



samk



Satakunnan ammattikorkeakoulu
Satakunta University of Applied Sciences

MIIA-SARIKA SARKKINEN

RAI-tiedon hyödyntämisen haasteet kotihoidon asiakkaan hoitotyön suunnittelussa

VANHUSTYÖN YAMK TUTKINTO-OHJELMA
2022

Tekijä Sarkkinen, Miia-Sarika	Julkaisun laji Opinnäytetyö, ylempi AMK	Päivämäärä maaliskuu 2022
	Sivumäärä 70	Julkaisun kieli Suomi
Julkaisun nimi RAI-tiedon hyödyntämisen haasteet kotihoidon asiakkaan hoitotyön suunnittelussa		
Tutkinto-ohjelma Vanhustyön YAMK tutkinto-ohjelma		
<p>Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää ja lisätä RAI-arvioinnin hyödyntämistä kotihoidon asiakkaan hoitotyön suunnittelussa. Tarkoituksena oli luoda kotihoidon henkilöstölle suunnattu toimintamalli RAI-pohjaisen hoitosuunnitelman laatimiseen. Kehittämistyö toteutettiin Ylöjärven kaupungin kotihoidolle.</p> <p>Kehittämistyö oli menetelmältään konstrukttiivinen, kuitenkin sisältäen piirteitä myös toimintatutkimuksesta. Aineistonkeruu toteutettiin monimenetelmällisesti, kyselyn ja työpajojen avulla. Kehittämistyön alussa kartoitettiin aiheeseen liittyviä aiempia tutkimuksia integroivan kirjallisuuskatsauksen avulla. Tämän jälkeen määriteltiin tutkimuskysymykset: Miten RAI-järjestelmää voisi mahdollisimman hyvin hyödyntää kotihoidon asiakkaan hoitosuunnitelman laatimisessa? Millä keinoin tätä toimintaa voisi kehittää työntekijälähtöisesti kohdeorganisaatiossa?</p> <p>Kotihoidon henkilöstölle lähetetyn sähköisen kyselyn avulla pyrittiin saamaan esille heidän ajatuksiansa RAI-järjestelmän käyttämisestä ja hyödyntämisestä hoitotyön suunnittelussa. Kyselyn vastausprosentin jäädessä alhaiseksi ei tuloksia voitu arvioida luotettavaksi.</p> <p>Kyselytutkimuksen jälkeen kotihoidon henkilöstölle järjestettiin työpajoja, joissa suunniteltiin ja kehitettiin uutta RAI-pohjaisen hoitosuunnitelman toimintamallia. Kehittämistyön tuotos ei valmistunut opinnäytetyön puitteissa.</p> <p>Tämän kehittämistyön suurimmaksi haasteeksi muodostuivat kotihoidon resurssipula ja pitkittynyt koronatilanne. Johtopäätöksenä todettiin, että vanhustyössä vallitseva resurssipula heikentää työntekijöiden yhteiskehittämisen mahdollisuuksia ja sitä kautta RAI-arvioinnin hyödyntämistä hoidon suunnittelussa.</p>		
Asiasanat kotihoito, RAI-arviointi, hoitosuunnitelma, resurssit		

<p>Author Sarkkinen, Miia-Sarika</p>	<p>Type of Publication Master's thesis</p>	<p>Date March 2022</p>
	<p>Number of pages 70</p>	<p>Language of publication: Finnish</p>
<p>Title of publication Challenges of utilizing RAI information in the planning of nursing care for a home care client</p>		
<p>Degree program Master's Degree Program in Elderly Care</p>		
<p>The aim of this thesis was to develop and increase the utilization of RAI assessment in the planning of nursing care for a home care client. The purpose was to create an operating model for home care personnel to develop an RAI-based care plan. The development work was carried out for home care in the city of Ylöjärvi.</p> <p>The development work was constructive in its method, however, it also included features from action research. Data collection was carried out in a multi-method manner, with the help of a survey and workshops. At the beginning of the development work, previous studies related to the topic were mapped out using an integrative literature review. The research questions were then defined: How could the RAI system be used as much as possible to develop a care plan for a home care client? In what ways could this activity be developed in an employee-oriented manner in the target organization?</p> <p>An electronic survey sent to home care staff sought to express their thoughts on the use and utilization of the RAI system in nursing planning. As the response rate to the survey remained low, the results could not be considered reliable.</p> <p>Following the survey, workshops were organized for home care staff to design and develop a new operating model for the RAI-based care plan. The output of the development work was not completed within the framework of the thesis.</p> <p>The biggest challenge in this development work was the lack of resources for home care and the prolonged coronary situation. In conclusion, the lack of resources in the work of the elderly impairs the opportunities for co-development of employees and thus the utilization of the RAI assessment in the planning of care.</p>		
<p>Key words home care, Resident Assessment Instrument, patient care planning, resources</p>		

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 KEHITTÄMISTYÖN TAUSTA JA TOIMINTAYMPÄRISTÖ	7
3 KEHITTÄMISTYÖN TAVOITTEET JA TARKOITUS	10
4 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	12
4.1 Käytetyt tiedonhakumenetelmät.....	12
4.2 Kotihoito asiakkaan toimintakykyä tukemassa.....	13
4.2.1 palveluntarpeen arviointi	14
4.2.2 Toimintakyvyn arviointi	15
4.2.3 Hoito- ja palvelusuunnitelma.....	17
4.3 RAI-järjestelmä	18
4.3.1 RAI-arvioinnin hyödyntäminen hoidon suunnittelussa	20
5 KEHITTÄMISTYÖN MENETELMÄT JA TOTEUTUS.....	23
5.1 Konstruktiivinen tutkimus ja kehittämistutkimus	23
5.2 Kyselytutkimus tiedonkeruumenetelmänä	26
5.2.1 Kyselytutkimuksen tulokset.....	27
5.3 Työpajatyöskentely	29
5.4 Kehittämistyön tulokset	34
6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	36
6.1 Eettisyys ja luotettavuus.....	36
6.2 Johtopäätökset	38
6.3 Pohdinta.....	38

LÄHTEET

LIITTEET

1 JOHDANTO

Väestö vanhenee ja tulevina vuosikymmeninä ikääntynyt väestö tulee olemaan määrällisesti historiamme suurin. Väestöllinen huoltosuhde tulee ennusteiden mukaan heikkenemään jo vuoteen 2030. Samaan aikaan ihmisen elinaikaennuste on hyvin korkea. Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä muodostaa suuren osuuden julkisista menoista. Väestörakenteen muutoksella tulee olemaan huomattavia seurauksia palvelujärjestelmiin ja julkiseen talouteen. Yhteiskuntamme on suuren haasteen edessä pystyäkseen vastaamaan ikääntyneiden muuttuneeseen palveluntarpeeseen. Julkistaloudellisen kantokyvyn ylläpitämiseksi ikääntyneiden asumis- ja laitoshoitopalvelujen kustannuksia on viime vuosina pyritty hillitsemään lisäämällä kotihoitopalveluja ja sama suuntaus tulee jatkumaan myös tulevina vuosina. (Hannikainen, 2018, s. 1, 6, 9; Net4Age-Friendly, 2020, s. 5; Sosiaali- ja terveysministeriö, 2020c, s. 14-15; Tilastokeskus, 2021.)

Eläkkeelle jäätyään ihmisellä voi olla edessään vuosikymmeniä kotona asuttua aikaa. Ikääntyneen henkilön kotona asuminen pitkään edellyttää hänen toimintakykynsä ylläpitämistä ja edistämistä erilaisin, yksilöllisin keinoin ja palveluin. Toimintakykyä ja hyvää elämänlaatua ylläpitävät mm. mahdollisuus yhdenvertaiseen osallistumiseen yhteiskunnan toimintaan, hoitaa omia asioitaan, kehittää itseään sekä tavata ystäviään ja nauttia harrastuksista. Ikääntyneiden palvelujen suunnittelun ja kehittämisen keskiössä ovat ennaltaehkäisevät, yhteisöllisyyttä, osallisuutta ja aktiivisuutta tukevat mahdollisuudet, palvelut ja ympäristöt. Kansallisen ikäohjelman vuoteen 2030 mukaan keskeisiä vaikuttavuustavoitteita ovat ennaltaehkäisevien ja toimintakykyä parantavien toimien kohdentaminen iäkkäälle väestölle ja riskiryhmille, ikääntyvien työssäkävijöiden toimintakyvyn ja työurien pidentäminen erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa, vapaaehtoistyön lisääminen, iäkkäiden palvelujen yhdenvertaisuuden, tehokkaamman koordinaation ja taloudellisen kestävyuden varmistaminen, asumisen ja asuinympäristöjen ikäystävällisyyden lisääminen sekä suomalaisen ikäteknologian

kehittäminen ja hyödyntäminen. (Jyväkorpi, ym., 2020, s. 342; Maailman terveysjärjestö, 2020, s. 3, 8; Sosiaali- ja terveysministeriö, 2020a, s. 5; 2020c, s. 21.)

Kotihoito eli kotipalvelu ja kotisairaanhoido on yleisin ja merkittävin kotona asumista tukeva palvelumuoto. Tutkimuksen mukaan pienituloiset, matalasti koulutetut ikääntyneet tarvitsevat kotihoitoa selvästi enemmän kuin suurituloiset, korkeasti koulutetut ikätoverinsa. Myös terveyserot ovat selkeät; pienituloisilla ja matalasti koulutetuilla ikääntyneillä on enemmän terveyshuolia ja toimintakyvyn rajoitteita kuin suurituloisilla ja korkeakoulutetuilla. Ilmiö on verrattavissa koko väestöön; on arvioitu, että jopa puolet maamme hoidontarpeista häviäisi, jos kaikki olisivat yhtä toimintakykyisiä kuin ylimpään koulutusryhmään kuuluvat. Tänä päivänä kotihoidon asiakaskunta koostuu entistä iäkkäämmistä, monisairaammista ja monenlaisia palveluja tarvitsevista asiakkaista. Samaan aikaan kotihoidon asiakasmäärä ja asiakaskäyntien määrä jatkaa kasvamistaan, mutta hoitoalan työntekijöistä on pulaa. Kotihoidon työ on muuttunut entistä kuormittavammaksi. (Hannikainen, 2018, s. 6, 7, 9; Kehusmaa & Alastalo, 2022, s. 3; Perkiö-Mäkelä, ym., 2021, s. 12, 61; Sosiaali- ja terveysministeriö, 2020c, s. 15.)

Kotiin annettavien palvelujen kehittämisen kärkitavoitteena on asiakaslähtöisyys, eli entistä yksilöllisemmät, tavoitteelliset ja vaikuttavat toimenpiteet ja palvelut, jotka pystytään kohdentamaan asiakkaalle oikea-aikaisesti. Palveluntarpeiden mahdollisimman varhaiseen tunnistamiseen tulisi kiinnittää erityistä huomiota. Jotta asiakkaan saamat palvelut voivat olla aidosti yksilöllisiä, tulee niiden perustua laadukkaisiin ja vaikuttaviin toimintakyvyn arviointimenetelmiin. Tutkittuun tietoon perustuvan toimintakyvyn arviointimenetelmän avulla saadaan ajantasainen ja laaja-alainen tieto asiakkaan toimintakyvyn eri ulottuvuuksista. Hyödyt ovat moninaiset. Arviointitietoon perustuva päätöksenteko ohjaa palvelujen jakautumista oikeudenmukaisesti niitä tarvitsevien kesken. Asiakkaiden tasa-arvoinen asema palveluiden käyttäjinä korostuu. Samalla asiakas voi luottaa saavansa juuri tarvitsemaansa apua ja tukea, mikä omalta osaltaan edistää myös itsehoitoon ja kuntoutumiseen sitoutumista. Myös kotihoidon henkilökunta hyötyy asiakkaan toimintakykyarvioinnista, jonka kautta työntekijät saavat oikean tiedon asiakkaan tilanteesta ja osaavat auttaa häntä oikeasuhtaisesti. Organisaatiossa toimintakykyjärjestelmän kautta saadaan tietoa mm. asiakaskunnan hoitoisuudesta ja erityispiirteistä, mitä voidaan hyödyntää esimerkiksi resurssien kohdentamisessa, koulutustarpeiden suunnittelussa ja palvelujen kehittämisessä. Edellä

mainitut yksilö- ja organisaatiotasojen saamat hyödyt heijastuvat koko yhteiskuntaan. Palvelujen laatu lisääntyy ja resurssien oikeasuhtainen kohdentuminen lisää kustannustehokkuutta. (Finne-Soveri, ym., 2020, s. 7-8; Sosiaali- ja terveysministeriö, 2020c, 43-47.)

RAI-järjestelmä (Resident Assessment Instrument) on asiakaslähtöinen ja laaja-alainen toimintakyvyn arvioinnin mittaristo, joka tulee ottaa kunnissa käyttöön lakisääteisesti viimeistään 1.4.2023 (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012, 3 luku 15-15a §). Tässä opinnäytetyössä haluttiin kehittää RAI-arvioinnin hyödyntämistä kotihoidon hoitotyötä ohjaavana välineenä edellä mainittujen, monitasoisten hyötyjen lisäämiseksi. Kehittämistyö toteutettiin vanhustyössä tällä hetkellä vallitsevien, haasteellisten olosuhteiden aikana, jotka heijastuivat monella tavalla kehittämistyön eri vaiheisiin heikentäen sen toteutumista.

2 KEHITTÄMISTYÖN TAUSTA JA TOIMINTAYMPÄRISTÖ

Tämä kehittämistyö on tehty yhteistyössä Ylöjärven kaupungin kotihoidon ja vanhustyön toimijoiden kanssa ja se perustuu työelämässä havaittuun kehittämistarpeeseen. Idea aiheesta nousi Ylöjärven kaupungin vanhustyön ja kotihoidon toimijoilta.

Kehittämistyön toimintaympäristönä on Ylöjärven kaupungin kotihoito. Ylöjärvi on Tampereen rajanaapuri ja maantieteellisesti melko laaja (n. 1324 km²). Asukkaita kaupungissa on 33 352 (31.12.2020). Taustalla on kaksi kuntaliitosta; Viljakkalan kunta liittyi Ylöjärven kaupunkiin vuonna 2007 ja Kurun kunta vuonna 2009. Voidaankin kuvailia, että Ylöjärven kaupunkiin kuuluu keskusta-alue sekä maaseutumaisemmat ja syrjäisemmät Kurun ja Viljakkalan alueet. (Ylöjärven kaupunki 2021.)

Ylöjärven kotihoidossa työskentelee kolme lähiesimiestä, 65 lähihoitajaa (joista osa osa-aikaisia) sekä 5 sairaanhoitajaa/terveydenhoitajaa. RAI-avainosaajia on tällä

hetkellä 7 henkilöä. Säännöllisiä kotihoidon palveluita saavia asiakkaita Ylöjärvellä on tällä hetkellä 215 henkilöä (15.4.2021).

Vanhuspalvelulain 1.10.2020 voimaan tulleiden muutosten myötä kunnat ovat velvollisia käyttämään RAI-järjestelmää säännöllisten sosiaalipalvelujen piirissä olevien ikäihmisten palveluntarpeen ja toimintakyvyn arvioinnissa. RAI-järjestelmä on otettava käyttöön kunnissa viimeistään 1.4.2023. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012, 3 luku 15-15a §; Sosiaali- ja terveystalvveluministeriö 2020b.) RAI-järjestelmä on ollut Ylöjärven kaupungin kotihoidon käytössä yli kymmenen vuotta, joten sen käyttäminen asiakkaan toimintakyvyn arvioinnissa on jo vakiintunut osa kotihoidon henkilöstön perustyötä. Kuitenkin RAI-arvioinnin hyödynnettävyydessä asiakkaan hoitotyön suunnittelussa ja hoitosuunnitelman laatimisessa on vielä kehitettävää. Ilmiö on kansallisesti yleinen. Tutkimuksien mukaan RAI-arviointia osataan käyttää yhä paremmin asiakkaan toimintakyvyn ja palveluntarpeen arvioinnissa, mutta RAI-tiedon hyödyntäminen hoitosuunnitelman pohjana on vielä hyvin ohutta. (Haavisto, 2019, s. 35-36, 38, 43; Leinonen, 2013, s. 44-45, 46; Luosmala, 2021, s. 40-41, 45, 55; Niemelä, ym. 2018, s. 60; Tilander, 2020, s. 20, 25, 41-42.)

Vuosina 2016-2018 Pirkanmaa osallistui Sosiaali- ja terveystalvveluministeriön rahoittamaan I&O- kärkihankkeeseen (Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa). Kärkihankkeeseen kuului maassamme kolme KAAPO-kokeilua, joista yksi oli Pirkanmaalla Ikäneuvo-hankkeen nimellä. Ikäneuvo-hankkeeseen osallistui 18 Pirkanmaan kuntaa, yrityksiä ja järjestöjä. Hanketta koordinoi keskitetysti Tampereen kaupunki. Tavoitteena oli kehittää ja ottaa käyttöön pirkanmaalaisten tarpeisiin sovellettu keskitetty ja alueellinen asiakas- ja palveluohjauksen toimintamalli (KAAPO). Lähtökohtana kehittämislle oli tavoite ikääntyvien kotona asumisen tukemisesta laadukkaasti koordinoituilla palvelukokonaisuuksilla, jotka ovat yksilöllisiä, oikea-aikaisia ja -suhtaisia, asiakaslähtöisiä ja voimavarakeskeisiä. Hankkeen aikana kehitettiin maakunnan yhteisiä toimintamalleja ja kriteerejä, joista moni juurrutettiin vakiintuneeksi käytännöksi kunnissa. Ikäneuvoon osallistuneiden tahojen muodostama käsitys ikäihmisten palvelukokonaisuudesta voidaan nähdä vahvana pohjana käynnissä olevalle maakunnan sote-valmistelulle. (Ikäneuvo, 2018, 2. 4-5; Pirkanmaa2021, 25-26.)

I&O-hankkeen aikana luotiin raameja myös maakunnalliseen RAI-arvioinnin hyödyntämiseen yhteisten ohjeistuksien ja suositusten muodossa. Hankkeen lopuksi vuonna 2018 perustettu Pirkanmaan RAI-verkosto on jatkanut aktiivista ja vapaaehtoisuuteen pohjautuvaa yhteiskehittämistä hankkeen jälkeen. RAI-verkoston projektiryhmään kuuluu jokaisesta Pirkanmaan kunnasta tai yhteistoiminta-alueelta RAI-vastuhenkilö, joka on yleisimmin vanhustyön johtaja, kotihoito- tai palvelupäällikkö, toisin sanoen henkilö, jolla on päätäntävaltaa ammattinsa puolesta. Vuonna 2020 Pirkanmaan kunnat liittyivät yhteiseen kotihoidon RAI-tietokantaan (InterRAI-HC), joka sisältää laajan, kotihoidon käyttöön tarkoitetun kokonaisarvioinnin sekä suppeamman, Pirkanmaan asiakasohjaukseen räätälöidyn osittaisarvioinnin. Asiakkaalle tehdyt kokonais- ja osittaisarviointit ovat vertailukelpoisia keskenään. RAI-verkoston yhteisesti sovitut tavoitteet vuosille 2020-2021 olivat säännöllisten kotihoidon asiakkaiden kuuluminen RAI-arvioinnin piiriin, asiakkaan osallisuus arvioinnissa ja hänen ilmaisemien hoidon ja palvelun tavoitteiden kirjaaminen. Tavoitteiden toteutumista seurataan RAI-projektiryhmässä. (Sernola, 2020, s. 4-5, 14.)

RAI-kehittäminen näyttäytyy myös Pirkanmaan sote-valmisteluun liittyvän PirSote-hankkeen tavoitteissa. Pirkanmaan tulevaisuuden sote-kehittämisohjelma nostaa esille Ikäihmisten palveluiden työpaketissa (Työpaketti 6.) asiakkaan toimintakyvyn moniammatillisen arvioinnin kehittämisen, missä mallina toimii Ylöjärven kaupungin Geriatrisen poliklinikan laaja-alainen arviointikäytäntö. Sote-keskukset ja tiedolla johtaminen (Työpaketti 12.) sisältää kirjaamiskäytänteiden yhdenmukaistamisen ja laadun varmistamisen sekä Inter-RAI-mittariston hyödynnettävyyden vahvistamisen johtamisessa. (Pirkanmaan maakunta, 2020, s. 12, 15-16.)

