojärjestelmän kautta saadaan tietoa asiakkaan tarpeista ja voimavaroista. RAI tuo esiin yksilölliset ongelma-alueet ja se toimii yksilöllisen hoitosuunnitelman perustana. Sen avulla pystytään asettamaan asiakkaan hoidon tavoitteet ja tarkistamaan jo olemassa olevaa hoitosuunnitelmaa ja hoidon vaikuttavuutta. RAI-arvioinnin paras tulos ja luotettavuus saadaan asiakkaan kokonaisvaltaisella moniammatillisella arvioinnilla. Moniammatillinen yhteistyö ja RAI -tietojärjestelmä kehittävät asiakkaan kokonaisvaltaista hoitoa ja vahvistavat hoitoon osallistuvan tiimin keskinäistä yhteistyötä ja kommunikointia. RAI ohjaa moniammatilliseen dialogiin.

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää Tampereen kaupungin laitoshoidon, Kaupin sairaalan, fysioterapeuttien ja osastojen hoitajien moniammatillisen RAI-arvioinnin toteuttamista. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää ja kuvata Tampereen kaupungin laitoshoidon, Kaupin sairaalan, fysioterapeuttien ja osastojen hoitajien moniammatillisen RAI-arvioinnin kokemuksia ja sen toteutumista. Tarkoituksena oli koulutusinterventioiden kautta edistää moniammatillisuutta RAI- arvioinnissa.

Opinnäytetyötä ohjasivat seuraavat kysymykset: ”Minkälainen on Kaupin sairaalan henkilökunnan RAI-arvioinnin tuntemus ja sen tekemiseen osallistumisen nykytila?”, ”Miten Kaupin sairaalassa toteutuu moniammatillisen RAI-arvioinnin tekeminen?” sekä ”Miten koulutusinterventiot edistävät RAI-tietämystä ja lisää moniammatillisen RAI-arvioinnin toteutusta Kaupin sairaalassa?”

Opinnäytetyön tutkimusstrategia oli toimintatutkimus, jonka muoto oli praktinen eli *käytännöllinen*. Toimintatutkimuksessa yhdistyvät sekä teoria- että kokemuksellinen tieto niitä arvottamatta. (Kilcku 2012.) Tarve kehittää RAI-arvioinnin moniammatillista osaamista tiedostettiin toimintatutkimuksen kohteena olevassa työyksikössä ja työnantaja tasolla; siksi toimintatutkimus oli opinnäytetyön tutkimusstrategiaksi hyvin soveltuva. Toimintatutkimuksessa ongelmat tiedostetaan työyhteisössä ja toimintaa voidaan

lähteä kehittämään uudelleen suuntautumalla ja muokkaamalla. Toimintatutkimuksen etuna on, että yhteisö itse tuottaa paremman ratkaisun kuin ulkopuolelta tuleva. Tässä tutkimuksen muodossa alalla toimivien ihmisten tärkeä, hiljainen tieto, voidaan saada esiin. Toimintatutkimus sisälsi neljä koulutusinterventiota ja opinnäytetyön mittareina käytettiin kahta kyselyä ja havaintopäiväkirjaa.

2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA OPINNÄYTETYÖTÄ OHJAAVAT KYSYMYKSET

Opinnäytetyön tavoitteena on toimintatutkimuksen avulla kehittää Tampereen kaupungin laitoshoidon, Kaupin sairaalan, fysioterapeuttien ja osastojen hoitajien moniammatillisen RAI-arvioinnin toteuttamista.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää ja kuvata Tampereen kaupungin laitoshoidon, Kaupin sairaalan, fysioterapeuttien ja osastojen hoitajien moniammatillisen RAI-arvioinnin kokemuksia ja sen toteutumista. Tarkoituksena on koulutusinterventioiden kautta edistää moniammatillisuutta RAI- arvioinnissa.

Opinnäytetyötä ohjaavat seuraavat kysymykset:

1. Minkälainen on Kaupin sairaalan henkilökunnan RAI- tietojärjestelmän tuntemus ja RAI-arvioinnin tekemiseen osallistumisen nykytila?
2. Miten Kaupin sairaalassa toteutuu moniammatillisen RAI-arvioinnin tekeminen?
3. Miten koulutusinterventiot edistävät RAI-tietämystä ja lisää moniammatillisen RAI-arvioinnin toteutusta Kaupin sairaalassa?

3 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat sisältävät katsauksen ikäihmisten palveluihin ja laatuun liittyvään lainsäädäntöön edeten hierarkkisesti opinnäytetyön kohdeyksikön esittelyyn. Osiossa avataan kirjallisuuskatsauksen kautta myös opinnäytetyötä ohjaavat keskeiset käsitteet: toimintakyky ja moniammatillisuus. Liitteessä yksi on kooste opinnäytetyön RAI -käsitteistä.

3.1 Ikäihmisten palvelut ja niiden laatuun olennaisesti liittyvä lainsäädäntö

Väestön ikärakenne on muutoksessa ja tästä syystä koko yhteiskunnan on sopeuduttava entistä iäkkäämmän väestön tarpeisiin. Vanhusten määrän jatkuva kasvu on viime vuosina ollut esillä monessa eri yhteydessä. Hallitusohjelmassa tuodaan esille vanhustenhuollon palvelujen kehittäminen. Kuntasuunnitelmissa kiinnitetään enenevässä määrin huomiota laadukkaiden vanhuspalveluiden järjestämiseen. (Tilastokeskus 2003.)

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) vastaa ikäihmisten palvelujen toimivuudesta määrittäen palvelujen kehittämisen suuntaviivat, valmistellen lainsäädännön ja ohjaten uudistusten toteuttamista. Ministeriö myös valvoo palvelujen laatua alaistensa Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston Valviran ja aluehallintovirastojen kautta. (STM 2013.)

Sosiaali- ja terveysministeriön *Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen (2008)* tavoitteena on edistää ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä sekä parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta. Keskeisille ikääntyneiden palveluille suositus asettaa valtakunnalliset määrälliset tavoitteet, joiden pohjalta kunnat ja yhteistoiminta-alueet asettavat kunta-kohtaiset tavoitteet. *Ikäihmisten palvelujen laatusuositus* on tarkoitettu ikääntyneiden palvelujen kehittämisen ja arvioinnin välineeksi kuntien ja yhteistoiminta-alueiden päättäjille ja johdolle. Laatusuositus koskee ikääntyneiden säännöllisesti käyttämiä sosiaali- ja terveystalvotuksia sekä laajemmin ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä edistäviä toimia. Suosituksessa korostuu hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen, ehkäisevän toi-

minnan ja kotona asumisen tukemisen ensisijaisuus sekä monitahoinen yksilökohtainen palvelutarpeen arviointi. (STM 2008.)

Palveluntarpeiden selvittäminen ja toimintakyvyn laaja-alainen arviointi painottuvat myös 1.7.2013 voimaan astuvassa *Ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista -laissa (Vanhuspalvelulaki)*. Lain yhtenä tarkoituksena on parantaa iäkkään henkilön mahdollisuutta saada laadukkaita sosiaali- ja terveystalvveluja sekä ohjausta muiden tarjolla olevien talvvelujen käyttöön yksilöllisten tarpeittensa mukaisesti. Talvvelujen tulee olla oikea-aikaisia silloin, kun iäkkään henkilön heikentynyt toimintakyky sitä edellyttää. Talvvelutarpeen selvittämisen yhteydessä on arvioitava iäkkään henkilön toimintakyky monipuolisesti ja luotettavia arviointivälineitä käyttäen. (Laki Ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 2012, voimaan 1.7.2013.)

Edellä mainitun lain mukaan toimintakykyä arvioitaessa on selvitettävä, miltä osin iäkäs henkilö pystyy suoriutumaan tavanomaisista elämän toiminnoista asuin- ja toimintaympäristössään, ja missä asioissa hän tarvitsee tukea ja apua. Laaja-alaisessa arvioinnissa on otettava huomioon iäkkään henkilön fyysinen, kognitiivinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky. Arvioinnissa on kiinnitettävä huomio sekä hänen ympäristönsä esteettömyyteen, asumisensa turvallisuuteen ja lähipalvvelujensa saatavuuteen liittyvät tekijät (Laki Ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 2012 voimaan 1.7.2013.)

Mikäli iäkäs henkilö tarvitsee pitkäaikaista hoitoa ja huolenpitoa se voidaan toteuttaa laitoshoidona vain, jos siihen on lääketieteelliset perusteet tai jos se on iäkkään henkilön arvokkaan elämän ja turvallisen hoidon kannalta muuten perusteltua. Hoito ja huolenpito tulisi toteuttaa niin, että iäkäs henkilö voi kokea elämänsä turvalliseksi, merkitykselliseksi ja arvokkaaksi ja että hän voi ylläpitää sosiaalista vuorovaikutusta sekä osallistua mielekkääseen, hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistävään ja ylläpitävään toimintaan. Iäkkäille avio- ja avopuolisoille on järjestettävä mahdollisuus asua yhdessä. (Laki Ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 2012 voimaan 1.7.2013.)

Potilaan oikeudet hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun turvaa Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Lain toinen luku, 3§, oikeuttaa laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ihmisarvoa loukkaamatta, vakaumusta ja yksityisyyttä kunnioittaen. Hoito tulee järjestää niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.)

Suomen perustuslain 19§ turvaa oikeuden sosiaaliturvaan. Lakiin ja pykälään 19 perustuen julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. (Suomen perustuslaki 1999.) Kunnan vastuu palvelujen ja tukitoimien järjestämisestä perustuu lakiin vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista. Sen mukaisia palveluja ja tukitoimia järjestettäessä on otettava huomioon asiakkaan yksilöllinen avun tarve. (Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 1987.)

Toukokuun 2011 alusta voimaan tullut Terveydenhuoltolaki ja sen ensimmäisen luvun 8§ takaa lain mukaan potilaan hoidon laadun ja potilasturvallisuuden toteutumisen. Terveydenhuollon toiminnan on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Sen on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuoltolakiin perustuen on kunnan perusterveydenhuollon vastattava potilaan hoidon kokonaisuuden yhteensovittamisesta, ellei siitä ole muutoin erikseen sovittu. (Terveydenhuoltolaki 2010.) Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä edistää potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon palvelujen laatua varmistamalla laissa tarkoitetulla terveydenhuollon ammattihenkilöllä olevan ammattitoimintaan edellytetty koulutus, muu riittävä ammatillinen pätevyys ja ammattitoiminnan edellyttämät muut valmiudet. Sama lain ensimmäisen luvun 1§ edistää potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon palvelujen laatua helpottamalla ammatillisesti perusteltua terveydenhuollon ammattihenkilöiden yhteistyötä ja tarkoituksenmukaista käyttöä. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen tietoturvallista sähköistä käsittelyä edistää laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. Laki toteuttaa yhtenäisen sähköisen potilastietojen käsittely- ja arkistointijärjestelmän terveydenhuol-

lon palvelujen tuottamiseksi potilasturvallisesti ja tehokkaasti sekä potilaan tiedonsaantimahdollisuuksien edistämiseksi. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä mahdollistaa, että asiakastietojärjestelmästä tulee voida tuottaa sosiaalihuollon ja terveydenhuollon palvelujen antajan oman suunnittelun, johtamisen ja tilastoinnin, sekä valtakunnallisen tutkimus- ja tilastotoiminnan kannalta tarpeelliset tiedot ja hoidon tarpeen arviointia sekä hoitoon pääsyn ajankohtaa koskevat tiedot. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 2007.)

3.2 Tampereen kaupungin laitoshoidon arvot ja eettiset periaatteet

Tampereen kaupungin laitoshoidon tarjoaa sairaanhoidon, kuntoutuksen sekä avo- ja ympärivuorokautisen hoidon palveluja sekä ennaltaehkäisevää toimintaa toimintakyvyltään heikentyneille tamperelaisille. Laitoshoidon jakautuu sairaalahoidon, vanhainkotihoidon, Rauhaniemen sairaalan ja teknisen yksikön tuotantoyksiköihin. (Tampereen kaupunki, laitoshoidon 2010.)

Tampereen kaupungin laitoshoidon tuotantostrategiassa 2010- 2014, Geriatrisen ja gerontologisen hoidon tuotanto, *Vanhuus ei tule yksin*, toimintaperiaatteet ja arvot koostuvat *hyvästä palvelusta* sisältäen ammattitaidon ja kehittämisen, *yhdessä tekemisestä*, joka korostaa verkostojen hyödyntämistä ja kannustamista vastuunottamiseen lähiyhteisössä, *vastuullisuudesta* huomioiden resurssien optimaalisen käytön, tasa-arvon ja ympäristön. Viimeisenä on *aloitteellisuus* kannustaen luovuuteen, uusien ideoiden etsimiseen ja aktiivisuuteen. (Tampereen kaupunki, laitoshoidon tuotantostrategia 2010-2014, 2010.)

Toimintaperiaatteita ja arvoja täydentävät Laitoshoidon eettiset arvot ja periaatteet. Ne koostuvat kymmenestä määreestä joita ovat: *oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus ja yksilöllisyys, turvallisuus, itsemääräämisoikeus, omaisten ja läheisten huomiointi, oikeudenmukaisuus ja tasa-arvoisten palveluiden saatavuus, hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri, yhteisöllisyys, vastuullisuus sekä yhteistyö ja keskinäinen arvonta*. Nämä arvot ja periaatteet koskevat sekä palvelujen saajia, työnteki-

jöitä, opiskelijoita että laitoshoidon tuotantoalueella käyviä omaisia ja vierailijoita. (Tampereen kaupunki, laitoshoidoin tuotantostrategia 2010- 2014, 2010.)

3.3 Kohdeorganisaationa Kaupin sairaala

Kaupin sairaala on Tampereen kaupungin laitoshoidon toimintayksikkö. Sairaala tarjoaa hoito-, tutkimus- ja kuntoutuspalveluja tamperelaisille vanhuksille ja pitkäaikaissairaille. Sairaalassa toimii seitsemän osastoa ja geriatrian poliklinikka (Kuva 1). Osastoilla on yhteensä 240 sairaansijaa. Geriatrisessa kuntoutuksessa tuetaan potilaan liikkumis- ja toimintakykyä moniammatillisen yhteistyön sekä kuntoutumista tukevan ja edistävän hoitotyön avulla.



KUVA 1. Kaupin sairaala (Kuva: Marja Paavola 2013)

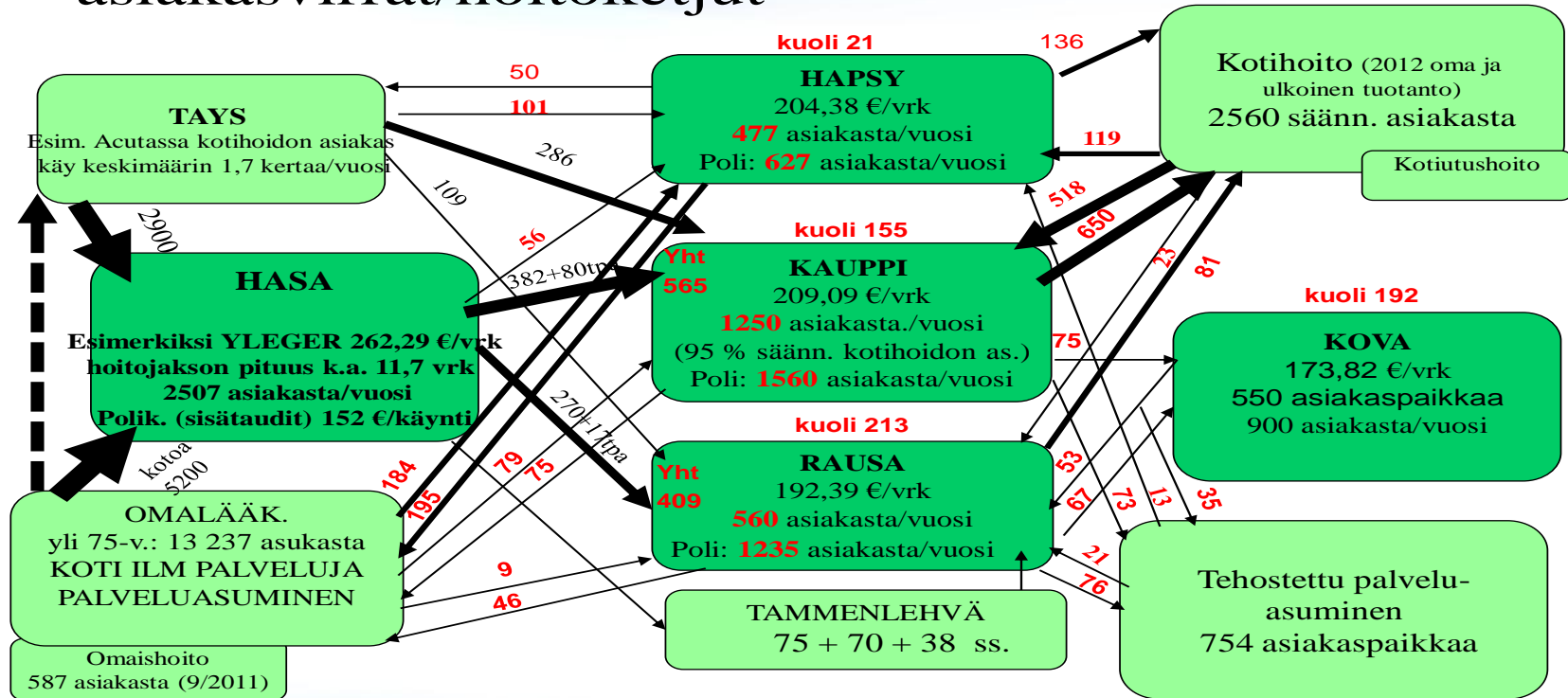
Tampereen kaupungin laitoshoidon strategian mukaisesti Kaupin sairaala on tamperelaisien vanhusten kotihoitoa tukeva sairaala. Toiminnassa on keskeistä sairaalan tarjoaman erityisosaamisen kohdentaminen niihin potilasryhmiin, jotka hyötyvät geriatrisesta arvioinnista, geriatrisen hoidon erityispiirteiden ja kuntoutuksen osaamisesta. Kaupin

sairaalan vuosien 2011- 2012 asiakasvirrat ja hoitoketjut on kuvattu kuviossa yksi. Päivitetty vuoden 2012 tilanteet on kirjattu kaaviossa punaisella. Sairaala hoiti 1250 potilasta viime vuoden aikana ja sairaalan geriatriisella poliklinikalla kävijämäärä oli 1560 asiakasta.

Kaupin sairaala tarjoaa monipuolisia toimintakykyä ja kuntoutumista tukevia palveluja vanhuspotilaille geriatrian poliklinikalla, osastoilla ja niiden yhteistyönä. Tärkeinä toimijoina ja yhteistyökumppaneina ovat muun muassa potilaan perhe ja lähiverkosto, kotihoito ja omalääkärit, Ensiapu Acuta, Tampereen yliopistollinen sairaala (Tays), Hatanpään sairaala, Tammenlehtäkoti, Kolmas sektori ja Ikäihmisten asiakasohjaus (IKI-SAS). Tavoitteena on kuntouttava geriatrinen hoitotyö, jossa potilaan hoito- ja kuntoutussuunnitelma tehdään moniammatillisesti yhdessä potilaan ja/tai omaisten kanssa. Kaupin sairaalan osastohoidon prosessi on kuvattu liitteessä yksi.

Kaupin sairaalassa on ollut vuodesta 2006 käytössä pitkäaikaishoitoon suunnattu RAI-LTC (*Long Term Care*) -tietojärjestelmä potilaan hoito- ja palvelusuunnitelman laadintaan. Järjestelmä soveltuu myös hoidon tulosten seurantaan sekä vanhusasiakkaiden hoidon tarpeen ja laadun sekä kustannusten arviointiin. (Tampere.fi.)

Sote-palvelurakenne/Ikäihmiset 2011 (2012 lukuja) asiakasvirrat/hoitoketjut



TAMPEREEN KAUPUNKI

(Jarkko Lumio 12.2.2012)

KUVIO 1. Kaupin sairaalan asiakasvirrat 2011- 2012

3.3.1 Kaupin sairaala muutoksessa

Tampereen kaupungissa siirryttiin vuoden 2007 alusta tilaaja-tuottaja -malliin. Tilaaja-tuottaja-mallissa toimitaan siten, että tilaajan ja tuottajan tehtävät on erotettu toisistaan. Tilaaja vastaa siitä, mitä palveluja kuntalaisille tarjotaan ja mistä tarvittavat palvelut hankitaan. Palvelujen tuottajat keskittyvät palvelujen tarjoamiseen, niiden kehittämiseen ja toimintansa tehokkuuteen. (Tampereen kaupunki. b. , 2013)

Tilaaja-tuottaja-mallissa ikääntyvän väestön kohdalla puhutaan Ikäihmisten hyvinvoinnin ylläpitämisen ydinprosessista, joka koostuu kahdesta palvelukokonaisuudesta. Palvelukokonaisuudet ovat; *kotona asumista tukevat palvelut* sekä *hoidon ja asumisen yhdistävät palvelut*. (Tampereen kaupunki. a.) Ydinprosessin tavoitteena on ehkäistä ja hidastaa ikääntymisen lisäämiä sosiaalisia ja terveydellisiä riskejä ja siten sekä vähentää että lykätä ikääntyvän väestön säännöllistä, etenkin ympärivuorokautisen palvelutarpeen syntymistä (Tampereen kaupunki. a. 2013).

Tampereen kaupungin palvelutilaus *kotona asumista tukevien palvelujen sairaalahoidosta* käsittää Kaupin sairaalan, Rauhaniemen sairaalan ja Hatanpään puistosairaalan psykogeriatriset osastot sekä poliklinikkatoiminnan eli niin kutsutun Geripolin. Sairaalahoidossa vahvistetaan jatkossa kuntoutustoiminnan edellytyksiä tavoitteena lisätä lyhytaikaishoidon osuutta kaikista sairaalahoidon hoitovuorokausista. Kaupin sairaalan roolia kotihoidon tukisairaalana kehitetään sopimuksen puitteissa tehtyjen suunnitelmien pohjalta. Vuonna 2013 Kaupin sairaalassa sekä Rauhaniemen sairaalan osasto S24:llä siirrytään joustavasti lyhytaikaisen sairaalahoidon osalta käyttämään RAI-PAC (Post Acute Care)-järjestelmää, joka tukee kuntoutuksen suunnittelua ja kuntoutustoiminnan vaikuttavuutta voidaan seurata entistä paremmin. (Ikila 24.1.2013.)

3.3.2 Kaupin sairaalan fysio- ja toimintaterapia

Kaupin sairaalan fysioterapeutit ovat kuuluneet hallinnollisesti osastojen henkilökuntaan vuoden 2011 alusta. Jokaisella osastolla sekä poliklinikalla on oma fysioterapeutti. Fysioterapeuttien lähiesimiehenä toimii osastonhoitaja. Lisäksi sairaalassa toimii yksi varahenkilö, nk. VIP-fysioterapeutti, kaksi toimintaterapeuttia ja kuntohoitaja, jotka hallinnollisesti kuuluvat yhteisen lähiesimiehen alaisuuteen. Fysio- ja toimintaterapeutit sekä kuntohoitaja muodostavat oman tiimin, joka vastaa itsenäisesti työn suunnittelusta ja kehittämisestä.

Sairalahoidossa fysio- ja toimintaterapialla tuetaan potilaan kokonaisuhoitoa ja edistään toipumista akuutin sairauden, vammautumisen tai leikkauksen jälkeisistä liikunta- ja toimintarajoituksista. Periaatteena on parantaa ja tukea toimintakyvyn säilymistä moniammatillisin keinoin. Sairaalaan tulovaiheessa uudelle potilaalle tehdään välitön liikkumis- ja apuvälinearvio. Fysio- ja toimintaterapiaa toteutetaan sairaalan osastoilla, fysio- ja toimintaterapiaterapiatiloissa sekä kotioloissa tapahtuvina kotikäyntiarvioina. Moniammatillinen työote ja omaisten kanssa tehtävä yhteistyö ovat tärkeä osa fysio- ja toimintaterapiaa potilaan kokonaisvaltaisen kuntoutumisen onnistumiseksi. Kaupin sairaalan kokonaisvaltaisilla palveluilla pyritään turvaamaan potilaan edellytysten mukainen toimintakyky ja hyvinvointi.

Fysio- ja toimintaterapiapalvelut perustuvat lääkärin tai hoitohenkilökunnan suulliseen tai kirjalliseen pyyntöön tai osastohoitoon lähettävän yksikön ohjeistukseen. Fysioterapiassa arvioidaan asiakkaan/potilaan terveyttä, liikkumista, toimintakykyä ja toimintarajoitteita. Käytössä on valikoituja fysio- ja toimintaterapiamittareita. Fysio- ja toimintaterapian menetelmiä ovat: terveyttä, liikkumis- ja toimintakykyä edistävä ohjaus ja neuvonta, terapeutin harjoittelu, manuaalinen ja fysikaalinen terapia sekä apuvälinepalvelut. Fysio- ja toimintaterapeutit tekevät myös kotikäyntiarvioita, jotka ovat olennainen osa potilaan kokonaisvaltaista kuntoutusta. Arviokäynnin tavoitteena on tukea kotiutuvan potilaan selviytymistä kotona. Käynnillä kartoitetaan toimintakykyä, asuinympäristön riskejä, apuväline- ja kodin muutostyötarpeita sekä tukipalvelujen tar-

vetta. Kotikäynnit toteutuvat usein moniammatillisina ja ne tehdään yhdessä potilaan, omaisten ja asuinalueen kotihoidon kanssa.

3.4 Opinnäytetyössä esiintyviä käsitteitä

Yleisesti ottaen asukas on ihminen, joka asuu ja elää jossakin. (Sosiaali- ja terveysalan verkkosanasto 2013.) Asukkaan oikeudet ja velvollisuudet määräytyvät hänen roolinsa mukaan. Laitoshoidon asukas saa apua päivittäisissä toiminnoissa, hoitoa ja kuntoutusta sekä tukea toimintakyvyn ylläpitämiseen. Laitoshoidon tavoitteena on turvata asukkaalle hyvä olo ja toimintakyky. Pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevalta asukkaalta peritään maksu, joka määräytyy maksukyvyn mukaan. Maksu sisältää asukkaan tarvitseman ylläpidon, hoidon ja palvelut ja esimerkiksi lääkkeitä. (Helsingin seutu.fi. 2010.)

Lain mukaan laitoshoidossa oleva henkilö saa hoitoa ja kuntoutusta sairaalan, terveyskeskuksen tai muun terveydenhuollon toimintayksikön vuodeosastolla tai sitä vastaavissa olosuhteissa. (Terveydenhuoltolaki 2010.) Julkisen laitoshoidon määrite on sisällöltään pitkälti samankaltainen; sillä tarkoitetaan ylläpidon, hoidon ja huolenpidon sisältävää toimintaa sairaalassa, hoitolaitoksessa tai muussa vastaavassa toimintayksikössä. (Sairasvakuutuslaki 2004.)

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista potilaalla tarkoitetaan terveyden- tai sairaanhoitopalveluja käyttävää tai muuten niiden kohteena olevaa henkilöä. Lain 2. luvun 2§ mukaan potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata eikä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.)

Sosiaali- ja terveysalan verkkosanasto määrittää puolestaan kuntoutujan henkilöksi, joka on sairas ja alkaa parantua sairaudesta tai onnettomuudesta. (Sosiaali- ja terveysalan verkkosanasto 2013.) Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista säädetty laki määrittää 1. luvun 3§:ssä asiakkaaksi sosiaalihuoltoa hakevan tai käyttävän henkilön.

Lain tarkoituksena on edistää asiakaslähtöisyyttä ja asiakassuhteen luottamuksellisuutta sekä oikeutta hyvään palveluun ja kohteluun sosiaalihuollossa. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2007.) Asiakas-käsitettä käytetään laajasti myös terveydenhuollossa. Perinteinen potilaan rooli on muuttumassa osallistuvammaksi, potilas nähdään toimijana ja hoitosuhde halutaan nähdä kumppanuutena asiakkaan ja/tai perheen ja hoitavan henkilökunnan välillä. Terveystieteiden erillaisia avopalveluja käyttävistä henkilöistä käytetään laajasti käsitettä asiakas. (Osaavalahoitaja2020.)

Tässä opinnäytetyössä sairaalahoidossa olevasta henkilöstä käytetään käsitettä potilas, koska opinnäytetyökonteksti on sairaala. Kaupin sairaala on Tampereen kaupungin laitoshoidon toimintayksikkö ja osastolla, sairaalahoidossa olevasta henkilöstä käytetään käsitettä potilas vastaamaan RAI -arvioinnissa käytettyä asukas- (resident) käsitettä. Kaupin sairaalan osastohoidon prosessista ilmenee potilas- käsitteen muuttuminen kuntoutumisprosessin edetessä: potilaasta kuntoutujaksi, kuntoutujasta kotiutujaksi. (Liite 2.)

RAI- arviointiin liittyvät keskeiset peruskäsitteet on selvitetty liitteessä yksi.

3.5 Fyysisen-, psyykkisen-, sosiaalisen- ja kognitiivisen toimintakyvyn arviointi

Toimintakyky on laajasti ihmisen hyvinvointiin liittyvä käsite, joka voidaan määrittää voimavaroalähtöisesti eli jäljellä olevan toimintakyvyn tasona tai todettuina toiminnan vajeina. Olennaista on henkilökohtainen arvio omasta toimintakyvystä, joka on yhteydessä omaan terveyteen ja sairauksiin. Arvio vaikuttaa myös henkilön toiveisiin, asenteisiin sekä tekijöihin, jotka haittaavat suoriutumista päivittäisissä perustoimissa, arjen askareissa, työssä, opiskelussa ja vapaa-ajanvietossa. Fyysinen-, psyykinen-, sosiaalinen- ja kognitiivinen toimintakyky ovat ulottuvuudet, jotka tulisi huomioida toimintakyvyn arvioinnissa, jotta vammaisen tai pitkäaikaissairaana henkilön toimintakyvystä saadaan riittävän laaja kuva palvelutarpeen selvittämisen perustaksi. Toimintakykyyn vaikuttavat asuin- ja elinympäristöön liittyvät tekijät tulisi myös määrittää henkilön palvelutarvetta arvioitaessa. (Sosiaaliportti.fi.2013.)

Vammaispalvelujen käsikirja Sosiaaliportti.fi -sivulla kuvaa fyysisen toimintakyvyn henkilön mahdollisuutena suoriutua fyysisesti: päivittäisistä perustoiminnoista, kuten syömisestä, juomisesta, nukkumisesta, pukeutumisesta, peseytymisestä, wc-käynneistä, siirtymisistä ja liikkumisesta. Siihen kuuluvat selviytyminen arjen askareiden hoitamisesta, kuten kotiaskareista, kodin laitteiden käyttämisestä ja asioinnista kodin ulkopuolella. Myös mielekäs vapaa-ajanvietto ja yhteydenpito sosiaaliseen verkostoon sekä työelämä ja opiskelu kuuluvat fyysisen toimintakyvyn käsitteen alle. Omana ryhmänään fyysisen toimintakyvyn käsitteeseen kuuluvat myös terveydentila ja erilaisten toiminnan vajavuuksien esiintyminen.(Sosiaaliportti.fi.2013.)

3.5.1 Toimintakyvyn heikentymisen haasteet

”Geriatrisesta näkökulmasta toimintakyvyn heikentyminen on diagnostinen ja hoidollinen haaste” kirjoittaa Harriet Finne-Soveri Therapia Fennican (2007a) verkkosivustolla aiheenaan Vanhuksen kokonaistilanteen moniammatillinen arviointi. Hän toteaa, että ”monet eri sairaudet sekä tiettyjen lääkkeiden sivuvaikutukset saattavat johtaa samankaltaiseen kliiniseen ilmiasuun; yleiseen raihnaisuuteen” (Finne-Soveri 2007a). ”Fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja sosiaalisen toimintakyvyn säilyttäminen mahdollistaa täyden elämän elämisen ja toisaalta säästää sekä yksilöä että yhteiskuntaa kustannuksiltaan, jotka koituvat toisen henkilön avun tarpeesta” toteaa Finne-Soveri. (Finne-Soveri 2007a). Hänen mukaansa henkilön selviytymiseen omassa kodissaan vaikuttavat olennaisesti: ”yksilön älyllinen kapasiteetti, omaisten mahdollisuus osallistua hoitoon ja kotihoidon palvelukyky” (Finne-Soveri 2007a). Finne-Soverin näkökulma on, että ”sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön osaamisesta ja yhteistoiminnasta riippuu, miten näistä ongelmista selvitään, ilman että vanhus sijoitetaan pysyvään laitoshoitoon” (Finne-Soveri 2007a).

Finne-Soverin (2007a) kirjoituksesta korostuu moniammatillisuuden näkökulma vanhusasiakkaan toimintakyvyn kartoituksessa. Sen mukaan johdonmukainen ja tavoitteellinen hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen vaatii vanhuksen kokonaistilanteen kartoittamista moniammatillisesti. Tämä karsii myös hoidon ja palvelujen päällekkäisyyttä.

Moniammatillisen työryhmän keskinäisen työnjaon ja vastuunkantamisen tulisi olla selkeää mahdollisimman nopeasti turhan työn välttämiseksi. Sujuva yhteistyö edellyttää ryhmän jäsenten ”ammattitaidon tuntemista, tunnustamista ja siihen luottamista” (Finne-Soveri 2007a). ”Tarvitaan myös tiivistä vuorovaikutusta asiakkaan ja muun ryhmän jäsenten kanssa sekä suoraan, että asiapapereiden välityksellä. Yhteisesti käytössä olevat toimintakyky mittarit tai muut standardoidut arviointivälineet edesauttavat ammattiryhmien välistä vuorovaikutusta” (Finne-Soveri 2007a.).

Oulun yliopiston geriatrian professori Timo Strandberg kirjoittaa Duodecimin Erikoislääkärin uutiset -palstalla toiminnanvajausten (disability) riskistä geriatrisilla potilailla. Kirjoitus on otsikoitu: Sairaus vai vaje? Kirjoituksessa yhdysvaltalaisen Cardiovascular Health Studyn tutkimuksiin perustuen lähtövaiheen toiminnanvajeet ennustivat paremmin erityisesti päivittäisten toimintojen heikentymistä kuin krooniset sairaudet. Muun muassa heikentynyt lihasvoima ja kognitiivinen suorituskyky, aistivajeet ja psyykinen tila olivat niitä asioita, joihin geriatrisilla potilailla kannattaisi kiinnittää enemmän huomiota. Tutkimukseen osallistui lähes kuusi tuhatta yli 65-vuotiasta henkilöä. Sandbergin (2010) mukaan geriatrisen potilaan arvioinnissa tarvitaan kokonaisvaltaista otetta, eikä vain pelkkiä diagnoosinumeroita. (Duodecim 2010,126)

Ylilääkäri Markku Alen Oulun yliopistollisen sairaalan (OYS) lääkinällisestä kuntoutuksesta on kiteyttänyt luennossaan ”Kuntoutusta aina ja iäti” Toimintakyvyn keskeiset elementit taulukossa yksi seuraavasti:

TAULUKKO 1. Toimintakyvyn keskeiset elementit (Alen 2011, mukaellen)

• kyky liikkua itsenäisesti apuvälinein tai ilman
• kognitiiviset kyvyt
• henkinen vireys ja virkeä mieli
• terveyden edistäminen pyrkii ylläpitämään ennen kaikkea näitä
• hoito/kuntoutus pyrkii palauttamaan juuri nämä

Alenin (2011) mukaan hyvän laadukkaan elämän kannalta toimintakyky on tärkeämpi kuin terveys, jolla hän tarkoittaa sairauksien puuttumista. Tavoitteellista on fyysisen ja henkisen kunnon sekä toimintakyvyn säilyttäminen mahdollisimman hyvänä mahdollisimman pitkään, jotta on reserviä kuntoutua tarvittaessa. (Alen 2011.)

Professori Jyrki Jyrkämä tuo ikääntyvän ihmisen oman näkökulman ja vahvuuden toimintakyvylle ja toimijuudelle luennossaan Arviointi ja eettisyys vanhustenhoidon arkitilanteissa. (Jyrkämä 2012.)

