



Satakunnan ammattikorkeakoulu
Satakunta University of Applied Sciences

KATRI SORJAMÄKI

Asiakkaan yksilöllisen tarpeen kirjaaminen
kotihoiton palvelusuunnitelmaan
RAI-arvioinnin pohjalta

VANHUSTYÖN YLEMPI AMK TUTKINTO-OHJELMA
2022

Tekijä(t) Sorjamäki Katri	Julkaisun laji Opinnäytetyö, ylempi AMK	Päivämäärä 5 2022
	Sivumäärä 63	Julkaisun kieli suomi
Julkaisun nimi Asiakkaan yksilöllisen tarpeen kirjaaminen kotihoidon palvelusuunnitelmaan RAI-arvioinnin pohjalta		
Tutkinto-ohjelma Vanhustyö, Ylempi AMK		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Tämän työn tarkoituksena oli kuvata RAI-arvioinnin sisällön kirjautumista kotihoidon palvelusuunnitelmaan ja kehittää kirjaamista siten, että RAI-arvioinnin hyödynnettävyys paranee. Työssä perehdyttiin siihen, miten RAI-arviointi on kirjattu palvelusuunnitelmaan, silloin kun kotihoidon palvelut perustuvat RAI-arvioinnin tuloksiin. Samalla tutkittiin, mitkä asiat olennaisesti vaikuttavat RAI-arviointiin ja sen tuloksiin palveluja järjestettäessä. Aineisto on kerätty valmiista kotihoidon palvelusuunnitelmista sekä teemapohjaisesta ryhmähaastattelusta.</p> <p>Kehittäminen toteutettiin toimintatutkimuksena Sastamalan terveys- ja sosiaalipalvelujen Ikäihmisten avohoidon asiakasohjauksessa. Asiakasohjaajat laativat kotihoidon ensimmäisen palvelusuunnitelman ja kirjaavat siihen asiakkaan RAI-tulokset. Tutkimuksessa selvisi, että tärkeä osa arvioinnin kirjaamisessa on sen luotettavuus. Luotettavuuteen vaikuttavat mm. asiakasohjaajan RAI-taidot, vuorovaikutustilanne, asiakkaan taidot, läheiset, mittarien analysointitaidot ja ammattitaito. RAI-arviointia tulee sitä palvelusuunnitelmaan kirjatessa tutkimuksen mukaan avata sanallisesti, jotta asiakas ja hoitajat sen paremmin ymmärtävät ja pystyvät hyödyntämään sen tuloksia. Tulokset tulee avata kokonaisvaltaisesti, jotta arviointia on mahdollista käyttää tukena myös voimavaroja ja tavoitteita määritettäessä sekä asiakkaan tarpeita ratkottaessa.</p> <p>Kehittämisen tuloksena voidaan todeta, että RAI-arvioinnin hyödyntäminen analysoimalla tuloksia paremmin on tärkeää. Sitä tulisi käyttää mittarin tavoin, eli apuna silloin kun etsitään vastauksia palvelujen suunnittelussa tai hoitotyössä vastaan tuleviin kysymyksiin. RAI:n kokonaisvaltaisuuden vuoksi sen käyttö laajalla sektorilla vähentää rinnakkaisten mittarien tarvetta ja lisää vertailukelpoisuutta ja sitä kautta parantaa samalla näyttöön perustuvaa toimintaa.</p>		
<p>Avainsanat</p> <p>RAI-arviointi, palvelusuunnitelma, yksilöllinen tarve, kirjaaminen, kotihoito, asiakasohjaus</p>		

Author(s) Sorjamäki, Katri	Type of Publication Bachelor's thesis / Master's thesis	Date May 2022
	Number of pages 63	Language of publica- tion:Finnish
Title of publication Documenting interRAI assessment in the Home Care Service Plan		
Degree programme		
<p>Abstract</p> <p>The object of this work was to explain how RAI (resient assessment instrument) is used in the documentation of home care service planning. The object was to find ways to develop the utilization of the interRAI-instrument in the service planning so that it can more easily be utilized by the home care customers and the staff. The work included evaluating existing care plans and a group interview of the case managers.</p> <p>The work was done in Sastamala health and social services, more explicitly in Ikäihmisten Avopalvelut. The service planning of the organization is based on the numeric RAI meter values, that are documented in the care plan. The study took place in the case management, therefore it is the case managers who are responsible for the first home care service plans. The method was action research.</p> <p>The results indicated that interRAI is a lot more than an assessment. The reliability of the assessment is present during the whole process. Interaction, skills of analyzing data and knowing the assessment are in an important role in the process. The results show that the numeric values must be opened by word and the results of the assessment should be used also as help when setting goals and defining resources.</p> <p>As a conclusion RAI should be used more widely and the analyzing skills should be so good that one can find answers to various questions raised in service planning or home care nursing. InterRai is for its comprehensiveness a good tool in needs assessment that can diminish the use of other meters, increase comparability and by doing that it improves the significance evidence-based nursing.</p>		
<p>Keywords</p> Resident Aessment Instrument, home care, service plan, needs, case management, documentation		

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 YKSILÖLLINEN TARVE	9
3 RAI-ARVIOINTI.....	13
3.1 RAI-arvioinnin sisältö ja tulokset	16
4 YKSILÖLLINEN PALVELUTARVE RAI-ARVIOINNIN TUKEMANA	17
4.1 RAI-tiedon analysointi	20
4.1.1 RAI:n hyödyntäminen voimavaralähtöisesti	21
5 PALVELUSUUNNITELMA.....	22
6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	24
7 METODINEN LÄHESTYMISTAPA JA TUTKIMUKSEN KULKU.....	25
8 TOIMINTAYMPÄRISTÖ.....	27
8.1 Ikäihmisten Avopalvelut	27
8.2 Asiakasohjaus Pirkanmaalla.....	29
9 RAI-ARVIOINNIN HYÖDYNTÄMINEN.....	30
9.1 Nykytilanteen kartoitus 18.8.2021	31
9.2 Asiakasohjaajien tekemät palvelusuunnitelmat	33
9.3 Ryhmähaastattelu	38
9.3.1 RAI – arviointiin vaikuttavat tilannetekijät	40
9.3.2 RAI-arvioinnin palvelusuunnitelmaan kirjaaminen	42
10 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	51
11 POHDINTA	52
LÄHTEET	
LIITTEET	

SYMBOLI- JA LYHENNELUETTELO

ADLH	activities of daily living, päivittäistoiminnot
Asiakasohjauksen osittainen RAI arviointi	
	Palvelutarpeen arviointiin Pirkanmaalla käytettävä työkalu, jossa muodostuvat myöntämisperusteina käytettävät yhteisesti sovitut mittariarvot (Maple5, CPS, ADLH ja IADLCH)
CAPS	clinical assessment protocols, herätteet
CPS	cognitive perception scale, kognitio asteikko
IADLCH	instrumental activities of daily living, välinetoiminnot
MAPLE5	luokitettu arvio asiakkaan palvelutarpeen määrästä (MAPLe; Method for Assigning Priority) palvelutarveluokat 1-5 erottelevat suuren ja vähemmän avun tarpeen
RAI	Asiakkaan toimintakyvyn ja palvelutarpeiden arviointimenetelmä. RAI – Resident Assessment Instrument.
RAI HC	RAI Home Care, Kotihoidon asiakkaiden arviointiin tarkoitettu RAI-väline
RAI-mittari	RAI-mittareita käytetään sekä asiakastyössä (yksilömittari) kuvaamaan asiakkaan toimintakykyä ja palvelutarvetta, että eri johtamistasoilla kuvaamaan asiakasryhmiä ja niiden palvelutarpeita (vertailumittari). Suomessa käytössä olevat RAI mittarit löytyvät THL sivuilta (rai-järjestelmän-mittareita)

1 JOHDANTO

Asiakkaan yksilöllinen tarve on pohja kaikelle sosiaali- ja terveysalan työlle. Jokainen asiakas toiveineen ja tavoitteineen pitää pystyä huomioimaan yksilöllisesti palvelutuo-
tannon kaikissa vaiheissa. Yksilöllisyys hoitoa suunniteltaessa puolestaan pohjautuu
asiakkaan osallisuuteen hänelle suunniteltavaa palvelukokonaisuutta muotoiltaessa.
(Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta, 2012/980, 1§, Sosiaalihuolto-
laki 2014/1301, 1§, 4§; Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen
parantamiseksi, 2020, s. 43, 45.) Asiakkaan asiantuntijuus kuitenkin jää usein jo ole-
massa olevan palvelujärjestelmän alle, vaikka toivoisin asiakkaan äänen kuuluvan
koko ajan muiden äänien rinnalla ja paremmin myös jo palveluja suunniteltaessa.
Työni pohjaksi voisinkin esittää yksinkertaisen kysymyksen: saako ikäihminen tarvit-
semiaan palveluja?

Suomen väestö ikääntyy nopeasti. Ennusteen mukaan vuonna 2030 joka seitsemäs
suomalainen on täyttänyt 75 vuotta. Samaan aikaan väestö myös vähenee lähes koko
maassa, minkä seurauksena Suomeen kehittyi yhä useampia ikääntyneiden asuttamia
alueita, joissa palvelutarpeiden kasvun ohella verotulojen kehitys on heikkoa. (Hete-
maa, 2021, s. 4; Ikäohjelman valmisteluryhmä, 2020, s. 19.)

Iäkkäät käyttävät usein monia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja samanaikaisesti.
Tämän vuoksi mahdollisimman monipuolinen asiakkaan tarpeet huomioiva toiminta-
kyvyn arviointi ja sen mukaan suunnitellut palvelut parantavat ikäväestön elämänlaa-
tua ja samalla pienentävät taloudellisia kustannuksia. (SOTE uudistuksen lakiehdotus
2020, s. 380.) Hiilamon ja Salinin (2020, s. 47) mukaan Suomessa väestö ikääntyy
nopeammin kuin muissa EU-maissa. Tulevaisuudessa eri sektoreiden palvelujen onkin
limittyttävä yhä paremmin toisiinsa, jotta kaikkien hyvinvointi voidaan taata. Lisäksi
vanhustyön painotusta tulisi siirtää ikäihmisen voimavarojen parempaan huomioimi-
seen sekä hoitotyön tavoitteellisuuteen ja arviointiin, jotta hoitotyön laatu ja vaikutta-
vuus paranisi. Tämän toteutuminen vaatii eri elämäalueiden monitahoisempaa ja ta-
voitteellisempaa huomioimista ja kirjaamista.

Asiakkaiden palvelutarpeiden selvittämistä ohjaavat sekä Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta (980/2012), jatkossa vanhuspalvelulaki, että Sosiaalihuoltolaki (1301/2014). Osana vanhuspalvelulain uudistusta (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 15b§) kansallisen palvelutarpeen arvioinnin menetelmäksi on säädetty RAI-arviointijärjestelmä. RAI:n käyttö muuttuu lakisääteiseksi ja kaikkien kuntien on aloitettava sen käyttö viimeistään 1.4.2023. RAI-arvioinnin merkitystä ja roolia asiakkaan yksilöllisen huomioidmisen välineenä tulisikin kehittää, jotta arviointia voidaan hyödyntää vertailukelpoisessa palvelujen suunnittelussa mahdollisimman tehokkaasti. Onnistunut RAI-arviointi heijastaa käytännön todellisuutta ja tuo esiin asiakkaan elämäntilanteen ja toiveet, joiden perusteella palvelut suunnitellaan. Kehittämistyöni aiheeksi valikoituikin pohdinnan jälkeen ”Asiakkaan yksilöllisen tarpeen kirjaaminen kotihoidon palvelusuunnitelmaan”.

RAI-arvioinnin avulla asiakkaan osallisuus muuttuu näkyväksi palvelusuunnitelman palveluissa. RAI-järjestelmän käyttäminen parantaakin onnistuessaan organisaation osallistavaa toimintaa ja tukee palvelujen vertailukelpoista, tasa-arvoista ja yksilöllistä määrittymistä kullekin asiakkaalle. Oikein suunnitellut palvelut tukevat iäkkään itsenäistä pärjäämistä kotona ja antavat puolestaan selkeän pohjan esim. kotihoidon hoitosuunnitelmalle.

RAI-arviointia tulisi paremmin hyödyntää myös asiakkaan voimavarojen ja yhdessä asetettujen tavoitteiden muotoilussa. Arviointi auttaa jäsentämään asiakkaan toimintakykyä, sosiaalisia, terveyteen liittyviä sekä psyykkisiä ja ympäristöön liittyviä tekijöitä, joita voidaan käyttää asiakkaan toiveiden mukaan tavoitteiden määrittelyssä. RAI-arviointi on lisäksi tärkeä tuki hoidon vaikutusten seurannassa.

Kehittämistyöltäni odotan, että havaitsemiini kehittämiskohteisiin saataisiin luotua ratkaisuja, jota palvelevat sekä asiakasta että työyhteisöä. Kehittämistyöni toivottavasti synnyttää lisäksi keskustelua työyhteisössä ja luo positiivista asiakasymmärrystä sekä antaa keinoja parantaa asiakkaan asemaa asiantuntijana muiden joukossa. Haluan myös lisätä omaa tieteellistä osaamistani siten, että pystyn tuomaan esiin eri kokonaisuuksiin (mielenterveys, vanhustyö, johtaminen, sosiaalityö) liittyvää tietoa ja linkittämään sitä yhteen loogisella, perusteltavalla tavalla. Lisäksi toivon, että hoitotyön

asema omana itsenäisenä tieteenalana tulisi paremmin esiin. Tämän tavoitteen saavuttamiseksi RAI-arviointi on yksi mahdollinen väline.

2 YKSILÖLLINEN TARVE

Yksilöllinen tarve pohjautuu asiakkaan osallisuuteen ja on osa asiakaslähtöisyyttä. Kuten jo todettu, iäkkäiden palvelujen toteuttamista ohjaa aina asiakaslähtöinen ajattelu. Asiakaslähtöisyys tarkoittaa laatusuosituksen mukaan sitä, että hoito ja palvelut ovat iäkkään tarpeita vastaavia, helppokäyttöisiä, lähellä olevia ja kestävästä hoito- ja palvelusuhdetta tukevia. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi, 2020, s. 50.) Asiakkaan yksilöllinen tarve puolestaan määrittää sen, mitä palveluja kukin yksilö tarvitsee. Käsitettä yksilöllinen tarve ei yksiselitteisesti ole määriteltä, mutta käsite on ymmärrettävissä esimerkiksi useiden lakien kautta. (mm. Sosiaalihuoltolaki §4, Terveydenhuoltolaki 2§, Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 4§, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 3§).

Yksilöllinen tarve voi suppeassa merkityksessä olla ongelmakeskeinen ja sisältää asiakkaan puhtaan avuntarpeen. Laajasti määriteltynä Laatusuosituksen hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi (2020, s. 44) mukaan laaja ja kattava toimintakyvyn, palvelutarpeen ja hoitoisuuden arviointi on tehtävä huolella ja siinä on arvioitava asiakkaan tarvetta palveluihin. Sana tarve sisältääkin siinä myös ennaltaehkäisyä, suunnitelmallisuuden, palvelujen uudistamisen ja näyttöön perustumisen elementit, joiden avulla pyritään pitämään yllä asiakkaan toimintakykyä. Kotona asumisen ensisijaisuuden kannalta on lisäksi tärkeää tukea myös omaisten ja läheisten edellytyksiä osallistua iäkkäiden henkilöiden hoitoon ja huolenpitoon. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi, 2020, s. 43, 45.)

Erityisesti iäkkäiden kohdalla yksilöllisiin tarpeisiin vastaaminen edellyttää moniammatillista yhteistyötä. Suosituksen mukaan (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi, 2020, s. 45) ”Iäkkäälle henkilölle annettava palvelu toteutetaan hänen itsemääräämisoikeutensa kunnioittaen ja hänet kohdataan tasavertaisena toimijana. Iäkkään henkilön on oltava aidosti osallinen ja hänen mielipidettään on kuultava palvelun suunnittelussa ja toteutuksessa”.

Yksilöllinen tarve voidaan ymmärtää myös psykologisena käsitteenä. Psykologisen tarpeen määrittelyn tunnetuin edustaja lienee Maslow, joka jakoi ihmisen perustarpeet pyramidin kategorioihin (Picheret, 2015, s. 7-8). Pyramidissa alempana olevien tarpeiden tyydyttyminen on välttämättömämpää kuin ylempänä olevien. Asia ei kuitenkaan ole aivan näin yksinkertainen. Maslown mukaan nälkäinen ihminen syö tyydyttääkseen nälän, mutta teorialle esitetyn kritiikin mukaan todellinen tarve voi olla muualla esim. turvallisuudentunteen saavuttamisessa. Tarpeet myös muuttuvat sen mukaan, kun toiset tyydyttyvät. Henkilö lisäksi motivoituu toimimaan tarpeiden tyydyttämiseksi sen mukaan, minkä niistä hän kulloinkin priorisoi. (Kermally, 2004, s. 25-32). Yksilön on lisäksi uskottava kykyihinsä toimia, jotta hän edes yrittää saavuttaa tavoitteensa. Minäpystyvyys vaihtelee yksilöittäin ja muuttuu ihmisen ikääntyessä. (Maddux, 1997, s. 4.)

Mielestäni nämä luokittelut kertovat osaltaan siitä, kuinka kiinteästi elämän eri tarpeet ovat limittyneet toisiinsa, fyysisen tarpeen tyydyttyminen voi esim. tuoda esiin psyykkisen tarpeen tai auttaa sen tyydyttymisessä. Tarpeiden muodostumiseen vaikuttaa lisäksi koko elämäntilanne. Tarpeen olemassaolo edellyttää myös aina toimijuutta sekä tarpeen määrittelyssä ja sitä kohti pyrkimisessä. Ikääntymiseen itsessään liittyy jo uuden elämäntilanteen opettelua, uusiin tilanteisiin sopeutumista, voimien hiipumista sekä luopumista. Näiden muutosten kohtaaminen ja niihin sopeutuminen vaihtelee yksilöllisesti (Kariniemi, 2020, s. 27). Kehon ja mielen ikääntyessä mielestäni siis myös tarpeet muuttavat muotoaan, tällöin iäkkään voi olla vaikeaa itsekään tunnistaa omia tarpeitaan tai hyväksyä omaa ikääntymistään. Lisäksi henkilön resilienssi vaikuttaa siihen, miten muutoksiin suhtaudutaan ja miten niiden kanssa eletään.

Kotihoidon työ on pääasiassa hoitamista, joten työni kannalta olennainen on myös hoitotyön tarpeen käsite. Suomalaisen hoitotyön FinnCC luokituskokonaisuuden mukaan hoidon tarve on henkilöstön kuvaus terveyteen liittyvistä ongelmista, joita voidaan poistaa tai lievittää hoidon avulla. Hoidon tarpeen määrittelyssä kartoitetaan hoitoon tai elämäntilanteeseen liittyvät ongelmat potilaan kertoman, hoitajan havainnoiman ja erilaisten mittausten perusteella. Saatujen tietojen perusteella hoitaja määrittelee potilaan kanssa hoidon tarpeet. Tämä määrittely korostaa paitsi hoidon tarpeen ongelmakeskeisyyttä myös sitä, että myös erilaiset mittaukset ja havainnointi

vaikuttavat tarpeen määrittelyssä. Hoitotyön näkökulmasta katsottuna samalla yksilöllisyys ja yksilöllinen hoito ovat aina hoitotyön ja palvelujen suunnittelun lähtökohta. Niiden avulla seurataan hoidon laatua ja ne ovat eettinen arvo jo sinänsä. Yksilöllisyyden on lisäksi todettu myös parantavan asiakkaiden fyysisistä ja psyykkistä hyvinvointia. (Suhonen & Leino-Kilpi, 2013, s. 82.)

Palvelujärjestelmämme onkin Virkolan (2014, s. 278) mukaan liiaksi rakentunut medikaalisesti määrittyneiden tarpeiden pohjalle, mikä näkyy osaltaan myös yhteiskunnan tavassa puhua iäkkäiden palveluista. Kariniemi, Siira, Kyngäs ja Kaakinen (2020, s. 25-26) toteavat myös Gerontologia-lehden artikkelissaan, että kotihoidon asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmissa toimintakykyä tarkastellaan usein liian sairauskeskeisesti. Lähestymistavan tulisi olla vahvemmin sosiokulttuurista ja kokonaisvaltaista. Sen tulisi painottaa paremmin voimavaralähtöisyyttä, yksilöllisyyttä, kokemuksellisuutta, itsensä toteuttamista, toimijuutta, vuorovaikutuksellisuutta, osallisuutta, omia valintoja ja identiteettiä. Usein yli 75-vuotiaiden säännöllisten kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmista ovat jääneet kokonaan kirjaamatta asiakkaiden näkökulmat, mukaan lukien asiakkaiden yksilölliset tarpeet ja voimavarat (Turjamaa, Hartikainen, Kangasniemi & Pietilä, 2015, s. 320). Sosiaalisen toimintakyvyn ja mielekkään toiminnan elementtejä olisikin otettava huomioon hoito- ja palvelusuunnitelmissa nykyistä enemmän (Kariniemi ym. 2020, s. 36). Tämä korostaa hoitotyön merkityksellisyyttä ikäihmisten hoidon kulmakivenä.