Jotta RAI-arvioinnista nousutta tietoa voidaan hyödyntää ikäihmisten hoitotyön suunnittelussa, on RAI-arviointi osattava tehdä ja tulkita oikein. Arvioinnin tulee olla ajantasainen. (Manner, 2021, s. 9-10.) Asiakkaalla on oikeus saada laadukkaita, toimintakyvynsä mukaisia palveluja, jotka perustuvat yhtenäisiin arviointiperusteisiin (Ylöjärven kaupunki, 2019, s. 9-10). Kansallisten ikäihmisten hoitoon liittyvien linjauksien yksi tärkeistä tavoitteista on asiakaslähtöisen hoidon ja palvelujen tuottaminen. Palveluntuottajilta vaaditaan panostamista ikäihmisten osallisuutta korostavien hoidonsuunnitteluprosessien kehittämiseen ja prosessien läpinäkyvään kuvaamiseen.

Tavoitteellinen, terveyslähtöinen ja moniammatillinen työskentely on lähtökohtana asiakkaan toimintakykyä ja kuntoutumista tukeville toimintamalleille. (Sosiaali- ja Terveysministeriö, 2020c, s. 43; Vähäkangas, Niemelä & Noro, 2012, s. 15-17.)

Kuten aiemmin mainittiin, Ylöjärven kaupungin kotihoidossa RAI-arvioinnin hyödyntäminen asiakkaan hoitosuunnitelman laatimisessa on vielä vaihtelevaa ja vakiintumatonta. Kotihoidon henkilöstöltä puuttuu selkeä toimintamalli siitä, miten RAI-arvioinnista noussutta tietoa hyödynnetään ja käytetään hoitosuunnitelman pohjana. Tätä epäkohtaa Ylöjärven kaupungin vanhustyössä toivottiin kehitettävän ja siten tämän opinnäytetyön tavoitteeksi muodostui RAI-arvioinnin entistä laajempi hyödyntäminen kotihoidon asiakkaiden hoitotyön suunnittelussa. Opinnäytetyön aihetta tukee aiemmat tutkimukset, joissa ehdotetaan jatkotutkimusaiheiksi ja kehittämisen kohteiksi RAI-arvioinnin hyödyntämisen hoidon suunnittelussa ja hoito- ja kuntoutusuunnitelmien laatimisessa (Luosmala, 2021, s. 67; Niemelä, ym. 2018, s. 63).

3 KEHITTÄMISTYÖN TAVOITTEET JA TARKOITUS

Tämän kehittämistyön ensisijaisena tavoitteena oli lisätä RAI-tiedon hyödyntämistä Ylöjärven kaupungin kotihoidon asiakkaiden hoitosuunnitelman laatimisessa eli tuotettavan hoiva- ja hoitotyön suunnittelussa. Tarkoituksena oli kehittää kotihoidon RAI-arviointia yhtenäisemmäksi ja laadukkaammaksi luomalla uusi RAI-pohjaisen hoitosuunnitelman toimintamalli työntekijöiden työvälineeksi.

Asiakkaat hyötyvät tutkittuun tietoon perustuvasta hoitotyöstä ja kuntoutuksesta, jota toteutetaan tasa-arvoisesti ja kriteerien mukaisesti. ”Asiakkaan ei tarvitse pelätä, että jää hoidotta tai tulee huolimattomasti tai osaamattomasti autetuksi.” kiteyttää Manner (2021, s. 10) RAI-pohjaisen hoitosuunnitelman hyödyt asiakkaalle. Asiakkaan saaman päivittäisen tuen tulee perustua RAI-arvioinnin kautta arvioituihin toimintakyvyn

vajeisiin ja voimavaroihin. Tällöin asiakas voi luottaa saavansa tutkittuun tietoon ja näyttöön perustuvaa, oikeasuhtaista tukea arjessa selviytymiseensä.

Myös työntekijät hyötyvät uudesta, selkeästä toimintamallista, jonka tarkoitus on tuoda työskentelyyn selkeyttä, tasalaatuisuutta sekä asiakkaan toimintakyvyn arvioinnin osaamista. Työntekijä voi luottaa siihen, että osaa auttaa asiakasta asianmukaisella tavalla eikä tee asiakkaan kannalta epäsuotuisia virheitä hoitotyössään. Tällä hetkellä vanhustyössä vallitseva kiire ja resurssipula on lisännyt hoitajien vaihtuvuutta. Uuden toimintamallin avulla myös sijaiset ja keikkatyöntekijät pystyvät tuottamaan yhtä tasalaatuisia hoitoa kuin vakituiset työntekijät. Organisaation näkökulmasta uusi RAI-pohjaisen hoitosuunnitelman toimintamalli tuo kaikkinsa lisäarvoa hoidon laatuun. (Manner, 2021, s. 11-14). Prosessin onnistuessa uusi toimintamalli voi olla sovellettavissa muissakin kotihoidon organisaatioissa.

Kehittämistehtävän aluksi kotihoidon henkilöstölle tehtiin sähköinen kysely, jossa karotettiin henkilöstön tietämystä ja kokemuksia RAI-arvioinnista ja sen käyttömahdollisuuksista. Kysely oli kvantitatiivinen. Kyselyn vastausvaihtoehdot toteutettiin järjestyks- eli ordinaaliasteikolla, käyttämällä Likertin asteikkoa.

Kyselyn jälkeen kotihoidon henkilöstölle järjestettiin työpajoja, joissa henkilöstö osallistui oman työnsä ja toiminnan kehittämiseen. Vallitsevan koronatilanteen vuoksi työpajat järjestettiin etänä. Työpajatyypin kehittämistoiminnan avulla kehitettiin uutta toimintamallia RAI-arvioinnin hyödyntämiseksi asiakkaan hoitosuunnitelman laatimisessa.

Tämän kehittämistyön tutkimuskysymyksiä olivat:

- Miten RAI-järjestelmää voisi mahdollisimman hyvin hyödyntää kotihoidon asiakkaan hoitosuunnitelman laatimisessa?
- Millä keinoin tätä toimintaa voisi kehittää työntekijälähtöisesti?

4 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Käytetyt tiedonhakumenetelmät

Tämän opinnäytetyön teoreettista viitekehystä hahmottaessa toteutettiin kokoava eli integroiva kirjallisuuskatsaus. Integroivan kirjallisuuskatsauksen tarkoitus on esittää aihepiiriin liittyvää aiempaa kirjallisuutta ja sen perusteella koottuja johtopäätöksiä. Integroivaa kirjallisuuskatsausta käytetään tuottamaan monipuolinen ja kriittinen kuva jo tutkitusta aiheesta ja sen avulla voidaan muodostaa laaja kuva käsitellystä aiheesta. (Salminen, 2011, s. 8). Etsittäessä aikaisempia tutkimuksia RAI-arvioinnin hyödyntämisestä hoitotyön suunnittelussa todettiin niitä löytyvän hyvin niukalti. RAI-järjestelmästä yleisellä tasolla löytyy runsaasti tietoa, mutta tätä opinnäytetyötä varten suoritettun kirjallisuushaun tarkoituksena oli koota tutkimustietoa nimenomaisesti RAI-järjestelmän hyödynnettävyydestä asiakkaan hoitosuunnitelman laatimisessa. Kirjallisuuskatsauksen lisäksi tiedonhakua täydennettiin kehittämistyön prosessin edetessä etsimällä aihetta käsittelevää aineistoa sähköisistä tietokannoista, alan tutkimusartikkeleista sekä manuaalisena hakuna.

Kirjallisuushaku toteutettiin tammi-helmikuun 2021 aikana. Kirjallisuuskatsaus aloitettiin hakusanojen muodostamisella, jonka jälkeen ryhdyttiin varsinaiseen aineistohaakuun. Suomen kielen hakusanoja olivat ”RAI-järjestelmä”, ”RAI-arviointi”, ”toimintakyvyn arviointi”, ”hoitosuunnitelma”, ”hoitotyön suunnitelma” ja ”hoitotyön tarpeen arviointi”. Englannin kielen hakusanoja olivat ”Resident Assessment Instrument”, ”RAI system”, ”RAI-HC”, ”nursing care plan”, ”nursing plan”, ”patient care planning” sekä ”plan of care”.

Aineistohaussa rajattiin amk-tason opinnäytetyöt pois. Haku tehtiin ajanjaksolle vuodet 2011-2021. Kirjallisuushakuun käytettiin Googlen lisäksi kotimaisista tietokannoista Artoa, Finnaa ja Julkaria, kun taas kansainvälisistä tietokannoista käytössä olivat Cinahl (Ebsco), Google Scholar sekä Medic.

Aineistohaun valinnassa hyödynnettiin Pico-kysymystä. Pico-menetelmä auttaa tutkijaa tutkimuskysymyksen jäsentelyssä. Picon avulla tutkimuskysymys muutetaan

hakutermeiksi, jotka ohjaavat tutkijaa aineistonhaussa tarvittavan ja oikein kohdenne-
tun tiedon äärelle. Picon osat ovat P = Potilas/Probleema (Population, Patient, Prob-
lem), I = Interventio (Intervention), C = Vertailumenetelmä (Comparison) ja O = Ter-
veystulos (Outcome). Kaikkia kysymyksen osia ei välttämättä tarvitse hakea. Yleisim-
min käytettäviä ja oleellisimpia ovat P- ja I-osat. (Isojärvi, 2011, s. 2-4, 6.) Tämän
kirjallisuuskatsauksen Pico-kysymys oli; Millaisia kokemuksia kotihoidon henkilös-
töllä on RAI-arvioinnin hyödynnettävyydestä asiakkaan hoitosuunnitelman tekemi-
sessä? Pico-kysymykseen vastanneet kirjallisuushaun tutkimukset ja niiden päätulok-
set löytyvät liitetiedostona tehtävän lopusta (liite 1).

4.2 Kotihoito asiakkaan toimintakykyä tukemassa

Kotipalvelu tarkoittaa kunnan järjestämisvelvoitteista palvelua. Se sisältää asumiseen,
hoitoon ja huolenpitoon, toimintakyvyn ylläpitoon, lasten hoitoon ja kasvatukseen,
asiointiin sekä muihin jokapäiväiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suo-
rittamista tai niissä avustamista. Kotipalvelua voivat saada henkilöt, jotka sairauden,
synnytyksen, vamman tai muun toimintakykyä alentavan syyn tai erityisen perhe- tai
elämäntilanteen perusteella tarvitsevat apua selviytyäkseen em. tehtävistä ja toimin-
noista. **Kotipalveluun sisältyviä tukipalveluita** ovat ateria-, vaatehuolto- ja siivous-
palvelut sekä sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut. (Sosiaalihuoltolaki
1301/2014, 3 luku § 19.) Yleisimmin kotipalvelun asiakkaana on ikäihmisiä, vammai-
sia ja / tai sairaita ihmisiä ja lapsiperheitä. Monessa kunnassa lapsiperheiden kotipal-
velu on osa muita lapsiperheiden sosiaalipalveluja, esimerkiksi perhetyötä. (Sosiaali-
ja Terveysministeriö, 2021.)

Kunnan tulee järjestää alueensa asukkaille myös **kotisairaanhoidoa**. Kotisairaanhoido-
n on hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista tai tilapäistä potilaan asuinpaikassa / ko-
tona toteutettua terveyden ja sairaanhoidon palvelua. Kotisairaanhoidossa käytettävät
hoitosuunnitelman mukaiset, pitkäaikaissairauden hoitoon tarvittavat hoitotarvikkeet
sisältyvät hoitoon. **Kotisairaalahoidolla** tarkoitetaan määräämääräistä ja tehostettua ko-
tisairaanhoidoa. Sen voi järjestää perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido yhdessä
tai erikseen. Kotisairaalahoidon yhteydessä annettavat lääkkeet ja hoitosuunnitelman

mukaiset hoitotarvikkeet sisältyvät hoitoon. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 1326/2010, 3 luku § 25.)

Usein kunnissa tai kuntayhtymissä on yhdistetty kotipalvelu tukipalveluineen ja kotisairaanhoidon yhdeksi kokonaisuudeksi; **kotihoidoksi**, joka on tarkoitettu niille asiakkaille, jotka tarvitsevat hoivaa, huolenpitoa ja/tai sairaanhoidollista apua (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 3 luku § 20). Kotihoidolla tuetaan asiakkaiden itsenäistä selviytymistä kotona ja ehkäistään toimintakyvyn heikentymistä hoivan ja hoidon sekä kuntoutuksen avulla. Huomattava osa kotihoidon säännöllisistä asiakkaista on ikääntyneitä henkilöitä (Kuntaliitto, 2021).

Kröger, Van Aerschot & Puthenparambil (2019, s. 124) luonnehtivat hoivan käsitettä ihmisen hyvinvointiin liittyvien tarpeiden huolehtimiseksi. Heidän mukaansa hoiva on niin arkielämän henkilökohtaisissa perustoiminnoissa, kuin monenlaisissa käytännön asioissa ja toiminnoissa auttamista. Hoivaa voi olla esimerkiksi hygienian hoidossa, ruokailussa, kauppa- ja pankkiasioiden hoitamisessa, kuljettamisessa tai pienissä pihatoissa avustaminen. Toisin sanoen kyseessä on jokapäiväisen elämän tavanomaiset toimet ja askareet, joita henkilö ei pysty itse tekemään. Henkilö voi saada hoivaa lähisiltään tai joko julkiselta, yksityiseltä tai vapaaehtoiselta hankkien.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012 (3 luku § 13 & 14) säättää, että kunnan on vastattava iäkkäiden palveluntarpeisiin oikea-aikaisesti ja riittävin palveluin sekä tuettava iäkkäiden toimintakykyä, arvokasta elämää ja kotona asumista ensisijaisesti kotiin annettavilla palveluilla. Palveluiden on vastattava sisällöltään ja määrältään iäkkään henkilön kulloisia palveluntarpeita.

4.2.1 Palveluntarpeen arviointi

Kunnan velvollisuus on huolehtia, että iäkkään henkilön palvelujen tarvetta selvitetessä hänen toimintakykynsä arvioidaan luotettavasti ja kokonaisvaltaisesti. Palveluntarpeen arviointi tulee lain mukaan tehdä ja saattaa loppuun kiireellisissä tapauksissa viipymättä ja välittömästi. Palveluntarpeen arviointi sisältää kokonaisvaltaisen

selvityksen ikääntyneen henkilön voimavaroista, mahdollisuuksista, arjen selviytymisestä ja uhkatekijöistä. (Finne-Soveri, ym. 2020, s. 7; laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012, 3 luku 15 §.) **Palveluntarpeen arvioinnista** vastaa asiakkaan kannalta tarkoituksenmukaisin, laaja-alaista osaamista omaava ammattihenkilö, jonka ammattipätevyyden määrittävät Sosiaalihuollon ammattihenkilöstä annettu laki (817/2015, 3 §) sekä terveydenhuollon ammattihenkilöstä annettu laki (559/1994, 2 §). Ylöjärvellä iäkkään henkilön palveluntarpeen kartoittaa asiakasohjaaja. Kartoitukseen kuuluu kotitiimin tekemä arviointijakso asiakkaalle. (Ylöjärven kaupunki, 2021.)

Suomen Valtioneuvoston esitys eduskunnalle vanhuspalvelulain muuttamisesta sisältää ehdotuksia palvelusuunnitelmaa koskevan säännöksen täsmentämisestä. Ehdotuksen mukaan palvelut tulisi suunnitella niin, että ne vastaavat sisällöltään, määrältään ja ajoitukseltaan ikääntyneen kulloisia tarpeita. Palvelusuunnitelmaan olisi ehdotuksen mukaan myös kirjattava myös ikääntyneen tarve turvapalveluihin ja yöaikaiseen kotihoitoon. (Valtioneuvosto, 2021, s. 37.)

4.2.2 Toimintakyvyn arviointi

Palveluntarpeen arvioinnin tulee sisältää luotettavien arviointivälineiden avulla tehdyn, monipuolisen **toimintakyvyn arvioinnin**. Arvioinnissa selvitetään iäkkään henkilön suoriutumiskyky tavanomaisista elämän toiminnoista omassa asuin- ja toimintaympäristössään sekä mihin asioihin hän tarvitsee apua ja tukea. Arvioinnissa on huomioitava iäkkään henkilön fyysinen, psyykkinen, kognitiivinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä hänen ympäristönsä ja kotinsa esteettömyys, turvallisuus ja lähipalvelujensa saatavuus. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012, 3 luku 15 §.)

Ikääntyneen henkilön toimintakykyä arvioidaan lakisääteisen palveluntarpeen arvioinnin lisäksi monessa muussakin tilanteessa (Finne-Soveri, ym. 2020, s. 7). Seuraavassa kuviossa on esitetty, miten moniulotteisessa kontekstissa toimintakyvyn arviointia tehdään (kuvio 1).



Kuvio 1. Toimintakyvyn arviointia edellyttävät tilanteet (Finne-Soveri, ym. 2020).

Toimintakykyä eli päivittäisessä elämässä ja sen toiminnoissa suoriutumista voidaan arvioida useilla eri menetelmillä ja asteikoilla. Muutokset edellä mainituissa ovat hoidon ja palvelujen vaikuttavuuden merkkejä. (Käypä hoito, 2022.) Laadukas, laaja-alainen ja moniammatillinen arviointi sekä siinä käytettävät menetelmät ja työkalut perustuvat tutkittuun tietoon. Säännöllisten palvelujen piirissä olevilla ikääntyneillä on korkea riski toimintakyvyn laskuun, joten on erityisen tärkeää löytää ja tarjota heille oikein kohdennettua ja tutkitusti vaikuttavaa toimintaa, tukea ja kuntoutusta. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2020c, 44-45.)

4.2.3 Hoito- ja palvelusuunnitelma

Toistuvia tai säännöllisiä palveluita saavalle sosiaalihuollon asiakkaalle eli siten myös kotihoidon asiakkaalle on laadittava **hoito-, palvelu-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma**. Hoito- ja palvelusuunnitelma tulee pohjautua asiakkaan tarpeisiin ja toimintakyvyn arviointiin. Suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa ja hänen itsemääräämisoikeuttaan kunnioittaen sekä toiveitaan kuullen. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000, 2 luku 7 & 8 §.) Proaktiivisen, asiakaslähtöisen ja tasa-arvoisessa kumppanuussuhteessa tehdyn suunnitelman tarkoitus on edistää asiakkaan terveyttä ja aktiivisuutta sekä sitoutumista omahoitoon (Hermens, 2016, s. 41).

Toimintakyvyn arvioinnin avulla todennettujen tietojen hyödyntäminen asiakkaan hoidon suunnittelussa tarkoittaa asiakkaan hoidon ja palveluiden muokkaamista asiakkaan toimintakykyä vastaavaksi (Klemola, 2016, s. 76). Hoito- ja palvelusuunnitelma on työväline hoidon, hoivan ja palveluiden oikeasuhtaiseksi kohdentamiseksi ja tavoitteelliseksi toteuttamiseksi. Hyvän hoito- ja palvelusuunnitelman kulmakiviä ovat työntekijän ammatti- ja vuorovaikutustaidot sekä paikallisten palvelujen tuntemus yli hallintorajojen. Hyvin suunnitellulla ja oikein toteutetulla hoivan ja palveluiden kokonaisuudella voidaan ehkäistä sellaista asiakkaan toimintakyvyn ja elämänlaadun heikkenemistä, mihin hyvällä hoidolla, tuella ja palveluilla voidaan vaikuttaa. Asiakkaan palvelukokonaisuuden järjestäminen hänen tarpeitaan vastaavaksi, sopivaksi ja

mieluisaksi lisää myös palveluiden laadukkuutta ja kustannustehokkuutta. (Päivärinta & Haverinen, 2002, s. 5; Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos, 2021b.)