Jyrkämän mukaan:

Ikääntyvät ihmiset elävät ja rakentavat elämän kulkuaan, elämäntilanteitaan ja vanhenemistaan tarkkaillen ja pohtien, toimien ja tehden valintoja niissä rakenteellisissa ja kulttuurisissa- niin rajoja, esteitä kuin mahdollisuuksiakin luovissa- ajallis-paikallisissa puitteissa, joissa he elämäänsä ikääntyessään elävät (Jyrkämä, J.2012.)

3.5.2 Toimintakyvyn arviointimenetelmien valinta

Toimintakyvyn arviointi tuottaa myös kunnan tasolla hyödynnettävää tietoa esimerkiksi vammaispoliittisten strategioiden ja palvelurakenteen kehittämisohjelmien laatimiseen. Tieto vammaisten ja pitkäaikaissairaiden toimintakyvystä yhdistettynä väestörakennetta, sen muutoksia ja elinympäristöä koskevaan tietoon auttaa kehittämään palveluita vammaisten ja pitkäaikaissairaiden kuntalaisten palvelutarpeita vastaavasti. Kunnissa voidaan päättää, mitä menetelmiä toimintakyvyn arviointiin käytetään. Asiakkaan toimintakykyä monipuolisesti arvioivilla menetelmillä voidaan vaikuttaa taulukossa kaksi lueteltuihin sisältöihin. (Toimintakyvyn arviointi 2013.)

TAULUKKO 2. Toimintakyvyn arvion vaikutus (mukaellen /Toimintakyvyn arviointi 2013)

• Mahdollistaa nopea puuttuminen toimintakyvyn heikkenemiseen
• Tukea toimintakyvyn säilymistä ja paranemista
• Tukea mahdollisuutta mielekkääseen ja mahdollisimman itsenäiseen elämään vammasta tai sairaudesta huolimatta
• Ehkäistä palvelutarpeiden kasvua
• Kohdistaa palvelut ja resurssit oikein

Valittujen arviointimenetelmien tulisi olla käyttökelpoinen juuri sille asiakkaalle, siinä ympäristössä ja siihen käyttötarkoitukseen, johon sitä on tarkoitus käyttää. Tärkeää on myös miettiä, minkä ammatin edustaja olisi soveliaain kyseistä arviointivälinettä käyttämään. (Toimintakyvyn arviointi 2013.)

Laaja-alaiseen toimintakyvyn arvioinnin haasteeseen vastaa RAI- arviointi- ja seuranta-järjestelmä. Resident Assessment Instrument (RAI), joka on kansainvälinen laadun ja kustannusvaikuttavuuden arviointi- ja seurantajärjestelmä. Sen avulla arvioidaan iäkkäiden tai vammaisten henkilöiden sekä psykiatristen potilaiden palvelutarve. RAI on samalla myös työntekijöiden (henkilökunta, johto) käyttöön suunniteltu työväline yksilöllisen hoitosuunnitelman laatimiseksi, hoidon laadun ja tehokkuuden mittausvälineeksi, maksujärjestelmän perustaksi, rekisteritarkoituksiin sekä tutkimusvälineeksi. Suomessa RAI otettiin käyttöön vuonna 2000 pilottihankkeena laitoshoidossa (Stakesin Raportteja 13/2008, 10.) Pilottivuosien aikana jo havaittiin se, kuinka tärkeää on jatkuva RAI -peruskoulutusten järjestäminen ja tuki arvioinneissa kirjoittaa THL:n kehittämispäällikkö Rauha Heikkilä Stakesin raportissa Koukkuniemen vanhainkodin asiakasrakenne ja hoidon laatu RAI -järjestelmällä arvioituna 2006- 2007. (Stakesin Raportteja 13/2008, 42). Samassa Stakesin raportissa laitoshoidon johtaja Ella Suojalehto toteaa RAI:n kautta saatavien tunnuslukujen hyödyn toiminnan vahvuuksien havaitsemisessa ja sitä kautta mahdollisuuden kehittää hoitoa vastaamaan muuttuvia tarpeita. (Stakesin Raportteja 13/2008, 43.)

Hoitohenkilökunnan näkemyksen ikääntyvien toiminnan kyvyn arviointiin antaa Johanna Lähteenmäki 2010 tekemässään toiminnallisessa opinnäytetyössä, jossa kehitettiin yhteistyötä hoitajien ja fysioterapeuttien välillä RAI -järjestelmän pohjalta. Opinnäytetyön kyselyssä hoitajien vastauksissa korostui yhteistyön tärkeys fysioterapeuttien kanssa ja sitä toivottiin lisää. Vastauksista selvisi myös se, että hoitajat pohtisivat mielellään yhdessä fysioterapeutin tai kuntohoitajan kanssa ikääntyneen toimintakykyyn liittyviä asioita. (Lähteenmäki 2010.)

4 MONIAMMATILLISUUS

Väitöskirjassaan *Moniammatillisuus ja sen oppiminen* Erja Katajamäki (2010, 26), liittää monialaisuuden ja moniammatillisuuden käsitteet toisiinsa. Hänen näkökulmastaan monialaisuus tarkoittaa eri ammattiryhmien kuten fysioterapian, hoitotyön sekä sosiaalialan osaamisen tunnistamista ja hyödyntämistä oppimisprosessissa (Katajamäki 2010, 26.) Katajamäen (2010, 26) mielestä moniammatillisuus- käsitteellä on sekä yhteisöllinen että yksilöllinen luonne. ”Yhteisön näkökulmasta se tarkoittaa sitä, että yhteisö tuottaa vaadittavan osaamisen sen jäsenten osaamisen avulla.” (Katajamäki 2010, 26.) Yksilön ominaisuutena Katajamäki (2010) katsoo moniammatillisuuden puolestaan kuvaavan ”sellaisia pätevyyskäsitteitä, joissa korostuvat sellaiset sosiaali- ja terveysalan yleiset työelämävalmiudet tai yleiset taidot, kuten asenteet, päätöksentekotaidot, ongelmanratkaisutaidot, sosiaalisessa kanssakäymisessä tarvittavat taidot ja tavoitteellisen oppimisen taidot.” (Katajamäki 2010,26.) Katajamäki liittää moniammatillisuuden oppimisen osaksi asiantuntijuuden kasvun prosessia. (Katajamäki 2010, 52.)

Valtiotieteiden tohtori ja sosiaalipsykologi Kaarina Isoherranen kuvaa väitöskirjassaan *Uhka vai mahdollisuus - moniammatillista yhteistyötä kehittämässä* (2012, 115) asiantuntijan ammatillista vastuuta lähinnä oman osuuden tekemisenä potilaan hoidon ja huolenpidon kokonaisuudessa. Ammatillinen osavastuu tiimissä ilmeni tutkimuksessa myös jaettuna asiantuntijavastuuna. Isoherranen (2012) mukaan ongelmat nykyisessä hoidossa ja huolenpidossa ovat yhä monimutkaisempia ja niiden ratkaiseminen vaatii väistämättä ammattilaisten entistä vahvempaa riippuvuutta toisistaan. Isoherranen (2012) tutkimusaineiston mukaan näyttäisi siltä, että tiimin tehokkaan ja joustavan moniammatillisen toiminnan kannalta on tärkeää löytää tasapaino riittävän väljän ja muuttuvan roolien määrittelyyn, mutta kuitenkin selkeän yhteisen toimintamallin välillä (Isoherranen 2012,114.) Potilaan asema moniammatillisen yhteistyön keskiössä oli tutkimuksessa olennainen. (Isoherranen 2012,30.) Pohdinnassaan Isoherranen toteaa, että halua potilaslähtöiseen moniammatilliseen yhteistyöhön löytyy tutkimuksen mukaan kaikista asiantuntijaryhmistä (Isoherranen 2012,157.)

Katariina Pärnä (2012) kuvaa väitöskirja tutkimuksessaan; *Kehittävä moniammatillinen yhteistyö prosessina. Lapsiperheiden varhaisen tukemisen mahdollisuudet*, moniammatillisen yhteistyön dynaamiseksi ja jatkuvasti määrittyväksi käsitteeksi. Pärnä toteaa, että moniammatillinen yhteistyö -käsitteen ”sisältöä ja merkitystä luodaan laajempien organisaationaalisten tasojen lisäksi yksittäisten työryhmien vuorovaikutustilanteissa.” (Pärnä 2012,48.) Väitöskirja tutkimuksessa moniammatillinen yhteistyö tarkoittaa Pärnän (2012) mukaan yksinkertaistettuna sitä, että ”erilaisen koulutuksen saaneiden, eri ammattinimikkeillä ja monenlaisista taustayhteisöistä tulevien työntekijöiden olisi kyettävä tekemään yhteistyötä mahdollisimman hyvin asiakkaan parhaaksi, tuomaan oman ammattinsa erityisosaaminen ja tieto yhteiseen käyttöön sekä kohtaamaan joustavasti asiakkaat ja toisten ammattiryhmien edustajat.” (Pärnä 2012, 50.) Moniammatillisuuden hän katsoo tarkoittavan yleisesti eri ammattiryhmien tietojen ja taitojen yhteensovittamista yhteisessä toiminnassa, jossa päätöksistä neuvotellaan ja sitoudutaan tavoitteelliseen yhteistoimintaan. (Pärnä 2012, 50.)

Väitöskirjassaan *Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa*, Pia Vähäkangas toteaa, että ”moniammatillinen yhteistyö- ja toimintamalli näyttää tukevan kuntoutumista edistävää toimintaa pitkäaikaisessa laitoshoidossa” (Vähäkangas 2010, 96.) Tutkimuksessa hoitajan asiantuntijuus näkyy terveyslähtöisenä, tavoitteellisena ja moniammatillisena toimintana. Vähäkangas (2010) toteaa, että ”moniammatillinen näkökulma mahdollistaa asiakkaan toimintakyvyn ja -vajeiden monipuolisen tarkastelun sekä kuntoutumismahdollisuuden tunnistamisen, jolloin moniammatillinen osaaminen ja resurssit kohdentuvat mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti” (Vähäkangas 2010, 96.) Vähäkangas (2010) tuo päätelmissään esiin osasto- ja laitostason tarkastelun näkökulman, jossa ”asiakkaan paras mahdollinen toimintakyky näkyy vähentyneinä hoidon laadun ongelmina, joilla on yhteys myös hoidon kustannuksiin.” (Vähäkangas 2010, 96.)

Terveystieteiden tohtori Arja Veijola (2004) kirjoittaa väitöskirjassaan moniammatillisen yhteistyön tarkastelusta työyhteisön sisäisenä toimintamallina. Toimintamallissa eri tavoin kouluttautuneet henkilöt tuovat oman osaamisensa yhteiseen käyttöön luoden samalla uutta osaamista. (Veijola 2004, 31.) Veijolan mukaan moniammatillisessa yh-

teistyössä eri alojen asiantuntijat vastaavat oman alansa erityisosaamisesta. Kaikkien on tärkeä vertailla ammattitaitojaan ja löytää yhteisen osaamisen alueet sekä tunnistaa omat erityistiedot ja -taidot. Keskeistä yhteistyössä on jatkuva vuorovaikutus ja tarkoituksenmukaisuus. (Veijola 2004, 31.) Veijolan mukaan ”moniammatilliselle yhteistyölle ovat edelleen tyypillisempiä ristiriidat kuin yhdessä tekeminen” (Veijola 2004, 31). Yhteistyön esteeksi hän mainitsee lisäksi ammattiryhmien epäluuloisuudesta johtuvat väärinymmärrykset ja vihamielisyyden, ammatillisen kilpailun ja kateuden sekä pelot ja eroavuudet.(Veijola 2004, 31.)

5 RAI -ARVIOINTI

Osio käsittää RAI-arvioinnin laaja-alaisen yleiskuvauksen ja selvityksen RAI:n käytöstä Tampereen kaupungin laitoshoidossa ja sen toimintayksiköissä. Osiossa syvennetään RAI:n käyttöä toimintakyvyn arvioinnissa.

5.1 Lähtökohdat ja taustatietoja

RAI, englanninkieliseltä nimeltään Resident Assessment Instrument, on asiakkaan tarpeiden ja hoidon laadun arviointi- ja seurantaväline. RAI kehitettiin Yhdysvalloissa 1980-luvulla parantamaan sen aikaisen laitoshoidon laatua, systemaattista suunnittelua ja arviointia. (RAI -raportti 1/2000.) Se perustuu yksilön tarpeiden monipuoliseen systemaattiseen arviointiin. Järjestelmä koostuu sadoista muuttujista, joista samalla rakentuu joukko kansainvälisesti testattuja päteviksi ja luotettaviksi todettuja mittareita. (Tampere.fi. 2012.)

RAI on kansainvälinen laadun ja kustannusvaikuttavuuden arviointi- ja seurantajärjestelmä (THL 2013). RAI-järjestelmä on kehitetty hoidon laadun seurantaan, kustannusten arvioimista ja maksujärjestelmän kehittämistä varten eri palvelurakenteen tasoille. RAI-järjestelmä on englanninkieliseltä nimeltään Resident Assessment Instrument (asukkaan arviointiväline). Sen ytimenä on laaja-alainen yksilön voimavarojen ja tarpeiden standardoitu kartoitus yksilöllistä hoito- ja palvelusuunnitelmaa varten. (Finne-Soveri & Björkgren & Noro & Vähäkangas 2005b, 22.)

RAI-tietojärjestelmä soveltuu yksilön hoito- ja palvelusuunnitelman laadintaan ja hoidon tulosten seurantaan. RAI-tietojärjestelmä on myös vanhusasiakkaiden hoidon tarpeen ja laadun sekä kustannusten arviointi- ja seurantajärjestelmä. RAI:n avulla voidaan asiakkaalle turvata paras mahdollinen hyvinvoinnin tila. Tietojärjestelmän kautta saadaan tietoa niistä asiakkaan tarpeista ja voimavaroista, joiden perusteella voidaan laatia yksilöllinen hoitosuunnitelma. RAI auttaa hoitohenkilökuntaa asettamaan asiakkaan hoidon tavoitteet ja mahdollisuuden tarkistaa jo olemassa olevaa hoitosuunnitelmaa ja

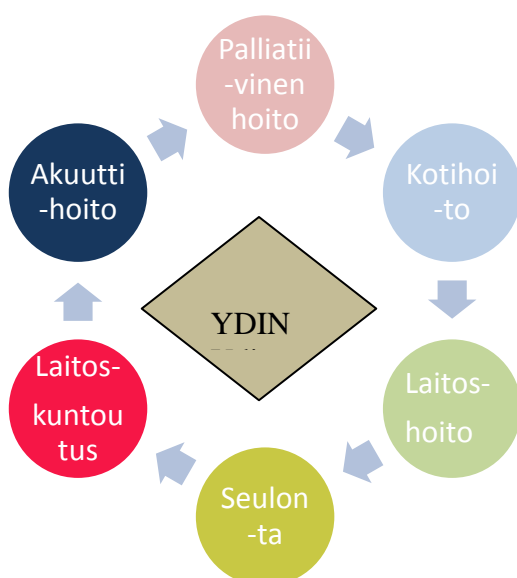
hoidon vaikuttavuutta. Hoitoprosessi tulisi aina suunnitella asiakkaan näkökulmasta (Taulukko 3). Asiakkaan RAI- arviointi on vuorovaikutuksellinen prosessi asiakkaan, omahoitajan, omaisten/läheisten, lääkärin ja muiden erityistyöntekijöiden välillä (THL 2013). Taulukossa 3 olevat CAPs (Clinical Assessment Protocols) ja RAPs (Resident Assessment Protocols) ovat asiakkaan koti- ja laitoshoidon arvioinnin ohjeistoja, jotka muodostavat luettelon asiakkaan voimavaroista ja ongelma-alueista. Ne ovat apuvälineitä hoidon suunnitteluun ja tavoitteiden asetteluun. (Interrai.org.) Moniammatillinen yhteistyö ja RAI -tietojärjestelmä kehittävät asiakkaan kokonaisvaltaista hoitoa ja vahvistavat hoitoon osallistuvan tiimin keskinäistä yhteistyötä ja kommunikaatiota; RAI:n yhtenä tehtävänä on myös ohjata hoitohenkilökuntaa moniammatilliseen dialogiin.

RAI -osaamisella tarkoitetaan, että henkilökunta pystyy soveltamaan RAI -arvioinnista saatua tietoa ja omia taitoja tarkoituksenmukaisesti oikeisiin asioihin ja oikeaan aikaan potilaan/ asiakkaan hyvän hoidon, toiminnan ja palvelujen takaamiseksi. Osaamisessa yhdistyvät tietojen ja taitojen monipuolinen ja luova käyttö, kyky organisoida työtä ja työskennellä ryhmässä sekä muutoksen johtaminen. RAI:n tuloksellinen käyttö vaatii osaamista. Osaaminen puolestaan edellyttää koulutusta, taitoa RAI -tiedon hyödyntämiseen asiakkaan hoidossa sekä taitoa toiminnan sekä palvelujen arvioinnissa ja kehittämisessä. (RAI -osaaminen, THL 2013.)

TAULUKKO 3. Hoitoprosessi. Asiakas ja hoitohenkilöstö RAI-arvioinnin toteuttajana (mukaellen, THL 2013)

HOITOPROSESSI		
Hoidon tarve	Hoidon tavoite	Suunnitellut toiminnot
RAI -mittarit → henkilön suoriutumisen taso	Mittariarvon perusteella asetetaan hoidon tavoite	Määritellään keinot yhdessä henkilön kanssa miten asetettu tavoite saavutetaan
CAPs / RAPs → riskitekijät → voimavarat	Riskin/ongelman poistuminen Voimavarojen vahvistaminen	

Ydinkysymykset ja palvelutyyppi-kohtaiset kysymykset on kuvattu kuviossa kaksi. Ydinkysymykset toistuvat kaikissa palvelutyypeissä samoina ja ne täydentyvät jokaisen RAI -instrumentin palvelutyyppin mukaisin kysymyksin, jotka ovat ajankohtaisia kyseistä palvelua saavalle. (THL 2013.)



KUVIO 2. RAI-järjestelmän rakennekaavio (mukaellen/THL 2013)

Järjestelmään kuuluu kysymyslomakkeiden lisäksi niiden sisältöä täsmentäviä käsikirjoja sekä apuvälineitä yksilöllisen hoito- ja palvelusuunnitelman laatimiseen. (THL 2013.) THL:n internet sivuston, (2009) mukaan mittareiden ja tunnuslukujen avulla RAI-järjestelmä muodostaa työvälineet palvelujen suunnitteluun ja tulosten seurantaan sekä henkilöstön johtamiseen. (THL 2009.) Tiedonkeruu on tietokoneistettu, joten järjestelmään sisältyvät mittarit ovat välittömästi hoito- ja palvelusuunnitelmaa laativien ammattilaisten käytettävissä (THL 2013). RAI -tietojärjestelmän copyright oikeudet omistaa voittoa tavoittelematon tutkijajärjestö interRAI (THL 2013).

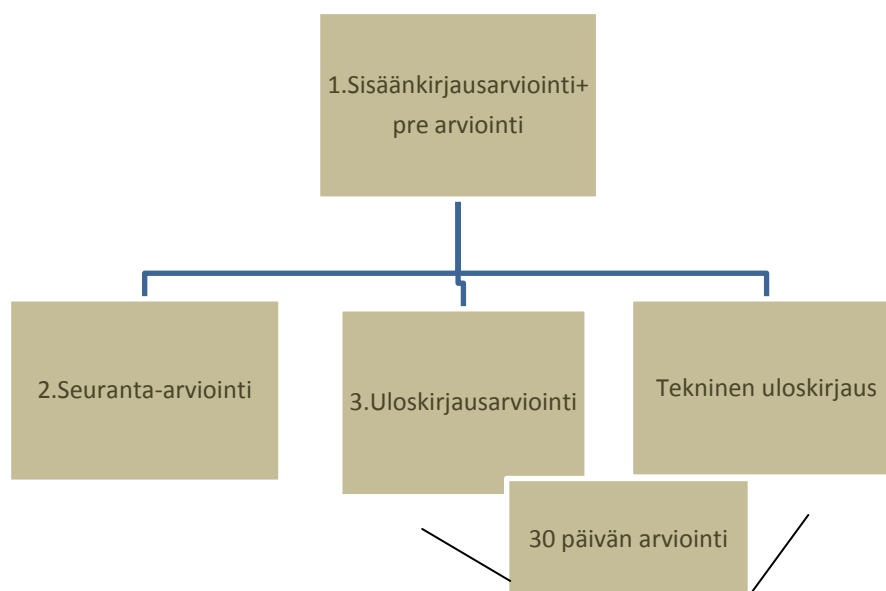
5.2 RAI ja Tampereen laitoshoido

Tampereen kaupungin laitoshoidossa on ollut käytössä RAI- tietojärjestelmä vuodesta 2001. Vuodesta 2006 lähtien RAI-LTC on ollut käytössä kaikissa Tampereen laitoshoidon yksiköissä. (Tampere.fi.) RAI-LTCn (*Long Term Care*) käyttöalue on *pitkäaikaishoito* ja se perustuu laitoshoidon asiakkaiden arviointiin tarkoitettuun Minimum Data Set (versio 2,0) -kysymyslomakkeistoon (THL. Ikäihmisten palvelut yli palvelurakenteen.2012, 10).

Vuoden 2013 helmikuun alusta Kaupin sairaala siirtyi RAI-LTC -arvioinnista pilottihankkeena RAI-PAC (Post Acute Care)-arviointiin. RAI -Post-Acute Care (PAC) on suunniteltu kuntoutuksen ja geriatriseen hoitoon erikoistuneiden yksiköiden hoidon tueksi. (interrai.org.) Uudistunut ja Kaupin sairaalaan sovitettu RAI-PAC- ohjelmisto mahdollistaa RAI:n käytön tehokkaammin työvälineenä hoitotyössä ja arvioinnissa. Koska painopiste on voimien muutoksissa akuutin hoidon jälkeen, sisältää RAI-PAC erilliset arvioinnin ja hoidon instrumentit sekä erilliset laatuindikaattorit (interrai.org). Moniammatillisuus tulee korostumaan käyttöönotetussa RAI-PAC- versiossa mahdollistaen laaja-alaisen asiakaslähtöisen kuntoutuksen. Uuteen RAI-PAC -ohjelmistoon järjestettiin Kaupin sairaalan henkilökunnalle joulukuussa 2013 kaksi samansisältöistä koulutusta. Koulutusten vastuuvetäjänä oli VTM, FT, terveystieteiden yksikön johtaja, Magnus Björkgren Kokkolan yliopistokeskus Chydeniuksesta. Uuden ohjelmiston pe-

rustana on RAI-LTC -arviointi ja sen tuntemus. Tekninen ratkaisu RAI-PAC-ohjelmistossa on sama kuin RAI-LTC -ohjelmistossa. (Björkgren 2013.)

RAI-PAC- arvioinnit toteutetaan kolmivaiheisena siten, että potilaan saapuessa sairaalaan hänelle tehdään kolme kokonaisarviota. RAI-PAC -arviointityypit on kuvattu kuviossa kolme. Arvioinnit ovat: sisäänkirjaus-, seuranta- ja uloskirjausarviointi. Sisäänkirjausarviointi sisältää tulotilanteen sekä pre-tilanteen arvioinnin, jossa arvioidaan tilannetta ennen sairastumista. Apuna arvioinnissa on kotihoidon RAI-HC (Home Care). Seuranta-arviointi tehdään tarpeen mukaan. Uloskirjausarviointi lukitsee hoitoepisodin. (Magnus Björkgren, 2013.)



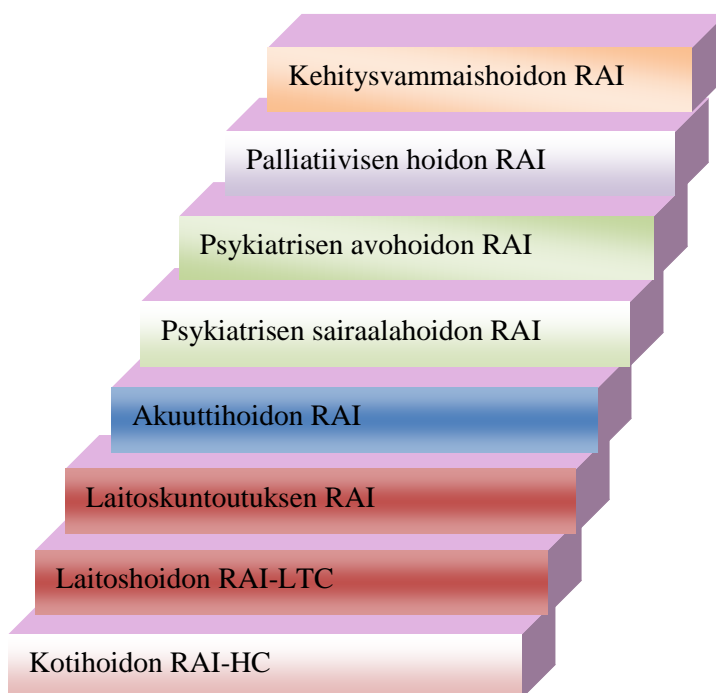
KUVIO 3. RAI-PAC arviointityypit (mukaellen/ M.Björkgren 2013)

Toisen arviointi vaiheen muodostaa potilaasta tehtävä RAI-PAC -Post Acute, jossa arvioidaan sairaalahoidon kolmea viimeksi kulunutta päivää, ellei ole toisin ohjeistettu. Arvioinnin seurantajakso toteutetaan 3 vuorokauden ajalta ja terapiat sekä hoitajien antama kuntoutus arvioidaan 7 vuorokauden ajalta. Kolmenkymmenen päivän arviointi antaa potilaan kotiuttaneelle osastolle mahdollisuuden sen hetkisen toimintakyvyn ja kotitilanteen tarkistamiselle (Kuvio 3). Sovitulla puhelinyhteydellä saadaan tietoa potilaan kokonaisvaltaisesta voinnista. Kolmenkymmenen vuorokauden RAI-PAC- arvio

on Kaupin sairaalalle kehitetty oman toiminnan ja laadun arviointiosio. Sen avulla voidaan arvioida potilaan kotiutustilanteen vaihetta nykyhetkeen ja vaikuttaa siten ennaltaehkäisevästi uuden sairaalajakson tarpeeseen. Kaupin sairaalan tarkoituksena on kotioidon tukisairaalana mahdollistaa sairaalasta kotiutuneen potilaan selviytyminen kotioloissa yksilölliset tarpeet ja voimavarat huomioiden.

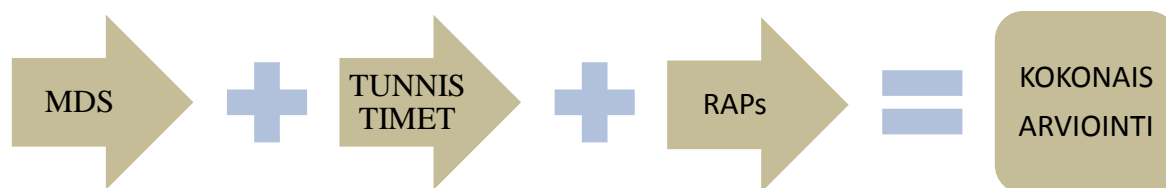
Edellä mainittujen RAI-PAC- arvioinnin osiot ohitetaan opinnäytetyössä maininnalla laajuutensa vuoksi. Huomioitavaa kuitenkin on, että muun muassa fysioterapeuteille RAI-PAC -arviointi mahdollistaa uuden toimintakyvyn arvioinnin mittarin käyttöönoton ja itsenäisen osallistumisen RAI -arviointiin.

Kuvio neljä selventää palvelutyyppikohtaista RAI -järjestelmää tarkemmin ja kuviossa näkyvät suomennetut käyttöalueet eli instrumentit. (THL 2013.) Järjestelmiä hyödynnetään sekä johtamisessa että hoitotyössä. Yhteistyökumppaneita ovat THL, RAIssoft ja Chydenius Instituutti. THL:n vastuulla on vertailukehittäminen ja vertailutietokannan ylläpitäminen (THL 2009).



KUVIO 4. RAI -järjestelmän suomennetut instrumentit (mukaellen/ THL 2013)

RAI- arviointiprosessin läpikäyminen auttaa henkilöstöä asettamaan asiakaslähtöiset tavoitteet asiakkaan fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten tarpeiden saavuttamiseksi. Kuviossa viisi on kuvattu asiakkaan kokonaisarvioinnin muodostuminen, RAI:n viitekehys, RAI -arvioinnissa. RAI:n viitekehys toistuu kaikkialla samana. (Kuvio 5). MDS - ohjelma (Minimum Data Set) Minimitiedosto muodostaa asiakkaan tarpeen arviointiperustan. MDS rakentuu kliinisen ja toiminnallisen tilan osioista, joiden mukaan muuttujia tai muuttujien yhdistelmiä koodataan. Tunnistimet ovat muuttujien tai näiden yhdistelmiä, jotka aktivoivat RAP- ongelman. RAPs (Resident Assessment Protocols, Asiakkaan arvioinnin ohjeisto) on systemaattinen ongelmakeskeinen viitekehys MDS tiedon organisoimiseksi. RAP tunnistaa asiakkaan todelliset ja mahdolliset ongelma-alueet ja muodostaa perustaa päätöksenteolle asiakkaan hoitosuunnitelmassa. Sen avulla voidaan myös arvioida milloin ja miten ongelmiin puututaan (taulukko3).



KUVIO 5. RAI:n viitekehys (mukaellen/ THL 2013)

Ennen 1.2.2013 Kaupin sairaalassa ensimmäinen RAI-LTC -arviointi tehtiin kahden viikon kuluessa potilaan saapumisesta osastolle. Arviointiin kuuluu, että se tehdään sairaalajakson aikana aina uudestaan potilaan voinnin oleellisesti muuttuessa. Mikäli potilaan sairaalassa olo pitkittyy, uusitaan RAI-LTC -arviointi vähintään puolen vuoden kuluttua. Arviointia ei tehdä potilaille, joilla sairaalajakson pituus jää alle kaksi viikkoa. (Tampere.fi.) Arvioinneista rakentuvat mittarit on kuvattu taulukossa neljä. Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitos (THL) kokoaa potilaiden arvioinneista muodostuneesta RAI -tietokannasta puolivuositain osastokohtaiset palauteraportit ja ylläpitää sähköistä vertailutietokantaa organisaatioille, jotka ovat mukana RAI- vertailukehittämisessä. Palauteraportit sisältävät tietoa osaston asiakkaista ja heidän toimintakyvystään, terveydentilastaan sekä hoidon laatuindikaattoreista. Kiteytetysti vertailukehittäminen tarkoittaa

taa järjestelmällistä tapaa seurata omaa toimintaa ja kehittää sitä vertailemalla muiden toimintaan. Laatuindikaattorit puolestaan mahdollistavat osaston hoidon laadun tarkisteluun sekä toiminnan ja laadun vertailun samantyyppisen asiakas/potilasrakenteen omaavilla osastoilla. (Tampere.fi. 2012.)

TAULUKKO 4. RAI-LTC mittarit. (mukaellen/Tampere.fi.2012)

RAI-LTC ARVIOINNIN MITTARIT
Älyllistä toimintakykyä kuvaava CPS-mittari
Fyysistä toimintakykyä kuvaava ADL-mittari
Masennusoireita kuvaava DRS-mittari
Kipumittari
Ravitsemustilaa kuvaava painoindeksi BMI
Voimavaratarvetta kuvaava mittari RUG-III/34
Voimavaroja ja ongelma-alueita kuvaava RAP-mittari
Aloitekykyä ja sosiaalista osallistumista kuvaava SES-mittari
Hoitajan kuntouttavan hoitotyön toteutumisen mittari NREHAB
Arvioidun kuntoutumismahdollisuuden mittari REHABOT

5.2.1 Toimintakyky ja RAI-LTC

RAI-arvioinnin paras tulos ja luotettavuus saadaan asiakkaan kokonaisvaltaisella moniammatillisella arvioinnilla. Fyysisen toimintakyvyn heikentyminen on yksi laitoshoidossa olevan asiakkaan riskitekijä ja siksi toimintakyvyn arviointi, G- osio, korostuu RAI- LTC- arvioinnissa. Fysioterapian moniammatillinen osuus RAI-LTC arvioinnissa keskittyy pääasiassa osioon, joissa painottuvat asiakkaan fyysinen toimintakyky ja rakenteelliset ongelmat (ADL- osio). G-osio on laaja ja monipuolisesti toimintakykyä arvioiva. G-osio on jaoteltu yhdeksään arvioitavaan alueeseen (Taulukko 5). Yksilöllinen hoitosuunnitelma voidaan laatia, kun asiakkaan fyysinen toimintakyky on arvioitu objektiivisesti ja selvitetty, minkälaista tukea asiakas omatoimisuuteensa tarvitsee. Arvioinnin luotettavuuden vuoksi arviointiin osallistuneiden nimet kirjataan RAI- osioon R2. Nimen kirjauksen jälkeen merkitään se osio, johon henkilö on arviointinsa kohdentanut.

Asiakkaan sairaudet, lääkkeiden sivuvaikutukset, kognition muutokset ja mahdolliset muut tekijät rajoittavat omatoimisuutta vaikuttamalla esimerkiksi tasapainoon, lihaskänteyteen ja luun haurastumiseen. Ne voivat rajoittaa myös asiakkaan kykyä ja halua osallistua omaan hoitoonsa ja ylläpitää omatoimisuuttaan. Fyysinen toimintakyky ja voimavarat voivat kuitenkin olla paremmat kuin mitä asiakas itse, omaiset tai hoitohenkilökunta olettavat. Asiakkaalla voi olla potentiaalia kehittää tai ylläpitää omaa osallistumistaan ADL- toimissa. Asiakkaan voimavarojen esiin tuominen on RAI-arvioinnin G-osion tehtävä. (RAI -käsikirja 2012.)

TAULUKKO 5. RAI-LTC, OSA G. Fyysinen toimintakyky ja rakenteelliset ongelmat (RAI-käsikirja 2012/mukaellen)

<i>G1</i>	<i>G2</i>	<i>G3</i>	<i>G4</i>	<i>G5</i>	<i>G6</i>	<i>G7</i>	<i>G8</i>	<i>G9</i>
Päivittäisten toimintojen suorituskyky ADL Annettu ADL- apu	Kylpeminen	Tasapainotesti	Toiminnalliset liikunnan rajoitteet Liikelaajuus Tahdonalaisen liikkeen puutos	Apuvälineet liikkuessa	Siirtymisapuvälineet	Toimintojen osittaminen	Fyysisiä päivittäisiä toimintoja koskevat kuntoutumismahdollisuudet	Muutos päivittäisissä toiminnoissa

5.2.2 Toimintakyky ja RAI-PAC -arviointi

Kaupin sairaalan fysio- ja toimintaterapeutit osallistuvat RAI-PAC -arviointiin yhdessä arvioinnista vastaavan hoitajan kanssa. Fysioterapeuteille on arvioinnista sovitut fyysistä toimintakykyä arvioivat osuudet, jotka he arvioivat ja täyttävät sähköiseen ohjelmiin jokaisesta osastolle tulevasta ja lähtevästä potilaasta. Fysioterapeuteille laadittiin RAI-PAC -kouluttajan ohjeistuksella omaan käyttöön suunnattu fyysisen toimintakyvyn arvioinnin-lomake. Lomake on ositettu RAI-PAC -ohjelmistosta ja sen tarkoituksena on jäsentää ja helpottaa ohjelman käyttöön oton alkuvaiheessa fysioterapeuttien RAI-arviointia. Arviointi sisältää RAI-PAC arvioinnista osan F. Fyysinen toimintakyky (2, 3, 4 ja 5), osan I. Terveystila (1,2 ja 3) sekä osan M. Hoito- ja muita toimenpiteitä (2). Osiot on kuvattu opinnäytetyön liitteessä kaksi. Kaupin sairaalassa 1.2.2013 käyttöön otetussa RAI-PAC -instrumentissa tulisi arviointi suorittaa ja kirjata aina potilaan tilanteen muuttuessa sekä potilaan kotiutuessa.

