

PIRKANMAAN
AMMATTIKORKEAKOULU

TOIMINTAKYKYÄ EDISTÄVÄN HOITOTYÖN KEHITTÄMINEN
RAI- JÄRJESTELMÄN AVULLA HENKILÖSTÖJOHTAMISEN
NÄKÖKULMASTA

Susanna Dahlman
Marjut Takanen

Opinnäytetyö
Marraskuu 2009
Terveysten edistämisen koulutusohjelma
Ikääntyvien ja pitkäaikaisspotilaiden hoito
Pirkanmaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan
ylempi ammattikorkeakoulututkinto

TIIVISTELMÄ

Pirkanmaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Terveystieteiden edistämisen koulutusohjelma
Ikääntyvien ja pitkäaikaissairaiden hoito

SUSANNA DAHLMAN & MARJUT TAKANEN:

Toimintakykyä edistävän hoitotyön kehittäminen RAI- järjestelmän avulla henkilöstöjohtamisen näkökulmasta.

Opinnäytetyö 83 s., liitteet 13s.
Marraskuu 2009

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää miten RAI- järjestelmän tuottamaa tietoa hyödynnetään henkilöstöjohtamisessa. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää RAI- järjestelmän käyttöä edistävä toimintamalli henkilöstöjohtamisen tueksi. Ehdotettu toimintamalli toimii apuna kehittäessä hoitotyön laatua pitkäaikaishoidossa RAI- arviointijärjestelmän avulla.

Tämä opinnäytetyö toteutettiin toimintatutkimusta mukaillen. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin kyselyä. Tutkimusaineisto kerättiin kahdelta eri alueelta; Tampereelta Koukkuniemen vanhainkodista sekä Pietarsaaren seudun niistä vanhustenhuollon yksiköissä, joissa RAI- arviointijärjestelmä on ollut käytössä yli vuoden. Kyselyyn vastasivat yksiköiden lähiesimiehet (n=37). Aineisto analysoitiin SPSS- ohjelmalla, pääosin kuvailevaa tilastollista menetelmää käyttäen. Avoimet kysymykset analysoitiin sisällön analyysiä mukaillen.

Tuloksista ilmeni, että neljännes vastaajista ei hyödynnä RAI- järjestelmästä saatuja tuloksia henkilöstöjohtamiseen liittyvissä tehtävissä kuten hoitotyön kehittämisessä tai resurssien suunnittelussa. Tuloksista ilmeni myös, että kolmannes vastaajista ei tee säännöllistä yhteistyötä muiden esimiesten kanssa, eikä saa tukea muilta esimiehiltä. Henkilöstön keskuudessa esiintyy RAI- järjestelmän käytön suhteen muutosvastarintaa ja sitoutumisessa toimintakykyä edistävään hoitotyöhön esiintyy puutteita. Tuloksista tuli esiin kaksi keskeistä asiaa, jotka esimiehet kokivat tarpeellisiksi nostaa esiin toimintakykyä edistävän hoitotyön toteutumisessa; kiire sekä näkymättömät voimavarat lähinnä asennoituminen, sitoutuminen, motivaatio ja osaaminen.

Työhyvinvoinnin ja työnhallinnan näkökulmasta on tärkeää riittävän henkilöstömitoituksen- ja rakenteen varmistaminen, johtaminen ja hoitokäytäntöjen kehittäminen. Henkilöstöjohtajan tuki, kannustus ja motivointi toimintakykyä edistävään työhön ovat tärkeitä. Näkymättömän voimavaran tiedostaminen vaikuttaa suuresti toiminnan kehittymiseen ja sitä kautta organisaatiokulttuuriin, jolloin asennemuutos on mahdollinen. Henkilöstö tarvitsee osaamisensa ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi koulutusta, samoin lähiesimiehet kaipaavat RAI- järjestelmän käytön hyödyntämiseen heille suunnattua lisäkoulutusta. Ehdotettu toimintamalli toimii henkilöstöjohtamisen apuna kehittäessä hoitotyön laatua pitkäaikaishoidossa.

Avainsanat: Hoitotyön laatu pitkäaikaishoidossa, terveyttä edistävä toiminta, ikääntyvän toimintakyky, RAI- arviointijärjestelmä, henkilöstöjohtaminen

ABSTRACT

Pirkanmaa University of Applied Sciences

Polytechnic Master's Degree in the Field of Social and Health Care

Degree Programme in Health Promotion

Health care of chronic and geriatric patients

SUSANNA DAHLMAN & MARJUT TAKANEN:

Developing nursing to promote functioning ability with the RAI system from the perspective of human resource management

Thesis 83 pages, 13 appendices

November 2009

The purpose of this thesis is to ascertain how information generated by the RAI system is utilized in human resource management. The objective of the thesis is to develop an action model promoting the use of the RAI system to support human resource management. The action model proposed serves as an aid in developing the quality of nursing of chronic patients with the help of the RAI evaluation system.

The thesis was accomplished in accordance with action research. Data collection was by questionnaire. Data were collected from two different areas; in the city of Tampere from the Koukkuniemi old people's home and in the area of Pietarsaari from those elderly care units in which the RAI system had been in place for more than one year. Respondents (n=37) were line managers of the units. Data analysis was by SPSS software, mostly using descriptive statistical method. Open-ended questions were analysed with content analysis.

It appeared from the results that one quarter of the respondents did not use the findings from the RAI system in tasks pertaining to human resource management, such as developing nursing or planning resources. It also appeared from the findings that one third of respondents did not engage in regular co-operation with other line managers and do not receive support from other line managers. There was resistance to the use of the RAI system among the personnel and shortcomings in commitment to nursing promoting functioning ability. The findings revealed two main matters which the line managers deemed noteworthy in the implementation of nursing promoting functioning ability; haste and tacit resources, namely attitude, commitment, motivation and expertise.

From the perspective of work well-being and work management it is important to quantify personnel and to ensure the structure, to manage and to develop nursing practices. The support, encouragement and motivation of the human resource manager are important in work promoting functioning ability. Being aware of tacit resources has a significant effect on the development of operations and so on the organizational culture, when change in attitude is possible. In order to maintain and enhance its expertise the personnel need training, while line managers need targeted further training in utilizing the RAI system. The action model proposed serves as an aid in human resource management in the further development of nursing quality in the care of chronic patients.

Keywords: Quality of nursing in chronic care, health-promoting activity, ageing people's functioning ability, RAI evaluation system, human resource management

SISÄLTÖ

1. JOHDANTO.....	6
2. OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS.....	7
3. OPINNÄYTETYÖN TEOREETTINEN VIITEKEHYS.....	8
3.1 Terveyttä edistävä toiminta	8
3.1.1 Ikääntyvän terveyden edistäminen	9
3.1.2 Terveiden edistäminen hoitotyössä.....	9
3.2 Ikääntyvän toimintakyky	10
3.2.1 Toimintakyvyn ulottuvuudet	11
3.2.2 Toimintakyvyn arviointi	13
3.2.3 Toimintakyvyn mittaaminen.....	14
3.3 RAI – arviointijärjestelmä	15
3.3.1 RAI- järjestelmän käyttöalueet.....	16
3.3.2 RAI – järjestelmän käyttö.....	18
3.3.3 Vertailukehittäminen	19
3.4 Pitkäaikainen laitoshoido	20
3.4.1 Hoitotyön laatu	22
3.4.2 Pitkäaikaisen laitoshoidon haasteet	23
3.5 Hoitotyön johtaminen.....	24
3.5.1 Lähijohtaminen terveydenhuollossa.....	25
3.5.2 Henkilöstöjohtaminen.....	26
3.5.3 Näkymätön voimavara henkilöstöjohtamisessa.....	29
3.5.4 Henkilöstöjohtamisen tulevaisuuden haasteita	30
3.6 Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista	31
4. OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	34
4.1 Koukkuniemi	34
4.2. Pietarsaaren seutu	35

5. OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTUS.....	37
5.1 Toimintatutkimuksellinen ote.....	38
5.2 Aineiston keruu	38
5.3 Aineiston analyysi	41
6. RAI- ARVIOITIJÄRJESTELMÄN KÄYTTÖ JOHTAMISEN APUVÄLINEENÄ TUTKIMUKSESSA MUKANA OLLEISSA KOHTEISSA	44
6.1 Taustakysymykset	44
6.2 Toimintakykyä edistävän hoitotyön kehittäminen.....	46
6.3 Näkymättömien voimavarojen hyödyntäminen.....	52
6.4 Avoimet kysymykset	55
7. TOIMINTAKYKYÄ EDISTÄVÄN HOITOTYÖN KEHITTÄMINEN RAI- ARVIOINTIJÄRJESTELMÄN AVULLA JOHTAMISEN NÄKÖKULMASTA	59
7.1 RAI – arviointijärjestelmään perustuvan toimintamallin kehittäminen.....	60
7.2 RAI– arviointijärjestelmään perustuva toimintamalli	61
8. POHDINTA.....	66
8.1 Tutkimuksen luotettavuus	66
8.2 Tutkimuseettiset näkökulmat.....	68
8.3 Tulosten tarkastelua.....	70
8.3.1 Työyhteisön kehittäminen RAI- arviointijärjestelmän avulla	71
8.3.2 Johtamisen merkitys toimintakykyä edistävän hoitotyön kehittämisessä.....	73
8.3.3 Näkymättömien voimavarojen merkitys johtamisessa	75
8.4 Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset.....	78
8.4.1 Johtamisen kehittäminen RAI- järjestelmän avulla.....	78
8.4.2 Laitoshoidon haasteisiin vastaaminen	80
8.4.3 Yhteenvedo opinnäytetyön toteutuksesta	82
LÄHTEET	84
LIITTEET	

1. JOHDANTO

Vanhustyön tarkoituksena on turvata vanhuksen omia tarpeita vastaava hyvä hoito kotona, kodinomaisessa asumisessa ja laitoshoidossa. Vanhusväestön määrän kasvaessa vanhustyön toimintaa kehitetään edelleen tavoitteena tuottaa ja järjestää kuntalaisille palveluja laadukkaasti ja asiakaslähtöisesti. Pitkäaikaisessa laitoshoidossa tavoitteena on tuottaa mahdollisimman hyvää laatua mahdollisimman taloudellisesti. Pitkäaikaisen laitoshoidon laadun arviointi, seuranta, hoitotyön kehittäminen, riittävän henkilökunnan ja sopivan henkilöstörakenteen varmistaminen, johtaminen sekä voimavarojen oikea kohdentaminen ovat laitoshoidon haasteita.

Ikääntyneiden määrän kasvu aiheuttaa muutoksia toimintaympäristöissä ja ikääntyneiden palveluja on tuotettava laadukkaasti sekä taloudellisesti asiakastuottavasti. Palvelujen laatu ja hoitokäytännöt vaihtelevat eri osissa maata ja samassakin toimintaympäristössä. Laadun näkökulmasta on keskeistä tasalaatuisuus koko asiakkaan hoitoketjussa. Laadukkaiden palveluiden tuottamiseen tarvitaan riittävä ja ammattitaitoinen henkilöstö, mutta jo nyt sosiaali- ja terveydenhuolto kärsii henkilökuntavajeesta. Ikääntyneiden pitkäaikaispotilaiden hoitotyötä ei koeta vetovoimaiseksi. Pitkäaikaishoito on sekä henkisesti että fyysisesti raskasta. Asiakkaan jäljellä olevien voimavarojen hyödyntäminen ja toimintakykyä edistävä hoitotyö tarjoavat yksilöllistä hoitoa sekä auttavat kohdentamaan hoidossa käytettävät resurssit oikein.

Strategiset linjaukset laadun ja vaikuttavuuden arvioimiseksi ikäihmisten palvelujen laatusuositus sisältää kolme pääaluetta: hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja palvelukokonaisuuksien kehittäminen, henkilöstön määrä, osaaminen ja johtaminen sekä asumis- ja hoitoympäristöt. Kuntia ohjataan myös laatimaan omat ikäpoliittiset suunnitelmansa. (Ikäihmisten palveluiden laatusuositus 2008, 3.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää miten RAI-järjestelmän tuottamaa tietoa hyödynnetään tutkimukseen osallistuneissa yksiköissä. Saatujen tulosten perusteella on tarkoitus laatia RAI-järjestelmän käytön hyödyntämistä edistävä toimintamalli henkilöstöjohtamisen tueksi. Ehdotettu toimintamalli toimii apuna kehittäessä paikallisesti tai alueellisesti hoitotyön laatua pitkäaikaishoidossa.

2. OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa lähiesimiehille suunnatun kyselyn avulla tietoa RAI- järjestelmän käytön hyödyntämisestä opinnäytetyöhön osallistuvissa yksiköissä. Kyselyn tuottaman tiedon pohjalta on tavoitteena kehittää RAI- järjestelmän käytön hyödyntämistä edistävä toimintamalli henkilöstöjohtamisen tueksi.

Tutkimustehtävät ovat:

1. Miten lähiesimiehet hyödyntävät RAI- arviointijärjestelmän tuottamaa tietoa johtamisessa?
2. Miten toimintakykyä ylläpitävää hoitotyötä voidaan kehittää RAI- arviointijärjestelmän tuottaman tiedon avulla?
3. Millaisella toimintamallilla lähiesimiehet voivat kehittää toimintakykyä edistävää hoitotyötä RAI- arviointijärjestelmän avulla?

3. OPINNÄYTETYÖN TEOREETTINEN VIITEKEHYS

3.1 Terveyttä edistävä toiminta

Terveydelle löytyy monta määrittäjää ja määritelmää. Maailman terveysjärjestö WHO (1946) on määritellyt terveyden: ”täydelliseksi fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi ei ainoastaan sairauden puuttumiseksi”. Terveyden edistämisen näkökulmasta WHO kuvaa terveyttä enemmän keinoksi tai voimavaraksi, joka sallii ihmisten elää yksilöllisesti, sosiaalisesti ja taloudellisesti hyödyllistä elämää (ETENE 2008, 9; WHO 1946.)

Terveys on oleellinen osa ihmisen kokonaisvaltaista hyvinvointia. Yksilöllisten voimavarojen tunnistaminen ja tukeminen edistävät hyvinvointia ja ovat terveyden edistämisen lähtökohtia. (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen 2007, 5.) Pietilän (2009) mukaan Koskinen-Ollonqvist kuvaa terveyden edistämistä laaja- alaisena toimintona, jonka avulla saadaan aikaan muutoksia, luodaan mahdollisuuksia sekä vahvistetaan fyysisiä, psyykkisiä että sosiaalisia voimavaroja. Terveyden edistämisen sisältö muotoutuu sen mukaan tarkastellaanko riskitekijöitä, terveyden edistämisen tehtäviä vai tuloksia. Muutoksen aikaansaaminen, mahdollisuuksien luominen ja terveyttä ylläpitävien tekijöiden vahvistaminen ovat yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan terveyst potentiaal in tuottamista. Terveys on siis tärkeä sekä yksilölle että koko yhteiskunnalle. Yksilö voi paremmin terveenä, ja yhteiskunta toimii sitä paremmin, mitä terveempi on sen väestö. Sairaudet aiheuttavat inhimillistä kärsimyksen lisäksi myös kustannuksia ja tuotannon laskua. (Pietilä 2009,6; Koskinen – Ollonqvist ym. 2007, ETENE 2008, 10.)

3.1.1 Ikääntyvän terveyden edistäminen

Ikääntyneiden terveyden edistämisen kansalliset tavoitteet on määritelty Terveys 2015-kansanterveysohjelmassa. Alueelliset ja paikalliset linjaukset löytyvät kuntien hyvinvointistrategioista, talous- ja toimintasuunnitelmista tai vanhuspoliittisista strategioista.

Tavoitteellista ja näyttöön perustuvaa terveyden edistämistä ohjaavat myös tutkimus- ja kehittämistoiminnan tulokset sekä sosiaali- ja terveysministeriön tavoite- ja toimintaohjelmat sekä laatusuosituksen. (Terveys- 2015 2001 a ja b, Ikäihmisten... 2008, Lyyra ym. 2007, 34.)

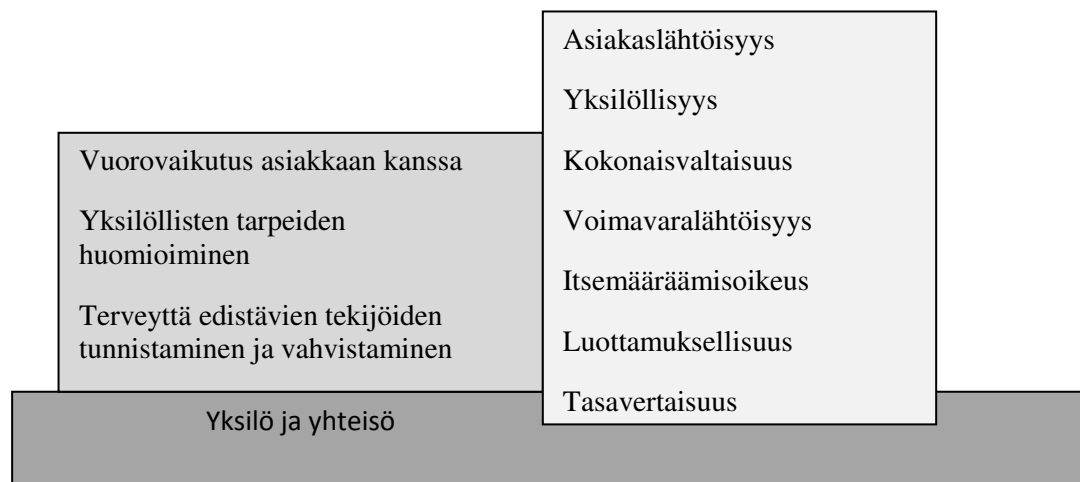
Ikäihmisten palvelujen laatusuositus (2008) määrittelee ikääntyneiden palvelujen järjestämisen ohjaavia arvoja ja eettisiä periaatteita. Tavoitteena on tukemalla kuntia ja yhteistoiminta-alueita kehittää ja edistää ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä sekä parantaa palveluja. Suosituksen strategiset linjaukset ovat painottuneet kolmelle osa-alueelle laadun ja vaikuttavuuden parantamiseksi: 1) hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja palvelurakenteen kehittäminen, 2) henkilöstön määrä, osaaminen ja johtaminen ja 3) asumis- ja hoitoympäristöt. (Ikäihmisten... 2008, 3.) Ikääntyvän terveyden edistämisen haasteena ovat terveyden taustatekijöiden, toimintakyvyn ja koko elämäntilanteen laaja-alainen tunnistaminen ja arviointi. Terveyden edistämisen menetelmiä ikääntyvällä ovat tehokas ja oikea-aikainen sairauksien hoito ja ennaltaehkäisy sekä toimintakyvyn ylläpitäminen. (Lyyra ym. 2007, 31.)

3.1.2 Terveyden edistäminen hoitotyössä

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden tehtävänä on sairauksien hoidon ohella terveyden edistäminen. Terveyden edistämisen tavoitteiden saavuttaminen ja haasteisiin vastaaminen mahdollistuu toimintakykyä ylläpitävän työotteen avulla. (ETENE 2008, 9; STM 2008b, 28.) Terveydenhuollon ammattihenkilöiden terveyden edistämisen arvoperustana ovat ihmisarvon kunnioittaminen ja autonomia, tarvelähtöisyys, empowerment, oikeudenmukaisuus, osallistuminen, yhteistyö, kulttuurisidonnaisuus ja kestävä kehitys (Ottawa 1986).

Pietilä (2009) toteaa tutkimuksessaan, että arvoperustaan pohjautuva terveyden edistäminen edellyttää jatkuvaa eettisen periaatteiden tarkastelua ja pohdintaa. Päivittäiseen työhön sisältyy eettistä päätöksentekoa. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden arvoperusta heijastuu asiakkaiden kohtaamiseen, käytössä oleviin työmenetelmiin sekä toimintamalleihin. (Pietilä 2009, 5-6.)

Keskeisintä terveyttä edistävässä työskentelytavassa on vuorovaikutus asiakkaan kanssa, hänen yksilöllisten tarpeidensa huomioiminen, toimintakykyä ja terveyttä edistävien tekijöiden tunnistaminen sekä niiden vahvistaminen (kuvio 1) Pitkäaikaishoidossa terveyttä edistävään toimintaan sisältyy toimintakyvyn ylläpitäminen sekä omaisten tukeminen. Parhaimmillaan terveyden edistäminen toimii siis työotteena ja näkökulmana päivittäisessä hoitotyössä. (Pietilä 2009, 5-6.)



KUVIO 1. Terveyden edistämisen ydinsisällöt ja arvoperusta hoitotyössä (Pietilä 2009, 7.)

3.2 Ikääntyvän toimintakyky

Toimintakykytutkimuksen ydin muodostuu kolmesta mallista: Ensimmäisenä on toimintavajavuuksien kehittymisen Nagin (1976) malli, jonka mukaan elimistössä mahdollisesti tapahtuva patologinen muutos johtaa suorituskyvyn rajoitteisiin ja lopulta toiminnanvajavuuteen. Verbrugge ja Jette (1994) kehittivät oman mallinsa Nagin mallin pohjalta.

Tämän toisen mallin mukaan sairauksien kehittymiseen, vaurioon ja suorituskyvyn rajoitteisiin vaikuttavat myös riski- ja yksilötekijät eli sosioekonominen tilanne, elintavat, käyttäytyminen sekä psykologinen ja biologinen rakenne. (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen P. 2007, 21- 23; Verbrugge & Jette 1994; Nagi 1976.)

Muina tekijöinä suorituskykyä rajoittavat ulkopuoliset ympäristötekijät, kuten sairaanhoito, lääkitys ja kuntoutus (Lyyra ym. 2007, 21- 23). Kolmantena mallina on Maailman terveysjärjestön WHO:n kehittämä ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) -luokitus, jota kutsutaan yleiseksi toimintakyvyn sateenvarjoksi. Tässä voimavarakeskeisessä mallissa puhutaan ensimmäisen kerran aktiviteettirajoituksista ja osallistumisen rajoituksista toiminnanvajavuuksien sijaan. (Korniloff 2008, 3-4.)

Moniulotteista toimintakyvyn käsitettä käytetään terveydentilan kuvaajana, koska pelkkä tieto sairauksien lukumäärästä ei riitä kertomaan, miten vanhenemisprosessi ja sairastavuuden lisääntyminen vaikuttavat itsenäiseen selviytymiseen ja avuntarpeeseen (Helin 2000, 16-17). Toimintakyky voidaan määrittää joko voimavaralähtöisesti, jäljellä olevan toimintakyvyn tasona, tai todettuina toiminnan vajeina. Laajasti määritellen toimintakyvyllä voidaan tarkoittaa sitä, että ihminen selviytyy itseään tyydyttävällä tavalla itselleen merkityksellisistä jokapäiväisen elämän toiminnoista siinä ympäristössä, jossa hän arkeaan elää. Itsenäinen mielekäs toiminta on tärkeää hyvinvoinnin ja elämänlaadun kannalta. (Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi 2006.)

3.2.1 Toimintakyvyn ulottuvuudet

Toimintakykyä on perinteisesti tarkasteltu fyysiseen, kognitiiviseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn avulla (Heimonen & Voutilainen 2006, 25). Ikääntyessä toimintakyky kokonaisuutena tai yksittäisen osa-alueen osalta muuttuu. Toimintakykyä alentavat kriisit, elämänmuutokset tai sairaudet. Muutos yhdessä toimintakyvyn osa-alueessa vaikuttaa ihmiseen kokonaisuutena. Toimintakyvyttömyys voi hoitamattomana johtaa kokonaisvaltaiseen toimintakyvyttömyyteen. (Heimonen ym. 2006, 9-29; Hietanen & Lyyra 2003, 103-104; Kähärä-Wiik, Niemi & Rantanen 2006, 13; Sulander 2005, 17-19.)

Toimintakykyä voidaan tukea voimavaralähtöisesti ottamalla käyttöön ja huomioon jokapäiväisessä toiminnassa asiakkaan olemassa olevat kyvyt. Voimavaralähtöisen ja kuntouttavan toiminnan lähtökohtana on ikääntyvän yksilöllisyyden kunnioittaminen.

Toisaalta tarvitaan ns. tunnetietoa tunnistamaan ja havaitsemaan niitä tunteita, joita hoidettavalla on. Toimintakyvyn tukemisessa huomiota on kiinnitettävä siihen, miten jokapäiväisessä elämässä ja eri hoitotilanteissa toimitaan eli annetaanko ikääntyneen tehdä itse niitä asioita mistä hän selviytyy ja millaisia keinoja siihen löydetään joskus vaativissakin hoitotilanteissa. (Heimonen ym. 2006, 56 - 58.)

Kognitiivinen toimintakyky käsittää muistin, oppimisen, tiedon käsittelyn, toiminnan ohjauksen ja kielellisen toiminnan. Kognitiiviseen toimintakykyyn vaikuttavat ravitseminen, elintavat, väsymys ja kivut. (Aejmelaeus, Kan, Katajisto & Pohjola 2007, 18 – 19). Psykkiseen toimintakykyyn kuuluvat elämänhallinta, mielenterveys, psyykinen hyvinvointi, itsearvostus ja omien voimavarojen ja haasteiden hallinta. Psykkisen toimintakyvyn käsite liittyy elämänhallintaan ja - tyytyväisyyteen, mielenterveyteen ja psyykinen hyvinvointiin. Itsearvostus, mieliala, omat voimavarat ja erilaisista haasteista selviytyminen kuuluvat psyykinen toimintakykyyn. Psykkisen toimintakyvyn liittyvät läheisesti kognitiiviset toiminnot, joita ovat muun muassa havainto- ja muistitoiminnot, kielelliset toiminnot, ajattelu, oppiminen, päätöksentekokyky ja ongelmanratkaisu. (Hietanen ym. 2003, 159.)

Sosiaalisella toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen kykyä toimia vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa ja hänen aktiivisuuttaan toimia sosiaalisissa suhteissa. Se on myös kykyä suoriutua rooleista sekä selviytyä yhteiskunnassa ja yhteisöissä. Sosiaalinen toimintakyky sisältää kyvyn toimia ja olla vuorovaikutuksessa toisten kanssa sekä suhteet ja vastuunoton suhteessa omaisiin ja läheisiin yhdessä elämän mielekkyyden kanssa (Liikanen, Kaisla & Viljaranta 2007, 152.) Sosiaaliseen toimintakykyyn kuuluvat harrastukset yksin tai toisten kanssa sekä kotona että kodin ulkopuolella. Laaja sosiaalinen verkosto vaikuttaa sekä fyysiseen että psyykinen toimintakykyyn. (Heimonen & Voutilainen 2006, 25.). Tärkeimmiksi ihmissuhteiksi ikääntyneet nimeävät omat lapsensa. Sosiaalinen ja rakenteellinen ympäristö voi joko olla osallistumista suosivaa tai sitä estävää. (Kähäri-Wiik ym. 2- 17.)

3.2.2 Toimintakyvyn arviointi

Toimintakyvyn arviointi tuottaa tietoa useisiin erilaisiin käyttötarkoituksiin. Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi tuottaa paitsi yksilökohtaista myös osaton ja kunnan tasolla hyödynnettävä tietoa. Tietoa toimintakyvystä voidaan käyttää myös vanhuspoliittisia strategioita ja palvelurakenteen kehittämissohjelmia laadittaessa. Tieto ikäihmisten toimintakyvystä yhdistettynä väestörakennetta ja sen muutoksia ja elinympäristöä koskevaan tietoon auttaa kehittämään palveluja ikääntyneiden kuntalaisten palvelutarpeita vastaavasti. (Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi 2006.)

Itsenäinen toiminta on tärkeää hyvinvoinnin ja elämänlaadun kannalta. Kyky suoriutua päivittäisistä askareista määrittää usein henkilön toiminnallista tilaa. Toimintakyvyn lakkaaminen on yleisin syy laitoshoitoon joutumiselle. (Sulander 2005, 17-19.) Esimerkiksi dementoivat sairaudet aiheuttavat ikääntyville eniten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tarvetta, ja ne ovat ympärivuorokautiseen pitkäaikaishoitoon joutumisen pääsyy. (Eloniemi-Sulkava, Sormunen & Topo 2008, 9.)

Toimintakyvyn arviointi edellyttää laajaa osaamista ja moniammatillista yhteistyötä, jossa hyödynnetään hoito- ja sosiaalityön, lääketieteen ja kuntoutuksen ammattilaisten asiantuntemusta. Asiakkaan ja tarvittaessa hänen läheisensä arvio toimintakyvystä on keskeinen, sillä toimintakyvyn ylläpitämistä ja edistämistä varten suunnitellut toimenpiteet ja palvelut edellyttävät asiakkaan halua ja motivaatiota aikaansaada muutos toimintakyvyssään. Tärkeää on myös selvittää ne tekijät, jotka vahvistavat ja estävät toimintakyvyn myönteistä muutosta. Toimintakyvyn arvioinnin tukena tulisi hyödyntää olemassa olevia toimintakyvyn arviointiin kehitettyjä joko yhtä toimintakyvyn osa-aluetta mittaavia mittareita tai useampia toimintakyvyn osa-alueita mittaavia arviointimenetelmiä. (Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi 2006.)

Lehto (2004) toteaa, että toimintakyvyn arvioinnin tulisi perustua selkeisiin kriteereihin päätöksen teon helpottamiseksi. Tällöin käytössä tulisi olla yksiselitteinen ja tarkka kriteeri, mittari tai indeksi, joka kuvaa toimintakykyä. Tämän lisäksi tulisi määritellä kynnyksarvot, joiden yläpuolella toimintakyky on riittävä ja alapuolella riittämätön. Ihminen on kuitenkin moniulotteinen ja voi kompensoida puutteita korvaamalla korvaavia toimintakyvyn lohkoja. Tätä mittaamiseen liittyvää ongelmaa voi vähentää kehittämällä arviointiin useampia ulottuvuuksia. (Lehto 2004,19.)

3.2.3 Toimintakyvyn mittaaminen

Mittarit ovat tärkeitä johtamisen apuvälineitä, joita voidaan käyttää toiminnan ohjaamiseen lyhyellä aikavälillä, suunnitteluun pitkällä aikavälillä sekä tunnistaa kehittämistä vaativat asiat. Johdettava organisaatio saadaan hallintaan ja toiminnan ohjaaminen mahdollistuu. Mittareiden avulla voidaan hallita monimutkaisia kokonaisuuksia tiivistämällä tulokset tunnuslukujen muotoon ja tuottamaan päätöksentekoa tukevaa informaatioita. (Kujansivu, Lönnqvist, Jääskeläinen & Sillanpää 2007, 159 – 161.)

Mittareilla saadaan tietoa siitä, miten asetetut tavoitteet on saavutettu. Mittaamisen kautta saaduilla tuloksilla yritetään vaikuttaa myös henkilöstön motivointiin ja sitouttamiseen. Useimmiten mittarin käyttötarkoituksena on tarkistaa, kuinka suunnitellut asiat ovat toteutuneet käytännössä. Mittareiden avulla voidaan myös konkretisoida strategia toteuttavissa oleviksi tavoitteiksi. Strategia voidaan purkaa toimintasuunnitelmiksi, työvaiheiksi ja välitavoitteiksi joita mittarin avulla sitten seurataan. Lisäksi mittareilla voidaan ilmaista henkilöstölle tavoitteista ja ohjata heitä toteuttamaan valittua strategiaa. Mittaamisen avulla voidaan kyseenalaistaa olemassa olevia toimintatapoja sekä viestittää organisaation voimavaroista. (Kujansivu ym. 2007, 159 – 161.)

