

**Maria Ojaluoto & Verna Piironen**

# **RAI-arvioinnin hyödyntäminen ikääntyneiden hoitotyössä hoitajien näkökulmasta**

Sairaan- ja terveydenhoitaja

Kajaanin ammattikorkeakoulu

Syksy 2024



**KAMK • University  
of Applied Sciences**

## Tiivistelmä

**Tekijä(t):** Ojalaoto Maria & Piironen Verna

**Työn nimi:** RAI-arvioinnin hyödyntäminen ikääntyneiden hoitotyössä hoitajien näkökulmasta

**Tutkintonimike:** Sairaanhoidtaja & Terveystenhoitaja (AMK)

**Asiasanat:** hoitotyö, ikääntynyt, ikääntyneen hoitotyö, ikääntyneen laitoshoidto, ikääntyneiden ympärivuorokautinen hoivayksikkö, RAI-arviointi, toimintakyky, toimintakykymittaristo

Tässä toiminnallisessa opinnäytetyössä toteutimme työpajan, jonka avulla selvitimme ikääntyneiden hoivayksikön hoitajien kokemuksia siitä, millaiseksi he kokevat RAI-järjestelmän käytön, minkälaista koulutusta he ovat saaneet järjestelmän käyttöön liittyen sekä millaisia resursseja työpaikka tarjoaa arviointiprosessin tueksi. Samalla pyrimme ymmärtämään, kuinka järjestelmän hyödyntämistä voitaisiin kehittää entistä tehokkaammaksi osaksi ikääntyneiden hoitotyötä. Työn toimeksiantajana toimii anonyymi ikääntyneiden ympärivuorokautinen hoivayksikkö.

Työssämme olemme käyttäneet Jämsä & Mannisen (2000) tuotteistamisprosessin kirjaa, jonka avulla olemme tehneet tuotteeksemme työpajan. Tuloksia opinnäytetyöhömme olemme keränneet työpajan avulla, missä kävimme suullista keskustelua hoitajien kanssa sekä keräsimme vastauksia myös paperiselle kysymyslomakkeelle. Työpajan sisällön olemme äänittäneet. Työpajasta saadut hoitajien vastaukset olemme analysoineet käyttäen laadullista tutkimustapaa. Luokittelimme samankaltaiset vastaukset ryhmiin ja teimme näistä johtopäätöksiä. Nämä johtopäätökset annamme tarkasteltavaksi tilaavaan yksikköön työn valmistuttua. Johtopäätöksiä avulla työyksikkö voi puuttua ilmenneisiin kehittämiskohteisiin ja toimia näiden mukaan.

RAI-arviointijärjestelmä (Resident Assessment Instrument) on kansainvälinen työkalu, jonka tarkoituksena on parantaa hoidon laatua ja resurssien kohdentamista esimerkiksi ikääntyneiden hoitotyössä. Sen avulla voidaan kerätä systemaattisesti tietoa potilaiden terveydentilasta ja toimintakyvystä, mikä mahdollistaa yksilöllisten hoitosuunnitelmien laadinnan sekä näiden seurannan. RAI-arviointityökalu on säännöllisesti käytettävä arviointimittari. Hoitajilla on keskeinen rooli RAI-arvioinnin toteuttamisessa ja hyödyntämisessä päivittäisessä työssään.

Työpajasta saatuja vastauksia lähdimme analysoimaan laadullisen tutkimusmenetelmän avulla. Saimme selville, että työyksikössä RAI-arviointien tekeminen koetaan haastavana hoitajien näkökulmasta. Haastavuuteen vaikuttaa resurssipula, koulutuksen ja perehdytyksen vähäisyys sekä näistä tekijöistä johtuva motivaation puute työtehtävää kohtaan. Osalla hoitajista on enemmän kokemusta RAI-arviointien tekemisestä. Kokemuksen myötä he tuntevat arviointien tekemisen osaksi päivittäisiä työtehtäviä. Johtopäätöksinä voimme siis todeta, että RAI-arviointiin liittyvien kokemusten parantamiseksi yksikössä tulisi lisätä aiheeseen liittyvää koulutusta, jotta hoitajien osaaminen parantuisi työtehtävässään. Myös riittävä resurssien tarjoaminen hoitajille on tärkeää, jotta arvioinnin toteuttaminen olisi mieluisaa sekä tulokset olisivat luotettavia. Osaamisen kehittämisellä RAI-arviointien tuloksia voidaan hyödyntää enemmän myös käytännön hoitotyössä. Hyödyntämällä arviointien tuloksia hoitotyön laatua ja luotettavuutta voitaisiin kehittää.

## Abstract

**Author(s):** Ojalaoto Maria & Piironen Verna

**Title of the Publication:** Utilization of RAI Assessment in Elderly Care as Seen from Caregivers' Perspective

**Degree Title:** Bachelor of Health Care, Public Health Nursing

**Keywords:** elderly, elderly care, functional ability, functional ability measurement tool, institutional care for the elderly, nursing care, RAI-assessment, 24-hour care unit for the elderly

This thesis focuses on caregivers' experiences in an elderly care unit regarding the use of the RAI system, training they had received, and resources provided by their workplace to support the assessment process through a qualitative research method. The aim was also to understand how the utilization of the system could be further developed to become a more effective part of elderly care. The commissioner of this thesis was an anonymous 24-hour elderly care unit.

A workshop was developed following the productization process of Jämsä & Manninen to collect results for the thesis. The workshop, which was also recorded, included discussions with caregivers, and their responses were gathered using a paper questionnaire. The results of the workshop were categorized and analyzed, and conclusions were drawn. These conclusions will be submitted to the commissioner upon the completion of the thesis. Based on the conclusions, the care unit can address the identified areas for development and take appropriate actions.

The RAI (Resident Assessment Instrument) assessment system is an international tool aimed at improving the quality of care and the allocation of resources, particularly in elderly care. It allows for the systematic collection of information about patients' health and functional status, which facilitates the creation and monitoring of individualized care plans. The RAI assessment tool is a regularly used evaluation measure. Caregivers play a central role in implementing and utilizing the RAI assessments in their daily work.

The responses collected in the workshop were analyzed using the qualitative research method. The analysis showed that, from the caregivers' perspective, completing RAI assessments was challenging in the unit due to a lack of resources, insufficient training and orientation, and a resulting lack of motivation toward the task. Some caregivers, with more experience, viewed RAI assessments as a routine part of their daily tasks. In conclusion, it can be stated that to improve caregivers' experiences with the RAI assessments, the unit should focus on increasing training to enhance their competence, providing resources to make the assessment process more engaging, and ensuring that results are reliable. By developing these skills, the RAI assessment results can be more effectively utilized in practical patient care, which will lead to improved quality and reliability of care in the unit.

## Sisällys

1	Johdanto .....	1
2	Toimintakyvyn eri ulottuvuudet .....	2
2.1	Ikääntyneen toimintakyky .....	3
3	RAI-käyttäjärjestelmä arviointityökaluna .....	5
3.1	Mitä tietoa RAI-arvioinnista saadaan .....	5
3.2	RAI-arviointijärjestelmän mittarit .....	6
3.3	Asiakkaan osallistaminen RAI-arvioinnin tekoon .....	7
4	RAI-vertailutietokantojen hyödynnettävyys iäkkään palveluprosessissa .....	9
5	Ikääntyneiden laitoshoidon ja iäkkäiden hoivayksikkö .....	11
6	Opinnäytetyömme tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset .....	13
7	Tuotteistamisprosessi työpajan laadinnassa .....	14
7.1	Kehittämistarpeen tunnistaminen .....	14
7.2	Ideointivaihe .....	15
7.3	Tuotteen luonnosteluvaihe .....	17
7.4	Työpajan kehittelyvaihe .....	18
7.5	Työpajan viimeistely .....	19
8	Työpajamme toteutus ja tuloksien analysointi .....	22
9	Työpajan tulokset ja jatkotutkimusaiheet .....	24
10	Pohdinta .....	30
10.1	Eettisyys opinnäytetyössämme .....	31
10.2	Luotettavuus opinnäytetyössämme .....	32
10.2.1	Aineiston luotettavuus opinnäytetyössämme .....	33
10.3	Oman ammatillisen osaamisen kehittyminen .....	34
	Lähteet .....	36

## Liitteet

## 1 Johdanto

Ikääntyneiden määrä väestössä on kasvanut suuresti. Sillä kuten tilastokeskuksen (2009) julkaisussa on huomattu, Suomen ikärakenteen muutos tulee olemaan tulevien vuosien aikana suuressa kasvussa, verrattuna muiden EU-maiden väestön ikärakenteeseen. Ikärakenteen kasvulla tarkoitetaan esimerkiksi elinikäodotteen nousua. Ikääntyneiden osuuden kasvaessa väestössä, kasvaa tällöin myös sosiaali- ja terveyspalveluiden merkitys. Tämän vuoksi ikääntyneiden palveluiden parissa on entistä enemmän ihmisiä, jolloin myös hoitotyön laadun varmistaminen nousee suureksi puheenaiheeksi. (Puro 2010.) Sen takia koemme, että opinnäytetyömme toimii osana nykyisen hoitotyön kehittämistä ja preventiivisenä apuvälineenä tulevaisuuden kannalta. Kiinnostuksemme opinnäytetyön aihetta kohtaan tulee omista työkokemuksistamme ikääntyneiden hoivayksiköissä.

Ikääntyneiden toimintakyvyn selvittämiseen, hoidon suunnitteluun ja hoidon arviointiin käytetäänkin erinäisiä arviointityökaluja, tässä opinnäytetyössä paneudumme RAI-arviointijärjestelmään. Resident Assessment Instrument (RAI) on standardoitu tiedonkeruun ja havainnoinnin arviointijärjestelmä, joka täyttää vanhuspalvelulain vaatimukset (Vaarama 2015, 3). RAI-arviointimittaristo on 01.04.2023 jälkeen vanhuspalvelulain mukaan palvelutarpeen- ja toimintakyvyn arvioinnissa hyvinvointialueilla velvoitettu väline (L 980/2012). Usein kokemuksiemme perusteella valmiudet RAI-arviointien hyödyntämiseen ovat olleet vajavaisia.

Opinnäytetyössä käytämme toiminnallista menetelmää. Tämä menetelmä on meille mieluisa, sillä pääsemme toteuttamaan yksikköön työpajan. Tämä toimii työmme tuotteena. Opinnäytetyössämme tarkoituksena on lähteä selvittämään, millaisia kokemuksia hoitajilla on RAI-arviointien tekemisestä ikääntyneiden hoidossa ja miten he hyödyntävät näitä arvioita hoitotyön päätöksenteossa. Tarkastelemme aihetta yksikön työntekijöiden näkökulmasta. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa yksikölle tietoa hoitajien kokemuksista RAI-arviointijärjestelmän käytöstä. Tämä tieto välitetään yksikölle työpajan kirjallisista ja äänitetyistä vastauksista laaditun Powerpoint-esityksen kautta. Raportin avulla voidaan hyödyntää tuloksia ympärivuorokautisen hoidon ammattilaisten RAI-osaamisen ja ikääntyneiden hoivan laadun kehittämisessä. Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat perustuvat aiemmin toteutettuihin tutkimuksiin, sekä opinnäytetöihin.

## 2 Toimintakyvyn eri ulottuvuudet

Toimintakyky käsitteenä tarkoittaa yksilön sosiaalisia, psyykkisiä ja fyysisiä edellytyksiä selviytyä jokapäiväisistä toiminnoista elämässään. Näitä toimintoja ovat esimerkiksi itsestä huolehtiminen, toisista huolehtiminen, ja vapaa-ajasta selviytyminen. Näiden edellytyksien tasapaino vaikuttaa ihmisen terveyteen. Yksilön toimintakykyyn vaikuttaa ympäristön negatiiviset ja positiiviset vaikutukset. Ympäristön tekijöistä puhuessa voidaan puhua elinympäristön vaikutuksista, esimerkiksi onko asuinympäristössä tarvittavia apuvälineitä tai liikkumistilaa fyysisen kunnon ylläpitämiseen tai päivittäisten toimien tekemiseen. (Savolainen-Mäntytjärvi, R. & Kauppinen, T. 2000.) Ihmisen toimintakykyä voidaan parantaa sekä tukea lisäpalveluilla ja elinympäristöön sekä asumiseen liittyvillä ratkaisulla. Toimintakykyä voidaan määritellä ICF- luokituksella tai erilaisilla toimintakyvyn ulottuvuuksilla. (Mitä on toimintakyky? 2023.)

ICF- luokitus (International Classification of Functioning, Disability and Health) on maailman terveysjärjestön (WHO) sekä toimintakyvyn ja toimintarajoitteiden asiantuntijaryhmä (Functioning and Disability Reference Group) FDRG:n tekemä kansainvälinen luokitus toimintakyvystä, toimintarajoitteista sekä terveydestä. Luokituksen avulla pystytään kuvaamaan yksilön toiminnallista terveydentilaa biopsykososiaalisesta näkökulmasta. Biopsykososiaalisella mallilla havaitaan mitkä toimintakykyä rajoittavat toimenpiteet ovat epäsuhteessa henkilön terveyden ja konkreettisten terveydellisten vaatimuksien välissä. (ICF-luokitus 2023.) ICF-luokitusta tulisikin käyttää yhdessä tautiluokitus ICD-10: n kanssa, jolloin yksilön terveyden ja toimintakyvyn tilasta saadaan yhtenäinen käsitys. ICF-luokitus on tärkeä keino yhteiskunnallisesti saada tietoa, kuinka väestö selviää arjessaan esimerkiksi päiväkodissa, koulussa, töissä tai laitosasumuksessa. (Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus 2001.) ICF-luokituksen avulla voidaan esimerkiksi helpottaa monialaisen yhteistyön toteutumista, mahdollistaa vertailun toimintakyvyn rakenteisessa kuvaamisessa sekä antaa tieteellistä perustaa päätettävillä toimilla.

Toimintakyvyn ja sen vaikutusten arvioiminen ovat tärkeä osa sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen työtä. Asiakkaan toimintakyvyn arvioiminen mahdollistaa oikeanlaisien palveluiden tarjoamisen ja siten tukee laadukkaan hoidon toteutumista.

Kuva 1. IFC-luokituksen rakenne (THL 2023)

<b>Osa 1: Toimintakykyä ja toimintarajoitteita kuvaava osa</b>	Ruumiin/kehon toiminnot ja rakenteet  Suoritukset ja osallistuminen
Kehon toiminnot	Mielentoiminnot, kipu, aistit, ääni ja puhe.
Kehon rakenteet	Hermojärjestelmä, silmät, korvat, sedän- ja verenkiertoelimistön rakenteet.
Suoritukset ja osallistuminen	Oppiminen, liikkuminen, itsestä huolehtiminen ja kotielämä.
<b>Osa 2: Kontekstuaalisia tekijöitä kuvaava osa</b>	Ympäristötekijät  Yksilötekijät
Ympäristötekijät	Teknologia, palvelut, politiikka ja ympäristömuutokset.
Yksilötekijät (Yksilötekijöiden vaikutuksesta ei ole määritelty tarkemmin luokituksessa.)	Ikä, sukupuoli, elämäntyyli ja koulutus.

## 2.1 Ikääntyneen toimintakyky

Ikääkään toimintakykyyn vaikuttaa sairaushistoria, nykyisten sairauksien hoitotasapaino sekä elämäntavat. Preventiivisellä hoitotyöllä, toimeliaisuuden ylläpitämisellä ja palveluiden muokkaamisella saadaan ylläpidettyä ikääkään toimintakykyä. (Koskinen, Martelin & Sainio 2006.) Preventiivisellä hoitotyöllä tarkoitetaan terveyden riskitekijöitä ja sairauksia vähentävää toimintaa. (Preventio 2016.) On tärkeää selvittää säännöllisesti, moniammatillisesti sekä erilaisten mittareiden avulla ikääkään toimintakyvyn tilaa, jotta saadaan oikea käsitys hänen palvelutarpeistaan (Lehto-Niskala 2021, 397–398).

Ikääntyneen toimintakyvyn alentuminen tapahtuu asteittain. Toimintakyvyn kehitykseen vaikuttaa, kuinka paljon kykyjä käytetään. Taidot, joita ikääntynyt ei enää hyödynnä arjessaan, häviävät. Puolestaan taidot, joita ikäihminen hyödyntää säännöllisesti arjessaan, säilyvät pidempään. Tätä

kutsutaan ”Use it or lose it”- periaatteeksi. Toimintakyvyn säilyttämisen vuoksi on tärkeää, että ikääntynyttä tuetaan ja rohkaistaan tekemään asioita mahdollisimman itsenäisesti, mahdollisimman pitkään. (Cassel 2002.)