Uusi RAI-PAC (Post Acute Care) -arviointi tuo potilasvaihdon kautta vähitellen muutoksen RAI-arviointiin Kaupin sairaalassa. Uusi RAI-PAC tuo mukanaan täysin uudenlaisen arviointi- käytännön, johon erityistyöntekijöilläkin on osuutensa. Kaikki sairaalaan uudelle hoitajaksolle saapuvat potilaat arvioidaan RAI-PACin avulla. Osastohoittoon ennen 1.2.2013 kirjatut potilaat arvioidaan vielä RAI-LTC -instrumenttia (Long Term Care) käyttäen.

5.2.3 Palvelujen tuotteistaminen RAI -järjestelmän avulla

Hyvin toteutettu tuotteistus tukee asiakkaan tarpeiden mukaista palvelua ja/tai hoitoa sekä joustavuutta palvelujen tuottamisessa. Tuotteistamisessa on kyse palvelutoiminnan jäsentämistä palvelukokonaisuuksiksi eli tuotteiksi. Tuotteille on määriteltävä sisältö, käyttötarkoitus, laatu ja hinta. RAI-järjestelmä mahdollistaa myös palvelujen tuotteistamisen. Tuotteet voidaan muodostaa RUG-III (Resource Utilization Groups-luokituksen kolmas versio)-luokitusjärjestelmään perustuen. Kuviossa kuusi (kuvio 6) on esimerkkinä tuotantolähtöinen ajattelutapa, missä tarkastelu/kehittäminen kohdistuu yksittäisiin palveluihin palvelutyypin sisällä. (THL.fi.2013)



KUVIO 6. RUG-III, Tuotantolähtöinen ajattelutapa (THL.fi 2013).

Vuoden 2012 alusta alkaen on Tampereen kaupungin laitoshoidon yksiköissä; Kaupin sairaalassa, Koukkuniemen vanhainkodissa ja Rauhaniemen sairaalassa, valmisteltu yhteistyössä Tampereen kaupungin ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa käyttöön RUG -tuotteistukseen perustuvat tuotteet. Ne ovat sopimuksen ja laskutuksen seurannan perustana myös vuonna 2013. Opinnäytetyö ohittaa tuotteistuksen tarkemman käsittelyn tässä yhteydessä. RAI-arvioinnin laajuutta ja monipuolisuutta esitellen RAI-arviointiin pohjautuva laitoshoidossa käytössä oleva tuotteistus oli kuitenkin maininnan arvoinen tämän työn kokonaisuudessa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) nettisivustoilta löytyy seikkaperäistä lisätietoa ja viitteitä aiheeseen.(THL.fi.2013)

5.2.4 RAI- arviointi ja -järjestelmä opinnäytetyön kohteena

Opinnäytetyön tarve nousee omasta työyhteisöstä ja sen kehittämistä RAI-arvioinnin saadessa yhä enemmän painoarvoa Tampereen kaupungin laitoshoidon organisaatiossa. RAI-arviointia käytetään mittarina ja vertaisarvioissa sekä kansallisesti että kansainvälisesti. RAI-arvioinnin luotettavuus lisääntyy moniammatillisen arvioinnin kautta.

RAI- arvioinnin pohjalta toteutettu yksilöllinen ja laadukas hoito merkitsee yksilölle/asiakkaalle/potilaalle/yhteiskunnalle alla lueteltujen asioiden vähentymistä. Laatuindikaattorit kuvaavat hoitoprosesseja ja niiden tuloksia. Laatuindikaattorit kuvaavat myös asiakkaisiin/asukkaisiin tai hoitokäytäntöihin liittyviä kielteisiä tiloja. Laitoshoidon RAI-LTC laatualueet ja niiden indikaattorit on kuvattu taulukossa kuusi. (THL 2013.)

TAULUKKO 6. Laitoshoidon RAI-LTC laatualueet ja niiden indikaattorit
(Mukaellen/ THL 2013)

Onnettomuudet	Mikä tahansa vamma (aikaisempi onnettomuus) Uudet murtumat Katuilu
Käytös- ja TAULUKKO 6. Laitoshoidon RAI-LTC laatualueet ja niiden indikaattorit tunne-elämä	Käyttöoire, joka vaikuttaa muihin Masennuksen oireet tai masennusdiagnoosi Masennuksen oireet ilman korjaavia hoitotoimenpiteitä
Kliininen hoito	Yhdeksän lääkettä tai enemmän
Kognitio	Aivojen vajaatoiminta
Pidätyskyky	Virtsan/ulosteen pidätyskyvyttömyys Osittainen virtsan/ulosteen pidätyskyvyttömyys - ei rakon/suolen harjoitusohjelmaa Katetri Ulosteen pakkautuminen
Infektioiden hallinta	Virtsatieinfektio
Ravinto ja syöminen	Painon lasku Letkuravitsemus Kuivuma Vuoteeseen hoidettavat potilaat
Fyysinen toimintakyky	Toimintakyvyn lasku koskien pitkään säilyviä taitoja Nivelten toiminnallisen liikelaajuuden menetys Aktivoivan hoitotyön vähäisyys liikuntarajoitteisilla (aik. harjoittelun/taitojen parantamisen/liikelaajuuden ylläpitämisen puute liikuntakyvyttömillä asiakkaila)
Psykenlääkkeiden käyttö	Antipsykoottisten lääkkeiden käyttö ilman psykoottisia tai vastaavia oireita Rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttö Unilääkkeiden käyttö useammin kuin kahdesti viikossa
Elämänlaatu	Liikkumista estävien välineiden päivittäinen käyttö Ei aktiviteetteja (aikaisempi vähäinen/olematon aktiviteetteihin osallistuminen)
Ihon hoito	1.-4. asteen painehaavat Uudet painehaavat

6 OPINNÄYTETYÖN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön tutkimusmetodiksi valikoitui työn luonteen mukaisesti toimintatutkimus. Osiossa viisi kuvataan seikkaperäisesti toimintatutkimusta tutkimusmenetelmänä sekä työssä käytetyt kysely- ja havaintopäiväkirja -tutkimusmenetelmät. Osiossa on avattu toimintatutkimukseen liittyneiden kyselyjen analyysissä käytetty aineistolähtöinen sisälönanalyysi sekä toimintatutkimuksen näkökulmasta käsitteet eettisyys ja luotettavuus.

6.1 Toimintatutkimus

Toimintatutkimukseksi kutsutaan tutkimusstrategiaa, jonka tarkoituksena on vaikuttaa tutkimuskohteeseen, sen toimintaan tai ympäristöön niitä kehittävästi ja parantavasti (Koppa.jyu.fi.1, 2013). Toimintatutkimuksen sijoittuminen tutkimusstrategiakehällä on havainnollistettu liitteessä kolme.

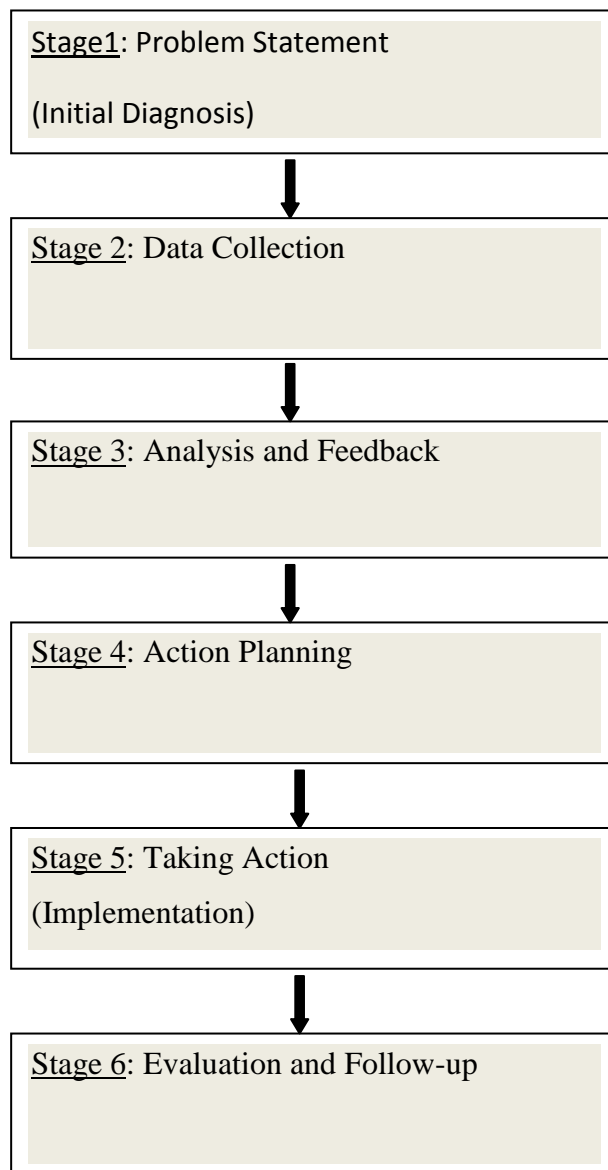
Toimintatutkimuksen teorian jälkiä voidaan johtaa aina tunnettujen filosofien Aristoteleen, Galileon ja Newtonin kirjoituksiin. Amerikkalaisen filosofin John Deweyn (1859-1952) voidaan katsoa myötävaikuttaneen ensimmäisten joukossa kasvatuksellisen toimintatutkimuksen kehittämiseen. Deweyn mielestä olennaista on, että tuntematon ja siinä mielessä ongelmallinen tilanne ”saatetaan riittävään yhteyteen olemassa olevien tapojen kanssa niin, että se tuottaa tehokkaan palautteen”. (Puolimatka, 2002). Monet tutkijat antavat kuitenkin kunnian toimintatutkimuksen kehittämisestä Kurt Lewinille (1890 -1947). Lewinin mukaan toimintatutkimuksen menetelmät olivat ratkaisevia sosiaalisissa muutoksissa ja niiden kehittämisessä. Lewin korosti metodeissaan yhteistyön ja ryhmätutkimuksen merkitystä tiedon keräämiseksi. Lewinin menetelmät saivat laajempaa kannustusta ja suosiota vasta 1970 luvulla. (Tomal 2010, 13- 14.)

Toimintatutkimuksen esi-isä saksalais-amerikkalainen sosiaalipsykologi Kurt Lewin (1890-1947) halusi tehdä tutkimusta arjessa, eikä vain laboratoiduissa olosuhteissa. Lewinin ajatukset teorian ja käytännön sekä tutkimuksen ja toiminnan yhteydestä ovat

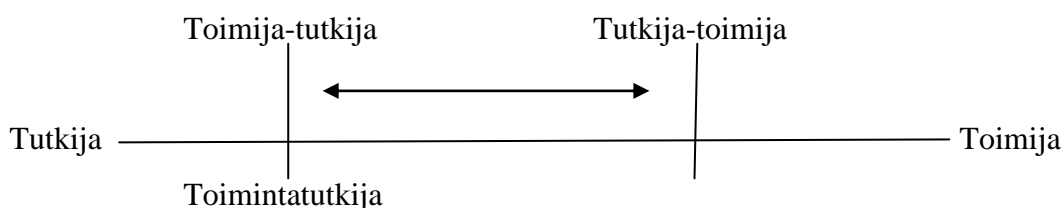
luoneet vankan pohjan toimintatutkimukselle; ”Mikään ei ole niin käytännöllistä kuin hyvä teoria”(Heikkinen ym. 2007, 29).

Toimintatutkimukselle on luonteenomaista suora eteneminen kohti päämäärää. Ongelman ratkaisu ja toiminnan kehittäminen luottavat enemmän reflektioon ja käytännöllisyyteen sekä soveltuvuuteen ongelman ratkaisussa kuin tieteelliseen tutkimukseen ja induktiiviseen perusteluun. Toisena keskeisenä ominaisuutena voidaan pitää toimintatutkimuksen toteutumista sen luontaisessa ympäristössä. (Tomal 2010, 15.) Lewinin toimintatutkimuksen malli (Action Research Model) pitää sisällään: ongelman asettamisen, tiedon keräämisen, analyysin ja feedbackin, toiminnan suunnittelun, käyttöönoton, yhteenvedon ja kehittämisen sekä arvioinnin ja seurannan. (Tomal 2010, 19- 21.) Toimintatutkimuksen malli on kuvattu kuviossa kuusi (Tomal 2010, 17).

KUVIO 6. Action Research Model (mukaellen Tomal, D. R. 2010, 17)



Toimintatutkimusta ryhmässä tai yhteisössä johtaa ”muutosagentti”, joka voi olla esimerkiksi tutkija, kouluttaja tai konsultti. Muutosagentti toimii ryhmässä katalysaattorina keräten tietoa ja siten kehittämällä ryhmän kanssa yhteistä ongelmaa. (Tomal 2010, 15.) Kenttätöissä toimintatutkija osallistuu muutosprosessiin (Heikkinen & Rovio & Syrjä, 2007, 95). Tutkijan roolia on kuvattu kuviossa seitsemän.



KUVIO 7. Toimintatutkija teorian ja käytännön välimaastossa (mukaillen/Heikkinen ym. 2007, 95).

Toimintatutkija osallistuu tutkimaansa toimintaan tehden kohteeseensa tarkoitukselliseen muutokseen tähtäävän väliintulon, intervention. Tutkijan ei tarvitse olla ulkopuolinen eikä neutraali, vaan aktiivinen vaikuttaja ja toimija. Toimintatutkimuksessa pyritään Heikkisen ym. (2007,20) mukaan voimaannuttamaan ja valtauttamaan (empower) tutkimukseen osallistujia; heidän uskoa omiin kykyihin ja toimintamahdollisuuksiin tuetaan ja rohkaistaan muutokseen, joka kehittää asioita heidän omalta kannaltaan paremmiksi. Toimintatutkimuksessa kehittyy tutkijan asiantuntijuus, mutta toimintatutkimuksen päätavoitteena on kehittää osanottajien tietoisuutta, käytännöllistä osaamista sekä asiantuntijuutta. (Heikkinen ym. 2007, 20.)

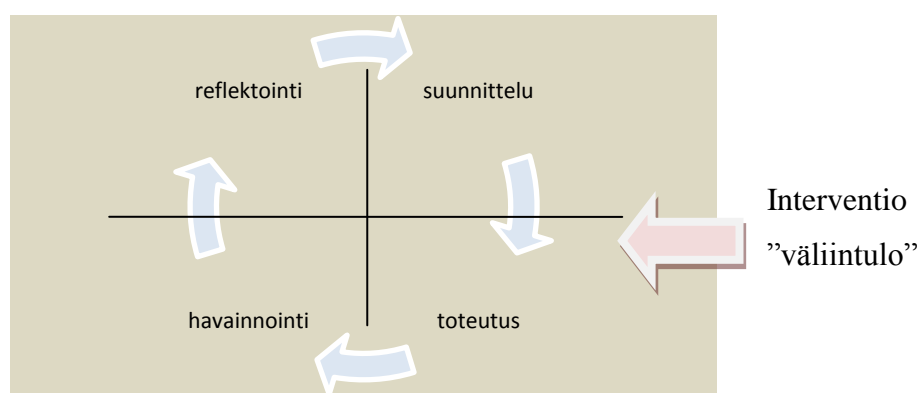
Eri toimintatutkimuksia yhdistäviä piirteitä ovat käytäntöihin suuntautuminen, muutokseen pyrkiminen ja tutkittavien osallistuminen tutkimusprosessiin. Mahdollinen kohde ja substanssi voi siten olla melkein mikä tahansa ihmiselämään liittyvä piirre. Yhteinen piirre on kuitenkin pyrkiä tutkimuksen avulla tuottamaan uutta tietoa ja reaaliaikaiseen eri asiointilojen muutokseen edistämällä ja parantamalla niitä tavalla tai toisella. (Kuula, 1999, 10- 11.)

Toimintatutkimuksessa tuotetaan tietoa käytännön kehittymiseksi (Heikkinen ym. 2007, 16). Heidän mukaansa toimintatutkimuksessa on tutkimuksen kohteena ihmisten toiminta eikä esimerkiksi kone tai luonnonilmiöt. Toimintatutkimuksen pohjana on vuorovaikutus. Heikkisen ym. (2007, 17) mukaan toimintatutkimus on yleensä tutkimus- ja kehittämishanke, joka on rajattu ajallisesti ja pienimuotoisimmillaan se on oman työn kehittämistä. Toimintatutkimuksen avulla kehitetään myös ihmisten välistä kommunikointia ja yhteistoimintaa. Osallistumismahdollisuuksilla katsotaan olevan selkeä yhteys myös työtyytyväisyyteen, työmoraliin ja tuottavuuteen. (Kilku 2012.)

Toimintatutkimuksessa tavoitellaan käytännön hyötyä ja käyttökelpoista tietoa. Toimintatutkimus on hakenut vaikutteita pragmatismista ja sosiaalitieteistä. Toimintatutkimuksessa toimintatutkija osallistuu tutkimuksensa toimintaan tehden tutkimuskohteeseensa tarkoitukselliseen muutokseen tähtäävän väliintulon eli intervention. Toimintatutkimuksessa tutkija poikkeaa perinteisestä ulkopuolisuudesta olemalla aktiivinen vaikuttaja ja toimija. Tutkija toimii ryhmässä ”muutosagenttina”. (Kilku 2012.)

Toimintatutkimuksen sykli alkaa kun tutkija suunnittelee ja toteuttaa uuden toimintatavan. Interventiolla eli muutokseen tähtäävällä väliintulolla vaikutetaan uusien toimintatapojen syntyyn. Vertauskuvallisesti voidaan miettiä kiven heittämistä järveen: ”Mitä vaikuttaa? Mikä muutos syntyy?” (Kilku 2012). Toteutusta havainnoidaan ja reflektoidaan käytännön aikana ja sen päätyttyä.

Toimintatutkimus mielletään itsereflektiiviseksi kehäksi, jossa on kuvion kahdeksan osatekijät: toiminta, sen havainnointi, reflektointi ja uudelleensuunnittelu seuraavat toisiaan. (Heikkinen ym. 2007, 35). Kokemusten pohjalta suunnitellaan entistä parempi uusi toimintatapa (Heikkinen ym. 2007, 35). Toimintatutkimuksen tuoma muutos vaatii ensin jäykistyneen tilanteen ”sulattamisen” ja ”maaperän luomisen”. Lopputuloksena on uuden tilanteen vakiinnuttaminen eli ”jäädäyttäminen” (Kilcku 2012; Lewin, K. 1890-1947.)



KUVIO 8. Toimintatutkimuksen sykli (mukaellen/ Heikkinen ym. 2007, 35)

Osallistavan toimintatutkimuksen tavoitteena on käytäntöä koskevan tiedon tuottaminen ja toimintakäytäntöjen käsitteellistäminen. Osallistava toimintatutkimus on sekä kehittämis- ja tutkimustoimintaan osallistuville yhteisön jäsenille että tutkijoille oppimisprosessi, jossa kehitetään yhteisön tarpeesta lähteviä toimintoja ja arvioidaan niihin liittyviä prosesseja ja saavutettuja tuloksia. Tämä todentuu tutkijoiden ja yhteisön jäsenten vuorovaikutuksessa ja dialogissa. Tärkeää on saada tietoa terveyden edistämisen tuloksista ja niihin johtaneesta prosessista. (Turunen, H. & kumpp., 2008, 409- 413.)

Yhteiskuntatieteellisen tietoarkiston FSD:n sivulla Arja Kuulan mukaan toimintatutkimuksessa sekä tutkitaan että yritetään muuttaa vallitsevia käytäntöjä. Sen avulla etsitään ratkaisuja ongelmiin - olivat ne sitten teknisiä, yhteiskunnallisia, sosiaalisia, eettisiä tai ammatillisia. Hänen mielestään olennaista on se, että tutkimuksessa mukana olevat eli

käytännöissä toimivat ihmiset otetaan aktiivisiksi osallisiksi tutkimukseen mukaan. (Fsd.uta.fi.2013.)

Toimintatutkimus osallistuvana kehittämismenetelmänä mahdollistaa myös alalla toimivien ihmisten erityisosaamisen, hiljaisen tiedon, esille tulemisen ja sen siirtymisen työyhteisössä uusille työntekijä sukupolville ilman kirjoitettua tietoa. (Kilcku 2012.)

6.2 Menetelmätriangulaation käyttö opinnäytetyössä

Triangulaation merkitys tutkimuksessa on luotettavuuden lisääntyminen kun monenlaista aineistoa kerätään valottamaan tutkimuskohteen luonnetta erilaisista suunnista. Laajennettuna käsitteenä triangulaatiolla voidaan tarkoittaa menetelmä-, tietolähde- ja tutkijatriangulaatiota. Menetelmätriangulaatiota puolestaan toteutetaan siten, että ”samaa asiaa” tutkitaan eri tekniikoilla esimerkiksi haastatteluilla kyselylomakkeilla ja itsearviointitehtävillä. Eri tavoilla saatuja tutkimuksia verrataan sen jälkeen toisiinsa ja pyritään määrittämään tulosten vastaavuutta. (Tutkimuksen luotettavuudesta 2002.)

Toimintatutkimus luokitellaan usein laadulliseksi tutkimusmenetelmäksi. Käsitys on yleinen mutta osin virheellinen (Heikkinen ym. 2007, 36- 37). Toimintatutkimuksen tiedonhankintamenetelmät voivat olla myös määrällisiä. Toimintatutkimuksessa voi yhdistää luontevasti laadullisia ja määrällisiä menetelmiä (Liite 3). Heikkisen ym. (2007) mukaan toimintatutkimus ei ole varsinaisesti tutkimusmenetelmä vaan lähestymistapa tai asenne, jossa tutkimus kytketään toiminnan kehittämiseen.

Toimintatutkimuksen strategiassa vaikuttaminen tapahtuu tutkijan osallistumisella tutkimuskohteen toimintaan. Vaikuttamisen ja kehittämisen perustana on tutkimus, jota tutkija tekee tutkimuskohteen ympäristössä. Toimintatutkimuksessa saavutetaan siten tieteellisyyden ja käytännöllisyyden yhdistäminen. Toimintatutkimus sisältää tutkimusmenetelmänä runsaasti erilaisia näkökulmia ja sitä voidaan toteuttaa erilaisten analyysitapojen avulla. (Koppa.jyu.fi.2013.)

Artikkelissa Kartta kasvatustieteen maastosta Heikkinen ym. (2005) kirjoittaa tutkimusotteista, joille on tyypillistä myös tietoisuus tutkijan ja tutkittavan äänen (voice) kuulumisesta tutkimusteksteissä. Niillä on ominaista pyrkimys marginaalissa pidettyjen ihmisryhmien esille nostamiseen ja uskon luominen heidän omiin projekteihinsa, elämänhallinnan lisääminen ja oman sisäisen voimanlöytäminen (empowerment). Heikkisen ym.(2005) mukaan ilmauksissa näkyvät myös vahvasti kriittisen teorian vaikutukset.

6.2.1 Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus

Kvalitatiivinen tutkimus pyrkii tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Lähtökohtana on *todellisen elämän* kuvaaminen. (Hirsjärvi ym. 2007, 157.) Tutkijalle ovat olennaisia arvolähtökohdat, sillä arvot muovaavat sitä, miten pyrimme ymmärtämään tutkittuja ilmiöitä. Hirsjärven ym. (2007) mukaan tuloksiksi voidaan saada vain ehdollisia selityksiä tiettyyn aikaan ja paikkaan rajoittuen.

Kvalitatiivisen tutkimuksen piirteisiin kuuluvat kokonaisvaltaisen tiedon hankinta ja aineiston kokoaminen luonnollisissa, todellisissa tilanteissa. Tutkimuksissa suositaan ihmistä tiedon keruun instrumenttina. Kvalitatiivisessa analyysissä käytetään induktiivista analyysiä, jolloin tutkija pyrkii paljastamaan odottamattomia seikkoja. Kvalitatiivisten metodien käyttö aineiston hankinnassa on olennaista. Metodeja ovat mm. teema-haastattelu, osallistuva havainnointi, ryhmähaastattelut, erilaisten dokumenttien ja tekstien diskursiiviset analyysit. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa kohdejoukko on valittu tarkoituksen mukaisesti ja tutkimussuunnitelma muotoutuu tutkimuksen edetessä. Kvalitatiiviselle tutkimukselle on olennaista tapauksien ainutlaatuisuus ja myös aineiston käsittely ja tulkinta toteutuu sen mukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2007, 160.)

6.2.2 Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus

Kvantitatiivisen tutkimuksen alkujuuret ovat luonnontieteissä (Hirsjärvi ym. 2007, 135). Keskeisiä piirteitä ovat: johtopäätökset aiemmista tutkimuksista ja aikaisemmat teoriat. Kvantitatiiviseen tutkimukseen kuuluu hypoteesien esittäminen sekä käsitteiden määrittäminen. Havaintoaineisto soveltuu tutkimuksessa määrälliseen eli numeeriseen mitaamiseen. Koehenkilöiden tai tutkittavien henkilöiden valinta perustuu tarkkaan määrittelyyn ja otantasuunnitelmiin. Tyypillistä ovat muuttujien muodostaminen taulukko-muotoon ja tilastollisen käsittelyn mahdollistavaan muotoon. Hirsjärven ym. (2007) mukaan päätelmät tutkimuksissa tehdään havaintoaineiston tilastolliseen analysointiin perustuen ja ne kuvataan muun muassa prosenttitaulukoiden avulla. Tutkimuksen tulokset pyritään esittämään arkipäiväisen kokemuksen ylittävinä teorioina. (Hirsjärvi ym.2007,137.)

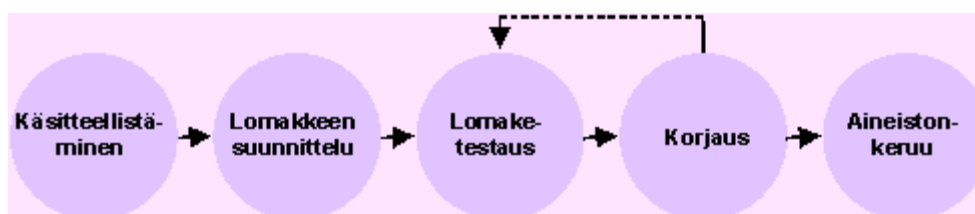
6.2.3 Kysely, kyselylomakkeen suunnittelu ja testaus

Kysely voidaan toteuttaa monella tavalla: kyselyn toteuttamistapojen, kysymysten sisältöjen ja vastaajajoukon rajauksen valintaan vaikuttaa se, mitä tutkimuksessa halutaan saada selville. Kyselyn laatimiseen ja toteuttamiseen liittyy runsaasti tekijöitä, jotka voivat vaikuttaa kyselyssä saataviin vastauksiin, vastausten informatiivisuuteen, kyselyn vastausprosenttiin ja kyselyn luotettavuuteen. Kyselyn toteuttaminen edellyttää sen ongelma-kohtiin paneutumista etukäteen ja kyselyn pilotoimista ennen sen toteuttamista. Kyselyn muodosta riippuen vastauksia voidaan analysoida sekä määrällisesti että laadullisesti.(Koppa.jyo.fi.2.2013.)

Lomakehaastattelussa kysytään tutkimuksen tarkoituksen ja ongelmanasettelun kannalta merkityksellisiä kysymyksiä. Jokaiselle kysymykselle pitää löytyä perustelu tutkimuksen viitekehuksesta, tutkittavasta ilmiöstä jo tiedetystä tiedosta.(Tuomi & Sarajärvi, 2009,75.) Tavoitteena on saada vastauksia jokaiseen kysymykseen annettujen vaihtoehtojen sisällä ja haastattelijan määräämässä järjestyksessä. Lomakehaastattelua voidaan

käyttää myös laadullisessa tutkimuksessa, vaikka useimmiten se on kvantitatiivisen tutkimusaineiston keruumenetelmä. (Tuomi & Sarajärvi 2009,74.)

Kyselylomakkeen suunnittelussa strategisia vaiheita on viisi (Kuvio 9). Strategian avulla mahdollistetaan parhaiten ongelmien ja niiden ratkaisujen löytyminen. Testausstrategian on otettava huomioon valitun tiedonkeruumenetelmän rajoitukset ja mahdollisuudet. Testausstrategian suunnittelu on tärkeää myös siksi, että välttämättömille testauksille ja niiden analyysille osataan varata riittävästi aikaa. (Koppa.jyo.fi.2.2013.)



KUVIO 9. Kyselylomakkeen suunnittelun ja testauksen vaiheet. (Koppa.jyo.fi.2. 2013.)

6.2.4 Havaintopäiväkirja

Päiväkirja on yksittäinen, tehokas väline refleктоivaan itse- arviointiin. Päiväkirja on yksilön käytössä oleva paikka jäsentää ja puntaroida ajatuksiaan ja kokemuksiaan. Sen henkilökohtaisuus voi myös olla tärkeää silloin, kun työskennellään ryhmissä. Päiväkirjoissa dokumentoituu oma, yksilöllinen ääni ennen kuin se on ryhmässä yhteen sulautunut muihin, kenties voimakkaampiin käsityksiin. Opinnäytetyön toteuttamisen ohjaamisessa päiväkirjaa voidaan hyödyntää monilla tavoilla. On tärkeää, että ainakin hankkeen vetäjä tai vastuuhenkilö pitää päiväkirjaa. (Seppänen-Järvelä 2004, 48.)

Toimintatutkimuksessa toimintatutkija tallettaa päiväkirjaan aineistoa ajatusten jäsentämistä varten. Kaikki kirjattu tieto vie tutkimusta eteenpäin. Kenttätapahtumien lisäksi päiväkirjaan kootaan laajasti tietoa ja havainnoiteja koskien muun muassa tutkimuksen

etenemistä, tunnelmia, vaikutelmia, palautetta, omia havaintoja sekä myös kysymyksiä ja hämmennyksen aiheita. (Heikkinen ym. 2007,107).

Opinnäytetyössä havaintopäiväkirja oli annettu käyttöön hoitohenkilökunnalle RAI-arvioinnin kommentoimista varten. Toinen havaintopäiväkirja oli opinnäytetyöntekijän itsensä pitämä ja siihen kirjattiin läpi toimintatutkimuksen vaiheita ja havaintoja, palautteita. Opinnäytetyöntekijän havaintopäiväkirjan materiaalia on käytetty työn eri vaiheissa niitä erikseen työstä irrottamatta. Havaintopäiväkirjan muistiinpanoja on käytetty muun muassa sisällön etenemisen kuvaamisessa, varmentamaan työn ja tulos-osion aikatauluja ja kerrottaessa koulutusinterventioiden sisällöistä.

6.3 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko on tutkimuksessa ydinasia. Analyysivaiheessa opinnäytetyöntekijälle selviää, minkälaisia vastauksia hän kysymyksiinsä tai ongelmiinsa saa. Analyysivaiheessa saattaa opinnäytetyöntekijälle myös selvitä, miten aineistossa käytetyt ongelmat olisi oikeastaan pitänyt asettaa. (Hirsjärvi & Kumpp. 2007, 216). Tutkimuksen aineisto kuvaa tutkittua ilmiötä ja analyysillä pyritään kirjallisesti ilmaisemaan selkeä kuvaus kohteesta. Sisällönanalyysi ohjaa järjestämään kerättyä aineistoa tiiviiseen, selkeään ja yhtenäiseen muotoon ilman että sen informaatio katoaa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108). Vilkan (2005) mukaan aineistolähtöisessä analyysissä tutkimusaineistosta on tavoitteena löytää esimerkiksi jokin toiminnan logiikka tai tutkimusaineiston ohjaamana jonkinlainen tyypillinen kertomus. (Vilka 2005, 140).

Analyysiä ennen opinnäytetyöntekijä päättää mistä logiikkaa tai tyypillistä kertomusta lähdetään etsimään. Toimintaa seuraa tutkimusaineiston pelkistäminen (reduointi), mikä tarkoittaa tutkimusongelman kannalta turhan ja epäoleellisen aineiston karsimista kuitenkin hävittämättä tärkeää informaatiota. Tässä vaiheessa tutkimusaineistoa pilkotaan ja tiivistetään tutkimusongelman ja kysymysten ohjaamana. Aineistosta koostetaan uudet johdonmukaiset ryhmät esimerkiksi ”analyysiyksikön” mukaan, joka voi olla esimerkiksi sana, lause, lauseen osa tai ajatuskokonaisuus. Jokaiselle syntyneelle uudel-

le ryhmälle määritellään sisältöä parhaiten kuvaava ”kattokäsite”. Kokonaisanalyysistä syntyy ryhmittelyistä käsitteitä, luokitteluja tai teoreettinen malli. (Vilka 2005, 140).

Opinnäytetyön aineistolähtöisen laadullisen sisällönanalyysin eli induktiivisen aineiston analyysin ensimmäisessä vaiheessa pelkistäminen eli redusointi tapahtui opinnäytetyötä ohjaavien kolmen kysymyksen kautta: Minkälainen on Kaupin sairaalan henkilökunnan RAI- tietojärjestelmän tuntemus ja RAI-arvioinnin tekemiseen osallistumisen nykytila? Miten Kaupin sairaalassa toteutuu moniammatillisen RAI-arvioinnin tekeminen? Voiko koulutuksen avulla ja RAI-tietämystä edistämällä lisätä moniammatillisen RAI-arvioinnin toteutusta Kaupin sairaalassa? Aineistolähtöinen, kysymyskohtainen, sisällönanalyysi on taulukoituina liitteissä 13- 20. Tämän tekstin lopussa oleva esimerkkitaulukko seitsemän antaa kuvan opinnäytetyössä käytetystä analyysistä.

Opinnäytetyötä ohjaavat kolme kysymystä muodostivat myös teemat molempien opinnäytetyössä käytetyn kyselyn (Liitteet 6 ja 7) kolmelle pääosiolle. Näiden kolmen kysymyksen pohjalta aineistosta, vastauksista, opinnäytetyöntekijä pilkkoi osiin kolmea eri tyyppitystä vastaavia ilmaisuja. Tyypityksissä noudatettiin ensimmäisen kyselyn mallia. Tyypitykset olivat: positiivinen kokemus asiasta (punainen), kyseenalaistava palaute asiasta (sininen), ja muu mielipide asiasta (vihreä). Värikoodit muodostuivat aineistosta nousseista vastauksista, jotka olivat selkeästi positiivisia (pun.), asiaa kyseenalaistavia/vastustavia (sin.) tai selkeästi jokin muu kannanotto asiaan (vihr.). Tämän kaltainen tyypittely sopi kyseisen aineiston analyysiin hyvin. Opinnäytetyöntekijä toimi vastaus-ten suhteen eettisesti antamatta oman mielipiteen tai asiasta muodostuneen oman käsityksen vaikuttaa vastauksiin ja niiden luokitteluun.

Ilmaisut koodattiin aluksi kyselyn paperiversioon puuväreillä kolmea eri väriä käyttämällä (punainen–sininen–vihreä). Pidemmässä vastauksessa saattoi olla useampiakin ”värejä” vastauksen moninaisuudesta riippuen. Puuvärikynin alleviivatut ilmaisut koottiin uudestaan tietokoneelle vielä vastaajittain. Seuraavaksi vastauksista yhdistettiin kaikki ”samanväriset ilmaukset” kysymyksittäin yhteen puhtaaseen kysymyslomakkeeseen. Vastajan kirjain (A->R) oli tunnisteena jokaisen alkuperäisilmauksen edessä. Pelkistetyt ilmaukset nousivat ja kirjattiin kyselyn pohjalta ja opinnäytetyötä ohjaavien

kysymysten kautta. Aineiston klusteroinnissa eli ryhmittelyssä opinnäytetyöntekijä etsi pelkistetyistä ilmauksista samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä muodostaen niistä alaluokkia. Aineiston ryhmittelyssä oli edelleen pohjana alkuperäisyytpitykset ja kolme ohjaavaa kysymystä.

Aineiston abstrahoinnissa eli käsitteellistämässä muodostui valikoidun tiedon perusteella ensimmäisessä kyselyssä yhteensä kahdeksantoista aineiston tiivistävää ja yhdistävää alaluokkaa. Seitsemän ensimmäistä alaluokkaa nousivat henkilökunnan positiivisista kokemuksista moniammatillisessa RAI -arvioinnissa ja sen kehittämistä, kahdeksan alaluokkaa kyseenalaistavista kokemuksista ja yksi alaluokka muu-mielipide- kokemuksista. Toisessa kyselyssä muodostui yhteensä kaksikymmentäviisi aineiston tiivistävää ja yhdistävää alaluokkaa. Kolmetoista alaluokkaa nousivat henkilökunnan positiivisista kokemuksista moniammatillisessa RAI -arvioinnissa ja sen kehittämistä, kymmenen alaluokkaa niiden kyseenalaistavista kokemuksista ja kaksi alaluokkaa muu-mielipide- kokemuksista.