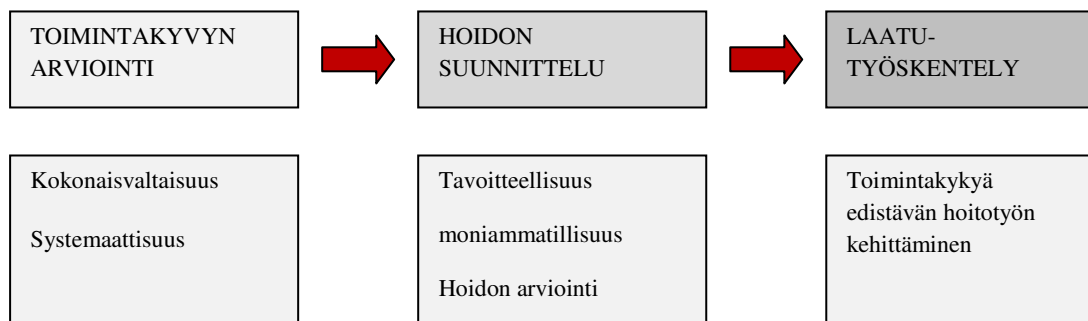
Erilaisia toimintakyvyn mittareita on Suomessa käytössä useita samassa kunnassa, organisaatiossa saattaa olla useitakin mittareita käytössä samanaikaisesti. Yleisimpiä mittareita ovat ADL, RAVA, MMSE, FIM, ja GDS. Suomessa vanhusten laitos- ja avohoidossa ovat RAVA-indeksi sekä RAI -järjestelmä toimintakyvyn mittareina laajassa käytössä (Lahtinen, Rajala, Paunio & Liukko 1999, 9; Peiponen 2004,71.)

Mittarien käyttöön on aina liitettävä myös riittävä käyttöönottokoulutus (Kujansivu ym. 2007, 161). Voutilaisen ja Vaaraman (2005) mukaan toimintakykymittarit ovat esimerkki työvälineistä, joiden käytön tulee perustua näyttöön. Mittarien pätevyys, luotettavuus ja käytettävyys sekä helppokäyttöisyys ovat oleellisia tekijöitä. Mittarien ja eri arviointijärjestelmien käytön kehittäminen on pitkä ja runsaasti aikaa ja asiantuntemusta vaativa prosessi, joten on perusteltua hyödyntää olemassa olevia hyväksi havaittuja toimintamalleja. (Voutilainen & Vaarama 2005, 18.)

3.3 RAI – arviointijärjestelmä

Resident Assessment Instrument, RAI on systemaattiseen hoidon suunnitteluun sekä laadun ja kustannusten seurantaan kehitetty kokonaisvaltainen arviointi- ja seurantajärjestelmä. Se on kehitetty Yhdysvalloissa 1980- luvun puolivälissä, jossa käytiin vastaavaa keskustelua vanhusten hoidon laadusta kuin Suomessa viime vuosina. (Peiponen 2004, 73.) Järjestelmä on käytössä yli 30 maassa. (Raisoft 2009.) RAI – järjestelmä ottaa huomioon toimintakyvyn eri ulottuvuudet antaen hoitotyön ammattilaisille monipuolisia välineitä toimintakykyä edistävän hoitotyön kehittämiseen. Yhdysvalloissa RAI- järjestelmän käyttö on lakisääteistä muutamassa osavaltiossa. (Hawes, C.; Morris, J.; Phillips, C.D.; Fries., B. E.; Murphy, K.& Mor, V. 1997, 19-25.)

Suomessa RAI- järjestelmän käyttö on aloitettu laitoshoidossa vuonna 2000 ja käyttö perustuu vapaaehtoisuuteen. Tällä hetkellä RAI – LTC on Suomessa käytössä 54 paikkakunnalla ja kattaa jo yli 14 000 pitkäaikaisen laitoshoidon asukasta; vanhainkotien asiakkaista 32 % ja terveyskeskusten asiakkaista 19 %. (Raisoft 2009). RAI -järjestelmän ydin on laaja yksilön voimavarojen ja tarpeiden standardoitu kartoitus, joka tukee asiakas – ja terveyslähtöistä hoitotyötä sekä toimii hoitohenkilöstölle apuvälineenä hoidon suunnittelussa ja arvioinnissa (kuvio 2) Hoitotyön laatu syntyy prosessina, jossa asiakkaan tarpeisiin vastataan hyödyntäen hänen jäljellä olevia voimavarojaan. (Noro, Finne-Soveri, Björkgren & Vähäkangas 2005, 22.)

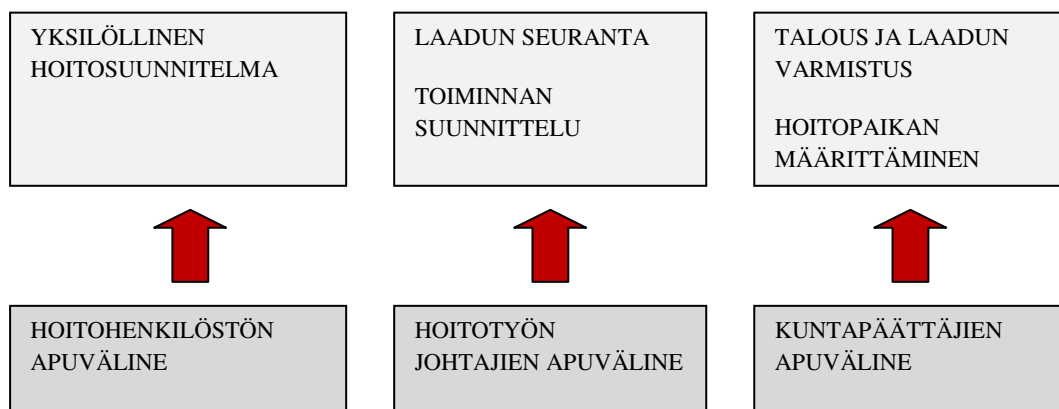


KUVIO 2. RAI- järjestelmä hoitohenkilöstön apuvälineenä (Raisoft 2009.)

3.3.1 RAI- järjestelmän käyttöalueet

RAI – järjestelmän käyttöalueet ovat monipuoliset ja ne voidaan jakaa alla olevan kuvion esittämällä tavalla kolmeen osaan (kuvio 3) (Raisoft 2009.) Järjestelmä toimii apuvälineenä hoitohenkilöstölle, hoitotyön johtajille ja kuntapäätäjille. Hoitohenkilöstölle järjestelmä toimii apuvälineenä hoidon suunnittelussa ja arvioinnissa. (kuvio 2, s. 15.) Henkilöstö voi RAI- järjestelmän avulla seurata omaan työtään ja seurata omaa toimintansa vaikuttavuutta sekä yksilö- että osastotasolla asiakaspohjaiseen tietoon perustuen (Noro ym. 2005, 32).

Hoitotyön johtajille RAI – järjestelmä antaa tietoa toiminnan suunnitteluun ja laadun seurantaan. RAI- järjestelmän avulla hoitotyön johtajat voivat seurata toimintakyvyn parantamiseksi tehtyjen toimenpiteiden vaikutuksia asiakkaan toimintakykyyn. Hoidon laadun ajatellaan kehittyvän RAI – järjestelmän avulla siksi, että asiakkaat saavat tarpeitaan vastaavaa hoitoa. Laitosten ja organisaatioiden ajatellaan parantavan toimintaansa siksi, että tehdyt päätökset voidaan perustaa suoraan asiakkaiden tarpeisiin. (Noro ym. 2005, 23.)



KUVIO 3. RAI- järjestelmän käyttöalueet (Raisoft 2009.)

RAI tarjoaa hoitotyön johtajalle myös erityisiä tunnuslukuja asiakasrakenteen hahmottamiseen muun muassa Resource Utilization Groups (RUG III). Tämä luokitus rakentuu siten, että se luokittelee asiakkaan kliinisen ongelman ja henkilökunnan ajankäytön perusteella seitsemään pääluokkaan. Luokittelu toimii siten, että asiakas luokitellaan vaikeimman ongelman mukaan.

Pitkäaikaishoidon asiakkaat ovat usein moniongelmaisia ja luokitus ottaa huomioon niistä vaikeimman, joka yleensä on myös kallein. RUG III:n avulla voidaan hahmottaa myös hoitohenkilökunnan osaamisen tarve. (Noro ym. 2005, 49; Peiponen 2003, 133-134.)

Hoitotyön johtajalle avuksi on myös Casemix index eli (CMI), suhdeluku, joka kuvaa henkilökunnan kohdistamaa aikaa asiakkaisiin. Kustannuspaino, CMI perustuu RUG III- luokitukseen. Kustannuspainossa keskiarvo 1, tarkoittaa keskimäärin resursseja vaativia asiakkaita. Keskiarvo 1.2, tarkoittaa asiakkaan olen 20 prosenttia enemmän henkilöstövoimavaroja vaativa asiakas. (Noro ym. 2005, 49.)

RAI- järjestelmä toimii kuntapäätäjien apuvälineenä siten, että sen avulla päättäjät pystyvät arvioimaan saavatko kuntalaiset veroilleen ja palvelumaksuilleen vastinetta sekä voidaanko olemassa olevien resurssien tuottavuutta parantaa. Ikääntyvän toimintakyvyn arvioinneista tuotettua tietoa voidaan kunnissa hyödyntää mm. vanhuspoliittisia strategioita ja palvelurakenteen kehittämisohjelmia laadittaessa. (Raisoft 2009). RAI –järjestelmä soveltuu laadun arviointiin erinomaisesti, koska sen avulla voidaan vertailla järjestelmällisesti ihmisiä, tiimejä, osastoja, laitoksia ja kuntia sekä valtakunnallisesti että kansainvälisesti. (Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä. 2006, 61.)

RAI - järjestelmä on tekijänoikeuksin suojattu järjestelmäkokonaisuus, jonka oikeudet omistaa voittoa tavoittelematon kansainvälinen järjestö interRAI, joka tukee myös RAI:n käyttöönottoa eri maissa, kehittää järjestelmien eri osioita ja harjoittaa tutkimustoimintaa. Suomessa RAI- vastuorganisaatioina toimivat terveyden ja hyvinvoinninlaitos ja Jyväskylän yliopiston Chydenius-Instituutti. RAI- järjestelmän hyödyntäminen Suomessa tapahtuu näiden organisaatioiden kautta. RAI- järjestelmän atk-sovelluksia markkinoi Oy Raisoft Ltd. RAI- järjestelmän ABC-käyttöönottokoulutusta järjestää Oy Raisoft. (Noro ym. 2005, 39.)

3.3.2 RAI – järjestelmän käyttö

RAI -järjestelmää käytetään siten, että jokainen asiakas arvioidaan MDS, Minimum Data set- tietolomakkeelle, josta rakentuu arvioinnin edetessä joukko kansainvälisesti testattuja päteviksi ja luotettaviksi todettuja mittareita. MDS on standardoitu kysymyssarja, jonka avulla tiedot asiakkaasta kerätään. Pitkäaikaishoidon MDS käsittää vajaat 400 kysymystä. MDS tietopohja kattaa hoidon tärkeimmät osa-alueet. MDS – kysymyssarja ei ole tässä työssä liitteenä, koska RAI - järjestelmä on tekijänoikeuksin suojattu järjestelmäkokonaisuus. (RAI- käsikirja 2001,6.)

RAI -arvioinnin tekee asiakkaan hoidosta vastaava hoitotyön tiimi. Tiedon lähteitä ovat asiakas itse, hänen omaisensa, potilasasiakirjat ja muut hoitoon osallistuvat ammattihenkilöt. RAI sisältää tiedonkeruun ja tavan, jolla tietoa jäsennellään, priorisoidaan ja hyödynnetään asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman laadinnassa, toteuttamisessa ja arvioinnissa. RAI- järjestelmässä potilaan tiedot päivitetään säännöllisesti puolen vuoden välein tai tarvittaessa voinnin muuttuessa oleellisesti joko parempaan tai huonompaan suuntaan. (Topo, Sormunen, Saarikalle, Räikkönen & Eloniemi-Sulkava 2007, 26.)

Mittareiden avulla hoitohenkilöstö tunnistaa kunkin potilaan yksilölliset voimavarat ja tuen tarpeen. Yksilöllisten voimavarojen tunnistaminen ja tukeminen edistävät ikääntyneen hyvinvointia ja ovat terveyden edistämisen lähtökohtia. (Lyyra ym. 2007, 6.) Mittarit kuvaavat RAI – järjestelmän laatualueita, joita ovat onnettomuudet, käytös ja tunne-elämä, kliininen hoito, kognitio, pidätyskyky, infektioiden hallinta, ravinto ja syöminen, fyysinen toimintakyky, psyykelääkkeiden käyttö, elämän laatu ja ihon hoito. Mittareiden avulla voidaan seurata yksilön edistymistä tai taantumista erilaisten sairauksien ja niiden hoitomuotojen seurauksena. Mittarin luotettavuus on todettu hyväksi useissa tutkimuksissa ja maissa. (Peiponen 2003, 133.)

3.3.3 Vertailukehittäminen

Vertailukehittämisen ideologia on syntynyt yritysmaailmassa, mutta se soveltuu käytettäväksi myös vanhustenhuollossa. Vertailukehittämisellä ymmärretään yleisesti hoitotoiminnan vertailua yksiköiden välillä ja parhaimmista käytännöistä oppimista. Vertailukehittämisellä (vrt. benchmarking) tarkoitetaan menetelmää, jolla systemaattisesti opitaan hyviltä esikuvilta. Tarkoituksena on saada tietoja ja taitoja, jotka voidaan muuntaa tehokkaiksi toiminnan parantamiseksi. Vertailukehittämisen avulla toimintaa voidaan parantaa esimerkiksi omalla osastolla, organisaatiossa tai yhteistoiminta – alueella. Vertailukehittäminen tähtää hoidon kehittämiseen. (Noro ym. 2005, 17-18; Seppänen–Järvelä 2005, 65.)

Pitkäaikaista laitoshoidoa tuottavat laitokset ja terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL aloittivat vuonna 2000 RAI- vertailukehittämissankkeen, jossa pyrittiin systemaattisella arvioinnilla ja vertailutiedolla kehittämään sekä vanhustenhuoltoa että kehittämään työvälineitä johtamiseen. Jotta vertailutietoa voidaan hyödyntää, on siitä koottava samalla tavoin eri yksiköistä. Tässä hankkeessa tunnusluvut pohjautuivat yksittäisiin asiakkaiden arviointeihin. (Noro ym. 2005, 17-18; Seppänen–Järvelä 2005, 66.) Arviointimenetelmänä tässä tutkimuksessa mukana olevissa yksiköissä oli RAI- arviointijärjestelmä, joka soveltui tähän erinomaisesti, koska se on kansainvälisesti laajasti validoitu ja testattu ja sen avulla voidaan tehdä järjestelmällistä vertailua yksilö-, laitos/alue- ja kuntatasolla. (Voutilainen 2004, 20.)

Kun useampi vanhustenhuollon toimintayksikkö seuraa omaa toimintaansa samalla luotettavalla tavalla, voidaan eri yksiköiden toimintaa tarkastella vertailukelpoisesti. RAI vertailukehittäminen toimii RAI- järjestelmän käyttöönoton ja hyödyntämisen tukena. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos koordinoi RAI- vertailukehittämistä ja tuottaa vertailupalautetta osallistujille kahdesti vuodessa sekä vastaa tähän liittyvästä tutkimustoiminnasta. (Noro ym. 2005, 27 – 31.)

Vertailukehittäminen tapahtuu yhteistyössä osallistuvien yksiköiden ja tutkijoiden kanssa. Vertailukehittämiseen osallistuvat yksiköt saavat käyttöönsä salasanalla toimivan Internet-palautetietokannan, jonka perusteella he voivat verrata omaa toimintaansa muihin.

Yhteisissä kahdesti vuodessa järjestettävissä RAI-seminaareissa käsitellään palautetietokannan sisältöä ja käyttöä, sekä esitellään tuloksia ja keskustellaan asiantuntijoiden alustusten pohjalta benchmarking - toiminnan hyödyntämisestä vanhustenhoidossa. (Noro ym. 2005, 27 – 31.)

Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen kehittämispäällikkö Rauha Heikkilän (2009) mukaan Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, interRAI ja RAIssoft ovat solmineet yhteistyösopimuksen, jonka tuloksena vuonna 2010, kaikki RAI- järjestelmää käyttävät yksiköt tekevät tiedonsiirron terveyden ja hyvinvoinninlaitokselle vaikka eivät olisi mukana RAI- vertailukehittämisessä. Tiedonsiirron tehneet yksiköt saavat terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta palauteraportin. Palauteraportin numeraalista tietoa voidaan hyödyntää vertailukehittämisen tavoin toiminnan suunnittelussa ja laadun seurannassa. (Heikkilä 2009.)

3.4 Pitkäaikainen laitoshoido

Suomessa ikääntyvän pitkäaikainen laitoshoido on pääasiassa julkisen sektorin tuottamaa ja verorahoin rahoitettua (Laine 2006, 26). Kansaneläkelain (347/ 1956) mukaan laitoshoido on henkilön ylläpidon, hoidon ja huolenpidon sisältävää toimintaa sairaalassa, hoitolaitoksessa tai muussa vastaavassa toimintayksikössä. Hoito on laitoshoidoa aina, kun se on järjestetty sairaalan tai terveyskeskuksen vuodeosastoilla tai vastaavissa sosiaalihuollon laitoksessa, kuten vanhainkodissa. Ympäri vuorokautista pitkäaikaishoidoa tarjotaan myös palvelutaloissa. Tavoitteena ympärivuorokautisessa pitkäaikaishoidossa on turvata asiakkaan hyvä elämänlaatu. (Sormunen, Eloniemi-Sulkava, Finne-Soveri, Mäki-Petäjä-Leinonen & Andersson 2008, 126.)

Pitkäaikaista laitoshoidoa järjestetään henkilöille, jotka ovat päivittäisissä toiminnoissaan runsaasti apua tarvitsevia ja heidän pysyvä, ympärivuorokautinen hoivan tarve edellyttää vaativaa, moniammatillista ja hyvää mitoitusta edellyttävää resurssointia. Pitkäaikaishoidon edellytyksenä on pitkäaikaishoidon päätös, jonka ehtona on yleensä yli kolme kuukautta kestävä yhtäjaksoinen hoito. Laitoshoidoon sisältyy sairaanhoidon lisäksi ruoka, lääkkeet, puhtaus, vaatetus sekä sosiaalista hyvinvointia edistävät toiminnot. (Lehtoranta, Luoma & Muuranen. 2007,3.)

Pitkääikäisen laitoshoidon piirissä vanhainkodeissa ja terveyskeskusten vuodeosastoilla on tällä hetkellä noin 30 000 ikääntynyttä. Lisäksi ympärivuorokautista apua tarjoavissa tehostetun palveluasumisen yksiköissä on noin 15 000 ihmistä. Jos pitkäaikaishoidon kattavuus säilyisi nykyisellä tasolla, väestöennuste huomioon ottaen olisi vuonna 2030 pitkäaikaishoidon piirissä noin 100 000 asiakasta. Heidän palvelutarpeisiinsa vastaaminen tarkoituksenmukaisella tavalla on sekä inhimillisestä että taloudellisesta näkökulmasta vakavasti otettava haaste. (Lehtoranta ym. 2007,3.)

Pitkääikäisessä laitoshoidossa, tuetussa tai osittain tuetussa palveluasumisessa asuu 65 - vuotta täyttäneistä suomalaisista 5-7 %. Riskit yli 85-vuotiaiden kotona asumisen päättymiselle ja laitoshoitoon joutumiselle liittyvät päivittäisissä toiminnoissa lisääntyneeseen avun tarpeeseen, yksin asumiseen, alhaiseen tulotasoon, sosiaaliseen eristäytymiseen ja asunnon puutteellisen varustetasoon. Lisäksi tulevat useat krooniset sairaudet, kuulo- ja näköongelmat sekä kognitiivisten toimintojen heikkeneminen. (Lyyra ym. 2007, 61.)

Laineen (2006) tutkimuksen mukaan noin 70 prosentilla pitkäaikäisessä laitoshoidossa olevilla asiakkailla on keskivaikea kognition heikentyminen. Näiden asiakkaiden mahdollisuutensa seurata ja arvioida systemaattisesti ja yhtäjaksoisesti annetun hoidon määrää ja laatua ovat siten heikentyneet. Asiakas ei siten välttämättä kykene vaatimaan laadukkaampaa hoitoa tai vaihtamaan palveluntuottajaa. Tiedon epäsymmetria korostuu entisestään, kun asiakkaalla ei ole omaisia eikä läheisiä jotka säännöllisesti ottavat osaa hoitoon. Stakesin (2004) aikatutkimuksen mukaan 50 prosentilla pitkäaikaishoidon asiakkaista ei käynyt vieraita lainakaan, viikkona jolloin aikamittausseuranta suoritettiin. (Laine, Noro, & Finne -Soveri 2004, 29 – 34, Laine 2006, 24-25.)

Epäsymmetrinen informaatio merkitsee palvelun tuottajille myös suurta moraalista vastuuta hyvän ja inhimillisen hoivan tarjoamisesta kaikille pitkäaikaishoidon asiakkaille toimintakyvystä riippumatta. Asiakkaan ja palveluntuottajan välillä valitsee terveyspalveluissa erityinen luottamussuhde. Asiakas odottaa, esimerkiksi lääkärin toimivan hänen parhaakseen siten kuin asiakas itse toimisi jos hänellä olisi siihen tarvittava informaatio ja mahdollisuus. (Laine 2006, 25.)

3.4.1 Hoitotyön laatu

Laatua voidaan määrittellä monin eri tavoin. Eri tieteenaloilla puhutaan vaihtelevasta tai vaikuttavuudesta, vaikka määritelmällä tarkoitetaan samaa asiaa. Sosiaali – ja terveydenhuollossa laadun määrittely riippuu siitä, onko määrittelijänä asiakas itse, asiakkaan perhe työntekijä vai yhteiskunta. Laadun määrittelyyn vaikuttaa myös se kuka tai mikä on määrittelyn kohteena sekä millä organisaatiotasolla se määritellään. (Laine 2006, 32.)

Laineen (2006) mukaan Ovretveit (1998) luokittelee palvelun laadun asiakaslaatuun, ammatilliseen laatuun ja johtamisen laatuun. Asiakaslaatu tarkoittaa asiakkaiden näkökulmaa palvelun kyvystä täyttää asiakkaan tarpeet. Ammatillista laatua voidaan arvioida sen mukaan, saavatko asiakkaat tarvitsemaansa hoitoa ja onko henkilöstö oikeanlaista ja tekeekö se oikeita asioita asiakkaiden tarpeiden tyydyttämiseksi. Johtamisen laadulla tarkoitetaan optimaalista voimavarojen käyttöä asiakkaiden tarpeisiin vastaamisessa annetuilla resursseilla. (Laine, 2006, 33.)

Edelleen Laineen (2006) mukaan (Donabedian 1988) määrittelee laadun ulottuvuudet rakenne ja voimavaralaaduksi ja prosessi- ja tuloslaaduksi. Rakennelaatu kuvaa tuotantoprosessissa käytettävien voimavarojen ominaisuuksia joita ovat esimerkiksi henkilöstön ammattitaito, henkilöstön koulutusmahdollisuudet sekä toimintaympäristön fyysiset puitteet. Rakennelaadussa kiinnitetään huomiota mm. palvelujen integroitumiseen, hoidon jatkuvuuteen, yhteistyöhön, tiedonkulkuun, johtamiseen sekä henkilövalmiuksiin ja niiden kehittämisen organisointiin. Prosessiarviointi kohdistuu toimintaan kuten hoito- ja palvelumenetelmiin, asiakkaan ja työntekijän suhteeseen sekä toiminnasta heijastuviin periaatteisiin esimerkiksi hoitokäytäntöihin kuten toimintakykyä edistävä hoitotyö. (Laine 2006, 33-34.)

Tuloslaatu kuvaa tuotantoprosessin lopputuotosta, joita ovat esimerkiksi asiakastyytyväisyys, asiakkaiden terveydentila, voimavarojen optimaalinen käyttö. Tuloksilla tarkoitetaan palvelun vaikutuksia asiakkaan, perheen ja väestön hyvään oloon. Tulosarviointi kohdistuu palvelunsaajan terveydentilaan, toimintakykyyn, elämänlaatuun, tietoihin, asennoitumiseen ja omaan hoitoon osallistumiseen. (Laine 2006, 34.)

Hyvällä laadulla tarkoitetaan sitä, että asiakas voi paremmin kuin muualla tai tilanteessa ilman hoitoa. Pitkäaikaishoidon yleisenä tavoitteena on pyrkimys sekä asiakkaiden maksimaaliseen toimintakykyyn että kärsimysten ja kipujen lievittämiseen. Laitoshoidon laatua voidaan siis arvioida sen mukaan miten hyvin asiakkaan toimintakyvyn laskua onnistutaan hidastamaan. (Laine 2006, 32.) Keskeisenä hyvän hoidon tunnusmerkkinä laitoksessa on yksilöllisyys (Voutilainen, Vaarama, Backman, Paasivaara, Eloniemi-Sulkava, Finne-Soveri 2002, 116-122).

3.4.2 Pitkäaikaisen laitoshoidon haasteet

Pitkäaikaishoidossa tavoitteena on tuottaa mahdollisimman hyvää laatua mahdollisimman taloudellisesti. Pitkäaikaisen laitoshoidon laadun arviointi, seuranta, hoitotyön kehittäminen, riittävä henkilökunnan ja riittävän henkilöstörakenteen varmistaminen, johtaminen sekä voimavarojen oikea kohdentaminen ovat laitoshoidon haasteita. (Noro ym. 2005, 17.)

Laadun arvioinnin ja seurannan haasteena on myös yhtenäisen laatukriteeristön kehittäminen pitkäaikaishoitoon. Laajasti käytössä oleva RAI- arviointijärjestelmä toimii apuvälineenä kriteeristön kehittämiseksi. Järjestelmän käyttö mahdollistaa vertailukehittämisen. Myös muutoksen suunta laadussa tulee esiin kun RAI-järjestelmän avulla tietoa arvioidaan säännöllisesti. (Voutilainen 2004, 20.)

Laadun arviointia ja seurantaa voidaan organisaation sisällä, paikallisesti tai alueellisesti kehittää erilaisten yhteistyömuotojen esimerkiksi kehittävän vertaiskäynnin avulla. RAI- järjestelmä soveltuu apuvälineeksi tähänkin hyvin. Alueelliseen tai paikalliseen laadunhallintaan kehitetty toimintamalli auttaa kehittämään hoitotyötä ja hyviä käytäntöjä, jotka kannustavat pohtimaan omaa tapaa tehdä työtä. Laadunhallintaan kehitetty toimintamalli tekee myös oman toiminnan näkyväksi ja tukee kumppanuuksien ja sosiaalisten verkostojen rakentamisessa. (Hellsten, Outiainen & Holma. 2004, 42-43.)

Toimintaa voidaan myös johtaa ja ohjata kohti asetettuja tavoitteita laadunhallinnan avulla. Laadunhallintaan kehitetyllä toimintamallilla voidaan seurata tavoitteiden toteutumista siten, että haluttu hyvä laatu toteutuu. Hyvä laatu ei synny itsestään vaan se vaatii panostusta ja sitoutumista niin johdolta, henkilöstöltä kuin päättäjiltäkin. (Kuntaliitto 2009.)

3.5 Hoitotyön johtaminen

Aarvan (2009) mukaan hoitotyön johtamista on tutkittu 1960-luvulta lähtien. Tutkimukset painottuvat lähiesimiesten, osastonhoitajien ja ylihoitajien työn sisältöön, työn vaatimusten, osaamisen ja tehtävien kuvaukseen sekä rooleihin, asemaan ja työnjakoon. (Aarva 2009, 84.) Hoitotyössä eletään suurten kulttuurimuutosten aikaa. Kuntien voimavarat ovat niukat ja osaavasta henkilökunnasta on pulaa. Terveystieteiden imagoa ja vetovoimaisuutta on vahvistettava. Tiedon määrä lisääntyy jatkuvasti ja sen hallinta siirtyy digitaaliseen muotoon. Asiakkaat ja potilaat odottavat palveluilta yhä enemmän ja oikeita asioita on osattava tehdä oikeaan aikaan. Toimintaa on kehitettävä prosessien eikä organisaatioiden näkökulmasta. Se tarkoittaa sitä, että jokaisen ammattiryhmän taitoa ja tietoa on käytettävä hyväksi. Palvelujärjestelmät eivät toimi ilman yhteisön voimavaroja ja niiden taitavaa johtamista. Asiantuntijuuteen ja osaamiseen perustuva johtaminen takaa toiminnan uudistumisen. (Hoitotyön vuosikirja 2006, 5.)

Monissa organisaatioissa on tiedostettu näkymättömän voimavaran merkitys muun muassa toiminnan kehittymiseen. Näkymätön voimavara on keskeinen tekijä yritysten ja julkisen sektorin organisaatioiden menestymisessä, johon johtamisella voidaan vaikuttaa. Näkymättömästä voimavarasta käytetään myös muita nimityksiä, näitä ovat muun muassa aineeton pääoma, älyllinen pääoma, tietopääoma jne. Tässä tutkimuksessa käytämme jatkossa käsitettä näkymätön voimavara. Näkymätön voimavara voidaan jakaa kolmeen osa-alueeseen: inhimilliseen pääomaan, suhde- ja rakennepääomaan. Inhimilliseen pääomaan kuuluvat yrityksen yksittäisiin työntekijöihin ja johtajiin liittyvät asiat, kuten osaaminen (ammattitaito, johtamistaidot, ihmissuhdetaidot), organisaatiokulttuuri, hiljainen tieto ja koulutustaso. (Kujansivu ym. 2007, 25).

Yrityksen inhimillinen pääoma muodostuu työntekijöiden inhimillisen pääoman muodostamasta kokonaisuudesta (Kujansivu ym. 2007, 27-29). Suhdepääomaan liittyy aineettomia tekijöitä organisaation ja sen ulkopuolisten sidosryhmien välillä. Näitä tekijöitä ovat mm. suhteet asiakkaisiin ja muihin sidosryhmiin, yrityksen maine ja brändi. Rakennepääoma muodostuu organisaation omistamista, henkilöstön luomista asioista. Rakennepääomaan liittyvät aineettomat tekijät, kuten prosessit ja järjestelmät säilyvät organisaatiossa, vaikka yksittäinen työntekijä jättäisikin organisaation. (Kujansivu ym. 2007, 28 - 30.)

NÄKYMÄTÖN VOIMAVARA		
SUHDEPÄÄOMA	RAKENNEPÄÄOMA	INHIMILLINEN PÄÄOMA
MAINE, BRÄNDI	ORGANISAATIOKULTTUURI	OSAAMINEN
SUHTEET ASIAKKAISIIN	PROSESSIT JA JÄRJESTELMÄT	JOHTAMISTAITOT
		ASENNE
		HILJAINEN TIETO

KUVIO 4. Näkymättömän voimavaran osa-alueet (Kujansivu ym. 2007, 29.)