Yleensä ensimmäisenä heikentyy vaativat päivittäiset toiminnot (AADL – Advanced Activities of Daily Living). Vaativia päivittäisiä toimintoja ovat esimerkiksi harrastukset ja yhteiskunnalliseen toimintaan osallistuminen. Myöhemmin kyky välineelliseen toimintaan heikkenee (IADL – Instrumental Activities of Daily Living). Välineellisiin toimintoihin kuuluu esimerkiksi teknologian (puhelin tai tietokone) käyttäminen ja siivousvälineiden käyttö. Viimeisenä toimintakyvystä heikkenee kyky suoriutua päivittäisistä perustoiminnoista (ADL- Activities of Daily Living, tai BADL – Basic Activities of Daily Living). Päivittäisiin perustoimintoihin kuuluu esimerkiksi kävely, pukeutuminen, syöminen, WC:ssä käynti ja omasta hygieniasta huolehtiminen. Ikääntyneen toimintakyvyn asteittaisen heikkenemisen takia on tärkeää, että sitä arvioidaan säännöllisesti sekä tarvittavat palvelut voidaan mukauttaa yksilön sen hetkisen tilanteen mukaan. (Dunlop ym. 1997, Cornelis ym. 2019, 889–899.)

### 3 RAI-käyttäjärjestelmä arviointityökaluna

RAI-käyttäjärjestelmä on havainnoinnin ja tiedonkeruun välineistö, jota käytetään vanhuspalvelun asukkaiden palvelutarpeen arviointiin ja hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen (Mäkelä, Heikkilä, Havulinna & Niemi 2021). RAI-arviointi menetelmä on kehitetty 1980-luvulla Yhdysvalloissa ja sen tavoitteena on systematisoida iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn arviointi (Laukanen & Pekkonen 2013, 308).

RAI-järjestelmän käyttö edellyttää ammatillista, taidollista ja tiedollista osaamista. RAI-osaamista rakentaessa ammatillinen koulutus on tärkeässä osassa, tähän yleensä tarjotaan työnantajan puolesta koulutusta. Tiedollisella osaamisella tarkoitetaan ymmärrystä erilaisten RAI-mittareiden käyttötarkoituksista. Menetelmän käyttäjän tulee ymmärtää, miten mittarit eroavat toistaan. Taidollisella osaamisella tarkoitetaan sitä, että osataan käyttää RAI-järjestelmää oikeaoppisesti oman ammatillisen osaamisen mukaan. Työyhteisöltä vaaditaan kommunikaatiota, yhtenäisiä linjauksia ja selkeitä ohjeita RAI-järjestelmän käytöstä, jotta arviointi toteutuu yhdenmukaisesti ja työyksikön työntekijöiden yhteinen ymmärrys aiheesta kasvaa. (Mäkelä, Heikkilä, Havulinna & Niemi 2021.)

Arvioinnin säännöllinen toteuttaminen valtakunnallisesti vaaditulla työkalulla antaa ammattilaisille oikeanlaisen näkökulman asukkaan palvelutarpeesta ja tekee hoidosta silloin mahdollisimman yhdenvertaista. Asukkaan tarvittavien palveluiden selvittämiseen vaikuttaa henkilön omat voimavarat, olosuhteet ja odotukset saatavasta avusta ja tuesta. Jokaisen asukkaan palvelusuunnitelma täytyy miettiä yksilöllisesti, vaikka heidän mittariprofiilinsa olisi RAI-käyttäjärjestelmässä samanlainen. Säännöllisen palvelun saajilla, kuten ikääntyneiden hoivayksiköissä RAI-arviointi on tehtävä uudelleen aina viimeistään kuuden kuukauden kuluttua, mutta jos asukkaan hoidossa on tavoitteena esimerkiksi kuntoutuminen, voi tilannearviota tehdä lyhyemmillä aikaväleillä. (Mäkelä, Heikkilä, Havulinna & Niemi 2021.)

#### 3.1 Mitä tietoa RAI-arvioinnista saadaan

RAI-arvioinnista saadun tiedon pohjalta saadaan käsitys asiakkaan yksilöllisistä voimavaroista sekä mahdollisista riskitekijöistä. Yksilön terveydentilasta ja toimintakyvystä kertovat RAI-mittarit, sekä asiakkaan aiemmin käyttämät terveyspalvelut. Arviointia tehdessä järjestelmä antaa he-

rätteitä, jotka ohjaavat paneutumaan asiakkaan tarpeisiin. Herätteiden noustessa olisi hyvä miettiä mihin täytyy puuttua ja miksi, sekä miten herätteisiin perustuvien muutosten seurantaan tul- laan toteuttamaan. (Finne-Soveri 2015.) Kun RAI-arvioinnit tehdään säännöllisesti ja yhtenäisesti sekä niitä hyödynnetään asukkaan hoito- ja palvelusuunnitelman tekemisessä, saadaan RAI-tu- loksista hyödyllisiä hoitotyön suunnittelun ja arvioinnin kannalta. Silloin hoito on yhdenvertaista ja tarkoituksenmukaista. RAI-arvioinnin vakiinnuttaminen työvälineenä ikääntyneiden hoito- työssä mahdollistaa laadukkaan hoidon sekä arvokkaan elämän yksilölle hoivayksikössä. Tätä kautta ikääntyneiden elinikä voi myös pidentyä huomattavasti. (Mäkelä, Heikkilä, Havulinna & Niemi 2021.)

RAI-arvioinnin tuloksien pohjalta tehdään ikääntyneelle yksilöllinen hoito-, palvelu- tai kuntoutu- missuunnitelma. Arviointitiedosta saadaan myös tietoa, jolla voidaan seurata tehdyn suunnitel- man toteutumista. Suunnitelmaan tulee kirjata RAI-arvioinnin tulokset, asiakkaan kanssa sovitut mahdolliset tavoitteet, sekä miten suunnitelmaa seurataan. (Laukkanen & Pekkonen 2013.)

Suunnitelman toteutumisen arvioinnissa, sekä seurannassa käytetään RAI-arviointijärjestelmän mittareita, yhdessä moniammatillisen ryhmän kanssa. Suunnitelman toteutumisen arvioinnissa tulee hyödyntää myös asiakkaan omia mielipiteitä ja kokemuksia. Mikäli asiakas ei itse pysty ar- vioimaan toteutumista, voidaan hyödyntää myös läheisten näkökulmia. Jotta tulosten arviointi on luotettavaa ja vertailukelpoista, se edellyttää käyttäjältään koulutuksen. Saatavien tulosten pitää johtaa toimenpiteeseen tai hoitotavoitteiden arviointiin. Eri tarkoituksiin soveltuvien mitta- reiden mittaustulosten täytyy olla hyödynnettävissä yksikön hyväksi hoitosuunnitelmaa tehdessä. (Laukkanen & Pekkonen 2013, 308.)

### 3.2 RAI-arviointijärjestelmän mittarit

RAI-arviointi koostuu kolmesta osasta. Kysymyslomakkeesta, hoitosuunnitelman apuvälinelis- tasta sekä käsikirjasta. RAI-arviointijärjestelmässä muodostuu automaattisesti mittareita, jotka kuvaavat asiakaskunnan ja asiakkaan yksilöllisiä tarpeita sekä eri toimintakyvyn osa-alueita. Eri hoito- ja palvelumuotoja varten on kehitetty omat RAI-versiot. Jokaisessa versiossa on sama pe- rusrakenne, mutta versioilla on omat erityiskysymyksensä. Mittareilla saadaan laajempaa tietoa kuin yksittäisistä kysymyksistä. (Finne-Soveri 2015, 24.)

Ikääntyneiden ympärivuorokautisissa asumisyksiköissä käytetään RAI– mittaristoa (L 604/2022). Mittaristossa on yleensä pääsääntöisesti 19 eri mittaria. Nämä jakautuvat osa-alueiltaan arki-suoriutumiseen, kognitioon, sosiaaliseen aktiivisuuteen, mielenterveyteen, asiakasohjaukseen sekä erityisiin aiheisiin ja muihin mittareihin kuten BMI-painoindeksiin. Asukkaan palvelutarpeen arviointiin kuuluu toimintakyvyn arviointi, voimavarat sekä ympäristö. Hoivakodin asukkaalle tehtävässä RAI-arvioinnissa kuitenkin ympäristön vaikutuksella ei ole yhtä suurta merkitystä kuin toimintakyvyllä. Hoivakodissa asuvien ympäristö on yleensä vakiintunut ominaisuuksiltaan hoitotyötä mieltien. Toimintakyvyn arvioimiseen käytettäviä mittareita valittaessa on tärkeää miettiä, miten toimintakykyä halutaan mitata, keneltä sitä mitataan ja millä tavalla sillä halutaan seurata toimintakykyä. Mittarissa, jolla mitataan toimintakykyä, on tärkeää löytyä jonkinlaiset raja-arvot tai ”herätteet”, joilla saadaan kiinnitettyä huomiota esimerkiksi ongelmakohtiin. (RAI-välineistö 2023.) Päivittäisten perustoimintojen mittari, eli ”Katzin ADL indeksi” on todettu reliabiliteetiltaan ja validiteetiltaan tutkimuksissa hyviksi. (Laukkanen & Pekkonen 2013, 306.)

### 3.3 Asiakkaan osallistaminen RAI-arvioinnin tekoon

Asiakkaan objektiivisen arvioinnin lisäksi osassa RAI-arviointikysymyksiä on arvioinnin tekijällä otettava selvää asiakkaalle itselle tärkeistä asioista sekä hänen omasta käsityksestään omista voimavaroistaan. (Morris, Fries & Bernabei 2000). Objektiivinen arviointi tarkoittaa puolueetonta ja tasapuolista arviointia, jossa arvioija perustaa päätöksensä ja näkemyksensä faktoihin, mitattavissa oleviin tuloksiin ja selkeisiin kriteereihin, ilman henkilökohtaisia mielipiteitä, tunteita tai ennakoasenteita. (Juntunen 2008.)

RAI-arviointi toteutuu parhaalla mahdollisella tavalla, kun se toimii asiakkaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välillä eräänä vuorovaikutuksen välineenä, jonka avulla saadaan tietoa asiakkaan toimintakyvystä ja sen vaikutuksista myös häneltä itseltään. Asiakkaan omat näkemykset ja toiveet ovat tärkeitä huomioida arvioinnissa. (RaiSoft n.d) Asiakkaan osallistuminen arviointiin kirjataan lomakkeeseen. RAI- arviointi on mahdollista toteuttaa myös ilman yhteistyötä asiakkaan kanssa, jolloin myös tämä tulee kirjata lomakkeelle.

Osallisuuden merkitys on voimakkaasti sidoksissa ikääntyneiden hyvinvointiin, ja se vahvistaa uskoa tulevaisuuteen sekä omiin kykyihin. Ikääntyneiden arjessa osallisuus ilmenee mahdollisuutena elää itsensä näköistä elämää (THL 2020.) Osallisuuden tunne syntyy siitä, että voi vaikuttaa omaan elämään, sen tapahtumiin ja tarvittaviin palveluihin (Isola ym. 2017, 3). Tämän vuoksi

ikäntyneen osallistuttaminen hoitoon sekä sitä koskeviin päätöksiin on tärkeää, sillä se tukee näin myös ikäihmisen hyvinvointia.

Yleensä ikääntyneet asiakkaat, joiden kognitio on heikentynyt, osallistuvat vain osittain tai ei ollenkaan RAI-arviointien toteutukseen. Tällaiset asiakkaat, jotka eivät pysty osallistumaan kognition heikkenemisen vuoksi arviointiin itse, hyötyisivät läheisten osallistumisesta arviointiin. Osallistuminen arvioinnin toteutukseen tulisi turvata ikääntyneen kognitiosta tai kommunikaatio-ongelmista huolimatta. (Lind, Noro, Havulinna & Mäkelä 2020.)

#### 4 RAI-vertailutietokantojen hyödynnettävyys iäkkään palveluprosessissa

Iäkkään palveluprosessi hänen palveluitansa mietittäessä alkaa asiakasohjauksesta. Asiakasohjaus tarjoaa asiakkailleen matalakynnyksistä neuvontapalvelua sekä tarvittaessa laajempaa ohjausta. Matalan kynnyksen neuvontapalvelua pystytään tarjoamaan silloin, kun iäkkään ongelmiin voidaan tarjota suoraan jotain ratkaisua pelkällä neuvonnalla. Asiakas- ja palveluohjausta käytetään monimutkaisissa tilanteissa, joissa avuntarve selvitetään palvelutarpeen arvioinnilla pelkän neuvonnan sijaan. (RAI-arviointi asiakastyössä 2024.)

Palvelutarpeen arvioinnissa käytetään RAI-mittaristoa. Mittaristoa voidaan täyttää asiakkaan kanssa yhdessä tai jos hänen toimintakykynsä on niin heikentynyt, mittaristo täytetään hoitohenkilökunnan sekä omaisten avulla. Mittariston antamilla herätteillä voidaan huomata toimintakyvyssä tapahtuneet heikentymät, jolloin osataan antaa kohdistetumpaa apua asiakkaalle. Mittariston herätteisiin vastataan asiakasohjauksen puolelta, mutta palvelujen tarjoaminen ja niiden miettiminen tulisi kuitenkin olla moniammatillista. Asiakasohjaaja pystyy käyttämään mittariston herätteiden vertaamiseen RAI-vertailutietokantaa, joka antaa suuntaavia linjauksia siihen, miten herätteisiin reagoidaan. Palveluprosessissa noudatetaan lisäksi myös hyvinvointialueiden tekemiä linjauksia palveluiden käytöstä. (Palvelutarpeiden arviointi RAI-järjestelmällä 2024.)

THL:n sivuilta löytyy kaikille avoin *“Iäkkäiden säännöllisten palvelujen RAI-tietokanta”*. Vertailutietokantoja hyödyntäessä päätöksenteossa on kuitenkin tärkeä muistaa, että mittaristo ei ole täysin luotettava arviointiväline. Mittariston tuloksiin vaikuttaa esimerkiksi yksikkökohtaiset kirjaamiskäytänteet, resurssit ja asiakaskunnan rakenne.

Kuva 2. "Hoitotyön ja palvelun laatu ympärivuorokautisessa asumispalvelussa" (Edgren, Asikainen, Häsä & Aaltonen 2024, 15)

Taulukko 6. Hoitotyön ja palvelun laatu ympärivuorokautisessa asumispalvelussa (n = 47 629).

2022	Tahaton painon lasku, % n = 47 600	Kova päivittäinen tai ajoittainen sietämätön kipu, % n = 47 608	Virtsatieinfektio, % n = 47 629	Painevaurio tai painehaava*, % n = 47 629	Seurantajakson aikana vähintään kerran kaatuneet <sup>1</sup> , (%) n = 47 629	Päivystyskäynti 90 vrk aikana, % n = 47 629
Koko maa	8,3	3,9	5,2	9,1	18,0	7,7
Etelä-Karjalan hyvinvointialue	8,1	2,8	5,8	7,4	23,2	5,4
Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue	8,2	3,2	5,6	7,9	12,2	9,9
Etelä-Savon hyvinvointialue	7,5	3,6	6,3	7,3	15,9	7,0
Helsingin kaupunki	7,9	3,5	2,0	6,3	15,6	6,1
Itä-Uudenmaan hyvinvointialue	7,9	3,5	4,8	8,9	17,8	4,6
Kainuun hyvinvointialue	10,9	4,8	5,0	10,1	10,8	10,1
Kanta-Hämeen hyvinvointialue	9,6	3,6	4,3	9,0	12,5	7,9
Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue	8,5	3,0	5,0	9,6	8,2	8,2
Keski-Suomen hyvinvointialue	7,8	5,9	3,9	10,0	22,3	7,8
Keski-Uudenmaan hyvinvointialue	7,7	3,5	4,5	8,8	18,7	6,6
Kymenlaakson hyvinvointialue	4,8	3,5	8,0	6,2	23,1	7,7
Lapin hyvinvointialue	7,4	3,5	6,0	8,5	18,2	8,4
Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue	8,2	2,7	3,9	7,8	16,3	5,9
Pirkanmaan hyvinvointialue	9,3	5,2	5,9	12,2	25,0	8,0
Pohjanmaan hyvinvointialue	7,6	4,4	6,2	9,7	12,0	9,9
Pohjois-Karjalan hyvinvointialue	6,6	3,0	8,1	8,6	19,4	7,6
Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue	7,3	3,7	6,4	9,5	17,9	10,4
Pohjois-Savon hyvinvointialue	9,4	4,1	7,5	9,1	17,7	7,3
Päijät-Hämeen hyvinvointialue	9,5	4,5	4,6	11,0	22,8	5,8
Satakunnan hyvinvointialue	8,9	2,6	6,6	9,9	20,5	7,0
Vantaan ja Keravan hyvinvointialue	8,9	3,4	4,1	7,7	13,8	7,5
Varsinais-Suomen hyvinvointialue	9,2	4,1	4,9	9,8	15,3	7,8
Ahvenanmaa	..	..	..	8,4	23,2	16,3

<sup>1</sup> Seurantajaksona on RAI-HC- ja interRAI-välineiden-arvioinneissa 90 vuorokautta, RAI-LTC-arvioinneissa 30 vuorokautta.