Abstrahointia jatkamalla luokittelusta muodostui ensimmäisessä kyselyn aineistosta seitsemän yläluokkaa ja toisen kyselyn aineiston pohjalta niitä muodostui kolmetoista. Opinnäytetyötä ohjaavien kolmen kysymyksen ja kyselyaineiston näkökulmasta katsoen edettiin abstrahoinnissa vielä kolmeen pääluokkaan ja niitä yhdistävään luokkaan. Yhdistävä luokka vastasi hyvin koko aineiston teoreettisia käsitteitä ja johtopäätöksiä.

TAULUKKO 7. Analyysitaulukko Kysely 2: Moniammatillisen RAI-arvioinnin kehittäminen

Pelkistettyilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
<p>Koulutusten kokeminen: hyvinä, ja mielenkiintoisina</p> <p>Asioiden kertaus ja tuttuakin asia kiinnostaa.</p> <p>Uuden RAI-arvioinnin vuoksi kaikki koulutus on tarpeellista</p> <p>Koulutukset ovat lisänneet tietoisuutta RAIsta.</p> <p>Koulutuksesta ja opitusta toivotaan siirtyvän jotakin myös käytäntöön.</p> <p>Koulutukset ovat syventäneet tietoa RAI:sta ja sen tekemisestä.</p> <p>Koulutukset ovat lisänneet tietoutta mm. RAPsien käytöstä .</p> <p>Mahdollisuus omaan RAI-arviointiin on tullut mahdolliseksi koulutuksen kautta.</p> <p>Hoitosuunnitelmien tekeminen RAI:n pohjalta on lisääntynyt</p>	<p>Koulutusten kokeminen mielekkäinä ja sisällöltään antoisina</p> <p>Kaikki koulutus aiheesta koetaan tarpeelliseksi</p> <p>Koulutukset ovat mahdollistaneet uusia asioita potilasarvioinneissa ja työssä</p> <p>Koulutus on lisännyt ja syventänyt omaa tietoisuutta ja arvioinnista saatavia mahdollisuuksia</p>	<p>Koulutusten positiivinen vaikutus voidaan siirtää myös käytännön työhön</p> <p>Koulutukset kehittävät ja tukevat omaa ammattitaitoa antaen lisää valmiuksia laaja-alaiseen, moniammatilliseen potilaan arviointiin</p>	<p>Henkilökunnan kokemuksia ja mielipiteitä suhtautumisesta järjestettyihin moniammatillisiin koulutuksiin ja uuteen RAI-PAC-arviointiin.</p>
<p>Uusi RAI-PAC otettiin käyttöön liian nopeasti ja varmistamatta käytön sujuvuutta.</p> <p>RAI-PAC alkoi ilman, että kaikille olisi järjestetty koulutusta asiasta.</p> <p>Lisäkoulutuksen tarve.</p> <p>Käytännön koulutuksen puuttuminen</p> <p>Ohjelma vaatii kehittämistä.</p> <p>Epätietoisuus 30 vrk RAI-arvioinnin merkityksestä.</p> <p>Koulutuksiin osallistujien vähäisyys; Missä hoitajat?</p>	<p>Liian vähäinen koulutus ja nopea uuden RAI -ohjelman käyttöönotto herättää epätietoisuutta henkilökunnassa.</p> <p>Toivomus lisäkoulutuksesta.</p> <p>Epätietoisuus RAI-arvioinnin merkityksestä.</p> <p>Ohjelma koetaan laajaksi.</p> <p>Vähäinen osallistuminen tarjottuihin moniammatillisiin koulutuksiin.</p>	<p>Henkilökunnan koettu lisäkoulutuksen tarve.</p> <p>Liian nopea uuden ohjelman käyttöönotto ilman käytännön koulutusta.</p> <p>Aikaa vievä ohjelma.</p> <p>Koulutuksiin osallistumisen vähäisyys.</p>	

6.4 Eettisyys ja luotettavuus

Hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen, tutkimusetiikka, kulkee läpi koko tutkimusprosessin aina ideointivaiheesta valmiisiin tutkimustuloksiin. Hyvää tutkimusta ohjaa eettinen sitoutuneisuus (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127). Hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen koskee kaikkia tutkimuksen tekijöitä samalla tavalla (Vilka 2005, 29). Tutkimusetiikka sisältää sovitut pelisäännöt suhteessa tutkimuskohteeseen ja kaikkiin niihin henkilöihin, jotka ovat osana tutkimusta. Tutkimuksen tiedonhankinnassa hyvä tutkimusetiikka sisältää perustellun aineiston hankinnan ja asianmukaiset tietolähteet sekä omien tulosten analysoinnin. Tiedonhankinta menetelmät ja tutkimusmenetelmät voidaan siten luokitella eettisesti kestäviksi. Tuomi & Sarajärvi (2009,142) puhuvat myös tutkimusprosessin julkisuudesta. Heidän mukaansa tämä tarkoittaa tutkijan tekemää yksityiskohtaista raportointia mutta myös tutkijakollegoiden tekemää arviota tulosten ja johtopäätösten osuvuudesta. (Tuomi & Sarajärvi 2009,142.)

Vilkan (2005,30) mukaan tutkimusetiikka edellyttää, että työn eri vaiheissa noudatetaan rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta, vilpittömyyttä ja tarkkuutta. Myös toisten tutkijoiden kunnioittaminen kuuluu tärkeänä osana eettisiin perusteisiin. Hyvän tutkimuksen tekeminen eettiset näkökohdat riittävästi ja oikein huomioiden ei ole helppoa, vaan vaativa tehtävä, joka vaatii harjaantumista. (Hirsjärvi ym. 2007,27.)

Kylmän ja Juvakan (2007, 127) mukaan tutkimuksen luotettavuuden arviointi on tieteellisen tiedon ja sen hyödyntämisen sekä tutkimustoiminnan kannalta välttämätöntä. Luotettavuuden arviointi selvittää, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksella on pystytty tuottamaan (Kylmä ym. 2007, 127). Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan usein edelleen validiteetin eli tutkimusmenetelmän ja –kohteen sopivuudella ilmiön tutkimiseen sekä reliabiliteetin eli toistettavuuden käsitteillä. Reliabiliteetin avulla arvioidaan tulosten pysyvyyttä ja alttiutta satunnaisvaihtelulle. Toimintatutkimukseen validiteetti ja reliabiliteetti soveltuvat huonosti. Luotettavuuden tarkastelua pidetään toimintatutkimuksessa ongelmallisena. Sosiaalista todellisuutta rakentavia tulkintoja ei voida verrata ”todellisuuteen”, koska sitä ei ole. Toimintatutkimus tavoite on muutos, eikä niiden välttäminen ja siksi reliabiliteetti on mahdoton. (Heikkinen & kumpp., 2007,148.) Daniel

Tomal kirjoittaa toimintatutkimuksen luotettavuuteen liittyvistä uhista ”*threats to validity*” ja validiteetin kontrolloinnin vaikeudesta toiminta tutkimuksessa. Käsitteenä validiteetti on erityisesti tärkeä ymmärtää kvantitatiivisessa tutkimuksessa. (Tomal 2010, 91) Kvalitatiivisen, laadullisen tutkimuksen luotettavuus kohenee, kun tutkija tekee tarkan selostuksen tutkimuksen toteuttamisesta koskien sen kaikkia vaiheita. (Hirsjärvi 2007, 227.)

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Osiossa kuvataan opinnäytetyöprosessi työn suunnittelusta toteutukseen. Toimintatutkimuksen mittareina käytettyjen kyselyjen ja havaintopäiväkirjan, kyselyyn vastanneiden valinta, sekä ohjausryhmän merkitys on sisällytetty osioon. Toimintatutkimussuunnitelma ja siihen sisältyneet interventiot sekä toimintatutkimuksen eteneminen on avattu yksityiskohtaisesti tässä osiossa.

7.1 Toiminnan suunnittelu ja toteutus

Opinnäytetyön suunnittelu käynnistyi keväällä 2012. Aiheen valintaan vaikutti olennaisesti RAI-arvioinnin lisääntynyt käyttö ja hyödyntäminen Kaupin sairaalan osastoilla potilaan hoito- ja palvelusuunnitelman laadinnassa ja hoidon tulosten seurannassa. Pitkääikäishoidon RAI-tietojärjestelmä, RAI-LTC (*Long Term Care*), on myös Tampereen kaupungin laitoshoidon vanhusasiakkaiden hoidon tarpeen ja laadun sekä kustannusten arviointi- ja seurantajärjestelmä. RAI -arviointijärjestelmän laaja-alaisuutta kuvaa hyvin se, että vuoden 2012 alusta alkaen Tampereen kaupungin laitoshoidon yksiköissä; Kaupin sairaalassa, Koukkuniemen vanhainkodissa ja Rauhaniemen sairaalassa valmistellut RAI/RUG -tuotteistukseen perustuvat tuotteet ovat Tampereen kaupungin sopimuksen ja laskutuksen seurannan perustana myös vuonna 2013.

Opinnäytetyö sai uuden lisänäkökulman RAI-arviointiin Kaupin sairaalan siirtyessä RAI-LTC -järjestelmästä vuoden 2013 helmikuun alussa vuoden kestävään pilottihankkeeseen RAI-PAC -järjestelmän myötä. Uusiutunut RAI -arviointijärjestelmä pohjautuu RAI-LTC -järjestelmään ja sen tuntemiseen. RAI-PAC -järjestelmään koulutettiin henkilökuntaa kahden samansisältöisen koulutuksen avulla joulukuussa 2012. Nämä koulutukset ajoittuivat opinnäytetyön ensimmäisen ja toisen koulutusintervention väliin (Taulukko 8 ja Kuvio 11.)

Vastuu RAI-arvioinnin tekemisestä painottuu osastohoidossa olevan potilaan omahoitajalle, mutta myös erityistyöntekijöiden oletetaan tuntevan RAI-arvioinnin sisältö ja

hyödyt. Systemaattinen moniammatillinen yhteistyö erityistyöntekijöiden ja hoitohenkilökunnan kanssa RAI-arvioinnin tekemisessä puuttui Kaupin sairaalassa. Satunnaisesti vuodeosastojen henkilökunta toivoi moniammatillista RAI-arvioinnin tekemistä. Monen asiakkaan kohdalla yhteistyö oli jäänyt vähäiseksi. Tutkimuksiin perustuen on kuitenkin todettu RAI-arvioinnin parhaan tuloksen ja luotettavuuden saavutettavan asiakkaan kokonaisvaltaisella moniammatillisella arvioinnilla.

Fysioterapian osuus RAI-LTC arvioinnissa keskittyy yleisesti pääasiassa osioon, joissa painottuvat asiakkaan fyysinen toimintakyky ja rakenteelliset ongelmat (ADL -osio). Osio on laaja ja monipuolisesti toimintakykyä arvioiva. Fyysisen toimintakyvyn heikentyminen on yksi sairaalahoidossa olevan asiakkaan riskitekijä ja siksi toimintakyvyn arviointi, ADL- osio, korostuu RAI- arvioinnissa. ADL -osion arvioinnin suorittaminen on mahdollista myös hoitohenkilökunnan, omahoitajan, tekemänä. Etenkin silloin, kun potilaalla on liikunta- tai toimintakyvyssä erityisongelmia arvioinnin tekeminen vaikeutuu ja erityistyöntekijän arviointi korostuu.

Fysioterapeuttien motivaatio osallistua RAI-arviointiin on ollut aikaisemmin Kaupin sairaalassa vähäistä. RAI-arviointi ei ole ollut ensisijainen mittari potilaan fysioterapian suunnittelussa. Vähäiseen RAI -arviointi-osallisuuteen ovat lisäksi vaikuttaneet muun muassa fysioterapeuttien heikko osallistuminen koko henkilökunnalle suunnattuihin RAI -koulutuksiin sekä tietämättömyys RAI-tunnuksistaan. Pääsääntöisesti fysioterapeuteilla on ollut käytössään heille anottut RAI -oikeudet, mutta uusille työntekijöille ne ovat jääneet anomatta. Systemaattista tarvetta osallistua RAI-arviointiin ei Kaupin sairaalassa ole aikaisemmin tuotu esille. Hoitohenkilökunnan oma aktiivisuus ja tietoisuus ovat vaikuttaneet siihen, kuinka paljon fysioterapeuttien panosta ja moniammatillisuutta on huomioitu ja otettu mukaan RAI-arviointeihin.

Opinnäytetyösuunnitelma esiteltiin Kaupin sairaalan esimieskokouksessa kesäkuussa 2012. Sitä edeltävästi oli Tampereen kaupungin laitoshoidon vt. johtaja allekirjoittanut tarvittavat luvat opinnäytetyön tekemistä varten. Esimieskokouksessa olivat paikalla Kaupin sairaalan vastaavan osastonhoitajan lisäksi sairaalan osastojen sekä geriatrian

poliklinikan osastonhoitajat. Suunnitelma sai positiivista palautetta ja siihen suhtauduttiin myönteisesti.

Opinnäytetyön menetelmäksi soveltui parhaiten toimintatutkimus. Toimintatutkimuksen muoto on *käytännöllinen* (praktinen), joka käynnistyy ”ulko- ja sisäpuolelta”. Toimintatutkimuksessa tuotetaan aineistoa ja sen pohjalta uutta tutkimuksellista tietoa, vaikka aiotut käytännön muutokset eivät onnistuisikaan (fsd.uta.fi). Tarve kehittää RAI-arvion moniammatillista osaamista tiedostetaan Kaupin sairaalan työntekijöiden sekä työnantajan tasolla. Toimintatutkimuksen ongelmat tiedostetaan työyhteisössä ja toimintaa voidaan lähteä kehittämään uudelleen suuntautumalla ja -muokkaamalla. Toimintatutkimuksen etuna on, että yhteisö tuottaa paremman ratkaisun kuin ulkopuolelta tuleva. Tässä tutkimuksen muodossa alalla toimivien ihmisten tärkeä, hiljainen tieto, saatetaan saada esiin (Kilcku, 2012.) Toimintatutkimuksella on todettu olevan siirtovaikutuksia myös positiiviseen ilmapiiriin, motivaatioon ja voimaantumiseen. Toimintatutkimuksen kautta työyhteisön jäsenet voivat myös *oppia oppimaan!*

Toimintatutkimus suunnitelma on kuvattuna opinnäytetyön taulukossa seitsemän. Toimintatutkimus suunnitelma jaettiin viiteen sarakkeeseen. Ensimmäiseen sarakkeeseen kuvattiin viisi toimintatutkimuksen näkökulmaa eli *kiinnostuksen kohdetta*. Toinen pystysarake kertoi *menetelmän*, jolla kiinnostuksen kohdetta lähestyttiin. Kolmas sarake oli *ajankohta*, josta ilmeni toimintatutkimuksen ajallinen eteneminen. Neljännessä sarakkeessa mainittiin *tekijä*, joka vastasi ensimmäisen sarakkeen *menetelmän* toteutuksesta. *Analyysi* oli rivillä viimeisenä ja sarake viesti miten toimintatutkimusta voitiin toteuttaa erilaisten analyysitapojen avulla. Toimintatutkimus suunnitelmaa täydensi siihen kiinteästi liittyvä kuvio toimintatutkimuksen (Kuvio 11). Siinä kuvattiin myös ohjausryhmän osuutta työn eri vaiheissa sekä toimintatutkimuksen päätös vaiheet.

TAULUKKO 8. Toimintatutkimussuunnitelma 2012.

Kiinnostuksen kohde	Menetelmä	Ajankohta	Tekijä	Analyysi
RAI-arvion tekemiseen osallistumisen nykytila	Kyselylomake fysioterapeuteille ja hoitohenkilökunnalle	syksy 2012/syyskuu	Toimintatutkimuksen vetäjä	Sisällön-analyysi
Interventiot	Koulutukset x4 fysioterapeuteille ja hoitohenkilökunnalle	syksy 2012/ loka-, marras- ja joulukuu	1. Toimintatutkimuksen vetäjä 2. M.Björkgren 3. L.Majamaa/ Koukkuniemen vanhainkoti 3.L. Rannisto/ Rauhaniemen sairaala	Palautekeskustelut/-kyselyt
Osallistuminen RAI-arviointiin moniammatillisesti	Käytännön työssä osallistuminen moniammatilliseen RAI-arviointiin Havaintopäiväkirja	syksy 2012	Toimintatutkimukseen osallistuvat fysioterapeutit ja hoitohenkilökunta	Havaintopäiväkirjan analyysi sanallisesti kuvaamalla
Uusittu kysely	Kyselylomake fysioterapeuteille ja hoitohenkilökunnalle	Talvi/kevät 2013	Toimintatutkimuksen vetäjä	Sisällön analyysi
Toimintatutkimuksen eteneminen	Havaintopäiväkirja	Jatkuva	Toimintatutkimuksen vetäjä	Kirjaaminen, analyysi sanallisesti kuvaamalla

Ensimmäinen toimintatutkimuksen kiinnostuksen kohde oli *RAI-arviointiin osallistumisen nykytila*, jota kartoitettiin kyselyn avulla (Liite 6). Kysely perustui opinnäytetyötä ohjaaviin kolmeen kysymykseen; ”Kyselyn kohteena olivat Kaupin sairaalan fysioterapeutit ja hoitohenkilökunta. Osallistujien valinta on selvitetty tarkemmin osiossa 7.1.3. Kysely suoritettiin paperiversioina ja vastauksien analysointi tapahtui aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla. Kyselyn ja analyysin suorittajana oli opinnäytetyön tekijä. Analyysin tulokset on kuvattu tarkemmin opinnäytetyön tulokset -osiossa.

Toinen toimintatutkimuksen kohde oli *interventiot* sisältäen neljä interventiota, koulutusta, jotka toteutettiin syksyn 2012 ja alkuvuoden 2013 aikana. Koulutusinterventioista ensimmäinen pohjautui fysioterapeuteille ja hoitohenkilökunnalle suunnatun ensimmäisen kyselyn tulosten purkamiseen ja palautekeskusteluun aiheesta. Tämän lisäksi ensimmäinen interventio sisälsi paikalla olleen ohjausryhmän jäsenen ylimääräisen koulutusosion kiinnostusta herättäneestä RAI -ohjelman RAPs -osiesta. Ensimmäinen koulutusinterventio, järjestettiin Kaupin sairaalassa marraskuun 7. päivä 2012 (Kuvio 11). Koulutuksen kesto oli noin yksi tunti. Tilaisuuteen oli kutsuttu sähköpostitse kaikki kyselyyn vastanneet fysioterapeutit ja hoitajat sekä opinnäytetyön ohjausryhmän jäsenet. Lisäksi kutsuttuna olivat kaikki fysio- ja toimintaterapiatiimin jäsenet, opinnäytetyön oponoinnista vastaava YAMK -opiskelija sekä sairaalan vastaava osastonhoitaja. Koulutukseen osallistui kymmenen fysio- ja toimintaterapiatiimin jäsentä, yksi fysioterapeuttiopiskelija, yksi kyselyyn vastannut hoitaja sekä ohjausryhmää edustanut jäsen. Koulutustilaisuus koettiin yleisesti mielenkiintoiseksi. RAI -kyselyn tulokset herättivät kuulijoissa paljon ajatuksia sekä RAI- lisäkoulutustarpeen. Ensimmäiseen koulutusinterventioon mennessä opinnäytetyöntekijä oli hankkinut fysio- ja toimintaterapiatiimiläisille RAI -tunnukset tai varmistanut niiden olemassaolon. Tunnukset tilattiin opinnäytetyön ohjausryhmän jäsenen toimesta. Tieto tunnusten olemassaolosta ja RAI:n käyttömahdollisuudesta tuotiin koulutuksessa esiin.

Toinen koulutusinterventio, RAI-PAC -koulutukset 4. ja 13.12.2012, eivät sisällyneet opinnäytetyön alkuperäisiin suunniteltuihin koulutusinterventioihin, mutta kyseisen koulutusintervention osuutta ei voida opinnäytetyössä ohittaa. Korostettakoon, että interventio on mainittu taulukossa seitsemän ja kuviossa 11, ja ne sijoittuvat opinnäytetyön koulutusinterventioiden ulkopuolelle, mutta niihin olennaisesti liittyvänä ja vaikuttavana tekijänä. Kaupin sairaalassa toteutettiin joulukuussa 2012 kaksi samansisältöistä

RAI-PAC -koulutusta. Koulutukset olivat suunnattu Kaupin sairaalan ja Rauhaniemen sairaalan osasto 24 henkilökunnalle. Koulutus sisälsi perustiedot RAI-PAC- tietojärjestelmästä ja sen käytöstä. Koulutuksen pohjalta opinnäytetyöntekijä toteutti yhteistyössä kouluttajan kanssa fysioterapeuttien RAI-PAC -arviointia helpottavan lomakkeen suunnittelun (Liite 3).

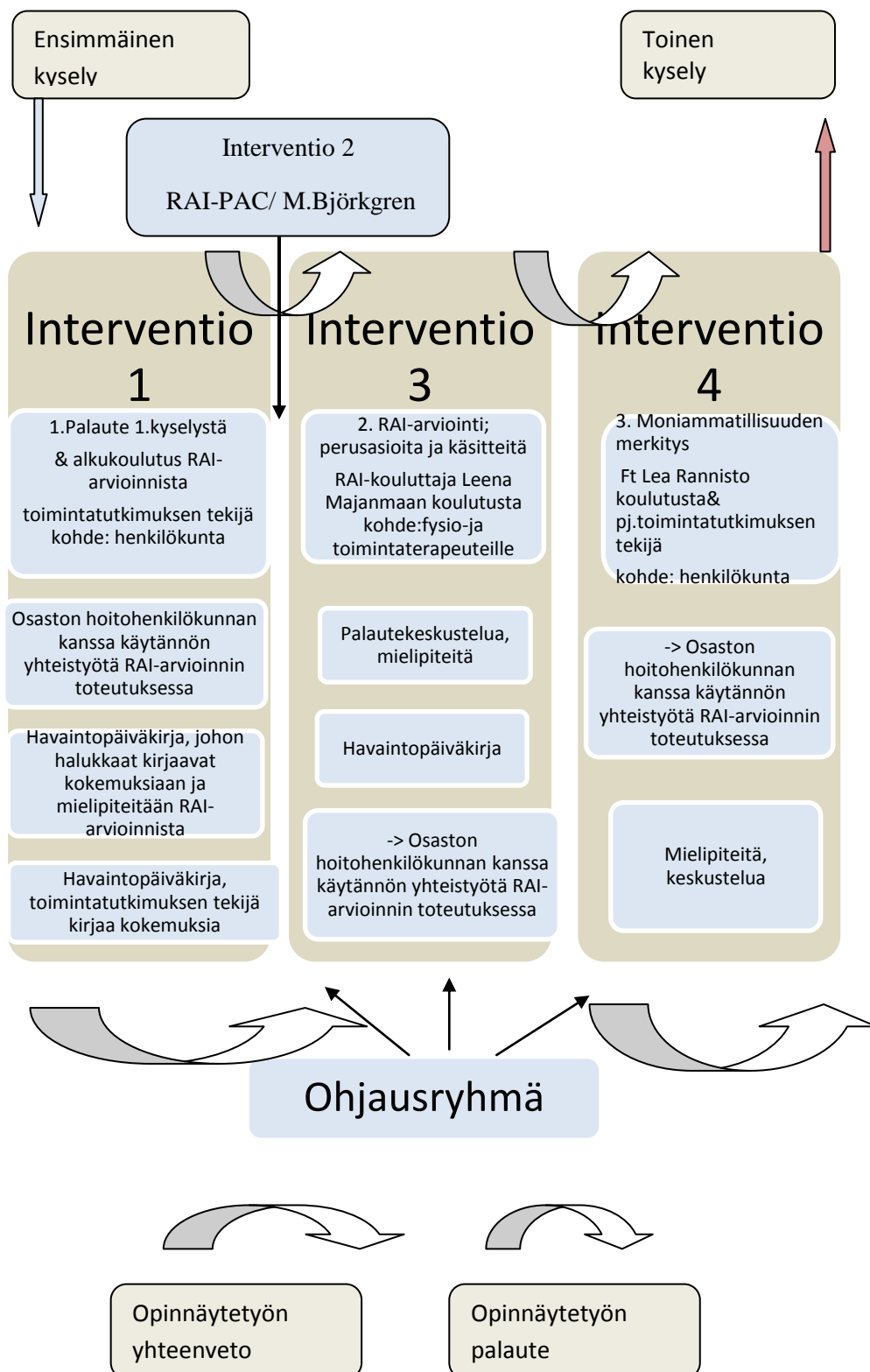
Kolmas koulutusinterventio oli opinnäytetyön kyselyjen analysoinnin perusteella fysioterapeuteille kohdennettu RAI -koulutus (Kuvio 11). Sen pitäjänä oli laitoshoidon vastaava RAI- kouluttaja. Koulutus pidettiin 9.1.2013. Koulutuksessa käytiin läpi laitoshoidon RAI-LTC -perusteita (A-osio) ja koulutuspaikkana oli Koukkuniemen vanhainkodin koulutustila. Kestoltaan koulutus oli yhden iltapäivän eli noin kolme tuntia. Koulutukseen osallistuivat Kaupin sairaalan osastojen fysio- ja toimintaterapeutit sekä kuntohoitaja. Koulutus kuului kokonaisuutena laitoshoidon henkilökunnalle suunnattuihin yhteiskoulutuksiin ja siksi paikalla oli myös muuta laitoshoidon henkilökuntaa. Fysio- ja toimintaterapeuttien osallistuminen kyseiseen koulutukseen toteutui RAI -kouluttajan ehdotuksesta. Fysio- ja toimintaterapeutit ottivat aktiivisesti osaa koulutukseen kysymyksiin ja keskustelemalla. Koulutus antoi hyvät perustiedot ja ymmärrystä RAI-LTC -ohjelmasta ja siihen oltiin suullisen kyselyn perusteella kokonaisuudessaan tyytyväisiä.

Neljäs ja viimeinen opinnäytetyöhön suunniteltu koulutusinterventio, koulutus moniammatillisuudesta, suunniteltiin painottaen moniammatillisuuden näkökulmaa potilaan hoidossa ja kuntoutuksessa sekä RAI-arvioinnin tekemisessä (Kuvio 11). Ajatuksena oli antaa käytännön esimerkkien avulla, teoriapohjaa unohtamatta, tietoa eri ammattiryhmien tavoitteellisesta yhteistoiminnasta potilaan hoidossa. Luennoitsijana toimi pitkän moniammatillisen työuran saavuttanut fysioterapeutti Rauhaniemen sairaalasta. Koulutustilaisuuden alustuksen piti puheenjohtajana toiminut opinnäytetyöntekijä aiheenaan katsaus moniammatillisuudesta tehtyihin tutkimuksiin.

Koulutustilaisuuteen kutsuttiin Kaupin sairaalan fysio- ja toimintaterapiatiimin jäsenet, ensimmäiseen opinnäytetyön kyselyyn vastanneet hoitajat, opinnäytetyön opponentti, ohjausryhmän jäsenet, sekä Kaupin sairaalan vastaava osastonhoitaja. Vastaavan osas-

tonhoitajan ohjeistuksella koulutuskutsu lähetettiin sähköisesti myös sairaalan ja poliklinikan osastonhoitajille, jolloin kutsu välittyi myös muulle henkilökunnalle. Koulutus pidettiin Kaupin sairaalassa helmikuun 26. päivä 2013. Kestoltaan koulutus oli tunnin pituinen ja palautekeskustelu kesti noin 20 minuuttia. Moniammatillisuudesta tehdyt tutkimukset herättivät mielenkiintoa ja etenkin vanhainkodissa tehty fysioterapian koulutusohjelman RAI- opinnäytetyö kiinnosti kuulijoita. Luennon pohjalta yhdeksi teemaksi keskustelussa nousi ohjausryhmän jäsenen tuoma ajatus *yhdessä tekemisen*-termistä moniammatillisen yhteistyön sijaan. Sen katsottiin palvelevan paremmin asiakaslähtöistä laaja-alaista ajattelua hoito- ja kuntoutustyössä, jota kaikki paikallaolijat ammatissaan tekivät.

Hoitohenkilökunnalle ja osastonhoitajille suunnatuista koulutuskutsuista huolimatta koulutustilaisuuteen osallistui henkilöitä ainoastaan fysio- ja toimintaterapia tiimistä. Paikalla oli toimintaterapeutti, kuntohoitaja ja viisi fysioterapeuttia sekä ohjausryhmän kaksi jäsentä sekä luennoitsijat. Kaikkien neljän intervention analyysimenetelminä olivat palautekeskustelut ja uusintakysely sekä osallistujien mahdollisuus kirjata ajatuksia havaintopäiväkirjaan.



KUVIO11. Toimintatutkimuksen eteneminen

Toimintatutkimuksen kolmas kiinnostuksen kohde oli *osallistuminen RAI-arviointiin moniammatillisesti*. Tämä osuus piti sisällään osastojen hoitohenkilökunnan ja erityistyöntekijöiden yhteistyön RAI -arviointeja suoritettaessa. Arvioinnin ajankohtana oli suunnitelmassa syksy 2012 ja suorittajina yllämainittu opinnäytetyöhön osallistunut henkilökunta. Käytännön syistä arvioinnin ajankohta jatkui alkukevääseen 2013 ja sen analysointi menetelmänä olivat havaintopäiväkirja ja uusittu kysely.

Opinnäytetyötä ohjaavan kolmannen kysymyksen: ”Miten koulutus edistää RAI-tietämystä ja lisää moniammatillisen RAI-arvioinnin toteutusta Kaupin sairaalassa?” kokosi toimintatutkimuksen neljäs kiinnostuksen kohde *uusittu kysely*. Uusittu kysely suunnattiin kaikille ensimmäiseen kyselyyn vastanneille. Kysely painottui moniammatillisuuden näkökulmaan ja mahdolliseen muutokseen omassa ”RAI -tietämyksessä” toimintatutkimuksen aikana. (Liite 7). Kysely tehtiin helmikuussa 2013 ja se lähetettiin vastaajille sähköisesti. Vastausaikaa oli kolme viikkoa. Vastausaikaa pidennettiin vielä viidellä vuorokaudella saapuneiden vastausten vähyden vuoksi. Uusittu kysely ja pidennetty vastausaika eivät kuitenkaan lisänneet vastausten määrää. Kyselyn suorittajana oli opinnäytetyöntekijä ja analysointimenetelmänä oli aineistolähtöinen sisällönanalyysi. Uusitun kyselyn tulokset on avattu seikkaperäisesti tulokset -osiossa.

Viimeisenä kiinnostuksen kohteena oli *toimintatutkimuksen eteneminen*. Kohde kuvasi opinnäytetyöntekijän jatkuvaa havainnointia ja roolia ”toimintatutkijana” opinnäytetyön edetessä. Analyysi tapahtui muun muassa havaintopäiväkirjaan kirjaamisen avulla.

7.1.1 Ohjausryhmä

Toimintatutkimusta varten opinnäytetyöntekijä kokosi ohjausryhmän. Ohjausryhmä oli moniammatillinen ja omasi laajan asiantuntija näkökulman RAI -asioissa. Ohjausryhmään, niin kutsuttuun ”kenttätöryhmään”, kuului kolme RAI -asiantuntijaa Tampereen kaupungin laitoshoidon eri toiminta-alueilta. Jäsenten valinta tapahtui tutkimusaihelähtöisesti ja henkilökohtaisesti kysymällä. Kaikki kolme ohjausryhmään kuuluvaa olivat olleet pitkään tekemisissä RAI -asioiden kanssa ja vahvasti alan asiantuntijoita. Ryh-

mään kuuluvat henkilöt edustivat monitasoisesti ja eri osa-alueittain RAI- tietojärjestelmästä vastaamisesta, kouluttamisesta ja kehittämisestä laitos- ja vanhainkotihoidossa että valtakunnan tasolla. Yksi jäsenistä vastasi sairaalan RAI- tietojärjestelmään kirjautumiseen vaadittavista tunnuksista. Kaikilta jäseniltä kysyttiin henkilökohtaisesti sekä kirjallisesti suostumus ohjausryhmään osallistumisesta.

Ohjausryhmältä opinnäytetyön tekijä sai ohjausta opinnäytetyön linjauksiin, tekstin sisältöön ja oikeellisuuteen. Apua tuli myös erilaisissa ongelmatilanteissa työn sisällön suhteen. Alkuvaiheessa ohjausryhmä ohjasi tutustumaan RAI-arviointiin ja sen osaluaisiin RAI -käsikirjan kautta. Opinnäytetyöntekijälle mahdollistettiin ohjauksen saaminen koko työn ajan. Ohjausryhmältä opinnäytetyöntekijä sai RAI -aineistoa varten haku- ja perehtymisohjeita sekä kirjallista materiaalia opinnäytetyötä varten. Ohjausryhmän jäsenet antoivat toimintatutkimuksen aikana myös RAI -koulutusta henkilökunnalle ja he ohjasivat opinnäytetyön ideointia. Ohjausryhmän jäseniä opinnäytetyöntekijä tavoitti parhaiten sähköpostin avulla sekä henkilökohtaisesti RAI -koulutustilaisuuksien jälkeen.

Opinnäytetyöntekijä toivoi ohjausryhmältä myös heidän mahdollisuuttaan osallistua kyselyjen purku-, koulutus- ja palautekeskusteluihin, mikä toimintatutkimuksessa toteutui. Kaikissa interventioissa oli mukana ohjausryhmän jäsen/jäseniä. Koulutusinterventioiden jälkeen opinnäytetyöntekijä sai palautetta ohjausryhmältä interventioiden sisällöstä ja tuloksista. Ohjausryhmän jäsenet osallistuivat aktiivisessa roolissa koulutusten jälkeiseen yhteiseen keskusteluun. Myös koulutuksiin osallistuminen ja niiden koulutustunnelma herätti jälkikeskustelua. Opinnäytetyöntekijä koki, että tärkeintä ohjausryhmän työnohjauksessa oli mahdollisuus aina tarvittaessa saada RAI- asiantuntijoilta oikeanlainen ohjaus, kannustus ja mielipide. Ohjausryhmä rohkaisi ja kannusti opinnäytetyöntekijää työn kaikissa vaiheissa. Ohjausryhmän jäsenet osallistuivat opinnäytetyön interventioihin asiantuntijakouluttajina ja avustivat muun muassa fysio- ja toimintaterapiatiimin RAI -tunnusten hankkimisessa. Ohjausryhmän rooli toteutui toimintatutkimuksessa opinnäytetyöntekijän odotusten mukaisesti.

7.1.2 Kyselylomake

Toimintatutkimuksessa käytetty mittari oli kyselylomake (Liitteet 6 ja 7), joiden perusta löytyi tutkimussuunnitelmasta ja opinnäytetyön tehtävästä, tutkimuskysymyksistä. Ensimmäisessä kyselyssä oli informoitu kysely yksinkertaisin ja järkevin tapa tavoittaa ja saada vastauksia kyseisessä työyhteisössä. Työyhteisön tunteminen oli menetelmän valinnassa etu. Ennen kyselylomakkeiden jakamista osallistujilta kysyttiin heidän halukkuuttaan osallistua opinnäytetyön kyselyyn. Tämä vähensi mahdollista tulevaa tutkimusaineiston katoa. Osallistujille selvitettiin opinnäytetyön merkitys tutkijalle ja vastauksien arvokkuus työyhteisön kehittämiseksi. Heille annettiin myös mahdollisuus tehdä aiheeseen liittyviä lisäkysymyksiä. Tiedonhankintamenetelmänä kyselylomake paperiversiona osoittautui sairaalaympäristössä hyväksi vaihtoehdoksi aineiston keräämiseen. Kyselylomakkeen lähetekirjelmässä korostettiin jokaisen vastauksen tärkeyttä sekä motivoitiin vastaamaan. Lisäksi informoitiin mahdollisuudesta osallistua palautekoulutuksiin. Kyselylomake lähetettiin informatiivisesti sähköisessä muodossa myös ohjausryhmän jäsenille sekä sairaalan vastaavalle osastonhoitajalle.