3.5.1 Lähijohtaminen terveydenhuollossa

Terveydenhuollon työssä lähijohtaminen tarkoittaa sairaaloiden osastonhoitajan tai apulaisosastonhoitajan työtä tai yksikön johtajan esimiestyötä. Lähijohtaja johtaa omaa työyhteisöä ja voi toimia julkisella tai yksityisellä sektorilla tai olla yksityinen yrittäjä. (Laaksonen, Niskanen, Olilla & Risku 2005, 10-11.) Lähijohtajan päätehtävänä on strategian toteuttaminen organisaationsa kautta (Salminen 2006, 23-24). Kokkinen (2007) puolestaan pitää keskijohdon tärkeimpänä tehtävänä työntekijöiden kannustamista. Yhteistä keskijohdolle on työskentely monesta suunnasta tulevan paineen alaisina. (Kokkinen 2007, 32-33.)

Terveydenhuollossa lähiesimiesten työnkuva on muuttunut viimeisten vuosien aikana. Jatkuvat muutokset sekä henkilöstön odotukset ja vaatimukset edellyttävät esimiehiltä uudistuvia taitoja johtaa ihmisiä ja organisaatioiden toimintoja. Henkilöstö odottaa esimiehiltään rohkeutta päätöksentekoon sekä oikeudenmukaista kohtelua. Organisaatioiden muutokset edellyttävät esimiehiltä taas muutoksen johtamisen taitoja. Muutoksiin liittyy organisaatioiden strategioiden laatiminen. (Laaksonen ym. 2005, 3; Salminen 2006, 23-24.)

Lähijohtajan tärkeimmät johtamisalueet voidaan jakaa strategiakartan mukaisesti neljään osa-alueeseen; asiakas-, prosessi-, henkilöstö- ja talousnäkökulmiin. Lähijohtajan on huomioitava näistä jokainen, mutta tässä opinnäytetyössä keskitymme pääosin henkilöstönäkökulmaan, koska henkilöstö ja heidän osaaminen ovat organisaation toimintaan ja prosesseihin keskeisimmin vaikuttava tekijä. Toiminta perustuu henkilöstön osaamiseen, uudistumiseen, jaksamiseen, asenteeseen sekä motivaatioon. Ilman ammattitaitoista ja motivoitunutta henkilökuntaa ei ole olemassa hyvälaatuista terveydenhuoltoa. (Laaksonen ym. 2005, 11.) Johtaja ei voi olla henkilöstöään ammattitaitoisempi kaikissa työtehtävissä. Hyvään johtamiseen vaaditaan paljon muutakin kuin oman ammattialan osaamista. (Kokkinen 2007, 9.)

Anna-Kaisa Pusan (2007) mielestä terveydenhuollossa johtamisen keskusteluissa on yhä enemmän nousemassa esiin talous- ja teollinen johtaminen, kun taas perinteinen sairaanhoito on painottanut tuottavuutta. Tuottavuuden varmistamisesta parhain mahdollisin tuloksin pienimmillä mahdollisilla panoksilla onkin tullut ratkaiseva elementti johtamisessa. Riittävä tieto, jota saadaan mittaamalla ja analysoimalla, on hoidon tarpeen mukaisissa resursoinneissa välttämätöntä, jotta taataan hyvä hoidon laatu. (Pusa 2007, 94.)

3.5.2 Henkilöstöjohtaminen

Henkilöstöjohtamisella on monia määritelmiä. Aluksi puhuttiin henkilöstöhallinnosta, jolla korostettiin toiminnan hallinnollista, ohjaavaa luonnetta. Kurosen (2002) tutkielman mukaan kirjallisuudessa käsitteitä henkilöstöjohtaminen, HRM ja SHRM käytetään toisiaan vastaavasti.

HRM on vakiintunut termi myös suomalaisissa kirjoituksissa siitä huolimatta, että se kääntyy luontevasti henkilöstövoimavarojen johtamiseksi. Tässä opinnäytetyössä käytämme jatkossa käsitettä henkilöstöjohtaminen kuvaamaan kaikkia henkilöstön johtamisen ulottuvuuksista ja rooleja. (Kuronen 2002, 11-12.)

Henkilöstöjohtamisella tarkoitetaan johtamista, jossa huomioidaan henkilöstön työhyvinvointi, osaamisen ylläpito, hyödyntäminen ja kehittäminen, kannustus ja sekä johdon ja alaisten suhteet. Se on johdon työkalu, jolla pyritään henkilöstöressurssien mahdollisimman tehokkaaseen hyödyntämiseen. (Kauhanen 2006, 16). Viitala (2007) kirjoittaa, että henkilöstöjohtaminen sisältää ”kaikki ne toimenpiteet, joita tarvitaan henkilöstövoimavarojen määrän säätelyyn, tarvittavan osaamisen varmistamiseen ja henkilöstön hyvinvoinnin ja motivaation ylläpitoon” (Viitala 2007, 14).

Henkilöstöjohtamisen tavoitteena on että, jokainen organisaatio kykenee houkuttelemaan palvelukseensa haluamiaan henkilöitä ja pitämään heidät palveluksessa kannustamalla ja luomalla edellytykset hyviin työsuorituksiin sekä tarvittaessa kehittämään heitä ja ylläpitämään heidän työkykyään jotta työsuoritus pysyy hyvänä myös tulevaisuudessa. Henkilöstöjohtaminen sisältää sekä lyhyen että pitkän tähtäimen tavoitteita. Pitkän tähtäimen tavoitteet painottavat ja ohjaavat strategista, tulevaisuuteen suuntautuvaa toimintaa. Päivittäiset tehtävät muodostavat tavoiteulottuvuuden operationaalisen, lyhyen tähtäimen ääripään. (Kauhanen 2006, 16; Viitala 2007, 14.)

Österbergin (2005) mukaan toimivaa työyhteisöä ei synny vailla toimivia ihmissuhteita. Toimivassa ja hyvinvoivassa työyhteisössä korostuu avoin vuorovaikutus ja yhteisten pelisääntöjen noudattaminen sekä se että johtaminen on oikeudenmukaista ja työntekoa palvelevaa. Yritys menestyy, kun työntekijät voivat hyvin. (Österberg 2005, 144-147.) Hyvinvoiva työyhteisö pystyy vastaamaan sidosryhmien odotuksiin ja yrityksen liiketoiminnan tavoitteisiin. (Nikkilä & Paasivaara 2007, 73).

Apuna johtamisessa käytetään monia kulttuuri-, rakenne- ja henkilöstötekniikoita. (Storey 2001,6). Organisaation oma strategia ja johtamisjärjestelmä kuuluvat johtajan toimintakenttään ja vaikuttavat johtamiseen antaen samalla johtajalle vaihtoehtoisia konkreettisia soveltamismahdollisuuksia.

Organisaatiossa vallitsevat ilmiöt kuten arvopohja, ammattikulttuurit, professionaalisuus, ja valtarakenteet ovat johtajan toimintakentän ilmiöitä, jotka vaikuttavat johtamiseen. Ilmiöt ovat toimintakentässä läsnä, vaikka johtaja ei niistä itsekään tietoinen. (Viitanen, Kokkinen, Konu, Simonen, Virtanen & Lehto 2007, 11-12.)

Henkilöstöjohtaminen on havaittu tutkimuksissa olevan yksi keskeisimmistä työntekijän sitoutumista organisaatioon edistävä tai estävä tekijä. Esimiehet ovat henkilöitä, jotka omalla johtamiskäyttäytymisellään ja päätöksenteollaan vaikuttavat siihen, miten työntekijät kokevat tarpeidensa tyydyttyvän työssään ja työyhteisössään. Johtaminen vuorovaikutussuhteena vaikuttaa voimakkaasti työnhallintaan. (Syvänen, Erätuli, Kokkonen, Nederström & Strömberg 2008, 30-31). Koko henkilöstön on sisäistettävä yrityksen arvot ja noudatettava niitä päivittäisessä työssä. Erityisen tärkeää tämä on sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla, joka on luonteeltaan herkempi kuin muut yhteiskuntamme liiketoiminta-alueet. (Ekroos 2004, 86.)

Johtaminen vaatii hoitotyön lähiesimieheltä tiettyjä henkilökohtaisia ominaisuuksia, koska suurin osa hoitotyön johtamisesta tapahtuu vuorovaikutuksessa potilaiden ja hoitohenkilöstön kanssa. Esimies tekee työtä koko persoonallaan, siksi johtajan tärkeät ominaisuudet ovat ihmissuhdetaidot. Avointa vuorovaikutusta tarvitaan, koska jokaisen mielipidettä on kuunneltava ja kunnioitettava. (Neuvonen 2007, 45-46.) Useimmat johtajat pitävät henkilöstön johtamista tärkeimpänä oman johtamistyönsä elementeistä. Johtajat tarvitsevat myös henkilöstöjohtamiseen välineistöä. (Nikkilä ym. 2007, 73.)

Esimies vastaa organisaationsa toiminnasta. Esimiehen päätehtävänä on toteuttaa yrityksensä strategiaa organisaationsa kautta. Esimies antaa suunnan ja reagoi poikkeamiin sekä tarkastelee toimintaa koko yrityksen näkökulmasta ja huolehtii yrityksen tavoitteiden ja asiakasnäkökulman säilymisestä. Ilman määrätietoista johtamista ei henkilöstön voimavaroja kyetä suuntaamaan tärkeisiin päämääriin, mikä aiheuttaa tehottomuutta, epäselvyyttä ja turhautumista. (Salminen 2006, 23-24.) Viitalan (2007) mukaan yrityksen menestymisen ehtona on tehokas toiminta. Tehokkuutta on se, että mahdollisimman paljon saadaan aikaan tietyillä panoksilla. Tehokas on siten tuottava. Tuottavuusnäkökulma on luonut suorituskyvyn johtamisen mallin, joka painottuu tarkoituksellisemmin tuottavuuden edellytysten vahvistamiseen. (Viitala 2007,132.)

3.5.3 Näkymätön voimavara henkilöstöjohtamisessa

Vanhustyön ammatillisen työn johtaminen edellyttää sosiaali- ja terveystieteiden osaamista, yhteistyötaitoja sekä ikääntyneisiin liittyvää erityisasiantuntemusta. Lisäksi esimies vastaa tarvittavan ammattitaitoisen henkilöstön rekrytoinnista. Johtamisen tavoitteena on, että työyksiköt, organisaatiot ja kunnat saavuttavat toiminnan määrälliset ja toiminnalliset tavoitteet. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 37.)

Yritysten ja julkisen sektorin organisaatioiden menestyminen riippuu paljolti niiden näkymättömästä voimavarasta pääomasta esimerkiksi henkilöstön osaamisesta. Erityisesti pitkällä aikavälillä yritysten kilpailukyky perustuu näkymättömiin voimavaroihin joita kilpailijoiden on vaikea kopioida tai hankkia käyttöönsä. Näkymätön voimavara on yrityksille tärkeää, koska investoinnit siihen lisäävät tuottavuutta. Niinpä se voi olla taloudellisesti tarkastellen fyysistä pääomaa arvokkaampi asia. (Hämäläinen 2006, 43.)

Näkymättömän voimavaran johtaminen voidaan toteuttaa kokonaisvaltaisesti ja systemaattisesti kattaen kaikki näkymättömän voimavaran osa-alueet siihen kehitetyn viitekehyksen avulla (ks. Kujansivu ym. s.27). Näkymättömän voimavaran johtaminen voi koostua myös yksittäisistä asioista, jotka toteutuvat operatiivisella tasolla, kuten henkilöstön osaamisen kehittäminen. Valintaan vaikuttavat muun muassa yrityksen toimiala ja koko, johtamisen tavoite, olemassa olevat resurssit sekä jo käytössä olevat työkalut ja toimintatavat muun muassa henkilökunnan koulutus, osaamisen kartoitus sekä kehityskeskustelut. Aineetonta pääomaa voidaan mitata erilaisten mittarien avulla esimerkiksi RAI-järjestelmän tai vaikka tasapainotetun mittariston Balanced Scorecardin (BSC) avulla. (Kujansivu ym. 2007, 57-58.)

3.5.4 Henkilöstöjohtamisen tulevaisuuden haasteita

Henkilöstöjohtajan toiminnalla on tulevaisuudessa entistä suurempi vaikutus. Yritys jossa henkilöstön viihtyvyys, osaaminen ja hyvinvointi ovat mietittyjä ja käytännön tasolla toimissa näkyviä arvoja, menestyy kilpailijoitaan paremmin. (Österberg 2005, 176.) Tulevaisuudessa ainakin sosiaali- ja terveystalalla kilpailu henkilöstövoimavarojen houkuttelemista, pitämisestä, motivoimisesta ja hyödyntämisestä kiristyy jatkuvasti. Henkilöstövoimavarojen pitämiseen yrityksessä vaikuttaa organisaatiokulttuuri sekä henkilöstön hyvinvointi. (Kauhanen 2006, 227.)

Hyvinvoinnin kehittämisessä tarvitaan johdon sitoutumista, henkilöstöasiantuntijuutta ja yhteistyötä henkilöstön kanssa. Hyvinvointi on myös jokaisen työntekijän omalla vastuulla. Jos organisaatiossa muutosten keskellä työntekijöiden työnsä päämäärä hälventyy, sitoutuminen ja jaksaminenkin vaikeutuvat. Henkilöstöjohtajan tulee selvittää henkilöstölle yrityksen arvot, visio ja strategian siten, että oma perustehtävä on selkeä. (Österberg 2005, 143.)

Henkilöstöjohtajan tulevaisuuden haaste on myös toteuttaa henkilöstötoimia siten, että kaikki osapuolet ovat tyytyväisiä. Hänen toimintatapansa on yksi keskeisimmistä luottamusta ja myös epäluottamusta aiheuttavista tekijöistä. Henkilöstön tulee kokea, että heidät otetaan huomioon tilanteen vaatimalla tavalla. Tulevaisuudessa luottamuksen kehittäminen on yksi esimiehen tärkeistä tehtävistä. (Lämsä & Pucetaite 2006, 130-141.)

Oikeudenmukaisuus, lupauksen pitäminen, reilut pelisäännöt, sanojen ja tekojen yhdenmukaisuus, avoimuus, henkilöstön osallistumismahdollisuudet ja osaamisen kehittäminen parantavat luottamusta organisaatioissa. Luottava työyhteisö voi hyvin ja onnistuu paremmin ja kokee olonsa turvalliseksi, jolloin myös saattaa syntyä yritykselle arvokkaita innovaatioita. Luottamus saa siis työn sujumaan ja työyhteisön menestymään. (Lämsä ym. 2006, 130-141.)

3.6 Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista

Ikääntyneiden pitkäaikaispotilaiden hoitotyötä ei koeta vetovoimaiseksi. Pitkäaikaishoito koetaan usein sekä henkisesti että fyysisesti raskaaksi. Pitkäaikaisen laitoshoidon haasteita ovat laadun arviointi, seuranta, hoitotyön kehittäminen, riittävä henkilökunnan ja riittävän henkilöstörakenteen varmistaminen ja johtaminen. (Noro ym. 2005, 17.) Pitkäaikaishoidon tavoitteena on tuottaa mahdollisimman hyvää laatua, mahdollisimman taloudellisesti. Laitoshoidon laatua voidaan arvioida sen mukaan miten hyvin asiakkaan toimintakyvyn laskua onnistutaan hidastamaan. (Laine 2007, 32.)

Keskeisenä hyvän hoidon tunnusmerkkinä laitoksessa on yksilöllisyys. Pitkäaikaishoidon haasteita ovat hoitotyön toiminnan, laadunarvioinnin ja seurannan kehittäminen. Hoitotyön yleiseen kehittämiseen liittyy läheisesti hoitotyön johtamisen keittäminen entistä tehokkaammaksi ja tavoitteellisemmaksi, jossa RAI – järjestelmä voisi toimia yhtenä systemaattisena hoitotyön seuranta – ja arviointimenetelmänä. (Voutilainen ym. 2002, 116-122.)

Ikääntyvän toimintakykyä voidaan ylläpitää ja edistää. Tämä edellyttää kattavaa toimintakyvyn ja voimavarojen arviointia, yksilöllistä hoitosuunnitelmaa ja luotettavaa arviointimenetelmää. Yksilöllisten voimavarojen tunnistaminen ja toimintakyvyn kattava arviointi ja tukeminen edistävät ikääntyneen hyvinvointia ja ovat terveyden edistämisen lähtökohtia. Toimintakyky liittyy kiinteästi myös elämänlaatuun. (Aejmelaeus ym. 2007, 35 - 36.)

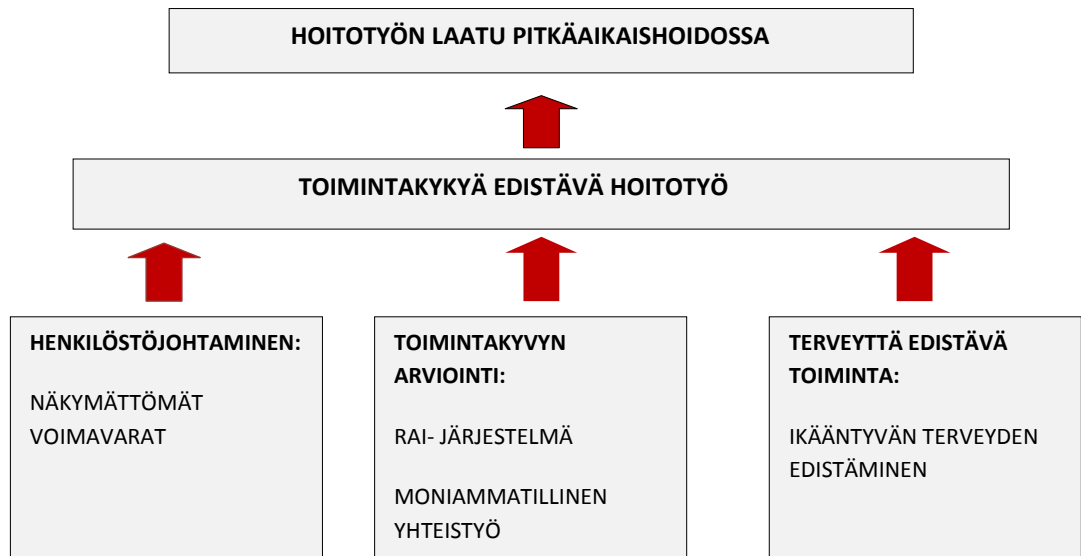
RAI- järjestelmän toiminta pitkäaikaishoidossa on perusteltua, koska luotettavuus on todettu hyväksi useissa tutkimuksissa ja maissa. Järjestelmän avulla selvitetään yksilön voimavarat, riskit ja ongelmat. Järjestelmän käyttö tukee asiakas – ja terveyslähtöistä hoitotyötä sekä toimii hoitohenkilöstölle apuvälineenä yksilöllisen hoidon suunnittelussa ja arvioinnissa. (Noro ym. 2005, 7-24.) RAI – järjestelmä toimii myös apuvälineenä hoitotyön johtajille ja kuntapäätäjille antaen tietoa toiminnan suunnitteluun, laadun seurantaan ja hoitopaikan määrittämiseen. RAI- järjestelmän avulla hoitotyön johtajat voivat seurata toimintakyvyn parantamiseksi tehtyjen toimenpiteiden vaikutuksia asiakkaan toimintakykyyn. (Peiponen 2003, 133-134).

Henkilöstöjohtajan on tulevaisuudessa huomioitava entistä paremmin henkilöstö ja heidän osaamisensa, koska ne ovat organisaation toimintaan ja prosesseihin keskeisimmin vaikuttavia tekijöitä. Työyhteisön toiminta perustuu henkilöstön osaamiseen, uudistumiseen, jaksamiseen, asenteeseen sekä motivaatioon. Ilman ammattitaitoista ja motivoitunutta henkilökuntaa ei ole olemassa hyvälaatuisia terveydenhuoltoa. (Laaksonen ym. 2005, 11.) Erityisesti pitkällä aikavälillä yritysten menestyminen perustuu näkymättömiin voimavaroihin joita kilpailijoiden on vaikea kopioida tai hankkia käyttöönsä. Näkymätön voimavara on organisaatioille tärkeää, koska investoinnit siihen lisäävät tuottavuutta. (Hämäläinen 2006, 43.)

Työyhteisön menestyminen vaatii toimivia ihmissuhteita. Toimivassa ja hyvinvoivassa työyhteisössä korostuu organisaatiokulttuuri; avoin luottavainen vuorovaikutus ja yhteisten pelisääntöjen noudattaminen. Johtamisen odotetaan olevan oikeudenmukaista ja työntekoa palvelevaa. Yritys menestyy, kun työntekijät voivat hyvin. Johtamisen sanotaan olevan yksi keskeisimmistä tuloksellisuuteen ja työhyvinvointiin vaikuttava tekijä. (Österberg 2005, 144-147.)

Organisaatiokulttuurin perustan luovat yhteiset arvot ja niihin sitoutuminen sekä yhteinen visio. Arvot ovat organisaation ydin, niihin vaikuttamalla, vaikutetaan kaikkiin asioihin jotka suuntaavat ihmisten käyttäytymistä ja asenteita. Organisaation arvot kertovat, mikä on tärkeää juuri meidän työpaikalla ja ne ohjaavat toimintaa. Työyhteisön ilmapiiri vaikuttaa työmotivaatioon, työtyytyväisyyteen sekä työn tuloksiin. (Kauhanen 2006, 152; Viitala 2007, 63; Österberg 2005, 163-164.)

Tässä opinnäytetyössä hoitotyön laatu pitkäaikaishoidossa on yläkäsite, joka voidaan saavuttaa toimintakykyä edistävällä toiminnalla henkilöstöjohtamisen, toimintakyvyn arvioinnin ja terveyttä edistävän toiminnan kautta. Kuvioon 5 on koottu yhteenveto tämän opinnäytetyön teoreettisesta viitekehystä.



KUVIO 5. Opinnäytetyön teorettinen viitekehys

4. OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

4.1 Koukkuniemi

Koukkuniemen vanhainkoti on Tampereella sijaitseva Pohjoismaiden suurin vanhainkoti. Vanhainkodissa toimii yhteensä 35 osastoa, joista neljä on dementiaosastoja. Kullakin osastolla on 20-40 asukasta. Vanhainkoti tarjoaa vanhuksille lyhyt- ja pitkäaikaishoitoa sekä päiväkeskustoimintaa. Asukaspaikkoja on lähes tuhat ja henkilökuntaa yli 400. Osaston toiminnasta vastaa esimiehenä vastaava osastonhoitaja, osastonhoitaja tai vastaava sairaanhoitaja. Koukkuniemen vanhainkoti kuuluu laitoshoidon osana Tampereen kaupungin hyvinvointipalveluihin. (Tampereen kaupunki 2009d2.)

Asuminen vanhainkotosastoilla on kodinomaista ja lähes jokainen asukas asuu yhden hengen huoneissa. Yhteisiä tiloja voivat käyttää kaikki. Asuinympäristö on rakennettu virikkeelliseksi ja viihtyisäksi. Asukkaiden toimintakykyä tuetaan kuntouttavan hoitotyön avulla. Asukkaille on nimetty omahoitaja ja jokaisen asukkaan yksilöllinen hoidon tavoitteen selvitetään hoito- ja palvelusuunnitelmassa. (Tampereen kaupunki 2009.)

Tampereella vanhusten laitoshoido on osana hyvinvointipalveluja. Tavoitteena on tarjota ikäihmisille hoivan ja hoidon lisäksi sisällöltään rikas elämänvaihe. Laitoshoidon toiminta perustuu vahvaan eettiseen arvopohjaan. Toiminnassa noudatetaan asiakaslähtöistä toimintaa, hyvää ammattietiikkaa ja moniammatillista yhteistyötä. Ikäihmisten ja vanhusten palveluiden toiminnan peruslähtökohtina ovat ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, ihmiselämän suojeleminen, terveyden edistäminen sekä toimintakyvyn tukeminen. (Tampereen kaupunki, 2009d2.)

4.2. Pietarsaaren seutu

Pietarsaaren seudun kuntien palveluissa suurimpia muutoksia ja haasteita aiheuttavat tällä hetkellä valtion taholta tulleet väestöpohjavaatimukset erityisesti perusterveydenhuollossa. Muutosten taustalla on valtioneuvoston keväällä 2005 käynnistämä kunta- ja palvelurakennemuutuksesta eli PARAS- hanke. Hankkeen toteuttamista ohjaava, ”puitelaki” tuli voimaan vuoden 2007 helmikuussa ja on voimassa vuoden 2012 loppuun. PARAS- hankkeen tavoitteena on hyvinvointipalvelujen tehokas ja taloudellinen järjestäminen kuntalaisten tarpeiden mukaisesti. Tavoitteena on myös madaltaa sektoreiden välisiä raja-aitoja, lisätä yhteistyötä sekä parantaa toimintojen tuloksellisuutta ja vaikuttavuutta (Terveyspalvelut kunta- ja palvelurakennemuutuksessa 2007).

Kunta- ja palvelurakennemuutuksesta annettu laki (169/2007) edellyttää, että kunnat huolehtivat perusterveydenhuollosta ja siihen kiinteästi liittyvistä sosiaalitoimen tehtävistä yli 20.000 asukkaan väestöpohjalla. (Terveyspalvelut kunta- ja palvelurakennemuutuksessa 2007.) MTHA:n osakaskunnat ja Uudenkaarlepyyn kaupunki ovat solmineet puitesopimuksen muodostaakseen yhteistoiminta-alueen, jonka isäntäkunta on Pietarsaari. Yhteistoiminta-alueen tehtävänä on huolehtia sopijakuntien hoitosektorista. (Malmin terveydenhuoltoalueen strategia 2008–2012.)

Tuleva organisaatio Pietarsaaren kaupungin Sosiaali- ja terveysvirasto, tulee tarvitsemaan uudenlaisia työvälineitä ja menetelmiä, joilla vanhustenhuollon hyvää hoitoa voidaan entisestään kehittää. Hoidon laadun seuranta sekä hoitokäytäntöjen kehittäminen on merkittäviä haasteita hoitotyön johtajille sekä kuntapäätäjille. Tarvitaan luotettavaa tietoa riittävästä henkilöstömitoituksesta ja henkilöstörakenteesta, jotta nykyiset voimavarat voidaan kohdentaa entistä paremmin.

Arviointimenetelmänä tässä tutkimuksessa mukana olevissa yksiköissä on RAI-järjestelmä. Tämän mittarin avulla voidaan järjestelmällisesti tehdä vertailua yksilö-, laitos/alue- ja kuntatasolla. RAI – järjestelmä on otettu käyttöön vuosien 2005 - 2007 välisenä aikana. Osa yksiköiden henkilökunnasta kävi tuolloin RAI- ABC – koulutuksen. Osa henkilökunnasta on sisäisesti koulutettu käyttämään RAI-järjestelmää.

Tällä hetkellä RAI- arviointijärjestelmä on käytössä alueen eri yksiköissä lähinnä hoitohenkilöstön apuvälineenä yksilöllisen hoitosuunnitelman rakentamisessa, vaikka RAI- arviointijärjestelmä on ollut käytössä jo muutaman vuoden. Opinnäytetyn suunnitteluvaiheessa yhteys henkilöiden kanssa käydyissä keskusteluissa ilmeni, ettei RAI- järjestelmää mielletä hoitotyön johtamisen eikä kuntapäätäjien apuvälineenä.

RAI- mittari soveltuu apuvälineeksi hoitotyön johtajille sekä kuntapäätäjille muun muassa talouden ja laadun varmistukseen. RAI soveltuu myös hoitopaikan määrittämiseen, esimerkiksi osana SAS- toimintaa. RAI- järjestelmän käytön kehittäminen on tärkeää, koska kun useampi vanhustenhuollon toimintayksikkö seuraa omaa toimintaansa samalla luotettavalla tavalla, voidaan eri yksiköiden toimintaa tarkastella vertailukelpoisesti ja oppia parhaista käytännöistä.

5. OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTUS

Opinnäytetyössämme sovellamme toimintatutkimuksellista otetta ja tutkimusmenetelmä on pääosin kvantitatiivinen eli määrällinen. Mukana on myös laadullista tutkimusta, koska toteuttamamme kysely sisälsi avoimia kysymyksiä. Tutkimuskohteena oli tietty perusjoukko eli esimiesasemassa olevia henkilöitä, jotka työssään käyttävät ja hyödyntävät RAI- arviointimittarin avulla saatuja tietoja. Tämä opinnäytetyö sisältää nykytilan kartoituksen. Sen pohjalta laaditaan toimintamalli ja kehittämisehdotukset, joiden toteuttaminen, arviointi ja hyväksyminen osaksi esimiesten toimintaa jäävät tutkimuksessa mukana olleiden omaksi vastuualueeksi. Pilotointia ei tässä opinnäytetyössä ajan puutteen vuoksi voitu toteuttaa.

Koukkuniemen vanhainkodissa tutkimuksen toteuttamiseen osallistuivat yhteyshenkilöiden ja kyselyyn vastanneiden lisäksi Tampereen kaupungin laitoshoidon päällikkö ja laitoshoidon johtaja. Pietarsaaren alueella tutkimuksen toteuttamiseen osallistuivat kyselyyn vastanneiden lisäksi Malmin terveydenhuoltoalueella hoitotyön johtaja, Pietarsaaren kaupungin vanhustenhuollon osastopäällikkö, Luodon kunnan vanhustenhuollon ohjaaja, Pedersören kunnan vanhustenhuollon johtaja sekä Uusikaarlepyyn kunnan johtava hoitaja.

Kvantitatiivista tutkimusta käytetään paljon sosiaali- ja yhteiskuntatieteellisissä tutkimuksissa. Kvantitatiivisessa tutkimuksen tekemisessä keskiössä ovat seuraavat asiat: aiemmat teoriat ja johtopäätökset aiemmista tutkimuksista, hypoteesit, käsitteet, havaintoaineiston soveltuvuus määrälliseen eli numeeriseen mittaamiseen, tutkittavan perusjoukon ja otoksen valinta, aineiston saattaminen tilastollisesti käsiteltävään muotoon sekä havaintoaineiston tilastollinen analysointi. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 135-137.)

5. 1 Toimintatutkimuksellinen ote

Toimintatutkimus on lähestymistapa, jossa yhdistyvät teoreettinen ja käytännön kokemuksellinen tieto ja jossa yritetään ratkaista jossakin toiminnallisessa yhteisössä havaittuja ongelmia. Sen avulla yritetään saada aikaan muutosta sosiaalisissa toiminnoissa sekä tutkia tapahtunutta muutosta. (Lauri 1998, 114.) Tutkimusprosessin edetessä kohdeyhteisön jäsenet omaksuvat uusia käytäntöjä ja sitoutuvat toimimaan niiden mukaan (Järvinen ja Järvinen 2004, 129).

Toimintatutkimuksen vaiheet ja pääperiaatteet ovat: kartoitusvaihe, prosessointivaihe, sitoutumisvaihe, suunnitteluvaihe, toteuttamisvaihe, arviointivaihe ja hyväksymisvaihe. Prosessin vaiheet kaikissa lähestymistavoissa ovat samat kuin yleensä tutkimuksessa ja lähtökohtana ovat tutkimusongelmat. Tutkijan on hallittava aihepiiri sekä ymmärrettävä työyhteisön toiminnan sisältö. (Lauri 1998, 114 - 120.)