Ylöjärvellä asiakasohjaaja laatii säännöllisen kotihoidon asiakkaan kanssa palvelu- ja hoitosuunnitelman. Siinä sovitaan palvelun sisältö, määrä sekä asiakkaan hoidossa mukana olevat läheiset ja yhteistyökumppanit. Tässä opinnäytetyössä käytettävällä käsitteellä, **hoitosuunnitelmalla**, tarkoitetaan kotihoidon päivittäisen hoitotyön suunnitelmaa, jonka tekee asiakkaalle arviointijakson päätteeksi kotiitiimi. Hoitosuunnitelma tallennetaan potilastietojärjestelmä Pegasokseen, jonne asiakasta koskevat hoitotyön kirjaukset myös tehdään. Hoitosuunnitelma sisältää asiakkaan perustiedot, toimintakyvyn kuvauksen, hoidon tarpeen, tavoitteet, toteutuksen ja keinot sekä seurannan ja arvioinnin. Arviointijakson jälkeen, asiakkaan siirtyessä kotihoidon säännöllisten palvelujen piiriin, huolehtii kotihoidon henkilöstö asiakkaan hoitosuunnitelman päivityksestä. (Ylöjärven kaupunki, 2021.)

4.3 RAI-järjestelmä

RAI (Resident Assessment Instrument) on kansainvälisen, voittoa tavoittelemattoman tutkijaorganisaation, InterRai:n kehittämä laaja-alainen terveyden ja toimintakyvyn arviointimittaristo (InterRAI, 2022). RAI kehitettiin alun perin 80-luvulla Yhdysvalloissa ikääntyneiden ympärivuorokautisen asumisen asiakkaiden palveluntarpeen arviointia varten. Kotihoitoon tarkoitetut välineet otettiin käyttöön 1990-luvulla ja Suomeen RAI rantautui vuonna 2000. Tänä päivänä laajalti ympäri maailmaa käytössä oleva RAI sisältää versioita eri käyttötarkoituksiin ja asiakasryhmien tarpeisiin. Vuonna 2020 RAI oli käytössä Suomessa jo 176 kunnassa. RAI-järjestelmän käyttö tulee laajenemaan maassamme entisestään, kun vanhuspalvelulain muutoksen myötä RAI otetaan käyttöön kaikissa Suomen kunnissa ikääntyneiden palveluissa 1.4.2023 mennessä. (Finne-Soveri, 2020; Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvueluista 980/2012, 3 luku 15-15a §.)

RAI-arvioinnin avulla saadaan tärkeätä tietoa asiakkaan terveydentilan eri osa-alueista hoivan, hoidon ja palveluiden myöntämisen ja järjestämisen tueksi. Kysymyspatteristo

on laaja ja sisältää kysymyksiä seuraavilta osa-alueilta: terveydentila, toimintakyky, lääkitys, ravitsemus, muistitoiminnot ja mieliala, kuntoutus ja erityishoidot, palvelujen käyttö, ympäristö, osallisuus ja aktiivisuus sekä omaisten tuki. Näiden perusteella arviointipatteristo nostaa esille erilaisia mittareita ja capseja eli herätteitä, jotka kertovat asiakkaan voimavaroista ja huomiota vaativista toimintakyvyn vaikeuksista. Arviointi tehdään haastattelemalla ja havainnoimalla asiakasta ja mahdollisesti hänen lähiomaisiaan. Arvioinnista vastaa RAI-koulutuksen suorittanut sosiaali- ja/tai terveydenhuollon ammattilainen, esimerkiksi kotihoidon hoitaja. Lisäksi arviointiin voi osallistua muitakin ammattilaisia, esimerkiksi lääkäri tai fysioterapeutti. Ensisijaisen tärkeätä on, että arviointi tehdään yhteisymmärryksessä kaikkien osapuolten kesken ja erityisesti asiakasta itseään kuullen. Näin asiakas tulee kuulluksi ja osallistuu oman hoitonsa ja palvelujensa suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. (Carpenter & Hirdes, 2013, s. 99; Morris, ym. 2010, s. 10; THL, 2021b.) Tutkimuksen mukaan asiakkaan kognition taso ei aina korreloi hänen RAI-arviointiinsa osallistumisen kanssa. Huomioitavaa on, että kognition tasosta riippumatta jokaisen asiakkaan osallistuminen arviointiin tulisi turvata ja erityisesti heikentyneen kognition asiakkaat hyötyvät läheisten osallisuudesta ja avusta arvioinnin tekemisessä. (Lind, Noro, Havulinna & Mäkelä, 2020.)

Myös työntekijät hyötyvät huolellisesti tehdystä RAI-arvioinnista; mittarin avulla on helpompi huomata oleelliset asiat ja asiakkaan toimintakyvyn muutokset. RAI-mittarin antamien herätteiden avulla voidaan nostaa seurantaan erilaisia toimintakyvyn osa-alueita, esimerkiksi kuntoutumisen voimavaroja, ravitsemuksen tilaa ja kaatumisriskiä. (Manner, 2021, s. 11-13). Riskivanhuksien varhainen tunnistaminen tulee perustua mittarin systemaattiseen käyttämiseen (Strandberg & Valvanne, 2012). RAI-arvioinnin perusteella asiakkaalle voidaan tehdä hänen tarpeitaan vastaava, yksilöllisempi hoito-, palvelu- tai kuntoutussuunnitelma. RAI-arviointi tulee tehdä puolen vuoden välein tai asiakkaan voinnin muuttuessa oleellisesti. Tämän lisäksi voidaan tehdä ns. väliarviointeja, jos on nostettu jokin ongelma tai toimintakyvyn muutos esille ja seurattu sitä. Asiakkaan toimintakyvyn laskun tai kohenemisen tulisi näkyä arvioinnissa ja sitä kautta hoidon suunnittelussa. (Manner, 2021, s. 17, 19; THL 2021b.)

RAI-mittaristoa voidaan käyttää asiakkaan palveluntarpeen arvioinnin sekä hoitotyön suunnittelun lisäksi myös organisaatiotasolla johtamisen, kehittämisen ja resurssoinnin työkaluna sekä palvelujen ja laadun mittaajana. RAI-järjestelmän avulla pystytään

seuraamaan erilaisia tunnus- ja vertailulukuja ja hyödyntämään niitä päätöksenteossa. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksella on vastuu RAI-järjestelmän sekä sen käyttämiin liittyvien koulutuksien maksuttomasta järjestämisestä kunnille. THL kerää puolivuosittain kaikkien Suomessa tehtyjen RAI-arviointien tiedot tietoturvasääntöjen puitteissa ja tuottaa näiden tietojen perusteella tutkimus- ja vertailutietoa asiakkaiden saamien palvelujen kehittämiseksi. Näitä tietoja hyödyntäen kunnat voivat verrata oman alueensa tilannetta muuhun Suomeen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2021b.)

4.3.1 RAI-arvioinnin hyödyntäminen hoidon suunnittelussa

RAI-arvioinnin hyödyntämisestä asiakkaan hoidon suunnittelussa löytyy verrattain vähän aiempaa, tutkittua tietoa. Tämän opinnäytetyön teoreettista viitekehyksen rakentamiseksi valittujen aineistojen perusteella voitiin kuitenkin tehdä joitain päätelmiä ilmiöstä.

RAI-järjestelmä ja -arviointi nähdään pääsääntöisesti merkityksellisenä ja laadukkaana työvälineenä, jonka avulla saadaan tärkeitä ja laaja-alaista tietoa asiakkaan toimintakyvystä, voimavaroista, haasteista ja elämäntilanteesta. RAI-arvioinnin perusteella voidaan jopa ennustaa kotihoidon asiakkaan sairaalaan joutumisen syitä (Rönnekkö, ym. 2018, s. 2, 7-8, 11). Vaikka RAI-arvioinnin hyödyt tunnustetaan, sen hyödyntäminen hoidon suunnittelun pohjana jää silti vielä vähäiseksi. RAI-arvioinnin hyödyntäminen asiakkaan hoitosuunnitelman laatimisessa on vaihtelevaa ja vaatii vielä runsaasti kehittämistä. (Haavisto, 2019, s. 35-36, 38, 43; Leinonen, 2013, s. 44-45, 46; Tilander, 2020, s. 20, 25, 41-42.)

Yksikön yhteiset RAI-käytännöt ja ohjeistukset, riittävä aika, hyvä perehdytys sekä säännöllinen ja kokonaisvaltainen koulutus koetaan tärkeiksi ja RAI-arvioinnin hyödyntämistä asiakastyössä lisääväksi (Haavisto, 2019, s. 43, 45; Leinonen, 2013, s. 54-55, 57-58; Tilander, 2020, s. 30-32, 39-40, 45).

Haaviston (2019, s. 38, 44) ja Leinosen (2013, s. 56, 66-68) tutkimusten mukaan RAI-arvioinnin käytön organisoiminen ja hyödyntäminen hoitotyön suunnittelussa koetaan

olevan organisaatiosta ja lähiesimiehistä lähtevää. Heidän tutkimuksissaan toivottiin, että yksiköissä tuotaisiin johtamisen keinoin RAI-arvioinnin hyötyjä esille.

Niemelä, ym. (2018, 54-65) kuvaavat tutkimusartikkelissaan ”RAIHYJ-mittari lähijohtajan työvälineenä ikäihmisten koti- ja ympärivuorokautisessa hoidossa” lähijohtajien käsityksiä RAI-arvioinnin hyödyntämisestä johtamisessa sekä hoitajien RAI-osaamisesta. Tulokset osoittivat, että lähijohtajien mielestä sekä RAI-osaamisessa että RAI-tiedon hyödyntämisessä on kehitettävää niin kotihoidossa kuin ympärivuorokautisissa asumispalveluissa. Ympärivuorokautisissa asumispalveluissa RAI-osaaminen ja RAI-tiedon hyödyntäminen toteutuivat kotihoitoa paremmin. Ero oli tilastollisesti merkittävä. Huomattavin ero tuloksissa oli ympärivuorokautisten asumispalveluiden eduksi osa-alueista RAI-osaamisessa, hoito- ja kuntoutussuunnitelman tekemisessä sekä toiminnan seurannassa ja arvioinnissa. Kaiken kaikkiaan tutkimuksen mukaan eniten kehitettävää molempien palvelutyyppeiden kohdalla on hoito- ja palvelusuunnitelmien laatimisessa RAI-mittarien tulkinnan ja niistä saadun tiedon avulla. Tutkimuksen tulokset voivat kertoa ikäihmisten palveluita tuottavien organisaatioiden hoidon suunnittelusta laajemmaltikin Suomessa. Tätä tietoa voidaan pitää merkittävänä palveluita suunniteltaessa, etenkin koska hoito- ja palvelusuunnitelman tekeminen asiakkaalle on lakisääteistä Suomessa.

Klemolan väitöskirjassa (2016) nousee esille samantyyppisiä kokemuksia ikääntyvien toimintakyvyn arvioinnin vakiintumattomista toimintatavoista kuin tässä opinnäytetyössä tehdyn kirjallisuuskatsauksen aineistossa. Tutkimuksen mukaan esimerkiksi asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelma laaditaan usein ennen toimintakyvyn arviointia, vaikka asian olisi hyvä olla lähtökohtaisesti toisin päin. Tutkimuksen mukaan hoitajien käsitykset toimintakyvyn arvioinnin, hoitosuunnitelman laatimisen, kirjaamisen ja raportoinnin tärkeydestä ja merkityksestä korreloivat vahvasti niistä nousseen tiedon hyödyntämisen kanssa. Tämä selittää osaltaan sen, että tutkimukseen osallistuneissa yksiköissä ei aina noudatettu sovittuja asiakkaan toimintakyvyn arviointia ja hoitosuunnitelman päivittämistä koskevien käytäntöjä. (emt, 2016, s. 85, 93-94, 110-113, 131-132.)

Rönneikkö, ym. (2018, s. 2, 7-8, 11-12) pyrkivät selvittämään uusien, yli 63-vuotiaiden kotihoidon asiakkaiden äkillisten sairaalakäyntien syitä ja niiden ennustavia

tekijöitä RAI-arviointia hyödyntäen. Tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden yleisin sairaalahoitoon joutumisen syy oli virtsatieinfektio. Tutkimuksen mukaan ikääntyvän kokema yksinäisyyden tunne lisää todennäköisyyttä joutua sairaalahoitoon epämääräisten geriatrinen oireiden takia. Myös aikaisemmat kaatumiset ja lonkkamurtumat ennustavat sairaalahoitoon joutumisen kasvanutta todennäköisyyttä. RAI-arviointia hyödyntämällä voidaan tutkimuksen mukaan ennustaa kotihoidon asiakkaan sairaalakäyntien syitä.

Luosmala (2021, s. 40-41, 45, 55) tutki opinnäytetyössään Pirkanmaan alueen kotihoidon ja asiakasohjauksen lähiesimiesten näkemyksiä yksiköiden RAI-osaamisesta. Kaikkein eniten kehitettävää oli tutkimuksen mukaan hoito- ja kuntoutussuunnitelmien tekemisessä, jossa vain joka kymmenes yksikkö oli hyvällä tasolla. Etenkin arviointien ajantasaisuudessa, mittarien tulkinnessa, tulosten ”aukikirjoittamisessa” ja hyödyntämisessä hoito- ja kuntoutussuunnitelmien laatimisessa oli kehitettävää. Luosmala toteaa arjen työssä ajan puutteen ja hoitajien resurssipulan olevan hoitajien mielestä suurimpia esteitä RAI-arviointien ajantasaisuudelle ja hyödyntämiselle hoito- ja kuntoutussuunnitelmien laatimisessa. Kuitenkin tutkimuksessaan nousi esille ilmiö, että hyvällä tasolla olevissa yksiköissä RAI-arviointeja käytiin säännöllisesti läpi yksikköpalavereissa, arvioinnit olivat ajantasaisia ja laatuindikaattoreita hyödynnettiin yksikön kehittämisessä. Tämän tutkimuksen perusteella voidaan päätellä, että kiireestä huolimatta esihenkilön asenteella ja esimerkiksi RAI-arvioinnin tärkeyden korostamisessa hoidon suunnittelun välineenä on merkittävän positiivinen vaikutus. (Luosmala, 2021, s. 57.

5 KEHITTÄMISTYÖN MENETELMÄT JA TOTEUTUS

5.1 Konstruktiivinen tutkimus ja kehittämistutkimus

Perinteiset tieteen tutkimusmenetelmät pyrkivät kuvaamaan ja selittämään erilaisia ilmiöitä. Niiden tarkoituksena on tutkimuksen myötä esiin tulleiden lainalaisuuksien avulla ymmärtää ja selittää käytäntöä. Toisin on interventiotutkimuksen, jonka tarkoitus on pyrkiä ongelman poistamiseen ja muutokseen. Interventiotutkimus pitää sisällään kolme hieman toisistaan poikkeavaa tutkimusmuotoa. Näitä ovat toimintatutkimus (action research), kehittämistutkimus (design based research) ja konstruktiivinen tutkimus (constructive research). (Kananen 2017, s. 10.)

Konstruktiivinen tutkimusote on alun perin kehitetty tekniikan ja liiketalouden alalla, mutta nykyään sitä hyödynnetään yhä enemmän muillakin yhteiskuntamme sektoreilla. Konstruktiivisen tutkimuksen pääajatuksena on muutoksen tapahtuminen ja uuden luominen. Sen pyrkimyksenä on tuottaa uusi ja innovatiivinen tuotos eli konstruktio. Konstruktio voi olla esimerkiksi uusi tuote, malli tai suunnitelma, jolla pyritään ratkomaan jotakin reaali maailman ongelmaa. Tutkimusotteen tavoitteena on ratkaista ongelma luodun konstruktion avulla ja sitä kautta tuottaa suuri kontribuutio teorian ja käytännön näkökulmasta, jolloin lopputulos tyydyttää kaikkia prosessin sidosryhmiä. Kuitenkin akateemisesti tarkasteltuna epäonnistuneellakin projektilla voi olla huomattavaa teoreettista hyötyä. (Bister 2019, s. 47; Lukka 2001.)

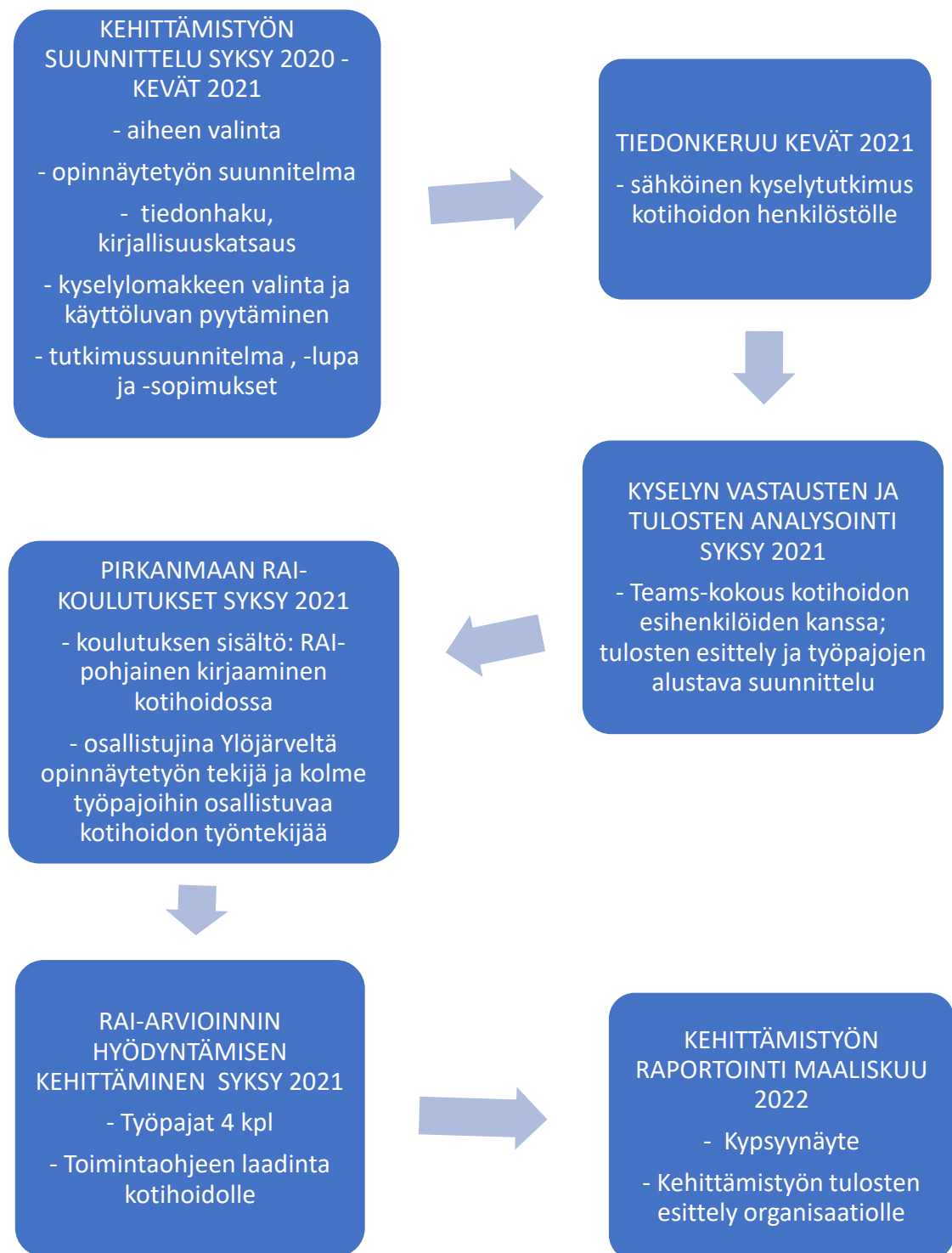
Konstruktiivisella ja kehittämistutkimuksella on yhtenäisiä piirteitä, ja ne saatetaankin helposti sekoittaa keskenään. Myös selkeitä eroja näiden kahden tutkimusmuodon välillä on. Erot näyttäytyvät erityisesti tutkimuksen yleistettävyydessä, raportoinnissa ja ratkaisuehdotusten määrässä. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Konstruktiivisen ja kehittämistutkimuksen eroja (Virtanen 2006, s. 48-49)

Konstruktiivinen tutkimus	Kehittämistutkimus
Tuotetaan yksi toimiva ratkaisu	Tuotetaan useita vaihtoehtoisia ratkaisumalleja, joista valitaan yksi toteutettavaksi
Yleistettävyyys; ratkaisu on sovellettavissa muihin vastaavanlaisiin ongelmiin ja muihin organisaatioihin.	Ei pyritä laajaan yleistettävyyteen, ratkaisu on kertaluonteinen.
Raportointi keskittyy tuotetun ratkaisun kuvaamiseen (ominaisuudet, uutuusarvo, teoriakytkennöt, yleistettävyyys)	Raportointi painottuu kuvaamaan tutkimusprosessin kulkua, ratkaisun valinnan perustelua ja ratkaisusta saatuja kokemuksia.
Validiteetti; ratkaistaan markkinatestein, heikko tai vahva	Ratkaisu otetaan käyttöön ja organisaatio sitoutuu siihen.
On tehtävissä opinnäytetyön puitteissa.	Vaatii runsaasti aikaa.