Yksilöllisyyden kokemus on lisäksi Suhosen tutkimuksen mukaan erilainen hoitotyön ammattilaisen tai potilaan silmin katsottuna. Potilaat saattavat nähdä yksilöllisyyden enemmän henkilökohtaisten asioiden kautta kuin suoranaisesti hoitotoimenpiteissä tai hoitoon liittyen. (Suhonen, Leino-Kilpi, Gustafsson, Tsangari & Papastavrou, 2013, s. 89.) Kasurinen (2014, s. 68-69) tuo lisäksi esiin, että iäkkäät pitävät hyvän ja mielekkään elämän kannalta tärkeänä, että elämänsä kautta rakentunut minuus, yksilöllisyys ja toimijuuden tarpeet huomioidaan ja niiden ylläpitämistä ja toteutumista tuetaan. Tilanteessa, jossa iäkkäät itse eivät ole kykeneviä tekemään päätöksiä, he toivoivat lasten tai läheisten ja heidät hyvin tuntevan vanhustyöntekijän tukea päätöksentekoon. Riittävää tietoa vaihtoehtoista, palveluista ja tukimuodoista he pitivät tärkeänä edellytyksenä omalle toimijuudelleen.

Näslindh-Ylispangar (2016, s. 165) toteaa kirjassaan, että vanhus on paras oman elämänsä määrittelijä, hänellä on oikeus ja vapaus tehdä omat valintansa. Iäkstä voidaan tarkastella rationaalisesti ja objektiivisesti siten, mitä palveluja hän käyttää tai mitä sairastaa. Tärkeää on kuitenkin pohjimmiltaan tietää, mitä hän arvostaa ja toivoo. Ihmistä ei tulisi tarkastella pelkästään sairauksien ja ongelmien kautta, vaan kokonaisvaltaisesti elämänsä ja ympäristönsä toimijana (Näslindh-Ylispangar, 2016, s. 190.) Edellä kuvattu trikotominen ajattelu, eli ihmisen näkeminen psyykkis-fyysis-sosiaalisena kokonaisuutena sopii hyvin vanhustyöhön (Näslindh-Ylispangar, 2016, s. 191).

Tutkimuksissa esiintyvässä yksilöllisyyden käsitteessä korostuu voimakkaasti toimijuus ja osallisuus. Leinosen (2020, s. 49) esittämän kritiikin mukaan tutkimusta tulisi kuitenkin suunnata myös iäkkäiden ihmisten syrjäytymiseen toimijuuden korostamisen sijaan. Iäkkäiden ihmisten aktiivisen roolin korostamisesta tulisi siirtyä keskustelemaan myös iäkkäiden ihmisten moninaisista tarpeista ja niihin paremmin vastaavista palveluista, toiminnoista ja käytännöistä (Leinonen, 2020, s. 48). Kotonaan asuva ihminen tarvitseekin oman toimijuutensa tueksi myös apua ikääntymisen mukanaan tuomissa asioissa, joihin ei enää itse pysty.

Hoito- ja palvelusuunnitelmassa sekä jokapäiväisessä kotihoidon arjessa tulisikin siis huomioida laajemmin ja kokonaisvaltaisemmin ikääntyneiden yksilölliset tarpeet ja toiveet, voimavarat ja vahvuudet holistisen ihmiskäsityksen mukaisesti (Kariniemi ym., 2020, s. 37). Kotikäynnillä keskitytään yleensä sairauslähtöisesti ja tehtäväkeskeisesti fyysisten ongelmien ratkaisemiseen ja välttämättömien tarpeiden tyydyttämiseen, jolloin hoitaminen ei ole kokonaisvaltaista, vaikka usein juuri kohtaamisella on tärkeä merkitys ikääntyneen ihmisen voimavaroihin (Kariniemi ym., 2020, 27). Mielestäni kotihoidon työssä tulisikin aina muistaa, että perustarpeet pitää tyydyttää ja antaa apua arjen välttämättömissä toiminnoissa. Samalla, perustehtävää suorittaessa, henkilökohtaiseen kohtaamiseen on kuitenkin aina mahdollisuus. Hoitajat toteuttavat tätä usein huomaamattaan, joten kirjaamalla myös näistä tarpeista ja niiden eteen tehdystä työstä on mahdollista tehdä siitäkin näkyvä osa hoitotyötä. Myös kirjaamisessa on mielestäni keskitytty liiaksi medikaalisten asioiden korostamiseen.

Kotihoidon osalta kunkin asiakkaan yksilöllinen palvelukokonaisuus muotoutuu lisäksi organisaation tuottaman palveluvalikoiman puitteissa, mikä kirjataan asiakkaan

palvelusuunnitelmaan (Vanhuspalvelulaki 16§, Laki sosiaalihuollon asiakkaan oikeuksista ja asemasta 812/2000, 7§). Yksilöllisten tarpeiden kirjaaminen siihen vahvistaa osallisuuden toteutumista ja lisää palvelusuunnitelmaan perustuvan hoitosuunnitelman asiakaslähtöisyyttä. Palvelusuunnitelma muotoutuukin yksilöllisen avuntarpeen, voimavarojen ja tavoitteiden kokonaisuutena, joita kohti yhdessä pyritään. Palveluja suunniteltaessa tarve määrittyy ja tarkentuu RAI-tulosten kautta. Tarpeet on määritelty RAI-arvioinnissa suorilla kysymyksillä. Tavoitteiden ja voimavarojen etsinnässä pitää käyttää analysointia.

Yksilöllinen tarve on siis lukemani perusteella asiakkaan henkilökohtaiseen tilanteeseen ja ympäristöön sitoutuva asia, johon vaikuttavat sekä psyykkiset, fyysiset että sosiaaliset asiat. Olennaista on, että asiakas itse tai läheisen tukemana saa määrittää omat merkitykselliset tarpeensa ja samalla sitoutuu niiden tavoitteluun.

3 RAI-ARVIOINTI

RAI-arviointi (resident assessment instrument) on kokonaisvaltaista toimintakykyä arvioiva järjestelmä, jonka avulla asiakkaiden palvelutarpeet selvitetään yhdenmukaisesti ja monipuolisesti. Se on suunniteltu käytettäväksi nimenomaan palvelutarpeen arviointiin sekä hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman laatimiseen. Se on työväline, jonka avulla palvelut pystytään suunnittelemaan yksilöllisesti ja kohdentamaan tarpeenmukaisesti. (THLa, 2021.)

RAI-arviointia kehitetään koko ajan ja luodaan uusia variaatioita eri käyttöympäristöihin (THL, n.d.). Kotihoidossa käytettävä RAI HC on tehty kotihoidon palveluympäristöön sopivaksi. Arvioinnin avulla todennetaan ja seurataan mm. asiakkaan mielialaa, käyttäytymistä, fyysistä toimintakykyä arjen askareissa, liikkumista, terveydentilaa, ravitsemusta, lääkitystä, läheissuhteita ja kognitiota (THL 2022.) InterRAI -arviointivälineistö kokoaa tietoa asiakkaista päätöksentekoa varten. Sen avulla saadaan strukturoitua tietoa henkilön arkiselviytymisestä ja palvelutarpeesta. (Sinha 2019, Background on InterRAI assessment.)

RAI-järjestelmän oikeudet omistava kansainvälinen tutkijajärjestö interRAI on solminut Suomessa THL:n kanssa sopimuksen, joka nimeää THL:n RAI-järjestelmän hallinnoijaksi (Heikkilä & Mäkelä, 2015, s. 163). RAI-arviointi on osa yksikön omaa toimintaa ja dokumentaatio luokitellaan potilasasiakirjaksi. Koska RAI-arviointi on hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman oleellinen osa, siitä ei voi kieltäytyä. (Heikkilä & Mäkelä, 2015, s. 162.)

Pitkäaikaishoidon laatua on Suomessa mitattu yhteismitallisesti RAI-järjestelmällä vuodesta 2000 asumispalveluissa (laitushoito ja tehostettu palveluasuminen) ja vuodesta 2003 kotihoidossa (Heikkilä & Mäkelä toim. 2015, s. 26). Laajimmin Suomessa RAI-välineitä käytetään vanhuspalveluissa kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoivan asiakkaiden arvioinnissa (THL, 2021). Tiedot ovat vertailukelpoisia eri terveydenhuollon sektoreiden välillä (InterRAI.org).

RAI-arviointijärjestelmä on myös yksi eniten tutkittuja ja maailmanlaajuisesti käytettyjä geriatriseen arviointiin suunniteltuja hoidon laadun mittareita (Parsons, Senior, Chen, Jacobs, Parson, Sheridan & Kenealy, 2013, s. 536, Salahudeen & Nishtala, 2018, s. 464). Kansainvälisesti RAI-järjestelmä on käytössä esimerkiksi Yhdysvalloissa, suurimmassa osassa Kanadan provinseja, Belgiassa, Uudessa Seelannissa ja Islannissa. RAI-järjestelmä on Islannissa valtakunnallinen vanhuspalvelujen laatuva-line. (Heikkilä & Mäkelä, 2015, s. 7). RAI-välineet ovat keskeisiltä sisällöiltään yhdenmukaiset kaikissa maissa, joissa RAI on käytössä, joitakin kansallisia erityispiirteitä lukuun ottamatta (THL, 2021). Tämä lisää tulosten vertailtavuutta myös kansainvälisesti.

RAI-arvioinnin tavoitteena on löytää toimivia tapoja muuttaa toimintaa ja oppia parhaista käytännöistä (Heikkilä & Mäkelä, 2015, s. 7). Sen avulla huomioidaan, että asiakkailla on monenlaisia tarpeita, toimintakykyyn vaikuttavat monet eri asiat ja

vältettäviä tilanteita on erilaisia. Myös palveluympäristöt vaihtelevat. (Kane 2001, s. 294; Heikkilä & Mäkelä 2015, s. 22.) RAI-arvioinnista saatu tieto yhdessä muun tiedon kanssa kertoo laajasti hoidon ja palvelujen tarpeesta ja luo pohjan hoidon ja palvelujen suunnittelulle ja arvioinnille (Heikkilä & Mäkelä, 2015, s. 47). Se antaa tärkeää tietoa mahdollisuuksista tukea toimintakykyä ja arjessa selviytymistä (Finne-Soveri, Äijö, Tolonen, Rehula, Vähäkangas, Patronen, Autio, Haimi-Liikkanen & Havulinna, 2020, s. 9). Arviointitietoa käytetään sekä hoidon, palveluiden ja kuntoutumisen suunnittelussa, että niiden toteutumisen seurannassa. Toteutumisen seurannassa käytetään samoja mittareita ja arviointimenetelmiä, joita käytettiin palvelutarpeiden selvittämiseksi (Finne-Soveri ym., 2020, s. 16.) Saatujen mittaritietojen ja tunnuslukujen tarkoituksena on toimia hoidon ja palvelun suunnittelun sekä toteutuksen seurannan ja arvioinnin apuvälineenä (Vähäkangas, Niemelä, Mäkelä & Noro, 2017, s. 21; THL Raportti 13/2017).

RAI on alusta asti ollut laaduntarkkailun ja johtamisen apuväline (Ikegami, Hirdes & Carpenter, n.d.). Järjestelmä tuottaa asiakastason tiedon lisäksi organisaatio- ja kuntatason laskennallista tietoa palveluja käyttävien asiakkaiden palvelutarpeista, resursien käytöstä ja hoidon laadusta (Noro & Karppanen, 2005, kuvailulehti, s.58; Heikkilä ja Mäkelä 2015, s.17-19, Vähäkangas ym., 2017, s. 21.) Yhdenmukaisten palvelujen turvaaminen edellyttää asiakastason mittaamisen lisäksi organisaatio/kunta ja maakuntatasolla yhdenmukaisia palvelujen myöntämisen perusteita ja vakiintunutta tapaa selvittää palvelutarpeet. Pirkanmaalla tähän on keskitytty luomalla Ikäneuvo hankkeen myötä yhtenäiset kotihoidon myöntämisperusteet koko Pirkanmaan alueelle. Lisäksi asiakkaan tulee aina voida ymmärtää, miksi palveluohjauksessa on päädytty siihen ratkaisuun, johon päädyttiin. (Vähäkangas ym. 2017, s. 14.)

Palvelujen tavoitteena on asiakkaalle koituvan hyödyn lisäksi myös aina ammatillisen osaamisen tuloksellisuus, eli vaikuttavuus eli se, että tavoitteisiin päästään (KT 2007, Tavoite). RAI-arviointi kotihoidossa konkretisoituukin palvelu- ja hoitosuunnitelmissa, mihin dokumentoidaan arvioinnin tulokset ja yhteistyössä asiakkaan kanssa asetetut tavoitteet. Nämä tiedot ohjaavat hoidon ja palvelun toteutusta sekä sitä, miten ja milloin tavoitteiden saavuttamista arvioidaan. (Heikkilä & Mäkelä, 2015, s. 52.)

3.1 RAI-arvioinnin sisältö ja tulokset

RAI-arviointi rakentuu tarpeisiin perustuvien mittareiden varaan, joten asiakkaan yksilöllinen tarve ilmenee asiakaskohtaisen RAI-arvioinnin kautta. RAI-arvioinnin perustana on Rosalie Kanen tekemä ryhmittely elämänlaatuun vaikuttavista tarpeista. Kanen mukaan pelkkä ADL arvoihin tuijottaminen ei kuvaa ihmisen koko elämänlaatua, vaan elämänlaadun käsite on monitahoisempi. Tärkeää arvioinnissa on lisäksi käyttää oikeita ja rajattua määrää asioita, jotka vaikuttavat iäkkäiden hyvinvointiin erityisesti pitkäaikaishoidossa. Näiden tekijöiden rajaaminen oli ollut epäselvää. (Kane 2003, s. 30.) Kane ryhmineen siis laajensi tarpeeseen perustuvaa arviointia 2001 ja 2003 liittämällä siihen elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä, joita hän listasi lopulta 12 kpl (Kane 2003, 31).

Nykyisin tuntemamme RAI-väline muodostuu ydinkysymyksistä ja palvelutyypikohtaisista, täydentävistä arviointikysymyksistä. *Ydinkysymykset* ovat vertailukelpoisia ja yhtenäisiä kaikissa välineissä, pois lukien seulonta- ja lyhennetyt välineet. *Palvelutyypikohtaisilla arviointikysymyksillä* tunnistetaan ja seurataan tarkemmin asiakkaan tilaa, toimintakykyä, tarpeita ja voimavaroja. RAI-kokonaisarvioinnin tekeminen vie aikaa asiakkaan ensimmäisellä arviointikerralla 60–90 min. Seuranta-arviointi noin 60 minuuttia. Osittaisarvioinnit laajuudesta riippuen 5-30 min. (Havulinna 2019.)

RAI-mittarit muodostuvat useista samaa osa-alueita mittaavista kysymyksistä tai yhdistäen eri osa-alueiden kysymyksiä (THL 2022). InterRAI -järjestelmä laskee numeeriset arvot järjestelmään kutakin mittaria varten syötettyjen kysymysten pohjalta. Yksittäisestä arvioinnista muodostuvat asiakkaan yksilömittarit (esim. Maple, ADLH), joita voidaan käyttää asiakkaan palvelutarpeen arvioinnissa ja hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisessa. Yksilömittareista saadaan vertailumittareita, kun tietoja tarkastellaan asiakasryhmittäin. (THL, 2022.)

Palveluohjauksessa ja hoidon suunnittelussa tarvitaan yhteisiä ja läpinäkyviä käytäntöjä sille, millaisilla palveluilla asiakkaan tarpeisiin vastataan. RAI-järjestelmän mittareita voidaan käyttää näitä perusteita luotaessa. Yksittäisen toimintakykymittarin

tulos ei kuitenkaan koskaan ole yksinään kriteeri avun, tuen tai palvelun saamiselle tai epäämiselle. Oleellista on aina tarkastella iäkkään henkilön elämäntilannetta ja toimintakykyä kokonaisuutena ja ymmärtää eri osa-alueiden vaikutus toisiinsa. Esimerkiksi henkilön psyykkinen tai sosiaalinen tilanne voi vaikuttaa kokonaisvaltaisesti henkilön toimintakykyyn. Silloin, tuki, toimet tai palvelut on syytä ensin kohdentaa tietyille tai tietyille ongelman juurisyynä oleville osa-alueille. (Finne-Soveri ym. 2020, s. 16; THL 2022.) Mielestäni tämä saattaa käytännössä olla ajoittain vaikeaa, koska asiakas ei välttämättä itse koe RAI-arvioinnin painottamia osa-alueita sellaisiksi, joihin haluaa muutosta. RAI antaakin vain mittarituloksen, mutta ei ratkaisua siihen, miten ongelma tulee ratkaista. Tähän vaaditaan ammattilaisen analysointikykyä. Tärkeää on kirjata myös, miksi RAI-tulosten osoittamiin asioihin ei ole puututtu, jotta kirjaamisen kautta tulee selväksi, miksi tiettyihin mittareiden esiin tuomiin asioihin ei ole puututtu.

Säännöllistä palvelua saavalle kotihoidon asiakkaalle tehdään RAI HC -kokonaisarviointi hoidon alkaessa, hoidon aikana puolivuositain sekä aina asiakkaan voinnin muuttuessa oleellisesti (THL 2021a, Havulinna 2019). Palvelutarvetta arvioitaessa asiakkaalle tehdään Pirkanmaan asiakasohjauksen osittainen RAI-arviointi, josta muodostuvat arvioinnissa tarvittavat yhdessä sovitut mittarit. Pirkanmaalla on päätetty käyttää ohjaavina arvoina kotihoidon ja yhteisöllisen asumisen myöntämiselle ja jatkumiselle 4 mittariarvoa: MAPLE5, ADLH, IADLCH ja CPS siten, että RAI toimintakykymittareista Maplen lisäksi vähintään kahden tulee täytyä.

4 YKSILÖLLINEN PALVELUTARVE RAI-ARVIOINNIN TUKE- MANA

Lähtökohtaisesti asiakkaan kokemus siitä, saako hän tarvitsemiaan palveluita, on palvelujen asianmukaisuuden kulmakivi (Heikkilä & Mäkelä, 2015, s. 30). Palvelun tarvetta arvioitaessa ammatillisen arvion lisäksi palvelujen suunnittelun perustana tuleekin olla vahvasti asiakkaan kokema tuen tarve. Asiakkaalle on selvitettävä hänen lakiin perustuvat oikeutensa ja velvollisuutensa sekä erilaiset vaihtoehdot palvelujen toteuttamisessa ja niiden vaikutukset sekä muut seikat, joilla on asiassa merkitystä. Tieto eri

palvelujen vaihtoehtoista on annettava siten, että asiakas ymmärtää niiden sisällön ja hänellä on todellinen mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelukokonaisuutensa suunnitteluun ja valintoihin. Tarvittaessa arvioinnin tukena käytetään omaisia tai muita läheisiä. (STM 2017, s. 113; Päivärinta & Haverinen, 2002 s. 15.)

Palveluohjaus pohjautuu asiakkaan tilanteen monipuoliseen arviointiin, palvelujen oikea-aikaisuuteen ja niiden vaikuttavuuteen (Payne 2000, s. 83). Palveluohjauksellinen työskentelyote edellyttää työntekijältä laajojen asiakaslähtöisten kokonaisuuksien hallintaa. Työntekijältä odotetaan hyviä vuorovaikutustaitoja sekä laaja-alaista palvelujärjestelmän tuntemusta. (Jahnukainen & Saarela, 2021, s. 12). Parhaimmillaan asiakaslähtöinen palvelu lähtee liikkeelle asiakkaan omista tarpeista ja toiveista. Asiakas ei ole enää objekti, toiminnan kohde, vaan tasa-arvoinen subjekti, joka osallistuu tasaveroisesti esimerkiksi häntä koskevaan päätöksentekoon (Hujala & Taskinen, 2020, s. 251). Palvelutarpeen arviointi on aina vuorovaikutusta ja mittarit ovat sen tukena. Se on yhteenveto palvelujen ja tuen tarpeesta (Hujala & Taskinen, 2020, s. 250).

Tuen tarpeen selvittämisen ja suunnitelman laadinnan tulee siis olla prosessi, jossa asiakas ammattilaisen avustuksella ja tuella arvioi elämäntilannettaan ja selvittää keinoja myönteisten muutosten aikaansaamiseksi (STM 2017, s. 113). Laatusuosituksen ja lainsäädännön mukaan iäkkään henkilön on oltava aidosti osallinen ja hänen mielipidettään on kuultava palvelun suunnittelussa ja toteutuksessa. Palvelua toteuttaessa erityistä huomiota pitää kiinnittää asiakkaan toimintakyvyn ylläpysymiseen ja kuntoutumiseen sekä turvalliseen lääkehoitoon. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi, 2020, s. 43, 45.)

Palveluohjausta prosessina on jaoteltu monin eri tavoin (Ristolainen, Tiilikainen & Rissanen, 2018, s. 253). Se on oma ohjauksellinen toimintakenttensä ohjaajan ja asiakkaan tasavertaisen yhteistyösuhteen vuoksi (Ristolainen ym. 2018, s. 254). On tärkeää muistaa, että palveluohjauksessa tapahtuu monia asioita, ennen kuin päästään viimeiseen vaiheeseen eli tavoitellun muutoksen arviointiin. Sana vaikuttavuus kuvaakin palveluohjauksen kohdalla sekä tulosta, vaikutusta, että koko vaikuttamisen prosessia, minkä vuoksi tulee huomioida sekä saavutetut tulokset että niihin johtavat prosessit vaikuttavuuden osatekijöinä. (Ristolainen ym. 2018, s. 256.) Monet tekijät vaikuttavat palveluohjaukseen joko myönteisesti tai kielteisesti. Lisäksi on tiedostettava, että

palveluohjaus (case management) on hyvin erilaista eri ympäristöissä toteutettuna. (Ristolainen ym. 2018, s. 268.) Tämän seurauksena pitäisi entistä enemmän kiinnittää huomiota myös niihin ehtoihin, joilla ohjaus toteutuu.