Heikkisen (2007, 159-160) mukaan havahduttavuus toimintatutkimuksen arvioinnissa tarkoittaa uutta tapaa ajatella ja tuntea asioita. Tutkijan on kyettävä raportoinnissaan tekemään tutkimus eläväksi ja todentuntuiseksi. Tällöin lukijalle voi paljastua jotain uutta ja hänelle avautuu uusi näkökulma. (Heikkinen 2007, 159-160.) Toimintatutkimuksen keskeinen piirre on pyrkimys reflektiiviseen ajatteluun ja sen avulla toiminnan parantamiseen. Toimintatutkimuksessa tartutaankin toimijan tarinaan. Tutkijan ja tutkimuksen kohteen raja saattaa hämärtyä, tutkija onkin toimiva subjekti, joka tulkitsee tilannetta omasta näkökulmastaan. Keskeisin päämäärä toimintatutkimuksessa on sellaisten tilanteiden luominen, jotka ovat otollisia itsereflektiolle. (Juuti 2006, 95.)

5.2 Aineiston keruu

Tutkimuksen kohderyhmänä ja tutkimusaineiston muodostajina olivat kahden toiminnallisesti eri alueen lähiesimiehet eli osastonhoitajat, apulaisosastonhoitajat vastaavat sairaanhoitajat ja vastaavat, (N= 59) joilla on käytössä RAI-arviointijärjestelmä. Kyselylomakkeita palautui takaisin 37, joten vastausprosentiksi muodostui 62,7 %.

Tutkimus toteutettiin Pietarsaaren seudulla niissä Pietarsaaren, Pedersören, Luodon ja Uudenkaarlepyyn vanhustenhuollon yksiköissä, joissa laitoshoidon RAI – arviointijärjestelmä oli ollut käytössä yli vuoden sekä Tampereella Koukkuniemen vanhainkodissa. Toteutus tapahtui samanaikaisesti molemmilla alueilla. Työskentelyalueina olivat vanhainkodit, palvelukoti ja vuodeosastot. Tutkimusaineisto kerättiin kyselyn avulla.

Nykytilan kartoitusvaiheessa aineistonkeruumenetelmä oli itse laadittu mittari, joka on kyselylomake (Liite 2.) Kyselylomakkeen kysymykset rakennettiin hoitotieteellisen ja tutkitun tiedon pohjalta. Osa kysymyksistä oli suoraan lainattu Peiposen, 2004, väitöskirjasta; ”Vanhusten ympärivuorokautisen hoidon ja palvelun laatuksikriteerit”. Kyselylomakkeen sisältö jakautuu neljään osaan, josta ensimmäinen osa kuvaa taustatietoja toinen osa toimintakykyä edistävän hoitotyön kehittämistä, kolmas näkymättömien voimavarojen hyödyntämistä ja neljäs osa koostuu kolmesta avoimesta kysymyksestä. Kyselylomake sisältää kolmenlaisia kysymyksiä.

Taustatiedoissa, kyselyn ensimmäisessä osiossa kysyimme vastaajan ammattinimikettä, työpaikkaa, työkokemusta hoitotyössä ja esimiestyössä sekä vastaajan osallistumista hoitotyöhön. Kysyimme myös kuinka kauan RAI- mittari on ollut käytössä ja onko vastaaja käynyt RAI- ABC koulutuksen ja vielä onko yksikössä nimetty RAI- vastaavaa. Lisäksi kysyimme onko yksikössä kirjallisesti laadittu hoitoideologia ja onko käytössä hyvän hoidon kriteerit sekä onko yksikössä henkilöstön kehittämis- ja koulutussuunnitelmaa. Lopuksi kysyimme vielä tekeekö vastaaja yhteistyötä toimintakykyä edistävän hoitotyön kehittämisessä muiden osastojen, yksiköiden kanssa paikallisesti tai alueellisesti. Taustatietojen tarkoituksena on selvittää miten lähiesimiehet tällä hetkellä hyödyntävät RAI- järjestelmää johtamisen apuvälineenä.

Kyselyn toisen osion tarkoituksena oli selvittää, kuinka lähiesimiehet tällä hetkellä kehittävät toimintakykyä edistävää hoitotyötä. Osiossa oli kaksitoista väittämää, joista yhteentoista vastaajat ottivat kantaa neljäportaisella Likert- asteikolla, joiden vastausvaihtoehdot olivat: aina, usein, joskus ja ei koskaan. Osion viimeiseen kysymykseen vastaajat saivat valita sopivamman vaihtoehdon rengastamalla kyllä tai ei.

Kyselyn kolmas osio koostui yhdeksästätoista väittämästä, joiden tavoitteena oli selvittää kuinka lähiesimiehet hyödyntävät yksikössään näkymättömiä voimavaroja. Vastajat arvioivat kysymyksiä samoilla asteikolla kuin edellisessä osiossa. Tässä osiossa yhteentoista väittämään valittiin sopivin vaihtoehto rengastamalla kyllä tai ei. Loput kahdeksan kysymyksistä oli väittämiä joihin vastattiin Likert-asteikolla.

Viimeinen eli neljäs osio koostui kolmesta avoimesta kysymyksestä. Ensimmäisessä avoimessa kysymyksessä vastaajia pyydettiin kertomaan, millaisena he kokevat henkilöstön asennoitumisen toimintakykyä edistävää hoitotyötä kohtaan. Toisessa kysymyksessä haimme vastausta siihen, millaisia haasteita lähiesimiehillä on toimintakykyä edistävässä hoitotyössä. Viimeisessä avoimessa kysymyksessä vastaaja sai mahdollisuuden antaa kehittämissuhteita siitä, miten toimintakykyä edistävää hoitotyön johtamista voitaisiin kehittää. Avoimien kysymysten tarkoitus oli kerätä kehitysehdotuksia ja antaa vastaajille mahdollisuus omin sanoin tuoda esiin mahdollisia omassa yksikössään ilmenneitä puutteita.

Avoimiin kysymyksiin vastattiin vaihtelevasti. Osassa vastauslomakkeita oli laadittu avointen kysymysten kohdalla useamman lauseen tekstejä, osassa vastattiin yhdellä sanalla ja osassa jätettiin kysymykseen vastaamatta. Avoimet kysymykset voivat olla täysin avoimia tai rajattuja. Huonosti rajattu kysymys saattaa tuottaa vastauksia, joista ei ole tutkimusongelman kanssa hyötyä. (Kananen 2008, 25.) Kysymysten laadinnassa on tärkeää selkeys ja tarkat kysymykset. Lyhyet, selväkieliset ja yksiselitteiset kysymykset helpottavat kyselyyn vastaamista. Kysely ei saa olla liian pitkä, ja myös kysymysten järjestys on mietittävä tarkkaan. Kyselylomakkeen tulee ulkoasultaan olla siisti ja helppolukuinen. (Hirsjärvi ym. 2007, 191–199.)

Ennen kyselyn toimeenpanoa kyselylomakkeen selkeyttä ja ymmärrettävyyttä testattiin esitutkimuksen avulla. Esitutkimus suoritettiin Pietarsaaren seudulla kolmella äitiyslomalla ja vuorotteluvapaalla olevalla lähiesimiehellä, jotka hallitsevat RAI-arviointijärjestelmän käytön, mutta eivät kuulu varsinaiseen tutkimusjoukkoon. Kyselylomakkeen sisältöä ei tarvinnut muuttaa testauksen jälkeen. Nämä esitutkimuksessa mukana olleet kolme kyselylomaketta eivät olleet mukana varsinaisessa tutkimusjoukossa.

Kyselylomakkeiden testauksen ja tutkimuslupien myöntämisen jälkeen tutkijat kävivät kertomassa tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta. Tämän jälkeen kyselylomakkeet jaettiin yhdyshenkilöille, jotka toimittivat ne edelleen kyselyyn vastaajille. Pietarsaassa tutkija toimitti kyselylomakkeet henkilökohtaisesti osalle vastaajista. Koukkuniemessä kyselylomakkeet palautettiin tutkimusajan päätyttyä suljetuissa kirjekuorissa palautuslaatikkoon, joka sijaitsee neuvonnassa. Tutkija nouti palautuslaatikon sovittuna ajankohtana. Pietarsaaren seudulla osa lomakkeista palautettiin postimerkillä varustetuissa vastauskuorissa, osa suljetuissa kirjekuorissa sisäisen postin välityksellä ja osan tutkija nouti osallistuvista yksiköistä itse.

Kyselytutkimuksen tavoitteena on koota tietyin kriteerein valitulta joukolta vastauksia samoihin asioihin. Tarkoituksena on koota yksityiskohtaisia tosiasiatietoja, identifioida ongelmia ja käytänteitä, tehdä vertailuja ja evaluoida ilmiöitä sekä määritellä mitä muut tekevät samanlaisessa tilanteessa ja samantyyppisille ongelmille. (Anttila 2007, 115.)

5.3 Aineiston analyysi

Määrällisessä tutkimuksessa valitaan sellainen analyysimenetelmä, joka antaa tietoa siitä, mitä ollaan tutkimassa. Analyysitapa valitaan sen mukaan, tutkitaanko yhtä muuttujaa vai kahden tai useamman muuttujan välistä riippuvuutta. (Heikkilä, 2004, 183.) Opinnäytetyömme kyselyn tulosten analysoinnin aloitimme laskemalla palautettujen lomakkeiden määrän yhteen. Kyselylomakkeita (Liite 2.) ja saatekirjeitä (Liite 1.) jaettiin tutkimusjoukolle keväällä 2009 yhteensä 59 kappaletta. Vastausaikaa oli noin kolme viikkoa. Kyselylomakkeita palautui takaisin 37, joten vastausprosentiksi muodostui 62,7 %.

Aineistonkeräämisen määräajan umpeuduttua kävimme tutkimusaineistoa läpi. Tarkistimme lomakkeiden tiedot eikä asiattomasti tai puutteellisesti täytettyjä lomakkeita löytynyt. Numeroimme lomakkeet juoksevilla numeroilla. Tarkistuksen jälkeen arvioimme tutkimuksen kadon. Kadolla ei ollut merkitystä, koska vastaajia koskeva kato esiintyi suhteellisesti, se oli satunnaisesti jakautunut ja vähäinen. Katoanalyysissä lomakkeet ja vastauskuoret on merkitty järjestelmällisesti numero- tai kirjainkoodilla. (Vilka 2007, 107.)

Lopuksi syötimme tiedot havaintomatriisiin SSPS- tilasto-ohjelmaan. Syöttämisen jälkeen tarkistimme, että muuttujien nimet ja arvot vastasivat kyselylomakkeessa olevia asioita. Tutkimusaineisto analysoitiin aluksi SSPS for Windows 17.0 – ohjelmalla, pääosin kuvailevaa tilastollista menetelmää käyttäen. Taulukot ja kuviot rakennettiin kuitenkin Excel- ohjelman graafisen käyttöliittymän avulla, koska vastaajien määrän jäädessä näin pieneksi ristiintaulukointi ei olisi antanut luotettavaa tietoa.

Avoimilla kysymyksillä pyrittiin saamaan lisätietoa ja täydennystä Likert- asteikolle. Mittarilla on tarkoitus tuottaa tietoa tutkittavalta alueelta. Käytön perustana on pyrkiä havainnoimaan ilmiötä mahdollisimman objektiivisesti. Jos mittari on hyvä, saadaan luotettavaa tietoa.

Valmiissa mittareissa reliabiliteetti ja validius on jo tutkittu. Keskeinen mittarityyppi on Likert- asteikko, jota käytetään yleensä asenne- ja motivaatiomittareissa, kun koehenkilö arvioi omaa käsitystään väittämästä tai kysymyksen sisällöstä. (Metsämuuronen 2006, 57-60.)

Kanasen (2008) mielestä analyysimenetelmään vaikuttavat käytetyt mittarit ja mittaustasot. Teknisten rajoitteiden lisäksi vaikuttavat tutkimusongelma ja teoreettiset taustaoletukset. Jos ilmiöllä on vahva teoriatausta, käytetään hypoteesien testausta ja monimuuttujamenetelmiä. Usein opinnäytetyöt jäävät kuvailun tasolle. (Kananen 2008, 51.)

Sisällön analyysillä pyritään saamaan aineistoa järjestämällä tutkittavasta ilmiöstä tiivis, yleinen ja selkeä teoreettinen kokonaisuus kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Aineiston laadullinen käsittely perustuu loogiseen päättelyyn ja tulkintaan. Aineistolähtöisessä sisällön analyysissä tutkija tutustuu ensin tutkimusaineistoon, minkä jälkeen hän voi päättää, mikä tutkittavasta aineistosta on kiinnostavinta ja sitten valita analyysiyksiköt. Analyysiyksiköt valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävänasettelun mukaisesti. Aikaisemmat havainnot, tiedot tai teoriat eivät saa vaikuttaa analyysin toteuttamiseen tai lopputulokseen, vaan analyysin oletetaan olevan aineistolähtöistä. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 73- 110.)

Sisällön analyysi on paitsi yksittäinen metodi myös väljä teoreettinen kehys, joka voidaan liittää erilaisiin analyysikokonaisuuksiin ja jolla voidaan tehdä monenlaista tutkimusta. Useimmat laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmät perustuvat tavalla tai toisella sisällön analyysiin, jos sillä tarkoitetaan kirjoitettujen, kuultujen tai nähtyjen sisältöjen analyysiä. Niinpä sisällön analyysi ei ole ainoastaan laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmä. (Tuomi ym. 2006, 73-110.)

Tässä tutkimuksessa avoimien kysymysten vastaukset tulkittiin loogiseen päättelyyn perustuen sisällön analyysiä mukaillen. Sisällön analyysiä mukaillen aineisto tiivistettiin selkeäksi kokonaisuudeksi, analyysiyksikkönä oli lause. Jokaisen avoimen kysymyksen vastaukset analysoitiin omana kokonaisuutenaan. Merkittäviä lauseita tuli jokaiseen kysymykseen runsaasti, vaikka muutamassa kyselylomakkeessa kysymyksiin oli vastattu ainoastaan yhdellä lauseella.

6. RAI- ARVIOITIJÄRJESTELMÄN KÄYTTÖ JOHTAMISEN APUVÄLINEENÄ TUTKIMUKSESSA MUKANA OLLEISSA KOHTEISSA

Tässä luvussa käsittelemme tutkimuksesta saatuja tuloksia kuvaten ne sanallisesti, numeraalisesti ja graafisesti. Tulokset esitämme pääosin graafisesti, koska tarkoituksena on havainnollistaa tekstiä ja tietojen vertailua. Kuvioissa esiintyy RAI-arviointijärjestelmän nykyinen käyttö johtamisen näkökulmasta. Tulososassa tutkija kuvaa aineistonsa pohjalta saatuja tutkimustuloksia. Tulokset saadaan erilaisilla aineistokeinoilla. (Metsämuuronen 2006, 7.) Analysoinnissa tutkijalle selviää millaisia vastauksia saadaan tutkimusongelmiin. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa aineistosta tehdään muuttujia ja aineisto koodataan laaditun luokituksen mukaan. Havaintoyksiköille annetaan jokin arvo jokaisella muuttujalla. (Hirsjärvi ym. 2007, 218-219.)

6.1 Taustakysymykset

Kyselylomakkeen taustatiedot sisälsivät yhteensä kaksitoista kysymystä. Kyselyyn (N=59) vastanneista määrääikaan mennessä vastasi (n=37). Jokaisessa kyselylomakkeessa, kaikkiin kysymyksiin oli vastattu tarkoituksenmukaisesti. Alla olevista taulukoista (taulukko 1, 2 & 3) ilmenee, kuinka tässä opinnäytetyössä kyselyyn vastanneiden taustatiedot jakaantuivat.

Taulukko 1. Vastaajien taustatiedot (N=59, %)

Taustatieto	n	%
1. Ammattinimike		
osastonhoitaja	16	43,2
vastaava sairaanhoitaja	21	56,8
2. Työpaikka		
Palvelukoti	11	29,7
Vanhainkoti	17	45,9
Terveyskeskuksen vuodeosasto	9	24,3
3. Työkokemus hoitotyössä		
Yli 15 vuotta	25	67,6
11-15 vuotta	4	10,8
6-10 vuotta	8	21,6

Yllä olevasta taulukosta (taulukko 1) käy ilmi muun muassa, että vastaajien työkokemus hoitotyössä oli suurimmaksi osaksi yli 15 vuotta. Suurin osa vastaajista kertoi käyttäneensä RAI-järjestelmää omassa työssään 2-3 vuotta.

Taulukko 2. Vastaajien taustatiedot (N=59, %)

Taustatieto	n	%
4. Työkokemus esimiestyössä		
yli 15 vuotta	8	21,6
11-15 vuotta	15	40,5
6-10 vuotta	8	21,6
Alle 6 vuotta	6	16,2
5. Osallistutko hoitotyöhön		
Kyllä	14	37,8
En	23	62,1
6. RAI-järjestelmän käyttöaika		
Alle 1 vuosi	1	2,7
2-3 vuotta	30	81
yli 4 vuotta	6	16,2

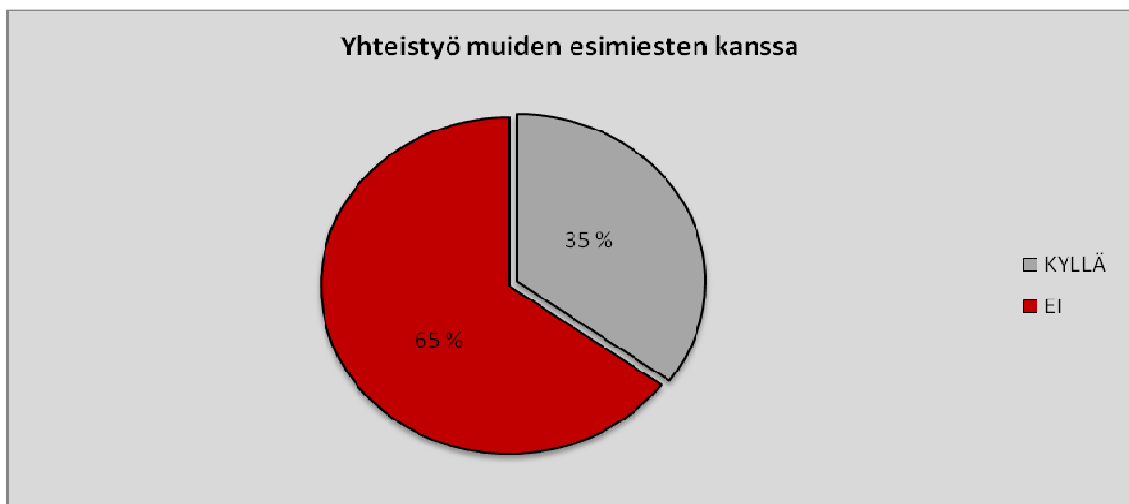
Yllä olevasta taustatietoja käsittelevästä taulukosta (taulukko 2) ilmenee, että suurin osa vastaajista kertoi käyttäneensä RAI-järjestelmää omassa työssään 2-3 vuotta. Taulukosta ilmenee myös, että suurin osa vastaajista ei osallistu hoitotyöhön.

Taulukko 3. Vastaajien taustatiedot (N=59, %)

Taustatieto	n	%
7. RAI-ABC koulutus		
Kyllä	33	89,1
Ei	4	10,8
8. Onko yksikössä RAI-vastaava		
Kyllä	34	91,8
Ei	3	8,1
9. Onko käytössä hoitoideologia		
Kyllä	33	89,1
Ei	4	10,8
10. Onko käytössä hyvän hoidon kriteerit		
Kyllä	24	64,9
Ei	13	35,1
10. Onko käytössä henkilöstön kehittämis- ja koulutus suunnitelma		
Kyllä	12	32,7
Ei	25	67,5

Suurimmalla osalla työyksiköissä on valittuna RAI- vastaava. RAI- järjestelmän käyttö hallitaan lähes kaikissa yksiköissä, koska ainoastaan yksi vastaajista ei ole käynyt RAI-ABC- koulutusta. Kirjallinen hoitoideologia on laadittu miltei kaikissa yksiköissä. Hyvän hoidon kriteerit ovat myös käytössä monissa yksikössä.

Viimeisessä taustatietoja käsittelevässä kysymyksessä, halusimme selvittää tekeekö vastaaja säännöllistä yhteistyötä toimintakykyä edistävän hoitotyön kehittämisessä muiden osastojen tai yksiköiden kanssa paikallisesti tai alueellisesti (kuvio 6).

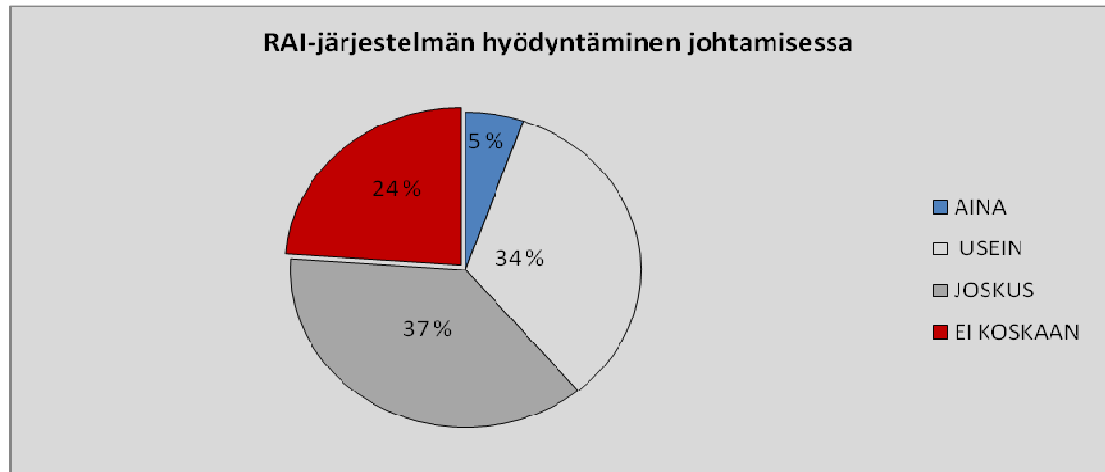


KUVIO 6. Säännöllinen yhteistyö toimintakykyä edistävän hoitotyön kehittämisessä muiden lähiesimiesten kanssa

6.2 Toimintakykyä edistävän hoitotyön kehittäminen

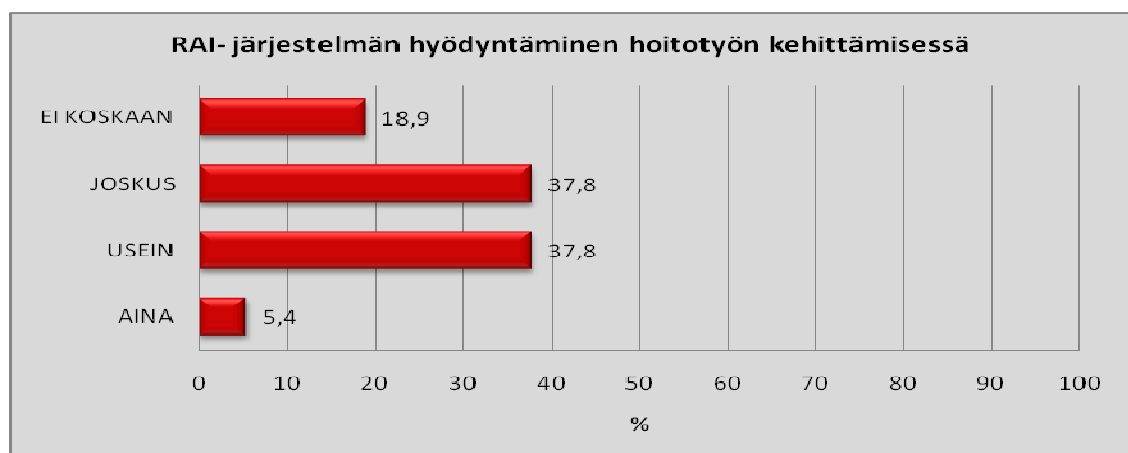
Kyselylomakkeen toisen osion kysymykset 13. – 23. käsittelivät toimintakykyä edistävän hoitotyön kehittämistä. Vastaajat valitsivat vaihtoehdoista aina, usein, joskus tai ei koskaan heidän mielestään parhaiten omaa tuntemustaan koskevan vaihtoehdon. Kysymyksessä 24, vastausvaihtoehto oli kyllä tai ei.

Alla olevasta kuvioista (kuvio 7) ilmenee, miten RAI- järjestelmästä saatua tietoa hyödynnetään hoitotyön johtamisessa. Vastaajista alle puolet, hyödynsivät aina tai usein RAI- järjestelmästä saatua tietoa johtamisessa. Neljännes ei hyödynnä milloinkaan RAI- järjestelmästä saatuja tuloksia johtamisessa.



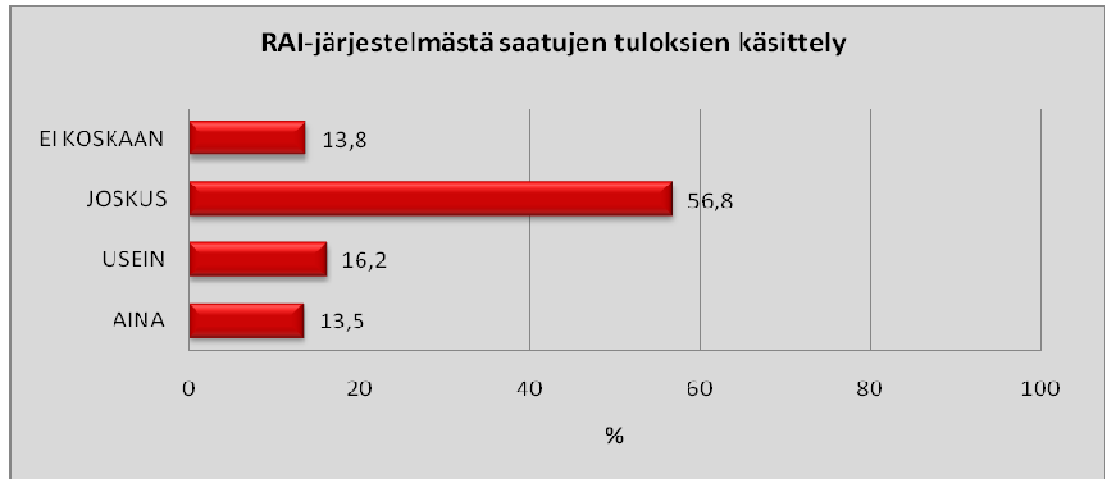
KUVIO 7. RAI – järjestelmän hyödyntäminen hoitotyön johtamisessa

Vastaajat hyödyntävät RAI- järjestelmästä saatuja tietoa toimintakykyä edistävän hoitotyön kehittämisessä alla olevan kuvion (kuvio 8) osoittamalla tavalla. Vastaajista viidesosa ei hyödynnä lainkaan RAI- järjestelmästä saatuja tietoa toimintakykyä edistävän hoitotyön kehittämisessä.



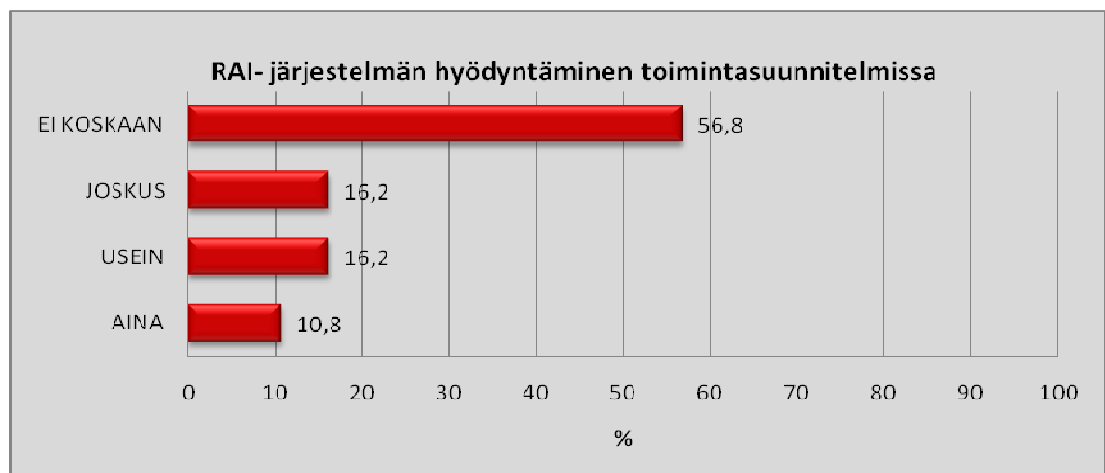
KUVIO 8. RAI- järjestelmän hyödyntäminen hoitotyön kehittämisessä

Yli puolet vastaajista käsittelivät RAI- järjestelmästä saatuja tuloksia joskus yhdessä henkilökunnan kanssa (kuvio 9). Reilu kymmenesosa ei kuitenkaan koskaan käy läpi tuloksia muun henkilökunnan kanssa.



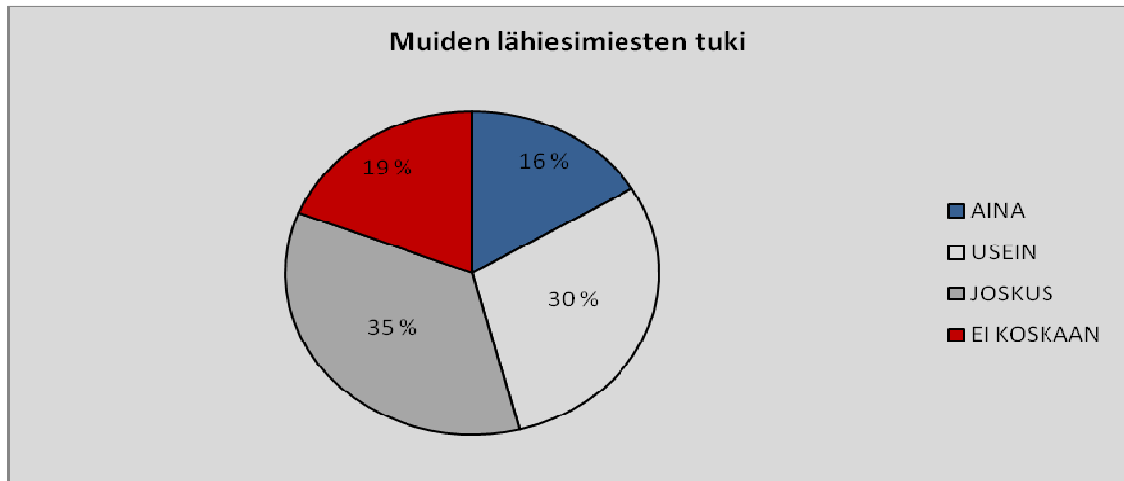
KUVIO 9. RAI- järjestelmästä saatujen tulosten käsittely

Yli puolet vastaajista (kuvio 10) ilmoitti, ettei heidän yksikössään hyödynnetä RAI-järjestelmästä saatuja tietoja koskaan laadittaessa vuosittaisia toimintasuunnitelmia.