.. Tietoa ei ole saatu, se on liian epävarma esitettäväksi tai se on salassapitosäännön alainen.

\* Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen ympärivuorokautisen asumispalvelun Painevaurio tai painehaava, % tiedot on korjattu raporttiin julkaisun jälkeen 31.1.2024.

Vaikka mittariston tulokset vaihtelevat olosuhteiden ja resurssien mukaan, vertailukanta on hyödyllinen työkalu hoitotyön ja palvelun laadun arvioimiseksi eri hyvinvointialueilla. Suurten erojen havaitseminen auttaa kehittämään iäkkäiden palveluprosessia. (Palvelutarpeiden arviointi RAI-järjestelmällä 2024.)

## 5 Ikääntyneiden laitoshoido ja iäkkäiden hoivayksikkö

Ikääntyneiden laitoshoidolla tarkoitetaan sitä, kun ikääntynyt ihminen ei pärjää kotonaan enää muilla tarjolla olevilla apupalveluilla, kuten kotihoidolla tai palveluasumisratkaisuilla. Ikääntyneiden laitoshoido on tarkoitettu erityisesti sellaisille henkilöille, jotka tarvitsevat ympärivuorokautista hoitoa. Laitoshoido on hoitomuotona kuitenkin aina viimeinen vaihtoehto. Laitoshoidoa toteutetaan vain silloin, kun se on ihmisen terveyden kannalta perusteltua. (L 980/2012.)

Pitkäaikaista laitoshoidoa määrittelee asiakasturvallisuuden, lääketieteellisyyden ja potilasturvallisuuden perusteet. Laitospalveluita on monenlaisia. Laitoshoidoa voidaan tarjota lyhytaikaisesti esimerkiksi intervallijaksoilla tai pitkäaikaisesti. Pitkäaikaiseen laitoshoidoon sisältyy lääkkeitä, vaatetuksesta, ravitsemuksesta sekä hygieniasta huolehtiminen. Laitoshoidossa huolehditaan myös asiakkaan sosiaalisista tarpeista. (L 980/2012.) Ikääntyneiden laitoshuoltoa määrää sosiaalihuollon ja ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisen sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluiden laki. (L 1301/2014.) Ikääntyneeksi ihmiseksi luokitellaan Suomen lainsäädännössä yli 65-vuotias. Iäkästä henkilöä kuvaillaan Suomen laissa henkilöksi, joka on korkean iän vuoksi tai siihen liittyen toimintakyvyltään heikentynyt. (STM 2023.)

Opinnäytetyön tilaajana toimii ikääntyneiden ympärivuorokautinen hoivayksikkö. Hoitokodeissa yleensä asukkailla on oma huone, joista löytyy myös oma wc-tila. Asukkaat ovat soluissa omilla huoneissaan vuokrasuhteissa, joten he voivat omaisten kanssa tehdä huoneistaan kotoisan omilla huonekaluillaan sekä mieleisellään sisustuksella. Hoivayksiköstä löytyy oleskelutiloja, joissa asukkaat voivat toimintakykynsä mukaan osallistua viriketoimintaan, tapahtumiin sekä ylläpitää sosiaalisia suhteita muiden asukkaiden kanssa. Yksiköistä löytyy myös oma keittiö tai ruokapalveluiden tuottaja, joista tilataan ruoat asukkaille. Yksikössä asukkaiden toimintakyky vaihtelee, osa on täysin avustettavia ja osa pärjää pienemmillä päivittäisillä avuilla. Hoito on kuntoutus- ja asiakaslähtöistä, sekä tasavertaista kaikille. Asukkaille on jaettu omahoitajat, jotka huolehtivat tarkemmin asukkaiden hoitosuunnitelmien päivittämisestä sekä RAI-arviointien tekemisestä. Omahoitajat ovat perehtyneet syvällisemmin omien asukkaidensa toimintakykyyn ja taustoihin, kuin yksikön muut hoitajat. Yksikön henkilökunta koostuu pääosin lähi- ja perushoitajista. Heidän työnkuvaansa kuuluu asukkaiden päivittäisissä toimissa avustaminen ja tukeminen, kuten hygieniatoimet, ravitsemus ja lääkehoito. Hoitajat tekevät 3-vuorotyötä. Henkilökunnasta löytyy myös sairaanhoitajia, heidän päävastuullaan on yleensä huolehtia asukkaiden vastaanottamisesta yksiköihin, lääketilauksien tekeminen, lääkkeiden jakaminen sekä perus/lähihoitajan/hoiva-avustajan

työparina perushoidon toteuttaminen. Sairaanhoitajia yksiköissä voi olla myös 3-vuorotyössä. Yksikössä on nimetty lääkäri, joka kiertää viikoittain joko paikan päällä tai puhelimitse. Yksikössä toimii palveluesihenkilö sekä apulaispalveluesihenkilö, jotka vastaavat yksikön toiminnasta ja sen sujuvuudesta.

## 6 Opinnäytetyömme tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyössämme tarkoituksena on lähteä selvittämään, millaisia kokemuksia hoitajilla on RAI-arviointien tekemisestä ikääntyneiden hoidossa ja miten he hyödyntävät näitä arvioita hoitotyön päätöksenteossa. Tarkastelemme aihetta yksikön työntekijöiden näkökulmasta.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa yksikölle tietoa hoitajien kokemuksista RAI-arviointijärjestelmän käytöstä. Tämä tieto välitetään yksikölle työpajan kirjallisista vastauksista laaditun Powerpoint-esityksen kautta. Raportin avulla voidaan hyödyntää tuloksia ympärivuorokautisen hoidon ammattilaisten RAI-osaamisen ja ikääntyneiden hoivan laadun kehittämisessä.

### Tutkimuskysymykset

1. Millaisena työtehtävänä hoitajat kokevat RAI-arvioinnin toteuttamisen?
2. Miten yksikössä hyödynnetään RAI-arviointien tuloksia hoitotyössä ja hoitosuunnitelman teossa?
3. Millaisena hoitajat kokevat osaamisensa RAI-arviointien hyödyntämisessä?
4. Miten RAI-arviointien toteuttamista voitaisiin kehittää?

## 7 Tuotteistamisprosessi työpajan laadinnassa

Toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle ammattikorkeakouluopinnoissa. Tavoitteena on kehittää tai muuttaa käytännön toimintaa. Tämä voi tarkoittaa esimerkiksi ohjeistuksen, kuten perehdyttämisoppaan laatimista toimeksi antavalle yksikölle. Toteutustapa määräytyy tilaavan yksikön tarpeiden mukaan (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9–43).

Toteutimme oman opinnäytetyömme toiminnallisena opinnäytetyönä. Opinnäytetyössämme noudatimme Jämsä & Mannisen (2000) kirjaa toiminnallisen tuotteistamisprosessin rakentumisesta. Valitsimme tämän muodon, koska se tuki parhaiten tavoitteitamme opinnäytetyöprosessissa. Prosessi alkoi kehittämiskohteen tunnistamisella, jonka jälkeen siirryimme ideointivaiheeseen. Tässä vaiheessa pohdimme, miten lähestymme kehittämiskohdetta ja millainen tuote voisi olla hyödyksi toimeksiantajalle.

Ideointivaiheen jälkeen aloitimme tuotteen suunnittelun, johon kuuluu luonnostelu ja kehittämisvaihe. Tässä vaiheessa määritellään, miten ideoitu tuote toteutetaan ja mahdollisesti testataan. Esitestauksen jälkeen arvioimme, oliko tuotteessa vielä kehittämistarpeita ennen varsinaista toteutusta. Kokeilun ja kehittämisen jälkeen siirryimme viimeistelyvaiheeseen, jolloin meillä oli valmis tuote, jonka esittelimme toimeksiantajalle.

Huolellinen suunnitelma auttaa jäsentämään lopullista työtä ja pitämään tutkimuksen aiheessa. Lopullisessa raportissa on tärkeää kuvata tuotteen valmistusprosessi ja siihen liittyvät päätökset. Opinnäytetyön suunnitelman laatiminen on tärkeää pohjatyötä lopullista tuotosta varten. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 82–84).

Hyvä suunnitelma ja aikataulu ovat tärkeitä, jotta sekä ohjaajamme että me voimme arvioida työprosessin edistymistä realistisesti (Vilkkä & Airaksinen 2003, 27). Selkeä suunnitelma ja aikataulu auttoivat pysymään rajatussa aiheessa ja antoivat tilaavalle yksikölle käsityksen tapahtumista ja aikarajoista, jotka olimme työllemme luoneet.

### 7.1 Kehittämistarpeen tunnistaminen

Tuotteistamisprosessi alkaa kehittämistarpeen tunnistamisella. Kun kehittämistarve on havaittu, mietitään sopivaa tuotetta ja sen toteutustapaa. Suunnittelussa on tärkeää varmistaa, että tuote

vastaa kohderyhmän tarpeita. Kehittämistarpeen kohdentaminen ja kohderyhmän tunnistaminen ovat keskeisiä asioita selvittää, jotta tarpeisiin voidaan vastata mahdollisimman hyvin. On myös tärkeää huomioida mahdolliset olosuhteet tai kausiluonteisuus, jotka voivat vaikuttaa kehittämistarpeeseen (Jämsä & Manninen 2000, 29–32).

Aloitimme kehittämistarpeen pohtimisen aiheanalyysin muodossa keväällä 2023. Aiheanalyysi auttoi meitä jäsentämään tulevaa opinnäytetyötä sekä sen sisältöä ja toteutustapaa. Aihepiirin valinnassa ensisijainen kysymys oli, mikä itseämme kiinnostaa alan opinnoissa. Löysimme nopeasti aiheen, joka herätti molempien mielenkiinnon. Tämä oli tärkeää työhön motivoitumisen kannalta. Olemme molemmat työskennelleet ikääntyneiden hoitotyössä, joten ikääntyneisiin liittyvän aiheen valinta tuntui ammatillisesti luontevalta. Halusimme toteuttaa työn toiminnallisena opinnäytetyönä, josta olisi hyötyä yksikölle esimerkiksi toimintatapojen kehittämisen kautta.

Aiheanalyysin ja työkokemuksen avulla aloimme pohtia, mitä ongelmia tai haasteita olimme kohdanneet ikääntyneiden hoitotyössä. Huomasimme yhdessä haasteen ikääntyneiden toimintakyvyn arvioinnissa ja siihen liittyvissä työtehtävissä. Alkuun mietimme, mitä asioita toimintakykyyn liittyy ja löysimme tähän suuntaa RAI-käyttöjärjestelmästä. Toisella kirjoittajista oli runsaasti kokemusta RAI-arviointien tekemisestä, ja sen kautta tunnistimme yleisimmät haasteet. Kehittämistarve oli siis selkeä: halusimme selvittää RAI-käyttöjärjestelmän kokemuksia hoitajien näkökulmasta.

Kehittämiskohteen miettimisen aikana meiltä puuttui kuitenkin vielä toimeksiantaja. Aiheemme nousi esiin kesätöiden aikana hoivakotiyksikössä kesällä 2023, ja yksikkö osoitti kiinnostusta aiheitamme kohtaan. Ehdotimme heille ideaamme opinnäytetyöstä keväällä 2024, ja heistä tuli toimeksiantajamme. Toimeksiantaja kertoi, että aihe on ajankohtainen ja hoitajien kokemuksiin perehtyminen olisi hyödyllistä heille.

## 7.2 Ideointivaihe

Kun kehittämistarve oli tunnistettu, siirryimme ideointivaiheeseen. Tässä vaiheessa pyrimme löytämään erilaisia ratkaisuja kehittämistarpeelle (Jämsä & Manninen 2000, 35). Toiminnallisessa opinnäytetyössä selvitys auttaa meitä keräämään tietoa, joka tukee lopullisen tuotteen määrittelyä. Joskus selvitys voi myös varmistaa toiminnallisen opinnäytetyön halutun muodon (Vilkka & Airaksinen 2003, 57–62).

Aiheanalyysin saimme valmiiksi keväällä 2023. Aloitimme keräämään tarvittavaa teoriatietoa ja pohtimaan, millä analysointimenetelmillä tutkimme työpajasta saatua tietoa. Teoriaviitekehystä rakensimme Jämsä & Mannisen (2000) luovan ongelmaratkaisumenetelmien pohjalta, ja keskustelimme siitä yhdessä kirjoittajina. Teoreettinen viitekehysemme sisältää keskeisiä aiheita, kuten toimintakyky, ikääntyneen toimintakyky, RAI-käyttäjärjestelmä, ikääntyneiden laitoshoido ja toimeksiantajan anonyymi esittely. Kunnioitimme toimeksiantajan toivetta pysyä anonyyminä opinnäytetyöprosessin aikana.

Ideointivaiheessa pohdimme, millainen tuote varmistaisi parhaan mahdollisen lopputuloksen. Päädyimme työpajaan, sillä se mahdollistaisi tutkimuskysymysten käsittelyn toimeksiantajan työntekijöiden näkökulmasta. Työpajan avulla saimme parhaiten esille hoitajien kokemuksia. Työpajan suunnittelussa saimme apua ohjaavalta opettajaltamme. Emme lähteneet selvittämään toimeksiantajan kautta haluttua lopputuotetta, vaan tarjosimme valmiin idean, joka tyydytti molempia osapuolia. Suunnittelimme työpajasta kertaluontoisen, puolitoista tuntia kestävä tilaisuuden. Työpajassa kävimme läpi omaa teoriapohjaamme ja keräsimme vastauksia tutkimuskysymyksiimme äänittämällä sekä kirjallisilla lomakkeilla osallistujilta.

Toiminnallisen opinnäytetyön tulee perustua teoriatietoon, ja sen on oltava tutkivaa ja kehittävä. Tiedonkeruumenetelmät ovat samat kuin tutkimuksellisessa opinnäytetyössä, mutta toiminnalliseen opinnäytetyöhön kerätty tieto toimii pohjana suunniteltavalle tuotteelle tai toiminnalle (Vilka & Airaksinen 2003, 56–57). On tärkeää rajata tutkimustiedon keräämisaika suhteessa tuotteen kehittämiseen (Vilka & Airaksinen 2003, 56).

Haimme teoriatietoa useista tietokannoista, kuten Duodecimista, Medica-tiedonhakupohjasta, Julkari:sta, Google Scholarista sekä THL:n tiedonhakupohjista. Olemme tutustuneet alan kirjallisuuteen Kajaanin ammattikorkeakoulun ja kaupungin kirjastoista lainaamalla geriatrisen hoitotyön ja tieteellisen kirjoittamisen teoksilla. RAI-arvioinneista saaduista tuloksista saimme tietoa THL:n vertailutietokannasta. Tutkimme myös aiempia opinnäytetöitä ja tutkimuksia. Hakusanoina käytimme muun muassa RAI-arviointijärjestelmä, ikääntyneet, ikääntyneiden hoito, vanhuspalvelulaki ja toimintakyvyn mittarit. Opinnäytetyötä kirjoittaessa hyödynsimme kirjaston informaatikoiden apua ajantasaisen ja luotettavan tiedon löytämisessä. Olimme kuitenkin rajanneet teoriatiedon keräämisen määrää, miettien opinnäytetyömme tarkoitusta. Tavoitteemme ei ollut kouluttaa hoitajia teoriatiedon avulla tai luoda tuotetta, joka toimisi teoriapohjana tilaavalle yksikölle. Teoriapohja toimi meille tiedon kerryttämisen apuna, jotta osasimme analysoida työpajan tuloksia oikealla tavalla.

### 7.3 Tuotteen luonnosteluvaihe

Ideointivaiheen jälkeen siirryimme tuotteen luonnosteluvaiheeseen. Tässä vaiheessa tarkasteimme erilaisia tekijöitä, jotka voisivat vaikuttaa tuotteemme rakentumiseen, kuten toimintaympäristö, kohderyhmän rajoitukset, tuotteen mahdolliset kustannukset, asiantuntijakonsultaation tarve ja toimeksiantajan säädökset. Näiden näkökulmien huomioiminen auttoi varmistamaan tekemämme tuotteen laadun (Jämsä & Manninen 2000, 43–47).