Elliott, Gordon,, Tong ja Stolee (2020, s. 4) päätyivät tutkimuksessaan siihen, että tiedon keruu kotihoidon vaihtelevassa ympäristössä on haastavaa ja RAI:n järjestelmänä pitää muuttua yhä enemmän vastaamaan kotihoidon tavoitteita. Lisäksi tutkimuksessa todettiin, että RAI tuottaa paljon tietoa, mutta osaaminen sen hyödyntämiseen puuttuu. Siihen syynä on ollut mm. resurssipula ja mitatun tiedon käyttämiseen tarvittavien taitojen puuttuminen. Koulutustaso vaikuttikin selkeästi taitoihin käyttäen RAI:n tuottamaa dataa. (Elliott ym. 2020, s. 4-5.) Datan käyttämättömyyden yhdeksi syyksi Paalanen (2020) esitti Rai-juhlaseminaarissa, että kokemusten perusteella RAI:n ja hoitosuunnitelman kieli on erilaista, mikä vaikeuttaa tulosten käyttöönottoa. Haasteen ylitäminen vaatii hänen mukaansa aikaa, teknologista osaamista ja yhteistyötä.

Kun palveluja suunniteltaessa otetaan huomioon henkilön RAI-arvioinnista nouseva tarveprofiili ja voimavarat, päämääränä on, että ehdotettu palvelukokonaisuus todennäköisesti ratkaisee henkilön tärkeimmät tarpeet ainakin kohtuullisen hyvin. Lisäksi on tärkeää varmistaa yhteisymmärryksessä asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa, että myös he voivat sitoutua omaan osaansa suunnitelman toteutuksessa. Hyvä asiakasohjaaja varmistaa lisäksi, että kaikki kartoituksessa tunnistetut tarpeet on otettu huomioon. (Heikkilä, Mäkelä, Havulinna, Hietaharju, Lind & Noro, 2021, s. 16.)

Julkisten palvelujen tulee lisäksi taata tasa-arvo ja yhdenvertaisuus kaikille käyttäjille. Tämä merkitsee sitä, että samat palvelut tulee olla kaikkien käytössä varallisuudesta tai asuinpaikasta riippumatta. (Stakes 2006, s.82-83.) RAI-arvioinnin yksi tavoitteista on ollut tukea palvelujen vertailukelpoisuutta. Tavoitteeseen pyrkivä yhdenvertaisuus samalla merkitsee sitä, että palveluja tarvitaan eri määrää ja erilaisia, jotta asiakas pääsisi haluamaansa tavoitteeseen. RAI arviointia tulisikin käyttää tukena nimenomaan erinäköisiä palvelujen sisältöjä suunniteltaessa, jotta hoitajat ja asiakkaat ymmärtäisivät, miksi palvelun tulee olla erilaista eri asiakkaiden kohdalla.

Tasaveroisuus palveluohjauksessa ei kuitenkaan aina onnistu, minkä Hujalan tutkimuksessa arveltiin johtuvan byrokraattisista syistä, kuten strukturoiduista palvelutarpeen arvioinnin mittareista ja rajallisista palveluiden järjestämisen mahdollisuuksista. Haastetta asiakaslähtöisen palveluohjauksen toteuttamiseen voivat tuoda myös asiakkaan motivaation puute, asiakkaan epärealistiset tai hyvinvointia ja terveyttä vaarantavat tavoitteet sekä asiakkaan vaikeudet olla osallisena ohjausprosessissa. (Hujala & Taskinen. 2020, s. 251). Vaarana on, että asiakkaalle jää passiivisen tiedonantajan asema (Hujala & Taskinen 2020, s. 258).

RAI-arvioinnin avulla on mahdollista tehdä palvelutarpeen arvio kokonaisvaltaisesti siten, ettei eri osa-alueiden mittareita tarvitse välttämättä käyttää. (Finne-Soveri ym 2020, s.14, Havulinna 2019). Muita mittareita (MMSE, GDS ym.) käytetään vain tarvittaessa. Mitkään mittausjärjestelmät eivät kuitenkaan tuo etua, ellei niitä hyödynnetä systemaattisesti ja suunnitelmallisesti. RAI:n tuomat hyödyt palvelutarpeen arviointitiedon tuottajana menetetään sekä mittaamiseen käytetyt resurssit hukataan, jos tietoa ei analysoida riittävästi (Jahnukainen & Saarela, 2021, s. 71).

4.1 RAI-tiedon analysointi

Vaikka RAI-arviointi kattaa elämän osa-alueet kokonaisvaltaisesti se ei korvaa ammattilaista, vaan havainnointi on tärkeää. Arvioinnit voivat esimerkiksi mittaritulosiltaan olla samansisältöisiä, mutta tiettyihin asioihin paneudutaan syvemmin asiakkaan niin halutessa. (Junnila ja Karesto 2018.) Pelkät mittarit antavat henkilöstä yleiskuvan. Työskentelyssä tulisi huomioida se, että erilaiset toimintakyvyn ja hyvinvoinnin mittarit toimivat työvälineinä, mutta ne eivät saisi määrittää asiakkaan kohtaamista. (Hujala & Taskinen, 2020, s. 261.)

Palvelutarpeiden selvittäminen on hyvin yksilöllinen tehtävä. Mikä hyvänsä tieto saattaa olla jonkun henkilön kohdalla se, jonka perusteella hänen palvelutarpeensa ratkaistaan. Ratkaisuun vaikuttavat myös henkilön omat voimavarat, olosuhteet ja odotukset.(Heikkilä ym., 2021, s. 15.) Järjestelmällisen kartoituksen etuna onkin, että sen avulla voidaan havaita uusia palvelutarpeita ja ratkaisuja niihin (Heikkilä ym., 2021, s. 13). Arvioinnin avulla on myös mahdollista saada asiakkaan tarpeet ja voimavarat näkyviksi ja ottaa ne puheeksi (Junnila ja Karesto 2018).

Ammattilaisen rooliin RAI-arviointia tehdessä liittyy kysymysten uudelleenmuotoilu ja hoksottimien käytön ja tarkentavien kysymysten esittäminen. Lisäksi ammattilaisen rooliin käyttäjänä liittyy ohjelman tunteminen, jotta sujuva käyttö mahdollistuu. Haasteet RAI CA:n käytössä olivat Junnilan (2017, s.59) mukaan tiedon hyödyntämisen ja tarpeiden tunnistamisen vaikeus ja tietokoneen käytön epämukavuus sekä puutteellinen käyttöönottokoulutus. Käyttöön liittyvinä haasteina koettiin tulosten lukemisen hankaluus ja kirjaamisen vaikeus tilanteissa, joissa asiakas kertoo laajasti muutakin.

4.1.1 RAI:n hyödyntäminen voimavaralähtöisesti

Kuten aiemmin on jo todettu, asiakaslähtöisen ohjauksen ja hoitotyön yksi kulmakivistä on voimavaralähtöinen ajattelu. Koska RAI siis on syntyjään tarveperustainen mittari, kysynkin mittaako RAI enemmän hoidon tarvetta ja pitäisikö sen keskittyä enemmän iäkkään voimavaroihin?

Voimavarojen kartoittamiseksi RAI-arvioinnin tekijän tulee lukemani perusteella osata analysoida ja tulkita RAI:sta saatavaa tietoa. Jokaisen mittarituloksen, tunnusluvun tai CAPsin tai RAPsin takana on selitys sille, mistä tekijöistä juuri tämä tulos on kyseessä olevan henkilön kohdalla muodostunut. On hyvä muistaa, että sama mittariarvo eri henkilöillä tarkoittaa eri asiaa. (Heikkilä ym. 2015, s. 50.)

Jokainen tulos puolestaan voidaan nähdä joko positiiviselta tai negatiiviselta kannalta. Voimavarojen painottaminen onkin tärkeää, koska on harmittavan kapea näkemys määrittää laatu negatiivisten tekijöiden poissaolemisenä. Pelkästään se, ettei esim. virheravitsemusta tai painehaavoja ole, eivät ole todisteita hyvästä elämänlaadusta tai auta luomaan tavoitteita hoitoon. (Kane 2001, s. 295.)

Jahnukaisen ja Saarelan (2021, s. 60) tekemän analyysin perusteella RAI tuottaakin arvokasta tietoa, mutta sitä ei pystytä tällä hetkellä hyödyntämään riittävästi ikäihmisten asiakasohjauksen seurannan välineenä. Tutkimuksessa esitettiin RAI-voimavarakartan hyödyntämisestä työvälineenä asiakasohjaajan tiedolla johtamisen ja

päätöksenteon apuvälineenä. Asiakkaiden voimavaroja tunnistava työskentelytapa tu-
kisi tutkimuksen mukaan asiakasohjauksen suuntaa kohti voimavaralähtöistä palve-
luohjausta. (Jahnukainen & Saarela, 2021, s. 63).

5 PALVELUSUUNNITELMA

Sosiaalihuollon asiakaslain (7§) mukaan sosiaalihoitoa, johon myös kotihoito kuu-
luu, toteutettaessa kotikunnan on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vas-
taava suunnitelma, jollei kyseessä ole tilapäinen neuvonta ja ohjaus tai jollei suunni-
telman laatiminen ole muutoin ilmeisen tarpeetonta. Suunnitelma laaditaan yhdessä
asiakkaan kanssa, ellei siihen ole ilmeistä estettä, asiakkaan etu ja kuuleminen huomi-
oiden. (Sosiaalihoitolaki 4§, 30§, 31§; Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja
oikeuksista 7§.) Suunnitelma tehdään mahdollisimman nopeasti sen jälkeen, kun iäk-
kään henkilön palveluntarve on selvitetty. Palvelusuunnitelma on tarkistettava ilman
aiheetonta viivytystä aina silloin, kun iäkkään henkilön toimintakyvyssä tapahtuu hä-
nen palveluntarpeeseensa vaikuttavia olennaisia muutoksia. (Vanhuspalvelulaki, 16§;
Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 7§; Vähäkangas ym. 2017, s.
4.)

Palvelusuunnitelmassa on määriteltävä iäkkään henkilön toimintakykyä koskevan ar-
vion perusteella, millainen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kokonaisuus tar-
vitaan hänen hyvinvointinsa, terveytensä, toimintakykynsä ja itsenäisen suoriutumisen-
sä tukemiseksi sekä hänen hyvän hoitonsa turvaamiseksi. Iäkkään henkilön ja tar-
vittaessa hänen omaisensa, läheisensä tai hänelle määrätyn edunvalvojan kanssa on
neuvoteltava vaihtoehtoista kokonaisuuden muodostamiseksi. Iäkkään henkilön nä-
kemykset vaihtoehtoista on kirjattava suunnitelmaan. (Vanhuspalvelulaki, 16§; Vä-
häkangas 2017, s. 4.) Asiakkaalla on oikeus kieltäytyä suunnitelman laatimisesta,
mutta hänelle on ennen sitä annettava selvitys hänen oikeuksistaan ja velvollisuuksis-
taan sekä erilaisista vaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista. Kieltäytymisestä tehdään
merkintä asiakkaan asiakastietoihin, jotta tiedetään miksi suunnitelmaa ei ole laadittu.
(THL 2020.) Sosiaalihuollon asiakkuus päättyy, kun sosiaalihuollon

asiakasasiakirjaan merkitään tiedoksi, että sosiaalihuollon järjestämiselle ei ole perusteita. Myös asiakkaan kieltäytyminen sosiaalihuollon palveluista johtaa asiakkuuden päättymiseen, ellei ole kysymys sellaisista toimenpiteistä, joihin lainsäädännön perusteella ryhdytään asiakkaan tahdosta riippumatta. (Sosiaalihuoltolaki 34§.)

Terveys- ja sairaanhoidon kontekstissa puhutaan usein hoito- ja palvelusuunnitelmasta, joka on myös laadittava tarvittaessa. (Hujala & Taskinen, 2020, s. 252). Sopi-
misen vaiheessa se laaditaan kirjallisena. Hyvä suunnitelma on tiivistelmä asiakkaan yksilöllisestä tilanteesta ja hänen tarvitsemistaan palveluista. Siinä asetetaan tärkeysjärjestykseen asiakkaan hoidon tarpeet, määritetään tavoitteet sekä valitaan niiden saavuttamiseksi tarvittavat toimenpiteet yhdessä asiakkaan kanssa. Samalla sovitaan suunnitelman tarkistamisesta. Valinnoissa on otettu myös huomioon työyhteisössä hyväksytyt ja työskentelyä ohjaavat arvot ja käytössä olevat voimavarat. Myös erimielisyydet sekä ehdotukset ja yritykset niiden ratkaisuksi kirjataan. (Vähäkangas ym. 2017, s. 42.) Hyvään suunnitelman toteutukseen sisältyy aina asiakkaan tilanteen seuranta, kokemusten kirjaaminen ja toiminnan vaikutusten jatkuva kirjallinen arviointi (Vähäkangas, 2017, s. 13).

Eri hallinnonalojen tuottamat palvelut yhdistävä, monialainen asiakassuunnitelma on asiakaslähtöisen integraation keskeinen väline (Hujala & Taskinen, 2020, s. 253). Suunnitelman valmistelu, laatiminen ja toteuttaminen ovat arjessa palvelujen tarjonnan, käytössä olevien voimavarojen ja ikäihmisten tarpeiden välisen suhteen jatkuvaa arviointia ja parasta mahdollista yhteen sovittamista. Sen valmistelu edellyttää työntekijältä arvioivaa ja asiakaslähtöistä työtettä. (Vähäkangas ym., 2017, s. 7.)

Hujalan ja Taskisen (2020, s. 253) mukaan myös asiakassuunnitelman sisällöllä ja rakenteella on tärkeä merkitys asiakaslähtöisyyden toteutumisessa. Esimerkiksi suunnitelman otsikot ja kysymykset ohjaavat keskustelua joko ammattilais- tai asiakaslähtöiseen vuorovaikutukseen. Varsinkin paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden kohdalla on tärkeä lähteä asiakkaan omista tavoitteista: siitä, mikä on tällä hetkellä asiakkaan itsensä mielestä keskeisin ongelma, johon pitää saada hoitoa tai palvelua. Mielestäni olennaista tässä kohtaa on huomata juuri se, että tarkoitus ei ole vastata kaikkiin ilmenneisiin tarpeisiin, vaan kartoittaa ne kokonaisvaltaisesti ja asiakkaan kanssa yhdessä sopia, mitkä niistä hän kokee tärkeiksi ja samalla tiedostaa, mihin tarpeisiin palvelujärjestelmän puitteissa pystytään vastaamaan. Kokemukseni mukaan tarpeisiin

pystytään usein vastaamaan, mutta se, onko palvelu sellaista, mitä asiakas on ajatellut, onkin jo toinen asia.

Ikääntyneen arvot, asenteet ja sen hetkinen elämäntilanne tulee aina huomioida hoito- ja palvelusuunnitelmassa sekä kotihoidon suunnittelussa. Iäkkään on tärkeää saada käyttää omia vahvuuksiaan ja taitojaan sekä kokea myönteisiä asioita, yhteenkuuluvuutta ja merkityksellisyyden tunnetta. (Kariniemi ym., 2020, s. 26.) Kysyttäessä kokemuksia kotihoidosta kotihoidon asiakkaat toivat esille, että heidän vahvuuksiaan, yksilöllisiä tarpeitaan ja persoonallisuuttaan ei ole riittävästi kotihoidon toimesta hyödynnetty ja mahdollistettu (Kariniemi ym. 2020, s. 35). Voimavaralähtöisyyteen kuuluu Kariniemen ym. (2020, s. 36) mukaan myös ikääntyneen sosiaalisten suhteiden ja mielekkään arjen elementtien huomioiminen ja toteutuminen eli se, että parannetaan ikääntyneen mahdollisuutta hakeutua ja osallistua sosiaalisiin kontakteihin. Nämä olivat usein suunnittelusta jääneet pois.

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Kehittämistyön tarkoitus on kuvata, miten asiakkaan yksilöllinen tarve on kirjattu kotihoidon palvelusuunnitelmaan ja kehittää kirjaamista siten, että RAI-arvioinnin tulosten kautta todentunut yksilöllinen tarve eri osa-alueineen on selkeästi kirjattu. Opinnäytteen tavoitteena on tehdä näkyväksi sitä, mitkä seikat vaikuttavat RAI-arvioinnin hyödyntämiseen palvelusuunnitelmassa ja kirjaamista kehittämällä parantaa asiakkaan osallisuutta omien palvelujensa asiantuntijana.

Asiakkaan yksilöllinen tarve toteutuu aina asiakkaan osallisuuden kautta. Organisaatiossamme on yhteisesti sovittu, että käytännössä tämä tapahtuu tekemällä jokaiselle asiakkaalle RAI-toimintakykyarviointi yhdessä asiakkaan ja, asiakkaan niin halutessa, läheisen kanssa. RAI-arviointi heijastaa todellisuutta asiakkaan näkökulmasta katsoen ja on tällä tavoin väline, jonka avulla asiakkaan osallisuus siirtyy käytäntöön. Arvioinnin tulosten perusteella laaditaan kotihoidon piiriin jääville asiakkaille yksilöllinen palvelusuunnitelma. Arvioinnin tulosten selittäminen asiakkaalle/läheisille

selventää puolestaan heille palvelujen valinnan ja laajuuden määrittymisen perusteita ja lisää samalla ymmärrystä siitä, miten asiakas on osallinen oman palvelunsa suunnittelussa ja tavoitteiden määrittelyssä.

7 METODINEN LÄHESTYMISTAPA JA TUTKIMUKSEN KULKU

Tutkimuksen lähestymistapa on moniotteinen (Kananen 2012, s. 27). Laadullinen tutkimus mahdollistaa laajan ilmiön ymmärtämisen (Kananen 2015, s. 71). Se on tutkimuksen pääasiallinen ote, jota kvantitatiivinen valmis RAI-tieto ja palvelusuunnitelmat täydentävät. Useimmiten laadullinen tutkija kerää itse oman havaintoaineistonsa eli aineisto on primaarista. Ekonomisen ajattelun nimissä osan aineistosta voikin saada jo valmiiksi kerätystä. Se soveltuu kuitenkin harvoin yksinään käytettäväksi. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2010, s. 186.)

Metodien valinnassa suositaan niitä, joissa tutkittavien näkökulmat ja ääni pääsevät esiin. (Hirsjärvi ym. 2010, s. 164). Tutkimuskirjallisuuteen perehtyminen tutkimuksen alkuvaiheessa ohjaa menetelmävalintoihin (Hirsjärvi ym. 2010, s. 110).

Tutkimusmenetelmänä käytetään toimintatutkimusta. Siinä tutkija on osa tutkimuksen kohdetta (Kananen 2015, s. 68). Sen tavoitteena on kehittää käytäntöä paremmaksi ja vastata käytännön toiminnassa havaittuun ongelmaan. Siinä toiminta etenee suunnittelun, toiminnan havainnoinnin ja reflektoinnin spiraalisena kehänä, jossa vaiheita toteutetaan ja suhteutetaan toisiinsa systemaattisesti ja kriittisesti. (Metsämuuronen s. 181.) Toimintatutkimusta voidaan käyttää oman ryhmän työn kehittämiseen (Kananen 2012, s. 41), kuten tässä tapauksessa tapahtuu. Menetelmä valittiin, koska toimintatutkimus vastaa hyvin tutkimusongelmiin: kyseessä on ratkaisun hakeminen. Lisäksi tavoitteena on saada työskentelyyn uusia näkökulmia ja menetelmä antaa mahdollisuuden subjektiiviselle lähestymistavalle ratkaista ongelma

(Metsämuuronen s. 182). Tavoitteena on saada aikaan muutos toiminnassa (Kananen 2015, s. 77).

Tutkimukseen osallistuvat valitaan niin, että ilmiö liittyy heihin (Kananen 2012, s. 100). Aineisto kerätään kotihoidon säännöllisten asiakkaiden RAI-arvioinneista ja valmiista palvelusuunnitelmista. Jo alkuvaiheessa järjestetään tapaaminen, jossa käydään läpi palvelusuunnitelman kehittämiskohteita ja parannusehdotuksia. Tämän jälkeen aineistoa reflektoidaan ja keskitytään tarkemmin RAI-arvioinnin analysointiin palvelusuunnitelmavaiheessa. Tämä tapahtuu analysoimalla valmiiden palvelusuunnitelmien RAI-osioita ja tekemällä asiakasohjaajien ryhmähaastattelu. Aineistoa käsitellään koko prosessin ajan, koska laadullinen tutkimus on syklistä ja reflektoivaa (Kananen 2015, s.138.) ja tutkija on itse mukana sisällä prosessissa. Loppuvaiheessa kartoitetaan vielä, mitä ajatuksia tutkimus on asiakasohjaajissa herättänyt ja ovatko he tehneet muutoksia kirjaamiseen tehdyn kehittämisen tuloksena.

Aineiston analyysi alkaa tietojen tarkistamisella. Tiedot täydennetään tarvittaessa ja aineisto järjestetään analyysia varten. (Hirsjärvi ym. 2010, s. 221-222.) Sisältö jäsenetään ja sen jälkeen tehdään synteesi. Tutkija pyrkii kiteyttämään aineiston keskeisimmät havainnot tutkimustehtävän kannalta katsottuna ja perustelee toimintansa luotettavasti. (Kvalimotv.fi.) Analyysitapana käytetään ymmärtämiseen pyrkivää lähestymistä teemoitellaan saadut vastaukset (Hirsjärvi ym. 2010, s. 224). Lisäksi käytetään pelkistämistä ja analysointia (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti, 2014, s. 134). Analyysin yhteydessä tulokset tulkitaan (Hirsjärvi ym. 2010, s. 229).