Tämän opinnäytetyön tutkimusotteen oli tarkoitus olla alkuperäisen suunnitelman mukaan konstruktiivinen, sisältäen piirteitä samalla myös kehittämistutkimuksesta. Kuitenkin kehittämistyön prosessin edetessä, opinnäytetyön tekijästä riippumattomista syistä tapahtuneiden muutosten myötä, tutkimusotteen painopiste muuttui alkuperäistä suunnitelmaa voimakkaammin kehittämistutkimuksen suuntaan.

Konstruktiivisessa tutkimusotteessa huolellisesti kerätty teoretieto ja empiirinen tutkimus luovat pohjan tutkimukselle. Tutkijan empiirinen interventio on voimakasta, toisin kuin tyypilliselle tutkimukselle, jossa tavoitteena on mahdollisimman vähäinen tutkijan empiirinen häirintä. Konstruktiivisessa tutkimuksessa tutkijan ja käytännön edustajien yhteistyö on tiivistä ja kehittämistoiminta käytännönläheistä. Pyrkimyksenä on luoda uusi konstruktio, jota tarkastellaan teoreettiseen tietoon ja empiirisiin löydöksiin peilaten. Konstruktiivisessa tutkimuksessa odotetaan tapahtuvan kokemuksellista oppimista sekä uuden konstruktion myötä saatuja hyötyjä ja teoreettista kontribuutiota. (Lukka 2001.) Tämän kehittämistyön prosessi on kuvattuna alla (Kuvio 2).



Kuvio 2. Kehittämistyön prosessikuvaus.

5.2 Kyselytutkimus tiedonkeruumenetelmänä

Konstrukttiivinen tutkimusote ei rajaa tai sulje pois käytettäviä tiedonkeruumenetelmiä. Erilaisia etnografisia metodeja eli haastatteluja, kyselyitä ja kirjallisten aineistojen analysointia voidaan hyödyntää muodostettaessa laaja-alaista näkemystä tutkimusaiheen lähtötilanteesta. Saavutettaessa syvälinen tutkimusaiheen tuntemus, nousevat yleensä myös kohdeorganisaation tavoitteet ja ongelmat esiin. (Lukka 2011.)

Tämän kehittämistyön tiedonkeruumenetelmänä käytettiin sähköistä kyselyä, jonka avulla kartoitettiin kotihoidon henkilöstön tietämystä ja kokemuksia RAI-arvioinnista ja sen käyttömahdollisuuksista hoitotyön suunnittelussa. Kysely toteutettiin kokonais-tutkimuksena, eli se lähetettiin kaikille kohderyhmän hoitajille (Vilka, 2014, s. 51).

Opinnäytetyön tekijä valitsi tiedonkeruumenetelmäkseen kvantitatiivisen kyselyn, koska sen avulla pystytään kuvaamaan numeraalisesti, miten asia on sekä löytämään sitä kautta syy-seuraussuhteita ja lainalaisuuksia asioiden välille. Eri muuttujia, niiden muutoksia ja vaikutuksia toisiinsa voidaan osoittaa analysointivaiheessa erilaisilla jakaumilla, keskiarvoilla ja -hajonnoilla. (Vilka, 2021, s. 66-67.) Opinnäytetyön tekijän tavoitteena oli, että kysely olisi mahdollisimman selkeä rakenteeltaan ja vastattavuudeltaan. Kiireisten työpäivien lomassa kyselyyn vastaaminen vaatii hoitajilta aikaa ja keskittymistä. Tästä syystä opinnäytetyön tekijä toivoi, ettei kyselyyn vastaaminen kuormittaisi liikaa vastaajia tai veisi liikaa heidän aikaansa. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista.

Opinnäytetyön kyselyssä käytettiin Ahvenjärvi & Salmisen vuonna 2012 valmistuneessa opinnäytetyössään käyttämäänsä kyselyrunkoa (liite 2) joiltain osin muunneltuna (liite 3). Lupa kyselyrunkon käyttämiseen saatiin sähköpostitse 15.4.2021. Ahvenjärvi & Salminen tutkivat opinnäytetyössään hoitajien kokemuksia RAI-arvioinnin hyödyntämisestä lähettämällä kyselyn hoitohenkilöstölle. Ahvenjärvi & Salminen testasivat kyselylomaketta koeryhmällä ennen varsinaista kyselytutkimustaan, joten tässä opinnäytetyössä ei ollut tarvetta lomakkeen uudelleen testaamiselle.

Saatekirje (liite 4) kyselyyn jaettiin sähköpostitse Ylöjärven kaupungin kotihoidon esihenkilöiden kautta kotihoidon 65 työntekijälle. Näin menettelemällä varmistettiin vastaanottajien tietoturva ja anonymiteetti. Saatekirjeen avulla vastaajien tulee saada selkeä kuva tutkimuksen tarkoituksesta ja kokea, että heidän vastauksillaan on merkitystä. Saatekirjeen perusteella vastaaja joko motivoituu tai ei motivoidu vastaamaan kyselyyn. Vastaamismotivaatiota ja tutkimuksen luotettavuutta voidaan lisätä hyvin muotoillulla ja kiinnostusta herättävällä saatekirjeellä. (Vehkalahti, 2019, s. 47.) Opinnäytetyön tekijä halusi motivoida kotihoidon henkilöstöä vastaamaan kyselyyn korostamalla saatekirjeessä heidän merkitystään aiheen tuntevina työntekijöinä, joiden vastausten kautta voidaan saada realistinen kuva tilanteesta. Vastaajat pääsivät tutustumaan kyselyyn saatteen liitteenä olevan linkin kautta. Kyselylinkki oli avoinna reilun kahden viikon ajan ajalla 21.5. - 6.6. 2021.

Kysely lähetettiin kaikille Ylöjärven kotihoidon 65 työntekijälle. Kyselyyn vastasi ensimmäisen viikon aikana 5 henkilöä. Opinnäytetyön tekijä lähetti tässä vaiheessa muistutusviestin kyselyyn vastaamisesta (vs. Vilka, 2014, s. 106-107). Lopulta vastausajan sisällä kyselyyn vastasi yhteensä 8 henkilöä kotihoidon kolmelta alueelta. Yhdeltä kotihoidon alueelta vastauksia ei saapunut ollenkaan. Vastausprosentiksi muodostui 12,31 %, mikä on hyvin alhainen luku.

5.2.1 Kyselytutkimuksen tulokset

Kyselytutkimuksen tarkoituksena on saada luotettavaa, todenmukaista ja virheetöntä tietoa tutkittavasta aiheesta (Vehkalahti, 2019, s. 44; Vilka, 2014, s. 107). Tämän kyselytutkimuksen alhaisen vastausprosentin perusteella tutkimuksen tuloksia ei voida arvioida luotettavasti.

Opinnäytetyön tekijä esitteli kyselyn tuloksia kotihoidon esihenkilöille Teams-palaverissa 14.9.2021. Keskustelua ja pohdintaa aiheutti alhaisen vastausprosentin mahdollinen syy. Numeeristen kysymysten vastaukset hajaantuivat lähinnä puolesta ja vastaan, joten niitä ei tässä tutkimuksessa ryhdytty analysoimaan tarkemmin. Tämä herätti

yhteistä pohdintaa siitä, että voisiko mielipiteiden kahtia jakaantuminen kertoa henkilöstön asenteista laajemminkin, koko kotihoidon henkilöstöä ajatellen. Palaverin myötä muodostui yhteinen näkemys siitä, että kyselyn numeerista osuutta ei ollut perusteltua analysoida tarkemmin eikä vastauksilla ollut merkittävää uutuusarvoa organisaatiolle.

Kyselyn lopussa olevien, kolmen avoimen kysymyksen vastaukset analysoitiin pienimuotoisella sisällönanalyysillä (liite 5). Sisällön analyysi on yleisesti kvalitatiiviseen eli laadulliseen aineistoon sovellettu analyysimenetelmä. Sen avulla kuvataan kirjoitetun ja puhutun kielen muotoa ja sisältöä pyrkimyksenä korostaa aineiston sisältöä ja laatua (Seitamaa-Hakkarainen, 2014). Tässä tutkimuksessa haluttiin alhaisesta vastausprosentista ja siitä johtuvasta tutkimuksen epäluotettavuudesta huolimatta analysoida avoimet kysymykset ja kartoittaa tätä kautta vastaajien ajatuksia RAI-arvioinnista. Tähän ratkaisuun päädyttiin, koska kehittämistyön ja työpajojen pohjaksi toivottiin saatavan edes jonkinlaista viitettä kotihoidon toiveista ja kehittämis ehdotuksista.

Avointen kysymysten vastauksien mukaan RAI-arviointi koetaan hyödyllisenä työvälineenä, jonka avulla saadaan arvokasta tietoa asiakkaan toimintakyvystä ja avuntarpeista. Arvioinnin kautta saadun tiedon perusteella voidaan suunnitella hoitotyötä. Vastaukset ovat samassa linjassa Haaviston (2019, s. 38, 43) ja Leinosen (2013, s. 46) tutkimusten tulosten kanssa.

RAI-arvioinnin hyödyntämistä hoidon suunnittelussa estää vastausten mukaan kiire, ajan puute, henkilöstön vähyys ja vaihtuvuus sekä uuden työntekijän perehdytyksen vaatima aika. Myös RAI-järjestelmän haasteellinen kieliasu nostettiin esille haittaavana tekijänä. Kiire, ajanpuute ja RAI-järjestelmän haasteellinen kieliasu näyttäytyivät haasteina myös Haaviston (2019, s. 42-43) ja Leinosen (2013, s. 52) ja Tilanderin (2020, s. 35) tutkimuksissa.

Kysymyksen, miten RAI-arviointia voitaisiin hyödyntää entistä paremmin asiakkaan hoitosuunnitelman tekemisessä, vastauksissa korostuivat seuraavat neljä teemaa. Ensinnä asiakkaan kokonaistilanteen ja -toimintakyvyn ja näkökulman huomioiminen

nähtiin tärkeänä, aivan kuten Leinosen (2013, s. 46) tutkimuksessa. Toiseksi aikaa tulisi olla riittävästi ja yhden työntekijän olisi hyvä tehdä asiakkaan RAI-arviointi kerralla huolellisesti. Tätä korostettiin myös Leinosen (2013, s. 54-55) ja Tilanderin (2020, s. 35) tutkimuksissa. Kolmantena teemana hoitajien innostaminen ja asenteiden merkitys RAI-arvioinnin tekemiseen nähtiin oleellisena sen hyödyntämisen lisäämiseksi, nämä näkemykset olivat samassa linjassa Klemolan (2016, s. 131) ja (Leinosen (2013, s. 76) tutkimusten kanssa. Neljäntenä nostettiin esille selkokielen käyttäminen. Avointen kysymysten vastauksista käytiin keskustelua, ja todettiin niistä nousseiden teemojen tulleen tutuiksi jo entuudestaan arjen työssä ja työyhteisön keskusteluissa tiimipalaverien yhteydessä.

Samaisessa Teams-palaverissa 14.9.2021 oli tarkoitus sopia tulevista, opinnäytetyön ohjaamista työpajoista kotihoidon henkilöstölle. Alunperäinen suunnitelma oli, että työpajat järjestettäisiin syys-lokakuun 2021 aikana ja niihin osallistuisi kotihoidon henkilöstöä jokaiselta kotihoidon alueelta. Palaverissa kävi kuitenkin ilmi, että Pirkanmaan RAI-verkosto oli järjestämässä RAI-pohjaisen kirjaamisen koulutuspäiviä marraskuussa 2021. Koulutukset oli suunnattu koko Pirkanmaan alueen kotihoidolle, ja niihin oli osallistumassa esihenkilöiden valitsemat kotihoidon työntekijät. Tästä syystä opinnäytetyön tekijä sekä kotihoidon esihenkilöt päätyivät siirtämään työpajat järjestettäviksi RAI-koulutuksen jälkeen. Perusteina siirtämiselle oli, että RAI-koulutuksen sisältö tukisi työpajojen tarkoitusta, eli RAI-pohjaisen hoitosuunnitelman mallin kehittämistä. Opinnäytetyön tekijä esitti pyynnön, että ennen työpajoja kotihoidon esihenkilöt kävisivät työyhteisöissään keskustelua ja kartoittaisivat henkilöstön toiveita työpajoissa työnettävän mallin sisällöstä.

5.3 Työpajatyöskentely

Kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää RAI-arvioinnin hyödyntämistä hoitotyön suunnittelussa työntekijälähtöisesti mukailen työpajaa ohjatessa *dialogisen johtamisen* periaatteita. Dialogisella johtamisella tarkoitetaan yhteistoiminnallista ja

osallistavaa johtamistyyliä, joka mahdollistaa työntekijöiden osallistumis- ja vaikutusmahdollisuudet, kehittämisen sekä molemmin suuntaisen vuoropuhelun. Dialoginen johtaminen edistää työyhteisön työhyvinvointia ja tuloksellisuutta sekä lisää luovuutta, kehittymistä ja yhdessä kehittämistä. (Syvänen, Strömberg & Kokkonen, 2017, Osa 2, kohta ”Dialogisen johtamisen työkalut”.) Tämän opinnäytetyön tekijän tavoitteena oli myös kehittää ja lisätä omaa, osallistavaa johtamisosaamistaan kehittämistyössä toteutetun työpajatyöskentelyn kautta.

Jääskeläinen (2013, s. 168-169) tuo esille väitöskirjassaan hyötyjä työyhteisön hyvinvoinnin kehittämisestä erilaisilla osallistavilla menetelmillä. Hänen mukaansa vanhus- ja vammaispalveluja tuottavat organisaatiot voivat edistää hyvinvointiaan erilaisin osallistavin ja dialogisin kehittämismenetelmin, joita ovat esimerkiksi tulevaisuusdialogi, muutospajamenetelmät, työprosessien mallintaminen ja dialogien seurantalaveri. Yhteinen keskustelu työhön liittyvistä asioista ja kaikkien kuulluksi tuleminen edistävät positiivista yhteishenkeä ja ilmapiiriä. Osallistavat ja dialogiset kehittämismenetelmät auttavat oppimaan työyhteisön yhteistyötä ja sen suunnittelua sekä saattavat muuttaa työyhteisöä kuuntelevammaksi ja myönteisemmäksi. Näiden hyötyjen lisääminen oli yhtenä perusteena työpajamenetelmän valikoitumiselle kehittämistyön toiminnalliseksi menetelmäksi.

Alun perin työpajoja suunniteltiin pidettävän 2-3 kertaa. Koko kotihoidon yhteiset työpajat eivät olleet mahdollisia tiukkojen resurssien vuoksi. Kotihoidon esihenkilöt valitsivat työpajoihin osallistuvat 3 henkilöä, jotka olivat osallistuneet myös aiempiin RAI-koulutuksiin. Näistä henkilöistä 2 oli RAI-avainosaajaa, 1 oli parhailtaan RAI-avainosaajakoulutuksessa. Työpajojen ohjaajana toimi tämän opinnäytetyön tekijä.

Hyvissä ajoin ennen työpajoja, heti viimeisen RAI-koulutuksen jälkeen ohjaaja lähetti työpajan osallistujille orientaatiokirjeen sähköpostitse (liite 6). Kirjeessä ohjaaja kertoi tulevista työpajoista ja kannusti osallistujia käymään työyhteisössä keskustelua aiheesta ja keräämään heiltä tulevia työpajoja varten mahdollisia ideoita ja toiveita siitä, mitä tulevalta mallilta / ohjeistukselta toivotaan. Ohjaaja lähetti myös kotihoidon esihenkilöille asiasta sähköpostia ja esitti myös heille toiveen keskustelun herättelystä

työyhteisössä. Näin toimimalla opinnäytetyön tekijä halusi mahdollistaa koko työyhteisön kuulluksi tulemisen sekä heidän toiveiden ja ideoiden huomioimisen työpajatyöskentelyssä. (vrt. Jääskeläinen, 2013, s. 169.)

Työpajoja toteutettiin joulukuun 2021 aikana lopulta 4 kertaa, kaikki koronatilanteen vuoksi etänä Teamsin välityksellä. Työpajat olivat kestoiltaan 2-3 h ja niihin pääsi osallistumaan lopulta vain 2 henkilöä. Osan ajan työpajoista läsnä oli vain 1 henkilö kerrallaan.

Ensimmäisessä työpajassa 8.12.2022 tutustuttiin ensin toisiinsa esittelykierroksen avulla. Ohjaaja piti alustuksen, jossa hän esitteli osallistujille opinnäytetyön taustaa ja työpajojen tarkoitusta ja tavoitteita. Ryhmä kävi keskustelua aiempien RAI-koulutuksen annista sekä kotihoidon ajatuksista aiheeseen liittyen. Kiireisen työarjen vuoksi aiheesta ei ollut ehditty käymään keskustelua työyhteisöissä ja näin ollen muun kotihoidon henkilöstön ajatuksia ei saatu koottua yhteen. Ensimmäisen työpajan lopuksi hahmoteltiin yhteistä suuntaa ja seuraavaa työpajaa. Jo ensimmäisen työpajan myötä ohjaajalle hahmottui, että kehittämistyöhön tarvitaan runsaasti aikaa. Kotihoidon työntäyteinen ja kiireinen arki, pitkittynyt koronatilanne ja sen tuomat jatkuvat muutokset, etätyöskentely ja tekniset puutteet aiheuttivat merkittävää hidastusta toimintaan. Kotona käsin työskentelevällä ohjaajalla ei ollut pääsyä RAI-järjestelmään, potilastietojärjestelmä Pegasokseen eikä Pegasoksen mobiilisovellus Mukanaan. Mukana on hoitajien puhelimiin asennettu sovellus, jossa näkyy hoitajan päivän työjärjestys, asiakaskäynnit ja asiakkaiden hoitosuunnitelmat. Edellä mainittujen järjestelmien ja sovellusten näkymiä ja sivuja ei voitu siirtää sähköisesti osallistujilta ohjaajalle tietoturvasäätöjen vuoksi. Täten esimerkiksi kuvakaappauksien tai videoiden avulla erilaisten näkymien hahmottaminen oli pois suljettua.

Toisessa työpajassa 14.12.2022 käsiteltiin kotihoidon käytössä olevia, RAI-arviointia ja kirjaamista koskevia käytäntöjä ja ohjeistuksia. Niin ikään käytiin läpi RAI-arvioinnin herätteitä eli capseja sekä järjestelmien välisiä teknisiä reunaehtoja. Yhdessä sovittiin, että uuden mallin kehittämisessä noudatettaisiin Pirkanmaan RAI-verkostolle suunnattuja, Mannerin (2021) koostamia ohjeistuksia ja koulutusmateriaaleja. Näiden

pohjalta lähdettiin suunnittelemaan uuden mallin rakentumista. Uutta mallia varten ohjaaja loi pilvipalveluun yhteisen Word-pohjan, johon kaikilla osallistujilla oli pääsy työskentelemään.