Työpajan pääasiallisena tavoitteena oli selvittää hoitajien kokemuksia tutkimuskysymyksiimme liittyen. Tavoitteemme oli saada tietoa eri näkökulmista, ei niinkään kouluttaa henkilökuntaa aiheeseen liittyen. Valitsimme työpajan materiaalien toteuttamiseen PowerPoint-alustan, koska koimme, että se on sekä esittäjien että katsojien näkökulmasta selkein tapa toteuttaa ja seurata työpajan etenemistä. Dioille oli helppo luoda selkeää pohjustusta RAI-käyttäjärjestelmästä. Esityksen rakenteen selkeys oli meille tärkeää, jotta osallistujat ymmärtäisivät aiheemme ja tutkimuskysymystemme merkityksen.

Toiminnallisessa opinnäytetyöprosessissa tuote suunnitellaan rajatulle kohderyhmälle, jonka toimintaa halutaan selkeyttää. Kohderyhmän rajaamisessa on tärkeää miettiä, mikä on kehittämisen kohteena oleva ongelma ja keitä se koskettaa (Vilkkä & Airaksinen 2003, 38–39). Ilman selkeää kohderyhmän rajausta prosessin toteuttaminen on haastavaa (Vilkkä & Airaksinen 2003, 40). Työmme kohderyhmänä olivat tilaavan yksikön lähi- ja sairaanhoitajat sekä esihenkilöt, jotka käsittelevät asukkaidensa RAI-arviointeja ja niiden tuloksia.

Sosiaali- ja terveysalalla suullinen kommunikointi on tärkeä osa työtä, ja se voi tapahtua sekä kahden hengen kesken että ryhmässä. Esimerkkejä näistä tilanteista ovat asiakkaiden vastaanottaminen, neuvonta, ammattilaisten kouluttaminen uusissa toimintamalleissa ja omaisten ohjaaminen. Nämä vuorovaikutustilanteet voivat olla satunnaisia tai säännöllisesti toistuvia. Suullisessa kommunikaatiossa on erityispiirteitä se, että korjauksia ei voi tehdä jälkikäteen. Järjestetyt teemapäivät jäävät osallistujille mieleen ainutlaatuisina kokemuksina (Jämsä & Manninen 2000, 65).

Tilaisuuden suunnittelussa on keskeistä huomioida osallistujien tarpeet. On tärkeää tietää, keitä he ovat, kuinka monta heitä on, miksi he tarvitsevat tietoa ja mikä motivoi heitä osallistumaan. Myös heidän lähtökohtansa ja voimavaransa on syytä tunnistaa. Kun kohdeyleisö on analysoitu, voidaan siirtyä tilaisuuden sisällön suunnitteluun ja viestintämenetelmien valintaan. Tilaisuuden ajankohta ja käytettävissä oleva aika vaikuttavat suunnittelun joustavuuteen, ja tilan rajoitukset voivat vaikuttaa käsiteltävään sisältöön ja menetelmiin. Lyhyessä ajassa on mahdollista käyttää

kirjallisuutta, joka auttaa osallistujia hahmottamaan keskeiset kysymykset ja yksityiskohdat. Paikan ja tilan valinnassa on tärkeää muistaa asiakas ja tilaisuuden tarkoitus. (Jämsä & Manninen 2000, 65–66.) Työpajan osallistujamäärän rajasimme 8–10 henkilöön, jotta työskentely olisi mahdollisimman tehokasta. Liian suuri osallistujamäärä olisi voinut vaikeuttaa työpajan toteutusta. Halusimme varmistaa, että sisältö etenee suunnitellusti, mikä edistää osaltaan tulosten luotettavuutta.

Sosiaali- ja terveysalalla asiakkaat eivät välttämättä ole tuotteen ensisijaisia hyödynsajia. Tuotteesta saatu hyöty voi olla asiakkaalle välillistä, esimerkiksi henkilökunnan osaamisen kautta. Tuote, joka vastaa toimeksiantajan tarpeisiin (henkilökunnan osaamisen edistäminen), edistää samalla myös asiakkaiden tarpeita. Tämän vuoksi asiakasryhmän ominaisuudet ja tarpeet on tärkeää selvittää (Jämsä & Manninen 2000, 44–45). Opinnäytetyömme keskittyy hoitajien kokemusten selvittämiseen työpajassa, mutta työpajasta saadun tiedon hyödyntäminen on olennaista myös iäkkäiden hoidon kehittämisen kannalta.

#### 7.4 Työpajan kehittelyvaihe

Kehittelyvaihetta aloitetaan miettimään jo luonnosteluvaiheessa. Tähän vaikuttavat muun muassa valitut periaatteet, rajaukset ja ratkaisuvaihtoehdot. Keskeisintä tuotteen sisällön muodostumisen kannalta on rajata aiheeseen liittyvät asiat niin, että ne voidaan kertoa mahdollisimman ymmärrettäväsi ja vastaanottajien tiedontarve huomioiden. (Jämsä & Manninen 2000, 54–55.)

Luonnosteluvaiheen jälkeen aloitimme kehittelyvaiheen, jossa teimme tarvittavia materiaaleja ja suunnitelmia työpajalle. Kohderyhmämme koostui tilaavassa yksikössä RAI-arviointeja tekevästä lähi- ja sairaanhoitajista. Oletimme, että molemmilla ammattiryhmillä on samanlainen teoria- pohja RAI-arviointien tekemisessä ja hyödyntämisessä. Sairaanhoitajilla voi kuitenkin olla syvempää tietämystä ikääntyneen hoitotyöstä. Otimme nämä tekijät huomioon työpajan materiaalien sisältöä miettiessä.

Työpajan alustus toteutettiin PowerPoint-diojen avulla, joissa käsiteltiin RAI-arviointiin liittyvää teoriapohjaa ja opinnäytetyöprosessimme tarkoitusta. Työpajassa äänitimme keskustelua sekä tulostimme valmiiksi lomakkeet, joihin osallistujat pääsivät täyttämään myös kirjallisena vastauksensa. Teoriaosuuden alustamiseen varasimme noin 25–30 minuuttia, ja vastauksien kirjoittamiseen ja keskusteluun jäi noin 1 tunti. Olimme kuitenkin valmiita joustamaan aikatauluista tarpeen

mukaan. Hoitotyöstä irtaantuminen kesken työpäivän ei aina mene suunnitellusti, joten jouduimme odottamaan suunniteltua myöhempään ennen työpajan aloittamista. Tämä ei kuitenkaan vaikuttanut mielestämme työpajan luotettavuuteen tai laatuun.

Esitimme opinnäytetyö- ja työpajasuunnitelman toimeksiantajalle sekä ohjaaville opettajillemme keväällä 2024. Esityksen jälkeen teimme muutoksia suunnitelmaan ja työpajan materiaaleihin kehitysehdotusten myötä. Tässä vaiheessa aloitimme myös aktiivisemmän yhteydenpidon mahdollisiin yhteistyötahoihin. Saimme sähköpostitse yhteyden Kainuun hyvinvointialueen RAI-asiantuntijaan, ja sovimme, että saamme käyttää hänen materiaalejaan lopullisessa PowerPoint-esityksessämme. Pyysimme myös palautetta esityksestä, jotta voimme lisätä asiantuntijan näkökulmia esitykseemme. Palaute oli positiivista, eikä korjattavia asioita ilmaantunut.

### 7.5 Työpajan viimeistely

Tuotteen viimeistely tapahtuu prosessin eri vaiheissa kerättyjen palautteiden avulla. Esitestauksen avulla pystyimme tarkistamaan, että suunniteltu tuote toimii halutulla tavalla. Esitestauksessa kohderyhmänä voivat olla sekä kehitysprosessiin osallistuneet henkilöt että ulkopuoliset testaajat. Palautteen antajan puolueettomuus on tärkeää; esimerkiksi heidän näkemyksensä voivat vaikuttaa tuotteen kehittämiseen. Viimeistelyvaiheessa keskityimme yksityiskohtien hiomiseen, käyttökokemuksen parantamiseen sekä käyttö- ja toteutusohjeiden laadintaan. Tähän vaiheeseen kuuluu myös lopullisen tuotteen ulkoasun arviointi sekä markkinointiin liittyvien asioiden pohtiminen (Jämsä & Manninen 2000).

Työpajan esitysmateriaaleiksi valikoituivat PowerPoint-esitys ja valmiiksi kirjoitetut kysymyslomakkeet. Kehitysehdotuksia saimme jo kehittelyvaiheessa; opiskelijakollegamme ehdottivat kysymysten valmiiksi kirjoittamista lomakkeille, mikä parantaa työpajan selkeyttä. Opettajaltamme saimme idean myös työpajan äänittämisestä. Lopullisesta esityksestä pyysimme sähköpostitse palautetta myös toimeksiantajalta, mutta heiltä emme saaneet kehittämisideoita.

Analysoimme laadullisen analysointimenetelmän avulla työpajasta saadut kirjalliset vastaukset. Luokittelu tekee raportista selkeämmän ja helpommin ymmärrettävän tilaavalle yksikölle (Vilkkä & Airaksinen 2003). Käytimme induktiivista analyysimenetelmää, jotta pystyimme kokoamaan vastauksista suurempia kokonaisuuksia ja luokitella kommentteja samaan alaluokkaan raportin selkeyden varmistamiseksi.

Kyselylomakkeeseen lisäsimme palautekyselyn, jotta voimme arvioida työpajan onnistumista ja havainnoida tulosten luotettavuutta. Palautekyselyn liittäminen työpajan kyselylomakkeeseen oli hyvä päätös, sillä se mahdollisti osaltaan oman oppimisen kehittämisen ja arvioinnin työpajan onnistumisesta. Osallistujilta saadun palautteen avulla saimme käsityksen siitä, miten työpaja koettiin ja oliko aiheemme valikoitunut oikein. On erityisen myönteistä, että kaikki osallistujat vastasivat palautekyselyyn, mikä lisää tulosten luotettavuutta.

Kolme kysymystä palautekyselyssä oli tarkoituksenmukainen valinta, sillä se rajaa vastausaikaa ja antaa meille mahdollisuuden keskittyä työpajan kysymysten analysointiin. Kysymysten yksinkertainen muotoilu vaihtoehtoilla "kyllä", "ei" ja "en tiedä" helpotti osallistujien vastaamista ja teki tulosten arvioinnista suoraviivaisempaa.

Vaikka kukaan osallistujista ei ottanut meihin yhteyttä jälkeen päin, se ei välttämättä heijasta työpajan epäonnistumista. Voi olla, etteivät osallistujat kokeneet tarpeelliseksi olla enää yhteydessä meihin tai heillä ei ollut kysymyksiä työpajan jälkeen. Kokonaisuudessaan palautteen kerääminen on kuitenkin arvokasta ja auttaa meitä ymmärtämään, miten voimme parantaa tulevia työpajoja ja kehittää omaa osaamistamme.

Ensimmäisenä kysymyksenä lomakkeessa oli "Koitko valitun aiheen ajankohtaiseksi ja tärkeäksi?". Kysymykseen saimme "kyllä" vastauksia 5. "Ei" vastauksia saimme 0. "En tiedä" vastauksia saimme 0. Tämän perusteella voimme huomata, että aihe oli osallistujien mielestä ajankohtainen ja tärkeä.

Toisena kysymyksenä lomakkeessa oli "Oliko työpajassa sopivasti aikaa vastausten miettimiseen?". Kysymykseen saimme "kyllä" vastauksia 5. "Ei" vastauksia saimme 0. "En tiedä" vastauksia saimme 0. Tämän perusteella voimme huomata, että aikaa kysymysten läpikäymiseen oli tarpeeksi. Tämä vahvistaa mielestämme analysointiin saatujen vastauksien luotettavuutta, osallistujat ehtivät vastata kysymyksiin ajatuksen kanssa.

Viimeisenä kysymyksenä lomakkeessa oli "Työpajan ei ollut tarkoitus kouluttaa ketään RAI-järjestelmän käytöstä. Koetko, että työpaja kuitenkin herätteli sinussa mielenkiintoa tutustumaan arviointityökaluun enemmän?". Kysymykseen saimme "kyllä" vastauksia 5. "Ei" vastauksia saimme 0. "En tiedä" vastauksia saimme 0. Tämän perusteella voimme vahvistaa omia analysointituloksia siitä, että lisäkoulutus ja perehtyminen arviointityökalun käyttöön olisi tarpeellista.

Työpajan palautelomakkeesta saatujen tuloksien avulla voimme siis huomata, että yksikön hoitajat kokivat aiheen ajankohtaiseksi ja tärkeäksi. Työpajan ja opinnäytetyön toteuttaminen yksiköön herätti hoitajissa kiinnostusta ja motivaatiota alkaa kehittämään RAI-arviointien toteuttamista yksikössä.

## 8 Työpajamme toteutus ja tuloksien analysointi

Työpajamme toteutui tilaavassa yksikössä sovitusti syyskuussa 2024 ja siihen osallistui viisi henkilöä, joista neljä oli lähihoitajia ja yksi sairaanhoitajaopiskelija. Opiskelijan mukanaolo oli arvokasta, sillä hän pystyi tuomaan esiin näkökulmia RAI-arviointiin liittyen omien harjoittelu- ja opiskelukokemustensa kautta.

Toiminnallisen opinnäytetyömme tietolähteiden laadun turvaamiseksi hyödynsimme tutkimuskäytäntöjä perustasolla, ja analyysimenetelmänä käytimme laadullista analysointia (Vilka & Airaksinen 2003, 57–58). Laadullisessa analysoinnissa ei ole yhtä tarkkaa analysointivaatimusta kuin tutkimuksellisessa opinnäytetyössä. Riittävät analysointikeinot voivat olla esimerkiksi luokittelu, riippuen siitä, mitä tietoa halutaan hyödyntää (Vilka & Airaksinen 2003, 63–64). Laadullinen analysointimenetelmä on erityisesti hyvä, kun tavoitteena on ymmärtää ilmiötä kokonaisvaltaisesti. Tässä opinnäytetyössä käytimme induktiivista analyysimenetelmää (Kananen 2014). Induktiivisen analysointimenetelmän valitsimme sen takia, koska tuloksemme ovat aineistolähtöisiä. Aineistolähtöisessä luokittelussa ei ole valmista luokittelurunkoa, vaan luokittelu muodostetaan aineiston perusteella. (Graneheim & Lundman 2004.) (Kyngäs & Kaakinen 2020).

Kyselylomakkeessamme käytimme avoimia kysymyksiä, jotta saamme laajemman käsityksen hoitajien kokemuksista. Kysymykset oli muotoiltu niin, että ne johdattelisivat hoitajat jakamaan omia kokemuksiaan. Jokaisen kysymyksen jälkeen keskustelimme läsnäolijoiden kanssa aiheista heränneistä ajatuksista ja tämän vuoksi äänitimme koko työpajan. Huomioimme, että kaikki eivät välttämättä pysty ilmaisemaan itseään yhtä laajasti kirjoittamalla kuin puhumalla. Keskustelun avulla välttimme väärintymmärryksiä ja saimme luotua ratkaisukeskeistä dialogia.

Induktiivinen analysointi alkoi pelkistämisvaiheesta, jossa aineistosta poistettiin tutkimuskysymyksiin liittyen epäolennaiset asiat, kuten esimerkiksi työpaja diaesityksen läpikäyminen. Tämän jälkeen siirryimme ryhmittelyvaiheeseen, jossa etsittiin ja yhdistettiin samankaltaisia käsitteitä, samankaltaisten käsitteiden ryhmittelyyn käytimme apuna värikoodeja. Värikoodien avulla samankaltaisia sanoja saatiin helpommin ryhmiteltyä. Ryhmittelyä toteutimme liittyen tutkimuskysymyksiemme vastauksiin. Viimeisessä vaiheessa loimme teoreettisia käsitteitä, joista muodostui tutkimuksen kannalta olennaisia käsittekokonaisuuksia, käsittekokonaisuuksien avulla teimme luokittelut. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–113.) Analysointi etenee alaluokista suurempiin pääluokkiin niin, että samansisältöiset alaluokat yhdistetään ryhmäksi (Graneheim & Lundman 2004.) (Elo & Kyngäs 2008.) (Kyngäs 2020b).

Analysoimme tutkimustuloksia syyskuussa 2024 ja luokittelimme vastauksia induktiivisen analysointimenetelmän avulla. Kyselylomakkeet luettiin ja äänite kuunneltiin useaan kertaan, jotta saimme mahdollisimman hyvän kokonaiskuvan vastauksista. Litteroimme äänitteen Word-tiedostolle, mikä mahdollisti luokittelun luotettavan toteuttamisen.