Toinen kyselylomake lähetettiin kaikille ensimmäiseen kyselyyn vastanneille henkilöille sähköisessä muodossa ja vastaajille annettiin ohjeistus kyselyyn vastaamiseen sähköposti- tai paperiversioina. Määräaikaan mennessä kyselyyn oli vastannut vain kahdeksan vastaajaa, joten kaikille lähetettiin vielä toivomus vastauksesta ja vastausaikaa pidennettiin viisi vuorokautta.

7.1.3 Kyselyyn vastaajien valinta ja ohjeistus

Kyselyyn vastaajien valinnan pohjana oli vastaajien omakohtainen kokemus ja käsitys tutkittavasta asiasta. Opinnäytetyön tekijän edustaman fysioterapeuttien ammattiryhmän vuoksi kaikki Kaupin sairaalan osastotyössä olevat fysioterapeutit valittiin ja ohjeistettiin vastaamaan kyselyyn. Kuudelta sairaalan osastolta kyselyyn valittiin kaksi RAI-arviointia tekevää, ”RAI -vastaavaa” tai RAI -arvioinnista kiinnostunutta hoitajaa. Hoitajan koulutuksella ei ollut valintaan vaikutusta. Opinnäytetyön tekijän oman osaston

hoitohenkilökunta jätettiin kyselyn ulkopuolelle eettisyys/luotettavuus tekijät perusteen. Myöskään sairaalan toimintaterapeutit ja kuntohoitaja eivät kuuluneet kyselyn kohderyhmään erilaisen työnkuvansa vuoksi. Heille ohjeistettiin mahdollisuus halutessaan osallistua koulutuksiin ja palautteisiin, joita työn kautta syntyisi.

Kyselyyn osallistujia piti suostutella ja johdatella aiheeseen ja sen tärkeyttä perustella. Monet alkoivat vastata heti RAIsta ja sen tekemisen vaikeudesta. Kiire oli useimmilla este osallistua kyselyyn. RAI-arvioinnin moni koki työlääksi ja oikeata työtä estäväksi ja liikaa aikaa vieväksi. Tämän vuoksi motivaatiota kyselyyn vastaamiseen ei ollut. Yhdellä sairaalan osastolla ei ollut lainkaan ”RAI -vastaavaa”, vaan hän oli vaihtanut juuri työpaikkaa. Yhdellä osastolla osastonhoitaja toimi ”RAI -vastaavana”.

Ensimmäisen kyselyn kyselylomaketta jaettaessa opinnäytetyön tekijä tapasi uudestaan lähes kaikki osallistujat (Informoitukysely). Kaksi kyselylomakekuorta jäi nimellä varustettuina osaston postilaatikkoon. Vastaajilta oli etukäteen saatu suullinen suostuminen kyselyyn osallistumisesta. Kysely annettiin nimellä varustetussa suljetussa kirjekuoressa vastaajille. Kuori sisälsi myös kirjallisen suostumuksen kyselyyn osallistumiseen. Kuoressa oli osoitteella varustettu vastauskuori postimerkkeineen. Vastaajalla oli mahdollisuus palauttaa kysely myös sairaalan sisäisen postin kautta. Vastausaikaa annettiin kaksi ja puoli viikkoa, jotta kaikkien työvuorot mahdollistaisivat vastaamisen.

7.1.4 Ensimmäisen kyselyn kyselylomakkeen suunnittelu ja testaus

Kysymysten laatiminen alkoi opinnäytetyötä ohjaavien kolmen kysymyksen kautta. Mind-mapin avulla rakentui ”kartta”, josta oli hyvä hioa kysymyspohjia. Mind-mapin kolme osiota oli: 1. RAI -arviointi, tuntemus ja tekemiseen osallistumisen nykytila, 2. RAI -arviointi ja moniammatillisuus, 3. RAI -arvioinnin moniammatillinen kehittäminen. Taustalla oli ajatus tehdä kysymyksistä helppoja ja lähteä asian ”pohjilta” siitä olettuksesta huolimatta, että osalle vastaajista kysymykset olisivat liiankin yksinkertaisia.

Kysymykset muotoiltiin sekä monivalinta- ja avoimiksi kysymyksiksi sekä sekamuotoisiksi. Avoimien kysymysten tavoitteena oli saada vastaajilta spontaaneja, omintakeisia mielipiteitä. Kyselyn tarkoitus oli olla muodoltaan johdonmukainen ja yksinkertainen, mutta vastaajille myös mielenkiintoinen ja aiheeseen herättelevä. Ajallisesti sen täyttäminen arvioitiin nopeaksi. Kysymykset etenivät ryhmiteltyinä kokonaisuuksina helpoimmista ja tutummasta vaikeampaan.

Kyselyn testaaminen tapahtui ennen varsinaista mittausta. Perusjoukkoa vastaavat neljä henkilöä, kolme fysioterapeuttia ja yksi perushoitaja, arvioivat kriittisesti ja vapaalla kädellä lomakkeen toimivuutta. Testihenkilöt kuuluivat perushoitajaa lukuun ottamatta toisen hoitoyksikön hoitohenkilökuntaan. Kaikilla heillä oli kokemusta RAI- arvioinnista. Kyselylomakkeen ohjeistus koettiin selkeänä. Kysely koettiin hyväksi ja kattavaksi. Yksi testaja toivoi kyselystä lyhyempää. Kyselylomakkeen vastaajaksi toivottiin myös lääkäreitä. Testaajien mielipiteet huomioitiin kyselyn korjauksissa. Lomakkeeseen ei tullut isoja sisällön muutoksia. (Liite 6.)

7.1.5 Toisen kyselyn kyselylomakkeen suunnittelu ja testaus

Toinen kysely muodostui opinnäytetyötä ohjaavien kolmen kysymyksen kautta. Kysymykset olivat: 1. Minkälainen on Kaupin sairaalan henkilökunnan RAI- tietojärjestelmän tuntemus ja RAI-arvioinnin tekemiseen osallistumisen nykytila? 2. Miten Kaupin sairaalassa toteutuu moniammatillisen RAI-arvioinnin tekeminen? 3. Miten koulutus edistää RAI-tietämystä ja lisää moniammatillisen RAI-arvioinnin toteutusta Kaupin sairaalassa? Kysely lähetettiin sähköisesti samoille henkilöille, jotka olivat mukana ensimmäisessä kyselyssä. Kysely toteutettiin helmikuussa 2013 ja se toivottiin vastattavaksi opinnäytetyön viimeisen intervention, moniammatillisuus -koulutuksen, jälkeen maaliskuun alussa 2013. Moniammatillisuus -aiheisten kysymysten lisäksi kyselyn sisältöön vaikutti Kaupin sairaalassa helmikuun 2013 alusta lähtien käyttöön otettu uusi RAI -ohjelma RAI-PAC (*RAI -Post Acute Care*).

Kysymysten muodot toistuivat samoin ensimmäiseen kyselyyn verrattuina; kysymykset olivat sekä monivalinta- ja avoimia kysymyksiä sekä sekamuotoisia. Avoimien kysymysten tavoitteena oli, kuten aikaisemminkin, saada vastaajilta spontaaneja ja omintakeisia mielipiteitä. Kyselyn tarkoitus oli olla muodoltaan johdonmukainen ja yksinkertainen, myös ensimmäistä kyselyä lyhyempi. Kyselyn toivottiin herättävän mielenkiintoa sairaalassa käyttöön otetun uuden RAI-järjestelmän vuoksi. Ajallisesti toisen kyselyn täyttäminen arvioitiin ensimmäistä nopeammaksi.

Kyselyn testaaminen tapahtui ennen kyselyn lähettämistä varsinaisille vastaajille. Neljä testihenkilöä oli Kaupin sairaalayksikön ulkopuolista hoitohenkilökuntaa. Yksi testihenkilö ei ollut hoitoalalla ja häneltä kysyttiin mielipidettä kokonaisuuteen ja etenkin sähköisen kyselyn toimivuuteen ja ohjeistukseen. Osalla vastaajista oli kokemusta RAI-arvioinnista. Kyselylomakkeen ohjeistus koettiin selkeänä samoin kysymysosiot. Sähköiseen lomakkeeseen vastaus ohjeistus oli testiaan mielestä riittävä ja tärkeä. Kyselyn täyttämisen ohjeistuksen sijaintia lomakkeella muutettiin. Muita muutoksia lomakkeeseen ei tullut. (Liite 7.)

8 TULOKSET

Tulokset -osio sisältää opinnäytetyön molempien kyselyaineistojen analysoinnit ja kuvauksen työn etenemisestä. Kyselyt (Liite 6 ja 7) analysoitiin avoimien kysymysten osalta sisällön analyysin avulla, joista analyysitaulukot ovat liite-osiossa liitteinä 13 -20. Analyysitaulukoissa teemavärit selventävät analyysin menetelmää. Molempien kyselyjen Excel-taulukoidut määrälliset tulokset on kuvattu kuvio- ja taulukkomuotoisina liite-osiossa (Liite 8-12). Tulokset on pyritty kuvaamaan lukijalle toimintatutkimukselle ominaisesti läpinäkyvästi, joustavasti ja ymmärrettävästi. Kursivoidut työntekijöiden alkuperäisilmaukset tuovat lukijalle aitoja kokemuksia tutkimuskohteesta. Haasteellisuutta raportoinnille lisää toimintatutkimuksen laaja-alaisuus. Kyselyjen tulos-osioiden jälkeen on selvitys havaintopäiväkirjan käytöstä opinnäytetyössä.

8.1 Ensimmäisen kyselyyn osallistuneiden vastaajien taustatiedot

Ensimmäisessä kyselyssä kyselylomakkeita lähetettiin yhteensä yhdeksäntoista (n=19) ja vastauksia palautui palautuspäivään mennessä kahdeksantoista (18), vastausprosentin ollessa 94,74 %. Kyselyyn osallistujista (N=18) oli fysioterapeutteja kahdeksan (8), perus- tai lähihoitajia seitsemän (7) ja sairaanhoitajia (3). Osallistujista 89 % oli naisia ja 11 % miehiä. Vastaajien ikäjakauma oli 23- 63 ikävuoden välillä keskiarvon ollessa 42 vuotta. (Liitteet 8-10.) Työkuukausia oli vastaajille kertynyt kolmesta kuukaudesta aina 352 kuukauteen. Työkuukaudet muutettuina vuosiksi saadaan vastaajien työvuosien keskiarvoksi 8,4 vuotta.

8.2 Ensimmäisen kyselyaineiston analyysi

Opinnäytetyön ensimmäisessä kyselyssä oli tarkoitus selvittää Kaupin sairaalassa käytössä oleva RAI- tietojärjestelmän tuntemusta, moniammatillista RAI-arviointia ja sen kehittämismahdollisuuksia

Kyselyn analysointi alkoi opinnäytetyön tehtävän ja tavoitteen lukemisella. Opinnäytetyötä ohjaavien kolmen kysymyksen tarkastelu ja näkyville ottaminen sisältyi myös aloitusvaiheeseen. Analysointia ohjaavan kirjallisuuden ja materiaalin kertaaminen kuului opinnäytetyöntekijän ohjelmaan ennen kyselyaineiston sisältöön perehtymistä. Kyselyn purkamisen määrällisessä osuudessa, monivalinta- ja sekamuotoisissa kysymyksissä opinnäytetyöntekijä päätti käyttää analysoinnin apuna Excel-taulukointia. Avoimet kysymykset opinnäytetyöntekijä analysoi sisällönanalyysin avulla. Aineiston analyysiä varten kahdeksantoista vastaajaa koodattiin kirjaimilla A:sta R:ään satunnaisesti siten, ettei vastaajan henkilöllisyyttä voitaisi tunnistaa. Mahdollista myöhempää tarkastelua varten aakkos-koodaus tehtiin kuitenkin ammattiryhmittäin.

Ensimmäisessä vaiheessa opinnäytetyöntekijä luki läpi kaikkien kyselyyn vastanneiden henkilöiden (A->R) kysymyskohtaiset vastaukset ja tutustui niihin huolella ja mielenkiinnolla. Avointen kysymysten alkuperäisilmaukset sekä kootut Excel-taulukoinnin tulokset kirjattiin yhteiseen kyselylomakkeeseen allekkain. Jokaiseen kysymykseen oli siten vastannut 18 vastaajaa. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi on kuvattu analyysitaulukoissa (Liitteissä 13- 16).

8.2.1 RAI -arviointi, sen tuntemus ja tekemiseen osallistuminen

Analyysitaulukossa (Liite 13) on kuvattuna ensimmäisen kyselyn sisällönanalyysi otsikolla: Hoitohenkilökunnan RAI-arvioinnin tuntemus ja tekemiseen osallistuminen. Sen mukaan RAI-tietojärjestelmä oli erittäin tuttu tai melko tuttu vain osalle vastaajista. Kolmella vastaajalla ei ollut kokemusta RAI -tietojärjestelmästä (Liite 11:1). RAI-arvioinnin tekemiseen osastollaan osallistui jossakin muodossa suurin osa vastaajista ja viisi henkilöä ei osallistunut RAI-arviointiin (Liite11:1). Itsenäisesti RAI-arviointia teki yli puolet kyselyyn vastanneista. Muutama vastaaja ei tiennyt tai oli epävarma RAI -tietojärjestelmään tarvittavien käyttäjätunnusten olemassaolosta tai niiden toimivuudesta. (Liite 11:1.)

Valtaosa vastaajista oli saanut RAI -peruskoulutusta ennen kyselyä. Peruskoulutus sisälsi RAI -järjestelmään kuuluvat A- ja/tai B-osiot. Muutama heistä ei ollut mielestään saanut riittävästi koulutusta RAIsta tai koulutus koettiin vain alkeiksi ja kolmella vastaajalla ei ollut lainkaan RAI -koulutusta. RAI- seminaareihin osallistujia oli vastaajien joukossa muutamia.(Liite 11:1.)

Kysyttäessä mielipidettä RAI- järjestelmän käytöstä laitoshoidossa koettiin RAI hyvänä, monipuolisena, potilaan tilasta ja toimintakyvystä kertovana välineenä. RAI-arvioinnin koettiin helpottavan sairaala kuntoutujan arviointia ja jäsentävän hoitotyötä. RAI myös konkretisoi arviointia ja koettiin hyödylliseksi työkaluksi, kunhan se oli tullut tutuksi. (Liite 13.)

”Potilaan tilanteen tarkastelu kokonaisvaltaisesti on hyödyllistä myös laitoshoidossa”

”Varmasti hyvä, antaa kuvaa potilaan tilanteesta kokonaisvaltaisesti”

”Itsessään hyvä ja helpottaa voinnin ja kunnon hahmottamista”

RAI-arvioinnin katsottiin lisäävän moniammatillisuutta työyhteisössä. Hoitohenkilökunnan, fysioterapeuttien ja kotihoidon yhteistyön lisääntyminen RAI-arvioinnin avulla koettiin positiivisena vaikutteena.(Liite 13.)

Osa vastaajista oli myös sitä mieltä, että nykyinen, käytössä oleva RAI- arviointimenetelmä ei tuntunut soveltuvan ja palvelevan Kaupin sairaalassa hoidettavia potilaita. RAI-arviointiin toivottiin selkeyttä ja johdonmukaisuutta arvioinnin yhdenmukaistumiseksi.(Liite 13.)

”Tällä hetkellä käytössä oleva RAI ei tunnu täysin ajavan asiaansa”

”Tällä hetkellä ei palvele Kaupin sairaalassa hoidettavia potilaita”

”Nykyinen RAI ei ole sopiva tällaiseen laitokseen”

”Voisi olla selkeämpi ja nimenomaan meidän tarpeisiin sopiva, jotta voisi hyödyntää enemmän.”

Työn haasteeksi koettiin kiire ja RAI arviointimenetelmänä liikaa aikaa vieväksi ja työlääksi. RAI-arvioinnin laajuutta kritisoitiin ja kiireisestä työpäivästä jäi liian vähän aikaa sen täyttämiseen ”aikataulujen puitteissa”. Osa hoitohenkilökunnasta teki RAI-arviointia yöllä, jolloin oli kiirettömämpää ja arviointiin pystyi paremmin keskittymään. Käytännön työhön nykyisen RAI-arvioinnin katsottiin olevan lähes hyödytön ja osan RAI-arvioinnin kysymyksistä olevan epäolennaisia. (Liite 13.)

”Käytännön hoitotyössä ei juurikaan hyötyä”

”Liikaa tulkinnanvaraisia kysymyksiä ja mahdollista saada RAI näyttämään sellaiselta kuin halutaan.”

”Jos mittari arvioihin voisi täysin luottaa eli käyttäminen olisi yksiselitteisempää, voisi esim. uuden potilaan tullessa katsoa RAIta hänen toimintakykyään, mielialaa, tottumuksia jne”.

”Kyseenalaistan RAI:n luotettavuuden arvioimaan potilaan fyysisistä, psyykkistä ja sosiaalista tilaa”

Osa vastaajista koki RAI-arvioinnin myös tulkinnanvaraiseksi ja antavan mahdollisuuden tehdä arviointia monella eri tavalla. Arvioinnin oikeellisuus ja luotettavuuden kyseenalaistaminen tuli esiin monissa vastauksissa. (Liite 13).

Puolet vastaajista hyödynsi RAI- tietojärjestelmää työssään laaja-alaisesti. Etenkin hoitosuunnitelmissa RAI-arvioinnin hyödyntäminen koettiin parhaaksi. RAI arvioinneista saadut tulokset kertoivat vastaajille tärkeitä tietoja potilaan toimintakyvystä ja auttoivat potilaan kuntoutuksen suunnittelussa. Arviointi helpotti potilaan kokonaisuuden hahmottamista ja huomion kiinnittämistä esimerkiksi kivun tarkkailuun. RAI -arviointi koettiin hyödylliseksi hoidossa olevan potilaan voinnin tarkkailussa myös pidemmällä aikavälillä. (Liite 13, Liite 11:1)

RAI-arvioinnin tuloksia hyödynnettiin kyselyn mukaan moniammatillisesti. Hoitajien tekemän RAI-arvioinnin erityistyöntekijät hyödynsivät kyselyn mukaan usein esitietoi-

na potilaan kokonaisarvioinnissa. Saaduista tuloksista keskustelua saattoi herättää eri ammattiryhmien mielipiteiden ristiriitaisuus, jonka oikeellisuus oli hyvä selvittää ammatillisessa yhteistyössä. RAI-arvioinnin tuloksia käytettiin hoitosuunnitelmien tekemiseen moniammatillisiin työryhmiin valmistautuessa ja hyödyntäminen tapahtui pääasiassa moniammatillisissa tiimeissä. RAI-arvioinnin tuloksia hyödynnettiin kyselyn mukaan lisäksi johtamisessa muun muassa hoitotyön laadun ja toiminnan arvioinneissa. RAI-arvioinnin katsottiin paljastavan jonkin verran tietoa myös hoitokäytännöistä. (Liite 13, Liite 11:2.)

Yli puolet kyselyyn vastaajista koki RAI-arvioinnin käytön kohdallaan puutteelliseksi tai arvioinnin tulkinnanvaraisena, jotta sen tuloksiin voisi luottaa. Arvioinnin kysymyksiä ja tuloksia kritisoitiin tulkinnanvaraisiksi ja ennalta suunnitelluiksi. Vastaajat kuitenkin suhtautuivat positiivisesti ja luottavaisesti arvioinnin selkeytymiseen ja kehittymiseen. Arvioinnista toivottiin selkeämpää ja enemmän osaston tarpeisiin vastaavaa, jotta sitä voitaisiin käytännössä hyödyntää enemmän. (Liite 13.) Yksi vastaajista ei tuntenut RAI -arviointijärjestelmää lainkaan ja halusi kehittää omaa RAI -arviointituntemustaan (Liite 11:2).

RAI-arvioinnin tekemisen koki kolmasosa vastaajista helpoksi. (Liite 11:1.) RAI- arviointi koettiin myös mielenkiintoiseksi. Kokemus, arvioinnin tuttuus ja siihen perehtyneisyys olivat niitä tekijöitä, jotka helpottivat arvioinnin sujuvuutta. RAI-arvioinnin kokemiseen vaikeana vaikuttivat kymmenen vastaajan mukaan: kysymysten vaikeaselkoisuus ja koodaustavan epäselvyys RAI -opaskirjasta huolimatta, oman ammattitaidon riittämättömyyden tunne joitakin osioita arvioitaessa sekä ajan puute. (Liite 13.)

”Jos osastolla tehtäisiin yhdestä potilaasta (jok.hoitaja) RAI:n, tulisi yhtä monta erilais- ta RAI:ta, kun on tekijöitäkin.”

Jotkut arviointiosiot koettiin myös turhina. (Liite 13.) Yksi vastaaja ei tehnyt RAI- arviointia. (Liite 11:1)

RAI-LTC -arvioinnissa asiakkaan/potilaan fyysistä toimintakykyä ja rakenteellisia ongelmia arvioidaan G- osiossa (ADL- osio). Osio on laaja ja monipuolisesti toimintakykyä arvioiva ja se on jaoteltu yhdeksään opinnäytetyössä aikaisemmin esitettyihin arviointivaiheisiin. Kyselyn mukaan lähes kaikille vastaajille oli G-osio tuttu. Sen sijaan hoitosuunnitelmissa ja hoidon arvioinnin tekemisessä käytetty RAP -käsitteen (Resident Assessment Protocols) tunsi vain puolet vastaajista. RAPs -informaatiota hyödynsi neljäsosa vastaajista ja loput eivät osanneet hyödyntää informaatiota. (Liite 11:1.)

”Toivon voivani hyödyntää sitä tulevaisuudessa enemmän, nyt hyödyntäminen on vähäistä, en tiedä miten se tulee RAI:ssa näkyviin.”

RAPs- informaatiota hyödynnettiin hoitosuunnitelmien tekemiseen tai niiden pohjaksi ja väliarvioinnin tekemiseen. RAPs -informaation avulla kaksi vastaajista pystyi paremmin kiinnittämään huomiota hoidon haasteisiin sekä ongelmakohtiin päivittäisissä hoitotoimissa. RAPs -informaation tunteminen ja tiedon hyödyntäminen koettiin vastaajien kesken yleisesti tarpeelliseksi.(Liite13.)

8.2.2 Moniammatillisuus

Vastaajista yli puolet oli osallistunut RAI-arvioinnin tekemiseen moniammatillisesti ja moniammatillinen RAI -arviointi koettiin hyvänä. (Liite 11:2.) Ammattiryhmät, joiden kanssa tehtiin moniammatillista RAI -arviointia olivat: lähi- ja sairaanhoitajat, perushoitaja, fysioterapeutti ja lääkäri. Ensimmäisen kyselyn moniammatillisuutta koskevan aineiston sisällönanalyysi on koottuna taulukkoon yhdeksän (Liite14).

Vain osa, kuusi vastaajista, RAI-arviointia tekevistä osasi hyödyntää arvioinneissa moniammatillisuutta. Yleisin tapa yhteistyölle oli tehdä sitä toisen hoitajan kanssa. (Liite 14.)

”Riippuu arvioinnin tekijästä, osa hyödyntää.”

Erityistyöntekijöiden näkemyksiä ja arviointeja hyödynnettiin tiettyjen arviointiosioden kohdalla. Erityistyöntekijöiltä myös varmisteltiin arvioiden luotettavuutta esimerkiksi koskien fyysistä toimintakykyä ja liikkumista. Hoitohenkilökunnan vastauksista ilmeni kuitenkin tarve hyödyntää erityistyöntekijöiden asiantuntemusta arvioinneissa aikaisempaa enemmän. Fysioterapeuttien ja lääkärin kanssa yhteistyötä kaivattiin enemmän. (Liite 14.)

”Enemminkin voisi olla, itse olen markkinoinut mahdollista osuuttani osastotunnilla, lisäksi kehityskeskusteluissa oli puhetta.”

Moniammatillisissa ryhmissä ja palavereissa RAI-arviointia tehtiin yhteistyönä. Vastaa- jista yksitoista oli sitä mieltä, että moniammatillisuus RAI -arvioinneissa jäi hyvin vä- häiseksi tai sitä ei ollut lainkaan. Yksi vastaajista ei osannut sanoa kantaansa RAI- arvioinnin moniammatillisuuteen. (Liite 14.)

Kysyttäessä RAI-arvioinnin G-osion parasta toteuttamistapaa vastaukset jakoivat mieli- piteitä. G-osion arvioinnin toivottiin olevan moniammatillinen ja siihen voisi osallistua omahoitaja yhdessä erityistyöntekijöiden kanssa. Myös potilaan oma rooli arvioinnissa korostui vastauksissa. Eri näkökulmat katsottiin lisäävän arvioinnin oikeellisuutta. Luo- tettavuutta arviointiin lisäisi myös potilaan hoitoon osallistuvan työryhmän mukana oleminen. (Liite 14.)

”Arvion pitäisi olla moniammatillinen!”

Erityisesti poikkeukselliset arvioinnit ja ongelmatilanteet lisäsivät tarvetta moniamma- tillisuuteen. Normaali tilanteessa potilaan G-osion arviointi onnistui kyselyn mukaan hoitajilta hyvin. Osa vastaajista teki arvioinnin itse ja ilman koulutusta. Tärkeäksi kat- sottiin, että hoitohenkilökunta osasi arvioida perusliikkumista ja toimintakykyä, siis perusasioita, itsenäisesti. Erityistyöntekijöiltä toivottiin tarvittaessa konsultointiapua ja etenkin nuorempien ja arvioinneissa kokemattomampien hoitajien kanssa tehtävä mo- niammatillinen yhteistyö korostui. (Liite 14.)

8.2.3 Moniammatillisen RAI-arvioinnin kehittäminen

Lisää RAI -koulutusta koki tarvitsevansa kolme neljäsosaa vastaajista ja viisi vastaajaa ei kaivannut lisäkoulutusta (Liite 11:2). Kyselyn aineiston analyysin kymmenen mukaan lisäkoulutusta toivovien vastaajien kiinnostuksenkohteina olivat: RAI- arvioinneista saatavien tulosten tulkinta ja hyödyntäminen omassa työssä, tieto arvioinnin tarkoituksesta ja käyttötavoista. Koulutusta haluttiin myös käytäntöön ja itse RAI-arvioinnin tekemiseen ja kertaukseen. Toivomus oli, että arvioinnin kysymyksiä käytäisiin yksittelen läpi ja niitä ”suomennettaisiin” yksinkertaisemmiksi. Kaksi vastaajista oli kiinnostuneita tulevasta kuntoutus- RAIsta ja koulutuksen tarve siihen tuotiin esiin.(Liite 15.)

Moniammatillisuuden kehittämiseen RAI -arvioinnissa oli valmis kolme neljäsosaa vastaajista ja neljä oli haluton muutokseen. Yhteistyötä moniammatillisesti toivottiin muun muassa G-osion arvioinnissa. (Liite 11:2.)

”Jos aikaa olisi, mikä ettei!”

Moniammatillisuuden kehittämiseen suhtauduttiin kyselyssä myönteisesti, mutta aika- ja resurssipula sekä yhteisen ajan löytyminen vaikeuttivat moniammatillisuuden toteutumista arvioinneissa. (Liite 15.)

Puolivuositain osastoille saapuvien RAI-LTC -palauteraporttien käsittelyyn ja keskusteluun osastokokouksissa oli osallistunut vastaajista kaksitoista. Heistä ainoastaan kaksi oli ollut niissä aina mukana. Yli puolet vastaajista osallistui palauteraporttien käsittelyyn joskus ja kolmasosa vastaajista ei ollut koskaan ollut niissä mukana. (Liite 11:2.)

”Voisin tulevaisuudessa katsoa.”

Palauteraportteja käsittelevä osastokokous herätti kyselyyn vastanneissa mielenkiintoa, mutta osa heistä ei tiennyt milloin kokouksia pidettiin ja mitä ne pitivät sisällään. Palauteraportteja luki puolet vastaajista. (Liite 11:2) Osa heistä luki raportin aina, osa satunnaisesti. Puolet vastaajista ei ymmärtänyt eikä osannut tulkita raporttien sisältöä ja li-

säksi raporteissa käytetyt lyhenteet olivat tuntemattomia. Työvuorojen ajoitus oli yksi syy raporttien huonoon saatavuuteen. Myös raportteihin perehdytyksessä oli puutteita: osa vastaajista ei tiennyt raporttien olemassa oloa. Palauteraportteihin suhtauduttiin vastauksissa myönteisesti. (Liite 15.)

RAI-arvioinnin tekeminen vie paljon aikaa. Yhteisen ajan löytyminen on aina hoitohenkilökunnalle haasteellista ja resurssipula tuo lisäongelman arvioinnin sujuvalle ja oikea-aikaiselle tekemiselle. RAI -arviointi yhteistyössä kaikkien eri ammattiryhmien kesken, jotka vaikuttavat potilaan hoitoon ja kuntoutukseen olisi ihanne. Laitoshoidon ja kotihoidon yhteistyötä RAI -arvioinnissa tulisi hyödyntää enemmän, jolloin siitä olisi tukea sekä hoitajalle että potilaan hoitoon. (Liite 15.)

Osioiden arvioinneissa koetaan olevan paljon tulkinnanvaraisuutta. Ongelmakohtiin toivottaisiin konkreettista apua, joka olisi tarvittaessa käytettävissä RAI -käsikirjan lisänä. Potilaan kokonaisvaltaista, laadukasta RAI-arviointia voitaisiin parantaa tavoitteellisessa yhteistyössä sekä koulutusta lisäämällä. Koulutus antaisi tietoa myös RAI:n hyödyntämisestä omassa työssä ja RAI:n laajempikin käyttömahdollisuus esimerkiksi vertailemishetimitä tulisi ymmärretyksi. (Liite 15.)

8.2.4 Kooste moniammatillisen RAI-arvioinnin kehittämisestä Kaupin sairaalassa

Kyselyaineiston analyysin johtopäätöksenä ja teoriaan pohjautuen moniammatillisessa RAI- arvioinnissa Kaupin sairaalassa hoitohenkilökunta kokee sekä mahdollisuuden että haasteellisuuden. Ammattitaito tukee arvioinnin onnistumista ja moniammatillisuus arvioinnissa sen luotettavuutta. Haastavaksi koettu RAI -arviointi on oikein käytettynä ja tiedostettuna erittäin tärkeä ja hyvä instrumentti potilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa ja kuntoutuksessa. Analyysin perusteella henkilökunta tarvitsee RAI-arvioinnin onnistumiseksi systemaattista koulutusta ja mahdollisuuden lisäkoulutukseen tarpeen ja kiinnostuksen mukaan. RAI-arvioinnin mahdollisuudet tiedostettiin hoitoyhteisössä laaja-alaisesti. RAI -arvioinneista saatua informaatiota käytettiin potilaan tarpeiden ja

hoidon laadun arviointi- ja seurantavälineenä, mutta myös johtamisessa esimerkiksi hoitotyön laadun ja toiminnan sekä hoitokäytäntöjen arvioinneissa. (Liite 16.)

Vastaajat suhtautuivat RAI-arviointiin kyselyssä osittain arvostellen sen toimivuutta ja kyseenalaistivat sen käytön nykyisellään Kaupin sairaalassa. Uusi RAI-PAC -arviointi tuo lähitulevaisuudessa uuden näkökulman RAI-arviointiin. Analyysin pohjalta kiinnostus uuteen RAI-arviointiin oli olemassa ja sen tuomaan muutokseen ja koulutukseen suhtauduttiin odottavan positiivisesti. Hoitohenkilökunnan näkökulmat osallistumisestaan ja haasteistaan moniammatillisessa RAI -arvioinnissa kokosi opinnäytetyön ensimmäisen kyselyn analyysin. (Liite 16.)

”Toivottavasti tulevaisuudessa on sellainen RAI, joka voidaan täyttää yhdessä esim. osastotunnilla niin että paikalla olisivat; potilaan omainen, lääkäri, omahoitaja/hoitajat, fys.terapeutti, sos.työntekijä jne. ja se pystyttäisiin ajallisesti tekemään kerralla valmiiksi->hoitosuunnitelma heti perään!

Utopiaa! Mutta ainahan voi haaveilla!”

8.3 Toiseen kyselyyn osallistuneiden vastaajien taustatiedot

Toisessa kyselyssä kyselylomakkeita lähetettiin sähköisesti yhdeksälletoista ensimmäisessä kyselyssä mukana olleelle vastaajalle (n=19) ja vastauksia palautui jatkettuun palautuspäivään mennessä kahdeksan, vastausprosentin ollessa 42,11 %. Kyselyyn osallistujista (N=8) seitsemän (7) oli fysioterapeutteja ja yksi (1) oli sairaanhoitaja. Kaikki kyselyyn vastaajat olivat naisia. Vastaajien ikäjakauma oli 23- 63 ikävuoden välillä keskiarvon ollessa 43 vuotta. (Liitteet 8-10.) Työkuukausia vastaajille oli kertynyt yhdeksästä kuukaudesta aina 264 kuukauteen. Työkuukaudet muutettuina vuosiksi saadaan vastaajien työvuosien keskiarvoksi 8,9 vuotta. Aikaisempaan, ensimmäiseen kyselyyn oli vastannut seitsemän vastaajista ja yksi henkilö ei. (Liite 12:1)

8.4 Toisen kyselyaineiston analyysi

Opinnäytetyön toisessa kyselyssä oli tarkoitus selvittää tämän hetkinen RAI- tietojärjestelmän tuntemus Kaupin sairaalassa, moniammatillisen RAI-arvioinnin toteutuminen sekä opinnäytetyön interventioiden tuomat kehittämismahdollisuudet. Kyselyn tulokset on jaoteltu opinnäytetyötä ja kyselyä ohjanneiden kysymysten mukaan.

Toisen henkilökunnalle suunnatun RAI:ta koskevan kyselyn analysointi tehtiin noudattaen ensimmäisen kyselyn analyysimenetelmää. Analysoinnissa pyrittiin pitkälti samankaltaisuuteen. Analyysi alkoi opinnäytetyön tehtävän ja tavoitteen lukemisella sekä opinnäytetyötä ohjaavien kolmen kysymyksen tarkastelulla ja näkyville ottamisella. Kysymykset ohjasivat aineistolähtöistä analyysia. Kyselyn purkamisen määrällisessä osuudessa, monivalinta- ja sekamuotoisissa kysymyksissä opinnäytetyöntekijä käytti analysoinnin apuna Excel-taulukointia. Avoimet kysymykset opinnäytetyöntekijä analysoi sisällönanalyysin avulla. Aineiston analyysiä varten kahdeksan vastaajaa koodattiin kirjaimilla A:sta R:ään kirjainten vastatessa ensimmäisessä kyselyssä käytettyjä kirjaimia. Koodaus tehtiin siten, ettei vastaajan henkilöllisyyttä voitaisi tunnistaa. Mahdollista myöhempää tarkastelua varten vastaajat koodattiin edellä mainitusti.

Ensimmäisessä vaiheessa opinnäytetyöntekijä luki läpi kaikkien kahdeksan kyselyyn vastanneen henkilön (A->R) kysymyskohtaiset vastaukset ja tutustui niihin tarkasti. Avointen kysymysten alkuperäisilmaukset sekä kootut Excel-taulukoinnin tulokset kirjattiin yhteiseen alkuperäiseen kyselylomakkeeseen allekkain. Jokaiseen kysymykseen oli siten vastannut 8 vastaajaa. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi on kuvattu liitteissä 17- 20.

8.4.1 RAI -arviointi, sen tuntemus ja tekemiseen osallistuminen

Lisääntynyt kokemus ja uusi tietoisuus RAI -arvioinnista oli kyselyn mukaan lisännyt RAI-arvioinnin itsenäistä käyttöä ja siihen osallistumista. (Liite 12:1.) Ainoastaan yksi vastaaja ei osallistunut osastollaan RAI-PAC -arviointiin. (Liite12:1) Kokemuksen koet-

tiin tuovan varmuutta ja rutiinia RAI -arviointiin. Uusiutuneen RAI-arvioinnin, RAI-PACin, vaativuus ja siihen tarvittava nopea tarttuminen koettiin vastaajien mielestä hoidossa olevan potilaan kannalta positiivisena. Kaikki vastaajat olivat osallistuneet RAI-PAC -koulutukseen. Suhtautuminen RAI-/RAI-arviointiin uudistuneen ohjelman myötä oli muuttunut ainoastaan kahdella vastaajista (Liite 12:1.) Arvioinnin muutos vaati kuitenkin oman työkuvan muutosta ja paineensietokykyä muuttuneissa olosuhteissa (Liite 17).