Kolmas ja neljäs työpaja (22.12.2022 ja 27.12.2022) sisälsivät konkreettista, RAI-arvioinnin pohjalta hoitosuunnitelman hahmottelua ja suunnittelua. Haasteita aiheutti se, että Pegasoksen hoitosuunnitelmaan tehtävä muutos näkyy hoitajien Mukana-sovelluksessa vasta 24 h jälkeen, joten työpajan aikana ei ollut mahdollisuutta testata ja siten havainnoida miltä jotkin muutokset näyttävät hoitajien puhelimissa olevassa Mukana-sovelluksessa. Työpajojen välillä osallistujien tehtävänä oli testata käytännössä joitain suunniteltuja ratkaisuja. Tämä osoittautui niin ikään haasteelliseksi aikataulujen ja resurssien vuoksi.

Neljännessä työpajassa osallistujat laativat esihenkilöille myös listaa kehittämisehdotuksista, jotka edistäisivät RAI-pohjaisen hoitosuunnitelman laatimista kotihoidossa. Toiveina olivat esimerkiksi Mukana-sovellukseen hoitosuunnitelman tekopäivämäärän näkyminen automaattisesti sekä asiakkaan perustietoruudun sekä ns. ”juoksevien asioiden” viestikentän lisääminen hoitosuunnitelmaan. Organisaatioon liittyvä kehitysehdotus oli kotihoidon ja kotitiimin yhteisten hoitosuunnitelmakäytäntöjen kehittäminen. Säännöllinen ja yhteinen RAI-arviointien käsitteleminen ja niistä keskustelu työyhteisöissä ja tiimipalavereissa nähtiin myös tärkeänä. RAI-arvioinnin hyötyjen esille tuominen niin asiakkaan kuin hoitajan näkökulmasta koettiin lisäävän henkilöstön motivaatiota arvioinnin tekemiseen ja hyödyntämiseen. Unkila & Savinainen (2020) esittelevät tutkimuksessaan yleisimpiä työ- ja toimintamallin juurtumisen mahdollistavia ja estäviä tekijöitä. Työntekijöiden asenne, vertaisten kokemusten vaihtaminen, yhteiskehittäminen ja systemaattinen käyttäminen edistävät tutkimuksen mukaan uuden toimintamallin juurtumista työyhteisön toimintatavaksi (emt, 2020, s. 7-9.)

Kehittämistyö vaatii pitkäjänteisyyttä. Unkila & Savinainen (2020, s. 7-9) korostavat työntekijöiden merkitystä tuloksien ja kokemusten näkyväksi saattamisessa ja sitä kautta tulosten juurruttamisessa arjen työhön. Jos tuote on keskeneräinen, malli tai

menetelmä ei sovellu kohderyhmän parissa tehtävään työhön tai tietojärjestelmät eivät sovi yhteen, voivat nämä tekijät estää uuden toimintamallin juurruttamista. Neljännen työpajan jälkeen osallistujat jatkoivat yhteiskehittämistä työyhteisössään tekemällä esimerkkiasiakkaalle RAI-arvioinnin ja sen pohjalta uuden mallin mukaisen hoitosuunnitelman. Työpajojen osallistujat esittelivät esimerkin kotihoidon tiimipalaverissa ja se jätettiin myös kommentoitavaksi tiimipalaveriin osallistumattomille työntekijöille. Palaute oli positiivista ja voidaan nähdä lupaavana alkuna uuden mallin juurruttamiseksi työyhteisössä. Kuitenkin on huomioitava, että kotihoidon kiireinen arki voi hidastaa uuden käytännön omaksumista osaksi työtapaa, kuten Josefsson, ym. (2021, s. 227) toteavat tutkimuksessaan.

Tämä kehittämistyö jäi vielä hieman kesken viimeisen työpajan jälkeen ja näin ollen konstruktio, eli RAI-pohjaisen hoitosuunnitelman malli ei valmistunut opinnäytetyön valmistumiseen mennessä. Helmikuussa 2022 sovittiin vielä pidettäväksi yksi ns. päätöstyöpaja, jossa on tarkoitus nivoa yhteen toteutettujen työpajojen tulokset ja viimeistellä uuden mallin sisältö ja ulkoasu. Uusi malli jää kotihoidon käyttöön ja kehittämistyö jatkuu kotihoidon työyhteisössä kulloisten resurssien puitteissa.

Seuraavassa taulukossa on esiteltyä mallin tämänhetkinen versio sisällysluettelosta ja sisällöstä (Taulukko 2).

Taulukko 2. Kehittämistyön konstruktio eli tuotos.

RAI-POHJAISEN HOITOSUUNNITELMAN MALLI		
	Otsikko	Sisältö
	Sisällysluettelo	
1.	Mitä ja miksi?	Avataan lähtökohdat, tavoite ja tarkoitus
2.	Hyödyt	Avataan hyödyt asiakkaalle, työntekijälle, organisaatiolle
3.	RAIn tekemisen kulmakivet	Tiivistelmänomaisesti avattuna: <ul style="list-style-type: none"> - aina asiakkaan kanssa - aina tuloksia sanallisesti kuvaten - läheisten osallistuminen, mikäli mahdollista - nosta hosun hoidon tarpeet suoraan RAista - Seuraavan kerran RAIta tehdessä vertaa edelliseen arviointiin.

4.	RAI-pohjainen hoitosuunnitelma, ”tekemisen marssijärjestys”	<ul style="list-style-type: none"> - Tarpeet → nousevat AINA RAIsta, kuvataan AINA asiakkaan toimintana ja voinnin kuvauksena. - Vältä: yleistilan lasku, kotona pärjäämättömyys. - Sairaus ei ole hoidon tarve, vaan mahdollisesti sairauden aiheuttama oire, johon tarvitsee apua, tukea. - Tavoitteet → VÄLTÄ ”kotona pärjääminen mahdollisimman pitkään”. Sen sijaan mitä se tarkoittaa käytännössä tämän asiakkaan kohdalla, tämän asiakkaan omasta mielestä? Mitä hänen täytyy pystyä tekemään ja mitä hän tarvitsee, jotta kotona asuminen on mahdollista? - Suunnitellut hoitotoimet → otsikko + ohje työntekijälle, konkreettinen, tavoite että keikkalainen osaa auttaa samalla laadulla kuin vakituiset työntekijät - Toteutus / arviointi → Kirjaa kaikki toteutus arvioiden asiakkaan vointia, aina kun mahdollista asiakkaan näkökulmasta - arvioi tavoitetta vasten, muokkaa tavoitetta sen toteutuessa
5.	Capsit ja mittaritulokset	Capsit eli herätteet & Mittarit Luettelo em, avattuna ”selkokielellä”, huomioidaan potilastietojärjestelmään tallennettavan väliarvioinnin runko, jotta on yhtenäisessä linjassa tämän kanssa
6.	Esimerkkejä	Tähän esimerkkitapaus RAI + RAI-pohjainen hoitosuunnitelma Pegasoksessa kuvina ja ohjeina
7.	Tilaa omille muistiinpanoille	

5.4 Kehittämistyön tulokset

Tämän kehittämistyön tarve ongelman ratkaisemiselle nousi konstruktivisen tutkimusotteen mukaisesti reaali maailmasta eli työelämästä (vrt. Lukka, 2001). Tavoitteena

oli henkilöstön osallistuminen oman työnsä kehittämiseen sekä konstruktion eli uuden mallin luominen RAI-pohjaisen hoitosuunnitelman tekemiseen. Luotu malli oli tarkoitus ottaa käyttöön ja työkaluksi hoitotyön suunnittelussa kotihoidossa. Uuden mallin avulla oli tavoitteena lisätä RAI-tiedon hyödyntämistä hoidon ja palvelujen suunnittelussa. Tässä kehittämistyössä kotihoidon kiireinen arki ja resurssipula, pitkittynyt koronatilanne sekä etätyöskentely vaikuttivat suuresti niin tiedonkeruuseen, kehittämistyön toteutukseen kuin lopputulokseen. Seuraavassa kuviossa (kuvio 3) on esitetty tämän kehittämistyön elementit peilattuna konstruktiivisen tutkimusotteen keskeisiin elementteihin Lukan (2001) mukaan.



Kuvio 3. Konstruktiivisen tutkimusotteen keskeiset elementit (Lukka 2001) verrattuna tämän kehittämistyön elementteihin.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Eettiset näkökulmat tutkimuksessa liittyvät oikeaan ja väärään. Eettinen koodisto ohjaa opinnäytetyön tekijää, suojelee kohdeyhteisön tärkeinä pitämiä arvoja sekä edistää yksilön ja yhteisön hyvinvointia ja turvallisuutta. Lähtökohtaisesti opinnäytetyön tekijä vastaa tuotoksestaan. Opinnäytetyön tekijän, toimeksiantajan sekä ohjaajan kesken solmitaan sopimus, jonka kaikki osapuolet allekirjoittavat. Opinnäytetyö sisältää teoreettisen viitekehyksen ja lähdeaineistoa, joiden lähdeviittaukset tulee merkitä tarkoin niiden tunnistamiseksi ja kunnioittamiseksi. Plagiointi on ehdottomasti kiellettyä. Empiirisen tutkimusaineiston eli tutkimusprosessin, tiedonhankinnan sekä aineiston keruun kuvaaminen on oltava todenmukaista ja vääristelemätöntä. Opinnäytetyön tulos on julkinen ja se on julkaistava asiantunteen sopivalla tavalla. (Bister 2019, s. 62-63.)

Tämän opinnäytetyön prosessissa huomioitiin eettiset näkökulmat edellä mainitulla tavalla. Kotihoidon henkilöstölle suunnattuun kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista ja anonymiteetti taattiin. Sähköinen e-kysely ei paljastanut vastaajien henkilöllisyyttä. Kyselyn kysymykset eivät johtaneet harhaan ja tutkimustulokset raportoitiin rehellisesti. Työpajatyöskentelyyn osallistuvia sitoi vaitiolovelvollisuus ja jokaisen osallistujan näkökulmia kunnioitettiin. Työpajatyöskentelyssä pyrittiin toteuttamaan sellaisia kehittämismenetelmiä, jotka mahdollistivat jokaiselle osallistujalle turvallisen tilan ja ilmapiirin työskennellä.

Kvantitatiivista tutkimusta tulee arvioida luotettavuuskriteerien pohjalta. Kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuskriteerit poikkeavat hieman toisistaan. Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus pyrkii yleistämään. Kvantitatiivinen tutkimus voi olla joko kokonaistutkimus (sensus) tai otantaan perustuva.

Otantatutkimuksen tulos pätee myös koko ryhmään eli populaatioon, josta otos on tehty. Kvantitatiivisen tutkimuksen validiteetilla tarkoitetaan yleistettävyyttä eli sitä, mittaako menetelmä juuri sitä ominaisuutta, jota on tarkoitus mitata. (Bister 2019, s. 62; Kananen 2017, s. 75.) Tämän opinnäytetyön kyselytutkimus toteutettiin kokonais-tutkimuksena eli kohdennettiin koko kotihoidon henkilöstölle, koska kyselyn avulla haluttiin kartoittaa mahdollisimman monen työntekijän kokemuksia RAI-arvioinnin hyödyntämisestä. Perusjoukko oli tarpeeksi pieni ja tutkijan mielenkiinto kohdentui koko perusjoukkoon yhtä suurella painoarvolla.

Validiteetti jaetaan ulkoiseen ja sisäiseen validiteettiin. Ulkoinen validiteetti kertoo saatujen tutkimustulosten vastaavuutta kohderyhmässä, eli sitä kuinka hyvin tulokset vastaavat ilmiötä tutkimuksen ulkopuolella. Voidaanko tuloksia yleistää? Tämän opinnäytetyön kyselytutkimuksen vastausprosentin jäädessä hyvin alhaiseksi ei tuloksia voitu yleistää, eikä niiden perusteella siten muodostaa luotettavia johtopäätöksiä tuloksien verrannollisuudesta tutkimuksen ulkopuolella. Tämän syyn vuoksi kyselyn tuloksia avattiin tässä opinnäytetyössä vain pääpiirteittäin. Sisäisellä validiteetilla tarkoitetaan oikeaa syy-seuraussuhdetta; otoksen tulisi olla kuin peilikuva tai pienoismalli kohderyhmästä, eli vastata tarkasti tutkimuksen kohteena olevaa populaatiota ja näin oli tässä kyselytutkimuksessa. (Kananen 2017, s. 76-77.)

Tutkimuksen reliabiliteetti kuvaa tutkimuksen pysyvyyttä, eli saadaanko sama tulos, jos tutkimus uusitaan. Ainoa varma keino varmistaa tutkimuksen reliabiliteetti on uusintamittaus, joka on kuitenkin käytännössä vaikeaa ja kallista. Toisaalta uusintamittauskaan ei takaa reliabiliteettia, sillä ilmiö voi ajan kuluessa muuttua. (Kananen 2017, s. 78.) Tässä opinnäytetyössä käytettyä kyselytutkimusta ei uusittu opinnäytetyön tekijän aikataulullisista syistä johtuen ja toisaalta arvioitiin, ettei uuden kyselyn vastausprosentti välttämättä olisi yhtään sen suurempi.

Tämän opinnäytetyön kyselytutkimusta arvioitiin luotettavuuskriteerien mukaisesti. Ahvenjärven & Salmisen kyselylomake oli jo aiemmin tekijöidensä testaama, joten testausvaihetta ei tässä tutkimuksessa tarvittu. Koska opinnäytetyön tekijä muokkasi alkuperäistä kyselyä joiltain osin, halusi hän testata kyselyä lähettämällä sen

muutamalle organisaation edustajalle kommentoitavaksi. Tällä toimintatavalla opinäytetyön tekijä pyrki siihen, että kysely olisi helposti ymmärrettävä sekä sisältäisi juuri niitä kysymyksiä, joihin tutkimuksessa haluttiin vastauksia. Kommentteja organisaation edustajilta ei saatu, joten tältä osin kyselyn arvioiminen ennen vastaanottajille lähettämistä jäi pelkästään opinäytetyön tekijän arvioinnin varaan.

6.2 Johtopäätökset

Tämän kehittämistyön ensisijaisena tavoitteena oli lisätä RAI-tiedon hyödyntämistä kotihoidon asiakkaan hoitosuunnitelman laatimisessa. Tarkoituksena oli ensin kartoittaa kotihoidon henkilöstön ajatuksia aiheesta kyselytutkimuksen avulla ja sen jälkeen toteuttaa työpajoja, joissa henkilöstö pääsisi kehittämään uutta RAI-pohjaisen hoitosuunnitelman toimintamallia. Tutkimuskysymyksiä oli kaksi: Miten RAI-järjestelmää voisi mahdollisimman hyvin hyödyntää kotihoidon asiakkaan hoitosuunnitelman laatimisessa? Millä keinoin tätä toimintaa voisi kehittää työntekijälähtöisesti?

Tämän kehittämistyön johtopäätöksenä voidaan todeta, että RAI-arviointi on asiakkaan tilanteesta arvokasta ja asiakasta itseään hyödyttävää tietoa antava arviointimenetelmä, jonka käyttö kotihoidon asiakkaan hoidon suunnittelussa on vielä puutteellista. RAI-arvioinnin hyödyntämistä hoidon suunnittelussa voidaan lisätä työntekijälähtöisen kehittämistoiminnan avulla, johon työpajatoiminta menetelmänä soveltuu hyvin. Tuloksellisen ja vaikuttavan kehittämistoiminnan edellytyksenä on, että sille pystytään varaamaan riittävästi aikaa ja resursseja organisaation toimesta. Tämä kehittäminen osoitti, että tämänhetkinen kotihoidon resurssipula heikentää merkittävästi RAI-arvioinnin hyödyntämisen kehittämistä asiakkaan hoidon suunnittelussa.

6.3 Pohdinta

Kehittämisen prosessi käynnistyi mallikkaasti. Ennen kyselytutkimuksen lähettämistä opinäytetyön tekijä sai kuulla organisaation taholta, että kotihoidon vastausprosentit

aikaisempiin heille osoitettuihin kyselyihin olivat olleet todella heikkoja. Sama toistui tämän opinnäytetyön kyselyn kohdalla. Alhainen vastausprosentti oli luonnollisesti pettymys ja aiheutti paljon pohdintaa siihen johtaneista syistä. Ensimmäisenä nousi esille kotihoidon kiireinen työtahti ja resurssipula (vrt. Hakala, 2021, s. 52), mikä voi olla syynä sille, etteivät työntekijät ehdi, jaksa tai ole motivoituneita vastaamaan kyselyihin. Ruotsalaisen, ym. (2020, s. 1, 9-11) mukaan kotihoidon kiire on keskeisin kotihoidon työntekijöiden kuormitusta lisäävä tekijä. Vanhustyön tilanne maassamme on tällä hetkellä kriittinen lähi- ja sairaanhoitajien määrän laskiessa rajusti. Tutkimuksen mukaan kotihoidon työntekijöiden määrä maassamme laski 660 henkilöllä vuoden 2020 marraskuun ja toukokuun 2021 välillä. Kuitenkin asiakaskäynnit ovat pysyneet ennallaan. (Kehusmaa & Alastalo, 2021, s. 4.) Vuoden 2020 maaliskuusta jatkunut, pitkittynyt koronatilanne on heikentänyt entisestään tilannetta. Erityisesti sosiaalialalla, johon vanhustyö ja kotihoito luetaan, henkilöstö on ollut erittäin tiukoilla. (Pekkarinen, 2021, s. 21.)

Työvoimapulasta johtuen ylityöt ovat valtakunnallisesti yleisiä kotihoidossa. Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen teettämän tutkimuksen mukaan kotihoidon yksiköistä 43 % ilmoitti oman henkilökunnan tekevän ylityitä viikoittain tai useammin. Huolestuttavaa on, että joka neljäs tutkimukseen osallistunut yksikkö tekee joka viikko töitä riittämättömällä henkilöstöllä (Kehusmaa & Alastalo, 2022, s. 3-4). Työntekijän liiallinen henkinen kuormittuminen syntyy, kun työtehtävistä muodostuu liian suuria vaatimuksia, yhteistyövaikeuksia tai koko organisaation toimintatavat ovat haasteelliset. Tilanteen jatkuessa pitkään kuormittuminen muuttuu haitalliseksi ja työntekijän terveyttä heikentäväksi, jolloin hänen selviytymisensä työn vaatimuksista ja sen kehittämisestä heikkenee. Organisaatiotasolla jatkuva kuormittava tilanne voi näyttäytyä erilaisina työkykyongelmina, korkeina poissaololukuina, työntekijöiden vaihtuvuutena ja tuottavuuden laskuna. (Mattila & Pääkkönen, 2015, s. 6, 9.) Vanhustyön työolosuhteiden muuttuminen entistä kuormittavammaksi on lisännyt työntekijöiden lopettamisaikaita huomattavasti. Työntekijöiden lopettamisaikaita ennustaa psykofyysisen kuormituksen lisäksi epäkohdat työn sisällössä ja lähijohtamisessa. Lopettamisaikaita esiintyy kotihoidon työntekijöillä enemmän kuin asumispalveluissa työskentelevillä. Juuri nyt, kun vanhustyöhön tarvittaisiin huomattava määrä lisää osaavaa työvoimaa,

maamme yhteiskuntapolitiikka säästö-, tehostamis- ja kilpailutuspäämäärineen on päinvastoin lisännyt työntekijöiden aikeita lopettaa alalla työskentely. (Olakivi, ym., 2021, s. 141, 151-152.) Samaan aikaan lainsäädännön muutoksien myötä erilaiset, vanhustyön palveluntuottajia sitovat velvoitteet tulevat lisääntymään. Esimerkiksi käynnissä olevassa sosiaalihuoltolain muutosesityksessä ehdotetaan, että tulevien hyvinvointialueiden on järjestettävä ympärivuorokautista kotihoitoa sitä tarvitseville asiakkaille. Kotihoidon käyntien suunnitteluun ja toteuttamiseen ehdotetaan myös tarkennuksia, joiden mukaan asiakkaalla on oikeus saada yksilöllistä apua sen tuntimäärän, joka hänelle palvelupäätöksen mukaan kuuluu. Hoitajamitoituksia ei kotihoitoon edelleenkään tulla asettamaan. (Valtioneuvosto, 2020, s. 35, 134.) Huolestuttava kuva kotihoidon tulevaisuudesta vaikuttaa toteuttavan itse itseään. Sosiaaligerontologian emeritaprofessori Marja Vaarama kommentoi Merikannon (2021) artikkelissa hoitoalan tilannetta. Hänen mukaansa rekrytointiongelmista on puhuttu hoitoalalla jo viimeiset 20 vuotta. Vanhuspalveluissa olisi viimeistään nyt uudistettava koko toimintakulttuuria. Hoitajapulan vähentämiseksi tulisi parantaa johtamista, joustavoittaa työntekoa, lisätä koulutusta ja ulkomaalaista työvoimaa sekä nostaa hoitoalan palkkoja. Myös Perkiö-Mäkelä, ym. (2021, s. 60-61) toteavat, että kotihoidon työntekijöiden työkykyyn ja työssä jatkamiseen tulisi organisaatioissa panostaa niin yksilön itsensä tukemiseksi kuin työvoimapulan ratkaisemiseksi.