## 9 Työpajan tulokset ja jatkotutkimusaiheet

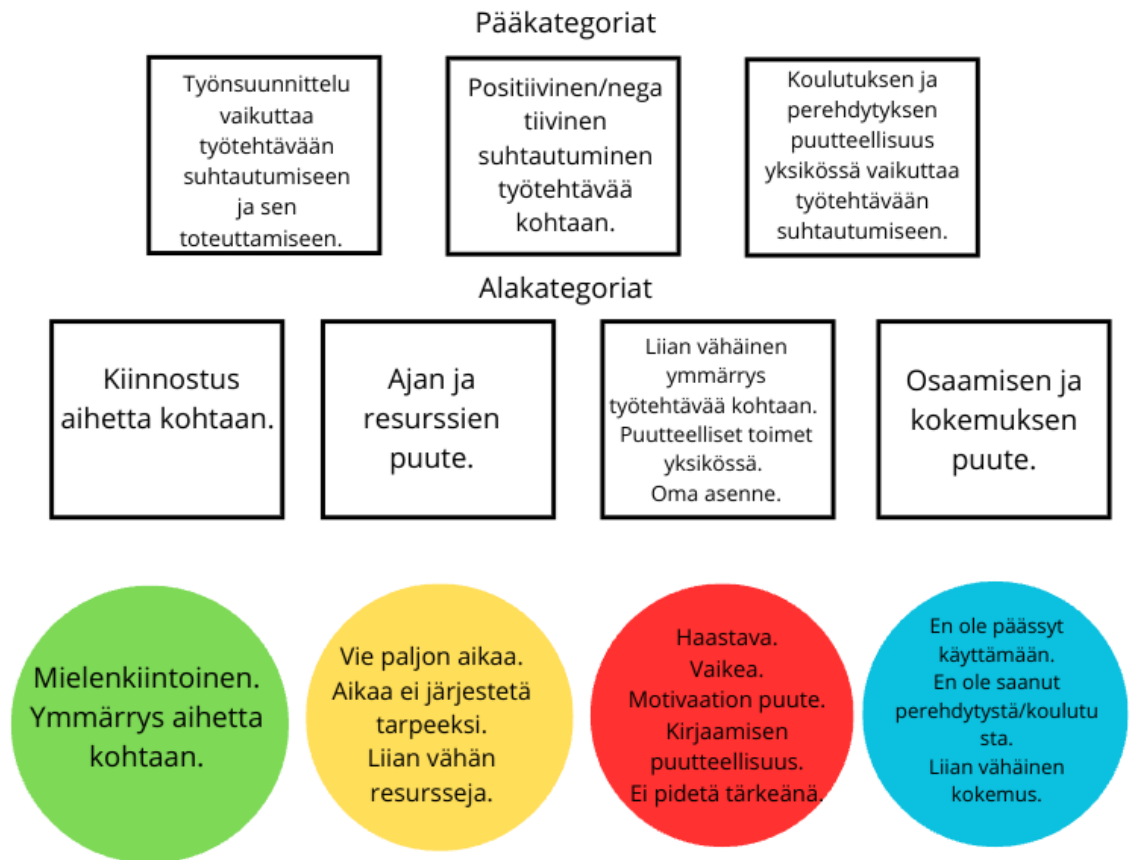
Työpajan tulosten analysointi aloitettiin pelkistämisvaiheella, jossa materiaalina käytettiin kyselylomakkeita ja äänitettä. Äänitteestä litteroitiin vain olennaiset keskustelut, joten työpajan alussa käydyt esittelyt ja diojen läpikäynnit karsittiin pois. Litteroinnissa keskityttiin kysymysten jälkeisiin keskusteluihin, joissa osallistujat syvensivät ajatuksiaan laajemmin, kuin kirjallisissa vastauksissa. Kyselylomakkeiden vastaukset olivat opinnäytetyölle keskeisiä, joten niistä ei poistettu mitään tietoa.

Vastaukset kysymyksiimme olivat sekä lomakkeissa kirjallisessa muodossa että äänitteessä. Aloitimme pelkistämisen jälkeen luokittelun jokaisen kysymyksen osalta. Luokittelua muodostettiin saadun aineiston perusteella, josta selkeästi nousi aiheita liittyen esimerkiksi resurssitilanteeseen, positiivisiin- tai negatiivisiin kokemuksiin. Aineistoista nousseita aiheita havainnoituamme loimme luokittelua helpottamaan niihin neljä värikoodia: vihreä (positiiviset ilmaisut), keltainen (resurssiasiat), punainen (hankaluudet/negatiiviset ilmaisut) ja sininen (koulutus ja perehdytys).

Olemme laatineet jokaisesta tutkimuskysymyksestä kuvamallit, joissa käytimme värikoodi erotelun avulla saatuja pelkistettyjä ilmaisuja. Jokaiselle pelkistetylle ilmaisulle on määritelty yhdistävä alakategoria ja sen päälle alakategoriaista yhdistävä pääkategoria. Näitä pääkategorioita hyödynnetään teoreettisten käsitteiden ja opinnäytetyön johtopäätösten muodostamisessa. Kuvamallien loppuun on lisätty esimerkkilause, jota työpajan osallistuja on käyttänyt, jotta opinnäytetyön lukija saa konkreettisen käsityksen eri ilmaisujen merkityksestä ja sisällöstä.

Kuva 3. Millaisena työtehtävänä hoitajat kokevat RAI-arvioinnin toteuttamisen?

### 1. Millaisena työtehtävänä hoitajat kokevat RAI-arvioinnin toteuttamisen?

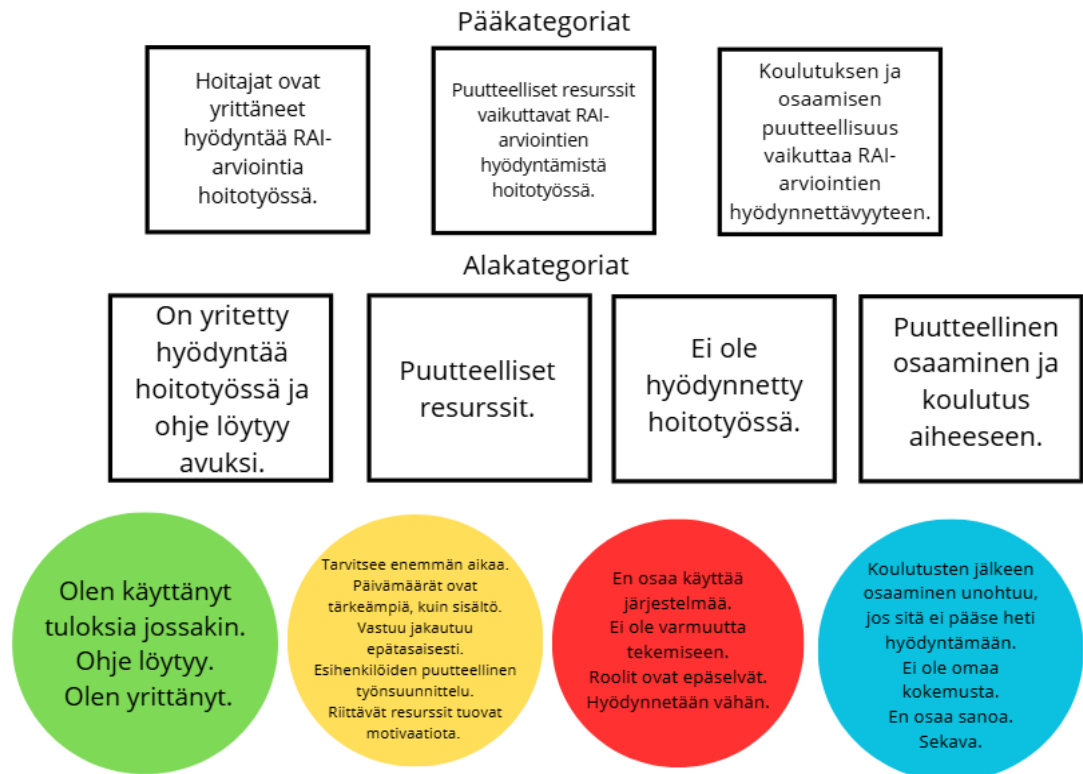


*“No minusta on mielenkiintoista tehdä, jos vaan tosiaan olis sitä aikaa, että pystyisi perehtymään siihen.”*

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen luokittelun perusteella voimme huomata, että hoitajat kokevat RAI-arviointien toteuttamisen mielenkiintoisena työtehtävänä. Asenne arviointien toteuttamiseen on pääosin positiivinen. Työtehtävä on kuitenkin aikaa vievä, se vaatii resursseja sekä sitä on haastava toteuttaa ilman oikeanlaista koulutusta. Nämä ovat tekijöitä, jotka luovat negatiivista asennetta työtehtävää kohtaan.

Kuva 4. Miten yksikössä hyödynnetään RAI-arviointituloksia hoitotyössä ja/tai hoitosuunnitelmien teossa?

2. Miten yksikössä hyödynnetään RAI-arviointituloksia hoitotyössä ja/tai hoitosuunnitelmien teossa ?

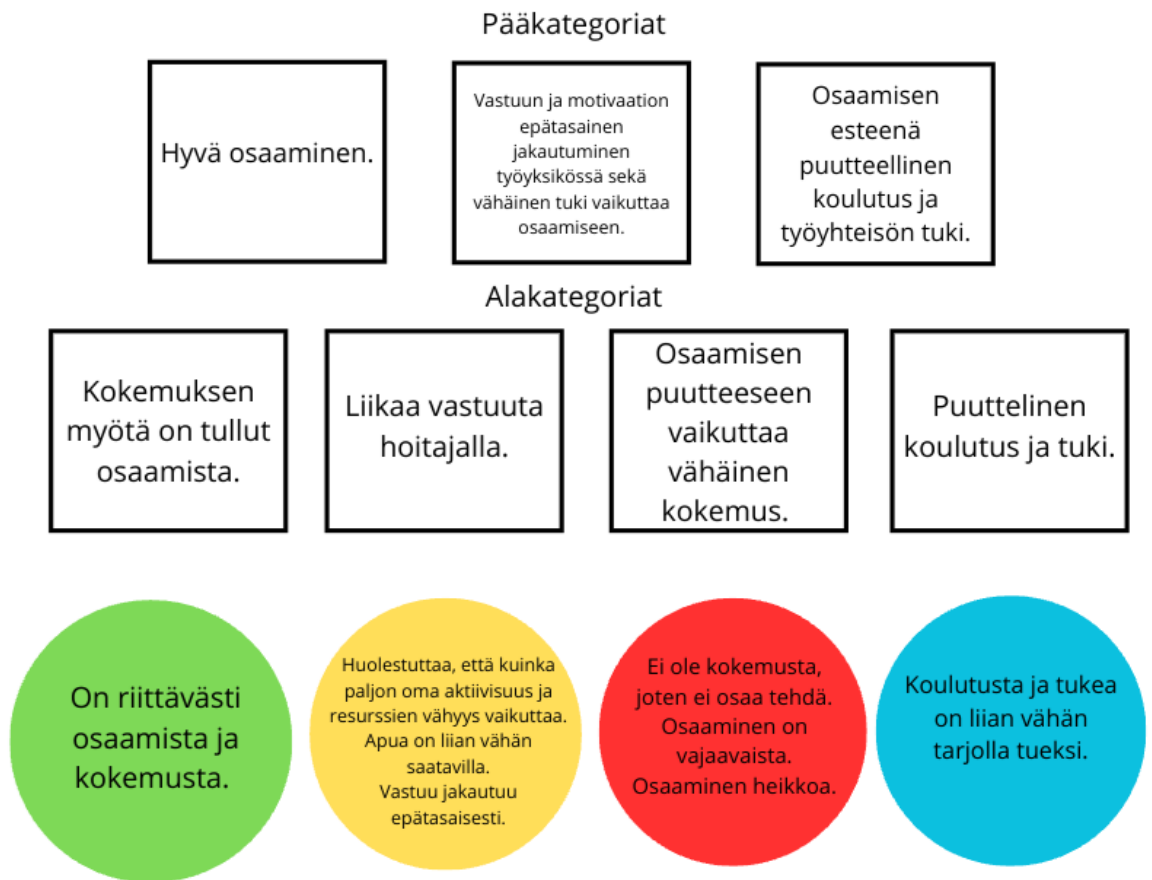


*“Mulla ei ole ollenkaan kokemusta näitten tekemisestä. Kerran olen pinta raapaisun verran ollut toisen työntekijän mukana seuraamassa tekemistä. En varmasti osaisi edes mennä itse järjestelmään ja löytää hopasua.”*

Toisen tutkimuskysymyksen luokittelun perusteella voimme huomata, että yksikössä hoitajat ovat yrittäneet tai pystyvät joillain osin hyödyntämään RAI-arviointeja hoitotyössä. Puutteelliset resurssit ja koulutuksen/perehtymisen puute vaikuttavat kuitenkin hyödyntämisen toteuttamiseen. Yksikössä on tehty työohje hoitajille, jonka avulla he voivat päivittää hoito- ja palvelusuunnitelmia RAI-arviointituloksien perusteella. Puutteellisten resurssien takia kuitenkin työtehtävät jakautuvat epätasaisesti ja tämä vaikuttaa työntekijän motivaatioon. Esihiestasolla työnsuunnittelu pitäisi toteutua niin, että työntekijöille tarjottaisiin aikaa arviointien sekä hoito- ja palvelusuunnitelmien päivittämiseen - ajan hankkiminen ei saisi jäädä hoitajien vastuulle. Koulutuksen jälkeen olisi tärkeä päästä mahdollisimman nopeasti tekemään RAI-arviointeja sekä hoito- ja palvelusuunnitelmia, jotta koulutuksessa opittu tieto ei pääsisi unohtumaan. Yksikössä pitäisi kiinnittää huomiota enemmän RAI-arviointien sekä hoito- ja palvelusuunnitelmien sisällön laatuun, kuin taas päivämääriin, jolloin ne pitäisi olla päivitettyinä.

Kuva 5. Minkälaisena hoitajat kokevat osaamisensa RAI-arviointien hyödyntämiseen?

### 3. Minkälaisena hoitajat kokevat osaamisensa RAI-arviointien hyödyntämiseen?

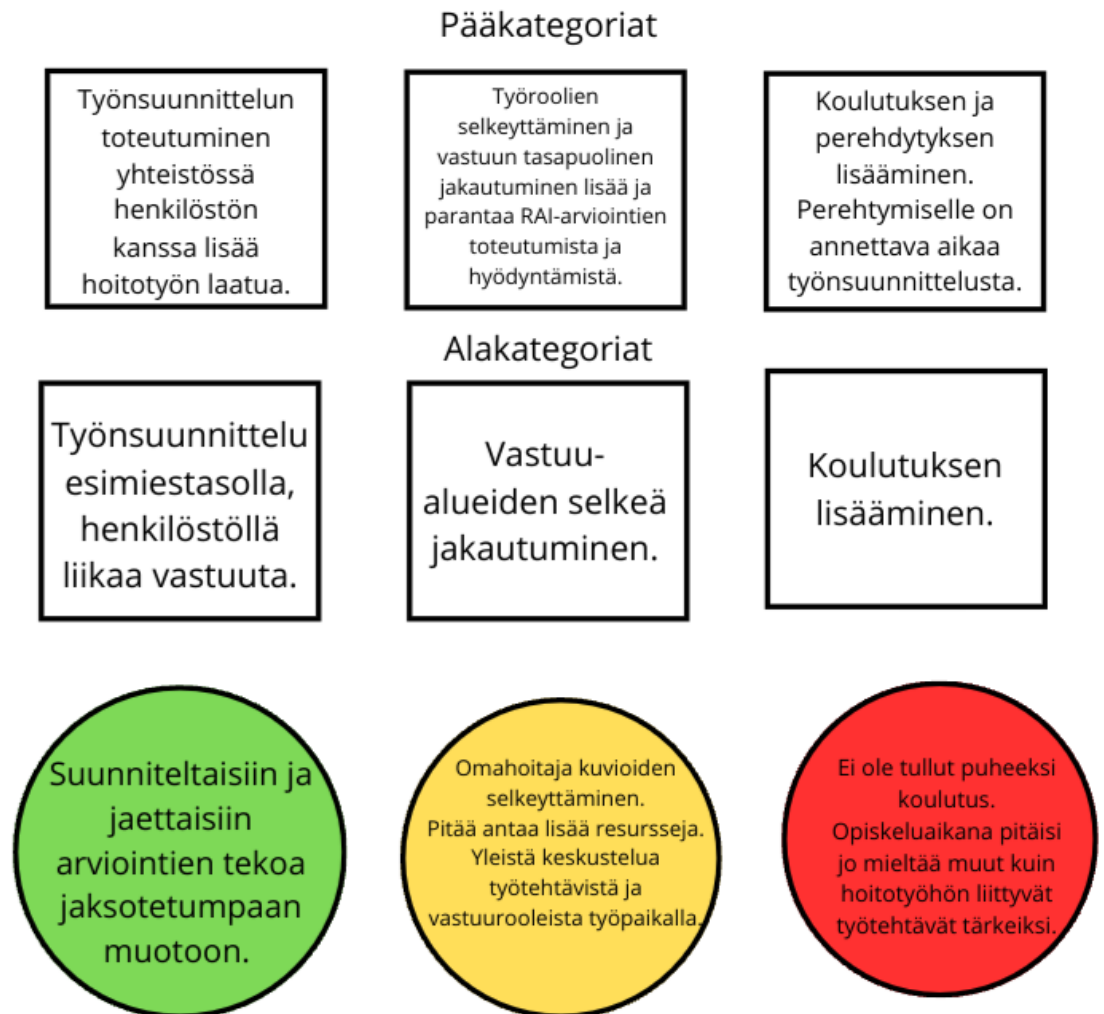


*”Itse koen, että on osaamista ja kokemusta, kun niitä on tullut ”paukutelua””.*

Kolmannen tutkimuskysymyksen luokittelun perusteella voimme huomata, että yksikössä hoitajat kokevat osaamisensa osakseen hyväksi. Hyvän osaamisen takana on riittävä kokemus RAI-arviointien toteuttamisesta. Osaamiseen vaikuttaa epätasaisen vastuun ja motivaation jakautuminen henkilökunnassa. Osa hoitajista tekee RAI-arviointeja enemmän, jolloin heidän osaamisensa on parempi työtehtävässä. Osa hoitajista puolestaan eivät puutteellisen osaamisensa vuoksi päädy tekemään arviointeja niin usein, jolloin aiemmin opittu tieto järjestelmästä pääsee unohtumaan. Osalla työpajaan osallistuneista hoitajista kokemusta arviointien toteuttamisesta ei ollut ollenkaan. Hoitajat ovat kokeneet, että koulutusta RAI-arviointijärjestelmästä ja arviointien toteuttamisesta on liian vähän tarjolla yksikössä. Vastausten perusteella hoitajilla on myös huoli siitä, että koulutuksen ja tuen saaminen jää liikaa omalle vastuulle.