Tutkimuskysymykset

- 1 Miten asiakkaan yksilöllinen tarve on kirjattu kotihoidon palvelusuunnitelmassa asiakkuuden alkaessa, kun palvelujen suunnittelu perustuu InterRAI -arviointiin?
- 2 Miten yksilöllisen tarpeen kirjaamista voidaan kehittää?

8 TOIMINTAYMPÄRISTÖ

8.1 Ikäihmisten Avopalvelut

Hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi tehdyn laatusuosituksen (2020, s. 9) tavoitteena on mahdollistaa hyvä ikääntyminen sekä laadukkaat ja vaikuttavat palvelut. Suomalainen vanhuspolitiikka painottaa kotona-asumisen ensisijaisuutta myös silloin, kun tarvitaan säännöllistä tukea ja palvelua (Laatusuositus 2020, s.12). Kotihoito on yksi osa kotiin annettavia palveluja. ”Hyvä kotihoito on luottamusta herättävää ja se vastaa iäkkäiden asiakkaiden ja kotihoidon henkilöstön odotuksiin” (Laatusuositus 2020, s. 12). Mittausten perusteella asiakkaat ja omahoitajat arvioivat kotihoidon melko hyväksi, mutta omaiset ovat arvioissaan kriittisimpiä (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020, s. 19).

Kotihoidon palvelut ovat aikanaan lähteneet liikkeelle tarpeesta. Kotona tehtävä työ on muuttanut muotoaan kotihoidon osalta koko ajan hoitopainotteisemmaksi. Tämä on mielestäni tapahtunut siksi, että iäkkäät asuvat kotona pidempään ja tarvitsevat yhä enemmän myös hoidollista huolenpitoa. Koska asiakkaiden vointi on fyysisesti, sosiaalisesti tai psyykkisesti heikentynyt, heidän osallisuutensa kotihoidon palvelujen suunnitteluun on usein myös rajoittunut. Koska asiakkaiden tulee osallistua palvelujen suunnitteluun ja arviontiin (Vanhuspalvelulaki 13§), on tärkeää löytää keinoja, joiden avulla se voisi tapahtua asiakaslähtöisesti.

Opinnäytetyö tehdään SOTEsi:n ikäihmisten avopalveluiden asiakasohjauksessa. Maantieteellisinä alueina SOTEsi:in (Sastamalan seudun sosiaali- ja terveystyö) kuuluvat Sastamala ja Punkalaidun. Ikäihmisten avopalveluihin kuuluvat säännöllisen ja tilapäisen kotihoidon lisäksi omaishoito, tukipalvelut (päivätoiminta, intervallit, turvapuhelimet, ateriapalvelu) ja asiakasohjaus. Viimeisimpinä mukaan ovat tulleet ikäihmisten sosiaalityö ja yhteisöasuminen, yhteisöasumispaikkoja SOTEsi:n alueella on 4 kpl. Säännöllinen kotihoito on jaettu 4 alueeseen, joista Punkalaidun

itsenäisenä kuntana on oma alueensa. Jokaista aluetta johtaa lähiesimies, jonka päätehtävänä on hoitaa henkilöstöhallinto. Alueet jakaantuvat vielä kotihoidon tiimeihin, joita on joka alueella 2 tai useampia.

Organisaatiossamme on kotihoidossa otettu käyttöön asiakkaiden kokonaisvaltaista toimintakykyä kuvaava RAI-arviointi vuonna 2016. Mittarin merkitys on vähitellen kasvanut kattamaan eri osa-alueita hoitotyöstä johtamiseen ja palvelujen ja hoitotyön suunnitteluun. Säännöllisten kotihoidon palvelujen myöntäminen määräytyy tällä hetkellä RAI-arvioinnin mittaritulosten perusteella. Mittaritulokset ovat myös jatkohoitopaikan ja tukipalvelujen myöntämisperusteina. Säännöllisen kotihoidon asiakkaan palvelusuunnitelma perustuu kotihoidon tekemään RAI HC -arviointiin, jota päivitetään puolivuositain.

Sekä kotihoidon että asiakasohjauksen puolella on ollut tarve RAI-arvioinnin tulosten parempaan hyödyntämiseen käytännön toiminnassa. Kehittämiseen lähtivät mukaan kotihoidon esimiehet ja asiakasohjaajat, joiden vastuulla palvelusuunnitelman tekeminen on. Organisaation yhteyshenkilönä on kotihoitojohtaja.

Työ rajattiin koskemaan asiakasohjaajien tekemää sähköistä palvelusuunnitelmaa kotihoidon palvelujen myöntämisvaiheessa. Kotihoidon 2-4 viikon mittaisen arviointijakson aikana uusille asiakkaille tehdään kotihoidon InterRAI HC -toimintakykyarviointi, jonka perusteella säännöllisen kotihoidon asiakkuus jatkuu tai palvelujen tarve arvioidaan uudelleen. Mikäli säännöllisen kotihoidon palvelut myönnetään, tekee asiakasohjaaja asiakkaalle arvioinnin perusteella sähköisen kotihoidon palvelusuunnitelman. Säännöllisen palvelun alettua palvelusuunnitelman päivittäminen siirtyy kotihoidon vastuulle, joten RAI:n hyödyntämisestä toivon olevan hyötyä myös suunnitelmaa päivitettäessä tai hoitosuunnitelman pohjaa muotoiltaessa.

8.2 Asiakasohjaus Pirkanmaalla

Asiakasohjausta on SOTESI:ssä ollut Ikäneuvo-hankkeen (2016-2018) alusta asti. (Trekotisivut) Aluksi asiakasohjaajia oli yksi, nykyään 4. Kolmella ohjaajalla on oma maantieteellinen alueensa, koko alueen omaishoidosta vastaa yksi neljästä asiakasohjaajista. Asiakasohjaajan tehtävä on arvioida asiakkaiden palvelutarve ja järjestää tarvittavat palvelut joko julkiselta, yksityiseltä tai kolmannelta sektorilta.

Asiakas- ja palveluohjauksessa keskeistä on matala kynnyks ja ns. yhden luukun periaate. Asiakkaan ei tarvitse tietää mitä ja mistä palvelua haetaan, vaan yksi yhteydenotto riittää. Asiakas- ja palveluohjauksen tarkoituksena on siis ollut helpottaa tukien ja palveluiden hakemista ja koordinoita ja sujuvoittaa palveluiden kohdentumista asiakkaiden arvioidun palvelutarpeen mukaan laatusuosituksen (s. 50) ja KAAPO-mallin ja I&O-hankkeen (STM 2019, s. 11) mukaisesti.

Perusajatuksina koko maakunnan (tulevaisuudessa hyvinvointialueen) asiakasohjauksessa on, että palveluilla on yhtenäiset myöntämis- ja maksuperusteet, palveluihin ohjautuminen yhtenäistyy, hoito- ja palvelusuunnitelman sisältö on kattava ja tiedon välittyminen paranee. Hankkeen osana luotiin myös maakunnallisesti kattava palveluhakemisto julkisen ja yksityisen sektorin palveluista. (THL 2018; THLb; 2021 Ikäneuvo 2018, s. 6.) RAI-arviointi on ollut osana asiakkaan palvelutarpeiden arviointia Pirkanmaalla muutamia vuosia. Pirkanmaan asiakasohjauksessa on käytössä oma koko maakunnan kattava osittaisarvioinnin työkalu palvelutarpeen arviointia varten.

Asiakasohjaajan tehtäviä ovat palvelutarpeen arviointi ja sen jälkeinen asiakas- ja palveluohjaus. Asiakasohjaajan tekemä palvelutarpeen arvio on ammatillinen keskustelu yhdessä asiakkaan kanssa. (Ikäneuvo 2018, s. 5.) Asiakasohjauksen asiakkaita kannustetaan osallistumaan omaehtoiseen hyvinvointia ja terveyttä edistäviin palveluihin (Ikäneuvo 2018, s. 6). Asiakasohjaaja tekee palveluihin liittyvät päätökset, asiakassuunnitelman sekä palveluiden toteutumiseen liittyvän seurannan. Olennaista on tunnistaa, millaisia palveluita asiakas tarvitsee ja koota yhteen tarvittava verkosto. Asiakasohjaaja työskentelee ratkaisukeskeisellä työotteella. (Ikäneuvo 2018, s. 3, 39.) Asiakkaan itselleen asettamat tavoitteet ohjaavat toimintaa ja asiakkaan tarpeet ja toiveet ovat etusijalla (STM 2019, s. 11; Ikäneuvo 2018, s. 3). Palvelutarpeen

arvioinnissa käydyn keskustelun pohjalta asiakasohjaaja tekee asiakassuunnitelman, järjestää kotiin tarvittavat palvelut sekä kertoo maksuista ja etuuksista (Ikäneuvo 2018, s. 6). Yhteiskunnalliselta näkökannalta asiakasohjauksen päämäärä on hoidon parempi koordinointi (Ikäneuvo 2018, s. 3).

9 RAI-ARVIOINNIN HYÖDYNTÄMINEN

Tavoitteeni on kehittää nykyistä RAI-arvioinnin kirjaamista palvelusuunnitelmassa siten, että asiakkaan yksilöllinen tarve ja tavoite on selkeämmin kirjattu ja samalla asiakkaan omat voimavarat tulevat selkeämmin esiin. Kuten aiemmin on jo todettu, asiakkaan yksilöllinen tarve muuttuu näkyväksi RAI-arvioinnin tulosten kautta, joten tulosten on kirjauduttava palvelusuunnitelmaan ymmärrettävässä muodossa.

Työ rajattiin koskemaan asiakasohjauksen toimenkuvaa ja asiakkaan ensimmäistä palvelusuunnitelmaa. Asiakasohjaus tekee Pirkanmaalla yhteisesti sovitun osittaisen RAI-arvioinnin palvelutarpeen kartoituksen yhteydessä. Tämä arviointi on pohjana palveluiden aloittamiselle ja sen määrittämiselle, mitä palveluja tarvitaan. Osa asiakasohjauksen asiakkaista ohjautuu säännöllisen kotihoidon piiriin ja heille tehdään arviointijakson aikana laajempi kotihoidon InterRAI HC -toimintakykyarviointi, jonka perusteella säännöllisen kotihoidon asiakkuus myönnetään tai palvelujen tarve arvioidaan uudelleen. Mikäli kotihoidon RAI-myöntämisperusteet täyttyvät ja säännöllisen kotihoidon palvelu myönnetään, tekee asiakasohjaaja asiakkaalle arvioinnin perusteella kotihoidon palvelusuunnitelman. Työ rajattiin koskemaan palvelusuunnitelmaa kotihoidon palvelujen myöntämisvaiheessa. Säännöllisen palvelun alettua suunnitelman päivittäminen siirtyy kotihoidon vastuulle, joten RAI-arvioinnin hyödyntämisestä toivon olevan hyötyä myös suunnitelmaa päivitettäessä.

Tutkimus etenee aluksi perehtymällä teoriataustaan. Kun tutkimusluvut on saatu, käydään läpi sähköiset palvelusuunnitelmat puolelta vuodelta, jotta on mahdollista

todentaa miten RAI-arviointitulokset ovat siirtyneet palvelusuunnitelmaan. Tämän jälkeen ryhmähaastattelua apuna käyttäen kerätään tietoa asiakasohjaajilta siitä, miten RAI-arvioinnin tulokset kirjataan palvelusuunnitelmaan ja pyydetään ehdotuksia kirjaamisen kehittämiseksi. Yhteistyötahoni tulee olemaan tämänhetkinen asiakasohjaajien tiimi sekä kotihoidon muu johtoryhmä.

Kotihoidon työyhteisössä, kokemukseni mukaan, RAI nähdään usein edelleen melko irrallisena osana, eikä niinkään työvälineenä, ja sen vuoksi sen tekemiseen ja hyödyntämiseen ei olla aina oltu kovin valmiita. Tämän on todettu johtuvan mm. osaamisen ja resurssien puutteesta (Elliot ym. 2020, 5). Tämän vuoksi RAI-arviointiin perustuvien perustelujen esittäminen asiakkaille on monille hoitajille haastavaa. Hoitajien tehtävänä on kuitenkin käydä läpi RAI ja palvelusuunnitelma asiakkaan kanssa. Koska RAI-arviointia tehdään säännöllisen kotihoidon asiakkaille palvelujen aloittamisen jälkeen myös aina puolivuositain, myös siinä yhteydessä pitäisi pysähtyä aina samalla pohtimaan palveluja RAI-arvioinnin pohjalta ja sitä, onko näillä palveluilla päästy kohti asiakkaan itse asettamia tavoitteita.

9.1 Nykytilanteen kartoitus 18.8.2021

Aiheeseen syventyminen ja tämänhetkisen tilanteen kartoitus alkoi 18.8.2021 kotihoidon johtoryhmän tapaamisessa. Johtoryhmään kuuluvat kotihoitojohtaja, kotihoidon esimiehet ja asiakasohjaajat, sosiaalityöntekijä sekä toimistos sihteeri. Tapaamisen tavoitteena oli kartoittaa ongelmakohtia ja luoda myös ratkaisuja RAI-arvioinnin hyödyntämiseen. Johtoryhmä kokoontuu säännöllisesti noin kerran kuukaudessa ja kaksi kertaa vuodessa järjestetään kehittämispäivä, millaisen yhteydessä kartoitustapaaminen pidettiin. Tilanne oli vapaamuotoista keskustelua, josta tehtiin muistiinpanot aiheeseen liittyvistä teemoista. Teemoista nousivat esiin voimavarat, tavoitteet sekä ongelmakohdat asiakkaan tarpeen siirtymisessä käytännön työhön.

Tapaamisessa todettiin voimavarojen löytymisestä RAI:n kautta, että RAI-arviointi on laaja, ja asiakkaalla on varmasti johonkin sanottavaa eli painopisteet tulisi löytää asiakkaan painotusten kautta. RAI:n hyödyntäminen asiakkaan tavoitteen asettelussa

puolestaan voisi tapahtua RAI-tiedon avulla siten, että hoitotyön tarpeen kautta luodaan tavoite, esim. jos RAI:ssa näyttää siltä, että porraskävelyssä on vaikeutta, tavoite olisi esim. jalkojen lihasvoiman paraneminen. Eli yksittäisen huomioidun asian nostaminen konkreettiseksi tavoitteeksi. Todettiin myös, että pidemmällä tähtäimellä tavoitteen tarkka asettelu auttaa tuomaan työn vaikuttavuuden näkyviin, minkä myötä toivottavasti myös työn mielekkyys paranee. Lisäksi todettiin, että tulokset eivät käänny tavoitteiksi, koska osaaminen hyödyntämiseen puuttuu, RAI on edelleen monen mielestä epäselvä, vaikka on ollut käytössä jo pitkään. Tärkeää olisi osaamisen parantaminen siten, että avainosaajat käyvät asioita läpi omahoitajien kanssa, jolloin omahoitajien osaaminen paranee. Tämä vertautuu suoraan tutkimuksissa esiin tulleeseen tietoon jatkuvan koulutuksen ja yhdessä oppimisen puutteesta (vrt. Elliot 2020, s.4).

Lisäksi todettiin, että asiakasohjauksen osittaisRAI:n arviointi tulokset tulisi jatkossa saada paremmin hyötykäyttöön. Tämän johdosta olisi tarpeen koko prosessin selkiyttäminen.

Katkeamispaikka tiedon siirtymisessä puolestaan on siirryttäessä paperisesta palvelusuunnitelmasta potilastietojärjestelmässä olevaan hoitosuunnitelmaan. Tähän ratkaisuna on mahdollisesti se, että asiakasohjaajan tekemä asiakassuunnitelma olisi hoitosuunnitelman pohjana ja se sisältää RAI:n ja asiakkaan tavoitteet.

Hoitosuunnitelmassa itsessään järjestystä muuttamalla voitaisiin päästä voimavarat ja tavoitteet paremmin huomioivaan lähestymistapaan myös käytännön työssä. Jatkossa tavoitteet ja voimavarat olisivat heti suunnitelman alussa ohjaamassa työtä, koska myös käytännön työssä olisi hyvä tietää, mihin asiakas pystyy, eli mitkä asiat voi jättää asiakkaan itsensä hoidettaviksi. Tämä merkitsisi muutosta siihen, miten työtä lähestytään. (vrt. Hujala & Taskinen, 2020, s. 253)

Lisäksi yhteisesti todettiin, että suuri syy on palvelusuunnitelman käyttämättä oleminen käytännössä. Pohja on paperinen eli sitä ei käytetä, se tulisi muuttaa kokonaan sähköiseen potilasjärjestelmään linkittyvään muotoon sen hyödynnettävyyden parantamiseksi. Sähköinen kotihoidonpalvelusuunnitelma on ollut asiakirja, joka tehdään yhdessä muokatulle lomakepohjalle ja tulostetaan asiakkaan allekirjoitettavaksi. Se ei

ole suoraan nähtävissä SOTESI:ssa käytössä olevan Pegasos-potilastietojärjestelmän kautta.

Asia on edennyt tapaamisen jälkeen siten, että jatkossa palvelusuunnitelmassa on tarkoitus hyödyntää jo olemassa olevia asiakirjoja siten, että prosessi yksinkertaistuu ja kotihoidon palvelusuunnitelma on selkeämpi asiakkaalle ja että sen tiedot tulevat käyttöön hoitosuunnitelmaa tehdessä, koska se perustuu asiakasohjaajan potilastietojärjestelmään tekemään asiakassuunnitelmaan. Tähän sisältyy RAI-arvioinnin tulosten integraatio suunnitelmaan.

Samalla tehtiin muutos prosessiin, minkä johdosta kotihoidon asiakkaan ensimmäinen palvelusuunnitelma ja kotihoidon päätökset perustuvat asiakasohjauksen osittaiseen RAI-arviointiin, mitä kotihoito täydentää myöhemmin tekemällään RAI HC -arvioinnilla. Tämä muutos ei kuitenkaan vaikuttanut työni sisältöön.

9.2 Asiakasohjaajien tekemät palvelusuunnitelmat

Asiakasohjaajat ovat tehneet 2/2022 asti palvelusuunnitelman palvelusuunnitelmapohjalle kotihoidon tekemään RAI HC -arviointiin pohjautuen. Tutkin asiakasohjaajien tekemiä palvelusuunnitelmia 6/2020-6/2021. Tutkittavia kotihoidon palvelusuunnitelmia oli yhteensä 27kpl. Jokaiselta asiakasohjaajalta oli tutkimuksessa mukana vähintään 3 palvelusuunnitelmaa, joten oli mahdollista vertailla, miten RAI-arviointia oli kirjattu suunnitelmapohjalle. Vastaavaa tutkimusta ei läpikäydystä kirjallisuudesta löytynyt.

Kotihoidon sähköinen palvelusuunnitelmapohja ohjaa siihen, että Pirkanmaalla yhteisesti sovitut mittarit (Maple5, ADLH, IADLCH, CPS) kirjataan siihen systemaattisesti ja myös numeerisesti, minkä viereen tehdään sanallinen selvitys asiakkaan RAI-arvioinnin kautta ilmenneestä tilanteesta. RAI-arviointiin varattu osio on siis osa suunnitelmaa ja asiakkaan kokonaistilannetta selvitetään myös muualla palvelusuunnitelmassa, siinä on mm. kuntoutuksen tukemiseen, kotihoidon tehtäviin sekä asiakkaan

tavoitteille oma osio. Analysoinnissa keskityn kuitenkin pelkästään RAI-osioon ja sinne asiakasohjaajien tuottamaan yksilöllistä tarvetta koskevaan sisältöön.

Jokaisessa palvelusuunnitelmassa oli RAI-arviointia purettu sanallisesti kirjaamalla sen perusteella nousseet havainnot asiakkaan yksilöllisestä tarpeesta. Tutkimusajanjakson aikana tehdyt palvelusuunnitelmat perustuvat RAI HC -arviointiin, joka on sisällöltään osittaista RAI-arviointia huomattavasti laajempi. Tämä näkyi jokaisessa tutkitussa palvelusuunnitelmassa siten, että myös muita mittariarvoja, kuin yhteisesti sovitut, oli nostettu esille.

Kaikissa suunnitelmissa oli huomioitu asiakkaan Maple5, ADLH, IADLCH, CPS mittareista nousevat tarpeet. Näitä oli kukin kirjannut asiakkaan yksilölliseen toimintakykyyn heijastaen omalla tavallaan.

Yksi tapa toteuttaa kirjaaminen on sijoittaa kerronnallinen osuus ennen mittariarvojen kirjaamista. Tässä tiivistelmässä käytiin suunnitelmallisesti läpi asiakkaan aistitoimintoihin, muistiin, mielialaan ja ADL ja IADL toimintoihin liittyvät avuntarpeet. Tämän jälkeen kirjattiin numeeriset mittaritulokset, jossa oli vaaditut mittarit selityksineen ja lisäksi tehtiin nostoja asiakkaan tarpeen ja hänestä esiin tulleiden seikkojen vuoksi. Maple5 mittaria kommentoitiin kertomalla palvelutarveluokka (esim. suuri) sanallisesti.

Suoran kerronnan osuudessa asiakkaan ymmärryskykyä ja päätöksentekokykyä oli alkutekstissä kommentoitu aina. Voimavarat oli kirjattu vapaatekstin loppuun systemaattisesti. Mielialaa ja yksinäisyyden kokemusta oli myös kommentoitu jokaisessa suunnitelmassa.