Kotihoidon erittäin haastava tilanne tuli tämän kehittämistyön yhteydessä selkeästi esille vaikuttaen alhaisen kyselytutkimuksen vastausmäärän lisäksi siihen, ettei työpajoja valmistelevalle ajatuksia ja ideoita ehditty työyhteisöissä kerätä. Näin ollen ainoastaan kyselytutkimuksen avointen kysymysten vastaukset niiden huonosta yleistettävyydestä huolimatta olivat ainoita, joihin saattoi edes hieman nojata työpajojen suunnittelussa. Tiedonkulun ongelmat ja aikataulujen yhteensovittamisen haasteet hidastivat kehittämistyön etenemistä. Koska työpajoja ei resurssipulan vuoksi ollut mahdollista kohdentaa suuremmalle joukolle työntekijöitä, osoittautui pieni työpajaryhmä haavoittuvaksi poissaolojen vaikutuksesta ja heikensi kehittämistyön etenemistä edelleen. Koronatilanteen vaikutuksesta työskenneltiin etänä, mikä aiheutti teknisiä haasteita työskentelyyn, koska ohjaajalla ei ollut nähtäväänään hoitajien tietokonepäätteiden näkymiä. Aiempien tutkimusten mukaan yksikön yhteisillä RAI-käytännöillä ja

ohjeistuksilla, siihen varattavalla riittävällä ajalla, hyvällä perehdytyksellä sekä säännöllisellä ja kokonaisvaltaisella koulutuksella on RAI-arvioinnin hyödyntämistä asiakastyössä lisäävä merkitys (Haavisto, 2019, s. 43, 45; Leinonen, 2013, s. 54-55, 57-58; Tilander, 2020, s. 30-32, 39-40, 45). Tässä kehittämistyössä edellä mainitut, aiempien tutkimusten esille nostamat, RAI-tiedon hyödyntämistä lisäävät tekijät eivät toteutuneet.

Ratkaisujakin ollaan etsimässä kotihoidon ongelmiin; tällä hetkellä kotihoidon uudistamistyö on osa mm. lainsäädännön muutosten valmistelua ja Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmaa (Kehusmaa & Alastalo, 2022, s. 7). Sosiaalihuoltolain muutosehdotuksessa kotihoidon riittävyttä ja laatua ehdotetaan vahvistettavaksi omavalvontaa ja johtamista koskevien säädösten tarkentamisella. Omavalvontaan ehdotetaan sisällytettäväksi lakisääteiset velvoitteet asiakkaiden ja henkilöstön palautteen keräämiseksi, jotka tähän mennessä ovat olleet ainoastaan suositusten pohjalla. (Valtioneuvosto, 2021, s. 1, 35.)

Haasteiden lisäksi kehittämistyössä nousi esille myös positiivisia elementtejä. Kehittämistyötä edistävinä tekijöinä korostuivat työpajoihin osallistujien aktiivisuus, omaloitteisuus ja kehittämismyönteisyys. Kiireestä huolimatta työpajoihin osallistuneet ehtivät esittelemään uuden toimintamallin raakaversiota tiimipalaverissa muille työyhteisön jäsenille. Positiivinen palaute voidaan nähdä merkinä siitä, että kehittämistyöhön osallistuneet ovat haasteista huolimatta onnistuneet kehittämään uutta toimintamallia käyttökelpoiseksi arjen työvälineeksi. Kehittämismyönteinen, tiedon luomiseen, jakamiseen ja käyttämiseen kannustava organisaatio edistää tiedonhallintaa ja lisää työhyvinvointia. (Choo & de Alvarenga, 2010, s. 1, 3; Jääskeläinen, 2013, s. 168-169.) Vaikka tämän kehittämistyön konstruktio eli RAI-pohjaisen hoitosuunnitelman malli ei täysin valmistunutkaan opinnäytetyön puitteissa, voidaan tähän asti saavutettu työ nähdä lupaavana alkuna niin työyhteisön yhteiskehittämisen edistämiseksi, kuin RAI-pohjaisen hoitosuunnitelman käyttöönoton edistämiseksi ja jatkokehittämiseksi. Ilman innovatiivista työyhteisöä ei kehittämistä olisi tapahtunut (vrt. Salonen, ym., 2017, s. 19).

Tuloksellinen kehittäminen ei tapahdu ainoastaan organisaation tai rakenteellisten tasojen varassa, vaan siihen tarvitaan eri tasoilla toimivien henkilöiden välistä vuorovaikutusta. Kehittämistyö ei etene ideoista käytäntöön ilman johtajuutta. Asioiden ja ideoiden jakaminen, keskustelu, osallistaminen ja kuunteleminen ovat kehittyvän ja oppivan organisaation tunnusmerkkejä. (Salonen, ym., 2017, s. 19.) Tämän kehittämistyön yhdeksi kantavaksi tekijäksi osoittautui sujuva vuorovaikutus ja yhteistyö kotihoidon esihenkilöiden kanssa sekä heidän tukensa ja tahtotilansa kehittämistyön toteutumiseksi. Vaikka kotihoidon lähiesihenkilöiden vaikuttamismahdollisuudet olivat hyvin rajalliset resurssien kohdentamisen suhteen, korostui kehittämistyön prosessissa heidän positiivinen ja kannustava asenteensa RAI-kehittämistä kohtaan. Esihenkilöiden asennetta ja tukea korostettiin myös Haaviston (2019, s. 38, 44) ja Leinosen (2013, s. 66-68) tutkimuksissa.

Kaiken kaikkiaan tämä kehittämistyö osoitti konkreettisesti millaisia haasteita ja esteitä kotihoidon resurssipula ja pitkittynyt koronatilanne asettaa työn kehittämiseksi. Jatkuva ja pitkäkestoinen henkilöstövaje heikentää palvelujen saatavuuden lisäksi myös niiden laatua. RAI-arvioiteja tehdään kiireellä ja niiden täysipainoinen hyödyntäminen hoidon suunnittelussa ei ole tämänhetkisin resursseilla mahdollista. On selkeätä resurssien tuhlausta käyttää hoitajien aikaa RAI-arvioinnin tekemiseen, jos siitä saatavaa tärkeätä tietoa ei ole mahdollista hyödyntää tarkoituksenmukaisesti eli asiakkaan hyväksi, hänen tarvitsemiensa palvelujen ja tuen suunnittelemiseksi.

Kuten edellä mainittiin, kotihoidon kehittäminen on vanhustyön keskeisimpiä kehittämisen kohteita. Viime vuosina maassamme on ollut käynnissä erilaisia vanhustyön ja kotihoidon vetovoimaisuutta kehittäviä hankkeita. Yhtenä esimerkkinä voidaan mainita Pohjois-Savossa meneillään oleva Vetovoimainen vanhustyö-hanke, joka kartoitti vanhustyön henkilöstön kokemuksia työn veto- ja pitovoimatekijöistä, organisaation vahvuuksista ja kehittämistarpeista. Vastauksien mukaan työn kuormittavuutta lisäävät mm. kiire, resurssipula, työntekijöiden vaihtuvuus, heikko johtaminen, raskas työ ja pieni palkka. (Vetovoimainen vanhustyö, 2020, s. 4, 17.) Jatkotutkimusehdotuksena tämän opinnäytetyön tekijän mielestä olisi tarpeellista tarkastella vanhustyön työntekijöiden palkkauksen vaikutuksia työssä jaksamiseen ja pysymiseen. Aihe liittyy

yhteen tämän hetken vanhustyön merkittävistä epäkohdista; alhaiseen palkkatasoon. Joissain vanhustyön organisaatioissa on jo hiljalleen tehty korotuksia palkkoihin. Vaikkakin tiedetään, ettei pelkkä palkkaus takaa työssä jaksamista, olisi kiinnostavaa tutkia palkankorotuksia tehneiden kotihoidon yksiköiden kokemuksia ja sitä, millaisia vaikutuksia kyseisissä yksiköissä on huomattu hoitajien kuormittuneisuudessa, vaihtuvuudessa ja oman työn kehittämismahdollisuuksissa.

LÄHTEET

Bister, T. (2019). Tietojenkäsittelyn opinnäytetyö. Viittoja ja karttoja tutkimuksen ja kehittämisen teille. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 272. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Carpenter, I. & Hirdes, J. (2013). Using interRAI assessment systems to measure and maintain quality of long-term care. 93–142. Teoksessa OECD (toim.), A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care. OECD Health Policy Studies. OECD Publishing. <https://dx.doi.org/10.1787/9789264194564-en>

Choo, C. W. & de Alvarenga, N. (2010). Beyond the ba: Managing enabling contexts in knowledge organizations. Journal of Knowledge Management, 14(4), 592–610. Haettu 1.2.2022 osoitteesta <http://choo.ischool.utoronto.ca/FIS/ResPub/JKM2010.pdf>

Finne-Soveri, H. (2020) Tiivis tietopaketti RAI-arviointivälineistä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Powerpoint-diat. SlideShare. <https://www.slideshare.net/THLfi/tiivis-tietopaketti-raiarviointivälineistst>

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

Haavisto, M. (2019). RAI-arvioinnin hyödyntäminen sairaanhoitajan työssä kotihoitossa. [Ylempi amk-opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu.] Theseus. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201902031884>

Hakala, A. (2021). Kotihoidon mediavälitteinen julkisuuskuva. [pro gradu -työ, Itä-Suomen yliopisto]. eRepo. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20211273>

Hannikainen, K. (2018). Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalveluiden tarve ja käyttö eroavat tulotason mukaan. Suomen sosiaalinen tila 1/2018. Tutkimuksesta tiiviisti 3/2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-067-9>

Heikkilä, R., Mäkelä, M., Havulinna, S., Hietaharju, P., Lind, M. & Noro, A. (2021). Valoisa tulevaisuus. RAI-vertailukehittäminen 20 vuotta Suomessa. Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos. Raportti 9/2021. Haettu 18.11.2021 osoitteesta https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/143353/URN_ISBN_978-952-343-737-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Hermens, T. (2016). Asiakaslähtöisyyden ja proaktiivisuuden toteutuminen terveys- ja hoitosuunnitelmassa. [YAMK-opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu.] Theseus. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2016112817802>

InterRAI. (2022). About InterRAI. Haettu 1.2.2022 osoitteesta <https://inter-rai.org/about-interrai/>

Isojärvi, J. (2011). Tutkimuskysymyksestä hakustrategiaksi PICO-asetelma informaattikon työkaluna. Haettu 2.2.2021. <https://bmfry.fi-les.wordpress.com/2018/06/pico-asetelma-informaattikon-tyc3b6kaluna.pdf>

Josefsson, K., Mäkelä, M., Gerasin, A., Ranta, O., Havulinna, S. & Noro, A. (2021). Millaisia tavoitteita iäkäs kotihoidon tai ympärivuorokautisen hoidon asiakas asettaa hoidolleen? Gerontologia, 35(3), 217-230. <https://doi.org/10.23989/gerontologia.99232>

Jääskeläinen, A. (2013). Työyhteisön hyvinvoinnin kehittäminen osallistavilla menetelmillä. [Väitöskirja, Lapin Yliopisto]. Lauda. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-484-623-3>

Jyväkorpä, S. K., Strandberg, T., Urtamo, A., Pitkälä, K., Suominen, M., Kokko, K. & Heimonen, S. (2020). Ikäntyneiden terveys, elämälaatu, toimintakyky ja mielen hyvinvointi. Gerontologia, 34(4), 339–344. Haettu 14.2.2022 osoitteesta <https://journal.fi/gerontologia/article/view/99624>

Kehusmaa, S. & Alastalo, H. (2021). Lähi- ja sairaanhoitajien määrä ei ole vielä noussut vanhuspalveluissa. Terveuden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiiviisti 47/2021. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-704-3>

Kehusmaa, S. & Alastalo, H. (2022). Vanhuspalvelujen työvoimapula kärjistyy kotihoidossa – neljännes yksiköistä tekee joka viikko töitä riittämättömällä henkilöstöllä ja ylityöt ovat yleisiä. Terveuden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiiviisti 4/2022. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-813-2>

Klemola, Liisa. (2016). Toimintakykyä kuvaava tieto ikäihmisten palveluissa: tiedonhallinnan näkökulma. [Väitöskirja, Itä-Suomen yliopisto]. eRepo. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-2008-9>

Kröger, T., Van Aerschot, L. & Puthenparambil, J. (2019). Ikäntyneiden hoivaköyhyys. Yhteiskuntapolitiikka, 84(2), 124-134. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019041011854>

Kuntaliitto. (2021). Kotihoito. Haettu 14.9.2021 osoitteesta <https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveysasiat/sosiaalihuolto/iakkaiden-palvelut/kotihoito>

Käypä hoito. (2022). Toimintakyvyn arviointi. Haettu 10.1.2022 osoitteesta <https://www.kaypahoito.fi/nix00522>

Laki ikäntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012 muutoksineen. Haettu 14.9.2021 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980#L3P13>

Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä 817/2015 muutoksineen. Haettu 14.9.2021 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2015/20150817>

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000 muutoksineen. Haettu 31.1.2021 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812#L2P7>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994 muutoksineen. Haettu 14.9.2021 osoitteesta <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Leinonen, K. (2013). Psykiatrisen potilaan hoidon suunnittelu ja arviointi RAI - järjestelmän avulla. [Ylempi amk-opinnäytetyö. Oulun seudun ammattikorkeakoulu.] Theseus. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2013090514989>

Lind, M., Noro, A., Savulinna, S., & Mäkelä, M. (2020). Kognitio ja iäkkään asiakkaan osallistuminen RAI-arviointiinsa. Lääkärilehti, 40, 2067–2070. Haettu 20.11.2021 osoitteesta <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/kognitio-ja-iakkaan-asiakkaan-osallistuminen-rai-arviointiinsa/>

Lukka, K. (2001). Konstruktiivinen tutkimusote. Metodix – metoditietämystä kaikille- verkkosivusto. Haettu 10.4. 2021 osoitteesta <https://metodix.fi/2014/05/19/Lukka-konstruktiivinen-tutkimusote/>

Maailman terveysjärjestö. (2020). Decade of Healthy Ageing: Plan of Action. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_25&download=true

Mattila, L. & Pääkkönen, M. (2015). Työn henkisten kuormitustekijöiden hallinta. Työturvallisuuskeskus. haettu 26.1.2022 osoitteesta https://ttk.fi/fi-les/4660/Tyon_henkisten_kuormitustekijoiden_hallinta.pdf

Merikanto, T. (6.9.2021). Vaatimukset kiristyvät, mutta hoitajien määrä hoivakodeissa ei nouse samaan tahtiin – Asiantuntija: "Hoitajien puute on todellinen ongelma". Yle uutiset. Haettu 18.2.2022 osoitteesta <https://yle.fi/uutiset/3-12069643>

Morris, J., Berg, K., Björkgren, M., Finne-Soveri, H., Fries, B., Frijters, D., Gilgen, R., Gray, L., Hawes, C., Henrard, J-C., Hirdes, J-P., Ljunggren, G., Nonemaker, S., Steel, K., Szczerbińska, K., Belleville-Taylor, P., Rabinowitz, T. & Smith, T-F. (2010). InterRAI Clinical Assessment Protocols (CAPs) for Use with Community and Long-Term Care Assessment Instruments. (Versio 9.1). Washington, DC: interRAI, 2010. <https://ebooks.interrai.org/reader/272982/&returnUrl%3DaHR0cHM6Ly9lYm9va3MuaW50ZXJyYWkub3JnL2V4cGxvcmU7c2VhcmNoVGV4dD05Nzgx-OTM2MDY1MTY1O21haW5TZWFyY2g9MS9wcm9kdWN0LWRld-GFpbHMvMjcyOTgy?productType=ebook&viewInside=true>

Net4AgeFriendly. (2020). Memorandum of Understanding for the implementation of the COST Action “International Interdisciplinary Network on Smart Healthy Age-friendly Environments” (NET4AGE-FRIENDLY) CA19136. <https://www.net4age.eu/sites/default/files/CA19136-e.pdf>

Niemelä, K., Vähäkangas, P., Taskinen, R., Elo, S., Turkki, L., & Nieminen, P. (2018). RAIHYJ-mittari lähijohtajan työvälineenä ikäihmisten koti- ja ympärivuorokautisessa hoidossa. Gerontologia, 32(1), 54-65. Haettu 25.1.2022 osoitteesta <https://journal.fi/gerontologia/article/view/68937>

Olakivi, A., Van Aerscht, L., Puthenparambil, J. M. & Kröger, T. (2021). Ylikuormitusta, lähijohtajan tuen puutetta vai vääränlaisia tehtäviä. Miksi yhä useammat

vanhustyöntekijät harkitsevat työnsä lopettamista? Yhteiskuntapolitiikka, 86(2), 141-154. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021041510496>

Pekkarinen, L. (2021). Julkisen alan työhyvinvointi vuonna 2020. Kevan tutkimuksia 1/2021. Haettu 26.1.2022 osoitteesta <https://www.keva.fi/globalassets/2-tiedostot/tiedostot/tyoelamapalvelut/julkisen-alan-tyohyvinvointi-2020-raportti.pdf>

Perkiö-Mäkelä, M., Vauhkonen, A., Kupari, S., Saaranen, T., Honkalampi, K., Järvelin-Pasanen, S., Tarvainen, M., Räsänen, K. & Oksanen, T. (2021). Kotihoidon työntekijöiden työhyvinvointi. Publications of the University of Eastern Finland Reports and Studies in Health Sciences number 31. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-3732-2>

Pirkanmaan maakunta. (2020). Pirkanmaan tulevaisuuden sote-keskus kehittämissuunnitelma. PirSOTE hankesuunnitelma vuosille 2020-2022. Pirkanmaan maakunta 29.4.2020. haettu 4.1.2022 osoitteesta <https://innokyla.fi/sites/default/files/2020-09/Pirkanmaan%20hankesuunnitelma%20.pdf>

Päivärinta, E. & Haverinen, R. (2002). Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma-
opas. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77762/p040209143011S.pdf?sequence=1>

Ruotsalainen, S., Jantunen, S. & Sinervo, T. (2020). Which factors are related to Finnish home care workers' job satisfaction, stress, psychological distress and perceived quality of care? - a mixed method study. BMC Health Services Research. (20)896. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05733->

Rönneikkö, J., Jämsen, E., Mäkelä, M., Finne-Soveri, H. & Valvanne, J. (2018). Reasons for home care clients' unplanned Hospital admissions and their associations with patient characteristics. Trepo. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:uta-201807102305>

Salminen, A. (2011). Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopisto. Opetusjulkaisuja 62. Julkijohtaminen 4. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-476-349-3>