Kuva 4. Miten RAI-arviointien hyödyntämistä voitaisiin kehittää yksikössä?

#### 4. Miten RAI-arviointien hyödyntämistä voitaisiin kehittää yksikössä?



*“Epäselvät vastuualueet, tieto asukkaista, joista arviointi tulee tehdä, tulee usein “yllättäen”.*

Viimeisenä tutkimuskysymyksenämme halusimme selvittää, miten hoitajien mielestä RAI-arviointien hyödyntämistä voitaisiin yksikössä kehittää. Vastauksien perusteella esiin nousi kolme isompaa kehittämiskohdetta. Yksi näistä oli työnsuunnittelun toteutuminen henkilöstön kanssa; hoitajat ilmaisivat asian niin, etteivät esihenkilöt voi vain ilmoittaa milloin tehdään mitään, jos he eivät tarjoa tekemiselle tarpeeksi aikaa. Tämän on koettu jäävän hoitajien vastuulle mietittäväksi. Työn suunnittelussa voisi hyödyntää tiiviimpää yhteistyötä. Tällöin esihenkilöiden kanssa voitaisiin yhdessä miettiä, miten arviointeja olisi järkevin toteuttaa sekä resurssimäärää, jota siihen hoitajien näkökulmasta tarvittaisiin. Toisena kehittämiskohteena on vastuuroolien ja työtehtävien selkeyttäminen. Nyt yksikössä tuloksien perusteella on haasteena se, että esimerkiksi omahoitajuuksien toteutuminen on sekavaa ja tämän vuoksi arviointien tekeminen jää usein jollekin

toiselle hoitajalle, kuin omahoitajalle. Työyhteisössä työtehtävien selkeyttäminen tekee kaikille roolienjaon tasavertaiseksi, mikä lisää motivaatiota työssä. Epätasainen jakautuminen työtehtävissä sortuu yksittäisten työntekijöiden harteille, mikä ei ole motivaatiota lisäävää ja voidaan kokea kuormittavana. Kolmantena isoimpana kehittämiskohteena oli koulutuksen ja perehdytyksen lisääminen. Esimerkiksi RAI-arvioinnin koulutuksen lisääminen perehdytykseen jo uuden hoitajan tullessa yksikköön. Kouluttautumista ei tulisi jättää pelkästään työntekijän vastuulle. Näillä kolmella kehittämisidealla voitaisiin saada isoja muutoksia siihen, että RAI-arviointeja voitaisiin hyödyntää enemmän hoitotyössä. Muutosten myötä myös hoitajien motivaatiota ja työhyvinvointia voitaisiin parantaa aiheeseen liittyen.

Jatkotutkimusaiheina työpajan tuloksien perusteella voitaisiin tutkia lisää resurssien jakautumista ikääntyneiden hoitotyössä sekä miten työnjohdolla voidaan vaikuttaa hoitotyön laatuun ja sen luotettavuuteen. RAI-arviointien hyödynnettävyyttä olisi varmasti syytä jatkotutkia muissakin yksiköissä, sekä myös muilla hyvinvointialueilla. Digitalisaation ja teknologian kehittymisen vaikutuksia sekä järjestelmien käyttöönoton onnistumista hoitotyössä olisi myös kannattavaa tutkia.

## 10 Pohdinta

Pohdinta-osiossa koko toiminnallisen opinnäytetyön kohokohta nousee esiin. Siinä tarkastellaan tekemisen kulkua ja johtopäätöksiä, jotka nousevat esiin työn tuloksista. Pohdinnassa arvioidaan myös omia saavutuksia ja tehtyjä päätöksiä. Lisäksi käsitellään lähteiden ja käytetyn materiaalin luotettavuutta sekä arvioidaan onnistumista sekä tuotteen, että prosessin näkökulmasta. Tärkeää on myös ottaa huomioon koulutus- ja ammattialan erityispiirteet prosessin kuluessa. (Vilka & Airaksinen 2003, 96–97.)

Pohdinta-osiossa on tärkeää nostaa esiin opinnäytetyön keskeiset kohokohdat ja tulokset. Olemme prosessin aikana kohdanneet haasteita, erityisesti aikataulujen suhteen. Ohjauksen avulla olemme kuitenkin löytäneet syyt suunnitelmien viivästymiseen ja päässeet työstämään ongelmakohtia työssämme. Tämä on opettanut meille työn rakenteen merkityksen ja auttanut meitä luomaan realistisia aikatauluja, mikä on puolestaan ylläpitänyt motivaatiotamme.

Työpajan suunnittelussa hyödynsimme Jämsä & Mannisen (2000) ja Vilka & Airaksisen (2003) teoksia. Myös yhteistyö Kainuun hyvinvointialueen RAI-asiantuntijan kanssa oli arvokasta palautteen saannin kannalta. On kuitenkin harmillista, että toimeksiantajaltamme ei tullut riittävästi palautetta, mikä olisi voinut parantaa työpajan yksikkökohtaisuutta. Kesäaika ja lomat rajoittivat resurssien käyttöä ja ymmärrämme, että työyhteisön kiireet ovat voineet vaikeuttaa palautteen antamista.

Opinnäytetyömme tutkimuskysymyksiä toimi ”Millaisena työtehtävänä hoitajat kokevat RAI-arvioinnin toteuttamisen?”, ”Kuinka yksikössä hyödynnetään RAI-arviointien tuloksia hoitotyössä ja hoitosuunnitelman teossa?”, ”Millaisena hoitajat kokevat osaamisensa RAI-arviointien hyödyntämisessä?”, ja ”Miten RAI-arviointien toteuttamista voitaisiin kehittää?”. Näihin kysymyksiin olemme saaneet vastattua yksikköön toteutetun työpajan avulla. Työpajassamme olleessa kysymyslomakkeessa olemme käyttäneet kysymyksiä näitä tutkimuskysymyksiä. Tulokset viittaavat siihen, että yksikössä on tarvetta lisäkoulutukselle ja resurssien kehittämiseksi.

Opinnäytetyön teoriaviitekehys on rakennettu niin, että lukija saa selkeän käsityksen RAI-käyttöjärjestelmän merkityksestä, mikä auttaa ymmärtämään myös tutkimuskysymysten analysointia. Erityisesti lisäkoulutuksen tarpeen ymmärtäminen on tärkeää tulevaisuuden hoitotyön osaamisen kehittämisen kannalta.

Kaiken kaikkiaan opinnäytetyöprosessimme on ollut opettavainen ja on antanut meille mahdollisuuden kehittää sekä omaa osaamistamme, että toimeksiantajamme työyhteisön toimintaa. Olemme saaneet arvokkaita kokemuksia, joita pystymme varmasti hyötymään tulevaisuudessa, ammatillisissa haasteissa.

### 10.1 Eettisyys opinnäytetyössämme

Koemme, että opinnäytetyömme on hyödyllinen sekä yhteiskunnalle, kuten tilaavalle yksikölle. Käytimme opinnäytetyössämme apuna ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettisiä suosituksia. Olimme yhteydessä sähköpostitse tilavaan yksikköön sekä keskustelimme, minkälaisen työn aiomme toteuttaa ja olisivatko he halukkaita tilaamaan kyseisen opinnäytetyön. Olemme keskustelleet yhdessä ohjaavan opettajamme kanssa myös opinnäytetyön aiheesta ja sen merkityksellisyydestä. Opinnäytetyö tarjoaa yksikölle tietoa hoitajien kokemuksista RAI-arvioinnista työtehtävänä sekä heidän ammatillista valmiuksistaan toteuttaa arviointeja ja kuinka he hyödynnä näiden tuloksia. Tämän avulla yksikkö voi tarvittaessa kehittää toimintaansa lisäämällä esimerkiksi koulutusta ja kannustaa avoimeen keskusteluun nykyisistä toimintatavoista. Opinnäytetyön aikana vältämme epärehellisyyttä, teemme lähdeviittaukset oikein, sekä emme myöskään plagioi toisten tekstiä. Raportointimme tutkimustulokset ei saa olla vähätteleviä, vaan totuudenmukaista. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2005, 109–110).

Opinnäytetyömme eettisyyttä määrää myös tutkimuseettisen neuvottelukunnan hyvän tieteellisen käytännön säädökset (2012). Noudatamme työssämme rehellisyyttä, osoitamme selvästi oman pohdinnan ja viitatun tiedon erot. Olemme keränneet laajan teoriapohjan tieteellisten lähteiden avulla, sekä varmistaneet, että keräämämme tieto on ajankohtaista. Tuotamme opinnäytetyön kaikki prosessit ja valmiin tuotoksen huolellisesti ja tarkasti. Annamme kaikki tarvittavat tuotokset valmiina sovituille tahoille. Ennen varsinaisen opinnäytetyön toteutusta, olemme keskustelleet Kainuun hyvinvointialueen opinnäytetyökoordinaattorin ja opinnäytetyön tilaavan yksikön esihenkilön kanssa tutkimuksen toteutuksen kannattavuudesta, sekä tarvittavista lupahakemuksista.

Lopullista raporttia tehdessä olemme puoltaneet tulokset tieteelliseen ja tutkittuun näyttöön, sekä rehelliseen analysointiin työpajasta saaduista tuloksista. Opinnäytetyön suunnitelmaa esit-

täessä olemme esittäneet vain suunnitelmassa olevia asioita ja löydettyä asianomaista teoriati-  
toa. Emme siten kerro omaa pohdintaamme faktatietoon perustuvana vaan selkeästi lukijalle tu-  
lee ilmi meidän oma pohdintamme.

Työpajaan osallistuminen oli täysin vapaaehtoista jokaiselle osallistujalle. Teimme työpajaa pitä-  
essä jokaiselle osallistujalle selväksi, miksi työpajaa pidetään ja mihin työpajan vastauksia käytet-  
tään. Osallistujilla oli mahdollisuus poistua myös kesken työpajan. Käsittelimme tutkimustietoa  
luottamuksellisesti sekä anonyymisti. Loppuraporttiin emme eritelleet vastaajien tai työpajaan  
osallistuneiden henkilötietoja. Hävitimme työpajassa saadut materiaalit tietoturvajätteessä sisäl-  
töanalyysin valmistuttua. Tarkoituksena oli toteuttaa työ vain tilaavalle yksikölle ja sopia heidän  
kanssaan julkaisu-oikeuksista. (TENK 2012).

## 10.2 Luotettavuus opinnäytetyössämme

Tutkimustiedon luotettavuuden arvioina voidaan käyttää useita kriteerejä. Kun puhutaan tutki-  
muksen luotettavuudesta, sillä tarkoitetaan tilannetta, jossa halutaan selvittää, kuinka totuuden-  
mukaista tutkittu tieto on. Luotettavuus on välttämätöntä tutkimuksen hyödyntämisen kannalta.  
Toiminnallisessa opinnäytetyössä tutkimustiedon ei tarvitse olla kovin tarkasti analysoitu, mutta  
vastauksista täytyy tulla ilmi, että raportti perustuu työpajaan sekä siellä käytyyn teoria alustuk-  
seen. Ilman selkää pohjaa miten raportin tulokset on saatu, voi lukijalle jäädä epäselvä kuva tu-  
lostien luotettavuudesta. Osallistuvien henkilöiden kanssa työpajan lopuksi käydään läpi yhteisiä  
johtopäätöksiä, jolloin vahvistuu, että tutkijat ovat ymmärtäneet osallistujien kommentit ja poh-  
dinnat oikeaksi. Tällöin raporttiin tuleva tieto on luotettavaa. (Kylmä & Juvakka 2007.), (Kankku-  
nen & Vehviläinen-Julkunen 2009.)

Analysoimme työpajasta saatua tietoa laadullisin keinoin. Laadullisessa tutkimuksessa luotetta-  
vuutta arvioidaan tutkimusaineiston keräämisen, aineiston analyysin ja tutkimuksen raportoinnin  
kannalta. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuskriteereitä on totuusarvo, pysyvyys, neutraa-  
lius sekä sovellettavuus. (Tynjälä, 1991). Luotettavuutta kvalitatiivisessa tutkimuksessa lisää, että  
tutkijat ovat osanneet kerätä aineiston sieltä, missä ilmiö vaikuttaa. Meidän työssämme toteu-  
timme työpajan tilaavaan yksikköön, jossa ilmiö oli aiheena relevantti. Joten tätä voidaan pitää  
luotettavana aineistonkeruu tapana. Tutkimuksen luotettavuutta lisää kohderyhmän sopivuus.  
Tutkimme ilmiötä hoitajien näkökulmasta, joten olemme tehneet kohderyhmän rajauksen tämän  
perusteella.

Luotettavuuden kannalta laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää kuvata tutkimusprosessi mahdollisimman tarkasti. Tutkimusprosessissa voi kertoa esimerkiksi olosuhteista, joissa tutkimus on toteutettu sekä mahdollisista häiriötekijöistä. Tutkijan on kyettävä kuvailemaan ja perustelemaan näkemyksensä uskottavasti analyysissä. (Hirsjärvi ym. 2009, 232–233). Annoimme totuuden mukaisen kuvan tutkimustilanteesta sekä koko tutkimusprosessista. Liitimme raporttiin suoria lainauksia työpajaan osallistuneiden hoitajien kirjoitetuista vastauksista. Tällöin raportissamme ei ole kyse ainoastaan tutkijoiden omasta tulkinnasta vaan työpajasta saaduista tiedoista. Nämä seikat lisäävät työmme uskottavuutta.

Raportin teossa luotettavuutta lisää tutkijoiden kyky abstraktiin ajatteluun. Tämä tarkoittaa sitä, että raportissa tuloksia kyetään arvioimaan myös suhteessa aikaisempaan tutkimukseen. Raportoinnin luotettavuus edellyttää myös taitoa oikeanlaiseen kirjoittamiseen. On erittäin tärkeää olla täsmällinen käsitellessään tuloksia ja huolehtia, että osaa käyttää tekstissä esiintyviä termejä oikein. On myös tärkeää muistaa selkeys analyysin ilmaisemisessa eli mikä pohjautuu vastaajien vastauksiin ja mikä tutkijan tulkitaan aiheesta. Johdonmukaisuus- kriteerinä tarkoittaa, että tutkijat ovat pystyneet luomaan merkityksellisen käsityksen tutkittavasta ilmiöstä. (Tynjälä, 1991). Työmme luotettavuus perustuu pitkälti siihen, että olemme osanneet hyödyntää luotettavia tieteelliseen näyttöön perustuvia lähteitä. Olemme myös onnistuneet rajaamaan aineiston keräämiseen kohderyhmän, jota tutkittava ilmiö koskettaa. Itse opinnäytetyötä tehdessä meille oli tärkeää raporttia kirjoittaessa muistaa tekstin selkeys ja saadun tiedon ilmaiseminen totuuden mukaisesti sekä mistä tiedot ovat alun perin saatu.