”Aikaisemmin en täyttänyt itse tietoja järjestelmään, nyt kyllä, kokemus tuo varmuutta ja rutiinia.”

”Soveltuvuus ok.”

Osa vastaajista koki uusiutuneen RAI-PAC -arvioinnin soveltuvuudeltaan Kaupin sairaalan potilas-arviointeihin paremmin soveltuvammaksi kuin aikaisemman RAI-LTC-arvioinnin. Myönteinen asenne ja oma suhtautuminen uuteen järjestelmään vaikuttivat RAI:n käyttöön ja sen kokemiseen hyvänä potilasarvioinneissa. (Liite 17.)

RAI-PAC- arviointi koettiin kyselyn mukaan edelleen tulkinnanvaraiseksi ja kirjavaksi. Arvioinnin merkitys herätti epätietoisuutta osassa vastaajista. Kokonaisuudessaan arviointi koettiin vielä haastavana ja työläänä. (Liite 17.)

”Tulkinnanvaraista, olettamuksellista, kaipaisin viitekehyksiä/ viitearvoja.”

”Nyt vielä työläänä koska opettelu vaatii aikaa ja osastolla työt jää vähäiseksi.”

”Käyttöönotto nopea, kaipasin lisäkoulutuksia/ tiedotusta.”

Arvioinnin tuntemattomuus lisäsi epävarmuutta käytössä. RAI-PAC-arviointia osasi käyttää melko hyvin vain kaksi vastaajaa. Viisi vastaajaa käytti ohjelmaa melko huonosti ja yksi ei lainkaan. (Liite12:1.) Osassa vastauksia oman kenttätyön kärsiminen ja ajankäytön hallinnan vaikeutuminen koettiin johtuvan RAI-PACista. Uuden järjestelmän nopeaa käyttöönottoa ilman käytännön koulutusta kritisoitiin vastauksissa. Vain yksi vastaaja koki, että oli saanut mielestään riittävästi koulutusta RAI-PAC -

arviointiin. (Liite 12:1.) Myös ohjelman toimimattomuus alussa sai palautetta. Lyhyt käyttökokemus uusiutuneesta järjestelmästä antoi kuitenkin vasta vähän kommentoitavaa RAI-arvioinnin sujuvuudesta. (Liite 17)

8.4.2 Moniammatillisuus

Moniammatillisuutta koskeva sisällönanalyysitaulukko on koottuna taulukossa kolmeitoista. (Liite 18.) Uusiutuneen RAI -tietojärjestelmän RAI-PACin myötä tuli fysioterapeuteille arviointiin täytettäväksi oma fyysistä toimintakykyä arvioiva osio. Arviointi jakautui siten myös erityistyöntekijöiden täytettäväksi. Moniammatillisuus tulee esiin ja korostuu nyt laajemmin arvioinnin kysymyksiä puidessa. RAI -arviointi koetaan kyselyn mukaan nyt suoritettavan moniammatillisemmin kuin aikaisemmin, mutta ei välttämättä paremmin.(Liite 12:2.)

”Fysioterapeutti täyttää osan. Kysymyksistä keskustellaan työkavereiden kanssa.”

”Fysioterapeuteilla nyt pakolliset osuudet, jaamme ”kakkua” yhdessä hoitajien kanssa!”

”Voi olla että ajatus muuttuu tulevaisuudessa!”

Kyselyn mukaan osa fysioterapeuteista kokee RAI-arvioinnin pakolliseksi. Uudistuneen RAI-arvioinnin myötä RAIsta on tullut velvoite ja oman työn lisä, joka vie aikaa omasta perustyöstä. Ajatus moniammatillisuudesta otetaan kuitenkin haasteena vastaan tulevaisuutta ajatellen. (Liite 18.)

8.4.3 Moniammatillisen RAI-arvioinnin kehittäminen

Taulukossa neljätoista on kuvaus toisen kyselyn sisällönanalyysistä moniammatillisen RAI-arvioinnin kehittämisessä. Moniammatillisen RAI-arvioinnin kehittäminen interventioiden kautta koettiin kyselyissä toteutuneeksi. Koulutusten avulla osa vastaajista koki RAI -tietämyksensä syventyneen ja samoin RAI:n tekemisen. (Liite 12:2.)

”Nimenomaan tietoisuus, jatkossa toivottavasti jotakin siirtyy käytäntöönkin.”

”Koulutukset ovat syventäneet tietoa RAIsta ja sen tekemisestä.”

”Olen päässyt tekemään RAI -arviointeja omista potilaistani.”

”esim. RAPsien käyttö”

”Hoitosuunnitelma tehdään sen pohjalta”

Vastaajilla oli interventioiden jälkeen selkeämpi käsitys RAP -ongelmien (Resident Assessment Protocols) käytöstä ja niiden tunnistaminen oli koulutusten kautta selkiintynyt. Valmiudet laaja-alaiseen potilaan RAI-arviointiin edistyivät koulutusten kautta. Vastaajien mahdollisuus omaan RAI-arviointiin avautui nyt koulutusten kautta. (Liite 19.)

Kaikki RAIhin liittyvä koulutus koettiin uuden RAI -ohjelman vuoksi tärkeänä ja tarpeellisena. Opinnäytetyöhön liittyvien koulutusten kautta osalla vastaajista oma ammatitaito kehittyi antaen uusia valmiuksia ja näkökulmia työhön. Opinnäytetyöhön liittyvät interventiot saivat hyvää palautetta ja hyvän vastaanoton. Asioiden tuttuus tai kertaakaan ei interventioiden yhteydessä tuntunut turhalta. Teoriassa opitun toivotaan nyt siirtyvän myös käytäntöön. (Liite 19.)

Haasteelliseksi RAI-PAC -arvioinnissa koettiin sen nopeaa käyttöönottoa ja varmistamatonta sujuvuutta. Vastaajat kokivat, ettei henkilökunnalle järjestetty riittävästi koulutusta ja käytännön harjoittelua ennen ohjelman aloitusta. RAI-PAC -ohjelmassa on vastaajien mielestä vielä kehitettävää ja sen merkityksestä tulisi kertoa enemmän arvioinnin tekijöille. (Liite 19.)

”Joiltakin osin varmasti hyvä, mutta vaatisi vielä kehittelyä.”

”En ymmärrä 30pv päästä arvioinnin tarkoitusta.”

”Uusi RAI-PAC alkoi ilman että järjestettiin koulutusta asiasta.”

”Missä hoitajat?”

Osa vastaajista toivoi lisäkoulutusta RAI-PAC -arviointiin. Opinnäytetyöhön liittyvien interventioiden huonoa osallistujia määrää ihmetteli yksi kyselyyn vastaajista. Hoitajien puuttuminen koulutuksista tuli vastauksissa esiin. (Liite19.)

8.4.4 Kooste moniammatillisen RAI-arvioinnin kehittämistä Kaupin sairaalassa

Kyselyaineiston analyysin johtopäätöksenä ja teoriaan pohjautuen myönteisellä asenteella ja ammattitaidolla saavutettu uusi osaaminen sekä tiedon hallinta ovat niitä asioita, jotka edistävät laaja-alaisen RAI-arvioinnin onnistumista Kaupin sairaalassa. Uuden RAI-arvioinnin kautta muuttunut ammatillinen työnkuva, uuden asian opettelu ja käyttöönotto eivät suju ilman vastustusta ja haasteita. Aikaa uudistuneen RAI-arvioinnin tekemiseen ja laadukkaaseen arviointiin kuluu liikaa ja sen katsotaan vaikuttavan potilastyötä heikentävästi. Positiivinen asenne edistää sopeutumista ja uuden oppimista. Arvioinnin nopeutuminen koettiin potilashoidon laatua lisääväksi.

Kaupin sairaalassa vuoden 2013 helmikuun alusta käyttöön otettu RAI-PAC -arviointi koettiin työlääksi, aikaa vieviksi ja koulutukset siihen vähäisiksi. Käytännön ohjausta ei sisällynyt ”sisäänajo”-koulutuksiin lainkaan. Uudistuneen RAI-arvioinnin nähdään sekä soveltuvan hyvin Kaupin sairaalaan että vaativan vielä kehittelyä ja muotoutumista. Epätietoisuus siitä, mihin RAI-arviointia käytetään ja mikä on sen todellinen merkitys, on vielä olemassa herättäen kysymyksiä työntekijöissä.

Analyysin perusteella opinnäytetyön myötä tehtyjen koulutusinterventioiden koettiin lisänneen RAI -tietoisuutta ja antaneen selvennystä arvioinnista. Tarjottujen koulutusten osallistujien vähäisyys herätti ihmetystä. Tästä huolimatta koulutuksia toivottiin lisää. Jatkossakin henkilökunta kokee tarvitsevansa RAI-arvioinnin onnistumiseksi ja tueksi systemaattista koulutusta ja mahdollisuuden lisäkoulutukseen tarpeen ja kiinnostuksen mukaan. Koulutukset kehittävät ja tukevat omaa ammattitaitoa antaen mahdollisuuden itsenäiseen RAI-arviointiin sekä lisää valmiuksia laaja-alaiseen moniammatilliseen RAI-arviointiin.

Hoitohenkilökunnan kokemukset ja näkökulmat RAI -arvioinnista sekä koulutuksen edistävästä vaikutuksesta moniammatillisessa RAI -arvioinnissa kokosi opinnäytetyön toisen kyselyn analyysin. (Liite 20.)

8.5 Havaintopäiväkirja

Opinnäytetyön esittelyn ja kyselyjen ohjeistuksen yhteydessä sairaalan fysioterapeuteille annettiin mahdollisuus täyttää havaintopäiväkirjaa. Päiväkirjaan heillä oli mahdollisuus kirjata kommentteja ja reflektoida RAI-arvioinnin synnyttämiä tunteita ja ajatuksia. Kirjan saatetekstinä oli toivomus RAI -kommenteista. Päiväkirjan sijainti oli aluksi fysio- ja toimintaterapia tiimin taukotilassa ja myöhemmin se oli siirretty henkilökunnan toimesta toimistohuoneeseen. Fysioterapeutit eivät kokeneet päiväkirjaa omakseen; kommentteja tuli syksyn aikana vain kaksi. Molemmat kommentit oli kirjattu ensimmäisestä kyselyistä annetun palautekoulutuksen, ensimmäisen intervention, jälkeen marraskuussa 2012.

”Kiitos selkeästi kootusta palautteesta, herätti kivasti ajatuksia.”(Osallistuja 1)

”Tutustun RAI:n tekemiseen osaston RAI -vastaavan kanssa, teemme yhdessä RAI-arvion alusta loppuun uuden kuntoutujan kohdalla.”(Osallistuja 2)

RAI -arviointi ja sen moniammatillisuus herätti enemmänkin keskustelua, kuin kirjauksia fysio- ja toimintaterapiatiimin taukotilassa. Kyselykuorien jakamisen yhteydessä heräsi keskustelua RAI-arvioinnin tietämättömyydestä ja kyselyyn vastaamisen oletusta vaikeudesta. RAI- tietojärjestelmään kirjautumiseen vaadittavista tunnuksista ja ohjelmaan kirjautumisesta käytiin avointa keskustelua.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Moniammatillisen RAI-arvioinnin kehittäminen Kaupin sairaalassa -opinnäytetyön viimeinen osio sisältää toimintatutkimuksen tavoitteen ja tarkoituksen sekä työtä ohjanneiden kysymysten esittelyn kertausluonteisesti ja pohjaksi pohdinnalle. Pohdinnassa on kuvattu työn keskeisiä tuloksia ja rinnastettu niitä opinnäytetyössä käytettyyn teorian tietoon ja tutkimustuloksiin. Johtopäätöksiä ja tavoitteiden saavuttamista on kuvattu opinnäytetyötä ohjaavien kysymysten kautta. Työstä nousseet kehittämissuositukset sisältyvät osioon.

9.1 Opinnäytetyön tulosten ja kehittämissuositusten pohdintaa

Opinnäytetyön tavoitteena oli toimintatutkimuksen avulla kehittää Tampereen kaupungin laitoshoidon, Kaupin sairaalan, fysioterapeuttien ja osastojen hoitajien moniammatillisen RAI-arvioinnin toteuttamista. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää ja kuvata Tampereen kaupungin laitoshoidon, Kaupin sairaalan, fysioterapeuttien ja osastojen hoitajien moniammatillisen RAI-arvioinnin kokemuksia ja sen toteutumista. Tarkoituksena oli interventioiden kautta edistää moniammatillisuutta RAI- arvioinnissa.

Opinnäytetyötä ohjasivat seuraavat kysymykset: Minkälainen on Kaupin sairaalan henkilökunnan RAI- tietojärjestelmän tuntemus ja RAI-arvioinnin tekemiseen osallistumisen nykytila? Miten Kaupin sairaalassa toteutuu moniammatillisen RAI-arvioinnin tekeminen? Miten koulutus edistää RAI-tietämystä ja lisää moniammatillisen RAI-arvioinnin toteutusta Kaupin sairaalassa?

Opinnäytetyön toteuttaminen Kaupin sairaalassa oli aiheellinen, sillä RAI-arvioinnin merkitys korostuu lisääntyvästi potilaiden hoidossa ja huolenpidossa. Kaupin sairaalassa helmikuun 2013 alusta alkanut RAI-PAC –pilotointi ja sen muotoutuminen käytännön työvälineeksi toi uuden näkemyksen RAI:n käyttöön. RAI-arviointi tuli RAI-PACin kautta selkeämmin myös erityistyöntekijöiden instrumentiksi, mitä se ei aikaisemmin ollut. RAI-arviointia tehdään käytännössä nyt moniammatillisemmin kuin aikaisem-

min. Kaupin sairaalan poliklinikalla RAI-arviointia ei tehdä, mutta sekä RAI-LTC, RAI-PAC ja kotihoidon RAI-HC (Home Care) ovat aktiivisessa käytössä potilaiden hoidossa ja huolenpidossa. Poliklinikan henkilökunnan osallistuminen opinnäytetyöhön vaikutti osaltaan tulosten muodostumiseen ja vaikuttaen luotettavuuteen osastojen potilaiden RAI-arviointia pohdittaessa.

Toimintatutkimuksessa käytettiin mittareina kahta kyselyä. Ensimmäinen kysely suoritettiin kyselylomakkeella ja se annettiin vastaajille paperiversiona. Yhdeksästätoista kyselystä vastauksia palautui määräaikaan mennessä kahdeksantoista. Paperinen kyselylomake osoittautui toimivaksi. Toisessa kyselyssä menetelmäksi valittiin sähköinen kysely. Ohjeistus sen täyttämiseen oli varsin yksiselitteinen ja mahdollisuus paperiversioon täyttämiseenkin oli olemassa. Sähköisessä muodossa lähetetty kysely ei motivoinut vastaajia vastaamaan kyselyyn. Vain kahdeksan vastausta yhdeksästätoista lähetetystä palautui jatkettuun palautusaikaan mennessä. Opinnäytetyöntekijää jäi mietityttämään oliko vastausten vähyys mahdollisesti kiinni henkilökunnan sähköpostin vähäisestä/liiallisesta käytöstä, liian vaikeasta kyselystä ja sen täyttämisestä, motivoimattomuudesta, kiireestä työssä vai jostakin muusta.

Opinnäytetyön interventiot (väliintulot) olivat kaksi hoitohenkilökunnalle suunnattua RAI -kyselyä ja kolme koulutusinterventiota, jotka sijoittuivat ajalle syyskuu 2012 - maaliskuu 2013. Niihin osallistui yhteensä 23 henkilöä sekä kolme ohjausryhmän jäsentä. Kaupin sairaalan koko henkilökunnalle suunnattu RAI-PAC -koulutus sisältyi ajallisesti opinnäytetyön ajankohtaan ja oli olennaisesti opinnäytetyön sisältöön vaikuttava kokonaisuus. RAI-PAC -koulutus mainitaan opinnäytetyössä työn ulkopuolisena koulutusinterventiona, joka ei kuulunut alkuperäiseen toimintatutkimussuunnitelmaan. Koulutusinterventioiden tuloksena kaikille osallistujille hankittiin RAI -tunnukset tai varmistettiin niiden toimivuus nykyisellään. RAI-PACin käyttöoikeudet tulivat kaikille työntekijöille automaattisesti käyttöjärjestelmään siirtymisen myötä. RAI-PAC-intervention jälkeen fysioterapeuteille suunniteltiin yhteinen arviointia helpottava lomake, joka on heillä nykyisin päivittäisessä käytössä. Arviointilomake (Liite 3) on jo lyhyessä käyttöajassa muotoutunut ja versio lähetettiin myös laitoshoidon toiseen toimintayksikköön. Arviointilomakkeen sisältöä fysioterapeutit arvioivat kriittisesti yhdessä.

Nämä työyhteisön käytännön yksittäiset muutokset ja sisäistyksen RAI -arvioinnissa ovat toimintatutkimuksen kautta syntyneitä positiivisia siirtovaikutuksia.

Henkilökunnalle suunnattu kolmas interventio, RAI -koulutus (A-osio), antoi perustiedot ja lisäsi ymmärrystä RAI -ohjelmasta. Koulutukseen oltiin suullisen kyselyn perusteella kokonaisuudessaan tyytyväisiä, koska RAI-PAC -arviointi pohjauu RAI-LTC:n tuntemukseen. Fysio- ja toimintaterapeutit eivät enää alkuvuodesta 2013 halunneet osallistua RAI -koulutuksen B-osioon 2013 tulevan RAI-PACin käyttöönoton vuoksi. Moniammatillisuus -koulutusinterventio pohjalta yhdeksi palautekeskustelun teemaksi nousi ohjausryhmän jäsenen tuoma ajatus *yhdessä tekemisen*- termistä moniammatillisen yhteistyön sijaan. Sen katsottiin palvelevan paremmin asiakaslähtöistä laaja-alaista ajattelua potilaan monialaisessa hoito-, huolenpito- ja kuntoutustyössä, jota kaikki paikallaolijat ammatissaan tekivät.

Opinnäytetyön tuloksissa RAI -arviointi sai arviointi-instrumenttina henkilökunnalta sekä positiivista että negatiivista palautetta ja siihen suhtauduttiin osittain vielä epätoivoisesti. Arviointi koettiin haasteellisena, vaikeana ja aikaa vievänä, mutta myös mielenkiintoisena ja haastavana. Tulkinnanvaraisuus RAI -arvioinnissa vähensi arvion arvostusta ja merkitystä potilaan kokonaisuhoitossa. Lisäksi tulkinnanvaraisuus ja koettu RAI-arvioinnin epäselvyys turhauttivat hoitohenkilökuntaa. Turhautuminen heijastui arviointiin osaamattomuutena ja motivoitumattomuutena. Tästä johtopäätöksenä voi opinnäytetyön kyselyjen perusteella tulkita, että selkeä arviointimenetelmä tukisi hoitohenkilökunnan välistä yhteistyötä ja sen kautta arvioinnin oikeellisuutta vaikuttaen potilaan hoitoon. Samankaltainen näkemys on Finne-Soverilla (2007), joka Therapiafennica.fi -sivustolla kirjoituksessaan Vanhuksen kokonaistilanteen moniammatillinen arviointi puoltaa yhteisesti käytössä olevien toimintakykykymittarien tai muiden standardoitujen arviointivälineiden edesauttavan ammattiryhmien välistä vuorovaikutusta. (Finne-Soveri 2007a.)

Osalle henkilökunnasta, esimerkiksi uusille ja nuoremmille työntekijöille, RAI -arviointi oli vielä tuntematon. Ammattitaito ja kokemus koettiin opinnäytetyön tuloksissa olevan arvioinnin tukipilareita. RAI-arviointia osattiin hyödyntää käytännön-

työssä vaihtelevasti ja ammattiryhmittäin hyödyntämisessä oli suuriakin eroja. Osastojen esimiestasolla RAI-arviointia käytettiin johtamisen ja laadun seurannassa. Moniammatillinen RAI-arviointi antoi RAI -osaajalle johtamiseen hyvän työkalun. Samansuuntaisia tuloksia nousee esiin aikaisemmin opinnäytetyössä esitellyn Pia Vähäkankaan väitöskirjassa Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa (2010). Vähäkangas (2010) tuo esiin osasto- ja laitostason tarkastelussaan asiakasnäkökulman, jossa paras mahdollinen toimintakyky näkyy vähentyneinä hoidon laadun ongelmina, joilla on yhteys myös hoidon kustannuksiin. (Vähäkangas 2010.)

Opinnäytetyön kyselyn vastauksissa toistuu samankaltaisuus kuin Johanna Lähteenmäen (2010) opinnäytetyön tuloksissa, joissa korostuu yhteistyön merkitys fysioterapeuttien ja/tai kuntahoitajan ja muun hoitohenkilökunnan välillä. Molemmissa toimintatutkimuksissa hoitohenkilökunta toivoi yhteistyön ja moniammatillisuuden lisääntyvän. Väitöskirjansa *Uhka vai mahdollisuus - moniammatillista yhteistyötä kehittämässä* pohdinnassa Kaarina Isoherranen (2012) toteaa myös samansuuntaisesti, että halua potilaslähteiseen moniammatilliseen yhteistyöhön löytyy hänen tutkimuksena mukaan kaikista asiantuntijaryhmistä (Isoherranen 2012). Tämä vastaa yhtäläillä opinnäytetyöstä saatuja tuloksia.

RAI-arviointia RAI-LTC -järjestelmään tekivät aikaisemmin vain perus-, lähi ja sairaanhoitajat. Moniammatillisuus keskittyi pääasiassa heidän välilleen. Erityistyöntekijöiden osuus oli hyvin pientä ja moniammatillisuus vaatimatonta. RAI- arviota tekevän hoitajan aktiivisuudesta riippui, miten moniammatillisuutta arvioinnissa toteutettiin. Konsultoinnin mahdollisuus henkilökunnan välillä oli aina ollut olemassa. RAI -arviointi koettiin kuitenkin kaikkien yhteiseksi, moniammatilliseksi asiaksi ja instrumentiksi. Uusiutuneessa RAI-PAC -arvioinnissa, on nykyisin erityistyöntekijöille (fysio- ja toimintaterapeuteille) suunnattuja osioita, jonka täyttämistä he itse huolehtivat. Arvioinnin monipuolisuutta ja laaja-alaista näkemystä potilaan toimintakyvyn arvioinnissa tukee myös uusi ”Vanhuspalvelulaki” (2013). Sen mukaan potilaan arviointia tulisi tehdä monipuolisesti ja luotettavia arviointivälineitä käyttäen. (Laki Ikääntyneen vä-

estön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 2012, voimaan 1.7.2013.)

Opinnäytetyön kyselyn vastauksissa oli ristiriitaisuutta osallistumisen tärkeydestä RAI-arviointiin ja tämä jakoi erityistyöntekijöiden mielipiteitä asiasta. Tuloksia voisi tulkita siten, että ammattiryhmienvälillä on erimielisyyttä ja yhteistyö ei suju yhtä hyvin kuin Katariina Pärnan (2012) väitöskirjassa Kehittävä moniammatillinen yhteistyö prosessina - lapsiperheiden varhaisen tukemisen mahdollisuudet. Tutkimuksessa Pärna (2012) katsoo moniammatillisuuden tarkoittavan yleisesti eri ammattiryhmien tietojen ja taitojen yhteensovittamista yhteisessä toiminnassa, jossa päätöksistä neuvotellaan ja sitoudutaan tavoitteelliseen yhteistoimintaan. (Pärnä 2012) Osa opinnäytetyöhön osallistuvista fyysioterapeuteista katsoi toimintakyvyn arvioinnin kuuluvan koko hoitohenkilökunnalle ja vain erityisongelmiin tulisi saada apua. Asiantuntijan osuutta ei tulisi RAI-arvioinnissa vähätellä; oman osuuden tekeminen potilaan kokonaisvaltaisessa hoidossa kuuluu potilaan vastuulliseen ammatilliseen hoitoon. Tätä puoltaa myös Arja Veijola (2004) väitöskirjassaan; Moniammatillisen yhteistyön tarkastelusta työyhteisön sisäisenä toimintamallina. Hänen tutkimuksensa mukaan moniammatillisessa yhteistyössä eri alojen asiantuntijat vastaavat oman alansa erityisosaamisesta. (Veijola 2004).

Opinnäytetyön tuloksista on löydettävissä viitteitä myös siihen, että uusi RAI-PAC -arviointi jakaa asiantuntija vastuuta ammatillisesti ja tämä ei voi olla huono asia potilaan kokonaistilannetta kartoitettaessa. Veijola (2004) toteaa samansuuntaisesti että ”kaikkien on tärkeä vertailla ammattitaitojaan ja löytää yhteisen osaamisen alueet sekä tunnistaa omat erityistiedot ja -taidot. Keskeistä yhteistyössä on jatkuva vuorovaikutus ja tarkoituksenmukaisuus.” (Veijola 2004.) Moniammatillisesti tehty arviointi vahvistaa ja tukee potilaan hyvää hoitoa. Moniammatillisesti ja laadukkaasti tehdyn RAI-arvioinnin tulokset voidaan siirtää käytännön hoitotyöhön ohjaamaan ja mahdollistamaan potilaan/ asiakkaiden hoitolinjojen suuntia ja sitä kautta vaikuttamaan myös hoidon laatuun ja sen kustannustehokkuuteen. Moniammatillinen yhteistyö tarvitsee yhteiset tavoitteet ja ponnistelua niiden eteen.

Opinnäytetyön tuloksena moniammatillisuuden katsottiin lisääntyneen uuden RAI-PAC -arvioinnin myötä. Aikaisemmin moniammatillisen RAI-LTC -arvioinnin esteinä oli yhteisen ajan löytyminen arvioinnin suorittamiseen. Hoitohenkilökunnasta osa teki arviota ilta- ja yövuorossa, jolloin erityistyöntekijät eivät olleet enää työpaikalla. Saatujen tulosten mukaan opinnäytetyössä käytetyillä interventioilla pystyttiin vaikuttamaan edistävasti RAI-arvioinnin sisällön tuntemiseen ja myös moniammatillisemmin suoritettuun RAI-arviointiin.

Opinnäytetyöhön sisältyneet koulutusinterventiot koettiin mielekkäinä ja sisällöltään antoisina. Niiden katsottiin lisäävän ammatillista osaamista ja antavan lisää valmiuksia moniammatilliseen RAI-arviointiin. Opinnäytetyö antaa viitteitä samankaltaiseen tulokseen kuin Erja Katajamäki väitöskirjassaan *Moniammatillisuus ja sen oppiminen* (2010). Siinä Katajamäki liittää moniammatillisuuden oppimisen osaksi asiantuntijuuden kasvun prosessia. (Katajamäki 2010.) Opinnäytetyössä kyselyn vastauksissa tuotiin myös vahvasti esille ammattitaito ja siinä kasvaminen. Valmiudet omassa työssä antavat mahdollisuuden vaatimaan osaamiseen ja sopeutumisen muuttuvaan työn kuvaan.

Opinnäytetyön tuloksista käy ilmi, että hoitohenkilökunnalla oli RAI -asioissa selkeä lisäkoulutuksen tarve. Koulutuksilla koettiin olevan positiivista vaikutusta, joka toivottiin voivan siirtää myös käytännön työhön. Joillekin henkilökunnasta koulutukset antoivat mahdollisuuden itsenäiseen RAI-arviointiin laajentaen näin aikaisempaa työnkuvaa. Ne mahdollistivat myös uusia asioita potilasarviointeihin ja oman työn sisältöön. Positiivinen asenne edisti kyselyjen mukaan henkilökunnan sopeutumista nopeammin uuteen asiaan.

Molemmissa kyselyissä toivottiin systemaattista koulutusta ja kertausta toivottiin RAI-arviointiin. Halu osallistua jatkossakin erilaisiin koulutuksiin oli olemassa, myös käytännön ohjausta kaivattiin. Henkilökunta osoitti luottamusta ohjaukseen. Koulutuksen ja ohjauksen avulla henkilökunta koki pystyvänsä luotettavampaan, sujuvampaan ja moniammatillisempaan RAI-arviointiin. Opinnäytetyöhön liittyviin tarjottuihin moniammatillisiin koulutuksiin osallistui kokonaisuudessaan vain vähän henkilökuntaa kattavis-

ta tiedotteista huolimatta. Tämä herättää ristiriitaisuutta vastauksissa esiin tulleen koulutushalukkuuden kanssa.

Toimintatutkimuksessa oli mukana ohjausryhmä, jonka rooli oli opinnäytetyöntekijälle merkityksellinen. Kaikki ohjausryhmän kolme jäsentä olivat RAI -asiantuntijoita. Opinnäytetyöntekijä koki, että tärkeintä ohjausryhmän työohjauksessa oli mahdollisuus aina tarvittaessa saada RAI- asiantuntijoilta oikeanlainen ohjaus, kannustus ja mielipide. Opinnäytetyön sisällöllinen oikeellisuus ja siihen ohjaus korostuivat ohjausryhmän toiminnassa. Ohjausryhmä rohkaisi ja kannusti opinnäytetyöntekijää työn kaikissa vaiheissa. Ohjausryhmän jäsenet osallistuivat opinnäytetyön interventioihin asiantuntijakouluttajina ja avustivat muun muassa fysio- ja toimintaterapiatiimin RAI -tunnusten hankkimisessa. Ohjausryhmän rooli toteutui toimintatutkimuksessa opinnäytetyöntekijän odotusten mukaisesti.

Opinnäytetyössä käytetyt tutkimusaineistomäärät olivat niin pienet, ettei mitään yleistäviä johtopäätöksiä voida tehdä. Ilman tilastollista merkitsevyyttä ja tilastollista voimaa opinnäytetyön tulokset voivat tuntua ja menettää merkitystään ja työn arvostusta. Opinnäytetyöntekijä tuo esiin kuitenkin työn kliinisen merkittävyyden, joka voi olla toimintatutkimuksessa merkittävänä olemassa. Toimintatutkimuksen keskeinen viesti on, että koulutusinterventioiden kautta lisääntynyt hoitohenkilökunnan perehtyneisyys RAI -tietojärjestelmään vahvistaa tulevaisuudessakin ammattitaitoa ja asiantuntijuutta heidän omassa työssään.

9.2 Opinnäytetyön eettisyys

Opinnäytetyön suunnittelu käynnistyi keväällä 2012. Työn aloittamiseksi haettiin luvat Tampereen kaupungin laitoshoidosta. Opinnäytetyö tarvitsi luvat sekä Kaupin sairaalan vastaavalta osastonhoitajalta että vs. laitoshoidon johtajalta. Vuoden 2013 alusta muutuneen RAI -tietojärjestelmän käyttöä varten opinnäytetyöntekijä tarvitsi uuden luvan vielä tammikuussa 2013 ja sen vahvisti sairaalahoidon päällikkö. Luvan mukaisesti opinnäytetyötä voitiin jatkaa entiseen tapaan lisäten opinnäytetyösuunnitelmaan uusi

RAI-PAC -järjestelmä. Opinnäytetyö pysyi suunnitellussa aikataulussa ja eteni sen mukaisesti.

Opinnäytetyön aiheen valintaan vaikutti olennaisesti RAI-arvioinnin lisääntynyt käyttö ja hyödyntäminen sekä hoitohenkilökunnan että erityistyöntekijöiden mittarina Kaupin sairaalan osastoilla potilaan hoito- ja palvelusuunnitelman laadinnassa ja hoidon tulosten seurannassa. Työn kohde, RAI/ RAI -arviointi, oli ennestään opinnäytetyöntekijälle vain osittain tuttu, mutta kiinnostus kehittää tutkittavaa aihetta oli jatkuvasti kasvanut sen käytön lisääntymisen myötä. Opinnäytetyöntekijän henkilökohtainen pitkä työkokemus ja tuntemus laitos-/sairaalahoidosta helpottivat työn sujuvuutta ja asiointia opinnäytetyöhön osallistuvien henkilöiden kanssa. Opinnäytetyön viitekehyksenä oli RAI-arvioinnin ja sen moniammatillisuuden kehittäminen Kaupin sairaalassa interventioiden avulla.

Kaikilta kyselyyn osallistujilta sekä ohjausryhmän jäseniltä pyydettiin kirjallinen suostumus opinnäytetyöhön osallistumisesta. Tutkimuksen eettisyyttä korosti tutkimuksen vapaaehtoisuus ja osallistujan anonymisuus kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Osallistujille kerrottiin etukäteen toimintatutkimuksen sisällöstä ja mahdollisuudesta kysyä opinnäytetyöhön liittyvistä asioita kaikissa työn vaiheissa. Opinnäytetyön aloitusvaiheessa työ esiteltiin myös sairaalan osastonhoitajille ja vastaavalle osastonhoitajalle esimieskokouksessa. Tämä oli työn tunnettavuuden kannalta merkittävää ja lisäksi informatiivinen, koska opinnäytetyön kyselyihin vastaaminen oli henkilökunnalle mahdollistettu työajalla. Vilkan (2005, 30) mukaan tutkimusetiikka edellyttää, että työn eri vaiheissa noudatetaan rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta, vilpittömyyttä ja tarkkuutta. Opinnäytetyön tekijä käytti ohjausryhmän asiantuntijuutta hyväksi opinnäytetyön eri vaiheissa. Ohjausryhmän jäsen oli mukana kaikissa koulutusinterventioissa.

9.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Opinnäytetyöstä ilmenee tutkimuksen taustat, siihen osallistuneet henkilöt ja opinnäytetyötä ohjaavat kysymykset ja kehittämistavoitteet. Työssä on kattavasti selvitetty teo-

reettiset ja metodologiset lähtökohdat sekä kuvattu toimintatutkimuksen kulku aineiston kokoamisesta sen analysointiin ja johtopäätöksiin. Opinnäytetyöhön kirjatut suorat lainaukset kyselyistä tuovat työhön sisällön luotettavuutta. Opinnäytetyöhön osallistuneiden henkilöiden on mahdollista lukea ja kommentoida työtä ennen sen julkaisemista. Arviointia julkaisua edeltävästi tekevät myös opinnäytetyön ohjausryhmänjäsenet ja työelämäedustaja.

Teoriaosuudessa on määritelty keskeiset käsitteet ja opinnäytetyö painottuu aiheen luonteisesti pääosin kotimaiseen tutkimusnäyttöön. Lähteinä on käytetty muun muassa Suomen lainsäädäntöä, väitöskirjoja, menetelmällisiä perusteoksia, asiantuntija artikkeleita ja luentoja, STM:n ja THL:n julkaisuja sekä Tampereen kaupungin verkkosivuja. Käytetyt lähteet ovat alle kymmenen vuotta vanhoja, mutta pääsääntöisesti ne ovat uusia. Valikoituihin lähteisiin opinnäytetyöntekijä suhtautui kriittisesti ja niiden luotettavuutta korostaen.

Opinnäytetyön kahden kyselyn kysymykset olivat monivalinta- ja avoimia kysymyksiä sekä sekamuotoisia. Tästä johtuen analyysin tuloksina saatiin ja käytettiin myös kvantitatiivisia lukuja. Pienen aineiston vuoksi (<50) ei tulosten analysoinnissa ole järkevää käyttää monimutkaisia tilastollisia analyyseja. (Karjaluoto 2007). Opinnäytetyön suppea tutkimusaineisto vaikuttaa tulosten luotettavuuteen ja kannattaa siksi huomioida saatujen tulosten tulkinnassa.

”Tilastollisesti merkitsevä” alkaa Markku Nurmisen pääkirjoitus otsikolla ”Olemmeko p-arvon orjia?” Nurminen (1997) kirjoittaa Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecimissa ja laittaa lukijan miettimään tutkimuksissa käytettävien otosten määrien vaikutusta tuloksiin pienissä otoksissa kliinisesti merkittävien havaintojen jäädessä ehkä tilastollisesti ei-merkitseväksi. (Nurminen 1997.) Ilman tilastollista merkitsevyyttä ja tilastollista voimaa opinnäytetyön tulokset voivat tuntua ja menettää merkitystään ja työn arvostusta. Opinnäytetyöntekijä tuo esiin kuitenkin työn kliinisen merkittävyyden, joka voi olla toimintatutkimuksessa merkittävänä olemassa.