Salonen, K. (2013). Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulun puheenvuoroja 72. Turun ammattikorkeakoulu. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>

Seitamaa-Hakkarainen, P. (2014). Kvalitatiivinen sisällönanalyysi. Metodix – Metoditietämystä kaikille. Haettu 24.1.2022 osoitteesta <https://metodix.fi/2014/05/19/seitamaa-hakkarainen-kvalitatiivinen-sisallon-analyysi/>

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 muutoksineen. Haettu 14.9.2021 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301#L3P19>

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2020a). Kansallinen ikäohjelma vuoteen 2030. Ta-
voitteena ikäkyvykäs Suomi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 31/2020. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162462/STM_2020_31_j.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2020b). Kuntainfo: Vanhuspalvelulain muutokset 1.10.2020. Haettu 12.12.2021 osoitteesta <https://stm.fi/-/kuntainfo-vanhuspalvelulain-muutokset-1.10.2020>

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto. (2020c). Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020-2023. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 29/2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5457-1>

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2021). Kotihoito ja kotipalvelut. Haettu 14.9.2021 osoitteesta <https://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>

Strandberg, T. & Valvanne, J. (2012). Riskivanhukset tulisi tunnistaa paremmin. Lääkärilehti, 67(3/2012), s. 132. Haettu 20.11.2021 osoitteesta <https://www.laakari-lehti.fi/ajassa/paakirjoitukset/riskivanhukset-tulisi-tunnistaa-paremmiin/>

Syvänen, S., Strömberg, S. & Kokkonen, A. (2017). Dialogisen johtamisen työkalut. Teoksessa J. Kulmala (toim.), Parempi vanhustyö: menetelmiä johtamisen kehittämiseen. www.ellibslibrary.com

Tampereen kaupunki. (2018). Ikäneuvo. Loppuraportti Pirkanmaalle. Haettu 4.1.2022 osoitteesta https://www.tampere.fi/tiedostot/i/spGdN9JGF/ikaneuvo_loppuraportti_pirkanmaalle.pdf

Tilastokeskus. (2021). Kuolleet [verkkajulkaisu]. Haettu 12.12.2021 osoitteesta http://www.stat.fi/til/kuol/2020/01/kuol_2020_01_2021-10-22_tie_001_fi.html

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2021a). Ikääntyminen. Muuttuvat vanhuspalvelut. Haettu 16.9.2021 osoitteesta <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/muuttuvat-vanhuspalvelut>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2021b). Palveluntarpeiden arviointi RAI-järjestelmällä. Haettu 22.2.2021. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla>

Terveydenhuoltolaki 1326/2010 muutoksineen. Haettu 14.9.2021 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L3P25>

Tilander, N. (2020). Kotihoidon RAI osaaminen: RAI:n hyödyntäminen hoitosuunnitelman teossa. [Ylempi AMK-opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu.] Theseus. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2020112524326>

Unkila, K. & Savinainen, M. (2020) ”Ei mennyt turha työ hukkaan” – tutkimus työmenetelmän juurtumisesta palvelujärjestelmän asiakastyöhön. Hallinnon tutkimus (39) 4 , 287-301. Haettu 18.11.2021 osoitteesta <https://journal.fi/hallinnontutkimus/article/view/102253/59585?acceptCookies=1>

Valtioneuvosto. (2021). Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi sosiaalihuoltolain ja ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain muuttamisesta sekä niihin liittyviksi laeiksi. HE 231/2021 vp. https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Documents/HE_231+2021.pdf

Vetovoimainen vanhustyö. (2020). Henkilöstökyselyn tulokset. Haettu 27.2.2022 osoitteesta [Henkilöstökyselyn-yhteistulokset](#)

Vilka, H. (2014). Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Tammi. Haettu 12.2.2022 osoitteesta <http://hanna.vilka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-mittaa.pdf>

Vilka, H. (2021). Tutki ja kehitä. 5. päivitetty painos. PS-Kustannus.

Virtanen, A. (2006). Konstruktiivinen tutkimusote. Miten koulutus ja elinkeinoelämän odotukset kohtaavat ammattikorkeakoulun opinnäytetöissä. Ammattikasvatuksen aikakausikirja 1/2006 (s. 46-52). https://akakk.fi/wp-content/uploads/Aikak_2006_1_lehti.pdf

Vähäkangas, P., Niemelä, K. & Noro, A. (2012). Ikäihmisten kuntoutumista edistävän toiminnan lähijohtaminen. Koti- ja ympärivuorokautisen hoidon laatu ja kehittäminen. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 48/2012. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-688-5>

Ylöjärven kaupunki. (2019). Pärjätään yhdessä. Suunnitelma ikääntyneen väestön hyvinvoinnin edistämiseksi 2019-2022. Haettu 7.1.2022 osoitteesta https://www.ylojarvi.fi/library/files/5ef48678475a6c35ff26c071/parjataan_yhdessa_ylojarvella_-_ikaantyneiden_hyvinvointisuunnitelma_2019-2022.pdf

Kirjallisuuskatsaus: valitut tutkimukset, jotka vastaavat Pico-kysymykseen.

No	Tekijä, julkaisu-vuosi, nimi	Tutkimustehtävä	Menetelmä	Aineisto	Päätulokset
1	Haavisto, M. 2019. RAI-arvioinnin hyödyntäminen sairaanhoitajan työssä kotihoitossa. YAMK-opinnäyte-tyo.	RAI-arviointiprosessin ja RAI-arvioinnin hyödyntämisen kehittäminen kotisairaanhoidajien työssä.	Konstrukttiivinen tutkimus. Tiedonkerääminen kvantitatiivisella kyselytutkimuksella.	64 kyselyyn vastannutta kotihoitotyöntekijää	Hoitajat kokevat RAI-arvioinnin kuormittavaksi, asiakastyöltä aikaa vieväksi ja kysymykset vaikeiksi ymmärtää. Pääsääntöisesti RAI:ta osataan käyttää ja ymmärretään sen hyöty, mutta hyödyntäminen jää kuitenkin vähäiseksi. Vain 25% vastaajista käyttää RAI:sta saatavia tietoja päivittäisessä hoitotyössään. Tärkeätä olisi, että työyksiköissä keskusteltaisiin RAI:sta ja sovittaisiin yhteisistä käytännöistä RAI:n tekemiseksi ja käyttämiseksi osana hoitotyötä. RAI:ta ei koettaisi niin kuormittavaksi, jos työaikasunnittelussa varattaisiin riittävästi aikaa RAI:n tekemiseen sekä johtamisen keinoin tuotaisiin RAI:n hyötyjä enemmän esille.
2	Leinonen, K. 2013. Psykiatrisen potilaan hoidon suunnittelu ja arviointi RAI - järjestelmän avulla. YAMK-opinnäyte-tyo.	Psykiatristen potilaiden hoidon ja kuntoutuksen kehittäminen systemaattista RAI-arviointia hyödyntäen. Tavoitteena oli, että samalla kehittyisi ja lisääntyisi mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoito- ja kuntutusprosesseihin osallistuvien ammattilaisten	Toimintatutkimus; teoriatieto, osallistuva havainnointi (tutkimus/havaintopäiväkirjassa muistiinpanoja työyksikössä tapahtuneista RAI-interventioista, raportti- ja osastonkokouksista sekä), zef-kysely (vastaukset osin	Joukko mielenterveys- ja päihdepalveluissa työskenteleviä hoitajia ja esihenkilöitä. Kysely lähetettiin 94 hoitajalle ja 5 esihenkilölle, jotka työskentelivät viidessä eri yksikössä.	RAI:n käyttämiseen tarvitaan lisää koulutusta. Arvioinnin kysymykset koetaan vaikeasti ymmärrettävinä. RAI:n koetaan hyödyttävän potilaan palvelujen suunnittelua ja siitä saatu tieto nähdään laaja-alaisena. Esimiehet kokevat RAI:n oikein käytettynä

		<p>asiantuntijuus. Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena oli kuvata hoitajien ja esihenkilöiden kokemuksia RAI-järjestelmästä potilaan hoidossa ja sen suunnittelussa. Tutkimus toteutettiin Oulun kaupungin mielenterveys- ja päihdelaitospalveluiden hoitajien ja esihenkilöiden keskuudessa.</p>	<p>numeerisesti ja osin vapaasti & sanallisesti vastattuina), Zef-kyselyn analysointimenetelmänä oli sisällön analyysi.</p>	<p>Kyselyyn vastasi 100% esihenkilöistä ja 60.6% hoitajista.</p>	<p>hyödylliseksi työvälineeksi. Jos RAI ei ole teknisesti yhteydessä käytössä olevaan potilastietojärjestelmään on vaarana, että RAI:sta saatu tieto unohdetaan helposti, varsinkin jos sitä ei kirjata hoitosuunnitelmaan. Hoitajien taito tulkitä raportteja, potilaan voimavaroja ja riskitekijöitä sekä arvioinnin läpikäyminen yhdessä potilaan kanssa koetaan tärkeäksi; sen avulla saadaan potilaan näkemys asioista esille ja hänet osallistumaan omaan hoitoonsa paremmin. RAI-arvioinnin tekemiseen yhdessä potilaan kanssa vaikuttavia tekijöitä ovat esim. työryhmän yleinen ilmapiiri, resurssit (aika, kiire), rauhallinen / rauhaton tilanne sekä potilaan vointiin sekä luotettavan informaation antamiskykyyn liittyvät tekijät. RAI:n käytön organisoinnin ja hyödynnettävyyden potilastyössä ja sen suunnittelussa koetaan olevan esihenkilöistä ja organisaation johdosta lähtevää. Koko organisaatiotason ja työyksiköiden yhteinen linjaus ja ohjeistukset RAI:n käyttöön edistävät arvioinnin hyödynnettävyyttä, ajantasaisuutta ja luotettavuutta sekä jatkuvuutta yli</p>
--	--	---	---	--	--

					<p>yksiköiden rajojen. Omahoitajien roolin korostaminen arvioinnissa lisää sen luotettavuutta. Myös kollektiivista asiantuntijuutta tulisi vahvistaa.</p>
3	<p>Tilander, N. 2020. Kotihoidon RAI osaaminen: RAI:n hyödyntäminen hoitosuunnitelman teossa. Ylempi AMK-opinnäyte työ</p>	<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää millaiseksi kotihoidon hoitajat kokevat RAI-osaamisensa sekä millaista koulutusta he kokevat tarvitsevansa. Kehittämistyön tavoitteena on vahvistaa kotihoidon henkilöstön RAI-osaamista kyselyn ja työpajojen avulla. Opinnäytetyön kohderyhmänä on Vantaan kaupungin kotihoidon yksiköiden henkilöstö.</p>	<p>Tutkimuksellinen kehittämisselitys; alku- ja loppukyselyt kvantitatiivisilla kyselylomakkeilla sekä työpajat interventiotutkimuksena.</p>	<p>Kyselyt toteutettiin viiden eri kotihoidon yksikön henkilöstölle (n=62), analysoitiin SPSS-ohjelman avulla. Avoimet kysymykset analysoitiin sisällön analyysin menetelmällä. Työpajoihin osallistui 11 henkilöä.</p>	<p>63% vastaajista kokee tarvitsevansa lisäkoulutusta ja perehdytystä RAI:n tekemiseen ja 82% RAI:n hyödyntämiseen hoitosuunnitelman tekemisessä. Kysymykset koetaan vaikeiksi ymmärtää ja tulokset ja CAPSit hankaliksi tulkita. Parhaiten mittariraportin tulokset ymmärtää alle vuoden RAI:ta käyttäneet. Perehdytyksen saaminen lisää merkittävästi RAI:sta saatujen tuloksien hyödyntämistä hoitosuunnitelmassa. Vähiten perehdytystä kokee saaneensa ko. työpaikassa pisimpään työskennelleet. Kokonaisvaltainen ja säännöllinen RAI-koulutus koetaan tärkeänä. RAI-koulutus ja perehdytys lisää hoitajien kokemusta omasta RAI-osaamisestaan. THL:n verkkokoulutus RAI:sta koetaan hyödylliseksi, mutta vastaajat toivoivat kuitenkin lähikoulutusta, jossa voi esittää kysymyksiä ja jakaa kollegoiden kanssa ajatuksia.</p>

Alkuperäinen Ahvenjärvi & Salmisen kyselytutkimuksen runko

Pyydämme sinua vastaamaan alla oleviin väittämiin koskien RAI- arviointijärjestelmää ja sen hyödynnettävyyttä.

	Ympyröi se vaihtoehto, joka parhaiten vastaa tilannettasi.	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
1.	RAI- arviointijärjestelmän käyttö on yksinkertaista.	1	2	3	4	5
2.	RAI: n tekeminen on rasittavaa ja aikaa vievää.	1	2	3	4	5
3.	RAI: n tekeminen lisää työn kuormittavuutta.	1	2	3	4	5
4.	RAI- arvioinnit vievät aikaa asukastyöstä.	1	2	3	4	5
5.	Tiedän, miksi teen RAI- arviointeja.	1	2	3	4	5
6.	Tiedän, koska RAI- arviointi pitää tehdä.	1	2	3	4	5
7.	Osastollani on RAI- tukihenkilö, joka auttaa ongelmatilanteissa.	1	2	3	4	5
8.	RAI: n kysymykset ovat helppoja ymmärtää.	1	2	3	4	5
9.	Osaan hyödyntää RAI- käsikirjaa.	1	2	3	4	5
10.	Ymmärrän RAI: n eri osa-alueiden merkityksen.	1	2	3	4	5
11.	Osaan lukea RAI- arvioinnista saatavia raportteja.	1	2	3	4	5
12.	RAI- raportit auttavat minua hoitotyössä.	1	2	3	4	5
13.	Osastollani käydään läpi RAI- palautteet säännöllisesti.	1	2	3	4	5
14.	RAI- arvioinnista saan hyödyllistä tietoa käytännön hoitotyöhön.	1	2	3	4	5

	Ympyröi se vaihtoehto, joka parhaiten vastaa tilannettasi.	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
15.	Käytän RAI- arvioinnista saatavia tietoja päivittäisessä hoitotyössä	1	2	3	4	5
16.	RAI- arvioinnin avulla saatu tieto on merkityksellistä hoidon suunnittelulle.	1	2	3	4	5
17.	Asukkaan RAI- arvioinnista saatava yhteenveto auttaa hoitotyön suunnitelman tekemisessä.	1	2	3	4	5
18.	RAI auttaa huomioimaan asukkaan omat voimavarat hoidon suunnittelussa.	1	2	3	4	5
19.	Osaan hyödyntää RAP- listoja hoitotyön suunnitelman tekemiseen.	1	2	3	4	5
20.	Osaan hyödyntää RAI- mittareita hoitotyön suunnitelman tekemiseen.	1	2	3	4	5
21.	RAI- arvioinnit parantavat hoidon laatua työpaikallani.	1	2	3	4	5
22.	RAI- arvioinnin tekoon osallistuu eri ammattiryhmiä osastollani.	1	2	3	4	5
23.	RAI: n myötä kirjaaminen on kehittynyt osastollani.	1	2	3	4	5
24.	Ammatillinen osaamiseni on kasvanut RAI: n myötä.	1	2	3	4	5
25.	Olen saanut riittävästi koulutusta RAI- arviointijärjestelmää varten.	1	2	3	4	5

Pyydämme sinua vastaamaan seuraaviin kysymyksiin omiin sanoin.

1. Kuvaile RAI- arviointijärjestelmän mukanaan tuomia hyötyjä.

2. Millaisia RAI: sta saatavia tietoja käytät hoitoyössä?



3. Millaisia asioita poimit RAI- arvioinnista asukkaan hoitotyön suunnitelmaan ja väliarvioon?

4. Mitä muuta haluat sanoa RAI- arviointijärjestelmästä?

Opinnäytetyössä käytetty, muokattu versio Ahvenjärvi & Salmisen kyselyrungosta

Kysely kotihoidon henkilöstölle

Tällä kyselyllä kartoitetaan Ylöjärven kotihoidon henkilöstön kokemuksia RAI-toimintakykymittarista ja sen hyödynnettävyydestä hoitotyön suunnittelussa.

Pyydämme sinua vastaamaan alla oleviin väittämiin valitsemalla se vaihtoehto, joka parhaiten vastaa tilannettasi.

Vastaaminen tapahtuu anonyymisti.

Taustatiedot

- * Kotihoidon alue
- Eteläinen alue
 - Keskinen alue
 - Kuru
 - Viljakkala

- * Kuinka monta vuotta on työkokemuksesi nykyisellä työnantajalla?
- Alle vuosi
 - 1-5 vuotta
 - 6-10 vuotta
 - yli 10 vuotta

- * Kuinka pitkältä ajalta sinulla on kokemusta RAI:n käytöstä?
- Alle vuosi
 - 1-2 vuotta
 - 3-4 vuotta
 - yli 4 vuotta

Seuraava >>

Sivu 1 / 6

Yleistä RAI:n käyttämisestä

- * RAI-arviointijärjestelmän käyttö on yksinkertaista.
- Täysin eri mieltä
 - Jokseenkin eri mieltä
 - Jokseenkin samaa mieltä
 - Täysin samaa mieltä
 - En osaa sanoa

- * RAI:n tekeminen on rasittavaa ja aikaa vievää.
- Täysin eri mieltä
 - Jokseenkin eri mieltä
 - Jokseenkin samaa mieltä
 - Täysin samaa mieltä
 - En osaa sanoa

- * RAI:n tekeminen lisää työn kuormittavuutta.
- Täysin eri mieltä
 - Jokseenkin eri mieltä
 - Jokseenkin samaa mieltä
 - Täysin samaa mieltä
 - En osaa sanoa

- * RAI-arvioinnit vievät aikaa asiakastyöltä.
- Täysin eri mieltä
 - Jokseenkin eri mieltä
 - Jokseenkin samaa mieltä
 - Täysin samaa mieltä
 - En osaa sanoa

- * Tiedän, miksi teen RAI-arviointeja.
- Täysin eri mieltä
 - Jokseenkin eri mieltä
 - Jokseenkin samaa mieltä
 - Täysin samaa mieltä
 - En osaa sanoa

- * Tiedän koska RAI-arviointi pitää tehdä.
- Täysin eri mieltä
 - Jokseenkin eri mieltä
 - Jokseenkin samaa mieltä
 - Täysin samaa mieltä
 - En osaa sanoa

- * Tiimissäni käydään läpi asiakkaiden RAI-arviointeja säännöllisesti.
- Täysin eri mieltä
 - Jokseenkin eri mieltä
 -
 - Jokseenkin samaa mieltä
 - Täysin samaa mieltä
 - En osaa sanoa

- * Saan tarvittaessa apua kollegoiltani RAI:n tekemiseen.
- Täysin eri mieltä
 - Jokseenkin eri mieltä
 - Jokseenkin samaa mieltä
 - Täysin samaa mieltä
 - En osaa sanoa

- * Saan tarvittaessa apua RAI-avainosaajalta RAI:n tekemiseen.
- Täysin eri mieltä
 - Jokseenkin eri mieltä
 - Jokseenkin samaa mieltä
 - Täysin samaa mieltä
 - En osaa sanoa
 -
- Toimin itse RAI-avainosaajana.