KUVIO 10. RAI- järjestelmän hyödyntäminen toimintasuunnitelmassa

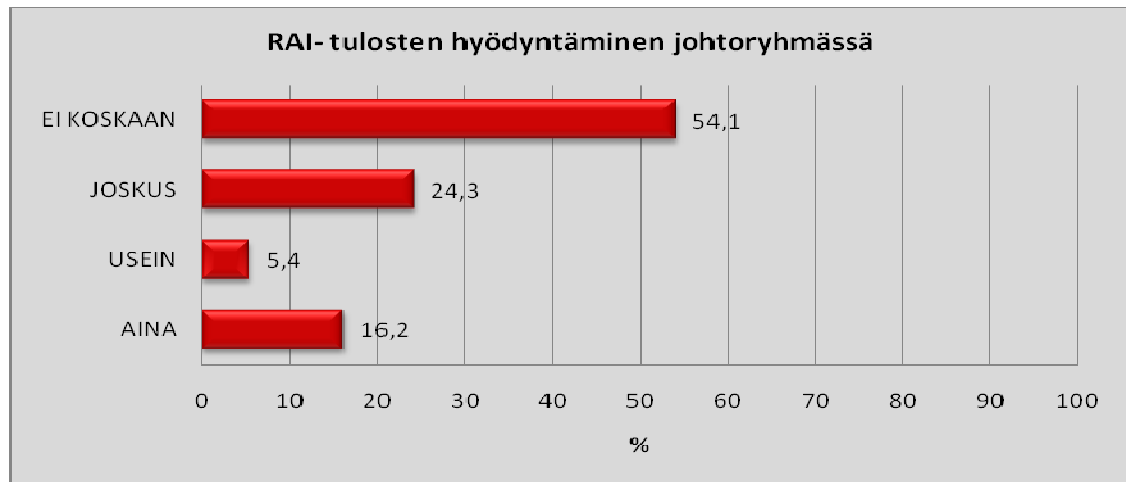
Vastaajien mukaan RAI- järjestelmän käyttöön liittyen saatua tukea muilta lähiesimiehiltä ilmoitti aina tai usein saavansa vajaa puolet vastaajista. Miltei viidennes vastaajista ilmoitti, ettei koskaan saa tukea muilta lähiesimiehiltä RAI- järjestelmän käyttöön liittyen.



KUVIO 11. Muiden esimiesten tuki RAI- järjestelmään liittyen

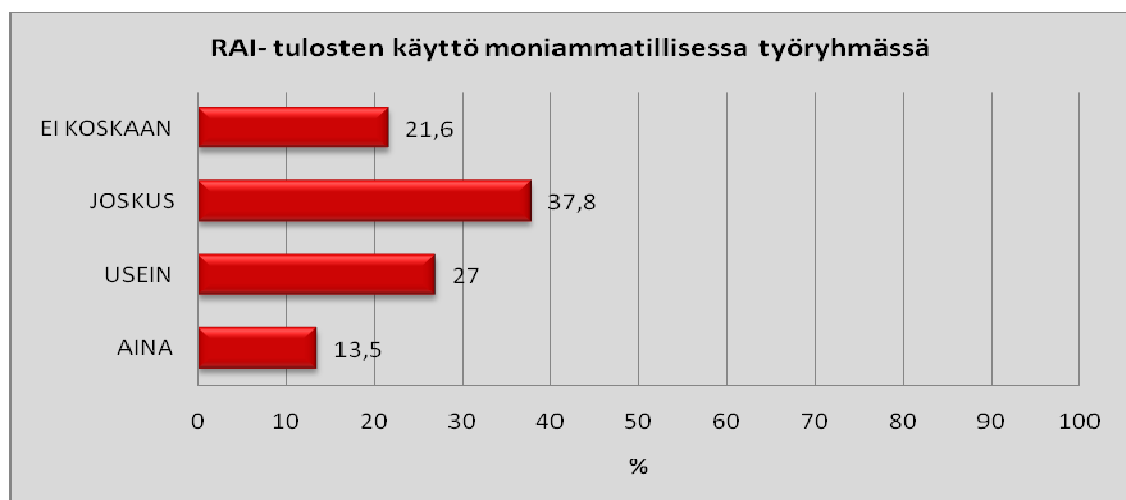
RAI- järjestelmästä saatuja tietoja hyödynnetään huonosti vuorovaikutuksessa omaisten kanssa. Vastauksista ilmeni, että yli puolet (54,1 %, n=20) ei koskaan hyödynnä RAI- järjestelmästä saatuja tietoja. Vastaajista vain muutama (13,5 %, n=5) hyödyntää tuloksia usein ja vastaajista kaksitoista hyödyntää saatuja tuloksia joskus vuorovaikutustilanteissa omaisten kanssa. Kukaan vastaajista ei hyödynnä saatuja tuloksia säännöllisesti.

RAI- järjestelmästä saatuja tietoja hyödynnetään huonosti myös johtoryhmässä. Kuvioista ilmenee, että yli puolet vastaajista ei koskaan käytä RAI- järjestelmästä saatuja tuloksia hyödyksi johtoryhmässä.



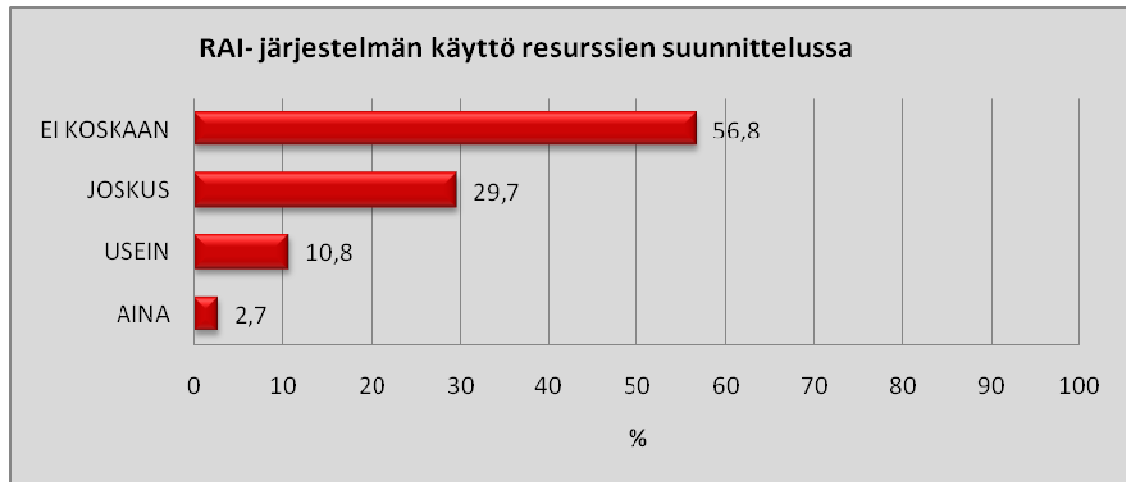
KUVIO 12. RAI- järjestelmästä saatujen tulosten hyödyntäminen johtoryhmässä

Alle puolet (kuvio 13) tutkimuksessa mukana olleista kohteista käyttää aina tai usein moniammatillisessa työryhmässä hyödyksi RAI- järjestelmästä saatuja tietoja, hoitosuunnitelmaa laadittaessa. Viidennes vastaajista ei koskaan käytä RAI- järjestelmän tuottamaa tietoa hyödyksi hoidon suunnittelussa.



KUVIO 13. RAI- järjestelmästä saatujen tietojen käyttäminen moniammatillisessa työryhmässä, kun suunnitellaan asiakkaan hoitoa.

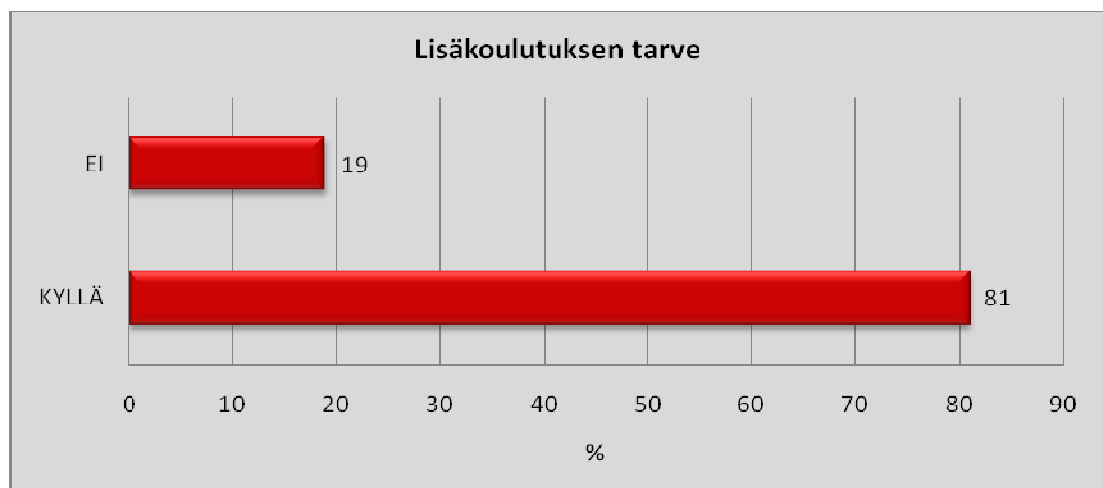
RAI- järjestelmästä saatuja tietoja hyödynnetään heikosti käytettävissä olevien resurssien suunnittelussa, käyttämisessä ja arvioinnissa. Ainoastaan yksi vastaaja (kuvio14) käyttää aina hyödyksi RAI- järjestelmää resurssien suunnittelussa.



KUVIO 14. RAI-järjestelmästä saatujen tietojen hyödyntäminen resurssien suunnittelussa.

Asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmat päivittää säännöllisesti aina tai usein RAI-järjestelmästä saatujen tietojen avulla miltei kolmannes vastaajista (67,5 %, n= 25). Vastaajista (18,9 %, n= 7) päivittää joskus hoito – ja palvelusuunnitelman RAI-järjestelmän avulla, kun taas (13,5 %, n=5) ei koskaan käytä hyödyksi hoito- ja palvelusuunnitelman päivityksessä RAI- mittaria.

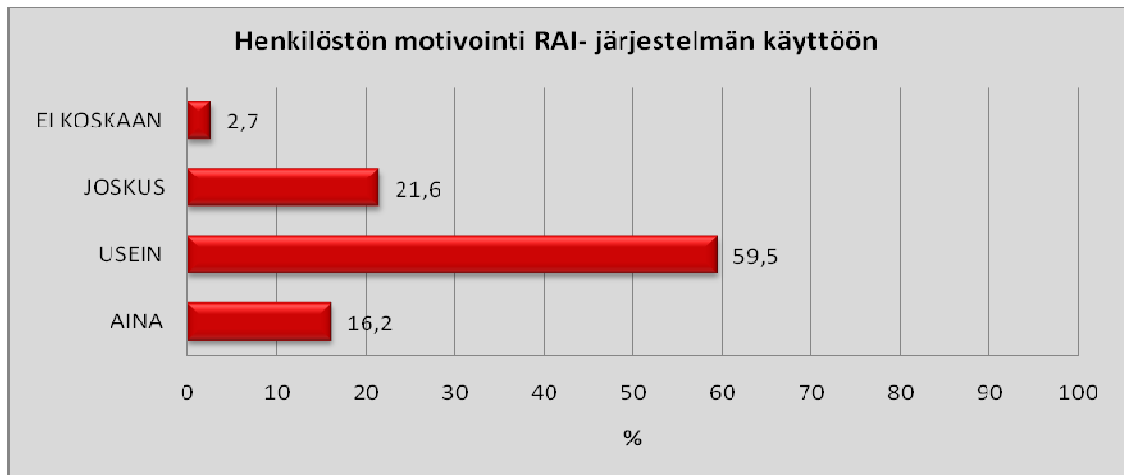
Toisen osion viimeisessä kysymyksessä: toimintakykyä edistävän hoitotyön kehittäminen, halusimme selvittää, kokevatko lähiesimiehet tarvitsevansa juuri heille suunnattua lisäkoulutusta RAI – järjestelmän käyttöön liittyen. Vastaajista (kuvio 15) suurin osa ilmoitti tarvitsevansa lisäkoulutusta.



KUVIO 15. Lähiesimiesten lisäkoulutuksen tarve RAI-järjestelmän käytön hyödyntämiseen liittyen

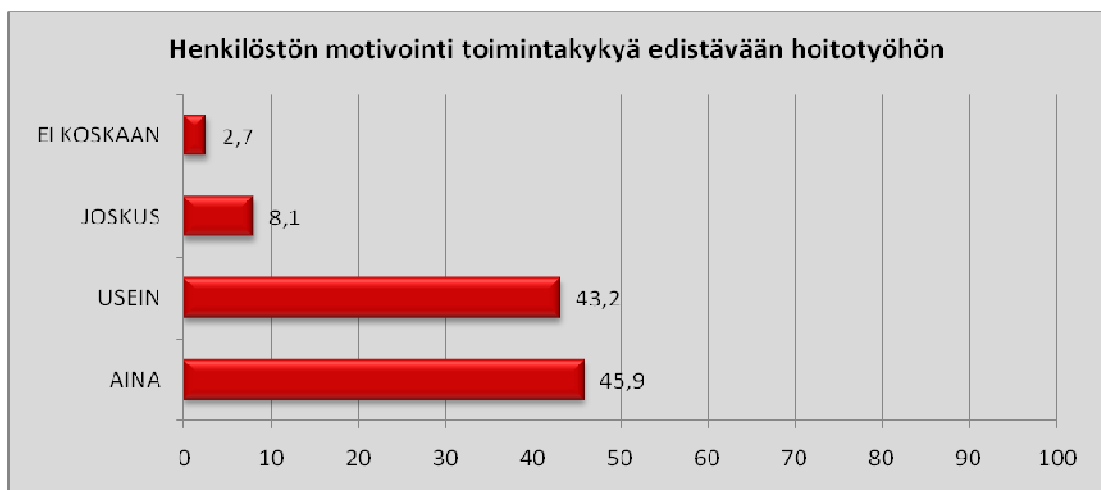
6.3 Näkymättömien voimavarojen hyödyntäminen

Kyselylomakkeen (liite 2) kolmannen osion kysymykset 25.- 43. käsittelivät näkymättömien voimavarojen hyödyntämistä johtamisessa. Lähiesimiesten tarvetta motivoida henkilöstöä RAI- järjestelmään käyttöön liittyen, vastaajista yli puolet (kuvio 16) on usein on motivoinut henkilöstöään käyttämään RAI- järjestelmää.



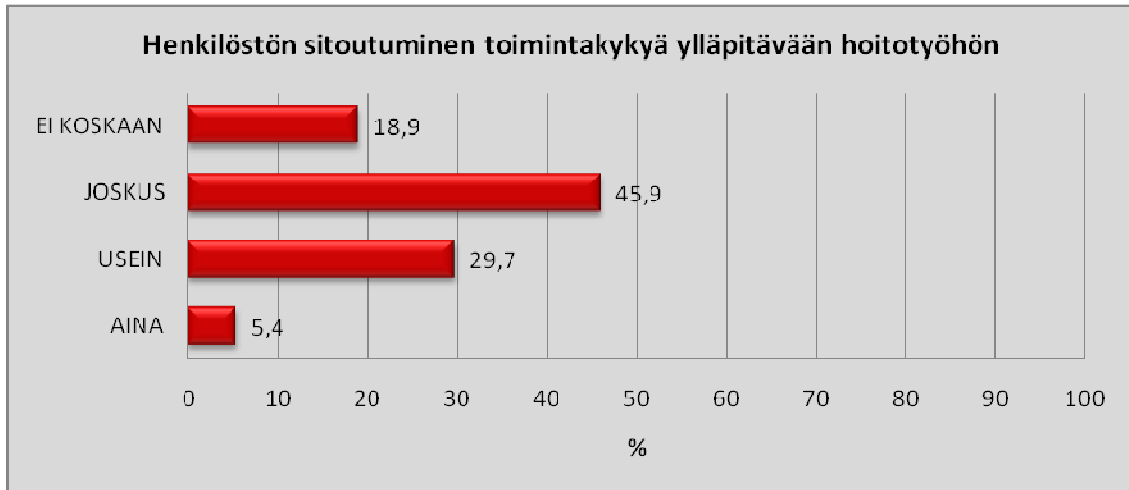
KUVIO 16. Henkilöstön motivointi RAI- järjestelmän käyttämisessä.

Vastaajista lähes puolet ilmoitti motivoineensa aina sekä usein henkilöstöään toimintakykyä edistävään hoitotyöhön. Ainoastaan yksi vastaaja ilmoitti, ettei koskaan ole motivoinut henkilöstöään toimintakykyä edistävään hoitotyöhön. (kuvio17)



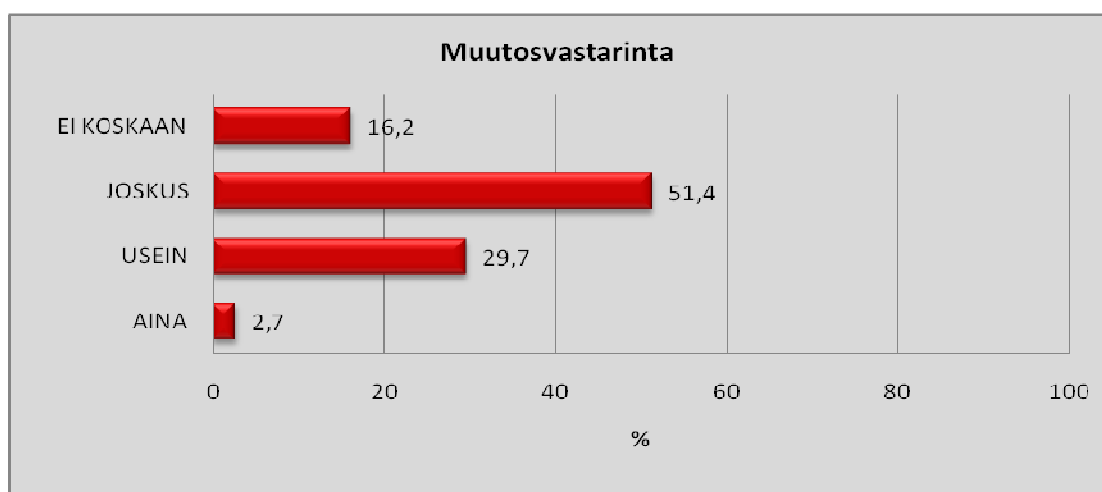
KUVIO 17. Henkilöstön motivointi toimintakykyä edistävään hoitotyöhön

Kysimme vastaajilta henkilöstön sitoutumista toimintakykyä ylläpitävään työhön. Tulosten mukaan (kuvio 18) liki viidennes koki, että sitoutuminen toimintakykyä edistävään hoitotyöhön ei lisääny RAI- arviointijärjestelmän käytön myötä. Mutta yli kolmannes on sitä mieltä, että RAI- arviointijärjestelmän käyttämisestä on aina tai usein sitoutumista lisäävä vaikutus



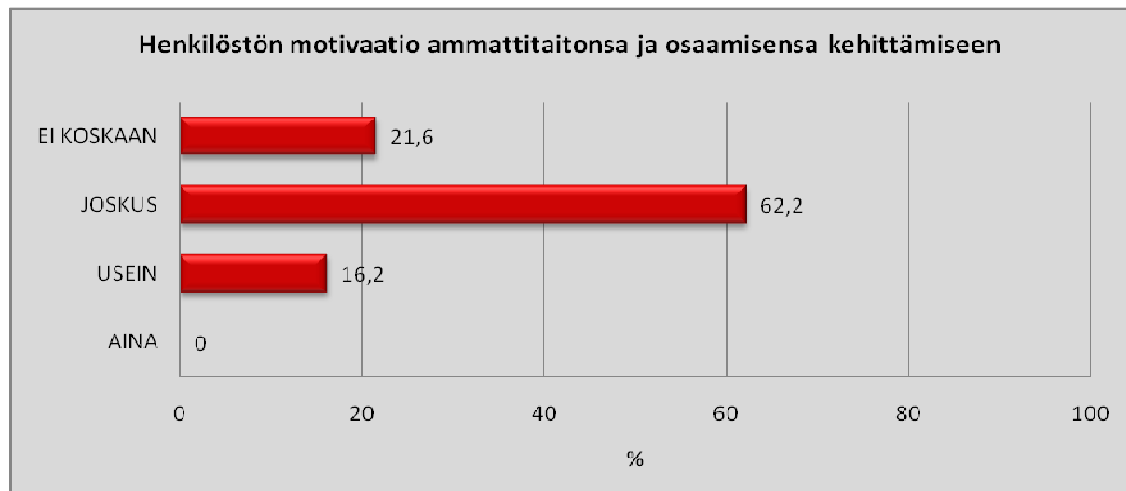
KUVIO 18. Henkilöstön sitoutuminen toimintakykyä ylläpitävään hoitoon

Vastaajien mielestä RAI- järjestelmän käyttö on aiheuttanut yksikössä kohtalaisesti muutosvastarintaa. Yli puolet vastaajista on sitä mieltä, että muutosvastarintaa RAI- järjestelmän käytön suhteen ilmenee joskus.



KUVIO 19. RAI- järjestelmän käytön aiheuttama muutosvastarinta

Vastaajilta kysyttiin myös, kuinka he kokevat RAI- järjestelmän käytön vaikuttaneen henkilöstön motivaatioon oman ammattitaitonsa ylläpitämiseen ja osaamisensa kehittämiseen. Tuloksista ilmenee, että neljännes vastaajista kokee ettei RAI-järjestelmän käyttö vaikuta koskaan henkilöstön motivaatioon ammattitaitonsa ylläpitämiseen ja osaamisensa kehittämiseen (kuvio 20).



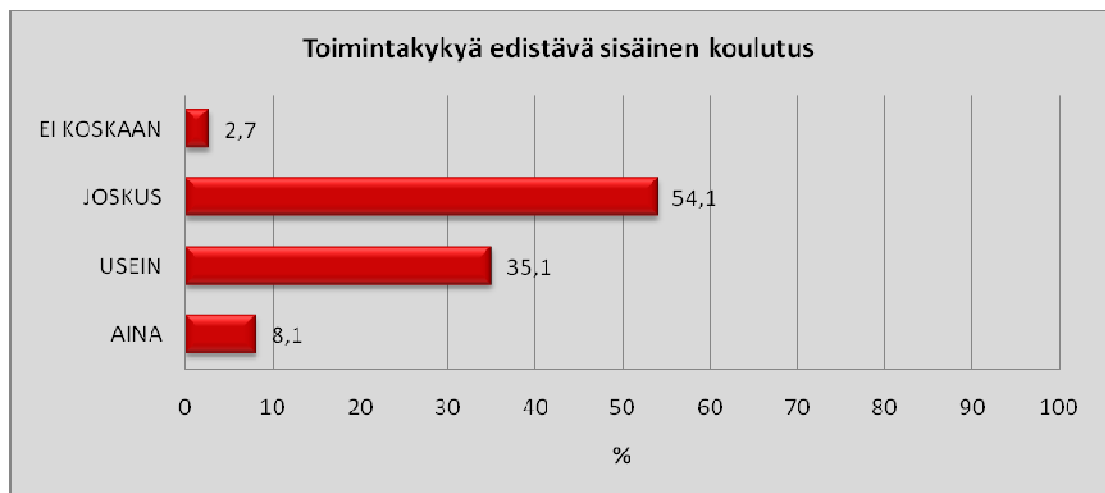
KUVIO 20. RAI- järjestelmän käytön vaikutus henkilöstön motivaatioon ammattitaitonsa ylläpitämiseen ja osaamisensa kehittämiseen.

Vastaajilta kysyttiin myös, vastaako heidän mielestään henkilökunnan osaaminen osaston toimintaa. Heistä yli neljännes oli sitä mieltä, että henkilöstön osaaminen vastaa aina osaston toimintaa. Yli puolet vastaajista kokee, että osaaminen vastaa usein osaston toimintaa. Hiukan alle neljännes vastaajista kokee osaamisen joskus vastaavan henkilöstön osaamista.

Seuraavaksi vastaajilta tiedusteltiin, käydäänkö yksikössä kehityskeskusteluja vähintään kerran vuodessa. Vastaukset jakautuivat miltei tasan. Kehityskeskusteluja kerran vuodessa käydään yli puolessa yksiköistä. Henkilöstön koulutuspäivien lukumäärää vuosittain seurataan miltei kaikissa mukana olleissa yksiköissä (91,9 %). Henkilöstön sairaus poissaolojen syitä seurataan alle kolmanneksessa (67,6 %) mukana olleissa yksiköissä. Vastauksista ilmeni että, alle puolet (48,6 %) vastaajista käyttävät työnkiertoa ja että yli puolet (56,8%) vastaajista eivät käytä työaika- autonomiaa.

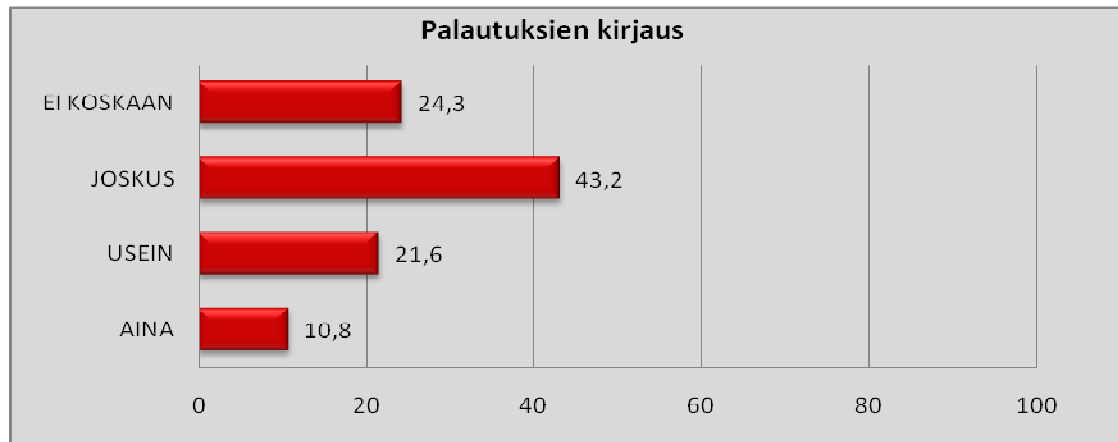
Henkilöstön kannustamiskeinoja esimerkiksi tulospalkkioita ja sanallisia palautteita käytetään vastaajien mukaan kiitettävästi (83,8 %). Johdon hyväksymä uusien työntekijöiden perehdyttämissuunnitelma on vastaajien mukaan käytössä yli puolessa (54,1%) yksiköistä. Esimiesten ja henkilökunnan välisiä työpaikkakokouksia järjestetään vastaajien mukaan vähintään neljä kertaa vuodessa miltei joka yksikössä (91,1 %) Myös työilmapiiriä seurataan miltei kaikissa mukana olleissa yksiköissä 91,1 %) ja Vastauksista ilmeni, että yli puolessa (59,5 %) yksiköistä tehdään työhyvinvointikysely. Vastauksista ilmeni myös, että kolmanneksessa (73,0 %) mukana olleissa yksiköissä, kirjataan kaikki vahingot, vaaratilanteet ja tapaturmat, joilla on vaikutusta henkilökunnan työhyvinvointiin.

Toimintakykyä edistävää sisäistä koulutusta järjestetään kaikissa yksiköissä kuvion osoittamalla tavalla (kuvio 21). Ainoastaan yhdessä yksikössä ei koskaan järjestetä toimintakykyä ylläpitävää koulutusta.



KUVIO 21. Toimintakykyä edistävä sisäinen koulutus

Vain viidennes vastaajista kirjaa usein saadut palautteet. Neljännnes vastaajista ei koskaan kirjaa saatuja palautteita.



KUVIO 22. Palautuksien kirjaus

6.4 Avoimet kysymykset

Avoimilla kysymyksillä haimme vastaajien tarkempia mielipiteitä seuraaviin kysymyksiin: 1) Millaisen koette henkilökunnan asennoitumisen toimintakykyä edistävää hoitotyötä kohtaan? 2) Millaisia haasteita koette toimintakykyä edistävässä hoitotyössä teillä esimiehenä olevan? 3) Kuinka mielestänne toimintakykyä edistävän hoitotyön johtamista voidaan kehittää? Kysymykset oli muotoiltu tavalla, jossa esitettiin kysymys ja jätettiin tyhjä tila vastausta varten.

Ensimmäisessä avoimessa kysymyksessä halusimme kartoittaa millaisena vastaaja kokee henkilökunnan asennoitumisen toimintakykyä ylläpitää hoitotyötä kohtaan. Asennoitumisessa toimintakykyä ylläpitävää hoitotyöhön koettiin ajoittain olevan puutteita, mutta pääosin henkilöstön koettiin olevan motivoitunutta. Asennoituminen koetaan vaikuttavan sitoutumiseen. Vastauksissa ilmeni, että vakituisen henkilöstön koetaan olevan motivoituneita toimintakykyä ylläpitävää hoitotyöhön. Sijaisten vaihtuvuus hankaloittaa toimintakykyä ylläpitävää hoitotyötä.

Voimakkaimmin vastauksissa tuli kuitenkin esiin henkilöstön osaamisen ylläpitäminen ja kehittäminen, koulutusta lisäämällä. Henkilöstö tarvitsee säännöllisesti koulutusta, koska asenteet ja työtavat muuttuvat hitaasti. Vanhoja työtapoja on vaikea muuttaa ja asiakkaan puolesta tehdään liikaa.

Vastaajien mielestä RAI – järjestelmä edistää henkilöstön sitoutumista toimintakykyä edistävään hoitotyöhön. Sitoutumista edistää asiakkaalle yhdessä laadittu hoitosuunnitelma, jota kaikki noudattavat.

” Vanhojen rutiinien mukaan tehdään töitä vuodesta vuoteen vaikka potilaan muuttuu.”

” Lisää koulutusta kaikille.”

”Osastolla tiedetään mitä kuntouttava hoitotyö on, mutta nopeammin saada työt tehtyä kun tehdään potilaan puolesta.”

Toisessa avoimessa kysymyksessä halusimme kartoittaa millaisia haasteita esimies kokee toimintakykyä edistävässä hoitotyössä olevan. Toimintakykyä edistävän hoitotyön haasteisiin koettiin vaikuttavan erityisesti dementoituneet asiakkaat. Koettiin, että henkilöstölle tulisi antaa lisää koulutusta haasteellisten asiakkaiden hoitamisessa, siten, että toimintakykyä ylläpitävä hoitotyö toteutuisi. Henkilökunnan motivointi ja sitouttaminen nousi vahvasti esiin vastauksissa. Vastauksista ilmeni myös, että esimieheltä odotetaan tukea ja kannustusta.

Vastauksista nousi esiin myös henkilöstövajaus ja osastojen toimintaedellytysten puutteellisuus. Osastojen kiire ja ajoittaisten henkilöstövajauksien koettiin vaikuttavan toimintakykyä edistävän hoitotyön toteutumiseen. Järjestelmällisyydessä ja toimintakykyä edistävän hoitotyön suunnitelmallisuudessa todettiin olevan parantamisen varaa. Toivottiin, että muut jakaisivat hyväksi koettuja esimerkkejä ja toimintatapoja myös muille.

Vastaajat toivoivat myös enemmän yhteistyötä, osastokokousten ja keskustelujen lisäämistä motivoinnin ylläpitämiseksi. Vastaajat kokivat, että ajanpuute vaikutti myös palaverien ja tapaamisten järjestämiseen. Suunnitelmia ei aina ehditä toteuttaa ja palautteen antaminen henkilöstölle jää vähäiseksi. Huono taloudellinen tilanne ja resurssien vähyys toivat myös haasteita esimiestyöhön. Haasteelliseksi koettiin myös hoitotyön imagon nostaminen. Myös lääkäriltä toivottiin esimiehille enemmän tukea samoin kuin muilta lähiesimiehiltä.

” Yhteistyön kehittäminen, tällä hetkellä työ on yksinäistä puurtamista ”

” Johtamiseen lisää välineitä, tuloksien seurantaohjelmia.”