”Taito- ja tilannemuisti toimivat, lähimuistissa hieman muutoksia. Tulee yleensä ymmärretyksi ja ymmärtää muita, toisinaan voi olla vaikeuksia löytää jotakin sanaa. Itsearvioitu mieliala kohtalainen. Yksinäisyyttä kokee, sosiaaliset suhteet vähentyneet, mutta ei ole huolissaan siitä. Avuntarvetta mm. asiointi- ja raha-asioiden hoitamisessa sekä kodinhoidollisten töiden tekemisessä, lääkehoidossa, suihkupesuissa ja

ruuan valmistamisessa. Itsenäistä toimintaa kokonaan tai osin mm. päivittäishygienia, puhelimen käyttö, liikkuminen, wc-käynnit ja syöminen.”

Vertailtaessa muihin palvelusuunnitelmiin RAI-arvioinnin tietoa oli tuotettu enemmän silloin, kun selittävä teksti oli erillään mittariarvoista. Toisaalta samasta syystä johtuen RAI-järjestelmää tuntemattomalle eivät RAI-arvioinnin tulokset ja toimintakyky välttämättä yhdisty toisiinsa, koska mittariarvoa ja toimintaa ei liitetä selkeästi yhteen. Tämä vaikeuttaa osaltaan myöntämisperusteiden ymmärtämistä, jos ei tunne RAI-mittaria. Toisaalta on hyvin tärkeää, että toimintakykyä on sanallisesti avattu mahdollisimman syvälle, jotta asiakkaan yksilölliseen tarpeeseen pystytään vastamaan.

Toinen tapa sanoittaa mittarituloksia oli laittaa alkuun numeerinen arvo ja siihen perään arvoa avaava teksti. Mittarituloksen yhteyteen oli näissä suunnitelmissa laitettu myös mittarin maksimipistemäärä. Mittariarvoa seuraava teksti oli tiivistelmä siitä, mitä asiakas tekee itse ja mihin tarvitsee apua ja keneltä tarvitsemansa avun saa. Lisäksi RAI:n tekemisen päivämäärä oli mainittu.

”ADLH 3/6, tarvitsee runsaasti apua: liikkuu rollaattorilla, mutta ajoittain tarvitsee tukea ylösnousuun ja kävelyyn, osittain itsenäisesti pukeutuminen, hygienian hoidossa avustetaan. Syö itse, mutta ateriat laitetaan valmiiksi”

Mittarin maksimipistemäärän esille laittaminen auttaa hahmottamaan sitä, millä tasolla asiakkaan toimintakyky mittarin asteikolla on ja päivämäärän ilmoittaminen kertoo, koska arviointi, johon suunnitelma perustuu, on tehty. Lisäksi palvelujen suunnittelussa on tärkeää nimetä hoitoon osallistuvat tahot.

Kolmas tapa oli laittaa mittaritulokset osana tekstiin, mikä auttoi ymmärtämään arjen toimintakyvyn yhteyden numeerisiin mittarituloksiin.

”...kokonaispalveluiden tarve on kohtalainen (Maple 3). Ohjauksen tarvetta hygieniassa, pukemisessa (ADLH 1). Kodinhoid.töissä, ostosten teossa ja raha-asioiden hoidossa kohtalainen avun tarve (IADLCH 3). Asiakkaalla on glaukooma ja hänelle on

myönnetty henkilökohtainen avustaja. Kognitiossa (muisti) ei häiriötä (CPS 0). Arvioi oman mielialansa kohtalaiseksi, masennusepäily - seurattava. Kipua päivittäin, joka ajoittain kovaa.”

Rahjan (2021, s. 47-50) mukaan RAI-arvioinnin tuottaman tiedon käyttö rajoittui kotihoitossa yleensä Maple5 mittarin hyödyntämiseen asiakkaan palvelutarpeen arvioinnissa. Selkeää syytä vain yhden mittarin käyttöön ei ilmennyt. RAI-mittareita kuitenkin hyödynnettiin laajemmin silloin, kun asiakkaalle laadittiin aktivoiva kotihoitosuunnitelma Pegasos potilastietojärjestelmään kotihoidon palveluiden aloittamisen yhteydessä. Suunnitelmaan ei kuitenkaan kirjattu auki RAI-mittareita tai herätteitä. Haastateltavien mukaan RAI-luokituksesta oli kuitenkin apua etenkin silloin, kun asiakkaalle tai omaiselle täytyi perustella, miksei kotihoidon palveluita sillä kertaa aloitettu. Tämä poikkeaa palvelusuunnitelmissa havaitsemastani, sillä Rahjan havainnoista poiketen mittarit on esitetty numeerisessa muodossa ja lisäksi järjestelmällisesti avattu ja niiden tulokset kirjattu. Lisäksi suunnittelun pohjana ovat kaikki sovitut mittariarvot ja lisäksi nostoja muiden mittarien ja herätteiden perusteella.

Kotihoidon myöntäminen perustuu ohjeen mukaan neljään mittariarvoon. Mikäli arvio kotihoidon tarpeesta perustuisi pelkästään näihin mittareihin, käsitys toimintakyvystä jäisi kohtalaisen kapeaksi. Hyvänä toisaalta pidin sitä, että mittareiden ansiosta samat asiat tuli käytyä läpi jokaisen asiakkaan kohdalla systemaattisesti ja arvioinnin pohjana oli kokonaisvaltainen näkemys asiakkaan toimintakyvystä. Mittariarvoista nousseita asioita oli myös suhteutettu toisiinsa ja pyritty sillä tavoin muodostamaan parempi kuva toisiinsa liittyvistä arvioinnin esiin nostamista asioista (vrt. Heikkilä ym., 2021, s. 13).

Neljän mittarin lisäksi tarvittaessa oli nostettu muita muodostuvia mittareita asiakkaan painotusten tai arvon poikkeavuuden vuoksi. MNA oli nostettu aina esiin, mikäli riski virheravitsemukselle oli olemassa. Muita systemaattisesti esiin nostettuja mittareita olivat PAIN ja DRS eli kipua ja mielialaa indikoivat mittarit. Näitä on yleensä kommentoitu silloin, jos tulos on poikkeava, muutamassa tapauksessa myös silloin, jos niissä ei poikkeavaa todettu eli mieliala on hyvä ja nähdään voimavarana. Nämä mittarit tulivat esiin joskus mittarituloksina, mutta lähes joka suunnitelmassa sanallisen

arvioinnin kautta. Näiden kolmen esille nostaminen on seurausta yhteisesti sovituista laatuindikaattoreista (kipu, ravitsemus, lääkitys).

Edellisten lisäksi RAI:n tuloksista oli 3 suunnitelmassa huomioitu CAPSIt (herätteet) ja 2 suunnitelmassa mainittu kaatumisriskistä. CHESS (terveyden vakaus) mittariin oli viitattu 2 suunnitelmassa ja kerran oli maininta COMM (kommunikointi) mittarista

”Ei masennukseen viittaavaa eikä koe yksinäisyyttä. Toki ystävien kuolema lisää yksinäisyyden kokemuksen lisääntymistä.”

”Itsenäistä toimintaa kokonaan tai osittain, voimavaroja mm. puhelimen käyttö, käveleminen ja liikkuminen, liikkuminen vuoteessa, siirtyminen wc:hen, wc:n käyttö ja syöminen.”

Kaikissa suunnitelmissa oli mainintoja siitä, missä henkilö pärjää myös itsenäisesti, mutta voimavarat jäivät jollain tavalla tarpeiden varjoon. Tämä tukee näkemystä siitä, että voimavarojen tulisi olla selkeämmin esillä. Nostoina tulivat ilmi pikemmin asiakkaan avuntarpeet kuin ne asiat, missä hän pärjää. Jatkossa tulisikin kirjata laaja-alaisemmin kaikki havainnot jokaisen asiakkaan kohdalla, jotta voimavaranostoja tulisi enemmän esiin. Läheiset ja sosiaaliset suhteet esimerkiksi ovat monelle tärkeä voimavara, mutta sitä ei suunnitelmissa tullut esille omaishoidon osuutta lukuun ottamatta, koska se ei suoraan mittarien kautta ilmene. Ammattilaisen arvioinnilla onkin tässä kohdassa RAI-arvoja selittävä merkitys, jotta asiakkaan tilanne tulee arvioitua kokonaisvaltaisesti.

Mikäli myöntämisperusteet eivät täytyneet, syy oli aina määritetty, esim. haavahoito tai avanne. Mikäli kotihoidon asiakkaalle ei ole tehty RAI-arviointia (2 tapausta tutkituista), syy oli kirjattu. Esimerkiksi palliatiivisen potilaan loppuvaiheen hoidon kohdalla arviointia ei ole aina tehty.

Penttisen, Kolehmaisén, Alastalon, Havulinnan ja Valkeisen tutkimuksessa (2020, s. 4) selvitettiin kuinka usein toimintayksiköt asettavat tavoitteita asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmiin toimintakykymittareilla mitattujen tietojen perusteella. Kotihoidon toimintayksiköistä 35 prosenttia ja ympärivuorokautisen hoidon

toimintayksiköistä 56 prosenttia ilmoitti asettavansa tavoitteita vähintään kahdelle kolmannekselle asiakkaista mittaritietojen perusteella. Tutkimissani suunnitelmissa tavoitteita RAI-tuloksiin pohjautuen oli muotoiltu ainoastaan yhdessä suunnitelmassa. RAI-arviointia voisikin tämän perusteella käyttää järjestämään tietoa ja siten apuna tavoitteen määrittelyssä, mikäli asiakas ei itse halua/pysty tavoitetta määrittämään. RAI-arvot saivat myös näkyä selkeämmin läpi koko palvelusuunnitelman, koska arvioinnin suurin arvo on sen kokonaisvaltaisuus. Toisaalta asiakasohjaajat ajattelivat kyllä kattavasti asioiden keskinäisiä vaikutuksia esim. vaikuttaako kipu mielialaan, mitä oli myös kommentoitu tuloksia purkaessa, mutta RAI-osio sähköisessä palvelusuunnitelmassa oli erillään muusta suunnitelmassa olevasta tiedosta. Kotihoidon tehtäväksi puolestaan jää asiakkaan kanssa tarkentaa yhdessä ne tavoitteet, jotka asiakas kokee pyrkimisen arvoisiksi ja mitkä ovat kotihoidon keinoin mahdollista tukea. Nämä pitäisi jatkossa kirjata myös hoitosuunnitelmaan ja seurata niihin liittyvän mittariarvon kehitystä puolivuositaisen arvioinnin yhteydessä.

9.3 Ryhmähaastattelu

RAI-arvioinnin sisällön hyödyntämisen selvittämiseksi toteutettiin ryhmähaastattelu, koska se onnistui vallitsevasta koronatilanteesta huolimatta myös verkkoyhteyden välityksellä. Haastattelu toteutui 23.2.2022 Teamsissa asiakasohjaajien viikoittaisen yhteistapaamisen yhteydessä. Haastateltavana olivat asiakasohjauksen työntekijät, jotka käyttävät RAI-arviointia palvelusuunnitelmaa tehdessään. Haastattelussa oli mukana kaksi alueiden asiakasohjaajaa, omaishoidosta vastaava asiakasohjaaja ja Ikäneuvo toiminnasta vastaava asiakasohjaaja. Sosiaalityöntekijä jättäytyi pois, koska ei käytä RAI-arviointia tai tee palvelusuunnitelmia. Kaikki ryhmän jäsenet ovat käyttäneet arviointia vuodesta 2016 asti, yksi jäsenistä oli aloittanut RAI:n käytön vuonna 2014. Kaikilla käyttäjillä on kokemusta myös useamman eri RAI-sovelluksen käytöstä, tällä hetkellä kaikki käyttävät Pirkanmaan osittaisRAI:ta.

Haastattelun pohjana käytettiin kysymyslomaketta, johon asiakasohjaajat saivat tutustua etukäteen (LIITE 1). Kysymykset pohjautuivat kehittämistyötä varten tutkittuun kirjallisuuteen sekä aiemman tapaamisen ja sähköisten palvelusuunnitelmien analyysin kautta esille nousseihin teemoihin. Kysymysten kokoamisessa käytettiin lisäksi

tutkijan hankkimaa tietopohjaa RAI-arvioinnista, palvelusuunnitelmasta ja asiakasohjaajan työstä. Tutkimuskysymykset luetutettiin ulkopuolisilla lukijalla, jotta voitiin etukäteen varmistua niiden ymmärrettävyydestä. Haastattelu nauhoitettiin kokonaisuudessaan, minkä jälkeen se litteroitiin. Litteroinnissa käytettiin puhekielisiä ilmaisuja ja puheeseen liittyvät tahattomia ilmaisuja (ninku ym.) karsittiin. Haastattelun loppuvaiheessa todettiin, että teemat alkoivat toistaa itseään (saturaatiopiste saavutettiin), joten viimeiset kysymykset ohitettiin, koska osallistujat totesivat, ettei heillä ole asioihin enää uutta sanottavaa. Lopussa annettiin vielä kaikille mahdollisuus sanoa, mikäli kysymyslomakkeessa mainituista asioista on vielä jollain jotain kerrottavaa.

Haastattelu jaoteltiin siinä toistuvien teemojen perusteella. Teemoista muodostui 2 yläteemaa: arvioinnin ulkoiset *Tilannetekijät* sekä sisäiset itse *Palvelusuunnitelman kirjaamiseen* liittyvät tekijät. Jaottelu tehtiin, koska tuloksista ilmeni selkeästi, että arviointiin vaikuttavat paljon myös muualta, kuin itse arvioinnista tulevat tekijät. Pääteemat jaoteltiin vielä sisällön tutkimisen jälkeen alateemoihin tutkimuksen tarkoituksen, tutkimuskysymysten ja haastattelussa ilmenneiden painotusten mukaan. RAI-arvioinnista vuorovaikutuksen osana ei tutkimusta ole tehty, vaikka tämän tutkimuksen mukaan vuorovaikutuksen osuus arvioinnissa on merkittävä. Tutkimuksia ei myöskään löytynyt RAI-arvioinnin kirjaamisesta palvelusuunnitelmaan.

Haastattelusta ilmeni, että asiakasohjaajat käyttävät RAI-arviointia päätöksenteon tukena, kuten mittarien käytön yhteydessä tuleekin toimia (Manssila J., Rahikka A., Sjöblom s., 2018, s.1). Tämä tapahtuu tilanteissa, joissa kotihoidon myöntämisperusteiden mukaan pohditaan kotihoidon/omaishoidon palvelujen aloittamista. RAI-arviointia käytetään lisäksi SAS-työryhmyöskentelyssä tai silloin kun kotihoidon asiakkaiden hoidossa on jotain perusteltavaa joko kotihoidolle, asiakkaalle tai hänen läheisilleen. Lisäksi arviointia käytetään jonkin verran toimintakyvyn seurantaan.

Palvelujen suunnitteluun vaikuttavat asiat ovat haastattelun perusteella hyvin monitahtoisia. Selkeästi kävi ilmi, että RAI:n käyttö ei ole sisällöltään pelkkä mekaaninen mittarin käyttö vaan jo itse tilanne, jossa arviointi tehdään, vaatii sekä tekijältä että vastaanottajilta taitoja. Kokemus ja järjestelmän tunteminen helpottavat osallistujien mukaan RAI:n käyttämistä ja hyödyntämistä. Junnilan ja Kareston (2018) RAI-semi-naariesitys tukee näkemystä, jossa haasteena palvelutarpeiden arviointia RAI-

järjestelmällä tehdessä koettiin olevan, että kerätyn tiedon luotettavuus ja syyvyys vaihtelivat myös esim. asiakkaan motivaatiosta riippuen. Asiakkaan tarpeet ja toiveet saattoivat myös olla ristiriidassa RAI-arvioinnista nousseiden tulosten kanssa. Toisaalta pitää muistaa, että tämä saattaa toimia myös hyödyllisen keskustelunavouksena vaikeasta aiheesta.

9.3.1 RAI – arviointiin vaikuttavat tilannetekijät

Vuorovaikutusosaaminen

Sosiaalialan työ on vuorovaikutustyötä, jossa keskeistä on dialogin avulla rakentuva luottamuksellinen ja kunnioittava asiakassuhde asiakkaan ollessa keskeinen toimija (Manssila 2018, s. 3). Hyvin tärkeäksi osaamiseksi RAI-arviota tehdessä nousi vuorovaikutusosaaminen. Arviointi on sidottu tilanteeseen ja ajankohtaan, tekijään ja asiakkaaseen. Lisäksi arvioinnin tekemiseen vaikuttaa myös muiden paikalla olevien kuin asiakkaan ymmärrys ja näkemys asioista. Etenen (2011, s. 6) mukaan ”hyvä vuorovaikutus edellyttääkin keskinäistä luottamusta, rehellisyyttä ja molemminpuolista sitoutumista sovittuihin tavoitteisiin ja toimintaan.”

Aluksi haastateltavat totesivat, että RAI vaatii tekijältään ja asiakkaalta mielenkiinnon aiheeseen. Lisäksi RAI:n tekeminen vaatii keskittymistä molemmilta osapuolilta.

” no kyl se itteltä vaatii ainakin sen tietyn mielenkiinnon ja sen ymmärryksen siihen et mikä se rai on ja mitä sillä tavotellaan, mitä sillä haetaan....ja sit tavallaan siltä asiakkaalta se vaatii kyllä sen tietyn ymmärryksen myös siitä, että mikä se on, se toimintakyvyn arviointi.”

Jotta kaikkien osallistujien keskittyminen onnistuu, tekijältä vaaditaan vuorovaikutuksellisia taitoja esim. ohjata keskustelua siten, että arviointi saadaan tehtyä:

”että on niitä asiakkaita, jotka niinku lähtee puhuun kaiken maailman asioita paljon ja sitten se, että saatais palattua niihin rai kysymyksiin ja ohjata sitä keskustelua”

RAI-arviointia tehdessä on sen onnistumisen kannalta tärkeää osata perustella asiakkaalle ja omaiselle, miksi arviointi tehdään. Ammattihenkilö keskustelee asiakkaan kanssa mittarin käyttötarkoituksesta ja mittaamisen mahdollisista vaikutuksista palvelutarpeen arvioon, asiakassuunnitelmaan, päätöksentekoon, palvelujen toteuttamiseen sekä palvelujen toteutumisen arviointiin (Manssila ym. 2018, s.2). Arvioinnin tekeminen vaatii myös perehtymistä RAI-välineeseen ja asiakkaan tilanteeseen jo etukäteen. Lisäksi RAI-arviointi avataan usein jo ennen kotikäyntiä valmiiksi tietojärjestelmään.

RAI HC -arviointi on pidempi, joten asiakkaiden suhtautuminen on vaihtelevampaa, mutta asian selittäminen auttaa asiakasta tai läheistä ymmärtämään, miksi arviointi tehdään. Osa asiakkaista ymmärtää perustelut, osa ei siihen kykene esim. muistisairauden vuoksi. Tärkeää on, että ” *pystyy asiakkaalle saamaan sen ymmärryksen, mitä sillä RAI-arvioinnilla tosissaan tavoitellaan* ”

Asiakkaat suhtautuvat yleensä RAI-arvioinnin tekemiseen neutraalisti, mikäli asia on heille selitetty. Suhtautuminen on ollut enemmän positiivista ja ymmärtävää kuin negatiivista. Joillekin asiakkaille RAI:n tekeminen saattaa olla hyvinkin hyvä kokemus, sillä siinä käydään asiakkaan asioita läpi todella laajasti. Omaisia asia saattaa kiinnostaa jopa enemmän kuin asiakkaita itseään.

” *...yks omainen oli jo niinkin innostunut, että hän meni THL:n sivuille ja luki ja opiskeli itte sieltä kautta, että mikä RAI on. ja siit joskus tulee ihan paljonkin keskustelua sitten omaisten kanssa, jos on tosi innostunu ja kiinnostunu.* ”

Omaisen osuus yksilöllisen tarpeen selvittämisessä on monitahoinen ja joskus rooli on vaikea. On tilanteita, esim. muistisairaiden kohdalla, jossa läheisen läsnäolo on välttämätön asiakkaan todellisen tilanteen selvittämiseksi. Näissä tilanteissa omaisten huomioiminen ja vuorovaikutus heidän kanssaan on tavallista suuremmassa roolissa. Omaishoidon käynneillä omainen on aina mukana ja kertoo paljonko auttaa asiakasta.

” *on vaikeakin sille omaiselle, kun on näitä tilanteita, jos on vaikka muistisairautta siellä taustalla ja asiakas itte kokee, että hän hyvin selviytyy ja omaisella on siitä eri näkemys, niin sitten on omaisten monesti vaikeee siinä äidin tai isän tai lähiomaisen*

roolissa tavallaan tuoda sitä, ettei tää asia todellisuudessa kuitenkaan ihan näin ole. Että kyllä se vaatii paljon just sitä niitä vuorovaikutustaitojakin niissä tilanteissa.”

Osallisuus

Jotta yksilöllinen tarve voidaan määrittää, pitää asiakkaan olla prosessissa osallisena. Haastattelussa tuli ilmi, että RAI on osallistujien mielestä lisännyt asiakkaan osallisuutta. Osallisuus puolestaan on lisännyt arvioinnin luotettavuutta.

”...elikkä se on kaiken a ja o, että se arviointi tehdään yhdessä sen asiakkaan kanssa. ja hän on siinä läsnä ja tuo niitä omia mielipiteitensä oman vointinsa, kykynsä ja kognition puolesta esiin ja se on tärkeitä, että ne on niitä hänen omia mielipiteitään.”