Opinnäytetyön tutkimusstrategiaksi valikoitui toimintatutkimus, joka sopi työn menetelmäksi parhaiten. Sen spesifiys ja kohdistaminen valittuun toimintayksikköön oli tutkimuksesta saadun käytännön hyödyn ja tiedon kannalta paras vaihtoehto. Toimintatutkimushan ei ole varsinaisesti tutkimusmenetelmä vaan lähestymistapa tai asenne, jossa tutkimus kytketään toiminnan kehittämiseen. Toimintatutkimus osoittautui hyväksi ja oikeaksi valinnaksi opinnäytetyön strategiana. Toimintatutkija ei ollut tutkimuksen kohteesta ulkopuolinen eikä neutraali, vaan aktiivinen vaikuttaja ja toimija, joka rohkaisi muutokseen ja kehittämään opinnäytetyön kohdetta. Opinnäytetyöntekijä pystyi toimintatutkimuksessa toimimaan aktiivisena vaikuttajana ja toimijana lisäten myös omaa asiantuntijuuttaan aiheesta.

Toimintatutkija pyrki työssään tarkkaan objektiivisuuteen henkilökohtaisten mielipiteiden tai oletusten vaikuttamatta tuloksiin. Opinnäytetyössä käytetty menetelmätriangulaatio tarkensi opinnäytetyön validiutta. Toimintatutkimuksen tiedonkeruumenetelmänä käytettiin kahta hoitohenkilökunnalle suunnattua kyselyä ja toimintatutkimus sisälsi suunnitelman mukaiset kolme interventiota.

Luotettavuuden kannalta toimintatutkimuksen etenemistä pyrittiin työssä kuvaamaan mahdollisimman tarkasti ja selkeästi. Analyysissä kerrottiin luokittelun peruste ja kuvattiin niiden lähtökohdat. Määrällinen aineisto analysoitiin tuloksia selventävin taulukoin. Kylmän ja Juvakan (2007, 128) mukaan toimintatutkimuksen uskottavuutta lisää ja vahvistaa opinnäytetyöntekijän pitämä havaintopäiväkirja, jossa on kuvaus kokemuksista ja valinnoista. Opinnäytetyöntekijän pitämä havaintopäiväkirja oli käytössä opinnäytetyön eri vaiheissa. Havaintopäiväkirjaan kuvattuja kokemuksia hyödynnettiin aineiston pohjana ja toiminnan ohjauksessa. Toimintatutkimuksessa kehittyi myös opinnäytetyöntekijän asiantuntijuus, huolimatta siitä, että tutkimuksen pyrkimyksenä on kehittää osanottajien tietoisuutta, käytännöllistä osaamista sekä asiantuntijuutta. (Heikkinen ym. 2007, 20).

Kysely-aineistojen aineistolähtöinen sisällönanalyysin tekemisessä opinnäytetyöntekijä teemoitteli aineiston positiivisiksi- haasteellisiksi- ja muu-mielipide -asiasta menetelmällä. Tämä saattaa herättää lukijassa kysymyksiä vastausten tulkinnasta ja sen mahdol-

lisuudesta. Tulkinnan mahdollisuus vähentää opinnäytetyön luotettavuutta. Opinnäytetyöntekijä pyrki työssään eettiseen suoritukseen ja oikeellisuuteen omien mielipiteiden vaikuttamatta tulosten tulkintaan.

Opinnäytetyössä menetelminä olivat myös havaintopäiväkirjat. Henkilökunnalle suunnattu päiväkirja ei toiminut toimintatutkimukselle tarkoituksenmukaisesti ja siihen kirjattiin vain muutama kommentti. Syitä huonoon käyttöön voi toimintatutkija hakea vain itsestään ja huonosta ohjauksesta havaintopäiväkirjan käyttämiseen. Opinnäytetyöntekijä käytti itse omaa havaintopäiväkirjaa koko opinnäytetyön ajan. Havaintopäiväkirjan sisältöä on kuvattu lyhyesti opinnäytetyön osioissa (6.2.4) ja sen tarkempi purkaminen on jätetty opinnäytetyöstä tietoisesti pois.

Toimintatutkimuksen tavoite on muutos, eikä niiden välttäminen ja siksi reliabiliteetti eli tutkimuksen toistettavuus on mahdoton. (Heikkinen ym. 2007,148.) Tutkimustulokset ovat olennaisesti yhteydessä tutkittavaan tutkimusympäristöön ja/tai yhteisöön. Tulokset eivät siksi ole yleistettäviä. Tutkimusaineiston kriittinen pohdinta, ohjausryhmältä saatu tuki ja ohjeistus tarkensivat työn ja mahdollistivat tutkimusaineiston selkeät johtopäätökset.

9.4 Jatkotutkimus aiheet

Kaupin sairaalassa siirryttiin RAI-PAC -arviointimenetelmään helmikuun 2013 alusta. RAI-PAC–arviointia toteutetaan sairaalassa pilotti-hankkeena, jolloin arvioinnin sisältöä arvioidaan ja sitä voidaan vielä muuntaa sairaalan käyttöön parhaiten sopivaksi. Kuluva vuosi 2013 on tuonut ja tuo lisää muutoksia toimintayksikön RAI -käytäntöihin. Henkilökunnalle suunnatuilla systemaattisilla RAI -koulutuksilla ja hyvällä perehdytyksellä sekä toiminnan kehittämisellä saadaan jatkossa moniammatillisia RAI -arvioiteja potilaiden hyvän hoidon perusteeksi ja tueksi sekä tuettua henkilökunnan ammatillista kasvua.

Kaupin sairaala on kotihoidon tukisairaala ja toimiva yhteistyö kotihoidon kanssa on siksi välttämätöntä. RAI-PAC ulottuu viimeisellä arviointiosuudellaan sairaalan ulkopuolelle eli se tehdään 30 vuorokautta potilaan kotiutumisesta. Kolmenkymmenen vuorokauden päästä tapahtuvan arvioinnin tekemisestä huolehtii pääosin sairaalassa potilaan hoidosta vastannut omahoitaja. Arviointi tehdään yhteistyössä sovitun yhteistyötahon kanssa. Se voi olla potilas itse, omainen, kotihoito tai esimerkiksi kotikäynnillä oleva toimintaterapeutti. Opinnäytetyön jatkotutkimusaiheen suuntaisin siihen tietoon ja toiminnan kehittämiseen mitä RAI-PAC–arviointi kertoo onnistuneista ja/tai epäonnistuneista kotiutustilanteista ja niiden ratkaisuista.

”Vanhukset eivät ole yksi yhtenäinen ryhmä, vaan kullakin vanhuksella on oma elämänhistoriansa, joka osaltaan määrittelee vanhuksen tämänhetkistä elämää ja avun tarvetta. ”

(Ella Suojalehto, laitoshoidon johtaja, Tampereen kaupunki, 2013)

LÄHTEET

Alen, M. Ylilääkäri Oulun yliopistollisen sairaala (OYS), lääkinnällinen kuntoutus. 2011. Geriatripäivät. Luento ”Kuntoutusta aina ja iäti” 1.2.2011.
<http://www.gernet.fi/luennot/ger11/Kuntoutusta-aina.pdf>. Viitattu 21.3.2013.

Björkgren, M. VTM,FT, terveystieteiden yksikön johtaja, Kokkolan yliopistokeskus Chydenius. 2013. Koulutus RAI-PAC. 13.12.2013. Kaupin sairaala. Tampere.

Finne-Soveri, H.2007a Vanhuksen kokonaistilanteen moniammatillinen arviointi
http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Vanhus_potilaana#Vanhuksen_kokonaistilanteen_moniammatillinen_arviointi.

Finne-Soveri, H.& Björkgren,M.& Noro,A.& Vähäkangas,P. (toim.) 2005b. Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus. RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Luettu 26.1.2013.
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77767/RAIraportti.pdf?sequence=1>.

Fsd.uta.fi. KvaliMOTV-5.4. Toimintatutkimus. Viitattu 8.2.2013.
http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L5_4.html.

Heikkinen,L.T., Roivio, E., Syrjälä, L. (toim.).2007. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 2. tark. painos. Vantaa: Dark Oy.

Heikkinen, Hannu L.T. – Huttunen, Rauno – Niglas, Katrin – Tynjälä, Päivi. 2005. Kartta kasvatustieteen maastosta. Kasvatus 36 (5), 340–354. Luettu 22.1.2012.
<http://minitorn.tlu.ee/~katrin/cmsSimple/uploads/Minuartiklid/Kartta%20kasvatustieteen%20maastosta.pdf>.

Helsingin seutu.fi.2010. Viitattu24.3.2013.
<http://www.helsinginseutu.fi/hki/HS/Selkosivut/Selkosivut/Apuu+arjessa/Asuminen/Vanhusten+laitoshoido>.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Helsinki:Tammi.

Ikila 24.1.2013. Kotona asumista tukevien palvelujen palvelusopimuksen hyväksyminen 2013. Luettu 14.2.2013. <http://punakyna.net/document/16292/kotona-asumista-tukevien-palvelujen-palvelusopimuksen-hyvaksyminen-2013>.

Interrai.org. Clinical Assessment Protocols (CAPs) – InterRAI. Viitattu 12.3.2013.
<http://www.interrai.org/index.php?id=105>.

Interrai.org. RAI-PAC. Viitattu 2.4.2013. <http://www.interrai.org/index.php?id=86>.

Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Väitöskirja. Luettu 7.2.2013.
https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen_vaitoskirja.pdf?sequence=1

Jyrkämä, J. Professori. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos, Jyväskylän yliopisto. 29.3.2012. Rai-seminaari. Helsinki. Luento. Arviointi ja eettisyys vanhusten hoidon arkitilanteissa

Karjaluoto, H. 2007. SPSS opas markkinatutkijoille. Working paper N:o 344 / 2007. University of Jyväskylä school of business and economics. Viitattu 28.3.2013.
<https://www.jyu.fi/jsbe/tutkimus/julkaisut/workingpaper/wp344>.

Kilkku, N. 2012. Toimintatutkimuksen luentomateriaali 23.4.2012. Tampereen ammattikorkeakoulu. Tampere.

Katajamäki, E. 2010. Moniammatillisuus ja sen oppiminen. Tapaustutkimus ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden osastolta. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Luettu 12.1.2013.
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66639/978-951-44-8152-9.pdf?sequence=1>.

Koppa.jyu.fi.1. Toimintatutkimus. Viitattu 8.2.2013.
<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/toimintatutkimus>.

Koppa.jyu.fi.2.2013. Kysely. Viitattu 19.2.2013.
<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineistonhankinta/menetelmat/kyselyt>.

Kuula, A. 1999. Toimintatutkimus. Kenttätyötä ja muutospyrkimyksiä. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1.painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980 (voimassa 1.7.2013 alkaen). Luettu 20.2.2013.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 17.2.2013.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. 9.2.2007/159. Viitattu 15.2.2013.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812. Viitattu 16.2.2013.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 28.6.1994/55. Viitattu 13.2.2013.

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista.3.4.1987/380. Viitattu 17.2.2013.

Lähtenmäki, J.2010. Ikääntyneen fyysisen toimintakyvyn kartoitus vanhainkodissa – RAI-järjestelmä hoitajien ja fysioterapeuttien yhteistyön välineenä. Tampereen ammattikorkeakoulu: Opinnäytetyö.

Nurminen, M. 1997. Olemmeko p-arvon orjia? *Duodecim* 113:277–280, 1997. Luettu 9.4.2013. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo70065.pdf>.

Osaavalahihoitaja2020. Luettu 24.3.2013. <http://osaavalahihoitaja2020.wikispaces.com/Asiakas+tai+potilas>.

Puolimatka, T. 2002. Opetuksen teoria. Konstruktivismista realismiin. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Pärnä, K. 2012. Kehittävä moniammatillinen yhteistyö prosessina – Lapsiperheiden varhaisen tukemisen mahdollisuudet. Turun yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Luettu 12.01.2013. <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/77506/AnnalesC341Parna.pdf?sequence=1>.

RAI-osaaminen, THL 2013. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/rai/rai_osaaminen. Luettu 26.3.2013.

RAI-raportti. 1/2000. Aiheita 17/2001. Rai-tietojärjestelmän käyttöönotto ja pitkäaikashoidon benchmarking. Noro.A, Finne-Soveri. H, Björkgren.M, Häkkinen.U, Laine.J, Vähäkangas.P, Kerppilä.S, Storbacka.R. Luettu 6.2.2013. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75997/Aiheita17-2001.pdf?sequence=1>.

Reason, P., Bradbury,H. (edited by). HANDBOOK OF Action Research. Participative Inquiry & Practice. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications.

Sairausvakuutuslaki 21.12.2004/1224.

Sandberg, T. Oulun yliopiston geriatrian professori. 2010. Sairaus vai vaje? *Duodecim* 2010;126:2481.

Seppänen-Järvelä, R. 2004. Prosessi-arviointi kehittämissuorituksissa. Opas käytäntöihin. Stakes, FinSoc Arviointiraportteja 4/2004. Helsinki. Luettu 19.4.2012. http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/2C41CB87-6134-4C94-8D1B-46CD906C3B33/0/Arviointiraportteja4_04.pdf.

Sosiaali- ja terveysalan verkkosanasto. Helsingin diakoniaopisto. Viitattu 24.3.2013. <https://www.hdo.fi/sanasto/item/796>.

Sosiaaliportti. Vammaispalvelujen käsikirja. Toimintakyvyn arviointi. Luettu 5.2.2013. http://www.sosiaaliportti.fi/fi_FI/vammaispalvelujenkasikirja/tyovalineitat/arviointimenetelmia/toimintakyvyn-arviointi/.

Stakesin Raportteja 13/2008. Koukkuniemen vanhainkodin asiakasrakenne ja hoidon laatu RAI-järjestelmällä arvioituna 2006 -2007 Heikkilä, Rauha; Finne-Soveri, Harriet; Ripsaluoma, Jussi; Parikka, Anja; Suojalehto, Ella; Noro, Anja (2008).

STM. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2008:3 Ikäihmisten palvelujen laatusuositus ,http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1063089#fi. Luettu 21.2.2013.

STM. 2013. Ikäihmiset. Luettu 28.3.2013.

http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/ikaihmiset.

Suojalehto, E. 2013. THL. RAPORTTI 6/2013. Asiakasryhmittelyyn pohjautuva tuoteistus RUG-III LTC/34-luokituksen avulla. Tampereen kaupungin laitoshoido Rauha Heikkilä, Anja Noro, Janne Asikainen, Magnus Björkgren, Jutta Nieminen, Anniina Tirronen, Ella Suojalehto, Jussi Ripsaluoma, Jarkko Lumio, Mika Pulli, Leena Majanmaa, Harriet Finne-Soveri. <http://www.julkari.fi/handle/10024/104407>. Luettu 6.4.2013.

Suomen perustuslaki. 11.6.1999/731. Viitattu 17.2.2013.

Taipale, V. 2005. Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus. RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Anja Noro, Harriet Finne-Soveri, Magnus Björkgren, Pia Vähäkangas (toim.) <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77767/RAIraportti.pdf?sequence=1> Luettu 4.4.2013.

Tampere.fi. RAI-järjestelmä.2012. luettu 6.2.2013.

<http://www.tampere.fi/perhejasosiaalipalvelut/ikaihmiset/sairaalatjalaitoshoido/kauppi/kehittaminen/rai.html>.

Tampereen kaupunki.a. 2013. Ikäihmisten hyvinvoinnin ylläpitäminen. Viitattu 18.2.2013.

<http://www.tampere.fi/hallintojatalous/organisaatio/ydinprosessit/ikaihmiset.html>.

Tampereen kaupunki.b.2013. Ikäihmisten hyvinvoinnin ylläpitäminen. Tilaaaja-tuottajamalli. Viitattu 18.2.2013.

<http://www.tampere.fi/teksti/index/perhejasosiaalipalvelut/ikaihmiset/hallinto.html>.

Tampereen kaupunki. Laitoshoidoin tuotantostrategia 2010- 2014. Laitoshoidon eettiset periaatteet. Lajo 15.6.2010 § 76, liite 1, Dno TRE: 1902 /00.01.02/2010. Luettu 26.1.2013. http://www.tampere.fi/material/attachments/1/63d5jmyY1/Laitoshoidon_tuotantostrategia.pdf.

Tampereen kaupunki. Laitoshoido. Viitattu 18.2.2013.

<http://www.tampere.fi/hallintojatalous/organisaatio/hyvinvointipalvelut/laitoshoido.html>.

Terveystuotolaki. 30.12.2010/1326. Viitattu 17.2.2013.

Therapia Fennica fi. 2007. Luettu 7.5.2012. Toimittaja: Mikko Mäyränpää 9. täysin uudistettu laitos, Kandidaattikustannus Oy, 2007.

http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Vanhus_potilaana.

THL.2013. Mikä on Rai? Luettu 28.1.2013.

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/rai/tietoa/mika_on_rai.

THL.2012. Raportti 58/2012. Ikäihmisten palvelut yli palvelurakenteen yhtenäisellä RUG-III/18 luokituksella palvelut ja kustannusarviointi samalle viivalle.

Rauha Heikkilä, Aleksandr Gerasin, Joonas Sakki, Jutta Nieminen, Magnus Björkgren, Anja Noro, Matti Mäkelä, Harriet Finne-Soveri. Luettu 22.2.2013.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103034/URN_ISBN_978-952-245-730-1.pdf?sequence=1.

THL.2009. RAI-järjestelmä on vanhusasiakkaiden hoidon tarpeen ja laadun sekä kustannusten arviointi- ja seurantajärjestelmä. Luettu 7.3.2012.
<http://info.stakes.fi/finrai/FI/raijarjestelma.htm>.

THL.fi. Tuotteistaminen. Luettu 16.2.2013.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/rai/palvelujen_jarjestaminen_tuottaminen/palvelujen_tuotteistaminen.

Tilastokeskus. 2003. Vanhukset keskittyvät taajamiin. Luettu 28.2.2013.
http://www.stat.fi/tup/tietoaika/tilaajat/ta_10_02_vanhukset.html.

Toimintakyvyn arviointi. Luettu 13.2.2013. <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/vammaispalvelujenkasikirja/tyovalineitat/arviointimenetelmia/toimintakyvyn-arviointi/#ots4>.

Tomal,D.R. 2010.Action research for educators. Second Edition.United States of America.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 6. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Turunen, H. & Tossavainen, K. & Sormunen, M. & Saaranen, T. 2008. Osallistava toimintatutkimus terveyden edistämisessä-lapsen terveystoiminta kodin ja koulun tukena. *Hoitotiede* 20 (6), 407–415.

Tutkimuksen luotettavuudesta 2002. Oulun yliopiston kirjasto. Luettu 24.3.2013.
<http://herkules oulu.fi/isbn9514268660/html/c1400.html>.

Veijola, A. 2004. Väitöskirja. Matkalla moniammatilliseen perhetyöhön – lasten kuntoutuksen kehittäminen toimintatutkimuksen avulla. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Luettu 12.1.2013.
<http://herkules oulu.fi/isbn9514274245/isbn9514274245.pdf>.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Vähäkangas, P. 2010. Väitöskirja. Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteen laitos. Terveystieteellinen tiedekunta. Luettu 3.3.2013.
<http://herkules oulu.fi/isbn9789514262319/isbn9789514262319.pdf>.

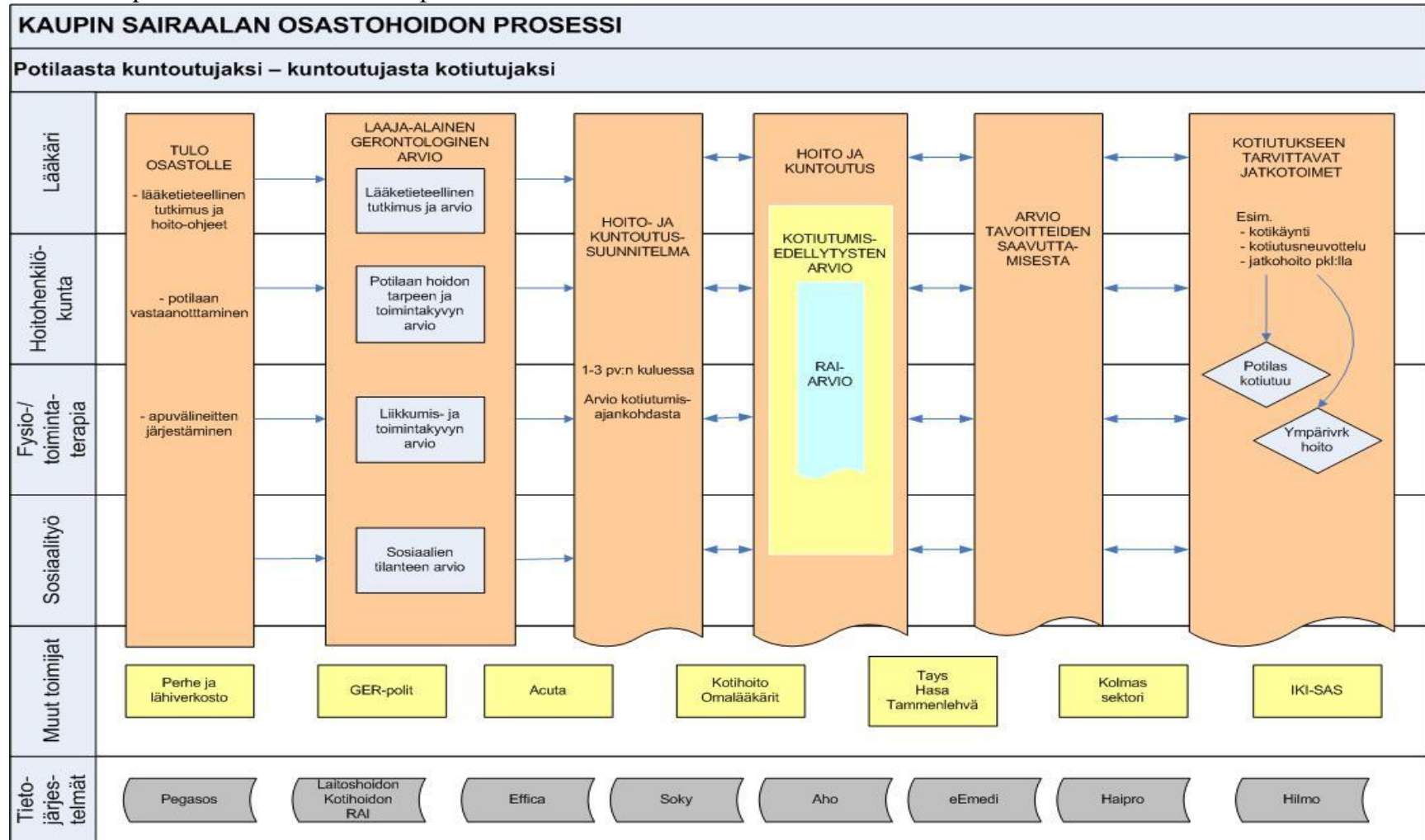
LIITTEET

Liite 1

Opinnäytetyöhön liittyviä RAI-käsitteitä

RAI	Resident Assessment Instrument, asukkaan/asiakkaan arviointi menetelmä
RAI-LTC	RAI Long Term Care. Perustuu laitoshoidon asiakkaiden arviointiin tarkoitettuun Minimum Data Set (versio 2,0) kysymyslomakkeistoon
RAI-PAC	RAI Post Acute Care; jatkohoidon tai akuuttihoidon jälkeisen kuntoutushoidon RAI
RAI-HC	RAI Home Care, kotihoidon asiakkaiden RAI-arviointi
RAI-tietojärjestelmä	Minimum Data Set tai sen 2006 päivitettyyn interRAI kysymyslomakkeistoon perustuvat kysymyssarjat, käsikirjat, kysymyksistä koostetut mittarit sekä hoito- ja palvelusuunnitelman apuvälineet
RUG	RAI-järjestelmään sisältyvä asiakasrakennetta kuvaava Resource Utilization Groups-luokitus
MDS-ohjelma	Minimum Data Set, Minimitiedosto; muodostaa asiakkaan tarpeen arviointiperustan
CAPs ja RAPs	Clinical Assessment Protocols ja Resident Assessment Protocols; ovat asiakkaan koti- ja laitoshoidon arvioinnin ohjeistoja, jotka muodostavat luettelon asiakkaan voimavaroista ja ongelma-alueista.

Liite 2. Kaupin sairaalan osastohoidon prosessi



LIITE 3. RAI-PAC-arviointilomake/fysioterapeutit

interRAI PAC – POST ACUTE® Fysio (Tampere)
[ARVIODAAN 3 VIIMEKSI KULUNUTTA PÄIVÄÄ ELLEI TOISIN KEHOTETA]

OSA A. HENKILÖTIEDOT

1. NIMI

a. (Etunimi) b. (Kutsumanimi) c. (Sukunimi)

3. SYNTYMÄAIKA

□	□	□	□	□	□	□	□	□
Vuosi			Kuukausi			Päivä		

OSA F. FYYSINEN TOIMINTAKYKY

2. LIIKKUMINEN / KÄVELY

a. Ensisijainen liikkumismuoto

0. Kävely, ilman apuvälineitä

1. Kävely apuvälineitä KÄYTTÄEN — esim. keppi, rollaattori, sauvat, työntää pyörätuolia

2. Pyörätuoli myös motorisolu

3. Pääasiallisesti vuodepotilas

b. Neljän metrin (4m) ajastettu kävely

Varmista 4m esteetön kulkuväylä. Henkilöä pyydetään seisomaan paikallaan jalat vierekkäin paikallaan jalat koskettaen lähtöviivaa. Hänet ohjeistetaan seuraavasti: "Pyytäessäni aloitakaa kävely normaalia vauhtia (kepin/rollaattorin avulla). Emme mitaa kuinka nopeasti kykenette kävelemään. Pysähtykää pyytessäni. Ymmärsittekö? Arvioija voi näyttää miten testi toteutetaan. Sen jälkeen testattavaa pyydetään kävelemään. Ajastin käynnistetään (tai lasketaan sekunteja) kun ensimmäinen askel on otettu ja lopetetaan metrin päästä, jonka jälkeen testattavaa kehoitetaan lopettamaan. Kirjaa aika sekunneissa 30 sekuntiin asti.

30. 4 metrin kävelymatka kesti 30 sekuntia tai kauemmin

77. Pysähtyi ennen testin loppuun suorittamista

88. Ei suostunut suorittamaan testiä

99. Ei testattu — esim. henkilö ei kävele omin voimin

c. Pisin kävelty välimatka — Pisin yhtäjaksoisesti kävelty välimatka, jonka aikana ei ole istuuduttu VIIMEKSI KULUNEEN 3 VRK AIKANA (apuvälinein tai avustettuna tarvittaessa)

0. Ei kävellyt

1. Vähemmän kuin 5 metriä

2. 5-49 metriä

3. 50-99 metriä

4. 100 metriä tai enemmän

5. Kilometrini tai enemmän

d. Pisin pyörätuolilla liikuttu välimatka — Pisin yhtäjaksoisesti itsenäisesti pyörätuolilla liikuttu välimatka VIIMEKSI KULUNEEN 3 VRK AIKANA (myös motorisoidun pyörätuolin itsenäinen käyttö)

0. Liikkui pyörätuolilla toisten auttamana

1. Käytti motorisoidua pyörätuolia tai scooteria

2. Liikkui itse pyörätuolilla vähemmän kuin 5 metriä

3. Liikkui itse pyörätuolilla 5-49 metriä

4. Liikkui itse pyörätuolilla 50-99 metriä

5. Liikkui itse pyörätuolilla 100 metriä tai enemmän

8. Ei käyttänyt pyörätuolia

3. MUUTOKSET PÄIVITTÄISESSÄ TOIMINTAKYVYSSÄ VERRATTUNA 90 PÄIVÄÄ AIEMPAAN TILANTEeseen (TAI EDELLISEEN ARVIINTIIN JOS TEHTY VÄHEMMÄN KUIN 90 PÄIVÄÄ SITTEEN)

0. Parantunut

2. Heikentynt

1. Ei muutoksia

8. Epävarma tieto

4. FYYSINEN TOIMINTAKYVYN KOHENTAMISMAHDOLLISUUDET

0. Ei

1. Kyllä

a. Henkilö uskoo fyysisen toimintakyvyn voivan kohentua

b. Hoitohenkilöstö uskoo henkilön fyysisen toimintakyvyn voivan kohentua

5. IADL SUORITUMINEN

Kirjaa SUORITUMINEN välinetoinnoissa VIIMEKSI KULUNEEN 3 VRK AJALTA

0. Itsenäinen—Ei minkäänlaista apua, esivalmisteluja tai seurantaa

1. Valmisteluapua

2. Seurantaa—Valvontaa/vihjeitä

3. Tarvitsee rajoitettua apua—Apua joissain tilanteissa

4. Tarvitsee runsaasti apua—Apua koko toiminnon ajan, mutta suorittaa tehtävästä 50% tai enemmän itse

5. Tarvitsee maksimaalisesti apua — Apua koko toiminnon ajan, mutta suorittaa tehtävästä alle 50% itse

6. Täysin riippuvainen—Muut suorittavat koko toiminnon

8. Toimintoa ei tapahtunut—Koko arviointijakson aikana (ÄLÄ KÄYTTÄ TÄTÄ KOODIA KIRJATTAESSA OLETETTUA SUORITUMISTA/ KAPASITEETTIA)

f. Portaissa kulkeminen—Miten kulkenut portaissa (12-14 askelta)

OSA I. TERVEYDENTILA

1. KAATUILU

0. Ei ole kaatunut viimeksi kuluneen 90 päivän aikana

1. Ei ole kaatunut viimeksi kuluneen 30 päivän aikana, mutta kaatunut 31-90 päivää sitten

2. Kaatunut kerran viimeksi kuluneen 30 päivän aikana

3. Kaatunut kahdesti tai useammin viimeksi kuluneen 30 päivän aikana

2. KAATUNUT-HILJATTAIN

[Ohita, jos edellisestä arvioinnista yli 30 vrk tai jos kyseessä ensimmäinen arviointi]

0. Ei

1. Kyllä

[kirjaa 8 "ei sovellettavissa"]

3. ONGELMAN ESIINTYMISTIHEYS

Kirjaa viimeksi kuluneen 3 vrk ajalta

0. Ongelma ei ole havaittavissa

1. Ongelma on, mutta ei ole ilmennyt viimeksi kuluneen 3 vrk aikana

2. Ongelma on ilmennyt 1 vrk kolmesta

3. Ongelma on ilmennyt 2 vrk kolmesta

4. Ongelma on ilmennyt päivittäin viimeksi kuluneen 3 vrk aikana

TASAPAINO

a. Vaikeuksia tai kyyvön nousemaan seisaalle ilman apua

b. Vaikeuksia tai kyyvön kääntymään kasvat vastakkaiseen suuntaan seisaalla

c. Huimaus

d. Epävarma kävely

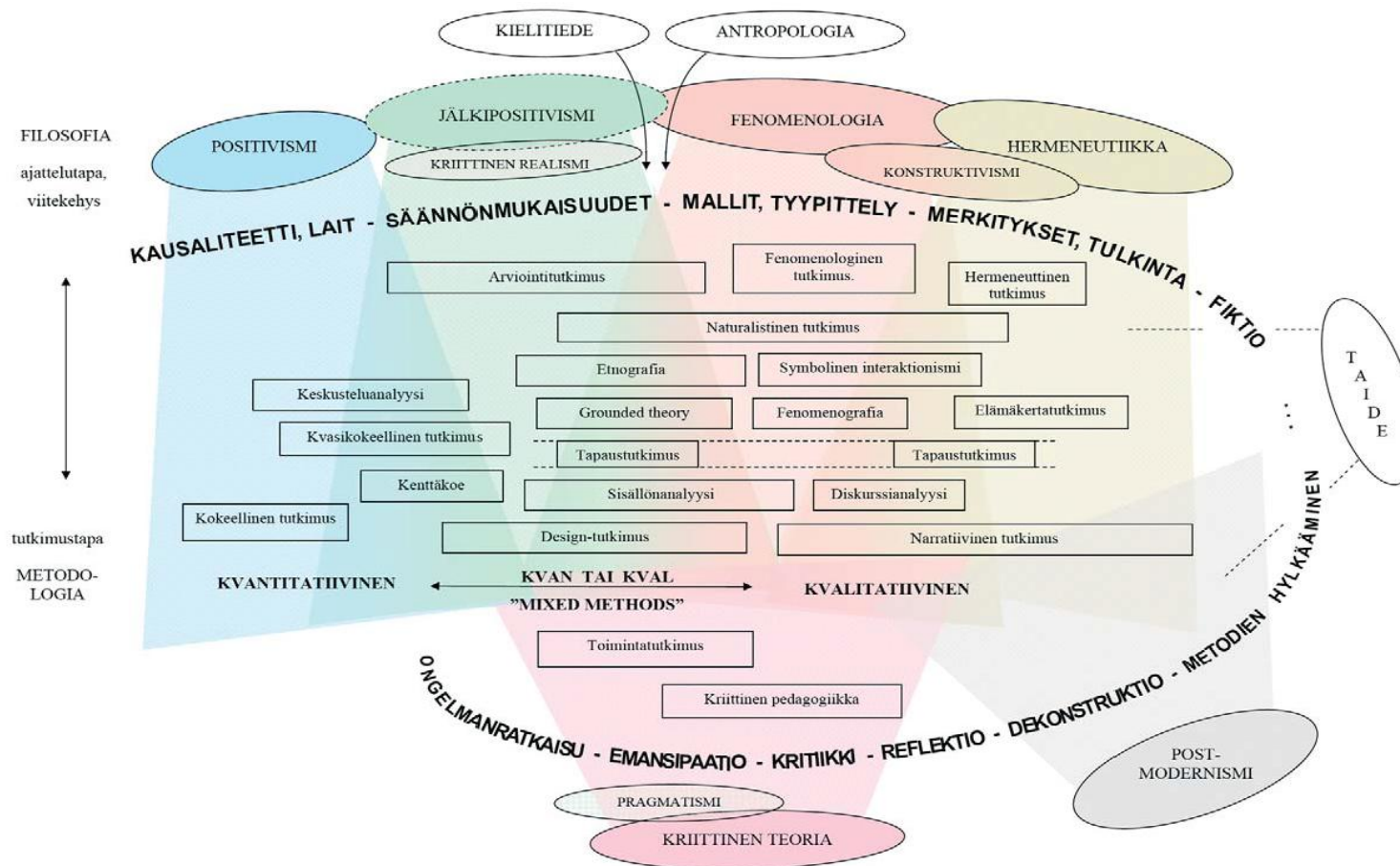
OSA M. HOITO- JA MUITA TOIMENPITEITÄ

2. TERAPIAT VIIMEKSI KULUNEEN 7 PÄIVÄN AIKANA — esim. terapeutin antama hoito tai terapeutin valvonnassa toteutettu hoito. (huom. kirjaa vain sisäänkirjauksen jälkeiset teraplat)

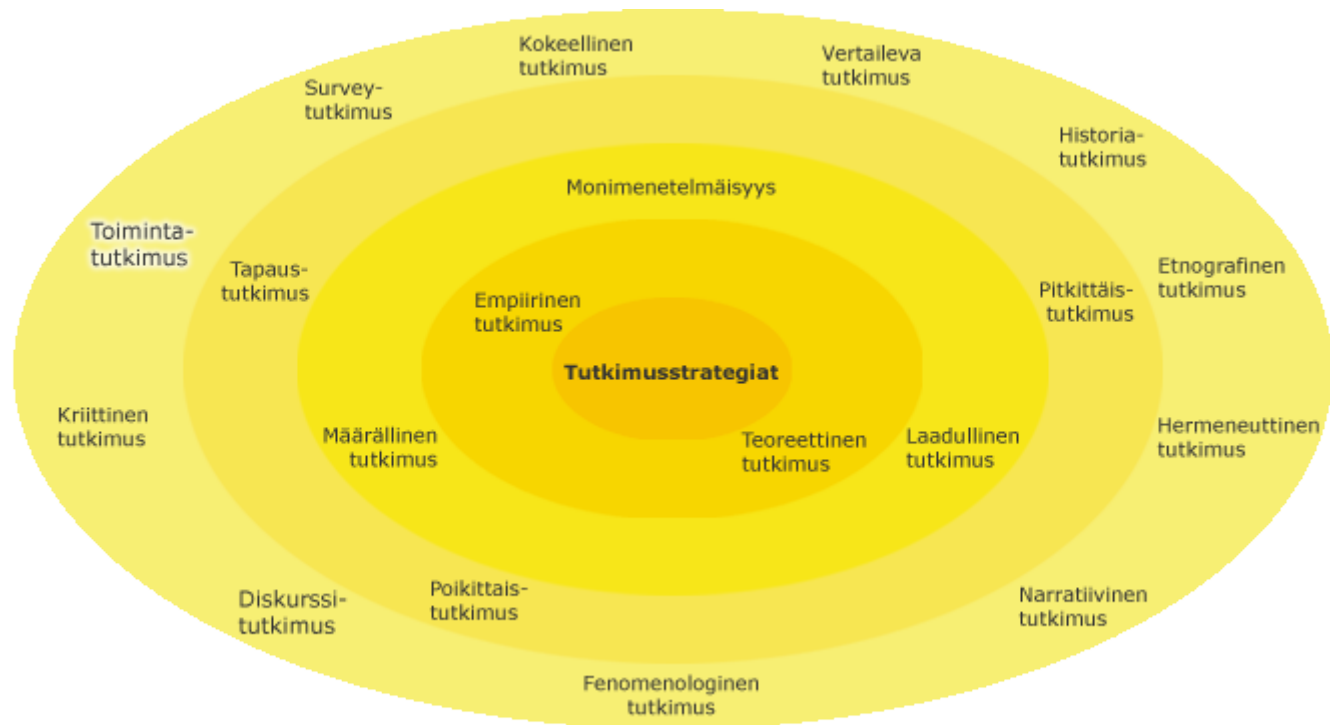
A. VRK lukumäärä, jolloin sai hoitoa 15 minuuttia tai enemmän
B. VIIMEKSI KULUNEEN 7 VRK AIKANA saatujen hoitojen kokonaisminuuttimäärä

	Toteutunut (vrk / km)	Minuutteina / viikko (min)
	a	b
a. Fysioterapia		
b. Toimintaterapia		
c. Puhta-kieli- tai audiologian palvelut		
d. Hengitysteraplat		
e. Mieleterveysasiantuntijan antama terapia		

LIITE 4. Toimintatutkimus



LIITE 5. Toimintatutkimus



LIITE 6: 1(5) Kysely 1.