”Henkilöstöä tulisi lisätä, kun potilaiden vointi heikkenee, vaikka säästöjä olisikin tehtävä.”

Kolmannessa kysymyksessä halusimme kartoittaa, kuinka esimiehen mielestä toimintakykyä edistävän hoitotyön johtamista voitaisiin kehittää? Vastaajat ilmaisivat, että toimintakykyä edistävän hoitotyön johtamista haluttiin kehittää lisäämällä heille koulutusta muun muassa RAI- järjestelmän käytön hyödyntämisestä, hoidon suunnittelussa, toiminnan suunnittelussa ja laadun seurannassa. Vastaajien mukaan RAI- arvioinneista saatavaa tietoa ei hyödynnetä esimiestyössä juuri ollenkaan.

Vastauksista ilmeni myös, että yhteistyötä muiden yksiköiden esimiesten ja RAI- vastuuhenkilöiden kanssa tulisi kehittää. Esiin nousi toisten kokemusten vertaaminen omiin kokemuksiin juuri samassa tilanteessa olevien kanssa. Lisäksi toivottiin ylemmän johdon tukea oman esimiestyön kehittämiseksi.

” Lisää koulutusta RAI- käytöstä johtamisessa ”

” RAI – tuloksia pitäisi oppia käyttämään enemmän.”

”Moniammatillista yhteistyötä lisää, fysioterapia ja toimintaterapia mukaan hoidonsuunnitteluun”.

7. TOIMINTAKYKYÄ EDISTÄVÄN HOITOTYÖN KEHITTÄMINEN RAI-ARVIOINTIJÄRJESTELMÄN AVULLA JOHTAMISEN NÄKÖKULMASTA

Tässä opinnäytetyössä esitämme mukana olleille työyksiköille ehdotuksemme toimintamallista, jolla toimintakykyä edistävää hoitotyön johtamista voidaan kehittää käyttäen olemassa olevaa RAI- arviointijärjestelmästä saatuja tunnuslukuja toiminnan suunnitteluun ja laadun seurantaan.

Kyselyn pohjalta selvisi, etteivät esimiehet käytä RAI- arviointijärjestelmää täysipainoisesti omissa tehtävissään. Vastauksissa ilmeni, että RAI- järjestelmän koettiin olevan tärkeä ja merkittävä kokonaisuus toimintakykyä edistävän hoitotyön johtamisessa, mutta todettua hyötyä pitäisi vastaajien mielestä jakaa ja verrata enemmän muiden hoitotyön esimiesten kanssa. RAI- järjestelmän avulla esimiehet voivat suunnitella hoitotyötä sekä kehittää toimintakykyä edistävän hoitotyön johtamista.

Tulkintamme mukaan RAI:n avulla saatuja tuloksia ei hyödynnetä riittävästi esimiesten hallinnollisissa tehtävissä, joiden avulla hoitotyötä johdetaan, arvioidaan ja tehdään päätöksiä hoidon vaikuttavuuden ja laadun arvioimiseksi. Tuloksista nähtiin myös, että esimiehet kokevat oman henkilöstön tarvitsevan enemmän kannustusta ja motivointia RAI- järjestelmän käyttöön, jotta myös asiakkaan tarpeisiin perustuvissa hoitotyön suunnitelmissa RAI:n tuloksia voidaan täysipainoisesti hyödyntää. Järjestelmän säännöllinen käyttäminen on kuitenkin lisännyt halua henkilöstön ammatillisen osaamisen kehittämiseen.

Henkilöstön kehittämistarpeiden määrittelyssä tulee analysoida yksityiskohtaisesti minkälaisia kehittämistarpeita organisaatio-, työyhteisö- ja yksilötasolla on. Määrittelyssä on huomioitava kehittämistarpeet niin nykyisten työtehtävien suhteen kuin tulevaisuuttakin ajatellen. Kehittämismenetelmiä on runsaasti työpaikalla ja työpaikan ulkopuolella toteutettavia. Ennen kehittämistoimenpiteiden suunnittelua täytyy selvittää, mitä pitäisi oppia, mitä virheitä pitäisi oppia korjaamaan ja parantamaan ja mitä uudistamalla kilpailukykyä saadaan parannettua. Kysymyksiin pystyy vastaamaan ainoastaan oma henkilöstö ja johto. (Österberg 2005, 122-123.)

7.1 RAI – arviointijärjestelmään perustuvan toimintamallin kehittäminen

Tässä opinnäytetyössä saatujen tulosten perusteella RAI- järjestelmä on ollut käytössä pääsääntöisesti kaksi – kolme vuotta ja lähes kaikissa yksiköissä on RAI – vastaava. Myös lähes kaikki esimiehet ovat käyneet RAI- ABC – koulutuksen. Kuitenkin RAI- järjestelmästä saatua tietoa hyödynnetään vain joskus hoitotyön johtamisessa sekä toimintakykyä edistävän hoitotyön kehittämisessä. Melkein kaikki kokivat tarvitsevansa RAI- järjestelmään liittyen esimiehille suunnattua lisäkoulutusta. Suurin osa vastaajista koki myös, että tuki RAI- järjestelmään liittyen muiden esimiesten kanssa on vähäistä. Säännöllistä yhteistyötä toimintakykyä edistävän hoitotyön kehittämisessä muiden osastojen, yksiköiden lähiesimiesten kanssa ei ollut riittävästi.

Vastaukset yhdistämällä päädyttiin kehittämisideaan, jossa RAI- järjestelmän tuottamaa tietoa ja terveyden ja hyvinvoinninlaitokselta tulevaa palauteraporttia käsiteltäisiin säännöllisesti järjestettävissä moniammatillisissa kokouksissa. Kehittämisideana on suunnitella RAI- järjestelmän käytön hyödyntämistä edistävä toimintamalli. Toimintamallin tavoitteena on toimintakyvyn arvioinnin ja ikääntyvän terveyttä edistävän toiminnan avulla, kehittää paikallisesti ja/tai alueellisesti hoitotyön laatua pitkäaikaishoidossa. Toimintamallin tavoitteena on myös tukea henkilöstöjohtamista, RAI – järjestelmän avulla.

Ehdotuksemme toimintamallista perustuu Riitta Seppänen–Järvelän (2005) toimittamassa teoksessa ”Vertaismenetelmät kehittävän arvioinnin välineenä” oleviin kehittävän vertaisarvioinnin ja vertaiskäynnin toimintamalleihin. Mukailleen malleja olemme laatineet oman näkemyksemme mukaisen toimintamalliehdotuksen tutkimuksessa olleiden työyksiköiden käyttöön.

Kehittävä vertaiskäynti on samanlaisten ammattiryhmien, työyksiköiden tai saman ongelman tai työalueen parissa työskentelevien kesken tapahtuvaa työn kehittämistä, jossa keskeisenä osana on vierailu- tai tutustumiskäynti. Kehittävä vertaiskäynti on lähinnä vertaisarviointia. Kehittäväällä vertaiskäynnillä on läheiset liittymäkohdat vertailukehittämiseen (Benchmarking).

Siitä se eroaa siten, ettei arviointikumppaniksi haeta parasta mahdollista esimerkkiä, vaan vertainen samanlaisten asioiden kehittämisestä kiinnostunut kumppani. Kumppani on useimmiten oman organisaation ulkopuolelta ja lisäksi keskeistä on oman toiminnan näkyväksi tekeminen muille. (Hellsten ym. 2004, 11.)

Vertaisarvioinnilla tai rinnalla käytetyn vertaiskonsultoinnilla tarkoitetaan samaan ammattiryhmään kuuluvan tai saman ongelman parissa työskentelevän kesken tapahtuvaa työn kehittämistä. Tavoitteena on edistää asiantuntijoiden ongelmaratkaisutaitoja korostamalla oman toimintatavan tunnistamista ratkaisutaitojen kehittämisessä. (Perttilä 2005, 47.)

Omaan toimintaan rutinoituminen ja sokeutuminen merkitsevät, ettei omia vahvuuksia tai kehittämiskohteita ole helppo havaita. Siksi on tärkeää peilata omaa toimintaa muiden kanssa. Kysymys on prosessista, jossa voidaan peilata itseään muihin, muokata näkemyksiään ja lisätä omaa itseymmärrystään. Yhteisö voi vahvistaa yksilöiden kuulumista ryhmään ja luoda omaa identiteettiään. Vertaisryhmä tarjoaa ehkä sosiaalista tukea ja yksilö saa mahdollisuuden oppimiseen. Voidaankin puhua reflektiivisestä työotteesta. (Seppänen-Järvelä 2005,13.)

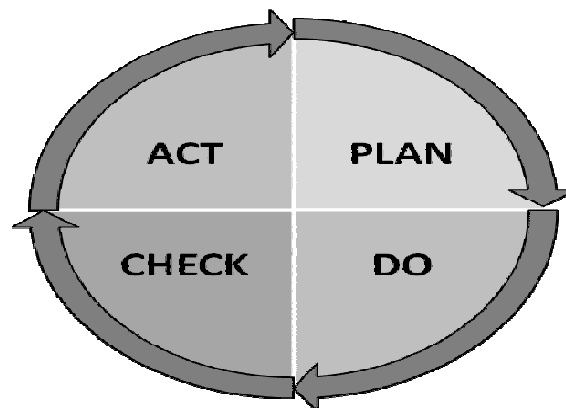
7.2 RAI- arviointijärjestelmään perustuva toimintamalli

Toimintamallin tarkoituksena on perustaa kehittävä asiantuntijaryhmä, joka kokoontuu kahdesti vuodessa ja joka koostuu osastojen lähiesimiehistä sekä RAI- vastaavista. Asiantuntijaryhmän tavoitteena on, toimia suunnitteluvälineenä laitoshoidon laadun kehittämisessä paikallisesti ja/tai seudullisesti. Asiantuntijaryhmä voi koostua saman organisaation, mutta eri osastojen henkilöistä. Ryhmä voi koostua myös eri alueiden yhteistyökumppaneista jolloin toimintaa voidaan kehittää laajemmasta näkökulmasta käsin esim. yhteistoiminta-alueiden ja kuntaliitosten muodostuessa.

Kehittävän moniammatillisen asiantuntijaryhmän jäsenet käyttävät laadun kehittämisessä apuvälineenä RAI- arviointijärjestelmän tuottamaa systemaattisesti kerättyä tietoa.

RAI- järjestelmää käyttävät yksiköt tekevät tiedonsiirron terveyden ja hyvinvoinninlaitokselle puoli vuosittain. Tiedonsiirron jälkeen yksiköt saavat takaisin palauteraportin. Palauteraportin numeraalista tietoa voidaan hyödyntää keskustelun, suunnittelun ja arvioinnin pohjana laadun seurannassa sekä toiminnan suunnittelussa.

RAI- järjestelmän avulla kehittävä asiantuntijaryhmä voi seurata toimintakyvyn parantamiseksi tehtyjen toimenpiteiden vaikutuksia asiakkaan toimintakykyyn. Asiantuntijaryhmän kokoontuminen noudattaa tässä opinnäytetyön toimintamallin suunnitelmassa mukailleen laatutyöskentelyn perusmallia, PDCA- sykliä (Kuvio 23) Palauteraportit kertovat numeraalisesti mitä kehitettävää omassa yksikössä on, jolloin toiminnan kehittäminen PDCA- syklin mukaisesti voidaan aloittaa. Alla olevassa kuvio on S.S. Soinin 7- vaiheinen malli, johon on peilattu kehittävän vertaiskäynnin toimintamallia.



Kuvio 23. PDCA- sykli ja kehittävä vertaiskäynti (mukaihen Hellsten ym. 2004, 36).

Tämä PDCA – sykli on S.S. Soinin 7- vaiheinen malli, johon on peilattu kehittävän vertaiskäynnin toimintamallia. Sykli etenee seuraavanlaisesti:

1. Valitaan yhdessä kehittämisen tai suunnittelun kohde, mitä halutaan vertailla. Apuna on yksiköiden RAI – arvioinneista saadut osastoyhteenvedot sekä terveyden ja hyvinvoinninlaitokselta saadut palauteraportit. Kehittämisen teema-alue voi olla vaikka asiakkaan sosiaalinen aktiivisuus, lääkehoito, ravitseminen, kivun hoito jne.

2. Selvitetään nykytilanne, hankitaan tietoa, tarkkaillaan ja tehdään samalla itsearviointia, miten meillä kyseinen asia toimii.
3. Analysoidaan syitä, määritellään mitä tehdään. Mietitään syitä ja seurauksia. Mitkä voisivat olla korjaavia tai ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä. Mistä asioista on tarve saada tietoa, miten muissa yksiköissä kyseessä olevat asiat hoidetaan.
4. Toteutetaan korjaava toimenpide, järjestetään tarvittava valmennus, ohjaus tai sisäinen / ulkoinen koulutus. Suunnitellaan ja toteutetaan vertaiskäynti.
5. Tarkistetaan vaikutukset. Käytetään apuna yksiköiden RAI – arvioinneista saadut osastoyhteenvedot sekä terveyden ja hyvinvoinninlaitokselta saadut palauteraportit. Verrataan saatuja tuloksia asetettuihin tavoitteisiin. Siirrytään takaisin kohtaan 1. suunnittelu ellei tavoitteet täyttyneet. Tässä kohdassa selvitetään mitä olemme oppineet ja voisimmeko parantaa toimintatapaamme jollakin lailla.
6. Ryhdytään toimiin: standardoidaan valvotaan toimintaa, dokumentoidaan. Tässä kohdassa on tavoitteena vakiinnuttaa uudet ideat käytäntöön kouluttamalla ja valmentamalla.
7. Johtopäätökset ja tulevaisuuden suunnitelmat. Päätetään jatketaanko kehittämistä saman teema-alueen parissa vai valitaanko uusi kehittämisen alue (mukailten Hellsten ym. 2004, 13.)

Ensimmäisessä kokouksessa asiantuntijaryhmä valitsee yhteisen kehittämisen teema-alueen, joka pohjautuu terveyden ja hyvinvoinninlaitoksilta tuleviin palauteraportteihin. Jokainen selvittää nykytilanteen eli tekee itsearviointia siitä miten kyseinen asia omassa yksikössä toimii. Ryhmässä analysoidaan syitä, mietitään mitä tehdään. Itsearvioinnissa käytetään tiettyjä olemassa olevia kriteereitä tai mittareita, joita kussakin yksikössä on käytettävissään. Oman toiminnan kuvaamisen ja itsearvioinnin jälkeen selvitetään omat vahvuudet ja heikkoudet. Niiden perusteella mietitään, mihin asiaan haetaan vastauksia.

Yhteisesti valittu arviointi- tai kehittämiskohde voi olla esimerkiksi hoitokäytäntö, toimintaprosessi, työtapa, laatuun liittyvä kriteerit tai järjestelmä, potilasasiakirjat tai muut vastaavat dokumentit tai jokin ongelma työssä.

Rajaaminen on tärkeää, sillä liian laajan aiheen valitseminen voi johtaa pintapuoliseen käsittelyyn. Organisaatioiden kokoero tai eri kehitysvaihe voi haitata yhdessä kehittämistä. Tarpeet ja tapa tehdä työtä voivat olla hyvinkin erilaiset. (Hellsten 2005, 39.)

Tavoitteena on saada tietoa miten muissa yksiköissä asia hoituu ja toimitaan. Ryhmä suunnittelee korjaavan tai kehittävän toimenpiteen toteutumisesta vierailukäynnin avulla. Vierailukäynnin suunnitelma toteutetaan ryhmässä. Ryhmä laatii valmiit kysymykset, joita vierailukäynnillä toteutetaan tai päättää valmiiden kysymysmallien käyttämisestä. Ryhmä laatii sovitut pelisäännöt, joita on noudatettava käynnin yhteydessä. Ryhmä laatii tai päättää kriteerit, joita käytetään vierailukäynnin toteuttamisessa. Käytettävien kriteerien valinta perustuu aina vertaiskäynnin kohteen ja kehitettävänä olevan asian sisältöön. (Hellsten ym. 2005, 39).

Kehittävän vertailukäynnin toteuttamistapoja on useita ja niitä voidaan soveltaa tilanteesta tai tarpeista riippuen: Yksipuoleisessa vierailukäynnissä yksikkö tai ryhmä tekee vierailukäynnin kumppanin luokse. Kehittäminen tapahtuu varsinaisesti vierailukäynnin tehneessä yksikössä, mutta vierailupaikka saa palautetta heti käynnin yhteydessä. Vastavuoroisessa vertailukäynnissä kaksi organisaatiota haluaa yhdessä kehittää samaa kohdetta ja toteuttavat vastavuoroiset käynnit. Monenvälisessä vierailukäynnissä useampi kuin kaksi organisaatiota haluaa kehittää yhdessä toimintaansa ja vierailut tehdään ristiin kaikkien luokse. Vierailun tuloksena syntyy vertaisverkosto. (Hellsten ym. 2005, 41.)

Seuraavassa kokouksessa tarkistetaan vaikutuksia, vertaillaan tuloksia tavoitteisiin. Mietitään mitä on opittu ja onko toiminnan vaikutuksista ollut hyötyä. Ellei tavoite ole toteutunut ryhmä palaa suunnitteluun ja miettii mahdollisesti uutta kohdetta tai uusia keinoja. Mikäli tavoitteet on ryhmän mielestä toteutunut, päätetään istuttaa uusi havaittu tai opittu idea käytäntöön. Eli jokainen päättää siitä, ottaako idean omaksi tavakseen toimia uutena työvälineenä. Terveiden ja hyvinvoinninlaitokselta tulevat RAI – arviointijärjestelmän tietoihin perustuvat palauteraportit kertovat onko kehittävä asiantuntijaryhmä edennyt asetettujen tavoitteiden mukaisesti. Kehittävän asiantuntijaryhmän mietittäväksi jää kuinka mahdollisiin esiin tuleviin haasteisiin vastataan.

Syklinä toimiva ryhmä laatii johtopäätökset ja uudet tulevaisuuden suunnitelmat. Samalla ryhmä päättää jatkaako toimintaa sekä päättää uudesta mahdollisesta vertaiskäynnin kohteesta. Kaikista vaiheista laaditaan kirjalliset raportit tai pöytäkirjat, joihin on helppo palata. Vierailukäynneistä laaditaan mahdollisimman pian sen toteutumisen jälkeen kirjallinen raportti. Raportissa kerrotaan havainnoista ja kokemuksista. Raporttia voidaan laajentaa ja täydentää asiantuntijaryhmän kokoontumisien yhteydessä. Raportti voidaan myös toimittaa heti käynnin jälkeen vierailun kohteena olevaan yksikköön.

8. POHDINTA

8.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan validiteetin ja reliabiliteetin käsitteillä. Validiteetilla tarkoitetaan tutkimusmenetelmän ja tutkimuskohteen yhteensopivuutta ja sitä, onko tutkimuksessa tutkittu juuri sitä, mitä oli tarkoitus. Tutkimus on validi, jos tutkija on kyennyt siirtämään tutkimuksessa käyttämänsä teorian käsitteet ja ajatuskokonaisuuden mittariin. (Tuomi ym. 2006, 133; Heikkinen ym. 2007, 147; Vilka 2007, 150.)

Tämän opinnäytetyön aiheen valintaan vaikutti koulutusohjelmamme ydin eli ikääntyvän terveyden edistäminen ja pitkäaikaipotilaan hoito. Lisäksi opinnäytetyön aihevalintaa vauhditti RAI- arviointijärjestelmän ajankohtaisuus laitoshoidossa laadun arvioinnin ja toiminnan suunnittelun välineenä. Halusimme perehtyä RAI- arviointijärjestelmän käytön kehittämiseen nimenomaan johtamisen näkökulmasta, koska johtamisen opinnot kuuluivat suurena kokonaisuutena opetussuunnitelmaamme. Aihevalintaa tukivat myös ne lähtökohdat, että toisella tutkijalla on osaamista RAI- arviointijärjestelmän käytöstä ja toisella puolestaan kokemusta esimiestehtävistä. Tutkimuskohteiden valintaa innosti myös se, että koulutuksemme aikana olimme tehneet työelämäprojektin Koukkuniemen vanhainkotiin.

Luotettavuuden kannalta on tärkeää, että otos on kattava ja tarpeeksi suuri ja, että vastausprosentti on korkea (Heikkilä 2004, 188). Jotta aineistomme saatiin tarpeeksi kattavaksi, lisäsimme tutkimuskohteeksemme toisen opinnäytetyön tekijän kotiseudulta ne vanhustenhuollon yksiköt, joissa RAI- järjestelmä on ollut käytössä yli vuoden. Järjestelmälliset virheet harhaanjohtavat tuloksia ja heikentävät tutkimuksen reliabiliteettia ja validiteettia (Vilka 2007, 153). Tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkijan tarkkuus ja kriittisyys koko tutkimusprosessin ajan. Virheitä voi sattua missä tutkimuksen vaiheessa tahansa, joko tietoja kerättäessä tai niitä tulkitessa. Siksi on tärkeää, että tutkija käyttää vain sellaisia analysointimenetelmiä, jotka hän osaa. (Heikkilä 2004, 30.)

Tutkimusmenetelmäksi valitsimme kyselyn, koska sen avulla oli mahdollisuus saada kattava aineisto. Vastausprosentiksi saatu 62,7 % on tässä kyselytutkimuksessa mielestämme hyvä tulos. Yhtään lomaketta ei tarvinnut hylätä. Otokoko oli myös hyvä, sillä kyselyyn osallistuneet oli valikoitu tietystä ammattiryhmästä. Vastaajia oli kuitenkin määrällisesti niin paljon, että haastattelu tutkimusmenetelmänä olisi ollut opinnäytetyön tekemisen aikataulussa liian haastava ja mahdotonkin tehtävä. Kyselymenetelmä oli tehokas ja säästi aikaa. Kysely antoi vastaajille mahdollisuuden osallistua tutkimukseemme täysin nimettömänä ja tuntemattomana.

Reliabiliteetin eli toistettavuuden avulla arvioidaan tulosten kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Kvantitatiivisissa tutkimuksissa voidaan käyttää erilaisia kehiteltyjä tilastomenetelmiä, joiden avulla voidaan arvioida mittareiden luotettavuutta. (Heikkinen ym. 2007, 147; Hirsjärvi ym. 2007, 226.) Tässä tutkimuksessa luotettavuutta on pyritty parantamaan avointen kysymysten liittämällä kyselylomakkeeseen. Tavoitteena oli saada tarkempia vastauksia toimintakykyä edistävän hoitotyön johtamisen kehittämiseen.

Reliabiliteetti tarkoittaa tutkimuksen tarkkuutta. Tulokset eivät saa olla sattumanvaraisia, vaan luotettavalta tutkimukselta vaaditaan toistettavuutta samanlaisin tuloksin. Tutkimuksen on oltava tarkka ja kriittinen, mutta virheitä voi sattua tietoja kerättäessä ja käsiteltäessä sekä tuloksia tulkittaessa. On tärkeää, että tutkija osaa käyttää vaan hallittavia analysointimenetelmiä ja osaa tulkita tulokset oikein. Jotta saadaan luotettavia tuloksia, on varmistettava, että kohderyhmä edustaa koko tutkittavaa perusjoukkoa. (Heikkilä 2004, 30.)

Vastaajat valittiin nimenomaan esimiestyötä tekevistä henkilöistä. Kyselylomakkeen käännsimme Pietarsaaren alueelle myös ruotsinkielisinä niihin yksiköihin, joissa äidinkielenä on ruotsi. Myös saatekirje laadittiin ruotsinkielisiin yksiköihin ruotsiksi. Ruotsinkielisen ja suomenkielisen kyselylomakkeen yhdenvertaisuus tarkistettiin useaan otteeseen täysin kaksikielisillä esimiehillä, jotka eivät kuuluneet varsinaiseen tutkimusjoukkoon. Analysointiin valittiin havaintomatriisi, jossa tutkimusaineisto oli helppoa ja nopeaa käsitellä tilastollisesti.

Validiteetti ja reliabiliteetti soveltuvat monen tutkijan mielestä huonosti laadulliseen tutkimukseen, koska käsitteiden käyttö perustuu alun perin suuriin tilastollisiin aineistoihin ja analyysiin (Heikkinen ym. 2007, 148). Tutkimuksen validiutta voidaan tarkentaa käyttämällä useita eri menetelmiä (Hirsjärvi ym. 2007, 228).

8.2 Tutkimuseettiset näkökulmat

Tutkimukseen liittyy eettisiä valintoja aina aihevalinnasta tulosten raportointiin saakka. Jo tutkimusaiheen valinta on eettinen kysymys. Tutkimus saattaa sisältää useita eri tutkimuseettisiä ongelmia. Näitä ovat tutkimuslupaan liittyvät kysymykset, tutkimusaineiston keruuseen liittyvät ongelmat ja tutkimuksesta tiedottaminen. Tieteen etiikan mukaan hyvän tutkimuksen kriteereitä ovat tutkimuksen sisäinen johdonmukaisuus eli miten ja millaisia lähteitä käytetään sekä tutkimuksen eettinen kestävyys. (Tuomi ym. 2006, 122 - 126.) Tutkimuksen uskottavuus, tutkijan etiikka, rehellisyys ja vilpittömyys perustuvat hyvään tieteelliseen käytäntöön (Tuomi ym. 2006, 129, 130). Tutkija ei voi sanoutua irti arvolähtökohdista, sillä arvot ohjaavat tutkijaa ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä. Objektiivisuuttakaan ei voi täysin saavuttaa, sillä tutkija ja se, mitä jo tiedetään, liittyvät saumattomasti toisiinsa. (Hirsjärvi ym. 2007, 152.)

Tämän opinnäytetyöprosessin alku- ja suunnitelmavaiheessa otimme yhteyttä ylempään johtoon tiedustellaksemme heidän mielipidettään tutkimuksen tekemisestä. Kävimme yhteisen suunnittelupalaverin Tampereen laitoshoidon johtajan kanssa, joka kertoi oman näkemyksensä aiheen valinnasta ja suunnittelemastamme tutkimusmenetelmästä. Toinen tekijöistä kävi kertomassa aiheesta Pietarsaaren seudun organisaatioissa. Lisäksi kävimme sähköpostin välityksellä viestintää puolin ja toisin tutkimuksen toteutuksen eri vaiheissa Tampereella laitoshoidon päällikön ja Pietarsaaren seudun yhteyshenkilön kanssa. Yksiköt saivat päättää tutkimukseen osallistumisesta. Tähän tutkimukseen osallistuneet yksiköt esitetään anonymieinä.

Tutkimuksen eettisyys edellyttää, ettei tutkimus vahingoita millään lailla tutkimukseen osallistuvia henkilöitä. Eettisyyden periaatteen mukaan tutkimuksen tulee olla siihen osallistuville vapaaehtoista ja heillä tulee niin halutessaan olla mahdollisuus keskeyttää tutkimuksen tekeminen missä tahansa tutkimuksen vaiheessa. (Kuula 2006, 107.) Tämän tutkimuksen eettisyyttä ylläpidimme analyysiaiheen tutkimusmateriaalin rehellisellä käsittelyllä sekä asianmukaisella analysoinnilla. Osallistujien anonymiteettia paransi se, että aineistot kerättiin eri yksiköistä ja ne sekoitettiin keskenään. Opinnäytetyön tekijät ovat sitoutuneet aineiston hävittämiseen kirjallisen opinnäytetyön valmistuttua.

Tutkimuksen eettisessä pohdinnassa tulee ottaa huomioon, kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimusta aletaan tehdä. Osallistujille on tarkoin selvitettävä tutkimuksen tavoitteet, käytettävät menetelmät ja mahdolliset riskit sekä se, mistä tutkimuksessa on kyse. Yksilöillä on oikeus vetäytyä missä tahansa vaiheessa tutkimusta, kieltää jälkikäteen itseänsä koskevan materiaalin käyttö ja oikeus tietää nämä oikeutensa. Tutkimustietojen on oltava luottamuksellisia, eikä tietoja saa luovuttaa sivullisille. Nämä kaikki seikat on selvitettävä tutkimukseen osallistujille ennen aineiston keruuta. (Tuomi ym. 2006, 126-129.)

Ennen kyselyn toteuttamista toimitimme kyselylomakkeet ja saatekirjeet yksiköihin luettavaksi. Muutaman kysymyksen kieliasua muutettiin selkeämmäksi. Lopullinen kyselylomake oli kaikkien yksiköiden yhteisesti hyväksymä. Koukkuniemessä kuten myös Pietarsaaren seudulla kävimme erikseen paikan päällä yhteyshenkilöiden kanssa läpi kysymysten sisältöä. Näin kyselyyn osallistuneet yksiköt saivat vaikuttaa kysymysten sisältöön sekä antaa korjausehdotuksia.

Tiedonhankintamenetelmät aiheuttavat eettisiä ongelmia. Lähtökohtana tutkimuksessa on oltava ihmisarvon kunnioittaminen. Ihmisillä on oltava oikeus päättää osallistumisestaan tutkimukseen. Myös tapa suostumuksen antamisesta on selvitettävä. Tärkeää on myös selvittää osallistujille, millaisia riskejä osallistumiseen sisältyy. (Hirsjärvi ym. 2007, 25.) Osallistumispäätökseen vaikuttaa se mitä tutkimus konkreettisesti sisältää. Tutkittavat voivat tehdä päätöksen tutkimukseen osallistumisestaan vasta riittävän informaation varassa. (Kuula 2006, 106-107.)

Onnistunut tutkimus saa parhaimmillaan ihmiset luottamaan omaan järkeensä ja parantamaan elinolojaan. Se saa ihmiset uskomaan omiin kykyihinsä ja taitoihinsa. Eettisesti toimiva tutkija miettii tutkimuksensa vaikutusta tutkittaviin, yhteiskuntaan ja ihmiskuntaan. Tutkimuksen laatua voidaan arvioida sen pohjalta, miten eettisiä ongelmia tutkimuksessa on käsitelty. (Heikkinen ym. 2007, 155 – 158.)

Raportointi ei ole pelkästään tutkimuksen vaiheiden mekaanista kirjaamista, tulosten luettelemista tai tilastollisten menetelmien soveltamista. Raportin laatiminen edellyttää perehtyneisyyttä tutkimusalueeseen ja näin saadun tiedon omaksumista, jäsentely- ja esittämiskykyä, loogista ajattelua, luovuutta ja kirjallisen esitystavan hyvää hallintaa. Tarkoituksena on saada lukija ymmärtämään, mistä on kysymys ja luottamaan tutkimuksen tekijään. Tutkimuksen kaikki vaiheet sekä aiheeseen liittyvät teoriat ja aikaisemmat tutkimussuuntaukset tulee selvittää riittävän yksityiskohtaisesti ja tarkasti. Raportoinnin pitää osoittaa, että tekijä hallitsee aiheensa taustaa, hallitsee tutkimuksen suunnittelussa, toteutuksessa ja kirjoittamisessa vaadittavat menettelytavat (Hirsjärvi ym. 2007, 234-245.)

8.3 Tulosten tarkastelua

Tässä osiossa opinnäytetyön tuloksia tarkastelemme tutkimustehtäviin pohjautuen, koska opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää miten RAI- järjestelmän tuottamaa tietoa käytetään tähän tutkimukseen osallistuvissa yksiköissä ja koska tavoitteena oli kehittää RAI- järjestelmän käytön hyödyntämistä edistävä toimintamalli henkilöstöjohtamisen tueksi. Opinnäytetyömme tavoitteena oli myös toimintakyvyn arvioinnin ja ikääntyvän terveyttä edistävän toiminnan avulla kehittää paikallisesti tai alueellisesti hoitotyön laatua pitkäaikaishoidossa. Tässä opinnäytetyössä esiin tulleita tuloksia ei voida yleistää, koska työmme kertoo vain mukana olleiden tahojen RAI- arviointijärjestelmän käytön hyödyntämisestä.