”...asiakkaan osallisuus on lisääntynyt ja toi RAI ohjaa ihan sillä tavalla, että siellä kuitenkin selkeesti kysytään asiakkaan oma esim. itsearvioitu mieliala, vaikka siinä kohtaa, jos omainen vastaa puolesta, niin korjataan eiku nimenomaan, miten itse kokee tällä hetkellä oman mielialan...”

”...tietysti se, että asiakas osallistuu siihen, niin se on tärkeitä.”

9.3.2 RAI-arvioinnin palvelusuunnitelmaan kirjaaminen

Toimintakykyarvion keskusteleva läpikäynti

Asiakasohjaajat käyvät arviointia läpi asiakkaan kanssa asiakkaan oman mielenkiinnon perusteella. Lisäksi käydään läpi ne asiat, jotka vaikuttavat myöntämisperusteisiin ja asiat, jotka RAI-arvioinnissa nousevat esiin, kunkin asiakkaan yksilöllisen tilanteen ja toiveiden mukaan, edes jollain asteella. Asiakasohjaajat eivät yleensä käynneillä nosta esiin numeerisia tuloksia, vaan kertovat tuloksista vertaamalla niitä myöntämisperusteisiin tai kokemuspohjaiseen vertailutietoon. Toimintakyvyn kuvaaminen asiakkaalle sanallisesti on tärkeää. Samalla huomattava on, että käynnillä aika on rajallinen

ja asiaa on paljon muutakin kuin RAI-arviointi. Toimintakykyarvion tulokset avataan käynnillä suullisesti ja myöhemmin kirjallisesti.

Arviointi on haastateltavien mukaan muuttanut hoitotyötä ja palvelujen suunnittelua, koska siihen liittyy oma tapa jäsentää ja käsitellä asioita. Yhden haastateltavan mukaan arvioinnin mukana seuraa oma ”hoitotyön kulttuuri”.

”munkin mielestä RAI-arviointi on kattava ja hyvä, se on luotettava väline, kun palveluja suunnitellaan. No - päätöksentekoon, omaishoidontuen päätöksentekoon se on tuonu asiakkaille sellasta yhtenäisyyttä”

” kyllähän mä vähän niitä aukasen, et mitä se näyttää ninku sen asiakkaan kohdalla. et tavallaan selvittää, mitä se tulos siinä on hänen kohdallaan. eihän sitä kaikki ymmärrä, jos sieltä sanoo niitä numeroita, mutta sanallisesti voi sanoo missä hänen toimintakykynsä sen mittarin, tämän RAI-arvionnin mukaan menee.”

”asiakkaan mielenkiinnon mukaan oikeestaan ja sen kokemuksen perusteella oikeestaan, koska mä oon ruvennu tekemään niitä aika paljon sitten jälkeenpäin toimistolla....en pidä niitä oleellisina niitä mittarinumeroita... vaan keskustelua toimintakyvystä”

RAI-arvioinnista koetaan olevan tukea erityisesti päätöksiä tehdessä ja niitä perustellessa. RAI on haastateltavien mukaan luotettava ja laajasti tietoa keräävä väline. Se on tärkeä osa palvelujen suunnittelua. Se nähtiin hyvänä välineenä saada tietoa yksilöllisestä tarpeista ja toimintakyvystä kattavammin, kuin mitä aiemmat välineet ovat mahdollistaneet. Esim. muistiongelmat ja käytösoireet tulevat esiin sen avulla herkemmin. Tiedolla johtamisen näkökulmasta katsottuna, hyöty ilmenee myös siinä, että on tärkeää karsia päällekkäistä tiedonkeruuta, sillä erillinen tilastokeräys tuottaa työaikahukkaa ja lisää riskin tiedon vääristymiseen (Jahnukainen & Saarela, 2021, s. 61).

Toisaalta esim. Junnila (2017, s. 55) toteaa, että palvelutarpeen arviointiin kehitetyn RAI CA -työvälineen osalta vastanneet kokivat palvelutarpeiden tunnistamisessa, että työvälineen kysymykset ja niiden kattavuus, päivittäisten toimintojen suoriutumisen arviointi, lääkkeidenkäytön ja muistitilanteen selvittäminen, sanallisen vastaamisen

mahdollisuus, yhteenvedot, riittävän laajan vastausskaala ja kysymysten kattavuus tukivat palvelutarpeen arviointia. Puutteelliseksi koettiin, ettei yöllistä avuntarvetta oltu huomioitu, mikä oli myös tässä tutkimuksessa haastateltujen mielestä puute. Lisäksi tutkimukseni mukaan puutteita oli myös psyykkisten sairauksien ja muistisairauksiin liittyvien erityispiirteiden huomioimisessa. Yksi vastaaja toi esiin, että palvelutarve on näiden asiakkaiden kohdalla arvioitava ilman mittareita, sillä saadut tiedot eivät vastaa kokemuksen mukaan todellista tilannetta.

”joskus jälkipuinnissa, jos on tullu kielteistä päätöstä, niin sitten on jouduttu vähän tarkemmin vielä perusteleen tai avaan tai käymään mittareita läpi.”

”omaishoidon tuessa olen sanonut ”että palaan tähän ja siinä tilanteessa en ole sanonut tuleeko tästä myönteinen vai kielteinen...joskus mä oon palannu niihin omaishoidontuen asioihin vielä toimistolla kun ajatus siitä käynnistä jäsentyy vielä paremmin siinä kohtaa.”

”kuitenkin silleen luotettavaa tietoa, mitä se rai antaa, niin sillä on helppo perustella sitä palveluitten tarvetta ja sitä suunnittelua et mä tykkään kyllä, että rai on käytössä.

Läheisten kertoman ja asiakasohjaajan oman havainnoinnin osuus arvioinnin tekemisessä vaihtelee tilanteen mukaan ja asiakasohjaajan (arvioinnin tekijän) vastuulle jää asiakkaan edun löytäminen ja sen tuominen osaksi arviointia. Kuten Manssila ym. (2018, s.2) toteavat mittarit ovatkin työvälineitä, jotka tuottavat asiakastyöhön tietoa. Sosiaalialan ammattihenkilö käyttää työssään niitä toimintakykymittareita, jotka ovat perusteltuja ja kulloiseenkin asiayhteyteen sekä käyttötarkoitukseen soveltuvia. Mittareiden ja niiden käytön tuntemus on osa ammatillista osaamista.

Arvioinnin osallistumisessa voi mielestäni olla ristiriitoja, asiakas voi esimerkiksi olla sairaudentunnoton, psyykkisesti sairas tai vain suhtautua kielteisesti testin tekemiseen, jolloin hoitajan ja asiakkaan näkemykset asiakkaan kyvystä/halusta osallisuuteen voivat erota toisistaan suurestikin. Käytännössä tällaisissa tilanteissa on eettisesti haastavaa saada asiakkaan ääni kuulumaan hänen oma tahtonsa ja etunsa huomioiden. Asiakkaan etu ja hyvinvointi on kuitenkin mielestäni se mittari, jolla osallisuuteen ja

palvelujen tarpeeseen liittyviä asioita voidaan punnita. Tämä helpottaisi ja tasapuolista palveluihin ohjaamista ja niiden järjestämistä yleensä.

”se ristiriita, että rain tulokset osottaa sen, että siellä on sitä avuntarvetta, omaiset on sitä mieltä ovat huomanneet siinä arjessa, että on tapahtunut muutosta ja selkeä avuntarve ja sen itsekin siinä havannoi ja huomioi, ja asiakas on vahvasti sitä mieltä, että kaikki sujuu ja mitään apua hän ei tartte ja ei huoli... yritän keskustella ja pohtia yhdessä ja mitä jos kokeiltais näin - ne on monesti niitä mihin mennään silleen pikkusen hivuttautumalla jalka ovenrakoon tyylillä sisään, että jos sinne saa ninku jonkun yhden käynnin esimerkiks.”

”.. toimintakykyhavainnoinnit mitkä voi olla ristiriidassa siinä niin sanotun todellisuuden mukaan – niin kyl mä sen yleensä sit sen todellisuuden mukaan laitan sen asiakkaan mielipiteen mukaan, et saan ninku luotettavan siitä siinä kohtaa

”omaisten on vaikee kertoa ja toimintakyky eroo asiakkaan kertomasta nii siin kohtaa mä yleensä pysähdyn ja kerron, jos ei o aikasemmin tullu selvill, että mikä merkitys sillä arvionnilla on, että ne tulee todenmukaisesti.

”kysymyspattereristo on jo niin selvänä päässä et en sitä konkreettisesti kaikkien osalta enää tee, mä vähän haistelen siinä minkä tyyppinen asiakas on kyseessä että teenkö vai soluttaudunko siihen et saan ne vastaukset sieltä muualta”

Sisällön kirjaaminen palvelusuunnitelmaan

Kun RAI-tulokset kirjataan palvelusuunnitelmaan, tarkastellaan vielä aina samalla arvioinnin luotettavuutta ja peilataan arviointia todellisuutta ja aiemmin tehtyjä arviointeja vasten.

”Että onks se RAI tavallaan yhtenäinen sen mukaan mitä mä oon itte havainnoinu ja tehny niitä huomioita, että tukeeks ne - tavallaan et vähän peilaa sitä luotettavuutta siinä ensin..”

”... mut vähä peilaan kyllä sitä omaa tekemää RAI:ta mitä on tehty sillon alkuun siihen, mitä hoitajat on tehny. ne herätteet käyn läpi siin kohtaa ja ... sanallisesti auki kirjaan ne mittarien tulokset ja sen mitä ne mittarit tarkoittaa.”

Osallistujien mielestä palvelusuunnitelmassa tulee olla esillä ainakin ne mittarit, mitkä vaikuttavat palvelujen myöntämiseen ja sanallisesti avattuna niiden sisältö. Lisäksi kaikki haastateltavat tutkivat RAI-arviointia kokonaisuudessaan myös tarkemmin ja kirjasivat suunnitelmaan ne tulokset, jotka yksittäisen asiakkaan kohdalla ”nousivat esiin” eli poikkesivat yleisestä vertailutasosta tai asiakkaan muusta arvioinnista. Mikäli poikkeama havaittiin, systemaattisesti ajatuksena on lähteä tutkimaan arvioinnin perusteella, mikä siihen voisi olla syynä. Lisäksi tässä vaiheessa ainakin yksi haastateltavista huomioi myös yhteiset laatuindikaattorit: ravitsemus, kipu ja lääkitys. Eräs haastateltavista toi myös esiin, että palvelusuunnitelman merkitys hoidon varsinaisessa toteutuksessa on edelleen pieni, joten huomiota tulisi kiinnittää RAI:n sanoittamiseen ja mittariarvojen seurantaan hoitosuunnitelmassa

Kokonaisvaltaisen arvioinnin avulla siis on mahdollista arvioida, mikä voisi olla ongelman takana. Arvioinnin tarkoitus on ollutkin tuottaa ehdotuksia siitä, mitä tarpeesta voidaan ajatella, eikä valmiita ratkaisuja. Esimerkiksi CAPSit ovat hyödyllisiä hoidon suunnittelun apuvälineitä (Parsons ym., 2013, s. 543-544). CAPsejä esimerkiksi voidaan käyttää hyödyksi tarkastelemalla, mitkä CAPsit ovat aktivoituneet kunkin asiakkaan kohdalla. Tämän jälkeen määritellään, onko tämä arvo tärkeä juuri tälle asiakkaalle. (Sinha ym. 2019, diat). CAPsien tarkoitus on ohjata hoitotyötä ja hoitosuunnitelman tekoa (Elisa Veteläinen, RAI-seminaari, 11.5.2017.)

”...ni nyt pitää tietysti olla ne neljä mittaria siellä, koska ne on palvelun myöntämisen perusteet, mutta ne ei riitä. Eli kyllä mun mielestä sieltä pitää nostaa capseja esiin... Käyn ne silleen läpi, mut mitä mä nostan esiin - se tietysti riippuu siit asiakkaasta, että mitkä häneltä sieltä nousee elikkä periaatteessa yksilöllisesti katsoo niinkun jokasen kohdalta, että mikä se on hänellä.”

”kaikki mittarit sieltä katon ja yksilöllisesti riippuen aina asiakkaasta tietysti ja kirjaan nimenomaan ne, jotka vaikuttaa sen asiakkaan palveluihin ja et ne on perusteltuja ne palvelut siel.”

”Panostaisin enemmän siihen siihen hoitosuunnitelmaan, mikä on se käytännön hoitosuunnitelma, että miten siinä RAI:ta hyödynnetään ja mitä seurataan. Ja onko joku mittari, mitä esimerkiksi halutaan seurata, että mitä sieltä nousee.

Vanha kotihoidon palvelusuunnitelmapohja ohjasi kirjaamaan mittarit ylös ja sen oheen asiakasohjaajat kirjasivat myös, mitä tulos sanallisesti tarkoittaa. Omaishoidon palvelusuunnitelmaan on vielä tarkemmin kirjattu, mistä asioista mikin mittari koostuu.

”...ne tulokset kirjataan just auki- siihen selitetään tavallaan se, että mitä ne tulokset kertoo...että sen pitäis olla simppelistikin vielä avattuna siinä vielä, koska sitten taas kaikilla hoitajilla ei ole semmoista taitoa ehkä avata, jos sinne on laitettu vaan pelkästään niitä mittaritulosiakin että Maple 3 ADLHI, ei ne välttämättä sen perusteella vielä tiedä, mitä se käytännössä tarkoittaa kenenkin asiakkaan kohdalla. Sen tähden se on tärkeä, että se avataan sanallisesti.

Jotkut kysymykset ovat haastateltujen mukaan vielä vaikeaselkoisia sekä tekijälle että asiakkaille. Tämä näkyy siinä, että joskus vastaukset ovat ristiriidassa keskenään, mikä saattaa johtua ihan siitä, että joku kysymys on ymmärretty väärin. Lisäksi todettiin, että kaikki mielenterveysongelmat eivät RAI:ssa suoraan näy, vaan niitä pitää vielä erikseen selvittää. RAI:ssa ei myöskään näy yksittäinen hoitoa vaativa tarve (esim. avanne, trakeostomia) vaikka se oikeuttaa kotihoidon palveluihin, mikäli asiakas ei sitä kykene itse hoitamaan, eikä sitä pääse muualle hoidattamaan.

”..se onkin sellanen suuntaa antava ja pitää käyttää myös omia aivoja. ei se tuo autuaaks se RAI kuitenkaan.”

Voimavarat

Palvelutarpeen ja toimintakyvyn arvioinnissa tulisi ensisijaisesti kiinnittää huomiota henkilön voimavaroihin ja toimintakyvyn heikkenemisen taustalla vaikuttavien tai heikkenemiselle altistavien tekijöiden varhaiseen tunnistamiseen. Varhaisten

merkkien havaitseminen ja niihin puuttuminen ajoissa, esimerkiksi kuntoutuksella, mahdollistaa sen, ettei avun tai palveluiden tarpeen syntyminen viivästy tai se voidaan välttää jopa kokonaan. (Finne-Soveri ym 2020, s. 10.) Arvioinnin lähtökohtana on aina tehdä näkyväksi asiakkaan voimavarat ennemmin kuin tarpeet (Finne-Soveri ym 2020, s. 9).

RAI:sta ilmenevien tarpeiden perusteella kokivat asiakasohjaajat voivansa sanoittaa myös asiakkaan voimavaroja. Voimavarojen huomaaminen ja käyttäminen arjessa vahvistaa samalla asiakkaan psyykkistä terveyttä.

”ja yritän aina siihen palvelu ja hoitosuunnitelmaan kattoo myös niitä asiakkaan voimavaroja. Eliikkä katon sen nää perusasiat aina mikkä sieltä nousee ja mikkä on niitä avuntarpeita hänellä, mutta myös se on äärettömän tärkeitä, että missä asioissa hän kuitenkin itte pystyy vielä toimiin. ja se on se mihin itte jatkossa haluis enemmän vielä kiinnittää huomiota, että se voimavaralähtöisyys tulis näkyviin enemmän - että tulis positiivisen kautta näkyviin siinä palvelusuunnitelmassa”

”...jos on omaishoidon käynti, että missä asioissa se omaishoitaja auttaa ja pääkohdat ne mitä asiakas itse tekee ja mistä selviytyy itsenäisesti ne kirjataan aina kans.”

”kun RAI:ta tekee ja käy sitä keskustelua ja sit tavallaan siellä kotikäynnillä kuinka siellä kotona pystyy liikkua ja toimiin, niin kaikista niistä mitä hän itse kykenee tekeen ja mitä pystyy tekeen, niin sitä tuo esiin. Että sanottaa niitä voimavaroja; huomaatko että kuinka hyvin pääsit nyt tuolilta nouseen ylös - ja ne kaikki yrittää kaivaa esiin, koska sen asiakkaan tavallaan sen itsetunnonkin nostaminen ja nitten toimintakyvyn ja voimavarojen esiintuominen se tekee ihan kaikille meille hyvää -että huomataan niitä hyviä positiivisia asioita varsinkin näille ikäihmisille, nin se semmonen kannustaminen ja nitten korostaminen että hienosti oot näistä selvinny ja hyvin oot hoitanut tänkin asian. Yritän aina tuoda niitä asioita esiin siinä kotikäynnilläkin sitten.

“Jos on tämmösiä omaisiakin on paikalla ja sanoo ei pysty tekeen sitä eikä pysty tekeen tätä, niin tavallaan, että tuo ninkun heillekin sitten esiin sitä, että tosi hienosti tässä on tääkin asia menny”

”erittäin tärkeä asia tuoda esiin mitkä on voimavarat ja mitä kykenee itse tekemään. ja mitkä asiat sujuu - ja vois sujua ehkä paremmin pienellä harjoittelulla. Ja kun joskus omainen tuo esiin, että hän auttaa ninkun ihan kaikessa. et sitten voi siinä RAI-arvioinninkin avulla voi käydä sitä läpi, että nii täällä kyllä tulee tällöinen tulos, että vielä on ihan hyvinkin näissä ja näissä asioissa, et ihan kaikkee ei tarvitse puolesta tehdä: kyl hän kuitenkin itse syö ja käy vessassa esimerkiksi. Näin että, se niitten esiintuominen on tärkeä.”

Tärkeää on, että havaittuihin tunnuslukuihin puututaan systemaattisesti. Mittareita tulisi myös tulkita oikein eli yhdessä asiakkaan ja työryhmän kanssa, siten, että asiakkaan hyvä on yhteisenä tavoitteena ja asiakkaan voimavarat, tarpeet ja riskitekijöiden tunnistaminen keskiössä. Tulosten keskustelu asiakkaan kanssa on olennaista, jotta hänen mielipiteensä saadaan esiin. (Paalanen 2020, RAI -juhlaseminaari esitys). Tärkeää on tuoda esiin asioita asiakkaalle itselleen ja omaiselle, tähän RAI antaa puolueettoman pohjan.

Voimavaroja voi haastattelun perusteella löytää myös arviointeja tai suoriutumista vertailemalla

”...se hoitajan tekemä (RAI HC) niin vertaan siihen mun alkuperäseen, mitä mä oon tehny, et miten se on muuttunut. Ja on positiivista, jos siel on kuntoutumista tapahtunu, niin sit yrittää siihen niit voimavaroja toki hyödyntää.... jos siel on tapahtunut jotain positiivisii muutoksi, ni niin mä yleensä pyrin tuomaan ne siinä siinä myös ilmi, et se menee sielläkin sitten asiakkaan tietoon.”

”katto arviointia ainakin välineellisessä toimissa - että kannatta katsoa suoriutumista, että asiakas suoriutuu huonommin kun mitä on oletettu”

Tavoitteet

Asiakaskohtaiset tavoitteet määritellään aina yhdessä asiakkaan (ja hänen läheistensä) kanssa. Voimavarakeskeinen tavoite on myönteisesti määritelty, realistinen, arkikielinen ja motivoiva. Yhdessä määriteltyjen tavoitteiden toteutumisesta ja tavoitetta kohti

kulkemisesta otetaan myös yhdessä vastuuta. Jos asiakas on epävarma tavoitteissaan, työntekijä voi auttaa kertomalla erilaisista tarjolla olevista vaihtoehtoista. (Vähäkangas ym. 2017, s. 43.) Tämä voi tapahtua RAI-arvioinnin avulla.

Palvelulle asetetut tavoitteet määrittävät myös käytettävät mittarit, joilla seurataan tavoitteiden toteutumista. Jotta tiedetään, mistä mittaria koskeva tieto saadaan, tulee kaikille mittareille määritellä tietolähde. Palvelua koskevaa seurantatietoa voidaan joutua keräämään useasta tietolähteestä. Merkittävimpänä tietolähteenä tulisi olla asiakasjärjestelmän tuottama mahdollisimman reaaliaikainen tieto. (Jahnukainen & Saarela, 2021, s. 32.)

RAI-arvioinnissa asiakasta pyydetään suoraan määrittämään tavoite. Tämä koettiin sekä positiivisena että vaikeana asiana. Tavoitteen asettelu ei ole helppoa, varsinkin, kun tavoitteen tulisi olla tietyssä ajassa saavutettava, sen toteutumiseen tulisi olla keinot ja asiakkaalla halua tehdä asioita, jotta tavoitteeseen päästään. Sekä tavoitteen asettaminen, että siihen pääseminen edellyttävät yhteistyötä sekä hoitajalta että asiakkaalta, joskus myös läheisiltä tai muilta yhteistyötahoilta. RAI:ta voidaan käyttää myös apuna seuratessa, onko tavoitteisiin päästy.