### 10.2.1 Aineiston luotettavuus opinnäytetyössämme

Lähteen ikä ja lähdetiedon alkuperä vaikuttavat lähteen luotettavuuteen. Monilla aloilla tutkimustieto muuttuu hyvin nopeasti. On tärkeää huomioida, että lähteet ovat myös puolueettomia ja totuudenmukaisia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2005.) Tärkeitä kysymyksiä mitä lähteitä miettiessä on hyvä lähteä pohtimaan; kuka kyseisen aineiston on tuottanut, onko hän oikea ammattilainen kertomaan aiheesta, milloin aineisto on julkaistu, onko se ajantasainen tai esimerkiksi liian tuore ollakseen tarpeeksi kattava? Vastaako tuotoksen sisältö sitä asiaa, mitä on lähdetty tutki- maan ja onko tutkimuksen tarkoitus toteutunut? (Vilkkä 2006.), (Mäkinen 2005.) Tiedonhakukan- noista tietoa etsiessämme olemme käyttäneet lähteiden kriteereinä luotettavuutta, julkaisuiden ajankohtaisuutta sekä niiden laajuutta.

### 10.3 Oman ammatillisen osaamisen kehittyminen

Opinnäytetyöprosessissa peilaamme meidän osaamisemme kehittymistä yleissairaanhoidajan osaamisen kompetensseihin. Opinnäytetyön tekeminen kehittää meidän ammattieettistä toimintaamme sekä johtamisen ja yrittäjyyden näkemystä (Silen-Lipponen & Korhonen 2020). Noudattamme ammattieettistä näkökulmaa, arvioimme realistisesti omaa ammatillista osaamista sekä rajaamme työpajan omien ammatillisten rajojen sisään. Emme lähteneet esimerkiksi työpajan aikana kouluttamaan henkilökuntaa RAI-käyttöjärjestelmästä tai antamaan tietoa ilman asiantuntijoiden konsultointia. Meillä opinnäytetyön kirjoittajilla oli työprosessin aikana aktiivinen ja vastuullinen ote omasta työstämme. Johtamisen näkökulmasta olemme työryhmän vetovastuussa, suunnittelimme ja haimme lupia itsenäisesti. Arvioimme prosessin aikana omaa organisointikykyä ja miten olimme eri työvaiheissa pärjänneet. Lopullista analyysiä tutkimuksesta kirjottaessa toimimme rehellisesti esiin teemoittain työpajaan osallistuneiden mielteitä ja mahdollisia kehittämiskohteita.

Opinnäytetyötä tehdessä osaamisemme kehittyi myös potilas- ja asiakasturvallisuuden suhteen (Silen-Lipponen & Korhonen 2020). RAI-arviointijärjestelmä on työkalu, jolla voidaan taata ikääntyneen toimintakyvystä ajan tasalla pysyminen. Kun ikääntyneen toimintakyvystä ja sen mahdollisista muutoksista tiedetään ajoissa, voidaan tarjota yksilölle turvallinen ja mielekäs arki. Mikäli RAI-arviointi koetaan hankalana työtehtävänä tai oma osaaminen sen hyödyntämiseen puutteellisenä, se ei palvele sen oikeassa tarkoituksessaan. Opinnäytetyömme avulla pystyimme saada selville hoitajien näkemyksen aiheesta ja siten parantaa tilaavassa yksikössä asuvien ikäihmisten turvallisuutta ja elämänlaatua. Opinnäytetyötä tehdessämme olemme myös tutustuneet laajasti lakeihin, jotka säätelevät ikääntyneiden hoitoa ja RAI-arviointien toteuttamista sekä hyödyntämistä hoitotyössä. Olemme myös perehtyneet teorian avulla toimintakykyyn ja sen ylläpitämiseen potilasturvallisuuden ja potilaiden hoidon näkökulmasta.

Sairaanhoidajan osaamiskompetensseista löytyy myös yhtenä osa-alueena näyttöön perustuva toiminta ja tutkimustiedon hyödyntäminen (Silen-Lipponen & Korhonen 2020). Opinnäytetyöprosessi opettaa kattavasti tutkimustiedon hyödyntämisestä sekä siitä, kuinka tutkimusprosessit toimivat. Tämän myötä meidän on tulevaisuudessa helpompi ymmärtää näyttöön perustuvien ohjeiden alkuperää, sekä mikä tieto on luotettavaa ja mihin se perustuu. Hoitajan työssä on tärkeää osata hyödyntää tutkimustietoa sekä osata perustella omaa toimintaansa.

Asiakaslähtöisen toiminnan osaaja kykenee havaitsemaan kohdeyhteisöstä saatua tietoa ja reagoi niiden ongelmakohtiin (Silen-Lipponen & Korhonen 2020). Tutkimuskohteena oleva RAI-arviointien teko ja tulosten hyödyntäminen vaikuttaa laajasti niin työyhteisöön - kuin arvioitavaan asiakaskuntaan, ikääntyneisiin. Työpajan avulla kartoitimme avoimen keskustelun ja kirjallisen pohdinnan avulla työyhteisön näkemyksiä tutkimuskysymyksiimme. Asiakaslähtöisyyden avulla hoitaja pystyy antamaan asiakkaalle oleellista ja oikea-aikaista hoitoa. Helpoiten sairaanhoitaja pystyy löytämään ongelmia ja ratkaisuja, kun pohjaa toimintansa asiakaslähtöisyyteen ja moniammatillisuuteen. Eli meidän tapauksessamme työyhteisön kanssa, joka oli tutkittava kohde.

Liittyy asiakaslähtöisyyteen, kompetensseista löytyy myös terveyden edistäminen (Silen-Lipponen & Korhonen 2020.) Opinnäytetyömme aiheita miettiessämme olemme jo ammatillisen osaamisen kautta osanneet tunnistaa mahdollisen ongelman hoitotyössä. Teoria alustukseen olemme selvittäneet tutkittua tietoa toimintakyvystä, ikääntyneen toimintakyvystä, millaisia ympärivuorokautisia yksiköitä on, sekä miten RAI-arviointijärjestelmää käytetään ikääntyneiden toimintakyvyn arvioinnissa. Selvittämällä yksikön hoitajien kokemuksia RAI-arviointijärjestelmän käytöstä, voimme edistää ikääntyneiden hoitotyötä, sillä esihenkilöt voivat työn avulla huomata esimerkiksi mahdollisia kehityskohteita.

Sairaanhoitajan osaamisen kompetensseista löytyy ohjaus ja opetus, sekä kommunikointi ja moniammatillisuus (Silen-Lipponen & Korhonen 2020). Opinnäytetyössämme hyödynsimme työpaja työskentelyä, jota yksikössä ei välttämättä ole hyödynnetty apuna toiminnan kehittämiseksi aiemmin. Käytimme keskustelun apuna kannustavaa ilmapiiriä, jotta saatu tieto olisi luotettavaa ja työpajan ilmapiiri koettaisiin turvalliseksi hoitajien toimesta. Tämä mahdollistaa sen, että molemmat osapuolet kokevat työpajan mahdollisimman hyödylliseksi.

## Lähteet

Cassel, CK. (2002). Use it or lose it. Activity may be the best treatment for aging. *JAMA* 2002;288:2333-5.

Cornelis, E. Gorus, E. Van Schelvergem, N. & De Vriendt, P. (2019). The relationship between basic, instrumental, and advanced activities of daily living and executive functioning in geriatric patients with neurocognitive disorders. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. Jun;34(6):889-899. doi: 10.1002/gps.5087. Epub 2019 Mar 27. Saatavilla 14.03.2024 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30761619/>

Dunlop D. Hughes S. & Manheim L. (1997). Disability in activities of daily living: patterns of change and a hierarchy of disability. *National library of medicine*. March; 87(3): 378–383. Saatavilla 14.03.2024 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1381008/>

Eskola, J. & Suoranta, J. (1998). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.

Edgren, J. Asikainen, J. Häsä, J. & Aaltonen, M. (2024). Iäkkäiden toimintakyky ja palvelutarpeet RAI-vertailutiedot 2022. Kotihoidon ja ympärivuorokautisen asumispalvelun asiakkailta kognition heikentyminen on yleistä ja kuntouttava toiminta vähäistä. THL TILASTORAPORTTI 3/2024. Saatavilla 11.07.2024 [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/148259/1/C3%A4kk%C3%A4iden%20toimintakyky%20ja%20palvelutarpeet\\_RAI\\_vertailutiedot\\_korjattu\\_20224.pdf?sequence=8&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/148259/1/C3%A4kk%C3%A4iden%20toimintakyky%20ja%20palvelutarpeet_RAI_vertailutiedot_korjattu_20224.pdf?sequence=8&isAllowed=y)

Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal Of Advanced Nursing* 62(1), 107-115.

Finne-Soveri, H. Björkgren, M. Vähäkangas, P & Noro, A. (2006). Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino Oy.

Finne-Soveri, H. (2015). Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos. Ymmärrä RAI-arvioinnin sisältö ja tarkoitus. [Luentodiat]. Saatavilla 27.4.23 <https://docplayer.fi/67946227-Ymmarra-rai-arvioinnin-sialto-ja-tarkoitus.html>

Finne-Soveri, H. Äijö, M. Tolonen, E. Rehula, P. Vähäkangas, P. Patronen, M. Autio, T. Haimi-Liik-kanen, S & Havulinna, S. Terveysportti. (2020). Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn mittaaminen

palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä. TOIMIA-suositukset. Saatavilla 01.05.23 [https://terveysportti.mobi/dtk/hpt/avaa?p\\_artikkeli=tms00015](https://terveysportti.mobi/dtk/hpt/avaa?p_artikkeli=tms00015)

Graneheim, UH. & Lundman B. (2004). Qualitative Content Analysis in Nursing Research: Concepts, Procedures and Measures to Achieve Trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Haarala, P. (2022). Terveystenhoitajan ammatilliset vaatimukset. Metropolian ammattikorkeakoulu. Saatavilla 1.3.2024 <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/744761/2022%20TAITO%2092%20Terveystenhoitajan%20ammatilliset%20osaamisvaatimukset.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Heikkilä, R. Mäkelä, M. Havulinna, S. Hietaharju, P. Lind, M & Noro, A. (2021). Valoisa tulevaisuus RAI-vertailukehittäminen 20 vuotta Suomessa. Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos. Saatavilla 03.05.2023 [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/143353/URN\\_ISBN\\_978-952-343-737-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/143353/URN_ISBN_978-952-343-737-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Hiltunen, L. (2009). Validiteetti ja reliabiliteetti. [Luentodiat]. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Saatavilla Jyväskylän yliopiston verkkosivuilla. Viitattu teoksiin Hirsijärvi ym. (2002). Nummenmaa ym. (1997). Polit & Hungler. (1997). Saatavilla 09.03.2024 [www.mit.jyu.fi/ope/kurssit/Graduryhma/PDFt/validius\\_ja\\_reliabiliteetti.pdf](http://www.mit.jyu.fi/ope/kurssit/Graduryhma/PDFt/validius_ja_reliabiliteetti.pdf)

Heikkinen, E. Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (2013). Gerontologia. Duodecim.

Hirsijärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. (2007). Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Hirsijärvi, S. Remes, P. Sajavaara, P. & Sinivuori, E. (2009). Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi

Heikkilä, T. (2004). Tilastollinen tutkimus. 5. uudistettu painos. Helsinki: Edita

Isola, A-M. Kaartinen, H. Leemann, L. Lääperi, R. Schneider, T. Valtari, S. & Keto-Tokoi, A. (2017). Mitä osallisuus on? Osallisuuden viitekehystä rakentamassa. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Työpäperi 33/2017. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135356/URN\\_ISBN\\_978-952-302-917-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135356/URN_ISBN_978-952-302-917-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Jämsä, K. & Manninen, E. (2000). Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Vantaa: Tammi.

- Kananen, J. (2014). Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2009). Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2013). Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Koskinen, S. Martelin, T. & Sainio, P. (2006). Iäkkäiden toimintakyvyn kohentaminen välttämättömyydenä. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 22(3). Saatavilla 01.03.2024 <https://www.duodecimlehti.fi/duo95517>
- Kyngäs, H. (2020b). Inductive Content analysis. Teoksessa K.Mikkonen & M.Kääriäinen. Content Analysis in Systematic Reviews. Cham: Springer, 13-22.
- L 876/2022. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain muuttamisesta. 28.10.2022. Saatavilla 03.05.23 <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2022/20220876>
- L 604/2022. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain muuttamisesta. 08.07.2022. Saatavilla 01.03.2024 <https://finlex.fi/fi/laki/alkup/2022/20220604>
- Laukkanen, P. & Pekkonen, A. (2013). Päivittäisistä toiminnoista selviytymistä arvioivat menetelmät. Teoksessa Heikkinen, E. Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.). Gerontologia. Duodecim. Helsinki.
- Lehto-Niskala, V. (2021). Toimintakyky ja kuntoutus ovat monimerkityksellisiä käsitteitä ympärivuorokautisessa pitkäaikaishoidossa. Gerontologia, 35(4). Saatavilla 01.03.2024 <https://doi.org/10.23989/gerontologia.111372>
- Lind, M. Noro, A. Havulinna, S. & Mäkelä, M. (2020). Kognitio ja iäkkään asiakkaan osallistuminen RAI-arviointiinsa. Lääkärilehti: 40. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021041410371>
- Morris, JN. Fries, BE. & Bernabei, R. (2000). RAI-Home Care (RAI-HC) assessment manual for version 2.0. Opus Communications.
- Mäkinen, O. (2005). Tieteellisen kirjoittamisen ABC. Helsinki: Tammi

Nummenmaa, L. (2006). Tilastolliset menetelmät. Helsinki: Tammi

Puro, K. (2010). Ikääntymisen haasteet yhteiskunnalle. Lääketieteellinen aikakauslehti Duodecim. 126(13):1523–4. Saatavilla 14.03.2024 <https://www.duodecimlehti.fi/duo98919>

RAISoft. (n.d). Rai kohtaa ja kuuntelee. Saatavilla 5.10.2024 <https://www.raisoft.com/rai-kansalliseksi/kansalaiselle/>

Savolainen-Mäntyjärvi, R. & Kauppinen, T. (2000). Koettu terveys ympäristövaikutusten arvioinnissa. Stakes Raportteja 249.