Ensimmäisessä kappaleessa pohdimme miten lähiesimiehet hyödyntävät RAI-arviointijärjestelmän tuottamaa tietoa työyhteisön kehittämisessä. Toisessa kappaleessa pohdimme mikä on johtamisen merkitys toimintakykyä edistävän hoitotyön kehittämisessä ja kolmannessa kappaleessa pohdimme mikä on näkymättömien voimavarojen merkitys johtamisessa.

8.3.1 Työyhteisön kehittäminen RAI- arviointijärjestelmän avulla

Opinnäytetyömme peruslähtökohdat eli kehittämis ehdotus ja kehittämistoimenpiteet kiteytyivät kyselyn tuottaman tiedon myötä. Tässä tutkimuksessa esiin tulleiden asioiden myötä päädyimme tarkastelemaan toimintakykyä edistävän hoitotyön kehittämistä sekä RAI- arviointijärjestelmän entistä monipuolisempaa käyttöä nimenomaan johtamisen apuvälineenä. Kehittämis ehdotuksemme tavoitteena on yksittäisen asukkaan terveyden edistäminen toimintakykyä ylläpitämällä sekä henkilökunnan entistä parempi sitoutuminen toimintakykyä edistävään hoitotyöhön.

Pitkäaikaishoidossa oleva asiakas on jo toimintakyvyn vajeen takia riippuvainen hoidosta ja avusta selvitäkseen turvallisesti päivästä toiseen. Hoidon tavoitteena on saavuttaa maksimaalinen toimintakyky, jonka perusteella asiakas voi kokea olevansa arvokas ihminen. Fyysisen toimintakyvyn heikentyminen on pitkäaikaishoidossa olevan asiakkaan eräs riskitekijöistä samoin kognitiivisten taitojen heikkeneminen. Asiakkaan sairastamat monenlaiset krooniset ja neurologiset sairaudet rajoittavat hänen omatoimisuuttaan vähentäen fyysistä aktiivisuutta. Tämä vaikuttaa heikentävästi omatoimisuuden kannalta tärkeisiin tekijöihin esimerkiksi tasapainoon. Lääkkeiden ja muiden hoitojen sivuvaikutukset voivat myös edesauttaa tarpeetonta omatoimisuuden menetystä. (Hietanen ym. 2003, 104 - 109; RAI – käsikirja 2001, 61.) Sairauksien ennaltaehkäisyllä ja oikeanlaisella hoidolla sekä mielekkäällä toiminnalla ylläpidetään myös psyykkistä toimintakykyä ja hidastetaan kognitiivisten toimintojen heikentymistä. (Hietanen ym. 2003, 161.) Kognitiivisen toimintakyvyn laskua pidetään merkittävimpana syynä laitoshoidon joutumiselle (Noro ym. 2005, 52).

Yksiköissä käytetty RAI- järjestelmä perustuu yksilön tarpeiden monipuoliseen systemaattiseen arviointiin, joka on perustana yksilön hoito- ja palvelusuunnitelman laadinnassa ja hoidon vaikuttavuuden seurannassa. Asiakaskohtainen tieto kerätään satoja kysymyksiä sisältävällä tietolomakkeella, joista samalla rakentuu joukko kansainvälisesti testattuja päteviksi ja luotettaviksi todettuja mittareita. RAI-järjestelmällä kerätty tieto antaa asiakaskohtaisen tiedon lisäksi työvälineitä hoitotyön johtajalle toiminnan suunnitteluun ja tulosten seurantaan iäkkäiden hoitoketjun kaikilla portailla.

Järjestelmän avulla pystytään myös mittaamaan hoidon laatua ja kustannuksia. RAI-arviointijärjestelmästä saatujen tunnuslukujen avulla voi osastolle laatia omaa osastoa koskevan vuosittaisen kehityssuunnitelman. Kehityssuunnitelmasta tulisi näkyä tavoitteet tulevalle vuodelle sekä yhteinen päätös siitä mitä RAI:n teema-alueita tulevana vuonna pyritään parantamaan tai mihin alueeseen kiinnitetään erityistä huomiota. RAI -järjestelmästä saatuja tuloksia tulee esitellä myös osastokokouksissa. Esimiehen tuki, kannustus ja motivointi ovat tärkeitä. Tavoitteena pitäisi olla, että jokainen työntekijä sitoutuu yhteisesti asetettuihin tavoitteisiin ja tukee potilaan toimintakykyä ja elämänlaatua, jotka vaikuttavat toisiinsa.

Moniammatillisen työskentelyn ja kuntoutumista edistävän hoitotyön taustalla on potilaan kokonaistilanteen ja toimintakyvyn systemaattinen ja kattava arviointi. Toimintakyvyn arviointi säännöllisin väliajoin on kuntoutumista edistävän hoidon lähtökohta. Taustaoletuksena tulisi olla, että jokaisella potilaalla on jäljellä toimintakykyä ja voimavaroja. Hoitotyöntekijän on tunnistettava nämä ja tuettava niitä tavoitteellisesti hoitotyön keinoin. (Heimonen & Voutilainen 2006, 23-57.) Jotta oikeisiin asioihin osataan tarttua, täytyy tunnistaa asiakkaan ongelmat tai vahvuudet. RAI- järjestelmällä suorittu arviointi antaa välittömän palautteen yksittäiselle hoitajalle. (Finne-Soveri 2007, 50.)

8.3.2 Johtamisen merkitys toimintakykyä edistävän hoitotyön kehittämisessä

Yksiköissä on laadittu hoitoideologiat tai hyvän hoidon laatuksiteerit ohjaamaan hoitotyötä, jonka tavoitteena on laadukas toimintakykyä edistävä hoitotyö. Asiantuntijalähtöisessä työyksikössä korostuu laadukkuus osaamisesta, asiakaslähtöisestä hoitotyöstä, viihtyisästä työyhteisöstä sekä motivoituneesta henkilökunnasta. Esimiesten tehtävänä on varmistaa laadukkaiden palveluiden toimivuus ja saatavuus. Esimiesten on myös vakuutettava paikalliset päättäjät palveluiden tarpeista.

Työyhteisön tulee olla tehokas, oppiva ja hyvinvoiva. Kilpailukyvyn ylläpitäminen edellyttää toiminnan kehittämistä ja tehostamista. Välttämätön toiminnan tehostaminen on tehtävä älykkäästi huomioiden henkilöstö, sillä viime kädessä osaava ja motivoitunut henkilöstö on yrityksen ainoa pysyvä kilpailuetu. Työyhteisön tulosten paraneminen on kiinteässä yhteydessä organisaation ja henkilöstön suoritusten kehittämiseen. Henkilöstön suoritukset ovat riippuvaisia osaamisesta, joka koostuu tiedoista, taidoista, asenteista, kokemuksesta ja kontakteista.

Henkilöstön kehittämistarpeita tulee miettiä työyhteisön tarpeista organisaatio-, työyhteisö- ja yksilötasolla nykyisten työtehtävien suhteen ja myös tulevaisuutta ajatellen. Ennen kehittämistoimenpiteiden suunnittelua täytyy selvittää mitä yhteisön pitäisi oppia, mitä virheitä pitäisi korjata tai parantaa. Lisäksi on mietittävä mitä kaikki edellyttää yksilötasolla jokaisen työntekijän kohdalla. Henkilöstön näkemyksiä voidaan selvittää esim. henkilöstötutkimusten ja kehityskeskustelujen yhteydessä. (Österberg 2005, 122-123.)

Pitkän tähtäimen toimintasuunnitelmissa ei juurikaan hyödynnetä RAI-arviointijärjestelmästä saatuja tunnuslukuja. Erittäin vähäiseksi jää henkilöstörakenteen ja resurssintien suunnittelussa, käyttämisessä ja arvioinneissa RAI- arvioinnin avulla, vaikka RAI- arviointijärjestelmä kertoo asiakasrakenteesta. Kuitenkin esimiehen yksi tärkeimmistä tehtävistä on tulevaisuuden palvelutarpeiden ja henkilöstön resurssintien suunnittelu tuloksellisuuden ja laadukkuuden saavuttamiseksi. RAI- järjestelmän luokitukset auttavat hahmottamaan rekrytoidaanko sairaanhoitajia vai lähihoitajia. (Finne-Soveri 2007, 50.)

Henkilöstösuunnittelu on tulevaisuuden ennakkointia. Henkilöstösuunnittelun avulla varmistetaan tulevaisuudelle tarpeellinen määrä motivoituneita osajia, jotka antavat hyvän työ- ja kehittämispanoksen toimintaan. Henkilöstösuunnittelulla parannetaan mahdollisuuksia jatkuvaan kehittymiseen ja uudistumiseen sekä luodaan perusta muutosten onnistumiselle. Henkilöstösuunnittelun ydin on henkilöstön määrä, laatu ja kohdentumisen määrittely tulevaisuuden tarpeille. (Viitala 2007, 51-54.)

Johtoryhmän kokouksissa RAI:n antaman tiedon hyödyntäminen on vähäistä. Myös muilta esimiehiltä saatu tuki on vähäistä. Tämä kertoisi siitä, että juuri yhdessä muiden esimiesten kanssa ei RAI- järjestelmää hyödynnetä. Olisi tärkeää, että esimiehet yhdessä niin yksilöinä kuin ryhmänäkin työskentelisivät yhteisten strategioiden ja tavoitteiden mukaisesti. Johtoryhmän jäsenten tuki olisi myös tärkeä tekijä esimiesten jaksamisessa, koska mukana olevat työyksiköt elävät muutoksessa ja työtehtävät moninaistuvat.

Uusien työkäytäntöjen käyttöönotto ei onnistu ilman johdon aktiivista kannustusta ja tukea. Henkilöstön jaksaminen, motivointi ja työhyvinvoinnin ylläpitäminen edellyttävät panostamista keskijohdon johtamismenetelmien kehittämiseen ja vahvistamiseen. (Viitanen ym. 2007, 13.) Henkilöstö ymmärtää vaikeitakin ratkaisuja, kun ne perustellaan hyvin. Päätösten ymmärrettävyys mahdollistuu RAI- järjestelmän tuottaman tiedon avulla. (Finne-Soveri 2007,51.)

RAI- arviointien hyödyntämistä vuorovaikutuksessa omaisten kanssa toteutetaan jonkin verran. Hoidon suunnittelu yhteistyössä omaisten kanssa onkin tärkeää. Omaisilta voidaan saada sellaista taustatietoa, jonka avulla perehtyminen asiakkaan elettyyn elämään helpottaa hoidon suunnittelua. Myös omaiset saavat kokea, että heidän mielipiteillään ja antamallaan tiedoillaan on merkitystä hoitoprosessin onnistumisessa. RAI- järjestelmän tuottaman dokumentoinnin perusteella hoitajat voivat selkeyttää omaisille asiakkaan toimintakykyä. Toimintakyvyn tukemisessa on keskeistä luottamuksellisuuteen ja vuorovaikutukseen perustuva suhde, joka vaatii asiakkaan elämänhistorian ja elämäntilanteen tuntemista (Luoma 2007, 42).

Esimiesten mielestä henkilöstön työhyvinvoinnin kehittämistä toteutetaan. Toimenpiteinä ovat kehityskeskustelut, uusien työntekijöiden perehdyttäminen, sairauspoissaolojen sekä koulutuspäivien seuranta ja työnkierto. Työaika-autonomia on kuitenkin vielä melko uusi toimintamuoto. Kyselyn tuloksista ja myös avointen kysymysten vastauksista kiireen koettiin haittaavan työn kehittämistä.

Kiireen kokemisella on työhyvinvointia heikentävä vaikutus. Siksi esimiesten onkin tärkeää keskittyä voimavarojen jakamiseen ja työn organisointiin. Johtajan johtamistapa vaikuttaa kokeman kiireen rasittavuuteen ja hoitopäätöksiin (Finne-Soveri 2007, 51).

Kannustamiskeinoina tulospalkkioita ja sanallisia palautteita käytetään yleisesti. Kehityskeskustelut ovat kanavia osaamisen reflektointiin sekä rakentavaan ja kannustavaan palautteeseen. Yhteisten pohdintojen avulla voidaan lisätä ja syventää omaa osaamista. Esimiehen tehtävä on kannustaa ja antaa tarvittavaa palautetta sekä lisätä organisaatiokulttuurin vuorovaikutuksellisuutta. Antamalla työntekijöille mielekästä ja tarvittavaa lisäkoulutusta, varmistetaan samalla henkilöstön pysyvyys.

Henkilöstökysymykset muun liiketoiminnan johtamisen kanssa muodostavat tiiviin prosessin. Henkilöstövoimavarojen johtaminen on yrityksen toiminnan johtamisen alue, osa johtamisprosessia, joka keskittyy ihmisten johtamiseen. (Viitala 2007, 23-24.) Tulevaisuudessa tiimityö korostuu. Ratkaisuja ristiriitoihin tulisi etsiä organisaation kulttuurista ja huomioitava työoloissa tarpeet yksilöittäin. Oppimisen edistäminen tulisi olla yksi tärkeimmistä ydintehtävistä. (Vuori 2005, 364.)

Vastaajista suurin osa tarvitsee RAI- järjestelmän esimiehille suunnattua lisäkoulutusta. Koska lisäkoulutuksen tarve todettiin suureksi, pitää siihen panostaa juuri esimiehen työtä ja tarpeita ajatellen. Todettiin myös, että oman työn ja ammattitaidon esiintuominen ja arvostus lisääntyy RAI- järjestelmän käytön myötä. Tulevaisuudessa organisaatioiden on uudistuttava ja kehityttävä jotta sosiaali- ja terveydenhuollossa tapahtuviin tulevaisuuden haasteisiin, kuten ikääntyvien ja muistisairaiden määrän kasvuun voidaan vastata.

8.3.3 Näkymättömien voimavarojen merkitys johtamisessa

Henkilöstön osaamisen vahvistaminen on terveyden edistämisen taitojen, tietojen ja toimintamallien kehittämistä strategisella ja ammatillisella tasolla. Strategisen osaamisen avulla voidaan johtaa toimintaa sekä kohdentaa voimavarat oikein. Ammatillinen osaaminen on näyttöön perustuvan tiedon ja menetelmien hallintaa. Henkilöstö tarvitsee joustavat mahdollisuudet oman osaamisensa ylläpitämiseen sekä kehittämiseen. (Laari 2007, 10.)

Perinteisesti henkilöstön sitoutumista on pidetty erittäin tärkeänä toiminnan laadun, tavoitteiden saavuttamisen, uudistumisen ja kehittymisen kannalta (Viitala 2007, 89). Käsitteenä sitoutuminen tarkastelee ihmisen suhdetta työntekoon. Sitoutumiseen kuuluvat työasenteet ja työkäyttäytyminen. (Lämsä ja Hautala 2004, 92.)

Vastauksissa ilmeni, että RAI- järjestelmän säännöllinen käyttö lisää merkittävästi henkilökunnan ammattitaidon ylläpitämistä ja osaamisen kehittämistä, vaikka järjestelmän käyttö tuo myös jonkin verran esiin muutosvastarintaa. Eräänä tulkintana voisi olla, että RAI- järjestelmän käyttö koetaan ajoittain osastolla ilmenevän kiireen vuoksi työläänä. Järjestelmän käyttö edellyttää, että arvioinnit tehdään ajallaan ja huolellisesti, koska arviointi on juridinen dokumentti.

Esimiehen tehtävänä on tukea ja kannustaa henkilöstöä arviointien teossa ja järjestää tarvittaessa myös työaika arvioinnin täyttämiseen. Henkilöstö tarvitsee esimieheltä palautetta tehdyistä arvioinneista, ettei arviointien täyttäminen ja hoitosuunnitelmien teko jäisi osastolla muusta toiminnasta irralliseksi kokonaisuudeksi. RAI- järjestelmä antaa esimiehille paljon ”apuvälineitä” henkilöstön motivointiin ja toimintakykyä ylläpitävän hoidon kehittämiseen. Järjestelmän avulla henkilöstön aiemmin näkymätön työ tulee näkyväksi. RAI- mittareista selviää muun muassa mikä on hoitajan antama kuntoutus. Esimiehen tukena henkilöstön motivoinnissa on terveyden ja hyvinvoinninlaitokselta saadut puolivuositteiset palauteraportit sekä järjestelmästä saadut osastoyhteenvedot. Kaikkia tuloksia tulisi käydä yhdessä läpi säännöllisin väliajoin moniammatillisesti. Lähijohtaja tehtävänä on hahmottaa osaston asukkaiden toimintakykyä uhkaavat riskitekijät ja kohdentaa osaston voimavarat niihin henkilöihin, joiden toimintakykyä voidaan vielä kohentaa (Finne-Soveri 2007, 51).

Lämsä ym. (2004) lainaavat Pinderin (1998) määritelmää työmotivaatiosta: ”Työmotivaatio on ihmisten sisäisten ja ulkoisten tekijöiden järjestelmä, joka virittää tavoitteellista työkäyttäytymistä. Työmotivaatiolla on muoto, suunta, kesto ja voimakkuus”. Edelleen Lämsä ym. (2004, 80-81) mukaan työmotivaatioon vaikuttavat henkilön sisäiset tekijät; tarpeet, ulkopuolen ympäristötekijät esim. palkkiojärjestelmät ja työn luonne. Työmotivaation muoto viittaa sisäiseen vireystilaan. Työmotivaation suunta kertoo onko henkilökohtaiset ja organisaation tavoitteet samansuuntaiset vai ristiriidassa keskenään. Työmotivaation kesto ja voimakkuus vaihtelevat. Alhainen

työmotivaatio kertoo haluttomuudesta tehdä työtä ja määrättyjä työtehtäviä. (Lämsä ym.2004,80-81.)

RAI- arviointijärjestelmän käyttäminen on luonut omat käytäntönsä osastojen toimintaan. Käytännöt ohjaavat osastojen hoitokulttuuria. RAI -järjestelmän myötä hoitotyön kirjaamisen lisäksi osastoilla kirjataan jonkin verran toiminnasta saatuja suoria palautteita. Suurimmaksi osaksi osastoilla kirjataan kaikki vahingot, vaaratilanteet ja tapaturmat, joilla on vaikutusta henkilökunnan työhyvinvointiin. Kun kirjaukset koetaan mielekkäänä osana hoitokulttuuria, siitä tulee järjestelmällistä ja silloin siihen sitoudutaan voimakkaammin.

Kirjaamisesta saattaa tulla myös rutiininomaista toimintaa, jolloin käytäntö rakentuu kirjaamisen ympärille. Kirjaamisesta ei ole hyötyä, jos kirjauksesta saatua tietoa ei suullisesti käsitellä. Myös kirjaamisen kokeminen ”lainsäädännön sanelemana pakkotoimenpiteenä” saattaa estää tiedon hyödyntämistä parhaalla mahdollisella tavalla. RAI- arviointijärjestelmä antaa tiedon hoidon vaikuttavuudesta.

Organisaatiokulttuuriin kuuluvat arvot, arvostukset, vuorovaikutussuhteet, hiljainen tieto, johtamiskulttuuri sekä ilmapiiri. Turvallisen ja luottamuksellisen organisaatiokulttuurin perustan luovat yhteiset arvot ja niihin sitoutuminen sekä yhteinen visio. Arvot ovat organisaatioin ydin, niihin vaikuttamalla, vaikutetaan kaikkiin asioihin jotka suuntaavat ihmisten käyttäytymistä ja asenteita. Organisaatioin arvot kertovat, mikä on tärkeää juuri meidän työpaikalla ja ne ohjaavat toimintaa. Vahva organisaatiokulttuuri on organisaatioin kilpailuetu, jota kilpailijat eivät voi jäljitellä. Se on käyttäytymistapoihin ja arvoihin perustuvien eri sääntöjen muodostama kokonaisuus, jonka mukaan ihmiset toimivat. (Viitala 2006, 56-64.)

Organisaatiokulttuurin tulee tukea työyhteisön avointa vuorovaikutusta. (Österberg 2005, 144). Avoimuus on yrityksen kulttuurissa sisällä oleva toimintatapa, jonka rakentaminen on pitkäjänteistä toimintaa. Vuorovaikutteinen esimiestyö on demokraattista jolloin koko henkilöstöllä on oikeus sanoa mielipiteensä. Vilpitön ja avoin keskustelu parantaa työyhteisön toimintaa niin henkilöstön viihtyvyyden kuin liiketoiminnan kannattavuuden näkökulmasta. avoimessa ja luottavaisessa ilmapiirissä viestinnän merkitys moninkertaistuu. Työyhteisön ilmapiiri vaikuttaa työmotivaatioon, työtyytyväisyyteen sekä työn tuloksiin. Avoin ja luottamuksellinen ilmapiiri on liitetty

tehokkaasti oppivan organisaation kulttuuriin. (Kauhanen 2006, 152; Viitala 2006, 63; Österberg 2005, 163-164.)

8.4 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet

Ylemmän ammattikorkeakoulun opiskelijoina opinnäytetyöhömmme kuului kehittämistehtävä työyhteisön tarpeisiin. Lähdimme suunnittelemaan ja kartoittamaan kehittämiskohteita toteuttamamme kyselyn avulla yhteistyössä Koukkuniemen vanhainkotiastojen esimiesten sekä Pietarsaaren seudun esimiesten kanssa.

Toimivien käytäntöjen työstäminen ja kehittäminen on pitkäjänteistä toimintaa. Uusien asioiden oppiminen ja työstäminen vaatii aina oman aikansa. Jokainen tutkimukseen osallistunut yksikkö voi toteuttaa ehdottamaamme toimintamallia siten, että tukee parhaiten osaston toimintaa, yhteistyötä sekä johtamista.

8.4.1 Johtamisen kehittäminen RAI- järjestelmän avulla

Tässä opinnäytetyössä ehdottamamme toimintamallin pilotointi jäi toteuttamatta, koska aikataulullisesti siihen ei ollut enää syksyllä 2009 mahdollisuutta. Tutkimuksessa mukana olleissa yksiköissä Pietarsaaren seudulla oli yhteistoiminta-alueeseen liittymisen johdosta muutoksia ja yhdyshenkilöiden aikataulut olivat sidoksissa tapahtuvien muutosten suunnitteluun. Koukkuniemessä esimiehet ovat myös kiireisiä ja tämän hetken taloudellinen taantuma aiheuttaa erilaisia toimenpidemuutoksia, minkä johdosta esimiesten työ vaatii enemmän aikaa mm. henkilöstön tukemiseen. Opinnäytetyön tekemistä ei opiskelun aikataulutuksessa ja valmistumisen ajankohdan lähestyessä voinut myöskään pitkittää.

Toimintamallin suunnitteluun vaikuttivat kyselymme vastaukset. Vastauksista tuli esiin kaksi keskeistä asiaa, jotka esimiehet kokivat tarpeellisiksi nostaa esiin toimintakykyä edistävän hoitotyön toteutumisessa; kiire sekä näkymättömät voimavarat lähinnä asennoituminen, sitoutuminen työhön, motivaatio ja osaaminen. Esimiehet kokevat RAI- arviointijärjestelmän käytön merkittäväksi työvälineeksi toimintakykyä edistävän

hoitotyön toteutumisessa ja kehittämisessä. Mutta toteutumista ja kehittämistä hidastavia tai jarruttavia tekijöitäkin löytyi. RAI- arviointijärjestelmä on myös esimiehen työväline, jonka avulla pyritään luomaan, edistämään ja kehittämään kokonaisvaltaisesti toimintakykyä edistävän hoitotyön prosessia.

RAI- arvioinnit tekevät hoitotyön näkyväksi ja arviointien kautta myös ymmärretään hoitotyön laadun parantamisen ja terveyden edistämisen merkitys. RAI- arviointien käytön kehittämistä enemmän esimiestyötä tukevana toimenpiteenä on edelleen kehitettävä, jotta esimiehet saavat tarpeeksi tukea ja osaamista omaan työhönsä.

Tämän opinnäytetyön merkitys perustuu nykypäivänä esiin tulleisiin laitoshoidossa olevien pitkäaikaispotilaiden hoitotyön johtajien työn vaatimuksiin. Hoitotyön johtajat tarvitsevat yhä enemmän valmiuksia ennakoida myös muuttuvia terveystalouden vaatimuksia. Heidän tulee nähdä asioita uusista näkökulmista, kehittää omia johtamistaitojaan ja luoda ilmapiiriä joka rohkaisee myös henkilöstöä osallistumaan ja kehittämään pitkäaikaispotilaan hoitotyötä. Vanhustenhoito on kriittisten tarkastelujen alla. Paineita lisäävät yhteiskunnalliset muutokset, kuten taloudellinen taantuma ja lainsäädännölliset muutokset sekä kuntien tavoitteet vähentää laitoshoitopaikkoja.

Valtakunnallinen PARAS- hanke ajaa kuntia rakentamaan ja kehittämään uusia palvelujärjestelmiä, jonka johdosta tehdään rakenteellisia muutoksia. Henkilöstön näkökulmasta siirtyminen yhteistoiminta-alueen toimintamalliin tarkoittaa isoa kulttuurista ja toiminnallista muutosta. Suuri muutos edellyttää hyvää johtamista, systemaattista henkilöstön valmennusta ja koulutusta. Kun päätökset yhteistoiminta-alueen perustamisesta on syntynyt, tulee henkilöstön siirtoon, johtamisjärjestelmän kehittämiseen sekä henkilöstön koulutukseen ja valmennukseen kiinnittää erityinen huomio ja varata siihen tarvittavat resurssit.

Organisaatiouudistukset voivat vaikuttaa henkilöstön työtyytyväisyyteen, motivaatioon ja sitoutumiseen. Työelämämuutokset ovat keskeinen psykososiaalinen kuormitustekijä työssä. Sisällöllisillä tekijöillä esim. palkkauksen ja työtehtävien muutoksilla on iso merkitys, mutta myös tavoilla joilla muutosta johdetaan. Kielteisillä muutoskokemuksilla ja niiden seurauksilla on voi olla vaaralliset vaikutukset niin organisaation menestyksen kuin henkilöstön hyvinvoinnin näkökulmasta. Jos uudistuksen tavoitteena on tuottavuuden lisääminen työvoimavaltaisella sektorilla, pitäisi henkilöstövaikutuksiin kiinnittää erityistä huomiota. (Väisänen 2008,7.)

Tulkintamme on, että organisaation näkymättömällä voimavaralla on tulevaisuudessa yhä keskeisempi asema yrityksen menestykseen nähden. Henkilöstön saatavuus ja pysyvyys ovat suoraan suhteessa siihen, miten henkilöstön osaamista ylläpidetään ja kehitetään. Näkymättömät voimavarat eli henkilöstön asenteet, osaaminen, kyvykkyydet ja henkilöominaisuudet vaikuttavat yrityksen menestyksen taustalla. Näkymätön voimavara tuottaa yritykselle tuloksia vasta kun sitä hyödynnetään. Yrityksen näkymätön voimavara on parhaimmillaan muuttuvaa ja kehittyvää – eli dynaamista.

Esimerkiksi henkilöstö oppii jatkuvasti uusia asioita ja organisaation maine muuttuu erilaisten asioiden seurauksena. Näkymättömään voimavaraan voidaan myös aktiivisesti vaikuttaa. Johtamisen kannalta näkymättömän voimavaran dynaaminen luonne on tärkeä asia, koska menestyminen vaatii näkymättömän voimavaran muuttumista toiminnallisiksi tuloksiksi. (Kujansivu ym. 2007, 31.)

8.4.2 Laitoshoidon haasteisiin vastaaminen

Monet yhteiskunnalliset muutokset vaikuttavat sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisympäristöön. Tämän hetkiset yhteiskunnalliset linjaukset vanhustenhuollossa ovat kotona mahdollisimman pitkään asumista tukevia. Laitoshoidon määrää supistetaan ja avopalveluiden määrää lisätään. Laitoshoidossa hoidetaan yhä enemmän hoitoa vaativia asiakkaita, mikä tekee hoitotyöstä entistä raskaampaa ja kuormittavampaa. Koska edelleen on pula pätevistä työntekijöistä ja taloudelliset säästöt pakottavat niukkuuteen, on esimiesten jaettava olemassa olevat voimavarat tarkoituksenmukaisesti. RAI- järjestelmän mittareista kustannuspaino kertoo työn kuormittavuudesta (Finne-Soveri 2007, 51).

Tutkimusten mukaan henkilöiden eliniän odote kaikissa Pohjoismaissa kasvaa. Ikääntyneiden ihmisten ja erityisesti naisten määrä tulee kasvamaan. Ikääntymisen aiheuttamat muutokset kasaavat ja moninkertaistavat sairastavuutta, lääkinnällisen hoidon tarvetta sekä heikentävät niin fyysistä kuin henkistä hyvinvointia. Hoitopaikkojen tarpeen lisääntyminen kasvattaa yhteiskunnan menoja merkittävästi. (Finne-Soveri, Noro, Jonsson, Ljunggren, Grue, Jensdottir, Björkgren, Lindman, Schroll & Sörbye 2008, 6.)

Laitoshoidon kehityttävä niin, että asiakas saa tarpeitaan vastaavaa hoitoa eikä niukkoja henkilöstövoimavaroja haaskata. RAI – järjestelmän avulla lähiesimies hahmottaa oman yksikön potilasrakenteen ja osaa arvioida minkälaista hoitoa asiakkaat tarvitsevat. RAI-järjestelmä tarjoaa hoitotyön esimiehille myös erityisiä tunnuslukuja potilasrakenteen hahmottamiseen. Järjestelmän avulla voidaan hahmottaa myös hoitohenkilökunnan osaamisen tarvetta. Näiden tarpeiden määrittelyillä on vaikutus laadukkaiden palveluiden muodostumiselle.

Voutilainen ym. (2002) korostaa, että kehitettäessä ikääntyneiden palvelujen asiakaslähtöisyyttä on kuultava ikääntyneiden omaa näkemystä. Palautteen hankkiminen on keino lisätä asiakkaan mahdollisuuksia vaikuttaa sekä väline arvioidessa toimintatapoja. Palautteen hankinnan menetelmiä on runsaasti, mutta menetelmää valittaessa on huomioitava menetelmän soveltuvuutta. Asiakaslähtöisyyden kehittämisen kannalta parhaita menetelmiä ovat ne, joissa asiakas itse on aktiivinen osallistuja. RAI- arviointijärjestelmä toimii mittarina hyvin, koska siinä tiedon lähteinä ovat asiakas itse, hänen lähiomaiset sekä hoitodokumentit. (Voutilainen ym. 2002, 205-206.)

Opinnäytetyömme selkeytti näkymistämme siitä, että näkymättömien voimavarojen johtaminen on vahvasti sidoksissa hoitotyön laatuun ja pitkäaikaispotilaiden terveyden edistämiseen laitoshoidossa. Osaavalla, motivoituneella ja oikealla henkilöstörakenteella ja henkilöstömitoituksella on yhteys toimintakykyä edistävään hoitotyöhön. Vanhustenhuollossa tarvittavaan osaamiseen on panostettava, sillä ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu tarkoittavat itsenäisen elämän ja jäljellä olevien voimavarojen tukemista. Hoidon laatua arvioivat niin asiakkaat kuin jokin ulkopuolinenkin taho. Arvioimiseksi tarvitaan tietyt kriteerit tai mittarit, jotta tiedetään onko tietyt tavoitteet saavutettu.