Arvoisa kollega ja kyselyyn vastaaja,

Tämä kysely liittyy TAMK/YAMKin opinnäytetyöhöni; *Moniammatillisen RAI-arvioinnin kehittäminen Kaupin sairaalassa*. Kyselyn tarkoituksena on kartoittaa moniammatillisen RAI-arvioinnin tekemisen nykytilaa ja kehittämismahdollisuuksia Kaupin sairaalassa. Kyselyssä on taustatietojen kartoituksen lisäksi kolme kysymysosiota. Osa kysymyksistä on valintakysymyksiä, joissa valinta merkitään rastilla. Avoimiin kysymyksiin toivon rohkeasti vastauksia. Kyselyn lopussa on lisäksi mahdollisuus tuoda esiin omia ideoita ja ehdotuksia moniammatillisen RAI-arvion kehittämiseksi Kaupin sairaalassa.

Kyselyn tuloksista muodostuu perusta syksyn 2012 aikana järjestettävälle koulutukselle. Tämän vuoksi kaikki vastaukset ja mielipiteet ovat tärkeitä. Kyselyyn vastaaminen ei edellytä koulutukseen osallistumista; mahdollisuuden siihen kuitenkin tarjoan.

Pyydän ystävällisesti kyselyn palautukset 20.9.2012 mennessä sisäisellä postilla tai postitse osoitteeseen:

*Marja Paavola
Kaupin sairaala, fysioterapia
Parantolankatu 6
33500 Tampere*

Annan mielelläni lisätietoja kyselystä;

*Marja Leena Paavola
Fysioterapeutti
p.03-565 73708
marja.paavola@tampere.fi*

Liite 6:2(5)

A. TAUSTATIEDOT

1. Ikä _____v
2. Sukupuoli
 - nainen
 - mies
3. Koulutus/ _____ Ammatti
4. Työvuodet nykyisessä työpaikassa _____v _____kk

A. RAI-ARVIOINTI, SEN TUNTEMUS JA TEKEMISEEN OSALLISTUMINEN

5. Onko laitoshoidossa käytössä oleva RAI- tietojärjestelmä sinulle tuttu?
 - erittäin tuttu
 - melko tuttu
 - melko tuntematon
 - en tunne lainkaan
6. Osallistutko osastollasi RAI-arvioinnin tekemiseen?
 - kyllä
 - en
7. Mitä mieltä olet RAI- tietojärjestelmän käytöstä laitoshoidossa?

8. Oletko saanut RAI-koulutusta?
 - Kyllä, _____ millais-
ta?
 - en
9. Onko sinulla RAI- tietojärjestelmään vaaditut tunnukset?
 - kyllä
 - ei

Liite 6:3(5)

10. Miten hyödynnät RAI- tietojärjestelmää työssäsi?

Teetkö itsenäisesti RAI-arviointia?

- kyllä -> _____x/kk
 en

11. Millaisena koet RAI-arvioinnin tekemisen?

12. Onko RAI-arvioinnin G-osio (= ADL-osio: fyysinen toimintakyky ja rakenteelliset ongelmat) sinulle tuttu?

- kyllä
 ei

13. Onko potilaan hoitosuunnitelman ja hoidon arvion tekemisessä käytetty RAP-käsite (RAPs=Resident Assessment Protocols= Asiakkaan arvioinnin ohjeisto) sinulle tuttu?

- kyllä
 ei

14. Miten hyödynnät saatua RAPs informaatiota?

Liite 6:4(5)

B. MONIAMMATILLISUUS

16. Oletko osallistunut RAI-arvioinnin tekemiseen moniammatillisesti?

kyllä -> _____x

en

17. Minkä ammattiryhmien kanssa olet tehnyt moniammatillisesti RAI-arviointia?

18. Koetko moniammatillisen RAI-arvioinnin hyvänä?

kyllä

en

19. Miten RAI-arvioinnissa mielestäsi nykyisin hyödynnetään moniammatillisuutta?

20. Miten mielestäsi olisi paras tapa toteuttaa RAI:n G-osion (ADL-osio; fyysinen toimintakyky ja rakenteelliset ongelmat) arviointi?

Liite 6:5(5)

C. MONIAMMATILLISEN RAI-ARVIOINNIN KEHITTÄMINEN

21. Koetko tarvitsevasi lisää RAI-koulutusta?

kyllä

en

22. Millaista koulutusta haluaisit?

23. Haluatko tulevaisuudessa osallistua moniammatillisen RAI-arvioinnin kehittämiseen osastolla?

kyllä

en

24. Onko sinulla toivomuksia osallistumiseesi RAI-arvioinnissa?

25. Tekisitkö RAI-arvioinnin, esim. G-osio, itse, jos sinulla olisi siihen koulutus?

kyllä

en, miksi? _____

26. Oletko osallistunut osastollasi RAI-palauteraporttien –käsittelyyn ja keskusteluun?

aina

joskus

en koskaan

27. Luetko RAI-palauteraportteja?

kyllä, kuinka usein? _____

en, miksi et? _____

E. IDEOITA JA PARANNUSEHDOTUKSIA MONIAMMATILLISEN RAI-ARVIOINNIN KEHITTÄMISEEN

KIITOS VASTAUKSESTASI!

LIITE 7: 1(4) Kysely 2.

Arvoisa kollega ja kyselyyn vastaaja,

Tämä kysely viimeistelee TAMK/YAMKin opinnäytetyöni; *Moniammatillisen RAI-arvioinnin kehittäminen Kaupin sairaalassa*. Kyselyn tarkoituksena on kartoittaa moniammatillisuuden ja moniammatillisen RAI-arvioinnin tekemisen tämänhetkistä tilaa ja kehittämismahdollisuuksia Kaupin sairaalassa.

Osa kysymyksistä on valintakysymyksiä, joissa valinta merkitään rastilla. Avoimiin kysymyksiin toivon rohkeasti vastauksia. Kyselyn lopussa voit tuoda esiin omia ideoita ja ehdotuksia moniammatillisuudesta Kaupin sairaalassa.

Vaihtoehdot kyselyn täyttämiseen:

- S-posti: tallenna kysely-> avaa ja vastaa-> tallenna uudelleen ja lähetä s-postiliitteenä takaisin.
- Paperiversio: printtaa kysely-> täytä-> lähetä sisäisessä kuoressa.

Kaikki vastaukset ja mielipiteet ovat tärkeitä.

Pyydän ystävällisesti kyselyn palautukset **08. 03. 2013** mennessä s-postilla tai printatun version sisäisellä postilla osoitteeseen:

Marja Paavola

marja.paavola@health.tamk.fi

Kaupin sairaala, fysioterapia

Parantolankatu 6

33500 Tampere

Annan mielelläni lisätietoja kyselystä;

Marja Leena Paavola

Fysioterapeutti

p.050-5913 957

marja.paavola@health.tamk.fi

Liite 7: 2(4)

A. TAUSTATIEDOT

1. Ikä _____v
2. Sukupuoli
 - nainen
 - mies
3. Koulutus/ Ammatti
4. Työvuodet nykyisessä työpaikassa _____v _____kk
5. Vastasin RAI/RAI-LTC:ta koskevaan ensimmäiseen kyselyyn
 - Kyllä
 - En

B. RAI-ARVIOINTI, SEN TUNTEMUS JA TEKEMISEEN OSALLISTUMINEN

6. Oletko saanut koulutusta uuteen RAI-PAC-tietojärjestelmään?
 - Kyllä
 - En
7. Jos olet saanut koulutusta uuteen RAI-PAC- tietojärjestelmään, niin oliko koulutus mielestäsi riittävää?
 - Kyllä
 - Ei
 - En osallistunut koulutukseen
8. Miten koet osaavasi käyttää RAI-PAC-tietojärjestelmää?
 - Erittäin hyvin
 - Melko hyvin
 - Melko huonosti
 - Erittäin huonosti
 - En lainkaan
9. Osallistutko osastollasi RAI/RAI-PAC-arvioinnin tekemiseen?
 - Kyllä
 - En

Liite 7: 3(4)

10. Millaisena koet nykyisen RAI/RAI-PAC-arvioinnin tekemisen omien arviointikohteidesi osalta?

11. Mitä mieltä olet nykyisen RAI-PAC-tietojärjestelmän käyttöönotosta ja soveltuvuudesta Kaupin sairaalassa?

12. Onko uudistunut RAI/RAI-PAC-tietojärjestelmä muuttanut suhtautumistasi RAI-arvioinnin tekemiseen?

Ei

Kyllä, miten? _____

Liite 7: 4(4)

C. MONIAMMATILLISUUS

13. Toteutuuko moniammatillisuus nykyisessä RAI-PAC- arvioinneissa aikaisempaa paremmin?

- Ei
 Kyllä, miten?
-

14. Oliko sinulla mahdollisuus osallistua opinnäytetyöhön liittyviin koulutuksiin? (1. Kyselyn palaute-, RAI-LTC/RAI-PAC-, ja moniammatillisuus- koulutukset?)

- Ei
 Kyllä, mielipiteitä?
-

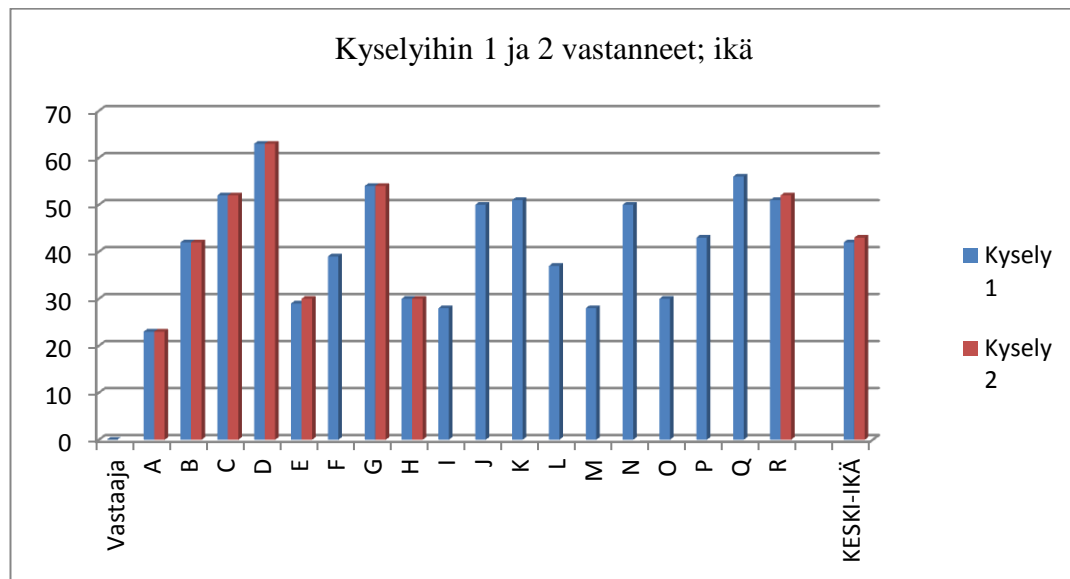
15. Onko tietoisuutesi käyttää RAI/RAI-PAC-arvioinnista saatavia tuloksia esimerkiksi potilaan moniammatillisen hoitosuunnitelman laatimisessa lisääntynyt opinnäytetyöhön liittyvien koulutusten/kyselyjen myötä?

- Ei
 Kyllä, miten? _____
-

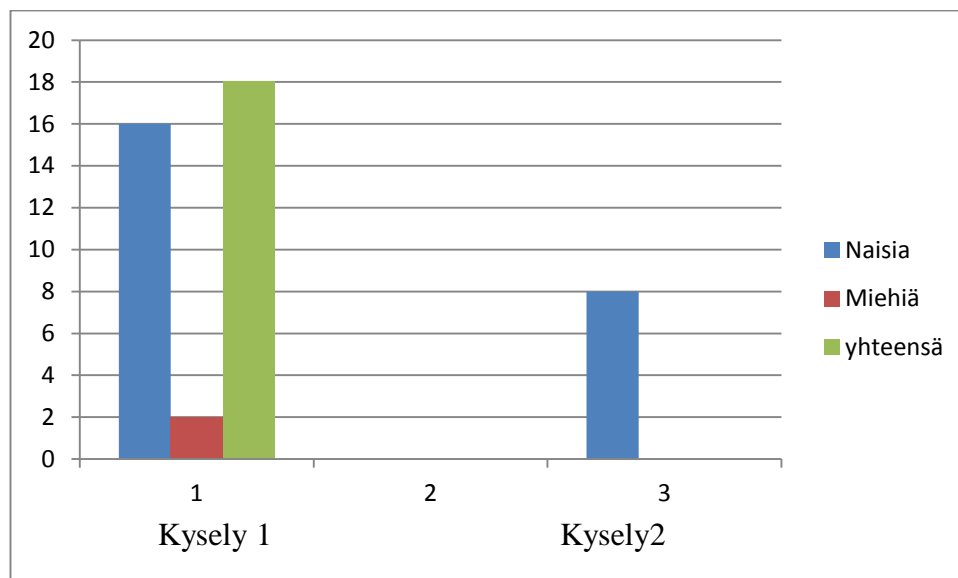
D. IDEOITA JA PARANNUSEHDOTUKSIA MONIAMMATILLISEN YHTEISTYÖN KEHITTÄMISEEN

KIITOS VASTAUKSESTASI!

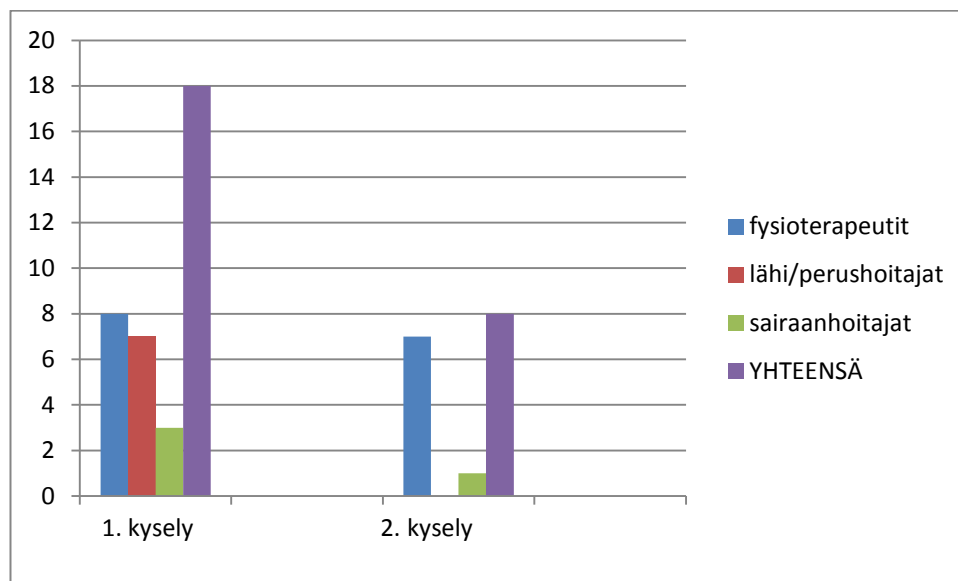
LIITE 8. Kysely 1 ja 2; vastaajien ikä



LIITE 9. Kysely 1 ja 2; sukupuoli



LIITE 10. Kysely 1 ja 2; osallistujat ammattiryhmittäin



LIITE 11: 1(2). Kysely 1; kysymyksittäin Excel- taulukoidut vastaukset (N=18)

B. RAI-ARVIOINTI, SEN TUNTEMUS JA TEKEMISEEN OSALLISTUMINEN				
KYSYMYS	Kyllä	Ei/en	Ei tietoa/ muuta	
6.Osallistutko osastollasi RAI-arvioinnin tekemiseen?	13	5		
8. Oletko saanut RAI-koulutusta?	15	3		
9. Onko sinulla RAI-tietojärjestelmään vaadittavat tunnukset?	14	1	3	
11. Teetkö itsenäisesti RAI-arviointia?	11	7		
13. Onko RAI-arvioinnin G-osio (= ADL-osio: fyysinen toimintakyky ja rakenteelliset ongelmat) sinulle tuttu?	16	2		
14. Onko potilaan hoitosuunnitelman ja hoidon arvion tekemisessä käytetty RAP-käsite (RAPs=Resident Assessment Protocols= Asiakkaan arvioinnin ohjeisto) sinulle tuttu?	9	9		
KYSYMYS	Erittäin tuttu	Melko tuttu	Melko tuntematon	En tunne lainkaan
5. Onko laitoshoidossa käytössä oleva RAI-tietojärjestelmä sinulle tuttu?	6	9	2	1

LIITE 11: 2(2). Kysely 1; kysymyksittäin Exel- taulukoidut vastaukset N=(18)

C. MONIAMMATILLISUUS				
KYSYMYS	Kyllä	Ei/en	Ei tietoa/muuta	
16. Oletko osallistunut RAI-arvioinnin tekemiseen moniammatillisesti?	11	7		
18. Koetko moniammatillisen RAI-arvioinnin hyvänä?	17	2*		
D. MONIAMMATILLISEN RAI-ARVIOINNIN KEHITTÄMINEN				
KYSYMYS	Kyllä	Ei/en	Ei tietoa/muuta	
21. Koetko tarvitsevasi lisää RAI-koulutusta?	14	5 **		
23. Haluatko tulevaisuudessa osallistua moniammatillisen RAI-arvioinnin kehittämiseen?	14	4		
25. Tekisitkö RAI-arvioinnin, esim. G-osio, itse, jos sinulla olisi siihen koulutus?	15	3		
27. Luetko RAI-palauteraportteja?	11	7		
KYSYMYS	Aina	Joskus	En koskaan	
26. Oletko osallistunut osastollasi RAI-palauteraporttien – käsittelyyn ja keskusteluun?	2	10	6	

* yhteisen ajan löytämisen vaikeus (1)

** jos arvio ei olisi moniselitteinen (1)

LIITE 12: 1(2). Kysely 2; kysymyksittäin Exel- taulukoidut vastaukset (N=8)

B. RAI-ARVIOINTI, SEN TUNTEMUS JA TEKEMISEEN OSALLISTUMINEN					
KYSYMYS	Kyllä	Ei/en	Ei vast/muuta		
5. Vastasin RAI/RAI-LTC:ta koskevaan ensimmäiseen kyselyyn	7		1		
6. oletko saanut koulutusta uuteen RAI-PAC tietojärjestelmään?	8				
9. Osallistutko osastollasi RAI-PAC-arvioinnin tekemiseen?	7	1			
12. Onko uudistunut RAI/RAI-PAC-tietojärjestelmä muuttanut suhtautumistasi RAI-arvioinnin tekemiseen?	2	6			
KYSYMYS	Kyllä	Ei	En osallistunut koulutukseen	Ei vast.	
7. Jos olet saanut koulutusta uuteen RAI-PAC-tietojärjestelmään,oliko se mielestäsi riittävää?	1	5	1	1	
KYSYMYS	Erittäin hyvin	Melko hyvin	Melko huonosti	Erittäin huonosti	En lainkaan
8. Miten koet osaavasi käyttää RAI-PAC-tietojärjestelmää?		2	5		1

LIITE 12: 2(2). Kysely 2; kysymyksittäin Excel- taulukoidut vastaukset (N=8)

C. MONIAMMATILLISUUS				
KYSYMYS	Ei	Kyllä		
13. Toteutuuko moniammatillisuus nykyisessä RAI-PAC-arvioinneissa aikaisempaa paremmin?	5	3		
14. Oliko sinulla mahdollisuusosallistua opinnäyteytöhön liittyviin koulutuksiin?	1	7		
15. Onko tietoisuutesi käyttää RAI/RAI-PAC-arvioinneista saatavia tuloksia esimerkiksi potilaan moniammatillisen hoitosuunnitelman laatimisessa lisääntynyt opinnäytetyöhön liittyvien koulutusten/kyselyjen kautta?	4	4		

Liite 13

Analyysitaulukko Kysely 1

Hoitohenkilökunnan RAI-arvioinnin tuntemus ja tekemiseen osallistuminen

Pelkistettyilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Potilaan arviointi kokonaisvaltaisesti ja konkreettisesti Jäsentää hoitotyötä ja edesauttaa yhteistyötä Laatu Oman ammattitaidon arvostaminen	Potilaan arviointi kokonaisvaltaisesti ja ammattitaitoisesti	Ammattitaito, moniammatillinen osaaminen ja koulutus RAI-arvion tukena	Hoitohenkilökunnan koettu RAI-arvioinnin mahdollisuus ja haasteellisuus
Hoitosuunnitelman, väliarvion ja toiminnan arvion tekeminen Mielenkiinto Haasteet esiin Moniammatillisuuden huomioiminen	Ammatillinen osaaminen ja työstä vastaaminen Ammattitaito		
Moniammatillisuus Konsultointi mahdollisuus Arviointi on kaikkien ammattiryhmien yhteinen asia Yhteistyö Kokemus			
Hyödyntämättömyys Epätietoisuus Ei-tietoisuus Epäluotettavuus	Käytön epätietous	RAI-arvioinnin vaikeus, haasteellisuus ja koettu tulokinnanvaraisuus	
Laaja-alainen ja tulokinnanvarainen ohjelma Luotettavuus kyseenalaistuu Tulkinnanvaraisuus Vaikeus Turhauttavuus	Epätietoisuus merkityksestä		

Liite14
 Analyysitaulukko Kysely 1
 Moniammatillisuus

Pelkistettyilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
<p>Moniammatillisuus hoitajien kesken Osittainen moniammatillisuus myös erityistyöntekijöiden kanssa Yhteisen ajan käytön puute Toive moni ammatillisuudesta Luotetaan ohjaukseen</p>	<p>Yhteistyötaidot ja niiden kehittäminen Toive yhteistyön onnistumisesta</p>	<p>Moniammatillisuuden huomioiminen ja mahdollisuus</p>	<p>Hoitohenkilökunnan kokemuksia moniammatillisen RAI-arvioinnin onnistumisesta</p>
<p>Yhteistyön vähyys RAI:n tekeminen hoitajapainotteista Satunnaisuus Koulutus koetaan osittain vähäiseksi ja riittämättömäksi Tulkinnan vaikeus, osaamattomuus Ymmärtämättömyys Ei-tietoisuus Palauteraporttien oma-toiminen lukeminen vähäistä Kiire, ajan puute Aikaa vievää</p>	<p>Koulutuksien ja osallistamisen puute Osaamattomuus ja tulkinnan vaikeus Motivoimattomuus ja turhautuminen Kiire, yhteisen ajan löytymisen vaikeus</p>	<p>Moniammatillisuuden haasteet RAI-arvioinnissa</p>	

Liite 15
 Analyysitaulukko Kysely 1
 Moniammatillisen RAI-arvioinnin kehittäminen

Pelkistettyilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
<p>Peruskoulutus osioiden hallinta</p> <p>Seminaaritietoisuus</p> <p>Peruskoulutuksen tarve</p> <p>Kertauksen tarve</p> <p>Käytännön ohjauksen tarve</p>	<p>Systemaattisen koulutuksen tarve</p> <p>Arvioinnin sujuvuus</p> <p>Moniammatillisen arvioinnin luotettavuus</p>	<p>Systemaattisen koulutuksen ja kertauksen tarve arvioinnissa</p>	<p>Hoitohenkilökunnan näkemyksiä moniammatillisuuden kehittämiseksi RAI-arvioinnissa</p>
<p>Perusajatuksen hallinta</p> <p>Tulosten tulkinta</p> <p>Tulosten hyödyntäminen</p>	<p>Koulutuksen lisääminen</p> <p>Arvioinnin hyödyntäminen</p>	<p>Koulutuksen kautta arvioinnin hyödyntämisen mahdollisuus</p>	
<p>Arvioinnin hyödyntäminen koulutuksen jälkeen</p> <p>Kiinnostus uudesta kuntoutus RAIsta ja sen moniammatillisesta arvioinnista</p>	<p>Tulevaisuuden näkymät</p> <p>Muutos</p>	<p>Positiivinen suhtautuminen uusiin haasteisiin ja mahdollisuuksiin</p>	

Liite16

Analyysitaulukko Kysely 1

Aineistoa yhdistävä luokka; Moniammatillisen RAI-arvioinnin kehittäminen Kaupin sairaalassa

Yläluokka	Pääluokka	Yhdistävä luokka
<p>Ammattitaito, moniammatillinen osaaminen ja koulutus RAI-arvion tukena</p> <p>RAI-arvioinnin vaikeus, haasteellisuus ja koettu tulkinnanvaraisuus</p>	<p>Hoitohenkilökunnan koettu RAI-arvioinnin mahdollisuus ja haasteellisuus</p>	<p>Hoitohenkilökunnan näkökulmia osallistumisestaan ja haasteistaan moniammatillisessa RAI-arvioinnissa</p>
<p>Moniammatillisuuden huomiointi ja mahdollisuus</p> <p>Moniammatillisuuden haasteet RAI-arvioinnissa</p>	<p>Hoitohenkilökunnan kokemuksia moniammatillisen RAI -arvioinnin onnistumisesta</p>	
<p>Systemaattisen koulutuksen ja kertauksen tarve arvioinnissa</p> <p>Koulutuksen kautta arvioinnin hyödyntämisen mahdollisuus</p> <p>Positiivinen suhtautuminen uusiin haasteisiin ja mahdollisuuksiin</p>	<p>Hoitohenkilökunnan näkemyksiä moniammatillisuuden kehittämiseksi RAI-arvioinnissa</p>	

Liite 17

Analyysitaulukko Kysely 2: Hoitohenkilökunnan RAI-arvioinnin tuntemus ja tekemiseen osallistuminen

Pelkistettyilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
<p>Toisinaan RAI on hyvä Nykyisen RAI:n soveltuvuus on hyvä RAI on joiltakin osin varmasti hyvä</p>	<p>Positiivinen suhtautuminen ja uuden RAI-arvioinnin kokeminen hyvänä</p>	<p>Myönteisellä asenteella ja ammattitaidolla saavutettu uusi osaaminen ja tiedon hallinta, sekä kehittyminen omassa työssä</p>	<p>Hoitohenkilökunnan kokemat myönteiset ja epävarmuutta lisäävät kokemukset uudessa RAI-arvioinnissa</p>
<p>Arvioinnin nopeus ja vaativuus</p>	<p>Ammatillinen osaaminen ja työstä vastaaminen Paineensietokyky Ammattitaito</p>		
<p>Lisääntynyt kokemus ja uusi tietoisuus RAI-järjestelmästä mahdollistavat käyttöä Kokemus tuo varmuutta ja rutiinia Osallistuminen RAI-arviointiin lisääntynyt</p>	<p>Uusi tieto Kehittyminen työssä Työkuvan muutos</p>		
<p>RAI-arvioinnin tulkinnanvaraisuus; monia eri näkemyksiä arvioinnissa. Arviointi olettamuksellista. Tulkinnan kirjavuus-> johtopäätökset eivät voi olla luotettavia. Ketä varten tehdään? RAI-arvioinnin kokeminen työläänä. Opettelu vaatii aikaa. Kiire perustyössä ja laajan RAI-arvioinnin vuoksi oma työ kärsii. Arvioinnin kokeminen kriittiseksi. Haastava. Arviointi ei ole tuttu. Arviointi koetaan huonona ja ohjeistus arviointiin huonoksi Entinen arviointi koetaan jopa parempana. Arvioinnista on vaikea löytää oleellisia asiakokonaisuuksia. Vähäinen kokemus uudesta RAI:sta Kommentoinnin ja arvioinnin vaikeus tässä vaiheessa.</p>	<p>Tulkinnan varaisuus arvioinneissa Epätietoisuus RAI-arvioinnin merkityksestä Aikaa vievä arviointi Arvioinnin kokeminen huonona, haastavana ja työläänä</p>	<p>Uuden RAI-arvioinnin vaikeus, haasteellisuus ja koettu tulkinnanvaraisuus sekä epätietoisuus sen merkityksestä. Perustyön ”kärsiminen”</p>	
	<p>Arvioinnin tuntemattomuus</p>	<p>Epävarmuus käytöstä</p>	

Analyysitaulukko Kysely 2: Moniammatillisuus

Pelkistettyilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Uudessa RAI:ssa on erityistyöntekijöillä oma täytettävä osio ; arvioinnin jakautuminen myös erityistyöntekijöille RAI-arvioinnin kysymysten läpikäyminen moniammatillisesti	RAI-arvioinnin jakautuminen myös erityistyöntekijöille Moniammatillisuus esiin RAI-arvioinnin kysymyksiä puidessa	Moniammatillisemmin suoritettu RAI- arviointi	Muuttunut työnkuva tuo aluksi haasteita ja epätietoisuutta henkilökunnan työhön. Positiivinen asenne edistää sopeutumista.
Fysioterapeuteilla nyt pakolliset osuudet	RAI-arviointi koetaan velvoitteena ja lisätyönä	Haasteellisuus arvioinnissa ja laajentuneessa työkuvassa	
Ajatus moniammatillisuuden lisääntymisestä tulevaisuudessa	Positiivinen suhtautuminen moniammatillisuuteen tulevaisuudessa	Positiivisuus	

Liite 19

Analyysitaulukko Kysely 2: Moniammatillisen RAI-arvioinnin kehittäminen

Pelkistettyilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<p>Koulutusten kokeminen: hyvinä, ja mielenkiintoisina. Asioiden kertaus ja tuttuakin asia kiinnostaa.</p> <p>Uuden RAI-arvioinnin vuoksi kaikki koulutus on tarpeellista.</p> <p>Koulutukset ovat lisänneet tietoisuutta RAI:sta.</p> <p>Koulutuksesta ja opitusta toivotaan siirtyvän jotakin myös käytäntöön.</p> <p>Koulutukset ovat syventäneet tietoa RAI:sta ja sen tekemisestä.</p> <p>Koulutukset ovat lisänneet tietoutta mm. RAPs:ien käytöstä.</p> <p>Mahdollisuus omaan RAI-arviointiin on tullut mahdolliseksi koulutuksen kautta.</p> <p>Hoitosuunnitelmien tekeminen RAI:n pohjalta on lisääntynyt.</p>	<p>Koulutusten kokeminen mielekkäinä ja sisällöltään antoisina.</p> <p>Kaikki koulutus aiheesta koetaan tarpeelliseksi.</p> <p>Koulutukset ovat mahdollistaneet uusia asioita potilasarvioinneissa ja työssä.</p> <p>Koulutus on lisännyt ja syventänyt omaa tietoisuutta ja arvioinnista saatavia mahdollisuuksia.</p>	<p>Koulutusten positiivinen vaikutus voidaan siirtää myös käytännön työhön.</p> <p>Koulutukset kehittävät ja tukevat omaa ammattitaitoa antaen lisää valmiuksia laaja-alaiseen, moniammatilliseen potilaan arviointiin.</p>	<p>Henkilökunnan kokemuksia ja mielipiteitä suhtautumisesta järjestettyihin moniammatillisiin koulutuksiin ja uuteen RAI-PAC-arviointiin.</p>
<p>Uusi RAI-PAC otettiin käyttöön liian nopeasti ja varmistamatta käytön sujuvuutta.</p> <p>RAI-PAC alkoi ilman, että kaikille olisi järjestetty koulutusta asiasta.</p> <p>Lisäkoulutuksen tarve.</p> <p>Käytännön koulutuksen puuttuminen.</p> <p>Ohjelma vaatii kehittämistä.</p> <p>Epätietoisuus 30 vrk RAI-arvioinnin merkityksestä.</p> <p>Koulutuksiin osallistujien vähäisyys; Missä hoitajat?</p>	<p>Liian vähäinen koulutus ja nopea uuden RAI-ohjelman käyttöönotto herättää epätietoisuutta henkilökunnassa.</p> <p>Toivomus lisäkoulutuksesta.</p> <p>Epätietoisuus RAI-arvioinnin merkityksestä.</p> <p>Ohjelma koetaan laajaksi.</p> <p>Vähäinen osallistuminen tarjottuihin moniammatillisiin koulutuksiin.</p>	<p>Henkilökunnan koettu lisäkoulutuksen tarve.</p> <p>Liian nopea uuden ohjelman käyttöönotto ilman käytännön koulutusta.</p> <p>Aikaa vievä ohjelma.</p> <p>Koulutuksiin osallistumisen vähäisyys.</p>	

Liite 20

Analyysitaulukko Kysely 2

Aineistoa yhdistävä luokka; Moniammatillisen RAI-arvioinnin kehittäminen Kaupin sairaalassa

Yläluokka	Pääluokka	Yhdistävä luokka
<p>Myönteisellä asenteella ja ammattitaidolla saavutettu uusi osaaminen ja tiedon hallinta, sekä kehittyminen omassa työssä</p> <p>Uuden RAI-arvioinnin vaikeus, haasteellisuus ja koettu tulkinvaraisuus sekä epätietoisuus sen merkityksestä.</p> <p>Perustyön ”kärsiminen”</p> <p>Epävarmuus käytöstä</p>	<p>Hoitohenkilökunnan kokemat myönteiset ja epävarmuutta lisäävät kokemukset uudessa RAI-arvioinnissa</p>	<p>Henkilökunnan kokemuksia ja näkökulmia RAI-arvioinnista sekä koulutuksen edistävästä vaikutuksesta moniammatillisessa RAI-arvioinnissa.</p>
<p>Moniammatillisemmin suoritettu RAI- arviointi.</p> <p>Haasteellisuus arvioinnissa ja laajentuneessa työnkuvassa</p> <p>Positiivisuus</p>	<p>Muuttunut työnkuva tuo aluksi haasteita ja epätietoisuutta henkilökunnan työhön. Positiivinen asenne edistää sopeutumista.</p>	
<p>Koulutusten positiivinen vaikutus voidaan siirtää myös käytännön työhön</p> <p>Koulutukset kehittävät ja tukevat omaa ammattitaitoa antaen lisää valmiuksia laaja-alaiseen, moniammatilliseen potilaan arviointiin</p> <p>Henkilökunnan koettu lisäkoulutuksen tarve.</p> <p>Liian nopea uuden ohjelman käyttöönotto ilman käytännön koulutusta.</p> <p>Aikaa vievä ohjelma.</p> <p>Koulutuksiin osallistumisen vähäisyys.</p>	<p>Henkilökunnan kokemuksia ja mielipiteitä suhtautumisestaan järjestettyihin moniammatillisiin koulutuksiin ja uuteen RAI-PAC-arviointiin.</p>	