- * Koen esimieheni tukevan minua RAI:n käytössä ja hyödyntämisessä.
- Täysin eri mieltä
 - Jokseenkin eri mieltä
 -
 - Jokseenkin samaa mieltä
 - Täysin samaa mieltä
 - En osaa sanoa

- * Esimiesten ja johdon tuki RAI-asioissa on tärkeää.
- Täysin eri mieltä
 - Jokseenkin eri mieltä
 - Jokseenkin samaa mieltä
 - Täysin samaa mieltä
 - En osaa sanoa

<< Edellinen

Seuraava >>

RAI-järjestelmän sisältö

- * RAI:n kysymykset ovat helppoja ymmärtää.
- Täysin eri mieltä
 - Jokseenkin eri mieltä
 - Jokseenkin samaa mieltä
 - Täysin samaa mieltä
 - En osaa sanoa

- * Osaan hyödyntää RAI-käsikirjaa.
- Täysin eri mieltä
 - Jokseenkin eri mieltä
 - Jokseenkin samaa mieltä
 - Täysin samaa mieltä
 - En osaa sanoa

- * Ymmärrän RAI:n eri osa-alueiden merkityksen.
- Täysin eri mieltä
 - Jokseenkin eri mieltä
 - Jokseenkin samaa mieltä
 - Täysin samaa mieltä
 - En osaa sanoa

- * Osaan lukea RAI-arvioinnista saatavia raportteja.
- Täysin eri mieltä
 - Jokseenkin eri mieltä
 - Jokseenkin samaa mieltä
 - Täysin samaa mieltä
 - En osaa sanoa

- * RAI-raportit auttavat minua hoitotyössä.
- Täysin eri mieltä
 - Jokseenkin eri mieltä
 - Jokseenkin samaa mieltä
 - Täysin samaa mieltä
 - En osaa sanoa

- * RAI-arvioinnista saan hyödyllistä tietoa käytännön hoitotyöhön.
- Täysin eri mieltä
 - Jokseenkin eri mieltä
 - Jokseenkin samaa mieltä
 - Täysin samaa mieltä
 - En osaa sanoa

- * Käytän RAI-arvioinnista saatavia tietoja päivittäisessä hoitotyössä.
- Täysin eri mieltä
 - Jokseenkin eri mieltä
 - Jokseenkin samaa mieltä
 - Täysin samaa mieltä
 - En osaa sanoa

- * RAI-arvioinnit parantavat hoidon laatua työpaikallani.
- Täysin eri mieltä
 - Jokseenkin eri mieltä
 - Jokseenkin samaa mieltä
 - Täysin samaa mieltä
 - En osaa sanoa

- * Työyksikössäni käydään läpi THL:n RAI-palautteita säännöllisesti.
- Täysin eri mieltä
 - Jokseenkin eri mieltä
 - Jokseenkin samaa mieltä
 - Täysin samaa mieltä
 - En osaa sanoa

- * Olen saanut riittävästi koulutusta RAI-järjestelmää varten.
- Täysin eri mieltä
 - Jokseenkin eri mieltä
 - Jokseenkin samaa mieltä
 - Täysin samaa mieltä
 - En osaa sanoa

- * Ammatillinen osaamiseni on kehittynyt RAI:n myötä.
- Täysin eri mieltä
 - Jokseenkin eri mieltä
 - Jokseenkin samaa mieltä
 - Täysin samaa mieltä
 - En osaa sanoa

<< Edellinen

Seuraava >>

OneD

Sivu 3 / 6

RAI ja hoitosuunnitelma

- * RAI-arvioinnilla saatu tieto on merkityksellistä hoidon suunnittelulle.
- Täysin eri mieltä
 - Jokseenkin eri mieltä
 - Jokseenkin samaa mieltä
 - Täysin samaa mieltä
 - En osaa sanoa

- * Asiakkaan RAI-arvioinnin yhteenveto auttaa hoitosuunnitelman teossa.
- Täysin eri mieltä
 - Jokseenkin eri mieltä
 - Jokseenkin samaa mieltä
 - Täysin samaa mieltä
 - En osaa sanoa

- * RAI auttaa huomioimaan asiakkaan omat voimavarat hoidon suunnittelussa.
- Täysin eri mieltä
 - Jokseenkin eri mieltä
 - Jokseenkin samaa mieltä
 - Täysin samaa mieltä
 - En osaa sanoa

- * Osaan hyödyntää CAPS-listoja hoitosuunnitelman tekemiseen.
- Täysin eri mieltä
 - Jokseenkin eri mieltä
 - Jokseenkin samaa mieltä
 - Täysin samaa mieltä
 - En osaa sanoa

- * Osaan hyödyntää RAI-mittareita hoitosuunnitelman tekemiseen.
- Täysin eri mieltä
 - Jokseenkin eri mieltä
 - Jokseenkin samaa mieltä
 - Täysin samaa mieltä
 - En osaa sanoa

- * Olen saanut riittävästi perehdytystä RAI:n hyödyntämisestä hoitosuunnitelman teossa.
- Täysin eri mieltä
 - Jokseenkin eri mieltä
 - Jokseenkin samaa mieltä
 - Täysin samaa mieltä
 - En osaa sanoa

<< Edellinen

Seuraava >>

Sivu 4 / 6

Vapaata palautetta ja kehittämisehdotuksia

Mitä ovat RAI-arviointijärjestelmän hyödyt työssäsi?

Mitkä tekijät haittaavat tai estävät RAI:n hyödyntämistä työssäsi?

Kehittämisehdotuksia; miten mielestäsi RAI:ta voitaisiin hyödyntää entistä paremmin asiakkaan hoitosuunnitelman tekemisessä?

<< Edellinen

Seuraava >>

Hyvä kotihoidon työntekijä,

Teen Vanhustyön YAMK opinnäytetyötä aiheesta ”RAI-järjestelmän hyödynnettävyys kotihoidon asiakkaan hoitotyön suunnittelussa”. Opinnäytetyöni on konstrukttiivinen kehittämistyö, jonka aineistonkeruu tapahtuu sähköisen kyselyn ja työpajatyypisen ja osallistavan kehittämismenetelmän avulla. Opinnäytetyöni tavoitteena on RAI:n entistä laajempi hyödyntäminen kotihoidon asiakkaiden hoitosuunnitelman laatimisessa.

Toivon, että mahdollisimman moni vastaisi kyselyyni, jotta saan realistisen kuvan kotihoidon henkilöstön tämänhetkisistä kokemuksista ja ajatuksista RAI-järjestelmään liittyen. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja tapahtuu anonyymisti eikä siinä käsitellä henkilötietoja. Kyselyn voi täyttää puhelimella, tabletilla tai tietokoneella. Vastaaminen kestää noin 5-10 minuuttia. Kysely on avoinna 6.6.2021 asti.

Linkki kyselyyn: <https://elomake.samk.fi/lomakkeet/11801/lomake.html>

Lämmin kiitos panoksestasi!

Aurinkoisin terveisin,
Miia-Sarika Sarkkinen

Kyselytutkimuksen avointen vastausten luokittelu sisällönanalyysillä.

Mitä ovat RAI-järjestelmän hyödyt työssäsi?

ALKUPERÄISILMAISUT KYSE- LYSTÄ	PELKISTETYT ILMAISUT
<i>"Näkee asiakkaan todellisen toiminnan ja osaamisen, sekä osaa puuttua avun tarpeeseen ajoissa."</i>	<ul style="list-style-type: none"> - asiakkaan todellinen toimintakyky - ajoissa palveluja
<i>"Saan asiakkaasta tietoa, jota voin hyödyntää."</i>	<ul style="list-style-type: none"> - hyödyllinen tieto asiakkaasta
<i>"Arviointi konkretisoi asiakkaan käytössä olevan toimintakyvyn ja oikein luettuna antaa kuvan jäljellä olevista voimavaroista. Mittareiden ja raporttien tuloksia hyödyntämällä voidaan keskittyä siihen osa-alueeseen, jolla kaivataan kuntoutusta ja jolla saadaan pidettyä asiakkaan toimeliaisuutta yllä."</i>	<ul style="list-style-type: none"> - asiakkaan konkreettinen toimintakyky - asiakkaan voimavarat - asiakkaan kuntoutuksen tarve - osataan auttaa arviointia hyödyntämällä
<i>"Saa riittävän tiedon kyseessä olevalta asiakkaalta."</i>	<ul style="list-style-type: none"> - riittävä tieto asiakkaasta

AINEISTON RYHMITTELY		
Pelkistetyt ilmaisut	ALAKATEGORIAT	YLÄKATEGORIAT
<ul style="list-style-type: none"> - asiakkaan todellinen toimintakyky - asiakkaan voimavarat 	<ul style="list-style-type: none"> - RAI-arvioinnin avulla saatu tieto asiakkaan toimintakyvystä 	<ul style="list-style-type: none"> - tieto asiakkaan toimintakyvystä

<ul style="list-style-type: none"> - asiakkaan konkreettinen toimintakyky - riittävä tieto asiakkaasta 		
<ul style="list-style-type: none"> - ajoissa palveluja - hyödyllinen tieto asiakkaasta - osataan auttaa arviointia hyödyntämällä 	<ul style="list-style-type: none"> - Asiakkaan hoitotyön suunnittelu RAI-arvioinnista saadun tiedon avulla 	<ul style="list-style-type: none"> - hoitotyön suunnittelu

Mitkä tekijät haittaavat tai estävät RAI:n hyödyntämistä työssäsi?

ALKUPERÄISILMAISUT KYSELYSTÄ	PELKISTETYT ILMAISUT
<i>"Aikaa ei ole riittävästi asialle."</i>	<ul style="list-style-type: none"> - aika ei riitä
<i>"Uusi RAI:n fraasit ym on haasteelliset."</i>	<ul style="list-style-type: none"> - haasteellinen kieliasu
<i>"En osaa sanoa."</i>	
<i>"Kiire ja pysyvän henkilökunnan vähyys. Tavoitteellinen ja kuntouttava hoitotyö on jäänyt repaleisten henkilöstön paikkaamisien alle. Uusien työntekijöiden perehdytys ja osaksi toimivaa tiimiä kestää aikansa. Sellaiset henkilöt työyhteisössä, jotka kokevat RAI:n tekemisen hankalana, eivät näe sen hyödyntämisen potentiaalia, vaan kokevat sen tekemisen turhana. Näihin arviointeihin eivät päivity asiakkaan voinnin ja kunnon muutokset oikein."</i>	<ul style="list-style-type: none"> - kiire - pysyvän henkilökunnan vähyys - henkilöstöpula - uusien työntekijöiden perehdytys vaatii aikaa - negatiiviset asenteet RAI-arvioinnin tekemiseen heikentää asiakkaan arviointien ajantasaisuutta
<i>"Aika. Ei ole aikaa."</i>	<ul style="list-style-type: none"> - aika ei riitä

AINEISTON RYHMITTELY		
Pelkistetyt ilmaisut	ALAKATEGORIAT	YLÄKATEGORIAT
<ul style="list-style-type: none"> - aika ei riitä - kiire - pysyvän henkilökunnan vähyys - henkilöstöpula - uusien työntekijöiden perehdytys vaatii aikaa - aika ei riitä 	<ul style="list-style-type: none"> - työyksikössä vallitseva resurssipula; kiire, hoitajien vähyys ja vaihtuvuus 	<ul style="list-style-type: none"> - resurssipula
<ul style="list-style-type: none"> - haasteellinen kieliasu 	<ul style="list-style-type: none"> - RAI-järjestelmän kieliasu 	<ul style="list-style-type: none"> - kieliasu
<ul style="list-style-type: none"> - henkilöstön negatiiviset asenteet RAI-arvioinnin tekemiseen heikentää asiakkaan arviointien ajantasaisuutta 	<ul style="list-style-type: none"> - henkilöstön negatiiviset asenteet 	<ul style="list-style-type: none"> - asenteet

Kehittämisehdotuksia: miten mielestäsi RAI:ta voitaisiin hyödyntää entistä paremmin asiakkaan hoitosuunnitelman tekemisessä?

ALKUPERÄISILMAISUT KYSELYSTÄ	PELKISTETYT ILMAISUT
<p><i>”Otettaisiin konkreettisesti huomioon todellinen kunto, sekä se, tekeekö omaiset paljon, vai pystyykö hän itse tekemään asioita.”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - asiakkaan konkreettinen toimintakyky otettava huomioon - omaisten osuus hoidosta huomioitava

<p><i>”RAI:n tekemiseen tarvitsisi runsaasti enemmän aikaa, jotta sen saisi kerralla tehtyä HYVIN, eikä pintaraapaisulla ja kiireellä. Sekä jotta yksi ja sama ihminen tekisi koko RAI:n kerralla, ettei toinen joutuisi jatkamaan keskeneräistä RAI:ta. RAI:n yhteenve-toa tehdessä kertomukselle joutuu joi-tain asioita toistelemaan, joka vie li-sää aikaa.”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - tarvitaan aikaa - yksi ihminen tekee alusta loppuun RAI-arvioinnin
<p><i>”Se että saadaan henkilöstö innostu-maan ja kehittämään RAI:n hyödyntä-mistä hoitosuunnitelman osana. Anne-taan riittävästi aikaa, sekä keskustel-laan yhdessä asiakkaan hoitamisesta. Kun suunnitelman ja RAI:n tekeminen koetaan merkitykselliseksi.”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - saataisiin henkilöstö innostu-maan RAI-pohjaisen hoito-suunnitelman kehittämisestä - riittävästi aikaa - yhteinen keskustelu työyh-teisössä asiakkaan hoitamisesta - hoitajan kokemus RAI-arvi-oinnin ja hoitosuunnitelman merkityksellisyydestä
<p><i>”Selkosuomea kannattaa käyttää.”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - selkokieli

AINEISTON RYHMITTELY		
Pelkistetyt ilmaisut	ALAKATEGORIAT	YLÄKATEGO-RIAT
<ul style="list-style-type: none"> - tarvitaan aikaa - riittävästi aikaa 	<ul style="list-style-type: none"> - tarvitaan riit-tävästi aikaa 	<ul style="list-style-type: none"> - aika
<ul style="list-style-type: none"> - asiakkaan konk-reettinen toiminta-kyky otettava huomioon 	<ul style="list-style-type: none"> - asiakkaan toi-mintakyvyn ja elämäntilanteen 	<ul style="list-style-type: none"> - toi-minta-kyvyn ja

<ul style="list-style-type: none"> - omaisten osuus hoidosta huomioitava - yksi ihminen tekee alusta loppuun RAI-arvioinnin 	<p>kokonaisvaltaisen huomioiminen</p>	<p>elämän-tilanteen huomiointi</p>
<ul style="list-style-type: none"> - saataisiin henkilöstö innostumaan RAI-pohjaisen hoitosuunnitelman kehittämistä - yhteinen keskustelu työyhteisössä asiakkaan hoitamisesta - hoitajan kokemus RAI-arvioinnin ja hoitosuunnitelman merkityksellisyydestä 	<ul style="list-style-type: none"> - henkilöstön asenteiden muutos RAI-arviointia, hoitosuunnitelmaa ja kehittämistä kohtaan myönteisemmäksi 	<ul style="list-style-type: none"> - asenteiden vaikutus
<ul style="list-style-type: none"> - selkokieli 	<ul style="list-style-type: none"> - RAI-järjestelmän ja kirjaamisen selkokieli-syys 	<ul style="list-style-type: none"> - selkokieli

Orientaatiokirje työpajaan osallistuville 18.11.2021

RAI / HoSu, Yhteiskehittämisen työryhmä

Sarkkinen Miia
Vastaanottaja

↩ Vastaa

↩ Vastaa kaikille

→ Lähetä edelleen



to 18.11.2021 11.5

📌 Lähetit viestin edelleen 18.11.2021 12.03.

Hei [redacted]! 😊

Olette jo varmasti olleet puheissa kotihoidon esihenkilöiden kanssa liittyen joulukuun aikana pidettäviin RAI-työpajoihin. Kyseessä on siis opinnäytetyöhöni liittyvä, yhteiskehittämisen toiminnallinen osuus, jonka tavoitteena on lisätä RAI-arvioinnin hyödyntämistä kotihoidon asiakkaan hoitosuunnitelman laatimisessa. Tarkoituksena on, että nyt marraskuussa olevien RAI-koulutuksien ja joulukuun työpajojen avulla loisimme kotihoidolle ohjeistuksen / mallin RAI-arvioinnin hyödyntämisestä HoSun tekemisessä. Näissä työpajoissa te naiset olette asiantuntijoita ja avainasemassa! 😊

Nyt kun tuo tiistaina 16.11 ollut RAI-koulutus on ohi, niin teille varmasti on voinut jo herätä ajatuksia ja ideoita asiaan liittyen. Kannustaisin lämpimästi teitä käymään keskustelua aiheesta työyhteisössänne ja jos mahdollista, keräämään työkavereilta ehdotuksia ja ideoita HoSu-ohjeistuksen / mallin sisältöön. Jos mahdollista, pyytäisin teitä kirjaamaan esille nousseita ideoita vaikka ihan paperille tai puhelimen muistiinpanoihin. Eli; mitä työyhteisö toivoo, millaista ohjeistusta tarvitaan, miten RAI-arviointia voitaisiin entistä paremmin hyödyntää HoSun tekemisessä? Tässä on nyt hyvää aikaa pureskella aihetta ennen työpajoja.

Kaikki me tiedämme minkä aikapaineen alaisena te kotihoidon väki siellä ahkeroitte ja siksi mallin luominen täytyisikin suunnitella nykytilanteen ja resurssien puitteissa. Toisin sanoen, tässä mallissa me emme pysty vaikuttamaan esimerkiksi siihen, paljonko aikaa RAI:n tekemiseen on, lisäämään työntekijöitä, jne, vaan tarkoituksena olisi nyt keskittyä kehittämään sellainen ohjeistus / malli, mitä teillä kotihoidossa on nykytilanteessa mahdollista toteuttaa. Toivottavasti saitte kiinni mitä tarkoitan. 😊

Jos teille tulee mitään kysyttävää tai keskusteltavaa, olkaa rohkeasti minuun yhteydessä. Parhaiten tavoitatte minut sähköpostitse tai WhatsAppilla ([redacted]).

Kotihoidon esihenkilöt varmistavat teille vielä työpajojen ajankohdat ja paikat, silloin sitten tapaamme.

Yhteistyöterveisin,
Miia-Sarika Sarkkinen

Kehittämistyön konstruktion eli tuotoksen sisältörunko.

RAI-POHJAISEN HOITOSUUNNITELMAN MALLI		
	Otsikko	Sisältö
	Sisällysluettelo	
1.	Mitä ja miksi?	Avataan lähtökohdat, tavoite ja tarkoitus
2.	Hyödyt	Avataan hyödyt asiakkaalle, työntekijälle, organisaatiolle
3.	RAIn tekemisen kulmakivet	Tiivistelmänomaisesti avattuna: <ul style="list-style-type: none"> - aina asiakkaan kanssa - aina tuloksia sanallisesti kuvaten - läheisten osallistuminen, mikäli mahdollista - nosta hosun hoidon tarpeet suoraan RAIsta - Seuraavan kerran RAIta tehdessä vertaa edelliseen arviointiin.
4.	RAI-pohjainen hoitosuunnitelma, ”tekemisen marssijärjestys”	<ul style="list-style-type: none"> - Tarpeet → nousevat AINA RAIsta, kuvataan AINA asiakkaan toimintana ja voinnin kuvauksena. - Vältä: yleistilan lasku, kotona pärjäämättömyys. - Sairaus ei ole hoidon tarve, vaan mahdollisesti sairauden aiheuttama oire, johon tarvitsee apua, tukea. - Tavoitteet → VÄLTÄ ”kotona pärjääminen mahdollisimman pitkään”. Sen sijaan mitä se tarkoittaa käytännössä tämän asiakkaan kohdalla, tämän asiakkaan omasta mielestä? Mitä hänen täytyy pystyä tekemään ja mitä hän tarvitsee, jotta kotona asuminen on mahdollista? - Suunnitellut hoitotoimet → otsikko + ohje työntekijälle, konkreettinen, tavoite että keikkalainen osaa auttaa samalla laadulla kuin vakituiset työntekijät - Toteutus / arviointi → Kirjaa kaikki toteutus arvioiden asiakkaan vointia, aina kun mahdollista asiakkaan näkökulmasta - arvioi tavoitetta vasten, muokkaa tavoitetta sen toteutuessa
5.	Capsit ja mittaritulokset	Capsit eli herätteet & Mittarit

		Luettelo em, avattuna ”selkokielellä”, huomioidaan potilastietojärjestelmään tallennettavan väliarvioinnin runko, jotta on yhtenäisessä linjassa tämän kanssa
6.	Esimerkkejä	Tähän esimerkkitapaus RAI + RAI-pohjainen hoitosuunnitelma Pegasoksessa kuvina ja ohjeina
7.	Tilaa omille muistiinpanoille	