Näkymättömän voimavaran johtaminen ei ole erillinen toiminto, vaan osa yrityksen muuta johtamisjärjestelmää. Jos näkymätöntä voimavaraa ei johdeta, on vaarana, ettei resursseja hyödynnetä tehokkaasti. Syitä näkymättömän voimavaran johtamiseen voi olla muun muassa toiminnan laadun kehittäminen, strategisen muutoksen toteuttaminen sekä tiedon hallinta. Näkymättömän voimavaran johtamista pidetään haasteellisena, koska johtamisen kohteet, kuten osaaminen ovat näkymättömiä ja siksi vaikeasti hallittavissa.

Haasteellista on myös ajan puute, ammattitaitoisen henkilöstön vähyys sekä muutosvastarinta. Näkymättömän voimavaran johtamisen haasteina pidetään myös avoimen keskustelun vähyttä. Näkymätöntä voimavaraa voidaan toteuttaa monilla organisaatiotasolla muun muassa tiimissä. (Kujansivu ym. 2007, 56.)

Laitoksessa asuvan ikääntyvän auttamisen perusta on tieto hänen jäljellä olevasta toimintakyvystään ja voimavaroistaan. Pitkäaikaisesti laitoksissa asuvilla säilyvät samat tarpeet kuin kotona asuessa. Laineen (2006, 32) mukaan pitkäaikaishoidossa olevien asiakkaiden hoidon tavoitteet eivät ole yhtäläisiä.

Asiakkaan voinnin merkittävä paraneminen, kotiutuminen tai siirtyminen laitoksesta kotiin ei ole mahdollisia kuin harvoille pitkäaikaishoitoasiakkaille (Laine 2006, 32). Hyvällä laadulla tarkoitetaan myös sitä, että asiakas voi paremmin kuin muualla tai tilanteessa ilman hoitoa. Pitkäaikaishoidon yleisenä tavoitteena on pyrkimys sekä asiakkaiden maksimaaliseen toimintakykyyn että kärsimysten ja kipujen lievittämiseen. Laitoshoidon laatua voidaan siis arvioida sen mukaan miten hyvin asiakkaan toimintakyvyn laskua onnistutaan hidastamaan. (Laine 2006, 32.)

8.4.3 Yhteenveto opinnäytetyön toteutuksesta

Vaikka aineistomme koostui eri alueilta, kamppailevat hoitotyön johtajat samojen asioiden ja ongelmien kanssa. Työelämän vaatimukset ovat myös hoitotyössä kovat. Siitä kertoo esimiesten kiire ja vaikeus paneutua kehittämistä vaativiin asioihin. Heidän oli vaikeaa vastata yhteydenottoihimme nopealla aikataululla. Myös lähiesimiesten kokoaminen miettimään ja suunnittelemaan yhteisiä asioita on haasteellista, koska työt joudutaan osastoilla valitettavan usein hoitamaan alimiehityksellä. Kyselyn toteuttamisen ajankohta oli myös huono, sillä kevättalvella monet olivat vuosilomalla. Toimintamallin pilotointi suunniteltiin syksyksi, mutta se osoittautui myös huonoksi ajankohdaksi. Tuleva organisaatiomuutos teetti lähiesimiehillä paljon työtä.

Tämän opinnäytetyön tekeminen oli monella tapaa haasteellista, sillä RAI-arviointijärjestelmän käytöstä ja johtamisesta olisi saanut rakennettua kuinka laajan tahansa. Siksi työn rajaaminen tuotti hankaluuksia, koska jokaisella yksityiskohdalla tuntui olevan merkitystä.

Kirjoittamista hankaloitti se, että tekijät asuivat kaukana toisistaan. Kirjoittaminen toteutui kuitenkin kiitettävästi prosessikirjoittamisena ja kommunikointi tapahtui sähköpostien ja puheluiden välityksellä. Yhteisiä ”kirjoittamissessioita” oli muutamia.

RAI- järjestelmä käytön kehittäminen vaatii toimijoiltaan systemaattista ja määrätietoista toimintaa. Tarvitaan myös moniammatillisen työryhmän tuki sekä lähiesimiehille että hoitotyön johtajille suunnattua koulutusta. RAI- järjestelmän käytön kehittäminen on tärkeää nyt, koska moni vanhustenhuollon toimintayksikkö kaipaa uudenlaisia työvälineitä ja menetelmiä, joilla voidaan varmistaa talous, ikääntyneen hyvä hoito sekä henkilöstövoimavarojen oikea kohdentuminen. Kun eri yksiköt seuraavat omaa toimintaansa samalla luotettavalla tavalla, voidaan eri yksiköiden toimintaa tarkastella vertailukelpoisesti ja siten oppia parhaista käytännöistä. RAI – mittari soveltuu apuvälineeksi hoitotyön johtajille sekä kuntapäätäjille mm. talouden ja laadun varmistukseen. RAI soveltuu myös hoitopaikan määrittämiseen esimerkiksi osana SAS-toimintaa.

Kehittävää vertauskäyntiä toimintamallina voidaan tulevaisuudessa laajentaa tarpeen mukaan siten, että asiantuntijaryhmään yhdistyy esimerkiksi avohoidon esimiehet, joilla on asiantuntemusta RAI- arviointijärjestelmästä. Sen avulla säästöjen aikaan saaminen ja toisaalta velvoitteiden onnistuminen edellyttävät ikääntyneiden toimintakyvyn arviointia ja itsenäisen selviytymisen tukemisesta. Vanhustenhuollon lähivuosien haasteena on kyetä muuttamaan kallis ja resursseja sitova laitospainotteinen palvelurakenne avopalvelupainotteiseksi.

Tämän opinnäytetyön tekeminen osoitti, että henkilöstöjohtaminen vanhustenpalveluissa on haastavaa ja vaatii monenlaista johtamisosaamista. Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opiskelijoina meillä oli mahdollisuus osallistua toimintatutkimuksellisesti hoitotyön ja johtamisen kehittämiseen. Sisältöä ja haastetta opinnäytetyön tekemiseen antoi tekijöiden erilaiset ammatilliset taustat, koska toinen työskentelee terveydenhuollossa sairaanhoitajana ja toinen sosiaalialan esimiestehtävissä.

LÄHTEET

- Aarva, K. 2009. Hoivan ja hoidon lähijohtaminen. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampereen yliopistopaino Oy, Tampere.
- Aejmelaesus, R., Kan, S., Katajisto, K-L. & Pohjola, L. 2007. Erikoistu vanhustyöhön. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Anttila, P. 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Akatiimi Oy, Tampere: Painotyö Juvanes.
- Ekroos, V. 2004. Terveystuotannon palvelutuotanto, yksityisesti vai julkisesti. Talentum. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Finne-Soveri H. 2007. Johtamisen laadun arviointi ja mittaaminen RAI-menetelmän avulla. Teoksessa Lehtoranta, H., Luoma, M.-L. & Muurinen S. (toim.) Ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämishanke. Loppuraportti 2007. Stakesin raportteja 19/ 2007.
- Finne-Soveri, H. (toim.) 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes oppaita 49. Kirjapaino Gummerus Oy, Saarijärvi.
- Eloniemi- Sulkava, U., Sormunen, S. & Topo, P. 2008. Dementia on erityiskysymys. Teoksessa Sormunen, S. & Topo, P. (toim.) Laadukkaat dementiapalvelut. Opas kunnille. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- ETENE. 2008. Terveystuotannon edistämisen eettiset haasteet. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). ETENE- julkaisuja 19. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Helsinki.
- Finne-Soveri, H., Noro, A., Jonsson, P., Ljunggren, G., Grue, E., Jensdottir, A., Björgren, M., Lindman, K., Schroll, M. & Sorbye, L. 2008. Nord RAI Network and Research in the Care for Older Persons. Final Report 1998-2008. On behalf of NordRAI Group. Stakes. Helsinki.
- Hawes, C., Morris, J., Phillips, C.D., Fries, B. E., Murphy, K., Mor, V. 1997. Development of the Nursing Home Resident Assessment Instrument in the USA. Age and Ageing 26 (2): 19-25
- Heikkilä, R. 2009. Kehittämispäällikkö. Sähköpostitse käyty keskustelu. 22.10.2009. Haastattelijana Dahlman, S.
- Heikkilä, R., Finne-Soveri, H., Ripsaluoma, J., Parikka, A., Suojalehto, E. & Noro, A. 2008. Koukkuniemen vanhainkodin asiakasrakenne ja hoidon laatu RAI- järjestelmällä arvioituna 2006-2007. Stakesin raportteja 13 / 2008. Stakes. Helsinki.
- Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. Edita Prima Oy, Helsinki.
- Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim). 2007. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Kansanvalistusseura. Helsinki.
- Heimonen, S & Voutilainen, P. 2006. Avaimia arviointiin. Dementoituvien kuntoutumista edistävä hoitotyö. Helsinki: Edita Prima Oy.

- Hellsten, K., Outinen, M. & Holma, T. 2005. Kehittävä vertaiskäynti. Teoksessa Seppänen-Järvelä R. 2005 (toim.) Vertaismenetelmät kehittävän arvioinnin välineinä. Stakes. Helsinki.
- Hellsten, K., Outinen, M. & Holma, T. 2004. Kehittävä vertaiskäynti – työväline laadunhallintaan. Aiheita 31/ 2004. Stakes. Helsinki.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007 Tutki ja kirjoita. Tampere: Tammer-Paino Oy, 234-235.
- Hämäläinen, T. 2006. Kohti hyvinvoivaa ja kilpailukykyistä yhteiskuntaa. Kansallisen ennakointiverkoston näkemyksiä Suomen tulevaisuudesta. Helsinki: Sitra.
- Juuti, P. 2006. Johtaminen eilen, tänään, huomenna. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu.
- Järvinen, P. & Järvinen, A. 2004) Tutkimustyön metodeista. Opinpaja Oy, Tampere.
- Kauhanen, J. 2006. Henkilöstövoimavarojen johtaminen. Helsinki: WSOY
- Kokkinen, L. 2007. Henkilöstön johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Pro Gradu-tutkielma. Terveystieteen laitos. Tampereen Yliopisto.
- Koskinen – Ollonqvist P, Aalto-Kallio M, Mikkonen N, Nykyri P, Parviainen H, Saikkonen P, Tamminiemi K. 2007. Rajoilla ja ytimessä. Terveyden edistämisen näyttäytyminen väitöskirjatutkimuksessa. Terveyden edistämisen julkaisuja 2. Terveyden edistämisen keskus, Helsinki.
- Korniloff, K., 2008. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus (ICF) terveydentilan kuvaajana. Fysioterapian pro gradu tutkielma. Jyväskylän yliopisto, terveystieteen laitos.
- Koti Koukkuniemessä.
<http://www.tampere.fi/hallintojatalous/tilastotjakatsaukset/julkaisusarja.html>. Luettu 19.8.2009.
- Kujansivu, P., Lönnqvist, A., Jääskeläinen, A. & Sillanpää, V., Liiketoiminnan aineettomat menestystekijät. 2007, Talentum, Helsinki.
- Kuntaliitto. http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;353;11124;78167. Luettu 15.7.2009.
- Kuronen, T., 2002. Henkilöstöjohtajan työssä toteutuvat roolit ja heidän näkemyksensä palkitsemisesta organisaatiossa. Pro-gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto.
- Kuula, A., 2006. Tutkimusetiikka- aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino. Gummerus. Jyväskylä.
- Kähäri-Wiik, K., Niemi, A. & Rantanen, A., 2006 Kuntoutuksella toimintakykyä. WSOY, Porvoo.
- Laari, M., 2007. Pitkäaikaishoidossa olevien dementiapotilaiden terveyden edistäminen. Pro- gradu –tutkielma. Kuopion Yliopisto.
- Laaksonen, H., Niskanen, J., Ollilla, S. & Risku, A., 2005 Lähijohtamisen perusteet. Edita, Helsinki.

- Laine, J., 2006, Laatu ja tuotannollisuutta tehokkuutta? Taloustieteellinen tutkimus vanhusten laitoshoidosta. Stakes tutkimuksia 151. Gummerus kirjapaino Oy, Vaajakoski.
- Laine, J., Noro, A., Finne-Soveri, H. Mitkä yksilön ominaisuudet ja osaston piirteet selittävät potilaiden saamaa hoitoaikaa pitkäaikaishoidossa? Teoksessa Klavus, J., Mikkola, H. (toim.) Terveystaloustiede 2004. Stakes. Aiheita 3/2004. Helsinki.
- Lauri, S. 1998. Toimintatutkimus. Kirjassa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) 2003. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. Juva
- Lahtinen, Y., Rajala, T., Paunio, P., Liukko, M. (1999) Suurten kaupunkien RAVA-tutkimus: Vanhuksien toimintakyky ja avuntarve. Suomen Kuntaliitto, Kuntaliiton painatuskeskus, Helsinki.
- Lehtoranta, H., Luoma, M-L & Muurinen, S. 2007. Ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämishanke. Stakes, loppuraportti 19/2007. Helsinki. Stakes.
- Liikanen, H-L., Kaisla, S., Viljaranta, L. (2007) Gerontologisen sosiaalityön pioneerit kentällä. Soccan ja Heikki Waris – Instituutin julkaisusarja nro 12. Yliopistopaino.
- Luoma, M-L. 2007. Toimintakykyä tukeva hoitotyö. Teoksessa Lehtoranta, H., Luoma, M.-L. & Muurinen S. (toim.) Ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämishanke. Loppuraportti 2007. Stakesin raporteja 19/ 2007.
- Lyyra, T-M., Pikkarainen A. & Tiikkainen P. (toim) 2007 Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita
- Lämsä, A-M. & Hautala, T. 2004. Organisaatiokäyttäytymisen perusteet. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Lämsä, A-M & Pucetaite, R. 2006. Development of organizational trust among employees from a contextual perspective. Business Ethics: A European Review 2 (15), 130-141
- Metsämuuronen, J. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteessä. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Neuvonen, T. 2007. Muutos haastaa johtajuuden. Sairaanhoidaja 80, 6-7.
- Noro, A., Finne-Soveri, H., Björkgren, M., & Vähäkangas, P. (toim.) 2005 Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus. RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Stakes, Helsinki
- Nikkilä, J. & Paasivaara L., 2007. Arjen johtajuus, rutiinijohtamisesta tulkintataitoon. Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Helsinki
- Peiponen, A. 2004. Vanhusten ympärivuorokautisen hoidon ja palvelun laatukriteerit. Väitöskirja
- Peiponen, A. 2003. RAI:n avulla asiakaslähtöiseen ja oikeudenmukaiseen johtamiseen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Kirjassa: Peiponen, A., Koivisto, T., Muurinen, S. & Rajalahti, E. Hoitotyön vuosikirja 2004. Hoitotyön johtaminen ja työhyvinvointi. Tammer-Paino Oy.

Perttilä, K. 2005. Vertaiskonsultointi ja arviointi kouluuyhteisön hyvinvoinnin tunnistamisessa. Teoksessa Seppänen-Järvelä R. 2005 (toim.) Vertaismenetelmät kehittävän arvionnin välineinä. Stakes. Helsinki.

Pietilä, A-M. 2009. Perusterveydenhuollon henkilöstön näkemyksiä terveyden edistämisestä – arvoperusta toiminnan kehittämiseen. Lehdessä: Tutkiva Hoitotyö Vol. 7 (3), 2009.

RAI- käsikirja. Käännös 21.2.2001. Health care Financing Administration. Long Term Care resident Assessment Instrument User`s Manual. Version 2.0. October 1995.

Raisoft. 2009. <http://info.stakes.fi/finrai/FI/Index.htm>. Luettu 18.8.2009.

Seppänen- Järvelä, R. 2005. Vertaismenetelmät kehittävän arvionnin välineinä. Stakes. Helsinki.

Sormunen, S., Eloniemi-Sulkava, U., Finne-Soveri, H., Mäki-Petäjä-Leinonen, A. & Andersson, S. 2008. (toim.) Dementiaoireisen asuminen tehostetussa palveluasumisessa ja ympärivuorokautisessa pitkäaikaishoidossa. Teoksessa Sormunen, S. & Topo, P. (toim.) Laadukkaat dementiaapalvelut. Opas kunnille. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto, 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Yliopistopaino. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa.

Sosiaali- ja terveysministeriö, perhe- ja sosiaaliosasto. URL:<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2006/06/rt11501083232/passthru.pdf>. Luettu 7.6.2006:

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008b. Uusi terveydenhuoltolaki: terveydenhuoltolakityöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. 28, Helsinki.

Salminen, J. 2006. Uuden esimiehen kirja. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Storey, J. 2001. Human Resource Management. An Assesment. Teoksessa J. Storney (toim.) Human Resource Management: A Critical Text. Thomson Learning, Cornwall.

Sulander, T. 2005. Functional Health Behaviours. Trends and Associations among Elderly People 1985-2003. Academic dissertation. Department of Epidemiology and Health Promotion. National Public Health Institute Helsinki, Finland and Department of Social Policy University of Helsinki. Helsinki.

Syvänen, S., Erätuli,P., Kokkonen, A., Nedersrtöm, R. ja Strömberg, S. 2008. Hyvinvoinnin ja tuloksellisuuden tekijät. Yhteistoiminnallisen kehittämisen ideat ja aatteet. Tykes –raportteja. 61. Helsinki.

Tampereenkaupunkistrategia

2020.<http://www.tampere.fi/hallintojatalous/kaupunkistrategia2005-2016/strategianuudistaminen.html>. Luettu 19.8.2009

Terveyspalvelut kunta- ja palvelurakennemuutoksessa. Kuntatiedon keskus. Kuntaliitto. kunnat.net. Julkaissut Marketta Kaunisto 30.05.2007. Luettu 15.9.2009.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi, Jyväskylä.

Vilka, H. (2005) Tutki ja kehitä. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu.

Vilka, H. (2007) Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Viitala, R. 2007. Henkilöstöjohtaminen. Strateginen kilpailutekijä. Edita Prima Oy, Helsinki.

Viitanen, E., Kokkinen, L., Konu, A., Simonen, O., Virtanen, J.V. & Lehto, J. (2007) Johtajana sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kunnallisalan kehittämissäätiö Kaks. Kunnallisalan kehittämissäätiön tutkimusjulkaisut nro 590, Vammalan kirjapaino Oy, Vammala

Voutilainen, Backman & Paasivaara (2002) Hyvän laitoshoidon tunnusmerkit. Kirjassa: Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Voutilainen, P. & Heinola, R. 2006. Eri ikäryhmien erityiset tarpeet terveyden edistämässä –Ikääntyneet. Teoksessa: Terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Yliopistopaino.

Voutilainen, P. 2004. Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Stakes, Tutkimuksia 142. Gummerus kirjapaino Oy, Saarijärvi

Voutilainen, P. & Vaarama, M. 2005. Toimintakykykymittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. Stakes, Raportteja 7/2005. Helsinki: Stakes.

WHO. ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Maailman terveysjärjestö WHO. Geneve. Stakes: Ohjeita ja luokituksia 2004: 4. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vuori, J. 2005. (toim.) Terveydenhuollon inhimillisten voimavarojen johtaminen: Henkilöstökustannusten muuttaminen henkilöstöinvestoinneiksi. Teoksessa Vuori, J. (toim.) Terveys ja johtaminen. Hallintotiede terveydenhuollon työyhteisöissä. WSOY, Helsinki.

Österberg, M. 2005. Henkilöstöasiantuntijan käsikirja. Kauppakamarisarja. Edita Prima Oy, Helsinki.

Julkaisemattomat lähteet

Malmin terveydenhuoltoalueen strategia 2008–2012

LIITE 1

Saatekirje

Hyvä vastaaja,

opiskelemme Pirkanmaan ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa Terveyden edistämisen koulutusohjelmassa. Toinen meistä on koulutukseltaan sairaanhoitaja (AMK) ja toinen on sosionomi (AMK). Valmistumme joulukuussa 2009.

Seuraava kysely liittyy yhteiseen opinnäytetyöhömmme. Opinnäytetyömme on kehittämishanke, jonka toteutamme toimintatutkimuksena Tampereella Koukkuniemen vanhainkodissa sekä Pietarsaaren seudun yhteistoiminta-alueella (Luoto, Pietarsaari, Pedersöre ja Uusikaarlepyy). Kehittämishankkeemme tarkoituksena on laitoshoidon laadun kehittäminen toimintakykyä edistävän hoitotyön näkökulmasta, lähijohtamisen ja RAI – arviointijärjestelmän avulla. Ohjaajanamme toimii Pirkanmaan ammattikorkeakoulun yliopettaja Paula Stenfors. Opinnäytetyömme valmistuu lokakuussa 2009.

Vastaaminen on vapaaehtoista. Tampereella voitte laittaa vastauksenne oheiseen kirjekuoreen ja palauttaa sen Urpula -talon neuvontaan. Pietarsaaren seudulla voitte postittaa vastaukset mukana olevalla kirjekuorella. Viimeinen palautuspäivä on torstai 23.4.2009. Käsittelemme vastauksenne luottamuksellisesti ja tuhoamme ne tutkimuksen valmistuttua. Kysymyslomakkeenne tulevat vain opinnäytetyötä tekevien opiskelijoiden käyttöön eikä henkilöllisyytenne eikä yksikkönne/osastonne tule esille missään tutkimuksen vaiheessa. Julkaisemme tulokset ylempään AMK- tutkinnon opinnäytetyössämme. Esittelemme opinnäytetyömme tulokset jokaisessa mukana olevassa yksikössä niiden valmistuttua.

Olemme erittäin kiitollisia vaivannäöstäsi. Kehittämishankkeemme onnistumisen kannalta on tärkeää, että vastaatte kyselyymme.

Vastaamme mielellämme opinnäytetyötämme ja kyselyä koskeviin kysymyksiin sähköpostitse: susanna.aho@piramk.fi (Pietarsaaren seutu) ja marjut.takanen@piramk.fi (Koukkuniemi)

Ystävällisin terveisin

Susanna Dahlman ja Marjut Takanen

LIITE 2:1(5)

Hyvä vastaaja,

vastatkaa seuraaviin kysymyksiin rengastamalla sopivin vaihtoehto tai kirjoittamalla vastauksenne siihen varattuun tilaan

A. TAUSTATIEDOT

1. Ammattinimikkeenne _____
2. Työpaikkanne
 1. palvelukoti
 2. Vanhainkoti
 3. Terveyskeskuksen vuodeosasto
 4. Joku muu, mikä? _____
3. Työkokemuksenne hoitotyössä vuosina _____ vuotta
4. Työkokemuksenne esimiestyössä vuosina _____ vuotta
5. Osallistutteko hoitotyöhön? 1. Kyllä 2. En
6. Milloin olette aloittaneet RAI- järjestelmän käytön? Vuonna _____
7. Oletteko käyneet RAI- ABC- koulutuksen? 1. Kyllä 2. En
8. Onko yksikössänne RAI -vastaava? 1. Kyllä 2. Ei
9. Onko yksikössänne kirjallisesti laadittu hoitoideologia? 1. Kyllä 2. Ei
10. Onko yksikössänne käytössä hyvän hoidon laatukriteerit? 1. Kyllä 2. Ei
11. Onko yksikössänne henkilöstön kehittämis- ja koulutussuunnitelma? 1. Kyllä 2. Ei
12. Teettekö säännöllisesti yhteistyötä toimintakykyä edistävän hoitotyön kehittämisessä muiden osastojen, yksiköiden kanssa paikallisesti tai alueellisesti? 1. Kyllä 2. Ei

(jatkuu)

LIITE 2: 2 (5)

B. TOIMINTAKYKYÄ EDISTÄVÄN HOITOTYÖN KEHITTÄMINEN JOHTAMISEN JA RAI-JÄRJESTELMÄN AVULLA

Valitkaa vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa omaa tuntemustanne:

	AINA	USEIN	JOSKUS	EI KOSKAAN
13. Hyödynnättekö RAI -järjestelmä saatua tietoa hoitotyön johtamiseen?	1	2	3	4
14. Hyödynnättekö RAI -järjestelmästä saatua tietoa toimintakykyä edistävän hoitotyön kehittämisessä?	1	2	3	4
15. Käsittelettekö RAI- järjestelmästä saatua tietoa säännöllisesti yhdessä henkilökunnan kanssa?	1	2	3	4
16. Hyödynnättekö RAI- järjestelmästä saatuja tuloksia yksikössänne vuosittaisissa toimintasuunnitelmissa?	1	2	3	4
17. Saatteko tukea muilta lähiesimiehiltä RAI- järjestelmän käyttöön liittyen ?	1	2	3	4
18. Hyödynnättekö RAI- järjestelmän tuloksia vuorovaikutuksessa omaisten kanssa?	1	2	3	4
19. Käyttekö RAI -järjestelmän tuloksia läpi johtoryhmässä?	1	2	3	4
20. Käytättekö RAI- järjestelmästä saatuja tuloksia hyödyksi moniammatillisessa työryhmässä suunniteltaessa asiakkaan hoitoa?	1	2	3	4
21. Päivitättekö asukkaan hoito- ja/tai palvelusuunnitelmat säännöllisesti RAI- järjestelmästä saatujen tietojen avulla?	1	2	3	4
22. Onko henkilöstörakenne osastollanne määritelty RAI- järjestelmästä saatuja tulosten perusteella?	1	2	3	4
23. Hyödynnättekö RAI- järjestelmästä saatua tietoa käytettävissä olevien resurssien suunnittelussa, käyttämisessä ja arvioinnissa?	1	2	3	4
24. Tarvitsettekö RAI- järjestelmän käyttämiseen liittyvää lisäkoulutusta?	1. Kyllä		2. En	

(jatkuu)

LIITE 2:3(5)

C. NÄKYMÄTTÖMIEN VOIMAVAROJEN HYÖDYNTÄMINEN

Valitkaa vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa omaa tuntemustanne:

	AINA	USEIN	JOSKUS	EI KOSKAAN
25. Oletteko motivoinut henkilöstöänne käyttämään RAI- järjestelmää?	1	2	3	4
26. Oletteko motivoinut henkilöstöänne toimintakykyä edistävään hoitotyöhön?	1	2	3	4
27. Onko RAI- järjestelmän käyttö lisännyt henkilökunnan sitoutumista toimintakykyä edistävään hoitotyöhön?	1	2	3	4
28. Onko RAI – järjestelmän käyttö aiheuttanut muutosvastarintaa yksikössänne?	1	2	3	4
29. Onko RAI- järjestelmän käyttö lisännyt henkilökunnan motivaatioita ammattitaitonsa ylläpitämiseen ja osaamisensa kehittämiseen?	1	2	3	4
30. Vastaako henkilökunnan osaaminen osaston toiminnan vaatimuksiin?	1	2	3	4
31. Käydäänkö yksikössänne kehityskeskustelut vähintään kerran vuodessa?	1. Kyllä		2. Ei	
32. Seurataanko yksikössänne koulutuspäivien lukumäärää henkilöittäin vuodessa?	1. Kyllä		2. Ei	
33. Seurataanko yksikössänne sairauspoissaolojen syitä?	1. Kyllä		2. En	
34. Onko yksikössänne käytössä työnkierto?	1. Kyllä		2. Ei	
35. Onko yksikössänne käytössä työaika – autonomia?	1. Kyllä		2. Ei	

(jatkuu)

LIITE 2:4(5)

Valitkaa vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa omaa tuntemustanne:

36. Käyttääkö yksikönne henkilöstön kannustamiskeinoja esim. tulospalkkiot, sanalliset palautteet	1. Kyllä	2. Ei		
37. Onko yksikössänne käytössä johdon hyväksymä uusien työntekijöiden perehdyttämissuunnitelma?	1. Kyllä	2. Ei		
38. Järjestetäänkö esimiesten ja henkilökunnan välisiä työpaikkakokouksia vähintään neljä kertaa vuodessa?	1. Kyllä	2. Ei		
39. Seurataanko yksikössänne työilmapiiriä	1. Kyllä	2. Ei		
40. Tehdäänkö yksikössänne työhyvinvointikyselyä?	1. Kyllä	2. Ei		
41. Kirjataan yksikössänne kaikki vahingot, vaaratilanteet ja tapaturmat, joilla on vaikutusta henkilökunnan hyvinvointiin?	1. Kyllä	2. Ei		
	AINA	USEIN	JOSKUS	EI KOSKAAN
42. Järjestetäänkö yksikössänne toimintakykyä edistävää koulutusta?	1	2	3	4
43. Kirjataan yksikössänne kaikki saamanne palautteet?	1	2	3	4

(jatkuu)

LIITE 2:5(5)

D. AVOIMET KYSYMYKSET

44. Millaisena koette henkilökunnan asennoitumisen toimintakykyä edistävää hoitotyötä kohtaan?

45. Millaisia haasteita koette toimintakykyä edistävässä hoitotyössä teillä esimiehenä olevan?

46. Kuinka mielestänne toimintakykyä edistävän hoitotyön johtamista voidaan kehittää?

KIITOS!

LUETTELO KUVIOISTA JA TAULUKOISTA

KUVIOT

- Kuvio 1. Terveysten edistämisen ydinsisällöt ja arvoperusta hoitotyössä
- Kuvio 2. RAI- järjestelmä hoitohenkilöstön apuvälineenä
- Kuvio 3. RAI- järjestelmän käyttöalueet
- Kuvio 4. Näkymättömän voimavaran osa-alueet
- Kuvio 5. Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys
- Kuvio 6. Säännöllinen yhteistyö toimintakykyä edistävän hoitotyön kehittämisessä muiden lähiesimiesten kanssa
- Kuvio 7. RAI – järjestelmän hyödyntäminen hoitotyön johtamisessa
- Kuvio 8. RAI- järjestelmän hyödyntäminen hoitotyön kehittämisessä
- Kuvio 9. RAI- järjestelmästä saatujen tulosten käsittely
- Kuvio 10. RAI- järjestelmän hyödyntäminen toimintasuunnitelmassa
- Kuvio 11. Muiden esimiesten tuki RAI- järjestelmään liittyen
- Kuvio 12. RAI- järjestelmästä saatujen tulosten hyödyntäminen johtoryhmässä.
- Kuvio 13. RAI- järjestelmästä saatujen tietojen käyttäminen moniammatillisessa työryhmässä
- Kuvio 14. RAI- järjestelmästä saatujen tietojen hyödyntäminen resurssien suunnittelussa.
- Kuvio 15. Lähiesimiesten lisäkoulutuksen tarve
- Kuvio 16. Henkilöstön motivointi RAI- järjestelmän käyttämisessä.
- Kuvio 17. Henkilöstön motivointi toimintakykyä edistävään hoitotyöhön
- Kuvio 18. Henkilöstön sitoutuminen toimintakykyä ylläpitävään hoitoon
- Kuvio 19. RAI- järjestelmän käytön aiheuttama muutosvastarinta
- Kuvio 20. RAI-järjestelmän käytön vaikutus henkilöstön motivaatioon ammattitaitonsa ylläpitämiseen ja osaamisensa kehittämiseen
- Kuvio 21. Toimintakykyä edistävä sisäinen koulutus
- Kuvio 22. Palautuksien kirjaus
- Kuvio 23. PDCA- sykli ja kehittävä vertaiskäynti

(jatkuu)

LIITE 3:2(2)

TAULUKOT

Taulukko 1. Vastaajien taustatiedot

Taulukko 2. Vastaajien taustatiedot

Taulukko 3. Vastaajien taustatiedot