”on haasteellinen se semmonen,, että asiakas ihan itse asettais jonkun tavoitteen suoraan, mutta RAI siihen kyllä sitten ohjaa, koska siinä sitä ihan suoraan kysytään ja sitten myös siinä RAI-arviointia tehdessä voidaan huomata jotain asioita, että vois ehkä itekin selviytyä, jos vaikka omaishoitajapuoliso ei ihan kaikkea passaisi. Voi kysyä, että osaisko hän tehdä voileivän itse? Juu, kyllä hän osais varmaan, mutta eipä oo tullu tehtyä... Voi sitten seurata, että onko tullut paranemista jossain mittarissa. jos otetaan vaikka joku mittaritulos siihen seurantaan.”

Tarpeista on siis mahdollista nostaa esiin tavoitteita, mutta tavoitteen määrittely asiakkaan kanssa ei ole yksinkertaista ja asiakasta joutuu usein johdattelemaan, jotta tavoite saadaan aikaan. Aina yhdessä määriteltyä tavoitetta ei löydy.

”nii kotona asuminen tavoitteena on hyvin tyypillinen, mut sitä sitten lähetään aukasemaan, että mitä se tarkoittaa niitten vastausten perusteella, mitä siihen mennessä on käyty läpi ja tavoitteet juur siitä syystä siellä loppuvaiheessa vasta käydään läpi, että

olis sitä pohjaa sitten - johdattelua se tosiaan vaatii - enkä tosiaan kirjota, jos ei sitä sieltä asiakkaalta tule.”

”että jos asiakkaalla on kovin epärealistinen tavoite....mieltä joku realistinen pieni konkreettinen tavoite, mikä olis niinku toteutettavissa.

”enemmän panostaa, että siinä tulis myös ihan konkreettisia tavoitteita. Vaik tästäkin on puhuttu iät ja ajat et olis mitattavissa olevia tavoitteita.”

10 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkimuksen luotettavuuden vuoksi aineiston tarkka dokumentointi on olennaista. Valinnat kirjattiin ja perusteltiin (Kananen, 2015, s. 139; Kananen, 2021, s. 172-176). Koska tutkija on osa työyhteisöä, tiedon kerääminen tapahtui myös jatkuvana havainnointina. Tutkimuksesta laadittiin suunnitelma SAMK:in ohjeiden mukaan ja tarvittavat luvat hankittiin organisaatiolta ajoissa ennen tutkimuksen alkua. Tutkimus eteni suunnitelman mukaan valittuja metodeja käyttäen ja aineisto dokumentoitiin ja raportoitiin systemaattisesti. Saatuja tuloksia reflektotiin tutkimuskirjallisuuteen.

Tutkimus rajattiin jo alkuvaiheessa ja rajauksessa pysyttiin koko tutkimuksen ajan. Tutkimusta tehdessä kvalitatiivisessa tutkimuksessa analyysia tapahtuu pitkin matkaa (Hirsjärvi ym. 2010, 223). Tutkimuksessa käytetyn kirjallisen aineiston, eli RAI-arviointeihin pohjautuvien palvelusuunnitelmien, kohdalla varmistettiin, että asiakkaiden henkilöllisyys ei tullut mistään julkaistavasta dokumentista ilmi. Palvelusuunnitelmien käsittelyyn pyydettiin lupa kotihoitojohtajalta ja asiakirjan laatineelta asiakasohjaajalta. Tutkittaessa keskityttiin pelkästään RAI-mittariarvon avaamiseen ja asiakkaan henkilöllisyys ei tullut ilmi. Tässä kehittämistyössä tutkittavien asiakkaiden henkilöllisyys ei ole edes millään tavoin tutkimuksen kannalta olennainen. Asiakasohjaajien henkilöllisyys saattaa tutkimuksessa tulla välillisesti ilmi, koska osallistujia oli vain neljä ja vain yksi heistä vastaa omaishoidosta. Nimiä ei

tutkimuksessa kuitenkin käytetty ja kommentit eivät ole suoraan yhdistettävissä puhujan, koska kolme haastatelluista vastasi kysymyksiin omaishoidon osalta oman ammatillisen osaamisensa perusteella. (Tutkimuseettinen toimikunta, 2019, s. 11). Haastattelun alkaessa kerrottiin, että haastattelu äänitetään ja se litteroidaan.

Ennakoivaa eettistä arviointia ei tarvittu, koska tutkittavat tiesivät olevansa tutkimuksen kohteena. Heillä oli mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksen tekemisestä. (Tutkimuseettinen toimikunta, 2019 s. 7-8.)

Dokumentaatiota tehdessä otettiin kaikki kerätty aineisto mukaan kirjalliseen työhön, koska tutkimus eteni vaiheittain ja aiheutti osaltaan myös rinnakkaisia muutoksia palvelusuunnitelmaan liittyviin prosesseihin.

11 POHDINTA

InterRAI-arviointiväline kerää kertaluontoista tietoa, jota voidaan käyttää monella tavalla tukemaan asiakkaita, ammattilaisia, esimiehiä ja hallintoa (Interrai.org). Järjestelmä on syntynyt 1996 tutkijoiden ja eri maissa suoritettujen koekäyttöjen jälkeen alkuaan pitkäaikaishoitoon, koska sen asiakaskunta käyttää samanaikaisesti monenlaisia palveluja. RAI:n takana on ajatus siitä, että elämänlaatuun liittyviä asioita pitää huomioida perinteistä laitoshoidon ja perinteisiä arviointimenetelmiä laajemmin. Mukaan arviointiin on otettu mm. ympäristö, läheiset, kaltoinkohtelu ja kodin arkielämään liittyvät (esim. asioinnit, kuljetukset) IADL toiminnot (Ikegami ym, n.d.) Arvioinnin päämääränä on ollut alusta asti palvelujen päällekkäisyyden väheneminen. Lisäksi tavoitteena on ollut palvelujen laaja yhdenvertaisuus ja tasa-arvoisuus, joka perustuu yhden arviointijärjestelmän käyttöön. Palveluiden piiriin pääsy ja palvelujen tarkoituksenmukainen kohdistuminen olisi tällöin yhdenmukaisempaa. (Ikegami ym, n.d.)

Salahudeenin ja Nishtalan (2018) kirjallisuuskatsauksen mukaan inerRAI-tutkimus keskittyy usein palvelujen kehittämiseen ja laadun parantamiseen. Katsauksessa läpikäytiin 49 tutkimusta, joissa oli käytetty RAI HC -ohjelmistoa. Ohjelmistoa käytettiin hoidon suunnittelussa, asiakasohjauksessa, hoidon ja lääkehoidon arvioimisessa, hoitajien mitoituksessa tai hoidon tarpeen muuttuessa. Tutkimuksessa todettiin, että interRAI on luotettava CGA työkalu, joka tukee päätöksentekoa johtamisessa ja sillä on jo ollut vaikutusta yhteiskunnallisella tasolla hoidon mitoitusta mietittäessä.

Tulevaisuudessa yhden luotettavan arviointijärjestelmän merkitystä on suunniteltu lisäävän esim. siten, että RAI-tiedot olisivat nähtävissä myös Kelassa. RAI:sta voisi olla myös merkittävää apua esim. pelastussuunnitelmia laadittaessa. USA:ssa RAI-yhteistyö on jo käynnissä esim. oikeuslääketieteen ja poliisin kanssa. (Heikkilä & Mäkelä 2015, s. 164.) Lisäksi RAI:ta voidaan käyttää apuna kokonaan uusia palveluja suunniteltaessa, koska sen avulla on tunnistettu tarpeita, mihin palveluvalikoimasta vastaavaa palvelua ei ole löydetty (Parsons ym. 2013, s. 542).

Työmme arki määräytyy yhteiskuntamme ja ympäristömme varassa. Meitä ohjaavat lait ja suositukset, jotka jo omilla sanamuodoillaan ohjaavat työtämme huomaamatta tiettyyn suuntaan. Ongelmakeskeisyys, medikaalisuus ja oman asiantuntijuuden liiallinen korostaminen ovat asioita, joiden paikkaa on syytä pohtia tarkoin asiakas kohdattaessa. (Virkola, 2014, s. 278.) Keskustelussa helposti ammattilainen ottaa asiantuntijan roolin ja usein kokemukseni mukaan ikäihminen sitä myös haluaa. Ikäihmisen asiantuntijuutta nostamalla on kuitenkin mahdollisuus vaikuttaa juuri hänelle tärkeisiin asioihin, mikä parantaa asiakkaan elämänlaatua ja lisää omien voimavarojen tunnistamista. Tämä tapahtuu tukemalla iäkkään omia valintoja. Tässä voi RAI-arviointi toimia tukena.

Myös tapa, jolla asiat esitämme palvelusuunnitelmassa antaa pohjaa asiakaslähtöisyydelle (Hujala & Taskinen, 2020, s. 253). Palvelusuunnitelman tulisi olla asiakkaan ja asiantuntijan yhteinen asiakirja, jossa yksilöllinen tarve määrittyy asiakkaan priorisoimien tavoitteiden ja tarpeiden sekä voimavarojen ja ammattilaisen esiin nostamien RAI-arvioinnista nousseiden asioiden kautta. (Laatusuositus 2020, s. 43; Kermally 2004, s. 25-32.) Asiakkaan osuutta palvelujen toteuttajana tulisi korostaa sen lisäksi, että asiakkaan tulee ikäänsä ja vointiinsa perustuen olla myös palvelujen kohde

(Leinonen 2020, s. 49). Kotihoidon työ on kuntouttavaa, joten mielestäni asiakkaan oma vastuu asioiden sujumisesta tulisi olla palvelusuunnitelmassa selkeämmin esillä. Sana palvelusuunnitelma tarkoittaa palveluja, joissa asiakas itse on osallisena ja sillä tavoin vaikuttaa itse omaan toimintakykyynsä oman toimijuutensa rajoissa.

Kehittämistyön tulosten mukaan mittaritulosten analysointi vaatii kokemusta ja mielenkiintoa sekä kykyä huomata asioiden välisiä yhteyksiä. RAI-arvioinnin kautta todentuu asiakkaan tilanne kokonaisvaltaisesti ja arvioinnin tarkoitus on tehdä asiat näkyviksi ja mitattaviksi (Heikkilä & Mäkelä, 2015, s. 47). Arvioinnin avulla voi nostaa puolueettomasti asiakkaalle esiin siinä havaitut asiat ja etsiä asioihin vastuksia yhdessä asiakkaan kanssa.

RAI on tarveperustainen mittari (Kane 2003, s. 30-31). Tämä voi aiheuttaa ongelmaa siinä, että ihmisten kanssa tehtävän työn tulisi olla voimavaraperusteista ja tavoitteisiin tähtäävää. Kehittämistyöni tuloksena uskallan kuitenkin sanoa, että RAI:ta voidaan hyödyntää voimavarojen ja tavoitteiden määrittelyssä, mutta se vaatii tekijältään analysointikykyä. Mittaritulosten tulkitseminen vaatii harjoitusta ja koulutustaso ja mielenkiinto asiaan vaikuttavat siihen, miten ja kuinka paljon tuloksia analysoidaan. (Elliott ym., 2020, s.4-5) RAI-arviointi heijastaa todellisuutta ja sen avulla pitäisi yrittää löytää vastauksia asiakkaan elämäntilanteeseen ja hyödyntää siitä kokonaisvaltaisesti saatavaa tietomäärää. (Kariniemi ym. 2020, s. 35). Tähän vaaditaan koko arvioinnin läpäisevää tarkastelua, jotta asioiden väliset yhteydet tulevat näkyviksi. RAI-arvioinnin kokonaisvaltaisuus tukee hyvin sitä, että tehty muutos voi heijastua toiselle, täysin odottamattomalle elämänalueelle ja RAI-arvioinnin avulla tämä voi olla mahdollista huomata.

RAI-arviointi on tutkimuksen mukaan lisännyt asiakkaan osallisuutta omien palvelujensa asiantuntijana, mitä kautta arviointi ja sen seurauksena myönnettävät palvelut pohjautuvat luotettavammalle perustalle. Sisäiset ja ulkoiset asiat vaikuttavat molemmat RAI-arvioinnin sisältöön ja luotettavuuteen palvelusuunnitelmassa. Arviointi itsessään on prosessi. Asiakkaan ja läheisten kanssa tapahtuva vuorovaikutus ja asiakkaan osallisuus ovat tärkeä osa sitä. Kaikkien osallistujien mielenkiinto, keskittyminen ja ymmärrys vaikuttavat arvioinnin luotettavuuteen. Arvioinnin tekijän tulee huomioida osallistujien kyvyt ja osallistaa heidät keskusteluun. Olennaista on, että arvioinnin

tekemisen merkitys on selvillä kaikille osapuolille. Omaisen osallistuminen tilanteeseen tapahtuu asiakkaan ehdoilla, mutta on erityisen tärkeää asiakkaan etu huomioiden esim. silloin, kun asiakkaan kognitio on heikentynyt. Asioita palvelusuunnitelmaan kirjatessa tarkastellaan aina samalla arvioinnin luotettavuutta todellisuutta ja aiempia arviointeja vasten.

RAI-arviointia käydään läpi asiakkaan kanssa sanallisesti ilman numeerista arviointia asiakkaan mielenkiinnon, kotihoidon myöntämisperusteiden ja asiakkaan RAI-arvioinnista erityisesti nousevien asioiden perusteella. RAI-arviointi on samalla keskustelua asiakkaan toimintakyvystä. Tuloksia analysoidaan vertaamalla niitä yleisiin myöntämisperusteisiin ja ammattilaisen kokemukseen. Arviointi on muuttanut asiakasohjaajien tapaa jäsentää ja käsitellä asioita. Kokonaisvaltaisen toimintakyvyn kuvaaminen myös sanallisesti on tärkeää, kuten myös sen selvittäminen, miksi toimintakyky on juuri sellainen.

Kirjaamisessa olennaista on RAI-arvojen sanallinen avaaminen, jotta ne yhdistyvät palveluihin ja ovat selkeästi niiden perusteena. Kirjaamisessa on erityisesti huomioitava se, että kotihoidon myöntämiseen vaikuttavat mittariarvot ovat näkyvillä ja että toimintakykyä on avattu juuri sille asiakkaalle merkityksellisellä tavalla. RAI:ta avattaessa tulee huomioida kaikki arvot kokonaisvaltaisesti ja käyttää niitä suunnittelun pohjana. Myös läheisten osuus on merkittävä. Sosiaalisten ja psyykkisten seikkojen vaikutus tulee huomioida, samoin kuin ympäristön ja taloudellisten asioiden. RAI-arvioinnin keskeinen anti onkin juuri sen kokonaisvaltaisuus.

Voimavarojen tunnistaminen RAI-arvioinnista tapahtuu mittarituloksia ja asiakkaan vastauksia analysoimalla. Ne ovat asioita, joissa asiakas mittarien mukaan pärjää, voisi suoriutua paremmin tai tilanne on vertailtaessa parantunut. Haastattelija tekee tarkentavat kysymykset sekä arvioi voimavarojen merkitystä asiakkaalle kysymällä ja havainnoimalla. Voimavarojen sanoittaminen on erityisen tärkeää asiakkaalle, mutta myös omaiselle. Asiakas pystyy sen kautta saamaan onnistumisen kokemuksia ja omaisen ymmärtää paremmin, kuinka voimavaroja tukemalla elämänlaatu paranee.

Yksilöllisen kotihoidon tavoitteen määrittely RAI-arvioinnin tukemana yhdessä asiakkaan kanssa on mahdollista. Vastauksista ilmeni, että tavoitteen määrittely on

ehdottoman hyvä, mutta vaikea asia. Asiakkaalta tulee kysyä, minkä RAI-arvioinnista nousevan asian kokee tärkeäksi ja auttaa muotoilemaan tästä toteutettavissa oleva yksi tavoite (Kariniemi ym. 2020, s.27). Olennaista on, että tavoite on tehty yhdessä asiakkaan kanssa, jotta asiakas on edes jollain tavalla motivoitunut tavoitteen saavuttamiseen. (Kermally 2004, s. 25). Tavoitetta voidaan etsiä asiakkaan tarpeista tai voimavaroista, eli mielestäni tavoite voisi olla voimavarakeskeinen esim. hyvien läheissuhteiden ylläpitäminen. Näitä tavoitteita voidaan seurata RAI-arvoja tarkkailemalla. Samalla tulee huomata, että hoitotyö on prosessi, tavoite voi olla myös prosessin sisäinen, eikä niinkään sen lopputulos. Kuten Suhonen ym. (2003, s.89) on todennut, asiakkaalle tavoite voi olla erilainen, esim. hoitajan kanssa keskustelu päivittäin, kun taas hoitajalle asiakkaan tarve on lääkkeidenanto ja ruokailusta huolehtiminen. Kumpaakaan tavoitetta ei voida unohtaa, mutta tutkimani mukaan asiakkaan tarve voi määrittää hoitajan ja asiakkaan väliset kohtaamiset, mikä tulee huomioida palvelun sisällössä.

Kun asiakkaan tahdon ja RAI-tulosten välillä on ristiriitaa, syntyy tilanteita, joissa tarvitaan myös eettistä ajattelukykyä. On tilanteita, joissa mittaritulosten mukaan pitäisi toimia jollain tavalla asiakkaan edun saavuttamiseksi, mutta asiakas ei itse ole asiassa mukana. Tilanteessa korostuu ammattiosaaminen ja hyvät vuorovaikutustaidot. Tilanne hankaloituu entisestään, jos vastapuolena on muistisairas, jolla ei ole lähiomaisia. Tällöin ammattilaisen vastuu tilanteessa on suuri ja päätöksentekoon tarvitaan tukea. RAI- arviointi voi sitä osaltaan antaa tukemalla ammattilaista päätöksenteossa.

Palveluvalikoiman palvelut kotihoidossa on rajattu, kuten jo aiemmin on todettu, siten, että ne painottuvat hoitotyöhön (vrt. Virkola 2014, s. 278). Tarvetta olisi mielestäni saada niiden sisältöön enemmän yksilöllistä vaihtelua, jossa voisivat yhdistyä samalla eri sektoreiden palvelut limittyneinä toisiinsa. Hoitotyön pitää julkisen kotihoidon työssä edelleen olla tärkeässä asemassa, mutta asiakkaan elämänlaatuun ja hyvään elämään tulisi myös kiinnittää enemmän huomiota, jotta jo lainkin vaatima kotona asuminen mahdollisimman pitkään olisi mahdollista.

Asiakkaalle räätälöityjen palvelujen kokonaisuus näyttäytyy käytännössä asiakkaalle ja omaiselle hoitosuunnitelman kautta organisaation tuottaman palveluvalikoiman

puitteissa. Tutkimusten perusteella omakohtaiset palvelut ja niiden käyttäjäkokemus on merkittävä asiakkaalle (Heikkilä & Mäkelä 2015, s. 30). Tämä kokonaisuus kuitenkin perustuu onnistuneeseen palvelujen suunnitteluun, joka painottaa asiakkaan asiantuntijuuden ymmärtämistä sekä käytössä olevien välineiden käyttöä perustellulla tavalla (Payne 2000, s. 83. Jahnukainen, 2021, s.12, Hujala & Taskinen, 2020, s. 251). Hoidon yksilöllisyyden toteutumiseen RAI-arvioinnista saa tukea. Asiakkaat esittävät usein kysymyksen, miksi joku toinen saa apua esim. ruuanlaitossa ja minä en. Mikäli palvelut suunnitellaan yksilöllisesti asiakkaan toimintakyvyn ja tarpeen perusteella näin tulee ollakin. RAI-järjestelmän hyväksikäyttö parantaakin onnistuessaan organisaation asiakaslähtöistä toimintaa ja tukee palvelujen tasa-arvoista, yksilöllistä ja osallistavaa määrittymistä kullekin asiakkaalle.

Kotihoidon vaikuttavuutta arvioitaessa tuleekin mielestäni huomioida se, että myös hoitotyö on prosessi (vrt. STM 2017, s. 113) ja pelkkää tavoitteeseen pääsemistä arvioitaessa ei tule esiin kotihoidon koko vaikuttavuus. Tavoitteita määriteltäessä tulisikin hyväksyä myös se näkemys, että usein esim. arkinen kohtaaminen on asiakkaalle tärkeämpää kuin kotihoidon hoitosuunnitelmassa olevaan tavoitteeseen pääseminen ja kotihoidon todellinen vaikuttavuus ilmenee juuri tämän kohtaamisen kautta. (Kari-niemi ym. 2020, s. 25-26). Hoitotyö on aina vuoropuhelua asiakkaan ja ammattilaisen tavoitteiden välillä, jossa molemmat tuovat esiin oman näkemyksensä, ammattilainen perustellusti, ja siinä pyritään yhteisymmärrykseen. RAI:n avulla on toisaalta mielestäni vaikeaa havaita näitä prosessin sisäisiä muutoksia, mikäli ne eivät vaikuta RAI:sta muodostuviin tuloksiin

Kaiken kaikkiaan jatkossa tulisi ennen kaikkea panostaa siihen, että RAI-arviointi saisi paikan hyödynnettävänä mittarina, joka tukee yksilöllisyyttä. Sen sisältö tulee näkyväksi kirjaamisen kautta. Palvelujen suunnittelussa RAI auttaa yksilöllisten palvelujen suunnittelussa ja niiden perustelemisessa asiakkaalle. Voimavaroja etsiessä tai tavoitteita määrittäessä, niitä tulisi etsiä myös RAI-arviointia apuna käyttäen. Kun hoitotyössä tulee ongelmia, myös niitä voisi peilata RAI arvioinnin kautta ja pohtia löytyykö sieltä vastaus ongelmaan. Niin ikään moniammatillisesti voisi tuloksista poimia ne, jotka hyödyttävät kulloisenkin ongelman ratkaisemisessa, esim. muistisairauksien

kohdalla RAI antaisi tietoa jopa kattavammin kuin medikaaliseen ajatteluun vielä enemmän painuttavat mittarit, jotka tällä hetkellä ovat käytössä. Kaikki huomioitavat asiat eivät kuitenkaan tule esiin arvioinnin kautta, joten ammattitaidon merkitys on tärkeä osa arviointia.