Silen-Lipponen, M. & Korhonen, T. (2020). Osaamisen ja arvioinnin yhtenäistäminen sairaanhoidajakoulutuksessa –YleSHarviointi-hanke. Kuopio: Savonia ammattikorkeakoulu. Saatavilla 14.03.2024 <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/347289/2020-5yleshArviointi.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

STM. (2023). Sosiaalihuollon laitospalvelut. Saatavilla 03.05.23 <https://stm.fi/laitoshoito>

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes. (2001). Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä 2004. Saatavilla 30.08.2024 [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42407/9513311597\\_fin.pdf](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42407/9513311597_fin.pdf)

Taulukko 1. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. (2023). IFC-luokituksen rakenne. Saatavilla 30.09.2024 <https://thl.fi/aiheet/toimintakyky/icf-luokitus/icf-luokituksen-rakenne>

Terveyskylä - Ikäännytynyt, iäkäs vai vanha? (2023). Viitattu 03.05.2023 Saatavilla: <https://www.terveyskyla.fi/ikatalo/ik%C3%A4%C3%A4ntyneelle/ik%C3%A4-ja-arki/ik%C3%A4%C3%A4ntynyt-i%C3%A4k%C3%A4s-vai-vanha>

Terveyskylä. (2023). Laitoshoito. Saatavilla 03.05.2023 <https://www.terveyskyla.fi/ikatalo/ik%C3%A4%C3%A4ntyneelle/koti-ja-asuminen/laitoshoito>

Terveyskylä. (2023). Palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen. Saatavilla 03.05.2023 <https://www.terveyskyla.fi/ikatalo/ik%C3%A4%C3%A4ntyneelle/koti-ja-asuminen/palveluasuminen-ja-tehostettu-palveluasuminen>

Terveydenhuollon- ja hyvinvoinninlaitos. (2023). Miten valitsen toimintakyvyn mittarin? Saatavilla 03.05.2023 <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/toimintakyvyn-https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/toimintakyvyn-arviointi/arviointimenetelman-valinta>

Terveydenhuollon- ja hyvinvoinninlaitos. (2023). Mitä on toimintakyky? Saatavilla 01.03.2024 <https://thl.fi/aiheet/toimintakyky/mita-toimintakyky-on>

Terveydenhuollon- ja hyvinvoinninlaitos. (2024). Palvelutarpeiden arviointi RAI-järjestelmällä. Saatavilla 11.07.2024 <https://thl.fi/aiheet/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla>

Terveydenhuollon- ja hyvinvoinninlaitos. (2024). Iäkkäiden säännöllisten palvelujen RAI-tietokanta. Saatavilla 11.07.2024 [https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/rai/first/fact\\_rai\\_first?row=area-670140&row=servicetype-81509&row=serviceprovider-198038&column=measure-81469&column=time-758343&fo=1](https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/rai/first/fact_rai_first?row=area-670140&row=servicetype-81509&row=serviceprovider-198038&column=measure-81469&column=time-758343&fo=1)

Terveydenhuollon- ja hyvinvoinninlaitos. (2020). Osallisuuden osa-alueet ja osallisuuden edistämisen periaatteet. Saatavilla 13.09.2024 <https://thl.fi/fi/web/hyvinvoinnin-ja-terveydenedistamisen-johtaminen/osallisuuden-edistaminen/heikoimmassa-asemassaolevien-osallisuus/osallisuuden-osa-alueet-ja-osallisuuden-edistamisen-periaatteet>

Terveydenhuollon- ja hyvinvoinninlaitos. (2023). RAI-välineistö. Saatavilla 03.05.2023 <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/tietoa-rai-jarjestelmasta/rai-valineisto>

Terveydenhuollon- ja hyvinvoinninlaitos. (2023). Tietoa RAI-järjestelmästä. Saatavilla 03.05.2023 <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/tietoa-rai-jarjestelmasta>

Terveydenhuollon- ja hyvinvoinninlaitos. (2022). RAI-järjestelmän mittareita. Saatavilla 03.05.2023 <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/tietoa-rai-jarjestelmasta/rai-jarjestelman-mittareita>

Terveydenhuollon- ja hyvinvoinninlaitos. (2023). Palvelutarpeiden arviointi RAI-järjestelmällä. Saatavilla 03.05.2023 <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla>

Terveydenhuollon- ja hyvinvoinninlaitos. (2024). RAI-arviointi asiakastyössä. Saatavilla 11.07.2024 <https://thl.fi/aiheet/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/rai-arviointi-asiakastyossa>

Terveydenhuollon- ja hyvinvoinninlaitos. (2024). IFC-luokitus. Saatavilla 30.09.2024 <https://thl.fi/aiheet/toimintakyky/icf-luokitus>

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. (2023). IFC-luokituksen rakenne. Saatavilla 30.09.2024 <https://thl.fi/aiheet/toimintakyky/icf-luokitus/icf-luokituksen-rakenne>

Terveyskirjasto, lääketieteen sanasto. (2016). Preventio. Saatavilla 30.09.2024 <https://www.terveyskirjasto.fi/ltt02722/preventio>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2011). Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 8. uudistettu painos. Vantaa: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tynjälä, P. (1991). Laadullisen tutkimuksen luotettavuudesta. Kasvatus 22 (5–6), (387–598)

Valli, R. (2001). "Kyselylomaketutkimus". Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vilkka, H. (2005). Tutki ja kehitä. 1.–2. painos. Helsinki: Tammi

Vilkka, H. & Airaksinen, T. (2003). Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi

Varantola, K. Launis, V. Helin, M. Spoof, S K. & Jäppinen, S. (2012). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Saatavilla 01.03.2024 [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Väestöennuste 2009–2060. (2009). Tilastokeskus. Saatavilla 14.03.2023 [https://www.stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn\\_2009\\_2009-09-30\\_tie\\_001.fi.html](https://www.stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009_2009-09-30_tie_001.fi.html)

## **Opinnäytetyön aineistonhallintasuunnitelma**

### **1. Aineistojen yleinen kuvaus**

Tässä opinnäytetyössä käytämme toiminnallisen opinnäytetyön menetelmää. Toiminnallisessa opinnäytetyössä käytämme tuotteistamisen prosessia lopullisen tuotteen tekemiseen. Toteutamme toiminnallisen työpajan yksikön henkilökunnalle. Aineistonkeruumenetelmänä käytämme äänittämisen lisäksi lomaketta, johon työpajaan osallistuvat vastaavat tutkimuskysymyksiin. Hyvän pohjustuksen avulla työpajassa osallistuvilla henkilöillä on tarkka tieto siitä, mitä tutkimme.

### **2. Aineiston dokumentaatio ja laatu**

Tutkimusaineisto dokumentoidaan ensin työpajassa paperille sekä äänittäen työpajaan osallistuvilta henkilöiltä. Sen jälkeen keräämme läpi lomakkeista ja äänityksistä löytyvät vastaukset, nämä vastaukset luokittelemme. Näiden luokittelujen pohjalta teemme raportin huomatuista pohdinnoista. Tämä raportti annetaan yksikölle nähtäväksi.

### **3. Säilytys ja varmuuskopiointi**

Tutkimus toteutetaan yksikköön työpajana. Työpajasta jäävä materiaali on paperisena sekä äänitettynä, mutta anonyyminä. Kun lopullisen raportin teko valmistuu, hävitämme ne tietoturvajäteteeseen. Lopullisessa raportissa ei tule ilmi työpajassa olleiden henkilöiden tietoja. Vain työpajaan osallistuneet ihmiset tietävät ketkä sinne osallistuivat

### **4. Säilyttämiseen liittyvät eettiset ja laillisuuskyseymykset**

Työpajasta jäävä materiaali hävitetään tietoturvajätteen mukana. Kaikki paperinen sekä äänitetty tieto on anonyymiä. Tutkittavat henkilöt ovat tietoisia siitä mihin käyttötarkoitukseen toimintapajoissa kerätty tieto tulee. Opinnäytetyön tulokset ja opinnäytetyö tulee tilaavaan yksikköön. Opinnäytetyön toteutusta varten olemme tehneet tarvittavan tutkimuslupahakemuksen ja sopi-neet työpajaan osallistuneiden kanssa, että he haluavat tutkimukseen osallistua.

### **5. Aineiston avaaminen ja pitkäaikaissäilytys**

Teemme toiminnallisen opinnäytetyön. Toiminnallisessa opinnäytetyössä teemme lopullisen tuotteen eli työpajan, jossa keskustellaan, sekä kerätään huomioita lomakkeelle ja äänittäen tutkittavalta ryhmältä. Työpajan tulokset analysoidaan käyttäen laadullisia menetelmiä. Näistä työpajan tuloksista tehdään kirjallinen raportti yksikköön. Toimeksiantajalla on mahdollista käyttää raporttia esimerkiksi oman toiminnan kehittämiseksi jatkossa. Yksikköön tulostetaan myös valmis opinnäytetyö työntekijöille luettavaksi.

THL:n taulukko InterRAI-LTCF mittaristoista.

Arkisuoriutuminen

Mittarin nimi	Lyhenne	Asteikko	Sisältyy seuraaviin RAI-välineisiin	Alkuperäinen nimi
<b>Hierarkkinen ADL-mittari: Arkisuoriutuminen, perustoiminnot, hierarkkinen</b>	ADL-H	0–6. Nolla tarkoittaa hyvää arkisuoriutumista.	interRAI-HC, MDS-HC, interRAI-LTCF, MDS-LTC, interRAI-CHA, interRAI-CHA-FS, interRAI-CHA-MH, interRAI-MH, interRAI-CMH, interRAI-ID, interRAI-ChYMH-DD	Activities of Daily Living Hierarchy
<b>Arkisuoriutuminen, perustoiminnot, laaja</b>	ADL-L	0–28. Nolla tarkoittaa hyvää arkisuoriutumista.	interRAI-HC, MDS-HC, interRAI-LTCF, MDS-LTC, interRAI-CHA-FS, interRAI-ID	Activities of Daily Living long-form scale

<b>Arki-suoriutuminen, perustoiminnot, lyhyt</b>	ADL-S	0–16. Nolla tarkoittaa hyvää arki-suoriutumista.	interRAI-HC, interRAI-LTCF, interRAI-CHA, interRAI-CHA-FS, interRAI-CHA-MH, interRAI-MH, interRAI-CMH, interRAI-ID	Activities of Daily Living Short Form Scale
--	-------	--	--	---

## Kognitio

<b>Mittarin nimi</b>	<b>Lyhenne</b>	<b>As-teikko</b>	<b>Sisältyy seuraaviin RAI-välineisiin</b>	<b>Alkuperäinen nimi</b>
<b>Kognitiomittari</b>	CPS	0–6. Nolla tarkoittaa hyvää kognitiota.	interRAI-HC, MDS-HC, interRAI-LTCF, MDS-LTC, interRAI-CHA, interRAI-CHA-MH, interRAI-CA, HELSA, interRAI-MH, interRAI-CMH, interRAI-ESP, interRAI-ID	Cognitive Performance Scale
<b>Kaksiluokkainen kognitiomittari</b>	CPS0	0–1. Nolla tarkoittaa hyvää kognitiota.	interRAI-HC, interRAI-LTCF, interRAI-CHA, interRAI-CHA-MH, interRAI-CA, HELSA, interRAI-MH, interRAI-CMH, interRAI-ID	Cognitive Performance Scale

## Sosiaalinen aktiivisuus

Mittarin nimi	Lyhenne	Asteikko	Sisältyy seuraaviin RAI-välineisiin	Alkuperäinen nimi
<b>Sosiaalinen osallistuminen</b>	RISE	0–6. Nolla tarkoittaa vähäistä sosiaalista osallistumista.	interRAI-LTCF, interRAI-CHA-AL, interRAI-CMH, interRAI-ID	Revised Index of Social Engagement
<b>Sosiaalinen osallistuminen</b>	SES	0–5. Nolla tarkoittaa vähäistä sosiaalista osallistumista.	MDS-LTC	Social Engagement Scale

## Mielenterveys

<b>Haastava käyttäytymisen</b>	ABS	0–12. Nolla tarkoittaa, ettei haastavaa käyttäytymistä ole.	Aggressive Behavior Scale
--------------------------------	-----	---	---------------------------

## Erityiset aiheet

Mittarin nimi	Lyhenne	Asteikko	Sisältyy seuraaviin RAI-välineisiin	Alkuperäinen nimi
<b>Terveyden vakausmittari</b>	CHES	0–5. 0 tarkoittaa vähäistä terveyden epävakautta.	interRAI-HC, MDS-HC, interRAI-LTCF, MDS-LTC, interRAI-CHA-FS	Changes in Health, End-stage disease and Symptoms and Signs

<b>Kipu, viisi-luokkainen</b>	PAIN-R	0–4. 0 tarkoittaa vähäistä kipuongelmaa.	interRAI-HC, MDS-HC, interRAI-LTCF, interRAI-CHA, interRAI-MH, interRAI-CMH, interRAI-ID, interRAI-ChYMH-DD	Pain Scale
<b>Kipu, neliluokkainen</b>	PAIN	0–3. 0 tarkoittaa vähäistä kipuongelmaa.	interRAI-HC, MDS-HC, interRAI-LTCF, MDS-LTC, interRAI-CHA, interRAI-MH, interRAI-CMH, interRAI-ID, interRAI-ChYMH-DD	MDS Pain Scale
<b>Painehaavan riskimittari</b>	PURS	0–8. 0 tarkoittaa vähäistä painehaavojen riskiä.	interRAI-HC, interRAI-LTCF, interRAI-CHA-FS	Pressure Ulcer Risk Scale
<b>Kaatumisriski</b>	FALLS	0–3. 0 tarkoittaa vähäistä kaatumisvaaraa.	interRAI-HC, interRAI-LTCF, interRAI-CHA, interRAI-MH, interRAI-CMH	Falls Algorithm
<b>Kommunikointikyky</b>	COMM	0–8. 0 tarkoittaa hyvää kommunikointikykyä.	interRAI-HC, interRAI-LTCF, interRAI-CHA, interRAI-MH, interRAI-CMH, interRAI-ID,	Communication

			interRAI-ChYMH-DD	
<b>Kuulo- ja näkökyky</b>	DbSI	0–5. 0 tarkoittaa hyvää kuulo- ja näkökykyä.	interRAI-HC, interRAI-LTCF, interRAI-CHA, interRAI-MH, interRAI-CMH, interRAI-ID, interRAI-ChYMH-DD	Deafblind Severity Index
<b>Hoitajien antama aktiivinen kuntoutus</b>	HAAKU	0–35. 0 tarkoittaa, ettei hoitajien antamaa aktiivista kuntoutusta ole.	MDS-LTC	-

## Asiakasohjaus

<b>Mittarin nimi</b>	<b>Lyhenne</b>	<b>Asteikko</b>	<b>Sisältyy seuraaviin RAI-välineisiin</b>	<b>Alkuperäinen nimi</b>
<b>Päivystyskäyntitarpeen riski</b>	DI-VERT	1–6. 1 tarkoittaa, että päivystyskäyntien tarve ei ole kovin todennäköinen.	interRAI-HC, MDS-HC, interRAI-LTCF	Detection of Indicators and Vulnerabilities for Emergency Room Trips

## Muut RAI-arvioinnista muodostuvat mittarit

<b>Mittarin nimi</b>	<b>Lyhenne</b>	<b>Asteikko</b>	<b>Sisältyy seuraaviin RAI-välineisiin</b>	<b>Alkuperäinen nimi</b>
----------------------	----------------	-----------------	--	--------------------------

<p><b>Alkoholin ongelmakäytön tunnistaminen 3 kysymyksellä</b></p>	<p>AUDIT-C</p>	<p>0–12. Nolla tarkoittaa vähäisiä ongelmia.</p>	<p>interRAI-HC, interRAI-LTCF, interRAI-CHA, interRAI-CHAMH, HELSA, interRAI-ID, interRAI-ChYMH-DD-A</p>	<p>The Alcohol Use Disorders Identification Test</p>
<p><b>Painoindeksi</b></p>	<p>BMI</p>	<p>Arvon pieneminen kertoo laihtumisesta.</p>	<p>interRAI-HC, MDS-HC, interRAI-LTCF, MDS-LTC, interRAI-CHA-FS, interRAI-MH, interRAI-CMH, interRAI-ID</p>	<p>Body Mass Index</p>

## Työpajan kysymys- ja palautelomake

### Kyselylomake

Opinnäytetyö: RAI-arvioinnin hyödyntäminen ikääntyneiden hoitotyössä hoitajien näkökulmasta

Tekijät: Maria Ojaluoto & Verna Piironen

Koulu: Kajaanin ammattikorkeakoulu, Sairaalan- & terveydenhoitajaopiskelijat

Teemme opinnäytetyötä tutkien hoitajien kokemuksia tilaavassa (anonyymissä) yksikössä RAI-arviointityökaluun liittyen. Järjestämme teille työpajan, jonka kesto on noin 1,5 h. Työpajan aikana näytämme teille ensin PowerPoint-esityksemme, jossa kerromme tarkemmin opinnäytetyömme tavoituksesta ja tarkoituksesta, sekä avaamme työssämme olevaan teoriaviitekehykseen liittyen asiaa RAI-arviointityökalusta.

Tulemme työpajan aikana äänittämään keskustelua, sekä pyydämme teitä vastaamaan vielä kirjallisesti jokaiseen lomakkeen kysymykseen. Työpajaan osallistuminen on täysin **anonyymiä**. Työpajasta saatte poistua, sekä lopettaa osallistumisen, milloin vain, **osallistuminen ei ole pakollista**. Aktiivisella osallistumisella edesautat tuloksien luotettavuutta.

Työpajan jälkeen analysoimme äänitetyt sekä kirjalliset vastaukset, jonka jälkeen välittömästi hävitämme vastaukset tietosuojajätteessä. Vastauksiin ei pääse käsiksi, kuin vain me kirjoittajat.

Lomakkeen lopussa muutama kysymys työpajan toteutuksesta, toivottavasti vastaat myös niihin, jotta me voimme kehittyä.

Kiitos jo etukäteen!

1. Millaisena työtehtävänä koet RAI-arvioinnin toteuttamisen?

2. Kuinka yksikössänne hyödynnetään RAI-arviointien tuloksia hoitotyössä ja hoitosuunnitelman teossa?

3. Millaisena koet osaamisesi RAI-arviointien hyödyntämisessä?

4. Miten RAI-arviointien toteuttamista voitaisiin kehittää?

PALAUTE:

1. Koitko valitun aiheen ajankohtaiseksi ja tärkeäksi?

\_Kyllä

\_Ei

\_En tiedä

2. Oliko työpajassa sopivasti aikaa vastausten miettimiseen?

\_Kyllä

\_Ei

\_En tiedä

3. Työpajan ei ollut tarkoitus kouluttaa ketään RAI-järjestelmän käytöstä. Koetko, että työpaja kuitenkin herätteli sinussa mielenkiintoa tutustumaan arviointityökaluun enemmän?

\_Kyllä

\_Ei

\_En tiedä

Kiitos osallistuneille!

Lopulliset vastaukset tulemme resurssien mukaan joko esittämään paikan päälle tai laitamme yksikölle koosteen vastauksista.