RAI-arviointia tulee aina palvelusuunnitelmassa avata sanallisesti, jotta se on jatkossa paremmin hyödynnettävissä ammatillisesti hoitosuunnitelman pohjana ja jotta asiakas ymmärtää osallisuutensa omien palvelujensa suunnittelussa. Asiakkaalle on olennaista selittää, miksi arviointi tehdään, jotta asiakas motivoituu vastaamaan siten, että arvioinnista saadaan luotettava. (Manssila ym. 2018, s.2) Asiakkaan tulee olla osallisena omien palvelujensa suunnittelussa ja RAI-arviointiin pohjautuen hänelle tulee selittää omaan toimintakykyynsä vaikuttavat asiat voimavaroja painottaen, jotta asiakkaalla myös itsellään on mahdollisuus niihin vaikuttaa (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta, 2012/980, 1§, Sosiaalihuoltolaki 2014/1301, 1§, 4§; Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi, 2020, s. 43, 45). Lisäksi RAI-arviota kirjattaessa kantaa tulisi ottaa kokonaisvaltaisesti kaikkiin elämänalueisiin, jotka RAI-arvioinnin kautta nousevat esiin ja käyttää niitä voimavarojen, tavoitteiden, sekä avuntarpeiden järjestämiseen asiakkaan yksilöllisen tarpeen mukaan. Iäkkään kohdalla tulee hyväksyä myös hänen tarpeensa sellaisinaan ja pyrkiä vastaamaan niihin, jotta kotona asuminen olisi mahdollista. Asiakasta tulee lisäksi tukea voimavarojen ja tavoitteiden etsimisessä, koska ikääntymisen aiheuttamat muutokset ovat asiakkaan resilienssistä riippuen mahdollisesti vaikeita asiakkaalle itselleenkin havaita. Toimijuutta ja kuntotumista pitää tukea, jotta minäpystyvyys säilyy. RAI-arvioinnin kautta havaittuihin asioihin tuleekin siis puuttua järjestelmällisesti ja palveluja suunniteltaessa määritellä palvelusuunnitelmassa myös aikataulu, miten tavoitteiden toteutumista seurataan.

Kokonaisuudessaan tutkimuksen tekemiseen aikaa kului yli vuosi. Tutkimuksen syklisyys konkretisoitui minulle. Ensimmäinen tapaaminen loi pohjaa sille, että myöhemmät toimet saadaan onnistumaan. Toivoakseni prosessi RAI-arvioinnin hyödyntämiseksi jatkuu edelleen hoitosuunnitelman ja väliarviointien puolella. Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia, miten RAI-arvot vaikuttavat myönnettäviin palveluihin. Tämä yhtenäistäisi palvelujen myöntämistä edelleen. RAI-arvioinnin hyödyntäminen vaatii myös prosessien läpikäymistä ja kehittämistä, mikä organisaatiossamme on

onnistunut mallikkaasti. RAI ei ole kokonaisvaltaisuudestaan huolimatta kaiken kattava, vaan ammattilaista ja asiakasta tarvitaan, jotta tuloksiin saadaan järki ja ne saadaan ilmentämään asiakkaan yksilöllisiä tarpeita asiakkaan tarpeiden mukaisesti. Tämän vuoksi myös arviointia vuorovaikutuksen näkökannalta olisi mielenkiintoista tutkia lisää.

Yhteenvetona todettakoon, että RAI on analysointia vaativa mittaamiseen perustuva työväline. Kuten Manssila ym. (2018, s. 3) toteavat ”sosiaalialan ammattihenkilö ei perusta päätöksentekoaan yksinomaan käyttämiinsä mittareihin. Mittareiden avulla saatu tieto on vain yksi osatekijä kokonaisvaltaista harkintaa edellyttävässä sosiaalihuollon päätöksenteossa.” Ammattilainen tarvitseekin mittaustulosten tulkintataitoja, ohjelmiston ja tietotekniikan käyttötaitoja, oman alansa osaamista, vuorovaikutustaitoja, ratkaisukeskeisyyttä, systemaattisuutta jne. jotta järjestelmän hyödyt saadaan kunnolla käyttöön. Kokonaisvaltaisuutensa vuoksi muita mittareita ei välttämättä tarvita ja kaikki iäkkään elämänlaatuun vaikuttavat asiat tulee huomioitua tasapuolisemmin kun RAI-arviointia käytetään.

LÄHTEET

Elliott, J., Gordon, A., Tong, C. E., & Stolee, P. (2020). We've got the home care data, what do we do with it?": understanding data use in decision making and quality improvement. BMC Health Services Research, Article number: 251.

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7093944/pdf/12913_2020_Article_5018.pdf

ETENE 2011, Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. <https://etene.fi/documents/66861912/66865169/ETENE-julkaisuja+32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf/>

FinnCC (12/2019). Kanta, hoitotyön keskeiset rakenteiset tiedot, hoidon tarve. <https://yhteistyotilat.fi/wiki08/pages/viewpage.action?pageId=56886412>

Finne-Soveri H, Mäkelä M, Tepponen M. (2014). Kotihoitoon on panostettava, jotta huonokuntoinenkin voi voida hyvin ja kuntoutua omassa kodissaan – Case Eksote. Tutkimuksesta tiiviisti 25, marraskuu 2014. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-383-3>

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

Havulinna S. (28.2.2019). RAI järjestelmän yleiskuvaus, Terveysportti, TOIMIA-tietokanta. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/tmi/article/tmm00181?toc=307494>

Heikkilä R. & Mäkelä M. (2015). Onnistuminen - RAI-vertailukehittäminen 15 vuotta suomessa <https://urn.fi/urn:isbn:978-952-302-478-6>

Heikkilä, R., Mäkelä, M., Havulinna S., Hietaharju, P., Lind, M. & Noro, A. (toim.) (9/2021). Valoisa tulevaisuus. RAI-vertailukehittäminen 20 vuotta Suomessa. Raportti. Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos. Julkaistu 15.11.2021. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/143353/URN_ISBN_978-952-343-737-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Hetemaa, T., Kannisto, R., Knape, N., Ridanpää, H., Rintala, E., Rissanen, P., Suomela, T. & Syrjänen, T. (2021). Sosiaali- ja terveyspalvelut Suomessa 2019: Asian tuntija-arvio. Helsinki, THL. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-630-5>

Hiilamo, H. & Salin, S. 2020. Uudistuva palvelujärjestelmä. Teoksessa Laaksonen, H., Laitinen, H. & Hiilamo, H. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 26 – 55. www.ellibslibrary.com

Hirsjärvi S., Remes P., Sajavaara P. 2010, Tutki ja kirjoita, 15.-16. painos, Kariston kirjapaino oy Hämeenlinna

Hujala A. & Taskinen H. (toim.), Uudistuva sosiaali- ja terveysala (2020). Tampere: Tampere University Press, 241–266. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-359-022-9>

Ikegami N., Hirdes J.P., Carpenter G.I., n.d. Measuring the quality of longterm care in institutional and community settings. Improving Health Care Systems in OECD countries. <https://www.oecd.org/els/health-systems/1960045.pdf>

Ikäohjelman valmisteluryhmä (2020). Kansallinen ikäohjelma vuoteen 2030: Tavoitteena ikäkyvykäs Suomi. 2020:31. Helsinki, Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-6865-3>

Ikäneuvo (2018). Asiakasohjaajan käsikirja. https://www.tampere.fi/tiedos-tot/i/szq2RjitP/ikaneuvo_asiakasohjaajan_kasikirja.pdf

InterRAI n.d.: <https://interrai.org/> Haettu 10.11.2021

Jahnukainen H. & Saarela J., (2021). Palvelutarpeen arviointitieto osaksi ikäihmisten asiakasohjauksen tiedolla johtamista – RAI-CA+HELSan hyödyntämisen mahdollisuudet OPINNÄYTETYÖ Marraskuu 2021 Sosionomi YAMK Sosiaalialan erityis-asiantuntija ylempi tutkinto-ohjelma <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2021112922474>

Junnila E. & Karesto M., (16.5.2018). Asiakkaan palvelutarpeen arviointi ja palveluiden koordinointi. RAI-seminaariarkisto. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/rai-seminaarit/rai-seminaariarkisto#asiakasohjaus>

Junnila E. (2017). Palveluohjauksen työvälineiden arviointi ja käytön kehittäminen – Ohjausvaiheen työvälineet: Ensitiето ja RAI CA Vanhustyön (ylempi AMK) -koulutusohjelma. Satakunnan ammattikorkeakoulu. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201805239892>

Kananen J. (2012). Kehittämistutkimus opinnäytetyönä, kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas, Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 134, Tampereen yliopistopaino Juvenes Print

Kananen J. (2015). Opinnäytetyön kirjoittajan opas, Näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun, Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja -sarja, Suomen yliopistopaino Juvenes Print.

Kane R. (2001). Long-Term Care and a Good Quality of Life: Bringing them closer Together, *The Gerontologist*, Volume 41, Issue 3, 1 June 2001, Pages 293–304. <https://watermark.silverchair.com/>

Kane R. (2003). Definition, Measurement, and Correlates of Quality of Life in Nursing Homes: Toward a Reasonable Practice, Research, and Policy Agenda. The Gerontologist Copyright 2003 by The Gerontological Society of America Vol. 43, Special Issue II, 28–36. <https://watermark.silverchair.com/>

Kvalimotiv.fi Viitattu 8.11.2020, <https://www.fsd.tuni.fi/metodologia/metodologia/kvali>

Kariniemi K., Siira H., Kyngäs H. & Kaakinen P. (2020). ”Vanhakin on ihminen” Ikääntyneiden kokemuksia vahvuuksistaan, voimavaroistaan ja kotihoidosta Gerontologia 34(1) 25-42. <https://journal.fi/gerontologia/issue/archive>

Kasurinen A. (2014). Siinä toimijuus missä mieli, toimijuus iäkkään henkilön itsensä sanoittamana, pro gradu tutkielma, Lapin yliopisto, sosiaalityö. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:ula-201409081380>

Kermally S 2004, Gurus on People Management, Thorogood Publishing. <https://ebook-central.proquest.com/lib/>

KT 2007. Kunta- ja hyvinvointityöntekijät. Kuntapalvelujen strateginen toteuttaminen henkilöstöjohtamisen avulla (KT:n kannanotto 14.3.2007) <https://www.kt.fi/henkilosto-johtaminen/suosituksset/kuntapalvelujen-strateginen-toteuttaminen>

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

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta 28.12.2012/980, Haettu 12.10.2021. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 17.8.1992/785, Haettu 4.3.2022. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista Haettu 15.1.2022. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 3.8.1992/734 Haettu 1.2.2022. finlex

Leinonen S. 2020, Muistisairaiden kotonaan asuvien iäkkäiden ihmisten sosiaalisen olomuotoisuuden turvaaminen gerontologisessa sosiaalityössä, pro gradu tutkielma, Helsingin yliopisto, Valtiotieteellinen tiedekunta. Suljettu kokoelma, saatavissa pdf muodossa Helsingin yliopiston kirjastosta.

Maddux J.E. edit. (1995). Self-Efficacy, Adaptation, and Adjustment : Theory, Research, and Application. Springer. ProQuest Ebook central. <https://ebookcentral.proquest.com/lib>

Manssila J., Talentia, Rahikka A., Miina Sillanpään Säätiö & Sjöblom S., Helsingin yliopisto Julkaistu: (5.7.2018). Suositus toimintakykymittareiden yhdenmukaiseen ja eettiseen käyttöön sosiaalialan asiakastyössä. TOIMIA-suositukset. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136612/>

Metsämuuronen Jari 2003, Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä, Gummerus kirjapaino, Jyväskylä 2. uudistettu painos

Noro A. & Karppanen S. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön raportteja ja muistioita (2019: 29). Ikäihmisten kotihoidon ja kaikenikäisten omaishoidon uudistus 2016–2018 Tuloksia ja toimintamalleja, <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4060-4>

Näslindh-Ylispaangar A. (2016), Vanhuksen terveyden hyvinvoinnin ja hyvän elämän edistäminen. e-kirja Edita publishing oy

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. (2014). *Kehittämistyön menetelmät: Uudenlaista osaamista liiketoimintaan*. 3. uud. p. [Helsinki]: Sanoma Pro. e-kirja, Adobe Digital Edition

Paalanen T. (2020), Askeleet arvioinnista asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan, RAI-seminaarivesitys/ THL seminaarit ja koulutukset

Parsons M., Senior H., Chen, X. M-H., Jacobs, S., Parson, J., Sheridan, N. & Kenealy, T. (2013). Assessment without action: a randomised evaluation of the interrai home care compared to a national assessment tool on identification of needs and service provision for older people in New Zealand. *Health and Social Care in the Community* 21 (5), 536–544. <https://doi.org/10.1111/hsc.12045>

Payne M. (2000). The politics of case management and social work. *International Journal of Social Welfare*. Blackwell. 9/2000, 82–91. <https://web-p-ebshost-com.lil-lukka.samk.fi/ehost/pdfviewer/>

Penttinen, L., Kolehmainen, L., Alastalo, H., Havulinna, S., Valkeinen, H. (2020). Toimintakykyä arvioidaan kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa monialaisesti. Tutkimuksesta tiiviisti 07/2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139880/URN_ISBN_978-952-343-500-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pichere, P. , Cadiat, A. & 50Minutes (2015). La Pyramide de Maslow : Comprendre et Classifier les Besoins Humains. Lemaitre publishing. <https://ebookcentral.proquest.com/>

Päivärinta E. & Haverinen R., (2002). Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma -opas. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Sosiaali- ja terveysministeriö Suomen Kuntaliitto Stakes. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69998/op52.pdf>

Rahja S. (2021). RAI-arviointi osana Vaasan kaupungin kotihoidon uusien asiakkaiden palvelutarpeen arviointiprosessia. Ylempi AMK-tutkinto Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen. Vaasan ammattikorkeakoulu <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-202104134702>

Ristolainen H, Tiilikainen E & Rissanen S. (2018) Kotona asuvien ikäihmisten palveluohjauksen vaikuttavuus – kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Gerontologia 2018; 4: 252–71. <https://journal.fi/gerontologia/article/view/75681/38962>

Ristolainen H., Roivas P., Mustonen E.& Anneli Hujala A., (2020), Asiakaslähtöinen palveluohjaus 241-267. Teoksessa Uudistuva sosiaali- ja terveysala. Tampere University Press. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:tuni-202011278266>

Salahudeen M.S.& Nishtala P.S. (2018).Clinical Gerontologist, volume 42 2019, issue 5 463-484, A Systematic Review Evaluating the Use of the interRAI Home Care Instrument in Research for Older People. Pubmed. <https://doi.org/10.1080/07317115.2018.1447525>

Seikola S (2018), Palvelukoti kotikaaren kirjaamisen arviointi ja kehittäminen, Ylempi AMK Vanhustyö, Satakunnan ammattikorkeakoulu. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2018112919014>

Sinha Samir K. 2019, InterRAI Home Care Assessments: How to Make the Most of the Them in Your Clinical Decision Making. diaesitys https://www.rgptoronto.ca/wp-content/uploads/2019/10/RGP-of-Toronto-InterRAI-Webinar-November-5_2019_708.pdf

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301, Finlex ajantasa. Haettu 3.2.2022. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>

Stakes 2006, Riittävät palvelut jokaiselle. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76061/M233-VERKKO.pdf>

STM 2017, Sosiaalihuoltolain, soveltamisopas. Julkaisuja 2017:5. Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3959-2>

STM 2019. Sosiaali- ja terveysministeriö. I&O-KÄRKIHANKKEEN ARVIOINTI 3/2019. <https://stm.fi/documents/1271139/13111556/Raportti+IO+arviointi.pdf/>

Suhonen R, Leino-Kilpi H, Gustafsson ML, Tsangari H & Papastavrou E, (2013). Hoitotiede, 25 (2), 80-91, Yksilöllinen hoito — potilaiden ja hoitajien näkemysten vertailu

Terveystieteiden tutkimuskeskus 30.12.2010/1326. <https://finlex.fi/fi/laki/ajan-tasa/2010/20101326>

Tampereen kotisivut (2.11.2018) Ikäneuvo. <https://www.tampere.fi/tampereen-kaupunki/organisaatio/sosiaali-ja-terveyspalvelujen-palvelualue/projektit/ikaneuvo.html>

THL (2019) Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Sosiaali- ja terveyspalvelut TAYS-erityisvastuualueella. PÄÄTÖSTEN TUEKSI 6/2020 Pirkanmaa Etelä-Pohjanmaa Kanta-Häme https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140638/THL_Alueellinen_raportti_2020_TAYS%20saavutettavuus%2010.12.pdf?sequence=4&isAllowed=y

THL 2021: Tietoa RAI järjestelmästä Haettu 7.3.2021, Päivitetty: 27.1.2021, <https://thl.fi/fi/web/ikaantymisen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/tietoa-rai-jarjestelmasta>

THL 2018: Keskitetty neuvonta ja asiakasohjaus Suomessa, neuvonnan ja asiakasohjauksen toimintayksikkökysely, diasarja <https://www.slideshare.net/THLfi/keskitetty-neuvonta-ja-asiakasohjaus-suomessa>

THL 2021, Keskitetty neuvonta ja asiakasohjaus <https://thl.fi/fi/web/ikaantymisen/muuttuvat-vanhuspalvelut/keskitetty-neuvonta-ja-asiakasohjaus>

THL 2022, RAI järjestelmän mittareita <https://thl.fi/fi/web/ikaantymisen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/tietoa-rai-jarjestelmasta/rai-jarjestelman-mittareita>

THL nd, RAI-välineistö. <https://thl.fi/fi/web/ikaantymisen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/tietoa-rai-jarjestelmasta/rai-valineisto>

THL 2020, Asiakassuunnitelma ja palvelusuunnitelma. <https://thl.fi/fi/web/vammais-palvelujen-kasikirja/asiakasprosessi/asiakassuunnitelma-ja-palvelusuunnitelma>

Turjamaa, R., Hartikainen, S., Kangasniemi, M. & Pietilä, A-M. (2015). Is it time for a comprehensive approach in older home care clients' care planning in Finland? Scandinavian Journal of Caring Science 29, 317–324.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019, Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa, Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja, 3/2019. https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2020.pdf

Veteläinen E. 2017, RAI-seminaariesitys, 11.5.2017; saatavissa THL RAI seminaariarkistosta

Virkola E, 2014 Toimijuutta, refleksiivisyyttä ja neuvotteluja – muistisairaus yksin-asuvan naisen arjessa, Jyväskylän yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-5568-7>

Vähäkangas P, Niemelä K, Mäkelä M, Noro A. Ikäihmisen palvelutarve ja palveluihin ohjautuminen RAI-tunnuslukuja hyödyntäen. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 13/2017. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-981-1>

WHO (2020) The World Health Organization. Global Strategy and Action Plan on Ageing And Health 2016-2020.

https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_INF2-en.pdf

KYSYMYSLOMAKE

Haastattelu 23.2.2022

Nykytilanteen kartoitus

Kuinka kauan olet käyttänyt RAI arviointia?

Mihin käytät RAI tuloksia?

Miten RAI:n käyttösi on muuttunut vuosien varrella?

Mitä RAI:n käyttäminen mielestäsi vaatii sinulta tai asiakkaalta? Onko omainen usein paikalla?

Miten vastaanottajat suhtautuvat arviointiin?

Miten käyt arvioinnin läpi asiakkaan kanssa? Mikäli arviointia ei voi aina käydä läpi, mistä se johtuu?

Miten hyödynnät RAI arviointia nykyään palvelusuunnitelmaa tehdessäsi?

Miten RAI arviointi mielestäsi muuttanut palvelujen suunnittelua?

Miten nykyisessä palvelusuunnitelmassa näkyy yhteys RAI arviointiin/näkykö sitä?

Miten asiakkaan oma mielipide näkyy RAI arvioinnin kautta?

Missä asioissa RAI toimii hyvin ja missä huonommin kun suunnittelet palveluja? Miten se näkyy niissä?

Miten tuot RAI:n avulla esiin asiakkaan voimavaroja? Tai miksi et tuo?

Miten Käytät RAI arviointia tavoitteiden asettelussa? Tai miksi et käytä?

Voiko mielestäsi RAI tulosten (tarpeet) ja asiakkaan tavoitteiden välillä olla ristiriitaa? Miten se näkyy? Miten ristiriita tulisi ratkaista?

Arvioinnin hyödyntäminen käytännössä

Millainen palvelusuunnitelman tulisi olla, jotta RAI:n hyödyntäminen paranee?

Miten RAI arviointia tulisi hyödyntää asiakas ja palvelusuunnitelmissa? (mihin RAI arviointiin/mittareihin/CAPSeihin perustuen ja mitä asioita on kaikkien syytä tuoda esiin kun analysoi sitä.)

Miten asiakkaan omat toiveet (yksilöllinen tarve) on mahdollista saada esiin arvioinnin kautta?

Miten voimavarat olisi mahdollista löytää RAI:n tukemana?

Miten RAI voi auttaa tavoitteiden muotoilussa?

